

**Lapsuudessa koetun kaltoinkohtelun yhteys raskausajan masennuksen
kehityskulkuun äideillä ja isillä**

Camilla Söderman
Pro gradu -tutkielma
Turun yliopisto
Psykologian ja logopedian laitos
Psykologia
Tammikuu 2021

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on
tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä

TURUN YLIOPISTO

Psykologian ja logopedian laitos / Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta

SÖDERMAN, CAMILLA: Lapsuudessa koetun kaltoinkohtelun yhteys raskausajan masennuksen kehityskulkuun äideillä ja isillä

Pro gradu –tutkielma, 51s.

Psykologia

Toukokuu 2021

Lapsuuden kaltoinkohtelun kokemuksilla tiedetään olevan lukuisia negatiivisia seurauksia yksilön psyykkiselle hyvinvoinnille myöhemmällä iällä. Tutkimuksissa on havaittu, että lapsuuden kaltoinkohtelun kokemukset ovat yhteydessä erityisesti masennusoireiluun, mutta näistä yhteyksistä odottavilla vanhemmilla ei juurikaan ole tutkimusta. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, ovatko odottavien äitien ja isien lapsuuden kaltoinkohtelun kokemukset yhteydessä raskausajan masennusoireiluun, erityisesti lievempiasteiseen, mutta krooniseen oireiluun, isossa normaaliväestöotoksessa. Lisäksi tässä tutkimuksessa tarkasteltiin, mitkä kaltoinkohtelun muodot kohottavat erityisesti riskiä lievempiasteiseen masennusoireiluun raskauden aikana.

Tämän tutkimuksen aineisto ($n = 3266$) oli osa FinnBrain-kohorttitutkimusta. Vanhempien varhaisia kaltoinkohtelun kokemuksia kartoitettiin raskauden alkuvaiheessa TADS-kyselyllä, joka mittaa kaltoinkohtelun eri muotojen esiintyvyyttä. Vanhempien masennusoireilua raskauden aikana arvioitiin kolmeen otteeseen EPDS-kyselyn avulla. EPDS-kyselyiden pohjalta äidille ja isille tehtiin kasvukäyrämallinnus, jossa oireiden kulku on jaettu viiteen eri luokkaan.

Äitien ja isien raportoimat lapsuudessa koetun kaltoinkohtelun kokemukset olivat yhteydessä lievempiasteiseen, krooniseen masennusoireiluun raskauden aikana. Mikä tahansa kaltoinkohtelun muoto kohotti riskiä oireiluun raskauden aikana, mutta erityisesti riskin muodostivat emotionaalisen kaltoinkohtelun ja emotionaalisen laiminlyönnin kokemukset lapsuudessa. Havaitut yhteydet olivat kuitenkin heikkoja eikä tämä tutkimus antanut tietoa siitä, miten vanhemmat, joiden oireet ovat lievempiä raskauden aikana, eroavat muista voimakkaammin oireilevista odottavista vanhemmista. Heikko yhteys voi kuitenkin selittyä sillä, että aineiston äidit ja isät olivat suhteellisen korkeasti koulutettuja, vanhemmilla on saattanut esiintyä muita psyykkisiä oireita kuin masennusoireita, ja vain pieni osa vanhemmista raportoi kaltoinkohtelun kokemuksia lapsuudessa. Lisäksi taustatekijät kuten esimerkiksi koulutus, kuukausitulot ja mielialälääkitys vaikuttivat itseraportoituihin lapsuuden kaltoinkohtelun kokemuksiin ja raskausajan masennusoireiluun. Tulokset antavat varovaisia viitteitä siitä, että kaltoinkohtelun kokemukset voivat olla yhteydessä raskausajan masennusoireiluun, myös lievempään, krooniseen oireiluun, niin isillä kuin äideillä. Havaitut yhteydet kannustavat kuitenkin tutkimaan aihetta lisää äideillä ja isillä, joilla kaltoinkohtelun kokemukset korostuvat ja myös kumppaneilla, jotka toimivat tulevalle lapselle isähahmona, myös ottaen huomioon muut psyykkiset oireet raskauden aikana ja sitä ennen.

Asiasanat: lapsuudessa koettu kaltoinkohtelu, äidin raskausajan masennus, isän raskausajan masennus, masennusoireiden kehityskulku, lieväästeiset masennusoireet

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO	1
1.1 Lapsuudessa koettu kaltoinkohtelu.....	2
1.1.1 Fyysinen kaltoinkohtelu	3
1.1.2 Seksuaalinen hyväksikäyttö.....	4
1.1.3 Emotionaalinen kaltoinkohtelu	4
1.1.4 Fyysinen ja emotionaalinen laiminlyönti.....	4
1.1.5 Useampi lapsuudessa koettu kaltoinkohtelun muoto.....	5
1.2 Lapsuudessa koettu kaltoinkohtelu ja masennus	5
1.3 Lapsuudessa koettu kaltoinkohtelu ja raskausajan masennus.....	7
2 TUTKIMUSKYSYMYKSET JA HYPOTEESIT	11
3 MENETELMÄT	12
3.1 Tutkittavat.....	12
3.2 Tutkimuksen kulku ja mittarit	13
3.2.1 Vanhempien varhaisen kaltoinkohtelun arviointi.....	13
3.2.2 Vanhempien raskausajan masennuksen arviointi.....	14
3.3 Tilastolliset analyysit.....	14
4 TULOKSET	16
4.1 Taustamuuttujien ja tutkimusmuuttujien väliset yhteydet odottavilla vanhemmilla	16
4.1.1 Taustamuuttujien yhteydet vanhempien raskausajan masennusoireiluun	16
4.1.2 Taustamuuttujien yhteydet vanhempien varhaisen kaltoinkohtelun kokemuksiin	17
4.2 Vanhempien varhaisten kaltoinkohtelun kokemusten yhteys raskausajan masennusoireiluun jatkuvilla muuttujilla	19
4.3 Vanhempien varhaisen kaltoinkohtelun kokemusten yhteys raskausajan masennusoireiluun kategorisilla muuttujilla.....	23
4.4 Multinominaalinen logistinen regressioanalyysi	25
4.4.1 Multinominaaliset logistiset regressioanalyysit äideillä	28
4.4.2 Multinominaaliset logistiset regressioanalyysit isillä.....	29
5 POHDINTA	31
5.1 Päätulokset.....	31
5.2 Tutkimustulosten merkitys.....	35
5.3 Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset	36
5.4 Jatkotutkimusehdotukset.....	37
5.5 Johtopäätökset.....	39
LÄHTEET	40

1 JOHDANTO

Lapsuuden kokemuksilla kaltoinkohtelusta tiedetään olevan lukuisia psykososiaalisia seurauksia myöhemmällä iällä (Krug ym., 2002; Meinck ym., 2016). Yksilöt, jotka ovat kokeneet kaltoinkohtelua lapsuudessa, ovat erityisen suuressa riskissä sairastua masennukseen. Riskin on havaittu olevan riippumaton kaltoinkohtelun muodosta, mutta suurempi, mikäli yksilö on joutunut monenlaisen eri tyyppin kaltoinkohtelun kohteeksi (Nelson ym., 2017). Lapsuudessa koetun kaltoinkohtelun ja masennuksen yhteyttä on tutkittu laajasti ihmisillä yleensä, mutta toistaiseksi melko vähän odottavilla äideillä ja isillä. Aihe on kuitenkin tärkeä, koska vanhemman raskausajan psyykkisellä oireilulla tiedetään olevan suoria seurauksia lapsen käyttäytymiseen, psyykkiseen hyvinvointiin sekä kognitiiviseen ja sosioemotionaaliseen kehitykseen (esim. Field, 2011; Karlsson ym. 2018).

Aikaisemmat tutkimukset ovat keskittyneet enimmäkseen raskausajan masennukseen, joka täyttää kliinisen masennuksen kriteerit. Viime aikoina on kuitenkin painotettu, että myös vanhemman piilevillä oireilla, jotka eivät täytä kliinisen masennuksen kriteereitä, on negatiivisia yhteyksiä lapsen kehitykseen ja hyvinvointiin, etenkin jos oireet esiintyvät kroonisina (Vliegen ym., 2014). Muun muassa Korjan ja kumppaneiden (2018) tutkimuksessa havaittiin viisi erilaista kehityskulkua alkuraskaudesta loppuraskauteen sekä äideillä että isillä: 1) matalaa oireilua koko raskauden ajan, 2) kohtalaista oireilua raskauden alkuvaiheessa, joka laskee raskauden loppua kohden, 3) kohtalaista oireilua koko raskauden ajan, 4) kohtalaista oireilua raskauden alkuvaiheessa, joka nousee raskauden loppua kohden ja 5) korkeaa oireilua koko raskauden ajan. Tämän pro gradu -tutkimuksen tavoitteena onkin selvittää, ovatko vanhempien kokemukset kaltoinkohtelusta yhteydessä näihin raskausajan erilaisiin masennuksen kehityskulkuihin. Erityisenä kiinnostuksen kohteena on lievempiasteisia, kroonisia, eli ei-kliinisiä oireita raportoivat vanhemmat. Lisäksi tutkimuksessa selvitetään, onko kaltoinkohtelun eri muodoilla havaittavissa erityinen riski kroonisen, lieväästeisemmän masennuksen kehittymiselle raskauden aikana. Tutkimus on osa samaa FinnBrain-tutkimushanketta ja aineisto on kerätty samasta väestöpohjaisesta otoksesta kuin Korjan ja kumppaneiden tutkimus.

Aihetta on tärkeä tutkia sekä äideillä että isillä, koska vanhempien masennusoireilun on havaittu olevan yhteydessä toisiinsa (Paulson & Bazemore, 2010; Kiviruusu ym., 2020).

Toistaiseksi vähäinen tutkimus, joka on tarkastellut lapsuudessa koetun kaltoinkohtelun yhteyttä raskausajan masennukseen, on keskittynyt tavanomaisesti vain äiteihin. Tutkimukset äideistä ovat kuitenkin todenneet, että äidit, jotka ovat kokeneet varhaista kaltoinkohtelua lapsuudessa, ovat suuremmassa riskissä sairastua masennukseen raskauden aikana kuin äidit, joilla ei ole vastaavia kokemuksia (Plant ym., 2013). Lisäksi äidin kokemukset kaltoinkohtelusta ja/tai laiminlyönnistä lapsuudessa ovat yhteydessä oman lapsen vastaaviin kokemuksiin (Berlin et al., 2011) ja Plant ja kumppanit (2013) havaitsivat tutkimuksessaan, että äidin raskaudenajan masennus välittää tätä yhteyttä. Täten olisi tärkeää tunnistaa riskissä olevat vanhemmat, jotta heille voitaisiin tarjota tukea varhain ja mahdollinen ylisukupolvinen noidankehä katkeaisi.

1.1 Lapsuudessa koettu kaltoinkohtelu

Lasten kaltoinkohtelu määritellään tutkimuksissa eräänlaisena yläkäsitteenä, joka kattaa kaikenlaisen alle 18-vuotiaasen lapsen kohdistuvan haitallisen tekemisen ja tekemättä jättämisen suhteessa, jossa on kyse vastuusta, luottamuksesta tai vallasta (Krug ym., 2002; Meinck ym., 2016). Kaltoinkohtelun eri muotoja ovat fyysinen ja emotionaalinen kaltoinkohtelu tai väkivalta, seksuaalinen hyväksikäyttö ja lapsen tarpeiden tai hoidon laiminlyönti. Melkein kaikista näistä kaltoinkohtelun muodoista on havaittavissa lievempi ja vakavampi muoto. Vakavuusaste arvioidaan muun muassa sen mukaan, minkä tyyppistä kaltoinkohtelua lapsi on kokenut, kuinka toistuvaa se on ollut ja onko teko jättänyt fyysisiä jälkiä lapseen (Radford ym., 2011). Esimerkiksi seksuaalisen hyväksikäytön kohdalla, yksikin tapaus lasketaan jo vakavaksi. Olennaista on kuitenkin myös lapsen subjektiivinen kokemus tapahtuneesta. Vaikka yksittäinen fyysisen tai emotionaalisen kaltoinkohtelun tapaus ei tutkimuksissa sisällytetä kaltoinkohtelun määritelmään (Meinck, ym., 2016), se voi lapselle merkitä suurtakin säröä turvalliseen kiintymyssuhteeseen ja vaikuttaa hänen hyvinvointiinsa pitkälläkin aikavälillä (Ellonen, 2012). Pahimmassa tapauksessa, se voi johtaa myös oman lapsen kaltoinkohteluun (Berlin ym., 2011).

Lapsiin kohdistuvasta kaltoinkohtelusta ei ole saatavilla tarkkoja esiintyvyyyslukuja mistään maasta. Ensinnäkin se jää usein tunnistamatta ja vain pieni osa tapauksista tulee viranomaisten tietoon (Meinck ym., 2016; Gilbert ym., 2009; Krug ym., 2002). Maailman terveysjärjestön WHO:n mukaan jopa 90 % tapauksista jää raportoimatta (Meinck ym., 2016). Toiseksi kulttuuriset käsitykset siitä, mikä lasketaan lapsen kaltoinkohteluksi,

vaikuttavat vahvasti siihen, kuinka herkästi tapauksista tehdään esimerkiksi lastensuojeluilmoitus (Krug ym., 2002). Joissakin maissa lievä fyysinen väkivalta, joka ei jätä jälkiä, on sosiaalisesti ja laillisesti hyväksytty kasvatuskäytäntö eikä sitä tällöin mielletä kaltoinkohteluksi. Esimerkiksi Kiinassa saatetaan jopa ajatella, että lievän kivun aiheuttaminen lapsille on välttämätöntä, jotta lapsi oppii selviämään niin fyysisistä kuin emotionaalista haasteista tulevaisuudessa (Liu ym., 1999). Suomessa ja muissa Pohjoismaissa lainsäädäntö on kuitenkin hyvin tiukka ja pienikin epäily lapsen kaltoinkohtelusta on ilmoitettava viranomaisille (Terveystieteiden tutkimuskeskus [THL], 2020).

Stoltenborghin ja kumppaneiden (2014) maailmanlaajuisessa meta-analyysissä tutkimuksista, jotka perustuivat itsearviointeihin, todettiin kuitenkin, että arviolta 22,6 % lapsista ovat kokeneet fyysistä kaltoinkohtelua ja 36,3 % ovat kokeneet emotionaalista kaltoinkohtelua. Lapsuusaikanaan seksuaalisen hyväksikäytön uhriksi joutuu 7,6 % pojista ja 18,0 % tytöistä. 16,3 % lapsista laiminlyödään fyysisesti ja 18,4 % emotionaalisesti. Tanskalaistutkimuksessa havaittiin myös, että lapsuudessa koettu kaltoinkohtelu on yleisempää naisilla kuin miehillä kaikissa muodoissa lukuun ottamatta fyysistä väkivaltaa, jota miehet raportoivat enemmän (Christoffersen ym., 2013). Tuoreessa suomalaisessa väitöskirjatutkimuksessa päädyttiin vastaaviin tuloksiin miesten osalta, mutta havaittiin lisäksi, että emotionaalinen laiminlyönti ja seksuaalinen hyväksikäyttö oli yleisimpiä kaltoinkohtelun muotoja naisten keskuudessa (Salokangas, 2020).

1.1.1 Fyysinen kaltoinkohtelu

Fyysisellä kaltoinkohtelulla tai väkivallalla tarkoitetaan lapsen tahallista, suoraa tai epäsuoraa vahingoittamista (Krug ym., 2002; Meinck ym., 2016). Epäsuoralla fyysisellä pahoinpitelyllä viitataan tilanteisiin, joissa lapsi näkee tai kuulee muihin perheenjäseniin kohdistuvaa väkivaltaa, mutta ei ole itse väkivallan kohteena (Hentilä ym., 2010). Yksi yleisin fyysisen kaltoinkohtelun ilmenemismuoto on kuritusväkivalta. Kuritusväkivalta on aikuisen tapa rangaista ja säädellä lapsen käyttäytymistä aiheuttamalla lapselle fyysistä kipua (THL, 2020). Se voi olla tukistamista, luunapin antamista tai läimäyttämistä esimerkiksi käsille tai takapuolelle. Suomessa kuritusväkivalta on kielletty lailla, mutta siitä huolimatta yhä merkittävä osa suomalaisista vanhemmista käyttää lievää väkivaltaa, kun he kurittavat lapsiaan (Ellonen, 2012). Vakavan fyysisen kaltoinkohtelun tapoja puolestaan ovat esimerkiksi lyöminen, potkiminen tai

uhkaileminen aseella (Krug ym., 2002). Lapsen fyysistä kaltoinkohtelua voi myös esiintyä osana parisuhdeväkivaltaa, jolloin puolisoa tai kumppania pidetään pelon vallassa sen avulla (Holden, 2003).

1.1.2 Seksuaalinen hyväksikäyttö

Seksuaalinen hyväksikäyttö kattaa kaiken yksittäisestä tapauksesta muukalaisen toimesta pitkäaikaiseen inestisuhteeseen perheenjäsenen tai läheisen sukulaisen kanssa (Duffy ym., 2006). Lasta voidaan hyväksikäyttää seksuaalisesti joko suoraan johdattamalla lasta seksuaalisiin tekoihin tai koskettelemalla lapsen sukupuolielimiä tai epäsuorasti pakottamalla lasta kastomaan aikuisten seksuaalista toimintaa tai altistamalla lasta ikään kuulumattomille seksuaalisille kuvamateriaaleille esimerkiksi internetin kautta (THL, 2020). Lisäksi lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö voi olla lapsen käyttämistä epäsiiveellisissä julkaisuissa (Ellonen ym., 2011) tai kaupallisessa tarkoituksessa (Krug ym., 2002).

1.1.3 Emotionaalinen kaltoinkohtelu

Emotionaalista kaltoinkohtelua on huomattavasti haastavampaa tunnistaa ja määritellä kuin fyysinen kaltoinkohtelu tai seksuaalinen hyväksikäyttö (Hornor, 2011). Emotionaalinen kaltoinkohtelu ei jätä selkeitä fyysisiä jälkiä, mutta sen seuraukset lapsen kehitykselle ja hyvinvoinnille ovat kuitenkin yhtä vakavat (Gilbert, 2009). Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee emotionaalisen kaltoinkohtelun käyttäytymismalliksi, jossa aikuinen antaa lapsen jatkuvasti ymmärtää, että hän on arvoton, ei-rakastettu, ei-haluttu tai tarkoitettu vain toisten tarpeita varten (Krug ym., 2002; Hibbard ym., 2012). Emotionaalisen kaltoinkohtelun muotoja ovat esimerkiksi lapsen liikkumisen rajoittaminen, lapsen nöyryyttäminen ja vähätteleminen tai lapsen pelottelu ja uhkailu. Se voi myös olla lapselle murjottamista (THL, 2020) tai kovaan ääneen huutamista (Straus, ym., 1998).

1.1.4 Fyysinen ja emotionaalinen laiminlyönti

Lasten tarpeiden laiminlyönti, niin fyysisten kuin emotionaalisten, on yksi yleisimmistä lapsiin kohdistuvista kaltoinkohtelun muodoista, mutta samalla kaikista haasteellisista muoto havaita (Dubowitz, 2013). Laiminlyönnillä tarkoitetaan yleisesti aikuisen kykenemättömyyttä toimia lapsen hoivaajana ja vastata lapsen ikä- ja kehityskohtaisiin tarpeisiin tilanteessa tai asemassa, jossa aikuisella on siihen mahdollisuus (Krug ym.,

2002). Tämä tarkoittaa, että äärimmäisen köyhyyden aiheuttamia olosuhteita ei lasketa lapsen perustarpeiden laiminlyönniksi, koska tällöin hoivaajalla ei välttämättä ole olosuhteiden puolesta riittäviä voimavaroja turvata lapsen suotuisat kasvuolosuhteet. Lapsen perustarpeiden laiminlyönti on esimerkiksi sitä, että vanhempi pitää tahallaan lapsen nälässä tai ei huolehdi lapsen hygieniasta eikä hakeudu tarvittaessa asianmukaiseen terveydenhuoltoon (THL, 2020). Emotionaalista laiminlyöntiä voidaan kuvailla myös vanhemman kyvyttömyytenä taata lapselle turvallinen kiintymyssuhde (Meinck ym., 2016). Fyysisen ja emotionaalisen laiminlyönnin on havaittu olevan vahvasti yhteydessä toisiinsa, mikä tekee niiden erottelun vaikeaksi. Monesti tutkimuksissa viitataan laiminlyöntiin sekä fyysiseen että emotionaaliseen muotoon kattavana käsitteenä.

1.1.5 Useampi lapsuudessa koettu kaltoinkohtelun muoto

Kaltoinkohtelun eri muodot esiintyvät harvoin erillisinä ja usein lapsi joutuu monen erilaisen kaltoinkohtelun kohteeksi. Esimerkiksi emotionaalista kaltoinkohtelua ja laiminlyöntiä katsotaan olevan joissain määrin mukana kaikissa kaltoinkohtelun muodoissa (Claussen & Crittenden, 1991). Tutkimustulokset osoittavat, että kaltoinkohtelun kaikki muodot ovat vahvasti yhteydessä toisiinsa (esim. Arata ym., 2005; Moore ym., 2015; Salokangas, 2020). Tästä syystä yksittäisten kaltoinkohtelun muotojen vaikutus henkilön hyvinvoinnille osoittautuu yleensä haasteelliseksi todistaa (Vachon ym., 2015, Kajanoja ym., 2020).

1.2 Lapsuudessa koettu kaltoinkohtelu ja masennus

Lapsuuden kaltoinkohtelun kokemukset tiedetään olevan yhteydessä niin lyhytaikaiseen kuin pitkäaikaiseen psyykkiseen oireiluun aikuisiällä, etenkin masennusoireiluun (MacMillan ym., 2001; Krug ym., 2002; Herrenkohl ym., 2013; Nemeroff, 2016; Lippard & Nemeroff, 2019). Peräti 50 % masentuneista yksilöistä on kokenut jonkinlaista kaltoinkohtelua lapsuudessaan (Nelson ym., 2017). Yhteyden on myös havaittu olevan vahvempi naisilla kuin miehillä (MacMillan ym., 2001).

Masennuksen keskeisiä oireita ovat suurimman osan ajasta ilmenevä masentunut mieliala, johon voi liittyä esimerkiksi surullisuuden, tyhjyyden ja toivottomuuden tunteita sekä kiinnostuksen ja mielihyvän menettämistä asioihin, jotka aikaisemmin ovat tuntuneet mielekkäiltä (American Psychiatric Association, 2013; Depressio: Käypä hoito

-suositus, 2020). Masennustilaan voi myös liittyä poikkeuksellista väsymystä, painon muutoksia, unihäiriöitä, psykomotorisia muutoksia ja keskittymisvaikeutta. Arvottomuuden ja syyllisyyden tunteet ovat tavallisia ja henkilöllä voi vakavimmillaan olla itsetuhoisia ajatuksia ja siihen liittyvää käyttäytymistä.

Lukuisat tutkimukset ovat osoittaneet, että lapsuuden kokemukset kaltoinkohtelusta ovat riskitekijöitä masennuksen kehittymiselle aikuisiällä (esim. Maniglio, 2010; Nanni ym., 2012; Norman ym., 2012; Li ym., 2016; Salokangas, 2020). Eri kaltoinkohtelun muodoilla voi kuitenkin olla erilainen vaikutus masennusoireiden kehittymiselle. Suurin osa tutkimuksista on tarkastellut fyysisen kaltoinkohtelun ja seksuaalisen hyväksikäytön yhteyttä masennukseen (esim. Molnar ym., 2001; Fergusson ym., 2008; Cutajar ym., 2010), koska niiden on ajateltu olevan haitallisimpia ja vakavimpia kaltoinkohtelun muotoja (Kaplan ym., 1999). Viime vuosina tutkimukset ovat kuitenkin todenneet, että emotionaalinen kaltoinkohtelu saattaa tuottaa merkittävimmän riskin masennuksen kehittymiselle (Gerke ym., 2017; Infura ym., 2016; Schalisnki ym., 2016; Khan ym., 2015). Esimerkiksi Nelson ja kumppanit (2017) havaitsivat kattavassa katsausartikkelissaan emotionaalisen kaltoinkohtelun olevan suurin riskitekijä masennuksen kehittymiselle ja sen todettiin myös olevan yhteydessä vaikea-asteisempiin masennusoireisiin ja sairauden aikaisempaan puhkeamiseen. Fyysisen laiminlyönnin puolestaan todettiin olevan pienin riskitekijä masennuksen kehittymiselle. Katsaus osoitti, että emotionaalinen laiminlyönti oli kaikista yleisin lapsuudessa koettu kaltoinkohtelun muoto masentuneiden yksilöiden joukossa. Myös tuoreessa suomalaisessa väitöskirjassa todettiin, että erityisesti emotionaalinen laiminlyönti on yhteydessä juuri mielialaongelmiin (Salokangas, 2020).

Tutkimuksissa on havaittavissa yksimielisyyttä sen suhteen, että kokemukset useammasta kaltoinkohtelun muodosta, kohottaa riskiä sairastua masennukseen enemmän kuin kokemukset yhden tyyppisestä kaltoinkohtelusta. Brasilialaisessa kohorttitutkimuksessa todettiin, että henkilöt, jotka olivat kokeneet kaltoinkohtelua lapsuudessa, sairastuivat 2–4 kertaa todennäköisemmin masennukseen kuin ne, joilla ei ollut vastaavia kokemuksia (Gallo ym., 2017). Lisäksi kaikkien kaltoinkohtelun muotojen, yksinään tai yhdessä, on todettu olevan yhteydessä masennuksen kroonistumiseen ja heikompaan hoitovasteeseen (Nelson ym., 2017).

Aihetta tutkittaessa on tärkeä muistaa, että monet, vaikka eivät kaikki, jotka ovat kokeneet kaltoinkohtelua lapsuudessa, onnistuvat välttämään niiden mahdolliset negatiiviset seuraukset aikuisiällä (Klika & Herrenkohl, 2013). Suomalainen kaksostutkimus sisaruksineen osoitti, että suurin osa yksilöistä, jotka olivat kokeneet vakavaa kaltoinkohtelua lapsuudessaan, eivät täyttäneet kliinisen masennuksen kriteerejä (Rehan ym., 2017). Tutkimuksessa pohditaan kuitenkin sen mahdollisuutta, että monilla voisi esiintyä lievempiä oireita, jotka ovat koholla, mutta eivät vielä täytä kliinisen masennuksen diagnostisia kriteereitä.

Harva tutkimus on yrittänyt selvittää lapsiin kohdistuvan kaltoinkohtelun ja lieväästeisemmän, pitkäkestoisen masennusoireilun yhteyttä aikuisuudessa. Brown ja kumppanit (1999) havaitsivat pitkittäistutkimuksessaan, että sekä kliinisen masennuksen että lieväästeisen, pitkäkestoisen masennuksen kriteerit täyttyivät nuorilla, jotka olivat kokeneet kaltoinkohtelua lapsena. Riskin havaittiin olevan 2 – 3 kertaa suurempi, kun muut vaikuttavat tekijät, kuten perheymäristö sekä vanhempien ja lapsen yksilölliset ominaisuudet, kontrolloitiin.

Kaltoinkohtelun ja lieväästeisemmän, kroonisen masennusoireilun yhteyttä olisi yhtä perusteltua tutkia kuten kaltoinkohtelun ja kliinisen masennustilan yhteyttä, sillä se saattaa myös heikentää henkilön toimintakykyä ja elämänlaatua, mutta lievemmistä oireista kärsivät henkilöt eivät välttämättä tule havaituksi terveydenhuoltojärjestelmässä. Lisäksi merkittävällä osalla, jotka kärsivät lievemmistä, mutta pitkäkestoisemmista oireista, oireet muuttuvat vakavammaksi masennustilaksi ajan myötä (Markkula ym., 2016), jolloin oireilu olisi tärkeä tunnistaa ja selvittää yksilön psykososiaalisen tuen ja psykiatrisen hoidon tarvetta.

1.3 Lapsuudessa koettu kaltoinkohtelu ja raskausajan masennus

Lapsuudessa koetun kaltoinkohtelun yhteyttä raskausajan masennukseen on tarkasteltu vasta muutamassa tutkimuksessa, ja tutkimukset ovat tavanomaisesti keskittyneet äidin masennusoireiluun (esim. Romano ym., 2006; Rich-Edwards ym., 2011). Raskausaikaan ajoittuva masennusoireilu on kuitenkin melko tavallista niin miehillä kuin naisilla. Tutkimuksien mukaan n. 10–20 % odottavista äideistä ja 2–10 % odottavista isistä täyttävät kliinisen masennuksen kriteerit raskauden aikana (Escribà-Agüir, 2007;

Ramchandani ym., 2008; Teixeira ym., 2009; Paulson & Bazemore, 2010; Parfitt & Ayers, 2014; Ngai & Ngu, 2015).

Plant ja kumppanit (2013) totesivat ensimmäisinä tutkimuksessaan, että äidit, jotka ovat kokeneet kaltoinkohtelua lapsuudessaan, ovat suuremmassa riskissä sairastua vakavaan masennukseen raskauden aikana kuin äidit, joilla ei ole vastaavia kokemuksia. Lisäksi heidän tutkimuksensa osoitti, että äidit, jotka ovat joutuneet useamman kaltoinkohtelun muodon kohteeksi, olivat sitäkin suuremmassa riskissä sairastua vakavaan raskausajan masennukseen.

Robertson-Blackmore ja kumppaneiden (2013) tutkimus, joka tarkasteli äitejä raskausviikolla 18 ja 32 ja syntymän jälkeen kuuden viikon ja kuuden kuukauden kohdalla, huomasi, että seksuaalinen hyväksikäyttö ennusti nimenomaan raskausajan masennusta, mutta ei syntymän jälkeistä. Tutkimuksessa havaittiin myös, että fyysinen kaltoinkohtelu ja laiminlyönti eivät olleet yhteydessä lainkaan kohonneeseen riskiin sairastua raskausajan tai syntymän jälkeiseen masennukseen.

Aikaisemmat tutkimukset lapsuudessa koetun kaltoinkohtelun ja raskausajan masennuksen yhteydestä ovat keskittyneet vahvasti raskausajan masennukseen, joka täyttää kliinisen masennuksen kriteerit. Raskausajan masennusoireiden kehityskulussa näyttää kuitenkin olevan merkittävää vaihtelua yksilöiden välillä (Korja ym., 2018). Santosin ja kumppaneiden (2017) katsausartikkeli aiheesta osoitti, että aikaisemmat tutkimukset ovat löytäneet 2–6 erilaista oireiden kehityskulkua äideillä raskauden aikana ja syntymän jälkeen. Tavallisin löytö on kolme erilaista kehityskulkua. Katsausartikkelissa havaittiin, että osassa tutkimuksista kuvaillaan masennuksen kehityskulkua oireiden vakavuusasteen mukaan (matalaa, kohtalaista tai korkeaa oireilua) ja niiden oletetaan olevan pysyviä ajan kuluessa (esim. Barker, 2013; Kuo ym., 2014; Ramos-Marcuse, 2010). Toiset tutkimukset puolestaan tarkastelevat kehityskulkua oireiden vaihtelevuuden mukaan ja niissä havaitaan myös nousevia ja laskevia oirekuvia (esim. Campbell ym., 2007; Mora ym., 2009; van der Waerden, 2015).

Isien masennusoireilu on jäänyt tutkimuksissa huomattavasti vähemmälle huomiolle kuin äitien masennusoireilu. Italialainen tutkimus ensikertalaisista isistä osoitti kuitenkin, että myös isillä on havaittavissa ainakin kolme kehityskulkua masennukselle puolison odotusaikana (Molgora ym., 2017). Nämä määrittyivät oireiden vakavuusasteen mukaan:

1) matalaa oireilua koko raskauden aikana, 2) kohtalaista oireilua koko raskauden aikana ja 3) korkeaa oireilua koko raskauden aikana. Vastaaviin tuloksiin päädyttiin tuoreessa suomalaisessa tutkimuksessa, joista löydettiin nämä samat kolme kehityskulkua niin isillä kuin äideillä (Kiviruusu ym., 2020). Korja ja kumppanit (2018) ovat havainneet näiden lisäksi myös nousevia ja laskevia oirekuvia molemmilla vanhemmilla. Tutkimuksien mukaan äitien ja isien masennusoireiden kehityskulku ovat myös yhteydessä toisiinsa, mikä tarkoittaa sitä, että toisen vanhemman korkeampi oireilu on riskitekijänä toisen vanhemman vastaavanlaiseen oireiluun.

Toistaiseksi kaltoinkohtelun yhteyttä erilaisiin masennuksen kehityskulkuihin raskauden aikana ei ole tutkittu lainkaan. Viimeaikaiset tutkimukset ovat kuitenkin painottaneet sitä, että myös vanhemman ei-kliinisen masennuksen kriteerit täyttävillä oireilla voi olla negatiivinen vaikutus lapsen kehitykseen ja hyvinvointiin, etenkin jos oireet ovat kroonisia ja pitkään jatkuvia (Vliegen ym., 2014). Tästä syystä olisi erityisen tärkeää tutkia, miten masennusoireiden kehityskulut kytkeytyvät varhaiseen kaltoinkohteluun.

Raskausajan masennuksella on monia haitallisia seurauksia sekä vanhemman että lapsen hyvinvoinnille ja lapsen kehitykselle. Raskausajan masennuksen on esimerkiksi havaittu ennustavan syntymän jälkeistä masennusta äideillä (Edwards ym., 2008; Lee ym., 2007), mikä puolestaan voi vaikuttaa tapaan, jolla hän huolehtii lapsestaan, vastaa tämän tarpeisiin ja on tämän kanssa vuorovaikutuksessa (Cox ym., 1987a; Gelfand & Teti, 1990; Moehler ym., 2006). Vuorovaikutuksen kautta vanhemman masennusoireilu saattaa vaikuttaa lapsen käyttäytymiseen sekä kognitiiviseen ja sosioemotionaaliseen kehitykseen (Field, 2011; Goodman ym., 2011; Kingston & Tough, 2014). Raskausajan masennuksen on kuitenkin myös todettu suoraan tekevän lapsesta alttiimman näille syntymän jälkeisille seurauksille (esim. Entringer ym., 2015; O'Donnell ym., 2017). Isän raskausajan oireilua on tutkittu huomattavasti vähemmän kuin äitien, mutta myös isän oireilulla on havaittu jatkuvuutta synnytyksen jälkeisiin kuukausiin ja vuosiin ja isän oireilun on havaittu vaikuttavan lapsen hyvinvointiin muun muassa epäsuorasti aiheuttamalla odottavalle puolisololle stressiä (Wee ym., 2011). Tästä syystä olisi tärkeää tutkia myös isien kaltoinkohtelun muotojen yhteyttä heidän masennusoireiluunsa puolison odotusaikana.

Vanhempien kokemukset kaltoinkohtelusta lapsuudessa ja niiden vaikutuksista vanhemman psyykkiseen hyvinvointiin, erityisesti raskauden aikana, on merkityksellistä

tutkia myös sen vuoksi, että vanhemman kokemukset kaltoinkohtelusta lapsuudessa ovat yhteydessä lapsen vastaaviin kokemuksiin (Berlin ym., 2011; Lee ym., 2012; Berzenski ym., 2014, Takehara ym., 2017). Pawlbyn ja kumppaneiden (2011) tutkimuksessa selvisi, että lapset, joiden vanhemmat olivat masentuneita raskauden aikana, olivat suuremmassa riskissä joutua kaltoinkohtelun kohteeksi. Äidin raskauden aikaisen masennusoireilun onkin ehdotettu olevan yksi välittävä tekijä ylisukupolvelle kaltoinkohtelulle (Plant ym., 2013). Vaikka aiheesta ei ole tehty vielä useampaa tutkimusta, olisi erittäin tärkeää, että tunnistettaisiin ne vanhemmat, niin isät kuin äidit, jotka ovat kokeneet kaltoinkohtelua ja millä tavalla eri kaltoinkohtelun kokemukset ovat yhteydessä juuri raskausajan masennukseen, jotta kaltoinkohtelu ei siirtyisi sukupolvelta toiselle.

2 TUTKIMUSKYSYMYKSET JA HYPOTEESEIT

Tämän tutkimuksen tavoitteena on selvittää, miten erilaiset lapsuudessa koetut kaltoinkohtelun muodot (fyysinen ja emotionaalinen kaltoinkohtelu, seksuaalinen hyväksikäyttö sekä fyysinen ja emotionaalinen laiminlyönti) ovat yhteydessä raskausajan masennusoireiden kehitykseen sekä äideillä että isillä. Erityisenä kiinnostuksen kohteena on, altistaako vanhemman oma kokemus varhaisesta kaltoinkohtelusta krooniseen, lievempiasteiselle masennusoireilulle. Äitien ja isien masennusoireita tutkittiin kyselylomakkeilla raskausviikoilla 14, 24 ja 34 ja näiden kyselyiden pohjalta on tehty kasvukäyrämallinnus, jonka mukaan aineistossa esiintyy viisi erillistä masennusoireiden kehityskulkua raskausaikana (Korja ym., 2018). Raskauden alkuvaiheessa arvioitiin myös vanhempien kokemuksia kaltoinkohtelusta lapsuudessa kyselylomakkeen avulla.

Tässä tutkimuksessa pyritään vastaamaan seuraaviin kysymyksiin:

1. Ovatko äitien ja isien kokemukset kaltoinkohtelusta lapsuudessa yhteydessä raskausajan masennuksen viiteen eri kehityskulkuun, erityisesti lievöoireisempaan, krooniseen oirekuvaan?

Hypoteesi 1a. Aikaisempien tutkimusten pohjalta oletetaan, että äitien varhaiset kokemukset kaltoinkohtelusta ovat yhteydessä äidin raskausajan masennusoireiluun, myös lievempään oireiluun.

Hypoteesi 1b. Isien varhaisia kaltoinkohtelun kokemuksia ja niiden yhteyksiä isien kokemaan masennusoireiluun puolison odotusaikana ei ole toistaiseksi vielä tutkittu, joten hypoteesia ei pystytty laatimaan, mutta mikäli yhteys löytyy, sen voidaan olettaa olevan samansuuntainen kuin äitien.

2. Mitkä kaltoinkohtelun muodot ennustavat lievöoireisemmän, kroonisen oireilun kehittymistä raskauden aikana äideillä ja isillä?

Hypoteesi: Aikaisemman tutkimustiedon pohjalta voidaan todeta, että emotionaalinen kaltoinkohtelu ja laiminlyönti ovat suurimpia riskitekijöitä masennuksen kehittymiselle ylipäänsä, joten oletettavasti ainakin nämä ennustavat myös lieviä oireita raskausaikana.

3 MENETELMÄT

3.1 Tutkittavat

Tämä pro gradu -tutkielma toteutuu osana suomalaista, Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan alaisuudessa toimivaa FinnBrain-syntymäkohorttitutkimusta (www.finnbrain.fi), jonka tarkoituksena on tutkia varhaisen stressin ja etenkin raskaudenaikaisen stressin vaikutuksia lapsen kehitykseen ja hyvinvointiin (Karlsson ym., 2018). FinnBrain -tutkimukseen on osallistunut yhteensä 3808 äitiä ja 2623 puolisoa lapsineen Turun seudulta ja Ahvenanmaalta. Osallistuneet vanhemmat rekrytoitiin ensimmäisen ultraäänitutkimuksen yhteydessä raskausviikolla 12. Osallistumisen edellytyksenä oli riittävä suomen tai ruotsin kielen taito, varmistettu raskaus ja kirjallinen suostumus. Rekrytointi tapahtui tutkimusjohtajan henkilökohtaisella kontaktilla joulukuun 2011 ja huhtikuun 2015 välisenä aikana.

Tämän tutkimuksen otos koostuu niistä vanhemmista ($n = 3266$), jotka ovat raskausviikolla 14 täyttäneet kyselyn lapsuuden elämäntapahtumista, joihin sisältyy myös kaltoinkohtelun kokemukset, ja masennuskyselyn raskausviikoilla 14, 24 ja 34 (kts. Tutkimuksen kulku ja mittarit). Näihin vanhempiin kuuluu äidit ($n = 2366$) ja heidän puolisonsa ($n = 2328$). Pääanalyseissä, (masennuksen oirekulut ja lapsuuden kaltoinkohtelukokemukset) päätettiin kuitenkin sisällyttää vain lapsien biologiset isät ($n = 2076$) ja muut kumppanit päätettiin jättää pois. Oireiden kehityskulut on alun perin julkaistu Korjan ja kumppaneiden (2018) tutkimuksessa, jossa kyseinen rajausta päätettiin tehdä.

Taulukossa 1 on kuvattu tutkimukseen osallistuneiden äitien ja puolisoitten taustatietoja eli ikä, koulutustaso, tulotaso, SSRI (selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjien), SNRI (serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjien) tai muun mielialalääkkeen käyttö sekä olivatko äidit ensi- vai uudelleensynnyttäjiä. Koulutustausta on tässä tutkimuksessa jaettu kolmeen luokkaan: korkeintaan toisen asteen koulutus, ammattikorkeakoulututkinto ja yliopistotutkinto. Arvio kuukausituloista tässä tutkimuksessa on puolestaan jaettu neljään luokkaan: 1500 euroa tai alle, 1501–2500 euroa, 2501–3500 euroa, ja yli 3500 euroa kuukaudessa.

Taulukko 1. Äitien ja puolisoitten taustamuuttujat koko aineistossa (n = 3266)

		Äidit (n = 3266)	Puolisot (n = 2328)
Ikä, ka (kh), vaihteluväli		30.2 (4.3), (17;46)	32.2 (5.2), (17;60)
Koulutustaso, n (%)	Enintään toinen aste	1165 (35.7)	979 (30.0)
	Ammattikorkeakoulu	892 (27.3)	525 (16.1)
	Yliopisto	1021 (31.3)	462 (15.1)
Arvio kuukausituloista, n (%)	1500 tai alle	1206 (36.9)	391 (12.0)
	1501–2500	1567 (48.0)	1091 (33.4)
	2501–3500	251(7.7)	409 (12.5)
	yli 3500	45 (1.4)	95 (2.9)
Ensisynnyttäjiä, n (%)		1581 (48.4)	-
SSRI/SNRI-lääkitys käytössä, n (%)	Raskauspiste 1	94 (2.9)	42 (2.1)
	Raskauspiste 3	78 (2.4)	-
Muu mielialälääkitys käytössä, n (%)	Raskauspiste 1	12 (0.4)	12 (0.4)
	Raskauspiste 3	8 (0.2)	-

3.2 Tutkimuksen kulku ja mittarit

Tutkittavat täyttivät raskausviikolla 14 taustatietoja (esim. ikä, koulutus) koskevan kyselylomakkeen sekä lapsuudenaikaisia elämäntapahtumia mukaan lukien kaltoinkohtelun kokemuksia kartoittavan kyselyn. Lisäksi viikoilla 14, 24 ja 34 tutkittavat vastasivat kyselyihin, joissa kartoitettiin muun muassa masennusoireita. Kyselyt toimitettiin tutkittaville joko postitse tai sähköisesti.

3.2.1 Vanhempien varhaisen kaltoinkohtelun arviointi

Lapsuuden kokemuksia kaltoinkohtelusta arvioitiin Trauma and Distress Scale -kyselyllä (TADS, Salokangas ym., 2016). Kysely on kehitetty varhaisten, ennen 18-vuoden ikää tapahtuneiden, kaltoinkohtelun kokemusten arviointiin takautuvasti. Siihen kuuluu viisi alafaktoria: emotionaalinen kaltoinkohtelu (emotional abuse), fyysinen kaltoinkohtelu (physical abuse), seksuaalinen hyväksikäyttö (sexual abuse), emotionaalinen laiminlyönti (emotional neglect) ja fyysinen laiminlyönti (physical neglect). Kysely mittaa kunkin kaltoinkohtelun eri muodon esiintyvyyttä neljänkymmenenviiden kysymyksen avulla, joista kuhunkin vastataan viisiportaisella Likert-asteikolla (0 = ei koskaan, 4 = melkein aina).

3.2.2 Vanhempien raskausajan masennuksen arviointi

Masennusoireilua mitattiin Edinburgh Postnatal Depression Scale -kyselyllä (EPDS, Cox ym., 1987b), joka on laajasti käytetty kysely raskausajan ja syntymän jälkeisen masennuksen arviointiin. Kysely on validoitu myös miehillä (Matthey ym., 2001), joten isien masennusoireilua raskauden aikana voitiin arvioida samalla kyselyllä. EPDS-kysely koostuu kymmenestä kysymyksestä, jotka koskevat ajankohtaista mielialaa ja muita masennusoireita viimeisen viikon aikana. Kysymyksiin vastataan neliporaisella Likert-asteikolla. Kustakin kysymyksestä voi saada 0–3 pistettä, joten kyselyn kokonaispistemäärä on 0–30 pistettä ja 12 pistettä tai enemmän viittaa tavallista voimakkaampaan oireiluun (Cox ym., 1987b; Karlsson ym., 2018).

3.3 Tilastolliset analyysit

Tämän tutkimuksen tilastolliset analyysit tehtiin IBM SPSS Statistics 25 -ohjelmalla. Tässä tutkimuksessa TADS-kyselyn avulla arvioitua lapsuudessa koettua kaltoinkohtelua käsiteltiin sekä jatkuvana että kategorisena muuttujana. TADS-kyselyn raakapisteen olivat jatkuvia muuttujia ja niitä käytettiin mm. tarkasteltaessa kaltoinkohtelun eri muotojen keskinäisiä yhteyksiä ja niiden yhteyksiä raskausajan masennuksen summamuuttujiin raskausviikolla 14, 24 ja 34. Selvitettäessä tiettyjen kaltoinkohtelun eri muotojen yhteyksiä raskausajan masennuksen kehityskulkuihin, tutkimuksessa käytettiin puolestaan TADS-kyselyn raakapisteistä muodostettuja dikotomisista muuttujia. Dikotomisessa muuttujassa, kunkin kaltoinkohtelun muodon osalta, jos vastaaja raportoi ei-yhtään kertaa tai yhden kerran kokeneensa kyseistä kaltoinkohtelua, hän sai tästä kaltoinkohtelun muodosta arvon nolla (0). Jos hän raportoi kyseisen kaltoinkohtelun muodon tapahtuneen kaksi tai useamman kerran, hän sai arvon yksi (1). Kyseinen menetelmä on validoitu, ja aikaisemmin käytetty suomalaisessa väestössä (Kajanoja ym., 2020; Salokangas ym., 2016).

Myös raskausajan masennusoireilua käsiteltiin tässä tutkimuksessa jatkuvana ja kategorisena muuttujana. EPDS-kyselyn summamuuttujat raskausviikoilla 14, 24 ja 34 olivat jatkuvia muuttujia, mutta näiden kyselyiden pohjalta tehty kasvukäyrämallinnus, jossa masennusoireiden kulku on jaettu viiteen eri luokkaan (Korja ym., 2018), oli kategorinen muuttuja. Kasvukäyrämallinnusta käytettiin lievempien, kroonisten masennusoireiden tarkasteluun. Analyysihin mukaan otetuista taustamuuttujista äidin ja

isän ikä olivat jatkuvia muuttujia ja muut (koulutustaso, arvio kuukausituloista, ensisynnyttäjäys ja eri mielialalääkkeiden käyttö) olivat kategorisia muuttujia.

Analyysit aloitettiin tarkastelemalla jakaumia. Jatkuvista muuttujista äidin ja isän ikä lapsen syntymähetkellä ei noudattanut normaalijakaumaa (Kolmogorov-Smirnoff ja Shapiro-Wilk $p < .001$). Jatkuvat EPDS-muuttujat (raskauspiste 1, 2 ja 3) sekä TADS-muuttujat (emotionaalinen laiminlyönti, emotionaalinen kaltoinkohtelu, fyysinen laiminlyönti, fyysinen kaltoinkohtelu ja seksuaalinen hyväksikäyttö) eivät myöskään olleet normaalisti jakautuneita vaan jakaumat olivat voimakkaasti oikealle vinoja sekä äideillä että puolisoilla. Tämä johtuu siitä, että enemmistö vanhemmista raportoi masennuskyselyissä matalia oiretasoja ja TADS-kyselyssä vähemmistö vanhemmista raportoi kokeneensa kaltoinkohtelua lapsuudessa.

Jakaumien tarkastelun jälkeen tutkittiin millä tavalla taustamuuttujat (vanhempien ikä, koulutustaso, arvio kuukausituloista, mielialalääkkeiden käyttö sekä äidin synnytysten lukumäärä) olivat yhteydessä tutkittaviin ilmiöihin eli lapsuuden kokemuksiin kaltoinkohtelusta ja masennusoireisiin raskausviikolla 14, 24 ja 34. Koska normaalijakaumaoletukset eivät täyttyneet tutkittavien ilmiöiden osalta tutkimuksessa käytettiin epäparametrisia testejä. Iän yhteyttä raskausajan masennusoireisiin ja varhaisen kaltoinkohtelun kokemuksiin tutkittiin Spearmanin korrelaatiokertoimella. Kategoristen muuttujien osalta kahden ryhmän välisiä eroja verrattiin Mann-Whitneyn U-testillä ja useamman ryhmän välisiä eroja Kruskal-Wallis testillä, jonka jatkovertailut ovat Bonferroni-korjattuja.

Tämän jälkeen tarkasteltiin varhaisen kaltoinkohtelun eri muotojen ja raskausajan masennusoireiden välisiä yhteyksiä ensin jatkuvilla muuttujilla Spearmanin korrelaatiokertoimilla. Vasta tämän jälkeen siirryttiin tarkastelemaan kaltoinkohtelun eri muotojen kokemuksia kategoristen muuttujien avulla ja niiden yhteyksiä raskausajan masennuksen eri kehityskulkuihin biologisilla äideillä ja isillä. Yhteyksiä tarkasteltiin ensin χ^2 -riippumattomuustestin avulla ja sen jälkeen multinominaalisella logistisella regressioanalyysillä. Logistiset regressiomallit tehtiin erikseen jokaiselle kaltoinkohtelun muodolle kullekin vanhemmalle. Lopullisiin malleihin ei otettu mukaan niitä taustamuuttujia, jotka eivät selittäneet tilastollisesti merkitsevästi raskausajan masennuksen kehityskulkua (p-arvot $> .05$).

4 TULOKSET

4.1 Taustamuuttujien ja tutkimusmuuttujien väliset yhteydet odottavilla vanhemmilla

4.1.1 Taustamuuttujien yhteydet vanhempien raskausajan masennusoireiluun

Kun tutkittiin taustamuuttujien yhteyksiä raskausajan masennukseen, havaittiin, että äidin ikä oli yhteydessä masennusoireiluun raskausviikolla 14 ($r_s = -.08, p < .001, n = 3266$) ja raskausviikolla 24 ($r_s = -.05, p = .004, n = 3266$) niin, että vanhemmat äidit raportoivat vähemmän oireita kuin nuoremmat äidit. Tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ei löytynyt raskausviikolla 34 ($p = .32$). Puolisoiden kohdalla ikä puolestaan oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä masennusoireiluun raskausviikolla 14 ($r_s = -.05, p = .02, n = 2328$), mutta ei raskausviikoilla 24 ja 34 (p-arvot $> .05$). Äidit, jotka olivat uudelleensynnyttäjiä ($Md = 4.44, n = 1164$) raportoivat ensisynnyttäjiä ($Md = 4.00, n = 1301$) enemmän masennusoireita raskauden loppuvaiheessa, $U = 1096919.50, Z = -3.47, p = .001, r = .07$. Eroja ei kuitenkaan löytynyt raskauden alku- ja keskivaiheissa (p-arvot $> .05$).

Äitien ja puolisoitten masennusoireet erosivat koulutustason mukaan kaikissa kolmessa raskauspisteessä (p-arvot $< .001$), niin, että yliopistotutkinnon ja ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneet raportoivat vähemmän masennusoireita kuin ne, joilla oli korkeintaan toisen asteen koulutus (p-arvot $< .02$). Jatkovertailuissa ei havaittu eroa ammattikorkeakoulututkinnon ja yliopistotutkinnon suorittaneiden välillä (p-arvot $> .32$).

Äitien kohdalla masennusoireissa oli havaittavissa eroja myös tulotason mukaan kaikissa kolmessa mittauspisteessä (p-arvot $< .001$). Äidit, jotka ansaitsivat kuukaudessa arviolta 1500 euroa tai alle raportoivat enemmän masennusoireita raskauden aikana kuin paremmin ansaitsevat äidit (p-arvot $< .02$). Jatkovertailuissa ei havaittu eroja muiden tulotasoluokkien välillä (p-arvot $> .19$). Myös puolisoilla masennusoireet erosivat tulotason mukaan (p-arvot $< .001$), niin, että puoliset, jotka ansaitsivat kuukaudessa arviolta 1500 euroa tai alle raportoivat enemmän masennusoireita kuin puoliset, jotka ansaitsivat 2501 – 3500 euroa (p-arvot $< .003$) tai yli 3500 euroa (p-arvot $< .05$) kaikissa raskauspisteissä ja enemmän kuin 1501 – 2500 euroa ansaitsevat puoliset kolmannessa raskauspisteessä ($p = .006$). Lisäksi puoliset, jotka ansaitsivat arviolta 1501 – 2500 euroa

kuukaudessa raportoivat enemmän masennusoireita kuin 2501 – 3500 euroa ansaitsevat puoliset ensimmäisessä raskauspisteessä ($p = .006$). Jatkovertailuissa ei havaittu eroja muiden tulotasoluokkien välillä (p -arvot $> .18$).

Äidit, joilla oli ensimmäisessä raskauspisteessä käytössä joko SSRI tai SNRI lääke raportoivat enemmän masennusoireita koko raskauden aikana kuin muut äidit (p -arvot $< .001$). Myös, jos käytössä oli SSRI tai SNRI lääke kolmannessa raskauspisteessä, masennusoireita raportoitiin enemmän koko raskauden ajalta (p -arvot $< .001$). Äidit, jotka puolestaan käyttivät jotain muuta mielialäläkettä ensimmäisessä raskauspisteessä, raportoivat myös enemmän masennusoireita raskauden alkuvaiheessa ($Md = 9.00, n = 12$) kuin ne, jotka eivät käyttäneet näitä mielialäläkkeitä ($Md = 4.00, n = 2968$), $U = 8564.00$, $Z = -3.12, p = .002, r = .06$. Eroja ei kuitenkaan löytynyt raskauden keski- tai loppuvaiheissa (p -arvot $> .07$). Eroja ei myöskään löytynyt, kun äideillä oli käytössä jokin muu mielialälääke kolmannessa raskauspisteessä (p -arvot $> .08$).

Myös puoliset, joilla oli ensimmäisessä raskauspisteessä käytössä joko SSRI tai SNRI lääke, raportoivat enemmän masennusoireita koko raskauden ajalta (p -arvot $< .001$). Lisäksi, jos puolisoilla oli käytössä jokin muu mielialälääke, he oireilivat enemmän koko raskauden aikana kuin ne, joilla ei ollut vastaavaa lääkitystä (p -arvot $< .001$). Puolisoiden SSRI, SNRI tai muun mielialäläkkeen käytöstä kolmannessa raskauspisteessä ei ollut tietoa.

4.1.2 Taustamuuttujien yhteydet vanhempien varhaisen kaltoinkohtelun kokemuksiin

Seuraavaksi vanhempien varhaisten kaltoinkohtelun kokemusten ja taustamuuttujien yhteyksiä tarkasteltaessa, havaittiin, että äidin ikä oli negatiivisesti yhteydessä itseraportoituun fyysiseen kaltoinkohteluun ($r_s = -.05, p = .01$) ja seksuaaliseen hyväksikäyttöön ($r_s = -.04, p = .02$) siten, että vanhemmat äidit raportoivat vähemmän fyysistä ja seksuaalista kaltoinkohtelua lapsuudessa kuin nuoremmat äidit. Äidin ikä ei ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä muihin kaltoinkohtelun muotoihin ($p > .24$). Puolison ikä puolestaan oli positiivisesti yhteydessä itseraportoituun emotionaaliseen laiminlyöntiin ($r_s = .06, p = .01$) ja seksuaaliseen hyväksikäyttöön ($r_s = .07, p = .003$) siten, että vanhemmat puoliset raportoivat enemmän emotionaalista laiminlyöntiä ja seksuaalista hyväksikäyttöä kuin nuoremmat puoliset. Puolison ikä ei ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä muihin kaltoinkohtelun muotoihin ($p > .05$).

Uudelleensynnyttäjät ($Md = 3.00$, $n = 1460$) raportoivat ensisynnyttäjiä ($Md = 3.00$, $n = 1552$) enemmän emotionaalista laiminlyöntiä, $U = 1056406.00$, $Z = -3.24$, $p = .001$, $r = .06$, mutta tilastollisesti merkitseviä eroja ei löytynyt muiden kaltoinkohtelun muotojen osalta (p -arvot $> .15$).

Äitien koulutustasolla oli merkitseviä yhteyksiä eri kaltoinkohtelun muotoihin (p -arvot $< .001$) lukuun ottamatta seksuaalista hyväksikäyttöä ($p = .12$) siten, että äidit, joilla oli korkeintaan toisen asteen koulutus, raportoivat enemmän kaltoinkohtelun kokemuksia kuin ammattikorkeakoulututkinnon ja yliopistotutkinnon suorittaneet äidit (p -arvot $< .02$). Puolisoiden kohdalla eri koulutustasot erosivat toisistaan puolestaan kaikkien kaltoinkohtelun eri muotojen osalta (p -arvot $< .001$) lukuun ottamatta emotionaalisen kaltoinkohtelun ($p = .17$) ja seksuaalisen hyväksikäytön ($p = .32$) osalta, siten, että korkeintaan toisen asteen koulutuksen suorittaneet puoliset raportoivat enemmän kaltoinkohtelun kokemuksia kuin muut puoliset (p -arvot $< .03$). Jatkovertailuissa ei havaittu äideillä (p -arvot $> .42$) eikä puolisoilla (p -arvot $> .47$) eroja muiden koulutustasojen välillä.

Samoin äitien tulotasoissa oli havaittavissa eroja kaikkien kaltoinkohtelun eri muotojen osalta (p -arvot $< .001$) seksuaalista hyväksikäyttöä lukuun ottamatta ($p = .10$), niin, että äidit, jotka ansaitsevat kuukaudessa arviolta 1500 euroa tai alle, raportoivat enemmän kaltoinkohtelun kokemuksia kuin 1501 – 2500 euroa tienaavat (p -arvot $< .003$). Myös 1500 euroa tai alle ansaitsevat äidit raportoivat enemmän kaltoinkohtelun kokemuksia kuin 2501 – 3500 ansaitsevat (p -arvot $< .003$), mutta jatkovertailuissa huomattiin, että eroa ei löytynytkään emotionaalisen kaltoinkohtelun osalta näiden kahden ryhmän välillä ($p = .10$). Jatkovertailuissa ei havaittu eroja muiden tulotasoluokkien välillä (p -arvot $> .05$). Puolisoiden kohdalla puolestaan tulotasot erosivat kaikkien eri kaltoinkohtelun muotojen osalta (p -arvot $< .001$) emotionaalista kaltoinkohtelua lukuun ottamatta ($p = .44$). Puolisot, jotka ansaitsivat kuukaudessa arviolta 1500 euroa tai alle, raportoivat enemmän kaltoinkohtelun kokemuksia kuin parempituloiset (p -arvot $< .003$), mutta jos tulot ylittivät 3500 euroa kuukaudessa eroa ei enää ollut havaittavissa (p -arvot $> .19$). Jatkovertailuissa ei havaittu eroja muiden tulotasoluokkien välillä (p -arvot $> .72$).

Äidit, joilla oli ensimmäisellä raskauspisteellä käytössä joko SSRI tai SNRI lääke, raportoivat enemmän kaltoinkohtelua ylipäänsä lapsuudessa kuin muut äidit (p -arvot $< .001$). Ainoana poikkeuksena oli itseraportoitu seksuaalinen hyväksikäyttö, jossa ei

näkynyt eroa ryhmien välillä ($p = .13$). Myös, jos käytössä oli SSRI tai SNRI lääke kolmannessa raskauspisteessä, kaltoinkohtelua raportoitiin enemmän (p -arvot $< .009$). Kolmannessa raskauspisteessä kuitenkin poikkeuksen teki fyysinen laiminlyönti, jossa ei havaittu eroa ryhmien välillä ($p = .05$). Äitien itseraportoimat kokemukset kaltoinkohtelun eri muodoista eivät eronneet äidin muun mielialälääkkeen käytön mukaan ensimmäisessä eikä kolmannessa raskauspisteessä (p -arvot $> .05$).

Myös puoliset, joilla oli ensimmäisessä raskauspisteessä käytössä joko SSRI tai SNRI lääke, raportoivat enemmän kaltoinkohtelua ylipäänsä lapsuudessa (p -arvot $< .005$), seksuaalista hyväksikäyttöä lukuun ottamatta ($p = .06$). Myös, jos puolisoilla oli käytössä jokin muu mielialälääke ensimmäisessä raskauspisteessä, kaltoinkohtelun kaikkia eri muotoja raportoitiin enemmän (p -arvot $< .04$). Puolisoiden SSRI, SNRI tai muun mielialälääkkeen käytöstä kolmannella raskauspisteellä ei ollut tietoa.

4.2 Vanhempien varhaisten kaltoinkohtelun kokemusten yhteys raskausajan masennusoireiluun jatkuvilla muuttujilla

Odottavien vanhempien täyttämien TADS- ja EPDS-kyselyiden raakapisteiden keskiarvot, keskihajonnat ja vaihteluvälit on raportoitu taulukossa 2. Aineistossa äideistä 29,1 % raportoi emotionaalista kaltoinkohtelua lapsuudessa, 20,4 % fyysistä kaltoinkohtelua, 12,9 % seksuaalista hyväksikäyttöä, 33,7 % emotionaalista laiminlyöntiä ja 34,4 % fyysistä laiminlyöntiä. Puolisoiden osalta 14,5 % raportoi emotionaalista kaltoinkohtelua, 13,2 % fyysistä kaltoinkohtelua, 2,5 % seksuaalista hyväksikäyttöä, 22,7 % emotionaalista laiminlyöntiä ja 24 % fyysistä laiminlyöntiä.

Taulukko 2. Äitien ja puolisoitten TADS-kyselyn ja masennusoirekyselyiden keskiarvot, keskihajonnat sekä havaittu vaihteluväli koko aineistossa (n = 3266 ja 2328) raskausviikoilla 14, 24 ja 34.

	Äidit			Puolisot		
	Ka	Kh	Vaihteluväli	Ka	Kh	Vaihteluväli
Lapsuudessa koettu kaltoinkohtelu						
(TADS-kysely)						
Emotionaalinen laiminlyönti	3.7	3.7	[0;17]	3.8	3.4	[0;19]
Emotionaalinen kaltoinkohtelu	2.2	3.2	[0;14]	1.6	2.5	[0;17]
Fyysinen laiminlyönti	2.2	2.4	[0;17]	2.4	2.2	[0;13]
Fyysinen kaltoinkohtelu	1.2	2.2	[0;14]	1.3	2.1	[0;17]
Seksuaalinen hyväksikäyttö	0.4	1.5	[0;16]	0.1	0.5	[0;6]
Raskausajan masennusoireilu						
EPDS, raskauspiste 1	4.9	3.9	[0;27]	3.5	3.3	[0;19]
EPDS, raskauspiste 2	4.6	3.7	[0;22]	3.4	3.4	[0;21]
EPDS, raskauspiste 3	4.5	3.8	[0;19]	3.0	3.3	[0;21]

Äitien ja isien raskausajan masennusoireiden ja varhaisten kaltoinkohtelun kokemusten välisiä yhteyksiä tarkasteltiin aluksi korrelaatiokertoimilla, jotka ovat nähtävissä taulukoissa 3 (äidit) ja 4 (puolisot). Äitien kohdalla havaittiin, että kaikki kaltoinkohtelun eri muodot olivat yhteydessä masennusoireiluun kaikissa raskauspisteissä (p -arvot = .01). Heikoin yhteys äideillä löytyi seksuaalisen kaltoinkohtelun ja kolmannen raskauspisteen masennusoireilun välillä ($r_s = .09$) ja vahvin yhteys emotionaalisen laiminlyönnin ja ensimmäisen raskauspisteen masennusoireilun välillä ($r_s = .32$). Myös puolisoitten kohdalla oli havaittavissa tilastollisesti merkitsevää yhteyttä kaikkien kaltoinkohtelun eri muotojen ja masennusoireilun välillä eri raskauspisteillä (p -arvot = .01), lukuun ottamatta seksuaalisen hyväksikäytön yhteyttä masennusoireiluun toisella raskauspisteellä ($p = .27$). Heikoin tilastollisesti merkitsevä yhteys puolisoilla löytyi seksuaalisen hyväksikäytön ja ensimmäisen raskauspisteen masennusoireilun välillä ($r_s = .08$) ja voimakkain yhteys emotionaalisen kaltoinkohtelun ja ensimmäisen raskauspisteen ($r_s = .35$, $p = .01$) sekä kolmannen raskauspisteen ($r_s = .35$) masennusoireilun välillä. Sekä äitien että puolisoitten masennusoireilun ja kaltoinkohtelun väliset korrelaatiot olivat kaikki tilastollisesti merkitseviä, mutta voimakkuudeltaan heikkoja.

Masennusoireiden keskinäisiä korrelaatioita tarkasteltaessa eri raskauspisteissä, havaittiin, että oireet olivat vahvasti yhteydessä toisiinsa sekä äideillä että puolisoilla (p -arvot = .01). Äideillä yhteydet (Spearmanin korrelaatiokertoimet) vaihtelivat .57 ja .63 välillä ja puolisoilla .58 ja .63 välillä. Kaltoinkohtelun eri muotojen keskinäisiä korrelaatioita puolestaan tarkasteltaessa havaittiin, että nekin olivat kaikki tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä toisiinsa sekä äideillä että puolisoilla (p -arvot = .01), mutta yhteyksien voimakkuudet vaihtelivat eri muotojen välillä. Voimakkain yhteys löytyi äideillä emotionaalisen laiminlyönnin ja emotionaalisen kaltoinkohtelun välillä ($r_s = .69$) ja puolisoilla emotionaalisen laiminlyönnin ja fyysisen laiminlyönnin välillä ($r_s = .62$). Heikoimmat yhteydet löytyivät emotionaalisen laiminlyönnin ja seksuaalisen hyväksikäytön välillä sekä äideillä ($r_s = .22$) että puolisoilla ($r_s = .08$). Molempien vanhempien osalta seksuaalisen hyväksikäytön yhteydet myös muihin kaltoinkohtelun muotoihin olivat voimakkuudeltaan heikkoja (korrelaatiokertoimet < .30).

Taulukko 3. Äitien lapsuudessa koettujen kaltoinkohtelun kokemusten ja masennusoireilun yhteydet raskausviikoilla 14, 24 ja 34.

	TADS, EN	TADS, EA	TADS, PN	TADS, PA	TADS, SA	EPDS (rp1)	EPDS (rp2)	EPDS (rp3)
TADS, EN	1							
TADS, EA	.69**	1						
TADS, PN	.68**	.55**	1					
TADS, PA	.53**	.61**	.52**	1				
TADS, SA	.22**	.26**	.23**	.30**	1			
EPDS (rp1)	.32**	.32**	.19**	.20**	.08**	1		
EPDS (rp2)	.29**	.28**	.20**	.17**	.11**	.62**	1	
EPDS (rp3)	.28**	.27**	.17**	.17**	.09**	.57**	.63**	1

TADS = Trauma and Distress Scale, EN = emotional neglect, EA = emotional abuse, PN = physical neglect, PA = physical abuse, SA = sexual abuse; EPDS = Edinburgh Postnatal Depression Scale. ** p < .01

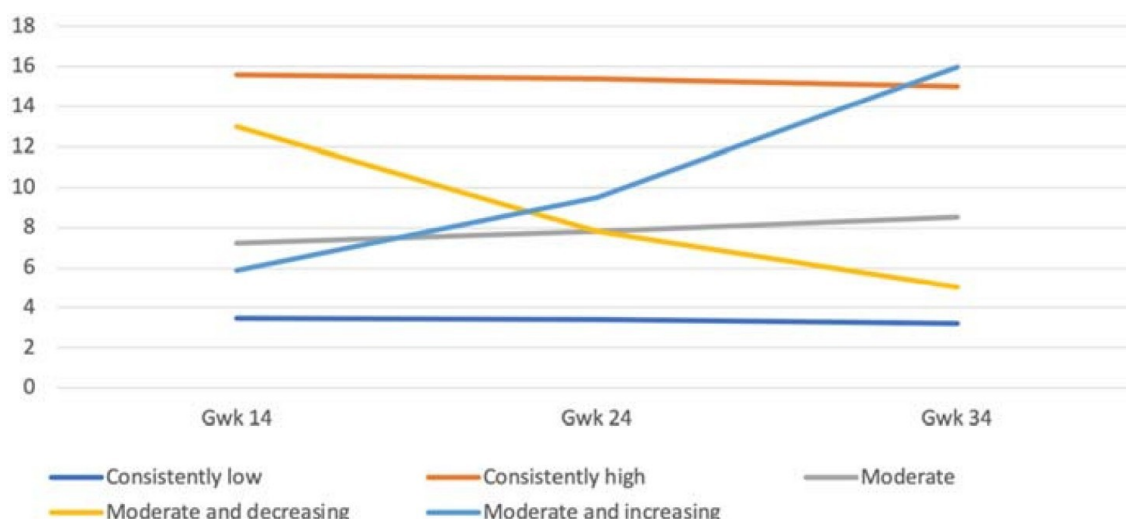
Taulukko 4. Puolisoiden lapsuudessa koettujen kaltoinkohtelun kokemusten ja masennusoireilun yhteydet raskausviikoilla 14, 24 ja 34.

	TADS, EN	TADS, EA	TADS, PN	TADS, PA	TADS, SA	EPDS (rp1)	EPDS (rp2)	EPDS (rp3)
TADS, EN	1							
TADS, EA	.55**	1						
TADS, PN	.62**	.44**	1					
TADS, PA	.39**	.53**	.41**	1				
TADS, SA	.08**	.13**	.09**	.16**	1			
EPDS (rp1)	.30**	.35**	.21**	.23**	.08**	1		
EPDS (rp2)	.31**	.34**	.23**	.22**	.03	.61**	1	
EPDS (rp3)	.27**	.35**	.20**	.25**	.08**	.58**	.63**	1

TADS = Trauma and Distress Scale, EN = emotional neglect, EA = emotional abuse, PN = physical neglect, PA = physical abuse, SA = sexual abuse; EPDS = Edinburgh Postnatal Depression Scale. ** p < .01

4.3 Vanhempien varhaisen kaltoinkohtelun kokemuksien yhteys raskausajan masennusoireiluun kategorisilla muuttujilla

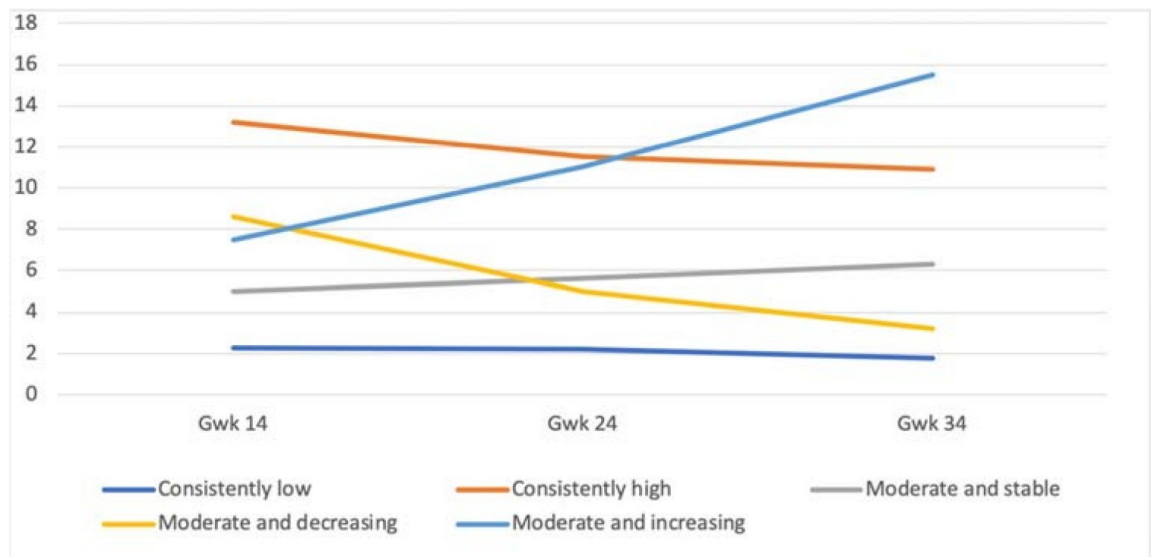
Koska aineistosta löydettiin viitteitä siihen, että vanhempien varhaiset kaltoinkohtelun kokemukset olisivat yhteydessä masennusoireiluun raskausviikoilla 14, 24 ja 34, seuraavaksi siirryttiin tarkastelemaan kaltoinkohtelun kokemuksien yhteyksiä raskausajan masennuksen erilaisiin kehityskulkuihin, jolloin pystyttiin selvittämään kaltoinkohtelun eri muotojen yhteyksiä myös lievempiin, kroonisiin oirekuviin. Kuvaajissa 1 ja 2 on havainnollistettu masennuskyselyiden pohjalta muodostetut viisi kehityskulkua biologisilla äideillä ja isillä (Korja ym., 2018). Alla olevissa taulukoissa on kuvattu, miten äidit (taulukko 5) ja isät (taulukko 6) jakautuvat näihin luokkiin.



Kuvaaja 1. Masennuskyselyiden raakapisteiden perusteella muodostetut oireiden viisi kehityskulkua raskauden aikana äideillä (kuva julkaisusta Korja ym., 2018).

Taulukko 5. Äitien jakautuminen raskausajan masennuksen viiden eri kehityskulun luokkaan koko aineistossa ($n = 3202$).

Matalaa oireilua koko raskauden ajan (consistently low), n (%)	2156 (66.0)
Kohtalaista oireilua koko raskauden ajan (moderate), n (%)	773 (23.7)
Korkeaa oireilua koko raskauden ajan (consistently high), n (%)	67 (2.1)
Kohtalaista oireilua, joka laskee loppupuolella (moderate and decreasing), n (%)	131 (4.0)
Kohtalaista oireilua, joka nousee loppupuolella (moderate and increasing), n (%)	72 (2.2)



Kuvaaja 2. Masennuskyselyiden raakapisteiden perusteella muodostetut oireiden viisi kehityskulkua raskauden aikana isillä (kuva julkaisusta Korja ym., 2018).

Taulukko 6. Isien jakautuminen raskausajan masennuksen viiden eri kehityskulun luokkaan koko aineistossa ($n = 2076$).

Matalaa oireilua koko raskauden ajan (consistently low), n (%)	1468 (44.9)
Kohtalaista oireilua koko raskauden ajan (moderate), n (%)	306 (9.4)
Korkeaa oireilua koko raskauden ajan (consistently high), n (%)	66 (2.0)
Kohtalaista oireilua, joka laskee loppupuolella (moderate and decreasing), n (%)	183 (5.6)
Kohtalaista oireilua, joka nousee loppupuolella (moderate and increasing), n (%)	42 (1.3)

Koska kaikki muuttujat olivat kategorisia muuttujia, yhteyksiä tarkasteltiin ensin χ^2 -riippumattomuustestillä sekä äideillä että isillä. Äitien osalta kaikkien kaltoinkohtelun muotojen ja raskausajan masennuksen kehityskulkujen välillä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys (p -arvot $< .001$), mutta yhteydet olivat heikkoja (taulukko 5). Samoihin tuloksiin päädyttiin myös isien osalta: kaikki kaltoinkohtelun eri muodot olivat yhteydessä raskausajan masennuksen kehityskuluihin (p -arvot $< .004$) ja nekin olivat heikkoja (taulukko 7). Lapsuudessa koettu kaltoinkohtelu selitti äideillä korkeintaan 4 % raskausajan masennuksen kehityskulussa tapahtuvasta vaihtelusta ja isillä alle prosentin.

Taulukko 7. Äitien ja isien lapsuudessa koettujen kaltoinkohtelun eri muotojen ja raskausajan masennuksen kehityskulkujen välisten yhteyksien efektikoot ja selitysasteet.

	Äidit		Isät	
	η	η^2	η	η^2
Emotionaalinen kaltoinkohtelu	.21	.04	.06	.004
Fyysinen kaltoinkohtelu	.14	.02	.10	.01
Seksuaalinen hyväksikäyttö	.10	.01	.003	.00001
Emotionaalinen laiminlyönti	.20	.09	.09	.01
Fyysinen laiminlyönti	.14	.02	.06	.004

4.4 Multinominaalinen logistinen regressioanalyysi

Seuraavaksi raportoidaan ensin äideille tehdyt mallit ja sitten isille tehdyt regressiomallit. Jokaiselle kaltoinkohtelun muodolle muodostettiin oma mallinsa, koska eri muotojen väliset korrelaatiot olivat enimmäkseen korkeita. Malleihin lisättiin ne taustamuuttujat, joiden vaikutusta haluttiin kontrolloida. Äitien osalta nämä taustamuuttujat olivat ensi- tai uudelleensynnyttäjäisyys, koulutus, kuukausitulot sekä SSRI tai SNRI lääkkeen käyttö kolmannessa raskauspisteessä. Isien osalta nämä olivat kuukausitulot ja SSRI tai SNRI lääkkeen käyttö ensimmäisessä raskauspisteessä. Malleja muodostettiin siis yhteensä 5 x 2 ja äitien mallit on merkitty kirjaimella A (taulukko 8) ja isien kirjaimella B (taulukko 9).

Taulukko 8. Multinominaaliset logistiset regressiomallit äitien raportoimien kaltoinkohtelun muotojen yhteydestä raskausajan masennuksen kehityskulkuihin, kun ensisynnyttäjäyys, koulutustaso, arvio kuukausituloista sekä SSRI tai SNRI lääkkeen käyttö kolmannessa raskauspisteessä kontrolloitiin. Kerroinsuhde (OR), joka on suurempi kuin 1, osoittaa, että kaltoinkohtelua esiintyy todennäköisemmin vertailuryhmässä. Kerroinsuhde, joka on alle 1, osoittaa, että kaltoinkohtelua esiintyy vähemmän todennäköisesti vertailuryhmässä.

	Pseudo- R ²	Korkeaa oireilua koko raskauden ajan OR [CI 95 %]	Kohtalaista oireilua koko raskauden ajan OR [CI 95 %]	Kohtalaista oireilua, joka kasvaa loppuvaiheessa OR [CI 95 %]	Kohtalaista oireilua, joka laskee loppuvaiheessa OR [CI 95 %]
Malli 1a	.10				
Emotionaalinen kaltoinkohtelu		0.14 [0.07, 0.27]	0.44 [0.36, 0.54]	0.23 [0.13, 0.41]	0.43 [0.28, 0.66]
Malli 2a	.07				
Fyysinen kaltoinkohtelu		0.36 [0.19, 0.66]	0.64 [0.51, 0.81]	0.45 [0.25, 0.80]	0.38 [0.25, 0.58]
Malli 3a	.10				
Emotionaalinen laiminlyönti		0.10 [0.05, 0.22]	0.53 [0.44, 0.65]	0.26 [0.15, 0.46]	0.34 [0.22, 0.51]
Malli 4a	.07				
Fyysinen laiminlyönti		0.38 [0.21, 0.69]	0.65 [0.53, 0.78]	0.45 [0.26, 0.77]	0.39 [0.26, 0.59]
Malli 5a	.05				
Seksuaalinen hyväksikäyttö*		0.22 [0.13, 0.39]	0.68 [0.53, 0.86]	0.49 [0.26, 0.91]	0.37 [0.24, 0.56]

*Kontrolloitaviin taustamuuttujiin ei kuulunut SSRI ja SNRI lääkkeen käyttö kolmannella raskauspisteellä ($p > .05$).

Taulukko 9. *Multinomiaaliset logistiset regressiomallit isien raportoimien kaltoinkohtelun muotojen yhteydestä raskausajan masennuksen kehityskulkuihin, kun arvio kuukausituloista sekä SSRI tai SNRI lääkkeen käyttö ensimmäisellä raskauspisteellä kontrolloitiin. Kerroinsuhde (OR), joka on suurempi kuin 1, osoittaa, että kaltoinkohtelua esiintyy todennäköisemmin vertailuryhmässä. Kerroinsuhde, joka on alle 1, osoittaa, että kaltoinkohtelua esiintyy vähemmän todennäköisesti vertailuryhmässä.*

	Pseudo- R ²	Korkeaa oireilua koko raskauden ajan OR [CI 95 %]	Kohtalaista oireilua koko raskauden ajan OR [CI 95 %]	Kohtalaista oireilua, joka kasvaa loppuvaiheessa OR [CI 95 %]	Kohtalaista oireilua, joka laskee loppuvaiheessa OR [CI 95 %]
Malli 1b	.08				
Emotionaalinen kaltoinkohtelu		0.21 [0.12, 0.35]	0.42 [0.32, 0.56]	0.24 [0.12, 0.48]	0.46 [0.32, 0.65]
Malli 2b	.07				
Fyysinen kaltoinkohtelu		0.22 [0.13, 0.38]	0.55 [0.41, 0.74]	0.28 [0.14, 0.55]	0.43 [0.30, 0.62]
Malli 3b	.09				
Emotionaalinen laiminlyönti		0.13 [0.07, 0.24]	0.45 [0.35, 0.59]	0.29 [0.15, 0.59]	0.41 [0.30, 0.57]
Malli 4b	.06				
Fyysinen laiminlyönti		0.52 [0.31, 0.89]	0.55 [0.43, 0.72]	0.41 [0.20, 0.81]	0.51 [0.37, 0.70]
Malli 5b	.04				
Seksuaalinen hyväksikäyttö		0.75 [0.22, 2.62]	0.40 [0.24, 0.68]	5221807.34*	0.47 [0.24, 0.62]

*Luottamusväli puuttuu, koska seksuaalista hyväksikäyttöä kokeneita isiä ei löytynyt lainkaan tästä ryhmästä (0.0 %).

4.4.1 Multinominaaliset logistiset regressioanalyysit äideillä

Ensimmäinen malli (malli 1a), jossa selittäjinä oli emotionaalinen kaltoinkohtelu ja kontrolloitavat taustamuuttujat eli ensisynnyttäjäyys koulutustaso, tulotaso sekä SSRI tai SNRI lääkkeen käyttö kolmannessa raskauspisteessä, sopi aineistoon hyvin ($\chi^2(248) = 255.68$, $p = .36$). Mallin selitysaste oli .10, mikä tarkoittaa, että malli selittää noin kymmenen prosenttia raskausajan masennuksen kehityskuluissa ilmenevästä vaihtelusta. Emotionaalinen kaltoinkohtelu oli myös tilastollisesti merkitsevä selittäjä, kun verrattiin äitien kuulumista eri ryhmiin raskausajan masennuksen kehityskulun suhteen (p-arvot < .001). Jos äiti raportoi emotionaalista kaltoinkohtelua lapsuudessa, todennäköisemmin hän kuului mihin tahansa muuhun luokkaan kuin tasaisen matalien oireiden luokkaan (taulukko 8). Suurin todennäköisyys havaittiin, kun matalaa oireilua verrattiin korkeaan oireiluun koko raskauden ajan ($OR = 0.14$, $CI [0.07, 0.27]$) ja pienin, kun sitä verrattiin kohtalaiseen oireiluun koko raskauden ajan ($OR = 0.44$, $CI [0.36, 0.54]$).

Toinen malli (malli 2a), joka sisälsi fyysisen kaltoinkohtelun ja kontrolloitavat taustamuuttujat ($\chi^2(248) = 261.70$, $p = .26$), kolmas malli (malli 3a), joka sisälsi emotionaalisen laiminlyönnin ja kontrolloitavat taustamuuttujat ($\chi^2(256) = 269.14$, $p = .27$) ja neljäs malli (malli 4a), joka sisälsi fyysisen laiminlyönnin ja kontrolloitavat taustamuuttujat ($\chi^2(252) = 259.16$, $p = .37$), sopivat myös aineistoon hyvin. Viides malli (malli 5a) sisälsi seksuaalisen hyväksikäytön lisäksi kontrolloitavista taustamuuttujista puolestaan koulutustason, tulotason ja ensisynnyttäjäyden, ja sekin sopi aineistoon hyvin ($\chi^2(160) = 131.02$, $p = .95$). Myös näissä malleissa kaltoinkohtelun muodot olivat tilastollisesti merkitseviä selittäjiä, kun verrattiin äitien kuulumista eri ryhmiin raskausajan masennuksen kehityskulun suhteen (p-arvot < .02). Jos äiti raportoi kaltoinkohtelua lapsuudessa, hän todennäköisemmin raportoi jonkinlaista masennusoireilua raskausaikana (taulukko 8). Suurin todennäköisyys havaittiin, kun matalaa oireilua verrattiin korkeaan oireiluun koko raskauden ajan ja äiti oli raportoinut kokeneensa emotionaalista laiminlyöntiä lapsuudessa ($OR = 0.10$, $CI [0.05, 0.22]$) ja pienin, kun sitä verrattiin kohtalaiseen oireiluun koko raskauden ajan ja äiti oli raportoinut kokeneensa seksuaalista hyväksikäyttöä ($OR = 0.68$, $CI [0.53, 0.86]$).

Kaikissa malleissa kontrolloitavista taustamuuttujista äitien koulutustaso ($OR = 0.77 - 0.79$) ja ensisynnyttäjäyys ($OR = 1.34 - 1.39$) selitti kuulumista kohtalaisesti oireilevaan ryhmään (p-arvot < .002) ja tulotaso ($OR = 0.35 - 0.40$) selitti kuulumista korkeasti oireilevaan ryhmään (p-arvot < .002). Toisin sanoen mitä korkeammin koulutettu äiti on,

ja jos hän on ensisynnyttäjä, sitä todennäköisemmin hän raportoi tasaisen matalia oireita koko raskauden ajan kuin kohtalaisia kroonisia oireita. Lisäksi mitä enemmän äiti ansaitsee kuukaudessa, sen todennäköisemmin hän raportoi tasaisen matalia kuin korkeita kroonisia oireita koko raskauden aikana. SSRI tai SNRI lääkkeen käyttö kolmannessa raskauspisteessä ($OR = 2.67 - 10.90$) selitti puolestaan kuulumista matalia oireita raportoivien ryhmään (p -arvot $< .05$).

4.4.2 Multinominaaliset logistiset regressioanalyysit isillä

Ensimmäinen malli (malli 1b), jossa selittäjinä oli emotionaalinen kaltoinkohtelu, sopi aineistoon hyvin ($\chi^2(40) = 32.48, p = .79$). Toinen malli (malli 2b), joka sisälsi fyysisen kaltoinkohtelun ($\chi^2(40) = 24.18, p = .98$), kolmas malli (malli 3b), joka sisälsi emotionaalisen laiminlyönnin ($\chi^2(40) = 35.17, p = .69$) ja neljäs malli (malli 4b), joka sisälsi fyysisen laiminlyönnin ($\chi^2(40) = 31.93, p = .82$), sopivat myös aineistoon hyvin.

Näissä malleissa kaltoinkohtelun muodot olivat myös tilastollisesti merkitseviä selittäjiä, kun verrattiin isien kuulumista eri ryhmiin raskausajan masennuksen kehityskulun suhteen (p -arvot $< .02$). Jos isä raportoi kaltoinkohtelua lapsuudessa, hän oireili todennäköisemmin millä tahansa muulla tavoin raskauden aikana kuin tasaisen matalasti (taulukko 9). Suurin todennäköisyys havaittiin, kun matalaa oireilua verrattiin korkeaan oireiluun koko raskauden ajan ja isä oli raportoinut kokeneensa emotionaalista laiminlyöntiä lapsuudessa ($OR = 0.13, CI [0.07, 0.24]$).

Viides malli (malli 5b), joka sisälsi seksuaalisen hyväksikäytön ja kontrolloitavat muuttujat, sopi sekin hyvin aineistoon ($\chi^2(36) = 23.11, p = .95$) ja mallin selitysaste oli .04, mikä tarkoittaa, että malli selittää myös noin neljä prosenttia raskausajan masennuksen kehityskuluissa ilmenevästä vaihtelusta. Seksuaalinen kaltoinkohtelu ei kuitenkaan kaikissa tapauksissa ollut tilastollisesti merkitsevä selittäjä, kun verrattiin isien kuulumista eri ryhmiin raskausajan masennuksen kehityskulun suhteen: Kun tasaisesti matalaa oireilua verrattiin kroonisesti kohtalaiseen oireiluun ja laskevaan oireokuvaan raskauden aikana, seksuaalinen kaltoinkohtelu selitti merkitsevästi kuulumista näihin enemmän oireileviin ryhmiin ($OR = 0.40, CI [0.24, 0.68], p = .001$ ja $OR = 0.47, CI [0.24, 0.62], p = .03$). Kun tasaisesti matalaa oireilua verrattiin puolestaan jatkuvasti korkeaan oireiluun ja nousevaan oireokuvaan raskauden aikana, seksuaalinen kaltoinkohtelu ei selittänyt merkitsevästi kuulumista näihin enemmän oireileviin ryhmiin ($p = .65$).

Kaikissa malleissa kontrolloitavista taustamuuttujista isien tulotaso selitti kuulumista korkeasti oireilevaan ($OR = 0.42 - 0.44$) ja kohtalaisesti oireilevaan ($OR = 0.78 - 0.82$) ryhmään (p -arvot $< .02$) ja SSRI tai SNRI lääkkeen käyttö ensimmäisellä raskauspisteellä selitti kuulumista matalasti oireilevaan ryhmään (p -arvot $< .03$), kun vertailukohteena oli kuuluminen korkeasti oireilevaan ryhmään ($OR = 4.76 - 8.50$) ja kohtalaisesti oireilevaan ryhmään, jossa oireet kasvavat loppuvaiheessa ($OR = 4.28 - 6.93$). Toisin sanoen mitä enemmän isä ansaitsee kuukaudessa, sen todennäköisemmin hän raportoi matalia oireita kuin kohtalaisia tai korkeita koko raskauden ajan. Lisäksi, jos isä käyttää SSRI tai SNRI lääkettä raskauden alkuvaiheessa, sitä todennäköisemmin hän oireilee matalasti koko raskauden ajan kuin korkeasti koko raskauden ajan tai kohtalaisesti niin, että oireet kasvavat puolison raskauden edetessä.

5 POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, ovatko odottavien äitien ja isien lapsuudessa koetut kaltoinkohtelun muodot (fyysinen ja emotionaalinen kaltoinkohtelu, seksuaalinen hyväksikäyttö sekä fyysinen ja emotionaalinen laiminlyönti) yhteydessä raskausajan masennusoireiluun isossa normaaliväestöotoksessa. Aiemman tutkimuksen perustella (Korja ym., 2018) aineistossa oli havaittu masennuksen viisi erilaista kehityskulkua alkuraskaudesta loppuraskauteen niin isillä kuin äideillä, jotka olivat: 1) matalaa oireilua koko raskauden ajan, 2) kohtalaista oireilua raskauden alkuvaiheessa, joka laskee raskauden loppua kohden, 3) kohtalaista oireilua koko raskauden ajan, 4) kohtalaista oireilua raskauden alkuvaiheessa, joka nousee raskauden loppua kohden ja 5) korkea oireilua koko raskauden ajan. Päättävänä tavoitteena oli selvittää lapsuudessa koetun kaltoinkohtelun yhteyttä lieväoireisempaan, krooniseen oirekuvaan (em. ryhmä 3). Kiinnostuksen kohteena oli myös selvittää, mitkä kaltoinkohtelun muodot ovat suurimpia riskitekijöitä tämän kaltaisen oireikuvan ilmenemiselle raskauden aikana. Lisäksi, vaikka tämän tutkimuksen keskeisenä tavoitteena ei ollutkaan selvittää taustatekijöiden (esim. iän, koulutuksen, tulotason) yhteyksiä erikseen masennusoireiluun ja raportoituihin kaltoinkohtelun kokemuksiin lapsuudessa, taustatekijöiden analyysi tuotti uutta ja mielenkiintoista tietoa näistä yhteyksistä, minkä vuoksi myös niiden merkityksiä pohditaan tässä tutkielmassa.

5.1 Päätulokset

Tämän tutkimuksen päättävänä tavoitteena oli selvittää varhaisten kaltoinkohtelun kokemusten yhteyttä masennuksen lieväoireisempaan, mutta krooniseen oirekuvaan raskauden aikana. Oletus siitä, että äitien raportoimat lapsuuden kokemukset kaltoinkohtelusta olisivat yhteydessä heidän raskausajan masennuksen eri kehityskulkuihin, sai tämän tutkimuksen tuloksista tukea. Kaikki kaltoinkohtelun muodot olivat yhteydessä kaikkiin masennuksen eri kehityskulkuihin, myös lieväoireisempaan, krooniseen oirekuvaan. Kuitenkin vertailtaessa voimakkaammin oireilevia ryhmiä matalasti oireilevaan ryhmään, havaittiin, että äidit, jotka raportoivat kokeneensa kaltoinkohtelua lapsuudessa oireilevat todennäköisesti muita äitejä voimakkaammin raskauden aikana.

Isien lapsuuden kaltoinkohtelun kokemusten ja raskausajan masennuksen kehityskulkujen yhteydestä ei asetettu etukäteen varsinaista hypoteesia. Tulosten

arvioitiin kuitenkin olevan samansuuntaiset kuin äideillä, mikäli merkittäviä tuloksia havaittaisiin. Hypoteesi sai tästä tutkimuksesta enimmäkseen tukea, sillä myös isien kohdalla kaikki kaltoinkohtelun eri muodot olivat yhteydessä masennuksen viiteen eri kehityskulkuun ja vertailtaessa voimakkaammin oireilevia ryhmiä matalasti oireilevaan ryhmään, havaittiin myös, että isät, jotka raportoivat kokeneensa kaltoinkohtelua lapsuudessa oireilevat todennäköisesti muita isiä voimakkaammin puolison odotusaikana. Vain isien lapsuudessa koetun seksuaalisen hyväksikäytön kohdalla eroa matalasti oireilevan ryhmän ja voimakkaammin oireilevien ryhmien välillä ei löytynyt, mikä saattaa johtua ilmiön harvinaisuudesta miehillä.

Havainto siitä, että äitien ja isien kaltoinkohtelun kokemukset lapsuudessa olivat yhteydessä heidän masennusoireilunsa kehityskulkuun raskauden aikana, antaa varovaista tukea aikaisemmille tutkimuksille. Aiemmissä tutkimuksissa ei ole tutkittu varhaisten kaltoinkohtelun kokemusten yhteyksiä raskausajan masennuksen erilaisiin kehityskulkuun vanhemmilla. Tutkimuksissa on kuitenkin havaittu kaltoinkohtelun kokemusten olevan yhteydessä kliiniseen masennukseen raskauden aikana äideillä (esim. Romano ym., 2006; Rich-Edwards ym., 2011; Plant ym., 2013). Aikaisemmin ei ole tiedettävästi tehty tutkimusta isien kaltoinkohtelun kokemusten yhteydestä heidän masennusoireiluunsa puolison odotusaikana.

Tässä tutkimuksessa havaittuja yhteyksiä vanhempien lapsuudessa koetun kaltoinkohtelun ja raskausajan masennuksen kehityskulkujen välillä on kuitenkin syytä tulkita varovaisuudella siksi, että yhteydet olivat kaiken kaikkiaan heikkoja. Mahdollinen syy yhteyksien heikkoudelle voi liittyä siihen, että aineiston äideistä ja isistä vain pieni osa raportoi kaltoinkohtelun kokemuksia lapsuudessa. Esiintyvyyshluvut ovat kuitenkin suunnilleen yhtä suuria kuin maailmanlaajuiset esiintyvyyshluvut varhaisille kaltoinkohtelun eri muodoille (Stoltenborgh ym., 2014), minkä vuoksi tulokset ovat kuitenkin osin yleistettävissä muihin samankaltaisiin populaatioihin. Toinen syy yhteyksien heikkoudelle voi olla, että tässä tutkimuksessa ei otettu huomioon muita psyykkisiä oireita raskauden aikana. Lapsuuden kaltoinkohtelun kokemuksilla on lukuisia psyykkisiä seurauksia masennusoireilun lisäksi kuten esimerkiksi ahdistuneisuusoireita tai päihdeongelmia (Salokangas, 2020). Tässä pro gradu -tutkimuksessa keskityttiin kuitenkin tarkoituksella vain masennusoireiluun ja muut oireet rajattiin pois, koska muutoin tutkielma olisi ollut liian laaja. Kolmas syy voi olla, että tähän tutkimukseen kerätty tieto vanhempien kaltoinkohtelun kokemuksista lapsuudessa

tuli äitien kaikilta puolisoilta, mutta masennuskyselyn pohjalta muodostettu kasvukäyrämallinnus oireiden kehityskuluista tehtiin vain biologisille isille. Neljäs syy voi olla, että tämän aineiston vanhemmista suurin osa oli suhteellisen korkeasti koulutettuja, mikä voi myös mahdollisesti vaikuttaa havaittuihin yhteyksiin. Hyvän kognitiivisen tason tai toisaalta elämässä havaittujen asioiden, kuten koulutus ja hyvän tulotason, tiedetään suojaavan esimerkiksi masennukselta (Traub ym., 2017).

Tämän tutkimuksen toisena tavoitteena oli selvittää, mitkä kaltoinkohtelun muodot kohottavat erityisesti riskiä masennuksen kehittymistä raskauden aikana. Tämän tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että äitien ja isien kokema emotionaalinen kaltoinkohtelu ja laiminlyönti lapsuudessa ennustaisi todennäköisimmin kuulumista korkeasti oireilevaan ryhmään kuin matalasti oireilevaan ryhmään. Äitien kokema emotionaalinen kaltoinkohtelu ja laiminlyönti ennusti myös todennäköisimmin kuulumista kohtalaisesti oireilevaan ryhmään ja isien kohdalla puolestaan emotionaalinen kaltoinkohtelu ja seksuaalinen hyväksikäyttö ennusti todennäköisimmin kuulumista kyseiseen ryhmään. Tulokset antavat tukea tässä tutkimuksessa asetetulle hypoteesille, jonka mukaan emotionaalinen kaltoinkohtelu ja laiminlyönti olisivat suurimpia riskitekijöitä myös lievempien, kroonisten oireiden kehittymiselle raskausaikana, sillä muissa populaatioissa on havaittu näiden muotojen kohottavan riskiä masennusoireille ylipäänsä (Salokangas ym., 2020; Gerke ym., 2017; Nelson ym., 2017; Infura ym., 2016; Schalisnki ym., 2016; Khan ym., 2015).

Emotionaalisen kaltoinkohtelun ja laiminlyönnin yhteyksiä raskausajan masennuksen kehityskulkuihin on kuitenkin syytä tulkita myös varovaisuudella, sillä yhteydet olivat heikkoja. Lisäksi aikaisempien tutkimuksien pohjalta tiedetään, että kaltoinkohtelun muodot korreloivat hyvin paljon keskenään (Arata ym., 2005; Moore ym., 2015; Salokangas, 2020) ja näiden kahden muodon oletetaan olevan jossain määrin mukana kaikissa kaltoinkohtelun muodoissa, jonka vuoksi yksittäisten kaltoinkohtelun muotojen yhteys vanhempien masennusoireiluun osoittautuu haasteelliseksi todistaa. Tästä syystä tässä tutkimuksessa päädyttiin tarkastelemaan eri kaltoinkohtelun muotojen itsenäisiä yhteyksiä raskausajan masennuksen kehityskulkuihin muodostamalla kaikille näille omat regressiomallit, mutta tällöin kaltoinkohtelun eri muotoja ei voitu verrata keskenään eikä todellista eroa eri kaltoinkohtelun muotojen välillä voitu havaita suhteessa raskausajan lieväoireisempaan, krooniseen oirekuvaan.

Vaikka taustatekijöiden, lapsuudessa koetun kaltoinkohtelun ja raskausajan masennusoireiden yhteyksien tarkastelu ei ollut tutkimuksen keskeinen tavoite, havaittiin kuitenkin, että vanhempien ikä oli yhteydessä heidän masennusoireiluunsa raskauden aikana niin, että vanhemmat äidit kuten myös puoliset raportoivat enemmän oireita kuin nuoremmat vanhemmat. Uudelleensynnyttäjät oireilivat myös enemmän raskauden loppupuolella kuin ensisynnyttäjät. Lisäksi vanhemmat, jotka raportoivat vähemmän oireita koko raskauden aikana olivat tässä tutkimuksessa korkeammin koulutettuja ja korkeatuloisempia.

Taustatekijöiden yhteyksien tutkiminen suhteessa itseraportoituihin kaltoinkohtelun kokemuksiin lapsuudessa puolestaan osoitti, että vanhemmat äidit raportoivat vähemmän fyysistä ja seksuaalista kaltoinkohtelua kuin nuoremmat äidit ja vanhemman isät ja muut puoliset taas raportoivat enemmän emotionaalista laiminlyöntiä ja seksuaalista hyväksikäyttöä kuin nuoremmat puoliset. Uudelleensynnyttäjät raportoivat kokeneensa enemmän emotionaalista laiminlyöntiä kuin ensisynnyttäjät. Lisäksi vanhemmat, jotka raportoivat kaltoinkohtelua lapsuudessa olivat tässä tutkimuksessa vähemmän kouluttautuneita. Paitsi, jos äiti oli kokenut seksuaalista hyväksikäyttöä koulutuksella ei ollut yhteyttä hyväksikäyttökokemuksiin. Jos isä puolestaan oli kokenut seksuaalista hyväksikäyttöä tai emotionaalista kaltoinkohtelua koulutuksella ei ollut yhteyttä näihin kokemuksiin. Tässä tutkimuksessa havaittiin myös, että matalampituloiset äidit raportoivat enemmän fyysistä kaltoinkohtelua sekä fyysistä ja emotionaalista laiminlyöntiä ja että matalampituloiset puoliset raportoivat kokeneensa enemmän kaltoinkohtelua ylipäänsä kuin korkeampituloiset.

Lopuksi tässä tutkimuksessa havaittiin, että mikäli vanhempi käytti SSRI tai SNRI lääkkeitä tai muuta mielialäläkettä raskauden aikana, hän raportoi enemmän masennusoireita koko raskauden aikana ja myös enemmän kaltoinkohtelun kokemuksia lapsuudessa, seksuaalista hyväksikäyttöä lukuun ottamatta.

Nämä raportoidut tulokset taustatekijöiden yhteyksistä itseraportoituun kaltoinkohteluun lapsuudessa ja masennusoireiluun raskauden aikana, osoittavat kuinka monimuotoiset yhteydet näiden kahden tekijän välillä ovat. Lisäksi tulokset antavat syytä pohtia, vaikuttavatko taustatekijät myös itse kokemusten ja oireiden raportoimiseen, joka puolestaan on syytä huomioida tuloksien tulkinnassa.

5.2 Tutkimustulosten merkitys

Tämän tutkimuksen tärkein tavoite oli kartoittaa, havaitaanko lapsuudessa koetun kaltoinkohtelun ja raskausajan ei-kliinisen, lieväoireisemmän masennuksen välillä yhteyksiä sekä äideillä että isillä. Varhaisen kaltoinkohtelun ja raskausajan masennuksen välisiä yhteyksiä on kartoitettu jonkun verran äideillä, mutta isien parissa tehtyä tutkimusta on paljon vähemmän, ja kaikissa tutkimuksissa on keskitytty kliiniseen, diagnoosiin pohjautuvaan masennuksen tutkimiseen. Osalla vanhemmista oireet pysyvät kuitenkin lievempinä, mutta kroonisina, silti mahdollisesti heikentäen heidän toimintakykyään ja elämänlaatuaan (American Psychiatric Association, 2013), joten on tärkeää tutkia myös lapsuudessa koetun kaltoinkohtelun kokemusten yhteyksiä lievempiin oirekuviin.

Tämän tutkimuksen tulos antaa tukea sille, että vanhempien kokemukset kaltoinkohtelusta lapsuudessa ovat yhteydessä masennusoireiluun raskauden aikana, myös lieväasteisempaan oireiluun. Näiden yhteyksien tutkiminen on tärkeää, koska aiemman tutkimuksen mukaan kaltoinkohtelun kokemukset lapsuudessa ovat suuri riskitekijä raskausajan masennukselle ja vanhempien raskausajan masennusoireilulla, myös lievemmällä oireilulla, on negatiivisia vaikutuksia lapsen kognitiiviseen ja sosioemotionaaliseen kehitykseen sekä psyykkiseen hyvinvointiin. Yhdessä tutkimuksessa on myös ehdotettu, että raskausajan masennus välittäisi vanhempien kaltoinkohtelun kokemusten ja omien lapsien kaltoinkohtelun yhteyttä (Plant ym., 2013), minkä vuoksi riskissä olevat vanhemmat olisivat erittäin tärkeää tunnistaa. Näiden yhteyksien tutkiminen on myös tärkeää, koska vanhemman kaltoinkohtelun kokemukset tulisi ottaa huomioon, kun pyritään hoitamaan vanhempien psyykkisiä oireita ja tukemaan vanhemmuutta (Traub ym., 2017).

Vaikka tässä tutkimuksessa lapsuuden kaltoinkohtelun kokemusten ja raskausajan masennuksen kehityskulujen väliset yhteydet olivat heikkoja, on kuitenkin tärkeää tukea niitä vanhempia, joilla haasteita esiintyy. Niin vanhemman kuin lapsen hyvinvoinnin edistämiseksi olisi oleellista tunnistaa ne vanhemmat, jotka ovat riskissä oireilla raskauden aikana. Myös ne vanhemmat, joilla on riski kehittää lievempiä, mutta tavallisesti poikkeavia oireita, olisi tärkeä huomioida, sillä he saattavat jäädä helposti huomiotta terveydenhuoltojärjestelmässä. Suomen neuvoloissa äiti ja/tai puoliso ohjataan tarkempaan arviointiin lääkärin vastaanotolle vasta, kun EPDS-kyselyn

kokonaispistemäärä on 13 tai enemmän (THL, 2019). Jos pistemäärä jää tämän alle, kysely saatetaan pyytää täyttämään uudestaan 2-4 viikon sisällä, mutta mikäli oireet pysyvät samanlaisina eikä pistemäärä nouse, se ei johda jatko seurantaan tai tuen piirin ohjaukseen terveydenhuollon parissa, vaikka myös lievääasteisemmalla masennusoireilulla raskauden aikana on todettu olevan negatiivisia vaikutuksia lapsen kehitykseen sekä lapsen ja vanhemman hyvinvointiin.

5.3 Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset

Tämän tutkimuksen suurimpana vahvuutena voidaan pitää sen suurta, väestöpohjaista otosta, jonka avulla on mahdollista havaita myös heikkoja yhteyksiä eri tekijöiden välillä. Tutkimusastelemaan liittyi kuitenkin rajoituksia, joita on syytä ottaa huomioon, kun tämän tutkimuksen tuloksia tulkitaan.

Ensinnäkin kaltoinkohtelun kokemuksia lapsuudessa kartoitettiin pelkästään itsearviointilomakkeen avulla eikä vanhemmille esimerkiksi tehty haastatteluja palauttaakseen mieleen heidän kokemuksiaan. Itsearviointikyselyihin liittyy aina joitakin virhelähteitä, sillä yksilö saattaa esimerkiksi liioitella tai vähätellä vastauksiaan sen mukaan, minkälaisen kuvan hän haluaa itsestään antaa. Takautuvasti hankittuun tietoon on myös syytä suhtautua kriittisesti, koska siihen saattaa liittyä monia muistivirheitä. Muistikuvat ovat voineet muuttua ja päivittyä vuosien varrella sitä mukaan, kun ne on palautettu muistiin ja niistä on saatu palautetta (Brewin ym., 2017). Kokemukset ovat voineet olla niin traumaattisia, että niitä pyritään aktiivisesti unohtamaan suojatakseen itseään eikä niitä sen vuoksi pystytä tai haluta palauttaa mieleen (Dalglish ym., 20018; Goodman ym., 2010; Shields ym., 2017). Kokemukset saattavat myös olla niin varhaisesta lapsuudesta, että kokemukset eivät ole painautuneet mieleen (Travaglia ym., 2016), koska kielellinen osaaminen ei ole vielä kehittynyt tarpeeksi muodostaakseen muistoja tapahtumasta.

Toisaalta tämän tutkimuksen vahvuudeksi voidaan myös lukea se, että kaltoinkohtelun kokemukset tosiaan tutkittiin takautuvasti, koska myöhemmällä iällä yksilö saattaa vasta ymmärtää kokemuksiansa vakavuuden tai uskaltaa tuoda esille lapsuuden traumaattisia tapahtumia, kun irtaantuminen omista vanhemmista on selkeämpää tai kun ihminen on itse tullut vanhemmaksi ja prosessoinut enemmän omia varhaisia kokemuksiaan. Tämäkin tutkimus osoitti, että ikä saattaa vaikuttaa siihen, kuinka paljon raportoi

kaltoinkohtelun kokemuksia lapsuudessa takautuvasti. Tämän tutkimuksen tulokset eivät kuitenkaan välttämättä ole vertailukelpoisia niihin tutkimuksiin, joissa on käytetty haastatteluja tukeakseen lapsuuden kaltoinkohtelun kokemusten mieleen palauttamista, tai pitkittäistutkimuksiin (Baldwin ym., 2019). Itsearviointikyselyiden hyödyntäminen rajaa myös pois mahdollisuuden, että haastattelijä vahingossa esittäisi johdattelevia kysymyksiä, jotka johtaisivat väärin kertomuksiin.

Toiseksi vanhempien masennusoireilusta ennen raskautta ei ollut saatavilla tietoa. Tämän vuoksi masennusoireiden alkamisajankohta, todellinen kesto ja aikaisemmin elämässä koetut oireet jäivät huomioimatta. Onkin syytä muistaa, että myös yksilön mieliala vastaushetkellä saattaa vaikuttaa kokemusten muistamiseen ja mielikuviin, mitä niistä on jäänyt. Esimerkiksi juuri masennukseen liittyy paljon autobiograafisia muistihäiriöitä, mikä saattaa myös johtaa kaltoinkohtelun kokemusten liioitteluun tai vähättelyyn (Dalglish ym., 2014, Colman ym., 2016).

Myös masennusoireita kartoitettiin ainoastaan itsearviointikyselyllä eikä vanhemmille tehty diagnostisia haastatteluja, mutta toisaalta tämän tutkimuksen tarkoituksena olikin kerätä tietoa myös sellaisilta vanhemmilta, joilla oireet ovat lievempiä eivätkä täytä masennuksen diagnostisia kriteerejä. Lisäksi kyselylomakkeiden avulla on mahdollista kerätä kustannustehokkaasti tietoa suureltakin joukolta ihmisiltä.

Tulkittaessa tämän tutkimuksen tuloksia on hyvä huomioida myös valittujen analyysien rajoitukset. Tässä tutkimuksessa lapsuudessa koetun kaltoinkohtelun kokemusten yhteyksiä raskausajan masennuksen kehityskulkuihin tutkittiin niin, että vertailukohteena oli aina matalasti oireileva ryhmä, mikä tarkoittaa sitä, että tuloksien perusteella voidaan vain todeta, että vanhemmat, jotka ovat kokeneet kaltoinkohtelua lapsuudessa oireilevat todennäköisesti voimakkaammin raskauden aikana kuin muut vanhemmat, mutta tarkempia eroja eri ryhmien välillä ei voitu tarkastella. Lisäksi kaikkia kaltoinkohtelun eri muotoja käsiteltiin eri malleissa, joten muotojen välisiä eroja ei kyetty myöskään tässä tutkimuksessa tarkastelemaan.

5.4 Jatkotutkimusehdotukset

Tämä tutkimus tarjosi tietoa äitien ja isien lapsuudessa koettujen kaltoinkohtelun kokemusten ja heidän masennusoireilunsa kehityskulun yhteydestä raskauden aikana.

Havaitut yhteydet olivat kuitenkin heikkoja, mikä voi johtua esimerkiksi siitä, että tämän aineiston vanhemmat raportoivat melko vähän lapsuuden kaltoinkohtelun kokemuksia ja tieto kerättiin itsearviointilomakkeiden avulla takautuvasti, mihin liittyy virhelähteitä. Jatkossa yhteyksiä voitaisiin tutkia sellaisilla odottavilla vanhemmilla, joilla kaltoinkohtelun kokemukset lapsuudessa korostuvat ja kokemusten arviointiin voitaisiin käyttää muitakin menetelmiä tukeakseen kokemusten mieleen palauttamista.

Lisäksi olisi hyvä tarkastella samoja yhteyksiä myös ahdistusoireiden osalta, koska ahdistusoireet ovat masennusoireiden lisäksi tavallisimmat psyykkiset oireet raskauden aikana niin miehillä kuin naisilla (Korja ym., 2018). Korja ja kumppanit ovat myös havainneet neljä raskausajan ahdistuksen kehityskulkua, joiden yhteyksiä lapsuuden kaltoinkohtelun kokemuksiin voitaisiin tutkia samoilla menetelmillä kuin tässä tutkimuksessa. Tutkimuksessa olisi kuitenkin syytä kontrolloida myös masennusoireiden vaikutus yhteyksiin, sillä oireet esiintyvät usein myös yhdessä (Ross ym., 2003).

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin siis äitien ja isien masennusoireiden kehityskulkuja kyselyiden pohjalta tehdyn kasvukäyrämallinnuksen avulla, missä masennusoireiden kulku on jaettu viiteen eri luokkaan (Korja ym., 2018). Kasvukäyrämallinnus muodostettiin tulevan lapsen biologisille äideille ja isille ja odottavan äidin muut kumppanit päätettiin jättää tässä mallinnuksesta pois. Jatkossa olisi hyvä, jos kasvukäyrämallinnukseen voitaisiin sisällyttää myös äitien muut kumppanit tai tehdä oma mallinnus muille kumppaneille, koska tämä tutkimus on kuitenkin osoittanut, että puolisoiden (niin muiden kumppaneiden kuin isien) kaltoinkohtelun kokemukset lapsuudessa ovat yhteydessä masennusoireiluun koko raskauden ajan.

Tulevissa tutkimuksissa pitäisi myös ottaa paremmin huomioon vanhempien aikaisempi masennusoireilu, sillä aikaisempien tutkimuksien mukaan varhaiset kaltoinkohtelun kokemukset ovat kuitenkin yhteydessä elinaikaiseen masennukseen. Onkin syytä pohtia, onko varhaisten kaltoinkohtelun kokemukset riskitekijä juuri raskausajan masennusoireilulle vai onko kyse siitä, että kokemukset altistavat elinaikaiselle masennukselle, jotka näyttäytyvät täten myös raskauden aikana. Lisäksi jotta lapsuuden kaltoinkohtelun kokemusten yhteyksiä lievempään, krooniseen oirekuvaan tulisi paremmin tutkittua, voitaisiin masennuksen eri kehityskulkuja verrata enemmän keskenään ja tarkastella löytyykö niiden välillä eroja.

Lopuksi tulevissa tutkimuksissa voitaisiin tarkastella tarkemmin myös useamman lapsuudessa koetun kaltoinkohtelun muodon yhteyksiä raskausajan masennuksen kehityskulkuihin ja erityisesti lieväoireisempaan, kroonisempaan oirekuvaan. Muissa populaatioissa on havaittu, että useampi lapsuudessa koetun kaltoinkohtelun muoto on yhteydessä vakavampaan masennusoireiluun kuin yksittäinen tai se, että ei ole kaltoinkohtelun kokemuksia lainkaan (esim. Arata ym., 2005). Myös tässä tutkimuksessa on havaittu, että kaltoinkohtelun muodot korreloivat vahvasti keskenään, joten on syytä olettaa, että vanhemmat ovat kokeneet useampia kaltoinkohtelun muotoja lapsuudessa.

5.5 Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että vanhemmat, jotka ovat joutuneet kaltoinkohtelun kohteeksi lapsuudessa, oireilevat raskauden aikana enemmän kuin muut vanhemmat. Lisäksi löydettiin viitteitä siitä, että kaltoinkohtelun kokemukset ovat yhteydessä myös lievempään, krooniseen oirekuvaan raskauden aikana.

Havaitut yhteydet olivat pääosin heikkoja eikä eroja eri kaltoinkohtelun muotojen välillä kyetty tarkastelemaan samassa analyysissä. Tämän vuoksi pelkästään tämän yhden tutkimuksen pohjalta ei voida tehdä pitkälle meneviä johtopäätöksiä sen suhteen, miten ja erityisesti mitkä kaltoinkohtelun kokemukset lapsuudessa ovat yhteydessä masennusoireiden kehittymiseen raskausajalla. Aineiston vanhemmat raportoivat keskimäärin melko vähän kaltoinkohtelun kokemuksia ja taustatekijöiden (esim. ikä, koulutus ja tulotaso) havaittiin vaikuttavan niiden raportoimiseen, mikä on saattanut vaikuttaa myös saatuihin tuloksiin.

Tulevien vanhempien hyvinvointiin olisi hyvä puuttua jo raskauden aikana ja kohdistaa apua erityisesti niille vanhemmille, joilla esiintyy riskitekijöitä psyykkiselle oireilulle. Näiden vanhempien, niin isien kuin äitien, tunnistaminen varhaisessa vaiheessa, on erityisen tärkeää koko perheen hyvinvoinnille ja tulevan lapsen suotuisan kehityksen edistämiseksi.

LÄHTEET

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Viides painos*. Washington, D.C: American Psychiatric Publishing.
- Arata, C.M., Langhinrichsen-Rohling, J., Bowers, D. & O’Farrill-Swails, L. (2005). Single versus multi-type maltreatment: an examination of the long-term effects of child abuse. *Journal of Aggression Maltreatment & Trauma*, 11(4), 29–52. https://doi.org/10.1300/J146v11n04_02
- Baldwin, J.R., Reuben, A., Newbury, J.B., & Danese, A. (2019). Agreement between prospective and retrospective measures of childhood maltreatment. A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 76 (6), 584–593. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0097>
- Barker E.D. (2013). The duration and timing of maternal depression as a moderator of the relationship between dependent interpersonal stress, contextual risk and early child dysregulation. *Psychological Medicine*, 43(8), 1587–1596. <https://doi.org/10.1017/S0033291712002450>
- Berlin, L. J., Appleyard, K., & Dodge, K. A. (2011). Intergenerational continuity in child maltreatment: Mediating mechanisms and implications for prevention. *Child Development*, 81(1), 162–176. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01547.x>.
- Berzenski, S. R., Yates, T. M., & Egeland, B. (2014). A multidimensional view of continuity in intergenerational transmission of child maltreatment. In *Handbook of child maltreatment* (pp. 115-129). Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-94-007-7208-3_6
- Brewin C.R. & Andrews, B. (2017). Creating memories for false autobiographical events in childhood: a systematic review. *Applied Cognitive Psychology*, 31(1), 2-23. <https://doi.org/10.1002/acp.3220>

- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J., & Smailes, E. (1999). Childhood abuse and neglect: Specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*(12), 1490–1496.
- Campbell S.B., Matestic, P., von Stauffenberg, C., Mohan, R., & Kirchner, T. (2007). Trajectories of maternal depressive symptoms, maternal sensitivity, and children's functioning at school entry. *Developmental Psychology, 43*(5), 1202–1215.
<https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.5.1202>
- Christoffersen, M. N., Armour, C., Lasgaard, M., & Andersen, T. E., Elkit, A. (2013). The prevalence of four types of childhood maltreatment in Denmark. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 9*, 149–156.
<https://doi.org/10.2174/175017901309010149>
- Claussen, A. & Crittenden, P. (1991). Physical and psychological maltreatment: Relations among types of maltreatment. *Child Abuse & Neglect, 15*(1-2), 5–18.
[https://doi.org/10.1016/0145-2134\(91\)90085-R](https://doi.org/10.1016/0145-2134(91)90085-R)
- Colman, I., Kingsbury, M., Garad, Y., Zeng, Y., Naicker, K., Patten, S., Jones, P. B., Wild, T. C., & Thompson, A. H. (2016). Consistency in adult reporting of adverse childhood experiences. *Psychological Medicine, 46*(3), 543–549.
<https://doi.org/10.1017/S0033291715002032>
- Cox, A. D., Puckering, C., Pound, A., & Mills, M. (1987a). The impact of maternal depression on young children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 28*(6), 917–928. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0118.1988.tb01026.x>
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987b). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 150*(6), 782–786.
- Cutajar, M.C., Mullen, P.E., Ogloff, J.R.P., Thomas, S.D., Wells, D.L., Spataro, J., 2010. Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse & Neglect, 34*(11), 813–822.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.04.004>

- Dalgleish, T., Rolfe, J., Golden, A-M., Dunn, B. D. & Barnard, P.J. (2008). Reduced autobiographical memory specificity and posttraumatic stress: exploring the contributions of impaired executive control and affect regulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(1), 236–241. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.117.1.236>
- Dalgleish, T., & Werner-Seidler, A. (2014). Disruptions in autobiographical memory processing in depression and the emergence of memory therapeutics. *Trends in Cognitive Sciences*, 18(11), 596–604. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2014.06.010>
- Depressio: Käypä hoito -suositus. (2020 tammikuu 8). Luettavissa <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023>
- Dubowitz, H. (2013). Neglect in Children. *Pediatric Annals* 42 (4), 73–77. <https://doi.org/10.3928/00904481-20130326-11>.
- Duffy, C., Keenan, M., & Dillenburger, K. (2006). Diagnosing child sex abuse: A research challenge. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 2(2), 150-173. <https://doi.org/10.1037/h0100774>
- Edwards, B., Galletly, C., Semmler-Booth, T., & Dekker, G. (2008). Does antenatal screening for psychosocial risk factors predict postnatal depression? A follow-up study of 154 women in Adelaide, South Australia. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 51–55.
- Ellonen, N. (2012). Kurin alaiset: lasten ja vanhempien välisten ristiriitojen ratkaiseminen perheissä.
- Entringer, S., Buss, C., & Wadhwa, P.D. (2015). Prenatal stress, development, health and disease risk: A psychobiological perspective. Curt Richter Award Paper. *Psychoneuroendocrinology*, 62, 366–75. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.08.019>

- Fergusson, D.M., Boden, J.M., & Horwood, L.J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse & Neglect*, *32*, 607–619. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.12.018>
- Field, T. (2011). Prenatal depression effects on early development: A review. *Infant Behavior and Development*, *34*(1), 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.09.008>
- Gallo, E. A. G., De Mola, C. L., Wehrmeister, F., Gonçalves, H., Kieling, C., & Murray, J. (2017). Childhood maltreatment preceding depressive disorder at age 18 years: A prospective Brazilian birth cohort study. *Journal of Affective Disorders*, *217*, 218–224. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.065>
- Gelfand, D., & Teti, D. M. (1990). The effects of maternal depression on children. *Clinical Psychology Review*, *10*(3), 329–353. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(90\)90065-I](https://doi.org/10.1016/0272-7358(90)90065-I)
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, *373*, 68–81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7)
- Goodman G.S, Quas J. A, & Ogle C. M. (2010). Child maltreatment and memory. *Annual Review of Psychology*, *61*, 325–351. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100403>
- Goodman, S. H., Rouse, M. H., Connell, A. M., Broth, M. R., Hall, C. M., & Heyward, D. (2011). Maternal depression and child psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *14*(1), 1–27. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0080-1>
- Glasheen, C., Richardson, G. A., Kim, K. H., Larkby, C. A., Swartz H. A., & Day, N. L. (2013). Exposure to maternal pre- and postnatal depression and anxiety symptoms: risk for major depression, anxiety disorders, and conduct disorder in adolescent offspring. *Development and Psychopathology*, *25*, 1045–1063. <https://doi.org/10.1017/S0954579413000369>

- Hentilä, S., Ellonen, N., Paavilainen, E., Kääriäinen, J. & Koivula, T. (2010). Pieniin lapsiin kohdistuvan kaltoinkohtelun tilanteet vanhempien kuvaamana. *Janus*, 18(3), 260–276.
- Herrenkohl, T.I., Hong, S., Klika, J. B., Herrenkohl, R. C., & Russo, M. J., 2013. Developmental Impacts of Child Abuse and Neglect Related to Adult Mental Health, Substance Use, and Physical Health. *Journal of Family Violence*, 28(2). <https://doi.org/10.1007/s10896-012-9474-9>.
- Hibbard, R., Barlow, J., & MacMillan, H. (2012). American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *Child Maltreatment and Violence Committee*, 372–378. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-1552>
- Holden, G. W. (2003). Children exposed to domestic violence and child abuse: terminology and taxonomy. *Clinical Child and Family Psychology Review* 6(3). <https://doi.org/10.1023/A:1024906315255>
- Hornor, G. (2012). Emotional maltreatment. *Journal of Pediatric Health Care*, 26(6), 436-442.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A., & Lozano, R. (2002) World report on violence and health. *Child abuse and neglect by parents and other caregivers. World Health Organization, Geneva.*
- Infurna, M. R., Reichl, C., Parzer, P., Schimmenti, A., Bifulco, A., & Kaess, M. (2016). Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 190, 47–55. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.006>
- Kaplan, S. J., Pelcovitz, D., & Labruna, V. (1999). Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *Journal-American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1214-1222.

- Karlsson, L., Tolvanen, M., Scheinin, N. M., Uusitupa, H. M., Korja, R., Ekholm, E., Tuulari, J. J., Pajulo, M., Huotilainen, M., Paunio, T., Karlsson, H., & FinnBrain Birth Cohort Study Group. (2018). Cohort profile: The FinnBrain Birth Cohort Study (FinnBrain). *International Journal of Epidemiology*, 47(1), 15–16.
<https://doi.org/10.1093/ije/dyx173>
- Kajanoja, J., Scheinin, N.M., Karlsson, L., Karlsson, H. and Karukivi, M. (2017), “Illuminating the clinical significance of alexithymia subtypes: A cluster analysis of alexithymic traits and psychiatric symptoms”, *Journal of Psychosomatic Research*, 97, 111–117.
- Kajanoja, J., Karukivi, M., Scheinin, N. M., Ahrnberg, H., Karlsson, L., & Karlsson, H. (2020). Early-life adversities and adult attachment in depression and alexithymia. *Development and Psychopathology*, 1-9.
<https://doi.org/10.1017/S095457920000607>
- Khan, A., McCormack, H. C., Bolger, E. A., McGreenery, C. E., Vitaliano, G., Polcari, A., & Teicher, M. H. (2015). Childhood maltreatment, depression, and suicidal ideation: critical importance of parental and peer emotional abuse during developmental sensitive periods in males and females. *Frontiers in psychiatry*, 6, 42. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2015.00042>
- Kingston, D., & Tough, S. (2014). Prenatal and postnatal maternal mental health and school-age child development: A systematic review. *Maternal and Child Health Journal*, 18(7), 1728–1741. <https://doi.org/10.1007/s10995-013-1418-3>
- Klika, J. B., & Herrenkohl, T. I. (2013). A review of developmental research on resilience in maltreated children. *Trauma, Violence, & Abuse*, 14(3), 222-234.
<https://doi.org/10.1177/1524838013487808>
- Korja, R., Nolvi, S., Kataja, E-L., Scheinin, N., Junttila, N., Lahtinen, H., et al. (2018) The courses of maternal and paternal depressive and anxiety symptoms during the prenatal period in the FinnBrain Birth Cohort study. *PLoS ONE* 13(12), e0207856. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207856>

- Kuo, S. Y., Chen, S. R., & Tzeng, Y. L. (2014). Depression and anxiety trajectories among women who undergo an elective cesarean section. *PLoS ONE*, *9*(1), e86653. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0086653>
- Lee, A. M., Lam, S. K., Sze Mun Lau, S. M., Chong, C. S., Chui, H. W., & Fong, D. Y. (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetrics & Gynecology*, *110*, 1102–1112. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000287065.59491.70>
- Lee, S. J., Taylor, C. A., & Bellamy, J. L. (2012). Paternal depression and risk for child neglect in father-involved families of young children. *Child Abuse & Neglect*, *36*(5), 461-469. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.04.002>
- Li, M., D'Arcy, C. & Meng, X. (2016). Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychological Medicine*, *46*, 717-730. <https://doi.org/0.1017/S0033291715002743>
- Lippard, E. T., & Nemeroff, C. B. (2020). The devastating clinical consequences of child abuse and neglect: increased disease vulnerability and poor treatment response in mood disorders. *American Journal of Psychiatry*, *177*(1), 20-36. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19010020>
- Liu, R. T., Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Iacoviello, B. M., & Whitehouse, W. G. (2009). Emotional maltreatment and depression: prospective prediction of depressive episodes. *Depression and Anxiety* *26*(2), 174–181. <https://doi.org/10.1002/da.20545>
- MacMillan, H. L., Fleming, J. E., Streiner, D. L., Lin, E., Boyle, M. H., Jamieson, E., Duku, E. K., Walsh, C. A., Wong, M. Y. -Y., & Beardslee, W. R. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, *158*(11), 1878-1883. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1878>

- Maniglio, R. (2010). Child sexual abuse in the etiology of depression: A systematic review of reviews. *Depression and Anxiety, 27*(7), 63–642.
<https://doi.org/10.1002/da.20687>
- Markkula, N., Härkänen, T., Nieminen, T., Pena, S., Mattila, A. K., Koskinen, S., Saarni, S. I., & Suvisaari, J. (2016). Prognosis of depressive disorders in the general population—results from the longitudinal Finnish Health 2011 Study. *Journal of Affective Disorders, 190*, 687–696.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.043>
- Matthey, S., Barnett, B., Kavanagh, D. J., & Howie, P. (2001). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. *Journal of Affective Disorders, 64*(2-3), 175–184.
- Meinck, F., Steinert, J. I., Sethi, D., Gilbert, R., Bellis, M. A., Mikton, C., Alink, L. & Baban, A. (2016). Measuring and monitoring national prevalence of child maltreatment: a practical handbook.
- Moehler, E., Brunner, R., Wiebel, A., Reck, C., & Resch, F. (2006). Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother-child bonding. *Archives of Women's Mental Health, 9*(5), 273–278. <https://doi.org/10.1007/s00737-006-0149-5>
- Molnar, B. E., Buka, S. L., & Kessler, R. C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health, 91*(5), 753–760.
- Moore, S. E., Scott, J. G., Ferrari, A. J., Mills, R., Dunne, M. P., Erskine, H. E., Devries, K. M., Degenhardt, L., Vos, T., Whiteford, H. A., McCarthy, M., & Norman R. E. (2015). Burden attributable to child maltreatment in Australia. *Child Abuse & Neglect, 48*, 208–220.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.05.006>

- Mora, P. A., Bennett, I. M., Elo, I. T., Mathew, L., Coyne, J. C., & Culhane, J. F. (2009). Distinct trajectories of perinatal depressive symptomatology: evidence from growth mixture modeling. *American Journal of Epidemiology*, *169*(1), 24–32. <https://doi.org/10.1093/aje/kwn283>
- Nanni, V., Uher, R., & Danese, A. (2012). Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, *169*(2), 141–151. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11020335>
- Nelson, J., Kumplarendt, A., Doebler, P., & Ehring, T. (2017). Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* *201*, 96–104. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.180752>.
- Nemeroff, C. B. (2016). Paradise lost: the neurobiological and clinical consequences of child abuse and neglect. *Neuron*, *89*(5), 892–909. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2016.01.019>
- Ngai, F. W., & Ngu, S. F. (2015). Predictors of maternal and paternal depressive symptoms at postpartum. *Journal of Psychosomatic Research*, *78*(2), 156–161. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.12.003>
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, *9*(11), e1001349.
- O'Donnell, K. J., & Meaney, M. J. (2017). Fetal origins of mental health: the developmental origins of health and disease hypothesis. *American Journal of Psychiatry*, *174*(4), 319–328. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16020138>
- Parfitt, Y., & Ayers, S. (2014). Transition to parenthood and mental health in first-time parents. *Infant Mental Health Journal*, *35*(3), 263–273. <https://doi.org/10.1002/imhj.21443>

- Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *Jama*, *303*(19), 1961–1969. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.605>
- Radford, L., Corral, S., Bradley, C., Fisher, H., Bassett, C., Howat, N., & Collishaw, S. (2011). Child abuse and neglect in the UK today.
- Ramchandani, P. G., O'Connor, T. G., Evans, J., Heron, J., Murray, L., & Stein, A. (2008). The effects of pre-and postnatal depression in fathers: a natural experiment comparing the effects of exposure to depression on offspring. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49*(10), 1069–1078. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.02000.x>
- Ramos-Marcuse, F., Oberlander, S. E., Papas, M. A., McNary, S. W., Hurley, K. M., & Black, M. M. (2010). Stability of maternal depressive symptoms among urban, low-income, African American adolescent mothers. *Journal of Affective Disorders*, *122*(1-2), 68-75. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.018>
- Rehan, W., Antfolk, J., Johansson, A., Jern, P., Santtila, P. (2017). Experiences of severe childhood maltreatment, depression, anxiety and alcohol abuse among adults in Finland. *PLoS ONE* *12*(5), e0177252. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177252>.
- Robertson-Blackmore, E., Putnam, F. W., Rubinow, D. R., Matthieu, M., Hunn, J. E., Putnam, K. T., Moynihan, J. A., & O'Connor, T. G. (2013). Antecedent trauma exposure and risk of depression in the perinatal period. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *74*(10), 942–948. <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08364>
- Ross, L. E., Evans, S. G., Sellers, E. M., & Romach, M. K. (2003). Measurement issues in postpartum depression part 1: anxiety as a feature of postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, *6*(1), 51– 57. <https://doi.org/10.1007/s00737-002-0155-1>

- Salokangas, R. (2020). Childhood adversities and mental ill health. Studies on associations between reported childhood adverse and trauma experiences and adult perceived attitudes of others, mental disorders and suicidality.
- Schalinski, I., Teicher, M. H., Nischk, D., Hinderer, E., Müller, O., & Rockstroh, B. (2016). Type and timing of adverse childhood experiences differentially affect severity of PTSD, dissociative and depressive symptoms in adult inpatients. *BMC Psychiatry, 16*(1), 295.
- Shields, G. S., Sazma, M. A., McCullough, A. M., & Yonelinas, A. P. (2017). The effects of acute stress on episodic memory: a meta-analysis and integrative review. *Psychological bulletin, 143*(6), 636–675. <https://doi.org/10.1037/bul0000100>
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R., & van IJzendoorn, M. H. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review, 24*(1), 37–50. <https://doi.org/10.1002/car.2353>
- Straus, M. A., & Hamby, S. L. (1997). Measuring Physical & Psychological Maltreatment of Children with the Conflict Tactics Scales.
- Takehara, K., Suto, M., Kakee, N., Tachibana, Y., & Mori, R. (2017). Prenatal and early postnatal depression and child maltreatment among Japanese fathers. *Child Abuse & Neglect, 70*, 231–239.
- Teixeira, C., Figueiredo, B., Conde, A., Pacheco, A., & Costa, R. (2009). Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *Journal of Affective Disorders, 119*(1-3), 142–148. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.005>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2019 joulukuu 2). Suositus EPDS-lomakkeen käytöstä. Luettavissa https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/aitiys_ja_lastenneuvola/synnytyksen-jalkeinen-masennus/suositus-epds-lomakkeen-kaytosta#tulosten_tulkinta

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2020 marraskuu 11). Lapsiin kohdistuva väkivalta. Luettavissa https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tueksi/vakivallan-ehkaisy/lapsiin-kohdistuva-vakivalta
- Travaglia, A., Bisaz, R., Sweet, E. S., Blitzer, R. D., & Alberini, C. M. (2016). Infantile amnesia reflects a developmental critical period for hippocampal learning. *Nature Neuroscience*, *19*(9), 1225–1233. <https://doi.org/10.1038/nn.4348>
- Traub, F., & Boynton-Jarrett, R. (2017). Modifiable resilience factors to childhood adversity for clinical pediatric practice. *Pediatrics*, *139*(5), e20162569. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2569>
- Vachon, D. D., Krueger, R. F., Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2015). Assessment of the harmful psychiatric and behavioral effects of different forms of child maltreatment. *JAMA Psychiatry*, *72*(11), 1135–1142. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.1792>
- Van der Waerden, J., Galéra, C., Saurel-Cubizolles, M. J., Sutter-Dallay, A. L., Melchior, M., & EDEN Mother–Child Cohort Study Group. (2015). Predictors of persistent maternal depression trajectories in early childhood: results from the EDEN mother–child cohort study in France. *Psychological Medicine*, *45*(9), 1999–2012. <https://doi.org/10.1017/S003329171500015X>
- Vliegen, N., Casalin, S., & Luyten, P. (2014). The course of postpartum depression: a review of longitudinal studies. *Harvard Review of Psychiatry*, *22*(1), 1–22. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000013>
- Wee, K. Y., Skouteris, H., Pier, C., Richardson, B., & Milgrom, J. (2011). Correlates of ante-and postnatal depression in fathers: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *130*(3), 358–377. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.06.019>