

Lapsivuodepsykoosin yhteys lapsella ilmeneviin mielenterveyden häiriöihin

Lääketieteellinen tiedekunta
Kliininen laitos
Nuorisopsykiatria

Emma Aalto

20.3.2025

Turku

Syventävien opintojen kirjallinen työ

Oppiaine: Nuorisopsykiatria

Tekijä: Emma Aalto

Otsikko: Lapsivuodepsykoosin yhteys lapsella ilmeneviin mielenterveyden häiriöihin

Ohjaaja: Apulaisprofessori Max Karukivi

Sivumäärä: 26 sivua

Päivämäärä: 20.3.2025

Lapsivuodepsykoosi tarkoittaa heterogeenistä joukkoa erilaisia psykoottisia tiloja, jotka puhkeavat pian synnytyksen jälkeen, useimmiten ensimmäisten päivien tai viikkojen aikana synnytyksestä. Lapsivuodepsykoosi on vakavin synnytyksen jälkeisistä mielenterveyden häiriöistä, ja aiheuttaa vakavia haittoja sekä synnyttäjälle, että syntyneelle lapselle. Oireisiin voivat kuulua muun muassa harhaluulot sekä aistiharhat, jotka liittyvät usein syntyneeseen lapseen tai synnytykseen. Oireistoon voi liittyä myös itsetuhoisuutta, sekä harvinaisena ilmiönä lapsenmurhat. Kansainvälisissä tutkimuksissa lapsivuodepsykoosin esiintyvyys on ollut noin 1–3 tuhatta synnytystä kohden. Lapsivuodepsykoosin esiintyvyydestä Suomessa ei kuitenkaan ole kattavaa tietoa. Lapsivuodepsykoosiriskissä olevat odottajat sekä sairastuneet synnyttäjät olisi tärkeää ohjata avun piiriin mahdollisimman varhain, sillä sairauden vaikutukset sekä synnyttäjän että lapsen tulevaisuuteen voivat olla laajamittaiset.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tutkia lapsivuodepsykoosin esiintyvyyttä Suomessa ja lapsivuodepsykoosin yhteyttä lapsella ilmeneviin mielenterveyden häiriöihin yleisesti sekä erikseen psykoottisiin sairauksiin. Tutkimusaineistona käytettiin suomalaisen Child Morbidity -tutkimuksen syntymäkohorttiaineistoa. Tutkimuksessa tarkasteltiin vuosina 2001–2006 syntyneitä lapsia ($n = 341\ 033$) ja heidän synnyttäjiään ($n = 249\ 322$). Aineistoon on kerätty raskauteen ja synnytykseen liittyviä tietoja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Syntyneiden lasten rekisteristä, ja lapsen sekä synnyttäjän diagnoositiedot kahdesta hoitoilmoitusrekisteristä, Terveys-Hilmosta ja Avohilmosta. Tutkittavista oli käytettävissä seurantatiedot vuoden 2022 loppuun saakka.

Lapsivuodepsykoosin esiintyvyydeksi Suomessa saatiin 0,32 %. Lapsivuodepsykoosin ja lapsen mielenterveyden häiriön välillä havaittiin merkitsevä yhteys kaikissa kuudessa vuosikohortissa. Vuosikohortista riippuen lapsivuodepsykoosin vetosuhde oli 1,55–2,10. Lapsen psykoosisairausten osalta aineisto jäi liian pieneksi, eikä johtopäätöksiä voitu tämän osalta tehdä.

Suomessa lapsivuodepsykoosiin sairastuu siis noin kolme synnyttäjää tuhannesta. Tämä tutkimus myös osoittaa, että lapsivuodepsykoosi on yhteydessä lasten myöhempiin mielenterveyden häiriöihin, mikä on tärkeä tieto esimerkiksi neuvola- ja kouluterveydenhuollossa. Lapsivuodenpsykoosin merkitystä lapsen mielenterveyden riskitekijänä tulee kuitenkin tutkia vielä tarkemmin.

Avainsanat: lapsivuodepsykoosi, mielenterveyden häiriö, psykoosisairaus, rekisteritutkimus

Sisällysluettelo

1	Johdanto	4
2	Tausta	6
2.1	Synnytyksen jälkeisten psykiatristen episodien esiintyvyys ja riskitekijät	6
2.2	Lapsivuodeajan mielenterveyden häiriöt	6
2.2.1	Synnytyksen jälkeinen herkistyminen ja sopeutumishäiriö	7
2.2.2	Synnytyksen jälkeinen masennus	7
2.2.3	Lapsivuodepsykoosi	8
2.3	Lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöt	9
2.3.1	Mielialahäiriöt	9
2.3.2	Ahdistuneisuushäiriöt	11
2.3.3	Psykoottiset sairaudet	12
3	Tutkimuksen tarkoitus ja hypoteesit	14
4	Aineisto ja menetelmät	15
4.1	Aineisto	15
4.2	Menetelmät	15
4.2.1	Lapsivuodepsykoosin määrittely	15
4.2.2	Tilastolliset menetelmät	16
5	Tulokset	17
5.1	Taustamuuttajat ja mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys lapsilla	17
5.2	Lapsivuodepsykoosin yhteys lapsen mielenterveyden häiriöihin koko aineistossa	17
5.3	Lapsivuodepsykoosin yhteys lapsen mielenterveyden häiriöihin eri vuosikohorteissa	18
6	Pohdinta	19
	Lähteet	23

1 Johdanto

Varhaislapsuus on pohja syntyneen lapsen tulevalle elämälle. Varhainen suhde vanhempiin luo perustaa lapsen kehittyvälle persoonallisuudelle sekä älylliselle kehitykselle. Perhesuhteet ovat siis avainasemassa vauvan tulevaisuuden kannalta, ja vanhempien psykiatrisilla häiriöillä voikin siksi olla suurikin merkitys lapsen kehitykselle. Psykiatriset sairaudet vaikuttavat vahvasti perhesuhteisiin, ja voivat aiheuttaa niin sanotusti perhehäiriöitä. Nämä voivat edelleen johtaa lapsen käyttäytymishäiriöiden puhkeamiseen. (Cogill ym. 1986.)

Lapsen syntyminen perheeseen on koko perheelle suuri muutos, ja synnytys on suuri elämän käännekohta. Synnytykseen liittyy myös riski synnytyksen jälkeisille mielenterveyden häiriöille. Synnyttäjälle puhkeava lapsivuodepsykoosi on yksi vakavimmista syntyneen lapsen kehitykseen vaikuttavista psykiatrisista sairauksista. Lapsivuodepsykoosi on harvinainen, mutta vakavin perinataalinen mielenterveyden häiriö, ja sitä esiintyy noin yhdellä tai kahdella tuhalla synnyttäjää kohden. (VanderKruik ym. 2017, Biaggi ym. 2024.) Suurin riski sairastua tähän on synnyttäjillä, joilla on aiemmin diagnosoitu kaksisuuntainen mielialahäiriö (Meltzer-Brody ym. 2018). Vakavimpia oireita ovat harhaluuloisuus, aistiharhat sekä itsetuhoisuus. Lapsivuodepsykoosiin liittyykin merkittävä itsemurhavaara, ja lisäksi sairauteen liittyy myös vastasyntyneiden murhia. (Jones & Craddock Nick 2005, Spinelli 2009.) Synnytyksen jälkeiseen mielialahäiriöön liittyvä itsemurha onkin nykyisin merkittävin synnyttäjien kuolleisuuden aiheuttaja (Meltzer-Brody ym. 2018).

Synnytyksen jälkeiset psykiatriset sairaudet vaikuttavat monesti negatiivisella tavalla lapsen varhaiseen kehitykseen. Esimerkiksi synnytyksen jälkeisen masennuksen suhteen on todettu, että vuorovaikutuksessa lapsen ja synnyttäjän välillä esiintyy enemmän negatiivisia ja vähemmän positiivisia tunteita terveeseen synnyttäjään verrattuna. Synnyttäjä ei välttämättä reagoi yhtä herkästi vauvan vuorovaikutusyriksiin kuin terve vanhempi. (Jahangard ym. 2019.) Lapsivuodepsykoosin osalta on todettu, että jo pelkästään koholla oleva lapsivuodepsykoosiriski vaikuttaa laajamittaisesti syntyneen lapsen kehitykseen. Riskiä lapsivuodepsykoosille nostaa muun muassa synnyttäjän vakava psykiatrinen sairaushistoria. Vaikutus lapsen kehitykseen voi siis näkyä riippumatta siitä, puhkeako psykoottinen episodi synnyttäjälle synnytyksen jälkeen vai ei, mikäli riski on koholla. (Biaggi ym. 2024.)

Lapsivuodepsykoosin on siis havaittu vaikuttavan lapsen kehitykseen merkittävästi, minkä vuoksi sairauden ja sen riskin havaitseminen on ensiarvoisen tärkeää. Lapsivuodepsykoosi on kuitenkin harvinainen ilmiö, minkä vuoksi tutkimus vaatii hyvin kookasta aineistoa. Tässä tutkimuksessa on käytetty aineistona Child Morbidity -tutkimuksen (<https://sites.utu.fi/childmorbidity/>) syntymäkohorttiaineistoa kaikista Suomessa vuosina 2001–2006 syntyneistä lapsista ja heidän

synnyttäjistään. Tarkoituksena on tutkia, ilmeneekö lapsilla verrokkeja enemmän mielenterveyden häiriöitä, jos synnyttäjä on sairastanut lapsivuodepsykoosin synnytyksen jälkeen. Tutkimuksessa tarkastellaan erikseen lapsilla kaikkia ilmeneviä mielenterveyden häiriöitä sekä psykoosisairauksia.

2 Tausta

2.1 Synnytyksen jälkeisten psykiatristen episodien esiintyvyys ja riskitekijät

Psykiatristen sairauksien etiologia on monimutkainen vyyhti, johon vaikuttavat niin biologiset, psykologiset kuin sosiaalisetkin tekijät. Synnytyksen jälkeisille mielenterveyden häiriöille altistavat esimerkiksi psykososiaaliset tekijät, kuten traumatausta ja aiemmat mielenterveyden ongelmat, neuroimmunologiset tekijät sekä hormonitoiminnan vaihtelut. Geneettisillä ja epigeneettisillä tekijöillä, sekä lisäksi unihäiriöillä, on myös yhteys synnytyksen jälkeisen mielenterveyden häiriöiden puhkeamiselle. (Meltzer-Brody ym. 2018.)

Jopa 10–15 % synnyttäjistä kärsii synnytyksen jälkeisistä psykiatrisista episodeista, joista yksi yleisimmistä on synnytyksen jälkeinen masennus. Sen sijaan vaikeampiin ja harvinaisempiin muotoihin liittyvät psykoottisuus ja maanisuus. (Meltzer-Brody ym. 2018.) On todettu, että synnytyksen jälkeisten psykiatristen episodien ilmenemisen riskiä lisäävät muun muassa synnyttäjän nuori ikä (Meltzer-Brody ym. 2017) sekä synnyttäjän oma tai lähisukulaisen aiempi mielenterveyden häiriö (Munk-Olsen ym. 2016). Tutkimuksissa on todettu, että synnytyksen jälkeisten psykiatristen episodien ilmenemiseen liittyy geneettinen riski. On myös todennäköistä, että mielialahäiriöillä on näiden kanssa yhteinen geneettinen etiologia. (Byrne ym. 2014.) Esimerkiksi nuorella äidillä, jolla joko itsellään tai jonka lähisukulaisella on aiempi mielenterveyden häiriö, on 22 %:n absoluuttinen riski saada 12 kuukauden kuluessa synnytyksestä jokin synnytyksen jälkeinen psykiatrinen episodi. Vaikeusaste voi vaihdella lievästä vaikeaan. (Johannsen ym. 2023.)

Elimistön hormonitoiminta on myös kytköksissä synnytyksen jälkeisiin mielenterveyden häiriöihin. Raskauden aikana sukupuolihormonit, kuten estradioli sekä progesteroni, nousevat erittäin korkealle, ja synnytyksen jälkeen hormonitasot romahtavat nopeasti alas (Galea & Frokjaer 2019). Nopean hormonitasojen muutoksen uskotaan olevan neurokemiallisen säätelyhäiriön taustalla, mikä voi aiheuttaa muutoksia mielialassa (Chechko ym. 2023). Muun muassa vähentynyt progesteronituotanto raskauden aikana sekä synnytyksen jälkeen on voitu yhdistää korkeampaan masennusriskiin 12 viikon kuluessa synnytyksestä (Jahangard ym. 2019).

2.2 Lapsivuodeajan mielenterveyden häiriöt

Lapsivuodeaika on noin 6–8 viikon mittainen synnytyksenjälkeinen ajanjakso, jolloin synnyttäjän elimistö palautuu synnytyksestä (Nuutila & Polo 2019).

2.2.1 Synnytyksen jälkeinen herkistyminen ja sopeutumishäiriö

Jopa 40–80 % synnyttäneistä kokee synnytyksen jälkeisen viikon aikana synnytyksen jälkeistä herkistymistä, ”baby bluesia” (Jahangard ym. 2019). Tyypillistä on ahdistuneisuus, unettomuus, ärtyneisyys sekä matala mieliala. Herkistyminen ei kuitenkaan vaadi erityisiä hoitotoimia, ja tila ohittuu itsestään yleensä kahden viikon kuluessa synnytyksestä. (Chechko ym. 2023.)

Synnytyksen jälkeisenä sopeutumishäiriönä voidaan pitää lyhytkestoisia masennusoireita, jotka kestävät herkistymistä pidempään. Oireet ovat kuitenkin vakavaa masennusjaksoa lievempiä, eivätkä näin sovi synnytyksen jälkeiseksi masennukseksi. (Chechko ym. 2023.)

2.2.2 Synnytyksen jälkeinen masennus

Synnytyksen jälkeinen masennus on ei-psykoottinen sairaus, joka tavallisimmin ilmenee synnytyksen jälkeisen kuukauden aikana (Wylie ym. 2011). Siihen sairastuu jopa 13–20 % synnyttäneistä (Meltzer-Brody ym., 2018). Se määritellään vakavaksi masennusjaksoksi, jonka oirekuvaan kuuluvat masentunut mieliala, toivottomuus, väsymys, riittämättömyyden tunteet, mielialanvaihtelu, unettomuus, itkuisuus sekä ärtyneisyys. Kliiniset piirteet eivät siis poikkea vakavasta depressiosta, joka ilmenee missä elämänvaiheessa tahansa. Synnytyksen jälkeisen masennuksen puhkeamisriskiä lisäävät muun muassa aiempi depressio, huono itsetunto, sitoutuneen kumppanin puute, stressaava elämäntilanne sekä alhainen sosioekonominen asema. (Wylie ym. 2011.) Korkeamman tulotason maissa sitä esiintyy hieman matalan ja keskitason maita vähemmän. (Meltzer-Brody ym. 2018.) Synnytyksen jälkeinen masennus voi monesti pitkittyä, ja depression uusiutumisen riski liittyy erityisesti elämän käännekohtien sekä kriisitilanteiden yhteyteen. Tämän vuoksi masennuksen tausta- ja riskitekijät tulisi ymmärtää hyvin, jotta niitä voidaan hoidon yhteydessä työstää uusiutumisen riskin pienentämiseksi. (Sarkkinen & Juutilainen 2017.)

Synnytyksen jälkeinen masennus voi vaikuttaa synnyttäjän sekä vauvan välisen suhteen kehittymiseen. Sairastunut synnyttäjä on usein vähemmän herkistynyt vastaamaan vauvansa vuorovaikutuspyrkimyksiin, ja osoittaa vauvalleen enemmän negatiivisia ja vähemmän positiivisia tunteita terveeseen synnyttäjään verrattuna. (Jahangard ym. 2019.) Yhtenä etiologisenä tekijänä synnytyksen jälkeiselle masennukselle on todettu olevan hormonitoiminnan muutokset. Jahangard tutkimusryhmänsä kanssa totesi vuonna 2019 tehdyssä tutkimuksessa, että synnytyksen jälkeiseen masennukseen sairastuneilla synnyttäjillä oli matalammat kortisoli-, kortisoni- sekä progesteronitasot kuin terveillä synnyttäjillä sekä ennen synnytystä että synnytyksen jälkeen. Toisaalta dehydroepiandrosteronitasot olivat korkeammat sekä raskauden aikana että synnytyksen jälkeen kuin terveillä verrokeilla. Tutkimuksessa nämä hormonitasojen muutokset ennustivat sairauden puhkeamista 98 % tarkkuudella. (Jahangard ym. 2019.)

2.2.3 Lapsivuodepsykoosi

Lapsivuodepsykoosista voidaan käyttää myös termejä puerperaalipsykoosi sekä postpartumpsykoosi. Lapsivuodepsykoosi tarkoittaa heterogeenistä joukkoa erilaisia psykoottisia tiloja, jotka puhkeavat pian synnytyksen jälkeen, useimmiten ensimmäisten päivien tai viikkojen aikana synnytyksestä. Kolmen ensimmäisen kuukauden jälkeen lapsivuodepsykoosin ilmaantuvuus huomattavasti vähenee. (Suvisaari & Jääskeläine ym. 2023.) Lapsivuodepsykoosi on harvinainen sairaus, ja sitä esiintyy 1–3 synnyttäjällä tuhatta synnytystä kohden (VanderKruik ym. 2017). Se on vakavin perinataalisista mielenterveyden häiriöistä (Biaggi ym. 2024). Tarkempaa esiintyvyyttä lapsivuodepsykoosille Suomessa ei löydetty kattavasta kirjallisuushausta huolimatta.

Lapsivuodepsykoosin ensimmäisiä oireita ovat väsymys, unettomuus, mielialojen vaihtelu, itkuisuus, ärtyisyys ja ahdistus. Lisäksi voi ilmetä maanisuteen sopivia piirteitä, kuten mielialan kohoamista, puheliaisuutta sekä unen tarpeen vähenemistä. Tilanteen edetessä alkaa esiintyä epäluuloisuutta, sekavuutta, aistiharhoja, harhaluuloja sekä hajanaisuutta. Lopulta synnyttäjän toimintakyky voi romahtaa. Harhaluulot ja aistiharhat liittyvät usein syntyneeseen lapseen tai synnytykseen. (Suvisaari & Jääskeläinen ym. 2023.) Oireistoon voi liittyä myös itsetuhoisuutta. Suurin osa itsemurhan tehneistä synnyttäjistä kärsii vakavasta psykoottisesta sairaudesta päivien sisällä synnytyksestä. Nykypäivänä itsemurha onkin synnyttäjien yleisin kuolinsyy. (Jones & Craddock 2005.) Lapsivuodepsykoosi aiheuttaa myös riskin syntyneen lapsen hengelle, sillä noin 4 % siihen sairastuneista synnyttäjistä aiheuttaa lapsensa kuoleman (Spinelli 2009).

Kuten edelläkin on mainittu, lapsivuodepsykoosi on heterogeeninen joukko erilaisia psykoottisia tiloja. Kohorttitutkimuksessa, jossa tarkastellaan yhteensä 130 lapsivuodepsykoosipotilasta, kuvataan kolme erilaista lapsivuodepsykoosin oireprofiilia: tapaukset, joille ominaista on mania ja/tai kiihtyneisyys (34 %), tapaukset, joille tyypillistä masennus ja/tai ahdistus (41 %), sekä tapaukset, joissa on epätyypillinen tai sekava oireisto (25 %). Kaikista potilaista 72 %:lla oli epänormaalia ajatussisältöä, useimmiten vainoharhoja. (Osborne 2018.)

Aiemmin todetut mielenterveyden häiriöt voivat lisätä lapsivuodepsykoosiin sairastumisen riskiä. Synnyttäjillä, joilla on aiemmin diagnosoitu lapsivuodepsykoosi, kaksisuuntainen mielialahäiriö tai skitsoaffektiivinen häiriö, on suurempi riski sairastua synnytyksen jälkeiseen psykoosiin kuin muulla väestöllä. Heillä on myös merkittävä riski sairastua synnytyksen jälkeiseen masennukseen. (Biaggi ym. 2024.) Lapsivuodepsykoosin vahvimaksi yksittäiseksi riskitekijäksi on tunnistettu synnyttäjän aiemmin diagnosoitu kaksisuuntainen mielialahäiriö (Di Florio ym. 2013). Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla riski sairastua lapsivuodepsykoosiin on 100-kertainen normaaliväestöön verrattuna (Spinelli 2009), ja heistä yli 20 % lopulta sairastuu (Di Florio ym. 2013). Niillä

kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla, joilla esiintyy maniajaksoja, riski on vielä suurempi kuin niillä, joiden sairauteen kuuluu manian sijaan hypomaniajaksoja (Meltzer-Brody ym. 2018). Useilla poikkeavan mielialan jaksoja ilmenee myös lapsivuodepsykoosin jälkeen. Monilla diagnosoidaan kaksisuuntainen mielialahäiriö lapsivuodepsykoosiin sairastumisen jälkeen, mikäli diagnoosia ei ole entuudestaan ollut. (Blackmore ym. 2013.) Kuitenkin vain noin kolmanneksella lapsivuodepsykoosiin sairastuneista on ollut minkäänlaista aiempaa psykiatrista sairaustautaa. On myös todettu, että ensisynnyttäjillä lapsivuodepsykoosia esiintyy uudelleensynnyttäjiä enemmän. Lapsivuodepsykoosiin sairastuneilla on tosin harvemmin useita raskauksia verrattuna terveisiin verrokkeihin. (Osborne 2018.) Sairauden periytyvyyttä ei täysin tunneta. Yksittäisiä sairautta aiheuttavia geenejä ei ole tunnistettu, mutta on voitu todeta, että riski sairauden ilmenemiselle kuitenkin kulkee suvussa (Osborne 2018).

Lapsen ja huoltajan välinen vuorovaikutus on tärkeä ennustetekijä lapsen kognitiiviselle sekä sosioemotionaaliseksi kehitykselle. Biaggi tutkimusryhmänsä kanssa totesi tutkimuksessaan, että lapset, joiden synnyttäjät ovat riskissä sairastua lapsivuodepsykoosiin sairaushistoriansa vuoksi, kehittyvät verrokkeja heikommin niin kognitiivisesti, kielellisesti, motorisesti että sosioemotionaalisesti. Vaikka sairauden relapsia ei ilmentyisi synnytyksestä seuraavien neljän viikon kuluessa, vaikutukset lapsen kehitykseen voivat silti olla laajamittaiset. (Biaggi ym. 2024.)

2.3 Lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöt

Tässä luvussa käsitellään lasten ja nuorten yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä sekä psykoosisairauksia. Maailman terveysjärjestön määritelmän mukaisesti lapsi (engl. child) tarkoittaa alle 10-vuotiasta ja nuori 10–24-vuotiasta (engl. young people). (World Health Organization 2025)

Jopa neljännes lapsista ja nuorista kärsii jostain mielenterveydenhäiriöstä ennen aikuisikää (Karlsson ym. 2005). Nuorten sairauksista 2/3 on mielenterveyden häiriöitä, ja jopa 75 % aikuisiän mielenterveyden häiriöistä alkaa jo lapsuudessa tai nuoruudessa (Kaltiala-Heino ym. 2015). Lasten ja nuorten yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä ovat mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt sekä aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD). Tässä näistä käsitellään mielialahäiriöitä ja ahdistuneisuushäiriöitä sekä tutkimuksen aihe huomioiden psykoosisairauksia.

2.3.1 Mielialahäiriöt

Tässä luvussa mielialahäiriöistä käsitellään tarkemmin depressiota sekä kaksisuuntaista mielialahäiriötä. Mielialahäiriöiden diagnostiset kriteerit ovat kaikille samat iästä riippumatta (World Health Organization 2016).

Mielialahäiriöt ovat varsinkin nuorilla yleisiä. Suomessa vuonna 2020 tehdyssä pitkittäistutkimuksessa 8 vuoden seuranta-aikana mielialahäiriö diagnosoitiin 35,8 %:lla tutkimukseen osallistuneista 13–19-vuotiaista nuorista. Mielialahäiriöillä on myös taipumus uusiutua, ja monilla lapsena tai nuorena oireilleella ilmeneekin uusia oirejaksoja aikuisuudessa. (Kiviruusu ym. 2020.)

2.3.1.1 *Depressio*

Depressio on oireyhtymä, jonka keskeisimpiä oireita ovat mielialan lasku, aloitekyvyttömyys sekä mielenkiinnon heikkeneminen. Useita mielialaoireita esiintyy samanaikaisesti, ja oireilua tulee olla yhtäjaksoisesti vähintään kahden viikon ajan. Mieliala ei yleensä riipu olosuhteista eikä vaihtelee päivittäin. Lisäksi oireiden vaikeusaste voi vaihdella lievästä vaikeaan. (Psykiatrian luokituskäsikirja 2012.) Depression oireet vaikuttavat herkästi yksilön toimintakykyyn ja näin vaarantavat myös nuoruusiän kehityksen etenemisen. Depressiota esiintyy ennen aikuisikää jopa 15–20 %:lla lapsista ja nuorista. (Karlsson ym. 2005.)

Lapsella depressio ilmenee eri tavalla eri ikäkausina. Masennusoireet ovat siis yhteydessä lapsen kehitysvaiheeseen, ja sen tarjoamiin edellytyksiin viestittää tunteita. Vakavaa depressiota esiintyy lapsilla ennen murrosikää 0,5–3 %:lla, ja se on yhtä yleistä sekä tytöillä että pojilla. On yleistä, että vakavasti masentunut lapsi on myös monihäiriöinen – jopa 70 %:lla on yksi samanaikainen häiriö, joista yleisimpiä ovat käytöshäiriöt, tarkkaavaisuuden häiriö sekä ahdistuneisuushäiriö. Jopa puolella on kaksi tai useampia yhtäaikaista häiriötä. Lapsuuden depression on todettu liittyvän vahvasti lapsen kasvuympäristöön liittyviin epäsuotuisiin tekijöihin. Tällaisia tekijöitä voivat olla esimerkiksi läheisissä ihmissuhteissa tapahtuva hyväksikäyttö, laiminlyönti sekä menetykset. (Sourander & Aronen 2023.)

Uusia masennusjaksoja ilmaantuu eniten 15–18-vuotiailla (Karlsson ym. 2005). Nuorilla depressioon liittyy usein monihäiriöisyys ja sen kanssa esiintyy monesti esimerkiksi päihde- ja käytöshäiriötä. Lisäksi depressioon sekä monihäiriöisyyteen linkittyy usein matala sosioekonominen asema. Depressio lisää ahdistuneisuushäiriön, päihdeongelmien, kaksisuuntaisen mielialahäiriön sekä itsemurhan riskiä. (Birmaher ym. 1996.)

2.3.1.2 *Kaksisuuntainen mielialahäiriö*

Kaksisuuntainen mielialahäiriö on pitkäaikainen mielenterveyden häiriö, jossa esiintyy sekä maanisia jaksoja että masennusjaksoja. Maanisten jaksojen tunnuspiirteitä ovat kohonnut mieliala sekä lisääntynyt toimeliaisuus. Maniajakso kestää tyypillisesti kahdesta viikosta kuukausiin. Eri vaiheita edeltää usein jokin psyykinen rasitustekijä. Myös sekamuotoisia jaksoja voi esiintyä. Maanisten jaksojen sekä masennusjaksojen välillä mieliala voi olla tavanomainen. (Psykiatrian luokituskäsikirja

2012.) Diagnostiset kriteerit ovat samat kaikille iästä riippumatta. Maaniset jaksot jaotellaan vakavuuden perusteella lievempiin hypomaanisiin ja vakavampiin maanisiin jaksoihin. Sekä maanisissa jaksoissa että masennusjaksoissa arvioidaan, liittyykö jaksoon psykoottisuutta. (World Health Organization 2016.)

Lapsilla ja nuorilla taudinkuva usein kuitenkin poikkeaa aikuisista. Nuorilla maniajaksot voivat olla hyvin nopeita ja lyhyitä, kestäen tunteja tai päiviä, ja taudin syklistyys on nopeaa. (Geller ym. 1995.) Maaniset jaksot voivat toistua usein tai jopa kroonistua. Lapsuudessa kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyvät muun muassa kohonnut mieliala, ärsyyntyneisyys, lisääntynyt energisyys sekä ylivoimaisuusharhaluulo. (Youngstrom ym. 2008.) Lapsilla ja nuorilla esiintyy usein samaan aikaan muun muassa aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöitä sekä käytöshäiriöitä (McClellan ym. 2007). ADHD:ta on esiintynyt tutkimuksissa samanaikaisesti jopa yli 80 %:lla kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavista lapsista (Geller ym. 2000).

On todettu, että alttius kaksisuuntaiselle mielialahäiriölle kulkee suvussa. Aikuisilla tehdyissä tutkimuksissa on saatu vahvistusta kaksisuuntaisen mielialahäiriön vahvalle geneettiselle periytyvyydelle muun muassa kaksos-, perhe- ja adoptiotutkimuksissa. Ensimmäisen asteen sukulaisuus nostaa sairastumisriskin 4–6-kertaiseksi. Normaaliväestössä esiintyvyys on noin yhden prosentin luokkaa. (Nurnberger & Foroud 2000.) Nuorilla esiintyvyys on noin 0,2–0,6 % (Marttunen 2021). Suomalaisessa tutkimuksessa todettiin kaksisuuntaisen mielialahäiriön keskimääräiseksi sairastumisiäksi 22 vuotta, ja monesti diagnosointi viivästyi usealla vuodella (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito -suositus 2024).

Mielialahäiriöistä kärsivillä perheillä perheen dynamiikka sekä perhesuhteet ovat useammin häiriintyneitä kuin terveillä verrokeilla. Suorissa haastatteluisissa on havaittu, että lapsuuden kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavat lapset ja nuoret kokevat vähemmän vanhempien ja lapsen välistä lämpöä, ja perhesuhteet vanhempien ja lapsen välillä ovat verrokkeja kireämmät. (Youngstrom ym. 2008.)

2.3.2 Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuus on yleisesti hermostollinen reaktio mahdolliseen vaaratilanteeseen. Ahdistuneisuus on normaalisti mukautuvaista ja näin auttaa välttämään vaaratilanteita. (Pine ym. 2009.)

Ahdistuneisuudesta tulee kuitenkin patologista, kun se on liiallista, voimakasta tai pitkäkestoista, ja alkaa vaikuttaa yksilön toimintakykyyn (Beesdo ym. 2009).

Lapsen normaaliin kehitykseen liittyy niin kutsuttuja normatiivisia pelko- ja ahdistusoireita, jotka kuitenkin ohittuvat yleensä ajan myötä. Taaperoikään voi liittyä muun muassa eroahdistusta tai määräkohtaisia pelkoja, esimerkiksi ukkosta tai eläimiä kohtaan. Varhaislapsuudessa voi esiintyä kuoleman pelkoa, kouluikässä taas koulumaailmaan liittyviä pelkoja, kuten esiintymisahdistusta. Lisäksi voi esiintyä esimerkiksi pelkoa tiettyjä esineitä tai asioita kohta kohtaan, muun muassa eläimiä tai mörköjä kohtaan. (Beesdo ym. 2009.)

Ahdistuneisuusoireiden taustalla olisi kuitenkin syytä epäillä olevan ahdistuneisuushäiriö, jos lapsi oireilun vuoksi toistuvasti välttää tietynlaisia tilanteita tai vaikuttaa pelokkaalta samankaltaisissa tilanteissa. Myös fyysiset oireet, joille ei löydy muuta etiologiaa, voivat johtua ahdistuneisuushäiriöstä. Ahdistuneisuudelle tyypillistä on nimenomaan jokin spesifi ahdistuksen tai pelon kohde, mikä erottaakin ahdistuneisuuden masennuksesta. Masennukselle tyypillinen laaja-alainen huonommuuden kokemus ja toivottomuus puuttuvat. (Ranta & Koskinen 2016.) Lasten ahdistuneisuuden diagnostiikassa on otettava huomioon lapsen kehitystaso, ja tämä vaatiikin lapsen kehitystason tuntemista, jotta voidaan arvioida, täytyvätkö diagnostiset kriteerit (Beesdo ym. 2009). Nuoruusiän ahdistuneisuushäiriöihin lukeutuvat muun muassa yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, määräkohtaiset pelot, paniikkihäiriö sekä sosiaalisten tilanteiden pelko (Salari ym. 2024).

Ahdistuneisuuden ajatellaan olevan yksi yleisimmistä psykologisista häiriöistä lapsuudessa ja nuoruudessa. Kaikkien ahdistuneisuushäiriöiden esiintyvyys vaihtelee paljon eri tutkimuksissa, vaihdellen globaalisti 2,6–41,2 % välillä. (Cartwright-Hatton ym. 2006.) Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön elämänaikainen esiintyvyys on kansainvälisissä tutkimuksissa 0,8–6,4 %. Paniikkihäiriötä esiintyy Suomessa 3,6 %:lla koko elämän aikana. Sosiaalisten tilanteiden pelon 12 kuukauden esiintyvyys 12–17-vuotiailla suomalaisilla on 3,2 %, koko elämän aikana 3 %. (Ahdistuneisuushäiriöt: Käypä Hoito -suositus 2024.)

2.3.3 Psykoottiset sairaudet

Psykoosi tarkoittaa mielisairautta, jossa henkilö on kykenemätön tunnistamaan, mikä on totta ja mikä ei. Psykoosille tyypillisiä oireita ovat muun muassa aistiharhat, harhaluulot ja hajanaisuus puheessa sekä käytöksessä. Aistiharhoista yleisimpiä ovat kuuloharhat. Lisäksi voi esiintyä negatiivisia oireita, kuten tunteiden latistumista, puheen köyhtymistä sekä eristäytymistä. Mieliala- ja ahdistusoireet voivat olla myös osa psykoosia, ja henkilöllä voi esiintyä itsemurhasuunnitelmia sekä -yrityksiä. (Skitsofrenia: Käypä Hoito -suositus 2024.)

Keskeisimpiä nuorilla esiintyviä psykoosisairauksia ovat skitsofrenia, psykoottinen masennus, psykoottinen kaksisuuntainen mielialahäiriö, päihteiden käyttöön liittyvä psykoosi sekä lyhytkestoiset

psykoosit. Harhaluuloisuushäiriö on nuorilla harvinainen. (Marttunen 2021.) Psykoottiset häiriöt ovat yleisempiä nuorilla kuin lapsilla (Gergov ym. 2015.), ja suomalaisväestössä psykoosisairauksien elämänaikainen esiintyvyys on noin 3,5 % (Perälä ym. 2007).

Psykoosiin sairastumista edeltävät monesti epäspesifit oireet, kuten masentuneisuus, ahdistuneisuus, eristäytyminen sekä unihäiriöt. Mitkään näistä eivät kuitenkaan ennusta psykoosin puhkeamista. Terveyskeskuksella sekä kouluterveydenhuollolla on merkittävä rooli nuoren psykoosin varhaisessa tunnistamisessa. (Mäki & Veijola 2012.) Kuitenkin psykoosien ja niiden ennakko-oireiden arviointi ja diagnosointi kuuluvat erikoissairaanhoidon (Skitsofrenia: Käypä Hoito -suositus 2024). Erilaisia psykooseja voi olla vaikeaa tunnistaa aluksi toisistaan, ja nuori vaatii tarkempaa seurantaa sekä tiivistä moniammatillista erikoissairaanhoidoa ensipsykoosin jälkeen. Hoidossa yhteistyö perheen ja opiskelupaikan kanssa on tärkeää. (Mäki & Veijola 2012.)

Psykoosisairaudet ovat osittain periytyviä sairauksia. Perhe-, kaksos- ja adoptiotutkimuksissa on voitu esimerkiksi osoittaa voimakas geneettinen alttius skitsofrenialle. Skitsofrenian puhkeamisriski on jopa kymmenkertainen normaaliväestöön verrattuna, jos ensimmäisen asteen sukulainen sairastaa skitsofreniaa. Kuitenkin vain yhdellä kymmenestä sairastuneesta myös ensimmäisen asteen sukulainen sairastaa skitsofreniaa. (Salokangas ym. 2007.)

3 Tutkimuksen tarkoitus ja hypoteesit

Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa lapsivuodepsykoosin yleisyyttä ja yhteyttä syntyneen lapsen mielenterveyden häiriöihin. Tavoitteena on myös hahmottaa, onko synnyttäjän lapsivuodepsykoosilla yhteys lapsen myöhempään psykoosisairauteen.

Tutkimuksen hypoteesina on, että lapsivuodepsykoosi on yhteydessä syntyneen lapsen korkeampaan mielenterveyden häiriön sekä psykoosisairauden todennäköisyyteen.

4 Aineisto ja menetelmät

4.1 Aineisto

Aineistona tutkimuksessa on käytetty Child Morbidity -tutkimuksen (<https://sites.utu.fi/childmorbidity/>) syntymäkohorttiaineistoa kaikista Suomessa vuosina 2001–2006 syntyneistä lapsista (n = 341 033) ja heidän synnyttäjistään (n = 249 322). Aineistoon on kerätty raskauteen ja synnytykseen liittyviä tietoja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Syntyneiden lasten rekisteristä, ja lapsen sekä synnyttäjän diagnoosiedot kahdesta hoitoilmoitusrekisteristä, Terveys-Hilmosta ja Avohilmosta, vuoden 2022 loppuun saakka. Syntyneiden lasten määrät ovat esitetty vuosikohorttikohtaisesti taulukossa 1.

Taulukko 1

Syntyneiden lasten määrät vuosikohorttikohtaisesti.

Vuosikohortti	Kohortin koko (n)
2001	55 689
2002	55 237
2003	56 352
2004	57 456
2005	57 534
2006	58 765

4.2 Menetelmät

4.2.1 Lapsivuodepsykoosin määrittely

Tutkimuksessa syntymäkohorttiaineistosta poimittiin ne synnyttäjät, jotka kyseisen lapsen syntymän jälkeen ovat sairastuneet lapsivuodepsykoosiin. Tarkastelu rajattiin niihin synnyttäjiin, joilla ei ole minkään psykoosisairauden tai kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnoosia ennen tarkasteltavan lapsen syntymää, jotta voidaan luottaa, että kyse on lapsivuodepsykoosista. Lapsivuodepsykoosiin sairastuminen tunnistettiin aineistosta ICD-10-tautiluokituksen mukaisten diagnoosikoodien avulla (World Health Organization 2016). Tarkasteltavat synnyttäjät ovat saaneet kuuden viikon kuluessa synnytyksestä uuden lapsivuodepsykoosin (F53.1 tai O99.3), muun psykoosin (F2X-ryhmä) tai psykoottisen manian (F30.2 tai F31.2) diagnoosin.

4.2.1.1 Vastemuuttajat

Tarkasteltavalta lapselta huomioitiin mahdolliset seuranta-aikana ilmenevät mielenterveyden häiriöt (F-ryhmä) sekä erikseen psykoottiset sairaudet (F2-ryhmä).

4.2.1.2 Taustamuuttajat

Synnyttäjistä kerättiin taustamuuttujina tieto aiemmista raskauksista (yksi tai useampi/ei yhtään), synnyttäjän ikä, tieto mahdollisesta monikkoraskaudesta (kyllä/ei), asuuko synnyttäjä yksin (kyllä/ei) sekä tieto tupakoinnista raskausaikana (kyllä/ei). Taustamuuttujia käytettiin ainoastaan monimuuttujamallin vakioinnissa.

4.2.2 Tilastolliset menetelmät

Synnyttäjän lapsivuodepsykoosin ja lapsen mielenterveyden häiriöiden esiintyvyyttä kuvataan frekvenssien ja prosenttiosuuksien avulla. Sekä synnyttäjän lapsivuodepsykoosin että taustamuuttujien yhteyttä vastemuuttujiin tutkittiin logistisen regressioanalyysin avulla. Tulokset kuvataan vetosuhteina (odds ratio, OR) ja tämän 95 % luottamusväleinä. Lapsivuodepsykoosin yhteyttä lapsen mielenterveyden häiriöön tutkittiin sekä koko aineistossa että erikseen jokaisessa vuosikohortissa. Erillisten vuosikohorttien osalta yhteyttä tutkittiin vakioimattomilla regressiomalleilla ja koko aineistossa vakioidulla monimuuttujamallilla. Vakioidussa monimuuttujamallissa yhteyttä tutkittiin vakioimalla taustamuuttujat (aiemmat raskaudet, synnyttäjän ikä, mahdollinen monikkoraskaus, asuuko synnyttäjä yksin ja tupakointi). Tilastollisen merkitsevyyden rajana pidettiin p-arvoa <0,05. Tilastolliset analyysit tehtiin statistikon (Bernd Pape) toimesta SAS-ohjelmiston versiolla 9.4.

5 Tulokset

5.1 Taustamuuttajat ja mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys lapsilla

Synnyttäjiä aineistossa oli yhteensä 249 322. Aineistossa syntyneitä lapsia oli 341 033, joista minkä tahansa mielenterveyden häiriön diagnoosin oli saanut 29,09 % (n = 99 222). Psykoosisairauden diagnoosin seuranta-aikana saaneita lapsia oli koko aineistosta vain 0,38 % (n = 1301).

5.2 Lapsivuodepsykoosin yhteys lapsen mielenterveyden häiriöihin koko aineistossa

Yhteensä 249 322 synnyttäjistä 789 (0,32 %) sai lapsivuodepsykoosin. Vastaavasti lapsia, joiden synnyttäjä sairastui lapsivuodepsykoosiin, oli 0,24 % (n = 817). Kaikista lapsista, joille asetettiin jokin mielenterveyden häiriön diagnoosi (n = 99 222), 0,35 %:lla (n = 349) heidän synnyttäjistään diagnosoitiin lapsivuodepsykoosi. Niistä lapsista, joille ei seuranta-aikana asetettu mitään mielenterveyden häiriön diagnoosia (n = 241 811), todettiin synnyttäjällä lapsivuodepsykoosi 0,19 %:lla (n = 468). Ero oli tilastollisesti merkitsevä (p < 0,001). Vakioimattomaksi vetosuhteeksi saatiin 1,82 (1,59–2,09). Vakioidussa mallissa vetosuhteeksi saatiin 1,85 (1,60–2,13) (p < 0,001).

Seuranta-aikana yhteensä 1301 lasta (0,38 %) sai psykoosisairauden diagnoosin. Psykoosisairauden diagnoosin saaneista lapsista kuitenkin vain neljän (n = 4) synnyttäjällä oli todettu lapsivuodepsykoosi. Tätä tulosta ei voida pitää merkitseväenä yksilöiden vähyys vuoksi, vaan sattuman merkitys jää liian suureksi. Tämän vuoksi yhteyttä ei tarkasteltu erikseen vuosikohorteissa 2001–2006.

5.3 Lapsivuodepsykoosin yhteys lapsen mielenterveyden häiriöihin eri vuosikohorteissa

Synnyttäjän lapsivuodepsykoosin yhteys lapsen mielenterveyden häiriöihin on esitetty taulukossa 2.

Mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys kasvoi nuorempia vuosikohorteja kohti, samoin mielenterveyden häiriön sekä lapsivuodepsykoosin samanaikainen esiintyminen.

Taulukko 2

Synnyttäjän lapsivuodepsykoosin yhteys lapsen mielenterveyden häiriöön vuosina 2001–2006 syntyneiden lasten keskuudessa.

	2001 syntyneet lapset	2002 syntyneet lapset	2003 syntyneet lapset	2004 syntyneet lapset	2005 syntyneet lapset	2006 syntyneet lapset
Mielenterveyden häiriö	14 226 (25,5 %)	14 508 (26,3 %)	15 746 (27,9 %)	17 009 (29,6 %)	18 573 (32,3 %)	19 160 (32,6 %)
Mielenterveyden häiriö ja synnyttäjällä lapsivuodepsykoosi	42 (0,08 %)	50 (0,09 %)	50 (0,09 %)	62 (0,11 %)	73 (0,13 %)	72 (0,12 %)
Lapsivuodepsykoosi, ei mielenterveyden häiriötä	79 (0,14 %)	91 (0,17 %)	71 (0,13 %)	86 (0,15 %)	70 (0,12 %)	71 (0,12 %)
Ei mielenterveyden häiriötä, ei lapsivuodepsykoosia	41 384 (74,31 %)	40 638 (73,57 %)	40 535 (71,93 %)	40 361 (70,25 %)	38 891 (67,60 %)	39 534 (67,27 %)
Vetosuhde^a ja 95 % luottamusväli	1,552 (1,067– 2,257)	1,545 (1,093– 2,182)	1,819 (1,266– 2,614)	1,717 (1,238– 2,382)	2,192 (1,579– 3,044)	2,100 (1,512– 2,916)
P-arvo	0,022	0,014	0,001	0,001	< 0,001	< 0,001

^aLapsivuodepsykoosin vetosuhde (odds ratio, OR) lapsen mielenterveyden häiriön suhteen, ei-vakioitu malli

6 Pohdinta

Kaikista tutkimuksessa tarkastelluista synnyttäjistä 0,32 % sairastui lapsivuodepsykoosiin. Tutkimuksen keskeisenä tuloksena on, että synnyttäjän lapsivuodepsykoosi on merkitsevästi yhteydessä lapsella ilmenevään mielenterveyden häiriöön. Synnyttäjän lapsivuodepsykoosin ja lapsen mielenterveyden häiriön välillä oli merkitsevä yhteys sekä koko aineistossa että jokaisessa vuosikohortissa. Lapsivuodepsykoosin ja lapsen psykoottisen sairauden yhteydestä ei voida tehdä johtopäätöksiä, sillä ryhmäkoot jäivät tämän osalta liian pieniksi. Voidaan siis todeta, että lapsivuodepsykoosi lisää lapsen mielenterveyden häiriön todennäköisyyttä.

Aiempiä tutkimuksia lapsivuodepsykoosin esiintyvyydestä Suomessa ei löydetty kattavasta kirjallisuushausta huolimatta. Tässä tutkimuksessa esiintyvyydeksi saatiin 0,32 %, eli noin kolme sairastunutta synnyttäjää tuhatta synnytystä kohden. Skotlannissa vuonna 1987 toteutetussa tutkimuksessa lapsivuodepsykoosin esiintyvyydeksi saatiin 1,16 tuhatta synnytystä kohden (Kendell ym. 1987). Vuonna 1998 tehdyssä tanskalaistutkimuksessa esiintyvyydeksi saatiin 0,89 tuhatta synnytystä kohden (Terp & Mortensen 1998), ja toisessa tanskalaistutkimuksessa vuonna 2006 vastaava luku oli 1,03 (Munk-Olsen ym. 2006). VanderKruik tutkimusryhmänsä kanssa teki vuonna 2017 systemaattisen katsauksen lapsivuodepsykoosin esiintyvyydestä maailmanlaajuisesti. Katsaukseen sisällytettiin kaiken kaikkiaan kuusi tutkimusta ympäri maailmaa, joista viidessä lapsivuodepsykoosin esiintyvyys oli välillä 0,89–2,6 sairastunutta tuhatta synnytystä kohden. Yhdessä tutkimuksessa esiintyvyys oli korkeampi, viisi sairastunutta tuhatta synnytystä kohden. Kyseinen tutkimus oli toteutettu Yhdysvalloissa. (VanderKruik ym. 2017.) Nyt saatu tulos oli siis Skotlannissa sekä Tanskassa saatuja tuloksia korkeampi. Myös systemaattisessa katsauksessa käytetyistä tutkimuksista kaikissa paitsi yhdessä lapsivuodepsykoosin esiintyvyys oli matalampi kuin tässä tutkimuksessa. Vain yhdessä systemaattiseen katsaukseen käytetyssä tutkimuksessa oli saatu korkeampi esiintyvyys kuin tässä tutkimuksessa. Voidaankin pohtia, onko lapsivuodepsykoosin esiintyvyys todellisuudessa Suomessa korkeampi kuin muualla maailmassa. Voiko esimerkiksi synnytyksen jälkeisessä hoidossa ja seurannassa olla eri maiden välillä eroja, mitkä voisivat johtaa siihen, että psykoosit tunnistetaan Suomessa paremmin? Skotlannin ja Tanskan tutkimukset ovat jo melko vanhoja, joten voidaan myös pohtia, miten terveydenhuollon ja lääketieteen kehitys vaikuttaa tuloksiin. Voi myös olla totta, että esiintyvyys on korkeampaa Suomessa. Onko suomalaisilla enemmän lapsivuodepsykoosin puhkeamiseen vaikuttavia riskitekijöitä, kuin esimerkiksi tanskalaisilla tai skotlantilaisilla? Tutkimusten välillä on myös eroja, miten lapsivuodepsykoosi on määritelty. Esimerkiksi Skotlannissa toteutetussa tutkimuksessa oli rajattu pois tarkastelusta vain ne synnyttäjät, joilla on ollut psykiatrisia episodeja 90 päivää ennen synnytystä, kun taas tässä tutkimuksessa rajattiin pois kaikki, joilla oli ollut psykoosisairauteen viittaavia diagnooseja missään vaiheessa ennen synnytystä (Kendell ym., 1987). Munk-Olsenin tutkimusryhmän tutkimuksessa oli sisällytetty

enemmän diagnooseja lapsivuodepsykoosin määrittelyyn kuin tässä tutkimuksessa, eikä ennen synnytystä psyykkisesti sairastuneita karsittu pois tutkimuksesta (Munk-Olsen ym., 2006). Nämä seikat vaikuttanevat siihen, että tässä tutkimuksessa saatu lapsivuodepsykoosin esiintyvyys Suomessa on verrattain melko korkea.

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin myös taustamuuttujia, jotka ovat lapsivuodepsykoosin mahdollisia riskitekijöitä. Taustamuuttujien yhteyttä lapsen mielenterveyden häiriöihin ei kuitenkaan tarkasteltu erikseen selittäjinä, vaan niiden vaikutus ainoastaan vakioitiin. Näiden avulla tehtiin vakioidut monimuuttujamallit, joissa saatiin merkitsevä yhteys lapsivuodepsykoosin sekä lapselle ilmenevän mielenterveyden häiriön välille. Regressiomallin tuloksia näiden kahden välisestä yhteydestä voidaan näin pitää luotettavana. Kuitenkin tulevaisuudessa näiden riskitekijöiden yksittäinen tarkastelu on tarpeen, jotta saadaan laajempaa käsitystä mahdollisista syys-seuraussuhteista taustamuuttujien ja sairastumisten välillä. Onko esimerkiksi tupakoinnilla, synnyttäjän tukiverkostolla tai raskauksien määrällä yhteyttä lapsivuodepsykoosin esiintyvyyteen? Esimerkiksi ensisynnyttäjillä on suurempi riski sairastua lapsivuodepsykoosiin, kuin uudelleen synnyttävillä (Blackmore ym., 2013).

Tämän tutkimuksen perusteella lapsella on suurentunut riski sairastua mielenterveyden häiriöön, mikäli synnyttäjä kärsii lapsivuodepsykoosista synnytyksen jälkeen. Vuonna 2024 Biaggi tutkimusryhmänsä kanssa tutki synnyttäjän ja lapsen välistä vuorovaikutusta sekä vauvan kehitystä. Tutkimuksessa tarkasteltiin synnyttäjiä, joilla oli synnytyksen jälkeisen psykoosin riski koholla, sekä synnyttäjiä, joilla puhkesi synnytyksen jälkeinen psykoottinen relapsi neljän viikon sisällä synnytyksestä. Tutkimuksessa havaittiin, että riippumatta siitä, ilmeneekö äidille psykoottinen relapsi synnytyksen jälkeen vai onko synnyttäjällä vain koholla oleva riski psykoottiseen relapsiin, vaikutukset vauvan kehitykseen voivat olla laajat joka tapauksessa. Vauvan kognitiivinen, kielellinen, motorinen sekä sosioemotionaalinen kehitys oli heikompaa terveisiin kontroleihin nähden 12 kuukauden iässä molemmissa tapauksissa. (Biaggi ym. 2024.) Tämä siis osoittaa, että jo pelkästään psykoosiriskissä oleviin synnyttäjiin, sekä heidän lastensa kehityskulkuun tulee kiinnittää erityistä huomiota terveydenhuollossa. Heille tulisi tarjota tukea vanhemmuuteen sekä lapsen kehitykseen jo varhaisessa vaiheessa.

Psykoosisairauksien elämänaikainen esiintyvyys suomalaisväestössä on noin 3,5 % (Perälä ym. 2007). Esimerkiksi skitsofrenian sekä kaksisuuntaisen mielialahäiriön suhteen ilmaantuvuus on korkeimmillaan vasta nuorilla aikuisilla. Nuorilla skitsofrenian esiintyvyys on noin 0,5 % ja tyypin I kaksisuuntaisen mielialahäiriön noin 0,2–0,6 % (Marttunen 2021). Tässä tutkimuksessa käytettiin vastemuuttujana myös psykoosisairauksien ryhmää. Psykoosisairauksien esiintyvyys oli seuranta-aikana 0,38 %. Seuranta-ajan lopussa vanhimmat lapset olivat 21-vuotiaita. Tulosta ei siis voida verrata elämänaikaiseen esiintyvyyteen. Kuitenkin nuorten skitsofrenian ja kaksisuuntaisen

mielialahäiriön esiintyvyyden kanssa tulos on samaa suuruusluokkaa. Tässä tutkimuksessa merkitsevää tulosta lapsivuodepsykoosin sekä lapsen psykoottisen häiriön välille ei saatu tarkasteltaessa koko aineistoa ja tämän vuoksi vuosikohorttikohtaisia tarkasteluja ei suoritettu. Sekä lapsivuodepsykoosi että lasten ja nuorten psykoosisairaudet ovat harvinaisia. Tämän vuoksi ryhmäkoot jäivät psykoosisairauksien osalta liian pieniksi, vaikka syntymäkohorttiaineisto oli suuri. Aineistossa oli vain neljä lasta, jotka sairastuivat psykoottiseen sairauteen ja joiden synnyttäjällä diagnosoitiin lapsivuodepsykoosi. Tuloksiin vaikuttaa siis liikaa sattumanvaraisuus, eikä tuloksista voida tehdä johtopäätöksiä psykoottisten sairauksien sekä lapsivuodepsykoosin yhteyden suhteen. Näin ollen ei voida ottaa kantaa tutkimushypoteesiin lapsivuodepsykoosin sekä lapsen psykoottisen sairauden yhteyden suhteen.

Voidaankin ajatella, että tämän tutkimuksen heikkous oli liian pieni otanta, jotta voitaisiin arvioida lapsivuodepsykoosin ja lapsen psykoosisairauden yhteyttä toisiinsa. Tämän yhteyden tutkimuksesta tekee haasteellista sekä lapsivuodepsykoosin että lasten ja nuorten psykoosisairauksien harvinaisuus. Tämän tarkempi tutkiminen vaatisikin todella massiivista aineistoa. Tutkimuksen toiseksi heikkoudeksi voidaan ajatella esimerkiksi lapsivuodepsykoosin määrittelyä. Tarkasteltavat synnyttäjät rajattiin niihin synnyttäjiin, joilla ei ole minkään psykoosisairauden tai kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnoosia ennen tarkasteltavan lapsen syntymää, jotta voidaan luottaa, että kyse on nimenomaan synnytyksen laukaisemasta psykoosista. Kuitenkin lapsivuodepsykoosin tärkein yksittäinen riskitekijä on synnyttäjän aiemmin diagnosoitu kaksisuuntainen mielialahäiriö (Di Florio ym. 2013), ja tässä tutkimuksessa asetetun lapsivuodepsykoosin määritelmän takia nämä synnyttäjät ovat määritelmän ulkopuolella automaattisesti. Lisäksi tutkimuksessa tarkasteltiin vain lapsivuodepsykooseja, jotka ovat puhjenneet kuuden viikon sisällä synnytyksestä. Lapsivuodepsykoosin ilmaantuvuus laskee huomattavasti kolmen kuukauden jälkeen synnytyksestä (Suvisaari ym. 2023), eli suurin osa lapsivuodepsykooseista ilmenee tutkimuksen aikaikkunassa, mutta ei kaikki. Voidaan siis päätellä, että todellisuudessa lapsivuodepsykoosin esiintyvyys saattaa olla vieläkin korkeampi kuin tulos, mikä tässä tutkimuksessa saatiin.

Heikkoutena voidaan pitää myös lasten eri mittaisia seuranta-aikoja. Syntyneitä lapsia tarkasteltiin vuoden 2022 loppuun saakka, ja tarkastelussa oli vuosina 2001–2006 syntyneet lapset. Tämä johtaa siihen, että esimerkiksi vuonna 2001 syntyneitä lapsia on seurattu viisi vuotta pidempi aika, kuin vuonna 2006 syntyneitä lapsia. Jälkimmäiset olivat siis seuranta-ajan loputtua viisi vuotta nuorempia kuin tutkimuksen ensimmäisenä vuonna syntyneet lapset, ja sairauksilla on ollut vähemmän aikaa puhjeta. Toisaalta mielenkiintoista tulosten osalta on se, että nuorempien lasten keskuudessa mielenterveyden häiriöt ovat lisääntyneet niiden lasten keskuudessa, keiden synnyttäjät ovat kärsineet lapsivuodepsykoosista.

Lapsivuodepsykoosin osalta tutkimusta on tehty melko vähän, eikä esimerkiksi esiintyvyydestä ole kovin ajantasaista tietoa olemassa. Suomessa vastaavia tutkimuksia ei ole tehty aiemmin, eikä lapsivuodepsykoosin esiintyvyydestä ole entuudestaan kattavaa tietoa. Lapsivuodepsykoosin suhteen tutkimusta voidaan tulevaisuudessa jatkaa esimerkiksi taustamuuttujien yksityiskohtaisempaan tarkasteluun. Tämä tutkimus myös osoittaa, että lapsivuodepsykoosi on yhteydessä lasten myöhempään mielenterveyden häiriöihin, mikä on tärkeä tieto esimerkiksi neuvola- ja kouluterveydenhuollossa. Riskissä olevat synnyttäjät tulisi havaita jo aikaisessa vaiheessa, jopa ennen synnytystä, jotta tilanteen kehittymiseen voidaan puuttua mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja parhaimmillaan ehkäistä sairauksien puhkeamista.

Lähteet

- Ahdistuneisuushäiriöt. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2024 (viitattu 20.3.2025). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2009). Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 483–524.
- Biaggi, A., Hazelgrove, K., Waites, F., Bind, R. H., Lawrence, A. J., Fuste, M., Conroy, S., Howard, L. M., Mehta, M. A., Miele, M., Seneviratne, G., Pawlby, S., Pariante, C. M., & Dazzan, P. (2024). Mother-infant interaction and infant development in women at risk of postpartum psychosis with and without a postpartum relapse. *Psychological Medicine*, 54(4), 823–834.
- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Kaufman, J., Dahl, R. E., Perel, J., & Nelson, B. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(11), 1427–1439.
- Blackmore, E. R., Rubinow, D. R., O'Connor, T. G., Liu, X., Tang, W., Craddock, N., & Jones, I. (2013). Reproductive outcomes and risk of subsequent illness in women diagnosed with postpartum psychosis. *Bipolar Disorders*, 15(4), 394–404.
- Byrne, E. M., Carrillo-Roa, T., Penninx, B. W. J. H., Sallis, H. M., Viktorin, A., Chapman, B., Henders, A. K., Pergadia, M. L., Heath, A. C., Madden, P. A. F., Sullivan, P. F., Boschloo, L., van Grootheest, G., McMahon, G., Lawlor, D. A., Landén, M., Lichtenstein, P., Magnusson, P. K. E., Evans, D. M., ... Wray, N. R. (2014). Applying polygenic risk scores to postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 17(6), 519–528.
- Cartwright-Hatton, S., McNicol, K., & Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review*, 26(7), 817–833.
- Chechko, N., Stickel, S., & Votinov, M. (2023). Neural responses to monetary incentives in postpartum women affected by baby blues. *Psychoneuroendocrinology*, 148.
- Cogill, S. R., Caplan, H. L., Alexandra, H., Robson, K. M., & Kumar, R. (1986). Impact of maternal postnatal depression on cognitive development of young children. *British Medical Journal*, 292.
- Di Florio, A., Forty, L., Gordon-Smith, K., Heron, J., Jones, L., Craddock, N., & Jones, I. (2013). Perinatal episodes across the mood disorder spectrum. *Jama Psychiatry*, 70(2), 168–175.
- Galea, L. A. M., & Frokjaer, V. G. (2019). Perinatal Depression: Embracing Variability toward Better Treatment and Outcomes. *Neuron*, 102(1), 13–16.

- Geller, B., Sun, K., Zimmerman, B., Luby, J., Frazier, J., & Williams, M. (1995). Complex and rapid-cycling in bipolar children and adolescents: a preliminary study. *Journal of Affective Disorders*, 34, 259–268.
- Geller, B., Zimmerman, B., Williams, M., Bolhofner, K., Craney, J. L., Delbello, M. P., & Soutullo, C. A. (2000). Diagnostic Characteristics of 93 Cases of a Prepubertal and Early Adolescent Bipolar Disorder Phenotype by Gender, Puberty and Comorbid Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 10(3), 157–164.
- Gergov, V., Ranta, K., Lindberg, N., Strandholm, T., Tainio, V.-M., Ehrling, L., & Marttunen, M. (2015). Psykoosiriskissä olevien nuorten ja nuorten psykoottisten häiriöiden psykoterapeuttiset hoitomuodot. *Suomen Lääkärilehti*, 38(70).
- Jahangard, L., Mikoteit, T., Bahiraei, S., Zamanibonab, M., Haghighi, M., Bahmani, D. S., & Brand, S. (2019). Prenatal and postnatal hair steroid levels predict post-partum depression 12 weeks after delivery. *Journal of Clinical Medicine*, 8(9).
- Johannsen, B. M. W., Larsen, J. T., Liu, X., Madsen, K. B., Mægbæk, M. L., Albiñana, C., Bergink, V., Laursen, T. M., Bech, B. H., Mortensen, P. B., Nordentoft, M., Børglum, A. D., Werge, T., Hougaard, D. M., Agerbo, E., Petersen, L. V., & Munk-Olsen, T. (2023). Identification of women at high risk of postpartum psychiatric episodes: A population-based study quantifying relative and absolute risks following exposure to selected risk factors and genetic liability. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.
- Jones, I., & Craddock Nick. (2005). Bipolar disorder and childbirth: the importance of recognising risk. *British Journal of Psychiatry*, 186, 453–454.
- Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2024 (viitattu 20.3.2025). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- Kaltiala-Heino, R., Marttunen, M., & Fröjd, S. (2015). Lisääntyvätkö nuorten mielenterveyden ongelmat? *Suomen LääkäriLehti*, 26–32.
- Karlsson, L., Pelkonen, M., Aalto-Setälä, T., & Marttunen, M. (2005). Nuorten masennus – vakava sairaus, jonka hoitoa tutkittu vähän. *Suomen Lääkärilehti*, 27–29.
- Kendell, R. E., Chalmers, J. C., & Platz, C. (1987). Epidemiology of puerperal psychoses. *British Journal of Psychiatry*, 150, 662–673.
- Kiviruusu, O., Strandholm, T., Karlsson, L., & Marttunen, M. (2020). Outcome of depressive mood disorder among adolescent outpatients in an eight-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 266, 520–527.
- Marttunen, M. (2021). Nuorten psykoosit. Lääkäriin käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Saatavilla internetissä: <https://www.terveysportti.fi>

- McClellan, J., Kowatch, R., & Findling, R. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(1), 107–125.
- Meltzer-Brody, S., Howard, L. M., Bergink, V., Vigod, S., Jones, I., Munk-Olsen, T., Honikman, S., & Milgrom, J. (2018). Postpartum psychiatric disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 4, 1–18.
- Meltzer-Brody, S., Maegbaek, M. L., Medland, S. E., Miller, W. C., Sullivan, P., & Munk-Olsen, T. (2017). Obstetrical, pregnancy and socio-economic predictors for new-onset severe postpartum psychiatric disorders in primiparous women. *Psychological Medicine*, 47(8), 1427–1441.
- Munk-Olsen, T., Laursen, T. M., Pedersen, C. B., Mors, O., & Mortensen, B. (2006). New Parents and Mental Disorders A Population-Based Register Study. *JAMA*, 296(21).
- Munk-Olsen, T., Maegbaek, M. L., Johannsen, B. M., Liu, X., Howard, L. M., Florio, A. D., Bergink, V., & Meltzer-Brody, S. (2016). Perinatal psychiatric episodes: a population-based study on treatment incidence and prevalence. *Translational Psychiatry*, 6(10).
- Mäki, P., & Veijola Juha. (2012). Nuoren ensipsykoosi. *Duodecim*, 128, 27–34.
- Nurnberger, J. I., & Foroud, T. (2000). Genetics of Bipolar Affective Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 2, 147–157.
- Nuutila, M., & Polo, P. (2019). Lapsivuodeaika. Kirjassa: Tapanainen J, Heikinheimo O, Mäkikallio K (toim.). *Naistentaudit ja synnytykset*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2019.
- Osborne, L. M. (2018). Recognizing and Managing Postpartum Psychosis: A Clinical Guide for Obstetric Providers. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 45(3), 455–468.
- Perälä, J., Suvisaari, J., Saarni, S., Kuoppasalmi, K., Isometsä, E., Pirkola S., Partonen, T., Tuulio-Henriksson, A., Hintikka, J., Kieseppä, T., Härkänen, T., Koskinen, S., & Lönnqvist, J. (2007). Lifetime Prevalence of Psychotic and Bipolar I Disorders in a General Population. *Arch Gen Psychiatry*, 64, 19–28.
- Pine, D. S., Helfinstein, S. M., Bar-Haim, Y., Nelson, E., & Fox, N. A. (2009). Challenges in developing novel treatments for childhood disorders: Lessons from research on anxiety. *Neuropsychopharmacology*, 34(1), 213–228.
- Komulainen, J., Lehtonen, J., Mäkelä, M. (2012). *Psykiatrian luokituskäsikirja*. Terveiden ja Hyvinvoinnin laitos, Tampere.
- Ranta, K., & Koskinen, M. (2016). *Ahdistuneisuushäiriö*. Kirjassa: Aronen, E., Laukkanen, E., Sourander, A., Ebeling, H., Marttunen, M., Kumpulainen, K., Puura, K. (toim.). *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2016.
- Salari, N., Heidarian, P., Hassanabadi, M., Babajani, F., Abdoli, N., Aminian, M., & Mohammadi, M. (2024). Global Prevalence of Social Anxiety Disorder in Children, Adolescents and Youth: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Prevention*.

- Salokangas, R., Heinimaa, M., Svirskis, T., Huttunen, J., Laine, T., Korkeila, J., Ilonen, T., Ristkari, T., Vaskelainen, L., Rekola, J., Heinisuo, A.-M., Heikkilä, J., Syvälahti, E., Hirvonen, J., Parkkola, R., Hietala, J., Klosterkötter, J., Ruhrmann, S., Reventlow, H. G., ... Patterson, P. (2007). Psykoosille altis potilas.
- Sarkkinen, M., & Juutilainen, K. (2017). Synnytyksen jälkeinen masennus, sen yleisyys ja ennuste. Kirjassa: Kampman, O., Heiskanen, T., Holi, M., Huttunen, M., Tuulari, J. (toim.). Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2018.
- Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2024 (viitattu 20.3.2025). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- Terp, I. M., & Mortensen, P. B. (1998). Post-partum psychoses: Clinical diagnoses and relative risk of admission after parturition. *British Journal of Psychiatry*, 172, 521–526.
- Sourander, A., & Aronen, E. (2023). Lastenpsykiatriset häiriöt. Kirjassa: Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T. (toim.). *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2023.
- Spinelli, M. G. (2009). Treatment in Psychiatry Postpartum Psychosis: Detection of Risk and Management. *Am J Psychiatry*, 166, 4.
- Suvisaari, J., Jääskeläinen, E., & Lönnqvist, J. (2023). Synnytyksen jälkeiset psykoosit. Kirjassa: Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T. (toim.). *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2023.
- VanderKruik, R., Barreix, M., Chou, D., Allen, T., Say, L., Cohen, L. S., Barbour, K., Cecatti, J. G., Cottler, S., Fawole, O., Firoz, T., Gadama, L., Ghérissi, A., Gyte, G., Hindin, M., Jayathilaka, A., Kalamar, A., Kone, Y., Lange, I., ... von Dadelszen, P. (2017). The global prevalence of postpartum psychosis: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 17(1).
- World Health Organization. (2016). International statistical classification of diseases and related health problems: 10th revision ICD-10. World Health Organization.
- World Health Organization. (2025). Adolescent health. Saatavilla internetissä (Luettu 18.3.2025): <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/adolescent-health>
- Wylie, L., Hollins Martin, C. J., Marland, G., Martin, C. R., & Rankin, J. (2011). The enigma of post-natal depression: An update. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(1), 48–58.
- Youngstrom, E. A., Birmaher, B., & Findling, R. L. (2008). Pediatric bipolar disorder: Validity, phenomenology, and recommendations for diagnosis. *Bipolar Disorders*, 10, 194–214.