

041213 raskaus, synnytys ja mielenterveys

Vaj yl juha kemppinen

Raskaudenaikeinen ja synnytyksen jälkeinen depression hoito:

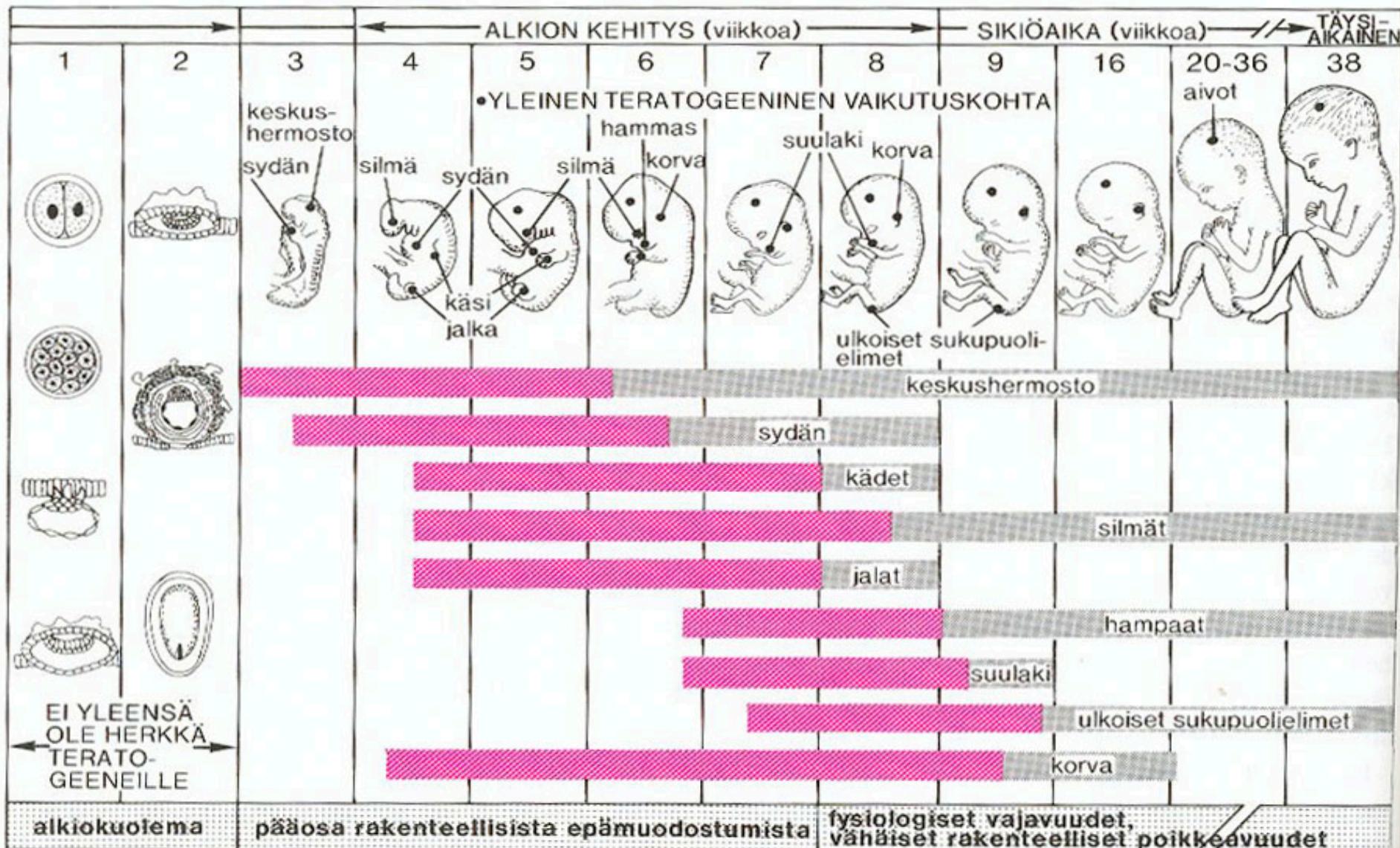
- Raportti 2009 APA ja ACOG
- Lääkelaitos 2008 Lääkkeiden käyttö raskauden ja imetyksen aikana

301110 Lpr valtuustosalissa, klo 14-1430

Synnytysten ja naistentautien alueellinen koulutusiltapäivä,
YI Juha Kemppinen,
EKSOTE, mielenterveyspalvelut

Tavoite luennolle:

- Toivoisimme yhteistä meetingia ja aiheena psyykkisesti sairas gravaida/synnyttäjä.
- Meillä on erittäin paljon varsinkin masennuksesta kärsiviä äitiä ja meitä kiinnostaisi esim .
 - insidenssit,
 - trendit,
 - diagnostiikka ja hoito.



Kuva 7.1. Kehityksen kriittisistä vaiheista voidaan antaa vain ylimalkainen aikataulu. Punaiset kaudet ovat kaikkein herkimmät, varjostetut vähemmän herkkiä teratogeeneille.

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- yleistä

- Raskaudenaikeinen ahdistus: 54 % ainakin yksi kolmannes; 1/3 ja 3/3 ! (u-käyrä)
- Raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen masennuksen esiintyvyys on suurempi kuin muulloin naisen elämässä (10-20 %)
- Masennustilasta kärsii vuoden aikana noin 5 % suomalaisista. (Depression KH-suositus, 2013)
- Synnytyksen jälkeinen psykoosi: 1-2/1000 synnytystä
- 1200 synnytystä /vuosi EKKS? 600 jotenkin ahdistuksella oireilevaa; 120-240 masennuksesta kärsivää

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- Results: Anxiety symptoms follow a U pattern in pregnancy, while depression symptoms decrease throughout pregnancy.
- Women show higher anxiety and depression values than men, although patterns of time variation are similar.
- Primiparous women and men display higher anxiety levels in the 1st than in the 3rd trimester, while multiparous register higher values in the 3rd than in the 1st pregnancy trimester.
- Conclusion: Different time variation in pregnancy was found for anxiety and depression symptoms; however anxiety and depression symptoms are particularly high during the 1st trimester.

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- The prevalence of anxiety disorders in pregnancy varies according to studies and evaluation moments.
- In a recent study by Lee et al. (2007), 54% of the women had antenatal anxiety during at least one trimester.
- Estimated anxiety in the 2nd pregnancy trimester was found to be lower; in most studies, it was found to be from 6.6% to about 15% (Andersson et al., 2003, 2006; Heron et al., 2004).
- Anxiety levels seem to be higher in the 1st and 3rd trimesters, when compared with the 2nd pregnancy trimester (Lee et al., 2007).

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- In fact, a non linear pattern for anxiety has been pointed out in women, with the 1st and 3rd pregnancy trimesters being identified as high risk periods (Lee et al., 2007).
- As far as men are concerned, the peak of distress seems to be at mid-pregnancy (18%) and decreases steadily in the postpartum period (Buist et al., 2003; Condon et al., 2004).

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- The prevalence of mood symptoms during pregnancy seems to be higher than in other periods of a woman's life (Halbreich, 2004).
- Also, rates of depression seem to be higher during pregnancy than in the postpartum period (Da Costa et al., 1999).
- In a recent cohort study (Evans et al., 2001), 13.5% of the women were depressed at 32 weeks of pregnancy and 9.1% at 8 weeks postpartum.
- A substantial amount of women who had a postnatal depression were already depressed during pregnancy (Evans et al., 2001; Gorman et al., 2004; Figueiredo et al., 2006).

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- Depression rates seem to decrease throughout pregnancy (Perren et al., 2005).
- A depression **point prevalence** of 15.5% was found at early and midpregnancy, 11.1% in the 3rd pregnancy trimester and 8.7% in the postpartum period (Felice et al., 2004).
- During pregnancy women usually present higher depression rates (12–20%) than men (4–6%) (Matthey et al., 2000). However, this is not consensual (Areias et al., 1996b).

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- Comorbidity between anxiety and depression symptoms is common and has been frequently reported during pregnancy (Field et al., 2003; Heron et al., 2004; Wenzel et al., 2005; Matthey, 2007; Matthey et al., 2003; Littleton et al., 2007; Austin et al., 2007). In a study by Ross et al.(2003), nearly 50% of clinically depressed pregnant and postpartum women had clinically significant comorbid anxiety;
- and according to Andersson et al. (2006) 20.5% of women who were given a psychiatry diagnosis in the 2nd pregnancy trimester presented comorbid anxiety and depression symptoms.

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- The overlap of anxiety and depression symptoms in pregnancy has also been reported as a risk factor for postnatal depression (Heron et al., 2004).
- Biological and psychosocial changes that occur in the context of pregnancy and parenting, including sleep deprivation, disruptions to the hormonal milieu, alterations to HPA axis functioning, and changes to interpersonal relationships, introduce challenges that may affect the efficacy of both pharmacological and psychotherapeutic interventions (Dennis & Ross, 2005; Kammerer, Taylor, & Glover, 2006).

C. Teixeira et al. Anxiety and depression during pregnancy in women and men
Journal of Affective Disorders 119 (2009) 142–148

L.E. Sockol et al. A meta-analysis of treatments for perinatal depression Clinical Psychology Review 31 (2011) 839–849

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- For example, in an attempt to limit fetal exposure, antidepressants may be prescribed **below** therapeutic dosage levels (Bennett, Einarson, Taddio, Koren, & Einarson, 2004a).
- This problem is complicated further by the fact that most **women actually require higher doses of antidepressant medication during pregnancy** (Dawes & Chowienczyk, 2001; Hostetter, Stowe, Strader, McLaughlin, & Llewellyn, 2000; Wisner, Perel, & Wheeler, 1993).

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- Concerns regarding effects of infant exposure to antidepressant medication via breast milk may also lead clinicians to prescribe inadequate doses of these medication during the postpartum period (Epperson, Anderson, & McDougle, 1997; Epperson, Jatlow, Czarkowski, & Anderson, 2003).

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- Postpartum Psychosis (PP)
- The incidence of PP resulting in hospital admission is approximately 1 to 2 in 1,000 deliveries (Kendell et al., 1987; Munk-Olsen et al., 2006).
- Women who have a history of bipolar disorder are particularly vulnerable to experiencing PP, with rates between 25% and 50% (Brockington, 1996; Jones & Craddock, 2001).
- A personal history of PP predisposes approximately 57% of women to experience another episode after a subsequent pregnancy (Garçeld, Kent, Paykel, Creighton, & Jacobson, 2004; Pfuhlmann, Franzek, Beckmann, & Stüber, 1999; Robertson et al., 2005).

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- Postpartum Psychosis (PP)
- The core feature of PP is mood disturbance, most commonly mania, although women often fluctuate rapidly between elation and depression and show significant mood lability.
- Symptom onset is often sudden and unexpected, usually occurring within 48 hours to 2 weeks after giving birth (Brockington, 1996).
- While experts have reported that there is a symptom-free period during the first 48 hours postpartum (Brockington; Hamilton, 1962), more recent research suggests that approximately one half of women present with mild hypomanic symptoms within the first 3 days postpartum (Heron, McGuinness, Robertson, Craddock, & Jones, 2008).

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- Postpartum Psychosis (PP)
- The clinical presentation of PP progresses rapidly following these early mood symptoms, and is characterized by delusions, hallucinations, bizarre behavior, and mood lability (Heron et al.)
- The nature of the psychotic symptoms varies widely and often the delusions include religious themes.
- Visual, auditory, and olfactory hallucinations have been reported and can include commands to hurt oneself or the baby.

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- Postpartum Psychosis (PP)
- Although it is generally agreed that the clinical presentation of PP is similar to mania or active psychosis independent of the postpartum period, some researchers suggest that PP presents with more severe confusion and perplexity (Brockington et al., 1981; Kirpinar, Coskun, C a y k , y l ^ , Anac , & zer, 1999; Kisa, Aydemir, Kurt, Gulen, & Goka, 2007).
- Rapid hormonal changes after pregnancy are suggested to play a role in the development of PP.
- There is evidence that changes in the levels of estrogen, prolactin, progesterone, adrenocorticoids, and thyroid hormones precede the onset of PP, although the evidence remains equivocal (Brockington, 1996; Seyfried & Marcus, 2003).

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

Table 1: Comparing Postpartum Depression (PPD) and Postpartum Psychosis (PP)

	PPD	PP
Prevalence	13 % -15 %	0.1 % -0.2 %
Risk factors	Personal history of depression Depression/anxiety during pregnancy Family psychiatric history Hormonal changes Life stress Low social support Poor marital relationship	Personal/family history of PP Personal/family history bipolar disorder Genetics Hormonal changes Primiparity Sleep loss

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

	PPD	PP
Onset	2 weeks to 1 year postpartum	Sudden, usually within 2 weeks postpartum
Symptoms	Nonpsychotic depression <ul style="list-style-type: none">● Depressed mood● Loss of interest● Weight change● Insomnia or hypersomnia● Psychomotor agitation● Fatigue or loss of energy● Feeling worthlessness or guilt● Decreased concentration● Thoughts of death or suicide	Manic or affective psychosis <ul style="list-style-type: none">● Mania● Mood lability● Delusions● Hallucinations● Bizarre behavior● Severe depression● Confusion● Perplexity

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

PPD

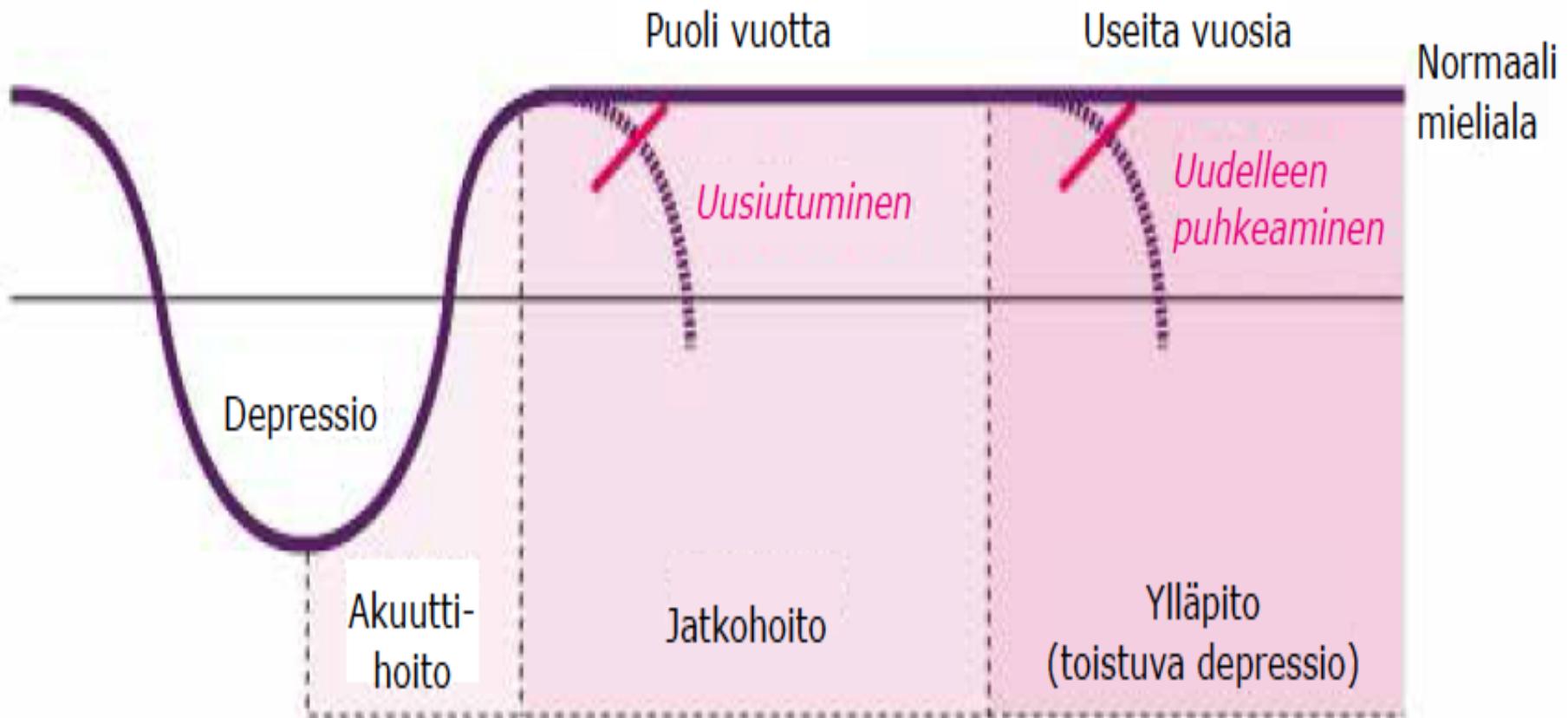
PP

Table 1. Continued

	PPD	PP	
Management	Nondirective counseling	Hospitalization	
	Cognitive behavioral therapy	Mood stabilizers	
	Interpersonal psychotherapy	Antipsychotics	
	Psychodynamic therapy	Hormones	Estrogeenith (A.Ahokas)
	Telephone-based peer support	ECT	
	Antidepressants	Antidepressants (with caution)	
	Hormones		
Long-term outcomes	25 % have nonpostpartum episodes	62 % have nonpostpartum episodes	
	41 % have postpartum episodes	57 % have postpartum episodes	
		Diagnostic outcomes are stable	
Note. ECT = electroconvulsive therapy.			

Masennuksen Käypä Hoito - suositus

10/2013 päivitetty



KUVA 1. Depression hoidon vaiheet.

TAULUKKO 3. Suomessa vuonna 2009 käytössä olevat depressiolääkkeet ja niiden annokset aikuispotilaille.

Geneerinen nimi	Aloitusannos (mg/vrk)	Hoitoannos (mg/vrk)	Tavallisia haittavaikutuksia
Trisyklisten depressiolääkkeet			
Amitriptyliini	25–50	75–300	Ryhmälle luonteenomaisia muun muassa antikolinergiset ja alfa-, salpauksen haittavaikutukset
Doksepiini	25–50	75–300	
Klomipramiini	25–50	75–300	
Nortriptyliini	25–50	50–200	
Trimipramiini	25–50	75–300	
Selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät (SSRI)			
Essitalopraami	10	10–20	Ryhmälle luonteenomaisia muun muassa pahoinvointi, suolisto-oireet ja seksuaalitoimintojen häiriöt
Fluoksetiini	20	20–80	
Fluvoksamiini	50	100–300	
Paroksetiini	20	20–50	
Sertraliini	50	50–200	
Sitalopraami	20	20–60	
Muut depressiolääkkeet			
Agomelatiini	25	25–50	Päänsärky, huimaus
Duloksetiini	60	60–120	Pahoinvointi, suun kuivuminen, päänsärky, uneliaisuus
Mirtatsapiini	15–30	30–60	Väsymys, painon nousu
Moklobemidi	300	300–900	Unettomuus, huimaus
Venlafaksiini	75	75–375	Kuten SSRI:t
Tratsodoni	50–100	150–500	Väsymys, huimaus, rytmihäiriöt

Markkinoilla oleva reboksetiini ei, depressioindikaatiosta huolimatta, todennäköisesti ole tehokas masennuslääke.

TAULUKKO 4. Keskeiset psykoterapiamuodot depression hoidossa.

Hoitomuoto ja kuvaus	Tyypillinen kesto ja tiheys	Näytönaste		
		Akuutti vaihe	Ylläpito- ja jatkohoitovaihe	Krooninen ja komplisoitunut masennus
Kognitiivinen Tavoitteena depressiota aiheuttavien ja ylläpitävien asenne- ja käyttäytymismallien muuttuminen ja ongelmanratkaisukeinojen lisääntyminen	Lyhyt: 10–20 käyntiä, yksi kerta viikossa	[146–151] ^A	–	–
	Lyhyt: 8–16 käyntiä (uusiutumisen estoterapia ja tietoisuustaitoihin perustuva MBCT)	–	[166–172] ^A	–
	Lyhyt/keskipitkä: 12–40 käyntiä (CBASP)	–	–	[173–176] ^B
	Pitkäkestoinen: 40–80 käyntiä, 1–2 käyntiä viikossa	D	D	C
Interpersonaalinen Tavoitteena depressiota aiheuttavien ja ylläpitävien ihmissuhdeongelmien, rooliristiriittojen tai menetysten fokusitu käsittely	Lyhyt: 12–16 käyntiä, yksi käynti viikossa	[146–151] ^A	[166–172] ^A	–
Psykodynaaminen Tavoitteena depressiolle altistavien kehityksellisten ongelmien selvittely ja minuuden vahvistuminen	Lyhyt: 16–25 käyntiä, yksi käynti viikossa	[177–179] ^B	–	–
	Pitkäkestoinen: 80–240 käyntiä, 1–3 käyntiä viikossa	[155, 180] ^B	D	[155, 180] ^B

TAULUKKO 5. Tiivistelmä monihäiriöisen depressiopotilaan hoidosta.

Häiriöyhdistelmä	Selektiivinen serotoniinin takaisinoton estäjä	Muu masennuslääke	Lyhytpsykoterapia	Muu mahdollinen hoito
Masennustila ja pähde-riippuvuus	++	-	-	Pähdevieroitus
Masennustila ja ahdistuneisuushäiriö	++	+	+	
Masennustila ja epävakaa persoonallisuus	++	-	-	Epätyypillinen psykoosilääke, mielialaa tasaava lääkehoito, spesifiset psykoterapiat

Masennuksen pääoireita

- Masentunut mieliala suurimman osan aikaa
- Väsymys ja voimavarojen puute, tavalliset arkiaskareetkin saattavat tuntua ylivoimaisilta
- Unen häiriöt: aamuyön heräily, unensaannin vaikeus
- Keskittymiskyyvyn laskeminen
- Mielenkiinnon häviäminen esim. harrastuksiin
- Mielihyvän laskeminen
- Painon ja ruokahalun muutokset
- Kiinnostus henkilökohtaiseen hygieniaan ja omaan ulkonäköön vähenee
- Levottomuus, kiihyneisyys tai hidastuneisuus
- Tuntemukset arvottomuudesta, syillisyyden tunteet, itsemurha-ajatukset
- Kohtuuttomat itsesyytökset

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- **Raskaudenaikeisen masennustilan hoito**
- – Raskauden aikana ilmenevän masennustilan aikana on syytä suosia psykoterapeuttisia hoitomuotoja, jos se on mahdollista.
- Psykoottisissa, vaikeissa ja joskus myös keskivaikeissa masennustiloissa joudutaan kuitenkin käyttämään depressiolääkitystä myös raskauden aikana.

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- **Raskaudenaikeisen masennustilan hoito**
- Masennuslääkityksen teratogenisuuden vaara on suurin ensimmäisen raskauskolmanneksen aikana, sen jälkeen vähäisempi.
- Depressiolääkkeiden sikiölle mahdollisesti tuottamista haitoista on vähän tietoa. Masennuslääkkeiden ei toistaiseksi ole osoitettu olevan selvästi teratogenisia eikä niitä pidetä sellaisina.
- SSRI-ryhmän masennuslääkkeistä erityisesti paroksetiini (Seroxat, Optipar, Paroxetin) saattaa kuitenkin altistaa vastasyntyneen pulmonaarialiselle hypertensiolle, joten sitä tulee yleensä välttää hoidossa raskauden aikana.

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- **Raskaudenaikeisen masennustilan hoito**
- Trisyklisiä masennuslääkkeitä ei suositella käytettäväksi raskauden aikana niiden antikolinergisten vaikutusten vuoksi.
- Äidin ennen synnytystä käyttämä serotoniinin takaisonoton estääjä puolestaan altistaa vastasyntynytä serotonergisen yliaktiivisuuden oireille

1. Kolmannes

Lääkäri ja äiti yhdessä arvioivat psyykenlääkityksen aloittamista, jatkamista ja lopettamista ← ehdotonta ohjetta ei voi antaa

YOUR WEIGHT GAIN

During the first 3 months you will probably gain approximately 1–2kg (2–4lb), if nausea hasn't been a problem.

Of this, only 48g (1.7oz) will be your baby. The rest is made up of the baby's support system (the placenta and amniotic fluid), your enlarged uterus and breasts, and your increased blood volume. Maternal fat stores will account for about the same weight gain as your baby.



YOUR WEIGHT GAIN

During the second 3 months, you will probably gain approximately 0.6kg (1.2lb).

Of this, only 1kg (2lb) will actually be your baby. The rest is made up of the baby's support system (such as the placenta and amniotic fluid), your enlarged uterus and breasts, and your increased blood and fluid volume. Maternal fat stores will usually account for approximately the same weight gain as your growing baby.



2. Kolmannes

YOUR WEIGHT GAIN

During the final months you will probably gain approximately 5kg (10lb).

Of this, approximately 3–4kg (6–8lb) will be accounted for by your baby. The rest is made up of the baby's support system (the placenta and amniotic fluid), your enlarged uterus and breasts, and your increased blood volume. Maternal fat stores will usually account for approximately the same weight gain as your baby.



3. Kolmannes

- Suunnittele raskaus
- Vältä ensimmäiset 6.vkoa psyykenlääkkeitä
- Älä käytä litiumia, pura hitaasti?

- SSRI- ym. psyykenlääkkeet turvallisia
- Pitoisuudet alenevat, seuraa oireita
- EDPS-lomake!
- Konsultoi psykiatria tarvittaessa

- Harkitse voisiko psyykenlääkityksen purkaa ennen synnytystä?
- Jos ei, vastasyntyneellä oireita vain 2 vkoa SSRI-lääkkeistä
- Seuraa hoitoalgoritmia

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- **Synnytyksenjälkeisen masennustilan hoito**
- Synnytyksenjälkeisestä depressiosta kärsii noin 10–15 % synnyttäneistä naisista
- Häiriön taustalla on paitsi
 - masennustilan yleisiä vaaratekijöitä
 - myös erilaisia synnytykseen ja äitiyteen liittyviä psykososiaalisia ja hormonaalisia vaaratekijöitä.

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- Prevalence estimates for postnatal depression (PND) have been cited as around 13% (O'Hara and Swain, 1996), with estimates for major and minor depression ranging from approximately 5 to 20% (Gavin et al., 2005).
- Recently, the analysis by Matthey (2009) addressed the effectiveness of the major PND screening tool, the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Cox et al., 1987)
- He then estimated the average accuracy of positive EPDS screening results at around 50%.
- Yelland et al. (2009) stated that “evidence for the effectiveness of universal antenatal and postnatal depressionscreening is scarce.”

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- Concerns have been expressed over the inability of the EPDS to make a firm diagnosis of depression, that “false positive” results will wrongly identify women as having depressive illness (e.g. Yelland et al., 2009) and that there is also a potential for harm attached to “false negative” results.
- Opting to abandon screening altogether, on the rationale that no close to- perfect tool is available, may involve a risk akin to “throwing the baby out with the bathwater”.

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- We take it as axiomatic that no person should be labelled as having a depressive condition or as a ‘case’ (and offered an active treatment intervention for existing depression) on the basis of a positive EPDS screen alone.
- Importantly, a screening process cannot definitively identify any health-related characteristic of an individual—that is the function of diagnosis.
- Screening is not an endpoint but a ‘safety net’ that captures a high-prevalence sub-population.
- On the basis of a positive screen a full diagnostic assessment based on standard clinical criteria can be offered with well trained professionals, to distinguish a transient emotional distress from an enduring episode of depression.

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- **Synnytyksenjälkeisen masennustilan hoito**
- Synnytyksenjälkeistä masennustilaan on suositeltavaa seuloa esimerkiksi tarkoitukseen kehitetyn Edinburgh Postnatal Depression Scalen (EPDS) avulla.
- – Hoito on samansuuntaista kuin masennuksen hoito yleensäkin.
- – Masennuslääkkeistä SSRI-ryhmän lääkkeet ovat suositeltavimpia B.

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- **Results:** The **sensitivity** of EPDS was measured as **0.82** [0.78–0.86], with a positivity threshold of 9.5/30. For an estimated prevalence for all depressive episodes of 16.1%, the positive predictive value of EPDS was measured as 42.8% [39.1–46.5%].
- Multivariate risk analysis using logistical regression identified the following as risk markers for postnatal depression: previous history of depression (postnatal or other), unemployment, premature delivery or stopping breast-feeding in the first month for nonmedical reasons.
- **Conclusion:** The use of EPDS between the third and fifth day postpartum is valid.
- An EPDS score of > 10 should be completed by a clinical assessment and suitable management. The risk markers identified here are clinical indices that can be used for first-line early screening by non-psychiatric health workers

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- Moreover, the peak prevalence of PND is between 4 and 10 weeks postpartum (Cooper and Murray, 1995), but many patients are lost to follow-up after leaving the maternity unit.
- The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), a questionnaire with 10 items, filled out by the patient, was developed to help screen for PND at 6 weeks postpartum (Cox et al., 1987).

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

Table 1

Results of R.O.C. analysis for EPDS in the first week postpartum, validated against the DSM-IV depression criteria ($n=363$; 1/2 95% CI: semi 95% confidence interval)

Threshold score	Sensitivity	1/2 95% CI	Specificity	1/2 95% CI
6.5	0.90	0.03	0.43	0.05
7.5	0.89	0.03	0.49	0.05
8.5	0.87	0.03	0.60	0.05
9.5	0.82	0.04	0.68	0.05
10.5	0.70	0.05	0.74	0.04
11.5	0.60	0.05	0.80	0.04
12.5	0.50	0.05	0.85	0.04

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

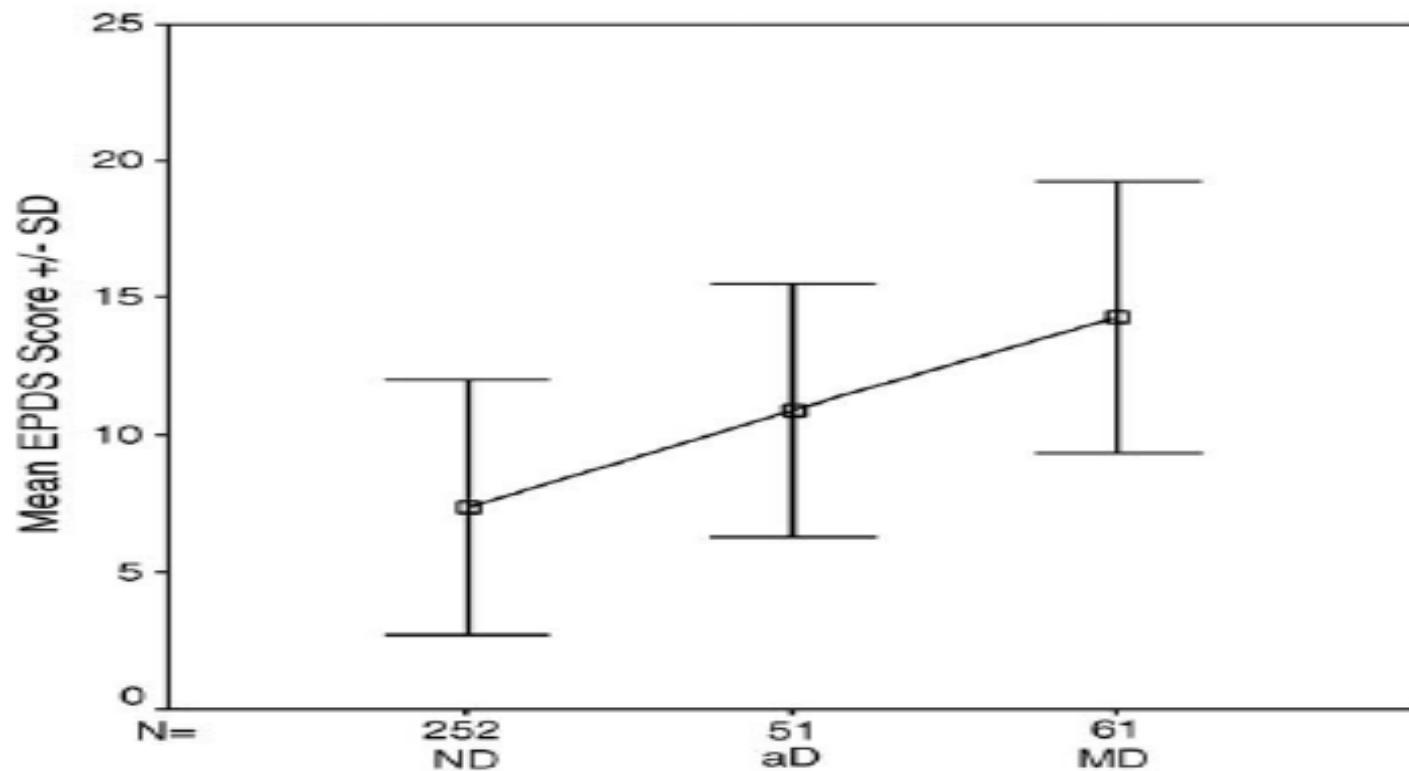


Fig. 2. EPDS score 3–5 days postpartum according to the depressive state. ND: not depressed; aD: attenuated depression; MD: major depression.

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- In fact, 60% of women identified as being depressed at 4 months are still clinically depressed 1 year after delivery (MacMahon et al., 2005).
- The risk of depression is also increased in the partner (Lovestine and Kumar, 1993). Mother–baby interactions are less frequent, and their inter-dependence and reciprocity are less marked (Campbell et al., 1995).
- Babies of depressed mothers are also more likely to have insecure attachment styles (Murray et al., 1999) and a delay in cognitive development (Grace et al., 2003).
- These risks are increased if the father also has a psychopathological disorder (Marmorstein et al., 2004).
- In view of its epidemiological importance, it is therefore essential to develop strategies for early screening of PND.

Nimi:

pvm:

Ole hyvä ja ympyröi se vaihtoehto, joka eniten vastaa Sinun tuntemuksiasi viimeisen kuluneen viikon aikana, ei vain tämänhetkisiä tuntemuksiasi.

Viimeisen viikon aikana:

1. Olen pystynyt nauramaaan ja näkemään asioiden hauskan puolen

0. Yhtä paljon kuin aina ennenkin	0 PISTETTÄ
1. En aivan yhtä paljon kuin ennen	1
2. Selvästi vähemmän kuin ennen	2
3. En ollenkaan	3

2. Olen odotellut mielihyvällä tulevia tapahtumia

0. Yhtä paljon kuin aina ennenkin	0 PISTETTÄ
1. Hiukan vähemmän kuin aikaisemmin	1
2. Selvästi vähemmän kuin aikaisemmin	2
3. Tuskkin ollenkaan	3

3. Olen syttänyt tarpeettomasti itseäni, kun asiat ovat menneet vikaan

0. Kyllä, useimmiten	3 PISTETTÄ
1. Kyllä, joskus	2
2. En kovin usein	1
3. En ollenkaan	0

4. Olen ollut ahdistunut tai huolestunut ilman selvää syttä

0. Ei, en ollenkaan	0 PISTETTÄ
1. Tuskkin lainkaan	1
2. Kyllä, joskus	2
3. Kyllä, hyvin usein	3

5. Olen ollut peloissani tai hädissäni ilman erityistä selvää syttä

0. Kyllä, aika paljon	3 PISTETTÄ
1. Kyllä, joskus	2
2. Ei, en paljonkaan	1
3. Ei, en ollenkaan	0

6. Asiat kaatuvat päälleni

0. Kyllä, useimmiten en ole pystynyt selviytymään niistä ollenkaan	3 PISTETTÄ
1. Kyllä, toisinaan en ole selviytynyt niistä ylitä hyvin kuin tavallisesti	2
2. Ei, useimmiten olen selviytynyt melko hyvin	1
3. Ei, olen selviytynyt yhtä hyvin kuin aina ennenkin	0

7. Olen ollut niin onneton, että minulla on ollut univaikeuksia

0. Kyllä, useimmiten	3 PISTETTÄ
1. Kyllä, toisinaan	2
2. Ei, en kovin usein	1
3. Ei, en ollenkaan	0

8. Olen tuntenut oloni surulliseksi tai kurjaksi

0. Kyllä, useimmiten	3 PISTETTÄ
1. Kyllä, melko usein	2
2. En kovin usein	1
3. En, en ollenkaan	0

9. Olen ollut niin onneton, että olen itkeskellyt

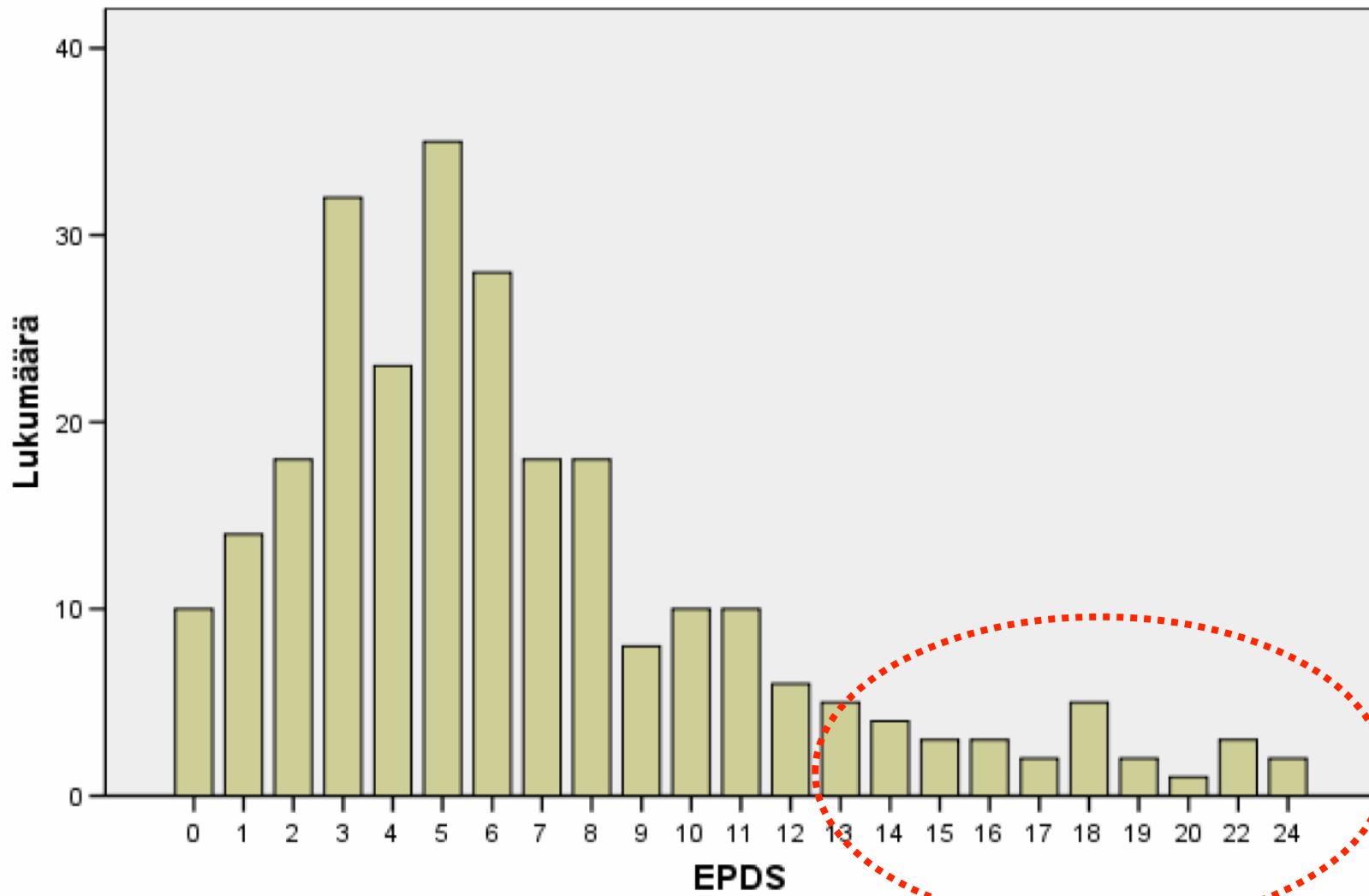
0. Kyllä, useimmiten	3 PISTETTÄ
1. Kyllä, melko usein	2
2. Vain silloin tällöin	1
3. Ei, en ollenkaan	0

10. Ajatus itseni vahingoittamisesta on tullut mieleeni

0. Kyllä, melko usein	3 PISTETTÄ
1. Joskus	
2. Tuskkin ollenkaan	1
3. Ei ollenkaan	0

MASENNUKSEN KATKAISUPISTE = 13

**Yli 13 pistettä on cutoff-
raja ➔ tehdä jotakin**



Kuvio 1. Hakunilan alueen neuvoloista kerättyjen EPDS -seulojen pisteet vuonna 2006.

VANHEMMAN MASENNUKSEN TUNNISTAMISEN JA HOIDON KEHITTÄMISPROJEKTI HAKUNILAN ALUEEN ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLOISSA 2005-2006



Masentuneiden äitien hoitoketju ja tuki Vantaan neuvoloissa/luonnos 27.4.2007

Kaikille äideille tehdään synnytyksen jälkeen EPDS-seula, viimeistään vauvan ollessa 3kk Tarvittaessa myös raskauden aikana.Kartoita perheen tilanne.

Jos pisteitä 13 tai yli tai muuten epäilet masennusta, kysy:

- Kauanko tällainen olo on kestänyt?
- Onko suurimman osan päivää samanlainen olo?
- Onko päivittäinen toimintakyky selvästi huonontunut?

Jos EPDS 13 tai yli

Terveydenhoitajan tehostettu tuki (kuuntelu, keskustelu, tihennetyt tapaamiset)
(Th:n tukena psyk.sh ja työnohjaus)

Perheen verkoston kartoitus ja aktivointi

Informointi alueen lapsiperheiden palveluista (perhekahvilaat, vertaisryhmät, seurakunta)

Tarvittaessa neuvoolan perhetyö

Tarvittaessa psykologin konsultaatio

Depressiokouluryhmä

Jos ei riitä

Depressiohoitajan tai psykiatrin konsultaatio

Terveyskeskuslääkärin konsultaatio (diagnoosi, laboratoriotutkimukset, lääkityksen arviointi, lähetteet)

Parisuhdeasioissa ohjaus perheasiainneuvottelukeskukseen tai perheneuvolaan

Tarvittaessa lastensuojelun tukitoimet ja perhetyö/toimeentulotuki/verkostopalaverit

Jos ei riitä

Lähete psykiatrian poliklinikalle

Jos akuutti tilanne, yhteys HYKS, Peijaksen sairaalan akuuttipsykiatran poliklinikalle tai ensiapuun jossa osastohoidon ja terapien tarpeen arviointi

Kuuselan perhekuntoutus

JOS ÄIDILLÄ ON VAKAVIA ITSEMURHA-AJATUKSIA, HETI YHTEYS TK-LÄÄKÄRIIN TAI PEIJAKSEN ENSIAPUUN, silloin hoitoketjun voi ohittaa



VANTAA KAUPUNKI
VANDA STAD

Varhaisen vuorovaikutuksen hoidon ja tuen järjestäminen Vantaan neuvoloissa/luonnos 27.4.2007

Terveydenhoitaja arvioi äidin ja vauvan vuorovaikutusta
Keskustelu äidin kanssa, kysymykset ja havainnointi, mahdollisesti VaVu-haastattelu

1. Äidin oma kokemus vauvasta ja jaksamisesta
2. Vauvan vaikeahoitoisuus
3. Havaittavat ongelmat äidin ja vauvan vuorovaikutuksessa
4. Puolison/läheisverkoston tuen kartoitus

Jos äiti tarvitsee tukea
vuorovaikutuksessa

Terveydenhoitajan tehostettu tuki
Tarvittaessa psykologin konsultaatio/hoito
Perheen tukiverkoston kartoitus ja aktivointi
Aktivointi alueen lapsiperhepalveluihin (avoin päiväkoti, perhekahvilat, äiti-vauvaryhmät, Käsikynkkäryhmät)
Tarvittaessa neuvolan perhetyö, jos ei riitä sosiaalityö ja lastensuojelun avohuollon tukitoimet
Seurakunnan keskusteluryhmät

Jos ei riitä

Lääkärin konsultaatio
Psykologien/psyk.sairaanhoidajien ohjaamat hoidolliset äiti-vauvaryhmät
Perheneuvola
HUS, HYKS, Peijaksen vauvaperhetoiminta

Jos ei riitä

Tarvittaessa lastensuojelun tukitoimet
Kuuselan perhekuntoutusyksikkö: ryhmäpäiväkuntoutus, Kärrynpyörä, yksilopäiväkuntoutus Kuperkeikka tai ympäri vuorokautinen perhekuntoutus
Laitokset: Helsingin ensikodin Baby Blues-yksikkö, pähdeäideille Esmiina avopalveluyksikkö tai Helmiinä ensikoti
Diakonissalaitos, vauvojen sijoitus

**JOS HUOLI LAPSESTA ON ERITTÄIN SUURI, OTA HETI YHTEYS
LASTENSUOJELUUN, ja kerro siitä vanhemmille**

M O T H E R



You will be seeing your doctor on a weekly basis now. He or she will be checking that everything is going well.

Engagement In most first time mothers, the baby's head drops down into the pelvis at about 36 weeks. You will feel more comfortable and your breathing will become easier. It is perfectly normal for the baby's head not to engage until later – sometimes not until labour has started.

Posture You may tend to compensate for the extra weight in the front of your body by

leaning backwards. This throws your head back so that your line of vision is different from usual. Your centre of gravity has altered, so you may bump into things or drop them by mistake.

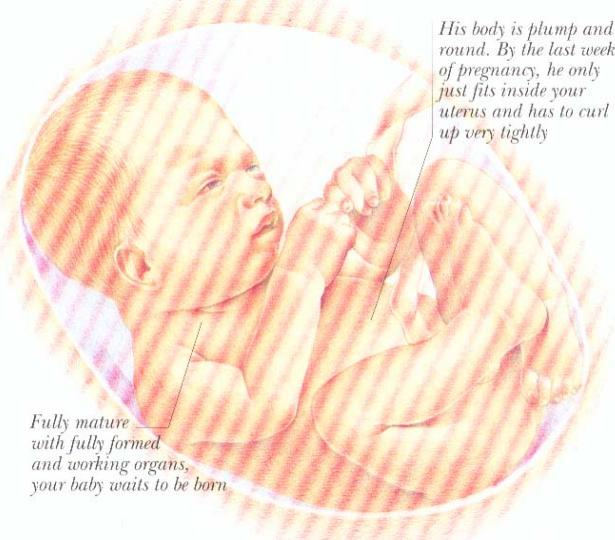
Sleeping and resting It may be more and more difficult for you to get a good night's sleep as your large abdomen makes finding a comfortable position difficult. However, rest as much as possible, with your feet up if you can.

Nesting instinct Usually occurring during pre-labour (see p.250), this often seems to manifest itself in an urge to clean the cooker! Try to resist it – you'll need all of your energy for giving birth.

Synnynnäisiä epämuodostumia tai kehityshäiriöitä ilmenee länsimaissa 2–4 %:lla vastasyntyneistä.

Tämän vuoksi yksittäiset kokemukset tai tapaukset vastasyntyneen kehityshäiriöistä eivät ole koskaan luotettava osoitus raskauden aikaisen lääkkeen käytön ja synnynnäisen epämuodostuman välisestä syy-seuraussuhteesta.

YOUR BABY AT TERM



Tosiongelmat vasta odottavat

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- **Synnytyksenjälkeisen masennustilan hoito**
- Masennuslääkkeen käyttö ei yleensä estää imetystä.
- Pitkän puoliintumisajan omaavan **fluoksetiinin (Seronil, Seromex, Fluoxone, Fluoxetine, Fluoxetin)** on kuitenkin kuvattu kumuloituneen imeväisiin, eikä sitä siksi suositella.
- – Psykoterapeutiset hoitomuodot ovat suosittavia erityisesti silloin, kun äidin elämäntilanteessa ilmenee depressiolle todennäköisesti altistavia ongelmia.
- – Suurin osa synnytyksenjälkeisistä masennustiloista on lieviä ja hoidettavissa neuvolan antamalla psykososiaalisella tuella

Terveysportti

Terveysportti - Mozilla Firefox

Iedostoo Muokkaa Näytä Sivuhistoria Kirjanmerkit Työkalut Ohje

Edellinen Seuraava Päivitä Pysäytä Aloittusivu http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/koti

Useimmin avatut Aloittusivu Utisotsikot

D Terveysportti

DUODECIM

 Terveysportti

Lääkärin tietokannat
Sairaanhoidajan tieto-kannat
Työterveys (08)
Hammashäkkeitiede
Akuuttihiito

Duodecim
Lääketietokanta (UUTTA)
Lääkkeet ja Hinnat (UUSI)
SEINÄKÄRITÖKEET
Raskaus ja imetys
Lääke / Lab.
Lääkeopas

ICD-10
Toimenpideluokitus

Osoitetietokanta
Avoimet työpaikat
Verkkokauppa

Kelan lomakkeet
SPR Veripalvelu
Koulutus, verkkokurssit
Erikoislääkäriyhdistykset
Eettinen foorumi
Linkit

Lääkäri-seura Duodecim - Jäsenpalvelut
Kustannus Oy Duodecim Finmet

Kirjaudu sisään Rekisteröidy Unohtuiko salasana? Yhteystiedot Palaute Info

Lehdet
Jäsenlehdet Lääkärilehti Hammasläkäri-lehti NEJM Lancet TABU BMJ Sairaanhoitaja Sairaalaterkki

Kirjasto
Käypä hoito EBM Guidelines Lääketieteen sanakirja EKG-tietokannat Diabetes
Tietoa potilaalle The Cochrane Library Lääketieteen termit Ensihoito-opas Sydänsairaudet
Hoidon perusteet Lastenneuvolaopas Matkailijan terveys Reuma Allergiaohjelma '08-18

Uutispalvelu Duodecim
Syövät kasvattavat omia verisuonia
Omega-3-rasvojen sydänhyödyt heikolla pohjalla
D-vitamiinin vajeen korjaaminen parantaa vanhusken lihaskuntoa

Duodecim tiedottaa
Uniapneasta Käypä hoito -suositus: Uniapnea kannattaa hoitaa

Uutta Lääkärin tietokannoissa
Lapsen aukutti uloshengitysvaikeus häitäännyttää
Taas veri vuotaa
Mikä kohotti plasman kalsiumin?

Tiedotteet ja väitöskirjat
Verenkiertomuosten magneettikuvaus antaa tietoa aivovalman laajudesta, etenemisestä ja toipumisesta (Väitöskirjat)
Hampaiden pinoottaminen ehkäisee reikäintymistä korkean kariesriskin lapsilla (Väitöskirjat)

Lääketietoa
Kuka munuaissiirtolalle - kriteerit 2011
Tuskin mistään siirtokelpoisuuteen liittyvästä asiasta on keskusteltu ja väitellyt yhtä paljon kuin ylipainosta.

Takapäivystäjän palsta
C. difficile ja oireeton aikuispotilas Tarvitseeko kolliittia hoitaa aikuispotilaalla, jos ulostenäytte on clostridium-positiivinen, mutta oireet ovat tuossa vaiheessa jo hävinneet?

Viikon valinnat
Oikeudenmukainen kohtelu suojaa työntekijän terveyttä Ihmiset ovat myös huomattavan taitavia ja herkkä huomaamaan sosiaalisten oikeudenmukaisuussääntöjen loukkausksesta.
Työyhteisö - uhka ja tuki mielenterveydelle Epäoikeudenmukainen kohtelu ja tuen puute heikentävät työntekijän itsentuntoa ja kertovat, ettei hänä pidetä tärkeänä ja arvostettuna


Luovuus lääketieteen koulutuksessa

Etsi
Lääkärin tietokannat Hae
Sairaanhoidajan tietokannat Hae
Duodecim lääketietokanta Hae
PubMed Hae
Google Hae


Verkkokauppa

Avoimet työpaikat (61)
Kahta työterveyslääkäriä / työterveyshuoltoon erikoistuva lääkäri - Porvoon kaupunki
Johtavan lääkärin vakituinen virka - Porvoon terveyskeskus
Sairaanhoitaja, Suursuon sairaalan osastot, 2 työpaikkaa - Helsingin terveyskeskus

Valmis

Terveysportti (työpaikan terveysportista oikeudet riittänevät?)

Raskaus ja imety - Mozilla Firefox

Tiedosto Muokkaa Näytä Sivuhistoria Kirjanmerkit Työkalut Ohje
Edellinen Seuraava Päivitä Pysäytä Aloitussivu http://www.terveysportti.fi/terveysportti/dlv.koti?p_kielikoodi=fi&p_sovellustunnus=R1&p_mainos=E ToggleFI Customized Web Search
Useimmin avatut Aloitussivu Utisotsikot

D Raskaus ja imety D Raskaus ja imety

TERVEYSPORTTI ETUSIVU OHJE KÄYTÖEHDOT PALAUTTE

Gravbase ja Lactbase – Lääkkeiden käyttö raskauden ja imetyksen aikana

Info 17.9.2008 Toimitus

gravbase® lactbase®

Ei oikeuksia käyttää tättä sovellusta.

Pahu etusivulle

gravbase ja lactbase ovat tietokantoja, jotka sisältävät tiedon lääkkeiden, vitamiinien sekä tavallisten nautintoaineiden turvallisuudesta raskauden ja imetyksen aikana. gravbase ja lactbase sisältävät päivityn tiedon Suomessa markkinoilla olevien lääkkeiden sekä useiden erityislupavalmisteiden raskauden ja imetyksen alkaisesta turvallisuudesta. Tietokannat on rakennettu niin, että käyttäjä voi tarkastella joko yksittäisen lääkeaineen raskauden ja imetyksen aikaisa tietoja tai arvioida millä lääkkeellä lääkeaineryhmästä on parhaiten dokumentoitu turvallisuus raskauden tai imetyksen aikaisessa käytössä esim. verenpainelääketä valitassa. Tällöin voidaan tarkastella kaikkia verenpainelääkerhyymiä kokonaisuutena tai eri alaryhmiä (beetasalpaajat, kalsiumkanavansalpaajat jne.) sopivan vaihtoehdon löytämiseksi.

Lääkkeiden turvallisuutta raskauden ja imetyksen aikaisessa käytössä kuvataan neliluokkaisella järjestelmällä (A-D), missä raskauden ja imetyksen aikana käyttökelpoisimmat ja turvallisimmat vaihtoehdot on luokiteltu koodilla A, kun taas potentiaalisesti haitalliset lääkkeet on luokiteltu koodilla D. Luokittelun käyttäjästävällisyystä on vielä lisätty käyttämällä SFINX-lääkeinteraktiotietokannasta tuttua värirkoodijärjestelmää: A - vihreä, B - harmaa, C - keltainen ja D - punainen. Lääkeainekohtaisten suositustekstien lukeminen on tärkeää, jotta välttyään pelkän värirkoodijärjestelmän aiheuttamalta virhetulkinnoilta.

Tietokannat päivitetään neljä kertaa vuodessa. gravbase ja lactbase tietokantojen sisällöstä vastaa medbase Oy ja sen luomisessa on ollut mukana tieteellisenä neuvonantajana naistentautien ja obstetriikan erikoislääkäri, LT Heli Malm.

Tietokannat sisältävät tiedon lähes 900 lääke- ja nautintoaineen raskauden ja imetyksen aikaisen käytön turvallisuudesta. Tietokantoja päivitetään jatkuvasti ja muutokset näkyvät reaalialkaisesti. Gravbase ja lactbase tietokantojen yksittäisen käyttäjän vuoden käyttoilueiden hinnat ovat: suositushinta 78 euroa, Duodecimin jäsenhintta ja opiskelijajäsen hinta 39 euroa. Yksittäistilaukset tilaussivun kautta. Organisaatiokäyttö ja usean käyttäjän lisenssit hinnoitellaan erikseen.

Artikkelin tunnus: info4365 (015.002)
© 2010 Kustannus Oy Duodecim

Valmis

LÄÄKKEET RASKAUDEN JA IMETYKSEN AIKANA

Heli Malm, Kirsi Vähäkangas, Anna-Liisa Enkovaara ja Olavi Pelkonen

Lääkelaitos 2008

Taulukko 9. Psyykenlääkkeet raskauden ja imetyksen aikana.

Lääke/lääkeryhmä	Raskaus	Imetys
Masennuslääkkeet		
Trisykliset masennuslääkkeet	Voi käyttää (vastasyntyneen lääke- ja vieroitusoireet).	Voi käyttää, doksepiini vasta-aiheinen.
Selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät	Voi käyttää (vastasyntyneen lääke- ja vieroitusoireet).	Voi käyttää.
Mianseriini, tratodon	Vähän kokemusta.	Voi yleensä käyttää.
Uudet masennuslääkkeet (mirtatsapiini, reboksetiini, milnasipraani, duloksetiini)	Mirtatsapiinista jonkin verran, muista ei juuri kaan kokemusta.	Mirtatsapiini-, reboksetiini- ja duloksetiinialtistus maidon kautta on vähäinen (145). Milnasipraanista ei tietoa.
Venlafaksiini	Voi käyttää (vastasyntyneen lääke- ja vieroitusoireet).	Voi yleensä käyttää.

Psykoosilääkkeet		
Perinteiset psykoosilääkkeet (esim. perfenatsiini, haloperidoli)	Voi käyttää (vastasyntyneen lääkeoireet).	Voi yleensä käyttää.
Toisen polven psykoosilääkkeet (klotsapiini, risperidoni, olantsapiini, ketiapiini, aripipratsoli, tsiprasidoni).	Voi käyttää, kun perinteisillä ei vaikutusta. Aripipratsolia ja tsiprasidonia käyttökokemuksen puuttuessa ei suositella. Verensokeritason seuranta.	Voi yleensä käyttää. Klotsapiinin käytössä varovaisuutta. Aripipratsolia ja tsiprasidonia käyttökokemuksen puuttuessa ei suositella.
Kaksisuuntaisen mielialahäiriön lääkkeitä		
Litium	Voi käyttää. Vaihtii lääkepitoisuuden seurannan. Sydämen kaikukuvaus noin 20. raskausviikolla.	Imetyks vasta-aiheista, ellei lapsen lääkepitoisuutta ja kilpirauhasen toimintaa voi seurata.
Lamotrigiini	Voi käyttää harkiten. Puhdistuma suurenee raskauden aikana. Folihappolisä.	Voi yleensä käyttää. Lapsen lääkepitoisuus voi olla jopa 30 % äidin lääkepitoisuudesta. Imetyksestä johtuvia haittoja ei kuitenkaan ole kuvattu.

15 Uni- ja rauhoittavat lääkkeet

Tavanomaiset uni- ja rauhoittavat lääkkeet satunnaisesti käytettyinä raskauden ja imetyksen aikana eivät ole vaarallisia sikiön tai vastasyntyneen kannalta. Bentsodiatsepiiniryhmän lääkkeet eivät ole osoittautuneet teratogeeneiksi, eikä diatsepaamin väitettyä teratogenisuutta ole havaittu prospektiivisissa seurantatutkimuksissa eikä suurissa epidemiologisissa tutkimuksissa (215, 216). Pitkäkestoinen käyttö ennen synnytystä voi aiheuttaa vastasyntyneelle lapselle ongelmia (hengitysvaikeudet, velttous, uneliaisuus).

Nukahtamislääkkeistä ei tsopiklonia, tsolpideemia eikä tsaleplonia suositella käytettäväksi raskauden aikana. Vaikka viitteitä haitoista ei ole ilmennyt, kokemusta on vielä vähän (217).

Eksogeenisen melatoniinin käytöstä unilääkkeenä raskaana olevilla naisilla ei ole tietoa. Eläinkokeet viittaavat raskauden aikaisen melatoniinialtistuksen vaikuttavan eläinten jälkeläisten reproduktioon liittyvien hormonien tasoon ja seksuaaliseen kehitykseen (218). Kliinisten tietojen puutteen vuoksi melatoniinin säännöllinen käyttö ei ole suositeltavaa raskauden aikana tai raskautta suunniteltaessa (<http://www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/circadin/H-695-fi1.pdf>).

15.1 Imetyksen aikana

Tilapäinen bentsodiatsepiinin käyttö ei ole este imetykselle. Esimerkiksi oksatsepaa-mialtistuminen maidon kautta jää hyvin vähäiseksi. Myös midatsolaamia voi käyttää satunnaisesti.

Tsopikloni, tsolpideemi ja tsaleploni erittiyvät vähäisessä määrin äidinmaitoon. Tilapäinen käyttö ei todennäköisesti aiheuta imeväiselle haittaa. Lapsen lääkealtistumisen minimoimiseksi lääke tulisi ottaa heti iltasyöötön jälkeen ja imettää vasta aamulla.

Endogeenista melatoniinia on todettu äidin rintamaidossa. Eksogeeninen melatoniini erittyy todennäköisesti myös maatoon, joten sen säännöllistä käyttöä tulee välttää imetyksen aikana.



Taulukko 3. Esimerkkejä imetyksen aikana kielletyistä ja ongelmallisia lääkeistä

Kiellettyjä lääkeitä

Isotretinoiini	Levottomat jalat
Amiodaroni	Siffrol
Doksepiini	
Dopamiiniagonistit (maidon tulon loppuminen)	
Ergotamiini	
Radioaktiiviset lääkeet	
Solunsalpaajat	

Loppuraskauden aikana tämän ryhmän lääkkeille altistuneista lapsista 20–30 % joutuu seurantaan tai tehoihitoon. Äidin lääkeannostus kannattaa tarkistaa raskauden viimeisen kolmanneksen aikana. Lääkityksen asteittaisesta purkamista voi harkita viimeistään kuuksi ennen arvioitua synnytysajankohtaa, jos äidin tilanne niin sallii. Lääkehoitoa ei kuitenkaan pidä lopettaa äidin hyvinvoinnin kustannuksella. SSRI-lääkkeiden käyttö raskauden jälkipuoliskolla voi lisätä vastasynteen keuhkoverenpainetaudin riskiä (37, 38). Vaikka SSRI-lääkkeet voivat aiheuttaa käyttäjälle trombosyyttifunktion häiriintymistä ja vuototaipumuksen lisääntymistä, ei vastasyntyneillä, *in utero* -altistuneilla lapsilla ole todettu suurentunutta riskiä.

http://www.nam.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/laakelaitos/embeds/raskaus2r.pdf

Ei suositeltavia lääkeitä

Litium
Barbituurihappojohdokset
Kultavalmisteet
Pitkävaikutteiset bentsodiatsepiinit
Kloramfenikoli (systeeminen hoito)

Lääkkeiden käytössä mahdollinen riski

Kinoliinit (fluorokinolonit)
Kodeiini
Psykykenlääkeet
Tetrasykiinit (pitkäkestoinen käyttö)
Siklosporiini
Uudet epilepsialääkeet
Muut uudet lääkeaineet

Raskaudenaikeiset lääkityksen yleiset ohjeet:

- Älä käytä raskauden aikana mitään lääkettä, rohdosvalmistetta tai luontaistuotetta ennen kuin keskustelet siitä lääkärin/ apteekkihenkilökunnan kanssa.
- Älä omatoimisesti keskeytä krooniseen sairauteen tarkoitettua lääkettä, vaan ota yhteys lääkäriin.
- Ota yhteys lääkäriin, mikäli tulet raskaaksi tai suunnittelet raskautta lääkehoidon aikana.
- Noudata tarkasti lääkkeen ohjeiden mukaisia annostuksia.
- Jos pakkauksessa olevassa ohjeessa kielletään lääkkeen käyttö raskauden aikana, voi lääkäri silti harkinnan mukaan määrätä lääkettä, mikäli hyöty menee haittojen edelle.
- Valtakunnallisesta HYKS:n Teratologisesta tietopalvelusta saa puhelimitse tietoa lääkkeiden käytöstä raskauden aikana arkisin kello 9-12. Puhelinnumero on (09) 471 76 500.

TABLE 12-13 Risks of antidepressant use or avoidance during pregnancy

Risks: Damned if you do

Congenital cardiac malformations (especially first trimester; paroxetine)

Newborn persistent pulmonary hypertension (third trimester; SSRIs)

Neonatal withdrawal syndrome (third trimester; SSRIs)

Prematurity, low birth weight

Long-term neurodevelopmental abnormalities

Increased suicidality due to antidepressant use (up to age 25)

Medical-legal risks of using antidepressants

Risks: Damned if you don't

Relapse of major depression

Increased suicidality due to antidepressant non-use

Poor self-care

Poor motivation for prenatal care

Disruption of mother-infant bonding

Low birth weight, developmental delay in children of women with untreated depression

Self-harm

Harm to infant

Medical-legal risks of not using antidepressants

Lääkäri ja äiti yhdessä arvioivat psyykenlääkyksen aloittamista, jatkamista ja lopettamista
← ehdotonta ohjetta ei voi antaa

Textbook of Clinical Psychiatry > Chapter 24. Psychopharmacology and Electroconvulsive Therapy > Antidepressant Drugs > Clinical Use >

TABLE 24–2. Guidelines for choosing an antidepressant medication

Unipolar depression	All antidepressants are equally effective. Choose on the basis of previous response, side effects, comorbid medical and psychotic disorders.
Depression with melancholia features	TCA ^a
Depression with atypical features	SSRI, MAOI ^b
Depression with psychotic features	Antidepressant plus antipsychotic, or ECT; avoid bupropion
Bipolar depression ^c	Lithium, lamotrigine
Depression + OCD	SSRI, clomipramine
Depression + panic disorder	SSRI, TCA, MAOI ^b
Depression + seizures	Avoid bupropion and TCAs
Depression + Parkinson's disease	Bupropion
Depression + sexual dysfunction	Bupropion, nefazodone, mirtazapine

Note. ECT = electroconvulsive therapy; MAOI = monoamine oxidase inhibitor; OCD = obsessive-compulsive disorder; SSRI = selective serotonin reuptake inhibitor; TCA = tricyclic antidepressant.

2006

^aAlthough some data suggest that TCAs are superior in melancholic depression, many clinicians choose the newer agents, even in melancholia, on the basis of improved tolerability and safety.

^bAlthough MAOIs are highly effective, they are not used as first-line agents because of their increased risk relative to the newer agents.

^cMood stabilizers are first-line treatment for all phases of bipolar disorder (see text section on mood stabilizers).

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- **Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoito:**
- Valproaattia (Absenor, Deprakine,Orfiril, Valproat) B on käytetty laajasti, ja se ilmeisesti on tehokas kaksisuuntaisen mielialahäiriön ylläpitohoidossa.
- Fertiili-ikäisillä naisilla on huolehdittava raskauden ehkäisystä, eikä valproaattia tulisi käyttää raskausaikana.

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- **Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoito: Raskaus**
- – Raskauden ehkäisyn tarve ja raskaussuunnitelmat tulee selvittää.
- – Lääkityksen riskit ja hyödyt tulee arvioda yksilöllisesti. Arvioinnin pitää pohjautua toisaalta taudin aikaisempaan kulkuun ja aikaisempaan lääkevasteeseen ja toisaalta käytetyn lääkkeen tunnnettun teratogeenisuuteen.
- Lisäksi tulee huomioida, että lääkityksen lopettaneista äideistä 85 %:lla sairaus uusiutui raskausaikana.
- Synnytyksen jälkeinen sairauden uusiutumisriski on 30–70 %

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- **Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoito: Raskaus**
- Raskautta suunniteltaessa valproaattia ei tule käyttää, koska se aiheuttaa sekä vakavia epämuodostumia että kehitysviivästymiä
 - Suunnittelemattomien raskauksien yhteydessä lääkityksen vaihtaminen ei yleensä ole mielekästä, kun raskaus on jo todettu.
- Lääkkeen vaihtoon liittyy oireiden pahenemisen riski.
- Lisäksi altistuminen mahdollisesti haitalliselle lääkkeelle on jo tapahtunut sikiön herkässä kehitysvaiheessa.

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- **Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoito:**
Imetys
- – Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa käytettävistä lääkkeistä suurinta osaa voidaan käyttää imetyksen aikana, mutta riskit ja hyödyt tulee arvioida yksilöllisesti.
- – Lithiumhoidon aikana imetys edellyttää lapsen lääkepitoisuksien ja kilpirauhas- ja munuaisarvojen tarkkaa seurantaa.

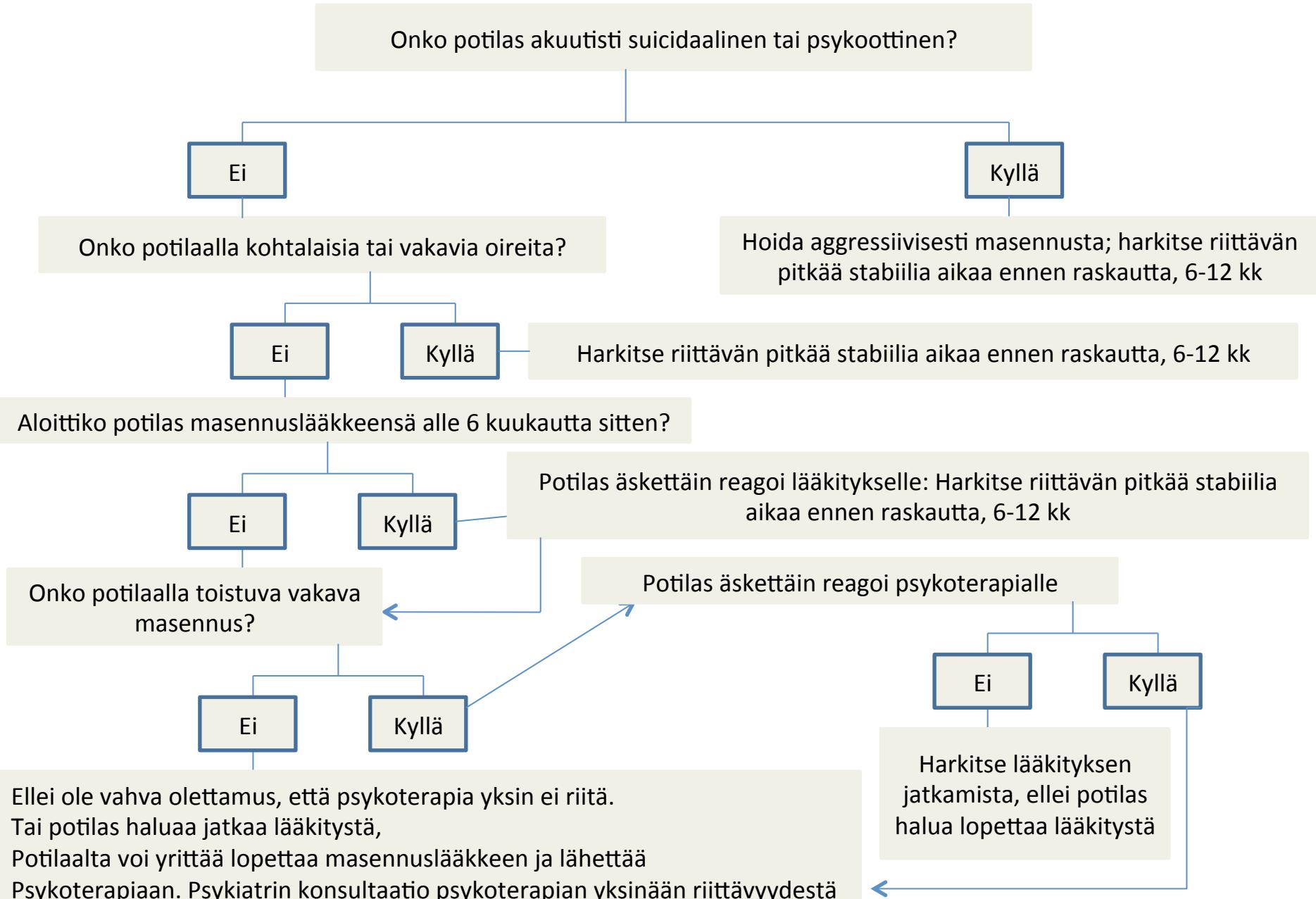
Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- **Käypä Hoito- suositus puuttuu: raskaus ja imetys?**
- Skitsofrenia?
- Raskaudenaikeinen tai synnytyksen jälkeinen psykoosi?
- Unettomuus?
- Epävakaa persoonallisuus?
- Päihteet?

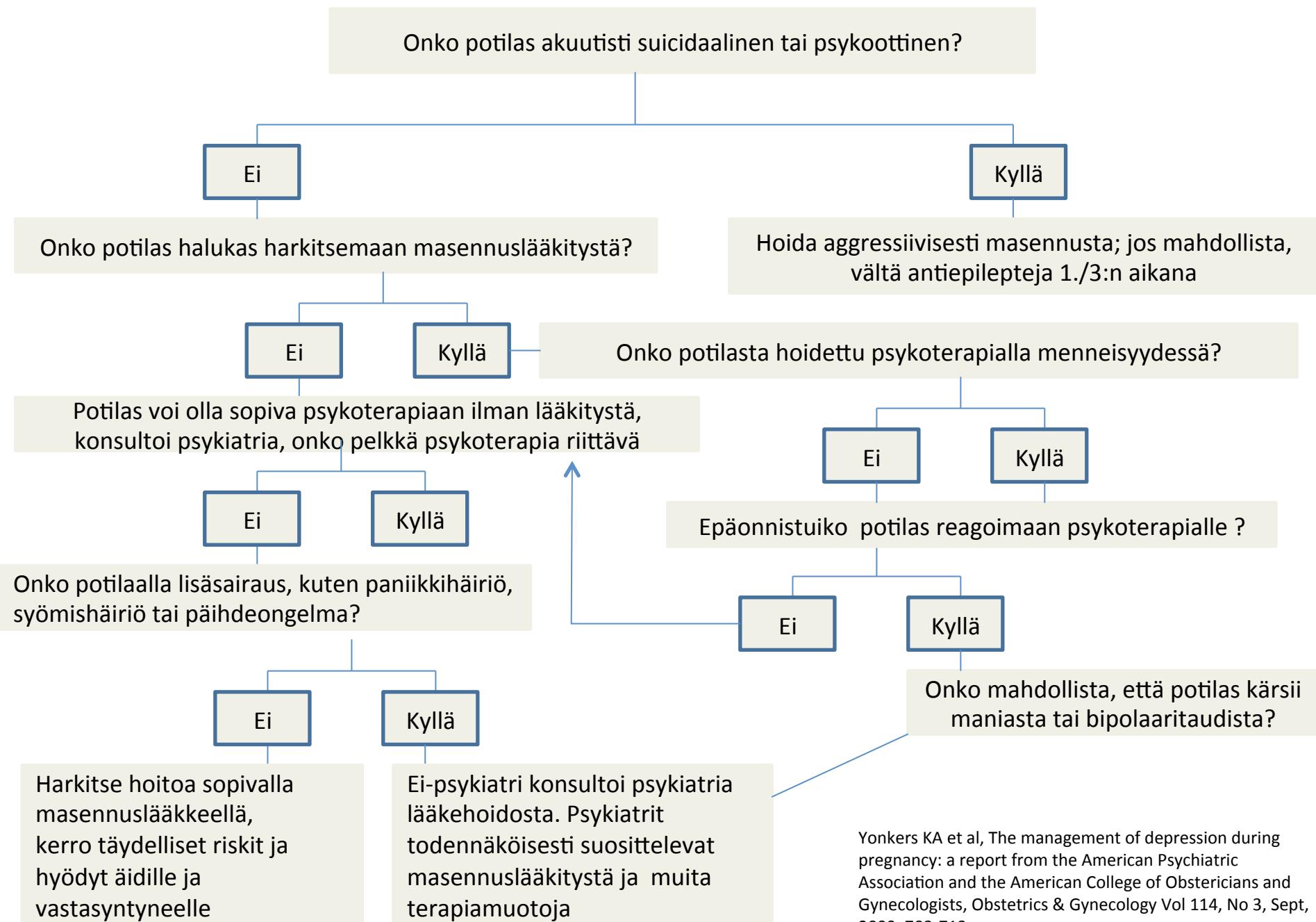
Hoitoalgoritmit

Yonkers KA et al, The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists, *Obstetrics & Gynecology* Vol 114, No 3, Sept, 2009, 703-713

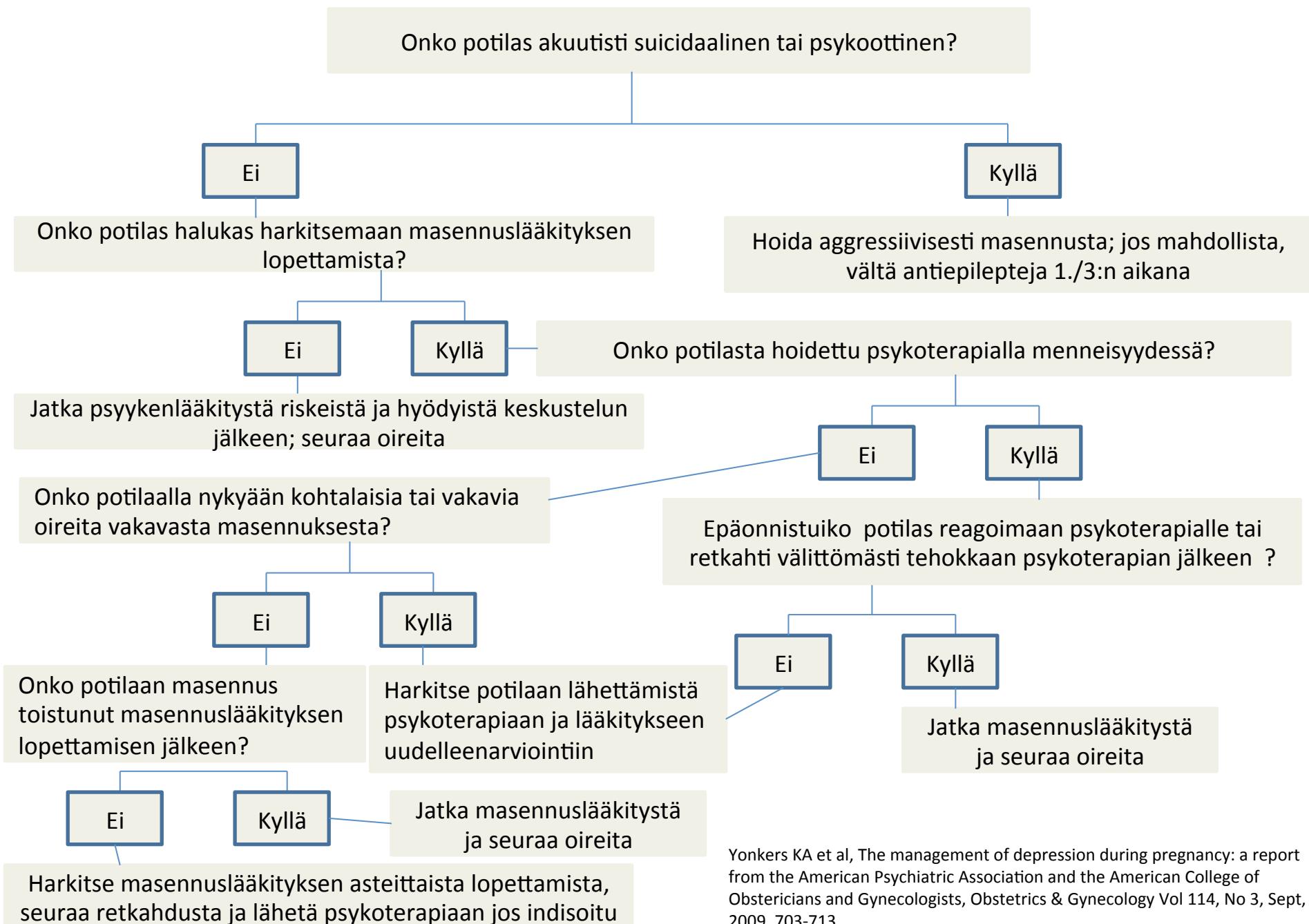
•Algoritmi 1: naisilla jotka suunnittelevat raskautta ja syväät antidepressiivoja



•Algoritmi 2: raskaana, mutta eivät saa hoitoa masennukseen



•Algoritmi 3: raskaana ja jo saavat lääkehoitoa masennukseen



Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- Eksoten malli: EKKS, keskussairaala (neuvola-tamalli)
- EPDS seula positiivinen → MTPAlle viestipiikki (ei lähetteitä tarvitse kirjoittaa) : Juha Kemppinen, Eira Purhonen ja Hilkka Ovaska
- Konsultaatiopkl, ent. yleissairaalapsykiatria (psyk sh:t Tuija Sarkkinen ja Eija Kovastiipi, jotka konsultoivat myös osastoille); Juha Kemppiselle tulee tieto jokaisesta käyntitiedoista
- Tarvittaessa MTPAlta lääkärikonsultaatio

Table 17.3. Reported abnormalities on the fetus/neonate by substances of abuse

Substance	Impact
Alcohol	Spontaneous abortion; microcephaly; intrauterine growth restriction; central nervous system dysfunction including mental retardation and behavioral abnormalities; craniofacial abnormalities
Sedatives: benzodiazepines	Mild reduction in head circumference at birth; hypotonia and decreased sucking at birth; mild impairment in gross motor development
Opioids	No anomalies; intrauterine growth restriction; depressed breathing movements; preterm rupture of the membranes; preterm labor; meconium-stained amniotic fluid
Marijuana	No anomalies; mild behavioral alterations
Stimulants: methamphetamines, cocaine, methylphenidate	Urinary tract defects; intrauterine growth restriction; hyperactivity in utero; placental abruption; neonatal necrotizing enterocolitis
Hallucinogens	No anomalies; increased spontaneous abortions; dysmorphic face; behavioral problems
Inhalants	Similar to alcohol; increases risk of childhood leukemia
Nicotine	No anomalies; spontaneous abortion; mild intrauterine growth restriction; preterm birth; placenta previa; placental abruption

Raskaudenaikeinen ja synnytyksen jälkeinen depression hoito:

- Raportti 2009 APA ja ACOG
- Lääkelaitos 2008 Lääkkeiden käyttö raskauden ja imetyksen aikana

301110 Lpr valtuustosalissa, klo 14-1430

Synnytysten ja naistentautien alueellinen koulutusiltapäivä,
YI Juha Kemppinen,
EKSOTE, mielenterveyspalvelut

Raskaudenaikeinen depression hoito: raportti 2009 APA ja ACOG

Yonkers KA et al, The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association
and the American College of Obstetricians and Gynecologists, *Obstetrics & Gynecology* Vol 114, No 3, Sept, 2009, 703-713

Raskaudenaikeinen depression hoito: raportti 2009 APA ja ACOG

- 14-23 % raskaana olevista naisista on depressio
- 2003 13 % käytti masennusläkettä raskauden aikana (luku oli 2 x vuodesta 1999)
- Tutkimuskirjallisuuden tulkinnassa on vaikeuksia:
 - Vain vähän arvioi antidepressiivan ja synnytystuloksen välistä yhteyttä niin, että äidin diagnosoidut psykiatriset sairaudet olisi raportoitu
 - Äidin psykiatriset sairaudet on saatu hallinnollisista tietokannoista tai itseseulontakyselyistä
 - Sekoittavia tekijöitä ei ole huomioitu: heikko prenataalinen huolenpito, alkoholi, tupakka ja huumeet
 - Raskauskomplikaatioita , pahoinvointi, oksentelu, raskauspahoinvointi, pre-eklampsia (raskauskouristus), ei ole huomioitu tutkimuksissa
- Yli 80 % raskaana olevista naisista käyttää jotakin läkettä raskauden aikana → on vaikea arvioida yksittäisen lääkkeen vaikutusta
- Jos on käytössä masennuslääke, niin on helposti käytössä joku muukin lääke
- Raskaaksitulon jälkeen masennuslääkityksen jatkaminen tai vaihtaminen on lääkärin ja potilaan välinen asia, eikä ole universalia ”parasta vastausta” kaikille naisille

Raskaudenaikeinen depression hoito: raportti 2009 APA ja ACOG

- Äidin raskaudenaikeinen masennus ja ei-toivotut lisääntymisen lopputulokset:
- Keskenmeno
 - Sikiön menetys 6.raskausviikon jälkeen tapahtuu 8 % raskaana olevista naisista
 - Keskenmeno: käytössä AD vs. ei ole käytössä 12.4 % vs 8.7 % (n= 3567; RR= 1.45; 95% CI= 1.19-1.77)
 - Nykyisten tutkimusten perusteella: ei tietoa
- Kasvuvaikutukset
 - Matala syntymäpaino (alle 2500 g, LBW) tai pienikokoinen syntymäikään (sp on <10% raskaudenkestoiikään, SGA)
 - LBW, SGA - Insidenssiriski 0.033 (95% CI=0.007-0,059)
 - Nykyinen tutkimus ei tue eikä kiellä yhteyttä depressio ↔ LBW,SGA
- Ennenaikainen synnytys
 - Ennenaikainen synnytys, ennen 37. raskausviikkoa (PTD)
 - PTD 12.7 % johtava perinataalisen sairastavuuden ja kuolleisuuden syy
 - Nykyinen tutkimus ei tue eikä kiellä yhteyttä depressio ↔ PTD

Raskaudenaikeinen depression hoito: raportti 2009 APA ja ACOG

- Äidin raskaudenaikeinen masennus ja ei-toivotut lisääntymisen lopputulokset:
 - SSRI; ainut ehkä? löydös paroksetiini raskauden 1/3 aikana sydänepämuodostumia (kammio outflow defects, craniosynostosis, omphacele)
 - SSRI+ bentsot → synnynnäisiä sydänvikoja, ehkä?
 - SSRI ← → erityisiä morfologisia teratogenisiä riskejä : ei ole todettu ; sekoittavia tekijöitä
 - SNRI/NRI varhaisraskaudessa, PTD lisääntynyt OR 1.6 (95% CI=1.19-2.15)
 - Bupropioni (Voxra), nikotiinvieroitukseen myös, ei sovi syömishäiriöisille eikä kouristaneille.
- Neonataaliset (heti syntymän jälkeen) vaikutukset
 - Lisääntynyt riski ärtyisyydelle, vähemmälle aktiivisuudelle ja tarkkaavaisuudelle sekä vähemmän kasvojen ilmehtimistä
 - Fysiologinen profili on samanlainen kuin depressiivisillä äideillä: kohonnut kortisol, vähentynyt perifeerinen dopamiini- ja serotoniinitaso, suurempi oikean otsalohkon EEG-aktivaatio, matalampi vagaalinen tonus
 - TSA (trisykliset) ei ole assosiaatiota todettu, TSA hyvä vaihtoehto, voi seurata seerumipitoisuutta. Sivuvaikutukset antikolinergisiä (esim. kuiva suu, ummetus ja sedaatio) ja toksisia.

Raskaudenaikeinen depression hoito: raportti 2009 APA ja ACOG

- Äidin raskaudenaikeinen masennus ja ei-toivotut lisääntymisen lopputulokset:
- Pitkäaikaiset vaikutukset syntyvään lapseen
 - EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) yli 12, OR 1.34 (95%CI=1.01-1.78; P=.043) → 13 pistettä ja enemmän niin pitäisi miettiä raskaudenaikeisen depression hoitoa
 - TCA raskauden aikana on yhteydessä lisääntyneeseen pelonväristykset, ärtyisyys ja harvoin kouristukset
 - SSRI ovat yhteydessä syntyvällä lapsella takypneaan, hypoglykemiaa, lämpötilan epästabiilisuuteen, ärtyneisyyteen, heikko tai poissaolevaan itkuun tai kohtauksiin 15-30 % naisista, jotka ovat raskauden aikana käyttäneet SSRI-lääkkeitä myöhäisraskaudessa
 - **Oireet ovat ohimeneviä ja menevät ohi 2 viikossa (erityisesti TSA ja SSRI raskauden viimeisen kolmanneksen aikana)**
 - Yli 20.raskausviikolla SSRI-lääke (pitkäaikainen käyttö) lisää riskiä vastasyntyneen keuhko-ongelmien riskin 6-kertaiseksi (PPHN, persistent pulmonary hypertension; 0,5-2/1000, 10 % fataali, absoluuttinen riski nousee 3-6/1000 syntynyttä lasta kohti
 - ECT (sähköhoitoa) tulee harkita niille, jotka eivät reagoi masennuslääkkeille tai jotka ovat psykoottisia, suicidaalisia tai vakavasti toimintakyvyttömiä' masennuksen vuoksi

Raskaudenaikeinen depression hoito: raportti 2009 APA ja ACOG

- Raskaana olevan depression diagnosointi:
- EPDS yli 12 pistettä on pidetty depression rajana
- PHQ 9 kysymystä on myös käytetty
- Raskaana olevan depression hoito:
- Terveet elämäntavat, ravinnon riittävyys ja painonhallinta., säännölliset neuvolakäynnit ja synnytysvalmennus ovat tärkeitä
- Tupakka ja alkoholi sekä huumeet pois
- Lievä-keskivaikea depressio on hoidettavissa psykososiaalisella lähestymistavalla: yksilö- tai ryhmäpsykoterapia lääkityksen asemesta
- Kognitiivis-behavioraalinen terapia (CBT) ja interpersoonallinen terapia (IPT) ovat terapiat, joista on näyttöä raskaudenaikeisen depression hoidossa.
- Jos ei ole em. Terapioita, niin web- ja tietokonepohjaiset CBT:t ovat yksi vaihtoehto, jos ei ole resursseja paikallisesti
- Tukevan ja psykodynaamisen psykoterapien näyttö on vähäistä, mutta ne voivat kyllä kyseeseen, jos CBT ja IPT eivät ole mahdollisia
- Ei ole lääkehoitotutkimusta raskaana olevilla naisilla tehty.
- 50% amerikkalaisista naisista tulee raskaaksi tarkoittamattaan

Raskaudenaikeinen depression hoito: raportti 2009 APA ja ACOG

- Ennen kuin määräät lääkitystä, dokumentoi kaikki lääke- ja ympäristöaltistukset hedelmöitykseen saakka sairauskertomukseen.
- Huolellisesti dokumentoi sairauskertomukseen keskustelu lääkityksen riskit-hyödyt ja muista hoidosta.
- P450 2D6 ja 3A4 kautta metaboloituvat lääkeaineet, niiden pitoisuus nousee raskauden toisella puoliskolla
- Toistuvan masennuksen omaavilla on 6-kertainen riski masennuksen uusimiseen, jos masennuslääke lopetetaan raskauden vuoksi
- Hoitoalgoritmit:
- Algoritmi 1: naisilla jotka suunnittelevat raskautta ja syötävät antidepressiivoja
- Algoritmi 2: raskaana, mutta eivät saa hoitoa masennukseen
- Algoritmi 3: raskaana ja jo saavat lääkehoitoa masennukseen

Päihteet, raskaus ja kehitykselliset seuraukset nuorena

- Several studies have demonstrated that children up to the age of 5 born to substance-using women are at heightened risk of developing various forms of cognitive, behavioral, and socioemotional difficulties (Griffith, Azuma, & Chasnoff, 1994; Kodituwakku, May, Clericuzio, & Weers, 2001; Moe & Slanning, 2002; Sayal,
- Heron, Golding, & Emond, 2007; Steinhausen, Willms, Metzke, & Spohr, 2003; Fried,
- 1998).

Voiko lääkettä käyttää raskauden ja imetyksen aikana?

- Suurin osa lääkeaineista läpäisee istukan ja siirtyy sikiöön.
- Lääkkeiden käyttöön raskauden aikana suhtaudutaankin varoen ja lähtökohtana on, että kaikkea muuta kuin välttämätöntä lääkitystä tulee välttää.
- Reseptilääkkeiden lisäksi tällä tarkoitetaan myös itsehoitolääkkeitä sekä rohdos- ja luontaistuotteita.
- On hyvä muistaa, että entisaikaan monia rohdoksia on käytetty raskauden keskeyttämiseen, joten kaikki luonnosta peräisin olevat aineetkaan eivät ole sikiölle turvallisia.

Voiko lääkettä käyttää raskauden ja imetyksen aikana?

- Mikäli lääkkeitä tarvitaan, on suositeltavaa käyttää aineita, joiden turvallisesta käytöstä raskauden aikana on kokemusta ja tietoa.
- Uusien lääkeaineiden käyttöä tulisi välttää, sillä niiden vaikutusta sikiöön ei ole tutkittu käytännössä kuin eläinkokeilla. Lääkeannos tulee pitää mahdollisimman pienenä ja hoitojakso lyhyenä sekä lääkkeiden yhteiskäyttöä on pyrittävä välttämään.
- Toisinaan oikean lääkityksen valitseminen on tasapainoilua äidin ja sikiön terveyden välillä. Hoitamaton astma, diabetes, epilepsia tai verenpainetauti on kuitenkin suurempi uhka sikiön terveydelle kuin pitkääikäiskäytössä turvalliseksi todetun lääkkeen käyttö.

Voiko lääkettä käyttää raskauden ja imetyksen aikana?

- Lääkehoidossa erityisesti raskauden 12 ensimmäistä viikkoa ovat ratkaisevia, sillä niiden aikana tapahtuu sikiön elinten kehitys.
- Tämän jälkeenkin lääkkeet voivat aiheuttaa ongelmia sikiön kasvussa ja kehityksessä sekä synnytyksen kulussa.
- Kaikista kehityshäiriöistä kuitenkin vain muutaman prosentin uskotaan liittyyvän lääkkeiden raskauden aikaiseen käyttöön.
- Epämuodostumien lisäksi lääkehaitta voi ilmetä keskenmenona, sikiökuolemana, kasvun häiriintymisenä tai myöhemmin esiin tulevina ongelmina (oppimisvaikeudet, syöpäriskin kasvu).

Voiko lääkettä käyttää raskauden ja imetyksen aikana?

- tulevina ongelmina (oppimisvaikeudet, syöpäriskin kasvu).
- Joitakin lääkkeitä ei ehdottomasti saa käyttää raskauden aikana ja mikäli näin käy, voidaan joutua harkitsemaan jopa raskauden keskeytystä.
- Muutamissa tapauksissa raskaaksi ei saa tulla tietyn ajan kuluessa lääkkeen käytön lopettamisestaan, sillä tällaiset lääkkeet pysyvät elimistössä poikkeuksellisen pitkään.

Stern, Alisa Nowik, Early detection of mental health problems during pregnancy: The need for screening in obstetrical settings Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering vol. 65, no. 5-B (2004)

- Pregnancy is a pivotal event in a woman's life that involves significant psychological upheaval and transformation.
- Pregnant women often experience psychological difficulties as they adjust to the demands of pregnancy and upcoming motherhood.
- Undetected and untreated mental health problems during pregnancy pose serious negative consequences for maternal and fetal health, pregnancy outcomes, and subsequent infant development and mother-infant interactions.
- Obstetrical practitioners are in a unique position to detect the emergence of new mental health disorders in their pregnant patients

Stern, Alisa Nowik, Early detection of mental health problems during pregnancy: The need for screening in obstetrical settings

Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering vol. 65, no. 5-B (2004)

- Routine mental health screenings must be incorporated into the standard practice for prenatal care.
- This conceptual-analytical dissertation provides suggestions for the development of a pregnancy-specific screener to detect pertinent mental health problems that can emerge during pregnancy.
- Obstetrical providers' early identification of potential problems and referral for clinical evaluation may have long-lasting beneficial effects for the health and well-being of the mother, child, and family as well as for society at large.

Stern, Alisa Nowik, Early detection of mental health problems during pregnancy: The need for screening in obstetrical setting

Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering vol. 65, no. 5-B (2004)

Mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys raskauden ja synnytyksen aikana

- Postpartum psychosis occurs in 1 to 2 cases per 1000 live births, and this prevalence does not appear to vary widely from culture to culture. (1-2 / 1000 synnytystä Ruotsin rekisterit)¹
- **Results:** The cumulative incidences for postpartum psychotic and bipolar episodes (adjusted for age at first birth) were 0.07% and 0.03%, respectively.
- The incidence of psychiatric hospitalizations for postpartum psychotic or bipolar episodes among women without previous psychiatric hospitalizations was 0.04% and 0.01% of first births, respectively; for women with any psychiatric hospitalization before delivery, the incidence was 9.24% and 4.48%, respectively.

1: Bernard L. Harlow, et al, Incidence of Hospitalization for Postpartum Psychotic and Bipolar Episodes in Women With and Without Prior Pregnancy or Prenatal Psychiatric Hospitalizations, Arch Gen Psychiatry. 2007;64:42-48

Mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys raskauden ja synnytyksen aikana

- For postpartum psychotic and bipolar episodes, the risk increased significantly with the recency of prepregnancy hospitalizations, number of previous hospitalizations, and length of most recent hospitalization.
- More than 40% of women hospitalized during the prenatal period for a bipolar or a psychotic condition were hospitalized again during the postpartum period.
- Approximately 90% of all postpartum psychotic and bipolar episodes occurred within the first 4 weeks after delivery.

Mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys raskauden ja synnytyksen aikana

- Conclusions:
- Almost 10% of women hospitalized for psychiatric morbidity before delivery develop postpartum psychosis after their first birth.
- This underscores the need for obstetricians to assess history of psychiatric symptoms and, with pediatric and psychiatric colleagues, to optimize the treatment of mothers with psychiatric diagnoses through childbirth.

Ruotsi 1.1.1987 – 31.12.2001: 612 306 ensisynnyttäjää

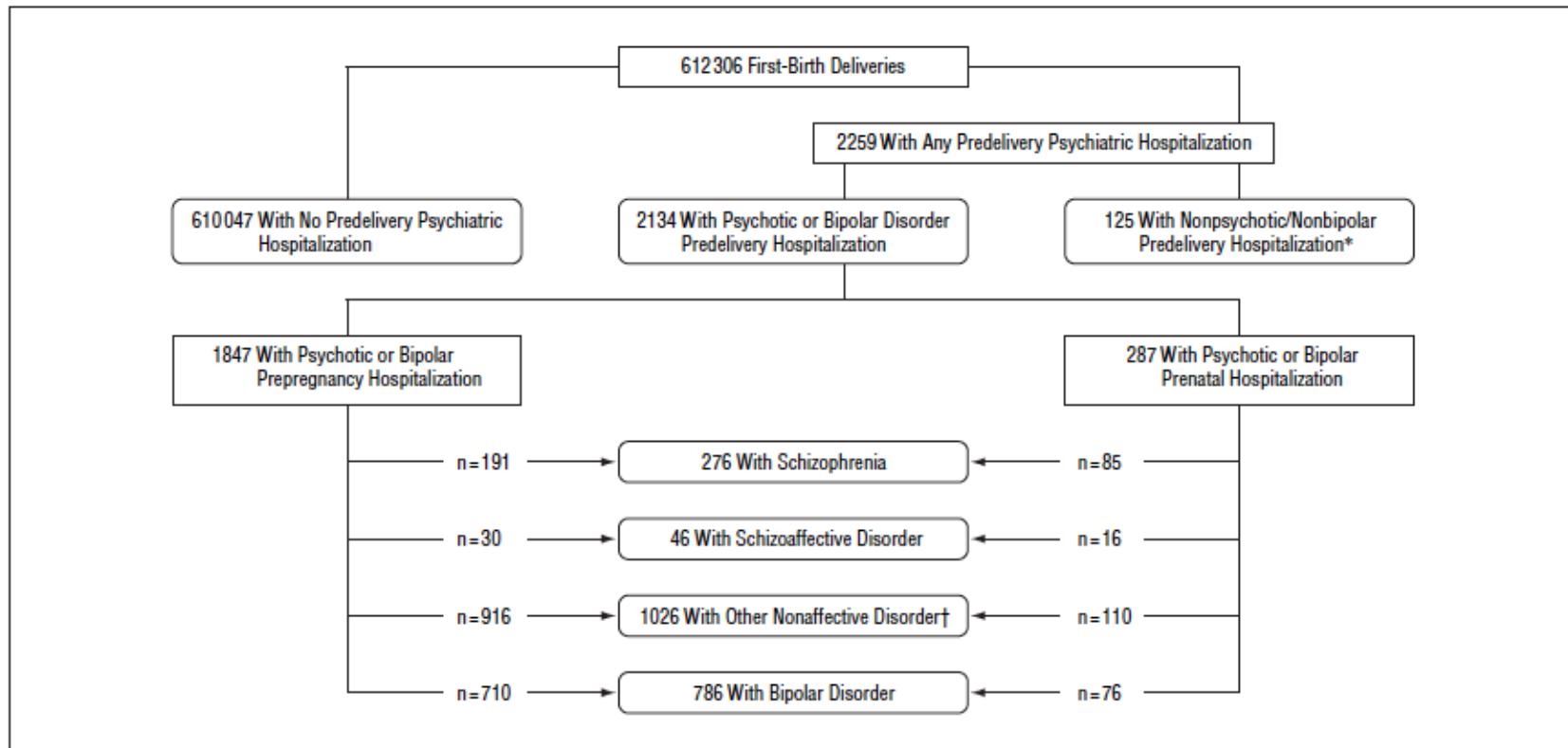


Figure 1. Distribution of first live births by women with nonpsychotic predelivery hospitalizations and psychotic prenatal and psychotic predelivery hospitalizations, Sweden, 1987-2001. *One hundred seven nonpsychotic prepregnancy and 18 prenatal hospitalizations. †Includes paranoid and reactive states, delusional disorders, and other acute and transient psychotic disorders without symptoms of schizophrenia.

Ruotsi 1.1.1987 – 31.12.2001: 612 306 ensisynnyttäjää

Age-Adjusted Percentage of Women at First Birth With a Hospitalization for a Postpartum Episode by Specific Type of Predelivery Psychotic Illness Hospitalization*

Hospitalization for a Psychotic Illness	No. of Women	Postpartum Hospitalization for Psychotic Disorder (95% CI)
Prenatal hospitalizations	1348	14.54 (12.44-16.64)
Prenatal hospitalization for schizophrenia	276	21.72 (16.21-27.23)
Pregnancy but no prenatal hospitalization for schizophrenia	191	8.28 (4.19-12.37)
Prenatal hospitalization for schizophrenia	85	55.39 (4.10-66.60)
Prenatal hospitalization for schizoaffective disorder	47	22.21 (10.97-33.45)
Pregnancy but no prenatal hospitalization for schizoaffective disorder	30	13.36 (1.28-25.44)
Prenatal hospitalization for schizoaffective disorder	16	51.21 (15.40-67.02)
Prenatal hospitalization for nonaffective psychotic disorder	1026	12.16 (9.90-14.42)
Pregnancy but no prenatal hospitalization for nonaffective psychotic disorder	916	9.03 (6.95-11.11)
Prenatal hospitalization for a nonaffective psychotic disorder	110	34.45 (25.02-43.88)

CI, confidence interval.

A psychotic episode is defined as a hospitalization for a psychotic disorder within 3 months of the first birth.

*Refers to the distribution of women with no previous psychiatric hospitalizations by their age at first birth (<25, 25-29, 30-34, and >34).

Ruotsi 1.1.1987 – 31.12.2001: 612 306 ensisynnyttäjää

				Bipolar Episodes
Any prepregnancy psychotic hospitalization	1137	9.0		
Recency of hospitalization				
>6 y before birth	411	4.4	1.0	1.0
3-6 y before birth	341	10.8	2.7 (1.5-4.9)	2.4 (1.3-4.4)
<3 y before birth	385	12.5	3.3 (1.8-5.9)	2.7 (1.5-4.9)
P value for trend			<.001	.002
No. of previous hospitalizations				
1	562	5.0	1.0	1.0
2-3	350	8.9	1.9 (1.1-3.2)	1.6 (0.9-2.8)
≥4	225	19.6	4.8 (2.9-8.0)	3.9 (2.3-6.6)
P value for trend			<.001	<.001
Length of most recent hospitalization				
≤1 wk	317	6.0	1.0	1.0
8-28 d	411	9.0	1.5 (0.9-2.8)	1.4 (0.8-2.6)
>28 d	409	11.5	2.0 (1.2-3.5)	1.9 (1.1-3.4)
P value for trend			.01	.03
Any prepregnancy bipolar hospitalization	710	5.5		
Recency of bipolar disorder hospitalization				
>6 y before birth	210	1.4	1.0	1.0
3-6 y before birth	259	3.9	3.4 (0.9-12.8)	3.1 (0.8-12.1)
<3 y before birth	241	10.8	8.9 (2.6-30.7)	7.6 (2.1-27.8)
P value for trend			<.001	<.001
No. of previous hospitalizations				
1	376	0.8	1.0	1.0
2-3	195	8.2	9.5 (2.7-33.3)	10.3 (2.8-37.0)
≥4	139	14.4	20.4 (5.9-71.0)	19.3 (5.3-69.8)
P value for trend			<.001	<.001
Length of most recent hospitalization				

1: Bernard L. Harlow, et al, Incidence of Hospitalization for Postpartum Psychotic and Bipolar Episodes in Women With and Without Prior Prepregnancy or Prenatal Psychiatric Hospitalizations, Arch Gen Psychiatry. 2007;64:42-48

Ruotsi 1.1.1987 – 31.12.2001: 612 306 ensisynnyttäjää

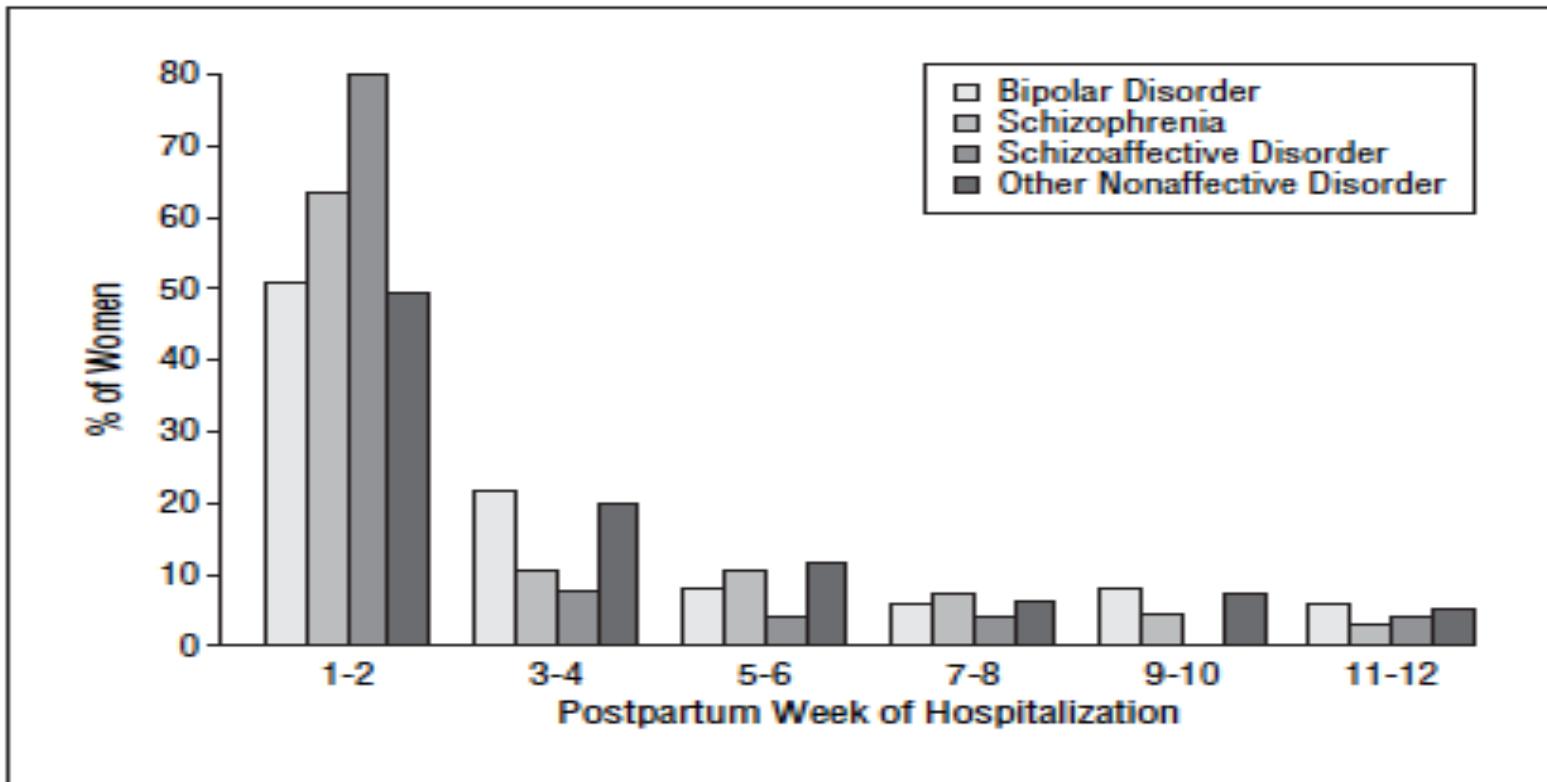


Figure 2. Distribution of postpartum psychoses and bipolar disorder by postpartum week of hospitalization.

1: Bernard L. Harlow, et al, Incidence of Hospitalization for Postpartum Psychotic and Bipolar Episodes in Women With and Without Prior Prepregnancy or Prenatal Psychiatric Hospitalizations, Arch Gen Psychiatry. 2007;64:42-48

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- DEPRESSIVE AND ANXIETY disorders affect 13.5% and 4.7% of reproductive-aged women, respectively.
- The primary treatments for these disorders are selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) antidepressants (fluoxetine, paroxetine, sertraline, citalopram, and fluvoxamine) and serotonin norepinephrine reuptake inhibitor (SNRI) antidepressants (venlafaxine and duloxetine).
- Gestational use of these medications is not associated with an increased risk of major fetal anomalies; however, the common use of these drugs has shifted attention to other domains of reproductive toxicity, such as neonatal behavioral signs.

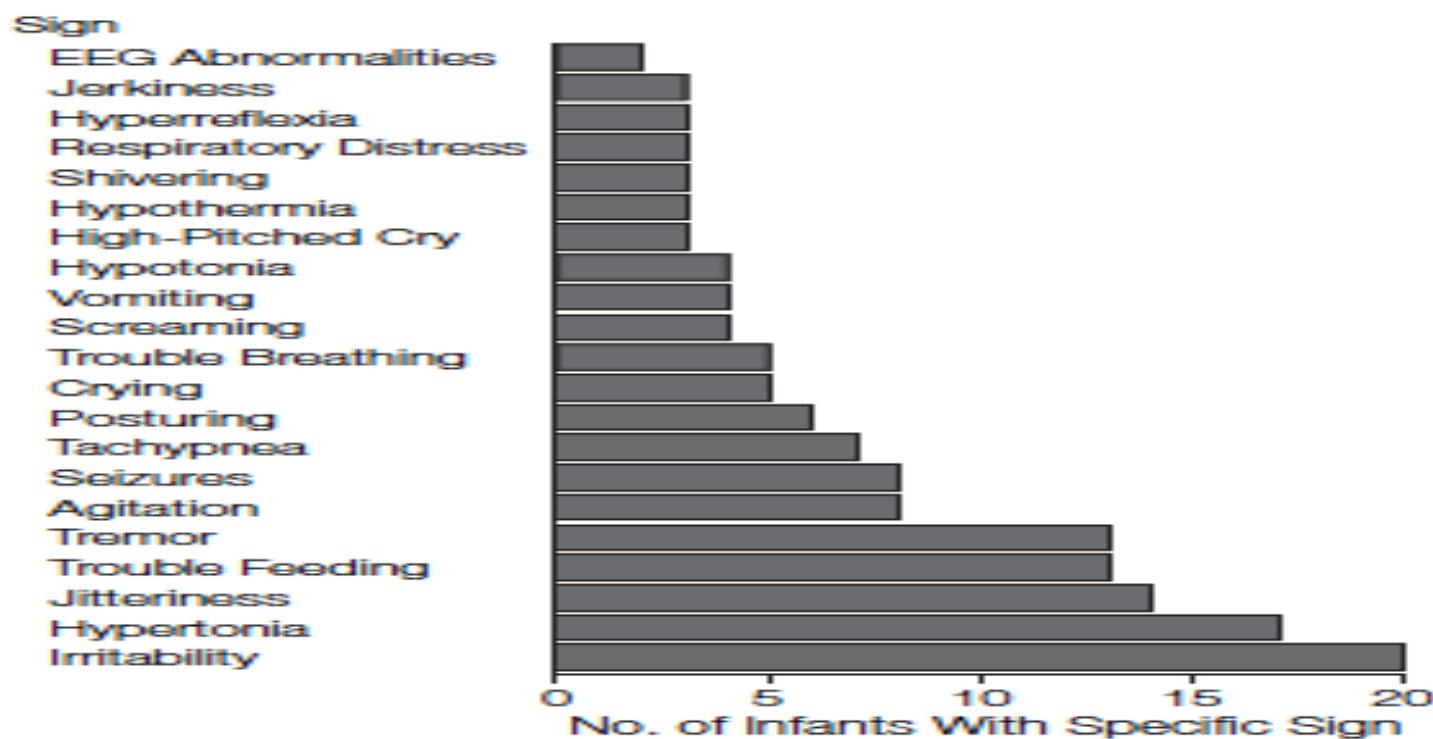
Raskaus, synnytys ja mielenterveys

Source	Jitteriness, Shivering	Increased Muscle Tone	Feeding/Digestive Disturbances	Irritability/ Agitation	Respiratory Disturbances	Increased Reflexes	Excessive Crying	Sleep Disturbances
Paroxetine								
Stiskal et al, ¹² 2001								
Case 1	✓	✓	✓					
Case 2	✓			✓				
Case 3								
Case 4	✓							
Nijhuis et al, ¹³ 2001	✓	✓	✓	✓				
Dahl et al, ¹⁴ 1997	✓	✓			✓			
Nordeng et al, ¹⁵ 2001								
Case 1			✓	✓		✓	✓	✓
Case 2	✓	✓			✓	✓		
Case 3	✓		✓	✓			✓	
Gerola et al, ¹⁶ 1999	✓		✓	✓				✓
Herbst and Gortner, ¹⁷ 2003					✓	✓		
Citalopram								
Nordeng et al, ¹⁵ 2001 (case 5)	✓	✓						
Sertraline								
Kent and Laidlaw, ¹⁸ 1995			✓	✓		✓	✓	✓
Fluoxetine								
Spencer, ¹⁹ 1993	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Mhanna et al, ²⁰ 1997	✓	✓			✓			
Mohan and Moore, ²¹ 2000	✓	✓		✓	✓	✓		
Hale et al, ²² 2001			✓		✓			✓
Venlafaxine								
de Moor et al, ²³ 2002	✓	✓	✓	✓	✓	✓		

Eydie L. Moses-Kolko,et al, Neonatal Signs After Late In Utero Exposure to Serotonin Reuptake Inhibitors-Literature Review and Implications for Clinical ApplicationsJAMA. 2005;293:2372-2383

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

Figure. Frequencies of Specific Signs Reported to the FDA Adverse Events Reporting System³⁰



Ordered by frequency of occurrence (n = 57 infants). EEG Indicates electroencephalographic; FDA, US Food and Drug Administration.

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

Table 6. Cholinergic Overdrive, SRI Discontinuation, and SRI Syndromes in Adults Compared With Neonatal Syndrome After Late In Utero SRI Exposure

Adult Syndromes			
Cholinergic Overdrive ²⁴	SSRI Discontinuation Symptoms ⁴⁶	Serotonin Syndrome ⁴¹	SRI-Induced Neonatal Behavioral Syndrome*
Sleep/Energy			
Insomnia Drowsiness Malaise Low energy Vivid dreams (rapid eye movement rebound)	Insomnia Fatigue		Insomnia Restless sleep Somnolence Need to be awakened for feedings
Central Nervous System			
Irritability Anxiety	Irritability Anxiety Dizziness Headache	Dizziness Disorientation	Irritability
Gastrointestinal			
Nausea Vomiting Diarrhea Abdominal pain	Nausea Emesis Diarrhea	Diarrhea	Emesis Diarrhea Poor suck necessitating tube feeding

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

Table 6. Cholinergic Overdrive, SRI Discontinuation, and SRI Syndromes in Adults Compared With Neonatal Syndrome After Late In Utero SRI Exposure

Motor			
Motor overactivity	Gait instability	Motoric restlessness	Agitation
Motor withdrawal	Tremor	Akathisia	Tremors, jitteriness, shivering
Parkinsonism		Tremor	Motor automatisms
		Myoclonus	Hyperreflexia
		Hyperreflexia	Decreased tone Increased tone, rigidity
Somatic			
Muscle aches		Sweating	Fever
Hot and cold flashes		Hyperthermia	Hypothermia
Sweating			Temperature instability
			Hypoglycemia
Sensory			
Shocklike sensations			
Paresthesias			
Visual disturbances			
Respiratory/Cardiovascular			
			Increased respiratory rate
			Respiratory distress
			Nasal congestion
			Acrocyanosis

Abbreviations: SRI, serotonin reuptake inhibitor; SSRI, selective serotonin reuptake inhibitor.

*Data are from this review.

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- Mood and anxiety disorders may hamper a woman's ability to take care of herself and her infant, impairing the infant's development in utero and after birth.
- The peak incidence of affective disorders in women, at ages 25 to 44 years, coincides with the prime childbearing years
- RELAPSE RISK
- An estimated 10% to 15% of all women experience depression during pregnancy, the postpartum period, or both.
- One third of women who experience depression in pregnancy have their first bout of the disorder at this time.

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- Yet physicians often fail to detect depression that arises in pregnancy.
- Even healthy pregnant women report symptoms associated with depression, such as disturbed sleep and appetite and low energy.
- Symptoms of other pregnancy-related medical disorders, including anemia, gestational diabetes, and thyroid disorders, may mimic those of depression, possibly delaying a diagnosis.

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- In women with recurrent major depressive disorder, discontinuing medications in pregnancy boosts risk of relapse.
- In a prospective study, his group found that 24 (75%) of 32 women who stopped taking antidepressants soon after conception had relapses, typically in their first trimester, with symptoms severe enough to require reintroduction of medication
- (Cohen et al. Arch Women Ment Health 2004;7:217-221).
- Continuing medications in pregnancy reduces relapses but does not eliminate them.

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- Cohen and colleagues conducted monthly evaluations throughout pregnancy of 201 women with a history of major depressive disorder.
- The women were euthymic at least 3 months prior to and at conception.
- Among the 136 who continued taking antidepressants, 42 (30.9%) had relapses; among the 65 who discontinued medications, 44 (67.7%) had relapses (unpublished data).

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- Maternal depression has been associated with numerous factors that predict poor neonatal outcome.
- Depressed women often have poor appetite and thus may have low weight gain in pregnancy.
- They are more likely than nondepressed women to use tobacco, alcohol, or illicit drugs, increasing the risk of preterm birth, smaller head circumference, and lower Apgar scores in their infants.
- “I often tell a woman I’m more worried about her smoking 6 cigarettes a day than I am about her using a medication we know a lot about,” Cohen said.

Lynne Lamberg, Risks and Benefits Key to Psychotropic Use During Pregnancy and Postpartum Period, JAMA, October 5, 2005—Vol 294, No. 13 , 1604-1607

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- ... there is no evidence that children exposed to them in utero develop longterm problems, such as developmental delay.
- However, the US Food and Drug Administration (FDA) has not approved any psychotropic drug for use in pregnancy.
- ... advising physicians to consider tapering use of these medications near the end of the third trimester.
- This action aims to reduce jitteriness, irritability, feeding difficulties, trouble breathing, and other problems sometimes seen in newborns whose mothers took SSRIs or serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors shortly before delivery.
- Such problems usually are mild and disappear by 2 weeks of age.

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- BIPOLAR DISORDER RELAPSE RISK
- Several retrospective studies show that about half of women with bipolar disorder relapse in at least one pregnancy
- Adele Viguera: Findings from her own prospective study of 89 women with bipolar disorder,
- reported in 2003 at the Fifth International Conference on Bipolar Disorder, indicated that 67% of those who stopped taking medication while pregnant relapsed within 16 weeks.
- Among those who continued with treatment, 35% relapsed —an indicator, she said, of “how fragile this illness is.”

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- BIPOLAR DISORDER RELAPSE RISK
- A relapse of bipolar disorder in pregnancy predicts a postpartum relapse.
- Maintenance treatment in pregnancy with a mood stabilizer lowers relapse risk, Viguera added, although some commonly used medications, including lithium and valproic acid, carry a teratogenic risk.
- A study of 43 women with bipolar disorder shows that the higher the maternal lithium level, the greater the fetal complications, including lethargy, poor muscle tone, respiratory difficulties, and heartbeat irregularities (Newport et al. Am J Psychiatry. In press).

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- BIPOLAR DISORDER RELAPSE RISK
- physicians prescribe the minimum effective dose, prescribe sustained- release lithium in divided doses to avoid peak concentrations, avoid prescribing diuretics or recommending sodium restrictions, recommend discontinuing use of lithium 24 hours before delivery and resuming use of lithium afterward, and push intravenous hydration in labor and delivery.

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- POSTPARTUM MOOD DISORDERS
- In the first 2 weeks or so after delivery, most women experience transient and relatively mild postpartum blues. A woman may cry easily, but still can take care of her newborn.
- About 10% to 15% of new mothers develop more disabling and persistent postpartum depression that hinders their ability to care for their infants.
- Persistent postpartum depression appears to be clinically indistinguishable from other types of nonpsychotic major depression, except for its timing: the first year after delivery.

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- POSTPARTUM MOOD DISORDERS
- By contrast, postpartum psychosis usually has a rapid dramatic onset in the first 2 weeks after delivery, although, it may surface months later.
- It occurs in 1 to 2 women per 1000 deliveries.
- It resembles a manic psychosis with agitation and irritability, depressed or elated mood, delusions, and disorganized behavior, and it carries a risk of infanticide, making it a psychiatric emergency.
- With treatment, however, women with this disorder can do very well

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- POSTPARTUM MOOD DISORDERS
- In a prospective study, Nonacs and colleagues found that 23 (48.9%) of 47 women who had recurrent major depressive disorder before pregnancy relapsed within 3 months after delivery.
- Women who took antidepressants while pregnant and remained well were least likely to relapse postpartum.
- the Edinburgh Postnatal Depression Scale, a patient-administered 10-item questionnaire (available at: http://womensmentalhealth.org/topics/postpartum_epds.html).
- “There’s a stigma against being depressed when you’re a new mother,” Nonacs said. “Patients may not report it unless asked.”

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- PSYCHOTROPICS AND LACTATION
- Although all psychotropics appear in breast milk and will reach the infant's brain, if the mother's medication dose stays constant, an infant gets substantially less medication via nursing than it did in utero and at a less sensitive time for central nervous system development,
- reported Jeffrey Newport, MD, associate director of the women's mental health program, Emory University School of Medicine, Atlanta, Ga. mother," Nonacs said. "Patients may not report it unless asked."

Lynne Lamberg, Risks and Benefits Key to Psychotropic Use During Pregnancy and Postpartum Period, JAMA, October 5, 2005—Vol 294, No. 13 , 1604-1607

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- PSYCHOTROPICS AND LACTATION
- Lactation safety guides aid prescribing decisions, Newport said, citing the widely used Medications and Mothers' Milk. Amarillo Tex: Pharmasoft Publishing; 2004; available at: <http://neonatal.ama.ttuhsc.edu/lact/>).
- The American Academy of Pediatrics also issues periodic advice on safety of psychotropic and other medications during breastfeeding (Pediatrics. 2001;108:776-789).
- A nursing mother's use of antidepressants may trigger colic, gastrointestinal tract disturbances, and sleep disturbances in her infant.
- “Breastfeeding, when possible, is great,” Newport said, “but it is not crucial to being a good mother.”

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- SUPPLEMENTATION WITH FOLIC acid around the time of conception reduces the risk of neural tube defects in children.
- This protective effect has led to mandatory fortification of flour with folic acid in several countries, and it is generally recommended that women planning to become pregnant take a daily supplement of folic acid starting 1 month before conception.
- There also is evidence that maternal folic acid supplementation during pregnancy may be associated with reduced risk of other neurodevelopmental disorders in children.

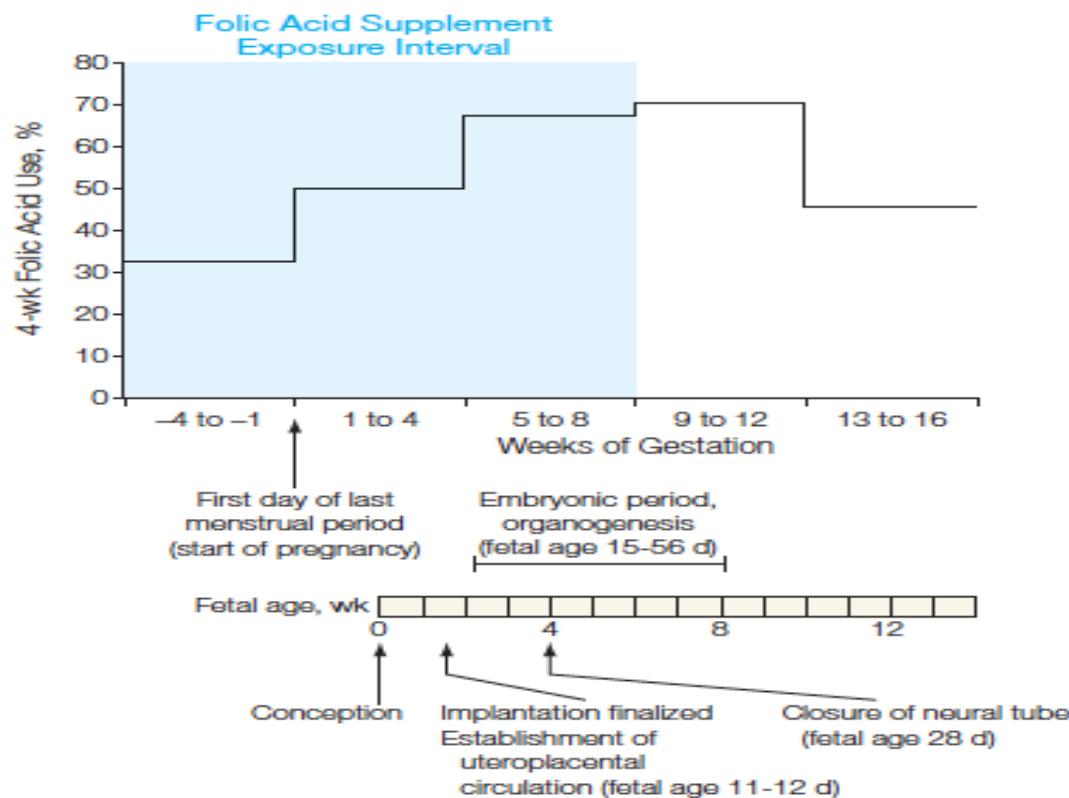
Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- SUPPLEMENTATION WITH FOLIC acid :
- A recent study of 38 954 children in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa) found that maternal intake of folic acid supplements from 4 weeks before to 8 weeks after the start of pregnancy was associated with a lower risk of severe language delay at age 3 years.
- A casecontrol study from California of autism spectrum disorders (ASDs) showed that maternal intake of folic acid and prenatal vitamins during the 3 months prior to pregnancy and the first month of pregnancy was associated with a lower risk of ASDs in the offspring, and complementary genetic analyses indicated that the association was modified by gene variants that determine the ability to utilize available folate.

Pål Suren et al, Association Between Maternal Use of Folic Acid Supplements and Risk of Autism Spectrum Disorders in Children, JAMA. 2013;309(6):570-577

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

Figure 2. Folic Acid Supplement Use by Pregnancy Interval



Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- POSTPARTUM DEPRESSION (PPD) AFFECTS
- 10%-15% of mothers within the first year after giving birth.
- Younger mothers and those experiencing partner-related stress or physical abuse might be more likely to develop PPD.
- ... during 2004-2005, the prevalence of self-reported PDS in 17 U.S. states* ranged from 11.7% (Maine) to 20.4% (New Mexico).
- Younger women, those with lower educational attainment, and women who received Medicaid benefits for their delivery were more likely to report PDS.

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- Response rates were 70% for 2004 and 2005 in each of the 17 participating states.
- During 2004- 2005, these 17 states included two questions on self-reported PDS in their PRAMS surveys:
 - (1) “Since your new baby was born, how often have you felt down, depressed, or hopeless?” and
 - (2) “Since your new baby was born, how often have you had little interest or little pleasure in doing things?”

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- The response choices were “always,” “often,” “sometimes,” “rarely,” and “never”; women who said “often” or “always” to either question were classified as experiencing self-reported PDS.
- Because of their high sensitivity (96%), these two questions have been recommended as a depression case-finding instrument by health professionals.
- Chi-square tests were used to test for significant differences ($p < 0.05$) in the proportion of women reporting PDS by demographic characteristics and other possible risk factors for PDS within each of the 17 states; approximate 95% confidence intervals for these proportions were calculated.

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- Possible risk factors for PDS included in the analysis were
 - low infant birth weight (2,500 g),
 - admission to a neonatal intensive-care unit (NICU),
 - number of previous live births,
 - tobacco use during the last 3 months of pregnancy,
 - physical abuse before or during pregnancy,
 - and experiencing emotional, financial, partner-related, or traumatic stress‡ during the 12 months before delivery.
- Women were considered physically abused if they said that a current or former husband/partner had pushed, hit, slapped, kicked, choked, or physically hurt them in any way during the 12 months before or during the most recent pregnancy.

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- Baby Blues
- SYMPTOMS
- Many women experience mild sadness, tearfulness, anxiety, irritability , or mood swings after having a baby (baby blues).
- These symptoms are normal and usually decrease in a matter of days or weeks.
- Less common but much more severe postpartum (after childbirth) problems include postpartum depression and postpartum psychosis.

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- Postpartum Depression:
- SYMPTOMS
- Symptoms of postpartum depression include
 - Severe sadness or emptiness, emotional numbness, or crying a lot
 - Withdrawal from family, friends, or activities that are pleasurable
 - Constant fatigue, trouble sleeping, overeating, or loss of appetite
 - A strong sense of failure or inadequacy
 - Intense concern and worry about the baby or a lack of interest in the baby
 - Thoughts about suicide, fears of harming the baby

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- Postpartum Psychosis
- This is a more rare disorder that usually occurs as a severe form of postpartum depression.
- Symptoms include
 - Delusions (false beliefs)
 - Hallucinations (hearing voices or seeing things that are not real)
 - Thoughts of harming the baby
 - Severe depressive symptoms

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- Treatment:
- Although the exact cause of postpartum emotional changes is unknown, they can be treated.
- If you are feeling a mild case of the blues after having your baby, you can help yourself by getting plenty of rest, napping when your baby naps, asking for help from family and friends, showering and dressing each day, getting out for a walk, and getting a babysitter to watch your baby when you need a break.

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- Treatment:
- More severe depressive symptoms require medical evaluation. Types of interventions may include
 - Biological: Complete medical examination to rule out medical conditions that may cause depression; antidepressant or antipsychotic medication if appropriate
 - Psychological: Individual or group therapy; counseling of both parents if possible
 - Social: Development of social networks with involvement of a partner, family, friends, and support groups.

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- The National Women's Health Information Center (US Department of Health and Human Services)
- www.womenshealth.gov/faq/depression-pregnancy.cfm
- American Psychiatric Association
- www.healthyminds.org/Main-Topic/Postpartum-Depression.aspx

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- www.womenshealth.gov/faq/depression-pregnancy.cfm
- Call your doctor if:
 - Your baby blues don't go away after 2 weeks
 - Symptoms of depression get more and more intense
 - Symptoms of depression begin any time after delivery, even many months later
 - It is hard for you to perform tasks at work or at home
 - You cannot care for yourself or your baby
 - You have thoughts of harming yourself or your baby
- Your doctor can ask you questions to test for depression. Your doctor can also refer you to a mental health professional who specializes in treating depression

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- Although a large body of research on maternal depression documents incidence rates between 10% and 30% and negative family and child developmental outcomes, paternal prenatal and postpartum depression has received little attention from researchers and clinicians.
- The emerging literature on paternal depression suggests that, like their maternal counterparts, fathers are at increased risk of depression in the postpartum and gestational periods
- Conclusions: Prenatal and postpartum depression was evident in about 10% of men in the reviewed studies and was relatively higher in the 3- to 6-month postpartum period.
- Paternal depression also showed a moderate positive correlation with maternal depression

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- The overall metaanalytic rate of paternal depression between the first trimester and 1 year postpartum was 10.4%.
- Since recent national data on base rates of depression in men place the 12-month prevalence at 4.8%, this suggests that paternal prenatal and postpartum depression represents a significant public health concern.
- It must be noted that considerable variability was observed in reported rates of paternal depression.
- In terms of timing, fathers experienced the highest rates of depression 3 to 6 months postpartum, although the small number of studies measuring paternal depression during this period suggests cautious interpretation.
- Differences were also observed across study locations, with higher rates of prenatal and postpartum depression reported in the United States (14.1% vs 8.2% internationally).

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- Maternal depression demonstrated considerable heterogeneity.
- This varied by time period, with a peak rate of 41.6% in the 3- to 6-month postpartum period, and by measurement method (higher rates with rating scales).
- ... In our meta-analysis, 12 of the 14 correlations were significant (meta-analytic estimate, 0.308), a moderate association by most standards.
- Although other authors have suggested that maternal depression may play some causal role in paternal depression, none of the studies included in this meta-analysis suggest direction of causal influence.

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- DEPRESSION DURING PREGnancy is common with prevalences ranging between 7% and 19% in economically developed countries.
- Management of depression during pregnancy is a clinical challenge.
- The Nordic countries generally recommend a careful risk-benefit analysis of each patient for treatment decisions.

Raskaus, synnytys ja mielenterveys

- Nonpharmaceutical interventions are generally recommended for milder conditions while major depression is frequently treated with antidepressant medication.
- Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) are now the most commonly prescribed drugs for depression during pregnancy.