

Tia Mäkelä, Riikka Airo, Maiju Tokola, Terhi Saisto ja Hanna Rouhe

Traumaattisesta synnytyksestä toipuminen

Suurimmalle osalle naisista synnytys on positiivinen kokemus. Kuitenkin 1–3 %:lle kehittyy trauma-peräinen stressihäiriö (PTSD) synnytyksen jälkeen. Riskiryhmissä PTSD:n esiintyvyys on jopa 16 %. Synnytykseen liittyvien tekijöiden lisäksi myös aiemmat ongelmat ja traumakokemukset voivat vaikuttaa huonon synnytyskokemuksen ja PTSD:n kehittymiseen. Synnytys voidaan kokea traumaattisena, vaikka se olisi lääketieteellisesti ongelmaton. Siksi synnytyskokemusta on tärkeää seuloa systemaattisesti esimerkiksi synnytyskokemus-VAS (visual analog scale) -seulonnalla. Kun huono synnytyskokemus tunnistetaan nopeasti ja synnyttänyttä autetaan käsittelemään tapahtunutta, voidaan ehkäistä mahdollisen PTSD:n kehittyminen. Traumatisoituneiden tunnistamisessa voi käyttää apuvälineitä esimerkiksi TES-lomaketta. PTSD tulee hoitaa ajoissa muun muassa äidin henkisen hyvinvoinnin, parisuhteen ja varhaisen vuorovaikutuksen ongelmien estämiseksi. Sen hoitoon tarvitaan psykoterapiaa.

Lapsen syntymä on erittäin merkittävä tapahtuma naisen elämässä. Usein synnytys on myönteinen kokemus, mutta ei aina. Pahimmillaan tilanteen kuormittavuus ylittää synnyttäjän psyykkisen sietokyvyn ja siten traumakynnyksen. Tällöin yhteys synnytyksen tapahtumien ja niihin liittyvien tunteiden välillä katkeaa siten, että niitä on vaikeaa yhdistää ehyeksi kokemukseksi ilman apua. Psyykkinen sietokyky voi ylittyä, vaikka synnytys olisi ulkopuolelta arvioiden normaali (1). Synnytyskokemus voi muodostua huonoksi monesta syystä. Synnyttäjä voi kokea menettävänsä tilanteen hallinnan, jäävänsä yksin, kivun ylivoimaiseksi tai oman tai lapsen terveyden vaarantuneeksi (2).

Haitan ja oikean hoidon arvioimiseksi erotetaan toisistaan huono synnytyskokemus, traumaattinen synnytyskokemus (traumaperäisen stressihäiriön, PTSD:n, oireita ilman diagnostisten kriteerien täyttymistä) sekä synnytyksen jälkeinen PTSD. Traumaattinen synnytyskokemus voi ilmetä myös PTSD:n kaltaisena, mutta lyhytkestoisempana akuuttina stressihäiriönä (ASD). Korkeintaan neljä viikkoa kestävä ASD saattaa ennakoita PTSD:n kehittymistä

(3,4). Kaikille ei kehity PTSD:tä huonon synnytyskokemuksen jälkeen ja osa traumaattisen synnytyksen kokeneista toipuu spontaanisti (4,5). Noin 10 % synnyttäjäistä kokee synnytyksen traumaattisena ja oireilee sen jälkeen (5) ja 1–3 %:lle kehittyy synnytyksen jälkeinen PTSD (5,6).

Synnytyksen jälkeisen PTSD:n riskitekijät ja ehkäisy

PTSD:n syntyminen ei edellytä erityistä alttiutta, mutta joidenkin tekijöiden on käytännössä havaittu lisäävän sen ilmaantumista (4). Huonon synnytyskokemuksen ja synnytyksen jälkeisen PTSD:n riskitekijät on esitelty **TAULUKOSSA 1**. PTSD:n riskitekijöiden tiedostaminen helpottaa sekä traumatisoitumisriskissä olevan että traumatisoituneen synnyttäjän tunnistamista.

Synnytyksen jälkeisen PTSD:n riskitekijöiden tunnistaminen ja niiden hoito pitäisi pyrkiä toteuttamaan jo ennen raskautta, mutta viimeistään äitiysneuvolassa. Psykososiaaliset tekijät (erityisesti mieliala, muu psyykkinen oireilu, aiemmat traumakokemukset, elämän-

TAULUKKO 1. Huonon synnytykokemuksen ja synnytyksen jälkeisen traumaperäisen stressihäiriön (PTSD) riskitekijät (1,4,5,10,24,25).

Synnyttäjään liittyvät riskitekijät
Aiempi tai nykyinen mielenterveyden häiriö (masennus, ahdistuneisuus tai PTSD)
Aiempi traumaattinen kokemus tai häiriö
Aiempi seksuaalinen, henkinen tai fyysinen väkivalta tai hyväksikäyttö
Sosiaalisen verkoston niukkuus
Elämäntilanteeseen liittyvät ongelmat ja kriisit
Tietyt persoonallisuuden piirteet, esimerkiksi helposti ahdistuva tai täydellisyyttä tavoitteleva persoonallisuus
Raskauteen liittyvät riskitekijät
Synnytyospelko
Psykkiset ongelmat raskauden aikana
Pitkittynyt sairaalahoito, ennenaikainen synnytys, pre-eklampsia
Vaikea raskauspahoinvointi
Raskauden kokeminen stressaavaksi
Synnytykseen liittyvät riskitekijät
Pelko itsensä tai lapsen vahingoittumisesta
Huono tuki (henkikunnan tai puolison taholta), vuorovaihtuksen ongelmat
Hoitamaton kipu
Hallinnan menetys
Odotusten toteutumattomuus
Synnytyksen aikaiset toimenpiteet (päivystyskeisarileikkaus, imuveto, istukan käsiniirrotus)
Väsymys, pitkittynyt synnytys

tilanne ja parisuhdeväkivalta) tulisi kartoittaa ja riskitekijöiden mahdollinen kasaantuminen huomioida (**TAULUKKO 1**). Varsinkin maahanmuuttajilla ja turvapaikanhakijoilla saattaa esiintyä useita riskitekijöitä, esimerkiksi trauma- ja väkivaltakokemuksia. Psykososiaalisen riskin määrittämisen apuna voi käyttää esimerkiksi englanninkielistä ANQR-kyselyä (7). Raskaana olevien tukeminen, tukiryhmien tarjoaminen ja ohjaaminen psykologille, lääkärille tai muualle jatkohoitoon kuuluvat äitiysneuvolan tehtäviin. Neuvolalääkärin tulisi huomioida terveydenhoitajan havainnot, kartoittaa riskitekijöitä myös itse ja varmistaa, että tarvittavat hoidot ja tukitoimet on järjestetty. Traumatisoitumisriskissä olevalle kannattaa hänen luvallaan kirjata mahdolliset riskitekijät neuvolakorttiin ja synnytyssuunnitelmaan. Sosiaalisen verkoston ollessa niukka kannattaa muistuttaa

mahdollisuudesta koulutettuun synnytystukihenkilöön eli doulaan.

Synnytykokemusta parantamalla pyritään ehkäisemään synnytyksen jälkeistä PTSD:tä. Synnytysohjeistus parantaa synnytykokemusta ja vähentää synnytysohjeitusta (8). Tiedot synnytyksen vaiheista sekä keholliset keinot säädellä kipua (esimerkiksi hengityksen avulla) parantavat synnyttäjän valmistautumista (9). Pystyvyydentunteen vahvistaminen ja mahdollisiin komplikaatioihin valmistautuminen parantavat synnytykokemusta (10,11). Synnytysohjeistus on synnytyksessä traumatisoitumisen itsenäinen riskitekijä (1) ja sen asianmukainen hoito parantaa myös synnytykokemusta (12). Synnytysohjeituksen seurantaa neuvolassa kuuluu raskauteen liittyvien ongelmien seurantaan (13).

Hyvä synnytyksenaikainen kommunikatio voi vähentää huonon synnytykokemuksen todennäköisyyttä (2). Synnytyksen aikaiset toimenpiteet lisäävät PTSD:n riskiä (1). Äidit kuitenkin kokevat psyykkisesti kuormittavampaa synnytyksen, jossa saavat huonosti tukea kuin synnytyksen, jossa on kuormittavia tapahtumia (14). Tärkeää on kiireetön läsnäolo, synnyttäjän kokemus kuulluksi tulemisesta ja synnyttäjän pitäminen ajan tasalla synnytyksen tapahtumista (2), jotta hän voi kokea osallistuvansa päätöksentekoon ja hallinnantunne säilyy. Synnytys voi olla korjaava kokemus aiemmin synnytyksessä traumatisoituneelle naiselle, jos hän kokee olonsa turvalliseksi synnytyksen aikana. Kääntöpuolena synnytys saattaa kuitenkin olla paikka uudelleen traumatisoitumiselle. Häätätilanteessakin katsekontakti, oma rauhallisuus, synnyttäjän rauhoittaminen ja tapahtumien nopea päivitys synnyttäjälle onnistuvat, vaikka olisikin matkalla hätäsektioon.

Synnytyksen jälkeisen PTSD:n oireet ja seuraukset

Synnytyksen jälkeinen PTSD saattaa kroonistua, häiritä vuorovaikutussuhteen kehittymistä syntyneeseen lapseen, vaikeuttaa imetystä, vaikuttaa negatiivisesti parisuhteeseen, huonontaa elämänlaatua, heikentää itsetuntoa ja aiheuttaa seksuaalihäiriöitä ja synnytysohjeitusta (4,6,15,16). Tutkimustieto huonon synnytysohjeituksesta

kokemuksen ja PTSD:n vaikutuksesta varhaiseen vuorovaikutussuhteeseen on ristiriitaista, mutta varhaisen vuorovaikutuksen häiriöllä saattaa olla pitkäkestoisia haitallisia vaikutuksia lapsen emotionaalille kehitykselle (15). Osa traumatisoituneista ei halua kohdata vastaavaa tilannetta uudestaan, vaan pyrkii välttämään tapahtuneesta muistuttavia asioita, jopa lasta. Käytös lasta kohtaan saattaa olla välinpitämättömyyttä tai huolenpito lähinnä teknistä suorittamista. Välttämisoireen vuoksi traumatisoituneet saattavat olla hankkimatta lisää lapsia tai seuraavassa raskaudessa toivoa keisarileikkausta tai jopa raskauden keskeytystä (6,17,18). Toisaalta PTSD-oireet saattavat ilmetä myös tapahtuman pakottavana uudelleenkokemisena, ylivilpitynä tai kykenemättömyytenä muistaa keskeisiä asioita synnytyksestä. Traumatisoitumiseen liittyy usein muitakin mielenterveysongelmia, kuten masennusta, ahdistuneisuutta ja päihteiden väärinkäyttöä (itselääkintä) (4).

Huonon synnytykokemuksen ja PTSD:n tunnistaminen

Kliinisessä työssä synnytyksen jälkeinen PTSD jää alidiagnosoiduksi. Koska myös komplisoidun synnytyksen voi johtaa traumatisoitumiseen, pitäisi kaikilta synnyttäjiltä kysyä synnytykokemuksesta (6). Traumatisoitumisen tunnistaminen voi olla vaikeaa, koska traumatisoitunut saattaa elää arkielämäänsä näennäisesti entiseen tapaan vältellen kaikkea tapahtuneesta muistuttavaa. Joskus traumatisoituminen tulee esiin vasta myöhemmin, esimerkiksi uuden raskauden myötä. Välttämisoireen takia traumatisoitunut ei useinkaan hae itse apua, koska hän ei halua muistaa eikä puhua tapahtuneesta.

Traumatisoitumisriskissä olevien löytämiseksi on HYKS:ssä vuonna 2009 otettu käyttöön synnytykokemus-VAS, jossa jokaista synnyttäjää pyydetään ennen kotiutumistaan arvioimaan synnytykokemustaan asteikolla 0–10. Tässä 0 kuvaa huonointa ja 10 parasta mahdollista synnytykokemusta. VAS-arvot 0–4 kuvaavat huonoa synnytykokemusta. HYKS:ssä vuonna 2018 synnytykokemuksen arvioi negatiiviseksi 8,6 % synnyttäjistä. Syn-

TAULUKKO 2. Traumaperäisen stressihäiriön oireet ja WHO:n (ICD-10) määrittämät diagnostiset kriteerit (4).

Trauman määritelmä: Potilas on kokenut poikkeuksellisen uhkaavan tai katastrofaalisen tapahtuman, joka todennäköisesti aiheuttaisi voimakasta ahdistuneisuutta kenelle tahansa.

1. Jokin oire tapahtuman pakottavasta uudelleen kokemisen oireryhmästä
2. Potilaalla esiintyy välttämiskäyttäytymistä
3. Potilaalla esiintyy dissosiativisia tai ylivilpitysoireiden oireita

Oireet ja oireryhmät:

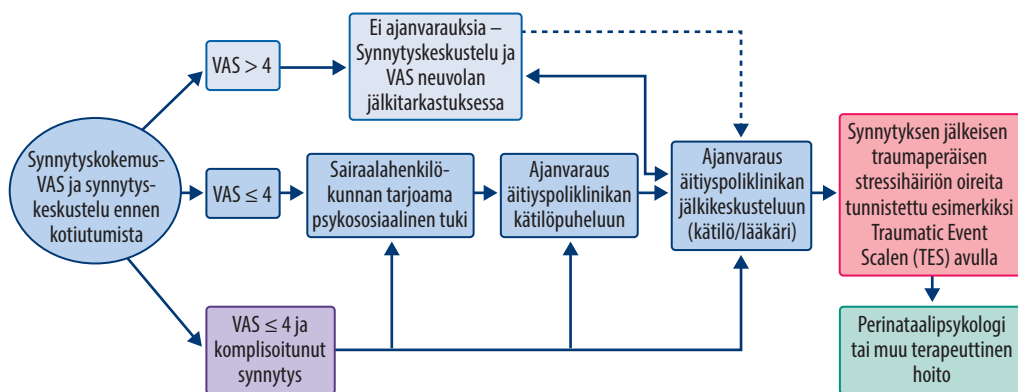
- Tapahtuman pakottava uudelleen kokeminen (jatkuvat muistikuvat, hetkelliset voimakkaat takauamat, painajaisunet, ahdistuneisuus oloissa, jotka muistuttavat koetusta tapahtumasta)
- Välttämiskäyttäytyminen (pyrkimys välttää traumaan liittyviä ahdistavia muistoja, ajatuksia ja tunteita, pyrkimys välttää paikkoja, toimintoja ja tilanteita, jotka herättävät muistoja tapahtuneesta)
- Dissosiativiset oireet (todellisuudentajun muutos, kykenemättömyys muistaa joitakin keskeisiä asioita tapahtumasta)
- Ylivilpitys (nukkumishäiriöt, ärtyneisyys ja vihanpurkaukset, korostunut varuillaanolo, keskittymisvaikeudet, säikkyminen)

Oireet ilmaantuvat kuuden kuukauden sisällä traumaattisesta tapahtumasta ja ovat kestäneet vähintään kuukauden ajan.

nytykokemus-VAS:n käyttö on levinnyt myös muualle Suomeen.

PTSD:n seulontaan on olemassa useita kyselylomakkeita, mutta synnytyksenjälkeisen PTSD:n seulontaan on kehitetty kyselykaavake Traumatic Event Scale (TES) (19). Se perustuu PTSD:n oireisiin ja DSM-IV-kriteereihin (**INTERNETTAULUKKO**). TES on ollut tutkimuskäytössä ja otettu nyt kliiniseen käyttöön HYKS:ssä. Huonon synnytykokemuksen jälkeen TES soveltuu jatkoarvioon aikaisintaan kuukauden kuluttua synnytyksestä, sillä liian varhainen seulonta antaa liikaa vääriä positiivisia tuloksia (4). Mikäli TES:n kriteerit täyttyvät, tarvitaan diagnoosin asettamiseksi tarkempi haastattelu. PTSD-diagnoosi asetetaan **TAULUKON 2** kriteerien täytyttyä.

Synnytyksenjälkeisen PTSD:n diagnosoinnissa ICD-luokitus on järempi kuin DSM-tautiluokitus. ICD-10:n trauman määritelmän takia (**TAULUKKO 2**) trauman diagnostinen kri-



KUVA 1. Synnytyskokemuksen käsittely synnytyskokemus-VAS-janan (visual analog scale,) perusteella.

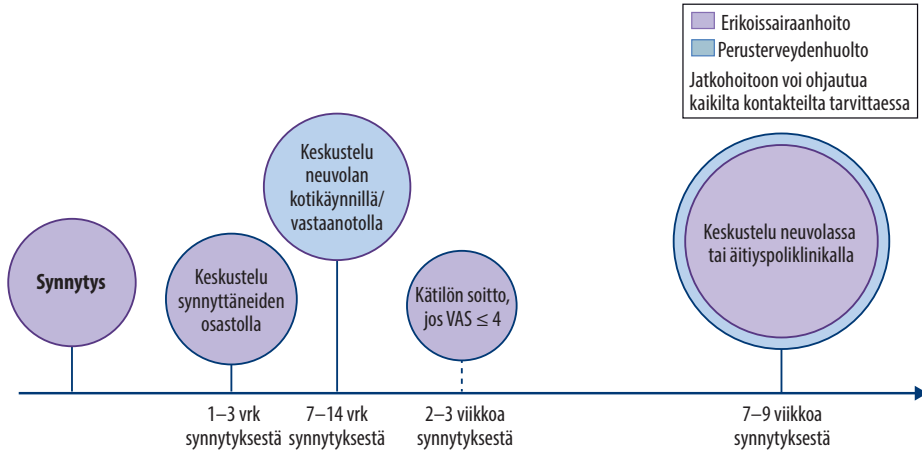
teeri ei näyttäisi täyttyvän objektiivisesti normaalisti sujuneessa synnytyksessä. Käytännössä yksilön kokemusta poikkeuksellisen uhkaavasta tilanteesta synnytyksen aikana voidaan pitää traumana tai diagnoosikoodi asetetaan hallitsevan oireen mukaan esimerkiksi PTSD:n piirteitä sisältäväksi ahdistuneisuushäiriöksi. DSM-IV/V määrittelee trauman kokemuksena poikkeuksellisen uhkaavaan tai katastrofaaliseen tapahtumaan, johon liittyy oman tai läheisen kuoleman tai loukkaantumisen uhka tai fyysisen koskemattomuuden vakava vaarantuminen. Näyttöön perustuvaa hoitoa koskevissa tutkimuksissa on lähes kaikissa käytetty DSM-tautiluokituksen mukaisia kriteerejä (4).

PTSD-potilailla on usein muitakin mielenterveysongelmia (4), joten PTSD:n oirekuva ei ole välttämättä selkeä ja saattaa peittyä esimerkiksi masennusoireiden alle (5). Eri-laisten masennustilojen esiintyvyys PTSD:n rinnalla on jopa 80–95 % (4). Myös synnytyksenjälkeinen PTSD esiintyy usein yhdessä lapsivuodemasennuksen kanssa ja niiden oireet ovat osittain samankaltaisia (1). Siksi hiljattain synnyttäneen psyykkisen huonovointisuuden selvittelyssä kannattaa pitää traumatisoitumisen mahdollisuus mielessä. Synnytyksen jälkeisen PTSD:n esiintyvyys on valikoitumattomassa väestössä 3 % ja riskiryhmissä se on jopa 16 % (6). Siksi niiden synnyttäneiden, joilla on monta PTSD:n riskitekijää, tarkempi seulominen voisi lisätä diagnosoinnin tehokkuutta (6).

Traumaattisen synnytyskokemuksen hoitokeinot

Synnytyksen jälkeen vanhempien tulisi voida keskittyä luomaan suhdetta lapseensa ja kasvaamaan vanhemmuuteen. Traumatisoituminen voi hankaloittaa tätä. Koska vauvan kannalta vanhemman kyky läsnäoloon ja herkistyminen vauvan tarpeille on keskeistä, synnytyksessä traumatisoitunut tarvitsee apua nopeasti. Oikea-aikainen traumaattisen synnytyskokemuksen hoito on edellytys myönteisen varhaisen vuorovaikutuksen käynnistymiselle (20). Vanhemman mielenterveyden ja traumaoireiden hoito ja toisaalta varhaisen vuorovaikutuksen hoito eivät korvaa toisiaan vaan ovat rinnakkaisia.

Tiivis ihokontakti vauvan kanssa saattaa suojata PTSD-oireilta huonon synnytyskokemuksen jälkeen (6). Huonon synnytyskokemuksen ensisijainen hoito on jälkikeskustelu. Mikäli PTSD-oireet eivät ole jälkikeskusteluun mennessä helpottaneet, ohjaus psykologin tai psykiatrin konsultaatioon ja psykoterapeuttiseen keskusteluun on tarpeen. Lääkitystä tulee harkita, jos potilas ei motivoidu psykoterapiaan, voimakkaat oireet estävät terapian tai vaste terapian jää puutteelliseksi (4). Lääkehoitoa valittaessa mahdollinen imetys huomioidaan, kuten myös muut somaattiset ja psyykkiset sairaudet sekä niiden vaatima hoito. Ensilinjan lääkityksinä ovat masennuslääkkeet, joista SSRI on usein tehokkain ja turvallisin vaihtoehto (4).



KUVA 2. Synnytyskokemuksen käsittely.
VAS = visual analog scale

Bentsodiatsepiineista ei tutkimusnäytön perusteella ole hyötyä PTSD:n hoidossa (4).

Huonon synnytyskokemuksen käsittely.

Kokemus muodostuu aina tapahtumien oma-kohtaisesta tulkinnasta (1). Synnytystilanteen ulkoisten tapahtumien perusteella ei siis voi päätellä, kokeeko synnyttäjä tilanteen jälkikäteen traumaattisena (1). Lääkäri tai kättilö käy synnytyskeskustelun synnyttäjän kanssa ja kysyy synnytyskokemus-VAS:n (KUVA 1 ja 2). Jos VAS-pistemäärä on pieni (≤ 4), tarjotaan psykososiaalista tukea (4). Tämä tarkoittaa tilanteen rauhoittamista tarjoamalla kuunteleva, tunkeilematon kontakti ja turva sekä vastamalla välittömiin tarpeisiin ja huolenaiheisiin käytännöllisillä neuvoilla (4). Koska huonon synnytyskokemuksen käsittelemiseen tarvitaan luottamuksellista hoitosuhdetta, kertakäynnillä toteutettu jälkipuinti ei usein ole riittävä ehkäisemään PTSD:tä ja saattaa jopa johtaa stressioireiden lisääntymiseen (4).

Kättilö soittaa huonon synnytyskokemus-VAS-arvion antaneille kaksi viikkoa synnytyksen jälkeen. Puhelussa arvioidaan, mihin suuntaan kokemus on muotoutunut, vastaan kysymyksiin ja arvioidaan lisäkeskustelun tarve. Päätaavoite on jatkohoidon tarpeen arviointi, eikä puhelun ole tarkoitus toimia psykologisena jälkipuintina. Puhelun ajankohdta on valikoitunut käytännön työssä havaitun tarpeen perusteella. Jos puhelussa herää epäily synnytyksessä traumatisoitumisesta tai tulee

muuten esiin tarve synnytyksen tarkemmasta läpikäynnistä, potilaalle varataan aika äitiyspoliklinikkaan jälkikeskusteluun kättilön tai lääkärin kanssa. Toisaalta erityisen suuren riskin synnytyksissä jo synnytyssairaalasta kotiutussa varataan valmiiksi aika äitiyspoliklinikan jälkikeskusteluun.

Jälkikeskustelussa käydään läpi synnytyksen tapahtumia, mikä usein selventää synnyttäjän ajatuksia ja tuntemuksia vähentäen ahdistusta. Keskustelussa on tärkeää kuulla ja hyväksyä synnyttäjän kokemat tunteet. Tämä tarkoittaa sitä, että synnyttäjää saa kertoa ensin oman versionsa tapahtuneesta ja vasta sitten lähettään selvittämään tapahtumien lääketieteellisiä perusteita. Virheellisten tulkintojen oikaisu synnyttäjän tunteita kuulematta saattaa johtaa kokemukseen, että ei tule kuulluksi. Silloin keskustelusta ei ole toivottua hyötyä. Synnytyksen herättämiä tunteita voi myös aktiivisesti kysellä. Äidin suhdetta vauvaan on hyvä seurata äidin puhuessa vauvasta tai vauvan ollessa mukana vastaanotolla. Jälkikeskustelussa pyritään tunnistamaan mahdolliset PTSD:n oireet, masennus tai varhaisen vuorovaikutuksen häiriö ja ohjataan tarvittavaan hoitoon. Jälkikeskustelussa huonon VAS-arvion antaneilla voi käyttää apuna PTSD:n tunnistamiseen TES-kaavaketta.

Joskus synnyttäjä on vielä synnytyssairaalassa ollessaan niin helpottunut synnytyksestä selviämistään, että antaa todellista kokemustaan paremman VAS-arvion. Todelliset tuntemukset

saattavat nousta esiin vasta vähitellen kotiutumisen jälkeen. Neuvolan jälkitarkastuksessa on tärkeää tarjota mahdollisuutta kertoa synnytyskokemuksesta aiemmasta VAS-arvosta huolimatta. Se auttaa sekä synnyttäneitä itseään että neuvolahenkilökuntaa synnyttäneen tunteiden ja tarpeiden tunnistamisessa. Neuvolassa olisi hyvä kysyä synnytyskokemus-VAS uudelleen synnytyskeskustelun yhteydessä ja tarvittaessa lähettää huonon VAS-arvon antavat takaisin synnytysairaalaan jälkikeskusteluun.

Traumaattisen synnytyskokemuksen hoito psykoterapian keinoin. Psykoterapeuttisen hoidon tavoitteena on palauttaa yhteys synnytystapahtumien ja niiden herättämien tunteiden välillä sekä palauttaa menetettyä turvallisuuden tunnetta myös kehollisella tasolla (21). Traumaattisen synnytyskokemuksen hoidossa kehollinen vakauttaminen ja itsesäätelykyvyn vahvistaminen kulkevat kokemuksen psykologisen käsittelyn rinnalla. Erilaiset hengitysekä rauhoittumisharjoitukset voivat lisätä turvallisuuden tunnetta ja siten vahvistaa kykyä olla läsnä nykyhetkessä.

Traumaattisen synnytyskokemuksen psykoterapeuttinen hoito sisältää potilaan kunnioittavan ja hyväksyvän kohtaamisen psyykkisesti turvallisessa tilassa, jossa traumatisoitumiseen johtaneen tilanteen kulku voidaan käydä läpi yhä uudelleen (22). Tunteiden ilmaisuun ja käsittelyyn on useita erilaisia menetelmiä ja PTSD:tä voidaan hoitaa useiden psykoterapiamuotojen avulla (4). Traumakeskeiset psykoterapiamuodot vaikuttavat tehokkaammilta kuin traumaan fokuusoittamattomat (4). Psykoterapeuttia valittaessa psykoterapiasuuntausta tärkeämpää on kokemus traumaterapiasta ja perehtyneisyys varhaisen vanhemmuuden psykologiaan (23). Hoidon kuluessa hahmottuu, mitkä tekijät ovat vaikuttaneet traumakynnyksen ylittymiseen. Usein psykoterapeuttisen työn rinnalla tarvitaan tietoa synnytyksen tapahtumista, jotka ovat voineet jäädä epäselviksi tai vääristyä trauman seurauksena. Vähitellen turvallisessa ympäristössä terapeuttisen keskustelun kautta oma synnytyskokemus ja siinä heränneet tunteet hahmottuvat.

Ajoissa tunnistetun traumaattisen synnytyskokemuksen käsittelyyn riittää usein lyhyt

Ydinasiat

- ▶ Huono synnytyskokemus voi johtaa synnytyksessä traumatisoitumiseen, mutta myös aiemmat ongelmat ja traumakokemukset voivat myötävaikuttaa synnytyksen kokemiseen traumaattisena.
- ▶ Riskitekijöiden tunnistaminen ja hoito raskauden aikana, synnytyksen hyvä hoito ja jälkihoito tarjoavat mahdollisuuden ehkäistä synnytyksessä traumatisoitumista.
- ▶ Synnytyksen jälkeisen PTSD:n tunnistaminen on tärkeää, mutta vaikeaa, ja siksi synnytyskokemusta olisi tärkeä seuloa kaikilta synnyttäjiltä.
- ▶ Synnytyksen jälkeisen PTSD:n hoitoon tarvitaan psykoterapiaa.

traumaan fokusoitu psykoterapia (5). PTSD:n käsittelyyn tarvitaan usein pidempi terapia (5). On myös huomioitava, että trauma on saattanut aktivoida aiemmin käsittelemättä jääneitä menetyksiä tai kokemuksia, joiden käyminen läpi voi tulla tarpeelliseksi ja mahdolliseksi samaan aikaan.

Lopuksi

Synnyttäjää voi jo neuvolassa auttaa valmistautumaan synnytykseen ja siten lisätä hyvän synnytyskokemuksen todennäköisyyttä. Riskitekijöiden tunnistaminen auttaa kohdentamaan tukea ja vähentämään riskiä traumatisoitua synnytyksessä. Hyvällä tuella komplisoitunutkaan synnytys ei aiheuta traumaattista synnytyskokemusta. Turvallinen olo, riittävä tieto synnytyksen kulusta ja hallinnan ja pystyvyyden tunteet auttavat parantamaan synnytyskokemusta. Synnytyskokemusta voi seuloa synnytyskokemus-VAS:lla. Huonon synnytyskokemuksen läpikäyminen ja synnytykseen liittyneiden tilanteiden ja tunteiden käsittely ehkäisevät PTSD:n kehittymistä. PTSD:n oireista kärsivät tulisi tunnistaa ja ohjata heidät psykologiseen arvioon ja terapeuttiseen hoitoon, jolla vaikutaan synnyttäjän ja koko perheen psyykkiseen hyvinvointiin. ■

KIRJALLISUUTTA

1. Grekin R, O'Hara MW. Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2014;34:389–401.
2. Hollander MH, van Hastenberg E, van Dillen J, ym. Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's perceptions and views. *Arch Womens Ment Health* 2017;20:515–23.
3. Horsch A, Vial Y, Favrod C, ym. Reducing intrusive traumatic memories after emergency caesarean section: A proof-of-principle randomized controlled study. *Behav Res Ther* 2017;94:36–47.
4. Traumaperäinen stressihäiriö. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2009 [päivitetty 17.12.2014]. www.kaypahoito.fi.
5. Ayers S. Delivery as a traumatic event: prevalence, risk factors, and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. *Clin Obstet Gynecol* 2004;47:552–67.
6. de Graaff LF, Honig A, van Pampus MG, ym. Preventing post-traumatic stress disorder following childbirth and traumatic birth experiences: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2018;97:648–56.
7. Austin MP, Colton J, Priest S, ym. The antenatal risk questionnaire (ANRQ): acceptability and use for psychosocial risk assessment in the maternity setting. *Women Birth* 2013;26:17–25.
8. Haapio S, Kaunonen M, Arffman M, ym. Effects of extended childbirth education by midwives on the childbirth fear of first-time mothers: an RCT. *Scand J Caring Sci* 2017;31:293–301.
9. Airo R, Korja R, Saisto T, ym. Changes in emotions and personal goals in primiparous pregnant women during group intervention for fear of childbirth. *J Reprod Infant Psychol* 2018;36:363–80.
10. Taheri M, Takian A, Taghizadeh Z, ym. Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reprod Health* 2018;15:73.
11. Berentson-Shaw J, Scott KM, Jose PE. Do self-efficacy beliefs predict the primiparous labour and birth experience? A longitudinal study. *J Reprod Infant Psychol* 2009;27:357–73.
12. Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, ym. Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women - randomised trial. *BJOG* 2013;120:75–84.
13. Rouhe H, Saisto T. Näin hoidan: Synnytyspelko. *Duodecim* 2013;5:521–7.
14. Ayers S, Joseph S, McKenzie-McHarg K, ym. Post-traumatic stress disorder following childbirth: current issues and recommendations for future research. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2008;29:240–50.
15. Ayers S, Eagle A, Waring H. The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: a qualitative study. *Psychol Health Med* 2006;11:389–98.
16. Hernandez-Martinez A, Rodriguez-Almagro J, Molina-Alarcon M, ym. Postpartum post-traumatic stress disorder: Associated perinatal factors and quality of life. *J Affect Disord* 2019;249:143–50.
17. Gottvall K, Waldenstrom U. Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *BJOG* 2002; 109:254–60.
18. Saisto T, Ylikorkala O, Halmesmaki E. Factors associated with fear of delivery in second pregnancies. *Obstet Gynecol* 1999;94:679–82.
19. Wijma K, Söderquist J, Björklund I, ym. Prevalence of post-traumatic stress disorder among gynecological patients with a history of sexual and physical abuse. *J Interpers Violence* 2000;15:944–58.
20. Parfitt Y, Ayers S. The effect of postnatal symptoms of posttraumatic stress and depression on the couple's relationship and parent-baby bond. *J Reprod Infant Psychol* 2009;27:127–42.
21. Kline AC, Cooper AA, Rytwinski NK, ym. Long-term efficacy of psychotherapy for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Psychol Rev* 2018;59:30–40.
22. Czarnocka J, Slade P. Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *Br J Clin Psychol* 2000;39:35–51.
23. Norcross JC, Lambert MJ. Psychotherapy relationships that work III. Psychotherapy (Chic) 2018;55:303–15.
24. Andersen LB, Melvaer LB, Videbæk P, ym. Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012;91:1261–72.
25. Simpson M, Catling C. Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review. *Women Birth* 2016; 29:203–7.

TIA MÄKELÄ, LL, erikoistuva lääkäri
Kymenlaakson keskussairaala ja Helsingin yliopisto

RIIKKA AIRO, PsL, kouluttajapsykoterapeutti
Psykoterapiapalvelu Tunnetila

MAIJU TOKOLA, PsM, psykoterapeutti
Psykoterapiapalvelu Tunnetila

TERHI SAISTO, dosentti, synnytysten, naistentautien ja perinatologian erikoislääkäri
HYKS Naistentaudit ja synnyttykset

HANNA ROUHE, LT, synnytysten ja naistentautien erikoislääkäri
HUS Lohjan sairaala

VASTUUTOIMITTAJA
Hanna Savolainen-Peltonen

SIDONNAISUUDET

Tiia Mäkelä: Korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Helsingin yliopisto)

Riikka Airo: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Yksityisille psykoterapeuteille)

Maiju Tokola: Ei sidonnaisuuksia

Terhi Saisto: Luottamustoimet (Asiantuntijalääkäri Valviralla, Potilasvakuutuskeskus ja Potilasvahinkolautakunta 2016–, Suomen Perinatologisen Seuran hallitus 2017–)

Hanna Rouhe: Korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (GE)