

Sanna Isosävi, Eeva-Leena Kataja, Johanna Pietikäinen ja Jonna Lehtikainen

Vanhemman psyykkisen trauman moninaisuus perinataaliajalla – miten huomioin ja hoidan?

Perinataalikausi eli raskaus- ja vauva-aika sekä synnytys on erityinen herkkyyksikausi, jolloin odottajan aiempiin traumakokemuksiin liittyvät oireet voivat lisääntyä. Vanhempia kohtaavan ammattilaisen on tärkeää sisällyttää hoito-otteeseensa yksilöön ja oireisiin keskittyvän näkökulman lisäksi synnytykseen valmistautuminen, kehittyvä vanhemmuus, suhde odotettavaan ja syntyneeseen vauvaan sekä laajemmat perhesuhteet. Lisäksi on huomioitava, miten traumaperäiset oireet vaikuttavat näihin kussakin vaiheessa. Perinataaliajan traumatisoitumisen huomioimiseen ja hoitoon ei Suomessa toistaiseksi ole yhtenäisiä hoitomalleja, mutta niitä kehitetään jatkuvasti.

Mahdollisesti traumatisoivat elämäntapa-
kemukset ovat tavallisia lastensaanti-
iässä olevilla aikuisilla. Perinataaliaika
on erityisen merkittävä jakso vanhemmuuden
identiteetin, kiintymyksen muodostumisen
ja lapsen loppuelämän hyvinvoinnin näkö-
kulmasta. Vanhemman aiemmat haitalliset ja
traumaattiset kokemukset ovat tavallisia taustatekijöitä perinataaliajan sopeutumisvaikeuksissa kuten mielenterveys- ja päihdeongelmissa, synnytyspelossa, huonoissa synnytyskokemuksissa, synnytyskomplikaatioissa ja vauvan terveysriskeissä sekä turvattomissa kiintymyssuhteissa. Ne selittävät myös muiden haavoittavien tekijöiden, kuten verkoston puutteiden ja sosioekonomisen huono-osaisuuden kasaantumista.

Vanhemman traumaperäisten oireiden systemaattinen ja varhainen tunnistaminen sekä hoitaminen ja vanhemman tukeminen ovat ensiarvoisen tärkeitä vanhemmuuden ja vauvan suotuisan kehityksen turvaamiseksi. Erityisen tärkeää olisi tunnistaa ja huomioida synnyttäjän ja toisen vanhemman kiintymys- ja lähisuhdetraumatisoitumiseen, aikaisempiin vaikeisiin perinataalitapahtumiin sekä lääketieteellisiin toimenpiteisiin liittyviä traumaperäisiä oireita.

Tunnistamisen lisäksi tarvitaan systemaattisia tukemisen ja hoitamisen tapoja, joissa huomioidaan erityisesti vanhemmuus ja kehittyvä vanhempi-vauvasuhde.

Perinataaliajan traumariski ja siihen vaikuttavat tekijät

Perinataalikauden mielenterveysoireilun lisääntymisen riski koskee erityisesti naisia, joilla on aikaisempia traumakokemuksia (1). Psyykkisellä traumatisoitumisella tarkoitetaan altistumista sietokyvyn ja selviytymiskeinot ylittävälle, poikkeuksellista uhkaa aiheuttaville kokemuksille. Seurauksena voi olla ahdistus- ja masennusoireiden lisäksi traumaperäisen stressihäiriön (post-traumatic stress disorder, PTSD) oireita eli ylivireistä uhkan tunnetta tai muistiongelmia, välttelyä ja traumakokemusten uudelleenkokemista (2,3). Näitä ei aina tunnisteta perinataalipalveluissa, eikä niitä seuloa systemaattisesti.

Perinataaliajan haavoittuvuutta lisääviä kokemuksia ovat esimerkiksi haitalliset lapsuudenkokemukset (adverse childhood experiences, ACEs) (4), kiintymyssuhdetraumatisoituminen tai muu lapsuudessa ja nuoruudessa tapah-

tunut fyysinen tai seksuaalinen hyväksikäyttö (5,6). Pakolaisena ja turvapaikanhakijana maahan tulleilla perheillä voi olla useita kumuloituneita negatiivisia tai traumaattisia kokemuksia (7). Muiden terveyshaittojen ohella sukuelinten silpominen on yhteydessä PTSD-oireisiin ja esimerkiksi traumaperäiseen uudelleenkokemiseen raskauden ja synnytyksen seurannan yhteydessä (8,9).

Vaikka aikaisempaa (lähisuhteisiin sijoittuvaa) traumatisoitumista ei olisikaan, lääketieteellisiin toimenpiteisiin liittyvä traumatisoituminen ja meneillään olevaan tai aiempiin perinataalijaksoihin sijoittuvat vaikeat kokemukset, kuten tutkimukset, keskenmenot tai kohtukuolemat voivat haitata seuraavia raskauksia, synnytyksiä ja varhaista vuorovaikutusta (10).

PTSD-oireet kasaantuvat riskiodottajille

Raskaudenaikaisen PTSD:n esiintyvyydeksi väestössä on arvioitu noin 3 %. Jos odotusaikaan on kasaantunut lukuisia riskejä, esiintyy PTSD:tä lähes joka viidennellä (1). Meta-analyyseissa synnytyksen jälkeisen PTSD:n esiintyvyys on vaihdellut 3,1 %:sta (yleisväestöotos) jopa lähes 16 %:iin, kun taustalla on ollut esimerkiksi psykiatriasta historiaa tai suuren riskin raskaus (11). Kun taustalla on lähisuhteisiin liittyviä traumakokemuksia tai sosiodemografisia riskitekijöitä, kuten vakavia fyysisiä tai psyykkisiä sairauksia, elämäntilanteeseen liittyvä kuormitus tai traumakokemusten kumuloituminen ja PTSD, lisääntyy samanaikaisten muiden mielenterveyshäiriöiden riski selvästi (12). Masennuksen riski suurenee viisinkertaiseksi ja yleistyneen ahdistuneisuushäiriön kolminkertaiseksi. Elinaikainen väkivallan kokemus on yleistä raskaana olevilla pohjoismaisilla naisilla, mutta raskaudenaikainen väkivalta on raportoitu harvinaisemmaksi (13).

Ei-synnyttävän vanhemman traumaperäisestä oireilusta perinataaliajalla on vähemmän tietoa, mutta joitain viitteitä on siitä, että puolison kokema pelko, stressi ja ahdistus synnytyksen aikana on yhteydessä myöhempiin PTSD-oireisiin ja mielenterveysongelmiin (14). Koko

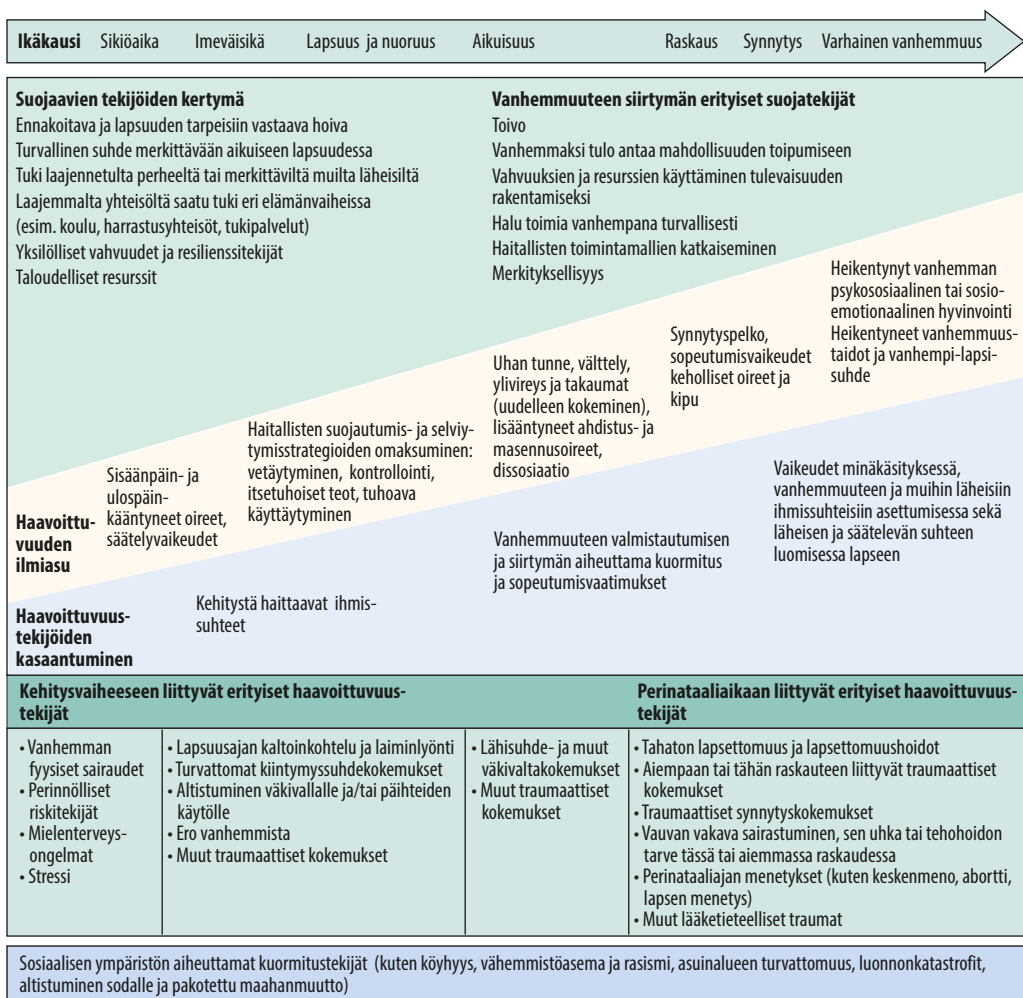
perheen hyvinvoinnin kannalta myös toisen vanhemman traumaperäisen oireilun tunnistaminen on oleellista (5,13).

Monimuotoinen traumaperäinen stressihäiriö voi vaikeuttaa vuorovaikutussuhdetta vauvaan, puolisoon ja ammattilaisiin

Pitkäkestoinen, haavoittuviin kehitysvaiheisiin ajoittuva ja läheisten ihmisten aiheuttama traumatisoituminen lisää monimuotoisen traumaperäisen stressihäiriön (complex PTSD, cPTSD) todennäköisyyttä (14–16). Siinä ihminen kärsii PTSD-oireiden lisäksi kielteisestä minäkäsityksestä, tunteiden ja viireystilan säätelyvaikeuksista sekä vaikeuksista läheisiin ihmissuhteisiin asettumisessa.

Paitsi PTSD:n ja cPTSD:n myös muiden mielenterveyshäiriöiden yhteydessä voi esiintyä eriasteista dissosiaatiota eli yhteyden puutetta kokemusten eri puoltien ja minän toimintojen välillä (esimerkiksi muistamattomuus, epätodellisuuden tunne, tunkeutuvat tai puuttuvat kokemukset) (1,4). Nämä haittaavat synnytykseen valmistautumista ja synnyttämistä, varhaisen vanhemmuuden ja vuorovaikutuksen muodostumista, hoitoon sitoutumista ja mahdollisuutta luottaa ammattilaisiin (5). cPTSD:stä ja dissosiaatiosta ei ole perinataaliajalta samanlaista esiintyvyydestietoa kuin PTSD:stä, mutta asiantuntijakonsensus on, että näiden huomiointi on avainasemassa monimuotoisesti traumatisoituneiden naisten perinataaliajan kohtaamisessa ja hoidossa (1,11,12). On tärkeää huomioida, että vauvan kehitys etenee nopeasti omine herkkyyksineen, joten vanhempaa ei voida jättää pitkäksi aikaa odottamaan spontaania toipumista, jos traumaoireisto vaikeuttaa vuorovaikutus- ja kiintymissuhteen muodostamista vauvaan.

KUVA havainnollistaa, miten kuormitustekijät ja suojaavat tekijät vaikuttavat yksilön haavoittuvuuteen eri elämänvaiheissa. Perinataaliaika on herkkyyksikausi, jossa haavoittuvuustekijöiden kasaantuminen vaikeuttaa vanhemmuuteen sopeutumista. Suojaavat tekijät voivat vähentää haavoittuvuuden vaikutuksia ja tukea sopeutumista vanhemmuuteen.



KUVA. Haavoittuvuustekijöiden kasaantuminen ja suojaavien tekijöiden vähäisyys lisäävät traumaperäisten ilmiöiden haitallisten ilmiöiden riskiä perinataaliaikana.

Traumatisoitumisen vaikutukset perinataaliajan hyvinvointiin

Mitä vakavampaa traumatisoituminen on, sitä laaja-alaisempia voivat olla siitä vanhemmuuteen ja synnytykseen valmistautumiseen seuraavat haitat (17). Tunteiden säätelyvaikeudet sekä stressi- ja kuormitusherkkyys hankaloittavat vaativalle vanhemmaksi tulemisen psyykkistä kehitystehtävää. Ne ennustavat erilaisia raskauden ja synnytyksen komplikaatioita, toimenpiteherkkyyttä, synnytyspelkoa ja synnytyksessä traumatisoitumista sekä dissosiaatiota.

Ihmissuhteissaan varhain traumatisoituneille sisäiset kokemukset, kuten ajatukset, tunteet ja kehotunteet sekä ulkoiset olosuhteet (am-

mattilaisten kohtaaminen, sairaalaympäristö, toimenpide) voivat toimia traumalaukaisijoina, joiden seurauksena ihminen elää uudelleen aikaisempia ylivoimaisia kokemuksiaan (18). Kehon muutokset, synnytys, imettäminen ja vauvan hoiva voivat aktivoida sietämättömiä kokemuksia. Aktivoidut traumareaktiot ja selviytymiskeinojen puute voivat johtaa kokemusten ja niistä puhumisen välttelyyn, synnytykseen valmistautumattomuuteen, palvelupudokkuuteen ja perinataaliammattilaisten kokemiseen pahantahtoisina.

Äidin monimuotoisen traumatisoitumisen on havaittu lisäävän vauvan kehitykseen ja terveyteen liittyviä riskejä kuten synnytyksen enenaikaisuutta ja vauvan pienipainaisuutta (1).

Vauvan tehohoidon tarve tai sen uhka lisäävät riskiä äidin traumaattiselle oireilulle, etenkin jos vanhemmilla on aiempia menetyskokemuksia (14).

Tunnistaminen

Vaikka tietoa traumatisoitumisen yleisyydestä ja merkityksestä perinataaliajan haavoittuvuudelle on runsaasti, suomalaisessa perinataaliajan seurannassa ja hoidossa traumakokemusten tai traumaperäisten oireiden tunnistaminen ei vielä ole systemaattista. Tämä vähentää sekä vanhempien että henkilökunnan mahdollisuutta valmistautua synnytykseen ja varhaiseen vanhemmuuteen vanhempien ja vauvan turvallisuutta lisäävästi (17). Kansainväliset suositukset korostavat, että diagnosoinnin sijaan oleellista on tunnistaa traumaperäisiä oireita, jotka voivat haitata perinataaliajan sopeutumista ja aiheuttaa uusia traumakokemuksia. Suomes-
ta puuttuu ohjeistus siitä, miten mahdollisesti traumatisoivat tapahtumat tai traumaoireet tulisi seuloa raskauden tai varhaisen vanhemmuuden aikana.

Perinataaliajalle soveltuvia traumakokemuksia kartoittavia kyselyvälineitä on suomennettu. Monipuolisesti erilaisia raskausajan psykososiaalisia riskitekijöitä ja traumatisoivia tapahtumia kartoittaa esimerkiksi ANRQ-lomake (saatavilla muun muassa osoitteesta www.perinataalimielenterveys.fi). Mielenterveystalon sivustolta löytyvät PCL-5- tai IES-R-kyselyt tunnistavat kliinisen kokemuksen perusteella varsin hyvin perinataaliajalla traumaoireilevat vanhemmat (19,20). cPTSD:n tunnistamiseen on käytössä esimerkiksi International Trauma Questionnaire (ITQ) -kysely (21). Näiden lisäksi kansainvälisessä käytössä on City Birth Trauma Scale -kysely, joka seuloa nimenomaan synnytykseen liittyviä traumakokemuksia. Siitä on saatavilla omat versiot myös ei-synnyttäneelle vanhemmalle sekä ammattilaiselle (22), mutta kyselyä ei ole toistaiseksi suomennettu.

Kysymys systemaattisesta traumakokemusten ja -oireiden seulonnasta ei ole yksinkertainen. Seulontojen kehittäminen edellyttää myös hoitojärjestelmän kehittämistä siten, että tunnistetut oireet voidaan huomioida jatko-

hoidossa. Ajattelemme, että tunnistaminen on kuitenkin tärkeää ja mahdollistaa vanhemman traumaoireiden huomioimisen hoidon toteutuksessa kaikilla terveydenhuollon tasoilla. Esimerkiksi neuvolassa voidaan tukea synnytykseen valmistautumista ja ehkäistä ylivoimaista synnytykokemusta välittämällä tietoa synnytykseen liittyvistä peloista ja dissosiaatio-
taipumuksesta synnytyksen hoitaville ammattilaisille.

Hoidon tavoitteet

Perinataaliajalla ilmenevien vanhemman traumaoireiden tunnistamisen ja hoitamisen tavoitteena on turvallinen synnytykseen ja varhaiseen vanhemmuuteen valmistautuminen. Toisena tavoitteena on ehkäistä trauma-
oireiden välittyminen vauvan kohtu-
aikaiseen ja syntymän jälkeiseen kehitykseen sekä varhaiseen vuorovaikutukseen eli traumatisoitumisen ylisukupolvisten haittojen ehkäisy. Vanhemmat tarvitsevat ammattilaisten apua traumaperäisten oireiden tunnistamisessa, niiden kanssa toimeen tulemisessa ja turvallisen, säätelevän suhteen luomisessa vauvaan. Perinataaliaika on mahdollisuuden aikaa, jolloin traumatisoitumisen tunnistaminen ja tuki voivat edesauttaa vanhemman positiivisempaa ja pystyvämpää näkemystä itsestään, uusien taitojen oppimista ja turvallisen suhteen muodostamista vauvaan (23).

Ammattilaisten on tärkeää ymmärtää varhaisen vanhemmuuden kehitystehtäviä (synnytykseen valmistautuminen, hoivan antaminen) rinnan traumaoireiden kanssa ja löytää keinoja, miten näitä voidaan helpottaa ja tukea samanaikaisesti. Turvallisen hoitosuhteen luominen ja vanhemmuuden tukeminen ovat perinataaliajana ensisijaisia vanhemman traumakokemusten prosessointiin nähden.

Ammattilaisen ei tule kuitenkaan vältellä kysymästä traumakokemuksista tai niistä seuranneesta haitasta, vaan hoidossa tulee huomioida vanhemmuuteen ja synnytykseen valmistautumisen ja varhaisen suhteen luomisen kriittisyys. Vanhemman traumaoreisiin fokusoitunut hoito tai traumakokemusten prosessointi on perusteltu osa perinataaliajan

hoitoa silloin, kun traumaperäiset oireet ovat hyvin haittaavia ja kun ne juontuvat yksittäisistä traumakokemuksista, kuten vaikeasta synnytyskokemuksesta (2,21). Monimuotoisesti traumatisoituneiden vanhempien hoidossa tulee huomioida, että vanhemmalla on riittävästi voimavaroja tähän vaativaan työskentelyyn rinnan varhaisen vanhemmuuden vaatimusten kanssa.

Vanhempien traumaoireet voivat hoitamattomina estää positiivissävytteisten ja realististen mielikuvien muodostamista itsestä vanhempna ja lapsesta sekä hankaloittaa sensitiivisen, säätelevän ja ennustettavan varhaisen vuorovaikutuksen muodostumista (24,25). Nämä vaikutukset haittaavat turvallisen kiintymyssuhteen muodostamista (26). Vanhemmuuden tukea ja varhaisen vuorovaikutuksen hoitoa on perusteltua kehittää suuntaan, jossa huomioidaan traumatisoitumisen vaikutuksia, kuten vanhemman vetäytymistä, pelokkuutta tai ennakoimattomuutta (27). Usein tarvitaan monikomponenttihoitoa, jossa yhdistyvät vanhemman mielenterveyden hoito, varhaisen vuorovaikutuksen hoito sekä käytännön kuormittuneisuuden helpottaminen. Työntekijöiden tulee arvioida, tuottavatko tuki ja hoito riittävät edellytykset vauvan kehitykselle (28). Tämä tehdään yhteistyössä vanhempien kanssa aina kun mahdollista.

Traumatietoinen työote käyttöön kohtaamisissa perheiden kanssa

Hoitojärjestelmässä tarvitaan vanhempien varhaista ja systemaattista traumaoireiden tunnistamista sekä traumatietoista työtettä vanhempien kohtaamiseen kaikilla hoitojärjestelmän tasoilla. Tavoitteena on ehkäistä traumatisoitumista ja vahvistaa vanhempien turvallisuuden, osallisuuden ja hallinnan tunnetta. Englanniksi puhutaan ”neljän R:n periaatteesta”: ymmärretään traumatisoitumisen yleisyys ja vaikutukset (realize), tunnistetaan traumaoireet ja reaktiot (recognize), vastataan traumatisoitumisen huomioivilla käytännöillä (respond) ja varmistetaan, ettei uudelleentraumatisoitumista tapahdu (resist re-traumatization).

Traumatietoinen työote edellyttää perinataa-

Ydinasiat

- » Perinataalikausi on erityinen herkkyyysvaihe, jolloin aiempiin traumakokemuksiin liittyvät oireet voivat voimistua.
- » Elämänaikaisten haavoittavien tekijöiden kumuloituminen lisää riskiä traumaoireiden ilmenemiselle ja vahvistumiselle perinataalikaudella.
- » On tärkeää huomioida traumaperäisten oireiden vaikutukset vanhemman kykyyn valmistautua synnytykseen ja vanhemmuuteen, muodostaa suhdetta vauvaan sekä ylläpitää perhesuhteita.
- » Suomessa on kehitteillä yhtenäisiä hoitomalleja perinataaliajan traumatisoitumisen tunnistamiseen ja hoitoon.

lipalveluiden kehittämistä hoitojärjestelmätasolla. Perinataaliaikaa haittaavien traumakokemusten tai oireiden varhainen tunnistaminen käyttämällä standardoituja välineitä on traumatietoisesta työotteesta edellytys. Sen muita kulkumakiviä ovat hoitoon pääsyn turvaaminen sekä hoidon jatkuvuudesta huolehtiminen. Selkeä ja empaattinen vuorovaikutus lisää potilaan kokemusta kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisesta. Tärkeää on kaikkien perheenjäsenten huomioiminen osana hoitoa, yhteistyö perheen ja heidän tukiverkostonsa kanssa sekä riittävän yksilöllisyyden ja moninaisuuden (esimerkiksi vähemmistöt) huomioiminen (18).

Tuoreessa kotimaisessa artikkelissa todetaan, että traumatietoinen työote edellyttää ammattilaisten kouluttamista traumatisoitumisesta, riittävää resursointia, hoitopolkujen kehittämistä ja systemaattista pääsyä traumatisoitumisen huomioivan tuen ja hoidon piiriin (17). Traumatietoinen työote sisältää myös perinataaliammattilaisten huomioimisen. Työntekijän altistuminen mahdollisesti traumatisoiville tapahtumille sekä stressi- ja traumaoireet tulisi tunnistaa ja huomioida. Näin ammattilaiset pystyvät turvallisuutta lisäävällä ja kunnioittavalla tavalla toteuttamaan perinataaliajan hoitoa ja varsinkin synnytyksiä (29).

TIETOLAATIKKO. HUS-alueen perinataalipsykiatrien hoito.

HUS-alueella työskentelee naistentautien yksiköissä perinataalipsykologeja, joiden vastaanotolle kätilöt ja naistentautien yksikön lääkärit voivat tehdä lähetteen, jos äiti tarvitsee psykologista tukea esimerkiksi synnytyspelon, kohtukuoleman tai traumaattisen synnytystapahtuman käsittelyyn. Naistentautien yksiköissä seulotaan traumaattisia synnytyskokemuksia VAS-kysymysten (arviointijana, visual analogue scale) avulla. Tarkempi kuvaus prosessista on esitetty Aikakauskirjan aikaisemmassa artikkelissa (32). Perinataalipsykologit voivat tavata äitiä 1–5 kertaa ja antavat tarvittaessa silmänliiketerapiaa (eye movement desensitization and reprocessing, EMDR) vanhemman traumaattisen kokemuksen prosessointiin (33). Kliininen kokemus EMDR:n tehosta perinataalialian traumakokemusten hoidossa on ollut hyvää. Perinataalipsykologeilla on tarvittaessa perinataalipsykiatrien konsultaatiomahdollisuus.

HUS Meilahden yleissairaalapsykiatrian yksikössä on toiminut vuoden 2024 alusta uutena toimintana perinataalipsykiatreja, joilla on mahdollisuus laajempaan kokonaisarvioon ja lääkitysarvioon. Toiminta käynnistettiin yhden perinataalipsykiatriin panoksella, mutta hyvien kokemusten myötä toimintaa on laajennettu ja kolmas perinataalipsykiatri aloittaa maaliskuussa 2026. Tarvittaessa HUS:n perinataalipsykiatrit voivat ohjata äidin muihin psykiatrisen erikoissairaanhoidon poliklinikoihin, psykoterapiaan joko traumapsykoterapiana, muuna aikuisen yksilöpsykoterapiana tai varhaisen vuorovaikutuksen psykoterapiana, tai tarjota hoitoa yleissairaalapsykiatrian yksikön sisäisesti. Perinataalipsykiatreilla on mahdollisuus paritapaamisiin ja tarvittaessa oman yksilöhoitokontaktin järjestämiseen isälle tai kumppanille. Hoitajaksot vaihtelevat räätälöidysti konsultatiivisista kertatapaamisista ja tarpeenmukaiseen jatkohoitoon palveluun ohjaamisesta useamman kuukauden mittaisiin hoitajaksoihin, joissa perheitä pyritään seuraamaan ja hoitamaan synnytyksen yli ainakin muutaman kuukauden ajan.

Hoitokäytäntöjä kehittämällä voidaan tukea traumaattisia vanhempia

Perusterveydenhuollossa pääosassa ovat traumaattisten vanhempien tunnistaminen, traumatieteen työotteen käyttö ja tarvittaessa perheiden ohjaaminen alueellisiin vauvaperhepsykologisiin työryhmiin, lastenpsykiatrialle tai neuvolapsykologeille, jos perheet tarvitsevat lisätukea ja -hoitoa vanhemmuuteen ja varhaiseen vuoro-

vaikutukseen. Lisäksi hoidetaan vakavammin oireilevien vanhempien oheissairastavuudet, ja tarvittaessa heidät lähetetään erikoistuneempiin yksiköihin. Myös yleislääkäreiden on naistentautien lääkäreiden, aikuis- ja lastenpsykiatrien sekä pediatrien lisäksi mahdollista hankkia perinataalisen mielenterveyshuollon erityispätevyys, joka antaa lisävalmiuksia perinataalialian erityispiirteiden ja traumaattisten vanhempien hoitamiseen perusterveydenhuollossa.

HUS-alueen perinataalipsykiatrian esimerkiksi perinataalialian traumaattisia huomioivasta hoitokäytännöstä esitellään **TIETOLAATIKOSSA**. Vastaavia työryhmiä synnytysairaaloitten yhteydessä ei toistaiseksi ole muualla Suomessa, mutta hoitokäytäntöjä kehitetään. Helsingin kaupungilla toimii pienimuotoisesti PILVA (pienien lasten vanhempien työryhmä) psykiatrisen erikoissairaanhoidon piirissä, ja Varsinais-Suomessa (VARHA) kehitetään alueellista perinataalimielenterveyden strategiaa. Australiassa jo 1980-luvulla käynnistynyt valtakunnallinen perinataalipsykiatrin hoitojärjestelmä on HUS:n tavoin kytkeytynyt yleissairaalapsykiatrian poliklinikoihin ja suuriin synnytysairaloihin. Myös Tukholmassa Karoliinisen instituutin noin 20 vuotta toiminut perinataalipsykiatrin työryhmä on kytköksissä yleissairaalapsykiatrian poliklinikkaan ja synnytysyksikköön.

Monimuotoisen traumatisoitumisen huomioiminen

Kansainvälisissä katsauksissa tunnistetaan tarve kehittää perinataalipalveluita huomioimaan paremmin monimuotoista traumatisoitumista (23). Hoidollisina tavoitteina ovat yleensä lisätä vanhemman ymmärrystä traumaattisista oireistaan ja niitä laukaisevista tilanteista, vahvistaa vanhemman mahdollisuutta säädellä oireitaan sekä olojaan ja tukea vauvan kehitysvaiheen mukaiset tarpeet huomioivan vuorovaikutussuhteen muodostamista. Vanhempien traumaymmärryksen vahvistamiseksi ja säätelykeinojen lisääntymiseksi on Suomessa kehitetty lapsuuden kaltoinkohtelusta toipuville vanhemmille Vakautta vanhemmuuteen -malli, joka löytyy Mielenterveystalon ammattilaisten osioista (30). Perinataalialjalle spesifisestä Survivor

Mom's Companion -psykoedukaatiomallista on saatu alustavia hyviä soveltuvuus- ja vaikutavuustuloksia, kun muun muassa PTSD-oireet ovat vähentyneet (31).

HUS-alueen ulkopuolella lastenpsykiatrian työryhmillä on tärkeä osuus varhaisen vanhemmuuden ja vuorovaikutuksen hoidossa. HUS-alueella sosiaalitoimen vauvaperhetyöryhmät hoitavat vuorovaikutusta ensimmäisen vuoden aikana ja lastenpsykiatrialle ohjaututaan huomattavasti myöhemmin, kun lapsen oireet edellyttävät erikoissairaanhoidoa. Ensikodit tarjoavat tällä hetkellä tärkeitä kuntoutumisen ja turvan puitteita raskaana oleville ja vauvaperheille, joille on kasaantunut useita traumakokemuksia ja psykososiaalisia riskejä. Suomessa on myös kehitetty ja koulutettu varhaisen vuorovaikutuksen psykoterapiaa, joka kohdentuu perinataaliajan vuorovaikutushaasteisiin.

Lopuksi

Perinataaliaika voi lisätä aiempiin traumakokemuksiin liittyviä oireita, mutta se on myös erityinen hoidollinen mahdollisuus: se tuo

lähes kaikki vanhemmat palveluiden piiriin. Tarvitaan systemaattista perinataalipalvelut läpileikkaavaa traumatietoisuuden ja traumatisoitumisen huomioivan tuen ja hoidon kehittämistä, joka huomioi synnyttävän vanhemman, toisen vanhemman, vauvan ja koko perheen sekä ammattilaiset. Traumatisoitumisen huomioiminen perinataaliajalla edellyttää tunnistamisvälineitä, ammattilaisten osaamisen systemaattista vahvistamista sekä traumatisoitumisen huomioivia synnytykseen ja vanhemmuuteen valmistautumisen ja hoidon keinoja.

Linjassa kansainvälisten suosituksen, asian tuntijapuheenvuorojen ja tutkimusten kanssa ehdotamme, että traumakokemuksista juontuvat, perinataaliaikaa haittaavat oireet tulisi tunnistaa systemaattisesti varhain, jo ennen synnytystä. Turvallisia, vanhemmat ja ammattilaiset huomioivia puheeksi ottamisen käytäntöjä, hoitopolkuja ja traumatisoitumisen huomioivia interventioita varhaiseen vanhemmuuteen ja vuorovaikutukseen tulee kehittää niin, että mahdollisuuksien mukaan hyödynnetään jo olemassa olevia malleja. ■

KIRJALLISUUTTA

1. Seng JS, D'Andrea W, Ford JD. Complex mental health sequelae of psychological trauma among women in prenatal care. *Psychol Trauma* 2014;6:41–9.
2. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th ed.). WHO 2019. <https://icd.who.int/>.
3. Traumaperäinen stressihäiriö. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2025 [päivitetty 24.2.2025]. www.kaypahoito.fi.
4. Kristbergssdottir H, Valdimarsdottir HB, Steingrimsdottir T, ym. The role of childhood adversity and prenatal mental health as psychosocial risk factors for adverse delivery and neonatal outcomes. *Gen Hosp Psychiatry* 2023;85:229–35.
5. Sachdeva J, Nagle Yang S, Gopalan P, ym. Trauma informed care in the obstetric setting and role of the perinatal psychiatrist: a comprehensive review of the literature. *J Acad Consult Liaison Psychiatry* 2022;63:485–96.
6. Seng JS, Low LK, Sperlich M, Ronis DL, Liberzon I. Prevalence, trauma history, and risk for posttraumatic stress disorder among nulliparous women in maternity care. *Obstet Gynecol* 2009;114:839–47.
7. Klas J, Grzywacz A, Korga M, Kluz N, Kulszo K, Samardakiewicz M. Psychosocial problems of healthcare for pregnant refugees – a systematic review. *Psychiatr Psychol Klin* 2023;23:201–9.
8. Parekh S, Koukkula M. Tyttöjen ja naisten sukuelinten silpomisen (FGM) estäminen -toimintaohjelma. Väliarviointi vuosilta 2019–2023. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen työpaperi 42/2024. <https://www.julkari.fi/items/33759efc-ff8f-4b76-830f-158eaa7ec60>.
9. Koukkula M, Klemetti R. Tyttöjen ja naisten sukuelinten silpomisen (FGM) estämisen toimintaohjelma. Sosiaali- ja terveystieteiden julkaisuja 2019:1. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/items/ae1823d1-c878-4a2a-8665-cf4fdd6c9c5>.
10. Daugirdaitė V, Van Den Akker O, Purewal S. Posttraumatic stress and posttraumatic stress disorder after termination of pregnancy and reproductive loss: a systematic review. *J Pregnancy* 2015;2015:1–14.
11. Blake J. Pregnant women with dissociative subtype of PTSD have high levels of cortisol. *Psychiatric News* 2018;53:appi.pn.2018.1b23.
12. Garon-Bissonnette J, Bolduc MEG, Lemieux R, Berthelot N. Cumulative childhood trauma and complex psychiatric symptoms in pregnant women and expecting men. *BMC Pregnancy Childbirth* 2022;22:10.
13. Finnbogadóttir HR, Henriksen L, Hegaard HK, ym. The consequences of a history of violence on women's pregnancy and childbirth in the Nordic countries: a scoping review. *Trauma Violence Abuse* 2024;25:3555–70.
14. Laukkala T, Tuisku K, Garoff F. Monimuotoinen traumaperäinen stressihäiriö – muuttuvat käsitteet ja vaikutus hoitoon. *Duodecim* 2022;138:903–9.
15. Monimuotoinen traumaperäinen stressihäiriö (complex PTSD) ja ICD-11. Käypä hoito -suositus, lisätietoa aiheesta. Käypä hoito -työryhmä Traumaperäinen stressihäiriö. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 9.1.2020. www.kaypahoito.fi.
16. Vuononvirta J, Nyberg J, Köysti K, Budde K, Huolman M. Mitä tiedetään monimuotoisen traumaperäisen stressihäiriön hoidosta? *Duodecim* 2025;141:1699–706.
17. Isoväsi S, Westerlund-Cook S, Rieki T, ym. Traumatietoisuuden merkitys ja mahdolliset esteet raskaus-, synnytys- ja vauva-ajan palveluissa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 60/2024. <https://www.julkari.fi/items/03155f38-9587-4a05-a571-18d67d402a98>.
18. Benton M, Wittkowski A, Edge D, ym. Best practice recommendations for the integration of trauma-informed approaches in maternal mental health care within the context of perinatal trauma and loss:

- a systematic review of current guidance. *Midwifery* 2024;131:103949.
19. Forkus S, Raudales A, Rafiuddin H, Weiss N, Messman B, Contractor A. The post-traumatic stress disorder (PTSD) checklist for DSM-5: a systematic review of existing psychometric evidence. *Clin Psychol (New York)* 2023;30:110–21.
 20. Creamer M, Bell R, Failla S. Psychometric properties of the Impact of Event Scale — revised. *Behav Res Ther* 2003;41:1489–96.
 21. Cloitre M, Shevlin M, Brewin C, ym. The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatr Scand* 2018;138:536–46.
 22. Ayers S, Wright DB, Thornton A. Development of a measure of postpartum PTSD: The City Birth Trauma Scale. *Front Psychiatry* 2018;9:409.
 23. Chamberlain C, Gee G, Harfield S, ym. Parenting after a history of childhood maltreatment: a scoping review and map of evidence in the perinatal period. *PLoS One* 2019;14:e0213460.
 24. Isosävi S. Perinataaliajan psyykkiset kehitystehtävät ja niiden traumaperäiset esteet. Kirjassa: Isosävi S, Ruismäki M, Kaunisto S-L, toim. Traumatisoituminen ja perhesuhteet. Helsinki: Traumaterapiakeskus 2024, s. 34–49.
 25. Burtchen N, Alvarez-Segura M, Urben S, ym. Effects of maternal trauma and associated psychopathology on atypical maternal behavior and infant social withdrawal six months postpartum. *Attach Hum Dev, julkaistu verkossa* 13.11.2022. doi: 10.1080/14616734.2022.2142894.
 26. American Psychological Association. Parenting in battered women: the effects of domestic violence on women and their children: (323142004-008). APA PsycNet 2002 [viitattu 1.12.2025]. <https://doi.apa.org/doi/10.1037/e323142004-008>.
 27. Hyysalo N, Sorsa M, Holmberg E, ym. Maternal substance use, unpredictability of sensory signals and child cognitive development: an exploratory study. *Infant Child Dev* 2024;33:e2530.
 28. Puura K. Vauvan ja pienen lapsen vetäytymisreaktio ja sen tunnistaminen. Kirjassa: Isosävi S, Ruismäki M, Kaunisto S-L, toim. Traumatisoituminen ja perhesuhteet. Helsinki: Traumaterapiakeskus 2024, s. 50–60.
 29. Isobel S. Trauma and the perinatal period: a review of the theory and practice of trauma-sensitive interactions for nurses and midwives. *Nurs Open* 2023;10:7585–95.
 30. Ruismäki M, Friberg L, Keskitalo K, Lampinen AM, Mankila P, Vänskä V. Vakautta vanhemmuuteen. Ensitiotoa ja keinoja lapsuuden kaltoinkohtelusta selviytyville vanhemmille. Helsinki: Traumaterapiakeskus ry 2016.
 31. Sperlich M, Seng JS, Rowe H, ym. The survivor moms’ companion: feasibility, safety, and acceptability of a posttraumatic stress specific psychoeducation program for pregnant survivors of childhood maltreatment and sexual trauma. *Int J Childbirth* 2011;1:122–35.
 32. Mäkelä T, Airo R, Tokola M, ym. Traumaattisesta synnytyksestä toipuminen. *Duodecim* 2021;137:72–8.
 33. Shapiro F, Solomon R. Eye movement desensitization and reprocessing therapy. Teoksessa: The SAGE Encyclopedia of Theory in Counseling and Psychotherapy. Thousand Oaks: SAGE Publications 2015 [viitattu 1.12.2025]. <https://sk.sagepub.com/reference/the-sage-encyclopedia-of-theory-in-counseling-and-psychotherapy/i5375.xml>.

SANNA ISOSÄVI, PsT, aikuisten integratiivinen ja varhaisen vuorovaikutuksen psykoterapeutti, johtaja
Traumaterapiakeskus Ry

EEVA-LEENA KATAJA, PsT, perhepsykoterapeutti, dosentti, vanhempi tutkija
FinnBrain-tutkimus, Turun yliopisto

JOHANNA PIETIKÄINEN, LT, psykiatrian erikoislääkäri, aikuisten integratiivinen yksilöpsykoterapeutti, perinataalisen mielenterveyshäiriön erityispuheenjohtaja, perinataalipsykiatrian konsultointi- ja apulaisylilääkäri
Meilahden yleissairaala-psykiatrian konsultointivastaanotto, Helsingin yliopistollinen sairaala ja Helsingin yliopisto

JONNA LEHIKONEN, TtM, kättilä (yamk), väitöskirjatutkija, asiantuntija
Turun yliopisto
Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiö Itla, Pohjoismainen Lapsen 1 000 ensimmäistä päivää -verkosto

SIDONNAISUUDET

Sanna Isosävi: Luottamustoimet (European Society for Trauma and Dissociation, hallituksen jäsen; Suomen Perinataalimielenterveys Ry hallituksen varajäsen)

Eeva-Leena Kataja: Ei ilmoitusta sidonnaisuuksista

Johanna Pietikäinen: Luontopalkkio (Suomen Psykiatriyhdistys, Suomen Gynekologiyhdistys, Pohde (Naistentaudit), Eloisa, Savua & Tulta oy), luottamustoimet (Varapuheenjohtaja, Suomen perinataalimielenterveys ry; Sihteeri, Perinataalaisen mielenterveyshäiriön erityispuheenjohtaja)

Jonna Lehtikainen: Luottamustoimet (Suomen perinataalimielenterveys ry, hallituksen sihteeri), hankkeet (Pohjoismainen Lapsen 1000 - ensimmäistä päivää verkosto (Suomen edustaja, kansallinen asiantuntijaryhmä puheenjohtaja), Pohjoismaisen ministerineuvoston rahoittama Improving Child’s Health hanke 2025–2026 (koordinaatio vastuu))

TEEMAN TOIMITTAJAT

Terhi Aalto-Setälä, Jonna Lehtikainen ja Jaana Suvisaari