

This is a self-archived version of an original article. This version may differ from the original in pagination and typographic details.

Author(s): Salmela-Aro, Katariina; Toivanen, Riikka; Saisto, Terhi; Halmesmäki, Erja

Title: Synnytyspelon hoito terapeutin ryhmän ja rentoutumisharjoituksen avulla

Year: 2002

Version: Published version

Copyright: © Suomen Lääkäri-liitto, 2002

Rights: In Copyright

Rights url: <http://rightsstatements.org/page/InC/1.0/?language=en>

Please cite the original version:

Salmela-Aro, K., Toivanen, R., Saisto, T., & Halmesmäki, E. (2002). Synnytyspelon hoito terapeutin ryhmän ja rentoutumisharjoituksen avulla. *Suomen Lääkärilehti*, 45(10), 4567-4572. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/synnytyspelon-hoito-terapeutin-ryhman-ja-rentoutumisharjoituksen-avulla/>

Synnytyspelon hoito terapeuttisen ryhmän ja rentoutumisharjoituksen avulla

RIIKKA TOIVANEN ▪ TERHI SAISTO ▪ KATARIINA SALMELA-ARO ▪ ERJA HALMESMÄKI

**Koska synnytyspelot ja keisarileikkaustoi-
veet lisääntyvät, on
tärkeää löytää uusia
hoitomuotoja tulevien
äitien kohtaamiseksi.
Synnytyspelkoisille
ensisynnyttäjille on
HUS:n Naistenklinikal-
la vuodesta 1998 alka-
en tarjottu mahdolli-
suus osallistua psyko-
login ohjaamaan Nyyt-
ti-ryhmään, jossa kes-
kusteluin, tunteiden ja
tiedon jakamisen ja
rentoutumisharjoituk-
sen avulla valmistau-
dutaan synnytykseen.
Nyytti-ryhmään osal-
listuneiden synnyttä-
jien kokema synnytys-
pelko lieveni huomata-
vasti ryhmäproses-
sin aikana.**

Valtavan elämänmuutoksen todentuminen, voimakkaat tunteet, kipu ja syntymän ihme tekevät jokaisesta synnytyksestä unohtumattoman. Synnytyskokemus on merkittävä vauvan ja äidin yhteisen elämän alussa, sillä vaikean synnytyksen on havaittu lisäävän lapsivuodemasennuksen mahdollisuutta ja vaikeuttavan myönteisen äiti-vauvasuhteen syntymistä (1,2). Parhaimmillaan synnytys toimii mahtavana voimavarana, joka auttaa äitiä luomaan vuorovaikutussuhteen vauvaan ja jota äiti voi muistella ilolla ja kaipauksella. Ei siis ole ihme, että synnytys herättää raskaana olevassa naisessa etukäteen monenlaisia toiveita ja odotuksia sekä erilaisia pelkoja.

Synnytyspelot ja keisarileikkaukset synnytyspelon vuoksi ovat viime vuosina lisääntyneet (3,4). Vaikeasta synnytyspelosta kärsii 6–10 % suomalaisista synnyttäjistä (5,6), ja se varjostaa pahimmillaan koko raskausaikaa, voi pitkittää ja vaikeuttaa synnytystä ja hankaloittaa hyvän äiti-vauvasuhteen alkua. Siksi synnytyspelon hoito on ensiarvoisen tärkeää. Suurin osa pelkävistä naisista toivoo synnytystavaksi keisarileikkausta (7). Synnytyspelko oli keisarileikkauksen syynä 8 %:ssa kaikista keisarileikkauksista HUS:n Naistenklinikalla vuonna 2000 ja lähes 2 %:ssa kaikista raskauksista.

Synnytystä pelkäävät sekä ensi- että uudelleensynnyttäjät. Jälkimmäisillä aiempaan synnytykseen liittyviä tapahtumia ja tunteita ei ehkä ole aikanaan työstetty riittävästi. Trauman toistumisen pelko varjostaa uuteen synnytykseen valmistautumista (8,9).

Ensisynnyttäjillä yksi yleisimmistä peloista on kontrollin menetyksen

pelko. Synnytystä pelkävälle naiselle on tyypillistä korostunut tarve kontrolloida uusia tilanteita huolellisen valmistautumisen ja suunnittelun avulla. Synnytystapahtuman ennakoinnaton luonne ja antautuminen prosessiin, jota ei voi hallita ja jonka kulkua ei voi etukäteen ennustaa, voi tuntua ahdistavalta. Tuleva äiti

Toisinaan synnytyspelko saattaa liittyä enemmän tulevaan vanhemmuuteen kuin itse synnytykseen.

saattaa pelätä kivun olevan niin suurta, että hän ei kykene hallitsemaan itseään sillä tavalla kuin toivoisi. Hän saattaa pelätä käyttäytymisensä sopimattomasti tai menevänsä paniikkiin. Erilaiset toimenpiteet ja piikit voivat pelottaa. Osalla saattaa pelon taustalla olla omaan ruumiiseen kohdistuneita rajan rikkomisia, kuten insestiä tai seksuaalista väkivaltaa, joiden muistot aktivoituvat raskauden aikana. Aiemmat traumaattiset sairaalakokemukset voivat palata mieleen. Monia huolestuttaa, että omat toiveet eivät tule kuulluiksi ja että joutuu synnytyksessä mieltävaltaisen kohtelun kohteeksi.

Toisinaan pelko saattaa liittyä enemmän tulevaan vanhemmuuteen kuin itse synnytykseen (10,11). Synnytyksessä vanhemmuus konkretisoituu. Näin synnytystapahtuma saattaa muodostua koko kaoottisen tulevaisuuden symboliksi. Tuleva äiti toivoo, että saamalla synnytyksen

jollain tavoin hallintaansa hän saa hallintaansa myös tulevaa vanhemmuuttaan. Myös parisuhteen laadulla on todettu olevan selkeä yhteys synnytyspelkoon. Jos parisuhteessa on ongelmia ja puoliset eivät voi tukea toisiaan uudessa tilanteessa, synnytykseen suhtautuminen on pelokkaampaa (6).

Naisen omat kielletyt, tiedostamattomat aggression tunteet lasta tai raskautta kohtaan saattavat kääntyä suhteettomaksi huoleksi siitä, että lapselle aiheutuu jotakin vaaraa synnytyksessä. Raskaana oleva nainen saattaa pelätä itse aiheuttavansa jollakin tavoin haittaa lapselleen (12). Joskus tuleva äiti pelkää lapsen juuttuvan sisälle, peläten olevansa liian ahdas tai kykenemätön työntämään lapsen ulos. Kuvaako raskaana oleva nainen tällöin psyykkistä ahtautta, tulevalle lapselle ei ehkä vielä ole riittävästi tilaa äidin mielessä?

Tulevan äidin varhaiset kokemukset oman äidin kanssa vaikuttavat raskauden psyykkiseen kulkuun (13). Jotta tuleva äiti voisi uuden kokemuksen edessä rauhoittaa itseään, hänellä itsellään tulisi olla riittävästi varhaisia kokemuksia rauhoitetuksi tulemisesta ja siitä, että on itse tullut vastaanotetuksi ja ymmärretyksi häden ja pelon hetkellä. Synnytystä pelkäävän naisen kyky rauhoittaa itse itseään saattaa siis olla riittämätön, eikä hän osaa luottaa ulkopuoliseen apuun. Lisäksi halu tulla raskaaksi on aivan eri asia kuin halu synnyttää (14). Tuleva äiti saattaa kaivata kokemusta olla yhtä syntymättömän lapsensa kanssa tai hän saattaa odottaa äitiyttä toiveenaan korjata omien varhaisten vaiheidensa puutteita, mutta hän ei ole kuitenkaan vielä valmis konkreettisesti synnyttämään lasta.

Raskauden aikana nainen on hyvin paljas, jopa suojatton. Hänen ruumiinsa rajat ovat muuttuneet ja muuttuvat koko ajan. Intiimit asiat, se, että naisella on ollut seksuaalielämää, tulee kaikille näkyväksi. Tämä hämmäntää naisen lisäksi myös ympäristöä, joka kommentoimalla vatsan kokoa tai koskettelemalla sitä saattaa rikkoa naisen ruumiin rajoja. Samaan aikaan suojustomana ja herkistyneenä tuleva äiti saattaa tuntea itsensä yhdessä syntymättömän lapsensa kanssa kokonaisuutena ja vahvemmas kuin koskaan. Näiden tuntemusten yhdistelmä, se, että nainen on paljas ja avoin ja silti täynnä

Taulukko 1. Areskogin (1982) mukaan lyhennetty kyselykaavake synnytyspelkoisten löytämiseksi ja myönteisten vastausten suhteellinen osuus tässä aineistossa (n = 51).

Kysymykset	(%)
1. Onko sinun vaikea rentoutua, koska ajattelet tulevaa synnytystä?	65,6
2. Pelkäätkö joutuvasi paniikkiin synnytyksen aikana?	59,4
3. Pelkäätkö huutavasi kontrolloimattomasti synnytyksen aikana?	35,9
4. Oletko aina pelännyt synnytystä?	64,1
5. Oletko ajatellut, että synnyttäminen on jotenkin luonnotonta?	25,0
6. Näetkö painajaisunia synnytyksestä?	25,0
7. Pelkäätkö repeäväsi synnytyksessä?	65,6
8. Pelkäätkö kivuliaita pistoksia synnytyksen aikana?	46,9
9. Pelkäätkö menettäväsi itsehallinnan synnytyksessä?	60,9
10. Pidätkö keisarileikkausta parempana synnytystapana kuin alatiesynnytystä?	39,0 ¹

¹n = 43, useita tyhjiä vastauksia tai vastattu sekä kyllä että ei

ja rohkeampi, tekee raskauden ajasta erityisen otollisen psyykkiselle työskentelylle. Raskaus ja tietoisuus tulevasta äitiydestä pakottavat pintaan

Ensisynnyttäjillä yksi yleisimmistä peloista on kontrollin menetyksen pelko.

ratkaisemattomia ristiriitaisuuksia (12,15). Aiemmat suojamekanismit hellittävät ja tulee mahdolliseksi tutkia itseään uudella tavalla, myös vastaanottaa uusia asioita. Näin melko lyhyessäkin terapiatyöskentelyssä voidaan tavoittaa aiemmin tiedostamattomia tekijöitä ja työstää niitä.

Hoitomuotona ryhmätyöskentely on pelkopotilailla erityisen tehokas (16,17). Se on taloudellista, ja useampi henkilö voi saada hoitoa yhtä aikaa. Tietyn teeman ympärille kootussa ryhmässä sen jäsenet tunnistavat omakseen yhteisen rajallisen ongelman, johon terapeutti/ryhmän ohjaaja auttaa heitä keskittymään (18). Ryhmä mahdollistaa tunteiden jakamisen ja sitä kautta kuormittavien tunteiden helpottumisen. Joskus ryhmän lyhyt, rajallinen työskentelyaika saattaa olla yhtenä muutosta edistävänä tekijänä (19). Lyhytkestoisista tiettyyn ongelmaan keskittyvistä ryhmistä hyötyvät eniten ne potilaat, joilla on ajankohtainen, koko elämää haittaava ongelma ja joilla on ennen ongelman ilmaantumista ollut kohtalaisen hyvä psyykinen tilanne (20,21).

Rentoutumisen on todettu lievitävän synnytyspelkoa, helpottavan ja nopeuttavan synnytystapahtumaa ja vähentävän kivunlievityksen tarvetta synnytyksessä (22,23). Lihassännityksen lauetessa palautuminen ja voimien kerääminen supistusten välillä nopeutuu. Rentoutumisen ja mielikuvien avulla on mahdollista vaikuttaa myös autonomiseen hermostoon, rauhoittaa ja vahvistaa itseään sopivilla sisäisillä kuvilla (24). Jotta rentoutumista voisi hyödyntää synnytyksen aikana, sitä on kuitenkin harjoiteltava etukäteen. Säännöllinen rentoutuminen raskauden aikana lisää kykyä käyttää sitä itse synnytyksessä.

Helsingin Naistensairaalassa on vuodesta 1998 tarjottu synnytystä pelkääville ensisynnyttäjille mahdollisuus osallistua psykologin ohjaamaan Nyytti-synnytyksrentoutusryhmään. Ryhmätyöskentelyn ajatus syntyi tarpeesta kehittää uusia hoitomuotoja synnytyspelkoon, hyödyntää vertaistukea ja rentoutumisen positiivisia vaikutuksia.

AINEISTO JA TOTEUTUS

Nyytti-synnytyksrentoutusryhmää suositeltiin vuosina 1998–2001 yhteensä 105 ensisynnyttäjälle, joista 76 osallistui. Äidin ikä ja synnytystapa on tiedossa kaikilta, ja tiedot synnytyspelon asteesta ja sen subjektiivisesta häiritsevyydestä hoidon alkaessa kirjattiin 51 potilaalta (taulukko 1). Potilaista 93,8 % eli vakituisessa parisuhteessa, 79,7 % kävi ansiotyössä kodin ulkopuolella ja 36,5 %:lla oli korkeakoulututkinto.

Synnytyksrentoutuspoliklinikallamme

Taulukko 2. Nyytti-ryhmiin osallistujien ominaisuudet (kaikki ensisynnyttäjät).

	Keskiarvo ± SD (vaihteluväli)
Ikä (vuosia) (n = 76)	33,1 ± 4,6 (20–40)
Raskauden kesto ryhmän alkaessa (viikkoja) (n = 76)	30,8 ± 3,7 (18–36)
Synnytyspelkoa kuvaavat pisteet ryhmän alkaessa (asteikolla 0–10)(n = 51) ¹	6,2 ± 1,9 (2–10)
Kuinka häiritseväksi synnytyspelko koettiin ryhmän alkaessa (asteikolla 1–10)(n = 51)	7,3 ± 2,0 (2–10)

¹ Taulukon 1 mukaan**Taulukko 3. Nyytti-ryhmiin osallistuneiden synnytykset (n = 76).**

Synnytystapa	n (%)
alatiesynnytysyritys	63 (82,9)
normaali alatiesynnytys	48 (63,2)
imukuppisynnytys	6 (7,9)
päivystyskeisarileikkaus	9 (11,8)
indikaatio: synnytyksen pitkittyminen	5
uhkaava asfyksia	2
epäsuhta lantion ja sikiön koon välillä	2
elektiivinen keisarileikkaus	13 (17,1)
indikaatio: synnytyspelko	10 (13,1)
perätila	3 (3,9)
Synnytyksen kesto	Keskiarvo (vaihteluväli)
synnytyksen kokonaiskesto (tuntia)	9,4 (2,9–20,9)
avautumisvaiheen kesto (tuntia)	8,4 (2,1–20)
ponnistusvaiheen kesto (minuuttia)	54 (13–220)
Epiduraalipuudutus alatiesynnytyksessä n (%)	44 (81,5)

on vuodesta 1996 käytetty seulonta-luonteisesti 10 synnytykseen liittyvän kysymyksen kaavaketta synnytyspelon asteen ja sisällön selvittämiseksi (lyhennetty versio Areskogin kaavakkeesta (25), taulukko 1).

Äitiyspoliklinikakäynnillä lääkäri tai synnytyspelkopoliklinikan kätilö suositteli Nyytti-ryhmää voimakkaasta synnytyspelosta kärsiville ensisynnyttäjille (5 tai enemmän myönteistä vastausta pelkoa kartoitavassa kyselykaavakkeessa tai keisarileikkaustoive). Ryhmään osallistumista perusteltiin siten, että pelkoa on syytä käsitellä ennen synnytystapa-arviota, jotta tuleva äiti mahdollisimman hyvin tiedostaisi pelkoon liittyviä tekijöitä. Vasta-aiheita ryhmään osallistumiselle olivat avoin psykoottisuus ja vaikea masennustila. Tutkimussuunnitelma hyväksyttiin Naistenklinikan eettisessä toimikunnassa.

Kuuden ensisynnyttäjän ryhmissä yhdistyivät psykoterapeuttinen työskentely ja rentoutumisen opettelu. Ryhmä kokoontui kerran viikossa 2

tuntia kerrallaan viiden viikon ajan ennen synnytystä ja kerran noin 2–3 kuukautta synnytyksen jälkeen. Rinnakkaistyönä toimivat yksilölliset tapaamiset synnytyspelkopoliklinikan lääkärin ja kätilön kanssa.

Ryhmäistuntojen sisältö koostui keskustelusta, mielikuvaharjoituksista ja rentoutumisharjoituksesta. Jokaisella tapaamisella käsiteltiin keskusteluin tiettyä synnytykseen tai vanhemmuuteen liittyvää teemaa (mm. synnytyksen vaiheet, kivun lievitys, rentoutumisen vaikutus, vanhemmuus ja perheen muutokset). Kolmannella tapaamisella synnytyspelkoihin erikoistunut kätilö kertoi synnytyksen kulusta ja kivunlievityksestä. Jokaisella tapaamisella tehtiin noin 45 minuutin mittainen ohjattu rentoutumisharjoitus. Rentoutuneessa tilassa käytiin läpi mielikuvasyntytykseen, joka sisälsi kaikki synnytyksen vaiheet ja positiivisia, rauhoittavia ja luottamusta lisääviä suggestioita. Kukin pyrki löytämään ja luomaan itselleen sopivia vahvistavia ja rauhoittavia mielikuvia, jot-

ka ankuroitiin (ehdollistettiin) joko kehoon, hengitykseen tai johonkin mukaan otettavaan ”turvaesineeseen”. Tavoitteena oli, että jokainen löytää juuri itselleen sopivat mielikuvat, silloin ne toimivat tehokkaimmin. Jos esimerkiksi tuleva äiti pelkäsi, ettei synnytys edistyisi, äitiä autettiin assosioimaan aukeamiseen liittyviä mielikuvia (esimerkiksi kukan nupun avautuminen).

Viimeisellä tapaamisella ennen synnytystä tulevat äidit saivat täytetäväkseen palautelomakkeen. Nimetömnän palautetussa lomakkeessa pyydettiin arvioimaan asteikolla 1–10, kuinka paljon koki hyötynensä Nyytti-ryhmästä ja oppineensa rentoutumista sekä kirjaamaan yksi tai useampia tärkeäksi kokemian asioita. Lisäksi pyydettiin arvioimaan avoimen kysymyksen avulla, kuinka suhtautuminen tulevaan synnytykseen muuttui ryhmäprosessin aikana. Vapaasti tuotetut kommentit luokiteltiin sisällön mukaan 4–5 luokkaan.

Noin 2–3 kuukautta synnytysten jälkeen ryhmä kokoontui käymään yhdessä läpi synnytyskokemukset. Tapaamisessa keskusteltiin myös vauvan tulon tuomista muutoksista ja tuoreen äitiyden herättämistä tunteista. Tarvittaessa annettiin tietoa jatkohoitomahdollisuuksista, esimerkiksi jos äidillä oli mielialaongelmia tai vaikeuksia luoda tyydyttävää vuorovaikutussuhdetta vauvaansa.

TULOKSET

Nyyttiryhmän tuloksia on seurattu sekä toteutuneiden synnytysten perusteella (taulukko 3) että palautelomakkeista (70/76) kerätyn aineiston perusteella. Synnytyspelon vuoksi keisarileikkaukseen päätyi 10 naista (13,1 %), lisäksi sikiön perätarjonnan vuoksi leikattiin elektiivisesti 3 naista, joiden kohdalla perätilan ulkokäännös ei ollut onnistunut. Imukupilla autettiin syntymään 6 lasta ja 9 synnytyksessä tehtiin päivystyskeisarileikkaus (taulukko 3).

Palautelomakkeiden mukaan ryhmään osallistuneet ovat kokeneet asteikolla 1–10 hyötynensä ryhmästä 8,6 ± 1,6 (vaihteluväli 3–10). Eniten äidit kokivat hyötynensä keskusteluista muiden äitien kanssa (taulukko 4). Seuraavaksi tärkeintä oli tiedon saanti. Siinä oli tärkeää, että ryhmässä oli heti mahdollista puhua tiedon herättämistä tunteista. Ren-

Taulukko 4. Palautekaavakkeiden vastauksia avoimiin kysymyksiin.

1. Mikä oli Sinulle ryhmävalmennuksessa tärkeintä? Huom. Useita vastauksia/lomake hyväksyttiin (yht. 134 vastausta 70 lomakkeessa)

LUOKAT	n (%:ssa kaavakkeista)
1. Tunteiden jakaminen	47 (68)
2. Ryhmän tuki	28 (40)
3. Tiedon saanti	27 (39)
3. Vierailu synnytyssalissa, kätilön tunti	20 (29)
4. Kokemus siitä, etten ole ainoa, joka pelkää	17 (24)
5. Rentoutuminen	15 (21)

2. Kuinka suhtautumisesi synnytykseen muuttui valmennuksen aikana? Yhteensä 109 vastausta 70 kaavakkeessa

LUOKAT	n (%:ssa kaavakkeista)
1. Luottamus omaan itseen lisääntyi	48 (69)
2. Pelko synnytystä kohtaan lieveni	44 (63)
3. Luottamus henkilökuntaa kohtaan lisääntyi	13 (19)
4. Sain tietää, etten ole ainoa, joka pelkää	4 (4)

toutumista äidit arvioivat oppineensa $7,0 \pm 1,8$ (vaihteluväli 3–10) asteikon ollessa 1–10.

Kysyttäessä ehdotuksia ja mielipiteitä ryhmätyöskentelystä 26 % tulevista äideistä koki, että he olisivat toivoneet lisää aikaa työskentelylle. Osa toivoi enemmän tietoa synnytyksen jälkeisestä ajasta. Myös isille toivottiin vastaavanlaista valmennusta.

POHDINTA

Ryhmämuotoinen synnytyspelon hoito lievittää synnytyspelkoa tehokkaasti. Synnyttäjät kokivat pelon lievittyneen ja useimmat valitsivat synnytystavaksi alatiesynnytyksen. Synnytyspelon vuoksi tehtävien keisarileikkausten määrä Nyytti-ryhmässä hoidetuilla oli pienempi kuin aikaisemmissa tutkimuksissa, joissa synnytyspelkoa oli hoidettu yksilöhoitojen avulla (7,26,27). Lisäksi toteutuneet synnytykset olivat nopeampia ja turvallisempia kuin keskimäärin ensisynnyttäjillä (4,28,29). Myös keisarileikkauksen synnytystavaksi valinneet kokivat hyötynensä ryhmästä. Todennäköistä siis on, että Nyytti-ryhmän avulla ensimmäiseen synnytykseen valmentautuneet naiset eivät pelkää enää seuraavaa synnytystä.

Eniten ryhmäläiset kokivat hyötynensä keskusteluista muiden kanssa tilanteessa olevien kanssa. Ryhmässä äidit löysivät sanoja alussa usein hahmottomalle pelolleen kuunnellessaan muiden tuntemuksia ja rohkaistuen itse ilmaisemaan ko-

Tulevan äidin varhaiset kokemukset oman äidin kanssa vaikuttavat raskauden psyykkiseen kulkuun

kemuksiaan. Ryhmässä oli mahdollisuus oppia muiden selviytymiskeinoista ja tukea toisia samassa tilanteessa olevia. Se, että muut tunsivat ja pelkäsivät samoin, vapautti tulevan äidin kokemaan itsensä arvokkaammaksi ja normaalimmaksi. Tällöin mahdollistui tilan antaminen myös raskauden ja vauvan tulon positiivisille merkityksille. Ryhmä voi siten toimia sekä peilinä, joka heijastaa jäsentensä kokemuksia, että lähteenä, josta jäsenet voivat ammentaa uutta itselleen. Ryhmässä sai myös tietoa tunteiden ja kivun yhteyksistä sekä yleensä synnytystapahtumasta.

Äitiyteen liittyvä ihannointi saattaa saada synnytystä pelkäävän naisen kokemaan äärimmäistä huonomuuttoa, kyvyttömyyttä ja lamaanuttavaa häpeää pelostaan. Ryhmässä keskeisiä käsiteltäviä aiheita olivatkin häpeän ja huononmuuden kokemukset. Häpeän tunteelle on luonteenomaista, että se on kätkeytyvä. Kuitenkin juuri häpeän tunteiden käsittely ja jakaminen voi olla merkittävää psyykkisen paranemisen ja ahdistuksen lievenemisen kannalta

(30). Pelkoon liittyy myös aina kiukkua; pelkäävä ihminen on samaan aikaan avuton ja pelkonsa armoilla sekä toisaalta riippuvainen turvaa tuovista tekijöistä. Riippuvuudessaan hän on kiukkuinen pelon tuomien rajoitusten vuoksi. Osa tulevista äideistä koki taas syyllisyyttä siitä, että ei pystynyt aina ottamaan huomioon vauvan parasta synnytystapaa suunniteltaessa. Terapeuttinen ryhmä voi toimia tällaisten hankalien, vaikeasti siedettävien tunteiden säiliönä ja neutralisijana (31). Kiellettyjen ja hävettyjen tunteiden ja pelkojen esiintulo ja jakaminen ryhmässä olikin tuleville äideille suunnaton helpotus.

Synnytyksen lisäksi käsiteltäviksi aiheiksi nousivat monet vanhemmuuteen ja parisuhteeseen liittyvät asiat. Usealla ryhmäläisellä omat varhaiset kokemukset hoidetuksi ja kuulluksi tulemisesta olivat hauraita ja sisälsivät lukuisia pettymyksiä. Suhde omiin vanhempiin tuli ryhmäkeskusteluissa työstettäväksi: ”miten minut vastaanotettiin vauvana, miten tarpeitani tulkittiin, osattiinko minua hoitaa?” Omat ristiriitaiset tunteet tulevaa lasta kohtaan saattoivat hämmäntää ja pelottaa: ”mitä jos en rakastakaan lastani?, mitä jos en jaksakaan olla äiti?”. Monille äideille raskausajan mielialojen vaihtelut ja ristiriitaiset tunteet saattoivat tulla yllätyksenä. Vaikka raskaus oli toivottu, tuleva äiti saattoi kokea, että hän ei olekaan varma, haluaako hän lasta sittenkään tai että ei hän osakaan tuntea sellaista onnea, jota oli odottanut. Parisuhteen ongelmat saattoivat kärjistyä ja äiti etukäteen pelätä, miten parisuhteen käy vauvan tultua taloon: hoitaako mies vauvaa vai jääkö äiti itse ulkopuoliseksi vauvan ja isän suhteesta.

Ensisynnyttäjän puoliso on usein myös peloissaan (32) eikä pysty antamaan tarvittavaa tukea (6,26). Kuitenkin tyytyväisyys parisuhteeseen ja siitä saatu tuki ovat tärkeitä suojatekijöitä naisen valmistautuessa vanhemmuuteen ja synnytykseen (6,33). Tämän vuoksi olisi tärkeää ottaa molemmat puoliset huomioon synnytyspelkoa hoidettaessa. Ryhmähoidon ohjelmaan voisi kuulua yksi perhetapaamiskerta, jolloin voitaisiin keskustella myös isien kokemuksista raskauden aikana ja neuvoo, kuinka he parhaiten voisivat tukea synnytyspelosta kärsivää puolisoaan.

Jos synnytys oli ollut hankala, sen jälkeisessä tapaamisessa äiti sai jakaa kokemuksensa jo tutuiksi tulleille ryhmäläisille ja vastaanottaa näiltä tukea ja kannustusta työstään synnytystään. Hankala synnytyskokemus on erittäin tärkeää käydä perusteellisesti läpi ja tarvittaessa vaikka erilaisin mielikuvatyöskentelyin purkaa sen ahdistavia sisältöjä, jotta ne eivät jää kuormittamaan äitiä varhaisen vauvavaiheen ajaksi. Käsittelemätön traumaattinen synnytys aktivoituu usein seuraavassa raskaudessa ja silloin on asian käsittely huomattavasti hankalampaa (4,9). Muutamalle potilaalle on synnytyksen jälkeisen tapaamisen yhteydessä suositeltu haikutusta jatkohoitoon neuvolan psykologille tai mielenterveystoimistoon.

Kuvaamme tulokset ovat synnytyksen hoidon kannalta lupaavia, mutta toiminnan luonteen vuoksi kontrolliryhmä puuttuu. Nimettöminä annettu palaute oli myönteistä ja antoi kuvan hoidon hyväksyttävyy-

destä ja hyödyllisyydestä, mutta koska sitä ei nimettömyyden vuoksi voi yhdistää potilaan muihin tietoihin, varsinainen pitkäaikaistutkimuksen luonne ei toteudu.

Kokemuksemme perusteella synnytystä pelkäävien naisten kohtaamisessa on olennaista, että synnytykseen liittyvät pelot ja oudotkin tunteet voivat tulla kuulluiksi ja hyväksytyiksi. Tämä ei tarkoita, että hoidossa tulisi toimia suoraan tulevan äidin toiveiden mukaan, vaan että raskaana oleva nainen saisi kokemuksen, että hänen pelkojaan ei vastaanotolla väheksytä ja ne pyritään ottamaan huomioon synnytyssuunnitelmaa tehdessä. Usealle synnytystä pelkäävälle naiselle jo tämä on huojentavaa ja saattaa sinällään lisätä luottamusta henkilökuntaa kohtaan ja siten vähentää itse pelkoa. Lämmentä, kuuntelevaa ja erityisesti rauhoittavaa työskentelyotetta ei voida liiaksi painottaa. Potilaalle täytyy välittyä tunne, että hänen pelkonsa eivät uhkaa vuorovaikutusti-

lannetta ja että työntekijä voi kestää ja kantaa pelon. Pelkäävän ihmisen kognitiivinen kapasiteetti on heikentynyt, joten tiedon vastaanottaminen mahdollistuu vasta, kun hoitotilanteessa on ensin saavutettu riittävä turvallisuus ja luottamus. Järkisyihin vetoaminen ei siis pelkäävää äitiä auta, vaan saattaa lisätä ahdistusta tulevan äidin kokiessa itsensä epänormaaliksi ja kyvyttömäksi.

Ryhmämuotoisesti synnytystä pelkääviä hoidettaessa on tärkeää ryhmän luottamuksellisuus, joka voi syntyä ainoastaan kiinteässä, pienessä ryhmässä, jossa ensimmäisissä koontumisissa keskitytään ensisijaisesti turvallisuuden tunteen luomiseen ja tutustumiseen. Synnytyksen taustalla ovat usein moninaiset elämänsisällönsä, naiseuteen, seksuaalisuuteen ja vuorovaikutussuhteisiin liittyvät ongelmat, joten psykologinen asiantuntemus sekä ryhmäterapeuttiset taidot ryhmän ohjauksella ovat tarpeen.

Kuvaamallaamme ryhmäkokemuksella on oletettavasti laajempikin terapeuttinen merkitys näiden naisten elämässä. Työ, jota tulevien äitien kanssa tehdään raskauden aikana, kantaa varmasti hedelmää äidin kyvyssä ja mahdollisuuksissa hoitaa ja kohdata vauvaansa synnytyksen jälkeen. Lyhyet, mutta intensiiviset hetket "ryhmä-äidin" sylissä saattavat antaa tuleville äideille pieniä ja kuitenkin merkittäviä kannattelun, kuulluksi tulemisen, hyväksynnän ja jakamisen kokemuksia, jotka sitten jatkavat elämäänsä kertautumalla äidin hoitaessa syntynyttä vauvaansa.

Synnytyksen hoito tulisi suunnitella yksilöllisesti ottamalla huomioon raskaana olevan naisen psyykinen rakenne, elämäntilanne kokonaisuudessaan, perhetilanne sekä käytössä olevat tukiverkostot. Hoito voidaan toteuttaa sekä perus- että erikoissairaanhoidossa. Koulutusta ja yhteistyötä eri alojen välillä (lääketiede, psykologia, hoitotiede, sosiaaliala) tarvitaan kaikilla tasoilla.

English summary

Psychotherapeutic group and relaxation exercises to alleviate fear of childbirth

This study examined nulliparous women in their thirty-first gestational week and experiencing severe fear of childbirth ($n = 76$). The subjects attended five group therapy sessions with a psychologist and one therapy session with a midwife during pregnancy and one therapy session three months postpartum. Psychotherapeutic group sessions and psychoeducation were incorporated with relaxation and imaginary childbirth exercises.

At the start of therapy, on a scale of 1–10, fear of childbirth interfered with the women's lives at a mean score of 7.3 ± 2.0 (SD). Most of the women considered requesting a CS because of their fear. After the sessions, only ten individuals (13.1%) requested a CS when asked to estimate the helpfulness of the sessions on a

scale of 1–10 (10 as maximal help, 1 as no help at all), the subjects judged the sessions at 8.5 ± 1.6 (mean \pm SD). The most beneficial factor for relieving fear of childbirth was "sharing feelings" mentioned thrice as often as "receiving information".

The group therapy was well accepted and estimated highly helpful. The withdrawal rate for CSs was higher than in previous studies. The strength of this therapy lies in a small intense group of people with a limited problem.

TERHI SAISTO

MD, Ph.D.

Dept. Obstetrics and Gynecology
Helsinki University Central

Hospital

P.O. Box 140

FIN-00029 HUS (Helsinki), Finland

terhi.saisto@hus.fi

tel. +358-9-4711

KIRJALLISUUTTA

- 1 Avant KC. Anxiety as a potential factor affecting maternal attachment. *JOGN Nurs* 1981;10:416–9.
- 2 Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. Postnatal emotional balance in women with and without antenatal fear of childbirth. *J Psychosom Res* 1984; 28:213–20.
- 3 Ryding EL. Psychosocial indications for cesarean section. A retrospective study of 43 cases. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1991;70:47–9.

- 4 Saisto T, Ylikorkkala O, Halmesmäki E. Factors associated with fear of delivery in second pregnancies. *Obstet Gynecol* 1999;94: 679-82.
- 5 Suonio S, Vartiainen H, Laasanen T, Saarikoski S. Synnyttäjien yleiset ja synnytykseen liittyvät pelot. *SLL* 1993;32:3133-38.
- 6 Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi J-E, Halmesmäki E. Psychosocial characteristics of couples fearing vaginal childbirth. *Br J Obstet Gynecol* 2001a; 108:492-8.
- 7 Saisto T. Synnytyspelot ja niiden hoitaminen. *Duodecim* 2000; 116:1483-8.
- 8 Ryding EL. Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993;72:280-5.
- 9 Czarnocka J, Slade P. Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *British Journal of Clinical Psychology* 2000; 39: 35-51.
- 10 Salmela-Aro K, Nurmi J-E, Saisto T, Halmesmäki E. Goal construction and depressive symptoms during transition to motherhood: Evidence from two longitudinal studies. *J Pers Soc Psychol* 2001; 81:1144-59.
- 11 Salmela-Aro K, Nurmi J-E, Saisto T, Halmesmäki E. Women's and men's personal goals during the transition to parenthood. *J Fam Psychol* 2000; 14:171-86.
- 12 Mäenpää-Reenkola E. Naisen verhoitus sisin. Helsinki: Yliopistopaino, 1997.
- 13 Lester E, Notman P. Pregnancy, developmental crisis and object relations: psychoanalytical considerations. *Int J Psychoanal* 1986;67:362-3.
- 14 Pines D. The relevance of early psychic development to pregnancy and abortion. *Int J Psychoanal* 1982;3:311-21.
- 15 Goldberger M. Pregnancy during analysis- Help or Hindrance. *Psychoanal Q*;1991:207-25.
- 16 Telch MJ, Lucas JA, Schmidt NB, Hanna HH, Jiamez TL, Lucas RA. Group cognitive-behavioral treatment of panic disorder. *Behav Res Ther* 1993;31: 279-87.
- 17 Yalom ID. The theory and practice of group psychotherapy. New York: BasicBooks, L.L.C. 1995.
- 18 Itälä H. Parisuhdevaikeuksien lyhytkestoinen ryhmä, Suomen ryhmäpsykoterapia ry:n julkaisussa: Kriisistä mielen tasapainoon. Helsinki: Edita 2000.
- 19 Hurst P. The end is the beginning. *Group analysis*, 1995;Vol.28: 443-52.
- 20 Klein RH. Some principles of Short-Term Grouptherapy. *Int J Group Psychother* 1985, vol. 35, 3. 309-30.
- 21 Klemelä E. Pariskuntien kriisiryhmistä. Suomen ryhmäpsykoterapia ry:n julkaisussa: Kriisistä mielen tasapainoon. Helsinki: Edita 2000.
- 22 Freeman R, Macauley A, Eve L, Chamberlain GVP. Randomised trial of self-hypnosis for analgesia in labour. *Brit Med J* 1986; 292: 657-8.
- 23 Jenkins M, Pritchard M. Hypnosis: practical applications and theoretical considerations in normal labour. *Brit J Obstet Gynaecol* 1993;100:221-6.
- 24 Achterberg J. Imagery in healing. Boston: Shambhala Publications, Inc. 1985.
- 25 Areskog B, Kjessler B, Uddenberg N. Identification of Women with Significant fear of Childbirth during Late Pregnancy. *Gynecol Obstet Invest* 1982;13:98-107.
- 26 Sjögren B, Thomassen P. Obstetric outcome in 100 women with severe anxiety over childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997;76:948-52.
- 27 Saisto T, Salmela-Aro K, Könönen T, Nurmi J-E, Halmesmäki E. A controlled trial of intervention in fear of childbirth. *Obstet Gynecol* 2001b; 98:820-6.
- 28 Beilin Y, Friedman F Jr., Andres LA, Hossain S, Bodian CA. The obstetrician group and epidural analgesia on the risk for cesarean delivery in nulliparous women. *Acta Anaesth Scand* 2000;44:959-64.
- 29 Haukkamaa M. Normaali synnytyksen kirjassa Naistentaudit ja synnytykset. Toim. O. Ylikorkkala ja A. Kauppila. *Duodecim* 1995. 318-25.
- 30 Ikonen P, Rechard E. Thanatos, Häpeä ja muita tutkielmia, s.129-60. Helsinki: Nuorisopsykoterapiasäätiö, 1994.
- 31 Bion W. Experiences in groups and other papers. London: Tavistock Publications 1967.
- 32 Szeverenyi P, Poka R, Hetey M, Torok Z. Contents of childbirth-related fear among couples wishing the partner's presence at delivery. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1998;19:38-43.
- 33 Nielsen Forman D, Videbech P, Hedegaard M, Dalby Salvig J, Secher NJ. Postpartum depression: identification of women at risk. *Br J Obstet Gynaecol* 2000;107:1210-17.

Kirjoittajat

RIIKKA TOIVANEN
psykologian maisteri, psykoterapeutti
(koul.)

TERHI SAISTO
LT, synnytysten ja naistentautien
erikoislääkäri
HUS, Naistenklinikka

KATARIINA SALMELA-ARO
psykologian dosentti, erikoistutkija
Työterveyslaitos

ERJA HALMESMÄKI
dosentti, osastonylilääkäri
HUS, Naistenklinikka