

Piia Hyytinen, Mirja Sarkkinen & Elina Savonlahti

Äitiystila, kohtuvauvan kuolema ja ylisukupolviset perinataalimenetykset varhaisen vuorovaikutuksen psykoterapiassa

Tässä artikkelissa kuvataan yhden varhaisen vuorovaikutuksen psykoterapiaprosessin tapaustutkimus teorialähtöisen sisällönanalyysin kautta: kuinka vauvan menetys ylisukupolvisena ja oman vauvan kohtukuoleman myötä myös toistuvana kokemuksena vaikuttaa kokemuksiin äitiydestä. Psykoterapiassa asiakkaalle rakentuu vähitellen ymmärrys menetyksen kietoutumisesta oman elämän aiempiin ja ajankohtaisiin suhdekokemuksiin ja näiden vaikutuksesta varhaiseen äitiyteen ja suhteessa vauvaan ja pikkulapseen. Perinataalimenetykseen liittyvän psykoterapiaprosessin ydintemat ovat kuvattavissa Daniel Sternin (1995) äitiystilan (engl. motherhood constellation) teoreettisen käsitteen kautta: niin sanotun äitiyden trilogian ja äitiystilan komponenttiteemojen ilmentymisenä. Ymmärrys äitiystilasta ja sen kliinisestä merkityksestä auttaa psykoterapeuttia asemoitumaan niin sanotun hyvän isoäidin transferenssiasetukseen ja hyödyntämään tätä perinataalialijan psykoterapiatyöskentelyssä.

Perinataalialijan menetyksillä tarkoitetaan raskauteen, synnytykseen ja vastasyntyneisyyskauteen sijoittuvia monenlaisia menetyksiä, kuten keskenmenoja, kohtukuolemaa tai vastasyntyneen kuolemaa. Tässä artikkelissa keskitytään kohtukuolemaan perinataalialijan traumaattisena kokemuksena. Perinataalialijan menetykset vaikuttavat tutkimuksen ja kliinisen kokemuksen mukaan usein pitkäkestoisesti (Gravensteen ym. 2013, 9) ja heijastuvat vauvansa menettäneiden vanhempien elämään laaja-alaisesti

(Westby ym. 2021, 11, 17). Suojaavina tekijöinä kohtukuoleman jälkeen on nostettu esille sosiaalisen tuen merkitys (Westby ym. 2021, 15) ja terveydenhuollon ammattilaisten traumatietoisuus perheitä kohdatessa (Gravensteen ym. 2013, 9).

Käsittämätön suru, traumaoireet, masennus tai ahdistuneisuus voivat heijastua niin äitiyden identiteettiin kuin kiintymyssuhteiden rakentumiseen menetyksen jälkeen syntyneiden lasten kanssa. Vielä on vähän tutkimusta siitä,

kuinka menetyksen jälkeen syntynyt lapsi aikuisena kokee oman vanhemmaksi tulemisen. Perinataalimenetykseen kytkeytyvän varhaisen vanhemmuuden ja erityisesti sen ylisukupolvisen vaikutusten ymmärtämisen syventämiseksi tässä artikkelissa kuvataan Sternin (1995) *äitiystilan* käsitettä, ja sitä peilataan myös aineistona käytettävään kohtukuoleman jälkeiseen psykoterapiaprosessiin.

Tämä artikkeli pohjautuu varhaisen vuorovaikutuksen psykoterapian kouluttajapsykoterapeuttikoulutuksessa työnohjattuun psykoterapiatapaukseen ja siitä opinnäytetyönä tehtyyn sisällönanalyyysiin teorialähtöisessä tapaustutkimuksessa. Suomalainen *varhaisen vuorovaikutuksen psykoterapia* (engl. parent-infant psychotherapy) on integratiivinen ja keskeisiltä teoreettisilta lähestymistavoiltaan myös psykodynaaminen, erityisesti raskaus- ja vauva/pikkulapsivaiheeseen kehitetty psykoterapiamenetelmä. Varhaisen vuorovaikutuksen psykoterapia räätälöidään jokaiselle potilasperheelle tarpeenmukaiseksi, ja se voi toteutua yksilö-, pari- tai perhekäynteinä. Vauva on useimmiten aktiivisena osallistujana mukana terapiatapaamisissa. (Sarkkinen & Savonlahti 2014; 2022.)

Perinataalijajan menetysten vaikutukset vanhemmuuteen sekä vuorovaikutussuhteeseen

Menetyksen jälkeinen raskaus ja vanhemmaksi tuleminen voi olla ristiriitaisten tunteiden sävyttämää tuoreille vanhemmille. Kliininen kokemus tuo ymmärrettäväksi sen, kuinka menetyksen jälkeinen uusi raskaus tuo väistämättä uudelleen koettavaksi niin kehossa kuin mielessä menetykseen liittyviä yksityiskohtia. Nämä yksityiskohdat voivat olla tavanomaista terveydenhuollon seurantaa, kuten sydänäänien kuuntelua neuvolassa, vauvan liikkeiden seurantaa tai ultraäänitutkimuksia. Uudelleen raskaana olevalle äidille nämä voivat muistuttaa edellisen vauvan äkillisestä menettämisestä ja voimistaa traumaoireita kuten mieleen tunkeutuvia muistikuvia, tarvetta välttää tapahtumasta muistuttavia asioita tai voimakasta yli-

vireisyyttä, ja siten niiden hoidollinen merkitys vauvaa odottavien perheiden kohtaamisissa terveydenhuollossa tulisi huomioida.

Kohtuvauvan kuolema voi heijastua perheeseen menetyksen jälkeen syntyvien lasten elämään vanhemmuuden ja vuorovaikutussuhteiden kautta. Laadullisessa tutkimuksessa on havaittu, että vauvansa menettäneiden äitien subjektiivisten kokemusten kuvauksissa seuraavassa raskaudessa ja synnytyksessä havaitaan haasteita jo raskaudenaikaisen kiintymyssuhteen muodostamisessa menetystä seuraavaan vauvaan (O'Leary 2004, 10–11). Saccardo ja Calvo (2022, 619–621) toteavat, että kohtukuolema vaikuttaa sekä vanhemmuuteen että vanhemman ja lapsen väliseen suhteeseen, mikä voi heijastua molempien kokemuksiin suhteesta pitkälle lapsen aikuisuuteen ja edelleen aikuisen lapsen käsityksiin itsestään. Menetyksen jälkeen syntyneillä lapsilla on tutkimuksissa havaittu tavanomaista enemmän disorganisoitunutta kiintymyssuhdetta, erityisesti jos vanhemman suruprosessi on estynyt tai komplisoitunut (Heller & Zeanah 1999, 197; Hughes ym. 2004, 225).

Tutkimuksissa on pyritty selvittämään, mikä kaikki voi vaikuttaa siihen, että vanhemman menetystausta aiheuttaa kiintymyssuhteen vaikeuksia menetystä seuraavana syntyneiden lasten kanssa. Hughes ym. (2004, 225–226) ovat korostaneet äidin omien aiempien traumaattisten kokemusten merkitystä siinä, kuinka kohtukuolema uutena traumaattisena kokemuksena on mahdollista tulla työstetyksi. Heidän tutkimuksessaan äidit, joilla oli lapsuuden traumakokemuksia, olivat useammin kiintymyssuhdeluokituksessaan ratkaisemattomia kohtukuolemaan liittyvän trauman suhteen kuin äidit, joilla ei ollut aiempaa traumaa. Markin (2018, 287) on ehdottanut, että mentaalisatiokyky on ratkaisevan tärkeää asiakkaille, jotka ovat raskaana menetyksen jälkeen ja joilla on haasteita raskaudenaikaisen kiintymyssuhteen muodostamisessa vauvaan. Hän kuvaa, että äidin kyky mentalisoida voi auttaa tätä suremaan menetystä yhden vauvan osalta ja samanaikaisesti muodostamaan suhdetta

seuraavaan niin, että trauma ja menetys eivät häiritse kiintymyssuhteen rakentumista odotettavaan vauvaan.

Psykoterapeuttiset interventiot perinataalimenetyksen jälkeen

Empaattinen terapeuttinen suhde yleisenä psykoterapian vaikuttavuustekijänä on psykoterapiasuuntauksesta riippumatta olennainen osa tehokasta psykoterapiaa myös kaikkien niiden potilaiden kanssa, jotka ovat kokeneet raskauden ja vauvan menetyksen (Markin 2017, 367; Wenzel 2017, 405). Markin (2017, 367) kuvaa, että menetyksen kokeneet vanhemmat ovat usein tottuneet läheisten taholta surun vähättelyyn oletuksena, että he eivät enää sure menetystä, kun ovat uudelleen raskaana. Tämän vuoksi terapeutin empaattinen tuki ja surun jakaminen voi auttaa potilasta tuntemaan olonsa vähemmän yksinäiseksi, helpottaa suruprosessissa ja auttaa potilasta integroimaan kokemaansa menetystä ja traumaa.

Eri psykoterapiasuuntausten klinikot ja tutkijat ovat pyrkineet kuvaamaan perinataalimenetyksen jälkeistä psykoterapiaprosessia ja sen sisältöjä. Diamond ja Diamond (2017, 375) korostavat tärkeinä psykoterapiatyötä jäsentävinä teemoina raskaudenaikaisen menetyksen vaikutusta potilaan itseyttämyykseen sekä häpeän ja riittämättömyyden tunteisiin. On kuvattu, että naiset, jotka ohjautuvat psykoterapiaan raskaudenaikaisen menetyksen jälkeen, surevat syntymättömän lapsen menetyksen lisäksi myös menetystä tai menetyksen uhkaa henkilökohtaisessa pitkän ajan kuluessa muodostuneessa lisääntymiskertomuksessaan (Diamond & Diamond 2017, 376; Wenzel 2017, 405). On myös todettu, että psykoterapeuttisessa työssä menetyksen jälkeen tulee kohdata trauman ja menetyksen aiheuttamaa potilaan narsistista haavoittuneisuutta, jotta itseyttämyys ja käsitys itsestä voivat vahvistua (Diamond & Diamond 2017, 375). Markin (2017, 371) on toisaalta korostanut aiempien vaikeiden ihmissuhdekokemusten aktivoitumista ja merkitystä psykoterapiassa perinataalimenetyksen jälkeen. Menetyksen kokeneilla

vanhemmilla vaille tukea jääminen voi nostaa mieleen myös sellaisia aiempia kokemuksia läheisissä ihmissuhteissa, joissa he eivät ole tulleet tuetuiksi ja kannatelluiksi. Tällöin myös näiden aiempien kokemusten läpikäyminen tulee psykoterapiassa olennaisen tärkeäksi.

Ilman terapeuttista apua raskausajan vuorovaikutuspsykologinen prosessi – kiinnittyminen kohtuvauvaan ja äitiyden identiteetin rakentaminen (Brodén 2004) – saattaa estyä tai juuttua koetun kohtuvauvan menetyksen vuoksi. Suomessa varhaisen vuorovaikutuksen psykoterapeutit ovat terapeuttisessa työssä korostaneet sen merkitystä, että vanhemmat saavat riittävästi prosessoida ja yhä uudelleen, yksityiskohtaisesti muistella kuolleen vauvan odotusta, syntymää ja kohtaamista. Uuden raskauden aikana psykoterapiassa on keskeistä tehdä tilaa mahdollisuudelle muistella samanaikaisesti edellistä raskautta ja kuollutta vauvaa sekä luoda mielikuvia, tunteita ja yhteyttä odotettavaan vauvaan ja näin eriyttää menetettyä ja syntyvää vauvaa toisistaan ja eheyttää koettua äitiyden tarinaa (Savonlahti & Juutilainen 2007, 313–314; Savonlahti 2020).

Äitiystila ja sen hyödyntäminen psykoterapeuttisessa työssä

Daniel Stern (1995) on kuvannut raskaana olevan ja/tai synnyttäneen äidin tässä erityisessä elämäkohdassa liukuvan uudenlaiseen psyykkiseen organisaatioon, äitiystilaan (engl. motherhood constellation). Stern kuvaa äitiystilan käsitteen kautta äitien mielenmaailman uusia toimintatapoja, herkkyyksiä, pelkoja ja haasteitakin, joiden tavoittaminen tämän elämänvaiheen terapeuttisessa työssä on erityisen tärkeää. Tutkimuksessa äitiystilan teoreettisen käsitteen on aiemmin kuvattu tavoittavan varhaisen äitiyden kokemusta (Innamorati ym. 2010, 389) ja kokemuksen moninaisuutta muun muassa ennenaikaisen synnytyksen kokeneilla äideillä, toisen lapsen syntymän yhteydessä ja nuorten äitien synnytyksenjälkeisessä masennuksessa (Budzyn ym. 2023, 2). Äitiystilan käsitettä ei ole aiemmin tutkimuksessa peilattu perinataalijajan menetyksen jälkeiseen

äitiyteen eikä hyödynnetty psykoterapiaprosessin jäsentämisessä ja ymmärtämisessä perinataalimenetyksiin liittyvissä tapaustutkimuksissa.

Sternin (1995) mukaan äitiystila koostuu niin sanotusta *äitiyden trilogiasta* ja äitiystilan komponenttiteemoista. Äitiyden trilogiassa tuoreen äidin mielen täyttävät pohdinnat kolmen erilaisen, toisiinsa kytkeytyvän diskurssin sisällöistä. Vauvan äidin mielen keskeisimmän psyykkisen triadin, kolmiosuhteen muodostavat äidinäiti, äiti ja vauva. Nämä diskurssit ovat tuoreen äidin mielensisäisiä keskusteluja, pohdintaa ja prosessointia 1) oman äitinsä kanssa, erityisesti siitä, millaista äitiyttä itse sai osakseen lapsena, 2) oman itsensä kanssa, tuoreena äitinä ja 3) vauvansa kanssa, juuri tämän vauvan äitinä.

Sternin mukaan *äitiystilan neljä komponenttiteemaa ja niihin liittyvät tehtävät* nousevat ainakin länsimaissa varhaisen äitiyden myötä naisen mielen keskiöön. Ensimmäinen teema kuvaa *elämän ja kasvun aikaansaamista ja ylläpitämistä*, jolloin odottava tai tuore äiti miettii: kykenkö aikaansaamaan ja ylläpitämään elämää ja lapsen kasvua? Pysykö vauvani hengissä ja saanko hänet kasvamaan? Toiseen teemaan kiteytyy *ensisijainen, varhainen liittyminen ja suhteessa olominen*: pystynkö liittymään vauvaani ja luomaan tähän aidon suhteen ja siten varmistamaan vauvani psyykkisen kasvun ja kehityksen? Kolmas komponenttiteema, *tuen verkoston luominen ja ylläpitäminen* on olennainen kahden edellisen komponenttiteeman toteutumisen mahdollistajana. Tässä teemassa keskeistä on se, kuinka äitinä pystyy rakentamaan ympärilleen tuen verkoston ja tukeutumaan siihen äitiydessä. Tuen verkostossa korostuvat erityisesti elämän äidilliset hahmot, kuten äiti, äidinäiti, siskot, tädit, vertaisäidit, kättilöt ja neuvolan terveydenhoitajat. Neljäs komponenttiteema kuvaa *identiteetin uudelleenorganisoitumista*, jotta muut kolme komponenttiteemaa saavat tilaa toteutua ja mahdollistua uudessa, erityisessä elämänvaiheessa. Tässä identiteetin uudelleenorganisoitumisessa ensi kertaa äidiksi tulevalle fokus siirtyy suhteel-

lisen nopeasti tyttären roolista äidin rooliin, vaimosta vanhemmaksi, uranisesta äidin rooliin ja edeltävästä sukupolvesta tulevaan. Koska identiteetin uudelleenorganisoitumisen erityinen painopiste on sukupolvien välisessä siirtymässä, Stern korostaa niin sanotun *läsnä olevan muistamisen* kontekstin roolia tämän komponenttiteeman toteutumisessa. Vauva virittää vanhemmassa erityistä muistamisen ja tiedostamisen mahdollisuutta: äidin vuorovaikeutus vauvan kanssa, jo raskausaikana, aktivoi äidin omia varhaisia kokemuksia sekä samalla kokemuksia siitä varhaisesta äitiydestä, jota hän itse sai ja koki vauvana omalta äidiltään.

Stern (1995) kuvaa äitiystilan määrittävän vauvaa odottavalle tai pienen vauvan vanhemmalle parhaiten soveltuvan terapeutin transferenssin muodon. Äitiystilassa korostuu äidin tarve tulla arvostetuksi, tuetuksi, ohjatuksi ja arvostetuksi äidillisen, kokeneemman hahmon taholta. Terapeuttisessa suhteessa tämä äidin tarve etsiä ja löytää tämänkaltainen häntä tukeva ja kannatteleva hahmo korostuu ja intensifioituu, määrittäen niin sanotun *hyvän isoäidin transferenssin*. Tällöin terapeuttisessa asemoitumisessa ja asenteessa painottuu ja mahdollistuu muihin (lähinnä psykodynaamisiin) psykoterapeuttisiin lähestymistapoihin verrattuna terapeutin tietynlainen aktiivisuus, vähäisempi pidättyväisyys ja terapeutin mahdollisuus toimintaan, esimerkiksi kotikäyntien tekemiseen, ohjaamiseen, fyysiseen kosketamiseen sekä hoivan elementtien tuottamiseen ja hyödyntämiseen terapiasuhteessa. Terapeutti on myös vapaampi keskittymään resursseihin, kapasiteettiin ja vahuuksiin kuin patologiaan ja konflikteihin. Näin mahdollistuu parempi terapeuttinen allianssi ja sen myötä paremmat mahdollisuudet toimia terapeuttisesti äidin voimien ja vanhemmuuden tueksi sekä äidin ja vauvan suhteen rakentumiseksi. Tämä heijastuu ja tuntuu varhaisen vuorovaikeutuksen psykoterapiassa myös tietynlaisena aktiivisena psykodynaamisena tutkimisena ja ylisukupolvisena linkittämisenä sekä tulkintatyön suhteellisen nopeana mahdollistumisena ja siinä edistymisenä (Sarkkinen & Savonlahti 2014, 2022).

Tapaustutkimus

Tämä tapaustutkimus on teorialähtöinen, sisällönanalyysiin perustuva kuvaus yhdestä kohtuvauvan kuoleman jälkeen toteutuneesta varhaisen vuorovaikutuksen psykoterapiaprosessista. Tämän tapaustutkimuksen tavoitteena on lisätä ymmärrystä siitä, kuinka vauvan menetys ylisukupolvisena ja omassa elämäntarinassa myös omassa äitiydessä toistuvana kokemuksena vaikuttaa kokemuksiin äitiydestä ja kuinka varhaisen vuorovaikutuksen psykoterapiaprosessissa asiakkaalle vähitellen rakentuu ymmärrys menetyksen kietoutumisesta aiempiin ja ajankohtaisiin suhteisiin omassa elämässä. Tämän yhden psykoterapiaprosessin kautta peilataan Daniel Sternin (1995) äitiystilan teoreettista käsitettä – äitiyden trilogiaa ja äitiystilan komponenttiteemoja ja niiden ilmentymistä – perinataalimenetyksen kokeneen äidin kokemuksessa ja psykoterapiaprosessissa. Tutkimiskysymyksiä ovat:

Kuinka ylisukupolvinen perinataalimenetys, ensin omassa lapsuuden lähtöperheessä ja myöhemmin omassa äitiydessä koettu kohtuvauvan kuolema, vaikuttaa asiakkaan kokemuksiin äitiydestä?

Kuinka psykoterapiassa voidaan jäsentää menetystaustaisen äidin kokemusta ja tarinaa Sternin äitiystilan äitiyden trilogian ja komponenttiteemojen käsitteiden kautta?

Osallistujat, aineisto ja analyysi

Tutkittava psykoterapia-asiakas on antanut luvan käyttää psykoterapiassa kertynyttä materiaalia ja kuvata tapaustutkimuksessa psykoterapiaprosessia. Tutkittava ja hänen perheensä on tehty tässä kuvauksessa oleellisten henkilötietojen osalta tunnistamattomaksi joitain yksityiskohtia muuttamalla.

Psykoterapiaan osallistunut äiti, Hanna, on ohjautunut varhaisen vuorovaikutuksen psykoterapiaan Kelan kuntoutuspsykoterapiana mieliala-, ahdistus- ja traumaoireilun vuoksi, kun hänen kohtuvauvansa kuolemasta on kulunut lähes kolme vuotta. Hanna ei ole juurikaan saa-

nut psyykkistä tukea ensimmäisen vauvansa menetyksen jälkeen. Psykoterapian alkaessa Hanna on 27-vuotias, kohtuun raskausviikolla 30 kuolleen esikoisen Venlan ja 2-vuotiaan Mikon äiti. Psykoterapiaprosessin aikana perheeseen syntyy kolmas lapsi, Heikki. Puoliso Ville on osallistunut psykoterapiaan erikseen sovituina ajankohtina Hannaa tukevassa roolissa.

Hanna on syntynyt lapsuuden perheeseensä noin vuosi perheen esikoistytöväuvan Siskon kuoleman jälkeen. Hanna kuvaa eläneensä hyvin suojellun ja varjellun lapsuuden, jonka hän alkoi nuoruusiässä kokea ahdistavana ja muutti siksi kauas perheestään. Hanna kuvaa äitiään välittävänä ja huolta pitävänä mutta helposti huolestuvana ja hermostuvana sekä pelokkaana. Äidin ylisuojelevuus oli ollut ahdistavaa, ja Hanna on kuvannut kääntyneensä isänsä puoleen ja olleensa enemmän isän tyttö. Isän vanhemmuuden tyyli oli karskimpi, ja hänellä oli tapana kasvattaa pelolla. Hanna on kertonut, että hänen perheessään häntä ennen kuollut esikoinen oli mukana puheissa ja perhe kävi säännöllisesti hautausmaalla Hannan lapsuuden aikana. Hanna kuvaa olevansa herkkä ja voimakkaasti tunteva ihminen, joka haluaa miellyttää toisia ja jonka on ollut vaikeaa pitää rajoja ihmissuhteissa. Aikuisuudessa hänellä on ollut yksi lyhytpsykoterapiaprosessi vaikean elämäntilanteen aiheuttaman kriisin yhteydessä. Parisuhde Villen kanssa kuvautuu turvallisena, ja ensimmäinen raskaus alkoi hyvin toivottuna, ja pari muutti raskauden aikana lähemmäs sukulaisiaan.

Psykoterapeuttina toimii 44-vuotias psykologi ja varhaisen vuorovaikutuksen psykoterapeutti, joka on tämän artikkelin ensimmäinen kirjoittaja. Psykoterapia toteutuu työohjattuna kouluttajapsykoterapeuttikoulutuksen koulutushoitona.

Tutkimusaineisto koostuu 2 v 5 kk ajanjakson osuudesta tätä kirjoitettaessa edelleen jatkuvaa psykoterapiaprosessia. Psykoterapiakäynnejä on ollut yhteensä 92, ja käynnit ovat toteutuneet pääosin viikoittain 60 tai 90 minuutin tapaamisina sairastumisia ja loma-aikoja

lukuun ottamatta. Käynnit on dokumentoitu tapaamisten jälkeen kirjallisiin muistiinpanoihin. Lisäksi psykoterapiakäynti 85/92 nauhoitettiin, ja sen litteraatiosta poimittiin otteita elävöittämään kuvausta äitiystilan äitiyden triologiasta ja komponentteemoista. Asiakkaalle tehtiin myös opinnäytetyötä ajatellen nauhoitettu 90 minuutin äitiyden kliininen haastattelu. Puolistrukturoidussa teemahaastattelussa käsiteltiin asiakkaan äitiyden kokemuksia kohtuvauvan menetykseen liittyen ja kokemuksia psykoterapiaprosessista.

Analyysimenetelmänä tässä teorialähtöisessä tapaustutkimuksessa on sisällönanalyysi. Kokonaiskuvan saamiseksi on luettu terapian käyntimuistiinpanoja ja tarkasteltu nauhoitetun terapiakäynnin litterointia. Äitiyden kliinisestä haastattelusta on poimittu äidin menetyskolemusta ja äitiystilaa elävöittävästi kuvaavia otteita sekä äidin kokemuksia psykoterapian merkityksestä.

Psykoterapian kuvaus

Psykoterapiaprosessin ensimmäisen vuoden aikana työskennellään pääasiassa menetetyin esikoisvauvan, Venlan tarinan ympärillä. Hanna rakentaa vaiheittain ja yksityiskohtia tavoittaen muistelun kautta tarinaa ensimmäisestä raskaudesta, kohtukuolemasta, synnytyksestä, kuolleen vauvan kohtaamisesta ja synnytyksen jälkeisestä ajasta kohti hautajaisia. Hanna kuvaa, että ei ollut puhunut kokemuksistaan aiemmin juuri kenellekään, koska on kokenut, ettei kukaan olisi halunnut tai pystynyt asiaa kuulemaan. Venlan raskauden muistelemisen, kuoleman hetken tavoittelu sekä synnytyksen jälkeen kuolleen vauvan katsominen ja syliin ottaminen nostavat voimakkaita tunteita ja mielikuvia menneestä. Pitkin matkaa tarina täydentyy ja selkeytyy, kun muistiin tulee uusia kerroksia tapahtuneista, joita Hanna pystyy jakamaan. Psykoterapiaprosessiin kietoutuu myös siinä hetkessä taaperoikäisen Mikon äärellä äitinä oleminen, ja Hanna pystyy tavoittelemaan sitä, kuinka Venlan menetys on hänen äitiyteensä vaikuttanut, mikä tuo käsittelyyn myös Mikon raskaus- ja vauvavaiheen.

Hanna jakaa psykoterapiassa vaikeita kokemuksiaan ja tunteitaan ja pystyy ottamaan vastaan psykoterapeutin kannattelua eläessään uudelleen läpi vaikeita vauvan menetykseen liittyviä hetkiä ja kokemuksiaan. Ensimmäisen vuoden lopulla toteutuu psykoterapiakäynti Venlan haudalla, mikä näyttäytyy prosessissa merkittävänä käännekohtana. Myöhemmin Hanna ja Ville uskaltavat kertomaan Mikolle kuolleesta isosiskosta ja ottamaan Venlavauvan osaksi perheen tarinaa. Vuorovaikutus Mikon kanssa alkaa vapautua menetyksen varjoista, ja Hanna pystyy äitinä luottamaan enemmän Mikon kasvuun ja elinvoimaan.

Psykoterapiaprosessin toisen vuoden aikana Hanna alkaa työstää vahvemmin toivettaan uudesta raskaudesta, ja pariskunta uskaltautuu pitkän harkinnan jälkeen kohti uutta vauvaa. Raskaudenaikaisessa psykoterapiaprosessissa kuljetaan sitten yhdessä läpi tämän raskauden etenemistä alusta alkaen. Odotettavan vauvan raskaudessa Hannan ja perheen mukana kulkee limittäin Venlan menetykseen liittyvä suru, pelko uusimman raskauden jatkumisesta sekä ilo kohtuvauvasta tulevana perheenjäsenenä. Psykologisia töitä täytyy tehdä sekä Venlan raskauden ja menetyksen että Mikon raskauden ja vauva-ajan sekä odotettavan vauvan yhtäaikaiseksi mielessä pitämiseksi. Psykoterapiaprosessissa tämän kolmannen raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen Hannan mieleen aktivoituu vahvemmin työstettäviksi myös kokemuksia hänen lapsuudestaan oman äitinsä tyttärenä. Hanna alkaa keskustella menneisyyden vaikutuksista nykypäivään myös äitinsä kanssa, mikä näyttäytyy erittäin tärkeänä.

Psykoterapiaprosessin kuvauksen päättyessä perheen kolmas vauva, Heikki, on 5 kk ikäinen, ja Hannan mieleen on noussut uudestaan myös Mikon vauvuuden haasteet, ja Hanna on käsitellyt sitä, kuinka erilaiset nämä kaksi varhaista äitiyden kohtaa ovat hänelle olleet, ja hän on totuttanut ajatukseen siitä, että voisi sanoa olevansa kolmen lapsen äiti. Hannan mielen ovat täyttäneet pohdinnat siitä, mitä kaikkea hän on ihmisenä omaan lapsuu-

denperheeseensä menetetyt Siskon jälkeen syntyneenä, itse esikoisensa menettäneenä ja kahden elävän lapsen äitinä. Varhaisen vuorovaikutuksen psykoterapiaprosessin on suunniteltu jatkuvan näiden teemojen äärellä vielä Heikin 1 v ikään saakka.

Tulokset

Äitiyden trilogia

Diskurssit oman äidin kanssa – siitä, millainen äitini oli äitinä minulle ja minkälainen äiti olen vauvalleni – ovat kulkeneet ja rikastuneet psykoterapiaprosessin aikana. Erityisesti kolmas raskaus, Venlan menetyksen jälkeisen traumaattisen surun sekä Mikon raskaus- ja vauvavaiheen käsittelyn jälkeen, tuo Hannan mieleen yhä syvempiä pohdintoja siitä, millainen hänen äitinsä hänelle erityisesti lapsuudessa oli. Tehdyssä äitiyden haastattelussa Hanna palaa pohdintoihin näin:

Terapeutti: Miten sä kuvailisit sitä, millainen äiti sulle oli?

Hanna: Sillä oli ollut tosi rankkaa, siskon kuolema ja sitten muitakin menetyksiä. Äiti oli äärimmäisen raskastava, huolehtiva ja ihana, mutta sitten myös tosi suojeleva ja lähellä pitävä. Se oli aika tukahduttavaakin, kun ei saanut tehdä mitään, kaikkialla oli vaaraa, ja mä olin niinkun tosi hauras niille. Oon kai kuitenkin aina kokenut, että olen äitin pelastaja. Sisko kuoli, ja sitten tulin minä, ja kaikki oli hyvin. Ja varmaan sen takia koen helposti olevani pelastaja vähän muissakin suhteissa.

Terapeutti: Miltähän se on mahtanut tuntua?

Hanna: Nii sehän on mulla tuntunut tosi musertavalta, koska haluan kuitenkin, että jos mulle on kerrottu vaikka näin, että mä olen pelastanut sen, niin silti se äiti on kuitenkin ollut niin surullinen aina siskosta, ja mää ajattelin, että enkö mää olekaan riittänyt täysin pelastamaan sitä. Sitä surua, mitä tietenkään ei kukaan toinen voi viedä pois. Mutta siltä se tuntu, että pitäis, enkä oo pystynyt tai se ei oo riittänyt, ei edes aikuisena.

Hannan pohdinnat äitiydestä ja siitä, millainen äiti haluaisi itse olla ja on, ovat olleet psykote-

rapiaprosessia raamittamassa. Tehdyssä äitiyden haastattelussa Hanna muistelee:

Terapeutti: Mitä mahdot ajatella silloin ensimmäisen raskauden alussa siitä, millainen äiti haluaisit olla?

Hanna: Kovat odotukset, että en haluaisi olla samanlainen äiti, kun mun äiti on ollut, tai tietyllä tavalla haluaisin olla samanlainen mutta sitten tietyllä tavalla en. Kun olen kokenut sen niin kovan ylisuojelevuuden, niin halusin olla rento äiti ja että lapsi oppii omien kokemusten kautta, mitä pitää oppia varomaan. Rakkaudesta olen saanut paljon, ja sitä rakkauden antamista ja hoivaamista odotin, että pääsisin tekemään.

Kohtukuoleman jälkeen Venlan äitiyden miettiminen on ollut Hannalle työlästä, ja hän kuvaa psykoterapiaprosessin alussa, kuinka aika Venlan raskaudessa on vahvasti kahdessa osassa: ensin on se osa, jossa kaikki oli hyvin ja odottaminen oli ihanaa, ja sitten se kaikki hävisi, oli vain kuolema, ja sitä hyvää mennyttä ei enää halunnut ajatella. Hanna ja Ville olivat käyneet raskausajan valokuvauksessa juuri ennen kuolemaa eivätkä olleet halunneet noihin kuviin enää palata. Tehdyssä haastattelussa Hanna pohtii Venlan äitiyden kokemusta näin:

En ehkä osannut ajatella itseäni äitinä; koin, ettei ollut oikeutta sanoa, että olen äiti, kun en päässyt sitä roolia koskaan toteuttamaan. Musertava kokemus, ihan täysin tyhjentävä. Vertasin muihin jotenkin, että muut pääsee toteuttamaan arkea lapsen kanssa; olen vain kantanut sisälläni lasta, jota en päässyt hoitamaan koskaan, jos se tekee musta vaan vaikka puolikkaan äidin. Jos olisin saanu kattoa Venlaa silmiin tai hän olis hetken elänyt. Kun hän oli jo kuollut, kun mä hänet sain, niin mä en koskaan häntä oikeastaan saanutkaan.

Toisen lapsen, Mikon raskaudessa Hanna kuvaa olleen vahvasti läsnä korjaamisen pakon tunne; ajatus siitä, että vain elävä vauva voisi tämän menetyksen täyttää.

Tuntui, että olo on niin kamalan tyhjä; ainoa, mikä voi korvata, vaikkei voikaan korvata, on uus raskaus.

Äitiyden kokemuksessa korostuu pelokkuus, varuillaan oleminen ja voimakas syällisyys

sekä pelko siitä, että menetys toistuisi. Raskauden aikana oli paljon somaattista seurantaa ja hoitoa, mutta psyykkistä tukea ei ollenkaan. Hanna on kuvannut, että tunteet Mikkoa kohtaan syntyivät hiljalleen ja kasvoivat sitten pakahduttavan voimakkaiksi.

Kolmannen lapsen, Heikin raskaudessa Hanna kokee jo työstäneensä psykoterapiassa sekä Venlan menetystä että Mikon raskautta ja vauva-aikaa. Uusi raskaus tuo kuitenkin näiden äärellä työskentelyn niin sanotusti uudelle kierrokselle, ja psyykkistä työtä on mahdollista tehdä kaikkien kolmen raskauden ja kolmen erilaisen äitiyden äärellä, jotta niiden erillisyyks toisistaan vahvistuisi ja koettu äitiyden tarina voisi eheytyä.

Äitiystilan komponenttiteemat

Elämän ja kasvun aikaansaamisen teema ja haasteet tämän teeman ympärillä kuvautuvat läpileikaten koko psykoterapiaprosessin kulusa. Kuinka voida luottaa elämän jatkuvuuteen ja kasvuun, kun sekä omaa varhaista äitiyttä että omaa lapsuutta ja äidityksi tulemistä on värittänyt todellinen kauhu, kuoleman läsnäolo tai mahdollisuus siitä? Toisen lapsen, Mikon raskauden aikana tämä heijastui siihen, kuinka Hanna tarkkaili itseään.

Hanna: Ja silti se hätä oli koko ajan niin valtavasti läsnä. Vaikutti kaikkeen mun olemiseen, ihan syömiseen ja liikkumiseen ja kaikkeen.

Terapeutti: Niin, kerrotko vielä tuosta lisää...

Hanna: Vaikka liikkumisessa, en uskaltanut kauheasti liikkua muuta kuin hyvin rauhallisesti. Mut mä oon ollu aina niin tosi nopeatempoinen, niin silloin vaan opettelii kävelemään todella hitaasti joka paikkaa, ettei vaan tapahdu mitään... Ja se kun on aina harastanut vuosia ja vuosia joogaa, niin sitten olin käyny Venlan kanssa raskausaikana monessa eri joogassa ja yritin käydä silloin tuota Mikon odotusaikana myös, niin sitten mä olin koko ajan varma kaikissa liikkeissä, että mä jotenkin estän sen hapen saannin tai jonkun verenkierron tai ihan minkä vaan, että se niinku kuolee niinku kaikkiin mahdollisiin asentoihin ja että mä en pystynyt niinku nauttimaan ollenkaan... Näin vaan niinku kaikessa vaaroja.

Mikon vauva-aikana Hanna kuvaa olleensa koko ajan huolissaan siitä, pysykö vauva hengissä.

Aamuisin Villen piti käydä katsomassa, hengittäkö Mikko, kun en itse pystynyt. Ja pitkään sen jälkeen oli pakko käydä aina tarkistamassa. Tai jos tuli joku kova kuume, mä olin ihan paniikissa.

Vähitellen psykoterapiaprosessissa uudelleen ja uudelleen työstäen Hanna alkaa erottaa, kuinka kyseessä on hänen pelkonsa ja huolensa ja että hän voi tukeutua toisiin ja myös havaintoihin siitä, että mitään pahaa ei tapahdu.

Sen kanssa on joutunu tekemään paljon töitä, että mä päästän Mikon kiipeämään tai huvipuistossa laitteeseen, että mä en siirrä sitä pelkoa sille, vaan päästän menemään. Sitten mua kyllä pelottaa, mutta kun näkee, miten se tulee sieltä ihan riemuissaan ja hyppii ja mitään ei tapahtunut, se on ihanaa.

Uutta raskauden mahdollisuutta miettiesä voimakasta ambivalenssia aiheuttaa se, kuinka voida luottaa uuden elämän mahdollisuuteen, kasvuun ja hyvään, kun on kokemus menetyksestä ja tieto siitä, että huonostikin voi käydä.

Halusin vaan valita, että uskaltaa ja luottaa, vaikka pelottaa. Jos ei oltais yritetty, olisin katunut sitä aina.

Varhainen liittyminen ja suhteessa olo kuvautuvat Hannan psykoterapiaprosessissa kovin eri tavoin eri lasten osalta. Mikon raskaudessa Hannan mieli joutui voimakkaasti suojautumaan käsittelemättömän menetyksen vuoksi. Raskauden psykologisessa prosessissa oli haasteita, mikä saattaa heijastua siihen, miten varhainen kokemus Mikon kanssa kuvautuu.

Sitä suhdetta ei Mikon kanssa oikein ollut. Ku sitä Mikkoa oli odottanut niin kauan, mutta se tuntuu niin mahottomalta, kun se itki niin paljo ja ite voi niin huonosti. Mikko ei oo ikinä tykänny kosketuksesta. Se tuntuu siltä niin kuin en olis osannut sitä rakastaa. Siitä koki pitkään huonoa omaatuntoa. En saa sanoa, että on vaikeaa. Mä en oo sen arvoinen äiti, että saan pitää tän vauvan, jos valitan.

Heikki-vauvan raskausaikaa puolestaan kuvaa voimakkaasti koko perheenä odottamisen tarina. Isoveli odottaa pikkusisarusta, ja tästä puhutaan paljon ja tälle puhutaan paljon. Hanna muistelee myöhemmin, että raskautta ei tarvinnut tai halunnut piilottaa ja siitä uskalsi olla iloinen, vaikka pelkoja mukana kulkikin.

On niin ihana, miten paljon voi tuntea rakkautta. Oon itkenyt onnesta. Mä oon pystynyt antaa itselleni luvan rakastaa häntä ihan täydestä sydäimestä. Niitä, mitä tunteita Mikon kanssa silloin alussa en uskaltanut ja mitä ei Venlan kanssa voinut olla.

Tuen matriksi – tukiverkoston rakentaminen ja ylläpitäminen on näyttäytynyt psykoterapiaprosessissa haavoittuneena. Hannan perheen ympärillä on paljon lähiverkostoa, joka on tullut perheen käytännölliseksi tueksi kuormittavana menetyksen jälkeisenä sekä vauvavuoden aikana, mikä on ollut perheelle arvokasta ja tärkeää. Toisaalta tämän tukiverkosto on vetänyt Hannaa takaisin lapsuuden vuorovaikutusasetelmiin, ja Hannalla on ollut myös tarve pärjätä itseksensä ja olla liikaa kuormittamatta toisia.

Hanna: Mulla on ollut sellainen vääristymä siihen, että liikaa ajattelin muiden reaktioita ja että mun pitäsi kannatella niitten muittenkin tunteita siinä ympärillä siten. Niinpä se, että voi tulla autetuksi, on tosi vaikeaa.

Terapeutti: Mistähän se tapa toimia on mahtanut sulle tulla?

Hanna: Ehkä se, kun on itse ollut se, joka on tullut meidän perheeseen menetyksen jälkeen ja kannatellut niin paljon äitin tunteita. Ajattelee, että pitää vaan miellyttää kaikkia ja olla vastuussa ja kannatella kaikkien tunteita.

Tuki lähiverkostolta ja erityisesti omalta äidiltä, on tuonut tässä ja nyt -vuorovaikutustilanteissa esiin oman äidin voimakkaan pelon ja ylisuojelevuuden suhteessa sekä aikuiseen tyttärensä että lapsenlapsiinsa. Näiden suhteessa toistuvien teemojen äärellä on kuljettu toistuvasti pitkin psykoterapiaprosessia, mikä on vähitellen mahdollistanut rajojen asettamisen, vaikka Hanna samalla onkin kiitollinen kaikesta saamastaan avusta ja tuesta äitinä olemiselleen.

Kun äiti aina puhuu ääneen ne pahimmat pelot, vaikka jos Mikko juoksee metsässä, se sanoo, että nyt se kaatuu ja kallo halkeaa, ja mua ärsyttää se tai mun pitää sitte kannatella sitä äitiä ja sen tunnetta ja en halua, että Mikko kuulee noita ja ei sitten uskalla tehdä yhtään mitään.

Tai kun äiti vielä nykyään ylihuolehtii ja mun puolesta yrittää päättää asioita, että mä en muka jaksaisi kävellä ja pitää nyt vaan hypätä bussiin, vaikka ite haluaisin vaan kävellä.

Nyt oon opetellu pitämään rajoja ja sanomaan, että älä puhu ääneen noita ja että minä kyllä tiedän, mitä jaksan ja haluan.

Psykoterapiaprosessissa on tuettu Hannaa tukiverkoston rakentamisessa ja laajentamisessa niin, että tuen matriksi vahvistuisi myös muun muassa terveydenhuollon ammattilaisilla (neuvolan terveydenhoitajat, kättilöt ja synnytyslääkärit), ja myös psykoterapeutti on voinut olla osa Hannan tukiverkostoa. Hanna kuvaa kokoavassa äitiyden haastattelussa kokemustaan Heikki-vauvan raskausajalta tähän päivään näin:

Ehkä vasta nyt viimeisen puolen vuoden aikana tai vuoden aikana alkanut ymmärtämään ja osaa ja oppinut tekemään sitä, että uskaltaa sanoa niitä asioita ääneen muillekin kuin sinulle. Niin sitten huomaa, että sehän helpottaakin oloa ja sitä, että ihmiset ymmärtää mua paremmin ja mun läheiset ymmärtää paremmin, että mä uskallan sanoa, että se ei hyödytä minua eikä ketään muuta, että ne asiat on siellä sisällä.

Identiteetin uudelleenorganisoinnin äärellä on kuljettu myös pitkin tätä psykoterapiaprosessia, ja sukupolvien välinen siirtyminen tyttären roolista äidin rooliin on vähitellen vahvistunut, kun läsnä olevassa muistamisen kontekstissa varhaista äitiyden kokemusta on voitu lähestyä turvallisesti. Kohtukuoleman kokemus sai Hannan kokemaan, että hänellä ei ole lupaa sanoa itseään äidiksi tai että hän olisi korkeintaan puolikas äiti. Elävän vauvan syntyminen ja äidin rooliin siirtyminen oli hyvin latautunutta myös siitä lähtökohdasta, että yhtäaikaisesti Hannan mieleen läsnä olevassa muistamisen

kontekstissa todennäköisesti pyrki hänen omia varhaisen äidityksi tulemisen kokemuksiinsa, jotka muistuttivat sekä hänen oman äitinsä surusta ja tämän kokemasta vauvan menetyksestä että hänen omista vauva-ajan kokemuksistaan surevan äitinsä kanssa ja lisäksi myös hänen omasta kohtuvauvan kuoleman kokemuksestaan, minkä mieleen tunkeutumista Hanna pyrki myös aktiivisesti välttämään. Psykoterapian alkaessa tämä näyttäytyi eräänlaisena kerroksellisena surujen vyyhtinä, jolloin kokemukset kietoutuivat toisiinsa. Sukupolvi-tarinoiden samankaltaisuudet mutta myös erojen ja kokemusten erillisyyden näkeminen on tullut tärkeäksi, jotta oma identiteetti äitiydessä on voinut uudelleenorganisoiua.

En halunnut lapsena kertoa kuolleesta siskosta, kun muut olisi sitten ajateltu, että oon surullinen ja en oikeastaan ollut, kun äiti oli surullinen, ja se tietenkin muhun vaikutti.

Nyt Mikon äitinä oon voinu kertoa, että hällä on enkelisisisko, jota ei koskaan ole nähnyt, mutta jota me muistetaan, ja oon voinut sitä suruakin vähän näyttää, kun ei se Mikon surua oo tai sama asia kun mulla ja äidillä.

Ja että voi sanoa, että olen kolmen lapsen äiti, joista ensimmäinen menetettiin.

Psykoterapeutin roolissa on saanut kulkea identiteetin uudelleenorganisoinnin tukena. Kun on jaettu yhdessä koettua, on voinut tulla äidille osaksi kokeneempien naisten ketjua, joka tukee ja arvostaa hänen äitiyytään. Hanna kuvaa tätä psykoterapeutin aktiivista äidin kokemusten tavoittelua ja sanoittamista, mielellistämistä, psykoterapiaprosessin merkitystä kokoavassa haastattelussa näin:

Nuo kohdat, kun kerrot, että sä olet kuvitellu, millaista kaikki on voinut mulle ja meille olla ja että olet miettinyt noita mun kuvaamia kohtia... vaan se tekee jotenkin mut kuin nähdyksi ja kuulluksi ihan eri tavalla, mitä ikinä kukaan koskaan on. Niin kiitos tuosta taaskin, tuo tuntuu tosi isolta. Kun siitä aina on puhuttu, että nähdyksi tuleminen on tärkeää, mutta nyt kun siitä on näin valtavan suuri kokemus, niin sen vasta todel-

la ymmärtää, että miten iso asia se oikeesti on, olla kokonaan näkyvissä.

Pohdinta

Tässä tapaustutkimuksessa tarkasteltiin, kuinka ylisukupolvinen perinataalimenetys ja koettu kohtukuolema vaikuttivat asiakkaan kokemuksiin äitiydestä. Tutkimuksessa on kuvattu perheeseen seuraavina syntyvien lasten kokemusten ja vanhempien kuvausten kautta sitä, kuinka vauvan menetys voi monin tavoin vaikuttaa vanhemmuuteen ja vanhemman sekä lapsen väliseen suhteeseen (Saccardo & Calvo 2022). Tässä tapaustutkimuksessa korostui perinataalimenetyksen jälkeen uudelleen synnyttäneen äidin kokemuksissa hänen oman äitinsä voimakas ylisuojelevuus, mikä heijastui vuorovaikutukseen aikuisuuteen asti. Varhaisen vuorovaikutuksen psykoterapiaprosessissa näitä ylisukupolvisen menetyksen vaikutuksia päästiin tarkastelemaan, kun oli mahdollista turvallisen terapiasuhteen myötä työskennellä raskauden, vauvan ja varhaisen vanhemmuuden herättämässä läsnä olevassa muistamisen kontekstissa (Stern 1995).

Varhaisen vuorovaikutuksen psykoterapiassa kohtuvauvan tai vauvan menetykseen liittyen yhtenä tärkeänä hoidon tavoitteena on se, että elävä lapsi voisi vapautua äidin surun kokemisesta ja sen määrittelyistä (Savonlahti 2020). Tämänkin psykoterapiatapauksen äiti kuvasi, että hän yritti lapsena helpottaa surevan, lapsensa menettäneen oman äitinsä oloa, muttei siinä onnistunut. Hän ymmärsi myöhemmin psykoterapiassa, että äidin surussa oli kyse äidin surusta eikä hänen omastaan, vaikka äidin suru niin paljon häneen vaikuttikin. Tämä auttoi rinnakkaisesti tätä äitiä itse kohtuvauvansa menettäneenä siinä, että hän pystyi pitämään omaa suruaan omanaan eikä siitä tullut hänen omien elävien lastensa kannettavaa surua.

Raskaudenaikaisen kiintymyssuhteen muodostaminen menetyksen jälkeen odotettavaan vauvaan on tutkimuksessa ja kliinisessä kokemuksessa (O'Leary 2004; Savonlahti & Juutilanen 2007) todettu voivan olla haastavaa. Tämän

psykoterapiaprosessin kuvauksessa nähdään kaksi erilaista raskauden kohtaa: menetyksen jälkeinen raskaus vailla psyykkistä tukea ja myöhempi raskaus psykoterapiaprosessin aikana. Menetystä seurannut raskaus kuvautui psyykkisesti hyvin kuormittavana, kun somaattisesta hoidosta huolehdittiin mutta äidiksi tulemiseen trauman ja surun keskellä ei saanut tukea eikä asiakkaan ylisukupolvista menetystaustaa tunnustettu. Tämä heijastui asiakkaan kuvaamana voimakkaasti sekä hänen suhteeseensa syntyneeseen vauvaan että hänen kokemukseensa äitiydestään. Kun psykoterapiaprosessissa pystytään ensin yhä uudelleen kuulemaan asiakkaan tarinaa ja tunteita kotukuolemasta ja kuollut kohtuvauva tulee sekä psykoterapeutille että asiakkaalle todelliseksi ja mielessä pysyväksi, menetystä pystytään suremaan ja suhde seuraavan lapsen kanssa vapautuu tästä menneisyyden taakasta. Jo Selma Fraiberg ym. (1975, 387) kuvasivat urauurtavassa tekstissään lastenhuoneen kummituksia, vaikeita varhaisia vuorovaikutuskokemuksia, jotka käsittelemättöminä etsivät tilansa päästä vuorovaikutussuhteiden näyttämölle varhaisessa vanhemmuudessa.

Tässä psykoterapiakuvauksessa erityisen olennaisena kuvautui myös ylisukupolvisen menetyksen vaikutusten ymmärtäminen varhaisessa vanhemmuudessa, mikä mahdollistui varhaisen vuorovaikutuksen psykoterapiaprosessin aikana alkaneessa kolmannessa raskaudessa ja tämän vauvan varhaisessa äitiydessä. Vähitellen terapiaprosessissa tuli enemmän mahdolliseksi elävän taaperon ja alkaneen uuden raskauden äärellä päästää tietoisuuteen ja muistaa tässä hetkessä sitä, miten asiakasäiti oli itse tullut äidiksi: kuinka hänen äitinsä kokema menetys oli tämän äitiyteen ja asiakasäidin vauvana ja pikkulapsena kokemaan vaikuttanut ja kuinka tämä heijastui ja tuntui ajankohtaisesti tässä hetkessä jo syntyneen lapsen sekä odotettavan vauvan äärellä. Psykoterapiaprosessin aikana syntyneen kolmannen lapsen raskauden, synnytyksen ja varhaisen vauva-ajan äärellä työskennellen raskaudenaikainen kiintymyssuhde odotettavaan vauvaan mahdollistui ja asiakas kuvasi äitiy-

den kokemuksestaan korjaavana kokemuksena verrattuna aiempiin.

Tässä tapaustutkimuksessa tarkasteltiin myös sitä, kuinka psykoterapeuttina voi jäsentää menetystaustaisen äidin tarinaa Sternin (1995) äitiystilan äitiyden trilogian ja komponenttiteemojen käsitteiden kautta. Haavoittuminen varhaisessa äitiydessä ja sen merkitykset tulevat hyvin tavoitetuiksi Sternin äitiystilan komponenttiteemojen kautta. Stern kuvaa, että nainen ei ole koskaan aiemmin kohdannut eikä koskaan ehkä tule kohtaamaan elämän ja kasvun tematiikkaa niin todessa ja vahvassa muodossaan kuin omien lastensa varhaisessa äitiydessä. Kun vauvan kuolema haavoittaa varhaisessa äitiydessä elämän ja kasvun mahdollistamisen teemaa ja vielä kahdessa peräkkäisessä sukupolvessa, on ymmärrettävää, että vaikutukset heijastuvat laajasti äidin kokemuksiin, kuten tässäkin psykoterapiaprosessissa kuvautui. Tarvitaan vuorovaikutuksessa yhä uudestaan toistuvia kokemuksia niin vauvan kuin äidin elinvoimasta ja ”hengissä säilymisestä”, jotta vähitellen voi uskaltaa luottaa siihen, että on turvassa ja kykenee turvaamaan vauvansa ja pienen lapsensa kasvua ja elämää.

Toisen komponenttiteeman, varhaisen liittymisen ja suhteessa olon, äärellä voi tavoittaa tässä psykoterapiaprosessissa sen, kuinka prosessoitumaton traumaattinen suru kotukuoleman jälkeen vaikeuttaa seuraavan raskauden psykologista prosessia. Äidin on vaikea raskauden aikana ja vauvan synnyttyäkin ottaa vauvaa omaksi vauvakseen, kun menneisyyden haamut, vaikeat suhdekokemukset, astuvat näyttämölle. Vauvan kuoleman jälkeisessä uudessa raskaudessa tärkeä psyykinen tehtävä on vauvojen eriytyminen äidin mielessä. Tässä psykoterapiatapauksessa tuli kauniisti ja selkeästi näkyväksi Savonlahden ja Juutilaisen (2007) korostama varhaisen vuorovaikutuksen psykoterapian erityinen hoidollinen elementti: kuolleen vauvan tarinan muisteleminen ja kuuleminen yhä uudelleen myös uuden raskauden aikana, mikä mahdollisti psyykkisen työn tekemistä ja sitä, että äiti pystyi luomaan odotet-

tavaan vauvaan oman, erillisen suhteensa jo raskausaikana.

On myös lohdullista huomata, että tässä psykoterapiaprosessissa päästiin vaikuttamaan varhaiseen suhteeseen olemisen kokemukseen myös jälkikäteen työstämällä, äidin ja taaperon suhteen äärellä. Suhteessa olemisen kokemus voi psyykkisen eriytymisen työn tuella korjaantua, ja suhde menetyksen jälkeen syntyneeseen lapseen voi vapautua menneisyyden taakasta. Raskaudenaikainen psykoterapia, jossa fokuroidaan äitiyden kokemuksiin sekä huomioidaan erityisellä tavalla psyykkisen työn tarve suhteessa menetettyyn vauvaan, on kuitenkin erityisen otollista aikaa psykoterapeuttiselle työlle niin suhteiden luomisen, korjaamisen kuin äidin mielen uudelleenorganisoinnin kannalta.

Stern (1995) kuvaa teoriassaan, että äitiystilan kaksi ensimmäistä komponenttiteemaa eivät kokonaan toteudu, jos äiti ei pysty luomaan tuen verkostoa itselleen turvaksi ja avuksi, ja toisaalta jos identiteetin uudelleenorganisointuminen ei toteudu, onnistuvat kolme ensimmäistä komponenttiteemaa vain osittain. Kuvatussa terapiatapauksessa esikoisen kottukuolema sekä omassa lapsuudessa koetut sisaruksen kuoleman vaikutukset kietoutuivat toisiinsa. Tuossa surujen yhteenkietoutumassa asiakasäidin tarve suojautua kaikelta surua ja traumaa muistuttavalta vaikutti aluksi osittain estävän myös äitiystilan teemojen toteutumisen. Läsnä olevassa muistamisen kontekstissa on mahdotonta liikkua, kun kaikki tiedot ovat viemässä kohti traumaa ja surua, jolta äiti haluaa puolustautua suojaautuen.

Kuolleen kohtuvauvan raskauden, kuoleman ja synnytyksen tarinan kuuleminen ja prosessoiminen yhä uudelleen osana äitiyden tarinaa mahdollistaa niin seuraavana syntyvän lapsen eriytymisen kuolleesta esikoisesta kuin tien kohti todempaa läsnä olevaa muistamisen kontekstia, jossa suru ja trauma ja kaikki koettu saa ja saattaa olla läsnä. Läsnä olevan muistamisen kontekstin lukkiutuminen toimii kuin pullonkaulaefektinä sille, että identiteetin

uudelleenorganisointuminen ja tuen verkoston luominen on haastavaa, mistä johtuen muutkin äitiystilan komponenttiteemat vaikuttavat toteutuvan vain osittain. Kun varhaisen vuorovaikutuksen psykoterapeuttisessa työskentelyssä mahdollistuu äidin oman varhaisen hoivahistorian, erityisesti äidityksi tulemisen historian tutkiminen, vapautuvat myös äidin olemassa olevat äitiyden myönteiset resurssit ja potentiaali.

Kuinka tämän tapaustutkimuksen perusteella voitaisiin kuvata psykoterapeuttisen suhteen erityistä merkitystä vauvan menettäneelle traumatisoituneelle äidille? Tutkimuksissa, psykoterapiasuunnauksesta riippumatta, painotetaan vahvan terapeuttisen allianssin ja empaattisen yhteistyösuhteen merkitystä erityisesti perinataalimenetyksiä kokeneille asiakkaille (Markin 2017; Wenzel 2017), mikä on helppoa tavoittaa tämänkin tapauskuvauksen kautta. Markin (2018) on ehdottanut, että vanhemman mentalisaatiokyvyllä on merkittävä vaikutus siinä, kuinka hän pystyy yhtäaikaaisesti pitämään mielessään niin kuvitelman kuolleesta vauvasta, jota ei koskaan juuri tuntenut, kuin odotettavasta lapsesta, jota ei ole vielä tavannut, ilman että näitä subjektiivisia kokemuksia sekoitetaan. Traumaattisten kokemusten tiedetään heikentävän mentalisaatiokykyä, joten erityisesti ne vanhemmat, joilla on traumaattisia kokemuksia, tarvitsevat psykoterapeuttista tukea tässä haastavassa tehtävässä (Lieberman ym. 2020).

Stern (1995) on äitiystilan kuvauksessaan kuvannut niin sanotun hyvän isoäidin transferenssia ja sen merkitystä raskaana olevien ja pienten lasten vanhempien psykoterapiassa. Tässä kuvatussa psykoterapiatapauksessa, varhaisen vuorovaikutuksen psykoterapiassa, työskenneltiin pääasiassa myönteisen transferenssin alueella, vaikka käsiteltiin monenlaisia asiakkaan elämään ja suhteisiin liittyvää vaikeaa ja haastavaa. Psykoterapiassa oli liikumisen tilaa, mikä näkyi muun muassa terapeutin aktiivisuutena ja joustavuutena, mahdollisuutena tehdä kotikäyntejä, mennä yhdessä potilaan kanssa vaikka hautausmaalle ja näin

jakaa jotain erityisen merkityksellistä myös terapiahuoneen seinien ulkopuolella. Psykoterapeutin henkilökohtaisena kokemuksena tämä kuvautui ehdottomana puolella olemisen tunteena ja arvostuksena. Oli ainutlaatuinen kokemus päästä kuulemaan, jakamaan ja olemaan mukana haavoittuneessa ja sietämättömän vaikeassakin ja lämmöllä peilata sekä kannatella tätä takaisin asiakkaalle. Takaisin heijastuva asiakkaan kuvaama kokemus kokonaan nähdynsi tulemisesta toi koettavaksi psykoterapiaprosessissa saavutettuja uusia mahdollisuuksia äidin mielen ja kokemusten uudelleenorganisoinnissa.

Tällä tavalla erityinen psykoterapiasuhte voi toimia myös läsnä olevana muistamisen kontekstina, missä omaan saatuun hoivaan liittyvä psykodynaaminen tutkiminen ja oivaltaminen sekä psyykinen integraatio tulevat mahdollisiksi. Varhaisen vuorovaikutuksen psykoterapiassa hyvän isoäidin transferenssin tukemana on mahdollista päästä tutkimaan ja ymmärtämään asiakasäidin tilannetta suhteessa vauvaansa myös äidin omien varhaisen suhdasetelmien kautta, niitä aktiivisesti tutkien, niihin linkittäen ja niitä tulkiten – erityisesti äitiystilan äitiyden trilogiaan tietoisesti työskentelyä fokuoimalla (Sarkkinen & Savonlahti 2022).

Terapeutti tulee hyvän isoäidin transferenssissa myös erityiseksi osaksi äitiystilan tukiverkostoa, tuen matriksia, jotta asiakasäidin äitiys voi vapautua, löytyä ja helpottua. Äidin representaatiot itsestään äitinä, vauvastaan ja suhteestaan tähän, voivat muuttua ja/tai muokkautua korjaavan emotionaalisen kokemuksen, tulkinnan ja mallintamisen avulla. Hyvän isoäidin transferenssi soveltuu ihanteellisesti ennen tuntemattomien äitiyden ominaisuuksien tutkimiseen ja löytämiseen (Stern 1995) ja myös vaihtoehtoisten äitihahmojen, niin sanottujen lastenhuoneen enkelien, löytämiseen (Lieberman ym. 2005).

Tämä ylisukupolvinen menetysten tarina ja varhaisen vuorovaikutuksen psykoterapian taustakuvaus on luonnollisesti kuvaus vain yh-

destä, yksilöllisestä psykoterapiaprosessista, joka on alun perin koettu opinnäytetyön muotoon Sternin äitiystilan viitekehityksen kautta. Tutkimuksessa ei ole käytetty aineiston laajaa tallentamista ääni- tai videonauhoihin ja niiden analysointia. Kyseessä on yhden psykoterapiatapauksen kuvaus, jota ei voi laajentaa koskemaan suoraan muita psykoterapiaprosesseja. Tämän psykoterapiaprosessin analyysi keskittyi kuvaamaan äitiyden kokemuksia ja sivuutti tässä kohden isien kokemukset, mikä ei kerro siitä, että perinataalimenetyksen vaikutukset isyydessä olisivat vähäisemmät. Sternin äitiystilan komponenttiteemojen on jo aiemmissa tutkimuksissa (Budzyn ym. 2023, 2) todettu tavoittavan olennaisia näkökulmia varhaisesta äitiydestä. Markin ja McCarthy (2020) ovat tutkimuksessaan korostaneet, että kliinistä huomiota tulisi jatkossa kiinnittää erilaisiin terapeutisiin tekijöihin, jotka saattavat vaikuttaa terapian tulokseen perinataalimenetysten jälkeen. Tutkimusta psykoterapiaprosesseista äitiyden trilogian ja komponenttiteemojen äärellä olisi tärkeää tehdä lisää, jotta ymmärrys raskaus- ja vauvavaiheen psykoterapian erityisyydestä myös menetyksiä kokeneilla vanhemmilla voisi tulla laajemmin tavoitetuksi.

Suomalaisessa terveydenhuollossa on mahdollista tunnistaa ja tunnustaa menetyksen vaikutukset vauvaa odottavien elämään ja tarjota heille oikea-aikaisesti, mahdollisimman varhain tukea ja hoitoa, jotta suru- ja traumareaktiot eivät pitkittyessään vaikeuttaisi näiden perheiden vanhemmuutta ja vuorovaikutussuhteita. Perinataalialian menetysten psykoterapeuttisesta hoitamisesta on jonkin verran tutkimustietoa useista psykoterapeuttisista viitekehityksistä. Psykoterapiasuuntauksesta riippumatta perinataalialian menetyksiä kohtaavat ja hoitavat psykologisen tuen ja psykoterapeuttisen hoidon ammattilaiset voisivat hyötyä Daniel Sternin (1995) kuvaaman äitiystilan tuomasta ymmärryksestä ja jäsenyyksestä niin terapiasuhteeseen asettumisessa kuin vauvansa menettäneen raskaana olevan tai pienen vauvan vanhemman mielenmaailman ja kokemuksen tavoittamisessa ja vanhempi-vauva-vuorovaikutussuhteen tukemisessa ja hoitamisessa.

Psykoterauttien kokemuksena tämä psykoterauttiamatka kuvautui yksilöllisen tarinan kutomisena, joka oli kuin maton kutomista, erilaisista matonkuteista, jotka kietoutuivat toisiinsa muodostaen värejä ja kuvioita, joita yhdessä katsomalla nähtiin, mistä on tultu ja missä on kuljettu. Maton kuteet kertoivat eletystä elämästä, omasta ja edellisten sukupolvien kulkemasta. Kudotussa matossa sävyt oli mahdollista nähdä sekä yhtenäisinä että toisistaan erillisinä heijastellen äitiyden identiteetin vahvistumista niin, että pystyi katsomaan tähän saakka kudottua mattoa lämmöllä ja itsensä ja oman äitiytensä tunnistaen.

Kirjallisuus

- Brodén, Margareta** (2004). *Graviditetens möjligheter. En tid då relationer skapas och utvecklas*. Tukholma: Natur och Kultur.
- Budzyn, Carine da Silva; Frizzo, Giana B. & Levandowski, Daniela C.** (2023). Analysis of motherhood constellation among adolescent mothers with and without depressive symptoms. *Psicologia, teoria e pesquisa*, 39, 1–11.
- Diamond, David J. & Diamond, Martha O.** (2017). Parenthood after reproductive loss: How psychotherapy can help with postpartum adjustment and parent-infant attachment. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 54(4), 373–379.
- Fraiberg, Selma; Adelson, Edna & Shapiro, Vivian** (1975). Ghosts in the nursery. A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14, 387–421.
- Gravensteen, Ida K.; Helgadóttir, Linda B.; Jacobsen, Eva-Marie; Rådestad, Ingela; Sandset, Per M. & Ekeberg, Øivind** (2013). Women's experiences in relation to stillbirth and risk factors for long-term post-traumatic stress symptoms: A retrospective study. *BMJ Open*, 3(10), 1–10.
- Heller, Sherryl S. & Zeanah, Charles H.** (1999). Attachment disturbances in infants born subsequent to perinatal loss: A pilot study. *Infant Mental Health Journal*, 20(2), 188–199.
- Hughes, Patricia; Turton, Penelope; Hopper, Earl; McGauley, Gill & Fonagy, Peter** (2004). Factors associated with the unresolved classification of the Adult Attachment Interview in women who have suffered stillbirth. *Development and Psychopathology*, 16(1), 215–230.
- Innamorati, Marco; Sarracino, Diego & Dazzi, Nino** (2010). Motherhood constellation and representational change in pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 31(4), 379–396.
- Lieberman, Alicia F.; Bucio, Griselda Oliver; Castro, Gloria & Diaz, Manuela A.** (2020). Clinical case 4. Treating the traumatic sequelae of perinatal loss during a new pregnancy. Teoksessa Lieberman, Alicia F.; Diaz, Manuela A.; Castro, Gloria & Bucio, Griselda Oliver (toim.), *Make room for baby. Perinatal child-parent psychotherapy to repair trauma and promote attachment*, 230–260. New York & Lontoo: Guilford Press.
- Lieberman, Alicia F.; Padron, Elena; Van Horn, Patricia & Harris, William W.** (2005). Angels in the nursery: The intergenerational transmission of benevolent parental influences. *Infant Mental Health Journal*, 26, 504–520.
- Markin, Rayna D.** (2017). An introduction to the special section on psychotherapy for pregnancy loss: Review of issues, clinical applications, and future research direction. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 54(4), 367–372.
- Markin, Rayna D.** (2018). "Ghosts" in the womb: A mentalizing approach to understanding and treating prenatal attachment disturbances during pregnancies after loss. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 55(3), 275–288.
- Markin, Rayna D. & McCarthy, Kevin S.** (2020). The process and outcome of psychodynamic psychotherapy for pregnancy after loss: A case study analysis. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 57(2), 273–288.
- O'Leary, Joann** (2004). Grief and its impact on prenatal attachment in the subsequent pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 7, 7–18.
- Saccardo, Caterina & Calvo, Vincenzo** (2022). Relational sequelae of fetal death during the first pregnancy: A qualitative study on the subjective perceptions of the relationship between mothers and their adult subsequent firstborn children. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 85(3), 604–627.
- Sarkkinen, Mirja & Savonlahti, Elina** (2014). Raskaustajan vuorovaikutuspsykoterauttia. *Psykoterauttia*, 33(2), 93–110.
- Sarkkinen, Mirja & Savonlahti, Elina** (2022). Varhaisen vuorovaikutuksen psykoterauttian synty ja kehittyminen Suomessa. Juhlaluento Varhaisen vuorovaikutuksen psykoterauttia ry:n "Vuorovaikutus valokeilassa" -seminaarissa Helsingissä 13.5.2022.
- Savonlahti, Elina** (2020) Kohtuvauvan tai vastasyntyneen vauvan kuoleman vaikutus uuteen raskauteen,

synnytykseen ja vuorovaikutukseen vauvan kanssa. Luento Suomen Perinataalimielenterveys ry:n koulutuspäivillä Helsingissä 30.11.2020.

Savolahti Elna & Juutilainen Kirsi (2007). Kohtuvauvan tai vastasyntyneen vauvan kuoleman aiheuttama menetys perheessä. Teoksessa Armanto, Annukka & Koistinen, Paula (toim.), *Neuvolatyön käsikirja*, 340–346. Hämeenlinna: Karisto.

Stern, Daniel N. (1995). *The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy*. Lontoo & New York: Routledge.

Wenzel, Amy (2017). Cognitive behavioral therapy for pregnancy loss. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 54(4), 400–405.

Westby, Celine L.; Erlandsen, Andrea R.; Nilsen, Sondre A.; Visted, Endre & Thimm, Jens C. (2021). Depression, anxiety, PTSD, and OCD after stillbirth: A systematic review. *BMC pregnancy and childbirth*, 21,782.

