Raul Soisalo

Särkyvä mieli – lasten ja nuorten psyykkinen oireilu

SÄRKYVÄ MIELI – LASTEN JA NUORTEN PSYYKKINEN OIREILU

Raul Soisalo

SÄRKYVÄ MIELI – LASTEN JA NUORTEN PSYYKKINEN OIREILU
© Suomen Psykologinen Instituuttiyhdistys ry. 2012

Taitto: Kiige RB OÜ, Tallinn
Painopaikka: AS Printon Trükikoda

ISBN 978-952-67556-5-6

Sisällys

Esipuhe ... **7**
1. Sairas Suomen kansa? ... **13**
1.1. Ovatko psykiatriset sairaudet lisääntyneet Suomessa? ... 14
1.2. Sosiaalinen perimä ... 17
1.3. Sota ja ylisukupolvisesti periytyvä trauma ... 20
1.4. Kenen lauluja laulat? ... 21
2. Psykiatrian eri paradigmoista ... **25**
2.1. Biopsykososiaalinen ihmiskäsitys ... 26
2.2. Somatopsykiatria ... 27
2.3. Psykoemootioiden ja kognitioiden solutaso ... 30
2.3.1. Aivojen plastisuus ... 30
2.3.2. Aivot ja hermostojärjestelmä ... 31
2.3.3. Välittäjäaineet ... 38
2.3.4. Neurotransmissio ... 43
2.3.5. Ovatko psykiatriset sairaudet geneettisiä? ... 46
3. Tunteiden psykobiologia ... **51**
3.1. Rakastuminen ... 52
3.2. Aggressio, viha ja aggressiivisuus ... 55
3.3. Riippuvuus ... 62
3.4. Sydämen surut ja vatsan perhoset ... 65
4. Keinoja vaikuttaa psyykeen ... **71**
4.1. Lääkkeet ... 75
4.2. Päihteet ... 76
4.3. Ravinto ja luontaistuotteet ... 79
4.4. Toiminnalliset keinot ... 82
4.5. Valo- ja sähköhoito sekä psykokirurgia ... 83
4.6. Uskonnolliset kokemukset ja yhdessäolo ... 85
4.7. Psykoterapia ... 89
4.7.1. Miten psykoterapia muuttaa aivoja ... 91
4.7.2. Psykoterapian vaikutusten tutkiminen ... 91
4.7.3. Aivojen muutoksista psykoterapiamekanismeihin ... 92
4.7.4. Molekyylien psykodynamiikka ... 93
4.8. Plasebo eli lumehoito ... 94
4.9. Dopamiiniefekti ... 94
4.10. Kognitiivinen prosessointi ja ajatusten muokkaaminen ... 98

5. Psyykkinen normaalius – ja muut mielenhäiriöt ... 101
5.1. Kuka on psyykkisesti ”normaali” tai ”terve”? ... 102
5.2. Lasten ja nuorten normaali kehitys ... 102
5.3. Psyykkiset suojaavat tekijät sekä psyykkiset riskitekijät ... 120
5.4. Temperamentti, luonne ja persoonallisuus ... 121
5.5. Mitä on häiriö? Mitä on sairaus? ... 131
5.6. Psykiatrisen tautiluokituksen problematiikka ... 134
5.7. Moninaisista oireista moninaisiin häiriöihin ja sairauksiin ... 135
5.7.1. Psykiatristen sairauksien luokitteleminen ... 135
5.7.2. Psykosomaattiset sairaudet ... 153
6. Psyykkinen kriisi ... 157
6.1. Traumaattinen kriisi sekä kehitys- ja elämäntilannekriisi ... 160
6.2. Kriisi ja trauma kokemuksena ... 162
6.3. Mahdollisia trauman oireita eri ikäkausina ... 162
7. Lapsiin kohdistuva väkivalta ja rikokset ... 169
7.1. Lasten asema maailmassa ... 169
7.2. Väkivallan vaikutukset ... 172
7.3. Lapsiuhritutkimus ... 173
7.4. Kuritusväkivalta ... 175
7.5. Maahanmuuttajaperheiden lapset ... 176
7.6. Lapsikauppa ... 178
7.7. Lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö ... 180
7.7.1. Lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö rikoslaissa ... 180
7.7.2. Lapsen seksuaalisen hyväksikäytön seurauksia ... 182
7.8. Yhteenvetoa lasten kaltoinkohtelusta ... 183
8. Parentifikaatio – roolien vääristyminen perheessä ... 187
8.1. Roolien vääristymisen taustatekijöitä ... 187
8.2. Parentifikaation seurauksia ... 189
8.3. Parentifikaatio ja vanhemman alkoholismi primaariperheessä ... 192
8.4. Nuoret, vanhempien ristiriidat ja parentifikaatio ... 193
8.5. Parentifikaatio ja kiintymyssuhde ... 194
8.6. Parentifikaatio ja terapia ... 195
8.7. Parentifikaatio ammatinvalinnan taustalla ... 196
8.8. Parentifikaation arviointikaavake ... 198
8.9. Yhteenvetoa parentifikaatiosta ... 199
9. Perheväkivalta ... 201
9.1. Mitä perheväkivalta on? ... 202
9.2. Perheväkivallan seurauksia ... 204
9.3. Mahdollisia merkkejä perheväkivallasta ... 206
9.4. Perheväkivallan hoito ... 209

9.4.1. Lastensuojeluilmoitus ... 211
9.4.2. Perheväkivallasta kysyminen ... 213
9.4.3. Turvallisuudesta huolehtiminen ... 218
10. Ongelmalliset kriisireaktiot ... 223
10.1. Dissosiaatio ... 223
10.2. Ylivilkkaus ja muut traumaoireet ... 226
10.3. Defenssimekanismit ... 227
11. Hyvä kriisiapu ja -hoito ... 231
11.1. Elämäntilanne ja kehityskriisit ... 231
11.1.1. Työttömyyskriisi ... 232
11.1.2. Seksuaalisuuden ja sukupuoli-identiteetin kriisit ... 235
11.1.3. Parisuhdekriisit ... 236
11.2. Äkillisen traumaattisen kriisin hoito ... 246
11.3. Menetelmät eri kriisiprosessin vaiheissa ... 256
11.3.1. Ennakointivaihe ... 256
11.3.2. Psyykkinen sokki ... 258
11.3.3. Reaktiovaihe ... 258
11.3.4. Työstämis- ja käsittelyvaihe ... 259
12. Menetelmät ongelmallisimmissa reaktioissa ... 261
12.1. Traumojen ja dissosiaation hoitomenetelmiä ... 261
12.2. Lapsena hyväksi käytetyn sisäiset roolit ja omien rajojen puolustaminen ... 263
12.3. OEI-menetelmä – havainnon ja kokemuksen integroiminen ... 264
12.3.1. Silmien peittäminen vuorotellen (switching) ... 266
12.3.2. Kaariliike (sweeping) ... 267
12.3.3. Aistivääristymien häivytys (glitch massaging) ... 268
12.3.4. Kaksoiskuvat ja molemminpuolinen stimulaatio (glitch holding) ... 269
12.3.5. Helpottavien pisteiden hyödyntäminen (applying release points) ... 270
12.3.6. OEI-tekniikoiden käyttömahdollisuuksia ... 270
12.4. Traumakeskeinen tai nykyhetkeen keskittyvä ryhmäterapia ... 272
12.5. Yhteenveto ... 272
13. Suisidaalisuus ... 277
13.1. Itsemurhavaaran arviointi ... 281
13.2. Hoitosuhde ja suisidaalisuus ... 289
13.3. Interventioita itsemurhakriisissä olevan auttamiseksi ... 290
13.3.1. Vaarallisten esineiden poistaminen ... 291
13.3.2. Sosiaalinen tuki ... 292
13.3.3. Hoitoonsitoutumissopimus ... 293

13.3.4. Kriisikortti ... 296
13.3.5. Oireidenmukainen interventio ... 300
13.3.6. Mielialakaavio ... 302
13.3.7. Aarrearkku ... 303
13.3.8. Suisidaalisuuskriisi-interventio henkilöille, jotka eivät käy terapiassa ... 304
13.4. Yhteenvetoa suisidaalisuuden hoitamisesta ... 306
14. Sairaalahoito ... 311
15. Nykyajan ilmiöitä ... 315
15.1. ADHD ... 315
15.1.1. ADHD-ilmiön historiaa ... 316
15.1.2. Miten ADHD ilmenee ... 316
15.1.3. ADHD:n hoitosuositukset ... 320
15.1.4. Väärän diagnoosin ja turhan hoidon seurauksia ... 322
15.1.5. ADHD ja ahdistuneisuushäiriöt ... 324
15.2. Internetpornon aiheuttama riippuvuus ... 325
15.2.1. Laaja pornotutkimus ... 325
15.2.2. Vaaraa ei helposti tunnista ... 327
15.2.3. Evoluution aikaansaannosta ... 328
15.2.4. Yhteenveto ... 330
15.2.5. Ihmisellä ei ole laajakaista-aivoja ... 331
15.3. Syömishäiriöt ... 332
15.3.1. Anoreksia, bulimia ja ortoreksia ... 332
15.3.2. Historiallinen konteksti syömishäiriön kliinisessä hoidossa ... 334
Loppuviitteet ... 336
Lähteet ... 340

Esipuhe

On juhannuspäivä 2012, ja katselen hetken torin suuntaan työhuoneeni ikkunasta. Tänään Joensuun keskustassa ei näemmä pyöri paljonkaan porukkaa. Missä kaikki oikein ovat? Taitavat olla mökeillänsä tai tuttujensa mökeillä ja niin edelleen… Paljonkohan tänäkin juhannuksena on Suomessa juotu viinaa? Monikohan on joutunut väkivallan uhriksi? Monessako perheessä on särkynyt pienempien ja isompienkin ihmisten mieliä? Monikohan on hukkunut? Montakohan tulipaloa? Monikohan on joutunut psyykkiseen kriisiin tänä juhannuksena täällä murheellisten laulujen maassa?

Muistan jo perusopintojen ajoilta ilmiön, että aina kun opiskeltiin uusia tauteja, niin yksi ja toinen meistä opiskelijoista havaitsi ”oireita” itsessään tai läheisissään. On mahdollista, että tämänkin kirjan lukeminen aikaansaa näitä ”sivuvaikutuksia”. Etenkin kun puhutaan traumoista ja kriiseistä, on jopa todennäköistä, että myös lukijan omat traumat ja kriisit – joko itse koetut tai ne, joissa on ollut mukana auttajana – voivat palautua mieleen. Myös posttraumaattisten oireiden aktivoituminen on mahdollista. Jos tällaisia oireita ilmenee eivätkä ne mene ohi muutamassa päivässä, saattaa se olla merkki siitä, että lukijalla voi olla työstämättömiä traumoja tai keskeneräisiä kriisejä. Tällaisessa tilanteessa saattaa olla hyödyllistä keskustella asiasta jonkun kanssa.

Suurin osa psykiatrisen avohoidon ja muun psykososiaalisen hyvinvoinnin asiantuntijoista jää juhannuksen aikoihin ansaitulle kesälomalleen. Voi kestää aika pitkään, ennen kuin tänä juhannuksena aktivoituneista psyykkisistä oireista kärsivät ihmiset pääsevät ammattiavun piiriin. Onneksi suurin osa heistä selviää kriiseistänsä ilman ammattiauttajia. Joukossa on kuitenkin ihmisiä, jotka eivät selviä kriisistä omin neuvoin ja joilla ei ole tukenaan mitään sosiaalista verkostoa. Kriisin joutuneen ihmisen oireet voivat olla hyvinkin vakavia, ja jos ne eivät mene ohi kuukaudessa, on enää

muutama viikko aikaa järjestää apua. Muuten oireiden kroonistuminen on erittäin todennäköistä.

Jos juhannuksena alkaneet kriisi- ja traumaperäiset oireet pitkittyvät, ne kroonistuvat useimmilla viimeistään syyskuuhun mennessä. Voi olla, että katselen nyt maailmaa sinisten silmälasien läpi epäillessäni, että suurin osa tänäkin juhannuksena alkaneista ja yli kuusi viikkoa kestävistä kriisiperäisistä psyykkisistä oireista tulee muuttumaan pysyviksi. Lomien jälkeen ammattiauttajilla on nimittäin yleensä kiire tavata olemassa olevat "vanhat" potilaat ensin. Jonot ovat monessa paikassa muutenkin jo pitkät, eikä hoitotakuu toteudu vieläkään kaikkialla. Matalan kynnyksen hoitopaikkoja on aivan liian vähän. Ammattiauttajalle pääsy edellyttää monessa kunnassa perusterveydenhuollon lähetettä, joka taas edellyttää käyntiä terveyskeskuslääkärillä. Luultavasti monellakaan ei ole vielä tässä vaiheessa pää kainalossa, koska ihmiset selviytyvät vakavienkin oireiden kanssa jonkin aikaa yllättävän hyvin. Tuntuu kuitenkin siltä, että monessa kunnassa pitää todella olla pää kainalossa, jotta pääsee kiireellisesti terveyskeskuslääkärin vastaanotolle. Monessa kunnassa voidaan oikeutetusti kysyä, mitenköhän tämäkin temppu sitten tehdään? Miten ensin saada aika terveyskeskuslääkärille, ja kauanko sitä saa odottaa? Miten sitten saada lähete ammattiauttajalle ja kauanko sinne jonottaminen kestää? Helposti puhumme kuukausista. Kriisistä johtuvien psyykkisten oireiden kanssa meillä ei ole kuitenkaan aikaa kuukausia, vaan enintään viikkoja. Mitä kauemmin hoitoon pääsy kestää, sitä todennäköisempää on oireiden kroonistuminen. Siinä vaiheessa asianomaisen auttaminen vaatii jo jopa kymmenkertaisen määrän hoitoresursseja.

Eräs tämän kirjan kirjoittamisen suurimpia motiiveja on välittää viesti siitä, että meillä on olemassa riittävästi hoitavaa henkilöstöä ja asiantuntemusta. Ongelma on nähdäkseni, että hoitomme painottuu liiaksi jo kroonistuneiden ongelmien parissa kamppailevien hoitoon ja liian vähän niin sanottuun varhaiseen apuun, jolloin psyykkiset ongelmat eivät vielä ole kroonistuneet. Järjestelmämme suurin puute on ehkä siinä, että ihmiset joutuvat odottamaan liian kauan oireidensa kanssa ennen kuin pääsevät hoitoon.

Lapsena koettu kaltoinkohtelu näkyy aikuisuudessa monina erilaisina mielenterveyden häiriöinä. Kaltoinkohtelulla on merkittävä yhteys fobioihin, paniikkihäiriöön, ahdistushäiriöön ja vakavaan masennukseen. Se saattaa vaikuttaa myös päihdehäiriöiden ja epäsosiaalisen persoonallisuushäiriön taustalla. Lapsen kaltoinkohtelu voidaan määritellä passiiviseksi tai aktiiviseksi. Passiivinen kaltoinkohtelu on huolenpidon puutetta, joka voi olla aineellista tai emotionaalista. Aktiivisessa kaltoinkohtelussa ilmenee

psyykkistä, fyysistä tai seksuaalista väkivaltaa, uhkaavaa käytöstä tai muuta lapsen loukkaamista, jota voi tehdä monin eri tavoin. Tiedetään, että jo perheväkivallan näkeminen – vaikkei itse edes olisi sen suora uhri – voi aikaansaada lapsen aivoissa samanlaisia muutoksia, joita on löydetty muun muassa Afganistanissa sotaoloissa palvelleiden sotilaiden aivoista.

Viimeisen vuoden aikana olen tavannut näissä merkeissä yli pari tuhatta psykososiaalisen hyvinvoinnin asiantuntijaa. He ovat työskennelleet sosiaali- ja terveydenhuollossa, koulutoimessa, seurakunnissa, nuorisotoimessa ja kolmannella sektorilla. Olen oppinut hyvin paljon. Monessa paikassa mielenterveydenhoito toimii hämmentävän hyvin, kun taas toisaalla se toimii hämmentävän huonosti. Mielenterveyspuolella jos missä ei todellakaan voida puhua alueellisesta tasa-arvosta. Niin paljon on kiinni yksittäisistä ihmisistä, oivalluksista ja asenteista. Mainitsen mainiona esimerkkinä seinänaapurini, yksivuotissynttäreitään kohta viettävän Joensuun nuorisoaseman. Joensuu on yksi Suomen köyhimmistä kaupungeista. Silti viime vuonna täällä avattiin matalan kynnyksen psykososiaalisen tuen keskus, jossa työskentelee kymmenhenkinen asiantuntijatyöryhmä. Paikalla on psykiatri ja psykologi sekä sosiaaliohjaajia, psykiatrisia sairaanhoitajia ja erityisnuorisonohjaajia. Psyykkiseen kriisiin joutunut nuori ja hänen perheensä saavat keskuksesta oikea-aikaista, asiantuntevaa apua. Ensikäynnille pääsee yleensä saman päivän aikana, ja auttamisprosessi alkaa saman tien. Ei tarvitse jonottaa, eikä tarvita lähetteitä. Nuorisoasemaan voivat olla yhteydessä kaikki, jotka tuntevat siihen tarvetta. Yhteyttä voivat ottaa esimerkiksi nuoren isovanhemmat, mutta yhtä hyvin kyseessä voi olla vaikkapa koulun työntekijä, harrastusjärjestön ohjaaja tai seurakunnan lapsi- ja nuorisotyöntekijä. Mikäli nuori ja hänen perheensä tulevat riittävän ajoissa, he pärjäävät nuorisoaseman tuella eivätkä tarvitse muuta apua.

Miten köyhällä kaupungilla oli varaa ensiluokkaisen nuorisoaseman perustamiseen? Joensuun päättäjät kuuntelivat silloista lastensuojelupalvelujen esimiestä, jonka mukaan köyhällä kaupungilla ei ole varaa antaa ihmisten ongelmien kroonistua. Tällaisen yksikön vuosibudjetti lienee puolen miljoonan euron tietämillä. Onko se paljon vai vähän? Se on vähemmän kuin kolmen lapsen vuosihoitokulut kalliimmassa psykiatrisessa laitoshoidossa. Se on vähemmän kuin viiden huostaan otetun lapsen vuosihoitokulut keskihintaisessa yksityisessä ammatillisessa lastensuojeluyksikössä. Köyhän kaupungin varat loppuisivat alta aikayksikön, jos nuorisoaseman tyyppistä ratkaisua ei olisi keksitty. Muuallakin olen kuullut ilokseni samansuuntaisista oivalluksista. Tulee vain pitää huoli siitä, että apua on tarjolla oikeaan aikaan ja että kalenteria ei täytetä liian kroonistuneilla tapauksilla. On aina olemassa riski, että hoidot tavallaan ”jäävät päälle”. Riski on sitä suurempi,

mitä kroonistuneempia asiakkaita tavataan. Hekin tarvitsevat toki apua ja hoitoa, mutta se ei saisi tapahtua varhaisen avun kustannuksella. Sellainen tulee kalliiksi eikä auta perusongelmassamme. Väestömme on keskimäärin tervettä ja ammattilaisia on riittävästi, mutta hoidon annostelua ja ajoitusta tulee parantaa.

Ne kunnat, jotka 1990-luvun lama-aikaan supistivat ennalta ehkäiseviä matalan kynnyksen avohoitopalveluja, eivät lopulta säästäneet rahaa. Ne joutuivat päinvastoin maksamaan moninkertaisen hinnan lastensuojelukuluina ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon sairaalakustannuksina.[1]

Vaikka teenkin nykyään pääosin tutkimus- ja kehittämistyötä, saan edelleen pitää vastaanottoa ja tavata asiakkaita kahtena päivänä viikossa. Teen niin yksilöpsykoterapiaa, pariterapiaa kuin perheterapiaakin. Lisäksi toimin työnohjaajana muille ammattiauttajille. Tämä on se osa työstäni, josta yhä jaksan innostua eniten. Asiakkaani ovat poikkeuksetta olleet parhaita opettajiani. Minulle on kertynyt kliinistä kokemusta kuntoutuskeskuksesta, perheneuvolasta, koulusta sekä yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Olen liian monta kertaa törmännyt siihen, että järjestelmämme suorastaan pakottaa odottamaan ongelmien kroonistumista. Aiemmin ei saa apua. Olen täysin vakuuttunut siitä, ettei tässä ole järjenhäivääkään. Meidän olisi pakko keksiä uusia keinoja, joilla ihmisiä voitaisiin auttaa, ennen kuin heidän ongelmistaan tulee pysyviä. Tarvitaan varhaisen avun mekanismeja, joilla voidaan todistetusti ehkäistä myöhäisempiä, kalliimpia interventioita. Tämä edellyttää hieman poliittistakin rohkeutta, mutta ennen kaikkea sitä, että vaivaudutaan perehtymään siihen tietoon, joka meillä on jo käytettävissä.

Tässä kirjassa yritän koota yhteen tämänhetkisiä ajatuksiani näistä asioista. Olen valinnut fokukseksi kriisin ja kriisiavun. Tarkoituksenani on avata omia henkilökohtaisia oivalluksiani sekä oppeja, jotka ovat vakiintuneet osaksi kliinistä työskentelyäni. Tämä on siis yhden koulutetun ammattilaisen käyttöteoriaa, eikä se pyri olemaan ”parempi totuus” kuin jokin muu. Vaikka oma suhteeni psykiatriaan ja psykologiaan on vuosien varrella muuttunut, arvostan yhä tieteitä ja näyttöön perustuvaa hoitoideologiaa. Silti huomaan, että uskallan nykyään ainakin lievästi haastaa tiettyjä vallitsevia ideologioita ja hoitostrategioita. Tarkoituksenani on ainoastaan osoittaa, että muitakin ilmansuuntia on olemassa; en sano, mihin ilmansuuntaan kenenkin pitäisi kulkea. Jos onnistun herättämään rakentavaa keskustelua tästä aihepiiristä, se riittää minulle mainiosti.

Kirjassa pohdiskelen muun muassa seuraavia kysymyksiä:

- Mitä on psyykkinen oireilu?
- Mitä ovat psykiatriset sairaudet?
- Miksi mieli särkyy?
- Miten psyykkinen kriisi ja traumat liittyvät psyykkisiin oireisiin ja psykiatrisiin sairauksiin?
- Miten kriisissä olevaa ja psyykkisesti oireilevaa tulisi nykytietämyksen valossa auttaa?
- Voidaanko oikein ajoitetulla ja oikein annostetulla psykososiaalisella tuella sekä laadukkaalla kriisityöllä ehkäistä psykiatristen sairauksien puhkeamisia?

Tämä kirja on tarkoitettu kaikille, jotka työkseen työskentelevät lasten ja nuorten sekä heille tärkeiden kanssa. Kirja soveltuu myös tiedosta kiinnostuneille ”psy-puolen” asiakkaille ja alan opiskelijoille. Käytän kirjassa rinnakkain useita termejä, joilla kuvaan ammattiauttajaa. Näitä ovat mm. terapeutti, psykiatri, työntekijä, sosiaalityöntekijä ja hoitaja. Suurin osa kirjan ohjeista sopii kaikille niille vuorovaikutuksen ammattilaisille, jotka tapaavat asiakkaita kasvotusten. Jokainen ammattihenkilö – tittelistään riippumatta – voi soveltaa kirjoitettua omaan kliiniseen todellisuuteensa. Käytän myös tapaamisista vaihtelevia nimiä, kuten istunto, sessio, tapaaminen, terapiaistunto, hoitotapaaminen, keskustelu jne.

1. Sairas Suomen kansa?

Useasta lähteestä kuulee, että moni sairaus on lisääntynyt Suomessa merkittävästi. Ihmiset tarvitsevat ja käyttävät monenlaisia hoitoja nyt enemmän kuin milloinkaan. Lääkäreitä ei ole juuri missään riittävästi. Muutakaan hoitoa ei tahdo saada. Jonot terveyspalveluihin ovat pitkiä joka puolella, eikä rahallakaan enää aina saa apua…

Vuonna 1945 ihmisten elinikä oli keskimäärin 20 vuotta lyhyempi kuin vuonna 2002. Toisen maailmansodan päätyttyä lähes joka kolmas kuolema Suomessa johtui tuberkuloosista tai muista tartuntataudeista. Tartuntatauti- ja imeväiskuolleisuus vähenivät merkittävästi 1950-luvulla. Kun sodanjälkeistä aikaa verrataan 2000-luvun alkuun, tartuntatautien lisäksi raskausajan ja varhaislapsuuden terveysongelmat olivat erittäin paljon yleisempiä. Vielä vuonna 1945 äitiyskuolleisuus oli 80-kertainen 1980-luvulla vakiintuneeseen nykytasoon verrattuna. 1940-luvun loppupuolella jopa 6 % elävänä syntyneistä lapsista kuoli alle yksivuotiaana. Äitien ja vastasyntyneiden terveys koheni kuitenkin huomattavasti, kun elinolomme ja neuvolajärjestelmämme kehittyivät toisen maailmansodan jälkeen. Vuoteen 1956 mennessä imeväiskuolleisuus oli pienentynyt 2 %:iin. Tämä oli seitsemänneksi matalin kansallinen taso koko maailmassa. Vuonna 2002 enää 3 promillea vastasyntyneistä kuoli imeväisiässä.

Väestömme elinajanodotteen myönteinen kehitys kuitenkin hidastui 1960-luvulle tultaessa, sillä työikäisten sepelvaltimotautikuolemat yleistyivät silloin maailmanennätystasolle. Väestöllä alkoi olla jo varaa ostaa kahvia, voita ja viinaa. Pekka Puskan ja monen muun kansanterveystyön asiantuntijan ansiota on, että hyviä muutoksia saatiin aikaan nopeasti. Elintapojen muututtua sydän- ja verisuonitautikuolleisuus on vähentynyt paljon sitten 1970-luvun alun. Nyt tosin terveysongelmina ovat alkaneet korostua pitkäaikaissairaudet ja niistä johtuvat toimintakyvyn rajoitukset.[2] Mielenkiintoista on nähdä, mitä vaikutuksia on sillä, että nuorisomme fyysinen kunto on nyt huonompaa kuin koskaan ennen. Lapset ja nuoret liikkuvat merkittävästi vähemmän. Vaikka armeijassakin on laskettu paikoin rimaa, ei ole enää lainkaan harvinaista, ettei nuori selviydy sen fyysisistä rasitteista. Kouluissakin liikunnanopetusta on vähennetty, vaikka sitä on välillä yritetty lisätäkin. Myös tämän ajan ruokavaliomuoti, vähähiilihydraattinen dieetti

eli karppaus, luultavasti ennen pitkää vaikuttaa ihmisten terveydentilaan. Nämä vaikutukset jäänevät tulevien tutkijoiden selvitettäväksi.

20–54-vuotiasta noin 55 % ja 55–74-vuotiaista jopa 58 % pitää elämänlaatuaan hyvänä. Voivatko siis kuusikymppiset paremmin? Tilastojen mukaan he ovat keskimäärin hyvin aktiivisia ja harrastavat myös kuntoilua enemmän kuin nuoret. Terveydentilasta voidaan todeta, että sen koetaan huononevan iän myötä, mutta muutos ei ehkä ole niin radikaali kuin voisi kuvitella.

- Fakta on, että suomalaiset voivat nyt keskimäärin paremmin kuin koskaan aikaisemmin.
- Lasten ja nuorten kunto on viime vuosina rapautunut, mikä on erittäin huolestuttava asia.
- Fakta on, että nykyään joka sadas syntyvä lapsi koulutetaan lääkäriksi.
- Fakta on, että vuonna 2012 Suomessa syödään psyykenlääkkeitä enemmän kuin koskaan aikaisemmin.
- Vaikka psykiatriset sairaalapaikat ovat aikuispsykiatriassa vähentyneet, lasten ja nuorten psykiatriassa tilanne on päinvastainen.

1.1. Ovatko psykiatriset sairaudet lisääntyneet Suomessa?

Suomessa on tällä hetkellä enemmän psykososiaalisen hyvinvoinnin asiantuntijoita kuin koskaan aikaisemmin. Psykiatrisessa sairaanhoidossa työskenteleviä sairaanhoitajia on meillä enemmän kuin missään muualla Euroopassa, kun määrä suhteutetaan väestöön. Psykiatrejakin on tämän mittapuun mukaan toiseksi eniten Euroopassa.[3] Monella mittarilla arvioituna suomalainen psykiatria on kansainvälisesti korkeatasoista. Samaan aikaan monet kokemukset kertovat siitä, että mielenterveyspalvelujen tila on Suomessa huolestuttava. Palveluja ei tunnu olevan riittävästi missään päin maata. Pakkohoitoa käytetään meillä paljon muuhun Eurooppaan verrattuna, ja pakkohoitojen määrää voidaankin pitää osoituksena siitä, että avohoitopalveluja ei ole kehitetty riittävästi. Yleisesti ajatellaan nykyään niin, että laadukkaassa psykiatrisessa hoidossa sairaalahoidon tarve on vähäistä. Tämän tavoitteen pitäisi onnistua, kun tarjolla on riittävästi tasokasta ja monipuolista avohoitoa. Riittävä ja laadukas avohoito takaa sen, ettei ihmisiä tarvitse laittaa pakkohoitoon. Pakkohoitojen määrä vaihtelee

myös merkittävästi alueittain. Tämä viittaisi siihen, että muillakin kuin lääketieteellisillä perusteilla on merkitystä pakkohoitoon määrättäessä. Muun muassa hoitokulttuuri vaikuttaa päätöksiin. Tämä ei ole oikein, sillä väestöä tulisi kohdella tasa-arvoisesti, ketään syrjimättä. Suomessa on ylivoimaisesti enemmän yli vuoden kestäviä sairaalahoitojaksoja kuin muissa Pohjoismaissa, jopa enemmän kuin Venäjällä.[4]

Mikä onkaan varmin tapa vähentää psykiatrista sairaalahoitoa?

Olisiko se väestön mielenterveyden edistäminen monin eri keinoin niin, etteivät ihmiset sen johdosta enää tarvitsisi sairaalahoitoa?

Karu tosiasia taitaa olla, että jos sairaalapaikkoja tai kunnallisia lastensuojelun laitospaikkoja on tarjolla, niin niihin riittää aina tulijoita jonoksi asti, edistettiinpä mielenterveyttä miten tahansa.

Varmin tapa taitaa olla laittaa pönkkä psykiatristen sairaaloiden oven eteen. Kun ei ole sairaalapaikkoja, niin on ”pakko sitten keksiä muuta”.

Psykiatrisia sairaalapaikkoja on nykyään jäljellä enää neljäsosa siitä määrästä, jota niitä oli ”parhaimmillaan”. Vaikka sairaalapaikkoja on vähennetty näin kovalla kädellä, ei avohoidon kehitys – sen paremmin laatu kuin määräkään – ole kuitenkaan kulkenut mukana. Suomessa on edelleen kansainvälisesti arvioituna paljon psykiatrisia laitoshoitopaikkoja, mikä sitoo resursseja ja omalta osaltaan estää avohoidon kehittymistä. Suomen Lääkäriliiton lääkärikyselyn mukaan vain noin 20 % psykiatreista toimii avohoidon puolella ja 80 % sairaalahoidon puolella. Perusteena on usein se, että avohoitoa pidetään raskaampana. Siellä toimivien lääkäreiden on myös todettu sairastavan enemmän masennusta ja työuupumusta.[5]

Kehitettävää on, sillä kaikkea emme osaa vielä tehdä oikein. Avohoidossakin lienee parantamisen varaa, sillä suurin osa työajasta kuluu tällä hetkellä niiden potilaiden auttamiseen, joiden ongelmat ovat hyvin kroonistuneita. Liian monen avopuolen ammattilaisen työaika menee kokonaan tai lähes kokonaan niin sanottujen ”ikuisten hoitojen” parissa. Tällöin ei jää riittävästi aikaa niiden auttamiseen, jotka tarvitsisivat tukea vain tilapäisesti. Heille

riittäisi usein vähäisempikin apu, kunhan se annetaan ajoissa. Psykiatriset oireet kroonistuvat helposti, ja kroonistuessaan ne ovat paljon hankalampia hoitaa. Silloin ne vievät myös enemmän ammattilaisten työaikaa.

Suomessa näkyy huolestuttava kehityssuunta, joka koskee alaikäisten psykiatrista sairaalahoitoa. Se on lisääntynyt, vaikka pyrkimyksenä on ollut panostaa avohoitoon ja kotipalveluihin. Vuonna 2008 psykiatrisessa sairaalahoidossa oli kaksi kertaa enemmän alaikäisiä potilaita kuin kymmenen vuotta aiemmin. Tänä aikana myös hoitojaksot ovat pidentyneet 44 %.[6]

Suomessa vain osa mielenterveysongelmaisista saa hoitoa. Vaikka asenteissa on tapahtunut muutoksia, enemmistö jää yhä hoidon ulkopuolelle. Eri tutkimuksissa[7] on ilmennyt, että ainoastaan noin 30–40 % masentuneista on hakenut apua ongelmaansa.

- Väestön mielenterveys ei suinkaan ole heikentynyt.
- Lasten ja nuorten psykiatrinen sairaalahoito on lisääntynyt rajusti, vaikka tavoite on ollut toisensuuntainen.

Väestön mielenterveys ei kuitenkaan ole vastoin yleistä käsitystä heikentynyt. Vaikka mielenterveyspalveluissa onkin kritisoitavaa, ovat ne kuitenkin viimeisten vuosien aikana kehittyneet oikeaan suuntaan. Itsemurhat ovat vähentyneet. Muun muassa masennusta on opittu havaitsemaan ja hoitamaan paremmin. Lisäksi ihmisten asenteet mielenterveysongelmia kohtaan ovat muuttuneet hurjan paljon myönteisemmiksi. Nykyään ei enää tarvitse olla ”hullu” voidakseen käyttää mielenterveyspalveluja. Myös diagnostiikka ja erilaiset hoitomuodot ovat kehittyneet valtavasti. Psykiatrisessa lääkehoidossa on otettu jättiläisen askeleita, ja psykoterapiasta ja sen eri sovelluksista julkaistaan uusia tutkimuksia niin nopeasti, ettei yksittäinen kliinikko tahdo pysyä perässä.

1990-luvulta on alkanut trendi, jossa psyykenlääkkeiden käyttö on lisääntynyt eksponentiaalisesti. Samaan aikaan on tullut entistä tavallisemmaksi se, että sairauseläkkeelle jäädään mielenterveyssyistä. Yksi mahdollinen selitys tälle suuntaukselle on lääkehoitojen kehittyminen ja toisaalta myös niiden tehostunut markkinointi. Lääkkeitä mainostetaan paitsi lääkäreille myös suoraan potilaille. Selitystä voi etsiä myös hoitokäytäntöjen muutoksista sekä epävakaasta taloudesta, joka on lisännyt työttömyyttä ja syrjäytymistä. Kun mielenterveyspalveluista on säästetty, on jäljelle jäänyt vaihtoehto yleensä lääkitseminen. Koska hoitoa ei ole tarjottu riittävästi, ihmisten ongelmat eivät ratkea, vaan ne pakottavat heidät eläköitymään psykiatrisin perustein.

Paradoksaalista on, että väestötutkimusten mukaan mielenterveyden häiriöt ovat viimeksi kuluneiden 25 vuoden aikana joko pysyneet ennallaan tai jopa hieman vähentyneet. Näin on tapahtunut siitä huolimatta, että 1980-luvun lopussa työikäisten lievä psyykkinen oireilu näytti lisääntyneen. Lasten ja nuorten psyykkinen hyvinvointi näyttää toisaalta hyvinkin kaksijakoiselta. Suurin osa lapsista voi vähintään yhtä hyvin tai jopa paremmin kuin aiemmat lapsikohortit. Uusi ilmiö on se, että huonosti voivia lapsia on selvästi aiempaa enemmän. Kaiken kaikkiaan mielenterveyden häiriöt ovat nykyään keskeinen väestön hyvinvointia heikentävä ongelma. Mielenterveyden ongelmat heikentävät kaikenikäisten elämänlaatua ja toimintakykyä. Ne ovat suuri ongelma niin yksittäiselle potilaalle ja hänen läheisilleen kuin koko väestön terveydelle ja kansantaloudelle. Tästä syystä olisi tärkeää, että ammattilaiset jaksaisivat miettiä innovatiivisia vaihtoehtoja nykyisille hoitostrategioille, jotka selkeästikin toimivat vain osittain.[8]

- Vuonna 2011 psyykenlääkkeitä käytti Suomessa yli 700 000 ihmistä.
- Vuonna 2011 Kelan rahoittamaa psykoterapiaa sai Suomessa 14 700 ihmistä (2 % siitä määrästä, joka käytti lääkkeitä).
- Vain kolmannes mielenterveyden pulmista kärsivistä on hoidossa.
- Mihin hoitoresurssit kuluvat? Moni psykiatrisen hoidon ammattilainen käyttää 9/10 työajastaan kroonistuneista ongelmista kärsivien asiakkaiden lähes ”iankaikkisissa” hoidoissa. Työntekijöille ei jää aikaa matalan kynnyksen varhaisen avun tarjoamiseen, jolla voitaisiin ongelmien kroonistuminen suurelta osin ehkäistä.

1.2. Sosiaalinen perimä

Mitä kaikkea ihminen periikään vanhemmiltaan, isovanhemmiltaan ja suvultaan? Viime vuosina on puhuttu paljon psykiatristen pulmien genetiikasta ja periytymisestä. Esimerkiksi kaksisuuntaisen mielialahäiriön on katsottu olevan vahvasti periytyvä sairaus. Perhetutkimukset ovat osoittaneet, että sitä sairastavan henkilön vanhemmilla, sisaruksilla ja lapsilla (eli ensimmäisen asteen sukulaisilla) on 7,8 %:n riski sairastua tähän samaan häiriöön. Tädeillä, sedillä ja isovanhemmilla (eli toisen asteen sukulaisilla) vastaava

sairastumistodennäköisyys on ollut 5–10 %. Sen sijaan niissä perheissä, joissa kaksisuuntaista mielialahäiriötä ei ole aiemmin esiintynyt, kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön on sairastuttu vain noin 0,8 %:n todennäköisyydellä. Perhetutkimusten perusteella ei kuitenkaan voida sanoa, mikä on yhteisen ympäristön ja mikä taas yhteisen geeniperimän vaikutusta. Sen selvittämiseksi tarvitaan adoptio- ja kaksostutkimuksia.

Kunnollisia kaksisuuntaista mielialahäiriötä koskevia adoptiotutkimuksia on ilmeisesti vain kaksi, joista vain toisessa sairastuneiden biologisilla vanhemmilla todettiin enemmän mielialahäiriöitä kuin adoptiovanhemmilla. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön molekyyligeneettinen tutkimus on ollut vilkasta, mutta toistaiseksi ei kuitenkaan ole pystytty osoittamaan geenipaikkaa, joka liittyisi selvästi kyseiseen sairauteen. Todennäköisestä onkin, ettei kyse ole yhden geenin aiheuttamasta taudista, vaan pikemminkin usean geenin aikaansaamasta sairastumisalttiudesta. Taudin puhkeamiseen vaikuttaisivat tällöin suuresti myös ympäristötekijät.[9]

Psykososiaalisten ja emotionaalisten ongelmien yhteydessä onkin hyödyllistä puhua geeniperimän lisäksi ylisukupolvisesta sosiaalisesta perimästä. On itsestään selvää, että kasvuolosuhteet, ympäröivä yhteiskunta ja perhe vaikuttavat paljon yksilön kehitykseen. Tuulikki Kärkkäisen (2004) väitöskirja on tiettävästi yksi ainoista kotimaisista tutkimuksista, jossa käsite sosiaalinen perimä mainitaan otsikossa. Kärkkäinen määrittelee sosiaalisen perimän elämänhallinnan voimavaroiksi, jotka siirtyvät yksilöiden välillä sukupolvelta toiselle. Näihin voimavaroihin kuuluu niin henkisiä, kulttuurisia, sosiaalisia kuin aineellisiakin hyvinvoinnin osatekijöitä.[10]

Yksilön sosiaaliseen perimään ja elämässä selviytymiseen vaikuttavat olosuhteet, joiden keskellä hän varttuu. Tietynlaiset epäsuotuisat olot lisäävät merkittävästi syrjäytymistä, kun taas suotuisat olot parantavat ihmisen toimintakykyä. Sosiaalinen perimä ei kuitenkaan määrää ennalta ihmisen kohtaloa. Tästä ovat osoituksena lukuisat tutkimustulokset, joiden mukaan on aivan mahdollista edetä esimerkiksi tuloluokasta toiseen, saavuttaa varallisuutta, kouluttautua sekä olla huomattavasti edellisiä sukupolvia tyytyväisempi ja onnellisempi. Sitä paitsi on syytä muistaa, että myös lähtökohdiltaan ”hyväosainen” voi syrjäytyä. Tuloluokista voidaan siirtyä molempiin suuntiin.

Köyhyys on puuttunut lähes täysin suomalaisesta yhteiskuntapoliittisesta keskustelusta vielä 1980-luvulla. Köyhyyspolitiikan käsite syntyi vasta 1990-luvulla. Köyhyyden on todettu lisäävän riskiä sairastua psyykkisesti, ja hyvän sosioekonomisen tilanteen on puolestaan todettu edistävän mielenterveyttä. Myös työttömyydellä ja mielenterveysongelmilla on huomattu yhteys. Mielenterveysongelmiin liittyy myös monenlaista huono-osaisuuden kasautumista. Vaikka mielenterveysongelmia ilmenee kaikissa tuloluokissa,

näyttäisivät itsemurhat keskittyvän kaikista huono-osaisimpiin. Juhannuksena 2012 sanomalehti *Karjalaisen Sunnuntaisuomalaisessa* oli juttu, jossa mainittiin, että rikkaat saavat myös enemmän myönteiseksi koettua fyysistä kosketusta kuin köyhemmät.

Perheen lisäksi koko ympäröivällä yhteiskunnalla on oma vaikutuksensa siihen, millaiseksi lapsen sosiaalinen perimä muotoutuu. Perheessä olevat puutteet on tiettyyn rajaan asti mahdollista korvata tuella, jota saa muilta tärkeiltä ihmisiltä. Köyhyys sinänsä ei tuota negatiivista sosiaalista perimää. Kyse on enemmänkin siitä, millä tavoin perhe on mukana yhteiskunnassa. Olennaista on, millaisia ovat perheenjäsenten välit ja millaisia suhteita heillä on muihin ihmisiin. Kiintymyssuhdeteoria tarjoaa hyvän viitekehyksen sosiaalisen perimän tutkimiselle ja ymmärtämiselle. Nykyään tiedetään, että kiintymyssuhdemallit eivät ole välttämättä niin pysyviä kuin on joskus oletettu. Kiintymyssuhdeteorian avulla on mahdollista selittää myös, millaiset korjaavat kokemukset ovat riittäviä, kun halutaan paikata kiintymyssuhdevauriot ja katkaista negatiivisen periytymisen kierre.

On kiistaton tosiasia, että perhetausta ja varhaislapsuuden kasvuolot vaikuttavat lapsen kehitykseen. Lapsi ja nuori tarvitsevat ennen muuta rakkautta, huomiota, aikaa ja kunnioitusta. Tämä tarkoittaa, että aikuisen tulisi olla vuorovaikutuksessa lapsen kanssa. Myönteisen palautteen antaminen on tärkeää, mutta myös vaikeista asioista keskusteleminen edistää lapsen hyvinvointia. Nykytietämyksen valossa on mahdollista löytää ne perheet, joissa negatiivinen sosiaalinen perimä on muita todennäköisempi. Näille perheille pitäisi tarjota riittävästi tukea. Voidaan tietenkin kysyä, onko tämä mahdollista ilman jonkinasteista häpeäleimaa. Riittävällä tuella on kuitenkin mahdollista katkaista negatiivisen sosiaalisen periytymiskierre. Huostaanottoja pohdittaessa tulisi hyödyntää niiden asiantuntijoiden neuvoja, jotka ovat perehtyneet kiintymyssuhdemenetelmiin. Näillä menetelmillä on mahdollista selvittää, millaisella tuella vanhempia voidaan auttaa kasvamaan riittävään vanhemmuuteen (äitiyteen ja isyyteen). Lapset saisivat tällöin varttua omissa primaariperheissään. Monessa sosiaalitoimistossa on asiakkaina sukuja, jotka ovat olleet siellä sukupolvesta toiseen. Huostaanottojenkin tiedetään olevan jossain määrin periytyviä. Suomessa on ainakin 600 000 ihmistä, jotka elävät köyhyysrajan alapuolella, ja 120 000 heistä on lapsia.[11]

- Köyhyys lisää mielenterveyspulmien riskiä.
- Rahalla ei voi kuitenkaan taata onnea eikä ostaa rakkautta.
- Negatiivinen sosiaalinen periytyminen on mahdollista estää, kun perheitä tuetaan oikein.

1.3. Sota ja ylisukupolvisesti periytyvä trauma

Erityisesti ne traumaattiset kokemukset, jotka jättävät ihmiseen käsittelemättömiä pelkoja, siirtyvät vanhemmilta lapsille – joskus jopa useiden sukupolvien päähän.[12] Vannoutuneimmatkaan geenipsykiatrian kannattajat eivät pidä traumojen ylisukupolvista periytymistä mahdottomana, sillä heidän mukaansa traumat saattavat siirtyä suoraan ituradan solujen epigeneettisten muutosten kautta.

Sosiologi Sari Näreen mukaan suomalainen tunneilmasto on yhä kylmä ja suomalaisten kiintymyssuhteet sodan jäljiltä keskimääräistä välttelevämpiä. Sosiaalipsykiatrian professori Jussi Kauhanen puolestaan katsoo, että talvisota näkyy yhä koko suomalaisessa kulttuurissa. Janoamme sankaritekoja ja kamppailemme taukoamatta paikasta kansakuntana muiden joukossa. Kun Lordi voitti Euroviisut tai kun kiekkoleijonat voittivat jääkiekon MM-kisat, ilmassa oli ”talvisodan henkeä”. Voitonriemumme onkin jossain määrin erilaista kuin esimerkiksi naapurimaassamme Ruotsissa. Talvi- ja jatkosodassa kuoli tai katosi yli 90 000 suomalaista. Heitä jäivät suremaan miljoonat: vanhemmat, lesket ja lapset, mutta myös ystävät, sukulaiset ja muut läheiset. Näissä sodissa haavoittui lisäksi noin 200 000 suomalaista. Voi vain kuvitella, mitä kaikkia traumoja kerrannaisvaikutuksineen tähän liittyi. Sota kosketti sotilaiden ja heidän läheistensä lisäksi koko yhteiskuntaa. Sota keskeytti monelta normaalin psykoemotionaalisen kehityksen. Sota vei monelta lapsuuden. Sota vei monelta kodin, maat ja mannut. Se vei evakkotielle ja aloitti säännöstelyn niukat vuodet. Sota toi mukanaan myös asioita, joista ei puhuta paljon vieläkään: ison huumeaallon ja räjähdysmäisesti lisääntyneet sukupuolitaudit.

Sodan jälkeen alkoi raskas jälleenrakennusaika. Vuosia kestäneen sodan kollektiivista traumaa ei päästy työstämään tuoreeltaan, sillä näistä asioista ei yksinkertaisesti saanut tuolloin puhua. Se oli kiellettyä. Vaikeneminen kuitenkin vain syvensi vaurioita ihmisten mielessä. Haavat olivatkin usein elinikäisiä.[13] Työskentelin työurani ensimmäiset viisi vuotta sotainvalidien kuntoutuskeskuksessa, jossa sain kuulla – joskus vasta kuolinvuoteella – surullisia ja traumaattisia tarinoita. Kuvaavaa on, että nämä kertojat kärsivät pitkälle edenneestä muistisairaudesta. Mistä ei voinut puhua, siitä oli vaietava. Mitä ei voinut muistella, sitä ei toisaalta voinut myöskään unohtaa.

Vuosikymmenet on tiedetty, että sotaveteraaneilla traumaperäiset oireyhtymät ja skitsofreniaoireet ovat hyvin samankaltaisia ja niitä esiintyy samanaikaisesti. Tämä koskee erityisesti vainoharhaisuutta ja hallusinaatioita. Niillä sotaveteraaneilla, joilla on ollut eniten traumoja, on ollut myös eniten skitsofreniaoireita.

On olemassa näyttöä siitä, että väkivaltatrauman kokenut ihminen käyttäytyy todennäköisesti myös itse väkivaltaisesti myöhemmässä elämässään. Hän voi jopa synnyttää ylisukupolvisen väkivaltakierteen, mikäli hän ei saa apua väkivaltatraumansa käsittelyyn. Tämän avun pitäisi olla saatavana riittävän varhain. Jopa 80 % rikollisista ja väkivallantekijöistä on kokenut vakavia traumoja lapsuudessaan. Myös rikollisiksi ajautuneiden sekä väkivaltaan syyllistyneiden vanhemmat ja isovanhemmat ovat todennäköisemmin kokeneet väkivaltaa lapsuudessaan.[14] Luultavasti muillakin kuin väkivaltaan liittyvillä traumoilla on taipumusta periytyä sukupolvien yli.[15]

1.4. Kenen lauluja laulat?

Pohditaanpa seuraavaa kysymystä. Jos psykiatrian diagnostisista kriteereistä päättää ihminen, joka saa edes osan toimeentulostaan lääketeollisuudesta, vaikuttaako se näihin kriteereihin ja käypä hoito -suosituksiin? Oma hypoteesini on, että miten se voisi olla vaikuttamatta. Muun väittäminen tuntuisi varsin sinisilmäiseltä, jopa kaksinaismoralistiselta. Oman edun ajaminen on luultavasti niin syvällä ihmisen geeneissä, ettei hän voi toimia muuten, vaikka tahtoisikin. Vaikka pystyisi tietoisesti päättämään toisin, niin alitajuisesti ihminen todennäköisesti pyrkii tekemään itselleen uskollisia ratkaisuja.

Psykoterapiatutkimusta tehdään maailmalla tosi paljon, kun otetaan huomioon, että psykoterapiaa käytetään lääkehoitoon verrattuna hyvin vähän. Kun kyse on psykoterapiatutkimuksen rahoituksesta, niin kumpaa tutkimusta arvelette lääkeyhtiön lähtevän rahoittamaan: a) lääkkeetöntä vai b) lääkkeellistä? Olen pohtinut, miksi tiettyjen psykoterapiasuuntausten vaikuttavuus- ja kehittämistutkimukset ovat yliedustettuja. Minulla ei ole esittää varsinaista todistusaineistoa, mutta tiedän, että joissakin psykoterapeuttisissa suuntauksissa lääkehoito kuuluu kuvioon olennaisena osana. Toisissa terapiasuuntauksissa psyykenlääkkeisiin saatetaan sitä vastoin suhtautua kielteisesti. Isot rahat eivät kuitenkaan pyöri psykoterapiabisneksessä eivätkä niin sanotussa psykoterapiakoulutusbisneksessäkään. Isot rahat pyörivät lääketeollisuudessa. Suomessa psyykenlääkkeitä käytti vuonna 2011 yli 700 000 ihmistä, ja nämä lääkkeet ovat usein kalliita, varsinkin jos lääkkeellä ei vielä ole edullisia rinnakkaisvalmisteita. Vuoden lääkkeet maksavat helposti satoja euroja, joskus jopa tuhansia. Kyse on niin isoista rahoista, että maailmalla ainoastaan aseteollisuus taitaa olla suurempaa liiketoimintaa.

American Psychiatric Association (APA) laatii uutta, viidettä versiota psykiatristen häiriöiden diagnoosiluokituksestaan (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, DSM). Edellisen, vuonna 1994 julkaistun DSM IV:n tekijöiltä ei vaadittu sidonnaisuusilmoituksia, mutta DSM-5:tä varten APA antoi ohjeet sidonnaisuuksien ilmoittamisesta, tavoitteena ”vääristymätön, näyttöön perustuva DSM, joka on vapaa kaikista sidonnaisuuksista”[16]. Taustalla lienee oivallus, että ihminen ajaa loppujen lopuksi kuitenkin omaa etuaan. Kun sidosryhmien ilmoittamisesta tehtiin pakollista, ajateltiin ehkä, että jo pelkkä vaatimus vähentäisi esimerkiksi hoitosuositusten tekijöiden sidonnaisuuksia. Näinköhän on?

Diagnostisista kriteereistä (ja sen myötä hoitosuosituksista) päättävien työryhmien kokoonpanoja jouduttiinkin muuttamaan, sillä alkuvuodesta 2011 kävi ilmi, että jopa 72 %:lla työryhmien jäsenistä oli kytköksiä lääketeollisuuteen. Alkuvuoteen 2012 mennessä annettujen ilmoitusten perusteella näyttää kuitenkin siltä, että edelleen 69 %:lla työryhmien jäsenistä on sidonnaisuuksia teollisuuteen[17].

Kun tarkastellaan tilannetta työryhmittäin, lähes kaikissa DSM-5:n työryhmissä jäsenten enemmistöllä on taloudellisia sidonnaisuuksia lääketeollisuuteen. ADHD:n ja käytöshäiriöiden diagnostisia kriteereitä laatii työryhmä, jonka jäsenistä jopa 83 %:lla on sidonnaisuuksia. Mielialahäiriöiden työryhmässä sidonnaisuuksia on 67 %:lla ja unihäiriöiden työryhmässä 100 %:lla jäsenistä. Vaikuttaakin vahvasti siltä, että vaatimus sidosryhmien ilmoittamisesta ei yksin riitä – ainakaan jos tavoitteena todella on vähentää hoito- ja diagnostiikkasuositusten tekijöiden sidonnaisuuksia.[18]

2. Psykiatrian eri paradigmoista

Jo antiikin ajoista lähtien ihmisen psyykkisen tilan on katsottu johtuvan fyysisistä seikoista. Antiikin Roomassa vaikuttanut ja Kreikassa syntynyt lääkäri Claudios Galenos (129 – n. 200 jKr.) omaksui antiikin Kreikan ajattelusta humoraaliopin eli opin neljästä perusnesteestä (veri, sappi, musta sappi ja lima). Sen mukaan sairaudet aiheutuivat näiden nesteiden välisten suhteiden häiriintymisestä. Sittemmin Galenos siirtyi kannattamaan niin sanottujen pneumaatikkojen käsityksiä, joiden mukaan terveys ja sairaus määräytyivät kyseisten nesteiden perusominaisuuksista ja niiden sekoittumissuhteesta käsin. Näitä perusominaisuuksia katsottiin olevan neljä (kuuma, kylmä, kuiva ja kostea). Antiikin humoraaliopin ja Galenoksen temperamenttiopin perusteella arabialaiset lääkärit jakoivat keskiajalla ihmiset neljän perusnesteen mukaisesti neljään temperamenttityyppiin: sangviinisiin (lat. *sanguis*, 'veri'), koleerisiin (kreik. *chole*, 'sappi '), melankolisiin (kreik. *melanchole*, 'musta sappi') ja flegmaattisiin (kreik. *phlegma*, 'lima'). Näitä luonnehtivat vastaavassa järjestyksessä pareittain ominaisuudet lämmin ja kostea, lämmin ja kuiva, kylmä ja kuiva sekä kylmä ja kostea. Sangviininen oli luonteeltaan iloinen, koleerinen kiivas, melankolinen synkkä ja flegmaattinen hidas. Sittemmin ranskalainen sosiologi Auguste Comte (1798–1857) korosti hänkin kaikkien sielullisten kykyjen johtumista biologisista seikoista. Sinänsä aikamme biopsykiatriassa ei ole mitään uutta.

2.1. Biopsykososiaalinen ihmiskäsitys

Pitkään on puhuttu psyykestä ja soomasta eli mielestä ja ruumiista tai sielusta ja ruumiista. Psykosomatiikka on ollut ensimmäisiä yrityksiä ymmärtää ihmistä, jolla on selittämättömiä somaattisia oireita. Oudon oireilun tai hysteerisen halvauksen syynä voitiin sen myötä pitää paitsi jotain solutason ongelmaa myös psykodynaamista konfliktia, johon ihminen on ajautunut. Vaikka tutkimus on ollut kiinnostunut kartoittamaan ja ymmärtämään psyyken ja sooman yhteyksiä, psykosomaattinen dualistinen ajattelutapa ohjaa edelleen niin lääkäreiden kuin potilaidenkin ajatuksia ja toimintaa.

Somaattisen lääkärin on helppo todeta, että ongelma on ”korvien välissä”, ellei oireille löydy tutkimuksissa selitystä. Selittämättömästi oireileva, biolääketieteen ymmärryksen ylittävä potilas lähetetään herkästi psykiatrin arvioitavaksi. Valitettavasti psykiatrin käyttämillä kriteereillä ja diagnostisilla luokitteluilla ei pystytä aina kuvaamaan potilaan kokonaistilannetta niin, että tämä saisi tarvitsemansa avun. Moninaisesti oireilevat potilaat eivät useimmiten motivoidu psykiatriseen hoitoon, sillä heidän mielestään vika ei suinkaan ole korvien välissä. Somatiikan lääkärin ja psykiatrin välille ei myöskään välttämättä synny vuoropuhelua, joka olisi riittävän oivaltavaa, hedelmällistä ja kokonaistilannetta uudella tavalla jäsentävää. Yleissairaalapsykiatria voidaan tulkita uudeksi yhteistyön versoksi psykiatrian ja muun lääketieteen välillä, mutta käytännössä yleissairaalapsykiatrin työn tulokset jäävät valitettavan laihoiksi. Usein työ on pelkkää psyykkisen tilanteen ja diagnostiikan arviointia, B-lausuntojen kirjoittamista ja mahdollisen psykiatrisen hoidon järjestämistä.[19]

On siis tiedetty jo kauan, että monilla ruumiillisilla oireilla ei ole helposti löytyvää fyysistä, lääketieteellistä selitystä. On puhuttu psykosomatiikasta, somatisaatiosta ja somatomorfisista oireista. Totuus lienee tarua ihmeellisempää, ja luultavasti tällainen ihmisen lohkominen yksinkertaistaa asioita liikaa. Todennäköisesti psyyke ja sooma ovat keskenään paljon monimutkaisemmassa vuorovaikutuksessa kuin on perinteisesti ymmärretty. Biopsykososiaalisessa mallissa ihmisen terveyttä ja sairautta tarkastellaan monitasoisena järjestelmänä, jossa ruumiilliset toiminnot, tunteet, motivaatio, ajatukset ja sosiaaliset suhteet ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään. Ne muuttuvat jatkuvasti ja muodostavat näin dynaamisen kokonaisuuden. Toisin sanoen elimellinen sairaus, esimerkiksi nikaman välilevyn luiskahdus, ei tarkoita sitä, ettei henkilöllä voisi samanaikaisesti olla myös tunne-elämän ongelmia. Nämä voivat masentaa, aiheuttaa kipua ja hidastaa paranemista. Vastaavasti myös ihmisellä, joka kärsii mielenterveyshäiriöistä tai jonka tunne-elämä on umpikujassa, voi samanaikaisesti olla välilevyn

luiskahdus.[20] Välilevyn luiskahdus voi toki vaikeuttaa liikkumista ja laskea mielialaa. Tästä voi seurata, ettei jaksa käydä harrastuksissa eikä ylläpitää ihmissuhteita. Sosiaaliset suhteet voivat näin heikentyä, mikä puolestaan aiheuttaa masennusta. Masentuneena ihminen toipuu heikommin myös somaattisista vaivoista.

Itse olen omaksunut biopsykososiaalisen tavan hahmottaa ihmisen todellisuutta. Käytännön terapiatyössä olen tosin huomannut, ettei tämäkään malli riitä ymmärtämään kaikkia ihmisiä. Ainakin silloin, kun kohdataan ihmisiä, joilla on jokin uskonnollinen vakaumus, tarvitaan usein neljäs, spirituaalinen eli hengellinen ulottuvuus.

2.2. Somatopsykiatria

Vähintään 20 % potilaista, jotka hakeutuvat yleissairaalaan ensisijaisesti somaattiseksi kokemansa syyn johdosta, on itse asiassa psyykkisen avun tarpeessa. Hurjimpien arvioiden mukaan heidän osuutensa on jopa 60 %. Mukana on aina niitä, jotka tarvitsevat myös somaattista hoitoa, mutta jopa 25 % näistä potilaista on sellaisia, joiden ruumiillisetkin oireet voidaan selittää vain psykiatrisista lähtökohdista käsin. Myös terveyskeskusten ja muiden yleislääkärivastaanottojen potilaista vähintään neljäsosa kärsii ongelmista, jotka eivät hoidu perinteisen somaattisen biolääketieteen keinoin (ns. ”medically unexplained symptoms”). Ennen vanhaan saatettiin puhua hieman leimaavaan sävyyn ”luulotaudista” eli hypokondriasta tai ”hysteerisyydestä” eli konversio-oireista. Nykyään käytetään muodikkaasti nimitystä ”toiminnallinen oire”. Kärjistäen voidaan todeta, että jos lääkäri ei keksi potilaan oireelle selitystä eikä se vaikuttaisi olevan kuolemaksi, annetaan potilaalle selitykseksi esimerkiksi vatsan toiminnalliset oireet. Mitään näkyvää sairautta ei löytynyt, joten potilaalla on toiminnalliset oireet.

Kun ihminen hahmotetaan kokonaisuudeksi, jossa ei ole erikseen ”vain fyysistä” ja ”vain psyykkistä” puolta, traumat ja psyyke voidaan yhdistää somaattisten sairauksien syntyyn. Tällöin näiden sairauksien ennaltaehkäisyyn ja hoitoon on mahdollista käyttää psykoterapeuttista työotetta. Kun yleissairaaloihin aikoinaan perustettiin yleissairaalapsykiatrin virkoja, oli ajatuksena lähinnä se, että psykiatrit olisivat somaattisen lääketieteen edustajien keskustelukumppaneita sekä eräänlaisia konsultteja, kouluttajia ja työnohjaajia. Joissakin sairaaloissa on yhteistyöryhmiä perustettu useidenkin poliklinikoiden yhteyteen, ja vuorovaikutus toimii niissä hyvin. Toisissa sairaaloissa yleissairaalapsykiatrin toimenkuva on jäänyt varsin suppeaksi. Yleissairaalapsykiatri onkin monessa paikassa ainoastaan eräänlainen psykiatriseen jatkohoitoon ohjaava taho.

Psyykkiset ongelmat heikentävät somaattisesta sairaudesta toipumista, mikä puolestaan pidentää sairaalassaoloaikaa. Tästä tulee tietenkin lisäkustannuksia, mutta siitä voi myöhemmin aiheutua muitakin ongelmia. Alla olevasta taulukosta voi nähdä, mitkä ovat tyypillisesti niitä tilanteita, joissa tarvittaisiin enemmän psykiatrista osaamista. On huomattava, että suuri osa näistä työtehtävistä ei välttämättä edellyttäisi psykiatria, vaan somaattisen lääkärin yhteistyökumppaniksi voisi sopia hyvin koulutettu psykoterapeutti, perheterapeutti tai psykologi. Joissain tapauksissa kysymykseen voisi tulla myös psykiatrinen sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä tai sairaalateologi.

TYYPPITILANTEITA, JOSSA ”PSY-OSAAMISESTA” ON HYÖTYÄ

Vakavan somaattisen sairastumisen tai vammautumisen aiheuttama kriisi ja traumastressi
Itsemurhaa yrittäneen tilan arviointi ja hoito
Monenlaisen väkivallan (myös seksuaalisen väkivallan) uhrit
Ensisijaisesti psykiatrisesti oireilevan somaattisen sairauden hoidon erityiskysymykset
Potilaan ja hoitavan yksikön väliset ongelmat
Potilaan ja hänen verkostonsa (perhe ja muut lähisuhteet) väliset ongelmat

Psyykkisten ja fyysisten oireiden välisten suhteiden selvittely
Palovammapotilaat
Amputaatiopotilaat
Potilaat, jotka tarvitsevat vaativia kirurgisia toimenpiteitä
Päihdeongelmaiset ja toiminnallisista riippuvuuksista kärsivät
Elinsiirrot ja muut vaativat operaatiot
Vanhuksien somaattisiin sairauksiin liittyvät ongelmat
Geriatria → muistisairaudet
Gastrologia → krooniset suolistosairaudet
Sisätaudit → diabeteksen ja hypertension hoito
Gynekologia ja urologia → seksuaalielämän ongelmat
Neurologia ja lastenneurologia
Lapsettomuushoidot
Raskauteen, synnytykseen ja lapsivuodeaikaan liittyvät ongelmat
Syöpäpoliklinikka
Teho-osasto
Kipupoliklinikka
Vaikeat syömishäiriöt

Vaativat somatopsykiatriset työkykyarviot
Lääkehoidon ongelmat
Päivystysvalmius, suuronnettomuusvalmius
Unihäiriötutkimukset
Neuropsykiatria (aivovammat, epilepsiakirurgia, kehityksellisen häiriöt)
Transseksuaalisuuden diagnostiikka (asetuksella säädetty)

2.3. Psykoemootioiden ja kognitioiden solutaso

2.3.1. Aivojen plastisuus

Aiemmin ajateltiin, että aivot kehittyvät keskimäärin 21 ikävuoteen saakka. Sen jälkeen niiden uskottiin alkavan rappeutua. Nykyään tämä käsitys on vanhentunut, koska on huomattu aivojen muuttuvan ja kehittyvän hamaan hautaan asti. Myös uusia soluja voi syntyä, toisin kuin parikymmentä vuotta sitten ajateltiin. Tämä aivojen neuroplastisuudeksi kutsuttu ominaisuus mahdollistaa myös sen, että aivoja voidaan muokata erilaisilla harjoituksilla. Aivoilla on kyky itseohjautuvasti muuttaa hermoratoja niin, että tuhoutuneen aivolohkon toiminnot voivat siirtyä terveisiin kohtiin. Niinpä esimerkiksi aivohalvauksen johdosta toimintakyvyttömiksi menneet jäsenet voidaan saada jälleen toimimaan lähes normaalisti. Tästä hyvänä esimerkkinä on kirurgi-pianisti, joka ei halvauksensa jälkeen ollut voinut harjoittaa ammattiaan eikä soittaa pianoa yli 40 vuoteen. Tutkijoiden kehittämien harjoitusten jälkeen hän saattoi taas palata ammattiinsa ja pystyi jopa pitämään pianokonsertin. Ilmeisesti myös pelkällä mielikuvaharjoittelulla voidaan saada aikaan samansuuntaisia tuloksia kuin konkreettisella harjoittelulla. Esimerkiksi pianoharjoittelun, joka tehdään vain ajattelemalla sormien liikkeitä, on huomattu vaikuttavan aivoihin lähes samoin kuin vastaava sormilla tehtävä harjoittelu.

Monenlaisilla harjoituksilla, kuntoutuksella ja aivojumpalla voidaan parantaa muun muassa oppimisvaikeuksia. Myös erilaisista (aivo) vammoista kärsiviä ihmisiä ja muistisairaita ikäihmisiä voidaan kuntouttaa. Joiltakin saattaa puuttua osa aivoista jonkin sairauden johdosta tehdyn leikkauksen tuloksena. Eräältä tytöltä puuttui jo syntyessään koko toinen aivopuolisko ja sen mukana muun muassa lukemista ja luetun ymmärtämistä edesauttavat toiminnot. Kuntoutuksella hänen lukihäiriönsä saatiin parannettua. Lisäksi hänen muistinsa todettiin joissakin asioissa toimivan normaalia paremmin: hän pystyi esimerkiksi muistamaan ulkoa minkä tahansa päivämäärän ja viikonpäivän.

2.3.2. Aivot ja hermostojärjestelmä

Vastasyntyneen aivot painavat 300 grammaa eli jopa 10 % koko vauvan painosta. Vauvan aivojen paino kaksinkertaistuu puolen vuoden ikään mennessä, ja aivojen nopea kasvu jatkuu aina kahden vuoden ikään. Sitten se hidastuu. Aikuisen aivojen keskipaino on 1 350 grammaa. Nykyään tiedetään, että aivot uusiutuvat läpi elämän – uusia hermosoluja otetaan käyttöön, ja uusia hermosoluyhteyksiä syntyy. Jotta aivot toimisivat normaalisti ja pysyisivät toimintakuntoisina, niiden tulee saada säännöllisesti ravinteita ja happea. Aivot kehittyvät, kun niitä käytetään. Aivoterveyttä edistävät sekä sosiaaliset suhteet että älylliset haasteet. Oivalluksia syntyy yleensä vain silloin, kun aivot ovat levänneet, joten ongelmanratkaisu ei onnistu väsyneenä.

Hermoston rakenne ja tehtävät

1. **Keskushermosto**
   Aivot: isoaivot, pikkuaivot, aivorunko ja selkäydin

   Isoaivot
   - hoitavat aistimiseen, havaitsemiseen, ajatteluun ja liikkeiden hallitsemiseen liittyviä tehtäviä
   - uloin osa korteksi eli aivokuori erottuu harmaana aineena ja hoitaa kognitiivisia toimintoja
   - alapuolella oleva valkoinen aine koostuu aksoneista eli viejähaarakkeista, joiden tärkein tehtävä on viestien välittäminen eri aivoalueiden välillä

Lateralisaatio eli aivopuoliskojen työnjako selittää pitkälle ihmisen kehittyneet kognitiiviset toiminnot. Aivot koostuvat kahdesta puoliskosta, joilla on eri tehtäviä. Aivopuoliskoja yhdistää aivokurkiainen.

LATERALISAATIO

Vasen aivopuolisko
- erikoistunut kielellisen aineiston työstämiseen
- Brocan afasia ja Wernicken afasia

Oikea aivopuolisko
- erikoistunut visuaalis-avaruudellisen tilan hahmottamiseen
- tunteiden ja kehon eleiden tulkinta

   Pikkuaivot
   - lihasliikkeiden hallinta ja hienosäätö

   Aivorunko
   - keskiaivot, aivosilta ja ydinjatke
   - hoitaa vireys- ja valvetilaa, verenpainetta ja hengitystä

Selkäydin
- hermoradat kuljettavat liike- ja tuntoviestejä aivojen ja muun ruumiin välillä

2. Ääreishermosto
   Somaattinen hermosto
   – tahdonalaiset lihasliikkeet

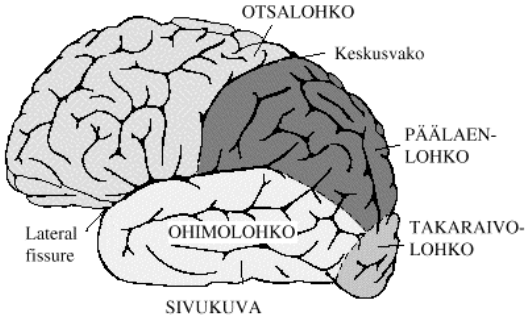
Autonominen hermosto
- tahdosta riippumattomat lihakset, sisäelimet
- jakaantuu sympaattiseen hermostoon (joka tehostaa energian käyttöä) ja parasympaattinen hermostoon (joka lataa energiaa)

Aivolohkojen tehtävät
- otsalohko on eräänlainen toimintojen ohjaamo, otsalohkon takaosa käsittelee liikeaistimuksia
- päälakilohko käsittelee tuntoaistimuksia
- ohimolohko käsittelee kuuloaistimuksia ja muistia
- takaraivolohko käsittelee näköaistimuksia

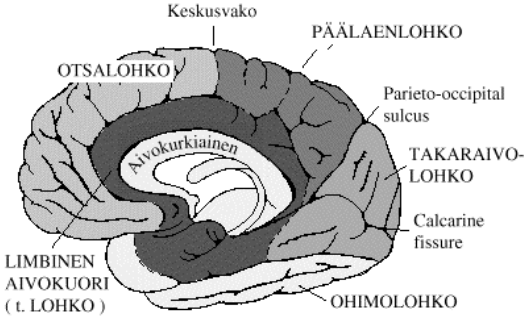
Hermosto on koordinoiva mekanismi, joka säätelee kehon sisäisiä toimintoja ja reagoi ulkoisiin ärsykkeisiin. Sen pääosat ovat keskushermosto *(central nervous system, CNS) ja ääreishermosto (peripheral nervous system).*

Keskushermosto on selkärangallisilla se hermoston osa, johon kuuluvat aivot (*encephalon*) ja selkäydin (*spinal cord, medulla spinalis*). Aivojen osat ovat isoaivot (*cerebrum*), pikkuaivot (*cerebellum*) sekä aivorunko (*brain stem, truncus encephali*). Isoaivot koostuvat kahdesta aivopuoliskosta, jotka jaetaan neljään lohkoon: otsalohkoon (*frontal lobe, lobus frontalis*), päälakilohkoon (*parietal lobe, lobus parietalis*), takaraivolohkoon (*occipital lobe, lobus occipitalis*) ja ohimolohkoon (*temporal lobe, lobus temporalis*). Aivorungon osat ovat väliaivot (*diencephalon*), keskiaivot (*midbrain, mesencephalon*), aivosilta (*pons*) ja ydinjatke (*medulla oblongata*).

Somaattiseen hermostoon kuuluu efferenttejä (vieviä) ja afferentteja (tuovia) hermosäikeitä. Ensin mainitut kuljettavat käskyjä aivoista tahdonalaisiin lihaksiin, kun taas jälkimmäiset välittävät tietoa lihaksista ja tuntoelimistä aivoihin. Autonominen hermosto puolestaan käsittää ne efferentit hermot, jotka eivät kuulu somaattiseen hermostoon. Se on tahdosta riippumaton ja jakautuu sympaattiseen ja parasympaattiseen hermostoon. Näistä edellinen lähinnä aktivoi sisäelimistöä, jälkimmäinen saattaa sen lepotilaan.[21]



SIVUKUVA

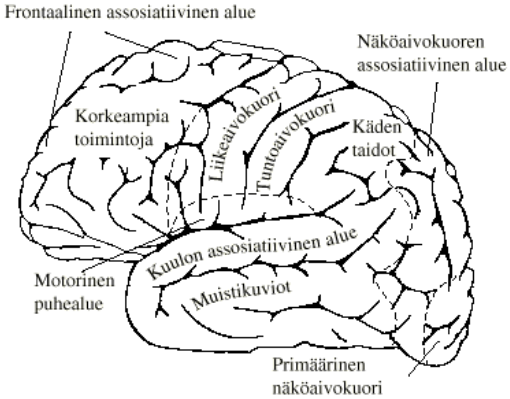


MEDIAALIKUVA [a]

[a] Kuvat lainattu internetsivustolta *http://www.biomag.hus.fi/braincourse.*

Asiamuisti sijaitsee päälaki- ja ohimolohkoissa. Toiminnanohjauksen kannalta keskeinen työmuisti on otsalohkossa. Sisempi ohimolohko, hippokampus ja talamus käsittelevät muistiin painettavaa asiatietoa, minkä jälkeen tieto varastoituu kaikkialle aivokuorelle. Opitut liikunnalliset taidot tallentuvat tyvitumakkeisiin. Muistin toiminta edellyttää useiden aivoalueiden yhteistyötä. Hermoimpulssit siirtävät viestiä eteenpäin aivoissa. Viestin kulusta hermosolusta toiseen huolehtivat niiden rajapintana olevat synapsit, jotka toimivat kemiallisten välittäjäaineiden avulla.[22]

> Kun ihmisen otsalohko vaurioituu, hänen persoonallisuutensa yleensä muuttuu. Aiemmin sopuisasta ihmisestä voi tulla hyvinkin kärsimätön ja omapäinen, ja hänen empaattisuutensa voi kadota. Juuri otsalohkoon sijoittuvat nimittäin ne aivotoiminnot, jotka vastaavat yksilöllisyydestä, persoonallisuudesta, temperamentista ja sosiaalisista taidoista. Siksi otsalohkon vaurio muuttaa ihmisen persoonallisuutta niin, että hänestä tulee kuin eri ihminen. Persoonallisuuden muutos voi ilmetä myös siten, että ihminen kiinnostuu aivan uudenlaisista asioista. Esimerkiksi ihminen, joka ei ole aiemmin harrastanut kuvataiteita, voi alkaa maalata – jopa yllättävän luovasti ja taidokkaasti. Myös luovuutta ja persoonallisuutta on mahdollista selittää aivojen fysiologisten toimintojen kautta. Aivojen voidaan hahmottaa rakentuvan moduuleista, joista jotkin estävät toisten toimintaa. Jos estävä aivoalue lakkaa toimimasta, jotkin muut aivoalueet voivat tällöin toimia paremmin.



Aivojen rakenne on kiinnostanut ihmistä vuosisatojen ajan. Nykymenetelmät ovat suorastaan mullistaneet aivotutkimuksen. Nykyään on helppo tutkia melko tarkkaankin, mitkä aivojen osat työskentelevät erilaisissa tilanteissa. Väitöskirjatutkija Jaakko Nieminen on osana Aalto-yliopiston koordinoimaa tutkimushanketta kehittänyt uutta teknologiaa, jolla aivojen rakennetta ja aivotoimintaa voidaan tutkia. Aivojen kuvaamiseen on perinteisesti tarvittu kaksi laitetta, toinen magneettikuvaukseen (MRI) ja toinen aivojen sähköisen toiminnan mittaamiseen (MEG). Uusi laite yhdistää MRI- ja MEG-teknologiaa. Sillä on mahdollista havaita nykyistä tarkemmin, mitä muutoksia aivoissa tapahtuu. Laitteen avulla voidaan huomata asioita, joita perinteisestä magneettikuvasta ei näe. Sillä vältetään myös ylimääräiset virheet, jotka johtuvat kahdella eri menetelmällä mittaamisesta. Laitteen arvioidaan tulevan kliiniseen käyttöön vuoden 2014 tienoilla.

Jukka-Pekka Kaupin väitöskirjatyön hedelmänä puolestaan syntyi data-analyysityökalu modernin aivotutkimuksen tarpeisiin. Se voi antaa uutta tietoa siitä, mitä yhtäläisyyksiä ja eroja on koehenkilöiden aivoaktiivisuudessa, kun tarkastellaan koko aivoja. Perinteisesti ihmisaivojen toimintaa on tutkittu tarkkaan kontrolloiduissa koetilanteissa, joissa on keskitytty ennalta määrättyyn toimintoon ja aivoalueeseen. Viime vuosien aikana on kuitenkin huomattu, että aivojen monimutkaisten tapahtumien ymmärtäminen vaatii koko aivojen samanaikaista tutkimista. Esimerkiksi sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja tunteiden käsittelyyn liittyvät aivotoiminnot ovat tässä mielessä haastavia. Uudenlaisissa aivotutkimuksissa koehenkilöiden aivotoimintaa mitataan esimerkiksi elokuvan katselun ajan.

Hyvän esimerkin edellä mainitusta tarjoaa suomalaistutkimus, jossa selvitetään, mitä aivoissa tapahtuu, kun ihminen katsoo elokuvaa. Ihmisaivojen toimintoja on perinteisesti tutkittu yksinkertaisten aistiärsykkeiden avulla, kuten kasvokuvilla tai yksittäisillä äänillä ja sanoilla. Lääketieteellisen tekniikan ja laskennallisen tieteen laitoksen sekä poikkitieteellisen aivoAALTO-projektin tutkijat ovat lähestyneet aivoja toisin: tutkimalla niitä mahdollisimman todenkaltaisissa olosuhteissa.[23] Tuoreessa *PLos ONE* -lehdessä tutkijaryhmä tarkasteli, miten aivot prosessoivat Aki Kaurismäen elokuvaa *Tulitikkutehtaan tyttö*. Aivojen toimintaa on tutkittu elokuvien avulla ennenkin, mutta silloin koko elokuvan aikainen aivotoiminta on yleensä kuvannettu yhdeksi käyräksi. Tätä voi verrata ajatukseen, että koko elokuvan tiivistäisi yhdeksi kuvaksi. Toinen mahdollisuus on ollut keskittyä

vain yhteen aivoalueeseen kerrallaan. Aalto-yliopiston tutkijat sen sijaan tutkivat koko aivojen toimintaa elokuvan keston ajan. Menetelmänä he käyttivät funktionaalista magneettikuvantamista. Näin he pystyivät selvittämään, mitkä elokuvan tapahtumat aiheuttavat muutoksia aivojen toiminnassa ja mitkä aivojen alueet kulloinkin aktivoituvat. Analyysissa paljastui muun muassa, että puheeseen reagoivat aivojen osat aktivoituivat myös muunlaisen viestinnän, kuten kirjoittamisen, aikana. Jotkin muut alueet eivät sen sijaan reagoineet puheeseen kuin harvoin.

Tutkimuksessa havaittiin, että osa aivoista seuraa hämmästyttävän hyvin elokuvan audiovisuaalisten piirteiden kompleksista mallia. Esimerkiksi aktiivisuus kuuloaivokuorella vastasi erittäin tarkasti elokuvan ääniraitaa koko keston ajan. Myös elokuvan henkilöiden kädenliikkeet aktivoivat selvästi laajoja alueita aivoissa. Tämäntapainen tutkimus avaa uusia ulottuvuuksia aivotutkimukseen. Monien aisti-informaatiota käsittelevien aivoalueiden toimintaperiaatteet voidaan selvittää vain, jos käytetään riittävän kompleksisia ja todenmukaisia ärsykkeitä. Elokuvilla voi yllättävänkin hyvin simuloida elävän elämän kokemuksia.

Kerrataanpa vielä: Fysiologisesti ääreishermosto jaetaan somaattiseen ja autonomiseen hermostoon. Somaattinen hermosto on tahdonalainen, ja sen avulla säädellään poikkijuovaisten lihasten eli luustolihasten liikkeitä. Autonominen hermosto eli vegetatiivinen hermosto on suurimmalta osin tahdosta riippumaton. Se säätelee sydänlihaksen ja sileän lihaksiston toimintaa sekä vaikuttaa erilaisten rauhasten eritykseen. Se ohjaa muun muassa sydämensykettä, hengitystä, ruoansulatusta ja hikoilua.

Autonomisen hermoston toiminta jaetaan edelleen sympaattisiin ja parasympaattisiin toimintoihin. Yleisesti voidaan sanoa, että sympaattisen hermoston toiminnot ovat kehon energiavarastoja kuluttavia, kun taas parasympaattisen hermoston toiminta auttaa elimistöä palautumaan.

Sympaattiset toiminnot aktivoituvat voimakkaasti yhtäkkisissä kriisitilanteissa. Näin käy myös esimerkiksi silloin, kun rakastutaan, pelästytään tai suututaan. Tällöin sydämensyke nopeutuu, verenkierto vilkastuu, hengitystiet avautuvat ja hien eritys lisääntyy. Sympaattisia toimintoja ovat myös monet ”normaalitoiminnot”, kuten kehon lämpötilan säätely. Parasympaattinen hermosto vaikuttaa usein päinvastoin kuin sympaattinen hermosto, mutta ei aina. Parasympaattinen hermosto toimii erityisen vilkkaasti, kun ihmi-

nen lepää tai nukkuu. Se muun muassa hidastaa sykettä ja aktivoi ruoansulatuskanavan toimintaa, jotta ihminen saisi nauttimastaan ravinnosta tarvitsemaansa energiaa.

2.3.3. Välittäjäaineet

Aivojen välittäjäaine on molekyyli, joka välittää (eksitoi, inhiboi tai moduloi) signaaleja aivojen hermosolujen eli neuronien välillä. Eksitoiva välittäjäaine kiihdyttää ja inhiboiva välittäjäaine jarruttaa aivotoimintaa. Välittäjäaineet eli neurotransmitterit siirtyvät neuronien välillä synapseissa. Keskushermoston eli aivojen ja selkäytimen tärkeimpiä neurotransmittereita ovat aminohapot. Noin 80–90 %:ssa keskushermoston synapseista välittäjäaineena toimii aminohappo, 5–10 %:ssa amiini ja 1–2 %:ssa peptidi.[24]

Aivojen eri osilla on erilaisia tehtäviä, ja myös eri välittäjäaineiden toiminta riippuu siitä, mitä toimintaa tai kokemusta ne ovat tuottamassa.

Oheisessa taulukossa luetellaan keskeisimmät välittäjäaineet ja niiden tehtävät:

Välittäjäaine	Tehtävä
Adenosiini	Adenosiini on nukleosidi, joka säätelee uni-valverytmiä kertymällä etuaivojen valvetta ylläpitävälle kolinergiselle alueelle. Adenosiiniin kertyminen hiljentää kolinergisen alueen toimintaa ja edesauttaa nukahtamista. Mitä pitempään valvominen kestää, sitä enemmän adenosiinia kertyy ja sitä suuremmaksi nukahtamispaine kasvaa.
Adrenaliini	Adrenaliini lisää suorituskykyä, aineenvaihduntaa, sydämensykettä, verenpainetta ja veren sokeripitoisuutta.
Anandamidi	Anandamidi on rasvahappoamidi, joka toimii kognitiota ja muistia suojaavasti. Se on kannabinoidi, jolla on keskeinen vaikutus mieliaalaamme ja sitä erittyy aina kun koemme autuutta ja onnellisuutta. Fyysisen harjoittelun aikana erittämästämme anandamidista tai esimerkiksi kaakaon sisältämästä anandamidin määrästä, emme varsinaiseen pilveen tule, mutta monelle jo tuttu ”runner’s high” tai toistaiseksi ehkä vähemmän tuttu ”kaakaoflow”, kuvaavat näitä olotiloja mainiosti. Sen lisäksi, että raaka kaakao sisältää anandamidia, se sisältää myös anandamidi-inhibiittoreita (N-oleolethanolamidi ja N-linoleoylethanolamidi), jotka hidastavat kehomme kykyä pilkkoa anandamidia. Tämä saa kyseisen välittäjä-aineen aiheuttaman hyvän olon säilymään pidempään. Anandamidi on siis ihmiselimistön endogeeninen kannabioidi eli endokannabioidi, joka on hypnoottista, hallusinogeenista, rauhoittavaa ja unettavaa. THC (kannabis) kiinnittyy kannabinoidireseptoreihin luonnollista anandamidia hiukan vahvemmin. Endokannabinoidit toimivat hermostoa suojaavasti. Ne ovat osa aivojen palkitsemisjärjestelmää ja vähentävät kipua. Kova urheilu lisää anandamidin tuotantoa, ja liikkumisen aiheuttama euforinen hyvä olo tulee endokannabinoiditason noususta. Endokannabinoidijärjestelmä välittää tunteita, tiivistää muistia ja koordinoi liikkeitä.
Asetyylikoliini	Asetyylikoliini on keskus- ja ääreishermoston välittäjäaineena toimiva koliinin ja etikkahapon esteri. Se on parasympaattisen hermoston tärkein välittäjäaine. Aivoissa kolinergiset neuronit osallistuvat vireystilan ja unen säätelyyn. Ne liittyvät myös oppimiseen ja muistiin.

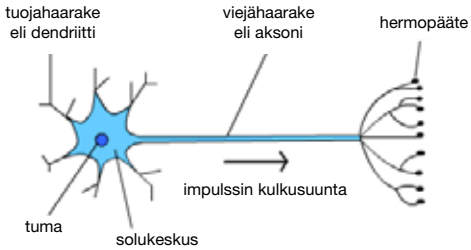
Dopamiini	Dopamiini on tärkeimpiä mielihyvän tunteita välittävistä hormoneista, joka toimii palkitsemisjärjestelmässä. Dopamiinia syntyy aivojen hypotalamuksen tyvitumakkeissa. Dopamiinin merkitys hermoston toiminnassa on monitahoinen ja osittain epäselvä. Dopamiini säätelee myös liikkeitä ja sen puute aiheuttaa muun muassa dystoniaa eli lihasten kouristelua, nykimistä ja muita pakkoliikkeitä. Mitä herkempi ihminen on kivulle, sitä vähemmän hänen aivoissaan on dopamiinia.
Gamma-aminovoihappo	Gamma-aminovoihappo eli GABA (*gamma-aminobutyric acid*) on tärkein aivojen ja muun keskushermoston hermosolujen toimintaa jarruttava välittäjäaine. GABA:n välittämä viesti on luonteeltaan inhibitorinen eli vaimentava tai lamaava: GABA välittää hermosolulle käskyn vähentää toimintaa tai lopettaa toimintansa.
Glutamiinihappo	Glutamiinihappo on ei-välttämätön aminohappo, jonka ihmisen elimistö pystyy syntetisoimaan esimerkiksi alaniinin tai aspartaatin ja alfa-ketoglutaraatin yhdistämällä. Glutamiinihapon isomeeri L-glutamaatti toimii aivokudoksessa proteiinien ja pienten peptidien rakennusaineena, hermovälittäjäaineena, solujen välisen ionisen ja osmoottisen toiminnan säätelijänä, energia-aineenvaihduntaketjun väliaineena ja gamma-aminovoihapon esiasteena. Se tekee ammoniakkia myrkyttömäksi, mutta liian suurina pitoisuuksina se on itse hermomyrkky. Se toimii lisäksi mm. rasvahappojen, foolihapon ja glutationitripeptidin rakennusaineena, ja sillä on merkittävä rooli myös kivun välittämisessä.
Glysiini	Glysiini on keskushermoston rajoittava eli inhibitorinen hermovälittäjäaine, jota esiintyy erityisesti selkäytimessä.
Histamiini	Histamiini (tulee kreikan sanasta *histos*, ’kudos’) on monoamiini, joka toimii ihmiskehossa mm. keskushermoston välittäjäaineena. Histamiinin vapautuminen elimistössä liitetään usein allergisiin reaktioihin, sillä se aiheuttaa tulehduksen ja sileän lihaskudoksen supistumia.
Melatoniini	Melatoniini on elimistössä luontaisesti esiintyvä pimeähormoni. Ihmisen elimistössä sitä erittyy pääasiassa aivojen ympäröimästä käpyrauhasesta. Melatoniinin eritys lisääntyy pian pimeyden tulon jälkeen, ja se on huipussaan aamuyöllä kello 2–4. Tämän jälkeen se taas vähenee. Melatoniinia erittyy vähemmän, jos ihmisellä on stressiä tai jos hän käyttää bentsodiatsepiinien kaltaisesti vaikuttavia lääkkeitä (esim. nukahtamislääkkeitä), beetasalpaajia tai alkoholia.

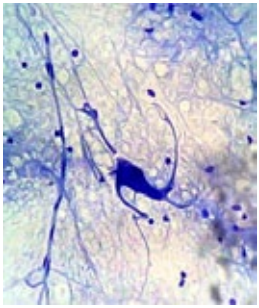
NMDA	NMDA eli N-metyyli-D-asparagiinihappo on aivojen välittäjäaine, joka estää glutamaatin toimintaa NMDA-reseptorissa. NMDA on rakenteeltaan lähellä glutamaattia, joka on aminohappo. Monet psykoaktiiviset päihteet estävät NMDA-reseptorin toimintaa. Tällaisia päihteitä ovat esimerkiksi alkoholi, PCP ja DXM. NMDA-järjestelmä on tärkeä useille aivotoiminnoille, esimerkiksi muistille. NMDA-estäjien pitkäaikaisia haittavaikutuksia ei tiedetä, mutta tutkimukset ovat osoittaneet, että esimerkiksi PCP saattaa aiheuttaa vammoja rotille. NMDA:lla ei vaikuta muihin reseptoreihin, joissa glutamaatti toimii.
Noradrenaliini	Noradrenaliini eli norepinefriini on katekoliamiineihin kuuluva säätelijäaine, jota erittyy hormonina lisämunuaisytimestä ja välittäjäaineena hermopäätteistä sekä keskushermostossa että sympaattisessa ääreishermostossa. Dopamiinin ja serotoniinin ohella se on tärkein monoamiinityyppinen välittäjäaine keskushermostossa. Noradrenaliini lisää sympaattista jännitystä yhdessä adrenaliinin kanssa. Vireyttä lisäävää noradrenaliinia pidetään mielihyvähormonina ja yhtenä niistä aineista, joka aiheuttaa liikunnan jälkeisen hyvän olon tunteen.
Oksitosiini	Oksitosiini (kreik. oksys = nopea, tokos = synnytys) on yhdeksästä aminohappomolekyylistä muodostunut hormoni, joka syntetisoituu hypotalamuksen neuroendokriinisten solujen soomaosissa ja vapautuu verenkiertoon aivolisäkkeen takalohkossa sijaitsevista hermopäätteistä synnytyksen yhteydessä. Se saa kohdun lihakset supistelemaan ja sikiön liikkeelle. Imettävällä äidillä oksitosiinin tehtävänä on saada maito poistumaan rinnoista supistamalla maitotiehyitä ympäröiviä pieniä sileitä lihaksia. Oksitosiinia erittyy myös mm. seksuaalisen mielihyvän yhteydessä. Oksitosiinilla on todettu olevan pelkoa ja ahdistusta lieventävä vaikutus, minkä vuoksi sitä tutkitaan potentiaalisena lääkkeenä sosiaalisten tilanteiden pelkoon. Oksitosiinin on havaittu herättävän miehillä niin negatiiviset kuin positiivisetkin varhaislapsuuden muistot äitisuhteesta myös myöhemmällä iällä. Oksitosiinin vapautumiseen kehossa voidaan vaikuttaa monin eri tavoin. Muun muassa kosketus ja hieronta vapauttavat oksitosiinia, kuin myös kaikki mielihyvän tunteeseen liittyvät asiat. Oksitosiini vahvistaa ihmisten välistä kiintymystä ja luottamusta toisiinsa.

Serotoniini	Serotoniini eli 5-hydroksi-tryptamiini on verihiutaleista vapautuva ja verisuonia supistava kudoshormoni sekä aivojen välittäjäaine. Serotoniini vaikuttaa mielialaan ja jossain määrin myös uneen. Sen vajaus voi ilmetä alakulona, apatiana, masennuksena ja kroonisena väsymyksenä. Serotoniinin puute voi aiheuttaa impulsiivista ja väkivaltaista käytöstä. Serotoniinia esiintyy luonnossa myös muualla kuin välittäjäaineena, esimerkiksi joidenkin kasvilajien erittämänä. Serotoniini säätelee ihmisen ruoka- ja seksihaluja. Serotoniinin puute voi lisätä ruokahalua ja makeanhimoa. Elimistön liiallinen serotoniinipitoisuus puolestaan vähentää seksuaalista halukkuutta ja kykyä seksuaaliseen nautintoon.
Substanssi P	Substanssi P (SP) on 11 aminohaposta koostuva polypeptidi, joka toimii neurotransmitterina eli hermoston välittäjäaineena ja neuromodulaattorina eli hermoston mukauttajana erityisesti kipuimpulssien kulkiessa hermoston perifeerisistä reseptoreista keskushermostoon. Keskushermostossa substanssi P on yhdistetty myös mielialan vaihteluiden, levottomuuden, stressin, hengitysrytmin ja pahoinvoinnin säätelyyn. Sillä on lisäksi osuutensa hermokudoksen muodostumisessa. Substanssi P on myös verisuonia laajentava aine, joka vapauttaa typpioksidia verisuonten seinämistä. Tämä voi olla syynä alhaiseen verenpaineeseen.
Tyramiini	Tyramiini (4-hydroksi-fenetyyliamiini, para-tyramiini, p-tyramiini) on tyrosiinista syntyvä monoamiini. Tyramiini metabolisoituu monoamiinioksidaasin kautta. Tyramiini on sympatomimeetti, joka pystyy aiheuttamaan varastoitujen katekoliamiinien (adrenaliini, noradrenaliini ja dopamiini) erityksen. Tyramiinin saanti voi aiheuttaa voimakkaan verenpaineen nousun (hypertension) niillä ihmisillä, jotka käyttävät monoamiinioksidaasi-inhibiittoreita (MAOI). Historiallisista syistä tyramiinin aihettamaa hypertensiivistä kriisiä kutsutaan ”juustosyndroomaksi”. Punaviinin tai juuston aiheuttama päänsärky on lievästä juustosyndroomasta johtuva. Voimakkaisiin reaktioihin kuuluu migreenioireita, voimakasta hikoilua, kouristuksia ja tajunnan menetystä. Jopa kuolema on mahdollinen.

2.3.4. Neurotransmissio

Vaikka tämä ei ole mikään neuropsykologian oppikirja, asiasisällön ymmärtämiseksi on syytä kerrata neurotransmission pääpiirteet. Kysymys on siis siitä, millä tavoin informaatio etenee hermostossa ja aivoissa. Pahoittelen kovasti, että yksinkertaistan hyvin monimutkaisen ilmiön niin sanotuksi rautalankaversioksi. Se kuitenkin riittää prosessin pääpiirteiseen ymmärtämiseen. Sen avulla voidaan käsittää myös esimerkiksi riippuvuuksien neurobiologinen perusta.





Ihmisellä on aivosoluja 20 kertaa enemmän kuin maailmassa on ihmisiä. Aivoissa on 100 miljardin hermosolun lisäksi jopa kymmenkertainen määrä tuki- eli gliasoluja. Ihme kyllä, vaikka aivosoluja on noinkin paljon, ne eivät ole fyysisesti kytköksissä toisiinsa. Aivosolut ovat jossain määrin ”orpoja piruja”, jotka ovat kyllä hyvin lähellä toisiaan, mutta eivät suorassa yhteydessä. Solujen välissä on rako, joka on tavallaan tyhjää tilaa. Jotta viestit kulkevat solusta toiseen, tarvitaan pientä sähköimpulssia ja jokin menetelmä, jolla saadaan viestit läpi tyhjästä tilasta. Tuota tilaa kutsutaan synapsiraoksi. Muusta solun rakenteesta todettakoon, että siinä on varsinaisen ydinsolun lisäksi kahdenlaisia haarakkeita, jotka ovat yksisuuntaisia. Solussa on useita tuojahaarakkeita eli dendriittejä, joiden tehtävä on vastaanottaa viestejä synapsiraosta. Viejähaarakkeita eli aksoneita on sen sijaan huomattavasti vähemmän. Usein niitä on solussa vain yksi, ja sen tehtävä on kuljettaa tietoa eteenpäin seuraavaan synapsirakoon.

Viejähaarake on tyypillisesti pitkänlainen, ja tuojahaarakkeet ovat yleensä lyhyitä ja haarautuvia. Tuojahaarakkeen päissä on niin sanottuja reseptoreja eli tietynlaisia vastaanottimia, jotka ottavat synapsiraosta viestin vastaan. Lisäksi tarvitaan jokin aine kuljettamaan informaation synapsirakoon. Käytännössä tämä on välittäjäaine. Se kirjaimellisesti välittää tietoa synapsiraossa. Aine tulee sinne viejähaarakkeen päästä, jossa se on

varastoituneena. Sähköimpulssi purkaa välittäjäainetta synapsirakoon, jonka jälkeen se kiinnittyy seuraavien solujen tuojahaarakkeiden päässä oleviin reseptoreihin. Reseptoreista viesti välittyy edelleen seuraaviin soluihin, mikä saa jälleen aikaan sähköimpulssin. Tällöin taas seuraavien solujen viejähaarakkeet purkavat välittäjäainetta synapsiin. Näin aivojen tiedonkulku pääpiirteissään etenee. Eri välittäjäaineet välittävät erityyppistä tietoa, kuten aiemmin on kerrottu.

Sen jälkeen, kun välittäjäaine on kiinnittynyt seuraavien solujen reseptoreihin ja kuljettanut viestinsä, se on tehnyt tehtävänsä ja irtaantuu reseptorista takaisin synapsirakoon. Käytetty välittäjäaine suurelta osin kierrätetään, eli se kulkeutuu takaisin edelliseen soluun niin sanottua takaisinottoreittiä pitkin. Tässä vaiheessa välittäjäaine ei enää vie informaatiota. Kaikki välittäjäaine ei kuitenkaan tule kierrätetyksi, vaan osa hajoaa niin sanottujen hajottajaproteiinien avulla. Nämä hajottajaproteiinit tavallaan syövät käytettyä välittäjäainetta. Tästä ei tarvitse huolestua, sillä elimistöllä on kyky tiettyyn rajaan asti kehittää uutta välittäjäainetta eliminoidun tilalle.

Neuronilla on siis pääsääntöisesti yksi aksoni, jota pitkin se lähettää hermoimpulsseja. Hermoimpulssin voimakkuus ei voi koskaan vaihdella, vaan se on aina samansuuruinen. Sen sijaan hermoimpulssien taajuus voi vaihdella paljonkin. Lepotilassa neuroni lähettää impulssin noin 10 kertaa sekunnissa. Nopeimmillaan neuroni pystyy noin 100 impulssin sekuntivauhtiin, ja hitaimmillaan impulssit voivat lakata kokonaan. Neuronin hermoimpulssien tiheyteen vaikuttavat siihen tulevien ärsykkeiden voimakkuus ja laatu. Osa ärsykkeistä on *eksitoivia* eli neuronin toimintaa kiihdyttäviä, toiset taas *inhiboivia* eli toimintaa hidastavia ja kokonaan ehkäiseviä.

Neuronien väliset yhteydet muuttuvat ihmisen ajattelun ja hänen kokemustensa eli ulkoisen ympäristön vaikutuksesta. Yleisesti ajatellaan, että noin 21-vuotiaana ihmisen aivot ovat kehittyneet ”valmiiksi”. Tämän jälkeen niissä tapahtuu kuitenkin paljon muutoksia, lähinnä elämänkokemusten, oppimisen ja muiden ympäristötekijöiden seurauksena. Myös jäljempänä kuvatut keinot, joilla voidaan vaikuttaa aivojen toimintoihin, saattavat aikaansaada pysyviä uusia kytkentöjä ja merkittäviä muutoksia aivojen rakenteissa. Neuroni oppii ajan myötä sopeuttamaan toimintaansa. Sen dendriitit voivat kasvaa tehokkaammiksi, ja niihin voi syntyä uusia reseptoreita, mikäli niille on tarvetta. Aksoni puolestaan saattaa surkastua esimerkiksi silloin, kun sen välittäjäainevarastot ehtyvät. Tällöin solu kuolee. Kun synapsin toisella puolella oleva neuroni kuolee, aksoni lähtee aktiivisesti etsimään uutta neuronia, johon yhdistyä.

Normaalitilanteessa, riippumatta siitä, minkälaiseen toimintaan hermosolut ja sen välittäjäaineet ovat erikoistuneet, tiedonsiirto etenee pääpiirteittäin näin:

1. Ärsyke aikaansaa hermoimpulsseja, jotka ovat periaatteessa sähköä. Ärsykkeen laadusta riippuu, miten nopeasti tai hitaasti solu alkaa lähettää hermoimpulsseja
2. Impulssi vapauttaa aksonista (viejähaarakkeesta) välittäjäainetta synapsiin.
3. Välittäjäaine ”ui” synapsiraon läpi kiinnittyäkseen seuraavien solujen dendriiteissä (tuojahaarakkeissa) oleviin reseptoreihin (”vastaanottimiin”).
4. Impulssi kulkeutuu seuraaviin soluihin, joissa prosessi jatkuu kohdasta 2.
5. Tehtävänsä suorittanut välittäjäaine vapautuu reseptorista ja palaa synapsirakoon.
6. Välittäjäaine päätyy kierrätettäväksi tai eliminoitavaksi.
   - Osa käytetystä välittäjäaineesta tulee kierrätetyksi ja palaa takaisinottoreittiä pitkin lähettäneeseen hermosoluun.
   - Osa käytetystä välittäjäaineesta tulee eliminoiduksi, eli kyseisen välittäjäaineen hävittämiseen erikoistunut hajottajaproteiini ”syö” sen pois.
7. Kierros alkaa alusta.

Kuten arvata saattaa, edellä kuvattuun prosessiin on mahdollista puuttua monin keinoin. Tällöin voidaan muuttaa tiedonkulkua aivoissa, mikä puolestaan vaikuttaa kokemuksiin, ajatteluun ym. kognitiivisiin prosesseihin. Tämä koskee sekä somaattisen että autonomisen hermoston toimintoja. Kuvaan myöhemmin tarkemmin, miten tällainen vaikuttaminen onnistuu erilaisin ainein ja tekniikoin (kuten psykososiaalisin keinoin).

2.3.5. Ovatko psykiatriset sairaudet geneettisiä?

Lehtonen ja Castrén (2000) kirjoittavat:

> *”Vaikka psykiatrian piirissä toisinaan ajatellaan, että neurobiologisella ja molekyylibiologisella tutkimuksella on pelkistävä vaikutus psykiatriaan, tiedon tarkentuminen näillä alueilla avaa entistä paremmat mahdollisuudet ymmärtää myös ympäristön vaikutuksia ihmisen aivojen hermosoluihin ja -verkkoihin. Hermosto ei muodostu yksinomaan genomin määräämänä, eivätkä mielen sairaudet ole redusoitavissa joukoksi geenimutaatioita, vaan kokemukset ja ympäristö vaikuttavat aivojen rakenteeseen ja toimintaan mahdollisten altistavien mutaatioiden lisäksi. Tämä on psykiatrian kannalta tärkeätä, koska se merkitsee viitekehyksen säilymistä laajana myös neurobiologian aikakaudella. Pelot ihmismielen monitahoisuuden poistavasta biologisesta determinismistä neurobiologisen tutkimuksen yleisenä päätelmänä on siis aiheeton. Tutkimus näyttää olevan muuttamassa näkemystä ympäristön ja perimän suhteesta entistä kokonaisvaltaisempaan suuntaan.”* [25]

Kymmenen vuotta myöhemmin Talvitie ja Skoglund (2010) toteavat:

> *”Biologisen ja psykologisen psykiatrian suhde on nykyään hyvin käytännöllinen. Tieteenalan itseymmärryksen sekä hoidollisten ja koulutuksellisten seikkojen takia on kuitenkin tärkeä muodostaa realistinen ja ajanmukainen kuva suuntausten keskinäisestä suhteesta. Tehtävä on vaikea, sillä suuntaukset ovat epäyhtenäisiä ja kahtiajako heijastaa koko tiedeinstituution jakautumista luonnontieteelliseen ja humanistiseen*

tutkimukseen. Suuntausten suhteesta muodostuu looginen kuva, kun tarkastellaan tapoja selittää oireita. Oireiden psykologiset ja neurofysiologiset selitykset eivät sulje toisiaan pois kuten eivät myöskään oireiden 'läheiset' syyt eli tarkasteluhetkellä vallitsevat psykologiset ja neurofysiologiset seikat ja 'etäiset' syyt eli geneettiset ja elämänvaiheisiin liittyvät seikat." [26]

Vaikka suomalaisessa psykiatriassa biologisen ja psykologisen suuntauksen suhde ei ole yhtä kärjistynyt kuin maailmalla keskimäärin, on tärkeää muodostaa realistinen käsitys näiden paradigmojen keskinäisestä suhteesta. Ovatko biologiset ja psykologiset selitysmallit toisiaan täydentäviä, vaihtoehtoisia vai kenties toisensa pois sulkevia? Hurjimpien väitteiden mukaan enemmistö maailman psykiatreista kannattaa tiukasti jompaakumpaa selitysmallia ja vain vähemmistö tuntee omakseen biopsykososiaalisen integroivan suuntauksen. Vaikka psykiatriassa osattaisiinkin ottaa huomioon sekä biologinen että psykologinen selitysmalli, voi tilanne näyttää toiselta yleislääkärin vastaanotolla. Hän on lääketieteen koulutuksensa aikana omaksunut ensisijaisesti mallin, joka perustuu satunnaistetuin kokein tehtyihin tutkimuksiin. Perinteinen biolääketieteen malli ei auta potilasta ongelmissa, jotka ovat psykoemotionaalisia tai psykosomaattisia. Tällaisia pulmia on arviolta vähintään joka neljännellä yleislääkärin potilaalla.

Ihmisen varhaiset kokemukset ja kiintymyssuhteet muovaavat hermoverkkoja. Ne vaikuttavat näin ihmisen tunteisiin, muistiin ja hänen vuorovaikutukseensa. Lisäksi monet elämässä (ja jo kohdussa) koetut kokemukset vaikuttavat syvästi ihmiseen, erityisesti silloin kun ne ovat traumaattisia. Tiedetään, että ne jättävät pysyviä jälkiä, jotka jäävät myös aivoihin neuraalisina representaatioina. Myös niin sanotut ylisukupolviset traumat saattavat "periytyä" ja aiheuttaa jopa solumuutoksia. Jo Freud muinoin määritteli, että traumaattinen kokemus on sellainen, joka lyhyessä ajassa tuottaa ihmismielelle niin voimakkaan ärsykkeen, ettei ihmisen psyykkinen koneisto kykene sitä käsittelemään, joko kokonaan tai lainkaan. Ihmisellä on tällaisia tilanteita varten ikään kuin psykologinen suojakalvo, eräänlainen kilpi, joka suojaa ihmisen mieltä liian suurilta ärsykkeiltä. Tämän suojakilven vahvuus vaihtelee, sillä siihen vaikuttavat ihmisen yksilölliset ominaisuudet ja kokemukset. Tästä johtuu se yleisesti havaittu tosiasia, että toiset traumatisoituvat herkemmin kuin toiset. Se mikä vammauttaa jonkun loppuiäksi, ei välttämättä näytä hetkauttavan toista pätkääkään. Olennaista ei siis ole trauma sinänsä, vaan yksilön sille antama subjektiivi-

nen tulkinta. Siksi on tärkeää, ettemme lähde kovin kepeästi arvottamaan muiden kokemuksia ja traumoja.[27]

On osoitettu, että ympäristö vaikuttaa suuresti niiden lasten sairastumiseen, joilla on geneettinen alttius saada skitsofrenia. Tienarin työryhmän (2004) mukaan tällaisilla lapsilla, jotka on adoptoitu huonosti toimiviin perheisiin, on pitkässä seurannassa ilmennyt tavallista enemmän skitsofreniaa. Sitä vastoin niillä, jotka on adoptoitu niin sanottuihin terveisiin ja hyvin toimiviin perheisiin, ei ole ilmennyt sen enempää skitsofreniaa kuin yleisväestössäkään. Niin sanottu geneettinen skitsofreniariski näyttäisi tutkimuksen perusteella ilmenevän merkittävänä kykynä reagoida sekä perheen myönteisiin että kielteisiin asenteisiin. Hyvät kasvuolosuhteet voivat siten kokonaan kompensoida geneettiset riskitekijät.[28]

Alankomaalaiset ja britannialaiset tutkijat ovat tarkastelleet vakavan trauman kokeneita lapsia. Heidän mukaansa nämä sairastuvat elämänsä aikana skitsofreniaan ja muihin mielisairauksiin kolme kertaa todennäköisemmin kuin muut lapset. Heidän tutkimuksensa julkaistiin *Schizophrenia Bulletinin* online-versiossa huhtikuussa 2012, ja siinä on samansuuntainen viesti kuin edellä mainituissa tutkimuksissa.[29]

Useiden vuosien ajan mielenterveystutkimuksessa on keskitytty biologisiin tekijöihin, kun on selvitetty esimerkiksi skitsofreniaan, kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön tai psykoottiseen depressioon sairastumista. Nämäkin tutkimustulokset auttavat käsittämään, miten suuri rooli ympäristötekijöillä on psykoottisten häiriöiden kehittymisessä. Kyseisiä häiriöitä ei voida ymmärtää täysin, jos ei oteta huomioon yksilön elämänkokemuksia.

Tutkijat analysoivat yli 27 000:ta katsausta, jotka oli tehty noin 30 vuoden aikana ja joissa käsiteltiin lapsuusiän traumoja ja psykoosin kehittymistä. Tietoa kerättiin tutkimuksista, joissa seurattiin vaikeita elämäntilanteita kokeneiden lasten kehitystä. Mukana oli myös psykoottisista potilaista tehtyjä tutkimuksia, joissa selvitettiin henkilön varhaislapsuuden kokemuksia. Tuloksia verrattiin satunnaisesti valituista henkilöistä tehtyihin tutkimuksiin.

Kaikissa kolmessa tutkimustyypissä tulokset johtivat samanlaisiin johtopäätöksiin. Lapsilla, jotka olivat kokeneet jonkinlaisen trauman ennen 16 vuoden ikää, oli kolme kertaa suurempi riski sairastua aikuisina psykoosiin kuin satunnaisesti valitulla väestönosalla. Tutkijat löysivät myös yhteyden trauman vakavuuden ja sairauden todennäköisyyden väliltä. Vaikeasti traumatisoituneiden lasten sairastumisriski oli joissakin tapauksissa jopa 50 % suurempi kuin vähemmän traumoja kokeneilla.

- Maailmalta löytyy lukuisia hoitotiimejä, jotka eivät kysele potilaan elämänkokemuksista, vaan keskittyvät vain lääkitsemään oireita.

Tutkimuksissa myös vertailtiin tiettyjen psykoottisten oireiden yhteyttä lapsuudessa koetun trauman tyyppiin. Havaittiin, että erilaisista traumoista seurasi erilaisia oireita. Esimerkiksi lapsuusiällä tapahtunut seksuaalinen hyväksikäyttö liittyi hallusinaatioihin, kun taas lastenkodissa kasvaneilla oli taipumusta paranoiaan. Tutkimus tarjoaa lisävahvistusta näkemykselle, että ympäristön ja psykoosin kehittymisen välillä on vahva yhteys. Se antaa myös näyttöä niistä mekanismeista, jotka johtavat vakavaan psykiatriseen oireiluun.

Ammattikuntiemme keskuudessa ei ole vieläkään konsensusta esimerkiksi skitsofreniasta ja sen syistä. Ei ole lainkaan harvinaista, että yhden psykiatrin mukaan henkilöllä on skitsofrenia, kun toisen mukaan kyseessä on kaksisuuntainen mielialahäiriö. Pelkkä solutason tutkailu ei anna tähän riittävää selvyyttä. Tulee myös ymmärtää, miten lapsuusajan trauma vaikuttaa kehittyviin aivoihin. On syytä selvittää, onko olemassa sellaisia geneettisiä tai muita tekijöitä, jotka lisäävät yksilön haavoittuvuutta tai kestävyyttä traumoja kohdattaessa.

Tiedämme nyt, että ympäristö on tärkeä tekijä muun muassa psykoosissa ja että tietyt oireet ja kokemukset liittyvät toisiinsa. Siksi psykiatrisessa arvioinnissa olisi otettava rutiinikäyttöön kysymykset, joiden avulla saadaan tietoa asiakkaiden elämänkokemuksista. On yllättävää, että useissa hoitotiimeissä ei käsitellä näitä seikkoja, vaan niissä saatetaan keskittyä pelkästään potilaan lääkitsemiseen. Suomessa kehitys on verrattain edistyksellistä, mutta täälläkin on isoja alueellisia eroja näissä kysymyksissä.

Aiemmin mainittu tutkijatiimi keskittyy seuraavaksi tutkimaan erilaisiin traumatyyppeihin ja psykoottisiin oireisiin liittyviä aivotoimintoja ja psykologisia prosesseja. Tulevaisuuden tavoitteena on myös selvittää, miksi psykoosin oireet ilmenevät vasta myöhemmin elämässä, vaikka alkuperäinen laukaiseva tekijä on saattanut tapahtua jo vuosia aiemmin lapsuudessa.

Yhteenvetona toteaisin Gustav Schulmania[30] mukaillen:

- Psykiatrian ydinparadigma, jonka mukaan psykoosit ja muut mielenterveyshäiriöt periytyvät solutasolla, on pääsääntöisesti väärä.

3. Tunteiden psykobiologia

Tunteilla ja aivokemialla on olemassa selkeä yhteys, mutta aivokemia ei selitä tunnekokemuksia kokonaan. Aivojen kemiaa muuttamalla (esim. kahvilla, nikotiinilla, alkoholilla, lääkkeillä tai huumeilla) voidaan jossain määrin vaikuttaa tunteisiin. Eräässä amfetamiinin vaikutusta testaavassa kokeessa osalle koehenkilöistä kerrottiin, että he saavat lumelääkettä, ja osalle, että he saavat piristettä. Kaikille koehenkilöille annettiin kuitenkin saman verran amfetamiinia. Jos tunne olisi pelkkä aivokemian muutos, olisi kaikkien koehenkilöiden pitänyt tuntea samoin. Tällöin tunteisiin ei olisi vaikuttanut, uskooko henkilö saaneensa lumelääkettä vai piristettä. Kokeessa kuitenkin ilmeni, että ne, jotka uskoivat saaneensa lumelääkettä, reagoivat merkittävästi laimeammin. He tulkitsivat tunteensa negatiivisemmin, olivat lähinnä hermostuneita eivätkä nauttineet kokemuksesta. Sen sijaan ne, jotka tiesivät saaneensa piristettä, nauttivat selvästi enemmän kokemastaan. He ilmensivät voimantunnetta ja keskittymiskykyä, olivat sosiaalisempia, juttelivat ja hulluttelivat. Toisin sanoen he käyttäytyivät täysin eri tavoin kuin ne, jotka luulivat saaneensa lumelääkettä.

Tunteen fysiologinen perusta on ehkä yllättävänkin pieni osa varsinaisesta tunnekokemuksesta. Tunteen kokeminen näyttäisi riippuvan paljon siitä, miten ihminen tulkitsee tunteensa ja miten hän konstruoi kokemuksensa. Näin ollen tunnekokemuksen aiheuttaja ei voi olla pelkästään jokin aivoissa oleva aine, vaan siihen tarvitaan muutakin. Tunnekokemus vaikuttaisi siis olevan paljon monisyisempi tapahtuma kuin mihin biologisessa psykiatrisessa paradigmassa ollaan valmiita uskomaan.[31]

Useat neurofysiologiset tutkimukset ovat osoittaneet, ettei geenien toimintakaan ole ympäristöstä riippumatonta.[32] Ihmisen elinolot ja elämänkokemukset saattavat muuttaa geenien ilmenemismuotoja. Sitä kautta ne voivat vaikuttaa solutasolla aivojen kehitykseen eli ihmisen tunne-elämään ja kognitiivisiin toimintoihin. Traumatisoiva ympäristö voi aiheuttaa tällaisia muutoksia, mutta siihen saattavat riittää myös yksittäiset järkyttävät kokemukset.

3.1. Rakastuminen

Kuvaan seuraavaksi rakastumisen tunnetta paitsi psykoemotionaalisena kokemuksena myös neurobiologisena ja neurokemiallisena ilmiönä. Luultavasti tieto rakastumisen kemiasta ei onnistu mitätöimään tunteen psykoemotionaalista puolta. Tarkoituksenani ei myöskään ole millään muotoa harjoittaa emootioiden reduktionismia, enkä pyri näin ollen oikomaan rakastumisen monimutkaisuutta. Rakastumista ei ole välttämätöntä analysoida tieteen keinoin tai ylipäänsä selittää. Tunteesta tulee voida vain nauttia, jos niin haluaa. Rakastumisen taustalta voidaan kuitenkin helposti tunnistaa biologisia lainalaisuuksia ja kemiallisia kaavoja. Toisissa rakastuminen herättää vahvempia kemiallisia reaktioita kuin toisissa. Jotkut ovat alttiita rakastumaan tulisesti ja usein, mutta kaikki eivät ehkä rakastu lainkaan.

Kevät ja kesä ovat erityisesti Pohjoismaissa rakastumisen aikaa. Tämä saattaa osaltaan johtua siitä, että keväinen auringonpaiste saa aivot tuottamaan jälleen enemmän serotoniinia talven hiljaiselon jälkeen. Tämä tasoittaa tietä rakastumiselle. Toisaalta kesällä ihmiset pukeutuvat myös vähäisempiin vaatteisiin. Seksuaalisilla kokemuksilla ei ole kuitenkaan kovin suurta roolia rakastumisen kemiassa, toisin kuin voisi luulla.

Rakastuminen voi ulkopuolisen silmissä näyttää siltä, että asianomainen on ”seonnut” tai ”tullut hulluksi”. Rakastuminen vaikuttaa sekä naisiin että miehiin niin, että heidän lisämunuaisensa alkavat tuottaa noin 40 % enemmän kortisolia. Tämä muutos tekee ihmisen valppaammaksi, ja se auttaa näin rakastunutta suuntaamaan enemmän huomiota tärkeäksi kokemaansa asiaan. Lisääntynyt kortisolituotanto parantaa myös valmiuksia toimia yllättävissäkin tilanteissa. Rakastuminen tekee aika ajoin unettomaksi, mikä johtuu siitä, että kyseessä on tietynlainen elimistön stressitila.

Rakastuneina miehet tuottavat – yllättävää kyllä – lähes 50 % vähemmän testosteronia kuin tavallisesti. Rakastuneilla naisilla tilanne on aivan toinen, sillä he tuottavat testosteronia jopa kaksi kertaa tavallista enemmän. Näiden toisilleen vastakkaisten muutosten tarkoituksena lienee lähentää sukupuolia toisiinsa kemiallisella tasolla. Testosteronin hiipuessa miesten käytös saattaa useinkin pehmentyä, kun taas naisten käyttäytyminen saattaa testosteronin vaikutuksesta muuttua mukautuvammaksi toisten ehdotuksille. Ei ole kuitenkaan helppo määritellä, kumpi tapahtuu ensin: muutos kemiassa vai muutos tunteessa (josta seuraa muutos kemiassa). Vai tapahtuvatko nämä muutokset täsmälleen samanaikaisesti?

Joka tapauksessa näiden kemiallisten muutosten yhteydessä rakastuneista miehistä tulee niin ikään toisen tahtoon paremmin mukautuvia.

Rakastuneet naiset puolestaan suhtautuvat suhteen jatkamiseen entistä määrätietoisemmin. Sukupuolten tasoittuva kemia auttaa rakastunutta paria myös keskittymään paremmin toisiinsa. Kun lisämunuaiset ja sukupuolirauhaset heräävät, aivot alkavat hallita rakastumisen kemiaa. Serotoniinin voimakas purkaus hermosolujen varastorakkuloista saa aikaan ekstaasin kaltaisen läheisyyden ja hyvänolon tunteen, jonka seurauksena myös empatia kasvaa. Huomiota annetaan silloin helpommin toisen tunteille, joskus jopa siinä määrin, että omat tunteet sivuutetaan.

Yksi asia unohtuu helposti: näiden onnen tunteiden vallassa ihmistä alkavat viehättää myös aiemmin tuntemattomat kasvot. Tämä olotila saa rakastuneen paitsi himokkaaksi myös alttiiksi syrjähypyille. Mikäli parisuhteessa oleva ihminen rakastuu kolmanteen osapuoleen, nämä kemialliset muutokset voivat johtaa uskottomuuteen tai oman parisuhteen seksuaaliseen uudelleenheräämiseen.

Aivokuvista on nähtävissä, että rakastuneella ihmisellä hermosolujen toiminta kiihtyy aivosaaressa ja pihtipoimun etuosassa. Näillä aivoalueilla solut käyttävät kemialliseen viestinsiirtoon serotoniinia. Aivojen mantelitumakkeen toiminta säätelee puolestaan tunnevaltaista oppimista. Mantelitumake toimiikin mustavalkoisten tunteiden tulkkina, samalla kun aivokuori antaa tunteille sävyt.

Rakastuneella mantelitumakkeen toiminta hiipuu, mikä saa pelon, surun ja vihan tunteet väistymään. Tästä syystä rakastunut on usein peloton eikä hänen tunnekartastossaan ole tilaa surulle tai vihalle. Vaikka näihin tunteisiin olisi ilmeistä syytäkin, rakastuminen ainakin lykkää niitä tuonnemmaksi. Sokeasti rakastunut ei myöskään helposti ota opikseen tunteista, joita suhde herättää. Tästä syystä ihminen saattaa ”toistaa tiettyjä kaavoja” ikään kuin ensimmäistä kertaa.

Dopamiinin aineenvaihdunta aivoissa vilkastuu, kun ihminen kohtaa uusia kokemuksia tai kun hän lykkää tarpeidensa välitöntä tyydyttämistä hieman myöhemmäksi. Dopamiini vaikuttaa aivoissamme esimerkiksi suorittaessamme itsellemme mieluisaa tehtävää, jonka sitten saamme valmiiksi. Dopamiini lisääntyy myös pelatessamme videopeliä, jossa vaikeuksien kautta päädytään lopulta onnistumiseen. Voimakkaalla dopamiinivälitteisellä viestinsiirrolla on valpastava vaikutus, sillä se auttaa keskittymään. Samalla ihmisen havainnointi kuitenkin kapenee. Tästä syystä rakastunut kiinnittää huomiota lähinnä toisen myönteisiin ominaisuuksiin ja hän saattaa ohittaa kielteiset seikat aivan kokonaan. Rakastunut näkee rakastettunsa ainutlaatuisena. Rakastumisen kohde saa rakastuneen ajatuksissa keskeisen sijan ja erityisen merkityksen. Rakastuneen ajatukset täyttyvät

tapahtumista, esineistä tai ilmiöistä, jotka liittyvät tavalla tai toisella rakastumisen kohteeseen.

Rakastuneen tila muistuttaa jossain määrin maniaa tai hypomaniaa, joita esiintyy kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä. Sitä voidaan verrata myös ylivireystilaan, joka tunnetaan yhtenä posttraumaattisena reaktiona. Jos ihminen rakastuu voimakkaasti, hän saattaa lähennellä jopa psykoottista käyttäytymistä. Rakastuneen oikeassa aivopuoliskossa, prefrontaalisella aivokuorella, hermosolujen toiminta hiipuu samaan tapaan kuin manian, hypomanian ja ylivireystilojen aikana. Tilanne on päinvastainen surun, murheen, alakulon ja masennuksen aikana.

Elimistön tuottamat morfiinin kaltaiset aineet tuovat rakastuneelle hyvän olon ja onnen tunteen. Rakastuminen sytyttääkin suunnilleen samat aivoalueet kuin morfiini. Elimistömme sisäsyntyiset morfiinit sammuttavat kätevästi nälän ja jopa janon ja kivun tunteet. Rakastunut ei tämän vuoksi tunne nälkää eikä aina janoakaan, ja hän kykenee lykkäämään WC-tarpeitansa. Hän ei tunne enää samalla tapaa kipuja, ja voi jopa uhmata niitä. Surun ja masennuksen tunteet pysyvätkin loitolla rakastumisen, manian ja hypomanian aikana.

Yksi asia on silti varmaa. Mania ja hypomania vaihtuvat ennen pitkää vääjäämättä masennukseksi, ja ylivireystilastakin humpsahtaa aikanaan alivireystilaan. Myös voimakkain rakastumisen tunne häviää jossakin vaiheessa. Se ei valitettavasti (ja ehkä myös onneksi) voi kestää ikuisesti. Kun rakastumisen huuma lopulta menee ohi, yleensä viimeistään muutaman kuukauden jälkeen, on hyvin tavallista, että ihminen tuntee itsensä väsyneeksi, surulliseksi, alakuloiseksi tai jopa masentuneeksi. Nämä tunteet voimistuvat entisestään, jos suhde sattuu katkeamaan, niin kuin käy joskus, kun rakastumisen vaihe päättyy. Eräänlainen rokotus tähän voisi olla se, että vahvan opioidituotannon seurauksena dopamiinin vaikutukset voimistuvat sekä rakastuneilla miehillä follitropiinin tuotanto heikkenee peräti kaksi kolmasosaa. Tämä seikka testosteronin hiipumisen ohella lamaa edelleen kivesten toimintaa. Aivokuvissa rakastuminen muistuttaakin enemmän silkkaa riemua kuin esimerkiksi seksiä. Kaikkien näiden kehollisten ja neurobiologisten muutosten tarkoituksena saattaa olla luoda hedelmällinen kemia, jotta suhde kestäisi ja jatkuisi rakastumisesta rakkauteen. Joskus näin käy, joskus taas ei. Se, kehittyykö rakastumisvaiheesta rakastamisvaihe, riippuu monista tekijöistä ja etenkin niin sanotusta henkilökemiasta. Ihmisten luonteiden olisi sovittava yhteen, ja heillä olisi oltava riittävän samanlaiset mutta myös riittävän erilaiset taustat. Kyseessä on siis neurokemiaa huomattavan paljon monimutkaisempi ilmiö.[33]

3.2. Aggressio, viha ja aggressiivisuus

Aggressio ja aggressiivisuus sekä aggressiivinen käyttäytyminen ovat kiinnostaneet ihmisiä lähes aikojen alusta asti. Aiheesta on niin paljon tutkimuksia ja teorioita, että osa niistä on jopa keskenään ristiriidassa. Minusta – ja monesta muusta – tuntuu siltä, että väkivalta on viime vuosien aikana raaistunut. Tässä luvussa esitetyt käsitykset olen julkaissut aiemmin väkivallan ehkäisyä koskevassa kirjassani[34].

Alun perin *aggressiolla* on tarkoitettu aggressiivista käyttäytymistä ja *aggressiivisuudella* tiettyä persoonallisuuden piirrettä. Sanojen merkitykset ovat kuitenkin viime vuosina sekoittuneet eritoten arkikielessä. On kuitenkin tärkeä hahmottaa seuraava ero: on eri asia käyttäytyä aggressiivisesti kuin olla aggressiivinen. Psykologisessa kielenkäytössä aggressiolla tarkoitetaan itsestä poispäin (joko toisiin ihmisiin, eläimiin tai esineisiin) suunnattua käyttäytymistä, jonka tarkoitus on vahingoittaa tai häiritä. Väkivaltaisella käyttäytymisellä on tarkoitettu perinteisesti fyysistä aggressiota, mutta nykyään on tavallista sisällyttää siihen myös henkinen väkivalta. Käytännössä aggressio ja väkivalta tarkoittavatkin usein samaa asiaa. Fyysinen väkivalta ei ole ainoa väkivallan muoto, josta voi aiheutua vakavia traumoja. Sama vaikutus on myös psyykkisellä, verbaalisella, emotionaalisella ja sosiaalisella väkivallalla. Pelkkä vihainen ilme tai ele voi olla hyvin pelottava ja traumatisoiva.

Aggressio (eli väkivalta) voi olla suoraa tai epäsuoraa. Sekä suora että epäsuora aggressio voivat olla joko hyökkäävää tai uhkailevaa. Suorasta uhkaavasta aggressiosta on kyse esimerkiksi silloin, kun valmistaudutaan tappeluun tai uhkaillaan sillä. Suora hyökkäävä aggressio voi puolestaan olla esimerkiksi käsiksi käymistä, kiroilua, mekastusta tai toisen haukkumista. Epäsuora aggressio on hyökkäävässä muodossa lähinnä esineiden rikkomista, omaisuuden tuhoamista ja ovien paiskomista. Se voi olla myös panettelua, joka tehdään toisen selän takana. Uhkaava epäsuora aggressio tarkoittaa esimerkiksi jonkun kiristämistä ja tämän läheisten uhkaamista. Se voi joskus olla hyvin peiteltyä, jolloin siihen on hankala puuttua. Eräs sosiaalityöntekijä on kertonut alla olevan kertomuksen:

Olin juuri joutunut perustelemaan asiakkaalle kielteisen toimeentulotukipäätöksen. Asiakkaanani oli aggressiivisista taipumuksistaan tunnettu, pelottava nelikymppinen nainen, joka oli istunut vankilassa väkivaltarikoksista. Hän otti perusteluni ja selitykseni vastaan hyvin tyynesti ja rauhallisesti. Jostakin syystä minua silti pelotti. Koska nainen ei tehnyt mitään, en osannut pyytää apua. Kun kävi selväksi, että rahaa ei nyt tipu, nainen nousi ylös, kiitti kohteliaasti ja lähti kävelemään poispäin. Ovella hän kuitenkin kääntyi takaisin. Vienosti hymyillen hän katsoi minua silmiin ja kysyi: ”Niin minkäs ikäisiä ne sinun lapset olikaan?” Tutisin loppupäivän, mutten osannut tehdä asialle mitään, sillä hän ei ollut uhannut perhettäni suoraan. Tajusin kuitenkin, että nyt oli tosi kyseessä. En päässyt irti ahdistuksen tunteesta enkä peloista, ennen kuin vaihdoin työpaikkaa ja muutimme toiselle puolelle Suomea.

Aggressiivista käyttäytymistä on jaoteltu monin tavoin. Toisistaan voidaan erottaa esimerkiksi vihainen eli emotionaalinen käytös ja välineellinen eli instrumentaalinen käytös. Vihaisen aggression laukaisee yleensä tilanne, jossa henkilöä vastaan hyökätään vaikkapa loukkaamalla tai ärsyttämällä tätä. Kyseessä voi olla myös turhautumisesta johtuva reaktio. Tunnetilana on joka tapauksessa viha, ja aggressiivisen toiminnan ”palkkiona” on uhrin fyysinen tai psyykkinen kipu tai muut epämiellyttävät tuntemukset. Joskus jokin tapahtuma voi saada henkilön raivostumaan silmittömästi, jolloin hän toimii täysin impulsiivisesti ja spontaanisti. Taustalla voi tällöin olla ajatus opettaa tai ojentaa uhria. Pikaistuksissa tehdyt väkivaltarikokset, samoin kuin suurin osa lapsiin kohdistuvasta väkivallasta, ovat hyviä esimerkkejä vihaisesta, emotionaalisesta aggressiosta. Välineellisen aggression puolestaan laukaisee jokin tarve tai yllyke, jollainen voi olla esimerkiksi kilpailuasetelma. Tilanne ei välttämättä herätä tekijässään vihaa, vaan hän saattaa toimia kylmän viileästi. Henkilön tavoitteena voi olla, että hän saisi vaikkapa rahaa. Välineellisen aggression ”palkintona” on siis usein jokin konkreettinen asia. Kyseessä voi kuitenkin olla myös esimerkiksi voiton tai johtavan aseman tavoittelu.

Aggressio on mahdollista jakaa myös reaktiiviseen ja proaktiiviseen aggressioon. Reaktiivisuus tarkoittaa, että aggressio on reaktio johonkin. Yleensä on kyse siitä, että tekijä reagoi kokemaansa uhkaan tai provokaatioon. Proaktiivinen aggressio ei sen sijaan vaadi mitään ärsykettä, vaan yksilö voi käyttäytyä toista kohtaan aggressiivisesti, vaikka häntä ei olisikaan provosoitu. Proaktiivinen aggressio ja epäsosiaalinen käyttäytyminen kulkevat usein käsi kädessä. Tämäntyylinen käytös on hyvin tavallista psykopaateille.

Aggressiivisuutta voi lisätä sellainen aine tai toiminta, joka aktivoi adrenaliiniprosesseja.

Yksikään aggressiivisen käyttäytymisen teoria ei kykene selittämään kaikkea aggressiivista käyttäytymistä. Jokainen tapaus on yksilöllinen, ja siihen vaikuttavat erilaiset tilannetekijät. Näitä ovat asianosaisten persoonallisuustekijät, ympäristötekijät sekä biologiset tekijät. Kokemuksesta tiedämme esimerkiksi sen, että tietyissä tilanteissa suuttuu helpommin kuin toisissa. Tällaiset epämiellyttäviä tuntemuksia aiheuttavat tilanteet kuuluvat tilannetekijöihin. Myös provokaatio on yksi vahvimmista ärsykkeistä, jotka voivat johtaa aggressioon. Muita klassisia tilannetekijöitä ovat frustraatio eli turhautuminen, kipu, ikävä mieliala, sosiaalinen stressi, liian korkea lämpötila, alhainen verensokeri ja nälkä. Myös lääkkeet ja huumeet sekä alkoholi kuuluvat tilannetekijöihin.

Persoonallisuustekijöillä tarkoitetaan yksilön valmiutta käyttäytyä aggressiivisesti. Kyse on toisin sanoen siitä, missä määrin ihmisen emotionaaliset ja kognitiiviset rakenteet tukevat aggressiota. Ihmisen persoonallisuuteen vaikuttaa eletty ja koettu elämä, joten myös hänen traumoillaan on yhteys persoonallisuuteen.

Yleensä ihmiset, joilla on hyvä itsetunto, saattavat yllättäen olla taipuvaisia käyttäytymään aggressiivisesti, jos heidän itsetuntoaan uhataan. Aggressiivisimpia eivät siis välttämättä ole ne, joilla on heikko itsetunto. Aggressiivisuuteen taipuvaiset näkevät aggressiota helposti myös muissa ihmisissä ja tilanteissa – silloinkin kun sitä ei tosiasiassa ole. Mitä heikompi impulssikontrolli ihmisellä on, niin sen taipuvaisempi hän on aggressioon. Ikävä kyllä aggressiivisuus näyttää olevan persoonallisuustekijänä melko pysyvä ominaisuus, mutta psykoterapialla ihminen voi oppia tulemaan toimeen aggressiivisuutensa kanssa.

Aggressiivisuuteen saattavat olla taipuvaisimpia ne ihmiset, joilla on kohtalaisen hyvä itsetunto – niin yllättävää kuin tämä onkin.

Ympäristötekijöihin ei kuulu ainoastaan ihmisen konkreettinen fyysinen ympäristö, vaan se käsittää myös kulttuurin, asumismuodon, yhteiskuntaluokan, ystävät, sukulaiset, työn, vapaa-ajan harrastukset sekä median. Näin ollen esimerkiksi väkivaltaisille elokuville altistuminen on ympäristötekijä, samoin vanhemmilta saatu kasvatus. Biologisia tekijöitä ovat puolestaan monet geneettiset ja neurologiset tekijät. Tietyt keskushermoston osat ovat yhteydessä väkivaltaiseen käyttäytymiseen, ja jotkut tutkijat väittävät jopa löytäneensä erityisen ”rikollisuusgeenin”. Mieshormoni eli testosteroni on tärkein aggressioon vaikuttava hormoni, sillä sillä on aggressiota yllyttävä vaikutus. Kun väkivaltaisuuteen taipuvaisia on tutkittu, on havaittu myös, että heillä on elimistössään runsaasti dopamiinia. Serotoniiniaineenvaihdunta on sen sijaan vähäistä.

Impulssikontrollin heikkous lisää aggressiivisuuden riskiä.

Väkivaltaisesti käyttäytyvälle on käynyt niin, että hänen sietokynnyksensä on ylittynyt eikä hän kykene enää kontrolloimaan itseään. Joillakin ihmisillä tuo sietokynnys on huomattavasti matalampi kuin toisilla.

Henkilöt, joiden yksityiselämä on stressaavaa esimerkiksi avioeron tai läheisen kuoleman vuoksi, voivat tuntea itsensä yksinäisiksi, masentuneiksi, vihaisiksi ja joskus jopa vainoharhaisiksi. Väkivaltaista käytöstä voi selittää moni muukin tekijä. Pahoinpitelijä on esimerkiksi saattanut kokea itse fyysistä tai henkistä väkivaltaa. Syitä voidaan etsiä myös autoritäärisestä ympäristöstä, välinpitämättömästä kohtelusta sekä ihmisten vihamielisyydestä ja vieraantumisesta. Jos ihmistä on kohdeltu lapsena kaltoin (vähätelty, halveksittu, laiminlyöty tai solvattu), hän saattaa kokea lievätkin kriisit ylivoimaisen stressaaviksi ja päätyä väkivaltaan. Mediassa väkivaltaiset teot saavat laajaa huomiota, mikä voi johtaa siihen, että etenkin lasten ja nuorten on vaikea tajuta väkivallan todellisia seurauksia. Väkivallan riskiä lisää aseiden helppo saatavuus, vaikka aseiden myyntiä jossain määrin rajoitetaankin.[35]

Väkivallan määritelmiä:

- *Pahoinpitely* ja *hyökkäys* tarkoittavat tekoa, jonka tarkoituksena on satuttaa toista. Kyseessä on mikä tahansa tarkoituksellinen voimankäyttö, joka saa uhrin pelkäämään välitöntä ruumiinvammaa. Tekijällä on oltava kyky toteuttaa aikomuksensa.

- *Häirintä* tarkoittaa kaikkea häiritsevää käyttäytymistä. Siihen voi liittyä kiusallisia, ei-toivottuja kommentteja, jotka saavat uhrin uskomaan, että hänen terveytensä ja turvallisuutensa ovat vaarassa.
- *Läheltä piti -tilanne* on epäonnistunut pahoinpitely-yritys.
- *Fyysinen pahoinpitely* tarkoittaa fyysistä hyökkäystä, joka voidaan toteuttaa aseen kanssa tai ilman. Uhria saatetaan esimerkiksi iskeä nyrkillä, lyödä, potkia, töniä, nipistää tai purra. Uhrin kimppuun voidaan myös usuttaa koira. Fyysisestä pahoinpitelystä on kyse silloinkin, kun uhria päin syljetään tai kun häneen kohdistetaan ei-toivottuja kiintymyksen ilmauksia.
- *Psykologinen väkivalta* on teko, joka herättää uhrissa pelkoa tai nöyryyttää tätä. Tekijän tarkoituksena on aiheuttaa uhrille psykologinen trauma.
- *Seksuaalinen hyväksikäyttö* tarkoittaa kaikkia fyysisiä tai verbaalisia lähestymisiä, jotka ovat seksuaalissävytteisiä ja ei-toivottuja. Teko saa uhrin uskomaan, että hänen psyykkinen tai fyysinen koskemattomuutensa voi olla uhattuna. Seksuaalista hyväksikäyttöä ovat esimerkiksi nipistäminen, hively, koskettelu, taputtelu ja vilkuilu. Hyväksikäyttäjä voi myös esittää suoria seksuaalisia huomautuksia tai esitellä pornografista materiaalia.
- *Seksuaalinen väkivalta* on uhkauksin tai voimakeinoin toteutettu teko, jossa uhri pakotetaan seksuaaliseen kanssakäymiseen tai hyväilemään itseään.
- *Uhkaus* on kirjallinen tai suullinen ilmaisu, josta selviää, että tekijän tarkoituksena on aiheuttaa vahinkoa jollekin henkilölle tai omaisuudelle. Suora uhkaus on viesti, jossa ilmaistaan selkeästi, että tekijä pyrkii tuottamaan vahinkoa (esim. ”Saat maksaa siitä, mitä teit minulle”). Uhkaus voi olla myös ehdollinen (esim. ”Jos et jätä minua rauhaan, saat katua”). Peitetystä uhkauksesta on puolestaan kyse, kun uhkaajan kehonkieli tai muu käyttäytyminen ilmaisee uhrille, että hän saattaa vahingoittaa tätä (tai jotakuta muuta).
- *Verbaalinen väkivalta* tarkoittaa puhetta, jolla uhri saadaan uskomaan, että hänen fyysinen tai psyykkinen koskemattomuutensa on vaarassa. Kyse voi olla esimerkiksi sellaisista ei-toivotuista kommenteista, jotka häpäisevät, loukkaavat, uhkaavat tai vähättelevät uhria.

Aiempi väkivaltainen käytös ennustaa parhaiten väkivaltaa.

Väkivaltaista käyttäytymistä voidaan ennustaa HCR-20-analyysimenetelmän mukaan seuraavista muuttujista:

Henkilön historia
- Aikaisempi väkivaltainen käytös
- Nuorella iällä alkanut väkivaltainen käytös
- Parisuhdeongelmat
- Työsuhdeongelmat
- Päihteiden väärinkäyttö
- Mielisairaus
- Psykopatia
- Lapsuuden käytöshäiriö
- Persoonallisuushäiriö
- Koevapauden tai ehdonalaisen vapauden sääntöjen rikkomien tai avohoidon laiminlyönti

Kliiniset riskitekijät
- Puutteellinen sairaudentunto
- Negatiiviset ja epäsosiaaliset asenteet
- Oireileva mielisairaus
- Impulsiivisuus
- Huono hoitomyöntyvyys

Tulevaisuuden riskitekijät
- Epärealistiset tulevaisuudensuunnitelmat
- Altistuminen vaaratekijöille
- Puutteellinen sosiaalinen tuki
- Avohoidon laiminlyönti
- Altistuminen stressille

Aggressiotutkimus on osoittanut, että asiakkaan aggressiivinen käyttäytyminen on todennäköisempää, jos hän on aiemmin käyttäytynyt väkivaltaisesti. Tämä on yksittäisistä ennusmerkeistä tarkin, eritoten jos asiakas ei ole hakenut ja saanut apua aggression hillintään. Mikäli asiakas suuttuu kohtuuttomasti, uhkailee tai käyttäytyy vihamielisesti tai oudosti, on myös väkivaltainen käyttäytyminen mahdollista ja jopa todennäköistä. Toinen väkivaltaa hyvin ennustava tekijä on asiakkaan alkoholihumala. Kolmas hälyttävä merkki on se, että asiakas on kiinnostunut väkivaltaisista ideologioista. Aseet saattavat kiehtoa häntä epäterveellä tavalla (muussa kuin urheiluammunta- tai metsästysmielessä), ja hän voi kantaa asetta muka-

naan. Tällaiset piirteet ovat tyypillisiä niin sanotuille kouluampujatyypeille. Toisaalta on myös tapauksia, joissa asiakas pelkää itse käyttäytyvänsä väkivaltaisesti ja haluaa eristyksiin.[36]

Aggression muotoja

- Reaktiivisesti aggressiivinen lapsi
  - on äkkipikainen
  - suuttuu helposti ja rupeaa heti ilkeäksi
  - kokee ympäristön uhkaavaksi ja vihamieliseksi.

- Proaktiivisesti aggressiivinen lapsi
  - kiusaa tahallaan toisia
  - määräilee ja pakottaa toisia
  - haluaa nolata toisia ilman syytä
  - uskoo, että aggressio kannattaa.

- Reaktiivisesti aggressiivisen lapsen tilannetta helpottavat
  - uhkaavien tilanteiden vähentäminen
  - huomion kohdistaminen mukaviin asioihin
  - ei-uhkaavien vihjeiden havaitsemisen edistäminen
  - toisten intentioiden tulkitseminen ja tunneharjoittelu
  - itsekontrollin, impulsiivisuuden ja tunnesäätelyn harjoittelu
  - vahva, luottamuksellinen ja turvallinen suhde johonkin koulun aikuiseen

- Proaktiivisesti aggressiivisen lapsen tilannetta helpottavat
  - vaihtoehtoiset toimintatavat
  - ei-aggressiivisen käyttäytymisen vahvistaminen
  - systemaattiset sanktiot (huom.: ei välttämättä rankaisut) aggressiivisesta käyttäytymisestä
    - Ei lipsumisia missään tilanteessa
  - Syy-seuraussuhteen (ikävien asioiden ilmestyminen) opettaminen
    - Esim. kun lapsi lyö, hän joutuu aina itse soittamaan kotiin ja selvittämään asian ja pyytämään luokan kuullen anteeksi teon kohteelta
    - Huom.! Riittävän yksinkertaiset ja lyhyet syy-seuraussuhteet palkkioissa ja rangaistuksissa

- Jos käyttäytymiseen puututaan pohtimatta, minkälaisesta aggressiosta on kysymys, vaikutukset voivat jäädä laihoiksi.

3.3. Riippuvuus

Aivoissa on lukuisia välittäjäaineita, jotka välittävät hyvän olon kokemuksia. Psykologisella riippuvuudella tarkoitetaan yleensä tietynlaisen ehdollistumisen seurauksena tapahtunutta oppimista, jossa ihminen hakeutuu uudelleen sellaiseen, mikä on tuottanut jotakin hyvää. Fyysisellä riippuvuudella tarkoitetaan puolestaan sellaista riippuvuutta, joka kehittyy aineen (tai toiminnon) välittömien vaikutusten seurauksena. Aineilla voidaan esimerkiksi yrittää parantaa omaa suoritusta (muun muassa silloin, kun esiinnytään tai kun urheillaan). Niillä saatetaan myös tavoitella vaikuttavampaa (esimerkiksi taiteellista tai seksuaalista) kokemusta. Jos tällaisia aineita on tottunut käyttämään jossakin tilanteessa, voi olla, että tavasta on myöhemmin hankala päästä eroon. Voi olla, että ihminen ei enää uskalla tai viitsi olla ilman aineita.

Vaikka psyykkisen ja fyysisen riippuvuuden käsitteet on hyvä pitää erillään toisistaan, todettakoon tässä, että myös psyykkinen riippuvuus on aivotoimintojen tuote. Se on konkreettisten aivoissa tapahtuvien ilmiöiden seurausta, eli se ilmenee mitä suurimmassa määrin myös fyysisellä solutasolla.

Seuraavaksi kuvaan vielä fyysisen riippuvuuden rautalankaversiona. Pahoitteluni siitä, että yksinkertaistan taas hyvin monimutkaista ilmiötä.

Keskeisin hyvän olon välittäjäaine on mielihyväkeskuksessa vaikuttava dopamiini. Jos halutaan tuntea lisää hyvää oloa, täytyy keksiä keino vapauttaa esimerkiksi dopamiinia synapsirakoon. Silloin hyvän olon viestejä välittyisi ja ihminen lopulta tuntisi olonsa hyväksi. Aivojen mielihyväkeskuksessa vaikuttaa muitakin välittäjäaineita, mutta esimerkin vuoksi keskitytään nyt yhteen. Seuraamme dopamiinia niissä prosessin eri vaiheissa, jotka esiteltiin jo aiemmin.

1. Ärsyke saa aikaan hermoimpulsseja, jotka ovat periaatteessa sähköä. Ärsykkeen laadusta riippuu, miten nopeasti tai hitaasti solu alkaa lähettää hermoimpulsseja.

   On mahdollista yrittää tuottaa sellaisia ärsykkeitä, jotka aktivoivat dopamiinineuroneja. Voit kysyä itseltäsi, millaiset asiat ylipäänsä tuottavat Sinulle hyvää oloa. Kun teet näitä asioita tavanomaista enemmän, on hyvin todennäköistä, että dopamiinia vapautuu enemmän ja tunnet olosi paremmaksi. Ihmiset kokevat asioita eri tavoin, mutta tavallisesti dopamiinineuroneja pystyy aktivoimaan yksinkertaisillakin asioilla. Voit esimerkiksi keskustella, lukea jotakin mieluista, mennä luontoon, nauttia taiteista ja musiikista, katsoa

hyvän elokuvan, harrastaa liikuntaa tai seksiä, rakastua, hakeutua hellään kosketukseen, pelata jotakin peliä, tuntea itsesi kauniiksi, syödä jotakin herkullista, mietiskellä, rukoilla jne.

2. Impulssi vapauttaa aksonista (viejähaarakkeesta) välittäjäainetta synapsiin.
   On myös mahdollista nauttia sellaisia aineita, jotka keinotekoisesti tai luonnonmukaisesti vapauttavat enemmän dopamiinia synapsiin. Keinotekoisia aineita ovat päihteet ja lääkkeet, luonnonmukaisia puolestaan tietyt ravintoaineet ja luontaistuotteet.

3. Välittäjäaine ”ui” synapsiraon läpi kiinnittyäkseen seuraavien solujen dendriiteissä (tuojahaarakkeissa) oleviin reseptoreihin (”vastaanottimiin”).
   Nauttimalla tiettyjä lääkeaineita tai päihteitä voimme esimerkiksi a) lisätä synapsissa olevan dopamiinin määrää kiihdyttämällä impulsseja keinotekoisesti, b) hoitaa dopamiinille kuuluvaa tehtävää jollain muulla aineella, joka toimii hyvän olon välittäjäaineen tavoin, c) estää käytettyä välittäjäainetta hajoamasta ”tukkimalla hajottajaproteiinien suut”, jolloin välittäjäaine voi välittää hyvän olon viestejä pidempään, d) estää käytetyn välittäjäaineen takaisinoton (vrt. serotoniinin takaisinoton estäjä), jolloin se välittää hyvää oloa pidempään, e) hidastaa sellaisten solujen toimintaa, jotka rauhoittavat dopamiinineuroneja tai f) nopeuttaa sellaisten solujen toimintaa, jotka auttavat dopamiinineuroneja toimimaan paremmin.

4. Impulssi kulkeutuu seuraaviin soluihin kiinnittymällä dendriiteissä oleviin reseptoreihin, jolloin prosessi jatkuu niissä kohdasta 2.
   Jotta viesti jatkaisi kulkuaan, reseptoreihin tulee kiinnittyä riittävästi välittäjäainetta. Muuten viesti pysähtyy. Jos dopamiinia on synapsissa enemmän kuin solu pystyy ottamaan vastaan, solu voi hyvin nopeasti kehittää lisää reseptoreita. Hetken ajan hyvää oloa välittyy enemmän. Pitää kuitenkin muistaa, että kun reseptoreita on enemmän, vaaditaan myös enemmän välittäjäainetta: riittävän isoon osaan reseptoreista on kiinnityttävä välittäjäainetta, jotta viesti välittyy seuraavaan soluun. Mitä enemmän vastaanottavat solut ovat kehittäneet reseptoreita, sitä enemmän synapsissa tarvitaan kyseistä välittäjäainetta. Näin syntyy toleranssi. Kun jokin lääke tai päihde lisää välittäjäainetta hetkellisesti, soluilla on kyky mukautua nopeasti tilanteeseen kehittämällä lisää reseptoreita. Tämän jälkeen tarvitaan

entistä suurempi annos lääkettä tai päihdettä, jotta viesti (dopamiinin tapauksessa hyvän olon tunne) välittyy.

Solu ei voi tuottaa dopamiinia rajattomasti. Sen jälkeen kun solu ei pysty enää lisäämään dopamiinin annostelua, vastaanottavat solut kykenevät vielä muodostamaan lisää reseptoreita. Lopulta käy niin, että vaikka kaikki käytettävissä oleva dopamiini on pelissä, reseptoreita on liikaa. Riittävän moneen reseptoriin ei silloin riitä välittäjäainetta, joten viestin kulku katkeaa. Dopamiinilla on toisin sanoen kattovaikutus, jonka jälkeen se ei enää tuota hyvää oloa. Pahimmillaan ihmisen kaikki hyvän olon kokemukset alkavat vähentyä. Hän ei voi enää tuntea oloaan hyväksi, koska hyvää oloa välittävä välittäjäaine on lakannut toimimasta. Vähemmästäkin masentuu! Voi myös käydä niin, että dopamiinivarastot ehtyvät kokonaan ja dopamiinineuronit kuolevat. Silloin nämä solut on lopullisesti menetetty.

5. Tehtävänsä suorittanut välittäjäaine vapautuu reseptorista ja palaa synapsirakoon.

   Elimistöön voidaan ottaa ainetta, joka osaltaan hoitaa dopamiinille kuuluvaa tehtävää. Tällöin aivoissa on ”synteettistä dopamiinia”, ja on taas vaarana, että dopamiinireseptoreita kehittyy liikaa. Dopamiinin hajottajaproteiinit eivät myöskään välttämättä kykene hävittämään synteettistä dopamiinia. On lisäksi mahdollista nauttia sellaista ainetta, joka tehostaa dopamiinin vaikutusta pakottamalla sen pysymään reseptorissa pidempään. Kehittyneet reseptorit eivät enää häviä. Ne ovat ikään kuin suu ammollaan odottamassa dopamiinia. Mikäli sitä ei heru, hermosto ”suivaantuu” ja alkaa tuottaa toisenlaista kokemusta. Seurauksena voi olla ärtyisyyttä, ahdistusta, levottomuutta, alakuloa, univaikeuksia, päänsärkyä ja huimausta. Jopa ohimenevät aistiharhat ja epilepsiakohtauksen tyyppiset kouristukset ovat mahdollisia. Kun tällaiset vieroitusoireet iskevät, ihminen pyrkii tuttuun tapaansa lisäämään dopamiinia. Silloin tarkoituksena ei enää niinkään ole tuottaa hyvää oloa, vaan päästä eroon oireista. Aineista, käytön kestosta ja määrästä riippuu, helpottavatko vieroitusoireet aikanaan. Oireet voivat jäädä melko lailla pysyviksi, etenkin jos niitä välttelee ottamalla lisää aineita tai tekemällä jotakin muuta, mikä helpottaa oireita.

6. Välittäjäaine päätyy kierrätettäväksi tai eliminoitavaksi.

6.1. Osa käytetystä välittäjäaineesta tulee kierrätetyksi ja palaa takaisinottoreittiä pitkin lähettäneeseen hermosoluun.

Tämä tapahtuma on mahdollista estää takaisinottoreitin osittaisella tukkimisella. Välittäjäaine jää silloin pidemmäksi aikaa synapsirakoon. Jos välittäjäainetta – tässä tapauksessa dopamiinia – ei päädy riittävästi kierrätykseen, on kuitenkin vaarana, että dopamiinivarastot loppuvat. Tyypillisin takaisinottoa estävä lääke on SSRI, joka nimensä mukaan on selektiivinen serotoniinin takaisinoton estäjä. Siinä sanotaan olevan se hyvä puoli, että se estää vain osan serotoniinin takaisinotosta. Näin serotoniinia kuulemma riittää myös kierrätettäväksi. Sopii kuitenkin kysyä, onko asia todella tutkittu riittävän perusteellisesti.

6.2. Hajottajaproteiinit eliminoivat sen osan käytetystä välittäjäaineesta, joka ei tule kierrätetyksi.

On mahdollista nauttia ainetta, joka tukkii hajottajaproteiinien ”suut”. Näin eliminaatiota voidaan hidastaa tai se voidaan jopa estää. Tässäkin on kuitenkin olemassa se riski, että synapsissa on enemmän dopamiinia kuin reseptoreita. Silloin syntyy uusia reseptoreita ja hyvän olon tuottamiseksi tarvitaan aina vain enemmän ja enemmän dopamiinia. Jos sitä ei saada, rupeaa hermosto ”ryppyilemään” ja kuvioon tulevat vieroitusoireet.

Pahimmillaan vieroitusoireet aiheuttavat erittäin voimakkaita kipu- ja tuskatiloja. Sellaista ei ihminen kestä, vaan hän on käytännössä valmis tekemään mitä tahansa, jotta vieroitusoireet häviäisivät. Hän saattaa vaikka myydä koko omaisuutensa (tai oman mummonsa) ja syyllistyä raakaan väkivaltaan. Erityisesti opiaatteihin liittyy tällainen riski.

3.4. Sydämen surut ja vatsan perhoset

Mielenkiintoinen yksityiskohta on, että useissa aasialaisissa kielissä samaa ikivanhaa kirjainta tai symbolia käytetään sekä ’sydämestä’ että ’mielestä’. Parin viime vuosituhannen aikana eri kulttuurien lääkärit ja tieteenharjoittajat ovatkin uskoneet, että aivoilla ja sydämellä on läheinen yhteys. He ovat jopa väittäneet, että älykkyys ja tunteet sijaitsevat jommas-

sakummassa näistä elimistä. Nykytieteiden (mm. biologian, fysiologian ja käyttäytymistieteiden) integratiiviset, empiiriset tutkimukset todella vahvistavat, että aivojen ja sydämen välillä on anatomisia ja toiminnallisia yhteyksiä. Sydämen ja aivojen yhteyttä tarkastellaan tavallisesti jonkin lääketieteellisen erikoisalan näkökulmasta. Esimerkiksi neurologian alalla on tärkeää ottaa aivojen lisäksi huomioon sydän ja verisuonet, kun on kyse halvauksista ja vaskulaarisesta dementiasta. Sydäntautiopissa aivojen vaikutus ilmenee selvästi niin sanotussa ”särkyneen sydämen oireyhtymässä”, joka tunnetaan myös akuuttina stressin aiheuttamana sydänlihastautina (kardiomyopatiana).

Viimeaikaisissa epidemiologisissa tutkimuksissa on ilmeisesti löydetty uusia yhteyksiä aivojen ja sydämen väliltä. Ne ilmenevät tyypillisesti samanaikaisina aivo- ja sydänsairauksina. Malliesimerkki on depression ja sepelvaltimosairauden yhteys. Tällaiset yhteydet ovat kannustaneet etsimään uusia mekanismeja, joihin hoidon voisi kohdistaa.

Sydän ei siis ole vain pumppu, joka huolehtii verenkierrosta. Uusissa tutkimuksissa on todettu, että sydämessä on hermosoluja jopa enemmän kuin lihassoluja ja että se toimii yhteistyössä aivojen kanssa. Tästä herää kysymys, voisiko tietoisuus sijaita osittain sydämessämme. Mitä kaikkea sydän tuntee ja tietää? Ainakin käsitteet *sydänsuru* ja *sydämen särkyminen* saavat nyt mielenkiintoisia ulottuvuuksia. Ehkäpä vanhoissa uskomuksissa, joissa sydäntä on pidetty sielun (tietoisuuden) olinpaikkana, on sittenkin perää?[37]

Ihmisen hermojärjestelmä koostuu osasta, johon pystyy vaikuttamaan, sekä osasta, johon ei voi vaikuttaa. Jälkimmäinen on niin sanottu autonominen hermojärjestelmä, ja se on tahdosta riippumaton. Kun ihminen vastaanottaa esimerkiksi kuulo- tai näköärsykkeitä ympäristöstään, ne välittyvät aivoihin sähkökemiallisina signaaleina, joita hermojärjestelmä prosessoi. Jos tavallisten reaktioiden lisäksi tuntee perhosia vatsassaan, polvet tärisevät tai sydän tykyttää, se johtuu siitä, että osa signaaleista välittyy aivoista autonomiseen hermojärjestelmään. Oireiden varmaa syytä ei tiedetä, mutta niiden tarkoitus on ehkä kohdistaa ihmisen huomio tiettyyn tunteeseen. Jännitys tai odotus voivat tuntua tällöin esimerkiksi juuri perhosina vatsanpohjassa. Peloissaan olevan ihmisen sydän puolestaan lyö tavallista nopeammin. Joskus nämä fyysiset tuntemukset ovat hyvin voimakkaita. Mikäli niistä on suoranaista haittaa, puhutaan jo somatoformisista eli elimellisoireisista autonomisista häiriöistä, jotka voivat pahimmillaan olla hyvinkin invalidisoivia.

Väillä kuulee puhuttavan, että joku on järki-ihminen ja joku toinen taas tunneihminen. Myös sukupuolistereotypioita, joissa naista pide-

tään tunteikkaana ja miestä järkevänä, esiintyy vielä silloin tällöin. Moni meistä on kokenut, että joskus järki ja tunteet saattavat olla keskenään ristiriidassa. Tunteen voimakkuudesta ja henkilön rationaalisuudesta riippuu, kumpi voittaa.

Jo kymmenen vuotta sitten hermoverkkoja käsittelevissä tutkimuksissa todettiin, että lapsena koettu stressi ja trauma muuttavat solutason toimintoja erityisesti akselilla limbinen järjestelmä – hypotalamus – aivolisäke – lisämunuainen. Aivokemiallisten muutosten seurauksena hippokampuksen kognitioita tukeva toiminta voi lamautua. Tällöin affektiivinen osatekijä kytkeytyy irti kognitiivisista tekijöistä, mikä selittää dissosiaatioilmiötä. Samanlainen muutos on havaittu toistuvasti eri tutkimuksissa skitsofreniaoireista kärsivillä. Tämäntyyppiset lapsuuden traumojen aiheuttamat neurofysiologiset ja neurokemialliset muutokset voivat säilyä aikuisuuteen saakka.[38] On jopa näyttöä siitä, että äidin raskaudenaikainen stressi vaikuttaa sikiön aivojen kehittymiseen. Näin ollen myöskään välittömästi synnytyksen jälkeen todetut aivotoiminnan häiriöt eivät välttämättä ole geneettisiä. Traumakokemuksilla on selvä yhteys myös ADHD-syndroomaan, johon liittyy kognitiivisia puutteita ja jota nykyään usein diagnosoidaan pienillä lapsilla.[39]

Ihmisillä on monenlaisia taustoja ja erilaisia luonteita, ja me elämme vaihtelevissa elämäntilanteissa. Ihmisen tunteita ohjaavat ainakin osaksi geeneissämme olevat vaistot, jotka auttavat meitä muun muassa pysymään hengissä. Meillä on myös hormonien ja entsyymien säätelemiä lisääntymis- ja hoivaamisviettejä. Psykologinen tutkimus on lisäksi havainnut, että ihmisten varhaisten kokemusten ja myöhemmän käyttäytymisen välillä on selkeitä syy-yhteyksiä. Uusimmat tutkimukset ovat tuoneet esiin sen, miten eri tavalla samat kokemukset vaikuttavat eriluonteisiin ihmisiin. Joku saattaa vain innostua siitä, mistä toinen saa vakavia traumoja! Omaa luonnetta ei ilmeisesti juurikaan voi muuttaa, mutta sitäkin on tarvittaessa mahdollista oppia kontrolloimaan. Sen sijaan itse hankittuja ominaisuuksia, kuten elämän aikana muodostuneita käyttäytymismalleja, ajattelutapoja ja arvostuksia, voidaan kyllä muuttaa.

Nykyajalle ominainen yksilöllisyyden ylikorostaminen on todennäköisesti ainakin osasyynä siihen, että niin monet ihmiset voivat huonosti. Aikamme yltiöindividualismi nimittäin tuntuu korostavan yksilön oikeutta tehdä kaikkea, mikä itsestä tuntuu hyvältä. Tällaisen asenteen omaksuneet ihmiset asetettavat omat mielihalunsa etusijalle eivätkä välitetä muista lainkaan.

Aivotutkijat ovat – tahtomattaankin – osoittaneet todeksi vanhan näkemyksen, joka tunnetaan monissa maailman uskonnoissa. Sen mukaan

ihminen voi itse vaikuttaa käyttäytymiseensä suuntaamalla ajatuksensa joko hyviin tai huonoihin asioihin. Valitettavasti tunteet saattavat joskus riistäytyä hallinnasta ikävin seurauksin. Ihminen saattaa esimerkiksi toimia ajattelemattomasti tai väkivaltaisesti, tai hän voi sairastua johonkin psyykkiseen tai somaattiseen sairauteen. Vaikea elämäntilanne tai traagiset kokemukset voivat johtaa ajatukset sellaiseen noidankehään, josta ei enää pääse irti omin voimin. Toisaalta ongelmaksi voi muodostua myös tilanne, jossa ihminen ei osaa kokea tai osoittaa tunteita, ehkä lainkaan. Tällainenkin huonontaa suuresti elämänlaatua ja voi niin ikään johtaa monenlaiseen psyykkiseen ja somaattiseen oireiluun.

Monet lapsena saadut tautitartunnat jättävät immuniteetin kyseistä tautia vastaan. Myös ihmisen luonne voi tähän tapaan vahvistua, kun hän kokee vastoinkäymisiä tai kun hänen itsetuntonsa saa kolhuja. Kokemamme pettymykset, huomiotta jäämiset, kiellot ym. voivat auttaa meitä selviytymään eteen tulevista raskaistakin koettelemuksista. Liian traumaattinen kokemus ei kuitenkaan vahvista ihmistä, vaan se voi aiheuttaa elinikäisen henkisen vamman. Persoonallisuus vaikuttanee paljon siihen, miten vaikeuksiin suhtautuu. Rohkea ja vilkas voi toipua nopeasti ja mennä pian uudelleen ”tulta päin”. Hiljainen ja arka saattaa vetäytyä entisestään ja kärsiä tilanteestaan kaksin verroin. Vanhempien ei kannata suotta suojella lapsiaan kaikilta pettymyksiltä ja muilta ikäviltä kokemuksilta, joskaan ei niitä tarvitse tietoisesti pyrkiä aiheuttamaankaan. Näyttäisi nimittäin siltä, että kaikki vanhemmat onnistuvat siinä riittävän hyvin erikseen yrittämättäkin.

Jotta voimme säilyttää minuutemme riittävän lähellä omaa ihannettamme, tulemme käyttäneeksi usein tiedostamattomasti erilaisia defenssimekanismeja. Näiden puolustusoperaatioiden tehtävänä on suojata ihmisen psyykeä uhkaavilta ajatuksilta ja tunteilta. Yksi yleisimmistä defensiivisistä operaatioista on torjunta, joka ilmenee niin, että ihminen sulkee jotain pois tietoisuudestaan. Torjutut asiat voivat olla häiritseviä, kiellettyinä koettuja, ahdistavia pyrkimyksiä sekä niihin liittyviä mielikuvia, muistoja ja ajatuksia. Torjuntaa vastaavia subjektiivisia kokemuksia ovat unohtamiset ja muistikatkokset.[40] Kirjoitan aiheesta lisää tuonnempana, kun käsittelen dissosiaatiota.

Psykoanalyyttisessa teoriassa ajatellaan, että torjunta, kieltäminen ja projektio saattavat kertoa ihmisen menneistä ajatuksista, tunteista, muistoista ja fantasioista. Ne ovat saattaneet osin tai kokonaan siirtyä pois henkilön tietoisuudesta. Nämä asiat eivät kuitenkaan kokonaan katoa psyykestä, vaikka ne näyttäisivät olevan senhetkisen tietoisen muistimme ulottumattomissa. Ne voivat vierailla tai kokonaan palautua löytämällä

tiensä uniin, ”freudilaisiin lipsahduksiin”, muistivirheisiin tai selittämättömiin fantasioihin ja pyrkimyksiin. Ne voivat tulla ilmaistuiksi toistuvissa kokemuksissa, estoissa, oireissa ja sublimaatioissa[a].

Jokainen meistä voi oirehtia – ja luultavimmin oireilee ainakin joskus – ruumiillisesti, kun koemme paineita tunne-elämässämme. Voimistuvat ulkoiset tai sisäiset paineet voivat aiheuttaa psyykkistä kipua, joka estää normaalin ajattelun ja normaalin psykoemotionaalisen reagoinnin. Silloin koko tilanne siirtyy kehon kannettavaksi. Ruumis reagoi paineisiin niin, että siihen tulee toimintahäiriöitä. Tätä voidaan pitää täysin normaalina viestinä, jolla psyyke pyrkii kertomaan, että ”tarttis varmaan tehrä jottain”.[41]

[a] Sublimaatio on eräänlaista jalostumista. Analyyttisessa kielessä sillä tarkoitetaan viettien purkamista henkisen työn avulla: kielletyiksi koetut viettiyllykkeet muuntuvat sellaisiksi, että ne pääsevät tyydyttymään sosiaalisesti hyväksyttävällä tavalla

4. Keinoja vaikuttaa psyykeen

On useita tapoja auttaa ihmistä ja vaikuttaa psykoemootioihin. Keinot vaihtelevat paljon sen mukaan, keneltä asiaa kysytään. Luettelen seuraavaksi hoitomenetelmiä ja ”hoitomenetelmiä”, joilla psyykkisesti oireilevaa henkilöä saatettaisiin yrittää auttaa. Lista mukailee Laitakarin[42] näkemyksiä.

- Terveyskeskuslääkäri tarjoaisi lääkkeitä unettomuuteen ja masennukseen sekä verenpaineeseen tai jännitykseen.
- Hivenainespesialisti toteaisi vitamiinien ja hivenaineiden puutostiloja ja yrittäisi palauttaa elimistön tasapainon.
- Pappi neuvoisi hiljentymään, rukoilemaan, ihmettelemään Jumalan luomakuntaa, lukemaan hengellistä kirjallisuutta ja kenties kuuntelemaan pyhiä lauluja.
- Terveydenhoitaja kehottaisi liikkumaan ja laihduttamaan.
- Biopalautekurssin kouluttaja opettaisi rentoutumaan, vähentämään stressiä ja alentamaan verenpainetta.
- Stressinhallintakurssin vetäjä opettaisi tunnistamaan stressin syyt, kehottaisi tarkkailemaan elämäntyyliä ja kannustaisi tekemään tarvittavia muutoksia.
- Vyöhyketerapeutti neuvoisi rentoutumaan ja rauhoittumaan ja antaisi yksinkertaisia elämänohjeita siitä, kuinka tulisi elää terveellisesti.
- Kiinalaisen lääketieteen asiantuntija työntäisi pään täyteen akupunktioneuloja.
- Fysioterapeutti hieroisi kipeitä hartioita ja niskoja.
- Jäsenkorjaaja avaisi ”aivojen verenkiertoa haittaavat” jäsenlukot manipuloimalla.
- Elävän ravinnon spesialisti innostaisi laihduttamaan, laskemaan verenpainetta ja hankkimaan uutta energiaa.
- Psykoterapeutti auttaisi kohtaamaan lapsuuden peikot ja tajuamaan lapsena alkaneen oman ilkeyden, aggressiivisuuden ja kateuden muiden elämää kohtaan.
- Kiropraktikko rentouttaisi niksauttamalla selän lihasjännitykset.
- Liikuntatieteilijä suunnittelisi lihaskuntoa ja hapenottokykyä lisäävän harjoitteluohjelman.
- Juristi auttaisi ehkä avioeropapereiden laatimisessa!

Moniselitteiset pulmat ovat joskus hyvin kouriintuntuvia, kun asiakas hakee apua useista paikoista ja saa aina erilaisia vastauksia ja ehdotuksia. Esimerkiksi silloin, kun asiakas kokee elämän vaikeaksi ja tuntee olonsa sekavaksi, tilanne saatetaan hahmottaa hyvin eri tavoin. Sitä voidaan tarkastella vaikkapa uudelleen orientoitumisen vaiheena, sairauden kaltaisena häiriönä tai kulttuuris-yhteiskunnallisena ilmiönä (esim. roolipaineiden heijastumana). On huomattava, että vaikka perushahmotustapa olisi lääketieteellinen (ja ongelma nimettäisiin esim. ”masennukseksi”), vaikeuksien voidaan silti ajatella johtuvan useista tekijöistä. Taustalla voi vaikuttaa esimerkiksi minän kehityshäiriö, parisuhdeongelma, lasten itsenäistymiseen liittyvä kriisi, attribuutiovirhe tai aivojen serotoniiniaineenvaihdunnan häiriö. Usein ongelmat ovat luonteeltaan sellaisia, että niitä on vaikea määritellä, joten oikean ratkaisun löytäminen voi olla hankalaa. Mitä kannattaa silloin hoitaa? Asian tekee vielä monimutkaisemmaksi se, että etiologian ja hoidon välinen suhde on epäselvä. Olisi helppo ajatella, että hoitokäytäntöjen tulisi välttämättä ainakin jossakin määrin kytkeytyä etiologisiin selitysmalleihin. On kuitenkin olemassa perusteltuja näkemyksiä siitä, ettei etiologisten ja hoidollisten linjojen suhde ole mitenkään itsestään selvä. Kun ongelmat ovat monitasoisia, ongelman syiden ja hoitomenetelmien välille ei aina muodostu täydellistä symmetriaa.[43]

Seuraavaksi jatkan siteeraamalla ja kommentoimalla aivotutkimuksen Nobel-palkinnon saaneen Kandelin teesejä[44] ja niiden merkitystä psykiatrisen hoidon näkökulmasta.

1. Kaikki mielen prosessit syntyvät aivotoimintojen tuotteena.

Mitä yhteistä on a) tarkoituksellisella ja tahattomalla teolla (tai tekemättä jättämisellä), b) pienen pienellä emootion alulla ja isolla tunnemyrskyllä, c) yksinkertaisella ajatuksella ja monimutkaisella oivalluksella sekä d) psyykkisellä ja psykosomaattisella oireella? Nämä kaikki ovat aivotoiminnan tuotetta. Kaikki ihmisen kokemukset syntyvät loppujen lopuksi hermostojärjestelmän ”keskusyksikössä”, johon kuuluu aivojen lisäksi koko muu hermosto. Aivotoimintoja muokkaamalla on mahdollista työstää mielen prosesseja ja ainakin tiettyyn rajaan saakka myös aivotoimintojen ”lopputuotetta”. Tämä voidaan tehdä usealla eri tavalla ja useaa eri reittiä, joko suoraan tai välillisesti.

2. *Geenit ohjaavat hermosolujen ratayhteyksien muodostumista ja säätelevät siten myös käyttäytymistä.*

Tutkijat ovat onnistuneet löytämään useita geenejä, jotka selittävät (mitkä enemmän ja mitkä vähemmän) ihmisen erilaisia ominaisuuksia, kuten aivotoimintoja. Hyvin harvat geenit selittävät sataprosenttisesti mitään. Esimerkiksi silmien väriä on totuttu ajattelemaan geeniperimän aikaansaannokseksi. Silmien väri ei ole yhden geenin määräämä asia, vaan se on polygeeninen ominaisuus, joka määräytyy useiden geenien yhteisvaikutuksen tuloksena. Geenit määrittävät, kuinka paljon ja minkä tyyppistä pigmenttiä silmän värikalvolle muodostuu. Ihmisillä esiintyy kolmea silmän värin määräävää geeniä (vihreä, ruskea ja sininen väri), mutta fenotyyppiin eli silmän varsinaiseen väriin vaikuttavat yllättäen myös ympäristötekijät. Edes silmien väri ei siis ole pelkästään geeneistä kiinni. Useimmat keskeiset tutkimukset, joihin tässäkin kirjassa viittaan, puhuvat sen puolesta, että perinteinen psykiatrian ydinparadigma, jonka mukaan tiettyjen vakavien psykiatristen sairauksien taustalla olisi geeniperimä, on pääsääntöisesti väärä. Geenit mitä ilmeisimmin eivät määrää sen paremmin käyttäytymistä kuin muutakaan ”oireilua”. Paremmat selitykset löytyvät toisaalta.

3. *Geenit eivät selitä kuitenkaan yksilöiden välistä psyykkistä vaihtelua kokonaan. Kehitykselliset ja sosiaaliset tekijät vaikuttavat geenien ilmentymiseen, jota oppiminen muuttaa. Myös kokemukset, joita yksilö saa kehityksen aikana, jättävät jälkensä aivojen rakenteeseen ja toimintaan.*

Tähän ei ole lisättävää. Yhä enenevässä määrin on todisteita siitä, että kehitykselliset ja sosiaaliset tekijät, niin sanotut ympäristötekijät, vaikuttavat käyttäytymiseen ja aivotoimintoihin enemmän kuin muut seikat yhteensä. Jopa vastasyntyneiden vauvojen aivotoimintojen häiriöt selittyvät paremmin ympäristötekijöillä kuin geeniperimällä. On näyttöä siitä, että vauva on vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa jo kohdussa. Esimerkiksi odottavan äidin voimakas stressi haittaa syntymättömän lapsen kehitystä, mikä saattaa selittää joitakin vastasyntyneillä tavattuja aivotoiminnan

häiriöitä. Myös kehitysvammaisuuden taustalta löytyy geenien ohella ympäristötekijöiden vaikutuksia, jotka määräävät, millä tavoin geenit kulloinkin vaikuttavat.

4. Oppiminen muuttaa geenien ilmentymistä ja muokkaa siten hermosolujen välistä verkostoa vaikuttaen tätä kautta lopulta myös jokaisen yksilön aivojen biologiseen rakenteeseen.

Aivojen toiminta on niin monimutkaista, ettei sitä kyetä millään tavalla täysin selittämään. Joka sekunti syntyy aivoissa miljoona uutta hermokytköstä. Aivot ovat neuroplastiset ja siten alati muuttuvat ja kehittyvät myös solutasolla kehdosta hautaan. Syystä tai toisesta vaurioituneiden aivo-osien tehtäviä voidaan kuntoutuksella siirtää aivojen toimivien osien hoidettavaksi.

5. Psykoterapian, neuvonnan, sosiaalisen tuen sekä lääkityksen vaikutus voi johtaa pitkäaikaisiin muutoksiin hermosolujen välisissä yhteyksissä. Terapiassa tapahtuva oppiminen muuttaa geenien ilmentymistä, mikä vaikuttaa synapsiyhteyksiin ja siten hermoverkkojen muotoutumiseen.

Meidän on helppo ymmärtää, että päihteiden tai lääkkeiden käyttö voi muuttaa aivoja konkreettisesti. Koska kaikki kokemukset ovat kuitenkin aivotoimintojen tuotetta ja koska aivotoiminnot ovat aina fyysisiä konkreettisia tapahtumia, niin myös psykososiaalisten hoitojen vaikutus perustuu tosiasiassa solutasoon: sähköimpulsseihin, hermokytköksiin, välittäjäaineisiin ja monenlaisiin kemiallisiin prosesseihin. Esimerkiksi silloin, kun halutaan ”kohottaa mielialaa”, serotoniinin (tai noradrenaliinin tai dopamiinin) tulee aktivoitua aivoissa. Tämä onnistuu suhteellisen helposti päihteillä tai lääkkeillä, mutta myös esimerkiksi tekemällä jotakin itselle mieluista (keskustelemalla, lukemalla jne.). Ihmisellä on ihmeellinen kyky pyrkiä luontaisesti kohti asioita, jotka ovat hänelle hyödyksi. Näin tulee ymmärretyksi, miksi alakuloinen nainen saattaa haluta syödä suklaata, katsoa romanttisen elokuvan ja käydä ostoksilla, kampaajalla tai kosmetologilla. Näin voidaan selittää myös alakuloisen miehen tarvetta lähteä yksikseen metsään, punttisalille tai

kavereiden kanssa keilaamaan ja kaljalle. Nämä ovat tosin pelkkiä sukupuolistereotypioita: miehetkin voivat hyvin shoppailla, eikä mikään estä naisia menemästä keilaamaan ja kaljalle.

4.1. Lääkkeet

- **Fakta on, että yksikään alle 40-vuotiaana SSRI-masennuslääkityksen aloittanut ihminen ei ole elänyt 80-vuotiaaksi!**
- **Meillä ei ole riittävästi tietoa, jotta voisimme varmuudella sanoa, millä kaikilla tavoilla lääkkeet vaikuttavat – sen paremmin lyhyellä kuin pitkälläkään aikavälillä.**

Yli 700 000 suomalaista syö vuosittain psyykenlääkkeitä, ja joka kymmenes suomalainen aikuinen käyttää vähintään yhtä psyykenlääkettä säännöllisesti. Useimmat psyykenlääkkeet ovat kuitenkin verrattain uusia keksintöjä. Alun perin masennuslääke keksittiin vahingossa, niin kuin myös Viagra ja moni muu hyvän liikevaihdon lääke. Masennuslääke syntyi, kun aivan muuhun tarkoitukseen suunnitellulla lääkkeellä todettiin sellainen sivuvaikutus, että se kohensi joidenkin koepotilaiden mielialaa. Yleisimmät masennuslääkkeet, SSRI-lääkkeinä tunnetut selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät, keksittiin vasta 1980-luvulla. Suomessa niiden käyttö yleistyi seuraavalla vuosikymmenellä.

Masennuslääke aiheuttaa todistetusti muutoksia aivojen välittäjäaineiden toiminnoissa. Sitä kautta se vaikuttaa myös aivojen muihin toimintoihin – ja jopa aivojen rakenteisiin. Joka minuutti syntyy miljoona uutta hermokytköstä. Emme tiedä aivojen yksityiskohdista niin paljon, että voisimme varmuudella sanoa, mitä kaikkia muutoksia aivotoiminnoissa tapahtuu, kun ihminen syö masennuslääkkeitä.[45] Meillä ei ymmärrettävästi ole potilaiden seurantatietoja kuin melko lyhyiltä ajanjaksoilta. Tosiasia on, että yksikään SSRI-lääkityksen alle 40-vuotiaana aloittanut ihminen ei ole vielä elänyt 80-vuotiaaksi. Miljoona uutta hermokytköstä sekunnissa voi tarkoittaa miljoonaa erilaista mahdollisuutta – niin hyvässä kuin pahassa.

Psyykenlääkkeet[46] voidaan jakaa karkeisiin luokkiin vähän samaan tapaan kuin päihteetkin. On lääkkeitä, jotka a) kiihdyttävät tiettyjä aivojen prosesseja, b) hidastavat tai peräti estävät tiettyjä aivojen prosesseja ja c) tasaavat

eli moduloivat aivojen prosesseja. Ajatellaanpa vaikka hyvää unilääkettä. Sen pitäisi kiihdyttää uniprosesseja ja hidastaa valveprosesseja sekä tasata sopivasti mieltä. Käytännössä psyykenlääkkeet voidaan luokitella kuuteen ryhmään seuraavasti:

1. Neuroleptit eli antipsykoottiset aineet vaikuttavat pääasiassa aivojen dopamiini-nimisen välittäjäaineen kautta. Niitä käytetään skitsofreniassa ja eräissä muissa psykooseissa.
2. Antidepressiivit lisäävät aivojen noradrenaliini- ja serotoniini-välittäjäaineiden vaikutusta. Niitä käytetään masennuksessa, paniikkihäiriössä, pakko-oireisessa häiriössä sekä joskus bulimiassa ja riippuvuussairauksissa.
3. Rauhoittavat aineet eli anksiolyytit vaikuttavat alkoholin tapaan. Niiden vaikutus välittyy gamma-aminovoihappo (GABA) -nimisen välittäjäaineen kautta. Anksiolyyttejä käytetään myös unilääkkeinä.
4. Litiumia ja antiepileptisia aineita (lähinnä karbamatsepiinia ja valproaattia) käytetään kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä (bipolaarisessa häiriössä eli maanis-depressiivisessä häiriössä).
5. Psykostimulantteja (amfetamiinia ja sen johdannaisia) käytetään mm. ADHD:n hoitoon, mutta joskus myös vaikeaan masennukseen ja krooniseen väsymykseen. Aikoinaan niitä määrättiin liikalihavuuteen.
6. Muita lääkkeitä ovat esimerkiksi beetasalpaajat ja antikolinergit. Niitä käytetään mm. lääkkeiden sivuvaikutusten oireenmukaiseen hoitoon.

4.2. Päihteet

Päihteitä on käytetty vuosisatoja, luonnosta löytyviä päihteitä jo vuosituhansia. Samalla kun kemian osaaminen lisääntyy, kehitetään uusien lääkkeiden ohella myös uusia päihteitä. Päihteitä otetaan käyttöön nopeasti, joten niitä ei heti ehditä edes luokitella huumeiksi. Kuvaan seuraavissa kappaleissa vaikutuksia, joita yleisimmillä päihteillä on. Niille, jotka haluavat päihdeasioista lisätietoa (esim. kliinisen työn tueksi), suosittelen lämpimästi Päihdelinkkiin tutustumista (*http://www.paihdelinkki.fi*). Se on ollut vuodesta 1996 Suomen suosituin päihteitä ja riippuvuuksia käsittelevä internetpalvelu. Palvelu on tarkoitettu päihteiden käyttäjille ja heidän läheisilleen sekä kaikille päihdetiedosta kiinnostuneille. Sivustosta on hyötyä myös opiskelijoille ja ammattiauttajille, joille on siellä omia osioita. Päihdelinkki-sivusto tavoittaa noin 80 000 eri kävijää kuukaudessa, ja

tietoa on tarjolla myös ruotsiksi, englanniksi, venäjäksi ja viittomakielellä. Päihdelinkki-palvelun tuottaa A-klinikkasäätiö.

Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin mukaan päihde on ”päihtymistarkoitukseen käytetty, psyykkisiin toimintoihin vaikuttava aine”[47]. Kyseessä on psykoaktiivinen yhdiste, jolla on vaikutuksia myös ihmisen fyysisiin toimintoihin. Yleisiä päihteitä ovat esimerkiksi alkoholi ja huumeet. Päihteen ja elintarvikkeen ero on joskus häilyvä, koska monet yleisesti käytetyt nautintoaineet, kuten kahvi, sisältävät pieniä määriä päihdyttäviä ja riippuvuutta aiheuttavia aineita.

Päihteitä käytetään pääsääntöisesti rentoutumis- tai piristystarkoituksessa, mutta riippuvuuden synnyttyä niillä pyritään ensisijaisesti torjumaan vieroitusoireita. Monia päihteinä käytettyjä aineita hyödynnetään lääkkeinä, erityisesti neurologisten ja psyykkisten sairauksien sekä kivun hoidossa. Esimerkiksi heroiini kehitettiin alun perin särky- ja yskänlääkkeeksi, eikä sen uskottu aiheuttavan riippuvuutta. Päihteitä käytetään myös joidenkin kulttuurien uskonnollisissa rituaaleissa.

Alkoholi aiheuttaa Suomessa eniten päihdekuolemia. Toiseksi eniten niitä aiheutuu lääkkeistä, joita käytetään päihtymistarkoituksessa. Yleisimmin kuollaan tällöin kodeiinin yliannostukseen tai tramadolin, buprenorfiinin tai metadonin käyttöön alkoholin kanssa. Britannian Science and Technology Committee on laatinut luokittelun, jossa päihteet asetetaan järjestykseen niiden haitallisuuden mukaan siten, että ensimmäisenä mainitaan ihmisille vahingollisin päihde. Järjestys on sen mukaan seuraava: heroiini, kokaiini, barbituraatit, metadoni, alkoholi, ketamiini, bentsodiatsepiini, amfetamiini, psilosybiini, tupakka, buprenorfiini, kannabis, päihteinä käytettävät liuottimet, DOM, LSD, metyylifenidaatti, anaboliset steroidit, GHB, ekstaasi, alkyylinitriitit ja khat.

Alla olevasta taulukosta voi tutkia, miten vahingolliseksi aineet on arvioitu fyysisessä ja psykososiaalisessa mielessä. Siitä käy ilmi myös, miten herkästi niiden uskotaan aiheuttavan riippuvuuden. Ominaisuuksia arvioidaan numeroasteikolla 0–3, jossa 0 tarkoittaa ’haitatonta’, ’ei-addiktoivaa’ ja 3 puolestaan ’erittäin vahingollista’, ’erittäin addiktoivaa’.

AINE	Fyysinen vahingollisuus	Aiheuttaa riippuvuutta	Psykososiaalinen vahingollisuus
Heroiini	2,78	3,00	2,54
Kokaiini	2,33	2,39	2,17
Barbituraatit	2,23	2,01	2,00
Metadoni	1,86	2,08	1,87
Alkoholi	1,40	1,93	2,21
Ketamiini	2,00	1,54	1,69
Bentsodiatsepiinit	1,63	1,83	1,65
Amfetamiini	1,81	1,67	1,50
Tupakka	1,24	2,21	1,42
Buprenorfiini	1,60	1,64	1,49
Kannabis	0,99	1,51	1,50
Liuottimet	1,28	1,01	1,52
4-MTA (metamfetamiini)	1,44	1,30	1,06
LSD	1,13	1,23	1,32
Metyylifenidaatit (amfetamiinijohdannainen, mm. ADHD-lääke Concerta)	1,32	1,25	0,97
Anaboliset steroidit	1,45	0,88	1,13
GHB (gamma)	0,86	1,19	1,30
Ekstaasi	1,05	1,13	1,09
Alkyylinitriitit (poppers)	0,93	0,87	0,97
Khat	0,50	1,04	0,85

Normaalisti ihminen saa mielihyvää niin sanotuista luonnollisista palkitsijoista, joita ovat esimerkiksi syöminen, juominen ja seksi. Ne tuottavat tyytyväisyyden tai kylläisyyden tunteen. Riippuvuutta aiheuttavat aineet stimuloivat ihmisen mielihyväjärjestelmää luonnollisten palkitsijoiden tavoin. Ihminen oppii tekemään nopeasti suhteellisen haastaviakin asioita, mikäli siihen liittyy palkkiona ”huumepiikki”. Lähes kaikkien riippuvuutta aiheuttavien aineiden on havaittu lisäävän dopamiinin vapautumista accumbens-tumakkeessa. Vastaavasti näitä vaikutuksia pystytään vähentämään estämällä hermojärjestelmän toimintaa. Dopamiinin lisäksi muillakin välittäjäaineilla, esimerkiksi serotoniinilla, noradrenaliinilla ja gamma-aminovoihapolla eli GABA:lla, on oma osuutensa päihteiden mielihyvävaikutuksissa ja riippuvuuden syntymisessä. Myös morfiinin ta-

voin vaikuttavia elimistön omia opioidipeptidejä (enkefaliinit, endorfiinit ja dynorfiinit) tiedetään vapautuvan päihteiden aiheuttaman mielihyvän yhteydessä. Kaikki riippuvuutta aiheuttavat aineet eivät kuitenkaan tuota mielihyvää. Tällaisia aineita ovat esimerkiksi bentsodiatsepiinit (kuten diatsepaami) ja monet unilääkkeet. Onkin esitetty, että niiden aiheuttama riippuvuus eroaisi edellä kuvatusta. Tällöin ainetta ei käytettäisi hyvän olon saamiseksi, vaan pahan olon poistamiseksi. Pahan olon tunne, kuten ahdistus, saattaa olla sisäsyntyistä, mutta se voi johtua myös esimerkiksi alkoholin tai unilääkkeiden käytön loppumisesta.

Psyykkinen riippuvuus, oli sen taustalla sitten mielihyvän etsiminen tai pahan olon torjuminen, voi johtaa aineen jatkuvaan käyttöön ja fyysiseen riippuvuuteen. Päihdyttävän aineen jatkuva käyttö muuttaa reseptorien määrää ja herkkyyttä keskushermostossa sekä sen ulkopuolella. Käytön äkillinen lopettaminen johtaa epätasapainotilaan, koska reseptorijärjestelmä on tottunut aineeseen. Tästä seuraa fysiologisia vieroitusoireita, jotka ovat usein päinvastaisia kuin aineen varsinaiset vaikutukset. Nämä vieroitusoireet voivat lisätä tarvetta saada ainetta. Psyykkiseen riippuvuuteen ei kuitenkaan aina liity fyysistä riippuvuutta eikä vieroitusoireita.[48]

4.3. Ravinto ja luontaistuotteet

American Journal of Psychiatry -lehdessä julkaistiin vuonna 2010 tutkimus mielenterveyden ja ravitsemuksen välisestä yhteydestä. Johtopäätöksinä esitettiin, että ne henkilöt, jotka syövät muun muassa paljon vihanneksia, hedelmiä, kalaa ja täysjyväviljoja, saattavat olla vähemmän alttiita masennukselle ja ahdistuneisuudelle. Tutkimuksen perusteella näyttäisi siltä, että masennukselle saattaa altistaa ruokavalio, johon kuuluu pitkälle prosessoitua ruokaa, raffinoituja viljoja ja runsaasti sokeria. Yhtä mahdollista on tosin se, että masentuneet alkavat sairastuttuaan syödä entistä epäterveellisemmin.

Ruokavaliot eroavat toisistaan muun muassa siinä, miten paljon niistä saadaan ravintokuitua, vitamiineja sekä kivennäis- ja hivenaineita. Myös rasvan laadulla on väliä. Ruokavalio vaikuttaa ravitsemuksen lisäksi ruoansulatuskanavan kuntoon (mm. limakalvoihin ja suoliston bakteerikantaan), ja sen vaikutukset ulottuvat kaikkialle elimistöön – myös mielen alueelle. Syömämme ravinto toimii kehomme polttoaineena, ja ravinnosta meidän tulisi saada raaka-aineita elimistömme toimintoja varten. Polttoainetta eli energiaa saadaan kyllä epäterveellisestäkin ruokavaliosta, mutta se

voi käydä kalliiksi. Käytännössä seurauksena voi olla esimerkiksi erilaisia vatsa- ja suolisto-oireita, päänsärkyä, mielialan laskua ja väsymystä. Energia ja elinvoima voivat käydä niin vähiin, että henkilö ei koe olevansa terve, vaikkei hänellä olisikaan mitään varsinaista sairautta. Niukkaravintoisesta ruoasta on varmasti haittaa myös mielenterveydelle.[49]

Viime aikoina on julkaistu havaintoja myös erilaisten elämäntapatekijöiden, kuten liikunnan ja ravitsemuksen, yhteydestä masennukseen. Ravitsemuksen osalta näyttää siltä, että etenkin B-vitamiinit (erityisesti folaatti ja B12-vitamiini) sekä kala ja kalaöljyt vaikuttavat masennukseen. Nämä yhteydet näyttävät epidemiologisesti varsin ilmeisiltä, mutta niiden käytännön merkitys on vielä epäselvä, ja kliinisiä hoitokokeita on julkaistu melko vähän. Terveellisestä ruokavaliosta ja mahdollisesti myös lisäravinteista saattaa hyvinkin olla hyötyä ainakin joidenkin mielenterveysongelmien hoidossa ja ehkäisyssä. Vaikuttaisi siltä, että yleisesti terveellisenä pidetty, ravitsemussuositusten mukainen kasvis- ja kalapainotteinen ruokavalio olisi eduksi myös mielenterveydelle. American Psychiatric Associationin joissakin suosituksissa on ehdotettu, että kalaöljyjä käytettäisiin kaksisuuntaisen mielialahäiriön tukihoitona. Yksittäiset tutkijat ja tutkijaryhmät ovat myös esittäneet erilaisia linjauksia B-vitamiinien käytöstä masennuksen tukihoitona.[50]

Sairauksiin ja vaivoihin – myös psykiatrisiin oireisiin – on haettu apua monista luontaistuotteista, kuten erilaisista kasveista. Näitä ovat esimerkiksi ginseng, helokki, humala, kamomillasaunio, kärsimyskukka, rohtovirmajuuri (eli valeriaana), sitruunamelissa, tähkäkimikki, vuohennokka, mäkikuisma ja neidonhiuspuu. Hoitona on käytetty myös yöllä lypsettävää maitoa, sillä se sisältää melatoniinia.

Käyttäjien arvio erilaisten lääkehoitojen hyödyllisyydestä ja haitallisuudesta[51]. Luvut ovat vastanneiden osuuksia prosentteina.

Valmiste	Kokenut hyödylliseksi	Kokenut vaikutuksettomaksi	Kokenut haitalliseksi
Reseptilääke			
miehet	91,4	5,3	0,3
naiset	93,2	3,2	1,1
Käsikauppalääke			
miehet	90,9	8,8	0,1
naiset	92,3	7,0	0,0
Luonnonlääke			
miehet	73,6	23,6	0,7
naiset	72,6	26,0	0,0
Antroposofinen valmiste			
miehet	54,6	45,4	0,0
naiset	58,6	41,4	0,0
Homeopaattinen valmiste			
miehet	65,6	34,5	0,0
naiset	78,7	19,7	1,6

Luonnonkasveista valmistettuja rohtoja on vuosisatojen ajan käytetty erilaisten psykiatristen oireiden hoitoon. Luultavasti melko moni aikuinen turvautuukin psyykenlääkkeiden sijaan luonnonlääkkeisiin ja vitamiineihin, kun hän haluaa apua väsymykseensä, ahdistukseensa, masennukseensa tai unettomuuteensa. Mitä enemmän psyykenlääkkeet saavat kielteistä julkisuutta, sitä kiinnostuneempia ihmiset todennäköisesti ovat vaihtoehto- ja luontaislääkinnästä. Luonnonlääkkeet saattavat kuitenkin aiheuttaa haittavaikutuksia, kuten erilaisia psykiatrisia tai somaattisia oireita. Jotkin luonnonlääkkeet ja lääkärin määräämät lääkkeet eivät myöskään sovi yhteen, sillä niillä voi olla yhteisvaikutuksia, jotka vaarantavat hoidon.

Luonnonlääkkeiden ominaisuuksia ja vaikutuksia on viime vuosina opittu tuntemaan paremmin. Satunnaistetuissa ja lumelääkekontrolloiduissa tutkimuksissa on osoitettu, että valtaosa luonnonlääkkeistä on tehottomia. Usko niiden parantavaan voimaan perustuu suurelta osin kansanperinteeseen, mutta osin myös kliiniseen kokemukseen ja yksittäisiin tapausselostuksiin. Kontrolloiduissa hoitotutkimuksessa on toisaalta tullut esiin, että esimerkiksi mäkikuismauute todella lievittää masennusta ja neidonhiuspuu-uute parantaa ikäihmisten muistia ja tarkkaavaisuutta.

4.4. Toiminnalliset keinot

Ihminen voi vaikuttaa psykoemootioihin myös monenlaisella toiminnalla. Tätä tietoa hyödynnetään toimintaterapioissa, leikkiterapioissa, taide- ja musiikkiterapioissa sekä ratsastusterapiassa ja muissa eläinavusteisissa terapioissa. Samoja toiminnallisia menetelmiä voidaan soveltaa myös vuorovaikutteisessa hoitotyössä.

Psykoemootioihin vaikuttaa kaikki toiminta: tanssi, musisoiminen, piirtäminen, maalaaminen, muovailu, kuvanveisto, askartelu, nikkarointi, käsityöt, ristisanatehtävät, palapelit, leikki, liikunta, urheilu, joukkuelajit, seksi, jooga, lukeminen, kirjoittaminen, kehon hallinnan harjoittelu, erittäminen, ruuanlaitto, syöminen, juominen, uhkapelit, keskustelu, nauraminen, riitely, tappeleminen, laskuvarjohyppy jne. Erilaiset askareet vaikuttavat ihmiseen sen mukaan, millaiseen toimintaan hän on mieltynyt ja tottunut. Toiminta, joka tuottaa toiselle suurta jännitystä, voi jonkun toisen mielestä olla suorastaan tylsää.

Tekemällä konkreettisia asioita voimme tuottaa aivoissa samantyyppisiä reaktioita kuin lääkkeillä ja päihteillä. Jos haluamme tuntea enemmän hyvää oloa ja yhteenkuuluvuutta, voimme hakeutua vaikkapa tanssimaan tai harrastamaan joukkueurheilua. Tällaisen toiminnan seurauksena muuttuu myös dopamiinin ja serotoniinin toiminta. Mikäli haluamme vaikuttaa adrenaliiniin ja tuntea sen kautta mielihyvää, voimme kokeilla esimerkiksi laskuvarjo- tai benjihyppyä tai värikuulasotaa. Joillakin ihmisillä uhkapelaaminen aktivoi välittäjäaineita siinä määrin, että se tarjoaa hetkeksi huumeen tapaisen vaikutuksen. Näin se saattaa tuoda tilapäistä lievitystä ikäviin ajatuksiin ja tunteisiin. Tällainen toiminnan välitön neurokemiallinen vaste saattaakin aiheuttaa riippuvuutta samaan tapaan kuin päihde tai lääke. Uhkapeliriippuvuuden tapaan syntyvät monet muutkin toiminnalliset riippuvuudet, kuten internetriippuvuus, tietokonepeliriippuvuus tai seksiriippuvuus. Myös toiminnallisissa riippuvuuksissa toleranssi kasvaa, mikä tarkoittaa, että toiminnan määrää tulee yleensä lisätä saman vaikutuksen saavuttamiseksi.

Peilisolut ovat hermosoluja, jotka reagoivat liikkeisiin, ääniin, ilmeisiin ja eleisiin niin, että ne jäljittelevät sitä, mitä toinen ihminen (tai olento) tekee ja miltä hänestä tuntuu. Peilisoluja kutsutaan myös empatianeuroneiksi. Kun esimerkiksi näemme, että toinen ihminen koskettaa jotakin tai että häntä kosketetaan, omat peilisolumme jäljittelevät tätä tuntemusta. Myös toisen tunnetilaa arvioidaan peilisolujen avulla, sillä peilisolut reagoivat kasvojen ilmeisiin ja kehon emotionaalisiin liikkeisiin. Ne välittävät havaitsemansa tunteet niitä vastaaviin aivojen ydinalueisiin. Peilisolualueet kykenevät

myös tunnistamaan aikomuksia ja päämääriä. Osa soluista reagoi suoraan ärsykkeeseen, kun taas osa pystyy ”päättelemään”, miksi joku tekee jotakin. Tämän ilmiön ajatellaan liittyvän samaistumiseen. Peilisoluteorian mukaan onkin mahdollista vaikuttaa toisen ihmisen tunteisiin nonverbaalisesti, tekemällä tietoisesti ilmeitä ja eleitä. Olen käytännön psykoterapiatyössä huomannut, että tämä on hyvinkin mahdollista ja että se tapahtuu osittain tiedostamatta.

4.5. Valo- ja sähköhoito sekä psykokirurgia

Kirkasvalohoito on tutkittu menetelmä, jolla voidaan pimeään vuodenaikaan tyydyttää ihmisen auringonvalon tarvetta. Ilmeistä on, että auringonvalo tahdittaa ainakin jossain määrin vireystilaamme ja unirytmiämme. Niitä säätelee käpylisäkkeestä erittyvä melatoniinihormoni, jonka eritystä auringonvalo osaltaan vähentää. On ihmisiä, jotka selkeästi kokevat hyötyvänsä kirkasvalon vaikutuksesta mielialaan ja unirytmiin. Tämän vuoksi sitä on käytetty muun muassa kaamosmasennuksen ja unettomuuden tukihoitona. Kirkasvalohoidon tehokkuus riippuu ihmisestä, ja käytännössä se selviää vain kokeilemalla. Kirkasvalohoito kannattaa järjestää aamuaikaan, heräämisen ja aamutoimien yhteyteen, jolloin se muistuttaa ”heräämistä auringonvalon aikaan” ja tukee käytössä olevaa vuorokausirytmiä tehokkaimmin.

Nykyään kirkasvaloa voi myös ”kuunnella”. Kirkasvalokuulokkeet ovat uusi suomalainen keksintö ja innovatiivinen kirkasvalohoidon sovellus. Oulun yliopiston tutkimusryhmä löysi ensimmäisenä maailmassa aivojen valovasteelliset proteiinit. Tutkimuksessa paikallistettiin valolle herkkä OPN3-proteiini kaikilta 18 tutkitulta aivoalueelta. Valolle herkkiä proteiineja on useilla sellaisilla aivoalueilla, jotka ylläpitävät ihmisen hyvinvointia ja kehon tasapainoa. Niitä on esimerkiksi hypotalamuksessa, joka säätelee elimistön endokriinisten rauhasten toimintaa ja välittää aivolisäkkeeseen hormonaalisia viestejä. Valovasteellisia soluja on myös serotoniinin, melatoniinin ja dopamiinin kannalta keskeisimmillä aivoalueilla. Alustavissa vaikuttavuustutkimuksissa on selvinnyt, että korvakäytävään johdettava valohoito näyttää lupaavan tehokkaalta. Muunkinlaisia tutkimustuloksia on esitetty, ja onpa korvaan annosteltava kirkasvalohoito jo ehditty humpuuksikin julistaa. 89 vakavasti kaamosmasentunutta potilasta sai kotioloissa 12 minuutin päivittäisen annoksen Valkee-kirkasvaloa neljän viikon ajan. Potilaat jaettiin satunnaisesti kolmeen ryhmään, jotka saivat eriasteista kirkasvaloa (1, 4 ja 9 luumenia). Ryhmien vasteet olivat 75–79 %, kun tarkas-

teltiin kaamosmasennusoireita, ja 47–62 %, kun tarkasteltiin ahdistusoireita (vähintään 50 % vähennys BDI-21- ja HAMA-pisteytyksissä neljän viikon jälkeen). Tavanomaisissa kirkasvalotutkimuksissa on päästy tyypillisesti 60–80 %:n hoitovasteeseen. Ahdistusoireita mitattaessa vasteiksi on aikaisemmissa tutkimuksissa saatu 39–59 % pregabaliinihoidolla, 40–65 % duloksetiinihoidolla ja 54–61 % venlafaksiinihoidolla. Eri tutkimusten vertailu ei aina anna oikeaa kuvaa niiden tehosta, mutta oireiden poistumista kuvaavat tulokset ovat Oulun yliopiston tutkimuksessa lupaavia.[52]

Fysikaalisena hoitona annettavassa sähköhoidossa elimistöön johdetaan ulkoista sähkövirtaa, jolloin keho toimii virtapiirin osana. Tämän seurauksena lihaksissa tapahtuu supistumista ja niitä hoitavaa ja rentouttavaa ärsytystä. Sähköhoidot jaetaan sähkökipuhoitoihin ja sähköärsytyshoitoihin. Psykiatrisessa hoidossa sähkösokkeja on käytetty lääketieteellisenä metodina yli 70 vuotta, vaikka asiantuntijoilla on ollut vain vähän tietoa niiden vaikutusmekanismeista. Nyt tutkimukset ovat kuitenkin paljastaneet, mihin sähkösokkien toiminta perustuu.

Sähkösokkien on todettu hoitavan vakavaa masennusta hämmentävän hyvin. Aiemmin arveltiin, että tämä johtuu muutoksesta, jonka sähköisku saa välittömästi aikaan aivojen välittäjäaineiden toiminnassa. Tämä saattaa olla tottakin, mutta nyttemmin on saatu näyttöä siitä, että sähkösokit vähentävät aivojen ylikuormitusta. Näin ne voivat vaikuttaa masentuneiden ihmisten ajatteluun ja keskittymiseen. Kun sähkösokkihoidon arvoitus alkaa ratketa, on mahdollista, että se voidaan korvata joillain vähemmän radikaaleilla hoidoilla. Sähkösokkihoidossa ihminen nykyään nukutetaan, minkä jälkeen hänelle annetaan turvallinen, mutta tuntuva sähköisku. Kyseessä on yksi psykiatrian alan toimivimmista hoitokeinoista: 75–80 % potilaista kokee sähkösokkien lievittävän tai jopa poistavan oireita. Yleisimmin sähkösokeilla hoidetaan syvää masennusta silloin, kun tavallisemmat hoitokeinot on huomattu riittämättömiksi. Uudessa tutkimuksessa sähkösokkihoitojen on havaittu lopettavan yliaktiivisuuden aivojen niissä osissa, jotka hallitsevat mielialaa, ajattelua ja keskittymistä. Tutkijoiden mukaan tätä voi verrata siihen, että stereoiden äänenvoimakkuutta käännetään hiljaisemmalle, kun ne ovat häiritsevän kovalla.

Ihminen on jo vuosituhansia osannut niin sanotun kemiallisen neuromodulaation perusteet. Hän on kyennyt säätämään aivojen toimintaa esimerkiksi viinin, oluen tai samaanien käyttämien sieniuutteiden avulla. Jopa sähköankeriaita on käytetty pitkäaikaisen kivun lievittämiseen satoja vuosia sitten. Varsinainen kirurginen neuromodulaatio sai alkunsa 1970-luvulla, kun implantoitavat selkäytimen takajuosteen stimulaattorit (*dorsal column stimulation*, DCS) yleistyivät kroonisen kivun hoidossa. Tavanomainen

neurokirurginen hoito kohdistuu keskushermoston poikkeavuuksiin, kuten verenvuotoihin, kasvaimiin tai vammoihin. Toiminnallinen neurokirurgia pyrkii puolestaan erilaisin leikkaustoimenpitein lievittämään oireita. Tätä neuromodulaatiota eli hermoston toiminnan säätelyä voidaan toteuttaa pitkäaikaisella sähköärsytyksellä tai implantoitavilla lääkeainepumpuilla. Tavoitteena on lievittää liikehäiriöitä, epilepsiaa, kroonista kipua, spastisuutta, vaikeaa masennusta tai pakko-oireita.

Lobotomia oli aikanaan erittäin käytetty hoito, sillä se oli yksi ainoista tunnetuista menetelmistä, jonka katsottiin tehoavan ”vaikeisiin mielitauteihin”. Tämä leikkaus on sittemmin jäänyt lääketieteen historiaan esimerkkinä epäeettisestä toimenpiteestä. Lobotomian on todettu vaurioittavan potilaan psyykeä pysyvästi, ja sen huono maine leimaa yhä vahvasti suhtautumista kaikkeen psykokirurgiaan. Nykyisin psykokirurgian käyttö on rajattu tiukasti muutamiin kansainvälisesti hyväksyttyihin tilanteisiin. Leikkausmenetelmät ovat erittäin tarkkoja ja jalostuneita taannoiseen lobotomiaan verrattuna. Nykykäytäntönä on, että psykiatristen sairauksien neurokirurgisessa hoidossa käytetään aivojen syvien osien sähköstimulaatiota (*deep brain stimulation*, DBS). Tämän menetelmän käyttöä puoltaa se, että siinä tehdään vain hyvin pieniä leikkaushaavoja. Toimenpide on myös reversiibeli, eli siinä ei tapahdu mitään peruuttamatonta. Elektrodien implantaation yhteydessä syntynyt mikrotrauma ei siis yleensä aiheuta pysyviä muutoksia aivotoimintaan. Psykokirurgian sijaan voisikin olla aiheellista puhua psykiatristen sairauksien hoidosta aivojen sähköstimulaatiolla. Varsinaisen kirurgian osuus rajoittuu DBS-tekniikassa siihen, että potilaan kalloon tehdään pieniä poranreikiä ja että hänen ihonsa alle asennetaan pulssigeneraattori. Yleisimmin modernia neurokirurgiaa käytetään pakko-oireisen häiriön (*obsessive-compulsive disorder*, OCD) ja depression hoitoon.[53]

4.6. Uskonnolliset kokemukset ja yhdessäolo

Ihminen on lähtökohtaisesti sosiaalinen olento, jolla on sisäänrakennettu tarve olla yhteydessä muihin ihmisiin. Yksinäisyys on yksi suomalaisen mielenterveyden suurimmista uhista. Yksinäisyyden kokemuksen tiedetään korreloivan lähes kaikkien psykiatristen sairauksien kanssa. Yksinäiset ovat usein myös somaattisesti muita huonompikuntoisia.

Kaikenlainen myönteinen yhdessäolo edistää mielenterveyttä. Kunnon illanvietto kaveriporukassa aikaansaa useita neurokemiallisia reaktioita, joihin liittyvät keskeisimmät hyvän olon välittäjäaineet, kuten dopamiini,

noradrenaliini ja serotoniini. Intiimi yhdessäolo vaikuttaa lisäksi niin, että aivoissamme purkautuu oksitosiinia, joka tuottaa erittäin voimakkaan onnellisuuden tunteen. Toisin sanoen hyvä seura saattaisi olla mitä parhainta lääkettä useimpiin psyykkisiin oireisiin.

Nykyään mielenterveyspulmiksi määriteltäviä ongelmia hoiti ennen vanhaan papisto, kuten tämän kirjan alussa kerrottiin. Nykyisinkin tunnetaan kliinisiä esimerkkejä siitä, miten joku ”krooninen psykiatrinen potilas”, joka on vuosikausia käynyt psykiatrisissa hoidoissa, yhtäkkiä paranee täysin uskonnollisen kokemuksen yhteydessä. Suomessa on useita uskonnollisia yhteisöjä, joiden rituaaleissa korostuvat tietynlaiset psykoemotionaaliset, manipulatiiviset prosessit. Näiden kautta ihmisessä saadaan aikaan voimakkaitakin psykoemotionaalisia kokemuksia – eli konkreettisia muutoksia aivojen neurokemiassa. Joihinkin uskonnollisiin rituaaleihin voi liittyä voimakkaita tunnekokemuksia, jotka jäävät mieleen koko elämän ajaksi. Tunteita herättävät erityisesti ne rituaalit, joissa toimijaksi oletetaan jokin yli-inhimillinen olento, kuten Jumala. Tällaisia ovat muun muassa kasteet, vihkimykset ja hautajaiset. Niissä yliluonnollinen olento siunaa ihmisen esimerkiksi papin välityksellä. Rituaalit herättävät tunteita, koska niissä koetaan jonkin yliluonnollisen olennon tekevän jotakin, mitä ei tarvitse toistaa. Olentojen teoilla on ”superpysyvä” vaikutus. Rituaalit on kehitetty tunteisiin vetoaviksi siksi, että ihmiset vakuuttuisivat yliluonnollisten olentojen kyvystä saada aikaan jotakin ”superpysyvää”. Psykoemotionaalinen vaikuttavuus riippuu silloin siitä, tunteeko osallistuja aidosti olevansa yliluonnollisen olennon huomion kohteena. Tällainen kokemus herättää varmasti tunnereaktion, jolla on myös selvä, mitattava fysiologinen ulottuvuus. Koska monet uskonnolliset kokemukset tapahtuvat ryhmissä, on niissä mukana vahvasti myös yhteisöllisyyden ja yhteenkuuluvuuden vaikutuksia niin hyvässä kuin pahassa.[54]

Uskonto voi tukea ihmisen mielenterveyttä. Monet asiaa sivuavat tutkimukset kertovatkin, että valtaosa uskovista ihmisistä kokee nimenomaan näin. Uskonto tarjoaa parhaimmillaan merkitystä elämään, turvallisen yhteisön ja mahdollisuuden toimintaan. Se voi antaa selkeitä elämänohjeita, hyväksytyksi tulemisen kokemuksia, lohdutusta murheisiin ja toivoa kuolemanjälkeisestä elämästä. Toisaalta uskonto voi olla myös taakka, eritoten jos se ahdistaa ja rajoittaa elämää. Ikävimmillään uskonto on aivopesua, joka estää ihmisen oman ajattelun ja päätöksenteon. Maailmassa on useita ”huonoja uskontoja”, jotka riistävät ihmisiltä mielenterveyden lisäksi heidän rahansa. Tällaiset uskonnot voivat usein kaventaa elämänpiiriä ja tarjota vääristyneen kuvan todellisuudesta. Ääritapauksissa uskonnollisesta liikkeestä on lähes mahdoton erota, koska lähtijää syyllistetään ja

pelotellaan kadotuksella. Hän voi lisäksi menettää yhteydet sukuunsa ja ystäviinsä loppuiäksi, eikä tällaisella ihmisellä välttämättä ole ketään tuttuja uskonnollisen liikkeen ulkopuolella.

Suomen mielenterveysseura on toteuttanut Uskonto ja mielenterveys -projektin, jonka tarkoitus on ollut selvittää uskonnon ja psyykkisen hyvinvoinnin yhteyksiä. Yhdessä uskonnollisten liikkeiden kanssa on laadittu muun muassa eettiset periaatteet uskontokuntien toiminnalle.[55]

Eettiset ohjeet Suomessa toimiville uskonnollisille yhteisöille

(1) Uskonnollisten yhteisöjen tulee edistää Suomen lakiin, YK:n ihmisoikeuksien julistukseen ja muihin sopimuksiin kirjattuja uskonnonvapauden ja kansalaisten perusoikeuksien noudattamista.
(2) Uskonnolliset yhteisöt kunnioittavat jokaisen oikeutta päättää ilman painostusta ja syrjintää uskontokuntaan liittymisestä.
(3) Yhteisöt pyrkivät edistämään eri uskontokuntiin kuuluvien keskinäistä kunnioitusta sekä julkisessa että jäseniinsä kohdistuvassa tiedotus- ja valistustoiminnassa.
(4) Yhteisöt ilmaisevat avoimesti ja selkeästi, mistä uskontokunnasta on kyse, tiedottaessaan toiminnastaan julkisuudessa ja kutsuessaan toimintansa piiriin uskontokuntaan kuulumattomia.
(5) Yhteisöt varmistuvat siitä, että jokaisella uskontokuntaan liittymistä harkitsevalla (alaikäisten kohdalla myös vanhemmilla) on oikea käsitys uskontokunnan tarkoituksesta ja sen toiminnan luonteesta samoin kuin sen jäsenyyteen liittyvistä oikeuksista ja velvollisuuksista.
(6) Yhteisöt kunnioittavat alaikäisen lapsen vanhempien ja laillisten huoltajien oikeutta päättää hänen uskonnollisesta kasvatuksestaan ja uskontokuntaan kuulumisesta.
(7) Yhteisöt huolehtivat siitä, että uskontokunnasta voi halutessaan erota joutumatta minkäänlaisen painostuksen tai syrjinnän kohteeksi tai minkään elimen tai uskontokunnan edustajan kuulusteltavaksi tai puhuteltavaksi.
(8) Yhteisöt huolehtivat siitä, että jokaisella, jota uhkaa erottaminen tai jäsenoikeuksien rajoittaminen uskontokunnassaan, on oikeus tulla ennen päätöksentekoa kuulluksi ja että hän voi päätöksen teon jälkeen hakea muutosta päätökseen uskontokunnassa korkeampaa päätösvaltaa käyttävältä elimeltä.
(9) Yhteisöt huolehtivat siitä, että jäsenillä on oikeus
    * säilyttää yksityisyytensä
    * käyttää äänioikeuttaan valtiollisissa ja muissa vaaleissa tai olla äänestämättä

* vapaasti päättää siitä, saattaako asiansa riippumattoman tuomioistuimen käsiteltäväksi vai ei
* valita vapaasti aviopuolisonsa ja perustaa perhe tai erota tai olla perustamatta perhettä
* omistaa ja hallita omaisuutta tai luopua siitä.

(10) Yhteisöt tukevat jäseniään henkisissä ja hengellisissä kriiseissä ja auttavat heitä tarvittaessa turvautumaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin.

Psykiatrian ja uskonnon välillä on ollut jännitteitä 1900-luvulla. Parin viime vuosikymmenen aikana on kuitenkin alettu ymmärtää, miten suuri merkitys asiakkaan uskonnolla ja uskonnon harjoittamisella on psykiatrisissa arvioinneissa ja hoidoissa. Asiakkaan kulttuurin huomioon ottava psykiatria on edistänyt tätä kehitystä. Kun on pyritty selittämään ihmisen käyttäytymisen – myös mielisairauksiin liittyvän käyttäytymisen – koko kirjoa, psykiatriassa on usein jouduttu poikkeamaan luonnontieteistä filosofian puolelle.[56]

Henkilökohtainen usko ja uskonnolliseen instituutioon kuuluminen voivat varsinkin nykyään olla toisistaan erillisiä asioita. Ei ole syytä olettaa, että asiakkaat noudattavat kaikkia uskontonsa dogmeja. Esimerkiksi amerikkalaiset sekoittavat uskoonsa vaikutteita muista uskonnoista. Nämä virikkeet voivat olla muun muassa itämaisia, juutalaisia tai alkuperäiskansojen uskomuksia ja tapoja (kuten meditaatiota). Monet ovat myös itse kokeneet jotain yliluonnollista. Joku on kokenut ihmeparantumisen ja joku nähnyt aaveita. Jotkut lapsensa menettäneet tuntevat, että heillä on jatkuva henkinen yhteys kuolleeseen lapseensa: he aistivat hänen läsnäolonsa, puhuvat hänelle ja näkevät hänestä unia.[57] Terapeuttien ei heti kannata pitää tällaisia kokemuksia hallusinaatioina tai sairauden oireina vaan tutkia niiden merkitystä kulttuurisessa kontekstissa.[58]

Fyysisiin, emotionaalisiin tai sosiaalisiin ongelmiin apua hakevat kokevat usein myös hengellistä ahdistusta. Ankaraan ja rankaisevaan jumalaan liittyvät jäykät uskomukset voivat vahingoittaa ihmisen psyykeä. Traumaattinen kokemus voi vieraannuttaa uskosta. Syvä hengellinen ahdistuneisuus vaatii myötätuntoista kuuntelijaa ja menetyksen tarkastelua. Puolisoita ja perheenjäseniä tulee auttaa tukemaan toisiaan.[59]

Joskus patriarkaalista uskontoa käytetään perusteluna vaimon ja lasten hyväksikäytölle ja mielivaltaiselle kohtelulle. Jos terapeutti havaitsee perheessä väkivaltaa tai hyväksikäyttöä, hänen eettinen vastuunsa vaatii puuttumaan tällaiseen käytökseen. Asiasta on voitava keskustella riippumatta siitä, millaisia etnisiä tai uskonnollisia tapoja perhe noudattaa.

Kun terapeutti työskentelee parien kanssa, hänen tehtävänään on edistää kaikkien uskontojen arvostamia myönteisiä asioita, kuten rakkautta, oikeudenmukaisuutta, toisten kunnioittamista ja heitä arvostavaa kohtelua.

Normista poikkeava seksuaalinen suuntautuminen aiheuttaa usein ongelmia uskonnollisissa yhteisöissä. Joissakin niistä asia hyväksytään, toisissa tuomitaan jyrkästi. Terapeutit voivat pyrkiä luomaan osapuolten välille dialogia ja auttaa heitä ymmärtämään ja suvaitsemaan toisiaan.

Perheenjäsenen elämän lähestyessä loppuaan omaiset joutuvat usein pohtimaan vaikeita kysymyksiä. Heidän on päätettävä, millaisia elämää ylläpitäviä laitteita ja menetelmiä käytetään. Uskonto yleensä kieltää kuoleman jouduttamisen. Myös ajatukset siitä, mitä tapahtuu kuoleman jälkeen, saattavat ahdistaa.[61]

Kulttuurit ja uskonnot sekoittuvat herkästi, joten terapeutin ei kannata tehdä omia päätelmiä asiakkaan uskonnon, kirkkokunnan tai hengellisen kasvatuksen perusteella. Hänen on sen sijaan pyrittävä ymmärtämään, miten asiakas toteuttaa omaa hengellisyyttään ja miten hän ilmaisee uskomuksiaan ihmissuhteissaan.

4.7. Psykoterapia

Perinteisesti psykoterapia mielletään jollain tapaa lääkehoidon vastakohdaksi. Silti lääkehoito kuuluu luontevana osana useisiin psykoterapioihin, eli se voi olla osa kokonaishoitoa. Suomessa psykoterapiaa ja lääkehoitoa ei yleensä pidetäkään toisensa pois sulkevina vaihtoehtoina. On hyvin tavallista, että osa psykoterapiapotilaista käyttää myös psyykenlääkkeitä. Psykoterapiassa ja lääkehoidossa on itse asiassa jotakin samaa.

Psykoterapia määritellään konsensuslausumassa[62] seuraavasti:

Psykoterapiassa on kyse jäsennellystä vuorovaikutuksellisesta prosessista potilaan (potilaiden) ja hoitavan henkilön (henkilöiden) välillä. Psykoterapia on tavoitteellista, mielenterveyden ongelman tai häiriön poistamiseen tai lieventämiseen tähtäävää ammatillista toimintaa. Se pohjautuu vakiintuneeseen ja koeteltuun psykologiseen tietopohjaan ja sen puitteet määritellään hoitosopimuksessa. Psykoterapioita toteuttavat psykoterapeutit, joilla on tarvittava koulutus ja kokemus.

1. *Psykoterapialla hoidetaan henkilöitä, joilla on psyykkinen häiriö tai psykoterapian keinoin autettavissa oleva muu ongelma. Häiriöllä tai ongelmalla saattaa olla psyykkisten ilmenemismuotojen lisäksi ruumiillisia, vuorovaikutuksellisia ja sosiaalisia ilmenemismuotoja.*

2. *Psykoterapian tavoitteena on poistaa tai lievittää psyykkisiä häiriöitä ja niihin liittyvää kärsimystä, tukea psyykkistä kasvua ja kehitystä sekä lisätä henkilön valmiuksia itse ratkaista ongelmiaan.*

3. *Psykoterapiasuuntauksen tulee perustua tieteellisesti tutkittuun yhtenäiseen psykologiseen teoriaan, joka auttaa ymmärtämään sekä ihmisen normaalia kehitystä että psyykkisten häiriöiden eri muotoja. Psykoterapiasuuntauksen ja -menetelmän valinnassa tulee ottaa huomioon sen soveltuvuus potilaan häiriön hoitoon. Esimerkkejä tällaisista teorioista ovat psykoanalyyttinen, ryhmäpsykoanalyyttinen, perheterapeuttinen ja kognitiivinen teoria sekä niistä johdetut menetelmät.*

   Terveydenhuollossa käytetään sellaisia psykoterapeuttisia menetelmiä, joista saattaa olla hyötyä mutta joita ei kuitenkaan esimerkiksi niiden soveltamisalan suppeuden, teorian kapeuden tai tutkimusnäytön puutteen vuoksi voi pitää itsenäisinä psykoterapioina. Näitä menetelmiä voidaan kuitenkin käyttää osana eri psykoterapioita. Samoin sinänsä hyödyllinen asiakkaille annettava neuvonta ja ohjaus sekä monet kuntouttavat ja muut toiminnat, joita voidaan pitää vaikutuksiltaan psykoterapeuttisina, eivät kuitenkaan yleensä täytä psykoterapialle asetettavia vaatimuksia. Psykoterapiatutkimus ja kliinisten käytäntöjen kehittyminen saattavat tulevaisuudessa johtaa tarpeeseen muuttaa psykoterapioiden kriteerejä.

Psykoterapian tarkka määrittely ja rajaaminen suhteessa muihin hoito- ja auttamismuotoihin on jossain määrin ongelmallista. Varmaa on, että myös monessa muussa ammatillisessa ja ei-ammatillisessa vuorovaikutuksessa toteutuu lukuisia psykoterapeuttisia elementtejä.

Mitä samaa on psykoterapiassa ja lääkehoidossa? Sanoisin, että yllättävän moni asia. Molemmilla pyritään saamaan aikaan konkreettisia muutoksia aivoissa. Psykoterapia eroaa kuitenkin lääkehoidosta siinä, että se ei tyydy vain tähän. Psykoterapiassa on tavoitteena tutkia potilaan ongelmia pintaa syvemmältä. Näin hänet ikään kuin ”rokotetaan” tulevaisuuden varalle, etteivät samat traumat tai ongelmalliset kokemukset enää vaivaisi häntä ainakaan yhtä paljon.

4.7.1. Miten psykoterapia muuttaa aivoja

Psykoterapia vaikuttaa konkreettisesti solutasolla ja voi muuttaa aivojen rakenteita ja toimintaa. Seuraavat ajatukset perustuvat professori Hasse Karlssonin kirjoitukseen[63].

Psykoterapian tuloksia ja terapian vaikuttavuutta on perinteisesti tarkasteltu psykologisesta ja sosiaalisesta näkökulmasta. Tällöin on kiinnitetty huomiota esimerkiksi siihen, mitä muutoksia on tapahtunut henkilön oireissa, psykologisissa kyvyissä, persoonallisuudessa ja sosiaalisessa kanssakäymisessä. Monilla psykiatreilla on myös ollut kaksijakoinen näkemys, että psykoterapia sopii psykologisiin ja lääkitys biologisiin häiriöihin. Viime vuosikymmenien aikana on käynyt selväksi, että kaikkien henkisten toimintojen taustalla ovat aivojen mekanismit. Tästä seuraa, että kaikki muutokset psykologisissa prosesseissa näkyvät aivojen toimintojen tai rakenteiden muuttumisena. Suoraviivaiset reduktionistiset näkemykset ovat kuitenkin perusteettomia, koska on selvää näyttöä siitä, että subjektiiviset kokemukset vaikuttavat aivoihin.[64]

4.7.2. Psykoterapian vaikutusten tutkiminen

Toistaiseksi on julkaistu suunnilleen 20 tutkimusta siitä, millaisia aivomuutoksia psykoterapia saa aikaan asiakkailla, joilla on depressio, ahdistuneisuushäiriöitä tai rajatilahäiriö. Ensimmäinen tutkimus julkaistiin vuonna 1992, ja siinä verrattiin käyttäytymisterapian ja fluoksetiinin vaikutuksia. Molemmat hoitomuodot saivat aikaan samanlaisia muutoksia aivoissa, erityisesti häntätumakkeessa (*caudate nucleus*). Sittemmin on tutkittu myös kognitiivis-behavioraalista terapiaa (*cognitive-behavioral therapy*, CBT), dialektista käyttäytymisterapiaa (*dialectic behavior therapy*, DBT), psykodynaamista psykoterapiaa (*psychodynamic psychotherapy*) sekä interpersoonallista psykoterapiaa (*interpersonal psychotherapy*, IPT). Niiden on havaittu muuttavan sellaisten asiakkaiden aivotoimintaa, jotka kärsivät vakavasta depressiosta, pakko-oireisesta häiriöstä, paniikkihäiriöstä, sosiaalisten tilanteiden pelosta, fobioista, traumanjälkeisestä stressihäiriöstä tai rajatilahäiriöstä. Suurimmassa osassa tutkimuksista on todettu, että psykoterapialla ja lääkityksellä saadaan aikaan samanlaisia aivomuutoksia.

Joissakin viimeisimmissä tutkimuksissa on havaittu myös selkeitä eroja hoitomuotojen välillä. Esimerkiksi vakavaa depressiota (*major depressive disorder*, MDD) sairastavilla CBT-terapian hoitovaste liittyi aineenvaihdunnan lisääntymiseen hippokampuksessa ja dorsaalisessa singulaari-

sessa aivokuoressa sekä aineenvaihdunnan vähentymiseen dorsaalisessa, ventraalisessa ja mediaalisessa otsalohkossa.[65] Selkeitä eroja on havaittu myös lyhyen psykodynaamisen psykoterapian ja fluoksetiinin vaikutuksissa MDD-potilaiden hoidossa[66].

4.7.3. Aivojen muutoksista psykoterapiamekanismeihin

Jotkin edellä mainituista tutkimuksista ovat mahdollistaneet sellaisten mallien rakentamisen, jotka selittävät, millaiset mekanismit vaikuttavat terapioiden aikaansaamien muutosten taustalla. Näitä malleja voidaan verrata psykologisiin teorioihin, joita kyseisissä terapioissa käytetään.

Monien psykoterapioiden tavoitteena on opettaa asiakkaille ongelmanratkaisua, itseilmaisua ja tunteiden säätelyä. Näitä toimintoja hallitsevat muun muassa seuraavat aivojen alueet: dorsolateraalinen etuotsalohkon aivokuori (*dorsolateral prefrontal cortex*), ventraalinen anteriorinen singulaarinen aivokuori (*ventral anterior cingulate cortex*), dorsaalinen anteriorinen singulaarinen aivokuori (*dorsal anterior cingulate cortex*), mediaalisen otsalohkon ventraaliset ja dorsaaliset ala-alueet (*ventral and dorsal subregions of the medial prefrontal cortex*), posteriorinen singulaarinen aivokuori (*posterior cingulate cortex*), praecuneus-alue (*precuneus*), insulaarinen aivokuori (*insular cortex*), mantelitumake (*amygdaloid body*) ja ventrolateraalinen etuotsalohko (*ventrolateral prefrontal cortex*).

Esimerkiksi kognitiivisen terapian tehokkuus vakavan masennuksen hoidossa voisi johtua siitä, että toiminta lisääntyy prefrontaalisella alueella, joka liittyy kognitiivisten toimintojen hallintaan. Antidepressiivinen lääkitys kohdistuu sen sijaan suoremmin mantelitumakkeeseen, jolla on yhteyttä negatiivisten tunteiden syntymiseen. Koska yksi CBT-terapian vaikutuksia koskevista päähypoteeseista liittyy prefrontaalisten hallintajärjestelmien erittäin herkästi reagoivien limbisten rakenteiden tehokkaaseen säätelyyn, vaikuttaa siltä, että myös psykodynaaminen psykoterapia voi ainakin osittain toimia näiden mekanismien kautta. Tätä teoriaa tukee hyvin se, että paniikkihäiriössä ilmenee sekä frontaalialueiden deaktivoitumista että mantelitumakkeen ja hippokampuksen hyperaktivoitumista. Kun paniikkioireet ja ahdistuneisuus lieventyvät hoidon aikana, frontaalialueiden, mantelitumakkeen ja hippokampuksen tila normaalistuu.

Rajatilahäiriölle tunnusomaisia ovat hyperkiihkeät tunteet, ja ne ovat dialektisen käyttäytymisterapian pääkohde. DBT-terapia vähentää toimintaa niillä aivojen alueilla, jotka käsittelevät emotionaalisia ärsykkeitä: hemodynaaminen vaste negatiiviseen ärsykkeeseen alenee oikeanpuoleisella

anterior cingulate -alueella, temporaalisessa ja posteriorisessa singulaarisessa aivokuoressa (*temporal and posterior cingulate cortices*) sekä vasemmassa aivosaarekkeessa.

4.7.4. Molekyylien psykodynamiikka

Edellä mainituissa tutkimuksissa on tarkasteltu muutoksia koko aivojärjestelmässä. Psykoterapiaan liittyvien perusmekanismien ymmärtämiseksi on tutkittava myös mahdollisia molekyyli- ja solumuutoksia. Toistaiseksi vain kahdessa suomalaistutkimuksessa on mitattu molekyylitason muutoksia psykoterapian jälkeen. Suomalaiset tutkijat testasivat Kandelin[67] hypoteesia, jonka mukaan psykoterapia voi oppimisen kautta saada aikaan muutoksia geenien ilmentymisessä muuttamalla hermosolujen välisiä synapsiyhteyksiä ja aiheuttamalla morfologisia muutoksia soluissa.

Ensimmäisessä suomalaistutkimuksessa[68] 19 avohoidossa olevaa depressiopotilasta sai psykodynaamista psykoterapiaa 12 kuukauden ajan. Potilaista kahdeksalla oli epätyypillinen depressio. Keskiaivojen serotoniinin kuljettajaproteiinien ja striatumin dopamiinin kuljettajaproteiinien pitoisuudet mitattiin SPECT-kuvauksella ennen psykoterapiaa ja sen jälkeen. Keskiaivoissa serotoniinin kuljettajaproteiinin määrä lisääntyi merkittävästi psykoterapian aikana niillä osallistujilla, joiden depressio oli epätyypillinen, mutta ei muilla. Toisessa suomalaistutkimuksessa[69] vakavaa depressiota sairastavat potilaat jaettiin satunnaisesti kahteen ryhmään, joista ensimmäisessä hoitona oli lyhyt psykodynaaminen psykoterapia ja toisessa fluoksetiinilääkitys. PET-kuvauksia tehtiin ennen hoitoa ja 4 kuukautta sen jälkeen, ja niissä mitattiin serotoniinin ja dopamiinin reseptorien määriä. Molemmissa ryhmissä hoidon tulokset olivat samanlaisia oireiden standardiarviointien perusteella: potilaista 59 prosentilla oireet lievenivät ja 77 prosentilla hoitovasteen kriteerit täyttyivät. Analyysi osoitti kuitenkin, että 5-HT_{1A}-reseptorin määrä lisääntyi merkittävästi psykoterapiaryhmässä verrattuna lääkitystä saavaan ryhmään, jossa ei havaittu muutosta. Fluoksetiini lisäsi 11C-raclopriden kiinnittymistä lateraalitalamuksessa, mutta psykoterapiaryhmässä ei havaittu muutosta.

Useissa aikaisemmissa vakavaan depressioon kohdistuvissa tutkimuksissa on havaittu 5-HT_{1A} -reseptorin kiinnittymisessä sellaisia muutoksia, joita SSRI-hoito ei pysty kumoamaan. Tämä voi merkitä sitä, että vakavassa masennustilassa (MDD) toipumisprosessi on erilainen psykoterapian ja lääkehoidon jälkeen. Tutkimustulosten kliinistä merkitystä ei vielä tiedetä, mutta niillä voi olla yhteyttä löydökseen, jonka mukaan psykoterapiapotilailla vakava depressio uusiutuu harvemmin kuin lääkkeillä hoidetuilla potilailla.

Psykiatrinen neurobiologinen tutkimus voi auttaa uudistamaan ja parantamaan muutosprosesseja koskevia psykologisia teorioita. On selvää, että lapsen ja nuoren aivot ovat muuntautumiskykyisemmät kuin aikuisen jo valmiit aivot. Tästä seuraa, että lapsen ja nuoren aivojen toimintaa (ja sen mukana psyykkisiä toimintoja) on helpompi muokata – niin hyvässä kuin pahassakin.

4.8. Plasebo eli lumehoito

Seuraavaksi pohdin, miksi plasebo eli lumehoito ("valehoito") auttaa. Luultavasti nimenomaan myönteiset odotukset, usko ja toivo, ovat plasebovaikutuksen ydin. Ilman näitä lääkeaineeton plasebo ei luultavimmin toimi – eikä aina näemmä lääkeainetta sisältävä aitokaan. Tähän käsitykseen ovat päätyneet aiemmin muiden muassa joukko neurologeja. Tukea asialle löytyy muun muassa huhtikuussa 2005 ilmestyneestä *Archives of General Psychiatry* -lehdestä. Plasebovaikutusta on eniten tutkittu nimenomaan lääkehoidon yhteydessä, mutta muutamia tutkimuksia on tehty myös psykososiaalisten interventioiden mahdollisista plasebovaikutuksista. Näyttäisi siltä, että sillä on merkitystä, miten paljon hoidon saaja ja hoidon antaja uskovat kyseiseen menetelmään. Mitä enemmän esimerkiksi terapiakeskustelun vaikuttavuuteen uskotaan, sitä paremmin se näyttäisi tehoavan.

Jopa leikkaushoidoilla näyttäisi olevan plasebovaikutuksia. Plasebon vaikutusta on tutkittu ehkä eniten Parkinsonin tautia sairastavilla. Eräässä tutkimuksessa näitä hoidettiin joko hermosolusiirteillä tai vaihtoehtoisesti lumeleikkauksella. Liikuntakyky ja elämänlaatu paranivat eniten niillä, jotka uskoivat, että he ovat hyvässä hoidossa ja että he kuntoutuvat. Sillä ei ollut merkitystä, oliko heidän aivoihinsa todella lisätty hermosoluja. Lumeleikatut mutta hoitoon uskovat ihmiset voivat paremmin kuin ne, jotka saivat uusia soluja mutta epäilivät hoidon tehoa.

4.9. Dopamiiniefekti

Aivojemme mielihyväalueilla toimiva palkitsemisjärjestelmä kehittyi turvaamaan lajimme säilymistä. Tämä järjestelmä tuottaa meille mielihyvää, kun syömme ja juomme, kun harrastamme seksiä, kun olemme sosiaalisessa kanssakäymisessä ja kun tunnemme olomme turvalliseksi. Näissä on kyse asioista, jotka ovat elämän jatkumisen kannalta välttämättömiä. Sittemmin

mielihyväkoneisto on laajentanut toimintapiiriään ja alkanut rohkaista meitä käyttäytymiseen, joka johtaa euforiaan. Tämän vuoksi ihmiset tavoittelevat erilaisia huippukokemuksia ja etsivät vastauksia myös huumausaineista.

Palkitsemisjärjestelmä pyörii neurovälittäjäaineilla, joista tärkein on dopamiini. Se osallistuu moniin elintärkeisiin toimintoihin, kuten liikkumiseen, motivaatioon, muistamiseen ja oppimiseen. Ennen kaikkea se kuitenkin saa meidät toistamaan tyydytystä tuottavia asioita, sillä se palkitsee tekomme hyvän olon tuntemuksilla. Tämä on niin sanottu dopamiiniefekti.

Nykykäsityksen mukaan mielihyvämolekyylien eritystä ei kuitenkaan vauhdita palkinnon saavuttaminen, vaan dopamiinineuronit aktivoituvat jo palkintoa ennakoivasta ärsykkeestä, kuten mielihyvän ajattelemisesta. Uusimman tiedon valossa palkitsemisjärjestelmä hyrähtää käyntiin myös lumelääkityksellä. Dopamiinihyöky voi yltää alueille, jotka eivät kuulu varsinaiseen palkitsemiskoneistoon. Hoitokokeiden perusteella lumelääke tehoaa monenlaisiin oireisiin, mutta sen vaikutusta on tutkittu tarkasti lähinnä Parkinsonin taudissa ja kiputiloissa.

Ventraalinen tegmentaalialue on palkitsemisjärjestelmämme alkupiste, joka tunnustelee vointiamme ja aikeitamme aivokuoren lähettämistä hermosignaaleista. Kun on palkitsemisen paikka, alue kiihdyttää dopamiinin eritystä ja hermosoluhaarakkeet lähtevät kiidättämään tietoa eteenpäin.

Accumbens-tumake on järjestelmän jakelukeskus. Se välittää dopamiiniviestin tunneaivoihin limbiseen järjestelmään sekä liiketumakkeisiin ja etuotsalohkoon tunteiden ja käyttäytymisen kontrollikeskukseen.

Talamus on aistinärsykkeiden keräysasema, jonka kautta aistintieto matkaa aivokuoren aistinalueille ja assosiaatiokentille. Talamuksen etummaiset tumakkeet ja keskitumakkeet kommunikoivat myös limbisen järjestelmän ja etuotsalohkon kanssa. Ne osallistuvat lisäksi emootioiden ja muistikuvien käsittelyyn.

Hippokampus on keskeisin oppimis- ja muistialue, joka kerää, seuloo, sulattelee ja säilöö uutta tietoa, kuten havaintoja ympäristöstä. Paljolti juuri tämän tilanteiden ja paikkojen käsittelyyn erikoistuneen episodimuistin ansiosta voimme palauttaa tapahtumat eloisina mieleemme.

Mantelitumake tunnetaan hälytyskeskuksena, koska se varoittaa vaarasta ja saa meidät pelästymään, mutta sen työsarkaa ovat kaikki eriytyneet tunteet. Se myös motivoi tyydyttämään sosiaalisia tarpeita ja kytkee tunteita ja kokemuksia yhteen. Näin se ikään kuin kerää opetuksia vastaisen varalle. Mantelitumake erittää mielialan säätelyyn osallistuvaa välittäjäainetta serotoniinia. Depressiota helpottavassa lumelääkityksessä vaikutus perustuu luultavasti tähän serotoniinin lisääntymiseen, kenties myös dopamiiniin.

Septaalitumake toimii mantelitumakkeen vastavoimana. Se hillitsee äärimmäisiä tunnereaktioita ja paimentaa sosiaalista käyttäytymistämme.

Hypotalamus säätelee peruselintoimintojamme, kuten sydämensykettä, verenpainetta ja ruumiinlämpöä. Se ohjailee myös perustoimintojamme, kuten syömistä, juomista, nukkumista ja sukupuolista käyttäytymistä. Hypotalamus vaikuttaa lisäksi tunnetiloihin säätelemällä perusemootioita, mielihyvää ja vastenmielisyyttä.

Etuotsalohko on aivojemme kontrollikeskus, joka säätelee käyttäytymistämme. Sen tehtäväkenttää ovat itsekuri, keskittyminen, motivaatio, päätöksenteko ja tulevaisuudensuunnitelmat. Tästä syystä etuotsalohkoa voi luonnehtia palkitsemisjärjestelmän eräänlaiseksi päätepisteeksi, jossa ratkaistaan, miten toimitaan.

Aivojuovio kuuluu mutkikkaita liikesarjoja suunnitteleviin, käynnistäviin ja ohjaaviin tyvitumakkeisiin, jotka vapauttavat liikkeiden normaalille hallinnalle välttämätöntä dopamiinia.

Mustatumake on toinen tärkeä motorinen tyvitumake ja merkittävä dopamiinin tuottaja.

Nämä alueet ovat Parkinsonin taudin ydinalueita. Tauti vaurioittaa ja tuhoaa niiden dopamiinisoluja ja hermokytköksiä, mikä johtaa lihasten jäykkyyteen ja vapinaan. Lumelääkitys, joka parantaa Parkinsonin tautia sairastavan potilaan liikkumista, elvyttää näiden alueiden dopamiinineritystä.

Aivonesteviemäriä ympäröivä harmaan aineen alue on aivorungon tärkein kipualue. Se tuottaa välittäjäaineina toimivia opioideja, esimerkiksi endorfiineja, elimistön omia morfiineja ja enkefaliineja, jotka mukauttavat reaktiomme kipuärsykkeisiin. On todennäköistä, että opioidit välittävät lumevaikutusta, joka helpottaa kipua. Hypoteesin mukaan palkitsemisjärjestelmän dopamiinihyöky kiihdyttää opioidien eritystä.

Rohtoihin, yrtteihin ja muihin luonnontuotteisiin perustuvilla hoidoilla on vuosituhansien perinteet. Länsimainen lääketiede kehittyi vähitellen vaihtoehdoksi kansanparannusmenetelmille. Aluksi näyttikin siltä, että rohtoihin ja yrtteihin yms. perustuva hoito väistyi kokonaan länsimaisen, tutkimukseen perustuvan lääketieteen tieltä. Virallisen terveydenhuollon ja sairaanhoidon ulkopuolinen lääkintä on kuitenkin lisääntynyt huomattavasti viime vuosien aikana. Psykiatrian kentällä se luultavasti lisääntyy entisestään. Tähän saattaa olla osasyynä virallisten lääkkeiden saama kielteinen julkisuus. Myös perinteistä psykiatriaa on kritisoitu enenevässä määrin. Vaihtoehtoiset terapiat ovatkin lisääntyneet viimeisen parin vuosikymmenen aikana roimasti. Näiden psykologisesta vaikuttavuudesta on olemassa suomalainen väitöskirjatutkimus, jonka on tehnyt psykologi Hanna Svennevig. Hänen tutkimissaan vaihtoehtoisissa terapioissa oli

erittäin hyvä välitön vaikuttavuus, mikäli terapeutin ja asiakkaan suhde oli hyvä. Puolen vuoden seuranta kuitenkin paljasti, että saavutetut tulokset olivat lähes täysin kadonneet, mikä viittaisi siihen, että asioita ei ehkä käsitelty riittävästi.[70]

Vaihtoehtolääkinnäksi kutsuttua toimintaa on nimitetty myös vaihtoehtolääketieteeksi tai luontaislääketieteeksi. Kuitenkaan tällä tieteellä ei ole yhtenäistä teoriaperustaa, ja tehdyt tutkimukset ovat laadullisesti ja metodologisesti hyvin kirjavia. Luontaishoidot liittyvät usein läheisesti kansanomaisiin terveyskäsityksiin sekä niin sanottuun rajatietoon. Mielenterveyden ongelmista kärsivät potilaat saattavat yhdistellä lääketieteeseen perustuvia hoitoja ja vaihtoehtolääkintää. He voivat tällöin ajatella, että viralliseen lääketieteeseen perustumattomat hoidot täydentävät virallisen lääkinnän hoitoja.[71]

> *European Neuropsychopharmocology* on julkaissut mielenkiintoisen tutkimustuloksen, joka antaa ymmärtää, että masennuslääkkeen(kin) vaikutus perustuu ainakin osaksi aivojen tulkintaan. Keskeisiä ovat tällöin ajatukset, miten otetun lääkkeen pitäisi vaikuttaa. Mielialalääkkeiden vaikutus aivoihin voi riippua siitä, onko henkilö käyttänyt mielialalääkkeitä aikaisemmin. Nämä kokemukset voivat olla yksi vaikuttava tekijä. Kalifornian yliopiston tutkimuksessa[72] oli mukana pieni 89 tutkittavan joukko, joka kärsi masennusoireista. Heidät jaettiin kahteen ryhmään, joista ensimmäiset saivat oikeaa mielialalääkettä ja toiset täsmälleen samannäköisen lumelääkkeen. Lääkityksen vaikutuksia tarkasteltiin aivosähkökäyrän muutoksista. Tuloksia analysoitaessa otettiin huomioon, olivatko ihmiset käyttäneet mielialalääkkeitä aikaisemmin. Tulokset osoittivat, että plasebon vaikutukset aivoihin riippuivat mielialalääkkeiden aikaisemmasta käytöstä. Jos henkilö oli aiemmin käyttänyt masennuslääkkeitä, hän sai melko hyvän vasteen myös plasebosta. Tutkijoiden mukaan ilmiö muistuttaa klassista ehdollistumista. Kun ihminen käyttää mielialalääkkeitä, hänen aivonsa reagoivat niihin tietyllä tavalla. Myöhemmin pelkkä vihje mielialalääkkeestä – esimerkiksi samannäköinen pilleri – saa aivoissa aikaan samanlaisen reaktion. Eräässä toisessa tutkimuksessa tutkittiin psykostimulantin (amfetamiini) vaikutuksia siten, että jaettiin tutkimusryhmä niin ikään kahtia ja kaikille kerrottiin, että he saivat psykostimulantteja. Nekin koehenkilöt, jotka saivat plaseboa, tunsivat itsensä energisiksi ja itsevarmoiksi, eli he saivat erittäin hyvän vasteen myös plasebosta. Mitä enemmän koehenkilö tiesi siitä, mitä psykostimulantti keskimäärin ihmisessä aiheuttaa, sen paremman vasteen hän siitä sai.

4.10. Kognitiivinen prosessointi ja ajatusten muokkaaminen

Onnellisen elämän salaisuus on kiehtonut ihmisiä aina. Aihetta käsittelee Leo Bormansin toimittama kirja *The World Book of Happiness*. Siinä paljastetaan kaksitoista salaisuutta, joiden avulla elämästä tulee onnellista. Kirjan toimittaja on koonnut yhteen maailman johtavien asiantuntijoiden tutkimukset ja havainnot onnellisuudesta. Sinänsä tässä kirjassa ei ole mitään kovin uusia paljastuksia, mutta silti voidaan kysyä, kuinka moni meistä todella elää niiden mukaisesti.

1. Hyväksy se, mitä sinulla on.
   Onnelliset ihmiset iloitsevat siitä, mitä heillä jo on, ja haluavat asioita, jotka ovat saavutettavissa. Onnettomat ihmiset eivät sen sijaan tunnu koskaan saavan sitä, mitä toivovat. Itsensä onnelliseksi kokevat ihmiset myös tietävät, miten välttyä pettymyksiltä ja kuinka luoda miellyttäviä yllätyksiä itselleen. Tämä johtuu siitä, että heidän tavoitteensa ovat realistisia ja he ovat onnellisia siitä, mitä heillä jo on. Näin toteaa Monterreyn yliopiston tutkija, tohtori Jose de Jesus Garcia Vega tekemässään tutkimuksessa.

2. Nauti siitä, mitä teet.
   Jose de Jesus Garcia Vegan tekemä tutkimus osoittaa myös, että onnelliset ihmiset nauttivat siitä, mitä he tekevät. Heidän vaikuttimenaan ei ole vain maine tai mammona. Ei ole mitään mieltä sinnitellä hyväpalkkaisessa työssä, jos sitä vihaa.

3. Elä tänään!
   Älä vello menneisyydessä tai haikaile tulevaa, vaan elä tänään ja tässä hetkessä. Älä myöskään muistele vanhoja kömmähdyksiäsi tai lakkaa yrittämästä jotain vain siksi, että se ei joskus aiemmin onnistunut.

4. Valitse onnellisuus.
   Jotta olisit onnellinen, sinun on ajateltava itsesi onnelliseksi ihmiseksi – yksinkertaista, eikö totta? Ajattele aktiivisesti, että elämäsi on hyvää, ja näe sen parhaat puolet. Sinulla on aina vapaus valita asenteesi, jolla lähestyt tilanteita ja mahdollisuuksia, tohtori Garcia Vega kertoo. Tätä teoriaa tukee myös Vilnan yliopiston tekemä tutkimus, jossa tutkittiin ihmisten onnellisuutta 31 Euroopan maassa.

5. Pidä ihmissuhteesi kunnossa.
   Saamme energiaa ja onnea muilta ihmisiltä. Muista, että toiset ihmiset vaikuttavat tapaasi ajatella ja myös sinä kuulut näihin ”toisiin ihmisiin”.

Voit itse valita, millaista energiaa jaat eteenpäin. Vaali niitä ihmissuhteita, jotka ovat sinulle erityisen tärkeitä.

6. Pysyttele kiireisenä.
   Jos haluat olla onnellinen, kehittyä elämässäsi ja olla sosiaalinen, älä kieltäydy kutsuista, vaan mene sinne, missä tapahtuu. Pidä sosiaalinen elämäsi rikkaana, mutta älä tee sitä vain velvollisuudesta, vaan koska se on palkitsevaa ja hauskaa. Näin toteaa Younsein yliopiston psykologian professori Eunkook M. Suh.

7. Älä vertaile elämääsi muihin.
   Kunnianhimo on tervettä ja tekee ihmisistä onnellisia, mutta kateellisuus tekee vain ja ainoastaan onnettomaksi. Älä vertaa elämääsi muihin, vaan valitse omat haaveesi ja tavoitteesi. Näin kehottaa Pariisin yliopiston tutkija Claudia Senik.

8. Ole oma itsesi.
   Yksinkertaista, mutta toisinaan kovin vaikeaa. Älä yritä olla jotain, mitä et ole, vaan ole rehellinen omalle itsellesi. Toki voit pyrkiä muuttumaan ihanteidesi suuntaan, mutta pidä huoli, että ne ovat todella sinun ihanteitasi ja unelmiasi – toisten elämän eläminen tekee onnettomaksi kenet tahansa.

9. Lopeta huolehtiminen.
   Älä ota itseäsi liian vakavasti. Lopeta jatkuva huolehtiminen. Onnelliset ihmiset eivät huolehdi joka asiasta, sillä he tiedostavat, että 90 prosenttia heidän peloistaan on aiheettomia.

10. Ole järjestelmällinen.
    Vaikka ihailisit spontaaneja ja boheemeja ihmisiä, jotka tekevät asiat silloin kun sattuu huvittamaan, ole järjestelmällinen. Onnellisilla ihmisillä on tavoitteita. He tekevät suunnitelmia ja pitävät asiat järjestyksessä.

11. Ajattele positiivisesti.
    Tunteiden panttaaminen ja negatiivisten tunteiden piilottelu aiheuttaa stressiä ja saa sinut voimaan henkisesti pahoin. Pyri käsittelemään tunteesi ja päästämään irti pahoista ajatuksistasi. Opettele ajattelemaan positiivisesti. Onnelliset ihmiset katsovat aina asian valoisaa puolta.

12. Vaali onnellisuuttasi.
    ”Älä kulje onnesi ohi” on sanonta, joka pitää paikkansa. Huomioi elämäsi onnelliset puolet nyt äläkä vasta vuosien päästä. Jos pohdit elämääsi ja omaa asemaasi, huomaat, että sinulla on monia asioita, joista olla kiitollinen. Onnellisuutta voi opetella, mutta tekemällä elämästään itselleen merkityksellistä sen voi todella saavuttaa.

5. Psyykkinen normaalius – ja muut mielenhäiriöt

Minuun on tehnyt erittäin suuren vaikutuksen Paul Verghaeghen kirja *Normaaliudesta ja muista mielenhäiriöistä*. Vaikken häntä suoraan tässä yhteydessä siteeraakaan, on kyseisen kirjan johtoajatus oppimisprosessini kannalta keskeinen.

En usko, että on kovinkaan normaalia olla normaali.

Se mikä on toiselle tavallista, normaalia arkipäivää, voi toiselle olla kauhistuttavaa ja suorastaan sairaalloisen epänormaalia. Oma tausta, ikä, eletty elämä ja oma kulttuuri vaikuttavat kovasti siihen, mitä pidämme normaalina, mitä emme. Kuvitellaanpa, että sadasta tutkittavasta puolet ei juo lainkaan alkoholia ja puolet juo päivässä pullon Koskenkorvaa ja yhden mäyräkoiran. Miten määritellään kyseisen joukon normaali alkoholinkulutus? Entäpä jos sadasta terapiaan osallistuneesta puolet hyötyy terapiasta paljon, kun taas toinen puoli ei hyödy lainkaan? Keskiarvoajattelun mukainen ”normaali” tilanne olisi, että tutkittava joisi päivässä keskimäärin puoli pulloa Koskenkorvaa ja 6 olutta. Tutkittavan terapian keskimääräiseksi vaikuttavuudeksi osoittautuisi 50 %. Mutta mitä nämä keskiarvot kertovat yksittäisen tutkittavan todellisuudesta ja kokemuksesta? Eivät paljoakaan.

Normatiivinen ”normaali” on puolestaan sosiaalinen konstruktio, jossa normaalia on se, mitä enemmistö pitää hyväksyttävänä ja normien mukaisena toimintana. Poikkeava on puolestaan se, joka toimii vastoin enemmistön asettamia normeja.

Mielenterveyttä lähestytään vieläkin usein ongelmallisten oireiden ja erinäisten häiriöiden näkökulmasta, eli niihin suhtaudutaan diagnostisesti ja kielteisesti. Mielenterveyden asiantuntijat ovat omaksuneet 1970-luvulla ideologian, jonka mukaisesti psyykkisistä häiriöistä on alettu käyttää nimitystä *mielenterveyshäiriö* tai *mielenterveyden häiriö*. Tarkoituksena on ollut normalisoida psykiatriaa, ja siksi on haluttu välttää sanoja *mielisairaus* ja *mielitauti*. Enää ne eivät tautiluokituksissa esiinnykään.

Elämään kuuluu surua, luopumisia, kasvukipuja, ristiriitoja, kriisejä ja paljon muuta, mikä saattaa yllättää ja järkyttää meitä. Ne ovat kuitenkin osa

normaalia elämää. Missä vaiheessa sitten kyseessä on häiriö? Kysymys ei ole yksinkertainen. Raskaan psykiatrian tietynlainen arkkidiagnoosi lienee psykoosi, jonka häiriöluonteessa ei yleisen ajattelun mukaan ”pitäisi olla mitään epäselvää”. Silti valtaosalla ihmisistä on joskus psykoottisiksi määriteltävissä olevia, monella tapaa selittämättömiä ja ihmeellisiä kokemuksia. Yleensä niitä ei silloin pidetä mielenterveyden horjumisena tai muunakaan häiriönä.

5.1. Kuka on psyykkisesti ”normaali” tai ”terve”?

Mielenterveys-sana on tiettävästi otettu käyttöön suomen kielessä vuonna 1952. Mielenterveys on käsitteenä edelleen hajanainen ja monimerkityksinen. Mielenterveydestä on pitkälti puhuttu mielen sairauden yhteydessä ja näin käsite on sotkettu mielen häiriöihin ja ongelmiin. Pitkään mielenterveys nähtiin lähinnä yksilön ominaisuutena. Siihen kuitenkin vaikuttavat vahvasti monet yhteisölliset, rakenteelliset ja kulttuuriset tekijät. Kun mielenterveyttä tuetaan, tulee huomioida monia tekijöitä ympäröivästä yhteiskunnasta, ja suurelta osin sosiaali- ja terveydenhuollon perinteisen sektorin ulkopuolelta. Jokainen voi tehdä paljon henkisen toimintakykynsä hyväksi kartuttamalla voimavarojaan ja lisäämällä selviytymistaitojaan. Suomen Mielenterveysseura onkin lanseerannut *mielenterveysosaamisen* käsitteen. Sen tulisi olla osa kansalaistaitoa, jonka kartuttamisen pitäisi alkaa mahdollisimman varhain ja kestää eliniän.

5.2. Lasten ja nuorten normaali kehitys

Kaikkien lasten ja nuorten parissa toimivien asiantuntijoiden on tärkeää ymmärtää lasten tyypilliset kehitysvaiheet sekä tavalliset traumaan viittaavat oireet eri ikä- ja kehitysvaiheissa. Tässä luvussa annetaan tietoa hyvistä menettelytavoista. Tavoitteena on tarjota tietoa lasten kehityksestä ja niistä merkeistä, jotka voivat viitata hyväksikäyttöön, kaltoinkohteluun tai muuhun traumatisoitumiseen. Keskeisellä sijalla ovat käytännölliset, eri ikäkausiin soveltuvat neuvot, joilla lasten ja nuorten sekä heidän huoltajiensa tarpeet voidaan ottaa huomioon traumatilanteissa. Tämän luvun pääasiallisena lähteenä on käytetty Australian kansallisen sosiaalihuoltopalvelujen keskusorganisaation tuottamaa opasta *Child development and trauma guide*, joka käsittelee lasten kehitystä ja traumatisoitumista.[73]

Lapsen ja nuoren tilanteesta saa hankituksi kattavasti tietoa, kun käyttää tiedonlähteinä hänet hyvin tuntevia henkilöitä (huoltajia, perheenjäseniä, muita läheisiä) ja ammattilaisia. Lapsen kehitystä voidaan arvioida vain, jos saadaan täsmällistä tietoa perheen arvoista ja kasvatusmenetelmistä.

Seuraavassa esitetään tärkeitä näkökohtia lasten ja nuorten kehitystä ja traumoja koskevan informaation hyödyntämisessä eri ikäkausissa.

- Lapset eivät syntymähetkellääkään ole ”tyhjiä tauluja”. Heillä on tietty biologinen ja sosiaalinen perimä, tietty neurologinen rakenne ja tietty perustemperamentti.
- Lasten kasvaessa yksilölliset erot tulevat suuremmiksi heidän kokemustensa ja ympäristön vaikutuksen seurauksena.
- Kohdussa lapsi on ollut monenlaisessa vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa jo kuukausia ennen syntymäänsä.
- Jo pienet vauvat eroavat temperamentiltaan (esim. aktiivisuudeltaan, itkuherkkyydeltään, äänekkyydeltään, sopeutumiskyvyltään, mielialaltaan jne.).
- Syntymästään lähtien lapsilla on aktiivinen rooli omassa kehityksessään ja vaikutuksessaan ympärillä oleviin ihmisiin.
- Kulttuurilla, perheellä, kodilla ja yhteisöllä on tärkeä rooli lasten kehittymisessä, koska ne vaikuttavat lapsen kokemuksiin ja mahdollisuuksiin. Kulttuuriryhmillä on lastenkasvatuksessa tietyt arvot, prioriteetit ja toimintatavat, jotka vaikuttavat lasten kehitykseen ja tiettyjen taitojen ja käyttäytymistapojen oppimiseen. Eri kulttuuritaustoista tulevien lasten kehitys saattaa erota jonkin verran länsimaisten lasten kehityksestä.
- Lasten kasvaessa tulee yhä vaikeammaksi luetella tarkkoja virstanpylväitä, joita lapsen kehityksen pitäisi seurata. Saavutukset riippuvat nimittäin hyvin paljon siitä, onko lapsella mahdollisuuksia harjoitella. Lapsen ympäristöstä on kiinni, millaisia kokemuksia hän ylipäänsä pystyy saamaan. Lapsi ei opi ajamaan polkupyörällä, ellei hänen saatavillaan ole pyörää ja ellei joku kannusta häntä toimintaan.
- Kehitys ei kulje suoraviivaisesti tai tasaisesti, vaan se etenee jaksoittain. On tärkeää huomata, että vaikka kehityskulku on jossain määrin ennustettavissa, se mitä pidetään normaalina kehityksenä, vaihtelee suuresti. Lapset eivät siis kehity täsmälleen samalla tavalla.
- Ennen syntymää, varhaislapsuudessa ja murrosiässä ihmisen kehitys on nopeampaa kuin missään muussa elämän vaiheessa.

- Jokainen kehitysalue vaikuttaa muihin alueisiin. Kehittymisen viivästyminen yhdellä alueella vaikuttaa lapsen kykyyn yhdistää taitoja ja siirtyä seuraavalle kehittymistasolle.
- Useimmat asiantuntijat ovat nykyään yhtä mieltä siitä, että sekä ympäristö että saatu hoiva ja huolenpito vaikuttavat yhdessä lähes jokaiseen lapsen kehityksen osatekijään.
- Myös yleinen terveydentila vaikuttaa kehitykseen ja käyttäytymiseen. Vähäisen sairastelun vaikutus on lyhytaikainen tai kohtuullinen, kun taas kroonisilla sairauksilla on useimmiten pitkäaikaisia vaikutuksia. Puutteellinen, vääränlainen tai liiallinen ravinto vaikuttaa myös kielteisesti kehityksen kulkuun.

Seuraavaksi esitetään lyhyt katsaus lasten normaaliin kehitykseen. Ellei lapsi oireile silmiinpistävästi, työntekijän on yleensä tavattava lasta useita kertoja, ennen kuin mahdolliset kehitykselliset ongelmat voidaan todentaa. Lapsen epätyypilliseen käytökseen voi olla monta syytä: Onko hän uudessa tai keinotekoisessa tilanteessa? Onko hän huonovointinen tai stressaantunut? Onko hän vuorovaikutuksessa sellaisen henkilön kanssa, jota ei tunne? Onko hänellä nälkä tai jano? Onko hänellä tarve käydä WC:ssä, tai kaipaako hän vaipanvaihtoa?

Muita lapsia hitaammin kehittyvät tavallisesti vauvat, jotka ovat syntyneet ennenaikaisesti tai pienikokoisina tai joilla on jo syntyessään jokin kemiallinen riippuvuus. Normaali vaihteluväli lasten ja nuorten kehityksessä on laaja.

Kun arvioidaan tiettyä lasta tai perhettä, tässä kirjassakaan lueteltuja trauman merkkejä ei pitäisi käyttää yksinomaisena perusteena tulkinnoille. On aina tärkeä tarkkailla tilannetta laajalti ja kuunnella sellaisten henkilöiden mielipiteitä, jotka tuntevat hyvin lapsen ja hänen perheensä. Esitetyt trauman merkit ovat kuitenkin indikaatio sille, että perusteellisempi arviointi saattaa olla tarpeen. Suomessa hoidontarpeen arvioi yleensä perusterveydenhuolto, kouluterveydenhuolto tai neuvola. Niiltä saadulla lähetteellä edetään tarvittaessa erikoissairaanhoitoon, joka on keskittynyt esimerkiksi lastentauteihin, lastenpsykiatriaan, nuorisopsykiatriaan, lasten neurologiaan jne. Sosiaalipalvelujen tarpeen arvioi puolestaan kunnan lastensuojeluviranomainen, kun kyseessä on alaikäinen. Siksi on tärkeää, että vähintäänkin tässä teoksessa esitetyt teoreettiset ja käytännölliset tiedot olisivat edellä mainittujen asiantuntijoiden käytettävissä. Myös muut lasten ja nuorten parissa toimivat ammattihenkilöt hyötyvät näistä tiedoista. Ne voivat merkittävällä tavalla auttaa kohdistamaan huomiota kunkin lapsen ja nuoren sekä hänen perheensä yksilölliseen elämäntilanteeseen ja yksi-

löllisiin tarpeisiin. Lisäksi tieto auttaa tunnistamaan omat ammatilliset rajat. Tämän jälkeen on helpompi arvioida, milloin on syytä ottaa yhteyttä muihin viranomaisiin.

Laiminlyönnistä, kaltoinkohtelusta ja hyväksikäytöstä aiheutuu traumoja, jotka ovat erittäin vahingollisia kehittyvälle lapselle. Pienten lasten neurologinen kehitys vaarantuu jo suhteellisen lievistä traumoista. On yhä enemmän näyttöä siitä, että lapsuudessa ja nuoruudessa koetut traumat ovat yhteydessä monenlaisiin mielenterveys- ja päihdeongelmiin, kuten kirjan aiemmissa luvuissa on esitetty.

On hyödyllistä muistaa seuraavat perusasiat, joista voi avoimesti keskustella, paitsi lasten ja nuorten, myös heidän vanhempiensa ja muiden läheistensä kanssa:

- Lapset tarvitsevat tasapainoisia, hienotunteisia, rakastavia ja kannustavia ihmissuhteita. Tällainen turvallinen ympäristö on välttämätön, jotta lapsi voisi toteuttaa itseään parhaalla mahdollisella tavalla ja saavuttaa kehitystavoitteensa. Lapset haavoittuvat hyvin herkästi, jos he joutuvat kaltoinkohtelun, hyväksikäytön tai väkivallan uhreiksi. Heidän ei pitäisi koskaan joutua edes todistamaan tällaisia tapahtumia. Hyväksikäyttö, kaltoinkohtelu ja laiminlyönti hämmentävät ja vahingoittavat lasta erityisen paljon silloin, kun tekijä on joku, jonka pitäisi huolehtia hänestä.
- Koska pienen lapsen pääasiallinen tarve liittyy kiintymykseen, lapset mukautuvat vanhempiensa tyyliin. Ikänsä ja haavoittuvuutensa vuoksi heillä ei ole muuta mahdollisuutta. Kroonisissa ja äärimmäisissä oloissa lapsilla on monimutkaisia traumareaktioita. He voivat lopulta kokea tilanteensa jollain tavoin mielekkäiksi ajattelemalla, että hyväksikäyttö on heidän omaa syytään ja että he ovat luontaisesti pahoja.
- Aikuisten tapaan vauvat ja lapset sopeutuvat pelottaviin ja ylivoimaisiin oloihin kehon henkiinjäämisreaktioiden avulla. Heidän autonominen hermojärjestelmänsä (limbinen järjestelmä) aktivoituu ja käynnistää jähmety/taistele/pakene-reaktion. Kehon valtaa tällöin välittömästi biokemiallinen reaktio, johon liittyvät adrenaliini ja kortisoli. Ihminen tuntee näin itsensä levottomaksi ja ylivalppaaksi. Sylivauvoilla voi esiintyä niin sanottua ”jähmettynyttä valppautta”. Lapset ja nuoret voivat dissosioida, jolloin heidän ajatuksensa näyttävät harhailevan.

Pitkittyneenä raskaat olosuhteet voivat johtaa ”toksiseen stressiin”. Se muuttaa lapsen ja nuoren aivojen kehitystä, herkistää hänet lisästressille, johtaa yliaktiivisuuteen ja vaikuttaa myöhemmin oppimiseen ja keskittymiseen. Kaikkein tärkein seikka on, että tämä heikentää lapsen kykyä luottaa toisiin ihmisiin ja olla vuorovaikutuksessa heidän kanssaan. Traumatisoituneiden lasten on hyvin vaikea säädellä käytöstään ja rauhoittaa itsensä. Heitä kuvataan usein adjektiivilla hyperaktiivinen. Moni ADHD-diagnoosin saanut lapsi ja nuori kärsii juurikin tästä ilmiöstä.

Vauvat sopeutuvat erittäin herkästi pääasialliseen huoltajaansa ja vaistoavat muutokset hänen psykoemootioissaan. Erityisen hyvin he vaistoavat huoltajansa pelon ja traumaattisen stressin. Tämä pitää paikkansa erityisesti perheissä, joissa esiintyy väkivaltaa. Vauvasta tulee levoton, ja hän vaatii entistä enemmän huomiota vanhemmaltaan, joka jo ennestään elää ylivoimaisessa tilanteessa. Minkä tahansa tukipalvelun ensimmäinen tehtävä onkin tällöin tukea ei-väkivaltaista vanhempaa, jotta tilanteesta saadaan turvallisempi.

Traumaattiset muistot varastoituvat aivoihin eri tavalla verrattuna jokapäiväisiin muistikuviin. Ne tallentuvat vahvoina, värikkäinä kuvina ja tuntemuksina, ja niiltä puuttuu verbaalinen ilmaisu ja konteksti. Prosessoimattomina ja primitiivisinä ne aktivoituvat todennäköisimmin, mikäli jokin laukaiseva tekijä – nähty asia, kuultu ääni tai jokin muu sisäinen tai ulkoinen seikka – muistuttaa myöhemmin traumasta. Tätä ilmiötä voidaan hoitaa traumapsykoterapeuttisin keinoin.

Takaumat voivat olla affektiivisia tai kognitiivisia. Ensin mainitut tarkoittavat voimakkaita tunteita, jotka ovat sanoin kuvaamattomia ja käsittämättömiä. Jälkimmäiset ovat värikkäitä muistoja, jotka näyttävät todella tapahtuvan. Alkoholi ja huumeet ovat klassinen mutta tuhoisa tapa turruttaa kipua ja yrittää välttää näitä ahdistavia takaumia.

Lapset ovat erityisen herkkiä takaumille hiljaisina hetkinä ja nukkumaanmenon aikaan. Siksi he saattavat välttää molempia. He kiukuttelevat koulussa tai muissa yhteyksissä, jossa heidän odotetaan olevan hiljaa. Heillä voi olla vaikeitakin unihäiriöitä ja häiritseviä painajaisia, jotka pahentavat heidän ”häiriintynyttä” käytöstään ja rajoittavat heidän toimintakykyään myös seuraavana päivänä koulussa. Nuoret pysyttelevät usein koko yön hereillä välttääkseen painajaisia ja nukkuvat turvallisessa päivänvalossa. Itseä vahingoittava käytös vapauttaa endorfiineja, mikä saattaa jonkin verran lievittää psykoemotionaalista kipua. Tästä voi tulla jatkuva reagointitapa.

Haitallisten asioiden ja tilanteiden kasaantuminen voi muodostua ylivoimaiseksi kaikkein sitkeimmällekin lapselle. Erityistä huomiota on kiinnitettävä lapsen kokemuksen monimutkaisuuden ymmärtämiseen.

Nämä lapset tarvitsevat toipuakseen rauhallista, kärsivällistä, turvallista ja hoivaavaa vanhemmuutta, ja systeeminen interventio saattaa olla tarpeen välttämättömien tukipalvelujen takaamiseksi.

- Lasten ja nuorten toipumista edistävät turvallisten perheenjäsenten ja muiden lapselle tärkeiden turvallisten henkilöiden luottamus ja tuki.
- Lasten turvallisuus on taattava, ja heille on annettava mahdollisuus käsitellä ja ymmärtää kokemuksiaan.
- On tärkeää tiedostaa, että vanhemmilla voi olla samanlaisia posttraumaattisia reaktioita. Hekin tarvitsevat usein paljon tukea. Perhetyöntekijöiden pitää auttaa vanhempia hallitsemaan reagointiaan lasten traumoihin. On normaalia, että vanhemmat kokevat joskus tilanteen ylivoimaiseksi ja tuntevat järkytystä, kiukkua ja syvää surua. Vanhemmillekin voi tulla unihäiriöitä ja monenlaisia muita traumareaktioita. Kaikkien lapsille ja nuorille suunnattujen palvelujen tulee olla lapsikeskeisiä. Tämä tarkoittaa, että myös lapsen perheen tarpeet tulee huomioida riittävän hyvin. Vain näin menettelemällä on lapsen kokonaisvaltainen auttaminen ylipäätään mahdollista.
- Yhden tai useamman riskitekijän esiintyminen yhdessä monien traumatekijöiden kanssa voi suuresti vaarantaa lapsen hyvinvoinnin. Riskitekijät olisi osattava tunnistaa, ja niiden pitäisi viestittää, että sosiaali- ja terveydenhuollon erityisasiantuntijoiden tulisi arvioida lasta ja perhettä tarkemmin.

NORMAALIN KEHITYKSEN RISKITEKIJÖITÄ

Lasten ja perheen riskitekijät

- nykyinen tai aikaisemmin tapahtunut perheväkivalta
- nykyinen tai aikaisemmin esiintynyt mielenterveysongelma tai -häiriö (käsittää itseä vahingoittavan toiminnan ja itsemurhayritykset)
- nykyinen tai aikaisempi päihteiden käyttö, riippuvuuskäyttäytyminen
- vamma tai moninaiset lääketieteelliset tarpeet, esim. intellektuaalinen tai fyysinen työkyvyttömyys, aivovamma

- vastasyntynyt, ennenaikainen syntymä, alhainen syntymäpaino, kemiallinen riippuvuus, sikiön alkoholioireyhtymä, pitkittynyt tai usein toistuva itkeminen, ongelmat vauvan ruokinnassa, nukuttamisessa tai rauhoittamisessa
- lapselle haitallinen nukkumistapa, esim. kyljellään tai vatsallaan, huono patja, vauvan sängyssä on tyynyjä, vuodevaatteita tai pehmoleluja, jotka voivat peittää vauvan kasvot, nukkuminen yhdessä sisarusten tai sellaisen vanhemman kanssa, jolla on lääkitys, joka käyttää huumeita tai alkoholia tai joka tupakoi, muu vaarallinen nukkumapaikka, kuten sohva, tupakansavulle altistuminen
- ristiriitainen tai turvaton kiintymyssuhde (lapsi ei tarvitessaan etsi lohtua tai hellyyttä huoltajiltaan)
- viivästynyt kehitys
- perheessä on esiintynyt laiminlyöntejä tai hyväksikäyttöä tai yhteiskunnan suojelutoimenpiteitä, joku lapsista tai sisaruksista on kuollut tai otettu huostaan
- ero vanhemmista tai huoltajista
- vanhempi, vanhemman kumppani, läheinen sukulainen tai sisarus on ollut osallisena väkivallantekoon, prostituutioon tai seksuaalirikoksiin
- sukupolvelta toiselle siirtynyt hyväksikäyttö, väkivalta tai trauma
- yhteisiä tai käsittelemättömiä kokemuksia menetyksistä ja surusta
- kaoottinen talous tai elämäntyyli, liiallinen uhkapelien pelaaminen
- köyhyys, taloudelliset vaikeudet, työttömyys
- sosiaalinen eristyneisyys (perheen, laajennetun perheen, yhteisön ja kulttuurin eristyneisyys)
- puutteelliset asuinolot, väliaikainen asuminen, kodittomuus
- virikkeiden ja oppimismahdollisuuksien puute, koulun keskeyttäminen, pinnaaminen
- välinpitämättömyys kehitykseen liittyvästä terveydenhuollosta, puutteellinen ruokavalio
- huono-osainen yhteisö
- rasismi
- äskettäin koettu pakolaisuus

Vanhempien riskitekijöitä

- vanhempi tai huoltaja alle 20-vuotias, alle 20 vuoden ikä ensimmäisen lapsen syntyessä
- haluttomuus tai kyvyttömyys asettaa lapsen tarpeet omien tarpeiden edelle
- lapsen torjuminen tai käyttäminen syntipukkina
- ankara, epäjohdonmukainen kurinpito ja kasvatus, laiminlyönnit, hyväksikäyttö, väkivalta
- riittämätön lapsen valvonta tai emotionaalinen kietoutuneisuus
- yksinhuoltaja, useita kumppaneita
- riittämätön raskaudenaikainen terveydenhoito, päihteiden käyttö odotusaikana

Myönteistä kehitystä edistäviä tekijöitä

- tunne siitä, että lapsi tai nuori kuuluu kotiin, perheeseen ja yhteisöön
- jonkinlainen sosiokulttuurinen identiteetti
- kuuluminen sosiaalisuutta edistävään vertaisryhmään
- vanhempien myönteiset odotukset, myönteinen oppimisympäristö kotona ja mahdollisuudet suorittaa ikäkaudelle tyypilliset kehitystehtävät
- lasten ja aikuisten palveluja saatavilla, esimerkiksi terveys-, mielenterveys-, neuvolapalvelut, matalan kynnyksen varhaiset interventiot, preventiivinen työ, vammais-, huume- ja päihdepalvelut, moniammatilliset perheen tukipalvelut, vanhemmuuden ohjaus ja vanhempainneuvonta, rentoutumis- ja virkistysmahdollisuudet ja muut lasten ja perheen palvelut sekä monipuoliset terapiapalvelut
- saatavilla on korkeatasoisia päivähoito- ja lastenhoitopalveluja sekä harrastusmahdollisuuksia, joihin perheillä on varaa
- naapuriyhteisöt ja ympäristöt, joissa ketään ei syrjitä ja joissa huolehditaan toinen toisista
- palvelujärjestelmät, joissa laiminlyöntien, hyväksikäytön, kaltoinkohtelun tai väkivallan kohteeksi joutuneisiin sekä heidän läheisiinsä suhtaudutaan myötätuntoisesti ja kunnioittavasti
- palvelujärjestelmät, joissa vanhemmuutta ensisijaisesti tuetaan, sen sijaan että sitä millään muotoa riistettäisiin sen paremmin vahingossa kuin tietoisesti

0–12 kk

0–2 viikkoa

- lapsi on vuorovaikutuksessa huoltajiin ilmehtimällä, katselemalla, käsiä ja jalkoja sätkyttelemällä, itkemällä
- ei kykene kannattelemaan päätään tukematta
- käsissä tahaton tarttumisrefleksi
- hätkähtää äkillisiä kovia ääniä
- refleksinomaisesti ilmaisee väsymistään katsomalla tai vetäytymällä poispäin, kurtistamalla kulmiaan ja itkemällä

4. viikkoon mennessä

- keskittyy kasvoihin
- seuraa silmillään esinettä, jota liikutetaan kaaressa noin 15 cm:n päässä suoraan vauvan kasvojen yläpuolella
- muuttaa äänensävyä ilmaistakseen nälkää, ikävystymistä ja väsymystä

6.–8. viikkoon mennessä

- osallistuu vuorovaikutukseen huoltajien kanssa ja aloittaa sen ääntelemällä, katsomalla silmiin, sätkyttelemällä ja itkemällä
- saattaa hymyillä nähdessään tutut kasvot
- voi aloittaa kujertelun
- kääntyy äänen suuntaan

3.–4. kuukauteen mennessä

- pyrkii yhä enenevässä määrin vuorovaikutukseen huoltajien kanssa
- alkaa säädellä tunteita ja tyynnyttää itseään pääasialliseen huoltajaan kokemansa kiintymyksen kautta
- pystyy makaamaan vatsallaan pää pystyssä 90 asteeseen asti, katselee ympärilleen
- osaa heiluttaa helistintä, alkaa leikkiä omilla sormillaan ja varpaillaan
- saattaa tavoitella esineitä ja yrittää pidellä niitä
- oppii katsomalla, pitelemällä erilaisia esineitä ja laittamalla ne suuhun
- nauraa ääneen
- seuraa silmillään esinettä, kun sitä liikutetaan kaaressa kasvojen yläpuolella puolelta toiselle 180 astetta
- huomioi vieraat

Saattaa pystyä

- pitämään pään kehon kanssa tasapainossa istumaan vedettäessä
- sanomaan ”aa”, ”guu” tai samanlaisia vokaali-konsonanttiyhdistelmiä
- päristelemään suullaan
- jonkun pidellessä kannattelemaan itseään jaloillaan jonkin verran
- vastustamaan, jos yrität ottaa lelun pois

6. kuukauteen mennessä

- hakee huoltajalta lohtua ja turvallisuutta kiintymyksen lisääntyessä
- saattaa vierastaa tuntemattomia ihmisiä
- pitää pään tasapainossa kehon kanssa istumaan vedettäessä
- sanoo ”aa” ja ”guu”, ”ma” tai samantapaisia vokaali-konsonanttiyhdistelmiä
- istuu ilman tukea
- osaa yhdistää, mitä kuulee, maistaa ja tuntee
- saattaa pystyä kääntymään vatsalleen ympäri molempien kylkien kautta
- auttaa itsensä syöttämisessä
- oppii ja kasvaa maistelemalla ja koskettamalla erilaisia ruokia

9. kuukauteen mennessä

- osallistuu vahvasti ja aloittaa vuorovaikutuksen huoltajien kanssa
- ilmoittaa, milloin tarvitsee apua, ja kommunikoi ilmehtimällä, elehtimällä, ääntelemällä tai sanomalla yksi- tai kaksitavuisia sanoja, kuten ”didi” ja ”mamma”
- tarkkailee toisten reaktioita tunteisiin, ja kun näkee sinun ilmaisevan tunteitasi, alkaa tunnistaa ja jäljitellä onnen, surun, innostuneisuuden tai pelon tunteita
- ero vanhemmista tai huoltajista aiheuttaa epätavallisen suurta ahdistusta
- saattaa vierastaa tuntemattomia ihmisiä ja olla levoton heidän seurassaan
- ilmaisee myönteisiä ja kielteisiä tunteita
- oppii luottamaan siihen, että perustarpeet tyydytetään
- ponnistelee saadakseen lelun, joka on käden tavoittamattomissa
- etsii pudottamaansa esinettä
- saattaa liikkua peppunsa varassa, ryömiä ja seisoa
- tietää, että piilossa on esineitä
- vilkuttaa hyvästiksi, leikkii kurkistusleikkiä

1–3 vuotta

12. kuukauteen mennessä

- nauttii vuorovaikutuksesta perheenjäsenten ja muiden tuttujen ihmisten kanssa
- hakee lohtua ja rauhoittumista tutuista esineistä, perheestä, huoltajista; näiden läsnäolo pystyy rauhoittamaan lapsen
- alkaa rauhoittaa itseään ollessaan levoton
- ymmärtää paljon enemmän kuin pystyy sanomaan
- ilmaisee tunteita eleillä, ääntelyllä ja kasvojen ilmeillä
- ilmaisee aikaisempaa voimakkaampia tunteita ja mielialoja
- ei pidä siitä, että joutuu eroon tutuista ihmisistä
- siirtyy pois hermostuttavista tai ärsyttävistä tilanteista
- osaa kävellä autettuna pitäen kiinni huonekaluista tai käsistä
- nousee seisomaan
- nousee istumaan
- taputtaa käsiään
- ilmaisee tarpeitaan muutenkin kuin itkemällä
- oppii ja saa itseluottamusta tekemällä asioita toistuvasti ja tutkimalla ympäristöään
- nostaa esineitä peukalo-etusormiotteella
- on herkkä sekä hyväksymiselle että paheksumiselle

Saattaa pystyä

- ymmärtämään syyn ja seurauksen
- ymmärtämään, että kun lähdet pois, olet silti olemassa
- ryömimään, seisomaan, kävelemään
- noudattamaan yhden asian käsittävää ohjetta, kuten ”hae kengät”
- reagoimaan musiikkiin

18. kuukauteen mennessä

- osaa ainakin kaksi sanaa ja oppii lisää
- juo mukista
- osaa kävellä ja juosta
- sanoo usein ”ei”
- käsitys yksilöllisyydestä alkaa kehittyä
- tarvitsee johdonmukaisuutta (*structure*), rutiineja ja rajoja hallitakseen voimakkaita tunteita

Saattaa pystyä

- ilmaisemaan eleillä, mitä ajattelee ja tuntee
- jäljittelemään leikkimistä ja leikkimään toisten mukana

2. ikävuoteen mennessä

- osaa riisua vaatteet
- syöttää tai kylvettää nukkea, ”pesee astioita”, haluaa ”auttaa”
- rakentaa tornin neljästä tai useammasta palikasta
- tunnistaa kaksi asiaa kuvasta osoittamalla
- leikkii yksin, mutta tarvitsee tutun aikuisen lähelle
- leikkii ja tutkii aktiivisesti monilla eri tavoilla

Saattaa osata

- yhdistää sanoja
- innokas hallitsemaan, ei osaa jakaa
- ei pysty lopettamaan kielletyn asian tekemistä useankaan kehotuksen jälkeen
- kiukunpuuskia

2½ ikävuoteen mennessä

- sanavarasto käsittää 50 sanaa tai enemmän
- yhdistelee sanoja (noin 25. kuukauteen mennessä)
- noudattaa kaksivaiheista kehotusta (25. kuukauteen mennessä)
- takertuvuus ja itsenäisyys vaihtelevat
- auttaa yksinkertaisissa kotitöissä
- omatunto kehittymätön, lapsi ajattelee: ”minä haluan sen, minä otan sen”

3. ikävuoteen mennessä

- pesee ja kuivaa kädet
- tunnistaa ystävän nimeltä
- heittää pallon myötäotteella
- puhuu ja tulee enimmäkseen ymmärretyksi
- käyttää adpositioita (*päällä, alla*)
- keskustelussa käyttää kahta tai kolmea lausetta kerrallaan
- auttaa yksinkertaisissa tehtävissä
- on voinut oppia kuivaksi tai käymään potalla
- omatunto alkaa kehittyä, lapsi ajattelee: ”haluaisin ottaa sen, mutta vanhempani suuttuvat minulle”

3–5 vuotta

3–4 vuoden ikäisenä

- kommunikoi vapaasti perheenjäsenten ja muiden tuttujen kanssa
- hakee lohtua ja turvallisuutta tutuilta perheenjäseniltä ja hoitajilta, ja he pystyvät rauhoittamaan lapsen
- lapsella on jatkuvasti kehittyvä kyky rauhoittaa itsensä ollessaan levoton
- ymmärtää tunteiden syyt ja osaa antaa niille nimen
- tärkeiden aikuisten piiri laajenee esim. isovanhempiin ja lastenvahteihin
- tarvitsee aikuisen apua ristiriitojen sovitteluun
- alkaa hallita tunteitaan
- alkaa leikkiä toisten lasten kanssa ja jakaa asioita tai leluja
- lapsella on oikeita ystävyyssuhteita toisten lasten kanssa
- koordinaatio paranee juoksussa, kiipeilyssä ja muissa leikeissä
- osaa nousta portaat, heittää ja ottaa kiinni ison pallon käyttämällä kahta kättä ja vartaloa
- käyttää leikkiin tarkoitettuja välineitä ja saattaa osata ajaa kolmipyöräisellä
- pitelee kyniä sormissa, ei koko kädessä
- pukeutuu ja riisuutuu tarvitsematta paljoa apua
- viestii hyvin yksinkertaisilla lauseilla ja saattaa ymmärtää noin 1 000 sanaa
- ääntäminen on parantunut, lapsi haluaa puhua omista mielenkiinnon kohteistaan
- hienomotoriikkataidot lisääntyvät, osaa piirtää esim. väriliiduilla ja kääntää kirjan sivua
- osaa useimmiten käydä potalla päiväsaikaan

4–5 vuoden ikäisenä

- tietää oman nimensä ja ikänsä
- tulee yhä itsenäisemmäksi ja riippumattomammaksi perheestä
- tarvitsee johdonmukaisuutta, rutiineja ja rajoja hallitakseen voimakkaita tunteita
- kyselee paljon
- oppii ihmisten erilaisuudesta
- käyttää aikaa omien päätösten tekoon
- luottamus omiin fyysisiin saavutuksiin kasvaa, mutta lapsi voi arvioida kykynsä väärin

- pitää aktiivisista leikeistä ja peleistä ja tarvitsee näihin aikaa vähintään tunnin päivässä
- käden ja silmän koordinaatio paranee koko ajan
- leikkaa saksilla viivaa pitkin ja osaa piirtää ihmisiä, joilla on ainakin neljä kehonosaa
- käy ilmi, onko lapsi vasen- vai oikeakätinen
- keskustelee eri aiheista ja ymmärtää 2 500–3 000 sanaa
- pitää hassuista vitseistä ja ”rumista” sanoista
- osoittaa uteliaisuutta kehoaan ja seksuaalisuutta kohtaan ja jäljittelee aikuista leikeissään
- voi olla ylpeä suoritetuista tehtävistä
- omatunto alkaa kehittyä, lapsi vertailee riskejä ja tekoja: ”ottaisin sen, mutta vanhemmat huomaisivat sen”

5–7 vuotta

Fyysiset taidot

- aktiivinen, mukana fyysisissä toiminnoissa ja energisissä leikeissä
- saattaa väsyä helposti
- koordinaation ja taitojen taso vaihtelee
- monet lapset tulevat yhä pätevämmiksi peleissä, urheilussa ym. taidoissa
- jotkut osaavat ajaa polkupyörällä
- voi käyttää käsiä taitavasti esineiden valmistamiseen, tehdä käsitöitä, nikkaroida ja rakentaa

Sosiaalis-emotionaalinen kehitys

- vahvat suhteet perheen sisällä ja keskeinen paikka perheen dynamiikassa
- tarvitsee huoltajan apua ja johdonmukaisuutta hallitakseen äärimmäisiä tunteita
- tavallisesti innokas miellyttämään ja saamaan aikuisen hyväksyntää, kiitosta ja rauhoittelua
- sisäinen kontrolli ja oikein tekeminen alkavat vaikuttaa omaantuntoon: ”minä ottaisin sen, mutta jos vanhempani saisivat tietää siitä, he eivät hyväksyisi sitä”
- ei kykene täysin arvioimaan omia kykyjään, epäonnistuminen saattaa turhauttaa
- ennustettavat rutiinit rauhoittavat

- ystävyyssuhteet ovat hyvin tärkeitä, vaikka ystävät saattavat vaihtua usein
- voi tarvita apua ryhmään liittymisessä
- joillakin lapsilla on kestäviä ja vahvoja ystävyyssuhteita
- mieliala saattaa vaihdella
- osaa jakaa, tosin ei aina
- käsitys itsestä ja itsen huomioon ottaminen melko hyvin kehittynyt

Kognitiiviset ja luovat ominaisuudet

- lukemiseen, kirjoittamiseen ja laskemiseen liittyvät taidot tulevat esille ja kehittyvät
- huomion kiinnittäminen tehtävään ja kyky jatkaa sitä vaihtelee; keskittyy paremmin, jos on kiinnostunut asiasta
- hyvät viestintätaidot, muistaa ja kertoo vitsejä ja nauttii niistä
- voi vaatia verbaalisia, kirjallisia tai käyttäytymiseen liittyviä ohjeita ja muistutuksia pystyäkseen noudattamaan ohjeita ja sääntöjä
- kyky kuunnella ja ymmärtää saattaa olla pitemmälle kehittynyt kuin ilmaisu
- näkökulma laajenee, kun kokemukset koulussa ja yhteisössä lisääntyvät
- tärkeimmät asiat opitaan leikeissä
- noudattaa sääntöjä todennäköisemmin, jos on itse voinut osallistua niiden laatimiseen
- voi osoittaa vahvaa halua luovaan toimintaan, esim. askarteluun

7–9 vuotta

Fyysiset taidot

- parantunut koordinaatio, jäsenien hallinta ja ketteryys nuorempiin lapsiin verrattuna
- taitavuus laajoissa motorisissa liikkeissä, kuten hyppelyssä ja pallopeleissä
- harjoittelee usein uusia fyysisiä taitoja kehittyäkseen niissä
- nauttii joukkue- ja kilpaurheilusta sekä peleistä
- kestävyys ja voimat lisääntyneet

Sosiaalis-emotionaalinen kehitys

- vahva tarve kuulua johonkin ja olla osa perhettä ja vertaissuhteita
- pystyy yhä paremmin säätelemään tunteita

- riippumattomuus vanhemmista lisääntyy, tarvitsee silti vanhempien tarjoamaa lohtua ja turvaa
- alkaa nähdä tilanteet myös toisten näkökulmasta – empatia
- osaa ratkaista ristiriitoja verbaalisesti ja tietää, milloin tarvitsee aikuisen apua
- omatunto ja moraaliset arvot sisäistyvät: ”minä haluan sen, mutta ei tunnu hyvältä tehdä jotain sellaista”
- itseluottamus ja riippumattomuus lisääntyvät, ottaa entistä enemmän vastuuta
- tarvitsee toistuvia vakuutteluja; ymmärtää, että ponnistelujen lisääminen johtaa entistä parempaan suoritukseen
- huumori liittyy vuorovaikutukseen toisten kanssa
- vertaissuhteet tärkeitä, viettää enemmän aikaa ystävien kanssa
- ystävyyssuhteet perustuvat yhteisiin mielenkiinnon kohteisiin ja ovat usein kestäviä
- vertaiset toimivat yhä lisääntyvässä määrin itsearvostuksen lähteenä
- ystävät usein samaa sukupuolta, ystäväpiirit pieniä

Käsitys itsestä

- pystyy ottamaan jonkin verran vastuuta sekä itsestään että perheestään
- medialla ja vertaisilla yhä suurempi vaikutus
- oppii käsittelemään onnistumista ja epäonnistumista
- saattaa vertailla itseään toisiin ja tuntea, että on jollain tavoin puutteellinen, ettei ole riittävän hyvä tai yhtä hyvä kuin muut
- osaa hallita itseään ja hillitä halun käyttäytyä ei-toivotulla tavalla; ymmärtää oikean ja väärän
- hallitsee omat päivittäiset rutiininsa
- ikäkauden lopulla saattaa ilmetä murrosiän alkua ennakoivia merkkejä (lähinnä tytöillä)

Kognitiiviset ja luovat ominaisuudet

- voi vaikuttaa omalta osaltaan pitkän aikavälin suunnitelmiin
- osallistuu pitkiin ja monimuotoisiin keskusteluihin
- lukutaito ja numeeriset taidot kehittyneet yhä pitemmälle
- voi olla kyvykäs tietokoneen käyttäjä tai soittaa taidokkaasti jotain instrumenttia

9–12 vuotta

Fyysiset taidot

- karkea- ja hienomotoristen taitojen koordinaatio kehittyy
- lapsi ottaa riskejä ja nauttii siitä
- pärjää hyvin peleissä ja urheilulajeissa, joissa tarvitaan taitoa, voimaa ja ketteryyttä
- lapsen vartalo, pituus ja paino muistuttavat enemmän aikuista

Sosiaalis-emotionaalinen kehitys

- lisääntyvä tarve ja halu itsenäisyyteen ja erilliseen identiteettiin
- lapsi voi haastaa vanhempiaan ja muita perheenjäseniä
- vanhemmat ja koti tärkeitä, erityisesti tuen ja kohentuneen luottamuksen lähteinä
- seksuaalinen tietoisuus ja kiinnostus vastakkaista sukupuolta kohtaan lisääntyvät
- voi kokea kiusaantumista, syyllisyyttä, uteliaisuutta ja innostusta seksuaalisen tietoisuuden vuoksi
- tyttöjen puberteetti voi alkaa
- ryhmään kuuluminen on erittäin tärkeää: vertaiset vaikuttavat suurelta osin identiteettiin, itsetuntoon ja itseluottamukseen
- lasten vuorovaikutus tapahtuu usein pareissa tai pienissä ryhmissä; jokaisella jäsenellä on oma asema ja paikka
- ryhmissä on usein vain poikia tai tyttöjä, vaikka ne ovat vuorovaikutuksessa keskenään
- vahva toive, että omia mielipiteitä kysytään ja kunnioitetaan

Kognitiiviset ja luovat ominaisuudet

- alkaa ajatella ja järkeillä entistä loogisemmalla ja aikuismaisemmalla tavalla
- kykenee abstraktiseen ajatteluun, monimutkaiseen ongelmien ratkaisuun, harkitsee vaihtoehtoja ja laajenevia näkökulmia
- keskittyy pitkiä aikoja, jos on kiinnostunut jostakin, mutta tarvitsee huolien käsittelyyn apua
- lukutaito ja numeeriset taidot voivat olla pitkälle kehittyneet
- populaarikulttuuri kiinnostaa ja vaikuttaa suuresti
- käyttää kieltä edistyneellä tavalla, esimerkiksi kertoo juttuja ja väittää vastaan
- erottaa fantasian todellisuudesta
- ymmärtää jollain tavoin rahan arvon

12–18 vuotta

Fyysinen kehitys

- fyysinen kasvu ja kehon muutokset merkittäviä
- entistä taidokkaampi urheilussa
- terveyteen liittyvät tarpeet muuttuvat, esim. ruokavalio, lepo, liikunta, hygienia ja hampaiden hoito
- puberteetti, kuukautiset, seksuaalisuus ja ehkäisy
- ravitseva, tasapainoinen ruokavalio, joka sisältää riittävästi kalsiumia, proteiineja ja rautaa

Käsitys itsestä

- voi keskittyä itseensä
- sekundaariset sukupuoliominaisuudet vaikuttavat käsitykseen itsestä, ihmissuhteisiin ja harrastuksiin
- oman ja vertaisten seksuaalisuuden käsittely
- sukupuoleen ja kulttuuriin perustuvan identiteetin kehittäminen
- aikuiseksi tuleminen, sen mukanaan tuomat mahdollisuudet ja haasteet

Sosiaalis-emotionaalinen kehitys

- empatia toisia kohtaan
- kyky tehdä moraalisia valintoja
- arvot ja etiikka vakiintuvat ja vaikuttavat näkemyksiin
- vanhempien ja perheen lisäksi viettää aikaa vertaistensa kanssa sosiaalisten ja emotionaalisten tarpeiden tyydyttämiseksi
- vertaisten arvostelu vaikuttaa käsitykseen itsestä ja käyttäytymisestä, tarve mukautua
- tytöillä on parhaita ystäviä, pojilla kavereita
- saattaa tutustua seksuaalisuuteen aloittamalla seksuaalisen käyttäytymisen ja intiimisuhteet
- mielenkiinnon kohteet laajenevat
- pyrkii entistä suurempaan henkilökohtaiseen autonomiaan päätöstenteossa
- enemmän vastuullisia tehtäviä kotona, koulussa ja työssä
- kokee tunnemyrskyjä, vahvoja ja ristiriitaisia tunteita sekä odottamattomia mielialan vaihteluja
- vastavuoroinen riippuvaisuus vanhemmista ja perheestä
- ristiriidat perheen kanssa todennäköisiä puberteetista johtuen
- kykenee neuvottelemaan ja asettamaan rajoja

- oppii vastavuoroisuutta – antaa ja ottaa
- keskittyy nykyhetkeen – saattaa ottaa merkittäviä riskejä
- ymmärtää, millainen käytös on sopivaa, mutta itsehillintä saattaa olla puutteellinen

Kognitiiviset ja luovat ominaisuudet

- ajattelee loogisesti, abstraktisti ja ratkaisee ongelmia aikuismaisesti
- saattaa kiinnostua ja muodostaa mielipiteitä yhteisöstä tai maailman tapahtumista
- pystyy arvostamaan toisten mielipiteitä ja katsomaan tilannetta eri näkökulmista
- ammatinvalinta voi olla realistinen tai ristiriidassa koulumenestyksen ja lahjakkuuden kanssa

5.3. Psyykkiset suojaavat tekijät sekä psyykkiset riskitekijät

Elämässä pitää olla sopivasti haastetta. Liika on kuitenkin aina liikaa. Useissa laadullisissa ja määrällisissä tutkimuksissa on yritetty selvittää, mikä on onnellisen elämän salaisuus. Mikä tekee ihmisen onnelliseksi ja tyytyväiseksi? Miten parantaa elämän laatua? Tutkimusten mukaan tyytyväinen elämänasenne on onnellisuuden keskeinen avain. Ihminen kykenee lisäämään onnellisuuden tunnettaan erilaisilla kiitollisuusharjoitteilla eli muun muassa pohtimalla, mitä kaikkea hyvää omassa elämässä on, vaikka siinä olisi jotain huonoakin.

Kun ihminen joutuu erityisen haastavaan tilanteeseen, esimerkiksi sairastuu vakavasti tai joutuu onnettomuuteen, hän voi huomata sellaisia asioita elämässään, joihin hän ei ole aiemmin kiinnittänyt huomiota. Monet ovat kertoneet, miten käsitys onnellisuudesta on kertaheitolla muuttunut vakavan sairauden tai ison menetyksen jälkeen. Pikkuasiat ovat menettäneet merkityksensä. Ihminen huomaa, että on paljon sellaista, mikä ei oikeastaan merkitse yhtään mitään, ja toisaalta paljon sellaista, mitä ei missään tapauksessa haluaisi menettää. Asioiden tärkeysjärjestyksen ymmärtää usein vasta tosipaikan tullen.

Suojaavat tekijät vahvistavat mielenterveyttä ja auttavat selviytymään vastoinkäymisissä ja kriisitilanteissa. Ne vahvistavat myös elämänhallintaa ja toimintakykyä. Riskitekijät vaarantavat elämän ja toimintojen jatkuvuuden ja turvallisuuden tunteen. Ne heikentävät myös terveyttä ja hyvinvointia ja voivat altistaa sairauksille. Suojaavat tekijät ja riskitekijät voidaan jakaa sisäisiin ja ulkoisiin.

Sisäiset suojaavat tekijät	Ulkoiset suojaavat tekijät
Hyvä terveys Myönteiset varhaiset ihmissuhteet Riittävän hyvä itsetunto Hyväksytyksi tulemisen tunne Ongelmanratkaisutaidot Oppimiskyky Ristiriitojen käsittelytaidot Vuorovaikutustaidot Kyky tyydyttäviin ihmissuhteisiin Mahdollisuus toteuttaa itseään	Ruoka ja suoja Sosiaalinen tuki: perhe, ystävät Myönteiset mallit Koulutusmahdollisuudet Työ tai muu toimeentulo Työyhteisön ja esimiehen tuki Kuulluksi tuleminen ja vaikuttamisen mahdollisuudet Turvallinen elinympäristö Toimiva yhteiskuntarakenne
Sisäiset haavoittavat tekijät	**Ulkoiset haavoittavat tekijät**
Sairaudet Itsetunnon haavoittuvuus Avuttomuuden tunne Huonot ihmissuhteet Seksuaaliset ongelmat Huono sosiaalinen asema Eristäytyneisyys Vieraantuneisuus	Puute ja kodittomuus Erot ja menetykset Hyväksikäyttö ja väkivalta Kiusaaminen ja syrjintä Työttömyys ja sen uhka Päihteet Syrjäytyminen, köyhyys Mielenterveysongelmat perheessä Haitallinen elinympäristö

Yhteiskunnallisia tekijöitä
• Taloudellinen perusturva • Työllisyys ja työttömyys • Fyysinen ja sosiaalinen ympäristö • Palvelujen saatavuus • Koulutusmahdollisuudet • Vaikuttamismahdollisuudet ja kuulluksi tuleminen • Mahdollisuus tuntea itsensä tärkeäksi yhteisön jäsenenä • Asenteet erilaisuutta kohtaan (psyykkinen sairaus, fyysinen vamma, seksuaalivähemmistöt) • Lainsäädäntö

5.4. Temperamentti, luonne ja persoonallisuus

Temperamentti ihmisen luonteenlaadun kuvaajana on ollut toistuvasti esillä vuosituhansien ajan. Temperamentti tulee alun perin latinan kielen sanasta *temperamentum*, 'oikea sekoitus' (lat. *temporare*, 'sekoittaa, saattaa yhteen oikeassa suhteessa'). Se on tarkoittanut mielen eri ominaisuuksien oikeaa ja tietynlaista koostumusta. Käsitykset ihmisen temperamentista

ja luonteenpiirteistä sekä näiden merkityksestä ovat muuttuneet vuosisatojen aikana useaan otteeseen.[74]

Vallitseva käsitys taitaa olla, että temperamentti on ihmisen yksilöllinen käyttäytymistyyli ja tapa reagoida asioihin. Sillä tarkoitetaan periytyvää (jopa elimellisesti määräytyvää) luonteen peruslaatua, jota kuvaavat muun muassa tunneherkkyys, mielialan vire, aktiivisuus, mukautuvuus ja toimintarytmi. Temperamentin katsotaan selittävän sen, miksi jotkut ihmiset ovat helposti innostuvia ja toiset hitaasti lämpeneviä. Ujous, varautuneisuus ja syrjään vetäytyminen sosiaalisissa tilanteissa nähdään lähinnä synnynnäisinä luonteenpiirteinä, vaikka ajatellaankin, että ihmisen persoonallisuus kehittyy synnynnäisen temperamentin ja ympäristön vuorovaikutuksen tuloksena. Persoonallisuuden ja luonteen kehittymiseen vaikuttaa, miten hyvin kehittyvän lapsen temperamentti ja ympäristön vaatimukset ja odotukset sopivat yhteen. Jokaisesta lapsesta saadaan sopeutuva, itsensä hyväksyvä, sosiaalinen ja stressiä sietävä aikuinen, mikäli lapsen yksilöllisyys hyväksytään ja osataan ottaa huomioon.[75]

Temperamenttia kuvataan nykyisin muun muassa sanoilla *räiskyvä*, *iloinen*, *kiivas*, *tarmokas*, *voimakas*, *vireä*, *kriittinen*, *surumielinen*, *erakkomainen*, *luova*, *oikullinen*, *ripeä*, *jäyhä*, *itsepäinen*, *mukautuva*, *seurallinen*, *eristäytyvä* ja *herkkä*. Nämä ovat suhteellisia ominaisuuksia ja arvioijasta riippuen samankin ominaisuuden aste voi vaihdella paljon. Usein joku kuvaa omaa tai toisen temperamenttia yhdellä ainoalla ominaisuudella, siitä huolimatta että temperamentti on todellisuudessa paljon monisäikeisempi. Kun ihmisellä arkikielessä sanotaan olevan temperamenttia, persoonallisuutta tai luonnetta, sillä tarkoitetaan yleensä jotakin voimakkaasti esiin tulevaa ja huomiota herättävää luonteenpiirrettä. Jokaisella on kuitenkin temperamentti, jokaisella on persoonallisuus, ja jokaisella on luonne. Mutta ovatko ne pysyviä? Voiko luonnetta, persoonallisuutta ja temperamenttia kehittää, kenties jopa muuttaa?

Luonteenpiirteiden ilmenemiseen vaikuttavat monenlaiset tekijät, kuten sukupuoli ja ikä. Oleellisia ovat sukupuolihormonien erityksessä tapahtuvat muutokset, joita ilmenee etenkin puberteetissa sekä kuukautisten, raskauden, synnytyksen ja vaihdevuosien aikana. Luonteeseen vaikuttavat myös monenlaiset elämäntilanteet, kuten rakastuminen ja uskoon tuleminen. Merkittävää on myös samastuminen eri auktoriteetteihin, kuten vanhempiin, opettajiin, tovereihin, esimiehiin tai julkisuuden esikuviin. Useilla sairauksilla ja niiden hoidoilla tiedetään olevan vaikutusta temperamenttiin. Esimerkkejä näistä ovat kilpirauhasen liika- tai vajaatoiminta, mielen sairaudet, neurologiset sairaudet ja aivovammat sekä aivoleikkaukset. Lisäksi temperamenttia muuttavat päihteet, kuten alkoholi ja huumeet.

Tämän kirjan alussa kerrottiin antiikin aikaisesta lääkäristä Claudios Galenoksesta (129 – n. 200 jKr.), joka omaksui opin neljästä perusnesteestä (veri, sappi, musta sappi ja lima) ja niiden neljästä perusominaisuudesta (kuuma, kylmä, kuiva ja kostea). Galenoksen temperamenttiopin mukaan näiden ominaisuuksien suhteet saattoivat häiriintyä elimistössä, vaikka varsinaisten nesteiden suhde ei muuttuisikaan. Temperamenttioppi johtikin muutoksiin erityisesti lääkkeiden määräämisperusteissa, jotka muodostuivat hyvin monimutkaisiksi. Antiikin aikana ei vielä puhuttu temperamenteista erityisinä luonteenpiirteinä, sillä ne nähtiin vain eräänä osana ihmisen rakennekokonaisuutta.[76]

Jo aiemmin kerroin myös keskiajan arabialaisista lääkäreistä, jotka jakoivat ihmiset neljän perusnesteen mukaisesti neljään temperamenttityyppiin: sangviinisiin, koleerisiin, melankolisiin ja flegmaattisiin. Näitä luonnehtivat vastaavassa järjestyksessä pareittain ominaisuudet lämmin–kostea, lämmin–kuiva, kylmä–kuiva sekä kylmä–kostea. Luonteeltaan sangviininen oli iloinen, koleerinen kiivas, melankolinen synkkä ja flegmaattinen hidas. Nämä temperamentteja yksinkertaistavat käsitteet ovat säilyneet elinvoimaisina ja niitä jopa käytetään yhä joissakin piireissä.

Ihmisen luonteenpiirteitä on pyritty jo antiikin ajoista lähtien yhdistämään myös yksilön piirteisiin ja ulkomuotoon. Aihetta käsittelevää oppia kutsuttiin fysiognomiaksi. Antiikin Kreikassa usko fysiognomiaan oli niin suuri, että vanhemmat ohjasivat nuorukaisia ammattiin vasta, kun erityiset fysiognomit olivat antaneet kasvonpiirteiden perusteella arvion näiden luonteesta. Kiinnostus fysiognomiaan lisääntyi uudelleen 1700-luvulla. Useat tiedemiehet kannattivat sitä. Myöhemmin fysiognomian johtopäätökset hylättiin harhaanjohtavina, ja 1900-luvulla fysiognomialla oli enää historiallista merkitystä. Sen analogia-ajattelu on kuitenkin säilyttänyt suosionsa ihmisten ajattelussa ja erityisesti vaihtoehtohoitojen ja uskomushoitojen piirissä.[77]

Ovatko lihavat yleensä leppoisia?

Onko ihmisen fyysisten piirteiden ja psyykkisten ominaisuuksien välillä yhteyksiä? Tällaiseen olettamukseen perustuvat muun muassa Ernst Kretschmerin (1888–1964) luomat rakennetyypit *leptosomi*, *pyknikko* ja *atleetti* sekä niitä vastaavat luonnetyypit *skitsotyymi*, *syklotyymi* ja *viskoosi*. Kretschmerin mukaan temperamentti oli psyykkisen rakenteen osa, joka liittyi elimistön nesteiden välityksellä ihmisen ruumiinrakenteeseen. Leptosomit olivat laihoja ja kapearakenteisia, luonteeltaan skitsotyymejä eli sulkeutuneita, suppea-alaisia ja asioihin syventyviä. Pyknikot olivat tukevia

ja lihavuuteen taipuvaisia, luonteeltaan syklotyymejä eli seurallisia, laajaalaisia ja käytännöllisiä. Atleetit puolestaan olivat voimakasrakenteisia ja lihaksikkaita, luonteeltaan viskooseja eli hitaasti reagoivia, kestäviä ja joustamattomia.

Yhdysvaltalainen William Herbert Sheldon (1898–1977) käytti samantapaista jaottelua kuin Kretschmer, mutta hieman erilaisia nimityksiä ja perusteluja. Leptosomiaa ja skitsotymiaa vastasivat *ektomorfia* ja *cerebrotonia* eli aivopainotteisuus. Pyknisyyttä ja syklotymiaa vastasivat *endomorfia* ja *viskerotonia* eli sisäelinpainotteisuus. Atleettisuutta ja viskoosisuutta vastasivat *mesomorfia* ja *somatotonia* eli (ruumiin)rakennepainotteisuus.[78] Vaikka temperamentti ei olekaan suoraan yhteydessä ruumiin ulkoisiin piirteisiin, yksilön olemuksessa se voi heijastua ruumiillisten toimintojen ominaispiirteisiin, kuten lihasvoimaan, suoritusnopeuteen, ruumiilliseen rauhattomuuteen, suoliston ja virtsarakon herkkyyteen, valtimonsykkeeseen, hengitystiheyteen, hikoiluherkkyyteen, pyörtyilemiseen, punastumiseen ja unirytmiin sekä psykofyysisiin ilmiöihin, kuten ilmeisiin, eleisiin, puheeseen ja käsialaan.

Temperamentin uusin tuleminen käynnistyi yhdysvaltalaisten psykologien Alexander Thomasin ja Stella Chessin 1950-luvulla aloittamista, lasten sopeutumiskykyä koskevista tutkimuksista. Suomalainen johtava temperamenttitutkija on psykologian professori Liisa Keltikangas-Järvinen.

Temperamenttioppi on keino yrittää selittää, ymmärtää ja ottaa huomioon ihmisen yksilöllisiä luonteenpiirteitä. Sen mukaan ihmisen käyttäytymisen yksilöllisyydessä on mukana perinnöllisyydestä johtuvia, elimelliseen toimintaan kytkeytyviä ominaisuuksia, joiden perustaa ei voi muuttaa. Sen sijaan ilmenemisen muotoja on mahdollista muuttaa tai ainakin kehittää, vaikka sen ajatellaan olevan jossain määrin vaikeaa tai joskus jopa mahdotonta.

Nykyään internet on pullollaan erilaisia luonneanalyysejä ja persoonallisuustestejä, jotka perustuvat vaihtelevasti tieteeseen, uskomuksiin tai viihteeseen.

Esimerkkinä eräästä kaupallistetusta persoonallisuusteoriasta mainittakoon enneagrammiteoria. Se jakaa ihmiset yhdeksään eri perustyyppiin, joilla ajatellaan olevan tiettyjä vahvuuksia ja tiettyjä heikkouksia. Kyseistä oppirakennelmaa käytetään ainakin joissakin kaupallisissa yhteyksissä, kuten elämäntaitovalmennuksessa ja liikemaailman coachingissa.

Enneagrammiteorian mukaiset yhdeksän perustyyppiä

1 Idealistinen uudistaja	
Perushuoli:	Mikä on oikein tai väärin?
Vahvuudet:	Esimerkillinen, pyrkii täydellisyyteen, järjestelmällinen, rehellinen, käytännöllinen
Heikkoudet:	Ylikriittinen, turhantarkka, kontrolloiva, vahvat mielipiteet, reaktiivinen, ei huomaa omaa ärtymystään tai kiukkuaan, jäykkä
2 Avulias huoltaja	
Perushuoli:	Pitävätkö muut minusta? Tarvitaanko minua?
Vahvuudet:	Empaattinen, kannustava, antelias, mukava, käytännöllinen, avulias, hyvä ystävä, iloinen
Heikkoudet:	Ei osaa sanoa ei, liian takertuva, vaatii sanomatta sitä ääneen, edellyttää kiitosta vaikka kieltää sen, epäsuorasti muihin vaikuttava
3 Tehokas suorittaja	
Perushuoli:	Kuinka saavutan muiden arvostuksen ja ihailun?
Vahvuudet:	Aikaansaapa, innostava, keskittyy olennaiseen, ymmärtää muiden tarpeet hyvin, yrittäjähenkinen
Heikkoudet:	Liian kilpailuhenkinen, tekee liikaa töitä, kärsimätön, ei tarpeeksi aikaa läheisille, aina kiire, pohtii, mitä muut ajattelevat

4 Luova individualisti	
Perushuoli:	Ymmärtävätkö muut ainutlaatuisuuteni hylkäämättä minua?
Vahvuudet:	Luova, rehellinen tunteistaan, intuitiivinen, myötätuntoinen, ilmaisukykyinen, etsii aitoa yhteyttä toiseen ihmiseen
Heikkoudet:	Ailahtelevat tunteet, loukkaantuu, kadehtii muiden onnea, välinpitämätön, kyllästyy muihin, jos kokee pinnalliseksi, intensiivinen, arki vaikeaa
5 Tutkiva asiantuntija	
Perushuoli:	Vaativatko muut minulta aikaani, energiaani ja tietoani?
Vahvuudet:	Analyyttinen, omaperäinen ajattelukyky, objektiivinen, systemaattinen, peräänantamaton, hyvä kriisinsietokyky
Heikkoudet:	Etäinen, ylimielinen, ei tarvitse muita, ei jaa tietoaan tai tunteitaan, itsepäinen, arvosteleva, välinpitämätön
6 Luotettava kyseenalaistaja	
Perushuoli:	Kehen voin luottaa, ja mikä voi mennä pieleen? Teenkö oikean päätöksen?
Vahvuudet:	Uskollinen kumppani ja työntekijä, vastuuntuntoinen, käytännöllinen, yhteistyökykyinen, oivaltaa mahdolliset sudenkuopat, hyvä suunnittelukyky
Heikkoudet:	Huolissaan, varuillaan, liian myötäilevä tai kaikkea vastustava, ei siedä epävarmuutta, heijastaa omat pelot muihin, puolustuskannalla, marttyyri

7 Innostuva suunnittelija	
Perushuoli:	Rajoitetaanko minua ja mukavia vaihtoehtojani? Voinko välttää pahan olon?
Vahvuudet:	Idearikas ja luova, innostava, utelias, monilahjakkuus, nopeaälyinen, myönteinen
Heikkoudet:	Impulsiivinen, ei keskity yhteen asiaan eikä vie sitä loppuun, ei välitä muiden tunteista, ei siedä kritiikkiä, ei pidä rutiineista
8 Vahva vaikuttaja	
Perushuoli:	Onko kaikki hallinnassani ja oikeudenmukaisesti?
Vahvuudet:	Selkeä, suorasanainen, arvovaltainen, energinen, puolustaa heikompia, vie loppuun, tukee muita, myönteistä itseluottamusta
Heikkoudet:	Vaativa, kontrolloiva, kärsimätön, töykeä, ei siedä heikkoutta tai hitautta, pelottava persoona
9 Sopeutuva rauhanrakentaja	
Perushuoli:	Seuraako tästä ristiriitoja? Otetaanko kaikkien mielipiteet huomioon?
Vahvuudet:	Diplomaattinen, ymmärtää suuret linjat, helppo tulla kaikkien kanssa toimeen, yhteistyökykyinen, pidetty, kärsivällinen, toisia tukeva
Heikkoudet:	Välttää tarpeellisten ristiriitojen käsittelyä, ei saa aikaan, unohtaa olennaiset asiat, jättää viime tinkaan, ei osaa päättää, vähän energiaa, jääräpäinen

Ihmisen luonteenpiirteiden ajatellaan yhä nykypäivänäkin (kuka vakavammin ja kuka vähemmän vakavammin) johtuvan osaltaan myös syntymän ajankohdasta sekä vallitsevista ”astrologisista olosuhteista”. Minkälaisen luonneanalyysin tarjoaa horoskooppi? Ainakin viihteellisen, ellei muuta.

vesimies	oinas	härkä	kaksonen	rapu	kalat
Kärsivällinen	Innostuva	Vakaa	Vilkas	Salaperäinen	Herkkä
Myötätuntoinen	Energinen	Luotettava	Toimelias	Hiljainen	Oikutteleva
Rauhaa rakastava	Itsevarma	Sydämellinen	Rakastettava	Luonnonystävä	Tunteellinen
Boheemi	Suorapuheinen	Perinteitä kunnioittava	Liioitteleva	Sinnikäs	Ihmisläheinen
Uskollinen	Hyökkäävä	Kaipaa turvallisuutta	Viehättävä	Kiinni menneessä	Haaveilija
Heikkomuistinen	Toimeenpanija	Ei pidä muutoksista	Tiedonhaluinen	Syrjään vetäytyvä	Laiska
Epäsovinnainen	Rohkea	Sovinnainen	Tuulella käyvä	Ujo	Mielikuvituksellinen
Rauhallinen	Kostonhimoinen	Käytännöllinen	Vaihtelunhaluinen	Mustasukkainen	Seurapiiri-ihminen
Kekseliäs	Äkkipikainen	Esteetikko	Juoruileva	Ystävällinen	Taiteellinen
Terävä-älyinen	Reilu	Vieraanvarainen	Pinnallinen	Pessimisti	Pehmeä luonne
Suvaitsevainen	Synnynnäinen johtaja	Kärsivällinen	Itsekeskeinen	Erinomainen muisti	Huumorintajuinen
Radikaali	Itsenäinen	Nautiskelija	Seurallinen	Hyväntahtoinen	Masentuva
Uudistusmielinen	Ratkoo ongelmia	Rauhaa rakastava	Mielikuvitusta	Luotettava	Petollinen
Omalaatuinen	Aloitekykyinen	Hidas	Verbaalisesti lahjakas	Koti-ihminen	Päättämätön
Sovitteleva	Idearikas	Uskollinen	Levoton	Ahkera	Huoleton
Luotettava	Havaintokykyinen	Tunnontarkka	Lahjakas	Herkkätunteinen	Mukavuudenhaluinen
Tasapuolinen	Aktiivinen rakkaudessa	Materialisti	Huoleton	Humoristi	Tuhlaavainen
Poliittinen	Toimelias	Varovainen	Elämäniloinen	Oikutteleva	Hyvämuistinen
Itsepäinen	Stressaantuva	Järkevä	Hermostunut	Uskollinen	Myötätuntoinen

vaaka	skorpioni	jousimies	leijona	neitsyt	kauris
Tyyni	Kiihkeä	Aktiivinen	Dramaattinen	Auttavainen	Työnarkomaani
Väittelijä	Tarkkavainen	Avoin	Jääräpäinen	Tarkka	Asiallinen
Havaintokykyinen	Itsekriittinen	Henkisesti vireä	Määräilevä	Epäluuloinen	Flirttailija
Päättämätön	Salaperäinen	Avulias	Innokas	Terävä vaisto	Hienotunteinen
Älykäs	Uskollinen ystävä	Matkustushaluinen	Antelias	Sievistelevä	Itsekuria
Kohtelias	Vallanhaluinen	Mukautuu muutoksiin	Turhamainen	Maanläheinen	Johdonmukainen
Epäkriittinen	Pitää järjestyksestä	Oikeudentajua	Rakastaa ylellisyyttä	Itseriittoinen	Kiipijä
Sovittelija	Ehdoton	Pelottava vastustaja	Tuhlaa ulkonäköön	Askeettinen	Oikeudenmukainen
Seurallinen	Tulinen	Älykäs	Levoton	Eloisa	Masentuu helposti
Rauhaa rakastava	Taitava neuvottelija	Seurallinen	Pitkäjänteinen	Tutkijaluonne	Ohjailee toisia
Huolimaton	Seksuaalinen	Suorasukainen	Nauttii imartelusta	Uskollinen ystävä	Pahansuopa
Laiska	Kauneudentajua	Suurpiirteinen	Ylimielinen	Kriittinen	Säästäväinen
Syvällinen	Omistushaluinen	Toimelias	Ylpeä	Asiallinen	Säntillinen
Miellyttävä	Viekas	Tuhlaavainen	Neuvottelukyvytön	Sinnikäs	Sulkeutunut
Viimeistelty ulkonäkö	Petollisen hillitty	Tutkii mielellään	Avarakatseinen	Pikkutarkka	Täsmällinen
Oikeudenmukainen	Pisteliäs	Vapautta kaipaava	Seksuaalinen	Matemaattinen	Vaalii perinteitä
Mielistelevä	Kannustava	Viehätysvoimaa	Laiska	Sanavalmis	Sekaantuu toisten asioihin
Pohdiskeleva	Voimakas	Vilpitön	Huolimaton	Säästäväinen	Pidättyväinen
Nautinnonhaluinen	Häikäilemätön	Ystävällinen	Himoitsee asemaa	Ahkera	
Herkkä	Älykäs	Rehellinen	Avoin	Terävä kieli	

Olennaista lienee, käytämmekö persoonallisuusmääritelmiä ihmisen hyödyksi, auttamaan ja ratkaisemaan arjessa ilmeneviä ongelmia, vai tuleeko persoonallisuusmääritelmästä deterministinen itsensä toteuttava ennuste, josta on enemmän haittaa.

Joskus ihmisen eletty elämä muovaa persoonallisuutta siten, että jotkin luonteenpiirteet korostuvat enemmän kuin toiset. Riippuen kokemuksista ja selviytymistarpeesta, luonteenpiirteet voivat jopa ylikorostua. Kun puhutaan luonnevioista tai persoonallisuushäiriöistä, lienee kyse juuri tästä ilmiöstä. Ihmisellä on ehkä niin rankkoja kokemuksia, että jotkin luonteenpiirteet ovat siinä määrin ylikorostuneet, että ne aiheuttavat haittaa ympäristölle tai yksilölle itselleen.

Ohessa on tyypillisiä persoonallisuuden piirteitä, jotka voivat helposti ylikorostua. Ylikorostuminen voi auttaa ihmistä selviytymään jostakin traumaattisesta kokemuksesta silloin, kun hän ei ole keksinyt parempaakaan selviytymisstrategiaa.

- Epäluuloisuus
- Eristäytyneisyys
- Epäsosiaalisuus
- Impulsiivisuus
- Huomionhakuisuus
- Itseriittoisuus ja itseihailu
- Estyneisyys
- Riippuvaisuus
- Dramaattisuus
- Epävakaisuus
- Emotionaalisuus
- Erikoisuus tai outous
- Ahdistuneisuus
- Pelokkuus
- Tarkkuus ja huolellisuus
- Tunnollisuus
- Yksityiskohtaisuus
- Itsepäisyys

Lapsen ja nuoren persoonallisuus on vielä kehittymässä. Tästä syystä sitä ei ole syytä ”lyödä lukkoon” tietynlaiseksi.

5.5. Mitä on häiriö? Mitä on sairaus?

Itse kliinisessä terapiatyössäni (ja opetuksessani) vältän kaikkia *häiriö*-sanoja sekä muutakin luokittelevaa kieltä, kuten diagnooseja. Diagnoosi on oman nyky-ymmärrykseni mukaan lähinnä välttämätön paha. Diagnoosin saamisesta alkaa eräänlainen välivaihe, joka tarjoaa hetkeksi mahdollisuuden yksilölliseen ja systeemiseen absoluutioon (”synninpäästöön”) sekä etäisyyttä käsillä oleviin ongelmiin. Näin saavutetaan tietynlainen välirauha, sillä epämääräisillä oireilla on silloin nimi. Asiakas voi ajatella, ettei olekaan huono ihminen, vaan että hänellä on vain ”ilkiä tauti”. Mutta tämähän ei vielä välttämättä poista ”sairautta”. Vallitseva paradigma tyytyy mielestäni liiaksi oireiden poistoon, kuten tehdään esimerkiksi tietyissä kognitiivisissa, kognitiivis-behavioraalisissa, kognitiivis-analyyttisissä ja ratkaisukeskeisissä psykoterapioissa sekä tietenkin myös lääkehoidossa. Joillekin tämä a-vaihe voi ikään kuin riittää. Saattaa kuitenkin käydä pahimmillaan niin, että oireen poistaminen jättääkin niin sanotun ”taudin aiheuttajan” rauhaan, jolloin tämä saattaa tietyissä oloissa käynnistää uudelleen a-vaiheen. Oireiden nopea lievitys vie monelta motivaation edetä b-vaiheeseen, joka olisi taudin aiheuttajan tutkiminen ja hoitaminen. Oireiden liian nopea poistaminen voi motivaation ohella vähentää mahdollisuuksia tutkia taudin aiheuttajaa, koska siihen ei oireiden puuttuessa ole välttämättä helppo päästä käsiksi.

Uudessa paradigmassa, jota nykyään itse kannatan, ajatellaan niin, että suurimmassa osassa hyvin vakavistakin psykiatrisista sairauksista (ja ehkäpä myös monissa somaattisissa sairauksissa) kyse on traumatisoitumissekvenssistä, jolla on juuret lähes poikkeuksetta varhaislapsuudessa asti. Varhaisimmat traumat ajoittuvat esikielelliseen aikaan. Niitä ihminen ei kykene muistamaan varhaislapsuuden amnesian vuoksi. Ei toisaalta voida sanoa, että lapsuuden trauma sinänsä olisi yhtään sen suurempi syy kuin esimerkiksi äskettäin koettu trauma. Kyseessä on traumojen ketju, jossa viimeisin ennen sairauden puhkeamista koettu vastoinkäyminen yleensä aktivoi traumatisoitumissekvenssin ilman, että ihminen tiedostaa tätä. Traumasekvenssi on saanut ja saa ihmisessä yhä aikaan myös solutason muutoksia. Luultavasti myös ylisukupolvisilla traumoilla on kyky ”periytyä” solutasolla. Tällöin aivoissa on konkreettisesti piuhat sekaisin. Tieteellisemmin sanottuna on kyse häiriöistä neurotransmissiossa.

Neurotransmissioon voidaan vaikuttaa monin keinoin. Voidaan esimerkiksi puuttua suoraan välittäjäaineisiin vaikkapa lääkkeillä, päihteillä, sähköllä tai toiminnallisilla, voimakkaita emootioita aikaansaavilla elämyksillä. Oireita aiheuttavan ongelman kokonaisvaltaisen ja kertakaikkisen hoidon (eli b-vaiheen) näkökulmasta olisi tärkeää, että ihminen voisi purkaa

traumatisoitumissekvenssinsä terapeuttisessa kontekstissa. Siihen tulee yhdistää tarvittaessa asianmukaiset korjaavat kokemukset joko terapian transferenssisuhteessa tai jossakin arkielämän suhteessa. Diagnoosia ei siis nähdäkseni välttämättä tarvita lainkaan, varsinkaan jos potilas ja hänen systeeminsä kykenevät suoraan tutkimaan etäisiä syitä (b-vaihe). Diagnoosista ei ole välttämättä haittaakaan, niin kauan kuin ei tyydytä pelkkään a-vaiheeseen eli oireiden hoitoon ja läheisten syiden tutkimiseen. Paras tulos saavutetaan, kun pyritään etenemään selkeästi b-vaiheeseen eli syytasolle.

Joskus ihminen ei kuitenkaan ole vielä valmis b-vaiheeseen, ja voi olla, ettei hän koskaan olekaan. Toisinaan on tarpeen hieman lievittää oireita, jotta syytason työstäminen olisi mahdollista. Tässä pitää kuitenkin aina olla tarkkana, ettei vain käy niin, että työ jää kesken. Moni potilas luulee jo kokonaan parantuneensa, kun oireet alkavat hieman helpottaa. Jos prosessi jää kesken, on oireiden uusiutumisen riski aina olemassa. Jos b-vaihetta ei ole työstetty, oireet yleensä palaavat huomattavasti vakavampina ja vaikeahoitoisempina.

Oivalsin muuten, että tässä psykiatrian paradigman funktiossa ei ole sinänsä mitään uutta, vaan näin on menetelty tuhansia vuosia! Aiemminhan mielenterveysongelmien hoito kuului kirkolle ja henkimaailman ammattilaisille. Oireilevan ihmisen a-vaihetta vastasi tuolloin ajatus, että henkilö on riivattu. Hänessä todettiin ylimalkaan olevan ”paha henki”. Tämän ääneen lausuminen vastaa nykyään diagnoosin ääneen lausumista. Sen ajan systeemi oli tosin sikäli parempi, että oireita ei yleensä yritetty poistaa ilman asian jonkinasteista prosessointia. Nykyään asiakkaalle voidaan hyvinkin antaa 10 minuutin lääkärikäynnillä kouraan purkillinen masennuslääkkeitä ja that´s it! Spirituaalisen paradigman aikoihin diagnoosivaiheeseen kuului, että määriteltiin, mikä riivaaja ihmiseen oli mennyt ja miksi. Tässä yhteydessä alkoi työstäminen, joka itse asiassa muistuttaa rakenteellisesti tämän ajan ”etäisiä syitä” tutkiskelevia psykoterapiaproseduureja. Spirituaalisessa mielessä alettiin tutkia, mitä sellaista elämässä oli tapahtunut, mikä oli aikaansaanut ihmiseen demonin. Käytiin läpi syntejä eli traumoja – ja myös isien syntejä eli ylisukupolvisia traumoja. Tämän jälkeen rukoiltiin kovasti eli työstettiin näitä traumoja, samoin syyllisyyskysymyksiä ja häpeän kokemusta. Vasta kaiken tämän jälkeen voitiin aloittaa manaaminen, jonka seurauksena paha henki jätti ihmisen rauhaan. Toisin kuin elokuvissa annetaan ymmärtää, oli manaus enimmäkseen verrattain rauhallista toimintaa. Yleensä ei harjoitettu rajuja manausriittejä, vaan työstäminen ja rukoilu olivat pääroolissa, samoin Raamatun luku (psykoedukaatio) ja hiljainen mietiskely (*mindfullness*). Jossakin vaiheessa voitiin sitten vain

todeta, että riivaaja oli häipynyt, eli nykypsykiatrian termein sanottuna tauti oli parantunut.

Äkkinäisiäkin, TV:stä tuttuja manausriittejä on toimitettu (ja tiettävästi toimitetaan yhä), ja jotkut ovat raportoineet tällaisista jopa hyötyneensä. Näiden toimitusten avulla ei yleensä kuitenkaan ole kyetty saamaan oireita hallintaan kuin korkeintaan joksikin aikaa. Perusteellisemman prosessoinnin puuttuessa "taudinaiheuttaja" on jäänyt henkiin, ja ihminen on saattanut alkaa oireilla myöhemmin uudelleen. Spirituaalisessa kontekstissa takapakki määriteltiin useimmiten niin, että ihmisellä ei ollut riittävästi uskoa tai että hän oli langennut uudelleen syntiin ja siksi paha henki oli palannut. Defensiivinen sen ajan selitys oli, että ihminen on noiduttu, jolloin ongelma ei tavallaan ollut hänen omaa syytään. Joka tapauksessa näissä äkillisissä ja useimmiten hyvin rajuissakin manausrituaaleissa (jotka tuovat mieleen kauhuelokuvan *Manaaja*) ihminen ajettiin sensorisella aktivaatiolla epileptiseen kohtaukseen, joka aikaansaa aivoissa isoja sähköpurkauksia. Näiden purkauksien aikana tapahtuu välittömiä muutoksia muun muassa serotoniini-, noradrenaliini- ja dopamiini-välittäjäaineiden toiminnoissa. Hieman modernimmassa psykiatriassa keksittiinkin antaa sähkösokkihoitoa mainitunlaisten kohtausten aikaansaamiseksi. Periaatteessa kohtaus voidaan aikaansaada nykyäänkin sensorisella ärsytyksellä, kuten vaihtelemalla seuraavia riittävän pitkään:

- psyykkinen indoktrinoiva verbaalinen väkivalta – kehuminen ja kauniiden puhuminen
- voimakas häikäisevä valo – säkkipimeys
- voimakas huutava ääni – kuiskaus tai täysi hiljaisuus
- fyysinen väkivalta – hyväily tai koskemattomuus.

Enää ei neurotutkimuksen saralla keskustella niinkään siitä, vaikuttavatko ihmisen elämänkokemukset, aivan varhaisimmat kokemukset mukaan lukien, aivotoimintaan. Tutkimuksessa onkin vapauduttu keskustelemaan siitä, miten nämä kokemukset vaikuttavat, miten laajoja ja pitkäkestoisia vaikutukset ovat sekä minkälaiset kokemukset vaikuttavat mitenkin. On näyttöä, että trauma voi muuttaa aivorakenteita pysyvästi ja siten häiritä hermoston normaalia kehitystä.[80] Fyysisen ja psyykkisen kipuaistimuksen välillä ei ole periaatteellista eroa. On näyttöä, että krooninen fyysinen kiputila jättää aivoihin pysyvät jäljet. Lapset, joilla on useita traumaattisia kokemuksia menneisyydessään, kärsivät huomattavasti keskimääräistä enemmän käytös- ja tunnepuolen ongelmista.[81] Myös oppimisvaikeuksilla sekä käytös- ja tunnepuolen ongelmilla on voimakas positiivinen korrelaatio.

5.6. Psykiatrisen tautiluokituksen problematiikka

Asiakkaiden tai potilaiden ongelmiin sovelletaan useimmiten luonnontieteellistä, tutkimuksen kohteita esineellistävää (objektivististä) logiikkaa, jossa tarkastelun kohde (ongelmat) ja tarkastelijan tulkinnat (ongelmia koskevat käsitykset) erotetaan toisistaan. Tähän erotteluun liittyviä ilmiöitä ovat muun muassa kielen todellisuutta muodostavan merkityksen ohittaminen ja se, että asiantuntijoiden tavoitteet korostuvat asiakkaiden tavoitteiden ja toiveiden kustannuksella.[82] On syytä erottaa, millä tavoin kielenkäyttö vaikuttaa, silloin kun sitä käytetään asiantuntijoiden työvälineenä psykiatrisissa hoitotilanteissa ja silloin kun samoilla käsitteillä kuvataan asiakkaille tulkintoja heidän tilastaan. Alan käsitteistö ja termit tarjoavat kielellisen työkalupakin asiantuntijan käyttöön. Näitä työkaluja tarvitaan sekä tutkimuksessa että vuorovaikutteisissa hoitotilanteissa, jolloin ne toimivat terapian välineinä. Mutta miten kieli toimii psykiatriassa ja psykiatrisissa vuorovaikutustilanteissa, joissa toiminnan keskiössä on mielenterveys ja osapuolina alan asiantuntijat, potilaat ja maallikot?

Maallikot ja alan ammattilaiset ymmärtävät psykiatriset termit eri tavoin. Erityisesti yleiskieliseltä kuulostavat mutta erikoismerkityksessä käytetyt (ns. delfiset) termit voivat aiheuttaa väärinkäsityksiä. Esimerkkejä delfisistä termeistä ovat *masennus, kausijuoppous, sisarkateus* ja *kahvikuppineuroosi*. Kryptisten termien osalta tilanne on hieman toinen. Tällaisia ovat esimerkiksi *depersonalisaatiohäiriö, residuaalioire* ja *parentifikaatio*. Asiantuntijan on syytä olla tarkka sananvalinnoissaan, sillä apua hakeva potilas saattaa pitää tällaisia termejä ahdistavina. Erityisesti juuri psykiatriassa vallitseva tapa on, että psykiatriset sairaudet ja häiriöt luokitellaan ja diagnosoidaan potilaiden oireiden pohjalta. Tällainen lähestymistapa on sidoksissa somaattisen (bio)lääketieteen *sairaus*-käsitteeseen ja korostaa sitä. Psykiatriassa *sairaus*-käsitteen tekee erityisen ongelmalliseksi myös se, että psykiatriset häiriöt ilmenevät käytännössä yksilön suhteissa toisiin ihmisiin ja yhteisöön. Häiriöksi tai sairaudeksi leimaaminen on siten ainakin osin yhteisöllinen tapahtuma ja kuvaa yhteisön asennetta yksilön käyttäytymiseen.[83]

Ongelma- ja häiriöluokituksia kehitettäessä ei ole riittävästi pohdittu niiden vaikutuksia asiakkaiden tai näiden läheisten kokemuksiin, nähtyihin toimintamahdollisuuksiin ja sosiaaliseen vuorovaikutukseen. Luokitusten kehittämismotiivina on ollut enemmänkin luokittelujen reliabiliteetin kasvattaminen, mikä on ymmärrettävää, sillä kehittämistyötä on tehty nimenomaan luonnontieteellisistä lähtökohdista. Luokitusten luotettavuus on luonnontieteellisen tutkimuksen ja asiantuntijoiden välisen viestinnän perusedellytys.

Psykiatrian termejä tarkastelemalla on usein vaikea päätellä, millä teoreettisella asiantuntijatasolla liikutaan. Nykyisin psykiatria määrittelee yhä mielenterveyden tilan lähinnä sen puutteista käsin, negatiivisesti. Tästä tilanteesta pitäisi päästä eroon. Hoitavan kielen ja myös sen käyttämän nimikkeistön pitäisi olla kannustavaa ja positiivisesti varautunutta. Niinpä lähtökohtana tulisikin olla mielen terveyden eikä sairauden korostaminen. *Kausiraittius* ja *mielenrauha* kuvaisivat paremmin käyttäytymisen ja mielen tervettä puolta kuin *kausijuoppous* ja *masennus*. Useimmat nykyiset nimeämistavat edellyttävät maallikkopotilailta melkoista itsetuntoa ja ulkokohtaista tarkastelutapaa, jottei hoito aiheuttaisi potilaalle syyllisyyden tunnetta. Toisaalta myös psykiatrialle olisi eduksi, jos tautinimitykset ja niiden selitykset kuulostaisivat potilaan näkökulmasta uskottavilta ja johdonmukaisilta ja ennen kaikkea antaisivat myös toivoa paranemisesta.[84]

5.7. Moninaisista oireista moninaisiin häiriöihin ja sairauksiin

5.7.1. Psykiatristen sairauksien luokitteleminen

Lääkäri Janne Kurki kirjoittaa hauskasti nykydiagnostiikan psykiatriaa koskettavasta ongelmasta:

> *”Mies lyö vasaralla sormeensa ja menee lääkäriin. Lääkäri puristaa miehen sormea ja tarkastelee hänen ilmeitään, eleitään ja äännähdyksiään. Jos mies puree hampaitaan yhteen naama punaisena, hänellä on ’puruoire’ ja ’punastumisoire’ ja siten ’purupunastumisoireyhtymä’. Jos mies hätkähtää ja huutaa ’Perkele!’, hänellä on ’hätkähdysoire’ ja ’perkele-oire’ ja siten ’perkeleellinen hätkähdysoireyhtymä’ ja niin edelleen, aina potilaan deskriptiivisen tilan mukaan.”*[85]

Nykypsykiatrian käytetyimpien diagnostisten järjestelmien, ICD-10:n ja DSM IV:n (DSM-5 valmistunee kohtapuolin), suurimpia ongelmia on niiden perustuminen potilaan deskriptiiviseen oireiden yhteenlaskuun.

Yllä esitetystä sormensa teloneesta miehestä Kurki jatkaa:

> *”Sen sijaan, että otettaisiin röntgenkuva sormesta ja arvioitaisiin siten rakenteellisia vaurioita kuvan ja anamneesin perusteella, kuvaillaan pinnallisesti niitä lukemattomia erinäisiä ilmiöitä, joilla kullakin potilas tuo esiin kivun sormessaan. Ei siis ihme, että hoidonkin valinta on mel-*

koista hakuammuntaa: diagnostinen järjestelmä on tarkoituksellisesti erotettu sekä etiologiasta että rakenteellisista kuvauksista, joten siitä ei ole oleellista apua hoidosta päätettäessä."[86]

Seuraavassa taulukossa on tiivistelmä ICD-10-tautiluokitusjärjestelmän[87] mukaisista psykiatrisista sairauksista ja diagnooseista. Tautiluokitusten diagnostisten kriteereiden ja diagnoosimenetelmien seikkaperäisempi avaaminen ei ole tässä yhteydessä tilan vuoksi mahdollista. Asiasta kiinnostuneiden kannattaa hankkia käsiinsä alan perusteos *Psykiatria*[88]. Se on suomalaisen psykiatrian eräänlainen raamattu, joka sisältää reilut 800 sivua eri asiantuntijoiden artikkeleita.

F00–F99

Elimelliset aivo-oireyhtymät

F00–F03 Dementia	
F00	
.x0	ilman liitännäisoireita
.x1	muita liitännäisoireita, pääasiassa harhaluuloisuutta
.x2	muita liitännäisoireita, pääasiassa aistiharhaisuutta
.x3	muita liitännäisoireita, pääasiassa masennusoireita
.x4	muita sekamuotoisia liitännäisoireita
.x9	ei tietoa liitännäisoireista
.xx0	lievä
.xx1	keskivaikea
.xx2	vaikea
F00	*Alzheimerin tautiin liittyvä dementia*
F00.0	Alzheimerin tautiin liittyvä varhain alkava dementia
F00.1	Alzheimerin tautiin liittyvä myöhään alkava dementia
F00.2	Alzheimerin tautiin liittyvä epätyypillinen tai sekatyyppinen dementia
F00.9	Määrittämätön Alzheimerin tautiin liittyvä dementia
F01	*Verisuoniperäinen dementia*
F01.0	Äkillisesti alkava verisuoniperäinen dementia
F01.1	Moni-infarktidementia
F01.2	Subkortikaalinen verisuoniperäinen dementia

F01.3	Sekamuotoinen (kortikaalinen ja subkortikaalinen) verisuoniperäinen dementia
F01.8	Muu määritetty verisuoniperäinen dementia
F01.9	Määrittämätön verisuoniperäinen dementia
F02	*Muualla luokitettuihin muihin sairauksiin liittyvä dementia*
F02.0	Pickin tautiin liittyvä dementia
F02.1	Creutzfeldt–Jakobin tautiin liittyvä dementia
F02.3	Parkinsonin tautiin liittyvä dementia
F02.4	Immuunikatovirustautiin (HIV) liittyvä dementia
F02.8	Muu määritetty muualla luokitettuihin muihin sairauksiin liittyvä dementia
F03	*Määrittämätön dementia*

F04–F09	**Muut elimelliset aivo-oireyhtymät**
F04	*Elimellinen amnestinen oireyhtymä, joka ei ole alkoholin eikä muiden psyykeen vaikuttavien aineiden aiheuttama*
F05	*Sekavuustila (delirium), joka ei ole alkoholin eikä muiden psyykeen vaikuttavien aineiden aiheuttama*
F05.0	Dementiaan liittymätön sekavuustila (delirium)
F05.1	Dementiaan liittyvä sekavuustila (delirium)
F05.8	Muu määritetty sekavuustila (delirium), joka ei ole alkoholin eikä muiden psyykeen vaikuttavien aineiden aiheuttama
F05.9	Määrittämätön sekavuustila (delirium), joka ei ole alkoholin eikä muiden psyykeen vaikuttavien aineiden aiheuttama
F06	*Muut aivovaurion, aivojen toimintahäiriön ja ruumiillisen sairauden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät*
F06.0	Elimellinen aistiharhaisuus
F06.1	Elimellinen katatoninen häiriö
F06.2	Elimellinen [skitsofreniatyyppinen] harhaluuloisuushäiriö
F06.3	Elimelliset mielialahäiriöt
.30	maaninen häiriö
.31	kaksisuuntainen mielialahäiriö
.32	masennus
.33	sekamuotoinen mielialahäiriö
.39	määrittämätön elimellinen mielialahäiriö
F06.4	Elimellinen ahdistuneisuushäiriö
F06.5	Elimellinen dissosiaatiohäiriö

F06.6	Elimellinen tunne-elämän epävakaisuushäiriö (asteeninen häiriö)
F06.7	Lievä älyllisten toimintojen häiriö
.70	johon ei liity ruumiillista sairautta
.71	johon liittyy ruumiillinen sairaus
F06.8	Muu määritetty aivovaurion, aivojen toimintahäiriön ja ruumiillisen sairauden aiheuttama elimellinen aivo-oireyhtymä
F06.9	Määrittämätön aivovaurion, aivojen toimintahäiriön ja ruumiillisen sairauden aiheuttama elimellinen aivo-oireyhtymä
F07	*Aivosairauden, aivovaurion ja aivojen toimintahäiriön aiheuttamat elimelliset persoonallisuus- ja käytöshäiriöt*
F07.0	Elimellinen persoonallisuuden muutos
F07.1	Aivotulehduksen jälkeinen oireyhtymä
F07.2	Aivoruhjeen jälkeinen oireyhtymä
F07.8	Muu määritetty aivosairauden, aivovaurion tai aivojen toimintahäiriön aiheuttama elimellinen persoonallisuus- ja käytöshäiriö
F07.9	Määrittämätön aivosairauden, aivovaurion tai aivojen toimintahäiriön aiheuttama elimellinen persoonallisuus- tai käytöshäiriö
F09	*Määrittämätön elimellinen tai oireenmukainen (muun elimistön sairauden seurauksena esiintyvä) mielenterveyden häiriö*

F10–F19	**Lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt**
F1x.0	Akuutti päihtymystila
.00	komplisoitumaton
.01	vammautuminen tai muu ruumiillinen vaurio
.02	muita kliinisiä komplikaatioita
.03	sekavuustila (delirium)
.04	aistihavaintojen vääristymiä
.05	kooma
.06	kouristuksia

.07	patologinen päihtymistila
.09	ei tietoa liitännäisoireista
F9x.1	Haitallinen käyttö
F1x.2	Riippuvuusoireyhtymä
.20	tällä hetkellä vieroittunut
.200	alkanut toipua
.201	osittain toipunut
.202	täysin toipunut
.21	tällä hetkellä ei käytä, mutta oleskelee rajoittavassa ympäristössä
.22	tällä hetkellä kliinisesti valvotulla ylläpito- tai korvauslääkityksellä (kontrolloitu riippuvuus)
.23	tällä hetkellä vieroittunut, mutta saa aversio- tai estolääkityshoitoa
.24	tällä hetkellä käyttää ainetta (aktiivinen riippuvuus)
.240	ilman ruumiillisia oireita
.241	ruumiillisia oireita
.25	jatkuva käyttö
.26	jaksottainen käyttö (dipsomania)
.29	määrittämätön riippuvuusoireyhtymä
F1x.3	Vieroitusoireet
.30	komplisoitumattomat
.31	kouristuksia
.39	määrittämättömät vieroitusoireet
F1x.4	Vieroitusoireet ja sekavuustila (delirium)
.40	ilman kouristuksia
.41	kouristuksia
.49	ei tietoa kouristuksista
F1x.5	Psykoottinen häiriö
.50	skitsofreniatyyppinen häiriö
.51	pääasiassa harhaluuloisuutena ilmenevä häiriö
.52	pääasiassa aistiharhaisuutena ilmenevä häiriö
.53	monimuotoinen häiriö
.54	pääasiassa masennuksen oirein ilmenevä häiriö
.55	pääasiassa maanisin oirein ilmenevä häiriö
.56	sekamuotoinen häiriö
.59	määrittämätön psykoottinen häiriö

F1x.6	Amnestinen oireyhtymä
F1x.7	Jäännöstilana esiintyvä tai viivästynyt psykoottinen häiriö
.70	takaumia (flashbacks)
.71	persoonallisuuden tai käytöksen häiriö
.72	jälkioireinen mielialahäiriö
.73	dementia
.74	muu pysyvä älyllisten toimintojen heikkeneminen
.75	myöhään alkava psykoottinen häiriö
.79	määrittämätön jäännöstilana esiintyvä tai viivästynyt psykoottinen häiriö
F1x.8	Muu määritetty lääkkeiden ja päihteiden aiheuttama elimellinen aivo-oireyhtymä ja käyttäytymisen häiriö
F1x.9	Määrittämätön lääkkeiden ja päihteiden aiheuttama elimellinen aivo-oireyhtymä ja käyttäytymisen häiriö
F10	*Alkoholin käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt*
F11	*Opioidien käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt*
F12	*Kannabinoidien käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt*
F13	*Rauhoittavien lääkkeiden ja unilääkkeiden käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt*
F14	*Kokaiinin käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt*
F15	*Muiden piristeiden käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt*
F16	*Hallusinogeenien käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt*
F17	*Tupakan käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt*
F18	*Liuotinaineiden käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt*
F19	*Useiden lääkeaineiden ja muiden psyykkisiin toimintoihin vaikuttavien aineiden käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt*

F20	**Skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuus-häiriöt**
F20	*Skitsofrenia*
.x0	jatkuva
.x1	jaksottainen, mihin liittyy etenevä toimintavajaus
.x2	jaksottainen, mihin liittyy vakaa toimintavajaus
.x3	jaksottainen, välillä toipuminen
.x4	epätäydellinen toipuminen
.x5	täydellinen toipuminen
.x8	muu
.x9	taudinkulku epävarma, seuranta liian lyhyt
F20.0	Paranoidinen skitsofrenia
F20.1	Hebefreeninen skitsofrenia
F20.2	Katatoninen skitsofrenia
F20.3	Erilaistumaton skitsofrenia
F20.4	Skitsofrenian jälkeinen masennus
F20.5	Jäännösskitsofrenia (residuaalinen skitsofrenia)
F20.6	Erityisosatekijätön skitsofrenia
F20.8	Muu määritetty skitsofrenia
F20.9	Määrittämätön skitsofrenia
F21	*Skitsotyyppinen häiriö (psykoosipiirteinen persoonallisuus)*
F22.0	*Pitkäaikaiset harhaluuloisuushäiriöt*
F22.0	Harhaluuloisuushäiriö
F22.8	Muu määritetty pitkäaikainen harhaluuloisuushäiriö
F22.9	Määrittämätön pitkäaikainen harhaluuloisuushäiriö
F23	Akuutit ja ohimenevät psykoottiset häiriöt
.x0	johon ei liity akuuttia rasitetekijää
.x1	johon liittyy akuutti rasitetekijä
.x9	ei tietoa rasitetekijästä
F23.0	*Akuutti monimuotoinen psykoottinen häiriö ilman skitsofreniaoireita*
F23.1	Akuutti monimuotoinen skitsofreniaoireinen psykoottinen häiriö
F23.2	Akuutti skitsofreniatyyppinen psykoottinen häiriö
F23.3	Muu akuutti, pääasiallisesti harhaluulo-oireinen psykoottinen häiriö
F23.8	Muu määritetty akuutti tai ohimenevä psykoottinen häiriö

F23.9	Määrittämätön akuutti tai ohimenevä psykoottinen häiriö
F24	*Indusoitunut harhaluuloisuus (jaettu harhaluuloisuus)*
F25	*Skitsoaffektiiviset häiriöt*
.x0	vain samanaikaisia mieliala- ja skitsofreniaoireita
.x1	yhtäaikaisia mieliala- ja skitsofreniaoireita, skitsofreniaoireet jatkuvat pidempään kuin mielialaoireet
F25.0	Skitsoaffektiivinen häiriö, maaninen muoto
F25.1	Skitsoaffektiivinen häiriö, masennusoireinen muoto
F25.2	Sekamuotoinen skitsoaffektiivinen häiriö
F25.8	Muu määritetty skitsoaffektiivinen häiriö
F25.9	Määrittämätön skitsoaffektiivinen häiriö
F28	*Muu määritetty ei-elimellinen psykoottinen häiriö*
F29	*Määrittämätön ei-elimellinen psykoottinen häiriö*

F30–F39	**Mielialahäiriöt (affektiiviset häiriöt)**
F30	*Mania*
F30.0	Hypomania
F30.1	Mania ilman psykoottisia oireita
F30.2	mania, johon liittyy psykoottisia oireita
.20	mielialan mukaisia psykoottisia oireita
.21	mielialan vastaisia psykoottisia oireita
F30.8	Muu määritetty mania
F30.9	Määrittämätön mania
F31	*Kaksisuuntainen mielialahäiriö*
F31.0	Kaksisuuntaisen mielialahäiriön lievä maaninen (hypomaaninen) jakso
F31.1	Kaksisuuntaisen mielialahäiriön maaninen jakso ilman psykoottisia oireita
F31.2 1	Kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykoottinen maaninen jakso
.20	mielialan mukaisia psykoottisia oireita
.21	mielialan vastaisia psykoottisia oireita
F1.3	Kaksisuuntaisen mielialahäiriön lievä tai keskivaikea psykoottinen masennusjakso
.30	johon ei liity somaattista oireyhtymää
.31	johon liittyy somaattinen oireyhtymä

F31.4	Kaksisuuntaisen mielialahäiriön vaikea masennusjakso ilman psykoottisia oireita
F31.5	Kaksisuuntaisen mielialahäiriön vaikea, psykoottinen masennusjakso
.50	mielialan mukaisia psykoottisia oireita
.51	mielialan vastaisia psykoottisia oireita
F31.6	Kaksisuuntaisen mielialahäiriön sekamuotoinen jakso
F31.7	Kaksisuuntaisen mielialahäiriön elpymävaihe (remissio)
F31.8	Muu määritetty kaksisuuntainen mielialahäiriö
F31.9	Määrittämätön kaksisuuntainen mielialahäiriö
F32	*Masennustila*
F32.0	Lievä masennustila
.00	johon ei liity somaattista oireyhtymää
.01	johon liittyy somaattinen oireyhtymä
F32.1	Keskivaikea masennustila
.10	johon ei liity somaattista oireyhtymää
.11	johon liittyy somaattinen oireyhtymä
F32.2	Vaikea masennustila ilman psykoottisia oireita
F32.3	Vaikea, psykoottinen masennustila
.30	mielialan mukaisia psykoottisia oireita
.31	mielialan vastaisia psykoottisia oireita
F32.8.	Muu määritetty masennustila
F32.9.	Määrittämätön masennustila
F33	*Toistuva masennus*
F33.0	Toistuvan masennuksen lievä masennusjakso
.00	johon ei liity somaattista oireyhtymää
.01	johon liittyy somaattinen oireyhtymä
F33.1	Toistuvan masennuksen keskivaikea masennusjakso
.10	johon ei liity somaattista oireyhtymää
.11	johon liittyy somaattinen oireyhtymä
F33.2	Toistuvan masennuksen vaikea masennusjakso ilman psykoottisia oireita
F33.3	Toistuvan masennuksen vaikea, psykoottinen masennusjakso
.30	mielialan mukaisia psykoottisia oireita
.31	mielialan vastaisia psykoottisia oireita
F33.4	Toistuvan masennuksen elpymävaihe (remissio)

F33.8	Muu määritetty toistuva masennus
F33.9	Määrittämätön toistuva masennus
F34	*Pitkäaikaiset mielialahäiriöt*
F34.0	Mielialan aaltoiluhäiriö (syklotymia)
F34.1	Pitkäaikainen masennus (dystymia)
F34.8	Muu määritetty pitkäaikainen mielialahäiriö
F34.9	Määrittämätön pitkäaikainen mielialahäiriö
F38	*Muut mielialahäiriöt*
F38.0	Muut yksittäiset ja toistuvat mielialahäiriöt
.00	sekamuotoinen mielialahäiriöjakso
.09	muu yksittäinen mielialahäiriö
.10	toistuva lyhyt masennusjakso
.19	muu toistuva mielialahäiriö
F39	Määrittämätön mielialahäiriö

F40–F48	**Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt**
F40	*Pelko-oireiset (foobiset) ahdistuneisuushäiriöt*
F40.0	Julkisten paikkojen pelko (agorafobia)
.00	ilman samanaikaista paniikkihäiriötä
.01	samanaikainen paniikkihäiriö
F40.1	Sosiaalisten tilanteiden pelko
F40.2	Määritetyt (yksittäiset) pelot
F40.8	Muu määritetty pelko-oireinen (foobinen) ahdistuneisuushäiriö
F40.9	Määrittämätön pelko-oireinen (foobinen) ahdistuneisuushäiriö
F41	*Muut ahdistuneisuushäiriöt*
F41.0	Paniikkihäiriö (kohtauksittainen ahdistus)
.00	keskivaikea
.01	vaikea
.09	määrittämätön paniikkihäiriö (kohtauksittainen ahdistus)
F41.1	Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö (yleistynyt tuskaisuus)
F41.2	Sekamuotoinen ahdistus- ja masennustila
F41.3	Muu sekamuotoinen ahdistuneisuushäiriö
F41.8	Muu määritetty ahdistuneisuushäiriö
F41.9	Määrittämätön ahdistuneisuushäiriö

F42	*Pakko-oireinen häiriö*
F42.0	Pakkoajatuspainotteinen pakko-oireinen häiriö
F42.1	Pakkotoimintopainotteinen pakko-oireinen häiriö
F42.2	Pakkoajatuksina ja pakkotoimintoina ilmenevä pakko-oireinen häiriö
F42.8	Muu määrittämätön pakko-oireinen häiriö
F42.9	Määrittämätön pakko-oireinen häiriö
F43	*Reaktiot vaikeaan stressiin ja sopeutumishäiriöt*
F43.0	Akuutti stressireaktio
.00	lievä
.01	keskivaikea
.02	vaikea
F43.1	Traumaperäinen stressireaktio
F43.2	Sopeutumishäiriöt
.20	lyhyt masennusreaktio
.21	pitkittynyt masennusjakso
.22	sekamuotoinen ahdistus- ja masennusreaktio
.23	muu tunne-elämän häiriö
.24	käytöshäiriö
.25	sekamuotoinen tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriö
.28	muu hallitseva oire
.29	määrittämätön sopeutumishäiriö
F43.8	Muu määritetty reaktio vaikeaan stressiin
F43.9.	Määrittämätön reaktio vaikeaan stressiin
F44	*Dissosiaatiohäiriöt (konversiohäiriöt)*
F44.0	Dissosiatiivinen muistinmenetys
F44.1	Dissosiatiivinen pakkovaellus
F44.2	Dissosiatiivinen sulkutila (horros)
F44.3	Hurmos ja haltiotilat
F44.4	Dissosiatiivinen motorinen häiriö
F44.5	Dissosiatiiviset kouristukset
F44.6	Dissosiatiivinen tunnottomuus tai aistihäiriö
F44.7	Sekamuotoiset dissosiaatiohäiriöt (konversiohäiriöt)
F44.8	Muut määritetyt dissosiaatiohäiriöt (konversiohäiriöt)
.80	Ganserin oireyhtymä
.81	sivupersoonahäiriö

.82	tilapäiset lapsuus- ja nuoruusiän dissosiaatio-oireet (konversio-oireet)
.88	muu määritetty dissosiaatiohäiriö (konversiohäiriö)
F44.9	Määrittämätön dissosiaatiohäiriö (konversiohäiriö)
F45	*Elimellisoireiset (somatoformiset) häiriöt*
F45.0	Somatisaatiohäiriö
F45.1	Erilaistumaton elimellisoireinen (somatoforminen) häiriö
F45.2	Hypokondrinen häiriö
F45.3	Elimellisoireinen (somatoforminen) autonominen toimintahäiriö
.30	sydän- ja verenkiertoelimistö
.31	ylempi ruuansulatuskanava
.32	alempi ruuansulatuskanava
.33	hengityselimistö
.34	virtsa- ja sukupuolielimet
.38	muu määritetty elin tai elinjärjestelmä
.39	useat elimet tai määrittämätön elin tai elinjärjestelmä
F45.4	Pitkäaikainen kipuoireyhtymä
F45.8	Muu määritetty elimellisoireinen (somatoforminen) häiriö
F45.9	Määrittämätön elimellisoireinen (somatoforminen) häiriö
F48	*Muut neuroottiset häiriöt*
F48.0	Neurastenia
F48.1	Depersonalisaatio- ja derealisaatio-oireyhtymä
F48.8	Muu määritetty neuroottinen häiriö
F48.9	Määrittämätön neuroottinen häiriö

F50–F59	**Fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvät käyttäytymisoireyhtymät**
F50	*Syömishäiriöt*
F50.0	Laihuushäiriö
F50.1	Epätyypillinen laihuushäiriö
F50.2	Ahmimishäiriö
F50.3	Epätyypillinen ahmimishäiriö
F50.4	Muihin psykologisiin häiriöihin liittyvä ylensyöminen
F50.5	Muihin psykologisiin häiriöihin liittyvä oksentelu
F50.8	Muu määritetty syömishäiriö
F50.9	Määrittämätön syömishäiriö

F51	*Ei-elimelliset unihäiriöt*
F51.0	Ei-elimellinen unettomuus
F51.1	Ei-elimellinen liikaunisuus
F51.2	Ei-elimellinen uni-valverytmin häiriö
F51.3	Unissakävely
F51.4	Yöllinen kauhukohtaus
F51.5	Painajaisunet
F51.8	Muu määritetty ei-elimellinen unihäiriö
F51.9	Määrittämätön ei-elimellinen unihäiriö
F52	*Ei-elimelliset sukupuoliset toimintahäiriöt*
F52.0	Sukupuolinen haluttomuus
F52.1	Sukupuolinen vastenmielisyys ja sukupuolisen nautinnon puute
.10	sukupuolinen vastenmielisyys
.11	sukupuolisen nautinnon puute
F52.2	Sukupuolinen kiihottumisvaikeus
F52.3	Orgasmivaikeus
F52.4	Ennenaikainen siemensyöksy
F52.5	Toiminnallinen emätinkouristus
F52.6	Toiminnalliset yhdyntäkivut
F52.7	Sukupuolivietin ylenmääräinen voimakkuus
F52.8	Muu määritetty ei-elimellinen sukupuolinen toimintahäiriö
F52.9	Määrittämätön ei-elimellinen sukupuolinen toimintahäiriö
F53	*Muualla luokittamattomat lapsivuodeajan mielenterveyden häiriöt ja käytöshäiriöt*
F53.0	Muualla luokittamattomat lapsivuodeajan lievät mielenterveyden häiriöt ja käytöshäiriöt
F53.1	Muualla luokittamattomat lapsivuodeajan vaikeat mielenterveyden häiriöt ja käytöshäiriöt
53.8	Muu määritetty muualla luokittamaton lapsivuodeajan mielenterveyden häiriö ja käytöshäiriö
53.9	Määrittämätön muualla luokittamaton lapsivuodeajan mielenterveyden häiriö ja käytöshäiriö
F54	*Muualla luokitettuihin häiriöihin ja sairauksiin liittyvät psykologiset tekijät ja käytöstekijät*
F55	*Riippuvuutta aiheuttamattomien aineiden väärinkäyttö*
F59	*Fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvä määrittämätön käyttäytymisoireyhtymä*

F60	**Aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt**
F60–62	Persoonallisuushäiriöt ja persoonallisuuden muutokset
F60	*Persoonallisuushäiriöt*
F60.0	Epäluuloinen persoonallisuus
F60.1	Eristäytyvä (skitsoidi) persoonallisuus
F60.2	Epäsosiaalinen persoonallisuus
F60.3	Tunne-elämältään epävakaa persoonallisuus
.30	impulsiivinen häiriötyyppi
.31	rajatilatyyppi
F60.4	Huomionhakuinen persoonallisuus
F60.5	Vaativa persoonallisuus
F60.6	Estynyt persoonallisuus
F60.7	Riippuvainen persoonallisuus
F60.8	Muu määritetty persoonallisuushäiriö
F60.9	Määrittämätön persoonallisuushäiriö
F61	*Sekamuotoiset ja muut persoonallisuushäiriöt*
F61.0	Sekamuotoiset persoonallisuushäiriöt
F61.1	Häiritsevä persoonallisuusmuutos
F62	*Pitkäaikaiset persoonallisuuden muutokset, jotka eivät aiheudu aivovauriosta tai aivosairaudesta*
F62.0	Tuhoisaa kokemusta seuraava persoonallisuuden muutos
F62.1	Vakavaa mielenterveyden häiriötä seuraava pitkäaikainen persoonallisuuden muutos
F62.8	Muu määritetty pitkäaikainen persoonallisuuden muutos, joka ei aiheudu aivovauriosta tai aivosairaudesta
F63.9	Määrittämätön pitkäaikainen persoonallisuuden muutos, joka ei aiheudu aivovauriosta tai aivosairaudesta

F63–F69	**Muut aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt**
F63	*Käytös- ja hillitsemishäiriöt*
F63.0	Pelihimo
F63.1	Tuhopolttohimo (pyromania)
F63.2	Näpistelyhimo (kleptomania)
F63.3	Karvojennyppimishäiriö
F63.8	Muu määritetty käytös- ja hillitsemishäiriö
F63.9	Määrittämätön käytös- ja hillitsemishäiriö

F64	*Sukupuoli-identiteetin häiriöt*
F64.0	Transseksuaalisuus
F64.1	Kaksoisroolinen vastakkaiseksi sukupuoleksi pukeutumisen halu
F64.2	Lapsuuden sukupuoli-identiteetin häiriö
F64.8	Muu määritetty sukupuoli-identiteetin häiriö
F64.9	Määrittämätön sukupuoli-identiteetin häiriö
F65	*Sukupuoliset kohdehäiriöt*
F65.0	Esinekohteinen seksuaalihäiriö
F65.1	Vastakkaiseksi sukupuoleksi pukeutumisen halu
F65.2	Paljasteluhäiriö
F65.3	Tirkistelyhäiriö
F65.4	Lapsikohteinen seksuaalihäiriö (pedofilia)
F65.5	Sadomasokismi
F65.6	Monimuotoiset sukupuoliset kohdehäiriöt
F65.8	Muu määritetty sukupuolinen kohdehäiriö
F65.9	Määrittämätön sukupuolinen kohdehäiriö
F66	*Sukupuoliseen kehitykseen ja suuntautumiseen liittyvät psykologiset häiriöt ja käytöshäiriöt*
.x0	heteroseksuaalinen
.x1	homoseksuaalinen
.x2	biseksuaalinen
.x9	muu tai määrittelemätön
F66.0	Sukupuolisen kypsymisen häiriö
F66.1	Itseä häiritsevä sukupuolinen suuntautuminen
F66.2	Sukupuolisuhteiden häiriö
F66.8	Muu määritetty sukupuoliseen kehitykseen ja suuntautumiseen liittyvä psykologinen häiriö ja käytöshäiriö
F66.9	Määrittämätön sukupuoliseen kehitykseen ja suuntautumiseen liittyvä psykologinen häiriö ja käytöshäiriö
F68	*Muut aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt*
F68.0	Psykologisista syistä johtuva ruumiillisten oireiden vaikeutuminen
F68.1	Ruumiillisten tai henkisten oireiden tai vammojen tarkoituksellinen tuottaminen tai teeskentely (itseaiheutettu häiriö)
F68.8	Muu määritetty aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriö
F69	*Määrittämätön aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriö*

F70–F79 Älyllinen kehitysvammaisuus	
F7x.0	Ei sopeutumiskäyttäytymisen häiriötä tai vähäisiä sopeutumiskäyttäytymisen häiriöitä
F7x.1	Merkittävä, huomiota tai hoitoa vaativa sopeutumiskäyttäytymisen häiriö
F7x.8	Muu sopeutumiskäyttäytymisen häiriö
F7x.9	Ei tietoa sopeutumiskäyttäytymisen häiriöstä
F70	*Lievä älyllinen kehitysvammaisuus*
F71	*Keskivaikea älyllinen kehitysvammaisuus*
F72	*Vaikea älyllinen kehitysvammaisuus*
F73	*Syvä älyllinen kehitysvammaisuus*
F78	*Muu määritetty älyllinen kehitysvammaisuus*
F79	*Määrittämätön älyllinen kehitysvammaisuus*

F80–F89 Psyykkisen kehityksen häiriöt	
F80	*Puheen ja kielen kehityshäiriöt*
F80.0	Ääntämishäiriö
F80.1	Puheen tuottamisen häiriö
F80.2	Puheen ymmärtämisen häiriö
F80.3	Epilepsiaan liittyvä hankinnainen puheen tuottamisen ja ymmärtämisen häiriö (Landau–Kleffnerin oireyhtymä)
F80.8	Muu määritetty puheen ja kielen kehityksen häiriö
F80.9	Määrittämätön puheen ja kielen kehityksen häiriö
F81	*Oppimiskyvyn häiriöt*
F81.0	Lukemiskyvyn häiriö
F81.1	Kirjoittamiskyvyn häiriö
F81.2	Laskemiskyvyn häiriö
F81.3	Monimuotoinen oppimiskyvyn häiriö
F81.8	Muu määritetty oppimiskyvyn häiriö
F81.9	Määrittämätön oppimiskyvyn häiriö
F82	*Motoriikan kehityshäiriö*
F83	*Monimuotoiset kehityshäiriöt*
F84	*Laaja-alaiset kehityshäiriöt*
F84.0	Lapsuusiän autismi
F84.1	Epätyypillinen autismi
.10	alkamisiältään
.11	oireiltaan

.12	sekä alkamisiältään että oireiltaan
F84.2	Rettin oireyhtymä
F84.3	Muu lapsuusiän persoonallisuutta hajottava (disintegratiivinen) kehityshäiriö
F84.4	Älylliseen kehitysvammaisuuteen ja kaavamaisiin liikkeisiin liittyvä hyperaktiivisuushäiriö
F84.5	Aspergerin oireyhtymä
F84.8	Muu määritetty laaja-alainen kehityshäiriö
F84.9	Määrittämätön laaja-alainen kehityshäiriö
F88	*Muu määritetty psyykkisen kehityksen häiriö*
F89	*Määrittämätön psyykkisen kehityksen häiriö*

F90–98	**Tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt**
F90	*Hyperkineettiset häiriöt*
F90.0	Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöt
F90.1	Hyperkineettinen käytöshäiriö
F90.8	Muu määritetty hyperkineettinen häiriö
F91	*Käytöshäiriöt*
F91.0	Perheensisäinen käytöshäiriö
F91.1	Epäsosiaalinen käytöshäiriö (sosiaalisiin suhteisiin jäsentymätön käytöshäiriö)
F91.2	Sosiaalinen käytöshäiriö (sosiaalisiin suhteisiin jäsentynyt käytöshäiriö)
F91.3	Uhmakkuushäiriö
F91.8	Muu määritetty käytöshäiriö
F91.9	Määrittämätön käytöshäiriö
F92	*Samanaikaiset käytös- ja tunnehäiriöt*
F92.0	Masennusoireinen käytöshäiriö
F92.8	Muu määritetty samanaikainen käytös- ja tunnehäiriö
F92.9	Määrittämätön samanaikainen käytös- ja tunnehäiriö
F93	*Lapsuudessa alkavat tunne-elämän häiriöt*
F93.0	Lapsuuden eroahdistushäiriö
F93.1	Lapsuuden pelko- ja ahdistushäiriö
F93.2	Lapsuuden sosiaalinen ahdistushäiriö
F93.3	Sisaruskateushäiriö
F93.8	Muut lapsuudessa alkavat tunne-elämän häiriöt

.80	lapsuuden yleistynyt ahdistushäiriö
.89	muu määritetty lapsuudessa alkava tunne-elämän häiriö
F94	*Nykimishäiriöt*
F95.0	Väliaikainen nykimishäiriö
F95.1	Pitkäaikainen motorinen tai äänellinen nykimishäiriö
F95.2	Samanaikainen äänellinen ja motorinen monimuotoinen nykimishäiriö (Touretten oireyhtymä)
F95.8	Muu määritetty nykimishäiriö
F95.9	Määrittämätön nykimishäiriö
F98	*Muut tavallisesti lapsuudessa tai nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt*
F98.0	Ei-elimellinen kastelu
.00	yökastelu
.01	päiväkastelu
.02	yö- ja päiväkastelu
F98.1	Ei-elimellinen tuhriminen
.10	fysiologisen suolen hallinnan saavuttamisen epäonnistuminen
.11	ulostaminen sopimattomiin paikkoihin huolimatta riittävästä suolen hallinnasta ja kiinteydeltään normaaleista ulosteista
.12	johon liittyy erittäin löysät ulosteet
.19	muu tai määrittämätön ei-elimellinen tuhriminen
F98.2	Lapsen tai imeväisen syömishäiriö
F98.3	Lapsen tai imeväisen pica-oireyhtymä
F98.4	Kaavamaiset liikehäiriöt
.40	ei itseä vahingoittavat
.41	itseä vahingoittavat
.42	sekamuotoiset tai määrittämättömät kaavamaiset liikehäiriöt
F98.5	Änkytys
F98.6	Sokellus
F98.8	Muu määritetty tavallisesti lapsuudessa tai nuoruusiässä alkava käytös- ja tunnehäiriö
F98.9	Määrittämätön tavallisesti lapsuudessa tai nuoruusiässä alkava käytös- ja tunnehäiriö

F99	**Määrittämätön mielenterveydenhäiriö**
F99	*Määrittämätön mielenterveydenhäiriö*

5.7.2. Psykosomaattiset sairaudet

Esimerkkinä alan uusimmista tutkimustuloksista mainittakoon, että nyt on vahvaa näyttöä myös siitä, että myönteiset tunteet suojaavat sydän- ja verisuonitaudeilta. Viime vuosikymmenien aikana tehtyjen lukuisien tutkimusten mukaan sellaiset negatiiviset mielialat kuin masennus, kiukku, ahdistuneisuus ja vihamielisyys voivat vahingoittaa sydämen ja verenkiertojärjestelmän toimintaa. Vähemmän on tutkittu sitä, miten myönteiset tunnetilat vaikuttavat sydämen terveyteen. Laajassa systemaattisessa katsauksessa Harvardin yliopiston julkisen terveydenhuollon tutkijat totesivat, että psykologinen hyvinvointi näyttää vähentävän sydänkohtausten, aivoinfarktien, halvausten ja muiden verenkiertojärjestelmän sairauksien riskiä. Tutkimuksen tulokset julkaistiin *Psychological Bulletin* -verkkosivuilla huhtikuussa 2012.[89]

Negatiivisen poissaolo ei ole sama asia kuin myönteisen läsnäolo. Edellä mainitussa tutkimuksessa havaittiin, että sydän- ja verenkiertoelimien sairauksien riskiä vähentävät muun muassa optimismi, onnellisuus ja tyytyväisyys elämään. Sellaiset tekijät kuin henkilön ikä, sosioekonominen status, tupakointi tai paino eivät vaikuttaneet tähän tulokseen. Kaikkein optimistisimmilla ihmisillä näytti olevan noin 50 prosenttia pienempi riski saada jokin sydänsairaus verrattuna pessimistisesti suhtautuviin henkilöihin. Psykologiset voimavarat, kuten optimismi ja myönteiset tunteet, suojaavat siis sydän- ja verisuonisairauksilta. Ne näyttävät myös hidastavan jo puhjenneen sairauden etenemistä. Sydämen ja verisuonien terveyttä voidaan parantaa psykologisia vahvuuksia lujittamalla, sen sijaan (tai sen lisäksi) että psykologiset puutteet korjataan.

Rintasyöpään sairastuneilla naisilla on nykyään paljon paremmat mahdollisuudet selviytyä kuin aikaisempina vuosikymmeninä. Sairaudesta toipuvilla on kuitenkin usein erilaisia terveysongelmia syöpähoitojen päätyttyä. Aikaisempien tutkimusten mukaan jopa puolet rintasyövästä toipuneista potee masennusta.

Mindfulnessiin perustuva meditaatio-ohjelma voi auttaa parantamaan rintasyövästä toipuvien emotionaalista ja fyysistä hyvinvointia. Eräässä tuoreessa tutkimuksessa[90] todettiin, että rintasyöpäpotilaiden terveydentila kohentui sen jälkeen, kun he opettelivat mindfulness-tekniikkaan perustuvaa stressinhallintamenetelmää (*Mindfulness-Based Stress Reduction*, MBSR). Se yhdistää meditaatiota, joogaa ja fyysistä tietoisuutta. Potilaiden pitäisi valita stressin vähentämiseen tarjotuista vaihtoehdoista sellainen menetelmä, joka sopii heidän elämäntyyliinsä ja jonka tehoon he uskovat. MBSR on yksi syöpää sairastavien elämänlaatua parantavista välineistä.

Kyseinen tekniikka toimii parhaiten, kun se täydentää muita hoitoja, kuten kemoterapiaa, sädehoitoa ja kirurgiaa. 8–10 viikkoa kestävä MBSR-ohjelma käsittää ryhmäsessioita, joiden aikana toipilaat harjoittelevat meditaatiotaitoja, opettelevat selviytymistekniikoita ja keskustelevat siitä, miten heidän kehonsa reagoi stressiin. Tutkijat totesivat, että MBSR-ohjelmaan osallistuneiden verenpaine, syke ja hengitystiheys alenivat. Lisäksi osallistujien mieliala parani ja tietoisuuden taso lisääntyi kurssin jälkeen. Positiivisten tulosten säilyttämiseksi mindfulness-meditaatiota pitäisi harjoittaa joka päivä tai ainakin säännöllisesti. MBSR opettaa potilaita ajattelemaan uudella tavalla, josta on heille hyötyä sekä lyhyellä että pitkällä aikavälillä.

Diagnoosin saatuaan rintasyöpäpotilaat kokevat usein, että he eivät pysty millään tavoin hallitsemaan elämäänsä. Kokemus, että he voivat hallita jotakin heidän terveyttään edistävää, kuten meditaatiota, antaa heille toivoa siitä, että elämä voi vielä joskus palautua normaaliksi.

Olisi tärkeää, että kaikissa somaattisissa hoitoyksiköissä olisi käytettävissä ”psy-puolen” asiantuntija. Tällaista yhteistyötä tulisi kehittää edelleen rohkeasti. Voisi olla kokeilemisen arvoista tehdä yhteistyötä muidenkin ”psy-asiantuntijoiden” kuin psykiatrien kanssa. Tärkeää olisi, että osallistuttaisiin säännöllisesti yhteistyöryhmiin ja oltaisiin konkreettisesti mukana käytännön hoitotyössä, yhtenä muiden joukossa, oman näkökulmansa kanssa. Myös hoitokokouksiin osallistuminen voisi usein olla hyödyllistä – silloinkin, kun ei ole erityistä syytä epäillä, että ”psy-asiantuntijaa” tarvitaan.

Ne hoitoyksiköt, joissa on lähdetty rohkeasti yhteistyöhön, ovat saaneet monenlaista käytännön hyötyä. Käytännöstä on iloa paitsi potilaalle myös hoitoyhteisölle ja potilaan läheisille. Kun ihminen saa psykososiaalista tukea, hänen somaattisetkin oireensa lievittyvät nopeammin ja tehokkaammin. Kun läheiset voidaan kohdata ja huomioida paremmin, myös heidän hyvinvointinsa lisääntyy, mikä vaikuttaa edelleen potilaan hyvinvointiin ja hoitokuorman kevenemiseen. Psykososiaalisen näkökulman mukaan ottaminen parantaa potilaan toimintakykyä, kun esimerkiksi potilaan läheiset saadaan mukaan tukemaan kuntouttavaa työotetta. Näin he aidosti edistävät potilaan toimintakykyä sen sijaan, että he vahingossa ylläpitävät oireita auttamalla liikaa. Hoitoaikojen lyhentymisestä alkaa jo olla näyttöä. Jos hallinnossa tehtäisiin asiasta laskelmia, luultavasti siellä todettaisiin, että tämäntyyppinen työote säästää kustannuksia ja että siihen pitäisi ehdottomasti panostaa enemmän. Somaattisen työryhmän työtaakkaa helpottaa kovasti, kun mukana on henkilö, joka on koulutettu ottamaan vastaan monenmoisia psykoemotionaalisia reaktioita. Tällaisella

menettelyllä voidaan yleisesti ottaen parantaa myös hoitomyöntyvyyttä. Ihminen kohdataan silloin holistisesti eikä häntä keinotekoisesti lohkota mieleksi ja ruumiiksi.

Lääketieteellisessä tutkimuksessa alkaa olla enenevässä määrin näyttöä tämäntyyppisen yhteistyön hyödyistä. On myös syntynyt uudentyyppisiä erikoisaloja, kuten perhelääketiede, neuropsykiatria, psykoneurobiologia sekä psykoneuroimmunologia. On kehitelty edelleen psyykkistä ja fyysistä puolta integroivia hoitomenetelmiä, kuten psykofyysistä fysioterapiaa. Ja onpa jälleen alettu harrastamaan psykoneurokirurgiaakin, josta aiemmin. Olen ehkä hieman rajoittunut ammatillisessa mielessä, mutta minusta tuo on jo aika pelottavalta kuulostava toimenpide ihan pelkkänä ajatuksenakin.

6. Psyykkinen kriisi

Kriisissä ihminen stressaantuu siinä määrin, että hän voi kokea tilanteen ylivoimaiseksi. Kriisi voi kuitenkin joskus johtaa myönteisiin muutoksiin sen jälkeen, kun ihminen pääsee yli välittömistä ahdistuksen tunteista. Jokainen meistä tuntee stressin, sillä se on olennainen osa elämää. Se ei aina ole epäterveellistä, koska se saa meidät tekemään asioita ajoissa tai muistamaan ne. Mutta kun olemme liian stressaantuneita, stressi muuttuu ahdistukseksi ja tilanteista tulee vaikeammin käsiteltäviä. Ihmisellä voi olla kriisejä työssä, kotona tai millä tahansa elämänalueella. Lapsia kasvattaessaan vanhemmat kohtaavat usein monenlaisia kriisejä. **Kriisi onkin usein se aika, jolloin tulisi tehdä muutoksia, niin että tulevaisuus voisi olla parempi.**

Kriisissä on tavallisesti useita osatekijöitä: itse tapaus, vahva emotionaalinen reaktio ja tunne, että ei pysty selviytymään. Kriisin laukaiseva tapaus aiheuttaa usein jonkinlaisen menetyksen, tai siihen liittyy menettämisen uhka. Tällaisia tapauksia ovat esimerkiksi

- jonkun ihmisen menettäminen (kuolema, ero)
- terveyden menettäminen (sairaus, onnettomuus)
- kodin, työn tai muun asian menettäminen
- hyvän olon menettäminen, mikä johtaa pahaan oloon (esimerkiksi itsensä huonoksi, vanhaksi, epäonnistuneeksi tai yksinäiseksi tunteminen).

Kroonisia stressitekijöitä ovat erityisen kuormittavat tapahtumat ja elämäntilanteet, esimerkiksi rahahuolet tai asumiseen liittyvät ongelmat. Ne voivat vaikuttaa kriisituntemuksiin ja kriisin kokemiseen. Ihminen saattaa tuntea, että **ei kykene selviytymään**, koska ei ole koskaan aikaisemmin ollut samanlaisessa tilanteessa tai koska juuri nyt tuntee itsensä sairaaksi tai uupuneeksi. Tunne voi johtua myös siitä, että ihminen on ollut samanlaisessa tilanteessa aikaisemmin ja hän muistaa sen olleen vaikea kokemus.

Ihminen voi tuntea itsensä **pelokkaaksi, ahdistuneeksi** tai **vihaiseksi** voimakkaan stressin seurauksena. Joskus tällaisia tunteita ei aiheuta yksi tietty asia, vaan ne johtuvat useiden asioiden kasaantumisesta. Olennaista on myös traumojen yhteen kytkeytyminen eli niin sanottu traumasekvenssi.

Hyvä uutinen on se, että kriisi harvoin kestää loputtomiin. Useimmiten kriisit kestävät muutamasta tunnista muutamaan viikkoon, enimmillään 6–8 viikkoa. Sen jälkeen on melko todennäköistä, että joko tilanne tai oma reaktiomme muuttuu. Kaikilla on kriisejä, joten oleellista on, miten suhtaudumme niihin. Mikäli kriisi ei mene ohi, siihen tulee hankkia apua viimeistään noin neljän viikon oireilun jälkeen.

Asioita, jotka voivat johtaa kriisiin, ovat esimerkiksi

- lapsen lähteminen kotoa
- lapsi tai perheenjäsen joutuu vaikeuksiin lain kanssa
- lapsi aloittaa koulunkäynnin tai valmistuu
- merkittävä syntymäpäivä (esim. uuden vuosikymmenen aloittaminen)
- läheisen onnettomuus tai vammautuminen
- pidätetyksi tuleminen
- muutokset työpaikalla
- läheisen kuolema
- vammaisen lapsen syntyminen
- keskenmeno
- rahan menettäminen tai voittaminen
- työpaikan menetys
- luonnon katastrofit ja onnettomuudet (esim. tulipalo tai tulva)
- erilleen muuttaminen tai avioero.

Kriisiin voivat johtaa positiivisetkin asiat, kuten

- ylennys työpaikalla
- naimisiinmeno
- muutto
- moniraskaus
- lapsen syntymä ja ensimmäiset viikot vanhempana.

Se, miten ihminen reagoi kriisiin, on hyvin yksilöllistä. Se mikä tuntuu pelottavalta jostakin toisesta, ei ehkä pelota toista, ja se mitä pitää kriisinä tänään, ei saata näyttää kriisiltä ensi viikolla. Kriisissä on useasti mukana vaaran tuntu ja tunne siitä, että on mahdollista menettää joku tai jotain. Kriisissä ollessaan ihminen ei useinkaan näe, mitä voisi tehdä tilanteelle, koska hän on liian lähellä ongelmaa.

Kriiseihin liittyy aina **valinnan tekeminen**. Se voi tuntua joskus ylivoimaiselta. Ihminen saattaa tuntea, että on ansassa tai voimaton. Ihminen voi olla tekemättä mitään ja hyväksyä tilanteen, tai hän voi päättää tehdä

tilanteelle jotain. Kriisi voi merkitä aikaa, jolloin ihminen on kaikkein halukkain tekemään muutoksia.

Tyypillisiä kriisin tunnusmerkkejä ovat

- **muutokset käyttäytymisessä**, kuten unen katkonaisuus, unettomuus, antisosiaalinen käyttäytyminen, äkilliset vihanpurkaukset, ruokahaluttomuus ja itkeminen
- **emotionaaliset merkit**, kuten ahdistuneisuus, vetäytyminen, epätoivo, avuttomuus, levottomuus ja paniikki
- **fyysiset merkit**, kuten kämmenten hikoaminen, sydämentykytykset, laajentuneet pupillit, nopea hengitys, vapina ja punastuminen
- **hämmentynyt ajattelu**, kuten sekavuus ja kyvyttömyys keskittyä tai tehdä päätöksiä.

Kriisissä olevan ihmisen tunteita ovat

- vaaran tunne – ”Olen hermostunut ja peloissani”
- kiireellisyyden tunne – ”Tarvitsen apua nyt heti!”
- viha – ”Miten hän voi kuolla ja jättää minut”
- apatia – ”En vain välitä”
- hämmennys – ”En ole koskaan aikaisemmin tuntenut näin”
- sekavuus – ”En pysty ajattelemaan selkeästi”
- epätoivo – ”Se kaikki tuntuu toivottomalta”
- avuttomuuden tunne – ”Tunnen, että olen jumittunut eikä mikään auta”
- kohtuuttomuuden kokemus – ”Miksi tämä tapahtui minulle? ”.

Lapsilla on myös omat kriisinsä. Tämä on usein hyvin hämmentävää paitsi lapselle myös vanhemmalle, etenkin jos tämä ei tiedä kriisin syytä. Joskus aikuisen mielestä vähäpätöiset asiat voivat aiheuttaa lapselle kriisin. **Vanhemman tai vanhempien näkeminen ahdistuneina voi aiheuttaa lapselle kriisin.**

Kriisissä olevan lapsen tunteet ovat hyvin samanlaisia kuin vanhempien tunteet, mutta lasten on vaikeampi ilmaista niitä sanoilla. Lapset osoittavat tunteensa toiminnalla sanojen sijasta.

Kriisissä olevan lapsen tyypillisiä reaktioita voivat olla

- käyttäytymisen taantuminen nuoremman lapsen tasolle
- jatkuva huolehtiminen siitä, mitä pahaa voi tapahtua
- käyttäytymisongelmat
- häiriintynyt uni

- kriisiin liittyvien asioiden pelko, esim. kovat äänet, koirat, vieraat ihmiset
- pelko, että se mitä tapahtui yhdellä elämänalueella, valtaa koko elämän
- keskittymiskyvyn puute
- kiinnostuksen menetys kouluun
- ongelmat ystävien kanssa.

Lapset reagoivat kriisiin eri tavoin eri-ikäisinä:

- **Varhaislapsuudessa** (1–4-vuotiaana) reagointitapoja voivat olla esimerkiksi peukalon imeminen, vuoteenkastelu, pimeänpelko, vanhempiin takertuminen, painajaiset, nukahtamis- ja uniongelmat, virtsan- tai ulosteenpidätyskyvyttömyys, ummetus, puhevaikeudet, syöttämiseen liittyvät ongelmat, yksin jäämisen pelko, jatkuva valitus ja marina.
- **Lapsuudessa** (5–8-vuotiaana) reagointitapoja voivat olla esimerkiksi ärtyneisyys, mariseminen, takertuvuus, aggressiivinen käytös kotona tai koulussa, kilpailu huomiosta, painajaiset, pimeänpelko, koulunkäyntihaluttomuus tai haluttomuus mennä päivähoitoon tai harrastuksiin, huono keskittymiskyky, loukkaantumisen pelko, hylkäämisen pelko, sekavuus, koulusta kieltäytyminen, yleinen ahdistuneisuus, päänsäryt, vatsakivut, liiallinen kiltteys ja nukkumiseen liittyvät ongelmat.

6.1. Traumaattinen kriisi sekä kehitys- ja elämäntilannekriisi

Kriisit voidaan jakaa myös traumaattisiin kriiseihin sekä kehitys- ja elämäntilannekriiseihin.

Traumaattisessa kriisissä ihminen kohtaa tilanteen, joka on äkillinen, odottamaton ja käytettävissä oleviin voimavaroihin nähden epätavallisen ”suuri asia”[91]. Yleensä on kyse elämän ja kuoleman kysymyksistä. Tyypillisiä traumaattisen kriisin aiheuttajia ovat Suomen Mielenterveysseuran julkaiseman Mielenterveyden ensiavun käsikirjan mukaan[92]:

1) Tilanne, jossa ihminen menettää läheisen ihmisen tai asian, josta hän on ollut riippuvainen tai jota hän on arvostanut.
2) Itsenäisyyden tai itsehallinnan menetys, esimerkiksi invaliditeetti.

3) Lisääntymiseen liittyvät ongelmat, kuten keskenmeno, abortti, kehitysvammaisen lapsen saaminen, kohdunpoisto, rasittavat hedelmöityshoidot.
4) Ihmissuhteisiin liittyvät ongelmat kuten uskottomuus.
5) Kasvojen menettäminen eli sosiaalisesti häpeälliset tapahtumat, kuten rattijuopumus, vankilaan joutuminen, kavallus, skandaaliin sekaantuminen tai epäonnistuminen uralla.
6) Yhteiskunnan rakennemuutokset, jotka esimerkiksi pakottavat vaihtamaan asuinpaikkakuntaa.
7) Ulkoiset katastrofit kuten sota tai maanjäristys.
8) Vaikean tapaturman tai psykoosin puhkeamisen näkeminen, läheisen itsemurhan kokeminen tai joutuminen ryöstön, murron tai hyökkäyksen kohteeksi.

Kun sattuu isoja epätavallisia asioita, ovat isotkin reaktiot normaaleja. Reaktioiden pitäisi ajan kanssa kuitenkin laantua edellyttäen, että ihmisen normaali kriisiprosessi pääsee etenemään. Joskus tämä vaatii ammattiapua, mutta useimmiten ihminen selviää hyvän sosiaalisen verkoston tuella.

Kehityskriisit ovat normaaleja elämään kuuluvia muutosvaiheita, jolloin jokin elämänjakso päättyy ja on aika kääntää elämän kirjassa uusi sivu. Lapsuus- ja nuoruusvaiheisiin kuuluu normaalina eri kriittisissä kehitysvaiheissa tietynlainen kriisivaihe, kuten 'uhmaikä' ja murrosikä. Myös perheen perustamisvaihe on eräänlainen kehityskriisi, kuten myös uran luomiseen ja etenemiseen kuuluvat monenlaiset käänteet. Kansan suussa kuulee puhuttavan myös "kolmenkympin kriisistä", "viidenkympin kriisistä" sekä jonkun verran myös "neljänkympin kriisistä". Näillä kuvataan kullekin ikävaiheelle ominaisten ilmiöiden potentiaalia aikaansaada kehityskriisi.

Elämäntilannekriiseillä tarkoitetaan yleisesti isoja elämäntapahtumia, kuten avioeroa, irtisanomista tms. tapahtumia, jotka eivät välttämättä traumatisoi mutta voivat järkyttää elämän perustuksia ja saada aikaan voimakkaita reaktioita ja toimintakyvyn laskua. Elämäntilannekriisin kokemuksessakin voi olla traumaattista sävyä, ja siten sen käsittelyssä voidaan noudattaa pitkälti samoja periaatteita kuin traumaattisissa kriiseissä.[93]

Psyykkinen kriisi ei synny itse kriisitilanteesta vaan se syntyy yksilön mielessä ja siihen vaikuttavat ne merkitykset, joita kriisin kokija tapahtumille antaa. Kriisi syntyy kokijan tekemien havaintojen, tulkintojen, olettamusten ja merkityksenantojen pohjalta ja lisäksi kriisin laukaisee myös aiemman muistiaineksen aktivoitumisen, joka myös vaikuttaa kokonaiskokemukseen. Jokainen ihminen reagoi kriisiin oman ainutlaatuisen psyykkisen rakenteensa mukaisesti. Aikuisen mielessä psyykkinen kriisi voi herättää

eloon lapsuuden kokemuksia psyykkisestä uhattuna olemisesta. Lapsella tai nuorella voi aktivoitua varhaislapsuuden kokemukset. Jotta voi ymmärtää psyykkisen kriisin ilmenemistä ja vaikutusta yksilössä, on tarvittaessa tutkittava hänen elämänhistoriaa laajemmin.

6.2. Kriisi ja trauma kokemuksena

Todellisen ja sisäisen kriisin ero on syytä nähdä, sillä psyykkisen kriisin kokemuksella on nämä kaksi tasoa: ulkoisessa realiteetissa koettu trauma ja se, mitä tämä niin sanottu todellinen trauma itsessä herättää. Traumakokemuksen yhteydessä voidaan puhua myös realiteettitraumasta ja sisäisestä traumasta (vrt. Bohleber 2007). On siis eri asia käsitellä esimerkiksi pelkoa, jota nuori on kokenut vaikkapa kouluväkivaltatilanteessa, taikka pelkoa, jota nuori on tuntenut varhaislapsuudessa. Näin on siitä huolimatta, että nämä kaksi kokemusta ovat yhteydessä toisiinsa.

Regressioprofiili merkitsee paluuta varhaisiin tunnekokemuksiin. Kriisissä olevan yksilön mielessä aktivoituu samoja tunteita, joita hän on voinut kokea esimerkiksi aiemmin lapsuudessa hätäännyttävissä tilanteissa. Näitä tunteita vastaan hän saattaa puolustautua itselleen ominaisella tavalla, hyvinkin alkeellisia defenssejä käyttäen. Ahdistavat kokemukset aktivoivat yksilön historian aiempia ahdistavia kokemuksia. Tästä ilmiöstä Laine (2007) käyttää nimitystä regressioprofiili.

Keskeisiä varhaisen ahdistuksen lähteitä ovat

- ero
- avuttomuus
- kuoleman olemassaolon tiedostaminen
- ulkopuolisuus
- omat aggressiiviset ajatukset ja tunteet[94].

6.3. Mahdollisia trauman oireita eri ikäkausina

Lasten tyypillisiä traumareaktioita eri ikäkausina (esim. mitä seksuaalinen hyväksikäyttö saa aikaan)

0–12 kuukautta

- äskettäin opittujen taitojen taantuminen (esim. motoriset taidot, viestintätaidot)
- liiallinen kiihkeys, ylivalppaus ja hyperaktiivisuus
- jännittyneisyys, ärtyneisyys, reaktiivisuus ja rauhattomuus
- uni- ja syömishäiriöt
- heikentynyt stressinsietokyky
- heikentynyt immuunijärjestelmä
- pelkoreaktio kohdattaessa traumasta muistuttavia asioita
- mielialan ja persoonallisuuden muutokset
- kyky sopeutua huoltajaan on kadonnut tai heikentynyt
- tunnetilojen hallinta ja kyky rauhoittaa itsensä on kadonnut tai heikentynyt
- turvaton, huolestunut tai ristiriitainen kiintymyskäyttäytyminen
- kyky tuntea on heikentynyt – lapsi voi vaikuttaa turtuneelta ja tunteettomalta
- kognitiivisten taitojen kehityksen viivästyminen ja muistivaikeudet
- voimistunut säpsähdysreaktio
- katsekontaktin puuttuminen
- selän jäykistyminen kaarelle
- ei-luonteenomainen aggressio
- välttää koskettamasta uusia pintoja, esim. ruohoa ja hiekkaa, sekä muita kosketukseen liittyviä kokemuksia
- välttää tai pelästyy traumasta muistuttavia asioita (esim. näyt, äänet, hajut, tuntemukset, maut)
- taistele/pakene/jähmety-reaktiot
- ei-luonteenomaista, lohdutonta tai raivokasta itkua ja tarvitsevuutta
- lisääntynyttä hermostunutta liikehdintää, eropelkoa ja takertuvuutta
- vetäytyminen, tavanomaisen reagoinnin ja vastakaiun puute
- lapsi on veltto eikä osoita minkäänlaista mielenkiintoa
- epätavallisen suuri ahdistus, kun lapsi joutuu eroon pääasiallisista huoltajistaan
- korostuneen umpimähkäinen kiintymyskäyttäytyminen
- sukupuolielimissä kipua, merkkejä tulehduksesta, mustelmia, verenvuotoa tai diagnosoitu sukupuolitauti

1–3 vuotta

Edellä esitetyn lisäksi

- entistä suurempi herkkyys ruoan suhteen
- lisääntynyt vanhempien ohjeiden vastustaminen
- traumamuisto voi ilmetä käytöksessä, puheessa tai leikissä
- itseluottamuksen menetys
- asiaankuulumaton seksuaalinen käyttäytyminen
- seksuaaliset leikit leluilla

3–5 vuotta

Edellä esitetyn lisäksi

- keskittymiskyky, tarkkaavaisuus ja jaksaminen heikentyneet
- lapsi valittaa fyysisiä kipua ja särkyjä, selittämättömät kivut tai sairaudet
- pidätyskyvyttömyys, vuoteenkastelu, tuhriminen
- unihäiriöt, painajaiset, yölliset kauhukohtaukset, unissakävely
- lapsi pelkää nukkumaanmenoa ja yksinoloa yöllä
- kyvyttömyys hakea lohtua tai tulla lohdutetuksi
- mielialan ja persoonallisuuden muutokset
- ilmeinen ahdistuneisuus ja pelokkuus
- erityiset traumaan liittyvät pelot, yleinen pelokkuus
- usein esiintyvä intensiivinen ja toistuva leikki
- leikkitoverien ottaminen mukaan traumaan liittyvään leikkiin koulussa ja päivähoidossa
- vanhempiin ja muihin liittyvä eroahdistus
- itsearvostuksen menetys
- toistuvat kertomukset traumaattisesta tapauksesta
- mielenkiinnon menetys erilaisiin toimintoihin
- äkillisesti ilmenevä intensiivinen masturbointi
- lapsi osoittaa aikuisen tietämystä seksuaalisuudesta sopimattoman seksuaalisen käyttäytymisen kautta
- lapsi kuvailee verbaalisesti seksuaalista hyväksikäyttöä, osoittaa tiettyjä kehon osia ja kertoo leikitystä ”leikistä”
- seksuaaliset piirrokset
- karkeamotoristen ja visuaalis-havainnollisten taitojen kehittymisen viivästyminen
- puheen, kognitiivisten taitojen ja kuullun prosessoinnin viivästyminen
- pelko trauman uusiutumisesta

- lisääntynyt kontrollin tarve
- eron pelko
- traumaan liittyvä hämmennys ilmenee leikeissä; maagisia selityksiä ja ikävien tapausten syiden puutteellista ymmärtämistä
- alttius vuosipäivän aiheuttamille reaktioille; vuodenajat, juhlapäivät ja muut seikat voivat muistuttaa tapauksesta ja laukaista reaktiot
- traumaattisesta tapauksesta muistuttavat häiritsevät visuaaliset muistikuvat saattavat ilmetä sanoissa ja leikeissä
- tämän ikäkauden loppupuolella lapsilla on todennäköisemmin pysyviä ja tarkkoja verbaalisia ja visuaalisia muistoja trauman keskeisimmistä tapahtumista

5–7 vuotta

Edellä esitetyn lisäksi

- poissaoleva, hajamielinen tai hyperaktiivinen käytös
- erilaiset kivut ja säryt ilman näkyvää syytä
- onnettomuusalttius
- karkailu tai pinnaaminen koulusta
- tulella leikkiminen, eläinten vahingoittaminen
- omien tunteiden voimakkuus pelästyttää
- pyrkimys etääntyä häpeän, syyllisyyden ja nöyryytyksen tunteista
- masentunut tunnetila
- stressin aiheuttama hämmennys tai keskittymiskyvyn menetys koulussa, mikä ilmenee entistä huonompana suoriutumisena
- sopimaton, aggressiivinen, hyväksi käyttävä, seksuaalinen vuorovaikutus, jossa osallisena muita lapsia tai aikuisia
- lapsi kuvailee verbaalisesti seksuaalista hyväksikäyttöä, osoittaa tiettyjä kehon osia ja kertoo leikitystä ”leikistä”
- ylenmääräinen, pakkomielteinen kiinnostus sukupuolielimiin ja aikuisen seksuaaliseen käyttäytymiseen
- vihjaukset seksuaalisista kokemuksista
- karkaaminen kotoa
- traumasta johtuva kiukuttelu ja riskialtis käyttäytyminen
- muistin menetys
- pakeneminen pakonomaisiin toimintoihin
- pelko trauman uusiutumisesta
- mielialan tai persoonallisuuden muutokset
- lisääntynyt itsekeskeisyys ja vetäytyminen
- huoli, että on itse vastuussa traumasta

- halu kostaa
- voi kokea akuuttia ahdistusta kohdatessaan mitä tahansa traumasta muistuttavaa
- ahdistuneisuuden ja masennuksen lisääntyminen
- läheisyyteen ja rakkauteen kohdistuva pelokkuus
- lapsella on todennäköisesti yksityiskohtaisia, pitkään jatkuvia ja sensorisia muistikuvia traumatapahtumasta; joskus muistot ovat sirpaleisia tai tukahdutettuja
- tosiasialliset, täsmälliset muistot saattavat olla pelon tai toiveiden värittämiä; näkemys tapauksen kestosta voi olla vääristynyt
- ei-toivotut visuaaliset kuvat ja traumaattiset reaktiot häiritsevät keskittymistä ja aiheuttavat ahdistuneisuutta, mikä tapahtuu usein vanhempien tietämättä
- jälkeenpäin esiintyvät traumaattisen tapahtuman uudelleenlavastukset, jotka voivat tapahtua salassa ja joihin voivat osallistua sisarukset tai leikkitoverit
- mielenkiinnon menetys toimintoihin, joista lapsi on aikaisemmin ollut kiinnostunut

7–12 vuotta

Edellä esitetyn lisäksi

- seksuaaliset kirjoitukset

12–18 vuotta

Edellä esitetyn lisäksi

- päihteiden käyttö
- haastava, aggressiivinen tai väkivaltainen käytös
- alttius pessimistiseen maailmankuvaan
- ahdistus- ja stressihäiriöt
- itsemurha-ajatukset
- itseä vahingoittava toiminta, esim. viiltely, polttaminen
- akuutti psykologinen ahdistus
- ilmeiset persoonallisuuden muutokset ja muutokset tärkeiden ihmissuhteiden laadussa
- toimintaan perustuvat, orientoituvat reaktiot traumaan
- akuutti tietoisuus vanhempien reaktioista; halu suojella vanhempia omalta ahdistukselta

- seksuaalisesti hyväksi käyttävää tai aggressiivista vuorovaikutusta nuorempien kanssa
- irrallisia seksuaalisia suhteita tai seksuaalisuhteiden totaalista välttelyä
- lapsi tai nuori näkee pakenemisen aikuisuuteen mahdollisuutena välttää trauman vaikutusta ja traumamuistoja (varhainen avioliitto, raskaus, koulun keskeyttäminen, vertaisryhmän hylkääminen ja siirtyminen vanhempien ystävien pariin)
- aikuistumisen pelko ja tarve pysytellä perheen vaikutuspiirissä

7. Lapsiin kohdistuva väkivalta ja rikokset

7.1. Lasten asema maailmassa

Yhdistyneiden kansakuntien (YK) yleisluonteinen lasten oikeuksien julistus hyväksyttiin marraskuussa 1959. Vuonna 1989 oikeudet kirjattiin valtioita sitovaksi YK:n lapsen oikeuksien sopimukseksi, jonka lähes kaikki maailman valtiot ovat ratifioineet. Sopimusta on täydennetty myöhemmin lisäpöytäkirjoilla, joissa tuomitaan lapsikauppa, lapsiprostituutio ja -pornografia sekä lasten osallistuminen aseellisiin konflikteihin. Suomessa yleissopimus tuli voimaan vuonna 1991. Suomi ratifioi aseellisia konflikteja koskevan pöytäkirjan vuonna 2002 ja allekirjoitti lapsikauppaan liittyvän pöytäkirjan vuonna 2000, mutta ei ole vielä ratifioinut sitä.

Sopimuksessa lapseksi katsotaan alle 18-vuotiaat, samoin kuin Suomessa vuonna 2008 voimaan tulleessa uudessa lastensuojelulaissa. Sopimuksen sisällön suunnittelussa olivat mukana sopijavaltioiden hallitukset, kansalaisjärjestöt ja eri lapsialojen asiantuntijat. Se on eri osapuolten näkemys siitä, mitkä seikat ovat kaikille maailman lapsille tärkeitä heidän kehityksensä ja turvallisuutensa kannalta. Kun valtio ratifioi sopimuksen, sen on sopeutettava lakinsa ja toimintansa sopimusta vastaaviksi. Lapsen oikeuksien ja hyvinvoinnin turvaaminen on sen jälkeen lakiin sitoutettu velvoite, jonka noudattamista seuraa lapsen oikeuksien komitea. Sopimuksen toteutumisesta raportoidaan viiden vuoden välein. Komitea antaa valtioille myös huomautuksia ja suosituksia, joihin niiden on vastattava seuraavassa raportissaan.[95]

Suomessa lastensuojelulaki pyrkii turvaamaan lapsen kehitystä ja hyvinvointia sekä suojaamaan lasta vahingollisilta olosuhteilta ja väärinkäytöksiltä. Päävastuu lapsesta on vanhemmilla ja muilla huoltajilla. Lasta ei saa lain mukaan kurittaa ruumiillisesti, alistaa tai kohdella loukkaavasti. Lapsen kasvatuksessa on varmistettava, että hän saa riittävästi turvaa, hellyyttä ja ymmärrystä (*Laki lapsen huollosta*, 1983). Vanhempien on mahdollista saada kasvatustehtävässä tukea lasten ja perheiden kanssa toimivilta viranomaisilta, jotka järjestävät tarvittaessa perheelle apua sekä ohjaavat

tämän lastensuojelun piiriin, jos se osoittautuu aiheelliseksi. Tarvittaessa lapsi voidaan sijoittaa kodin ulkopuolelle tai järjestää hoito ja huolto muiden toimenpiteiden avulla. Kaikessa on ensisijaisesti otettava huomioon lapsen etu.[96]

Sopimuksista ja laeista huolimatta lasten oikeudet eivät aina toteudu, vaan lapset joutuvat monenlaisen hyväksikäytön ja epäinhimillisen kohtelun uhreiksi. YK:n pääsihteerin raportissa, joka esiteltiin yleiskokoukselle lokakuussa 2010, todetaan, että suuri osa lapsiin kohdistuvasta väkivallasta jää pimentoon ja on usein sosiaalisesti hyväksyttyä. Kyseisessä raportissa on ensimmäistä kertaa koottu yhteen tietoa lapsiin kohdistuvasta väkivallasta maailmanlaajuisesti. Tutkimus yhdistää ihmisoikeuksien, terveydenhuollon ja lastensuojelun näkemyksiä, ja siinä käsitellään väkivallan ilmenemistä kodeissa, kouluissa, viranomaislaitoksissa, työpaikoilla ja muissa yhteisöissä. Tutkimusraportin luvut ovat huolestuttavia: Maailman terveysjärjestön WHO:n arvion mukaan vuonna 2002 maailmassa kuoli 53 000 alle 17-vuotiasta nuorta henkirikoksen uhrina. Kansainvälisen työjärjestön ILO:n arvioiden mukaan 5,7 miljoonaa lasta teki työtä vasten tahtoaan, 1,8 miljoonaa oli pakotettu prostituutioon ja 1,2 miljoonaa oli joutunut ihmiskaupan uhriksi vuonna 2000.[97]

Dokumentin mukaan lasten kokema väkivalta sisältää fyysistä pahoinpitelyä, psykologista väkivaltaa, syrjintää ja laiminlyöntiä. Väkivallan muodot vaihtelevat kotona tapahtuvasta seksuaalisesta hyväksikäytöstä nöyryyttävään kohteluun koulussa. Lapset kokevat myös fyysistä rajoittamista kodeissaan ja väkivaltaa viranomaisten käsissä tai kaduilla. Heitä jopa murhataan.[98]

WHO:n määritelmän mukaan lasten kaltoinkohtelu käsittää ”sellaiset fyysisen ja psyykkisen pahoinpitelyn muodot, seksuaalisen hyväksikäytön, laiminlyönnin taikka kaupallisen tai muun riiston, joista seuraa todellista tai mahdollista vaaraa lapsen terveydelle, elämälle, kehitykselle tai ihmisarvolle suhteessa, jossa on kyse vastuusta, luottamuksesta tai vallasta”[99].

Kaltoinkohtelu on väkivaltaa laajempi käsite, joka sisältää kaiken lapsiin kohdistuvan pahoinpitelyn, väärinkohtelun, sairauden aiheuttamisen ja laiminlyönnin. Kaltoinkohtelu voi olla fyysistä, kemiallista tai psyykkistä väkivaltaa, lasten seksuaalista riistoa tai sosioekonomista ja rakenteellista väkivaltaa. Se voi olla luonteeltaan aktiivista tai passiivista. Sosioekonomista väkivaltaa ovat esimerkiksi rahan kiristäminen ja heitteillejättö. Rakenteellista väkivaltaa esiintyy hierarkkisissa järjestelmissä, joissa lasta voidaan alistaa tai joissa vallitsee säädöksiä ja normeja, jotka eivät ota huomioon lapsen oikeutta kasvuun, suojeluun ja turvallisuuteen.[100]

Fyysinen väkivalta (esim. lyöminen, potkiminen, tupakalla polttaminen, hiuksista repiminen ja kuristaminen) aiheuttaa kipua ja tilapäisiä tai pysyviä

vammoja. Pahimmassa tapauksessa lapsi kuolee (esim. vauva ravistelun seurauksena). Pahoinpidellyn lapsen oireyhtymä (*battered child syndrome*) on käsite, jonka esitteli ensimmäistä kertaa vuonna 1962 amerikkalainen lastenlääkäri Henry C. Kempe. Välillinen Munchausenin oireyhtymä (*Munchausen syndrome by proxy*) on puolestaan harvinainen fyysisen väkivallan muoto, jossa vanhempi, useimmiten äiti, aiheuttaa lapselle tarkoituksella vahinkoa tai keksii tälle sairauksia saadakseen itselleen huomiota terveydenhuollon henkilökunnalta. Aktiivista kemiallista väkivaltaa on lääkkeiden tai päihteiden antaminen lapselle, jotta tämä rauhoittuisi tai nukkuisi, passiivista taas lapsen tarvitsemien lääkkeiden antamatta jättäminen tai ruokavalion noudattamisen laiminlyöminen.[101]

Psyykkinen pahoinpitely käsittää uhkailun, pelottelun, nöyryyttämisen, pilkkaamisen tai muun samankaltaisen toiminnan, joka uhkaa lapsen henkistä kehitystä ja hyvinvointia. Passiivinen psyykkinen väkivalta voi olla mitätöintiä ja huomiotta jättämistä. Ruumiilliseen kuritukseen, seksuaaliseen hyväksikäyttöön ja muuhun fyysiseen väkivaltaan sisältyy aina psyykkistä pahoinpitelyä. Sitä voi esiintyä myös yksinään, jolloin sen havaitseminen on hyvin vaikeaa. (Paavilainen & Flinck 2008; Humppi 2008.) Lapsi voi myös joutua epäsuoran väkivallan kohteeksi. Tällöin on kyse siitä, että hän joutuu seuraamaan sivusta toisiin kohdistuvaa väkivaltaa joko perheessään tai sen ulkopuolella. Epäsuoran ja suoran väkivallan vaikutukset lapsen fyysiseen ja psyykkiseen kehitykseen ovat yhtä vakavia. Väkivallan näkemisellä on todettu olevan yhteyttä muuhun uhriutumiseen.[102]

Seksuaalinen väkivalta tarkoittaa seksuaalista toimintaa, johon liittyy pakottamista, väkivaltaa tai sillä uhkaamista. Lapsen seksuaalisessa hyväksikäytössä lapsi altistetaan hänen ialleen kuulumattomalle seksuaalisuudelle, mistä on haittaa lapsen kehitykselle. Vakavimmat tämäntyyppiset rikokset ovat raiskaus ja törkeä raiskaus (rikoslain mukaan). Lasten seksuaalista hyväksikäyttöä esiintyy kaikissa yhteiskunnissa ja yhteiskuntaluokissa. Se mikä katsotaan lapsen hyväksikäytöksi tai hänen seksuaalisuuttaan loukkaavaksi teoksi, vaihtelee kuitenkin eri kulttuureissa. Lapsiin kohdistuva seksuaalinen tai muunlainen väkivalta vaikuttaa olevan yleisempää sellaisissa maissa, joissa naisten ja tyttöjen itsemääräämisoikeus on rajoitettua ja joissa heidän vaikutusmahdollisuutensa ovat vähäiset.[103]

Lapsen puutteellinen hoito tai laiminlyönti on kaltoinkohtelua, jossa lapsen emotionaalisista tai fyysisistä tarpeista ei huolehdita riittävästi. Tämä tarkoittaa, ettei lapsen kokonaisvaltainen kehitys etene parhaalla mahdollisella tavalla. Laiminlyödyillä lapsilla on todettu jopa enemmän ongelmia kuin fyysisesti pahoinpidellyillä.[104]

7.2. Väkivallan vaikutukset

Lapsen kokema väkivalta vaikuttaa häneen monin eri tavoin riippuen lapsen iästä ja sukupuolesta, väkivallan kestosta, laadusta ja vakavuudesta sekä suojaavista tekijöistä ja muista riskitekijöistä. Välittömät seuraukset, kuten ruhjeet ja mustelmat, näkyvät heti, mutta koettu tai nähty väkivalta voi vaikuttaa pitkälle aikuiselämään asti. Tutkimusten mukaan äitiin kohdistuva väkivalta voi lapsesta olla jopa omakohtaista pelottavampaa, koska siihen liittyy pelko äidin kuolemasta ja menettämisestä. Seksuaalisen väkivallan pitkäaikaisvaikutukset voivat ilmetä depressiona, huonona itsetuntona, tunteensäätelyn puutteina, ratkaisemattomina ristiriitoina sekä yleisinä viestintä- ja ihmissuhdeongelmina. Monet lapsena väkivallan kohteeksi joutuneet päätyvät aikuisiällä toimimattomiin ihmissuhteisiin, joissa heitä ehkä uudelleen pahoinpidellään. Kaltoinkohtelu ja laiminlyönti lapsena voivat johtaa myöhemmällä iällä myös omaan riskikäyttäytymiseen. Tähän liittyy päihteiden käyttöä, jonka seurauksena esimerkiksi sepelvaltimotaudin ja syövän riski lisääntyy.[105]

Kaltoinkohtelun aiheuttamat henkiset vammat saattavat tulla näkyviin vasta myöhemmin, esimerkiksi mielenterveyshäiriöinä ja itsetuhoisena käyttäytymisenä. Väkivaltaa kokenut tai todistanut lapsi kokee voimakasta emotionaalista kipua. Väkivalta perheessä antaa vääränlaisen käyttäytymismallin tulevaa elämää varten. Usein lapsi tuntee syyllisyyttä vanhempien ristiriidoista. Hänen käsityksensä oikeasta ja väärästä muodostuvat virheellisiksi. Lapsesta voi tulla ulkoapäin ohjautuva, pelokas ja vihainen, ja hänen saattaa olla vaikea luottaa ihmisiin. Perheväkivalta vaikuttaa myös vanhempien kykyyn toimia vanhempina: heidän kasvatusmenetelmänsä voivat olla epäjohdonmukaisia, eivätkä he ehkä pysty tukemaan lasta riittävästi. He voivat olla ylisuojelevia tai rangaista lasta liian ankarasti.[106]

Perheväkivallalla on myös yhteiskunnallisia seurauksia. Lasten fyysiset ja psyykkiset vammat saattavat olla vaikeita, ja niiden hoitaminen voi kestää kauan. Sekä terveydenhuollon että oikeudenkäyntien kustannukset käyvät kalliiksi. Lapsiin kohdistuva väkivalta voi jatkaa sukupolvesta toiseen jatkuvaa kierrettä ja lisätä täten väkivaltaa.[107]

Becker-Weidman (2009) on tutkinut adoptoitujen ja sijoitettujen lasten varhaisen kroonisen kaltoinkohtelun vaikutuksia lapsen kehitykseen ja elämään. Hänen tutkimuksensa käsitti 57 lasta, jotka olivat iältään 2–18 vuotta ja jotka olivat varhain elämässään kokeneet huoltajan pitkään jatkunutta kaltoinkohtelua. Tästä oli seurannut monimuotoinen (*complex*) trauma, jonka vuoksi lasten kehitys oli viivästynyt. Kaikilla heillä oli

myös diagnosoitu reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö (*reactive attachment disorder*, RAD). Tutkimuksessa todettiin, että siihen osallistuneet lapset olivat kehitykseltään paljon jäljessä ikätovereistaan. Kehityksellisen ja kronologisen iän ero saattoi olla jopa viisi vuotta. Vaikka otos oli melko pieni, Becker-Weidmanin mukaan tuloksista voidaan päätellä, että varhaisen, pitkään jatkuneen traumatisoivan kohtelun seuraukset ovat vakavia ja laajaulotteisia. Huoltajien, opettajien ja muiden lasten kanssa tekemisissä olevien aikuisten tulisi ottaa tämä huomioon esimerkiksi keskustellessaan lapsen kanssa. Lapsen kielelliset kyvyt saattavat olla kehittymättömät, joten hän ei välttämättä ymmärrä, jos hänelle puhutaan tavalla, joka vastaa hänen kronologista ikäänsä. Lapsen kehityksellinen ikä olisi tärkeää ottaa huomioon jokapäiväisessä elämässä, koulussa ja opiskelussa. Uhmakkaan käytöksen taustalla saattaa olla hämmennystä ja epätietoisuutta, koska lapsi ei ymmärrä, mitä häneltä vaaditaan. Becker-Weidman korostaa varhaisten interventioiden merkitystä. Koska monimuotoinen trauma ja RAD ilmenevät ihmissuhdeongelmina, suhteiden käsittelyyn perustuvat interventiot, kuten perheterapia ja kiintymyssuhteeseen perustuvat terapiat, saattavat olla yksilöterapiaa tehokkaampia.[108]

7.3. Lapsiuhritutkimus

Ellosen ym. (2008) tutkimus kohdistui lasten ja nuorten väkivaltakokemuksiin. Tutkimus oli osa Lapset väkivallan uhreina -tutkimusprojektia, joka toteutettiin Poliisiammattikorkeakoulun tutkimusosastolla vuosina 2007–2010. Lapsiuhritutkimuksen aineisto kerättiin koulupäivän aikana internetkyselynä Manner-Suomen suomen- ja ruotsinkielisiltä kuudes- ja yhdeksäsluokkalaisilta. Kyselyyn osallistui kaikkiaan 13 515 oppilasta. Tietoja vertailtiin kotona koetun väkivallan sekä seksuaalisen hyväksikäytön osalta tutkija Heikki Sariolan Lastensuojelun Keskusliitossa vuonna 1988 keräämiin tuloksiin. Tulosten perusteella nuoret kokivat väkivaltaa useimmiten kotona tai koulussa. Noin puolessa tapauksista tekijänä oli ikätoveri tai useampi. Noin joka viidennessä tapauksessa tekijä oli sisko tai veli ja noin joka kymmenennessä perheen aikuinen. Tyypillisin väkivallan muoto oli toisen nuoren tekemä teko omassa lähiympäristössä. Opettajan lievää fyysistä väkivaltaa oli kokenut 2 % kyselyyn vastanneista ja henkistä väkivaltaa 15 % yhdeksäsluokkalaisista ja 9 % kuudesluokkalaisista. Opettajan tai harrastusohjaajan syyllistyminen seksuaaliseen ahdisteluun tai hyväksikäyttöön oli erittäin harvinaista.[109]

Nuorten seksuaaliset kokemukset aikuisten kanssa ovat vähentyneet parinkymmenen vuoden aikana, ja painopiste näyttää siirtyneen kontaktista ehdotuksiin. Tyttöjen seksuaalinen hyväksikäyttö on lähes yhtä yleistä kuin aikaisemmin. Hyväksikäytön vakavuus on kuitenkin lieventynyt. Tyttöjä yli 10 vuotta vanhempien tekijöiden teot, insestiset suhteet sekä seksiin pakottaminen ja siihen liittyvä väkivalta ovat vähentyneet. Poikien hyväksikäyttökokemukset ovat kokonaisuudessaan jonkin verran vähentyneet. Kehityksen suunta on entistä parempi: kokemuksia on vähemmän, ja ne ovat aikaisempaa lievempiä. Kaikista kyselyyn vastanneista 40 nuorta (14 kuudesluokkalaista ja 26 yhdeksäsluokkalaista, joista puolet tyttöjä ja puolet poikia) oli kokenut internetin kautta alkanutta seksuaalista hyväksikäyttöä. Tällöin oli kyse seksiin suostuttelusta tai pakottamisesta. Osalle oli maksettu palkkiota seksistä. Nuorista vain harvat olivat kokeneet samaa useammin kuin kerran.[110]

Pieneen osaan nuorista kohdistuu väkivaltaa usealta taholta: vanhemmilta, sisaruksilta, koulutovereilta ja muilta henkilöiltä. Väkivallan kasautumiseen vaikuttavat tekijät, jotka liittyvät sekä yksilöön että perheeseen. Kasautumista edistää nuoren riskialtis elämäntyyli, jossa vältellään vanhempien valvovaa silmää, tavataan kavereita julkisissa tiloissa, käytetään päihteitä ja osallistutaan rikoksiin. Vanhempien riitely, runsas alkoholinkäyttö, sosiaalisen kontrollin puute sekä perheen heikko taloudellinen tilanne voivat lisätä väkivallan kasautumista. Sen sijaan perhemuodolla, vanhempien koulutuksella, työttömyydellä tai etnisellä alkuperällä ei ole havaittavissa selvää vaikutusta. Viranomaisille nuoret kertovat väkivaltakokemuksistaan erittäin harvoin, sillä vain 1–3 % teoista ilmoitetaan poliisille tai sosiaaliviranomaiselle. Kuudesluokkalaiset kertovat kokemuksistaan useimmiten äidille, seuraavaksi isälle tai ystäville. Opettajalle he uskoutuvat yhdeksäsluokkalaisia useammin. Yhdeksäsluokkalaiset kertovat tavallisimmin kavereille tai äidille, opettajille suhteellisen harvoin.[111]

Yleisesti ottaen tutkimus osoittaa, että suomalaiset lapset ja nuoret kokevat väkivaltaa useammin kuin aikuiset. Pojat kohtaavat väkivaltaa koulussa ja kaveripiireissä, tytöt useimmiten kotona. Pojista yli 20 % ja tytöistä noin 15 % ilmoitti joutuneensa pahoinpitelyn kohteeksi tutkimusta edeltävän vuoden aikana. Kyselyyn vastanneista 5 % oli saanut vammoja pahoinpitelystä ja noin 1 % oli hakeutunut lääkärinhoitoon vamman takia. Tuntemattomien aikuisten lapsiin kohdistama väkivalta on hyvin harvinaista. Monet lapset näkevät kuitenkin väkivaltaa kotonaan. Joka seitsemäs kuudesluokkalainen ja joka kuudes yhdeksäsluokkalainen ilmoittaa nähneensä kotonaan äitiin, isään tai sisarukseen kohdistunutta väkivaltaa. Vanhempien välinen väkivalta ja kuritusväkivalta ovat yhteydessä toisiin-

sa. Tytöt joutuvat seksuaalisen ahdistelun kohteeksi poikia useammin. Vakava seksuaalinen hyväksikäyttö on vähentynyt selvästi 20 vuodessa. Lievempiä hyväksikäytön muotoja kuitenkin ilmoitetaan yhtä paljon kuin aikaisemminkin. Hyväksikäytön tunnuspiirteitä on joskus havaittavissa myös ikätovereiden välisessä seksuaalisessa kanssakäymisessä. Internetiä ja matkapuhelimia käytetään seksuaaliseen ahdisteluun, mutta myös muunlaiseen kiusaamiseen, häirintään ja uhkailuun.[112]

7.4. Kuritusväkivalta

Kuritusväkivalta (esim. tukistaminen, läimäyttäminen, piiskaaminen, retuuttaminen tai muu kovakourainen käsittely) on lapsiin kohdistuvaa väkivaltaa, jolla aikuinen rankaisee lasta tai säätelee hänen käyttäytymistään. Kuritusväkivalta on perheväkivaltaa, johon ei vieläkään suhtauduta yhtä kielteisesti kuin parisuhdeväkivaltaan. Se on silti vakava uhka lapsen kasvulle ja kehitykselle. Kuritusväkivallaksi katsottavat fyysiset teot ovat lain mukaan rangaistavia pahoinpitelyrikoksia. Suomessa lasten fyysinen kurittaminen kiellettiin lailla vuonna 1984, ja suomalaisten asenteet ovat parin vuosikymmenen aikana muuttuneet kielteisemmiksi ruumiillista kuritusta kohtaan. Myös muu vanhempien lapsiin kohdistama väkivalta vaikuttaa vähentyneen. Kuitenkin kuritusväkivaltaa esiintyy. Perheen taloudellisella tilanteella näyttää olevan yhteyttä lasten kurittamiseen. Mitä vaikeampi tilanne on, sitä todennäköisempää on kuritusväkivalta. Sitä pyritään vähentämään Suomessa kansallisen toimintaohjelman avulla. Ohjelman on valmistellut sosiaali- ja terveysministeriön asettama työryhmä, jota johtaa lapsiasiavaltuutettu Maria Kaisa Aula. Tavoitteena on puolittaa kuritusväkivalta kaikissa väestöryhmissä vuoteen 2015 mennessä. Tähän pyritään tukemalla lapsiperheitä, erityisesti sellaisia, joissa on pieniä lapsia. Työryhmä on ehdotuksissaan ottanut huomioon lasten ja nuorten omat näkemykset siitä, miten kuritusväkivaltaa voidaan vähentää. Myös lapset ovat sitä mieltä, että tärkeintä on tukea vanhempia ja neuvoa heitä kasvatuksessa.[113]

Koululaisille vuonna 2008 järjestetyssä internetkyselyssä saatiin selville, että joka kolmas yhdeksäsluokkalainen ja joka viides kuudesluokkalainen oli kokenut elämänsä aikana ruumiillista kuritusta. Kuritusväkivaltaa esiintyi yhtä usein sijaiskodeissa, lastensuojelulaitoksissa sekä muissa perhe- ja asumismuodoissa. Vastausten perusteella näyttää siltä, että tytöt kohtaavat poikia useammin kodissaan kuritusväkivaltaa. He myös ilmoittivat näke-

vänsä kotona väkivaltaa enemmän kuin pojat. Perheen sosioekonomisella asemalla ei ollut kovinkaan suurta vaikutusta. Kuritusväkivaltaa kokevat lapset näkivät kotonaan myös muuta väkivaltaa. Vuoden 1988 tilanteeseen verrattuna muutos oli kuitenkin selvä: kuritusväkivalta oli vähentynyt puoleen, ja muiden aikuisten kuin vanhempien lapseen kohdistama väkivalta oli harvinaista.[114]

7.5. Maahanmuuttajaperheiden lapset

Maahanmuuttajien määrä Suomessa on lisääntynyt huomattavasti viime vuosina. Kääriäisen ym. (2010) tutkimuksessa vertaillaan ulkomaalaistaustaisten ja suomalaislasten kokemuksia väkivallasta vuonna 2008 tehdyn lapsiuhritutkimuksen (Ellonen ym.) pohjalta. Lapsiuhritutkimuksen kyselyyn vastasi kaikkiaan 13 515 kuudes- ja yhdeksäsluokkalaista 12- ja 15-vuotiasta lasta. Heistä maahanmuuttajien vertailuryhmään valikoitui lopulta 630 lasta, jotka olivat itse syntyneet tai joiden vanhemmista ainakin toinen oli syntynyt Suomen, Länsi-Euroopan ja Pohjois-Amerikan ulkopuolella. Tutkimuksessa tarkasteltiin 1) rikosten ja väkivallan kohteeksi joutumista yleisesti, 2) ikätovereiden väkivaltaa ja kiusaamista, 3) kotona nähtyä vanhempien välistä väkivaltaa, 4) lasten itsensä joutumista vanhempien tai sisarusten väkivallan kohteeksi sekä 5) matkapuhelimen tai internetin välityksellä tapahtuvaa häirintää ja kiusaamista.[115]

Tulosten perusteella maahanmuuttajataustaisiin lapsiin kohdistuu kaikkia tarkasteltavana olleita rikoksia useammin kuin suomalaislapsiin. Ero on erittäin selvä, kun on kyse ryöstöistä ja varkauksista, mutta tilastollisesti merkittävä myös pahoinpitelyjen ja uhkausten osalta. Tytöt kokevat joutuvansa väkivallan uhreiksi useimmin kotona, nuoret miehet julkisilla paikoilla. Ulkomaalaistaustaisiin lapsiin ja nuoriin kohdistuva väkivalta on vakavampaa kuin suomalaisiin kohdistuva, ja tekijät ovat joko tuntemattomia tai perheenjäseniä. Tuntemattomien väkivallassa on usein rasistisia piirteitä. Lievemmässä väkivallassa ryhmien välillä ei ollut suuria eroja. Kun tarkastellaan vakavampia tekoja, maahanmuuttajalapset näkevät erityisesti äiteihin kohdistuvaa väkivaltaa enemmän kuin suomalaislapset. Isän halventaminen on sen sijaan yleisempää suomalaisperheissä. Lapsiin kohdistuu ulkomaalaistaustaisissa perheissä enemmän fyysistä väkivaltaa kuin vertailuryhmässä, ja sen perustelut ovat usein kasvatuksellisia. Tulosten perusteella väkivalta on maahanmuuttajien perheissä yleisempi ongelma suomalaisperheisiin verrattuna. Lasten ja nuorten keskinäinen väkivalta

ei poikennut tarkasteluryhmien välillä. Ikätoverien välisessä väkivallassa rasistiset motiivit näyttivät olevan harvinaisempia kuin tapauksissa, joissa uhri ei tunne väkivallantekijää. Tämä saattaa osoittaa maahanmuuttajanuorten entistä parempaa integroitumista kantaväestöön.[116]

Maahanmuuttajaperheet ovat monella tavoin valtaväestöä heikommassa yhteiskunnallisessa asemassa. Perheväkivallan taustalla on usein monenlaisia paineita ja stressitekijöitä, esimerkiksi työttömyyttä, taloudellista epävarmuutta ja sosiaalista eristyneisyyttä. Maahanmuuttajaperheiden väkivaltaa voivat selittää myös kulttuuriseikat, jotka vaikuttavat sukupuolten välisiin suhteisiin ja lastenkasvatusmenetelmiin. Niin sanottu kunniaväkivalta on eräs esimerkki tästä. Suomen lain mukaan kuritusväkivalta on rikos, ja valtaväestön asennoituminen sitä kohtaan on muuttunut entistä kielteisemmäksi, mutta useissa maissa lasten lyöminen on yhä edelleen sallittua.[117]

Suomeen on 1990-luvulta lähtien tullut pakolaisia ja turvapaikanhakijoita, joiden kulttuuriperinteeseen kuuluu lasten ympärileikkaus. Sekä kansainvälisten sopimusten että voimassa olevan lainsäädännön kannalta ympärileikkaukset ovat ongelmallisia, koska niiden voidaan katsoa täyttävän rikoslaissa määritellyn pahoinpitelyn tunnusmerkit. Poikien ympärileikkauksesta Suomessa ei ole selvää lainsäädäntöä. Tyttöjen ympärileikkaus eli sukupuolielinten silpominen on Suomen lain mukaan aina kielletty, ja se katsottaisiin täällä todennäköisesti törkeäksi pahoinpitelyksi. Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut maahanmuuttajille ja viranomaisille tarkoitetun esitteen tyttöjen ympärileikkauksesta, sen muodoista, vahingollisista seurauksista ja sen suorittamista seuraavista rangaistuksista. Perhe saattaa kuitenkin lähettää tytön ulkomaille operoitavaksi.[118]
Lokakuussa 2010 peruspalveluministeriö teki päätöksen, jonka mukaan poikien ympärileikkauksen sallivaa lakia ei säädetä Suomessa. Pojalle ympärileikkauksen tehnyt lääkäri tai sen teettänyt vanhempi saattaakin syyllistyä pahoinpitelyyn. Kyseistä lakiehdotusta vastustivat useat kansalaisjärjestöt, poliisit ja suuri osa lääkäreistä. Heidän mielestään toimenpide ei kuulu suomalaiseen yhteiskuntaan. Monet tahot, esimerkiksi syyttäjät, olisivat kuitenkin halunneet, että asiasta olisi selkeä lainsäädäntö.[119]

Maahanmuuttajaväestön lisääntyessä viranomaiset ovat joutuneet ottamaan huomioon kunniamurhat ja kunniaväkivallan, jotka voivat kohdistua myös lapsiin ja nuoriin. Pohdittaessa, miten kunniaväkivalta eroaa suomalaisväestön keskuudessa esiintyvästä perheväkivallasta, on päädytty seuraavaan tulkintaan: perheväkivalta on yksilön reaktio, joka liittyy pettymyksiin läheisissä ihmissuhteissa, kun taas kunniaväkivallassa on kyse yhteisön reaktiosta. Jos suvun tai perheen kunnia on uhattuna, yhteisö voi

painostaa väkivaltaan ja hyväksyä sen. Väkivalta on silloin kollektiivista ja harkittua. Se voi olla fyysistä tai henkistä, ja useimmiten se kohdistuu naisiin ja tyttöihin. Heidän itsemääräämisoikeuttaan rajoitetaan ja heitä estetään osallistumasta valtaväestön toimintaan. Tytöt voidaan sulkea kotiin niin, että he eivät saa osallistua harrastuksiin eivätkä tavata suomalaisväestöön kuuluvia ikätovereitaan, etenkään poikia. Joskus saatetaan kieltää jopa koulunkäynti. Erityisesti tytöt, mutta joskus myös pojat, voidaan pakottaa avioliittoon vanhempien valitseman puolison kanssa. Ajatuksena on tällöin varmistaa vanhempien ehdoton auktoriteetti sekä tyttöjen siveys. Toistaiseksi Suomessa ei ole tietoa kunniamurhista, mutta kunniaväkivallasta on epäilyjä. Maahanmuuttajalasten katoamistapauksissa on otettava huomioon, että taustalla voi olla kunniaväkivaltaa tai avioliittoon pakottamista. Suomessa voidaan katsoa pätemättömäksi avioliitto, johon toinen osapuoli on pakotettu tai joka on solmittu tämän ollessa vielä lapsi. Kunniaväkivallan ehkäisemisessä viranomaisten yhteistyö on ratkaisevan tärkeää.[120]

7.6. Lapsikauppa

Lapsen oikeuksien sopimuksen mukaan valtioiden on estettävä lapsikauppa (35. artikla). Väärinkäytösten uhriksi joutunutta lasta on myös autettava toipumaan ja hänen sopeutumistaan yhteiskuntaan on edistettävä (39. artikla). Lisäksi lasta on suojeltava kaikenlaiselta seksuaaliselta hyväksikäytöltä (34. artikla). Tästä huolimatta lapsikaupan uhreiksi joutuu lapsia kaikkialla maailmassa sekä kehitys- että teollisuusmaissa. Uhreista tulee ilmaista tai halpaa työvoimaa, heidät voidaan pakottaa lapsisotilaiksi,tai heitä käytetään urheilulajeissa, joissa pienestä koosta on hyötyä. Uhri altistuu helposti väkivallalle, seksuaaliselle hyväksikäytölle ja HIV-tartunnalle. Hän ei saa kasvaa perheessään eikä käydä koulua. Lapsikauppa on rikollista toimintaa, joka pidetään enimmäkseen salassa, joten uhrien tarkkaa lukumäärää on vaikea tietää. Arvioiden mukaan uhriksi joutuu yli miljoona lasta vuosittain. Lapsiin kohdistuva seksikauppa on räikeimpiä lapseen kohdistuvia rikoksia. Lapsi voidaan kaapata, huijata tai pakottaa mukaan seksibisnekseen. Joskus köyhä perhe myy lapsen tähän tarkoitukseen saadakseen perheelle rahaa.[121]

Rita Chi-Ying Chung (2009) valottaa lapsikauppaa, siihen liittyvää vallankäyttöä sekä ihmisoikeuksia aasialaisen kulttuurin näkökulmasta. Kulttuuri vaikuttaa siihen, miten helposti lapset joutuvat tai heidät saadaan houkuteltua lapsikaupan uhreiksi. Kulttuurista riippuu myös se, miten

vaikeaa tai mahdotonta heidän voi olla myöhemmin palata perheensä pariin. Aasialaisessa kulttuurissa perheellä on keskeinen merkitys. Lasten odotetaan olevan tottelevaisia ja nöyriä, kunnioittavan vanhempiaan ja huolehtivan heistä. Heidän odotetaan uhraavan omat toiveensa yhteisen edun ja perheen hyväksi. Nämä arvot edellyttävät myös, että lapsen on parhaansa mukaan edistettävä perheen taloudellista toimeentuloa. Aasialaisessa kulttuurissa miehillä on hallitseva asema ja poikia arvostetaan tyttöjä enemmän. Tyttöjä voidaan pitää omaisuutena, josta on mahdollista käydä kauppaa. Lapsikaupan uhreiksi joutuneet saattavat kokea, että heidän on suostuttava prostituutioon auttaakseen perheitään taloudellisesti. Ihmiskauppa käsitteenä voi olla täysin tuntematon uhrille ja hänen yhteisölleen: uhri sen enempää kuin hänen lähiympäristönsäkään eivät välttämättä ymmärrä, että kysymyksessä on rikollinen toiminta. Chungin mukaan asiasta tiedottaminen on ensiarvoisen tärkeää tällaisessa kulttuurissa. On säädettävä lakeja ja koulutettava asiantuntijoita, niin että he osaavat käsitellä uhreiksi joutuneita näiden kulttuuriin sopivalla tavalla. On kiinnitettävä huomiota myös tosiasiaan, että koko ihmiskauppaa ei olisi, ellei olisi kysyntää.[122]
Lapsikauppa saadaan loppumaan vain kansainvälisen ja valtioiden sisäisen yhteistyön avulla. Ihmiskaupan taustalla olevia syitä, köyhyyttä, syrjintää, eriarvoisuutta ja väkivaltaa on pyrittävä poistamaan. Uhreiksi joutuneille on järjestettävä tukipalveluita. Tyttöjen koulunkäynnin edistäminen ehkäisee lapsiprostituutiota. Köyhät perheet tarvitsevat tukea ja tietoa lasten oikeuksista. Entiset lapsikaupan uhrit tarvitsevat elämäntaitojen opetusta ja ammattikoulutusta sekä psykososiaalista kuntoutusta. Uhrit tarvitsevat erityisen paljon tukea, jos heidän perheensä ja yhteisönsä on hylännyt heidät. Viranomaisille on tiedotettava, miten uhriksi joutuneiden lasten kanssa on toimittava.[123]

Suomen valtioneuvosto hyväksyi vuonna 2005 ihmiskaupan vastaisen toimintasuunnitelman, jota tarkennettiin vuonna 2008. Suunnitelmassa otetaan huomioon lasten erityisasema. Lapsikaupan mahdollisuutta ei voida sulkea pois Suomessakaan. Eräs riskiryhmä ovat ilman huoltajaa maahan saapuvat alaikäiset turvapaikanhakijat. Toimintasuunnitelmassa todetaan, että Suomi toimii melko varmasti lapsikaupan kauttakulkumaana. On myös mahdollista, että lapsikauppaan liittyvää lasten hyväksikäyttöä esiintyy Suomessa. On tärkeää, että viranomaisten ja valtioiden yhteistyöllä tunnistetaan riskialttiit lapset ja kiinnitetään huomiota heidän suojeluunsa. Suomi on osallistunut Pohjoismaiden, Baltian maiden ja Venäjän väliseen monimuotoiseen yhteistyöhön ihmiskaupan estämiseksi. Ulkomaalaislakiin lisättiin vuonna 2006 muun muassa säännös oleskeluluvan myöntämisestä

henkilölle, jonka voidaan perustellusti epäillä joutuneen ihmiskaupan uhriksi ja joka on valmis yhteistyöhön viranomaisten kanssa rikoksen selvittämiseksi. Lainmuutoksella pyrittiin auttamaan uhreja sekä tehostamaan ihmiskaupan torjumista ja rikollisten kiinni saamista.[124]

7.7. Lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö

Lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö on yllättävän tavallista, vaikka tiedotusvälineet ovat nostaneet sen yleiseen tietoisuuteen vasta viime vuosikymmenien aikana. Hyväksikäyttöä esiintyy kaikissa kulttuureissa, yhteiskunnissa ja yhteiskuntaluokissa.[125],[126] Lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö on sen kaikissa muodoissa aina traumatisoivaa.

7.7.1. Lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö rikoslaissa

Suomen rikoslain mukaan lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö tarkoittaa alle 16-vuotiaan lapsen kanssa tapahtuvaa sukupuoliyhteyttä, koskettelua tai muuta seksuaalista tekoa, joka vahingoittaa lapsen kehitystä. Suojaikäraja on 18 vuotta, jos tekijä on lapsen vanhempi tai muu siihen rinnastettavassa asemassa oleva tai lapsen kanssa samassa taloudessa asuva aikuinen. Jo lapsen seksuaalisen hyväksikäytön yritys on rangaistava teko, samoin se, että tekijä saa lapsen ryhtymään seksuaaliseen toimintaan. Hyväksikäyttö katsotaan törkeäksi, jos kohteena on lapsi, jolle rikos aiheuttaa erityistä vahinkoa hänen ikänsä tai kehitystasonsa vuoksi, tai jos rikos tehdään erityisen nöyryyttävällä tavalla. Teko on törkeä myös silloin, kun tekijänä on henkilö, johon lapsi erityisesti luottaa tai josta hän on erityisen riippuvainen. Samanikäisten nuorten keskinäiset seksuaalisuhteet eivät kuulu rangaistavuuden piiriin. Seksuaalipalvelujen ostaminen tai ostamisen yritys alle 18-vuotiaalta on rangaistavaa. Myös kaikenlainen paritus on kiellettyä.[127]

On rikos valmistaa, tuoda maahan tai viedä maasta, kaupata tai vuokrata sellaisia kuvia tai kuvatallenteita (esim. videoita), joissa kuvataan lasta sukupuoliyhteydessä tai siihen rinnastettavassa seksuaalisessa kanssakäymisessä tai muulla sukupuolisiveellisyyttä loukkaavalla tavalla. Sukupuolisiveellisyyttä loukkaavan lasta esittävän kuvan hallussapito on myös rikos.[128]

Lapsen houkutteleminen seksuaaliseen toimintaan (*grooming*) kriminalisoitiin vuonna 2011. Toinen samana vuonna lakiin lisätty uusi rikosnimike on sukupuolisiveellisyyttä loukkaavan lasta koskevan esityksen seuraaminen. Sellaisen järjestetyn esityksen seuraaminen on rangaistava teko. Myös yritys on tuomittava.[129]

Internet voi olla seksuaalisen hyväksikäytön väline. Kyseessä voi tällöin olla jokin seuraavista tapauksista:

- Lapsi altistetaan aikuispornografialle.
- Lapsi altistetaan kuville, jotka liittyvät lasten hyväksikäyttöön.
- Lapsi myydään seksuaalista hyväksikäyttöä varten.
- Harjoitetaan lapsiprostituutiota, jossa asiakkaita hankitaan internetin tai puhelimen avulla.
- Lapsi altistetaan internetin välityksellä seksiin aikuisen tai nuoren kanssa.
- Lapsen vanhemmat voivat käyttää, tuottaa ja välittää kuvia, jotka liittyvät lasten hyväksikäyttöön.
- Lasta voidaan internetin välityksellä valmistella seksuaalisen hyväksikäytön kohteeksi.
- Lapsi voidaan myydä internetissä tapahtuvaa seksuaalista hyväksikäyttöä varten.
- Lapsesta voidaan ottaa hyväksikäyttökuvia, jotka päätyvät internetiin.[130]

Internetin käytön myötä lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö on helpottunut ja yleistynyt. Verkossa hyväksikäyttäjän on mahdollista luoda kontakti myös sellaisiin lapsiin, joihin muuten olisi vaikeaa tai mahdotonta saada yhteyttä. Lapsen houkutteleminen seksuaaliseen toimintaan tarkoittaa, että hyväksikäyttöön pyrkivä rakentaa lapseen ja usein myös lapsen lähiympäristöön (esim. perheeseen) sellaisen suhteen, jossa toiminta tulee mahdolliseksi. Hyväksikäyttö tai sen valmistelu voi tapahtua joko verkossa tai todellisessa elämässä. Hyväksikäyttäjä manipuloi lasta, saa tämän luottamaan häneen ja rikkoo vähitellen lapsen rajoja. Hän voi myös kiristää lasta käyttämällä tähän liittyvää luottamuksellista tietoa tai materiaalia, jonka tuleminen muiden tietoon aiheuttaisi häpeää tai ahdistusta.[131]

Seksuaaliseen hyväksikäyttöön houkuttelu – internetissä tai todellisessa elämässä – perustuu epätasa-arvoiseen valtasuhteeseen. Tekijä voi olla mukana jossain yhteiskunnan instituutiossa, ja hän saattaa toimia tämän laitoksen sisällä (*institutional grooming*). Hyväksikäyttöä suunnitteleva pyrkii tällöin käyttäytymisellään vakuuttamaan ympäristölle, ettei hänestä

ole vaaraa lapsille. Toiminnan perusperiaate on aina sama: vakuuttavalla esiintymisellä ansaitaan luottamus, jota sen jälkeen käytetään väärin.[132]

Syytös lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä on voimakas ase. Sitä saatetaankin joskus käyttää aiheetta toista vanhempaa vastaan. Erityisesti Yhdysvalloissa ja Kanadassa vaikeissa avioeroissa ja huoltajuuskiistoissa asioiden selvittelyä hankaloittaa vanhemman vieraannuttamissyndroomaksi nimetty oireyhtymä (*Parental Alienation Syndrome*, PAS). Käsitteen loi ja teki tunnetuksi yhdysvaltalainen psykiatri Richard Gardner. Syndrooman tärkein piirre on lapsen etävanhempaansa kohtaan osoittama perusteeton ja epäoikeudenmukainen mustamaalaava asennoituminen, jonka lähivanhempi aiheuttaa manipuloimalla lasta. Etävanhempaa syytetään näissä tapauksissa usein seksuaalisesta hyväksikäytöstä. Koska tällaiset syytökset voivat olla aiheellisiakin, ne on selvitettävä perusteellisesti, jotta lapsen turvallisuus voidaan varmistaa. Tällaisia tapauksia tutkivien asiantuntijoiden pitäisikin olla perehtyneitä sekä seksuaalisen että fyysisen pahoinpitelyn tutkintamenetelmiin. Heidän tulisi tuntea perhesysteemit, avioeroon ja huoltajuuteen liittyvät seikat ja oikeudenkäyntiprosessit. PAS on erittäin kiistelty ilmiö. Suomessa sitä ei toistaiseksi tunneta kovin hyvin, vaikka siitä käydään joskus kiivastakin keskustelua internetissä.[133]

7.7.2. Lapsen seksuaalisen hyväksikäytön seurauksia

Seksuaalisesta hyväksikäytöstä on aina vakavia seurauksia lapselle. Hänen seksuaalinen ja psyykkinen kehityksensä häiriintyy, kun hän joutuu tilanteisiin ja rooleihin, joita ei pysty hallitsemaan ja joihin hän ei ole valmis henkisesti eikä fyysisesti. Hyväksikäytön uhri menettää luottamuksensa aikuisiin. Seurauksena voi olla vakavia kiintymyssuhteen häiriöitä, ahdistuneisuutta, pelkoja, häpeää sekä avuttomuuden, hylätyksi tulemisen ja syyllisyyden tunteita. Uhreilla esiintyy muuta väestöä enemmän masennusta, päihderiippuvuuksia ja antisosiaalista käyttäytymistä. He voivat myös vetäytyä tai käyttäytyä itsetuhoisesti tai korostuneen seksuaalisesti. Seksuaalinen hyväksikäyttö ja siihen liittyvät tunnereaktiot voivat purkautua pakonomaisena suhtautumisena sukupuolisuuteen, joka ilmenee joko kokemusten hakemisena (irtosuhteet, prostituutio) tai niiden välttelynä. Seksuaali-identiteetin ongelmat ovat tavallisia. Oireiden vakavuus riippuu muun muassa siitä, miten pitkään hyväksikäyttö on jatkunut, miten väkivaltaista se on ollut ja millaisia ristiriitaisia rooleja siihen on liittynyt.[134]

Thomasin (2005) mukaan seksuaalisesti hyväksi käytettyjen lasten kehitys voi suuntautua useille erilaisille urille. Muutamat heistä osoittavat sellaista selviytymiskykyä, että he toipuvat psykologisesti melko hyvin. Suurin osa kuitenkin saa jonkinasteisia oireita. Heidän psykososiaalinen kehityksensä häiriintyy, ja heille kehittyy psykiatrisia, psykologisia ja sosiaalisia ongelmia. Rajatilahäiriön, dissosiatiivisen identiteettihäiriön, itsemurha-alttiuden, päihteidenkäytön, sosiopatian ja väkivaltaisuuden taustalta saattaa löytyä lapsuusajan hyväksikäyttöä. Hyväksikäytöllä voi myös olla yhteyttä vakaviin fyysisiin sairauksiin.[135]

Fyysistä, seksuaalista ja psykologista väkivaltaa esiintyy harvoin erillisinä toisistaan[136]. Lasten ja nuorten dissosiatiiviset oireet voivat seksuaalisen hyväksikäytön lisäksi olla seurausta muistakin traumaattisista kokemuksista. Tällaisia saattavat olla esimerkiksi fyysinen väkivalta tai sellaisen näkeminen, lääketieteellinen vamma, lapsen hoidon laiminlyönti ja sodan tai katastrofin aiheuttama trauma.[137]

Lapsen seksuaalisen hyväksikäytön laajuus on noussut yleiseen tietoisuuteen vasta viime vuosikymmenien aikana. Fyysistä, seksuaalista ja psykologista väkivaltaa esiintyy usein samanaikaisesti, ja kaikilla niillä on vakavia, pitkäkestoisia seurauksia. Traumaattiset kokemukset voivat aiheuttaa monenlaisia psyykkisiä tai fyysisiä sairauksia ja ongelmia useilla elämänalueilla.

7.8. Yhteenvetoa lasten kaltoinkohtelusta

Vaikka lasten oikeuksiin, turvallisuuteen ja hyvinvointiin on kiinnitetty huomiota ja heidän asemaansa on pyritty parantamaan sekä globaalisti että valtiollisella tasolla, väkivalta ja monenlainen kaltoinkohtelu ovat yhä osa monen lapsen arkipäivää. Lapsi on aikuiseen verrattuna heikossa asemassa, ja hänen on vaikea puolustaa itseään. Usein käy niin, että epäillyt lapseen kohdistuvat rikokset ja väkivalta jäävät rankaisematta, koska näyttöä on vaikea saada. Suomessa lähes kaikki henkirikokset tulevat poliisin tietoon ja surmattujen lasten määrä on selvästi vähentynyt puolen vuosisadan aikana[138]. Lievemmissä tapauksissa todistusaineisto ei useinkaan riitä, joten oikeusprosessi saattaa päättyä näytön puutteeseen.

Tutkimusraportissa *Lapsiin kohdistuva väkivalta ja hyväksikäyttö – tapausten tunnistaminen, rikosprosessi ja viranomaistyö*[139] tarkastellaan rikoksia ja niiden selvittämiseen liittyvää viranomaisyhteistyötä kolmella eri paikkakunnalla vuonna 2007. Niissä vain noin kolmannes poliisin

tietoon tulleista lapseen kohdistuneista väkivalta- tai hyväksikäyttöepäilyistä eteni tuomioistuinkäsittelyyn. Tutkintamenetelmien ja yhteistyön kehittäminen poliisin, syyttäjän, lääkärin ja sosiaaliviranomaisten välillä on tarpeen, jotta lapsiin kohdistuvista rikoksista saataisiin riittävästi näyttöä.[140] Lasten kaltoinkohtelun tunnistamista ja siihen puuttumista helpottaa moniammatillinen yhteistyö. Hoitajien rooli ja vuorovaikutustaidot ovat tärkeitä.[141]

Lapsen oikeuksien sopimuksen 42. artikla velvoittaa ”valtioita saattamaan yleissopimuksen periaatteet ja määräykset niin aikuisten kuin lastenkin tietoon tarkoituksenmukaisesti ja aktiivisesti”. Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointiin tähtäävän politiikkaohjelman tavoitteena on varmistaa, että YK:n lapsen oikeuksien sopimus tunnetaan ja että sitä käytetään hallintoa ja päätöksentekoa ohjaavana asiakirjana. Suomen työministeriön työryhmän mukaan lasten oikeuksista, myönteisestä kasvatuksesta ja kuritusväkivallan laittomuudesta tulee kertoa maahanmuuttajille kotouttamisen yhteydessä. Tietoa on tuotettava myös vähemmistökielillä, ja valistustyössä on pyrittävä toimimaan yhdessä maahanmuuttajien omien järjestöjen kanssa. Myös uskonnollisten yhteisöjen ja kirkkojen sitoutuminen kuritusväkivallan vähentämiseen on tärkeää.[142]

Viranomaisten toiminta on joskus lapsen kannalta sietämättömän hidasta. Resursseista on pulaa, joten tarvittavia asiantuntijalausuntoja voidaan joutua odottamaan pitkään. Tällöin myös oikeusprosessit venyvät ja lapsen mahdollisesti tarvitsema terapia tai pysyvät lastensuojelulliset toimenpiteet lykkääntyvät. Pahimmillaan viivytykset rikkovat vakavasti YK:n lapsen oikeuksien yleissopimuksen vaatimusta, että lapsen edun tulisi olla viranomaisten toiminnan lähtökohtana.[143]

Humpin ja Ellosen (2010) tutkimuksessa haastateltiin viranomaisia lapsiuhritapausten käsittelystä. Keskeisimmiksi keinoiksi kehittää tapausten selvittelyä nousivat resurssien ja lasten asioita käsittelevien asiantuntijoiden koulutuksen lisääminen sekä tutkinnan keskittäminen. Ennen kaikkea poliisien ja lääkäreiden peruskoulutukseen kaivattaisiin opetusta, jossa pureuduttaisiin siihen, miten lapsiin kohdistuvaa väkivaltaa tulisi käsitellä. Yksi esimerkki tutkinnan keskittämisestä on pohjoismainen Lastentalo (Barnhus) -malli, jossa lapsiin kohdistuvaa väkivaltaa ja hyväksikäyttöä selvittelevät viranomaiset toimivat saman katon alla. Tutkimus tukee mallin käyttöönottoa myös Suomessa. Myös uhriin suhtautumisessa voitaisiin seurata muiden Pohjoismaiden esimerkkiä. Rikoksesta epäillyn oikeusturva on Suomessa usein parempi kuin sen kohteeksi joutuneen. Uhrin näkökulman huomioimisessa on vielä paljon tehtävää.[144]

YK:n lapsen oikeuksien sopimukseen on valmisteilla valitusmenetelmä, jonka kautta lapset tai heidän edustajansa voivat hakea muutosta, jos lapsen oikeuksia loukataan eikä kotimaasta löydy apua. YK:n ihmisoikeusneuvosto päätti uuden valitusmekanismin valmistelusta Genevessä maaliskuussa 2010. Valitusmahdollisuus toteutunee vuoden 2011 loppuun mennessä. Sen jälkeen lapset tai heidän edustajansa voivat tarvittaessa jättää selvityspyynnön YK:n lapsen oikeuksien komiteaan, joka tutkii, onko valtio toiminut vastoin YK:n sopimusta. Valitusmenettely on ainoa tapa taata, että lasten on mahdollista hakea muutosta, jos heidän oikeuksiaan on loukattu eivätkä heidän kotimaansa viranomaiset pysty auttamaan heitä.[145]

8. Parentifikaatio – roolien vääristyminen perheessä

Termillä *parentifikaatio* tarkoitetaan perhetilannetta, jossa vanhempien ja lasten roolit vääristyvät ja normaalit perheenjäsenten väliset rajat hämärtyvät. Lapsi joutuu ottamaan vanhemman roolin ja huolehtimaan molempien tai yhden vanhemman fyysisistä, emotionaalisista, joskus taloudellisistakin tarpeista.[146] Lapsi uhraa omat huomion, ohjauksen ja hoivan tarpeensa huolehtiakseen toisista. Parentifikaatio voi olla instrumentaalista tai emotionaalista. *Instrumentaaliseen parentifikaatioon* sisältyy vanhemman tai perheen fyysisistä tarpeista huolehtimista, kuten talouteen ja kodinhoitoon liittyviä velvollisuuksia. *Emotionaalinen parentifikaatio* tarkoittaa vanhemman uskottuna, tukijana ja ristiriitojen sovittelijana toimimista. Myös lohduttajan, pelastajan ja rauhantekijän roolit ovat mahdollisia. Emotionaalista parentifikaatiota pidetään yleisesti vahingollisempana kuin instrumentaalista.[147] Levine (2010) ja DiCaccavo (2006) käyttävät emotionaalisesta parentifikaatiosta myös ilmaisua *ekspressiivinen parentifikaatio*. Roolien vääristymisestä seuraa, että lapsi kokee tulleensa epäoikeudenmukaisesti kohdelluksi[148]. Parentifikaatio voi aiheuttaa lukuisia myöhemmin elämässä ilmeneviä psykologisia vaikeuksia, kuten depressiota, häpeän tunteita, ahdistuneisuutta ja sosiaalista eristäytymistä[149]. Parentifikaatiota kokeneet saattavat aikuisena pelätä omien lasten saamista ja sitä, että he siirtävät tämän vahingollisen toimintamallin seuraavalle sukupolvelle[150].

8.1. Roolien vääristymisen taustatekijöitä

On yhä enemmän näyttöä siitä, että parentifikaatiota esiintyy useimmiten perheissä, joissa on vakavia stressitekijöitä ja toimimattomuutta. Jommallakummalla vanhemmalla tai molemmilla voi olla sairaus tai mielenterveysongelmia, vanhemmat ovat voineet erota, tai heillä voi olla vakavia riitoja.[151] Myös perheen köyhyys näyttäisi ennustavan parentifikaatiota.[152]

Yli 133 miljoonalla yhdysvaltalaisella on krooninen sairaus tai vaiva, ja lukumäärä kasvaa jatkuvasti. Suuri osa sairastuneista on sen ikäisiä, että

heillä on pieniä lapsia. Duryean (2008) tutkimuksessa tarkasteltiin äidin kroonisen fyysisen sairauden vaikutusta lapsiin ja parentifikaation kehittymiseen. Erityisesti kiinnitettiin huomiota fibromyalgiaan ja nivelreumaan, sairauden kestoon ja oireiden vakavuuteen. Tutkimukseen osallistui 200 äitiä ja perheiden vanhin lapsi. Lapset olivat 11–17-vuotiaita. Tulosten mukaan parentifikaatio oli yleisempää vanhimmilla lapsilla. Tytöillä sitä esiintyi useammin kuin pojilla, joilla parentifikaatiota ilmeni siinä tapauksessa, että äidin sairaus kesti pitkään. Jos äiti oli tyytymätön saamaansa tukeen ja koki sairautensa suureksi taakaksi, parentifikaatio oli yleistä. Lapsilla, jotka olivat tyytyväisiä saamaansa tukeen ja kokivat äitinsä läheisempinä, oli vähemmän kokemuksia parentifikaatiosta. Tulosten mukaan perheet, joissa äidillä on krooninen sairaus, tarvitsevat lisää tukea perhesysteemin kaikilla tasoilla.[153]

Perheväkivallalle altistuvien lasten sopeutumista ennustaa se, miten lapset arvioivat väkivaltaa ja perheensä ihmissuhteita. Näiden tekijöiden keskinäisiä vaikutuksia on kuitenkin tutkittu vähän. Doucet (2010) tarkastelee kanadalaisessa tutkimuksessa, miten väkivallan uhka, syyllisyyden tunne ja hylätyksi tulemisen pelko ennustavat parentifikaatiota ja lojaalisuusristiriitoja lapsilla, jotka joutuvat todistamaan perheväkivaltaa. Tutkimukseen osallistui 79 lasta (41 poikaa ja 38 tyttöä), jotka olivat iältään 8–12 vuotta. Lapset asuivat äitiensä kanssa turvakodissa. Tulosten mukaan itsesyytökset ja hylkäämisen pelko ennustavat parentifikaatiota ja hylkäämisen pelko ennustaa myös lojaalisuusristiriitoja. Lapsen henkilökohtaiset ominaisuudet vaikuttavat parentifikaatioon ja lojaalisuusristiriitoihin. Myös äidin kumppanin (lapsen biologisen isän tai isäpuolen) osuutta käsitellään tutkimuksessa.[154]

Burnett ym. (2006) tarkastelevat, millainen yhteys kaoottisella perheellä ja vanhempien alkoholinkäytöllä on parentifikaation kehittymiseen. Tutkimuksessa oletettiin, että sekä vanhempien ongelmallinen alkoholinkäyttö että kaaos perheessä vaikuttaisivat toisistaan riippumatta perheenjäsenten roolien vääristymiseen. Otoksen asiakkaat tulivat suuren yhdysvaltalaisen metropolin alueella sijaitsevista kymmenestä avohoitoa järjestävästä terapialaitoksesta. Kyselykaavakkeilla selvitettiin osallistujien lapsuudenaikaisia kokemuksia vanhempien velvollisuuksien hoitamisesta. Niissä kysyttiin myös vanhempien alkoholinkäytöstä ja perheen toiminnan ennustettavuudesta neljällä alueella (kurinpito, hoiva, aterioiden säännöllisyys ja rahankäyttö).[155]

Kaksi hierarkkista regressioanalyysiä vahvisti, että perheen kaaos ja vanhempien alkoholismi vaikuttavat kumpikin merkittävästi lapsuusajan parentifikaatioon. Vanhempien ongelmajuominen ennakoi parentifikaatiota

huomattavasti enemmän kuin muut tekijät. Lisäksi tulokset vahvistavat, että kaaos perhejärjestelmässä on yksi tekijä parentifikaation kehittymisessä. Tulosten täydellistä tulkintaa varten on tärkeää ottaa huomioon väestötilastolliset muuttujat. Tutkimukseen osallistuneet naiset raportoivat parentifikaatiota ja vanhempien alkoholismia useammin kuin muissa vastaavissa tutkimuksissa, mistä voi päätellä, että tämä otos erosi jossain määrin muista otoksista. Naiset arvioivat myös lapsuusajan perheidensä kaaoksen suuremmaksi verrattuna aikaisempaan tutkimukseen, jossa ei havaittu eroja sukupuolten välillä. Lisätutkimusta tarvitaan näiden erojen ja niiden kontekstuaalisten muuttujien selvittämiseksi.[156]

8.2. Parentifikaation seurauksia

Vanhemmista huolehtiminen voi opettaa lapselle esimerkiksi vastuullisuutta ja omatoimisuutta. Useissa tutkimuksissa on kuitenkin todettu, että lapsuudenaikaisen parentifikaation seuraukset ovat pääasiassa haitallisia. Lapselle voi tulla muun muassa tunne-elämän ongelmia, käyttäytymishäiriöitä sekä vaikeuksia ihmissuhteissa nuoruusvuosina ja myöhemmin elämässä.[157] DiCaccavon (2006) mukaan parentifikaatiota kokenut lapsi voi nähdä autenttisen itsensä niin häpeällisenä, etteivät toiset voi hyväksyä häntä sellaisena kuin hän on, vaan hänen on ansaittava hyväksyntä. Omat tarpeet koetaan itsekkäiksi.[158] Burnett ym. (2006) toteavat, että väliaikaista parentifikaatiota voidaan pitää normatiivisena, ja se voi ilmentää lasten vastuuntuntoa, kyvykkyyttä ja autonomiaa. Tämä kuitenkin edellyttää, että he saavat riittävää tukea ja tunnustusta avuliaisuudestaan. Parentifikaatio voidaan katsoa luonnolliseksi järjestelyksi suurperheissä, yksinhuoltajaperheissä ja perheissä, joissa molemmat vanhemmat käyvät töissä. Pitkään jatkuva lapsuusajan parentifikaatio voi kuitenkin aiheuttaa aikuisiällä depressiivisiä oireita, ristiriitaisuutta kiintymyssuhteissa, narsistisia ja muita tuhoisia persoonallisuuspiirteitä, huijari-ilmiön (eli tunteen minän epäaitoudesta) sekä taipumusta käyttää mustavalkoista jaottelua eli lohkomista (splitting) psykologisena puolustusmekanismina.[159]

Fitzgerald ym. (2008) tarkastelevat yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa, miten parentifikaatio liittyy perheen riskitekijöihin (vanhemman psykopatologia, fyysinen sairaus tai perheväkivalta), lapsen seksuaaliseen hyväksikäyttöön ja myöhempään psykososiaaliseen sopeutumiseen. Tutkimuksessa käytettiin rakenneyhtälömallia (*structural equation model*) testattaessa, miten lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö, riskitekijät ja

parentifikaatio vaikuttivat suoraan, epäsuorasti tai välillisesti myöhemmin esiintyviin sopeutumisongelmiin. Tulosten mukaan lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö ja perheessä esiintyvät riskitekijät ennustivat suoraan ja toisistaan riippumatta vaikeita sopeutumisongelmia, mutta vain riskitekijät ennustivat parentifikaatiota. Vastoin ennakko-odotuksia lapsen seksuaalisella hyväksikäytöllä ei vaikuttanut olevan suoraa yhteyttä parentifikaatioon. Fitzgeraldin ym. mukaan parentifikaatio ja seksuaalinen hyväksikäyttö saattavat liittyä erityisesti isien ja tyttärien välisiin suhteisiin. Parentifikaatio on myös yleisempää tapauksissa, joissa hyväksikäyttö jatkuu pitkään. Tutkijaryhmä ehdottaakin, että tulevissa tutkimuksissa tarkasteltaisiin, miten hyväksikäytön vakavuus, kesto ja toistuvuus sekä uhrin ja hyväksikäyttäjän suhteen luonne vaikuttavat parentifikaatioon. Post hoc -analyysien perusteella erityyppiset parentifikaatiotilanteet ennakoivat erilaisia seurauksia. Esimerkiksi sisaruksista huolehtiminen kehittää omatoimisuutta ja sellaisia taitoja, jotka edistävät varsinkin nuorten naisten psykososiaalista sopeutumista. Koska tutkimukseen osallistuneet (499 ihmistä) olivat enimmäkseen valkoihoisia, ylempään keskiluokkaan kuuluvia naispuolisia yliopisto-opiskelijoita ja koska tutkimukseen liittyi joitakin metodologisia heikkouksia, tuloksia ei välttämättä voi yleistää muihin väestöryhmiin.[160]

Kanadalaiset tutkijat Williams ja Francis (2010) käsittelevät yksilön kokeman sisäisen tai ulkoisen kontrollin (*internal/external locus of control*) vaikutusta parentifikaatioon ja psykologiseen sopeutumiseen. Tutkimuksen otos oli 99 opiskelijaa (83 naista ja 16 miestä). Lapsuusajan parentifikaatiolla havaittiin olevan merkittävä yhteys myöhäisempään sopeutumiseen. Osallistujien raporttien perusteella näyttäisi siltä, että mitä enemmän lapsi on kokenut parentifikaatiota, sen todennäköisemmin hän on aikuisena onneton ja masentunut. Sisäisen kontrollin kokeminen sen sijaan vaikutti myönteisesti myöhäisempään sopeutumiseen. Jos tulevissakin tutkimuksissa päädytään samanlaisiin tuloksiin, Williamsin ja Francisin mukaan sisäisen kontrollin kokemusta voidaan pitää suojaavana tekijänä parentifikaation ja sen seurausten arvioinnissa. Ammattiauttajat voivat hyödyntää tätä tietoa ja kiinnittää huomiota asiakkaan kokemaan ulkoiseen tai sisäiseen kontrolliin. He voivat pyrkiä edistämään tunnetta siitä, että asiakas voi itse vaikuttaa olosuhteisiinsa. Tutkimustulosten laajempaa soveltamista rajoittavat otoksen koko sekä se, että yli 80 % osallistujista oli lähtöisin ehjistä kahden vanhemman perheistä. Lisäksi tiedot perustuivat opiskelijoiden muistikuviin lapsuudestaan, joten niissä saattoi olla epätarkkuutta.[161]

Se, miten lapset kokevat vanhempansa, vaikuttaa siihen, miten he käyttäytyvät ja miten he sopeutuvat koulunkäyntiin. Se vaikuttaa myös moraalikäsityksiin. Tutkimuksissa on yleensä keskitytty äidin ja lapsen suhteeseen, mutta lapsen suhde isään on useimmiten jäänyt huomiotta. Woolgar ja Murray (2010) tarkastelevat britannialaisessa tutkimuksessa lapsen ja isän suhdetta sekä parentifikaatiota perhetilanteissa, joissa äidillä on masennusta. Lasten osalta tutkimus toteutettiin nukkekotileikin ja kognitiivisten kykyjen sekä käyttäytymisongelmien arviointien avulla 5 vuoden iässä. Äitien ja isien psykologisia häiriöitä sekä perheen ilmapiiriä arvioitiin vanhempien haastattelujen perusteella. Woolgar ja Murray totesivat, että 5-vuotiaiden lasten nukkekotileikeissä sekä äidillä että isällä oli yhtä merkittävä rooli. Roolit olivat toisistaan erilliset ja ennustivat toisistaan riippumatta lapsen käyttäytymisongelmia. Tulokset viittaavat siihen, että hyvä kiintymyssuhde yhteen vanhempaan suojaa jo varhaisella iällä toisen vanhemman psykopatologialta. Lapsen ja isän välisen parentifikaation havaittiin olevan erityisen haitallista silloin, kun siihen ei liittynyt vastavuoroisuutta ja kun perheessä oli muita ongelmia (kun äiti sairasti depressiota). Lapsen joutuessa huolehtimaan isästään seurauksena oli kouluun sopeutumattomuutta vain niissä tapauksissa, joissa lapsi ei saanut vastavuoroisesti hoivaa isältään. Käyttäytymisongelmia esiintyi pelkästään niillä lapsilla, jotka yksipuolisesti hoivasivat isäänsä ja jotka sen lisäksi altistuivat äidin masennusoireille. Woolgar ja Murray toteavat, että parentifikaatio-käsitettä on tarpeellista muokata niin, että otetaan huomioon myös sellaiset lapset, jotka näkevät itsensä tarpeeksi arvokkaina saamaan hoivaa sekä kyvykkäinä hoivaamaan toisia. Tutkimus korostaa, miten tärkeää on arvioida lapsen perheympäristön riskitekijöitä sekä toipumis- ja joustamismahdollisuuksia.[162]

Lasten ja vanhempien roolien vaihtumisesta voi seurata, että lapsi kokee olevansa arvokas vain kyetessään huolehtimaan toisten ihmisten tarpeista. Liian varhainen ja liian suuri vastuu toisista näyttää estävän lapsen osallistumista hänen ikäänsä sopiviin harrastuksiin. Se hankaloittaa myös suhteiden luomista ikätovereihin. Parentifikaatio voi johtaa myöhemmin vastuunkantajan roolin omaksumiseen myös romanttisissa suhteissa. Se saattaa ehkäistä yksilöitymistä ja autonomiaa seurustelusuhteissa.[163]

8.3. Parentifikaatio ja vanhemman alkoholismi primaariperheessä

Yhdysvaltalaisten terveysviranomaisten tilastojen (2001) mukaan 8,3 miljoonaa lasta (11 %) asuu samassa taloudessa alkoholiriippuvaisen tai muita päihteitä käyttävän vanhemman kanssa. Parin viime vuosikymmenen aikana tehdyt tutkimukset osoittavat myös, että noin neljännes USA:n opiskelijoista on kasvanut alkoholistiperheessä. Alkoholistien lapsilla on muita suurempi riski aloittaa itsekin päihteidenkäyttö. Heillä voi myös esiintyä depressio-oireita, antisosiaalista käytöstä, alhaista itsetuntoa, ahdistuneisuutta ja ihmissuhdeongelmia. Perhetilanteen negatiivisista vaikutuksista huolimatta monet alkoholistien lapset eivät sairastu kliinisiin häiriöihin.[164]

Kelley ym. (2007) tutkivat parentifikaation, perheenjäsenten velvollisuuksien sekä vanhempien päihderiippuvuuden yhteyttä. Tutkimukseen osallistui 103 naisopiskelijaa, joiden vanhemmista toinen tai molemmat olivat alkoholiongelmaisia, sekä 233 naista, joiden vanhemmilla ei ollut päihdeongelmaa. Tulosten perusteella naisten primaariperheissä esiintyi todennäköisemmin parentifikaatiota, jos vanhemmat olivat päihderiippuvaisia. Alkoholistien lapset raportoivat vertailuryhmää enemmän instrumentaalista ja emotionaalista huolehtimista vanhemmistaan sekä suurempaa epäoikeudenmukaisuutta lapsuudessa. Naiset saattoivat joutua auttamaan perheenjäsenten taloudellisissa vaikeuksissa ja hoivaamaan nuorempia sisaruksiaan jopa opiskeluaikana. Perheenjäsenten väliset rajat hämärtyivät helposti. Opiskelijoiden raporttien mukaan heidät vedettiin lapsena usein vanhempien välisiin kiistoihin ja heiltä vaadittiin aikuisten velvollisuuksia.[165]

Päihderiippuvaiset vanhemmat luovat ilmapiirin, joka edistää roolien vaihtumista päinvastaisiksi. Vanhemmat eivät kykene näkemään tai ymmärtämään lastensa tarpeita eivätkä vastaamaan niihin sopivalla tavalla. Alkoholistiperheiden lapset kokivatkin muita useammin, että heitä oli kohdeltu epäoikeudenmukaisesti lapsuudenajan perheympäristössä. Tutkimusraporttien mukaan jommankumman vanhemman tai molempien alkoholinkäyttö saa tyttären ottamaan enemmän vastuuta perheenjäsenten emotionaalisista tarpeista. Äidin alkoholiriippuvuus vääristää tyttären roolia enemmän kuin isän riippuvuus. Päihderiippuvaisten äitien tyttäret raportoivat suurempaa epäoikeudenmukaisuutta primaariperheissään kuin vertailuryhmään kuuluvat. Eräs tärkeä kysymys on, miten alkoholistien lapset suhtautuvat omiin lapsiinsa, odottavatko he mahdollisesti heiltä liikaa vai ovatko he ylisuojelevia vanhempia. Tämä on Kelleyn ym. mielestä tärkeä tulevaisuuden tutkimuskohde.[166]

8.4. Nuoret, vanhempien ristiriidat ja parentifikaatio

Parisuhderistiriidat voivat heikentää vanhempien kyvykkyyttä toimia vanhempina. He voivat käyttäytyä epäjohdonmukaisesti, muuttua välinpitämättömiksi tai turvautua autoritäärisiin keinoihin kasvatustehtävässään. Jos nuori joutuu todistamaan parisuhteen ristiriitoja ja jompikumpi vanhempi etsii hänestä itselleen uskottua ja lohduttajaa tai jos nuori joutuu sovittelijan asemaan, hänen taakkansa on moninkertainen. Peris ym. (2008) tarkastelevat yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa parisuhderistiriitojen vaikutusta perheen sisäisiin rooleihin, parentifikaatiota nuorten ja heidän vanhempiensa näkökulmasta sekä kaikkien näiden seikkojen vaikutusta nuorten sopeutumisongelmiin. Tutkimus oli osa laajempaa pitkittäistutkimusta, jonka kohteena olivat parisuhteen ristiriidat ja lasten kehitys.[167]

Tutkimukseen osallistui 83 avo- tai avioparia sekä perheiden 83 nuorta, jotka olivat iältään 14–18 vuotta. Peris ym. huomauttavat, että kyseiset nuoret raportoivat melko vähän parentifikaatiota, mikä saattaa johtua siitä, että kaikissa otoksen perheissä oli kaksi vanhempaa. Vanhemmat saavat tällöin tukea kumppaniltaan eikä heidän tarvitse etsiä sitä lapsiltaan. Analyysien perusteella parentifikaatiolla oli yhteyttä parisuhderistiriitoihin. Silloin kun parentifikaatiota esiintyi, se oli pysyvä käyttäytymismalli – ei väliaikainen eikä pelkästään stressitilanteisiin liittyvä. Kuten aikaisemmissakin tutkimuksissa on havaittu, äidit etsivät emotionaalista tukea lapsiltaan isiä todennäköisemmin, ja tyttöjen raporttien mukaan äidit turvautuivat nimenomaan tyttäriinsä. Parentifikaatioteorioiden mukaan emotionaalisen tuen hakemiseen lapsilta liittyy puutteellinen herkkyys havaita lapsen tarpeita. Lisäksi lasten ja vanhempien käsitykset parentifikaatiosta eroavat toisistaan. Perisin ym. tutkimuksen tulokset tukivat molempia väittämiä. Vanhemmat, joita nuoret kertomansa mukaan joutuivat tukemaan ja joiden suhde lapsiin ei nuoren kuvauksen mukaan ollut lämmin tai kannustava, kokivat oman ja lastensa välisen suhteen aivan toisin. Vanhemmalle tuen hakeminen lapselta saattaa merkitä läheistä suhdetta, kun taas nuori voi tuntea, että se estää häntä itseään saamasta tukea ja hoivaa. Tätä vanhempi ei useinkaan havaitse.[168]

Tulosten analyysien mukaan parentifikaatio liittyi parisuhderistiriitoihin, nuorten kokemaan uhkaan, vanhemman ja lapsen suhteesta puuttuvaan lämpöön sekä nuorten taipumukseen puuttua vanhempien ristiriitoihin. Nuorten raporteista tutkijat löysivät myös viitteitä käyttäytymisen sisäistämiseen ja ulkoistamiseen sekä kyvyttömyyteen muodostaa läheisiä ihmissuhteita. Tutkimuksessa saatiin lisää näyttöä siitä, että parentifikaatio

aiheuttaa nuorille vaikeuksia, koska he joutuvat ottamaan kehitysvaiheeseensa sopimattomia velvollisuuksia. Perisin työryhmä toteaa yhteenvedossa, että perheen ristiriitatilanteissa parentifikaatio voi aiheuttaa nuorille käyttäytymis- ja sopeutumisongelmia, joita vanhemmat eivät välttämättä omien hankaluuksiensa takia tunnista. Ongelmien havaitsemista vaikeuttaa lisäksi se seikka, että parentifikaation kohteeksi joutuneet nuoret voivat näyttää ulospäin hyvin sopeutuneilta ja selviytyviltä. Heistä kasvaa usein paljon aikaansaavia ja sosiaalisesti taitavia aikuisia, mutta sisimmässään he voivat tuntea itsensä epävarmoiksi ja kärsiä jatkuvista dystymian (lievä, pitkäkestoinen masennus) oireista. Tutkimustulosten soveltamista laajemmin rajoittaa muun muassa se, että kyseiset perheet olivat ehjiä, homogeenisia ja yleensä hyvin toimivia.[169]

8.5. Parentifikaatio ja kiintymyssuhde

Byng-Hall (2002) käsittelee britannialaisessa artikkelissa parentifikaatiota turvattoman kiintymyssuhteen kontekstissa. Hänen käsityksensä mukaan parentifikaatiota esiintyy paljon useammin kuin yleisesti uskotaan. Parentifikaatio voi olla sopeutuvaa (*adaptive*) tai tuhoisaa (*destructive*). Satunnainen huolehtiminen vanhemmasta lyhyen ohimenevän sairauden aikana voi olla jopa luova kokemus, eikä lapselle kehity vanhempaa hoivaavan lapsen identiteettiä. Todennäköisesti hän saa tällöin myös tukea ja häntä kohdellaan oikeudenmukaisesti. Haitallista on sen sijaan pitkään jatkuva ja lapsen ikään ja kehitysvaiheeseen sopimaton vastuunotto, johon liittyy liian vaativia emotionaalisia ja instrumentaalisia velvollisuuksia. Se voi johtaa myöhemmällä iällä pakonomaiseen muista huolehtimiseen, joka pohjautuu syyllisyyden tunteisiin ja itsesyytöksiin. Ihminen voi tällöin pyrkiä auttamaan muita jopa vastoin näiden tahtoa. Normaali lapsuusiän kehitys voi häiriintyä. Parentifikaation haittavaikutuksia ovat muun muassa depressio, itsemurha-ajatukset, huono itsetunto, häpeä, ylenmääräiset syyllisyydentunteet, jatkuva huolestuminen, sosiaalinen eristäytyminen, psykosomaattinen oireilu ja käyttäytymishäiriöt. Byng-Hall viittaa Jurkovicin (1997) väittämään, jonka mukaan tuhoisa parentifikaatio pitäisi luokitella lasten hyväksikäytön yhdeksi muodoksi.[170]

Käyttäytymis- ja roolimallit siirtyvät sukupolvelta toiselle. Normaaliin kiintymykseen ja hoivaamiseen liittyy vastavuoroisuus. Turvalliset kiintymyssuhteet tukevat yksilön autonomian kehittymistä, ja niihin liittyy vähemmän ongelmia kuin turvattomiin kiintymyssuhteisiin. Turvallisessa

perheympäristössä aikuiset kykenevät tekemään yhteistyötä. Sellainen ympäristö tarjoaa riittävän verkoston luotettavia ihmissuhteita, niin että kaikenikäiset perheenjäsenet kokevat olonsa turvatuksi. Jos vanhempi kokee toisen vanhemman uhkaksi itselleen, siitä voi seurata aikuisen selviytymiskamppailu. Huomio kääntyy silloin pois lasten hyvinvoinnista ja tarpeista. Tällaisessa tilanteessa vanhempi helposti etsii liittolaista lapsistaan. Epäterveet liittoutumat ovat tavallisimpia perheissä, joissa parisuhde on etäinen tai ristiriitainen. Niitä voi muodostua myös yksinhuoltajien perheissä, joissa esimerkiksi isovanhempi osallistuu lasten kasvatukseen.[171]

8.6. Parentifikaatio ja terapia

Burnettin ym. (2006) tutkimustulokset viittaavat siihen, että sekä kaoottisissa perheissä että alkoholistien perheissä järjestystä luovat interventiot ovat monella tapaa hyödyllisiä. Ennakoitavuuden ja järjestyksen luominen saattaa ehkäistä joitakin lapsia ottamasta liikaa vastuuta perheessä, jolloin he voivat keskittyä omiin sosiaalisiin ja emotionaalisiin tarpeisiinsa. Ennen interventiota perheterapeuttien on kuitenkin syytä ottaa selvää, missä yhteydessä roolit vaihtuivat. Lisäksi on aiheellista selvittää, vaikuttavatko parentifikaatio, vanhempien alkoholismi ja kaaos perheessä lasten sopeutumisvaikeuksiin, päihteidenkäyttöön ja mielialahäiriöihin. Tutkimuksissa, jotka yhdistävät alkoholismin ja lasten kehittymisen negatiiviseen suuntaan, on syytä tarkastella perhetason muuttujien (esimerkiksi kaaos ja parentifikaatio) vaikutusta. Lisäksi on hyödyllistä selvittää, lieventääkö suvun tuki negatiivisia vaikutuksia, joita kasvaminen alkoholistikodissa, kaoottisessa perheessä tai parenfikaatioperheessä aiheuttaa.[172]

DiCaccavo (2006) esittelee interventiomallin, jossa parentifikaatiota käsitellään. Asiakkaan näkyvyyttä pyritään lisäämään tunnistamalla ja tunnustamalla lapsena tehty työ sekä siihen liittyvä emotionaalinen taakka ja häpeä. Asiakas voi terapiahuoneen turvallisessa ympäristössä kokea vanhempiinsa ja lapsuutensa menetyksiin liittyviä voimakkaita tunteita. Terapeutti auttaa huomioita tekemällä ja vastarintaa käsittelemällä asiakasta tunnistamaan ja hyväksymään autenttisen minuutensa sekä oppimaan erillisyyttä ja autonomiaa, niin että asiakasta ohjaavat enemmän omat kuin toisten tarpeet. Häpeää ja mustavalkoista jaottelua (lohkominen, *splitting*) käsitellään. Parentifikaatioon liittyvät erityisesti narsistiset ja masokistiset lohkomisen muodot. Asiakkaan epäaito minuus voi ilmetä terapiassa muun muassa esimerkillisenä toimintana tai työnarkomaniana. Tavoitteena on

luoda terapeuttinen ilmapiiri, jossa aikaisemmat vahingolliset kokemukset eivät toistu, vaan asiakas voi saada aitoa hoivaa, huomiota ja empatiaa. Luottamuksellisen suhteen luominen parentifikaatiota kokeneen asiakkaan kanssa voi kuitenkin viedä aikaa, sillä hän saattaa pelätä hylkäämistä ja torjutuksi tulemista.[173]

Byng-Hallin mukaan parentifikaatiota voidaan ehkäistä perheterapian avulla. Terapian keskeinen tavoite on vähentää aikuisen tarvetta hakea tukea lapsiltaan: vanhempien keskinäisiä ristiriitoja pyritään ratkaisemaan, heitä autetaan tukemaan toisiaan, muodostamaan asianmukaiset sukupolvien väliset rajat ja pitämään niistä kiinni. Sukupolvelta toiselle siirtyviä vahingollisia toimintamalleja pyritään katkaisemaan ja tietoisuutta perheenjäsenten vuorovaikutuksesta lisäämään. Vanhempia autetaan tekemään yhteistyötä toistensa arvovallan horjuttamisen sijasta. Epäterveet liittoutumat pyritään purkamaan. Byng-Hallin kokemuksen mukaan lasten kärsimys jää usein näkemättä jopa terapeuteilta. Parentifikaatio on vain yksi negatiivinen tekijä perheissä, joissa kiintymyssuhteet ovat turvattomia. Seksuaalinen hyväksikäyttö on myös eräänlainen parentifikaation muoto, jossa lapsi pakotetaan hänelle kuulumattomaan aikuisen rooliin. Byng-Hallin mielestä perheterapiassa tulisi ottaa aikaisempaa enemmän huomioon hoivan ja huolenpidon jakautuminen perheenjäsenten kesken sekä vahingollisen parentifikaation mahdollisuus.[174]

8.7. Parentifikaatio ammatinvalinnan taustalla

DiCaccavo (2002) käsittelee henkilöiden motivaatiota hakeutua terapeutin ammattiin 64 opiskelijaa käsittävällä otoksella. Puolet osallistujista opiskeli psykologiaa ja puolet taideaineita. Psykologiksi opiskelevien oletettiin kokeneen parentifikaatiota lapsuudessaan todennäköisemmin kuin taideaineita opiskelevien. Lisäksi oletettiin, että he ovat saaneet vähemmän hoivaa, vanhemmat ovat kontrolloineet heitä enemmän ja heillä on suurempi taipumus toisten auttamiseen kuin taideaineiden opiskelijoilla. Tutkimustulokset tukivat olettamuksia. Omien raporttiensa mukaan psykologeiksi opiskelevat olivat saaneet vähemmän vanhempien hoivaa, heitä oli kontrolloitu enemmän ja he olivat kokeneet parentifikaatiota useammin kuin taideaineiden opiskelijat. He kertoivat myös kontrolliryhmää harvemmin saaneensa äidin hoivaa. Roolien vaihtumista ennustavien tekijöiden arvioinneista DiCaccavo havaitsi, että isän hoivan puuttumisella oli yhteys korkeampaan parentifikaation tasoon kaikilla tutkimuk-

seen osallistujilla. Äidin hoivan vaikutus näytti olevan erilainen riippuen osallistujan sukupuolesta. Äidin hoivan puuttuminen vaikutti tyttöjen parentifikaatioon ja äidin suurempi hoiva poikien parentifikaatioon.[175]

Lapsuudenkokemukset motivoivat ammattiauttajaksi hakeutuvia erityisesti kahdesta syystä. Parentifikaatiokokemukset ovat auttaneet heitä kehittämään niitä ominaisuuksia, joita toisten psykologisessa auttamisessa tarvitaan. Lisäksi terapeutin rooli mahdollistaa oman ahdistuksen epäsuoran käsittelyn asiakkaan ongelmien kautta. Koska parentifikaatiota kokeneet terapeutit ovat oppineet pitämään toisten tarpeita omiaan tärkeämpinä, heidän saattaa olla vaikea pyytää apua. Tutkimuksen tulokset korostavat ammattiauttajien tarvetta huolehtia itsestään välttääkseen loppuunpalamisen.[176]

DiCaccavon (2006) toisen artikkelin mukaan vanhemmat pyrkivät ratkaisemaan omia täyttämättä jääneitä lapsuusiän tarpeitaan hakemalla lapsiltaan sekä emotionaalista että käytännön tukea ja hoivaa. Lapset jäävät tällaisessa perhedynamiikassa näkymättömiksi, ja he oppivat, että heidän tarpeensa eivät ole yhtä tärkeitä kuin toisten tarpeet. Näin he oppivat kieltämään omat tarpeensa. He kokevat, ettei heitä voida hyväksyä omana itsenään, ja kehittävät epäaidon minuuden (esim. huijariilmiö). He voivat omaksua kiltin lapsen roolin välttyäkseen hylkäämiseltä. Näkymätön, kiltti lapsi herkistyy huomaamaan toisten tarpeet, ja tästä tulee hänen pääasiallinen tapansa olla suhteessa vanhempaan. Aikuisena sama ihmissuhdemalli voi siirtyä työelämään niin, että henkilö toimii ammatissa, jossa keskitytään toisten auttamiseen.[177] Useissa tutkimuksissa – mukaan lukien DiCaccavon tutkimus (2002) – on havaittu, että psykoterapeutit ja sosiaalityöntekijät raportoivat lapsuusajan traumoja ja emotionaalisen hoivan puutetta todennäköisemmin kuin muissa ammateissa toimivat henkilöt.

Asiakkaan hyvinvointiin keskittymällä parentifikaatiota lapsuudessaan kokenut terapeutti voi samalla hoitaa itseään. Tämä tapahtuu altistumalla asiakkaan ahdistukselle, joka saattaa olla samanlaista kuin hänen omansa. Samanaikaisesti terapeutti voi välttää tunnistamasta suoraan omia henkilökohtaisia menetyksiään. Terapeutin ammatin valitseminen voi myös toimia välineenä saada sellaista avointa tunnustusta toisten tarpeiden täyttämisestä, joka lapsuudessa jäi saamatta oman perheen keskuudessa. Ammattiauttajan rooli voi vedota myös niihin henkilöihin, joiden vanhemmat ovat olleet ylihuolehtivia ja antaneet heille liian vähän vastuuta. Omassa lapsuudessaan parentifikaatiota kokeneet vanhemmat voivat joskus yrittää korvata omaa kokemustaan huolehtimalla liikaa lapsistaan ja infantilisoimalla heitä. Tämän vuoksi lapsi ei saa riittäviä

mahdollisuuksia itsenäistymiseen, hänelle kehittyy syyllisyydentunteita ja hän voi kokea olevansa velvollinen ottamaan vastuuta toisista.[178]

DiCaccavo korostaa terapeuttien tarvetta käydä läpi omat parentifikaatiokokemuksensa ja muut lapsuudenaikaiset kokemuksensa. On syytä selvittää myös ammatinvalinnan taustalla vaikuttavat tekijät. Jos tämä jää tekemättä, on olemassa riski, että terapeutti toistaa työssään varhain oppimiaan toimimattomia ihmissuhdemalleja, mikä voi olla haitallista asiakkaalle. Ohjaus sekä tukea antava ja kannustava työympäristö ovat tärkeitä terapeutin ammatissa toimivien ja heidän asiakkaidensa hyvinvoinnille.[179]

8.8. Parentifikaation arviointikaavake

Jurkovichin ja Thirkieldin vuonna 1998 kehittämää arviointikaavaketta on käytetty laajalti arvioitaessa erilaisia parentifikaatiotasoja. Kaavake on 30-osainen, retrospektiivinen, osallistujan omaan raportointiin perustuva väline, jolla mitataan primaariperheessä tapahtunutta emotionaalista ja instrumentaalista parentifikaatiota sekä henkilön kokemusta lapsuutensa roolien oikeudenmukaisuudesta. Hooper ja Wallace (2010) arvioivat kaavakkeen psykometrisiä ominaisuuksia ja tulosten luotettavuutta yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa. Tutkijoiden lisätavoitteena oli selvittää, millä tavoin tulokset liittyvät mielenterveyteen ja ennustavat oireita. Mittarina he käyttivät Brief Sympton Inventory -kaavaketta, joka on kehitetty nimenomaan tähän tarkoitukseen. Parentifikaation mahdollisia positiivisia seurauksia ei huomioitu tässä tutkimuksessa.[180]

Tutkimuksen otos oli 143 (18–49-vuotiasta) opiskelijaa Yhdysvaltojen itärannikolla sijaitsevasta yliopistosta. Osallistujat edustivat useita eri rotuja. Tulokset viittasivat siihen, että kyseinen väline on luotettava ja käyttökelpoinen opiskelijapopulaatioiden parentifikaation arviointiin. Koska osallistujat olivat lähinnä erirotuisia naisopiskelijoita, tuloksia ei välttämättä voi yleistää muihin väestöryhmiin. Muita rajoituksia olivat otoksen pieni koko, tulosten perustuminen pelkästään osallistujien omaan raportointiin sekä tutkimuksen retrospektiivinen ja poikkileikkauksellinen (cross-*sectional*) luonne. Tutkimuksessa ei myöskään huomioitu parentifikaation myönteisiä vaikutuksia. Hooperin ja Wallacen mukaan tutkimus tukee alustavasti aiempia tutkimuksia, joiden mukaan erilaiset parentifikaation muodot (instrumentaalinen ja emotionaalinen) todennäköisesti vaikuttavat eri tavoin. Monet tutkijat ja kliinikot ovat esimerkiksi

sitä mieltä, että instrumentaalinen parentifikaatio aiheuttaa vähemmän ongelmia kuin emotionaalinen. Hooperin ja Wallacen tutkimus viittaa siihen, että on tärkeää selvittää, millaista roolien vääristymistä on koettu lapsena ja missä määrin sitä on koettu. Kulttuuritekijät on huomioitava, koska yhdessä kulttuurissa toimimattomana pidetty perhesysteemi voidaan nähdä toimivana toisessa kulttuurissa. Myös yksilön sukupuoli voi vaikuttaa kokemuksiin. Selvittämällä nykyisen perheen ja primaariperheen historiaa ammattiauttajat voivat entistä paremmin suunnitella tehokkaita interventioita ja hoitosuunnitelmia.[181]

8.9. Yhteenvetoa parentifikaatiosta

Perheenjäsenten roolien vääristymiseen on useita syitä. Taustalta voi löytyä vanhemman krooninen sairaus, mielenterveysongelmia, päihderiippuvuutta tai toimintamallien siirtyminen sellaisenaan sukupolvelta toiselle. Parentifikaatio voi olla emotionaalista tai instrumentaalista, tilapäistä tai pysyvää. Erilaiset parentifikaatiotilanteet vaikuttavat eri tavoin lapsen elämään ja kehitykseen. Lyhytaikainen roolien vaihtuminen voi olla lapselle jopa kehittävä kokemus, jolloin seuraukset ovat myönteisiä. Tuhoisa, pitkään jatkuva parentifikaatio sen sijaan on lapsen kehitykselle vahingollista: lapsi joutuu ottamaan liian suuren taakan kantaakseen eikä voi keskittyä iälleen ominaisiin harrastuksiin ja vertaissuhteiden luomiseen. Seurauksena voi olla monenlaisia psykologisia ongelmia ja toimimattomien ihmissuhdemallien siirtymistä aikuisiän ihmissuhteisiin. Parentifikaatio voi ohjata ammatinvalinnassa auttajan rooliin. Monet terapeutit ja sosiaalityöntekijät ovat kokeneet lapsuudessaan vanhemman ja lapsen roolien vaihtumisen sekä saaneet osakseen liian vähäistä hoivaa. Tämä on toisaalta antanut heille edellytyksiä toimia paremmin ammatissaan, toisaalta se voi aiheuttaa ongelmia. Ammattiauttajien on tärkeää käsitellä omia lapsuudenkokemuksiaan sekä nykyisen perheensä ja primaariperheensä historiaa. Työnohjaus ja kannustava työympäristö edistävät terapeutin hyvinvointia, mikä koituu myös asiakkaiden parhaaksi.

9. Perheväkivalta

Useimmat ihmiset riitelevät ajoittain perheenjäsentensä kanssa. Vanhemmat voivat riidellä rahasta, lapsista tai taloustöistä. Lapsetkin riitelevät monenlaisista asioista. Riidat ovat siis melko yleisiä perheissä, ja lähtökohtaisesti ne eivät ole perheväkivaltaa. Joskus riitely kuitenkin karkaa käsistä niin, että ihmiset vahingoittuvat. Väkivalta on keinottoman ihmisen strategia. Perheväkivaltaa esiintyy kaikenlaisissa perheissä, ja se on merkittävä tekijä perheiden rikkoutumisessa.

Yleensä ihmiset eivät halua myöntää, että se mitä heidän perheessään tapahtuu, on perheväkivaltaa. Aiheesta on vaikea puhua, joten väkivalta voidaan jättää huomiotta ja jopa kieltää kokonaan. Monet kokevat, ettei asiasta voi tai ole sopivaa puhua edes läheisille ystäville. Valitettavasti **perheväkivalta ei yleensä lopu itsestään**. Tavallisesti se pahenee ajan mittaan, ellei asenteissa ja käyttäytymisessä tapahdu todellisia muutoksia.

***Kiusaamista, hyväksikäyttöä tai väkivaltaa ei voi millään tavoin puolustella**. Jos vähässäkään määrin pelkää voivansa vahingoittaa jotakuta, tulisi poistua tilanteesta, kunnes on jälleen rauhallinen. Jos epäilee, että joku on vaaraksi itselle tai lapsille, tulisi lasten kanssa poistua paikalta tai soittaa poliisille (**112**). Jos haluaa puhua jonkun kanssa eikä tiedä, mitä tehdä, voi soittaa valtakunnalliseen kriisipuhelimeen (**01019 5202,** ma–pe klo 9.00–06.00, la klo 15.00–06.00, su klo 15.00–22.00), maksuttomalle naisten linjalle (**0800 02400,** suomeksi ma–pe klo 16–20, ruotsiksi ke klo 16–20, englanniksi pe klo 16–20) tai perheväkivallasta irti haluavien miesten puhelimeen (**09 276 6280**). Tällaisessa tapauksessa voi aina ottaa yhteyttä myös paikalliseen terveyskeskukseen.*

9.1. Mitä perheväkivalta on?

Useimmat meistä ajattelevat, että perheväkivalta tarkoittaa lyömistä. Se on yksi ilmenemismuoto ja vakava osa perheväkivaltaa. Tavallisesti hyväksikäyttöä tai väkivaltaa esiintyy, kun joku käyttää voimaansa tai valtaansa loukatakseen, vahingoittaakseen, kontrolloidakseen tai kiusatakseen toista. Tämä voidaan tehdä sanoilla, teoilla tai laiminlyönneillä. Perheväkivalta vahingoittaa toista perheenjäsentä (usein puolisoa) joko fyysisesti tai emotionaalisesti ja saa hänet pelkäämään, että sama voi toistua.

Joitakin perheväkivallan avaintekijöitä

- Perheväkivalta tapahtuu seurustelevien parien, yhdessä tai erillään asuvien parien, avioparien tai eronneiden puolisoiden välillä. Se voi kohdistua kumppanin lisäksi myös muihin perheenjäseniin.
- Perheväkivaltaa esiintyy miesten ja naisten välillä sekä samaa sukupuolta olevien parisuhteissa.
- Sekä miehet että naiset voivat käyttäytyä väkivaltaisesti.
- Väkivaltainen henkilö vähättelee tavallisesti sitä, mitä tekee, kun taas väkivallan kohteeksi joutuva syyttää yleensä itseään tai vähättelee teon seurauksia.
- Valitettavasti jotkut hyväksyvät väkivallan ja hyväksikäytön.

Riiteleminen ei ole perheväkivaltaa

Riidat, erimielisyydet sekä kiukun ja vihan tunteet ovat välttämätön osa ihmissuhteita. Näistä asioista on myös voitava puhua. Ihmiset voivat riidellä vahingoittamatta toisiaan, ja riitely on yksi keino, jolla aikuiset selvittelevät erimielisyyksiään ja ongelmiaan. Lapset oppivat vanhempiaan ja muita aikuisia seuraamalla, miten erimielisyyksiä ratkaistaan ihmissuhteissa.

Eräs tärkeimmistä asioista, mitä lapsille tulisi opettaa, on osoittaa heille, että vanhemmat voivat olla asioista eri mieltä käyttäytymättä väkivaltaisesti. Lasten on hyvä tietää, että vanhemmat kunnioittavat toisiaan ja välittävät toisistaan erimielisyyksistä huolimatta.

Mikä johtaa perheväkivaltaan

Voi olla vaikea ymmärtää, miksi ihmiset tieten tahtoen vahingoittavat toisia ja erityisesti niitä, joita sanovat rakastavansa.

Monet erilaiset asiat voivat johtaa perheväkivaltaan.

- Jotkut ovat vahvempia, isokokoisempia ja äänekkäämpiä kuin toiset. Heillä on enemmän auktoriteettia, ja he saattavat ajatella, että heillä on ensisijainen oikeus saada tahtonsa läpi.
- Jotkut eivät osaa käsitellä stressiä eivätkä tunteitaan. He voivat tulla turhautuneiksi ja vihaisiksi ja purkaa tunteensa toisiin ihmisiin.
- Jotkut kärsivät kumuloituneista kriiseistä ja työstämättömistä traumoista, jotka purkautuvat väkivaltaisena käyttäytymisenä.
- Jotkut eivät osaa ilmaista rakentavasti omia tarpeitaan ja toiveitaan.
- Jotkut voivat olla mustasukkaisia ja uskoa, että heillä on oikeus kontrolloida kumppaninsa käytöstä.
- Jotkut näkevät kumppaninsa omaisuutena ja uskovat, että voivat kohdella häntä miten haluavat.
- Jotkut kasvavat perheissä, joissa he oppivat, että hyväksikäytöllä ja väkivallalla voi selvittää erimielisyyksiä ja hankkia sitä mitä haluaa. He eivät ehkä osaa käyttäytyä toisin.

Miten väkivalta alkaa

Joissakin perheissä erimielisyydet ja kiistat voivat päätyä perheväkivaltaan. Näin tapahtuu, kun joku perheessä ajattelee, että hän tietää kaikki asiat parhaiten ja että hänellä on oikeus pakottaa kaikki muut tahtoonsa seurauksista välittämättä. Joskus huumeilla ja alkoholilla on osuutta asiaan, mutta ne – kuten mitkään muutkaan asiat – eivät milloinkaan ole puolustus väkivallalle.

Hyväksikäyttö ja väkivalta noudattavat usein tiettyä kaavaa, jota joskus kutsutaan väkivallan kierteeksi. Väkivalta raaistuu ajan mittaan, ja sitä tapahtuu yhä useammin. Tavallisesti väkivalta ei lopu itsestään, vaan siitä eroon pääseminen vaatii monenlaista interventiota.

Paineen kasvaminen

Henkilö alkaa tuntea itsensä ärtyneeksi ja vihaiseksi. Hän saattaa uskoa, että puoliso painostaa häntä, vaikka tämä todellisuudessa yrittäisi kaikin voimin pitää tilanteen rauhallisena. Kun tällaiset tunteet voimistuvat, henkilö alkaa solvata ja uhkailla.

Paineen kasvaminen johtaa ennemmin tai myöhemmin räjähdykseen, ellei mitään tehdä tunteiden lievittämiseksi. Paineen kasvu voi tapahtua viikkojen, päivien tai vain muutaman minuutin aikana.

Räjähdys

Tässä vaiheessa väkivaltaisen henkilön impulssikontrolli pettää ja puoliso (tai muu läheinen) voi loukkaantua fyysisesti. Voimankäyttö voi olla tönimistä, tuuppimista tai lyömistä, josta aiheutuu mustelmia tai luunmurtumia. Lyöjä voi karjua, huutaa solvauksia tai uhkailla. Väkivalta voi tässä vaiheessa olla hengenvaarallista.

Pahoittelu ja katumus

Joskus henkilö saattaa pyytää anteeksi jälkeenpäin. Hän voi näyttää avuttomalta ja syyllisyydentuntoiselta. Hän saattaa luvata, ettei enää ikinä tee samoin, ja kertoa, miten paljon rakastaa kumppaniaan. Jotkut eivät katso olevansa vastuussa siitä, mitä tapahtui. He voivat syyttää puolisoaan, alkoholia tai huumeita, huonoja olosuhteita tai sivuuttaa kohtauksen merkityksettömänä. Jotkut kieltävät tapahtuneen kokonaan.

Kuherruskuukausivaihe

Väkivaltainen henkilö voi yrittää hyvittää tekonsa ostamalla lahjoja, remontoimalla taloa ja pyrkimällä kaikin tavoin miellyttämään puolisoaan. Tämä saattaa tuntua helpotukselta, koska perheen asiat tuntuvat silloin olevan paremmin kuin pitkään aikaan. Mutta ellei lupauksia seuraa käytöksen muutos, sama kierre alkaa todennäköisesti uudelleen.

9.2. Perheväkivallan seurauksia

Vaikutukset perhe-elämään

Väkivalta johtaa siihen, että perheenjäsenet eivät tunne oloaan turvalliseksi. He eivät luota toisiinsa eivätkä voi kokea saavansa tukea toisiltaan. Heillä saattaa olla huono itsetunto, ja he voivat vähitellen menettää luottamuksensa kaikkiin ihmisiin. Tilanne voi myös johtaa erilleen muuttoon tai avioeroon.

Vaikutukset perheen vanhempiin

Väkivallan kohteeksi joutuva puoliso voi

- tuntea itsensä pelokkaaksi, stressaantuneeksi, ahdistuneeksi, häväistyksi, syylliseksi, masentuneeksi tai hyvin yksinäiseksi
- pitää itseään riittämättömänä vanhempana
- ajatella, ettei hän selviydy elämässä kovin hyvin.

Väkivaltaa käyttävä voi

- turhautua
- tuntea voimakasta vihaa, jota on vaikea hallita
- ajatella, ettei perhe arvosta häntä
- pitää itseään huonona vanhempana
- kokea olonsa hyvin yksinäiseksi.

Vaikutukset perheen lapsiin

Perheväkivallan keskellä eläminen vaikuttaa lapsiin sekä fyysisesti että emotionaalisesti. Se, miten vaikeita seuraukset ovat, riippuu lasten iästä ja siitä, miten pitkään väkivaltaa on esiintynyt. Oleellista on myös, mitä tapahtuu perheväkivallan yhteydessä ja jälkeen. Lasten on vaikea sopeutua tunteiden vuoristorataan väkivaltakierteen jatkuessa. He elävät usein jatkuvassa pelossa, että sama toistuu yhä uudelleen. Tästä pelosta seuraa pahimmillaan erittäin vakavia ja helposti kroonistuvia oireita, jotka näkyvät aikuisuudessakin vakavina mielenterveyden häiriöinä (mielisairauksina).

Väkivalta aiheuttaa lapsille pelon, epäluottamuksen, häpeän, vihan, avuttomuuden ja masennuksen **tunteita**. Se ruokkii myös huonoa itsetuntoa. Lapsilla voi ilmetä **stressin oireita**, kuten päänsärkyä, vatsakipua, unihäiriöitä, painajaisia ja vuoteenkastelua.Tällaisissa tilanteissa lapset voivat alkaa **uskoa, että väkivalta perheissä on normaalia** ja että se on ainoa tapa saada, mitä haluaa. He voivat oppia, että väkivalta ja hyväksi käytetyksi tuleminen ovat oikein.

Väkivallan muita vaikutuksia ja merkkejä

- Lapsi on poissa koulusta (esim. koska haluaa olla loukkaantuneen vanhemman luona).
- Lapsi karkaa kotoa.
- Lapsi käyttää alkoholia tai muita päihteitä.
- Lapsi puhuu vihamielisesti tai käyttäytyy muuten aggressiivisesti.
- Lapsen koulumenestys on heikkoa.
- Lapsella ei ole ystäviä.
- Lapsi vetäytyy perheen toiminnoista ja harrastuksista.

Huomaa, että tällaiseen käyttäytymiseen voi olla myös muita syitä.

9.3. Mahdollisia merkkejä perheväkivallasta

Seuraavaksi luetellaan seikkoja, jotka saattavat viitata siihen, että henkilö on perheväkivallan uhri. Jos useita merkkejä esiintyy, auttajan pitäisi selvittää asiakkaan nykyiset olosuhteet ohjaamalla keskustelu alla esitettäviin kysymyksiin. Saadakseen luotettavaa tietoa perheväkivallasta ammattihenkilön on luotava hyvä suhde asiakkaaseen, niin että tämä tuntee olonsa riittävän miellyttäväksi ja turvalliseksi pystyäkseen vastaamaan kysymyksiin.

Uhri saattaa

- vaikuttaa hermostuneelta, häpeissään olevalta ja välttelevältä
- kuvata kumppaniaan kontrolloivana ja helposti kiivastuvana
- vaikuttaa levottomalta tai ahdistuneelta kumppanin ollessa paikalla
- olla kumppaninsa seurassa tai saattama, kun tämä hoitaa suurimman osan puhumisesta
- selittää vammojaan ei-uskottavalla tavalla
- olla lähiaikoina muuttanut erilleen tai eronnut
- olla haluton noudattamaan neuvoja
- kärsiä ahdistuneisuudesta, paniikkikohtauksista, stressistä tai masennuksesta
- potea stressiin liittyvää sairautta
- olla riippuvainen rauhoittavista lääkkeistä tai alkoholista, tai hänellä voi olla muu päihdeongelma
- kärsiä kroonisesta päänsärystä, astmasta tai epämääräisistä kivuista ja säryistä
- kärsiä vatsakivuista tai kroonisesta ripulista
- valittaa seksuaalielämän ongelmista
- kärsiä nivel- tai lihaskivuista
- kärsiä unihäiriöistä tai syömishäiriöstä
- olla yrittänyt itsemurhaa, tai hänellä voi olla psykiatrinen sairaus
- kärsiä gynekologisista ongelmista tai kroonisesta lantiokivusta, tai hänellä on voinut olla keskenmeno
- olla fyysisesti vahingoittunut (esim. mustelmia rinnassa ja vartalossa, useita vammoja, haavoja, tärykalvon repeämiä)
- viivyttää lääkäriin hakeutumista
- kärsiä toistuvasti vammoja.

On tärkeää huomata, että nämä merkit ja oireet eivät aina tarkoita, että henkilö on perheväkivallan uhri. Joissakin tilanteissa ne voivat kuitenkin herättää epäilyksen, ja siksi on sopivaa kysyä henkilöltä mahdollisesta väkivallasta.

Lapset

Lapset voivat joutua perheenjäsenen fyysisen, seksuaalisen tai emotionaalisen väkivallan tai laiminlyöntien uhreiksi. Niihin viittaavat merkit voivat ilmetä joko fyysisinä oireina tai käyttäytymisoireina.

- mustelmia, palovammoja, nyrjähdyksiä, sijoiltaanmenoja, puremia tai haavoja
- luunmurtumia (hälyttävää erityisesti vauvoilla, joilla murtuman todennäköisyys on muuten pieni)
- myrkytysoireita
- sisäisiä vammoja
- varautuneisuutta ja epäluottamusta suhteissa aikuisiin
- pitkähihaisia vaatteita kuumana päivänä (peittävät mustelmat ja muut vammat)
- pelokkuutta vanhempia tai kotiinlähtöä kohtaan
- pelokkuutta toisten lasten alkaessa itkeä tai huutaa
- äärimmäisen ystävällinen käytös, kun paikalla on vieraita henkilöitä
- passiivinen tai liian mukautuva rooli.

Seksuaaliseen hyväksikäyttöön viittaavia merkkejä lapsilla

- Lapsi kertoo hyväksikäytöstä.
- Lapsella on päänsärkyä tai vatsakipuja.
- Lapsella on ongelmia koulunkäynnissä.
- Lapsi käyttäytyy seksuaalisesti tai osoittaa tietävänsä sellaisista seksuaalisuuteen liittyvistä asioista, joita samanikäiset eivät tyypillisesti tunne.
- Lapsen käytös on sopeutumatonta (esim. usein tapahtuva keinuttelu, imeminen ja pureminen).
- Lapsella on nukkumisvaikeuksia.
- Lapsen suhteet aikuisiin tai ikätovereihin ovat ongelmallisia.

Mahdollisia emotionaalisen väkivallan merkkejä

- Lapsella on huono itsetunto.
- Lapsi vetäytyy ja käyttäytyy passiivisesti tai pelokkaasti.
- Lapsi on aggressiivinen tai vaativa.
- Lapsi on hyvin ahdistunut.
- Lapsi puheen kehitys viivästyy.
- Lapsi taantuu huomattavasti nuoremman lapsen tasolle (esim. ulosteella tuhriminen ja pissavahingot).
- Lapsen suhteet aikuisiin tai ikätovereihin ovat ongelmallisia.

Mahdollisia laiminlyöntien merkkejä

- Lapsi on usein nälkäinen.
- Lapsi ei saa riittävästi ravintoa.
- Lapsella on huono hygienia.
- Lapsella on ajankohtaan sopimattomat vaatteet (esim. kesävaatteet talvella).
- Lapsi jätetään ilman valvontaa pitkiksi ajoiksi.
- Lasta ei viedä tarvittaessa lääkäriin.
- Vanhemmat hylkäävät lapsen.
- Lapsi varastaa ruokaa.
- Lapsi oleskelee koululla koulupäivän päätyttyä.
- Lapsi on usein väsynyt, tai hän nukahtelee koulussa.
- Lapsi käyttää alkoholia tai huumeita.
- Lapsi käyttäytyy aggressiivisesti.
- Lapsi ei tule hyvin toimeen ikätoveriensa kanssa.

Vaikka nämä merkit voivat viitata väkivaltaan tai lapsen laiminlyömiseen, niitä pitäisi tarkastella muun lapsesta saatavan tiedon yhteydessä. Lapselta pitäisi myös kysyä, millainen hänen tilanteensa on.

9.4. Perheväkivallan hoito

Perheväkivaltatapauksissa apua tarvitsevat niin uhrit, tekijät kuin sivullisina näyttäytyvät perheenjäsenetkin. Perheväkivalta vaikuttaa aina dramaattisesti koko perheeseen ja usein laajemminkin läheisverkoston muihin jäseniin.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten rooliin kuuluu

- väkivallan tunnistaminen
- väkivallan puheeksi ottaminen
- uhrin haastatteleminen, tukeminen ja ohjaaminen (neuvominen)
- tilanteen vaarallisuuden arvioiminen
- huolellinen lääkärintutkimus ja lausunto
- väkivallan ja sen seurausten dokumentointi (vammat, psykologiset seuraukset jne.)
- lapsista kysyminen ja keskusteleminen
- väkivallasta ilmoittaminen lastensuojelulain vaatimusten mukaisesti
- uhrien ohjaaminen muihin palveluihin
- koordinoitu yhteistyö muiden alojen ammattilaisten kanssa.

Tarkempia ohjeita löytyy muun muassa Sirkka Pertun ja Verena Kaselitzin oppaasta *Parisuhdeväkivalta puheeksi – opas terveydenhuollon ammattihenkilöstölle äitiyshuollossa ja lasten terveyspalveluissa* (2006). Se on luettavissa internetosoitteessa *http://www.hyvan.helsinki.fi/daphne/vakivalta.pdf.*

Mitä vanhemmat voivat tehdä

Jos kodissasi ilmenee väkivaltaa, tarvitset apua.

Väkivaltainen kumppani
Jos kiusaat puolisoasi tai kohtelet häntä väkivaltaisesti tai jos sinun on vaikea hillitä vihaasi, voit oppia käyttämään muita keinoja tunteittesi hallintaan. Puhu sellaiselle henkilölle, joka ymmärtää perheväkivallan ongelmia, tai soita auttavaan puhelimeen.
Jos koet, että olet vaaraksi perheellesi, lähde pois tilanteesta, kunnes olet rauhoittunut.

Puoliso, joka on väkivallan kohteena
Sinulla on oikeus turvalliseen elämään. Sinä et ole vastuussa väkivallasta etkä hyväksikäytöstä. Jos sinua tai lapsiasi uhkaa välitön vaara, **soita poliisille (112).**

Jos pelkäät asua kumppanisi kanssa, on tärkeää kiinnittää huomiota omaan ja lastesi turvallisuuteen. Lastesi pitää ymmärtää, että väkivaltainen käytös ei ole missään tilanteessa hyväksyttävää.

Jos vietät jonkin aikaa erillään kumppanistasi, voit nähdä asiat selvemmin.

Asiasta puhuminen henkilölle, joka ymmärtää tällaisia ongelmia, voi auttaa sinua selvittämään, mitä sinun pitäisi tehdä.

Miten autat lapsiasi
Lapset tarvitsevat
- suojelua fyysiseltä, emotionaaliselta ja verbaaliselta väkivallalta
- tietoa siitä, että kiusaaminen, hyväksikäyttö ja väkivalta eivät ole oikein
- rohkaisua tunteistaan ja huolistaan puhumiseen
- ylimääräistä tukea luotettavalta aikuiselta
- tukea koulunkäyntiin
- ammattiapua, jos heillä on emotionaalisia oireita tai käyttäytymishäiriöiden oireita
- vakuuttelua, ettei tilanne ole heidän syytään
- vakuuttelua, että heitä rakastetaan
- tietoa, mistä he saavat apua hätätilanteessa.

Lapsille voi olla hyvä antaa seuraavat puhelinnumerot:
- poliisi **112**
- maksuton lasten auttava puhelin **0800 416 041** (Lasten apu ry)
- maksuton lasten ja nuorten auttava puhelin **0800 120 400**
- maksuton lasten ja nuorten valtakunnallinen puhelin **116 111** (Mannerheimin Lastensuojeluliitto).

Muistettavaa

- Jokaisella on oikeus turvalliseen elämään.
- Kiusaamista, hyväksikäyttöä ja väkivaltaa ei voi puolustaa millään tekosyyllä.
- Lapset kärsivät ympäristössä, jossa on perheväkivaltaa.
- Väkivaltaiset ja toisia kiusaavat ihmiset voivat oppia muuttamaan käyttäytymistään.
- Jos käsittelet riitatilanteita ilman väkivaltaa, lapsesi oppivat toimimaan samoin.
- Jos sinua huolestuttaa oma käyttäytymisesi perhettä kohtaan tai jos pelkäät kumppanisi käytöstä, hae ammattiauttajien apua. Älä viivyttele siinä toivossa, että ongelma poistuu itsestään.

Kirjoja

Kuivaniemi, Mirja (toim.) 1997: *Väkivallasta vapaaksi, naiset kertovat kokemuksistaan.* Helsinki: Kirjayhtymä. (Väkivaltaa kokeneiden naisten selviytymiskertomuksia.)

Husso, Marita 2003: *Parisuhdeväkivalta: Lyötyjen aika ja tila.* Tampere: Vastapaino.

Perttu, Sirkku ym. 1999: *Päänavaus selviytymiseen. Väkivaltaa kokeneiden naisten käsikirja.* Helsinki: Naisten Kulttuuriyhdistys.

Peltoniemi, Teuvo 1984: *Perheväkivalta.* Helsinki: Otava.

Flinck, Aune 2006: *Parisuhdeväkivalta naisen ja miehen kokemana: Rikottu lemmenmarja.* Tampere University Press.

9.4.1. Lastensuojeluilmoitus

Ilmoituksen voi tehdä silloin, kun havaitsee tai saa tietää sellaisia seikkoja, joiden vuoksi lapsen suojelun tarve on syytä selvittää. Kyseessä on siis henkilön oma arvio lastensuojelun tarpeesta.

Ilmoituksen tekemisen ja lastensuojelutarpeen selvittämisen taustalla voi olla hyvin erilaisia seikkoja, jotka liittyvät lapsen hoidon ja huolenpidon tarpeeseen, kehitystä vaarantaviin olosuhteisiin tai lapsen omaan käyttäytymiseen.

Ilmoituksen syynä voi olla esimerkiksi lapsen tarpeiden laiminlyönti, lapsen heitteillejättö, lapsen pahoinpitely tai seksuaalinen hyväksikäyttö tai niiden epäily tai uhka. Ilmoituksen aiheena saattaa olla myös se, että lapsen hoidossa tai huolenpidossa havaitaan muutoin puutteita tai osaamattomuutta, joka vaarantaa lapsen hyvinvoinnin.

Ilmoituksen syynä voi olla lapsesta huolehtivan aikuisen päihde- tai mielenterveysongelmat, jaksamattomuus tai oman hoidon laiminlyöminen.

Myös arjen tukiverkon puuttuminen voi antaa aiheen lastensuojeluilmoitukseen, jos se saattaa vaarantaa lapsen hyvinvoinnin.

Lisäksi ilmoituksen aiheena voivat olla lapsen oma päihteidenkäyttö, mielenterveyden ongelma, rikoksilla oireilu tai lapsen itsetuhoisuus. Lapsen kehityksen voi vaarantaa myös se, että vanhemman ja lapsen välillä on huomattavia vuorovaikutusongelmia. Vakavia merkkejä ovat lisäksi jatkuva koulunkäynnin laiminlyöminen sekä tilanne, jossa lapsi joutuu kantamaan ikäänsä nähden suhteetonta vastuuta perheen arjesta (esimerkiksi vanhemman sairauden vuoksi).

Joissakin tilanteissa myös perheen erittäin heikko taloudellinen tilanne saattaa vaarantaa lapsen huolenpidon ja kehityksen. Tällöin lapsen tilannetta parannetaan antamalla perheelle taloudellista tukea esimerkiksi lastensuojelullisin perustein.

Ilmoitus tulisi tehdä myös, jos havaitaan muita vastaavanlaisia syitä, joiden vuoksi lastensuojelun tarve on syytä selvittää. **Jos on epävarma siitä, tulisiko jossain tilanteessa tehdä lastensuojeluilmoitus,** voi kysyä neuvoa kunnan lastensuojeluviranomaiselta ilmaisematta lapsen henkilöllisyyttä.

Tärkeintä on, että **ilmoitus tehdään viipymättä**. Päätös siitä, johtaako ilmoitus kiireellisiin toimenpiteisiin, kuuluu sosiaalihuollon ammattilaisille. Ilmoitusvelvollisilla ei ole lain mukaan valtaa lykätä lastensuojeluilmoituksen tekemistä, vaikka he arvioisivat, ettei ilmoitus todennäköisesti tule johtamaan välittömiin lastensuojelutoimiin (esim. kiireelliseen sijoitukseen).

Lastensuojeluilmoituksen tekemistä ei myöskään voi jättää tekemättä sillä perusteella, että arvioi jonkun muun jo tehneen samasta asiasta ilmoituksen. Toisten ihmisten ilmoitusvelvollisuus ei poista omaa ilmoitusvelvollisuutta. Useasta lähteestä saadut tiedot auttavat sosiaalitoimea muodostamaan asiasta kokonaiskuvan. Ilmoitusten kautta sosiaalitoimi saa myös tarvittavat yhteystiedot tietojen mahdollista tarkistamista varten.

Ilmoitusvelvollisuus ei katoa siinäkään tapauksessa, että ilmoitusvelvollinen tietää varmasti, että kyseinen lapsi tai perhe on jo lastensuojelun asiakkaana. Ilmoitus ei tällöin käynnistä uuden lastensuojelutarpeen arvion tekemistä, mutta se voi johtaa asiakkaan tilanteen uudelleen arviointiin ja mahdollisesti kiireellisesti toteutettaviin toimenpiteisiin. Sen sijaan tietoja, jotka ovat jo käyneet ilmi esimerkiksi yhteisessä verkostopalaverissa, ei tarvitse erikseen ilmoittaa lastensuojeluun.

Perheväkivaltaa epäiltäessä on syytä tehdä lastensuojeluilmoitus.

9.4.2. Perheväkivallasta kysyminen

Mahdollista perheväkivaltaa koskevat tiedustelut on aloitettava selittämällä, miksi sellaisia henkilökohtaisia asioita kysytään. Voidaan esimerkiksi todeta: ”Meillä on tapana nykyään esittää kaikille asiakkaille tiettyjä kysymyksiä, jotka liittyvät mahdollisiin ongelmiin perhesuhteissa ja -oloissa. Kysymme näitä nykyään kaikilta, koska tällaiset ongelmat ovat tutkimusten mukaan hyvin tavallisia perheissä.” Toinen mahdollinen lähestymistapa voi olla vaikkapa tällainen: ”Olen hiukan huolissani sinusta, koska [tässä mainitaan ne seikat, jotka näyttävät viittaavan väkivaltaan]. Haluaisinkin kysyä sinulta joitakin asioita kotioloistasi. Sopiiko se sinulle?”

Kun asiakas on ilmaissut suostumuksensa, voidaan esittää tarkempia kysymyksiä. On suotavaa käyttää strukturoituja haastattelukysymyksiä, mutta mikäli niitä ei ole saatavana, alla on esimerkkejä mahdollisista kysymyksistä. Seuraavat esimerkkikysymykset ovat suoria, koska tutkimusten mukaan uhrit vastaavat todennäköisemmin suoriin kysymyksiin.

- Pelkäätkö joskus jotakuta perheesi jäsentä? Jos pelkäät, ketä heistä?
- Onko joku perheessäsi joskus vähätellyt tai nöyryyttänyt sinua tai yrittänyt kontrolloida sitä, mitä saat ja et saa tehdä?
- Onko joku perheenjäsenistäsi joskus uhannut vahingoittaa sinua?
- Onko joku perheenjäsenistäsi joskus tuuppinut, lyönyt, potkinut, hakannut tai muulla tavoin vahingoittanut sinua?
- Oletko huolissasi lapsistasi tai jostain muusta henkilöstä kodissasi tai perheessäsi?
- Haluaisitko apua näihin liittyvissä asioissa?

Jos haastateltava on lapsi, kysely on mukautettava lapsen kehitysvaiheeseen sopivaksi. Jos pikkulasten tai vauvojen epäillään olevan vaarassa, tilanne on arvioitava perusteellisesti. Ei-väkivaltaisen vanhemman on oltava läsnä arvioinnissa. Voi myös olla tarpeellista ottaa yhteyttä lastensuojeluviranomaisiin tai sellaisiin asiantuntijoihin, jotka tuntevat hyvin vauvojen ja pikkulasten kehityksen.

Alakouluikäisiltä lapsilta voidaan kysellä melko suoraan heidän olosuhteistaan, jos perheväkivaltaa epäillään. Kysymysten pitää olla ikäkauteen sopivia. Seuraavat kysymykset ovat vain suuntaa antavia:

- Kerro minulle, mitä hyviä asioita kotonasi tapahtuu.
- Onko kotona jotain sellaista, minkä haluaisit muuttuvan?
- Mistä asioista et pidä kotona?

- Kerro minulle, millä tavoin äiti/isä huolehtii sinusta?
- Mitä tapahtuu kotona, jos ihmiset riitelevät?
- Oletko jostain syystä huolissasi äidistä/isästä/veljistä/siskoista?

Lapsia haastateltaessa on kiinnitettävä huomiota äänen sävyyn. Lapselle tulee puhua lempeästi ja rauhoittavasti. Keskustelun voi aloittaa toteamalla, että lapsi saattaa olla pelokas ja hermostunut, koska hän puhuu aikuiselle, jota ei tunne kovin hyvin tai jota ei tunne ollenkaan.

Nuorille, joilla on riski joutua perheväkivallan kohteeksi, on myös puhuttava ikään sopivalla tavalla. Haastattelussa voidaan yhdistää sekä aikuisille että lapsille tarkoitettuja kysymyksiä. Nuorten kanssa keskusteltaessa on hyvin tärkeää selvittää epäillyn väkivallan tekijän nimi, jos se vain on mahdollista. Erityisesti nuoret naiset voivat kokea väkivaltaa kotona, mutta myös kodin ulkopuolella (esim. jos väkivallantekijä on heidän seurustelukumppaninsa).

Kysymyksiä ei pitäisi vain esittää yksitellen niin kuin mielipidekyselyissä. Niiden pitäisi käynnistää keskustelua mahdollisesta perheväkivallasta. Jos vastaus on epäselvä, sitä on pyydettävä tarkentamaan. Voidaan esimerkiksi sanoa: ”Voisitko kertoa minulle siitä tarkemmin?” (Tai: ”Voisitko selittää sitä vähän yksityiskohtaisemmin?”) Kyselyn ei tarvitse rajoittua pelkästään edellä mainittuihin kysymyksiin, sillä lisäkysymyksistä voidaan saada enemmän tietoa. Jos todetaan, että perheväkivaltaa on, haastateltavalta voidaan kysyä: ”Miten väkivalta vaikuttaa sinuun?”

Arvioijan on saatava uhri mukaan keskusteluun, jossa tarkastellaan olemassa olevia riskitekijöitä ja uhrin omaa näkemystä riskin suuruudesta. Kysymyksistä ja vuorovaikutuksesta pitäisi välittyä haastattelijan havaintokyky, herkkyys, kunnioitus, tuki, uhrin kokemuksen tunnustaminen ja ymmärtäminen. Lähestymistavan pitäisi perustua vahvuuksiin ja oikeuksiin, sen pitäisi olla läpinäkyvä ja selkeä, ja arvioijan pitäisi kuunnella aktiivisesti.

Arvioinnin alkutavoite on rohkaista uhria kertomaan tarinansa ja määrittelemään ongelman omin sanoin. Tämä prosessi voidaan aloittaa laajoilla kysymyksillä, joita ovat esimerkiksi seuraavat:

- Kertoisitko minulle, mitä sinulle on viime aikoina tapahtunut?
- Kerro minulle elämästä kotona / suhteestasi (väkivallantekijään) / huolistasi.
- Pelkäätkö jotakuta ihmistä?

Kun haastateltavalla on ollut tilaisuus vastata, seuraavat kysymykset voivat olla yksityiskohtaisempia. Niiden perusteella voidaan päätellä, miten vakavaa ja toistuvaa väkivalta on.

- Voisitko kertoa minulle tarkemmin, miten hän vahingoitti sinua viimeksi?
- Voitko kuvailla tarkasti, mitä sellaista hän tekee, mikä vahingoittaa/ pelottaa/hallitsee sinua?
- Mikä on pelottavin asia, mitä hän on tehnyt sinulle (tai lemmikkieläimille tai toisille ihmisille)?
- Miten pitkään tällaista on tapahtunut?

Alustavan arvioinnin on keskityttävä lasten tarpeisiin. On selvitettävä, miten väkivalta vaikuttaa lapsiin. Tämä voidaan tehdä esimerkiksi alla olevilla kysymyksillä.

- Onko teillä/sinulla lapsia? Mitkä ovat lasten nimet?
- Kertoisitko minulle lapsistasi?
- Minkä ikäisiä he ovat?
- Missä he asuvat?
- Miten (lasten nimet) mielestäsi selviytyvät kotitilanteessa?
- Vahingoittaako (väkivallantekijä) lapsia?
- Missä lapset ovat silloin, kun väkivaltaa tapahtuu?

On myös tärkeää selvittää, ovatko lastensuojeluviranomaiset tai muut perheitä tukevat asiantuntijat tietoisia tilanteesta.

Sekä arvioijan että väkivallan kohteena olevan vanhemman on ehdottomasti ymmärrettävä, millä tavoin väkivalta vaikuttaa perheen lapsiin. Keskustelun voi aloittaa kysymällä naisilta, uskovatko he, että lapset ovat kotona turvassa (sekä fyysisesti että emotionaalisesti). Naiset, jotka eivät ymmärrä, miten väkivalta vaikuttaa lapsiin, tarvitsevat tukea tämän tosiasian hyväksymiseen. Arvioija voi esimerkiksi

- antaa haastateltavalle esitteen, jossa kerrotaan perheväkivallasta
- kertoa hänelle lyhyesti, miten perheväkivalta tutkimusten mukaan vaikuttaa lapsiin
- rohkaista häntä keskustelemaan asiasta tarkemmin lasten kanssa työskentelevän asiantuntijan kanssa.

Jos se tuntuu sopivalta, läsnä olevilta lapsilta tai nuorilta voidaan kysyä heidän näkemyksiään väkivallasta. Arvioija voi käyttää esimerkiksi seuraavia kysymyksiä:

- Onko jompikumpi vanhemmistasi tai joku muu perheenjäsen vahingoittanut sinua fyysisesti, tai onko hän yrittänyt vahingoittaa sinua?
- Vähätteleekö jompikumpi vanhemmistasi sinua jatkuvasti, ja saako hän sinut tuntemaan itsesi tyhmäksi ja arvottomaksi, ikään kuin sinulla ei olisi mitään merkitystä?
- Oletko joskus yrittänyt suojella äitiäsi isältä/isäpuolelta?
- Onko jokin näistä keskustelemistamme asioista tapahtunut veljillesi tai siskoillesi?

Lasten tilanteen arviointi on erittäin tärkeä osa riskien arviointia. On myös tärkeää harkita, onko joku muu aikuinen henkilö vaarassa joutua väkivallan kohteeksi (esim. iäkkäät tai vammaiset henkilöt).

Valtakunnallisia auttavia puhelimia

- **Valtakunnallinen kriisipuhelin 010 195 202**
  ma–pe klo 9.00–6.00, la klo 15.00–6.00, su klo 15.00–22.00
- **Rikosuhripäivystys 020 316 116 (sekä miehille että naisille)**
- **Naisten linja 0800 02400**
- **Miesten lyömätön linja 09 276 6280 tai 276 62899**
  ma–pe klo 10.30–11.30, *sähköp. kontakti@lyomatonlinja.fi, internet http://www.lyomatonlinja.fi*
- **Lasten ja nuorten puhelin 0800 120 400**
- **Lasten auttava puhelin 0800 416 041**
- **Tukinaisen kriisipäivystys 0800 97899**
  ma–pe klo 9–15, la–su klo 15–21, juhlapyhinä ja niiden aattoina klo 15–21 (kriisiapua seksuaalisen hyväksikäytön ja väkivallan uhreille)
- **Tukinaisen juristipäivystys 0800 97895**
  ma–to 13–16 (tietoa ja neuvontaa seksuaalirikosasioissa; henkilökohtaiset ajanvaraukset ja oikeusavustukset)
- **Monika-naiset ry 09 692 2304**
  päivystävä puhelin (24 t) väkivaltaa kokeneille maahanmuuttajataustaisille naisille ja lapsille

Arvioi tilanne:

- Kysy uhrilta, haluaako hän siirtyä heti turvakotiin (lasten kanssa).
- Jos turvakotiin ei ole mahdollista päästä, selvitä, voiko hän mennä sairaalaan tai ystävien tai perheensä luokse.
- Jos uhri ei halua mennä turvakotiin, anna hänelle kirjallisista tietoa hätänumeroista, turvakodeista ja muista palveluista.
- Ohjaa uhria pitämään esitteet ym. turvallisessa paikassa, poissa väkivallantekijän näkyviltä.
- Tarkista, tarvitseeko hän välitöntä lääkärin apua.
- Jos hän haluaa palata partnerinsa luo, sovi hänen kanssaan seuraava tapaamisaika tilanteen seuraamiseksi.
- Kerro uhrille hänen oikeuksistaan ja lain tarjoamista mahdollisuuksista (esim. lähestymiskiellosta, rikosilmoituksesta).
- Rohkaise uhria kertomaan väkivallasta jollekin luotettavalla henkilölle, johon hän voi tarvittaessa turvautua.

9.4.3. Turvallisuudesta huolehtiminen

Turvakoti on usein turvallisempi paikka kuin ystävien tai sukulaisten kodit. Jos paikkakunnalla ei ole turvakotia, selvitä, mitä muita sellaisia paikkoja on, joihin voi hakeutua turvaan (esim. kriisiasunto tai kriisipaikka, sairaalan vuodeosasto).

Jos uhri haluaa ja voi omasta mielestään palata kotiin, suosittele, että hän valmistautuisi väkivaltatilanteisiin pitämällä turvalaukkua jossakin salaisessa paikassa (esimerkiksi luotettavan ystävän tai sukulaisen luona).

Turvalaukussa tulisi olla uhria ja lapsia varten tavaroita, joita välttämättä tarvitaan, kun ollaan poissa kotoa:

- käteistä rahaa taksia ja puheluja varten, matkapuhelimen kortti tai muu puhelinkortti, tärkeitä puhelinnumeroita
- vara-avaimet (koti, auto)
- virallisia asiakirjoja (vakuutukset, huoltajuussopimukset, ajokortti ym.)
- passi ja syntymätodistukset (alkuperäiset tai kopiot)
- henkilöllisyys- ja Kela-kortit
- maahanmuuttoasiakirjat
- pankki- ja luottokortit, säästökirjat
- lääkkeet ja reseptit
- varavaatteet
- hygieniavälineet
- lasten lempileluja.

VÄKIVALLAN HENGENVAARALLISUUDEN ARVIOINTI

Lomakkeen kysymykset käydään läpi uhrin kanssa suullisesti ja/tai kirjallisesti. Älä jätä koskaan uhria täyttämään lomaketta yksin, vaan keskustele hänen kanssaan, mitä vastaukset merkitsevät hänen turvallisuutensa kannalta.

A. Merkitse kalenteriisi viimeisen vuoden ajalta arvioidut päivämäärät, jolloin kumppanisi pahoinpiteli sinua. Merkitse myös, kuinka kauan kukin pahoinpitely keskimäärin kesti ja millainen pahoinpitely oli kysymyksessä. Käytä kuvailussa apuna seuraavaa listaa.

1. Läimäyttely, töniminen; ei vammoja eikä pitkään kestävää kipua
2. Nyrkillä lyöminen, potkiminen; mustelmia, haavoja tai pitkäaikaista kipua
3. Raju pahoinpitely; vakavia ruhje- tai palovammoja, murtuneita luita
4. Uhkasi käyttää asetta; pään tai sisäelinten vammoja, pysyviä vammoja
5. Käytti asetta; vammoja aseesta

   (Jos pahoinpitely oli vakavampi kuin edellä, käytä suurempia numeroita.)

B. Vastaa seuraaviin kysymyksiin kyllä tai ei.

1. Onko pahoinpitelyjen määrä lisääntynyt viimeisen vuoden aikana? _____
2. Ovatko pahoinpitelyt tulleet vakavammiksi viimeisen vuoden aikana, tai onko pahoinpitelijä käyttänyt asetta tai uhannut sillä? _____
3. Onko hän koskaan yrittänyt kuristaa tai tukehduttaa sinut? _____
4. Onko talossanne ase? _____
5. Onko hän pakottanut sinut seksiin, kun et ole halunnut sitä? _____
6. Käyttääkö hän huumeita? _____
7. Onko hän uhannut tappaa sinut, tai uskotko, että hän kykenisi tekemään sen? _____
8. Onko hän juovuksissa joka päivä tai melkein joka päivä? _____
9. Kontrolloiko hän kaikkea tai lähes kaikkea, mitä teet päivittäin? _____
10. (Naisille:) Onko hän koskaan pahoinpidellyt sinua raskaana ollessasi? _____

    (Jos et ole koskaan odottanut hänelle lasta, merkitse tähän) _____

    (Miehille:) Onko hän koskaan pahoinpidellyt sinua, kun olet ollut sairaana tai muutoin puolustuskyvytön? _____
11. Onko hän jatkuvasti väkivaltaisella tavalla mustasukkainen sinusta? _____
12. Oletko koskaan pelännyt tekeväsi itsemurhan tai yrittänyt sitä? _____
13. Onko kumppanisi uhannut tehdä itsemurhan tai yrittänyt sitä? _____
14. Onko hän väkivaltainen lapsia kohtaan? _____
15. Onko hän väkivaltainen kodin ulkopuolella? _____

KYLLÄ-VASTAUKSIA YHTEENSÄ _____

(Muokattu lähteestä[182])

HENKILÖKOHTAINEN TURVASUUNNITELMA

Työntekijä _____

Asiakas _____

Pvm. _____ Arvioidaan uudelleen (pvm:t) _____

1. Jos minun ja lasteni ei ole turvallista olla kotona tai mennä kotiin, voin mennä

   _____

   tai _____ (Täytä tämä kohta, vaikka ajattelisit, ettei väkivaltatapauksia enää tule.)

2. Väkivaltatilanteessa tai sen uhatessa turvallinen tie ulos kodista on

   _____

   _____

   (Mieti esimerkiksi, mitä ovia, ikkunoita, hissejä, rappuja tai paloportaita voisit käyttää.)

3. Voin kertoa väkivallasta seuraaville henkilöille ja sopia heidän kanssaan, että he kutsuvat poliisin, jos he kuulevat asunnostani epäilyttävää melua:

   _____

   _____

4. Voin käyttää (esim. merkki, sana)

   _____

   _____

   koodinani lapsilleni tai ystävilleni, jotta he osaavat kutsua apua.

5. Jos kumppanini ei asu enää kanssani, voin varmistaa turvallisuuteni kotona (esim. lukot, avaimet, hälytysjärjestelmät jne.)

   _____

   _____

6. Voin pitää käsilaukkuani tai turvalaukkuani (paikka kotona / ystävien luona)

   _____

   _____

7. Tarvitsen seuraavia tavaroita varautuessani nopeaan kotoa poistumiseen (turvalaukun sisältö):
   - ☐ Rahaa
   - ☐ Vara-avaimet kotiin ja autoon

- ☐ Varavaatteita
- ☐ Hygieniavälineitä
- ☐ Tärkeitä puhelinnumeroita, matkapuhelimen kortti, puhelinkortti
- ☐ Reseptit
- ☐ Tärkeitä asiakirjoja ja kortteja (sairausvakuutus-, henkilöllisyyskortti jne.)
- ☐ Lasten lempileluja
- ☐ Muuta, mitä _____

_____

8. Työntekijä on kertonut minulle
   - ☐ että en ole vastuussa kumppanini väkivaltaisesta käyttäytymisestä, mutta voin päättää, miten lisätä itseni ja lasteni turvallisuutta
   - ☐ että ansaitsen parempaa kuin tämän: minulla ja lapsillani on oikeus turvalliseen elämään ilman väkivallan pelkoa
   - ☐ että väkivalta on rikos ja voin tehdä rikosilmoituksen _____ poliisiasemalla
   - ☐ lähestymiskiellosta ja miten sitä haetaan _____

     _____
   - ☐ seuraavista tukea antavista paikoista: _____

     _____

9. Työntekijä on ehdottanut tai olemme sopineet, että voin jatkaa väkivallan käsittelyä
   seuraavassa jatkohoitopaikassa / seuraavan ammattihenkilön kanssa:

   _____

   _____

   _____

10. Olen tehnyt työntekijän kanssa (kirjallisesti) arvioinnin, joka koski kohtaamani väkivallan hengenvaarallisuutta
    Vastaukset merkitsevät minun tilanteessani, että

    _____

    _____

    _____

11. Voin säilyttää omaa tai lasteni omaisuutta vaarantamatta tämän suunnitelman

    _____

    _____

    _____

(Muokattu lähteestä[183])

10. Ongelmalliset kriisireaktiot

10.1. Dissosiaatio

Lievä-asteinen dissosiointi on normaali psyykkinen reaktio. Sen sijaan traumaattisten tapahtumien ja muistojen toistuvasti laukaisemat ja toimintakykyä haittaavat dissosiaatiotilat tulkitaan mielenterveyden häiriöiksi. Tällaisia häiriöitä ovat muun muassa dissosiatiivinen muistinmenetys, dissosiatiivinen pakkovaellus, dissosiatiivinen identiteettihäiriö (sivupersoonahäiriö) ja depersonalisaatiohäiriö.[184] Dissosiaatio on yksi lapsuudenaikaisen seksuaalisen hyväksikäytön tyypillisimpiä oireita.

Dissosiaatio tarkoittaa muistin ja havaintojen vääristymistä. Se on puolustusmekanismi, joka suojelee yksilöä ylivoimaisilta kokemuksilta . Psykodynaamisesti ajatellen dissosiaatiossa tapahtuu automaattinen sopeutumisreaktio psyykkistä tasapainoa uhkaavan traumakokemuksen jälkeen. Häpeää tai kauhua herättävä tapahtuma saattaisi muuten johtaa jopa itsemurhaan tai henkirikokseen.[186]

Dissosiaation diagnosointi ei ole yksinkertaista. Sana *dissosiaatio* tarkoittaa hajoamista tai kokonaisuuden osien erottumista toisistaan. Psykologiassa termi viittaa tilanteeseen, jossa henkilö ei pysty tietoisuudessaan yhdistämään ajatuksiaan, havaintojaan, tunteitaan tai muistojaan mielekkääksi kokonaisuudeksi. Hän ei voi yhdistää esimerkiksi traumaattista kokemusta oman henkilökohtaisen historiansa osaksi. Psykoanalyyttisessä teoriassa dissosiaatio ymmärretään henkilön pyrkimyksenä suojata mielen tasapainoa uhkaavilta tunnetiloilta. Psykoanalyysin avulla pyritään vähentämään dissosiaatiota ja eheyttämään yksilön persoonaa tiedostamisen avulla. Vaikka henkilö pyrkii suojaamaan mieltään traumaattisilta muistoilta ja ajatuksilta dissosiaation avulla, se herättää ahdistusta ja voi vaikeuttaa vuorovaikutusta ihmissuhteissa.[187]

Dissosiatiivisia häiriöitä ja oireita voidaan pitää reaktiona sellaisiin tilanteisiin ja ärsykkeisiin, jotka muistuttavat alkuperäisestä traumasta. Silloin henkilö muuttuu tai pyrkii muuttumaan tilaan, jossa hän oli trauman tapahtuessa. Dissosiaatiolla pyritään käyttäytymisen automatisoitumiseen, mahdottomalta tuntuvien ristiriitojen ratkaisemiseen,

traumaattisten muistojen eristämiseen, fyysiseen tunnottomuuteen sekä kokemuksen etäännyttämiseen itsestä.[188]

Dissosiatiivisia oireita ovat muun muassa psykogeeninen muistinmenetys (*amnesia*), oman itsen kokeminen vieraaksi ja epätodelliseksi (*depersonalisaatio*), ympäristön kokeminen vieraaksi tai outoksi (*derealisaatio*), ajan ja paikan tajun kadottaminen, havaintojen vääristyminen ja vaikeus erottaa mielikuvia todellisuudesta, mikä aiheuttaa joskus näkö- ja kuuloharhoja. Dissosiaatio voi ilmetä kehossa myös kouristuksina, lihasnykäyksinä, äänen katoamisena tai ääntämishäiriöinä, tunnottomuutena, särkyinä ja kipuina, halvausoireina, sokeutena tai muina aistihäiriöinä ja tajunnan menetyksenä. Dissosiatiivisia ruumiillisia oireita kutsuttiin aikaisemmin *hysteerisiksi* oireiksi, nykyään käytetään nimitystä *konversiohäiriö*.[189]

Lapsen dissosiatiivisia oireita ovat esimerkiksi transsimainen tila, lähimenneisyyden tapahtumien tai käytöksen muistamattomuus, nopeat käyttäytymisen vaihtelut, raivoreaktiot, elävät kokemukset mielikuvitusystävistä tai identiteetin jakautumisesta sekä depersonalisaation ja derealisaation oireet.[190]

Traumakokemukseen liittyvät takaumat pyrkivät tietoisuuteen. Tällaisia muisti- ja mielikuvia laukaisevia tekijöitä sanotaan *triggereiksi*. Esiintyy myös lohkomista (*splitting*), jossa lapsi esimerkiksi näkee häntä hyväksi käyttäneen isän hyvänä ja itsensä pahana. Uhri toistaa usein tehottomia toimintoja ja reaktioita. Psyykkisen energian tasapainottaminen on hänelle vaikeaa, eikä hän osaa käyttää energiaansa toimintaan, joka edesauttaisi sopeutumista. Trauman seurauksena uhrilla voi olla vaikeuksia joko aloittaa tai lopettaa toiminta.[191]

Uhri voi kompensoida kaoottista mieltään ja eheyden puutetta suorittamalla ja kontrolloimalla. Jotkut vahingoittavat itseään pyrkiessään helpottamaan oloaan (esim. viiltely, itsemurhayritykset). Vaikeat kokemukset voidaan pyrkiä unohtamaan myös pakonomaisen kiireen kautta tai pakenemalla erilaisiin toimintoihin (esim. lukeminen, TV:n katselu, fantasiat, riippuvuudet). Turvallisuushakuisuus on tyypillistä dissosioituneille henkilöille. Turvallisuudentunnetta ja tasapainoa saatetaan hakea riskittömästä ja uhrautuvasta elämäntavasta, mutta samalla luovutaan omien tavoitteiden ja haaveiden toteuttamisesta. Uhrin kehonkuva voi olla vääristynyt, mikä altistaa helposti syömishäiriöille.[192]

Dissosioituneet ihmiset kärsivät monista peloista. Aina he eivät kuitenkaan tiedä, mitä oikeastaan pelkäävät. Hartin ym. (2009) esittämän ajatuksen mukaan rakenteellista dissosiaatiota ylläpitävät useat fobiat. Fobian kohteena voivat olla psyykkiset toiminnot (traumakokemuksesta

muistuttavat tunteet, aistimukset ja ajatukset) sekä kiintymyssuhteisiin ja niiden menettämiseen liittyvät seikat (esim. rajatilahäiriö). Myös normaalielämään kohdistuvaa fobiaa esiintyy, koska elämään sisältyy aina riskejä. Fobiat ja niihin yhdistyvä välttämiskäyttäytyminen voivat rajoittaa ja hankaloittaa elämää merkittävästi.[193]

Vireystilan säätely on heikkoa useilla seksuaalisesti hyväksi käytetyillä henkilöillä. He voivat olla lamaantuneita (alivireystilassa) tai elää kroonisessa ylivireyden tilassa, jonka oireina voi esiintyä unihäiriöitä, hermostuneisuutta, ärtyisyyttä, säpsähdysherkkyyttä, keskittymisvaikeuksia ja liiallista varuillaanoloa. Usein heillä on myös somaattisia oireita, kuten päänsärkyä, vatsakipuja tai muita epämääräisiä kipuja, kouristuksia ja tahattomia liikkeitä.[194]

Dissosiaatio-oireet

• Aistihäiriöt (kuulo-, tunto-, näköharhat) • Ajan ja paikan tajun katoaminen • Alistuminen ja totteleminen • Alivireystila • Depersonalisaatio • Derealisaatio • Puolustuskyvyttömyys • Hallitsemattomat ja voimakkaat tunnetilat tai tuntemukset kehossa • Rauhoittumiskeinojen puuttuminen • Krooninen masennus tai ahdistus • Kouristukset • Lihasnykäykset • Liikuntakyvyn menetys • Mielikuvitusystävät (lapsilla) • Muistamattomuus • Normaalin tunne-elämän häiriintyminen	• Osittainen halvaus • Pahantekijään samaistuminen • Painajaiset • Paniikkikohtaukset • Pelot • Puhekyvyn menetys • Raivoreaktiot • Säryt ja kivut • Tahattomat liikkeet • Tajunnan menetys • Transsinomainen tila • Tunnottomuus • Uhriutuminen ihmissuhteissa • Vieraantuminen • Ylivireystila • Äänen katoaminen • Ääntämishäiriöt

Dissosiaatio on yksi traumaoire, ja sitä voi esiintyä piilevänä lukuisien sairauksien ja häiriöiden taustalla. Dissosiaatio-oireet ovatkin sinällään luonnollinen reaktio traumaan. Kyseessä on puolustusmekanismi ylivoimaisia kokemuksia vastaan, ja oireet ilmaisevat ihmismielen pyrkimystä suojautua uhkaavilta tunnetiloilta.

10.2. Ylivilkkaus ja muut traumaoireet

Joillakin ihmisillä komplisoitunut traumaprosessi aikaansaa samanlaisia oireita, joita kuvataan ADHD-oppaissa. Aivot menevät tietyllä tapaa ”sotatilaan”. Kuvaan seuraavaksi reaktioita, joita tällaiseen tilanteeseen voi liittyä. Käsittelen ensin lapsia ja sitten aikuisia.

Tarkkaavuuden puute: Lapsella on jatkuvasti vaikeuksia keskittyä leikkeihin ja tehtäviin. Hänen on vaikea kuunnella toisen puhetta, eikä hän kykene riittävän hyvin seuraamaan ohjeita. Koulu- tai työtehtävät jäävät lapselta kesken, ja hänellä on toistuvia vaikeuksia tehtävien ja toimien järjestämisessä. Hän välttelee pitkäkestoista keskittymistä vaativia tehtäviä, unohtelee jatkuvasti päivittäisiä asioita, jättää yksityiskohdat huomiotta ja häiriintyy pienistäkin ulkopuolisista ärsykkeistä.

Yliaktiivisuus: Lapsi on jatkuvasti hyperaktiivinen tai impulsiivinen. Hän liikuttelee hermostuneesti raajojaan ja kiemurtelee tuolilla istuessaan. Lapsi poistuu toistuvasti tilanteista, joissa edellytetään paikallaanoloa. Hän juoksentelee tai kiipeilee ylettömästi ja on jatkuvasti levoton. Hänellä on usein toistuvia vaikeuksia leikkiä tai harrastaa rauhallisesti, hän puhuu koko ajan ja on menossa jatkuvasti.

Impulsiivisuus: Lapsi ei pysty odottamaan vuoroaan, keskeyttää toiset, tuppautuu toistuvasti muiden seuraan ja vastaa kysymyksiin, ennen kuin ne on kokonaan esitetty. Hän ei kestä pettymyksiä, vaan voi raivostua ja käyttäytyä uhmakkaasti.

Aikuisten ylivilkkausreaktiot ilmenevät usein opiskeluun, työhön tai muihin askareisiin liittyvinä ongelmina, kuten hankaluuksina keskittyä tarkkaavaisuutta vaativiin tai yksitoikkoisiin tehtäviin. Asioita saatetaan unohtaa, ja tehtävät voivat jäädä kesken. Paikallaan pysyminen voi tuottaa vaikeuksia. Aikuisilla ylivilkkausreaktioiden yhteydessä tavataan usein myös muita ongelmia, kuten masennusta, ahdistuneisuutta, impulsiivisuutta ja päihteidenkäyttöä. Henkilön luonteenpiirteet saattavat korostua häiritsevästi, ja hänen käytöksensä voi olla epäsosiaalista.

Akuutin stressireaktion ja posttraumaattisen stressihäiriön oireina voidaan tavata käyttäytymistä, joka muistuttaa autismia. Myös ylivireystilan ja alivireystilan vaihtelua voi esiintyä. Näitä on joskus hankala erottaa depressiosta ja hypomaniasta, joita esiintyy kakkostyypin kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä.

10.3. Defenssimekanismit

Ihminen pyrkii säätelemään omaa ahdistustaan, voimattomuuttaan, riittämättömyyden tunteitaan ja pelkojaan erilaisten toimintojen avulla. Tällaisia defenssejä eli puolustusmekanismeja ovat muun muassa nauraminen, vitsaileminen ja epäolennaisuuksiin keskittyminen. Ihminen voi myös suuttua, syyttää muita tai ”paeta” sairastumalla esimerkiksi somaattiseen sairauteen. Mitä heikompi itsetunto yksilöllä on, sitä herkemmin hän joutuu suojaamaan itseään ja sitä alkeellisempia puolustusmekanismeja hän käyttää. Vaikeassa kriisissä ihminen usein ohimenevästi regressoituu, mikä on tuossa tilanteessa normaalia käytöstä.

Alkukantaisia ja kypsymättömiä defenssejä ovat muun muassa kieltäminen, taantuminen, heijastaminen ja sisäistäminen.

- Kieltäminen tarkoittaa menettelytapaa, jossa vaikean ja ahdistavan asian olemassaolo kiistetään. Ikävä kokemus ikään kuin katoaa, kun sitä ei haluta kohdata. Dissosiaatio on tällaisen kieltämisen äärimmäinen muoto.
- Taantumassa eli regressiossa on kyse siitä, että ihminen palaa ikäänsä varhaisemmalle kehitysasteelle. Tällöin hän saattaa esimerkiksi kieltäytyä ottamasta vastuuta omasta ja toisten hyvinvoinnista.
- Projektiossa eli heijastamisessa omat hankalat ajatukset, toimintaimpulssit ja käyttäytymispiirteet siirretään itsen ulkopuolelle joko tietoisesti tai tiedostamatta. Toisin sanoen henkilö näkee oman epämiellyttävän ominaisuutensa (esimerkiksi kateuden) toisen ihmisen ominaisuutena. Mustasukkainen ihminen voi siis syyttää jotakuta toista mustasukkaisuudesta, ja taitamaton ihminen saattaa päivitellä muiden osaamattomuutta. Omat alemmuuden- ja syyllisyydentunteet helpottuvat, kun kritiikki kohdistetaan muihin kuin itseen. Usein käy niin, että tällaiset syytökset yllättävät niiden kohteen. Asian selvittäminen voi olla hankalaa, sillä projektiota käyttävä keksii helposti uusia syytöksiä, jotta ei joutuisi kohtaamaan ja tunnustamaan omaa puutteellisuuttaan. Voimakas projektio on tyypillistä vaikeissa mielenterveyden häiriöissä, kuten paranoidisissa tiloissa ja psykooseissa.
- Sisäistämistä eli introjektiota kuvaa tilanne, jossa jonkun muun haluamaa asiaa tai ominaisuutta imetään osaksi itseä. Tällöin se ei siis ole luonnollinen osa kyseisen ihmisen luonnetta. Sisäistäminen on normaali reaktio lapsuudessa ja nuoruudessa, joihin kuuluu samastumista ja matkimista. Aikuisuudessa introjektio kertoo

kuitenkin persoonallisuuden kehityksen häiriöstä. Tällainen henkilö voi olla kameleonttimainen ”jees-ihminen”, joka on kenen tahansa vietävissä ja johon on siksi vaikea luottaa. Sisäistämistä tavataan myös monien psyykkisten häiriöiden yhteydessä (masennus, päihderiippuvuus, psykosomaattiset oireet).

Neuroottisia defenssejä ovat muun muassa selittäminen, arvon kieltäminen, kohteen vaihtaminen ja vastakohdaksi kääntäminen.

- Selittäminen (rationalisaatio, älyllistäminen) tarkoittaa selviytymisstrategiaa, jossa ikävälle asialle pyritään keksimään järkevä, ulkopuolinen selitys. Esimerkiksi jossakin tehtävässä epäonnistumista saatetaan perustella niin, että se johtui liiallisesta valvomisesta, kiireestä, unohtamisesta tai sairastelusta. Selittäjä ei hallitse omaa ahdistustaan, vaan hän saattaa esimerkiksi etsiä jatkuvasti sellaista lääketieteellistä tietoa, joka selittäisi hänen läheisensä kuoleman.
- Arvon kieltämistä kuvaa sananparsi ”Happamia, sanoi kettu pihlajanmarjoista”. Kun haluttua tavoitetta ei saavuteta, sitä vähätellään. Merkityksellisen ihmissuhteen katketessa toinen ihminen leimataan hankalaksi ja hänen arvonsa näin mitätöidään (”Kyllähän tuosta joutikin eroon”). Tälle strategialle on tyypillistä kateus ja katkeruus, joilla estetään toisen ihmisen oikeudet ja tarpeet (”Mitä tuokin luulee olevansa”).
- Kohteen vaihtaminen on kysymyksessä silloin, kun tunteiden todellinen kohde korvataan jollakin toisella (ns. transitionaaliobjektilla). Esimerkiksi lapset voivat tukeutua pehmoleluihin, kun he opettelevat irtautumaan äidistään. Aikuiset saattavat puolestaan purkaa työpaineita niin, että he suuttuvat puolisolleen. Puoliso voi edelleen purkaa kiukkunsa lapsiin ja lapset leikkitovereihinsa tai leluihinsa. Jos ihmisellä on huonoja ihmissuhdekokemuksia, hän saattaa kohdistaa rakkauden tunteensa esimerkiksi eläimiin tai esineisiin.
- Vastakohdaksi kääntäminen eli reaktionmuodostus voi tapahtua, kun todellisia tunteita ei uskalleta kohdata eikä näyttää. Tällöin ihminen piilottaa tunteensa ja käyttäytyy aivan toisin. Esimerkiksi lastaan vihaava äiti voi muuttua ylihuolehtivaksi ja epävarma ihminen jääräpäisen itsevarmaksi. Aggressiivisesta henkilöstä saattaa tulla korostuneen kohtelias ja rauhantahtoinen. Pelokas voi puolestaan tekeytyä uhkarohkeaksi. Henkilö voi itse olla ylpeä muutoksesta, mutta läheiset kokevat hänen käyttäytymisensä keinotekoiseksi ja

epäaidoksi. Vastakohdaksi kääntäminen on pakkoneurootikoille tyypillinen minän puolustuskeino.

- Tyhjäksi tekeminen on taikauskoista ajattelua ja toimintaa. Kun ihminen kokee toimineensa moraalittomasti, hän yrittää mitätöidä teon ja syyllisyydentunteen esimerkiksi peseytymällä huolellisesti, lähtemällä lenkille, lukemalla Raamattua tai tekemällä jonkin hyvän työn. Defenssin runsas käyttö kuvaa häiriintynyttä mielenrauhaa ja runsasta syyllisyyttä. Tyhjäksi tekeminen on pakkoneurootikoille tyypillinen suojautumiskeino.
- Torjunta on strategia, jossa mieltä ahdistava kokemus tai ajatus painetaan pois tietoisuudesta ja unohdetaan. Torjunta voi olla tietoista (supressio) tai tiedostamatonta (repressio). Torjunnasta on kyse esimerkiksi silloin, kun ihminen ei huomaa omia vikojaan eikä rajoituksiaan. Ystävässä tai rakastetussa voidaan ihailla kaikkea, samalla kun vihamiehessä nähdään pelkkiä vikoja. Torjuja ottaa siis vastaan vain sellaista tietoa, joka sopii hänen asenteisiinsa. Muiden tarpeita hän ei havaitse. Myös silloin, kun ihminen pelkää ja ahdistuu tietämättä syytä siihen, hän käyttää torjuntaa. Torjunta on keskeinen defenssi ahdistuneisuushäiriöissä.
- Tunteen eristäminen eli isolaatio tarkoittaa tilannetta, jossa traumaattinen tilanne muistetaan, mutta siihen liittyvät vaikeat tunteet torjutaan. Esimerkiksi äiti voi kertoa hyvinkin yksityiskohtaisesti lapsensa kuolemasta ilman, että hän osoittaa minkäänlaisia tunteita. Havainnoitsija voi virheellisesti pitää tällaista henkilöä tunteettomana tai hyvin tunteensa hallitsevana henkilönä. Kyse on kuitenkin siitä, että kovin kipeää kokemusta ei kestä muuten kuin eristämällä tunteen. Tunteen käsittelyssä tarvitaan tällöin muiden tukea. Muutoin on vaarana, että tunteet patoutuvat ja ihminen alkaa oireilla psykosomaattisesti. Tunteen eristäminen on defenssi, jota käyttää yleisesti erityisesti hoitohenkilökunta. Riskinä on tällöin, että ihminen kyynistyy.

Korkeamman tason defenssejä ovat kompensaatio ja sublimaatio.

- Kompensaatio eli korvaaminen on ilmiö, jossa koettu pettymys ja ahdistus pyritään korvaamaan jollakin toisella kokemuksella ja siitä saatavalla tyydytyksellä.
- Sublimaatio eli tarpeen jalostaminen ilmenee siten, että lapsenomainen tarve muuntuu ja purkautuu tavalla, jonka kaikki voivat hyväksyä. Esimerkiksi hoivatuksi tulemisen tarve voi kehittyä niin, että ihminen alkaa hoivata toisia hoitoammatissa.

11. Hyvä kriisiapu ja -hoito

11.1. Elämäntilanne ja kehityskriisit

Elämäntilannekriiseissä päähenkilö voi olla itsen lisäksi joku perheenjäsen, sukulainen, läheinen ystävä tai työtoveri. Näin ollen se, mikä tapahtuu yhdelle, koskettaa usein keskimäärin 7–10 muuta ihmistä kriisin vakavuudesta riippuen. Tällaisia stressaavia elämäntilanteita ovat esimerkiksi oma tai läheisen vaikea sairaus, omaisen kuolema, monenlaiset mielenterveys- ja päihdeongelmat, konkurssi, työttömyys, opiskelu- ja työpaikkakiusaaminen, hankala avioero, vakava mustasukkaisuus, perheväkivalta, insesti, monenlainen hyväksikäyttö ja liiallisen kuorman alle uupuminen. Elämänkriisit koskettavat aina vähintäänkin päähenkilön koko perhettä ja usein myös ystäviä, sukulaisia ja työtovereita. Vaikka kaikki kokevat kriittisiä elämäntilanteita, suuria elämänkriisejä ei kaikille ihmisille näistä välttämättä aiheudu. Tähän vaikuttaa osaltaan myös mielenterveyttä suojaavien tekijöiden määrä.

Kehityskriisit ovat puolestaan elämän muutoksiin liittyviä käännekohtia, joissa ihmisen arkirutiinit muuttuvat. Monelle voi kriisin aiheuttaa muun muassa avioliiton solmiminen, lapsen syntymä, lasten kouluun meneminen, nuorten murrosikä, nuorten muuttaminen pois kotoa, eläkkeelle siirtyminen, kuolemaan valmistautuminen jne. Kehitys ei aina aiheuta kriisiä, mutta jos aiheuttaa, on sen läpikäyminen välttämätöntä, jotta asianomainen saavuttaisi tasapainon uudessa elämäntilanteessa. Kehityskriisit eivät useinkaan muodostu vaikeiksi, joten niistä selviää yleensä ilman ammattiapua. Kehityskriisit saattavat vaikuttaa välillisesti työssä tai opiskelussa jaksamiseen. Aikaisempien kriisien läpikäyminen ja niistä selviytyminen helpottaa tulevista kehityskriiseistä selviytymistä.

11.1.1. Työttömyyskriisi

Työ on länsimaisessa kulutusyhteiskunnassa ja erityisesti luterilaisissa maissa sosiaalisen aseman ja yhteiskunnallisen arvostuksen tärkeimpiä mittareita. Se tarjoaa erilaisia yhteisöllisiä arvoja ja identiteetin rakennuspuita. Työ tarjoaa myös taloudellisen turvan, sosiaalisen yhteisön jäsenyyden ja arvostuksen, selkeän elämänrytmin, tilaisuuden kokea ammatillisia haasteita ja onnistumisia sekä mahdollisuuden pitää yllä ja parantaa ammattitaitoa. Työtä tekemällä ihminen saa kasvot, joiden kautta hän tulee näkyväksi itselleen ja yhteisölleen.

Työttömäksi jääminen järkyttää taloudellisen toimeentulon lisäksi myös koko sitä perustaa, jolle oma identiteetti ja olemassaolo on rakennettu. Työttömyydestä voi muodostua kriisi, josta selviytyminen voi vaatia monenlaisten ”elämän ja kuoleman kysymysten” läpikäyntiä.

Työttömyys koettelee myös itsetuntoa. Työttömän minäkuva on usein kielteinen: tunne oman elämän hallinnasta katoaa helposti, eikä omiin vaikutusmahdollisuuksiin ja parempaan tulevaisuuteen jakseta välttämättä enää uskoa. Moni kokeekin huonommuutta suhteessa työssä käyviin, ja jotkut saattavat pitkään pyrkiä jopa salaamaan työttömyytensä lähtemällä säännöllisesti kotoa ”töihin”, vaikkei enää olisi työpaikkaa minne mennä. Rasitteena on myös yleinen ilmapiiri, jossa työttömiin ja erityisesti pitkäaikaistyöttömiin suhtaudutaan kielteisesti.

Vaikeasta elämäntilanteesta selviäminen ja kriisin voittaminen edellyttääkin eräänlaista surutyötä. Pintaan nouseville tunteille ei ole yksiselitteistä kaavaa, mutta tietyt vaiheet ovat kuitenkin osoittautuneet tyypillisiksi vaikeista elämäntilanteista alkunsa saaneille selviytymistarinoille. Näitä vaiheita voidaan kuvata esimerkiksi muutoksen kehällä. Tyypillinen prosessi alkaa sekasortoisista tunnelmista, sokista ja tapahtuneen kieltämisestä. Työttömäksi jääminen – myös tilanteissa, joissa se ei tule yllätyksenä – on useimmille suuri järkytys. Jos uutta työpaikkaa ei ole tiedossa ja etenkin jos työllistymismahdollisuudet näyttävät huonoilta, stressi kasvaa ja kriisi syvenee. Tyypillinen negatiivisen elämänmuutoksen käsittelykeino on vastarinta ja puolustautuminen. Yleisin puolustautumismekanismi on syyttäminen, joka kohdistuu ensin muihin ihmisiin, esimerkiksi työnantajaan tai poliitikkoihin. Moni on katkera, kun ei saa koulutustaan ja ammattitaitoaan vastaavaa työtä eikä voi enää ansaita elantoaan. Aiemmin itsestään selvinä pidetyistä asioista on luovuttava, mikä lisää pettymyksen, vihan ja katkeruuden tunteita. Monelle miehelle on kiusallista, jos vaimosta tulee perheen pääasiallinen elättäjä. Toimeentulon osalta tilanne on turvatumpi niillä, jotka saavat liiton päivärahoja. Ongelmia tulee silti muilla alueilla.

Moni työtön pitää itseään työssä käyviä huonompana – ja uskoo muiden ajattelevan hänestä samoin. Esimerkiksi aktiivinen työnhaku tai yhteydenpito työssä käyviin ystäviin saattaa katketa, koska työssä olevien kohtaaminen tuntuu vaikealta uudessa tilanteessa. Vaikeana koettujen tilanteiden välttäminen on puolustuskeino, jonka vaarana on eriarvoisuuden syveneminen ja syrjäytyminen. Jos oma identiteetti ja olemassaolo on perustunut suuressa määrin työuran varaan, voi siitä luopuminen herättää tyhjyyden ja voimattomuuden tunteita. Mikäli elämään ei löydy uutta sisältöä eikä muutoksen aiheuttamaa ahdistusta pääse purkamaan, luopuminen ja menetys alkavat hallita olemista. Masennus ja päihdeongelmat saattavat tulla mukaan kuvioihin yllättävän nopeasti.

Taloudelliset vaikeudet ja henkiset paineet heijastuvat myös perhe-elämään. Ahdistuksen ja huolien keskellä perheestä tai parisuhteesta huolehtiminen on usein ylivoimaisen vaikeaa. Mieliala saattaa olla ärtyisä ja ahdistunut, jopa aggressiivinen. Moni purkaakin pahaa oloaan juuri lähipiiriinsä. Jos ongelmista ja tuntemuksista ei voi puhua perheen tai ystävien kanssa, kierre kasvaa. Muutoksen hyväksyminen ja ongelmien jakaminen perheen ja läheisten kanssa onkin usein ensimmäinen askel ulos ahdingosta. Työtön näkee itsensä usein passiivisena uhrina, jonka vaikutusmahdollisuudet omaan elämään ovat vähäiset. Tästä uhrikuvasta luopuminen on tärkeä askel muutoksen tiellä, sillä se auttaa jatkamaan matkaa eteenpäin. Uhrikuvasta luopumisen myötä käsitys itsestä muuttuu aktiivisemmaksi, mikä puolestaan lisää omanarvontuntoa ja uskoa tulevaisuuteen.

Aluksi muutos hyväksytään passiivisesti. Ihminen alkaa silloin sopeutua uuteen tilanteeseen. Tätä vaihetta seuraa niin kutsuttu aktiivinen hyväksyminen, jolle on tyypillistä tapahtuneen ja oman tilanteen tutkiminen ja arviointi. Prosessin edetessä mielessä alkaa viritä ajatus todellisesta aktivoitumisesta ja katse käännetään varovasti kohti tulevaisuutta. Nämä vaiheet tulisi olla jokaisen työvoimapalveluja tarjoavan työntekijän tiedossa. Tältä osin työ- ja elinkeinotoimistojen olisi tarkistettava toimintaperiaatteitaan. Parempi lopputulos saavutetaan varmasti silloin, kun jo ensimmäinen työvoimavirkailija osaa ottaa nämä seikat huomioon. Muutosta seurannut kriisi ja sen käsitteleminen herättää uudelleen aktivoitumaan, ja elämään kaivataan ehkä erilaisia asioita kuin ennen. Toivo sekä usko itseen ja tulevaisuuteen palaavat hiljalleen, kun huomataan, että muutoksen ja sitä seuranneiden menetysten kanssa voi elää ja niistä voi selviytyä.

Työttömien ja monien muidenkin suomalaisten suuri ongelma on, ettei ikävistä asioista haluta tai uskalleta puhua ulkopuolisille – toisinaan edes omalle elämänkumppanille. Toivon herättämiseen tarvitaan kuitenkin toisia ihmisiä, ja toisinaan on hyvä jakaa tuntemuksia myös muiden kuin oman

elämänkumppanin kanssa. Joku saattaa nimittäin tarpoa samassa toivottomuuden suossa, jossa itsekin on. Sosiaalisten kontaktien solmiminen ja niiden aktiivinen ylläpitäminen ovat tärkeitä keinoja ehkäistä syrjäytymistä.

Työttömille ja työttömyysuhan alaisille on tarjolla monenlaista toimintaa. Elämänmuutosten kanssa kamppailevat voivat parantaa omaa jaksamistaan esimerkiksi erilaisilla kursseilla. Monille tällainen toiminta tarjoaa ensimmäisen tilaisuuden intensiiviseen ajatteluun ja kokemusten vaihtoon muiden samassa tilanteessa olevien kanssa. Tavoitteeksi tulisikin ottaa uusien voimavarojen ja keinojen löytäminen. Valitettavasti useiden työvoimapoliittisten toimenpiteiden vaikutus on jäänyt tutkimustenkin valossa hyvin niukaksi. Tämä johtuu siitä, ettei työ- ja elinkeinoministeriön alaisissa organisaatioissa, kuten ELY-keskuksissa ja TE-toimistoissa, ole riittävästi tietoa psyykkisestä kriisistä. Niissä ei näin myöskään tiedetä, miten se tulisi ottaa huomioon palveluja suunniteltaessa. Mikäli toiminnoissa ei ole suunnitteluvaiheesta alkaen huomioitu työttömyyden potentiaalista kriisiluonnetta, työvoimapoliittinen interventio – olipa se sitten työllisyyskurssi tai mikä hyvänsä – on tuomittu epäonnistumaan. Pahimmillaan siihen osallistuvan tilanne synkkenee entisestään.

Looginen keskustelukumppani työttömyyskriisin kanssa kamppailtaessa on työvoimaneuvoja tai -ohjaaja, jollainen löytyy lähimmästä TE-toimistosta. Tämän vuoksi olisi todella tärkeää, että TE-toimistojen henkilökunta saisi riittävästi koulutusta ihmisen normaalien reaktioiden käsittelyssä. Koska osaamista asiassa ei ole, työvoimaneuvojat saattavat suotta säikähtää työnhakijaa, joka oireilee voimakkaasti. Nykypäivänä trendi tuntuukin olevan, että ”hankalat tapaukset” ohjataan joko ammatinvalintapsykologille tai moniammatilliseen työvoiman palvelukeskukseen[2]. TE-toimistoissa tulisi nähdä, että monet hyvin rajuinakin ilmenevät oireet ovat normaaleja reaktioita hankalassa tilanteessa. Nimenomaan TE-toimiston rivityövoimaneuvoja tai -ohjaaja olisi oikea keskustelukumppani työttömyyskriisissä, koska tilanteen ratkaiseminen edellyttää usein nopeaa siirtymää takaisin

[2] Työvoiman palvelukeskus (TYP) on moniammatillinen työryhmä, jossa on useimmiten mukana TE-toimiston lisäksi kunnan sosiaalihuolto sekä terveydenhuollosta sairaanhoitajatason edustus. Keskimääräinen TYP:n asiakas on moniongelmainen, syrjäytynyt tai syrjäytymisvaarassa oleva pitkäaikaistyötön. Vaikka TYP:n taustalla oleva ideologia on hyvä, moni asiakas kokee viimeistään tässä vaiheessa itsensä jossain määrin toivottomaksi tapaukseksi. Tilastojenkin valossa näyttäisi sille, että TYP:n asiakkuudesta siirrytään hyvin harvoin takaisin avoimille työmarkkinoille. Raskaatkaan kuntoutus- ja työvoimapoliittiset toimenpiteet eivät välttämättä auta.

työelämään. Rajuinakin ilmenevät oireet ovat väliaikaisia, mikäli työttömäksi jäänyt pääsee takaisin työelämään nopeasti. Kurssikierre tai näennäisesti työllistävä työvoimapoliittinen toimenpide näyttää usein vain pitkittävän työttömyydestä johtuvaa kriisiä, ja ongelmien kroonistuminen on silloin todennäköisempää.[195]

11.1.2. Seksuaalisuuden ja sukupuoli-identiteetin kriisit

Perheen hyväksyvä suhtautuminen homo-, bi- tai transnuoreen suojaa tätä depressiolta, päihteiltä ja itsetuhoisuudelta. Uuden yhdysvaltalaisen tutkimuksen[196] mukaan tämä vähentää myös muita terveysriskejä ja edistää nuoren yleistä terveyttä aikuisena. Lisäksi perheen hyväksyntä vaikuttaa myönteisesti nuoren itsetuntoon. Huoltajien ja jossain määrin myös sisarusten tuki on tärkeää esimerkiksi tilanteissa, joissa nuorta kohdellaan huonosti hänen seksuaalisuutensa tai sukupuoli-identiteettinsä takia.

Tiedotusvälineet ja perheet ovat nykyään yhä enemmän tietoisia riskeistä, joita sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöön kuuluvat nuoret kohtaavat. Mainitun tutkimuksen tulokset tarjoavat toivoa näille nuorille ja heidän perheilleen, joiden voi olla vaikea tasapainottaa esimerkiksi uskonnollisia arvojaan ja nuorta kohtaan tuntemaansa rakkautta. Yhä useammat perheet haluavat hyväksyä lapsensa, joka on homo- tai biseksuaali tai transsukupuolinen. Monilla on kuitenkin vaikeuksia sen jälkeen, kun lapsi kertoo asiasta.

Nuoret, joihin perheenjäsenet asennoituivat hyvin myönteisesti, raportoivat vahvempaa itsetuntoa, suurempaa sosiaalista tukea ja parempaa terveyttä kuin nuoret, joiden seksuaalisuutta tai sukupuoli-identiteettiä perhe ei hyväksynyt. Perheenjäsenten torjuntaa kokeneilla nuorilla oli kolme kertaa suurempi riski harkita tai yrittää itsemurhaa. Tutkimuksessa havaittiin myös, että erittäin uskonnollisissa perheissä homo-, bi- ja transnuoret kohtasivat eniten torjuntaa.

Edellä mainitun tutkijaryhmän jäsenet kehittävät parhaillaan uutta näyttöön perustuvaa perhehoitomallia, jolla sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien nuorten hyvinvointia voidaan edistää. Mallissa käytetään käyttäytymiseen perustuvaa lähestymistapaa, ja sen avulla yhteisöjen ja palveluntarjoajien on mahdollista auttaa erilaisiin etnisiin ja uskonnollisiin ryhmiin kuuluvia perheitä. Tavoitteena on vähentää nuorten kohtaamaa torjuntaa ja tukea näitä tavalla, joka ottaa huomioon perheen arvomaailman. Työtä tehdään myös maahanmuuttajien ja vähätuloisten perheiden keskuudessa sekä sijaisperheissä ja nuorten rangaistuslaitoksissa.

11.1.3. Parisuhdekriisit

Useissa tilanteissa lasten psyykkistä oireilua helpottaa, kun vanhemmat tulevat paremmin keskenään toimeen. Vanhemmat saattavat olla pariterapiankin tarpeessa, mutta eivät aina terapiaprosessiin asti pääse. Joskus psykoedukatiivisen kirjallisen materiaalin antaminen voi helpottaa. Alla olevaa materiaalia voi kopioida ja jakaa tarpeen mukaan vanhemmille. Materiaalia voi käsitellä myös vanhempainilloissa ja muissa vastaavissa tilaisuuksissa.

Parisuhdevinkkejä vanhemmille

Kuunnelkaa toisianne

Kuunteleminen on tärkein osa kahdenkeskistä viestintää. Tarkkaavainen kuunteleminen voi auttaa ymmärtämään, miten kumppani näkee jonkin asian.

- Voit osoittaa, että todella kuuntelet, kun **keskeytät sen, mitä olet tekemässä**. Kun puolisosi haluaa puhua, kiinnitä kaikki huomiosi hänen sanoihinsa ja kehonkieleensä.
- Rohkaise kumppaniasi puhumaan kysymällä avoimia kysymyksiä (esim. ”Mitä ajattelet tästä. . .?”). Sellaiset kysymykset voivat herättää lisää keskustelua. Voit myös varmistaa, että olet ymmärtänyt kumppanisi oikein toistamalla hänen kommenttinsa omin sanoin.
- Jos koko ajan ajattelet, mitä sanoisit seuraavaksi, et todella kuuntele. Yritä sen sijaan **keskittää huomiosi** siihen, mitä kumppanisi sanoo. (Voit ehkä kirjoittaa asioita muistiin, jos pelkäät, että unohdat jotain tärkeää.)

Jaa tunteesi kumppanisi kanssa

Kumppanisi ei ole ajatustenlukija! Kun puhut pettymyksistäsi ja peloistasi sekä onnellisuudestasi ja iloistasi, kumppanisi tietää paremmin, mitä koet.

Minä-viestejä on helpompi kuunnella kuin sinä-viestejä, jotka saattavat kuulostaa arvostelulta. Voisit sanoa esimerkiksi näin: ”Tunnen itseni yksinäiseksi, kun vietämme vähemmän aikaa yhdessä.” Tämä on parempi tapa kertoa tunteistasi kuin kommentti ”Sinä et enää vietä aikaa meidän kanssamme”.

Voi olla vaikeaa sovittaa keskusteluja vaipanvaihtojen väliin. Onkin ehkä hyödyllistä varata tietty aika puhumiseen. Kun olet valmis, järjestä lastenvahti ja vietä puolisosi kanssa kahdenkeskinen ilta paikassa, jossa molemmat viihtyvät.

Hyväksy muutokset

Voit asennoitua niin, että näet suhteesi olevan uudessa vaiheessa. Sen ei tarvitse olla poissa raiteiltaan. Voitte keskustella, mitä uusi vaihe merkitsee teille molemmille.

Jos teidän on vaikea löytää aikaa yhdessäoloon, yrittäkää järjestää sitä suunnittelemalla ajan käyttöä.

Ristiriitojen hallinta

Näkemyseroja nousee esille muutosvaiheissa. Niistä puhuminen voi auttaa teitä ymmärtämään toistenne mielipiteet. Asioista voidaan olla eri mieltä.

Kireys voi lieventyä, jos hyväksyt kumppanisi näkemykset samalla, kun selität omaa kantaasi. Hyödynnä edellä olevia ohjeita kuuntelemisesta ja selvitä, mitä kumppanisi tarkoittaa. Älä aloita vastahyökkäystä.

Kun teette päätöksiä yhdessä, pyrkikää sellaisiin ratkaisuihin, jotka molemmat voivat hyväksyä.

Läheisyyden säilyttäminen

Yksinkertaiset asiat voivat auttaa säilyttämään yhteyden. Voit esimerkiksi kysyä, millainen päivä puolisolla on ollut (mikä sujui hyvin, mikä huonommin?).

Apua voi olla myös pienistä eleistä, jotka osoittavat kumppanille, että välität. Voit vaikkapa tarjota kupin teetä tai järjestää kumppanillesi mahdollisuuden nukkua, kun hän on väsynyt.

Seksuaalisuus

Useimmat parit pystyvät palauttamaan sukupuolielämänsä ennalleen. Keskusteluun varattu aika ja yhdessäolo voivat lisätä läheisyydentunnetta, mikä edistää myös seksuaalista läheisyyttä.

Jos olet liian väsynyt tai poissa tolaltasi, niin ettet voi ajatellakaan seksiä, yritä kertoa kumppanillesi, miltä sinusta tuntuu. Samoin kuin muun yhdessäolon suhteen, tässäkin voi ajan järjestäminen olla paikallaan.

Suhteen hoito

Kerro rehellisesti elämässäsi tapahtuvista muutoksista. Tämä voi käsittää keskusteluja siitä, mitä ajattelette uusista rooleistanne.

Lasten saaminen nostaa usein pintaan asioita omasta lapsuudesta. Kun keskustelette näistä asioista yhdessä kumppanisi kanssa, pystytte paremmin käsittämään, miten kokemuksenne voivat vaikuttaa sanomisiinne ja tekemisiinne vanhempina.

Jos vaikeuksia tulee, kannattaa hakea apua. Voit puhua asioista lääkärin kanssa tai etsiä aikuisten tukipalveluja.

Vihjeitä puhumiseen

Jos kumppanisi ottaa jonkin asian puheeksi, yritä kuunnella häntä ja käsitellä asiaa. Myönnä virheesi, jos se on tarpeellista, ja ole valmis myönnytyksiin ratkaisuun pääsemiseksi. Älä heti samassa keskustelussa tuo esiin omia ongelmiasi, vaikka ne liittyisivätkin puheena olevaan asiaan. Ota omat ongelmasi käsittelyyn joskus toiste.

Ideoita	Miten toimia
Ole kohtelias.	On yllättävää, miten usein peruskohteliaisuudesta lipsutaan pitkissä suhteissa. Pienetkin ilmaukset, kuten ”ole hyvä” ja ”kiitos”, voivat auttaa suuresti.
Anna myönteistä palautetta.	Kaikki haluavat tuntea, että heitä arvostetaan. Etsi tilaisuuksia antaa kumppanillesi myönteistä palautetta. Jos hän tottuu saamaan kiitosta ja rohkaisua sinulta, hänen on helpompi kuunnella sinua, kun otat jonkin ongelman esille.
Harkitse, onko asia tärkeä.	Kysy itseltäsi, onko asia todella tarpeeksi tärkeä, ennen kuin otat sen puheeksi. Voitko antaa sen olla?

Vältä kielteisiä ilmaisuja ja sanoja, jotka voivat aloittaa riidan.	• Vältä nimittelyä ja negatiivisia ilmaisuja (”Olet tyhmä”), menneisyyden kaivelua (”Juuri näin tapahtui viimeksikin”), kumppanisi tavoitteiden tai motivaation kyseenalaistamista (”Sinä et vain välitä”) ja epäedullista vertailua (”Olet ihan kuin äitisi”). • Vältä sanoja tai ilmaisuja, jotka vihjaavat, että kumppanisi on väärässä tai ei viitsi yrittää – hän on varmasti eri mieltä kanssasi, jos käytät niitä. Vältettäviä ilmaisuja ovat esimerkiksi ”Sinä aina ...” ja ”Sinä et ikinä...”. • Pyri kuvaamaan sitä, mitä tapahtuu, ja jätä sanomatta arvelusi siitä, miksi näin tapahtuu. Älä sano: ”Sinä et ikinä auta minua. Olet niin laiska ja välinpitämätön – istut vain ja katsot TV:tä sillä aikaa kun minä laitan päivällistä ja huolehdin lapsista. ”**Sano mieluummin**: ”Minun olisi helpompi saada päivällinen valmiiksi, jos lapsilla olisi jotain tekemistä. Voisitko auttaa heitä keksimään jotain puuhaa?”
Ilmaise asiasi lyhyesti.	• Pitkäveteiset selitykset voivat kuulostaa luennoimiselta ja vaikeuttaa asian ymmärtämistä. • Mieti, mitkä asiat ovat tärkeimpiä, ja pyri kuvaamaan niitä niin lyhyesti kuin mahdollista. • Keskity asiaan. Älä harhaudu sivuraiteille keskustelussa ottamalla esille muita huolenaiheita. • Keskity ongelman ratkaisuun äläkä siihen, kenen syytä ongelma on.
Ota vastuu omista tunteistasi.	• Vältä ilmaisuja, jotka alkavat sanalla ”sinä”. Ne voivat kuulostaa hyökkäykseltä ja saavat kumppanisi puolustuskannalle. • Kerro, mitä haluat. Käytä minä-viestejä. Älä keskity siihen, mitä kumppanisi tekee tai ei tee. • Kerro, mitä ajattelet tilanteesta, ja kuvaile lyhyesti, mikä mielestäsi on ongelma. Älä sano: ”Sinä olet muista piittaamaton suunsoittaja.” Sano mieluummin: ”Kiusaannun aina, kun sanot sellaisia asioita ystäviemme kuullen.” • Ehdota asioita kumppanillesi äläkä määräile häntä. • Käytä ilmaisuja kuten ”saattaisi”, ”voisi” tai ”voisikohan olla”. Useimmat ihmiset ovat avoimempia vaihtoehdoille kuin käskyille. Älä sano: ”Sinä karjut aina lapsille. Huutamalla et saa Leenaa pesemään hampaitaan, ja minun on aina tultava väliin.” Sano mieluummin: ”Leena ei pidä hampaiden pesusta. Minä tiedän, että se on sinusta hyvin turhauttavaa. Olen huomannut, että kun harjaan omat hampaani samalla, se auttaa. Voisitko sinä kokeilla samaa?”

Kun olette kumppanisi kanssa päättäneet jostain asiasta, on hyvä keskustella siitä uudelleen jonkin ajan kuluttua ja varmistaa, että suunnitelma toimii. Jos se ei toimi, miettikää yhdessä muutoksia siihen.

Ideoita nykyhetkeen	Esimerkkejä
Suunnitelkaa etukäteen, millaisia sääntöjä teillä on kasvatuksessa. Edellyttäkää kumpikin samojen sääntöjen noudattamista.	• Keskustele puolisosi kanssa, mitkä säännöt ovat tärkeimmät sillä hetkellä. Kolme tai neljä sääntöä on aina riittävä määrä. • Päättäkää jo etukäteen yhdessä, miten valvotte sääntöjen noudattamista. • Päättäkää, miten palkitsette lapsianne sääntöjen noudattamisesta. Voitte esimerkiksi kiittää heitä tai viettää aikaa heidän kanssaan.
Yritä olla kumoamatta päätöstä, jonka puolisosi on tehnyt.	• Ennen kuin toimit, tarkista, onko puolisosi jo käsitellyt tilanteen. • Jos et pidä tavasta, jolla kumppanisi käsittelee tilannetta, odota, kunnes se on ohi, ja keskustelkaa siitä myöhemmin. • Jos uusi tilanne nousee esiin, ilmoita puolisollesi, miten olet käsitellyt sen. • Jos olet epävarma siitä, miten käsitellä uutta tilannetta, puhu siitä kumppanisi kanssa. Voitte myös kysyä ystäviltä, miten he ovat käsitelleet vastaavaa tilannetta.
Etsikää tapoja tukea toisianne toiminnan kautta.	• Jakakaa tehtäviä (esim. lasten nukkumaanmeno). Suunnitelkaa asioita etukäteen, niin että voitte vuorotella. • Jos puolisosi käsittelee jotain asiaa yhden lapsen kanssa, tarjoa tukea huolehtimalla sillä aikaa toisista lapsista. • Kun tilanne on ohi, tarjoa emotionaalista tukea halaamalla tai vaikka valmistamalla teetä.
Keskustelkaa lasten tai vanhemmuuden ongelmista hankalan tilanteen jälkeen.	• Kun tilanne on ohi, istukaa yhdessä keskustelemaan siitä, miten asiat sujuivat. Voitte myös kirjoittaa asioita muistiin myöhempää ajankohtaa varten, jos ei ole mahdollista puhua niistä heti. • Kiitä kumppaniasi kaikesta siitä, minkä hän tekee hyvin. • Yritä tehdä vain yksi ehdotus kerrallaan. Sinulla on mahdollisuus uusiin ehdotuksiin myöhemmin. Kirjoita ne muistiin, jos pelkäät, että unohdat. • Keskustelkaa silloin, kun lapset eivät ole kuulemassa.
Anna ylimääräistä tukea – käytännöllistä ja emotionaalista – kun kumppanisi on stressaantunut tai väsynyt.	• Huomioi, milloin kumppanisi tarvitsee ylimääräistä tukea. • Osoita kumppanillesi, että arvostat hänen yrityksiään tukea sinua. • Tarjoa ylimääräistä käytännön apua tai anna myönteistä palautetta. • Joskus yksinkertainen emotionaalinen tuki voi merkitä paljon. Ole saatavilla, auta ja kuuntele (niin etteivät muut asiat vie huomiotasi).

Älä kyseenalaista sitä, mitä puolisosi on sanonut lapsille.	• Sopikaa säännöistä, palkkioista ja seurauksista etukäteen. • Ennen kuin reagoit lasten tekemisiin, tarkista kumppaniltasi, onko hän jo käsitellyt pyynnön tai ongelman.
Vältä väliintuloa ja tilanteen kaappaamista omiin käsiisi, vaikka kumppanisi näyttäisi olevan vaikeuksissa.	• Etsi toisenlaisia tapoja auttaa. Jakakaa tehtäviä, kuten taloustöitä ja lasten kuljetuksia, sillä se vähentää paineita. Jos on tarpeellista, keskustele asioista kahden kesken kumppanisi kanssa tai erikseen lasten kanssa. • Huomioi kumppanisi yritykset – kiitos voi lisätä luottamusta. • Kysy, haluaako kumppani apuasi.
Seuratkaa lasten tilannetta säännöllisesti, niin että voitte keskustella lähestymistavoista ja ideoista, jotka liittyvät ongelmien käsittelyyn.	• Järjestäkää säännöllisesti aikaa lapsia ja vanhemmuutta koskevaan keskusteluun. • Esteen ilmaantuessa sopikaa uusi aika. • Keskittykää jakamaan vanhemmuuden ja lasten myönteisiä puolia, mutta käsitelkää myös ongelmia.
Pidä mielessä pitkän aikavälin suhde kumppaniisi.	• Osoittakaa, että arvostatte toisianne käyttäytymällä kohteliaasti ja kunnioittavasti.

Kuuntelemisen perusasiat

Hyvä kuunteleminen alkaa pienistä askelista:

- Mieti, miten voit todella kiinnittää huomiota kumppaniisi hänen puhuessaan.
- Rohkaise kumppaniasi puhumaan.
- Osoita, että ymmärrät kumppanisi näkökulman, vaikka olisit eri mieltä asiasta.
- Odota, kunnes kumppanisi lopettaa puhumisen, ennen kuin kerrot oman mielipiteesi.

Vihjeitä kuunteluun

Ideoita	Miten toimia
Keskeytä, mitä olet tekemässä, niin että voit katsoa kumppaniasi ja suunnata kaiken huomiosi häneen.	Jos et jostain syystä pysty keskittymään kuuntelemiseen, sano se kumppanillesi ja sopikaa toinen aika keskustelulle.
Kysy ja kommentoi vasta sitten, kun kumppanisi on lopettanut puhumisen.	Odota, kunnes kumppanisi pitää tauon, vaikka et ymmärtäisi kaikkea hänen sanomaansa. Älä kiinnitä hänen huomiotaan muuhun.
Pyri ymmärtämään kumppanisi näkökulma ja hänen tilanteeseen liittyvät tunteensa.	Vältä keskeyttämistä sanoilla ”Kyllä, mutta…”. Älä ala selittää omaa kantaasi, ennen kuin puolisosi on sanonut asiansa loppuun.
Rohkaise puolisoasi puhumaan tekemällä kysymyksiä, joihin ei voi vastata vain ”kyllä” tai ”ei”. Vältä liian monia kysymyksiä – ne voivat vaikuttaa kuulustelulta.	Yritä saada kumppanisi kuvaamaan kokemuksiaan tai näkemyksiään kysymällä avoimia kysymyksiä. Aloita esimerkiksi sanomalla: ”Kerro minulle…” Voit antaa puolisollesi myönteistä palautetta ja tehdä lisäkysymyksiä, jotta ymmärrät, mitä hän sanoo.
Varmista, oletko ymmärtänyt, mitä kumppani tarkoittaa.	Toista hänen kommenttinsa omin sanoin. Tämä auttaa varmistamaan, että olet käsittänyt asian oikein.
Osoita, että olet kiinnostunut kuulemaan enemmän pyytämällä täsmennyksiä.	Pyri selvittämään, mitä kumppani tuntee. Voit sanoa esimerkiksi: ”Minusta tuntuu siltä, että sinä olet turhautunut tähän tilanteeseen”. Ole aito, sillä kumppanisi tietää, milloin olet todella kiinnostunut.
Älä oleta, että kumppanisi on pahansuopa tai että hän on se, jolla on ongelma.	Jos kumppanisi sanoo tai tekee jotakin loukkaavaa, etsi sanojen tai teon taustalta myönteisiä tai neutraaleja tavoitteita.

Ideoita lasten vanhemmille ristiriitojen selvittämiseksi

Keinoja ristiriitojen hallintaan

Ideoita	Miten toimia
Vältä riitelyä lasten läsnä ollessa.	Käykää kiihkeät keskustelut suljettujen ovien takana. Käsitelkää ongelmia silloin, kun lapset eivät ole paikalla (esim. kun he ovat menneet nukkumaan tai kun he ovat koulussa tai isovanhempien luona).
Salli lasten nähdä, kun keskustelette asioista rakentavalla tavalla.	• Puhukaa vuorotellen. • Pyri ymmärtämään kumppanisi tunteet ja näkemykset. • Yritä kuulla myönteiset asiat kumppanisi viesteissä. • Jaa tunteesi kumppanisi kanssa. • Ole kohtelias. • Pohdi mahdollisia ratkaisuja.
Säilytä hyvä suhde lapsiisi silloinkin, kun sinulla on ongelmia puolisosi kanssa.	• Tee lasten kanssa asioita, joista he nauttivat. • Kun he tekevät jotain, mistä pidät, kerro se heille. • Halaa heitä – ole rakastava. • Puhu lastesi kanssa asioista, jotka kiinnostavat heitä. Pysy selvillä siitä, mitä he tekevät ja mitä he tuntevat. • Ole saatavilla. Jos mahdollista, keskeytä, mitä olet tekemässä, niin että voit auttaa, kuunnella tai puhua lastesi kanssa.
Tee lapsille selväksi, että erimielisyydet eivät johdu heistä.	• Kerro lapsille, että riidat eivät koske heitä ja että aikuiset käsittelevät ne. • Kerro lapsille, että yrität löytää ratkaisun ongelmaan. • Tee jatkuvasti myönteisiä asioita lastesi kanssa – muistuta, että rakastat heitä. • Rohkaise kumppaniasi säilyttämään myönteinen suhde lapsiin. • Sinun ei ole pakko kertoa lapsille, mikä on vikana. Jotkin ongelmat on tarkoitettu vain aikuisten korville.

Ennen kuin aloitatte ongelmien ratkaisun

Voi olla hyödyllistä laatia säännöt suhteenne ristiriitojen käsittelyyn. Seuraavat ohjeet voivat auttaa teitä välttämään yleisimpiä virheitä, joita parit tekevät ajautuessaan erimielisyyksiin.

- Älä yritä pakottaa toista muuttumaan.
- Älkää syyttäkö toisianne ongelmista.
- Älä anna periksi äläkä hyväksy sellaista tilannetta, johon vain toinen teistä on tyytyväinen.
- Älä välttele vaikeidenkaan asioiden käsittelyä.

Seuraavia sääntöjä voitte soveltaa silloin, kun sovitte yhdessa, **miten käsittelette ristiriitoja**:

- Sopikaa, että molemmat voivat ottaa jonkin ongelman käsiteltäväksi milloin tahansa.
- Kumpikin voi sanoa ”ei”, jos juuri sillä hetkellä ei halua puhua asiasta. Sopikaa siinä tapauksessa uusi aika. Lykätkää keskustelua korkeintaan vuorokaudella.
- Jos keskustelu käy liian kiivaaksi, kumpi tahansa voi keskeyttää sen hetkeksi rauhoittuakseen.
- Sopikaa, että ongelmat otetaan käsittelyyn sopivalla ajalla ja sopivassa paikassa (esimerkiksi kun lapset eivät ole läsnä, kun keskusteluun on riittävästi aikaa, kun muita huomiota vaativia tehtäviä ei ole, kun televisio, radio tai puhelin ei häiritse ja kun olette molemmat rauhallisia).
- Pyrkikää käyttämään **alla kuvattavaa ongelmienratkaisutapaa**.
- Sopikaa, että kuuntelette toista osapuolta, niin että molemmat ymmärtävät, mitä toinen sanoo.
- Sopikaa, ettette ala käsitellä kiistanalaisia aiheita, kun muita ihmisiä on läsnä.
- Muistakaa, että jos toisella teistä on ongelma, se vaikuttaa molempiin.

Muokattu kirjasta Halford 2001: *Brief therapy for couples: Helping partners help themselves*. New York: The Guilford Press.

Miten ongelmia ratkaistaan

Vaihe	Miten toimia	Vihjeitä
1. Määritä ongelma.	Ilmaise ongelma selkeästi ja tarkkaan. • Kuvaa, mitä tapahtuu, miten usein tapahtuu ja keitä asia koskee. • Keskity asiaan, älä henkilöön. • Tunnista oma roolisi. Mieti, miten olet vaikuttanut ongelman syntyyn.	Kumppanisi osallistuu huomattavasti todennäköisemmin, jos asiaa lähestytään neutraalisti, ei syyttäen. Yritä muotoilla ongelma kysymykseksi. Sano esimerkiksi: ”Voisimmeko puhua siitä, miten saamme tänä vuonna rahaa lasten syntymäpäivälahjoihin?”
2. Selvitä, mitä kumpikin teistä haluaa.	Kysy puolisosi mielipidettä ja selvitä, mikä on kummallekin teistä tärkeää. • Miksi se on niin tärkeää? • Miksi haluat tai tarvitset sitä? • Miksi olet huolestunut siitä tai pelkäät sitä? • Miksi et halua tai tarvitse sitä? • Mikä siinä olisi niin kauheaa?	Kuuntele vastauksia äläkä väitä vastaan. Tavoitteena on ymmärtää selvästi, mitä molemmat haluavat.
3. Pohdi vaihtoehtoja.	Kirjoita muistiin kaikki keksimänne ratkaisumahdollisuudet. • Ehdottakaa vuorotellen mahdollisia ratkaisuja. • Pyrkikää löytämään mahdollisimman monta vaihtoehtoa, vaikka jotkin niistä tuntuisivat sopimattomilta. • Keskustelkaa vasta sitten, kun olette saaneet kaikki vaihtoehdot muistiin. • Huomioi kaikki ideat. Kumppanin ajatusten väheksyminen voi loukata hänen tunteitaan ja viivyttää prosessia.	Hyväksy kaikki, myös hassut ja hurjat ideat! Ne voivat herättää muita hyviä ehdotuksia. Yrittäkää keksiä 8–10 ideaa.
4. Arvioi ja valitse.	Arvioi jokainen ratkaisuehdotus. Vedä yli ne, jotka eivät kummankaan mielestä ole toimivia. • Jos jommankumman mielestä jokin idea voi toimia, jätä se listalle. • Kirjaa kaikkien ehdotusten edut ja haitat. • Kirjoita lyhyesti ja vältä juuttumista mihinkään ehdotukseen. • Lopuksi vedä yli kaikki ehdotukset, joilla on selkeästi enemmän huonoja puolia kuin etuja. Valitse sen jälkeen paras vaihtoehto tai sellaisten yhdistelmä. • Arvioi vaihtoehdot asteikolla 1:stä (ei kovin hyvä) 10:een (erittäin hyvä). • Ole valmis kompromissiin. • Etsi käytännöllistä lopputulosta, joka voi ratkaista ongelman. Jos ratkaisua ei löydy, palatkaa pohdintavaiheeseen. Jos ratkaisua ei vieläkään löydy, etsi asiasta lisätietoa tai pyydä ehdotuksia toisilta ihmisiltä.	Mieti ensiksi hyviä puolia – yritä löytää jotain myönteistä jokaisesta ideasta.

5. Kokeile.	Sitoudu ratkaisuun sopimalla seuraavista asioista: • Mitä kumpikin teistä tekee, milloin ja missä? • Mitä tapahtuu, jos sopimusta ei pidetä? • Onko tarpeellista seurata, miten hyvin sopimus toimii? • Mitä teette, jos sopimusta ei noudateta? Päättäkää aika, jolloin sopimuksen toteutumista arvioidaan. Jos asia koskee lapsia, heiltä voi myös pyytää ideoita.	Sopimuksen kirjaaminen on hyvä idea.
6. Arvioi.	Arvioi tilanne ja keskustele siitä. • Toimiiko sopimus? • Mikä on toiminut hyvin? Mikä ei ole toiminut? • Mitä voitte tehdä, että asiat sujuisivat paremmin? Jos sopimus toimii, huomaatte molemmat, että ristiriitoja on vähemmän. Ellei se toimi, kysykää itseltänne: • Oliko sopimus kohtuullinen? • Teittekö kompromissiratkaisuja? • Olivatko säännöt ja vastuut selvät molemmille? • Tuliko sopimuksen rikkomisesta seuraamuksia, ja olivatko ne sopivia? • Onko esille tullut muita seikkoja, joista on keskusteltava, ennen kuin sopimus toimii? Voitte todeta, että ongelmienratkaisuprosessi on aloitettava uudelleen paremman ratkaisun löytämiseksi.	Odota jonkinlaisia hankaluuksia matkan varrella. Anna asioiden järjestymiselle aikaa 1–2 viikkoa.

11.2. Äkillisen traumaattisen kriisin hoito

Parhaan mahdollisen tuen lapselle traumaattisen kokemuksen jälkeen voivat antaa lapsen omat vanhemmat tai huoltajat. Lapsen posttraumaattiset oireet ovat usein vanhemmista hyvin pelottavia, eikä heillä ole välttämättä tietoa, millä tavoin lasta pitäisi tukea traumaattisen tapahtuman jälkeen. Koulussa, neuvolassa tai muissa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutehtävissä työskentelevillä on hyvä olla valmiudet tukea ja ohjata vanhempia tällaisten tapausten yhteydessä. Mikäli vanhemmat saavat riittävästi tietoa, ohjausta ja kannustusta, heidän on mahdollista omalla toiminnallaan tukea lastaan niin, että tämä selviytyy traumastaan. Tällöin selvitään ilman ammattiapua eivätkä lapsen posttraumaattiset oireet kroonistu. Alla on esimerkkejä asioista, joihin eri-ikäisten lasten ja nuorten vanhemmat saattavat tarvita tukea. Lapset ja nuoret sekä heidän traumansa ovat aina yksilöllisiä. Listan ikäkaudet ja niiden alla esitetyt asiat ovat viitteellisiä. Lista ei edes pyri olemaan täydellinen kuvaus kaikista asioista, joihin vanhempien kannattaa kiinnittää huomiota tukiessaan lapsiaan traumaprosessissa.

Lapsi 0–3 vuotta

Rohkaise vanhempia ja huoltajia

- hakemaan, hyväksymään ja lisäämään tukea itselleen
- hallitsemaan omaa järkytystään ja tunnereaktioitaan
- etsimään tietoja ja neuvoja lasten kehityksen kulusta
- pitämään kiinni perheen normaaleista rutiineista
- säilyttämään (mieluummin lisäämään kuin vähentämään) lapsen mahdollisuudet saada läheisyyttä, syliä ja hellyyttä vanhemmiltaan
- säilyttämään lasten nukkumiseen ja syömiseen liittyvät rutiinit
- hakemaan tukea (puolisolta, sukulaisilta ja lastenhoidon asiantuntijoilta) ymmärtääkseen lapsen tarpeet ja voidakseen vastata niihin
- välttämään lapsen tarpeetonta eroa tärkeimmistä huoltajista
- säilyttämään rauhallisen ilmapiirin lapsen läsnä ollessa ja tarjoamaan lisää rauhoittavia ja turvallisuuden tunnetta tuottavia toimintoja
- välttämään lapsen altistamista asioille, jotka muistuttavat traumasta
- varautumaan lapsen väliaikaiseen taantumiseen ja takertuvuuteen
- olemaan hätääntymättä
- sietämään takertuvuutta ja riippuvuutta
- varaamaan aikaa itselleen rentoutumiseen ja voimavarojen palauttamiseen.

Lapsi 4–5 vuotta

- Rohkaise vanhempia ja huoltajia
- hakemaan, hyväksymään ja lisäämään tukea itselleen hallitakseen omaa järkytystään ja tunnereaktioitaan
- pysyttelemään rauhallisena
- kuuntelemaan ja sietämään lapsen yhä uudelleen toistuvaa kertomusta tapahtumasta
- kunnioittamaan lapsen pelkoja
- antamaan lapselle aikaa selviytyä peloistaan
- suojelemaan lasta uudelleen altistumiselta pelottaville tilanteille ja traumasta muistuttaville asioille (mm. pelottavat TV-ohjelmat, elokuvat, kertomukset ja fyysiset tai paikkaan liittyvät muistuttajat)

- hyväksymään lapsen voimakkaat tunteet ja antamaan niille nimen lyhyiden keskustelujen aikana
- muistamaan, että tämänikäinen lapsi ei pysty puhumaan ikävistä tunteista tai kokemuksista hyvin pitkään
- varautumaan lapsen taantumiseen ja ymmärtämään sitä samalla säilyttäen kodin perussäännöt
- varautumaan jonkinasteiseen vaikeaan tai ei-luonteenomaiseen käytökseen
- hakemaan tietoa normaaliin kehitykseen ja oppimiseen liittyvistä asioista
- varaamaan aikaa itselleen rentoutumiseen ja voimavarojen palauttamiseen.

Lapsi 5–7 vuotta

- Rohkaise vanhempia ja huoltajia
- hakemaan, hyväksymään ja lisäämään tukea itselleen hallitakseen omaa järkytystään ja tunnereaktioitaan
- kuuntelemaan ja sietämään lapsen yhä uudelleen toistuvaa kertomusta tapahtumasta
- kunnioittamaan lapsen pelkoja
- antamaan lapselle aikaa selviytyä peloistaan
- pitämään silmällä lasten leikkejä, jotka saattavat sisältää salaisia traumaattisen tapahtuman uudelleenlavastuksia vertaisten ja sisarusten kanssa, ja tarpeen mukaan rajoittamaan pelottavia tai vahingollisia leikkejä
- sallimaan keinot, joilla lapsi yrittää voittaa pelkonsa nukkumaanmenon aikana (esim. ylimääräinen aika satujen lukemiseen, radion jättäminen päälle, musiikin tai äänitteen kuunteleminen keskellä yötä painajaisen aiheuttaman pelon hälventämiseksi)
- vakuuttamaan vanhemmalle lapselle, että pelontunteet tai hallitsemattomalta tai lapselliselta tuntuva käytös (esim. vuoteenkastelu) ovat normaaleja pelottavan kokemuksen jälkeen ja että lapsi tulee tuntemaan olonsa normaalimmaksi ajan mittaan
- rohkaisemaan lasta puhumaan hämmentävistä tunteistaan, huolista, päiväunista, traumaattisten kuvien toistuvasta läpikäymisestä ja keskittymiskyvyn häiriintymisestä hyväksymällä lapsen tunteet, kuuntelemalla tarkkaavaisesti ja

muistuttamalla lasta siitä, että nämä ovat normaaleja, vaikkakin vaikeita reaktioita, jotka johtuvat hyvin pelottavasta tapahtumasta
- ylläpitämään yhteydenpitoa päivähoidon tai koulun henkilökunnan kanssa ja seuraamaan, miten lapsi selviytyy
- varautumaan jonkinasteiseen ja jonkin aikaa kestävään koulumenestyksen heikkenemiseen ja auttamaan lasta hyväksymään tämän trauman väliaikaisena seurauksena
- suojelemaan lasta uudelleen altistumiselta pelottaville tilanteille ja traumasta muistuttaville asioille (mm. pelottavat TV-ohjelmat, elokuvat, kertomukset ja fyysiset tai paikkaan liittyvät muistuttajat)
- varautumaan lapsen taantumiseen ja jonkinlaiseen vaikeaan tai ei-luonteenomaiseen käyttäytymiseen ja ymmärtämään niitä samalla säilyttäen lapselle asetetut perussäännöt (ja olemaan hyväksymättä tuhoisaa käyttäytymistä tai toimintaa, jota ei muutenkaan hyväksy)
- kuuntelemaan, miten lapsi saattaa ymmärtää väärin traumaattisen tapahtuman, erityisesti niitä seikkoja, joista lapsi syyttää itseään ja joista hänellä on maagisia ajatuksia
- lempeästi auttamaan lasta ymmärtämään realistisesti tapauksen
- varautumaan mahdollisiin vuosipäivän aiheuttamiin reaktioihin
- olemaan jatkuvasti tietoinen omista reaktioistaan, joita lapsen trauma aiheuttaa
- vakuuttelemaan lapselle, että ikävät tunteet vaimenevat ajan mittaan
- tarjoamaan lapselle mahdollisuuksia kokea, että hän hallitsee tilanteen ja voi tehdä valintoja jokapäiväisissä toiminnoissa
- hakemaan tietoa normaaliin kehitykseen ja oppimiseen liittyvistä asioista
- seuraamaan, miten lapsi selviytyy koulussa, harrastuksissa ja kavereidensa kanssa
- tarjoamaan lapselle useita proteiinipitoisia välipaloja ja aterioita päivän mittaan
- varaamaan aikaa itselleen rentoutumiseen ja voimavarojen palauttamiseen.

Lapsi 7–12 vuotta

- Rohkaise vanhempia ja huoltajia
- hakemaan, hyväksymään ja lisäämään tukea itselleen hallitakseen omaa järkytystään ja tunnereaktioitaan
- pysyttelemään rauhallisena, kuuntelemaan ja sietämään lapsen yhä uudelleen toistuvaa kertomusta tapahtumasta, kunnioittamaan lapsen pelkoja, antamaan lapselle aikaa selviytyä peloistaan
- pitämään silmällä lasten leikkejä, jotka saattavat sisältää salaisia traumaattisen tapahtuman uudelleenlavastuksia vertaisten ja sisarusten kanssa, ja tarpeen mukaan rajoittamaan pelottavia tai vahingollisia leikkejä
- sallimaan keinot, joilla lapsi yrittää voittaa pelkonsa nukkumaanmenon aikana (esim. ylimääräinen aika satujen lukemiseen, radion jättäminen päälle, musiikin tai äänitteen kuunteleminen keskellä yötä painajaisen aiheuttaman pelon hälventämiseksi)
- vakuuttamaan vanhemmalle lapselle, että pelontunteet tai hallitsemattomalta tai lapselliselta tuntuva käytös (esim. vuoteenkastelu) ovat normaaleja pelottavan kokemuksen jälkeen ja että lapsi tulee tuntemaan olonsa normaalimmaksi ajan mittaan
- rohkaisemaan lasta puhumaan hämmentävistä tunteistaan, huolista, päiväunista, traumaattisten kuvien toistuvasta läpikäymisestä ja keskittymiskyvyn häiriintymisestä hyväksymällä lapsen tunteet, kuuntelemalla tarkkaavaisesti ja muistuttamalla lasta siitä, että nämä ovat normaaleja, vaikkakin vaikeita reaktioita, jotka johtuvat hyvin pelottavasta tapahtumasta
- auttamalla lasta ymmärtämään, että monenlaisten ristiriitaisten tunteiden ilmeneminen on normaalia tässä tilanteessa
- vakuuttamalla lapselle, että on aina oikein puhua vanhemmille mieltä askarruttavista asioista ja että vanhemmilla on aikaa ja tahtoa kuunnella
- kiinnittämään erityistä huomiota lapsen internetin, viihde-elektroniikan ja kännykän käyttöön sekä television katseluun
- kiinnittämään huomiota lapsen mahdolliseen piilevään pahaan oloon, joka voi ilmetä lapsen piirroksissa ja kirjoituksissa
- kiinnittämään huomiota mahdollisiin vakaviin muutoksiin lapsen käytöksessä, jotka saattavat viestiä sietämättömän ahdistuksen kanavoitumisesta aggressioksi itseä tai muita kohtaan (esim. viiltely)
- pitämään huolta, että lapsi saa riittävästi unta

- ylläpitämään yhteydenpitoa koulun henkilökunnan, lasten harrastusten ohjaajien sekä lasten kavereiden vanhempien kanssa ja valvomaan, miten lapsi selviytyy kodin ulkopuolella koulussa ja vapaa-ajalla
- varautumaan jonkinasteiseen ja jonkin aikaa kestävään koulumenestyksen heikkenemiseen ja auttamaan lasta hyväksymään tämän trauman väliaikaisena seurauksena
- suojelemaan lasta uudelleen altistumiselta pelottaville tilanteille ja traumasta muistuttaville asioille (mm. pelottavat TV-ohjelmat, elokuvat, kertomukset ja fyysiset tai paikkaan liittyvät muistuttajat)
- varautumaan lapsen taantumiseen ja jonkinlaiseen vaikeaan tai ei-luonteenomaiseen käyttäytymiseen ja ymmärtämään niitä samalla säilyttäen kodin perussäännöt
- kuuntelemaan, miten lapsi saattaa ymmärtää tai tulkita väärin traumaattisen tapahtuman, erityisesti niitä seikkoja, joista lapsi syyttää itseään tai joista hänellä on maagisia ajatuksia
- lempeästi auttamaan lasta ymmärtämään realistisesti tapauksen
- varautumaan mahdollisiin vuosipäivän aiheuttamiin reaktioihin
- olemaan jatkuvasti tietoinen omista reaktioistaan, joita lapsen trauma aiheuttaa
- vakuuttelemaan lapselle, että ikävät tunteet vaimenevat ajan mittaan
- tarjoamaan lapselle mahdollisuuksia kokea, että hän hallitsee tilanteen ja voi tehdä valintoja jokapäiväisissä toiminnoissa
- hakemaan tietoa normaaliin kehitykseen ja oppimiseen liittyvistä asioista
- tarjoamaan lapselle riittävästi välipaloja ja aterioita päivän mittaan
- varaamaan aikaa itselleen rentoutumiseen ja voimavarojen palauttamiseen.

Lapsi (nuori) 12–18 vuotta

- Rohkaise vanhempia ja huoltajia
- hakemaan, hyväksymään ja lisäämään tukea itselleen hallitakseen omaa järkytystään ja tunnereaktioitaan
- pysyttelemään rauhallisina ja rohkaisemaan teini-ikäisiä puhumaan traumatapahtumasta perheenjäsenten kanssa
- tarjoamaan nuorelle mahdollisuuksia viettää aikaa kannustavien ja järkevien ystäviensä kanssa

- pitämään nuorille ovet avoinna
- hyväksymään, että nuori ei välttämättä halua puhua vanhempiensa kanssa kaikesta, ja olemaan tästä huolimatta nuoren käytettävissä
- vakuuttamaan nuorelle, että vahvat tunteet – syyllisyys, häpeä, hämmennys tai kostonhalu – ovat normaaleja trauman jälkeen
- auttamaan nuorta löytämään harrastuksia, jotka tarjoavat mahdollisuuksia kokea onnistumista, hallintaa ja itsearvostusta
- kannustamaan nuorta myös fyysisissä harrastuksissa (esim. urheilu ja tanssiminen)
- kiinnittämään erityistä huomiota nuoren internetin, viihde-elektroniikan ja kännykän käyttöön sekä television katseluun
- kiinnittämään huomiota nuoren mahdolliseen piilevään pahaan oloon, joka voi ilmetä hänen piirroksissaan ja kirjoituksissaan
- seuraamaan nuoren selviytymistä kotona, koulussa ja vertaisryhmissä
- puuttumaan nuoren traumasta johtuvaan ei-toivottuun käytökseen (esim. aggressiivisuuteen tai itsetuhoisuuteen) nopeasti ja tiukasti asettamalla rajoja ja hakemalla ammattiapua
- suhtautumaan vakavasti depressioon, itsensä vahingoittamiseen, onnettomuusalttiuteen, holtittomuuteen ja jatkuvaan persoonallisuuden muutokseen ja hakemaan apua
- auttamaan nuorta katsomaan traumatapahtuman vaikutusta eri näkökulmista ja ymmärtämään, että toipumiseen tarvitaan aikaa
- rohkaisemaan nuorta viivyttämään tärkeiden päätösten tekoa, kunnes isoimmat posttraumaattiset tunnereaktiot ovat menneet ohi
- hakemaan tietoa normaalista kehityksestä ja oppimiseen liittyvistä asioista
- huolehtimaan, että nuorelle on tarjolla riittävästi välipaloja ja ruokaa
- varaamaan aikaa itselleen rentoutumiseen ja voimavarojen palauttamiseen.

Ohjeita vanhemmille, joiden lapsi on kriisissä: Mitä tehdä

Itsensä hyväksi
Lapset oppivat elämästä vanhemmiltaan tai muilta aikuisilta, joten sinun tapasi käsitellä erilaisia tilanteita vaikuttaa siihen, miten lapsesi selviytyvät elämässään. Sinun roolisi on auttaa lapsia ymmärtämään, että pahoja asioita tapahtuu, mutta tärkeintä on se, miten niihin suhtaudutaan.

Kriisitilanteessa voit kokeilla seuraavia strategioita:

- Tunnista, mitä tunnet. Teeskentely, että et tunne mitään, ei poista tunteita.
- Selvitä, mitä elämäsi alueita pystyt hallitsemaan, ja toimi niillä. Joskus arkisten asioiden tekeminen, kuten pyykin laittaminen koneeseen, saa sinut tuntemaan, että hallitset elämääsi paremmin.
- Armahda itseäsi, älä aina yritä olla supervanhempi. Kaikki ihmiset romahtavat joskus!
- Hae itsellesi tukea ystäviltä tai sukulaisilta. Tarvittaessa hae ammattiapua – terapeutti, lääkäri, lakimies tai tilintarkastaja voi antaa sinulle sellaista tietoa, jota todella tarvitset.
- Ennakoi mahdollisia ongelmia ja tee suunnitelmia niiden varalta. Vuosipäivät ja erityistilaisuudet, kuten syntymäpäivät tai joulu, voivat nostaa pintaan vanhoja haavoja.

Lasten hyväksi
Kun lapsen maailma romahtaa, hän tarvitsee varmuutta siitä, että lähellä on luotettava ihminen. Näin voit auttaa lasta:

- Yritä olla ylireagoimatta. Jos joudut paniikkiin, pelästytät lasta lisää. **Käytä muutama minuutti itsesi hillitsemiseen, ennen kuin puhut asiasta lapselle.** Jos olet hermostunut, kerro se lapselle, mutta vakuuta hänelle, että pystyt tukemaan häntä tilanteen hallinnassa. Jos olet liian ahdistunut, voit tarvita jonkun kolmannen henkilön tukemaan teitä molempia.
- **Anna lapsen nähdä, että olet järkyttynyt tai levoton, mutta vakuuta hänelle, että tulet olemaan kunnossa** (jos se on totta). Vakuuta lapselle, että hänestä huolehditaan.

- Pidä mielessä, että tavallisesti lapset hermostuvat tai pelästyvät, jos heidän vanhempansa ovat poissa tolaltaan.
- **Ota tarvittaessa tilanne hallintaan,** erityisesti jos lapsi on pahoin järkyttynyt. Sinun täytyy ottaa vastuu siihen asti, kunnes lapsi on rauhoittunut riittävästi hallitakseen itsensä.
- **Älä anna tilanteen kasvaa suuremmaksi kuin se todella on**, mutta hyväksy, että lapsen tunne ”Se on maailman loppu” on hyvin todellinen kokemus hänelle. Osoita, että ymmärrät, mitä hän tuntee.
- **Puhu lapselle.** Vastaa hänen kysymyksiinsä, vaikka se olisi sinulle hyvin vaikeaa. Pidä vastaukset mahdollisimman yksinkertaisina ja käytä sanoja, jotka lapsi ymmärtää. Kun keskustelu koskee läheisen kuolemaa, sana ”kuolla” voi olla parempi vaihtoehto kuin ilmaus ”mennä taivaaseen”. Toisaalta jälkimmäinen voi olla hyvä vaihtoehto silloin, jos usko on osa perheen elämää.
- Voit joutua toistamaan asioita useita kertoja.
- Kysy lapselta, mitä hän haluaa tai tarvitsee sinulta juuri nyt.
- **Vanhempana voit hyvin sanoa: ”En tiedä.”**
- Yritä olla luennoimatta.
- Kerro lapsellesi asiasta riittävästi ilman tarpeettomia yksityiskohtia, niin että hän ymmärtää, mikä on ongelma. Jos et kerro hänelle mitään, hän kuvittelee luultavasti pahimman mahdollisen vaihtoehdon. **Kerro lapselle, mitä hänen tarvitsee tietää** – se miten paljon hän ymmärtää, saattaa yllättää sinut. Pyydä häntä kertomaan sinulle, mitä hän ajattelee ja mitä muuta hän haluaa tietää.
- **Jos parhaillaan etsit ratkaisua johonkin aikuisten ongelmaan, kerro se lapselle**. Saatat yllättyä siitä rakkaudesta ja tuesta, mitä hän tarjoaa sinulle. Lapsi ei kuitenkaan pysty ratkaisemaan aikuisten ongelmia. Kerro hänelle, ettei hänen tarvitse huolehtia sinusta.
- **Yritä saada lapsi tekemään jokin tavallinen askare** mahdollisimman pian. Jopa niin yksinkertainen tehtävä kuin auttaminen roskien ulos viennissä voi palauttaa lapselle normaaliuden tuntua kaaoksen keskellä.
- **Säilyttäkää entiset rutiinit.** Auta lasta säilyttämään mahdollisimman paljon normaaleja rutiineja, koska se lisää

hänen turvallisuudentunnettaan. Hyväksy kuitenkin se, että tämä ei ehkä onnistu vähään aikaan.

- Yhteydenpito ystäviin tai sukulaisiin voi edistää normaaliuden tuntua.
- **Tue lasta ja muista, että teot puhuvat voimakkaammin kuin sanat**. Pidä lasta sylissä, jos se saa hänet tuntemaan olonsa turvalliseksi. Etenkään vanhemmat lapset eivät ehkä halua, että heitä kosketaan, joten seuraa heidän reaktioitaan. Ole saatavilla.
- Yö saattaa olla erityisen pelottavaa aikaa lapsille. **Lisäajan varaaminen lapsen nukkumaanmenorutiineille voi auttaa**, samoin yövalo tai se, että sallit lapsen tulla yöllä luoksesi.
- Anna lapsen käyttää tuttia, lempilelua tai riepua niin paljon kuin on tarpeellista. Hän voi saada niistä lohtua.
- **Rohkaise lasta toiveikkaalla ja optimistisella asenteella,** mutta älä anna turhia lupauksia.
- **Salli lapsen ilmaista tunteensa** ja anna hänelle siihen aikaa kiirehtimättä häntä.
- **Auta lasta purkamaan tunteensa leikin tai fyysisen toiminnan kautta** (esim. muovailu, piirtäminen, kirjoittaminen, tarinoiden kertominen, kirjeiden kirjoittaminen tai päiväkirjan pitäminen). Jos lapsen on purettava aggressioita, auta häntä löytämään fyysisiä toimintoja, joissa tarvitaan energiaa ja jotka antavat tyydytyksen tunnetta (esim. rakennuspalikoilla leikkiminen tai majan rakentaminen, pallon lyöminen, juokseminen, kuntosalilla käyminen tai urheilu).
- **Hae apua tai lisätietoa.** Yhteydenotto ammattihenkilöön, joka osaa kertoa, mitä lapselle tapahtuu, saattaa olla riittävä apu. Toimi mieluummin ajoissa kuin liian myöhään.

Jos olet itse kriisissä etkä sillä hetkellä pysty tarjoamaan lapselle, mitä hän tarvitsee, etsi hänen tuekseen sellainen aikuinen, johon lapsesi luottaa. Tämä on erityisen tärkeää perheen rikkoutuessa tai silloin, kun olet kokenut suuren menetyksen.

11.3. Menetelmät eri kriisiprosessin vaiheissa

Kun kriisiin joutunutta autetaan, menetelmät valitaan sen mukaan, missä vaiheessa henkilön toipumisprosessi on. Eri vaiheissa edellytetään erilaisia toimia, joten auttajan on ainakin suurin piirtein tiedettävä, mistä vaiheesta on kulloinkin kysymys.

11.3.1. Ennakointivaihe

Kun kriisitilanne on meneillään, ihminen toimii jossain määrin automaattiohjauksella. Tämä tarkoittaa muun muassa sitä, että saattaa olla hankala opetella akuuttivaiheessa uusia tekniikoita itsensä rentouttamiseksi. Seuraavana esitettävät esimerkit olisikin hyvä harjoitella hyvissä ajoin, ennen kuin ihminen joutuu akuuttiin kriisiin. Näitä psyykkisiä ensiaputaitoja voisi opettaa jo koulussa – siinä missä opetetaan muutakin ensiapua ja terveystietoa. Ennakointivaiheessa ihminen ei ole vielä kriisissä.

RENTOUTUSTEKNIIKOITA

Eräs tapa purkaa kehon jännityksiä ja rauhoittua on rentoutua fyysisesti. Lihasten rentouttaminen on yksi fyysisen rentoutumisen monista keinoista. Meditaatio, mietiskely, jooga, kuuma kylpy tai suihku ja jopa voimaperäinen liikunta voivat rentouttaa sekä kehoa että mieltä.

Seuraava tekniikka, progressiivinen lihasten rentoutus, on helppo menetelmä, jossa jokainen kehon osa rentoutetaan yksitellen.

Valitse sellainen aika päivästä, jolloin sinua ei häiritä (esimerkiksi kun vauva nukkuu.) Noin 20 minuuttia on sopivan pituinen aika.

Etsi rauhallinen ja suojaisa paikka.

Istu tai makaa silmät suljettuina. Jos istut, valitse mukava tuoli tai istu lattialla selkä seinää vasten.

Varmista, että lämpötila on miellyttävä.

Aloita jaloista. Hengitä sisään hitaasti, jännitä jalkojesi lihakset ja pidä jännitys jonkin aikaa. Rentouta lihakset hitaasti uloshengityksen aikana. Odota hetki ja keskity rentoutumisen tunteeseen, sen jälkeen toista.

Siirry pohkeisiin ja toista edellinen. Käy koko keho läpi seuraavassa järjestyksessä: polvet, reidet, lantio, vatsa, rinta, käsivarret, kädet,

kasvot ja otsa. Toista pari kertaa jokaisen kehon osan kohdalla, kunnes se tuntuu painavalta ja rentoutuneelta.

Kun kehosi tuntuu rentoutuneelta, istu vielä vähän aikaa hengittäen kevyesti sisään ja ulos.

Jos siitä on apua, kuvittele itsesi hiljaiseen, rauhalliseen paikkaan tai mielipaikkaasi, kuten puutarhaan, metsään tai joen rantaan. Jatka tätä jonkin aikaa.

Pikarentoutus: Jos sinulla on vain muutama minuutti aikaa, kokeile tätä rentoutusharjoitusta vain käsivarsille, hartioille ja kasvoille. Saatat yllättyä, miten hyvin se toimii.

Voit löytää yksityiskohtaisempia harjoituksia stressin hallintaan DVD- ja CD-levyiltä sekä kirjoista. Etsi niitä paikallisesta kirjastosta, kirjakaupoista tai internetistä.

Niin yksinkertainen asia kuin hengityksen rentouttaminen voi lieventää tunteita ja rauhoittaa. Hengitysharjoituksia on useita erilaisia. Tässä on yksi, jonka voit tehdä missä tahansa ja aina silloin, kun haluat rauhoittua.

Istu, seiso tai makaa niin, että asentosi on mukava.

Jos haluat, sulje silmäsi.

Keskity hengittämiseen, mutta hengitä normaalisti.

Aloita syvällä sisäänhengityksellä nenän kautta ja hengitä ulos suun kautta. Kuvittele, että yrität lempeästi täyttää vatsasi ilmalla (pallean pitäisi nousta sisään hengityksen aikana).

Hengittäessäsi ulos rentouta kasvojen, kaulan ja olkapäiden lihakset ja käy vähitellen läpi muut kehonosat.

Jos siitä on apua, sano itsellesi hiljaa jotain rauhoittavaa (esim. ”Rentoudu”, ”Ota iisisti”).

Keskity hengittämiseen ja kehoosi.

Tämä harjoitus voi viedä muutaman sekunnin tai pitempään, riippuen siitä, mitä tunnet. Kun kerran opit sen, tulet havaitsemaan, että tunnet itsesi rauhallisemmaksi nopeammin ja helpommin joka kerta.

Toinen vihje: etsi tilaisuuksia hymyillä ja nauraa. Ne voivat todella vähentää stressiä ja auttaa sinua nauttimaan itsestäsi. Keskustele sellaisen ystävän kanssa, joka saa sinut nauramaan, tai katso komedioita TV:stä.

Syvähengitysharjoituksia ei kannata tehdä, jos sinulla on kova stressi. Tällöin niihin liittyy hyperventilaation riski (kuten paniikkikohtauksessa).

11.3.2. Psyykkinen sokki

Psyykkinen sokki on suojautumiskeino, joka esiintyy lähes aina, kun ollaan järkyttävässä tilanteessa tai kun kuullaan järkyttävä tieto. Tällöin mieli suojaa itseään tiedolta tai kokemukselta, jota se ei kestä. Psyykkinen sokki jatkuu, kunnes stressi- tai uhkatilanne on ohi. Sokin kestoon vaikuttaa myös tapahtuneen järkyttävyys: mitä järkyttävämpi tapahtuma, sitä kauemmin kestää sokki. Ihmisen toimintakyky säilyy kuitenkin sokissa yllättävän hyvin.

Psyykkisessä sokissa olevaa voidaan auttaa niin, että hänelle tarjotaan mahdollisuus käydä tapahtumaa läpi mielessään. Tätä jatketaan niin kauan kuin on tarpeellista. Jotta henkilö saa jonkinlaisen käsityksen tapahtumista, hän tarvitsee asiasta tietoa. Pohjana voi tällöin olla henkilön oma kokemus (jos hän on ollut itse paikalla) tai se, mitä viranomaiset, tiedotusvälineet tai muut mukana olleet ovat kertoneet.

Myös psyykkinen supportio on tärkeää. Se tarkoittaa aktiivista kuuntelua sekä reaktioiden vastaanottamista ja säilioimistä. Keskustelu on pyrittävä pitämään avoimena, ja kysymysten esittäminen on tähän hyvä keino. Lohduttaminen ja mielipiteen ilmaiseminen voivat sen sijaan tukahduttaa keskusteluyhteyden. Sokkivaiheessa olevaa voi tukea myös auttamalla häntä valmistautumaan tuleviin tapahtumiin ja reaktioihin (psykoedukaatio). On kuitenkin syytä vielä varoa, ettei keskustelu ohjaudu liiaksi tunteista puhumiseen.

11.3.3. Reaktiovaihe

Reaktiovaihe käynnistyy vasta, kun ihminen on turvassa. Hän tulee silloin vähitellen tietoiseksi siitä, mitä todella on tapahtunut ja mitä se merkitsee omalle elämälle. Reaktiovaihetta leimaavatkin voimakkaat ajatukset ja tunteet. Ihmisen toimintakyky on tällöin useimmiten heikentynyt. Mieli on auki, eivätkä tavanomaiset defenssit toimi.

Reaktiovaiheessa olevaa voidaan auttaa varhaisella interventiolla. Se tarkoittaa tapahtuneen psykologista läpikäyntiä ryhmässä. Kyseessä voi olla esimerkiksi perhe, työyhteisö tai koululuokka. Ryhmän kokoonpano ei ole yhdentekevä, vaan ryhmäläisillä tulisi olla jokin yhteiset nimittäjä (esim. samanlainen rooli onnettomuustilanteessa). Ryhmien muodostamisessa voidaan kiinnittää huomiota myös siihen, 1) millaisille tapahtumille on altistuttu, 2) miten sosiaalinen tuki voidaan maksimoida sekä 3) miten tärkeää ja helppoa kokemuksia on jakaa muiden kanssa.

Ryhmän jäsenten tarpeet on osattava tunnistaa, ja niihin pitää vastata. Vaikeiden asioiden käsittely ja erilaisten juuttumien purkaminen vaativat rohkeutta ja taitoa, joten vetäjiltä vaaditaan erittäin hyvää osaamista. Ryhmämuotoisuutta pitää hyödyntää, ja ryhmän tapaamiset tulee rytmittää niin, että otetaan huomioon osallistujien tarpeet ja kyvyt. Jotta osallistujat osaisivat ottaa tietoa vastaan ja käsitellä sitä, annostelun on oltava sopivaa. Lisäavun tarvitsijat täytyy tunnistaa ja ohjata eteenpäin.

11.3.4. Työstämis- ja käsittelyvaihe

Työstämis- ja käsittelyvaiheessa otetaan etäisyyttä järkyttävään kokemukseen. Defenssit alkavat silloin taas toimia, ja toipumisprosessi hidastuu. Ajatusten ja tunteiden perusteelliseen työstämiseen tarvitaan aikaa.

Työstämis- ja käsittelyvaiheessa olevaa voidaan auttaa kriisi- ja traumaterapialla tai ammatillisesti johdetulla vertaistuella. Pitkäkestoisia, osittain tiedostamattomia muistoja ja fyysisiä reaktioita käsitellään traumaterapeuttisia menetelmiä käyttäen. Vaikeasti kielennettäviä tuntemuksia voidaan käsitellä esimerkiksi EMDR:llä (silmänliikkeillä poisherkistäminen ja uudelleenprosessointi)[197].

Ammatillisesti johdettu vertaistuki tarkoittaa tilaisuutta, jossa samassa asemassa olevat ja samantyyppisen kokemuksen kokeneet voivat jakaa kokemuksiaan kriisityön ammattihenkilön johdolla[198]. Tässä vertaistuessa on olennaista, että ryhmät muodostetaan mahdollisimman homogeenisiksi (osallistujilla sama kokemus, perheasema, ikä jne.). Osalllistujia on siis oltava riittävän paljon. Vertaistuki edellyttää myös huolellista suunnittelua ja runsaasti etukäteistietoa vertaistukeen tulijoista. Tämä edellyttää asiantuntevia ja sitoutuneita vetäjiä.

12. Menetelmät ongelmallisimmissa reaktioissa

12.1. Traumojen ja dissosiaation hoitomenetelmiä

Silbergin (2004) mukaan dissosiatiiviset tilat ovat henkilön sisäisiä pyrkimyksiä käsitellä hyväksikäytön aiheuttamia tunne-elämän ongelmia, raivoa, pelkoa ja regressiivisiä tarpeita. Kun hyväksikäytetty on lapsi, vanhemmat voivat omilla reaktioillaan – koska heillä on vaikeuksia prosessoida omia vihan, pelon ja vastuullisuuden tunteitaan ja koska he tuntevat syyllisyyttä ja ovat ehkä itse kokeneet traumoja – vahvistaa lapsen dissosiatiivisia oireita ja lapsen käyttämiä dissosiatiivisia selviytymiskeinoja. Jos vanhemmat näkevät lapsen pahana, yliseksuaalisena tai liian lapsellisena, he voivat alitajuisesti rohkaista tätä käyttäytymään näiden ennakko-odotustensa mukaisesti. Siksi on tärkeää, että terapiassa selvitetään, mikä lapsen rooli on perheessä ja millaiset ovat perheenjäsenten lasta koskevat uskomukset ja odotukset. Silbergin mukaan lapsen hyväksikäyttö herättää vanhemmissa samanlaisia dynamiikkoja huolimatta siitä, onko vanhempaa itseään käytetty hyväksi vai ei. Sekä lapset että vanhemmat voivat vuorotellen omaksua uhriuttajan, uhrin ja pelastajan rooleja, mistä muodostuu keskinäinen dissosiatiivisten selviytymiskeinojen noidankehä.[199]

Silbergin esittelemä monipuolinen ja moniulotteinen hoitomalli ottaa huomioon perhedynamiikan ja perhesysteemin. Lähestymistavan taustalla vaikuttavan teorian mukaan dissosiaatio-oireet ovat monimutkaisia sopeutumiskeinoja, jotka kehittyvät opituiksi käyttäytymistavoiksi. Sellainen perheympäristö, jossa vanhempien ja lasten vuorovaikutusmallit ovat huonosti toimivia, vahvistaa ja edistää dissosiaatioon pohjautuvia opittuja käyttäytymistapoja. Kognitiivis-behavioraalinen terapia on empiirisesti hyväksi havaittu hoitomuoto seksuaalisesti hyväksi käytettyjen lasten hoidossa, mutta Silbergin mielestä saattaa olla välttämätöntä sisällyttää hoitoon useammanlaisia lähestymistapoja. Hänen mukaansa tämä pitää paikkansa erityisesti silloin, kun kysymyksessä on vaikeasti tai kroonisesti

traumatisoitunut lapsi. Hoitomenetelmissä on tärkeää muuttaa entiset huonosti toimivat selviytymistavat toimivammiksi ja opettaa vanhempia ja lapsia paremmin prosessoimaan tunteita ja ajatuksia, jotka liittyvät lapsen seksuaaliseen hyväksikäyttöön.[200]

Lapsi, jota on käytetty seksuaalisesti hyväksi, on saanut ristiriitaisia viestejä aikuiselta (esim. jos luotettu aikuinen on käyttänyt lasta hyväkseen, lapsen saamat viestit ovat olleet ”Rakastan sinua” ja ”Olet minulle objekti”). Lapsi kieltää sekavat viestit ja irrottautuu niistä esimerkiksi vajoamalla transsinkaltaiseen tilaan tai pakenemalla ylivoimaista tilannetta fantasioihin. Silbergin esittelemässä hoitomallissa lapselle opetetaan uudenlaisia, terveempiä keinoja vastata sisäisiin ärsykkeisiin. Lapsen autonomiaa ja itseohjautuvuutta rohkaistaan ja tuetaan ja häntä autetaan suojautumaan ulkopuolelta tulevilta vahingollisilta ja ristiriitaisilta viesteiltä. Tämä toimii kuitenkin vain silloin, jos lähiympäristö rohkaisee lasta kertomaan hyväksikäytöstä, ymmärtää, mitä on tapahtunut, ja käsittää, miten aikuisten ristiriitainen toiminta vaikuttaa hänen käytökseensä. Hyväksi käytetyille lapsille ei välttämättä ole kehittynyt sisäistä suojelumekanismia, joka on terveen kehityksen edellytys. Heidän kiintymyksen tarpeisiinsa on vastattu suhteissa, joissa he ovat oppineet mukautumaan vahvemman tahtoon ja odotuksiin. Tällaiset lapset saattavat Silbergin mukaan olla erityisen herkkiä ympäristön viesteille. Siksi vanhempien on varottava leimaamasta lasta millään tavalla (esim. ”pahaksi” tai ”yliseksuaaliseksi”).[201]

Uusimpien tutkimusten mukaan erityisesti kaoottinen tai välttelevä kiintymyssuhde voi edistää lapsen dissosiatiivisten oireiden kehittymistä. Häiriintynyt kiintymyssuhde estää lasta myös hakemasta lohtua vanhemmiltaan traumaattisen kokemuksen jälkeen. Hoidossa lapsen ja vanhempien vuorovaikutuksen parantaminen on tärkeää. Vastavuoroista viestintää pyritään edistämään, tunteiden suoraa ilmaisua rohkaistaan ja regressiivisten selviytymiskeinojen vahvistamista pyritään välttämään.[202]

Terapiassa tarkastellaan lapsen vääristyneitä uskomuksia ja mielikuvia, joiden perusteella hän arvioi itseään (esim. likainen, paha tai avuton uhri). Tällaiset käsitykset saattavat olla yksi tekijä lapsen käyttäytymisen taustalla. Perhe opettelee yhdessä kypsempiä tapoja ilmaista tarpeita ja luo uusia toimintamalleja. Itsensä hyväksyminen on ensimmäinen askel itsehallintaan. Siksi lapsen tietoisuutta itsestään ja omien tunteiden hallintaa korostetaan. Hoidossa huomioidaan normaalit kehitysvaiheet ja vältetään hyväksymästä todellisuuksia, jotka liittyvät dissosiatiivisiin identiteetteihin. Myös diagnostisia arvioita varotaan, koska lasten dissosiaatio ilmenee eri tavoin kuin aikuisilla eikä välttämättä vastaa aikuisten mielenterveyshäiriöiden luokittelua. Lasten ja nuorten arvioinneissa ja hoidoissa pyritään

käyttämään oireisiin keskittyvää lähestymistapaa. Samalla otetaan huomioon lapsen oireilun mahdolliset laajemmat merkitykset perheen piirissä.[203]

Silberg mainitsee lapsen hyväksikäyttöön liittyvät sosiopoliittiset kysymykset. Hyväksi käytetyn pienen lapsen kertomusta on erittäin vaikea vahvistaa, joten rikkojaa on hankala saada vastuuseen teoistaan. Koko yhteiskunta voi suhtautua asioihin dissosiatiivisella tavalla. Silbergin raportoimassa tapauskuvauksessa isä ja muut hänen luonaan vierailleet miehet olivat eron jälkeen käyttäneet perheen tytärtä seksuaalisesti hyväksi 2,5-vuotiaasta lähtien. Siitä huolimatta tapaamiset isän kanssa saivat jatkua eikä syyllisiä saatu vastaamaan teoistaan.[204]

12.2. Lapsena hyväksi käytetyn sisäiset roolit ja omien rajojen puolustaminen

Thomas (2005) kuvaa hyväksikäytön hoitomenetelmää, joka perustuu sisäiseen ja ihmistenväliseen suojeluun (*An Interpersonal Protection Model of Abuse*). Mallissa yhdistyvät kiintymyssuhteen tutkimus, kehityksellinen psykopatologia, traumat, dissosiaatio ja kokemusperäinen psykoterapia. Thomasin mukaan hyväksi käytetyille lapsille ei ole kehittynyt toimivaa mielikuvaa sisäisestä suojelijasta, koska huoltajat eivät ole suojanneet heitä kriittisissä tilanteissa. Tästä johtuu, että lapsilla on vaikeuksia puolustaa itseään sekä toisten ihmisten aggressioita että omasta sisimmästä nousevaa kritiikkiä vastaan. Kannustavien aikuisten tuki voi muuttaa lapsen toimintamalleja. Terapian tavoitteena onkin auttaa hyväksikäytettyjä luomaan itselleen riittäviä suojelumekanismeja.

Thomasin mukaan kyseisellä terapiamallilla on useita etuja: se on yhdenmukainen aikaisempien tutkimustulosten kanssa, se tarjoaa jonkinlaisen selityksen useille kliinisille ilmiöille, sitä voidaan testata empiirisesti, siinä on mahdollista yhdistää kliininen tutkimus ja praktiikka tärkeimpiin tieteellisiin traditioihin (kiintymyssuhdeteoria kehityspsykologiassa, käyttäytymistiede, kehitysbiologia ja yleinen systeeminen teoria), ja se tarjoaa lisäksi psykoterapiainterventioille selkeän kohdentamispisteen. Interventiot kohdistetaan a) asiakkaan ja terapeutin väliseen suhteeseen, b) asiakkaan muihin ihmissuhteisiin, c) asiakkaan sisäiseen kritiikkiin ja d) traumaattisiin muistoihin.[205]

Bowlbyn (1973, 1982) teorian mukaan kiintymyssuhde on ratkaisevan tärkeä psykologiselle kehitykselle, koska lapset muodostavat sisäiset toimintamallinsa ja käsityksensä itsestään ja huoltajistaan kiintymyssuhteessa

kokemansa pohjalta. Myöhemmin heillä on taipumus valita ihmissuhteensa aikaisempien kokemusten perusteella. Siten kiintymyssuhteeseen perustuvat sisäiset mallit saattavat toimia itseään toteuttavina ennustuksina läpi koko elämän. Lapsena väkivaltaa tai hyväksikäyttöä kokenut saattaa ajautua myöhemmässä elämässään suhteisiin, joissa hän uhriutuu uudelleen. Lukuisat tutkimukset tukevat tätä oletusta.[206]

Bowlbyn mukaan kiintymyssuhde suojaa myös fyysiseltä vaaralta. Thomasin käsite suojelusta on laajempi ja käsittää psykologisen ja fyysisen eheyden säilyttämisen, toisin sanoen rajojen asettamisen ja niistä kiinni pitämisen. Fyysisen, seksuaalisen tai psykologisen väkivallan yksi seuraus voi olla se, että uhrit näkevät vaarallisina hyökkääjinä myös henkilöt, jotka aikovat pelkästään pyytää heiltä jotain, neuvotella heidän kanssaan tai ilmaista eriävän mielipiteen. Uhri kokee samanaikaisesti myös sisältään tulevan ankaran kritiikin, joka väittää esimerkiksi: ”Sinulla ei ole oikeutta sanoa noin.” Pystymättä puolustautumaan kummallakaan alueella uhri kokee tilanteen ylivoimaiseksi ja dissosioi.[207]

Sisäisen arvostelijan viestien tunnistaminen on tärkeää. Ihmisillä, joiden sisäinen rooli on turvallinen, on yleensä rakentava sisäinen kriitikko, kun taas henkilöillä, joiden sisäinen rooli on turvaton, kriitikko on herjaava ja arvosteleva. Herjaavan kriitikon taltuttamiseksi Thomas suosittelee esimerkiksi kahden tuolin harjoitusta, jossa kriitikon ja lapsen roolit erotetaan kumpikin omalle alueelleen. Omasta sisimmästä voi tulla myös hyödyllisiä viestejä, ja nämä on syytä oppia erottamaan vahingollisista. Usein traumatisoitunut lapsi hylkää kokonaan sisäisen äänensä. Samalla hän kieltää itseltään pääsyn sellaisiin vahvuuksiinsa, jotka voisivat auttaa häntä suurempaan luovuuteen.

12.3. OEI-menetelmä – havainnon ja kokemuksen integroiminen

Psykoterapian integroinnin kannattajien mukaan tulevaisuudessa psykoterapiaan yhdistetään yhä enemmän neurotieteitä. Viimeisten parinkymmenen vuoden aikana on jo löydetty ja kehitetty uusia tekniikoita traumojen ja dissosiaation hoitoon neurobiologian tasolla. Yksi tällainen menetelmä on OEI-lähestymistapa. Bradshaw ym. kuvaavat artikkelissaan OEI:n taustaa ja kehittämistä, tekniikoita ja niiden soveltamista. He myös valottavat menetelmän käyttöä kahden tapauskuvauksen avulla.[208]

OEI-menetelmän kehitti Audrey Cook, joka alettuaan vuonna 1993 käyttää EMDR-silmäliiketerapiaa (*eye movement desensitization and reprocessing*) totesi, että jotkut asiakkaat eivät kyenneet riittävän hyvin seuraamaan visuaalista kohdetta tai seurasivat sitä vain toisella silmällä. Monet asiakkaat, joilla oli vaikeita ihmissuhdetraumoja, kokivat ylivoimaisia tuntemuksia tai lamaantuivat prosessin aikana. Koska EMDR osoittautui näille henkilöille tehokkaaksi, mutta liian vaikeaksi tai intensiiviseksi tavaksi käsitellä traumoja, Cook keksi, että hän voisi soveltaa samoja menetelmiä toinen silmä peitettynä. OEI-menetelmää edelleen kehittäessään Bradshaw ja Cook yhdistivät siihen psykoanalyyttisia teorioita ja tekniikoita. Molemmat ovat perehtyneet psykoanalyysiin toimiessaan kliinisen hypnoosin ohjaajina.[209]

OEI-lähestymistapa yhdistää fokusointimenetelmää (*focusing*), EMDR-terapiaa ja oppimiskinesiologiaa (*educational kinesiology*). OEI-teoria perustuu kokemusperäiseen psykoterapiaan. Sen psykoanalyyttiset ja käyttäytymiseen liittyvät käsitteet ovat syntyneet 45 000 tuntia käsittävien psykoterapiaistuntojen pohjalta. (Artikkelista saa käsityksen, että tässä viitataan Audrey Cookin ja Richard Bradshaw'n työhön. Marvin McDonald, joka on laajentanut lähestymistavan teoreettista pohjaa yhdistämällä siihen muuta psykoterapiakirjallisuutta, on toiminut asiantuntijana OEI-menetelmän tutkimuksessa ja arvioinnissa.) OEI-tekniikoita käytetään intensiivisten somaattisten tuntemusten ja tunnekokemusten määrittämiseen, negatiivisen transferenssin lieventämiseen ja sosiaalisten yhteyksien syventämiseen. Silmien peittäminen vuorotellen ja liikkeen seuraaminen näkökenttien läpi muokkaa merkittävästi somaattisia ja affektiivisia tuntemuksia sekä toisiin ja itseen liittyviä käsityksiä. Menetelmää voidaan käyttää yhdessä kehoterapioiden (esim. hierontaterapioiden ja kiropraktiikan) ja neuroterapian[a*] kanssa lasten, parien ja perheiden terapiassa. OEI-tekniikoita voidaan käyttää myös itsehoitomenetelminä.

Alustavien tutkimustulosten[210] ja kliinisen havainnoinnin perusteella monenlaiset traumaoireet lievenevät ja hoidon vaikutus on pitkäkestoinen.[211]

---

[a] Neuropalaute, EEG-biopalaute tai neuroterapia on aivosähkökäyrämittauksiin ja aivojen plastisuuteen perustuva tekniikka ja terapeuttinen väline. Sitä voidaan käyttää parantamaan terveyttä ja elämänlaatua tai lisäämään henkilökohtaista suorituskykyä itsesäätelyä käyttäen. Lähestymistapa perustuu ihmisen kykyyn parantaa omaa aivotoimintaansa hermoston itsesäätelyn avulla, mikä voi vaikuttaa myönteisesti oppimiskykyyn ja käyttäytymiseen. Terapian hyödyt ovat pitkäaikaisia, joten oppiminen jatkuu koko elämän ajan.
Neuroterapia on todettu tehokkaaksi keinoksi muun muassa seuraavien ongelmien hoidossa: stressinhallinta, uni-, muisti- ja keskittymishäiriöt, ahdistuneisuus, masennus, oppimisvaikeudet, ADHD, autismi, huumeriippuvuus, epilepsia, aivovammat.

OEI-menetelmässä erilaisia tunteita ja tuntemuksia lähestytään siten, että asiakas peittää ensin yhden silmän ja havainnoi kokemuksiaan. Sitten hän toistaa saman toinen silmä peitettynä. Jos kokemukset eroavat toisistaan suuresti, silmiä peitetään vuorotellen niin kauan, että kokemus on samanlainen. Tämän voi tehdä joko terapeutin vastaanotolla tai yksin kotona, aina kun asiakas kokee itsensä lamaantuneeksi, irralliseksi ja dissosioivaksi tai hyvin kiihtyneeksi.

Esimerkkejä:

Asiakas näkee vasen silmä peitettynä terapeutin sellaisena kuin tämä on, mutta oikea silmä peitettynä hän näkee terapeutin kasvojen tilalla isänsä kasvot.

Mies näkee oikea silmä peitettynä vaimonsa normaalisti ja vasen silmä peitettynä häntä lapsena hyväksi käyttäneen naisen.

OEI-terapialla ja hahmoterapialla on yhteisiä piirteitä, ja OEI-menetelmiin onkin yhdistetty tehokkaasti hahmoterapian harjoituksia (esim. tyhjä tuoli, kaksi tuolia, psykodraama). Tavoitteena on saattaa dissosioitunutta affektiivista ja somaattista materiaalia tietoisuuteen ja prosessoitavaksi. Molemmat lähestymistavat pyrkivät tuomaan unohdettuja tai torjuttuja muistoja nykyhetkeen ja yhdistämään ne kokemukseen itsestä. Kun torjutut ja erilliset osat sulautuvat persoonallisuuteen, seurauksena on entistä suurempi vapauden tunne, tietoisuuden lisääntyminen ja henkilön kaikkien ominaisuuksien aikaisempaa laajempi käyttöönotto (lahjakkuus, tunne-elämä ja mahdollisuudet ihmissuhteissa).[212]

OEI-tekniikoita on viisi: silmien peittäminen vuorotellen (*switching*), kaariliike (*sweeping*), aistivääristymien häivytys (*glitch massaging*), kaksoiskuvat ja molemminpuolinen stimulaatio (*glitch holding*) sekä helpottavien pisteiden hyödyntäminen (*applying release points*).

12.3.1. Silmien peittäminen vuorotellen (switching)

Bradshaw'n ym. mukaan useimmat asiakkaat aloittavat trauman prosessoinnin keskittymällä joko traumamateriaaliin tai häiritseviin fyysisiin oireisiin (kipu, paineen tunne, tuntoharha eli parestesia tai kireys). Traumoihin liittyviin ydinoireisiin kuuluvat hyperventilointi, puristuksen tunne rintakehän alueella tai tilapäinen hengityksen vaikeutuminen, kuristumisen tunne kurkussa ja pahoinvointi. Näihin yhdistyy usein voimakkaita tunteita, kuten kauhua, ahdistusta, epätoivoa, surua, vihaa tai häpeää.

Myös muita oireita voi esiintyä (esim. päänsärkyä, käsien, kasvojen tai jalkojen tunnottomuutta tai pistelyä).[213]

Cook ja Bradshaw totesivat jo varhain, että oireiden intensiivisyys riippuu huomattavasti siitä, onko peitettynä hallitseva vai ei-hallitseva silmä. (Hallitsevan silmän, korvan, aivopuoliskon, käden ja jalan pika-arviointimenetelmä, ks. Hannaford 1997.) Monilla asiakkailla pelon ja ahdistuksen tunne lisääntyy, kun he peittävät ei-hallitsevan silmän. Hallitseva silmä peitettynä oireiden voimakkuus puolestaan lievenee. Vakavasti laiminlyödyillä ja hyväksi käytetyillä asiakkailla somaattinen tai affektiivinen kokemus saattaa nopean lievityksen sijaan vain muuttua toisenlaiseksi. Esimerkiksi suru voi muuttua vihaksi. Asiakas voi myös nähdä terapeutin, jonkun toisen henkilön tai oman peilikuvansa täysin erinäköisenä riippuen siitä, kumpi silmä on peitettynä. Fyysiset tuntemukset saattavat muuttua tai vaihtaa paikkaa kehossa. Kun asiakas peittää silmiä vuorotellen useita kertoja peräkkäin ja keskittyy samanaikaisesti fyysisiin tuntemuksiin tai näkövääristymiin niin kauan, että näköhavainto yhtenäistyy, myös fyysiset tuntemukset tavallisesti hälvenevät. Joissakin tapauksissa tarvitaan lisäksi muita OEI-menetelmiä. Tämä tekniikka sopii traumaattisen kokemuksen intensiivisyyden määrittelyyn, dissosiatiivisten oireiden vähentämiseen ja negatiivisen transferenssin havaitsemiseen ja ratkaisemiseen. Menetelmää voidaan käyttää yhdessä kaikkien terapiamallien kanssa.[214]

12.3.2. Kaariliike (sweeping)

Asiakkailla, jotka kärsivät sukupolvelta toiselle siirtyneistä traumoista, fyysinen kipu (esim. päänsärky) on hyvin yleinen oire. Koska asiakkaalla saattaa samanaikaisesti olla päihderiippuvuutta, hän ei voi käyttää vahvoja särkylääkkeitä. Switching-menetelmä ei ole osoittautunut riittävän tehokkaaksi kivun lievittämisessä. Cook kuitenkin totesi, että kun asiakas peitti toisen silmänsä ja kun terapeutti ohjasi toisen silmän katsetta kuljettamalla sormeaan, kynää tai puikkoa noin 30 cm:n päässä asiakkaan kasvoista silmien tasolla tiettyä liikerataa pitkin, oireet vähenivät siinä määrin, etteivät ne haitanneet asiakkaan trauman prosessointia. Liikerata alkaa asiakkaan korvan vierestä ja kaartaa nenän toiselle puolelle. Liike toistetaan vuorotellen molemmin puolin 10–12 kertaa tai siihen saakka, kunnes oireet ovat vähentyneet siinä määrin, etteivät ne häiritse trauman prosessointia. Tätä menetelmää voidaan käyttää lievittämään päänsäryn lisäksi myös huimausta, uneliaisuutta ja näköhäiriöitä (esim. näön sumeneminen).[215]

12.3.3. Aistivääristymien häivytys (glitch massaging)

Glitch massaging on Bradshaw'n ym. mukaan viidestä tekniikasta monimutkaisin ja vaikeimmin hallittava. Glitch ('ongelma, hankaluus, pulma') tarkoittaa tässä yhteydessä räpyttelyä, viivyttelyä, epäröintiä tai katseen spontaania uudelleen suuntaamista visuaalista objektia seurattaessa. Terapeutti ohjaa esimerkiksi kynällä asiakkaan katseen suuntaa vaaka- tai pystysuoraan, viistosti tai kaartaen eri etäisyyksillä silmästä, kohti silmää tai siitä poispäin. Traumatisoituneen asiakkaan silmäluomet sulkeutuvat tai lähes sulkeutuvat, kun terapeutin kynä (tai puikko tai käsi) on tietyn matkan päässä asiakkaan silmistä. Tätä seuraa usein voimakas uneliaisuuden tai turtumuksen tunne, mistä voidaan päätellä, että kyseessä on dissosiatiivinen reaktio. Asiakas voi räpytellä silmiään, saada näköhäiriöitä tai purskahtaa itkuun, kun terapeutti tai muu katseen kohde siirtyy tietylle etäisyydelle asiakkaan silmistä. Tällöin kyseinen etäisyys liittyy jollain tavoin asiakkaan traumaan, eivätkä hänen aivonsa kykene havaitsemaan asiaa, joka muistuttaa pelkoa tai ahdistusta aiheuttaneesta tilanteesta. Aivot voivat myös vääristää havainnon. Sellaiset näkemisen ja havaitsemisen vääristymät häivytetään menemällä toistuvasti niille alueille, joissa vääristymä alkaa esiintyä tai joissa somaattisten ja emotionaalisten oireiden intensiivisyys lisääntyy. Bradshaw ym. kuvaavat tätä ilmiötä useilla esimerkeillä.[216]

Esimerkki 1: Pankkiryöstön aikaan pankissa asioinut miesasiakas ei ollut kyennyt nukkumaan tapauksen jälkeen. Terapeutti (Bradshaw) pyysi häntä osoittamaan sormellaan, kuinka kaukana ampuja oli laukauksen kuuluessa. Toisin sanoen asiakkaan katse siirtyi samalle etäisyydelle. Kun Bradshaw alkoi ohjata asiakkaan katsetta eri suuntiin ja löysi kyseisen kohdan, asiakkaan katse pysähtyi ja tämä koki uudelleen lähes kaikki ampumiseen liittyneet aistihavainnot – laukauksen äänen, ruudin hajun, äärimmäistä pelkoa ja paniikkia, vapinan, hengityksen pidättämisen ja säikähdyksen.

Harjoittelun ja ohjauksen avulla terapeutti oppii tunnistamaan katseen glitch-poikkeamat ja tulkitsemaan niitä vastaavia ei-verbaalisia ja paraverbaalisia reaktioita asiakkaan kasvoilla ja kehossa. (Para- ja nonverbaalinen viestintä tarkoittavat sanatonta viestintää.) Poikkeamien havaitseminen voi perustua terapeutin huomioihin, tai asiakasta voidaan pyytää kertomaan, milloin häiritsevä oire on intensiivisimmillään. Tavoitteena on havainnon ja kokemuksen integroiminen (*observed and experienced integration*). Tätä lähestymistapaa voidaan käyttää käsiteltäessä joitakin fyysisiä kipuja, puhe- ja tuntohäiriöitä (parestesia), häiritseviä sisäisiä ääniä ja visuaalisia vääristymiä.[217]

Esimerkki 2: Naisasiakas oli huolissaan siitä, pystyisikö hän viemään opintonsa päätökseen tai kykenisikö hän yleensäkään tekemään yhtään mitään elämässään. Visuaalisen stimuloinnin aikana naisen olkapää alkoi nykiä. Aluksi hän ei kyennyt yhdistämään reaktiota mihinkään, mutta OEI-terapian edistyessä hän ymmärsi, mistä tämä johtui. Naisen ollessa lapsi hänen isänsä oli tökkinyt häntä sormellaan rintaan ja olkapäähän ja sanonut vihaisena ja inhoten: "Sinusta ei ole ikinä mihinkään!" OEI-tekniikoiden avulla uskomuksen voimakkuus ja uskottavuus sekä siihen liittyvät fyysiset tuntemukset hälvenivät.

12.3.4. Kaksoiskuvat ja molemminpuolinen stimulaatio (glitch holding)

Jotkut asiakkaat näkevät kaksoiskuvia, kun heidän molemmat silmänsä ovat auki ja kun heidän katsettaan ohjataan näkökenttien läpi. Tällainen visuaalinen lohkominen (splitting) OEI-terapian aikana on kuitenkin melko harvinainen ilmiö. Jos terapeutti pitää katsetta ohjaavan esineen kohdassa, jossa kaksoiskuvat näkyvät, ja asiakas stimuloi itseään kehon molemmin puolin (esim. äänillä tai koskettamalla vuorotellen vasenta ja oikeaa olkapäätään), lohkominen häviää tai lievenee. Silmänliikkeet ja vaihtoehtoiset ärsykkeet, kuten ääni- tai kosketusärsykkeet, laukaisevat fysiologisen mekanismin, joka puolestaan aktivoi informaation luonnollisen prosessoinnin samalla tavoin kuin EMDR-terapiassa. Kaksoiskuvien näkeminen vaikuttaa olevan äärimmäinen, vaikkakin lyhytkestoinen dissosiatiivinen visuaalinen reaktio. Kokemuksen tunnistamista ja ratkaisua helpottaa, jos asiakas seisoo tasapainolaudan päällä.[a] Samaa tekniikkaa voidaan käyttää myös muulloin, kun asiakas kokee intensiivisiä somaattis-affektiivisia oireita (surullisuus, mielihyvän väheneminen, itkuisuus, levottomuus, mielenkiinnon puute, päättämättömyys, väsyneisyys, uni- ja keskittymisvaikeudet, ärtyneisyys, muutokset mielenkiinnossa sukupuolielämää kohtaan). Asiakkaat, joilla on tunteidensäätelykykyä, voivat käyttää tekniikkaa itsehoitona, jolloin heidän omat affektiiviset ja somaattiset reaktionsa ohjaavat heitä.[218]

[a] Cook ja Bradshaw totesivat, että kun asiakkaat traumaa prosessoidessaan dissosioivat, näiden tasapaino alkaa pettää. Laudalla seisoessaan asiakas joutuu hakemaan tasapainoa ja ikään kuin maadoittamaan kehonsa pystyäkseen jatkamaan. Tasapainolaudan käyttöä Cook ja Bradshaw eivät tue millään teorialla. He vain havaitsivat, että se on toimiva apuväline OEI-menetelmiä käytettäessä.

12.3.5. Helpottavien pisteiden hyödyntäminen (applying release points)

Jos asiakkaat traumakokemusta prosessoidessaan kokevat hyvin voimakkaita oireita, kuten pahoinvointia ja puristusta kurkun ja rintakehän alueella, heillä ei kovin todennäköisesti ole motivaatiota käydä läpi useita intensiivisiä tapahtumia. Lisäksi heidän rauhoittumisensa epämiellyttävien tuntemusten jälkeen vie paljon aikaa sessiosta. Siksi tutkijat alkoivat etsiä ja löysivätkin useita pisteitä, joiden kohdalla monet asiakkaat kokevat nopeasti merkittävää oireiden lievennystä.[219]

Asiakas peittää ensiksi hallitsevan silmänsä[220], ja terapeutti ohjaa sormellaan asiakkaan ei-hallitsevan silmän katsetta silmän tasolta alaspäin kohtaan, joka on noin 30 cm:n päässä asiakkaan alimmasta kylkiluusta. Päätään kääntämättä tai taivuttamatta asiakas seuraa sen jälkeen terapeutin sormea, joka liikkuu vaakasuoraan asiakkaan rintakehän keskilinjasta poispäin. Tällä jatkumolla useimmille henkilöille löytyy kohta, jossa hengitys helpottuu ja rintakehää puristava tunne tai hyperventilaatio lakkaa lähes välittömästi. Tämän jälkeen terapeutti opastaa asiakasta laittamaan omat sormensa kyseiseen kohtaan ja rohkaisee tätä käyttämään menetelmää sessioiden välillä paniikkioireiden lievittämiseksi. Pahoinvointia ja kurkkua kuristavaa tunnetta helpottava kohta on rintakehän vastakkaisella puolella. Kirjoittajien mukaan menetelmän kuvaus saattaa kuulostaa monimutkaiselta, mutta itse tekniikka on yksinkertainen ja helposti opittavissa ja opetettavissa. Menetelmä säästää aikaa, ja asiakkaan epämukava olo helpottuu merkittävästi. Kyseisistä pisteistä löytyy lisätietoa OEI-menetelmän käsikirjasta[221].

12.3.6. OEI-tekniikoiden käyttömahdollisuuksia

Kaikki edellä kuvatut OEI-tekniikat liittyvät neurobiologisten reaktioiden (mm. sosiaaliset yhteydet, taistele tai pakene -ilmiö ja jähmettyminen) eri tasoihin. Koska OEI-menetelmässä ei ole yksityiskohtaisia ja jäykkiä sääntöjä, se on helposti yhdistettävissä muihin lähestymistapoihin. OEI-tekniikoita voidaan käyttää pariterapiassa käsiteltäessä erilaisia puolisoiden välisiä aistivääristymiä (esim. vasen silmä peitettynä aviomies näkee vaimonsa sijasta häntä lapsena hyväksi käyttäneen naisen ja oikea silmä peitettynä vaimonsa normaalisti). Lasten terapiassa OEI-tekniikat voidaan yhdistää esimerkiksi leikki- tai taideterapiaan tai perheinterventioihin. Tekniikat helpottavat tilanteita, joissa lapset ovat ylikiihtyneessä tilassa tai joissa he eivät kykene sanallisesti kuvaamaan, mitä he kokevat. Me-

netelmää on käytetty sisaruskateuden, raivokohtausten ja painajaisten hillitsemisessä, ja sen avulla on parannettu adoptio- ja sijaisvanhempien ja lapsen yhteyttä. (Ensin on kuitenkin varmistettava, ettei lapsen käytös johdu senhetkisestä kaltoinkohtelusta tai hoivan puutteesta.) OEI-tekniikoita käytetään myös syömishäiriöiden ja dysmorfisen ruumiinkuvan häiriön, päihteidenkäytön ja riippuvuuksien hoidossa. Dissosiatiivisesta identiteettihäiriöstä kärsivät asiakkaat voivat usein ilmaista itseään eri-ikäisinä riippuen siitä, kumpi silmä on peitettynä. Tämä on erityisen hyödyllistä tilanteissa, joissa asiakkaan puhekyky joko taantuu käsittämättömäksi tai hän ei muuten kykene ilmaisemaan kokemustaan. Silmiä vuorotellen peittämällä verbaalinen ilmaisukyky usein paranee ja asiakkaan persoonallisuuden eri puoliin saadaan yhteys. Traumaattiseen materiaaliin päästään käsiksi ja dissosiatiiviset oireet lievenevät.[222]

OEI-menetelmää on hyödynnetty myös hierontaterapioiden, kiropraktiikan ja muiden kehoterapioiden yhteydessä. Nämä hoidot aktivoivat sekä somaattisia että affektiivisia reaktioita, joten niitä ei voida käyttää terapian varhaisvaiheessa. Eri asennot, liikkeet ja kosketus voivat saada esille dissosioitunutta materiaalia, jota sitten voidaan hoitaa OEI-tekniikoilla tai kehoterapialla. Myös hyvin varhaisia, ennen puhumaan oppimista koettuja asioita voidaan prosessoida ei-verbaalisesti. OEI-tekniikoita ja neuroterapiaa on myös yhdistetty joko peräkkäisissä tai samanaikaisissa sessioissa. Samanaikaisesti käytettynä neuroterapia usein tuo dissosioidut traumaattiset muistot pintaan, jolloin niitä voidaan käsitellä OEI-menetelmällä.[223]

OEI-teorian ydin käsittää osatekijöitä kokemusperäisistä, psykoanalyyttisista, neurobiologisista ja käyttäytymistieteellisistä terapioista. Monimutkaisen traumaperäisen stressihäiriön (PTSD) hoidossa OEI-tekniikoita käytetään

- emotionaalisten impulssien käsittelyyn
- huomiokyvyn ja tietoisuuden muutosten (derealisaatio, depersonalisaatio) käsittelyyn
- parantamaan negatiivisia käsityksiä itsestä
- muuttamaan vääristyneitä näkemyksiä väkivallantekijöistä tai hyväksikäyttäjistä (erityisesti jos he ovat olleet asiakkaan lapsuudenaikaisia huoltajia)
- ihmissuhdevaikeuksissa
- kehon oireiden tai somaattisten ongelmien hoidossa (esim. selkä- ja suolisto-ongelmat, virtsatietulehdukset ja seksuaalisen hyväksikäytön aiheuttamat seksuaaliset häiriöt).

Asiakasta autetaan myös löytämään toivoa. Hänet pyritään vapauttamaan uskomuksesta, ettei hän koskaan voi löytää itselleen sopivaa hoitomuotoa tai ketään, joka ymmärtää hänen ongelmaansa.[224]

Suuri osa aikuisiän ihmissuhdeongelmista, kiintymyssuhdevaikeuksista ja toimintahäiriöistä heijastaa varhaisia ihmissuhdetraumoja. Vaikka vaikean traumaperäisen stressihäiriön (PTSD) hoitamiseen on lukuisia teoreettisia malleja ja lähestymistapoja, moninaisten traumaoireiden suoraan käsittelyyn sopivia interventioita on huomattavasti vähemmän. OEI-menetelmän tekniikat kohdistuvat sekä abreaktiivisiin[a] että dissosiatiivisiin tiloihin.[225]

12.4. Traumakeskeinen tai nykyhetkeen keskittyvä ryhmäterapia

Classenin ym. (2011) satunnaistetussa, kontrolloidussa tutkimuksessa verrataan traumakeskeisen (*trauma-focused group therapy*, TFGT) ja nykyisyyteen keskittyvän (*present-focused group therapy*, PFGT) ryhmäterapian tehokkuutta sellaisten lapsuudessa seksuaalisesti hyväksi käytettyjen uhrien hoidossa, joilla HIV-tartunnan riski on suuri. HIV-riski johtuu seksuaalisesta uudelleen traumatisoitumisesta, huumeiden tai alkoholin käytöstä ja riskialttiista seksuaalisesta käyttäytymisestä. Tutkimuksen otoksesta (166 ihmisestä) 55 osallistui traumakeskeiseen ryhmäterapiaan (TFGT), 56 nykyhetkeen keskittyvään ryhmäterapiaan (PFGT) ja 55 odotti hoitoon pääsyä (*waitlist condition*).[226]

12.5. Yhteenveto

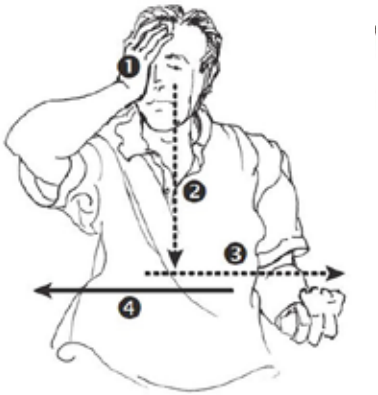
Ennakko-odotusten vastaisesti PFGT:n todettiin vähentävän HIV-riskiä tehokkaammin kuin TFGT. Minkäänlaista eroa ei kuitenkaan havaittu verrattaessa molempia ryhmäterapioita tai pelkästään PFGT-terapiaa hoitoa odottavien ryhmään. TFGT vähensi eniten osallistujien vihaisuutta ja ärtyneisyyttä. Ryhmäterapioiden välillä ei ilmennyt eroa PTSD-oireiden vähentämisessä, mutta hoidosta oli selvästi hyötyä verrattuna hoitoa odottavien ryhmään. Sen sijaan kaikissa kolmessa ryhmässä todettiin HIV-riskin pienentyneen.

[a] *Abreaktio* tarkoittaa patoutuneiden tai torjuttujen traumaan liittyvien tunteiden purkamista.

Tutkijoiden mukaan tämä saattoi johtua siitä, että myös hoitoa odottavien ryhmän osallistujat joutuivat vastaamaan seksuaalista käyttäytymistään koskeviin kysymyksiin, mikä sai heidät ehkä tiedostamaan käyttäytymistään paremmin ja kiinnittämään huomiota riskeihin.[227]

Dissosiaation ja traumakokemusten hoitomenetelmissä ongelmaa voidaan lähestyä eri näkökulmista. Integroidussa kehitysmallissa pyritään ottamaan huomioon kiintymyssuhde ja perheympäristö. Lapsen tietoisuutta itsestään ja omien tunteiden hallintaa korostetaan. Sisäisiin ja ihmistenvälisiin suojelumalleihin perustuvassa terapiassa on tavoitteena opettaa uhria suojautumaan sekä ulkopuolisten henkilöiden aggressioilta että solvaavalta sisäiseltä kriitikolta. OEI-lähestymistapa edustaa uusimpia traumaterapiamenetelmiä. Se on monipuolinen hoitomalli, jonka eri tekniikoita voidaan yhdistää muihin terapiamuotoihin ja käyttää myös itsehoidossa. Tulevaisuudessa psykoterapiaa ja neurotieteitä todennäköisesti yhdistetään yhä enemmän niin, että traumoja ja dissosiaatiota hoidetaan myös neurobiologian tasolla.

Helpottavat pisteet



helpottavat pisteet, kurkku- ja vatsaoireet

helpottavat pisteet, rintakehässä tuntuvat oireet

Helpottavien pisteiden löytäminen:
Noudata numeroiden osoittamaa järjestystä.

1. Peitä hallitseva silmä.

2. Seuraa sormillasi linjaa, joka alkaa ei-hallitsevan silmän tasolta ja päättyy alimman kylkiluun kohdalle.

3. Jos oikea silmä on hallitseva, liikuta sormiasi hitaasti rintakehän keskipisteestä ulospäin vasemmalle löytääksesi kohdan, jossa hengitys helpottuu.* Jos puristus rinnassa tuntuu hyvin voimakkaana tai hengittäminen on hyvin vaikeaa, oireiden helpottuminen on huomattavampaa kuin jos oireet ovat lievät.**

4. Liikuta sormiasi vastakkaiseen suuntaan aloittaen rintakehän keskeltä, kun haluat löytää kurkussa ja vatsassa tuntuvien oireiden helpotuspisteet. (Tavallisesti ne ovat samassa kohdassa, mutta eivät aina.)

* Useimmilla ihmisillä, joiden vasen silmä on hallitseva, pisteet sijaitsevat päinvastaisella puolella: hengitystä helpottavat pisteet ovat keskikohdasta oikealle ja kurkun kuristusta ja vatsaoireita helpottavat vasemmalla puolella. Muutamilla henkilöillä, joiden vasen silmä on hallitseva, pisteet ovat kuitenkin vastakkaisella puolella. Huomaa, että hallitseva (tässä tapauksessa vasen) silmä peitetään ennen pisteiden paikallistamista.

** Älä taivuta päätä, kun seuraat sormien liikettä, vaan pyri käyttämään ääreisnäkökykyäsi.

13. Suisidaalisuus

Suisidaalisuudella eli itsetuhoisuudella tarkoitetaan toimintaa tai aikomuksia, joihin sisältyy itsen vahingoittaminen tai henkeä uhkaavan riskin ottaminen. Itsetuhoisuus voi olla epäsuoraa tai suoraa. Epäsuoralla itsetuhoisuudella tarkoitetaan toimintaa, jossa ihminen ottaa elämää uhkaavia riskejä ilman, että hän tietoisesti pyrkii vahingoittamaan itseään. Suora itsetuhoisuus ilmenee puolestaan itsemurhina, itsemurhayrityksinä tai -ajatuksina. Itsemurha-ajatukset ovat vakavia riskitekijöitä, joita ei pidä milloinkaan vähätellä. Kun ihmisellä on itsemurha-ajatuksia, niihin liittyy yleensä myös toive avun saannista. Toistuvat tai voimakkaasti mielen täyttävät itsemurha-ajatukset sekä itsemurhasuunnitelmat ovat käytännöllisesti katsoen aina merkki hyvin vakavasta psyykkisestä pahoinvoinnista ja kuolemanvaarasta.[228] Itsetuhoisesti käyttäytynyt potilas tarvitsee aina apua.

Viime aikoina on tiedotusvälineistä saatu lukea myös karuja uutisia niin sanotuista laajennetuista itsemurhista. Laajennetulla itsemurhalla tarkoitetaan sitä, kun itsemurhan tekijä surmaa itsensä lisäksi muita, esimerkiksi perheensä. Laajennettuja itsemurhia ovat myös monet terrorismiksi luokitellut teot, kuten itsemurhapommitukset ja useat kouluampumiset.

Itsemurhille löytyy useita syitä, selityksiä ja riskitekijöitä. Aikaisempi itsemurhayritys on vahvin yksittäinen itsemurhaa ennustava riskitekijä. Itsetuhoinen käyttäytyminen ja itsemurha tulisi nähdä kriisiprosessina, johon liittyy monenlaisia vaiheita. Prosessi muodostuu altistavista tekijöistä (esim. sairaudet) sekä toisaalta suojaavien tekijöiden vähyydestä. Itsemurhavälineiden saatavuus lisää myös riskiä. Itsemurhaan ajautumisessa on yleensä kyse kasautuvista ja suhteellisen pitkäaikaisista elämänongelmista ja monenlaisten riskitekijöiden summasta. Yhteenveto itsetuhoisen käyttäytymisen riskitekijöistä esitetään alla olevassa taulukossa.

Taulukko 1. Itsemurhakäyttäytymisen riskitekijät[229].

Riskitekijä	Itsemurha-ajatukset	Itsemurha-yritykset	Itsemurha
Sukupuoli	nainen/mies	nainen/mies	mies
Siviilisääty	naimaton	eronnut	naimaton/ eronnut/ leski
Taloudelliset ongelmat, työttömyys	+	+	
Mielenterveyden häiriö			
– vakava masennus	+	+	+
– persoonallisuushäiriö		+	+
– päihdehäiriö	+	+	+
– ahdistuneisuushäiriö	+	+	+
Toivottomuus	+	+	+
Krooninen somaattinen sairaus	+		+
Kielteiset elämäntapahtumat	+	+	+
Sosiaalisen tuen puute	+	+	+
Lapsuusiän seksuaalinen hyväksikäyttö		+	
Vanhempien psykopatologia		+	
Aikaisempi itsetuhokäyttäytyminen			
– aikaisemmat itsemurha-ajatukset		+	+
– aikaisemmat itsemurhayritykset		+	+
– läheisen itsemurha		+	+

Riskitekijät voidaan jakaa luokkiin, joita ovat ainakin 1) sosiaaliset riskitekijät, 2) itsetuhoisen käyttäytymisen historia, 3) mielenterveys- ja päihdeongelmat sekä 4) vakavat ja pitkäaikaiset somaattiset sairaudet.

Sosiaalisia riskitekijöitä näyttäisivät olevan muun muassa miessukupuoli, naimattomuus, avioero, leskeys, vähäinen koulutus, heikko sosiaalinen asema ja kielteiset elämäntapahtumat (esim. erot, menetykset, työelämän ongelmat, taloudelliset vaikeudet). Periaatteessa kyseeseen voi tulla mikä tahansa muukin psykososiaalinen kuormitus, kuten vaikkapa yksinäisyys. Itsetuhoisen käyttäytymisen historialla viitataan aiempiin itsemurhayrityksiin ja -ajatuksiin. Mielenterveyden häiriöt ovat erittäin merkittävä riskitekijä, sillä yli 90 % itsemurhan tehneistä on kärsinyt diagnosoitavissa olevasta mielenterveyshäiriöstä.

Vaikeimmista depressioista kärsivien potilaiden itsemurhariski on noin 15 %. Masennuspotilaat ovat siis jopa 20 kertaa alttiimpia tekemään itsemurhan kuin muu väestö. Masennuspotilaan itsemurhariskiä arvioitaessa on

tärkeää kiinnittää huomiota masennuksen vaikeusasteeseen. Itsemurhariskiä lisäävät huomattavasti syvä toivottomuus, samanaikaiset ahdistuneisuusoireet, vaikea unettomuus, huomattavat keskittymis- ja muistivaikeudet, mielihyvän kokemisen täydellinen menetys, itsemurha-ajatukset sekä voinnin nopea vaihtelu. Myös kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyvät itsemurhat tehdään yleensä masennusvaiheessa tai sekamuotoisten mielialahäiriöjaksojen aikana. Sairauteen liittyvät päihdeongelmat ovat myös merkittävä riskitekijä.[230] Itsemurhan tehneistä miehistä joka toisella on ollut alkoholiongelma ja joka kolmannella alkoholiriippuvuus. Alkoholiriippuvuudesta kärsivät tekevät itsemurhan 6 kertaa todennäköisemmin kuin muu väestö. Huumausaineriippuvuuteen liittyy vieläkin suurempi itsemurha-alttius.

Psykoottisista ongelmista kärsivien (mm. skitsofreniapotilaiden) itsemurhariski on noin 10 % eli kahdeksan kertaa suurempi kuin muun väestön. Skitsofreniapotilailla itsemurhavaaraa lisäävät nuori ikä, miessukupuoli, sosiaalisen tuen puute, eristyneisyys, itsemurha-ajatukset ja aikaisemmat itsemurhayritykset sekä päihdeongelmat. Itsemurhia tehdään varsin usein silloin, kun masentuneeseen mielialaan liittyy aktiivisia psykoottisia oireita. Tiheästi toistuviin sairaalahoitoihin ja erityisesti sairaalahoidon päättymisen jälkeisiin ensimmäisiin viikkoihin liittyy näillä potilailla suurentunut itsemurhavaara. Lähes kaikki skitsofreniadiagnoosin saaneiden henkilöiden itsemurhat ovat tapahtuneet joko sairaalahoidon aikana tai puolen vuoden sisällä sairaalahoidon päättymisestä. Masentumisriski ja siihen liittyvä itsemurhavaara on huomattava etenkin potilailla, joiden toimintakyky on ollut erittäin hyvä ennen sairastumista. Lisäksi riskiä lisää sairauden alkuvaiheessa syntynyt sairaudentunto, oman toimintakyvyn heikkenemisen havaitseminen ja skitsofrenian progressiivisen luonteen tiedostaminen.

Muissa mielenterveyden ongelmissa elinikäinen itsemurhariski vaihtelee, mutta se lienee noin 2–8 %.

Koska uuden psykiatrian paradigman mukaan psyykkinen kriisi ja traumatisoituminen liittyvät kutakuinkin kaikkeen psykiatriseen oireiluun ja sairastamiseen, on myös näistä johtuva itsemurha nähtävä eräänlaisena epätoivoisena yrityksenä ratkaista kesken jäänyt kriisi- ja traumaprosessi.

- **Psyykkinen kriisi ja traumatisoituminen lisäävät itsemurhan riskin jopa 20-kertaiseksi.**

Itsemurhaa koskevan interpersoonallisen teorian[231] mukaan voimakkaimpien itsemurhatoiveiden taustalla on tunne, ettei oikein kuulu mihinkään ja että on taakaksi muille ihmisille (*thwarted belongingness and perceived burdensomeness*). Vakavassa kriisissä oleva itsetuhoinen

henkilö kokee todennäköisesti ainakin toista näistä tunteista, mahdollisesti molempia. Myös henkilön kyky tehdä itsemurha on välttämätön edellytys toteutuneelle yritykselle. Saman teorian mukaan näiden kahden tunteen lieventäminen vähentää itsetuhoisia pyrkimyksiä, mikä voi jopa estää itsemurhayrityksen. Tämän teorian valossa olisi hyödyllistä pyrkiä lisäämään asiakkaiden yhteydentunnetta toisiin sekä auttaa heitä näkemään itsensä arvokkaina ja osallistuvina yhteiskunnan jäseninä. Vaikka lyhyen kriisi-intervention aikana ei todennäköisesti ole mahdollista kokonaan eliminoida näitä kahta tunnetta, on mahdollista, että niitä voidaan lieventää siinä määrin, ettei kyseinen asiakas yritä surmata itseään.[232]

Kaikki itsemurhaa ajattelevat henkilöt eivät välttämättä ole kriisissä. On suositeltavaa, että kaikki ammattihenkilöt käyttäisivät strukturoitua menetelmää suisidaalisuuden arviointiin. Rudd kollegoineen[233] määrittelee suisidaalisuuden seuraavasti: yksilöllä on voimakkaita itsemurha-ajatuksia, joihin liittyy huonovointisuus ja subjektiivinen kokemus, ettei hän voi kestää näitä tunteita, ja siksi hän toteuttaa itsetuhoiset ajatuksensa.

Jokin tapahtuma on saattanut aiheuttaa sen, että henkilö tuntee olevansa täysin ulkopuolinen ja pelkkä taakka toisille. Hän on voinut esimerkiksi menettää työpaikkansa tai jonkun tärkeän ihmisen. Tällainen tilanne voi laukaista itsemurhakriisin. On myös mahdollista, että itsemurhalle altistavat tekijät ovat kerääntyneet pitkän ajan kuluessa.

Useat itsemurhan tehneet ovat kokeneet ennen kuolemaansa oman lapsen vakavan sairauden, vaikean takaiskun urallaan tai romanttisen suhteen katkeamisen. Monet ovat vahingoittaneet itseään monin tavoin. Tällaiset teot ovat sitten seuranneet toisiaan ja huipentuneet lopulta itsemurhaan. Lähes kaikki itsemurhan tehneet ovat yrittäneet tai olleet vähällä yrittää sitä jo aiemmin.

Mainitun teorian mukaan kyky tehdä itsemurha kehittyy toistuvien kivuliaiden ja provosoivien kokemusten kautta. Useat aikaisemmat itsemurhayritykset viittaavat lisääntyneeseen kykyyn surmata itsensä. Lisäksi useita itsemurhayrityksiä tehneillä ilmenee enemmän psykopatologiaa kuin niillä, jotka ovat yrittäneet surmata itsensä vain kerran tai eivät yhtään kertaa. Monia itsemurhayrityksiä tehneet ovat todennäköisemmin työttömiä ja masentuneita, heillä on useita psykiatrisia häiriöitä, ja heidän ongelmanratkaisutaitonsa ovat heikot. Heillä on myös vähemmän ihmissuhteita ja niihin liittyviä voimavaroja, joten heidän on vaikeampi saada apua ja ratkaista kriisit onnistuneesti. Uuden psykiatrian paradigman mukaan on ilmiselvää, että monenlaiset traumakokemukset lisäävät näin ollen suoraan suisidaalista käyttäytymistä.

13.1. Itsemurhavaaran arviointi

Kaikki itsemurhaa yrittäneet tulisi ohjata psykiatriseen arviointiin, ja heille tulisi järjestään tarpeen mukainen jatkohoito heti somaattisen ensihoidon jälkeen tai jo sen aikana. Itsemurhaa yrittäneen arviointi ja sopivan jatkohoitopaikan valinta ja järjestely ovat toteutettavissa parhaiten psykiatrisen konsultaation avulla. Strukturoitu tai puolistrukturoitu arviointi on suotavaa. Arviointilomakkeiden avulla voidaan arvioida pyrkimystä kuolla (SIS; Beck ym. 1994), masennusoireita (BDI; Beck ym. 1961), toivottomuutta (HS; Beck ym. 1974), ahdistuneisuutta (BAI) ja päihdeongelmia (AUDIT, DAST). Arviointilomakkeita ei ole liitetty tähän kirjaan, koska ne löytyvät nykyään kutakuinkin kaikista terveydenhuollon yksiköistä. Ne löytää erittäin helposti myös internetistä, vaikkapa hakukoneella.[234]

Itsemurhayrityksen kulku, menetelmät ja syyt tulee aina selvittää yksityiskohtaisesti esimerkiksi seuraavasti:

Itsemurhaa yrittäneen tilanteen arviointi

Mikä oli itsemurhayrityksen motiivi?

Minkälaisia ajankohtaisia ja pitkäaikaisia ongelmia potilaalla on, ja minkälainen tilanne johti tämänkertaiseen itsemurhayritykseen?

Onko potilaan lähipiirissä esiintynyt itsemurhia tai itsemurhayrityksiä?

Onko potilas käyttäytynyt aiemmin itsetuhoisesti tai aggressiivisesti?

Miten vakava oli pyrkimys kuolla?

Millainen on potilaan psykiatrinen tila ja sen historia? Millainen on hänen lapsuudenperheensä ja nykyisen perheensä psykiatrinen historia? (Kiinnitä huomiota erityisesti psykoottisuuteen, masennukseen ja sen vakavuuteen, päihdeongelmiin ja persoonallisuushäiriöön.)

Onko syytä epäillä, että itsemurhaa yrittänyt aikoo uusia tekonsa?

Onko potilaalla itsetuhoisia ajatuksia?

Onko tiedossa mahdollisia kriisin laukaisijoita (äskettäisiä tai tulevia)?

Millainen tukiverkosto potilaalla on? Onko hän parhaillaan psykiatrisessa hoidossa?

Millaista jatkohoitoa potilas tarvitsee, ja miten hoidon toteutuminen varmistetaan?

Itsemurhayritys ilmaisee yleensä keinottomuutta, neuvottomuutta ja avun tarvetta. Useimmat itsemurhaa yrittäneet kuuluvat (tai ainakin heidän pitäisi kuulua) psykiatrisen hoidon ja usein myös päihdehuollon piiriin. Psykiatrista sairaalahoitoa saattaa tarvita noin reilut 10 % itsemurhaa yrittäneistä. Kaikki itsemurhaa yrittäneet eivät ole vielä valmiita jatkohoitoon. Jotkut ilmaisevat, etteivät halua sitä. Jokaiselle itsetuhoisesti toimineelle ja toimivalle on tarjottava mahdollisuus kriisihoitoon. Asiaa käsittelevien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden velvollisuutena on motivoida asiakasta ainakin kokeilemaan kolmen käynnin verran tällaista hoitoa. Ihannetapauksessa hoito toteutuu "saattaen vaihtaen" esimerkiksi jo somaattisen ensiavun yhteydessä. Kun terveydenhuollon ammattilaiset tarjoavat asiallista apua ja ohjaavat jatkohoitoon, tämä viestittää potilaalle, että häneen suhtaudutaan vakavasti. Samalla hän ymmärtää, että itsemurhayritys on merkki avun tarpeesta, joka on kuultu ja johon reagoidaan.

Hoitomyöntyvyyden puuttuminen on tavallinen ongelma itsemurhaa yrittäneillä. Perheenjäseniä tai muita läheisiä kannattaa tavata alusta pitäen, sillä luultavasti hekin kaipaavat apua järkyttävän tapauksen käsittelyssä. On myös mahdollista, että he ovat olleet osallisia kriisin laukaisseissa tapahtumissa ja kärsivät niistä yhtä lailla. Potilaan verkoston tapaaminen auttaa tarkentamaan tapahtumien kulkua ja kartoittamaan selviytymiskeinoja. Nämä ovat oleellisia tietoja jatkohoitosuunnitelmaa laadittaessa. Myös yhteydenotto vakituiseen hoitotahoon, mikäli sellainen on, on hyvin tärkeää. Aktiivinen jatkohoitoon ohjaaminen ja jatkohoidon toteutumisen varmistaminen näyttäisivät parantavan hoitomyöntyvyyttä. Asiassa tulee kuitenkin edetä niin, että kunnioitetaan potilaan itsemääräämisoikeutta. On varottava, ettei asiakasta vahingossakaan pakoteta tai painosteta hakeutumaan jatkohoitoon, sillä tällainen pahimmillaan lisää itsetuhoista ja aggressiivista toimintaa. Ensimmäisen jatkohoitoajan tulee järjestyä nopeasti, mieluiten 1–3 vuorokauden sisällä itsemurhayrityksestä. Erityisen suositeltava käytäntö on yllä mainittu "saattaen vaihtaminen". Se toteutetaan somaattisen hoidon yhteydessä, kun tämä hoito alkaa olla valmis ja potilaalla ei sen puoleen ole enää hengenhätää. Jatkohoidosta vastaava taho tulee tällöin tapaamaan potilasta sairaalaan tai terveyskeskukseen, jossa häntä hoidetaan.

Tulee muistaa, että itsemurhayritys ja muu vakava itsetuhoinen käyttäytyminen on äärimmäinen ja usein epätoivoinen yritys ratkaista ongelmia, joihin potilas ei millään muilla keinoilla ole löytänyt ratkaisua. On hyvinkin todennäköistä (tai ainakaan ei ole epätodennäköistä), että yritys toistuu, jos potilaalla ei ole itsemurhayrityksen ja sitä seuranneen somaattisen hoidon jälkeen käytössään uusia ongelmanratkaisukeinoja. Hänen tulisikin saada asianmukaista hoitoa mielenterveyden ongelmiinsa ja kriiseihinsä, jottei tilanne jatkuisi ennallaan.[235]

Suisidaalisuutta ja aggressiivisuutta voi arvioida myös seuraavan kaavakkeen kysymyksillä. Arvioinnin tekeminen on siihen koulutettujen ammattilaisten tehtävä, eikä tällaiseen arviointiin pidä ilman asianmukaista osaamista ryhtyä. Suositeltavaa on pyytää asiantuntijaa suorittamaan arvioinnin. Tämä kaavake ei ole standardoitu tutkimus, vaan lähinnä hyödyllinen apuväline asiantuntijalle kliinisen hoitokeskustelun tueksi.

Itsemurha- ja väkivaltariskin arviointi[236]

Riskin arviointi

Osa A: Vaara itselle

Itsemurhan suunnittelu / itsemurha-ajatukset	kyllä	ei
• Ajatteleeko asiakas tällä hetkellä itsensä vahingoittamista, tai suunnitteleeko hän itsemurhaa? • Jos vastaus on kyllä, pyydä kertomaan tarkemmin, millaisia nämä ajatukset tai suunnitelmat ovat. • Ovatko tällaiset ajatukset lisääntyneet, ja hallitsevatko ne mieltä entistä voimakkaammin? • Onko asiakas käyttänyt paljon aikaa itsemurhan tai itsensä vahingoittamisen suunnitteluun edeltävinä kahtena vuorokautena, vai ovatko ajatukset ohimeneviä? • Miten asiakas reagoi näihin ajatuksiin? Hautooko hän niitä, vai pyrkiikö hän irtautumaan niistä ja kiinnittämään huomion muihin asioihin?		

Riski kasvaa, jos voimakkaat itsemurha-ajatukset hallitsevat mieltä aikaisempaa useammin ja jos itsetuhoisiin ajatuksiin käytetään paljon aikaa.

Itsemurhasuunnitelma:	kyllä	ei
• Käyttääkö asiakas paljon aikaa suunnittelemalla, miten hän vahingoittaisi itseään tai tekisi itsemurhan? • Onko hänellä valmis suunnitelma? • Selvitä tarkkaan suunnitelman yksityiskohdat (milloin, mitä, missä, miten). • Onko asiakas valinnut tietyn päivän, jolloin hän vahingoittaisi itseään tai tekisi itsemurhan? • Voiko mikään estää häntä toteuttamasta suunnitelmaansa (esim. perhe, ystävät, uskonnollinen vakaumus tai lemmikkieläin)?		

Yksityiskohtainen suunnitelma lisää riskiä.

Suunnitelman toteutettavuus:	kyllä	ei
• Onko suunnitelman toteuttaminen mahdollista (esim. omistaako asiakas aseen, tai voiko hän saada sellaisen)? • Jos suunnitelmaan kuuluu lääkkeiden yliannostus, kysy, millaisia lääkkeitä asiakas aikoo ottaa, missä lääkkeet ovat tällä hetkellä ja onko asiakas varastoinut lääkkeitä. • Selvitä, missä itsemurhaan käytettävät välineet ovat (esim. ase, köysi, lääkkeet).		

Riski on sitä suurempi, mitä helpommin suunnitelma on toteutettavissa.

Ennakoivat tekijät:	kyllä	ei
• Selvitä yksityiskohdat asiakkaan aikaisemmista itsemurhayrityksistä. • Kuinka monta aikaisempaa yritystä on ollut? Mitä tapahtui? Kuka löysi asiakkaan? Tarvittiinko lääkärinhoitoa? • Kertoiko asiakas kenellekään itsemurhayrityksestä, vai pyrkikö hän salaamaan sen? • Oliko asiakkaan tarkoitus surmata itsensä, vai oliko kysymyksessä tapaturma? • Tiedustele asiakkaalta, onko hän koskaan toiminut tai käyttäytynyt sellaisella tavalla, että hänen henkensä on ollut vaarassa (tahattomasti tai riskialttiin käyttäytymisen seurauksena). • Arvioi aikaisempien itsemurhayritysten ja riskialttiin toiminnan hengenvaarallisuus. • Miten tämänhetkinen suunnitelma tehdä itsemurha tai vahingoittaa itseä eroaa aikaisemmista, vai onko se samanlainen?		

Vakavat henkeä uhanneet yritykset tai eristyksissä tehdyt yritykset lisäävät riskiä.

Käskyharhat (*command hallucinations*):	kyllä	ei
• Kuuleeko asiakas ääniä, tai näkeekö hän näkyjä, jotka käskevät häntä vahingoittamaan itseään tai surmaamaan itsensä? • Kokeeko asiakas, että hän saa viestejä ulkoisista tai sisäisistä lähteistä, esim. radiosta tai TV:stä? • Jos vastaus on kyllä, mitä äänet sanovat? Millainen on näky? Kenen äänen asiakas kuulee? Minkä sävyinen ääni on: onko se esim. syyttelevä, naureskeleva tai uhkaava? • Miten usein asiakas kuulee ääniä tai näkee näkyjä? • Liittyykö niihin muita ihmisiä? • Mitä asiakas tuntee kuullessaan ääniä tai nähdessään näkyjä? Pelkääkö hän? Onko ääni halventava?		

Jos asiakkaalla on käskyhallusinaatioita, hänet pitää toimittaa välittömästi lääkärin hoitoon hänen turvallisuutensa varmistamiseksi. Jos asiakas ei kykene itse hakeutumaan hoitoon, kannattaa soittaa ambulanssi. Myös asiakkaan luonnollista verkostoa on hyvä konsultoida ja pyytää mukaan, jos se asiakkaalle sopii.

Itsemurhat asiakkaan perheessä ja lähipiirissä:	kyllä	ei
• Onko kukaan perheenjäsenistä, läheisistä ystävistä tai tuttavista tehnyt itsemurhan, tai onko heillä ollut vakavia itsemurhayrityksiä? • Jos vastaus on kyllä, milloin näin on tapahtunut? • Miten itsemurha tehtiin?		

Riski lisääntyy, jos perheessä tai lähipiirissä on tehty itsemurhia. Mitä vähemmän aikaa läheisen itsemurhasta on kulunut, sitä suurempi on asiakkaan riski.

Väkivaltariskin arviointi / Vaara toisille ihmisille	kyllä	ei
Ajatukset toisten vahingoittamisesta tai surmaamisesta: • Ajatteleeko asiakas tällä hetkellä toisten vahingoittamista tai surmaamista? • Millaisia ajatuksia hänellä on? Pyydä häntä kertomaan yksityiskohtaisesti. • Keitä ajatukset koskevat? • Miten kaukana asiakas asuu kyseisistä henkilöistä? Kuinka pian hän voisi löytää heidät? • Asuuko joku asiakkaan kanssa juuri nyt? Arvioi kyseisen henkilön turvallisuus. • Miten paljon aikaa asiakas käyttää sen ajatteluun, että hän vahingoittaisi tai surmaisi jonkun? Ovatko tällaiset ajatukset ohimeneviä? • Onko asiakas aikonut toteuttaa suunnitelmansa? • Voimistuvatko ja lisääntyvätkö tällaiset ajatukset?		

Tämänhetkinen väkivaltaa koskeva ajattelu:	kyllä	ei
Suunnitelma • Selvitä kaikki mahdolliset yksityiskohdat. • Keitä asia koskee? • Milloin asiakas aikoo toteuttaa suunnitelmansa? • Millaisia välineitä (esim. aseita) hän aikoo käyttää? Ovatko suunnitelman toteuttamisessa tarvittavat välineet hänen käytettävissään?		

Arvioi myös yleisiä väkivaltaisia tai vihaisia ajatuksia. Liittyvätkö sellaiset ajatukset aikaisemmin tapahtuneeseen hyväksikäyttöön tai menneisyyden traumaan? Miten asiakas ilmaisee kiukkua ja väkivaltaa?

Suunnitelman toteutettavuus:	kyllä	ei
• Onko asiakkaan mahdollista tavoittaa henkilöt, joita hän haluaa vahingoittaa tai jotka hän haluaa surmata? Toivooko hän voivansa kostaa henkilölle, johon hänellä ei ole yhteyttä ja jota hän ei pysty tavoittamaan? • Onko asiakkaalla käytettävissä aseet ja muut välineet, joilla hän voi toteuttaa suunnitelmansa? Miten helposti hän voi saada tarvittavat välineet? • Onko asiakas alkanut seurata kyseistä henkilöä, ja tunteeko hän tämän päivittäiset rutiinit? • Jos asiakkaalla on tapana seurata kyseistä henkilöä, onko hänellä tällöin mukanaan aseita?		

Aikaisempi väkivaltainen käytös:	kyllä	ei
• Onko asiakas aikaisemmin käyttäytynyt väkivaltaisesti muita kohtaan? Jos vastaus on kyllä, selvitä väkivallantekojen yksityiskohdat – mitä, milloin, ketä kohtaan. Mitkä olivat seuraukset, ja katuiko asiakas tekojaan? • Onko asiakas itse koskaan ollut väkivallan tai hyväksikäytön uhri? • Onko asiakasta koskaan syytetty väkivallasta tai pahoinpitelystä? (Milloin, millaisesta teosta jne.)		

Seurauksien pelko:	kyllä	ei
• Huolestuttavatko asiakasta mahdolliset seuraukset, jos hän toteuttaa suunnitelmansa ja vahingoittaa toista henkilöä tai surmaa tämän (esim. lakisääteiset rangaistukset, vangitseminen, teon vaikutus toisiin ihmisiin ja perheenjäseniin, katumuksentunteet)?		

Käskyharhat:	kyllä	ei
• Kuuleeko asiakas ulkopuoleltaan tai sisältään ääniä, tai näkeekö hän näkyjä, jotka käskevät häntä vahingoittamaan toista ihmistä tai tappamaan tämän? • Jos vastaus on kyllä, mistä äänet tai näyt ovat lähtöisin? • Mitä äänet tai näyt kehottavat tekemään? • Tunnistaako asiakas äänet tai henkilöt, jotka esiintyvät näyssä? • Miten asiakas kestää äänet ja näyt, ja miten hän reagoi niihin? • Miten kauan hän on kuullut ääniä ja nähnyt näkyjä? Ovatko ne voimistumassa (tulevatko ne entistä useammin ja kestävätkö ne kauemmin)?		

Jos käskyhallusinaatioita esiintyy, toisten vahingoittamisen riski on erittäin suuri. Välitön lääkärinhoito ja psykiatrinen arviointi ovat tarpeen. Jos asiakas on haluton hakemaan apua, voidaan joutua turvautumaan tahdosta riippumattomaan sairaalahoitoon. Ambulanssi tai poliisi voidaan kutsua apuun.

Toisten vahingoittamisen riskin yleinen arviointi:	Olematon	Vähäinen	Kohtalainen	Suuri
• Riski on suuri, jos asiakkaalla on selkeä suunnitelma ja välineet ja jos henkilöt, joita hän haluaa vahingoittaa tai jotka hän aikoo surmata, ovat hänen tavoitettavissaan.				
• Käskyharhat merkitsevät myös suurta riskiä. Hallusinaatiot voivat saada yksilön toimimaan impulsiivisesti, vaikka hänellä ei olisikaan valmista toimintasuunnitelmaa.				
• Aikaisempi väkivalta ja katumuksen sekä seurausten pelon puuttuminen lisäävät riskiä.				

Riskiä ei ole tai se on vähäinen, silloin kun ajatukset pohjautuvat kiukkuun, toimintasuunnitelmaa ei ole eikä saatavilla ole välineitä vahingollisten ajatusten toteuttamiseen.

Asiakkaasta tehdyt havainnot:	
Vihainen	Hermostunut
Ahdistunut	Vainoharhainen tai hallusinoiva
Harhainen	Hämmentynyt
Johdonmukainen	Välinpitämätön
Suru	Sekava
Epävakaa*	Valpas
Painon muutos	Unirytmin muutos
Päihteidenkäyttö	Toivoton tai avuton
Itsetuhoisuus	Ruokahalun häiriöt

* mielentilan tai esiintymisen nopeat muutokset (esim. itkusta vihaisuuteen)

Erityispiirteitä: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Riskin arviointi:	kyllä	ei
Vaaraksi itselleen		
Itsemurha-ajatuksia		
Itsemurhasuunnitelma		
Suunnitelman toteuttaminen mahdollista		
Valmistelut tehty		
Aikaisempia itsemurhayrityksiä		
Käskyharhoja		
Itsemurhia perheessä tai lähipiirissä		
Vetäytynyt		
Tulevaisuuteen orientoituminen		
Vaaraksi toisille		
Ajatuksia toisten surmaamisesta		
Väkivaltaiset ajatukset tällä hetkellä		
Suunnitelman toteuttaminen mahdollista		
Aikaisempi väkivaltaisuus		
Seurauksien pelko		

Yhteenveto riskien arvioinnista:	Olematon	Vähäinen	Kohtalainen	Suuri
Itseen kohdistuva				
Toisiin kohdistuva				
Haluaa apua				

Lisätietoja ja toimintasuunnitelma: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

13.2. Hoitosuhde ja suisidaalisuus

Hoidon onnistumisen ja itsetuhoisuuden vähentämisen kannalta on tärkeää, että potilaalla on riittävän hyvä suhde terapeuttiinsa, hoitajaansa tai lääkäriinsä. Hyvä hoitosuhde edellyttää, että potilaalla on ensisijaisesti yksi pääasiallinen työntekijä, johon suhde syntyy. Potilaalla tulee olla kokemus, että työntekijä aidosti välittää hänestä. Hoitosuhteen on oltava tiivis ja lämminhenkinen, ja sen tulee perustua kunnioitukseen. Lisäksi onnistunut suhde edellyttää riittävää määrää aikaa ja huomiota. Keskusteluissa on hyvä paneutua laajasti potilaan itsemurhavaaran aiheuttaneisiin tekijöihin ja hänen elämäntilanteeseensa. Interpersoonallisen teorian periaatteet ovat tässä erittäin käyttökelpoisia, koska niiden avulla terapeutti voi kohdistaa hoidon niihin oireisiin, jotka aiheuttavat voimakkainta stressiä. Näitä ovat ulkopuolisuuden tunne ja tunne siitä, että on taakkana toisille. Terapeutin on myös uskallettava ottaa puheeksi vaikeita asioita. Hänen on tutkittava, onko potilaalla realistisia keinoja (esim. aseita ja lääkkeitä) vahingoittaa itseään. Jos on, tulee miettiä, mitä asialle pitäisi tehdä.

Potilaan kanssa tulee puhua itsemurhaan liittyvistä emootioista ja ajatuksista huolimatta siitä, että puheenaiheet eivät ole helppoja. Hoidon tavoite on vähentää potilaan kokemaa psyykkistä kipua ja antaa toivoa selviytymisestä. Keskustelujen sisällön lisäksi on hyvä pitää silmällä myös potilaan nonverbaalista viestintää. Hoitosuhteen aikana voidaan tehdä kirjallinen hoitosopimus, joskaan sen ei ole todettu vähentävän itsemurhan todennäköisyyttä.

Sosiaalisen verkoston ottaminen mukaan hoitoon on yleensä hyödyllistä. Tosin se edellyttää työntekijältä jonkin verran systeemiseen työskentelyyn tarvittavaa metodiosaamista, kuten taitoa huolehtia siitä, että kaikki tulevat kuulluiksi ja ettei kukaan dominoi keskustelua. Verkostopalaveri ei myöskään saa pahentaa asioita. Hyvä perheterapia edistää usean tutkimuksen mukaan hoidon onnistumista. Muissa verkostotapaamisissa on syytä keskittyä jakamaan tietoa potilaan tilanteesta (esim. sairaudesta), tarjolla olevasta hoidosta, hoitomuodoista ja hoidon etenemisestä. On myös hyvä kysyä omaisilta ja muilta verkoston jäseniltä, millainen potilaan vointi on ollut ja onko siinä tapahtunut muutoksia. Ilman systeemipsykoterapeuttista osaamista ei kannata ryhtyä tämän syvällisempään verkostoterapeuttiseen työskentelyyn.

13.3. Interventioita itsemurhakriisissä olevan auttamiseksi

Rudd kollegoineen[237] kuvaa kolme suisidaalisuuskriisi-intervention päätavoitetta:

a) Auta asiakasta tunnistamaan, mikä laukaisee kriisin, sekä ymmärtämään laukaisevaa tekijää koskevia ajatuksiaan ja tunteitaan.
b) Auta asiakasta toimimaan siten, että itsemurha-ajatukset eivät toteudu.
c) Auta asiakasta saamaan kiireellistä ensiapua, jos ehdotetut menetelmät eivät riitä vähentämään itsemurhan vaaraa.

Kriisi-interventioon ryhdyttäessä on ymmärrettävä, että kaikkia asiakkaan ongelmia ei voida ratkaista lyhyessä ajassa. Asiakkaalla on luultavimmin jo pitkään ollut altistavia tekijöitä. Uusi äkillinen kriisi on vain jäävuoren huippu, ja tilanne yleensä kärjistyy monen asian summana. Lisäksi asiakkaalla on voinut olla vaikeuksia tehdä pysyviä muutoksia jo silloin, kun hän vielä pystyi ajattelemaan selkeästi. Kriisitilanteessa se voi tuntua täysin ylivoimaiselta.

UWRAP-riskienarviointiasiakirjassa[238] luetellaan esimerkkejä kriisi-interventiostrategioista:
1) Vähäinen riski: Asiakkaan kanssa käydään kävelylenkillä. Keskustellaan asiakkaan elämän myönteisistä puolista.
2) Kohtalainen riski: Asiakkaalle annetaan puhelinnumeroita, joihin hän voi hätätilassa soittaa. Terapeutti ottaa yhteyttä henkilöihin, jotka muodostavat asiakkaan sosiaalisen tukiverkoston.
3) Suuri riski: Asiakas saatetaan terveyskeskuksen päivystykseen tai sairaalaan ensiapuklinikalle.

Yksinkertaiset perustekniikat voivat olla erittäin tehokkaita itsemurhakriisin ratkaisussa. Itsensä surmaamiseen tähtäävä toiminta on pelottavaa. Jos henkilö on ammattiauttajan puheilla, voidaan olettaa hänellä olevan ainakin jonkin verran elämänhalua jäljellä. Elämänhalua voidaan lisätä suhteellisen yksinkertaisilla interventioilla. Interpersoonallisen teorian mukaan ihminen ei tee itsemurhaa, jos hän kokee, että hän kuuluu johonkin, on jollekin tärkeä ja jollekin hyödyksi (elävänä). Siksi pienikin tällaisia kokemuksia lisäävä interventio voi pelastaa henkilön.[239]

Ihanteellisessa tapauksessa interventiosuunnitelma on laadittu jo ennen kuin asiakas joutuu akuuttiin suisidaalisuuskriisiin. Tämä ei useim-

miten ole mahdollista. On näyttöä siitä, että lyhyet kriisi-interventiotekniikat ovat tehokkaampia vähentämään psykologista ahdistusta ja myöhempää sairaalahoidon tarvetta kuin lyhytaikainen sairaalahoito[240]. On myös hyödyllistä, jos asiakas oppii ratkaisemaan oman kriisinsä tutussa arkiympäristössään. On tilanteita, joissa sairaalahoitoa ei voi välttää. Kannattaa kuitenkin tehdä kaikki mahdollinen, ettei kriisi eskaloituisi sairaalahoitoa vaativaksi.

Seuraavaksi tarkastellaan joitakin käyttökelpoisia interpersoonallisesta teoriasta käsin kehiteltyjä interventioita, joiden tavoitteena on vähentää itsemurha-ajatuksia ja edistää asiakkaan turvallisuutta kotiympäristössä.

13.3.1. Vaarallisten esineiden poistaminen

Vakavissa suisidiriskeissä eräs tärkeimmistä interventioista on yrittää poistaa vaaralliset esineet ja aineet asiakkaan ulottuvilta. Näitä ovat esimerkiksi kodeissa käytettävät myrkylliset aineet, lääkkeet ja ampuma-aseet. Useiden tutkimusten mukaan aseiden saatavuus ja itsemurhat liittyvät yhteen. Ampuma-aseet eivät kuitenkaan aiheuta itsemurhia. Interpersoonallisen teorian mukaan itsemurhan tekevällä henkilöllä täytyy olla sekä halu kuolla että kyky surmata itsensä. On kuitenkin suositeltavaa, että itsemurha-alttiin henkilön itsetuhoista toimintaa estetään niin paljon kuin mahdollista.[241]

Ammattiauttajan näkökulmasta tätä voi olla hankalaa toteuttaa. Erityisesti suisidaalisuuskriisissä olevaa aikuista voi olla vaikeaa pyytää vastaamaan siitä, että hän itse rajoittaa vaarallisten aseiden ja aineiden saatavuutta. Hänelle voidaan kuitenkin ehdottaa, että hän antaisi nämä jollekin luotettavalle henkilölle ainakin tilapäiseen säilytykseen. Työntekijän kannattaa varmistaa jollain tavoin, että näin on todella tehty; hän voi asiakkaan suostumuksella ottaa yhteyttä henkilöön, joka on lupautunut ottamaan nämä haltuunsa. Lasten ja nuorten kanssa tämä saattaa olla helpompaa, koska vanhemmat ovat usein halukkaita rajoittamaan itsemurhavälineiden saatavuutta. Yllättävää kyllä, jotkut vanhemmat vastustavat ajatusta joskus voimakkaasti, vaikka mahdolliset seuraukset saattavat olla vakavia. Vastustelevien asiakkaiden tai vanhempien tapauksessa itsemääräämisen rajoittaminen voi tulla mieleen. Itsemääräämisteorian periaatteet on kuitenkin syytä pitää mielessä[242]. Mahdollisten itsemurhavälineiden saatavuutta on tarpeellista käsitellä jokseenkin säännöllisesti ja kirjata asia potilasasiakirjoihin.

On myös suositeltavaa keskustella avoimesti ja suoraan siitä, pääseekö asiakas käsiksi itsemurhaa käsitteleviin aineistoihin. Hän saattaa esimerkiksi etsiä itsemurhamenetelmiä kirjoista tai internetistä. Monet itsensä surmanneet ovat osallistuneet itsemurhaa koskeviin keskusteluihin chatissa tai surffailleet aihetta käsittelevillä internetsivuilla[243]. Yksityiskohtainen ja havainnollinen tieto asiasta voi lisätä henkilön kykyä toteuttaa itsetuhoiset suunnitelmansa. Lisäksi tällaisten verkkosivujen selaaminen ilmaisee ainakin jonkinasteista itsemurhatoivetta ja voi viitata suunnitelmiin. Siksi tällaiseen tulee kiinnittää huomiota. Asiakasta ei tosin kannata suoraan kieltää selaamasta kyseisiä sivuja, sillä se olisi itsemääräämisoikeusteorian periaatteiden vastaista. Työntekijän on sen sijaan suositeltavaa ilmaista syvää huolestumista ja empatiaa samalla, kun hän kertoo mielipiteensä tällaisten sivujen selaamisesta. Asiakkaan voi lisäksi ohjata sellaisille internetsivuille, joilla pyritään ehkäisemään itsemurhia. Näitä ovat esimerkiksi *http://www.apua.info ja http://www.nettinappi.fi sekä http://www.tukinet.net*. Englanninkielisiä sivuja ovat muun muassa *http://www.myspace.com/800273talk* ja *http://www.suicidology.org*. Näistä asiakkaat voivat löytää omaan tilanteeseensa liittyvää tietoa, minkä lisäksi sivuilla pyritään tarjoamaan toivoa ja estämään ketään surmaamasta itseään.

13.3.2. Sosiaalinen tuki

Toinen perustaktiikka on rohkaista kriisissä olevaa asiakasta etsimään mahdollisimman paljon sosiaalista tukea luonnollisesta verkostostaan: sukulaisilta ja ystäviltä. Tämä voi olla vaikeaa, jos asiakas tuntee, ettei hän kuulu mihinkään ja että hän on pelkkä taakka toisille. Asiakas voi ajatella, ettei kukaan välitä hänestä ja ettei hänellä ole ketään, kenen puoleen kääntyä. On kuitenkin arvioitu, että jokainen itsemurhan tehnyt jättää jälkeensä 6–10 läheistä ihmistä, jotka tuntevat äärimmäistä surua. Vaikka itsetuhoinen henkilö kokee syvää eristyneisyyttä ja yhteyden puutetta, hänellä voi silti olla ihmisiä, jotka ovat halukkaita tulemaan väliin ja estämään hänen kuolemansa. Ammattiauttajien kannattaa kertoa tästä tilastosta asiakkaille, koska se voi auttaa näkemään asiat oikeissa mittasuhteissaan. Useimmilla itsemurhan tehneillä on ollut väärä käsitys yhteyden puuttumisesta. Niitä, jotka kokevat olevansa taakkana muille, kannattaa pyytää muistelemaan tilanteita, joissa he ovat auttaneet ystäviään tai perheenjäseniään näiden tarvitessa apua. Voi myös kysyä asiakkaalta, miten hän reagoisi, jos joku läheinen henkilö pyytäisi hänen apuaan kriisissä.

Kun otetaan huomioon interpersoonallisen teorian ennustus, että henkilö ei tee itsemurhaa, jos hän tuntee edes jonkin verran yhteyttä toisiin, on todennäköistä, että jo suhteellisen vähäinen sosiaalisen tuen lisääntyminen voi vähentää halua kuolla. Lisätuki voi tarkoittaa esimerkiksi sitä, että ystävät tai sukulaiset tarkistavat itsetuhoisen henkilön tilanteen ottamalla häneen yhteyttä säännöllisesti. Tämä voi tapahtua esimerkiksi soittamalla, tapaamalla häntä henkilökohtaisesti tai lähtemällä hänen kanssaan joihinkin miellyttäviin tilaisuuksiin tai harrastuksiin. Työntekijä voi myös pyytää asiakkaalta lupaa ottaa yhteyttä tämän puolisoon, sukulaisiin tai ystäviin. Jos lupa saadaan, näiden henkilöiden kanssa kannattaa keskustella ja korostaa asiakkaan sosiaalisen tuen tarvetta. Samalla voidaan jakaa tietoa merkeistä, jotka kertovat lisääntyneestä itsemurhariskistä. Oleellista on kertoa myös, millaisiin toimenpiteisiin tulee ryhtyä tällaisessa tilanteessa. Asiakkaan läheisiltä ja erityisesti hänen puolisoltaan kannattaa avoimesti kysyä, tarvitseeko tämä apua käsillä olevan vaikean tilanteen käsittelyyn. Voidaan jopa suositella, että puolisonkin itsemurhariski arvioidaan, koska itsetuhoisen ihmisen kanssa eläminen (ja jopa vähäisempi kontakti häneen) on hyvin stressaavaa.

Yhteydenotto asiakkaan verkostoon estää sen, että mahdollinen itsemurhayritys tai kuolema tulisi läheisille kuin ”salama kirkkaalta taivaalta”. Kliinistä vastuuta ei kuitenkaan pidä delegoida asiakkaan perheelle tai ystäville.

13.3.3. Hoitoonsitoutumissopimus

Seuraavaksi esitellään hoitoonsitoutumissopimusta, jonka käyttöönottoa suositellaan ei itsemurhaa -sopimuksen sijasta. Jälkimmäinen on sopimus, jossa asiakas lupaa joko kirjallisesti tai suullisesti, ettei hän edes yritä itsemurhaa. Enemmistö ammattiauttajista (maailmalla jopa 70–80 % psykiatreista ja psykologeista) käyttää tällaisia sopimuksia. Ei kuitenkaan juuri tunneta empiirisiä tutkimuksia, jotka osoittaisivat niiden ehkäisevän itsemurhia. Sen sijaan on näyttöä siitä, että ne eivät estä kaikkia itsemurhia eivätkä itsemurhayrityksiä. Lisäksi monet mielenterveysammattilaiset uskovat virheellisesti, että sellaiset sopimukset suojelevat heitä hoitovirheoikeudenkäynneiltä. Ei itsemurhaa -sopimus ei poista kunnollisen arvioinnin ja hoidon tarvetta. Jos asiakkaan riskejä ei arvioida riittävästi ja jos asianmukaisiin hoitotoimenpiteisiin ei ryhdytä, tällaisen sopimuksen olemassaolo jopa lisää auttajien vastuuvelvollisuutta. Sopimus voi myös haitata terapiasuhdetta, koska asiakas voi ajatella, ettei terapeutti tarjoa

parastaan vaan haluaa vain turvata selustansa. Jotkut asiakkaat saattavat myös tulkita sopimuksen niin, että terapeutit eivät mielellään keskustele itsemurha-ajatuksista. Tällainen mielikuva on vaarallinen, koska se voi saada asiakkaan salaamaan itsetuhoiset oireensa kriisitilanteessa.

Amerikan psykiatrien yhdistys (American Psychiatric Association) on linjannut, että aktiivisesti itsetuhoisten asiakkaiden terapiassa ei tulisi käyttää minkäänlaisia sopimuksia, joissa asiakas lupaa olla tekemättä itsemurhaa. Sen sijaan suositellaan hoitoonsitoutumissopimusta. Tämä sopimus eroaa ei itsemurhaa -sopimuksesta useilla ratkaisevilla tavoilla. Ensinnäkin se antaa asiakkaalle ohjeita siitä, mitä hänen pitäisi tehdä, sen sijaan että häntä kiellettäisiin tekemästä jotain. Itsemurhaa harkitseva ihminen kokee, ettei hänellä ole enää muita vaihtoehtoja, joten pelkkä itsensä surmaamisen kieltäminen ilman muiden selviytymisvaihtoehtojen tarjoamista ei juuri estä häntä yrittämästä. Koska itsetuhoisilla ihmisillä näyttää usein olevan ongelmia ongelmienratkaisu- ja selviytymisstrategioissa, on hyödyllistä tarjota konkreettisia toimintaohjeita, joita asiakas voi noudattaa itsemurhakriisin iskiessä. Toinen ero on, että hoitoonsitoutumissopimus kuvaa (mutta myös rajaa) hoitavan tahon velvollisuudet.

Hoitoonsitoutumissopimus edistää johonkin kuulumisen tunnetta todennäköisemmin kuin sopimus olla tappamatta itseään. Tämä tulkinta pohjautuu interpersoonalliseen teoriaan. Oleellista on, että sopimus keskittyy terapiasuhteeseen eikä siihen, että asiakas lupaa olla tekemättä itsemurhaa. Asiakas voi mieluusti osallistua sopimuksen laatimiseen, mikä saa hänet tuntemaan yhteyttä, osallisuutta sekä kykyä tehdä jotakin. Osallistumalla sopimuksen laatimiseen ja allekirjoittamalla sen asiakas suostuu ottamaan vastuuta terapian tavoitteiden saavuttamisesta. Jos sopimuksen tavoitteet ovat kohtuullisia ja asiakkaan mahdollisuuksien rajoissa, se voi auttaa häntä tuntemaan itsensä päteväksi ja arvokkaaksi terapiatiimin jäseneksi. Tällöin hän ei tunne olevansa taakka terapeutille.

Tärkeä osa hoitoonsitoutumissopimusta on selkeästi esitetty kriisinhallintasuunnitelma, jonka terapeutti ja asiakas laativat yhdessä. Kopioimisen sijasta työntekijä voi kirjoittaa sopimuksen käsin. Rudd ja hänen kollegansa[244] ehdottavat sopimuksen sisällöksi seuraavaa:

Terapiaansitoutumissopimus (malli)

Minä _____ suostun sitoutumaan terapiaprosessiin. Ymmärrän, että tämä tarkoittaa sitä, että olen suostunut osallistumaan aktiivisesti koko hoitoon.

Hoidon aikana

- ***osallistun sessioihin (jos en pääse tulemaan, ilmoitan siitä)***
- ***asetan tavoitteita***
- ***kerron terapeutille rehellisesti ja avoimesti mielipiteeni, ajatukseni ja tunteeni (olivat ne sitten kielteisiä tai myönteisiä)***
- ***osallistun aktiivisesti istuntoihin***
- ***teen kotitehtävät***
- ***kokeilen uusia käyttäytymis- ja toimintatapoja***
- ***toteutan kriisisuunnitelman tarvittaessa.***

Lisäksi ymmärrän ja myönnän, että terapian onnistuminen riippuu suurelta osin omasta aktiivisuudestani. Jos minusta tuntuu, ettei terapia tehoa, suostun keskustelemaan asiasta terapeuttini kanssa. Yritän päästä hänen kanssaan yhteisymmärrykseen siitä, mitkä ovat ongelmat ja mahdolliset ratkaisut. Lyhyesti sanottuna sitoudun elämään.

Allekirjoitus: _____

Päivämäärä: _____

Todistaja: _____

Sopimuksen alussa asiakas sitoutuu hoitoprosessiin. Asiakirjassa luetellaan selkeästi, mitä tehtäviä asiakkaalta odotetaan. Allekirjoittaessaan sopimuksen asiakas suostuu myös toteuttamaan kriisinhallintasuunnitelman, jos se on tarpeen. Tämäkin suunnitelma pitäisi laatia ja kirjoittaa yhdessä asiakkaan kanssa. Tällä tavoin asiakas suostuu kokeilemaan muita keinoja kuin itsemurhaa, jos itsetuhoiset ajatukset yllättävät. Ainakin joidenkin ehdotettujen toimenpiteiden pitäisi olla sellaisia, jotka lisäävät yhteenkuulumisen tunnetta ja vähentävät mielikuvaa toisten taakkana olemisesta. Sopimuksen lopussa asiakas sitoutuu elämään, sen sijaan että hän sitoutuisi olemaan tappamatta itseään. Elämään sitoutumisen korostaminen antaa yleisen myönteisen viestin, mutta siihen sisältyy myös ajatus, että auttajan rooli on edistää asiakkaan kaikkinaista hyvinvointia. Asiakasta ei siis pelkästään auteta säilymään hengissä.

Ensimmäinen sopimus pitäisi laatia tietyksi ajaksi (esim. 3 kuukaudeksi), minkä jälkeen sitä muokataan tarpeen mukaan. Siten asiakas ei joudu sitoutumaan kaikkiin sääntöihin ja ehtoihin loppuiäkseen, mikä saattaisi olla ylivoimaista. Sopimukseen kannattaa lisätä kohta, jossa määritellään terapeutin velvollisuudet. On hyvä kirjata esimerkiksi, miten ja milloin hänet tavoittaa. Sopimuksessa voidaan myös mainita, että terapeutti on valmis keskustelemaan ongelmista sitä mukaa kuin ne tulevat esille. Väärinymmärryksiä voidaan ehkäistä, jos asiakkaalta kysytään terapian alussa, mitkä ovat hänen odotuksensa terapian suhteen. Nämä odotukset kirjataan muistiin, mikä auttaa luomaan yhteistyöhenkistä terapiaympäristöä.

13.3.4. Kriisikortti

Terapian alussa terapeutti joutuu todennäköisesti lievittämään itsemurhakriisejä, jotka ovat ehkä edenneet niin pitkälle, että asiakas on tarvinnut sairaalahoitoa ja muuta kriisiapua. Tässä vaiheessa asiakas ei ole vielä sisäistänyt taitoja, joita hän tarvitsee voimakkaita kriisejä ehkäistäkseen. Mahdollisimman varhaisessa vaiheessa hoitoprosessia terapeutin pitäisi yhteistyössä asiakkaan kanssa kehittää konkreettinen suunnitelma, jota asiakas voi käyttää kriisin iskiessä. Tämä suunnitelma kirjataan kortille, joka on niin pieni, että asiakas voi pitää sitä aina mukanaan, esimerkiksi lompakossaan. Kortilta on löydyttävä muutakin kuin puhelinnumeroita hätätilanteita varten, sillä puhelinnumerot eivät yksistään estä itsemurhayrityksiä tai itsensä vahingoittamista. Kriisikortti laaditaan yhdessä asiakkaan kanssa, ja siinä pitäisi luetella mielialansäätelytekniikoita ja miellyttäviä aktiviteetteja. Lisäksi kirjoitetaan puhelinnumerot, joihin asiakas voi soittaa,

jos muut menetelmät eivät auta. Kriisikortin käyttäminen yhdessä hyvin toteutetun riskienarvioinnin kanssa (ja näiden toimenpiteiden riittävä dokumentointi) vähentää itsemurhayrityksen todennäköisyyttä ja toimii näyttönä suunnitelmallisesta hoidosta.

Kun kriisikorttia ryhdytään laatimaan asiakkaan kanssa, terapeutin on tärkeää perustella asiaa esimerkiksi seuraavalla tavalla:

> ”Haluaisin, että pohdimme yhdessä joitakin toimenpiteitä, joita voit käyttää silloin, kun olet järkyttynyt tai hermostunut ja ajattelet itsemurhaa tai muita itsetuhoisia ajatuksia. Siinä tilanteessa voi olla vaikeaa ajatella selkeästi. Siksi toivon, että pidät tätä korttia mukanasi ja käytät sitä aina, kun itsetuhoiset ajatukset valtaavat mielesi.”

Terapeutti voi kysyä asiakkaalta, miten tämä on selviytynyt aikaisemmista kriiseistä. Näitä aiempia kokemuksia voi käyttää mallina. Tavoitteiden pitää olla realistisia ja sellaisia, jotka akuutisti huonovointinen ja toivonsa menettänyt henkilö pystyy toteuttamaan. Terapeutti auttaa asiakasta valitsemaan sellaisia toimintoja, jotka lieventävät tämän voimakkaita tunteita, vievät huomion pois itsemurha-ajatuksista ja auttavat tätä säätelemään mielialaa. Passiivisen toiminnan sijasta (esim. TV:n katsominen) on järkevää valita sellaista tekemistä, joka vaatii aktiivista paneutumista (esim. sanaristikot). Jos asiakkaan on vaikea keksiä miellyttävää tekemistä, voi auttaja antaa hänelle listan, josta valita itselleen suhteellisen helppoa ja mukavaa toimintaa. Tällaisia listoja löytyy internetistä.

Ainakin joidenkin kriisikortille merkityistä toiminnoista olisi hyvä olla sellaisia, jotka torjuvat ulkopuolisuuden tunnetta ja taakkana olemisen mielikuvaa. Koska interpersoonallisen teorian mukaan kaikkein voimakkaimmat itsemurhatoiveet perustuvat näille ajatuksille, on tärkeää kohdistaa hoito niihin. Eräs toteuttamistapa on rohkaista asiakasta aloittamaan hyväntekeväisyystyö. Se voi olla esimerkiksi vapaaehtoistyötä jossakin hoitokodissa tai hyväntekeväisyysjärjestössä. Vaihtoehtona voi olla vaikkapa suomen tai muun kielen opettaminen maahanmuuttajille. Toiminta jo itsessään aktivoi, minkä on empiirisesti todettu auttavan depressioon. Lisäksi toisten hyvinvointia edistävään toimintaan osallistuminen voi auttaa vähentämään taakkana olemisen tunnetta ja luoda yhteenkuuluvuutta. Vaikka tämä kuulostaa yksinkertaiselta, se voi olla vaikeaa monille itsetuhoisille ihmisille, jotka ovat eristyneitä. He eivät välttämättä osallistu läheistensä elämään ja tuntevat siksi, etteivät kuulu mihinkään. Motivoivat haastattelutekniikat voivat auttaa tässä. On ratkaisevan tärkeää, että tällaista motivaatiota kehitetään ennen itsemurhakriisin alkamista.

Toisten hyväksi toimiminen voi jopa ehkäistä kriisejä lisäämällä onnistumisen ja johonkin kuulumisen tunnetta. On syytä varmistaa, että asiakas pystyy löytämään erilaisia toimintoja: enemmän aikaa ja osallistumista vaativia ja sellaisia, jotka ovat yksikertaisia ja mahdollisia jopa akuutin kriisin keskellä. Esimerkkeinä mainittakoon osallistuminen hyväntekeväisyystyöhön, vierailu sairaan henkilön luona ja auttaminen taloustöissä. Jos asiakas ei voimakkaan oireilunsa vuoksi pysty tähänkään, hän voi ehkä muistella aikoja, jolloin auttoi toisia ja tunsi yhteenkuuluvuutta heidän kanssaan. Tätä tekniikkaa pitäisi harjoitella riittävästi, niin että asiakas pystyy helposti ja tehokkaasti käyttämään sitä kriisin aikana.

Kun terapeutti ja asiakas ovat valinneet 6–7 toimintavaihtoehtoa, laaditaan itse kortti (esimerkki alla). Se on hyödyllistä kirjoittaa käsin yhdessä asiakkaan kanssa. Asiakas voi myös kirjoittaa sen kokonaan itse. Kortin sisältöä on ajoittain tarkistettava. Samalla on varmistettava, a) ettei asiakas ole kadottanut sitä, b) että kortille merkityt toiminnot ovat asiakkaan mielestä yhä käyttökelpoisia ja c) että asiakas ymmärtää suunnitelman tärkeyden.

Kriisikortissa neuvotaan soittamaan kriisinumeroihin, jos itsemurha-ajatuksiin eivät auta muut keinot. (Valtakunnallisen kriisipuhelimen numero on Suomessa 010 195 202.) Numerot on hyvä antaa kaikille asiakkaille itsemurhariskistä riippumatta. Kriisityöntekijät on koulutettu arvioimaan, millainen on soittajan riski tehdä itsemurha. Tutkimustenkin perusteella on näyttöä siitä, että kriisipuhelimet ovat tehokkaita.

Kriisikortti (malli [245])

Silloin kun olen hermostunut ja ajattelen itsetuhoisia ajatuksia, toimin seuraavasti:

Vaihe 1: (miellyttävä toiminta tai muu sovittu itsehoitomenetelmä)
Vaihe 2: (miellyttävä toiminta tai muu itsehoitomenetelmä)
Vaihe 3: (miellyttävä toiminta tai itsehoitomenetelmä)
Vaihe 4: Toistan kaikki edellä olevat.
Vaihe 5: Jos oireet jatkuvat, ryhdyn sovittuihin erityistoimenpiteisiin:

_____

_____

_____

Jos huomaan, että itsetuhoiset ajatukset vaivaavat edelleen ja valmistelen itsemurhaa tai itseni tai muiden vakavaa vahingoittamista, soitan seuraaviin numeroihin.

_____

_____

_____

kriisipuhelin 010 195 202

Vaihe 6: Jos vieläkin haluan surmata itseni enkä pysty hallitsemaan käytöstäni, soitan hätänumeroon 112 tai lähden ensiapuklinikalle.

13.3.5. Oireidenmukainen interventio

Akuuttia ahdistusta ja erilaisia psykologisia oireita kokevan asiakkaan ensimmäiset sessiot saattavat olla vaikeita. Auttajalla on tällöin kaksi tehtävää: 1) yrittää saada mahdollisimman paljon tietoa asiakkaasta hoitosuunnitelman laatimista varten ja 2) auttaa asiakasta saamaan lievitystä ahdistaviin psykologisiin oireisiin. Molempiin tarpeisiin vastaavan lyhyen intervention (*symptom-matching hierarchy*) tavoitteena on sovittaa kriisi-interventio haitallisiin oireisiin. Oireidenmukaista interventiota kehitettäessä terapeutti pyytää asiakasta luettelemaan ahdistavimmat oireet, jotka arvioidaan lievistä vaikeimpiin asteikolla 1–10. Terapeutin pitäisi sen jälkeen ehdottaa konkreettisia keinoja kunkin oireen lievittämiseksi. Alla on tästä esimerkkejä.

Oireiden mukainen interventio

Unettomuus → huolehditaan unihygieniasta (mennään nukkumaan samaan aikaan joka ilta; herätään aina samaan aikaan aamulla; rajoitetaan kofeiinipitoisia juomia; ei oteta päivätorkkuja; poistutaan sängystä, jos uni ei tule 20 minuutissa)

Anhedonia (kyvyttömyys tuntea mielihyvää) tai surullisuus → harjoitetaan aktiivista toimintaa (Marra 2004: 150–154)

Levottomuus → rentoudutaan, harrastetaan liikuntaa

Yksinäisyys → harjoitetaan aktiivista vuorovaikutusta (esim. osallistutaan seurakunnan toimintaan; soitetaan ystävälle, perheenjäsenelle tai sukulaiselle)

Toivottomuus → aloitetaan jokin miellyttävä toiminta

Ahdistuneisuus → suunnataan ajatukset johonkin toimintaan (esim. harrastetaan liikuntaa; tehdään sanaristikoita)

Erityistä huomiota pitäisi kiinnittää oireisiin, jotka liittyvät ulkopuolisuuden ja taakkana olemisen tunteisiin. Asiakkaan yleiset masennuksen tai toivottomuuden tunteet on myös selvitettävä ja interventio on räätälöitävä niiden mukaisesti. Alla on aiheeseen liittyvä tapauskuvaus:

Terapeutti: Olet kertonut joistakin melko voimakkaista ja epämiellyttävistä oireista. Ymmärräthän, että olen täällä auttaakseni sinua, ja vaikka emme voi heti odottaa sataprosenttista oireiden lieventymistä, voin ehdottaa sinulle keinoja, joilla voidaan saada jonkinlaista helpotusta. Kertoisitko, mitkä oireet vaivaavat sinua kaikkein eniten? Ovatko jotkin oireet sellaisia, että et voi kestää niitä enää?

Asiakas: Tunnen itseni masentuneeksi koko ajan. Olen tällä hetkellä melko toivoton.

Terapeutti: Sepä ikävää. Toivottavasti löydämme joitakin keinoja, joilla olosi helpottuu ainakin sinne asti, kunnes näitä asioita käsitellään syvällisemmin terapiassa. Onko jokin erityinen seikka, joka saa sinut tuntemaan itsesi masentuneeksi?

Asiakas: Tuntuu siltä, että vaimoni on niin kiireinen töissään, ettei hänellä ole milloinkaan minulle aikaa. Tunnen itseni joskus hyvin yksinäiseksi.

Terapeutti: Yritetäänpä sitten keksiä jotakin, joka auttaa sinua tuntemaan itsesi vähemmän yksinäiseksi ja kokemaan, että kuulut johonkin. Voisiko se mielestäsi helpottaa masentunutta oloasi?

Asiakas: Ehkä. Ainakin kannattaa yrittää.

Terapeutti: Onko sinulla perheenjäseniä tai ystäviä, joille voisit soittaa tai joiden luona voisit käydä silloin, kun tunnet itsesi yksinäiseksi?

Asiakas: Voisin kai soittaa sisarelleni. Hänet tavoittaa yleensä päiväsaikaan.

Terapeutti: Se kuulostaa hyvältä. Kirjoitetaan se muistiin tänne missä lukee: "tuntee itsensä jatkuvasti masentuneeksi". Sanoit myös, että koet melkoista toivottomuutta. Voisitko kuvata tätä tarkemmin?

Asiakas: Minä kai tunnen, että en ikinä tule yhtään paremmaksi. Joskus ajattelen, että vaimoni elämä olisi miellyttävämpää ilman minua ja minun ongelmiani.

Terapeutti: Ok. Tunnet siis, että oireesi ovat taakka vaimollesi ja että koet toivottomuutta tämän takia. Yritetäänpä keksiä jotakin, mikä saisi sinut tuntemaan, että jollain tavoin edistät vaimosi hyvinvointia. Uskotko, että siitä olisi apua?

Asiakas: Mahdollisesti. Ehkä minusta tuntuisi vähän paremmalta, jos kokisin, että olen jollain tavoin tarpeellinen.

Terapeutti: Mitä sellaista voisit tehdä, mikä olisi vaimostasi mukavaa? Mikä auttaisi häntä ja saisi sinut tuntemaan itsesi vähemmän taakaksi ja enemmän arvokkaaksi kumppaniksi?

Asiakas: Voisin tehdä joitakin kotitöitä tai ehkä valmistaa hänelle aterian. Hän arvostaa sellaista.

Terapeutti: Hyvä. Kirjoitan sen tänne, missä lukee: "tuntee, ettei ole toivoa paremmasta".

Katkelmassa terapeutti sai selville, että asiakas koki itsensä taakaksi eikä pystynyt tuntemaan yhteenkuuluvuutta. Niinpä hän ehdotti keinoja, joilla näitä tunteita voi lieventää. Tällainen lähestymistapa hillitsee itsemurha-ajatuksia ja osoittaa asiakkaalle, että terapeutti pyrkii ymmärtämään asiakasta ja hänen ongelmiaan.

Kaikki tällaiset interventiot eivät toimi. Katkelman asiakas voi esimerkiksi soittaa siskolleen niin usein, että tuntee jälleen itsensä taakaksi. Hän voi aikoa valmistaa aterian, mutta ei saa sitä tehdyksi. Onkin syytä ohjeistaa asiakasta etenemään vähitellen (esim. järjestelemään vähän tavaroita kokonaisen aterian valmistamisen sijasta). Terapeutti voi sanoa asiakkaalle: ”Tämä ei saata toimia täydellisesti, mutta kaiken ei elämässä tarvitsekaan, ja me voimme keskustella tästä seuraavassa sessiossa.”

Oireisiin sopivaa interventiota valittaessa on tärkeää, että ehdotukset ovat tarpeeksi yksinkertaisia, niin että akuuttia ahdistusta kokeva asiakas voi suoriutua niistä. Intervention esittelyn tavoitteena ensimmäisessä sessiossa on antaa asiakkaalle toivoa, että hänen oireitaan voidaan lieventää. Sen pitäisi myös voimaannuttaa asiakasta osoittamalla, että hän voi jonkin verran hallita oireitaan. Toimintatapa synnyttää luottamusta terapeuttiin ja lisää hänen uskottavuuttaan. Tämä vähentää toivottomuuden tunteita ja virheellistä uskomusta, että itsemurha on ainoa vaihtoehto.

13.3.6. Mielialakaavio

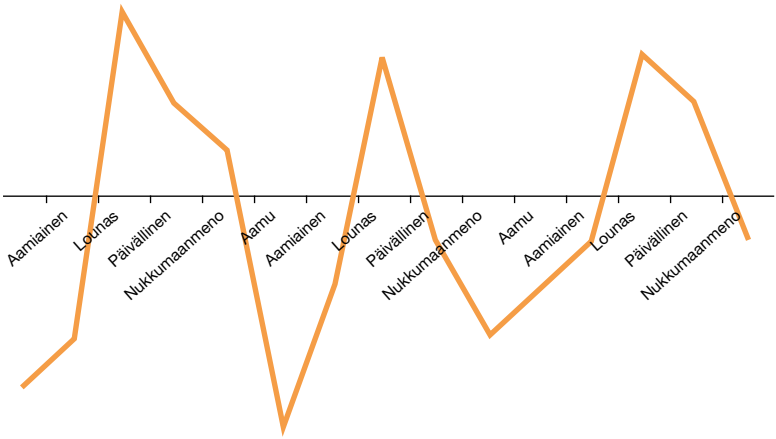
Ehkä edellistäkin yksinkertaisempi tekniikka on mielialakaavio. Joskus asiakkaat, jotka kokevat hyvin kielteisiä tunteita, alkavat pitää näitä tunteita kaikenkattavina, melkein autonomisina ilmiöinä. Jos tunteet koetaan tällä tavoin, ei ole vaikea ymmärtää, miksi joku on niin toivoton oman tilansa takia. Itsemurha alkaa tuolloin näyttää ainoalta keinolta vapautua negatiivisista tunteista.

Ohjeet kaavion käyttöä varten ovat seuraavat: Asiakasta pyydetään kirjaamaan mielialansa 1–10-asteikolla tiettyinä vuorokauden aikoina (esim. heräämisen yhteydessä, aamiaisella, lounaalla, päivällisaikaan, nukkumaan mennessä). Myös muita ajankohtia voidaan käyttää, jos se on asiakkaan kannalta tarkoituksenmukaista. Terapeutti piirtää tämän mielialapäiväkirjan mukaan mielialakaavion. Kaavion asteikko voi vaihdella optimaalisesti –5:stä +5:een, niin että pystytään erottamaan negatiiviset, neutraalit ja positiiviset mielialat.

Kun kaavio on valmis, on mahdollista tarkastella asiakkaan mielialojen toistuvia kuvioita. Mielialat vaihtelevat. Kaikkein kielteisinkin mieliala

menee ohi ajan mittaan, joko myönteisten tapahtumien vuoksi tai muista syistä. Jos asiakkaan voi hänen voidessaan huonosti opettaa ajattelemaan, että ”tämäkin menee ohi”, se voi ratkaista itsemurhakriisit.

Toinen seikka, joka voidaan oppia mielialakaavioista, on havainto, että jotkin toiminnat lisäävät kielteistä mielialaa ja toiset taas myönteistä. Terapeutin pitää kiinnittää erityistä huomiota niihin kielteisiin mielialoihin, jotka liittyvät interpersoonalliseen teoriaan. Esimerkiksi silloin, kun asiakkaan mieli on maassa aina aamuisin, asiaa on syytä tutkia tarkemmin. Ehkä hän tuntee yksinäisyyttä. Jos näin on, tämä osoitetaan asiakkaalle ja sille voidaan tehdä jotain. Eräs keino on, että asiakas asettaa ystäviensä ja perheenjäsenten valokuvia paikkaan, josta hän näkee ne ensimmäiseksi aamulla. On myös tärkeää kiinnittää huomiota siihen, milloin asiakas kokee myönteisiä mielialoja. Kun todetaan, että tietyt toiminnot lisäävät myönteistä mielialaa, niihin on varattava aikaa säännöllisesti. Siten ehkäistään kielteisiä mielialoja, jotka saattavat johtaa kriisiin.



13.3.7. Aarrearkku

Aarrearkku[246] tarjoaa eräänlaista hätäapua kriisitilanteisiin. Asiakas täyttää pienen laatikon tavaroilla, jotka tarjoavat konkreettisia syitä elää. Laatikko voidaan tehdä tapaamisten aikana, jolloin asiakas tuo kotoaan esineitä, jotka herättävät toivoa ja lieventävät itsemurhakriisiä. Kun otetaan lähtökohdaksi interpersoonallisen teorian perusajatukset, on järkevää täyttää laatikko esineillä, jotka torjuvat mielikuvaa, että asi-

akas on taakka toisille ja että hän ei kuulu mihinkään. Esineiden tulisi muistuttaa asiakasta siitä, että hän on yhteydessä toisiin ihmisiin ja että hän osallistuu arvokkaalla tavalla maailmaan. Tällaisia tavaroita ovat esimerkiksi rakkaiden ihmisten valokuvat, koulusta tai työstä saadut palkinnot ja stipendit sekä ystävien ja sukulaisten lähettämät kirjeet tai kortit. Laatikon voi koristella eri tavoin, ja se kannattaa asettaa asiakkaan kotona näkyvälle paikalle. Näin asiakas voi estää suisidaalisuuskriisin syvenemisen pelkästään katselemalla laatikkoa. Aarrearkusta löytyy monia konkreettisia syitä toiveikkuuteen. Laatikon avaaminen ja katselu voidaan lisätä kriisikortille yhtenä kriisinhallintatoimenpiteenä, jota kokeillaan ennen hätänumeroon soittamista.

13.3.8. Suisidaalisuuskriisi-interventio henkilöille, jotka eivät käy terapiassa

Edellä kuvatut tekniikat soveltuvat parhaiten pitkäkestoiseen hoitoprosessiin osallistuville henkilöille. Saatamme kuitenkin joutua tekemisiin myös sellaisten itsetuhoisten ihmisten kanssa, joilla ei välttämättä ole pitkäkestoista hoitokontaktia. Seuraavaksi tarkastellaan tällaiseen tilanteeseen sopivia interventioita.

Näyttää siltä, että monet itsemurhan tekevistä eivät käy terapiassa eikä heillä ole myöskään kriisinhallintasuunnitelmia. Eräässä kirjallisuuskatsauksessa[247] todetaan, että vain noin 19 % itsemurhan tehneistä on ottanut yhteyttä mielenterveyspalveluihin kuolemaansa edeltävän kuukauden aikana. Näiden lisäksi 13 % on ollut yhteydessä niihin kuolemaansa edeltävän vuoden aikana. Ikävä kyllä Suomessa viime aikoina julkisuutta saaneiden laajennettujen itsemurhien tekijät sekä niin sanotut yllättävät satunnaismurhaajat ovat joko olleet psykiatrisen hoidon piirissä tai yrittäneet saada psykiatrista hoitoa tuloksetta. Entä miten mahtavat voida ne 68 %, joilla ei ole yli vuoteen ollut kontaktia mielenterveysammattilaisiin? Olisi tärkeää, että kyseiset ihmiset saavat apua sellaisilta henkilöiltä, jotka on koulutettu arvioimaan itsemurhariskiä.

Omer ja Elitzur[248] tarjoavat empiiriseen tutkimukseen perustuvan menetelmän, jolla voidaan ehkäistä uhkaavia itsemurhayrityksiä. Tämä lähestymistapa käsittää kaksi vaihetta. Ensimmäisessä kuunnellaan, osoitetaan empatiaa ja toistetaan kriisissä olevan henkilön sanomisia. Tutkijat ovat todenneet, että useimmat itsetuhoiset henkilöt tuntevat itsensä äärimmäisen yksinäisiksi (mihinkään kuulumattomuus), joten auttajan on tärkeää luoda jonkinlainen henkilöiden välinen yhteys. He ehdottavat,

että auttava henkilö kysyy autettavan nimeä ja käyttää sitä usein koko vuorovaikutuksen ajan. Auttajan on syytä kertoa myös oman nimensä. Omerin ja Elitzurin mukaan jopa kaikkein syvimmässä itsemurhakriisissä oleva henkilö on jonkin verran epävarma itsensä surmaamisesta, jos hän on ottanut yhteyttä auttavaan tahoon. Tällöin ratkaisevaa on yrittää vedota hänessä siihen osaan, joka on vielä kiinnostunut elämästä. On tärkeää tunnustaa kriisissä olevan henkilön kipu ja kärsimys sen sijaan, että yrittäisi väittää henkilön esimerkiksi ylireagoivan. Jos ihmisen tunteita yritetään liian nopeasti selittää, hän voi kokea toistamiseen, ettei kukaan kuuntele eikä välitä. Sen sijaan että yritettäisiin heti saada häntä muuttamaan mielensä, häntä olisi kuunneltava huolellisesti ja toistettava hänen sanomansa. Toisto tehdään aluksi mekaanisesti sanoja toistamalla, mutta vähitellen tulisi pyrkiä ymmärtämään myös sanojen takana oleva merkityssisältö. Auttajan on erityisen tärkeää osoittaa ymmärtävänsä henkilön ajatuksen, että maailma olisi parempi paikka ilman tätä (taakkana olemisen tunne). Tämä voi olla pelottavaa kriisi-interventioon osallistuville, koska välitön reaktio olisi todennäköisesti pyrkiä heti taivuttelemaan autettava luopumaan virheellisistä uskomuksistaan. Se saattaisi kuitenkin johtaa itsetuhoisen henkilön yhä lisääntyvään vastarintaan.

Ennen toista vaihetta auttaja tekee lyhyen yhteenvedon kaikesta kuulemastaan. Sen jälkeen suositellaan lyhyttä ilmaisua ”siitä huolimatta” tai ”ja kuitenkin”. Tässä vaiheessa auttaja alkaa vedota autettavan siihen osaan, joka vielä haluaa pysyä hengissä. Voidaan keskustella muun muassa siitä, miten itsemurha vaikuttaisi jälkeen jääviin henkilöihin. Suisidikriisissä oleva ihminen voi epäillä tätä ja väittää, ettei kukaan välittäisi hänen kuolemastaan. Tällöin voi olla hyödyllistä muistuttaa tilastosta, jonka mukaan jokainen itsemurhan tehnyt jättää jälkeensä 6–10 järkyttynyttä ja surevaa ihmistä.

American Association of Suicidology (AAS) on julkaissut ohjekirjan, joka koskee itsetuhoisen henkilön auttamista. Eräs sen antamista suosituksista on, että itsetuhoista henkilöä lähestyttäisiin mahdollisimman avoimesti ja suoraan. Auttajan täytyy suostua puhumaan itsemurhasta kiertelemättä, vaikka aihe on vaikea. Kun kohdataan itsetuhoinen ihminen, on tärkeää osoittaa hänelle, että auttaja on halukas ja kykenevä keskustelemaan itsetuhoisista ajatuksista ja peloista. Häneltä ei tarvitse salata mitään siinä pelossa, että hän tuntee olonsa epämukavaksi. Itsetuhoiselle henkilölle ei myöskään pidä luennoida siitä, onko itsemurha oikein vai väärin, koska se sotii itsemääräämisteorian periaatteita vastaan ja luultavimmin vahingoittaa suhdetta.

13.4. Yhteenvetoa suisidaalisuuden hoitamisesta

The Suicide Risk Assessment Decision Tree Protocol -ohjelma[249] tarjoaa järjestelmälliset ohjeet, miten valitaan asiakkaalle sopivat kriisi-interventiomenetelmät. Tästä on esimerkki jäljempänä. Tilanteen vakavuudesta riippumatta ammattiauttajien olisi syytä aina antaa asiakkaalle puhelinnumerot, joista tämä voi saada kiireesti apua tarpeen vaatiessa. Mikäli itsetuhoisuutta on jossakin vaiheessa esiintynyt, olisi asiakkaan kanssa syytä arvioida itsemurhariski säännöllisesti. Tämä arviointi sekä siitä seuraavat mahdolliset interventiot on syytä kirjata potilasasiakirjoihin huolellisesti. Asiakkaille, joiden riski ei ole suuri, annetaan ohjeet, miten toimia, jos heille tulee itsemurhaan liittyviä ajatuksia. (Heitä voi esimerkiksi neuvoa hakemaan sosiaalista tukea tai soittamaan auttaviin palvelunumeroihin.) Jos heillä jo on itsetuhoisia ajatuksia, heidän kanssaan on laadittava kriisikortti ja kehitettävä oireisiin sopiva interventio (*symptom-matching hierarchy*). Silloin kun asiakkaan riski on kohtalaisen suuri, työntekijä voi (edellä esitettyjen toimenpiteiden lisäksi) soittaa asiakkaalle tapaamisten välillä. Tämä voi luoda yhteenkuuluvuuden tunnetta. Auttajan tulisi myös jakaa tietoa lisähoidoista ja rohkaista asiakasta hakemaan enemmän sosiaalista tukea itselleen (esim. joku läheinen voisi käydä hänen luonaan säännöllisesti). Jos asiakkaan itsemurhariski on suuri, edellä mainittujen toimenpiteiden lisäksi on harkittava hätätilanteeseen liittyviä vaihtoehtoja. Tämä pätee siinäkin tapauksessa, että asiakas on äskettäin kotiutettu ensiapuklinikalta tai sairaalasta. Tällaista asiakasta ei saa jättää yksin, vaan häntä on valvottava jatkuvasti. Itsetuhoisten asiakkaiden kanssa työskentelevän pitäisi ottaa säännöllisesti yhteyttä työnohjaajaansa, sillä näiden asioiden kanssa ei saa jäädä yksin.

Suisidikriisitilanteessa oleville asiakkaille ei ikävä kyllä ole olemassa takuuvarmaa menetelmää. Interpersoonallisen teorian mukaan yhteenkuuluvuuden estyminen on kuitenkin välttämätön ehto vakavalle itsetuhoiselle käyttäytymiselle. Niinpä kriisiterapeutin myötätunto ja välittäminen auttaa itsetuhoista ihmistä ja vähentää tämän riskiä surmata itsensä. Tässä esitettyjen suisidaalisuuskriisi-interventioiden tavoitteena ei ole parantaa hädässä olevaa henkilöä, saati poistaa hänen ongelmiaan kokonaan, niin ettei hän tarvitse jatkohoitoa. Päämääränä on sitä vastoin auttaa häntä suhtautumaan toiveikkaasti tulevaisuuteen ja käyttämään niitä voimavaroja, joita hänellä on. Ammattiauttajan tehtävä on tarjota välitöntä turvallisuutta asiakkailleen ja lisätä heidän halukkuuttaan ottaa vastaan tukea tulevaisuudessa. Ajan mittaan asiakkaiden taidot lisääntyvät, ja he tarvitsevat vähemmän hoitoa. Asiakkaan on silti hyvä olla tietoinen siitä, ettei häntä hylätä kokonaan, vaan apua on aina tarvittaessa saatavana.

Interventioita kaikille itsemurhariskitasoille

Vähäinen riski

Asiakkaalla ei tällä hetkellä ole itsemurha-ajatuksia.

- Sano asiakkaalle: ”Jos sinulle alkaa tulla itsetuhoisia ajatuksia, käytä ensiksi läpi niitä itsehallintakeinoja, joita käsittelemme. Hae lisäksi sosiaalista tukea itsellesi. Jos nämä ajatukset eivät hälvene, soita (tukihenkilölle/hätänumeroon/hätäpalveluun/kriisikeskukseen). Jos et jostain syystä saa apua tai sinusta tuntuu, ettet voi odottaa, soita hätänumeroon 112 tai mene ensiapuklinikalle.”
- Anna asiakkaalle puhelinnumerot, joihin hän voi soittaa (Suomessa valtakunnallinen kriisipuhelin **010 195 202**).
- Arvioi itsemurhariskiä kaikissa tapaamisissa.
- Kirjaa toimenpiteet muistiin.

Asiakkaalla on itsemurha-ajatuksia.

- Anna hänelle kriisipalvelujen puhelinnumerot.
- Laadi kriisikortti.
- Kehitä oireisiin sopiva interventio.
- Kirjaa toimenpiteet muistiin.

Kohtuullisen suuri riski

- Anna asiakkaalle kriisipalvelujen puhelinnumerot.
- Laadi kriisikortti.
- Kehitä oireisiin sopiva interventio.
- Harkitse, onko tarkistussoitto tarpeen sessioiden välillä.
- Kerro asiakkaalle lisähoitomahdollisuuksista.
- Pyri yhteistyössä aktiivisesti lisäämään asiakkaan saamaa sosiaalista tukea.
  - Rohkaise asiakasta hakemaan tukea ystäviltä, perheeltä ja sukulaisilta.
  - Sovi asiakkaan kanssa, että joku käy hänen luonaan säännöllisesti.
  - Pyydä asiakkaan suostumus siihen, että otat yhteyttä hänen verkostoonsa kuuluviin ihmisiin.
- Kirjaa toimenpiteet muistiin.

Suuri riski (vakava ja äärimmäinen tilanne)

- Jos olet yhtään epävarma, ota yhteyttä työnohjaajaasi, esimieheesi tai vähintäänkin kollegaasi.
- Harkitse hätätilavaihtoehtoja.
- Älä jätä asiakasta yksin, sillä häntä on valvottava jatkuvasti.
- Jos sairaalahoitoa ei katsota tarpeelliseksi, toimi samoin kuin asiakkaiden kanssa, joiden riski on kohtuullisen suuri.
- Kirjaa kaikki toimenpiteet muistiin (myös se, että sairaalahoitoa on ainakin harkittu).

Suisidaalisuuden ehkäisy

Psykiatrin tulisi suhtautua vakavasti tahalliseen itsetuhoiseen käyttäytymiseen (*deliberate self-harm*, DSH). Kattava arviointi ja hoito täytyy mukauttaa yksilöllisesti jokaisen asiakkaan tarpeisiin, mutta näitä vaikeita tiloja arvioitaessa ja hoidettaessa on syytä pitää mielessä seuraavat tärkeät seikat.[250]

Merkkejä itsensä vahingoittamisesta ja siihen viittaavasta käytöksestä

Tapoja vahingoittaa itseä

- Viiltely
- Myrkyttäminen
- Huumeiden tai lääkkeiden yliannostus
- Pahoinpitely (lyöminen)
- Pureminen
- Ampuminen
- Polttaminen
- Hirttäminen
- Nipistely
- Raapiminen
- Kaivoon hyppääminen
  - Onnettomuuden aiheuttaminen autoa tms. ajamalla
  - Ajoneuvon alle tai eteen meneminen
- Hyppääminen silloilta, rakennuksista tai muilta korkeilta paikoilta

- Tahallisen itsensä vahingoittamisen etiologisia tekijöitä
  - Depressio
  - Huono itsetunto ja jatkuva toivottomuus
  - Impulsiivisuus
  - Koulun pelottava vaikutus (esim. kiusaaminen)
  - Perheen toimintahäiriöt ja ristiriidat
  - Köyhyys
  - Väkivalta ja hyväksikäyttö

- Huomioi nämä seikat
  - Nuoret voivat vahingoittaa itseään tahallisesti, vaikka heidän tavoitteenaan ei olisi surmata itseään. Tämä heijastaa aina piilevää toivottomuutta ja huonoa itsetuntoa. Nuori voi itsetuhoisella käyttäytymisellään pyrkiä käsittelemään sellaisia tunteita, joita hänen on mahdotonta hyväksyä. Hän saattaa myös haluta vaikuttaa esimerkiksi vertaistensa tai perheenjäsentensä käyttäytymiseen.
  - Varhainen interventio voi estää tai ainakin vähentää kroonista itsetuhoista käytöstä, joka hoitamattomana voi pahentua niin, ettei se ole enää hoidettavissa.
  - Avain onnistuneeseen hoitoon on hyvä ja turvallinen hoitosuhde. Asiakkaan tulisi oppia käyttämään myönteisiä selviytymismekanismeja, vähentämään piilevää stressiä ja kehittämään viestintätaitojaan.

14. Sairaalahoito

Suurin osa kaikesta psykiatrisesta sairaalahoidosta on Suomessa sellaista, että potilas osallistuu siihen vapaaehtoisesti. Itsemääräämisen teorioiden valossa vapaaehtoisuuteen perustuva hoito on vaikuttavampaa kuin pakkohoito. Mielenterveyslaissakin korostetaan potilaan omatoimisuuden tärkeyttä.

On syytä korostaa, että psykoosioireistakaan kärsivä potilas ei välttämättä tarvitse sairaalahoitoa, etenkään jos hänen ympärillään on riittävän turvallinen avohoidon ja läheisten verkosto. Psykoosityöryhmät tarjoavat mahdollisuuden uusien psykoosioireista kärsivien potilaiden alkuvaiheen selvittelyyn myös vaihtoehtona sairaalahoidolle. Kokemukset tällaisten työryhmien toiminnasta ovat olleet erittäin myönteisiä. Erityisesti potilaat, jotka hakevat ensi kertaa apua psykoosiinsa, tulisi tutkia perusteellisesti jo hoidon alkuvaiheessa. Säännönmukaisella ja mahdollisimman varhain toteutetulla psykiatrisella konsultaatiolla, jossa potilaan lisäksi ollaan yhteydessä myös omaisiin ja muihin läheisiin, on voitu välttää turhia sairaalaan ottoja. Tämä on pitänyt paikkansa jopa hyvin akuutilta vaikuttaneissa tilanteissa.[251]

Jos sairaalahoito on perusteltua ja potilas on yhteistyökykyinen, sairaalaan hakeudutaan tavallisella lähetteellä (B1). Aina ei kuitenkaan voida odottaa, että sairaalapaikka järjestyy normaalilla lähetteellä. Tällöin potilas joudutaan lähettämään sairaalan päivystykseen. Kiireisiltäkin tuntuvissa tapauksissa kannattaisi kuitenkin ensin selvittää muut hoitomahdollisuudet, jotta turhilta sairaalahoidoilta voitaisiin välttyä. Epävarmoissa tapauksissa on hyvä neuvotella psykiatrisen sairaalan päivystävän lääkärin kanssa, ennen kuin potilasta lähetetään mihinkään.

Joskus täysi-ikäinen potilas ei mielenterveyshäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi pysty päättämään itse hoidostaan. Tällaisessa tapauksessa ei voida tehdä tärkeitä hoitopäätöksiä, ennen kuin on kuultu potilaan laillista edustajaa, lähiomaista tai muuta läheistä. Heiltä on kysyttävä, millainen hoito vastaisi parhaiten potilaan tahtoa. Jos tähän ei saada selvyyttä, potilasta on hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena. Mikäli sairaalahoito on selvästi tarpeen, saatetaan joutua toimimaan myös potilaan tahdon vastaisesti.

Hoitoon määrääminen on mielenterveyslain mukaan neliportainen prosessi, jossa lääkärintutkimus on jokaisessa vaiheessa keskeinen tapah-

tuma. Hoitoon määräämisen edellytyksiä on kolme. Ne ovat kaikki kliinisiä ja lääketieteellisiä ja edellyttävät lääkärin kannanottoa. Henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon vain, jos kaikki seuraavat ehdot täyttyvät.

1) Henkilön todetaan olevan mielisairas.

2) Jos henkilöä ei toimiteta hoitoon, hänen mielisairautensa pahenisi olennaisesti, mistä aiheutuisi vakavan vaara henkilön omalle tai toisten ihmisten turvallisuudelle. (alaikäisen kohdalla riittää, että kasvu ja kehitys vakavasti vaarantuvat.)

3) Mitkään muut mielenterveyspalvelujen vaihtoehdot eivät sovellu käytettäväksi, tai ne ovat riittämättömiä.

Kaikkien kolmen edellytyksen on siis oltava voimassa samanaikaisesti. Mielenterveysasetuksen mukaan tahdosta riippumaton hoito voidaan toteuttaa ainoastaan sairaalan psykiatrista hoitoa antavassa yksikössä, jolla on edellytykset antaa tällaista hoitoa. Perusterveydenhuollon virkalääkäri kirjoittaa M1-tarkkailulähetteen todettuaan edellä mainitut kriteerit. Lähetteen perusteella potilas otetaan psykiatriseen sairaalaan kolme vuorokautta kestävälle tarkkailujaksolle, jonka aikana päätetään, jatketaanko tahdonvastaista hoitoa vai voidaanko potilasta auttaa muilla keinoilla.

Voisi olettaa, että sairaalahoitoon liittyvistä hyödyistä olisi lukuisia tutkimuksia. Näin ei kuitenkaan ole. On huomattavan vähän näyttöä siitä, että sairaalahoito estäisi itsemurhia. Yhdysvalloissa tehdään noin 30 000 itsemurhaa vuosittain, ja näistä noin tuhat tapahtuu sairaalahoidon aikana. Englannissa tehdyn tutkimuksen mukaan 16 % itsemurhista tapahtui sairaalassa ja 23 % kolmen kuukauden aikana sairaalahoidon päättymisen jälkeen. Eräässä tutkimuksessa todettiin, että puolet itsemurhista tehtiin ensimmäisen sairaalassa vietetyn viikon aikana tai ensimmäisen viikon aikana sairaalasta pääsyn jälkeen.[252]

Eräässä tutkimuksessa nuoria asiakkaita ohjattiin joko intensiiviseen avohoitoon (multisysteeminen terapia) tai psykiatriseen sairaalaan. Vuotta myöhemmin tutkijat totesivat, että avohoidossa olleilla oli vähemmän itsemurhayrityksiä sairaalahoidossa olleisiin verrattuna. Tällaiset tiedot viittaavat siihen, että sopivan intensiivinen avoterapia on vähintään yhtä tehokas vähentämään itsemurhia kuin sairaalahoito.[253]

Interpersoonallisen teorian valossa sairaalahoidon puolesta puhuvat seuraavat seikat: 1) Sairaalahoito voi vähentää potilaan mahdollisuuksia

tehdä itsemurha, koska tarvittavien välineiden saatavuutta on rajoitettu ja valvontaa on enemmän. Myös pääsy itsemurhaa suosiville internetsivuille voidaan estää. 2) Sairaalassa vietetty aika antaa mahdollisuuden miettiä, ovatko näkemykset toisten taakkana olemisesta ja mihinkään kuulumattomuudesta totuudenmukaisia. Henkilökunnan tarjoama hoito ja välittäminen sekä psykoterapeuttiset interventiot saattavat vähentää haitallisia tunteita siinä määrin, että asiakas pystyy tulemaan toimeen avohoidossa. Sairaalassa on tarjolla myös lääkitystä, jonka avulla hoidetaan esimerkiksi depressiota ja psykoottisuutta. Tämä voi epäsuorasti torjua irrallisuuden ja taakkana olemisen kokemuksia. On syytä korostaa, että hyvällä avohoidolla kyetään toteuttamaan samat asiat.

15. Nykyajan ilmiöitä

15.1. ADHD

Lasten ja nuorten käyttäytymisen pulmat ovat erittäin monisyinen ilmiö. Pahimmillaan vanhemmat, opettajat, sukulaiset, tuttavat, harrastusohjaajat sekä kaikki lapsen parissa olevat väsyvät lapsen käyttäytymiseen suunnilleen samoihin aikoihin. Oireilevan lapsen näkökulmasta – ja ehkä muidenkin – tämä tuntuu ja näyttää usein siltä, että väsytään itse lapseen. Moni perhe tuntee avuttomuutta ja suurta häpeää sekä tietoista tai tiedostamatonta syyllisyyttä. Mikä pelastaisi tilanteen? Perheen tilanne saattaa olla niin voimaton ja syyllisyyden kuormittama, että tuntuu suorastaan synninpäästöltä, kun häpeällisille oireille löytyy jokin järkevä selitys. Paras olisi sellainen syy, joka ainakin jossain määrin vapauttaisi kaikki vastuusta. Lasten ja nuorten ADHD-diagnoosit ovat viime vuosina lisääntyneet räjähdysmäisesti eri puolilla maailmaa. Monet asiantuntijat samoin kuin suuri yleisökin ovat alkaneet epäillä, että diagnooseja jaetaan ehkä kyseenalaisin perustein.[254] Esimerkiksi Saksassa näitä diagnooseja tehtiin vuonna 2001 lähes nelinkertainen määrä vuoteen 1989 verrattuna[255]. Samansuuntainen kehitys on havaittu myös Kanadassa ja Yhdysvalloissa.[256] Yhdysvalloissa ADHD-diagnoosit ovat viime vuosikymmenen aikana (2000–2010) lisääntyneet 66 %.[257]

Minulla on ollut mahdollisuus tutustua kuubalaisiin psykoterapeutteihin, psykiatreihin ja psykologeihin. Kuuba on sikäli poikkeuksellinen maa, että siellä ADHD-diagnoosit eivät tiettävästi ole lisääntyneet merkittävästi. Suuri joukko kuubalaislapsia, jotka monessa muussa maassa olisivat varmasti saaneet ADHD-diagnoosin, todetaan Kuubassa terveiksi. He saavat ”diagnoosiksi” *mala crianza* tai *mal manejo*. Vapaasti suomentaen tämä tarkoittaa, että he eivät ole saaneet riittävästi huomioivaa ja rakastavaa kasvatusta. Tämä luokitellaan vuorovaikutuspulmaksi. Käytökseltään oirelevien lasten psykososiaaliset interventiot kohdistuvatkin lähes aina vanhempiin ja laajennettuun perheeseen. Vanhempia ja perheenjäseniä tuetaan, ja he saavat konkreettisia ohjeita, miten lasta kasvatetaan rakastavalla otteella. Oireileva lapsi saa korkeintaan pienen ”puhuttelun”, jossa häntä kehote-

taan tottelemaan isää ja äitiä. Heitä kuuluu totella, koska he rakastavat ja haluavat lapsen parasta. Kaupan päälle psykologi silittää lapsen hiuksia, taputtaa hieman päähän, halaten ja hellien.

15.1.1. ADHD-ilmiön historiaa

Termejä ADHD (*attention deficit hyperactivity disorder*) eli tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriö ja ADD (*attention decificit disorder*) eli tarkkaavaisuushäiriö on käytetty rinnakkain Suomessa ja muualla Euroopassa käytetylle termille MBD (*minimal brain dysfunction*), joka tarkoittaa lievää aivotoiminnan häiriötä. ADHD-nimitys on alun perin lähtöisin Yhdysvalloista, ja se on 1990- ja 2000-luvulla vähitellen korvannut MBD-termin myös Suomessa. MBD määritellään neurologiseksi oireyhtymäksi, joka johtaa tarkkaavaisuushäiriöön sekä motoriikan, hahmottamisen tai oppimisen häiriöön. Määritelmä on predestinoiva, ja siinä nähdäänkin potilaan tilanne jossain määrin toivottomasti: oireyhtymän aiheuttamat vaikeudet säilyvät läpi elämän, vaikka iän myötä piirteet usein hieman lievenevät.[258]

ADHD on määritelmiensä mukaan jokapäiväistä toimintakykyä heikentävä kehityksellinen neuropsykiatrinen häiriö. Häiriön todetaan alkavan lapsuudessa, yleensä jo ennen 7 vuoden ikää. Taudin oireina pidetään kehitystasoon sopimatonta jatkuvaa tarkkaamattomuutta, yliaktiivisuutta (hyperaktiivisuutta) ja impulsiivista käytöstä. Oireet voivat jatkua vielä aikuisiällä. Häiriö aiheuttaa ahdistusta, heikentää opintomenestystä ja ammatissa suoriutumista ja usein hankaloittaa myös ihmissuhteita.[259] Aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriötä pidetään jokseenkin yleisenä ongelmana. On arvioitu, että vaikea-asteisista oireista kärsii noin 1–2 % lapsista, lievistä jopa 10 %. Selvästi haitallisista oireista kärsii arviolta noin 5 % lapsista.[260] Jostakin syystä ADHD-häiriötä diagnosoidaan pojilla 3–5 kertaa useammin kuin tytöillä. Joidenkin raporttien mukaan suhde on jopa luokkaa 5:1. Aikuisilla sen sijaan ADHD jakaantuu tasaisemmin eri sukupuolten välillä.[261]

15.1.2. Miten ADHD ilmenee

ADHD-henkilöillä ajatellaan olevan vähän aktiivisuutta niillä aivoalueilla, jotka säätelevät tarkkaavaisuutta, motivaatiota ja tunteita. Tällä selitetään, miksi heillä on vaikeuksia asioiden ennakoimisessa, muistamisessa ja keskittymisessä. ADHD-henkilöllä ajatellaan olevan tarve lisätä aivojen aktiivisuutta, mikä teorian mukaan näkyy ulkoisessa käyttäytymisessä

ylienergisyytenä, jatkuvana liikehtimisenä, puheliaisuutena, vaikeutena odottaa omaa vuoroa ja impulsiivisena toimintana tai päätöksentekona. Toisin sanoen aivot ovat syystä tai toisesta vähällä nukahtaa, ja defenssireaktiona ihminen ”lisää kierroksia”, jotta pysyisi hereillä.

Toisaalta joillakin henkilöillä ADHD näyttäytyy voimakkaana taipumuksena vaipua omiin ajatuksiin ja unelmiin. Tämäkin selitetään niin, että aivot ovat nukahtamaisillaan ja siitä syystä ihminen vaipuu omiin ajatuksiinsa.[262] Pääasiallisesti tarkkaamattomuutena esiintyvää ADHD-häiriötä näyttäisi olevan erityisesti tytöillä.[263] ADHD:n kanssa todetaan hyvin usein samanaikaisesti muitakin ongelmia, kuten esimerkiksi ahdistuneisuushäiriöitä, masennusta, oppimishäiriöitä ja päihderiippuvaisuutta (Peters 2009). ADHD-pulmien kanssa kamppailevan arvioidaan yleensä kärsivän oireidensa seurauksena. Uskotaan, että he kokevat itsensä huonoiksi ja että heillä on vaikeuksia luoda kestäviä toveri- ja ystävyyssuhteita.[264]

Nämä määritelmät kumpuavat neuropsykiatrisesta solutason perinnöllisyysparadigmasta. Vallalla olevan yleisen käsityksen mukaan perinnölliset tekijät selittävät 60–90 % alttiudesta sairastua ADHD-häiriöön. Puhutaan siis perinnöllisestä sairaudesta. Tähän päätelmään on päädytty, koska ADHD-diagnoosin saaneiden lasten vanhemmilla ja sisaruksilla ADHD-häiriötä on huomattu esiintyvän 2–8 kertaa useammin kuin muulla väestöllä keskimäärin. Myös ympäristötekijöillä todetaan tämänkin teorian mukaan olevan merkitystä. Esimerkiksi äidin tupakointi tai alkoholin tai huumeiden käyttö raskausaikana lisää ADHD:n riskiä ainakin niillä lapsilla, joilla on siihen geneettinen alttius. ADHD-ihmisillä on todettu samanlaisia poikkeavuuksia keskushermoston rakenteissa ja toiminnoissa kuin traumatisoituneilla ihmisillä.

Vallalla olevien hoitosuositusten mukaan sekä lasten että aikuisten ADHD-häiriön diagnosointi edellyttää, että ainakin jotkin oireet ovat esiintyneet ja aiheuttaneet haittaa jo ennen 7 vuoden ikää. Oireista on myös oltava selkeästi haittaa kahdella tai useammalla elämänalueella, esimerkiksi kotona ja koulussa. Todellisuudessa diagnosointikäytännöt vaikuttavat olevan hyvin kirjavia.

Saksalais-sveitsiläisessä tutkimuksessa tuhannelle saksalaiselle lasten ja nuorten psykiatrille lähetettiin yksi kaikkiaan neljästä tapauskuvauksesta. Vain yksi tapaus vastasi voimassa olevia ja hyväksyttyjä diagnoosikriteereitä. Kolmessa muussa kerrotut oireet ja olosuhteet eivät täyttäneet ADHD-kriteereitä. Lapsen sukupuoli merkittiin muuttujaksi, minkä seurauksena erilaisten tapausten määrä nousi kahdeksaan. Osallistujilta pyydettiin diagnoosia ja hoitosuositusta esitettyjen tietojen perusteella. Tutkimus paljasti sen, mitä epäiltiinkin: vaikka tapaukset olivat muuten identtiset, pojalla todettiin ADHD mutta tytöllä ei. Päätös diagnoosista tapahtuu usein heuristisin perustein ja häiriön prototyypin pohjalta. ADHD:n tyypillisenä edustajana pidetään

miespuolista henkilöä, jolla esiintyy motorista levottomuutta, keskittymiskyvyn puutetta ja impulsiivisuutta. Tutkimus vahvisti epäilyksen, että eri sukupuolilla samat oireet johtavat erilaiseen diagnoosiin. Poika määritellään ADHD-lapseksi, jos hänellä on häiriön oireita, vaikka muut edellytykset eivät täyttyisikään. Tyttöjen kohdalla tilanne on toinen. Myös työntekijän sukupuoli näytti vaikuttavan asiaan: miehet antoivat ADHD-diagnoosin huomattavasti useammin kuin naispuoliset kollegat.[265]

Kanadalainen tutkijaryhmä[266] on havainnut, että ADHD-diagnoosin todennäköisyyteen vaikuttaa vahvasti se, onko lapsi syntynyt alku- vai loppuvuodesta. Kanadalaiskouluissa (samoin kuin Suomessa) samassa luokassa on sekä tammi- että joulukuussa syntyneitä lapsia, joten oppilailla voi olla lähes vuoden ikäero. Joulukuussa syntyneet saivat tutkimuksen mukaan ADHD-diagnoosin 39 % todennäköisemmin kuin saman vuoden tammikuussa syntyneet. Heille määrättiin myös lääkitys 48 % todennäköisemmin. Kanadassakin pojat saivat ADHD-diagnoosin huomattavasti tyttöjä useammin. Tulosten perusteella voidaan päätellä, että lasten kypsyysaste vaikuttaa ADHD-diagnoosiin. Ikäryhmän nuorimmat lapset voidaan näin ollen diagnosoida väärin perustein. Luultavasti ainakin osa heistä on vain kehitykseltään jäljessä luokkatovereistaan, sillä tuossa iässä vuoden ikäero merkitsee paljon. Näyttäisi siis siltä, että nuorempia ja hitaammin kehittyviä lapsia diagnosoidaan ja hoidetaan turhaan. ADHD-diagnoosi perustuu lasten käyttäytymisen arviointiin, joten objektiivista ja aukotonta testiä ei ole.[267] Tautiluokituksen kriteerit ovat verrattain väljät. Luokituksissa muistutetaan, että oireet korostuvat eri tavoin eri yksilöillä. Toisilla ilmenee kaikkia käytösoireita, toisilla enimmäkseen vain tarkkaamattomuutta ja toisilla useimmiten vain yliaktiivisuutta ja impulsiivisuutta.[268] Näin on mahdollista, että moni lapsi täyttää diagnoosin kriteerit, vaikkei hänellä olisi kuin hieman vilkkaampi luonne. Hoitosuosituksissa ja oppaissa usein pelotellaan, että hoitamattomana häiriö voi pahimmillaan johtaa nuorisorikollisuuteen ja huumeiden käyttöön. Häiriö on yhdistetty myös heikkoon koulumenestykseen ja tavallista suurempaan vammautumisriskiin.[269]

ADHD-diagnoosissa kuvatunkaltaiset oireet voivat johtua monesta muustakin syystä: stressistä, traumoista, ahdistuneisuudesta, surusta, riittämättömästä hoivasta ja huolenpidosta, huonoista suhteista kotona tai muualla, vanhempien traumataakasta, vanhempien emotionaalisesta etäisyydestä, vanhempien väsymyksestä tai somaattisesta tai psyykkisestä sairastelusta ja niin edelleen. Psykososiaaliset riskitekijät, kuten vakavat puutteet perushoidossa ja -turvassa, lisäävät yliaktiivisuutta ja monia muitakin häiriöitä, kuten vaikkapa käytöshäiriöitä. Kaikki tällainen voi tietenkin heikentää toimintakykyä.

Kaikki asiantuntijat eivät siis ole yhtä mieltä koko ADHD-häiriön olemassaolosta. Joidenkin psykologien ja psykiatrien mukaan ADHD on todellinen kehityksellinen häiriö, kun taas toisten mielestä kysymyksessä on normaalin rajoissa oleva lapsen käyttäytymismalli. Psykologian tohtori Paternon mielestä ADHD on sosiaalinen konstruktio eikä sairaus, toisin kuin esimerkiksi diabetes: *"ADHD on yksinkertaisesti joukko käyttäytymismalleja, jotka ärsyttävät ja turhauttavat aikuisia ja joiden vuoksi lapsi ja hänen vanhempansa ja opettajansa päätyvät usein ristiriitoihin. Joskus tällainen käyttäytyminen on normaalia temperamenttien erilaisuutta ja vaihtelua, joskus lapsen käyttäytymistaidot eivät ole kehittyneet riittävästi, ja joskus taustalla on piileviä oppimisvaikeuksia, emotionaalisia, lääketieteellisiä tai ihmissuhteisiin liittyviä ongelmia, jotka ilmenevät ADHD:n kaltaisina oireina."*[270]

Perheeseen liittyvät riskitekijät voivat vaikuttaa lapsen käyttäytymiseen myös siten, että ne muokkaavat kehittyvää keskushermostoa solutasolla. Esimerkiksi väkivaltakokemukset ylläpitävät ylivalppautta, ja FMRI- aivokuvantamisissa on havaittu lapsilla samanlaisia muutoksia kuin Afganistanissa sotineilla. Perheen pulmat voivat estää turvallisen kiintymyssuhteen syntymistä sekä motoriikan ja vireyden säätelytaitojen kehittymistä etenkin varhaislapsuudessa.[271] Lapsen uhmakkuus- ja käytösongelmia lisäävät perheen riitaisa ja kielteinen ilmapiiri, vähäinen myönteisten tunteiden osoittaminen, epäjohdonmukainen kasvatus, vanhemman psykososiaaliset pulmat (esim. äidin masennus, isän päihdeongelma) sekä väkivalta. Lapsen ei tarvitse itse olla väkivallan suora uhri, vaan riittää, että lapsi joutuu todistamaan väkivaltaa. Lapsen keskittymisvaikeudet ja ylivilkkaus voivat puolestaan lisätä vanhemman ja lapsen välisen vuorovaikutuksen kielteisyyttä ja vanhempien uupumusta. Lapsen ja vanhempien väliset ristiriidat puolestaan lisäävät parisuhdeongelmia ja perheenjäsenten henkistä etäisyyttä. Pari- ja perhesuhdeongelmat puolestaan lisäävät lapsen ja vanhempien välisen suhteen ongelmia.[272] Viheliäinen noidankehä syntyy nopeasti. On ymmärrettävää, että perhe etsii tähän ratkaisua "hinnalla millä hyvänsä". Jos ajatellaan, että lapsen ADHD-oireet ovat reaktio hänen kokemiinsa puutteisiin, mitä tapahtuu, kun tämä reaktio poistetaan (lääkkeillä tai ilman)? Hyvin luultavasti viheliäinen noidankehä katkeaa hetkeksi, mutta miten tähän reagoi itse lapsi? Luultavasti hän joutuu tyytymään siihen, että hän kärsii yhä samoista puutteista kuin oireillessaan.

Ellei oireilun varsinainen syy ole tiedossa, umpimähkäinen hoitaminen (lääkitseminen ja psykososiaalinen hoito) on karhunpalvelus lapselle. ADHD-lääkkeet aiheuttavat monille lisää ongelmia, etenkin jos ongelmallisen käyttäytymisen takaa löytyy muu selitys kuin että "aivot eivät tahdo pysyä hereillä".

Joillakin ihmisillä komplisoitunut traumaprosessi aikaansaa täsmälleen samoja oireita, jollaisia kuvataan ADHD-oppaissa. Aivot menevät tietyllä tapaa ”sotatilaan”, josta on muun muassa seuraavanlaisia seurauksia:

Tarkkaavuuden puute: Lapsella on jatkuvasti vaikeuksia keskittyä leikkeihin ja tehtäviin. Hänen on vaikea kuunnella toisen puhetta, eikä hän kykene riittävän hyvin seuraamaan ohjeita. Koulu- tai työtehtävät jäävät lapselta kesken, ja hänellä on toistuvia vaikeuksia tehtävien ja toimien järjestämisessä. Hän välttelee pitkäkestoista keskittymistä vaativia tehtäviä, unohtelee jatkuvasti päivittäisiä asioita, jättää yksityiskohdat huomiotta ja häiriintyy pienistäkin ulkopuolisista ärsykkeistä.

Yliaktiivisuus: Lapsi on jatkuvasti hyperaktiivinen tai impulsiivinen. Hän liikuttelee hermostuneesti raajojaan ja kiemurtelee tuolilla istuessaan. Lapsi poistuu toistuvasti tilanteista, joissa edellytetään paikallaan oloa. Hän juoksentelee tai kiipeilee ylettömästi ja on jatkuvasti levoton. Hänellä on usein toistuvia vaikeuksia leikkiä tai harrastaa rauhallisesti, hän puhuu koko ajan ja on menossa jatkuvasti.

Impulsiivisuus: Lapsi ei pysty odottamaan vuoroaan, keskeyttää toiset, tuppautuu toistuvasti muiden seuraan ja vastaa kysymyksiin, ennen kuin ne on kokonaan esitetty. Hän ei kestä pettymyksiä, vaan voi raivostua ja käyttäytyä uhmakkaasti.

Aikuisten ylivilkkausreaktiot ilmenevät usein opiskeluun, työhön tai muihin askareisiin liittyvinä ongelmina, kuten hankaluuksina keskittyä tarkkaavaisuutta vaativiin tai yksitoikkoisiin tehtäviin. Asioita saatetaan unohtaa ja tehtävät voivat jäädä kesken. Paikallaan pysyminen voi tuottaa vaikeuksia. Aikuisilla ylivilkkausreaktioiden yhteydessä tavataan usein myös muita ongelmia, kuten masennustiloja ja ahdistuneisuutta, impulsiivisuutta, alkoholin ja muiden päihteiden käyttöä. Henkilön luonteenpiirteet saattavat korostua häiritsevästi, ja hänen käytöksensä voi olla epäsosiaalista.

15.1.3. ADHD:n hoitosuositukset

Useimmilla ADHD-diagnoosin saaneilla alkaa olla käytössä lääkitys. Alle kouluikäisten hoitomenetelminä on Suomessa tähän mennessä suosittu ensisijaisesti erilaisia psykososiaalisia hoitomuotoja, mutta lääkityksiä määrätään usein vanhempien tai koulun toiveesta. 6-vuotiailla ja sitä vanhemmilla voidaan käyttää lääkehoitoa ja psykososiaalisia hoitomuotoja. Lääkehoito on mahdollista aloittaa samanaikaisesti muun hoidon kanssa. Siihen voidaan siirtyä myös silloin, kun psykososiaalisista hoidoista ei ole ollut riittävästi apua.

ADHD:n lääkehoito aloitetaan yleensä psykostimulantilla (amfetamiini), jonka vaikutus on keskipitkä tai pitkä. Lääkettä käytetään joko jatkuvasti tai välillä taukoja pitäen. Piristeen vaikutusmekanismin arvellaan perustuvan siihen, että stimulantti hoitaa ”aivojen hereillä pitämisen”. Tällöin ihmisen ei tarvitse enää itse touhuta ylenpalttisesti pitääkseen itseään hereillä, eikä hän enää yhtä todennäköisesti vaivu omiin maailmoihinsa. Amfetamiinia käytettiin toisessa maailmansodassa lisäämään sotilaiden jaksamista ja toisaalta antamaan heille myös rohkeutta. Psykostimulantin vaikutuksena voi ilmetä myös hyvän olon ja energisyyden tunne. Ihminen tottuu verrattain nopeasti annokseen, ja sitä onkin usein tarpeen lisätä. Annosta suurennettaessa potilaasta voi tietenkin tulla puhelias ja levoton. Hän voi myös tuntea itsensä voimakkaaksi ja ylivertaiseksi. Jotkut voivat käyttäytyä psykostimulantin vaikutuksen alaisena aggressiivisesti tai vihamielisesti.

Psykostimulantti vaikuttaa keskushermoston lisäksi sydämeen, keuhkoihin ja moniin muihin elimiin. Jo suhteellisen pienillä annoksilla ruokahalu vähenee, hengitys ja sydämen lyöntitiheys nopeutuvat, verenpaine kohoaa ja pupillit laajenevat. Koska aine vähentää ruokahalua, voi jatkuvan käytön seurauksena olla vajaaravitsemus ja vastustuskyvyn heikkeneminen. Jatkuva käyttö lisää sietokykyä, jolloin tarvitaan suurempia annoksia. Sietokyky ei kuitenkaan kehity kaikkiin vaikutuksiin samalla tavoin, vaan jotkin vaikutukset saattavat tulla aiempaa pienemmillä annoksilla. Käytön lopettamisen yhteydessä voi ilmetä vieroitusoireita. Yleisimpiä ovat väsymys, pitkä mutta häiriintynyt uni, voimakas nälkä, ärtyisyys ja masentuneisuus sekä väkivaltaisuuden puuskat. Hoitosuosituksissakin lääkitykseen suositellaan taukoja, jos haittavaikutuksia, kuten ruokahaluttomuutta, ilmenee. Toisaalta sivuvaikutuksena ilmenevään unettomuuteen suositellaan usein unilääkettä.

Psykososiaalisilla hoidoilla tarkoitetaan erilaisia lapselle ja hänen perheelleen tarjottavia lääkkeettömiä hoitoja. Niistä yleisimmin käytettyjä ovat

- vanhempainohjaus
- tukitoimet päiväkodissa ja koulussa (esim. henkilökohtainen avustaja, erityisopetus)
- käyttäytymiskoulutus (*behavioral treatment*) kotona, päiväkodissa ja koulussa
- lapsen kognitiivinen yksilöpsykoterapia
- perheterapia
- toimintaterapia
- neuropsykologinen kuntoutus
- ADHD-valmennus (*coaching*)
- sopeutumisvalmennuskurssit ja vertaistuki.

Vanhempainohjauksen avulla pyritään parantamaan vanhempien keinoja ohjata lapsensa käyttäytymistä. Käyttäytymiskoulutuksella tarkoitetaan kotona ja päivähoidossa tai koulussa toteutettavaa käyttäytymisen ohjausta toivottuun suuntaan. Jos ADHD:n lisäksi esiintyy samanaikaisesti muita psyykkisiä häiriöitä, psykoterapia auttaa parhaiten. Toimintaterapian vaikutuksesta ADHD-oireisiin ei ole vielä riittävästi tutkimustietoa, mutta siitä on todennäköisesti hyötyä varsinkin, jos lapsella on motoriikan ja aistitoiminnan häiriöitä. Jos ADHD:hen liittyy merkittäviä toiminnanohjauksen ja oppimisen ongelmia, joihin koulun tukitoimista ei ole ollut riittävästi apua, neuropsykologinen kuntoutus saattaa olla tarpeen. ADHD-valmennus (coaching) on tukimuoto, jolla pyritään vahvistamaan ADHD-oireisten lasten ja nuorten arjen hallintaa. Sen tehosta on vielä niukasti tutkimustietoa.

15.1.4. Väärän diagnoosin ja turhan hoidon seurauksia

ADHD-lääkkeillä voi olla haitallisia terveysvaikutuksia. Ne saattavat häiritä unta, hidastaa kasvua ja aiheuttaa ongelmia sydämelle ja verenkiertojärjestelmälle. ADHD-diagnoosi voi vaikuttaa lapsen ihmissuhteisiin ja sosiaaliseen elämään, koska opettajat ja vanhemmat voivat alkaa suhtautua häneen eri tavalla kuin muihin. Lapselle saattaa tällöin syntyä negatiivinen kuva itsestä.[273] Myös psykososiaalisilla hoidoilla voi olla haittavaikutuksia. Mikäli oire poistetaan ilman, että tiedetään, mihin sitä on tarvittu, voi olla, että ihmisen tilanne jopa pahenee. Vaikka oiretta ei enää olisi, se, mihin oiretta oli tarvittu, voi olla olemassa. Ei ole myöskään eettisesti oikein hoitaa terapialla oireita, jotka ovat mahdollisesti jonkin muun ”aiheuttamia”. Psykososiaaliset hoidot saattavat saada oireilevan uskomaan, että hänessä on jotakin vikaa. Tämä puolestaan voi etäännyttää lasta muista jopa siinä määrin, että oireilevasta tulee eräänlainen ”false self”: hän saattaa oppia, että on väärin reagoida normaalisti, jolloin hän alkaa sietää hyvin sellaistakin, mitä ei tosiasiassa kuuluisi lainkaan kestää.

Silloin kun epäillään, että lapsella (tai aikuisella) saattaa olla ADHD-häiriö, on aina ensin syytä pohtia, mitkä muut tekijät saattaisivat selittää oireet. Sekä vanhempien että oireista kärsivän on tärkeää ymmärtää, että oireilla on jokin funktio. Ne eivät tule tyhjästä. Oireilu on tahdosta riippumatonta, mutta se heijastaa joka tapauksessa hermoston normaalista poikkeavaa toimintatapaa. Tämä voi tosin olla normaali reaktio epänormaaleissa oloissa. Ongelmat eivät johdu laiskuudesta eivätkä ilkeydestä.

Oikean hoidon takaamiseksi on kaikissa tapauksissa pyrittävä selvittämään muut mahdolliset tekijät, jotka aiheuttavat tarkkaamattomuutta ja

levottomuutta. Oireilu ei läheskään aina johdu varsinaisesta aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriöstä. Käyttäytymisen taustalta voi löytyä erilaisia oppimishäiriöitä, somaattisia sairauksia ja emotionaalisia pulmia. Lapsen koululuokassa ilmapiiri voi olla huono, ja häntä saatetaan kiusata. Vastaavasti myös perheen sisäiset ongelmat ja kriisit voivat vaikuttaa lapsen käyttäytymiseen.

ADHD-oireet eivät ole pelkästään negatiivinen piirre. Parhaimmillaan ADHD-henkilö on luova, energinen, innokas ja motivoiva. Työssä hänen parhaita puoliaan ovat innovatiivisuus ja riskienottokyky, josta on hyötyä monessa ammatissa.[274]

Saksalais-sveitsiläisen tutkimuksen tekijät korostavat, että ehkäistäkseen virheellisiä ADHD-diagnooseja ja ennenaikaisen tai tarpeettoman hoidon aloittamista terapeuttien ei pidä luottaa intuitioonsa. Heidän olisi pysyttäydyttävä tiukasti määritellyissä ja vakiintuneissa diagnoosikriteereissä. Tämä on mahdollista standardisoitujen välineiden avulla. Sellaisia ovat esimerkiksi diagnostiset haastattelut. Välineiden käyttöön ohjaa perusteellinen diagnostiikkakoulutus.[275]

Paterno (2010) on sitä mieltä, että lapsessa on tuskin koskaan mitään perustavanlaatuista vikaa. Hyvä uutinen on, nimenomaan vanhemmat voivat saada aikaan muutoksia lapsen elämässä. Tämä pitää paikkansa riippumatta siitä, mikä on syynä lapsen käyttäytymiseen. Useimmiten lapsen häiriökäyttäytymiseen voidaan vaikuttaa ilman lääkkeitä. Vanhempi voi valinnoillaan merkittävästi muuttaa lapsen käyttäytymistä sekä lyhyellä että pitkällä aikavälillä, kun hän kiinnittää huomiota esimerkiksi seuraaviin seikkoihin:

Joskus lapset syövät sellaisia ruokia (esim. elintarvikkeiden väriaineet), jotka laukaisevat hyperaktiivisuutta tai edistävät huonoa itsehallintaa. Lapsen ruokavalion tarkistaminen voi auttaa.

Lääketieteelliset ongelmat, kuten korvatulehdukset ja aistiherkkyys, on suljettava pois. Lapset, jotka reagoivat erittäin herkästi tiettyihin ärsykkeisiin, joko sulkeutuvat tai tulevat levottomiksi, mikä voi näyttää hyperaktiivisuudelta.

Kaikkein merkittävin tekijä on entistä parempi ja johdonmukaisempi vanhemmuus ja sopivat rajat. Vanhemman huomio on tärkein palkinto lapselle. Huonosti käyttäytyvä lapsi saa vanhemman huomion osakseen, ja tällöin vanhempi voi tahtomattaan vahvistaa lapsen käytöstä. ”Aikalisän” oikea käyttö auttaa minimoimaan lapselle annettua huomiota silloin, kun tämä ei käyttäydy niin kuin pitäisi.

On tärkeää varmistaa, että lapsi saa riittävästi unta. Väsyneen lapsen on heräteltävä keskushermostoaan välttääkseen epämukavan uneliaisuuden

tunteen. Yliväsymys ilmenee usein emotionaalisena vuoristoratana, tyhminä temppuina ja hyperaktiivisuutena. Vanhemman pitää kiinnittää huomiota siihen, että lapsella on oikeanlainen ja sopiva unirytmi.

15.1.5. ADHD ja ahdistuneisuushäiriöt

Normaaliväestössä ADHD-häiriötä esiintyy noin 3,4 %:lla aikuisista, mutta avohoidossa olevilla psykiatrisilla potilailla luku on huomattavasti suurempi: 17–22 %. Henkilöillä, joiden päädiagnoosi on impulssikontrollihäiriö tai kaksisuuntainen mielialahäiriö, ADHD ja ahdistuneisuushäiriöt esiintyvät usein yhdessä. Kaikkein useimmin ADHD liittyy sosiaaliseen fobiaan ja vakavaan depressioon.

Erään kanadalaistutkimuksen[276] mukaan ahdistuneisuuden takia mielenterveysklinikalle hoitoon ohjatuista asiakkaista 37,5 %:lla todettiin ADHD-häiriö. Klinikalla hoidetuilla potilailla tavattiin normaaliväestöä useammin elinikäinen ADHD.

Yhdysvalloissa tehtiin vuosina 2007–2010 sotaveteraaneihin kohdistunut tutkimus[277], jonka otos oli 674 arizonalaisen avohoitoklinikan asiakasta (629 miestä, 45 naista). ADHD-häiriö todettiin 23,4 %:lla osallistujista (22,4 %:lla miehistä ja 37,8 %:lla naisista). Tutkijoiden tavoitteena oli lisäksi selvittää, missä määrin ja minkä tyyppisiä muita samanaikaisia psykiatrisia häiriöitä ADHD-häiriön kanssa esiintyy. 93 %:lla näistä samoista osallistujista, joilla oli ADHD-häiriö, oli samanaikaisesti kaksi tai useampia muita psykiatrisia häiriöitä. Heillä esiintyi muun muassa vakavaa depressiota, dystyymistä häiriötä, kaksisuuntaista mielialahäiriötä, traumanjälkeistä stressihäiriötä (PTSD), paniikkihäiriötä ja yleistynyttä ahdistuneisuushäiriötä (*generalized anxiety disorder*, GAD). 41 %:lla ADHD-potilaista ilmeni unettomuutta ja 27,8 %:lla oli uniapnea.

Hyvin monet asiakkaat eivät saa diagnoosia tai asianmukaista hoitoa huolimatta siitä, että heidän oireensa täyttävät DSM-IV-käsikirjassa esitetyt ADHD-häiriön kriteerit. Kanadalaistutkimuksen mukaan 76 % tutkimukseen osallistuneista 99 aikuisesta, joilla MINI-haastattelun (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) mukaan oli kyseinen häiriö, ei ollut saanut aikaisempaa diagnoosia. Vain 17,2 % oli saanut hoitoa ennen tutkimusta.

Siihen, miksi ADHD-diagnoosia ei anneta esimerkiksi veteraaneille riittävän usein, voi olla useita syitä. Asiakkaat eivät välttämättä muista, millaista heidän elämänsä oli ennen 7. ikävuotta. Osa saattaa kieltää oireensa. Lääkäreillä, saati potilailla, ei ehkä ole riittävästi tietoa aikuisten ADHD-häiriöstä ja sen hoidosta. ADHD-diagnoosi saattaisi myös vaikuttaa

PTSD-häiriöstä saataviin korvauksiin. Lisäksi stimulanttien käyttö saattaa huolestuttaa. Lääkärien toimintaa rajoittavat erilaiset ohjeet ja määräykset. Päällekkäisten oireiden selkeä diagnosointi on vaikeaa, ja ADHD-asiakkailla on monia muita lääketieteellisiä komplikaatioita sekä samanaikaisia psykiatrisia häiriöitä.

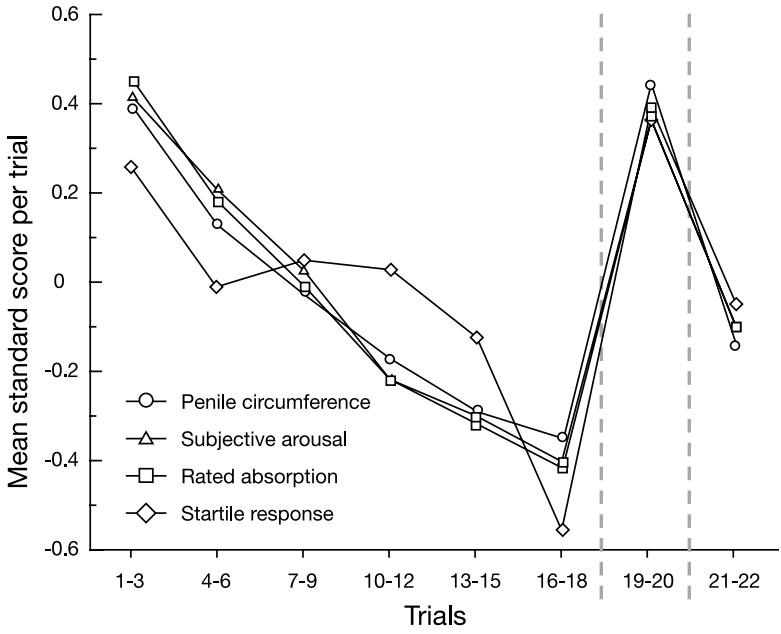
15.2. Internetpornon aiheuttama riippuvuus

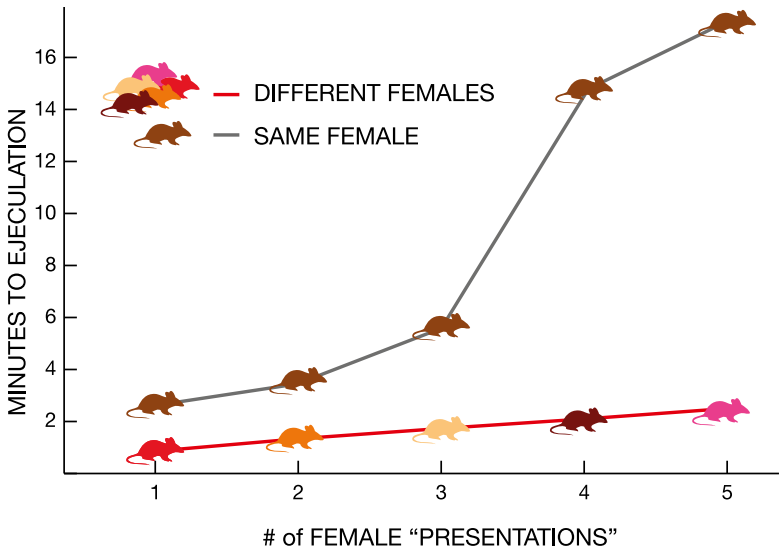
Oheinen artikkeli perustuu Gary Wilsonin luentoon. Wilson isännöi sivustoa www.yourbrainonporn.com, joka on suunnattu Internetin eroottisten sivujen suurkuluttajille. Sivuston tarkoituksena on tarjota luotettavaa tieteellistä tietoa Internet-pornon hämmentävistä vaikutuksista. Suurkuluttajille tuttuja oireita ovat esimerkiksi keskittymisvaikeudet, sosiaaliset pelot ja pakko-oireet. Pornon katselun lopettaminen voi tuntua mahdottomalta, ja siinä saatetaan siirtyä entistä kovempaan (jopa äärimmäiseen) materiaaliin. Oma seksuaalinen suoriutuminen voi vaikeutua, ja seksuaaliset mieltymykset voivat muuttua radikaalisti.

Wilson on fysiologian opettaja ja kiinnostunut erityisesti viimeisimmistä neurotieteen löydöistä. Hän on ollut tietoinen siitä, että edellä mainitut oireet saattavat johtua riippuvuuden aiheuttamista aivomuutoksista. Monet Internet-pornon käyttäjät ovat onnistuneet irrottautumaan tavastaan ja vapautuneet oireistaan, kun he ovat hyödyntäneet Wilsonin Internet-sivustolta löytyviä tietoja aivojen plastisuudesta. Heidän normaali seksuaalinen reagointitapansa on samalla palautunut.

15.2.1. Laaja pornotutkimus

Lähes kaikki nuoret pojat, joilla on Internet-yhteys, katselevat Internet-pornoa. Useimmat etsivät näitä sivuja jo alle 10-vuotiaina, kun seksuaalisuus on äkkiä alkanut kiehtoa heitä. Internet-pornoa pidetään huomattavasti vastustamattomampana kuin perinteisempää pornoa. Miksi näin on? Australialaistutkimuksen[278] (Koukounas–Over 2000) mukaan tämä ei johdu pelkästään alastomuuden näkemisestä vaan loputtomasta uutuudenviehätyksestä. Tutkimukseen osallistujille näytettiin 22 pornografista esitystä. He reagoivat voimakkaimmin silloin, kun tutkijat näyttivät esityksen, jota tutkimukseen osallistujat eivät olleet nähneet aikaisemmin.


0.6
0.4
0.2
0
-0.2
-0.4
-0.6
Mean standard score per trial
Penile circumference
Subjective arousal
Rated absorption
Startile response
1-3
4-6
7-9
10-12
13-15
16-18
19-20
21-22
Trials


16
14
12
10
8
6
4
2
MINUTES TO EJECULATION
DIFFERENT FEMALES
SAME FEMALE
1
2
3
4
5
# of FEMALE "PRESENTATIONS"

Luontoäiti on järjestänyt asian siten, että yksi koiras hedelmöittää lukuisia suostuvaisia naaraita. Jos saatavilla on vain yksi naaras, koiraan paritteluaika pitenee vähitellen (ks. kuvion ruskea rotta ja harmaa käyrä). Jos naaraat sen sijaan vaihtuvat (eriväriset rotat, punainen käyrä), parittelu kestää vain noin 2 minuuttia ja koiras voi jatkaa, kunnes on täysin uupunut.[279] Tämä ilmiö tunnetaan nimellä Coolidge-efekti. Ilman sitä ei olisi olemassa Internet-pornoa. Efekti tarkoittaa tässä tapauksessa sitä, että jokainen kuva uudesta naisesta tietokoneen ruudulla saa aikaan dopamiinisyöksyn miehen aivoissa. Nykyajan miehen on mahdollista nähdä 10 minuutissa enemmän naisia kuin hänen esi-isänsä näkivät koko elämänsä aikana.

Ongelma on, että miehellä on metsästäjä-kerääjän aivot. Usein toistuva Internet-pornon käyttö muuttaa aivoja. Virtuaalipornon suurkuluttaja viettää paljon aikaa yksinään; katseluun liittyy tirkistelyä (voyeurismia), jatkuvaa klikkaamista, uusien näkymien etsimistä, järkyttymistä ja yllättymistä. Eräs nuori kaveri on todennut kysyvästi, olemmeko me ensimmäinen sukupolvi, joka masturboi vasemmalla kädellä.

Todellisessa elämässä seksuaalisuuteen liittyy seurustelua, koskettelua, tuoksuja, feromoneja, emotionaalista yhteyttä ja keskinäistä vuorovaikutusta. Nämä elementit puutuvat Internet-pornosta. Mitä siis tapahtuu sitten, kun pornoon tottunut mies tapaa todellisen kumppanin? Tutkijat eivät tunne asiaa kovin hyvin. Vastauksen saamista vaikeuttaa ensinnäkin se, että tarvittava kontrolliryhmä puuttuu. Vuonna 2009, kun Simon Lajeunesse yritti tutkia pornon vaikutuksia, hän totesi, että oli mahdotonta löytää kontrolliryhmään miespuolisia opiskelijoita, jotka eivät katselleet pornoa. Tilanne on sama kuin jos kaikki pojat alkaisivat tupakoida 10-vuotiaina eikä tupakoimattomia miehiä olisi. Silloin ajattelisimme, että keuhkosyöpä on miehillä normaalia.

15.2.2. Vaaraa ei helposti tunnista

Lajeunesse ei lannistunut kontrolliryhmän puuttumisesta, vaan kysyi 20 miesopiskelijalta, vaikuttaako Internet-porno heihin tai heidän asenteisiinsa toista sukupuolta kohtaan. Miesten vastauksena oli: ”Enpä usko.” Kyseiset miehet olivat toisaalta käyttäneet pornoa jatkuvasti jo vuosikymmenen ajan. Tilanne oli siis sama, kuin jos kalalta kysyttäisiin: ”Mitä ajattelet vedestä?”

Tämä tuo meidät toiseen ongelmaan: tutkimuksissa ei ole kysytty pornon käyttäjiltä oireista, joita Zimbardo kuvaa kirjassaan *Demise of Guys*.

Kiihottumisriippuvuuden oireet ovat samanlaisia kuin ADHD-häiriössä, sosiaalisten tilanteiden pelossa, masennuksessa, keskittymisongelmissa, esiintymispelossa, pakko-oireisessa häiriössä ja monissa muissa häiriöissä. Terveydenhoidon ammattilaiset olettavat usein, että nämä häiriöt aiheuttavat riippuvuuden. Yleensä ei siis ajatella, että oireet johtuisivat riippuvuudesta. Tästä seuraa, että miehille määrätään lääkkeitä kysymättä, onko heillä Internet-riippuvuutta. Näin ollen he eivät ymmärrä, että muuttamalla käytöstään he voisivat vapautua oireistaan.

Voi olla vaikea uskoa, että seksuaalinen toiminta voisi kehittyä riippuvuudeksi. Seksihän on terveellistä. Internet-porno ei kuitenkaan ole oikeaa seksuaalisuutta. Virtuaaliporno on yhtä kaukana normaalista seksuaalisuudesta kuin nykyajan videopelit ovat tammipelistä. Alastomien kehon osien katselu tietokoneen näytöltä ei suojaa kiihottumisriippuvuudelta. Hollantilaistutkimuksessa [280] (Meerkerk – Van Den Eijnden – Garretsen 2006) todettiin, että kaikesta Internetissä tapahtuvasta toiminnasta juuri porno aiheuttaa eniten riippuvuutta

Ihmisen mielihyvä- ja palkkiojärjestelmä on kehittynyt sellaiseksi, että tavoittelemme luonnollisia mielihyvän lähteitä. Näitä ovat esimerkiksi ruoka, seksuaalisuus ja yhteys toisiin ihmisiin. Tästä seuraa, että luonnollisen mielihyvän äärimmäiset muodot saavat helposti ylivallan: kaloripitoiset ruoat ja yhä uudet seksikkäät naiset aiheuttavat ylimääräisen dopamiinivirtauksen. Liian suuri annos dopamiinia voi kuitenkin syrjäyttää luonnollisen kylläisyysmekanismin. Esimerkiksi silloin, kun rotille annetaan rajoittamaton mahdollisuus syödä roskaruokaa, lähes kaikki niistä ahmivat itsensä lihaviksi. Rotat, jotka saavat rajoittamatta syödä lihottavaa ruokaa (makeita kuorrutteita, makkaroita ja juustokakkua), lihovat merkittävästi verrattuna normaaliruokaa saaneisiin rottiin.[281]

Samasta ilmiöstä on kyse myös siinä, että neljällä viidestä amerikkalaisesta on ylipainoa ja puolet ylipainoisista on lihavia. Toisin sanoen he ovat riippuvaisia ruoasta. Luonnollisiin mielihyvää tuottaviin asioihin verrattuna päihteet – kuten kokaiini ja alkoholi – aiheuttavat riippuvuutta vain 10 prosentille käyttäjistä, ovat nämä sitten rottia tai ihmisiä.

15.2.3. Evoluution aikaansaannosta

Tämä ahmimismekanismi – olipa kysymyksessä ruoka tai sukupuolinen kanssakäyminen – oli aikoinaan evolutiivinen etu. Pohjimmiltaan se tarkoittaa sitä, että kun jotain on runsaasti saatavilla, sitä myös käytetään. Esimerkkinä voidaan mainita sudet, jotka ahmivat 10 kiloa lihaa. Samaa

asiaa havainnollistaa alfauroksen parittelukausi. Entä jos parittelukausi ei lopu koskaan? Kaikki nuo dopamiinipiikit voivat välittää aivoille viestin: ”Oletpa löytänyt kehityksellisen jättipotin.” Ne aiheuttavat myös molekyylimuutoksen, kun delta-FosB-proteiinia alkaa kerääntyä aivojen mielihyväjärjestelmään.

Ylenmääräinen krooninen kulutus / käyttö
(dopamiini piikit)
↓
Ahmimismekanismi
(Delta-FosB kasaantuu)
↓
Himo saada lisää

Ylenmääräinen, toistuva huumeiden tai luonnollisten mielihyvää tuottavien asioiden käyttö – ja delta-FosB:n kasaantuminen – alkaa muuttaa aivoja. Tämä aiheuttaa liikakäytön ja riippuvuuden kierteen. Jos liiallinen käyttö jatkuu, delta-FosB-proteiinia kasaantuu yhä enemmän ja siitä seuraa aivojen rakenteellisia muutoksia.

Jatkuva käyttö
↓
Aivomuutokset:
1. Mielihyväreaktion turtuminen
2. Hyperreaktiivisuus pornoon
3. Tahdonvoiman mureneminen

Eräs ensimmäisistä muutoksista on se, että jokapäiväiset mielihyvän lähteet eivät enää tyydytä pornosta riippuvaiseksi tullutta henkilöä. Samanaikaiset muut fyysiset muutokset aivoissa saavat henkilön reagoimaan pornoon hyvin voimakkaasti: kaikki muu elämässä vaikuttaa ikävystyttävältä, mutta porno on superjännittävää. Lopulta henkilön tahdonvoima murenee, kun

etuotsalohkon kuoressa tapahtuu muutoksia. Ei voida painottaa tarpeeksi sitä, että nämä samat aivomuutokset ja delta-FosB:n kasaantuminen liittyvät myös muihin riippuvuuksiin, esimerkiksi huume- ja peliriippuvuuteen.

Internet-riippuvaisten aivoja on havainnoitu seuraavissa tutkimuksissa:

1. *Reduced striatal dopamine transporters in people with internet addiction disorder.* (2012.)
2. *Abnormal white matter integrity in adolescents with internet addiction disorder. A tract-based spatial statistics study.* (2012.)
3. *Effects of electroacupuncture combined psycho-intervention on cognitive function and event-related potentials P300 and mismatch negativity in patients with internet addiction.* (2012.)
4. *Reduced striatal dopamine D2 receptors in people with internet addiction.* (2011.)
5. *Functional magnetic resonance imaging of the brain of college students with internet addiction.* (2011.)
6. *Microstructure abnormalities in adolescents with internet addiction disorder.* (2011.)
7. *Enhanced reward sensitivity and decreased loss sensitivity in internet addicts: An fMRI study during a guessing task.* (2011.)
8. *Male internet addicts show impaired executive control ability evidence from a color-word: Stroop-task.* (2011.)
9. *Impulse inhibition in people with internet addiction disorder: Electrophysiological evidence from a go/nogo study.* (2010.)
10. *Gray matter abnormalities in internet addiction.* (2009.)

15.2.4. Yhteenveto

Miksi kukaan pornoa rakastava täysijärkinen mies luopuisi siitä? Vastaus voi yllättää: lopettaminen voi ehkäistä erektio-ongelmia. Italialaisten neurologien tutkimus[282] vahvistaa sen, mitä olemme saaneet tietää viime vuosina. Seksuaalista suoritusta parantavat lääkkeet eivät usein toimi pornon suurkuluttajilla, joilla ongelma ei sijaitse ”vyön alapuolella” (tällöin sen ratkaisisi Viagra). Ongelma ei myöskään ole varsinaisesti psykologinen, vaan se johtuu riippuvuuden aiheuttamista fyysisistä aivomuutoksista. Näiden miesten turtuneet aivot lähettävät yhä heikompia signaaleja heidän penikseensä. ”Ilmiö alkaa siten, että reagointi pornosivuihin heikkenee. Sen jälkeen tapahtuu yleinen libidon lasku, ja lopulta erektio tulee mah-

dottomaksi." Näin asian kiteyttää tohtori Carlo Fiesta, joka on italialaisen Society of Andrology and Sexual Medicinen johtaja.

Edellä esitetystä voidaan oppia kolme seikkaa. 1) Tohtori Fiestan kuvaamassa tilanteessa on kyse klassisesta riippuvuusprosessista, asteittaisesta aistien turtumisesta. 2) Internet-porno eroaa laadultaan suuresti esim. *Playboy*-lehdestä. Nuorten miesten laajalle levinneitä erektio-ongelmia ei ole tavattu koskaan aikaisemmin. 3) Erektio-ongelmat ovat ainoa oire, joka saa nämä nuoret miehet kiinnittämään huomiota asiaan. Herää kysymys, mitä muita vähemmän merkittäviä oireita he eivät huomaa. Useimmat tajuavat nämä vasta lopetettuaan pornon katselun.

Kolmenkymmenen vuoden ikää lähestyvä mies kertoo: "Olen käynyt psykologien ja psykiatrien vastaanotoilla viimeisten 8 vuoden ajan. Minulla on diagnosoitu masennus, vaikeita sosiaalisia pelkoja, vakavia muistiongelmia ja joitakin muita häiriöitä. Olen kokeillut useita lääkkeitä (Ritalin, Xanax, Paxlin), keskeyttänyt opinnot kahdessa oppilaitoksessa, saanut potkut kahdesta työpaikasta ja polttanut pilveä sosiaalisten pelkojen lievittämiseksi."

"Useat naiset ovat lähestyneet minua – luultavasti komean ulkonäköni ja asemani takia – mutta he ovat häipyneet pian uskomattoman omituisuuteni takia. Olen ollut riippuvainen kovasta pornosta 14-vuotiaasta lähtien. Parin viime vuoden aikana olen kokeillut erilaisia asioita ja todennut, että ongelmanani on porno. Lopetin sen käytön täysin kaksi kuukautta sitten. Se oli hyvin vaikeaa, mutta se todella kannatti. Olen sen jälkeen lopettanut lääkkeiden käytön."

"Ahdistukseni on mennyttä. Muistini ja keskittymiskykyni ovat terävämpiä kuin koskaan. Vedän naisia puoleeni magneetin tavoin. Erektio-ongelmat ovat myös poissa. **Uskon todella, että sain kokea uudestisyntymisen, uuden mahdollisuuden elämässä."**

Missä tahansa miehet kokoontuvatkin, he etsivät hermostollista ja kemiallista uudistumista. Tästä johtuu kehonrakennus-, urheilu- ym. vastaavien Internet-sivujen suosio miesten keskuudessa. Osoitteessa www.reddit.com keskustelua ohjaa esimerkiksi tavoite "Ei pornoa 90 päivään. On monta nälkää, joita on parempi ehkäistä kuin ruokkia". Sivuilla kirjoittavat kutsuvat itseään "fabstronauteiksi". *Fab* on 'sooloseksiä' tarkoittava slangisana, mutta tässä yhteydessä sillä tarkoitetaan pornosta luopumista.

15.2.5. Ihmisellä ei ole laajakaista-aivoja

Erikoinen tosiasia on, että kaksikymppiset nuoret miehet eivät vapaudu erektio-ongelmista yhtä nopeasti kuin vanhemmat miehet. Ensin mainitut

toipuvat pornon aiheuttamista erektio-ongelmista 4–5 kuukaudessa, kun taas jälkimmäiset tarvitsevat siihen vain 2 kuukautta. Miten on mahdollista, että tämä onnistuu viisikymppiseltä mieheltä paremmin kuin kaksikymppiseltä? Vastaus on siinä, että vaikka vanhempi mies on harrastanut pornoa pitempään, hän ei aloittanut sitä Internetin sivuilla. Tiedämme, että tämä seikka on avainmuuttuja, koska vanhemmilla miehillä ei ollut seksuaalisia ongelmia, ennen kuin heillä oli käytettävissään nopea Internet-yhteys. Nykyajan teini-ikäiset nuoret sen sijaan aloittavat nopeilla yhteyksillä samaan aikaan, kun heidän aivonsa tuottavat eniten dopamiinia ja aivojen neuroplastisuus on suurimmillaan. He ovat silloin myös altteimpia riippuvuuksille.

On olemassa toinenkin riski. Aikuisikään mennessä teinien useimmin käyttämät aivojärjestelmät vahvistuvat ja vähemmän käytetyt surkastuvat, joten 22 ikävuoteen mennessä nuoren miehen seksuaaliset mieltymykset ovat vahvasti urautuneet hänen aivoihinsa. Tämä voi aiheuttaa paniikkia, jos nuori on siirtynyt vähitellen kovaan pornoon tai sellaiseen pornoon, joka ei enää vastaa hänen seksuaalista suuntautumistaan.

Onneksi aivot ovat plastiset, joten mieltymykset voivat muuttua, kun luopuu pornosta. Tästä kertoo seuraava kommentti: ”Sen jälkeen kun luovuin pornosta, tytöt ovat alkaneet huomata minut. Vai aloinko vain itse huomata, että he huomaavat minut?” Sen jälkeen kun pornosta luovutaan ja normaali tunneherkkyys palautuu, aivot alkavat etsiä sellaista mielihyvää, joita varten ne ovat alun perin kehittyneet. Tällaisia palkitsevia kokemuksia ovat ystävällinen vuorovaikutus ja todellinen kumppanuus.

Lopussa mainittakoon vielä yhden kaverin todistus: ”Itseluottamukseni on korkealla ja minusta tuntuu, että voin puhua kaikille tytöille ja naisille. Olen sama kaveri, jolta meni ylimääräiset kaksi ja puoli vuotta lukion suorittamiseen vitkastelun ja masennuksen takia.”

15.3. Syömishäiriöt

15.3.1. Anoreksia, bulimia ja ortoreksia

Syömishäiriöt ovat vakavia psyykkisiä sairauksia, jotka pahimmillaan johtavat kuolemaan. Perinteisesti syömishäiriöt on jaettu anoreksiaan ja bulimiaan. Anoreksiaa pidetään yleisesti perinnöllisempänä sairautena kuin bulimiaa. Anoreksia on laihuushäiriö, jonka näkyvin piirre on sairaalloinen laihduttaminen. Hoitamattomana sairaus johtaa vakavaan alipainoisuuteen ja

saattaa lopulta aiheuttaa nälkiintymiskuoleman. Useimmat potilaat eivät kuitenkaan laihdu huomattavasti. Tässä tilanteessa tarve laihduttamiseen on useimmiten vakavampi oire kuin jo saavutettu alipaino. Toisaalta kaikki anoreksiaa sairastavat eivät pidä itseään lihavina, kuten yleisesti luullaan. Laihduttamisen keinot vaihtelevat anoreksiatapauksissa laajalti, mutta anoreksiassa syödyn ruoan ja saadun energian määrä on lähes poikkeuksetta merkittävän pieni. Laihtuminen on aluksi hidasta kehon säästöliekin ja mahdollisten kovasta nälästä johtuvien ahmimiskohtausten vuoksi. Kun sairaus pääsee etenemään, sairastuneen keho ja mieli ovat jo karaistuneita, ja laihtumista on huomattavasti vaikeampi pysäyttää. Ennen kaikkea anoreksia on psyykkinen sairaus, eikä sen vakavuus määräydy pelkän painoindeksin tai painonmenetyksen perusteella. On olemassa myös henkilöitä, jotka haluavat sairastaa anoreksiaa ja ylläpitävät sairauttaan tietoisesti. He kutsuvat itseään nimellä ”pro-ana”.

Traumojen ja syömishäiriöiden välistä yhteyttä ei käsittääkseni ole tutkittu yhtä paljon kuin psykoottisen oireilun yhteyttä. Joitakin sellaisia tuloksia on, joissa on huomattu, että syömishäiriöihin sairastuneissa on keskimääräistä enemmän seksuaalisen hyväksikäytön uhreja. Luultavasti taustalla ovat monimutkaiset mekanismit, joissa traumoilla voi hyvinkin olla oma merkityksensä. Varmaa on, että kyse on syvällä olevasta psyykkisestä oireilusta. Ympäristön ja nyky-yhteiskunnan kasaamat liialliset paineet toimivat tonttina, jossa henkilön ylikorostuneet luonteenpiirteet ottavat vallan.

Bulimiassa puolestaan potilaat kärsivät toistuvista, hallitsemattomista ahmimiskohtauksista. Tätä seuraa katumus ja ruoan poisto (tavallisimmin itse aiheutetulla oksentamisella). Lihomisen pelko on tyypillistä. Bulimia on anoreksiaa yleisempi syömishäiriö, johon sairastutaan yleensä aikuisuuden kynnyksellä. Anoreksiaan sen sijaan sairastutaan yleensä jo murrosiässä. Vaikka bulimiakin vaatii hoitoa, siihen ei kuolla yhtä usein anoreksiaan. Yleensä fyysiset komplikaatiot ovat hyvänlaatuisia. Bulimia voi jatkuvan oksentelun seurauksena aiheuttaa pitkäaikaista pahoinvointia, hammasvaivoja, ruokatorven refluksitautia, anemiaa, elimistön dehydraatiota, hyponatremiaa sekä turvotusta poskissa. Eräs vaarallinen bulimiaan mahdollisesti liittyvä fyysinen oire on sydämen rytmihäiriö tai pahimmillaan sydänkohtaus. Tämän saa aikaan elimistön elektrolyyttien ja suolojen epätasapaino, johon toistuva oksentaminen saattaa johtaa. Potilaat valittavat monesti myös ummetuksesta ja vatsan toimintahäiriöistä. Naisilla kuukautiset saattavat jäädä väliin. Koska bulimia johtaa itseinhon tunteisiin ja toisinaan suoranaiseen itsetuhoisuuteen, itsemurhan riski on selkeästi normaalia suurempi.

Nykyään ihmiset kiinnittävät erittäin paljon huomiota painoonsa. Ihannekeho on länsimaissa hoikistunut huomattavasti 1980-luvulta lähtien siitä huolimatta (tai juuri siitä syystä), että ihmisten keskimääräinen paino on samaan aikaan lisääntynyt. Hoikka vartalo yhdistetään myös mielikuviin täydellisestä terveydestä. Samalla kun ihmisille tulee lisää painoa, ihanne karkaa yhä kauemmaksi tavoittamattomiin. Kuilu sen välillä, mitä ihmiset haluaisivat olla ja mitä he todellisuudessa ovat, laajenee. Tämä ero ruokkii vääristynyttä perfektionismia ja itsevihaa, jotka edistävät syömishäiriöiden kehittymistä. Itsetunnon rakenteet hajoavat herkästi. Nuorten, hyvin toimeentulevien naisten lisäksi yhä useammilla keski-ikäisillä naisilla, miehillä, lapsilla ja jopa ikäihmisillä on syömishäiriöiden oireita. Ikäihmisten syömishäiriöistä pitäisikin nopeasti saada lisää tutkimuksia, koska luultavasti ilmiö sekoitetaan suotta vanhusten raihnaisuuteen. Siinä on kuitenkin yleensä kyse tahdottomasta laihtumisesta.

Eräs subkliininen syömishäiriön muoto on ortoreksia, joka tarkoittaa pakonomaista tarvetta syödä terveellisesti ja ”oikein”[283]. Oikeanlainen syöminen ja tarkkuus ruokavalion suhteen vaihtelee paitsi kulttuureittain myös yksilöittäin. Jotkut syövät pelkästään luomuruokia; toiset välttävät kaikkia gluteenia sisältäviä tuotteita tai maitotaloustuotteita tai kaikkia eläinperäisiä tuotteita; jotkut karttavat tiettyjä E- lisäaineita. Jotkut noudattavat hyvinkin epätavallisia periaatteita: he saattavat esimerkiksi syödä vain sellaista ruokaa, jota esihistoriallisten ihmisten voidaan ajatella käyttäneen. Syömistä koskevat säännöt ovat jyrkkiä sen jälkeen, kun ne on määritelty, ja niiden noudattamatta jättämistä seuraa voimakas ahdistus. Häiriössä on tiettyjä pakko-oireisen käyttäytymisen (neuroottisia) piirteitä.

Ortoreksiaan – samoin kuin anoreksiaan – liittyy voimakas tarve kontrolloida asioita perfektionismin, ankaruuden ja ahdistuneisuuden kautta. Ensisijaisena tavoitteena on ihanteellinen terveydentila ja käsiteltyjen elintarvikkeiden haitallisten ainesosien välttäminen. Painonhallinta on toissijaista täydellisen terveyden tavoittelun rinnalla. Usein käy kuitenkin niin, että painonlasku on toinen sairauden vääjäämättömistä seurauksista.

15.3.2. Historiallinen konteksti syömishäiriön kliinisessä hoidossa

Erilaisten oireiden epidemiologia heijastaa sitä aikakautta, jota elämme[284]. Esimerkiksi ahdistus voi nykyään ilmetä syömishäiriöinä, kun aikaisemmin se on saattanut esiintyä hysteriana, neurasteniana tai fyysisinä halvausoireina, jotka eivät liity mitenkään kehon neurologisen järjestelmän

toimintoihin. Lääkärienkin on vaikeaa erottaa tosiasioita uskomuksista, kun nykytietämyksen mukaan se, miten syömme, vaikuttaa valtavasti terveyteemme. Joissakin tapauksissa terveydenhuollon ammattilaiset itse asiassa vahvistavat tiedostamattaan ortoreksista toimintaa.

Parhaimmissakin olosuhteissa syömishäiriö on vaikea sairaus hoidettavaksi. Parhaita tuloksia lienee saatu yhdistelemällä erilaisia psykoterapiamuotoja sekä ravitsemusterapiaa ja käytännön ohjausta. Systeemiset, koko perhettä koskevat interventiot ovat etenkin anoreksian hoidossa välttämättömiä. Alkoholi tai huumeet on mahdollista jättää pois kokonaan, mutta ruokaa ei. Syömishäiriön hoitaminen edellyttää sekä ruokailuun liittyvien tapojen muuttamista että häiriön taustalla piilevien ongelmien käsittelyä. Näitä ovat esimerkiksi ahdistuneisuus ja vääristynyt minäkuva, perfektionismi, sairaalloinen narsismi ja ihanteelliset mielikuvat terveydestä. Viime aikoina on huomattu myös, että syömishäiriöön taipuvaisilla laihoilla on tapana yliarvioida oma vaatekokonsa, mikä voisi viitata siihenkin, että dysmorfinen ruumiinkuvan häiriö saattaa osaltaan liittyä sairauteen.

Yhteiskunnassa, jossa kehonkuvaa koskevat näkemykset ovat erittäin epärealistisia, käsitykset helposti vääristyvät. Ortoreksisten uskomusten tarkoituksena on suojella henkilön terveyttä. On ironista, että täydellisen terveydentilan tavoitteleminen voi johtaa yhä kauemmaksi emotionaalisesta ja fyysisestä hyvinvoinnista. Terveydenhoitohenkilökunnan tehtävä on auttaa asiakkaita hyväksymään oma kehonsa – kaikkine epätäydellisyyksineen.

Loppuviitteet

1 Paakkonen 2012.
2 Teperi & Vuorenkoski 2005.
3 Policies and practices for mental health in Europe.
4 Wahlbeck & Pirkola 2008.
5 Korkeila & Töyry & Kumpulainen & Toivola & Räsänen & Kalimo 2003.
6 Wahlbeck & Pirkola 2008.
7 Hämäläinen ym. 2004; Hämäläinen ym. 2008.
8 Teperi & Vuorenkoski 2005.
9 *Kansanterveys.* 10/1997.
10 Kärkkäinen 2004.
11 Suomen Mielenterveysseura 2007.
12 Ijäs 2003.
13 Sota näkyy meissä yhä. – *Suomen Lääkärilehti* 29.4.
14 Haapasalo 2005; Schulman 2002a; Schulman 2002b; Schulman 2004a; Schulman 2004b.
15 Ijäs 2003.
16 *http://www.dsm5.org/about/pages/faq.aspx.*
17 Cosgrove & Krimsky 2012.
18 Saloheimo 2012.
19 Turunen & Piikivi & Mäkitalo 2004.
20 Vainio 2009.
21 MacDonald 2009.
22 Hokkanen 2006.
23 Lahnakoski & Salmi & Jääskeläinen & Lampinen & Glerean & Tikka & Sams 2012.
24 Koulu & Mervaala & Tuomisto (toim.) 2012.
25 Lehtonen & Castrén 2000.
26 Talvitie & Skoglund 2010.
27 Saraneva 2006.
28 Tienari ym. 2004.
29 Bentall & Wickham & Shevlin & Varese 2012.
30 Schulman 2006.
31 Childs & de Wit 2012.
32 Levin 2005.
33 Partonen 2012.
34 Soisalo 2011.
35 Soisalo 2011.
36 Soisalo 2011.
37 Hari 2009.
38 Kilcommons & Morrison 2005; Gillespie & Nemeroff 2005.
39 Stien & Kendal 2004.
40 Tähkä 1982.
41 McDougall 2000.
42 Laitakari 1989.
43 Riikonen & Mattila 1994: 347; Werbart 1989.
44 Kandel 1998.
45 Huttunen 2008.
46 Koulu & Tuomisto (toim.).
47 Terveysportti.
48 *Kansanterveys.* 1/1999.
49 Jacka ym. 2010.
50 Tolmunen & Ruusunen & Voutilainen & Hintikka 2006.
51 Vartiainen ym. 1993.
52 Valkee.
53 Heikkinen & Pälvimäki 2008.
54 Pyysiäinen 2001.
55 Heino & Lahti & Salonen 1995.
56 Boehnlein 2006.
57 Ungureanu & Sandberg 2010.
58 Walsh 2010.
59 Walsh 2010.
60 Walsh 2010.
61 Walsh 2010.
62 *Psykoterapian konsensuslausuma.*
63 Karlsson 2011.
64 Gabbard 2000; Kandel 1998.
65 Goldapple ym. 2004.
66 Karlsson ym. 2010.
67 Kandel 1998.
68 Lehto ym. 2008.
69 Hirvonen ym. 2010.
70 Svennevig 2003.
71 Saano 1995.
72 Hunter & Cook & Leuchter 2012.
73 Child development and trauma guide.
74 Forsius 2001.
75 Keltikangas-Järvinen 2009.
76 Forsius 2001.
77 Forsius 2001.
78 Forsius 2001.
79 Tunnistatko tähtimerkkisi?
80 Panksepp 2001.
81 Hukkanen 2002.
82 Riikonen & Mattila 1994: 347.
83 Kapiala 2003.
84 Varantola & Huttunen 2005.
85 Kurki 2012: 171.
86 Kurki 2012: 171.
87 *Tautiluokitus ICD-10.*
88 Lönnqvist ym. (toim.) 2011.
89 Boehm & Kubzansky 2012.
90 Matchim & Armer & Stewart 2011.
91 Saari 2002.
92 *Käsikirja mielen terveydestä ja ensiavusta.* Suomen Mielenterveysseura.

[93] Ollikainen 2009.
[94] Laine 2007; McDougall 1986; Cullberg 1991.
[95] UNICEF Suomi.
[96] *Lastensuojelulaki.*
[97] Suomen YK-liitto.
[98] Suomen YK-liitto.
[99] Humppi 2008.
[100] Ellonen & Kivivuori & Kääriäinen 2007; Paavilainen & Flinck 2008; Humppi 2008; Iso-Kungas & Perämäki 2010.
[101] Ellonen & Kivivuori & Kääriäinen 2007; Paavilainen & Flinck 2008; Humppi 2008; Iso-Kungas & Perämäki 2010.
[102] Humppi 2008.
[103] Humppi 2008.
[104] Paavilainen & Flinck 2008; Humppi 2008; Lewin & Herron 2007.
[105] Walker & Holman & Busby 2009; Ellonen & Kivivuori & Kääriäinen 2007; Tell & Pavkov & Hecker & Fontaine 2006.
[106] Ellonen 2007.
[107] Ellonen & Kivivuori & Kääriäinen 2007.
[108] Becker-Weidman 2009.
[109] Ellonen & Kääriäinen & Salmi & Sariola 2008.
[110] Ellonen & Kääriäinen & Salmi & Sariola 2008.
[111] Ellonen & Kääriäinen & Salmi & Sariola 2008.
[112] Ellonen & Kääriäinen & Salmi & Sariola 2008.
[113] Ellonen & Kivivuori & Kääriäinen 2007; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.
[114] Ellonen & Kääriäinen & Salmi & Sariola 2008.
[115] Kääriäinen & Ellonen & Peutere & Sariola 2010.
[116] Kääriäinen & Ellonen & Peutere & Sariola 2010.
[117] Kääriäinen & Ellonen & Peutere & Sariola 2010.
[118] Työ- ja elinkeinotoimisto.
[119] Yle-uutiset.
[120] Työ- ja elinkeinotoimisto.
[121] Lapsen oikeuksien sopimus.
[122] Chung 2009.
[123] UNICEF Suomi; Chung 2009.
[124] *Ulkomaalaislaki,* 52. §; Työ- ja elinkeinotoimisto.
[125] Pirinen 2010.
[126] Thomas 2005.
[127] *Rikoslaki,* 20. luku, §:t 6, 7, 7a, 8, 8 a–c, 9.
[128] Rikoslaki, 17. luku, 18. § ja 19. §.
[129] *Rikoslaki,* 20. luku, §:t 6, 7, 7a, 8, 8 a–c, 9.
[130] Palmer & Stacey 2004.
[131] Pelastakaa Lapset; Laiho 2007; Lampainen 2011.
[132] Laitinen 2007.
[133] Ward & Cambell Harvey 1993; Gardner 1985, 1987, 1998, 2002.
[134] Pirinen 2010; Bass & Davis 1994; Salo & Ståhlberg 2004.
[135] Thomas 2005.
[136] Thomas 2005.
[137] Silberg 2004.
[138] Ellonen & Kivivuori & Kääriäinen 2007.
[139] Humppi & Ellonen 2010.
[140] Humppi & Ellonen 2010.
[141] Paavilainen & Flinck 2008.
[142] Työ- ja elinkeinotoimisto.
[143] Humppi & Ellonen 2010.
[144] Humppi & Ellonen 2010.
[145] Plan Suomi.
[146] Burnett & Jones & Bliwise & Thomson Ross 2006.
[147] Williams & Francis 2010; Levine 2010; DiCaccavo 2006.
[148] Kelley & French & Bountress & Keefe & Schroeder & Steer & Fals-Stewart & Gumieeny 2007.
[149] DiCaccavo 2006.
[150] Hooper & Wallace 2010.
[151] Fitzgerald & Schneider & Salstrom & Zinzow & Jackson & Fossel 2008.
[152] Burnett & Jones & Bliwise & Thomson Ross 2006.
[153] Duryea 2008.
[154] Doucet 2010.
[155] Burnett & Jones & Bliwise & Thomson Ross 2006.
[156] Burnett & Jones & Bliwise & Thomson Ross 2006.
[157] Fitzgerald & Schneider & Salstrom & Zinzow & Jackson & Fossel 2008.
[158] DiCaccavo 2006.
[159] Burnett & Jones & Bliwise & Thomson Ross 2006.
[160] Fitzgerald & Schneider & Salstrom & Zinzow & Jackson & Fossel 2008.
[161] Williams & Francis 2010.
[162] Woolgar & Murray 2010.
[163] Kelley & French & Bountress & Keefe & Schroeder & Steer & Fals-Stewart & Gumieeny 2007.
[164] Kelley & French & Bountress & Keefe & Schroeder & Steer & Fals-Stewart & Gumieeny 2007.
[165] Kelley & French & Bountress & Keefe & Schroeder & Steer & Fals-Stewart & Gumieeny 2007.
[166] Kelley & French & Bountress & Keefe & Schroeder & Steer & Fals-Stewart & Gumieeny 2007.
[167] Peris & Goeke-Morey & Cummings & Emery 2008.
[168] Peris & Goeke-Morey & Cummings & Emery 2008.
[169] Peris & Goeke-Morey & Cummings & Emery 2008.

[170] Byng-Hall 2002.
[171] Byng-Hall 2002.
[172] Burnett & Jones & Bliwise & Thomson Ross 2006.
[173] DiCaccavo 2006.
[174] Byng-Hall 2002.
[175] DiCaccavo 2002.
[176] DiCaccavo 2002.
[177] DiCaccavo 2006.
[178] DiCaccavo 2006.
[179] DiCaccavo 2006.
[180] Hooper & Wallace 2010.
[181] Hooper & Wallace 2010.
[182] Perttu & Kaselitz 2006: 26.
[183] Perttu 2004.
[184] Huttunen 2010; Lauerma 2002.
[185] Thomas 2005.
[186] Lauerma 2002.
[187] Pirinen 2010; Huttunen 2010.
[188] Huttunen 2010.
[189] Huttunen 2010.
[190] Silberg 2004.
[191] Pirinen 2010; Hart & Nijenhuis & Steele 2009.
[192] Bass & Davis 1994.
[193] Pirinen 2010; Hart & Nijenhuis & Steele 2009.
[194] Pirinen 2010; Kuusela & Siltanen 2009.
[195] Luvun 6.1.1 lähteet: Liskola & Lehtonen; Periksi ei anneta – työttömyys kriisinä.
[196] *ScienceDaily* 2010.
[197] Shapiro 1995.
[198] Saari 2006; Dyregrov ym. 2009.
[199] Silberg 2004.
[200] Silberg 2004.
[201] Silberg 2004.
[202] Silberg 2004.
[203] Silberg 2004.
[204] Silberg 2004.
[205] Thomas 2005.
[206] Bretherton & Munholland 1999; Hesse 1999; Solomon & George 1999; Thomas 2005.
[207] Thomas 2005.
[208] Bradshaw & Cook & McDonald 2011.
[209] Bradshaw & Cook & McDonald 2011.
[210] Bradshaw & McDonald & Austin & Grace & Detwiler 2011; Bradshaw & McDonald & Williams ym. 2011.
[211] Bradshaw & Cook & McDonald 2011.
[212] Bradshaw & Cook & McDonald 2011.
[213] Bradshaw & Cook & McDonald 2011.
[214] Bradshaw & Cook & McDonald 2011.
[215] Bradshaw & Cook & McDonald 2011.
[216] Bradshaw & Cook & McDonald 2011.
[217] Bradshaw & Cook & McDonald 2011.
[218] Bradshaw & Cook & McDonald 2011.
[219] Bradshaw & Cook & McDonald 2011.
[220] Hannaford 1997.
[221] *OEI Client Handbook;* Bradshaw & Cook 2008; Sight Psychology.
[222] Bradshaw & Cook & McDonald 2011.
[223] Bradshaw & Cook & McDonald 2011.
[224] Bradshaw & Cook & McDonald 2011.
[225] Bradshaw & Cook & McDonald 2011.
[226] Classen & Cavanaugh & Kaupp & Aggarwal & Palesh & Koopman & Kraemer & Spiegel 2011.
[227] Classen & Cavanaugh & Kaupp & Aggarwal & Palesh & Koopman & Kraemer & Spiegel 2011.
[228] Suokas & Kanerva & Kasari & Laiho & Lius & Pihlaja: Itsemurhavaarassa olevan potilaan arviointi ja hoito Auroran sairaalassa 23.3.2007.
[229] Sokero 2006.
[230] Suokas & Kanerva & Kasari & Laiho & Lius & Pihlaja: Itsemurhavaarassa olevan potilaan arviointi ja hoito Auroran sairaalassa 23.3.2007.
[231] Van Orden & Witte & Cukrowicz & Braithwaite & Selby & Joiner 2010.
[232] Joiner & Van Orden & Witte & Selby & Ribeiro & Lewis & Rudd 2009.
[233] Rudd & Joiner & Rajab 2001.
[234] Suokas & Kanerva & Kasari & Laiho & Lius & Pihlaja: Itsemurhavaarassa olevan potilaan arviointi ja hoito Auroran sairaalassa 23.3.2007.
[235] Suokas & Kanerva & Kasari & Laiho & Lius & Pihlaja: Itsemurhavaarassa olevan potilaan arviointi ja hoito Auroran sairaalassa 23.3.2007.
[236] Soisalo 2011. Alkulähteenä on käytetty Sandra Cushingin ja Susan Boydin laatimia lomakkeita, joiden julkaisija on Alcohol, Drug and Gambling Services, Social and Public Health Services Division, City of Hamilton and Regional Municipality of Hamilton-Wentworth.
[237] Rudd & Joiner & Rajab 2001.
[238] University of Washington Risk Assessment Protocol 2006.
[239] Van Orden & Witte & Gordon & Bender & Joiner 2008.
[240] Everly & Lating & Mitchell 2005.
[241] Van Orden & Witte & Cukrowicz & Braithwaite & Selby & Joiner 2010.
[242] Sheldon & Williams & Joiner 2003.
[243] Mishara & Weisstub 2007.
[244] Rudd & Joiner & Rajab 2001.
[245] Rudd & Joiner & Rajab 2001.
[246] Henriques & Beck & Brown 2003.
[247] Luoma & Martin & Pearson 2002.
[248] Omer & Elitzur 2001.
[249] Cukrowicz & Wingate & Driscoll & Joiner 2004.
[250] Greydanus 2001.

[251] Therapia Fennica: Psykiatriseen sairaalaan lähettäminen. Juha Moring.
[252] Qin & Nordentoft 2005.
[253] Huey & Henggeler & Rowland & Halliday-Boykins & Cunningham & PickreI & Edwards 2004.
[254] Bruchmüller & Margraf & Schneider 2012; Ham 2003.
[255] Bruchmüller & Margraf & Schneider 2012.
[256] Morrow 2012.
[257] Garfield & Dorsey & Zhu Shu & Huskamp & Conti & Dusetzina & Higashi & Perrin & Kornfield & Alexander 2012.
[258] Lehtokoski 2004; Saukkola 2005; Michelsson & Saresma & Valkama & Virtanen 2004; Huoviala 2007.
[259] Huttunen 2011; Käypä hoito.
[260] Huttunen 2011; Käypä hoito.
[261] Soreff 2012.
[262] Lehtokoski 2004; Saukkola 2005; Michelsson & Saresma & Valkama & Virtanen 2004.
[263] Goodman & Lasser & Babcock & Pucci & Solanto 2011; Soreff 2012.
[264] Huttunen 2011.
[265] Bruchmüller & Margraf & Schneider 2012.
[266] Morrow & Garland & Wright & Maclure & Taylor & Dormuth 2012.
[267] Morrow & Garland & Wright & Maclure & Taylor & Dormuth 2012.
[268] Huttunen 2011.
[269] Peters 2009.
[270] Paterno 2010.
[271] Johnston & Mash 2001; Olson 2002; Sandberg 2002; Laucht ym. 2007; Stevens 2008.
[272] Taylor 1999; Johnston & Mash 2001; Sandberg 2002; Barkley 2006; Ostrander & Herman 2006; Chronis ym. 2007; Deault 2010.
[273] Morrow 2012.
[274] Saukkola 2005.
[275] Bruchmüller & Margraf & Schneider 2012.
[276] Van Ameringen 2012.
[277] Kayser 2012.
[278] Koukounas & Over 2000.
[279] Wilson 1989: 41-45.
[280] Meerkerk & Van Den Eijnden & Garretsen 2006.
[281] Johnson & Kenny 2010.
[282] Italian Society of Andrology and Sexual Medicine 2011.
[283] Bratman & Knight 2000.
[284] Shorter 1992.

Lähteet

Achté 1974: *Satakolmekymmentä vuotta psykiatriaa.* Helsinki: Otava. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 4. painos. Arlington: American Psychiatric Publishing ja American Psychiatric Association 2000. S. 83–103.

ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret). Käypä hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologisen yhdistyksen, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä 2012. – *http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50061.*

Barkley 2006: *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment.* 3. painos. New York: The Guilford Press.

Bass & Davis 1994: *Rohkeus parantua. Opas naisille, jotka haluavat selviytyä lapsuudenaikaisesta seksuaalisesta hyväksikäytöstä.* New York: Harper & Row Publishers ja Naisten kulttuuriyhdistys.

Becker-Weidman 2009: Effects of Early Maltreatment on Development: A Descriptive Study Using the Vineland Adaptive Behavior Scales-II. – *Child Welfare* 88 s. 137–161.

Bentall & Wickham & Shevlin & Varese 2012: Do Specific Early-Life Adversities Lead to Specific Symptoms of Psychosis? A Study from the 2007 The Adult Psychiatric Morbidity Survey. – *Schizophrenia Bulletin.* DOI: *10.1093/schbul/sbs049.*

Boehm & Kubzansky 2012: The heart's content: The association between positive psychological well-being and cardiovascular health. – *Psychological Bulletin.*

Boehnlein 2006: Religion and Spirituality in Psychiatric Care: Looking Back, Looking Ahead. – *Transcultural Psychiatry* 43 s. 634–651. – DOI: *10.1177/1363461506070788.*

Bowlby 1973: *Attachment and loss 2. Separation, anxiety and anger.* New York: Basic Books.

Bowlby 1982: *Attachment and loss 1. Attachment.* 2. painos. New York: Basic Books.

Bradshaw & Cook 2008: *Toward Integration: One Eye at a Time – Client Handbook.* Vancouver: SightPsych Seminars.

Bradshaw & Cook & McDonald 2011: Observed & Experiential Integration (OEI): Discovery and Development of a New Set of Trauma Therapy Techniques. – *Journal of Psychotherapy Integration* 21 s. 104–171.

Bradshaw & McDonald & Austin & Grace & Detwiler 2011: *A randomized clinical trial of Observed & Experiential Integration (OEI): A simple, innovative intervention for affect regulation in clients with PTSD.* Julkaistavaksi lähetetty käsikirjoitus.

Bradshaw & McDonald & Williams ym. 2011: *Quantitative and qualitative findings from an 18-month RCT for PTSD following sexual assault in women: Observed & Experiential Integration (OEI) versus Cognitive Processing Therapy-Revised (CPT-R).* Valmisteltavana oleva käsikirjoitus.

Brain Fitness Center. – *http://www.brainfitness.fi.*

Bratman & Knight 2000: *Health Food Junkies: Orthorexia Nervosa – Overcoming the Obsession with Healthful Eating.* New York: Broadway Books.

Bretherton & Munholland 1999: Internal working models in attachment relationships: A construct revisited. – Cassidy & Shaver (toim.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* s. 89–111. New York: Guilford Press.

Bruchmüller & Margraf & Schneider 2012: Is ADHD diagnosed in accord with diagnostic criteria? Overdiagnosis and influence of client gender on diagnosis. – *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 80 s. 128–138. – DOI: *10.1037/a0026582.*

Burnett & Jones & Bliwise & Thomson Ross 2006: Family Unpredictability, Parental Alcoholism, and the Development of Parentification. – *The American Journal of Family Therapy* 34 s. 181–189.

Byng-Hall 2002: Relieving Parentified Children's Burdens in Families with Insecure Attachment Patterns. –*Family Process* 41 s. 375–388.

Child development and trauma guide. – *http://www.dhs.vic.gov.au/__data/assets/pdf_file/0006/586167/child-development-and-trauma-guide-1_intro.pdf.*

Childs & de Wit 2012: Contextual conditioning enhances the psychostimulant and incentive

properties of d-amphetamine in humans. – *Addiction Biology*. – *http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22129527*.

Chronis ym. 2007: Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. – *Developmental Psychology* 43 s. 70–82.

Chung 2009: Cultural perspectives on child trafficking, human rights & social justice: A model for psychologists. – *Counselling Psychology Quarterly* 22 s. 85–96.

Classen & Cavanaugh & Kaupp & Aggarwal & Palesh & Koopman & Kraemer & Spiegel 2011: A Comparison of Trauma-Focused and Present-Focused Group Therapy for Survivors of Childhood Sexual Abuse: A Randomized Controlled Trial. – *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 3 s. 84–93.

Cosgrove & Krimsky 2012: A Comparison of DSM-IV and DSM-5 Panel Members' Financial Associations with Industry: A Pernicious Problem Persists. – *PLOS Medicine* 9 e1001190. DOI: *10.1371/journal.pmed.1001190*.

Cukrowicz & Wingate & Driscoll & Joiner 2004: A Standard of Care for the Assessment of Suicide Risk and Associated Treatment: The Florida State University Psychology Clinic as a Model. – *Journal of Contemporary Psychotherapy* 34 s. 87–100.

Deault 2010: A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). – *Child Psychiatry & Human Development* 41 s. 168–192.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4. painos. Arlington: American Psychiatric Publishing ja American Psychiatric Association 2000. S. 83–103.

DiCaccavo 2002: Investigating Individuals' Motivations to Become Counselling Psychologists: The Influence of Early Caretaking Roles within the Family. – *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 75 s. 463–472.

DiCaccavo 2006: Working with Parentification: Implications for Clients and Counselling Psychologists. –*Psychology and Psychotherapy* 79 s. 469–478.

Doucet 2010: Parentification and Loyalty Conflicts in Children Exposed to Domestic Violence: Contribution of Children's Appraisal of Violence. – *Enfance* 62 s. 201–221.

Duba & Watts 2009: Therapy with Religious Couples. – *Journal of Clinical Psychology: In Session* 65 s. 210–223. – DOI: *10.1002/jclp.20567*.

Duryea 2008: Mothers with Chronic Physical Illness and the Parentification of Their Children. – *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 69 s. 714.

Ellonen & Kivivuori & Kääriäinen 2007: *Lapset ja nuoret väkivallan uhreina. Lapsiin ja nuoriin kohdistuva väkivalta tilastojen ja kyselytutkimusten valossa*. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.

Ellonen & Kääriäinen & Salmi & Sariola 2008: *Lapsiuhritutkimus*. Tampere: Poliisiammattikorkeakoulu ja Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.

Everly & Lating & Mitchell 2005: Innovations in Group Crisis Intervention. – Roberts (toim.), *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment and Research* s. 221–245. 3. painos. New York: Oxford University Press.

Fitzgerald & Schneider & Salstrom & Zinzow & Jackson & Fossel 2008: Child Sexual Abuse, Early Family Risk, and Childhood Parentification: Pathways to Current Psychosocial Adjustment. – *Journal of Family Psychology* 22 s. 320–324.

Forsius 2001: Houruinhoidosta mielenterveystyöhön – katsaus psykiatrian vaiheisiin. Esitelmä Suomalaisilla historiapäivillä Lahden Sibeliustalolla 11.2.

Gabbard 2000: A neurobiologically informed perspective on psychotherapy. – *British Journal of Psychiatry* 177 s. 117–122.

Gardner 1985: Recent trends in divorce and custody litigation. – *Academy Forum* 29 s. 3–7.

Gardner 1987: *The parental alienation syndrome and the differentiation between fabricated and genuine child sex abuse*. Creskill: Creative Therapeutics.

Gardner 1998: *The Parental Alienation Syndrome: A Guide for Mental Health and Legal Professionals*. 2. painos. Cresskill: Creative Therapeutics.

Gardner 2002: Parental alienation syndrome vs. parental alienation: Which diagnosis should evaluators use in child-custody disputes? – *The American Journal of Family Therapy* 30 s. 93–115.

Garfield & Dorsey & Zhu Shu & Huskamp & Conti & Dusetzina & Higashi & Perrin & Kornfield & Alexander 2012: Trends in Attention Deficit Hyperactivity Disorder Ambulatory Diagnosis and Medical Treatment in the United States, 2000–2010. – *Academic Pediatrics* 12 s. 110–116.

Gillespie & Nemeroff 2005: Early life stress and depression. Childhood trauma may lead to neurobiologically unique mood disorders. – *Current Psychiatry Online* 4 – *http://www.currentpsychiatry.com/article_pages.asp?AID=2734&UID=*.

Goldapple ym. 2004: Modulation of cortical-limbic pathways in major depression: treatment-specific effects of cognitive behavior therapy. – *Archives of General Psychiatry* 61 s. 34–41.

Goodman & Lasser & Babcock & Pucci & Solanto 2011: Managing ADHD Across the Lifespan in the Primary Care Setting. – *Postgraduate Medicine* 123.

Greydanus 2001: Treating Self-Harm in Children and Adolescents. – *Psychiatric Times*. – *http://www.psychiatrictimes.com/child-adolescent-psych/content/article/10168/1852801*.

Haapasalo 2005: Periytyykö väkivaltainen käyttäytyminen sosiaalisesti? – *Suomen Lääkärilehti* 45 s. 4611—4615.

Hakola 1995: Psykiatrian kehitys Suomessa. – Lepola & Koponen & Leinonen & Joukamaa & Isohanni & Hakola, *Psykiatria*. Porvoo: WSOY.

Ham 2003: *The Association Between Child Behavior Problems, Parenting Practices, and Sensory Integration Dysfunction*. Tohtorinväitöskirja.

Hannaford 1997: *The dominance factor: How knowing your dominant eye, ear, brain, hand & foot can improve your learning*. Arlington: Great Ocean Publishers.

Hari 2009: The Heart-Brain Connection Begets Cardiovascular Psychiatry and Neurology. – *Cardiovascular Psychiatry and Neurology*. – DOI: *10.1155/2009/546737*.

Hart & Nijenhuis & Steele 2009: *Vainottu mieli – Rakenteellinen dissosiaatio ja kroonisen traumatisoitumisen hoitaminen*. Traumaterapiakeskus.

Heikkinen & Pälvimäki 2008: Neuromodulaatio. – *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 124 s. 2392–2398.

Heino & Lahti & Salonen 1995: *Uskonnon kahdet kasvot. Mielenterveyden tuki vai taakka*. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura.

Heisel ym. 2009. – *Professional Psychology: Research and Practice* 40 s. 156–164.

DOI: *10.1037/a0014731*.

Henriques & Beck & Brown 2003: Cognitive therapy for adolescent and young adult suicide attempters. – *American Behavioral Scientist* 46 s. 1258–1268.

Hesse 1999: The Adult Attachment Interview: Historical and current perspectives. – Cassidy & Shaver (toim.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* s. 395–433. New York: Guilford Press.

Hirvonen ym. 2010: Effects of antidepressant drug treatment and psychotherapy on striatal and thalamic dopamine D2/3 receptors in major depressive disorder studied with [11C]raclopride PET. – *Journal of Psychopharmacology* 9.9.

Hokkanen 2006: Muistin kannalta keskeiset aivojen rakenteet. – Erkinjuntti & Heimonen & Huovinen, *Hyviä päiviä kotona. Muistisairaudet*. Helsinki: WSOY.

Hooper & Wallace 2010: Evaluating the Parentification Questionnaire: Psychometric Properties and Psychopathology Correlates. – *Contemporary Family Therapy* 32 s. 52–68.

Huey & Henggeler & Rowland & Halliday-Boykins & Cunningham & PickreI & Edwards 2004: Multisystemic Therapy Effects on Attempted Suicide by Youths Presenting Psychiatric Emergencies. – *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 43.

Hukkanen 2002: Lastenkoteihin sijoitettujen lasten psykososiaaliset ongelmat. – *Suomen Lääkärilehti* 58 s. 322.

Humppi 2008: *Poliisin tietoon tullut lapsiin ja nuoriin kohdistuva väkivalta*. Tampere: Poliisiammattikorkeakoulu.

Humppi & Ellonen 2010: *Lapsiin kohdistuva väkivalta ja hyväksikäyttö, tapausten tunnistaminen, rikosprosessi ja yhteistyö*. Tampere: Poliisiammattikorkeakoulu.

Hunter & Cook & Leuchter 2012: Does prior antidepressant treatment of major depression impact brain function during current treatment? – *European Neuropsychopharmacology* 26.3. – DOI: *10.1016/j.euroneuro.2012.02.005*.

Huoviala 2007: *Neuropsykiatrinen valmennus. Ohjaustyöhön perustuvan kuntoutusmenetelmän jäsennys*. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopiston sosiaalipolitiikan ja sosiaalipsykologian laitos.

Huttunen 2008: *Lääkkeet mielen hoidossa*. Helsinki: Duodecim.

Huttunen 2010a: Dissosiaatiohäiriö (ajatusten, tunteiden, tekojen ym. erillisyys). – *Lääkärikirja Duodecim* 23.7.

Huttunen 2010b: Konversiohäiriö. – *Lääkärikirja Duodecim* 1.9.

Huttunen 2011: ADHD (Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö). – Lääkärikirja Duodecim. – *http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00353* 10.11.2011.

Hyvönen 2008: *Suomen psykiatrinen hoitojärjestelmä 1990-luvulla historian jatkumon näkökulmasta*. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Ijäs 2003: *Sukupuu. Avain oman elämän ja perheen ymmärtämiseen*. Helsinki: Kirjapaja.

Iso-Kungas & Perämäki 2010: *Lapsen pahoinpitelyepäily*. Opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu.

Italian Society of Andrology and Sexual Medicine 2011 = *Internet porn is killing young men's sexual performance*. Tutkimus. Italian Society of Andrology and Sexual Medicine 2011.

Jacka ym. 2010: Association of Western and Traditional Diets With Depression and Anxiety in Women. – *American Journal of Psychiatry* 167 s. 305–311. – *http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=102141*.

Johnson & Kenny 2010: Dopamine D2 receptors in addiction-like reward dysfunction and compulsive eating in obese rats. – *Nature Neuroscience* 13 s. 635–641.

Johnston & Mash 2001: Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. – *Clinical Child and Family Psychology Review* 4 s. 183–207.

Joiner & Van Orden & Witte & Selby & Ribeiro & Lewis & Rudd 2009: Main predictions of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: empirical tests in two samples of young adults. – *Journal of Abnormal Psychology* 118 s. 634–646.

Jurkovic 1997: *Lost Childhoods: The Plight of the Parentified Child*. New York: Brunner/Mazel.

Jurkovic & Thirkield 1998: *Parentification Questionnaire*. Saatavana kirjoittajalta: G. J. Jurkovic, Department of Psychology, Georgia State University, University Plaza, Atlanta, GA 30303.

Kalakoski 2007: *Muistikirja*. Helsinki: Edita.

Kandel 1998: A new intellectual framework for psychiatry. – *American Journal of Psychiatry* 155 s. 457–469.

Kansanterveys. 10/1997.

Kansanterveys. 1/1999.

Kapiala 2003: *Voiko mielenterveyden häiriöitä ymmärtää ja nimetä? Psykiatria ja sen diagnoosinimekkeet*. Vaasa: Universitas Wasaensis.

Karlsson 2011: How Psychotherapy Changes the Brain. Understanding the Mechanisms. – *Psychiatric Times* 28 – *http://www.psychiatrictimes.com/display/article/10168/1926705*.

Karlsson ym. 2010: Research letter: psychotherapy increases brain serotonin 5-HT1A receptors in patients with major depressive disorder. – *Psychological Medicine* 40 s. 523–528.

Kayser 2012: Prevalence of ADHD and Comorbid Psychiatric Disorders in a Veterans Administration Outpatient Clinic. Esitelmä American Psychological Associationin konferenssissa 5.5.

Kelley & French & Bountress & Keefe & Schroeder & Steer & Fals-Stewart & Gumieeny 2007: Parentification and Family Responsibility in the Family of Origin of Adult Children of Alcoholics. – *Addictive Behaviors* 32 s. 675–685.

Keltikangas-Järvinen 2009: *Temperamentti – ihmisen yksilöllisyys*. Helsinki: WSOY.

Kilcommons & Morrison 2005: Relationships between trauma and psychosis. – *Acta Psychiatrica Scandinavica* 112 s. 351–359.

Korkeila & Töyry & Kumpulainen & Toivola & Räsänen & Kalimo 2003: Burnout and self-percieved health among Finnish psychiatrists: a national survey. – *Scandinavian Journal of Public Health* 31 s. 85–91.

Koukounas & Over 2000: Changes in the magnitude of the eyeblink startle response during habituation of sexual arousal. – *Behaviour Research and Therapy* 38 s. 573–584.

Koulu & Mervaala & Tuomisto (toim.) 2012: *Farmakologia ja toksikologia*. 8., uudistettu painos. Kuopio: Medicina.

Koulu & Tuomisto (toim.) 2007: *Farmakologia ja toksikologia*. 7., uudistettu painos. Kuopio: Medicina.

Kurki 2012: Ruohonjuuritason lacanilaista psykodiagnostiikkaa. – *Psykoterapia* 31 s. 171.

Kuusela & Siltanen 2009: Traumaperäinen häiriö. – Kähkönen & Karila & Holmberg (toim.), *Kognitiivinen psykoterapia* s. 494–509. Helsinki: Duodecim.

Kärkkäinen 2004: *Koulutuksen ja lapsi-vanhempisuhteen yhteys elämässä selviytymiseen. Sosiaalinen perimä ja koulutuskulttuurisen pääoman periytyminen sukupolvesta toiseen*. Helsinki: Helsingin

yliopisto.

Käypä hoito. – *http://www.kaypahoito.fi*.

Kääriäinen & Ellonen & Peutere & Sariola 2010: Lapset ja nuoret väkivallan uhreina: maahanmuuttajien ja kantasuomalaisten vertailua. – *Yhteiskuntapolitiikka* 75 s. 159–174.

Lahnakoski & Salmi & Jääskeläinen & Lampinen & Glerean & Tikka & Sams 2012: Stimulus-Related Independent Component and Voxel-Wise Analysis of Human Brain Activity during Free Viewing of a Feature Film – *PLoS ONE* 7 e35215. – DOI: *10.1371/journal.pone.0035215*.

Laiho 2007: Lasten seksuaalinen on-line hyväksikäyttö. – Laiho (toim.), *Lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö ja uudet viestintäteknologiat. Moniammatillinen yhteistyö* s. 27–32. Helsinki: Pelastakaa Lapset.

Laitakari 1989: *Lääketieteen ja vaihtoehtolääkinnän rajat ja mahdollisuudet terveydenhuollossa*. Seminaariraportti. Helsinki: Lääkintöhallitus ja Valtion painatuskeskus.

Laitinen 2007: Lapsen houkuttelu. – Laiho (toim.), *Lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö ja uudet viestintäteknologiat. Moniammatillinen yhteistyö* s. 33–37. Helsinki: Pelastakaa Lapset.

Laki lapsen huollosta. 1983.

Lampainen 2011: *Grooming internetissä ja lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö*. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopiston yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos.

Lapsen oikeuksien sopimus. – *http://www.unicef.fi/lapsen_oikeuksien_sopimus*.

Lastensuojelulaki. 2007.

Laucht ym. 2007: Interacting effects of the dopamine transporter gene and psychosocial adversity on attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms among 15-year-olds from a high-risk community sample. – *Archives of General Psychiatry* 64 s. 585–590.

Lauerma 2002: Dissosiaatiohäiriöt ja niiden hoito. – *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 118 s. 2199–2205.

Lehto ym. 2008: Changes in midbrain serotonin transporter availability in atypically depressed subjects after one year of psychotherapy. – *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 32 s. 229–237.

Lehtokoski 2004: *Aikuisen ADHD ja aivojen arvoitus*. Helsinki: Tammi.

Lehtonen & Castrén 2000: Psykiatrian muuttuva viitekehys neurobiologian aikakaudella. – *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 116 s. 1962–1968.

Levin 2005: Neuropsykoanalyysi kliinisessä potilastyössä. Taustaa ja teknisiä tarkasteluja. – *Psykoterapia* 24 s. 154–167.

Levine 2010: Parentification and Adult Psychosocial Life Distress. – *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 70 s. 5427.

Lewin & Herron 2007: Signs, Symptoms and Risk Factors: Health Visitors' Perspectives of Child Neglect. – *Child Abuse Review* 16 s. 93–107.

Liskola & Lehtonen: *Periksi ei anneta*. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura.

Lönnqvist ym. (toim.) 2011: *Psykiatria*. 9., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Maahanmuuttaja- ja turvapaikanhakijalasten katoamiset. Opas viranomaisten yhteistyöstä lasten katoamisissa ja niihin liittyvissä ilmiöissä. – http://www.mol.fi/mol/fi/99_pdf/fi/06_tyoministerio/06_julkaisut/07_julkaisu/thj370.pdf.

MacDonald 2009: *Aivot. Käyttäjän käsikirja*. Jyväskylä: Docendo.

Matchim & Armer & Stewart 2011: Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on Health Among Breast Cancer Survivors. – *Western Journal of Nursing Research* 33 s. 996–1016.

McDougall 2000: *Ruumiin näyttämöt. Psykoanalyyttinen näkökulma psykosomaattiseen sairastamiseen*. Helsinki: Therapeia-säätiö.

Meerkerk & Van Den Eijnden & Garretsen 2006: Predicting compulsive internet use: it is all about sex! – *CyberPsychology & Behavior* 9 s. 95–103.

Michelsson & Saresma & Valkama & Virtanen 2004: *MBD ja ADHD diagnosointi, kuntoutus ja sopeutuminen*. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Mishara & Weisstub 2007: Ethical, legal, and practical issues in the control and regulation of suicide promotion and assistance over the Internet. – *Suicide and Life-Threatening Behavior* 37 s. 58–65.

Morrow & Garland & Wright & Maclure & Taylor & Dormuth 2012: Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children – *Canadian Medical Association Journal* 5.3. – DOI: *10.1503/cmaj.111619*.

OEI Client Handbook.

Olson 2002: Developmental perspectives. – Sandberg (toim.), *Hyperactivity and attention disorders of childhood*. 2. painos. Cambridge: University Press.

Omer & Elitzur 2001: What would you say to the person on the roof? A suicide prevention text. – *Suicide and Life-Threatening Behavior* 31 s. 129–139.

Ostrander & Herman 2006: Potential cognitive, parenting, and developmental mediators of the relationship between ADHD and depression. – *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74 s. 89–98.

Paakkonen 2012: *Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujärjestelmä vaikeahoitoisuuden näkökulmasta*. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.

Paavilainen & Flinck 2008: Lasten kaltoinkohtelun tunnistaminen ja siihen puuttuminen. Hoitotyön suositus. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö. – *http://www.hotus.fi/system/files/Lasten_kaltoinkohtelun_tunnistaminen.pdf.*

Palmer & Stacey 2004: *Just One Click – Sexual Abuse of Children and Young People through the Internet and Mobile Phone Technology*. Barnardo`s.

Panksepp 2001: The Long-Term Psychobiological Consequences of Infant Emotions: Prescriptions for the Twenty-First Century. – *Neuro-Psychoanalysis* 3.

Partonen 2012: Rakastumisen kemiaa. Artikkeli Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen internetsivuilla. Päivitetty 12.6. – *http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/kesaterveys/rakastumisen_kemiaa.*

Paterno 2010: Desperately Seeking Parents: Why Your Child Needs a Parent in Charge and How to Become One. – *WestBowPress* 20.1.

Pelastakaa Lapset. – *http://www.pelastakaalapset.fi.*

Periksi ei anneta – työttömyys kriisinä. – *http://www.introspekt.fi/artikkelit/periksi-ei-anneta-tyottomyys-kriisina.*

Peris & Goeke-Morey & Cummings & Emery 2008: Marital Conflict and Support Seeking by Parents in Adolescence: Empirical Support for the Parentification Construct. – *Journal of Family Psychology* 22 s. 633–642.

Perttu 2004: *Naisiin kohdistuva parisuhdeväkivalta ja sen seulonta äitiys- ja lastenneuvolassa*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. – *http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3609.pdf.*

Perttu & Kaselitz 2006: *Parisuhdeväkivalta puheeksi – opas terveydenhuollon ammattihenkilöstölle äitiyshuollossa ja lasten terveyspalveluissa*. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Peters 2009: ADHD & ODD: Confronting the Challenges of Disruptive Behavior. – *Psychiatric Times* 9.12. – *http://www.psychiatrictimes.com/adhd/content/article/10162/1452117?pageNumber=1.*

Pirinen 2010: *Dissosiaatio oireena lapsen seksuaalisen hyväksikäytön uhreilla*. Kehittämistehtävä psykoterapiataitojen perusopinnoissa.

Plan Suomi. – *http://www.plan.fi.*

Policies and practices for mental health in Europe. WHO 2008.

Psykoterapian konsensuslausuma. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia 2008.

Pyysiäinen 2001: Uskonto istuu mieleen. – *Tiede* 7. – *http://www.tiede.fi/artikkeli/267/uskonto_istuu_mieleen.*

Qin & Nordentoft 2005: Suicide Risk in Relation to Psychiatric Hospitalization: Evidence Based on Longitudinal Registers. – *Archives of General Psychiatry* 62 s. 427–432.

Riikola ym. 2012: ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret). Käyvän hoidon potilasversiot 26.1.2012. – *http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/khp00071.*

Riikonen & Mattila 1994: Ovatko psykiatriset ongelmakäsitykset ja -luokitukset masentavia? – *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 110 s. 347.

Rikoslaki.

Rudd & Joiner & Rajab 2001: *Treating suicidal behavior. An effective, time-limited approach*. New York: Guilford.

Saano 1995: Lääketieteen vaihtoehdot. – *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 111 s. 78.

Salminen 2011: Psykiatrian historia Suomessa. Luento 23.3.

Salo & Ståhlberg 2004: Lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö. – Soderholm & Halila & Kivitie-Kallio & Mertsola & Niemi (toim.), *Lapsen kaltoinkohtelu*. Helsinki: Duodecim.

Saloheimo 2012: Psykiatrisen diagnostiikan sidonnaisuudet. – *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 128 s. 1223.

Sandberg 2002: Pychosocial contributions. – Sandberg S (toim.), *Hyperactivity and attention disorders of childhood*. 2. painos. Cambridge: University Press.

Saraneva 2006: Freud eilen ja tänään. – *Psykoanalyysin isät ja äidit. Teoreettisia näkökulmia* s. 15–90. Helsinki: Therapeia-säätiö.

Sariola 1998: *Lapsiuhritutkimus 1988*. Helsinki: Lastensuojelun keskusliitto.

Saukkola 2005: AD/HD-valmennus. – Saukkola (toim.), *AD/HD-aikuisen kuntoutusopas*. Helsinki: ADHD-liitto.

Schulman 2002a: Sietämättömän kestämisestä eheytymiseen. Objektin sisällyttämiskyky ja trauman integrointi. – Haaramo & Palonen (toim.), *Trauman monet kasvot. Psyykkinen trauma sisäisenä kokemuksena*. Helsinki: Therapeia-säätiö.

Schulman 2002b: Narsistisesti vaikea potilas. – Lindqvist ym. (toim.), *Näkemisestä näkemiseen. Pirkko Siltalan juhlakirja* s. 123–151. Helsinki: Therapeia-säätiö.

Schulman 2004a: Väkivalta ja sietämättömien tunteiden kierrätys. – *Suomen Lääkärilehti* 59 s. 149–155.

Schulman 2004b: Narsistisen häiriön hoito. – *Suomen Lääkärilehti* 59 s. 2013–2015.

Schulman 2006: Aiheutuvatko psykoosit sittenkin useammin lapsuuden traumoista kuin geeneistä? – *Psykoterapia* 25 s. 83–97.

ScienceDaily 2010 = Family acceptance of lesbian, gay, bisexual and transgender youth protects against depression, substance abuse, suicide, study suggests. – *ScienceDaily* 6.12.2010 – *http://www.sciencedaily.com/releases/2010/12/101206093701.htm*.

Sheldon & Williams & Joiner 2003: *Self-determination theory in the clinic: Motivating physical and mental health*. New Haven: Yale University Press.

Shorter 1992: *From Paralysis to Fatigue: A History of Psychosomatic Illness in the Modern Era*. New York: The Free Press.

Sight Psychology. – *http://www.sightpsychology.com*.

Silberg 2004: The Treatment of Dissociation in Sexually Abused Children from a Family Attachment Perspective. – *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 41 s. 487–495.

Soisalo 2011: *Väkivallan preventio sosiaali- ja terveysalalla*. Helsinki: Suomen Psykologinen Instituuttiyhdistys.

Sokero 2006: *Suicidal Ideation and Attempts Among Psychiatric Patients with Major Depressive Disorder*. Helsinki: Kansanterveyslaitos.

Solomon & George 1999: The measurement of attachment security in infancy and childhood. – Cassidy & Shaver (toim.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* s. 287–316. New York: Guilford Press.

Soreff 2012: Psychiatric Manifestations of Attention Deficit Hyperactivity Disorder – *Mesdcape* 5.1. *http://emedicine.medscape.com/article/289350-overview*.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010 = Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 315/2010. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Stevens ym. 2008: Inattention/overactivity following early severe institutional deprivation: presentation and associations in early adolescence. – *Journal of Abnormal Child Psychology* 36 s. 385–398.

Stien & Kendal 2004: *Psychological Trauma and the Developing Brain. Neurologically Based Interventions for Troubled Children*. New York: The Haworth Maltreatment and Trauma Press.

Suokas-Cunliffe & Van Der Hart 2006: Dissosiaatiohäiriö – varhaisen, jatkuvan traumatisoitumisen pitkäaikaisseuraamus. – *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 122 s. 2001–2007.

Suomen Mielenterveysseura 2007 = *Sosiaalinen perimä. Ylisukupolviset kohtalot tutkimuskirjallisuuden valossa*. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura 2007.

Suomen YK-liitto. – *http://www.ykliitto.fi*.

Svennevig 2003: *Hyvän olon hoidot. Kosketukseen perustuvien hoitojen käyttö hyvinvoinnin ja itseymmärryksen lisäämisen välineenä*. Tampere: Tampere University Press.

Talvitie & Skoglund 2010: Selittääkö biologinen psykiatria oireet tieteellisemmin kuin psykologinen? – *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 126 s. 49–54.

Tautiluokitus ICD-10. 3. painos. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011. – *http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/15c30d65-2b96-41d7-aca8-1a05aa8a0a19*.

Taylor 1999: Developmental neuropsychopathology of attention deficit and impulsiveness. – *Development and Psychopathology* 11 s. 607–628.

Tell & Pavkov & Hecker & Fontaine 2006: Adult Survivors of Child Abuse: An Application of John Gottman's Sound Marital House Theory. – *Contemporary Family Therapy* 28 s. 225–238.

Teperi & Vuorenkoski 2005: Terveys ja terveydenhuolto Suomessa toisen maailmansodan jälkeen. *http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00005&p_haku=Terveys%20ja%20terveydenhuolto%20Suomessa*.

Terveysportti. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. – *http://www.terveysportti.fi*.

Thomas 2005: Dissosiation and Internal Models of Protection: Psychotherapy with Child Abuse Survivors. – *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 42 s. 20–36.

Tienari ym. 2004: Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder: long term follow up study in Finnish adoptees. – *British Journal of Psychiatry* 27 s. 33—44.

Tolmunen & Ruusunen & Voutilainen & Hintikka 2006: Ravinto ja mielialahäiriöt. – *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 122 s. 791–798.

Tunnistatko tähtimerkkisi? – *http://www.kotinet.com/hankultala/horoskoo.htm*.

Turunen & Piikivi & Mäkitalo 2004: Sosiosomatiikka – katsaus. – *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 120 s. 2063–2071.

Työ- ja elinkeinotoimisto. – *http://www.mol.fi*.

Tähkä 1982: *Psykoterapian perusteet psykoanalyyttisen teorian pohjalta*. Porvoo: WSOY.

Ulkomaalaislaki.

Ungureanu & Sandberg 2010: "Broken Together": Spirituality and Religion as Coping Strategies for Couples Dealing with the Death of a Child: A literature Review with Clinical Implications. – *Contemporary Family Therapy* 32 s. 302–319. DOI: *10.1007/s10591-010-9120-8*.

UNICEF Suomi. – *http://www.unicef.fi*.

University of Washington Risk Assessment Protocol 2006.

Vainio 2009: Biopsykososiaalinen viitekehys. Terveyskirjasto.

Valkee. – *http://www.valkee.com*.

Van Ameringen 2012: Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Anxiety Disorders: Prevalence in a Clinical Sample. Esitelmä American Psychological Associationin konferenssissa 5.5.

Van Orden & Witte & Cukrowicz & Braithwaite & Selby & Joiner 2010: The interpersonal theory of suicide. – *Psychological Review* 117 s. 575–600.

Van Orden & Witte & Gordon & Bender & Joiner 2008: Suicidal desire and the capability for suicide: tests of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior among adults. – *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 76 s. 72–83.

Varantola & Huttunen 2005: Ulla Kapialan väitöskirjan arvio. – *Virittäjä* 3.

Vartiainen ym. 1993: Vaihtoehtoisten hoitomuotojen käyttö Suomessa 1992. – Koskela ym.,*Vaihtoehtolääkintä Suomessa 1982–92* s. 13–39. Helsinki : Sosiaali- ja terveysministeriö.

Wahlbeck & Pirkola 2008: *Onko jo aika sulkea psykiatriset sairaalat? Muutosten ja vaihtoehtojen arviointi*. Merttuhanke. Stakesin raportteja.

Walker & Holman & Busby 2009: Childhood Sexual Abuse, Other Childhood Factors, and Pathways to Survivors' Adult Relationship Quality. – *Journal of Family Violence* 24 s. 397–406.

Walsh 2010: Spiritual Diversity: Multifaith Perspectives in Family Therapy. – *Family Process* 49 s. 330–348.

Ward & Campbell Harvey 1993: Family Wars: The Alienation of Children. – *New Hampshire Bar Journal* 34.

Werbart 1989: Psychotherapy research between process and effect: the need of new methodological approaches. – *Acta Psychiatrica Scandinavica* 79 s. 511–522.

Williams & Francis 2010: Parentification and Psychological Adjustment: Locus of Control as a Moderating Variable. – *Contemporary Family Therapy* 32 s. 231–237.

Wilson 1989: *The great sex divide: A study of male-female differences*. Lontoo: Peter Owen.

Woolgar & Murray 2010: The Representation of Fathers by Children of Depressed Mothers: Refining the Meaning of Parentification in High-Risk Samples. – *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 51 s. 621–629.

Yle. – *http://yle.fi*.

Yle-uutiset. Kotimaa. – *http://yle.fi/uutiset/kotimaa*.

Yoshimoto & Ghorbani & Baer & Cheng & Banthia & Malcarne & Sadler & Ko & Greenbergs & Varni 2006. – *European Journal of Cancer Care* 15 s. 481–488. – DOI: *10.1111/j.1365-2354.2006.00700.x*.