

TAMPEREEN AVOIN YLIOPISTO

Jouni Vilkkä

Mielenterveys ja sen häiriöt

Luentoossee

67462

Elina Vierikko: PSYP5 Terveyden ja mielenterveyden psykologia I

Tampereen avoin yliopisto, lukuvuosi 2014–15

Luentoossee

Syyslukukausi 2015

2015-10-30

Sisällys

1. Mielenterveys ja sen määrittely	1
2. Mielenterveyden häiriöt	2
3. Persoonallisuushäiriöt	5
4. Psykoterapia	6
5. Resilienssi	7
6. Mielenterveyden edistäminen, ylläpitäminen ja häiriöiden ehkäisy	8

1. Mielenterveys ja sen määrittely

WHO:n määritelmän mukaan mielenterveys on fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, ei vain sairauden puuttumista. Käsite on ilmiselvästi sidoksissa kulttuuriin ja moniin muihinkin asioihin. Se on kuitenkin myös subjektiivinen kokemus, sillä mielenterveytensä joutuu ihminen määrittelemään itse, esimerkiksi täyttäessään terveystarkastuslomakkeita. Esimerkiksi omassa nuoruudessani masennus vasta alettiin suuren yleisön keskuudessa nähdä sairautena ja itsenikin on usein vaikea pitää kokemaani ahdistusta tai masennusta edes mielenterveyden häiriönä, sairauksista puhumattakaan (jotkut pitävät niiden määrittelyä sairauksiksi vain haitallisena medikalisaation ilmentymänä).

Se, mitä itse pidän normaalina suhtautumisena todellisuuteen, voi kuitenkin mielenterveysammattilaisen näkökulmasta olla sairaus, ainakin jos meillä on todellisuudesta erilainen käsitys. Mielenterveyden kriteerinä nimittäin pidetään pitkälti todellisuudentajua. Vähän aikaa sitten eräs teologi toikin esiin tähän liittyvän ongelman: uskonnollisuus vaatii aivan erilaista todellisuuskäsitystä kuin minkä tiede on rakentanut. Kuitenkaan uskonnollisia ihmisiä ei pidetä yleensä hulluina -- lähinnä kai siksi, että heitä on niin paljon. Jos kuitenkin maailmassa olisi vain yksi katolilainen, joka väittäisi leipäpalan ja viinilasillisen olevan todellisuudessa jonkun lihaa ja verta, häntä epäilemättä pidettäisiin hulluna. Viime kädessä ihmisen käytöksen hyväksyttävyys tai tuomittavuus, normaali tai epänormaali käytös ratkaisee muiden suhtautumisen: esimerkin yksinäiselle katolilaisellekin ehkä naureskeltaisiin, mutta muilta seuraamuksilta hän varmaan välttyisi, jos ei olisi itselleen tai muille vaaraksi. Oikeudessa joudutaankin välillä päättämään, onko syytetty syyntakeinen vaiko osittain tai kokonaan syyntakeeton jonkin mielenterveyden ongelman perusteella. Yksilön itsensä kannalta oleellista on, aiheutuuko hänen omalle elämälleen, esimerkiksi sosiaalisille suhteille tai työssäjaksamiselle, merkittäviä, pitkäaikaisia ongelmia mielenterveyden heikkenemisestä.

Mielenterveyden häiriöt (etenkin masennus) ovat hyvin yleisiä (ja nykyään aiempaa herkemmin diagnosoituja): Suomessakin joka viides kärsii parhaillaan jostain mielenterveyden häiriöstä. Koska koettu terveys heikkenee iän myötä, Suomen vanhenevan väestörakenteen perusteella voi olettaa

sairastavuuden vain kasvavan. Vanhukset ikävä kyllä hakeutuvat oireistaan huolimatta harvoin hoitoon.

2. Mielenterveyden häiriöt

Mielenterveyden häiriöiden syitä on selitetty neljällä mallityypillä:

1. Psykososiaaliset selitysmallit painottavat varhaisten kokemusten ja sosiaalisen vuorovaikutuksen merkitystä. Näihin malleihin kuuluvat psykodynaamiset, behavioristiset, kognitiiviset, humanistiset ja interpersoonalliset mallit.
2. Sosiokulttuuralliset selitysmallit korostavat ympäristön merkitystä ongelmien synnyssä ja ymmärtävät persoonallisuuden ja mielenterveyden heijastavan ympäröivää yhteiskuntaa, eivätkä mielenterveysongelmat siis ole niinkään yksilön vaan laajemman yhteiskunnan ongelmia.
3. Biolääketieteelliset selitysmallit vetoavat aivojen rakenteellisiin tai toiminnallisiin poikkeavuuksiin ja esittävät ongelmien hoitoa lääkkeillä. Tämä näkemys hallitsee nykyään psykiatria.
4. Integroivat mallit pitävät mahdottomana esittää kaikkiin mielenterveysongelmiin yleispätevää selitystä ja vaativat sen sijaan järkevästi ilmiöiden tarkastelua monesta näkökulmasta.

Riski kärsiä aikuisena mielenterveyshäiriöistä kasvaa, jos on lapsena ollut edes fyysisesti merkittävästi sairas ja vielä enemmän, jos on ollut psyykkisesti sairas. Näiden yhdistelmä altistaa tietysti vielä suuremmalle riskille. Mitä pidempikestoisia lapsuuden ja nuoruuden mielenterveyshäiriöt ovat, sitä enemmän siitä on haittaa esimerkiksi kehitykselle ja oppimiselle ja sitä todennäköisemmin ne toistuvat. Usein häiriöitä esiintyy vielä useampia yhtä aikaa. Koska lasten ja nuorten mielenterveyshäiriöt liittyvät aikuisia enemmän heidän vuorovaikutukseensa ympäristönsä kanssa, joten oireita ei voida arvioida siitä irrallaan: perheen tilanne ja vaikkapa koulu on otettava huomioon. Perheen tuki on myös välttämätön hoidon kannalta.

Ainakin joka viides tai jopa neljäs aikuisista kokee olevansa stressaantunut, eli *stressi* on yleisin mielenterveysongelma. Stressi on vähäisissä määrissä normaalia, mutta vahvana ja pitkään jatkuneena se voi olla erittäin haitallista. Se voi aiheuttaa paitsi psyykkisiä oireita, kuten ahdistuneisuutta, unihäiriöitä, masennusta, huolestuneisuutta, kärsimättömyyttä, levottomuutta ja jännittyneisyyttä, myös fyysisiä oireita, kuten päänsärkyä, huimausta, ihon punotusta, vatsavaivoja, ripulia, pahoinvointia ja ylipäättään somaattisten oireiden vaikeutumista. On selvää, että tällaiset oireet voivat työnteon lisäksi hankaloittaa ihmissuhteiden ylläpitoa.

Traumat voivat aiheuttaa häiritseviä reaktioita nopeastikin, esimerkiksi välittömästi väkivaltatilanteessa. Tosin myös vakava sairaus voi aiheuttaa sellaista kuolemanvaaran ollessa läsnä pidemmän aikaa. Traumat jaetaan kahteen tyyppiin: I tyypin traumalla tarkoitetaan yksittäisen tapahtuman aiheuttamaa traumaperäistä stressihäiriötä (kuten satunnaisen väkivallan kohteeksi joutuminen), kun taas II tyypin trauman aiheuttaa vasta toistuva tekijä (kuten perheväkivalta, koulukiusaaminen tai vastaava).

Trauma voi aiheuttaa *akuutin stressireaktion*, joka ilmenee vähintään parin päivän ajan esimerkiksi dissosiatiiivisina oireina, kuten turtumus, unenomainen olo, tunnereaktioiden puuttuminen, vähentynyt tietoisuus ympäristöstä tai itsensä tai ympäristön kokeminen vieraana, tai kyvyttömyys muistaa jotain traumaan keskeisesti liittyvää asiaa (black out) tai sitten hyvin tarkkakin "supermuisti" joidenkin yksityiskohtien osalta. Näiden oireiden tarkoitus on torjua tietoisuudesta ahdistavat mielikuvat. Omasta kokemuksestani inhottavinta traumassa on sen toistuva nouseminen mieleen unina ja muistikuvina, jotka häiritsevät keskittymistä. Jotkut tuntevat elävänsä tapahtumat yhä uudelleen. Unettomuus, ahdistuneisuus ja yleinen varuillaan olo ovat myös trauman yleisiä oireita. Jos oireet kestävät yli kuukauden, puhutaan jo traumaperäisestä stressireaktiosta, josta lisää hieman myöhemmin.

Traumaattinen kokemus käsitellään neljässä vaiheessa:

1. Psykykinen sokki, jonka kesto vaihtelee muutamasta minuutista vuorokauteen. Sokki suojaa ihmistä sellaiselta tiedolta, jota hän ei vielä pysty ottamaan vastaan.
2. Reaktiovaihe, jonka tarkoitus on tehdä ihminen tietoiseksi tapahtuneesta. Tapahtuu yleensä vasta, kun tilanne on ohi ja uhri kokee olevansa turvassa. Usein hän kokee voimakkaita

tunteita purskahduksina, itsesyytöksiä, vihaa, itkukohtauksia, somaattisia oireita. Tämä vaihe voi kestää päiviä, jopa pari viikkoa.

3. Työstämis- ja käsittelyvaihe voi kestää viikoista vuosiin. Vaiheen merkitys on auttaa ihmistä luopumaan aiemmasta elämästään ja kokemaan omaksi elämäkseen uuden tilanteen. Surun ja muiden tapahtumasta aiheutuneiden tunteiden työstäminen voi aiheuttaa sulkeutumisen omiin ajatuksiinsa ja tunteisiinsa, eikä uhri halua keskustella niistä muiden kanssa. Mieli kuormittuu, mikä näkyy kaikkea muuta kognitiivista toimintaa, aiheuttaen muistihäiriöitä. Voi myös seurata ärtyneisyyttä, kärsimättömyyttä ja joustamattomuutta ja näistä ongelmia ihmissuhteisiin. Pienikin ärsyke voi myös palauttaa traumaattisen tapahtuman mieleen ja näin laukaista oireita. Tämän takia sosiaalisessa mediassa käytetäänkin enenevässä määrin “trigger varoituksia” (trigger warning, TW) traumoja potentiaalisesti laukaisevista asioista keskusteltaessa).
4. Uudelleen orientoitumisen vaihe on aiemman, onnistuneen käsittelyn lopputulos. On onnistuttu suuntautumaan tulevaisuuteen uudelleen. Etenemisestä trauman käsittelyssä kertoo se, kuinka usein traumaattinen kokemus palautuu mieleen ja se, pystyykö suunnittelemaan elämäänsä pidemmälle tulevaisuuteen.

Trauman käsittelyprosessi voi helposti häiriintyä ja pysähtyä mihin tahansa vaiheeseen, jopa sokkiin. Tästä voi seurata *traumaperäinen stressireaktio*, eli pitkittynyt häiriö. Se voi kestää kuukausia tai vuosia ja altistaa muille häiriöille, kuten masennukselle ja alkoholiongelmille. Puolella potilaista oireet lievenevät itsestään kuukausissa ja häviävät parissa vuodessa, mutta joillakin ne voivat kestää vuosia. Traumasta voi myös seurata tätä lievempi, mutta silti häiritsevä *sopeutumishäiriö*, joka kestää korkeintaan puoli vuotta. Se ilmenee ahdistus-, masennus- tai käyttäytymisoireina, jotka eivät ole tavallista menetyksestä aiheutuvaa surua.

Yleisin toimintakyvyn menettämisen syy ja seurausvaikutuksiltaan merkittävin mielenterveyden häiriö on *masennus*, joka erityisesti aiheuttaa itsemurhariskin. Suomessa 5 % aikuisista on vakavasti masentuneita ja itsemurha onkin 20 - 34 -vuotiaiden miesten yleisin kuolinsyy. Jotta voidaan puhua masennuksesta, oireiden täytyy kestää yli kaksi viikkoa. Masentuneen mielialan lisäksi kiinnostuksen puute aiemmin kiinnostaviin asioihin ja poikkeuksellinen väsymys ovat keskeisiä oireita (näistä kahden täytyy ilmentyä, jotta voidaan diagnosoida masennus). Lisäksi on muitakin oireita, kuten itsetuhoinen käyttäytyminen ja muutokset ruokahalussa. Diagnoosin kriteerinä on

myös, että elimellinen häiriö on suljettu pois. Masennuksen vaikeusastetta määrittää oireiden määrä ja toimintakyky: vaikeassa masennuksessa tarvitaan apua päivittäisissä toimissakin. Ihmissuhteiden ylläpito voi käydä ylivoimaiseksi masentuneelle, kuten myös työssäkäyminen. Vain harvat hakeutuvat hoitoon (naiset miehiä useammin) masennuksen takia, mutta psykoterapian, lääkityksen ja sosiaalisen tuen avulla siitä voi selvitä hyvinkin: noin puolet potilaita toipuu alle puolessa vuodessa. Olisi tietysti viisaampaa panostaa ennaltaehkäisyyn, jottei tarvittaisi hoitoa. Liikunnalliset harrastukset ja seuranta (sekä mahdollisesti ylläpitolääkitys) jopa vuosien ajan, jos masennus on toistunut aiemmin, estävät masennuksen uusiutumista.

3. Persoonallisuushäiriöt

Persoonallisuushäiriöt ovat oma mielenterveyden häiriöiden luokka. Sellaiseksi diagnosoidaan erilaisuus vasta sitten, jos se aiheuttaa vakavia vastoinkäymisiä henkilölle itselleen tai hänen ympäristölleen. Henkilön täytyy olla kyvytön häiritsemään häiriökäyttäytymistään. Hänen haitallisten käyttäytymismalliensa tulee olla pitkäaikaisia, joustamattomia ja syvälle juurtuneita. Niiden täytyy myös poiketa selkeästi hänen oman kulttuurinsa normaalista käyttäytymisestä. Niille ei kuitenkaan ole elimellistä tai muuta psykiatrasta syytä. Oleellista persoonallisuushäiriöille on sopeutumattomuus ympäristöön. Poikkeuksellista hänen käyttäytymisensä on esimerkiksi joillakin näistä alueista: tiedollinen toiminta, tunne-elämä, impulssikontrolli ja tarpeiden tyydyttäminen, ihmissuhteiden luonne ja toimintatapa muiden ihmisten kanssa. Persoonallisuushäiriöt luokitellaan DSM:ssä kolmeen luokkaan: A-klusterissa ovat oudot ja eriskummalliset, B-klusterissa dramaattiset, emotionaaliset ja epävakaat, sekä viimeisenä C-klusterissa ahdistuneet ja pelokkaat persoonallisuushäiriöt.

Persoonallisuushäiriöinen ei koe olevansa sairas, joten hoito on hankalaa. Monenlaisia terapioita yhdistämällä on kuitenkin saatu tuloksia: akuutit oireet hävisivät suurimmaksi osaksi, muut vähemmän, mutta nekin lievenivät ja 90 % potilaista ei enää luennolla esitellyn tutkimuksen 10 vuoden seurannan jälkeen täyttänyt diagnostisia kriteerejä.

4. Psykoterapia

Psykoterapialla tarkoitetaan Suomessa näyttöön ja onneksi myös teoreettiseen tietämykseen perustuvaa hoitoa sekä itsetuntemusta ja henkistä kasvua tukevaa ammatillista toimintaa.¹ Terapeutiksi voi kutsua vain yliopistokoulutuksella (vuodesta 2010 lähtien) pätevöitynyttä henkilöä. Valvira valvoo psykoterapeutti-nimikkeen käyttöä.

Psykoterapia tapahtuu pääasiassa keskustellen, mutta voi sisältää myös potilaalle/asiakkaalle annettuja tehtäviä. Erilaisia terapiamuotoja on kuitenkin valtavasti ja terapia on aina yksilöllistä. Näyttää siltä, että terapiasuuntauksella tai -menetelmällä ei ole niinkään paljon merkitystä, vaan oleellista on hoitosuhteen toimivuus. Pitkäkestoisin psykoterapian muoto on psykoanalyysi. Itse pidän kiinnostavampina kognitiivista, interpersoonallista ja ratkaisukeskeistä terapiaa, erityisesti niiden lyhyet versiot, joten kiinnitän huomioni tässä kirjoituksessa niihin. Kaksi ensinmainittua kestävät korkeintaan 20 tapaamiskertaa, ratkaisukeskeinen vain korkeintaan 6 kertaa!

Kognitiivisessa lyhytterapiassa pyritään behavioraalisilla ja kognitiivisilla menetelmillä muuttamaan asiakkaan ajatusvääristymiä ja käyttäytymiseen liittyviä ongelmia, kuten esiintymisjännitystä tai erilaisia fobioita. Pari vuotta kestävässä, eli pitkäkestoisessa kognitiivisessa terapiassa pyritään muuttamaan syvempiä skeemoja ja käsittelemään perususkomuksia, sekä korjaamaan kognitioiden vääristymiä.

Interpersoonallinen terapia toimii hyvin erityisesti lasten ja nuorten hoidossa. Se on aina lyhytkestoinen, 4 - 5 kuukautta. Siinä keskitytään läheisten vuorovaikutussuhteisiin ja roolimuuutoksiin syinä mielenterveyden häiriöille. Tavoitteena on saada aikaan konkreettisia muutoksia, jotta asiakas oppii hallitsemaan elämänsä. Menetelmänä käytetään esimerkiksi kommunikaatioanalyysiä.

¹ Onneksi siksi, että hoitojen perustuminen pelkkään näyttöön ei ole aivan riittävä kriteeri ainakaan lääketieteessä, kuten Steven Novella kirjoittaa artikkelissaan "It's Time for Science-Based Medicine", *Skeptical Inquirer* Volume 39.3, May/June 2015. Löytyy myös osoitteesta http://www.csicop.org/si/show/its_time_for_science-based_medicine (katsottu 2015-10-28).

Ratkaisukeskeinen psykoterapia pyrkii löytämään ratkaisun asiakkaan yhteen, suurimpaan, konkreettiseen ongelmaan, johon asiakas voi itse vaikuttaa. Terapia perustuu neuvottelun, myötäelämisen ja yhteistyön avulla ja painottaa asiakkaan omia, jo olemassaolevia voimavaroja ja kykyjä. Ensin valitaan tavoitteet ja sitten keinot niihin pääsemiseen.

5. Resilienssi

Jotkut ihmiset selviytyvät järkyttävistä kokemuksista erityisen hyvin, eivätkä kärsi niistä pitkäaikaisesti, kuten toiset. Tämä selviytymiskyky eli resilienssi on melko uusi tutkimuskohde psykologiassa: sen määritelmästäkään ei ole vielä yksimielisyyttä (yksimielisyyttä ei ole edes siitä, ovatko resilienssi ja psyykkinen oireilu toisensa poissulkevia, saman jatkumon ääripäitä, vai voivatko ne esiintyä yhtä aikaa). Stressinsietokyky vaihtelee ihmisten kesken muun muassa sen mukaan, minkälaisia haavoittuvuustekijöitä ja kompensoivia tekijöitä on heidän elämäänsä vaikuttamassa. Turvallinen koti, koululuokan sopiva koko, hyvät perhe- ja ystävyys-suhteet, ja muut vastaavat tekijät, sekä henkilön omat ominaisuudet, kyvyt tai resurssit, kuten kyky muodostaa ystävyys-suhteita, läheiset suhteet, kognitiivinen kapasiteetti ja kyky suunnitella tulevaisuutta ovat suojaavia tekijöitä, jotka vaikuttavat yksilön kykyyn kestää vielä ylimääräistä stressiä. Tätä ominaisuutta kutsutaan resilienssimekanismien mallissa suojaavaksi resilienssiksi. Korjaavalla resilienssi viitataan siihen, kuinka tehokkaasti yksilö palautuu (jos palautuu) aiempaan toimintakykyynsä traumaattisen kokemuksen jälkeen. Pienet vastoinkäymiset saattavat myös kasvattaa terveyttä edistävää resilienssiä rokotteen tavoin. Erilaiset persoonallisuuspiirteet näyttävät vaikuttavan yksilöiden resilienssiin ja myös siihen, kuinka yksilö oireilee trauman läpikäynnin eri vaiheissa.

Resilienssin tutkiminen on vaikeaa, koska kyseessä ovat dynaamiset, monimutkaiset prosessit. Tutkimuksissa on paljon eroja, eikä tutkimuksia ole vielä tehty tarpeeksi, jotta voitaisiin sanoa kovin varmasti paljonkaan sellaista, mikä olisi yleisesti tutkijoiden keskuudessa hyväksyttyä.

6. Mielenterveyden edistäminen, ylläpitäminen ja häiriöiden ehkäisy

Preventiolla eli ennalta ehkäisemisellä pyritään vähentämään vaarassa olevien tai riskiryhmän (esimerkiksi kodittomat, yksinäiset, koulukiusatut) riskitekijöitä ja mielenterveyttä vaarantavia prosesseja, sekä rohkaisemaan suojelevia tekijöitä ja prosesseja. Interventiolla vähennetään jo olemassa olevia oireita ja ongelmia ja tuetaan autettavan yksilön, perheen tai vaikkapa työyhteisön vahvuuksia. Promootion tarkoitus taas on mielenterveyden ylläpito ja edistäminen koko väestössä, esimerkiksi tiedottamalla ongelmien syntymekanismeista sekä rakentamalla fyysistä ja sosiaalista ympäristöä niin, että mielenterveysnäkökulma otetaan huomioon.

Kaikki interventiot yms. perustuvat psykologiseen tietoon siitä, mitä yhteyksiä eri asioilla, kuten traumalla, psyykkisillä häiriöillä, yksilön persoonallisuuspiirteillä, geeneillä, sosiaalisilla suhteilla ja kehitysvaiheella on keskenään. Psykologien tehtävä intervention suunnittelussa onkin tuoda projektiin tietoa aihepiirin tutkimuskirjallisuudesta ja jo olemassa olevista interventioista sekä ylipäätään vaikutusmekanismeista, sekä tehdä kehityopsykologinen analyysi etenkin kun on kyse lapsiin tai nuoriin kohdistuvan intervention suunnittelusta.

Interventio pyrkii eheytymiseen, emootioiden ilmaisun tervehdyttämiseen, menneisyyden ja nykyisyyden palauttamiseen samalla aikajalalle, muodostamaan yhtenäisen tarinan elämästä. Keskeistä on traumaattisen tapahtuman rajattu kokeminen turvallisessa paikassa, jotta sitä voidaan käsitellä.