
VANHEMMAN MIELIALAHÄIRIÖN VAIKUTUS LAPSEEN

Ennaltaehkäisy ja tunnistaminen




Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutus

Lahdensivu, syksy 2016

Nora Antila
Reetta Härkönen
Sanni Paunonen



LAHDENSIVU

Hoitotyön koulutus

Hoitotyö

Tekijät Nora Antila, Reetta Härkönen & Sanni Paunonen **Vuosi** 2016
Työn nimi Vanhemman mielialahäiriön vaikutus lapseen

TIIVISTELMÄ

Kun yksi perheestä sairastuu, vaikuttaa se vahvasti kaikkiin perheenjäseniin. Vanhemman sairaus pelottaa ja huolestuttaa myös lapsia, minkä vuoksi on tärkeää, että myös heidät otetaan huomioon omaisina.

Tämä opinnäytetyö sai alkunsa yhteistyökumppani FinFami – Kanta-Hämeen mielenterveysomaiset ry:n aloitteesta. Hämeen ammattikorkeakoulun opiskelijoille tarjottiin mahdollisuutta osallistua FinFamin Hämeenlinnassa järjestämälle lapsiperhekurssille osana opinnäytetyötä. Näin syntyi tekijöiden tuottama toiminnallinen opinnäytetyö.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli olla tukena lapsiperhekurssin toteutuksessa. Lapsiperhekurssille osallistumisen tavoitteena oli perheen vuorovaikutustaitojen ja -keinojen lisääminen sekä lasten tunteiden käsitteleminen. Myös sairauden negatiivisten vaikutusten ennaltaehkäiseminen oli kurssin tavoite.

Työn teoriaosuudessa käytettiin alan tutkittua ja näyttöön perustuvaa kirjallisuutta. Lisäksi aiheeseen liittyviä tutkimuksia sekä tieteellisiä julkaisuja haettiin internetistä. Teoreettinen tausta koostui seuraavista aihealueista: masennus ja kaksisuuntainen mielialahäiriö, lapsen normaali kehitys sekä sairauden vaikutus vanhemmuuteen ja perheen lapseen.

Toiminnallisena osuutena tekijät osallistuivat lapsiperhekurssille, jonne he tuottivat toiminnallisen osion sekä lasten, että vanhempien ryhmään. Kursiviikonlopun jälkeen tehtiin lyhyt yhteenveto kurssista. Yhteenvedossa käytiin läpi sitä, kuinka toiminnallinen osio sujui, miksi juuri se valittiin sekä miten kurssi tekijöiden mukaan auttoi perheenjäseniä vanhemman sairauden käsittelyssä osana perhe-elämää ja vanhemmuutta

Avainsanat Vanhemmuus, lapsiperhekurssi, mielialahäiriö, sairauden vaikutukset, ennaltaehkäisy

Sivut 37 s. + liitteet 3 s.

LAHDENSIVU

Degree Programme in Nursing
Nursing

Authors Nora Antila, Reetta Härkönen & Sanni Paunonen **Year** 2016

Subject of Bachelor's thesis How Parent's Mood Disorder Affects Children

ABSTRACT

When one member of the family gets mentally ill, it strongly affects everyone in the family. Parent's illness is scary and worrying for the children, which is why it is really important to remember them as relatives.

The idea for the Bachelor's thesis came from the cooperative partner Fin-Fami - Kanta-Hämeen mielenterveysomaiset ry. They offered a chance for HAMK students to attend a course for parents and their children as a part of the thesis. The opportunity was seized by doing a practice based thesis.

The main purpose of this thesis was to support the execution of this parent-child course. The purpose of participation in the parent-child course is to improve family's interaction skills and techniques and to help children to handle their feelings. Prevention of the negative feelings caused by the mood disorder is also one of the main goals in the course.

Evidence-based literature of nursing was used in the theory part of the thesis. Studies and scientific publications related to our subject were searched from the Internet. In the beginning of the theory part there is a short introduction of the cooperative partner, parent-child course and Vertti-operating model's principles. After these, there are the main features of depression and bipolar disorder, how those illnesses affect parenting and what kind of influence they have to children. Child's normal development and how effects of the illnesses reflect to that are also discussed.

The practice based part of the thesis was to attend parent-child course held in Hämeenlinna. The practice based part was produced for parents' group and also for children's group. Afterwards a short summary of the course was made, where it was told how the practice based part went, why it was chosen, how in the authors' opinion it helped the family to handle parent's illness, and also how the practice based part was linked to the whole course.

Keywords Parenting, parent-child course, mood disorder, prevention, effects of the illness

Pages 37 p. + appendices 3 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	YHTEISTYÖKUMPPANI FINFAMI – KANTA-HÄMEEN MIELENTERVEYSOMAISET RY.....	2
2.1	Vertti-toiminta.....	3
2.2	Lapsiperhekurssi.....	4
3	MIELENTERVEYS.....	4
3.1	Masennushäiriöt.....	5
3.2	Masennushäiriöiden hoito.....	7
3.3	Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt.....	7
3.4	Kaksisuuntaisten mielialahäiriöiden hoito.....	8
4	SAIRAUDEN VAIKUTUS VANHEMMUUTEEN.....	9
4.1	Vanhemmuus.....	10
4.2	Kouluikäisen lapsen rooli perheessä.....	11
4.3	Läsnäolo ja arjen hallinta.....	12
5	LAPSEN KASVU JA KEHITYS.....	13
5.1	Lapsen psykososiaalinen kehitys.....	14
5.2	Kiintymyssuhteen kehittyminen.....	15
5.3	Herkkyyskaudet ja kriittiset kaudet.....	16
5.4	Perusluottamuksen syntyminen.....	17
6	VANHEMMAN SAIRAUDEN VAIKUTUS LAPSEEN.....	17
6.1	Lapsen riski psyykkiseen sairastumiseen.....	18
6.2	Lapsen psyykkistä kehitystä haavoittavat ja suojaavat tekijät.....	19
6.3	Lapsen oireilu.....	20
6.4	Lapsen oireilun tunnistaminen ja sen vaikeudet.....	21
6.5	Psykosomaattinen oireilu.....	22
6.6	Käytöshäiriöt.....	23
6.7	Ahdistuneisuushäiriöt.....	24
7	KUVAUS TIEDONHAUSTA.....	25
8	TOIMINNALLISEN OSUUDEN KUVAUS.....	26
8.1	Kurssin suunnitteluun osallistuminen.....	26
8.2	Kurssin toteutus.....	27
8.3	Itsearviointi.....	28
9	POHDINTA.....	29
	LÄHTEET.....	32
Liite 1	Tunteiden tuulimylly	
Liite 2	Kuule ja näe minut -kortit	

1 JOHDANTO

Psykiatriset sairaudet vaikuttavat ihmisen kykyyn ajatella, tuntea ja toimia. Ne vaikuttavat myös siihen, kuinka ja miten paljon ihminen haluaa olla kanssakäymisessä toisten kanssa. Perhe on hyvin tiivis vuorovaikutusyksikkö, jolloin yhden sairastuessa vaikutukset näkyvät koko perheessä ja vaikuttavat kaikkien perheenjäsenten elämään. Suhde vanhempiin, hyvän vanhemmuuden toteutuminen sekä perheen toiminta ja ilmapiiri vaikuttavat kaikki lasten ja nuorten kehitykseen sekä hyvinvointiin. Vanhempien mielenterveyden häiriöt ovat myös yksi merkittävimmistä taustatekijöistä lasten ja nuorten psykiatrisissa häiriöissä. (Solantaus & Paavonen 2009.)

Opinnäytetyömme on toteutettu yhteistyössä FinFami – Kanta-Hämeen mielenterveysomaiset ry:n kanssa. Toimimme apuohjaajina syksyllä 2016 järjestetyllä lapsiperhekurssilla, jonne osallistui perheitä, joissa toinen vanhemmista sairastaa jotakin mielenterveydenhäiriötä. Kurssin tarkoituksena on käsitellä vanhemmuutta sekä lapsen kokemuksia ja tunteita liittyen vanhemman sairauteen. Kurssin toiminta noudattelee Bitta Söderblomin ja Matti Inkisen luomaa Vertti-toimintaa. Toimintaa kuvaamme tarkemmin luvussa 2.1.

Työmme on toiminnallinen opinnäytetyö. Teoriaosuuden tavoitteena on olla tukena lapsiperhekurssin toteutuksessa ja antaa lisää tietoa sekä sairauksista että vanhemman sairauden vaikutuksista lapsiin. Työn toiminnallisena osuutena suunnittelimme ja toteutimme lapsiperhekurssille toimintaa sekä lasten että vanhempien ryhmään. Toiminnan tavoitteena kurssilla on perheen vuorovaikutustaitojen ja -keinojen lisääminen sekä lasten tunteiden käsitteleminen. Koska sairaus vaikuttaa haitallisesti perheeseen, on näiden vaikutusten ennaltaehkäisy myös yksi kurssin tärkeimmistä tavoitteista. Toiminnallisesta osuudesta olemme koonneet yhteenvedon lukuun 8, jossa kuvaamme toiminnan suunnittelua, sen sisältöä sekä arvioimme omaa toimintaamme.

Kerromme työssä lyhyesti yhteistyökumppanimme FinFamin toiminnasta sekä avaamme Vertti-toiminnan periaatteita, johon koko lapsiperhekurssi pohjautuu. Sairauksien osalta olemme rajanneet työmme masennukseen ja kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön, jotka yleisimmin ovat nousseet lapsiperhekurssilla esiin. Kerromme sairauksien pääpiirteistä, kuinka ne vaikuttavat vanhemmuuteen sekä siitä, millaisia vaikutuksia niillä on lapsiin ja lasten kehitykseen. Lisäksi olemme koonneet lyhyen osion lapsen normaaleista kehitysvaiheista, joihin sairauden vaikutuksia on hyvä peilata.

Halusimme lähteä lapsiperhekurssin suunnitteluun ja toteutukseen mukaan, sillä mielestämme aihe on hyvin tärkeä ja ajankohtainen. Vanhemman psykiatrisilla sairauksilla on merkittävä vaikutus lapsiin ja heidän alttiuteensa sairastua psyykkisesti. Tämän vuoksi on tärkeää keskittyä ennaltaehkäisyyn, jotta lapset saisivat mahdollisimman hyvät eväät elämään vanhemman sairaudesta huolimatta. Perheensisäisen keskusteluyhteyden avaaminen ja häpeän tunteen poistaminen ovat tärkeitä tekijöitä, jotta vanhempi

pystyy toipumaan sairaudestaan ja lapset pystyvät paremmin ymmärtämään vanhemman sairautta sekä antamaan sille tilaa.

2 YHTEISTYÖKUMPPANI FINFAMI – KANTA-HÄMEEN MIELENTERVEYSOMAISET RY

Läheisen ihmisen sairastuminen vaikuttaa myös sairastuneen lähipiirin elämään. Se voi aiheuttaa muutoksia niin ihmissuhteisiin, arkeen kuin elämän kokonaisvaltaiseen sujumiseenkin. Läheisen sairastuminen voi herättää monenlaisia tunteita, kuten hämmennystä, pelkoa, toivoa, häpeää, vihaa sekä epätietoisuutta sairauden suhteen. On tärkeää, että myös omainen käsittelee itsessään heränneitä tunteita. Kun joku perheestä tai lähipiiristä sairastuu, on kriisi oikea sana kuvaamaan tilannetta. Monet tuntevat olonsa avuttomaksi, kun kyseessä on mielenterveyden ongelmat. Asioista on vaikea puhua ja niitä on hankala käsitellä yksin. FinFami tarjoaa mahdollisuuden käsitellä näitä asioita yhdessä. (FinFami mielenterveysomaiset Kanta-Häme 2016.)

FinFami – Kanta-Hämeen mielenterveysomaiset ry on Mielenterveysomaisten keskusliitto – FinFami ry:n jäsenyhdistys. Yhdistys on tarkoitettu kaikille, joiden läheinen sairastaa tai oireilee psyykkisesti. Mielenterveydelistä diagnoosia ei tarvita, pelkkä huoli läheisestä riittää. Huolen aiheena voi olla läheisen jaksaminen, käyttäytyminen, päihdeongelmat tai vaikka se, että itse kokee läheisen jaksamisen olevan oman tuen varassa. FinFamin tavoite on olla tukena eri-ikäisille ja eri elämäntilanteissa oleville psyykkisesti sairastuneiden omaisille. FinFami tarjoaa paljon tukea ja toimintaa mielenterveysomaisille, kuten esimerkiksi omaisneuvontaa, vertaistuellisia ryhmiä, yleisötilaisuuksia sekä mahdollisuuksia toimia vapaaehtoisena. (FinFami mielenterveysomaiset Kanta-Häme 2016.)

Omaisneuvonta tarjoaa mahdollisuuden henkilökohtaiseen keskusteluun omaistyöntekijän kanssa. Se on tarkoitettu henkilöille, jotka ovat kuormittuneita läheisen ihmisen mielenterveys- tai mielenterveys- ja päihdeongelmien vuoksi. Omaisneuvontakeskustelut ovat luottamuksellisia ja ne tarjoavat mahdollisuuden puhua rauhassa läheisen ihmisen tilanteen herättämistä tunteita ja huolista sekä siitä, kuinka ne vaikuttavat omaan elämään. (FinFami mielenterveysomaiset Kanta-Häme 2016.)

FinFami järjestää monenlaisiin omaisen elämäntilanteisiin sopivia vertaistukiryhmiä. Näissä ryhmissä jaetaan kokemuksia ja tunteita sekä vaihdetaan vinkkejä arjen sujuvuuteen. Vertaistuki on hyvä keino lisätä omaisen arjenhallinnan tunnetta sekä hyvinvointia. FinFami järjestää sekä avointa että suljettua ryhmätoimintaa. Avoimet ryhmät ovat matalan kynnyksen toimintaa, joissa omaisilla on mahdollisuus tavata toisiaan turvallisessa ympäristössä, saada vertaistukea liittyen läheisen sairastamiseen sekä tukea omaan jaksamiseensa. Suljetut ryhmät puolestaan ovat sellaisia, joihin ei enää ryhmän alettua oteta uusia osallistujia. Suljetut ryhmät myös vaativat ilmoittautumisen ja kohderyhmään kuulumisen. (FinFami mielenterveysomaiset Kanta-Häme 2016.)

2.1 Vertti-toiminta

Vertti-toiminta on Bitta Söderblomin ja Matti Inkisen kehittämä vertaistuelinen toimintamalli perheiden tukemiseksi. Vertti-ryhmät ovat ryhmätoimintaa vanhemmille ja heidän kouluikäisille lapsille. Ryhmä on suunniteltu perheille, jossa vanhempi sairastaa masennusta tai kaksisuuntaista mielialahäiriötä. Ryhmässä keskitytään vanhemmuuteen, ei sairauden hoitoon (Inkinen & Söderblom 2005, 15–18). Vertti-ryhmässä on tarkoitus lisätä perheenjäsenten ymmärrystä vanhemman sairaudesta ja tehdä asioista helpommin puhuttavia. Ryhmään osallistumisella pyritään myös vahvistamaan lapsen pärjäämistä. (FinFami n.d.)

Vertti-ryhmään kuuluu kymmenen tapaamiskertaa, jolloin osallistujat kokoontuvat yhteen, vanhemmat omaan ryhmäänsä ja lapset omaansa. Kolme tapaamiskertaa kymmenestä ovat yhteistapaamisia, jolloin sekä lapset että vanhemmat ovat samassa ryhmässä. Lasten ryhmässä työskentään yhdessä lasten tunteita ja ajatuksia leikin, tehtävien ja keskustelun kautta. Vanhempien ryhmässä puolestaan keskitytään keskustelemaan vanhemmuudesta ja lapsiin liittyvistä aiheista sekä jaetaan kokemuksia vanhempien kesken. (FinFami n.d.)

Vertti-ryhmässä on kyse vertaistuesta ja sen toteutumisesta. Ihmiset, jotka ovat samankaltaisessa tilanteessa, ymmärtävät toisiaan ja asioista on helpompi puhua avoimesti. Erityisesti lasten on tärkeää saada tietää, etteivät ole yksin kokemustensa kanssa. (FinFami n.d.) Toiminnan tavoitteena on lapsen pahoinvoinnin sekä psyykkisen sairastumisen ennaltaehkäisy. Tähän yritetään päästä lisäämällä avoimuutta perheessä, myös sairaudesta ja siihen liittyvistä asioista. Ryhmässä myös annetaan perheelle uusia selviytymiskeinoja sekä eväitä parempaan elämänhallintaan. Lisäksi pyritään tukemaan vanhemmuutta, tarjoamaan vanhemmille keinoja auttaa lapsiaan sekä lisäämään lasta suojaavien tekijöiden vaikutusta perheessä. Tavoitteena on myös lisätä myönteistä vuorovaikutusta perheessä sekä kiintymyksen, empatian ja yhteenkuuluvuuden tunteita. (Inkinen & Söderblom 2005, 15–18.)

Vertti-toiminnan lähtökohtana on vanhemmuus ja lapsen kokemusmaailma. Toiminnan toteutuminen vaatii vanhemman motivaatiota sekä sitoutumista toimintaan. Ryhmien rinnakkaisuus on tärkeää, sillä lapsi tarvitsee vanhempansa tukea prosessin hyödyntämiseksi. Yhtenä kulmakivenä pidetään myös sitä, että lapsi on tietoinen perheen ja vanhemman tilanteesta sekä hänellä on lupa liittyä omaan ryhmäänsä ja puhua asioistaan siellä. Vertti-toiminta ei ole terapiaa eikä hoitoa, vaan se on vuorovaikutuksellista psykoedukaatiota. (Inkinen & Söderblom 2005, 15–18.)

Vertti-toiminnassa ajatuksena on ryhmätoiminnan vahvuus verrattuna yksilötyöskentelyyn. Ryhmässä työskennellessä kokemuksia käsitellään yhdessä, joka vähentää erilaisuuden ja häpeän kokemusta, normalisoi omaa tilannetta omien kokemusten yleistämisen kautta sekä antaa mahdollisuuden sosiaaliseen vertailuun. Ryhmätoiminta lisää ymmärrystä, siitä ettei ole tilanteessaan yksin, vaan on myös muita jotka jakavat saman kaltaisia kokemuksia. Osallistujat saavat hyväksytyksi tulemisen kokemuksia. Kun omia asioita jaetaan vertaistensa kanssa, se auttaa jäsentämään omaa tilannettaan ja osallistuja voi saada uudenlaista ymmärrystä itseään kohtaan.

Toisilta saatu palaute sekä kannustus ovat vaikuttavaa ja jotain sellaista, mitä ryhmänohjaaja ei pysty antamaan. (Inkinen & Söderblom 2005, 15–18.)

2.2 Lapsiperhekurssi

FinFami järjestää vuosittain lapsiperhekurssi-viikonlopun, jossa käytetään tukena Vertti-toimintamallia. Kurssille osallistuu perheitä, joissa on kouluikäisiä lapsia ja joissa toisella vanhemmista on jonkin asteinen psyykinen sairaus tai mielenterveyden ongelma, usein masennus tai kaksisuuntainen mielialahäiriö. Perheet valitaan kurssille tarkasti hakemusten ja henkilökohtaisten haastatteluiden kautta, jotka FinFamin omaistyöntekijät suorittavat. Seulonnan avulla pyritään kartoittamaan, hyötyykö perhe kurssista sekä onko kyseinen ajankohta oikea perheen kurssille osallistumiselle. Kurssille osallistumisen kannalta on tärkeää, että vanhemman sairaus on hallinnassa, sillä akuutissa vaiheessa olevan sairaus haittaisi sekä itseä että muita, eikä kurssista saataisi tarkoituksenmukaista hyötyä.

Kurssilla pyritään siihen, että perhe voisi käsitellä vanhemman sairautta yhdessä sekä keskustellaan siitä, miten se vaikuttaa perhe-elämään. Viikonlopun aikana on toimintaa erikseen vanhemmille ja lapsille, mutta ryhmätoimintaa on myös yhteisesti. Ikäryhmästä riippuen asioita käsitellään kurssilla pienryhmätyöskentelyn, keskustelun ja erilaisen tekemisen kautta. (FinFami mielenterveysomaiset Kanta-Häme 2016.)

3 MIELENTERVEYS

Mielenterveys on oleellinen osa ihmisen kokonaisvaltaista terveyttä. Terveys on Maailman Terveysjärjestön (WHO) mukaisen määritelmän mukaan täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, ei vain sairauksien tai vammojen puuttuminen. Mielenterveyttä WHO puolestaan kuvaa hyvinvoinnin tilaksi, jossa yksilö ymmärtää omat kykynsä ja sopeutuu arkielämän tavanomaisiin haasteisiin, stressiin, kykenee työskentelemään tuottavasti ja hyödyllisesti sekä pystyy antamaan oman panoksensa yhteiskunnalle. (Lehtonen & Lönnqvist 2010, 26.)

Mielenterveys voidaan nähdä psyykkisiä toimintoja ylläpitävänä voimavarana, jonka avulla ohjaamme elämäämme. Jotta mielenterveyden olemuksen pystyy ymmärtämään, tulee olla tietoa siitä, mikä on mielenterveyden kannalta normaalia ja mikä poikkeavaa. Lisäksi tulee tietää, mikä olisi ihanteellinen mielenterveys, miten mielenterveys ilmenee ihmisten elämässä ja mistä eri tekijöistä jatkuvasti muuttuva mielenterveys on riippuvainen. (Lehtonen & Lönnqvist 2010, 26.)

Mielenterveys voi häiriintyä ja mielenterveyden häiriöitä on monia. Mielialahäiriöt ovat niistä yleisimmän esiintyviä, erityisesti erilaiset masennustilat. Ominaisia piirteitä vaikeimmille mielenterveyden häiriöille ovat mielialan muutokset, jotka esiintyvät jaksoittain vakavina masennusjaksoina, maanisina tai hypomaanisina jaksoina. (Lönnqvist 2010, 57.) Manialla tar-

koitetaan jaksoa, jolloin sairastuneen mieliala on selkeästi normaalia kohonneempi. Hypomania on hieman lievempi muoto maniasta. (Sadeniemi, Aer, Jänkälä, Sorvaniemi & Stenberg 2013, 22–23.) Mielialan muutokset voivat myös olla sekamuotoisia tai masennus- ja manijaksot voivat vaihdella jaksoittain. Diagnostisesti mielialahäiriöt koostuvat kolmesta pääryhmästä: masennushäiriöistä eli depressioista, kaksisuuntaisista mielialahäiriöistä eli bipolaarisista häiriöistä ja muista mielialahäiriöistä. (Lönnqvist 2010, 57.) Mielenterveyttä suojaavia ja haavoittavia tekijöitä kuvataan taulukossa 1.

Taulukko 1. Taulukko 1. Mielenterveyttä suojaavat ja haavoittavat tekijät (Lehtonen & Lönnqvist 2010, 30)

Sisäiset suojaavat tekijät	Ulkoiset suojaavat tekijät
Fyysinen terveys ja perimä	Ruoka
Myönteiset varhaiset ihmissuhteet	Suoja
Itsetunto	Sosiaalinen tuki
Hyväksytyksi tulemisen tunne	Työllisyys
Oppimiskyky	Myönteiset mallit
Ongelmanratkaisutaito	Koulutusmahdollisuudet
Ristiriitojen käsittelytaito	Turvallinen ympäristö
Vuorovaikutustaidot	Toimiva yhteiskuntarakente
Kyky ihmissuhteiden luomiseen, ylläpitoon ja purkamiseen	
Sisäiset haavoittavat tekijät	Ulkoiset haavoittavat tekijät
Synnynnäinen sairaus tai vamma	Nälkä ja puute
Itsetunnon haavoittuvuus	Suojattomuus ja kodittomuus
Avuttomuuden tunne	Erot ja menetykset
Huonot ihmissuhteet	Hyväksikäyttö ja väkivalta
Seksuaaliset ongelmat	Psyykkiset häiriöt perheessä
Huono sosiaalinen asema	Päihteet
Eristäytyneisyys	Kulttuuriset ristiriidat
Vierautuneisuus	Diskriminointi
Laitostuminen	Leimaaminen
	Autonomian puute
	Kiusaaminen vertaisryhmässä
	Työttömyys
	Köyhyys
	Haitallinen ympäristö

3.1 Masennushäiriöt

Depressio eli masennus on kansanterveyden kannalta yleisin mielenterveyden häiriö ja yksi yleisimmistä kansanterveysongelmista, kun otetaan huomioon kaikki sairaudet. Tämä johtuu siitä, että masennustilat ovat yleisiä jo nuorissa ikäryhmissä, ne vaativat usein paljon hoitoa sekä ne aiheuttavat

työ- ja toimintakyvyttömyyttä. Lisäksi yleisyys näkyy masennukseen liittyvässä itsemurhakuolleisuudessa ja -yrityksissä. (Isometsä 2010a, 157.) Masennushäiriöt luokitellaan mielialahäiriöiden alaryhmäksi. Masennusoireyhtymät erotellaan yleisimmin oireiden vaikeusasteen perusteella lieviin, keskivaikeisiin ja vakaviin masennushäiriöihin. Lisäksi masennushäiriöistä erotellaan pitkäaikaiset ja toistuvat oireyhtymät omiksi alaryhmikseen. (Isometsä 2010a, 157.)

Tavanomaisesti masennustilan ollessa lievä, sairastunut on vielä kykenevä käymään töissä, mutta toimintakyky ei välttämättä vastaa henkilön normaalia toimintakykyä sekä työn teko vaatii tavallista enemmän ponnistelua. Keskivaikeasta masennuksesta kärsivän henkilön toiminta- ja työkyky on merkittävästi heikentynyt ja hän tarvitsee useasti sairauslomaa. Kun on kyse vakavasta masennustilasta, sairastunut on selkeästi työkyvytön ja tarvitsee jatkuvaa seuranta- ja huolenpitoa, usein tämä tapahtuu sairaalaympäristössä. Sairaalassa pyritään useimmiten hoitamaan keskivaikeasta ja vaikeasta depressiosta kärsiviä potilaita, perusterveydenhuollossa lähinnä lievää, joskus keskivaikeasta masennustilasta kärsiviä. (Isometsä 2010a, 160.)

Masennustiloihin liittyy joukko niille tyypillisiä oireita, joita ovat

1. masentunut mieliala
2. mielihyvän menetys
3. uupumus
4. itseluottamuksen tai itsearvostuksen menetys
5. kohtuuton itsekritiikki tai perusteeton syyllisyydentunne
6. toistuvat kuolemaan tai itsetuhoon liittyvät ajatukset/itsetuhoinen käytös
7. päättämättömyyden tai keskittymiskyvyttömyyden tunne
8. psykomotorinen hidastuminen tai kiihtyneisyys
9. unihäiriöt
10. ruokahalun ja painon muutos.

Keskivaikean masennustilan diagnoosi edellyttää, että potilaalla esiintyy ainakin kaksi yllä luetelluista oireista 1–3. Diagnoosi ei vaadi välttämättä masentuneen mielialan esiintymistä, jos sairastunut kärsii sekä jatkuvasta mielihyvän menetyksestä, että uupumuksesta. Lisäksi yllä luetelluista oireista tulee esiintyä yhtä aikaa neljä oiretta vähintään kahden viikon ajan. Eli jotta sairastunut voi saada diagnoosin keskivaikeaan masennukseen, on hänellä esiinnyttävä 6–7 yllä luetelluista oireista. (Isometsä 2010a, 158–160.) Vakavan masennustilan diagnoosi puolestaan vaatii 8–10 oiretta (Tarnanen, Isometsä, Kinnunen, Kivekäs, Lindfors, Marttunen & Tuunainen 2016). Näistä vähintään yhden oireen on oltava joko masentunut mieliala tai mielihyvän menettäminen, jotta vakavan masennustilan diagnostiset kriteerit täyttyvät. (Isometsä 2010a, 158.) Lievän masennustilan diagnosoimiseen riittää 4–5 oiretta (Tarnanen ym. 2016).

Jos kyseessä on pitkäaikainen masennus eli dystyyminen häiriö, diagnostiset kriteerit ovat hieman erilaiset. Dystyyminen häiriö on vakavaa masennusta lievempi masennuksen muoto, mutta se on krooninen. Tämän vuoksi

diagnoosi edellyttää, että masennuksen oireista esiintyy vähintään kaksi, ainakin kahden vuoden ajan. (Lönnqvist 2010, 57.)

3.2 Masennushäiriöiden hoito

Masennustilan hoidossa lääkehoidon ohella keskeistä on sairastuneen toimintakyvyn ja elämäntilanteen selvittäminen. Masennuksen vaikeusaste määrittää kuinka masennusta hoidetaan. Psykoterapiaa käytetään erityisesti lievissä ja keskivaikeissa masennustiloissa. (Duodecim 2016.) Psykoterapiassa oleellista on, että potilas on motivoitunut ja halukas sitoutumaan viikoittaiseen säännölliseen työskentelyyn. Psykiatri eli psykiatriaan erikoistunut lääkäri arvioi hoidon tarpeen sekä potilaan soveltuvuuden psykoterapiaan. (Isometsä 2013.)

Keskivaikean ja vakavan masennuksen kohdalla on yleensä suositeltavaa käyttää lääkehoitoa psykoterapian ohella. (Duodecim 2016.) Usein lievissä masennustiloissa pelkkä psykoterapia riittää hoidoksi, mutta jos sitä ei ole saatavilla, on lääkehoito perusteltua myös lievän masennuksen kohdalla. Joissakin tapauksissa vaikean masennuksen hoitoon voidaan myös käyttää ECT-hoitoa eli aivojen sähköhoitoa. Sähköhoidon on todettu olevan lääkehoitoa tehokkaampaa ja yleensä sitä annetaan sairaalahoidon yhteydessä. (Isometsä 2013.)

Suurin osa masennusta sairastavista hyötyy masennuslääkkeistä ja lääkitys on aina pitkäaikaista. Haittavaikutuksien esiintyvyyden välillä voi olla suuriakin eroavaisuuksia, joten on tärkeää etsiä jokaiselle potilaalle yksilöllisesti sopiva lääke. Eroavaisuudet usein ovatkin haittavaikutuksissa, ei niinkään lääkkeen tehossa. Kun lääkehoidon avulla on saavutettu oireeton tila, jatketaan lääkehoitoa vielä 6–9 kuukautta samalla annostuksella, jolla oireettomuus on saavutettu. Lääkehoito lopetetaan sen jälkeen asteittain samalla seuraten mahdollisia sairauden uusiutumisoireita. Jos masennustila on uusiutuva, voi jopa elinikäinen estohoito olla tarpeellinen. Jos masennustila uusiutuu kolme kertaa, aloitetaan estohoito. (Duodecim 2016.)

3.3 Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt

Myös kaksisuuntaiset mielialahäiriöt voidaan jakaa alatyyppeihin sairauden luonteen mukaan. Perinteisesti kaksisuuntaisen mielialahäiriö jaetaan kahteen tyyppiin, jotka poikkeavat hieman toisistaan. Nämä tyypit ovat tyypin I kaksisuuntaisen mielialahäiriö sekä tyypin II kaksisuuntaisen mielialahäiriö. (Lönnqvist 2010, 57.) Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä on kyse maanisten ja depressiivisten jaksojen vaihtelusta. Häiriöön voi liittyä maanisia vauhtijaksoja, hypomaanisia jaksoja, sekamuotoisia jaksoja sekä depressiivisiä eli masennusjaksoja. Jaksojen välillä sairastunut on usein oireeton. (Isometsä 2010b, 196.)

Tyypin I kaksisuuntaisen mielialahäiriö on klassinen maanis-depressiivinen psykoosi, jossa esiintyy mielialahäiriöjaksoja, joista vähintään yksi on ollut maaninen tai sekamuotoinen. Maanisen jakson tulee myös diagnostisten kriteerien mukaan kestää vähintään viikon ajan. (Lönnqvist 2010, 57.)

Kun puhutaan sekamuotoisesta oirejaksosta, on kyse mielialahäiriöjaksosta, jolloin sairastuneella esiintyy sekä kohonnen mielialan että masennuksen oireita joko samanaikaisesti tai nopeasti laidasta laitaan vaihdellen. Tällaisen sekamuotoisen jakson aikana sairastunut voi esimerkiksi olla levoton, touhukas, räjähdysherkkä, hän saattaa puhua paineella ja hänen ajatustoimintansa voi olla kiihtynyttä, mutta samanaikaisesti hän voi olla ahdistunut ja saada itkukohtauksia. Jakson aikana mieliala voi vaihdella päivän aikana useaan kertaan, jopa minuutissa sairastunut voi vaihtua maniasta syvään depression. (Sadeniemi ym. 2013, 24–25.)

Manialle on tyypillistä, että sairastuneen normaalit psyykkiset toiminnot muuttuvat radikaalisti. Yleensä maniajakso kestävät useita viikkoja ja johtavat psykiatriseen sairaalahoitoon toimittamiseen. Manian diagnostiset kriteerit ovat kliinisen kuvan kannalta keskeisiä. Grandioottis-euforinen mania on manian klassinen muoto ja helposti tunnistettavissa. Tällöin sairastuneen tilaa kuvaa parhaiten loputon, nopeasti vaihtuviin päämääriin kohdistuva suuruusmielikuvien värittävä aktiivisuus, korostunut energisyys, voimakkaasti alentunut unentarve sekä runsas vuolaspuheisuus. Kuitenkin manian kliininen kuva voi olla hyvinkin vaihteleva. Joskus mania voi näyttäytyä myös voimakkaana ärtyisyytenä sekä muun muassa erinäisten päihteiden käyttö voi värittää kliinistä kuvaa. (Isometsä 2010b, 202.) Joskus maniaan voi liittyä myös psykoottisia piirteitä, kuten harhaluuloja sekä aistiharhoja, jolloin sairauden tunnistaminen on huomattavasti vaikeampaa. Maniassa voi esiintyä jopa sellaista ajatustoiminnan kiihtyneisyyttä, joka muistuttaa skitsofreniaryhmän psykooseille ominaista hajanaisuutta. (Isometsä 2010b, 203.)

Kyseessä on tyypin II kaksisuuntainen mielialahäiriö silloin, kun yhden tai useamman masennusjakson lisäksi on esiintynyt vähintään yksi hypomaaninen jakso. Hypomanian aikana mieliala on selkeästi kohonnut, mutta ei kuitenkaan vielä täytä manian diagnostisia kriteerejä. (Lönnqvist 2010, 57.) Oleellisinta hypomanian kliinisen kuvan kannalta on se, että sairastuneen normaalista psyykkisestä toiminnasta erottuu selvästi muutamasta päivästä useisiin viikkoihin kestävä ajanjakso, jolloin hän käyttäytyy itselleen poikkeavalla tavalla. Hypomanian tunnistaminen on usein hyvin haasteellista, sillä taudinkuva voi vaihdella merkittävästi. Hypomaniaan sairastunut ei välttämättä tunne itseään lainkaan sairaaksi. Päinvastoin hän voi kokea hypomanian aikana olevansa parhaimmillaan. (Isometsä 2010b, 202.)

3.4 Kaksisuuntaisten mielialahäiriöiden hoito

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidon keskeisin tehtävä on jaksojen toistumisen ehkäiseminen, joten ylläpitohoito on oleellisinta. Ylläpitohoito ei kuitenkaan ole mahdollista, ennen kuin käynnissä oleva sairausjakso on hoidettu. Eli toisaalta kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa pyritään hoitamaan ajankohtainen mielialahäiriöjakso eli masennus tai mania. Toisaalta taas pyritään ennaltaehkäisemään uusien mielialajaksojen käynnistyminen estolääkityksellä. Tavallisesti estolääkityksenä jatketaan saman lääkkeen käyttöä, jolla on todettu olevan hyvä vaste masennuksen tai manian hoidossa. Poikkeuksena masennuslääkkeet, joita käytetään ainoastaan lyhyinä kuureina masennusjakson aikana mielialaan vaikuttavan lääkkeen rinnalla,

jos silloinkaan. Jos estolääkityksestä huolimatta mielialaoireita esiintyy, on estolääkityksen annostusta mahdollista nostaa tai lisätä rinnalle toinen lääke esimerkiksi unta turvaamaan. (Sadeniemi ym. 2013, 179.)

Manian hoito vaatii lähes aina psykiatrista sairaalahoitoa. Usein hoito myös joudutaan toteuttamaan tahdonvastaisena, sillä maniassa oleva potilas on harvoin riittävän sairaudentuntoinen ja yhteistyökykyinen. Manian hoitoon käytetään lääkehoitoa ja vasteettomissa tapauksissa voidaan hoitona käyttää aivojen sähköhoitoa. Hypomania on oireyhtymänä niin lieväasteinen, että usein sitä pystytään hoitamaan vahvistamalla mielialaa tasoittavaa lääkehoitoa. Masennusjaksojen hoito kaksisuuntaisten mielialahäiriöiden hoidossa poikkeaa tavallisten masennushäiriöiden hoidosta. Depressiolääkkeitä käytetään toissijaisesti ja joskus ne voivat laukaista manian, jos niiden kanssa ei käytetä samanaikaisesti mielialaa tasaavaa lääkehoitoa. (Isometsä 2010b, 212–218.)

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjaksoja hoidetaan lääkehoidon lisäksi aivojen sähköhoidolla. Sähköhoidolla on todettu olevan hyvä vaste ja se on turvallinen hoitomuoto. Näiden hoitojen lisäksi käytetään apuna erilaisia terapioidia, kuten kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidoksi kehitettyä kognitiivista psykoterapiaa, jonka tavoitteena on, että sairastunut oppisi mahdollisimman hyvin ymmärtämään sairauttaan sekä sopeutumaan siihen. Pyrkimyksenä on se, että sairastunut oppisi tunnistamaan alkavan manian tai masennusjakson esioireet ajoissa, jotta sairausjakson kehittyminen voitaisiin pysäyttää hoidon avulla. (Isometsä 2010b, 212–218.) Usein kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidon onnistuminen vaatii elinikäistä lääkehoitoa, sillä jos lääkityksen keskeyttää pitkänkin oireettoman jakson jälkeen, on riski saada uusi sairausjakso erittäin suuri (Sadeniemi ym. 2013, 180).

4 SAIRAUDEN VAIKUTUS VANHEMMUUTEEN

Lapsiperheiden määrä on jatkanut laskuaan Suomessa viimeisten vuosikymmenien aikana. Tilastokeskuksen teettämän tutkimuksen mukaan Suomessa oli vuoden 2015 lopulla 571 000 lapsiperhettä. Lapsiperhe-käsitteellä tilastoissa tarkoitetaan perhettä, jossa on vähintään yksi alle 18-vuotias lapsi. (Tilastokeskus 2016.) Työterveyslaitoksen mukaan työssäkäyvistä suomalaisista kuusi prosenttia sairastaa erilaisia masennustiloja vuosittain (Suomen työterveyslääkäriyhdistys ry 2015).

Mielenterveyden häiriön vaikutusta perheeseen ja omaisiin on tutkittu eri tieteenaloidella laajalti, mutta sairauden vaikutuksista vanhemmuuteen on vähemmän tietoa saatavilla. Se tiedetään, että noin kolmanneksella suomalaisista psykiatrisista potilaista on alaikäisiä lapsia. (Solantaus & Paavonen 2009.) Mielialahäiriöistä masennus on tutkituin Suomessa. Synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsii vuosittain noin 10 %:a synnyttäneistä naisista ja tämän vaikutukset äitiyteen ovat kiinnostaneet tutkijoita vuosien ajan. Vakavaan masennukseen sairastuneiden vanhempien kokemuksia sairauden vaikutuksesta perheeseen ovat tutkineet Ahlström Hedman, Skärsäter ja Danielson. Tutkimuksessa selvisi, että vanhemman sairaus vaikuttaa negatiivisesti perheeseen ja lasten terveyteen. Vanhemmat kokivat joutu-neensa lähes hallitsemattomaan tilanteeseen ja kokivat täten arvottomuutta

ja tyytymättömyyttä itseensä. Tilanteeseen sopeutuminen kuitenkin lisäsi omanarvontunnetta ja tunnetta vanhemmuuden ylläpidosta. (Ahlström Hedman, Skärsäter & Danielson 2010.) Tutkimusta vanhempien tuntemuksista ja heidän kokemuksistaan sairauden vaikutuksista vanhemmuuteen on kuitenkin tutkittu melko vähän (Rajanti 2015). Erityisesti pienten lasten isien kokema masennus on noussut pinnalle keskusteluissa viime vuosina. Masennuksen yleisyyden isien keskuudessa arvellaan olevan vähintään yhtä yleistä kuin äideillä, mutta tutkittua tietoa ei ole vielä saatavilla. Yhtenä syynä pienten lasten isien masennuksen diagnosoimattomuuteen voidaan pitää suomalaisen neuvolan nais- ja äitipainotteisuutta. (Soininen 2010.)

4.1 Vanhemmuus

Vuokilan mukaan Schmitt on määritellyt vanhemmuuden alkavan ensimmäisen lapsen syntymästä. Käsite vanhemmuudesta, kasvatuksesta ja perheestä on kulttuurisidonnainen. (Vuokila 2010.) Lapselle perhe muodostaa hänen arvokkaimman ihmissuhdeverkostonsa, jossa vanhemmilla on suuri rooli vaikuttaessaan perheen vuorovaikutussuhteisiin. Vanhempien tehtävänä on tarjota ja täyttää lapsen tarpeita iänmukaisesti. Tärkeää on vanhemman tarpeeksi hyvä henkinen tasapaino ja kyky erottaa omat tarpeensa ja toiveensa verrattuna lapsen haluihin, tarpeisiin ja toiveisiin. Vanhemman tulee olla kasvatuksessaan johdonmukainen ja selkeä, turvallisten rajojen asettaja ja kyetä asettumaan lapsen asemaan erilaisissa tilanteissa. Vanhemman tehtävä on vastaanottaa ja sietää lapsen erilaisia tunnereaktioita. Suomalaisessa yhteiskunnassa vanhemmilta vaaditaan nykyään paljon. Työelämän paineista kärsivät yhä useammin pienten lasten vanhemmat ja heillä on myös vähemmän tukiverkostoja kuin aiemmin. Tulisikin muistaa, että riittävän hyvä vanhemmuus on edellytys lapsen turvalliselle kasvulle ja kehitykselle. (Sourander & Aronen 2011, 568–571.) Tärkeää on, että kaikenlaisten tunteiden ilmaiseminen ja niistä puhuminen on sallittua perheen sisällä. Vanhemman tehtävänä on toimia seulana ja opastaa tarkastelemaan ympäristöään myönteisellä tavalla, näin ollen myönteiset tunteet sävyttävät pääosin arkea ja tarjoavat eväitä elämään. (Wahlberg 1999, 50–51.)

Perheiden erilaisuus ja monimuotoisuus vaikuttavat vanhemmuuden rooliin. Tavallisimman ydinperhemallin rinnalle on tullut erilaisia nyky-yhteiskunnassa vallitsevia malleja. Eroperheistä puhuttaessa vanhemmuuden yhteyteen kytkeytyy vahvasti huoltajuuden käsite. Eroperheet muovautuvat usein ajan kuluessa uusperheiksi. Sateenkaari- ja maahanmuuttajaperheet ovat myös vakiintuneet Suomessa. (Vuokila 2010.)

Aiemmat kokemukset vanhemmuudesta, kuten esimerkiksi kokemukset omasta lapsuudesta, vaikuttavat siihen, kuinka vanhempi toimii ja kykenee itse toimimaan vanhempana haastavissa tilanteissa. Omat vuorovaikutuskokemukset lapsuudessa liittyvät tiukasti vanhemman kykyyn luoda ja toimia vuorovaikutussuhteessa omaan lapseensa. Elämän varrella olleet ihmissuhteet ja kokemukset sekä tämänhetkinen elämäntilanne ja tärkeät ihmissuhteet vaikuttavat vuorovaikutussuhteen laatuun. (Sourander & Aronen 2011, 568–571.)

Lapsen ominaisuudet voivat vaikuttaa omalta osaltaan lapsen ja vanhemman väliseen suhteeseen. Vanhemman psyykkinen sairaus, erityisesti masennus, on riski lapsen psyykkiselle ja sosiaaliselle kehitykselle. Sairauden kulun vaiheet vaikuttavat eri aikoina eri tavalla vanhemmuuteen. Lapsen iällä ja kehitysvaiheella on oleellinen osa suhteessa vanhemman sairauden vaiheeseen ja siihen kuinka pahasti se voi vaarantaa lapsen kehitystä. Lapsen temperamentipiirteillä ja ominaisuuksilla voi olla suojaavia tai altistavia tekijöitä sairauden vaikutuksille. (Sourander & Aronen 2011, 568–571.) Jos äiti on masentunut ja lapsi on temperamentiltaan passiivinen, itse vähän aloitteita tekevä ja hänellä on taipumusta syrjään vetäytymiseen, lapsen riski sairastua masennukseen kasvaa huomattavasti (Sourander & Aronen 2011, 569).

4.2 Kouluikäisen lapsen rooli perheessä

Kouluikäisen kehityksessä oppimisella on suuri rooli. Tiedon ja taitojen opetteleminen ja varastointi ovat yksiä tärkeimmistä tehtävistä tässä ikävaiheessa. Ystävien ja ryhmässä toimimisen merkitys korostuu ja ovat oleellisia lapsen normaalin kehityksen kannalta. (Mäntymaa, Puura, Aronen & Carlson 2016, 34.) Lapsen oman ajatusmaailman hahmottaminen ja minäkuvan löytäminen ovat välietappeja kohti eheää identiteettiä. Kognitiivisten ja sosiaalisten taitojen kehittyessä lapsi alkaa ymmärtämään, että kaikilla on omanlainen näkemys tarkastella asioita. Lapsella on tarpeeksi kykyjä oppia erottamaan oikea ja väärä toisistaan. Tässä aikuisen rooli on ohjaajana ja esimerkin antajana oleellinen. Murrosikää lähestyttäessä lapsi voi kokea olevansa kyllin iso päättämään itseensä liittyvistä asioista, mutta ei silti ole psyykkisesti kypsä tekemään päätöksiä. Tyypillisiä itseään koskevia päätöksiä ovat esimerkiksi nukkumaanmenoajat ja tietokoneella vietetty aika. Vanhemman tärkein rooli tässä iässä onkin olla rajojen asettajana ja rakkauden antajana. (Krank, n.d.)

Kouluikäinen lapsi on matkalla kohti itsenäistymistä. Hän oppii entistä paremmin säätämään tunteitaan ja toimintaansa sekä päättelemään asioiden välisiä yhteyksiä ja ratkaisuja. Vanhemman rooli ja hyväksyntä ovat tässä kehitysvaiheessa tärkeässä roolissa. Tukeminen, kannustaminen ja ehdoitta hyväksyminen tukevat lapsen omanarvon tunteen ja tunnetaitojen kehitystä. Kouluikäinen lapsi tarvitsee vanhemmiltaan myös opastusta ja ohjausta asioissa ja vanhempien tehtävänä on varmistaa lapselle tuki ja kannustus koulunkäyntiin, harrastuksiin sekä kaverisuhteisiin. Edellä mainittuja voidaan pitää tämän ikäisen lapsen tärkeimpinä elämäntehtävinä. Näissä tilanteissa lapsi opettelee sosiaalisia sääntöjä, saa onnistumisen kokemuksia ja joutuu myös kohtamaan pettymyksiä ja painiskelemaan niiden kanssa. (Mielenterveysseura, n.d.a.)

Onnistumisen kokemukset ruokkivat ja kasvattavat lapsen itsetuntoa ja omanarvontunnetta. Vanhempien on tärkeää tuntea oman lapsensa osaaminen asioissa ja suhteuttaa vaatimustasonsa niihin nähden. Liika tai liian vähäinen vaatiminen ei ole lapsen edun mukaista. Liian vähäinen vaatiminen voi johtaa siihen, että lapsi suoriutuu tehtävistään hyvin mutta ei koe tarpeelliseksi tavoitella parempaa. Tästä oppineena hänelle voi muodostua alisuorittamiseen taipuvainen käyttäytyminen, joka jatkuu myös aikuisena.

Kehuminen ja kannustaminen yrittämisestä on tarkoituksenmukaisempaa kuin onnistuneesta tuloksesta kiittäminen ja palkitseminen. (Mielenterveysseura, n.d.a.)

Suomessa tutkijoita on kiinnostanut perherakenteiden yhteys lapsen psyykkiseen hyvinvointiin. Väänänen vuoden 2013 tutkimus osoittaa, että perhedynamiikan toimivuus on yhteydessä lasten parempaan psyykkiseen hyvinvointiin. Sosiaalisten ja emotionaalisten arvojen alhaisuuden todettiin puolestaan olevan yhteydessä lasten alttiuteen kärsiä käytöshäiriöistä. (Väänänen, 2013.)

4.3 Läsnaolo ja arjen hallinta

Psykiatriset sairaudet vaikuttavat henkilön ajatteluun, toimintaan ja tunteisiin. Sairauden vaikutus voi myös hankaloittaa halukkuutta ja kykyä toimia vuorovaikutussuhteessa muiden ihmisten kanssa. Riittävä vanhemmuus vaatii läsnäoloa ja kykyä toimia tiiviissä vuorovaikutussuhteessa perheen sisällä. Tutkimusten mukaan erityisesti vanhemman masennuksella näyttäisi olevan kaikista haitallisimmat ja vakavimmat vaikutukset perheeseen ja lapsen kehitykseen. Masennuksen oireissa voi olla hyvin samankaltaisia piirteitä kuin arkielämän hetkellisen uupumuksen tuomissa tuntemuksissa; väsymystä, jaksamattomuutta ja ärtyisyyttä. Tuntemukset ovat ajoittain esiintyneenä normaaleja ja siksi lasten onkin hyvin vaikeaa tehdä eroa sairauden ja terveen vanhemman käytöksen välille. (Solantaus & Paavonen 2009.)

Väsymys ja aloitekyvyttömyys ovat liitoksissa vanhemman heikentyneeseen kykyyn säädellä omaa käytöstään ja tunteitaan. Jos vanhemmalla on negatiivinen kokemus masennuksen aikana kyvystään toimia ja olla vanhempi, voi se johtaa kielteiseen kuvaan vanhemmuudesta, joka puolestaan voi heijastua lapsiin. (Puura 2016, 89.) Tunteiden ja käytöksen säätelyn ollessa hankalampaa, vanhemman reaktiot asioihin voivat olla hyvinkin poikkeavia, välinpitämättömyydestä ärtyvyyteen ja aggressiivisuuteen. Alttius uhkaavaan käytökseen, ja sen eteneminen pahoinpitelyyn, on korkeampi masentuneella vanhemmalla. Tällaisissa olosuhteissa lapset oppivat nopeasti seuraamaan ja ennakoimaan vanhempansa tunnetiloja. Tämä saattaa johtaa kuitenkin siihen, että lapset myös alkavat kiinnittää entistä enemmän huomioita omaan käytökseensä ja asioihin reagointiin vähentääkseen konfliktitilanteita kotona. Tilanne voi pysyä kotona rauhallisempana, mutta tällainen käytös ei tue lapsen tunne-elämän kehitystä. Aikuisen vetäytyminen ja vuorovaikutuksen väheneminen voivat johtaa siihen, että lapsi tulkitsee asioista puhumisen vieraille olevan kiellettyä. (Jähi, Koponen & Männikkö 2011, 186–187.)

Masennus muuttaa vanhempaa kokonaisvaltaisesti, jolloin vanhemman koko olemus voi muuttua lapsen silmissä vieraaksi. Liikkuminen, sekä kasvojen ilmeet ja eleet muuttuvat erilaisiksi. Vanhemman tapa olla ja toimia tilanteissa muuttuu. Masennuksen yleisimmin esiintyvä oire väsymys aiheuttaa aloitekyvyttömyyttä ja vanhempi ei jaksaa puuhailla lapsen kanssa entiseen tapaan. Leikkien ja erilaisten aktiviteettien vähenemisen lisäksi vanhempi saattaa laiminlyödä monia arkisia asioita, jotka liittyvät vahvasti

lapsen perusturvallisuuteen. (Jähi, Koponen & Männikkö 2011, 186–187.) Ruokailu, uni, siisteys ja vaatetuksen järjestäminen olosuhteisiin sopivasti ovat vanhemman tehtäviä. Kouluikäisen lapsen arjessa rutiinien ja säännöllisen aikataulun merkitys on oleellinen. Tämän ikäisillä on myös usein harrastuksia, jotka vanhemmat mahdollistavat omalla panoksellaan. (Mielen-terveysseura, n.d.a.)

Perheen sosiaaliset kontaktit voivat vähentyä ja tämä voi johtaa jopa sosiaaliseen eristäytymiseen. Masentunut voi olla liian väsynyt ja aloitekyvytön löytääkseen voimia ystävien ja sukulaisten tapaamisiin. Häpeä itsestä ja perheen tilanteesta voi tuntua ylitsepääsemättömältä, ja siksi sosiaalisia tilanteita vältetään. (Solantaus 2001a, 44.) Lapsen kannalta tämä on haitallista, koska lapsi on luonnostaan vanhempiaan kohtaan lojaali. Vanhempien huonokaan käytös ei yleensä heikennä lapsen lojaaliutta. Lapsi on kehittänyt varhaisvuosinaan idealisoivan ja ihannoivan käsityksen vanhemmistaan. Tämä kehitys kuuluu normaalina lapsen elinkaareen, ja on selviytymisen sekä turvan kannalta välttämätöntä. (Andersson 2001, 14–15.)

Suomalaisessa kulttuurissa on vallinnut vuosikymmeniä ajatus, että lapsille asioiden kertomatta jättäminen suojaisi heitä. Sairaudesta vaikeneminen perheen sisällä voi johtaa siihen, että molemmat vanhemmat tai muut aikuiset tahattomasti ja tiedostamattaan reagoivat vähemmän lapsen tarpeisiin sekä kysymyksiin. Sairauden salailuun käytetään niin paljon voimavaroja, että lapsi muuttuu ajoittain näkymättömäksi. (Solantaus 2001a, 48–49.) Pölkkin ja Huupposen mukaan lapsen on usein vaikeaa saada terveeseen vanhempaan fyysisesti tai emotionaalisesti kunnan kontaktia. (Jähi 2001, 32.)

5 LAPSEN KASVU JA KEHITYS

Lapsen kasvuun ja kehitykseen vaikuttavat tekijät voidaan jakaa kolmeen eri osa-alueeseen: perimä ja kypsyminen, ympäristö sekä oma aktiivisuus. Nämä kaikki osa-alueet yhdessä vaikuttavat lapsen fyysiseen kasvuun, motoriseen kehitykseen, sekä psyykkiseen ja sosiaaliseen kehitykseen. Perimä säätelee kypsymistä, joka taas on edellytys lapsen oppimiselle. Lapsen kypsymisnopeuteen vaikuttaa sekä herkkyyksikaudet, että kriittiset kaudet. Ympäristöllä tarkoitetaan kulttuuria jossa lapsi elää ja kasvaa. Se pitää sisällään sosiaalisen ympäristön, johon kuuluu perhe ja muu arkipäiväinen ympäristö sekä tunneilmapiirin ympäristön, jolla tarkoitetaan lapsen ympärillä näytettävien tunteiden kirjoa sekä tunteita, joita lapsen sallitaan tuntea. Oma aktiivisuus määrittää lapsen kiinnostuksen erilaisiin asioihin, ja siihen miten hän niitä ratkoo. Lapsuudessa harjoitellaan näitä taitoja tutkimalla ja ihmettelemällä asioita sekä etsimällä omia mielenkiinnonkohteita. (Vilén, Vihunen, Vartiainen, Sivén, Neuvonen & Kurvinen 2006 132–133.)

Lapsen fyysistä kasvua säätelevät elinympäristö ja perintötekijät. Lapsen fyysistä kasvua määrittää 50–80 %:sti geenit; ne asettavat lapsen fyysiselle kehitykselle rajat. Elinympäristö vaikuttaa lapsen kasvuun virikkeiden muodossa. Jos virikkeitä tarjotaan lapselle liian vähän, voi fyysinen kasvu ja kehitys hidastua. (Vilén ym. 2006, 134.)

5.1 Lapsen psykososiaalinen kehitys

Psykososiaalisella kehityksellä tarkoitetaan lapsen kehittymistä yksilöksi yhteisössä. Samanaikaisesti, kun lapsi kehittyy yksilöksi, kehittyy hän myös osaksi ympäröivää yhteisöä. Molemmat kehityskulut vaikuttavat toisiinsa voimakkaasti. Lapsen opetellessa erilaisia taitoja hän saa taidoistaan ja käyttäytymisestään palautetta ympärillään olevilta ihmisiltä. Siinä samalla hän oppii käyttäytymään yhteisönsä sääntöjen ja tapojen mukaan. (Nurmiranta, Leppämäki & Horppu 2009, 29)

Dunderfeltin mukaan psykoanalyttikko Erik H. Erikson on kehittänyt psykososiaalisen kehitysteorian, jossa tarkastellaan yksilöllisyyden kehitystä läpi eri elämänvaiheiden. Eriksonin kehityspsykologisen teorian mukaan ihmisen olemassaolo on aina riippuvainen kolmesta eri tapahtumakokonaisuudesta, jotka keskenään täydentävät toisiaan. Nämä kolme tapahtumakokonaisuutta ovat biologiset tapahtumat, psyykkiset tapahtumat sekä yksilölliset tapahtumat. Biologiset tapahtumat muodostavat fyysisen ruumiin, psyykkiset tapahtumat muovaavat ihmisen psyykeen ja yhteisölliset tapahtumat taas luovat ihmisille vastavuoroista riippuvuutta toisistaan kulttuurisessa kokonaisuudessa. Teorian mukaan siis nämä kolme tekijää vaaditaan siihen, että ihmisen kokonaisuus saadaan selvitettyä. Seurattaessa näiden kolmen tason vuorovaikutusta huomataan, että yksilön erilaiset kyvyt ja ominaisuudet kehittyvät huippuunsa eri vaiheissa elämää, mutta niiden kehitys jatkuu silti vielä huippuvaiheenkin jälkeen. Eri kehitysvaiheissa ihminen kohtaa eritasoisia kehityshaasteita. Eriksonin mukaan kehitys ei voi edetä ilman konflikteja, vaan niiden tarkoitus on luoda ihmiselle uusia kykyjä ja valmiuksia elämään, näin ne luovat yksilön. Psykososiaalisessa kehityksessä on kaiken kaikkiaan kahdeksan eri vaihetta aina lapsuudesta vanhuuteen. (Dunderfelt 2011, 233–237.)

Eriksonin teoriassa leikki-ikäiseksi määritellään ikävuodet kolmesta kuuteen. Tällöin lapsi alkaa sisäistämään ympäristön sääntöjä ja normeja, sekä alkaa muodostaa niistä omia psyykkisiä rakenteitaan. Tässä vaiheessa kehitystä Erikson määrittelee lapsen kehitystehtäväksi aloitteellisuuden. Leikki-ikässä lapsella on käytössään todella paljon mielikuvitusta ja iloa, mutta tällöin lapsi alkaa kohdata itsessään myös esimerkiksi aggressiivisia tunteita. Lapsen temperamentti alkaa nostaa päätään, jolloin se monimutkaistaa vuorovaikutussuhdetta lapsen ja vanhemman välillä. (Dunderfelt 2011, 237–238.)

Kouluikäisen lapsen kehitystehtäviin lukeutuu ahkeruus ja pystyvyys, sekä tärkeimpiä vaikuttavia tekijöitä tässä kehitysvaiheessa ovat koulu ja ystäväpiiri. Tämän ikäisellä lapsella on käytössään valtava määrä energiaa ja luovuutta, tällöin olisikin tärkeää, että lapsen omaehtoista toimintaa ei tyrehdytetä liian voimakkaasti. Eriksonin mukaan lapsi kehittää jo kouluikässä suhtautumisensa työhön. Lapselle on tärkeää antaa rakentavaa palautetta toiminnastaan, jolloin hänelle herkemmin rakentuu kokemus omasta erinomaisuudesta ja pystyvyydestä. (Dunderfelt 2011, 237.)

5.2 Kiintymyssuhteen kehittyminen

Sinkkosen mukaan englantilainen John Bolwby kehitti kiintymyssuhdeteorian 1950-luvulla työskennellessään hoitokodissa, jonka asiakaskunta koostui pojista, jotka eivät olleet sopeutuneet yhteiskunnan normeihin. Tutkimustensa perusteella Bolwby vakuuttui siitä, että lapsuuden varhaisilla erokokemuksilla on yhteys psyykkisiin ongelmiin. Bolwby on määritellyt kiintymyssuhteen näin: "Kiintymyssuhdeteoria on yritys käsitteellistää ihmisen taipumusta muodostaa voimakkaita tunnesiteitä toisiin ihmisiin ja selittää niitä ahdistuksena, vihamielisyytenä, depressiona ja tunteiden eristämisenä ilmeneviä stressin muotoja, jotka aiheutuvat tahattomista erokokemuksista ja menetyksistä". (Sinkkonen 2003, 93.)

Myöhemmin Mary Ainsworth kehitti Bolwbyn teorian pohjalta tutkimusmenetelmän, jolla pystytään määrittämään, millainen kiintymyssuhde vuoden vanhalle lapselle on kehittynyt. (Sinkkonen 2003, 92.) Ainsworth luokittelee kiintymyssuhdemallit havaintojensa perusteella turvalliseen, turvatomaan ja ristiriitaiseen kiintymyssuhteeseen (Sinkkonen & Kalland 2016, 76.) Myöhempien havaintojen perusteella tutkijat ovat huomanneet, etteivät kaikkien lasten kiintymyssuhdemallit sopineet mihinkään Ainsworthin kehittämistä malleista. Näin muiden kiintymyssuhdemallien lisäksi syntyi uusi kiintymyssuhdemalli, organisoimaton kiintymyssuhde. Organisoimattomalle kiintymyssuhteen synnylle on tyypillistä hoivaajan ailahtelevat mielialat joihin lapsi ei pysty omalla käytöksellään vaikuttamaan. Pitkäkestoisella kaltoinkohtelulla ja hoidon laiminlyönnillä tiedetään olevan yhteys organisoimattoman kiintymyssuhdemallin kehittymiseen. (Sinkkonen & Kalland 2016, 76–77.)

Varhaislapsuuden ensimmäisen ikävuoden tärkeimpiä kehityksellisiä tehtäviä on kiintymyssuhteen muodostuminen (Mäntymaa ym. 2016, 32). Vanhemman ja lapsen välisellä onnistuneella ja riittävällä varhaisella vuorovaikutuksella on olennainen merkitys terveen mielen kehittymiselle (Puura & Tamminen 2016). Lapsi kiinnittyy luontaisesti lähimpään saatavilla olevaan aikuiseen. Lapsen eloonjäämisen kannalta tämä on välttämätöntä. Turvallisuudentarve ajaa lapsen kiinnittymään lähimpään saatavilla olevaan hoivaajaan, tyypillisimmin lapsi kiinnittyy äitiinsä. Äidin ja vauvan välillä vallitsee luonnostaan sitoutumisen suhteeseen vaadittavia elementtejä. Ihokontakti, tuoksut, äänet ja imetykseen liittyvät tuntemukset ovat muun muassa tällaisia. (Sinkkonen 2003, 93.)

Ensisijaisen tärkeää vauvan kommunikoinnin ja selviytymisen kannalta on itku. Itkulla vauva viestittää tarpeistaan hoivaajalleen. Vauvan varttuessa ilmeiden ja eleiden merkitys korostuu vuorovaikutuksessa. Motorisen kehityksen myötä vauva voi jo itse lähestyä äitiään, eikä näin ole pelkkien katseiden ja ääntelyiden varassa saadakseen lämpöä ja hoivaa. (Sinkkonen 2003, 93.) Lapsi ei ole vielä kykenevä säätämään täysin omia tarpeitaan ja tunteitaan. Siksi huoltajan tehtävänä on reagoida ymmärtäväisesti vauvan olotilaan. Näin ollen vauva ei joudu kokemaan liian suurta psyykkistä stressiä tai pahaa oloa. (Puura & Tamminen 2016.) Kiintymyssuhteella voidaankin siis kuvata sitä, kuinka vauva hakee turvaa äidistään kaiken uuden ja hämmentävän edessä. Äidin reaktioilla ja vuorovaikutuksella lapsensa

kanssa näissä tilanteissa on tärkeä rooli siihen, kuinka lapsi oppii tunteidensa avulla tulkitsemaan muiden ihmisten päämääriä. (Mäkelä 2003, 115.)

Kiintymyssuhdetta tarkastellessa ei sovi unohtaa ihmiskehon biologista puolta. Aivojen limbinen järjestelmä on isossa yhteydessä kaikkeen tunteiden välityksellä tapahtuvaan toimintaan. (Mäntymaa ym. 2016, 27–28.) Limbiseen järjestelmään kuuluu muun muassa motivaation, mielentilojen säätelyyn ja tahdosta riippumattomiin toimintoihin osallistuvat aivojen alueet, kuten aivokuoren sisäpuolinen reuna eli limbos, sekä muita siihen läheisesti kytkeytyneitä aivoalueita. (Terveyskirjasto n.d.) Ihmisen yksilölliset kokemukset vaikuttavatkin siihen millaisiksi aivomme muovaantuvat ja kuinka neuroniyhteydet ja synapsit toimivat. (Mäntymaa ym. 2016, 27–28.)

Kiintymyssuhdetta on pitkälti tarkasteltu äidin ja vauvan välisenä jatkumona. Turvallisen kiintymyssuhteen muodostumisen kannalta on tärkeää naisen äitiyden tunteen syntyminen. Niemelän mukaan Stern on määritellyt psykologiassa äitiydentunteen synnyn rinnastettavan vauvan minä tuntemuksen kehittymiseen. Niemelän mukaan äidille syntyy ensin orastava äitiydentunne ensihetkillä vauvansa kanssa. Vuorovaikutustilanteiden myötä äitiyden tunne kehittyy ydinminuuden tunteeseen verrattavaksi äitiydentunteeksi. (Niemelä 2003, 237.) Äidin sensitiivisyydellä, eli sillä kuinka herkästi hän vastaanottaa ja tulkitsee vauvan viestejä, on keskeinen merkitys lapsen kehitykseen (Kivijärvi 2003, 252).

5.3 Herkkyyskaudet ja kriittiset kaudet

Sekä herkkyys- että kriittisiin kausiin vaikuttavat olennaisesti lapsen perimä, ympäristö, sekä oma aktiivisuus ja suuntautuneisuus (Horppu ym. 2009, 12). Herkkyyskausilla tarkoitetaan ajanjaksoja, jolloin lapsella on kyky oppia joitain taitoja ja asioita normaalia paremmin. Herkkyyskauden aikana ihmisen aivoissa tietty osa-alue muovautuu vauhdikkaammin kuin normaalisti, joka mahdollistaa tietyn taidon oppimisen. (Vilén ym. 2006, 132–133) Lapsi on kykenevä opettelemaan taidon myöhemmässäkin kehitysvaiheessa, mutta tietyissä iässä se on helpompaa. Ensimmäisen ikävuoden aikana lapsi oppii erottelemaan erilaisia ääntelyjä. Kielen oppimisen herkkyyskausi on 2–3 vuotiaana ja tällöin lapsi voi oppia minkä tahansa kielen, jos sitä puhutaan hänen lähiympäristössään. (Horppu ym. 2009, 12.)

Kriittisiksi kausiksi kutsutaan ikäkausia, jolloin lapsen tulisi oppia tietyt asiat, tai niiden oppiminen häiriintyy tai niitä ei opi lainkaan. Lapselle tulisi tarjota tarpeeksi virikkeitä, jotta toiminnot kehittyisivät normaalisti. Kielenkehittymiselle kriittinen kausi on lapsen ensimmäinen ikävuosi. Jos lapsi ei pääse ensimmäisen ikävuoden aikana tekemisiin kielen kanssa, hän saattaa myöhemmin oppia puhumaan vain muutamia sanoja. Motoristen taitojen kriittinen kausi taas sijoittuu sikiöajan ja viidennen ikävuoden välille. Jos lapsi ei jostain syystä pääse ensimmäisinä vuosinaan liikkumaan, hän ei välttämättä koskaan opi kävelemään tai juoksemaan. Lapsen ensimmäisen ikävuoden aikana on ensisijaisen tärkeää muodostaa turvallinen suhde aikuiseen tai aikuisiin, sillä niiden puuttuessa lapsi ei välttämättä kykene luomaan tunnesiteitä myöhemminkään elämässä. (Horppu ym. 2009, 12.)

5.4 Perusluottamuksen syntyminen

Horppu ym. kirjoittavat, että psykoanalytikko Erik H. Eriksonin mukaan ihminen kehittyy koko elämänsä ajan sekä kohtaa kehityshaasteita jokaisella ikäkaudella. Tätä teoriaa kutsutaankin elämäkaaripsykologiaksi. Eriksonin mallissa ihminen työstää läpi kahdeksan kehityskriisiä, jotka seuraavat toisiaan aina samassa järjestyksessä. Ratkaisumallit kriiseihin vaihtelevat yksilöiden ja kulttuurien mukaan. Kun kriisin työstää läpi, luo se hyvät edellytykset seuraavan ikävaiheen kehitykselle. (Horppu ym. 2009, 29.)

Perusluottamuksen syntyminen on ensimmäisen ikävuoden haaste. Jos perusluottamus jää jostain syystä muodostumatta, seurauksena on turvattuuden kokemus. Perusluottamuksen syntymiseen vaikuttaa ratkaisevasti se, kuinka hyvin lapsen hoitaja vastaa lapsen tarpeisiin. Myös huolenpidon laadulla sekä johdonmukaisuudella perustarpeista huolehtimisen lisäksi on suuri merkitys perusluottamuksen syntymisen kannalta. Mekaaninen hoito yksin ei riitä luomaan lapselle kokemusta turvallisuudesta, vaan lapsi tarvitsee myös vastavuoroisuutta sekä läheisyyttä. Kun lapsi saa kaikkea tätä, perusluottamus syntyy. (Horppu ym. 2009, 29.)

Kun lapsen tarpeet tulevat tyydytetyiksi, hän saa perusluottamuksen kokemuksen maailmaa kohtaan, josta puolestaan syntyy elämys toivosta. Jos perusluottamusta ei synny, seurauksena voi olla epäluottamuksen ja toivotonmuuden tunteita. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että lapsi ei pysty luottamaan siihen vastataanko hänen tarpeisiinsa tai kuullaanko hänen pahaa oloa. Jos elämän varhaisessa vaiheessa muodostuu syvä epäluottamus, se saattaa heijastua lapseen siten, että lapsi käpertyy itseensä. Myös pienen vauvan on mahdollista masentua ja oppia siihen, ettei pahaa oloa kannata ilmaista. (Horppu ym. 2009, 29–30.)

6 VANHEMMAN SAIRAUDEN VAIKUTUS LAPSEEN

Vanhemman mielenterveyden häiriöllä on alttiutta lisäävä vaikutus lapsen sairastumiseen. Häiriön diagnoosilla ja sen laadulla ei ole niinkään merkitystä lapsen tulevaisuuden riskiin sairastua itse. Suurempi ja tieteellisesti todistettu merkitys on sillä, kuinka paljon vanhemman sairaus vaikuttaa perheen vuorovaikutussuhteisiin ja kuinka pitkäkestoisia ongelmat ovat. Sairauden vaikutuksella vanhemman toimintakykyyn tiedetään olevan vaikutuksia lapsen kehitykselle. (Solantaus & Paavonen 2009.) Lapsen kehityksen häiriintymiseen vaikuttavia tekijöitä tarkasteltaessa on syytä muistaa aina myös geneettinen alttius sairastua, sekä perheen psykososiaaliset ja ympäristössä vaikuttavat tekijät. Häiriön syytä mietittäessä tulisikin aina katsoa asioita laajemmin ja miettiä niiden yhteisvaikutuksia. Lapsen kehityksen häiriintymiseen ovat vahvasti liitoksissa suojaavat ja haavoittavat tekijät. Yleisesti ottaen voidaan puhua häiriön syntyvän vasta, kun moni riskitekijä vaikuttaa yhtä aikaa ja suojaavia tekijöitä ei ole tarpeeksi, tai tilanteeseen vaikuttaa vahvasti jokin laukaiseva tekijä. (Solantaus 2001b, 22–23.)

Psykiatrisesti sairaiden vanhempien lapsilla on havaittu enemmän sosiaaliin tilanteisiin liittyviä ongelmia, niin tunne- kuin käytösoireita. Ongelmat voivat näyttäytyä jo varhaislapsuudessa muun muassa vaikeutena olla erossa vanhemmistaan, ja myöhemmällä iällä koulunkäyntiongelmia tai aggressiivisuutena. Kansainvälisesti vanhemman masennuksen yhteyttä lapsen koulumenestykseen ovat tutkineet muun muassa Ahlström ym. (2009). Erityisesti isien raskauden jälkeisen masennuksen yhteydet näyttävät käyttäytyminenä ja uhmakkuutena, kun taas äitien masennuksen vaikutuksen lapsiin on todettu useammin olevan sisäänpäin kääntymistä ja vetäytymistä lapsen käyttökseen. Tätä voidaan selittää sukupuolieroilla käyttökseen. Masentuneet miehet ovat useammin ärtyneitä ja lapsi vastaa tähän käyttökseen reagoimalla voimakkaasti ja aggressiivisesti. (Solantaus & Paavonen 2009.)

6.1 Lapsen riski psyykkiseen sairastumiseen

Psykiatrisista häiriöistä vanhemman masennuksella on selkeästi korkein riski vaikuttaa lapsen suotuisaan kehitykseen. Eniten tutkimuksia on tehty vanhemman masennuksesta, joka onkin tavallisin psykiatrinen häiriö ja erityisesti lapsiperheiden ongelma. Solantauksen ja Paavosen mukaan Hammen ja Brennan tutkivat (2003) äidin masennuksen vaikutusta lasten sairastumiseen lapsuusiässä. Tutkimuksessa havaittiin, että lapsen riski sairastua masennukseen on huomattavasti suurempi, mikäli äidillä on diagnosoitu masennus. Lapsista, joiden äideillä oli todettu masennus, 20 % oli itse sairastunut masennukseen ennen kymmentä ikävuotta. Vastaavasti ei-masentuneiden äitien lapsilla masennusta esiintyi 10 %:lla lapsista. Samasta artikkelista käy ilmi, että Beardslee ym. (1998) arvioivat katsauksessaan masentuneiden vanhempien lasten riskiä sairastua psyykkisesti ennen 20 vuoden ikää. Vastaavat arviot he tekivät myös alle 25-vuotiaana sairastuvista. Ennen 20 vuoden ikää noin 40 % sairastuu ja jopa 60 % ennen 25 vuoden ikää. (Solantaus & Paavonen 2009.)

Solantauksen ja Paavosen mukaan tutkimalla lastenpsykiatrian asiakkaina olevia potilaita ja heidän vanhempiansa mielenterveyttä, saatiin tietoa vanhempien ja lasten häiriöiden yhteyksistä. Suomalaisessa psykiatrisessa osastohoidossa olevista lapsista jopa 70 %:lla on vanhempi, joka kärsii psykiatrisista ongelmista. Artikkelista käy ilmi, että avohoidossa vastaava luku on 40 %. Samoin Weller ym. (1994) totesivat vanhempien mielialahäiriöiden sekä ahdistuneisuus- ja persoonallisuushäiriöiden olevan yleisimpiä niissä perheissä, joissa lapsi sairastaa vakavaa masennusta. (Solantaus & Paavonen 2009.)

Solantauksen ja Paavosen mukaan Merikangas (1984) selvitti tutkimuksessaan perheiden vanhemmilla olevan päihteidenkäyttöä tai psyykeen häiriöitä. Masennuspotilaiden puolisoista yli 50 % sairastaa psykiatrista hoitoa vaativaa häiriötä. Kummankin vanhemman sairastaessa lasten häiriöt yleistyvät selvästi. Samoin Dierkerin ym. (1999) aineistossa psykiatrinen häiriö todettiin 70 %:lla 7–17-vuotiaista lapsista, mikäli molemmilla vanhemmilla oli mieliala- tai ahdistuneisuushäiriö. Vain toisen vanhemman sairastaessa määrä oli 40 % ja 20 % jos kumpikaan vanhempi ei sairastanut kyseisiä häiriöitä. (Solantaus & Paavonen 2009.)

6.2 Lapsen psyykkistä kehitystä haavoittavat ja suojaavat tekijät

Lapsen psyykkisen kehityksen riskitekijöinä voidaan pitää niitä asioita, jotka jollain tavalla voivat vaarantaa lapsen tasapainoisen kasvun ja kehityksen ja olla elämän kannalta haitallisia. Riskitekijät ovat yhteydessä perusturvallisuudentunteen vaarantumiseen ja normaalien toimintojen jatkuvuuden toimimattomuuteen. Ne voivat vaikuttaa fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen heikentävästi. Yleisimmin puhumme lasta suojaavista ja haavoittavista tekijöistä. Haavoittavat tekijät kuuluvat riskitekijöihin ja ne voidaan erotella ulkoisiin- sekä sisäisiin haavoittaviin tekijöihin. (Soisalo 2012, 120–122.)

Sisäisiin haavoittaviin tekijöihin kuuluvat lapsen tunne-elämään ja minäkuvaan vaikuttavia tekijöitä. Esimerkiksi kuinka eristäytyneeksi tai avuttomaksi lapsi tuntee itsensä perheen sisällä, onko hän eristäytynyt kavereistaan ja harrastuksistaan, tai onko lapsella jokin somaattinen sairaus. Ulkoiset tekijät liittyvät pitkälti lasta ympäröivään maailmaan ja sen vaikutuksiin lapsessa. Vanhempien mielenterveysongelmat johtavat usein työttömyyteen ja toimeentulovaikeuksiin. Tällaisissa perheissä tiedetään olevan enemmän päihteidenkäyttöä ja väkivaltaa. (Soisalo 2012, 120–122.)

Vaikutukset ovat sitä suuremmat, mitä pienempi lapsi on. Kouluikäisen lapsen oirehtiessa palataan aina miettimään, millaista äidin raskautta edeltävä aika on ollut, ja miten raskaus itsessään on sujunut. Äidin raskaudenaikaisella psyykkisellä stressillä tiedetään olevan yhteys myöhempiin lapsen kouluikässä kehittyviin keskittymis- ja tarkkaavaisuushäiriöihin. Mielialahäiriöisellä äidillä raskaus voi olla itsessään negatiivinen kokemus, ja entisestään lisätä stressihormonin erittymistä. Mielialahäiriö haittaa myös äitiyteen valmistavaa mielensisäistä prosessia, joka puolestaan heikentää varhaisen vuorovaikutuksen ja kiintymyssuhteen laatua. Erityisesti masentuneiden äitien poikien on todettu olevan alttiimpia raskaudenaikaisen masennuksen vaikutuksille. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla äideillä on selvästi suurentunut riski sairastua raskauden jälkeiseen psykoosiin. (Latva & Moilanen 2016a, 71–74.) Pienen syntymäpainon tiedetään myös altistavan lapsen psyykeen kehityksen häiriöille. Kuitenkin suurin osa keskosista kasvaa ja kehittyy normaalisti läpi elämän. Häiriintymisen ilmaantumisen edellyttää ennen kaikkea puutteita vuorovaikutussuhteessa ja muissa ympäristötekijöissä. (Latva & Moilanen 2016b, 62–63.)

Niin sanotut suojaavat tekijät auttavat lasta kohtaamaan vaikeuksia ja ratkaisemaan ongelmia tavoilla, jotka eivät ole liian kuormittavia. Tällaisia suojaavia tekijöitä ovat muun muassa lapsen yksilölliset ominaisuudet kuten itseymmärrys, älykkyys, avoin vuorovaikutus sekä kyky ilmaista tunteitaan ja ajatuksiaan. Lapsen kannalta tärkeää olisi, että suhde sairastuneeseen vanhempaan olisi mahdollisimman hyvä. Kotona pitäisi vallita lämmin ilmapiiri, jossa lapsen pitäisi tuntea olevansa vapaa ilmaisemaan omia tunteitaan. Sujuva arki ja toistuvat rutiinit, kuten ruokailut, nukkumaanmenoajat, puhtaus, päivähoido ja koulunkäynti tuovat lapselle turvallisuuden tunnetta, ja näin suojaavat lasta. Myös harrastukset, motivaatio ja sitoutuminen päivähoidon tai koulunkäyntiin, sekä perheen riittävän vakaa taloudellinen tilanne ja hyvät asuinolot ovat lasta suojaavia tekijöitä. (FinFami mielenterveysomaiset Pirkanmaa n.d.)

Kun vanhempi sairastaa, lasta suojaa myös riittävä tiedonsaanti, sekä vaapaaseen tunteiden ilmaisuun ja lapsen kysymyksiin ja keskusteluun rohkaiseminen. Lapselle on tärkeää kertoa vanhemman tilanteesta, jolloin lapsi ymmärtää tilanteen paremmin, eikä hänen tarvitse keksiä omia syitä tai selityksiä näkemilleen ja kuulemilleen asioille ja tilanteille. (FinFami mielen-terveysomaiset Pirkanmaa n.d.) Taulukossa 2 kuvataan lapsen psyykkistä kehitystä suojaavia ja haavoittavia tekijöitä.

Taulukko 2. Lapsen psyykkistä kehitystä suojaavat ja haavoittavat tekijät (Broberg, Almqvist & Tjus 2005; FinFami Mielen-terveysomaiset Pirkanmaa n.d.; Ky-
pä, Mäki 2000; Soisalo, 2012).

Sisäiset suojaavat tekijät	Ulkoiset suojaavat tekijät
Hyvä itsetunto	Suojaava perheympäristö
Älyllinen lahjakkuus	Sujuva arki sekä rutiinit
Hyvät sosiaaliset taidot	Vakaa taloudellinen tilanne
Kyky ratkaista ongelmia	Hyvät asuinolot
Minuuden vahvuus	Avoim kommunikointi perheessä
Oman paikan tunteminen	Perheensisäinen hyvä ilmapiiri
Kyky ilmaista tunteita ja ajatuksia	Asianmukainen valvonta ja kuri
Hyvä suhde vanhempaan	Koulumenestys
Turvallisuuden tunne	Harrastukset ja ystävät
Sisäiset haavoittavat tekijät	Ulkoiset haavoittavat tekijät
Puutteelliset taidot ratkaista ongelmia	Vanhemman mielen-terveysongelma
Avuttomuuden tunne	Huono sosiaalinen asema
Huono itsetunto	Perheensisäinen päihteiden käyttö
Somaattinen sairaus	Väkivalta
Kyvyttömyys ilmaista tunteita ja ajatuksia	Raskauden aikainen psyykkinen stressi
Puutteelliset sosiaaliset taidot	Pieni syntymäpaino
Sosiaalinen eristäytyneisyys	Ennenaikainen synnytys
Turvattomuuden tunne	Epäsuotuisat asuinolot

6.3 Lapsen oireilu

Psyykkinen sairaus, kuten masennus, muuttaa ihmisen ajattelua ja käyttäytymistä sillä tavalla, että niin sairastuneen itsensä kuin läheistenkin saattaa olla vaikea ymmärtää sitä. Vanhemman masennus, tai muu psyykkinen sairaus vaikuttaa voimakkaasti vanhemman ja lapsen väliseen suhteeseen, ja voi aiheuttaa erilaisia ongelmakohtia. (Solantaus 2006, 234.) Tässä osiossa keskitytään lähinnä masennuksen vaikutuksiin lapsessa.

Usein lapsille ei selitetä vanhempien sairauksia ja esimerkiksi niistä johtuvia käyttäytymisen muutoksia. Tämän uskotaan johtuvan siitä, että ajatellaan lapsien kuormittuvan liikaa, jos he tietävät asioista enemmän. Lapset kuitenkin kehittävät omat selityksensä tapahtumille ja vanhempien käytökselle. Kun lapsi ei tiedä asioiden oikeaa laitaa, voi helposti tapahtua väärin-

käsityksiä. Lapsi voi esimerkiksi ottaa vanhemman harhaluulot todesta. Masennuksesta johtuvan väsymyksen ja haluttomuuden tehdä asioita yhdessä lapsi voi käsittää siten, ettei vanhempi enää pidä hänestä tai ole kiinnostunut. Helposti voi käydä myös niin, että lapsi alkaa syyttää itseään ja sitä kautta etsii selitystä vanhemman käytökselle. Lapsi voi ajatella vanhemman pahan mielen johtuvan lapsen kiukuttelusta tai tottelemattomuudesta. Koska lapset syyttävät itseään vanhemman oireilusta, he voivat kokea itsensä huonoiksi sekä kantaa raskasta syyllisyyden tunnetta. (Solantaus 2013, 4.)

Kaikenikäisille lapsille olisi tärkeää saada kokea tuottavansa iloa vanhemmilleen ja tuntea vanhempien viihtyvän heidän kanssaan, sekä nauttivan heidän seurastaan. Tämä on tärkeää, sillä lapsen tuntiessa olevansa hyvä lapsi ja ihastuttava ihminen, se kasvattaa lapsen tervettä itsetuntoa. Kun vanhempi on vakavasti masentunut, ei lapsi saa tällaista palautetta, vaan usein saattaa käydä jopa päinvastoin. Kun lapsi yrittää ilahduttaa vanhempansa, vaikka temppuilemalla, voi se jopa ärsyttää vanhempaa, jonka seurauksena vanhempi saattaa komentaa lapsen pois sanoen, että haluaa mieluummin olla yksin. (Solantaus 2006, 234.)

Kiintymys vanhemman ja lapsen välillä on lapselle todella tärkeää. Siihen liittyy kokemus läheisyydestä sekä keskinäisestä ymmärryksestä. Vanhemman sairastaessa hänen mielensä on muualla, eikä hän jaksa suuntautua lapseen. Tästä johtuen lapsi tekee kaikkensa, jotta tavoittaisi vanhemman. Lapsi saattaa jopa pyrkiä virittäytymään samalle aaltopituudelle vanhemman kanssa, joka käytännössä tarkoittaa sitä, että lapsi pyrkii noudattelemaan samaa depressiivistä tunnelmaa, mielialaa ja toiminnan tasoa kuin vanhempikin. Lapsi saattaa jopa tietoisesti sammuttaa iloisuutensa tullessaan kotiin. Lapsesta tulee vaisu ja toiminnantarmo katoaa, lapsi saattaa olla vaatimattomampi, hän ei roiku vanhemmassaan, eikä hän pyydä apua arkiisiin toimintoihin tai läksyjen tekemiseen. Jopa pienet vauvat voivat hiljentyä vanhemman kanssa samalle aaltopituudelle. (Solantaus 2006, 234.)

Lapsen hiljentyminen voi helpottaa sekä sairastuneen, että terveen vanhemman oloa, kun lasta ei tarvitse jatkuvasti komentaa ja ristiriitojen määrä vähenee. Lapsi saattaa myös tätä kautta saada haluamansa, eli yhteyden vanhempansa ja vanhempi voi tuntua läheisemmältä. Tämä kuitenkin johtaa ongelmaan, jossa vanhempien on vaikea ymmärtää, että lapsi on itsekkin masentumassa ja rakentamassa masentumiselle altistavia psyykkisiä rakenteita. Näin toimiessaan lapsi oppii depressiivisen tavan liittyä toiseen ihmiseen, jota hän saattaa käyttää myöhemmässä elämänvaiheessaan esimerkiksi kumppania etsiessään. (Solantaus 2006, 235.)

6.4 Lapsen oireilun tunnistaminen ja sen vaikeudet

Lasten mielenterveyden häiriöiden diagnostiikkaan liittyy useita muistettavia erityispiirteitä. Rajan veto normaalin ja epänormaalin välillä on monin tavoin haastavaa, sillä se on riippuvainen yksilön iästä, ihmissuhteista sekä kulttuuritaustasta. Lapsen kasvu ja kehitys ja erityisesti kehityksen murrosvaiheet aiheuttavat erityisvaatimuksia diagnostiikalle, joita nykyiset diag-

noosijärjestelmät eivät aina ota riittävästi huomioon. On esimerkiksi mahdollista, että eri häiriöiden tyypilliset piirteet ja oirekuva vaihtelevat kehitystason mukaan, tai että jokin oire tai käyttäytymisen malli voi jossakin kehityksen vaiheessa olla täysin normaalia, mutta toisessa se onkin poikkeavaa. (Tamminen & Marttunen 2016, 131.)

Monet mielenterveyden häiriöt ovat lapsuudessa tai nuoruudessa usein vasta alkamassa ja esiintyvät ensimmäistä kertaa, siksi oirekuva voi olla epäselvä. Lapsuudessa alkavassa mielenterveyden häiriössä tyypillinen oirekuva on vasta muodostumassa. Toisaalta oireet eri ikäkausina voivat olla pohjimmiltaan samoja, mutta esimerkiksi se, kuinka pieni lapsi ilmentää anhedoniaa eli kyvyttömyyttä tuntea nautintoa asioista jotka yleensä sitä tuottavat, tai kokevat normaalista poikkeavia pelkoja, on ikäsidonnaista. (Tamminen & Marttunen 2016, 131.)

Mitä pienempi lapsi on kyseessä, sitä suurempi vaikutus lapsen psyykkisiin häiriöihin on ympäristöllä, sekä ennen kaikkea läheisillä ihmissuhteilla. Yleensäkin lasten psyykkisiä häiriöitä diagnosoidessa tulee aina ottaa tilannesidonnaisuus huomioon. Lapsen oireista sekä käyttäytymisestä tulee kerätä tietoa useilta eri tahoilta ja henkilöiltä. (Tamminen & Marttunen 2016, 132.)

Lapsen oireilun tunnistamisessa avainasemassa ovat lapsen vanhemmat, päiväkodin työntekijät tai koulun opettajat sekä neuvola- tai koululääkäri ja terveydenhoitaja. Lapset harvoin itse tunnistavat poikkeavuuksia itsessään. Jotta lapsen psyykinen häiriö voidaan tunnistaa, täytyy tietoa saada eri tahoilta, myös lapselta itseltään. Esikoulu- ja kouluikäisen lapsen haastattelulla ja havainnoilla on kokonaisarvion kannalta suuri merkitys. Harvoin vain yksi tapaaminen on riittävä, usein tapaamisia tarvitaan useita sekä lapsen että perheen kanssa, erikseen ja yhdessä, jotta saadaan kokonaisvaltainen kuva lapsen tilanteesta. Lapsen oireiden kartoittamiseen voidaan käyttää haastatteleminen lisäksi lyhyitä seulontalomakkeita, kuten vaikeuksien ja vahvuuksien kyselylomaketta (SDQ). (Aronen 2016, 134–136.)

6.5 Psykosomaattinen oireilu

Psykosomaattisella oireilulla tarkoitetaan ihmisen fysiologista oireilua, jonka syntyperä on kuitenkin psyykinen. Psykosomaattiseen oireiluun vaikuttavat erityisesti ihmisen stressinsäätelyjärjestelmän sietokyky ja tunteidensäätelyyn liittyvät tekijät. Psykosomaattisen oireilun tutkimukseen ja teorioiden kehitykseen ovat vaikuttaneet eri aikakausien eri tutkijat. Erkolahden ja Ebelingin mukaan psykoanalyttista teoriaa kehittänyt Freud loi hysterian käsitteen, johon liitettyjä oireita alettiin myöhemmin kutsua konversio-häiriöksi. Myöhemmin persoonallisuustutkijat kiinnittivät erityisesti huomioita psykosomaattisten oireiden synnyn taustalla oleviin ihmisten tunneilmaisun vaikeuksiin. Stressitutkimus avasi uusia ovia ymmärrykseen fysiologisten ja psyykkisten tekijöiden yhteisvaikutuksista. Viime aikoina psykoneuroimmunologisissa tutkimuksissa on pystytty osoittamaan stressin olevan lähtöisin aivoista. Aivomme tulkitsevat stressaavat tilanteet eri tavoin, ja näin myös säätelevät stressihormonin erittymistä yhdessä autonomisen hermoston kanssa. (Erkolahti & Ebeling 2016a, 378–379.)

Varhaisten stressitekijöiden vaikutuksen lapsuusiässä tiedetään vaikuttavan ihmisen stressinsäätelyjärjestelmän kehittymiseen. Tämä puolestaan voi aiheuttaa alttiuden sairastua myöhemmin somaattisille ja psykiatrisille sairauksille. Somaattisten ja psykiatristen sairauksien välisessä erotusdiagnostiikassa hankaluuden aiheuttaa se, että oireet voivat olla päällekkäisiä, kuten myös diagnoosit. Eri erikoisalojen yhteistyö on avainasemassa näiden tekijöiden löytämisessä (Erkolahti & Ebeling 2016a, 378.) Lapsen psykososiaaliset ominaisuudet ovat yhteydessä siihen, onko lapsella taipumusta somatisointiin (Erkolahti & Ebeling 2016b, 379–381). Somatisoinnilla tarkoitetaan ruumiillisena oireena ilmenevää psyykkistä suojautumiskeinoa, jolloin oireiden syy ei selity fysiologisella sairaudella (Martin & Kunttu 2012, 4).

Kiintymyssuhteen turvallisuus, sekä aikuisen tuki ja hyväksyntä tunteiden ilmaisulle ja näyttämiseksi on tärkeää. Jos lapsi kokee, ettei hän voi näyttää perheen sisällä negatiivisia tunteita, kuten ahdistusta ja hämmennystä, voivat ne ilmetä tai purkautua somaattisina oireina. Tällaisia voivat olla esimerkiksi pääkipu, mahakipu tai jonnekin muualle kehoon paikantuva kipu. Pelon, ahdistuksen ja murheiden tiedetään pahentavan kipua, joka on peräisin tunne-elämän ongelmista. Lapsen kokeman huolenpidon ja turvallisuuden tunteen tiedetään puolestaan helpottavan tällaista kipua. Kipu itsessään on somatisaatio-oireena haastava, koska koettu kipu tallentuu kipumuistimme. Kipumuistin syntyyn vaikuttaa vahvasti kognitiivis-emotionaalinen oppiminen. Kipumuistimme aktivoituminen ei siis ole liitoksissa pelkästään fyysiseen kipuun, vaan se voi aktivoitua erilaisten tunteiden seurauksena, jotka ovat liittyneet koettuun kipuun. (Erkolahti & Ebeling 2016b, 379–381.)

6.6 Käytöshäiriöt

Lasten käytösongelmat ja -häiriöt ovat yleisimpiä lasten psykiatrista hoitoa vaativia häiriöitä. Arviolta 3–8 %:lla suomalaisista kouluikäisistä lapsista on käytöshäiriö. Pojilla käytöshäiriöitä tavataan huomattavasti enemmän verrattuna tyttöihin. Lapsella voi myös olla käytöshäiriöön viittavia piirteitä, vaikka hänen oirehdintansa olisi riittävä diagnostiselle tasolle. Käytöshäiriöinen lapsi on tyypillisesti hyvin omaehtoinen päätöksissään sekä toiminnoissaan ja hänen käytöksensä ei noudattele sosiaalisten normien mukaisuutta. Lapsella on hankaluutta aikuisen auktoriteetin tottelemisessa, ja ryhmässä toiminen oman ikäisten kanssa on vaikeaa. (Mielenterveysseura n.d.b.)

Käytöshäiriön syntyyn ja sen ilmenemiseen vaikuttavat useat tekijät. Perimän, aivojen muovautumisen ja toiminnan, sekä vuorovaikutussuhteiden ja sosiaalisen ympäristön tiedetään olevan vuorovaikutuksessa keskenään häiriön synnyssä. Käytöshäiriöitä tavataan enemmän sellaisten perheiden lapsilla, joissa vanhemman ja lapsen vuorovaikutussuhde on negatiivinen ja lapsi saa huomiota ainoastaan negatiivisella käytöksellään. Tällaisissa perheissä turvallisuuden tunteen puuttumista esiintyy useammin ja arjen säännöllisyys on heikkoa. Lapsen positiivisen käytöksen jättäminen huomiotta on myös tavanomaista. (Aronen & Lindberg 2016, 254–257.)

Käytöshäiriö-diagnoosin lapsi saa tyypillisimmin kymmenennen ikävuoden jälkeen, mutta oireet voivat alkaa jo paljon ennen tätä. Tyypillisesti käytöshäiriötä edeltää uhmakkuushäiriö 8–10-vuoden iässä. Käytöshäiriöt voidaan jakaa oirekuvan perusteella lievään, keskivaikeaan ja vaikea-asteiseen käytöshäiriöön. Kaikissa käytöshäiriöiden eri asteissa käyttäytymisongelmien tulee olla lapsen elämää haittaavia ja pitkäaikaisia, jotta diagnoosi voidaan asettaa. (Aronen & Lindberg 2016, 254–255.) Aggressiivisuus ja villisyys ovat tyypillisiä käytöshäiriöisen lapsen toimintatavoissa esiintyviä sävyjä. Lapsi saattaa huijata ja valehdella välttääkseen tilanteita tai tavoitellessaan omaa etuaan. Varastelu, toisten omaisuuden vahingoittaminen ja sääntöjen rikkominen voivat myös näyttäytyä toiminnassa. Aggressiivinen lapsi hakeutuu helposti tappeluihin ja hän voi olla uhmakas toisia ihmisiä tai eläimiä kohtaan. Aseisiin liittyvät leikit ja toiminnot ovat yleisiä, ja seksuaalissävytteiset puheet voivat konkretisoitua seksuaaliseen käytökseen pakottamisena. Koulukiusaaminen on yleinen ilmiö käytöshäiriöisillä lapsilla. (Huttunen 2015).

Käytöshäiriöisten lasten hoidossa avainasemassa ovat sosiaaliseen oppimiseen pohjautuvat menetelmät. Vanhemmuustaitojen harjoittelu ja ryhmäinterventiot yhdessä lasten kanssa antavat vanhemmille ja lapsille keinoja selviytyä erilaisissa tilanteissa. Yhteisohoidolla ja erilaisilla laajaan verkostoon kuuluvilla perhepalveluilla ja interventioilla perheet saavat neuvoja sekä tukea arjen selviytymiseen. Näiden avulla pyritään myös näkemään positiivisia asioita sekä parantamaan lapsen ja vanhemman vuorovaikutusta. (Aronen & Lindberg 2016, 254–255.)

Turun yliopiston lastenpsykiatrian tutkimuskeskus käynnisti vuonna 2009 voimaperheet-hankkeen. Hankkeen tarkoituksena on tuottaa tieteellinen näyttöön perustuva ohjelma ja sen pohjalta kehittää ennaltaehkäiseviä palveluja lasten ja nuorten mielenterveysongelmiin. Erityisesti tarkoituksena on saada pienille lapsille suunnattuja matalan kynnyksen palveluita. Ohjelma on suunnattu lasten käytösongelmien ennaltaehkäisyyn. (Turun yliopisto n.d.)

6.7 Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuushäiriöt ovat käytöshäiriöiden ohessa yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä lapsilla ja nuorilla. Ahdistuneisuushäiriöt voidaan jakaa eri ryhmiin niiden luonteen perusteella. Näitä ryhmiä ovat eroahdistushäiriöt, määräkohteiset pelot, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, paniikkihäiriö, julkisten paikkojen pelko ja sosiaalisten tilanteiden pelko. Ahdistuneisuushäiriön syntyyn vaikuttavat sekä biologiset ja perinnölliset tekijät, että kasvatukseen ja vanhempien toimintaan liittyvät tekijät. Kansainvälisesti on tutkittu, että jopa 3–9 %:lla lapsista ja 10–15 %:lla nuorista on jonkin asteinen ahdistuneisuushäiriö. Ahdistuneisuutta on vaikea määritellä, sillä se on tunteena kaikille yksilöllinen. Oireet voivat ilmetä ajatuksina ja tunteina kuten pelkona, tai kehon ja käyttäytymisen fyysisinä oireina kuten sydämentykytyksenä tai pahoinvointina. Lapsella tai nuorella on syytä epäillä ahdistuneisuushäiriötä silloin, kun hän välttää tietoisesti joitain tilanteita koulussa tai vapaa-ajallaan, valittaa useaan otteeseen fyysisistä oireista joille ei löydy tarkkaa fysiologista selitystä, tai jos lapsi tai nuori tekee erityisen pelokkaan

tai vetäytyvän vaikutelman. Lapsen ahdistuneisuushäiriö voi myös ilmetä raivoamisena tai kiukkuamisena. Lapsella häiriöön liittyy usein myös muita käyttäytymisen häiriöitä kuten ADHD tai uhmakkuushäiriöitä, nuorella taas ahdistuneisuushäiriön lisäksi ilmenee depressiota jopa 30–50 %:ssa tapauksista. (Ranta & Koskinen 2016, 264–266.)

Ahdistuneisuushäiriön diagnostiikka on tarkkarajaisempi kuin masennuksen. Masennusta sairastava tuntee usein laaja-alaista itseensä ja tulevaisuuteen liittyvää pessimismia ja huonommuuden tunnetta, sekä toivottomuutta. Ahdistuneisuushäiriössä taas huolella ja pelolla on tyypillisesti kohdealue. Lähimpänä masennusta voidaan todeta olevan yleisen ahdistuneisuushäiriön, sillä siihen liittyvät huolet voivat liittyä laajemmin tulevaisuuden ja menneisyyden uhkiin. Ahdistuneisuushäiriöön liittyy myös fyysisiä oireita, joten diagnostiikassa on tärkeää sulkea pois mahdolliset somaattiset syyt oireiluille, kuten esimerkiksi kilpirauhasen sairaudet. Jotta päästään oikeaan diagnoosiin, on lapsen tai nuoren ajatuksia, pelkoja ja huolenaiheita kartoitettava laaja-alaisesti. (Ranta & Koskinen 2016, 264–265.)

Lasten ja nuorten ahdistuneisuushäiriöitä hoidetaan yleensä kognitiivisella käyttäytymisterapialla, tai SSRI-lääkkeillä eli selektiivisillä serotoniinin takaisinoton estäjillä. Kognitiivista käyttäytymisterapiaa pidetään ahdistuneisuushäiriön ensisijaisena hoitomuotona sekä lapsilla, että nuorilla. Lääkehoitoa tarvitaan esimerkiksi niissä tilanteissa, kun ahdistuneisuus ei reagoi psykososiaaliseen hoitoon tai ahdistusta pidetään erityisen vahvana. SSRI-lääkkeillä pyritään vähentämään ahdistuneisuusoireiden voimakkuutta, jotta lapsella tai nuorella olisi mahdollisuus päästä tilanteisiin, joissa hän pystyisi oppimaan uusia käyttäytymistapoja ahdistavissa tilanteissa. (Ranta & Koskinen 2016, 267–268.)

7 KUVAUS TIEDONHAUSTA

Opinnäytetyön tiedonhaussa on käytetty apuna Medic-tietokantaa. Medic on tietokanta, joka sisältää viitteitä suomalaisiin terveydenhuoltoalan lehtiartikkeleihin, kokousjulkaisuihin sekä muihin julkaisuihin alkaen vuodesta 1978. Tietokantaa päivitetään jatkuvasti. Tietokannan asiasanoituksesta käytetään Medical Subject Headings-sanastoa (MeSH). Tämä on sellettävissä palvelussa sekä suomeksi että englanniksi. (Hämeen ammattikorkeakoulu n.d.) Medic-tietokannan lisäksi tiedonhaussa on käytetty Tampereen yliopiston TamPub- julkaisuarkistoa. TamPub on Tampereen yliopiston avoin julkaisuarkisto, joka sisältää yliopiston väitöskirjoja, lisensiaattintöitä, pro gradu -tutkielmia sekä muita syventäviä töitä. Myös Tampere University Pressin Open Access -kirjat julkaistaan TamPubissa. Lisäksi TamPubista löytyy muita yliopiston avoimia julkaisuja sekä yliopiston henkilökunnan kirjoittamien artikkeleiden rinnakkaistallenteita. (Tampereen yliopisto n.d.) Näiden tietokantojen lisäksi on käytetty Googlea sekä Google Scholaria. Google Scholar on Googlen oma hakupalvelu, jolla voi hakea tieteellisiä julkaisuja.

Medic-tietokannasta haettiin tutkimuksia vanhemmuudesta hakusanalla vanhemmuus. Tällä tietokanta antoi 129 osumaa, joista valikoitui käyttöön yksi.

TamPub-julkaisuarkiston hakukone antoi tarkennetulla haulla 35 osumaa, kun haettiin hakusanalla mielenterveyshäiriö. Näistä annetuista tuloksista valikoitui yksi pro gradu -tutkielma hoitotieteen puolelta, jota on käytetty lähdemateriaalina opinnäytetyössä. Hakusanalla vanhemmuus julkaisuarkisto antoi yhteensä 756 osumaa, joista työhön valikoitui yksi pro gradu -tutkielma kasvatustieteen puolelta.

Googelta sekä Google Scholarista hakiessa hakusanoina on käytetty muun muassa seuraavia: masennus, vanhemman masennus, vanhemman mielenterveydenhäiriö, vanhemman sairauden vaikutus lapseen, vanhemmuus, sairauden vaikutus vanhemmuuteen, lapsen psyykkistä kehitystä suojaavat tekijät ym.

Elektronisten hakukoneiden lisäksi opinnäytetyön tiedonhaussa on käytetty apuna paljon sekä koulun, että kaupungin kirjastopalveluja. Painettu kirjallisuus osoittautuikin yhdeksi parhaimmaksi tiedon lähteeksi. Tästä syystä työssä on käytetty lähteenä paljon Duodecimin tieteellisiä kirjoja.

8 TOIMINNALLISEN OSUUDEN KUVAUS

Tähän osioon on koottu yhteen kuvaus sekä oman osuutemme sisällöstä lapsiperhekurssilla, että sen suunnittelusta. Kerromme myös, kuinka toteutimme toiminnallisen osuutemme kurssin aikana. Lopuksi arvioimme omaa onnistumistamme, sekä kuvaamme mitä kokemuksia kurssille osallistumisesta saimme, joita voimme tulevaisuudessa hyödyntää omassa työskentelyssämme hoitoalan ammattilaisina.

8.1 Kurssin suunnitteluun osallistuminen

Olimme mukana lapsiperhekurssin suunnittelussa ottamalla osaa yhteensä neljään suunnittelupalaveriin. Toimimme suunnittelussa opiskelijoiden ja apuohjaajien roolissa. Meidät otettiin suunnittelussa hyvin huomioon, sekä meidän toiveita ja näkemyksiä kuultiin. Kahdessa ensimmäisessä palaverissa olimme enemmän kuuntelijoina, mutta seuraavissa tapaamisissa, joissa keskityttiin omien ryhmien sisällön suunnitteluun, osallistuimme tasavertaisina ohjaajina. Pystyimme vaikuttamaan, siihen mitä kurssilla haluamme tehdä.

Päädymme yhdessä ammattilaisten kanssa siihen, että kaksi opiskelijaa osallistuu lasten (7–10 v.) ryhmään ja yksi vanhempien ryhmään. Näin toimimalla kurssi palvelee parhaiten omaa oppimistamme ja kurssin toteutuksen kannalta meistä on eniten hyötyä. Jakautumalla eri-ikäisten ryhmiin saimme enemmän tietoa ja kokemusta ohjaajina toimimisesta ja mielenterveysasiakkaiden sekä heidän omaistensa kanssa toimimisesta. Pystyimme myös paremmin vertailemaan ryhmien sisältöjä ja tapoja tuoda asioita esiin sekä puhua vaikeistakin asioista. Eroavaisuuksia on paljon, kun kyseessä on aikuisille suunnattu sekä lapsille suunnattu ryhmä.

Lasten ryhmässä päädyimme kahden leikin vetämiseen, tunnemittarin askarteluun sekä opettavaisen tarinan lukemiseen ja siihen liittyvän videon

näyttämiseen ja sen herättämistä ajatuksista keskustelemiseen. Vanhempien ryhmässä käsitelimme yhdessä vanhempien kanssa lasten kokemia tunteita. Tärkeänä teemana halusimme nostaa esiin sairaudesta puhumisen lapsille totuudenmukaisesti. Halusimme luoda vanhemmille valmiuksia puhua sairaudesta niin kuin se arjessa näyttäytyy ja keinoja ymmärtää lapsen hämmennystä ja tunnereaktioita. Yhtenä teemana toimimme esiin lapsen kokemusta vanhemman sairaudesta ja kuinka lapsi voi tulkita sairauden arjessa hyvin toisenlaisena, kuin vanhemmat ajattelevat sen näkyvän.

Valmistauduimme kurssiviikonloppuun suunnittelemalla, kuinka toteutamme leikit. Lisäksi askartelimme mallin tunnemittarista ja pohdimme, mitä asioita haluamme korostaa ohjeistaessamme lapsia toimintaan. Suunnittelimme myös tarinan sekä videon toteutuksen ja valmistelimme keskustelua herättävät kysymykset.

8.2 Kurssin toteutus

Lasten ryhmässä toteutimme toiminnalliset osiomme kahtena eri päivänä. Ensimmäisessä lasten ryhmän tapaamisessa lauantaina pidimme lapsille tutustumisleikin. Lapset olivat tässä vaiheessa vielä vieraita toisilleen, joten tarkoituksenamme oli nimileikin kautta tutustuttaa lapsia toisiinsa. Molemissa toteuttamissamme leikeissä olivat lasten lisäksi mukana kaikki neljä ohjaajaa. Nimileikin jälkeen luimme lyhyen pätkän Tove Janssonin kirjasta Näkymätön lapsi. Kirjassa Ninni-tyttö muuttuu näkymättömäksi, kun häntä on kohdeltu huonosti omassa perheessään. Ninni tulee vieraaksi muumitaloon, jolloin hänestä näkyy vain kaulaan ripustettu kulkunen. Muumitalon väki pyrkii käyttäytymisellään ja teoillaan palauttamaan Ninnin itsetunnon ja rohkaisemaan tätä olemaan iloinen ja itsevarma. Luettuamme osan tarinasta, näytimme lapsille lyhyen videopätkän, jossa Ninni tulee näkyväksi ja saa hymynsä takaisin. Tarinan ja videon tarkoitus oli herättää erilaisia tunteita lapsissa, joista keskustelimme lopuksi. Keskustelua herätelimme kysymällä lapsilta seuraavia kysymyksiä: "Miksi luulette, että Ninni oli näkymätön?", "Mikä auttoi Ninniä tulemaan näkyväksi?" ja "Miksi luulette, että Ninni sai lopussa hymynsä takaisin?". Tarinasta halusimme nostaa esiin ajatuksen, että vaikka Ninnin täti on käyttäytynyt huonosti lasta kohtaan ja lapsesta on tämän vuoksi tullut näkymätön, on Ninnillä kuitenkin oikeus voida hyvin, leikkiä, hymyillä ja näyttää tunteita. Tärkeä huomio tarinasta oli se, että kaikenlaiset tunteet ovat sallittuja ja niitä tulee näyttää.

Toisena kurssipäivänä askartelimme lasten kanssa tunnemittarin. Tunnemittari askarrettiin pahvista, johon lapset liimasivat eri tunnetiloja kuvaavia hymynaamoja. Pahvin toiselle puolelle lapset kirjoittivat meidän avustuksellamme lyhyesti mitä he toivovat vanhempien tekevän tietyn tunnetilan kohdalla. Surullisen hymynaaman taakse lapsi saattoi esimerkiksi kirjoittaa, että toivoo tällöin häntä lohdutettavan sanallisesti ja myös fyysisesti esimerkiksi halaamalla. Tunnemittarin tarkoituksena on auttaa lapsia sekä tunnistamaan, että sanoittamaan omia tunteitaan sekä sitä, kuinka he toivoisivat vanhempien toimivan eri tunnetilojen yhteydessä.

Päivän loppuksi pidimme lapsille hieman pidemmän leikkituokion, jonka tarkoituksena oli toimia kevyenä lopetuksena psyykkisesti raskaalle viikonlopulle. Toisena leikkinä oli eläinleikki, jossa kaikki kävelivät musiikin tahtiin niin kauan, kunnes se pysähtyy. Musiikin pysähtyessä yksi ohjaajista sanoi ääneen jonkin eläimen, esimerkiksi kissan, jolloin kaikki leikkijät alkoivat esittää kyseistä eläintä. Toisessa leikissä halusimme, että lapset miettivät mitä positiivisia tunteita ja ajatuksia toinen ihminen heissä herättää. Muodostimme kaikki yhdessä piirin, jossa jokainen leikkijä kosketti vuorollaan oikealla olevaa käsivarteen, katsoi häntä silmiin ja sanoi hänestä jonkin myönteisen asian. Tämä leikki auttaa lapsia sekä ilmaisemaan, että ottamaan vastaan erilaisia positiivisia tunteita.

Vanhempien ryhmätuokion alussa käsitelimme yhdessä Suomen mielen-terveysseuran (2013) luomaa tunteiden tuulimyllyä (liite 1). Jokainen vanhempi valitsi taulukosta itselleen tunteen ja sai sanoittaa syyt sen valinnan takana ryhmälle yhteisesti. Tarkoituksena oli luoda herättelevä ja jokaisen omiin voimavaroihin sopiva aloitus. Keräsimme kierroksen aikana vanhempien luettelemat tunteet yhteiselle paperille kaikkien nähtäville. Nostimme loppuksi paperille kerätyistä tunteista ärtyvyyden tunteen keskustelun aiheeksi. Kerroimme vanhemmille, kuinka ärtymys voi tunteena olla hämmentävä lapselle, sillä lapsi ei aina tiedä milloin tunne johtuu sairaudesta ja milloin se on normaalia tunnekäyttäytymistä. Kannustimme vanhempia puhumaan lapsille sairauden vaikutuksesta vanhemman kärsivällisyyteen ja jaksamiseen. Halusimme myös nostaa esiin vanhemman sairauden mahdollista vaikutusta lapsen tunne-elämän kehitykseen. Tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että lapsi alkaa välttää tilanteita, joissa vanhempi on ärtynyt. Tällainen käytös voi muodostaa lapselle vääranlaisia käyttäytymismalleja. Tämän jälkeen jakaannuimme pienryhmiin, joissa vanhemmat pohtivat ennalta määrättyjä kysymyksiä Suomen mielen-terveysseuran tunnekorttien (liite 2) avulla.

8.3 Itsearviointi

Kokonaisuudessaan näemme oman toimintamme olleen onnistunutta lapsiperhekurssilla. Saimme itsellemme uusia näkökulmia asioihin, ja pääsimme toimimaan moniammatillisessa yhteisössä. Oma näkemyksemme viikonloppun jälkeen oli se, että hoitotyön puolella ammattilaiset puhuvat asioista paljon suoremmin kuin sosiaalipuolella. Koemme, että sosiaalialan ammattilaiset puhuvat asioista pehmeämmin ja pyrkivät haastamaan asiakkaita ensin ajattelemaan itse omia tunteitaan, sekä sairauteen liittyviä asioita. Tämän näemme positiivisessa valossa. Yhteinen työskentely oli mielekästä ja mielenkiintoista ja antoi meille erilaisia lähestymistapoja asioiden käsitteilyyn. Viikonloppu antoi meille käytännön kokemusta vertaistuen tärkeydestä ja omaisten huomioimisesta sairauden keskellä. Pääsimme myös näkemään millaista sairastuneiden sekä heidän omaistensa käyttäytyminen ja tuen tarve on sairaalamaailman ulkopuolella.

Koemme, että pystyimme tuomaan kurssiin jotakin uutta sekä ohjaajille, että osallistujille. Erityisesti lasten ryhmässä läsnäolomme mahdollisti jakamattoman huomion antamisen lapsille tehtävien aikana. Tämän ansiosta lapsilla oli enemmän tilaa ja aikaa pohtia omia tunteitaan sekä tuoda esiin

omia ajatuksiaan, esimerkiksi tunnemittarin teon yhteydessä. Vanhempien ryhmässä pystyimme antamaan vanhemmille keinoja ja voimia miettiä sekä omia tunteitaan että sitä, kuinka he voisivat ottaa vastaan lapsen tunteita. Halusimme myös saada vanhempia ajattelemaan enemmän sitä, kuinka lapsi reagoi heidän käytökseensä ja voisiko käyttäytymisen takana olla jokin muukin kuin sairaus.

Omaa toimintaamme voisimme kehittää niin, että valmistelisimme enemmän tarkentavia ja keskustelua herättäviä kysymyksiä osioon, jossa oli tarkoitus keskustella lasten kanssa Ninni-tarinan herättämistä tunteista sekä ajatuksista. Valmistelisimme enemmän vaihtoehtoisia kysymyksiä, joita voisi esittää sen mukaisesti, kuinka lapset edellisiin kysymyksiin vastaavat. Koimme, että keskustelua on lasten kanssa hyvin vaikea lähteä viemään eteenpäin, jos lapset eivät itse nosta esiin ajatuksia kysymysten ulkopuolelta. Tämän vuoksi olisi ollut parempi, että kysymyksiä olisi ollut enemmän, niin olisimme pystyneet antamaan tarinasta lapsille enemmän. Vanhempien pienryhmätyöskentelyn keskusteluosuudessa käytettyjen tunnekorttien kysymykset olisivat voineet osittain olla hieman yksinkertaisempia ja suurempia.

9 POHDINTA

Opinnäytetyöprosessimme oli hyvin nopeatempoinen. Saimme aiheen keväällä 2016, kun FinFami – Kanta-Hämeen mielenterveysomaiset ry:stä otettiin yhteyttä Hämeen ammattikorkeakouluun. Koimme aiheen olevan meille sopiva, sillä olemme suunnanneet opintojamme mielenterveystyöhön sekä lasten ja nuorten hoitotyöhön. Lisäksi halusimme työstää toiminnallisen opinnäytetyön, koska tekemisen kautta oppiminen on meille mielekkäämpää. Loppujen lopuksi kuitenkin koimme teorian tiedon olevan niin oleellista työn kannalta, että painopiste työssä on teoriaosuudessa.

Tavoitteina opinnäytetyöllämme oli etsiä tietoa vanhemman sairauden vaikutuksista lapseen ja koota löytämiemme tietojen pohjalta teoreettinen osuus työhömmme. Teorian oli tarkoitus tuoda lisää tietoa sekä sairauksista että sairauden vaikutuksista perheeseen, vanhemmuuteen ja lapseen. Teoreettisen osuuden tietoja voi myös käyttää tukena lapsiperhekurssin suunnittelussa. Toiminnallisen osuuden tavoitteet puolestaan olivat perheen vuorovaikutustaitojen ja -keinojen lisääminen sekä lasten tunteiden käsitteleminen. Tavoitteena oli myös tukea vanhemmuutta sekä auttaa heitä pohtimaan perhettä ja sairautta lapsen näkökulmasta.

Sekä teoreettinen tuotos että toiminta tukivat tavoitteitamme. Alustus sekä pienryhmäkeskustelut vanhempien ryhmässä olivat lasten tunteiden käsitteilyn sekä oman vanhemmuuden näkökulmasta onnistuneita. Lasten ryhmässä käsittelemme tunteita askartelun kautta, joka mielestämme keinona vaikeista asioista puhumiseen oli erittäin hyvä. Tekemisen kautta lasten on helpompi keskittyä vaikeisiin asioihin, eikä niistä puhuminen välttämättä tunnu niin pahalta.

Työn teoriaosuudessa on koottuna tietoa mielialahäiriöistä, vanhemmuudesta, lapsen kehityksestä sekä sairauden vaikutuksista vanhemmuuteen ja

lapsiin. Tällainen sisältö vastaa mielestämme riittävän laajasti työmme kysymykseen, eli millaisia vaikutuksia vanhemman mielialahäiriöllä on lapseen. Olemme koonneet tietoa lapsen normaalista kehityksestä sekä vanhemmuudesta ilman sairautta, koska mielestämme on tärkeää ymmärtää ensin se, mitä on vanhemmuus sekä lapsen kehitys, silloin kun vanhemman sairaus ei ole vaikuttamassa perheessä. Jotta voi ymmärtää mikä on poikkeavaa, tulee ensin ymmärtää mikä on normaalia. Koemme, että olemme onnistuneet tuomaan teoriaosuudessa esiin uutta tietoa. Olemme työssämme koonneet tärkeimmät tiedot yhteen, josta ne ovat helposti löydettävissä. Teoreettista osuutta kootessa myös me saimme paljon uutta tietoa muun muassa sairauden vaikutuksista vanhemmuuteen, sekä siitä kuinka se vaikuttaa lapseen.

Opinnäytetyömme aihe on tärkeä ja aina ajankohtainen. Psykiatristen sairauksien vaikutuksia perheisiin ja omaisiin on tutkittu paljon, mutta sairauden vaikutuksia vanhemmuuteen ja lapseen vähemmän. Loppujen lopuksi vaikeinta opinnäytetyöprosessissa oli tämän tiedon löytäminen. Onnistuimme kuitenkin mielestämme löytämään oleellisimman tiedon, sekä käyttämään lähteinä lähinnä viimeisen viiden vuoden sisään julkaistuja materiaaleja.

Opinnäytetyöprosessia työstäessä ja erityisesti lapsiperhekurssilta saimme uusia näkökulmia asioihin sekä omaan toimintaan. Työskentely sosiaalialan ammattilaisten kanssa antoi meille käytännön kokemusta työskentelystä moniammatillisessa työryhmässä. Lisäksi se antoi meille erilaisia lähestymistapoja mielenterveysasiakkaiden ja heidän omaisten kanssa toimiessa. Opimme myös ottamaan lapset huomioon mielenterveysasiakkaiden omainsina. Lisäksi prosessin aikana meille konkretisoitui perheen merkitys mielenterveyshäiriöiden hoidossa ja se, että koko perhe tarvitsee paljon tukea sekä apua. Mitä pienempi lapsi on kyseessä, sitä enemmän hoitajien tulisi huomioida perhe kokonaisuutena. Vertaistuen merkitys ja tärkeys avautuivat meille paremmin prosessin edetessä. Näemme erityisesti lasten vertaistuen tarpeen uudenaikaisessa valossa vanhemman sairauden käsittelyn kannalta.

Omien voimavarojen tutkiminen ja tunnistaminen raskaiden asioiden keskellä oli mielessä läpi opinnäytetyöprosessin. Aihe oli meille erittäin mielekäs, mutta paikoitellen aineiston raskaus vaati pysähtymään ja miettimään mahdollisia itsessä heränneitä tunteita. Prosessin edetessä huomasimme, että itsellemme oli muodostunut eräänlainen suojakuori, jonka avulla vaikeiden asioiden käsittely oli tietoisesti ja myös tiedostamatta helpompaa. Tämä auttoi meitä jaksamaan paremmin työskentelyn aikana, ja on tulevaisuudessa ammatillisuuden näkökulmasta erittäin hyödyllistä.

Koemme, että työstä voisi saada vielä enemmänkin itselleen, jos lapsiperhekurssilla havainnoisi itsensä ja oman toimintansa lisäksi myös kurssin osallistujia ja sitä minkälaiseksi he kokevat tuottamamme sisällön. Meidän opinnäytetyömme tarkoituksena oli kehittää nimenomaan omaa toimintaa ja tarkastella sitä. Kehitysideana voisi olla se, että toimisikin kurssilla toisessa roolissa ja keskittyisi enemmän osallistujiin, sekä siihen mitä he kurs-

silta saavat. Jatkossa opinnäytetyömme ideaa voisi myös jalostaa esimerkiksi siten, että tutkittaisi vertaistuen merkitystä lapselle vanhemman sairauden keskellä. Tutkimuksessa voisi vertailla pidemmällä aikavälillä lasten selviytymistä vanhemman mielenterveyden häiriön kanssa. Tutkimuksessa verrokkiryhminä olisi sekä lapsia jotka ovat saaneet vertaistukea, että lapsia jotka eivät ole sitä saaneet missään elämänvaiheessaan. Mielestämme tällainen tutkimus antaisi tärkeää tietoa vertaistuen merkityksestä jo varhaisella iällä. Tutkimuksesta saatujen tulosten avulla olisi mahdollista ennaltaehkäistä lasten sairastumista psyykkisesti.

LÄHTEET

Ahlström Hedman, B., Skärsäter, I. & Danielson, E. (2009). The meaning of major depression in family life: the viewpoint of the ill parent. In *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 19, no 1-2§, 284–293. ISSN 0962-1067, E-ISSN 1365-2702, Article in journal (Refereed) Published.

Haettu 26.8.2016 osoitteesta <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2009.02851.x/abstract;jsessionid=DADE94E6E82402BB8E027C209D785423.f04t04?systemMessage=Wiley+Online+Library+will+be+unavailable+on+Saturday+3rd+September+2016+at+08.30>

Andersson, C. (2001). Esipuhe: Miten lasten käy? Teoksessa Inkinen, M. (toim.) *Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa*. Tampere: Tammer-Paino Oy, 14–15.

Aronen, E. (2016). Esikoulu- ja kouluikäisen lapsen psykiatrinen arvio. Teoksessa Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.) *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 134–136.

Aronen, E. & Lindberg, N. (2016). Lasten ja nuorten käytöshäiriöt. Teoksessa Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.) *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 254-257.

Broberg, A., Almqvist, K. & Tjus, T. (2005). *Kliininen lapsipsykologia*. Helsinki: Edita Prima Oy.

Duodecim. (2016). Depression hoito – Pikatietoa. Haettu 11.10.2016 osoitteesta [http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=poh00031&p_haku=pika-tietoa depressio](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=poh00031&p_haku=pika-tietoa%20depressio)

Dunderfelt, T. (2011). *Elämäkaaripsykologia*. Helsinki: WSOYpro Oy.

Erkolahti, R. & Ebeling, H. (2016a). Psykosomatiikan historiaa ja teorioiden kehitystä. Teoksessa Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.) *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 378-379.

Erkolahti, R. & Ebeling, H. (2016b). Elimellisoireiset häiriöt, somatoformiset häiriöt. Teoksessa Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.) *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 379-381.

FinFami. (n.d.). Vertti-ryhmä. http://www.finfami.fi/images/Vertti_esite_.pdf

FinFami mielenterveysomaiset Kanta-Häme. (2016). Haettu 18.10.2016 osoitteesta <http://www.omaisyhdistys.com/>

- FinFami mielenterveysomaiset Pirkanmaa. (n.d.). Lapsi omaisena. Lasta suojaavat tekijät. Haettu 13.10.2016 osoitteesta <http://finfamipirkanmaa.fi/index.php/lapsena>
- Huttunen, M. (2015). Lasten ja nuorten käytöshäiriö. *Lääkärikirja Duodecim*. Haettu 19.10.2016 osoitteesta http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00382
- Hämeen ammattikorkeakoulu. (n.d.). Medic. Haettu 24.10.2016 osoitteesta https://hamk.finna.fi/Record/metalib_hamk.FIN09106
- Inkinen, M. & Söderblom, B. (2005). *Vertti-käsikirja ryhmä-ohjaajille*. Kustannus Profami Oy.
- Isometsä, E. (2010a). Masennushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Duodecim Oy, 157–160.
- Isometsä, E. (2010b). Tyypin I ja II kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 196 & 202–203 & 212–218.
- Isometsä, E. (2013). *Depressio*. Haettu 11.10.2016 osoitteesta http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ykt00845
- Jähi, R. (2001). *Työstää, tarinoida, selviytyä – Vanhemman psyykinen sairaus lapsuuden kokemuksena*. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 1015. Haettu 18.10.2016 osoitteesta <http://uta32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/67397/951-44-5993-8.pdf?sequence=1>
- Jähi, R., Koponen, T. & Männikkö, M. (2011). Lapsi ja nuori masennuspotilaan omaisena. Teoksessa Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.) *Masennus*. Duodecim, 186–187.
- Kivijärvi, M. (2003). Äidin sensitiivisyys varhaisessa vuorovaikutuksessa. Teoksessa P. Niemelä, P. Siltala & T. Tamminen (toim.) *Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus*. Helsinki: Werner Söderström osakeyhtiö, 252.
- Krank, A. (n.d.). Vanhemmuuden roolit. Haettu 29.8.2016 osoitteesta <http://www.terve.fi/vanhemmuus-ja-kasvatus/vanhemmuuden-roolit>
- Kypärä, N. & Mäki, M. (2000). *Suojaavat tekijät lapsen psyykkisessä selviytymisessä*. Pro gradu -tutkielma. Psykologian laitos. Jyväskylän Yliopisto. Haettu 26.10.2016 osoitteesta https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/10808/kypara_maki.pdf?seq
- Latva, R. & Moilanen, I. (2016a). Prenataaliset riskitekijät. Teoksessa Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M.,

Puura, K. & Sourander, A. (toim.) *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 71-74.

Latva, R. & Moilanen, I. (2016b). Biologiset riskitekijät. Teoksessa Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.) *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 62–63.

Lehtonen, J. & Lönnqvist, J. (2010). Mielenterveys. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 26.

Lönnqvist, J. (2010). Mielenterveyden häiriöiden luokittelu ja diagnostiikka. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 57.

Martin, M. & Kunttu, K. (2012). Psykosomaattinen oireilu – potilasopas. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö. Turku: Multiprint Oy. Haettu 28.10.2016 osoitteesta
http://www.yths.fi/filebank/2110-Psykosomaattinen_oireilu.pdf

Mäkelä, J. (2003). Limbinen alue, tunteiden virta. Teoksessa: Niemelä, P., Siltala, P. & Tamminen, T. (toim.) *Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus*. Juva: WS Bookwell Oy, 115.

Mäntymaa, M., Puura, K., Aronen, E. & Carlson, S. (2016). Lapsen ja nuoren psyykinen kehitys. Teoksessa Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.) *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 27–34.

Niemelä, P. (2003). Äitiyden tunteen syntyminen. Teoksessa P. Niemelä, P. Siltala & T. Tamminen (toim.) *Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus*. Helsinki: Werner Söderström osakeyhtiö, 237

Nurmiranta, H., Leppämäki, P. & Horppu, S. (2009). *Kehityopsykologiaa lapsuudesta vanhuuteen*. Helsinki: Kirjapaja.

Puura, K. (2016). Vanhemmuuteen vaikuttavat riskitekijät ja olosuhteet. Teoksessa Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.) *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 89.

Puura, K. ja Tamminen, T. (2016). *Pikkulapsipsykiatria – ei tarua vaan todellisuutta*. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Haettu 22.10.2016. osoitteesta
http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo13136

Rajanti, C. (2015). *Vanhempien kokemuksia päiväpsykiatrisesta intensiiviyksikköhoidosta*. Pro gradu -tutkielma. Hoitotiede. Tampereen Yliopisto.

Ranta, K. & Koskinen, M. (2016). Ahdistuneisuushäiriöt. Teoksessa Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.) *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 264–268.

Sadeniemi, M., Aer, J., Jänkälä, K., Sorvaniemi, M. & Stenberg, J-H. (2013). *Kaksisuuntainen mielialahäiriö – Opas sairastuneille ja heidän omaisilleen*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Sinkkonen, J. (2003). Lapsen kiintymyssuhteen syntyminen ja sen häiriöt. Teoksessa P. Niemelä, P. Siltala & T. Tamminen (toim.) *Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus*. Helsinki: Werner Söderström osakeyhtiö, 92–93.

Sinkkonen, J. & Kalland, M. (2016). Vanhemmuus, kiintymyssuhde ja perhe. Teoksessa Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.) *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 76–77.

Soininen, M. (2010). *Kunpa isi jaksaisi*. Lääkärilehti. Haettu 26.8.2016 osoitteesta <http://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/kunpa-isi-jaksaisi-5308/>

Soisalo, R. (2012). *Särkyvä mieli – Lasten ja nuorten psyykinen oireilu*. Tallinna: AS Printon Trükikoda.

Solantaus, T. (2001a). Lapsi ja masentunut vanhempi: Ymmärryksen merkitys. Teoksessa Inkinen, M. *Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa*. Tampere: Tammer-Paino Oy, 44, 48–49.

Solantaus, T. (2001b). Lapset ja vanhemman mielenterveyden häiriö. Teoksessa Inkinen, M. *Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa*. Tampere: Tammer-Paino Oy, 22–23.

Solantaus, T. (2006). Vanhemman masennus ja lapset. Teoksessa: Hokkanen, L. & Sauvola, M. (toim.) *Puhumattomat paikat – Puheenvuoroja perheestä*. Pohjoissuomen- sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisusarja 22. 234–235. Haettu 18.10.2016 osoitteesta http://www.sosiaalikollega.fi/poske/julkaisut/julkaisusarja/Julkaisu_22.pdf#page=231

Solantaus, T. (2013). *Miten autan lastani? Opas vanhemmille, joilla on mielenterveyden ongelmia*. Toimiva lapsi & perhe –hanke. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 17.10.2016 osoitteesta http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110699/URN_ISBN_978-952-245-668-7.pdf?sequence=1

Solantaus, T. & Paavonen, J. (2009). *Vanhempien mielenterveyshäiriöt ja lasten psykiatriset ongelmat*. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Haettu 26.8.2016 osoitteesta

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&viewType=viewArticle&tunnus=duo98270

Sourander, A. & Aronen, E. (2011). Lastenpsykiatria. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 568–571.

Suomen mielenterveysseura. (n.d.a). *Kouluikäinen etenee kohti itsenäisyyttä*. Haettu 22.10.2016 osoitteesta

<http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/itsetuntemus/tunnetaidot/kouluik%C3%A4inen-etenee-kohti-itsen%C3%A4istymist%C3%A4>

Suomen mielenterveysseura. (n.d.b). *Käytöshäiriöisen lapsen tukena*. Haettu 19.10.2016 osoitteesta

<http://www.mielenterveysseura.fi/fi/kehitt%C3%A4mist%C3%A4/toiminta/mielenterveysosaaminen/nuoren-mielen-ensiapu/k%C3%A4yt%C3%B6sh%C3%A4iri%C3%B6isen-lapsen-tukena>

Suomen työterveyslääkäriyhdistys ry. (2015). *Suomen työterveyshuollon depressio-suositus on päivitetty*. Haettu 26.8.2016

<http://www.stly.fi/?x201153=295645>

Tamminen, T. & Marttunen, M. (2016). Lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöiden diagnostiikan erityispiirteet. Teoksessa Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.) *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 131–132.

Tampereen yliopisto. (n.d.). TamPub. Haettu 24.10.2016 osoitteesta

<http://tampub.uta.fi/?locale=fi>

Tarnanen, K., Isometsä, E., Kinnunen, E., Kivekäs, T., Lindfors, O., Marttunen, M. & Tuunainen, A. (2016). Mieli maassa, mikä avuksi? (Depressio, Masennus). *Terveyskirjasto*. Haettu 26.10.2016 osoitteesta

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00044#s3

Terveyskirjasto. (n.d.). *Limbinen järjestelmä*. Haettu 28.10.2016 osoitteesta

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt01934

Tilastokeskus. (2016). Perheet. Haettu 26.8.2016 osoitteesta

<http://www.stat.fi/til/perh/index.html>

Turun yliopisto. (n.d.). *Voimaperheet*. Haettu 22.10.2016 osoitteesta

<https://www.utu.fi/fi/yksikot/med/yksikot/lastenpsykiatrian-tutkimuskeskus/tutkimus/voimaperheet/Sivut/home.aspx>

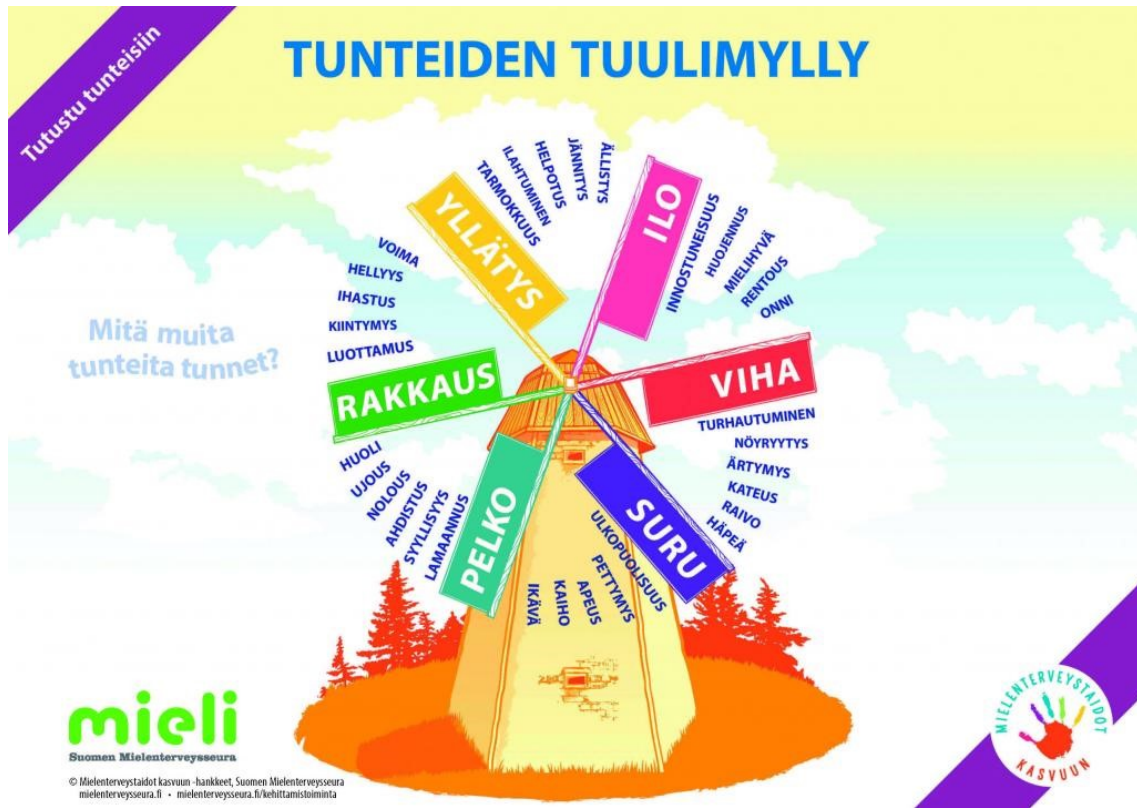
Vilén, M., Vihunen, R., Vartiainen, J., Sivén, T., Neuvonen, S. & Kurvinen, A. (2006). Lapsuus, erityinen elämänvaihe. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy. 132-134.

Vuokila, R. (2010). *Millaista on hyvä vanhemmuus?* Pro gradu -tutkielma. Kasvatustiede. Tampereen Yliopisto. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/81406/gradu04166.pdf?sequence=1>

Väänänen, R. (2013). *Perheen rakenteen, dynamiikan ja arvojen merkitys lapsen psyykkiselle hyvinvoinnille*. Väitöskirja. Dissertations in Social Sciences and Business Studies no 68. Haettu 22.10.2016 osoitteesta http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1271-8/urn_isbn_978-952-61-1271-8.pdf

Wahlberg, K-E. (1999). Perhe ja vuorovaikutus. Teoksessa J. Sinkkonen & P. Pihlaja (toim.) *Ulos umpikujasta- miten auttaa tunnehäiriöistä lasta?* Helsinki: WSOY, 51–53.

TUNTEIDEN TUULIMYLLY



Kuva 1. Tunteiden tuulimylly (Mielensterveysseura 2013).

KUULE JA NÄE MINUT -KORTIT



KUULE JA
NÄE MINUT

KYSY MINULTA
MITÄ MINULLE
KUULUU.

Ole kiinnostunut minusta.
Haluan tulla nähdyksi ja kuulluksi.

KERRO MINULLE,
ETTÄ OLEN
SINULLE TÄRKEÄ.

Sano se minulle usein.
Joka päivä.

TEE KANSSANI
YHDESSÄ
ASIOITA.

Ihan arkisia juttuja.

ANNA MINUN
YRITTÄÄ

Haluan kokeilla asioita itse. Anna
minun epäonnistua turvallisesti.

VAKUUTA MINUT
SIITÄ, ETTET
HYLKÄÄ MINUA.

Silloinkaan, kun kiukuttelen tai
koettelen kärsivällisyyttäsi.

KERRO MINULLE,
ETTÄ OLEN
HYVÄ JUURI
SELLAISENA
KUIN OLEN.

Arvosta minua omana itsenäni.

LOHDUTA MINUA,
JOS MINULLA ON
PAHA MIELI.

Halaa minua ja kerro, että
murheet tulevat ja menevät.

ANNA MINULLE
HELLYÜTTÄ,
LÄHEISYÜTTÄ
JA AIKAA.

HASSUTTELE
KANSSANI.

Heittäydy hetkeksi itsekkin
lapseksi. Nauretaan ja hullutellaan
yhdessä.

KANNUSTA,
KEHU JA KIITÄ
MINUA.

Auta minua tunnistamaan
omat vahvuuteni ja muistuta
minua onnistumisistani.

TULEEKO LAPSESTANI ONNELLINEN?

Jokainen vanhempi toivoo, että hänen lapsensa olisivat onnellisia, pärjäisivät elämässä ja selviäisivät myös silloin, kun elämä koettelee. Asioilla, jotka ehkä tuntuvat pieniltä ja arkisilta, on suuri merkitys. Niiden avulla rakennetaan lapsen mielen hyvinvointia ja kartutetaan mielenterveyden voimavaroja. Ne ovat eväitä, jotka kannattelevat lasta vielä aikuisenakin.

PS. Muistathan pitää hyvää huolta myös itsestäsi ja omasta mielen hyvinvoinnista.

Suomen Mielenterveysseura on kansanterveys- ja kansalaisjärjestö, joka edistää mielen hyvinvointia ja ennaltaehkäisee mielenterveysongelmia.

Suomen Mielenterveysseura
Maistraatinportti 4 A, 00240 HELSINKI
(09) 615 516
mielenterveysseura.fi
facebook.com/mielenterveys



Kuva 2. Kuule ja näe minut -kortit (Mielenterveysseura n.d.).