

LAPSEN HOITOPOLKU LASTENKODISSA JA
LASTEN YLEISIMMÄT
MIELENTERVEYSHÄIRIÖT: OPAS
LASTENKODILLE

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Sairaanhoitaja
Opinnäytetyö AMK
Syksy 2018
Miia Rajala
Mira Santavuori

Tiivistelmä

Tekijä(t) Rajala, Miia Santavuori, Mira	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Valmistumisaika Syksy 2018
	Sivumäärä 25 +18	
Työn nimi Lapsen hoitopolku lastenkodissa ja lasten yleisimmät mielenterveyshäiriöt: opas lastenkodille		
Tutkinto Sairaanhoidtaja (AMK)		
Tiivistelmä <p>Sijoitukseen tulevalla lapsella on usein takanaan vähintään yksi kiintymyssuhteen katkos. Lapsen kaltoinkohtelu tai traumaattinen tapahtuma voivat olla lapsen kehitykselle hyvin haitallista. Kaltoinkohtelun tai traumaattisen tapahtuman kokeneen lapsen kyky luottaa toisiin ihmisiin ja aikuisiin on heikentynyt. Lisäksi heidän vuorovaikutussuhteensa voivat olla heikot. Traumatisoituneiden lasten on vaikea säädellä olemistaan ja käytöstään sekä rauhoittaa itseään. Kaltoinkohtelun ja trauman aiheuttamat ongelmat voivat lisätä erilaisia psykiatrisia häiriöitä lapselle.</p> <p>Toiminnallisen opinnäytetyön tuloksena syntyi opas, jossa kuvaillaan lasten hoitopolku Päiväkummussa sekä kerrotaan lasten yleisimmistä psykiatrisista häiriöistä. Opas on tarkoitettu opinnäytetyön toimeksiantajalle Lastenkoti Päiväkumpuun.</p> <p>Oppaan tarkoituksena on olla osa uuden työntekijän työhön perehdytystä sekä kehittää ohjaajien ammatillista osaamista lasten psykiatrisista häiriöistä lastensuojeluyksikössä. Opas on apuna uudelle työntekijälle lastenkodin toiminnan kokonaishahmottamisessa. Opas on tehty sähköisessä muodossa ja se on pyritty tekemään ytimekkääksi ja helppolukaiseksi tiedonlähteeksi.</p>		
Asiasanat lapsen huostaanotto, käytöshäiriöt, masennus, traumat		

Abstract

Author(s) Rajala, Miia Santavuori, Mira	Type of publication Bachelor's thesis in	Published Autumn 2018
	Number of pages 25 +18	
Title of publication The care path of child in children's home and the most common mental disorders among children: guide to children's home		
Name of Degree Nurse		
Abstract <p>A child who has been placed away from its home has typically been affected by disruption of attachment in his or her life. Child maltreatment or a traumatic experience might cause severe harm to a child's health and overall development. A maltreated or traumatised child's trust in other people, particularly adults, is usually decreased. Further to this, difficulties in interaction, behavioral and emotional self-regulation skills might occur.</p> <p>A handbook was produced as a result for the functional thesis for the children's home Päiväkumpu. The handbook consists of an explanation of most common psychiatric disorders and a description of childcare support plans at Päiväkumpu. The handbook can be used both for briefing a new employee and also for further developing vocational competencies of existing staff members about childhood mental disorders. The handbook helps a new employee to understand operations of the child welfare institution as a whole. The handbook is in electronic form and aims to be a concise and easy to read source of information.</p>		
Keywords take a child into care, behavioral disorders, depression, trauma		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS.....	2
3	TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS.....	3
3.1	Lastenkoti Päiväkumpu.....	3
3.2	Sijoitettu lapsi	4
3.3	Romanikulttuuri- ja tavat	5
4	LASTENSUOJELU	7
4.1	Lastensuojelutarpeen selvitys.....	7
4.2	Lasten kiireellinen sijoitus	7
4.3	Lasten huostaanotto	8
4.4	Lasten kaltoinkohtelu	8
4.5	Lasten kiintymyssuhdehäiriö	9
5	LASTEN MIELENTERVEYSONGELMAT	11
5.1	Lapsen psykososiaalinen kehitys.....	11
5.2	Lasten masennus	12
5.3	Lasten käytöshäiriöt.....	14
5.4	Lasten ADHD.....	15
5.5	Lasten traumat.....	17
5.6	Lasten itsetuhoisuus	19
6	OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄ	21
6.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	21
6.2	Hyvä opas	21
6.3	Oppaan toteutus ja suunnittelu	22
7	POHDINTA.....	23
7.1	Prosessinarviointi.....	23
7.2	Toimeksiantajan palaute.....	23
7.3	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	24
7.4	Jatkotutkimusehdotus	25
	LÄHTEET	26
	LIITE 1	29
	LIITE 2.....	30

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön toimeksiantajan saimme Päijät-Hämeessä sijaitsevasta lastenkodista. Heidän tarpeensa on saada uusille työntekijöille lapsen hoitopolusta opasvihko, jossa avataan huostaanotetun lapsen hoitopolkua tässä lastenkodissa. Oppaan tarkoitus on olla myös vanhoille työntekijöille tiivistetty tietopaketti muistuttamaan lasten ja nuorten yleisimmistä psykiatrisista häiriöistä.

Lasten ja nuorten psykiatriset häiriöt ovat kulttuuriin ja menneeseen aikaan sidottuja, samoin kuin psyykkiset häiriöt. Lapsuus ja nuoruus ovat kasvun ja kehityksen aikaa. Lapsi ilmentää vain kehitystasonsa sallivia oireita. Erilaiset mielenhäiriöt- ja sairaudet vaikuttavat koko lapsen kehitykseen epäedullisesti. Kehityksen seuraavassa vaiheessa voi toisinaan edellisen vaiheen häiriö kokonaan korjaantua. Nuoruus on juuri tällainen vaihe, jossa monet pulmat korjaantuvat. Erilaisten häiriöiden hoidot suunnitellaan lapsen ja nuoren tarpeen mukaan yksilöllisesti. (Friis, Eirola & Mannonen 2004, 95.)

On myös monia mielenterveyshäiriöitä, jotka esiintyvät ensi kertaa nuoruudessa. Nuorilla on mielenterveyshäiriöitä kaksi kertaa enemmän kuin lapsilla. Mielenterveyshäiriöiden yleisyys nuorilla on eri tutkimusten perusteella 20-25 %. Nuorten yleisimmät mielenterveyshäiriöt ovat mieliala-, käytös-, ahdistuneisuus- ja päihdehäiriöt. (Marttunen, Huurre, Strandholm & Viialainen 2013, 10.)

Sijoituksessa olevilla lapsilla vähintään puolella on nykyään moninaisia mielenterveysongelmia. Oireilu on vaikeutunut ja raju aggressiivisuus on lisääntynyt. (Söderholm 2012, 270.)

Lastenkodissa monilla lapsilla ja nuorilla on jonkintasoisia psykiatrisia häiriöitä, joista suurin osa on kaltoinkohtelun tai trauman aiheuttamia. Lasten näkemät ja kokemat kaltoinkohtelut, hyväksikäytöt ja väkivallan kokemukset haavoittavat lasta ja nuorta, varsinkin jos tekijä on joku, jonka pitäisi huolehtia heistä. (Soisalo 2012, 105.) Näiden lasten kyky luottaa toisiin ihmisiin ja aikuisiin sekä kyky olla vuorovaikutuksessa heidän kanssaan on heikentynyt suuresti. Traumatisoituneiden lasten on vaikea säädellä olemistaan ja käytöstään sekä rauhoittaa itseään. (Soisalo 2012, 106.)

2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tavoitteena on tehdä opas, jossa kuvataan huostaanotetun lapsen hoitopolku tässä lastenkodissa. Hoitopolku esitellään oppaassa yleisimmän käytössä olevan käytännön mukaisesti. Oppaaseen sisällytetään myös yleisempiä lasten psykiatrisia häiriöitä, jolloin se toimii myös arjessa työntekijöiden tiedonlähteenä.

Opinnäytetyöhön sisältyvän oppaan tarkoituksena on olla osa uuden työntekijän työhön perehdytystä sekä kehittää ohjaajien ammatillista osaamista lasten psykiatrisista häiriöistä lastensuojeluyksikössä. Opas on apuna uudelle työntekijälle lastenkodin toiminnan kokonaisuuden hahmottamisessa. Oppaan on tarkoitus olla lyhyt ja ytimekäs sekä helppolukuisen, josta on nopeaa lukea tarvittava tieto.

Toimeksiantajaltamme tuli toiveena sisällyttää oppaaseen myös työkaluja psykiatristen ongelmien ratkaisemiseen. Tämän aiheen päätimme rajata kokonaan pois, koska työ olisi laajentunut silloin huomattavasti. Koimme myös, että jokainen lapsi on yksilö ja psykiatristen ongelmien ratkaiseminen lähtee yksilön tarpeista sekä lääkärin ohjeistuksella.

3 TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS

3.1 Lastenkoti Päiväkumpu

Toimeksiantajamme on lastenkoti Päiväkumpu, jonka omistaa Romano Missio ry. Heillä on 14 sijoitettua lasta ja heidän iät ovat 0- 21 vuoden väliltä, lapset ovat Päiväkummussa pitkäaikaisessa sijoituksessa. Yhteyshenkilönä toimii lastenkodin johtaja Hanna Pekonen.

Päiväkummun lastenkoti on perustettu 1957, varsinainen toiminta on alkanut 1958. Päärakennuksen pinta-ala on noin 800m². Käytössä heillä on kaksi osastoa, joista vanhempi osa on puurakenteinen ja uudempi osa kivirakenteinen. He tekivät suuria remontteja viime vuonna koko taloon. Heillä on käytössään noin 10 hehtaarin luonnonkaunis ympäristö, jossa on erilliset alueet liikunta- ja leikkipaikoille. (Romano Missio 2018.)

Henkilökuntaa heillä on tällä hetkellä 17, lisäksi on muutamia sijaisia. Ammatiltaan työntekijät ovat sosionomeja, lähihoitajia sekä nuoriso- ja vapaa- ajanohjaajia. Päiväkummun lastenkodissa on myös oma kokki. (Päiväkumpu 2018.)

Sijoitukseen tulevalle lapsella on usein takanaan vähintään yksi kiintymyssuhteen katkos. Tämä on poikkeava elämäntapahtuma kenelle tahansa ja tähän traumaattiseen tapahtumaan pitää kiinnittää huomiota. Harva sijoitettu lapsi on saanut ensimmäisinä elinvuosinaan tyydyttävää ja turvallista vuorovaikutusta. Sijoitettu lapsi usein kokeilee rajojaan, kiintymyssuhde syntyy, kun lapsi voi todeta, ettei häntä hylätä tai siirretä muualle vaikkei hän pystynytään hallitsemaan itseään. Jos lapsen kiintymyssuhteet katkeavat monta kertaa hänen lapsuudessaan on seurauksena reaktiivinen kiintymyshäiriö. Lapsi on estynyt ja vetäytyvä eikä hae aikuisen kontaktia, läheisyyttä eikä lohdutusta, vaikka olisi satuttanut itsensä tai häntä pelottaa. Toinen tyypillinen häiriö on estoton sosiaalinen vuorovaikutus. Lapsi lähestyy vieraita ihmisiä estottomasti, kiipeää vieraan syliin eikä tarvitse aikuisen läheisyyttä vaarallisissakaan tilanteissa. Näitä piirteitä havaitaan lapsilla, joilla on monia sijoituksia ja varhaiset vuorovaikutussuhteet ovat epäonnistuneita. Hoitona näille on erisijoitusten ehkäiseminen ja lapsi saisi kokea turvallisen kiintymyssuhteen. (Sinkkonen, Tervonen- Arnkil 2015, 23)

Päiväkummussa jokaiselle lapselle nimetään omaohjaaja ennen lapsen saapumista taloon. Omaohjaaja pyrkii tapaamaan lapsen jo ennen lapsen sijoittamista Päiväkumpuun. Jo ensimmäisessä tapaamisessa alkaa hoitajan ja lapsen välinen vuorovaikutus, joka helpottaa lapsen sopeutumista saapuessaan Päiväkumpuun. Omaohjaaja kertoo muille työntekijöille tiedot tulevasta uudesta lapsesta ja he voivat yhdessä pohtia lapsen tulevia tarpeita. Omaohjaaja toimii yhteyshenkilönä sijoituspaikan ulkopuolisiin tahoihin, kuten sosiaalisyhteistyöryhmiin, päiväkotiin, kouluun ja terveydenhuoltoon. Omaohjaaja toimii myös

yhteishenkilönä perheen ja sosiaalityöntekijän kanssa luoden tavoitteet sijoitusajalle. Omaohjaaja myös tekee kuukausittain koosteen sosiaalityöntekijälle lapsen kuluneesta kuukaudesta. Omaohjaaja tuntee ja tietää lapsen asiat kokonaisvaltaisesti. (Päiväkumpu 2018.)

Omahoitajaan kohdistuu monenlaisia paineita. Välillä hän on lapsen suuren ihailun kohteena ja välillä hän on lapsen mielestä paikan tyhmin aikuinen. Lapsi käy tunteitaan läpi sopeutuessaan uuteen ympäristöön. Lapsi kohtaa sellaisia tunteita, joita hänen olisi pitänyt jo vanhempiensa kanssa käydä läpi lapsuudessaan. Koetut pettymykset ja laiminlyönnit nousevat esille tunteiden purkautuessa. Hoitosuhde vaatii myös työntekijältä ymmärrystä, valmiutta ja kokemusta kohdata lapsi ja hänen erilaiset tunteensa. Hoitajan tärkein tehtävä on kuunnella lasta ja pystyä puhumaan tämän kanssa arkisista asioista, esimerkiksi: mitä kuuluu ja miten tämän päivä on mennyt. Tasavertainen kuuntelija kunnioittaa toista osapuolta. Kyselemisen tarkoitus on saada toinen kertomaan lisää ajatuksiaan ja tunteitaan. Mitä enemmän hoitaja saa keskustelun kautta tietoa lapsen ajatuksista, sen enemmän hän pystyy hoidollisesti auttamaan lasta. Keskusteluissa lapsi oppii luottamaan hoitajaansa, ja ymmärtää mitä hoidollisella keskustelulla tarkoitetaan. Lapselle jää myös kokemus keskusteluista, että hänellä, hänen ajatuksillaan ja tunteillaan on merkitystä. (Sinkkonen, Tervonen-Arnkil 2015, 241.)

Lastenkoti Päiväkumpu toimii kristilliseettisin perustein. Pääasiassa heillä on romanilapsia. Päiväkummun työntekijöiden vahvuutena on romanikulttuurin tuntemus, tavoitteena heillä on kehittää sosiaalisuutta romanilasten ja -nuorten välillä ja antaa tukea esimerkiksi koulun käynnin suhteen. Heillä pystyy myös toteuttamaan tuettua perhehoitoa lyhytjaksoina. (Laitie 2018.)

3.2 Sijoitettu lapsi

Lastensuojelliset toimenpiteet romanilapsilla ovat samat kuin muillakin suomalaisilla lapsilla. Syitä on esimerkiksi vanhempien kyvyttömyys hoitaa lasta, päihitteet tai erotilanteet. Romanikulttuurissa häpeä on suuri lasten joutuessa sijoitukseen, minkä vuoksi he selittävät asian niin, että heiltä vain otettiin lapsi pois eikä ongelmista puhuta sen enempää. Vanhemmat selittävät tämän saman asian lapsilleen ja tästä tulee usein ongelmia sijoituspaikan ja lapsen välille, koska lapset ovat uskollisia vanhemmilleen. Romaniperheitä kohdatessa lastensuojelun asioissa luottamuksellisen suhteen luominen on haastavaa, mutta avoimella keskustelulla saadaan hyvää aikaan. (Laitie, 2018.)

Huostaanoton tai kiireellisen sijoituksen jälkeen suurin osa tehtävistä, jotka kuuluvat huoltajille, siirtyvät sosiaalihuollosta vastaavan toimielimen päätettäväksi. Sijoitetun tai huostaanotetun lapsen huoltajilla ei ole enää toimivaltaa samoissa määrin, jotta he voisivat käyttää puhevaltaa lapsen huoltoon kohdistuen. (Saastamoinen 2010, 141.)

Sijoitetun romanilapsen kodissa ei ole välttämättä arvostettu koulutusta. Sijoituspaikan tehtävänä on käydä perusteellisesti läpi lapsen kanssa, miksi opiskellaan ja mihin tulevaisuudessa tähdätään. Myös kouluilla on suuri tehtävä saada lapsi opiskelemaan ja täyttämään oppivelvollisuutta. (Laitie, 2018.)

Identiteettikysymys nousee usein esille murrosiässä, kun nuori miettii kuka minä olen ja missä minä olen esimerkiksi ensi vuonna. Koulussa lapsi joutuu taiteilemaan kahden kulttuurin välissä, kuten esimerkiksi vaatetuksen suhteen. (Laitie, 2018.)

3.3 Romanikulttuuri- ja tavat

Romaneita on Suomessa noin kymmenentuhatta ja lisäksi Ruotsissa asuu noin kolmetuhatta Suomen romania. Romanit ovat Suomen vanhin etninen vähemmistö. Romaneilla on oma kansainvälinen kulttuurinsa, jota Suomen romanit ovat hyvin säilyttäneet. Kulttuurissa on olemassa omia alueellisia eroja. Romani sana tulee romanikielen sanasta ”rom”, joka tarkoittaa ihmistä. (Romano Missio, 2018.)

Romanikulttuuriin kuuluu hyvät tavat, vanhempien kunnioitus sekä perheen suuri merkitys. Heidän kulttuuriinsa kuuluvat, että eri-ikäiset romanit eivät keskustele esimerkiksi seksuaalisuudesta, seurustelusta tai meikkaamisesta. Nykyään kuitenkin kaikki tieto löytyy internetistä, joten nuoret saavat tietonsa sieltä helposti, sekä kouluissa esimerkiksi terveystiedon tunneilta. Romaninaisten kouluttautuminen tuo haasteita heidän perinteiseen roolijaikoonsa, jossa nainen huolehtii kodista ja lapsista, ja mies elättää perheen ja edustaa perhettä kodin ulkopuolella. Romaneille suku on tärkeä ja heidän luonaan vierailaan päivittäin. Perhepiiri on laajempi kuin suomalaisilla, siihen kuuluvat isovanhemmat, tädit, sedät, enot ja serkut. (Romanit 2018.)

Tavat ja perinteet ovat olleet romaneille aina hyvin tärkeitä. Pukeutuminen on yksi osa heidän identiteettiään. Kiertolaisaikoina he eivät omistaneet mitään muuta kuin mitä heillä oli mukanaan, oman kulttuurinsa ja toinen toisensa. Romanien pukeutuminen osoittaa nykyään pääväestölle, kuka on romani. Nuoret romaninaiset voivat pukeutua romaninaisten vaatteisiin 17 vuoden iästä alkaen. Kun nuori on pukeutunut romaninaisten vaatteisiin,

hänen ei tulisi enää kulkea tavallisissa vaatteissa. Ilman todella pätevää syytä, kuten esimerkiksi sairautta, puvusta ei tulisi luopua. (Anttonen, 2009.)

4 LASTENSUOJELU

4.1 Lastensuojelutarpeen selvitys

Lastensuojelu on lakisääteistä toimintaa. Lähtökohtana on turvata lapsen kasvua ja kehitystä sekä auttaa perheitä. Ensisijaisena on lapsen hyvinvointi. Myös vanhempien vastuuta tulee kunnioittaa. (Söderholm, 2012, 62.) Ehkäisevällä lastensuojelulla tuetaan ja autetaan tarpeeksi ajoissa, jotta ongelmia ei syntyisi. Tätä tapahtuu neuvolassa, päiväkodissa ja koulussa. (THL b.) Lapsen oikeuksista on säädetty Suomen perustuslaissa sekä Suomea sitovissa Euroopan ihmisoikeussopimuksessa ja YK:n lapsen oikeuksien yleissopimuksessa (THL a.) Avohuolto on ensisijainen vaihtoehto lastensuojelulaissa. Avohuollon tukitoimet ovat järjestettyjä palveluita perheille. Tukitoimet ovat vapaaehtoisia ja perustuvat yhteistyöhön. Tukitoimia voidaan järjestää yksin lapselle, yksin vanhemmalle tai koko perheelle. Avohuollon työn pääasiallinen tarkoitus on tukea lasta ja perhettä selviytymään itsenäisesti. (Söderholm, 2012, 279.)

4.2 Lasten kiireellinen sijoitus

Lapsi otetaan kiireelliseen sijoitukseen, kun huomataan välitöntä vaaraa tai lapsi on muuten kiireellisen sijoituksen tai sijaishuollon tarpeessa. Usein tämä syy on vanhempien päihtymys tai jos pieni lapsi on jätetty yksin. Lapsi sijoitetaan vastaanottokotiin tai kriisiperheeseen. (Söderholm, 2012, 286.) Kiireellinen sijoitus voi kestää 30 vuorokautta. Tänä aikana tulee tehdä arviointi, pystyykö lapsi palaamaan kotiin vai jatketaanko sijoitusta. Jatkoarviointi aika voi olla vielä seuraavat 30 vuorokautta. Kiireellinen sijoitus tulee päättää, jos sille ei ole enää perusteita. (Lastensuojelulaki 39§.) Lähtökohtaisesti kiireellinen sijoitus ja huostaanotto ovat hyvin samanlaisia ja niitä ohjaavat samat lainsäädökset. Päätöksentekoprosessit kuitenkin eroavat toisistaan. Kiireellisessä sijoituksessa puututaan akuuttiin tilanteeseen ja koetetaan saada apu nopeasti perheelle, kun taas huostaanotossa prosessi on pidempi ja siinä on harkittava asioita monelta kantilta. Kiireellinen sijoitus on usein pohja huostaanotolle. Kiireellisessä sijoituksessa aikaa päätöksen tekemiseen on rajallisesti ja päätöksen tekee yksittäinen sosiaalityöntekijä. Huostaanotossa päätöksenteko on jaettu usealle ihmiselle ja lopullisen päätöksen tekee viranhaltija tai hallinto-oikeus. (Enroos, Heino & Pösö, 2016, 126-140.)

4.3 Lasten huostaanotto

Lapsi otetaan huostaan, jos huomataan vakavia puutteita lapsen huolenpidossa tai muissa kasvuoloissa. Huostaanoton syytä voi olla lapsen käyttämät päihteet, jotka vaarantavat kehitystä ja terveyttä. Huostaanotto voidaan toteuttaa, jos avohuollon tukitoimet eivät toteudu tai ne eivät ole lapselle sopivia. (THL b, 2018.) Huostaanotettu lapsi yleensä sijoitetaan perhehoitoon tai lastensuojelulaitokseen. Lapsen kasvatuksesta ja hoidosta päävastuu siirtyy pois vanhemmilta ja siirtyy kunnan sosiaalilautakunnalle. Huostaanotto voidaan kokea vanhempien kasvatusoikeuksien loukkaamisena ja tämä voi aiheuttaa suurta kiistaa lasten, vanhempien ja lastensuojelun kesken. Ensisijaisena on otettava huomioon lapsen etu, mutta sen määrittäminen voi olla haastavaa työntekijöille. Vanhempien vastustus lapsen huostaanoton toteuttamisessa hankaloittaa suuresti lapsen edun arviointia. Ennen huostaanoton toteuttamista takana on pitkä lastensuojeluprosessi, jossa lasta ja perhettä on tuettu kaikilla mahdollisilla tukitoimilla. (Söderholm, 2012, 289- 291.) Huostaanoton perusteet lastensuojelulaissa on jaettu kahteen perusteeseen: lapsen omaan käyttäytymiseen, tai kasvuoloissa havaittaviin puutteisiin, jotka vaikuttavat lapseen (THL 2018 a.)

Sijoituspaikan valinnassa tulee ottaa huomioon kielellinen, kulttuurillinen sekä uskonnollinen tausta. Lapselle pitää tarkasti selittää huostaanoton syyt ikätason mukaisesti. Lapsella on oikeus tavata vanhempiaan ja sukulaisiaan. Yhteydenpitoa voidaan rajoittaa vain, jos siitä on perustellusti haittaa lapselle. Huostaanotto on voimassa toistaiseksi. Jos vanhemmat pystyvät huolehtimaan asioistaan ja itsestään sijoituksen aikana, huostaanotto voidaan purkaa. Huostaanotto loppuu viimeistään, kun lapsi täyttää 18 vuotta. (Lastensuojelu, 2018.)

4.4 Lasten kaltoinkohtelu

Kaltoinkohteluksi käsitetään fyysisen ja psyykkisen pahoinpitelyn muodot, seksuaalinen hyväksikäyttö ja laiminlyönnin eri muodot. Kaltoinkohtelua on myös kaupallisuus tai muu vaaraa aiheuttava riisto, josta aiheutuu tai on mahdollista aiheutua vaaraa lapsen elämälle, terveydelle, ihmisarvolle tai kehitykselle. Lapselle seipitetty tai aiheutettu sairaus on myös kaltoinkohtelun alue. (Söderholm & Kivitie-Kallio 2012, 16.)

Lapsen kaltoinkohteluksi katsotaan perheväkivalta sekä laiminlyönti. Myös perheväkivallan näkeminen luokitellaan kaltoinkohteluksi. Laiminlyönnin yleisin muoto on lapsen jättäminen emotionaalisesti liian yksin, laiminlyönnin syynä on usein vanhemman masennus.

Lastensuojelun sekä terveydenhuollon tehtävä on lapsen kaltoinkohtelun ennaltaehkäisy, varhainen puuttuminen sekä kaltoinkohtelun tunnistaminen. (Paavilainen & Mäkelä 2018.)

Kaltoinkohtelu tekee muutoksia lapsen aivoihin ja näkyy joko vetäytymisenä, päihteiden käyttönä, mielenterveyden ongelmina tai lisääntyneenä aggressiivisena käytöksenä. Aivojen hermosolujen välisten yhteyksien syntyyn alkavat heti syntymän jälkeen vaikuttamaan myös ulkoiset tekijät. Ensimmäisen elinvuoden jälkeen hermosolut eivät enää lisäänty, mutta neuronien välisiä yhteyksiä eli synapseja kehittyy läpi elämän. Eniten synapseja muodostuu varhaislapsuudessa ja kasvuiässä. Hermoverkot joko vahvistuvat tai heikentyvät erilaisten kokemusten kautta. Kaltoinkohtelu ja muut toistuvat traumakokemukset muuttavat erityisen voimakkaasti aivojen limbisen järjestelmän, otsalohkon etuosan ja aivolisäke-lisämunuaisakselin toimintaa. Otsalohkon etuosassa sijaitsee toiminnan ohjauksesta vastaava aivojen osa, joka kehittyy hyvin hitaasti kypsäksi vasta nuorella aikuisiällä. Tämän aivojen osan puutteellisen toiminnan vuoksi lapsi tarvitsee tunnetilojen hallintaan ja oman toimintansa ohjaukseen aikuisen apua hyvin kauan. Pienen lapsen pelottavien kokemusten jälkeen hän ei pysty itse rauhoittamaan itseään. Kaltoinkohtelussa lapsi jää usein yksin pelko- tai traumakokemuksen jälkeen, jonka seurauksena nämä kokemukset integroituvat lapsen minuuteen ja myöhemmin vaikuttavat lapsen tapoihin kohdata ympäröivä maailma. Stressi, joka on kestoltaan hyvin pitkä voi nostaa kortisolitasoja tai lamata kortisolintuotannon. Pitkään koholla olevat kortisoliarvot altistavat aikuisiällä depressiolle ja erilaisille somaattisille sairauksille. Korvaavilla kokemuksilla voidaan pyrkiä korjaamaan aivoihin syntyneitä rakenteellisia muutoksia, mutta muutosten tapahtuminen on hyvin hidas kasvuiän jälkeen. (Söderholm & Kivitiä-Kallio 2012, 161.)

Lapsilla, jotka ovat kokeneet kaltoinkohtelua, on osoitettu monenlaisia ongelmia kognitiivisten kykyjen kehityksessä. Nämä kognitiiviset puutokset näkyvät myös heikompana kouluosuoritusena. Lapsuusiän kaltoinkohtelu on myös yleinen kokemus aikuisilla psykiatrisilla potilailla ja teiniäideillä. (Söderholm & Kivitiä-Kallio 2012, 169.)

4.5 Lasten kiintymyssuhdehäiriö

Lapsen hyvä kiintymyssuhde alkaa vanhemman ja lapsen vuorovaikutussuhteesta, joka lähtee lapsen syntymän myötä. Vanhempi osaa tyydyttää lapsen tarpeet, tietää milloin vauva tarvitsee syyliä ja lohdutusta. Lapsi luottaa vanhempaansa tämän suhteen ja koetun hädän hetkellä hän saa tarvitsemaansa apua. Kiintymyssuhdehäiriöisillä lapsilla on usein jonkinlaisia kauhukokemuksia vauva-ajasta lähtien. Heillä on usein ainut turva oma itsensä ja usein taito hallita kaikkea ja kaikkia, kokeakseen olevansa turvassa. Vakavissa ja

varhaisissa kiintymyssuhteen häiriöissä ja traumaattisissa kokemuksissa lapsilla on vaurioitunut kehitys tunne-elämän alueella, älyllisen kehityksen alueella, sosiaalisen kehityksen alueella sekä somaattisen kehityksen alueella. (Ketola 2008, 30.)

Tunne-elämän kehityksessä vaurioituminen näkyy siinä, että lapsi on kykenemätön vastaanottamaan positiivisia ja negatiivisia tunteita. Jos vanhemman omat tunnetilat menevät lapsen tunteiden ohi, on suurena vaarana, ettei lapsi opi koskaan mitä hänessä itsessään tapahtuu ja mitkä lapsen omat tunteet ovat. Jos itsesäätelyn alkeet ovat jääneet oppimatta voi pienikin tunnemyrsky aiheuttaa suuren reaktion ja muiden ihmisten, lapsen hoitajien on vaikea ymmärtää, miksi lapsi raivoaa jatkuvasti. Toinen ääripää on lapsi, joka on näkyvätön eikä tunnu tarvitsevan mitään tai ketään. (Ketola 2008, 33.)

Älyllisen kehityksen alueella näkyvät ongelmat keskittymisen kanssa. Lapsen on vaikea keskittyä oppimaan ja kiinnostumaan opiskelusta. Oppiminen alkaa vauvan ja vanhemman yhteisistä vuorovaikutustilanteista ja kiinnostuksen kohteista. Lapsen kielellinen kehitys voi viivästyä jo varhaisessa vaiheessa, jos lapsen kanssa ei vietetä yhteisiä opetus hetkiä, joita voivat olla pukemistilanteet ja yhdessä nähdyt esineet. Lapsen on vaikea oppia koetuista tilanteista, jos hän on tehnyt jotain väärin tai hän on kokenut vääryyttä. Sijoitettujen lasten hoitajat voivat turhautua jatkuvasta samojen asioiden toistamisesta ja ohjeiden antamisesta joita lapsen on vaikea vastaanottaa ja noudattaa. (Ketola 2008, 40.)

Sosiaalisen kehityksen alueella lapsen on vaikea olla vuorovaikutuksessa muiden lasten ja aikuisten kanssa. Lapsi on tottunut ohjaamaan ja johtamaan vuorovaikutussuhteissa. Lapsen on vaikea asettua toisen asemaan ja kokea myötätuntoa toista kohtaa. Arkiset rajat tulevat olla hyvin selvät ja vahvat näiden lasten kohdalla. (Ketola 2008, 41.)

Huostaanotetuilla lapsilla on usein somaattisia eli kehon perustoiminnassa ongelmia kuten nukkumisen, syömisen ja vatsantoiminnan kanssa. Usein kipuja on ympäri kehoa ja heillä on yli- tai aliherkkyyttä aisteissa. Nämä oireet voivat kadota, kun lapselle löydetään sopiva sijoituspaikka ja hänen tarpeisiinsa vastataan hänen tarvitsemallaan tavalla. Kosketus ja aikuisen hyvä huolenpito voivat olla korjaavia kokemuksia lapselle, joka on kokenut kaltoinkohtelua lapsuudessa. (Ketola 2008, 43.)

Kiintymyksen harjoittelu alkaa, kun lapselle kerrotaan hänen olevan lapsi eikä hänen tarvitse huolehtia muista tai muiden asioista. Lasta autetaan tulemaan riippuvaiseksi uusista hoitajistaan. Kiintyminen alkaa lapsen kokemuksesta, että aikuiset pystyvät turvaamaan hänelle ulkoisen järjestyksen. Ruoka ja sen saaminen ovat erittäin tärkeässä asemassa lapsen kiintymyksen suhteen. Tunteista puhuminen ja niiden sanoittaminen lapsen kanssa lähtee hoitajan ja lapsen vuorovaikutustilanteista. (Ketola 2008, 45.)

5 LASTEN MIELENTERVEYSONGELMAT

5.1 Lapsen psykososiaalinen kehitys

Lapset eivät ole pieniä aikuisia ja on ilmiselvää, että he ovat fyysisesti pienempiä ja emotionaalisesti kypsyttömämpiä kuin aikuiset (Kendal 2007, 33.) Lapsilla ja usein alle kouluikäisillä psyykkiset häiriöt ovat vuorovaikutukseen ja säätelykykyyn liittyviä kehityksellisiä häiriöitä. Lapset kehittyvät omaan tahtiinsa ja heidän kykynsä säädellä omia tunteitaan ja toimintaansa kehittyvät vuorovaikutustilanteissa. (THL b 2018.) Lapsen turvallinen kehitys vaatii tasapainoisen, rakastavan ja kannustavan ihmissuhteen. Lapsi tarvitsee vakaan ympäristön, jotta hän voisi toteuttaa itseään parhaalla mahdollisella tavalla ja hänen kehityksensä saavuttaisi tavoitteet. Lapset, jotka joutuvat kaltoinkohtelun, hyväksikäytön tai väkivallan kohteeksi, haavoittuvat herkästi ja heillä esiintyy kehitysviivästymiä. Lapsen tarve tulla hyväksytyksi liittyy kiintymykseen ja usein lapset mukautuvat vanhempiensa tyyliin. He voivat lopulta ajatella, että hyväksikäyttö tai laiminlyönti on heille hyväksi, koska he ovat pahoja eivätkä he näe asiassa mitään pahaa, ja he sopeutuvat pelottaviin tilanteisiin. Lapsen kyky luottaa toisiin ihmisiin ja olla heidän kanssaan vuorovaikutuksessa heikkenee näiden kokemusten myötä. Traumatisoituneiden lasten on vaikea keskittyä ja rauhoittaa itsensä. (Soisalo, 2012, 101- 107.)

Vauvat vaistoavat heidän huoltajiensa pelon ja traumaattisen stressin herkästi, varsinkin perheissä, joissa koetaan väkivaltaa. Vauva on levoton ja hän vaatii lisää huomiota varsinkin vanhemmalta, joka todennäköisesti jo muutenkin elää ylivoimaisessa tilanteessa. Traumaattiset muistot tallentuvat aivoihin muita muistoja paremmin. Kuvat ovat vahvoja, värikkäitä ja niihin liittyy paljon tunteita. Traumaattiset muistot aktivoituvat usein jonkun asian myötä, joka voi olla esimerkiksi nähty asia, kuultu ääni tai jokin muu sisäinen tai ulkoinen asia. Lapset ovat herkkiä näille tilanteille etenkin silloin, kun pitäisi rauhoittua tai käydä nukkumaan. (Soisalo, 2012, 101- 107.)

Lapsille omien psykologisten ongelmien tunnistaminen on erittäin vaikeaa (Kendal 2007, 33.) Osalla lastensuojelun piirissä olevilla lapsilla ja nuorilla on suuria haasteita identiteettinsä ja minuutensa suhteen. Osa heistä osaa olla ylpeitä pärjäämisestään omin avuin ja näin arvostavat itseään, mutta eivät osaa ottaa tukea vastaan. Minuus voi olla osalla nuorista kaottinen ja hajanainen. Jotkut voivat taas kantaa alemmuuden tunnetta ja kokea häpeän leimaa omien ja perheensä epäonnistumisien vuoksi. Kiintymyssuhdetyyli on voinut muuttua vältteleväksi ja tunneilmaisuuksi voi olla niukkaa, jos nuori on joutunut luottamaan vain itseensä sekä peittämään tarvitsevuutensa. Nuori on voinut kehittää hyvät ongelmanratkaisutaidot, mutta tunteiden ja järkeilyn integrointi voi olla vaikeaa. Ennakoimattomassa

maailmassa elämään joutunut lapsi voi kehittää suhteensa aikuiseen vastustavasti ja risti-riitaisesti. Usein suhteet aikuisiin voivat olla myös ahdistuneita ja vastahakoisia. Ystävyys-suhteet vertaistensa kanssa voivat olla riippuvaisia, itsekontrolli on alhainen sekä monimutkaiset syy-seuraussuhteet ovat vaikeita päätellä. Kun murrosikä alkaa, osa vetää itsensä nopeasti irti kodin piiristä ja tukeutuu ryhmiin. Ryhmien toimintakulttuurin hyväksyessään nuoret omaksuvat uudet lähtökohdat identiteettiinsä, jolloin myös entinen negatiivinen identiteetti voi nousta uudelleen esiin. (Lahikainen, Punamäki & Tamminen 2008, 167-168.)

Vanhemmat voivat muodostaa yhteistyökykyisen ja rakentavan tiimin hoitohenkilökunnan kanssa, mikä vaikuttaa lapsen psykologisten ongelmien hoitoon positiivisesti. Lapsen kypsymättömyys, kokemattomuus ja haavoittuvuus vaativat erityistä huomiota psykologisten ongelmien hoidossa. Lasten tietämys ja asenteet mielenterveyttä kohtaan vaihtelevat. (Wicks -Nelson & Israel 2012, 17.) Kognitiivis-behavioraalisen terapian näkökulmasta psykologisten ongelmien hoito kohtaa ja muovaa nuoren ihmisen huonosti sopeutuneita kognitioita. Hoito keskittyy tavoitteisiin, kuten miellyttävien kokemusten lisäämiseen, sosiaalisten taitojen lisäämiseen, kommunikaation parantamiseen, konfliktien ratkaisuun, sosiaalisten ongelmien ratkaisuun ja selviytymistaitoihin. (Wicks-Nelson & Israel 2014, 205.)

Lasten mielenterveyden edistämisen keskeisiä ympäristöjä ovat päiväkodit varhaiskasvatuksen piirissä, peruskoulut ja toisen asteen oppilaitokset. Oppimisen lisäksi hyvinvointia voivat edistää laaja-alaisesti koulutetut henkilöt, opettajat, sosiaali- ja terveyshuoltoalan ammattilaiset sekä psykologi- ja kuraattoripalvelut. Päiväkodeissa ja kouluissa on tärkeää luoda turvallinen ympäristö ja mahdollistaa ryhmiin kuulumisen. On tärkeää myös antaa lapselle ikätasoisia haasteita, tukea vahvuuksia sekä mahdollistaa onnistumisen kokemuksia. Varhaiskasvatuksen- ja opetussuunnitelman perusteissa on nostettu esille tunne- ja vuorovaikutustaitojen edistäminen osana opetusta. (THL b, 2018.)

5.2 Lasten masennus

Lapsen masennuksen syynä voi olla hänelle läheisen ihmisen menetys tai hylätyksi tuleminen (Wicks-Nelson & Israel 2012, 197.) Myös liian varhainen eroaminen vanhemmista voi olla syynä lapsen masennukseen. Jatkuva vakava laiminlyönti ja väkivalta ovat riskitekijöitä masennukselle. Lapsen masennukseen viittaavia piirteitä ovat passiivisuus, kiinnostuksen puute ympäristöä kohtaan, uni- ja syömishäiriöt, ei halua syliin eikä hae katsekontaktia. Lapset kokevat, että kukaan ei välitä heistä, eivätkä he osaa iloita mistään asioista.

Usein myös masentunut lapsi voi olla kiukkuinen, pettymyksen sieto on heikkoa sekä ärttisyys on lisääntynyt. (Hietaharju & Nuutila 2016, 151.)

Nuorten masennusoireisiin liittyy usein suuria itsemurhariskejä ja päihteiden käyttö lisää itsemurhan riskiä. Usein nuoren seurustelusuhteen katkeaminen tai koulunkäynnin ongelmat laukaisevat tilannetta masennukseen. (Huttunen, 2017.) Tyttöjen riski sairastua masennukseen kasvaa murrosiässä poikia suuremmaksi. Tytöt usein pohtivat enemmän asioita ja heillä on suurempaa herkkyyttä ihmissuhteisiin liittyvissä asioissa. Poikien masennuksen oireet voivat näkyä käytösongelmina, joita ei osata heti tulkita masennukseksi. (Heiskanen & Huttunen, 2011, 357.)

Masentunut lapsi voi kokea itsensä toivottomaksi, aloitekyvyttömäksi, alakuloiseksi ja kurjaksi. Lapsi voi kertoa, ettei hänestä pidetä ja osoittaa toiveensa olla kuollut. Lapsi, joka on masentunut voi viettää aikaansa enemmän yksin huoneessaan, eikä hän leiki ystäviensä kanssa. Lapsi voi olla hiljainen ja vähäpuheinen, kouluarvosanat saattavat tippua paljon ja hän voi lopettaa välittämistä pukeutumisestaan ja ulkonäöstään. Fyysisinä oireina masentunut lapsi voi valittaa mahakipua, päänsärkyä tai rintakipua. Vakavassa masennusjaksossa mieliala voi olla usean viikon ajan alavireinen ja mieliala on suurimman osan päivästä laskussa. Masennukseen voi liittyä huomattavaa painon pudotusta tai nousua, unettomuutta tai liiallista nukkumista, väsymystä, voimattomuutta sekä arvottomuuden tunnetta. (Pojula, 2007, 53.)

Masennukselle altistavat perinnöllinen taipumus sekä elämäntapahtumat. Tunnistaminen tapahtuu lääkärintutkimuksessa, jonka perusteella tehdään diagnoosi. Masennusoireita arvioidaan oiremittareiden avulla sekä toimintakyvyn heikkenemisen arvioinnilla. Tärkeää on myös selvittää, onko kyse kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyvästä masennuksesta. (Tarnanen ym. 2016.) Erityisesti kaltoinkohtelu, seksuaalinen hyväksikäyttö sekä toistuvat menetykset lisäävät masennuksen syntymistä. Lapsilla voi olla samanaikaisesti ahdistuneisuutta ja käytöshäiriöitä. Lapselta tulee aina kysyä kahden kesken masennus- ja ahdistusoireista sekä itsetuhoisista ajatuksista. (Mielenterveystalo, 2018.)

Lääkehoidolla ei aina saada kovin tehokkaita hoitotuloksia lasten masennuksen hoidossa. Kognitiivis-behavioraalilla terapialla on saatu lupaavia tuloksia lasten masennuksen hoidossa. (Kendall 2007, 101.)

Masennusjaksolla on suuri riski uusiutua ja uusiutuminen huonontaa ennustetta parantua. Vakavimmissa masennuksissa osa osoittautuu myöhemmin kaksisuuntaisiksi mielialahäiriöiksi. Sukurasite ja psykoottiset oireet lisäävät riskiä. Lasten kaksisuuntainen mielialahäiriö on hyvin harvinainen ja erilainen kuin nuorten. (Hietanen & Huttunen 2011, 359.)

Masennuksesta on tärkeää pystyä kysymään ja puhumaan lapsen kanssa. Myös leikki-ikäiset pystyvät kuvailemaan ajatuksiaan ja tunteitaan, joista saadaan selville masennuksen oireita. Kysyminen ei aiheuta masennuksen oireita lapselle. Lapsi tai nuori voi kokea kysymykset myötäelämiseksi ja ymmärretyksi tulemiseksi pahasta olostaan. Itsemurha-ajatuksista ja vaikeista asioista tulee kysyä suoraan lapselta. Masennustilojen yleisyydestä annettu asiallinen tieto lapselle, auttaa lasta hänen pahassa olossaan. (Huttunen, 2007.) Psykoedukaatio ja kuormituksen vähentäminen ovat ensisijaiset toimet hoidon aloituksessa. Myös lapsen riittävästä levosta, unesta, ravinnosta ja liikunnasta tulee huolehtia. (Mielenterveystalo, 2018.)

5.3 Lasten käytöshäiriöt

Käytöshäiriöisten lasten käytöksessä on usein aggressiivisuutta, toisten omaisuuden tuhoamista ja sääntöjen rikkomista. Aggressiivisuus ilmenee usein toisten uhkailuna tai pelotteluna, tappeluiden aloittamisella ja aseiden käytöllä (kivet, mailat, veitset). Lievimät käytöshäiriöt voivat johtua perheen tai ympäristön tilanteesta ja voivat korjaantua ilman hoitoa. Vakavammat käytöshäiriöt usein pahenevat vuosi vuodelta ja aikuisena usein ajaudutaan rikollisuuden pariin tai sairastutaan psykoottisiin sairauksiin. Taustalla voi olla hoitamaton tai diagnosoimaton ADHD, masennus tai kaksisuuntainen mielialahäiriö. (Huttunen, 2017.)

Käytöshäiriöisillä lapsilla on usein epävakaata impulsiivisuutta ja huono pettymystensietokyky. He purkavat tunteitaan aggressiivisella käytöksellä, törkeällä kielenkäytöllä ja vastarinnalla kaikkea auktoriteettia vastaan. Lapsen häiriintymisriskiä kasvattavat vanhempien keskinäiset välit ja ristiriidat, erot, päihteet, taloudelliset ongelmat ja vanhempien omat psyykkiset hyvinvoinnit. (Hietaharju & Nuutila, 2016, 160.)

Hoito alkaa yhteistyöllä koko perheen kanssa, joka edellyttää vanhempien suostumusta. Huostaanotettu lapsi hoidetaan yhteistyössä sosiaalitoimen, lastensuojelun ja sijoituspaikan kanssa. Käytöshäiriöissä selvitetään myös muut oheissairaudet. Masennus on yksi tekijä, jossa lapsi ei osaa sanoa mikä häntä häiritsee. Paha mieli, pettymykset ja ahdistus voivat purkaantua muiden kiusaamisena, häiriköimisena ja ilkivaltana. Lapsen olemus on yleensä iloton, leikki ja mielenkiinto puuttuvat tekemisestä. Lapsi voi valittaa usein fyysistä kipua, kuten esimerkiksi päänsärkyä, mahakipua ja väsymystä. (Hietaharju & Nuutila, 2016, 162.)

Lasta autetaan kuuntelemalla ja luomalla luottamuksellinen suhde. Lapsen masennus on yleistä ja siihen liittyvät kuolemantoivomukset. Nuorilla voi olla lisäksi päihteiden käyttöä ja itsensä satuttamista viiltelemällä. (Hietaharju & Nuutila, 2016, 162.)

Hoidon aluksi haastatellaan perhettä tai sijoituspaikkaa, koulua ja päiväkotia, jotta oireista saadaan mahdollisimman laajat selvitykset. Hoidon pääasiallinen tarkoitus on puuttua lapsen ei-toivottuun käytökseen ja vahvistaa vanhemmuutta. Usein lapsi saa liian toistuvasti huonoa palautetta, joten hoidon myötä pyritään lisäämään positiivista palautetta pienistäkin asioista. (Hietaharju & Nuutila 2016, 165.)

Pienillä lapsilla ei-toivottuun käytökseen tai rajojen ylittämiseen voidaan käyttää jäähyä. Jäähy on paikka, jossa lapsi rauhoittuu annetun ajan verran, sopiva aika on minuutti per ikävuosi. Lapselle tulee selittää, millaisesta käytöksestä jäähyllä päädytään ja mistä siinä on kysymys. Kun lasta käsketään lopettamaan jokin asia ja näin ei tapahdu annetaan varoitus ja jos varoituksen jälkeen lapsi ei tottele, otetaan jäähy paikka käyttöön. Aikuisen tehtävänä on vahtia ja seurata lasta vierestä ja myös tunteiden käyminen sanallisesti on tärkeää. Jos lapsi ei pysty rauhoittumaan jäähy paikassa, otetaan hänet syliin ja pidetään siinä. Tämä antaa lapselle turvallisuutta ja läheisyyttä, varsinkin pienillä lapsilla sylissä pito on erittäin hyvä tapa rauhoittaa lasta. Isommilla lapsilla joudutaan turvautumaan terapeutin kiinnipitoon. Kiinnipitotilanteessa lapsi asetetaan vatsalleen, toinen hoitaja pitää kiinni käsistä vierellä istuen ja toinen jaloista. Rimpuileva lapsi voidaan myös kääriä peittoon tai mattoon. Aluksi lapsella on vastustava vaihe, hän rimpuilee, huutaa, sylkee ja uhkailee aikuista. Hän voi myös sanella ehtoja ja päästä tilanteesta vessahädän turvin. Aikuisen tärkein tehtävä on hallita tilannetta, pysyä rauhallisena sekä vastaanottaa lapsen tunteita. Kiinnipitoa jatketaan, kunnes lapsi on rauhoittunut. Usein lapsi rauhoittuu, kun tajuaa, ettei tilanteesta pääse pois ja tilanteen jälkeen pystytään yhdessä käymään läpi tunteet, pettymykset ja huolet. Lapsen kanssa on tärkeää käydä läpi millä keinoilla hän pystyisi purkamaan aggression. (Hietaharju & Nuutila 2016, 166.)

5.4 Lasten ADHD

ADHD tarkoittaa aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriötä. Usein käytöksessä havaitaan jatkuvaa liikehdintää, ylienergisyttä, puheliaisuutta, oman vuoron odottamisen vaikeutta ja impulsiivisuutta. ADHD-henkilöllä on usein vähän aktiivisuutta niillä aivoalueilla, jotka säätelevät tarkkaavuutta, motivaatiota ja tunteita. Toisaalta joillakin voi ADHD näyttäytyä myös taipumuksena vaipua omiin ajatuksiin ja unelmiin. (Soisalo 2012, 315.)

Lapsilla keskittymiskyvyn puute tulee ilmi myös lyhytjänteisyytenä leikeissä ja koulutehtävien tekemisessä, saatujen ohjeiden noudattamattomuutena, tavaroiden hukkaamisena, kyvyttömyytenä toteuttaa toimintoja ja tehtäviä sekä ulkopuolisista ärsykkeistä helposti häiriintymisenä. Yliaktiivisuus tulee esiin myös silloin kun edellytetään rauhallista käytöstä, jolloin näissä tilanteissa ei ADHD-oireinen pysty välttämättä hillitsemään aktiivisuuttaan. (Dufva & Koivunen, 2012, 35-36.)

Usein ADHD:n lisäksi lapsella on muitakin ongelmia, kuten masennusta, ahdistuneisuushäiriötä, käytöshäiriötä, sosiaalisen vuorovaikutuksen poikkeavuuksia, traumaperäistä stressihäiriötä ja joskus jopa kaksisuuntaista mielialahäiriötä ja psykoosia (Dufva & Koivunen 2012, 142-144). ADHD on osittain perinnöllinen sairaus ja usein vanhemmilla tai muilla sisaruksilla on tähän viittaavia oireiluja. Myös ympäristötekijöillä on osuutta, sillä äidin tupakointi, alkoholin tai huumeiden käyttö raskausaikana lisäävät riskiä. Hoitosuosituksen mukaan ennen diagnosointia oireita tulisi olla ennen seitsemän vuoden ikää ja kotona tai koulussa tulisi olla haittaa oireiluista. (Soisalo 2012, 317.)

Monipuolisissa tutkimuksissa ei ole vielä toistaiseksi pystytty selvittämään ADHD:n syntymistä. Eri tutkimusmenetelmillä on saatu tietoa siitä, miten aivojen toiminta eroaa diagnoosin saaneilla lapsilla verrokkien vastaavista löydöksistä. Tutkimusmenetelminä on käytetty magneettikuvausta, funktionaalista magneettikuvausta ja diffuusiotensorikuvausta. Kuvauksissa on tutkittu eroavuuksia aivojen rakenteissa, aivojen toimintaa lepotiloissa ja erilaisissa tehtävälanteissa sekä hermoratojen reittejä valkeassa aineessa. ADHD-oireisilla on todettu harmaan aivoaineen tilavuuden olevan pienempi ja aivokuoren olevan ohuempi tarkkaavuus- ja toiminnanohjauksen toimintoihin osallistuvien aivoalueiden osalta. Vaikka ryhmätasolla aivojen rakenteen ja toiminnan tutkimuksissa tulee esille eroa verrokkiryhmiin verrattuna, nämä erot eivät riitä yksittäisen henkilön osalta diagnostiikkaan. (Voutilainen 2016.)

ADHD-oireisten lasten hoito on hyvin monimuotoista. Hoitoon kuuluvat hyvä ja riittävä tiedonsaanti lapselle sekä vanhemmille, psykososiaaliset hoidot ja lääkehoito. Rutiininomaisesti kaikki ADHD-diagnoosin saaneet lapset eivät tarvitse kaikkia hoitoja, vaan hoidontarve arvioidaan yksilöllisesti. Psykososiaalisia hoitomuotoja käytetään ensisijaisesti kaikille alle kouluikäisille lapsille. Lääkehoito voidaan aloittaa kuusivuotiaille ja vanhemmille lapsille samanaikaisesti muun hoidon kanssa tai silloin, jos riittävää apua ei ole saatu psykososiaalisista hoitomuodoista. Työryhmä luo lapselle yksilöllisen hoito- ja kuntoutussuunnitelman, joka pitää sisällään suunnitellut tukitoimet, kuntoutuksen, tavoitteet, aikataulun, menetelmät, vastuuhenkilöt ja seurannan aikatauluineen. Kontrolleissa hoidon tehoa seurataan haastattelun, kyselylomakkeiden ja kliinisen arvion avulla. Hoidon alkaessa

määritellään ne yksilön oireet, joiden muuttumista on erityisesti seurattava. (Dufva & Koivunen, 2012, 144-146.)

ADHD:n hoitoon ensisijaisena käytetty lääke on metyyllifenidaatti. Sen vaikutus vähentää tarkkaamattomuus-, impulsiivisuus- ja yliaktiivisuusoireita. Siitä on saatavilla lyhytvaikutteista, keskipitkä- ja pitkävaikutteista muotoa. Jatkovana lääkityksenä voidaan käyttää myös atomoksetiinia. ADHD-oireiden lievittämiseen harvakseltaan voidaan käyttää myös muita lääkärin määräämiä lääkkeitä. (Dufva & Koivunen, 2012, 149.)

5.5 Lasten traumat

Traumaattinen tilanne aiheuttaa pelkoa ja avuttomuutta. Lapsille traumaattinen tilanne voi aiheuttaa lisäksi levottomuutta ja käytöshäiriöitä. Traumaattisia kokemuksia voivat olla esimerkiksi väkivallan kohteeksi joutuminen tai läheiseen ihmiseen kohdistuva uhka, jonka on nähnyt. Unet, tuntemukset tai mielikuvat aiheuttavat ahdistusta ja tuovat mieleen traumaattiset tapahtumat. (Huttunen 2017.)

Trauman kokeneille lapsille kehittyy psykiatrinen häiriö paljon todennäköisemmin kuin niille, jotka eivät ole kokeneet traumaa. Aikaisemmat koetut tapahtumat lisäävät trauma-häiriön riskiä. Hoitamattomat traumaperäiset häiriöt voivat kestää vuosia ja niistä parantuminen kestää kauan. (Poijula 2007, 38.)

Lapset voivat stressin seurauksena taantua ja tulla ylivireisiksi, herkästi säpsähteleviksi ja kärsiä voimakkaista yöllisistä kauhukohtauksista. Usein henkilö pyrkii unohtamaan trauman aiheuttamia ajatuksia, tunteita ja keskusteluja. Paikkoja ja tilanteita, joissa traumaa on koettu, pyritään välttämään ja kiertämään. (Poijula, 2007,38.)

Varhaiset vuorovaikutustraumat ja organisoitumaton kiintymyssuhde liittyvät tiiviisti toisiinsa. Lapsi, joka on organisoitumattomasti kiintynyt, on kokenut menneisyydessään, että hoivaajan käytös on ristiriitaista ja ennakoimatonta, ja silloin lapsen yrittämät kiintymysstrategiat eivät ole johtaneet millään tavoin tyydyttävään tulokseen hoivaajan huomion herättämisessä. Kaltroinkohtelu sekä äärimmäiset hyljeksityksi tulemisen kokemukset vaikuttavat keskushermoston kehitykseen haittaavasti. Tämä lisää myöhemmin muistitoimintojen ongelmia ja näkyy myös erilaisina informaation käsittelyn vaikeuksina. Orbitofrontaalisen aivokuoren eli aivojen etuotsalohkon kehityshäiriöt vaikuttavat impulssikontrolliin ja oman toiminnan ohjaukseen. Lapset, jotka ovat vaikeasti traumatisoituneet, ovat usein psyykkisesti hyvin hauraita. Toisten ihmisten tunnetilojen tunnistaminen tuottaa heille suuria vaikeuksia. Nämä lapset voivat olla jatkuvan voimakkaan stressin vallassa ja silloin

pienikin ärsyke laukaisee voimakkaan tunnereaktion, joka voi johtaa jopa psyykkiseen romahtukseen. Heidän hoitonsa suunnittelussa ja toteuttamisessa sekä ongelmiansa ymmärtämisessä tarvitaan psykodynaamista otetta, traumapsykologian sekä kiintymisteorian osaamista, yhdessä neurologisen ja neuropsykologisen tietämyksen kanssa. (Söderholm & Kivitie-Kallio 2012, 276.)

Trauman käsittelyyn kuuluu vihan tunteminen. Vihan voi ilmaista sanoin, kuvin tai toiminnalla. Kirjoittamalla vihasta voi kuvailla, mikä aiheutti vihan ja keneen viha kohdistuu. Vihaa voi käsitellä myös kävelylenkin avulla tai muuttaa vihan mukavampaan toimintoon. Huonoja keinoja vihan ilmaisuun ovat töniminen, väkivaltaisuus, huutaminen ja esineiden heittäminen. Viha on usein keino ilmaista pelkoa. Yksi vihan käsittelyn keino on rentouttava hengittäminen. Hengitetään rauhassa sisään nenän kautta, pidätetään hengitystä viisi sekuntia ja hengitetään ulos hitaasti suun kautta. Tätä toistetaan viisi kertaa, tavoitteena on rauhoittuminen ja vihan purkaminen hallitusti. Rentoutumismenetelmiä voi ottaa käyttöön jo ennen kuin viha ottaa vallan tilanteesta. Apuna voi olla myös mielikuvaharjoitus rentouttavasta paikasta tai näkymästä. Vihan kokemasta tilanteesta pois lähteminen rauhoittaa usein mieltä. Vihanhallinnassa auttavat myös liikkuminen tai fyysinen tekeminen, käsien laittaminen seinää vasten ja työntäminen oikein lujasti vastaan, huutaminen ja kiljuminen tai tyynyn hakkaaminen. (Poijula 2007, 62.) Stressinhallinnan harjoitteiksi sopivat myös mielikuvatyöskentelyyn perustuvat luovat harjoitukset, kuten kirjoittaminen, tanssiminen ja erilaiset roolityöskentelyt (Lämsä 2009, 165.)

Lapsi tarvitsee apua traumaattisen kokemuksen jälkeen. Tärkeää on olla läsnä ja kuunnella lasta. Lapsen kanssa tulee käydä läpi, että hän on nyt turvassa ja luoda lapselle turvallinen ympäristö. Puhuminen auttaa, lapsi ymmärtää hyvin paljon ja hänellä voi olla paljon kysymyksiä, joihin hän tarvitsee apua. Monet lapset voivat takertua enemmän aikuisiin, eivätkä halua päästää näitä näkyvistä. Lapset ovat hyvin erilaisia käsittelemään trauman jälkeistä tilannetta, toiset haluavat puhua yksityiskohdista ja toiset ovat hiljaa ja huolissaan. Myös suru ja viha ovat tunnetiloja, joita esiintyy traumaattisen kokemuksen jälkeen. Joillakin lapsilla tunnetila tulee viiveellä, jopa kuukausien päästä trauman kokemisesta. Lasta voi rohkaista ilmaisemaan tunteitaan puhumalla, kirjoittamalla, piirtämällä tai leikkimällä. Aikuisen tärkeä tehtävä on huolehtia, ettei lapsi jää yksin tunteidensa kanssa ja ettei lapsi syytä itseään tilanteesta. (Traumaterapiakeskus, 2018.)

Traumaattisista kokemuksista toipumisessa keskeistä on toiveikkuuden herättäminen ja ylläpitäminen. Sosiaalisesti traumatisoituneen kanssa yhteistyön on oltava erityisen kunnioittavaa ja arvostavaa. Myös luovuutta tarvitaan, kun ideoidaan ja haetaan ratkaisuja yhdessä ongelmiin. Ratkaisukeskeisessä työtöteessä vältetään puheessa ilmauksia ”aina”,

”taas” tai ”ei ikinä”. Syytösten sijaan asetetaan tavoitteita, joissa lapsi on avainasemassa ja kuvataan ne tavoitteet mitä halutaan saada aikaiseksi. Pienetkin tavoitteet lyhyellä aikavälillä vievät toipumisessa eteenpäin ja ovat hyödyllisiä. Tavoitteiden toteutumisen kautta lapsi saa onnistumisen kokemuksia ja lisäksi kokemuksen siitä, kuinka omalla toiminnallaan voi asioihin vaikuttaa. Kannustava palaute on tärkeää, ja se kuinka onnistumiset ja taidot tehdään näkyviksi. Näillä keinoilla voidaan luoda lapselle sekä nuorelle uskoa hyvään tulevaisuuteen ja motivaatiota tavoitteiden saavuttamiseen. Lapsen ja nuoren ongelmien tai diagnostiikan tunteminenkaan ei ole välttämättä tarpeen, kunhan aikuisella on kannustajan ja tukijan rooli. (Lämsä 2009, 191-192.)

DDP-vuorovaikutusterapia on tarkoitettu traumatisoituneille lapsille, jotka ovat varhaisessa lapsuudessa kokeneet vakavia puutteita turvallisuudentunteiden kehittämisessä sekä hoidon ja huolenpidon laiminlyöntiä. Hoito on kahden ihmisen väliseen suhteeseen perustuva menetelmä. Hoidon tavoitteena on syventää vanhemman ja lapsen välistä kiintymistä ja vuorovaikutusta. Terapiaa toteutetaan myös sijaislasten ja heidän lähiaikuisen kanssa. Hoidon keskiössä ovat arjen tapahtumat, ihmissuhteet, ilot ja surut, jotka jaetaan terapiaikäynneillä. Monilla hoidossa olevilla lapsilla on takanaan pitkä historia joka on täynnä fyysistä pahoinpitelyä, laiminlyöntiä, seksuaalisia traumoja ja kaltoinkohtelua. Vanhemman tai lähiaikuisen vastuullisuus, tilanteiden ennakoiminen ja vuorovaikutustilanteiden purkaminen tapahtuu kiinnittämällä huomio lapsen toimintaan, ei lapseen itseensä. Häpeä ja syyllisyys erotetaan toisistaan. Hoito suunnitellaan ja toteutetaan lapsen tarpeiden mukaan. Hoito voi kestää yksi-kaksi vuotta. (Becker- Weidman & Shell 2008, 31-36.)

5.6 Lasten itsetuhoisuus

Suisidaalisuudella eli itsetuhoisuudella tarkoitetaan itsensä satuttamista toiminnalla tai ajatuksella. Itsemurha-ajatukset on aina otettava vakavasti, eikä niitä tule milloinkaan vähätellä. Itsemurhasuunnitelmat tai toistuvat itsemurha-ajatukset ovat aina merkki hyvin vakavasta psyykkisestä pahoinvoinnista tai kuoleman vaarasta. Itseuhoinen käyttäytyminen ilmaisee keinottomuutta, neuvottomuutta ja avun tarvetta. (Soisalo 2012, 277.)

Itsetuhoisen lapsen perheeseen liittyviä riskitekijöitä voivat olla perheen huono taloustilanne, heikko koulutustausta, työttömyys ja moniongelmainen perhe. Hylkäämisen tunne tai kokemus voivat vaikuttaa lapseen siten, että hän alkaa ajatella itsestään niin, että olisi hyvä, jos en olisi olemassakaan. Vanhempien heikko jaksaminen ja lapseen kohdistuva inho, vaikuttavat lapsen ajatusmaailmaan. Vanhempien ja lapsen etäiset välit vaikuttavat lapsen itsetuhoisuuteen. (Pojjula 2007, 132.)

Itsetuhoinen käyttäytyminen voi olla suoraa tai epäsuoraa. Epäsuorassa itsetuhokäyttäytymisessä päämääränä ei ole tietoinen itsensä vahingoittaminen tai kuolema. Riskitekijöinä voivat olla päihteiden liikakäyttö, oman terveyden rasittaminen tai riskien otto liikenteessä. Myös holtiton seksuaalinen käyttäytyminen on epäsuoraa itsetuhoajatusta. Suorassa itsetuhoisessa käyttäytymisessä oireita ovat itsemurha- ajatukset, itsemurhasta puhuminen tai itsemurhayritykset. (Nuorten mielenterveystalo, 2018.)

Itsetuhoisten ajatusten sisältönä ei ole aina kuolema, vaan halu päästä eroon pahasta olosta. Usein pahaa oloa puretaan itseänsä vahingoittamisella kuten viiltelemällä. Itsensä vahingoittaminen voi alkaa aluksi vahingolla, kokeilun jälkeen viiltelyä ei pystykään hallitsemaan. Itsemurhasta puhuminen, masennus ja itsemurhayritykset viestivät itsemurhan riskeistä. Koulukiusaaminen, seurustelusuhteen katkeaminen, seksuaalinen hyväksikäyttö tai huonot kotiolot voivat olla riskitekijöinä viiltelylle. (Nuorten mielenterveystalo, 2018.)

Viiltely on yksi itsetuhoisuuden muoto. Syy viiltelyyn on usein yritys käsitellä henkistä ahdistusta fyysisen kivun kautta. Viiltelyyn turvautuva on yleensä kokenut lapsuudessaan joltain ahdistavaa kuten väkivaltaa. Viiltelystä voi jäädä riippuvaiseksi sillä siitä jää arpia, jotka ovat olemassa, kun viiltelyn on lopettanut. Kauan jatkuneena viiltely voi johtaa itsetuhoisuuteen. Viiltelyn taustalla voi olla mielenterveyshäiriö, jota ei osasta tulkita oikein kuten masennus ja syömishäiriö. (Suomen mielenterveysseura, 2018.) Myös persoonallisuushäiriöt, käytöshäiriöt, traumaperäiset häiriöt ja psykoottiset häiriöt liittyvät viiltelyyn (Suomalainen, Seilo, Haravuori & Marttunen, 2018.)

Viiltelyn jälkiä voi olla ympäri kehoa, joko näkyvästi tai vaatteilla piilotetussa paikassa. Näkymättömässä paikassa viiltely liittyy tunne-elämän ongelmiin, dissosiativisiin oireisiin ja itsemurha- ajatuksiin. (Suomalainen ym. 2018.)

Akuutista itsemurhariskistä viestivät usein toivottomuus ja ympäristön turvattomuus. Suurentuneeseen itsemurhanvaaraan liittyvät itsemurhayritykset, niistä puhuminen, masennus, ahdistuneisuus, päihteiden käyttö, psykoottisuus sekä välinpitämättömyys itseään tai ympäristöään kohtaa. (Suomalainen ym. 2018.)

6 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄ

6.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Valitsimme tehtäväksi toiminnallisen opinnäytetyön. Opinnäytetyöllä tavoitellaan selkeää opasta lastenkodin käyttöön. Oppaan on tarkoitus tukea uuden työntekijän perehdyttämistä sekä olla työntekijöiden tiedonlähteenä yleisimmistä huostaanotetun lapsen psykiatrisista häiriöistä. (Liite 2.)

Toiminnallinen opinnäytetyö koostuu opiskelijoiden tekemästä tuotoksesta, tietoperustasta, toimijoiden esittelystä, menetelmistä, aineistosta ja materiaalista. Työ vaatii loogisen etenemistavan sekä toimijoiden kanssa sosiaalista vuorovaikutusta. Näitä voivat olla keskustelut, arvioinnit, vertaistuki, palautteen anto ja sen vastaanotto sekä mahdollisesti työn uudelleen suuntaaminen. (Salonen 2013, 5-6.) Työn looginen eteneminen vaiheittain alkaa ideoinnista, etenee suunnitteluvaiheeseen, jatkuu toteutusvaiheeseen ja päättyy arviointivaiheeseen. Työlle määritellään myös selkeä tavoite. Työn tuotos voi olla esimerkiksi opas, esite, koulutus tai suunnitelma (Salonen 2013, 31-32.)

Yhteistyössä opinnäytetyön toteuttamisessa toimii kokemusasiantuntijana lastenkodin johtaja sekä muita lastenkodin työntekijöitä, joilta saamme tapaamisten pohjalta käytännön-tietoa. Tutkimuksellista tietoa opinnäytetyöhön kirjoitetaan lasten psykiatrisista häiriöistä ja hoidollisesta puolesta kirjallisuuden ja nettilähteiden pohjalta.

6.2 Hyvä opas

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena voi olla esimerkiksi opas. Ammattikorkeakoulun opinnäytetyölle luonteenomaista on usein aiheen käytännönläheisyys ja työelämäyhteys. (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 215.)

Hyvässä oppaassa on mietitty tarkkaan, kenelle opas kirjoitetaan. Sopivat otsikot ja virkkeet kertovat lukijalle mitä tekstissä tarkoitetaan. Oikein selitetyt ja perustellut asiat jäävät lukijan mieleen ja asia tulee selväksi. Kuvien käyttö elävöittää tekstiä ja luo luettavuutta ja kiinnostavuutta työtä kohtaan. Teksti tulee olla helppolukuista yleiskieltä. Oppaan tekstin tulee olla hyvää suomea, eikä tekstissä saa olla kirjoitusvirheitä. Hyvään ulkoasuun kannattaa panostaa. Hyvin suunniteltu ulkoasu houkuttelee lukijaa perehtymään oppaaseen lisää. (Torkkola, Heikkilä & Tiainen 2002, 34.)

6.3 Oppaan toteutus ja suunnittelu

Aloimme työstämään opinnäytetyötä tammikuussa 2018. Päädyimme kysymään paikallisesta lastenkodista, olisiko heillä tarvetta opinnäytetyölle ja millaista sisältöä he siihen haluisivat tai kokisivat tarpeelliseksi. Lastenkoti vastasi kysymykseemme myöntävästi ja heidän toiveena oli opinnäytetyö lapsen hoitopolusta oppaan muodossa uudelle työntekijälle. Opas palvelisi heitä uuden työntekijän perehdyttämisessä, sekä myös arjessa oppaan muodossa olevana tiedonlähteenä sisältäen tietoa lasten psykiatrisista häiriöistä.

Kävimme tapaamassa lastenkodin johtajaa huhtikuussa, toukokuussa ja kesäkuussa. Olemme keränneet heiltä aineistoa ja ajatuksia opinnäytetyöhömme myös sähköpostitse. Olemme tavanneet myös kuukausittain suunnitellen toteutusta kahdestaan. Työn on tarkoitus olla valmis marras-joulukuussa 2018.

Oppaan on tarkoitus olla helppolukuinen ja samalla ymmärrettävä. Sen sisältö on näyttöön perustuvaa, mutta samalla informatiivista. Teemme lastenkodille helpon pohjan, jota he saavat myöhemmin muokata omien tarkoitusten mukaiseksi. Psykiatriset määritelmät tulevat luettelomaisesti. Oppaan pohjan on tarkoitus olla heillä sähköisenä muokattavuuden vuoksi. He voivat itse tulostaa yksittäisistä oppaan sivuista julisteen tai sitten pienempiä opasvihkosia jaettavaksi henkilökunnalle.

Taulukko 1. Aikataulu

Aiheen suunnittelua	tammikuu- maaliskuu 2018
Yhteydenotto lastenkotiin	huhtikuu 2018
Tapaamisia ja aiheen lisäsuunnittelua	toukokuu- elokuu 2018
Suunnitelman kirjoittamista	heinäkuu- elokuu 2018
Opinnäytetyön kirjoittamista	elokuu- marraskuu 2018
Esitysseminaari ajankohta	marraskuu 2018
Opinnäytetyö valmis	marraskuu 2018

7 POHDINTA

7.1 Prosessinarviointi

Lasten mielenterveysongelmat ovat nykypäivänä kasvaneet huomattavasti. Ongelmiin tulisi puuttua riittävän ajoissa, jotta oikeaa hoitoa saataisiin annettua ajoissa. Olemme työssämme käsitelleet lasten yleisimpiä mielenterveysongelmia. Hakukoneita käyttäessämme ovat nousseet ensimmäisenä esille juuri työssämme käyttämämme aihealueet. Olemme kirjoittaneet aiheista monipuolisesti, ottaen huomioon myös sairaanhoitajan näkökulman. Lastensuojelu aiheena on yleisesti sosiaalialan puolta, mutta myös hoitapuolen näkemys on mielestämme tärkeää. Sairaanhoitajien työpaikkoina toimivat usein myös lastenkodit.

Opinnäytetyömme alkoi keväällä 2018 aiheen pohtimisella. Saimme toimeksiantajaksi Lastenkoti Päiväkummun, josta myös aiheemme tarkentui oppaan muotoon tehtävästä työstä. Yhteistyössä Päiväkummun esimiehen sekä työntekijöiden kanssa avasimme oppaaseen lastenkodissa yleisesti käytetyn lapsen hoitopolun.

Tietolähteitä opinnäytetyöhömmme etsiessämme totesimme, että alan kirjallisuutta on paljon lasten psykiatrisista häiriöistä, tosin uusinta kirjallisuustietoa löysimme rajallisesti. Nettilähteet paikkasivat mielestämme tämän hyvin ja saimme tietoa riittävästi. Hankalaa oli myös löytää tietoa juuri sairaanhoitajan näkökulmasta, ettei työ olisi ollut liian sosiaalialan painotteinen. Käytimme työssämme tasapainoisesti niin kirjallisuus- kuin nettilähteitä.

Opas toteutettiin sähköisessä muodossa, jonka toimeksiantaja voi halutessaan tulostaa paperimuotoon. Sähköisessä muodossa olevaan oppaaseen on tarvittaessa helppo tehdä myös jatkoa.

Pysyimme mielestämme opinnäytetyön aikataulussa kohtuullisen hyvin, vaikka työn loppuvaiheessa oli hetkittäisiä haasteitakin aikataulujen järjestelyissä. Oppaan asiasisällön ja luettavuuden parantamiseksi olisimme voineet lähettää työn toimeksiantajallemme useampaan kertaan arvioitavaksi työn edetessä.

7.2 Toimeksiantajan palaute

Kyselyn aineistohallinta palvelee ensin kerääjän omia tietointressejä, jonka jälkeen tutkimustulokset ovat muiden käytettävissä. Kyselyssä ei olla kiinnostuneita yksittäisen haastateltavan vastauksista sellaisenaan vaan kokonaisuudesta, osana isompaa aineistoa. Ensin tutkijan pitää miettiä mitä hän haluaa selvittää ja miksi. Tämän jälkeen pystytään miettimään, miten aineisto kerätään. Monissa tutkimuksissa tavoitteet ja menetelmät voivat

olla moninaisia. Kyselylomakkeen kysymykset tulevat olla mahdollisimman yksiselitteisiä. Pää tavoitteena on saada kysymyksiin vastaukset ohjeiden mukaisesti. (Hyvärinen, Nikander & Ruusuvuori, 2017.)

Palautekyselyyn toimeksiantajallemme kokosimme keskeiset kysymykset opinnäytetyöhömmö liittyy. (Liite 1.) Pyrimme tekemään palautelomakkeesta selkeän ja lyhyen, ja kysymyksien lisäksi antaen myös vapaan palautteen mahdollisuuden.

Lähetimme Päiväkumpuun sähköisesti luettavaksi hieman keskeneräisen oppaan, johon saimme vielä kehitysehdotuksia. Muokkasimme oppaan tietopohjaa lisää ehdotusten perusteella ja pyrimme toteuttamaan heidän toiveitaan. Saimme palautetta myös oppaan raskaasta luettavuudesta, jota paransimme väliotsikoinneilla ja visuaalisen ilmeen kohentamisella. Oppaaseen toivottiin myös lisää tietoa siitä, kuinka mielenterveyden ongelmat näyttäytyvät arjessa, ja kuinka lasta tuetaan arjen haasteissa.

Päiväkummusta saamamme kirjallinen palaute oli hyvin rakentavaa. Saimme usealta työntekijältä kirjallisen palautteen avoimeen kysymykseen lyhyesti. Saimme palautteen myös suullisesti julkaisuesityksen yhteydessä. Opas ei kaikilta osin täyttänyt toimeksiantajan toiveita, ja jo alkuvaiheessa työtämme jouduimme rajaamaan aihepiiriä.

7.3 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyön prosessissa on noudatettava rehellisyyttä ja yleistä huolellisuutta. Tiedonhankintamenettelyt ovat tieteellisen tutkimuksen kriteerejä täyttäviä ja asianmukaisia. Muiden tuottamaan materiaalia kunnioitetaan asianmukaisesti ja lähteet merkitään oikein. Jokainen työtä tekevä noudattaa hyviä tieteellisiä käytäntöjä. Työtä suunnitellaan ja toteutetaan asetettujen vaatimusten tavalla. Tulokset ovat julkisia. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012.)

Olemme tarkkoina lähdeviittausten kanssa ja käytämme vain luotettavia sekä tuoreita lähteitä.

Olemme keskustelleet yksityisyydestä lastenkodin johtajan kanssa, ja sopineet että emme tutki kenenkään heillä olevan lapsen yksityisiä tietoja. Olemme myös sopineet, että emme käytä yksityisiä tietoja työssämme, jotta yksikään lapsi ei tulisi tunnistettavaksi.

7.4 Jatkotutkimusehdotus

Opinnäytetyömme alkuvaiheessa rajasimme aiheesta pois lasten koulunkäynnin haasteet sekä oppimisvaikeudet. Useista lasten psykiatrisista häiriöistä lukiessamme, vastaan tuli usein myös tietoa lapsen oppimisen haasteista ja niiden vaikutuksista lapsen tulevaisuuteen. Lapsen vuorovaikutustaidot ovat usein heikentyneet kaltoinkohtelun tai trauman seurauksena ja voivat vaikuttaa myös koulussa sosiaalisiin tilanteisiin hyvin haastavasti.

Tämän perusteella jatkotutkimusehdotuksena opinnäytetyöllemme voisi olla oppaaseen tehty liite lasten psykiatrisista häiriöistä ja oppimisvaikeuksista. Tiedot voisivat tukea työntekijöitä heidän ohjatessaan lapsia koulunkäynnin ja oppimisen haasteissa.

LÄHTEET

Friis, L., Eirola, R. & Mannonen, M. 2004. Lasten ja nuorten mielenterveystyö. Helsinki: Wsoy.

Anttonen R. 2009. Manne takaraivossa. Ennakkoluulot ja syrjintä suomalaisten romaniyrittäjien kokemana. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto [viitattu 17.10.2018]. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/20069/9789513935634.pdf?sequence=1>

Becker- Weidman A., Shell D. (toim.). 2008. Auta lasta kiintymään. Tampere: PT- kustannus.

Dufva V. & Koivunen M. (toim.) 2012. ADHD diagnosointi, hoito ja hyvä arki. Jyväskylä: PS-kustannus.

Enroos R. Heino T. & Pösö T. 2016. Huostaanotto. Lastensuojelun vaativin tehtävä. Tampere: Vastapaino.

Finlex. 2018. Lastensuojelulaki [viitattu 20.8.2018]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>

Heiskanen T., Huttunen M., Tuulari J toim. 2011. Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hietaharju P., Nuutila M. 2016. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Huttunen M. 2017a. Lasten ja nuorten käytöshäiriö. Lääkärikirja Duodecim. [viitattu 11.9.2018]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00382

Huttunen M. 2017b. Lasten ja nuorten masennus ja mielialahäiriöt. Lääkärikirja Duodecim. [viitattu 11.9.2017]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00383

Huttunen M. 2017c. Traumaperäinen stressihäiriö. Lääkärikirja Duodecim. [viitattu 12.9.2018]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00526

Hyvärinen M., Nikander P. & Ruusuvoori J. 2017. Tutkimushaastattelun käsikirja. Tampere. Vastapaino.

Kendall, P.C. 2007. Childhood Disorders. Psychology Press: New York.

Ketola J. 2008. Menetyksistä mahdollisuuksiin. Jyväskylä: Ps- kustannus.

- Lahikainen, A-R, Punamäki, R-L & Tamminen T. 2008. Kulttuuri lapsen kasvattajana. Helsinki: Wsoy.
- Laitie M. 2018. Romanilapsi ja lastensuojelu. Romano Missio [viitattu 19.10.2018]. Saatavissa: http://www.romanomissio.fi/?Artikkeleita:Romanilapsi_ ja_ lastensuojelu
- Lämsä, A-L. 2009. Mun on paha olla. Jyväskylä: PS-Kustannus.
- Marttunen, M., Huurre, T., Strandholm, T. & Viialainen (toim.), R. 2013. Nuorten mielenterveyshäiriöt. Opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille. Helsinki: Thl.
- Mielenterveystalo. 2018. [viitattu 8.11.2018]. Saatavissa: https://www.mielenterveystalo.fi/lapset/ammattilaisille/hairiot/mieliala_ ja_ ahdistuneisuushairiot/Pages/masennus.aspx
- Niemi, T., Nietosvuori, L. & Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita Prima
- Nuorten mielenterveystalo. 2018. [viitattu 21.10.2018]. Saatavissa: https://www.mielenterveystalo.fi/nuoret/tietoa_mielenterveydesta/nuorten_mielenterveysongelmat/Pages/itsetuhoisuus.aspx
- Lastensuojelu.info. 2018 [viitattu 18.8.2018]. Saatavissa: <https://www.lastensuojelu.info/>
- Paavilainen, E. & Mäkelä, J. 2018. Lapsen kaltoinkohtelu. Lastenneuvolakäsikirja. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos [viitattu 28.8.2018]. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/lastenneuvola-kasikirja/ohjeet-ja-tukimateriaali/metodit/perhe-ja-kehitysymparisto/lapsen-kaltoinkohtelu>
- Pojjula S. 2007. Lapsi ja kriisi, Selviytymisen tukeminen. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Päiväkummun lastenkoti. 2018. Romano Missio. Haastattelu 10.11.2018.
- Romano Missio. 2018 [viitattu 8.8.2018]. Saatavissa: <http://www.romanomissio.fi/?Etusivu>
- Romanit. 2018 [viitattu 18.8.2018]. Saatavissa: <http://www.romanit.fi/>
- Saastamoinen, K. 2010. Lapsen asema sijaishuollossa. Helsinki: Edita.
- Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Puheenvuoroja 72. Turun ammattikorkeakoulu. Turku. [Viitattu 16.10.2018]. Saatavissa: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>

- Sinkkonen J., Tervonen- Arnkil K. (toim.). 2015. Lapsi uusissa oloissa. Duodecim. Helsinki
- Soderholm A., Kivitie-Kallio S. (toim.). 2012. Lapsen kaltoinkohtelu. Duodecim. Helsinki.
- Soisalo R.. 2012. Särkyvä mieli- Lasten ja nuorten psyykkinen oireilu. Tallinna.
- Suomalainen L., Seilo N., Haravuori H., Marttunen M. 2018. Nuorten viiltely ja muu itsetuhoisen käyttäytyminen. Lääketieteellinen aikakauskirja duodecim. [viitattu 21.10.2018]. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo14287>
- Suomen mielenterveysseura. 2018. [viitattu 21.10.2018]. Saatavissa: <https://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/vaikeat-elamantilanteet/nuorten-kriisit/viiltely-huono-selviytymiskeino>
- Tarnanen K., Isometsä E., Kinnunen E., Kivekäs T., Lindfors O., Marttunen M., Tuunainen A., 2016. Mieli maassa, mikä avuksi? (Depressio, msennus). Käyvä hoidon potilasversiot. [viitattu 11.9.2018]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00044
- THL. 2018 a. Lastensuojelun käsikirja [viitattu 18.8.2018]. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja>
- THL. 2018 b. Mielenterveyden edistäminen päiväkodeissa, kouluissa ja oppilaitoksissa. [viitattu 10.11.2018]. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/lasten-ja-nuorten-mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen-paivakodeissa-ja-kouluissa>
- Torkkola S., Heikkinen H. & Tiainen S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijälle. Helsinki: Tammi.
- Traumaterapiakeskus ry. 2018. [viitattu 8.11.2018]. Saatavissa: <https://www.traumaterapiakeskus.com/8>
- Voutilainen, A. 2016. ADHD ja aivojen kuvantamistutkimukset. Käypä hoito. [Viitattu 21.10.2018]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01797>
- Wicks-Nelson R. & Allen I.C. 2014. Abnormal Child and Adolescent Psychology. Pearson: Harlow.

LIITE 1

Opinnäytetyön palautekysely

1. Oppaan käytettävyys ja toimivuus?
2. Oppaan visuaalinen ilme?
3. Tekstin luettavuus ja ymmärrettävyys?
4. Vapaamuotoinen palaute:

LIITE 2



Hoitopolku lastenkodissa -tietoa lasten yleisimmistä mielenterveyshäiriöistä

Päiväkummun lastenkoti

Tämä opas on osa syksyllä 2018 tehtyä opinnäytetyötä, joka kuului kahden opiskelijan sairaanhoitajan opintoihin Lahden ammattikorkeakoulussa syksyllä 2018. Oppaassa esitellään Päiväkummun lastenkoti yleisimmän käytössä olevan käytännön mukaisesti lapsen hoitopolku sekä oppaaseen on koottu yleisesti lasten mielenterveysongelmia.

Oppaaseen on kerätty tietoa ajankohtaisista sähköisistä artikkeleista sekä kirjallisuuden lähteistä. Työssä ei ole käsitelty lastenkodissa olevien lasten yksilöllisiä tietoja. Tietoa on kerätty yleisimmistä lasten mielenterveyshäiriöistä.

Sisällysluettelo:

1. PÄIVÄKUMMUN LASTENKOTI
2. LAPSEN HOITOPOLKU PÄIVÄKUMMUSSA
3. LAPSEN PSYKOSOSIAALINEN KEHITYS
4. LASTEN YLEISIMMÄT MIELENTERVEYSHÄIRIÖT
 - KALTOINKOHTELU
 - KIINTYMYSSUHDEHÄIRIÖ
 - MASENNUS
 - KÄYTÖSHÄIRIÖT
 - TRAUMAT
 - ITSETUHOISUUS
 - ADHD

1. Päiväkummun lastenkoti

Päiväkummun lastenkoti on Romano Mission omistama lastensuojeluyksikkö. Romano Missio ry on valtakunnallisesti romaniväestön keskuudessa toimiva lastensuojelun, sosiaalialan, hengellisen työn ja koulutusalan palvelujärjestö, joka toiminta perustuu kristilliseen arvopohjaan.

Päiväkummun lastenkoti on perustettu 1957, varsinainen toiminta on alkanut 1958. Päärakennuksen pinta-ala on noin 800m². Käytössä on kaksi osastoa, joista vanhempi osa on puurakenteinen ja uudempi osa kivirakenteinen. Tiloihin on tehty paljon remontteja viime vuosina. Heillä on käytössään noin 10 hehtaarin luonnonkaunis ympäristö, jossa on erilliset alueet liikunta- ja leikkipaikoille.

Päiväkumpu tarjoaa paikkoja lasten pitkäaikaiseen sijoitukseen. Lastenkodissa on paikkoja 14 lapselle. Iältään lapset voivat olla 0-21 vuotiaita. Myös lyhytaikaiseen perhehoitoon on Päiväkummussa mahdollisuus.

Päiväkummun lastenkodissa henkilökunta on ammattitaitoista, ja he omaavat vankan romanikulttuurin tuntemuksen. Henkilökuntaa on tällä hetkellä 17, lisäksi on muutamia sijaisia. Ammatiltaan työntekijät ovat sosionomeja, lähihoitajia sekä nuoriso- ja vapaa-ajanohjaajia. Päiväkummun lastenkodissa on myös oma kokki.

Päiväkumpu tarjoaa romanilapsille turvallisen sijoituspaikan, jossa heidän identiteettinsä romanina ja suomalaisena voi kasvaa ja kehittyä.

Linkki Romano Mission sivuille:

<http://www.romanomissio.fi/?Etusivu>

2. Lapsen hoitopolku Päiväkummussa

Mitä tapahtuu ennen lapsen tuloa Päiväkumpuun?

- ❖ Lapsen asioista vastaava lastensuojelutyöntekijä ottaa yhteyttä Päiväkummun johtajaan
- ❖ Lapsen asioista sovitaan Päiväkummun kanssa, omahoitajat ja tutustumiset

Omahoitajan tehtävät Päiväkummussa:

- ❖ Päiväkummussa jokaiselle lapselle nimetään omaohjaaja ennen lapsen saapumista taloon. Omaohjaaja pyrkii tapaamaan lapsen jo ennen lapsen sijoittamista Päiväkumpuun. Jo ensimmäisessä tapaamisessa alkaa hoitajan ja lapsen välinen vuorovaikutus, joka helpottaa lapsen sopeutumista saapuessaan Päiväkumpuun.
- ❖ Omaohjaaja kertoo muille työntekijöille tiedot tulevasta uudesta lapsesta, jolloin he voivat yhdessä pohtia lapsen tarpeita.
- ❖ Omaohjaaja toimii yhteyshenkilönä sijoituspaikan ulkopuolisiin tahoihin, kuten sosiaalityöntekijöihin, päiväkotiin, kouluun ja terveydenhuoltoon.
- ❖ Omaohjaaja toimii yhteishenkilönä perheen ja sosiaalityöntekijän kanssa luoden tavoitteet sijoitusajalle.
- ❖ Omaohjaaja tekee kuukausittain koosteen sosiaalityöntekijälle lapsen kuluneesta kuukaudesta. Omaohjaaja tuntee ja tietää lapsen asiat kokonaisvaltaisesti.

Mitä tapahtuu, kun huostaanotto loppuu:

- ❖ Lapsi on Päiväkummussa siihen saakka, kun täyttää 18 vuotta. Jos perhetilanne muuttuu ennen sitä tai lapsen koti olot muuttuvat parempaan suuntaan merkittävästi, silloin voidaan huostaanoton syitä miettiä uudestaan.
- ❖ Päiväkummussa on tarjolla jälkihuolto lapsille, jotka ovat täyttäneet 18 vuotta.

3. Psykososiaalinen kehitys

Lapset eivät ole pieniä aikuisia ja on ilmeistä, että he ovat fyysisesti pienempiä ja emotionaalisesti kypsymättömpiä kuin aikuiset. Lapsilla ja usein alle kouluikäisillä psyykkiset häiriöt ovat vuorovaikutukseen ja säätelykykyyn liittyviä kehityksellisiä häiriöitä. Lapset kehittyvät omaan tahtiinsa ja heidän kykynsä säädellä omia tunteitaan ja toimintaansa kehittyvät vuorovaikutustilanteissa. Lapsen turvallinen kehitys vaatii tasapainoisen, rakastavan ja kannustavan ihmissuhteen. Lapsi tarvitsee vakaan ympäristön, jotta hän voisi toteuttaa itseään parhaalla mahdollisella tavalla ja hänen kehityksensä saavuttaisi tavoitteet. Lapset, jotka joutuvat kaltoinkohtelun, hyväksikäytön tai väkivallan kohteeksi, haavoittuvat herkästi ja heillä esiintyy kehitysviivästymiä. Lapsen tarve tulla hyväksytyksi liittyy kiintymykseen ja usein lapset mukautuvat vanhempiansa tyyliin. He voivat lopulta ajatella, että hyväksikäyttö tai laiminlyönti on heille hyväksi, koska he ovat pahoja eivätkä he näe asiassa mitään pahaa, ja he sopeutuvat pelottaviin tilanteisiin. Lapsen kyky luottaa toisiin ihmisiin ja olla heidän kanssaan vuorovaikutuksessa heikkenee näiden kokemusten myötä. Traumatisoituneiden lasten on vaikea keskittyä ja rauhoittaa itsensä.

Vauvat vaistoavat heidän huoltajiensa pelon ja traumaattisen stressin herkästi, varsinkin perheissä, joissa koetaan väkivaltaa. Vauva on levoton ja hän vaatii lisää huomiota varsinkin vanhemmalta, joka todennäköisesti jo muutenkin elää ylivoimaisessa tilanteessa. Traumaattiset muistot tallentuvat aivoihin muita muistoja paremmin. Kuvat ovat vahvoja, värikkäitä ja niihin liittyy paljon tunteita. Traumaattiset muistot aktivoituvat usein jonkun asian myötä, joka voi olla esimerkiksi nähty asia, kuultu ääni tai jokin muu sisäinen tai ulkoinen asia. Lapset ovat herkkiä näille tilanteille etenkin silloin, kun pitäisi rauhoittua tai käydä nukkumaan.

Lapsille omien psykologisten ongelmien tunnistaminen on erittäin vaikeaa. Osalla lastensuojelun piirissä olevilla lapsilla ja nuorilla on suuria haasteita identiteettinsä ja minuutensa suhteen. Osa heistä osaa olla ylpeitä pärjäämisestään omin avuin ja näin arvostavat itseään, mutta eivät osaa ottaa tukea vastaan. Minuus voi olla osalla nuorista kaottinen ja hajanainen. Jotkut voivat taas kantaa alemmuuden tunnetta ja kokea häpeän leimaa omien ja perheensä epäonnistumisien vuoksi. Kiintymyssuhdetyyli on voinut muuttua vältteleväksi ja tunneilmaisu voi olla niukkaa, jos nuori on joutunut luottamaan vain itseensä sekä peittämään tarvitsevuutensa. Nuori on voinut kehittää hyvät ongelmanratkaisutaidot, mutta tunteiden ja järkeilyn integrointi voi olla vaikeaa. Ennakoimattomassa maailmassa elämään joutunut lapsi voi kehittää suhteensa aikuiseen vastustavasti ja ristiriitaisesti. Usein suhteet aikuisiin voivat olla myös ahdistuneita ja vastahakoisia. Ystävyysuhteet vertaistensa kanssa voivat olla riippuvaisia, itsekontrolli on alhainen sekä monimutkaiset syy-seuraussuhteet ovat vaikeita päätellä. Kun murrosikä alkaa, osa vetää itsensä nopeasti irti kodin piiristä ja tukeutuu ryhmiin. Ryhmien toimintakulttuurin hyväksyessään nuoret omaksuvat uudet lähtökohdat identiteettiinsä, jolloin myös entinen negatiivinen identiteetti voi nousta uudelleen esiin.

Vanhemmat voivat muodostaa yhteistyökykyisen ja rakentavan tiimin hoitohenkilökunnan kanssa, mikä vaikuttaa lapsen psykologisten ongelmien hoitoon positiivisesti. Lapsen kypsymättömyys, kokemattomuus ja haavoittuvuus vaativat erityistä huomiota psykologisten ongelmien hoidossa. Lasten tietämys ja asenteet mielenterveyttä kohtaan vaihtelevat. Psykologisten ongelmien hoito kohtaa ja muovaa nuoren ihmisen huonosti

sopeutuneita kognitioita. Hoito keskittyy tavoitteisiin, kuten miellyttävien kokemusten lisäämiseen, sosiaalisten taitojen lisäämiseen, kommunikaation parantamiseen, konfliktien ratkaisuun, sosiaalisten ongelmien ratkaisuun ja selviytymistaitoihin.

Lasten mielenterveyden edistämisen keskeisiä ympäristöjä ovat päiväkodit varhaiskasvatuksen piirissä, peruskoulut ja toisen asteen oppilaitokset. Oppimisen lisäksi hyvinvointia voivat edistää laaja-alaisesti koulutetut henkilöt, opettajat, sosiaali- ja terveyshuoltoalan ammattilaiset sekä psykologi- ja kuraattoripalvelut. Päiväkodeissa ja kouluissa on tärkeää luoda turvallinen ympäristö ja mahdollistaa ryhmiin kuulumisen. On tärkeää myös antaa lapselle ikätasoisia haasteita, tukea vahvuuksia sekä mahdollistaa onnistumisen kokemuksia. Varhaiskasvatuksen- ja opetussuunnitelman perusteissa on nostettu esille tunne- ja vuorovaikutustaitojen edistäminen osana opetusta.

4. Lasten yleisempiä mielenterveyshäiriöitä

KALTOINKOHTELU

Kaltoinkohteluksi käsitetään fyysisen ja psyykkisen pahoinpitelyn muodot, seksuaalinen hyväksikäyttö ja laiminlyönnin eri muodot. Kaltoinkohtelua on myös kaupallisuus tai muu vaaraa aiheuttava riisto, josta aiheutuu tai on mahdollista aiheutua vaaraa lapsen elämälle, terveydelle, ihmisarvolle tai kehitykselle. Lapselle seipitetty tai aiheutettu sairaus on myös kaltoinkohtelun alue.

Lapsen kaltoinkohteluksi katsotaan perheväkivalta sekä laiminlyönti. Myös perheväkivallan näkeminen luokitellaan kaltoinkohteluksi. Laiminlyönnin yleisin muoto on lapsen jättäminen emotionaalisesti liian yksin, laiminlyönnin syynä on usein vanhemman masennus. Lastensuojelun sekä terveydenhuollon tehtävä on lapsen kaltoinkohtelun ennaltaehkäisy, varhainen puuttuminen sekä kaltoinkohtelun tunnistaminen.

Kaltoinkohtelu tekee muutoksia lapsen aivoihin ja näkyy joko vetäytymisenä, päihteiden käyttönä, mielenterveyden ongelmina tai lisääntyneenä aggressiivisena käytöksenä. Aivojen hermosolujen välisten yhteyksien syntyyn alkavat heti syntymän jälkeen vaikuttamaan myös ulkoiset tekijät. Ensimmäisen elinvuoden jälkeen hermosolut eivät enää lisäännä, mutta neuronien välisiä yhteyksiä eli synapseja kehittyy läpi elämän. Eniten synapseja muodostuu varhaislapsuudessa ja kasvuiässä. Hermoverkot joko vahvistuvat tai heikentyvät erilaisten kokemusten kautta. Kaltoinkohtelu ja muut toistuvat traumakokemukset muuttavat erityisen voimakkaasti aivojen limbisen järjestelmän, otsalohkon etuosan ja aivolisäke-lisämunuaisakselin toimintaa. Otsalohkon etuosassa sijaitsee toiminnan ohjauksesta vastaava aivojen osa, joka kehittyy hyvin hitaasti kypsäksi vasta nuorella aikuisiällä. Tämän aivojen osan puutteellisen toiminnan vuoksi lapsi tarvitsee tunnetilojen hallintaan ja oman toimintansa ohjaukseen aikuisen apua hyvin kauan. Pienen lapsen pelottavien kokemusten jälkeen hän ei pysty itse rauhoittamaan itseään. Kaltoinkohtelussa lapsi jää usein yksin pelko- tai traumakokemuksen jälkeen, jonka seurauksena nämä kokemukset integroituvat lapsen minuuteen ja myöhemmin vaikuttavat lapsen tapoihin kohdata ympäröivä maailma. Stressi, joka on kestoltaan hyvin pitkä voi nostaa

kortisolitasoja tai lamata kortisolin tuotannon. Pitkään koholla olevat kortisoliarvot altistavat aikuisiällä depressiolle ja erilaisille somaattisille sairauksille. Korvaavilla kokemuksilla voidaan pyrkiä korjaamaan aivoihin syntyneitä rakenteellisia muutoksia, mutta muutosten tapahtuminen on hyvin hidasta kasvuiän jälkeen.

Lapsilla, jotka ovat kokeneet kaltoinkohtelua, on osoitettu monenlaisia ongelmia kognitiivisten kykyjen kehityksessä. Nämä kognitiiviset puutokset näkyvät myös heikompana koulusuoriutumisenä. Lapsuusiän kaltoinkohtelu on myös yleinen kokemus aikuisilla psykiatrisilla potilailla ja teiniäideillä.

KIINTYMYSSUHDEHÄIRIÖ

Lapsen hyvä kiintymyssuhde alkaa vanhemman ja lapsen vuorovaikutussuhteesta, joka lähtee lapsen syntymän myötä. Vanhempi osaa tyydyttää lapsen tarpeet, tietää milloin vauva tarvitsee syyliä ja lohdutusta. Lapsi luottaa vanhempaansa tämän suhteen ja koetun hädän hetkellä hän saa tarvitsemaansa apua. Kiintymyssuhdehäiriöisillä lapsilla on usein jonkinlaisia kauhukokemuksia vauva-ajasta lähtien. Heillä on usein ainut turva oma itsensä ja usein taito hallita kaikkea ja kaikkia, kokeakseen olevansa turvassa. Vakavissa ja varhaisissa kiintymyssuhteen häiriöissä ja traumaattisissa kokemuksissa lapsilla on vaurioitunut kehitys tunne-elämän alueella, älyllisen kehityksen alueella, sosiaalisen kehityksen alueella sekä somaattisen kehityksen alueella.

Tunne-elämä kehitys

Tunne-elämän kehityksessä vaurioituminen näkyy siinä, että lapsi on kykenemätön vastaanottamaan positiivisia ja negatiivisia tunteita. Jos vanhemman omat tunnetilat menevät lapsen tunteiden ohi, on suurena vaarana, ettei lapsi opi koskaan mitä hänessä itsessään tapahtuu ja mitkä lapsen omat tunteet ovat. Jos itsesäätelyn alkeet ovat jääneet oppimatta voi pienikin tunnemyrsky aiheuttaa suuren reaktion ja muiden ihmisten, lapsen hoitajien on vaikea ymmärtää, miksi lapsi raivoaa jatkuvasti. Toinen ääripää on lapsi, joka on näkyvätön eikä tunnu tarvitsevan mitään tai ketään.

Älyllinen kehitys

Älyllisen kehityksen alueella näkyvät ongelmat keskittymisen kanssa. Lapsen on vaikea keskittyä oppimaan ja kiinnostumaan opiskelusta. Oppiminen alkaa vauvan ja vanhemman yhteisistä vuorovaikutustilanteista ja kiinnostuksen kohteista. Lapsen kielellinen kehitys voi viivästyä jo varhaisessa vaiheessa, jos lapsen kanssa ei vietetä yhteisiä opetus hetkiä, joita voivat olla pukemistilanteet ja yhdessä nähdyt esineet. Lapsen on vaikea oppia koetuistaan tilanteista, jos hän on tehnyt jotain väärin tai hän on kokenut vääryyttä. Sijoitettujen lasten hoitajat voivat turhautua jatkuvasta samojen asioiden toistamisesta ja ohjeiden antamisesta joita lapsen on vaikea vastaanottaa ja noudattaa.

Sosiaalinen kehitys

Sosiaalisen kehityksen alueella lapsen on vaikea olla vuorovaikutuksessa muiden lasten ja aikuisten kanssa. Lapsi on tottunut ohjaamaan ja johtamaan vuorovaikutussuhteissa. Lapsen on vaikea asettua toisen asemaan ja kokea myötätuntoa toista kohtaa. Arkiset rajat tulevat olla hyvin selvät ja vahvat näiden lasten kohdalla.

Somaattinen kehitys

Huostaanotetuilla lapsilla on usein somaattisia eli kehon perustoiminnassa ongelmia kuten nukkumisen, syömisen ja vatsantoiminnan kanssa. Usein kipuja on ympäri kehoa ja heillä on yli- tai aliherkkyttä aisteissa. Nämä oireet voivat kadota, kun lapselle löydetään sopiva sijoituspaikka ja hänen tarpeisiinsa vastataan hänen tarvitsemallaan tavalla. Kosketus ja aikuisen hyvä huolenpito voivat olla korjaavia kokemuksia lapselle, joka on kokenut kaltoinkohtelua lapsuudessa.

Kiintymyssuhteen harjoittelu

Kiintymyksen harjoittelu alkaa, kun lapselle kerrotaan hänen olevan lapsi eikä hänen tarvitse huolehtia muista tai muiden asioista. Lasta autetaan tulemaan riippuvaiseksi uusista hoitajistaan. Kiintyminen alkaa lapsen kokemuksesta, että aikuiset pystyvät turvaamaan hänelle ulkoisen järjestyksen. Ruoka ja sen saaminen ovat erittäin tärkeässä asemassa lapsen kiintymyksen suhteen. Tunteista puhuminen ja niiden sanoittaminen lapsen kanssa lähtee hoitajan ja lapsen vuorovaikutustilanteista.

MASENNUS

Lapsen masennuksen syynä voi olla hänelle läheisen ihmisen menetys tai hylätyksi tuleminen. Myös liian varhainen eroaminen vanhemmista voi olla syynä lapsen masennukseen. Jatkuva vakava laiminlyönti ja väkivalta ovat riskitekijöitä masennukselle. Lapsen masennukseen viittaavia piirteitä ovat passiivisuus, kiinnostuksen puute ympäristöä kohtaan, uni- ja syömishäiriöt, ei halua syliin eikä hae katsekontaktia. Lapset kokevat, että kukaan ei välitä heistä, eivätkä he osaa iloita mistään asioista. Usein myös masentunut lapsi voi olla kiukkuinen, pettymyksen sieto on heikkoa sekä ärtyisyys on lisääntynyt.

Nuorten masennusoireisiin liittyy usein suuria itsemurhariskejä ja päihteiden käyttö lisää itsemurhan riskiä. Usein nuoren seurustelusuhteen katkeaminen tai koulunkäynnin ongelmat laukaisevat tilannetta masennukseen. Tyttöjen riski sairastua masennukseen kasvaa murrosiässä poikia suuremmaksi. Tytöt usein pohtivat enemmän asioita ja heillä on suurempaa herkkyyttä ihmissuhteisiin liittyvissä asioissa. Poikien masennuksen oireet voivat näkyä käytösongelmina, joita ei osata heti tulkita masennukseksi.

Oireet

Masentunut lapsi voi kokea itsensä toivottomaksi, aloitekyvyttömäksi, alakuloiseksi ja kurjaksi. Lapsi voi kertoa, ettei hänestä pidetä ja osoittaa toiveensa olla kuollut. Lapsi, joka on masentunut voi viettää aikaansa enemmän yksin huoneessaan, eikä hän leiki ystäviensä kanssa. Lapsi voi olla hiljainen ja vähäpuheinen, kouluarvosanat saattavat tippua paljon ja hän voi lopettaa välittämistä pukeutumisestaan ja ulkonäöstään. Fyysisinä oireina masentunut lapsi voi valittaa mahakipua, päänsärkyä tai rintakipua. Vakavassa masennusjaksossa mieliala voi olla usean viikon ajan alavireinen ja mieliala on suurimman osan päivästä laskussa. Masennukseen voi liittyä huomattavaa painon pudotusta tai nousua, unettomuutta tai liiallista nukkumista, väsymystä, voimattomuutta sekä arvottomuuden tunnetta.

Hoito

Masennukselle altistavat perinnöllinen taipumus sekä elämäntapahtumat. Tunnistaminen tapahtuu lääkärintutkimuksessa, jonka perusteella tehdään diagnoosi. Masennusoireita arvioidaan oiremittareiden avulla sekä toimintakyvyn heikkenemisen arvioinnilla. Tärkeää on myös selvittää, onko kyse kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyvästä masennuksesta. Erityisesti kaltoinkohtelu, seksuaalinen hyväksikäyttö sekä toistuvat menetykset lisäävät masennuksen syntymistä. Lapsilla voi olla samanaikaisesti ahdistuneisuutta ja käytöshäiriöitä. Lapselta tulee aina kysyä kahden kesken masennus- ja ahdistusoireista sekä itsetuhoisista ajatuksista.

Lääkehoidolla ei aina saada kovin tehokkaita hoitotuloksia lasten masennuksen hoidossa. Kognitiivis-behavioraalilla terapialla on saatu lupaavia tuloksia lasten masennuksen hoidossa. Terapiassa keskitytään erityisesti toivottomuuden tarkasteluun ja pyritään muuttamaan välitöntä ajatusta itseän, muihin ja ympäristöön. Samalla terapiassa pyritään muuttamaan masennuksen taustalla olevia laajempia perusoletuksia ja uskomuksia.

Masennusjaksolla on suuri riski uusiutua ja uusiutuminen huonontaa ennustetta parantua. Vakavimmissa masennuksissa osa osoittautuu myöhemmin kaksisuuntaisiksi mielialahäiriöiksi. Sukurasite ja psykoottiset oireet lisäävät riskiä. Lasten kaksisuuntainen mielialahäiriö on hyvin harvinainen ja erilainen kuin nuorten.

Masennuksesta on tärkeää pystyä kysymään ja puhumaan lapsen kanssa. Myös leikki-ikäiset pystyvät kuvailemaan ajatuksiaan ja tunteitaan, joista saadaan selville masennuksen oireita. Kysyminen ei aiheuta masennuksen oireita lapselle. Lapsi tai nuori voi kokea kysymykset myötäelämiseksi ja ymmärretyksi tulemiseksi pahasta olostaan. Itsemurha- ajatuksista ja vaikeista asioista tulee kysyä suoraan lapselta. Masennustilojen yleisyydestä annettu asiallinen tieto lapselle, auttaa lasta hänen pahassa olossaan. Psykoedukaatio ja kuormituksen vähentäminen ovat ensisijaiset toimet hoidon aloituksessa. Myös lapsen riittävästä levosta, unesta, ravinnosta ja liikunnasta tulee huolehtia.

KÄYTÖSHÄIRIÖT

Käytöshäiriöisten lasten käytöksessä on usein aggressiivisuutta, toisten omaisuuden tuhoamista ja sääntöjen rikkomista. Aggressiivisuus ilmenee usein toisten uhkailuna tai pelotteluna, tappeluiden aloittamisella ja aseiden käytöllä (kivet, mailat, veitset). Lievimät käytöshäiriöt voivat johtua perheen tai ympäristön tilanteesta ja voivat korjaantua ilman hoitoa. Vakavammat käytöshäiriöt usein pahenevat vuosi vuodelta ja aikuisena usein ajaudutaan rikollisuuden pariin tai sairastutaan psykoottisiin sairauksiin. Taustalla voi olla hoitamaton tai diagnosoimaton ADHD, masennus tai kaksisuuntainen mielialahäiriö.

Käytöshäiriöisillä lapsilla on usein epävakaa impulsiivisuus ja huono pettymystensietokyky. He purkavat tunteitaan aggressiivisella käytöksellä, törkeällä kielenkäytöllä ja vastarinnalla kaikkea auktoriteettia vastaan. Lapsen häiriintymisriskiä kasvattavat vanhempien keskinäiset välit ja ristiriidat, erot, päihteet, taloudelliset ongelmat ja vanhempien omat psyykkiset hyvinvoinnit.

Hoito

Hoito alkaa yhteistyöllä koko perheen kanssa, joka edellyttää vanhempien suostumusta. Huostaanotettu lapsi hoidetaan yhteistyössä sosiaalitoimen, lastensuojelun ja sijoituspaikan kanssa. Käytöshäiriöissä selvitetään myös muut oheissairaudet. Masennus on yksi tekijä, jossa lapsi ei osaa sanoa mikä häntä häiritsee. Paha mieli, pettymykset ja ahdistus voivat purkaantua muiden kiusaamisena, häiriköimisenä ja ilkeilyinä. Lapsen olemus on yleensä iloton, leikki ja mielenkiinto puuttuvat tekemisestä. Lapsi voi valittaa usein fyysisistä kipua, kuten esimerkiksi päänsärkyä, mahakipua ja väsymystä.

Lasta autetaan kuuntelemalla ja luomalla luottamuksellinen suhde. Lapsen masennus on yleistä ja siihen liittyvät kuolemantoivomukset. Nuorilla voi olla lisäksi päihteiden käyttöä ja itsensä satuttamista viiltelemällä.

Hoidon aluksi haastatellaan perhettä tai sijoituspaikkaa, koulua ja päiväkotia, jotta oireista saadaan mahdollisimman laajat selvitykset. Hoidon pääasiallinen tarkoitus on puuttua lapsen ei-toivottuun käytökseen ja vahvistaa vanhemmuutta. Usein lapsi saa liian toistuvasti huonoa palautetta, joten hoidon myötä pyritään lisäämään positiivista palautetta pienistäkin asioista.

Pienillä lapsilla ei-toivottuun käytökseen tai rajojen ylittämiseen voidaan käyttää jäähyä. Jäähy on paikka, jossa lapsi rauhoittuu annetun ajan verran, sopiva aika on minuutti per ikävuosi. Lapselle tulee selittää, millaisesta käytöksestä jäähyllä päädytään ja mistä siinä on kysymys. Kun lasta käsketään lopettamaan jokin asia ja näin ei tapahdu annetaan varoitus ja jos varoituksen jälkeen lapsi ei tottele, otetaan jäähy paikkaan käyttöön. Aikuisen tehtävänä on vahtia ja seurata lasta vierestä ja myös tunteiden käyminen sanallisesti on tärkeää. Jos lapsi ei pysty rauhoittumaan jäähy paikassa, otetaan hänet syliin ja pidetään siinä. Tämä antaa lapselle turvallisuutta ja läheisyyttä, varsinkin pienillä lapsilla sylissä pito on erittäin hyvä tapa rauhoittaa lasta. Isommilla lapsilla joudutaan turvautumaan terapeuttiseen kiinnipitoon. Kiinnipitotilanteessa lapsi asetetaan vatsalleen, toinen hoitaja pitää kiinni käsistä vierellä istuen ja toinen jaloista. Rimpuileva lapsi voidaan myös kääriä peittoon tai mattoon. Aluksi lapsella on vastustava vaihe, hän rimpuilee, huutaa, sylkee ja uhkailee aikuista. Hän voi myös sanella ehtoja ja päästä tilanteesta vessahädän turvin. Aikuisen tärkein tehtävä on hallita tilannetta, pysyä rauhallisena sekä vastaanottaa lapsen tunteita. Kiinnipitoa jatketaan, kunnes lapsi on rauhoittunut. Usein lapsi rauhoittuu, kun tajuaa, ettei tilanteesta pääse pois ja tilanteen jälkeen pystytään yhdessä käymään läpi tunteet, pettymykset ja huolet. Lapsen kanssa on tärkeää käydä läpi millä keinoilla hän pystyisi purkamaan aggression.

TRAUMAT

Traumaattinen tilanne aiheuttaa pelkoa ja avuttomuutta. Lapsille traumaattinen tilanne voi aiheuttaa lisäksi levottomuutta ja käytöshäiriöitä. Traumaattisia kokemuksia voivat olla esimerkiksi väkivallan kohteeksi joutuminen tai läheiseen ihmiseen kohdistuva uhka, jonka on nähnyt. Unet, tunteet tai mielikuvat aiheuttavat ahdistusta ja tuovat mieleen traumaattiset tapahtumat.

Trauman kokeneille lapsille kehittyy psykiatrinen häiriö paljon todennäköisemmin kuin niille, jotka eivät ole kokeneet traumaa. Aikaisemmat koetut tapahtumat lisäävät traumahäiriön riskiä. Hoitamattomat traumaperäiset häiriöt voivat kestää vuosia ja niistä parantuminen kestää kauan.

Lapset voivat stressin seurauksena taantua ja tulla ylivireisiksi, herkästi säpsähteleviksi ja kärsiä voimakkaista yöllisistä kauhukohtauksista. Usein henkilö pyrkii unohtamaan trauman aiheuttamia ajatuksia, tunteita ja keskusteluja. Paikkoja ja tilanteita, joissa traumaa on koettu, pyritään välttämään ja kiertämään.

Varhaiset vuorovaikutustrauumat ja organisoitumaton kiintymyssuhde liittyvät tiiviisti toisiinsa. Lapsi, joka on organisoitumattomasti kiintynyt, on kokenut menneisyydessään, että hoivaajan käytös on ristiriitaista ja ennakoimatonta, ja silloin lapsen yrittämät kiintymys-strategiat, eivät ole johtaneet millään tavoin tyydyttävään tulokseen hoivaajan huomion herättämisessä. Kaltoinkohtelu sekä äärimmäiset hyljeksityksi tulemisen kokemukset vaikuttavat keskushermoston kehitykseen haittaavasti. Tämä lisää myöhemmin muistitoimintojen ongelmia ja näkyy myös erilaisina informaation käsittelyn vaikeuksina. Orbitofrontaalisen aivokuoren eli aivojen etuotsalohkon kehityshäiriöt vaikuttavat impulssikontrolliin ja oman toiminnan ohjaukseen. Lapset, jotka ovat vaikeasti traumatisoituneet, ovat usein psyykkisesti hyvin hauraita. Toisten ihmisten tunnetilojen tunnistaminen tuottaa heille suuria vaikeuksia. Nämä lapset voivat olla jatkuvan voimakkaan stressin vallassa ja silloin pienikin ärsyke laukaisee voimakkaan tunnereaktion, joka voi johtaa jopa psyykkiseen romahdukseen. Heidän hoitonsa suunnittelussa ja toteuttamisessa sekä ongelmien ymmärtämisessä tarvitaan psykodynaamista otetta, traumapsykologian sekä kiintymisteorian osaamista, yhdessä neurologisen ja neuropsykologisen tietämyksen kanssa.

Trauman käsittely

Trauman käsittelyyn kuuluu vihan tunteminen. Vihan voi ilmaista sanoin, kuvin tai toiminnalla. Kirjoittamalla vihasta voi kuvailla, mikä aiheutti vihan ja keneen viha kohdistuu. Vihaa voi käsitellä myös kävelylenkin avulla tai muuttaa vihan mukavampaan toimintoon. Huonoja keinoja vihan ilmaisuun ovat töniminen, väkivaltaisuus, huutaminen ja esineiden heittäminen. Viha on usein keino ilmaista pelkoa. Yksi vihan käsittelyn keino on rentouttava hengittäminen. Hengitetään rauhassa sisään nenän kautta, pidätetään hengitystä viisi sekuntia ja hengitetään ulos hitaasti suun kautta. Tätä toistetaan viisi kertaa, tavoitteena on rauhoittuminen ja vihan purkaminen hallitusti.

Rentoutumismenetelmiä voi ottaa käyttöön jo ennen kuin viha ottaa vallan tilanteesta. Apuna voi olla myös mielikuvaharjoitus rentouttavasta paikasta tai näkymästä. Vihan kokemasta tilanteesta pois lähteminen rauhoittaa usein mieltä. Vihanhallinnassa auttavat myös liikkuminen tai fyysinen tekeminen, käsien laittaminen seinää vasten ja työntäminen oikein lujasti vastaan, huutaminen ja kiljuminen tai tynyn hakkaaminen. Stressinhallinnan harjoitteiksi sopivat myös mielikuvatyöskentelyyn perustuvat luovat harjoitukset, kuten kirjoittaminen, tanssiminen ja erilaiset roolityöskentelyt.

Lapsi tarvitsee apua traumaattisen kokemuksen jälkeen. Tärkeää on olla läsnä ja kuunnella lasta. Lapsen kanssa tulee käydä läpi, että hän on nyt turvassa ja luoda lapselle turvallinen ympäristö. Puhuminen auttaa, lapsi ymmärtää hyvin paljon ja hänellä voi olla paljon kysymyksiä, joihin hän tarvitsee apua. Monet lapset voivat takertua enemmän aikuisiin,

eivätkä halua päästää näitä näkyvistä. Lapset ovat hyvin erilaisia käsittelemään trauman jälkeistä tilannetta, toiset haluavat puhua yksityiskohdista ja toiset ovat hiljaa ja huolissaan. Myös suru ja viha ovat tunnetiloja, joita esiintyy traumaattisen kokemuksen jälkeen. Joillakin lapsilla tunnetila tulee viiveellä, jopa kuukausien päästä trauman kokemisesta. Lasta voi rohkaista ilmaisemaan tunteitaan puhumalla, kirjoittamalla, piirtämällä tai leikkimällä. Aikuisen tärkeä tehtävä on huolehtia, ettei lapsi jää yksin tunteidensa kanssa ja ettei lapsi syytä itseään tilanteesta.

Traumaattisista kokemuksista toipumisessa keskeistä on toiveikkuuden herättäminen ja ylläpitäminen. Sosiaalisesti traumatisoituneen kanssa yhteistyön on oltava erityisen kunnioittavaa ja arvostavaa. Myös luovuutta tarvitaan, kun ideoidaan ja haetaan ratkaisuja yhdessä ongelmiin. Ratkaisukeskeisessä työotteessa vältetään puheessa ilmauksia ”aina”, ”taas” tai ”ei ikinä”. Syytösten sijaan asetetaan tavoitteita, joissa lapsi on avainasemassa ja kuvataan ne tavoitteet mitä halutaan saada aikaiseksi. Pienetkin tavoitteet lyhyellä aikavälillä vievät toipumisessa eteenpäin ja ovat hyödyllisiä. Tavoitteiden toteutumisen kautta lapsi saa onnistumisen kokemuksia ja lisäksi kokemuksen siitä, kuinka omalla toiminnallaan voi asioihin vaikuttaa. Kannustava palaute on tärkeää, ja se kuinka onnistumiset ja taidot tehdään näkyviksi. Näillä keinoilla voidaan luoda lapselle sekä nuorelle uskoa hyvään tulevaisuuteen ja motivaatiota tavoitteiden saavuttamiseen. Lapsen ja nuoren ongelmien tai diagnostiikan tunteminenkaan ei ole välttämättä tarpeen, kunhan aikuisella on kannustajan ja tukijan rooli.

Terapia

DDP-vuorovaikutusterapia on tarkoitettu traumatisoituneille lapsille, jotka ovat varhaisessa lapsuudessa kokeneet vakavia puutteita turvallisuudentunteiden kehittymisessä sekä hoivan ja huolenpidon laiminlyöntiä. Hoito on kahden ihmisen väliseen suhteeseen perustuva menetelmä. Hoidon tavoitteena on syventää vanhemman ja lapsen välistä kiintymistä ja vuorovaikutusta. Terapiaa toteutetaan myös sijaislasten ja heidän lähiaikuisen kanssa. Hoidon keskiössä ovat arjen tapahtumat, ihmissuhteet, ilot ja surut, jotka jaetaan terapiakäynneillä. Monilla hoidossa olevilla lapsilla on takanaan pitkä historia, joka on täynnä fyysistä pahoinpitelyä, laiminlyöntiä, seksuaalisia traumoja ja kaltoinkohtelua. Vanhemman tai lähiaikuisen vastuullisuus, tilanteiden ennakoiminen ja vuorovaikutustilanteiden purkaminen tapahtuu kiinnittämällä huomio lapsen toimintaan, ei lapseen itseensä. Häpeä ja syyllisyys erotetaan toisistaan. Hoito suunnitellaan ja toteutetaan lapsen tarpeiden mukaan. Hoito voi kestää yksi-kaksi vuotta.

ITSETUHOISUUS

Suisidaalisuudella eli itsetuhoisuudella tarkoitetaan itsensä satuttamista toiminnalla tai aikomuksella. Itsemurha-ajatukset on aina otettava vakavasti, eikä niitä tule milloinkaan vähätellä. Itsemurhasuunnitelmat tai toistuvat itsemurha-ajatukset ovat aina merkki hyvin vakavasta psyykkisestä pahoinvoinnista tai kuoleman vaarasta. Itsehoinen käyttäytyminen ilmaisee keinottomuutta, neuvottomuutta ja avun tarvetta.

Itsetuhoisen lapsen perheeseen liittyviä riskitekijöitä voivat olla perheen huono taloustilanne, heikko koulutustausta, työttömyys ja moniongelmainen perhe. Hylkäämisen

tunne tai kokemus voivat vaikuttaa lapseen siten, että hän alkaa ajatella itsestään niin, että olisi hyvä, jos en olisi olemassakaan. Vanhempien heikko jaksaminen ja lapseen kohdistuva inho, vaikuttavat lapsen ajatusmaailmaan. Vanhempien ja lapsen etäiset välit vaikuttavat lapsen itsetuhoisuuteen.

Itsetuhoinen käyttäytyminen voi olla suoraa tai epäsuoraa. Epäsuorassa itsetuhokäyttäytymisessä päämääränä ei ole tietoinen itsensä vahingoittaminen tai kuolema. Riskitekijöinä voivat olla päihteiden liikakäyttö, oman terveyden rasittaminen tai riskien otto liikenteessä. Myös holtiton seksuaalinen käyttäytyminen on epäsuoraa itsetuhoajatusta. Suorassa itsetuhoisessa käyttäytymisessä oireita ovat itsemurha- ajatukset, itsemurhasta puhuminen tai itsemurhayritykset.

Itsetuhoisten ajatusten sisältönä ei ole aina kuolema, vaan halu päästä eroon pahasta olost. Usein pahaa oloa puretaan itseensä vahingoittamisella kuten viiltelemällä. Itsensä vahingoittaminen voi alkaa aluksi vahingolla, kokeilun jälkeen viiltelyä ei pystykään hallitsemaan. Itsemurhasta puhuminen, masennus ja itsemurhayritykset viestivät itsemurhan riskeistä. Koulukiusaaminen, seurustelusuhteen katkeaminen, seksuaalinen hyväksikäyttö tai huonot kotioloit voivat olla riskitekijöinä viiltelylle.

Viiltely

Viiltely on yksi itsetuhoisuuden muoto. Syy viiltelyyn on usein yritys käsitellä henkistä ahdistusta fyysisen kivun kautta. Viiltelyyn turvautuva on yleensä kokenut lapsuudessaan jotain ahdistavaa kuten väkivaltaa. Viiltelystä voi jäädä riippuvaiseksi sillä siitä jää arpia, jotka ovat olemassa, kun viiltelyn on lopettanut. Kauan jatkuneena viiltely voi johtaa itsetuhoisuuteen. Viiltelyn taustalla voi olla mielenterveyshäiriö, jota ei osasta tulkita oikein kuten masennus ja syömishäiriö. (Suomen mielenterveysseura, 2018) Myös persoonallisuushäiriöt, käytöshäiriöt, traumaperäiset häiriöt ja psykoottiset häiriöt liittyvät viiltelyyn.

Viiltelyn jälkiä voi olla ympäri kehoa, joko näkyvästi tai vaatteilla piilotetussa paikassa. Näkymättömässä paikassa viiltely liittyy tunne-elämän ongelmiin, dissosiativisiin oireisiin ja itsemurha- ajatuksiin.

Akuutista itsemurhariskistä viestivät usein toivottomuus ja ympäristön turvattomuus. Suurentuneeseen itsemurhanvaaraan liittyvät itsemurhayritykset, niistä puhuminen, masennus, ahdistuneisuus, päihteiden käyttö, psykoottisuus sekä välinpitämättömyys itseään tai ympäristöään kohtaa.

ADHD

ADHD tarkoittaa aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriötä. Usein käytöksessä havaitaan jatkuvaa liikehdintää, ylienergisyttä, puheliaisuutta, oman vuoron odottamisen vaikeutta ja impulsiivisuutta. ADHD-henkilöllä on usein vähän aktiivisuutta niillä aivoalueilla, jotka säätelevät tarkkaavuutta, motivaatiota ja tunteita. Toisaalta joillakin voi ADHD näyttäytyä myös taipumuksena vaipua omiin ajatuksiin ja unelmiin.

Lapsilla keskittymiskyvyn puute tulee ilmi myös lyhytjänteisyytenä leikeissä ja koulutehtävien tekemisessä, saatujen ohjeiden noudattamattomuutena, tavaroiden

hukkaamisena, kyvyttömyytenä toteuttaa toimintoja ja tehtäviä sekä ulkopuolisista ärsykkeistä helposti häiriintymisenä. Yliaktiivisuus tulee esiin myös silloin kun edellytetään rauhallista käytöstä, jolloin näissä tilanteissa ei ADHD-oireinen pysty välttämättä hillitsemään aktiivisuuttaan.

Usein ADHD:n lisäksi lapsella on muitakin ongelmia, kuten masennusta, ahdistuneisuushäiriötä, käytöshäiriötä, sosiaalisen vuorovaikutuksen poikkeavuuksia, traumaperäistä stressihäiriötä ja joskus jopa kaksisuuntaista mielialahäiriötä ja psykoosia. ADHD on osittain perinnöllinen sairaus ja usein vanhemmilla tai muilla sisaruksilla on tähän viittaavia oireiluja. Myös ympäristötekijöillä on osuutta, sillä äidin tupakointi, alkoholin tai huumeiden käyttö raskausaikana lisäävät riskiä. Hoitosuosituksen mukaan ennen diagnosointia oireita tulisi olla ennen seitsemän vuoden ikää ja kotona tai koulussa tulisi olla haittaa oireiluista.

Hoito

Monipuolisissa tutkimuksissa ei ole vielä toistaiseksi pystytty selvittämään ADHD:n syntyä. Eri tutkimusmenetelmillä on saatu tietoa siitä, miten aivojen toiminta eroaa diagnoosin saaneilla lapsilla verrokkien vastaavista löydöksistä. Tutkimusmenetelminä on käytetty magneettikuvausta, funktionaalista magneettikuvausta ja diffuusiotensorikuvausta. Kuvauksissa on tutkittu eroavuuksia aivojen rakenteissa, aivojen toimintaa lepotiloissa ja erilaisissa tehtävätilanteissa sekä hermoratojen reittejä valkeassa aineessa. ADHD-oireisilla on todettu harmaan aivoaineen tilavuuden olevan pienempi ja aivokuoren olevan ohuempi tarkkaavuus- ja toiminnanohjauksen toimintoihin osallistuvien aivoalueiden osalta. Vaikka ryhmätasolla aivojen rakenteen ja toiminnan tutkimuksissa tulee esille eroa verrokkiryhmiin verrattuna, nämä erot eivät riitä yksittäisen henkilön osalta diagnostiikkaan.

ADHD-oireisten lasten hoito on hyvin monimuotoista. Hoitoon kuuluvat hyvä ja riittävä tiedonsaanti lapselle sekä vanhemmille, psykososiaaliset hoidot ja lääkehoito. Rutiininomaisesti kaikki ADHD-diagnoosin saaneet lapset eivät tarvitse kaikkia hoitoja, vaan hoidontarve arvioidaan yksilöllisesti. Psykososiaalisia hoitomuotoja käytetään ensisijaisesti kaikille alle kouluikäisille lapsille. Lääkehoito voidaan aloittaa kuusivuotiaille ja vanhemmille lapsille samanaikaisesti muun hoidon kanssa tai silloin, jos riittävää apua ei ole saatu psykososiaalisista hoitomuodoista. Työryhmä luo lapselle yksilöllisen hoito- ja kuntoutussuunnitelman, joka pitää sisällään suunnitellut tukitoimet, kuntoutuksen, tavoitteet, aikataulun, menetelmät, vastuuhenkilöt ja seurannan aikatauluineen. Kontrolleissa hoidon tehoa seurataan haastattelun, kyselylomakkeiden ja kliinisen arvion avulla. Hoidon alkaessa määritellään ne yksilön oireet, joiden muuttumista on erityisesti seurattava.

ADHD:n hoitoon ensisijaisena käytetty lääke on metyyliifenidaatti. Sen vaikutus vähentää tarkkaamattomuus-, impulsiivisuus- ja yliaktiivisuusoireita. Siitä on saatavilla lyhytvaikutteista, keskipitkä- ja pitkävaikutteista muotoa. Jatkuvana lääkityksenä voidaan käyttää myös atomoksetiinia. ADHD-oireiden lievittämiseen harvakseltaan voidaan käyttää myös muita lääkärin määräämiä lääkkeitä.

Päivittäisissä toiminnoissa lapsen kanssa on tärkeää aikuisen johdonmukaisuus, rutiinit ja säännöllisyys. Lastenkodissa huomioitavia asioita on, että lapsen kanssa sovitut säännöt ja

sopimukset ovat jokaisen aikuisen tiedossa. Aikuisen apu ja tuki on päivittäisissä toiminnoissa lapselle välttämätöntä. Lapsen yksilöllisiä tarpeita ja valintoja on pyrittävä kunnioittamaan aina kun se on mahdollista, tarkoitus ei ole antaa periksi kuitenkaan kaikessa, sillä vastuu ja valta on säilyttävä aikuisella. Lapsen kannustaminen ja myönteisten asioiden huomioiminen arjessa vahvistaa hänen kokemustaan itsestään osaavana ja kehittyvänä yksilönä. Monia tilanteita voi ennakoida ja järjestää niin, että lapsi onnistuu niissä.

Lähteet:

- ADHD-liitto. 2011. Arki toimimaan [viitattu 24.11.2018]. Saatavissa: [file:///C:/Users/Mira/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Arki_toimimaan_kevyt%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Mira/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Arki_toimimaan_kevyt%20(1).pdf)
- Friis, L., Eirola, R. & Mannonen, M. 2004. Lasten ja nuorten mielenterveystyö. Wsoy: Helsinki.
- Becker- Weidman A., Shell D. (toim.). 2008. Auta lasta kiintymään. Tampere. PT-kustannus.
- Dufva V. & Koivunen M. (toim.) 2012. ADHD diagnosointi, hoito ja hyvä arki. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Heiskanen T., Huttunen M., Tuulari J toim. 2011. Masennus. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.
- Hietaharju P., Nuutila M. 2016. Käytännön mielenterveystyö. Sanoma Pro Oy. Helsinki.
- Huttunen M. 2017. Lasten ja nuorten käytöshäiriö. Lääkärikirja Duodecim. [viitattu 11.9.] saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dllk00382
- Huttunen M. 2017. Lasten ja nuorten masennus ja mielialahäiriöt. Lääkärikirja Duodecim. [viitattu 11.9.2017] saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dllk00383
- Huttunen M. 2017. Traumaperäinen stressihäiriö. Lääkärikirja Duodecim. [viitattu 12.9.2018] saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dllk00526
- Kendall, P.C. 2007. Childhood Disorders. Psychology Press: New York.
- Lämsä, A-L. 2009. Mun on paha olla. PS-Kustannus: Jyväskylä
- Marttunen, M., Huurre, T., Strandholm, T. & Viialainen (toim.), R. 2013. Nuorten mielenterveyshäiriöt. Opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille. Helsinki: Thl

- Mielenterveystalo. 2018. [viitattu 8.11.2018] saatavissa: https://www.mielenterveystalo.fi/lapset/ammattilaisille/hairiot/mieliala_ja_ahdistuneisuus_hairiot/Pages/masennus.aspx
- Paavilainen, E. & Mäkelä, J. 2018. Lapsen kaltoinkohtelu. Lastenneuvolakäsikirja. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos [viitattu 28.8.2018]. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/lastenneuvolakasikirja/ohjeet-ja-tukimateriaali/menetelmat/perhe-ja-kehitysymparisto/lapsen-kaltoinkohtelu>
- Pojjula S. 2007. Lapsi ja kriisi, Selviytymisen tukeminen. Gummerus Kirjapaino Oy. Helsinki.
- Romano Missio ry. 2018. [viitattu 24.11.2018]. Saatavissa: www.romanomissio.fi/?Etusivu
- Soderholm A., Kivitie-Kallio S. (toim.). 2012. Lapsen kaltoinkohtelu. Duodecim. Helsinki.
- Soisalo R. 2012. Särkyvä mieli- Lasten ja nuorten psyykinen oireilu. Tallinna.
- Suomalainen L., Seilo N., Haravuori H., Marttunen M. 2018. Nuorten viiltely ja muu itsetuhoinen käyttäytyminen. Lääketieteellinen aikakauskirja duodecim. [viitattu 21.10.2018] saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo14287>
- Tarnanen K., Isometsä E., Kinnunen E., Kivekäs T., Lindfors O., Marttunen M., Tuunainen A., 2016. Mieli maassa, mikä avuksi? (Depressio, msennus). Käyvä hoidon potilasversiot. [viitattu 11.9.2018] saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00044
- THL. 2018. Mielenterveyden edistäminen päiväkodeissa, kouluissa ja oppilaitoksissa. [viitattu 10.11.2018] saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/lasten-ja-nuorten-mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen-paivakodeissa-ja-kouluissa>
- Toskala, A. 2009. Kognitiiviset psykoterapiat. Duodecim. Terveyskirjasto. [viitattu 24.11.2018]. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onno0101
- Traumaterapiakeskus ry. 2018. [viitattu 8.11.2018] saatavissa: <https://www.traumaterapiakeskus.com/8>
- Voutilainen, A. 2016. ADHD ja aivojen kuvantamistutkimukset. Käypä hoito. [Viitattu 21.10.2018]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01797>
- Wicks-Nelson R. & Allen I.C. 2014. Abnormal Child and Adolescent Psychology. Pearson: Harlow.

Tekijät: Miia Rajala ja Mira Santavuori, syksy 2018