

# MIELENTERVEYSONGELMIEN TUNNIS- TAMINEN

Noora Jalonen

5/2020

**Tiivistelmä**

Tekijä(t)	Tutkinto
Noora Jalonen	Poliisi (AMK)
Julkaisun nimi	Julkisuusaste
Mielenterveysongelmien tunnistaminen	Julkinen
Ohjaaja	Opinnäytetyön muoto
Jari Hyyti	Tutkimuksellinen opinnäytetyö
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tämä opinnäytetyö käsittelee mielenterveysongelmien tunnistamista. Tutkimuksen tarkoituksena on kehittää poliisien tietoisuutta ja tietotaitoa mielenterveysongelmien tunnistamiseen.</p> <p>Opinnäytetyö on toteutettu kvalitatiivisena tutkimuksena eli laadullista haastattelu menetelmää käyttäen. Tutkimus on toteutettu haastatteleamalla kolmea mielenterveysongelmista kärsivää henkilöä. Opinnäytteen teoriaosuudessa on esitelty tyypillisimmät mielenterveyden ongelmat ja häiriöt ja niille tyypilliset oireet.</p> <p>Opinnäytteessä ei käsitellä mielenterveysongelmaisen kohtaamista, vaan nimenomaan eri sairauksien tunnistamista ja niiden tyypillisiä oireita. Mielenterveysongelman tunnistaminen ja oikeanlainen suhtautuminen edesauttaa poliisia asiakkaan kohtaamistilanteessa.</p>	
Sivumäärä 32 + 1 liite	Tarkastuskuukausi ja -vuosi 05/2020
<p>Avainsanat</p> <p>Mielenterveys, mielenterveyshäiriöt, mielenterveysongelmat, tunnistaminen</p>	

## SISÄLLYS

<b>1 JOHDANTO .....</b>	<b>5</b>
<b>2 MIELENTERVEYS KÄSITTEENÄ .....</b>	<b>6</b>
2.1 Mielen terveys .....	6
2.1.1 Positiivinen mielen terveys .....	7
2.2 Mielen terveyden häiriö.....	7
<b>3 TYYPILLISIMMÄT MIELENTERVEYDENHÄIRIÖT/-SAIRAUDET .....</b>	<b>8</b>
3.1 Psykoosit.....	8
3.1.1 Psykoosin oireet .....	8
3.1.2 Psykoosin ennakko-oireet .....	10
3.1.3 Psykoosin synty ja taustatekijät .....	10
3.1.4 Päihdepsykoosi .....	10
3.1.5 Skitsofrenia .....	11
3.2 Vakavat mielialahäiriöt .....	12
3.2.1 Masennus .....	12
3.2.2 Kaksisuuntainen mielialahäiriö.....	13
3.3 Persoonallisuushäiriöt.....	14
3.3.1 Epäluuloinen persoonallisuus .....	14
3.3.2 Eristäytyvä persoonallisuus .....	15
3.3.3 Epäsosiaalinen persoonallisuus.....	15
3.3.4 Epävakaa persoonallisuus .....	15
3.3.5 Huomionhakuinen persoonallisuus.....	16
3.3.6 Estynyt persoonallisuus .....	16
3.3.7 Riippuvainen persoonallisuus .....	17
3.3.8 Pakko-oireinen persoonallisuus .....	17
3.4 Ahdistuneisuushäiriöt .....	17
3.4.1 Pelko-oireiset ahdistuneisuushäiriöt .....	18
3.4.2 Muut ahdistuneisuushäiriöt.....	18
<b>4 MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖIDEN JA NIISTÄ JOHTUVIEN SAIRAUSSPOISSAOLOJEN KASVU .....</b>	<b>19</b>
<b>5 MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖIDEN TUNNISTAMINEN POLIISIN TYÖSSÄ.....</b>	<b>21</b>
<b>6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....</b>	<b>24</b>
6.1 Tutkimuksen kohderyhmä .....	24

<b>7 TUTKIMUKSEN TULOKSET .....</b>	<b>25</b>
<b>8 POHDINTA .....</b>	<b>28</b>
<b>LÄHTEET .....</b>	<b>32</b>
<b>LIITTEET</b>	

# 1 JOHDANTO

Tässä opinnäytetyössä käsitellään mielenterveysongelmia- ja häiriöitä sekä niiden tunnistamista. Työn tarkoitus on auttaa poliisissa työskentelevää tunnistamaan erilaisia mielenterveyden sairauksia ja niille tyypillisiä oireita. Tässä työssä ei suoranaisesti käsitellä mielenterveysongelmista- tai häiriöistä kärsivän kohtaamistilannetta, vaan nimenomaan tunnistamista. Eri sairauksien ja niistä johtuvien oireiden tunnistaminen kuitenkin edesauttaa poliisia asiakkaan kohtaamisessa, niin että tilanne pystytään hoitamaan mahdollisimman turvallisesti ja myös asiakkaan etuja huomioiden.

Tässä opinnäytteessä on kerrottu tyypillisistä mielenterveysongelmista- ja häiriöistä. Mihin kukaan sairauteen ei ole menty sisään erityisen spesifisti, vaan sairauksia on esitelty pääpiirteisellä tavalla, joka helpottaisi poliisia työssään. Työssä ei myöskään käsitellä mielenterveysongelmien hoitoa tai kuntoutusta.

Valitsin opinnäytetyöni aiheeni puhtaasti mielenkiinnon vuoksi kyseistä aihetta kohtaan. Toisaalta halusin valita aiheen, josta jo tiesin etukäteen jotakin ja pohdin myös aihetta, joka olisi poliisissa työskentelevälle ajankohtaista ja tärkeää.

Olen ennen poliisiammattikorkeakouluun hakeutumista työskennellyt hoitajana psykiatriassa sairaalassa akuutilla vastaanotto-osastolla. Työssäni silloin kohtasin mittavan määrän eri mielenterveysongelmista kärsiviä potilaita. Osastolle tullessaan potilaiden tila oli useimmiten melko akuutti ja sairaus oli jo pitkälle edenneessä vaiheessa. Sairaalassa yleisimpiä sairauksia, joita potilailla oli diagnosoitu, olivat eri tyyppiset psykoosit, skitsofrenia, masennus sekä erilaiset persoonallisuus- ja ahdistuneisuushäiriöt.

Aihe oli mielestäni myös ajankohtainen, koska poliisi työssään kohtaa yhä enemmän ja enemmän mielenterveysongelmista kärsiviä asiakkaita. Nyt jo lyhyessä ajassa poliisissa työskennellessäni, voi todeta, että suurimpaan osaan tehtävistä mielenterveysongelmat ja niistä kärsivät asiakkaat liittyvät jollakin tavalla. Erilaisista mielenterveyden häiriöistä tai ongelmista kärsivän kohtaaminen on aina haastavaa ja erilaista, jonka vuoksi erilaisten oireiden tunnistaminen on tärkeää.

## 2 MIELENTERVEYS KÄSITTEENÄ

Mielenterveyttä käsitteenä voidaan määritellä hyvin eri tavoin. Heikkinen-Peltonen, Innamaa ja Virta teoksessa *Mieli ja terveys* ovat lähestyneet mielenterveyttä erilaisista näkökulmista. Mielenterveys luo perustan ihmisen toimintakyvylle ja hyvinvoinnille. Käsite mielenterveys sisältää positiivisen mielenterveyden sekä vastavuoroisesti erilaiset mielenterveyden häiriöt ja sairaudet. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta, 2019, 10 -11.)

### 2.1 Mielenterveys

Mielenterveyteen sisältyy niin fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen kuin henkinenkin ulottuvuus. Mielenterveyteen kokonaisuuteen vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi biologiset ja muut yksilölliset tekijät, fyysinen terveys, kasvuolosuhteet, sosiaalinen tuki, elämänpiiri- ja ympäristö, yhteiskunta sekä kulttuuri ja arvot. Perusta mielenterveydelle luodaan lapsuuden perheessä ja elinympäristössä. Sen jälkeen kehitykseen vaikuttavat aina ikäkauteen kuuluvat yhteisöt, kuten päiväkotit, koulu, harrastukset ja niin edelleen. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 10 – 11.)

*”Mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa yksilö ymmärtää omat kykynsä, sopeutuu arkielämän tavanomaisiin haasteisiin ja stressiin sekä pystyy työskentelemään tuottavasti ja hyödyllisesti sekä kykenee antamaan oman panoksensa yhteiskunnalle.* (Aalberg ym. 2017, 30).

Jokaiselle ihmiselle jossakin elämän vaiheessa tulee tilanteita, jotka vaikuttavat kielteisesti ja negatiivisesti mielenterveyteen. Erilaiset vastoinkäymiset ja kokemukset voivat aiheuttaa masennusta, ahdistuneisuutta sekä heikentää ihmisen toimintakykyä. Tällaisia tilanteita voi olla esimerkiksi työttömyys, läheisen kuolema, sairastuminen tai muunlaiset ongelmat yhteiskunnassa. Mielenterveys on kehitysprosessi, joka jatkuu ihmisen koko elämän ajan. Elämän aikana olevat tapahtumat ja kriisit voivat vahvistaa mielenterveyttä tai vastaavasti altistaa erilaisille mielenterveyden häiriöille. Mielenterveydelle luonnollista on uusiutuminen ja mahdollisuus kasvuun ja kehitykseen. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 13 – 14.)

### **2.1.1 Positiivinen mielenterveys**

Positiivinen mielenterveys ajatellaan olevan keskeinen voimavara ihmisen kokonaisterveyteen. Siihen sisältyvät ihmisen itsearvostus, selviytymistaidot, kyky vaikuttaa omaan elämään ja hyvinvointiin. Positiivisella mielenterveydellä on keskeinen rooli kyvyllä ymmärtää omaa ympäristöä, sopeutua siihen tai muuttaa sitä. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 10.)

### **2.2 Mielenterveydenhäiriö**

Mielenterveyshäiriöt ovat toiseksi yleisin väestön pitkäaikaisten sairauksien ja sairauseläkkeiden syy. Jokaisella ihmisellä on oma biologinen perimä ja psykologinen rakenne, joka suojaa psyykkisiltä sairauksilta ja toisaalta taas mahdollisesti myös altistaa niille. Jokaisella ihmisellä on myös erilainen määrä kuormitusta ja stressiä, ja myös erilainen kapasiteetti käsitellä näitä. Suomessa mielenterveyshäiriöiden tautiluokituksena käytetään Maailman terveysjärjestön ICD-10-luokitusta. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 110.)

Mielenterveydenhäiriöksi ei lueta normaaliin elämään ja arkeen liittyviä tavanomaisia psyykkisiä tiloja tai reaktioita. Kuten esimerkiksi normaali suru tai normaalin rajoissa tapahtuva tunnereaktio liittyen johonkin negatiiviseen kokemukseen tie ole mielenterveydenhäiriö. Myöskään erityiset tai korostuneen persoonallisuuden piirteeseen liittyvät ominaisuudet eivät riitä kliiniseen diagnoosiin. Diagnoosituihin mielenterveyshäiriöihin liittyy aina toimintakyvyn menetystä, subjektiivista kärsimystä sekä elämän laadun huomattavaa heikkenemistä. (Aalberg ym. 2017, 19 - 20.)

### 3 TYYPILLISIMMÄT MIELENTERVEYDENHÄIRIÖT/-SAIRAUDET

Erilaisia mielenterveyden häiriöitä ja sairauksia on olemassa lukuisia. Alla olevassa tekstissä esitellään tyypillisimpiä sairauksia, kuten erilaiset psykoosit, mielialahäiriöt, persoonallisuushäiriöt ja ahdistuneisuushäiriöt.

#### 3.1 Psykoosit

Psykoosit ovat mielenterveyshäiriöitä, joihin liittyy todellisuudentajun menetys. Psykoottisuuteen liittyy harhaluuloja, kuten esimerkiksi vainoharhaisuutta siitä, että joku seuraa jatkuvasti sekä erilaisia aistiharhoja, joita ovat esimerkiksi erilaiset ääniharhat tai näyt. Psykoottinen tila voi johtua monesta eri syystä. Lyhytkestoinen psykoottinen tila voi olla seurausta vakavasta hetkellisestä mielen järkkymisestä. Psykoosin syitä selvitettyä on myös olemassa viitteitä perinnöllisestä alttiudesta sairastua. (Ellonen, Nurmi, Raivola, T. Väli-talo ym. 1997, 261.) Yleisimmät psykoottiset tilat ovat lyhytaikaisia harhaluuloisuushäiriöitä ja akuutteja, ohimeneviä psykooseja, kuten päihdepsykooseja. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 144.)

Psykoosi on siis yleisnimitys mielenterveyden häiriölle, joissa todellisuuden taju on vääristynyt. Yleisin mielenterveyden häiriö, johon sisältyy psykoottinen oireilu, on skitsofrenia. Skitsofrenian lisäksi muita psykoottisia häiriöitä ovat mm. skitsotyyppinen häiriö eli skitsotyyppinen persoonallisuus, skitsoaffektiivinen häiriö, skitsofreenistyyppinen häiriö, harhaluuloisuushäiriöt, katatonia, lyhytkestoinen psykoottinen häiriö, kemiallisen aineen aiheuttama psykoottinen häiriö, ruumiillisen häiriön aiheuttama psykoottinen häiriö sekä tarkemmin määrittämätön psykoottinen häiriö. (Alberg ym. 2017, 204 – 205.)

##### 3.1.1 Psykoosin oireet

Psykoottiset oireet voidaan jakaa positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin. Positiivisilla oireilla tarkoitetaan ihmisen normaaliin olotilaan lisääntyviä ylimääräisiä oireita, joita ovat:

- Aistiharhat, kuten kuulo-, näkö-, tunto-, haju- ja makuharhat



- Harhaluulot, jolloin ihmisellä on tunne, että joku vaikuttaa omiin ajatuksiin ja ohjailee niitä, vainoamisajatukset
- Ajatuksen ja puheen häiriöt, esimerkiksi ajatuspinttymät, epäloogisuus, käsittämättömät puheet, puhetulva, merkityselämykset
- Outo käyttäytyminen ja pukeutuminen, jota voi olla voimakas levottomuus tai paikalleen pysähtyneisyys (katatonia), rituaalien muodostaminen, pelon ja ahdistuksen välttäminen luomalla erilaisia käyttäytymissäantöjä, huomiota herättävä pukeutuminen, jolloin vaatteet ja värit saavat merkityksen. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 147.)

Negatiiviset oireet taas tarkoittavat, että jotakin normaalia puuttuu, esimerkiksi normaalien tunteiden, puheen tai käytöksen puuttumista. Negatiivisia oireita ovat:

- Tunteiden latistuminen, kuten kyvyttömyys tuntea läheisyyttä, ilmeettömyys, huono katsekontakti, äänen vaihtelut puuttuminen ja elekielen väheneminen
- Puheen köyhtyminen eli puheen sisällön köyhyys ja vastauksien viivästyminen
- Apatia ja tahdottomuus, jolloin ihmisellä on vaikeuksia huolehtia omasta ulkonäöstä ja hygieniasta, vaikeus olla töissä tai koulussa sekä energian puute
- Kognitiiviset ongelmat eli uuden oppimisen vaikeus ja tiedon prosessoimisen vaikeus
- Sosiaaliset ongelmat, kuten kyvyttömyys harrastaa tai muutoin olla sosiaalisessa kanssakäymisessä muihin, kuten ystäviin (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 147.)

Normaali terve ihminen ei välttämättä pysty ymmärtämään mistä psykoottinen ihminen puhuu, vaikka hänelle se tuntuu normaalilta ja järkevältä. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 147.)

Itse työskennellessäni psykiatrisen sairaalan akuutilla osastolla, kohtasin paljon psykoosista kärsiviä potilaita. Useimmilla heistä positiiviset oireet näyttäytyivät selkeästi useammin kuin negatiiviset. Harhaluulot ja aistiharhat olivat vahvoja ja hallitsevia. Tyypillisimpiä olivat esimerkiksi kuuloharhat siitä, että ääni käskää vahingoittamaan itseään tai muita ympärillä olevia. Yleisiä olivat myös vainoharhat, jolloin henkilöllä oli erilaisia ajatuksia siitä, miten häntä vainotaan tai miten häntä vastaan on erilaisia salaliittoja tai muita, jotka ovat haitallisia hänelle.

### 3.1.2 Psykoosin ennakko-oireet

Ennen psykoosin puhkeamista saattaa esiintyä ennakko-oireita, joita voivat olla muun muassa: unettomuus, ahdistus ja levottomuus, keskittymisvaikeudet, mielialan vaihtelut, eristäytyminen, pakkoajatukset, ruokahalun muutokset, kiputuntemukset tai korostunut riippuvaisuus toisista ihmisistä (Tays, tietoa psykoosista, i.a). Näiden lisäksi psykoosin ennakko-oireita ovat mm. loogisen ajatuskyvyn heikkeneminen, vaikeudet koulussa tai työelämässä, masentuneisuus ja itsetuhoisuus sekä motivaation väheneminen (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 145).

### 3.1.3 Psykoosin synty ja taustatekijät

Psykoosin puhkeamista on tutkittu paljon. Nykytiedon mukaan perinnölliset tekijät altistavat jossain määrin psykoosiin sairastumiselle. Myös erilaiset aivoihin kohdistuneet tekijät lisäävät riskiä sairastua psykoosiin myöhemmin, kuten esimerkiksi sikiön raskauden aikaiset haittaavat tekijät tai synnytyksessä olleet ongelmat. Kuormittava elämäntilanne- tai tapahtuma altistaa psykoosin puhkeamiselle. Näitä voivat olla esimerkiksi ero, työpaikan menetyt tai läheisen kuolema. Päihteiden käyttö lisää tutkitusti alttiutta sairastua psykoosiin. Psykoosi käsitteenä saattaa olla hyvinkin epätarkka oiretason kuvaus, jonka vuoksi onkin oleellista, että aina selvitetään syy sairauden taustalla. Oleellista onkin selvittää, selittykö käytös päihteiden käytöllä vai onko taustalla puhjennut päihteistä riippumaton psykoottinen häiriö. (Tays, tietoa psykoosista, i.a.)

### 3.1.4 Päihdepsykoosi

Psykoottinen tila voi syntyä päihteiden käytön seurauksena, jolloin ihmiselle kehittyy huomattavia aistiharhoja tai harhaluuloja. Päihdepsykoosi diagnoosin tekemistä helpottaa se, jos psykoottista tilaa on edeltänyt runsas päihteiden käyttö ja oireet häviävät noin kuukauden kuluttua päihteiden käytön lopettamisen jälkeen. Alle 30-vuotiailla huumeet aiheuttavat tyypillisesti päihdepsykoosin, kun taas vanhemmilla tyypillisin aiheuttaja on alkoholi. Huumeista eniten päihdepsykooseja aiheuttaa kannabis, amfetamiini ja kokaiini. (Aalberg ym. 2017, 219 – 220.)

Alkoholipsykoosilla tarkoitetaan tilaa, jolloin alkoholin pitkäaikaisen käytön tai siitä vieroittumisen aikana henkilöllä ilmaantuu aistiharhoja tai harhaluuloja, joihin ei liity

sekavuutta. Oireet kestävät useita päiviä. Käytännössä yli puolella alkoholi psykoosiin sairastuneista esiintyy aistiharhoja sekä harhaluuloja. Alkoholipsykoosit ovat miehillä selkeästi yleisempiä kuin naisilla. (Aalberg ym. 2017, 220.)

Kannabispsykoosi on pitkälti samankaltainen kuin skitsofreniaan liittyvä psykoosi. Kannabispsykoosissa esiintyy kuitenkin enemmän näköharhoja sekä ärtyneisyyttä. Kansainvälisissä tutkimuksissa kannabispsykoosi on ollut yleisin päihdepsykoosin aiheuttaja. (Aalberg ym. 2017, 220.)

Amfetamiinin käyttö aiheuttaa jopa neljännekselle käyttäjistä ainakin lieviä psykoosioireita. Amfetamiinipsykoosin oireet muistuttavat pitkälti paranoidisen skitsofrenian oireita. Siihen kuuluu voimakkaita harhaluuloja, erityisesti vainoharhoja, vaikutuselämyksiä sekä kuulo- ja näköharhoja. Oireisiin liittyy useimmiten voimakas kiihtyneisyys. Osalla amfetamiinin käytöstä johtuva psykoosi kehittyy myös pitkäkestoiseksi skitsofrenia ryhmän psykoosiksi. (Aalberg ym. 2017, 221.)

### **3.1.5 Skitsofrenia**

Skitsofrenia alkaa yleensä nuorella aikuisiällä ja se on vakava, psykoosiksi luokiteltu mielenterveyden häiriö, johon sairastuu noin 1% suomalaisista. Skitsofrenia on yksi haastavimmista ja vaikeimmista koko ihmiskuntaa kohtaavista sairauksista. Skitsofrenialle tyypillisiä oireita ovat harhaluulot, aistiharhat sekä puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus. Nämä edellä kuvatut ovat niin sanottuja positiivisia oireita. Tämän lisäksi skitsofreniassa saattaa esiintyä negatiivisia oireita, kuten puheen köyhtyminen, tahdottomuus ja tunnetilojen laantumisen ja lasku. Skitsofrenian diagnosointi on edelleen Suomessa haastavaa ja siihen onkin käytetty erilaisia tautiluokituksia. Suomessa diagnoosin tekemistä on edelleen tehty hyvin varoen eikä väärin perustein annettuja diagnooseja juurikaan esiinny. Suomessa diagnoosit tehdään ICD-10 tautiluokituksen mukaisesti. (Aalberg ym. 2017, 142 – 143.)

Skitsofrenia on jaettu alatyyppeihin, joista tyypillisimpiä ovat paranoidinen skitsofrenia, hebefreeninen skitsofrenia ja katatoninen skitsofrenia. Paranoidiseen skitsofreniaan sairastutaan tyypillisesti aikuisiällä ja useimmiten sairastunut säilyttää toimintakykynsä paremmin kuin muissa alatyypeissä. Paranoidiselle skitsofrenialle ominaista on erilaiset harhaluulot kuten usein esiintyvät kuuloharhat. Näitä esiintyy vähemmän muissa alatyypeissä.

Hebefreenisessä skitsofreniassa esiintyy korostetusti puheen ja käyttäytymisen hajanaisuutta. Sairastumisikä on alhaisempi ja ennuste selvästi huonompi kuin muissa alatyypeissä. Katatoninen skitsofrenia on harvinainen ja sille ominaista on psykomotoriset häiriöt, jotka voivat vaihdella äärimmäisyydestä toiseen. (Aalberg ym. 2017, 143 – 144.)

### **3.2 Vakavat mielialahäiriöt**

Vakavat mielialahäiriöt ovat masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö ja mania, joka on psykoottinen tila. Muita mielialahäiriöitä ovat mm. synnytyksen jälkeinen masennus tai kaamosmasennus. Näille tyypillistä on muutokset tunnetiloissa sekä toimintakyvyssä. Oireet voivat kestää useista viikoista jopa useisiin vuosiin. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 128.)

#### **3.2.1 Masennus**

Masennus eli depressio on yleisin mielenterveyden häiriö Suomessa. Masennus saattaa alkaa nopeasti tai sitä saattaa edeltää kuukausia kestäneet ahdistusoireet tai lievemmat masennusoireet. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 128.)

Depressiot ovat usein monimuotoisia mielenterveyden häiriöitä. Niille tyypillistä on normaalin mielialan säätelyn häiriintyminen, joka usein koetaan mielialan laskuna tai mielihyvän kokemisen heikentymisenä. Depressioksi ei lasketa hetkellistä tunnereaktiota, vaan siltä edellytetään riittävää kestoä. Depressiot ovat useimmiten myös toistuvia. Masennustila voidaan jakaa eri vaikeusasteisiin: lievä, keskivaikea, vaikea ja psykoottinen. Kaikki päihteet lisäävät alttiutta sairastua masennukseen ja pitkäaikaisesti käytettynä myös laukaisevat sen. (Aalberg ym. 2017, 72 – 73.)

Masennuksen oireet näkyvät ihmisen tunnetilan ja toimintakyvyn muutoksina. Tällöin ihmisen on vaikea kokea mielihyvän tunnetta. Muutoinkin mieli voi olla kovin alavireinen, itkuinen, tuskainen ja ahdistunut. Vakavassa masennuksessa ihmisen ajatukset ja kokemukset syyllisyydestä, häpeästä ja omasta pahuudesta ovat voimakkaita. Näistä tuntemuksista seuraa itseinhoa, itsensä rankaisemista sekä itsetuhoista käyttäytymistä. Tällöin ihmisen mieli on synkkä ja toivoton, jota seuraa myös kuolemanajatukset- ja toiveet. Tällaisessa tilassa oleva ihminen saattaa olla korostuneen riippuvainen toisesta ihmisestä, mutta silti hänen on vaikea ottaa apua vastaan. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 128-129.)

Usein masennuksen oireet näkyvät ihmisen unessa ja unenlaadussa. Masennuksesta kärsivä tuntee voimakasta väsymystä, joka ei mene ohi lepäämällä. Muutoinkin masennus heikentää päätöksen teko kykyä sekä normaalin kokonaisuuden hahmottamista. Oppiminen, työnteko ja normaalit askareet tuottavat haasteita, normaali toimintakyky siis kärsii. Masennus voidaan diagnosoida, kun masennusjakso on kestänyt vähintään kaksi viikkoa ja henkilöllä on vähintään kaksi oiretta seuraavista: mielialan lasku, masentunut mieliala suurimman osan aikaa, toimeliaisuuden puute, vähentyneet voimavarat, poikkeuksellinen väsymys tai uupumus, kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen asioihin, jotka ovat tavallisesti tuottaneet mielihyvää. Diagnoosi tehdään DEPS- seulaa tai BECKIN depressioasteikkoa käyttäen. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 128-129.)

### **3.2.2 Kaksisuuntainen mielialahäiriö**

Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä muutokset ilmenevät kohonneen mielialan ja toimeliaisuuden jaksoina, masennusjaksoina sekä näiden yhdistelminä. Nykyisin mania luokitellaan omaksi itsenäiseksi mielialahäiriöksi, erillään kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä. Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön kuitenkin kuuluu mania yhtenä jaksoneuna. (Aalberg ym. 2017, 71.)

Yleensä jaksot ovat omia kokonaisuuksia, joiden hallitsevana piirteenä on joko maanisuus tai masentuneisuus. Mikäli jaksone aikana kummatkin oireet ovat vallitsevia samanaikaisesti, puhutaan sekamuotoisesta jaksoneesta. Manialle tyypillistä on itsetunnon poikkeavuus, joka ilmenee esimerkiksi suuruus ajatuksina. Maaninen henkilö nukkuu vähän, puhuu paljon, on touhukas ja levoton sekä tekee asioita harkitsemattomasti. Maaniseen jaksoneeseen voi liittyä myös psykoottista oireilua. Lievästä maniasta käytetään termiä hypomania, joka on kestoltaan lyhempi kuin mania ja oireet ovat tällöin lievempiä eivätkä häiritse niin paljon henkilön normaalia toimintaa ja toimintakykyä. Manian lisäksi kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä ilmenee siis masennusjaksoja. Jaksot voivat olla eriasteisia. Tällöin henkilö kokee tarmonsaa ja toimeliasuutensa heikentyneen. Vakavimmillaan masennusjakso täyttää vaikean masennuksen kriteerit ja tähänkin voi liittyä psykoottista oireilua. (Aalberg ym. 2017, 71 – 72.)

Kun työskentelin psykiatrisella osastolla, kohtasin potilaita, joilla oli kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnoosi. Oli tyypillistä, että he tulivat osastolle, kun joku läheinen oli

huolestunut heistä, useimmiten mania vaiheessa. Tyypillistä oli, että henkilö kuvitteli esimerkiksi olevansa poikkeuksellisen rikas. Henkilö oli saattanut ostaa autoja, taloja ja muutoinkin hänellä oli täysin vääristynyt kuva siitä, paljonko hänellä oikeasti on esimerkiksi omaisuutta ja varallisuutta. Henkilö oli usein myös jatkuvasti äänessä, puhui taukoamatta eikä malttanut olla hetkeäkään paikalla, saati nukkua. Tätä maniajaksoa seurasi lähes aina masennusjakso. Masennus oli näillä potilailla useimmiten asteeltaan erittäin vakava ja itsemurha riski oli korkea. Masennusoireiden lisäksi potilailla useimmiten palasi sairautuntunto, jolloin potilas sai todellisen käsityksen siitä, mitä oli maniajakson aikana tehnyt. Useimmiten todellisuuden herääminen lisäsi masennus- ja ahdistuneisuusoireita.

### **3.3 Persoonallisuushäiriöt**

Persoonallisuushäiriöistä kärsivän ihmisen vauriot ovat syntyneet varhain, jonka vuoksi kehittyminen omaksi yksilöksi ja omaksi itsekseen on jäänyt kesken. Persoonallisuushäiriöt ovat useimmiten pitkäkestoisia, ja usein vaikeuttavat ihmisen kykyä olla normaaleissa rakentavissa ihmissuhteissa, esimerkiksi puolisona, työntekijänä tai vanhempana. Usein ihminen, joka kärsii persoonallisuushäiriöistä, ei itse näe omaa tilaansa yhtä vakavana kuin ulkopuoliset tai ympärillä olevat ihmiset. Usein persoonallisuushäiriöitä esiintyy useampi ristiin tai esimerkiksi masennukseen yhdistettynä. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 140.)

Persoonallisuushäiriöitä esiintyy väestössä hyvin eriasteisina ja häiriöitä luokitellaan niissä esiintyvien hallitsevien käyttäytymismallien perusteella. Pitkäkestoiset epäsuositut ympäristötekijät, kuten esimerkiksi lapsuuden kasvu- ja kehitysympäristön vaikutukset ovat merkittävässä osassa persoonallisuushäiriöiden kehitymisessä. On tutkittu, että muun muassa seksuaalinen hyväksikäyttö tai väkivalta lisäävän riskiä huomattavasti persoonallisuushäiriöiden kehityksessä. (Aalberg ym. 2017, 471.)

#### **3.3.1 Epäluuloinen persoonallisuus**

Epäluuloisesta persoonallisuushäiriöstä kärsivälle on tyypillistä, että hän kokee lähiympäristönsä uhkaavaksi, nöyryyttäväksi tai alentavaksi. Tyypillistä on myös, että tällöin ihminen kokee muiden normaalin ja neutraalin käytöksen vihamielisenä ja epäilee ihmisten luotettavuutta. Esimerkiksi puolison jatkuva uskottomuuden epäileminen on tavanomaista. Epäluuloisen persoonallisuuden omaava on helposti loukkaantuva, pitkävihainen, itsekeskeinen ja omahyväinen. Myös empatia kyky ja toisen ihmisen asemaan asettuminen on

vaikeaa, mikä taas herkästi johtaa yksinäisyyteen. Tämä kaikki taas ruokkii epäluuloista käytöstä ympäristöä kohtaan. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 140.)

### **3.3.2 Eristäytyvä persoonallisuus**

Eristäytyvä persoonallisuus esiintyy usein vetäytymisenä pois sosiaalisista ja tunnepitoisista tilanteista ja suhteista. Kyky kokea mielihyvää tai ilmaista omia tunteita ja tunteuksia on hyvin rajoittunut. Ihmissuhteet ovat yleensä melko vähässä. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 140.) Eristäytyvä persoonallisuus pystytään erottamaan skitsofreniasta psykoottisten oireiden puuttumisen perusteella. Eristäytyvä persoonallisuus on yleisempi skitsofreniaa sairastavien jälkeläisillä kuin muilla. (Aalberg ym. 2017, 478.)

### **3.3.3 Epäsosiaalinen persoonallisuus**

Epäsosiaalista persoonallisuutta kutsutaan myös usein nimillä asosiaalinen, antisosiaalinen, sosiopaattinen sekä psykopaattinen persoonallisuus. Se saa yleensä alkunsa vaikeista ja traumaattisista lapsuuden kokemuksista. Ihmiset, jotka lapsena kokevat esimerkiksi väkivaltaa tai hylkäämistä, eivät saa perusluottamusta kehitettyä normaalille tasolle, jonka vuoksi heidän persoonallisuuteensa tulee epäsosiaalisia luonteenpiirteitä jo hyvin varhain. Tyypillisiä piirteitä ovat epäluotettavuus, vastuuttomuus sekä piittaamattomuus erilaisiin velvollisuuksiin ja sääntöihin. Tällaisen ihmisen on vaikea ylläpitää ihmissuhteita sekä vastoinkäymisten syitä hän hakee aina ulkopuolisista tekijöistä. Tyypillistä on myös, että impulssikontrolli on heikko, sietokyky alhainen ja tällainen ihminen käyttäytyy helposti aggressiivisesti ja väkivaltaisesti. Epäsosiaalisesta persoonallisuudesta kärsivällä alkoholin ja päihteiden käyttö alkaa helposti ja usein jo hyvin nuorena, joka altistaa muille mielenterveyden häiriöille. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 140 – 141.)

### **3.3.4 Epävakaa persoonallisuus**

Epävakaa persoonallisuushäiriö voidaan jakaa kahteen alatyypin: impulsiivinen häiriötyyppi ja rajatilatyypin. Impulsiivisessa häiriötyypissä on tyypillistä tunne-elämän epävakaus, jonka johdosta ihmisellä on taipumus toimia hetken mieltäjohteesta ja sen enempää pohtimatta toiminnan seurauksia. Tällaisen ihmisen mieliala on ennustamaton ja se vaihtelee nopeasti eikä hän ole kykenevä hallitsemaan tunteenpurkauksiaan. Henkilön on hyvin

vaikea hallita vihaisuuttaan tai väkivaltaisia purkauksia. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 141 – 142.)

Rajatilatyypisessä häiriössä henkilöllä ihmissuhteet ovat usein hyvin kaoottisia ja epävakaita suhteita. Rajatilatyypisestä häiriöstä kärsivä ihminen pelkää hylätyksi tulemista ja torjuntaa ihmissuhteissa, vaikka useimmiten hän itse käytöksellään saakin ne aikaan. Tällaisissa tilanteissa ahdistuksen hallinta- ja lievittämiskeinona esiintyy myöskin acting out -tyyppistä käyttäytymistä eli tällöin ihminen pyrkii toiminnan kautta ratkaisemaan tunneristiriitaa, esimerkiksi itsemurhayrityksellä tai liiallisella päihteiden käytöllä. Tunne-elämän epävakaas näkyy häiriönä minäkuvassa ja päämäärien asettamista. Ihminen käyttää jo hyvin varhaisessa vaiheessa puolustusmekanismeja eli esimerkiksi kieltämistä, jolloin kyky olla realistisessa suhteessa muuhun maailmaan heikkenee ja kärsii. Tähän persoonallisuuden häiriöön saattaa liittyä myös lyhyitä ja ohimeneviä psykoottisia vaiheita. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 141 – 142.)

### **3.3.5 Huomionhakuinen persoonallisuus**

Huomionhakuinen persoonallisuus ilmenee teatraalisena, suureleisenä ja teennäisenä esiintymisenä. Tyypillistä on tunteiden liioitteleva ilmaisu, itsekeskeisyys, toisten ihmisten laiminlyönti ja omien halujen tyydyttäminen. Tämä ilmenee usein jatkuvasta tarpeesta saada huomiota ja tunnustusta omasta arvosta. Tavanomaista on myös se, että henkilö etsii jännitystä jatkuvasti niin, että hän saa olla tilanteen keskipisteenä. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 142.) Huomionhakuisen persoonallisuushäiriön on arvioitu olevan yleisempää naisilla kuin miehillä. Tästä häiriöstä kärsivät saavat usein apua masennuksen oireisiin, selittämättömiin ruumiillisiin kipuihin tai vaivoihin sekä ihmissuhdeongelmiin. (Aalberg ym. 2017, 484.)

### **3.3.6 Estynyt persoonallisuus**

Estyneessä persoonallisuushäiriössä ihminen tyypillisesti kokee suuria pelon, häpeän, epävarmuuden ja alemmuuden tunteita verrattaessa toisiin ihmisiin. Tähän saattaa liittyä myös tarve saada hyväksyntää niin, että se aiheuttaa ihmissuhderiippuvuutta, joka taas herkästi altistaa mm. hyväksikäytölle tai jatkuvana vallan kohteena olemiselle. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 143.)



### 3.3.7 Riippuvainen persoonallisuus

Riippuvainen persoonallisuushäiriö useimmiten liittyy johonkin toiseen persoonallisuushäiriöön, ahdistuneisuushäiriöön tai mielialahäiriöön. Tällainen ihminen kokee ahdistavana yksinäisyyden, itsenäisen toiminnan vaatimukset sekä päätöksenteon. Ihminen pelkää hylätyksi tulemista ja hän on valmis alistumalla tai takertumalla välttämään hylätyksi tulemisen ja yksin jäämisen. Henkilö kokee itsensä avuttomana, heikkona ja kyvyttömänä. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 143.) Riippuvainen persoonallisuushäiriö on naisilla noin kolme kertaa yleisempää kuin miehillä. Ihmisellä, jolla on riippuvainen persoonallisuus, on myös hyvin useasti jokin muu persoonallisuushäiriö. (Aalberg ym. 2017, 488.)

### 3.3.8 Pakko-oireinen persoonallisuus

Vaativalle persoonallisuushäiriölle tyypillistä on jatkuva huoli ja epäily, vallankäyttö, hallitsevuus ja kontrollointi sääntöjen, aikataulujen ja järjestyksen nimissä. Tällöin ihminen on hyvin joustamaton ja hän pitäytyy säännöissä ja sopimuksissa erittäin tarkasti. Ihminen tavoittelee täydellisyyttä jatkuvasti. Mikäli hän ei kykene hallitsemaan ja kontrolloimaan ympäristöään, hän ahdistuu herkästi. Tyypillistä on, että ihminen pyrkii kohtuuttomasti saamaan muut ihmiset toiminaan hänen valitsemallaan tavallaan. Muut ihmiset ovat hänelle omia tarpeitaan ja tavoitteitaan täydentäviä. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 142.)

Usein vaativa persoonallisuus liittyy yhteen narsistisen persoonallisuushäiriön kanssa, jolloin ihminen haluaa saada jatkuvaa ihailua liittyen omaan erinomaisuuteensa, kyvykkyyteensä ja yliveritaisuuteensa. Narsistin persoonallisuuden takana on kuitenkin hyvin kypsytymätön ja ihmissuhteisiin kykenemätön ihminen, joka saattaa tuntea hetkittäin myös voimakasta kateutta läheisten onnistumisesta ja saattaa jopa pyrkiä tuhoamaan ne. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 142 – 143.)

## 3.4 Ahdistuneisuushäiriöt

Pitkittänyt, voimakas ja normaalia arkielämää häiritsevä ja rajoittava ahdistuneisuus, hermostuneisuus ja huolestuneisuus ovat merkki ahdistuneisuushäiriöstä, joka kuuluu neurootisiin mielenterveyden häiriöihin. Ahdistuneisuuden taustalla voi olla perinnöllisiä alttiutta, ristiriitaisia tuntemuksia tai tiedostamattomia jännitys- ja pelkotiloja. Mikäli ahdistuneisuushäiriöön sairastuu myöhäisemmällä iällä, voi olla vaikea tunnistaa ja yhdistää

tunnetta tapahtumaan, joka sen on laukaissut. Ahdistuneisuustaipumusta voi lisätä myös erilaiset somaattiset sairaudet, kuten kilpirauhasen liikatoiminta, äkillinen verensokerin lasku, tai MS-tauti. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 111 – 112.)

### **3.4.1 Pelko-oireiset ahdistuneisuushäiriöt**

Pelko-oireisia ahdistuneisuushäiriöitä ovat mm. sosiaalisten tilanteiden pelko ja julkisten paikkojen pelko. Sosiaalisten tilanteiden pelko on hyvin tyypillistä ja yleistä. Se muuttuu ahdistuneisuushäiriöksi silloin, kun se haittaa normaalista arjesta selviytymistä. Tällöin ihminen usein kokee huonommuuden ja häpeän tunnetta sosiaalisissa tilanteissa, alkaa vältellä niitä ja samalla menettää normaalin toimintakykynsä. Julkisten paikkojen pelko taas ilmenee ahdistuksena vaikkapa ruokakaupoissa tai muissa julkisissa paikoissa asioidessa. Melko nopeasti sosiaalinen piiri pienenee, kun henkilö ei pysty harrastamaan eikä suorittamaan normaaleja arjen askareita. Pelko voi olla niin voimakas, että henkilö ei pysty poistumaan kotoaan ilman saattajaa. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 113.)

### **3.4.2 Muut ahdistuneisuushäiriöt**

Paniikkihäiriö luetaan muihin ahdistuneisuushäiriöihin. Paniikkihäiriöllä tarkoitetaan toistuvia voimakkaita ahdistuskohtauksia. Usein ensimmäinen kohtaaus tulee yllättäen, ja moni luuleekin sitä sydänkohtaukseksi tai muuksi hengenvaaralliseksi kohtaukseksi. Usein paniikkikohtauksen taustalla on jokin elämäntapahtuma, joka vaikuttanut voimakkaasti ihmisen turvallisuuden tunteeseen tai perusluottamukseen. Osalla ihmisistä on biologista herkkyyttä ja alttiutta joutua paniikkiin. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 113.)

Paniikkikohtauksen mielellisiä oireita ovat mm. pelko, paniikin tunne, kuolemanpelko, epätodellinen olo ja sekoamisen pelko. Ruumiillisia oireita taas ovat mm. sydämen tykytys, kiihtynyt syke, ilman loppumisen tunne, hengenahdistus, vapina, tärinä, huimaus ja hyperventilaatio. Paniikkikohtauksen jälkeen on tärkeää hakeutua hoitoon, koska kohtausta saattaa pitkittyä helposti ja se on invalidisoiva. Usein henkilö pelkää uutta kohtausta, joka vaikeuttaa normaalia elämää ja arkea. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 114.)

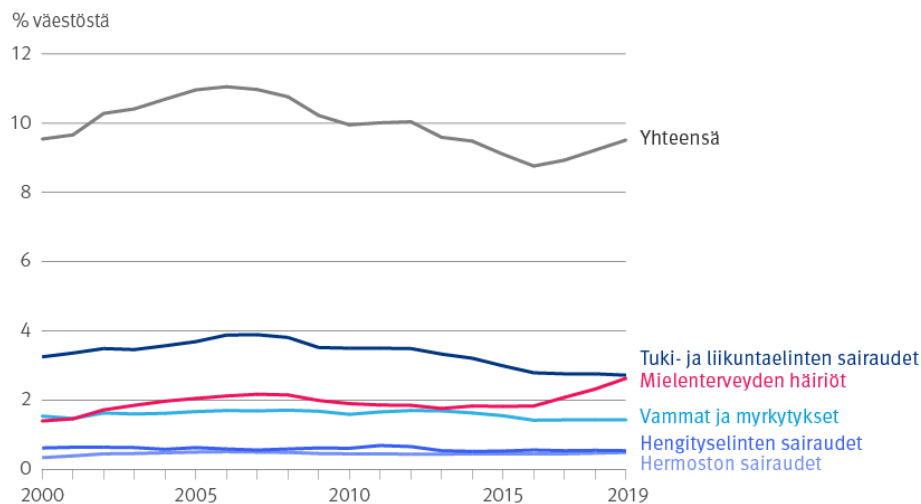
## 4 MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖIDEN JA NIISTÄ JOHTUVIEN SAIRAUSSPOISSAOLOJEN KASVU

Mielenterveysongelmat ovat nykyisin hyvin yleinen keskustelun aihe. Onkin paljon pohdittu, ovatko kyseiset ongelmat viime vuosina lisääntyneet vai puhutaanko niistä vain nykypäivänä enemmän ja avoimemmin. Toisaalta voisi ajatella, että myös terveydenhuolto on kehittynyt ajansaatossa, jonka vuoksi erilaisia sairauksia ja oireita tunnistetaan nykyään paremmin ja myös hoitoon ohjaus on helpompaa.

Kansaneläkelaitoksen tutkimuksen mukaan mielenterveyssyistä johtuvat sairauspoissaolot ovat yleistyneet selvästi viime vuosina. Tämä näkyy etenkin nuorten ja varhaiskeski-ikäisten naisten keskuudessa. (Kansaneläkelaitos, 29.1. 2020.)

### Mielenterveyden häiriöistä johtuvat sairauspoissaolot yleistyvät edelleen

Sairauspäivärahaa vuoden aikana saaneiden osuus ei-eläkkeellä olevista 16–67-vuotiaista 2000–2019, %



Kela

Kaavio 1. Mielenterveyden häiriöistä johtuvat sairauspoissaolot 2000 – 2019.

*”Viime vuonna noin 84 000 henkilöä sai sairauspäivärahaa mielenterveyden häiriöiden perusteella. Määrä kasvoi vuodesta 2018 lähes 10 000 henkilöllä. Mielenterveyden häiriöiden perusteella sairauspäivärahaa saaneiden*

*lukumäärä on kasvanut vuosien 2016 ja 2019 välillä peräti 43 %.” (Kansaneläkelaitos. 29.1. 2020.)*

Tällä hetkellä Itä-Suomen yliopiston nuorisopsykiatrian professorina toimiva Tommi Tolmunen on todennut, että nuorten mielenterveyspalvelujen tarve on viime vuosina kasvanut räjähdysmäisesti. Koko ajan yhä useampi nuori hakee apua erilaisiin mielenterveysongelmiin, mutta terveydenhuolto ei ole ehtinyt mukaan muutokseen ja näin ollen hoitoon pääsy on ruuhkautunut. Vuonna 2019 tehdyn tutkimuksen mukaan jopa 15% nuorista esiintyy masennusoireilua ja 10% ahdistuneisuusoireilua sekä 10-15% toistuvia itsetuhoisia-ajatuksia. (Nuorten mielenterveysongelmat ovat kasvaneet räjähdysmäisesti, Mediauutiset, 30.7.2019.)

*”Valtaosa psyykkisistä sairauksista puhkeaa nuoruudessa, mutta toisaalta nuorilla on valtava parantumispotentiaali – varsinkin jos apua on saatavilla oikeaan aikaan” (Tolmunen, 2020).*

Kappaleen alussa toinkin esiin pohdintaa siitä, esiintyykö nykyään todella aikaisempaa enemmän mielenterveysongelmia vai onko kyse siitä, että nykypäivänä oireilevat tunnustetaan paremmin ja ohjataan hoitoon myös nopeammin. Tolmunen on tähän haastattelussaan todennut:

*”Varmaa tietoa tästä ei ole. Joka tapauksessa on hyvä, että mielenterveysongelmiin liittyvä stigma on vähentynyt ja niistä voi puhua ääneen” (Tolmunen, 2020).*

## 5 MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖIDEN TUNNISTAMINEN POLIISIN TYÖSSÄ

Poliisi kohtaa työssään ja tehtävillään paljon erilaisilla taustoilla olevia ihmisiä. Työn sujuvuuden ja turvallisuuden kannalta olisikin oleellista tunnistaa henkilön käyttäytymiseen vaikuttavia taustatekijöitä. Toisaalta taas oleellista on se, miten asiakas kohdataan niin, että ei omalla käytöksellä provosoida tilannetta entisestään.

Kaikilla haastavasti käyttäytyvillä henkilöillä ei ole diagnosoitua mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriöitä, mutta usealla saattaa esiintyä piirteitä tai oireita, jotka viittaavat näihin. Henkilö saattaa olla itsetuhoinen, päihdeongelmainen tai psykoottinen, eikä hänellä ole siis välttämättä diagnosoitua sairautta tai häiriötä.

Poliisina työskentelevälle tulee huomioitavaksi myös poliisin toimintavelvollisuus mielenterveyslain 30 § perusteella:

*”Tavatessaan henkilön, joka todennäköisesti voidaan määrätä hoitoon hänen tahdostaan riippumatta, tai saatuaan tietää tällaisesta henkilöstä, poliisin on ilmoitettava asiasta terveyskeskukseen. Erittäin kiireellisessä tapauksessa poliisi on velvollinen toimittamaan hänet heti terveyskeskukseen tutkittavaksi.” (Mielenterveyslaki 30§).*

Poliisin työn kannalta keskeisimmät mielenterveyden häiriöt ovat, psykoosit, persoonallisuushäiriöt ja ahdistuneisuushäiriöt (Ellonen, Nurmi, Raivola, T.Välitalo & U.Välitalo, 1997, s. 260). Poliisin näkökulmasta väkivaltariski on yleisesti ottaen kasvanut henkilöillä, joilla on todettu narsistinen, epäsosiaalinen tai epäluuloinen persoonallisuushäiriö. Erityisesti huomiota kannattaa kiinnittää henkilön impulsiivisuuteen. Tämän vuoksi on oleellista tutustua eri häiriöiden tyypillisiin oireisiin ja pohtia mitkä niistä vaikuttavat erityisesti väkivalta riskiin ja millä tavalla (Rantaeskola, Hyyti, Kauppila & Koskelainen, 2015, s. 74).

Poliisin ei tarvitse olla psykiatrian ammattilainen, mutta olisi hyvä ja joskus jopa välttämätöntä, että poliisi työssään tunnistaisi tyypilliset sairaudet ja niille ominaisen käytöksen ja oireet. Tunnistamalla ja niihin oikealla tavalla suhtautumalla, edistetään omaa

työturvallisuutta ja toisaalta taas helpotetaan asiakkaan kanssa kommunikointia ja asian hoitamista. Huomioitavaa on myös se, että henkilö, jolla on todettu esimerkiksi vakava psykoottinen sairaus, ei välttämättä juuri parhaillaan koe psykoottisia oireita. Lisäksi jos asiakkaalla on hyvä sairautentunto, tilanne on aina helpommin hallittavissa. Sairautentunnon puute saattaa lisätä väkivaltariskiä huomattavasti. Sairautentunnon aste saattaa myös vaihdella huomattavasti. Käsitteenä sairautentuntoa voidaan ajatella ihmisen kykynä ymmärtää oman sairautensa tilaa ja siihen kuuluvia oireita. Kun sairautentunto on hyvä, pystyy henkilö ymmärtämään esimerkiksi mikä on totta ja mikä ei ja myös säätelemään tämän mukaan omaa käyttäytymistään. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 73.)

Psykoottisen asiakkaan kohdatessa poliisina, olisi hyvä pyrkiä selvittämään asiakkaan oireiluun liittyvät harhat, jotka voivat johtaa väkivaltaiseen tai arvaamattomaan käyttäytymiseen. Suuri riski väkivaltaiselle käytökselle ovat aistiharhat, kuten käskevät äänet, jotka ohjailevat asiakkaan käyttäytymistä. Aistiharhat voivat olla myös miellyttäviä, jolloin ne eivät oleellisesti lisää riskiä väkivaltaisuudelle. Tämän vuoksi harhojen sisällön ja laadun selvittäminen on tärkeää. (Rantaeskola ym. 2015, 73.)

Oman kokemuksen perusteella etenkin pienillä paikkakunnilla ja poliisilaitoksilla kuulee usein lauseen: ”Tää on meidän vanha tuttu asiakas”. Entisyyteen vedotaankin paljon ja se helpottaa huomattavasti poliisin perustyötä. Kun tunnetaan asiakas entuudestaan, on helpompi varautua ja pohtia miten tilanteet ovat menneet aikaisemmin. Kun tiedetään, että joka kerta kun tietty asiakas kohdataan, tilanteeseen liittyy jonkinlaista vastustelua tai väkivaltaa, pystytään siihen varautumaan helpommin. Toisaalta taas, jos asiakas on aina ennenkin käyttäytynyt hyvin ja asiallisesti, voidaanko siihen kuitenkaan luottaa. Mitä jos juuri se kerta onkin erilainen? On paljon puhuttu siitä, että pahin mahdollinen tilanne on se, että oletamus on, että tilanne hoituu hyvin ja rauhallisesti ja sitten yhtäkkiä kohdataankin esimerkiksi väkivaltainen teko. Kun siihen ei ole edeltä millään tavoin valmistauduttu tai asennoiduttu, tulee se aina erittäin yllättävästi ja tällöin tilanteessa toimiminen on haastavampaa. Tämän vuoksi jokaiseen tilanteeseen on syytä varautua aina huolella, eikä toisaalta luottaa liikaa edeltävään kertaan.

Kuitenkin oli asiakkaan aikaisempi tausta millainen hyvänsä, tilannetekijöitä hallitsemalla ja kontrolloimalla on mahdollista vaikuttaa ennalta ehkäisevästi väkivaltaisen tilanteen syntyyn. Jos asiakas on aikaisemmin käyttäytynyt väkivaltaisesti poliisia kohtaan, voi olettaa hänellä olevan kapasiteettia toimia niin myös uudelleen. Todennäköisesti väkivaltainen

käyttäytyminen on samanlaista tai samankaltaista kun edeltävällä kerralla, mutta on myös mahdollista, että käytös muuttuu muotoaan tai esimerkiksi eskaloituu edeltävään kertaan nähden. (Rantaeskola ym. 2015, 72.)

Kaikkeen väkivaltaiseen tai haastavaan asiakkaan käyttäytymiseen ei liity mielenterveysongelmat millään muotoa, vaan taustalla voi olla myös hyvin erilaisia syitä ja taustatekijöitä. Erilaiset elämäntilanteet ja henkilökohtaiset ominaisuudet saattavat altistaa väkivaltaiselle käytökselle. Käytöksen taustalla on hyvin harvoin vain yksittäinen tilanne tai tapahtuma. Väkivaltaisen tai haastavan käytöksen taustalla saattaa olla monien vaikeuksia kasaantuminen, esimerkiksi työttömyys, ihmissuhdeongelmat tai taloudelliset vaikeudet, jotka ajavat ihmisen mielellisesti ahdinkoon. Aggressiivista käytöstä useimmiten lisää alkoholin tai muiden päihteiden käyttö. (Rantaeskola ym. 2015, 9.)

## 6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Opinnäytetyön toteuttamiseen on erilaisia menetelmiä, kuten toiminallinen opinnäytetyö, kvalitatiivinen opinnäytetyö tai kvantitatiivinen opinnäytetyö. Tämä kyseinen opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivista eli laadullista haastattelu menetelmää käyttäen. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston keräämiseen on monia erilaisia tapoja. Suosituin ja yleisin tapa on kerätä tietoa ja aineistoa haastattelujen pohjalta. Suoritin haastattelut yksilöhaastatteluina. Haastattelun tarkoituksena oli saada haastateltavan omia ajatuksia ja kokemuksia tutkittavaan aiheeseen liittyen. (Vilka, 2019, luku tutkimushaastattelun muodot.)

Kvalitatiivinen menetelmä soveltui tähän kyseiseen opinnäytteeseen parhaiten, koska tarkoitus oli saada kohdehenkilöiden omia ajatuksia ja mielipiteitä aiheeseen liittyen mahdollisimman tarkasti. Haastattelin opinnäytetyötäni varten kolmea eri henkilöä. Haastateltavat olivat vapaaehtoisia ja heille kerrottiin, että heitä ei pysty haastattelun perusteella yksilöimään millään tavoin.

Tarkoitukseni oli haastatella henkilöt kasvotusten, mutta nyt vallitsevan COVID-19 -viruksen ja siitä johtuvien poikkeusolojen vuoksi, se ei ollut mahdollista. Haastattelut jouduttiin toteuttamaan etäyhteyksiä käyttäen, joka lievästi hankaloitti haastattelun toteutusta. Paras tapa haastattelulle olisi ollut tehdä se kasvotusten, jolloin olisi ollut helpompi luoda luontevampi keskusteluyhteys haastateltavaan. Haastattelu onnistuttiin kuitenkin toteuttamaan etänä hieman sovelletusti.

### 6.1 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimuksessa haastattelin kolmea eri henkilöä. Henkilöt, jotka tutkimusta varten haastateltiin, olivat kaikki vapaaehtoisia. Kriteerinä oli, että henkilöillä on diagnosoitu jokin mielenterveysongelma- ja/tai häiriö. Tämän lisäksi toivottu kriteeri oli se, että henkilö olisi ollut poliisin kanssa tekemisissä jossakin elämänsä vaiheessa. Tässä työssä ei ole käytetty haastateltavien henkilöiden nimiä, sukupuolta, ikää tai mitään muutaakaan mistä heidän voisi tunnistaa tai yksilöidä.



## 7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimustulosten analysoinnissa ei käytetä haastateltavien henkilöiden nimiä, sukupuolta, ikää tai mitään muutakaan, jotta heitä ei voida tunnistaa. Tulosten tulkinnan helpottamiseksi haastateltavista on käytetty seuraavia termejä:

Haastateltava 1 = A

Haastateltava 2 = B

Haastateltava 3 = C

A:lla on diagnosoitu paranoidinen skitsofrenia, masennus, ahdistuneisuushäiriö sekä pelkotilat, ja nämä kaikki sairaudet ovat diagnosoitu vuonna 2008. A kertoi, että tyypillisimpinä oireina hänellä ovat erilaiset pelkotilat, vahva ahdistuneisuus sekä erilaiset aistiharhat. Aistiharhoista tyypillisimpiä ovat erilaiset kuuloharhat sekä harha-ajatukset. A:n kertoman mukaan hänellä diagnosoidut sairaudet ovat vaikuttaneet hänen normaaliin elämäänsä melko paljon; ihmissuhteet ovat kärsineet paljon ja päihteitä on tullut käytettyä runsaasti. Päihteiden käyttö liittyy osittain keinoon päästä eroon ahdistuneisuusoireista sekä pelkotiloista. A myös kertoi, että pelkotiloista johtuen, hän on reagoinut joskus tilanteisiin liiallisesti ja yliampuvasti sekä itseään puolustaen. Kaikki hänellä diagnosoidut sairaudet sekä niistä johtuvat oireet, ovat ajaneet A:ta myös itsetuhoiseen käyttäytymiseen.

A kertoi haastattelussa, että on elämänsä aikana ollut useita kertoja tekemisissä poliisien kanssa, erilaisista syistä johtuen. A:n mukaan usein poliisien käytös on vaikuttanut hänestä ylimieliseltä. Erään tilanteen poliisin kanssa A kuvasi seuraavasti:

*”Olin nukkumassa tutun luona päihtyneenä. Poliisi töni minua hereille, en herännyt. Poliisi nosti minut ylös ja ravisteli, havahduin hereille ja löin poliisia. Poliisilta meni ilmat pihalle, hän tippui polvilleen lattialle ja huusi partio toverinsa avuksi. Partiotoveri tuli etälamauttimen kanssa, käänsin hänelle selän ja menin polvilleni ja siitä vatsalleni makaamaan kädet selän takana. Poliisit raudoittivat minut ja lähdimme poliisi autolle. Siitä lähdimme poliisilaitokselle. Saimme asian hoidettua puhumalla ja minulle ei annettu sakkoa, mutta vietin yön putkassa. Tilanteessa poliisi toimi hyvin ja kuunteli minua.”*

A kertoi, että poliisien käytös ja toiminta eri kerroilla on ollut erilaista. Toiset tilanteista on hänen mukaansa hoidettu hyvin ja asiallisesti ja joskus taas hän olisi toivonut, että häntä olisi kuunneltu enemmän. Kysyttäessä, millaista käytöstä A toivoisi poliisin kohdatessaan, hän kertoi, että rauhallista ja ettei huudettaisi turhaan, ellei sille ole aihetta. A myös totesi, että uhkailu ei hänen mielestään ole poliisille sopivaa käytöstä. A painotti haastattelussa, että toivoisi poliisien yleisesti kuuntelevan enemmän, jos on jotakin mitä itse haluaisi kertoa tai mistä haluaisi puhua. A piti myös tärkeänä, että poliisi selvittäisi kunnolla tilanteen taustoja eikä vain tekisi omia johtopäätelmiään ilman perusteita.

A:n mukaan se, että poliisit olisivat tietoisempia erilaisista mielenterveysongelmista, helpottaisi kaikkien toimintaa, niin poliisin kuin asiakkaankin. A kertoi, että silloin kun hänellä on vahvoja ahdistuneisuusoireita tai pelkotiloja, hänen käyttäytyminen poikkeaa normaalista hyvin paljon. Tällöin hän saattaa reagoida tilanteisiin arvaamattomammin kuin normaalisti. Muutoinkin A:n oma käyttäytyminen ja toimiminen on hyvin erilaista silloin, kuin eri sairauksista johtuvat oireet ovat enemmän esillä. Pääasiallisesti A koki, että asiat poliisien kanssa on hoitunut hyvin.

Haastateltava B:llä on diagnosoitu määrittämätön pitkäaikainen psykoottinen häiriö sekä lievä asteinen kehitysvammaisuus. Diagnoosin hän on saanut vuonna 1996. B kertoi, että hänelle tyypilliset oireet ovat voimakas masentuneisuus ja alakuloisuus. B myös kertoi, että eri vuodenaajat ovat selkeästi raskaampia ja vaikeampia kuin toiset. B:n oireet ovat toisinaan niin voimakkaita, että hän ei kykene tekemään elämän normaaleja asioita ja rutiineja, arjesta selviytyminen on haastavaa ja tekisi mieli vain jäädä sänkyyn makaamaan. Kaikki muu tuntuu liian raskaalta.

B kertoi olleensa poliisien kanssa tekemisissä, mutta hän ei halunnut muistella asioita sen tarkemmin. B kuitenkin koki, että ne kerrat, kun hän on ollut poliisin kanssa jossakin tilanteessa, on hoidettu hyvin. Poliisien käytös on ollut ammattimaista ja asiallista. Kertaalleen hän muisteli alaikäisenä joutuneensa humalassa putkaan, eikä ymmärtänyt miksei häntä voitu viedä johonkin muualle, kuten silloiselle selviämisasemalle. B oli sitä mieltä, että poliisin tietämyksen lisääntyminen liittyen mielenterveysongelmiin, olisi hyödyllinen asia. B perusteli tätä sillä, että kun poliisit tietäisivät sairauksista ja niiden oireista enemmän, he myös ymmärtäisivät kokonaisuutta paremmin. Ja se, että ymmärtää kokonaisuutta ja taustoja paremmin, taas edesauttaisi asiakkaan kohtaamista ja tilanteen hoitamista.

Haastateltava C:llä on todettu aivovamma, jonka hän on saanut vuonna 2012, kun häntä on ammuttu aseella päähän. C:llä olevan aivovamman suurimmat oireet, jotka vaikuttavat hänen elämäänsä, ovat voimakas pääkipu sekä puheentuottamisen vaikeus, etenkin alkuvaiheessa, koska esimerkiksi kyllä ja ei sana vaihtoivat paikkaa. C kertoi, että hän pärjää huonosti normaalissa arjessa yksin, koska edellä mainittujen oireiden lisäksi hänen tasapainonsa on huono ja toinen silmä on sokeutunut ampumisen yhteydessä.

C kertoi, että on ollut poliisin kanssa tekemisissä lukuisia kertoja. C myös kertoi erään tilanteen, jossa hän oli murtautunut kouluun ja hälytysten soidessa piiloutunut. Lopulta C oli varastanut moottorikelkan, jolla hän oli paennut poliiseja. Tällöin C ei tilanteessa jäänyt kiinni, mutta myöhemmin asia ratkesi ja C myönsi asian poliisille.

*”Toinen oli hyvä ja toinen paha poliisi.”*

C toivoi poliisien käyttäytyvän joka tilanteessa asiallisesti ja ihmisarvoa kunnioittavasti. Myös C, niin kuin A aikaisemmin kertoi, että poliisin ylimielinen käyttäytyminen ärsyttää. Myös C, kuten muutkin haastateltavat oli sitä mieltä, että poliisien tietämyksen lisääntyminen mielenterveysongelmista ja niiden oireista, olisi hyödyllistä. Tietämyksen lisääntyminen, edesauttaisi poliisien toimintaa ja mielenterveysongelmasta kärsivän kohtaamista.

## 8 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli lisätä poliisien tietoisuutta ja tietotaitoa liittyen erilaisiin mielenterveysongelmiin, -sairauksiin ja -häiriöihin. Opinnäytetyö koostui paljolti teoria-osuuksista, joissa tuli selville erilaisia yleisiä mielenterveydenhäiriöitä ja niille tyypillisiä oireita. Työssä myöskin käsiteltiin pintapuolisesti sitä, miksi eri mielenterveyshäiriöiden ja niiden oireita olisi tärkeää tunnistaa poliisin ammatissa.

Tutkimusta varten suoritin kolme haastattelua, joista jokaisella haastateltavalla oli erilainen diagnoosi, jota myöskin seuraa hyvin erilaiset oireet. Haastattelujen toteutus oli hieman haasteellinen, nyt päällä olevan poikkeustilan vuoksi, liittyen COVID19-virukseen. Haastattelut saatiin kuitenkin toteutettua, joiden perusteella yhtenevästi pystyy toteamaan, että jokainen haastateltava koki tärkeäksi, että poliisi työssään ymmärtäisi sairauden perusoireet ja niistä johtuvan mahdollisen käyttäytymisen erilaisuuden tai muutoksen.

Jokainen haastateltava oli ollut tekemisissä poliisin kanssa useampia kertoja. Pääosin haastateltavat olivat sitä mieltä, että poliisit ovat tilanteissa toimineet asiallisesti ja oikeudenmukaisesti, ennen kaikkea ihmisarvoa kunnioittaen. Haastateltavat kuitenkin melko yhtenevästi kertoivat, että poliisien joukossa on ylimielisyyttä, joka heijastuu asiakkaalle negatiivisena signaalina. Haastateltavat myös kokivat, että toivoisivat poliisin tilanteessa kuuntelevan paremmin ja ymmärtävän kokonaistilannetta sekä asiakkaan taustoja liittyen hänen sairauteensa.

Nyt jo lyhyen työuran aikana poliisissa, olen kohdannut useita henkilöitä ja asiakkaita, jotka sairastavat jotakin mielenterveyden häiriötä. Useimmat tehtävistä ovat liittyneet henkilön itsetuhoiseen käytökseen tai yritykseen tehdä itsemurha. Tehtävillä on myös kohdannut vainajia, jotka ovat jo tehneet itsemurhan. Itsemurhien tai niiden yrityksille on ollut erilaisia tapoja, esimerkiksi hirttäytyminen, lääkkeiden yliannostus tai junan alle meneminen. Nämä ovat olleet selkeästi yleisimpiä tapoja mitä omalle työuralle on sattunut. Aikaisemmin psykiatrisessa sairaalassa tapauksia oli myös useita ja keinot itsemurhan toteuttamiselle olivat pitkälti samoja.

Poliisin työssä yksi tyypillinen ja usein toistuva tehtävä on virka-avun antaminen sairaankuljetukselle tai ensihoidolle. Esimerkkinä ensihoidon tehtävänä on hakea asiakas kotoaan ja toimittaa hoidon arvioon sairaalaan. Useimmiten ihmiset eivät halua kotoaan lähteä vapaaehtoisesti. Tilanne on ongelmallinen etenkin silloin, kun asiakkaalla itsellään ei ole käsitystä hänen psyykkisestä voinnistaan ja sairaudentunto on heikko. Tällöin poliisi antaa virka-apua ensihoidolle, jotta asiakas saadaan kuljetettua niin, että se on kaikille osapuolille turvallista. Kuljetuksia turvataan myös poliisin toimesta, kun asiakasta siirretään esimerkiksi sairaalasta toiseen. Tapauskohtaisesti tehdään arviota siitä, meneekö poliisipartion toinen jäsen ambulanssin kyytiin vai ei. Mikäli tarvetta tälle ei ole, poliisipartio ajaa ambulanssin perässä kohteeseen saakka ja turvaa näin kuljetuksen turvallisuuden. Tilanne saattaa kuitenkin matkan aikanakin muuttua, jolloin siihen tietenkin reagoidaan välittömästi.

Myös tilastojen mukaan, joita luvussa 4 käsiteltiin, voi todeta mielenterveyden häiriöiden joltain osin lisääntyneen tai ainakin tulleen enemmän nykypäivän yhteiskunnan ongelmaksi. Myös moni näistä ongelmista kärsivä jää ilman hoitoa ja apua tai ainakin joutuu odottamaan kohtuuttoman pitkiä aikoja. Tämä tosi seikka on tarpeellista huomioida myös poliisin ammatissa. Poliisi kohtaa työssään mielenterveysongelmista kärsiviä paljon ja kaikki heistä ei välttämättä ole edes vielä päässyt psykiatrisen hoidon piiriin.

Tämän vuoden kevät on ollut hyvin erilainen ja poikkeuksellinen COVID-19 -virustaudin ja siitä seuranneiden poikkeusolojen johdosta. Poikkeuksellisessa tilanteessa itse kukin on joutunut pohtimaan, miten tämä kaikki vaikuttaa elämäämme tässä ja nyt ja miten tulevaisuudessa.

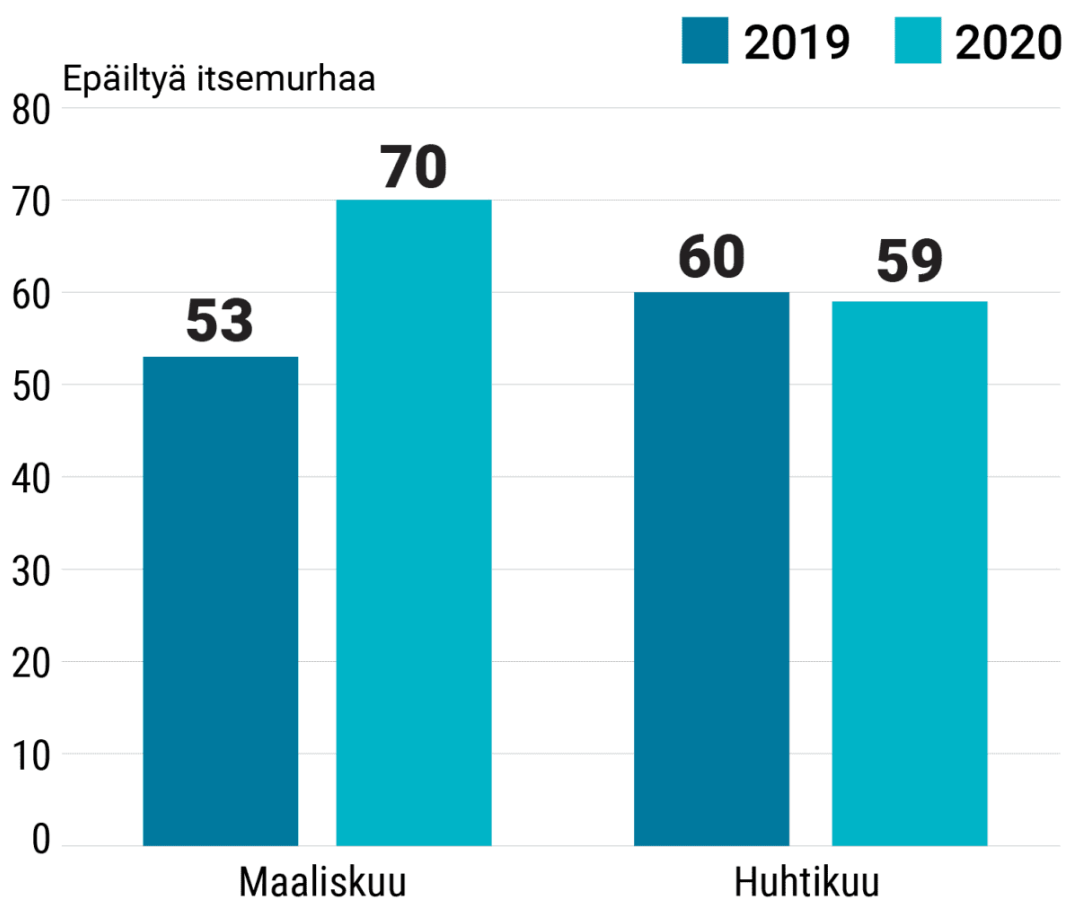
Juuri tulleen tiedon ja tilaston mukaan epäilläänkin Koronakevään lisänneen itsemurhien määrää Suomessa. Maalis-huhtikuun aikana Suomessa epäiltyjä itsemurhia tehtiin lähes 15% enemmän verrattuna viime vuoteen. Suurin kasvupiikki itsemurhatilastoissa näkyy Sisä-Suomen alueella. (Itsemurhissa Koronakeväänä lähes 15% kavu, Yle, 15.5.2020.)

*”Psykiatrisessa hoidossa on ollut pelottavan hiljaista. Pirkanmaan suurimassa psykiatrisessa sairaalassa Pitkäniemessä käyttöaste on tavallisesti 98 prosenttia. Nyt jopa kolme osastoa on ollut tyhjillään. Tämä tarkoittaa, että Pirkanmaalla on nyt hyvin sairaita ihmisiä, jotka eivät hakeudu hoitoon.*

*Ensiapuun ei saavu psykiatrisia potilaita kuten ennen. Myös lähetemäärät hoitoon ovat laskussa.” (Alanen, Yle, 15.5.2020.)*

Poliisihallituksen keräämän kuolemansyöntutkintatilaston mukaan epäiltyjä itsemurhia tapahtui tänä keväänä kahdessa kuukaudessa 129 (Itsemurhissa Koronakeväänä lähes 15% kovu, Yle, 15.5.2020).

## Epäilty itsemurhat Maalis–huhtikuussa



Lähde: Poliisihallitus

Kaavio 1. Epäilty itsemurhat Suomessa vuosina 2019 – 2020. (Kuva: Miia Anttila)

Sisä-Suomen poliisipäällikkö Timo Vuola on kommentoinut asiaa Ylelle:

*”Tarvitsemme koko vuoden tilaston, ennen kuin suoria johtopäätöksiä voidaan tehdä. Silti koronakevään ja rajoitusten aiheuttama ahdistus näkyy myös kohonneissa kotihälytysmäärissä.” (Vuola, 15.5. 2020.)*

## LÄHTEET

Aalberg, Veikko & Aaltonen, Jukka & Aronen, Eeva & Heinälä, Pekka & Henriksson ym. 2017: Psykiatria. 12 painos. Helsinki, Duodecim.

Ellonen, Erkki & Nurmi, Lasse & Raivola, Petri & Väitalo, Tarmo & Väitalo, Unto. 1997: Poliisityön psykologiaa. Helsinki, Sisäasiainministeriö.

Finlex. 1990. Mielenterveyslaki. Luettavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116#L5P30>. Luettu 5.5.2020.

Heikkinen-Peltonen, Riitta & Innanmaa, Marja & Virta, Marjut 2019: Mieli ja terveys. 6 painos. Keuruu, Otavan Kirjapaino Oy.

Kansaneläkelaitos. 2020. Mielenterveyshäiriöistä johtuvan sairauspoissaolot. Luettavissa: [https://www.kela.fi/ajankohtaista-henkiloasiakkaat/-/asset\\_publisher/kg5xtoqDw6Wf/content/id/26824851](https://www.kela.fi/ajankohtaista-henkiloasiakkaat/-/asset_publisher/kg5xtoqDw6Wf/content/id/26824851). Luettu 2.5.2020.

Mielenterveystalo. i.a. Psykoosiopas. Luettavissa: <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/psykoosiopas.aspx>. Luettu 11.3.2020

Rantaeskola, Satu & Hyyti, Jari & Kauppila, Jaakko & Koskelainen Mari 2015: Haastavat asiakastilanteet -väkivalta työssä. Helsinki, Talentum.

Tays. 2017. Tietoa psykoosista. Luettavissa: [https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Potilasohjeet/Psykiatria/Tietoa\\_psykoosista\(25729\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Potilasohjeet/Psykiatria/Tietoa_psykoosista(25729)). Luettu 23.3.2020.

Tolmunen, Tommi 2019: Nuorten mielenterveysongelmat kasvaneet räjähdysmäisesti. Luettavissa: <https://www.medi uutiset.fi/uutiset/nuorten-mielenterveysongelmat-kasvaneet-rajahdysmaisesti-hoitoon-paasy-liian-hankalaa/22fe08a2-da8b-4314-9006-16d6946a84a1>. Luettu 3.5.2020.

Vilkka, Hanna 2019: Tutki ja kehitä. Luettavissa: <https://www.bookbeat.fi/kirja/tutki-ja-kehita-120677>. Luettu 11.4.2020

Yle. 2020. Itsemurhissa koronakeväänä lähes 15% kasvu. Luettavissa: <https://yle.fi/uutiset/3-11351803>. Luettu 15.5.2020.



## LIITE 1

## HAASTATTELURUNKO – Mielenterveysongelmien tunnistaminen

1. Mikä/Millainen mielenterveydenhäiriö/-sairaus sinulla on?
2. Milloin häiriö/sairaus on diagnosoitu, jos on?
3. Mitkä ovat sairauden/häiriön tyypillisimpiä oireita, joita sinulla esiintyy tai joita itse tunnistat?
4. Miten tämä kyseinen häiriö/sairaus vaikuttaa elämääsi? Tai on vaikuttanut elämääsi jossakin vaiheessa?
5. Oletko ollut jossakin elämän vaiheessa tekemisissä poliisin kanssa? Millainen tilanne oli ja miten se eteni? Miten poliisit tilanteessa toimivat ja käyttäytyivät? Kerro mahdollisimman yksityiskohtaisesti. Oliko tilanteessa jotakin, mitä olisit toivonut poliisin tekevän tai sanovan toisin? (Tässä ei tarvitse ottaa kantaa rikosoikeudelliseen näkökulmaan, vaan nimenomaan poliisin toimintaan ja käyttäytymiseen muutoin)
6. Miten toivoisit poliisin kohdatessasi hänen käyttäytyvän? Mikä taas poliisin käytöksessä on sellaista, jota et toivo?
7. Ajatteletko, että mikäli poliisit tietäisivät enemmän mielenterveyden häiriöistä/sairauksista, siitä olisi hyötyä mielenterveysongelmista kärsivien kohtaamisessa?
8. Jos vastasit kyllä, niin millaista hyötyä uskoisit sillä olevan?
9. Jos taas vastasit ei, niin miten perustelisit tätä?
10. Tuleeko mieleen jotakin, mitä haluaisit vielä sanoa tai lisätä aiheeseen liittyen?