

Läheisen itsemurhan vaikutuksia minuuteen

Mikko Lounela, FM, psykoterapeutti

Johdanto

Läheisen itsemurha vaikuttaa ihmisen kuvaan elämästä ja hänestä itsestään monella tavalla. Yksi tapa nähdä nämä vaikutukset on katsoa niitä sen kentän (tai sosiaalisen verkoston) kautta, jossa ihminen toimii. Läheisen äkillinen traumaattinen poistuminen jättää kenttään aukon ja saattaa katkaista yhden välittömän suhteen lisäksi useita siitä riippuvaisia välillisiä suhteita. Tämän lisäksi itsemurhan läheisiä stigmatisoiva vaikutus saattaa vaurioittaa koko sosiaalista kenttää. Jos ajattelemme että ihmisen minuuus on (osittain) hänen sosiaalisen verkostonsa funktio, tämä vaikuttaa suoraan hänen minuuteensa.

Yksi ihmisen perustavista psykologisista tarpeista on pitää yllä mielekästä kuvaa omasta elämänsä kaaresta. Tämä on yksi psyykkisen hyvinvoinnin rakennustarpeista. Läheisen itsemurha tekee usein murtuman tähän kaareen. Silta oman menneisyyden ja tulevaisuuden välillä katkeaa ja usko elämän mielekkyyteen - joskus koko elämän tarkoitus - joutuu koetukselle. Tämä on toinen tapa jolla traumaattinen menetys vaikuttaa suoraan minäkuvaan.

Itsemurhan jälkeisen surutyön tärkeinä osa-alueina voidaan nähdä sosiaalisen verkoston ja oman elämänsä kuvan jälleenrakentaminen. Tässä työssä kriisi- ja traumaterapialla vertaistuellalla ja psykoterapialla voi olla omat, osittain päällekkäiset mutta selvästi erilliset roolinsa.

Käsittelen tässä artikkelissa itsemurhan jälkeistä suruprosessia ja sen vaikutuksia minuuden osa-alueisiin. Viitekehitykseni on hahmoterapian minäkäsitys, jossa minuuus nähdään toimintaympäristöön suhteutuvana prosessina eikä niinkään pysyvänä rakenteena.

Aluksi käsittelen itsemurhaa, suruprosessia ja itsemurhan vaikutuksia suruprosessiin. Tämän jälkeen käsittelen itsemurhan vaikutuksia läheisen sosiaaliseen verkostoon ja elämänsä kuvaan. Lopuksi arvioin lyhyesti kriisiterapian, vertaistuen ja psykoterapian rooleja itsemurhan tehneen läheisen tukemisyössä.

Itsemurhasta

Tilastojen mukaan vuosittain maailmassa tekee itsemurhan lähes miljoona ihmistä. Viimeisen 45 vuoden aikana tilastoidut itsemurhakuolemat ovat lisääntyneet 60 %. Itsemurha on yksi kolmesta yleisimmästä kuolinsyystä 15-44-vuotiailla joissain maissa ja toiseksi yleisin kuolinsyys 10-24-vuotiaiden keskuudessa joissain maissa. Nämä luvut eivät sisällä itsemurhayrityksiä, joita on joidenkin arvioiden mukaan jopa 20-kertainen määrä onnistuneisiin itsemurhiin nähden. Perinteisesti itsemurhariski on ollut suurin vanhempien miesten keskuudessa, mutta nuorten itsemurhaluvut ovat kasvaneet niin suuriksi, että he kuuluvat surimpaan riskiryhmään kolmanneksessa maailman maista. Itsemurha on monitahoinen ilmiö, johon liittyy psykologisia, sosiaalisia, kulttuurisia ja ympäristöön liittyviä tekijöitä. Alkoholiin ja mielenterveyteen liittyvät tekijät ovat suurimpia riskitekijöitä läntisissä teollisuusmaissa. Aasian maissa puolestaan impulsiivisuudella ja itsemurhalla on merkittävä yhteys (SUPRE 2011).

Joka vuosi hieman yli 1000 suomalaista tekee itsemurhan. Luku on laskenut kolmanneksella huippuvuodesta 1990. Arvioiden mukaan itsemurhayritysten määrä on 11 000 ja 16 500 välillä vuosittain. Itsemurha on työikäisten miesten neljänneksi yleisin kuolinsyys Suomessa (alkoholi on

yleisin) ja toiseksi yleisin kuolinsyy nuorilla miehillä. Vuonna 2009 1034 suomalaista teki itsemurhan. Kolme neljästä itsemurhan tehneestä oli miehiä. Lukumääräisesti itsemurhia tekevät eniten 45–54-vuotiaat. (FINDIKAATTORI 2010). Arvioiden mukaan itsemurhalla on vakava vaikutus uhrin lisäksi keskimäärin noin kymmeneen muuhun ihmiseen. Noin kymmenellä prosentilla väestöstä on itsemurha-ajatuksia vaikeissa tilanteissa. (Uusitalo 2006.).

Suomessa on edellisten tietojen perusteella tehty viimeisen 25 vuoden aikana n. 30 000 itsemurhaa ja mahdollisesti puoli miljoonaa itsemurhayritystä. Suuren osan itsemurhayrityksistä tekevät henkilöt jotka lopulta onnistuvat aikeessaan, joten näin vakavasti itsetuhoisesti käyttäytyvien suomalaisten määrä on pienempi kuin yritysten määrä. Onnistuneiden itsemurhien vaikutus voi siis ulottua jopa 300 000 ihmiseen Suomessa. Lukua vähentää jonkin verran kuolleisuus ja se, että itsemurhilla on taipumus kasaantua. Vaikutus noin neljännesmiljoonaan ihmiseen (lähes 5 % väestöstä) saattaa kuitenkin olla näiden tilastojen perusteella realistinen arvio.

Sekä maailmanlaajuisesti että Suomessa itsemurhien määrä on todennäköisesti korkeampi kuin mitä tilastot kertovat. Sosiaalinen ja uskonnollinen leimautuminen saa monet salaamaan läheisensä kuoleman todelliset olosuhteet. Myös taloudelliset seikat - esimerkiksi henkivakuutuksen korvaavuus - voivat aiheuttaa peittelyä. Maailmassa on maita, joissa itsemurhien tilastoitu määrä on vain muutama kappale vuodessa - tai jopa nolla (Helen 2002). Itsemurha tilastoidaan kuolemansyyksi vain jos se voidaan varmasti näyttää toteen. Rajat itsemurhan, itsetuhoisen käytöksen ja onnettomuuden välillä ovat häilyviä. Kuolemaan johtanut päämäärätietoisien tuhoisa alkoholinkäyttö tai holtiton liikennekäyttäytyminen voitaisiin laskea "epäsuoriksi itsemurhiksi", jotka eivät löydy tilastoista itsemurhakuolemien kohdalta.

Tilastollisesti itsemurhat yhdistyvät alkoholiin ja mielenterveyden häiriöihin. Itsemurhat Suomessa 1987 -hankkeessa kaikki Suomessa vuonna 1987 tehdyt itsemurhat tutkittiin haastattelemalla vastuullista tervydenhuoltohenkilökuntaa ja uhrien omaisia ja tutkimalla hoitodokumentteja. 93 %:lla itsemurhan tehneistä oli diagnosoitu mielenterveyden häiriö, yleisimpänä masennus (66 %). Joka kolmas itsemurhan tehnyt oltaisi voitu diagnosoida persoonalisuushäiriöiseksi. 39 %:lla miehistä ja 18 %:lla naisista olisi voitu diagnosoida alkoholiriippuvuus. Puolella itsemurha tehneistä oli alkoholia veressä ruuminavauksessa (Lönnqvist 1995).

Itsemurha ja suruprosessi

Läheisen kuolema käynnistää prosessin, jossa ihminen käsittelee menetystä ja sen seurauksia. Tähän prosessiin liittyy monenlaisia tunteita, mutta kutsun sitä suruprosessiksi (termi surutyö on myös yleinen). Yksi tapa käsitteittää suruprosessia on jakaa se vaiheisiin kuten Kübler-Ross ja Kessler (2005) tekevät. Heidän ehdottamansa vaiheet ovat kieltäminen, aggressio, tinkiminen, masennus ja hyväksyminen. Vaiheet eivät tyypillisesti seuraa toisiaan tässä järjestyksessä siten, että yksi alkaa edellisen loputtua. Ne ovat kuitenkin yleensä tunnistettavissa suruprosessissa ja niihin liittyy skemaattinen järjestys.

Kieltämisvaihe sisältää shokkireaktion ja turtuuden tunteen läheisen kuoleman jälkeen. Kieltäminen suojaa meitä puskuroimalla todellisuutta ja päästämällä sitä läpi vain sen verran kuin voimme kerralla työstää. Kieltämisvaiheessa meillä on tarve toistaa kertomusta tapahtumasta kerran toisensa jälkeen ja kysyä sellaisia kysymyksiä kuin "miten" ja "miksi". Ymmärrämme menetyksen tapahtuman lopullisuuden vähä vähältä ja puskuroidut tunteet alkavat tulla pintaan.

Aggressio voi kohdistua vainajaan (joka on jättänyt surijan), surijaan itseensä (joka tuntee syyllisyyttä tapahtuneesta), jumalaan tai kohtaloon (joka on antanut sen tapahtua) tai ympäristöön (esimerkiksi poliisiin tai lääkäreihin jotka ovat toimineen huolimattomasti tai väärin). Aggressiota

seuraa usein surun, paniikin, kivun ja yksinäisyyden tunteita.

Tinkiminen on Kübler-Rossin ja Kesslerin yritys muuttaa tapahtunutta surijan omassa mielessä. "Jos olisin tehnyt toisin"-tyyppiset ajatuskulut vievät meidät hetkeksi vaihtoehtoiseen todellisuuteen, jossa menetystä ei ole tapahtunut. Tämä pakopaikka antaa meille lisää aikaa sopeutua menetykseen.

Menetyksen jälkeinen depressio liittyy elämän tyhjiyteen ja tarkoituksettomuuteen. Menetyksen jälkeen elämä ja sen päämäärät on usein arvioitava uudestaan. Osasta vanhaa sisältöä on luovuttava ja tähän liittyvä tyhjyys kohdattava ennen uuden rakentamista.

Viimeinen vaihe on menetyksen hyväksyminen. Tähän vaiheeseen saattaa liittyä aggression väheneminen tai suunnautuminen positiivisesti ja uuden suhteen luominen menetettyyn läheiseen. Suriija alkaa elää jälleen. Hän tunnistaa omia tarpeitaan ja pyrkii täyttämään niitä.

Menetyksen käsittely ei useinkaan ole näin suoraviivaista. Soili Poijulan (2002) mukaan suruprosessi voi muodostua komplisoituneeksi (Silver ja Wortman 1980) tai patologiseksi (Horowitz ym. 1993). Suruprosessin komplisoituminen voi johtua esimerkiksi tarpeesta huolehtia muista menetyksen kokeneista. Komplisoitunut suru voi näyttäytyä pitkittyneenä kieltämisenä tai menetetyt suhteettomana, pakkomielleisenä kaipauksena ja siihen liittyy usein masennusta.

Patologinen suruprosessi voidaan kuvata vääristyneenä tai sairaalloisesti voimistuneena suremisena. Siihen voi liittyä kieltämistä, sopeutumisongelmia sekä toistuvia mielikuvia, ajatuksia, unia ja painajaisia. Patologisoituva suru alkaa turtuudella, hämmennyksellä ja jumittuneilla tunnereaktioilla joita voi seurata paniikkireaktiot tai uupumus sekä dissosiattiiviset reaktiot. Tätä saattavat seurata eristäytyminen, päihteiden väärinkäyttö, pakkomielleinen kuoleman ajattelu, epätoivo ja pitkittynyt työkyvyttömyys. Kaikki nämä reaktiot heikentävät sopeutumista menetykseen.

Suruprosessin komplisoitumisen ja patologisoitumisen riskiä lisäävät mm. kuoleman väkivaltaisuus tai äkillisyys, kuolintapahtuman näkeminen, avuttomuus, (osa)syyllisyys tapahtuneeseen, aiemmat käsittelemättömät menetykset, valmistautumattomuus menetykseen, huonosti toimiva perheyhteisö ja olematon tai huonosti toimiva sosiaalinen verkosto (Pojula 2002). Monet näistä tekijöistä ovat korostuneesti esillä itsemurhakuolemissa.

Lukasin ja Seidenin (2007) mukaan itsemurhan tehneen läheinen suurella todennäköisyydellä kärsii post-traumaattisesta stressihäiriöstä (PTSD). Sen oireita ovat mm. toistuvat muistikuvat, unet ja painajaiset, jotka koskevat itsemurhaa, tunne itsemurhan toistumisesta, vähentynyt mielenkiinto tärkeisiin toimiin, heikko kontakti omiin tunteisiin, unihäiriöt, syyllisyys omasta selviytymisestä, keskittymishäiriöt, muistihäiriöt ja säikähäilyherkkyys.

Tuula Uusitalo (2006) haastatteli väitöskirjassaan 24 itsemurhan tehneen läheistä. Hänen tutkimuskysymyksensä olivat seuraavat: Minkälaisia välittömiä jälkiä itsemurha ja siihen liittyvät tapaukset jättävät läheisiin, mitä muotoja surutyö saa itsemurhan yhteydessä ja minkälaiset kokemukset tukevat läheisen itsemurhasta toipumista.

Uusitalo luokittelee itsemurhan prosessointiin liittyvät tunteet ja reaktiot kuuteen kategoriaan:

- Menetyksen tajuaminen sisältää voimatomuuden, avuttomuuden, helpotuksen, melankolian, kaipauksen, luovuttamisen ja turhautumisen tunteita.
- Epävarmuus sisältää pelkoa, henkistä tuskaa, kauhua, ahdistusta, shokin, hämmennystä, haavoittuvuutta, epätodellisuuden tunteita, tyytymättömyyttä, kieltämistä, epäilyksen

tunteita, salailua ja tunnevaihteluita.

- Itsesuojelun tarve sisältää suuttumuksen, vihan, katkeruuden, pettymyksen ja raivon tunteita, syytöksiä ja tarpeen taistella elämän puolesta.
- Yhteisöllisiin reaktioihin kuuluvat hylätyksi tulemisen tunteet, yksinäisyys, puhumisen tarve, yksin suremisen tarve, vieraantuminen, irrallisuuden tunteet, häpeä, itsetunnon menetys, huonommuuden ja riittämättömyden tunteet sekä tarve suojella, tukea ja vartioida muita.
- Elämän mielekkyyden kyseenalaistamiseen kuuluvat miksi-kysymykset, mitä jos -ajatukset, tarkoituksettomuuden ja tyhjyyden tunteet, elämän hallinnan menettämisen tunteet, murskautuneet toiveet, epätoivo, itsetuhoisuus, välinpitämättömyys ja toivottomuus.
- Fyysisiin ja psykosomaattisiin oireisiin kuuluvat unettomuus, ruokahalun puute, jäykkyys, selittämättömät kivut, hikoilu, paniikkihäiriöt, hallusinaatiot, masennus, ahdistus, muistihäiriöt, ärtyvyys, tunnottomuus ja vanhojen käsittelemättömien traumojen aktivoituminen.

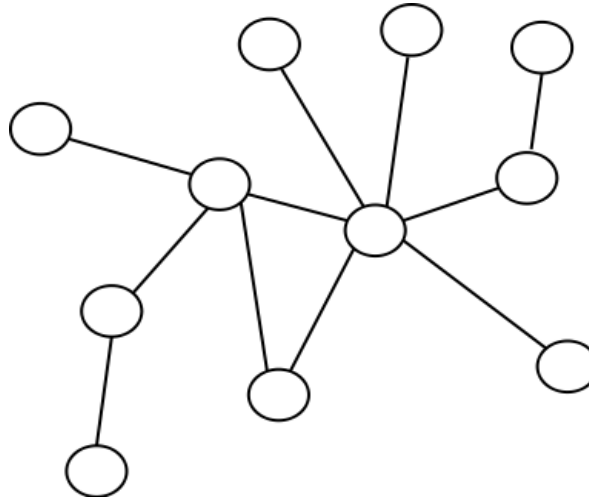
Uusitalo esittää 12 tekijää, jotka vaikuttavat myönteisesti läheisen itsemurhaan sopeutumiseen tai siitä toipumiseen. Vastaavasti niiden puute tai huono toimivuus vaikeuttavat prosessia. Tekijät eivät ole missään erityisessä järjestyksessä, mutta Uusitalon mukaan ensimmäisellä näistä (sosiaalisella verkostolla) on selvästi eniten vaikutusta toipumiseen.

- Sosiaalinen verkosto - läheisten tuki, ympäristön tuki, suru- ja vertaistukiryhmät.
- Trauman voimakkuus - itsemurhan ennustettavuus, lievä trauma.
- Totuuden kohtaaminen - itsemurhaan liittyvien tosiasioiden avoin kohtaaminen.
- Tunteet ja niiden työstäminen - tunteiden tunnistamisen ja ilmaisemisen helpous, halu ja kyky työstää tunteita.
- Ammattiapu - helppo saatavuus, matala kynnyks avun hakemiseen, onnistumisen kokemukset.
- Läheisen itsemurhaan suhtautuminen - itsemurhan ymmärtäminen ja hyväksyminen läheisen henkilökohtaisena ratkaisuna.
- Aikaisemmat traumaattiset kokemukset - ei aikaisempia traumaattisia kokemuksia tai aikaisempien traumojen onnistunut työstäminen.
- Kuormittavan elämäntilanteen kesto, kasautuvat koettelemukset - lyhytaikainen kuormitus, ei kasautuvia koettelemuksia.
- Kokemuksen merkityksellistäminen - itsemurhan syiden löytyminen, omasta syyllisyydestä vapautuminen, elämäntilanteen ja elämän mielekkyyden palautuminen.
- Kokemuksen kasvattava ulottuvuus - kyky nähdä koettelemus voimavaraistavana ja löytää tapahtumille persoonaa kasvattava ulottuvuus.
- Sopeutumista tukevat kanavat - monipuoliset sopeutumista tukevat kanavat kuten kirjoittaminen, maalaaminen, laulaminen, keskusteleminen jne.
- fyysinen ja psyykinen hyvinvointi - fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin palauttaminen ja säilyttäminen: liikunta, lepo jne.

Itsemurhan vaikutus minäkuvaan

Hahmoterapian taustateorian (Perls ym. 2006) mukaan ihmistä ei voida erottaa hänen ympäristöstään. Pikemminkin päinvastoin, minuus (self) ilmenee kontaktifunktiona suhteessa ympäristöön (muihin ihmisiin, eläimiin, esineisiin, käsitteisiin jne.). Minä on prosessi. Muuttumatonta, kiinteää minää ei ole olemassa, vaan muutamme osittain toiseksi ajan kuluessa tai kun välitön ympäristömme muuttuu. Ihminen on pitkälti identifioitavissa sen kentän kautta, jonka osa hän on. Kenttään kuuluvat kaikki ne oliot joihin hän on suorassa kontaktissa ja myös kaikki ne, joihin hän on välillisessä suhteessa - loppujen lopuksi siis kaikki oleva. Muutos kentässä muuttaa

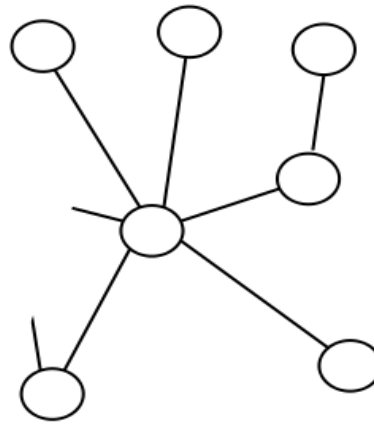
myös minuutta. Tässä artikkelissa supistan kentän käsitettä selvyiden vuoksi ja puhun vain osasta siitä, sosiaalisesta verkostosta. Kuvassa 1 näemme yksinkertaistetun mallin sosiaalisesta verkostosta.



Kuva 1: Sosiaalinen verkosto

Läheisen itsemurha ja sosiaalinen verkosto

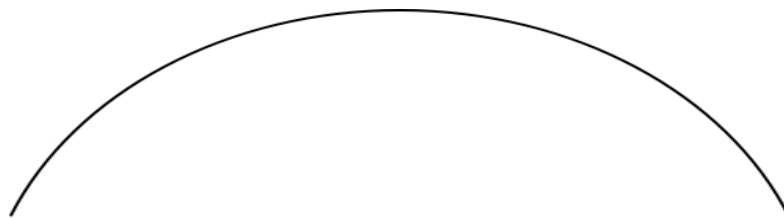
Läheisen odottamaton kuolema jättää kenttään aukon ja muuttaa jäljelle jäävän minuutta radikaalisti ja pysyvästi. Kuva 2 havainnollistaa tätä. Vaikka keskushenkilöltä on poistunut vain yksi suora suhde, verkostosta on hävinnyt neljä solmukohtaa. Jos käsitämme minuuden pitkälti toimintana verkostossa, ymmärrämme että traumaattinen menetys voi muuttaa ihmisen minuutta radikaalisti. Monet kuvaavat olotilaansa läheisen itsemurhan jälkeen sanomalla että "tuntuu kuin minusta puuttuisi jotain." Pahimmillaan voimme kuvitella esimerkiksi työorientoituneen ihmisen, joka on jättänyt puolisonsa vastuulle suhteet lapsiin, sukulaisiin ja ystäviin. Puolison äkillinen kuolema voi hävittää kontaktin suureen osaan verkostosta ja jättää menetyksen kokeneen tältä osin tyhjän päälle. Itsemurhan tapahtuessa verkostoa koettelevat lisäksi siihen usein liittyvät häpeä ja leimautuminen, jotka vaikeuttavat sosiaalisen elämän uudelleenrakentamista. Yleisiä ovat myös kokemukset, joissa työtoverit, ystävät tai sukulaiset eivät pysty kohtaamaan läheisen itsemurhan kokenutta, vaan "häviävät" tragedian tapahduttua.



Kuva 2: Rikkoutunut verkosto

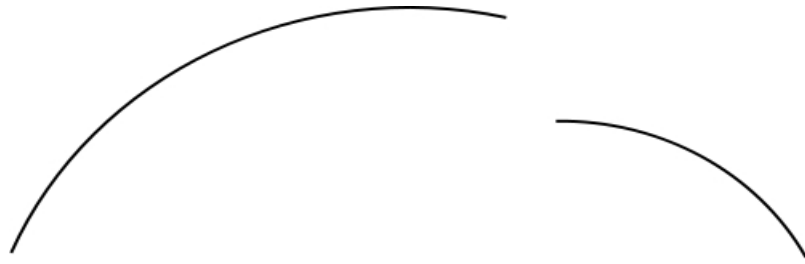
Läheisen itsemurha ja kuva omasta elämästä

Toinen tärkeä minuuden rakentaja johon läheisen itsemurha radikaalisti vaikuttaa on ihmisen käsitys omasta elämästään kokonaisuutena. Oletukseni mukaan yksi ihmisen minuuden keskeisiä osia on käsitys omasta elämästä kokonaisuutena, johon kuuluvat yhteenliittyvät menneisyys (muistot), tämä hetki ja odotettu tulevaisuus (suunnitelmat, unelmat jne.) Kuva 3 havainnollistaa ehjää elämänkaarta.



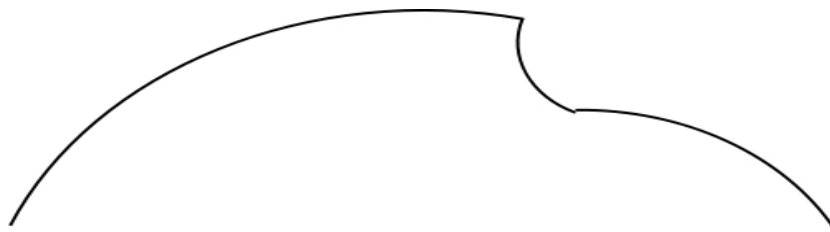
Kuva 3: Kuva elämänkaaresta

Läheisen odottamaton kuolema rikkoo kuvan elämänkaaresta (kuva 4). Menneisyys ja tulevaisuus eivät enää kohta toisiaan. Ainoan lapsen itsemurhan yhteydessä häviävät myös mahdollisuudet toimia isovanhemman roolissa. Aviopuolison menetys merkitsee sitä, että suunnitellut yhteiset eläkepäivät jäävät kokematta. Monet läheisen itsemurhan kokeneet sanovat että heidän elämänsä koostuu selvästi kahdesta osasta, ajasta ennen itsemurhaa ja ajasta sen jälkeen. Usein odottamaton itsemurha myös jättää läheisten elämään ajallisen aukon - kuukaudet, jopa vuodet tapahtuman jälkeen ovat hämärän peitossa tai kuin pahaä unta.



Kuva 4: Rikkoutunut elämäнкаari

Minuuden uudelleenrakentamisen kannalta on tärkeää rakentaa elämäнкаuva jälleen kokonaiseksi. On tärkeää, että menetyksen kokenut pystyy kohtaamaan kipeät muistonsa, tunnistaa tunteensa nykyhetkessä ja näkee tulevaisuudessa muuttain kuin tyhjyyttä. Uusiin olosuhteisiin sopeutunut elämäнкаuva ei ole samanlainen kuin elämäнкаuva ennen sen rikkoutumista, tärkeää kuitenkin on, että sen osat ovat yhteydessä toisiinsa (kuva 5).



Kuva 5: Sopeutunut elämäнкаari

Traumaattisen menetyksen koekeneen tukeminen

Olen edellisessä luvussa esittänyt kaksi tapaa, joilla läheisen traumaattinen menetys vaikuttaa ihmisen minään tai minuuteen. Yksi olennaisista seikoista on, että menetys saattaa kaventaa sekä sosiaalista kenttää että tulevaisuden näkymiä ratkaisevasti. Itsemurhan ollessa kyseessä asioita mutkistavat siihen liittyvät suruprosessia vaikeuttavat tekijät. Tähän liittyviä riskejä ovat suruprosessiin juuttuminen (patologinen suruprosessi), sosiaalisen kentän radikaali kaventuminen, jopa erakoituminen sekä elämäнкаuvan jääminen pirstoutuneeksi, jolloin ajat "ennen" ja "jälkeen" eivät kuulu samaan kokonaisuuteen ja menetyksen kokenut saattaa jäädä eksyksiin omaan elämäänsä.

Esitin yllä Tuula Uusitalon analyysin itsemurhaan sopeutumiseen vaikuttavista tekijöistä, joista toimiva sosiaalinen verkosto oli kaikkein tärkein. Myös muu itsemurhan läheisen surutyötä käsittelevä kirjallisuus (esim. Cobain & Larch 2006, Lukas & Seiden 2007) on samoilla linjoilla. Yhteenvedon voi sanoa että sosiaalisesti menetyksen kokenut tarvitsee ennen kaikkea rittävästi aikaa, tukea ja hyväksyntää. Prosessin edetessä hänelle saattaa tulla tave auttaa muita samassa tilanteessa olevia ja tehdä näin omasta menetyksestä merkityksellinen. Fyysisesti hän tarvitsee mahdollisuuden liikuntaan ja lepoon oikeissa suhteissa. Älyllisellä tasolla hän tarvitsee tietoa itsemurhasta ja sen seurauksista suruprosessille. Hengellisellä tasolla hän tarvitsee lohdutusta, anteeksiantoa ja usein uskon siihen että vainajalla on kaikki hyvin.

Aina ympäristö ei kuitenkaan ole sellainen jota voisi sanoa toimivaksi sosiaalisesti verkostoksi. Joskus ympäristö kieltää itsemurhan, tuomitsee sen tai vaikenee siitä. Tällöin myös tuki niille joita itsemurha koskettaa jää olennaiselta osalta vajaaksi. Usein ympäristö tuntuu painostavan menetyksen kokenutta kiirehtimään prosessissaan. Työterveyslääkäri saattaa määrätä lääkkeiden lisäksi kaksi viikkoa sairauslomaa. Kolmen kuukauden kuluttua kollegat olettavat että surija on

täydessä työkunnossa. Yli vuoden kestävä oireilu tulkitaan usein ammattilaistenkin piirissä pitkittyneeksi surutyöksi. Kuitenkin esimerkiksi oman lapsen itsemurhan jälkeen ei ole tavatonta että kuluu viisi vuotta siihen, että ihminen tuntee aitoa, eheää iloa ensimmäisen kerran menetyksen jälkeen. Joillekin se hetki ei tule koskaan.

Vaikeassa suruprosessissa on tärkeää, että menetyksen kokeneella on lupa käydä läpi prosessin vaiheet ja niihin kuuluvat vaikeatkin tunteet. Aggressiolla, syyllisyydellä, katumuksella ja katkeruudella on oma tehtävänsä prosessissa, ja kukin niistä vaatii oman aikansa täyttääkseen tehtävänsä. Itsemurhan jälkeisessä suruprosessissa apu ja tuki ovat käytännössä aina tarpeen. Itsemurha kuormittaa koko sitä verkostoa jossa se tapahtuu, jolloin jokaisen verkostoon kuuluvan tuen tarve saattaa olla suurempi kuin valmiudet sen antamiseen. Monet varovat kuormittamasta läheisiään lisää omilla murheillaan ja omaksuvat tukijan roolin vaika itse ovat tuen tarpeessa. Tällöin saatetaan tarvita ulkopuolisen (mahdollisesti ammatillaisen) apua jotta menetyksen kokenut voi antaa itselleen luvan tarvita ja uskallusta pyytää sitä mitä tarvitsee.

Kolme tapaa joilla itsemurhan tehneen läheinen voi saada ulkopuolista apua ovat kriisiapu tai kriisiterapia, vertaistuki ja psykoterapia. Muitakin toki on. Käsittelen lopuksi lyhyesti näiden kolmen auttamismuodon mahdollisia rooleja itsemurhakriisissä.

Kriisiterapia on yleensä lyhytkestoista ja se kohdistuu tilanteeseen jossa ihmistä on kohdannut traumaattinen kriisi. Kriisiterapia on myös yleensä monimuotoisempaa ja aktiivisempaa kuin perinteinen psykoterapia. Siinä terapeutin aktiivisella tuella on suuri merkitys. Terapeutti tukee asiakasta tunteiden läpikäymisessä. Kriisiterapiassa pyritään lähestymistavasta riippuen käsittelemään tapahtunutta, keskustelemaan sen esiin nostamista asioista ja tunteista ja mahdollisesti rohkaisemaan trauman kokenutta kohtaamaan traumaan liittyviä asioita oireiden laajentumisen ehkäisemiseksi (HOITONETTI). Itsemurhakriisissä on nähdäkseni tärkeää antaa menetyksen kokeneelle tukea ja tietoa niissä tunteissa ja reaktioissa jotka ovat itsemurhan käsittelyssä tyypillisiä (häpeä, itsesyytökset, muiden syyttäminen, vihan tunteet) ja tukea häntä antamaan itselleen riittävästi aikaa niiden käsittelyyn.

Vertaistuki on tukea, jota saman kokemuksen läpikäyneet ihmiset antavat toisilleen. Itsemurhakriisissä monet niistä tarpeista joihin kriisiterapia vastaa voivat tulla osittain täytetyksi myös vertaistuen kautta. Vertaistuki tarjoaa mahdollisuuden käydä läpi tapahtumia ja niiden aiheuttamia tunteita sellaisessa ympäristössä, jossa muilla on sama tausta. Tässä ymmärryksessä kriisissä olevan ihmisen tarpeita ja tunteita kohtaan kumpuaa omasta kokemuksesta. Vertaistukijat eivät yleensä ole ammattilaisia, joten vertaistukiympäristö ei välttämättä ole hauraassa tilassa olevalle ihmiselle yhtä turvallinen kuin ammattilaisen antama tai ohjaama tuki. Tämän vuoksi tukiryhmissä tulisi olla ohjaajina ihmisiä, jotka ovat paitsi luonteeltaan sopivia myös jo melko pitkällä oman menetyksensä käsittelyssä.

Vertaistuki voi antaa vastauksen menetyksen kokeneen tarpeeseen merkityksellistä kokemusensa. Tämä voi tapahtua siirtymällä sopivassa vaiheessa tuen käyttäjästä tuen antajaksi tai organisoijaksi esimerkiksi vertaistukiyhdistyksen piirissä. Vertaistukitoiminta voi parhaimmillaan vastata niihin haasteisiin joita sekä sosiaalisen verkon kaventuminen että suunnitellun tulevaisuuden radikaali muuttuminen aiheuttavat. Vertaistuen piiristä saattaa löytyä sekä uusi sosiaalinen kenttä että uusi merkitys elämälle kohtalotovereiden auttajana. Monet itsemurhan tehneet ovat kuvanneet vertaistuen piiriin tuloaan sanoilla "oli kuin olisi tullut kotiin."

Läheisen itsemurhan kokenut saattaa tarvita pidempää psykoterapiaa mikäli kriisiterapia ei riitä

vapauttamaan hänen voimavarojaan niin paljon että hän kykenisi tukemaan itseään riittävästi tai siinä tapauksessa että kriisi herättää vanhoja, käsittelemättömiä traumoja. Minun nähdäkseni keskeisellä sijalla ovat tällöin oman itsen ja tämänhetkisen tilanteen käsittäminen tiedon ja tunteen eri tasoilla, keskeneräisten asioiden saattaminen loppuun (esimerkiksi aiempien traumojen ja itsemurhakriisin osalta) ja oman elämäkuvan työstäminen sellaiseksi että se muodostaa yhtenäisen, jokseenkin realistisen kokonaisuuden. Tämä voi parhaimmillaan palauttaa menetyksen kokeneen kontaktiin oman itsensä ja tämän hetken kanssa ja vapauttaa hänen voimavarojaan niin että hän pystyy yhä enemmän itse löytämään vastaukset omiin tarpeisiinsa.

Lopuksi

Läheisen itsemurha on traumaattinen menetys, josta kuntoutuminen on usein vaikea prosessi. Se vaatii ympäristön tukea ja aikaa. Usein lähiympäristön tuki kuitenkin on riittämätöntä johtuen muun muassa siitä, että itsemurha on vieläkin yhteiskunassamme häpeälliseksi koettu asia josta mieluummin vaietaan kuin puhutaan. Suruprosessia vaikeuttavat ympäristön paineiden lisäksi sosiaalisen lähiverkoston vaurioituminen ja menetyksen kokeneen omat kielletyt häpeän, syyllisyyden ja aggression tunteet.

Läheisen itsemurha vaikuttaa ihmisen minäkuvaan monella tavalla. Se saattaa rikkoa sosiaalisen verkoston varsin perusteellisesti, ja vaurioittaa niitä kontakteja jotka jäävät jäljelle - näin esimerkiksi jos itsemurhasta ei saa puhua. Lisäksi se vaurioittaa menetyksen koeneen kuvaa hänen elämästään.

Proessorientoituneen ajattelun mukaan elämä koostuu erilaisista prosesseista, jotka alkavat, jatkuvat ja loppuvat eri tasoilla. Elämäkaari voidaan nähdä yhtenä tällaisena prosessina, joka kannattelee montaa muuta, pienempää prosessia. Kun perustava prosessi hajoaa, siihen perustuvat pienemmät prosessit kärsivät myös. Miksi käydä töissä tai syödä kun elämä on menettänyt merkityksensä? Olennaisia asioita läheisen itsemurhasta toipuvalla ovat verkoston ja elämäkaaren työstäminen niin että kuva niistä vastaa todellisuutta. Tämän jälkeen menetyksestä toipuva voi suunnata voimavaransa asioiden korjaamiseen tai niihin sopeutumiseen.

Läheisen itsemurha saattaa aiheuttaa eräänlaisen pattitilanteen, jossa ympäristön tuki olisi välttämätöntä toipumiselle, mutta sosiaalinen lähiympäristö on niin vaurioitunut (mm. itsemurhan seurauksena) että se ei pysty tukemaan riittävästi. Tällöin ulkopuolinen apu on tärkeää, jopa välttämätöntä. Kriisiterapia voi auttaa läheisen itsemurhasta toipuvaa alkuun, niin että hän pääsee jaloilleen, pystyy ottamaan elämänsä ohjat käsiinsä ja jatkamaan suruprosessia tukeutuen itseensä ja lähiympäristöönsä. Vertaistukitoiminta voi tarjota menetyksen kokeneille tuen lisäksi uuden verkoston ja ja uuden tarkoituksen raiteltaan suistuneelle elämälle. Psykoterapiasta voi olla apua mikäli suruprosessi pitkittyy tai estyy esimerkiksi sen takia että tunteiden käsittely on liian vaikeaa, sosiaalisessa verkostossa on ratkaisemattomia asioita tai tapahtuma herättää vanhoja, käsittelemättömiä traumoja.

Lähteet

Cobain, Beverly, and Jean Larch 2006. Dying to Be Free: A Healing Guide for Families after Suicide. Hazelden. Center City, Minnesota.

Helen, Meggie 2002. Coping with Suicide. Sheldon Press. London. Horowitz, M. J. et al. 1993. Pathological Grief. Psychosomatic Medicine, 55, 270.

Kübler-Ross, Elisabeth ja David Kessler 2005. On Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of Loss. Scribner. New York.

Lukas, Christopher, ja Henry Seiden 2007. Silent Grief: Living in the Wake of Suicide. Revised edition. Jessica Kingsley Publications. London & Philadelphia.

Lönnqvist 1995: Itsemurha on epätoivoisen ratkaisu. Mielenterveys 34 (1995) : 2, s. 10-14. Suomen mielenterveysseura. Helsinki.

Perls, Frederick, Ralph Hefferline ja Paul Goodman 2006 (1951). Gestalt Therapy. Excitement and growth in the Human Personality. Souvenir Press. London.

Poijula, Soili 2002. Surutyö. Kirjapaja. Helsinki.

Silver, R. L. ja C. B. Wortman 1980. Coping with undesirable life events. In J. Garber & M. E. G. Seligman (Eds.) Human helplessness: Theory and Applications (pp. 273-340). Academic Press. New York,

Uusitalo, Tuula 2006. Miten päästä yli mahdottoman? Narratiivinen tutkimus itsemurhamenetyksistä. Lapin Yliopisto. Rovaniemi.

Verkkolähteet

FINDIKAATTORI 2010. Itsemurhat. <http://www.findikaattori.fi/10/> . Tilastokeskus 2009. Viitattu 11.3.2011.

HOITONETTI 2011. <http://www.hoitonetti.fi/hoidot/kriisiterapia/>. Hoitonetti 2011. Viitattu 19.3.2011.

SUPRE 2011. Suicide prevention (SUPRE). http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/. WHO 2011. Viitattu 19.3.2011.