

# Thanatos

ISSN 2242-6280, vol. 1 1/2012

© Suomalaisen kuolemantutkimuksen seura

## LÄHEISEN ITSEMURHA JA MINUUS

Mikko Lounela

### **Abstract**

Suicide of a loved one has multiple influences on person's life and her self-image. One perspective to these influences is to look at them through the person's field (or social network). Traumatic loss leaves a hole in the field and may break many indirect links in the network in addition to the immediate one that is lost by death. In addition, the stigmatizing effect of suicide may damage the social field in its entirety. Assuming that human self is (partly) function of the social field, this has direct consequences on the self of the person suffering the loss.

One of human beings' basic psychological needs is to maintain a meaningful image of her own continuum of life, including memories of the past, current moment and visions of the future. Many times, suicide of a close person makes a breakage in this continuum. The bridge between past and future breaks, belief in meaningful living is severely challenged. This is another way how traumatic loss has an impact on self-image.

Rebuilding the social network and the image of life-continuum can be seen as major parts of grief process. In this work, crisis therapy, peer support work and psychotherapy can have their own, partly overlapping but clearly distinct roles.

## **Johdanto**

Läheisen itsemurha muuttaa ihmisen kuvaa ja hänestä itsestään ja hänen elämästään monella tavalla. Yksi tapa nähdä nämä muutokset on katsoa niitä sen ympäristön kautta, jossa ihminen toimii. Läheisen äkillinen traumaattinen kuolema tekee sen kokeneen ympäristöön aukon ja saattaa katkaista yhden välittömän ihmissuhteen lisäksi useita siitä riippuvaisia välillisiä suhteita. Tämän lisäksi itsemurhan stigmatisoiva vaikutus saattaa vaurioittaa läheisen koko sosiaalista kenttää. Jos ajattelemme, että ihmisen minuus on osittain hänen sosiaalisen verkostonsa funktio, tämän verkoston vaurioituminen vaikuttaa välttämättä suoraan hänen minuuteensa.

Yksi ihmisen perustavista psykologisista tarpeista on pitää yllä mielekästä kuvaa omasta elämänkaaresta. 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 läheisen kuolema saattaa vaikuttaa sen kokeneen minäkuvaan.

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

Käsittelen tässä katsauksessa itsemurhan jälkeistä suruprosessia ja sen vaikutuksia minuuteen. Näkökulmani on psykoterapeuttinen ja viitekeh്യkseni on hahmoterapia. Psykoterapeuttiseen lähestymistapaan kuuluu mielestäni se, että teoreettista tietoa arvioidaan myös käytännön toiminnan kautta. Hahmoterapialle olennaista on minäkäsitys, jossa minuus nähdään toimintaympäristöön suhteutuvana prosessina eikä niinkään pysyvänä rakenteena (Perls ym. 2006, 373; Yontef 1993, 331-332). Minuus suhteessa toimintaympäristöön nähdään hahmoterapiassa kenttäteorian (ks. Lewin 1951) mukaisen kenttänä, kokonaisuutena, jonka kaikki osat ovat linkittyneet toisiinsa siten, että muutos kahden osan välisessä suhteessa muuttaa koko kenttää (Yontef 1993, 285-330).

Aluksi käsittelen aikaisemman kirjallisuuden perusteella itsemurhaa, suruprosessia ja itsemurhan vaikutuksia suruprosessiin. Tämän jälkeen käsittelen hahmoterapian näkökulmasta itsemurhan vaikutuksia läheisen minäkuvaan ja sosiaaliseen verkostoon ja minäkuvaan. Tämä osuus perustuu hahmoterapian taustateoriaan ja kokemuksiini itsemurhan tehneen läheisenä, vertaistukijana ja

psykoterapeutina. Lopuksi arvioin kriisiterapian, vertaistuen ja psykoterapian rooleja itsemurhan tehneen läheisen tukemistyössä edellä mainitun pohjalta.

## **Itsemurha**

Vuosittain maailmassa tekee itsemurhan lähes miljoona ihmistä. Viimeisen 45 vuoden aikana tilastoidut itsemurhakuolemat ovat lisääntyneet 60 %. Tämä luku ei 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 suurimpaan riskiryhmään kolmanneksessa maailman maista. Itsemurha on monitahoinen ilmiö, johon liittyy psykologia, sosiaalisia, kulttuurisia ja ympäristöön liittyviä tekijöitä. Alkoholiin ja mielenterveyteen liittyvät seikat ovat suurimpia riskitekijöitä läntisissä teollisuusmaissa. Aasian maissa puolestaan impulsiivisuudella ja itsemurhalla on merkittävä yhteys. (WHO 2011.)

Vuosittain 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 kuolinsyy Suomessa (alkoholi on yleisin) ja toiseksi yleisin kuolinsyy nuorilla miehillä. Vuonna 2009 yhteensä 1034 suomalaista teki itsemurhan. Kolme neljästä itsemurhan tehneestä oli miehiä (N=761). Lukumääräisesti itsemurhia tekevät eniten 45–54-vuotiaat. (Tilastokeskus 2009.) Osassa kuolemista ei voida päätellä, onko kuolema johtunut tahallisesta teosta. Tällöin kuolemat luokitellaan epäselviin tapauksiin. Näitä oli 96 vuonna 2009, miehiä 66 ja naisia 30. (Tilastokeskus 2011.) 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 noin 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 kuitenkin tällä hetkellä ulottua jopa 300 000 ihmiseen Suomessa. Lukua vähentää jonkin verran kuolleisuus ja se, että itsemurhilla on taipumus kasaantua. Noin neljännesmiljoona (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 saavat 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 vuodessa – tai jopa nolla. Itsemurha tilastoidaan kuolemansyiksi vain, jos se voidaan varmasti näyttää toteen. (Helen 2002.) Raja itsemurhan, itsetuhoisen käytöksen ja onnettomuuden välillä on häilyvä. Kuolemaan johtanut päämäärätietoinen, tuhoisa alkoholinkäyttö tai holtiton liikennekäyttäytyminen voitaisiin laskea "epäsuoriksi itsemurhiksi", jotka eivät löydy tilastoista itsemurhakuolemien kohdalta.

Itsemurhat yhdistyvät alkoholiin ja mielenterveyden häiriöihin. Itsemurhat Suomessa 1987 - hankkeessa kaikki Suomessa vuonna 1987 tehdyt itsemurhat tutkittiin haastattelemalla vastuullista terveydenhuoltohenkilökuntaa ja uhrien omaisia sekä tutkimalla hoitodokumentteja. Tulosten mukaan 93 prosentilla itsemurhan tehneistä oli diagnosoitu mielenterveyden häiriö, yleisimpänä masennus (66 %). Dokumenttien ja haastatteluiden perusteella arvioiden joka kolmas itsemurhan tehnyt olisi voitu diagnosoida persoonallisuushäiriöiseksi ja 39 prosentilla miehistä ja 18 prosentilla naisista olisi voitu diagnosoida alkoholiriippuvuus. Puolella itsemurhan tehneistä oli alkoholia veressä ruumiinavauksessa. (Lönnqvist 1995.)

### **Itsemurhan jälkeinen suruprosessi**

Läheisen kuolema käynnistää prosessin, jossa ihminen käsittelee menetystä ja sen seurauksia. Tähän prosessiin liittyy monenlaisia tunteita ja reaktioita, mutta kutsun sitä vakiintuneella nimellä suruprosessiksi (termi surutyö on myös yleinen). Yksi tapa käsitteistää 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 ihmistä puskuroimalla todellisuutta ja päästämällä sitä läpi vain sen verran kuin ihminen voi kerralla työstää. Kieltämisvaiheessa hänellä on tarve toistaa kertomusta tapahtumasta kerran

toisensa jälkeen ja kysyä sellaisia kysymyksiä kuin "miten" ja "miksi". Ihminen ymmärtää kuoleman 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 yritys muuttaa tapahtunutta surijan omassa mielessä. "Jos olisin tehnyt toisin"-tyyppiset ajatuskulut vievät hetkeksi vaihtoehtoiseen todellisuuteen, jossa läheisen kuolemaa ei ole tapahtunut. Tämä pakopaikka antaa ihmiselle lisää aikaa sopeutua menetykseen. Kuoleman jälkeinen depressio liittyy elämän tyhjiyteen ja tarkoituksettomuuteen. Elämä ja sen päämäärät on arvioitava uudestaan. Osasta vanhaa on luovuttava ja tähän liittyvä tyhjiys kohdattava ennen uuden rakentamista.

Viimeinen vaihe on läheisen kuoleman ja siihen liittyvän menetyksen hyväksyminen. Tähän vaiheeseen saattaa liittyä aggression väheneminen, suuntautuminen positiivisesti ja uuden suhteen luominen vainajaan. Suriija alkaa elää jälleen. Hän tunnistaa omia tarpeitaan ja pyrkii täyttämään niitä.

Kuoleman käsittely ei useinkaan ole näin suoraviivaista. Suruprosessi voi muodostua komplisoituneeksi tai patologiseksi. Suruprosessin komplisoituminen voi johtua esimerkiksi tarpeesta huolehtia muista menetyksen kokeneista. Komplisoitunut suru voi näyttäytyä pitkittyneenä kieltämisenä tai vainajan suhteettomana, pakkomielteisenä kaipauksena ja siihen liittyy usein masennusta. (Silver ja Wortman 1980.)

Patologinen suruprosessi voidaan kuvata vääristyneenä tai sairaalloisesti voimistuneena suremisena. Siihen voi liittyä kieltämistä, sopeutumisongelmia sekä toistuvia mielikuvia, ajatuksia, unia ja painajaisia. Patologisoitua suru alkaa turtuudella, hämmennyksellä ja jumittuneilla tunnereaktioilla, joita voivat seurata paniikkireaktiot tai uupumus sekä dissosiativiset reaktiot. Tätä saattavat seurata eristäytyminen, päihteiden väärinkäyttö, pakkomielteinen kuoleman ajattelu,

epätoivo ja pitkittynyt työkyvyttömyys. Kaikki nämä reaktiot heikentävät sopeutumista läheisen kuolemaan. (Horowitz ym. 1993.)

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

Itsemurhan tehneen läheinen kärsii suurella todennäköisyydellä 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 säikähdysherkkyys. (Lukas ja Seiden 2007.)

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 voimattomuuden, avuttomuuden, helpotuksen, melankolian, kaipauksen, luovuttamisen ja turhautumisen tunteita.
- Epävarmuus sisältää pelon, henkisen tuskan, kauhun, ahdistuksen, shokin, hämmennyksen, haavoittuvuuden, epätodellisuuden, tyytymättömyyden, kieltämisen, epäilyksen, salailun ja tunnevaihtelut.
- Itsesuojelun tarve sisältää suuttumuksen, vihan, katkeruuden, pettymyksen, raivon, syytökset 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 riittämättömyyden 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 helppous, halu ja kyky työstää tunteita.
- Ammattiapu – helppo saatavuus, matala kynnys 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.

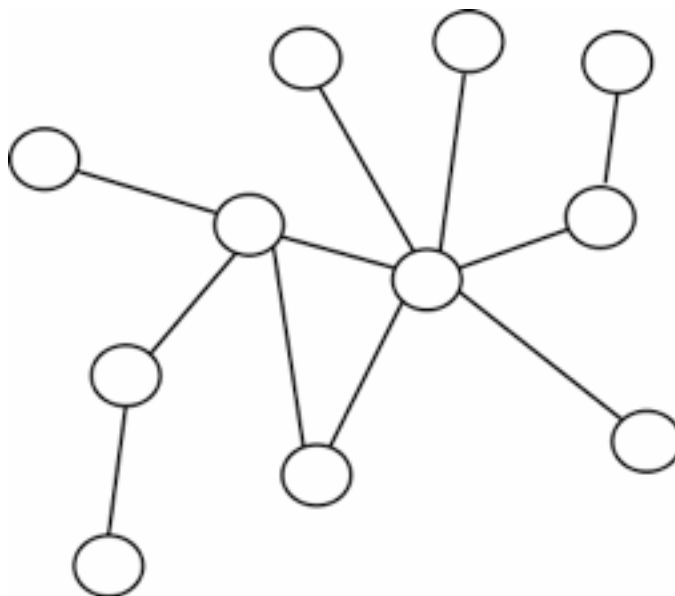
## Itsemurhan vaikutus minuuteen

### *Minuuden käsite*

Hahmoterapian taustateorian mukaan ihmistä ei voida erottaa hänen ympäristöstään. Pikemminkin päinvastoin, minuus (self) ilmenee kontaktifunktiona suhteessa siihen kenttään, jossa hän elää – muihin ihmisiin, eläimiin, esineisiin, myös omiin tunteisiin, käsitteisiin jne. Kurt Lewin määrittelee kentän seuraavasti: ”the totality of coexisting facts which are conceived of as mutually interdependent” (Lewin 1951, 240).

Muuttumatonta, kiinteää minää ei ole, vaan minuus muuttuu 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. Muutos kentässä muuttaa siis myös siihen kuuluvan ihmisen minuutta. (Perls ym. 2006; Yontef 1993, 326-342.) Tässä artikkelissa supistan kentän käsitettä ja keskityn kahteen sen osaan; ihmisen sosiaaliseen verkostoon ja hänen kontaktiinsa menneisyytensä ja tulevaisuutensa kanssa.

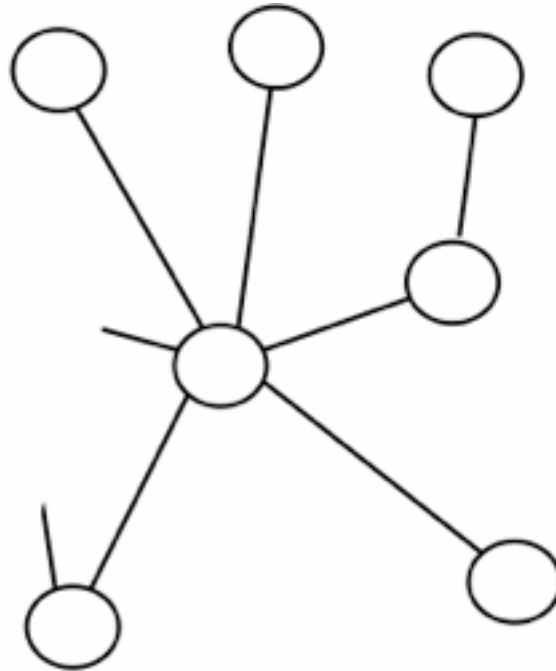
### Läheisen itsemurha ja sosiaalinen verkosto



Kuva 1. Sosiaalinen verkosto



Sosiaalisella verkostolla tarkoitan tässä ihmisen lähiympäristöä, kontakteja läheisiin. Kuvassa 1 on esitetty yksinkertaistettu malli sosiaalisesta verkostosta. Läheisen odottamaton kuolema jättää kenttään aukon ja muuttaa jäljelle jäävän minuutta radikaalisti ja pysyvästi. Kuva 2 havainnollistaa tätä. Vaikka kuvan keskushenkilöltä on poistunut vain yksi suora suhde, verkostosta on hävinnyt neljä solmukohtaa. Jos minus käsitetään toimintana verkostossa, voidaan ymmärtää, että traumaattinen menetys voi muuttaa ihmisen minuutta radikaalisti. Monet kuvaavat olotilaansa läheisen itsemurhan jälkeen sanomalla että "tuntuu kuin minusta puuttuisi jotain."

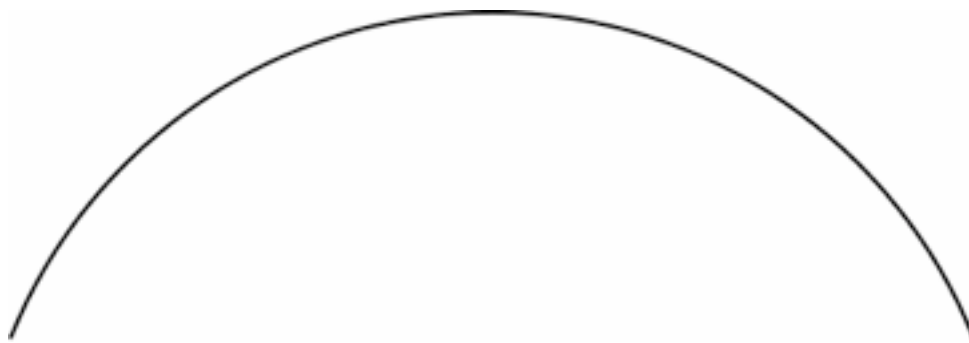


Kuva 2. Rikkoutunut verkosto

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 jälkeen sosiaalista verkostoa koettelevat lisäksi siihen usein liittyvät häpeä ja leimautuminen, jotka vaikeuttavat elämän uudelleenrakentamista. Yleisiä ovat myös kokemukset, joissa työtoverit, ystävät tai sukulaiset eivät pysty kohtaamaan läheisen itsemurhan kokenutta, vaan "häviävät" tragedian tapahduttua.

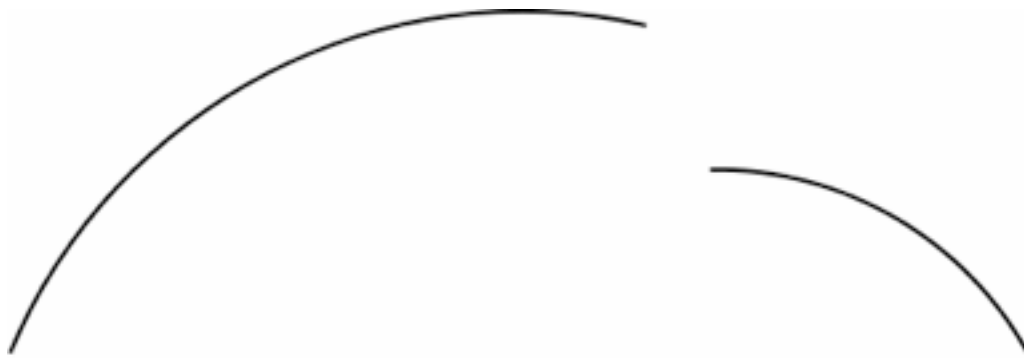
### Läheisen itsemurha ja kuva omasta elämästä

Toinen tärkeä minuuden rakentaja, johon läheisen itsemurha radikaalisti vaikuttaa, on ihmisen käsitys hänen elämästään kokonaisuutena, johon kuuluvat yhteen liittyvät menneisyys (muistot), tämä hetki ja odotettu tulevaisuus (suunnitelmat, unelmat jne.). Kuva 3 havainnollistaa ehjää elämänkaarta. Elämän kokonaisuuden tunne on oletukseni mukaan yksi ihmisen toimivan minuuden keskeisiä osia. Nimitän sitä tässä myös kuvaksi elämänkaaresta.



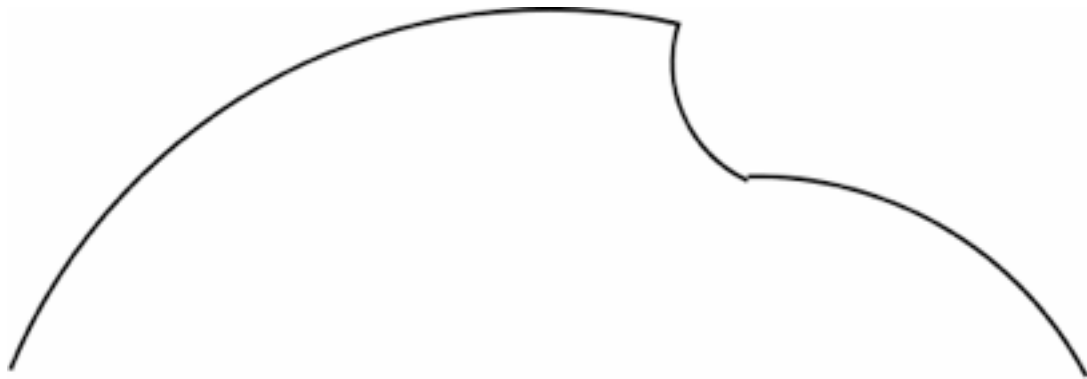
Kuva 3. Kuva elämänkaaresta

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



Kuva 4. Rikkoutunut elämänkaari

Läheisen itsemurhan jälkeen tehtävän uudelleenrakentamisen kannalta on tärkeää antaa elämäncuvan muokkautua jälleen kokonaiseksi. On tärkeää, että läheisensä kuoleman kokenut pystyy kohtaamaan kipeät muistonsa, tunnistaa tunteensa nykyhetkessä ja näkee tulevaisuudessa muutakin kuin tyhjyyttä. Uusiin olosuhteisiin sopeutunut elämäncuva ei ole samanlainen kuin elämäncuva ennen sen rikkoutumista. Tärkeää kuitenkin on, että sen osat ovat yhteydessä toisiinsa (kuva 5).



Kuva 5. Sopeutunut elämäncuuri

### **Traumaattisen menetyksen kokeneen tukeminen**

Olen edellisessä luvussa esittänyt kaksi tapaa, joilla läheisen traumaattinen menetys vaikuttaa ihmisen minään tai minuuteen. Yksi olennaisista seikoista on, että läheisen kuolema saattaa kaventaa sekä menetyksen kokeneen sosiaalista kenttää että tulevaisuuden näkymiä ratkaisevasti. Kun kuolema on itsemurha, asioita mutkistavat siihen liittyvät suruprosessia vaikeuttavat tekijät. Riskejä ovat suruprosessiin juuttuminen (patologinen suruprosessi), sosiaalisen kentän radikaali kaventuminen, jopa erakoituminen sekä elämäncuvan jääminen pirstoutuneeksi, jolloin ajat "ennen" ja "jälkeen" eivät kuulu samaan kokonaisuuteen. Läheisen kuoleman 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 tehneen läheisen surutyötä käsittelevä kirjallisuus (esim. Cobain ja Larch 2006; Lukas ja Seiden 2007) vahvistaa edellistä. Yhteenvedona voi sanoa, että sosiaalisesti läheisen itsemurhan kokenut tarvitsee ennen kaikkea riittävästi aikaa, tukea ja hyväksyntää. Prosessin edetessä hänelle saattaa tulla tarve auttaa muita samassa tilanteessa olevia ja tehdä näin omasta menetyksestään 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 läheisen kuoleman kokenutta kiirehtimään prosessissaan. Työterveyslääkäri saattaa määrätä lääkkeiden lisäksi vain kaksi viikkoa sairauslomaa. Kolmen kuukauden kuluttua kollegat olettavat, että surija on täydessä työkunnossa. Yli vuoden kestävä oireilu tulkitaan usein ammattilaistenkin piirissä pitkittyneeksi surutyöksi. Kuitenkaan 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 läheisen kuoleman kokeneella on lupa käydä läpi prosessin vaiheet ja niihin sisältyvät vaikeat tunteet. Aggressiolla, syyllisyydellä, katumuksella ja katkeruudella on oma tehtävänsä prosessissa, ja ne kaikki vaativat oman aikansa täyttääkseen sen. Itsemurhan jälkeisessä suruprosessissa apu ja tuki on 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, vaikka itse ovat tuen tarpeessa. Tällöin saatetaan tarvita ulkopuolisen (mahdollisesti ammattilaisen) apua läheisensä kuoleman kokeneelle ihmiselle ja hänen verkostolleen. Näin menetyksen kokeneet voivat antaa itselleen luvan tarvita ja he voivat myös saada uskallusta pyytää sitä mitä tarvitsevat.

Kolme tapaa, joista itsemurhan tehneen läheinen voi saada oman sosiaalisen verkostonsa ulkopuolista apua, ovat kriisiapu tai kriisiterapia, vertaistuki ja psykoterapia. Muitakin auttavia tahoja toki on, esimerkiksi terveydenhuollon henkilöstö ja seurakunnat. Käsittelen lopuksi lyhyesti ensin mainitsemani 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 2011.) Itsemurhakriisissä on nähdäkseni tärkeää antaa läheisen itsemurhan 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 ja saavat toisiltaan. Vertaistuki voi olla organisoitua tai organisoimatonta, ja sitä voidaan antaa monilla eri tavoilla, kuten yksilö- tai ryhmätukena, puhelimitse, kirjeitse tai internetin kautta (Surunauha 2012). Itsemurhakriisissä monet niistä tarpeista, joihin kriisiterapia vastaa, voivat tulla osittain täytetyksi myös vertaistuen avulla. Vertaistuki tarjoa mahdollisuuden käydä läpi tapahtumia ja niiden aiheuttamia tunteita sellaisessa ympäristössä, jossa muilla on sama tausta. Tässä ympäristössä ymmärrys kriisissä olevan ihmisen tarpeita ja tunteita kohtaan kumpuaa omasta kokemuksesta. Vertaistukijat eivät yleensä ole ammattilaisia, (vaikka heillä usein on jonkin verran asiaan liittyvää koulutusta ja mahdollisuus työnohjaukseen), joten vertaistukiympäristö ei välttämättä ole hauraassa tilassa olevalle ihmiselle yhtä turvallinen kuin ammattilaisen antama tai ohjaama tuki. Tämän vuoksi tukiryhmissä tulisi olla (ja usein onkin) ohjaajina ihmisiä, jotka ovat paitsi luonteeltaan sopivia myös jo melko pitkällä oman traumaattisen menetyksensä käsittelyssä.

Vertaistuki voi antaa vastauksen läheisen traumaattisen kuoleman kokeneen tarpeeseen merkityksellistä kokemusensa. Tämä voi tapahtua siirtymällä sopivassa vaiheessa tuen tarvitsijasta tuen antajaksi tai organisoijaksi esimerkiksi vertaistukiyhdistyksen piirissä. Vertaistukitoiminta voi parhaimmillaan vastata niihin haasteisiin, joita sekä sosiaalisen verkon kaventuminen että suunnitellun tulevaisuuden radikaali muuttuminen läheisen itsemurhan jälkeen aiheuttavat. Vertaistuen piiristä saattaa löytyä sekä uusi sosiaalinen kenttä että uusi merkitys elämälle kohtalotovereiden auttajana. Kokemukseni mukaan monet itsemurhan tehneet ovat kuvanneet vertaistuen piiriin tuloaan sellaisilla ilmaisuilla kuin "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 tasolla, 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 läheisen itsemurhan kokeneen kontaktiin oman itsensä ja tämän hetken kanssa sekä 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 yhteiskunnassamme 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. Työympäristö saattaa painostaa häntä palaamaan työhön täydellä teholla niin pian kuin mahdollista.

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 kokeneen kuvaa hänen elämästään. Pahimmillaan menneisyys, tämä hetki ja tulevaisuus eivät tunnu kuuluvan samaan kokonaisuuteen.

Prosessiorientoituneen ajattelun mukaan elämä koostuu erilaisista prosesseista, jotka alkavat, jatkuvat ja loppuvat eri tasoilla. Elämäankaari 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 elämäankaaren työstäminen niin, että kuva niistä vastaa todellisuutta. Tämän jälkeen läheisen kuolemasta toipuva voi suunnata voimavaransa asioiden korjaamiseen tai niihin sopeutumiseen.

Poijula (2002) esittelee vanhan ja uuden surutyön mallin. ”Vanha” käsitys surutyöstä tähtää palautumiseen ja elämän jatkumiseen unohtamisen kautta. Vainaja unohdetaan ja läheinen voi jatkaa elämäänsä uudessa tilanteessa. ”Uusi” käsitys surutyöstä painottaa sitä, että kuollutta läheistä ei unohdeta, vaan häneen muodostetaan uusi suhde, jossa muistoilla ja surulla on oma paikkansa. Suhde vainajaan pysyy menetyksen kokeneen mukana hänen elämänsä loppuun asti. Tässä esitetty kentän tai verkoston kautta ajateltu suruprosessi tarjoaa näkökulman, jossa läheisen kuoleman kokenut luo uutta suhdetta itseensä ja lähiympäristöönsä. Tämä merkitsee olennaista minuuden uudelleenrakentamista. Tämä sopii osaltaan yhteen sen tosiasian kanssa, että itsemurhan jälkeinen suruprosessi on erityisen pitkä ja kivulias.

Läheisen itsemurha saattaa aiheuttaa eräänlaisen pattitilanteen, jossa ympäristön tuki olisi välttämätöntä toipumiselle, mutta sosiaalinen lähiympäristö on niin vaurioitunut (mm. itsemurhan seurauksena, usein myös itsemurhaan johtaneiden syiden vuoksi) että se ei pysty tukemaan riittävästi. Tällöin ulkopuolinen apu sekä yksilölle että koko vaurioituneelle verkostolle 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 traumaattisen menetyksen kokeneille tuen lisäksi uuden verkoston ja uuden tarkoituksen raiteiltaan 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.

### **Kirjallisuus:**

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

Helen, Meggie, 2002. *Coping with Suicide*. London: Sheldon Press.

Hoitonetti, 2011. *Kriisiterapia*. [online] Saatavilla: <<http://www.hoitonetti.fi/hoidot/kriisiterapia/>> [luettu 19.3.2011.]

Horowitz, M. J. & Bonanno, B.A. & Holen, A., 1993. Pathological Grief: Diagnosis and Explanation. *Psychosomatic Medicine*, 55 (1993), s. 260—273.

- Kübler-Ross, Elisabeth & Kessler, David, 2005. *On Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of Loss*. New York: Scribner.
- Lewin, Kurt, 1951. *Field theory in social science; selected theoretical papers*. Toim. Cartwright, Dorwin. New York: Harper & Row.
- Lukas, Christopher & Seiden, Henry, 2007[1997]. *Silent Grief: Living in the Wake of Suicide*. London & Philadelphia: Jessica Kingsley Publications.
- Lönnqvist, Jouko, 1995. Itsemurha on epätoivoisen ratkaisu. *Mielenterveys* 34(1995): 2, s. 10—14.
- Perls, Frederick & Hefferline, Ralph & Goodman, Paul, 2006[1951]. *Gestalt Therapy. Excitement and growth in the Human Personality*. London: Souvenir Press.
- Poijula, Soili 2002. *Surutyö*. Helsinki: Kirjapaja.
- Silver, R. L. & Wortman, C. B., 1980. Coping with undesirable life events. Teoksessa: J. Garber & M. E. G. Seligman, ed., *Human helplessness: Theory and Applications*. New York: Academic Press, s. 273—340.
- Surunauha, 2011. *Surunauha*. [online] Saatavilla: <<http://www.surunauha.net/>> [Luettu 7.1.2012].
- Tilastokeskus, 2009. *Itsemurhat*. [online] Saatavilla: <<http://www.findikaattori.fi/10/> [Luettu 11.3.2011].
- Tilastokeskus, 2011. *Kuolemansyyt 2009*. [online] Saatavilla: <[http://www.stat.fi/til/ksyyt/2009/01/ksyyt\\_2009\\_01\\_2011-02-22\\_fi.pdf](http://www.stat.fi/til/ksyyt/2009/01/ksyyt_2009_01_2011-02-22_fi.pdf)> [Luettu 12.11.2011].
- Uusitalo, Tuula, 2006. *Miten päästä yli mahdottoman? Narratiivinen tutkimus itsemurhamenetyksistä*. Väitöskirja. Rovaniemi: Lapin yliopisto.
- WHO, 2011. *Suicide prevention (SUPRE)*. [online] Saatavilla : <[http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/)> [Luettu 19.3.2011].
- Yontef, Gary, 1993. *Awareness, Dialogue, and Process, essays on Gestalt therapy*. Highland, NY: The Gestalt Journal Press Inc.

**Mikko Lounela (FM, psykoterapeutti) on hahmoterapeutti, jolla on yksityisvastaanotto Helsingissä. Lisätietoja osoitteesta [www.hahmoterapia.com](http://www.hahmoterapia.com).**