

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveystieteiden osasto / Sosiaalialan koulutusohjelma

Mirja Heikkilä

” SE OLI MATKA ITSETUNTEMUKSEEN JA YSTÄVYYTEEN”

Tutkimus ADHD -liiton elämän- /arjenhallintakurssien vaikutuksista  
AD/HD -oireisten aikuisten elämään

Opinnäytetyö 2003

## TIIVISTELMÄ

### KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveystieteiden, Elimäki, Sosiaalialan koulutusohjelma

MIRJA HEIKKILÄ

Tutkimus ADHD -liiton elämän-/arjenhallintakurssien vaikutuksista AD/HD -oireisten aikuisten elämään

Työn ohjaaja

pt. tuntiopettaja Virve Remes

Opinnäytetyö  
Lokakuu 2003

113 sivua + 17 liitesivua

Avainsanat

AD/HD, tarkkaavaisuushäiriö, itsetuntemus, elämänhallinta, vuorovaikutus

Yhdysvalloissa AD/HD -oireyhtymä on yleisesti tunnettu. Suomessa oireyhtymän tuntemus on etenkin aikuisten kohdalla huomattavasti vähäisempää. Siksi käytän tutkimukseni viitekehystenä muualla maailmassa aiemmin julkaistuja tutkimuksia. Teoriassa on mukana elämänhallinnan näkökulma, lisäksi tarkastelen AD/HD:ta tunteiden säätelyn ja kiintymystyylin suhteen. Tutkimukseni tarkoitus on tuoda esiin AD/HD -aikuisten omaa näkökulmaa, kuvata konkreettisesti heidän elämän- ja arjenhallintansa pulmakohtia sekä tuen tarvetta niiden suhteen. Lisäksi tavoitteena on selvittää aikuisprojektin elämän-/arjenhallintakurssien vaikutuksia heidän elämäänsä.

Menetelminä käytettiin havainnointia, strukturoitua kyselyä sekä syventäviä haastatteluja. Kurssien vaikuttavuutta tutkittiin analysoimalla kurssien jälkeen lähetettyihin palautelomakkeisiin saadut vastaukset. Tutkimuksen haastatteluosuudet toteutettiin ADHD-liiton vuoden 2002 aikuisten elämän-/arjenhallintakursseilla, joille osallistui 18 henkilöä. Tutkimuksen luotettavuus on hyvä tutkitun ryhmän osalta, sillä vastausprosentiksi sekä kyselyn että palautteen osalta tuli 100%. Tutkimustuloksia ei voi pienen otannan tähden yleistää kaikkia Suomen AD/HD -aikuisia koskeviksi.

Tuloksista ilmeni, että suurimmat vaikeudet kurssilaisilla esiintyivät arjenhallinnassa ajanhallinnan, kodinhoidon ja raha-asioiden hallinnan vaikeuksina. Ihmissuhteissa puutteelliset vuorovaikutustaidot ja tunteiden hallinnan vaikeudet näkyivät ristiriitaisuuksina kaikkein lähimmissä ihmissuhteissa. Vaikeuksia esiintyi kuitenkin myös opiskelu- ja työympäristöissä. AD/HD -oireet ovat vaikeuttaneet haastateltujen elämänhallintaa, mikä tuli esiin lukuisina opintojen keskeytyksinä, osalla alisuoriutumisenä sekä koulutuksessa että työelämässä. Syventävissä haastatteluissa esille tuli lukuisia koulukiusaamiskokemuksia, työpaikkakiusaamista, negatiiviseksi muodostunutta vuorovaikutusta lapsuuden perheissä - lievimmillään rajoittamisen ja ylihuolehtimisen muodossa, pahimmillaan jatkuvan fyysisen ja psyykkisen väkivallan muodossa. Toisaalta rankat elämäkokemukset olivat kasvattaneet herkkyyttä ja empatiakykyä muita kohtaan sekä pakottaneet kehittämään luovia selviytymisstrategioita. Osalla kurssilaisista vaikeutena oli ainoastaan puutteellinen arjenhallintakyky.

Kurssien parhaaksi anniksi nousi kokemus vertaistuesta. Käytännön vaikutuksia olivat ajanhallinnan parantuminen sekä raha-asioiden hoitoon liittyvien asioiden selkiintyminen omaksi saadun kurssimateriaalin avulla. Luovien harjoitusten tuloksena kurssilaiset kertoivat itsetuntemuksensa kasvaneen. Muutama henkilö kertoi saaneensa varmuutta tulevaisuudensuunnitelmiinsa ja suurimmalle osalle kurssilaisista oli selvinnyt AD/HD -oireiden osuus omissa elämänhallinnan vaikeuksissa.

Tulosten perusteella voidaan päätellä, että AD/HD perinnöllisenä neurologisena häiriönä ei suosuisissa kasvuolosuhteissa välttämättä aiheuta ylitsepääsemättömiä ongelmia siihen liittyvien positiivisten ominaisuuksien -erityislahjakkuuksien, luovuuden ja sinnikkyuden vuoksi. AD/HD:n yhteydessä on kuitenkin olemassa huomattava riski vuorovaikutuksen kiertymisestä negatiiviseksi jo lapsuudessa. Diagnosoimaton AD/HD on riski elämänhallinnan ongelmien ja sitä kautta syrjäytymisen sekä psykiatrisen sairastavuuden suhteen.

## ABSTRACT

KYMENLAAKSO POLYTECHNIC  
Social Care Department

MIRJA HEIKKILÄ

A Research of the Influences of ADHD -Alliance's Courses for Life of Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Bachelor's Thesis

117 pages + 17 pages of appendices

Supervisor

Lecturer Virve Remes

October 2003

Keywords

attention deficit, self-knowledge, sense of control, interaction

My purpose is to investigate how AD/HD affects on adults's life and on their sense of coherence. I also wanted to make clear what kind of support they want to have to their difficulties. I got an opportunity to make a research for ADHD -alliance about the influences of their two courses on ADHD -adult's life.

I made my research by using structured questionnaire and interviews for fewer people, who took part to my investigation. I asked for their comments about influences of the courses afterwards with certain blanket and after that they were analyzed.

The reliability of this research is good, because all the participants in courses answered both to the structured questionnaire and to the questions in blanket, which were sent afterwards. Because there were just 18 people in those courses, results can't be generalised to all AD/HD -adults in Finland.

The results showed, that the biggest difficulties are in coping with everyday life in coping with time, things with money and doing homework. Relationships with the closest people are the most difficult. Problems in interaction with other people make everyday life hard for some AD/HD

-adults. The investigated group have had several interruptings in their studies and problems in having a proper or stable workplace. There were also difficulties with physical and mental health. In other hand some of these people have learned much about their experiences and they have become openminded, emphatic and their strategies in coping with life were very creative.

Participants felt, that they got much support because of the courses. The best experience was meeting same kind of people. It made them less vulnerable for other people's opinions and gave more self confidence. Creative sessions on courses were appreciated. The participants felt, that they learned much about themselves and about their possibilities in future. Coping with time and money had become better for some of participants because of the learningmaterial they got from a course.

Interviews made clear that there is a considerable risk with AD/HD: If interaction between a child and parents changes to negative way, the influences on child's self-confidence and coping with other people can be deficient. If the circumstances in childhood family or in the living environment are unsafe and scaring, the symptoms of AD/HD will become worse and complicated. Undiagnosed Attention Deficit Hyperactivity Disorder is a big risk for difficulties in coping with life in adulthood and it's also risk for mental illnesses, especially for depression.

## ESIPUHE

Entinen Suomen MBD -liitto, vuoden 2003 alusta AD/HD -liitto, on valtakunnallinen järjestö, joka edistää ja tukee AD/HD -oireisten henkilöiden kuntoutusta, koulutusta, hoitoa, kasvatusta ja persoonallisuuden kehitystä. Liitto toimii AD/HD -oireisten ja heidän omaistensa, opetus-, kasvatus-, sosiaali- ja terveystalouden ammattilaisten sekä muiden AD/HD:sta kiinnostuneiden yhdyssiteenä. Liiton tehtäviin kuuluu tiedottaminen, esitysten ja anomusten tekeminen viranomaisille sekä lausuntojen antaminen toimialaansa kuuluvista asioista. Lisäksi liitto harjoittaa ja tukee AD/HD -oireisten asemaa koskevaa tutkimusta sekä toimii yhteistyössä muiden järjestöjen kanssa. Liitto tukee myös AD/HD -oireisten lasten ja nuorten perus- ja ammattikoulutusta sekä aikuisiän kuntoutusta järjestämällä sopeutumisvalmennuskursseja ja muuta koulutusta. Aikuisprojekti on vuoden 2000 keväällä käynnistynyt aikuisten AD/HD -oireisten henkilöiden kuntoutuskäytäntöjen kehittämiseen ja ammattihenkilöstön kouluttamiseen keskittynyt projekti. ADHD -liitto onkin panostanut viime vuosina tekemään tutuksi myös aikuisten AD/HD -oireyhtymää. Kuntoutuskurssien vaikutusten tutkiminen on osa tätä tavoitetta.

Tutkimukseni toteuttamiseen olen saanut arvokkaita neuvoja aikuisprojektin ohjaajalta Kirsi Saukkolalta. Ohjaajani Virve Remes antoi vinkkejä työn sisällön suhteen ja kannusti välin liian suurelta tuntuvan urakan kanssa. Haastattelujen sovittamisessa tiukkaan kurssiohjelmaan minua avustivat Tuusulan kurssien työntekijät. Työn ulkoasun viimeistelyssä sain tukea ADHD -liiton kurssityöntekijänä ja -johtajana toimivalta Päivi Pietiläiseltä. Kiitän heitä kaikkia avusta ja tuesta!

Suurin kiitos kuuluu kuitenkin kursseille osallistuneille. Ilman heidän rohkeuttaan tuoda esiin kipeitäkin asioita, ei tätä tutkimusta olisi koskaan syntynyt. Kaikki kurssilaiset osallistuivat ennakkoluulottomasti tutkimukseen motivoituneina oman asiansa edistämiseen. Tutkimuksen parhain anti onkin mielestäni haastattelumateriaalin pohjalta muodostuva konkreettinen kuva AD/HD -aikuisen arjesta. Toivon opinnäytteeni lisäävän ymmärrystä AD/HD:ta kohtaan ja edistävän sosiaalialan ammattilaisten tietämystä asiasta.

Artjärvellä 12.10.2003

Mirja Heikkilä

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO	7
2 SUOMEN ADHD -LIITON AIKUISPROJEKTI	9
2.1 Tutkimusaihe	9
2.2 Taustaa tutkimusaiheen valinnalle	9
2.3 ADHD -liiton kehittämät kuntoutusmenetelmät	10
2.3.1 Kuntoutuksen tausta-ajatus ja tavoitteet	10
2.3.2 Elämän- ja arjenhallintakurssit	14
2.3.3 Coaching	15
2.3.4 Vertaistuki	16
3 KESKEISET KÄSITTEET ADHD -TUTKIMUKSESSA	17
3.1 Tarkkaavaisuus, MBD, AD/HD, ADD sekä liitännäisoireet	17
3.2 Neuropsykologinen ja käyttäytymisgeneettinen tutkimus	20
3.3 Emootioiden säätely, kiintymystyyli ja elämänhallinta	21
4 TUTKIMUKSIA AD/HD -OIREYHTYMÄSTÄ	22
4.1 AD/HD:n historia sekä neurologiset, biologiset ja sosiaaliset taustatekijät	24
4.1.1 Aivojen herätevasteet	27
4.1.2 Neuropsykiatriset tutkimukset	27
4.1.3 AD/HD:n psykiatriset liitännäisoireet	28
4.1.4 AD/HD:n neurologiset liitännäisoireet ja toimintahäiriöt	31
4.1.5 Psykososiaaliset riskitekijät AD/HD:ssa	34
4.2 ADHD :n vaikutus elämänkulkuun	35
4.2.1 Toiminnanohjauksen vaikeudet	36
4.2.2 Tunteiden säätely palvelee toiminnanohjausta	37
4.3 Kiintymystyyli ja sen merkitys	40
5 ELÄMÄN- / ARJENHALLINTA ADHD -OIREISILLA	44
5.1 Elämänhallinnan määritelmiä ja edellytyksiä	45
5.2 Kriisi - elämänhallinnan koetinkivi	47
5.3 Tutkimuksia elämänhallinnasta	49
6 TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TUTKIMUKSEN TAVOITTEET	52
7 TUTKIMUSMENETELMÄN VALINTA	52

7.1 Kohderyhmän ja työn toimeksiantajan tarpeiden huomioiminen	53
7.2 Kyselylomakkeen teko ja esitestaus	54
7.3 Kurssipalautteen kerääminen	54
8 TULOSTEN ANALYSOINTI	55
8.1 Tutkimuksen toteutustapa	56
8.2 Tulosten luotettavuus	57
9 TUTKIMUSTULOKSET	58
9.1 Arjenhallinta	60
9.2 Itsetuntemus	62
9.3 Vuorovaikutustaidot	65
9.3 Vanhemmuus	68
9.4 Yhteenvedoa tuloksista	70
10 HAASTATTELUN ANALYYSI	76
10.1 Haastateltujen kokemus AD/HD:n vaikutuksista omaan elämään	76
10.2 Tunteiden hallinta	78
10.3 Kiintymystyyli	80
10.3.1 Itsetunnon puute turvattoman kiintymyksen taustalla	80
10.3.2 AD/HD -naiset ja -miehet perheessä ja parisuhteessa	82
10.4 Kommunikointi addiperheessä	83
10.5 Elämänhallinnan tunne	85
10.5.1 Diagnoosin saamisen vaikutus hallinnan tunteeseen	88
10.5.2 Elämänarvojen vaikutus hallinnantunteeseen	88
11 KURSSILAISTEN KOKEMA TUEN TARVE	89
11.1 Onnelan viikonloppukurssin vaikutukset	91
11.2 Onnelan arkikurssin vaikutukset	94
11.3 Coachilta eli luotsilta/ohjaajalta saadun tuen merkitys	97
11.4 Vertaisryhmän tuen merkitys	98
12 POHDINTA	100
13 JATKOTUTKIMUSAIHEITA JA SUOSITUKSIA TYÖN TILAAJALLE	107
14 LÄHTEET & LIITTEET	109

## JOHDANTO

AD/HD -oireyhtymää, tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriötä on aikuisten osalta Suomessa tehty tunnetuksi viime vuosina ADHD -liiton ja vuonna 2002 perustetun AD/HD -aikuiset ry:n toimesta. Lasten kohdalla aiemmin MBD -nimikkeellä tunnettu oireyhtymä alkaa olla tuttu, mutta aikuisoireyhtymän tunnistaa Suomessa vain muutama psykiatri ja neurologi. Kuitenkaan AD/HD:hen ei äkillisesti ”sairastuta” vaan se on elinikäinen, vahvasti perinnöllinen häiriö, joka johtuu etupäässä neurologisista tekijöistä. AD/HD ilmenee ylivilkkautena ja impulsiivisuutena tai keskittymättömyytenä ja flegmaattisuutena (aloitekyvyttömyytenä) tai näiden yhdistelmänä tilanteesta riippuen.

Uusi tutkimustieto AD/HD -oireiston pysyvyydestä aikuisuuteen 60%:lla tapauksista on saanut ADHD-liiton panostamaan aikuisten oireyhtymän tunnetuksi tekemiseen ja hoitokäytäntöjen kehittämiseen Aikuisprojektin muodossa. Aikuisprojektin tavoitteena on kehittää uusia kuntoutusmalleja AD/HD -aikuisille ja kuntoutumisen avulla parantaa heidän mahdollisuuksiaan selviytyä paremmin opiskelu - ja työelämän haasteista. Suomessa psykiatrian erikoislääkäri Matti Wallin on johtava asiantuntija AD/HD:hen liittyvissä koulutustilaisuuksissa. Aivotutkija Anne Lehtokoski on niin ikään perehtynyt aikuisoireyhtymään.

AD/HD on viime aikoina noussut otsikoihin lasten stimulanttilääkityksen lisääntymisen myötä. Virheellisesti amfetamiinijohdannaiseksi kuvatun lääkkeen käyttö osana AD/HD -oireisten kuntoutusta herättää vahvoja tunteita, joiden varjoon uhkaa jäädä moni oleellinen asia AD/HD:n hoidosta. Hoitamattomana AD/HD lisää päihderiippuvuuden kehittymisen riskin kolminkertaiseksi ns. normaaliin henkilöön verrattuna. (Wilens, Biederman & Spencer 2002, 113.) Lisäksi se lisää käytöshäiriöiden ja asosiaalisen käytöksen riskiä sekä altistaa masennukselle. Pahimmillaan hoitamaton AD/HD kehittyy persoonallisuushäiriöksi tai johtaa rikollisuuteen ja syrjäytymiseen. (Michelsson ym. 2003, 69,74.) AD/HD:hen liittyvää rikollisuutta on tutkittu Ruotsissa ja Yhdysvalloissa. Wallinin (2003) mukaan lääkkityksen mahdollistaminen sitä välttämättä tarvitseville, sekä psykososiaalisen kuntoutuksen ja asiallisen hoidon järjestäminen AD/HD -oireisille, on kansantaloudellisesti järkevämpää kuin hoitamattoman AD/HD:n seurauksista aiheutuvista kustannuksista huolehtiminen.

AD/HD:n periytyvyys vaihtelee 70-90%:n välillä riippuen siitä, onko se toisen vai molempien vanhempien perimässä (Amen, 2000). Niinpä seuraava AD/HD -sukupolvi kasvaa arviolta 100 000 - 200 000 diagnosoimattomien AD/HD -aikuisten perheissä (Wallin, 2003). Arviot tarkkaavaisuus-häiriöisten aikuisten määrästä vaihtelevat, koska diagnoosin tekeminen on vaikeaa. Arvion mukaan AD/HD on yhtä yleinen kuin astma. Aikainen diagnosointi, kuntoutus ja tarvittaessa lääkehoito ehkäisevät ongelmien monimuotoistumista.

Lasten MBD:hen aiemmin perehdyttyäni kiinnostuin projektityön opintoja ADHD -liiton Aikuisprojektiin tehdessäni aikuisoireyhtymästä - onhan se haaste sosiaali- ja terveystalouden ammattilaisille. Tutkimuksellani pyrin lisäämään tietämystä AD/HD:sta omalla alallani. Sain mahdollisuuden toteuttaa tutkimukseni ADHD -liiton kahdella ensimmäisellä kuntoutuskurssilla vuoden 2002 kesä- ja lokakuussa. Tutkimukseni tarkoitus on tuoda esiin AD/HD -aikuisten omaa näkökulmaa, kuvata konkreettisesti heidän elämän- ja arjenhallintansa pulmakohtia sekä tuen tarvetta niiden suhteen. Lisäksi tavoitteena on selvittää aikuisprojektin elämän-/arjenhallintakurssien vaikutuksia heidän elämäänsä.

Tutkimuksessa tarkkaavaisuushäiriötä kuvaavia käsitteitä ovat AD/HD, ADD, MBD sekä niihin liittyvät liittännäisoreet eli komorbiditeetit. AD/HD -käsite kuvaa tutkimuksessa ylivilkasta eli hyperaktiivista tai AD/HD:ta, jossa on piirteitä sekä ylivilkkaasta /impulsiivisesta että hypoaktiivisesta (alivilkkaasta) ADD:stä. ADD kuvaa yksinomaan hypoaktiivista eli inattentiivista alamuotoa. MBD -termiä käytettäessä oireyhtymään liittyy myös neurologisia liittännäisoreita kuten oppimisvaikeuksia ja motoriikan ongelmia. Tulosten kerronnassa käytän ilmausta ”addi” ja ”addiperhe”. Ne ovat sanoja, joita AD/HD -oireiset käyttävät itsestään ja perheestään.

Tutkimuskohteita ovat emootioiden eli tunteiden säätely, vuorovaikutus, kiintymystyyli sekä elämänhallinnan eri osa-alueet. Tuloksia peilaan muualla tehtyjen tutkimusten tuloksiin, jotka esittelen teoriaosassa. Palautetta kysyin tavoitteenani saada selville, oliko kurssien aikana syntynyt toivottua itsereflektiota eli itsehavainnointia. Itsereflektiolla tarkoitetaan heräämistä itsetutkiskeluun - henkilö arvioi silloin omia ominaisuuksiaan kriittisesti ja rakentavasti. Itsetuntemus ei voi lisääntyä ilman havahtumista omien - kipeidenkin asioiden suhteen. Itsetuntemuksen kasvu on puolestaan edellytys impulssien kontrolloimiselle ja sitä kautta hallinnan tunteen kasvulle. Kurssien pituus, 3-5 päivää, rajoittaa mahdollisuuksia vaikuttaa konkreettisesti arjenhallintaan.



Vaikutuksia haetaan myös osallistujien oman kuntoutumismotivaation lisäämisen kautta, kun ajallisesti pitkäkestoisia kursseja ei ole mahdollista järjestää olemassa olevien resurssien puitteissa.

## 2 ADHD -LIITON AIKUISPROJEKTI

MBD / AD/HD -aikuisten vertaistuen ja hoitokäytännön kehittämishanke käynnistyi Suomessa 26.3.2001 pilottiprojektina. Projektin tavoitteina ovat tukiryhmien perustaminen ADHD -liiton paikallisyhdistysten alaisuuteen, tiedotus- ja koulutus-tilaisuuksien järjestäminen sosiaali- ja terveysalan henkilöstölle sekä elämänhallinnan kurssien järjestäminen ADHD -oireisille. Projektin puitteissa ADHD -liitto kehittää kuntoutusmenetelmiä aikuisille AD/HD -oireisille henkilöille. Elämän-/arjenhallinnan kurssit ja coachien eli luotsien kouluttaminen ovat menetelmiä, joilla AD/HD -oireisten aikuisten kuntoutumismahdollisuuksia edistetään. (Saukkola 11.9.2002.) Minun tutkimuksestani lähtee referointi projektin rahoittajalle. Tutkimukseni tarkoitus on tuottaa tietoa projektin jatkamisen tarpeellisuudesta tai tarpeettomuudesta. Kts. Liite 1.

### 2.1 Tutkimusaihe

Tutkimuksessani kartoitan ADHD -liiton Aikuisprojektin kahden ensimmäisen elämänhallintakurssin osalta tarkkaavaisuushäiriön vaikutuksia kurssilaisten elämään ja arjenhallintaan sekä heidän tarpeitaan tuen suhteen. Palautteen muodossa kartoitan kurssin vaikutuksia niille osallistuneiden elämään. Kysyn palautteessa myös kokemuksia vertaisryhmätoiminnasta ja coachin käytöstä. Aikuisiän AD/HD:sta ei Suomessa ole tehty tutkimuksia, joten keräämäni tieto on aihealueen tunnetuksi tekemisen kannalta merkittävää. Itse voin hyödyntää tietoa AD/HD -perheen elämästä työssäni erityislasten parissa. AD/HD on vahvasti periytyvä ja perheen aikuisilta se diagnosoidaan usein vasta lasten saatua diagnoosin.

### 2.2 Taustaa tutkimusaiheen valinnalle

Suoritin syksyn 2001 ja kevään 2002 aikana 80 tunnin projektityön opintoni ADHD -liiton Aikuisprojektissa. Osallistuin mm. vertaisryhmätoimintaan ja työstin ensimmäisen kurssin sisältöjä. Tehtävää varten perehdyin kirjallisuuteen AD/HD:n ongelma-alueista ja coaching -menetelmistä Englannissa ja Yhdysvalloissa. Aiemmin hankittu

tietämykseni lasten MBD -oireyhtymästä auttoi ymmärtämään oireiden kirjoa aikuisuudessa. Keväällä 2001 olin ADHD -liiton toimistossa töissä kahtena päivänä tekemässä mm. lukujärjestystä kurssille projektisuunnittelijan apuna. Etätöinä tein muita projektiin liittyviä tehtäviä, mm. esitteen aikuisiän AD/HD:sta.

### 2.3 ADHD -liiton kehittämät kuntoutusmenetelmät

ADHD-liiton kehittämiin kuntoutusmenetelmiin kuuluvat elämän- ja arjenhallinnan kurssit, coaching (valmennus, luotsaus) sekä vertaistukiryhmät AD/HD -aikuisille. Kursseilla toteutetaan psykososiaalista ryhmäkuntoutusta kokonaisvaltaisen kuntoutuskäsityksen pohjalta. Coaching-menetelmän tuomisella Suomeen ADHD-liitto pyrkii vastaamaan neuvontatyyppisen ohjaustyön tarpeeseen AD/HD -aikuisten kohdalla. Vertaisryhmille liitto on etsinyt alkuun ryhmänvetäjiä ja avustanut ryhmien pelisääntöjen luomisessa. Pitemmällä tähtäimellä vertaisryhmien odotetaan toimivan ilman ulkopuolista vetäjää. Suomessa oli toiminnassa muutama vertaisryhmä jo ennen Aikuisprojektin alkua mm. Porissa ja Helsingissä.

#### 2.3.1 Kuntoutuksen tausta-ajatus ja tavoitteet

Kuntoutuksella tarkoitetaan toimintakyvyn palauttamista, jolloin käsitteeseen sisältyy oletus, että yksilön toimintakyky on syystä tai toisesta heikompi kuin ns. terveillä tai normaaleilla ihmisillä. Normaalius on taas suhteessa kussakin yhteiskunnassa vallitseviin käsityksiin. Meillä sosiaalipoliittisiin arvoperusteisiin sisältyy ihmisen aktivoiminen yhteisen hyvinvoinnin edistämisen nimissä. Meillä oletetaan kansallisen hyvinvoinnin riippuvan työvoiman taidoista ja vastavuoroisuuden periaatteen ajatellaan hallitsevan kaikkea yhteisöllistä elämää. (Puumalainen & Vilkkumaa 2001, 27.) Käytännössä tämä tarkoittaa pohjoismaista uskoa työnteon, koulutuksen ja toinen toisistaan huolehtimisen hyvinvointia ylläpitävään voimaan. Kuntoutuksen tarkoitus on edistää tai palauttaa ihmisten työ- ja oppimiskykyä, jotta he kykenisivät paremmin huolehtimaan sekä itsestään että muista. Kuntoutuksen myötä myös heidän kykynsä hyödyttää yhteiskuntaa kohenee. On kyseessä sekä yhteisön että yksilön etu. Keskeistä kuntoutuksessa on tarpeen määrittely ja se, kuka tarvetta määrittelee. Yksilön ja yhteisön kannalta tarpeissa on eroa ja asiantuntija ajattelee kuntoutustarvetta omasta näkökulmastaan. Mikäli tarve lähtee yksilöstä, voi olettaa hänen olevan motivoitunut työskentelemään oman kuntoutumisensa hyväksi. Miten käy motivaation, jos tarvetta aletaan määritellä ulkoa käsin, hyvää tarkoittavan holhoamisen nimissä? Kuka määrittelee sen paremman

huomisen, mihin kuntoutuksella pyritään ja mitä se pitää sisällään? Tässä on kyse myös erilaisuuden hyväksymisestä ja erilaisista elämäntavoista, etenkin kun on kysymyksessä elämän- ja arjenhallintaan liittyvästä kuntoutuksesta. (Alfthan, 2003.)

Tarkkaavaisuushäiriöisten kuntoutusta voidaan tarkastella mielenterveyskuntoutuksen käsitteen alla. Kuntoutus voidaan jakaa lääketieteelliseen, ammatilliseen, kasvatukselliseen ja sosiaaliseen kuntoutukseen. Niitä ei voi toteuttaa erillisinä osioina, vaan ne nivoutuvat yhteen. Nykyisin vallalla oleva holistisuuden käsite tukeutuu kaikkien elämän osa-alueiden huomioimiseen. Ihmisen terveydentilaan vaikuttavat myös monet sosiaaliset seikat kuten sosiaalinen tuki, ihmissuhteet ja kulttuuriset seikat. Käsitusten muuttumisesta huolimatta mielenterveyskuntoutustakin määritellään vieläkin hyvin pitkälle sairauskeskeisesti. Tästä seuraa asiantuntijakeskeisyyden korostumista, jolloin asiakkaan ääni ja todelliset tarpeet jäävät helposti kuulematta. (Riikonen, Nummelin & Järvikoski, 1996, 19-20.)

Asiakaskeskeisyydellä ja asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan sitä, että vastuu päätöksistä siirretään mahdollisimman pitkään asiakkaalle. Tähän asiakas tarvitsee rohkaisua. Silloin työntekijän rooli on ennemminkin valmentajan kuin hoitajan rooli (Alfthan, 2003). Asiakaskeskeisyyden lähtökohtana on pidettävä asiakkaan kykyä ja halua ottaa vastuuta ja tehdä päätöksiä omasta kuntoutuksestaan. Tätä päämäärää kuvataan myös valtauttamisen (empowerment) käsitteellä. (Riikonen ym. 1996, 21.) Jos asiakas ei olekaan halukas tai kykenevä ottamaan vastuuta, antaako se luvan luopua asiakaslähtöisyydestä? Voiko asiantuntija silloin määrittää kuntoutuksen tavoitteet asiakkaan puolesta? Mikä on asiakkaalle ja yhteisölle parempi ja laadukkaampi elämä? (Alfthan, 2003.)

Kokonaisvaltaisessa kuntoutuksessa on kyse sekä terveydellisiin että sosiaalisiin ongelmiin puuttumisesta, mikä taas edellyttää useiden asioiden huomioimista. Lääketieteellinen tieto ja lähestymistapa ei silloin riitä. Asiakkailta on erilaisia sosiaalisia taustoja ja he elävät erilaisissa ympäristöissä. (Talo, Wikström & Metteri 2001, 55.) Kun kuntoutuksen lähtökohtana on kokonaisvaltainen auttaminen ja päämääränä parempi ja hallitumpi elämä, on ajateltava kuntoutusta psykososiaalisesta näkökulmasta. Silloin asioiden moniulotteinen huomiointi on mahdollista. Riikosen (1996) mukaan tärkeitä haasteita mielenterveyskuntoutukselle ovat moni-ammattisuus, yhteistyön ja palvelujen yhdistämisen parantaminen, kuntoutujalähtöisyyden lisääminen sekä varhaiskuntoutuksellisen toiminnan ja normaalisuuslähtöisyyden lisääminen. Näihin tavoitteisiin päästäisiin erilaisen kokeilu ja arviointitoiminnan kehittämisellä. Kun kuntoutustoimin-

ta muuttuu monimuotoi-semmaksi, tarvitaan myös monipuolista osaamista ohjaustyöhön. Tämä asettaa haasteita ohjaus- ja neuvontatyön koulutukselle. Psykologislääketieteellinen osaaminen ei enää riitä, koska monipuolisessa ja voimavaruusautuneessa ohjaustyössä tarvitaan toisenlaista osaamista. Counselling-tyyppistä neuvovaa ohjaustyötä on opittava arvostamaan terapiatyön rinnalla. (Riikonen ym. 1996, 66.)

AD/HD -liiton elämän-/arjenhallintakursseilla on hyödynnetty monialaista osaamista ohjaajia valittaessa. Psykososiaalista ryhmäkuntoutusta on toteutettu monen eri alan osaajan taitoja yhdistämällä. ADHD -liiton Suomeen tuoma Coaching -kuntoutusmalli (valmennus, luotsaus) puolestaan edustaa juuri edellä kuvattua counselling-tyyppistä ohjaustyötä ja palvelee hyvin kokonaisvaltaisen kuntoutuksen tarpeita.

Tarkkaavaisuushäiriöisten kuntoutus on mahdollistunut kuntoutuskäsityksen yhteiskunnallisen muutoksen myötä. Suomessa on viime vuosikymmeninä tullut uusia asiakasryhmiä kuntoutuksen piiriin, koska kuntoutus on laajentunut koskemaan myös toimintakykyä edistävää ja ylläpitävää toimintaa. Kuntoutuksen sairauskäsitys on laajentunut, nykyään kuntoutetaan myös tilanteissa, joissa toimintakyky on heikentynyt ilman, että henkilöllä on diagnosoitua sairautta tai vammaa. Laaja-alainen kuntoutuskäsitys ymmärtää kuntoutuksen sairauden aiheuttamien haittojen vähentämisen ja ehkäisyksi lisäksi fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn, hyvinvoinnin ja elämänhallinnan parantamisena. Tällainen kuntoutuskäsitys mahdollistaa myös syrjäytymisuhan alaisten ryhmien kuntoutuksen. (Kallanranta, Rissanen & Vilkkumaa (toim.) 2002, 32-35.)

Tausta-ajatuksena arjen- ja elämänhallinnan tukemisessa on selkeiden raamien löytyminen elämänhallinnan tueksi. Näihin raameihin kuuluu selkeästi määritellyt päämäärät, tavoitteet ja arvot, päivittäisen elämän juoksevien asioiden hoitaminen sekä ajankäytön järjestäminen olennaisiin asioihin. Sovituista tapaamisista on pidettävä kiinni ja huolehdittava päivän työstä ja päivittäisistä rutiineista. (Saukkola 11.9.2002.)

Kuntoutuksen taustalla on kolmijakoinen ihmiskäsitys, jossa ihmisen toimintakykyä ja hyvinvointia tarkastellaan olemassaolevien fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten edellytysten pohjalta siinä sosiaalisessa ympäristössä, jossa ihminen elää. Yksilön toimintakyvyn fyysiset ja psyykkiset edellytykset toteutuvat myönteisesti vain hänelle sopivassa sosiaalisessa ja kulttuuris-poliittisessa ympäristössä; toisaalta toimintakykyä mahdollistavat sosiaaliset toimenpiteet voivat tukea kuntoutumista vain yksilön olemassaolevien fyysisten ja psyykkisten ominaisuuksien puitteissa. (Kallanranta ym. 2001, 36.)

ADHD -liiton toiminnassa tiedottamisen ja sosiaali- ja terveys sekä kasvatusalan henkilöstön kouluttamisen yhtenä tavoitteena on muuttaa kulttuurisia asenteita ko ryhmää kohtaan. AD/HD -koulutuspäivillä annettu neuvo ”AD/HD -ystävällisen” ympäristön etsimisestä edustaa pyrkimystä etsiä kuntoutumista edistävä sosiaalinen ympäristö (esim. työ- tai opiskeluympäristö) tarkkaavaisuushäiriöiselle. Oma vertaisryhmä on yksi kuntoutumista edistävä sosiaalinen ympäristö. Itsetuntemuksen kasvu voi mahdollistaa oikeanlaisen elämänpiirin löytymisen. Tommo-Kuosmanen mukaan (2002) tarkkaavaisuushäiriöisen kuntoutuksen perusta on arjessa ja sen rutiineissa. Tärkein osa-alue tarkkaavaisuuden ongelmien kohdalla on struktuuri eli järjestelmällinen rakenne ja toistuvuus niin päiväohjelmissa kuin tilan käytössäkin. Tutut ja selkeät puitteet luovat turvallisuutta ja vähentävät levottomuutta. Struktuurin luomista voi edesauttaa visuaalisesti tekemällä itselleen lukujärjestyksen näkyvään paikkaan. Arkirutiinit voi kirjata omaan päiväjärjestykseensä. Ympäristön selkiintymistä edesauttaa turhien ärsykkeiden karsiminen ja tilajako erilaisin sermein tai värein.

Koska tarkkaavaisuuden ylläpito perustuu vireystilan säätelyyn, on tärkeää huolehtia riittävästä levosta ja säännöllisestä päivärytmistä. Terveelliset ja säännölliset ruokailutottumukset ehkäisevät verensokerin heilahtelua ja sitä kautta auttavat vireystilan säätelyssä ja tarkkaavuuden ylläpidossa. Oman vireystilaansa seuraamalla oppii havaitsemaan, mihin aikaan päivästä kannattaa sijoittaa vaativimmat tehtävät. (Tommo-Kuosmanen 2002, 25-26.) Vireystilan säätelyä on myös liikkuminen, ”stressilelut” esim. mustekynän naksuttelu tai piirteleminen luennon aikana, puhuminen tai taustamusiikin kuuntelu. Omien vireystilan säätelijöiden tunnistaminen auttaa löytämään tilanteeseen sopivia keinoja ylläpitää tarkkaavuutta. Omaa stressiään voi lieventää kertomalla suoraan tarvitsevansa ko. toimintaa pystyäkseen keskittymään. Silloin muut eivät ihmettele näitä ”oheistoimintoja”. (Lehtokoski 30.1.2002).

Toiminnanohjaus perustuu sisäiseen puheeseen, joka kehittyy hiljalleen lapsuuden sosiaalisissa vuorovaikutussuhteissa. Pienen lapsen toiminta ohjautuu ulkoisten käskyjen ja kehoitteiden mukaan, mutta vähitellen opitut toimintamallit sisäistyvät. Samalla kehittyy kyky aloittaa, pysähtyä, suunnitella ja organisoida omaa toimintaa. Omaa toimintaa ohjailemalla voi kompensoida vireystilansa muutoksia. Vielä aikuisenakin on mahdollista oppia tietoisesti kiinnittämään huomiota ongelmakohtiin, kontrolloimaan toimintaansa ja itsenäisesti vaiheistamaan monimutkaisilta tuntuvia toimintoja. Toiminnanohjaustaitoja voidaan vahvistaa kielellistäen eli puhuen ja eritellen ääneen omia ajatuksi-

aan ja aikeitaan tulevan toiminnan suhteen. Myös konkreettiset mallit sekä kirjoitetut ja piirretyt suunnitelmat auttavat ongelmanratkaisussa ja etenemisjärjestyksen hahmottamisessa. Oleellista omassa toiminnanohjauksessa on myös itsearviointi eli omaa toimintaa koskevien positiivisten ja negatiivisten seikkojen huomioiminen.

Tärkeä osa tarkkaavaisuuden ongelmien kohdalla kuntoutuksellisissa tavoitteissa on itsetunnon tukeminen ja onnistumiskokemusten tarjoaminen. Välitön positiivinen palaute osatehtävien tai pienten arkipäiväisten asioiden kohdalla kasvattaa kuntoutujan luottamusta omiin kykyihinsä. Ei-toivotusta käytöksestä on annettava korjaavaa palautetta positiivisessa, ohjaavassa hengessä. (Tommo-Kuosmanen 2002, 25-26.)

### 2.3.2 Elämän- ja arjenhallintakurssit

Kesäkuussa pidettiin kolmen päivän viikonloppukurssi ja lokakuussa viiden arkipäivän mittainen kurssi. Kesäkuun kurssille osallistui kahdeksan kuntoutujaa - viisi naista ja kolme miestä. Työntekijöitä viikonloppukurssilla oli viisi. Kurssipaikkana oli Onnelan kurssikeskus Tuusulassa molemmilla kursseilla. (Saukkola 2002,20.) Lokakuun kurssille osallistui kymmenen kuntoutujaa eri puolilta Suomea - heistä neljä naisia ja kuusi miehiä. Kurssin toteutuksesta vastasi kuusi työntekijää, joista kaksi oli luovien aineiden ohjaajia, kaksi arjenhallinnan taitojen ohjaajia, yksi vertaisryhmän vetäjä ja lisäksi kurssinjohtaja. (Saukkola 2002,27.) Kesäkuun viikonloppukurssin aikataulu oli suhteellisen tiukka ja sen kurssisisältö muodostui seuraavista aiheista:

- itsetuntemus: fyysiset ja psyykkiset voimavarat, omien rajojen tunnistaminen, itsehillintä, odotukset suhteessa omiin kykyihin, työn/ perheen/ vapaa-ajan suhde omassa elämässä
- vuorovaikutustaidot: kommunikointi parisuhteessa, ryhmätyötaidot, mielihyvyyden ilmaiseminen, kuuntelemisen taito, ilmaisutaito
- ajan- ja rahankäyttö sekä liikunta
- henkilökohtaiset keskustelut. (Saukkola 2002,27.)

Aiheita käsiteltiin niihin liittyvillä luennoilla, toiminnallisten harjoitusten ja luovan taiderapian kautta. Iltaisin vietettiin vapaa-aikaa vertaisryhmätuen puitteissa. Keskustelua hyödynnettiin kaikessa toiminnassa itsetuntemuksen lisäämisen välineenä. Lokakuun arkikurssin sisältö perustui niin ikään pitkälti itsetuntemuksen lisäämiseen ja sen kautta arjen- ja elämänhallinnantaitojen omaksumiseen. Sisältöä oli muokattu ensim-

mäisen kurssin palautteiden perusteella ja toteutustapa oli toimintapainotteisempi. Vertaisryhmätuella oli varattu erikseen vetäjä. Kurssi sisälsi seuraavia osioita: kirjallisia itsetuntemustehtäviä, kuvallista ilmaisua, ilmaisutaitoa, rahan- ja ajanhallinta-asioita, oppimisasiota, liikuntaa, vertaisryhmätoimintaa sekä lääkärin asiantuntijaluento. (Saukkola 2002, 27.) Kts. Liite 2

### 2.3.3 Coaching

Coaching eli luotsaus on elämänhallintaa kehittävä kuntoutusmenetelmä, jossa ohjattavalle opetetaan arkisia taitoja. Coachin eli luotsin tehtävä on tarjota erityisohjauspalveluita, jotka on suunnattu ihmisille, joilla on AD/HD, oppimisvaikeuksia, Aspergerin syndrooma (lievä autismin muoto) tai muita samantyyppisiä vaikeuksia. Luotsaus sopii kaikenikäisille; koululaisille, nuorille tai aikuisille henkilöille. Luotsina voi toimia coaching -koulutuksen saanut sosiaali-, terveys- tai kasvatustalon ammattilainen. Coaching ei ole hoitomuotona kallis, eikä sitä käytetä pitkäaikaisena. Parhaimmat tulokset saavutetaan yhdistämällä coaching muihin hoitomuotoihin. Coachingia ei voida rinnastaa terapiaan, mutta kuitenkin se koetaan terapeutiseksi, koska asiakassuhde lähtee valmennettavan tarpeista ja rakentuu ymmärtämykselle, rehellisyydelle ja myönteiselle palautteelle. Asiakkaan kanssa keskustellaan raelistisista tavoitteista ja niiden pohjalta rakennetaan toimintasuunnitelma. Asiakasta ohjataan ja rohkaistaan kohti yhdessä asetettua tavoitetta. Coachin tehtävä on arvioida, antaa palautetta, asettaa realistisia tavoitteita, hyödyntää ja tunnistaa asiakkaan voimavaroja, tehdä yhteistyötä ja verkostoitua muiden ammattilaisten kanssa. Coachin tehtäviin kuuluu myös luovien ratkaisujen etsiminen, oppimisen, taitojen rakentumisen, itsetunnon kehittymisen ja muutosvaiheen mahdollistaminen. Keskeisiä tavoitteita coachingissa ovat arjenhallinnan, kuten heikon ajan- ja rahankäytön, epäjärjestelmällisyyden, sosiaalisten suhteiden ja koulutus- sekä uravaikeuksien parantaminen. Tapaamiset coach ja asiakas sopivat keskenään. Myös sähköpostia ja puhelinta hyödynnetään valmennussuhteessa. Valmennus loppuu, kun työ on saatettu päätökseen ja tavoitteet on saavutettu. Coaching on vielä omakustanteista kuntoutustoimintaa, Kela ei sitä vielä korvaa. (ADHD-liiton Coaching -esite, [www.adhdliitto.net](http://www.adhdliitto.net))

### 2.3.3 Vertaistukiryhmät

Vertaistukiryhmään kokoontuvat ihmiset, jotka ovat kokeneet saman asian ja selvinneet siitä, tai ovat selviämässä ryhmän tuella. Vertaisryhmäläiset ovat asiantuntijoita ko. ongelman suhteen ja auttavat toinen toistaan kertyneen tietämyksen turvin. Mielentervey-

den Keskusliiton määritelmä vertaistuelle on seuraavanlainen:” Vertaistuki on omaehtoista, yhteisöllistä tukea sellaisten ihmisten kesken, joita yhdistää jokin sosiaalisen tuen tarvetta lisäävä yhteiskunnan poikkeavaksi määrittelemä kohtalonyhteys.” Vertaistuki käsitteenä käsitetään yleensä samansisältöiseksi kuin sosiaalinen tuki. Se on siis vuorovaikutteista tukea, jossa myös tuen antaja saa itse tukea tuettaviltaan. (Muurinaho 2001, 8.) Kuntoutuksen tavoitteena on parantaa kuntoutujan elämänlaatua kokonaisvaltaisesti. Vertaisryhmät noudattavat kuntoutusparadigmaa, jossa lähtökohtana on kuntoutuja- ja voimavarakeskeisyys. Periaatteita ovat:

- kuntoutujan subjektiivisuus oman kuntoutuksen suunnittelussa
- jokaisen ryhmäläisen asiantuntijuus oman elämänsä suhteen
- tasavertaisuus ryhmäläisten ja vetäjien kesken
- tarkoitus rakentaa parempi sosiaalinen verkosto ryhmäläisille
- vapaus liittyä ryhmään koska vain, myös ilman psykiatrista diagnoosia
- ryhmän päätösvalta omien toimintatapojensa ja tapaamisten sisältöjen suhteen
- tavoite lisätä ryhmässä toiveikkuutta myönteisen tulevaisuuden rakentamiseen
- tavoite elämänlaadun kohentumisesta jokaisen omien resurssien mukaan. (Muurinaho 2001, 10.)

Tuloksina Mielenterveyden Keskusliiton vertaisryhmissä passiivisista autettavista on tullut aktiivisia auttajia. Tämä kokemus on lisännyt itsearvostusta. Ryhmästä saatu sosiaalinen tuki on lisännyt ryhmäläisten hyvinvointia. Ahdistuneisuus on vähentynyt ja avoimuus lisääntynyt. Mieliala ja työkyky ovat parantuneet, kun itseluottamus ja sen myötä elämän hallinnan tuntu on kasvanut. Suurin hyöty on näkynyt nimenomaan itseluottamuksen parantumisena. (Muurinaho 2001, 13.)

ADHD -liiton vertaisryhmien vetäjille on järjestetty koulutuspäivä ensimmäisen kerran keväällä 2003. Vertaisryhmän vetäjällä tulee itsellään olla AD/HD -diagnoosi. Jokainen ryhmä päättää yhdessä omat sääntönsä. Pohjana niille on edellä esitetyt Mielenterveysliiton Oma-apuryhmissä hyviksi koetut periaatteet, joista kaikkein oleellisin on ehdoton luottamuksellisuus. Mitään ryhmässä kuultua ei käsitellä ryhmän ulkopuolella. Ryhmissä vallitsee tasavertaisuuden periaate, vetäjä on yhtäläillä ryhmäläinen kuin muutkin.



Hänen tehtävänä on huolehtia, että kaikilla on yhtäläinen mahdollisuus tulla kuuluksi, halusi puheenvuorojaan sitten käyttää tai olla käyttämättä.

### 3 KESKEISET KÄSITTEET AD/HD -TUTKIMUKSISSA

Keskeisiä käsitteitä ovat tarkkaavaisuus, MBD, AD/HD, ADD, komorbiditeetti eli liitännäisoireet, coach eli luotsi, neuropsykologinen tutkimus ja siihen liittyen erilaiset aivokuvantamismenetelmät, käyttäytymisgeneettinen tutkimus, emotionien säätely, kiintymystyyli ja elämänhallinta. AD/HD esiintyy kovin monimuotoisena ja sen syntyä on tutkittu monesta eri näkökulmasta pääosin ulkomailla. Siksi vieraita käsitteitä on paljon.

#### 3.1 Tarkkaavaisuus, MBD, AD/HD, ADD sekä liitännäisoireet

*Tarkkaavaisuudella* käsitetään kykyä ylläpitää ja säädellä tarkkaavaisuutta, sekä kohdentaa sitä meneillään olevan toiminnan kannalta oleellisiin ärsykkeisiin. Tarkkaavaisuuden säätely on edellytys oman toiminnan ohjaamiselle. (Paavilainen, Anttila, Oksala & Stenius 2002, 136-137.)

*MBD* -lyhenne tulee sanoista *Minimal Brain Dysfunction* eli *vähäinen aivotoiminnan häiriö*. Termi on poistunut virallisesta tautiluokituksista, mutta toisinaan sitä käytetään yhä *AD/HD -oireyhtymää kuvaavana terminä*. MBD -diagnoosi on laaja-alaisempi kuin nykyisin käytössä olevat tarkkaavaisuushäiriödiagnoosit. Siihen liittyvät ylivilkkauksen ja impulsiivisuuden lisäksi motoriikan- ja hahmottamisen häiriöt, oppimisvaikeudet, kielelliset erityisvaikeudet sekä sosiaaliset- / käyttäytymisvaikeudet (Saukkola 11.12. 2001.)

*AD/HD* on lyhenne sanoista *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* ja sillä tarkoitetaan *tarkkaavaisuushäiriötä, johon liittyy ylivilkkaus ja impulsiivisuus*. Lapsuudessa oireita ovat vaikeudet pysyä paikallaan, tarpeettomat liikkeet, juoksentelu ja tilanteeseen sopimaton kiipeily, jatkuva vauhdikkuus ja energisyys, jatkuva puhuminen, impulsiivisuus, kärsimättömyys, toisten keskeyttäminen ja häiritseminen, tapaturma-alttius ja huolimattomuusvirheiden runsaus. Oireet pysyvät 80 %:sti samoina aikuisena (Saukkola 11.12. 2001).

Lyhenne *ADD* tulee sanoista *Attention Deficit Disorder*, jolla tarkoitetaan *tarkkaavaisuushäiriötä* ilman ylivilkkautta. *ADD*:hen liittyy huolimattomuus, keskittymisvaikeudet, kuunteluvaikeudet, vaikeudet noudattaa ohjeita, vaikeudet aloittaa työnteko, vaikeudet saada tehtävät valmiiksi, esineiden kadottaminen, kömpelyys ja hahmotus sekä oppimisvaikeudet (Saukkola 11.12.2001). *ADD*:tä kuvataan myös *AD/HD*:n inattentiivisena alatyypinä, koska henkilö on pikemminkin passiivinen kuin yliaktiivinen. Inattentiivinen muoto on yleisempi tytöillä, joilla se jää yleensä diagnosoimatta. *ADD* ei välttämättä aiheuta ulospäin näkyviä ongelmia, koska se ilmenee pääasiallisesti keskittymisvaikeuksina - haaveiluna ja ajatusten harhailuna. Sisäinen maailma voi tuntua kaoottiselta, stressinsietokyky on huono ja siitä seuraa masennusalttius. Aloitekyvyttömyys johtaa syyllisyyden ja häpeän tunteisiin ja niiden seurauksena itsetunto heikkenee. (www.add.org 3.5.2003.)

*AD/HD*:n diagnostiset kriteerit täsmäävät paremmin miesten kuin naisten oireisiin, minkä vuoksi *AD/HD*:n tunnistaminen ja diagnosointi tyttöjen kohdalla viivästyy. Vaikka naiset sopeutuvat elämään vaikeuksiensa kanssa, turhautuminen koulu- tai työympäristössä näkyy kotona ja vapaa-aikana. Tästä seuraa mielenterveysongelmia, joiden tulkitaan olevan vaikeuksien syy, vaikka ne ovat seurausta tarkkaavaisuushäiriön tuottamasta stressistä.

*Nadeaun* mukaan naisten kohdalla pätee viiden s:n sääntö: *stressi, stimulaatio, strukturoimalla väittäjäaineita oikeanlaisella lääkityksellä, strukturoimalla ympäristö selkeäksi, kehittämällä hyviä selviytymisstrategioita ja etsimällä sosiaalista tukea.* (Nadeau 2002,7.)

Tarkkaavaisuushäiriö ilmenee aikuisella alisuoriutumisenä suhteessa omiin kykyihin, toiminnan suunnittelun, seurannan ja arvioinnin vaikeutena, vitkutteluna, jähkailuna ja aloittamisen vaikeutena eli tarkkaavuuden suuntaamisen ja ylläpitämisen vaikeutena. Lisäksi ilmenee kärsimättömyyttä, itsensä ja ympäristön hahmottamisen vaikeutta, jatkuvaa puhumista ja huonoa itsetuntoa. *AD/HD*:n positiivisia puolia ovat luovuus, erityislahjakkuudet, empaattisuus ja impulsiivisuus. (Saukkola 11.12.2001.)

*AD/HD*:n vaikutukset näkyvät opiskelun hitautena tai keskeytymisenä, työpaikan tiheinä vaihtumisina omasta tai työnantajan aloitteesta heikon työhön keskittymisen tähden. Seurauksena voi olla ammatillisen koulutuksen puuttuminen ja työttömyys. Heik-

ko itsetunto ja alisuoriutuminen saattavat lisätä päihteidenkäyttöä. Hoitamaton AD/HD voi johtaa mielenterveysongelmiin tai rikollisuuteen ajautumiseen. AD/HD voi esiintyä hyvin lahjakkaallakin henkilöllä. Monet selviytyvät elämässään hyvin ja tällaisen henkilön ominaispiirteet voivat olla työelämässä haluttua pääomaa. AD/HD -oireiset ovat luovia, impulsiivisia, innostuneita ja mainioita riskinottajia. Nämä piirteet saavat heidät useasti hakeutumaan freelancer -yrittäjiksi tai taiteilijoiksi. (Saukkola, Kippola & Nieminen 2002.)

Psykiatrisista häiriöistä AD/HD:hen liittyy eniten muita psykiatrisia häiriöitä jossain vaiheessa elämää eli komorbidien häiriöiden riski on moninkertainen. *AD/HD:n psykiatrisia komorbiditeetteja* ovat masennus eri vaikeusasteisena, käytöshäiriöt, kaksisuuntainen mielialahäiriö, ahdistuneisuushäiriöt, Aspergerin ja Touretten syndroomat, uni-häiriöt, pakko-oireiset häiriöt, käytöshäiriöt, persoonallisuushäiriöt sekä päihderiippuvuus. Päihderiippuvuus kasvattaa asosiaalisen käytöksen riskiä ja riskiä ajautua rikollisuuteen. (Wallin 11.9.2002).

*AD/HD:n neurologisia liitännäisoireita* ovat motoriikan vaikeudet, erilaiset oppimisvaikeudet kuten puheen- ja kielen ongelmat eli dysfasia, matematiikan vaikeudet, lukihäiriö, hahmotushäiriöt, aistiyliherkkyydet sekä toiminnanohjauksen vaikeudet. Lisäksi esiintyy kömpelyyttä ja vaikeuksia motoristen taitojen oppimisessa. AD/HD:n liitännäisdiagnoosina voi olla FAS eli Fetal Alcohol Syndrome (Fetaali alkoholi -oireyhtymä esiintyy vaikeana tarkkaavaisuushäiriönä ja lievänä kehitysvammaisuutena), lievempi muoto FAE - Fetal Alcohol Effect, CP-vamma, lievä kehitysvamma, epi-lepsia, Särö-x eli X-kromosomissa esiintyvä virhe tai jokin muu kromosomi-poikkeavuus. (Michelson 11.9.2002.)

Erityisesti inattentivisen AD/HD:n yhteydessä esiintyy paniikkihäiriöitä, sosiaalisten tilanteiden pelkoa ja yleistä ahdistuneisuushäiriötä, johon liittyy murehtimista, jännittämistä, pelkäämistä ja lihasjännitystä (Wallin 2002, 24). Aistihäiriöt ovat yleisiä inattentivisilla AD/HD -oireisilla esim. hajujen tunnistaminen voi olla puutteellista. Lukivaikeus näkyy konsonanttien tunnistamista edellyttävissä tehtävissä. Hyperaktiivisella henkilöllä vaikeudet liittyvät yleisimmin toiminnanohjaukseen, organisointiin, oppimiseen ja muistiin. Edellä mainittujen oireiden perusteella on etsitty kognitiivisia tyyppisiä AD/HD:hen liittyen. (The Journal of Nervous and Mental Disease, 186, 776-781. [Http://www.add.toronto.org/art\\_research\\_findings\\_07.htm](http://www.add.toronto.org/art_research_findings_07.htm))

Tarkkaavaisuushäiriöisen muistivaikeuksille on tyypillistä työmuistin kapeus, joka haittaa ohjeiden ja uusien asioiden vastaanottamista. Vaikeuksia voi olla myös pitkäkestoisessa muistissa, etenkin mieleenpalauttamisessa. Nimien ja käsitteiden oppiminen voi olla erityisen hankalaa. (Sauna-aho 11.9.2002.)

### 3.2 Neuropsykologinen - ja käyttäytymisgeneettinen tutkimus

*Neuropsykologia tutkii ihmisen aivojen ja muun hermoston sekä mielen välistä suhdetta tieteellisin ja kokeellisin menetelmin. Tarkoituksena on selvittää, mitkä aivoalueet ovat yhteydessä psyykkisiin ilmiöihin ja mitä aivoissa tapahtuu eri toimintojen, havainnoinnin tai tunteiden kokemisen aikana. Tutkimuskohteena on myös erilaisten hermoston sairauksien ja vammojen seuraukset psyykkisille toiminnoille. Neuropsykologia huomioi myös ihmisen sosiaalisena ja kulttuurisena olentona ja tarkastelee aivojen rakenteen ja toiminnan muotoutumista vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. (Paavilainen, Anttila, Oksala & Stenius 2002, 13.)*

Neuropsykologinen viitekehys on vallitseva tämän päivän AD/HD -tutkimuksessa. Tutkimuksessa hyödynnetään aivokuvantamismenetelmiä: Positroniemissiotomografia eli PET -tutkimusta ja Spect -tutkimusta, joissa molemmissa koehenkilön verenkiertoon ruiskutetaan nopeasti hajoavaa, heikosti radioaktiivista ainetta. Radioaktiivinen aine kertyy aivoissa alueisiin, joissa verenkierto vilkastuu toiminnan aikana. Gamma-kameran kuvaan saadaan edellä kuvatulla menetelmällä värillisinä alueina paikannettua aivojen verenkierto, aineenvaihdunta ja aktiivisuusalueet. Häiriön ilmenemisalueen perusteella yhdysvaltalainen psykiatri Daniel Amen jakaa AD/HD:n peräti kuuteen erilaiseen tyyppiin. (Amen 2000, 46).

Yleisin tyypittely on kuitenkin jako AD/HD:n hyperaktiiviseen muotoon, inattenttiiviseen alatyyppiin tai näiden yhdistelmään. Kuitenkaan aivokuvantamismenetelmillä ei voida vielä todentaa tarkkaavaisuushäiriön olemassaoloa, vaan diagnoosi perustuu tarkkoihin kognitiivisten toimintojen tutkimuksiin ja haastatteluihin, jotka kartoittavat oireet lapsuudesta lähtien eri toimintaympäristöissä. *Käyttäytymisgeneettinen tutkimus* pyrkii selvittämään perinnöllisten tekijöiden osuutta ihmisen toiminnassa ja kehityksessä erityisesti kaksostutkimuksen keinoin (Pulkkinen 1998, 113). Tietynlaiset geenivirheet altistavat tarkkaavaisuushäiriölle ja kaiken aikaa etsitään uusia AD/HD -oireyhtymään liittyviä geenejä jo löydettyjen lisäksi. Geneettisesti määräytyvinä omi-

naisuuksina AD/HD -oireisilla pidetään aggressiivisuutta, impulsiivisuutta ja riskin-ottotaipumusta. Lisäksi tietyt liitännäishäiriöt edustavat samaa tautiperhettä perimässä. Välittäjäainehäiriöt ovat todennäköisesti osin periytyviä.

### 3.3 Emootioiden säätely, kiintymystyyli ja elämänhallinta

*Emootioiden säätely* eli tunteiden säätely edellyttää aina hermostollisia prosesseja. Ihmisen neurofysiologis /-biokemiallinen järjestelmä on järjestelmistä ainoa, joka pystyy tuottamaan tunteita itsenäisesti. Tämä on käynyt ilmi neurokemiallisissa ja anatomisissa tutkimuksissa. (Pulkinen 1998, 113-121.) Tämän tiedon pohjalta ihmisen tunteiden säätelyn häiriöitä esim. aggressiivisuutta ja impulsiivisuutta on pystytty hoitamaan biokemiallisesti lääkityksen avulla. Impulssikontrollin häiriö on yksi tarkkaavaisuushäiriön aiheuttamista ongelmista, myös aggressiivisuus voi liittyä oireyhtymään. Siksi emootioiden säätelyn tutkimus sopii viitekehikseksi tarkkaavaisuushäiriöisen käyttäytymisen selittämisessä.

*Aikuisen kiintymyksellä* tarkoitetaan ihmisen pyrkimystä muodostaa läheisiä ihmissuhteita sekä siihen liittyvää taipumusta toimia tavalla, joka takaisi jo olemassaolevien ihmissuhteiden säilymisen tyydyttävänä. Kiintymys ilmenee kiintymyskäyttäytymisenä, joka tulee esiin erilaisina reaktioina esimerkiksi silloin kun ero läheisestä ihmisestä uhkaa. Reaktioiden laatu taas riippuu henkilön kiintymystyylistä, jonka hän on omaksunut varhaisten vuorovaikutusmielikuviensa pohjalta. (Männikkö 2001, 120.) *Kiintymystyyli* jaotellaan *turvallisiin, etäännyttäviin ja jumiutuneisiin*. Tutkimukseni edetessä kävi ilmi, että AD/HD -oireisilla kiintymystyyliä monesti määrittää huono itsetunto ja -tuntemus sekä puutteelliset vuorovaikutustaidot. Perheyhteyksien, vanhemmuuden ja parisuhteen toimivuuden kannalta kiintymystyyllillä on merkitystä ja nykytutkimuksen mukaan siihen on mahdollista vaikuttaa korjaavien kokemusten kautta myös aikuisella iällä (Männikkö 2001, 124). Turvaton kiintymystyyli on yksi riskitekijä sekä käytöshäiriön että tarkkaavaisuushäiriön kehittymisen suhteen (Socialstyrelsen, AD/HD hos barn och vuxna 2001, 121).

*Elämänhallinta* on sosiaalipoliittinen käsite, joka tarkoittaa yhteiskunnallisesti määräytyviä ulkoisia edellytyksiä, jotka luovat mahdollisuudet ja rajat yksilön toiminnalle. Yksilön tasolla sillä tarkoitetaan yksilön sisäistä elämänhallintaa, valmiuksia toimia tavoitteellisesti oman hyvinvointinsa edistämiseksi (Heiskanen & Vallinsaari 1997, 337). Tutkimuksessani painottuu arjenhallinta, elämänhallintaa tarkastelen myös psykologi-

sesta viitekehuksesta käsin. Tarkastelen AD/HD -oireiden ja oireyhtymään liittyvien komorbiditeettien merkitystä hallinnan tunteen suhteen.

#### 4 TUTKIMUKSIA AD/HD -OIREYHTYMÄSTÄ

AD/HD -tutkimus on ollut vilkasta etenkin Yhdysvalloissa, mutta myös muualla maailmassa Japania ja Kiinaa myöten. Pohjoismaista Norja on edelläkävijä tarkkaavaisuushäiriön tutkimisessa ja tunnistamisessa ja siellä on tehty seuranta myös aikuisten tarkkaavaisuushäiriöisten elämänculusta. Suomessa aikuisoireyhtymä on vielä uusi asia, eikä lapsellekaan välttämättä anneta AD/HD diagnoosia leimaantumisen pelossa. Tarkkaavaisuushäiriö ei ole silti mikään ”muotitauti”. Nykytutkimus on löytänyt pitävät todisteet neurologisille muutoksille aivoissa ja vahva periytyvyys on useissa tutkimuksissa todistettu. Samalla on kumottu vanhat uskomukset siitä, että AD/HD olisi huonon kasvatuksen tulos (Barkley, 24.3.2002).

Toki on todettu, että varhaislapsuuden sosiaalisella vuorovaikutuksella ja ympäristön suhtautumisella on vaikutuksensa siihen, kuinka vahvoina tietyt oireet esiintyvät lapsuudessa, nuoruudessa ja aikuisuudessa. Päihdeongelmat, asosiaalisuus ja huono taloudellinen tilanne ovat riskitekijöitä nuoruuden käytöshäiriöiden suhteen. Toisaalta lämmin emotionaalinen suhtautuminen, hyvät sosiaaliset verkostot, aikainen diagnosointi ja kuntoutus ovat suojaavia tekijöitä. (Socialstyrelsen 2001, 116-121.)

Kasvu ympäristöstä johtuva oireilu on psykiatrista ja ympäristön vaihtumisella on yleensä tervehdyttävä vaikutus. Siksi aikuisen tarkkaavaisuushäiriö on biologisempi kuin lapsen, vaikka psykiatrisia liittännäisoreita esiintyy sekundäärioreina (Wallin 13.10.2002). Useissa AD/HD -tutkimuksissa on keskitytty psykiatrisiin liittännäisoreisiin, eikä motoriikan, muistin tai oppimisen häiriöihin ole kiinnitetty riittävästi huomiota. Kuitenkin näiden häiriöiden tiedetään liittyvän valtaosaan AD/HD -tapauksista. (Michelsson & Stenman 2001,21.) Usein masennus on seurausta esimerkiksi oppimisvaikeuksista johtuvista epäonnistumisista. Siksi olisi tärkeää tutkia myös niitä häiriöitä, jotka ovat psykiatristen liittännäisoreiden taustalla.

Riitta Kilpeläinen on tutkinut Kuopion Yliopistossa aivojen tapahtumasidonnaisia herätevasteita EEG:stä tarkkaavaisuushäiriöisillä lapsilla. Tutkimuksella pyrittiin selvittämään psykofysiologisia ongelmia tarkkaavaisuushäiriön taustalla. Lasten tarkkaavai-

suushäiriön tutkimuksissa on havaittu pientenkin varhaisen vaiheen kehityspoikkeavuuksien voivan häiritä vuorovaikutusta ja esimerkiksi kiintymyskehitykseen tarvittavaa tarkkaavaisuutta. Toisaalta poikkeava kiintymyskehitys ja vuorovaikutus voivat puolestaan aiheuttaa häiriötä tarkkaavaisuuden ja aktiivisuuden kehityksessä. Oppimis- ja vuorovaikutuskokemukset ja niihin liittyvät emotionaaliset mielle yhtymät vaikuttavat myös aivotoimintojen verkostoitumiseen. Tarkkaavaisuushäiriön alkuperää ei siten ole aivan helppo selvittää, kun kaikki toiminnot ja kehityshäiriöt niissä vaikuttavat toisiinsa. (Räsänen, Moilanen, Tamminen & Almqvist 1998, 224.)

Lapsena diagnosoiduilla hyperaktiivisilla aikuisilla on positroemissiotomografialla (PET) tehdyssä rekisteröinnissä havaittu aivokuoren laajasti kattava, verokkiryhmää lähes 10% hitaampi glukoosiaineenvaihdunta. Heikentynyt aineenvaihdunta näkyi selvimmin motoriikkaa ohjaavilla alueilla ja ohimolohkoissa. (Lyytinen, Ahonen, Korhonen, Korkman & Riita 2002, 59.)

Nuorten selviäminen ADD:n ja MBD:n kanssa oli Hyyryläisen ja Kankkusen (1997) sekä Pölläsen (1998) opinnäytteiden tutkimuskohteena. Hyyryläisen & Kankkusen tutkimus perustuu 20 itsenäistymisleirille osallistuneen nuoren kokemuksiin. Tiedot kerättiin puolistrukturoiduilla kyselylomakkeilla. Tutkimukseen osallistuneiden nuorten itsetunto oli varsin hyvä. Eniten ongelmia oli sosiaalisissa suhteissa. Jonkin verran ongelmia oli hahmotuksessa, tarkkaavaisuudessa ja oppimisessa.

Nuoret olivat saaneet kuntoutusta ja tukea perheeltään sekä ystäviltään. He näkivät tulevaisuutensa pääosin positiivisena ja odottivat elämältään samanlaisia asioita kuin ketkä tahansa nuoret. (Hyyryläinen, Kankkunen 1997.) Pölläsen (1998) tutkimuksessa aiheena oli MBD- ja ADD -oireisten nuorten selviytyminen peruskoulun jälkeen. Tutkimusryhmä koostui Vaasan sosiaali- ja terveysalan opistossa Työtaito-kurssille osallistuneista 16-22-vuotiaista MBD ja ADD -oireisista nuorista. Tiedot kerättiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella ja vastaajia oli 24. Tutkimuksessa kävi ilmi, että Työtaito-kurssilla saadut tiedot ja taidot edesauttoivat nuoria ammatin valinnassa. Nuorten tupakointi ja alkoholin käyttö oli runsasta. Enemmistö nuorista oli saanut kurssilta ystäviä tai odotti saavansa niitä sieltä. Nuorilla oli säännöllisiä harrastuksia, mutta ystävyssuhteita ei ollut siinä määrin, kuin muilla samanikäisillä.

Aikuisten kiintymyssuhteita on tutkittu Suomessakin viime vuosina. Aiempina vuosikymmeninä elämänhallinnan tutkimus on ollut vilkasta. Näitä tutkimuksia voi hyödyn-

tää myös tarkkaavaisuushäiriöisen arjenhallinnan ja vuorovaikutussuhteiden tutkimuksessa, vaikkei tutkimusten kohderyhminä olekaan olleet nimenomaan tarkkaavaisuushäiriöiset.

#### 4.1 AD/HD:n historia sekä neurologiset, biologiset ja sosiaaliset taustatekijät

Ensimmäinen hyperaktiivisen lapsen kuvaus on vuodelta 1856, kun saksalainen psykologi ja kirjailija Heinrich Hoffman kirjoitti runoja Jörö Jukasta. Aiheen runoihinsa hänen kerrotaan saaneen oman ylivilkkaan lapsensa tempauksista. Vuonna 1902 opettaja George Still kuvasi *Lancetissa* 43 hyperaktiivista, keskittymishäiriöistä, aggressiivista ja tunnekuohuista kärsivää lasta. Jo vuonna 1908 Tredgold -niminen lääkäri esitti aivovauriota tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriön syyksi.

Stewart ja Olds tulivat vuonna 1973 siihen tulokseen, että vain 10 % tarkkaavaisuushäiriöistä johtuu aivovauriosta. He löysivät myös viitteitä periytyvyydestä, mutta olettivat sen olevan vain 10 % luokkaa. Edelleen tutkittiin ravinnon lisäaineiden ja ympäristötekijöiden vaikutuksia, mutta mitään varmaa ei voitu todistaa. Vielä 1980 -luvulla oletettiin lasten tarkkaavaisuushäiriön johtuvan huonosta vanhemmuudesta. ([www.addiss.co.uk/understanding-adhd.htm](http://www.addiss.co.uk/understanding-adhd.htm) 3.4.2002.)

1990-luvulla uudet tutkimusmenetelmät ovat vieneet AD/HD -tutkimusta harppauksin eteenpäin. Tutkimuksessa on keskitytty tutkimaan syitä enemmän kuin seurauksia toiveena parantaa AD/HD. Erilaisia hoito-ohjelmia on kehitetty tutkimustulosten pohjalta ja niiden vaikuttavuutta on arvioitu. Suurin osa tutkimuksista keskittyy lasten oireyhtymään ja komorbiditeetteihin, aikuisoireyhtymään on osattu paneutua vasta joitakin vuosia. Nykytutkimus on kiinnostunut AD/HD:n sosiaalisista vaikutuksista - rikollisuudesta ja päihderiippuvuuden kehittymisestä. Myös ravintoainelisien vaikutusta sekä tarkkaavaisuuden säätelyyn yleensä että asosiaalisen käytökseen tutkitaan. Tutkimuksissa korostuvat eri asiantuntijoiden näkökulmat, hyvin vähän löytyy tutkimuksia tarkkaavaisuushäiriöisen arkipäivän ongelmista.

Euroopassa AD/HD:hen suhtaudutaan eri tavalla kuin Yhdysvalloissa. Eurooppalainen tutkimus huomioi kokonaisvaltaisemmin AD/HD:n syntyyn vaikuttavat tekijät, kun taas Yhdysvalloissa neurologiset ja geneettiset löydökset näyttelevät pääosaa ja tuloksena tästä AD/HD:n lääkehoito USA:ssa on kasvanut räjähdysmäisesti. Kun tutkimustuloksiin perehtyy kattavasti, on vaikeaa uskoa, että AD/HD:tä voitaisiin hoitaa ainoas-



taan lääkityksen avulla. Psykososiaaliset tukitoimet ja tarpeenmukaiset terapiat takaavat paremman lopputuloksen myös tehtyjen seurantatutkimusten perusteella. Yhtä mieltä ollaan AD/HD:n neurobiologisesta ja neuropsykiatrisesta taustasta: syynä on hermoratojen vajaatoiminta, jonka perussy on aivojen välittäjäaineiden (noradrenaliinin, serotoniinin, dopamiinin jne.) epätasapaino (Saukkola 11.12. 2001). Yliaktiivisen käytöksen on oletettu johtuvan siitä, että neurokemiallisen häiriön seurauksena keskushermoston aktiivisuus on vähentynyt. (Lönnqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen, 1999, 485.) Kts. Liite 3.

Psykologisessa viitekehyksen kautta voidaan tarkastella kiintymystyyliä ja siitä juontavaa vuorovaikutusta sekä sen merkitystä sosiaalisten riskitekijöiden ja tarkkaavaisuushäiriön synnyssä. Aivojen dopamiinitoiminnan yhteys tunteiden säätelyyn tuo tutkimukseen neurobiologisen näkökulman. Neurobiologia on kuitenkin vain osatekijä, vaikkakin tärkeä sellainen. Se ei yksin selitä tarkkaavaisuushäiriön syntyä, sen paremmin kuin perimäkään. Vaikutuksensa on myös henkilön kiintymystyyllillä, joka kehittyy lapsuuden vuorovaikutussuhteissa ensisijaiseen hoitajaan ja muihin tärkeisiin aikuisiin. Sillä on merkitystä läheisten ihmissuhteiden muodostamisessa ja siinä, millaiseksi vuorovaikutus ystävyysuhteissa ja parisuhteessa muodostuu. Kiintymystyyli määrittää myös sitä, miten oma vanhemmuus koetaan.

Viitekehyksenä opinnäytteessäni käytän aiempia tutkimuksia ja hahmotan kurseille osallistuneiden aikuisten AD/HD -oireisten tilannetta niihin verraten. Kulttuuriset erot on huomioitava, koska suomalaisia tutkimuksia aikuisten oireyhtymästä ei ole käytettävissä. Käytettävissä olevat aikuisia koskevat tutkimukset on tehty Ruotsissa, Göteborgissa ja Kalmarissa. Nina Alfthanin pro gradu -tutkielma ”Millaista ohjausta ADHD -aikuisten kuntoutuskurssille?” julkaistiin vuoden 2003 syyskuussa aikuiskasvatustieteen laitoksella Turun yliopistossa. Tutkielman materiaalina on hyödynnetty tästä tutkimuksesta ADHD -liitolle tehtyjä väliraportteja sekä kolmannen ADHD -liiton kuntoutuskurssin palautteita. Tutkielman tuloksia on kuvattu suuntaa antaviksi.

*Thom Hartmanin* alunperin esittämä teoria AD/HD:n periytymisestä evoluutiossa hyödyllisten ominaisuuksien vuoksi on saanut tukea Kalifornian yliopiston tutkimuksissa. Tutkijat uskovat, että AD/HD:hen liittyvä geenimuunnos esiintyi alunperin 10 000 - 40 000 vuotta sitten ja yleistyi, koska siitä oli etua kantajalleen. Alkuperäiseen geenimuunnokseen yhdistetään riskinotto-kyky, kasvanut aggressiivisuus, uteliaisuus ja sinnikkyys. Nämä ominaisuudet edesauttoivat selviytymistä tuon ajan yhteisöissä ja niiden

oletetaan edesauttaneen puolison valinnassa. Alkukantaisissa metsästysheimoissa AD/HD -ominaisuuksista on ollut yksinomaan hyötyä. Uteliaisuus ja halu ottaa riskejä on yhdistetty useiden seksikumppanien etsimiseen, jolloin ko. geenimuunnos on levinnyt mahdollisimman laajalti. Tämä selittäisi geenimuunnoksen yleisyyden väestössä. Kyseinen DRD4 7R -geenimuunnos on löydetty yli puolelta tutkituista AD/HD -oireisista lapsista Yhdysvalloissa. Geenimuunnoksen oletetaan olleen alunperin spontaanisti syntynyt mutaatio ja sen yleistyttyä evoluutiossa, siitä on löydetty 56 erilaista muunnosta. (<http://add.about.com/library/weekly/aa011902a.htm> 3.5.2003.)

Tämä löydös toi AD/HD -tutkimukseen täysin uuden näkökulman. Aiemmin sitä oli käsitelty pelkästään sairautena, tutkimustulosten jälkeen alettiin miettiä toisenlaista lähestymistapaa aikuisten AD/HD -oireyhtymään. Jos siitä tietyssä ympäristössä ei ole mitään haittaa, on häiriön ongelmallisuus vahvasti yhteydessä kulttuurisiin tekijöihin. AD/HD:n kuntoutuksessa täytyy silloin miettiä ympäristöstä riippuvia tekijöitä ja lääkeytyksen merkitys väistämättömästi pienenee. Toisaalta näkökulma nostaa esiin AD/HD:n positiiviset puolet ja rohkaisee etsimään keinoja niiden hyödyntämiseen. (<http://add.about.com/library/> 3.5.2003.)

#### 4.1.1 Aivojen herätevasteet

Riitta Kilpeläinen (2000) osoittaa, ettei tarkkaavaisuushäiriössä ole kyse puhtaasta käyttäytymisongelmasta, vaan poikkeavasta aivotoiminnasta. Tarkkaavaisuushäiriöisten lasten aivoissa tarkkaavuutta säätelevien otsalohkojen alueelta löydettiin viitteitä poikkeavasta toiminnasta. Lapsilla nousi tutkimuksissa esiin puutteellinen kyky muodostaa ja ylläpitää lyhytkestoisia muistijälkiä. Siksi heidän aivoissaan tuttuakin ärsyke käsitettiin kerta toisensa jälkeen uutena. Tämänkaltainen poikkeavuus aiheuttaa häiriöherkkyyttä ja vaikeuttaa keskittymistä. Tuloksena on oppimisvaikeuksia ja ongelmia sosiaalisissa tilanteissa. (<http://www.uku.fi/tutkimus/vaitokset/2000/tiedotteet/rkilpelainen.htm>)

Aikuisilla tarkkaavaisuushäiriö esiintyy usein samankaltaisin oirein kuin lapsilla: keskittyminen yhteen asiaan kerrallaan on vaikeaa, sosiaaliset tilanteet ovat ongelmallisia ja häiriöalttius tarkkaavuutta vaativissa tehtävissä on suuri.

#### 4.1.2 Neuropsykiatriset tutkimukset

Daniel G. Amen on Kaliforniassa sijaitsevan Amenin klinikan perustaja ja johtaja. Amen on Yhdysvalloissa arvostettu aivotutkija nimenomaan AD/HD -oireyhtymän osalta. Amen on neurotieteilijä, USA:n psykiatrisen säätiön, USA:n armeijan ja Baltimoren psykoanalyysi-instituutin palkitsema lapsi- ja aikuispsykiatri. Amenilla on oman käsityksensä mukaan maailman laajimmat tutkimustulokset tarkkaavaisuushäiriön hoidosta. ([www.amenclinic.com/ac/default.asp](http://www.amenclinic.com/ac/default.asp) 3.5.2003.) Amen ohjaa AD/HD:n hoitoon holistisen ihmiskäsityksen mukaan. Hän on käyttänyt tutkimusmenetelmänä neuropsykologisten muutosten löytämiseksi Spect-kuvantamista, jolla saadaan näkyviin aktiiviset aivoalueet eri värisinä. Tällä menetelmällä on löydetty alueet, joilla välittäjäaineet eivät toimi normaalisti. Amen onkin hyvin vakuuttunut etenkin dopamiinin, noradrenaliinin ja serotoniinin puutosten osuudesta AD/HD:n synnyssä. Toinen vahva selitys löytyy genetiikasta - Amenin mukaan toisen vanhemman tarkkaavaisuushäiriö tuottaa jo 60% periytymis-riskin. Jos häiriö on molemmilla vanhemmilla, periytyvyys nousee 85-90%:iin. (Amen 2001,22.)

Amen on kehittänyt kuntoutusmallin, joka huomioi ihmisen biologisen, sosiaalisen ja psykologisen puolen. Lääkitys Spect -kuva löydöksen pohjalta räätälöitynä auttaa keskittymään, jotta kuntoutusprosessiin vapautuu voimavaroja. Amen käyttää ns. neurofeed backia - siinä erilaiset laitteet mittaavat kehon psykologisia muutoksia (käsien lämpötilaa, hikoilua, hengitystiheyttä, verenpainetta ja aivosähkökäyrää) ja antaa visuaalisessa muodossa palautetta asiakkaalle hänen käyttäytymisestään ja toiminnastaan. Palautteen avulla henkilö oppii tunnistamaan ja säätelemään tunteitaan sekä käyttäytymistään. Tukena on coaching eli luotsaus, jossa opetellaan erilaisia strategioita päivärytmin normalisoimiseksi, ruokavalion tasapainottamiseksi, vuorovaikutus- ja oppimistaitojen parantamiseksi jne. yksilöllisten tarpeiden mukaan. Lisäksi mukana kulkee kaiken aikaa ” ADD -muurahaisten tappamiseen ” tähtäävä terapia. Se on itse asiassa kognitiivista psykoterapiaa, jossa pyritään tunnistamaan ja kyseenalaistamaan omat tiedostamattomat ydinuskomukset. Pyrkimyksenä kuntoutuksessa on oman minä-kuvan eheyttäminen, itsetunnon parantaminen ja negatiivisen ajattelutavan muuttaminen positiiviseksi. (Amen 2001, 265, 319-330.)

#### 4.1.3. AD/HD:n psykiatriset liitännäisoireet

Yhdysvalloissa AD/HD on nuorilla yleisin neurologisperäinen käyttäytymiseen vaikuttava oireyhtymä, joka vaatii hoitoa. Se on myös yksi tunnetuimmista periytyvistä psykiatrisista häiriöistä. AD/HD on usein krooninen vaiva huomattavine oireineen, jotka

usein pahenevat aikuisuuteen tultaessa. AD/HD johtaa usein masennukseen, ärtyisyyteen ja häiritseviin taipumuksiin kuten päihteiden väärinkäyttöön. Siksi lääketieteellä on merkittävä rooli hoidettaessa elinikäistä tarkkaavaisuushäiriötä. Tiettyyn välittäjäaineeseen, joko noradrenaliiniin, dopamiiniin tai serotoniiniin vaikuttavalla täsmälääkityksellä oireiston paheneminen on estettävissä. (Myttas 2002, 21-22.)

Lapsena ajoissa aloitetun lääkityksen on todettu pudottavan päihderiippuvuusriskin AD/HD -nuorten kohdalla 30%:sta 13%:iin, kun riski terveillä lapsilla on 11% ikäluokasta. (Wilens, Biederman & Spencer 2002, 113.) Päihteiden väärinkäyttö ja rikollisuus AD/HD nuorilla ja nuorilla aikuisilla liittyy heillä esiintyvään geeniin, joka altistaa riskikäyttäytymiselle. Tutkimuksissa geeni on löydetty heroiiniriippuvaisilta, joilla päihteiden väärinkäytön lisäksi riskinotto taipumus voi liittyä uhkapelaamiseen, autolla kaahaamiseen ja yliseksuaaliseen käyttäytymiseen. On todettu, että 60% tarkkaavaisuushäiriöisistä nuorista kokeilee laittomia huumeita ennen 17 -vuoden ikää. Kokeilut tapahtuvat kolme vuotta aiemmin kuin muilla nuorilla. Riippuvuus aivoissa stimulantin tavoin toimiviin aineisiin kehittyy nopeasti. Mm. tupakointi on 2-3 kertaa yleisempää AD/HD -oireisilla. AD/HD -lapsista 70%:lla näitä kokeiluja edeltävät käyttöhäiriöt ja tunne-elämän häiriöt. Tarkkaavaisuushäiriön ja siihen liittyvään aggressiivisuuden tehokkaalla hoidolla voidaan ehkäistä nuoria ajautumasta rikolliseen käytökseen. (Myttas 2002, 21-22.)

Tutkimuksissa on arvioitu, että joka viidennellä ahdistushäiriöpotilaalla on alkoholi- tai lääkeriippuvuusongelma. Toisaalta 10 %:lla alkoholi- ja lääkeriippuvuuspotilaista on itsenäinen ahdistushäiriö. Depression ja ahdistushäiriöiden välisen päällekkäisyyden arvioidaan olevan 40-60%. Naisilla ahdistushäiriöitä esiintyy kaksinkertainen määrä miehiin nähden. Ylipäätään joka neljäs ihminen kärsii elämänsä aikana jostakin ahdistuneisuushäiriöstä. Ahdistus ilmenee joko somaattisina oireina ja hermostuneisuutena tai psyykkisenä ahdistuneisuutena, joka ei välttämättä näy ulospäin. (Achte, Tamminen 1996, 81.)

AD/HD -lapsista 51%:lla ja AD/HD -aikuisista 77%:lla on ainakin yksi muu psykiatrisen diagnoosi. Kaikkein yleisimpiä komorbiditeetit (liitännäissairaudet) ovat inattentivisen AD/HD:n yhteydessä. Häiriöiden taustalla on samat biologiset (yleensä perinnölliset) tekijät. Samaan tautiperheeseen kuuluva Touretten syndrooma aiheuttaa eriasteisia nykimisoireita, pakko-oireisia häiriöitä ja fobioita eli pelkotiloja. Aspergerin oireyhtymä puolestaan esiintyy haluttomuutena sosiaaliseen vuorovaikutukseen, kapea-

alaisina kiinnostuksenkohteina ja äärimmäisenä rutiinien tai rituaalien noudattamisena. Tourettea sairastavilla AD/HD on kymmenen kertaa yleisempää kuin muulla väestöllä. Kaikki kolme häiriötä voivat esiintyä myös päällekkäin samalla henkilöllä. (Wallin 11.9.2002.)

Sekä pelkäävät AD/HD -oireisten että Asperger, Tourette ja AD/HD -oireyhtymän piirteitä omaavien ryhmissä mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt ja asosiaaliset häiriöt ovat yhtä yleisiä. Molemmissa ryhmissä esiintyy yhtä paljon kognitiivisia vaikeuksia, koulunkäyntivaikeuksia sekä yleisen toimintakyvyn heikkenemistä (Wallin 11.9.2002). Tarkkaavaisuushäiriön ja käytöshäiriön on todettu esiintyvän yhdessä 30-50 %:ssa tapauksista. Eri tutkimuksissa ahdistuneisuushäiriön on todettu esiintyvän tarkkaavaisuushäiriön kanssa noin 25%:ssa tapauksista (Lönqvist ym. 1999, 485). Aspergerin ja AD/HD:n esiintyminen yhdessä on toisaalta positiivista: Asperger-piirteet kompensoivat AD/HD -oireita ja AD/HD -piirteet puolestaan tuovat ”eloa” Asperger -oireiseen henkilöön (Wallin 9.10.2002).

Erilaiset masennustilat kroonisesta masentuneisuudesta vakavaan masennukseen ovat tavallisia AD/HD:n yhteydessä (Wallin 11.9.2002). Masennuksella käsitetään yli kaksi viikkoa yhtäjaksoisesti kestänyttä masentunutta mielialaa, johon liittyy mielihyvän menetyksen kokemus. Masennukseen liittyy itseluottamuksen ja itsetunnon lasku, jatkuva väsymys, uupumus, keskittymisvaikeudet, syyllisyyden ja arvottomuuden tunteet. Masentuneella uni häiriintyy, ruokahalu alenee tai katoaa tyystin. (Kemppinen, Rouvinen-Kemppinen 1998, 379). AD/HD:n yhteydessä esiintyy myös kaksisuuntaista mielialahäiriötä, samoin lapsena alkavaa maniaa. Yleistä AD/HD:ssä on negatiivinen, masentunut perusvire. Impulssikontrollin häiriöt, ”sählääminen” ja touhukkuus sekä nopeat mielialan vaihtelut ovat osa AD/HD -oireistoa, eikä niitä pidä sekoittaa mielialahäiriöihin. Ahdistuneisuus on yleistä, jo AD/HD -lapsilla se on viisi kertaa yleisempää kuin terveillä ikätovereilla. AD/HD:hen liittyy usein viivästynyt unijakso ja unihäiriöitä siitä johtuen. Normaalin päivärytmiin on vaikeaa sopeutua, koska vireystila paranee vasta iltapäivän kohden. Moni hakeutuukin tämän vuoksi ilta- tai yötyöhön. Unihäiriötä pahentaa monella ”Levottomat jalat” -oireyhtymä, jolla on samaa geneettistä taustaa tarkkaavaisuushäiriön kanssa. (Wallin 11.9.2002.)

Hoitamattomasta tarkkaavaisuushäiriöstä voi kehittyä persoonallisuushäiriö aikuisella iällä (Räsänen ym.1998, 229). Persoonallisuushäiriö voidaan määrittellä pitkäaikaisena, toimintakykyä ja sosiaalisia suhteita haittaavana mielenterveydenhäiriönä, joka ilmenee

poikkeavina persoonallisuudenpiirteinä (Lepola ym.1998, 82). Osa tutkijoista pitää persoonallisuushäiriötä sairautena, osa näkee sen sosiaalisena ongelmana. Jos sitä pidetään sosiaalisena ongelmana, on kyse käyttäytymismallista, johon liittyy usein muita häiriötä kuten masennusta, ahdistuneisuutta, syömishäiriöitä, jopa psykooseja. (Childs-Clarke & Oxley 1997, 93.) Persoonallisuushäiriöt ovat monimuotoisia ja niistä kärsivät joutuvat toistuvasti vaikeuksiin ihmissuhteissaan. Toisinaan lähipiiri kärsii häiriöstä enemmän kuin asianomainen itse (Lepola ym. 1998, 82). Toisille persoonallisuushäiriö merkitsee pitkäkestoista ja vaikeahoitoista sairautta, joka aiheuttaa monenlaista tuskaa elämään (Barker & Jackson 1997, 41). Persoonallisuushäiriöisen ihmisen käytös voi olla eristäytyvää tai huomiohakuista, outoa, epävakaata, vihamielistä, riippumatonta tai liian pakonomaista. Persoonallisuushäiriöiset ihmiset ovat usein jäykkiä, empatiakyvyttömiä, ja kykenemättömiä normaaleihin ihmissuhteisiin. Heillä on yleisesti vaikeuksia opiskelussa ja työelämässä. (Lepola ym. 1998, 82.) Tavallista on, että inattentiivinen AD/HD -oireinen saa passiivis-aggressiivisen ja hyperaktiivinen/impulsiivinen AD/HD -oireinen saa epävakaan (rajatila) persoonallisuushäiriön diagnoosin (Wallin 11.9.2002). Ilmeistä on, että aikuisena persoonallisuushäiriöstä kärsivien ihmisten lapsuudessa on ollut monenlaisia psyykkisiä traumoja, psykososiaalisia vaikeuksia ja ihmissuhdeongelmia.(Lepola, Koponen, Leinonen, Joukamaa, Isohanni & Hakola 2002, 11.)

#### 4.1.4 AD/HD:n neurologiset liitännäisoireet ja toimintahäiriöt

*Motoriset erityisvaikeudet* ja *dyspraksia* (motoristen taitojen ohjelmointihäiriö) johtuvat siitä, etteivät aivot pysty pilkkomaan toimintoja osasiin, jolloin toiminnan jäsentäminen vaikeutuu. Motoriikan vaikeudet ilmenevät kömpelytenä ja vaikeutena oppia motorisia taitoja. Karkea- ja/tai hienomotoriikan tarkka säätely on vaikeaa, mikä näkyy usein mm. kynätyöskentelyssä. Motorisia erityisvaikeuksia voi ilmetä myös ilman karkeamotoriikan ongelmia. Ne voivat esiintyä vaikeutena käyttää hyväksi ympäristön havaintovihjeitä esimerkiksi tilannenopeuksia autolla ajaessa. Kielellisten ohjeiden mukaan toimiminen on usein vaikeaa, erityisesti motoristen sarjojen tuottaminen on hankalaa, vaikka ne spontaanisti onnistuisivatkin. Uuteen motoriseen toimintaan valmistautuminen voi olla vaikeaa ja vielä vaikeampaa on mukauttaa toimintaa muuttuviin olosuhteisiin. (Sauna-aho 11.9.2002.) Gilbergin, Rasmussenin, Carlströmin, Svensonin & Waldenströmin (1982) tutkimusten mukaan puolella tarkkaavaisuushäiriöisistä lapsista on havaintomotorisia vaikeuksia. Kehityksellisiä motoriikan vaikeuksia oli 41%:lla AD/HD -lapsista. (Lyytinen ym. 2002, 280.)

*Muistivaikeuksille* tyypillistä on etenkin kuulonvaraisen työmuistin kapeus, mikä haittaa ohjeiden ja uusien asioiden vastaanottamista. Asiat ovat muistissa irrallaan, jolloin kokonaisuus on puutteellinen. Siksi ongelmia voi esiintyä myös pitkäkestoisessa muistissa ja mieleenpalauttaminen on vaikeaa. Erityisen vaikeaa on oppia nimiä ja käsitteitä. AD/HD:hen liittyy usein vaikeus oppia tehokkaita mieleenpainamis- ja oppimisstrategioita, mikä vaikeuttaa laajempien oppimiskokonaisuuksien omaksumista. Oppiminen sinällään on jo rutiini, joita AD/HD -oireisen on vaikea oppia. *Tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen häiriöihin* kuuluvat lyhytjänteisyys, häiriöalttius, motorinen levottomuus, itsenäisen työskentelyn suunnittelun ja toteutuksen vaikeus (Sauna-aho 11.9.2002.)

*Puheen ja kielenkehityksen häiriöt* liittyvät kielelliseen erityisvaikeuteen, *dysfasiaan*. Siinä kielellinen kehitys on selvästi muuta kehitystä hitaampaa tai siinä on poikkeavia piirteitä yhdellä tai useammalla kielen osa-alueella. Kielen osa-alueita ovat puheentuotto (sujuvuus, lauseiden pituus ja rakenne, artikulaatio), puheen ja kielen ymmärtäminen, sana- ja käsitevarasto, kertominen, nimeäminen sekä puheen vastavuoroisuus. Iän myötä arkikielen hallinta yleensä kehittyy melko hyväksi, mutta ongelmia esiintyy monimutkaisemman kielen tai käsitteiden ymmärtämisessä ja oppimisessa. Vieraiden kielten opiskelu on vaikeaa. (Sauna-aho 11.9.2002.)

*Hahmotushäiriöitä* voi esiintyä kaikkien aistien alueella (kuulo, näkö, tunto, haju, maku). Yleensä hahmotusvaikeuksista puhuttaessa tarkoitetaan useimmiten näköön perustuvaa, visuospatiaalista hahmotusvaikeutta (tilan hahmottamista). Se ilmenee esimerkiksi törmäilynä, vaikeuksina piirtää tai rakentaa mallin mukaan tai erotella tarkasti suuntia. Hahmotusvaikeudet liittyvät usein motoriikan erityisvaikeuksiin ja yhtäaikaisten liikkeiden tuottamisen vaikeuteen. Kokonaisuuksien hahmottamisen vaikeudet näkyvät laaja-alaisesti. Yhdessä tarkkaavuuden ja toiminnanohjausvaikeuksien kanssa ne haittaavat niin päivittäistä kuin koko elämää koskevaa suunnittelua ja ohjausta. (Sauna-aho 11.9.2002.) *Aistiyliherkkyydet* ovat seurausta aistien hahmotushäiriöistä, kosketusaistimukset voivat olla vääristyneitä, hipaisu tuntuu lyönniltä tai kipukynnys on vaarallisen korkea. Näön alueella tietyt värit voivat aiheuttaa jopa fyysistä pahoinvointia. Tietynlaiset maut tai hajut voivat myös saada AD/HD -oireisen pahoinvoivaksi. Maku-

aisti voi olla myös alikehittynyt, jolloin vain vahvan makuiset ruoka-aineet maistuvat joltakin. (Tikkanen 1998, 175.) Kuulon alueen yliherkkyydessä pienikin ääni voi minkertaistua ja taustahäly peittää alleen kaiken muun. (<http://communities.msn.fi/ADHDaikuiset/> 10.4.2003.) *Lukivaikeudessa* kyse voi olla lukemisen hitaudesta, virheellisyyksistä, luetun ymmärtämisen vaikeudesta ja/tai kirjoittamisen virheellisyyksistä. Lukivaikeus haittaa huomattavasti tietojen omaksumista lukemisen kautta sekä kirjallista tuottamista. *Lukivaikeudet* johtuvat pääasiassa kielellisistä vaikeuksista - kielellisestä tietoisuudesta, nimeämisestä tai ymmärtämisen vaikeudesta. Hahmotusvaikeuksiin lukeutuvat lukusuunta, kirjainten järjestys, lukemisen automatisoituminen ja äännevirheet. (Sauna-aho 11.9.2002.) Tavallisimpia hahmotukseen liittyviä virheitä ovat h- ja n- sekä p- ja d-kirjainten sekoittuminen ja eri vokaalien erottamisen vaikeus. Jälkimmäinen tulee esille etenkin sanoissa , joissa on monta vokaalia peräkkäin. (Michelsson, Saresma, Valkama & Virtanen 2000, 114.)

Niilo Mäki Instituutin aineistossa lukivaikeuksista kärsivistä lapsista 20%:lla on myös tarkkaavaisuushäiriö. Kansainvälisissä aineistoissa oppimisvaikeuksia esiintyy 30%:lla tarkkaavaisuushäiriöisistä (Barkley 1998; Spencer ym. 1999). Tarkkaavaisuushäiriön ja oppimisvaikeuksien suhde on epäselvä, koska osa tutkimuksista (mm. McGee & Share 1988) puoltaa tarkkaavaisuushäiriön lisäävän oppimisvaikeuksien riskiä, kun taas toisissa tutkimuksissa (mm. Ferguson & Horwood 1992) arvioidaan oppimisvaikeuksien lisäävän tarkkaavaisuushäiriöriskiä. Lisäksi on tiedossa, että lukivaikeuksilla ja tarkkaavaisuushäiriöllä on yhteistä geneettistä taustaa. (Lyytinen ym.2002, 298.)

*Lukemisen ja kirjoittamisen erityisvaikeuksiin* luetaan kuuluviksi mm. lukemisen hitaus, sanojen merkityksen ymmärtämisen vaikeus, rivien seuraamisen vaikeus, samankaltaisten sanojen sekoittuminen, kaksoiskonsonanttien ja pitkien vokaalien vajavuus kirjoitettaessa, sanelusta kirjoittamisen vaikeus ja keskittymisongelmat. (Michelsson ym. 2000, 44.) *Matematiikan oppimisvaikeudet* voivat johtua sekä kielellisistä että visuaalisista häiriöistä ja ne vaikeuttavat oppimista ja tietojen soveltamista. Kielelliset vaikeudet tulevat esiin numeroiden muistamisessa, matemaattisten käsitteiden oppimisessa sekä sanallisissa tehtävissä. Lukumäärän hahmottaminen, lukujonojen oppiminen ja geometria vaikeutuvat, jos henkilöllä on hahmotusvaikeuksia. Dyspraktiset (motoristen taitojen ohjelmointiin liittyvät) vaikeudet näkyvät laskusuunnassa, laskujärjestyksessä sekä numeroiden kirjoittamisessa. Toiminnanohjauksen vaikeus tekee laskutoimituksesta toiseen vaihtamisen vaikeaksi, eikä taitoja osata soveltaa uuteen tilanteeseen. (Sauna-aho 11.9.2002.)



Lisäksi *sosiaaliset ongelmat* ovat yleisiä AD/HD -oireisilla. Niihin kuuluu vaikeudet ymmärtää tunneilmaisuja, vaikeudet ymmärtää sosiaalisia tilanteita, sääntöjen noudattamisen vaikeus sekä häiriöt vastavuoroisessa toiminnassa ja kontakteissa. Sosiaalista kanssakäymistä vaikeuttaa se, ettei tarkkaavaisuushäiriöinen tunnista sosiaalisia vihjeitä. He eivät huomaa muiden viestejä kasvojen ilmeistä, eleitä tai äänenpainoista. Siksi heidän huumorinsa menee helposti liian pitkälle ja muut loukkaantuvat tai suuttuvat. Nonverbaaliset viestit eivät mene perille, joten AD/HD-oireinen ei osaa lopettaa, vaikka hänelle viestitetään ärtymystä. Myös impulsiivisuus, tapa ”möläyttää” ajatuk-sensa julki ilman etukäteisharkintaa vaikeuttaa sosiaalista vuorovaikutusta. (Michelsson ym. 2000, 52, 125.)

#### 4.1.5 Psykososiaaliset riskitekijät AD/HD:ssa

Lapsena sosioemotionaaliseen kehitykseen vaikuttaa vanhempien psyykkinen hyvinvointi sekä turhautumisen ja stressin määrä (Spencer, 2001). Stressin määrä riippuu perheen taloudellisesta tilanteesta, parisuhderistiriitojen määrästä, työttömyydestä jne. Stressi perheessä johtaa huonoihin suhteisiin vanhempien ja lasten välillä. Lapset alkavat oireilla ja riskinä on sosiaalisemotionaalisen kehityksen häiriintyminen. (Anastopoulos, 2000.) Äidin masentuneisuus ja mielenterveydenhäiriöt ovat riskitekijöitä lapsen kehitykselle. (Socialstyrelsens Slutsatser 2002.)

Myös turvaton kiintymystyyli on yksi riskitekijä sekä käytöshäiriön että AD/HD:n suhteen. (Socialstyrelsen 2001, 105, 116-121.) AD/HD -nuorilla tulevaisuuden rikollista käytöstä ennustaa impulsiivisuus ja kyvyttömyys käsittää tekojensa seurauksia. (McCallon, 1998.)

Naisten kohdalla huono itsetunto ja alituinen riittämättömyyden tunne voivat johtaa siihen, että kumppaniksi kelpaa kuka tahansa. ADD- ja MBD -oireisten naisten on havaittu ajautuvan parisuhteisiin, joissa he ovat alisteisessa asemassa huonommuuden tunteidensa tähden. (Solden, 1995.)

Useissa eri tutkimuksissa todetaan kouluvaikeuksien olevan riski myöhemmän selviytymisen kannalta. Erilaiset tukitoimet oppimisvaikeuksien suhteen ja oikea opetus- ja luokkamuoto parantavat ennustetta huomattavasti. Myös vanhempien suhtautumisella AD/HD -lapseensa on ensiarvoisen tärkeä merkitys myöhemmän psyykkisen terveyden

kannalta. Parhaiten menestyvät ne, jotka on perhepiirissä hyväksytty omana itsenään. Perheen tuella on mahdollista rakentaa ehjä minäkuva ja terve itsetunto. Kouluympäristön vaikutus on toinen oleellinen seikka myöhemmän elämän kannalta. Väärin suhtautuva opettaja voi saada paljon pahaa aikaan ja syrjäytymiskehitys alkaakin usein koulusta. (Tikkanen 1998, 164.) Pulkkinen (1996) mukaan yksinäisyys ja ystävien puute sekä lapsuus- ja nuoruusiän aggressiivisuus ovat psykososiaalisia riskitekijöitä pärjävyyden ja oman elämän hallittavuuden kannalta. Aggressiivinen käyttäytyminen 8-vuotiaana ennustaa koulusopeutumattomuutta 14-vuotiaana ja mahdollista työttömyysriskiä aikuisuudessa.

Tarkkaavaisuushäiriö ja käytöshäiriö yhdessä ennustavat epäsosiaalista käytöstä myöhemmässä vaiheessa. Lapsuuden hyperaktiivisuuden on todettu olevan riski käytöshäiriöisen jatkumiselle nuoruudessa (Taylor ym 1996). Vygotskin ja Lurijan (1961) teoria itsesäätelyn ja toiminnanohjauksen kehittymisestä sisäisen puheen kautta tukee käsitystä kielellisten häiriöiden osuudesta käytöshäiriön synnyssä. Jos aikuisen ohjaava puhe vuorovaikutuksessa lapsen kanssa ei muutukaan lapsen toimintaa ohjaavaksi sisäiseksi puheeksi, puute heijastuu laajalti lapsen käyttäytymiseen. Kielellä on myös keskeinen merkitys sosiaalisten tilanteiden ja tunteiden nimeämisessä. Heikot taidot näiden tilanteiden ja tunteiden kielellistämässä voivat osaltaan selittää väärät tulkinnat ja aggressiivisen reagoinnin neutraaliinkin tilanteeseen. (Lyytinen ym.2002, 305.) Väärin arviointeja sosiaalisissa tilanteissa tapahtuu myös aikuisilla tarkkaavaisuushäiriöisillä. Kielelliset vaikeudet kenties lieventyvät iän myötä, mutta eivät kuntouttamatta kokonaan katoa. Tunteiden nimeämisen vaikeuttakin esiintyy AD/HD -oireisilla vielä aikuisena.

#### 4.2 AD/HD:n vaikutus elämäntilanteeseen

AD/HD:sta johtuvilla vaikeuksilla on erilainen painotus eri elämänvaiheissa: kouluiässä suurimpina ongelmina ovat ylivilkkaus, levottomuus ja oppimisvaikeudet, kun taas psyykinen tasapainottomuus ja sosiaalinen sopeutumattomuus nousevat etusijalle murrosiässä. Aikuisista 40% on päässyt kokonaan oireistaan ja sopeutunut yhteiskuntaan. Niistä 60%:sta, joilla on edelleen oireita, 35-40% selviytyy omin neuvoin: he sopeutuvat sosiaalisesti, mutta kärsivät jatkuvasti psyykkisestä haavoittuvuudesta - he ovat levottomia, impulsiivisia, heillä on huono itsetunto ja psyykkisiä oireita.

Yleistä on lyhyt koulutus ja varsinaisen ammattikoulutuksen puuttuminen. Jäljelle jää vielä 15-25%:n ryhmä, jonka tulevaisuudennäkymät ovat heikot. He eivät ole selviytyneet yhteiskunnan vaatimuksista ja heillä esiintyy persoonallisuushäiriöitä, psyykkisiä ongelmia, päihteiden väärinkäyttöä ja rikollisuutta. (Tikkanen 1998, 163-164.)

Aikuisuutta kohti motoriset vaikeudet yleensä hellittävät ja ylivilkkaus saattaa kääntyä aloitekyvyttömyydeksi ja passiivisuudeksi. Levottomuus säilyy ja monella se korostuu entisestään. Psykosomaattiset oireet lisääntyvät merkittävästi iän myötä: esikouluikässä niitä on 10-12 %:lla, kouluiässä 35-44 %:lla ja aikuisiässä jopa 46 %:lla. (Tikkanen 1998, 162, 191.) Aikuisiässä *käytökseen liittyvistä ongelmista* on suurta haittaa arjenhallinnassa. Keskittymisvaikeudet, tavaroiden kadottaminen ja suunnittelukyvyn puutteet tekevät arkielämästä helposti kaaosta. Ajatusten ja liikkeiden levottomuus sekä impulsiiviset johtopäätökset rasittavat läheisiä ihmissuhteita. *Sosiaalisen kanssakäymisen ongelmat* - impulsiiviset kommentit, nopea kyllästyminen, ihmissuhdeongelmat, välinpitämättömyys, vaikeudet kertoa tunteistaan ja sopimusten rikkominen - johtavat helposti yksinäisyyteen ja irrallisuuden tunteisiin. Kun vuorovaikutustaidot ovat huonot, ystäviä on vaikea löytää, saati sitten pitää. *Akateemisia ja kognitiivisia ongelmia* ovat kykyjä huonompi koulumenestys, erilaiset oppimisvaikeudet, kykyjä vastaamaton ammatti, lyhytjänteisyys, taipumus jättää tehtävät kesken ja toistuvat työpaikan vaihdot. AD/HD -aikuisilla alisuoriutuminen suhteessa lahjakkuuteen on yleistä. Lyhyet työsuhteet ovat tyypillisiä, toisaalta projektiluonteinen työ voi olla AD/HD -oireiselle sopiva, koska pitkäjänteinen sitoutuminen vaatii liikaa voimavaroja. (Michelsson ym. 2000, 145.) Wallinin (9.10.2002) mukaan opintojen keskeyttäminen johtuu aggressiivisuudesta, joka ilmenee passiivisella tavalla itseen kohdistuvana. Taustalla on menestymisen tiedostamaton pelko. Silloin omiin ydinuskomuksiin ei sovi mielikuva itsestä menestyvänä.

#### 4.2.1 Toiminnanohjauksen vaikeudet

Toiminnanohjauksen ylin taso on tietoisuus. Ihmisen toiminnalle on ominaista tavoitteellisuus, mikä tarkoittaa aktiivista omien toimintojen ohjausta asetettuja päämääriä kohden. Toiminnanohjauksen edellytyksiä ovat kyky säädellä kehon liikkeitä, valvoa tavoitteiden saavuttamista ja huomioida tekojen seurauksia. Toiminnanohjaukseen vaikuttavat myös toiminnan yhteydessä virinneet tunteet. (Paavilainen ym. 2002, 120.)

Otsalohkon etuosien aivokuorella on monipuoliset yhteydet muihin osiin aivokuorta. Näiden yhteyksien ansiosta aivojen otsalohkojen etuosat ohjaavat toimintaa kordinoimalla keskushermoston toimintaa ja säätelemällä muistia, tarkkaavaisuutta, motoriikkaa ja tunne-elämää. Toiminnanohjaus on monimutkainen prosessi, joka lähtee liikkeelle osatavoitteiden muodostamisesta. Puutteet toiminnanohjauksessa näkyvät kyvyttömyytenä suunnitella pitkäjänteistä toimintaa ja toteuttaa tehokkaasti suunnitelmia. Oma-aloitteisuus puuttuu ja jumiutumisen toistamaan samaa toimintatapaa silloinkin, kun se ei johda haluttuun tulokseen, on ominaista toiminnanohjauksen ongelmassa. Jotta toimintaansa pystyy ohjaamaan, on kyettävä pitämään kullakin hetkellä tärkeä tieto työmuistissa. Jos työmuisti ei toimi, oikea asioiden suorittamisjärjestyskään ei pysy mielessä. Impulsiiviset tehtävävaihdokset kesken toiminnan kuuluvat toiminnanohjauksen ongelmaan. Jokin mitätön ärsyke voi viedä kaiken huomion käsillä olevasta tehtävästä. (Paavilainen ym. 2002, 136-137.)

Toiminnanohjauksen ongelmien taustatekijänä on usein valikoivan tarkkaavaisuuden häiriintyminen. Aivojen otsalohkot suuntaavat normaalisti tarkkaavaisuutta haluttuihin asioihin ja myös jakavat sitä tarvittaessa eri tehtävien välillä. Niiden pitäisi myös estää epäolennaisen tiedon pääsy tietoisuuteen, jottei se häiritse meneillään olevan tehtävän suorittamista. Valikoivan tarkkaavaisuuden häiriössä tämä estomekanismi ei toimi ja se näkyy toiminnanohjauksessa työmuistihäiriönä, impulsiivisuutena ja tarkkaavaisuuden tahattomana kääntyilemisinä. (Paavilainen ym. 2002, 137-139.)

Aivojen otsalohkoalueen vauriot näkyvät myös tunteiden ja järjen yhteensovittamisessa. Ne vaikuttavat persoonallisuuteen, tunne-elämään ja sosiaaliseen käyttäytymiseen. Tyypillisiä oireita otsalohkovaurioissa ovat yleinen välinpitämättömyys ja itsekeskeisyys. Toiminnanohjauksessa on osattava huomioida myös tunteet ja tekojen seuraukset, pelkkä järki ei riitä. Tunteiden ja järjen yhteensovitus tapahtuu limbisen järjestelmän ja otsalohkojen yhteistyönä. Jos tekojen ja tunteiden yhteys on häiriintynyt, ihminen ei kykene arvioimaan, minkälainen käytös on sopivaa missäkin sosiaalisessa yhteydessä. (Paavilainen ym. 2002, 139.) Vaikka AD/HD -oireisilla varsinaiset aivovauriot ovat harvinaisia, välittäjäainemuutoksia esiintyy paljon juuri otsalohkojen alueella (Amen, 2000). Otsalohkovaurioille tyypilliset oireet täsmäävät varsin hyvin yhteen AD/HD -oireiden kanssa.

Hyperaktiivisen AD/HD:n tyypillinen ongelmakohta on toiminnanohjaus, siihen liittyvä organisointi ja muisti sekä oppiminen ja tunnistaminen (Gansler, Fucetola, Kren- gel, Stetson, Zimering & Makary 1998, 186).

#### 4.2.2 Tunteiden säätely palvelee toiminnanohjausta

Emootioiden eli tunteiden säätely palvelee toiminnanohjausta ja ympäristöön sopeutumista. Paavilaisen ym. (2002, 126) mukaan tunteet ilmenevät ihmisen toiminnassa monella eri tasolla:

- Subjektiiivisesti mielensisäisinä kokemuksina.
- Käyttäytymisessä ilmeinä ja eleinä sekä esimerkiksi pakenemisena tai hyökkäämisinä.
- Fysiologisina hermoston, umpieritysjärjestelmän ja sisäelinten toiminnan muutoksina, jotka tehostavat tunteiden vaikutuksia käyttäytymiseen (esimerkiksi hormonien erittyminen, punastuminen, sydämensyke).
- Kognitiivisella tasolla tiedonkäsittelyn muutoksina. Tunteet auttavat suuntaamaan tiedonkäsittelyä kulloinkin tärkeään asiaan, ne tehostavat oppimista ja auttavat ihmisiä kommunikoimaan nopeasti keskenään.
- Tunteet ovat läheisessä vuorovaikutuksessa toimintaan motivoitumisen kanssa. Motiivit, niiden perusteella asetetut tavoitteet ja tavoitteiden saavuttaminen, vaikuttavat tunteiden voimakkuuteen ja laatuun. Tunteiden viriäminen voi herättää uusia motiiveja ja sitä kautta vaikuttaa tavoitteen asetteluun.

Nykykäsitys pitää perustunteita, iloa, surua, pelkoa, vihaa ja inhoa synnynnäisinä biologisesta perustasta käsin määräytyvinä. Ihmiset ilmaisevat ne samalla tavoin ja ne ilmenevät yksilönkehityksessä jo varhain. Kuitenkin myös oppiminen vaikuttaa tunteisiin. Ihminen voi tietyissä rajoissa oppia hallitsemaan tunteitaan ja jopa nauttia alun perin pelkoa herättäneistä asioista. Myös kulttuuriympäristö vaikuttaa oppimisen kautta tunteisiin. Tiettyjen tunteiden voimakas ilmaiseminen ei ole suotavaa joissakin kulttuureissa. (Paavilainen ym. 2002, 126-127.)

AD/HD -oireisilla tunteiden säätely on vaikeaa. Heillä epäsosiaalinen ja aggressiivinen käytös sekä uhmareaktiot ovat yleisiä. Moni aikuinen säilyttää piirteet, joista muut kasvavat ulos jo lapsena. Aikuisiässä tunteiden säätelyn ongelmat aiheuttavat suuria vaikeuksia. Lyhytpinnainen AD/HD -aikuinen saattaa purkaa estottomasti tunteitaan pai-

kasta riippumatta. Raivostumista seuraa katumus ja syyllisyydentunteet. Aggressiivisuus yleensä kuitenkin vähenee vuosien mittaan. (Tikkanen 1998, 197-198.) AD/HD -aikuisia on kuvattu ”vuoristorata-persoonallisuuksina”. Heidän tunteensa ja mielialansa seilaavat laidasta laitaan ja muiden ihmisten on vaikeaa seurata mukana. Todennäköisesti taustatekijät tunteiden säätelyn vaikeuksille ovat neurologisia – ohjaahan tunteita aivojen limbinen järjestelmä. Lisäksi kognitiivinen tulkinta, tilannetekijät ja kehon reaktiot vaikuttavat tunteiden säätelyyn. (Paavilainen ym.2002, 130.)

Koska on havaittu, että AD/HD -oireinen tulkitsee nonverbaalin viestinnän väärin tai ei edes huomioi sitä, on ymmärrettävää ettei toiminnanohjaus välttämättä riitä ”salonki-kelpoisen” käytöksen tuottamiseen. Toisaalta yhteys omiin tunteisiin voi olla hukassa, eikä niitä osata tunnistaa ja kuvailla. AD/HD -oireisella muistiongelmista ja impulssi-kontrollin säätelyvaikeuksista johtuva ”sählääminen” on tavallista. Lazaruksen mukaan jokapäiväiset akuutit ”sähellykset” (esim. auton avainten etsiminen, auton käyntiin saaminen jne.) saattavat aiheuttaa yhtä paljon haitallisia elinmuutoksia kuin puolison kuolema, koska ne herättävät jatkuvasti vihamielisiä tunteita. Krooniset stressitekijät ovat yhteydessä pelkoon ja ahdistukseen. Jokapäiväisen elämän ”koheltamiset” ovat Lazaruksen mukaan pääosin kielteisiä. Olisi tärkeää saavuttaa tasapaino kielteisten ja myönteisten emootioiden kesken. Jos ihmisen elämästä puuttuvat tyystin huippuhetket, hän altistuu stressille ja sairauksille. Näin sosiaalisilla tekijöillä on yhteys stressin määrään ja sitä kautta terveyteen. (Achte, Tamminen 1996, 74.)

Osaltaan tunteiden säätelyyn vaikuttaa temperamentti, joka luo taipumusta tietynlaisiin tunteisiin ja mielialoihin. Lazaruksen mukaan ns. akuutti tunne ja mieliala ovat tunteen eri puolia. Akuutti tunne on seurausta kapea-alaisen, hetkellisen päämäärän arvioinnista, kun taas mieliala on laajempien taustojen tarkastelun tuloksena syntynyt tunnetila. Mieliala on siis riippuvainen siitä, miten myönteisenä tai kielteisenä yksilö koko siihenastista elämäänsä pitää. (Kokkonen & Pulkkinen 1996, 405.) AD/HD-oireisen masentunut mieliala on siis yhteydessä hänen aiempiin elämäkokemuksiinsa. Nopeasti ilmenevien, hetkellisten tunteiden säätely on sidoksissa vain senhetkiseen tilanteeseen, aiemmat kokemukset eivät välttämättä vaikuta niiden säätelyyn. Kenties siksi impulssit saavat AD/HD -oireisen toimimaan itselleen ja perheelleen vahingollisella tavalla, vaikka hän aiemman kokemuksensa perusteella tietäisi käyttäytymisestään seuraavan ongelmia. (Yhden haastattelun näkemys impulssien säätelyn vaikeudesta, Onnela 8.10.2002.)

Baileyn mukaan tunteiden säätelyn vaikeus hankaloittaa etenkin AD/HD -oireisten miesten elämää, koska yhteiskunnallisessa normistossa miesten tunteenpurkauksia ei pidetä suotavina. Miehillä ei edes lapsuudessa opeteta tunteiden ilmaisemista, vaan heidän oletetaan olevan emotionaalisesti vahvoja. Itkevää poikaa pidetään ylitunteellisena, naismaisenakin. AD/HD:hen liittyvä jatkuva tunnetilojen vaihtelu voi olla tuskallista miehelle, joka on kyvytön ymmärtämään tunteitaan. Ihmissuhteissa tämä tulee esille tuskastumisena, kun omaa turhautumistaan ei osaa ilmaista puolisolle, jonka on aivan yhtä vaikeaa ymmärtää toista osapuolta. Työpaikoilla tunteenomaisia purkauksia, matalaa turhautumistasoa ja epäonnistumisen pelkoa pidetään epämieluisina ominaisuuksina - niiden katsotaan haittaavan työstä ja projekteista selviytymistä. AD/HD -miehelle työyhteisöön sopeutuminen ja sellaisen luottavai-suuden esittäminen, mitä hän ei tunne, voi muodostua ylivoimaisen vaikeaksi. Tunteiden ”vuoristoradassa” on vaikeaa välttyä vihan ja turhautumisen tunteilta. ( Bailey, www.add.org 10.5.2003).

#### 4.3 Kiintymystyyli ja sen merkitys

Bartholomewin mallissa kiintymystyyliä jäsennetään kahden taustalla olevan ulottuvuuden (itseä ja muita koskevan käsityksen) kautta. Käsitukset ovat joko myönteisiä tai kielteisiä. Myönteinen käsitys perustuu itsearvostuksen olemassaoloon, kielteinen sen puutteeseen. Myönteinen käsitys itsestä ei vaadi ulkoista vahvistusta pysyäkseen, sen sijaan kielteisen käsityksen itsestään omaava henkilö vaatii tuekseen muiden jatkuvan hyväksynnän. Myönteisen käsityksen itsestään omaava henkilö hakee kontaktia muihin ihmisiin, kielteisesti itseensä suhtautuva välttää sitä. (Paaso, 2001.)

Bartholomewin (1990, 1991) mukaan aikuisen *kiintymystyyliä on neljänlaisia*: Itsestään ja muista myönteisen käsityksen omaavan henkilön kiintymystyyli on *turvallinen*, kun taas muista kielteisesti ajatteleva henkilö kiintyy muihin *välttelevän itseriittoisesti*. *Takertuvasti* tai *pelokkaasti* kiintynyt henkilö näkee itsensä kielteisessä valossa, kun taas käsitys muista ihmisistä on myönteinen. Turvallinen kiintymystyyli pitää sisällään tunteen omasta arvokkuudesta ja rakastettavuudesta ja odotuksen muiden hyväksynnästä ja ymmärtämyksestä. *Itseriittoisesti kiintynyt* henkilö suojaa itseään pettymyksiltä välttelemällä läheisiä ihmissuhteita ja pyrkimällä sitä kautta säilyttämään käsityksen itsestään muista riippumattomana ja haavoittumattomana. *Takertuvan kiintymystyylin* omaava henkilö hakee jatkuvasti muiden hyväksyntää, koska kokee itsensä arvottomaksi, eikä pidä itseään rakastettavana. *Pelokkaasti kiintynyt* odottaa oman arvottomuutensa lisäksi myös muilta ihmisiltä kielteistä suhtautumista ja epäluotettavuutta. Tästä johtuen

he pyrkivät suojaamaan itseään hylkäämiseltä välttämällä muita ihmisiä. (Bartholomew, 1990.)

Pulkkisen (1996) pitkittäistutkimuksessa "Lapsesta aikuiseksi" on tutkittu suomalaisten 36 -vuotiaiden miesten ja naisten kiintymystyyliä. Käytössä oli Bartholomewin (1990, 1991) luokitus kiintymystyyleistä ja siihen liittyvä itsearviointimenetelmä. Tutkimuksessa kävi ilmi, että naiset ja miehet kuvasivat kiintymystyyliään samalla tavalla lukuunottamatta itsერიittoaista kiintymystyyliä, jota esiintyi enemmän miehillä. Aikuisen tapa kiintyä läheisiin ihmisiin sisältää piirteitä useasta eri kiintymystyylistä ja yhden kiintymystyylin omaavia on hyvin vähän. Kun tutkittavat valitsivat vain yhden itseään kuvaavan tyylin, se oli sekä miehillä että naisilla valtaosin turvallinen kiintymystyyli. Kolmasosa naisista ja vähän useampi miehistä olisi kuvannut omaa tyyliään useammalla kuin yhdellä tavalla. Turvallinen kiintymystyyli oli vastakkainen pelokkaalle ja itsერიittoaistalle kiintymystyyli, kun taas takertuva tyyli ei ollut yhteydessä muihin kiintymystyyliin. (Männikkö 1999, 201-204.)

Suomalaista käsitteistöä kiintymystyyliin luonut Maarit Silve jakaa aikuisen kiintymyssuhteet autonomiseen, etäännyttävään ja jumiutuneeseen. Hänen mukaansa autonomisesti kiintynyt henkilö kykenee kuvailemaan sekä positiivisia että negatiivisia lapsuuden muistojaan avoimesti ja johdonmukaisesti, ja pystyy objektiivisesti tarkastelemaan yksittäisiä tapahtumia. Tärkeintä autonomian saavuttamiselle on se, ettei muistoja ole torjuttu. Etäännyttävästi kiintyneellä henkilöllä on taipumus vähätellä negatiivisia kokemuksiaan ja tunteitaan ja hän vähättelee herkästi niiden merkitystä kehitykselleen. Hänelle voi olla vaikeaa kritisoida vanhempiaan tai palauttaa mieleen ahdistavia lapsuuden kokemuksia. Etäännyttävästi kiintyneillä aikuisilla on Silven mukaan usein sisäänrakennettu vaatimus vahvuudesta, normaaliudesta ja itsenäisyydestä. Jumiutuneen kiintymystyylin tunnusmerkkeinä Silve pitää pakonomaista tarvitsevuutta ja traumaattisten kokemusten toistamista. Jumiutunut henkilö on kiinni lapsuudenkokemuksissaan eikä pääse niistä irti. Henkilö joko passiivisesti hyväksyy silloisen tilanteen tai taistelee vieläkin sitä vastaan. Hänelle on ominaista autonomisesti kiintyneen henkilön seuraan hakeutuminen. (Silve 2000,71-81.)

*Männikkö* havaitsi kiintymystyylin merkitystä vuorovaikutussuhteisen laatuun kartoitavassa tutkimuksessaan, että itsერიittoaistisesti tai pelokkaasti kiintyneillä miehillä on samanlainen vuorovaikutuksen laatu. Itsერიittoaistisesti kiintyneillä oli vaikeuksia psyykkisessä hyvinvoinnissa ja itsensä ilmaisussa. Sen sijaan takertuvasti kiintyneillä oli melko



hyvä itsetunto ja he näkivät itsensä kaikkein myönteisimpinä tutkituista. Männikön verratessa sosiaalisen vuorovaikutuksen laatua turvallisesti ja turvattomasti kiintyneillä, erot olivat seuraavanlaisia: turvallisesti kiintyneillä oli parempi psyykinen hyvinvointi ja vähemmän tunteiden ilmaisuvaikeuksia. He myös näkivät itsensä sosiaalisesti myönteisempinä ja turvallisesti kiintyneillä miehillä oli parempi itsetunto kuin turvattomasti kiintyneillä miehillä. Neljän klusterin analyysissä turvattomasti kiintyneiden naisten osuus oli 76%, miesten osuus 70%. (Männikkö 1997, 27, 31.)

Männikön tuoreimmassa tutkimuksessa aikuisten kiintymystyyleistä kävi ilmi, että turvallinen kiintymystyyli on yhteydessä hyvään psykososiaaliseen toimintakykyyn, ulospäinsuuntautuneisuuteen ja sosiaaliseen persoonallisuuteen. Turvallisesti kiintyneillä on hyvä itsetunto, eivätkä heitä vaivaa psyykkiset ongelmat. Männikkö löysi persoonallisuudenpiirteitä, jotka ovat yhteydessä kiintymystyyliin. Neuroottisuus ja siihen liittyvä alemmuudentunne sekä ulospäinsuuntautuneisuus ja siihen liittyvät myönteinen tunneilmaisu ja lämpimyys olivat yhteydessä kiintymykseen ja sen tausta-tekijöihin - käsitykseen itsestä ja muista. Mitä voimakkaampi alemmuudentunne henkilöllä oli, sitä kielteisempi oli hänen minäkäsityksensä. Turvallisesti kiintyneitä luonnehti myönteinen tunneilmaisu ja itseriittoisesti kiintyneitä kielteinen tunneilmaisu. Voimakas alemmuudentunne liittyi takertuvasti kiintyneillä lämpimyteen ja pelokkaasti kiintyneillä lämpimyden puutteeseen. Tulokset osoittivat, että persoonallisuus ja kiintymys ovat erillisiä, mutta toisiinsa kiinteästi yhteydessä olevia osa-alueita ihmisen kehityksessä. (Männikkö 2001, 122.)

Männikön (2001, 123-124) tutkimus vahvisti myös käsitystä kiintymystyylien laaja-alaisista yhteyksistä aikuisen elämän eri puoliin. Lapsuuden vuorovaikutussuhteissa muodostuneet syvät minäkäsitykset ja ydinuskomukset ohjaavat havaitsemista, tulkintaa, käyttäytymistä ja tunnereaktioita myöhemmissä ihmissuhteissa, eri elämäntilanteissa ja kaikilla elämänalueilla. Muutos turvallisempaan suuntaan vaatii aikuisiässä pitkäkestoista terapiaa. Toisaalta turvattoman kiintymyksen luonnehtimassa ympäristössä eläminen ja elämän vastoinkäymiset voi muuttaa aikuisenkin kiintymystä turvattomaan suuntaan. Kiintymystyylin korjaaminen aikuisuudessa on aikaavievää ja kallista, siksi Männikkö näkee perheiden tukemisen ensiarvoisen tärkeänä. Silloin kun vanhemmat eivät kykene riittävän hyvään vanhemmuuteen, lasten olisi saatava korjauksia kokemuksia muilta aikuisilta. Myös turvattoman kiintymyksen aiheuttamista ongelmista kärsivät aikuiset tarvitsevat tukea ja mahdollisuuksia olla turvallisesti kiintyneiden ihmisten seurassa. Männikön mukaan kiireellisimmin apua tarvitseva ryhmä on

pelokkaasti kiintyneet, joilla on ongelmia sekä itsensä että muiden suhteen. Männikön mukaan turvallinen kiintymystyyli auttaa ihmisiä selviämään nykyisen elämänmenon heille asettamista haasteista ja paineista eri elämänalueilla.

### Kiintymystyyli suomalaisessa parisuhteessa

Nauhan ja Silvenin (2000) haastattelututkimuksessa puolisoitten kiintymyssuhteista kävi ilmi, että autonomisesti kiintyneet aikuiset elävät odotettua useammin yhdessä. Lähes puolet autonomisesti kiintyneistä naisista eli etäännyttävän kumppanin kanssa. Autonomisesti kiintyneet miehet olivat muodostaneet parisuhteen samalla tavalla kiintyneen naisen kanssa. Etäännyttävästi ja jumiutuneesti kiinnittyneen parisuhteessa todettiin olevan suurin riski väkivallalle. Jumiutuneesti kiintyvien naisten todettiin elävän etäännyttävästi kiintyneiden miesten kanssa, sillä etäännyttävästi kiintyneitä miehiä todettiin olevan huomattavasti enemmän kuin naisia.

Suomalaisen parisuhteen tutkimuksessa todettiin läheisyyden ja autonomian merkityksen parisuhteessa olevan tärkeitä ja samanaikaisesti avioliitossa olemassaolevia asioita, jotka vaikuttavat tyytyväisyyteen suhteessa. Turvallisesti kiintyneiden on todettu olevan parisuhteessa tyytyväisempiä ja halukkaampia sitoutumaan ja suhteiden on todettu olevan muita kestävämpiä. Jumiutuneesti tai etäännyttävästi kiintyneet kokevat parisuhteessa vähemmän läheisyyttä, luottamusta ja tyytyväisyyttä. Näissä parisuhteissa negatiiviset reaktiot värjivät reagointia ja asioihin suhtaudutaan dramaattisesti. Etäännyttävästi kiintyneet voivat elää tyytyväisinä suhteessa, jossa negatiivisia tunteita ei käsitellä, vaan niiden alkaessa tulla esille vaihdetaan puheenaihetta tai poistutaan, ilmoittamatta minne. Tutkimuksessa kävi ilmi, että kiintymyskäyttäytyminen on voimakkainta ja sopeutuminen huonointa parisuhteessa, joissa puolisoilla on hyvin erilaiset sisäiset työskentelymallit. (Nauha & Silven 2000, 83-90.)

Parisuhteessa miehen ja naisen ajattelu- ja toimintatapojen erilaisuus aiheuttaa yleisesti ristiriitoja. Naiset suhtautuvat asioihin tunteenomaisemmin ja ovat eteväitä vuorovaikutussuhteissa, miehet ovat loogisia ja järkeileviä ja toimivat mieluummin kuin puhuvat.

"Erilleen kasvaminen" parisuhteessa onkin usein tulosta siitä, että odotetaan toisen hahmottavan maailman ja suhtautuvan elämään samalla tavalla kuin itse, eikä huomioida lainkaan sukupuolten välisiä eroja. Parisuhteessa tarvitaan autonomista kiintymistä ja itsesäätelyä ristiriitatilanteissa. Toisen kanssa eläessä on oltava valmis kasvamaan ja kehittymään kumppanin ajatusmaailma huomioiden. (Dunderfelt 1996, 59.)

Kiintymystyylin siirtymistä perheessä sukupolvelta toiselle *Kielo* -projektissa (2003) tutkittaessa on selvinnyt, että lapsilla on taipumus omaksua turvallinen kiintymystyyli silloinkin, kun perheen isän kiintymystyyli on ei-autonominen. Autonomisesti kiintyneen äidin ja ei- autonomisesti kiintyneen isän parisuhteissa yli puolella lapsista oli turvallinen kiintymyssuhde molempiin vanhempiin. Ei-autonomisesti kiintyneiden vanhempien parisuhteissa yli puolella lapsista oli turvaton kiintymystyyli kumpaankin vanhempaan. Eniten löytyi perheitä, joissa kummankin vanhemman kiintymystyyli oli autonominen, seuraavaksi eniten perheitä, joissa isän kiintymystyyli oli ei-autonominen. Joka neljännessä perheessä kumpikin vanhempi edusti ei-autonomista kiintymystyyliä. Tutkimuksessa todettiin autonomisen kiintymystyylin ennustavan lapsen turvallista kiintymystä paremmin kuin ei -autonomisen tyylin turvatonta kiintymystä. (Kouvo, Virtanen & Silven 2003, 37-38.)

Silvenin tutkimustulokset tukevat Ruotsin Sosiaalhallituksen julkaisua AD/HD:stä ja kiintymyksestä AD/HD -perheissä. Siinä kiintymystyyllillä ei ole todettu olevan kovinkaan suurta merkitystä myöhemmän kehityksen kannalta. Sillä ei myöskään ole suoraa yhteyttä kognitiiviseen suoriutumiseen. Sen sijaan turvaton kiintymystyyli on yksi AD/HD:n riskitekijä ja muiden riskitekijöiden yhteydessä turvaton kiintymystyyli yleistyy. Kiintymystyylin turvattomuus on yhteydessä käytöshäiriöihin Turvattomasti kiintyneelle lapselle tulee helpommin käytösongelmia kouluaikana. Lapselle muodostuu suhteessa vanhempiin sisäiset skeemat, ydinuskomukset, jotka vaikuttavat kognitioihin ja siihen tapaan, jolla myöhemmin kohtaa muita ihmisiä. Ruotsalaistutkimus vahvistaa Silvenin havainnon kiintymystyylin siirtymisestä sukupolvelta toiselle, mutta turvattomalla kiintymyksellä ei ole todettu olevan niin suurta merkitystä pärjäävyydelle kuin aiemmin on oletettu. Lisäksi todetaan, että länsi maisista lapsista 40%:lla on turvaton kiintymystyyli (Weinfield, 1999). (Socialstyrelsen 2001, 117-121.)

Roosin ja Hoikkalan suorittamassa hyvinvointitutkimuksessa käsite elämänpolitiikka koostuu seuraavista käsitteistä: arki ja elämäkokemus, elämä (omaelämäkerta ja sen rakentaminen), elämänhallinta, itsekuri ja järjestys sekä tulevaisuuteen suuntautuminen. Giddensin mukaan elämänpolitiikan tavoitteena on viime kädessä onni, joka voidaan saavuttaa itsensä toteuttamisen ja sosiaalisten suhteiden kautta.

Elämänpolitiikka voidaan käsittää elämänhallintaan ja sen edellytyksiin vaikuttamisena. Riihisen mukaan elämänhallinnassa on kyse siitä, missä määrin ihmiset pystyvät osallistumaan omaa elämäänsä koskeviin päätöksiin. (Roos & Hoikkala 1998, 22.)

### 5.1 Elämänhallinnan määritelmiä ja edellytyksiä

Roosin (1998) mukaan *ulkoisesta elämänhallinnasta* on kyse, kun ihminen kykenee pääpiirteissään ohjaamaan elämänsä kulkua ilman, että hänestä itsestään riippumattomat tekijät kovin oleellisesti vaikuttavat siihen. Ulkoinen elämänhallinta voidaan käsittää tavoitteiden ja niiden toteuttamiseen pyrkivän toiminnan jatkumona, ei ainoastaan fyysisten tai sosiaalisten olosuhteiden hallintana. Ulkoiseen hallintaan vaikuttavat sukupolvi, sukupuoli, koulutus ja ammatti eli tekijät, jotka keskeisesti selittävät yksilön sosiaalista asemaa. Raunion (1993) mukaan yhteiskunnan konkreettiset rakenteet määrittävät rajat ihmisen ulkoiselle elämänhallinnalle.

Roos (1998) katsoo *sisäisen elämänhallinnan* merkitsevän ihmisen kykyä sopeutua eri tilanteisiin, katsoa asioita parhain päin ja hyväksyä erilaiset tapahtumat osana elämäänsä. Roosin mukaan sisäinen elämänhallinta on opittava joko lapsuudessa tai myöhemmin. Sisäisessä elämänhallinnassa hallinnantunne ulottuu ihmisen psyykkiseen elämään. Ihmisen kykyä käsitellä omia tunteitaan ja ohjata reaktioitaan hallitusti niin, etteivät tunteet ohjaa häntä, on keskeinen ja tärkeä osa elämänhallintaa. Kun puhutaan sisäisestä autonomiasta, tarkoitetaan oman itsensä, tunnetilojensa ja niiden käyttäytymisseurausten ohjaamista kypsällä ja sosiaalisella tavalla. Sisäinen autonomia edellyttää ulkoisesta säätelystä irtautumista. Silloin ihmisen tunnetilat, mielialat ja reaktiot eivät ole välittömässä yhteydessä siihen, mitä ympärillä kulloinkin tapahtuu, vaan hän itse ohjaa niitä. Sisäisen autonomian saavuttanut henkilö kykenee valitsemaan ärsykkeet, joihin reagoi, esimerkiksi loukkaavan käytöksen voi jättää huomiotta. (Keltikangas-Järvinen 2000, 80.)

Elämänhallinta tarkoittaa kykyä kantaa vastuuta omasta toiminnasta. Siihen sisältyy omien taitojen ja osaamisen tiedostaminen, kehittäminen ja soveltaminen. Elämän-

hallintaan kuuluu kyky kontrolloida omaa käyttäytymistä ja parantaa suoritusta, mikä edellyttää toiminnan tiellä olevien esteiden tunnistamista ja voittamista. Elämänhallintaan liittyy itsetuntemus ja ympäristötietoisuus, kyky hallita itseään ja tehdä omaa työuraa koskevia ratkaisuja, kyky hallita muutosta, epävarmuutta ja ristiriitoja sekä sopeutua uusiin tilanteisiin. Elämänhallinta on sidoksissa yleisiin kontrolliuskomuksiin - siihen uskoko yksilö voivansa vaikuttaa omaan kohtaloonsa vai onko hän mielestään ulkoisten voimien armoilla. Avainasemassa ovat silloin omat asenteet. Niistä riippuu, missä määrin osaa kyseenalaistaa omia uskomuksiaan ja oppii kokemuksistaan. Vaihtoehtoina ovat positiivinen ja rakentava suhtautuminen tai kiukun purkaminen elämän epäoikeudenmukaisuutta vastaan. (Ruohotie 2000, 43.)

Hallinnantunne on tilannesidonnaista, sillä ihmisen elämässä on tilanteita, joihin ei todellakaan pysty itse vaikuttamaan. Elämän hallittavuuden tunne vaihtelee tilanteesta ja elämänvaiheesta toiseen. Jollekin työasiat voivat olla helposti hallittavia, mutta kun tulee kyse ihmissuhteista, epävarmuus ja avuttomuus iskee heti. Taustalla saattaa olla kokemuksia, joiden perusteella ihminen arvioi joutuvansa ihmissuhteissaan aina vaikeuksiin ja ristiriitoihin. Jollakin ihmissuhteet sujuvat, mutta työssä ilmenevä kiire ja stressi johtaa nopeasti hallinnantunteen menettämiseen. Hallinnantunne on ympäristön palautteesta syntyvä kokemus, jolloin se on aina yhteydessä tosiasioihin. Se ei siis ole pelkästään persoonallinen ominaisuus, joka jollakin on ja jollakin taas ei ole. (Keltikangas-Järvinen 2000, 44.)

Tärkeä osuus hallinnantunteen säilymisessä on toimivalla arjenhallinnalla. Arjenhallinnassa tarvittavia taitoja ovat ajankäytön hallinta, tavoitteiden asettelu, rajojen asettaminen itselle, muutosten hallinta, realistinen itsekritiikki ja vuorovaikutus sekä sosiaaliset taidot. (Saukkola 2001, 4.)

Nykymaailmassa elämänhallintaa mitataan lähes yksinomaan menestyksellä ja saavutuksilla, jotka ovat yhteydessä materialistisiin arvoihin. Elämänhallinnan esimerkki on suorituskeskeinen, kiireinen, kunnianhimoinen, velvollisuudentuntoinen ja kärsimätön työhönsitoutuja. Näihin ominaisuuksiin väitetään liittyvän kohonneen sydän- ja verisuonitautiriskin. Liian korkea hallinnantunne ei ole hyväksi terveydelle.

Todellisuus on osoittanut, että menestyvillä, korkean hallinnantunteen omaavilla henkilöillä on niukasti keinoja selvitä yllättävistä ja ennakoimattomista vastoinkäymisistä. He eivät ole varautuneita niihin, koska kuvittelevat hallitsevansa kaiken.

Ainainen kontrollipyrkimys johtaa jatkuvaan vaatimustason nostamiseen, josta seuraa yhä vaativampia tilanteita ja lopulta tunne hallinnan menetyksestä. (Keltikangas-Järvinen 2000, 49.)

## 5.2 Kriisi - elämänhallinnan koetinkivi

Kun ihmistä kohtaa kriisi, asenne elämään ja vaikeuksiin vaikuttaa kriisistä selviytymiseen. Riittääkö ihmisen usko kriisistä selviytymiseen, osaako hän hakea siihen apua vai yrittääkö selvitä yksin? Miten kriisi arvioidaan - menetykseksi, uhkaksi vai haasteeksi? Kriisin haasteena kokeva on kiinni nykyhetkessä, kun taas uhkan kokeminen suuntaa ajatukset tulevaisuuteen - oma haavoittumattomuus on uhattuna ja suunnitelmat vaakalaudalla, tiedossa ongelmia ja kipua. Menetyksen kokemisessa verrataan elettyä elämää nykyhetkeen - elämän kiinnekohdat ovat sidoksissa menneeseen. (Heiskanen & Vallinsaari 1997, 184.)

Jos ihminen pystyy hyväksymään itsensä heikkona ja epäonnistuneena, on helpompi selviytyä elämänmuutoksesta. Kyky tehdä päätöksiä on tärkeä - löytyykö uskallusta järjestää elämä uudelleen. Selviytymiseen vaikuttavat myös omat ja ympäristön arvot sekä kulttuuriset tekijät. Valittujen selviytymiskeinojen on oltava sopuoinnussa omien arvojen kanssa. Mitä syvemmillä kriisi koskettaa omaa arvomaailmaa, sitä tehokkaampia selviytymiskeinoja tarvitaan. Tärkeä selviytymisen edellytys on vuoro-vaikutus, joka tukee jaksamista. Sosiaaliset verkostot suojaavat vaikeissa elämäntilanteissa. Luotettava ystävä toimii peilinä ja tuo uusia näkökulmia, vaikkakin jokaisen on ratkaistava ongelmansa itse. (Heiskanen & Vallinsaari 1997, 18.)

Ihmisen fyysiset ja psyykkiset voimavarat vaikuttavat siihen, millainen elämänvoima ihmisellä on. Myönteisiä voimavaroja tarvitaan, kun kohdataan haasteita. Haasteista selviäminen taas lisää yksilön elämänhallinnan tunnetta. Ihmisellä, jolla on ehyt maailman- ja ihmiskuva, asiat liittyvät mielekkäästi toisiinsa. Tällaisen ihmisen on helppo katsoa tulevaisuuteen, koska hänellä on uskoa omiin vaikutusmahdollisuuksiinsa elämänsä ja ympäristönsä suhteen. (Kemppinen & Rouvinen - Kemppinen 1998, 102-103.)

Epäonnistumiset eivät lannista positiivisia voimavaroja omaavaa ihmistä, vaan hän luottaa itseensä ja siihen, että elämä kantaa tiukoissakin paikoissa. Jos ihmisen fyysiset ja psyykkiset voimavarat ovat vähissä, hän uskoo olosuhteiden ja kohtalon mää-

räävän elämänsä kulun ja usko omiin vaikutusmahdollisuuksiin katoaa. Tällöin epäonnistumiset lannistavat ja niitä aletaan pelätä. Voimavarojen puute johtaa negatiiviseen elämänasenteeseen, vaikeuksista ja ratkaisemattomista ongelmista opitaan syyttämään muita ihmisiä, perimää tai yleensäkin elämän arvaamattomuutta tai epäoikeudenmukaisuutta. Nopeasti muuttuva aikamme on omiaan lisäämään ajelehtivaa, antaa mennä omalla painollaan -asennetta. Yleensä muutokseen pyrkiminen aiheuttaa ympäristössä epäluuloa, kateutta, jopa pelkoa. Siksi elämänmuutoksia tekevä joutuu helposti kritiikin kohteeksi. Omaa elämäänsä aktiivisesti muuttamaan pyrkivä joutuu tiukoille, siksi niin moni lannistuu ja kokee, ettei voi itse vaikuttaa elämäänsä. (Kempainen & Rouvinen-Kempainen 1998, 103.)

Jokaisella ihmisellä on vahva tarve saada kannustusta. Ilman onnistumisen kokemuksia kukaan ei jaksaa loputtomiin yrittää. Jotta ihminen osaisi kannustaa muita ja ottaa vastaan positiivista palautetta ja myös rakentavaa kritiikkiä, on hänen oltava tasapainossa oman itsensä kanssa. Lähtökohta onnistuneisiin ihmissuhteisiin on myönteinen minäkäsitys. Elämänvoimaa voidaankin kuvata ihmisen kykynä ratkaista ongelmiaan rakentavasti siltä pohjalta, miten hän itse kokee ja hahmottaa jokapäiväisen elämänsä. Tärkeintä mielekkään elämän kannalta on elämänhalu ja motivaatio elämiseen. Jos ihmisellä on tätä käyttöenergiaa riittävästi, hänen henkinen, fyysinen ja sosiaalinen puolensa ovat tasapainossa keskenään ja hän kokee elämänlaatunsa hyväksi. (Kempainen & Rouvinen-Kempainen 1998, 108-110.)

### 5.3 Tutkimuksia elämänhallinnasta

Mielenterveyden Keskusliiton kuntoutuskurssien vaikuttavuudesta mielenterveys-ongelmaisten yleiseen toimintakykyyn ja elämänhallinnan kokemiseen on tehty tutkimus Oulun Yliopistossa. Siihen osallistui lähes kaikki vuoden 1995 kymmenelle kuntoutuskurssille osallistunut, lähes kolmesataa henkilöä. Arviointiin osallistuivat kuntoutujiensa lisäksi heidän hoitava tahonsa. Kyselyt tehtiin ennen kurssia ja kurssin jälkeen. Tavoitteina kuntoutuskursseilla oli vuorovaikutustaitojen harjoittelu, kokonaisvaltaisen itsestä huolehtimisen opettelu sekä kuntoutumiseen, mielenterveyteen ja vuorovaikutukseen liittyvän tietouden lisääntyminen. (Ylikotila 1996.)

Tutkimuksen tuloksissa todetaan kuntoutuskurssin käymisen vaikuttaneen erityisesti kurssilaisten mielialan kohentumiseen, ahdistuksen vähentymiseen, itsetunnon lisääntymiseen sekä sosiaalisen toimintakyvyn paranemiseen. Kaikkein merkityksellisintä

kuntoutujien omasta mielestä olivat vuorovaikutus kurssilaisten kesken ja vertaiskokemuksen saaminen. Vertaisryhmässä saadun tuen ja rohkaisun merkitys näkyi kuntoutumismotivaation parantumisena valtaosalla kurssin käyneistä. Kokonaisuudessaan kurssin vaikutus toimintakykyyn ja elämänhallintaan ei ollut kovin suuri. (Ylikotila 1996.)

Kuopion Yliopistossa on tutkittu Etelä-Karjalan ammattikorkeakoulun opiskelijoiden terveyttä ja elämänhallinnan tunnetta. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata opiskelijoiden terveyttä ja elämänhallinnan tunnetta ja niihin vaikuttavia tekijöitä. Elämänhallintaa tarkasteltiin Antonovskyn (1987) kehittämän koherenssin tunteen teorian pohjalta. Kyselyyn vastasi 343 opiskelijaa eli 77% vuonna 1997 aloittaneista opiskelijoista. (Raikkola 2000.)

Suurin osa opiskelijoista koki terveytensä hyväksi tai erittäin hyväksi, tästä huolimatta psykosomaattisia oireita esiintyi melko paljon. Päänsärky oli naisilla yleistä. Naisista kolmannes ja miehistä viidennes oli kärsinyt mielenterveysoireisiin viittaavista oireista viimeksi kuluneen lukukauden aikana. Miesten terveysvalinnoissa korostui humalakuinen alkoholinkäyttö. Vain neljäsosa opiskelijoista koki elämänhallinnan tunteensa vahvaksi. Vahvin elämänhallinnan tunne oli odotetusti terveys- ja sosiaalialan opiskelijoilla. (Raikkola 2000, 82.)

Hyväksi koettu terveys, terveyttä edistävät terveysvalinnat ja hyvät ystävyysuhteet olivat yhteydessä vahvaan elämänhallinnan tunteeseen. Heikko elämänhallinnan tunne (neljännes opiskelijoista) oli yhteydessä opiskelijoiden kokemaan masennukseen, hermostuneisuuteen ja keskittymisvaikeuksiin. Miesten elämänhallinta oli heikompa kuin naisten liittyen epäterveelliseen ravintoon, toistuvaan humalatiltaan ja epätydyttäviin ystävyysuhteisiin. Tunne elämän tarkoituksellisuudesta oli naisilla vahvempi kuin miehillä. Naisilla masennus oli yleisempää, mutta ei heikentänyt tunnetta elämän tarkoituksellisuudesta. Elämän ymmärrettävyydessä ei sukupuolten välillä ollut merkittävää eroa, mutta se oli heikoin alle 25-vuotiailla opiskelijoilla, joilla keskittymisvaikeudet olivat huomattavasti yleisempiä kuin yli 25-vuotiailla. (Raikkola 2000, 84.)

Taideteollisuuden yksikön naisilla oli yleisesti masentuneisuutta, univaikeuksia, keskittymisvaikeuksia, liiallista syömistä ja hermostuneisuutta. Tekniikan osaston miehistä 10% kärsi keskittymisvaikeuksista, lisäksi alhaista opiskelumotivaatiota kuvasivat runsaat poissaolot. Heillä korostuivat myös epätydyttävät ystävyysuhteet -osalla miehistä



ei ollut yhtään ystävää. Tutkimuksen johtopäätöksinä todetaan, että korkea elämänhallinnan tunne opiskeluaikana ennustaa hyvää stressinsietokykyä myöhemmin työelämässä. Heikko elämänhallinnan tunne puolestaan altistaa päihteiden käytölle ja heikentää terveyttä. (Raikkola 2000, 84, 90.)

Pulkkisen (1996) Lapsesta aikuiseksi -pitkittäistutkimuksessa on yhtenä osa-alueena tutkittu elämänrakennetta parhaassa aikuisiässä kuvaamalla 36 -vuotiaiden aikuisten elämäntilannetta ja kehitystehtävien ratkaisemista. Tutkimuksessa parhaana aikuisikänä pidetään neljännen vuosikymmenen puoliväliä - aikaa, jolloin parisuhde, lapset, kotitalous ja työura vaativat runsaasti huomiota. Tuolloin elämä on täynnä mahdollisuuksia, mutta myös velvoitteita on paljon. (Sinkkonen & Pulkkinen 1996, 34.) Tyydyttävän aikuisuuden edellytyksenä on tiettyjen kehitystehtävien toteutuminen: itsenäistyminen lapsuudenkodista, ammatin hankkiminen, työelämään siirtyminen ja perheen perustaminen (Erikson, 1968; Havighurst, 1972; Levinson, 1986). Lisäksi aikuisuuden tavoitteina voidaan pitää vastavuoroista ystävyysuhteiden muodostamista, asumisen ja toimeentulon järjestämistä, yhteisten asioiden hoitoon osallistumista ja elämäntyylin vakiintumista (Sinkkonen & Pulkkinen 1997, 3). Keskiäikuisuudelle (ikävuodet 34 - 60) tyypillisiä elämäntehtäviä ovat parisuhteen hoitaminen, kotitaloudesta huolehtiminen, lasten kasvatus, vanhemmuuden vaatimuksiin sopeutuminen ja työuraan keskittyminen (Newman & Newman, 1984 ).

Yleisesti oletetaan, että aikuisiässä ihmisen arvot pysyvät suhteellisen muuttumattomina. Yksilöiden elämään vaikuttavat kuitenkin myös yhteiskunnassa tapahtuvat muutokset. Nykyään työelämän muutokset pakottavat monet palaamaan koulunpenkille vielä aikuisiällä. Työttömyys lisää osaltaan riippuvuutta lapsuuden perheestä, vaikeuttaa itsenäistymistä ja oman elämän rakentamista. Ilman työtä ja omaa kotia ei muidenkään varhaisaikuudelle asetettujen kehitystehtävien (parisuhteen muodostamisen, lasten hankkimisen ja oman elämäntyylin muotoutumisen) toteuttaminen onnistu. (Sinkkonen & Pulkkinen 1997, 4.) Suurin osa Pulkkisen tutkimukseen osallistuneista oli tyytyväisiä elämäänsä ja suhtautui tulevaisuuteen optimistisesti. Omaan itseä pidettiin tärkeimpänä tulevaisuuteen vaikuttavana tekijänä. Tärkeinä asioina pidettiin terveyttä, toimivia ihmissuhteita, maailmanrauhaa ja omaa yritteliäisyyttä. Eniten pelättyjä asioita olivat taloudelliset vaikeudet, terveyden menettäminen ja luonnon saastuminen. Tietoisuus terveellisistä elämäntavoista oli lisääntynyt, mutta se ei ollut aiheuttanut muutoksia elämäntavoissa. (Sinkkonen & Pulkkinen 1996, 35.)

Edellisiin ikäluokkiin verrattuna tutkitun ryhmän elämänhallintaa parantaa lisääntynyt koulutus. Koulutus määrittää ihmisen elämää ja vähentää ongelmia monella tapaa (Roos, 1987). Työn asema on sukupuolten kesken tasoittumassa ja kotielämän merkitys myös miehillä lisääntymässä (Ylöstalo, 1986).

Salmela-Aron ym. tutkimuksessa (2000) todetaan, että voidakseen toimia menestyksekkäästi kussakin siirtymätilanteessa, omat henkilökohtaiset tavoitteet on kyettävä sopeuttamaan kunkin siirtymävaiheen sisältämiin muuttuviin haasteisiin ja vaatimuksiin. Omien tavoitteiden on heijastettava siirtymän odotuksia ja vaatimuksia. Esimerkiksi raskaus saa naisen kiinnostumaan vanhemmuudesta ja työhön liittyvät tavoitteet jäävät vähemmälle. Samaan tapaan työelämään siirryttäessä luovutaan koulutusta koskevista tavoitteista. Tavoitteiden muokkaaminen siirtymän kehitystehtäviä vastaviksi lisää hyvinvointia, kun taas niiden huomiotta jättäminen johtaa hyvinvoinnin laskuun. (Heikkinen & Tuomi, 2001, 92-93.)

Ihmisen koulutusura ja terveysura vahvistavat toisiaan. Terveyttä voi kuvata voimavarana, jonka avulla ihminen elää sopusoinnussa fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten mahdollisuuksiensa ja päämääriensä sekä ulkoisten elinolosuhteidensa kanssa. Terveysvoimavaraa heikentäviä tekijöitä ovat fyysiset ja psyykkiset sairaudet. Terveyttä koskevat valinnat, voimavarojen kuluttaminen ja uusintaminen ovat tekijöitä, joista yksilön terveysura muodostuu. Koulutusura muodostuu ihmisen elämänsä aikana tekemistä koulutusvalinnoista sekä menestymisestä opinnoissa. Kouluaihana saadun palautteen perusteella ihmiselle muodostuu kuva itsestään oppijana. Nuoruusikään mennessä ihmisellä pitäisi olla jo aika lailla tietoa heikkouksistaan ja vahvuuksistaan. Näiden kokemusten pohjalta hän valitsee oppivelvollisuuden jälkeisen suuntautumisen. Tämän päätös on pohjana tulevalle ammatilliselle ja sosiaaliselle menestykselle, sillä koulutus määrää sekä sosiaalista asemaa ja ammattia, työttömyysriskiä, tuloja ja elinolosuhteita yleisesti. (Heikkinen & Tuomi 2001, 159.)

1. Miten ADHD ilmenee kurssille osallistuneiden elämässä?
2. Millaista tukea kurssilaiset kokevat tarvitsevansa?
3. Miten kurssien sisällöt vastasivat näihin tarpeisiin?

Tavoitteena on saada mielikuva siitä, millaisia vaikutuksia aikuisten AD/HD -oireilla on elämään suomalaisessa yhteiskunnassa. Asiaa on tutkittu paljon Yhdysvalloissa ja Englannissa, yleensäkin aikuisten AD/HD on tunnettu muualla maailmassa. Tutkimustuloksia voi peilata muualla tehtyihin tutkimuksiin tämän pienen ryhmän osalta. Yleistyksiä näin pienestä otannasta ei voi tehdä. Toivon oman tutkimukseni toimivan sysäyksenä AD/HD -tutkimukselle Suomessa. Yhteiskunnallisesti projektin tavoitteina on kehittää uusia kuntoutusmalleja AD/HD -aikuisille ja kuntoutumisen avulla parantaa AD/HD -aikuisten mahdollisuuksia selviytyä opiskelu- ja työelämän asettamista haasteista paremmin. Projektissa on kyse AD/HD -oireista johtuvan syrjäytymisen ehkäisemisestä. Kurssipalaute huomioidaan aina seuraavaa kurssia suunniteltaessa. Koska tämän ryhmän kuntoutusta ei ole Suomessa aiemmin ollut, kurssipalautteella on olennainen merkitys kuntoutusmuotojen kehittämisessä ja toteuttamistapojen valinnassa.

## 7 TUTKIMUSMENETELMÄN VALINTA

ADHD -liitossa työskennellessäni minulle selvisi, että kurssille on hyvin vaikea muodostaa homogeenistä ryhmää. Ominaista AD/HD:ssä on epätasainen suoritusprofiili, johon saattaa liittyä luki- ja kirjoitusvaikeuksia, keskittymisvaikeuksia ja impulsiivisuutta. Kaikki tämä oli huomioitava tutkimusmenetelmää valittaessa. Ryhmissä mukana olleena osasin ennakoida tiettyjä ongelmakohtia tutkimuksen toteuttamisessa. Ensimmäisen kurssin aikataulu oli tiivis, joten henkilökohtaisia teemahaastatteluja ei ajan puutteen vuoksi ollut mahdollista toteuttaa kaikkien osallistujien kohdalla. AD/HD -oireisen on ylipäättään vaikea pysyä asiassa tarkkaavaisuusongelmien ja ajatuskatkojen vuoksi. Näistä syistä päädyin strukturoidun kyselykaavakkeen käyttämiseen. Sen avulla pystyin varmistamaan asiassa pysymisen, kun tarkoituksenani oli käydä kaavakkeet läpi yhdessä kurssilaisten kanssa. Tähän päädyin siksi, ettei kenenkään henkilön vastaus tulisi ylivoimaiseksi kirjoitusvaikeuksien tai kysymysten väärinymmärryksen suhteen. (Robson 2001, 128.)

Vahvuus strukturoidun lomakkeen käytössä on haastateltavan omien kokemusten esilletuominen juuri niiltä elämäalueilta, joiden tukemiseen kuntoutus on suunnattu. Toisaalta strukturoitu kysely tarjosi jokaiselle mahdollisuuden miettiä rauhassa vastauksia; ilman minun läsnäoloni vaikutusta. (Robson 2001,128) Hankin myös nauhurin, jotta voisin syventää aineistoa henkilökohtaisin haastatteluin niiden kohdalla, joilla siihen olisi halukkuutta. Nauhoitettua aineistoa kertyi 11 tuntia.

### 7.1 Kohderyhmän ja työn toimeksiantajan tarpeiden huomioiminen

Kyselyn suhteen jouduin erityisesti pohtimaan sen asianmukaisuutta kohderyhmän kannalta. Koska ryhmä ei ollut homogeeninen, oli minun harkittava toteutustapaa. Jokaisen on saatava tehdä kysely itselleen parhaiten sopivalla tavalla. Toiseksi lomakkeesta oli saatava mahdollisimman selkeä ja ymmärrettävä. Pyrin käyttämään sekä kyselyssä että haastatteluissa niitä käsitteitä, joita AD/HD -oireiset henkilöt itsekin käyttävät. Myös kurssisisältöjen aihealueet ja sitä kautta kyselyn osiot nousivat AD/HD -oireisten kokemusmaailmasta. (Robson 2001, 150.) Siihen tuntemukseen minua ohjasivat vertaisryhmässä tekemäni havainnot ja mm. internetissä AD/HD -aikuisten yhteisön keskustelusivujen tiivis seuraaminen ennen projektiointojen kurssisisältöjen työstämistä.

Kyselyn aihealueet noudattivat kurssilukujärjestyksen sisältöjä ja olivat seuraavat: ajankäytön suunnittelu, rahankäytön hallinta, arjenhallinta, itsetuntemus, psyykkiset ja fyysiset voimavarat sekä vuorovaikutus- ja ihmissuhdetaidot. Alkuun otsikoin osiot, mutta poistin ne, jotta ne eivät ohjaisi haastateltavan mielipidettä. Mikäli ainut tapa vastata kyselyyn olisi ollut sen täyttäminen käsin kirjoittaen, vastaamisprosentti olisi jäänyt huomattavasti heikommaksi. Kyselystä tuli väkisininkin pitkä, kun yritin kattavasti saada mukaan kaikki kurssin aihealueet. ADHD -liitolla oli omat tarpeensa taustatietojen suhteen. Oli kysyttävä diagnoosin saantiajankohta ja sen tehneen lääkärin nimi sekä lääkitys ja kokemukset siitä. Tiedot auttavat ADHD -liiton työntekijää neuvomaan vielä diagnosoimattomia ja antavat myös tietoa siitä, millä tavalla lääkitys vaikuttaa elämänhallinnan kannalta oleellisiin käyttäytymispiirteisiin. On tarkoitus saada vihjeitä myös siitä, vaikuttaako lääkitys kuntoutuksen tarpeeseen millään tavalla.

### 7.2 Kyselylomakkeen teko ja esitestaus

Useimmille AD/HD- oireisille kaikenlaisten lomakkeiden täyttäminen on pitkästyttävää ja vaikeaa. Edellämainitun seikan ja kohderyhmän erityispiirteet huomioin kyselylomakkeen teossa käyttämällä selkeää fonttia, selkeää ryhmittelyä ja ohjeistusta eri osioiden kohdalla. Tarkoitus oli saada lomakkeesta kiinnostavan näköinen. Kontrollikysymyksissä jätin rivitilaa isommallekin käsialalle. Muutamassa kohdassa kysyin samaa asiaa eri tavalla, jotta voisin tarkistusvaiheessa kontrolloida vastaajan keskittymistä ja sitä, että käännetyt kysymykset on ymmärretty oikein. Aihealueet sinänsä koskettivat AD/HD -oireisten arjen ongelmia, minkä uskoin motivoivan vastaamiseen. Kysely piti saada muotoon, jossa sen syöttäminen tilasto-ohjelmaan sujuu ongelmitta. Taustatiedoissa mm. elämäntilanne on syötetty SPSS -ohjelmaan kahtena erillisenä kysymyksenä. Kts.Liite 4.

Väittämien arviointiin käytin Likertin asteikkoa. Koska väittämät koskivat kurssilaisten omaa elämää, ”En osaa sanoa” -vaihtoehtoa en jättänyt näkyviin, vaan merkitsin ne vastaukset marginaaliin ja syötin sieltä SPSS -ohjelmaan. Esitetasin lomakkeen muutamien henkilöiden kanssa, mutta sen tarkistamiseen ja haastatteluun kuluvasta ajasta sain väärän kuvan, koska testatut eivät olleet AD/HD -aikuisia.

Kaavailemani puoli tuntia ei käytännössä riittänyt kuin muutamien haastatellun kohdalla. Aikaa kului esitetyt lomakkeen tarkistamisessa ja haastattelussa 45min - 1h15min. Kyselyn esitestauksessa olisi pitänyt pystyä tavoittamaan aito kohderyhmä. Tutkimuksen toteutus onnistui tästä huolimatta hyvin, mutta se oli aikaa vievää ja raskasta tutkimuksen tekijälle. Myös osalle vastaajista pitkän lomakkeen läpikäyminen oli raskasta, silti vastaajien asenne tutkimukseen säilyi positiivisena. (Heikkilä 2001, 49.)

### 7.3 Kurssipalautteen kerääminen

Palautelomake sisältää kahden sivun verran avoimia kysymyksiä, joihin oli mahdollisuus vastata myös sähköpostitse. Alkuperäinen ajatus oli lyhentää kyselyä muutoksia kartoittava lomake ja syöttää se uudelleen tilasto-ohjelmaan. Kysely oli kuitenkin monelle niin hankala täyttää, että muutin kohderyhmän toiveen mukaan palautteen muotoon, jossa sen voi lähettää minulle suoraan sähköpostitse, tai toisena vaihtoehtona ADHD -liiton kautta avoimiin kysymyksiin kirjallisesti vastaten. Jos näistä tavoista kumpikaan ei tuottaisi tulosta, sain ADHD -liitolta luvan kysyä palautteen puhelimitse. Kts. Liite 5.

Ensimmäisen kurssin osallistujista yhden kohdalla palaute jäi välittömästi lomakkeen palauttamisen yhteydessä annetun palautteen varaan, kun en tavoittanut häntä kurssin jälkeen puhelimitsekaan. Hänellä oli kuitenkin selkeä käsitys kurssin toimivuudesta omalla kohdallaan heti kurssin jälkeen. Hän vahvisti vielä myöhemmin näkemyksensä keskustelusivuilla internetissä. Toiselle kurssille osallistuneiden kohdalla sain palautteen kaikilta kymmeneltä kurssilaisesta. Palautteiden suhteen tuli hyvin esiin AD/HD -oireisten henkilöiden lomakekammo ja vasta kolmannella ”karhuamiskierroksella” sain muutamia palautteita kirjallisina tai sähköpostitse. Tästä syystä kurssin päättymisestä ehti kulua joidenkin kohdalla yli viisi kuukautta, kun alun perin palautteet oli tarkoitus kerätä kolmen - neljän kuukauden kuluttua kurssin pituudesta riippuen. Miespuoliset osallistujat kokivat palautteen kirjoittamisen hankalaksi ja muuttaman kohdalla kysyin palautteen puhelinhaastatteluna.

## 8 TULOSTEN ANALYSOINTI

Tutkimusaineistoa kertyi varsin paljon. Kyselyyn vastasivat kaikki 18 kurssille osallistunutta. Syventäviä haastatteluja tein kymmenen henkilön osalta. Myös ilman nauhuria tarkistetuista kyselyistä sain paljon syventävää tietoa, kun kävimme ne läpi vastaajien kanssa. Kirjoitin täydennystä tarkentaviin kysymyksiin tarkistusvaiheessa. Kyselyjen osalta otin ensin SPSS –ohjelmasta suorat jakaumat. Tein niistä väliraportit ADHD-liitolle ja siinä yhteydessä tuloksista alkoi selvitä paljonkin yhteneväisyyksiä. Vaikka jokainen ADHD -henkilö on erilainen, yhdistäviä tekijöitä löytyy paljon. Tältä pohjalta tein taustatiedoista regressioanalyysin suhteessa kyselyn eri aihealueisiin. Siitä saatujen vihjeiden perusteella tein ristiintaulukointeja. Koska otanta on näin pieni, tuloksia ei voi yleistää. Kuitenkin ristiintaulukointi antaa tämän joukon osalta viitteitä tietyistä yhteyksistä arjenhallintaan liittyvien asioiden välillä, selvitän ne tulosten analyysivaiheessa.

Haastattelunauhut sisälsivät erittäin syvällistä tietoa siitä, miten aikuinen AD/HD -oireinen kokee erityisyytensä vaikuttavan itsetuntoonsa, vuorovaikutustaitoihin/ ihmisuhteisiinsa, elämänhallintaansa ja asemaansa sekä menestymiseensä suomalaisen yhteiskunnan arvomaailmassa. Nauhoista otin suoria lainauksia, koska ne avaavat tämän erityisryhmän todellisuutta selkeämmin kuin mikään analyysi. Sisällönanalyysia varten kirjasin haastatteluissa esiintyvät yhteiset teemat ja luokittelin ne. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 111.) Yhteiskunnasta juontavien syy-yhteyksien löytämiseksi käytin käsite-

karttaa. Se toimi eräänlaisena ”mind mappina”, jolla voi selvittää itselleen graafisesti eri tekijöiden riippuvuussuhteita ja keskinäisiä yhteyksiä (Yliluoma 2001, 36).

## 8.1 Tutkimuksen toteutustapa

Ensimmäisellä kurssilla olin mukana alusta lähtien ja esittelin itseni ja asiani kurssilaisille. Jaoin heille kyselyn saatelomakkeen tutustuttavaksi ja sen jälkeen varsinaisen kyselyn esitättäväksi. Olin itse mukana kurssin luennoilla ja pyysin sieltä henkilöitä haastatteluun. Käytännössä ne ajoittuivat tiiviin ohjelman vuoksi iltaan. Toisille ajankohta oli hyvä, muutamilla vireystila ei enää illalla ollut paras mahdollinen. Pystyin toteuttamaan haastattelut yksilölliset toiveet huomioiden. Olimme enimmäkseen ulkona, kahden kurssilaisen kanssa haastattelu toteutui nauhuri mukana aluetta kierellen. Haastateltava kuljetti nauhuria ja minä kävin samalla läpi kyselykaavaketta. Koska pääsin lokakuun kurssille vasta ensimmäisen kurssipäivän iltana, kurssin ohjaaja kertoi osallistujille tutkimuksestani. Jaoin kyselyt vasta toisena kurssipäivänä ja ohjaajat avustivat minua haastattelujen sovittamisessa kurssilaisten vapaahetkiin. En ollut itse ohjelmassa mukana.

Haastatteluihin käytettävissä oleva tila oli Impivaaran yläkerta. Huonekorkeus vaikutti nauhoitusten äänenlaatuun ja muutaman haastateltavan kohdalla tuli keskeytyksiä. Niistä johtuen ajatus karkasi ja haastatteluun meni enemmän aikaa. Haastattelujen ajankohdasta sijoittui enimmäkseen kello kuudentoista ja yhdeksäntoista välille, koska loppuilta oli vartaisryhmätoiminnalle varattua aikaa. Käytin kaksi päivää kesäkuussa 2002 ensimmäisen kurssin haastatteluihin, joita oli käytännössä viisi. Viiden kurssilaisen haastatteluja ja neljän kurssilaisen esitätetyn kyselyn läpikäyntejä varten olin lokakuussa 2002 Tuusulan Onnelassa vielä kolme päivää.

Niiden kohdalla, jotka vierastivat kyselyn täyttämistä, nauhoitin haastatteluna koko kyselyn kohta kohdalta ja täytin lomakkeen nauhalta jälkikäteen. En kirjoittanut haastatelllessani, mikäli havaitsin sen häiritsevän vastaajan keskittymistä. Monella haastateltavalla oli tuoreen diagnoosin synnyttämä kriisivaihe meneillään ja tunteet olivat pinnassa. Kriisivaiheen työstäminen tuotti hyvin aitoa vuorovaikutusta, haastateltavat eivät pyrkineet kaunistelemaan asioitaan, vaan kertoivat hyvin avoimesti tuntemuksistaan. Näiltä osin monen kohdalla toteutui syvähaastattelu, jossa noudatin kyselykaavakkeen teemoja. Sanattomia viestejä kirjasin ylös heti haastattelun jälkeen. Kesken haastattelun tämä ei kohderyhmän kannalta olisi ollut mielekästä, koska heidän

keskittymisensä häiriintyi herkästi. Niiden kohdalla, jotka eivät halunneet nauhuria käytettävän, täydensin kyselylomaketta tarkistuksen yhteydessä. Yleensä lomakkeet olivat huolellisesti täytettyjä. Myös niiden kahden kohdalla, jotka eivät halunneet käydä sitä läpi enää minun kanssani. Muutama väärinymmärrys käännettyjen kysymysten kohdalla paljastui tarkistusten yhteydessä. Tätä mahdollisuutta ennakoiden halusinkin käydä lomakkeet läpi jokaisen kanssa henkilökohtaisesti. Käännetty kysymykset olivat monelle kurssilaiselle aivan liian vaikeasti hahmotettavia. (Robson 2001, 144-145.)

## 8.2 Tulosten luotettavuus

Kyselyn osalta vastausprosentiksi tuli 100%, kun kyselyyn ja palautteeseen saatiin vastaus kaikilta 18 kurssilaiselta. Kohderyhmä oli erittäin motivoitunutta edistämään oman asiansa tutkimusta. Siinä mielessä kurseille osallistuneista saadaan täydellisen kattava otos. Normaalisti haastattelijan läsnäolo vaikuttaa vastauksiin. Kyselyn täyttäminen etukäteen eliminoi tutkijan persoonan vaikutusta tuloksiin. Varsinaisissa haastattelutilanteissa kurssilaiset kohtelivat tutkimuksen tekijää kuten kurssityöntekijöitä. Keskustelut olivat syvällisiä ja haastateltavat kertoivat avoimesti elämästään. Näiden seikkojen perusteella tutkimuksen luotettavuus on varsin hyvä. Parisuhdekysymysten osalta vastaajajoukko on pieni: seitsemän kahdeksastatoista vastasi parisuhdekysymyksiin joko nykyisen tai aiemman kokemuksen perusteella.

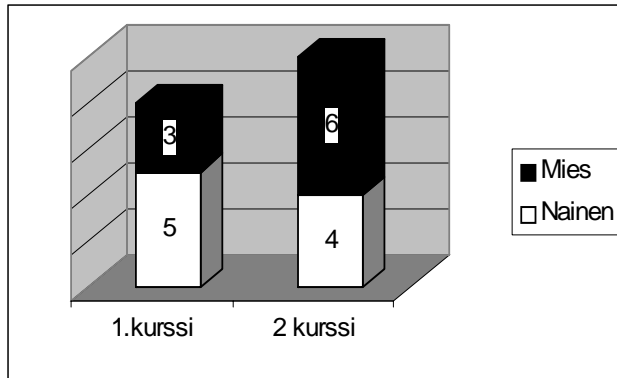
Suurin osa vastaajista asui yksin. Yleistyksiä ei voi tehdä, mutta kuitenkin tutkimus kuvaa tämän joukon elämää varsin hyvin. Virhelähteet voivat tulla kahdesta tarkistamatta palautetusta lomakkeesta käännettyjen kysymysten osalta. Ne olivat kuitenkin niin huolella täytettyjä, etten usko käännettyjenkään kysymysten tuottaneen vaikeuksia näille kahdelle vastaajalle. Vahvuuksien tunnistamisessa esiintyi jonkin verran ristiriitaisia vastauksia. Itsetuntemuksen arviointi perustuu kurssilaisten omakohtaiseen käsitykseen ja sen luotettavuudesta tutkija ei voi olla varma.

Palautteen kohdalla vastausprosentti oli yhtä korkea, vaikkakin muutaman henkilön tavoittamisessa kului aikaa. Käsin kirjatut palautteet sisälsivät erittäin paljon tietoa. Naispuoliset kurssilaiset paneutuivat palautteen täyttämiseen huolella. Miesten kohdalla palautteet olivat suppeampia, mutta kuitenkin myös puhelinhaastatteluissa sain kaiken tarvittavan tiedon. Joidenkin kohdalla ajan kuluminen oli vaikuttanut siihen, miten tarkkaan he muistivat kokemuksiaan. Siinä on kuitenkin se positiivinen puoli, että ainakaan



tuoreen kurssikokemuksen ”sädekehäefekti” ei vaikuttanut näiden kurssien palautteeseen.

## 9 TUTKIMUSTULOKSET



**KUVIO 1 Kurssilaisten sukupuolijakauma**

Kursseille osallistui *yhdeksän naista ja yhdeksän miestä*. Kaksitoista heistä asui kaupungissa, neljä taajamassa ja kaksi maaseudulla. Alle 25 -vuotiaita oli kolme, 25-35 -vuotiaita oli kuusi, 36-45 -vuotiaita oli kahdeksan ja yli 45 -vuotiaita oli yksi. Työttömiä kurssilaisista oli kuusi, työssäkäyviä seitsemän, yrittäjiä yksi ja opiskelijoita neljä. Naimattomia oli yksitoista, avo- tai avioliitossa olevia oli viisi ja eronneita kolme. Yksi eronneista asui uuden kumppanin kanssa. Vanhempien kanssa asui kaksi vastaajista. Yksin asuvia oli kahdeksan ja parisuhteessa eläviä oli viisi. Yksinhuoltajia oli kolme. Kahdeksalla kurssilaisella oli lapsia, joiden lukumäärä vaihteli kahdesta kolmeen.

*Diagnoosien saannin ajankohdassa* näkyi aikuisoireyhtymän tuntemattomuus Suomessa. Yhdeksän AH/HD tai ADD -diagnoosia oli saatu alle vuosi sitten, käytännössä kuusi niistä muutama kuukausi ennen kurssille ilmoittautumista. Seitsemällä diagnoosi oli ollut 1-3 vuotta. Vain yhden diagnoosin saamisesta oli kulunut yli kolme vuotta.

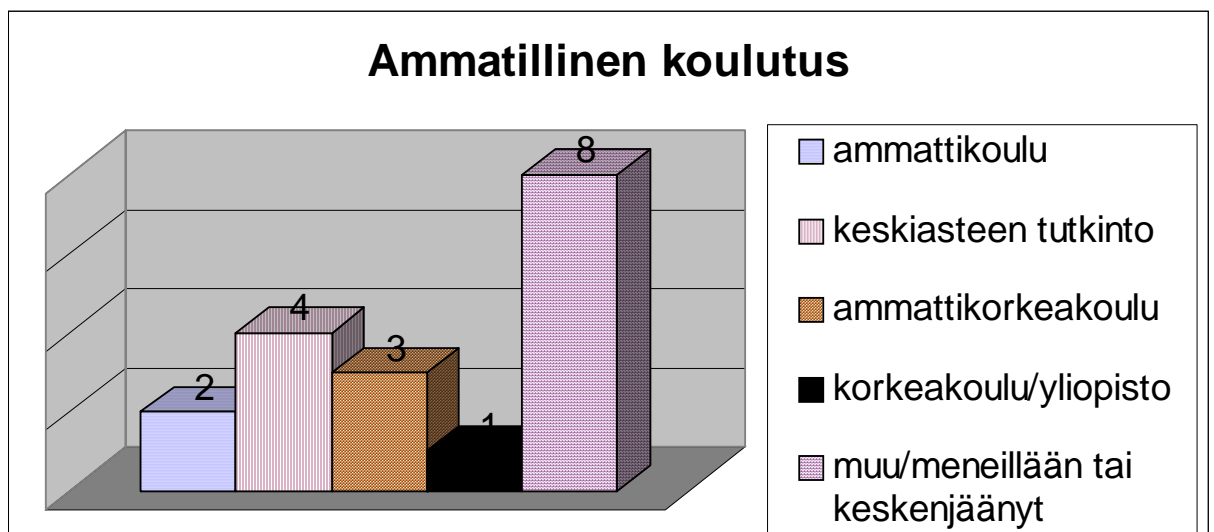
Yhden kurssilaisen kohdalla diagnoosi ei ollut vielä varmistunut. AD/HD -diagnoosi oli kymmenellä (heistä kolme naista), ADD -diagnoosi kuudella (heistä kaksi miestä) ja näiden yhdistelmä AD/HD - C yhdellä kurssilaisella.

*Rinnakkaisdiagnooseista* yleisin oli masennus. Sitä oli esiintynyt kymmenellä kurssilaisella. Asperger oli kahdella kurssilaisella ja toisella siihen yhdistyi tic -oireet.

Persoonallisuushäiriöitä esiintyi rinnakkaisdiagnoosina kolmella kurssilaisella - yhdellä vaativa persoonallisuus ja kahdella epävakaana. Toisella epävakanaan persoonallisuuden diagnoosin saaneista on aiemmin ollut vaikea päihderiippuvuus.

Kahdella kurssilaisella persoonallisuushäiriöön liittyi masennus ja ahdistuneisuus. Luokkavaivaisuus oli kahdella AD/HD -oireisella ja kahdella ADD -oireisella. ADD:n liittämisoireita olivat masennus, erilaiset aistiyliherkkyudet, paniikkihäiriö ja ahdistuneisuus. Lapsena MBD -diagnoosin saaneita joukossa oli kolme, muut olivat saaneet AD/HD -diagnoosin aikuisina. Yhden kohdalla oli lapsuudessa diagnosoitu kaikkea muuta mahdollista, mutta ei MBD -oireyhtymää. Somaattisista sairauksista kärsi kolme kurssilaista, kaikki naisia. Diagnooseina olivat allergia ja astma, kilpirauhasen vajaatoiminta, fibromyalgia, lannerangan rappeuma ja verenpainetauti. Lihasjännityksistä johtuvat säröt olivat yleisiä.

*Lääkitys tarkkaavaisuushäiriöön* oli neljällätoista. Masennuslääkkeet olivat käytössä monilla joko tarkkaavaisuushäiriölääkkeen ohella tai pelkästään. Muita hoitomuotoja oli yhden kohdalla akupunktio, muutamalla psykoterapia. Lääkityksen vaikutuksia kuvattiin pääasiassa erittäin myönteisiksi. Vain kahden kohdalla lääkitys ei ollut toiminut runsaiden sivuoireiden vuoksi. Viisi kurssilaista kuvasi lääkitystä elämänsä pelastajaksi. Suomeen alkoi tulla tietoa aikuisten AD/HD -oireyhtymästä noin kolme vuotta sitten. Siitä johtuen diagnoosin tehneitä lääkäreitä tämän joukon kohdalla oli kaikkiaan vain neljä.

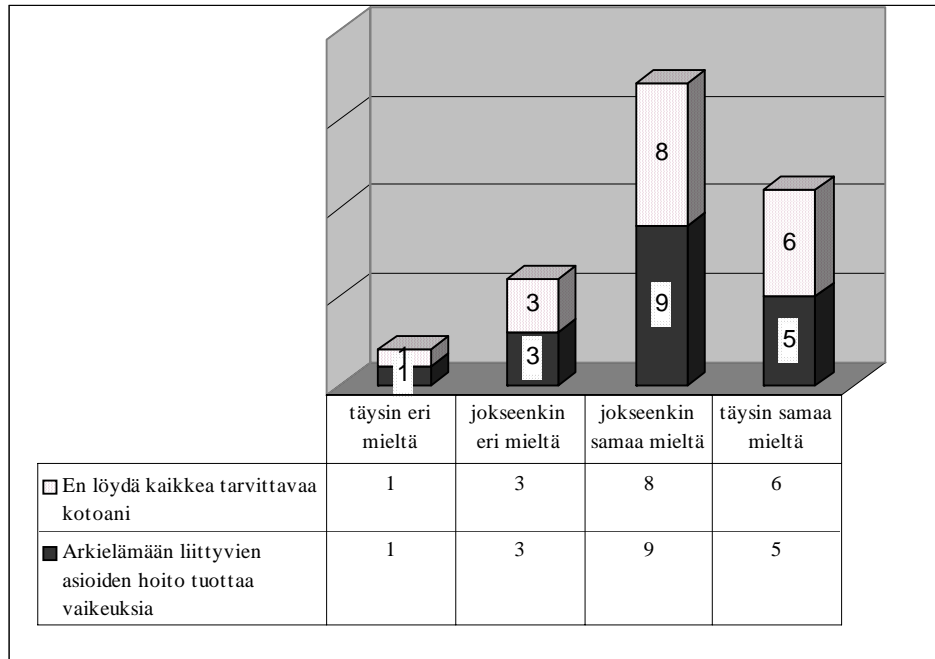


**KUVIO 2** Kurssilaisten ammatillinen koulutus. Luokkaan ”muu/meneillään tai keskenjäänyt” sisältyy myös neljä kurssille osallistunutta edelleen opiskelevaa.

*Koulutustausta oli seuraavanlainen:* peruskoulutus puuttui yhdeltä, keskikoulun käynejä oli yksi ja peruskoulun käynejä neljä. Lukion oli kurssilaisista suorittanut kaksitoista. Yhdeltä se oli jäänyt vaille yo-kirjoituksia. Ammatillinen koulutus jakaantui niin, että ammattikoulun käynejä oli kaksi ja keskiasteen tutkinto oli neljällä. Ammattikorkeakoulun käynejä oli kolme, korkeakoulun tai yliopiston käynejä yksi. Meneillään olevia tai keskenjääneitä koulutuksia oli kahdeksalla. Kakkoskurssille osallistuneilla oli paljon erilaisia opintoja myös ulkomailla. Seitsemällä kurssilaiselta löytyi keskenjääneitä opintoja. Yhdeltä puuttui yliopistotutkinnosta gradu, yhdeltä alemmasta korkeakoulututkinnosta lopputyö, kahdelta muulta opistotasoisesta tutkinnosta päättötyö. Enimmillään keskenjääneitä opintoja oli kahden henkilön kohdalla kahdeksan erilaista. Toinen näistä henkilöistä oli siitä huolimatta korkealle kouluttautunut ja toinenkin tehnyt pitkän uran työelämässä huolimatta loppuunviedyn ammattikoulutuksen puuttumisesta.

## 9.1 Arjenhallinta

*Rahankäyttö oli ongelmallista keskimäärin yhdelletoista kahdeksastatoista. Kahdeksalle se oli ylipäättään vaikeaa, kymmenen ei huolehtinut maksuja ajallaan. Yksitoista henkilöä oli saanut negatiivista palautetta rahankäytöstään, seitsemällä oli maksuhäiriöitä. On kuitenkin muistettava, että kurssilaisista työttöminä kurssien aikaan oli kuusi henkilöä, jolloin heillä ei ollut rahaa käytössään yhtä paljon kuin työssä käyvillä. Yksi heistä mainitsi maksuvaikeuksien liittyneen nimen omaan työttömyyteen, muut eivät viittaneet asiaan. Yhden kohdalla velkaantuminen oli seurausta hometalon ostamisesta ja riittäisästä avioerosta talon ostamisen jälkeen.*



### KUVIO 3 Arjenhallinta

*Ajankäyttö* kotitöiden hoitamisen suhteen oli ongelmallista neljälletoista. Vain neljä kurssilaista ehti huolehtia päivittäisistä kotitöistä. Sovittuihin tapaamisiin ehti kaksitoista kahdeksastoista. Kaksitoista selviytyi sovituista töistä työpaikalla, kun erikseen terästyy. Arkielämässä se ei sitten enää onnistunutkaan. Yleensä ottaen vain viisi pysyi aikataulussa. Yksitoista kurssilaista koki työn tai opiskelun vievän kohtuuttomasti aikaa. Kaksitoista kurssilaista oli kokenut uupumusta jossain elämän vaiheessaan työn tai opintojen suhteen. Kuitenkin vain kolmelle kurssilaiselle ei jäänyt aikaa harrastuksiin. Negatiivista palautetta ajankäytöstään oli saanut kolmetoista kurssilaista. Ykköskurssilaisten kohdalla lähipiiri oli antanut selkeästi enemmän kritiikkiä ajankäytöstä suhteessa haastateltujen kokemukseen ajankäyttönsä hallinnasta. Kakkoskurssilaiset tunnistivat selkeästi ajankäyttöön liittyvät ongelmansa ja heidän näkemysensä olivat yhteneviä ajankäytöstä saadun palautteen kanssa.

*Arjenhallintaa* kuvaava kotitöiden ylivoimaisuus tuli esille kymmenen kurssilaisen kohdalla. Arkielämään liittyvien asioiden hoito tuotti vaikeuksia neljälletoista. Lupauksistaan asioista huolehti kuitenkin kolmetoista kahdeksastoista. Järjestyksen ylläpito kodissa oli vaikeaa yhdentoista mielestä, viisi koki asian täysin ylivoimaiseksi. Vain kaksi pystyi pitämään kotinsa ja tavaransa järjestyksessä. Kotoaan löysi haluamansa tavat helposti ainoastaan neljä henkilöä. Kymmeneltä kurssilaiselta oli hävinnyt tärkeitä papereita ja viisi haastateltua kuvasi kotiaan sanoilla ”täydellinen kaaos”.

## 9.2 Itsetuntemus

*Vahvuuksiaan* tunnisti viisitoista kurssilaista kahdeksastatoista. Heistä kaksi ei kuitenkaan osannut luetella niitä. Kakkoskurssilaisista osa oli ehtinyt käydä jo läpi vahvuuksiaan kurssin puitteissa ja he luettelivat ulkomuistista itsestään tekemiään havaintoja. Sain mielikuvan, että heistä kolmella oli ollut itsestään erittäin negatiivinen minäkuva ennen kurssia. Ykköskurssilaisista neljä osasi kuvailla itseään hyvin selkeästi niin vahvuuksien kuin heikkouksiensaakin suhteen. Kaiken kaikkiaan heikkoutensa tunnisti kaksitoista kurssilaista. Niillä, joilla ikää oli enemmän, itsetuntemus vaikutti varsin hyvältä. Nuoremmilla oli vaikeuksia kuvailla ominaisuuksia.

*Impulsiivisuus* tuli esiin kymmenellä hetken mielihoiteesta toimimisena. Taitojaan työssään tai arkielämässä osasi hyödyntää kaksitoista kurssilaista. Useimmille se onnistui työssä, mutta ei arkielämässä.

Yksi kurssilaisista antoi seikkaperäisen kuvauksen siitä, miten impulssikontrollin häiriö ilmenee hänen arjessaan:

*Yksi ominaisuus on se kun mä lähdän hakemaan ruuvia keittiön kaapista niin ruuvilaatikko on siellä työkalupakin takana, joten mä nostan sen pöydälle ja avaatan sen ja huomaan että siinä on se pumpun pitkään kadoksissa ollut tiiviste ja lähdän viemään sitä tiivistettä autotalliin siihen pumppuun. Mut matkalla mä huomaan että siinä on klappukasasta jäänyt joku kalikka halkasematta. Sit mä jään niitä halkaseen ja muistan että mun piti iteasiassa jo kaksi tuntia sitten vaihtaa autoon renkaat ja sitten mä ruuvaan siitä yhden renkaan irti ja nostan sen tunkille. No sit mä muistan että en ole hakenut vielä postiakaan tänään ja sitten mä avaatan matkalla postin ja olen saanut kirjeen ja lähdän soittamaan johonkin saamani postin perusteella. Sit vaimo kysyy kolmen minuutin päästä missä se ruuvi on, niin mä kysyn: ”Mikä ruuvi?” Mä saan tän kaiken kolmessa minuutissa ja jokainen työkalu putoo juuri siihen missä olin kun sain uuden impulssin. Mä saan kaiken räjähtään käsiin muutamassa sekunnissa.*

*Nykyisen työn tai koulutuksen koki taipumuksiaan vastaavaksi* yhdeksän kurssilaista, yksi jätti vastaamatta. Ykköskurssilaisista tilanteeseensa tyytymättömiä oli kolme, kakkoskurssilaisista viisi tunsu kouluttautuneensa väärälle alalle tai olevansa vain tilapäisesti nykyisessä työssään. Ykköskurssilaiset olivat hyvin sijoittuneet työelämään koulutustaan vastaaville aloille, vaikka monella koulutus oli jäänyt vajaaksi. Impulsiivisuus ja sosiaaliset vaikeudet olivat kahden kurssilaisen kohdalla johtaneet siihen, että asiakaspalvelutöistä oli tullut siirto yksilötyöhön. Yhden kohdalla sosiaaliset vaikeudet olivat haitanneet työllistymistä huomattavasti, vaikka takana oli akateeminen tutkinto. Joukossa oli myös kaksi yrittäjänä vuosikausia toiminutta. Toisella heistä ei ole edes

peruskoulutusta, vaan hän on opiskellut ammattinsa itse. Kakkoskurssilaisten keskuudessa vain puolet katsoi koulutuksensa vastaavan kykyjään. Kaksi kurssilaista piti itseään selkeästi alisuoriutujina, yksi ei osannut sanoa ja kaksi muuta ei tiennyt, mikä olisi heille oman tuntuinen ala.

*Itsetuntemus* itselle parhaimman *työskentelytavan suhteen* oli ristiriitaista. Kun piti valita mieluisampi tapa työskennellä ryhmätyön ja yksin työskentelyn välillä, kuusi vastasi samoin kumpaankin kohtaan ja seitsemän ei osannut tehdä selkeää eroa. Vastaukset olivat vierekkäiset. Viisi kurssilaista tunnisti oman vahvemman työskentelytapansa eli he tunnistivat ryhmätyön vaikeuden omalla kohdallaan.

*Ryhmätyöskentely* oli selkeästi *vaikeampaa inattentiivisiksi diagnosoiduille*. AD/HD-diagnoosin saaneista valtaosa koki olevansa sosiaalinen luonteeltaan ja vahvoilla ryhmätyöskentelyssä.

*Kyvyistään* läheisten kanssa samaa mieltä oli kaksitoista kurssilaista, kaksitoista oli yhtä mieltä myös puutteidensa suhteen. Yksi kurssilaisista ei voinut vastata, koska ainoat läheiset olivat omat lapset. *AD/HD -oireista johtuvat käyttäytymismallinsa* tunnisti mielestään yksitoista ja he osasivat myös luetella ne varsin tarkkaan. Tämä kyky korostui kakkoskurssilla, jossa kahdeksan kurssilaista oli hyvinkin tarkkaan perillä oman oireistonsa laadusta. Taustatekijänä ilmeni vertaisryhmissä jaetut kokemukset ja tiedot, sekä ahkera AD/HD -kirjallisuuteen perehtyminen. Ykköskurssilla sitä vastoin puolella ei tullut tähän kysymykseen vastausta lainkaan. Tosin nuoremmilla vastaajilla tuntui persoonallisuuden piirteet sekoittuvan AD/HD -oireisiin. Niitä voi olla toisinaan hyvin vaikea erottaa toisistaan. Kahden kohdalla elämä oli tuolla hetkellä niin sekaisin, ettei energiaa omien oireiden erittelyyn sillä hetkellä ollut.

*Käyttäytymisestään palautetta* oli saanut seitsemäntoista kurssilaista ja se oli ollut kaikkien kohdalla voittopuolisesti negatiivista. Positiivista palautetta oli työstään saanut kuusi kurssilaista, suhteestaan lapsiinsa kaksi miestä vaimoiltaan. Opintojen suhteen palaute oli ollut varsin lannistavaa. Negatiivinen palaute ihmissuhteissa ja työ/opiskeluyhteisössä oli ollut kolmen kohdalla osasyynä masennuksen puhkeamiseen ja siihen vahvasti liittyneisiin itsetuhoajatuksiin. Nämä ajatukset tulivat hyvin vahvasti esiin myös kyseisten henkilöiden haastatteluissa. Vaikka itsetuhoiset ajatukset liittyvät masennukseen, haastatteluissa nämä henkilöt toivat esiin masennukseen johtaneen negatiivisen palautteen liittyneen nimenomaan AD/HD -oireistosta johtuneeseen käyt-

täytymiseensä, jota on pidetty sosiaalisesti sopimattomana. Viiden ihmisen kohdalla koko elämäntyyliä oli kommentoitu tuomitsevaan sävyyn. Kolme ykköskurssilaista kertoi parisuhteidensa kaatuvan siihen, ”ettei heitä kukaan kestä”. Kuvaava kommentti AD/HD -oireisen parisuhteesta on: ”Mä haluan sut, mut mä en kestä sua. Mitä, jos lapsistakin tulee samanlaisia, enhän mä selviä niiden kanssa!” Muutama kurssilainen on saanut negatiivista palautetta myös viranomaisyhteyksissä. ”Pomottaminen” on yleinen AD/HD -piirre. Se hankaloittaa ihmissuhteita ja näkyy auktoriteettien vallan kyseenalaistamisena koulussa, työpaikoilla ja yleensä ottaen mielipiteissä yhteiskunnallisissa asioissa. Piirre on kuitenkin myös vahvuus johtajuutta edellyttävissä tehtävissä.

*Voimavaroja* liikunnan harrastamisen muodossa keräsi yhdeksän kurssilaista, muilla liikunta on jäänyt vähiin. Kaikilla masentuneilla se on jäänyt sairastumisen tähden, vaikka sitä olisi aiemmin harrastanut.

*Ystäviä* on kolmellatoista kurssilaisella. Kahdella niitä on huononlaisesti, mutta toinen heistä kertoi saavansa voimaa uskostaan. Kolmella kurssilaisella ei ollut lainkaan ystäviä, eikä juuri läheisiäkään. Yksinäisyys on näille henkilöille raskas ja pitkään jatkunut ongelma. Avioliitossa asuva kahden lapsen isä puhui henkisestä yksinäisyydestään, vaikka hänellä perhe olikin. Kristillinen elämäkatsomus oli tärkeä voimavara kahdella kurssilaiselle.

*Ylienergisiä* oli mielestään yksitoista kurssilaista, kolmen kohdalla muut pitivät heitä ylienergisenä, vaikka omasta mielestään he eivät sitä olleet. Ne, joilla ylimääräistä energiaa on, osasivat mielestään myös purkaa sitä. Keinoina mainittiin liikunta, siivoaminen, seksi, kirjoittaminen, ideoiden toteuttaminen, puutarhatyöt, koiran hoito, autourheiluharrastus, lukeminen, musiikki, metsäretket, kalastus, työ, ”tuulemaan laittaminen...” Jos lasketaan mukaan muiden mielestä ylienergiset, heitä oli neljätoista, vaikka hyperaktiivisuus esiintyy diagnoosien perusteella vain kymmenellä. Nämä neljä muuta osasivat mielestään purkaa kaiken energiansa, vaikka sitä olikin paljon, siinä mielessä ylienergisyys ei ollut heille oman kokemuksen mukaan mikään ongelma.

*Motivaatiota* puuttui yhdeltätoista kurssilaiselta. Se ei ollut yhteydessä energisyyteen, vaan ilmeni aloittamisen vaikeutena riippumatta siitä, oliko henkilö hyperaktiivinen vai hypoaktiivinen. Juuttumisongelma tuli yleisesti esiin, vaikka en sitä kysynytäkään. Puolella Puolella kurssilaisista oli vaikeus lopettaa tehtävä sen jälkeen, kun oli vaivalla

päässyt siihen kiinni. Tässä ryhmässä ylikeskittyminen oli tavallista riippumatta tark- tarkkaavaisuushäiriön laadusta. Itsensä motivoimiseen löytyi monenlaisia keinoja: ”Deadlinet” saivat osan motivoitumaan ja paineen alla syntyi paljon valmista. Kolme kurssilaista oli yrittänyt muuttaa asenteitaan positiivisempaan suuntaan. Yhtä kurssilais- ta ”vaimo patistaa” ja ”heikkona hetkenä” hän sitten tarttuu työhön, josta ei kuitenkaan hänen mielestään tule mitään, koska hän tekee itse asian mahdottomaksi. Sisu, sinnik- kyys ja ”pakko” saa ihmisiä selviytymään töistään, vaikkei motivaatiota olisikaan. Mo- nelle valmiiden tulosten ajattelu ja haaveilu vakituisesta työpaikasta toimii pontimena opintojen suhteen. Kahden kohdalla Ritalin-lääkitys oli nostanut motivaatiotasoa, eikä heillä ollut sen nostamiseen muita keinoja. Ylipäättään motivaation ja aloitekyvyn puute oli syyllisyyden ja huonommuudentunteita tuottava oire ja kokemus siitä, että se pitkälti johtuukin AD/HD:sta, koettiin vapauttavana.

### 9.3 Vuorovaikutustaidot

AD/HD -oireistaan on perheensä kanssa *keskustellut* kuusitoista kahdeksastatoista kurssilaisesta, ystävien kanssa kaksitoista. Vain lähimmät ystävät tiesivät diagnoosista. Tosin asia oli monelle kurssilaiselle niin uusi, ettei sitä oltu vielä käyty läpi oikein omallakaan kohdalla, saati sitten muiden kanssa. Kaksitoista henkilöä kertoi *riitelevän- sä* usein joko elämänkumppaninsa, vanhempansa tai jonkun muun läheisen kanssa. Myös työpaikoilla oli tullut riitoja. *Ihmissuhdevaikeudet* ilmenivät kaikkein läheisim- missä ihmissuhteissa, niitä analysoitiinkin turvallisiksi tunteiden ”tuulettamisen” kan- nalta. Joillakin kurssilaisilla suhde toiseen vanhempaan toimi hyvin, toisen kanssa oltiin täysin eri aaltopituudella. Nuoret miehet kokivat äitinsä ylihuolehtivaksi. Parisuhteissa riitaa oli tullut uskottomuuden tähden ennen kuin sitoutumisen merkitys oli opittu yri- tyksen ja erehdyksen kautta. *Kommunikointi* perheessä sujui kymmenellä hyvin, viidel- lä huonosti. (Kolme kurssilaista asui yksin.) Riitoja oli kuitenkin osattu myös sopia.

Tehtäväjako perheissä oli selvillä neljällä henkilöllä kuudesta kumppanin kanssa asu- vasta. Kahdelle miehelle ei ollut selvinnyt, mitä puoliso heiltä odottaa. Molemmat roo- listaan epävarmat kuvasivat olevansa ”eri aaltopituudella” kumppaninsa kanssa. Yk- sinhuoltajien kohdalla tilanne oli huono. Heidän lapsillaan oli myös tarkkaa- vaisuushäiriöitä, aspergeria ja aistiyliherkkyyksiä. Addiperheen elämää kuvattiin enim- mäkseen kaoottiseksi, eikä etävanhemmasta ollut tilanteessa apua. Yksi yksinhuoltajista kertoi hyvin luovista ratkaisuisaan, viikkopalaverikäytännöstä ja kehittämästään kalen-



terijärjestelmästä. Roolimuutokset eron jälkeen olivat ottaneet koville niin etä- kuin lähivanhempina oleville yksinhuoltajille ja suhde omiin lapsiin mietitytti. Lasten tulevaisuus AD/HD:n suhteen huolestutti heidän vanhempiaan.

Parisuhdekysymyksiin vastasi yhdeksän henkilöä nykyisen tai jo päättyneen parisuhteensa perusteella. *Parisuhhteessa* kuulluksi koki tulleen neljä parisuhhteessa elävää. Samat henkilöt myös osasivat mielestään kuunnella kumppaniaan. Kolme kurssilaista kertoi juuri kuulluksi tulemisen ja kuuntelemisen olleen aina erityisen vaikeaa. Naiset kokivat toisen välinpitämättömyyden äärimmäisen loukkaavana ja itsetuntoa näivettävänä. Kahden miehen kohdalla puolison jatkuva negatiivinen palaute ahdisti siinä määrin, ettei kuuntelemiseen löytynyt enää voimia.

Kuitenkin heidän kohdallaan parisuhhteessa oli paljon hyvääkin. Kaksi jo eronnutta oli täysin eri mieltä näiden kysymysten kohdalla ja he pitivät tätä ongelmaa suurena osasyynä eroon.

*Lupauksensa parisuhhteessa* jätti pitämättä ainoastaan yksi henkilö ja hänelläkin asia liittyi muistiongelmiin. Seitsemän parisuhhteessa elävää koki *läheisyyden* ahdistavaksi jollain tapaa. Naisista kaksi koki oman tilan tarpeensa jäävän tyystin toteutumatta. Miehet toteuttavat oman ajan ja tilan tarvetta harrastusten parissa. Yksin eläviltä en kysynyt läheisyyden kokemisesta, mutta naimattomista miehistä kaksi kertoi pelkäävänsä naisia. *Kumppanin tunteita* mielestään *huomioi* seitsemän yhdeksästä parisuhdekysymyksiin vastanneesta. Kuuden kohdalla heidän *mielialojensa muutokset* vaikuttivat suuresti parisuhteeseen, kahdella muulla vähemmän seurustelun satunnaisuuden vuoksi. Kahdeksan henkilön kohdalla *keskenkäiset projektit* olivat parisuhteen suurin riidanaihe ja kompastuskivi. Keskenjääneet opinnot, remontit, suursiivoukset ja kaikenlaisten ideoiden toteutusyritykset olivat haastateltujen puolisoille käsittämättömiä asioita. Yhden haastatellun kohdalla tilanne oli akuutti ja hän uskoi eron olevan edessä, jos ei mikään muutu. Kyseisellä henkilöllä oli tuore diagnoosi ja lääkitys, jonka vaikutuksista ei vielä voinut sanoa mitään.

”Miten ADHD -oireet ylipäättään vaikuttavat parisuhteeseen, vai onko niillä merkitystä?” -kysymykseen, annettiin seuraavanlaisia vastauksia:

*On. Ei ihminen helpommasta päästä... tunteiden näyttäminen vaikeaa alkuun. Riippuu kumppanin tilanteesta ja suhteen laadusta...*

*On. Ei tajuta toisiamme, hermostun...*

*Arvostus puuttuu, jos joku muu sanoo saman asian kuin minä, sen voi uskoa. Yhteistyö ei toimi, kommunikointi sujuu vain ulkopuolisen välityksellä tai puhelimes-  
sa, ei koskaan kasvokkain.*

*Pahinta on, kun kukaan ei kuuntele eikä mies arvosta mua pätkäkään!*

*Jos olen hyvällä päällä, varmaan tosi kiva ja menee oikeen mukavasti. Mutta jos olen niinkuin ”twist”, niin perhe saa myös valitettavasti tuta. Ja tietysti se vaimo siinä kaikkein läheisimpänä... kyllä se valitettavasti vaikuttaa ja siihen just toivon tunteiden hallintaan jotain työkaluja. Ne ylivoimaisesti suurimmat riidat on kyllä aiheuttaneet mun keskeneräiset projektit ja se on ylivoimaisesti vaikein asia ja se vaikuttaa hirveesti mun itsetuntoon ja sitä kautta mun olemiseen...*

*Kaikki pitkäaikaiset projektit on kesken ja ne aiheuttaa isoja ristiriitoja kodissa, kun kaikki tavarat jää levälleen vaimon korjattavaksi. Vaimo luulee, että pidän sitä tahallaan piikana. Impulsiivisuus aiheuttaa ton uskollisuuden kanssa omia juttuja, olen aiheuttanut itselleni masennusta hajottamalla omaa päätäni...*

*Kommunikoinnin vaikeus, puhutaan toistemme yli ja ohi... Otan liikaa vastuuta perheen rutiineista.*

Naiset kertoivat kokevansa arvottomuutta, kun kumppani jatkuvasti ”nalkuttaa” siitä, mikä on tehnyt väärin tai jättänyt tekemättä. Miesten kohdalla yleinen ongelma on nopea *provosoituminen* ja siitä seuraava aggressiivisuus, huutaminen ja riitely. Negatiivisen palautteen vastaanottaminen kumppanilta oli kaikille yhtä vaikea asia. Neljä henkilöä kertoi taustana koulukiusauskokemuksista, jotka jäytivät yhä mieltä ja saivat aggression helposti pintaan arvostelun suhteen. Naiset reagoivat masentumalla, vain yksi kertoi raivoavansa kotona. Yleisellä tasolla kritiikkiin suhtautumista kysyttynä yksin elävät henkilöt niin ikään mainitsivat helposti loukkaantuvansa tai suuttuvansa kriitikoista. Yksi mies kertoi suhtautuvansa kritiikkiin ”nöyrästi”.

*Parisuhteiden kesto* vaihteli seuraavasti: 5 vuotta; 10 vuotta - pariskunta asuu nyt erillään; 11 vuotta; 3 vuotta (eroamassa); ensimmäinen liitto 12 vuotta - nykyinen 9 ½ kuukautta (siinä välillä useita lyhytaikaisia) ; 21 vuotta; 6 vuotta; monia lyhyitä, pisin puoli vuotta; lukemattomat heilat - nykyinen 2 kuukautta...

Seurusteluaan yksi kurssilainen kuvasi seuraavasti:

*Ollaan tunnettu kaksi vuotta mutta se seurustelu on sellaista – ollaan ja ei olla, munkki ja nunna, ollaan ja ei olla...siis ollaan tunnettu se pari vuotta, mut seurusteltu ehkä kaks kuukautta...*

Suhteessa kerrottujen parisuhdevaikeuksien määrään, pitkäaikaisia suhteita oli yllättävän paljon. Toisaalta kurssilaiset olivat tosissaan tehneet töitä suhteidensa eteen -

moni kertoi käyneensä pari- tai perheterapiassa liittonsa aikana useaan otteeseen. Yksi kurssilaisista oli myös käynyt miesten väkivaltaryhmässä ja oppinut siellä tunnistamaan aggressionsa ja poistumaan ”jäähyille” tarpeen vaatiessa.

#### 9.4. Vanhemmuus

*Johdonmukaisuuteen kasvatuksessa* arvioi pystyvänsä seitsemän kahdeksasta vanhemmasta. Yhden oman elämäntilanteen kaoottisuus teki johdonmukaisuudesta vaikeaa. *Tasapuolisuuteen kasvatusvastuussa* toteutui vain kolmen kohdalla, näistä kaksi oli miehiä. Kolmella yksinhuoltajalla ja yhdellä etävanhempana olevalla ei ollut mahdollisuuttakaan tasapuolisuuteen. Kuitenkin yksi parisuhteessa elävä ja yksi yksinhuoltajana jonkin aikaa ollut kokivat kumpikin kantaneensa aina päävastuun lapsista. Molemmat olivat naisia. Kolme miestä korosti isänä olemisen tärkeyttä - heille merkityksellisin asia elämässä oli taata lapsille turvallinen ja ”parempi ” lapsuus kuin mitä heillä itsellään oli ollut. *Lupauksensa parisuhteessa pyrki pitämään* seitsemän haastateltua, edelleen yhden elämäntilanne vei liikaa voimavaroja, eikä hän jaksanut juuri mitään luvatakaan. Tällä kysymyksellä haettiin vastuunkantoa yhteisistä asioista parisuhteessa ja siihen löytyi sekä halua että yritystä.

*Kaikki vanhemmat kokivat lastenhoidon mieluisaksi*; kolme mainitsi erikseen lasten olemassaolon ylivoimaisesti tärkeimmäksi asiaksi elämässään - kaksi tämän maininneista oli miehiä. Neljä naista koki olevansa *ylihuolehtivia* suhteessa omiin lapsiinsa; isät eivät tätä itsessään tunnista. Yksi naisista kertoi kokevansa ristiriitaiseksi suhteen lapsiin, koska hän on ollut koko aikuiselämänsä hyvin sitoutunut työhönsä. Eron jälkeen perinteisempään naisen rooliin astuminen oli ollut ristiriitaisia tunteita herättävää. Kuitenkin hän oli kehitellyt hyvin luovia selviytymiskeinoja arkeen ja meneillään oli valtavasti voimavaroja kysyvä diagnoosin ja avun hakeminen omalle lapselle. Yhdellä kolmesta lapsesta oli jo aiemmin saatu diagnoosi, vaikkei juurikaan tukitoimia. Äitinä hän teki parhaansa, mutta haastattelussa arasteli al-kuun puhumista perheensä erilaisesta roolijaosta.

*Vanhemmuuden kokemista* pyydettiin erittelemään tarkemmin. Siihen annettiin seuraavanlaisia vastauksia:

*Erittäin raskasta, mutta henkisesti erittäin kehittävää.*

*Lapset ovat parhaimpia ja rakkaimpia peilejä, miten koen naiseuden ja äitiyden.*

*Kommunikaatiokatkot turhauttavat ja raivostuttavat - kukaan ei kuuntele!  
Kaikkein rankin juttu on tunne, että kukaan ei kuuntele mua - ei mies, eikä lapset!  
Lapsilla on AD/HD... syömiset, lähtemiset, jaksamisen puute ja sitten seuraa syyllisyys... oman tilan terve suhteessa äitiyteen - RISTIRIITAISTA!*

*Rakkautta ja kannustusta olen antanut lapsilleni, että selviäisivät varmaan mistä tahansa. Vaimoa tarvitsen peilinä, jotta voisin kitkeä omasta isänäolosta kasvuperheestä saamani mallit. Vanhemmuus on mulle tosi tärkeää!*

Vastauksista kuvastui äärimmäisen vakava suhtautuminen omaan vanhemmuuteen, mutta roolin vaativuus näkyi tuen tarpeeseen liittyvissä kommentteissa.

”Tarvitsisitko mielestäsi tukea äitiyteesi/isytyteesi? Millaista tukea?” -kysymykseen, vastattiin seuraavilla kommentteilla:

*Kyllä, tarvitsen tukea ja PALJON!*

*Kyllä! Vertaistukea ADD -yksinhuoltajilta. Lapsilla on myös diagnostiikka.*

*Tarvitsisin tukea siihen, miten kannustaa murrosikäisen nuoren naisen naiseutta itsetuntemusta ja itsetuntoa.*

*En tarvitse tukea äitiyteen. Tarvitsen konkreettisia neuvoja, miten toimia AD/HD (Tourette) lapsien kanssa. Neuvoja, joita voi käytännössä toteuttaa, kun on yksinhuoltaja. Jotta itse jaksaa arjen kanssa olisi lastenhoitoapu ensiarvoisen tärkeää.*

*Rahaa!*

Kahdeksasta vanhemmasta vain kahden lapsilla ei ollut AD/HD -diagnoosia, eikä muutaakaan liitännäisoireita. Kuuden vanhemman lapsilla oli lähes kaikilla diagnosoitu joko AD/HD, sen inattenttiivinen muoto ADD, Asperger tai Tourette. Lisäksi useassa perheessä vanhempi lapsista oli saanut diagnoosin, nuoremman kohdalla sitä oltiin selvittämässä. Yksinhuoltajuus AD/HD -perheessä koettiin äärimmäisen raskaana ja avuntarvetta oli paljon. Tilannetta kahden vanhemman perheissä kuvattiin myönteisemmin, mutta AD/HD:hen liittyen niissäkin esiintyi paljon arjen ongelmia.

## 9.5. Yhteenvetoa tuloksista

*Rahankäytön vaikeudet* olivat arkielämää puolelle kurssilaisista. 2/3 ei kokenut rahankäyttöään ongelmaksi, mutta kuitenkin puolella laskujen maksu viivästyi ja negatiivista palautetta rahankäytöstä oli tullut. Laskuja jäi avaamatta ja niitä hukkui. Niinpä *maksuvaikeuksiin* tai velkaantumiseen oli *ajautunut puolet kurssilaisista. Arjenhallinnan vaikeudet* ja myös muistiongelmien näkyivät tavaroiden kadottamisina. Vain viidesosa kurssilaisista sai pidettyä tavaransa tallessa niin, että ne tarvittaessa löytyivät. Sama

ryhmä koki selviävänsä arkielämän rutiineista, joka toiselle ne tuottivat vaikeuksia jossain määrin ja lähes joka kolmannelle erittäin paljon. Arjenhallinnan edellytys, ajanhallinta, oli myös korostuneen vaikeaa samalle ryhmälle, jolle arjenhallinta ylipäättään tuotti vaikeuksia. *Ajankäytön ongelmat ja tehtävien organisointi tuotti vaikeuksia kahdelle kolmesta henkilöstä* riippuen siitä, oliko kyseessä työhön vai kotiin liittyvät tehtävät. Ajantajun toimimattomuus sai ihmiset arvioimaan tehtäviin kuluvan ajan väärin ja kaikki jäi viime tippaan.

Toiminnanohjauksen ongelmiin kuuluva juuttuminen pahensi vielä tilannetta puolella kurssilaisista. Paineen (kiireen) alla suorituskky kuitenkin kasvoi ja työtehtävät tehtiin vauhdilla. Kotitöihin ei riittänyt enää energiaa eikä motivaatiota ja ne jäivät roikkumaan.

*Omia vahvuuksia* tunnistettiin melko hyvin, heikkouksia hiukan huonommin. Monella oman oppimis- ja työskentelytyylin määrittelyssä oli vaikeuksia. Kaksi kolmesta (70%) piti ryhmätyöskentelystä, mutta lähes sama joukko ilmoitti työskentelevänsä mieluummin yksin. Toisaalta oman diagnoosin myötä moni oli käynyt läpi itseään ”pohjamutia” myöten ja itsetuntemuskin oli siinä kovasti kasvanut. Kuitenkaan AD/HD -oireita ei ollut helppo erottaa persoonallisuuden piirteistä tai negatiivisten elämäntekemusten vaikutuksista. Selkeästi AD/HD -oireista johtuvat käyttäytymismallinsa pystyi erittelemään vain muutama kurssilainen. Tosin se ei ollut odotettavaakaan, kysymys esitettiin, jotta voitaisiin verrata ennen kurssia saatuja vastauksia kurssipalautteen vastauksiin. Kurssiin kohdistetuissa odotuksissa tietoa AD/HD:stä kaipasi kaksi kolmasosaa kurssilaisista (12 henkilöä), mikä osalla näkyi myös oireiden tunnistamisen vaikeudessa.

Toinen erityisen vaikea asia arjenhallinnan lisäksi oli *läheisten ihmissuhteiden muodostamisen vaikeus*. Parisuhteiden puuttuminen tai niissä epäonnistumiset olivat tuottaneet surua kymmenelle henkilölle. Kaksi pitkään jatkuneessa parisuhteessa edelleen olevaa henkilöä koki läheisimmän ihmissuhteen olleen suhteettoman vaikea omien kommunikaatiovaikeuksiensa ja itsehallinnan ongelmiansa tähden. Kurssilaisista nuoremmat kokivat vähemmän toivottomuutta parisuhteeseen liittyen, koska kokemukset niistä olivat vielä vähäisiä. Muutama kurssilainen kertoi perheen jääneen haaveeksi ihmissuhdevaikeuksien tähden. Perheellisten kohdalla vanhemmuus koettiin henkisesti rikastuttavaksi kokemukseksi ja kaikki suhtautuivat omaan vanhemmuuteensa positiivisesti vaikeuksista huolimatta. Vaikeudet lasten suhteen näyttivät olevan kiinteästi sidoksissa paitsi

omaan, myös AD/HD, Asperger tai Tourette -oireyhtymiin ja tukea vanhemmuuteen kaivattiin yleisesti. AD/HD:hen liittyvä vahva perinnöllisyys tuli selkeästi esiin tässä ryhmässä.

## Ristiintaulukoinnit

Ristiintaulukoituani lääkityksen ja arjenhallinnan osa-alueet huomasin, että lääkityksellä ei ollut mitään vaikutusta siihen, pysyikö koti järjestyksessä tai löysikö sieltä haluamansa tavarat. Kuitenkin ilman lääkitystä olevat saivat pidettyä tärkeitä paperit tallessa, kun lääkityksellä olevista se onnistui vain neljällä neljästätoista. Vaikutti siltä, että ilman lääkitystä olevilla oli parempi arjenhallintakyky jo ennestään kuin lääkityksen saaneilla. Ajanhallintaan lääkitys ja sitä kautta keskittymisen parantuminen näyttäisi jonkin verran vaikuttavan. Lääkityksellä olevista joka kolmas sai tehtyä tehtävät ajallaan, ilman lääkitystä olevista yksi neljästä pystyi siihen. Kyse saattaa olla myös lääkityksen vaikutuksesta toiminnanohjauksen vaikeuksiin, koska suoraan ajantajuun lääkitys tuskin vaikuttaa.

### TAULUKKO 1 Perhesuhteiden yhteys arjenhallintaan

#### Ristiintaulukointi kotitöistä huolehtimisen ja perhesuhteiden osalta.

Ehdin hyvin huolehtia päivittäiset kotityöt	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä	yhteensä
asun vanhempien kanssa		1 50%	1 50%		2 100%
asun yksin	1 12,5%	4 50%	3 37,5%		8 100%
asun kumppanin kanssa	1 20%	1 20%	2 40%	1 20%	5 100%
yksinhuoltaja			1	2	3

			33%	67%	100%
yhteensä	2 11%	6 33%	7 39%	3 17%	18 100%

Arjenhallinnan osa-alueiden ja perhesuhteiden ristiintaulukoinnilla etsin eroja yksin asuvien ja perheellisten arjenhallintataidoista. Oletin yksin asuvien arjenhallinnan olevan helpompaa ja kumppanien sekä lasten kanssa asuvien tuntevan työn vievän liikaa energiaa. Ristiintaulukoinneissa yksin asuvien arjenhallinnan vaikeudet tulivat esiin erityisesti ajanhallinnassa. Yksin asuvista kolme kahdeksasta ehti mielestään huolehtia kotitöistä. Sen sijaan heillä riitti aikaa harrastuksiin, kun taas kumppanin kanssa asuvista kolmella viidestä ei harrastuksiin jäänyt aikaa.

Työ tai opiskelu vei kohtuuttomasti energiaa puolelta yksin asuvista ja kaikilta neljältä opiskelijalta, myös kaikki viisi kumppanin kanssa asuvaa tunsivat työn olevan liian vaativaa. Kumppanin kanssa asuvista neljä viidestä oli tuntenut uupumusta ansiotyön suhteen, kolmesta yksinhuoltajasta vain yksi. Yksin tai vanhempien kanssa asuvista seitsemän kymmenestä oli tuntenut uupumusta ansiotyön tai opiskelun suhteen. Perhesuhteet eivät näytä vaikuttavan kotitöistä huolehtimiseen. Vastaajista kumppanin kanssa asuvista päivittäisistä kotitöistä ehtii huolehtia kolme viidestä ja kaikki kolme yksinhuoltajaa. Yksin asuvillakin oli vaikeuksia hoitaa kotitöitä, sillä viisi kahdeksasta ei ehtinyt hoitaa niitä. Sovittuihin tapaamisiin ehtivät kaikki yksinhuoltajat, yksin asuvista lähes kaikki ja toinen kahdesta vanhempiensa luona asuvasta. Kumppanin kanssa elävät eivät ehtineet ajoissa sovittuihin tapaamisiin.

Elämäntilanteen ja ihmissuhdekysymysten ristiintaulukoinnissa näkyivät työttömyyden ja opintojen venymisen vaikutukset ihmissuhteisiin. Kaikki työttömät riitelivät usein, samoin opiskelijat, joista vain yksi ei mielestään riidellyt usein. Työssäkävivistä alle puolet (kaksi seitsemästä) vastasi kysymykseen myönteisesti. Kommunikointiin perheessä työttömyys näyttäisi vaikuttavan suhteessa työssä käyviin. Vain kahdella kuu-desta työttömistä kommunikointi perheenjäsenten kanssa sujui, kun työssäkävivistä se sujui yli puolella.

## **TAULUKKO 2 Ristiintaulukointi uupumuksen kokemisesta lapsettomilla ja perheellisillä.**

Olen kokenut uupumusta työn / opiskelun suhteen	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä	yhteensä
---	-------------------	-----------------------	-------------------------	---------------------	----------

perheessämme ei ole lapsia		2 20%	3 30%	5 50%	10 100%
perheessämme on lapsia	3 37,5%	1 12,5%	2 25%	2 25%	8 100%
yhteensä	3 16,5%	3 16,5%	5 28%	7 39%	18 100%

Opiskelijoita koskeva tulos oli ristiriidassa riitelemisen kanssa. Tulos selittynee sillä, että opiskelijat kertoivat haastatteluissa sopivansa riidat vanhempiensa kanssa. He eivät kokeneet niiden vaikuttavan kommunikointiin negatiivisesti. Haastatteluissa tuli esiin myös negatiivisen palautteen vastaanottamisen vaikeus kumppanin taholta. On nähtävästi kuitenkin helpompaa kestää ja selvittää vanhemman taholta tullut kritiikki kuin omalta elämänkumppanilta saatu kritiikki.

Oletin saavani selvennystä siihen, miten AD/HD -oireinen kokee arjen lasten kanssa vertaamalla arjenhallintaa selvittäviin kysymyksiin saatuja vastauksia lapsettomien ja ”lapsellisten” välillä. Arjenhallinnassa ei kuitenkaan ole juuri mitään eroa lapsettomien ja lapsiperheiden välillä. Arjen pyörittäminen on yhtä hankalaa - oli lapsia tai ei. Uupumuksen suhteen eroa kuitenkin löytyi. Uupuneempia työn tai opiskelun suhteen olivatkin lapsettomat ja sen lisäksi heillä esiintyi diagnoosien mukaan masennusta yleisemmin kuin äideillä ja isillä. Vain puolet vanhemmista oli kokenut työssään uupumusta. Lapsettomista uupumusta oli kokenut kahdeksan kymmenestä. Tästä voisi päätellä, että lapset ovat voimavara ja kannustavat vanhempiaan jaksamaan. Toisaalta työ tuo vastapainoa perheelliselle, jolle arjen pyörittäminen ilman muuta elämänsisältöä saattaisi käydä ylivoimaiseksi. Ajankäytön hallintaan lapsilla ei näyttänyt olevan suurtaakaan vaikutusta, vaikka voisi olettaa ajankäytön hallinnan vaativan enemmän organisoitua lasten kanssa. Kotityöt tuntuivat ylivoimaisilta kolmella kahdeksasta vanhemmasta. Niiden ylivoimaisuus tuli esiin viiden yksin asuvan kohdalla. Haastatteluissa kotia kuvattiin mm. ilmauksilla ”hävityksen helvetti”, ”samaa kaaosta päivästä toiseen”.

Itsetuntemukseen liittyvien osa-alueiden ja vanhemmuuden osa-alueiden ristiintaulukoinnissa ylihuolehtivuus ei ollut riippuvaista siitä, tunnistiko vanhempana vahvuutensa vai ei. Pikemminkin se liittyi sukupuoleen, sillä naiset tunnistivat itsessään ylihuolehtivuuden, kun taas miehet osasivat mielestään suhtautua realistisesti lapsiaan uhkaaviin vaaroihin. Kuitenkin on muistettava, että vahvuuksien tunnistaminen oli kurssilaisten subjektiivinen kokemus ja joissain kohdin tuloksissa oli ristiriitaa itsetuntemuksen suhteen. Joillakin kurssilaisilla itsereflektio oli niin vahvaa, että sen voi aja-



tella korvaavan mahdollisia itsetuntemuksen puutteita suhteessa omien lasten kasvatukseen.

*Ammatillisen koulutuksen vaikutuksia* etsin ristiintaulukoimalla itsetuntemuksen, voimavarojen ja arjenhallinnan osa-alueita keskenään. 75%:lla niistä, joilla oli keskenjääneitä tai pitkittyneitä koulutuksia, puuttui aloitekykyä. Energiaa/motivaatiota puuttui viideltä kahdeksasta. Opintojen venyminen tai keskenjääminen näyttää siis olevan yhteydessä inattentiivisen AD/HD:n aloitekyvyttömyyteen, vaikka opinnot olivat tuottaneet vaikeuksia myös yliaktiivisille. Kuitenkin kaikilla kolmella ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneella oli hyperaktiivisuutta ja impulsiivisuutta.

Lieneekö ammattikorkeakoulu kuitenkin käytäntöön painottuvana helpommin suoritettavissa ylivilkkaalta kuin yliopisto-opinnot, jotka olivat monelta kurssilaiselta jääneet kesken? Oppimisvaikeuksilla ja toiminnanohjauksen ongelmilla on todennäköisesti myös osuutensa opintojen keskeytymisissä ja pitkittymisissä.

Voimavarojen suhteen ei koulutuksella ollut suurta merkitystä. Haastatteluissa tuli esiin, että liikuntaharrastus oli yleisin hyperaktiivisilla, jotka purkivat sen avulla ylimääräistä energiaansa. Myös ystävien määrä näyttäisi olevan sidoksissa hyperaktiiviseen AD/HD:hen liittyvään suurempaan sosiaalisuuteen. Inattentiivisiksi diagnosoiduilla oli selvästi vähemmän ystäviä ja moni heistä kertoi haastatteluissa kärsivänsä yksinäisyydestä. Tosin ystävien määrä on sidoksissa myös kiintymystyyliin ja siitä juontaviin vuorovaikutustaitoihin. Sosiaalinen vuorovaikutus oli heikkoa korkean älykkyyden omaavilla kurssilaisilla heidän oman kertomuksensa mukaan. Piirre ei ole kuitenkaan riippuvainen yksin AD/HD:sta. Tiedollisesti suuntautuneilla henkilöillä on monasti tunnepuolen kehitys jäljessä tiedollisista valmiuksista ja se selittää myös vuorovaikutustaitojen puutteellisuutta ja sitä kautta sosiaalisen verkoston suppeutta.

Ammatillisella koulutuksella ja itsetuntemuksella ei ollut yhteyksiä. Opintonsa keskeyttäneistä kolmella kahdeksasta oli vaikeuksia heikkouksiensa tunnistamisessa. Kaikki opintojaan keskeyttäneet, yhtä lukuunottamatta, toimivat hetken mielifohteesta. Impulsiivisuus oli vahvasti mukana opintonsa keskeyttäneiden AD/HD -oireistossa. Impulsiivisuus tuli esiin myös kaikkien ammattikoulun käyneiden kohdalla hetken mielifohteesta toimimisena. Toisaalta niillä, joilla koulutus on jäänyt vajaaksi tai puuttumaan, luovuus oli ollut vahva voimavara. Joukossa oli vuosia freelance -yrittäjinä toimineita henkilöitä, joista yhdellä ei ollut edes peruskoulutusta ja toiselta yliopisto-

opinnot olivat kesken. Lisäksi useita henkilöitä oli työllistynyt niille aloille, joilta heidän koulutuksensa oli jäänyt vajaaksi. Pari kurssilaista oli hankkinut itselleen tilapäisammatin, kun vaativimmat opinnot olivat alkaneet tuntua ylivoimaisilta. Näiden ihmisten kohdalla energisyys ja impulsiivisuus oli ollut myös voimavara eikä heistä monikaan ole ollut työttömänä keskenjääneistä tai viivästyneistä opinnoista huolimatta. On kuitenkin muistettava, että he ovat voineet aloittaa ikänsä puolesta uransa luomisen ennen lamaa. Nykypäivänä työllistyminen ilman koulutusta on lähes mahdotonta.

Koulutuksensa kykyjään vastaavuudesta 15/18 oli samaa mieltä. Kuitenkin haastattelussa heistä suurin osa koki kouluttautuneensa liian teoreettiselle alalle ja lisäksi osa koki alisuoriutuneensa opinnoissaan suhteessa kykyihinsä. Ryhmätyön sujuvuus ei ollut yhteydessä koulutustaustaan vaan sosiaalisuuteen. Mielenkiintoista on, että kaikilla ammattikorkeakoulun tai yliopiston käyneilläkään ei oma työskentelytyyli ollut täysin selvillä. Korkeakouluasteen tutkinnon suorittaneet tunnistivat AD/HD:sta johtuvat käyttäytymismallinsa jo ennen kurssia. Lisäksi työttömien joukossa oli neljän henkilön ryhmä, joka oli käyttänyt työttömyysaikansa AD/HD -oireyhtymästä kertovan tiedon hankkimiseen ja sen kääntämiseen. Yhden henkilön kohdalla diagnoosin saaminen vuosikymmenten vaikeuksien jälkeen johti yrityksen lopettamiseen, koska hän halusi keskittyä hankkimaan tietoa oireyhtymästään.

## 10 HAASTATTELUJEN ANALYYSI

Nauhoitettuja haastatteluja kertyi kaikkiaan yksitoista (11 h). Haastatelluista seitsemän asui kumppanin kanssa, yksi oli vuotta aiemmin eronnut yksinhuoltaja, kolme asui yksin ja yksi vanhempiansa kanssa. Lapsia oli viidellä haastatellulla. Haastatteluissa keskityttiin syventämään esitetytyn lomakkeen tietoja, mutta annoin haastateltavien kertoa itselleen tärkeimmistä aihealueista vapaasti. Käytännössä se tarkoitti keskittymistä etupäässä ihmissuhdevaikeuksiin, diagnoosin saamisesta aiheutuneeseen kriisiin ja arjenhallinnan ongelmiin.

### 10.1 Haastateltujen kokemus AD/HD:n vaikutuksista omaan elämään

AD/HD:sta aiheutuneet ongelmat olivat hyvin yhdenmukaisia kaikilla haastatelluilla, mutta ne korostuivat eri tavalla sukupuolesta, koulutustaustasta ja lapsuudenkokemuksista riippuen. Korkeammin koulutetuilla ei juurikaan ollut varsinaisia oppimisvaikeuksia, mutta toiminnanohjauksen ongelmat ja keskittymisvaikeudet olivat heillä yhtä yleisiä kuin vähemmän kouluttautuneilla.

Masennusta ja ahdistuneisuutta esiintyi useammin naisilla, kun taas miehet kokivat herkemmin aggressiivisuuden ongelmakseen. Kahdella miehellä ja yhdellä naisella aggressiivisuus oli tullut esille väkivaltaisena käytöksenä, naisista neljä kertoi haastattelussa huutavansa ja raivoavansa varsinkin kotona. Myös työympäristössä monelle oli sattunut ei-toivottavia tunteenpurkauksia. Tulos on ristiriidassa kyselyyn annettujen vastausten kanssa, siinä vain yksi nainen kertoi saavansa ”raivareita”. Ne ovat haastattelun mukaan kuitenkin hyvin yleisiä impulsiivisilla AD/HD -oireisilla ja turhautuminen provosoi raivon esiin myös ADD -oireisella.

Haastatteluissa miehet kuvailivat suhdettaan lapsiinsa mutkattomaksi, kun taas lähes kaikki äidit kokivat äitiytensä olevan ristiriidassa oman tilan tarpeen suhteen. Kommentit tekee ymmärrettäväksi se, että juuri kyseiset äidit kantoivat päävastuun lapsista ja tehtäväjako perheessä oli heidän kannaltaan epätasa-arvoinen. Vain yksi haastateltu sanoi suoraan olevansa alisuoriutuja, mutta sitäkin useampi antoi ymmärtää saman asian rivien välistä. Opintojen keskenjääminen ja keskeytyminen koettiin yleisesti häpeällisenä ja ongelmia tuottavana asiana eikä juuri kukaan uskonut sen johtuvan kykyjen puutteesta. Avun tarve opintojen loppuunsaattamiseksi oli suuri ja panostusta opinto-ohjaukseen kaivattiin. Toisaalta diagnoosin kertomisesta oppilaitoksessa oli yhdellä henkilöllä huonoja kokemuksia - toinen taas oli saanut pätevän syyn turvin luvan tehdä valmiiksi lopputyönsä vuosien opiskelutauosta huolimatta.

Vahvuuksissa korostuivat luovuus ja käsillä tekemisen taito. Toisaalta osalla oli selkeästi kirjoitusvaikeuksia, mutta heidän vahvuuksiaan oli taas esimerkiksi musiikillinen ja liikunnallinen lahjakkuus. Erityisosaamista haastatellut käyttivät selkeästi kompensatiokeinona heikkoihin puoliinsa nähden, vaikka eivät sitä itse välttämättä tunnistanee. Monelle kyvykkyyks ja menestyminen harrastuksen parissa oli korvannut esimerkiksi koulutusuran katkeamisesta koettua epäonnistumista. AD/HD:hen liitetty luovuus tuli esiin tämän ryhmän kohdalla hyvin vahvasti. Ideoiden innovatiivinen tuottaminen on usealle työelämässä hyödyksi koitunut vahvuus. Kuitenkin ideoiden toteuttaminen tai niiden soveltaminen arkielämään ei onnistu itsenäisesti, vaan haastatellut ko-

kivat tarvitsevana apua toteuttaakseen hyvät suunnitelmansa. Kahden haastatellun kohdalla luontainen kyky hahmottaa kokonaisuuksia ja asiayhteyksiä oli ollut avuksi työelämässä menestymisessä. Sitä vastoin kahden opiskelijan opinnot olivat venyneet juuri päinvastaisen pulman vuoksi - heidän muistiinsa jää vain yksityiskohtia eikä kokonaisuudesta muodostu kuvaa.

Keräilyviettä esiintyy AD/HD:n yhteydessä eikä se välttämättä liity liitännäisenä esiintyvään Aspergeriin, vaan se voi esiintyä puhtaasti tarkkaavaisuushäiriöiselläkin. Haastateltujen kuvausten perusteella se liittyy innostumiseen ja siitä seuraavaan ylikeskittymiseen. AD/HD -oireisella kiinnostuksen kohde saavuttaa helposti ”järjenvastaiset mitasuhteet”. Kaikki muu katoaa ja koti täyttyy innostuksen kohteeseen liittyvistä tavaroista:

*Keräilyvietti mulla on, mä oon keräillyt jotain puukontekoa varten, niin mulla on jo useampi kuutio tarkkaan valikoituja kalikoita joista tekisi jo useamman sata puukkoa, mut yhtään kalikkaa ei voi hävittää...Ne on pakko säästää, mulla on laakereita kai viistoista kiloa sitä varten että voin yhdestä laakerista takoa yhden puukonterän, mutta niitä vaan on viistoista kiloa ja lisää tarttis saada...Polkupyöriä on kait tontilla kymmenkunta, kun aattelen, mitä niistä voisi yhdistää, korjata tai tehdä. Kaikki puutavara on tallella, kuudenkymmenen sentin pätkä kakkosnelosta, sitähan ei voi polttaa, kun siitä saa johonkin pukkiin jalat.*

Tässäkin tapauksessa tavaroiden keräämisestä oli tullut parisuhteessa jatkuvaa riitaa. Vaimo ei välttämättä halua elää ”kaikenlaisen roinan” keskellä, mutta vahvan keräilyvietin omaava puoliso ei henno ylimääräisistä tavaroistaan luopua.

## 10.2 Tunteiden hallinta

Haastatelluista miehistä yksi oli käynyt miesten väkivaltaryhmän, toinen suunnitteli sinne menoa. He kertoivat kokemuksistaan seuraavilla kommentteilla:

*Varmaan ongelmaa on vaimon kuuntelemisessa ja mun itseilmaisussa, en saa sanottua tarpeeksi...on ollut perheväkivaltaa, kun mä en ole pärjännyt puhumalla, sit mä olen koittanut käydä kiinni – ei mitään vakavaa, mutta joka tapauksessa niin, että hän on kokenut sen väkivallan uhkana. Mä olen sitä ratkonut hyvin pitkälle, olin vertaisryhmässä. Puoli vuotta kävin, mä olen sen nyt tiedostanut ja muuttanut käyttäytymistäni sen suhteen – voi nimetä ratkottuihin ongelmiin...*

*Se on mun vastuulla ja sit se ensiapuohjelma, että osaan poistua riittävän kauas jotta pystyy karsiin sen toiminnan pois – niitten syitten löytyminen, se on iso juttu ja siinä ei tule valmiiksi.*

*...tunteiden ja lähinnä aggressioiden hallintaan, mitä on pienenä ja koulussa kokenut tätä kiusaamista. Se oli todella vakavaa ja muuta, sitä kautta on jää-*

*nyt...että aion hakeutua terapiaan ne vaan jäytää ne aggressiot ja vihantunteet ne on varmaan suurin mikä syö ja vie voimavaroja...*

Myös naisilla oli ollut vaikeuksia aggressioiden hallinnassa. Heillä turhautuneisuuden tunne oli useimmiten raivokohtauksen syynä. Miehet puhuivat turhautuneisuudesta parisuhteessa, kun puoliset eivät ymmärrä heitä.

Miehillä suuttumuksen syy ei kuitenkaan ole välttämättä selvillä, naiset tiedostavat selvemmin omia tunteitaan ja osaavat ilmaista niitä avoimemmin. Naisten kohdalla ongelma oli se, että puoliset eivät suostuneet kuuntelemaan tai keskustelemaan naisia vaivaavista asioista. Naiset kuvasivat tuntemuksiaan seuraavilla kommentteilla:

*...olen tosi temperamenttinen, jos hermostun, hermostun heti, enkä kerää sitä viittä vuotta ja posahda sitten, vaan räjähdän silleen tasaisen säännöllisesti ja tota sen ei tarvii olla mikään iso asia ja toinen ei heti välttämättä tajua, mutta kyllä se sitten tajuaa, kun mä huudan, mä kerron kyllä mistä oon nyt hermostunut.*

*Ei mulla ole mitään varsinaisia itsetuhoajatuksia, mutta välillä kun kaikki on niin vaikeaa ja tulee ongelmia, tulee mieleen, että kaikki on mun syytä ja kaikilla olis parempi olla kun mua ei olis! Mut kun mä tiedän, että mulla on ne lapset ja mä sit kuitenkin tiedän faktana sen, et kuitenkin mä oon niille kaikki kaikessa ...Se on ihan fakta, vaikka mä välillä huudan ja raivoon, ja se mihin Ritalin on mulla auttanut on se, että mä en enää esimerkiksi niin helposti läpsäse tai tukista, mitä mä tein ennen liiankin helposti. Sen takia mun on nyt helpompi ymmärtää mun pojan impulsiivisuutta ja sitä, että se reagoi lyömällä – kun se on siellä jossain... Mut siihen on mulla Ritalin auttanut. Ja sit joskus, kun niin käy, selitän, että äiti suuttui... ja mähän aina pyydän anteeksi ja sanon, että silti äiti rakastaa sua ja kysyn saanko anteeksi. Ja mun poika joskus sanookin: ”Kuule äiti, ei se haittaa että sä meille huudat, kyllä me silti tiedetään, että sä meitä rakastat.”*

Impulsiivisuus aiheuttaa parisuhteissa omia ongelmiaan, kun uskollisuus ei ole AD/HD -oireiselle mikään itsestäänselvyys. Irto-suhteiden koetaan ”hajottavan omaa päätä”. Viettäilykkeitä on vaikea vastustaa, niiden perässä on menty ja toimittu jo ennen kuin ensimmäinen epäily toiminnan järkevyydestä pälkähtää päähän. Läheisyys ja sitoutuminen kammoksuttaa montaa AD/HD -oireista, koska he kokevat tarvitsevänsä omaa tilaa ja toisen ”kyljessä kiehnäminen” voi tuntua konkreettisesti ahdistavalta. Yhdessä olemisen pelisäännöt täytyy opetella yrityksen ja erehdyksen kautta. Kaksi naispuolista haastateltavaa kuvaa sitä näin:

*Läheisyys välillä ahdistaa – olen aggressiivinen ja räyhä – mutta kuitenkin olen aina halin kipeä et tajuu nyt justiin ottaa mut syliin... vaikka mä tappelen vastaan, haluan sitä kuitenkin...! Sitoutumisen vaikeus, perheen perustaminen hirvittää, mihin tässä nyt on joutumassa... ”Pate” on kyllä kaikista mun elämäni miehistä, joita on kyllä pitkä liuta... siis ihan oikeesti se on ihana, mä oon niin toisenlainen, en tiedä...*

*Ja muissakin parisuhteissa on ollut ihan hirveesti vaikeuksia! Mulla on kyllä ollut niitä suhteita aikaisemminkin, nyt on niin kasvanut, etten enää kaipaa minkäänlaista vaihtelua, enkä jännitystä, että riittää yks ja pitkäaikainen kumppani. Tää*

*ihminen on mulle sen opettanut, se on opettanut sen sitoutumisen ja semmoisen... Olen hirveen kiitollinen siitä! Oon aatellut, että on vaikeeta vaihtaa ja oon joskus pettänytkin, mut en enää pysty siihen, kunnioitan itteeni sen verran!*

Näissä kommentteissa kuvataan aiemmissakin tutkimuksissa esiin tullutta AD/HD:hen liittyvä sitoutumisen tai läheisyyden pelkoa. Toisaalta hellyyttä ja läheisyyttä kaivataan, toisaalta sitä kuitenkin pelätään.

### 10.3 Kiintymystyyli

Tutkimuksessa kiintymystyylistä antaa viitteitä käsitys itsestä ja haastatteluissa esiin tulleet kommentit liittyen käsitykseen muista. Turvallisesti kiintyneellä ihmisellä käsitys itsestä ja muista on myönteinen. Männikön (1997) mukaan turvattomaan kiintymystyyliin liittyy myös irrallisuuden tunne ja ahdistuneisuus. Haastattelujen perusteella odotukset muiden suhtautumisesta itseän olivat kielteisiä ja minäkuva oli monella negatiivisesti väritynyt. Turvallisiin kiintymyssuhteisiin viittaavia kommentteja tuli pääasiassa omiin lapsiin liittyen. Haastateltujen kuvauksissa suhde kumppaniin sisälsi paljon epäluottamusta ja turvattomuuden kokemusta, kun taas suhdetta omiin lapsiin kuvattiin emotionaalisesti lämpimänä ja avoimena. Monen kurssilaisen vahva itsereflektio toimii nähtävästi vanhemmuutta tukevana tekijänä.

Itseriittoiseen kiintymykseen liittyy kuva itsestä myönteisenä, mutta muista kielteisenä. Tähän viittaavat seuraavat, itsensä pääasiassa myönteisesti näkevien haastateltujen kommentit:

*Mua ei voi kukaan rakastaa sellaisena kuin mä olen, paitsi mun lapset...*

*Mulla on ollut kyllä niitä terapeutteja, mutta oon ne terapiat lopettanut, kun ne on kaikki olleet tyhmempiä kuin mä...*

*Minkä takia jostain ihmisestä tulee vihollinen, miks tulkitsee negatiivisesti, et ajattele, että silläkin on jotain mua vastaan...*

*Ei mulla kyllä ole yhtään ystävää, mut mä asetan ystävälle niin korkeat kriteerit, että ei siihen moni yllä...*

*Pyrin välttelemään riitelyä, olen ollut niin monesti syntipukkina.*

*Olisi taas pitänyt muistaa kenelle puhuu... (toisesta henkilöstä, jota haastateltu piti tyhmänä)*

*Toiset ihmiset välillä suorastaan ahdistaa, kun olin ekan kerran vertaisten kanssa, olin kahden tunnin jälkeen ihan "dead", eihän niitä millään kestänyt... Ne oli samanlaisia kuin mä! Sit mä tajusin, miks mua ei kukaan kestä!*

Turvattomasta kiintymystyylistä ylipäättään kertoi kommentit ”erillisistä väleis-  
tä”

parisuhteessa, lukuisat kertomukset vuorovaikutusongelmista ja sosiaalisista ongelmis-  
ta. Männikön (1997) mukaan turvallisen kiintymystyylin omaavalla ei ole sosiaalisen  
vuorovaikutuksen ongelmia, eikä irrallisuuden tunnetta. Haastateltujen irrallisuuden  
tunne liittyi erilaisuuden kokemiseen ja oli monen kohdalla saanut alkunsa jo  
lapsuuden kiusaamiskokemuksista koulussa. Itseriittoisuus liittyy myös vaikeisiin lap-  
suuden kokemuksiin. Kun henkilö ei ole saanut apua, hän ei uskalla enää luottaa mui-  
den myönteiseen suhtautumiseen. Hän olettaa automaattisesti muiden suh-  
tautuvan itseensä torjuvasti ja tulkitsee vastapuolen viestit väärin omien ennako-  
käsitystensä perusteella.

### 10.3.1 Vuorovaikutussuhteet ja itsetunnon puute turvattoman kiintymyksen taustalla

Vuorovaikutussuhteet lapsuuden perheessä olivat syynä ihmissuhdevaikeuksiin ainakin  
neljän ihmisen kohdalla. He kertoivat tarinansa vaikeasta lapsuudestaan. Heitä oli pi-  
detty syypäinä perheen ongelmiin ja syyllisyys sekä ahdistuneisuuden tunteet olivat  
seuranneet aikuisuuteen. Perheissä vaikeahoitoista lasta ei oltu hyväksytty omana itse-  
nään ja siksi vuorovaikutus oli saanut negatiivisen sävyn. Osalla syynä oli vanhempien  
omat ongelmat. Lievimmillään se oli esiintynyt ylihuolehtivuutena ja liiallisena rajoit-  
tamisena, pahimmillaan jatkuvana psyykkisenä ja fyysisenä väkivaltana. Esille tuli mm.  
seuraavanlaisia muistoja lapsuudesta:

*Lapsuuden tausta on rankka, nekin voi olla vaikuttamassa lisää. Osa voi olla mitä  
lapsuudessa on mennyt hankalasti ja osa sit voi taas olla sanotaan näin et on sel-  
lainen hankala lapsi ollut, ”difficult child” yhden kirjan mukaan on pidetty sel-  
laisena hankalana lapsena, tietysti aikuisenakin on sitä hankaluutta mukana,  
mutta on tullut sellaista kypsymistä, mikä on hyvä.*

*Mä olin perheväkivallan uhri pienestä pitäen – täysin patologinen isäsuhte, ha-  
kattu jatkuvasti siniseksi alle kaksivuotiaasta, ollut huostassa eri lastensuojelulai-  
toksissa...*

*Mä menin leikkipuistoon, se oli kai jotenkin terapeutin paikka ja siellä olin  
sitten, niin se haki mut. Mä menin ihan alas, se on kun turvallisuutta uhataan  
oman perheen keskellä... niin turvatonta, tosi raskasta.*

*Mullahan oli niin pinttyneenä se fiilis mun vanhemmista, että ne ei hyväksyneet  
mua ja ne ei voineet millään ymmärtää, kun mä yritin selittää että musta tuntuu  
siltä, että te ette voi hyväksyä mua sellasena kun mä oon ja rakastaa mua sellase-  
na kun mä oon, eikä ne voinu ymmärtää sitä...*

Parisuhteiden vuorovaikutuksessa kotoa perityt mallit tulivat selkeästi esiin. Tosin haastatellut yrittivät vahvasti tiedostaa ja kitkeä haitallisia toimintatapojaan.

Osalla oli kuitenkin hyvä suhde vanhempiinsa ja sillä on ollut suuri vaikutus heidän itsetunnolleen. Niillä, joilla itsetunto on kunnossa, ihmissuhteet sujuivat huomattavasti paremmin ja ongelmat rajoittuvat arjenhallintaan. Itsetunnon puuttumisella on ollut tuhoisia vaikutuksia, kuten seuraavasta kuvauksesta voi todeta.

*Itsetunto-ongelmat on ollut mun elämän historiassa hyvin keskeisiä – täydellinen itsetunnon puuttuminen, joka on johtunut ilmeisesti näistä AD/HD –oireista. Mulle on aina kouluissa ja työyhteisöissä annettu häirikön rooli, jossa mua on potkittu, jossa musta on tullut täys reppana ja mun itsetunto on ollut täys nolla. Mä oon kompensoinut sitä erilaisin vaurioittavin keinoin esim. väkivaltaisella käyttäytymisellä, irrallisten ihmissuhteiden lukumäärällä, kaikkia tämmösiä fiksaatioita tai semmosta ylikompensoinista, jotka on menny niin äärimmäisiin ilmiöihin, että alkoholi sopi siihen hirveen hyvin, kaikki huumeet on sopinut siihen hyvin, suomensisäisesti en oo käyttänyt huumeita koskaan... Olen ollut 14 vuotta raittiina, nykyään juon enää neljä litraa kahvia päivässä, en ole muiden kuullut yhtä paljon juovan.*

Näiden lapsena käytöshäiriöistä kärsineiden henkilöiden ongelmia olivat aggressiivisuus, ahdistuneisuus ja masennus. Väkivaltainen käytös on yhteydessä itsehallinnan heikkouteen, joka voi johtua mm. empatiakyvyn kehittymättömyydestä tai huonosta itsetunnosta. Taustalla voi olla myös tarve hallita, jotta ei tulisi hylätyksi. Kuvatun kaltaisten lapsuudenkokemusten pohjalta tunteiden hallinnan ja ihmissuhteiden vaikeudet ovat enemmän kuin ymmärrettäviä. Pulkkinen (1996) pitkittäistutkimuksessa lapsuuden häiriökäyttäytyminen ja kouluvaikeudet ennustavat aikuisuuden aggressiivisuutta ja päihteidenkäyttöä, mikä piti näiden haastatteluihin osallistuneiden aggressiivisten miesten kohdalla paikkansa. He eivät kuitenkaan olleet työttömiä, eivätkä mitenkään syrjäytyneitä sanan varsinaisessa merkityksessä. Kuitenkin heitä vaivasi ”henkinen yksinäisyys” ja vaikeus solmia uusia ihmissuhteita.

### 10.3.2 AD/HD -nainen ja -mies perheessä ja parisuhteessa

Haastateltujen parisuhteissa tuli esiin perinteisestä poikkeava roolijako. Tehtäviä oli jaettu taipumusten, ei sukupuoliroolien mukaan. Näin oli saatu toimivuutta arkeen, joka AD/HD -oireiselle tuntuu olevan toisinaan yhtä tuskaa. Naisten kohdalla korostui silti vastuun kantaminen lapsista ja kaikista juoksevista asioista. AD/HD -miehet taas eivät olleet vähääkään sovinnistisia, vaan tuntuivat jakavan kiitettävällä tavalla kotitöitä ja etenkin kasvatusvastuuta puolisojensa kanssa. Vanhemmuus on niille muutamille AD/HD -aikuisille, jotka ovat onnistuneet hankkimaan perheen, erittäin korkealle arvos-tettu asia ja sen eteen moni on käynyt perheterapiassa ja pariterapiassa vuosikausia.



Seuraavista kommenteista näkyy selkeästi AD/HD -miesten arvojärjestys:

*Vanhemmuus on mulle pääsääntöisesti erittäin iloinen asia, lapset on mulle äärettömän tärkeitä niinkuin vaimokin ei siinä mitään . Joskus tulee niitä tilanteita kun kypsyy ja kun lapset temppuilee niin sanotusti eli vaikka riitelee ruokapöydässä, se on semmonen ... Tai vaatteiden pukemisessa tai muuta, mut kyll se pääsääntöisesti.... mä en vaihtais sitä ikinä, en koskaan, enkä silloinkaan mihinkään. Kyllä se mun elämäni tärkein asia on – lapset ja vaimo.*

*Tiedostan älyttömän tarkkaan vanhemmuuttani, nyt tän seitsenvuotiaan kanssa. Mulla on 7 ja 17 -vuotiaat lapset, joilla kummallakaan ei oo diagnoosia...poika on ihan loistava tyyppi ja se on saanut niin paljo kaikkee rakkautta ja kannustusta, et se selviäis varmaan mistä tahansa oireyhtymästä tolla tuella...sillä on asiat loistavasti... Kasvatusvastuusta me ollaan liikuttavan yksimielisiä, useimmiten, ehkä mä asettaisin vähän tiukempia rajoja kuin puolisoni, mutta ei siinä suurta eroa... Vanhemmuus on mulle tosi tärkeää, koska mulla on niin traumaattinen oma lapsuus ja oon joutunut sen kans tekee niin kuin tiliä niin se juontuu siitä kaikista niistä vääryyksistä, joita mä oon kokenut. Mä oon vetänyt niistä johtopäätöksiä, kuinka rutussa mä oon ollut niin kyllä mä väkisin sitä mietin ja käyn sitä läpi...*

Haastateltujen naisten raskas elämäntilanne parisuhteessa näkyy myös jaksamisessa äitinä. Seuraava kokemus kertoo äitiyden ja oman tilan tarpeen ristiriidasta.

*Mä oon ite AD/HD ja mun lapset on AD/HD! Välillä tuntuu ettei ees jaksakaan niitä omia lapsiaan ja siitä tulee kauhee syyllisyys ja sit kuitenkin mä pohjimmiltaan tiedän sen, että kun mä olen niistä vähän aikaa erossa, mulla on hirvee ikävä. Mä huomaan kuitenkin sen, että mä tartten koko ajan enemmän ja enemmän sitä omaa tilaa. Mua vaivaa se, mut tavallaan se on kuitenkin hirveen ihanaa – siinä hän se on, kun se on niin ristiriitaista!*

Miehillä ristiriitaa tuntui olevan myös työn ja perheen sekä yhteiskunnan vaatimusten yhteensovittamisessa.

*Tällä hetkellä just kun pitää – ei pitäisi vaan pitää – valmistua tutkinto, niin mihin kaikkeen mun ... et tota vaimollakin on jatkotutkinnot ja jatko-opiskelut, sillä on kaks työtä just tänä syksynä ja muuta... Et miten me molemmat , miten mä itsekin jaksan, kun mun on saatava opiskelut päätökseen, niin mihin kaikkeen mä työni lisäksi – työ on hyvin vaativaa ja epäsäännöllistä ja omalla tavallaan hyvin kuluttavaakin – niin, niin mihin kaikkeen sitä repee.ei se oo pätäkääkään helppoo ja vaatimuksia tulee ja on vaan jotenkin luovittava, mut ei se selvää ole.*

Vanhempana moni mainitsi suurimmaksi pelokseen sen, että omille lapsille sattuu jotakin pahaa. Naisten ylihuolehtivuus on ymmärrettävää, koska he peilaavat lapsiaan omaan kokemustaustansa. Kun itsellä on vaikeita kokemuksia AD/HD -lapsena, haluaa suojella omiaan kaikin voimin huonoilta kokemuksilta. Mitä vaikeampaa vanhemman oma elämä on ollut, sitä suurempaa huolta AD/HD -oireisen lapsen tulevaisuus aiheuttaa. Diagnoosin saaminen lapselle ei ole helppoa ja se vaatii perheessä valtavasti

voimavaroja. Kun addiperheen arjen pyörittäminen on aina yhtä hektistä, uupumus ja masennus ei kerrottujen tarinoiden jälkeen lainkaan ihmetytä.

Muutaman haastatellun tarina tuki niitä tutkimuksia, joiden mukaan AD/HD -naiset valitsevat täysin väärän kumppanin oman huonon itsetuntonsa tähden. Niitä vääriä valintoja oli osunut jo tämän kokoiseen ryhmään yllättävän monta. Joidenkin suhteiden kohdalla kyse oli pikemminkin riippuvuudesta kuin rakkaudesta, koska nainen itse kertoi olevansa kumppanin kanssa saadakseen lempeyttä, jota ei lapsena saanut. Myös toisen täydellistä mitätöimistä parisuhteessa oli esiintynyt, toisen tekemisille ei oltu annettu mitään arvoa. Arvostuksen ja kunnioituksen puute oli monen haastatellun naisen kiipein parisuhdekokemus.

#### 10.4 Kommunikointi addiperheessä

Parisuhteeseen liittyen kommunikoinnin vaikeus tulee esiin jokaisen perheellisen haastattelussa. Viidestä haastatellusta neljä on hakenut ongelmiinsa apua terapiasta tai perheneuvonnasta ja viideskin on yrittänyt saada kumppaniaan terapeutin luo. Kommunikoinnin vaikeus konkretisoituu seuraavien esimerkkien kautta.

*Ja kun kysyn mieheltäni jotain, hän sanoo että et sä voi kysyä multa tollasta, et sä voi olettaa että minä vastaan. Ja sit mä sanon, et olethan sä aikuinen mies, täytyyhän sun kyetä vastaamaan, niin hän sanoo: ”En mä osaa vastata.” Ja sit hän sanoo: ”Et sä ainakaan noin mua saa puhumaan.” Olen kokeillut rukoilua, kiltisti puhumista, uhkailua, kaikkee ja ikinä ei oo oikee hetki, eikä sieltä mitään vastausta tuu...*

*Puhuminen on meidän vahva laji ja siihen me on ihastuttu alunperinkin toisissamme, mutta siinä riittää aina vaan haastetta. Aina kun tulee ongelmia, niin todetaan, että me ei puhuta tarpeeksi, ai sä tarkotit noita ja noita ja noita asioita, joo nyt mä sen ymmärrän – mikset sä silloin sanonut? Mutta mullakin on sitten ollut tää uhmakkuushäiriö läpi elämän – se estää välillä sanomasta, jos en koe sitä välttämättömäksi niin hittoako mä tolle selittelen...*

*Toivon, et puoliso enemmän eläytyis mun asemaan ja ottais todesta ne mun perustelut mitä mä sanon. En mä niinkun keksi niitä tai tällä tavalla hatusta vetele tai halua käyttää niitä keppihevosenä, mut se vaan on nyt tämmönen tilanne...*

Vaikka normaalissakin parisuhteessa tulee ongelmia ja kommunikointivaikeuksia liittyen miehen ja naisen erilaisiin näkökantoihin, luulen kuitenkin, että addiperheessä osasy on viestien väärä tulkinta ja itseilmaisun vaikeudet, jotka haastateltavat itsekin tunnistivat.

Itseilmaisun ja toisen viestien tulkinnan vaikeudet tulevat esiin myös seuraavassa äidin ja perheen nuoren välisessä kommunikoinnissa. Esimerkissä sekä lapsi että äiti ovat addeja.

*Kävin tässä keskustelua, kun poikani heitti mut tänne ja mä sanoin "voitko tehdä" ... ja se ärty sitten -. "Se on väärä sana! Olisit voinut käyttää vaikka voisitko", mut sit se sano, "ei sekään oo hyvä ei sellaista sanaa olekaan!" Mä sanoin, et miks sä takerrut aina sanaan, kun mä joudun suomentamaan sen, mitä mä kysyn siltä... Se on hirveen rasittavaa, kun mä nyt oon sit kysynyt jotain "Osaatko?" niin sit se ottaa sen niin, et mä ajattelen, että hän on tyhmä. Ja se kysymys ei pidä sitä sisällään, vaan kun välillä joku asia on jäänyt tekemättä sen takia, että hän ei ole osannut ja hän ei ole voinut sanoa mulle, että hän ei osaa sitä tehdä ja nyt kun mä kysyn "Osaatko?" niin sit hän ärtyy siitä kysymyksestä, kun hän kokee sen niin, et mä ajattelen, et hän on tyhmä. Miten mä sitten kysyisin, ettei sitä mun tarkoitusta ymmärrettäisi väärin?*

AD/HD:sta saadun tiedon myötä moni haastatelluista oli itse alkanut tiedostaa, että tulkitsee toisten ihmisten viestit väärin. Asia askarrutti kovasti ja siihen toivottiin apua, koska piirteen käsitettiin rasittavan ihmissuhteita.

## 10.5 Elämänhallinnan tunne

Ulospäin AD/HD -oireisen elämänhallinta ei näytä olevan kovinkaan vahvoissa kanteissa. He eivät kuitenkaan itse välttämättä koe sitä ongelmana, ainakaan jos muut eivät puutu siihen. Parisuhde voi herättää huomaamaan oman arjenhallinnan puutteet, kun kuvioihin tulee ihminen, jolle ainainen tavaroiden etsiminen ei olekaan arkielämää. Moni kuvaa etenkin impulsiivisuuttaan näin, "Mulle vaan tapahtuu asioita, enkä voi niille mitään." Jos on hyvä itsetunto, omasta erilaisuudestaan ei välttämättä kärsi, eikä tunne tapahtumien hallitsemattomuudesta ole läsnä. Huonolla itsetunnolla varustetulle toisten ihmisten huomautukset nousevat suureen arvoon ja omasta "pärjäämättömydestään" alkaa kärsiä. Haastatteluissa tuli esiin juuri ne toisten ihmisten asettamat mittapuut, miten tässä elämässä on oltava ja eletävä, jotta on arvokas. Yhteiskunnan suhtautuminen erilaisuuteen sai monelta haastatellulta kritiikkiä:

*Tää yhteiskunta ja koko perussysteemi on sitä, et sun täytyy olla hyvä ruuanlaittaja, lapsilla pitää olla tupsulakki ja miehelle pitää olla hyvä ystävä ja rakastajatar ja kuuntelija ja kannustaja. Sit kun meille AD/HD -ihmisille se kuunteleminen ja kannustaminen ois niin tärkeää, niin se et kuka sit mua kannustaa ja kiittää...*

*Miksi tässä yhteiskunnassa ei ole inhimillisyyttä vaan tehokkuutta vaaditaan kaikkialla, ehkä se on vaan sitä huolta omasta pärjäämisestä...*

*Olen yksin ollut todella pitkään, ei ole enää ketään samoilta kursseilta, en osaa enää pitää yhteyttä keneenkään. Mä olen valinnut häpeän, mä olen hävennyt – siis viistoista vuotta opiskellu, mulla on kurssikaverit erikoistuneekin jo... Ja mä en ole edes vielä sitä ensimmäistäkään tutkintoa suorittanut. Siis mä en oo tässä yhteiskunnassa mikään.*

*Sitä moitetta ja kylmyyttä oon huomannut muiden ihmisten suhtautumisessa, mä olen niiden mielestä epänormaali. Onneks moni muukin täällä on sanonut samaa!*

Koulukiusaamiskokemuksia tuli esille viiden haastatellun kohdalla ja muissa yhteyksissä neljä kurssilaista sivusi koulumuistojaan kuvaten niitä ”traumaattisiksi”. Kun ihmisen koulutusura vaikuttaa niin moneen asiaan, ei ole ihme, että negatiiviset koulukokemukset ovat saaneet monet kurssilaisista masentumaan. Kunnollisen ammatin ja toimeentulon saaminen on viivästyttänyt monen nuoren kohdalla itsenäistymistä. 25-vuotias nuori mies, joka asuu vanhempiensa luona, kuvaa itseään ”lemmikiksi” ilman kodin velvollisuuksia. Parisuhteen löytäminen hankaloituu, jos ei ole vakituista asuntoa.

Eniten koulutusten keskenjääminen ja tyytymättömyys omaan elämään näkyy hyvinvoinnissa. Terveys on kärsinyt, on astmaa ja allergiaa, verenpainetta, selkävaivoja ja lihas-jännityksiä. Kurssilaisilla on ollut erittäin paljon masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta, myös eristäytyneisyyttä esiintyy. Häpeä opintojen viivästymisestä on johtanut joidenkin kohdalla eristäytymiseen. Yksin olemisesta on tullut elämäntapa, josta on vaikeaa irrottautua. Kuitenkin apua kaivataan arjen hallintaan ja ihmissuhdevaikeuksiin ja tunne omasta pärjäämisestä on kateissa. Omat vanhemmat ja sukulaiset ovat useamman kohdalla paheksuneet koko elämäntyylillä, usein kuultuja luonnehdintoja ovat ”saamaton, laiska, tyhmä, luuseri, päiväperho ja tyhjäntoimittaja.”

Yksi masennuksen osasy joidenkin kurssilaisten kohdalla on varmasti oman elämäntapavaiheen kehitystehtävien saavuttamatta jääminen. Muutaman henkilön kohdalla AD/HD -oireista johtuvat sosiaaliset vuorovaikutusongelmat olivat syynä yksin elämiseen. Parisuhdetta ei ole löytynyt, koska tarpeeksi ymmärtävistä ihmisistä ei ole sattunut kohdalle. Tästä on sitten seurauksena myös lapsettomuus ja vastoin omaa tahtoa tapahtunut perheettömäksi jääminen on ollut kova paikka. Kuitenkin uuden tiedon avulla nämäkin ihmiset ovat alkaneet aktiivisesti kuntouttaa itseään ja etsivät sosiaalisia suhteita vertaisten parista. Velkaantuminen ja maksuhäiriöt vaikeuttavat elämänhallintaa melkoisesti ja ongelmat heijastuvat parisuhteeseen. Raha-asioiden hallitseminen on vaikeaa suurimmalle osalle kurssilaisista ja asialla on varsin suuri vaikutus omaan elämänhal-

linnan tunteeseen. Raha-asiat voivat jäädä hoitamatta myös saamapuolella, ei ainoastaan maksujen suhteen, kuten seuraavasta kommentista näkyy.

*Ja raha-asiat samaten, mulla on matkalaskut tekemättä huhtikuusta lähtien, en oo hakenut niitä työnantajalta, en ole edes kirjannut niitä mihinkään. Mun tarttis niin kuin arvailla, paljonko oon kulkenut ja koittaa selittää valkoisia valheita. Kesäkuun keikkapalkkio, useita tuhansia markkoja, roikkuu, kun en ole saanut kirjoitettua laskua. Usein mulla on jäänyt laskuttamattakin jotakin...*

Kursseille osallistuneilla neljällä opiskelijalla näkyivät samat vaikeudet kuin Raikkolan (2000) tutkimuksen AMK -opiskelijoilla. Alkoholinkäyttö ei tosin tullut esiin mitenkään suuressa määrin, mutta masennus, keskittymiskyvyttömyys ja stressistä johtuva unettomuus olivat opiskelijoiden arkipäivää. Suurin ongelma oli toiminnanohjauksen ongelmista johtuva organisointikyvyttömyys, aloittamisen vaikeus ja ajanhallinnan vaikeudet. Raikkolan tutkimuksen mukaan keskittymisongelmat johtavat herkästi masennukseen, joten ei ole ihme, jos AD/HD -oireinen opiskelija kärsii masennuksesta. Neljän opiskelijan perusteella ei voi vielä sanoa, että AD/HD -oireisilla opiskelu olisi normaalia rankempaa, mutta seurattuani nyt lähes kaksi vuotta AD/HD -aikuisten yhteisön keskustelusivuja, tulos saa vahvistusta. Todella monet AD/HD -oireiset opiskelijat kokevat, etteivät selviä mitenkään opinnoistaan ilman tukitoimia.

Haastateltujen selvitettyjen ongelmien määrä ja laatu kertovat kuitenkin sinnikkydestä ja sisäisestä elämänhallinnasta. Moni puutteellisen koulutuksen omaava on varsinkin laman jälkeen jäänyt työttömäksi, mutta tässä ryhmässä työttömyyttä on kuitenkin ollut suhteellisen vähän. Sen sijaan pätäkötöitä ja koulutusta vastaamattomia töitä on tehty paljon, mikä kertoo korkeasta työmoraalista. Haastatellut myös kuvasivat työn tärkeäksi elämänsisällökseen. Koulutuksia oli monen ihmisen kohdalla todella monia. Vaikka koulutukset olivat jääneet kesken, monesti vain muutamasta viikosta kiinni, kyse on kaikesta kuitenkin halusta kehittää itseään ja löytää se omin ala. Moni on huomannut vasta diagnoosia seuranneen kriisin yhteydessä olevansa töissä aivan väärällä alalla.

Elämänhallintaan vaikuttavat vahvasti lapsuudessa koetut tapahtumat, perheissä esiintyneet mielenterveysongelmat, vuorovaikutusongelmat ja siihen liittyvä turvaton kiintymystyyli sekä taloudelliset vaikeudet. Ruotsin sosiaalishallituksen loppuraportin mukaan kyseiset ongelmat vaikuttavat myös siihen, millaiseksi AD/HD -oireet kehittyvät aikuisuudessa. Kaikki nämä tekijät ilmenivät haastateltujen taustoissa ja niiden vaikutus näkyy nykypäivän ongelmien vaikeusasteessa itse kunkin kohdalla.

Moni haastateltu mietti diagnoosin saamisen vaikutusta elämäänsä. Muutama tunsi pääasiassa suurta katkeruutta siitä, että ei saanut sitä aikanaan. Kuitenkin suurempi joukko koki diagnoosin helpotuksena ja vapautuksena ristiriitaisista tunteistaan huolimatta. Omia tunteita diagnoosin jälkeen kuvattiin seuraavilla tavoilla:

*Äidin mielestä nää kaikki on mun omaa keksintöä, mä olen ite keksinyt nää AD/HD -oireet. Paljon näistä addi-oireista on puhuttu, mut mä oon aivan varma, et jos on hirveesti kovia ristiriitoja perheessä, eikä se lapsi tuu nähdyks, kuulluks, kosketetuks, se ei siis saa olla oma itsensä, niin jos näkisin jonkun tossa mun ympärillä ja mäkin olisin koko ajan niin et se sanois, et sä et saa nyt nauraa, tai et sun pitää vaan oottaa , et mä niinku liian lähelle tuun ja oon liian vaativa niin kyllähän siinä kuka tahansa hermostuu ja alkaa nykii ja paineet jatkuu muualla elämässä, niin jää niinkun se pelko ja sellanen että muilla on kauheet odotukset, vaikkei oo... se jää niin kuin päälle. Mun äiti kielsi heti, että tää ei johdu siitä, että mä olisin addi. Mä olen hirveen onnellinen, jos tää ei ookaan kiinni siitä, että mä oon niin pöpi luuseri!*

*Vaik se diagnoosi oli niin kun helpotus, mut joskus mulla on tullut sellanen olo, et se ei ollutkaan hyvä asia se diagnoosi niin kun sen takia kun tätä ennen mun oli tietyllä tavalla helpompi hyväksyä, et ne läheiset ei ymmärrä ja tietyllä tavalla ja nyt kun se tieto on, eikä ne edelleenkään ymmärrä, se on paljon luokkaavampaa ja sitä ei voi hyväksyä. Suurin asia siinä diagnoosissa on ollut itelle se, että nyt mä sai armon, mun täytyy sanoa armo, koska ihan oikeesti on asioita, joille mä en itse pysty mitään ja ennen mun on ollut hirveen vaikea antaa itselleni anteeksi. Mä sain sen armon, että on asioita, joille en voi mitään, niin voin antaa itselleni anteeksi. Se on se suurin juttu.*

*Tuntuu mielettömän vaikeelta nelikymppisenä alkaa miettimään, että mitkä jutut on jostain neurologisesta häiriöstä peräisin, kun tähän asti on ollut sellaisia selitystapoja, että se johtuu kusesta minun päässäni tai siitä, että mä oon niin ikävä ihminen tai tätä on niin kuin psykologisoitu tai sitten selitetty noilla aikaisemmillä psykiatrisilla diagnooseilla, vaikea nyt miettiä niitä...*

Esimerkissä elämässään monia vaikeita asioita (mm. päihderiippuvuuden ja väkivaltaisuuden) ratkaissut henkilö oli hyvin hämmentynyt diagnoosin saatuaan. Kun koko elämänsä on ”hakannut päätään seinään”, tuntuu oudolta saada siihen edes osittainen selitys. Oma minäkuva on muotoutunut negatiiviseksi ja sitä on diagnoosia seuraavan kriisin myötä alettava työstää uudelleen.

### 10.5.2 Elämänarvojen vaikutus hallinnan tunteeseen

AD/HD -oireisen tunteeseen oman elämän hallittavuudesta vaikuttavat myös ympäröivän yhteiskunnan arvot. Nykyään arvostetaan tehokkuutta, elinikäistä oppimiskykyä, hyvää urakehitystä ja materiaa. Jos ihmisellä on oppimisvaikeuksia, hänen on hyvin vaikeaa oppia jatkuvasti lisää ja luoda uraa. Tehokkuus on kyllä hyperaktiivisten addien

ominaisuus, mutta tutkimusten mukaan vain 2% aikuisista AD/HD -oireisista on yliaktiivisia, valtaosalla on inattenttiivinen eli hypoaktiivinen tai yhdistynyt AD/HD. Mahdollisuudet tämän yhteiskunnan arvojen mukaan elämiseen ovat rajoittuneet. Jos AD/HD onkin ollut agraariyhteiskunnassa etu, nyky-yhteiskunnassa se on monissa yhteyksissä haitta. Haastateltujen henkilöiden arvot olivat huomattavasti pehmeämpiä kuin yleisesti vallitsevat. He eivät haaveilleet huippupalkasta, prameasta omakotitalosta tai kalliista autosta, vaan tavallisesta, tasapainoisesta elämästä toimivine ihmissuhteineen. Yksi haastateltu totesikin, että niitä asioita, joita addit pitävät tärkeinä, vähäkseen yhteiskunnassa. Haastatteluissa korostui ihmissuhteiden ja rehellisyyden arvostaminen. Opiskelijan tulevaisuudessa hämmötti turvallinen, vakaa elämä seuraavan vision perusteella:

*Kyllä mä oon ajatellut, että olis joskus sellanen vakituinen työ. Mutta opinnot on aikalailta kesken, ne on alkaneet ja keskeytyneet monta kertaa uudelleen. Kun ei olis aina vaan näitä pätkätöitä, vaan sais jostain kiinni... Kaukana putken päässä siintää vakituinen työpaikka ja vakiintunut elämä. Kun pystyis olemaan sinut itensä kanssa ja olis tyytyväinen elämäänsä ja sai asiansa järjestykseen...*

Haastatelluille tyydyttävä elämänsisältö oli tärkeämpi kuin ulkoinen menestys. Ihmissuhteiden toimivuus, yksinäisyydestä eroon pääseminen, lasten onnellisuus ja sellainen työ, jossa saa toteuttaa itseään, koettiin kaikkein tärkeimmiksi elämänarvoiksi. Muiden mielestä se ei ehkä ollut yhtä arvokasta ja siitä syntyi ristiriitaa. Muiden antama vähättelevä palaute masensi. Työpaikkakiusaamista oli esiintynyt kahden haastatellun kohdalla. Lisäksi kaksi koki tulleen syrjityksi puutteellisten sosiaalisten taitojensa tähden. Tosin kyse on subjektiivisesta kokemuksesta - tosiasia on, että asiakaspalvelussa ei sosiaalisesti taitamaton menesty, oli addi tai ei. Kuitenkin joissakin ympäristöissä osataan arvostaa AD/HD:n positiivisia puolia - innovatiivisuutta, idearikkautta ja pursuaavaa energiaa, suurta sydäntä ja empaattisuutta.

## 11 KURSSILAISTEN KOKEMA TUEN TARVE

Kehityshaasteiksi mainittiin mm. seuraavia asioita:

- lievä laiskuus ja flegmaattisuus, oma-aloitteisuus
- muisti ja asioiden organisointi - päivärytmi
- ihmissuhdetaidot, sosiaaliset taidot ja vuorovaikutus
- tunteiden osoittaminen vastakkaiselle sukupuolelle
- itsehillintä / aggressiivisuuden hillintä

- kyky toimia johdonmukaisesti, järjestelmällisyys, perspektiivi hukassa
- voimavarojen jakaminen, päivittäisen aikataulun organisoiminen
- järjen käyttö yllättävissä painetilanteissa
- ryhmätilanteisiin sopeutumien / jännittäminen
- uusien asioiden oppimiskyky - suulliset ilmaisutaidot
- rahankäytön suunnitelmallisuus / säästäminen
- epäoikeudenmukaiseksi koetun kohtelun sietäminen ylireagoimatta

*Odotukset kurssin suhteen* jakautuivat seuraavalla tavalla: apua arjenhallintaansa odotti viisitoista kurssilaista, ihmissuhdetaitojen parantumisesta toivoi yksitoista, itsetuntemuksen lisääntymistä odotti kymmenen, tietoa AD/HD:sta oli tullut hakemaan kaksitoista henkilöä ja vertaistukea toivoi saavansa yhdeksän henkilöä. Ikäjakauma näkyi kirjatuissa toiveissa. Nuoret toivoivat apua itsetuntemuksen lisäämiseen, kun taas vanhemmat etsivät apua arjenhallintaansa ja ihmissuhdetaitoihinsa. Ykköskurssilaisten diagnoosit olivat ”vanhempia” ja siksi ykköskurssin suhteen odotukset jakaantuivat kaikille osa-alueille tasaisemmin. Kakkoskurssilaisten tuoreet diagnoosit ja niiden jälkeinen kriisivaihe tulivat esiin tiedon hakemisena ja haluna saada apua ihmissuhdevaikeuksiin. Kakkoskurssilaisten kohdalla arjenhallinnan ongelmassa oli kaikkein akuutein tuen tarve.

Tuen tarpeeseen kohtaan, ”Muuta, mitä?”, oli kirjattu seuraavanlaisia asioita:

*Tukea siihen, että olen erilainen oppija. Tarvitsen ”kainalosauvan” - en ole YKSIN - en ole TYHMÄ, LAISKA, MUKAVUUDENHALUINEN LUUSERI! Toivoisin myös Liiton tukevan työhönsopeuttamista esim. työharjoittelupaikan järjestämisenä.*

*Että asiat, joita käsitellään, käydään läpi tavalla, joilla AD/HD; ADD -ihmiset voivat oppia, omaksua tietoja, taitoja...*

*Omat resurssit ja rajat. Mikä työmäärä on sopiva, mikä liikaa suhteessa omiin voimavaroihin ja kykyihin.*

*Hyvä yhteishenki, mielenkiintoiset keskustelut muitten ryhmäläisten ja ohjaajien kanssa, omien voimavarojen löytäminen, että tarkentuisi, mikä minusta tulee isona. Oman AD/HD:n hyväksyminen ja positiivisuus.*

*Haluan saada selkeyttä elämään ja ammatillista apua. Kehittyä ja hyväksyä neurologinen vamma aivoissa.*

*Suhteessa itsetuntemukseen... mitä odotuksia tämän diagnoosin suhteen, mitä yhdessä vaikuttaa? Keinoja opiskelutaitojen parantamiseksi!*



*Kiinnostaa, miten toteutetaan loma addiperheessä, aikaa itselle!*

*Tukea tohon opiskeluun kans, et saisin vielä vietyä sen loppuun. Et siihen vielä sellaista lopputsemppiä ja semmosta sekä tietoa, taitoa – että oikealla lailla tappamisen meininkiä, että saisin sen lopputyöni tehtyä ja piste.*

*Kaipaam konkreettista tietoa ja neuvoja, joita voi hyödyntää omaan elämään.*

*Tarvitsen apua realiteettien tunnistamiseen, kuinka montaa asiaa pystyy tekemään kerralla – omien rajojen tunnistamiseen...*

Toiveita oli monenlaisia liittyen itsetuntemukseen, opiskelu- ja vuorovaikutustaitoihin. Niissä näkyi myös AD/HD:n moninainen kirjo - jokainen kaipaa luonnollisesti apua itselleen akuuteimpaan ongelmaan.

## 11.1 Onnelan viikonloppukurssin vaikutukset

*Ryhmätilanteiden kokeminen* ykköskurssilla oli ristiriitaista. Kaksi kurssilaista kahdeksasta suhtautui niihin positiivisesti, kaksi vaihtelevasti ja loput neljä kritisoivat niitä. Toiminnallisia tilanteita pidettiin hyvinä ja yksi kurssilaisista piti kaikkia ryhmätilanteita aikailalla mukavina. Myös ohjaajien ystävällisyyttä ja pyrkimystä yhteisymmärrykseen arvostettiin. Kritiikki kohdistui tilanteiden ”koulumaisuuteen”, pitkällistä kuuntelua vaativia luentoja pidettiin vaikeina ja ahdistavina. Toimintaan kaivattiin selkeitä, turvallisia rajoja. Kaksi kurssilaista kertoi palautteessaan tuskallisten ja traumaattisten koulumuistojen nousseen pintaan. Ryhmän heterogeenisyys (moni-ilmeisyys) koettiin haittana, hiljaisemmat jäivät ”paitsioon” ja suulaammat puhuivat jatkuvasti. Yhtä kurssilaista haittasi oman sosiaalisuuden puutteet, hänen mielestään ihmistä ”ei voi pakkottaa sosiaaliseksi.” Sählyksestä ”molemmiin puolin” tuli kritiikkiä. Kritiikki johtui todennäköisesti viime hetken muutoksista, kun kurssinjohtaja sairastui ja hänen tilalleen tuli toinen, kurssilaisille vieras henkilö.

Toinen sählykseksi koettu seikka oli yksityishuoneiden saamisen vaikeus. Siihen asiaan oli kuitenkin kurssinohjaajien vaikeaa vaikuttaa. Näiden asioiden parantamiseksi kurssilaisilta tuli seuraavia ehdotuksia:

- Istuintyynyt lattialle, jottei tule tunnetta koulussa istumisesta ja keskittymisen on helpompaa itselle mukavassa asennossa.
- Asiat on esittävä konkreettisten esimerkkien kautta, ei teorialietona.
- Toiminnallisuuden tarve on huomioitava mahdollisuutena osallistua ja liikkua välillä.
- Addien omaa asiantuntijuutta voisi hyödyntää ottamalla heidät mukaan keskusteluun ja kysymällä neuvoa, mitä tulisi tehdä toisin silloin, kun osa porukasta ei pysty keskittymään.
- Psykodraamaharjoituksia voisi käyttää ihmissuhdetaitojen opettamiseen.

*Oma työskentelytyyli* selvisi kaikille kahdeksalle. Neljä piti ryhmätyöskentelyä vahvempana puolenaan, mutta tiettyjä edellytyksiä sille asetettiin: AD/HD -ominaisuuksien huomioiminen, selkeät raamit ja sopimukset työskentelylle, yhteishengen ja myönteisyyden löytyminen ryhmässä sekä pelkästään vertaisten läsnäolo. Itseään epäsosiaalisina pitävät valitsivat yksin työskentelyn vahvemmaksi alueekseen. Lisäksi tehtävä vaikutti siihen, mitä työskentelytapaa pidettiin parempana. Projektiluonteisia tehtäviä tehtiin mieluummin ryhmässä, esiintymistä ylipäätään vieroksuttiin, maalaaminen ja kirjoitustehtävät haluttiin tehdä omassa rauhassa. Kolme kurssilaista koki parityöskentelyn sopivan itselleen kaikkein parhaiten.

*Uusia piirteitä* itsessään tunnisti kuusi kurssilaista kahdeksasta, kahden kohdalla mitään uutta ei ilmennyt. Tunnistettuina piirteinä mainittiin mm. oman oppimistavan tarkentuminen, omien ongelmakohtien hallitsemisen parantuminen (mm. kuuntelun ja vuorovaikutuksen vaikeudet), sosiaalisuuden puutteen kompensoiminen hyvällä peruslahjakkuudella ja ymmärrys siitä, millaiselta AD/HD -oireisen ihmisen kanssa toimiminen voi tuntua ns. tavallisista ihmisistä. Myös oman itsetuntemuksen suhteen tuli uusia havaintoja. Ryhmätilanteiden vaikeus liittyi kahdella ihmisellä heikkoon ahdistuksen sietokykyyn ja jännittämiseen.

*Omien AD/HD -oireista johtuvien käyttäytymismallien* tunnistamisessa edistyi viisi kurssilaista. Kolme muuta oli tutustunut omaan oireyhtymäänsä jo aiemmin vertaistuen avulla niin tarkkaan, ettei mitään uutta ilmaantunut. Näitä tunnistettuja käyttäytymismalleja olivat oman tilan saamisen vaikeus, kuulluksi tulemisen vaikeus omasta impulsiivisuudesta johtuen, vireystilan ja tunnetilan yhteys ja vireystilojen vuorokausirytmitys itsellä. Lisäksi tunnistettiin oma impulsiivisuus ja hätiköiminen, turhautuminen op-

pimisvaikeuksien tähden, huono pettymysten sietokyky, päätöksenteon ja suunnittelun vaikeus sekä tärkeiden asioiden jättäminen viime tippaan.

*Käsitys itsestä ja omista kyvyistä* muuttui viiden kurssilaisen kohdalla positiivisempaan suuntaan. Yhdelle kurssilaiselle tärkeä oivallus oli ollut se, että on uskallettava tehdä myös niitä asioita, jotka tuntuvat vaikeilta. Kurssin jälkeen hän on aktiivisesti alkanut harjoittaa heikompia puoliaan, oppinut kohtaamaan ahdistustaan ja alkanut selviytyä paremmin sosiaalisista tilanteista. Kurssilta saatu rohkaisu oli kahden kurssilaisen kohdalla parantanut itseluottamusta antanut voimia ja uskallusta kehittää itseään. Tietoisuus omista ominaisuuksista ja niiden vaikutuksista aiempiin elämäntapahtumiin oli vahvistunut kahden kurssilaisen kohdalla.

*Vertaisryhmätoimintaan* kurssin jälkeen on osallistunut kaikki yhtä lukuunottamatta. Hän kokee vertaiset ahdistavina, koska he ovat niin samanlaisia kuin hän itse. AD/HD -koulutukseen kurssin jälkeen on ottanut osaa neljä kurssilaista. Lisäksi kaksi on käynyt vertaisryhmänvetäjä -koulutuksessa ja coaching-koulutuksessa.

*Arjenhallinta* oli parantunut kolmen kurssin käyneen kohdalla. Yksi mieshenkilö pystyi kontrolloimaan paremmin sosiaalista kanssakäymistä kurssikokemusten pohjalta. Kurssilla löytyneiden ongelmakohtien tiedostaminen ja niihin panostaminen oli parantanut vuorovaikutustaitoja työssä ja opinnoissa yhden kurssilaisen kohdalla. Yksi kurssilainen oli tiedostanut omat arjenhallinnan haasteensa ja vahvistanut itseään luomaan uusia tavoitteita elämäänsä. Yksi kurssilaisista ei vastannut kysymykseen, neljällä tilanne arjenhallinnan suhteen ei ollut olennaisesti muuttunut.

*Kurssin pituutta* sopivana piti ainoastaan yksi henkilö, koska hän ei mielestään olisi jaksanut pitempää kurssia. Kolmen mielestä viikonloppukurssikin toimisi, jos ohjelmaa olisi vähemmän tai myöhemmin olisi saman mittainen jatkokurssi. Tällaisenaan seitsemän henkilöä katsoi kolmen päivän kurssin liian lyhyeksi.

*Kurssin parhaana antina* pidettiin ylivoimaisesti vertaistukea. Se oli viiden kurssilaisen paras kokemus. Myös ne, joille koulumuistot nousivat ryhmätilanteissa pintaan, kokivat kurssin olleen positiivinen kokemus vertaistuen ansiosta. Kolmen muun kohdalla kurssin parhaaksi anniksi mainittiin itsetuntemuksen lisääntyminen, lisääntynyt rohkeus kohdata vaikeita asioita, tieto siitä, että apua saa hakiessaan sitä oikeasta paikasta sekä maalaaminen ja illanvietot. Kirjallisesta materiaalista, majoituksesta, ruuasta ja puutteista Onnelassa tuli positiivista palautetta.

AD/HD -liiton ensimmäiselle kuntoutuskurssille osallistuneilla oli paljon pohjatietoa oireyhtymästään vertaisryhmätoiminnan kautta. Kurssille hakeneista oli mahdotonta muodostaa homogeenista ryhmää, mikä vaikeutti kurssin suunnittelua ja toteuttamista. Myös lyhyt kesto oli yksi rajoite. Käsiteltäviä asioita oli paljon, aikaa niihin rajallisesti. Ryhmä oli haastava vahvan tietopohjansa vuoksi. Kurssilaisten odotuksissa korostuivat arjenhallinnan taitojen parantaminen ja itsetuntemuksen lisääminen. Myös ihmishuuhdetaitoihin toivottiin parannusta.

Kurssipaikkana Tuusulan Onnela oli onnistunut valinta. Puitteet olivat hyvät. Kurssilaiset kokivat vertaistuen kurssin antoisimpana kokemuksena. Myös taideterapeutin vetämät maalaussessiot auttoivat kurssilaisia itsereflektion alkuun. Itsetuntemuksen löytymiseen saatiin rohkaisua ja arjenhallintaan vinkkejä, joita on kurssin jälkeen toteutettu toinen toistaan luotsaten. Ystävyysuhteita syntyi ja tiivistynyt vertaistuki kurssin jälkeen on auttanut ratkaisemaan yhteisvoimin arjenhallinnan ongelmia.

Kolmen päivän kurssilla ei voida vaikuttaa vielä konkreettisesti, mutta toivottua itsereflektiota (itsensä tutkiskelua) oli syntynyt. AD/HD -oireiset kykenevät etsimään apua ja tukea, kun ensin reflektoituvat oman elämänsä suhteen ja saavat tarvitsemaansa tukea diagnoosin saamista seuraavaan kriisiin. Joidenkin kohdalla terapian tarve oli ilmeinen, eikä heidän kohdallaan pelkkä pitemmätkään kurssin käyminen riitä vuosikymmenten aikana syntyneiden elämän-/arjenhallinnan ongelmien selvittämiseen.

Koska tämän ryhmän kuntoutusta ei ole Suomessa ollut, olisi ollut epärealistista odottaa, ettei kritiikkiä tule. Kohderyhmä on haastava jo ylipäätään, koska sen ongelmat eivät ole yhteneviä, vaan vaihtelevat henkilökohtaisen oireiston mukaan. Ensimmäiseksi kurssiksi tulos kuitenkin tyydyttää ja oli viisasta järjestää se viikonloppukurssina. Kun

vakiintuneita käytäntöjä ei ole ja niitä on lähdettävä hakemaan kokeilemalla, on parasta lähteä liikkeelle lyhyellä kurssilla ja muokata seuraavaa palautteen perusteella.

## 11.2 Onnelan arkikurssin vaikutukset

*Ryhmätilanteet* koettiin myönteisesti. Kahdeksan kurssilaista yhdeksästä vastanneesta piti niitä onnistuneina, yksi ei osannut olla oma itsensä silloin, kun ohjaajat olivat paikalla. Niidenkin kohdalla, jotka alkuun kokivat ryhmätilanteet haasteellisina, tunne ryhmään sisään pääsemisestä vahvistui nopeasti. Hiljaisempia vaivasi ajoittainen levottomuus, jota ei AD/HD -oireisten ryhmässä voi välttää. Ryhmätilanteita luonnehdittiin mielenkiintoisiksi ja avoimiksi - omien mielipiteiden ilmaiseminen ei tuottanut vaikeuksia Asperger -oireisellekaan. Vilkkaammat kommentoivat kokeneensa ajoittaista vaikeutta tilan antamisessa hiljaisemmille, mutta onnistuivat kuitenkin omaksi ilokseen ja yllätyksekseen kuuntelemisessakin. Ryhmien kokoonpanoihin liittyen tuli toiveita: pienryhmiä naisille, yksinhuoltajille tai muutoin samassa elämäntilanteessa oleville toivottiin. AD/HD -naiset olisivat mielellään keskustelleet naisille ominaisista oireista keskenään.

*Oma työskentelytyyli* selvisi yhtä lukuunottamatta kaikille muille. Vaikka ryhmät koettiin mukaviksi, viisi kurssilaista koki pääsevänsä parhaaseen tulokseen yksin työskennellessään. Kahdella tyyli vaihteli, suunnittelutyössä tiimin edut tulivat heidän kohdallaan esiin. Yksi kurssilaisista koki tarvitsevansa ryhmää saadakseen tulosta aikaiseksi. Yksin työskentelevät kokivat kyllä pärjäävänsä ryhmässäkin, mutta heidän dominoivuutensa ja halunsa johtaa toimintaa oli ristiriidassa ryhmätyöskentelyn tasavertaisuuden kanssa. He kokivat olevansa luontaisia johtajia, eikä ”rivijäsenenä” olo yleensäkin motivoi heitä. Oikeanlaisessa pienryhmässä näistä piirteistä ei kuitenkaan ollut haittaa, mutta oman dominoivuuden hallitseminen oli muutamalle henkilölle raskasta.

*Uusia piirteitä* itsessään tunnisti seitsemän kurssilaista. Kaksi muuta oli tutustunut itseensä jo aiemmin oman paikkakuntansa vertaisryhmässä. Tiettyjen piirteiden liittyminen AD/HD -oireyhtymään varmistui ja havainto oli monelle helpotus. Myös luonteenpiirteinä pidettyjen ominaisuuksien paljastuminen tyypillisiksi AD/HD -oireiksi kohensi itsetuntoa ja tunne omasta huonommuudesta väheni. Ryhmän turvallinen ilmapiiri sai kahdesta kurssilaisesta esiin heidät itsensä yllättäneitä sosiaalisia taitoja. Yksi opiskelija kommentoi tullessa selvemmin tietoiseksi itsessään olevasta potentiaalista ja voimava-

roistaan. Yhden kurssilaisen oli vaikea peittää tunteitaan epämieluisina pitämäänsä henkilöä kohtaan, mutta hän oli löytänyt itsestään ”näyttelijänlahjoja”. Tosin hän ei ilahtunut havainnosta, koska inhoaa ”kaksinaamaisuutta”. Kahdelle kurssilaiselle selvisi oman turhautumiskynnyksen mataluus vaikeaselkoisen tehtävänannon suhteen. Saman tehtävän suhteen useampi muukin oli kokenut halua häiriköintiin, turhautumista, epätoivoa ja raivoakin. Kuitenkin havainto siitä, ettei ollutkaan ainoa, jolle tehtävänanto ei auennut, oli vaikuttava kokemus. Turhautumisten syytä ei ollut aiemmin ymmärretty ja muiden samanlaiset reaktiot tuottivat ”ahaa -elämyksen” turhautumisen syistä. Myös ilmaisuvaikeuksien yhteys turhautumiseen aukesi kahdelle kurssilaiselle. Suuri asia kolmelle kurssilaiselle oli saamattomuuden syiden aukeaminen. Itsesyytökset omasta ”laiskuudesta” ovat jääneet, kun ymmärrys vaivan neurologisesta taustasta selvisi kurssin vertaiskeskustelujen ja asiantuntijaluennon avulla. Itsensä hyväksyminen omine AD/HD -oireineen on ollut kurssin jälkeen huomattavasti helpompaa.

*Käsitys itsestä ja omista kyvyistä* muuttui viiden kurssilaisen kohdalla, neljän käsitys itsestä säilyi entisenlaisena. He olivat niitä, joiden ongelmat AD/HD:n suhteen rajoituivat arjenhallintaan. Heillä ei ollut vuorovaikutus- ja ihmissuhdeongelmia siinä määrin kuin käsitystään itsestään muuttaneilla. Sitä, millä tavalla käsitys itsestä on muuttunut, kuvattiin itseen kohdistuvan hyväksynnän lisääntymisenä. Yksi kurssilaisista kertoi kurssin jälkeen kyenneensä paremmin olemaan oma itsensä häpeämättä ominaisuuksiinsa, joita muut pitävät omituisina. Yksi opiskelija oli saanut vahvistusta sille, että hänellä on edellytyksiä ja lahjoja, joita kykenee käyttämään oikeanlaisen tuen turvin. Omille vahvuuksille löytyi vahvistusta ja omat kummalliset käyttäytymismallit saivat selityksen kurssin aikana. Myös se, ”miksi jotkin asiat ovat niin helkkarin vaikeita”, saivat selityksiä. Yksi kurssilaisista löysi itsestään vajavaisuuksia, mutta sai myös vinkkejä niiden kanssa selviämiseen.

*Vertaisryhmätoimintaan* kurssin jälkeen on osallistunut viisi kurssilaista. Heistä kaksi vetää nykyään omaa vertaisryhmää asuinalueellaan ja kumpikin on käynyt siihen koulutuksen. He ovat osallistuneet myös AD/HD -liiton coach -koulutukseen. Muutaman kohdalla elämäntilanne ei ole sallinut vertaisryhmässä käyntiä, mutta sinne on kuitenkin tarkoitus mennä, kun akuutit asiat saadaan pois päiväjärjestyksestä. Vertaisryhmätoimintaa pidetään erittäin tärkeänä, vaikka oma elämäntilanne ei sallisikaan säännöllistä osallistumista siihen.

*Arjenhallinta* oli helpottunut viidellä kurssille osallistuneella. Niillä neljällä, joilla ei ollut tapahtunut muutosta arjenhallinnassa, oli elämässä muita elämänhallintaa vaikeuttavia tekijöitä kuten perhetilanteen sekavuus ja stressaavuus. Kaksi kurssilaista kertoi itsensä hyväksymisen vaikuttaneen niin, että puutteellinen arjenhallinta ei stressaa enää samalla tavalla kuin ennen kurssia. Arjenhallintaa helpottaneita, kurssilla opittuja taitoja olivat munakellon tai kännykän hälytyksen käyttö ajastimena, kalenterin käyttö, rahankäyttövinkkien hyödyntäminen käytännössä sekä luentomuistiinpanojen ja vihkon hyödyntäminen päivittäisessä arjenhallinnassa. Yksi kurssilainen kertoi väkivaltaryhmään menon ja sieltä saatujen oppien auttaneen aggressioiden käsittelyssä ja hallinnassa ja arjenhallinta oli helpottunut sitä kautta. Yksi mieshenkilö kertoi oppineensa viestimään paremmin AD/HD -oireistaan vaimolleen. Seurauksena oman ilmaisukykynsä parantumisesta hän koki saavansa tältä nykyään paremmin tukea ja ymmärrystä

*Kurssin pituutta* sopivana piti viisi kurssilaista. Neljän mielestä se olisi voinut olla pitempikin, tosin kahden mielestä kurssi oli parasta, mitä olemassa olevilla resursseilla voi saada. Yksi pitemmästä kurssista haaveillut olisi halunnut syventää aiheita lisää ja ottaa käsittelyyn mm. seksuaalisuuden. Seksuaalisuus ei ole AD/HD - oireiselle mikään helppo asia. Hallowellin ja Rateyn (1994) mukaan seksuaalisesti ”normaaleja” AD/HD -oireisia ei olekaan, on vain yli- tai aliseksuaalisia. Kurssilaisten kohdalla haastatteluissa esiin tulleet impulsiiviset ”mokat” seksisuhteissa nähtävästi askarruttivat siinä määrin, että niistä olisi haluttu puhua. Yksi kurssilaisista kaipasi seurantaviikonloppua puolen vuoden sisään. Yhden kurssin pituutta sopivana pitäneen mielestä vapaa-aikaa oli liian vähän. Hän koki olevansa aivan ”piipussa”

ADHD -liiton toisen kurssin kohdalla tulokset ovat erittäin hyviä. Hyvin harvoin viikon kurssilla on näin myönteisiä ja konkreettisia vaikutuksia. Kurssilaiset luonnehtivat kurssia kiitettävän arvosanan ansaitsevaksi vielä viisi kuukautta kurssin jälkeen. Kurssin aikana oli syntynyt oivalluksia, jotka olivat edistäneet omaa uskoa kuntoutumiseen huomattavasti. Vaikkei tämäkään ryhmä ollut homogeeninen, kaikki ryhmäläiset saatiin mukaan ryhmätyöskentelyyn ja vuorovaikutus oli erittäin onnistunutta.

Käytännönläheisiä harjoituksia ja erilaisia testejä pidettiin onnistuneina koulutusvalintoina. AD/HD -oireisten toiminnallisuus oli huomioitu ja se näkyi myös palautteen positiivisuudessa. Lokakuun kurssiryhmä erosi kesäkuun kurssiryhmästä monessa suhteessa: AD/HD:hen tiedollisesti tarkkaan perehtyneitä oli ryhmässä vähemmän, monen diagnoosi oli hyvin tuore ja sitä seuraava kriisivaihe oli vielä ”päällä”.

Kurssilaisista kolmella oli persoonallisuushäiriödiagnosi, kun kesäkuun kurssilaisista kenelläkään ei ollut sitä, ja vertaisryhmäkokemuksia ennen kurssille tuloa oli paljon vähemmän kuin kesäkuun ryhmässä. Myös kurssiodotusten suhteen oli eroa – arjenhallinnan ja ihmissuhteiden vaikeudet korostuivat jo kurssiin kohdistuneissa toiveissa vahvemmin kuin kesäkuun kurssilaisilla. Tietoa lokakuun kurssilaisista kaipasi useampi kuin kesäkuun kurssin osallistujista. Palautteen perusteella valtaosa kurssilaisista oli tyytyväisiä kurssisisältöihin ja pääosin myös niiden toteuttamistapaan.

### 11.3 Coachilta eli luotsilta / ohjaajalta saadun tuen merkitys arjenhallinnan ongelmien suhteen

Luotsin / ohjaajan tuesta palautetta antoi varsinaisesti vain kolme kurssilaista. Heidän mielipiteidensä perusteella couchaus on parantanut heidän arjenhallintaansa. Omalta ohjaajalta saa apua juuri itseä askarruttaviin asioihin, ja niiden kerrotaan alkaneen sujua huomattavasti paremmin ohjaajan tuella. Yhdellä kurssilaisella on ollut jonkin aikaa tukihenkilö apuna virastoissa asioidessa ja työharjoittelupaikkaa hankkiessa. Hän koki avun erittäin tarpeelliseksi, mutta tällä hetkellä hänellä ei ole tukihenkilöä. Vertaisryhmissä jäsenet couchaavat toisiaan käytännön asioissa ja kokemukset ovat hyviä. Kurseille osallistuneista ainakin neljä henkilöä kävi syksyllä ADHD -liiton järjestämän coach /ohjaaja -koulutuksen. Tällä hetkellä he soveltavat oppejaan ensin itseensä ja perheisiinsä/ läheisiinsä ja vähitellen siirtyvät ohjaamaan muita tarkkaavaisuushäiriöisiä. Ohjauksen tuloksia on vielä liian aikaista tutkia, koska ohjaajia on vasta alettu kouluttaa eikä kokemuksia ole kertynyt vielä monellekaan.

### 11.4 Vertaisryhmän tuen merkitys

Noin puolet kurssilaisista mietti vertaisryhmän merkitystä itselleen jo ennen kurssia saatujen vertaisryhmäkokemusten perusteella. Yhdelle kolmasosalle kurssit olivat ensimmäinen tai toinen kontakti vertaisiin ja he miettivät suhtautumistaan kurssin ja sen jälkeisten kontaktien perusteella. Pitempään AD/HD -liiton vertairyhmätoiminnassa olleet kävivät vertaisryhmänvetäjä koulutuksen tänä keväänä. Kurssilaisista neljä vetää omaa ryhmää omalla asuin-alueellaan. Ainoastaan yksi kurssin käynyt ”vierastaa ryhmiä”. Muut kokivat vertaisilta saadun tuen olevan erittäin tärkeää riippumatta omasta osallistumisaktiivisuudesta.

Vertaistukikokemuksissa erottui seuraavia osa-alueita:



- Sosiaaliset suhteet: yksinäisyyden lievittyminen, ystävyysuhteiden solmimisen ”helppous” vertaisten kesken sekä yhteenkuuluvuuden tunne.
- Vaikuttaminen yhteiskunnan arvoihin ja asenteisiin: ryhmän edut oman asian ajamisessa viranomaisten suuntaan sekä tiedottamiseen liittyvä ryhmän potentiaali.
- Hyväksyntä: vapaus olla oma itsensä, ymmärrys ryhmän jäsenten kesken samanlaisista toimintatavoista johtuen, kokemusten ja ongelmien jakaminen, itsetunnon koheneminen ja diagnoosiin liittyvän kriisin läpikäyminen sekä sopeutuminen neurologiseen häiriöön.
- Ryhmän tuki: kannustus avun etsimiseen (esim. väkivaltaryhmään hakeutumisen suhteen), tiedon saanti, energian vapautuminen itsensä hyväksymisen myötä sekä mahdollisuus tukeen niillekin henkilöille, jotka vierastavat ammattihenkilöstöä.
- Itsetuntemuksen kasvu: vertaisryhmässä oppii ymmärtämään itseään peilaamalla käytöstään ja toimintatapojaan muihin ryhmäläisiin.

Yhdellä kurssilaisella oli oma näkemyksensä siitä, miten AD/HD -oireista tulisi auttaa:

*Normaali ihminen käyttää elämänsä ohjaamisessa tahtoa, katsotaan että se lähtee tasa-arvoiselta pohjalta, tunne ja järki yhdessä luovat pohjan tälle tahdon suuntaamiselle ja elämä menee niin kuin itte haluaa. ADDIN elämä ei kulje näin – mä oon määritelly tätä niin kuin alkoholistin elämähallinnassa päätöksentekoprosessia. Tunne koukkaa järjestä ohi hyvin hetkellisen – niin kuin impulsiivinen addi- tunteen pohjalta ja se tekee päätöksen, joka suistaa sen johonkin... Sitä kun tarkastellaan ulkoapäin, niin näyttää et se on täysin tahdotonta se elämänohjaaminen, näyttää kuin sillä ei olisi järkeä, on ihan järjettömiä päätöksiä. Jos perheenisä menee juomaan kuukauden tilin yhdessä illassa ja ajaa taksilla ostamaan pimeetä viinaa ja vaimo ja lapset odottaa ruokarahaa kotona, velkaa on joka paikkaan, vuokrat maksamatta – eihän siinä oo järkeä. Eli hetkellinen tunnetila ohjaa sitä päätöksentekoa, mut tässä tulee iso pointti sitten, että mitä me tehdään, kun me koitetaan auttaa sitä ihmistä, mikä on perinteinen tapa auttaa esim. juoppoa?*

*Pomo sanoo että kyllähän sä järkevänä jätkänä ymmärrät, ettet voi olla alkuvaikeuksia rokullissa...Ja vaimo sanoo, et sun täytyis tuoda se tili kotia että saatais ruokaa ja vuokra maksettua – Joo kyllähän mä ymmärrän... Eli järkee on, mut sitä ei käytetä tässä päätöksenteossa, niin kuin tahto ei ilmene, koska järki on syrjäytetty kokonaan hetkellisestä päätöksentekoprosessista, joka ohjaa sitä. Silloin toimimistyöskentelyssä tää tunne täytyis nostaa työskentelyn keskipisteeseen, koska se ei katoa mihinkään, yhtäkkiä ei tuu holistista järki-ihmistä tai addista järkevää vaan se edelleen toimii sen hetkellisen tunnetilan ohjaamana.*

*Mut miten me voidaan manipuloida ihmisen tunnetiloja niin mun käsityksen mukaan sille täytyy tuottaa kilpailukykyisiä tunteita, niin, mä uskon, että alitajunnas-*

*sa, tää homma säilyy siellä mut kasaamalla myönteisiä tunteita esim. päihteet-  
tömästä elämästä voidaan vahvistaa sitä päihteettömyyttä. Ja voidaan manipuloi-  
da myös tietoisesti esim. palkitsemalla itseään vaikka päivittäin suklaapatukalla,  
joka nostaa dopamiinitasoa ja tuottaa suoraa mielihyvää niin kuin holistille tää  
nopee tunteen tyydytys on tärkeä. Palkitsemalla itseään toivotusta käyttäytymises-  
tä vaik ostamalla harrastusvälineitä, joita on aina toivonut - tehdä se tietoisesti,  
että palkitsen itseni raittiista päivästä tänään. Tää on semmonen tapa, joka toimii  
paljon paremmin kuin järjen puhuminen. Järjen puhuminen ei vaikuta, mutta mus-  
ta ihmiset ei ymmärrä tätä Addin päätöksentekoprosessia ja se on niille täysin jär-  
jenvastainen, ne ei voi ymmärtää, kun ne auttavat on niitä järki-ihmisiä.*

Edellisestä näkyy, että omia ongelmia ja niiden ratkaisemista on pohdittu toden teolla!  
Monille kurssilla olleille addeille ”syväluotaaminen ” olikin hyvin tyypillistä.

## 12 POHDINTA

Kurssilaisten elämän-/ arjenhallinnan ongelmat tulivat kattavasti esiin tutkimus-  
tuloksissa. Kun niitä vertaa muissa maissa tehtyihin tutkimuksiin, oireiden kirjo on var-  
sin samanlainen kulttuurista riippumatta. Eroja tulee siinä, miten AD/HD -oireisiin suh-  
taudutaan. Maissa, joissa käyttäytyminen on eloisaa ja tunteita näytetään avoi-  
mesti, AD/HD -oireisen tunnepurkaukset eivät näytä mitenkään omituisilta. Suomessa  
ollaan pidättyväisiä ja korrekteja, impulsiivisuus sopii huonosti siihen kuvioon. Suo-  
messä on myös korkea koulutustaso ja siksi meillä arvostetaan tutkintoja kenties jo vä-  
hän liikaakin. Työkokemuksella ja osaamisella ei ole samanlaista painoarvoa kuin aka-  
teemisilla tutkinnoilla. Osa AD/HD -oireisista on korkealle kouluttautuneita, älykkäitä  
ja luovia henkilöitä, joille kulttuurin arvostusten mukainen elämänura on mahdollinen.  
Suuri osa tarkkaavaisuushäiriöisistä kärsii kuitenkin niin vaikeista keskittymisongel-  
mista, ettei kykyjen mukaista koulutusta ja sitä kautta työtä, ole mahdollista saavuttaa.  
Uhkana on ”luuseriksi” leimautuminen, työttömäksi tai pätkätyöläiseksi joutuminen.  
Vaikka AD/HD -oireisten sanotaan vaihtavan usein työtä oman kyllästymisensä tähden,  
ainakin tämän ryhmän kohdalla haave vakituisesta työpaikasta oli vakio. Turvatto-  
muuden tunne lisääntyy, kun ei ole loppuunvietyä koulutusta eikä vakinaista työ-  
paikkaa. Seurauksena oli masennusta, arjenhallinnan ongelmia ja joidenkin kohdalla  
päihteiden käyttöä.

Elämönhallinta on suhteellinen käsite ja ennen kaikkea hallinnan tunne on ihmisen subjektiivinen kokemus. Jonkun mielestä oma elämönhallinta on täysin riittävää, vaikka se näyttäisi ulkopuolisten silmissä olevan hukassa. AD/HD -oireisen henkilön kohdalla tilanne on usein juuri sellainen. Ulkonainen kaaos saa muut ihmiset leimaamaan AD/HD -oireisen laiskaksi, saamattomaksi, haihattelijaksi - jopa tyhmäksi. Impulsiiviset teot tulkitaan järjen vähyydeksi, vaikka ne johtuvat tunteiden hallinnan vaikeudesta. AD/HD:hen liittyvä impulsiivisuus, seikkailunhalu, sisäinen levottomuus ja luovuus ovat kaikki piirteitä, joihin ei viimeisen päälle tarkkaan hallittu elämäntilanne sovi. Siksi en usko, että kuntoutuksessakaan pitäisi pyrkiä ns. tavallisten ihmisten kanssa samalle viivalle. Tärkeintä on se, että AD/HD -oireinen saa arjenhallintansa selälai-selle tasolle, että tulee toimeen yhteiskunnassa. On muistettava huolehtia laskuajallaan, viedä hakemukset virastoihin aikanaan, täyttää veroilmoitus ja saada kotinsa sellaiseen järjestykseen, ettei puolet ajasta hupene tavaroiden ja tärkeiden papereiden etsimiseen.

Kaikkien kurssille hakeutuneiden ongelmat olivat niissä mittasuhteissa, etteivät he enää kokeneet tulevansa toimeen niiden kanssa. Siksi toteamukset siitä, että meillä kaikilla on tuollaisia ongelmia, tuntuvat AD/HD -oireisesta hänen ongelmiansa vähättelyltä. Arjenhallintataitoja voi parantaa ja niihin saa ja pitää hakea apua, jos arjenhallinnasta tulee jokapäiväinen stressi. Perheellisten kohdalla on olemassa suuri mahdollisuus ongelmien ”periytymiseen” seuraavaan sukupolveen. Lapset saavat arjenhallinnan mallinsa kotoa. Jos he näkevät ympärillään vain kaaosta, heille siitä tulee normaali tilanne ja oman elämän rakentaminen vaikeutuu huomattavasti.

Koulukiusaaminen oli tuttu ilmiö kurssilaisille. AD/HD -lapsia kiusataan edelleen tai sitten heistä itsestään kehittyä häiriköitä jatkuvan negatiivisen palautteen vuoksi. Huono itsetunto seuraa aikuisuuteen ja vaikuttaa suuresti elämäntilanteeseen. Positiivinen ajattelu auttaa elämönhallinnassa, mutta suurimmalta osalta kurssilaisia se oli kateissa. Jatkuvat epäonnistumiset ja pettymykset syövät energiaa ja muuttavat ajattelumallin negatiiviseksi. Siitä ei ole helppo päästä eroon, mutta vertaisryhmissä viljelty huumori ja omille ”mokille” nauraminen on alku toisenlaiseen ajatteluun.

Haastattelujen perusteella voisi kyseenalaistaa sitä usein esitettyä näkemystä, että nykyiset arvot tukevat yksilöllisyyttä ja yhteiskunta on moniarvoinen. Näiden AD/HD -oireisten kohdalla ymmärrystä tai tukea yksilöllisyyteen ei ole juurikaan löytynyt. Eri-laisuuden sietokyky ei ainakaan näiden AD/HD -oireisten kohdalla näytä muut-

tuneen yhteiskunnassa viimeisten vuosikymmenten aikana. Näitä AD/HD -aikuisia kiusattiin koulussa samoin kuin monia nykypäivän AD/HD -lapsia kiusataan. Lehtokoski (2003) kertoi luennollaan erottavansa AD/HD -oireisen, kuntoutukseen saapuvan veteraanin siitä, että tämä kolistelee kepillään joka puolelle tai ”kaahaa” rollaattorillaan päin seinää sekä puhuu taukoamatta. Toiset asiakkaat luovat tulokkaaseen yleensä paheksuvia katseita. Näiden vanhusten tarinat lapsuudesta ja nuoruudesta poikkeavat nykypäivän AD/HD -oireisten tarinoista. 1930 -luvulla pojat laitettiin hevosen ja auran perään pellolle eikä kukaan tullut sanomaan, että tuolla kyn-tää ylivilkas. Nykyään ylivilkas poika istutetaan luokkaan kolmeksi vartiksi kerrallaan ja siirretään sieltä jälki-istuntoon tai, kun hiljaa paikallaan istumisesta ei tule mitään. Yhteiskunta oli suvaitsevampi silloin, kun tehokkuusvaatimuksista ei vielä puhuttu mitään. Jokainen eli elämäänsä silloin niinkuin parhaiten taitoi. Nykypäivänä normit ovat näennäisesti sallivia, mutta silti sosiaalisia normeja noudattamaton ihminen joutuu herkästi silmätikuksi. Muutama kurssilainen kuvasi tätä niin, että he eivät tule ihmissuhteissaan kuulluiksi, heihin suhtaudutaan ikään kuin he olisivat ilmaa, koska he eivät osaa esittää asiaansa ”suotavalla” tavalla. Näkymättömät sosiaaliset normit voivat olla AD/HD -oireiselle täyttä ”hepreaa”.

AD/HD:hen liittyvät ihmissuhdevaikeudet johtuvat pitkälti neurologisesta taustasta, sosiaalisten viestien tunnistamisen vaikeudesta, impulssikontrollin häiriöstä ja oman turhautumiskynnyksen mataluudesta. Neurologia ei kuitenkaan selitä suuria eroja saman perimän omaavilla ihmisillä. Vaikka ympäristö ei synnytä AD/HD:ta, sillä on varmasti olennainen merkitys siihen, millaiseksi perityt neurologiset ominaisuudet muodostuvat. Joillakin korostuvat vain AD/HD:n vahvat puolet, toisilla tuntuu olevan vain oireyhtymän mukanaan tuomia ongelmia. Haastattelutilanteissa ja vuorovaikutuksessa kurssilaisten kesken tuli paljon viitteitä turvattomaan kiintymystyyliin ja siitä juontavaan epäluuloisuuteen ja kriittisyyteen muita ihmisiä kohtaan. Oletan myös kiintymystyyliin olevan merkitystä AD/HD -oireisen ihmissuhteiden onnistumisessa. Toki kiintymys määrittää kaikilla ihmisillä tapaa suhtautua muihin, mutta kenties turvattomuus korostaa AD/HD:hen liittyvää aggressiivisuutta ja epäsosiaalisuutta.

Suhtautumista muihin ei varsinaisesti kysytty kyselyssä. Kiintymystyylin määrittämiseen ei voi lähteä niillä viitteillä, joita sanattomina tulkitsin ja haastatteluista poimin. Ruotsin Sosiaalhallituksen julkaisussa (2002) pidetään kuitenkin turvatonta kiintymystyyliä yhtenä AD/HD:n riskitekijänä ja siitä juontava lapsuuden negatiivinen vuorovaikutussuhde ensisijaiseen hoitajaan lisää käytöshäiriöiden riskiä. Osalla haas-

tatelluista oli äärettömän rankkoja lapsuudenkokemuksia ja vielä suurempi osuus mai-nitsi suhteen äitiin tai isään olleen jollakin tapaa ongelmallinen. Niissä olosuhteissa ei todennäköisesti kehity turvallista kiintymystä. Silven (2003) tutkimuksen mukaan lapsi ei kuitenkaan välttämättä omaksu turvatonta kiintymysmallia, mikäli toisen vanhemman kiintymys on turvallista laatua tai on olemassa korvaava turvallinen aikuiskontakti.

Männikön (1997) tutkimuksessa turvaton, etenkin itseriittoinen tyyli on yleinen. Turvaton kiintymys ei välttämättä aiheuta mitään dramaattista. Koska addiperheissä ja heidän ihmissuhteissaan ainakin tutkitulla ryhmällä näyttää olevan vaikeuksia, lasten kannalta turvallinen kiintymystyyli toimisi suojaavana tekijänä. Männikön (1997) mukaan turvallisesti kiintyneillä ei ole vuorovaikutusongelmia. Toimiva parisuhde on lasten paras ”kehto”, siksi addiperheiden vaikeuksiin pitäisi kiinnittää huomiota.

Koska tutkimukseni yksinhuoltajien tilanne oli todella vaikea, tuli mieleeni, että esim. parisuhdeleireillä voitaisiin kenties ennaltaehkäistä yksinhuoltajien määrän kasvua AD/HD -oireisten keskuudessa. Lapsiperheiden kodinhoitoapua on viime vuosina karsittu sosiaalimenojen säästöjen nimissä. Addiperheet kuitenkin tarvitsisivat myös kodin- ja lastenhoitoapua. Kustannukset kodinhoitoavusta jäisivät todennäköisesti pienemmiksi kuin vaikeuksien kasaantumisesta yhteiskunnalle seuraavat menot.

Tässä ryhmässä naimattomia henkilöitä oli paljon. Osa kertoikin suoraan sen olevan olosuhteista johtuva pakko, eikä oman valinnan tulos. AD/HD -oireisen on nähtävästi keskimääräistä vaikeampi muodostaa pysyviä ihmissuhteita. Kertomusten perusteella heidän impulsiivisuuteensa ja vauhdikkuuteensa kyllä alkuun ihastutaan, mutta ajan myötä piirteet alkavat tuntua kumppanista kestävämmiltä.

Huomiota herätti se, että lähes kaikki edelleen parisuhteessa elävät tai eläneet epäilivät puolisonsa olevan inattentiivinen addi. Tarttuvatko toimintamallit vuosien saatossa, vai pitääkö se huomio paikkansa, että AD/HD -oireinen hakeutuu luontaisesti toisen samanlaisen seuraan? Ihminenhan etsii luonnostaan kaltaistaan kumppania ja vaikuttaa siltä, että AD/HD -aikuista kestää parhaiten toinen samanlainen. Puolison ”diagnosointia” tukee näissä kurssilaisten parisuhteissa löytynyt jatkuvuus ja addeille ominainen sinnikkyys. Suurista vaikeuksista huolimatta näissä suhteissa on yritystä riittänyt. Pariterapiaa ja perheterapiaa on osattu hyödyntää vaihtelevalla menestyksellä.

Tunteiden hallitseminen ja myös niiden ilmaiseminen rakentavalla tavalla on AD/HD-oireisen heikko kohta. Osittain se on varmasti neurokemialla kuten tutkimuksissa on todettu, mutta lapsuuden ongelmat tulevat esiin myös itsehallinnan vaikeuksina. Kognitiivisen psykoterapian oppaassa kuvataan lapsuuden vuorovaikutuskokemusten seurauksia aikuisen elämässä. Vaikeahoitoisena pidetyn lapsen kohdalla vuorovaikutus helposti vääristyy. Lapsen viesteihin ei jakseta enää vastata tai niitä tulkitaan väärin. Lapsi oppii, että tunteitaan on turha ilmaista, koska tulos ei ole toivottu - pahimmillaan tunteiden ilmaisemisesta seuraa rangaistus. Joillekin lapsille tarpeentyydytys tulee vasta raivoisan reaktion jälkeen ja näin lapsi oppii ilmaisemaan itseään aggression kautta. Aikuisuudessa ei sitten tunnusteta omaa tarvitsevuutta, vaan tunneviestit eristetään ja yhteys omaan tunne-elämään katoaa. Silloin helposti kohtelee itseään kaltoin, ei tunne olevansa rakastettava tai arvokas omana itsenään ja niin hakee vahvistusta olemassaololleen jatkuvan suorittamisen avulla tai muilla itselleen vahingollisilla keinoilla. Kuinka paljon lapsuudesta lähtien jatkunut negatiivinen palaute vaikuttaa itsetuntoon, tunteiden tunnistamis- ja ilmaisukykyyn sekä omien rajojen tunnistamiseen? Tutkimuksessa näkyi selvä ero itsensä myönteisesti näkevien ongelmien laadussa. Ne eivät niinkään liittyneet ihmissuhteisiin tai tunne-elämän vaikeuksiin, vaan lähinnä puhtaasti arjenhallintaan.

Kolmelle kurssilaiselle oli kehittynyt persoonallisuushäiriö niiden lähes kolmenkymmenen vuoden aikana, jolloin oikeaa diagnoosia lapsuudesta alkaneille oireille oli haettu. Wallinin (2003) luonnehdinta niiden yhteydestä AD/HD:n piti paikkansa, hyperaktiivisille oli kehittynyt epävakaata persoonallisuutta, inattentiiviselle vaativaa persoonallisuutta. Persoonallisuushäiriöitä pidetään erittäin vaikeahoitoisina. Se on helppo ymmärtää, kun ottaa huomioon, että häiriö kehittyy niin pitkällä aikavälillä. Ongelmat ehtivät kasaantua ja monimutkaistua.

Mikä osuus arvioidusta 10-14 %:sta persoonallisuushäiriöisistä on seurausta diagnosimattomasta AD/HD -oireyhtymästä? Onko niin, että osassa persoonallisuushäiriöitä hoidetaan seurausta tunnistamatta syytä? Entä suomalaisten ”kansansairaus”, masennus, johon lääkkeitä käytti vuonna 2002 lähes 44 ihmistä tuhannesta. Ovatko kaikki masentuneet puhtaasti masentuneita vai millä osuudella primaari ongelma on ollut alunperin AD/HD? Se peittyi tehokkaasti masennusoireiden alle, joita on jopa 70 %:lla AD/HD -oireisista elämänsä aikana.

AD/HD on oireyhtymä, jonka olemassaolosta kiistellään. Samanlainen epäily valitsi 1980 -luvulla lasten MBD:n suhteen, sitä pidettiin pitkään ”roskakoppadiagnoosina”. AD/HD:n diagnosointi perustuu haastatteluun ja elämäntilanteen selvittämiseen, täysin varmaa keinoa varmistamiseen ei ole. Jonkinlainen testi on kylläkin kehitteillä. Siksi aivokuvaan ja neurologisiin tutkimuksiin pääseminen voi olla monelle addille tärkeää oman itsetunnon kannalta. Muutokset Spect- tai Pet-kuvissa kuitenkin kertovat neurologisesta häiriöstä ja tieto siitä, ettei olekaan ”tyhmä, hullu tai laiska” on äärettömän helpottava. Kurssilaisten suhteen helpotus diagnoosin saamisesta oli lähes käsinkosketeltava, vaikka harva oli käynyt tarkemmissa neurologisissa tutkimuksissa.

Heidän elämänsä ei silti joka suhteessa helpotu, ennakkoluuloja tulee vastaan jatkuvasti, kun tietoa oireyhtymästä ei ole lääkäreilläkään. Lääkitykseen suhtaudutaan äärettömän epäluuloisesti ja reseptien uusimiseen saa käyttää aikaa ja vaivaa, mikäli yksityislääkäriltä saatua reseptiä ylipäättään suostutaan uusimaan perusterveydenhuollossa. Wallinin (2003) mukaan ennakkoluulot säilyvät niin pitkään, kun Ritalin-lääkityksestä puhutaan amfetamiinijohdannaisena. Vaikka se on stimulantti, se ei ole amfetamiini vaan rakenteeltaan amfetamiinista poikkeava metyyliifenidaatti. Vain vaikutusmekanismi on osittain sama kuin amfetamiinilla. AD/HD -oireisiin henkilöihin kohdistuvien ennakkoluulojen poistamiseksi sosiaali- ja terveysalan henkilöstön kouluttaminen ja asiallinen tiedottaminen AD/HD:sta on todella tärkeää. Wallinin arvion mukaan Suomessa on 100 000 - jopa 200 000 AD/HD-aikuista. Diagnoosi on tällä hetkellä tehty alle tuhannelle. Arvion mukaan AD/HD on siis yhtä yleinen kuin astma. AD/HD:n aikuisilla tunnistavia psykiatreja on Suomessa vain muutama. Yhdysvalloissa, Englannissa ja Ruotsissa tehdyissä tutkimuksissa on selvinnyt, että AD/HD - oireyhtymään liittyy kolminkertainen päihderiippuvuusriski, henkilöriidat työssä, epäsosiaalinen käyttäytyminen, ongelmat poliisin kanssa sekä rikollisuus. Elämäntilanteen kannalta ei siis ole aivan yhdentekevää, saako AD/HD -oireinen diagnoosin vai ei. Ajoissa aloitettu kuntoutus voi pelastaa AD/HD -oireisen ja hänen lähipiirinsä paljolta!

Pöllänen (1998) AD/HD - ja MBD -nuoria koskevissa tutkimuksissa nuorten tilanne näytti hyvältä. Ennuste on huomattavasti parempi silloin, kun diagnoosin saa lapsena ja sen jälkeen asianmukaiset tukitoimet. Kun vanhemmat tietävät, mistä lapsen ongelmat johtuvat, vuorovaikutus ei niin helposti ala kiertää negatiivista kehää. Lapsen diagnoosin myötä mahdollistuu myös tuen hakeminen koko perheelle. Vaikkei se olisikaan AD/HD:n nimellä vaan esim. ”kehityksen neurologiset erityishäiriöt”, lapsen vaikeu-

det on kuitenkin havaittu ja tukitoimia aletaan antaa. Vasta aikuisina diagnoosin saaneiden kohdalla näkyy jo ongelmien monimutkaistuminen ja liitännäisoireiden lisääntyminen.

Tutkimustulosten suhteen vastaus saatiin tutkimuskysymyksiin muutoin, mutta tuen saantiin liittyvän coachingin / ohjaamisen vaikutuksia ei voi neljän palautteen pohjalta arvioida. Vertaistuki ja itsetunnon kohentuminen nousivat tärkeimmiksi kurssikokemuksiksi. Tulos oli samansuuntainen kuin Yli-Kotilan (1996) mielenterveyskuntoutujista tekemässä tutkimuksessa. Siinä elämänhallinta oli kuitenkin parantunut vähemmän kuin Onnelan lokakuun kurssille osallistuneilla. Itseasiassa on yllättävää, että viikon kursilla ylipäättään oli jo konkreettisia vaikutuksia niin monen kurssilaisen kohdalla.

Lähinnä viikon kuntoutusjakson voi ajatella auttavan henkilöä reflektoitumaan itsensä suhteen. Tätä itsehavainnointia tapahtuikin kiitettävässä määrin. Omia tunteitaan alkaa tunnistaa ja käyttäytymistään seurata. Impulssien hallinta lisääntyy, kun tunnistaa ensi tunteensa. Itsetuntemus kasvaa ja automaattista käyttäytymistään oppii hallitsemaan. Siitä seuraa rakentavampaa vuorovaikutusta, mikä taas näkyy hallinnantunteen kasvuna. (Saarinen, 2001, 67.) Kuntoutuskurssi voi toimia ensiapuna diagnoosia seuraavassa sopeutumiskriisissä ja toimia alkusysäyksenä itsetuntemuksen kasvulle ja sitä kautta itsetunnon ja hallinnan tunteen kohenemiselle.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että näiden ihmisten ongelmat ovat sitä luokkaa, että he eivät pysty niitä enää yksin selvittämään. Kuitenkaan heidän elämänhallintansa ei ole vielä pahasti kadoksissa, koska he kykenevät etsimään itselleen tukea ja ajamaan asioitaan eri viranomaisten kanssa. Miten käy niiden, jotka ovat jo alkoholisoituneet, sortuneet huumeisiin ja rikollisuuteen. Kuinka paljon AD/HD on aiheuttanut jo syrjäytymistä? Miten paljon Suomen vankiloissa on AD/HD -oireidensa tähden rikollisuuteen ajautuneita vankeja? Miten paljon A -klinikoiden asiakkaissa on AD/HD -oireitaan itselääkitseviä päihde-riippuvaisia. Tuoko amfetamiiniriippuvaisten korvaushoito esiin uusia diagnosoitavia?

Vaikka tutkimuskysymykset selvisivät, syiden ja seurausten suhde aiheuttaa enemmän kysymyksiä kuin vastauksia. AD/HD ei ole yhdestä tekijästä johtuva häiriö, vaan siihen liittyy minäkuvan muutoksia, kiintymyssuhdevaurioita ja sosiaalisesta perimästä johtuvia opittuja käyttäytymismalleja. Lievän neurologisen häiriön pystyy todennäköisesti



kompensoimaan optimaalisessa kasvuympäristössä oikeanlaisen tuen turvin aikuisikään mennessä. Wallinin (2003) mukaan 40% lapsista pystyy tähän. Silloin onkin kyseessä todennäköisesti ollut kehitysviivästymä tai puhtaasti kasvuympäristöstä johtuva häiriö. AD/HD -oireisista henkilöistä 60% kärsii oireistaan vielä aikuisenakin. Wallin (2003) pitää aikuisen oireyhtymää biologisempänä kuin lapsen AD/HD:ta ja siksi sen hoidossa lääkityksen merkitys korostuu.

Erikseen ovat vakavammat aivotoiminnan häiriöt, joiden korjaamiseen tarvitaan lääkitystä jo lapsena. Kuntoutuksessa on huomioitava ihminen kokonaisuutena, pelkkä lääkitys ei auta poistamaan vuosikymmenten saatossa opittuja vääriä käyttäytymismalleja, mutta kurssilaisilta saadun palautteen perusteella se mahdollistaa keskittymisen omaan kuntoutumiseen ja antaa toivoa ”normaalista” elämästä. AD/HD:n kuntoutus on vaativa työsarka oireistojen moni-ilmeisyyden tähden. Muutamilla AD/HD -oireisilla on hyviä kokemuksia kognitiivisesta terapiasta. Yleensäkin AD/HD:n hoitoon sopii voimavaruusautuneet terapiat ja ratkaisukeskeisyys. Vuosien saatossa kehittyneitä pessimismisiä ei ”paranneta” vatvomalla pelkästään ongelmia. On löydettävä ihmisen vahvuudet ja alettava kehittää niitä. Lievempien ongelmien kohdalla lyhytterapiakin saattaa toimia. Addi ei jaksakaan keskittyä saman asian työstämiseen, siksi ratkaisuun tähtäävä, konkreettisia tehtäviä sisältävä terapia voisi toimia AD/HD -oireisilla lyhytterapianakin. Siinä kustannukset jäisivät pienemmiksi kuin perinteisissä psykoterapioissa.

### 13 JATKOTUTKIMUSAIHEITA JA SUOSITUKSIA TYÖN TILAAJALLE

Koska aikuisten AD/HD -oireyhtymä on vielä tuore asia Suomessa, siitä riittää jatkotutkimusaiheita. Itseäni kiinnostaa erityisesti kiintymyssuhteen laadun yhteys vuorovaikutusongelmiin AD/HD -oireisella ja AD/HD:n osuus persoonallisuushäiriöissä. Myös addiperheen kaottiseksi kuvattu arki olisi tutkimuksen arvoinen asia, sillä vahva oireyhtymän periytyvyys näkyi tässäkin tutkimuksessa. Auttamalla addiperheitä voidaan ehkäistä seuraavan sukupolven elämäntilanteiden syntymistä. Malli arjenhallinnasta siirtyy sukupolvesta toiseen ja kaaoksesta tulee helposti ”normaalia”, oli lapsilla sitten perittyä AD/HD tai ei. Jatkotutkimus pitemmällä aikavälillä näiden ensimmäisille kurseille osallistuneiden henkilöiden kuntoutumisesta toisi lisätietoa aikuisten elämäntilanteiden kehittymisestä ja tuen tarpeesta jatkoa ajatellen. Viikon kuntoutuskurssi on kuitenkin vasta alkusysäys kuntoutumiselle. Itsetuntemuksen kasvuun ja sitä

kautta oman elämänhallinnan parantumiseen tarvitaan aikaa ja voimavaroja kuntoutujalta.

Moni-ilmeisyytensä vuoksi AD/HD on tutkimusaiheena vaikea. Siihen liittyy joukko erilaisia ilmiöitä, joiden syy-seuraussuhteita on vaikeaa selvittää. Yhtä osa-aluetta on hankalaa tutkia irrallaan koko ilmiön kentästä. Jokainen AD/HD -tapaus on erilainen paitsi oireistonsa myös historiansa ja elinympäristönsä suhteen. AD/HD:ta tutkivalla on syytä olla vahvat perustiedot aiheesta jo tutkimusta aloittaessaan. Sittenkin asiaan liittyviin ilmiöihin voisi perehtyä useamman tutkijan ryhmä. Psykologisesta viitekehuksesta käsin aiheena voisi olla esim. läheisriippuvuuden ja AD/HD:n yhteisvaikutukset henkilön ihmissuhteisiin ja elämänuraan yhden tai vain muutaman tutkittavan tapauksen kohdalla.

*Suosituksina ADHD -liitolle esitän projektityöntekijän palkkaamista aikuisprojektiin.* Asia riippuu luonnollisesti rahoituksesta, mutta tutkimusta tehdessäni vakuutuin siitä, että projektiin liittyvä työmäärä ei ole mitenkään yhden ihmisen hallittavissa. ADHD -liitto on ollut Suomessa ainoa taho, jolta saa neuvoja aikuisten oireyhtymään liittyen. Vaikka ADHD –aikuiset ry harjoittaa nykyään myös tiedottamista, silti projektisuunnittelijan työajasta suuri osa kuluu edelleen puhelinneuvontaan. Asiakkailta on monesti vaikea elämäntilanne ja heidän ohjaamisensa on henkisestikin raskasta. Lisäksi paperityöt vievät huomattavasti aikaa koulutuksen ja tapahtumien suunnittelulta.

Panostus työntekijään toisi lisäresursseja puhelinpäivystykseen ja kenties apua voisi antaa myös internetin välityksellä. Näin projektin ohjaajan voimavaroja vapautuisi varsinaiseen suunnittelutyöhön ja ammattihenkilöstön kouluttamiseen.

*Kursseihin liittyen suosittelen ryhmäjakoja koskevien palautteiden huomioimista.* Jotta erilliset ryhmät miehille ja naisille mahdollistuisivat, voisi kursseilla olla sekä miespuolinen että naispuolinen vertaisryhmän vetäjä. Silloin vertaisryhmissä voitaisiin käsitellä esim. sitä kaivattua seksuaalisuutta avoimemmin ja naiset uskaltaisivat vapaammin keskustella mm. hormonaalisten muutosten vaikutuksista omaa oireistoonsa. Miehet voisivat puolestaan käsitellä aggressiivisuuttaan ja omaa näkökantaansa parisuhdeasioihin. Parisuhdekurssit taas tarjoaisivat puolisoille mahdollisuuden oppia ymmärtämään AD/HD -oireisen elämäntyylä. Mikäli parisuhdekurssi auttaisi suhdetta jatkumaan, voisi useampi lapsi säästyä avioerokokemukselta. Addiperheissä tuntuu olevan stressiä

muutenkin keskimääräistä enemmän eikä yksinhuoltajilla ole mahdollisuutta edes jakaa sitä.

#### 14 LÄHTEET & LIITTEET

Achte K. & Tamminen T. 1996. Somatopsykiatria. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Amen, G. Daniel, 2001. ADD. The Breakthrough Program That Allows You to See and Heal the 6 Types of ADD. G.P. Putnam's sons. New York.

Alfthan, N. 2003. Millaista ohjausta ADHD -aikuisten kuntoutuskurssille? Turun yliopisto. Aikuiskasvatustieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Anastopoulos, A. 2000. The MTA Study and parent training in managing AD/HD. The ADHD Reports 8, 7-9. Viitattu teoksessa: Socialstyrelsens Slutsatser. AD/HD hos barn och vuxna. P.-E. Engström (toim.) Paino: Modin-Tryck, Stockholm. 2002.

Anttila, Oksala & Stenius 2002. Persoona neuropsykologia. Edita Prima Oy. Helsinki.

Barkley, R.A. Kehno kasvatusta ei tee lapsesta ylivilkasta. Neuropsykiatrian päivät 23.3.2002. Tammi-saari. Luento viitattu: Helsingin Sanomat: Kotimaa, Repo, P. 24.3.2002.

Bartholomew, K. 1990. Avoidance of intimacy: An attachment perspective. Journal of Social and Personal Relationships. 7, 147-178. Artikkeleihin viitattu teoksessa: Männikkö, K. 1997. Aikuisten kiintymistyylien määrittäminen itsearviointimenetelmällä ja niiden yhteydet sosiaalisen vuorovaikutuksen laatuun. Jyväskylän yliopisto. Psykologian laitos. Pro gradu -tutkielma.

Bartholomew, K. & Horowitz, L.M. (1991). Attachment Styles among young adults: A test of four -category model. *Journal of Personality and Social Psychology*. 61, 226-244. Artikkeleihin viitattu teoksessa: Männikkö, K. 1997. Aikuisten kiintymystyylien määrittäminen itsearviointimenetelmällä ja niiden yhteydet sosiaalisen vuorovaikutuksen laatuun. Jyväskylän yliopisto. Psykologian laitos. Pro gradu -tutkielma.

Dunderfelt, T. 1996. Miten opin ymmärtämään toista sukupuolta. Pro Dialogia. Vantaa.

Fadjukoff, P., Ahonen, T. & Lyytinen, H. (toim.) 2001. Oppimisvaikeudet tutkimuksesta käytäntöön. Niilo Mäki Instituutti. ER paino Oy. Lievestuore.

Gansler, D. A., Fucetola, R., Kregel, M. & Makary, C. 1998. Are there cognitive subtypes in adult attention deficit /hyperactivity disorder? *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 186, 776-781. [http://www.add-toronto.org/art\\_research\\_findings\\_07.html](http://www.add-toronto.org/art_research_findings_07.html) 27.10.2002.

Hallowell, E. M. & Ratey, J. J. 1994. Driven to distraction. *Recognizing and Coping With Attention Deficit Disorder from Childhood through Adulthood*. Pantheon Books. New York.

Viitattu teoksessa: Tikkanen, M. 1998. Sofia aikuisena - elämää MBD:n kanssa. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Karisto Oy:n kirjapaino. Hämeenlinna.

Heikkilä, T. 2001. Tilastollinen tutkimus. Oy Edita Ab. Helsinki.

Heiskanen, T. & Vallinsaari, M. (toim.) 1997. Elämä kutsuu - elämäntaidon ja selviytymisen kirja. Suomen Mielenterveysseuran julkaisu.

Hyyryläinen, Sari & Kankkunen, K. 1997. MBD -nuori tänään ja tulevaisuudessa - nuoren omin silmin nähtynä. Kymenlaakson ammattiopisto. Terveysala. Kotka. Opinnäytetyö.

Kallanranta, T., Rissanen P. & Vilkkumaa I. (toim.) 2001. Kuntoutus. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Keltikangas-Järvinen, L. 2000. Tunne itsesi, suomalainen. WS Bookwell Oy, Juva.

Kemppinen, P. & Rouvinen-Kemppinen, K. 1998. Tee jotakin toisin - toiminnallinen elämäntaitohallinta. Kannustusvalmennus P.& K. Oy. Vantaa.

Kilpeläinen, R. 2001. Auditory Event-Related Brain Potentials in Distractible vs. Attentive Children. Kuopion yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

PDF -versio osoitteessa <http://www.uku.fi/tutkimus/vaitokse/2000/tiedotteet/rkilpelainen.htm>

Kokkonen, M. & Pulkkinen, L. 1996. Tunteet ja niiden säätely. *Psykologia*. 31.vuosikerta. 6/96, 404 - 411. Suomen psykologinen seura.

Kouvo, A., Virtanen, E.& Silven, M. 2003. Kiintymyssuhteet suomalaisissa perheissä. *Psykologia* 38.vuosikerta. 1/2003, 37-38. Suomen psykologisen seuran julkaisu.

Kuusinen, T. & Lintunen, L. Parisuhde ja kiintymyssuhdeteoria. *Psykologia* 35.vuosikerta. 1/2000, 83-90. Suomen psykologinen seura.

Lehtokoski, A. 2003. Aikuisiän AD/HD. Luento 30.1.2003. Lahden Invalidiliiton toimintakeskus: Lahden vertaistukiryhmän perustamistilaisuus.

Lepola, U., Koponen H. Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M.& Hakola, P. 1996. *Psykiatria*. WS Bookwell Oy. Porvoo.

Lepola, U., Koponen, H. Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. 2002. *Psykiatria*. WS Bookwell Oy. Porvoo.

Lyytinen H., Ahonen T., Korhonen T., Korkman M. & Riita T. (toim.) 2002. *Oppimisvaikeudet - neuropsykologinen näkökulma*. WS Bookwell Oy, Juva.

Lönqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 1999. *Psykiatria*. Kustannus Duodecim Oy. Helsinki.

Michelsson, K., Saresma, U., Valkama, K. & Virtanen, P. 2001. *MBD ja ADHD. Diagnosointi, kuntoutus ja sopeutuminen*. PS -kustannus. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Michelsson, K. & Stenman, S. (editors) 2001. *The Many Faces of Attention Deficit / Hyperactivity Disorder*. The Signe and Ane Gyllenbergs Foundation. Oy Nord Print Ab. Helsinki.

Michelsson, K. 2002. *AD/HD -oireet ja diagnosointi*. Luento 11.9.2002. Biomedicum, Helsinki.

Michelsson, K., Miettinen, K., Saresma, U. & Virtanen, P. 2003. *AD/HD nuorilla ja aikuisilla*. PS -kustannus. WS.Bookwell Oy. Juva.

Muurinoja, J. 2001. Mielenterveyskuntoutujien oma-apuryhmät. Kuntoutus 2/2001, 8-17.  
Kuntoutussäätiö.

Myttas, N. (Consultant Child and Adolescent Psychiatrist, Barnet Healthcare NHS Trust, London.)  
2002. ADHD, Substance Abuse and Criminal Behaviour. ADDISS Fourth Annual Conference  
Proceedings, 21-22. <http://www.addis.co.uk/understandingadhd.htm> 27.10.2002.

Männikkö, K. 1997. Aikuisten kiintymystyylien määrittäminen itsearviointimenetelmällä ja niiden yhteydet sosiaalisen vuorovaikutuksen laatuun. Jyväskylän yliopisto. Psykologian laitos. Pro gradu -  
tutkielma. PDF -versio osoitteessa <http://www.jyu.fi/library/tutkielmat/419/>

Männikkö, K. 1999. Miten aikuisten kiintymystyylin voi määrittää. Psykologia. 34. vuosikerta.  
3/99, 199-209. Suomen psykologinen seura.

Männikkö, K. 2001. Adult attachment Styles - A Person-Oriented Approach. Jyväskylä Studies in  
Education, Psychology and Social Research 185. Jyväskylä University Printing House & ER -Paino  
Ky. Lievestuore.

Nadeau, K.G.& Quinn, P. O. (toim.) 2002. Understanding Women with AD/HD.  
Advantage Books. USA.

Nauha, S. & Silven, M. 2000. Puolisoiden varhaiset kiintymyssuhteet: viehättääkö samanlaisuus?  
Psykologia. 35.vuosikerta. 1/2000, 71-81. Suomen psykologinen seura.

Paaso, H. 2001. Ihmisen psyykinen kehitys elämänsä aikana. Luentosarja 27.3.- 17.5.2001. Elimäki:  
Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Sosiaalialan osasto.

Paavilainen, P., Anttila, R., Oksala, E. & Stenius, M. Härkönen, R.(toim.) 2002.  
Persoonaneuropsykologia. Edita Prima Oy. Helsinki.

Pulkinen, L. (toim.) 1996. Lapsesta aikuiseksi. Atena Kustannus Oy. Jyväskylä.

Pulkinen, L. 1998. Ihmisen kehitystä koskevan tiedon sovellettavuudesta. Psykologia.  
33.vuosikerta. 2/98, 113-121. Suomen psykologinen seura.

Puumalainen, J. & Vilkkumaa, I. 2001. Kuntoutuksen historia, nykypäivä ja tulevaisuus. Teoksessa: Kallanranta, T., Rissanen P. & Vilkkumaa I. (toim.) 2001. Kuntoutus.

Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Pöllänen, A. 1998. Kurkistus ruohonjuuritasolle - MBD- ja ADD -oireisten nuorten selviytyminen peruskoulun jälkeen. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu, Kymenlaakson ammattiopisto. Terveysala, Kuusankoski THY 95/1. Opinnäytetyö

Raikkola, A. 2000. Terveys ja elämänhallinnan tunne - kyselytutkimus Etelä-Karjalan ammattikorkeakoulun opiskelijoille. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu-tutkielma.

Riikonen, E., Nummelin, T. & Järvikoski, A. 1996. Mielenterveyskuntoutuksen kehitystarpeet.

Kuntoutussäätiö. Stakes. Helsinki. Viitattu teoksessa: Alfthan, N. 2003. Millaista ohjausta ADHD -aikuisten kuntoutuskurssille? Turun yliopisto. Aikuiskasvatustieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Robson, C. 2001. Käytännön arvioinnin perusteet. Opas evaluaation tekijöille ja tilaajille. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Roos, J.P. 1988. Elämäntavasta elämäkertaan. Tutkijaliitto. Helsinki. Viitattu teoksessa:

Roos, J.P. & Hoikkala T. (toim.) 1998. Elämänpolitiikka. Tammer-Paino Oy. Tampere.

Roos, J.P. & Hoikkala T. (toim.) 1998. Elämänpolitiikka. Tammer-Paino Oy. Tampere.

Ruohotie, P. 2000. Oppiminen ja ammatillinen kasvu. WS Bookwell Oy. Juva.

Räsänen, E., Moilanen, I., Tamminen, T. & Almqvist, F. 1998. Lasten- ja nuorisopsykiatria.

Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Saarinen, M. 2001. Tunne älysi - älyä tuntevasi. Opas oman ja työyhteisön tunneällyn kehittämiseen. Ws Bookwell Oy. Juva.

Saukkola, K. 2001. MBD ja AD/HD. Luento 11.12.2001. Elimäki: Kymenlaakson ammattikorkeakoulu, sosiaalialan osasto.

Saukkola, K., Kippola, A. & Niemelä, A. 2002. Tarkkaavaisuushäiriöisen elämisen laatua voi parantaa. Forum-lehti 3/2002.

Saukkola, K. (2002) Aikuisprojektin esittely 11.9.2002. Biomedicum, Helsinki.

Saukkola, K. 2002. Mietteitä aikuisten arjen - ja elämänhallinnan kurssilta. MBD-lehti 4/2002, 27. Suomen MBD -liitto ry.

Sauna-aho, O. 2002. AD/HD ja neurologiset liitännäisoireet. Luento 11.9.2002. Biomedicum, Helsinki.

Sinkkonen, M. & Pulkkinen, L. 1996. Elämänrakenne parhaassa aikuisiässä. Jyväskylän yliopisto. Psykologian laitoksen julkaisu 333. Jyväskylän yliopistopaino.

Solden, S. 2002. An Interview About Women`s ADD at the Third Annual Attention Deficit Disorder Adult A.D.D. Conference in ST.Louis Broadcast live via America Online, in the online Psych forum. 16.5.1997. [www.add.org](http://www.add.org) 29.1.2002.

Socialstyrelsens Slutsatser. AD/HD hos barn och vuxna. P.-E. Engström (toim.)

Paino: Modin-Tryck, Stockholm. 2002.

PDF -versio osoitteessa [www.sos.se/fulltext/110/2002-110-16/2002-110-16.pdf](http://www.sos.se/fulltext/110/2002-110-16/2002-110-16.pdf).

Talo, S., Wikström, J. & Metteri, A. 2001. Kuntoutuminen monitieteisenä ja -tasoisena prosessina. Teoksessa: Kallanranta, T., Rissanen P. & Vilkkumaa I. (toim.) 2001. Kuntoutus. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Tikkanen, M. 1998. Sofia aikuisena - elämää MBD:n kanssa. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Karisto Oy:n kirjapaino. Hämeenlinna.

Tommo-Kuosmanen, H. 2002. Kuntoutuksen perusta arjessa. MBD-lehti 4/2002, 25-26. Suomen MBD -liitto ry.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Wallin, M. 2002. AD/HD ja psykiatriset komorbiditeetit. Luento 11.9.2002. Biomedicum, Helsinki.

Wallin, M. 2002. Hoitamattomasta AD/HD:sta vakavia liitännäisoireita. MBD-lehti 3/2002, 22-24. Suomen MBD -liitto ry.



Wallin, M. 2002. AD/HD ja psykiatriset komorbiditeetit. Luento 9.10.2002. Onnela, Tuusula.

Wallin, M. 2003. Lääkehoito korostuu aikuisten AD/HD:ssa. ADHD -lehti 3/2003, 28-30.

AD/HD -liitto ry.

Wilens, T. E., Biederman, J. and Spencer, T. 2002. Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder Across The Lifespan. Clinical Research Program in Pediatric Psychopharmacology, Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School. [www. AnnualReviews.org](http://www.annualreviews.org)

Ylikotila, U. 1996. Ripaus iloista mieltä ja halua jatkaa eteenpäin. Mielenterveyden Keskusliitto ry & Printway Oy, Vantaa.

Yliluoma, V. J. P. 2001. Ohjeita opinnäytetyön tekemiseen. Oulun yliopisto.

International Multimedia & Distance Learning. Sipoo.

Internet-lähteet:

ADHD Information Services, The Addis Information Centre (2002) History of AD/HD. <http://www.addiss.co.uk/understandingadhd.htm> (3.4.2002.)

The University of California (2003) Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Related To Advantageous Gene. <http://add.about.com/library/weekly/aa011902a.htm> 3.5.2003.

Amen, D. (2003) Information about Amenclinic [http:// www.amenclinic.com/acdefault.asp](http://www.amenclinic.com/acdefault.asp) 3.5.2003.

Kinomura et. al. (1996) The Neurology of ADHD. Science, Jan.26, 1996, Vol.271, pp. 512-515. <http://www.edutechsbs.com/adhd/00010.htm> 3.5.2003

<http://communities.msn.fi/ADHDAikuiset>

Saukkola, K. (2003) Esite coaching -menetelmästä. <http://www.adhdliitto.fi> 3.5.2003.

**LIITTEET:**

Liite 1. Tutkimuslupa

Liite 2. Tuusulan elämän- ja arjenhallintakurssien lukujärjestykset

Liite 3. AD/HD:n neurologia

Liite 4. Kyselylomakkeen saate ja kyselomake

Liite 5. Palautekyselylomake

ANOMUS

LIITE 1/1

30.5.2002

Suomen MBD -liitto ry  
Sitratie 7  
00420 HELSINKI

## TUTKIMUSLUPAPYYNTÖ

- Tutkija** Olen Kymenlaakson Ammattikorkeakoulun sosiaalialan osaston opiskelija. Valmistun sosionomiksi joulukuussa 2003 sosiaalialan koulutusohjelmasta Elimäeltä. Tein lukuvuonna 2001-2002 projektityön kahden opintoviikon osuuteni Suomen MBD -liiton aikuisprojektiin.
- Tutkimusaihe** Opinnäytteenäni olen tekemässä tutkimusta Suomen MBD - liiton aikuisprojektin vaikutuksista aikuisten AD/HD -oireisten arjen- /elämänhallintaan sekä vuorovaiikutustaitoihin. Tarkoitukseni on kartoittaa myös kokemuksia vertaisryhmätoiminnasta siihen osallistuneiden keskuudessa.
- Menetelmät** Menetelmänä käytän haastattelua strukturoidun lomakkeen pohjalta. Tarkoitus on haastatella Suomen MBD -liiton kesän ja syksyn 2002 kursseille osallistuvat henkilöt kahtena ensimmäisenä kurssipäivänä. Haastattelut ajoitan luonnollisesti vapaahetkiin. Seuranta toteutetaan postitse lähetettävällä kyselylomakkeella. Toivon Suomen MBD -liiton aikuisprojektin projektisuunnittelijalta apua postituksessa. Lisäksi kysyn kirjallisesti kokemuksia vertaisryhmätoiminnasta seuranta-kyselyssä, samoin kuin kokemuksia luotsin käytöstä. Strukturoidut tulokset syötän SPSS -ohjelmaan, avoimista kysymyksistä teen kirjallisen analyysin. Tarkoitus on tehdä jokaisen haastattelun ja kyselyn jälkeen väliraportti tuloksista Suomen MBD -liiton aikuisprojektin projektisuunnittelijalle Kirsi Saukkola -Lehtiselle. Tutkimuksen on määrä valmistua viimeistään syksyllä 2003.
- Tutkimuslupa** Pyydän lupaa haastatella aikuiskurssien osanottajia ja kerätä kokemuksia kurssien vaikutuksista seurantakyselyn avulla. Lisäksi pyydän lupaa puhelinhaastatteluun niiden kohdalla, joilta ei saada kirjallista vastausta seurantakyselyyn.
- Tutkimuksen tarkoitus** Annan tutkimukseni Suomen MBD -liiton käyttöön ja teen tuloksista tarvittaessa referaatin projektirahoituksen hakemisen tueksi. Lisäksi se palvelee Suomen MBD -liiton aikuisprojektin tavoitetta sosiaalialan henkilöstön kouluttamisesta AD/HD -oireiden tunnistamiseksi.

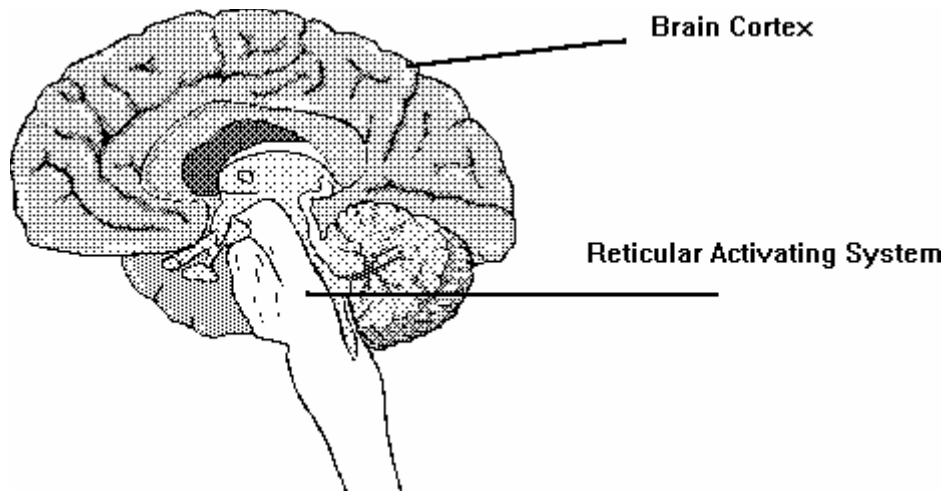
Ystävällisesti

Liite: Tutkimussuunnitelma Ohjaava lehtori Virve Remes

	PERJANTAI	LAUANTAI	SUNNUNTAI
9.00 9.30	SAAPUMINEN ONNELAAN	AAMIAINEN	AAMIAINEN
10.00 10.30 11.00	ESITTELY JA TUTUSTUMINEN	AJANKÄYTTÖ / <i>Tarja</i>	RAHANKÄYTTÖ / <i>Tarja</i> 10.00-10.45 ODOTUKSET SUHTEESSA OMIIN KYKYIHIN/ <i>Kirsi</i>
11.30	LOUNAS	LOUNAS	LOUNAS
12.00 12.30	MAJOITTUMINEN		
13.00 13.30	ITSEHILLINTÄ / RYHMÄTAIDOT / <i>Annikka</i>	KOMMUNIKOINTI PARISUHTEESSA JA PERHEESSÄ / <i>Kirsi</i>	TYÖN / PERHEEN / VAPAA- AJAN SUHDE ELÄMÄSSÄ / <i>Anne</i>
14.00 14.30	LIIKUNTA / KÄVELYTESTI / <i>Liikunnanohjaaja</i>	OMAT/PERHEENJÄSENTEN TARPEET / <i>Kirsi</i> PÄIVÄKAHVI	KURSSIPALAUTE PÄIVÄKAHVI JA KURSSIN PÄÄTTÄMINEN
15.00 15.30	PÄIVÄKAHVI ITSETUNTEMUS / <i>Kirsi</i>	LIIKUNTA / SAUVAKÄVELY / <i>Liik.ohjaaja</i>	
16.00 16.30		huilitauko OMIEN RAJOJEN TUNNISTAMINEN / <i>Kirsi</i>	
17.00 17.30	PÄIVÄLLINEN	PÄIVÄLLINEN	
18.00 18.30	fyysiset&psykkiset voimavarat / <i>Anne</i> klo 18.00-20.00	MIELIPITEEN ILMAISEMINEN KUUNTELEMISEN TAITO / <i>Annikka</i>	
19.00 19.30	RANTASAUNA & ILTAPALA	YLEISÖSAUNA/ UIMAHALLI & iltapala	

<b>ADHD-aikuisten elämän-/arjenhallintakurssi Tuusula/ Onnela 7.-11.10.2002</b>					
<b>KLO</b>	<b>7.10.2002</b>	<b>8.10.2002</b>	<b>9.10.2002</b>	<b>10.10.2002</b>	<b>11.10.2002</b>
	<b>MAANANTAI</b>	<b>TIISTAI</b>	<b>KESKIVIIKKO</b>	<b>TORSTAI</b>	<b>PERJANTAI</b>
9.00	SAAPUMINEN ONNELAAN	AAMIAINEN	AAMIAINEN	AAMIAINEN	AAMIAINEN
9.30		ITSETUNTEMUS/ omat voimavarat Tuula & Päivi	1. AISTI HARJOITUKSET Pia	LUOVUUS Nina	IMPROVISAATIO Pia
10.00	ESITTELY JA TUTUSTUMINEN		2. RENTOUTTAVA KUVA Nina		
10.30			LOUNAS	LOUNAS	LOUNAS
11.00	LOUNAS	LOUNAS	LOUNAS	LOUNAS	LOUNAS
12.00	MAJOITTUMINEN	RYHMÄT OPISKELUTAIDOT / Nina TYÖELÄMÄTAIDOT / Kirsi	MYÖNTEINEN AJATTELU Päivi & Tuula	Jippokoulu ajan- ja rahanhallinta Tuula & Päivi	PÄÄTÖSJUTUT & LÄHTÖKAHVIT
12.30	ITSETUNTEMUS Tuula & Päivi		LIIKUNTA 1. RYHMÄ kuntosali		
13.00		LIIKUNTA 2. RYHMÄ kuntosali	hengähdystauko		
13.30	PÄIVÄKAHVI	KONTAKTIHARJ. Pia / iso Sali		sauvakävely	
14.00		TUTUSTUMINEN Pia	PÄIVÄKAHVI		
14.30	PÄIVÄKAHVI	PÄIVÄKAHVI		PÄIVÄKAHVI	
15.00			TUTUSTUMINEN Pia		PÄIVÄKAHVI
15.30	PÄIVÄKAHVI	PÄIVÄKAHVI			
16.00			PÄIVÄKAHVI	PÄIVÄKAHVI	
16.30	PÄIVÄKAHVI	PÄIVÄKAHVI			
17.00			PÄIVÄKAHVI	PÄIVÄKAHVI	
17.30	PÄIVÄKAHVI	PÄIVÄKAHVI			
18.00			kurssilaiset: VAPAA-AIKA	kurssilaiset: VAPAA-AIKA	kurssilaiset: VAPAA-AIKA
18.30	työntekijät: tiimikokous	työntekijät: tiimikokous	työntekijät: tiimikokous	psykiatri Matti Wallin	
19.00	VERTAISRYHMÄ	VERTAISRYHMÄ	VERTAISRYHMÄ	RANTASAUNA	

## AD/HD: n NEUROLOGIA



*Aivokuorella (Brain Cortex) sijaitsee kunkin aistin ensisijaiset sensoriset alueet, joihin aistielinten vastaanottama tieto saapuu ja joissa käsitellään aistitiedon alkeispiirteitä. Primaari näköalue sijaitsee takaraivolohkossa, kuuloalue ohimolohkossa ja tuntoalue päälaenlohkossa. Otsalohkon takaosassa on primaari liikealue, josta liikekäskyt lähtevät lihaksiin. Primaarien alueiden läheisyydessä on sekundaareja alueita, joissa käsitellään aistitiedon monimutkaisempia piirteitä. Muu osa aivokuorta on assosiaatioalueita, jotka ovat olennaisia muun muassa eri aistien kautta saapuvan tiedon yhdistämisessä sekä muistin ja kielen säätelyssä.*  
(Paavilainen ym. 2002, 25-26.)

*Aivoverkosto eli retikulaarinen aktivaation säätöjärjestelmä - RAS (Reticular Activating System) säätelee vireystilaa sekä siihen liittyviä kehon toimintoja. RAS on verkkomainen hermoratajärjestelmä, joka alkaa aivorungon alueelta. Aivorungossa on sekä vireystilaa nostavia, että laskevia tumakkeita. Aivorungon toimintaa säätelevät sekä sisäsyntyiset, kehon itsensä säätelemät tekijät, että ulkosyntyiset, ympäristöstä lähtevät tekijät.*  
(Paavilainen ym. 2002, 67-68.)

*Aivoverkoston tehtävänä on pitää ylemmät aivokeskukset valmiustilassa, valmiina tiedon syöttämiseen eteenpäin. On löytynyt todisteita siitä, että AD/HD -oireisella aivoverkosto ei toimi kunnolla ja tämän häiriötilan seurauksena aivot ovat ikään kuin ”nukahtamassa”. Hyperaktiivisuus on aivojen yritys synnyttää uutta stimulaatiota ylläpitämään aivoverkoston valmiustilaa.* (Kinomura et. al., Science, Jan.26, 1996, Vol.271, pp.512-515.)

LÄHDE: [http:// www.edutechsbs.com/adhd/00010.htm](http://www.edutechsbs.com/adhd/00010.htm) 3.5. 2003

## **HYVÄ KURSSILAINEN !**

Olen Kymenlaakson Ammattikorkeakoulun sosionomiopiskelija. **Teen ADHD -liitolle tutkimusta aikuisprojektin vaikutuksista aikuisten AD/HD- oireisten elämän-/arjenhallintaan.** Tutkimukseeni olen saanut luvan ADHD -liitolta. Teen haastattelun kaikille kurssilaisille, jotka siihen suostuvat ja muutaman kuukauden kuluessa. ADHD -liitto postittaa jatkokyselyn, jossa kysytään kurssipalautetta ja kurssin vaikutuksia itse kunkin osallistuneen kohdalla.

Syötän tulokset SPSS -ohjelmaan haastattelun jälkeen ja toisen kerran saatuaani vastaukset jatkokyselyyn. Jotta voin syöttää tiedot uudelleen saman henkilön kohdalle, tarvitsen haastatteluihin ja jatkokyselyyn vastaajan nimen, SPSS- ohjelmaa varten numeroin kaavakkeet. **Vastauksia ei käsittele kukaan muu kuin minä ja tiedot ovat täysin luottamuksellisia.** Nimiä, tai taustatietoja käytän yksinomaan tilastollisiin tarkoituksiin, ne eivät tule näkyviin missään vaiheessa.

**Tutkimukseni tarkoitus on edistää aikuisten AD/HD -oireisten kuntoutusta tuottamalla tutkittua tietoa kuntoutuksen tarpeellisuudesta.** Aikuisprojektin jatko ja lisärahoituksen saaminen edellyttää tutkimustuloksia. Yksi projektin tavoitteista on kouluttaa sosiaalialan henkilöstöä tunnistamaan AD/HD -oireisto. Tutkimuksellani pyrin myös lisäämään tietoa omalla alallani.

Olen perehtynyt aiemmin lasten MBD -oireyhtymään ja haluan omalta osaltani myös edistää aikuisten AD/HD -oireisten hoito- ja kuntoutusmahdollisuuksia tekemällä aiheesta opinnäytetyön. Siksi **toivonkin Teiltä kurssilaisilta myönteistä suhtautumista tutkimukseeni ja aikaanne yhden haastattelun verran kurssin ensimmäisten päivien kuluessa!**

Ystävällisesti

Mirja Heikkilä Sosionomiopiskelija (AMK)



**SUOMEN MBD- LIITON ELÄMÄN- /ARJENHALLINTAKURSSI****1. Sukupuoli**

1. nainen
2. mies

**2. Asuinalue**

1. kaupunki
2. taajama
3. maaseutu

**3. Ikäsi?**

1. alle 25 vuotta
2. 25- 35 vuotta
3. 36- 45 vuotta
4. 46-55 vuotta
5. yli 55 vuotta

Lääni? \_\_\_\_\_

**4. Peruskoulutus**

1. ei peruskoulutusta
  2. kansakoulu
  3. keskikoulu peruskoulu
  4. peruskoulu
  5. lukio
- ammattinimike? \_\_\_\_\_

**5. Ammatillinen koulutus**

1. ammattikoulu
  2. opistoasteen tutkinto
  3. ammattikorkeakoulu
  4. korkeakoulu / yliopisto
- Suoritettu tutkinto? \_\_\_\_\_

Muu ( esim. keskenjäänyt tai meneillään oleva kurssi / koulu ), mikä?

\_\_\_\_\_

**6. Elämäntilanne**

1. työtön
2. työssä
3. opiskelija
4. muu: mikä? \_\_\_\_\_

**7. Perhesuhteet**

1. asun vanhempien kanssa
  2. asun yksin
  3. asun avo- / avioliitossa
  4. eronnut
  5. leski
  6. yksinhuoltaja
- Lasten lukumäärä? \_\_\_\_\_

Mikä diagnoosi? \_\_\_\_\_

Keneltä sait diagnoosin? \_\_\_\_\_

Aikaisemmat diagnoosit? \_\_\_\_\_

Rinnakkaisdiagnoosit? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**8. Diagnoosi**

1. ei diagnoosia
2. diagnoosin saannista alle 1 vuosi
3. diagnoosi ollut 1-3 vuotta
4. yli 3 vuotta

Lääkitys / Mitä mieltä olet sen vaikutuksista ?

LIITE 4/3

---



---



---



---

**9.Odotukset kurssin suhteen ( Rastita itsellesi tärkeimmät.)**

1. Apua arjenhallintaan
2. Ihmissuhdetaitojen parantuminen
3. Itsetuntemuksen lisääminen
4. Tietoa ADHD: stä
5. Vertaistuki

Muuta, mitä? Erittele tähän odotuksiasi tarkemmin.

---



---



---



---

**VALITSE OMAA SUHTAUTUMISTASI KUVAAVA VAIHTOEHTO ANNETTUIHIN VÄITTÄMIIN!**

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
1. Rahankäyttö ei ole minulle ongelma	—	—	—	—	—
2. Huolehdin ajallaan laskujen maksut	—	—	—	—	—
3. Olen saanut negatiivista palautetta rahankäytöstäni Keneltä? _____	—	—	—	—	—
4. Minulla ei ole maksuhäiriöitä	—	—	—	—	—

## LIITE 4/4

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
5. Ehdin hyvin huolehtia päivittäiset kotityöt	—	—	—	—	—
6. Ehdin ajoissa sovittuihin tapaamisiin	—	—	—	—	—
7. Saan sovitut työt tehtyä määräaikaan mennessä					
A) työpaikallani	—	—	—	—	—
B) yleensä ottaen	—	—	—	—	—
8. Ansiotyö ei vie kohtuuttomasti aikaani eikä energiaani	—	—	—	—	—
9. Olen kokenut uupumusta ansiotyöni suhteen	—	—	—	—	—
10. Minulle jää aikaa harrastuksiin	—	—	—	—	—
11. Olen saanut negatiivista palautetta ajankäytöstäni Keneltä? _____	—	—	—	—	—
12. Kotityöt tuntuvat minusta ylivoimaisilta	—	—	—	—	—
13. Arkielämään liittyvien asioiden hoito tuottaa minulle vaikeuksia	—	—	—	—	—
14. Huolehdin yleensä lupaamistani asioista	—	—	—	—	—
15. Kotini / tavarani pysyvät järjestyksessä	—	—	—	—	—

## LIITE 4/5

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
16. Löydän helposti kaiken tarvittavan kotoani	___	___	___	___	___
17. Tärkeät paperit/asiakirjat pysyvät tallessa	___	___	___	___	___
18. Tiedän, missä seikoissa olen hyvä	___	___	___	___	___
<b>Luettele vahvuuksiasi:</b>					

---



---



---



---

19. Tunnistan heikot puoleni \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

**Onko Sinulla mielestäsi kehittämisen / tuen tarvetta? Missä asioissa?**

---



---



---



---

20. Teen päätöksiä hetken  
mielijohteesta \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

21. Osaan hyödyntää taitojani  
työssäni / arkielämässäni \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

22. Nykyinen työni  
vastaa koulutustani \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

Peruste-  
lut: \_\_\_\_\_

---



---

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
23. Ammatillinen koulutukseni vastaa taipumuksiani/kykyjäni Peruste- lut: _____	—	—	—	—	—
24. Pidän ryhmätyöskentelystä	—	—	—	—	—
25. Teen <u>mielummin</u> töitä yksin	—	—	—	—	—
26. Olen samaa mieltä läheisteni kanssa A) kyvyistäni B) puutteistani	— —	— —	— —	— —	— —
27. Tunnistan ADHD- oireista johtuvat käyttäytymis- mallini	—	—	—	—	—

Mitä ne ovat Sinun kohdalla-  
si? \_\_\_\_\_

Miten ne tulevat  
esiin? \_\_\_\_\_

Millaisissa tilanteissa/ yhteyksissä? \_\_\_\_\_

## LIITE 4/7

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
28. Harrastan säännöllisesti liikuntaa	—	—	—	—	—
29. Minulla on ystäviä, joiden kanssa voin jakaa huoliani	—	—	—	—	—
30. Olen ylienerginen					
A) omasta mielestäni	—	—	—	—	—
B) toisten mielestä	—	—	—	—	—
31. Osaan purkaa ylimääräisen energiani	—	—	—	—	—
Miten? _____					
_____					
32. Minulta puuttuu energiaa/motivaatiota	—	—	—	—	—
Miten motivoit itseäsi? _____					
_____					
33. Olen keskustellut ADHD- oireistani					
A) perheeni kanssa	—	—	—	—	—
B) ystäväni kanssa	—	—	—	—	—
34. Riitelen usein	—	—	—	—	—
35. Kommunikointi perheenjäsenten kanssa sujuu hyvin	—	—	—	—	—

4/8

Jos kommunikointi perheessäsi ei toimi, kerro, millaisia vaikeuksia siinä on. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<u>Kysymykset</u>	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
<u>36-38 eivät koske yksin asuvia.</u>					

36. Perheen kesken on sovittu tehtäväjaosta	—	—	—	—	—
---	---	---	---	---	---

37. Oma roolini perheessä on selkeä	—	—	—	—	—
-------------------------------------	---	---	---	---	---

Jos on, kuvaile sitä \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Jos ei, mikä on epäselvää? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kysymykset 39- 44 koskevat vain parisuhteessa eläv iä.

38. Kumppanini kuuntelee minua riittävästi	—	—	—	—	—
--	---	---	---	---	---

Jos ei, mitä haluaisit suhteessanne muuttuvan? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

39. Kumppanini mielestä kuuntelen häntä riittävästi	—	—	—	—	—
---	---	---	---	---	---

Miten reagoit, jos saat kumppaniltasi negatiivista palautetta? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
40. Huolehdin lupaamistani asioista parisuhteessani	—	—	—	—	—
41. Läheisyys ei ahdista minua	—	—	—	—	—
42. Huomioin kumppanini tunteita	—	—	—	—	—
43. Mielialojeni muutokset eivät vaikuta parisuhteeseeni	—	—	—	—	—
44. Keskeneneräiset projektini eivät aiheuta riitoja parisuhteessa	—	—	—	—	—

Jos olet eri mieltä useimmissa kohdissa (39- 44 ), kuvaile vaikutuksia käytännön elämään suhteessa perheeseen / parisuhteeseen. \_\_\_\_\_

---



---



---



---

Miten ADHD- oireesi ylipäättään vaikuttavat parisuhteeseesi, vai onko niillä merkitystä?

---



---



---



---

Kauanko nykyinen parisuhteesi on kestänyt? \_\_\_\_\_



**Kysymykset 45- 49 eivät koske lapsettomia vastaajia.**

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sa- noa
45. Kykenen mielestäni johdonmukaisuuteen kasvatuksessa	—	—	—	—	—
46. Jaan tasapuolisesti kasvatusvastuun perheessäni	—	—	—	—	—
47. Pyrin pitämään antamani lupaukset	—	—	—	—	—
48. Lastenhoito on minulle mieleistä	—	—	—	—	—
49. Olen ylihuolehtiva lasteni suhteen	—	—	—	—	—

**Miten koet vanhemmuute-  
si?** \_\_\_\_\_

---



---



---



---

**Tarvitsisitko mielestäsi tukea äitiyteesi / isyyteesi? Millaista tu-  
kea?** \_\_\_\_\_

---



---



---

**KIITOS ARVOKKAASTA AVUSTASI TUTKIMUKSEN TEOSSA!**

**PALAUTEKYSELY SUOMEN MBD -LIITON KURSSISTA 7.-9.6.2002**

Miten koit ryhmätilanteet kurssilla?

---

---

---

---

---

---

Selvisikö sinulle oma työskentelytyylisi - Onko helpompaa työskennellä yksin vai ryhmässä?

---

---

---

---

---

---

Tunnistitko itsessäsi uusia piirteitä kurssin aikana?

---

---

---

---

---

---

Opitko tunnistamaan kurssilla saamasi tiedon/vertaistuen avulla ADHD -oireista johtuvia käyttäytymismallejasi?

---

Jos opit, mitä ne ovat sinun kohdallasi?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Muuttuiko käsityksesi itsestäsi ja kyvyistäsi kurssin myötä?  
\_\_\_\_\_

Jos muuttui, millä tavalla?

---

---

---

---

---

Oletko kurssin jälkeen osallistunut vertaisryhmätoimintaan tai hakenut muuta tukea arjenhallintaasi?

---

---

---

---

---

Miten koet vertaistuen vaikuttaneen elämääsi? Vertaa tilanteeseen ennen ryhmätapaamisia.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Oletko saanut tukea luotsilta? Jos olet, kerro kokemuksiasi siitä.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Onko arjenhallintasi helpottunut kurssin käytyäsi? Millä tavalla?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Oliko kurssin pituus mielestäsi sopiva? \_\_\_\_\_

Kurssin paras anti omalla kohdallasi?

---

---

---

---

---

**KIITOS ARVOKKAASTA AVUSTASI TUTKIMUKSEN TEOSSA!**

Voit laittaa palautteen suoraan sähköpostiini osoitteeseen [so0cmihe@kyamk.fi](mailto:so0cmihe@kyamk.fi) tai

Kirsi Saukkola - Lehtiselle Suomen MBD -liittoon joko sähköpostiin:

[kirsi.saukkola-lehtinen@mbdliitto.net](mailto:kirsi.saukkola-lehtinen@mbdliitto.net)

tai kirjallisena osoitteeseen:

Suomen MBD -liitto/Aikuisprojekti

Sitratie 7

00420 HELSINKI

