

EMDR:n käyttö seksuaalisesti hyväksikäytettyjen lasten hoidossa

Arja Lindqvist (artikkeli julkaistu Jorma Antikaisen ja Sirpa Taskisen toim. kirjassa "Seksuaalisesti hyväksikäytettyjen lasten ja lapsia hyväksikäyttäneiden nuorten hoito", Stakes 2006)

Kirjoituksessani kokoan lasten seksuaaliseen hyväksikäyttöön yhteydessä olevia hoidollisesti tärkeitä lähtökohtia "Eye Movement Desensitization and Reprocessing" (EMDR) -lähestymistavassa. EMDR:n käyttö seksuaalisesti hyväksikäytettyjen lasten hoidossa edellyttää erityisesti turvallisuustekijöiden korostunutta huomioimista, traumatisoitumisen asteen huolellista arvioimista ja lapsen kehityksellisen iän mukaista sovellusta EMDR:n käytännön hoitotilanteissa.

Lopussa kuvailen kehittämistä, joka sai alkunsa omasta työorientaatiostani pitkäkestoista mielenterveyden ongelmista kärsivien vanhempien ja heidän lastensa kanssa. Tutkimusten ja kliinisen työn kautta on tiedossa, että vaikean psyykkisen sairauden taustalta löytyy usein seksuaalinen hyväksikäyttö lapsuudessa. Lapsen seksuaalisen hyväksikäytön selvittelyssä ja ehkä myöhemmin hoidossa nousee silloin tällöin esiin edellisessä sukupolvessa tapahtunut seksuaalinen hyväksikäyttö. Miten tämän sukupolvelta toiselle siirtyvän traumatisoitumisen voisi ehkäistä! Miten vanhempia voisi auttaa tukemaan lasta seksuaalisesta hyväksikäytöstä selviytymisessä! Milla tavoin Beardsleen perheinterventiomallia voisi hyödyntää lapsen EMDR-hoidon tai muun traumahoidon jälkeen! Voisiko Beardsleen perheinterventiomalli palvella traumatisoitumisen jälkeisessä, rauhoittuneessa ja vakautuneessa tilanteessa vanhemmuutta voimaannuttavana ja lapsen hyvinvointia tukevana jatkotyöskentelynä! Voisiko se yhtenä monista perheterapeuttisista lähestymistavoista toimia sisarusten tai seuraavan sukupolven seksuaalista hyväksikäyttöä ennaltaehkäisevänä interventiona!

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) on traumatisoituneen muistin ja post-traumaattisen stressihäiriön (PTSD) hoitoon tarkoitettu monivaiheinen menetelmä. EMDR-hoidon avulla jumittunut, traumatisoitunut muistiaine alkaa prosessoitua uudelleen, sen käsittely helpottuu, adaptiiviset (sopeutumista palvelevat) traumaan liittyvät kognitiot lisääntyvät ja vaihtoehtoiset myönteiset kognitiot, selviytymiskeinot ja adaptiivinen käyttäytyminen juurtuvat (Saarinen 2004; Saunders & al. 2004). EMDR ajatellaan interaktiivisena, hoitosuunnitelmaan integroitavana psykoterapeuttisena lähestymistapana, jota ohjaa nopeutettu informaation prosessointimalli. Tämä tarkoittaa sitä että asiakkaat käsittelevät traumaansa - sekä menneisyyden että nykyisyydessä vaikuttavia järkyttäviä kokemuksia - nopeammin EMDR:lla kuin muissa traumahoidoissa.

Terapiaistunnoissa terapeutin avustuksella tehtävät silmienliikkeet tai vaihtoehtoisesti vuoroittaiset vasemmalta ja oikealta kuuluvat äänet tai kosketustuntoon liittyvät ärsykkeet (taputus) laukaisevat fysiologisen mekanismin, joka aktivoi informaation prosessointijärjestelmän. Samanaikaisesti liikesarjan rinnalla asiakas keskittää ajatuksensa traumamuistoon. Jokaisella liikesarjalla asiakas liikuttaa mielessään häiriintynyttä informaatioita kunnes adaptiivinen ratkaisu on löytynyt. Onnistunut prosessointi muuttaa

häiritsevää muistiaineesta (havaitsemiseen, tunteisiin, käyttäytymiseen, tosiasioihin, kehoon ja omaan elämäkertaan liittyvä muistaminen) sellaiseksi, että se ei ole enää emotionaalisesti häiritsevää. Tämä hoitoprosessissa muuttunut kokemus voidaan jättää menneisyyteen ja liittää adaptiivisella tavalla osaksi omaa elämää. (Shapiro 2001.)

Teoreettinen selitysmalli

EMDR perustuu silloisen psykologian opiskelijan Francine *Shapiron* satunnaiseen havaintoon vuonna 1987 silmien liikkeen vaikutuksesta mielialaan. Tämän havainnon pohjalta kehitettiin EMDR-menetelmä traumatisoituneiden ja psyykkisistä ongelmista kärsivien aikuisten hoitoon. Teoriaa ja EMDR-menetelmää on kehitetty laajojen ja kontrolloitujen tieteellisten tutkimusten pohjalta. Näitä tutkimuksia on enemmän kuin mistään muusta traumahoidossa käytettävästä menetelmästä. Myöhemmin kehittyivät lasten auttamiseen suunnatut EMDR-menetelmä muunnokset kliinisen kokemuksen ja lasten yleisten terapiakäytäntöjen pohjalta. Havaittiin, että etenkin pienten lasten kanssa toimivat kuuloon ja kosketustuntoon perustuvat ärsykkeet visuaalisia paremmin.

EMDR:n teoreettisena perustana nähdään nykyisin adaptiiviset kognitiiviset teoriat oppimisesta ja emootioista. Piaget'n näkemykset oppimisesta - assimilaatio (uusien kokemusten liittäminen aikaisempiin) ja akkommodaatio (toiminnan mukauttaminen ja kehittäminen uusien kokemusten pohjalta) - nähdään adaptaation eli sopeutumisen avainprosesseina. Shapiron (1995) kehittämä informaation prosessointimalli perustuu seuraaville oletuksille:

1. Traumaattiset muistot eivät ole täysin assimiloituneet laajempaan kognitiiviseen verkkoon, mikä rajaa kokemusta. Tämä merkitsee sitä, että ne jäävät osittain assosiatiivisesti irralleen ihmisen laajemmasta elämän kokemuksesta. Koska sellaiset muistot eivät täysin assimiloitu aikaisempiin kognitioihin, ne käyttävät häiritsevää voimaansa myöhemmässä informaation käsittelyssä.
2. Traumatisoituminen häiritsee psykologisia ja biologisia prosesseja, jotka tavallisesti tukevat muistin assimilaatiota ja akkommodaatiota. Traumamuistot sisältävät semanttisia ja affektiivisiä vääristymiä, jotka heijastavat tämän laajemman kognitiivis-semanttisen verkon osittaista jakautuneisuutta (dissosiaatio). Varastoituminen hajanaisessa muodossa voi vaikuttaa muuhun prosessointiin negatiivisesti ja johtaa havaitsemisen, tuntemisen ja reaktioiden vääristymiin.
3. EMDR-teoria olettaa, että ihmisessä on sisäinen itseään korjaava mekanismi. Tämä aktivoituu EMDR:n avulla. Aktivoituminen alkaa dynaamisesti huolehtia traumamuistojen ja niiden assimiloitumisen integroitumisesta normaaliin muotoon. Tämän luontaisen tiedonkäsittelymekanismin oletetaan selittävän muutosten erityistä nopeutta hoidossa.
4. EMDR-teoria laajenee muihin PTSD:ta koskeviin informaation prosessointi- teorioihin.
5. EMDR-teoria painottaa systemaattista taitojen/pystyvyyden rakentamisen tärkeyttä. (Saunders & al. 2004)

Toistaiseksi hoitomuodon toimintamekanismia ei tunneta. Miten eri aistikanavien kautta tuleva vuoroittainen stimulaatio ja samanaikaisesti tapahtuva intensiivinen keskittymisen ahdistavaan kokemukseen auttaa? Toisaalta minkään muunkaan psykoterapian neurobiologista mekanismia ei toistaiseksi tunneta kovin hyvin.

EMDR-hoidon tutkimuksista ja arvioinneista

Saundersin (2004) mukaan traumatisoituneiden lasten ja nuorten EMDR-hoidoista on tehty kolme kontrolloitua tutkimusta. Ne osoittavat EMDR:n tehokkaaksi hoitomuodoksi. Kolme EMDR-sessiota osoitettiin tehokkaiksi verrattaessa luonnonkatastrofin vuoksi PTSD:sta karsivia lapsia jonotilanteessa vailla hoitoa oleviin lapsiin, jotka myös altistuivat katastrofille (Cemtov, Nakashima & Carlson 2002). Kahdessa tutkimuksessa erilaisista kliinisistä oireista karsivat lapset ja nuoret aikuiset saivat kaksi tai kolme kertaa EMDR-hoitoa. Heitä verrattiin sekä tavanomaista että epäspesifiä hoitoa saaneisiin. Tulokset osoittivat, että EMDR tuotti erinomaisia tuloksia mitattaessa muistamiseen liittyvää ahdistusta ja post- traumaattista stressiä (Greenwald 1998; Puffer, Greenwald & Elrod 1997; Saunders 2004).

Tutkimusten mukaan EMDR on tehokas hoitomuoto ns. I-tyyppin traumassa, mikä tarkoittaa yksittäistä traumatisoivaa tapahtumaa, esimerkiksi kertaluonteista seksuaalista ahdistelua (Tinker & Wilson 1999). Kroonistuneessa ns. II-tyyppin traumassa tarvitaan usein muuta pitkäkestoista hoitoa, jossa EMDR on osana (Tinker & Wilson 1999). Tällaisia ovat useat toisistaan riippumattomat traumatapahtumat tai toistuvat, jatkuvat, samankaltaiset tapahtumat, esimerkiksi pitkään jatkunut inesti. Kliinisen kokemuksen mukaan ennen EMDR-hoitoon tuloa II-tyyppin trauman kokeneet ovat jo saaneet paljon erilaista intensiivistä hoitoa. Tällöin EMDR voi integroida ja nopeuttaa hoidon edistymistä (Shapiro 2002).

Tutkimuksissa ja meta-analyyseissa EMDR-hoito on voitu todeta tehokkaaksi lapsuudessaan traumatisoituneiden aikuisten hoidossa (Shapiro 2001). USA:n Kansallisen rikoksen uhrien tutkimus- ja hoitokeskuksen sekä Seksuaalisen hyväksikäytön- ja traumaattisen stressikeskuksen hankkeena Saunders, Berliner ja Hanson ovat toimittaneet julkaisun Child Physical and Sexual Abuse: Guidelines for Treatment (2004), jossa EMDR on arvioitu seksuaalisesti hyväksikäytettyjen lasten hoidossa jonkin verran tieteellistä tutkimusnäyttöä omaavaksi, hyväksyttäväksi hoitomuodoksi.

EMDR-käytäntö

EMDR-hoitoa käytetään erilaisissa viitekehyksissä ja yleisesti hyväksytyissä psykologisissa orientaatioissa. EMDR-terapeutiksi kouluttautunut yksilö- tai perheterapeutti käyttää omaa terapeutista viitekehystään (esim. psykodynaaminen, kognitiivinen, narratiivinen, perheterapeuttinen) tunnistaessaan asiakkaan aikaisempia muistoja ja kokemuksia, jotka ovat arjessa ilmenevien oireiden taustalla (Saarinen, Lahti & Parttimaa 2003). Lasten kanssa työskentelevältä edellytetään aikaisempaa kokemusta terapiatyöstä lasten kanssa. EMDR-hoidossa on etukäteen suunniteltava trauman oireisiin ja lapsen kehityksikään sopiva menettely eli protokolla.

EMDR-protokolla koostuu kahdeksasta eri vaiheesta:

1. Asiakkaan historia ja hoidon suunnitteleminen

Ensimmäiseen vaiheeseen kuuluu lapsen valmiuksien, hoidon esteiden, ongelma- käyttäytymisen, oireiden ja sairauksien ominaispiirteiden sekä turvallisuustekijöiden arviointi. On arvioitava, onko lapsen minä niin vahva, että lapsi kestää esiin nousevia affekteja. Onko oikeuspsykologiset tutkimukset tehty? EMDR muuttaa muistikokemusta, mutta ei poista sitä. Dissosioiko lapsi, jolloin EMDR-hoito suunnitellaan osaksi laajempaa hoitokokonaisuutta (Tinker & Wilson 1999).

2. Valmisteluvaihe

Valmisteluvaiheessa luodaan terapeutin suhde traumatisoituneeseen lapseen ja hänen huoltajaansa. Lapselle ja huoltajalle kerrotaan trauman syntymekanismista sekä EMDR-teoriasta ja hoitoprosessista (psykoedukaatio). Lapselle opetetaan kontrollitekniikoita, jotta hän pystyisi käsittelemään häiritsevää muistimateriaalia, jota nousee esiin terapiaistunnoissa ja istuntojen välillä. Turvallisen terapiasuhteen rinnalle lapsi tarvitsee kuvitteellisen ns. turvapaikan, jonka lapsi rakentaa mielikuvaharjoituksen avulla. Tavallaan lapsi voi "käydä" turvapaikassa "levähtämässä" hoidon aikana tai/ja istuntojen välillä. Lapsi voi sovitusti myös esimerkiksi kättään nostamalla säädellä meneillä olevaa prosessia. Turvapaikkaharjoituksen sujuminen jo ennakoit hoidon onnistumista. Lapselle sopiva ärsytysmuoto (kosketus, kuulo, silmien liikkeet) päätetään yhdessä. (Tinker & Wilson 1999.)

3. Traumatapahtuman subjektiivinen arviointi

Terapeutti etsii lapsen kanssa hyväksikäyttötapahtumaan liittyvän, häiritsevän muistikuvan ja auttaa häntä löytämään kognition, joka ilmaisee negatiivista käsitystä itsestä traumaattisessa tapahtumassa (esim. olen paha). Sen jälkeen valitaan positiivinen kognitio, joka on realistisempi ja rakentavampi arvio itsestä. Seuraavaksi lapsi arvioi positiivisen kognition todentuntuisuutta (validiteettia) asteikolla 1-7 (ns. VOC-skaala, 1 = ei lainkaan totta, 7 = täysin totta; validity of cognition). Terapeutti auttaa lasta tunnistamaan traumaattisiin muistikuviiin liittyviä tunteita ja fyysisiä tuntemuksia (esim. perhosia vatsassa) ja auttaa lasta arvioimaan niiden häiritsevyydestä (SUD; subjective units of disturbance scale). Lisäksi lasta pyydetään kertomaan, millainen on hänen "turvapaikkansa". Jokainen istunto alkaa ja päättyy turvapaikkamielikuvaharjoitukseen. Traumatapahtuman subjektiivinen arviointi on tavallaan alkumittaus, jonka pohjalta lapsen reagoitua hoitoon voidaan arvioida. (Tinker & Wilson 1999.)

4. Poisherkestäminen (Desensitization and Reprocessing):

Turvapaikkamielikuvaharjoituksen jälkeen terapeutti pyytää lasta muistelemaan traumaan liittyvää häiritsevää negatiivista kognitiota ja fyysisiä tuntemuksia. Sen jälkeen terapeutti lapsen kanssa tehdyn sopimuksen mukaan esimerkiksi liikuttaa sormia edestakaisin lapsen silmien edessä noin 20 kertaa (vaihtelee) kehottaa lasta hengittämään syvään ja kertomaan, miten hänen mielikuvansa, tunteensa, fyysiset tuntemuksensa ja ajatuksensa omasta itsestä ovat muuttuneet. Tätä jatketaan

kunnes SUD = 0 tai 1. Poisherkestämävaiheessa aikaisemmin häirinneet muistot muuttuvat ei-häiritseviksi eli adaptiivinen ratkaisu löytyy. Uudelleen prosessointia tapahtuu vaiheissa 4-6. (Tinker & Wilson 1999.)

5. **Juurruttaminen (Installation)**

Aiemmin valittua positiivista kognitiota vahvistetaan. Lapsi arvioi positiivista kognitiota VOC-skaalalla. Sovittu ärsytyssarja toistetaan) kunnes VOC on 6 tai 7, jolloin vaihe on saatettu loppuun. Hoidon tulosta siis arvioidaan VOC:lla. Positiivisen kognition juurruttaminen on mahdollista vain, jos häiritsevyyssaste on laskenut yhteen tai nolnaan. Kun häiritsevyyssaste laskee, positiivisen kognition todentuntuisuus lisääntyy.

6. **Kehon tarkistaminen**

Jos lapsi osoittaa jännittämiseen liittyviä merkkejä, terapeutti kehottaa lasta kiinnittämään niihin tuntemuksiin huomiota, samalla kun tehdään ärsytyssarjaa. Kehon tuntemusten tarkistamisella arvioidaan adaptiivisen ratkaisun onnistumista.

7. **Lopettaminen**

Terapeutti valmistele lasta istunnon lopettamiseen. Tarvittaessa voidaan käyttää muun muassa rentoutusharjoituksia tai turvapaikkaa. Tavoitteena on, että lapsi on istunnon päättyessä psyykkisesti tasapainoinen ja hyvinvoiva.

8. **Uudelleenarviointi**

Seuraavassa istunnossa arvioidaan hoidon tuloksia ja suunnitellaan, miten hoitoa jatketaan. Lapsi tai vanhemmat voivat pitää istuntojen välillä päiväkirjaa oireista, unista jne. (Antikainen 2005; Sauders & al. 2004; Tinker & Wilson 1999.)

EMDR seksuaalisesti hyväksikäytettyjen lasten hoidossa

Yhdysvaltalaisessa kirjallisuudessa EMDR-hoidossa korostuu tarkka hoidon valmistelu ja hoitosuunnitelman laadinta. Sekä huoltajien että lapsen valmisteluun sisältyy haastattelun lisäksi psykoedukatiivinen osuus, jossa kerrotaan EMDR-hoidosta, sen perustasta ja trauman synnystä. Hoitosuunnitelma käsittää traumaspesifisten muistojen ja ns. traumamuistuttajien sekä hoidossa tarvittavien voimavarojen kartoittamisen. Tärkeä kysymys kartoituksessa on, mihin traumamuistot viittaavat (perheen ulkopuoliseen, vanhempiin/huoltajiin). Hoidon alun ja lopettamisen valmistelussa kiinnitetään erityistä huomiota turvallisuustekijöihin. Istunnoissa arvioidaan hoidon edistymistä ja tulosten pysyvyyttä.

Seksuaalisesti hyväksikäytettyjen hoidossa on tärkeää saada myönteinen kokemus EMDR:stä heti hoidon alussa turvapaikkaharjoituksella. Myös erilaisten rentoutustekniikoiden oppiminen on tärkeää, jotta turvallisuuden ja hallinnan tunne säilyvät. Koska seksuaalisesti hyväksikäytetyt ovat erityisen haavoittuvia, pitää kaikkia kliinisiä turvatoimia tehostaa. Psykologisesti turvallisen ympäristön luominen on yleensä tärkeää traumatisoituneiden lasten hoidossa. Heille tulisi antaa myös riittävästi aikaa uuden tiedon ja emotionaalisen

tilan integroitumiseen, ennen kuin hoidossa käsitellään uusia alueita. (Shapiro 2001.)

Jotkut puolet EMDR-lähestymistavassa ovat tyypillisiä mille tahansa lasten terapioille, kuten tarve yhteistyöhön ja tukeen vanhempien kanssa, lapsen motivointi, luottamuksellisen suhteen rakentaminen jne. Olennaista on tarkastella tilannetta lapsen kannalta, mikä käsittää kehityshistorian ja psykososiaalisen tilanteen arvioinnin (Greenwald 1999).

EMDR:ää käytetään lasten kohdalla usein muunneltuna. Terapeutti saattaa olla aloitteellisempi traumamuiston kohteen valinnassa ja motivoinnissa. Terapia on pienten lasten kanssa enemmän konkreettista ja mielikuvituksen käyttöön perustuvaa kuin kognitioiden, emootioiden ja aistimusten ilmaisemista. Joitakin osioita protokollasta täytyy jättää pois, joitakin lyhentää; joskus prosessi tulee valmiiksi nopeasti.

EMDR:ää ei tulisi käyttää ennen kuin erityiset hoidon kohteet (traumamuistot, -muistuttajat) on määritelty. Hoito on tehokkainta silloin kun EMDR-terapian tavoitteet ovat erillisiä, esimerkiksi mielikuva pelottavasta henkilöstä, pahat unet ja fyysiset aistimukset (Greenwald 1999).

Lapsen on hyvä yleensä olla terapeutin kanssa istunnossa kahden kesken, jotta lapsi voisi maksimaalisesti keskittyä hoidon kohteeseen (traumamuiston erityisen kipeään puoleen). Poikkeuksena tästä Shapiro mainitsee separaatioahdistuksen ja vanhempien läsnäolon erityisen hyödyntämisen (Shapiro 2001). Vaikka terapeutin on puhuttava lapsen kieltä ja löydettävä työskentelyssä yhteinen kieli lapsen kanssa, tämä ei saisi verrata EMDR:ää ihmeperantamiseen. Terapeutin on korostettava lapsessa itsessä olevia parantavia voimia.

Jo yksi-kaksivuotiaita lapsia voidaan hoitaa onnistuneesti EMDR:llä, mikäli käytännön ohjeistuksen muutokset on tehty tarkoituksenmukaisesti. Turvapaikkaharjoitus ja EMDR-hoito voidaan tehdä niin, että lapsi istuu vanhempansa sylissä. Turvallinen ympäristö tulee myös luoda niin, että lapsi ymmärtää vanhempien auktoriteetin olevan terapeutin toiminnan taustalla.

Myönteinen alkukokemus EMDR:stä ja lapsen keskittymistä auttavien aputekniikoiden käyttö tuottavat nopeita muutoksia lasten EMDR-terapioissa. (Shapiro 2001; Greenwald 1999.)

EMDR-menetelmän muunnoksia lapsen terapian onnistumiseksi

Tunteiden konkreettiset määitykset:

Lapsen voi olla vaikea käsitteellistää tunteita ja käyttää SUD-asteikkoa, koska se on liian abstrakti. Terapeutti voi antaa lapsen käyttää esimerkiksi käsiä osoittamaan tunteen voimakkuutta.

Lapsen huomion vangitseminen:

Auttaakseen lasta silmänliikkeiden kohdistumisessa terapeutti voi esimerkiksi piirtää sormenpäihin kasvokuvia tai käyttää nukkeja tai muita leikkivälineitä. Monilla lapsilla kosketustuntoon perustuva stimulointi (taputus) on paras.

Kognitiot:

Terapeutin tulisi tarjota helppoja kognitioita positiivisen kognition juurruttamisessa esim. "Olen hyvä", "Äiti/isä huolehtii siitä" tai "Olen nyt turvassa". Pienet ahdistelun uhrin voivat hyötyä kielteisten "Älä kerro" ja "En voi kertoa" kognitioiden korvaamisesta. Kun lapsi on onnistunut keskittymään negatiivisiin kognitioihin ilman häiritseviä yksityiskohtia, näiden kieltojen synnyttämät pelot hälvenevät. Silloin korvaavilla sanoilla - "Olen turvassa", "On oikein kertoa" - voi olla erinomaisia vaikutuksia.

Kouluikäisillä on hyvä tuoda esiin sekä negatiiviset että positiiviset kognitiot. Mikäli lapsen kognitiiviset kyvyt eivät ole rakentuneet riittävästi, terapeutin tulisi tarjota lähin vastaava ilmaus lapsen oman voimaantumisen vahvistamiseksi esim. "Olen hyvä".

Yleistyvät hoidon vaikutukset:

Yksittäisten muistikuvien sijaan (hyväksikäyttäjä tekemässä jotakin tiettyä) voi olla hyödyllistä, että lapsi keskittyy ajattelemaan sinänsä hyväksikäyttäjää. Tämä lähestymistapa auttaa yleistämään hoidon vaikutuksia assosioituneessa muistiverkossa.

Esimerkki viisivuotiaasta ahdistelun uhrista, jota isä oli käyttänyt seksuaalisesti hyväksi rituaalinomaisesti päällään musta viitta ja naamio. Sen lisäksi, että kohteena olivat hyväksikäyttötilanteeseen liittyvät muistot (mm. oman kuolleen koiran näkeminen), lasta pyydettiin pitämään mielessä kuvaa isästä pukeutuneena viittaan ja naamioon. Ns. Still-kuvan käyttäminen (isä viitassa ja naamioituneena) mahdollistaa poishermostamiseen liittyvien vaikutusten yleistymisen laajasti häiritsevään muistamiseen sen sijaan, että käytettäisiin erillistä muistikuvaa yksittäisestä tapahtumasta.

Jo kaksivuotiaat kykenevät tuottamaan hyvin muistikuvia. Terapeutin on oltava valmis hyvin nopeisiin hoidollisiin vaikutuksiin ilmeisesti siksi) koska pienellä lapsella on suhteellisen vähän kokemuksia ja siksi vähän assosiaatioita. Lapsi voi alkaa hymyillä muutaman tehdyn sarjan jälkeen. Terapeutin pitää kuitenkin tarkistaa myöhemmin tulleet muutokset) esimerkiksi kastelu ja painajaiset) joita voi tulla seuraavien istuntojen jälkeen.

Luovat terapiat:

Monet lasten terapeutit ovat tunnustaneet luovien prosessien tehokkuuden, kuten piirtäminen, maalaus, hiekkalaatikkoleikit ja nukkeleikit. Niitä tai osia niistä voidaan käyttää linkkinä negatiivisten tapausten tai hyväksikäyttäjän herättämiin tunteisiin. Koko EMDR-hoito voidaan toteuttaa näin. EMDR-hoito voidaan myös integroida leikkiterapiaan (McGuinness 1997). Terapeutin pitää kuitenkin muistaa palata hoitoprosessissa traumamuistoon, jotta voi tarkistaa ratkaisun onnistumisen (Shapiro 2001).

EMDR-hoitoon liittyviä varotoimia

Traumatisoituneen lapsen hoidossa on merkittävää muistaa psykologisesta turvallisuudesta huolehtiminen. Mitä nuorempi tai mitä enemmän traumatisoitunut hoitoon tuleva lapsi on, sitä huolellisemmin on pidettävä turvatekijöistä huolta, jotta lapsi ei traumatisoituisi uudelleen.

Älttä 8-12-vuotiaat lapset ovat yleensä valmiita koko protokollan läpiviemiseen. 5-8-vuotiaat lapset tarvitsevat enemmän aikaa turvapaikkaharjoitukseen ja positiivisen kognition määrittämiseen EMDR-hoidossa. Leikki-ikäiset, 2-4-vuotiaat, vaativat enemmän turvatekijöiden huomioimista, jolloin yhteistoiminta lapsen kanssa alkaa lapsen kiinnostuksen kohteista käsin (esim. leikki, piirtely).

Tätä tarvitaan sitä enemmän, mitä levottomampi lapsi on. Kun lapsen luottamus vahvistuu ja levottomuus vähenee, voidaan EMDR-hoitoa ja osia siitä "sirotella" leikkitoiminnan oheen.

Aikuiset pystyvät EMDR-hoidossa liikkumaan mielikuvissa, ajatuksissa, tunteissa ja muistoissa. Lapset tarvitsevat tässä tukea ja kannattelua, jotta EMDR-prosessi saadaan viedyksi jokaisessa istunnossa turvallisesti loppuun.

Pahasti seksuaalisesti hyväksikäytetyt lapset ovat usein haluttomia muistamaan hyväksikäyttöä tai eivät muista sitä lainkaan. Lapsi voi suojautua dissosioimalla. Talloin vaikea kokemus ei ole adaptiivisella tavalla integroitunut lapsen kokemuspäiriin eikä kokemus ole tietoisesti palautettavissa mieleen. On tärkeää, että terapeutti on riittävästi koulutautunut, jotta dissosiaatio-oire ei vaaranna terapiasuhdetta ja terapiaa. (Tinker & Wilson 1999.)

Vanhempien osallistuminen

On tavallista, että pienten lasten vanhemmat ovat mukana lapsen EMDR-hoidossa. Lapsen turvallisuudesta huolehtivan vanhemman kanssa tehtävä yhteistyö hoidon valmistelussa ja hoidon aikana on välttämätöntä. Shapiron mukaan (2001) olisi tärkeää, että lapsi voisi keskittyä hoitoon mahdollisimman intensiivisesti. Tämä onnistuu parhaiten älttä varttuneemman lapsen kanssa kahdenkeskisessä tilanteessa. Yhteistyötä perheen kanssa kuitenkin tarvitaan hoitoon liittyvissä järjestelyissä edelleen, kuten muissakin lasten terapioidissa.

Amerikkalainen pediatri, sittemmin psykoterapeutti J. Lovett kehitti 1990-luvulla kliinisen kokemuksensa pohjalta uuden tavan käyttää EMDR-hoitoa yhdessä hoidettavan lapsen ja perheen kanssa. Hoitoon liittyvät tarinallisuus (storytelling), lapsen leikkiterapia, EMDR-protokolla ja vanhempien läsnäolon erityinen hyödyntäminen (Lovett 1999).

Hoidon kohteena ovat lasten I-tyyppin traumat. Kirjassaan Lovett kuvaa viisivuotiaan lapsen tapauksen. Lapsi on joutunut itseään vanhemman lapsen seksuaalisen häirinnän kohteeksi. Lovett tutustuu lapsen tilanteeseen tapaamalla erikseen vanhempia ja lasta yhdessä vanhempien kanssa. Hoidossa on sekä erillisiä istuntoja lapsen että vanhempien tai vanhemman kanssa sekä yhteisiä kokoontumisia. Ideana on, että vanhemmat kirjoittavat lapsensa traumatapahtumasta lasta ja vanhempia voimaannuttavan tarinan, jossa tapahtumat etenevät toisin kuin traumatisoituneessa tilanteessa. Toinen vanhemmista lukee terapeutin valitsemissa otteita kirjoitetusta tarinasta ääneen lapsen ja terapeutin kuullen, samalla kun toinen vanhemmista terapeutin ohjauksessa tekee esimerkiksi taputuksia EMDR-protokollan mukaan. Integroimalla leikkiterapia ja EMDR-

hoito sekä yhteiset perheistunnot lapsen paraneminen saadaan edistymään.

Vanhemman läsnäolon ja kirjoitetun tarinan hyödyntämistä voisi kehittää Suomen oloihin soveltuvaksi seksuaalisesti hyväksikäytettyjen lasten EMDR-hoidoissa.

Beardsleen perheinterventiomalli

Beardsleen perheinterventiomalli on alun alkaen kehitetty lapsen hyvinvoinnin parantamiseksi, kun perheen vanhempi on sairastunut vakavasti. Työtavan avulla on mahdollista tarkastella muuttunutta perhetilannetta lasten kannalta silloin, kun vanhemman sairauden pahin kriisivaihe on ohi eikä perhettä rasita jokin muu suuri huolenaihe ja vanhemmat haluavat katsoa perhetilannetta lapsen/lasten kertomusten valossa. (Solantaus & Beardslee 1996.) Beardsleen perheinterventiomallin käyttäminen edellyttää siihen liittyvän kliinikkokoulutuksen käymistä. Melko usein lapsen hyväksikäyttöä selvitettäessä tulee esiin vanhemman kokemus samankaltaisesta tilanteesta. Voi olla, että vanhemman traumatisoituminen lapsuudessa on johtanut myöhemmin sairastumiseen vaikeaan depression. Lapsuudessaan hyväksikäytetyllä vanhemmalla saattaa olla pitkäaikainen hoitosuhde. Hyväksikäytetty lapsi on tarvinnut oman hoidon. Miten kuvatus kaltaisessa tai muussa hyväksikäytetyn lapsen ja perheen tilanteessa perheen hyväksikäytettyä lasta ja hänen sisarusiaan sekä vanhempia voitaisiin auttaa selviytymään kriisivaiheen jälkeen? Tutkimusten mukaan lasta suojaa ja tukee ymmärrys sekä vanhemman sairaudesta että perheen tilanteesta (Solantaus & Beardslee 1996). Beardsleen perheinterventiomalli voisi harkitusti joissakin tapauksissa (hyväksikäyttäjää on perheen ulkopuolinen) soveltua traumatisoituneen, seksuaalisesti hyväksikäytetyn lapsen ja hänen perheensä avuksi lapsen EMDR-hoidon tai muun lapsen traumaterapian jälkeen. Beardsleen perheinterventiomallissa kerrotaan vanhempien haluamalla tavalla vanhempien vaikeuksista ja traumatisoitunut lapsi ja tämän sisarukset voivat kertoa omista huolenaiheistaan. Mallissa tavataan vanhempia yhdessä ja lapsia kahden kesken tai yhdessä ja suunnitellaan vanhempien ja työntekijöiden kanssa yhteinen perheistunto. Perheistunnossa voitaisiin käydä läpi esimerkiksi jo aloitettua psykoedukaatiota trauman synnystä, paranemisesta, lapsen turvallisuudesta ja turvataidoista tai muita ajankohtaisia lasten ja vanhempien esiin tuomia kysymyksiä vanhempien toivomalla tavalla. Tarkoitus on, että interventiossa edetään vanhemmuutta ja lasta kunnioittavalla tavalla ja että vanhemmuus perheessä voimaantuu ja vahvistuu. Tämä lisää perheessä syntyneen yhteisen ymmärryksen ja yhteenkuuluvuuden tunteen lisäksi sekä seksuaalisesti hyväksikäytetyn lapsen että sisarusten selviytymistä. Selkeästi strukturoitu työtapa auttaa ahdistuksen säätelyssä puhuttaessa vaikeista asioista, esimerkiksi onko lapsi "pilaantunut" seksuaalisen hyväksikäytön jälkeen, hylkiikö toinen vanhempi lasta?

Pohdinta

EMDR on verrattain uusi lähestymistapa seksuaalisesti hyväksikäytettyjen lasten ja yleensä psykologisesti traumatisoituneiden hoidossa. Vaikka EMDR on sivusta katsottuna psykoterapiamuotona "omituinen" (liikesarjat) ja menetelmän nimi EMDR jonkin verran harhaanjohtava - traumamuistojahan prosessoidaan myös taktiilisin ja auditiivisin ärsykein - ovat tutkimukset lapsuudessaan seksuaalisesti hyväksikäytettyjen ja traumatisoituneiden aikuisten EMDR-hoidoista vakuuttavia. Lasten traumahoitoon liittyvät kontrolloidut tutkimukset rajoittuvat I-tyypin trauman hoitoon, joista tulokset ovat erittäin lupaavia. Käytännön kokemukset seksuaalisesti hyväksikäytettyjen lasten EMDR-hoidosta vaikuttavat myönteisiltä.

Seksuaalisessa hyväksikäytössä traumatisoituneita lapsia hoidetaan myös Suomessa EMDR-menetelmällä. EMDR-hoidon soveltuvuudesta oloihimme ja tuloksista ei ole vielä saatavilla tutkittua tietoa. EMDR-menetelmä tarvitsee lasten traumahoitoihin liittyvän lisätutkimusten lisäksi vielä teorian kehittelyyn liittyvää analyysia.

On menetelmällisesti ja eettisesti haastavaa tutkia seksuaalisesti hyväksikäytettyjen ja traumatisoituneiden lasten hoidon tuloksellisuutta kontrolloidusti ja tieteellisesti. Hoidettunakin trauma voi ilmetä jollakin tavoin lapsen arjessa ja tulevaisuudessa lapsen seksuaalisen kehityksen eri vaiheissa.

Voisiko yksi tie edistyä menetelmän vaikuttavuuden osoittamisessa olla se, että kliinisessä työssä lapsen seksuaaliseen hyväksikäyttöön liittyviä EMDR-hoitoja ryhdyttäisiin raportoimaan aikaisempaa systemaattisemmin?

Sekä tutkimusten että kliinisten kuvausten valossa näyttää siltä, että EMDR käytännössä toimii seksuaalisesti traumatisoituneiden lasten ja lapsuudessaan traumatisoituneiden aikuisten hoidossa sovellettuna terapeutin omaan hoidolliseen viitekehikseen ja käytäntöön. Seksuaalisesti hyväksikäytetyn lapsen hoidon vahvana ytimenä on kuitenkin traumatisoituneen lapsen ja terapeutin ymmärtävä, lämmin ja luottamuksellinen vuorovaikutussuhde. Traumatisoivassa seksuaalisessa hyväksikäytössä voi vaurioitua myös luottamus toisiin ihmisiin ja vanhemman ja lapsen välinen tunne- ja kiintymyssuhde. Tarvittaessa lapsen hoitoon integroidun EMDR-/traumaterapian lisäksi seksuaalisen hyväksikäytön hoidossa on merkittävää myös lapsen ja perheen vuorovaikutussuhteiden hoito, jotta vanhemmat voivat auttaa ja tukea lasta selviytymisessä. Tarvittaessa myös verkoston tuki kannattelee lasta ja perhettä.

Lähteet

- Antikainen, Jorma (2005). Seksuaalisesti hyväksikäytettyjen lasten ja nuorten hyväksikäyttäjien auttaminen. Kirjallisuuskatsaus. Työpapereita 13/2005, Stakes.
- Chemtob, C. M. & Nakashima, J. & Carlson, J. G. (2002). Brief treatment for Elementary School Children with Disaster -related posttraumatic stress disorder: A field study. *Journal of clinical Psychology*, 58 (1), 99-112.
- Greenwald, Ricky (1998). Eye Movement desensitization and reprocessing (EMDR): New hope for children suffering from trauma and loss. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 3: 279-287.
- Greenwald, Ricky (1999). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) in Child and Adolescent Psychotherapy*. New York. Rowman & Littlefield.
- Lovett, Joan (1999). *Small Wonders. Healing Childhood Trauma with EMDR*. New York. Free Press.
- McGuinness, Victoria (1997). *Integrating Play Therapy and EMDR with Children*. USA.
- Puffer, M. & Greenwald, R. & Elrod, D. (1997). A single session EMDR study with twenty traumatized children and adolescents. *Traumatology-e*, 3(2), Article 6.
- Saarinen, Päivi (2004). EMDR psyykkisten traumojen hoidossa. Artikkel. www.traumaterapiakeskus.com
- Saarinen, Päivi & Lahti, Hilka & Partimaa, Raija (toim.) (2003). *Matkalla ehjäksi ja eheäksi. Traumaterapiakeskuksen loppuraportti 1999-2002*. Oulu. Kalevan kirjapaino.
- Saunders, B. E. & Berliner, L. & Hanson, R. F. (eds.) (2004). *Child Physical and Sexual Abuse: Guidelines for Treatment. Revised Report: April 26, 2004*. Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center.
- Shapiro, Francine (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols and Procedures*. New York. Guilford.
- Shapiro, Francine (2002). *EMDR as integrative Psychotherapy Approach. Experts of Diverse Orientations Explore the Paradigm Prism*. New York. Guilford.
- Solantaus, Tytti & Beardslee, William (1996). Interventio lasten psyykkisten häiriöiden ehkäisemiseksi. *Duodecim* 112 (18):1647.
- Tinker, R. H. & Wilson, S. A. (1999). *Through the Eyes of a Child. EMDR with Children*. New York. Norton.