

Psykosomaattinen lääketiede

Johannes Lehtonen

Psykosomaattisen yhteyden luonteesta **21** Psykosomaattisten häiriöiden diagnostiikasta **21** Psykosomaatiikan kehitysbiologinen perusta **23** Perimän ja ympäristön vuorovaikutus **24** Aivojen verkottuneisuuden merkitys **25** Tunteiden ja todellisuuden välinen liitos **25** Psykkisten mielikuvien tehtävä **27** Potilaan ja lääkärin psykosomaattinen vuorovaikutus **28** Mitä psykosomaatiikka edellyttää lääkäriltä? **28** Psykosomaatiikka tulevaisuuden terveydenhuollossa **29**

- Mielen ja kehon välillä on rakenteellinen yhteys, jolla on kehitysbiologinen perusta.
- Terveydellä ja sairaudella on aina jokin psykosomaattinen ulottuvuus.
- Psykosomaattisia häiriöitä ei luokitella enää sairauskeskeisesti, vaan niitä pidetään monitekijäisinä elimistön ja mielen välisen tasapainon häiriöinä. Ristiriita mielen ja kehon vaatimusten välillä altistaa psykosomaattisille häiriöille.
- Aivojen kokonaisvaltaisesti verkottunut anatomia tuottaa luontevan alustan psykosomaatiikan kokonaisvaltaisudelle.
- Tunne-elämällä on erityinen merkitys psykosomaattiselle terveydelle. Jos tietoisien mielen yhteys tunne-elämään katkeaa, syntyy alttius psykosomaattisille häiriöille.
- Traumaattiset kokemukset häiritsevät tunteiden ja tietoisuuden välistä yhteyttä.
- Kliinisessä työssä on tärkeää huomioida psykosomaattisten häiriöiden sekä somaattiset että psykososiaaliset tekijät ja arvostaa henkilön omaa kokemusta ja tapaa hahmottaa tilansa.
- Terveiden psykosomaattisen kokonaisvaltaisuuuden huomiointi on tärkeää terveydenhuollon järjestelmän tasolla nyt ja tulevaisuudessa.

Psykosomaattisen yhteyden luonteesta

Psykosomaattisella yhteydellä tarkoitetaan mielen ja kehon välillä olevaa yhteyttä, joka on annettu osa ihmisen rakennetta. Tähän viittaa jo antiikin terveysihanne *mens sana in corpore sano*, terve mieli terveessä ruumiissa. Psykosomatiikkaan kuuluu siten sekä terve että häiriintynyt yhteys kehon ja mielen välillä.

Mieli on osa kehon toimintaa, josta sitä ei voi erottaa, mutta sillä on myös itsenäinen, omaleimainen terveystensä, jota ei voi ymmärtää vain kehon kautta. Mielen sisällöt eivät määräydy suoraan kehon toiminnoista, vaan mieli kehittyy ja muotoutuu koko elämänkaaren ajan monien eritasoisten vuorovaikutusten kautta, joiden muistijäljet ja tunnekokemukset vaikuttavat mielen normaaliin ja häiriintyneeseen toimintaan.

Lääketieteellisen tietämyksen yleisellä kasvulla, parantuneella diagnostiikalla ja hoitoteknologian edistymisellä on ollut suuri vaikutus kuvaan terveyden ja sairauden psykosomaattisesta luonteesta. Samalla lääketiede on jakautunut toisaalta yhä pienempiin osa-alueisiin. Sen vastapainoksi on syntynyt tarve etsiä kokonaiskuvaa, johon terveyden ja sairastamisen eri puolet voidaan liittää.

Historiallisesti psykosomatiikka on perustunut enemmän oletuksiin ja teorioihin kuin varmennettuun tietoon. Lääketieteen kehityksen mukana psykosomatiikka on muuttunut vähitellen tiedollisesti perustelluksi ja vivahteikkaaksi alaksi, jolle on tunnusomaista tarkastella terveyttä ja sen ongelmia biologisten, tunneperäisten ja sosiaalisten tekijöiden yhdessä muodostaman kokonaiskuvan kautta. Myös yhteiskunnan ja kulttuurin kehityksellä on ollut merkittävä vaikutus psykosomaattisen ihmiskuvan kehitykseen. Käytännössä kokonaiskuvan merkitys näkyy potilaan henkilöhistorian ja elämäntilanteen osuudessa terveysongelmien syntyyn sekä motivaatiossa hakeutua hoitoon ja ottaa sitä vastaan sekä halussa parantua.

Somaattisten ja psyykkisten tekijöiden välinen yhteys on kaksisuuntainen. Kehon terveys ja sen tarpeiden toteutuminen vaikuttavat mieleen, ja mieli vaikuttaa puolestaan kehoon ennen kaikkea

tunne-elämän kautta. Mielen ja kehon välinen yhteys on rakenteellinen ja ylläpitää sekä tervettä että häiriintynyttä vuorovaikutusta niiden välillä. Hyvä psyykinen terveys tukee kehon terveyttä, ja terve keho on merkittävä tuki mielen toiminnalle.

Terveessä kehossa psykosomatiikka ilmenee monilla tavoin. Lihasjännitys, syke, ja muut autonomiset tunnevasteet seuraavat mielekkäällä tavalla sitä, mitä mielessä ja vuorovaikutuksissa tapahtuu. Tervettä psykosomatiikkaa edustaa myös nautinto liikunnasta, joukkuepeleistä tai tanssista. Myös seksuaalisuudella on oma erityinen paikkansa terveessä psykosomatiikassa.

Jos kokeva mieli syystä tai toisesta ei kykene ottamaan huomioon kehon vaatimuksia, mieli ja keho joutuvat ristiriitaan. Pitkään jatkuva ristiriita johtaa psykosomaattisiin häiriöihin, joiden ilmeneminen riippuu iästä, peritystä ja hankitusta psyko-fyysisestä rakenteesta sekä ulkoisista tekijöistä. Esimerkiksi pitkäaikainen masennustila altistaa elimistön monille eri sairauksille. Syömishäiriöissä psyykkisten pyrkimysten ja kehon tarpeiden ristiriita on erityisen näkyvää. Aikuistuvan nuoren mieli ei silloin hallitse nälän, kylläisyyden ja mielihyvän luontaista yhteenkuuluvuutta vaan pyrkii säätelemään syömistä ja sen tuottamaa mielihyvää kohtuuttomilla vaatimuksilla, jotka voivat johtaa vakavaan sairastumiseen.

Psykosomaattisten häiriöiden diagnostiikasta

Psykosomaattisten häiriötilojen määrittely ja diagnostiikka on jossain määrin vakiintumatonta. Diagnostiikan ongelmallisuus liittyy ainakin osittain siihen, että psyykkisen kokemisen ja somaattisten toimintojen välistä rajaa on vaikea määritellä tieteellisen tarkasti niiden luontaisen yhteyden vuoksi. Suomessa käytössä olevassa ICD-10-järjestelmässä psykosomaattiset häiriöt luokitellaan tautiluokkaan F40–48, johon kuuluvat neuroottiset ja stressiin liittyvät häiriöt sekä elimellisoireiset eli somatoformiset häiriöt. Myös luokkaan F50–59 kuuluvista häiriöistä fysiologisiin toimintoihin tai muihin ruumiillisiin

tekijöihin liittyvät häiriöt sisältävät psykosomaatiikan piiriin kuuluvia tiloja. Yhdysvaltalainen DSM-V-järjestelmä luokittelee psykosomaatiikan piiriin kuuluvat häiriöt eri tavalla välttämättä luokittelemalla erillisiksi tautitiloiksi vielä selvemmin kuin eurooppalainen ICD-järjestelmä.

Psykosomaattisilla sairauksilla on tarkoitettu perinteisesti eri elinjärjestelmien piirissä ilmeneviä psykogeenisiä häiriöitä, jotka aiheuttavat somaattisen toimintahäiriön ja joiden vakiintumiseen tiettyjen persoonallisuustekijöiden on oletettu myötävaikuttavan. Näihin sairauksiin luettiin verenpainetauti, astma, mahahaava, ulseratiivinen koliitti, hypertyreoosi, tietyt ihosairaudet ja reuma.

Nykyisin psykosomaattisia häiriöitä ei luokitella itsenäisten psykosomaattisten diagnoosien kautta vaan eri elinjärjestelmissä ilmenevinä psykosomaattisen yhteyden toimintahäiriöinä, joilla on somaattisia, psykologisia ja elämäntilanteeseen liittyviä syitä. Spesifisistä psykosomaattisista diagnooseista luopumiseen on vaikuttanut näiden häiriöiden somaattisten mekanismien lisääntyminen, mikä on myös parantanut niiden somaattisia hoitomahdollisuuksia, kuten esimerkiksi helikobakteerin antibioottihoito mahahaavassa. Kuva kehon ja mielen vuorovaikutuksesta on muuttunut tieteellisen tutkimuksen kautta enemmän toiminnalliseksi ja useamman kuin yhden tekijän määräämäksi eikä ole enää samalla tavoin sairauskeskeinen kuin aikaisemmin.

Psykosomaattisella oireella tarkoitetaan psykikiseltä pohjalta syntyvää toiminnallista somaattista häiriötilaa, joka voi ilmetä monissa erilaisissa muodoissa. Oireet voivat syntyä vähitellen mutta toisinaan myös nopeasti ja traumaattisesti ilmenevän vaikeaa ristiriitaa somaattisten toimintojen ja psyykkisen sopeutumisen välillä. Tämä on yleistä stressitilanteissa, joissa ihminen joutuu olosuhteiden pakosta vaatimaan itseltään ja keholtaan enemmän kuin mihin voimavarat riittävät. Tavallisimpia oireita ovat silloin uupumus, unihäiriöt, verenpaineen nousu, sydämen rytmihäiriöt ja toiminnalliset ruoansulatuskanavan häiriöt. Myös traumaperäiseen stressireaktioon liittyy yleensä psykosomaattisia oireita, erityisesti levottomuutta, autonomisen hermoston yliviritysoireita ja unettomuutta.

Somatisaation käsite viittaa epäspesifiseen ja yleisluontoiseen reagoitintapaan, joka ilmenee psyykkisten haasteiden ja sosiaalisten paineiden kanssa rinnakkain esiintyvinä somaattisina oireina tai sairauksina, jotka voivat olla monimuotoisia. Somatisaatio on yleistä, kun kyse on pitkäaikaisista psykofyysisen sopeutumisen häiriöistä, kuten esimerkiksi depressioissa tai työelämän, syrjäytymisen ja psykososiaalisen sopeutumisen umpikujatilanteissa. Ne altistavat monille fyysisille terveysongelmille, kuten tuki- ja liikuntaelinten sairauksille, kiputiloille, aineenvaihdunnan ja ravitsemuksen häiriöille tai immuunipuolustuksen heikentymiselle ja infektioille. Suoraa syy-yhteyttä ei useinkaan voida osoittaa, mutta samanaikaisuus puhuu sen puolesta, että psykososiaalinen rasitustila verottaa tällöin myös henkilön somaattista terveyttä.

Somatisaatio-oireista kärsivät henkilöt ovat yleensä käyttäneet terveystalveta paljon ja pitkän ajan kuluessa. Taustalla on usein elämäntilanne, johon sopeutuminen ja jonka käsittely psyykkisellä tasolla on syytä tai toisesta riittämättömyyttä. Somatisaatio-oireista kärsiville hoitosuhteen jatkuvuus on tärkeää, jotta oireet, niiden henkilökohtainen tausta ja toteutuneet hoidot voidaan sen puitteissa koostaa yhtenäiseksi kuvaksi, mikä ei yleensä onnistu, jos hoitava osapuoli vaihtuu usein. Tämä merkitsee haastetta myös terveystalvelujärjestelmälle, jonka tulisi kyetä vastaamaan ongelmiin niiden monimuotoisuuden ja kokonaisvaltaisuuden edellyttämällä tavalla.

Turvattomissa tai poikkeusoloissa elävillä henkilöillä on usein psykosomaattisia oireita. Niitä on yleisesti myös katastrofityöntekijöillä ja sotilailla, joiden kipu- ja lamaantumisoireet ovat poikkeustilanteissa työskenneltäessä tavallisia. Tällaiset oireet eivät johdu suoraan fyysisestä vammasta tai haavoittumisesta vaan ovat toiminnallisia ja liittyvät äärimmäiseen rasitukseen. Niihin kuuluvat esimerkiksi sotilaiden toiminnalliset sydänoireet (*soldier's heart syndrome*) tai yllärasitukseen liittyvä uupumus, psyykkinen kipu ja infektiotiltiltius.

Kun somaattisten oireiden taustalta ei löydy selittävää sairausmekanismia, käytetään toisinaan nimitystä lääketieteellisesti selittämättömät oireet (*medically unexplained physical symptoms*, MUPS). Tätä käsitettä käytettäessä pyritään vält-

tämään kannanottoa siihen, ovatko oireet psykosomaattisia. Mahdolliset psykologiset tai olosuhdekohtaiset tekijät jätetään silloin tarkoituksellisesti avoimiksi ja erikseen selvitettäväksi.

Somaattisen lääketieteen näkökulmasta kaikki oireilu, jolle ei löydy somaattista syytä, on toiminnallista. Oireilu tulkitaan silloin usein psykosomaattiseksi. Somaattisten syiden poissulkeminen ei ole kuitenkaan peruste luokitella häiriö psykosomaattiseksi. Oireilun psykosomaattiseen luonteeseen ei ole syytä ottaa kantaa, ennen kuin siihen liittyvät psyykkiset ja sosiaaliset tekijät on tutkittu riittävän perusteellisesti.

Tietyille oireyhtymille, joissa on kyse pitkään jatkuvista selittämättömistä vaivoista, on luotu erityisiä diagnostisia nimikkeitä, kuten väsymysoireyhtymä ja fibromyalgia. Näiden ja muiden vastaavien kuvailevien nimikkeiden käytöstä ei voi kuitenkaan johtaa suoraan niihin parhaiten sopivaa hoitotapaa, vaan ne, kuten kaikki muutkin psykosomaattiset häiriötilat, edellyttävät taustalla olevien somaattisten, psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden huolellista arviointia.

Dissosiaatiohäiriöllä tarkoitetaan tilaa, jota luonnehtii mielen toiminnan osittainen lohkominen tietoisuuden ulkopuolelle joko somaattisten elintoimintojen piiriin tai tiedostamattomalle psyykkisen toiminnan tasolle. Poislohkottu toiminta voi ilmetä motorisina, sensorisina, kohtauksellisinä tai aistimusjärjestelmän oireina, kuten esimerkiksi tunnon puutoksina, halvausoireina tai näön ja kuulon häiriöinä. Näitä oireiloja luonnehdittiin aikaisemmin psykogeenisiksi konversiotiloiksi.

Dissosiaatiohäiriöistä kärsivän henkilön elämänvaiheista löytyy usein traumakokemuksia, jotka ovat olleet psyykkisesti ylivoimaisia, ja niistä on jäänyt vastaavasti jälkiä somaattiselle tasolle. Dissosiaation mekanismeissa oire lohkotaan tietoisesta psyykkisestä toiminnasta ulkopuolelle. Mekanismi tähtää psyykkisen kivun ja ahdistuksen helpottamiseen. Se onnistuu kuitenkin yleensä vain tilapäisesti ja näennäisesti. Ahdistuksen vaihtoehdoksi tulee tällöin somaattinen toimintahäiriö tai epätarkoituksenmukainen psyykinen reagointi, jotka haittaavat potilasta yhtä paljon kuin alkuperäinen ahdistava kokemus. Tällaisessa oireiden vaihtokaupassa ei ole todellisia voittajia.

Dissosiaatiohäiriöiden psykologiset muodot ilmenevät muistihäiriöinä (amnesia), vaelteluna tai toisinaan myös identiteetin häiriöinä, eivätkä ne kuulu varsinaisen psykosomaatiikan piiriin.

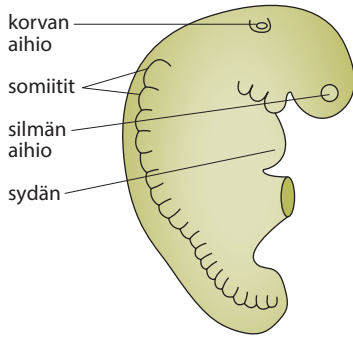
Psykosomaatiikan kehitysbiologinen perusta

Lääketieteen eriytyminen yhä pienempiin osaluokkiin on seuraus pitkäaikaisesta tieteellisestä kehityksestä ja kokemusperäisestä kliinisten käytäntöjen tarkentumisesta. Tämän kehityksen rinnalla on vakuuttavaa tieteellistä näyttöä siitä, että terveyden ja sairauden säätely ihmisessä on kokonaisvaltaista. Kokonaisvaltaisuuden perusteet syntyvät jo sikiökaudella alkionkehityksen lainalaisuuksista. Aivot kehittyvät samasta eriytyvästä alkiokehityksestä kuin muukin keho. Aivojen ympärille kehittyä suojaa luinen tukirakenne, mikä luo kuvaa siitä, että aivot ja sen tukema mieli olisivat muusta kehosta erillinen rakenne. Näin ei luonnollisestikaan ole.

Aivot on kirjaimellisesti istutettu muuhun kehoon, josta ne kehittyvät vähitellen eriytyneiksi neuraalisiksi rakenteiksi. Aivot kuroutuvat uloimasta alkiolehddestä, ektodermistä, josta myös iho muodostuu (kuva 1). Iho toimii ihmisen fyysisenä rajapintana ulkomaailmaan. Vastaavasti aivot ja sen tukema mieli huolehtivat ihmisen toiminnallisesta rajasta ulkopuoliseen todellisuuteen.

Aivot ja sen tukema mieli toimivat läpi koko elämän orgaanisessa yhteydessä muuhun kehoon. Psykosomaatiikan kehitysbiologisen perustan vaikutus muuttaa kuitenkin muotoaan paljon elämänkaaren eri vaiheiden mukaan lapsuuden eriytyvästä kehityksestä kohti aikuisen autonomiaa ja taas vanhuudessa lisääntyvään riippuvuuteen kehon rajoituksia korvaavista apukeinoista ja hoidoista.

Aivojen tehtävä on kaksitahoinen. Niiden tulee toisaalta säädellä elimistön toimintaa ja tasapainoa eli homeostaasia niin, että yksilön toimintakyky säilyy mahdollisimman hyvänä, ja toisaalta niiden tulee huolehtia yksilön sopeutumisesta ulkoiseen ympäristöön.



Kuva 1. Aivojen kehitysvaihe 28 päivän ikäisellä 3,5 mm: pituisella alkioilla, jonka aivojen alkava kehitys asettuu silmien ja korvien väliin erottumatta vielä muusta kehosta. Aivot ovat kirjaimellisesti osa muuta kehoa, josta ne vähitellen eriytyvät omaksi rakenteekseen. Brodal 2010.

Kehon homeostaattisen tasapainon säätely perustuu aivojen syviin rakenteisiin. Niiden ja muun kehon välillä on jatkuva vuoropuhelu, joka ohjaa sekä tervettä että häiriintynyttä psykosomaattista tasapainoa. Kuva kehon ja aivojen välisistä vuorovaikutuksista on tarkentunut ja monipuolistunut viime vuosikymmenten tutkimuksessa. Perinteisten psykosomaattisten rakenteiden, kuten aivorungon tumakkeiden, limbisen järjestelmän, hypothalamuksen, aivolisäkkeen ja lisämunuaisen, ohella psyykkisten toimintojen yhteyttä esimerkiksi immuunipuolustukseen ja ruoansulatuskanavan toimintoihin (*gut-brain axis*) on alettu ymmärtää uudella tavalla.

Aivojen toinen perustehtävä on säädellä yksilön suhdetta ulkomaailmaan. Tämä tehtävä voi käynnistyä täydessä mitassa vasta syntymän jälkeen, kun lapsi siirtyy kohdusta ulkoisten hoivausuhteiden varaan. Syntymä herättää aivot tietoisuuteen ulkoisesta todellisuudesta. Kehityksen edetessä lapsen orastava mieli saa tehtäväkseen säädellä lapsen suhdetta ulkoiseen todellisuuteen, jota ennen kaikkea hoivaaja edustaa. Kohdussa lapsella ei ollut vielä tätä tasapainotehtävää homeostaattisten tarpeiden ja ulkoisen hoivan välillä. Kohdussa istukka ja napanuora pitivät homeostaasista huolta ilman lapsen omaa ponnistusta ja äidin tahdosta riippumatta.

Syntymän jälkeen lapsen sisäinen ja ulkoinen maailma alkavat liittyä yhteen, ja siihen tarvitaan

myös lapsen omaa aktiivisuutta. Ulkoisen ja sisäisen todellisuuden yhdistyminen on psykosomaattinen kehitystapahtuma, jonka puitteissa lapsen tarpeiden ja hoivaajan vastaantulon tulisi kohdata toisensa mahdollisimman hyvin.

Varhaisvaiheiden suotuisa kehitys antaa lapsen mielelle siten terveen psykosomaattisen pohjan. Lapseen sisäistyy silloin perustavia, terveyttä ylläpitäviä psykosomaattisia toimintamalleja, joita ovat ennen kaikkea syömisen ja unen rytmit ja niitä säätelevä luottamus turvalliseen hoivaajaan. Psykofyysisen tasapainon häiriöt ilmenevät vastaavasti ensimmäisinä syömisen ja unen häiriöinä. Yleensä ne ovat tilapäisiä ja ohimeneviä mutta toisinaan vakavia, kuten esimerkiksi yksin jätettyjen lasten kohdalla kehityksen hidastuminen, tunne-elämän kuihtuminen ja elinvoiman hiipuminen, jotka voivat johtaa jopa kuolemaan, kuten René Spitz on osoittanut klassisissa tutkimuksissaan.

Perimän ja ympäristön vuorovaikutus

Ihmisen perimän selvittäminen ja geenien toimintaperiaatteiden ymmärtäminen ovat olleet viime vuosikymmenten merkittävimpiä tieteellisiä saavutuksia lääketieteessä. Niillä on tärkeä merkitys myös psykosomaatiikan ymmärtämiselle. Aikaisemmin oltiin taipuvaisia uskomaan, että geenit toimivat omalakisesti ympäristöstä riippumatta ja vain mutaatiot muuttavat geenien toimintaa. Tästä käsityksestä on luovuttu vähitellen, kun epigeneettisiä mekanismeja on opittu tuntemaan. Geenin toiminnan käynnistyminen riippuu geenin kemiallisen ympäristön ohjauksesta, johon puolestaan myös yksilön ulkopuoliset signaalit vaikuttavat niiden laukaisemien molekyylien kuten esimerkiksi serotoniinin välityksellä.

Kanadalainen Michael Meaney työryhmineen osoitti ensimmäisenä, että rottaäidin antama runsas hoiva vaikuttaa poikasen aivojen reseptoreiden määrään aktivoimalla reseptoreita tuottavan geenin. Hyvin hoivatuilla poikasilla on paljon kortisolireseptoreita, ja poikaset sietävät sen vuoksi stressiä paremmin kuin vähän hoivatut, joilla kor-

Keho on aivojen alusta ja aivot ovat mielen alusta

Aivoilla on kaksi perustehtävää: säädellä kehon tasapainoa ja ohjata yksilön suhdetta ulkomaailmaan. Kun nämä kaksi tehtävää ovat sopu-soinnussa, yksilön psykosomaattinen terveys on tasapainossa.

tisoliireseptorien määrä oli pienempi. Vähän hoiva-tut poikaset aikuistuttuaan hoivaavat puolestaan vähemmän omia poikasiaan, ja näin ympäristön vaikutus geenien ohjaamaan aivojen reseptori-tasapainoon siirtyy seuraavalle sukupolvelle.

Meaneyn tutkimusta voidaan pitää mallina ympäristön ja geenien epigeneettisen vuorovai-kutuksen merkityksestä. Samansuuntaisia havain-toja on tehty runsaasti muiltakin tutkimusaloilta. Oikea-aikaiset epigeneettiset mekanismit ovat välttämättömiä normaalille kehitykselle, ja vas-taavasti niiden puuttuminen voi aiheuttaa alttiutta psykosomaattisille häiriöille, kuten esimerkiksi heikommalle stressinsietokyvyille.

Psykosomaattisesta oirekuvasta ei voi kuiten-kaan nähdä suoraan, minkälaisista traumaista tai muista kehityshistoriallisista alttiustekijöistä on ollut kysymys. Oireiden taustalla voi olla yksilön elämässä aikaisemmin tapahtunut tasapainon häiriintyminen, joka vasta myöhemmin johtaa rasiustilanteessa erilaisiin klinisiin oirekuviin. Vaikka psykosomaattinen häiriö voi näyttää selittämättömältä ja ilmiänsultaan biologiselta, geneettisten tai muiden kausaalisten tekijöiden ohella oireiden taustalla voi olla kasvuolosuhteista aiheutuneita epigeneettisiä muutoksia, jotka ovat johtaneet psykofyysisen tasapainon häiriöihin.

Aivojen verkottuneisuuden merkitys

Käsitykset aivojen toimintaperiaatteista ovat muuttuneet viime vuosikymmeninä lähes yhtä paljon kuin käsitykset perimän ja ympäristön

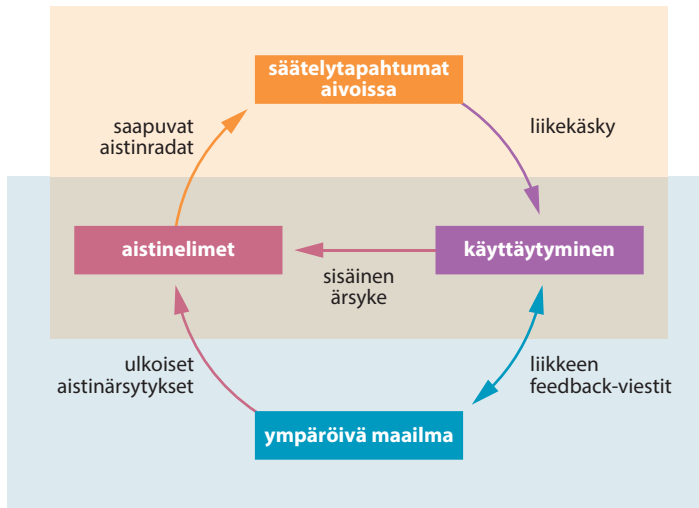
välisestä suhteesta. Genomin tavoin aivojakin pidettiin aikaisemmin suljettuna järjestelmänä, jonka rakenne ja toimintatavat määräävät ehdot ihmisen kehitykselle ja käyttäytymiselle. Neuro-fysiologiset tutkimukset ja aivojen kuvantamis-menetelmät ovat tuottaneet kuitenkin kokonaan uudenlaisen kuvan aivojen merkityksestä ihmisen mielen toiminnalle.

Aivojen toiminta seuraa tarkoin ympäristöä hetki hetkeltä ja mallintaa siitä jatkuvasti kuvaa yksilön parhaaksi. Aivojen ja ympäristön toimin-nallisessa suhteessa ympäristö ei säily erillisenä, vaan se syntyy ja mallintuu aivoissa uudestaan ja suhteutuu muistiaineksessa oleviin aikaisempiin kokemuksiin. On sanottu, että aivot luovat ympä-ristöstä virtuaalisen todellisuuden aivojen sisälle (*movie in the brain*, Damasio).

On myös käynyt ilmi, että aivot toimivat koko-naisuutena. Aivojen eri osat ja tasot ”keskustele-vat” jatkuvasti keskenään. Aivojen sisäinen dia-logi perustuu sille, että aivot ovat rakenteellisesti voimakkaasti verkostoitunut elin, mikä tekee ymmärrettäväksi sen, että pienikin muutos, esi-merkiksi vähäpätöiseltä vaikuttava havainto, voi saada aikaan toiminnan muutoksia laajoilla alu-eilla aivoissa. Aivojen rakenteellista verkottumista nimitetään *konnektomiksi*, jolla tarkoitetaan aivo-jen ratayhteyksien rakenteellista ja toiminnallista kokonaisuutta. Tässä merkityksessä on oikeutettua sanoa, että kokonaisvaltaisuuden periaate ei ole vain metafora, vaan kokonaisvaltaisuus on aivojen rakenteellinen tosiasia.

Tunteiden ja todellisuuden välinen liitos

Todellisuuden tarkkailu aivoissa toimii sen varassa, että sensorinen tieto kytkeytyy välittä-vien vaiheiden kautta motorisiin kanaviin, jotka panevat aistimuksista ja harkinnasta syntyneet päätökset toimeen. Aistien ja motoriikan välistä yhteyttä nimitetään sensomotoriseksi silmukaksi, joka toimii havaitsijan mielessä peilautumisjär-jestelmän tavoin eli ulkoisten havaintojen sisäi-senä peilinä ja siten eräänlaisena käyttäytymistä



Kuva 2. Kaaviokuva aivojen sensomotorisesta silmukasta. Aistinelimistä välittyvä kuva aivoihin, joka käynnistää harkinnan jälkeen tilanteesta riippuvalla tavalla motorisen käyttäytymisen. Käyttäytymisen vaikutuksista syntyy uusi havainto ja silmukan kehä toistuu. Tällä tavalla aivoissa seurataan virtuaalisesti ympäristön muutoksia, joihin voidaan vastata halutulla tavalla. Mieli ei ole vain aivoissa, vaan silmukan kaltaisen yhteyden varassa, joka toimii aivojen ja ympäristön välillä. Mukailtu julkaisusta Montufar G, ym. PLoS Computational Biology. Sept. 2015. 1;1(9): e1004427 sekä Hari ja Kujala (2009).

ennakoivana mielen koekenttänä (kuva 2). Sen ansioista henkilö voi tunnistaa omissa mielessään toisten aikeiden ja käyttäytymisen tarkoituksen.

Kehon sisäisen tasapainon vartijatehtävästä huolehtivat puolestaan aivorungon peruselintointojen tumakkeet, keskiaivot, väliaivot ja hypotalamus yhdessä aivolisäkkeen ja lisämunuaisten kanssa. Niiden ylläpitämä sisäisen tilan homeostaattinen vartiointi on sovitettava yhteen ulospäin suuntautuvan sensomotorisen silmukan kanssa. Aivojen tulee toisin sanoen pitää huolta siitä, ettei käyttäytyminen ylitä kehon sisäisen tasapainon ja hyvinvoinnin määräämiä rajoja, esimerkiksi liiallista stressiä välttäen.

Kun tunteet ja todellisuus ovat toisiinsa kosketuksissa, ihminen kykenee erottamaan tärkeät ja vähemmän tärkeät asiat, merkitykselliset ihmiset ja ihmissuhteet ja muodostaa arvotettuja päämääriä tilannekohtaisesti tai laajemmin. Tunteet antavat silloin elämälle värin, arvot ja merkityksellisyyden.

Aivojen kokonaistila seuraa jatkuvasti tunnetilan muutoksia ja vaihtelee esimerkiksi kuunnelles-

samme musiikkia tai muissa tunteita herättävissä arkisissakin tilanteissa. Hiljattain on osoitettu, että ihmisen perustunteilla, joita ovat ilo, suru, inho, yllättyneisyys, pelko ja viha, on kutakin tunnetilaa vastaavaa verkottunut kokonaistila aivoissa. Aivot reagoivat tunneärsyksiin kokonaisuutena, mutta aivojen eri alueet painottuvat eri tunnetiloissa eri tavoin. Tutkimusta tunnetilojen ja aivojen toiminnan välisistä yhteyksistä luonnehditaan käsitteellä *affective neuro-science*, jolla ei ole vielä vakiintunutta suomenkielistä vastinetta.

Aivotutkimuksen uudenlainen tapa painottaa tunteiden merkitystä on parantanut edellytyksiä ymmärtää psykosomaattiseen terveyteen vaikuttavia tekijöitä. Psykosomaattisille häiriöille pidetään ominaisena sitä, että tunteiden tunnistaminen on häiriintynyt tai estynyt ja tunteiden kuvailu sanallisesti on vaikeaa. Kun tunnetilat eivät ohjaa ihmissuhteita aidolla tavalla, ne tulkitaan helposti väärin. Reagointi jää rajoittuneeksi, eivätkä tunteet herää tai luo arvoja, jotka kertoisivat, mikä on tarkoituksenmukaista ja arvokasta, mikä taas turhaa ja haitallista. Tunnistamattomat tunnejännitteet

etsivät silloin purkautumisteitä kehollisten toimintojen tasolta, kuten psykosomaattisissa häiriöissä tapahtuu.

Eräät tutkijat, kuten Damasio, jakavat tunteet niiden kehittyneisyyden perusteella emootioihin ja affekteihin. Suomen kielessä ei tunneta vastaavaa erottelua, vaaan tunteilla viitataan yleensä eriyttämättömästi kumpaankin niistä. Emootioilla tarkoitetaan tunteiden taustalla olevaa sanatonta painetta tai ylykettä tietynlaiseen käyttämiseen (emootio tulee latinan sanasta *movere*, liikkuu, liikuttaa) ja vastaavasti affekteilla tarkoitetaan tietoisuutta emootioista eli emootioiden muuntumista tietoisesti koetuiksi tunteiksi, joille on olemassa sanallinen ilmaisu. Psykosomaattisiin oireisiin sisältyvät tunteet ovat pääosin somaattisten tarpeiden, biorytmien ja suoraan purkautumista etsivien paineiden muodossa ja siten enemmän emootioiden kuin sanallisten affektien tasolla.

Psykkisten mielikuvien tehtävä

Psykosomaattisesti oireilevien henkilöiden mielikuvamaailmasta kiinnostuttiin 1970-luvun alkupuolella sen jälkeen, kun Sifneos ja Malan olivat luoneet aleksitymia-käsitteen, jolla tarkoitetaan heikentynyttä kykyä tunnistaa, lukea ja sanoittaa tunteita. Aleksitymian näkökulma osoittautui merkitykselliseksi ja muutti psykosomatiikan paradigmaa kohdistaessaan uudella tavalla huomion psykosomaattisista häiriöistä kärsivien ihmisten mielikuvamaailmaan. Aikaisemmin psykosomaattinen oirehdinta oli pyritty rinnastamaan persoonallisuushäiriöihin niihin sopivia etiologisia selityksiä etsien.

Mitä mielikuvat ovat ja mitä niillä tarkoitetaan? Mielikuvien avulla ihminen arvioi valintojaan ja suunnittelee käyttäytymistään ja kykenee niiden avulla tietyissä rajoissa säätämään mielen ja kehon välistä sidonnaisuutta. Siksi mielikuvien kehittyminen on ollut arvokasta myös ihmisen evoluution näkökulmasta katsottuna.

Mielikuvat eivät ole tarkkarajaisia, eikä niitä ole helppoa määritellä. Ulkoisen havainnon ja sisäisen

mielikuvan eroa voi selvittää vertaamalla valokuvan kaltaista havaintoa ja taiteilijan tekemää maalausta samasta aiheesta, kuten esimerkiksi maisemasta, Wilfred Bionin antaman mallin mukaan. Maalaus edustaa taiteilijan mielikuvaa, joka syntyy, kun alkuperäinen havainto muuntuu taiteilijan mielessä mielikuvaksi maisemasta. Mielikuvan syntyemiselle on olennaista, että tietoinen havainto ja tunneperäinen muistiaines integroituvat, ja aistimuksista ja tunteista yhdessä muodostuu kokonaiskuva. Tämän tapahtuman häiriintymistä pidetään aleksitymialle tyypillisenä. Yleisessä mielessä voidaan sanoa, että mielikuvien merkitys on tuottaa mahdollisuus yksilölliseen kokemiseen ja valintoihin elämän tosiasioiden edessä.

Aleksitymian osuutta psykosomaattisiin ja muihin psyykkisiin häiriöihin on tutkittu runsaasti. Aleksitymiaa on pidetty rakenteellisena ominaisuutena, jolla voi olla perinnöllinen tausta. Monissa tutkimuksissa on toisaalta havaittu, että aleksitymian esiintyminen on kuitenkin myös yhteydessä masennukseen ja sen taustatekijöihin, kuten syrjäytyneisyyteen, alhaiseen koulutustasoon ja työttömyyteen. Monet aleksitymian kliinisisistä korrelaatioista edustavatkin elämäntilanteen ja henkilön kehityshistorian vaikutuksia. Hankalassa elämäntilanteessa mieli ei kykene lukemaan tunnevivahteita eikä arvioimaan niiden yhteyksiä henkilön elämään. Valmius tunnistaa ja lukea tunteita vaihtelee paljon ikäkauden, kehitysvaiheen ja kokonaisterveyden mukaan, samoin kuin siitä riippuen, tarjoaako sosiaalinen ympäristö tukea tunteiden ilmaisulle. Etnisesti vieraassa ympäristössä, jossa esimerkiksi maahanmuuttajat elävät, nämä ongelmat korostuvat helposti.

Aleksitymian käsite on avartanut merkittävästi kuvaa psykosomaattisista häiriöistä ja lisännyt ymmärtämystä psykosomaattisesti oireilevaa henkilöä kohtaan. Aleksitymia ei ole kuitenkaan lopullinen ja ratkaiseva avain psykosomaattisten oireiden alkuperään, eivätkä aleksityymiset piirteet edusta välttämättä pysyvää puutosta tai häiriötä persoonallisuudessa.

Potilaan ja lääkärin psykosomaattinen vuorovaikutus

Moni henkilö varoo psykosomaattisten oireiden ilmaisia siksi, että ne leimataan helposti psyykkiseksi häiriöksi. Potilaan omaan kokemukseen psykosomaattisista oireista on aihetta suhtautua arvostavasti eikä tarjota ulkokohtaisia selityksiä. Yhteistyösuhde psykosomaattisesti oireilevan henkilön kanssa kehittyy vain sillä edellytyksellä, että psykosomaattiseen ongelmaan etsitään sellaisia näkökulmia tai vastauksia, jotka henkilö itse voi tunnistaa ja hyväksyä. Erilaisten ylrasiustilanteiden, menetysten, vastoinkäymisten ja traumakokemusten puheeksi ottaminen koetaan yleensä helpottavana.

Potilaalle vaikeinta on kuvailla kehityksellisesti varhaisia eli arkaaisia mielikuvia. Tällaisia hahmottomattomia ja kehoa lähellä olevia tunteita ei välttämättä tulkita lainkaan tunteiksi vaan pidetään pahana olona, somaattisena häiriönä tai sairautena. Lääkärin kannalta arkaaisia tunteita on kliinisessä tilanteessa helpompi lähestyä ei niinkään sairauden oireena, vaan tasapainon häiriönä, jossa hahmottomattomat keholliset psyykkiset tuntemukset ovat ottaneet ylivallan ja mieli ikään kuin tukkeutuu tai jää hahmottomattoman tunnetulvan alle. Hoitavan osapuolen antama tuki tällaisten tilojen tunnistamiseksi ja sanoittamiseksi on vastaavasti tärkeää.

Tätä näkökulmaa voi soveltaa kliiniseen lääketieteeseen laajemminkin. Kaikenlaisen sairastamisen aikana mielikuvamaailma palautuu lähemmäksi kehoa ja siten psyykkisesti arkaaisempaan suuntaan. Kun ihminen sairastuu somaattisesti tai vahingoittuu onnettomuudessa, hän kohtaa aiemmin kokematon uhkaa. Sairastunut on sairautensa suhteen aluksi jonkinasteisesti aleksityyminen eli neuvoton kuvaamaan sanallisesti tilaansa. Neuvottomuus jatkuu niin kauan, kunnes aikaa on ollut riittävästi sopeutua muuttuneeseen terveydentilaan ja uudesta tilanteesta on syntynyt mielikuvia, joista voi puhua muille. Tässä hoitavan osapuolen läsnä oleva ja kuunteleva rooli on suureksi avuksi.

Mindfulness ja mentalisaatio

Viime vuosina on kehitetty uusia keinoja parantaa tunteiden tunnistamista ja säilyttää kosketus kehon sisäiseen tilaan. Mindfulness-nimellä kulkevien harjoitusten päämääränä on herkistää aistimaan tilannekohtaisia tuntemuksia ja tunnelmia. Niiden käyttö on yleistynyt jopa enemmän muilla elämäntiloilla kuin lääketieteessä. Niillä pyritään keskittämään huomio mielensisäisten mielikuvien virtaan, jota seuraamalla voi syntyä mahdollisuus ainakin jossain määrin irrottautua tilannekohtaisista jännitystiloista ja ruumiillisen levottomuuden sekä kiireen tunteesta. Psykoterapioiden alueella on kehitetty vastaavasti mentalisaation käsite, jolla tarkoitetaan vielä selkeämmin kuin mindfulness-harjoituksilla keinojen etsimistä sanattomien toimintayllykkeiden ja ahdistuksen hallintaan.

Näistä menetelmistä voi olla hyötyä, kun pyritään auttamaan psykosomaattisesti oireilevaa henkilöä tutustumaan mielensisäisiin jännitteisiin ja hahmottomattomiin, kehollisiin tunteisiin. Näitä menetelmiä käytetään toisaalta myös tehostamaan työpanoksen tuloksellisuutta työpaikoilla. Etenkin niiden kaupallisessa käytössä on aihetta varovaisuuteen. Pelkällä ajatusvirran ohjailulla ei saada välttämättä kosketusta syvällä ihmisessä oleviin kehollisiin ja vaikeasti hahmottuviin tunteisiin. Niiden käsittely edellyttää muunlaisia menetelmiä ja psykoterapeuttista osaamista, jotta arkaaiset, kehoa lähellä olevat mielenkerrosten erityispiirteet voidaan kohdata oikealla tavalla henkilön tilanteen kokonaisuuden huomioon ottavalla tavalla.

Mitä psykosomatiikka edellyttää lääkäriltä?

Mahdolliset somaattiset syyt oireiluun on aina selvitettävä huolellisesti ja asianmukaisesti. Psykologisten mielikuvien kanssa työskentely ei ole turvallista, ellei sitä ole tehty. Toisaalta myös silloin, kun kyseessä on todellinen somaattinen sairaus, henkilön mielikuvilla omasta tilanteestaan on suuri merkitys sille, miten hän tulee toimeen sairautensa kanssa. Osatakseen reagoida asian-

mukaisella tavalla hoitavan lääkärin onkin siksi tärkeää osata ottaa sekä somaattiset että psyykkiset tekijät huomioon kliinisen kokonaistilan arvioinnissa.

Psykosomaattinen oirehdinta on elävä muistutus ihmisen psykofyysisen rakenteen monitahoisuudesta. Potilastyötä tekevän lääkärin tulee ymmärtää ihmisen olemukseen rakenteellisesti sisältyvä psykosomaattinen reagoititapa ja myös somaattisen terveyden suuri merkitys psykologiselle hyvinvoinnille. Operoitu polvikaan ei ole vain korjattu elin, vaan sillä on henkilökohtainen omistaja, jolla on persoonallinen identiteetti ja elämäntilanne, joihin leikkauksen tarve ja sen tulokset tulee suhteuttaa.

Lääkäri joutuu soveltamaan psykosomatiikan alueella rinnakkain kahta erilaista tapaa hahmottaa mielen toimintaa ja sen häiriöiden syitä pyrkimättä ratkaisemaan, onko vain toinen niistä todellinen ja toinen vain kuvitteellinen. Toinen näistä malleista on tieteen yleinen syyn ja seurauksen malli, jonka avulla etsitään mahdollisimman yksiselitteisiä syitä terveyteen ja sairauteen. Sen rinnalla tarvitaan kuitenkin toinen malli, joka vastaa mielikuvien moniulotteisuutta, kehämäisyttä ja riippuvuutta menneistä ja nykyisistä vuorovaikutuksista. Kognitiotutkimuksessa näiden mallien rinnakkaisuutta kuvataan *dual processing* -periaatteena, millä korostetaan kummankin ajattelumallin merkitystä ja palautumattomuutta toinen toiseensa. Niiden huomiointi onnistuu parhaiten, kun potilasta kuunnellaan vapaalla ja sitoutumattomalla tarkkaavaisuudella, joka ei ennalta määrittele, mistä ongelmissa on kysymys.

Olennaista on myös antaa arvoa jokaisen potilaan omalle henkilökohtaiselle ja yksilölliselle kokemusmaailmalle. Kaikki päätökset siitä, miten elämme, miten hoidamme terveyttämme, mistä uskallamme puhua toisille ja mitä odotamme toisilta ihmisiltä, kuten esimerkiksi terveydenhuollon ammattilaisilta, määräytyvät yksilöllisen kokemusmaailmamme pohjalta, jonka arvoa ei tule sivuuttaa.

Kun potilaan oireet herättävät vastaanotolla klinikossa ajatuksen psykosomaattisista tekijöistä, erilaisten syiden ja taustojen kartoittamisen ohella on tärkeää pitää mielessä, että selittämättömistä somaattisista oireista kärsivä henkilö ei kaipaa

ainoastaan psykosomaattista ymmärtämystä ja selityksiä, vaan kokee aitoa neuvottomuutta oman elämäntilanteensa ja terveysongelmien keskellä. Lääkärit on koulutettu etsimään ja löytämään mahdollisimman yksiselitteisiä syitä ja selityksiä sairauksille, ja niin tulee ollakin. Se ei saisi kuitenkaan estää antamasta tilaa neuvottomuudelle ja keinottomuudelle potilaan kokemusmaailmassa, joiden huomiointi on tärkeää, jotta potilas kokee tulevansa ymmärretyksi.

Psykosomatiikka tulevaisuuden terveydenhuollossa

Terveydenhuollon järjestelmä vaikuttaa siihen, minkälaisia hoitotapoja voidaan lääketieteessä käyttää. Suomalainen järjestelmä on parhaillaan perusteellisen muokkauksen kohteena. Yhteiskunnassa ja kulttuurissa tapahtuneet muutokset ovat olleet huomattavia viime vuosikymmeninä ja vaikuttaneet paljon yleiseen kuvaan terveydestä sekä psyykkisten ja psykosomaattisten tekijöiden osuuteen siinä.

Internetin ansiosta terveystieto on tullut kaikkien saataville. Terveysongelmien julkituonti niistä keskustelu on helpottunut. Häveliäisyys terveyden yksityisestä, salassa pidettävästä luonteesta ei rajoita terveystarpeiden esille tuontia enää samalla tavoin kuin ennen. Hoitokeinojen lisääntyminen on tehnyt välttämättömäksi arvioida entistä tarkemmin, mitkä sairaus- ja häiriötilat hoidetaan yhteiskunnan toimesta ja miltä osin kansalaisten on itse vastattava oman terveytensä ylläpitämisestä.

On syytä arvioida, ovatko terveydenhuollon uudistukset sellaisia, että ne tukevat psykosomaattisen yhteyden huomioon ottamista lääketieteessä myös tulevaisuudessa. Valinnanvapauden lisääntymistä pidetään tärkeänä ja kansalaisten omaehtoisuutta lisäävänä. Toisaalta valinnanvapauden mukana terveyden henkilökohtainen merkitys ja kokonaisterveyden hallinta jäävät aikaisempaa enemmän jokaisen omalle vastuulle. Terveydenhuolto järjestelmänä ei kannata tulevaisuudessa

Psykosomatiikan historiaa

Lääketiteen historia on suurelta osin psykosomatiikan historiaa. Antiikin lääketieteelliset teoriat sairauksista kehon koostumuksen ja nesteiden tasapainon häiriöinä olivat psykosomaattisia teorioita. Myöhemmin uskonnon vaikutuksesta syntyneet teoriat sairauksista olivat myös psykosomaattisia ja sisälsivät oletuksia siitä, että sairaudet olivat rangaistuksia sairastuneen aiemmista rikkeistä tai harhapoluista.

Lääketiteen tieteellistyminen 1600–1700-luvulta alkaen toi mukanaan myös ensimmäiset tieteelliset sairausmallit psykosomatiikkaan. Kokonaisvaltaisen psykosomatiikan alkuna voidaan pitää kuitenkin vasta Adolf Meyerin 1900-luvun alussa luomaa käsitystä mielenterveydestä biologisten ja psykososiaalisten tekijöiden yhteisvaikutuksena, joskin jo Philippe Pinelin uraauurtava psykiatrinen uudistyo oli ottanut huomioon sairauksien sosiaalisia tekijöitä. Sigmund Freud kiinnitti psykoanalyttisessä teoriassaan paljon huomiota ihmisen psykologisen mielen ja biologisen rakenteen rajalla toimiviin vietteihin. Viettien merkitystä korostava näkökulma avasi osaltaan tietä nykyaikaiselle käsitykselle ihmismielen psykobiologisesta perustasta.

Franz Alexander työtovereineen kehitti psykodynaamisen teorian pohjalta myöhemmin käsityksiä, joiden mukaan on olemassa spesifisesti psykosomaattisia tautitiloja. Niillä oletettiin olevan omaleimainen psykodynaaminen tausta esimerkkinä ns. A-tyyppin persoonallisuuden yhteys sydän- ja verisuonisairauksiin. Näistä teorioista on sittemmin luovuttu, kun on opittu tarkemmin ymmärtämään ihmismielen kehitystä varhaisvaiheiden biologisten tarpeiden maailmasta kohti psykologisia vuorovaikutuksia ja niiden sisäistettyjä merkityksiä. On siirrytty kohti nykyaikaista, moniulotteista kuvaa ihmisestä biologisena, psykologisena, sosiaalisena ja kulttuurisena olentona, jonka terveyteen kaikki nämä eritasoiset tekijät vaikuttavat jokaisessa eikä vain tietynlaisessa persoonallisuudessa.

Uutena ulottuvuutena psykosomaattisen häiriintymisen kuvaan tuli viime vuosisadan jälkipuoliskolla Engelin ja Schmalen esittämä käsitys sosiaalisen vetäytyneisyyden altistavasta vaikutuksesta psykosomaattisille häiriöille. Sifneoksen ja Malanin havaintojen pohjalta saatiin viitteitä siitä, että psykosomaattiselle reagoinnille on omi-

naista ns. aleksitymia eli yhteyden häiriintyminen sanallisen ajattelun ja kehollisperäisten tunteiden välillä, minkä vaikutuksesta potilaan psyykkisessä maailmassa asiakeskeisyys ja konkreettisuus korostuvat ja tunneilmaisuus jää niukaksi. Tästä avautui laajempi näkökulma psykosomaattisiin ilmiöihin, joiden luonnetta voidaan monelta osin ymmärtää tunneperäisten, mutta sanattomien mielikuvien voimakkuutena. Tätä käsitystä monet aivotutkimuksessakin tehdyt havainnot ovat näyttäneet tukevan.

Moniulotteinen biopsykososiaalinen malli on tullut laajasti hyväksytyksi ja sen sovellukset lääketieteen eri aloille ovat luoneet edellytykset yleissairaalapysykiatrilalle, mihin mm. Lipowskin merkittävällä panoksella on ollut vaikutusta. Tärkeän viitekehysten psykosomaattisille häiriöille on tarjonnut myös stressitutkimus, joka alkoi jo edellisen vuosisadan alkupuolella ennen kaikkea Selyen fysiologisen stressiteorian pohjalta. Myöhemmin löydetty hormonaaliset tekijät sekä aivojen kuvantamismenetelmät ovat vahvistaneet käsitystä stressin ja psyykkisten traumojen merkityksestä psykosomaattisten oireiden ja häiriöiden kehittymiselle.

Häiriintynyt tai muuttunut kehollinen minäkuva (ruumiinkuva, kehonkaavio), jonka vaikutus ilmenee monella eri tavalla, on säilynyt yhdistävänä käsitteenä erilaisille psykosomaattisille tiloille. Sen merkitys on kuitenkin yleisluontoinen ja viitekehysellinen eikä häiriöspesifinen (kuva 3).

Erikoisalat jakautuvat Suomessa kuten useimmissa muissakin maissa somaattisiin ja psykiatrisiin aloihin. Psykosomatiikkaa on kehitetty Suomessa vuosien varrella aktiivisesti, ja alalta on ilmestynyt aikaisemmin kaksi oppikirjaa. Psykosomatiikka ei ole kuitenkaan meillä erikoisala, eikä suomalaisessa terveydenhuollossa ole psykosomaattisille häiriöille omaa palvelujärjestelmää.

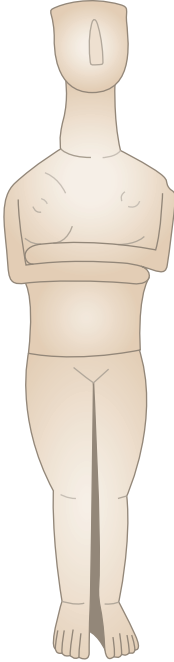
Euroopassa psykosomatiikan erikoisala on vain Saksassa, missä neurologian ja psykiatrian yhteinen maasto jakautuu sikäläisen pitkän perinteen mukaan psykiatriaan, psykosomatiikkaan ja neurologiaan. Erikoisala on nimeltään psykosomaattinen lääketiede ja psykoterapia. Erikoistumiskoulutuksen pituus on viisi vuotta. Erikoisalan tehtävänä on kehittää ja tutkia integroitunutta psykosomaattista hoitoa somatoformisten ja toiminnallisten somaat-

tisten häiriöiden, syömishäiriöiden ja somato-psykkisten häiriöiden alueella, joihin kuuluvat psyko-onkologia, psykokardiologia, neuropsykosomaatiikka, psykodiabetologia ja psykotraumalogia. Erikoisalalla on paljon yhteyksiä psykiatriaan, erityisesti depression, ahdistuneisuushäiriöiden ja persoonallisuushäiriöiden tutkimuksessa ja hoidossa.

Suomalaisessa palvelujärjestelmässä somaattisten ja psyykkisten tekijöiden yhteisvaikutukset on rajattu yleissairaalapsykiatrian tehtäväksi, joka ei ole kuitenkaan erikoisala, vaan lääketieteellinen

erityispätevyys Suomen Lääkäriliiton määrittelemällä tavalla. Psykosomaattisten ilmiöiden kanssa työskentely on vaativaa ja alan jatkuva kehittämistä tarvitaan. Saksan mallin soveltuvuus Suomeen voisi olla aiheellista ottaa harkittavaksi ainakin joiltakin osin.

Psykosomaattinen näkökulma lääkärin työssä ei rajoitu vain yleissairaaloiden potilaille esiintyviin psyykkisiin ongelmiin. Sitä tarvitaan kaikilla kliinisen lääketieteen aloilla niin erikoissairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollossa ja laajasti myös muilla terveyteen liittyvillä palvelualoilla.



Kuva 3. Kykladinen idoli. Aigeian meren kykladisilla saarilla luotiin kivikaudella noin 3 000–5 000 vuotta sitten ihmisen pienospatsaita, joita oli tapana asettaa vainajan mukana hautaan luultavasti symbolina elämän jatkumisesta. Patsaat edustivat yhtä ensimmäisistä taiteellisista tyyliuunnista ihmiskunnan historiassa. Patsaat kuvaavat aikansa ihmiskuvaa, jota nimitetään kykladiseksi idoliksi. Patsaassa korostuu kehon pinta, jolla ei ole yksityiskohtia, ja siksi sen voidaan tulkita edustavan kehon pintakokemuksista muodostunutta minäkuvaa. Elossa olemisen symbolina nämä pienospatsaat saattoivat edustaa esihistoriallisen ihmisen psykosomaattisesti integroitunutta minäkäsitystä.

Terveyttä taiteesta

Yksi uusista suuntauksista lisätä kokonaisvaltaisen psykosomatiikan osuutta lääketieteen kentällä on käyttää hyväksi taiteen mahdollisuuksia elävöittää tunnekokemuksia ja tuoda niitä vuorovaikutuksen piiriin. Suomessa tätä aluetta on kehitetty ”Terveyttä taiteesta”-hankkeessa, jolla on ollut tukenaan myös julkista rahoitusta. Hankkeen perusajatus voidaan tiivistää siihen, että taiteen luonteeseen kuuluu kuvata ja välittää ihmiselämän sellaisia kokemisen ja tunteiden tasoja, jotka ovat sanallisen ajattelun rajamailla tai ulkopuolella eivätkä ole sosiaalisen vuorovaikutuksen tietoisessa piirissä. Monien tutkijoiden mukaan kulttuuriset harrastukset lisäävät terveyttä. Ne vahvistavat jokaisessa ihmisessä olevaa valmiutta sosiaaliseen yhdessä-oloon ja tuottavat siten yhteisöllistä, sosiaalista pääomaa.

Monelta taholta on saatu viitteitä siitä, että taidekokemukset voivat vaikuttaa psykosomaattiseen tunnekokemukseen eheyttävästi ja elvyttävästi. Näyttöä tämän puolesta on saatu myös aivotutkimuksesta. Perustavat tunteet, myös ne joita taide

aktivoi, koetaan kehollisesti, ja eri tunnetyypeillä on havaittu olevan yleisluontoinen kulttuurista riippumaton edustus ihmisen kehollisessa omakuvassa. Aivojen verkostoitunut toimintatapa tukee sitä, että tunne-elämä ja taide koetaan laaja-alaisesti kehossa eikä vain tietyillä aivojen alueilla. Tätä voidaan käyttää hyväksi ennen kaikkea sellaisissa psyykkisissä tai psykosomaattisissa sairaustiloissa, joissa tunneilmaisu on estynyttä.

Taiteen eri muotoja on ruvettu tuomaan myös hoitolaitoksiin. Sairaaloiden sisustukseen ja arkkitehtuuriin on lisätty taiteellisia sisältöjä ja taide-esityksiä on tuotu niiden toimintaan. Tätä kautta psykosomatiikasta on avautunut ikkuna paljon laajempiin kysymyksiin ihmiskuvasta ja sen merkityksestä terveydessä, sosiaalisessa elämässä ja kulttuurissa. Se ilmenee myös monien taiteilijoiden töissä, kuten esimerkiksi suomalaisen kuvataiteen kultakauden edustajalla Akseli Gallén-Kallelalla (kuva 4). Taiteen terapeuttisten sovellusten kuten musiikki- ja kuvataideterapian hyödyistä on saatu myös tieteellistä näyttöä.

enää vastuuta jäsentensä yksilöllisestä terveyskehityksestä. Järjestelmä diagnosoi ja huolehtii hoidon teknologisesta toteutuksesta, mutta kansalaiset joutuvat itse huolehtimaan oman terveystilanteensa kokonaiskuvasta ja elämäntavoillaan ehkäisemään sairauksia ennalta.

Sairastamiseen liittyvien tunteiden kohtaamiseen tarvitaan aina myös kuunteleva osapuoli. Kysymys on järjestelmän tasolla tällöin siitä, tukeeko terveydenhuollon toimintamalli ja tapa, millä ammattilaisia koulutetaan, tämän tehtävän toteutumista.

Terveyden ja sairauden kokonaiskuva on aina jollain tavalla keskeneräinen ja yksilöllinen. Tämä tosiasia on muuttumassa marginaaliseksi kysymykseksi, kun palvelut tuoteistetaan ja hinnoitellaan. Voi käydä niin, että palveluiden käyttäjät saavat järjestelmältä yhä vähemmän tukea oman terveystilanteensa kokonaisvaltaiselle arvioinnille. Valinnanvapauden lisääminen voi kylläkin parantaa potilaan ja lääkärin suhteen toimivuutta ja luottamusta lääkäriin, mikä puolestaan voi tukea

kokonaisvaltaisuuden toteutumista hoidossa. Kun kliininen lääketiede muuttuu entistä enemmän ostajan ja myyjän vuorovaikutukseksi, on kuitenkin mahdollista, että kokonaisvaltainen arviointi jää liian vähäiselle huomiolle, koska sen vaikutus ei näy tuotteistetun palvelutoiminnan suoritteissa.

Terveydenhuollon ammattilaisten koulutus on tässä tilanteessa erityisen tärkeää. Jos kokonaisvaltaisiin, psykosomaattisiin näkökohtiin ei kiinnitetä koulutuksessa huomiota, jälkikäteen tätä näkökulmaa on vaikeaa liittää terveydenhuollon käytäntöihin. Siksi olisi tärkeää, että lääkärin ja muiden ammattilaisten koulutusohjelmissa psykosomatiikalle ja kokonaisvaltaisuudelle annetaan tilaa. Valmius tunnistaa psykosomaattisten ilmiöiden monimuotoisuutta on haastavaa ja vaatii jatkuvaa koulutusta.

Myös palveluyksiköiden johtamiskäytännöillä on tärkeä merkitys. Jos yksiköt viritetään toimimaan korostetun talouskeskeisen ja kustannustehokkaan ajattelun mukaan, kokonaisvaltaisuudelle ei jää tilaa eikä se toteudu potilaan ja hoitavan osapuolen



Kuva 4. Akseli Gallén-Kallelan maalaus *Ad Astra* vuodelta 1894. Maalaus kuvaa ihmistä, joka kohoaa maan vetovoiman yläpuolelle ja vapautuu siten kehon fyysisestä määräytyneisyydestä, mistä osoituksena kuvan vapaasti hulmuavat hiukset. Kuva muistuttaa jonkin verran kykladisia idoleja pelkistyneisyydessään. Maalaus symboloi kehon fyysisten puitteiden yläpuolelle kohoavaa ihmisen mieltä, joka toimii kehon antamissa rajoissa, mutta samalla omalakisesti eikä ainoastaan fyysisesti määräytyneellä tavalla, mikä on ominaista myös psykosomaattisille ilmiöille.

vuorovaikutuksessa. Terveydenhuollon johtajien valistuneisuus ja avarakatseisuus on ratkaisevaa. Siitä riippuu, minkälaisella näkemyksellä kliinistä palvelutoimintaa toteutetaan ja tuleeko terveyden psykosomaattinen luonne riittävästi huomioiduksi.

Kirjallisuutta

- Aalberg V, toim. Käytännön psykosomatiikka. Hämeenlinna: Recallmed 1987, s. 229.
- Achté K, Pakaslahti P, Rimón R, toim. Psykosomatiikka. Nyky-näkemyksiä ja kliinisiä sovellutuksia. Keuruu: Otava, 1984.
- Brodal P. The Central Nervous System: Structure and Function. 4th ed. Oxford: Oxford university press, 2010.
- Damasio AR. How the brain creates the mind. Scientific American 2002; 12: 4–9, special edition, August 31.
- Evans JSBT, Frankish K, toim. In two minds. Dual processes and beyond. Oxford: Oxford University Press, 2009.
- Hari R, Kujala M. Brain basis of human social interaction: from concepts to brain imaging *Physiological Reviews* 2009; 89: 453–79.
- Hiltunen PM, Leppävuori A, Männikko T, Sorri P, Äärela E, Lehtonen J. Training model for special competence in general hospital psychiatry in Finland. *J Psychosom Res* 61: 737–38, 2006.
- Honkalampi K, Hintikka J, Laukkanen E, Lehtonen J, Viinamäki H. Alexithymia and depression: a prospective study of patients with major depressive disorder. *Psychosomatics* 42: 229–34, 2001.
- Hyypä MT. Healthy ties. Social capital, population health and survival. Heidelberg: Springer, 2010.
- Kendler KS. Explanatory models for psychiatric illness. *Am J Psychiat* 2008; 165: 695–702.
- Lehtonen J, Valkonen-Korhonen M, Karjalainen P A. Syntymän vaikutus lapsen psyykkiseen kehitykseen. *Duodecim* 2018; 134: 910–6.
- Montufar G, ym. *PLoS Computational Biology*. Sept. 2015. 1;11(9): e1004427.
- Nummenmaa L, Glerean E, Hari R, Hietanen JK. Bodily maps of emotions. *Proc Natl Acad Sci* 2014; 111: 646–51.
- Panksepp J. *Affective neuroscience*. Oxford: Oxford University Press, 1998.
- Saarimäki H, Gotsopoulos A, Jääskeläinen IP, Lampinen J, Vuilleumier P, Hari R, Sams M, Nummenmaa L. Discrete neural signatures of basic emotions. *Cerebral Cortex*, 29 April 2015, pii: bhv086. [Epub ahead of print.] PMID: 25924952.
- Sariola H ym. *Kehitysbiologia*. Duodecim, Helsinki, 2015.
- Seung S. *Connectome: how the brain's wiring makes us who we are*. New York, Mariner Books, 2013.
- Sifneos PE. Alexithymia. Past and present. *Am J Psychiatry* 1996; 7: 137–42.
- Sternberg EM, Gold PW. The mind-body interaction in disease. *Scientific American* 200; 12: 82–9, special edition, August 31.
- Vuori H. *Lääketieteen historia – sosiaalhistoriallinen näkökulma*. Gummerus, Jyväskylä 1979.
- Zipfel S, Herzog W, Kruse J, Henningsen P. Psychosomatic medicine in Germany: more timely than ever. *Psychother Psychosom* 2016; 85: 262–9.