

[Sulje ikkuna](#)

[Yleiskatsaus](#)

33/1997 vsk  
52  
s. 3899

*Outi Poutanen,  
Gustav  
Schulman,  
Sirkku  
Tukiainen*

[Tulosta](#)  
[Keskustelu](#)  
[aiheesta](#)

## Perheväkivallan ymmärtäminen ja hoito

---

Perheväkivallan taustaa on selitetty useillakin teorioilla, eikä sen ilmenemistä pystytäkään selittämään vain yhden teorian varassa. Perheväkivaltaan puuttuminen voi olla lääkärille hankalaa, vaikka hän näkeekin tilanteen. Ilmiön parempi ymmärtäminen auttaa kuitenkin lääkäriä kohtaamaan työssään niin perheväkivallan uhreja kuin tekijöitäkin. Myös perheväkivallan hoidosta on hyvä tietää, vaikka hoidolliset lähestymistavat edellyttävät usein psykoterapeuttista erityisosaamista.

---

Perheväkivaltaan on suomalaisessa yhteiskunnassa kiinnitetty vähitellen yhä enemmän huomiota. Asia on ollut esillä valtioneuvostossa vuoden 1996 aikana (1), ja perheväkivaltaa ehkäisemään pyrkiviä projekteja on aloitettu useampiakin. Vuonna 1996 tehtiin poliisille Suomessa 2 409 rikosilmoitusta perheväkivallasta, näistä 42 koski siveellisyysrikkoksia. Kuolemaan johtaneita perheväkivaltatapauksia oli 33. Perheväkivalta oli yleisempää avoliittoperheissä kuin avioliittoperheissä (2).

Lääkärintyötä perheväkivalta voi koskettaa monin tavoin. Sekä perheväkivallan ehkäisy, tunnistaminen että hoito on koettu ongelmallisiksi. Lapsiin kohdistuva perheväkivalta herättää ammattihenkilöissä yleensä voimakasta kiukkua ja ahdistusta. Turhautumisen tunteet taas ovat tavallisia tilanteissa, joissa parisuhteen toinen osapuoli hakeutuu hoitoon ja monipuoliset auttamistoimet käynnistetään, mutta seuraakin yllättävä sovinto ja uhri palaa jatkamaan

entistä elämäänsä yhä uudestaan.

Tässä kirjoituksessa pyritään tarkastelemaan perheväkivaltaa selittäviä teorioita mutta annetaan tietoa myös perheväkivallan hoidosta. Vaikka perheväkivalta voi koskettaa ketä tahansa perheenjäsentä, on tämän kirjoituksen hoidollisen osan painopiste parisuhdeväkivallassa.

## MITÄ PERHEVÄKIVALTA ON JA MITEN SEN TUNNISTAA?

Perheväkivalta voidaan määritellä fyysiseksi, psyykkiseksi tai seksuaaliseksi väkivallaksi tai asianmukaisen hoivan ja huollon puutteeksi, joka ilmenee perhepiirissä ja kohdistuu puolisoon, lapseen tai muuhun perheeseen kuuluvaan henkilöön (3, 4).

Perheväkivalta-sanalla ohella on suomenkielisessä keskustelussa käytetty termiä sukupuolistunut väkivalta. Lähtökohtia tämän termin käytölle ovat olleet sellaiset seikat, että tekijöiksi (miehiä) ja uhreiksi (naisia) valikoidutaan pääosin sukupuolen mukaan, että seksuaalisuus liittyy usein väkivaltakäyttäytymiseen ja että sukupuolten välinen tasa-arvo on tässä yhteiskunnassa kuitenkin virallisesti hyväksytty normi (5).

Arkisemmassa sanankäytössä esiintyy perheväkivaltailmiöitä kuvattaessa sellaisia termejä kuin puolison pahoinpitely, raiskaus, seksuaalinen hyväksikäyttö, väkivaltainen parisuhde, kotitappelu, mustasukkaisuusmurha, lasten kuritus, lasten pahoinpitely, lasten heitteillejättö, insemi, sisarustappelu, vanhuksen heitteillejättö, vanhukselta varastaminen.

Perheväkivallan tapahtumapaikka on useimmiten oma koti ja tekijänä oma kumppani tai lähiomainen. Tämä tekee perheväkivallasta ilmiönä ja kokemuksena erityisen. Pahoinpitelijä on yleensä sama ihminen, joka myös rakastaa ja pitää huolta, tai ainakin, jonka kanssa uhri jakaa saman kodin (6).

Eri kulttuurit suhtautuvat perheissä tapahtuvaan väkivaltaiseen käyttäytymiseen hyvin eri tavoin. Naisiin, lapsiin tai vanhuksiin kohdistuva väkivalta on oleellisesti yhteydessä näiden väestöryhmien yhteiskunnalliseen asemaan ja arvostukseen. Länsimaisen kulttuurin piirissä perheväkivaltaa on pidetty tabuna, mikä on johtanut samankaltaiseen salailuun kuin alkoholismiin ja itsemurhien yhteydessä. Näin väkivallan kokemuksista vaietaan tai suoranaisesti valehdellaan myös lääkärin vastaanotolla, mikä tekee ilmiön tunnistamisen vaikeaksi. Kun potilaat eivät kerro kokemuksistaan suoraan, on lääkärin pääteltävä asia epämääräisistä oireista ja oheistiedoista.

Perheväkivaltaan voivat viitata uhrilla epämääräinen sosiaalinen pahoinvointi, toistuvat epämääräiset tapaturmat, passivoituminen ja depressiivisyys sekä ilmaistuista oireista kivut ja säryt erityisesti niska- ja hartiasseudulla ja erilaiset autonomisen hermoston oireet (7,8,9). Uhrin taustaan kuuluu myös opittu avuttomuus ja lisääntynyt päihdeongelmien riski pahoinpitelyn seurauksena (10). Väkivallantekijän taustaan kuuluu usein lapsuudessa itse koettu väkivalta, kyvyttömyys ilmaista tunteita sanallisesti ja kohtalaisen usein päihdeongelmaisuus. Psykiatrisista sairaustiloista asosiaalisuus ja muutkin persoonallisuushäiriöt sekä skitsofrenia näyttävät lisäävän vakavampien väkivallantekojen eli henkirikosten riskiä, sen sijaan neuroottiset häiriöt vähentävät tätä riskiä (11). Jos vanhempien välillä on väkivaltakäyttäytymistä, perheen lapsilla on lähes aina psyykkisiä oireita, ja tilanteen jatkuessa lasten psykososiaalinen suoriutuminen heikkenee. Lasten oireet

ovat voimakkaampia, jos he ovat itse myös pahoinpitelyn uhreina (12,13,14,15).

Lapsuudenkodin merkitys lapsen myöhemmälle väkivaltakäyttäytymiselle on todettu myös oikeustieteellisessä tutkimuksessa (16).

## PERHEVÄKIVALLAN YLEISYYS

Hyvän epidemiologisen tiedon saaminen perheväkivallasta on vaikeaa. Perheväkivallan yleisyydestä saadaan tietoa mm. oikeusviranomaisten rikos- ja tapaturmatilastoista, kuolinsyytilastoista, sairauskertomuksista, lääkärinlausunnoista sekä uhritutkimuksista (kyselyjä tai haastatteluja). Tilastojen välillä on ristiriitoja mm. sosiaaliluokan merkityksen osalta (4). Alempiin sosiaaliryhmiin kuuluvat hakevat väkivaltatilanteissa viranomaisten (poliisin, terveyskeskusten, sosiaalitoimen) apua ilmeisesti yleisemmin kuin ylempiin sosiaaliryhmiin kuuluvat, ja näin ollen alempien sosiaaliryhmien perheväkivaltatilanteet tulevat paremmin näkyviin tilastoissa. Uhritutkimusten perusteella taas on voitu päätellä, että perheväkivalta ei ole harvinaista ylemmissäkään sosiaaliryhmissä. Erot avo- ja avioliitossa tapahtuvan perheväkivallan yleisyydessä (2) saattavat myös selittyä erilaisella hoitoonhakeutumiskäytännöllä.

Miehet ja naiset ovat Suomessa lähes yhtä usein henkilöväkivallan kohteena, mutta ne tilanteet, joissa väkivalta on uhannut, ovat eri sukupuolilla hyvin erilaisia. Suomessa naisten kohtaamasta väkivallasta 27 % on perheväkivaltaa, miehillä vastaava luku on 0,2 %. Vaimonsa pahoinpitelemä mies on hyvin harvinainen verrattuna päinvastaiseen tilanteeseen. Suomalaiset miehet ovat huomattavasti naisia useammin väkivallan tekijöitä. Väkivaltarikollisuutta onkin pidetty pääosin (90 %) miesten rikollisuutena. Siveellisyyserikosten tekijöistä 98 % on miehiä (5). Perheväkivalta pahenee yleensä tilanteen pitkittyessä. Naisiin kohdistuvan (fyysisen) perheväkivallan elinikäinen esiintyvyys on Suomen kaltaisissa länsimaissa tasolla 20-35 %. Kehitysmaissa kehitystaso ja kulttuurin suhtautuminen perheväkivaltaan on toisenlaista. Tämä näkyy prevalenssiluvuista, jotka vaimoihin kohdistuvan fyysisen väkivallan kohdalla ovat tasolla 40-60 % (9,17,18).

Äidit ja isät ovat yhtä usein Suomessa lastensa kurittajia, mutta isien kuritus on rajumpaa (19). Kun perheväkivallaksi katsotaan myös vaille asianmukaista hoivaa ja huoltoa jättäminen, syyllistyvät väkivaltakäyttäytymiseen äiditkin, jotka isiä useammin yleisesti vastaavat lastensa huollosta. Lapsiin kohdistuvan seksuaalisen väkivallan tekijöistä 90 % on miehiä. Tytöt taas ovat poikia useammin uhreina niin varhaislapsuudessa kuin murrosiässäkin, ja tämä on havaittu myös muissa vastaavan kehitystason maissa kuin Suomessa (9,20).

Lapsiin kohdistuva lievä väkivalta on ilmeisesti erittäin yleistä. Jo useita vuosia sitten Suomessa voimaan tullut laki, joka kielsi lasten kotikurituksen, ei ole vielä onnistunut muuttamaan aiempia, kurituksen hyväksyneitä kasvatusasenteita. Vakavampaa väkivaltaa oli Lastensuojelun keskusliiton vuonna 1988 tekemän tutkimuksen mukaan joskus kokenut vanhempiensa taholta alle 14-vuotiaista suomalaislapsista noin 8 % (19). Vuonna 1992 kolme suomalaislasta kuoli perheväkivallan seurauksena. Riskitekijöitä lapsen pahoinpitelylle ovat keskosuus ja vammaisuus eli vaikeahoitoisuus (21).

Vanhuksia koskevia tutkimuksia perheväkivallasta on erittäin vähän, ja vanhuksille perheväkivalta onkin vielä suurempi tabu kuin nuoremmille. Yli 65 vuotta täyttäneisiin kohdistuvia perheväkivaltatapauksia on Suomessa vuosittain noin 6 000. Uhrin ovat selvästi useammin naisia (4). Pahoinpitelyyn liittyy usein myös taloudellista hyväksikäyttöä.

Huonokuntoinen vanhus on samalla tavoin hoitajansa tai läheisensä armoilla kuin lapsikin (22). Riskitekijöitä vanhusten pahoinpitelylle on dementia tai muu vaikeahoitoisuus.

## PERHEVÄKIVALTA SELITTÄVIÄ TEORIOITA

Perheväkivaltaa ei pystytä selittämään yhdellä teoriolla, vaan eri tasoja ja perspektiivejä on otettava yhtäaikaan huomioon. Satunnaisesti voi tietysti yksikin selittävä teoria tehdä ilmiön ymmärrettäväksi.

Historialliseen, sosiaaliseen ja kulttuurin kehitykseen liittyvät teoriat

Historiallisesti tarkastellen voidaan havaita väkivaltakäyttäytymisen liittyvän tekijän ja uhrin väliseen valta-asetelmaan (5,9). Vallitseva sosiaalinen käsitys perheen valtasuhteista oli pitkään se, että mies on perheen päämies, joka käyttää omistajanvaltaa muihin perheenjäseniin. Kehittyneissä länsimaissa yhteiskuntarakenteen voimakkaan muutoksen myötä parin viime vuosisadan aikana erityisesti naisten asema suhteessa miehiin on muuttunut, mutta myös lapsiin ja vanhuksiin suhtaudutaan toisin kuin ennen. Kun naiset ovat saaneet taloudellisesti ja sivistyksellisesti merkittävän aseman, on naisten arvon mitätöinti väkivallan kautta tullut vaikeammaksi. Lapsikuolleisuuden väheneminen, teollistuminen ja koulutuksen arvostaminen ovat parantaneet lasten asemaa. Maissa, joissa historiallisen kehityksen taso on toinen, on suhtautuminen perheväkivaltaan myös erilainen. Kansainvälisen vuorovaikutuksen lisääntyessä tämä seikka on johtanut ristiriitatilanteisiin (23).

Sosiaalisesti tarkastellen voidaan selittää yhteiskunnallisten epäkohtien, kuten asunnottomuuden, työttömyyden ja köyhyyden, johtavan ahdinkoon, joka purkautuu yksilötasolla väkivaltakäyttäytymisenä. Vaikka väkivaltaisuutta pidetään siis sinänsä rikoksena, voidaan tämän tarkastelutavan mukaan pitää tavallaan suurempana rikoksena sitä, että yhteiskunta on jättänyt jäsenensä turvattomiksi. Sosiaalisesti tarkastellen voidaan lisäksi selittää, että yhteiskuntaan on sisäänrakennettu väkivaltaa suosiva koneisto (armeija, poliisi, vankilat jne.), joka antaa luonnollisen mallin väkivaltakäyttäytymiselle myös perhetasolla.

(Ruotsi-)Suomessa lainsäädännöllisen perustan perheväkivallan hallitsemiseksi voi sanoa syntyneen 1200-luvulla, jolloin Birger-jaarli otti edsöre-lakeihinsa mukaan koti-, kirkko- ja käräjärauhan lisäksi naisrauhan. Tuoreimmat perheväkivaltaa koskevat lainsäädäntöuudistukset ovat avioliitossa tapahtuvan raiskauksen kriminalisointi vuonna 1994 ja kotona tapahtuvan pahoinpitelyn tuleminen virallisen syytteen alaiseksi vuonna 1995.

## Biologiset teoriat

Väkivaltakäyttäytymistä on selitetty biologisesti aivojen ja muunkin elimistön serotoniiniaineenvaihdunnan poikkeavuudella. Serotoniiniaineenvaihdunnan häiriöt ovat yhteydessä toistuvaan impulsiiviseen ja aggressiiviseen käyttäytymiseen sekä lisääntyneeseen alkoholinkäyttöön (tyyppi 2) ja hypoglykemia-iskemiseen (24). Alkoholismi lisää riskiä syyllistyä kaikkeen vakavampaan väkivaltaan (henkirikokset) erityisesti, jos siihen yhdistyy vielä asosiaalisuus tai skitsofrenia (11). Väkivaltaisuuden lääkehoito perustuu luonnollisesti teorioihin metaboliataustasta. Serotoniinitoimintoihin vaikuttavien lääkkeiden onkin todettu selvästi vähentävän impulsiivista aggressiivisuutta (25,26,27).

Impulsiivista käyttäytymistä on havaittu liittyvän myös aivojen rakenteellisiin muutoksiin.

Erityisesti otsa- tai ohimolohkon alueille paikallistuvat muutokset altistavat aggressiivisuudelle. Muutoksen taustalla voi olla vamma, verenkierron häiriö, infektio tai kasvain. Myös yleisemmin elimistöön vaikuttavat sairaudet, kuten intoksikaation pohjalta syntyvä delirium, dementiat tai erilaiset endokrinologiset sairaudet sekä maksan ja haiman alueen sairaudet, voivat johtaa aggressiiviseen ylilyöntiin (28).

Y-kromosomiin on väitetty liittyvän lisääntynyt väkivaltataipumus, joka ilmeni mm. erityisesti 44 XYY-miehillä. Väkivaltaisuus selittyy kuitenkin todennäköisemmin joskin epävarmasti testosteronin metabolian kautta. Räsänen (29) on katsausartikkelissaan viitannut tutkimuksiin, joissa suurentuneen testosteronipitoisuuden on osoitettu korreloivan positiivisesti aggressiiviseen käyttäytymiseen sekä miehillä että naisilla. Miehillä testosteronipitoisuudet ovat monikymmenkertaiset naisten testosteronipitoisuuksiin nähden. Väkivaltakäyttäytyminen onkin tunnetusti miehillä erittäin selvästi yleisempää kuin naisilla. Ihmisen aivoissa aggressiivikäyttäytymistä säätelevät testosteronin lisäksi kuitenkin muutkin sukupuolihormonit (30).

## Kognitiivisbehavioristinen teoria

Kognitiivinen teoria painottaa nimensä mukaisesti mielen toiminnan osa-alueista kognitiota (tietoa koskevaa). Teoria tutkii sitä, miten henkilön toiminnat ja kokemukset määräytyvät hänen (aisti)havainnoistaan. Perusajatuksena on, että ajatukset säätelevät tai määräävät tunteita. Tietty kognitiivinen tyyli - skeema (kaavamainen suunnitelma), attribuutio (syyksi tai ansioksi lukeminen), väärinkäsitys, irrationaalinen uskomus - edeltää aggressiota ja aiheuttaa muutoksen mielialassa ja käytöksessä (31).

Kognitiivisbehavioristinen teoria paneutuu siis erityisesti siihen, mikä edeltää välittömästi patologiseksi tulkittavaa käytöstä. Jonkin verran vähemmälle huomiolle on jäänyt se, miten hankalaan lopputulokseen johtava kognitiivinen tyyli on alun perin syntynyt yksilössä. Oppiminen on kuitenkin ydinasia tämän teorian yhteydessä. Väkivallantekijät ovat lapsuudessaan itse nähneet ja kokeneet väkivaltaa, useimmiten ovat itse olleet myös uhreja. Lapsuuden kasvuympäristöstä on puuttunut aikuisia, jotka olisivat kyenneet ratkaisemaan ristiriitatilanteita harkitusti. Tekijöiden omaa aggressiivisuutta ei ole kontrolloitu. Tekijöiltä on puuttunut kasvuympäristössään lämpöä ja empatiaa. Eli tekijät ovat oppineet väkivaltaisiksi. Samoin uhrit ovat oppineet avuttomiksi (12).

## Psykodynaaminen teoria

Psykodynaaminen käsitys väkivaltakäyttäytymisen synnystä on yllättävänkin lähellä kognitiivisbehavioristista käsitystä. Tämän katsantokannan mukaan väkivaltaa ei tule pitää muista persoonallisuuden piirteistä erillisenä ilmiönä, vaan väkivaltaisuus ilmentää koko persoonallisuuden kehittymättömyyttä. Ydinkysymys ei ole aggressiivisuus itsessään. Aggressiivisuuden säätely sekä tunteiden ja yllykkeiden hallintataidot on vain opittu huonosti varhaislapsuuden vuorovaikutustilanteissa. Ja koska nämä taidot voidaan oppia vain sellaiselta, jolla itsellään ne on, kertoo väkivaltainen käytös samalla puutteista väkivallantekijän varhaisen kasvattajan mielen rakenteissa. Toistuva tai jatkuva aggressiivinen ilmapiiri sekä alistava, tukahduttava ja auktoritatiivinen kasvatusmalli johtavat vastaavan normiston ja käyttäytymismalliston sisäistämiseen, eivät niinkään yksittäiset väkivallan kokemukset. Väkivaltakäyttäytymiseen johtaa paitsi lapsena koettu runsas väkivalta, myös toistuva välinpitämättömyys, piittaamattomuus, hylkäämiset ja laiminlyönnit kasvattavien henkilöiden taholta. Esimerkiksi narsisti kohtelee lastaan piittaamattomasti

monella tavalla ja antaa hänelle narsistiset mallit ja normit, joita vallitsevat itsekkyyys, itsekeskeisyys ja toisesta piittaamattomuus. Persoonallisuushäiriöissä on aina eriasteista narsistista psykopatologiaa, ja erityisesti aggressiivisuus on puutteellisesti jäsentynyt persoonallisuuden muihin rakenteisiin. Nämä vaikeudet juontavat juurensa preoidipaalivaiheesta, jolloin narsististen pettymysten riittävän käsittelykyvyn pitäisi syntyä. Myöhemmin yksilön on vaikea muuttaa kerran omaksuttuja tai sisäistyneitä luonteenpiirteitään (32,33).

Yhtä tärkeitä kuin hallintataitojen saaminen on rakkauden ja empatian integroituminen luonteeseen. Lapsen kehityksen kannalta kieltoja ja rajoituksia tärkeämpiä ovat positiiviset käyttäytymisen, tunteiden ja ylykkeiden hallintamallit, joita vanhemmat antavat hoitaessaan lasta tai vuorovaikutuksessa perheessä ja keskenään. Huolehtiva, tunnelämpöä ja toisesta välittämistä osoittava suhtautumismalli on tärkein. Sillä vanhempi osoittaa, että hän ei halua pahoittaa toisen mieltä, vaan hän kunnioittaa toista ja välittää toisen tunteista ja minuudesta, ja silloin hän ei myöskään alistaa, tukahduta tai ole auktoritatiivinen kasvattaessaan vaan neuvottelee, puhuu ja perustelee. Pettymysten, vastoinkäymisten ja turhautumien aiheuttamien raivontunteiden säätelytilanteet ovat juuri niitä, joissa vanhempi voi tarjota mallia lapselle. Jos lapsuuden hoitava henkilö, yleensä äiti, on kyennyt tarjoamaan riittävästi lämpöä ja turvallista, epänarsistista huolenpitoa, on lapselle syntynyt kyky hahmottaa riittävästi toisen henkilön tarpeita ja tunteita. Tämä lapsi kykenee aikuisena käyttäytymään intiimissäkin tilanteessa toista ymmärtävästi ja loukkaamatta. Kyky ottaa huomioon toisen ihmisen kipu ja kärsimys ovat myös moraalisen kehityksen peruskiviä. Jos äiti käyttää voimaa tai väkivaltaa, lapsikin omaksuu saman käyttäytymistavan. Henkinen väkivalta on vauvalle yhtä tuhoisaa kuin fyysinen. Äidin riittävän turvallinen, rakastava välittäminen ja kaikesta väkivallasta pidättyvä vuorovaikutussuhde luo mallin, jolle kaikki muut myöhemmät ihmissuhteet rakentuvat. Jollei tässä varhaisessa suhteessa väkivaltaylykkeiden hallinta ole onnistunut, se ei onnistu muissakaan suhteissa.

Aiemmin parisuhdeväkivaltaa pyrittiin psykodynaamisesti selittämään etupäässä sadomasokistisilla, syyllisyyden psykodynamiikkaan liittyvillä käsitteillä. Syyllisyytunnetta tärkeämpi väkivaltakäyttäytymistä selittävä ilmiö lienee kuitenkin psyykkisen olemassaolon uhan kokeminen (annihilaatiokauhu) ja olemassaolosta kiinnipitäminen hintaan mihin hyvänsä. Seksuaalisen lähestymisen hetkellä, alastomana, ihokontaktissa, aikuinen on avoimimmillaan vauva-ajalta peräisin oleville läheisyyden ja riippuvuuden kaipuille ja samalla torjutuksi tulemisen kauhulle. Nämä tilanteet ovat tyypillisiä parisuhdeväkivallan lähtökohtia.

Narsistisiin loukkauksiin ihminen vastaa raivolla ja väkivallalla (34). Narsistista loukkausta on kaikki sellainen, minkä ihminen kokee tuhoavan tai mitätöivän minuuttaan konkreettisesti tai symbolisesti. Mitä tärkeämpiin tai haavoittuvampiin minuuden osiin loukkaus sattuu, sitä kipeämpi se on ja sitä suurempi on raivo. Seksuaalisuus on dissosioitunutta, piilotajuista, koska varhaislapsuudessa seksuaalisuus läheisiin on ankarasti kiellettyä ja koska lapsuudessa seksuaalinen alivoimaisuus vanhempiin verraten johtaisi juuri narsistisiin loukkauksiin. Näin seksuaalisuus jää kehittyessään vaille samanlaista tukea, mitä muut elintärkeät toiminnot saavat. Lopputuloksena on seksuaalisuuden varhaiskantaisuus ja siihen liittyvä häpeän ja hylätyksi tulemisen pelko eli juuri voimakas narsistinen haavoittuvuus. Pregonitaalinen seksuaalisuus on usein fallista eli luonteeltaan aggressiivista ja väkivaltaista, puhkaisevaa ja rikkovaa. Fallisessa maailmassa eletään alituisessa taisteluvälillä, jossa vähäinkin tappio tai arvoasteikossa toisen alapuolelle joutuminen tai pelkkä erimielisyyskin voi merkitä narsistista loukkausta ja vaatia kosta ja hyvitystä, joka saavutetaan vain väkivallalla (35).

Myös henkilöllä, joka toistuvasti alistuu väkivallan uhriksi on mielen rakenteessa kehittymättömyyttä. Hyväksymisen hakeminen tai syyllisyyden sovittaminen voivat motivoida

uhrin käytöstä.

## Systeminen teoria

Perheessä ilmenevä väkivalta on systeemisen teorian mukaan osoitus perhejärjestelmän häiriöstä. Yksilöitä ei pidä nähdä vain syillisinä tai uhreina, vaan väkivalta on perhepeliä. Parisuhteen väkivalta eroaa muusta pahoinpitelystä siinä, että osapuolet yleensä jatkavat yhdessä.

Systeminen teoria pyrkii tunnistamaan myyttejä, jotka ovat olemassa tietoisien ajattelun taustalla vaikuttamassa vuorovaikutukseen ja käyttäytymiseen. Näistä myyteistä kertovat monet sananlaskut, jotka elävät eri ajanlaskussa kuin esimerkiksi lainsäädäntö: "Naisen paikka on kotona hellan ja nyrkin välissä." "Pidä akka kesät tiineenä ja talvet ilman kenkiä, niin pysyypä kotona." "Joka kuritta kasvaa se kunniatta kuolee." "Komiasti kylällä vaikka kontaten kankaalla." "Likapyykki pestään kotona."

Ilmeisesti väkivaltaisissa parisuhteissa nais- ja mieskuvat edustavat äärimmäisen stereotyyppistä käsitystä sukupuolirooleista. Ne ovat tavallaan tiivistymiä yhteiskunnassa esiintyvistä käsityksistä naiseudesta ja miehuudesta. Mies on perheen pää, joka hallitsee järjellä ja fyysisellä voimalla. Nainen on perheen pehmeä tunnejohtaja, joka empatiallaan selvittelee ja tasoihtelee miehen tietä. Ei ole tasa-arvokiiostoja ja seksielämä toimii. Kun väkivalta tulee mukaan tällaiseen komplementaariseen parisuhteeseen, vuorovaikutuskuviot alkavat toistaa mallia roisto ja uhri. Patologinen vuorovaikutusmalli liukuu sykliseksi ja kerta kerralta pahenevaksi.

Väkivaltasykli on usein kolmivaiheinen. Ensin syntyy sarja pieniä yhteenottoja sekä kireyden ja jännityksen lisääntyminen. Seuraavaksi tapahtuu varsinainen väkivallanpurkaus, joka kestää korkeintaan vuorokauden. Uhri pakenee kotoa pois (sukulaisten tai tuttavien luo, turvakotiin), mutta jättää samalla jälkeensä merkkejä, joiden avulla pahoinpitelijä löytää uhrinsa muutamassa päivässä. Viimeksi seuraa kuherruskuukausivaihe, jolloin roolit kääntyvät hetkeksi pääläelleen. Tuhkimosta tulee prinsessa, jota pahoinpitelijä lepyttelee lahjoilla ja hellyydellä sekä ennen kaikkea lupauksilla "ei koskaan enää". Ennen pitkää kaikki alkaa alusta. Sykli voi vähitellen muuttua syöksykierteeksi, jonka alkua kuvaa pahoinpitelijän selitys "päässä vain naksatti" ja lopussa uhri on menettänyt henkensä. Komplementaarisen suhteen taustalla on usein harvinaisen voimakas kiintymys, jossa sek suaalisuus on vahvasti mukana. Pahoinpitelijä on yleensä mies, joka tuntee jossain suhteessa alemmuutta vaimoonsa nähden. Vaimo tuntee toisaalta epävarmuutta ja tarvitsee miehen, joka on hänestä riippuvainen (36).

Väkivallanteon jälkeen uhri kokee ensin sokkimaisen epäuskon vaiheen ("ei voi olla totta"). Sen jälkeen seuraa valetyyneyden ja jähmettyneen valppauden vaihe, jolloin uhri on niin lukossa, ettei esimerkiksi tapahtuneen verbalisointi lääkärin vastaanotolla onnistu. Mutta vaikka uhri ei puhu ja ilmaise itseään, hän kyllä kuulee ja näkee toiset. Tilannetta kommentoivat lääkärin sanat eivät ole turhia vaan menevät perille. Uhri itse kokee tapahtuneesta syyllisyyttä ja häpeää. Vastaanotolla lääkärin rooliin tulisikin kuulua syyllisyyden helpottaminen toteamalla esimerkiksi, että väkivaltaan turvautuminen on aina väärin. Lääkäri joutuu joskus myös uhmaamaan potilaan selitystä vammalle: "Tällaisia vammoja ei synny portaissa putoamisen tuloksena." Hienotunteisuus on turhaa tilanteessa, jossa yksityisyyden rajat on murskattu jo moneen kertaan. Viimeinen vaihe tässä prosessissa, jota kutsutaan viktimisatioksi, on ilman interventioita eräänlainen infantilismin tila: toistuvan perheväkivallan kokemisen jälkeen kohde, uhri taantuu mielistelemään, alistumaan ja

myöntymään. Hänen fyysinen ja psyykinen tilansa kapeutuu. Häpeä ja pelko saavat eristäytymään ystävyys- ja sukulaiskontakteista. Uhri kokee olevansa itse huono ja ansainneensa oman selkäsaunansa: "Olen niin huono ettei varmaan kukaan muu haluaisi elää kanssani." Seurauksena on avuttomuutta, voimattomuutta ja sosiaalisen itsen menettämistä. (36).

## MITEN PERHEVÄKIVALTA VOI HOITAA?

Perheväkivaltaa voidaan todennäköisesti ehkäistä puuttamalla yhteiskunnan rakenteellisiin ongelmiin, kuten työttömyyteen, asunnottomuuteen ja köyhyyteen, sekä muuttamalla lainsäädäntöä tasa-arvoa suosivaksi ja perheväkivallan tekoja tuomitsevaksi. Nämä keinot ovat pääosin muiden kuin lääkäreiden käytettävissä. Lääkärikunnalla on kuitenkin vaikutusvaltaa yhteiskuntaan laajemminkin. Tässä asiassa lääkäreiden on tärkeää ylläpitää keskustelua ja esittää väkivaltaa vähentämään pyrkivien yhteiskunnallisten toimien järjestämistä (37).

Tavallisella lääkärin päivystysvastaanotolla voi perheväkivallan usein vain todeta ja ottaa puheeksi sekä luonnollisesti hoitaa akuuttia hoitoa vaativat vammat. Lisäksi lapsiin kohdistunut väkivalta voi edellyttää nopeitakin lastensuojelullisia toimenpiteitä. Varsinainen väkivaltakäyttäytymisen hoito tapahtuu useimmiten muualla. Lääkäri voi tavata uhria perheenjäsenenä myöhemmin ajanvarausvastaanotolla ja pyrkiä vähitellen vaikuttamaan perheen käyttäytymis- ja ajattelumalleihin. Yleensä lääkäri kuitenkin toistuvien perheväkivaltatilanteiden yhteydessä tuntee niin suurta turhautuneisuutta ja voimattomuutta, ettei hoito onnistu. Käytännössä lääkäri useimmiten kirjoittaa lähetteen eteenpäin terveyskeskuspsykologille, mielenterveystoimistoon, perheneuvolaan, A-klinikkaan, Väestöliittoon jne.

Seuraavassa tarkastellaan lähemmin erilaisia hoidollisia lähestymistapoja. Yksi teoria vain hyvin harvoin kykenee selittämään väkivaltatapahtuman, joten myös perheväkivallan hoidossa on järkevää soveltaa useampia menetelmiä (38).

## Biologinen hoito

Biologisista hoidoista merkittävin apu tulee lääkityksestä. Ei ole olemassa yhtä lääkettä, joka hillitsisi spesifisesti väkivaltaisuutta, vaan on useita lääkkeitä, jotka muun vaikutuksensa ohella hillitsevät myös aggressiivikäyttäytymistä (39). Jos lääkehoitoon päädytään, valitaan lääke, joka sopii parhaiten sekä varsinaiselta vaikutusprofiililtaan että sivuvaikutusprofiililtaan. Litium, karbamatsepiini, tryptofaani, propranololi ja pindololi vaikuttavat aggressiivista käyttäytymistä ehkäisevästi (24). Monet neuroleptit, esimerkiksi haloperidoli, tsuklopentiksoli ja klooripromatsiini, ehkäisevät väkivallan purkauksia ja etenkin rauhoittavat jo alkanutta aggressiipurkausta. Myös bentsodiatsepiineilla on hillitsevää vaikutusta (40).

Serotoniiniaineenvaihduntaan vaikuttavia mielialalääkkeitä on kokeiltu mm. kehitysvammaisuuden ja skitsofrenian yhteydessä esiintyvän aggressiivisuuden hoidossa hyvin tuloksin (25,26,27). Joidenkin serotoniinilääkkeiden, kuten fluoksetiinin, on tosin epäilty jopa lisäävän aggressiivista käyttäytymistä, mutta laajemmissa analyyseissä tämä väite on kumottu (41).

On ajateltu, että miehillä depressioaffekti kanavoituisi osittain asosiaalisuuteen ja aggressiivisuuteen ja että tämä selittäisi, miksi miehillä depressiivisyys on selvästi harvinaisempaa kuin naisilla (42,43). Jos näin oletetaan, että aggressiivisuuden ja



asosiaalisuuden taustalla on itse asiassa depressiivinen affekti, voisi aggressiivisuuden hoitaminen masennuslääkkein olla luonnollista.

Lääkkeiden käyttö perheväkivallan yhteydessä tulee harkittavaksi lähes aina kovin myöhään, eli väkivaltaa on jo runsaasti esiintynyt, ennen kuin lääkkeeseen päätetään turvautua. Ongelmana on käytännössä myös huono motivoituminen lääkkeen käyttöön, joka harvoin sujuu täysin ilman sivuvaikutuksia. Väkivaltataipumusta ei mielletä sairaudeksi, jota hoidettaisiin lääkkeillä.

Alkoholinkäytön vähentäminen voidaan laskea niin biologisiin kuin sosiaaliinkin hoitomuotoihin. Vaikka päihdeperheissä väkivaltaa arvioidaan esiintyvän (vain) kaksinkertainen määrä muihin perheisiin verrattuna (44), on alkoholin aggressiivisuutta provosoiva ja kontrollikykyä heikentävä vaikutus niin huomattava, että alkoholinkäytön vähentäminen on perheväkivallasta kärsivissä perheissä käytännössä ensiarvoisen tärkeää.

## Kognitiivinen hoito

Kognitiivinen lähestymistapa korostaa väkivaltaimpulssien hillitsemistaitoja, vuorovaikutustaitoja, itsehallintakykyä ja ongelmanratkaisutaitoja. Terapiassa autetaan potilasta havaitsemaan sellaiset asiat, jotka laukaisevat lähes automaattisesti vihantunteen ja väkivaltaisen käyttäytymisen, sekä autetaan tunnistamaan itsepintaisia uskomuksia, jotka johtavat toisten ihmisten käyttäytymisen ja tunteiden epäilyyn ja väärintulkintaan. Tavoitteena on löytää vaihtoehtoisia, vähemmän vahingollisia käyttäytymismalleja väkivallalle (31). Hyviä kokemuksia on saatu kognitiivisista ryhmäterapioista (45), joiden kaltaisia ovat myös avoimien vertaisryhmien tapaan toteutetut miesryhmät (46). Kognitiivinen lähestymistapa on todettu hyväksi ns. hillitsemishäiriöiden yhteydessä, joita ovat aggressiivisuuden lisäksi esimerkiksi päihde- ja pelihimo-ongelmat. Koska aggressioherkkyys lisääntyy päihtymystilassa, on kehitetty kognitiivinen lähestymistapa, joka ottaa samanaikaisesti huomioon sekä alkoholismi- että perheväkivaltataipumuksen (47).

Kognitiivinen psykoterapia, kuten muutkin psykoterapiat, edellyttää erityisosaamista, jonka voi saada psykoterapeuttikoulutuksessa.

## Psykodynaaminen hoito

Koska väkivaltaisuus liittyy psykodynaamisen teorian mukaan koko persoonallisuuden kehitykseen ja sen integraation puutteeseen, on väkivaltaisuuden psykodynaamisessa hoidossakin luonnollisesti edettävä laajalla rintamalla. Klassisella psykoanalyttisella psykoterapialla tai psykoanalyysillä ei ole saatu yhtä hyviä tuloksia väkivaltaisesti käyttäytyvien tai persoonallisuushäiriöisten hoidossa kuin neuroottisten hoidossa. Melanie Kleinin (48,49) koulukunnan kehittämä, sisäistettyjä vuorovaikutussuhteita painottava objektiisuusteoria on kuitenkin kyennyt luomaan käsitejärjestelmän, jonka avulla on kyetty saamaan kontakti näihin potilaisiin, jotta he motivoituvat hoitoon. Toisaalta teoria on voinut tarjota potilaille tarpeeksi elävää kontaktia, niin että he ovat voineet sisäistää uudet mallit ja päästä eroon vanhoista kieroutuneista ja rakenteellisiin puutteisiin perustuvista käyttäytymismalleistaan.

Hoidon alku on rakentunut riittävälle kyvylle sietää (containing) olemassaolon uhkaa, tuskaa ja riemua. Vähitellen on turvallisessa, riittävää etäisyyttä pitävässä ja kunnioittavassa hoitosuhteessa kyetty läpikäymään psyykkisen kehityksen kesken jääneet vaiheet. On palattu

hallitun regression avulla varhaisille riippuvuuden ja kiintymyksen tasoille, jolloin potilas on voinut sisäistää puuttuvia tunteidenhallintakeinoja sekä luontaisen aggressiivisuuden ja väkivaltaisen kontrollin malleja. Lopulta potilaalle on syntynyt kyky tuntea kiitollisuutta ja ottaa toinen ihminen huomioon. Vasta tässä kehitysvaiheessa on muodostunut myös aito objektirakkauden kyky.

Väkivaltataipumuksen hoito psykodynaamisen terapian avulla on vaatinut sitoutumiskykyä ja pitkäjänteisyyttä niin terapeutilta kuin potilaaltakin. Onnistuneen hoidon edellytyksenä on ollut myös terapeutin hyvä koulutus sekä vakaa terapiaympäristö (setting).

## **Systemiteoreettinen hoito**

Systemisessä perheterapiassa on lähdetty ajatuksesta, että systeemin osasilla on yhtäläinen valta. Terapeutti on ollut neutraali ja pidättäytynyt moraalisisista kannanotoista ja neuvoista. Kehämäinen syy- ja seuraussuhde on pitänyt sisällään ajatuksen, että jokainen systeemin osapuoli vaikuttaa toisten käyttäytymiseen ja on itse toisten käyttäytymisen vaikutuksen alainen. Vastavuoroisuus on merkinnyt sitä, että osalliset eivät ole vain keskinäisesti vaan myös tasaveroisesti kietoutuneet säilyttämään systeemin vuorovaikutusta. Tämä tarkoittaa sitä, että jokaisessa vuorovaikutustilanteessa jokaisella systeemin jäsenellä olisi yhtä paljon valtaa. Tällainen ajattelu johtaisi siihen, ettei yksilöllistä vastuuta perheväkivallankaan yhteydessä omista teoista olisi lainkaan (50).

Parisuhdeväkivallan yhteydessä tavallinen pariterapia onkin havaittu huonoksi vaihtoehdoksi. Uhrit eivät ole saaneet ääntään kuuluville, eivätkä tulleet kuulluiksi ja ymmärretyiksi. Pahoinpitelijä on dominoinut terapiatilannettakin. Uhri on usein syyllistynyt vain lisää. Joskus uhri on pariterapiatilanteessa liittoutunut pelosta pahoinpitelijään, jolloin seurauksena on ollut, että terapeutista on tullut yhteinen vihollinen ja hänet on pelattu ulos eli terapia on lopetettu. Terapiatilanne on ollut hieman onnistuneempi, jos terapiaan on osallistunut koko perhe, jolloin muut perheenjäsenet ovat tasapainottaneet asetelmaa (36).

Parempiin tuloksiin on päästy siten, että parisuhdeväkivallan uhrit ovat joko hakeutuneet yksinään perheterapeutille tai sitten sukupuolensa mukaisesti erilaisiin vertaisryhmiin, joita perheterapiakoulutuksen saanut henkilö on vetänyt. Näissä ryhmissä on sukupuolille ominaisten oheistoimintojen (hieronta, kylpyhoidot, liikunta, askartelu) lisäksi keskusteltu avoimesti väkivallankokemuksista, parisuhteista sekä suhteista ystäviin, sukulaisiin ja naapureihin. Pahoinpideltyjen eristäytymistä on näin saatu vähenemään. Vastaavasti hyviin tuloksiin on päästy pahoinpitelijöiden omien ryhmien avulla. Nämä ryhmät, kuten esimerkiksi Lyömätön Linja (46), toimivat AA-ryhmien tavoin, mutta mukana on yleensä myös ulkopuolinen, samaa sukupuolta oleva vetäjä. Kun uhri tai tekijä on päässyt puhumisen alkuun, hän on alkanut myös jäsentää tilannetta ja koko todellisuutta toisin. Kun tapahtunut trauma on nimetty väkivallaksi, tapahtuneen tulkinta ja siihen liittyvien tunteiden läpikäyminen on tullut mahdolliseksi (6).

Vasta kun naisten ryhmät ja miesten ryhmät tai yksilökäynnit on läpikäyty, on tullut varsinaisen pariterapian vuoro. Pariterapiassa on opeteltu uudenlaisia ongelmanratkaisukeinoja ja tapoja osoittaa tunteita. Tärkeäksi on tullut vastuun ottaminen omasta käytöksestä. Väkivaltainen käyttäytyminen on opeteltu mieltämään perheen sisäiseksi rikokseksi. Pariterapiassa on voitu tehdä väkivallan kieltämisestä myös (kirjallinen) sopimus, jota on voitu jakaa myös perheen ulkopuolisille henkilöille. Näin on tehty, koska on havaittu, että väkivallan julkistaminen ehkäisee sitä.

Perheterapeuttiseen lähestymistapaan on kuulunut myös väkivallanpurkauksen ennakoiminen. Tätä varten on mm. kehitetty ehkä naiiviltakin kuulostava idea turvapussukasta. Se on uhrin jonnekin kotiinsa piilottama nyytti, joka sisältää nopeasti päälle puettavan vaatekerran ja riittävästi rahaa taksiin ja yösijaan. Paitsi että pussukka on konkreettisesti voinut osoittautua hyödylliseksi apuvälineeksi, sen tärkeämpi merkitys lienee siinä, että uhriksi joutumassa olevan tunne tilanteen hallinnasta ja kyvystä vaikuttaa elämänsä kulkuun on parantunut. Tämän seurauksena perheen sisäinen vuorovaikutustilanne on muuttunut.

## AIKA ON KYPSÄ ONGELMASTA PUHUMISEEN

Perheväkivallasta on käyty julkisuudessa yhä enemmän keskustelua, muissa länsimaissa vielä selvästi enemmän kuin Suomessa (5). Kun noin sata vuotta sitten aika oli kypsä esimerkiksi sille, että länsimainen yhteiskunta havahtui huomaamaan lapsityön haitalliset seuraukset, tuntuu nykyhetki nostavan esiin perheväkivallan aiheuttamat ongelmat. Lainsäädäntötyö on ollut vilkasta tässä asiassa Suomessa viime vuosina. Samanaikaisesti on perustettu useita projekteja ja kampanjoita väkivallan ongelman ratkaisemiseksi. Näitä ovat tasa-arvoasiain neuvottelukunnan väkivaltajaoston aloitteesta tai tukemina käynnistyneet rikosuhripäivystystoiminta, kriisipuhelin, Lyömätön Linja ja Tukinainen sekä keskussairaaloihin ja terveysasemille suunnattu ANSA-projekti. Lyömätön Linja -toiminnan lisäksi erityisesti väkivallasta kärsiville miehille on suunnattu Jussi-projekti, Miehet väkivaltaa vastaan -verkosto ja Miessakit ry. Näiden projektien ja ryhmittymien toiminta käy paljolti yksiin edellä esitettyjen, eri teorioihin perustuvien hoitosuositusten kanssa.

Erityisesti psykodynaamisen mutta myös kognitiivisen ja systeemiteorian mukaista olisi lisätä yhteiskunnan huomiota aivan varhaislapsuuden hyvän psyykkisen kehityksen turvaamiseen. Tätä merkitseviä toimia voisivat olla vuorovaikutuksellisen ja taloudellisen tuen suuntaaminen vauva- ja pikkulapsiperheille, riittävät vanhempainlomat ja neuvolajärjestelmän kehittäminen vielä enemmän koko perheen psyykkistä kehitystä huomioon ottavaksi. Yhteiskunnan toimien tulisi olla pitkäjänteisiä, sillä toimenpiteiden tuloksia jouduttaisiin odottamaan sukupolven ajan. Akuuttimman hädän hoito olisi sosiaali- ja terveysviranomaisten, jonkin verran myös oikeusviranomaisten huolena. Olisi hyvä muistaa, että perheen aikuisten välinen väkivalta on aina vahingollista lasten henkiselle kehitykselle, ja väkivaltaisuus antaa siten aiheen selvittää myös perheen lasten tilannetta. Tässä työssä lääkärikunta on tärkeässä asemassa. Perheväkivallan ongelma tulisi tunnistaa, rohkeasti ottaa puheeksi sekä psyykkistä kasvua tukevasti ja samalla hienotunteisesti hoitaa.

## KIRJALLISUUTTA

Kirjoittajat

Outi Poutanen

LT, psykiatrian erikoislääkäri, psykoterapeutti ET;

TAYS, psykiatrian tulosalue

Gustav Schulman

LL, psykiatrian erikoislääkäri, psykoanalyttikko IPA, VET;

Espoo

Sirkku Tukiainen

YTM, perheterapeutti, VET;

Ylöjärvi

1 Kiviaho P. Naisiin kohdistuvan väkivallan ehkäiseminen ja uhrien ja tekijöiden hoitaminen. Liitemuistio 2 Hallituksen iltakouluun 12.6.1996.

2 Poliisiin tietoon tullut perheväkivaltarikollisuus Suomessa 1996. Ennakkotietoja TANE:n Tilastokeskukselta tilaamasta selvityksestä.

3 Peltoniemi T. Perheväkivalta. Keuruu: Otava 1984.

4 Kiviaho P, Heiskanen M. Perheväkivalta. Kirjassa: Suomalainen perhe. Tilastokeskus, Väestö 5, 1994; 187-192.

5 TANE (Tasa-arvoasiain neuvottelukunta): Sukupuoli ja väkivalta Suomessa. Ehdotus sukupuolistuneen väkivallan tutkimusprojektiksi, 1994.

6 Husso M. Hajoamiskokemuksia parisuhdeväkivallassa. Perheterapia 1996; 2: 10-18.

7 Bergman B, Larsson G, Brismar B, Klang M. Psychiatric morbidity and personality characteristics of battered women. Acta Psychiatr Scand 1987; 76: 678-683.

8 Elliott BA, Johnson MM. Domestic violence in a primary care setting. Patterns and prevalence. Arch Fam Med 1995; 4: 113-119.

9 Heise LL, Pitangui J, Germain A. Violence against women. The hidden health burden. World Bank Discussion Papers 255, 1994.

10 Kessler RC ja Magee WJ. Childhood family violence and adult recurrent depression. J Health Soc Behav 1994; 35: 13-27.

11 Hakola P, Tiihonen J, Vartiainen H, Eronen M. Väkivaltaisuusvaaran arviointi. [Suom Lääkäril 1994; 49: 1807-1813.](#)

12 Lagerspetz K. Miten suhtautua aggressiivisuuden biologisiin selitysmalleihin ja hoitotapoihin. Suom Lääkäril 1994; 49: 2180-2185.

13 McCloskey LA, Figueredo AJ, Koss MP. The effects of systemic family violence on children's mental health. Child Dev 1995; 66: 1239-1261.

14 O'Farrell TJ, Murphy CM. Marital violence before and after alcoholism treatment. J Consult Clin Psychol 1995; 63: 256-262.

15 Viialainen R. Lapsena kaltoin kohdeltu on usein väkivaltainen omille lapsilleen. STAKES, Dialogi 1995; 5: 8-9.

16 Pajuoja J. Väkivalta ja mielentila, oikeussosiologinen tutkimus syyntakeisuussäännöksistä ja mielentilatutkimuksista. Väitöskirja. Suomalainen lakimiesyhdistys, Helsinki 1995.

17 Abbott J, Johnson R, Koziol-McLain J, Lowenstein SR. Domestic violence against women. Incidence and prevalence in an emergency department population. JAMA 1995; 273: 1763-1767.

- 18 Söderholm A-L. Naisiin kohdistuva väkivalta. *Suom Lääkäril* 1996;51:1579-1584.
- 19 Sariola H. Lasten väkivalta- ja seksuaalikokemukset. Lastensuojelun keskusliitto 1990.
- 20 Council on Scientific Affairs, AMA. Adolescents as victims of family violence. *JAMA* 1993;270:1850-1856.
- 21 Tamminen T. Lasten heitteillejätö ja insesti. Luento Lääkäripäivillä 1997.
- 22 Virjo I. Vanhukset aikuisten lastensa kaltoin kohtelemisena. Lääkäripäivät 1997, Helsinki.
- 23 Jejeebhoy SJ, Cook RJ. State accountability for wife-beating: the Indian challenge. *Lancet* 1997;349 suppl I:110-113.
- 24 Virkkunen M, Linnoila M. Keskushermoston serotoniinin aineenvaihdunta aggression ja väkivallan taustalla. *Duodecim* 1992;108:230-237.
- 25 Vartiainen H, Tiihonen J, Putkonen A, Koponen H, Virkkunen M, Hakola P, Lehto H. Citalopram, a selective serotonin reuptake inhibitor, in the treatment of aggression in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1995;91:348-351.
- 26 Hellings JA, Kelley LA, Gabrielli WF, Kilgore E, Shah P. Sertraline response in adults with mental retardation and autistic disorder. *J Clin Psychiatry* 1996;57:333-336.
- 27 Markowitz PI. Effect of fluoxetine on self-injurious behavior in the developmentally disabled: a preliminary study. *J Clin Psychopharmacol* 1992;12:27-31.
- 28 Varonen S. Aggressiivisuus psyko-organisisissa aivo-oireyhtymissä. *Duodecim* 1992;108:273-279.
- 29 Räsänen P. Testosteroni ja psyyken häiriöt. *Duodecim* 1997;113:395-399.
- 30 Leinonen L, Johansson G. Aggressiiviset aivot: neurofysiologin näkökulma. *Duodecim* 1992;108:221-228.
- 31 Beck AT, Freeman A ym. *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: The Guilford Press 1990.
- 32 Schulman G. Psykoanalyysin ja psykoterapian mahdollisuudet persoonallisuushäiriöiden hoidossa. *Suom Lääkäril* 1995;50:2535-2542.
- 33 Tähtä V. *Mielen rakentuminen ja psykoanalyttinen hoitaminen*. Juva: WSOY 1996.
- 34 Kohut H. *Thoughts on narcissism and narcissistic rage. The psychoanalytic study of the child*. New York: Quadrangle Books 1972.
- 35 Ikonen P. Seksuaalisuus, narsismi ja väkivaltaisuus. *Duodecim* 1992;108:247-254.
- 36 Nousiainen V. Onko naiselle tilaa - kokemuksia perheväkivallasta ja terapiasta. *Perheterapia* 1996;12:20-27.

37 Steiner RP, Vansickle K, Lippmann SB. Domestic violence. Do you know when and how to intervene? *Postgrad Med* 1996;100:103-116.

38 Pressman B, Sheps A. Treating wife abuse: an integrated model. *Int J Group Psychother* 1994;44:477-498.

39 Corrigan PW, Yudofsky SC, Silver JM. Pharmacological and behavioral treatments for aggressive psychiatric inpatients. *Hosp Community Psychiatry* 1993;44:125-133.

40 Huttunen M. Väkivaltainen potilas. *Duodecim* 1992;108:261-270.

41 Heiligenstein JH, Beasley CM Jr, Potvin JH. Fluoxetine not associated with increased aggression in controlled clinical trials. *Int Clin Psychopharmacol* 1993;8:277-280.

42 Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, Orvaschel H, Gruenberg E, Burke JD, Regier DA. Lifetime prevalences of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41:949-958.

43 Blacker CVR, Clare AW. Depressive disorder in primary care. *Br J Psychiatry* 1987;150:737-751.

44 Mäkelä R. Viina ja väkivalta. *Lääkäripäivät* 1997, Helsinki.

45 Faulkner K, Stoltenberg CD, Cogen R, Nolder M. Cognitive-behavioral group treatment for male spouse abusers. *J Fam Viol* 1992;7:37-55.

46 Reijonmaa L. Mies kysyy lyömätöntä elämää. *Perheterapia* 1996;12:34-37.

47 Conner KR, Ackerly GD. Alcohol-related battering: Developing treatment strategies. *J Fam Violence* 1994;9:143-155.

48 Klein M. Kateus ja kiitollisuus. Helsinki: Yliopistopaino 1992.

49 Segal H. Melanie Klein ihmismielen ymmärtäjänä. Helsinki: Yliopistopaino 1994.

50 Willbach D. Ethics and family therapy. The case management of family violence. *J Marital Ther* 1989;15.

---

[Käynnistä keskustelu aiheesta](#)

© Suomen Lääkärilehti