

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA

1(1), 2014



JULKAISIJA:

Suomen Seksologinen Seura ry
Helsinki

Toimittajat:

J. Tuomas Harviainen

Pirkko Brusila

Osmo Kontula

Hanna Vilkkä

ISSN 2342-723X

Suomalaisen seksologian kausijulkaisu

ESIPUHE

J. Tuomas Harviainen, *FT, sopimustutkija, TaY*
 Pirkko Brusila, *LL, pari- ja seksuaaliterapeutti*
 Osmo Kontula, *VTT, tutkimusprofessori, Väestöliitto*
 Hanna Vilkka, *VTT, yliopistonlehtori, TaY*

Tervetuloa ensimmäisen *Seksologisen Aikakauskirjan* pariin. Alallamme, tai pikemminkin *aloillamme*, on jo pitkään ollut toiveita yhteisen julkaisukanavan luomiseksi suomenkieliselle seksologian tutkimukselle. Tämä aikakauskirja on yksi vastaus noihin toiveisiin.

Tämän ensimmäisen numeron kirjoittajakunnassa on ihmisiä sekä Suomen Seksologisen Seuran yli 900 hengen jäsenistöstä että seuran ulkopuolelta. Seksologia on yhä kenttä, jota tehdään Suomessa monilla aloilla, ja välillä on jopa vaikea sanoa, missä menee seksuaalilääketieteen ja seksologian, tai seksologian ja opastusmateriaalin, välinen raja. Useissa tapauksissa esimerkiksi seksuaalilääketiede asettuu erääksi seksologian alalajeista, ja seksioppaat puolestaan ovat niistä johdettua käytännön ajattelua. Välillä kuitenkin rajat korostuvat, kun keskustellaan esimerkiksi näkemyseroista sen suhteen, onko jokin taipumus mahdollisesti sairaus vai vain toisenlaista seksuaalikäyttäytymistä.

Samoin maallikon voi olla vaikeaa hahmottaa, millaista koulutusta eri työnimikkeillä olevilla seksologian alan toimijoilla on – tai ei ole. Seura on pyrkinyt, yhteistyössä pohjoismaisten sisarjärjestöjensä kanssa, selkeyttämään tätä tilannetta. Yksi keskeinen väline ovat yhteispohjoismaiset NACS-auktorisoinnit, joilla selkeytetään alan ammattilaisten koulutuksen määrittelyä.

Toinen keskeinen väline ovat asiantuntijoiden väliset vuoropuhelut, myös tieteenalojen yli, ja käytännönläheisesti. Seksologinen Aikakauskirja on tarkoitettu väyläksi tähän. Haluamme tarjota seksologian alan ammattilaisille, ja muillekin siitä kiinnostuneille, tuoretta, asiallista tietoa seksuaalisuuden tutkimuksen kentältä, monilta eri aloilta. Toivomme

jokaisen tämän ensimmäisen numeron teksteistä inspiroivan lukijoitaan – ainakin käytännön työssään, kenties myös kirjoittamaan aiheesta lisää.

Aikakauskirjan rakenne

Koska Seurassa on yli 900 jäsentä, he edustavat paitsi lukuisia eri aloja, myös erilaisia koulutuksia ja ilmaisutapoja. Tästä johtuen emme ole halunneet tehdä Aikakauskirjasta ainoastaan perinteistä vertaisarvioitua julkaisukanavaa. Hyvin suuri osa suomalaisesta seksologiasta tapahtuu käytännön työssä, välittömässä vuorovaikutuksessa asiakkaiden kanssa. Se perustuu luottamukseen, kunnioitukseen ja haluun auttaa. Nämä ovat kuitenkin piirteitä, joita monen voi olla vaikea välittää tieteellisen, viitteitä täynnä olevan tekstin muodossa. Seksologian luonteen takia kaikki käytännön työssä tehdyt tutkimukselliseen kehittämistoimintaan tai käytäntötutkimukseen nojaavat selvitykset ja tutkimuskuvaukset/artikkelit ovat tervetulleita Aikakauskirjaan.

Ratkaisuna tähän olemme valinneet moniportaisen julkaisumuodon, jossa erilaiset tekstit pääsevät paitsi paremmin oikeuksiinsa, myös lähemmäs lukijoitaan. Inspiraationamme toimi *Pelitutkimuksen vuosikirja* (Suominen ym., toim. 2009-), joka on jo viiden vuoden ajan tarjonnut tilaa niin tutkimusartikkeleille, katsauksille kuin arvosteluillekin.

Artikkelit ovat täyden kaksoissokkovertaisarvioinnin läpäisseitä tieteellisiä julkaisuja, joissa esitellään uutta tutkimustietoa. *Johanna Pohtinen* käsittelee omassa artikkelissaan kinky-seksuaalisuuden suhdetta arkeen, sekä sitä, miten sen toteuttamisen kautta myös irrottautuvat arjestaan. *Rittakerttu Kaltiala-Heino, Maria Sumia, Hanna Savioja ja Nina Lindberg* puolestaan analysoivat niitä seksuaaliterveydellisiä kysymyksiä, jotka liittyvät nuoriin, jotka hakeutuvat sukupuolen uudelleenmäärittelyyn.

Myöskin *Tutkimusraportit* sisältävät uusia tuloksia, mutta tiiviimmin raportoituina, pohjaksi myöhemmälle analyysille. Ne ovat läpäisseet toimituskunnan arvostelun ja hiomisen. Ensimmäiseen numeroon sopivasti *Osmo Kontula, Tommi Paalanen ja Sirpa Valkama* esittelevät seksologian ammattilaisten tilannetta ja koulutuksia Suomessa 200-luvun aikana. *Taru Liski* käy läpi haasteita ja merkityksiä kinky-yhteisöjen tapahtumien

järjestämislle, kulttuurituotannon näkökulmasta. Ja *Ulla-Sisko Lehto*, *Heidi Lonka* ja *Arpo Aromaa* käsittelevät miesten seksuaalielämälle heidän eturauhassyövän hoidoistaan aiheutuneita haittoja.

Katsauksissa julkaisemme kuvauksia käytännön työn tematiikasta, tiivistyksiä jonkin seksologisen aihepiirin kirjallisuudesta ja ammatillisia mielipiteitä ja keskustelunavauksia. Toivomme erityisesti niiden rakentavan toiminnallista siltaa tieteellisen tutkimuksen ja seksologia arjen välillä. *Jaana Susi* esittelee katsauksessaan, miten TAYSin naistenlinikalla yhdistetään seksuaalineuvontaa vagina-aplasian hoitoon. *Maaret Kallio* kuvaa lapsuuden vuorovaikutuksen tärkeyttä myöhemmän elämän intiimeille suhteille, ja *Susanna Ruuhilahti* haastaa lukijansa laaja-alaisempaan asenteeseen nuorten seksuaalikasvatuksessa.

Tästä tyylien ja tieteenalojen monipuolisuudesta johtuen olemme myös halunneet säilyttää eri alojen ilmaisukäytäntöä, viittaustekniikkaa ja kirjoittajien omaa kielenkäytön tyyliä. Seksuaalisuuden kaltaisella alueella, jossa jokainen kirjoittaja ja lukija on myös kokemusasiantuntija, on ensiarvoisen tärkeää, että kunkin ihmisen oma ajatus heijastuu jopa tieteellisen ilmaisun läpi. Liitymme tässä bell hooksin (2007, 118) ajatuksiin ja haluamme moniportaisuudella houkutella lukijoita kriittiseen reflektointiin. Äänen antaminen kokemuksille auttaa ohjaamaan omaa ja toisten elämää, rakentavasti ja yhdessä. Seksologisen Aikakauskirjan yksi tavoite onkin antaa tunnustus kaikkien olemassaololle seksologian kentällä ja toisiaan kuunnellen.

Toivomme, että Aikakauskirjasta muodostuu vuosittainen kausijulkaisu, jonka ottavat omakseen niin käytännön työn tekijät, seksuaalisuuden yliopistotutkijat, kuin nekin, jotka tekevät molempia.

Kirjallisuus

hooks, b. (2007). *Vapauttava kasvatus*. Helsinki: Kansanvalistuseura.

Suominen, J., ym. (toim.) (2009-). *Pelitutkimuksen vuosikirja*. Tampere: Tampereen yliopisto.

Kinky seksuaalisuus arkisena ja arjesta irrottavana ilmiönä

ARTIKKELI

Johanna Pohtinen, *FM*

Tässä artikkelissa käsittelen kinkyä seksuaalisuutta arkisena ja toisaalta arjesta irrottavana ilmiönä Turun yliopiston kansatieteen oppiaineeseen tekemäni pro gradu -työn pohjalta (Pohtinen, 2012). Termi *kinky* on peräisin englannin kielestä ja viittaa epätavallisiin seksuaalisiin mieltymyksiin tai käyttäytymiseen. Kinkyksi määrittelen tässä yhteydessä niin sadomasokismin, fetisismien, bondagen kuin muutkin epänormatiivisia tai tavallisista poikkeavana pidetyt seksuaalisuudet. Toisaalta mieltämällä kinkyn osaksi arjen seksuaalisuutta haluan taistella tätä outouden stereotypiaa vastaan ja murtaa ennakkoluuloja joita kinkyä kohtaan kenties vielä on. Kyseistä ilmiötä tuntemattomien käsityksissä, kinkyä tuntuvat leimaavan salamyhkäisyys, ennakkoluulot ja vääristyneet käsitykset siitä, minkälainen henkilö on kinky ja mitä kinky ylipäättään on.

Usein kinkyä käsittelevät tutkimukset keskittyvät yhtäältä ammattidominoihin sekä heidän palvelujaan käyttäviin miehiin ja toisaalta homomiesten sadomasokismiin (esim. Hekanaho, 2007; Kaartinen ja Kippola, 1990). Joissain tapauksissa sadomasokismi saatetaan tuomita patriarkaalisia valtarakenteita ylläpitäväksi instituutioksi (esim. LeMoncheck, 1997) tai fetisismiä ja sadomasokismia pidetään vain miesten ominaisuuksina ja (hetero-) naiset unohdetaan tutkimuksista kokonaan. Tutkimusta löytyy kuitenkin myös esimerkiksi lesbosadomasokismista (esim. Samois, 1982) ja naisten fetisismistä

(Gamman ja Mäkinen, 1994). Koska lähtökohtanani on kansatiede, pro gradu -työssäni käyttämäni tutkimusmenetelmät olivat etnografisia ja siis pikemminkin laadullisia kuin määrällisiä. Keskityin rakentamaan ymmärrystä yksilöiden kautta, en luomaan tilastoja suurten kyselyaineistojen pohjalta. Tarkastelen myös tässä artikkelissa kinkyä seksuaalisuutta lähtökohtanani yksilöiden arkiset kokemukset ja heidän itsensä seksuaalisuudelleen luomansa merkitykset. Arki ja arjesta irtautuminen ovat usein limittäisiä prosesseja, eikä niitä aina voi, tai ole edes tarpeellista, erottaa toisistaan. Artikkelissa keskiössä ovat siis informanttien kokemukset seksuaalisuudestaan arkisena ilmiönä ja toisaalta jonain, mikä tekee eron arjen ja jonkin erityisemmän välille.

Aineisto ja teoria

Aineistonani olivat teemakirjoitukset, haastattelut sekä lisänä oma havainnointi ja itsereflektio. Teemakirjoitukset, joihin tässäkin artikkelissa viitataan, olen kerännyt kevään 2011 aikana ja ne käsittävät 12 henkilön vastaukset, tai kinkyselämäkerrat (Pohtinen, 2012, Liitteet). Vastajaat olivat iältään 20–56 -vuotiaita. Heistä itsensä identifioi naiseksi seitsemän, mieheksi neljä ja androgyyniksi yksi. Lisäksi kandidaatin tutkielmaani varten vuonna 2009 minulla oli haastateltavana viisi henkilöä, jotka olivat iältään 20–30 -vuotiaita (Pohtinen, 2010). Pro gradu -tutkielman kirjoittamisen aikoihin olin ollut jo useampia vuosia turkulaisen kinky-yhdistyksen jäsen ja aktiivisesti mukana toiminnassa. Näin ollen myös oma suhteeni tutkimaani ilmiöön on tärkeä ottaa huomioon: samalla kun etäännyttän itseäni tutkittavasta ilmiöstä, olen myös osa tutkimuskohdettani. Tällainen kaksoisrooli on etnografisessa tutkimuksessa mahdollinen ja jopa tavallinen. On tärkeää huomioida myös

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

se, että täysin arvovapaata, objektiivista, tutkimusta on mahdotonta tehdä ja tutkijan on hyvä tarkastella myös omaa paikkaansa tutkittavaan ilmiöön nähden. Minulle tärkeää etnologina ja tutkijan roolissa on lähestyä kinkyä ilmiönä ja sen sisältä päin. En halua paikantua tutkijaksi, joka tarkastelee eksoottisena pitämäänsä kulttuuria ylhäältä päin samalla luoden valta-asetelman itsensä ja tutkimuskohteensa välille. Tietty tutkijan valtapositio on kuitenkin aina olemassa, vaikka lähtökohtanani on antaa ääni informanteilleni ja kertoa heidän kokemuksistaan.

Artikkelissa suosin kinkyn yhteydessä termiä ilmiö, kulttuuri-termin sijaan (*kinkyilmiö* vs. *kinkykulttuuri*). Kinkykulttuuri -termiä näkee usein, ja sillekin on varmasti sijansa, mutta itse näen kulttuurin käsitteen myös ongelmallisena. Käsitteenä *kulttuuri* voi olla väline, jolla luodaan toiseutta ja näin se näyttäytyy kolonialistisena välineenä, jolla tarkastellaan tätä *toista* ylhäältä alaspäin. (Hannerz, 1996, 31–32.) Kinky voitaisiin myös määritellä ala- tai osakulttuuriksi. Kuitenkin ala-kulttuuri -käsitteeseenkin liittyy valta-asetelma eriarvoisista kulttuureista (vrt. korkeakulttuuri). Lisäksi voidaan myös pohtia sitä, onko jako ala- ja valtakulttuureihin enää nykypäivänä ylipäänsä tarpeellista, koska ”niin sanottu valtakulttuuri on jakautunut moninaisesti elämäntapamieltymyksiin” (Chaney, 2004, 47; oma käänös). Osakulttuuriksi kinky on myös hajanainen, koska ilmiön sisältä itsestään voidaan löytää erilaisia osa-alueita, joita voidaan siis pitää ilmiön sisäisinä osakulttuureina (esim. kumifetisistit, bondage-harrastajat). Lisäksi käsitettä ”kulttuuri” käytetään nykyään mitä moninaisimmissa yhteyksissä, voidaan puhua niin ruokakulttuurista kuin jalkapallokulttuuristakin, ja Ulf Hannerz mainitsee jopa ”jäätelökulttuurin” ja ”sänkykulttuurin” (Hannerz, 1996, 30). Tämä on johtanut siihen, että termi kulttuuri on kokenut

POHTINEN - KINKY SEKSUAALISUUS ARKISENA

hienoisin inflaation: kaikki on kulttuuria. Etnologi Orvar Löfgren puolestaan määrittelee kulttuurin termiksi, jota käytämme kuvaillessamme niitä tietoja, taitoja, tuntemuksia sekä arvostuksia, jotka jokin ihmisryhmä jakaa keskenään. (Frykman ja Löfgren, 1979, 15.) Kulttuurilla ylipäänsä viitataan siis laajaan yhteisesti jaettuun arvomaailmaan. Näkisin kinkyn kohdalla olevan pikemminkin kyse elämänmuodoista ja -tyyleistä, sekä itsensä identifioimisesta, kuin tällaisesta laajasta kulttuurin käsityksestä. Vaikka täysin hierarkioista ja valta-asetelmista vapaa tutkimus ei täydellisesti mahdollista olekaan pidän ilmiö-termiä kevyempänä ja vähemmän arvolatautuneena. Ilmiö-termin kautta haluan korostaa sitä, että tämän tutkimuksen puitteissa kykenen avaamaan näkökulmia yksittäisten henkilöiden tiettyssä ajassa kokemaan kinkyyn, en tekemään määritelmää kokonaisesta kulttuurista.

Teoreettinen tausta työlleni on kulttuurianalyttinen, sekä queer-teoreettinen. Kulttuurianalyysin kautta eriskummallisena tai outona pidettyä voidaan tarkastella arkisena ja ymmärtäen. Toisaalta kulttuurianalyysi mahdollistaa arkisten ja tavallisten, sekä itsestään selviltä tuntuvien tilanteiden ja ilmiöiden eksotisoimisen, eli niiden tarkastelun ikään kuin vieraina ilmiöinä. Näin tarkasteltuna ilmiöistä voidaan löytää uusia merkityksiä ja sisältöjä. (Ehn, 1996, 169.) Kulttuurianalyysille ominaista on myös huomioida kuinka aineistossa pieninkin informantin kertoma seikka – tai kertomatta jättäminen – saattaa olla merkityksellinen kokonaisuuden kannalta ja antaa kuvan suuremmasta merkitysjärjestelmästä ja kollektiivisesta tietoisuudesta. Aineistoa siis tarkastellaan läheltä ja tarkkaan. (Ehn ja Löfgren, 1982, 97.)

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

Queer-teoriassa puolestaan kyseenalaistamisen, purkamisen ja jälleenrakentamisen prosessit ovat tärkeässä osassa. Queer-teorian juuret ovat feministisessä tutkimuksessa ja yhteiskunnallisessa aktivismissa. Karkulehto (2006, 130) toteaaakin queer-tutkijan olevan kuin lähetyssaarnaaja jonka missiona on muun muassa muutostavoitteinen asenteisiin vaikuttava toiminta, heteronormatiivin vastustaminen ja näkyväksi tekeminen, luonnollisiksi määriteltyjen rajojen venyttäminen, sekä normeihin mukautumattoman erilaisuuden sosiaalinen ja yhteiskunnallinen hyväksyminen. Lisäksi queer kyseenalaistaa identiteetin rakentumisen ja erilaisten identiteettien yhtenäisyyden sen sijaan että pitäisi seksuaalisuutta synnynäisenä tai sosiaalisesti rakentuneena ominaisuutena (Karjula, 2009, 39). Näin ei ole vain yhtä kinky-identiteettiäkään, vaan näitä identiteettejä voidaan nähdä niin monta, kuin on sen kokijoitakin. Identiteetin kokemus voi myös vaihdella eri aikoina ja eri tilanteissa: oman aineistoni kautta saan kuvan henkilön sen hetkisestä kokemuksesta omasta seksuaalisuudestaan. Queer-teorian kautta pystyn lähestymään kinkyä seksuaalisuutta ilman hegemonisen seksuaalisuuskäsityksen mukanaan tuomaa arvolatausta kinkystä outona tai erilaisena, tai ainakin kyseenalaistamaan tämän arvolatauksen.

Feministisen viitekehyksen kautta puolestaan pyritään purkamaan binaarinen, kaksijakoinen maailmankuva. Tällaisia hierarkiaan perustuvia jakoja ovat mm. mies/nainen, ihminen/eläin ja luonto/kulttuuri -dikotomiat. (Matero, 2004, 259; Kangasvuo, 2006, 12.) Keskeistä on myös intersektionaalisuus, eli yksilöiden väliset ja sisäiset erot, sekä ymmärrys näiden erojen samanaikaisuudesta ja ristiriitaisuudesta. Tällaisia eroja ovat muun muassa etnisyys, yhteiskuntaluokka, uskonto ja ikä. (Rossi, 2010,

POHTINEN - KINKY SEKSUAALISUUS ARKISENA

35.) Niin sukupuoli kuin seksuaalisuuskin voidaan näiden toisiaan leikkaavien erojen kautta nähdä moniulotteisemmin ja toisaalta ne voidaan nähdä uudella tavalla kun eroja tarkastellaan suhteessa toisiinsa. Feministinen tutkimus pitää myös kieltä keskeisenä todellisuuden tuottamisen välineenä ja näkee että esimerkiksi sukupuolta rakennetaan tietyillä toistuvilla puhetavoilla (Paasonen, 2010, 47). Sanat eivät ole totuuden ilmentymiä, vaan kantavat aina tiettyjä merkityksiä ja arvoja. Feminismi pyrkiikin kyseenalaistamaan ja määrittelemään uudelleen puhetapoja ja merkityksiä. Tämän olen ottanut huomioon myös työssäni, niin aineistoa lukiessani kuin tekstiä tuottaessanikin.

Kinkyn terminologiaa

Kinkyilmiöön sisältyy paljon termistöä, joka voi olla ulkopuoliselle vierasta. Termien määrittely ei myöskään ole standardisoitunutta, ja loppujen lopuksi jokainen kinkyksi itsensä kokeva henkilö luo itse sisällön käyttämilleen termeille. Avaan tässä kuitenkin termistöä, joka on kinkyilmiön sisällä yleistä, ja jota tässä artikkelissa käytän. Kuvailen termejä tässä lyhyesti ja varsin suppeasti, koska kyse on laajoista ja moniulotteisista ilmiöistä.

Kinkyn rinnalla olisi mahdollista käyttää myös termiä *pervo* tai *perversi*. Itse kuitenkin vieroksun näitä termejä, koska niihin saattaa liittyä hyvinkin negatiivisia mielleyhtymiä. *Perversiolla* kun usein viitataan juuri patologisoituun tai muuten moraalisesti kyseenalaiseen seksuaalisuuteen (esim. Hekanaho, 2007, 120–121). Toisaalta usein kuitenkin kinky-yhteisön sisällä kuulee käytettävän nimitystä *pervo*, jolloin merkitys on positiivisen leikkisä tai neutraali. *Kinky* on ikään kuin kattokäsite, joka pitää

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

sisällään ainakin sadomasokismin, bondagen, fetisismien ja sukupuolirooleilla sekä iällä leikittelyn. Kinkyn vastakohta puolestaan on *vanilja*, joka on termi, jota käytetään yleisesti kinky-yhteisön sisällä kuvaamaan ei-kinkyä seksiä tai henkilöä.

Bdsm on termi, jota usein käytetään virallisemmissa yhteyksissä tarkoittamaan jotakuinkin samaa kuin kinky. Kirjainyhdistelmä tulee sanoista *bondage/discipline*, *Domination/submission* sekä *sadism* ja *masochism* pitäen siis sisällään sidonnan, sadomasokismin ja valtaleikit. Merkityksestä on myös erilaisia variaatioita.

Termi *sadomasokismi* (lyhennetään usein *s/m*) on yhdistelmä termeistä *sadisti* ja *masokisti*. Kinkyn yhteydessä *sadismilla* tarkoitetaan nautinnon saamista toisen henkilön alistamisesta tai kivun tuottamisesta tälle, kun taas *masokismi* on mielihyvän saamista alistumisen tai kivun kautta. *Sadomasokismi* tässä kontekstissa on aktina konsensuaalista eli yhteisymmärryksessä toteutettua toimintaa. Toisin sanoen mikään osapuoli ei ole pakotettu tilanteeseen eikä ole siinä vasten tahtaan. Seksuaalisessa *sadomasokismissa* tarkoitus on nimenomaan saada mielihyvää: *sadistille* mielihyvää tuottaa se, kun hän täyttää *masokistin* toiveen tulla vaikkapa piiskatuksi. *Sadomasokistinen leikki* tai *sessio* etenee alistuvan osapuolen ehdoilla, joista usein on sovittu etukäteen. Myös *turvasanat* (esimerkiksi punainen, keltainen, vihreä merkitsemään saako toiminta jatkua) saattavat olla käytössä. *Sadomasokistinen sessio* voi olla vaikkapa kinky- tai *s/m*-bileissä tapahtuva yhden piiskauksen mittainen tapahtuma, toimia kotona eroottisena esileikkinä tai jatkua kauempia aikoja kerrallaan aina niin sanottuun *24/7-elämäntapaan* saakka,

POHTINEN - KINKY SEKSUAALISUUS ARKISENA

jolloin *s/m*-suhteen osapuolet ovat jatkuvassa konsensuaalisessa valta-asetelmassa arkielämän kaikissa tilanteissa. *Sadomasokistinen leikki* ei siis aina välttämättä sisällä sukupuolielinten stimulointia tai kivun tuottamista eikä se välttämättä johda seksiin. Se saattaa lisäksi laajentua muillekin elämän osa-alueille kuin vain seksuaalisiin konteksteihin. *Sadomasokismi* ei siis välttämättä sisällä valtaleikkiä, eikä valtaleikki ole välttämättä *sadomasokismia*. Nämä termit kuitenkin kulkevat usein käsi kädessä.

Sadomasokistisessa sessiossa ja *valtaleikissä* on yleensä jonkinlainen roolijako. Useimmiten tämä on jako alistavaan ja alistuvaan osapuoleen. Alistuvaa osapuolta kutsutaan tilanteesta riippuen esimerkiksi *subiksi*, *orjaksi* tai *lemmikiksi*. Alistavassa roolissa puolestaan törmää termeihin *domina/domme*, *master*, *valtiatar* tai *isäntä*. Toisinaan orja kutsuu valtiastaan myös nimellä *Herra* tai *Rouva*. Nimitykset ovat tapauskohtaisia ja perustuvat osapuolten mieltymyksiin.

Bdsm-kirjainlyhenteessäkin ilmi tuleva *bondage* tarkoittaa henkilön sitomista siten, että rajoitetaan tämän toimintaa tai luodaan esteettisesti miellyttävä sidonta. *Bondagen* juuret löytyvät Kiinan ja Japanin sitomistaiteesta (*shibari*, *kinbaku*). Tällöin oleellista on esteettisyys ja työvälineenä ovat köydet. Toisinaan halutaan erotella toisistaan tämä historiallinen esteettinen *bondage* muista sitomisleikeistä. Toisen kahlitsemiseen kun voidaan käyttää myös vaikkapa käsirautoja, huiveja, nippusiteitä tai mitä ikinä käsillä sattuu olemaan. Englannin kielessä käytetty termi *restraint* kuvaa mielestäni hyvin *bondagea*. *Restraint* kääntyy suomeksi pidättyväisyydeksi, siteeksi tai maltiksi, siis joksikin sellaiseksi,

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

jossa normaali ruumiin liikkuvuus on estetty. Se tekee ihmisen näin hyvinkin avuttomaksi ja jättää sidotun toisen armoille. Usein sanotaankin, että sidottu ruumis vapauttaa mielen ja että fyysinen hetkellinen liikuntakyvyttömyys on psykologisesti rentouttavaa (esim. Brame et al., 1997, 210–211).

Termi *fetisismi* tulee portugalin sanasta *feitiço*, jokin joka kiehtoo, ja latinan sanasta *facititius*, keinotekoinen. Uskontotieteessä fetissi on puolestaan jotakin, millä on yliluonnollista voimaa. (Bäsén ja Långström, 2006, 81.) Näin voidaan ajatella fetissin olevan jotakin, joka saa henkilön ikään kuin valtaansa ilman järkevää syytä. Fetissit eivät useinkaan ole järkeistettävissä ja jostakin viehättymiselle ei löydy mitään varsinaista syytä. Toisinaan saattaa olla hankalaa määritellä, mikä asia missäkin tapauksessa määrittäytyy fetissiksi ja mikä mieltymykseksi. Fetissi voi olla jokin esine, materiaali tai vaikkapa ruumiinosa ja ulottua mieltymyksestä aina johonkin, jota ilman ei voi saada seksuaalista mielihyvää (Bäsén ja Långström, 2006, 81). Fetissiä voisikin pohtia kulttuurianalyysin kautta: jotakin merkillistä on meneillään, vaikka mitään ei varsinaisesti tapahdu. Fetisismissä, kuten kaikessa kinkyilyssä, voidaan nähdä myös tietynlaisia trendejä – fetisistikin seuraa aikaansa, sillä siinä missä 1800-luvulla fetisoitiin nainen turkiksissa, saattavatkin nykypäivänä urheiluvaatteet ja lenkkitosut olla se kuumien juttu (Bäsén ja Långström, 2006, 86). Freudilaisen perinteen mukaan aiemmin on saatettu ajatella fetissejä olevan vain miehillä (Hekanaho 2007, 143). Sukupuoli ei kuitenkaan vaikuta fetissien olemassaoloon, ja erityisesti naisten fetisismistä ovat kirjoittaneet Lorraine Gamman ja Merja Mäkinen feministisessä teoksessaan *Female Fetishism* (1994). He myös toteavat, että itse asiassa

POHTINEN - KINKY SEKSUAALISUUS ARKISENA

historiallisesti fetisismi-termi on liittynyt aina naisten käyttäytymiseen, koska se on yhdistetty muun muassa amuletteihin ja noituuteen. Fetisismi onkin laaja ja moniulotteinen ilmiö, jota voi tarkastella monen näkökulman kautta (esim. seksuaalinen tai uskontotieteellinen). Lisäksi erilaisia seksuaalisia fetissejä voidaan varmasti löytää loputtomasti.

Viittaan tässä artikkelissa usein myös kinky-, fetissi- tai s/m-bileisiin. Tällä tarkoitan kinky-yhdistysten järjestämiä tapahtumia, joita yleisesti kutsutaan termillä *bileet*. Vaikka bileitä usein järjestetäänkin yökerhojen tiloissa, ne eroavat tavallisesta baari-illanvietosta monella tapaa. Ensinnäkin kinky-bileitä on kahdenlaisia: *Dress code* -bileisiin sisäänpääsy vaatii pukeutumista asianmukaiseen (fetissi-) asuun. Lisäksi on pukukoodittomia bileitä, jonne kaikki kiinnostuneet ovat tervetulleita, vaikka sitten arkivaatteissakin. Pukukoodittomissakin bileissä kuitenkin suurin osa on pukeutunut jollain tavalla tavallisesta baari-illasta poikkeavasti. *Dress code* -asu usein määritelläänkin niin, ettei vastaavassa asussa lähtisi tavalliseen baariin tavallisena iltana. Kinky-bileet on tila, jossa myös epäsovinnaiset ruumiit saa tuoda esiin seksualisoituina ja esittää eroottisina. Informanttini kertovat esimerkiksi siitä, kuinka sukupuolirooleille tyypillisillä asuilla voi leikitellä (H1, T6) ja toisaalta, kuinka paljaan ruumiin voi tuoda esille rohkeammin seksualisoituna (H5, T2, T11). Toiseksi bileissä on konkreettiset säännöt, joilla taataan viihtyisä ja turvallinen bile-kokemus kaikille mukanaolijoille. Näitä ovat kiellot valokuvaamisesta, muiden juhlijoiden luvattomasta koskettelusta tai sessioon sekaantumisesta ja se, ettei kerro jälkepäin mitä tai ketä bileissä on nähnyt. Kolmantena seikkana, joka erottaa kinky-bileet tavallisesta baari-illasta, voidaan pitää leikkimistä, eli sessiointia, johon bileissä annetaan puitteet tarjoamalla

vieraiden käyttöön erilaisia laitteita. Laitteet mahdollistavat *subin* kahlitsemisen kiinni vaikkapa piiskaussession ajaksi.

Arki ja siitä irtautuminen

Arki on jotakin, johon emme kiinnitä huomiota ennen kuin siinä tapahtuu jokin muutos. Arkisuus koetaan tavalliseksi: turvalliseksi, mutta toisaalta myös helposti tylsäksi. Usein puhutaan arjesta pakenemisesta tai irtautumisesta ja toisaalta paluu arkeen on usein ankea. Silti arki on jotakin, jota jokainen kokee elävänsä omalla erityisellä tavallaan (Jokinen, 2005, 22). Ihmisellä on tarve löytää *omat* rutiininsa, koska se edellyttää vapauden ja onnen tunteen saavuttamista. Aineistossani kävi ilmi, että kinky saatetaan mieltää arjesta irtautumiseksi, tai toisaalta arjen luonnolliseksi osaksi. Arki ja arjesta irtautuminen ovat päällisin puolin toisistaan hyvinkin erilaisia käsitteitä, mutta ne siis limittyvät toisiinsa ja voivat jopa olla samanaikaisia.

Arjessa voidaan nähdä myös rajanylityksiä julkisen ja yksityisen tilan välillä. Esimerkiksi arkivaatteiden vaihtaminen kinkyyn asuun on eräänlainen rajanylitys. Pukeutuminen ja riisuutuminen voidaan lisäksi nähdä hetkellisenä mahdollisuutena ”irtautua elämän kahleista” (Lönqvist, 2006, 63). Yksityisessä tilassa uskalletaan ottaa esille oma fetissi ja kiinnostuksenkohteet ja nauttia niistä, kun taas julkisessa tilassa oma kinkysubjektius pidetään kauempana ja piilossa. Yksi informanteista kertoo kuinka oman seksuaalisuuden näyttäminen julkisessa arjessa ei kannata, ”koska ihmiset eivät läheskään aina ymmärrä roolin olevan [ainoastaan] seksuaalinen ... Itse olen alistuva makuukamarissa, mutta arjessa hyvinkin määrätietoinen ja otan helposti johtajan aseman” (T2). Toinen kirjoittaja

pohtii sitä, miksi ei pukeudu vaikkapa pvc-housuihin tai lateksiin julkisessa arkielämässä:

Miehellä pvc-housut leimaavat miehen melko varmasti homoseksuaaliksi, vaikka hän ei sitä olisikaan. Itse pidän pvc-housuista ja ne saavat minussa aikaan ”syntisen seksikkään” olon. Silti olen täysin hetero (--) Lateksiasut menevät melko samalla kaavalla. Lateksin suhteen rakastan myös sitä, että voin pukeutua siihen päästä kantapäähän. Tällainen pukeutuminen koetaan arkimaailmassa jo todella oudoksi. (T6)

Kirjoittajan voidaan katsoa hakevan vapautta arkisista rooleista ja odotuksista. Näitä voivat olla vaikkapa roolit miehenä, työntekijänä ja poikaystävä. Heteromiehelle leimautuminen homoseksuaaliksi on ikään kuin miehisyyden poistaminen, leimautuminen ei-mieheksi. Kinky tavallaan antaa laveammat rajat miehisyyden esittämiselle eikä homoksi leimaamisen pelko ole niin suuri. Bo Lönqvist (2006, 63) kirjoittaa: ”statuksen kaikkiin muotoihin kyllästynyt moderni länsimainen ihminen hakee yhtä aikaa sekä vapautta että autenttisuutta”. Fetissipukeutuminen on juuri tätä: hetkellistä vapautta statuksista ja rooleista, autenttisuuden hakemista, tasapainottelua arjen ja siitä irtautumisen välillä. Normatiivisesta arkipukeutumisesta fetissipukeutumisen erottaa se, että käyttäjälle tulee ”syntisen seksikäs” (T6) olo. Lisäksi konteksti on seksuaalinen ja usein pukeutumiseen liittyy myös estetiikkaa. Kodin lisäksi kinky-, tai fetissibileet ovat paikka, jossa saa näyttäytyä juuri sellaisena kuin haluaa välittämättä vallalla olevista normeista ja oletuksista.

Kinky tulee arjessa useimmiten ilmi pariskunnan välisessä seksissä, mutta toisaalta ilmenee myös yksinäisyytenä ja erilaisuuden kokemuksina. Eräs

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

kirjoittajista oli jo varhaisteininä huomannut pitävänsä erityisen paljon kiiltävistä ihoa myötäilevistä materiaaleista ja Batmanin Kissanainen oli lopulta "viimeinen läpimurto" sen tiedostamisessa, että on erilainen kuin muut (T6). Näin kinky tulee mukaan arjen tapahtumiin kuin huomaamatta. Virikkeet löytyvätkin usein elokuvista, joiden mieleen painuneista kohtauksista ammennetaan inspiraatiota omiin kokeiluihin ja leikkeihin. Kaikki eivät suinkaan reagoi samalla tavalla nähdessään vaikkapa elokuvan hahmon tulevan sidotuksi. (Kontula, 2008, 200.) Huomiot omasta erilaisuudesta voivat tuntua myös ahdistavilta. Eräs informantti kertoo teini-ikästään: "Siinä missä toiset halusivat itselleen isorintaisia tyttöystäviä, itse halusin löytää kumppanin, joka ymmärtäisi minun fetissini" (T6). Kumppanin puuttuminen ja sen löytäminen ovat merkittäviä diskursseja informanttien kirjoituksissa. Yksinäisyys koetaan ahdistavaksi ja oikeanlaisen kumppanin etsiminen hankalaksi. Sellaisen löytäminen kuitenkin vapauttaa ja eheyttää ihmisen. Oikeanlainen kumppani tässä tapauksessa on se, jonka kanssa voi tutustua kinkyyn puoleensa, jakaa tämän osa-alueen elämästään. Kirjoittajien kertomukset ovatkin usein vaikeuksista voittoon -tarinoita, joissa lohduton tilanne on muuttunut tunteeksi siitä, että on ehjä. Ehjäksi tulemisen kertomuksia voidaan nähdä kahdenlaisia: eheyden kokemus sellaisen kumppanin kautta, joka *jakaa* omat kinkyt mieltymykset, ja toisaalta eheyden kokemus parisuhteessa, jossa kumppani tai kirjoittaja *hyväksyy* toisen mieltymykset, mutta ei jaa niitä. Kirjoittajistani vain yksi kertoi olevansa sinkku (T7). Hän myös puhuu kinky-yhteisöstä kriittisimpään sävyyn, eikä kertonut erityisesti kokeneensa kinkyn eheyttäneen elämäänsä. Merkittävää onkin, että kirjoituspyyntöön vastanneista 12:sta informantista 11 kertoi elävänsä parisuhteessa. Vaikka parisuhteet olivat keskenään hyvin erilaisia, kertomukset niissä elävien

POHTINEN - KINKY SEKSUAALISUUS ARKISENA

kesken eivät kuitenkaan juuri poikenneet toisistaan. Parisuhde liitettiin osaksi (hyvää) arkea ja arjen kinkyjä kokemuksia.

Kinky voi näkyä arjessa myös vaikkapa valta-asetelmaleikkinä, joka eräällä informanteistani toteutui varsin perustavanlaatuisella tavalla. Hän oli parisuhteessaan omaksunut arjen, joka on jo itsessään kokoaikaisesti kinkyä: kinky ja arki eivät siis eroa toisistaan, vaan ovat yksi ja sama asia. Kirjoittaja kertoo elävänsä kokopäiväisessä valtasuhteessa "Rouvan orjattarena" (T11), ja erottaa toisistaan työ-minän ja orja-minän sen sijaan että erottaisi vaikkapa arki-minän ja kinky-minän. Työrooli on väliaikainen ja hetkellinen olotila, joka on poikkeus orjan roolista. Kirjoittaja kertoo kuitenkin aina pukeutuvansa lukittuun metalliseen kaulapantaan suhteen merkkinä. Näin yksityinen ja julkinen sekoittuvat ja julkiseen elämään otetaan mukaan palanen yksityistä. Ulkopuoliselle tämä panta on luultavasti vain kaulakoru.

Työminäni ja orjaminäni eroavat toisistaan. Aluksi se tuntui hankalaltakin, olla toisaalta toisen valtaan alistunut ja kuitenkin työssä itsenäinen ammattilainen. Nykyisin tunnen oikeastaan aina olevani ensisijaisesti Hänen orjattarensa, otan vain väliaikaisesti työroolini ja palaan sitten taas takaisin "normaaliin" eli orjaksi. En enää koe yhtä paljon ristiriitaa roolien välillä kuin alussa. (--) Työn ulkopuolella elän omistajani ehdoilla: teen sitä, mitä Hän minulta milloinkin haluaa. Meillä on tietyt rituaalit, jotka päivittäin vahvistavat valtasuhdettamme mukavalla tavalla. (--) Arkeni on sitä, että palvelen Häntä eri tavoin, pääasiassa kotitöitä tekemällä. (T11)

Kokopäiväistä valtasuhdetta voidaan helposti pitää patriarkalisena vallankäyttönä, jossa toinen osapuoli on väistämättä uhrin asemassa. Tässä tapauksessa on kuitenkin kyse rekisteröidyssä parisuhteessa

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

elävistä naisista, jotka ovat löytäneet sadomasokismin siinä vaiheessa, kun ovat jo olleet hyvän aikaa parisuhteessa. Ihminen haluaa elämänsä tuntuvan ”omalta vapaalta tahdilta” (Eeva Jokinen, 2005, 146). Kirjoittajan tapauksessa arjen vapauden vieminen on hänen oma tapansa elää tyytyväisenä oman tahtinsa mukaisesti, vaikkakin se poikkeaa jonkin verran siitä, mitä yleensä pidetään tavallisena arkena.

Selkeästi ja konkreettisesti arjesta irrottava osa kinkyä ovat puolestaan kinkybileet, jonne menoa suunnitellaan hyvissä ajoin etukäteen ja valmistautuminen voidaankin nähdä rituaalinomaisena toimintana: symbolien (meikkaaminen, hiusten laittaminen, vaatteiden esille ottaminen ym.) avulla luodaan rajanylitys arjesta biletapahtumaan. Lisäksi ilta usein jatkuu vielä itse bileiden jälkeenkä jatkoilla ja tästä eteenpäin muistelulla siitä, mitä bileissä tapahtui. (Esim. T2, H3, H4.) Bileisiin mennessä täytyy todella irrottautua kodin ja arjen piiristä ja lähteä fyysisesti toiseen paikkaan, jossa pätevät eri säännöt kuin arjessa. Voidaankin ajatella niin, että kinky jo itsessään on poikkeama arjessa, ja bileet puolestaan ovat poikkeama kinkyssä. Yksi haastateltavistani kiteyttikin asian hyvin:

No tietty se bilekuva on iha eri ku mitä se oikee homma sit loppupeleis on, mutku sen onki tarkoitus olla bileet. Ni se on kiva, et se näyttää jotenki sitä hirveen ilosta ja räikeetä puolta siitä. (H3)

Bileissä tulee siis esiin hiukan erilainen kinky, siellä korostuu karnevalistisuus ja hauskanpito. Lisäksi bileissä korostuu myös pukeutuminen, ja toinen informantti vertaakin bileitä muotinäytökseen, jonne tullaan esittelemään oman vaatekaapin sisältöä (H4). Kaikki ovat

POHTINEN - KINKY SEKSUAALISUUS ARKISENA

mukana ja yhtälailla osallisia juhlan onnistumisessa ja tunnelman luomisessa.

Yhteisöllisyys: Laajasta yhteisön käsityksestä paikalliseen

Kinky voidaan yhteisönä nähdä kahdenlaisena: paikallisena ja laajana. Tämä näkyy myös aineistossani, kun kirjoittajat pohdiskelevat suhdettaan yhteisöön kuulumiseen. Yksi kirjoittajista toteaa: ”Tunnen ehdottomasti kuuluvani kinky-yhteisöön” ja jatkaa: ”Elävien ihmisten kinky-yhteisö on minulle vieras” (T6). Tässä hän erottelee toisistaan *laajan* ideologisella tasolla toteutuvan kinky-yhteisön *paikallisesta* harrastusporukkamaisesta yhteisöstä. Molemmilla tasoilla koettu yhteisöllisyys on kuitenkin yhtä tärkeää yksilölle.

Useimmiten ensikosketus kinkyyn löytyy internetistä ja tämä voi olla hyvin voimakas kokemus: ”Aluksi olin kuin hurmoksessa, oli niin upeaa löytää itsensä” (T11). Moni kirjoittaja kertoo vastaavanlaisista itsensä löytämisen kokemuksista. Useassa kirjoituksessa korostuu se, kuinka helpottavaa on saada kokemus siitä, ettei ole yksin kiinnostuksenkohteidensa kanssa:

On todella tärkeää voida jakaa näitä asioita toisten samankaltaisten kanssa ja tietää, että meitä on paljon. Vaikka en tapaa em. ihmisiä luonnossa, tunnen kuitenkin saavani heiltä paljon. Tunnen olevani osa tätä alakulttuuria ja yhteisöä psykologisella tasolla. (--) Jos näitä yhteyksiä muihin ei olisi, kokisin varmasti itseni eristäytyneeksi kummajaiseksi, liian yksinäiseksi. (T11)

Tässä laajassa käsityksessään kinky-yhteisöä voidaan myös pitää niin sanottuna kuviteltuna yhteisönä. Tämän ajatuksen mukaan ”kaikki kasvokkai kontakteihin perustuneita varhaisimpia kyliä suuremmat yhteisöt

(ja ehkäpä myös nämä kylät) – ovat kuviteltuja” (Anderson, 2007, 39). Tämä ajatus perustuu siihen, etteivät kaikki yhteisön jäsenet koskaan voi tuntea tai tavata toisiaan, ”tai edes kuulla heistä, vaikka kaikkien mielissä elää kuva heidän jakamastaan yhteydestä” (ibid.). Yhä enemmän on siirrytty individualismia korostavaan aikaan, jolloin paikkaan sidoksissa oleva yhteisöllisyys ei enää ole niin itsestään selvää ja ihmiset tuntevat yhteenkuuluvuutta muiden seikkojen takia. Moderni yhteisö voi muodostua vaikkapa internetin keskustelupalstalle (esim. Bennet, 2004, 164–165). Tällaista kuvitteellista yhteisöllisyyttä, tai kollektiivisen identiteetin tuntua, luodaan esimerkiksi juuri itsensä löytämisen ja kotiin saapumisen symboliikan kautta.

Paikallisemman tason yhteisö tarjoaa samankaltaisia eheyden ja yhteenkuuluvuuden tunteita, kuin mitä kinky-yhteisö laajemmassa käsityksessäänkin, mutta kokemukset ovat kenties intensiivisempiä, kun kyse on kohtaamisista kasvotusten. Usein teemakirjoituksissa puhutaankin kotiin tulemisesta. Varsinkin ensimmäinen kerta kinky-bileissä on monelle merkittävä kokemus. Yksi informantti kirjoittaa: ”ensimmäinen bilekokemukseni oli kyllä tosi vaikuttava: vapauttava, lämmin, mehenkinen. Tunsin olevani ’omien joukossa’, hyväksytty, osa yhteisöä” (T11). Sama kirjoittaja myös mainitsee, etteivät bileet ole kuitenkaan mitenkään tärkeä asia hänelle eikä hän käy niissä säännöllisesti. Usein kuitenkin ensimmäinen kerta bileissä on ikimuistoinen, kun kohtaa samoin identifioituvia ihmisiä ja huomaa ettei olekaan yksin.

Myös yksi haastateltavistani kertoi ensimmäisestä bilekokemuksestaan hyvin samankaltaisin sanoin: ”Et se on vähän niinku tulis kotiin, tai siis et

siel on niin rento ja hyväksyvä se ilmapiiri et sitä ei oo missään muualla” (H3). Moderneja yhteisöjä voidaan kuvailla myös uusheimon käsitteellä (Maffesoli, 1995 ja 1996). Tämän ajatuksen mukaan yksilö ei ole mitään ilman yhteisöä ja yksilöt hakeutuvat toistensa seuraan: heitä ajaa tarve olla osana massaa ja laumaa johon samaistua. Tämä samaistuminen ei ole kuitenkaan luonteeltaan pysyvää, joskin se saattaa olla säännöllistä. Kinky-yhteisöjen toiminta on hyvin pitkälti juuri tämänkaltaista. Bileet, yhdistysten kokoukset sekä muu järjestetty yhteistoiminta on jokseenkin säännöllistä ja pysyvää, mutta ei vaadi mukanaolijoilta yleensä sen suurempaa sitoutumista kuin juuri senkertaisen toiminnan. Yksilö voi tulla mukaan yhteen kokoukseen, tai bileisiin, mutta olla tulematta seuraavaan ja kokea silti olevansa tärkeä osa yhteisöä. Yksilö voi näin kuulua myös useaan yhteisöön ja valita mihin heimoon kulloinkin samaistuu. Silti samaistumisen kokemus on yhtä tärkeä.

Ehjä arki

Eheyden tunne, sekä parisuhteen ja yhteisön tärkeys olivat teemoja, jotka nousivat esille teemakirjoituksissa tärkeinä seikkoina kirjoittajille ja joita en välttämättä osannut edes odottaa. Kirjoituksista monet olivat eräänlaisia vaikeuksista voittoon -kertomuksia, joissa parisuhde ja yhteisön löytyminen olivat usein olleet seikat, jotka olivat saaneet aikaan tunteen kotiin löytämisestä ja eheydestä. Aineistoni perusteella kinky seksuaalisuus näyttäytyy informanteilleni seksuaalisuuden osana, joka saattaa olla seksiaktin lisämauste ja osa parisuhdetta tai laajimmillaan elämäntapa, joka tulee esille jokapäiväisessä elämässä. Näen kinkyn myös queerina ilmiönä, joka kyseenalaistaa vallitsevat normit ja ihanteet. Myös hegemonisesta kauneusihanteesta poikkeavat ruumiit saa kinkyn piirissä

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

esittää eroottisina ja tuoda esille. Kinky tarjoaa näin mahdollisuuden katsoa valtakulttuurista ja normittuneita käsityksiä ruumiista ja jopa ihmisyydestä toisin. Kinky on myös irtiotta arjesta. Kumivaatteisiin pukeutuminen tai sadomasokistinen sessio vapauttavat arjen rooleista ja odotuksista. Fetissin merkitys korostuu juuri siinä, ettei se ole läsnä koko ajan, vaan se on sallittu vain tiettyinä hetkinä.

Oman kinkyn puolen kohtaaminen ei kuitenkaan välttämättä ole yksilölle helppoa. Yhteisöjen merkitys onkin tässä mielessä suuri. Eräs informantti toteaa: ”Kinky-yhteisö on siinä mielessä tärkeä, että en koe olevani sekopää tai yksin maailmassa mieltymysteni kanssa” (T2). Jo pelkkä tieto toisten samanlaisten olemassaolosta voi olla riittävä. Kinky-yhteisö on moniääninen, ja olisikin hankala tehdä kuvausta siitä kuka tai minkälainen henkilö on kinky. Staci Newmahr (2011, 54) tuo esiin ajatuksen, että kinky-yhteisöihin hakeutuvat ne henkilöt, jotka tuntevat itsensä erilaisiksi myös muilla elämän osa-alueilla. Aineistoni tukee tätä ajatusta erojen limittymisestä kinky-yhteisössä. Lisäksi yhteisö koettiin paikaksi, jossa jokainen saa olla oma itsensä (esim. H3, H5). Bileissä halutaan erottautua muista pukeutumisen kautta ja toisaalta saatetaan ajatella, että on hienompaa olla kinky kuin ”tavis-vanilja” (T7).

Moni informanteistani totesi kinkyn olevan kaapissa ja että kinkyn tulisi saada hyväksyntää ja ymmärrystä, mutta ei kuitenkaan sen enempää julkisuutta kuin mitä seksuaalisuus ylipäänsä saa. Kuitenkin on hyvä myös huomata heteronormatiivinen hegemonia, joka kuin huomaamatta tuo esiin hyväksytyä heteroseksuaalisuutta. Tämä näkyy muun muassa mediavihteessä, jossa kaikki normatiivisesta seksuaalisuudesta poikkeava

POHTINEN - KINKY SEKSUAALISUUS ARKISENA

esitetään piilotetummin tai tiettyjen konventioiden mukaisesti: heteronormatiivista poikkeavan seksuaalisuuden ilmentymä on yleensä nimenomaan länsimainen, hyvin toimeentuleva ja hyvin pukeutuva homoseksuaali tai lesbo (Karkulehto, 2011, 136). Siinä missä homoseksuaalinen ja queer seksuaalisuus tai seksi on elokuvissa ja tv-sarjoissa hajutonta ja mautonta tai kokonaan olematonta (Karkulehto, 2011, 137), kinky seksuaalisuus puolestaan esitetään vitsinä tai viittauksena seksuaaliseen väkivaltaan. Tällaisten esittämisen tapojen kautta kinky seksuaalisuus näyttäytyy aina jokseenkin omituisena ja epäilyttävänä. Kuten eräs informanttinkin totesi, seksuaalisuus ei ole ongelma kinkyille itselleen, mutta ympäröivälle maailmalle se saattaa sitä olla (T9). Kinky voi kuitenkin parhaimmillaan olla elämää rikastuttava osa arjen seksuaalisuutta ja tuottaa kokemuksen ehjistä seksuaalisuudesta.

Painamattomat lähteet

[Historian, kulttuurin ja taiteidentutkimuksen arkisto, Turun yliopisto](#)

Teemakirjoitukset

Tekstissä käyttämäni koodi, kirjoittajan ikä ja arkistointitunnus

T1, 20, TYKL/spa/1474a
T2, 22, TYKL/spa/1474b
T3, 23, TYKL/spa/1474c
T4, 23, TYKL/spa/1474d
T5, 23, TYKL/spa/1474e
T6, 28, TYKL/spa/1474f
T7, 30, TYKL/spa/1474g
T8, 38, TYKL/spa/1474h
T9, 41, TYKL/spa/1474i
T10, 43, TYKL/spa/1474j
T11, 43, TYKL/spa/1474k
T12, 56, TYKL/spa/1474l

Haastattelut

Tekstissä käyttämäni koodi, sukupuoli, ikä ja arkistointitunnus

H1 mies, 32, TYKL/aud/1474m

H2 nainen, 31, TYKL/aud/1474m

H3 nainen, 19, TYKL/aud/1474n

H4 nainen, 20, TYKL/aud/1474n

H5 nainen, 29, TYKL/aud/1474o

Kirjallisuus

Anderson, B. (2007). *Kuvitteelliset yhteisöt. Nationalismin alkuperän ja leviämisen tarkastelua*. Tampere: Vastapaino.

Bennet, A. (2004). Virtual subculture? Youth, Identity and the Internet. Teoksessa Bennet, A. ja Kahn-Harris, K. (toim.) *After Subculture. Critical Studies in Contemporary Youth Culture* (s. 162–172). New York: Palgrave Macmillan.

Brame G. G., Brame, W. D. ja Jacobs, J. (1997). *Different Loving. The World of Sexual Dominance and Submission*. London: Century.

Bäsén, A. ja Långström, N. (2006). *Pervers? Om sex utöver det vanliga*. Tukholma: Bokförlaget.

Chaney, D. (2004). Fragmented culture and subcultures. Teoksessa Bennet, A. ja Kahn-Harris, K. (toim.) *After Subculture. Critical Studies in Contemporary Youth Culture* (s. 36–48). New York: Palgrave Macmillan.

Ehn, B. (1996). Närhet och avstånd. Teoksessa Ehn, B. ja Löfgren, O., *Vardagslivets etnologi. Reflektioner kring en kulturvetenskap* (s. 89–182). Stockholm: Natur och Kultur.

Ehn, B. ja Löfgren, O. (1982). *Kulturanalys. Ett etnologiskt perspektiv*. Malmö: Liber.

Frykman, J. ja Löfgren, O. (1979). *Den kultiverade människan*. Malmö: Kleerups.

Gamman, L. ja Mäkinen, M. (1994). *Female Fetishism*. New York: New York University.

Hannerz, U. (1996). *Transnational Connections : Culture, People, Places*. Florence, KY, USA: Routledge.

Hekanaho, P. L. (2007). Mitä mies haluaa? Fem-Dom-porno ja miehinen masokismi. Teoksessa Kalha, H. (toim.) *Pornoakatemia!* (s. 115–151). Turku: Etos.

Jokinen, E. (2005). *Aikuisten arki*. Helsinki: Gaudeamus.

Kaartinen A. ja Kippola, A.-K. (1990). *Sadomasokismi: Teemoja vallasta, kulttuurista ja seksuaalisuudesta*. Helsinki: Gaudeamus.

Kangasvuo, J. (2006). *Koettu ja kirjoitettu biseksuaalisuus. Biseksuaalisuuden määrittely lehtiteksteissä ja biseksuaalien haastatteluisissa vuosituuhannenvaihteen Suomessa*. Kulttuuriantropologian lisensiaatintutkimus, Oulun yliopisto.

Karjula, E. (2009). *Rekisteröityjä rouvia ja kahden sulhasen pareja. Parisuhteen rekisteröinti siirtymäriittinä*. Folkloristiikan pro gradu – tutkielma, Turun yliopisto.

Karkulehto, S. (2006). Sukupuoli, seksuaalisuus ja queer nykykulttuurissa. *Suomen Queer-tutkimuksen Seuran Lehti* 01/2006, 123–131.

Karkulehto, S. (2011). *Seksin mediamarkkinat*. Helsinki: Gaudeamus.

Kontula, O. (2008). *Halu & intohimo. Tietoa suomalaisesta seksistä*. Helsinki: Otava.

LeMoncheck, L. (1997). *Loose Women, Lecherous Men: A Feminist Philosophy of Sex*. USA: Oxford University.

Lönnqvist, B. (2006). Opiskelijahaalari ja kalsarikänni – pukeutumien ja riisuutumien matkalla autenttisuuteen. Teoksessa Lönnqvist, B. ja Aro, L. (toim.) *Autenttinen ihminen. Tulkintoja irtautumisen etnografiasta* (s. 50–64). Jyväskylä: Atena.

Maffesoli, M. (1995). *Maailman mieli. Yhteisöllisen tyylin muodoista*. Tampere: Gaudeamus

Maffesoli, M. (1996). *Time of the Tribes. The Decline of Individualism in Mass Society*. Lontoo: Sage.

Matero, J. (2004). Tieto. Teoksessa Koivunen, A. ja Liljeström, M. (toim.) *Avainsanat. 10 askelta feministiseen tutkimukseen* (s. 245–269). Tampere: Vastapaino.

Newmahr, S. (2011). *Playing on the Edge. Sadomasochism, Risk, and Intimacy*. Indiana: Indiana University.

Paasonen, S. (2010). Sukupuoli ja representaatio. Teoksessa Saresma T., Rossi, L.-M. ja Juvonen, T. (toim.) *Käsikirja sukupuoleen* (s. 39–49). Tampere: Vastapaino.

Pohtinen, J. (2010). *Piiskan läiskettä ja PVC:n kahinaa. Kinky-bileet yhteisöllisenä arjesta irtautumisen paikkana*. Kansatieteen HuK-tutkielma, Turun yliopisto.

Pohtinen, J. (2012). *"Ei yhtä arkista kuin maksalaatikko."* *Kinky seksuaalisuus ja arki*. Kansatieteen pro gradu -tutkielma, Turun yliopisto.

Rossi, L.-M. (2010). Sukupuoli, seksuaalisuus, erosta eroihin. Teoksessa Saresma T., Rossi, L.-M. ja Juvonen, T. (toim.) *Käsikirja sukupuoleen* (s. 21–38). Tampere: Vastapaino.

Samois (toim.) (1982). *Coming to Power*. Boston: Alyson Books.

Seksuaaliterveyden kysymyksiä sukupuolen uudelleenmäärittelyn edellytysten arvioon hakeutuvilla nuorilla

ARTIKKELI

Riittakerttu Kaltiala-Heino, *nuorisopsykiatrian professori, TaY, vastuualuejohtaja, TAYS nuorisopsykiatrian vastuualue*

Maria Sumia, *erikoislääkäri, Tays nuorisopsykiatrian vastuualue*

Hanna Savioja, *LK, TaY lääketieteen laitos*

Nina Lindberg, *oikeuspsykiatrian professori, HY, osastonylilääkäri, Kellokosken sairaala*

Transsukupuolisuus

Valtaosa ihmisistä on kromosomistonsa, ilmiasunsa ja kokemuksensa puolesta joko mies- tai naispuolisia. Toisinaan jako mies- ja naispuolisiin muodostaa kuitenkin ongelman. Biologinen sukupuoli ei välttämättä ole yksiselitteinen. Kromosomisto ei aina yksiselitteisesti määrää kaikkia yksilöitä jompaankumpaan sukupuoleen eikä ilmiasu välttämättä vastaa kromosomistoa. Geneettisten ja hormonaalisten vaikutusten poikkeavuus tavanomaisesta tai epämuodostumat voivat johtaa tilanteisiin, joissa vastasyntyneen sukupuoli ei ole selvä (Hughes ym., 2006; Meyer-Bahburg, 2012). Sukupuoli psykologisena ja sosiaalisena ilmiönä on vielä monimutkaisempi. Odotukset sukupuolen mukaisesta tavasta käyttäytyä, kokea ja ajatella vaihtelevat kulttuureittain, ja samoin vaihtelee sukupuolirooli-odotusten jäykkyys ja sitovuus. Ihminen voi kokea vahvasti olevansa eri sukupuolta kuin miltä hänen sukupuoliominaisuutensa näyttävät, olla epävarma siitä, kumpaan sukupuoleen kuuluu, kokea asettuvansa kaksijakoisen sukupuoliluokituksen ulkopuolelle tai kokea

odotetun sukupuoliroolin vaatimusten täyttämisen ahdistavana tai irrelevanttina (Holman ja Goldberg, 2006).

Osa ihmisistä kokee biologiseen sukupuoleensa kuulumisen niin ahdistavana ja vääränä ja vastakkaiseen sukupuoleen kuulumisen niin pakottavana tarpeena, että tilanteen hoitamiseksi on tarpeen fyysisin interventioin muuttaa ruumista vastaamaan identiteettiä (Green, 1974; Cohen-Kettenis ja Gooren, 1999). Kansainvälisessä kirjallisuudessa käytetään käsitettä sex reassignment (SR), joka voi sisältää sukupuolen juridisen uudelleenmäärittelyn, sukupuoliominaisuuksia toivottuun suuntaan muuttavat hormonihoitot ja sukupuoliominaisuuksia muokkaavat kirurgiset hoidot. Suomessa sukupuolen juridinen uudelleenmäärittäminen ja uuden henkilöllisyyden vahvistaminen on mahdollista täysi-ikäisille transsukupuolisille henkilöille (Laki transseksuaalin sukupuolen vahvistamisesta, 2002/563). Transsukupuolisen henkilön sukupuolen uudelleenmäärittelyn edellytysten tutkiminen on asetuksilla 1053/2002 ja 476/2010 määritetty ja keskitetty Tampereen ja Helsingin yliopistollisiin sairaaloihin. Kummassakin sairaalassa on omat nuorisopsykiatrian vastuualueilla toimivat palvelunsa nuoruusiässä näihin tutkimuksiin hakeutuville (Kaltiala-Heino ym., 2013). Hormonaalisten hoitojen aloittaminen on mahdollista ennen täysi-ikäisyyttä, mutta sukupuolen juridinen muuttaminen (henkilötunnuksen vaihtaminen) ja kirurgiset hoidot vasta täysi-ikäisyydessä.

Vaikka sukupuolen kokemus voi olla moninainen eikä aina kuvattavissa Suomessa käytössä olevan ICD-diagnoosiluokituksen mukaan, Suomen lainsäädännössä tarkastellaan nimenomaan transsukupuolisen henkilön

sukupuolen vahvistamista vastakkaiseen sukupuoleen kuin mihin hänet on väestötietojärjestelmässä merkitty (Laki transseksuaalin sukupuolen vahvistamisesta, 2002/563), ja asetuksella keskitetyissä palveluissa tehdään tähän vaadittava psykiatrinen tutkimus. Siksi pohdimme tässä kirjoituksessa seksuaaliterveyden kysymyksiä nimenomaan niitä nuoria koskevien havaintojen valossa, jotka hakeutuvat tutkimuksiin vahvistaakseen sukupuolensa vastakkaiseen ja saadakseen vastakkaisen sukupuolen ominaisuudet tuottavia lääketieteellisiä hoitoja, ja keskitymme transsukupuolisutta käsittelevään terveystieteelliseen kirjallisuuteen. Sukupuolen variaatioita toteuttavat nuoret, jotka eivät hakeudu terveystieteellisiin keskustellakseen lääketieteellisistä interventioista, eivät silloin todennäköisesti ole kattavasti mukana.

Sukupuolen uudelleenmäärittelyn edellytysten arvioimisen tavoitteena on varmistaa, että hoidot mahdollistuvat niitä tarvitseville transsukupuolisille henkilöille samalla kun huolehditaan, ettei vahingoiteta tosiasiallisesti muista ongelmista, vaikeuksista tai häiriöistä kärsiviä ihmisiä peruuttamattomiin sukupuoliominaisuuksien muutoksiin johtavilla interventioilla. Sukupuoli-identiteetin häiriöiden syitä on etsitty niin biologisista (geneettisistä ja sikiökauden hormonaalisten vaikutusten aiheuttamista), psykologisista kuin sosiaalisistakin seikoista, varmuutta kuitenkin löytämättä (Cohen-Kettenis ja Gooren, 1999; Cohen-Kettenis 2006; Möller ym., 2009).

Nuoruusikä

Nuoruusikä alkaa puberteetista. Sukupuoli-hormonien toiminnan käynnistyminen käynnistää sukukypsäksi kehittymisen, sekundaaristen

sukupuoliominaisuuksien kehittymisen sekä ennen kaikkea valtavan kehityksen aivoissa. Keskushermostosta sukurauhasiin ja lisämunuaisen kuorikerrokseen suuntautuvien hormonaalisen toiminnan säätelyjärjestelmien aktivoituminen johtaa sukukypsyyden saavuttamiseen mutta myös lapsen vartalon muuttumiseen naisen tai miehen ruumiiksi. Ruumiilliset muutokset johtavat nuoren sosiaalisen aseman muuttumiseen ja tuovat mukanaan psyykkisiä haasteita, kun nuoren on sopeuduttava muutoksiin omassa itsessään ja siinä, miten muut häneen suhtautuvat. (Paus, Peshavan & Giedd, 2008; Benes ym., 1994; Luna ym., 2004; Gogtay ym., 2004; Sowell, Thompson ja Toga, 2004)

Aivojen kehitys on nuoruusiän kognitiivisen ja emotionaalisen kehityksen edellytys. Kognitiivinen kehitys lähtee heti varhaisuudessa voimakkaaseen nousuun, ja kognitiivisista perustoiminnoista nopeimmin kypsyvät saavuttavat aikuisen tason jo 14- vuotiaana, valtaosa alle 20-vuotiaana. Monimutkaisemmat toiminnot kuten ulkoisista paineista vapaa itsenäinen päätöksenteko etenkin ryhmäpainetta vastustaen, ongelmanratkaisu, pitkän aikavälin syy-seuraussuhteiden hahmottaminen ja harkinta emotionaalisesti kuormittavissa valintatilanteissa kypsyvät vasta paljon myöhemmin. (Paus, Peshavan & Giedd, 2008; Benes ym., 1994; Luna ym., 2004; Gogtay ym., 2004; Sowell, Thompson ja Toga, 2004) Tällä on merkitystä esimerkiksi identiteetin muodostumisen ja seksuaalisuuden haltuunoton kannalta.

Nuoruusikä päättyy aikuisen persoonallisuuden rakenteiden vahvistumiseen ja psyykkisten puolustusmekanismien kypsymiseen (Aalberg ja Siimes, 2007). Nuoruusikäinen on kehityksen eri osa-alueiden

osalta epätahdissa. Nopeimmin kehittyvä fyysinen alue, sitä seuraa kognitiivinen, ja hitaimmin valmistuu tunne-elämän kehitys. Nuoren identiteetti kehittyä varhaisuoruuden sirpaleisista ja tilannesidonnaisista minäkäsityksistä keskinuoruuden ristiriitaisia roolipiirteitä sisältävän identiteetin kautta myöhäisen nuoruuden omalähtöiseen ja eri konteksteissa pysyvään kokonaiseen identiteettiin (Harter, 1999; Aalberg ja Siimes, 2007; Moshman, 2011).

Seksuaalisuus ja seksuaaliterveys nuoruusiässä

Seksuaalisuus on osa ihmisen kehitystä kaikissa elämänvaiheissa, vaikka kaikkiin elämänvaiheisiin ei välttämättä kuulu fyysistä seksuaalista toimintaa. Seksuaaliterveys taas on seksuaalisuuteen liittyvän fyysisen, emotionaalisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila. (http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/)

Lapsuuden kehitysvaiheeseen ei kuulu fyysinen seksuaalisuuden toteuttaminen intiimisuhteissa. Päinvastoin, aikuiselle useinkin tärkeä genitaalinen seksuaalinen kontakti on lapselle haitallinen, ja lasten suojelemiseksi seksuaalinen kanssakäyminen lasten (alle 16 v) kanssa on kriminalisoitu teko (www.finlex.fi / rikoslaki). Nuoruusiässä seksuaalisuus kehittyä asteittain kohti aikuistyyppistä, genitaalisen intiimikontaktin sisältävää eroottista toimintaa. On julkaistu vain vähän kokonaisvaltaisia, emotionaaliset, biologiset ja sosiaaliset osa-alueet kattavia esityksiä kehitysvaiheiden seksuaalisuudesta. Suomalainen Seksuaalisuuden portaat -kehitysmalli (Korteniemi-Poikela ja Cacciatore, 2004) yhdistää seksuaalisen kehityksen fyysiset, kognitiiviset ja emotionaaliset osa-alueet

lapsuudessa ja nuoruudessa. Eri kehitysvaiheissa (portailta) olevien tarpeet ovat oleellisesti erilaisia. On vahingollista, jos kehitysvaiheeseen tulee vedetyksi seksuaaliseen toimintaan, joka kuuluu hänen omaa kehitysvaihettaan myöhemmälle kehityksen tasolle.

Nuorten seksuaalikäyttäytymisen tärkeänä rajapyykinä tarkastellaan usein yhdyntöjen aloittamista, vaikka yhdyntä on vain yksi tapahtuma seksuaalisuuden haltuunoton kokemusten ketjussa. Yhdyntä on toisaalta helposti määriteltävä ja siksi tutkimuksen kohteeksi soveltuva tapahtuma, ja suunnittelemattomien raskauksien ja sukupuolitautilien tarttumisen kannalta se tietenkin on merkittävä askel. Varhaisuoruusikäisistä länsimaissa alle 10% on kokenut yhdynnän, jälkinuoruusikäisistä yli 90 % (Madkour ym., 2010). Kouluterveyskyselyn mukaan 2000-luvulla Suomessa peruskoulun 8.-9-luokkalaisten pojista reilu viidennes on kokenut yhdynnän ja tytöistä noin neljännes. Yhdysvalloissa taas suomalaisia yläkoululaisia vastaavan ikäisistä nuorista reilu neljäkymmentä prosenttia oli ollut yhdynnässä. Lukion 2. vuoden opiskelijoista yhdynnässä on ollut suomalaisista pojista runsas kolmannes ja tytöistä lähes puolet, kun taas Yhdysvalloissa lähes kaksi kolmasosaa on jo kokenut yhdynnän. (www.thl.fi/kouluterveyskysely, www.cdc.gov/HealthyYouth/yrbs/index.htm) Laajemmassa kansainvälisessä vertailussa suomalaisten nuorten seksuaalinen kokeneisuus ei erottunut ääripäänä suuntaan eikä toiseen (Madkour, 2010)

Seksuaalinen riskikäyttäytyminen tarkoittaa seksuaalista toimintaa, joka voi vahingoittaa itseä tai kumppania, esimerkiksi suojautumisen laiminlyöminen tai seksuaaliseen toimintaan pakottaminen. Nuorilla

seksuaalisena riskikäyttäytymisen tarkastellaan seksin harrastamista päihteiden vaikutuksen alaisena ja seksin kokemista (ikätasoon nähden) useiden vaihtuvien kumppanien kanssa. Seksin myyminen on myös seksuaalista riskinottoa. Seksuaalinen riskikäyttäytyminen voi johtaa niin fyysisiin (ei-toivottu raskaus, sukupuolitaudit) kuin psyykkisiin (traumatisoituminen, mielenterveyden häiriöt) vahinkoihin.

Seksuaalinen riskikäyttäytyminen on omiaan vahingoittamaan seksuaaliterveyttä, samoin nuoren osallistuminen omaa kehitystasoaan aikuisempaan seksuaaliseen toimintaan, vaikkei se toisessa tilanteessa (vertaisten välisenä) olisikaan ongelmallista. Toisaalta, jos tarkastellaan seksuaaliterveyttä WHO:n laajan määritelmän näkökulmasta, seksuaaliterveyden ongelma voi olla myös se, ettei kykene tai uskalla sellaiseen seksuaaliseen läheisyyteen ja toimintaan, johon haluaisi päästä, tai seksuaalisen kehityksen lukkiutuminen ja kieltäminen.

WHO:n seksuaaliterveyden määritelmä kattaa, seksuaalisuuden, seksuaalikäyttäytymisen, seksuaaliterveyden ja lisääntymisterveydenkin (WHO, 2004) käsitteet. Määritelmien suhteita riippumatta on relevanttia, että nuori saa seksuaalisuuden alueella tarvitsemansa kasvurauhan ja tiedot. Hänellä tulee olla mahdollisuus nauttia seksuaalisuudestaan, itse säädellä seksuaalisten kokemusten kertymistä ja saada positiivisia kokemuksia. On tärkeää, ettei nuori vahingoita eikä vahingoitu seksuaalisuuden alueella, ei tule hyväksikäytetyksi eikä hyväksikäytä, on kumppaneineen turvassa sukupuoliteitse tarttuilta taudeilta ja osaa ja voi itse säädellä raskaaksi tulemistä / kumppanin raskaaksi saattamista.

Seksuaaliterveys edellyttää, että nuori saa tarvittaessa asianmukaisen raskauteen ja seksuaalisuuteen liittyvän tuen ja terveydenhoidon.

Sukupuoli-identiteetin häiriö nuoruusiässä

Tuoreen kaikki aikaisemmin lapsuudesta nuoruuteen (osin nuoreen aikuisuuteen) julkaistut seurantatutkimukset yhteen kokoavan tiedon mukaan lapsuuden voimakkaasta ja pitkäaikaisestakin identifioitumisesta vastakkaiseen sukupuoleen n 85% katoaa puberteettikehityksen käynnistyttyä (Steensma ym., 2010; Steensma 2013). Osalla lapsista lapsuuden sukupuolidysforia puberteetissa vahvistuu ja selkeytyy nimenomaan transsukupuolisuuden suuntaan. Transsukupuolinen identiteettikokemus saattaa myös ilmaantua vasta puberteetin käynnistyttyä tai sen jälkeen. Nuoruusikäisten transsukupuolisuutta pidetään varsin pysyvänä (Cohen-Kettenis, 2006). Toisaalta nuoruusiän luonteeseen kuuluu identiteettien hakeminen ja kokeileminen eri elämänalueilla, joista sukupuolisuus ja seksuaalisuus ovat vain yksi, joskin tärkeä, alue (Moshman, 2011).

Kokemus omasta sukupuolesta ja seksuaalinen orientaatio ovat eri asioita, mutta nuoruusiän kehityksen aikana nämä asiat voivat hämmentää ja sekoittaa toisiinsa (Cohen-Kettenis ja Gooren, 1999), varsinkin, jos nuoren oma kokemus poikkeaa siitä, minkä hän havaitsee ympärillään normatiiviseksi. Homo- ja biseksuaaliset yllykkeet ja kokeilut sekä identiteettikokeilut ovat normatiivisia etenkin nuoruusiän varhaisvaiheessa, oman homoseksuaalisuuden tunnistaminen voi olla vuosien prosessi, ja homoseksuaalisiksi itsensä lukevilla nuorilla on jopa enemmän

heteroseksuaalisia kokemuksia kuin heteroiksi lukeutuvilla (Herdt ja Boxer, 1993; Saewyc ym., 1999, 2008; Savin-Williams ja Ream, 2007; Aalberg ja Siimes, 2007). Transsukupuolisuutta käsittelevässä kirjallisuudessa on runsaasti pohdittu seksuaalisen suuntautumisen merkitystä diagnostiikalle ja, mikä terveydenhuollon kannalta tärkeintä, indikaattorina hoidon tuloksellisuudesta (Lawrence, 2010). Kehitysikäisillä tutkittavilla oleellisemmalta tässä vaiheessa tuntuu nuoruusiän kehityksen etenemisen arvioiminen, muun muassa seksuaalisen kehityksen vastaavuus kehitysvaiheen odotusten kanssa ennemmin kuin seksuaalinen suuntautuminen, joka kuitenkin nuoruusiässä vielä etsii uomaansa.

Jo lapsuudessa ilmennyt, puberteettikehityksen käynnistyttyä vahvistunut transsukupuolinen identiteetti nuorella, joka saa ja kykenee vastaanottamaan läheisiltään ikätason tarpeita vastaavaa tukea ja jolla ei ole merkittäviä samanaikaisia psykiatrisia häiriöitä, ei välttämättä ole vaikea diagnostinen haaste sukupuolen uudelleenmäärittelyn edellytysten arvioimiselle. Yleensä tällaiset nuoret itse ryhtyvät määrätietoisesti toteuttamaan sosiaalista transitiota ja saavat mahdollisimman realistisia kokemuksia siitä, millaista toivotussa roolissa eläminen on ja millaisia haasteita muutoksen läpikäyvä ihminen muiden taholta kohtaa. Kaikkien alaikäisenä sukupuoli-identiteetin ongelmien takia tässä kirjoituksessa tarkasteltaviin palveluihin hakeutuvien tilanteet eivät kuitenkaan ole näin suoraviivaisia. Sukupuolidysforiasta nuoruusiässä kärsivät henkilöt saattavat toivoa sukupuolen uudelleen määrittelyä fyysistä ruumista muuttavine hoitoineen, mutta he voivat myös olla epävarmoja, haluavatko näitä hoitoja, muuttaa mieltään hoitotoiveen suhteen tai toivoa / tarvita ennen kaikkea tukea hämmennyksen käsittelyyn ja oman identiteetin ja

siihen sopivan itseilmaisun löytämiseen ilman fyysisten hoitojen toivetta (Cohen-Kettenis, 2006; deVries, Cohen-Kettenis ja Delemarre-van de Maal, 2006; Cohen-Kettenis, Steensma ja deVries, 2011).

Sukupuolen uudelleenmäärittelyn edellytysten arvioon hakeutuvien nuorten seksuaaliterveyden kysymyksiä

SR-hoitojen vaikutukset ja sivuvaikutukset

Sukuelinkirurgiset hoidot kohdistuvat seksuaalitoimintojen kannalta mitä oleellisimmille alueille ja vaikuttavat tietenkin seksuaalisuuden toteuttamiseen sekä fyysisesti (kuinka toiminnallinen lopputulos saadaan, millainen tuntoherkkyys operoiduille alueille jää) että psyykkisesti ja sosiaalisesti, esimerkiksi se kautta, vapauttaako omaksi koettu, korjattu fyysinen olemus henkilöä toteuttamaan seksuaalisuuttaan tyydyttävämmiin kuin aikaisemmin.

Suomessa –kuten muuallakaan EU:n alueella – sukuelinkirurgiset hoidot eivät ole mahdollisia alaikäisille. Sukuelinkirurgisista hoidoista keskusteleminen on kuitenkin oleellinen osa nuoruusiäisen sukupuolen uudelleenmäärittelyn edellytysten arviointia. Tiedosta, odotuksista ja mielikuvista keskusteleminen on osa prosessia, jossa fyysisiä hoitoja toivova nuori löytää mahdollisimman realistisen varmuuden omista ratkaisuisistaan. On tärkeää tiedostaa, että 18 vuoden virstanpylvään saavuttava nuori on vielä keskellä nuoruusiän kehityksen prosessia.

Hoitoon tyytyväisyys on sukupuolen uudelleenmäärittelyn fyysisten hoitojen alueella useimmissa tutkimuksissa erittäin suurta (Cohen-Kettenis

ja Gooren, 1999; Smith, van Goozen ja Cohen-Kettenis, 2001; De Cuyper ym., 2004; Lawrence, 2006). Hoidon vaikuttavuutta tarkastellaan esimerkiksi suhteessa saavutettuihin näkyviin ominaisuuksiin, komplikaatioiden määrään, muokattujen ominaisuuksien toiminnallisuuteen, sosiaaliseen sopeutumiseen, psyykkiseen hyvinvointiin ja seksuaaliseen tyytyväisyyteen. Huomioon ottaen sen, miten keskeisesti sukupuolen uudelleenmäärittelyn fyysiset interventiot kohdistuvat nimenomaan seksuaalisuuden kannalta oleellisille alueille, Klein ja Gorzalka (2009) kiinnittävät perusteellisessa katsauksessaan huomiota siihen, että SR-hoitojen vaikutusta seksuaaliseen haluun, kiihottumiseen ja orgasmikykyyn on itse asiassa tutkittu empiirisesti melko vähän.

Testosteronin tiedetään lisäävän seksuaalista halua niin miehillä kuin naisilla. Androgeenireseptorien eston ja testosteronitason laskun voisi odottaa vähentävän seksuaalista halua ja kiihottumista miehestä naiseksi –transsukupuolisilla, kun taas testosteronivaikutuksen voisi odottaa lisäävän halua ja kiihottumista naisesta mieheksi -hoidoissa. Naishormonien vaikutukset seksuaaliseen haluun, kiihottumiseen ja orgasmikykyyn ovat ilmeisesti mutkikkaammat, ja tutkimustulokset naisten joukossa ovat ristiriitaisia. Estrogeenitasoilla on toisaalta merkitystä fysiologiselle kiihottumiselle ja orgasmien saavuttamiselle, toisaalta hyvin korkeiden estrogeenitasojen on raportoitu jopa vähentävän seksuaalista halua. Ei kuitenkaan ole tutkittua tietoa siitä, heikentävätkö tällaiset vaikutukset seksuaalitoimintoja miehestä naiseksi –hoidoissa, eivätkä hormonivaikutukset muutenkaan ehkä ole samat biologisilla naisilla ja miehestä naiseksi –transsukupuolisilla, joiden aivoihin miespuolinen puberteetti on jo vaikuttanut. Lisäksi haluun, kiihottumiseen ja

orgasmikykyyn voivat vaikuttaa myös hormonien vaikutukset muihin elimistön toimintoihin kuten kardiovaskulaaritoimintoihin, lihavuuteen, mielialaan, kilpirauhastoimintaan jne. (Klein ja Gorzalka, 2009).

Invasiivisten kirurgisten hoitojen voi odottaa vahingoittavan operoidun alueen hermotusta, SR-hoidoissa sukuelinten alueen hermotusta ja siten seksuaalisia tuntemuksia. Rakennettujen sukuelinten ulkonäkö ja toiminnallisuus vaihtelevat. Komplikaatiot tai niiden pelko vaikuttavat seksuaalitoimintoihin. Toisaalta, kokemus halusta, kiihottumisesta ja orgasmin saavuttamisesta ei välttämättä yhtene fysiologisesti mitattavien suureiden kanssa. Tyytyväisyys seksuaalisuuden alueella taas riippuu monenlaisista muistakin seikoista kuin fysiologisesta tai koetusta toiminnallisuudesta. SR-hoitojen jälkeinen tyytyväisyys ja aktiivisuus seksuaalisuuden alueella onkin suurempaa kuin seksuaalisuuden osaluueiden koettu tai fysiologisesti mitattava toiminnallisuus tai mitä voisi teoreettisesti odottaa hormonaalisten ja kirurgisten SR-hoitojen fysiologisten vaikutusten ja sivuvaikutusten perusteella. (Klein ja Gorzalka, 2009)

Kliinisten havaintojemme mukaan osa sukupuolen uudelleenmäärittelyn edellytysten tutkimuksiin hakeutuvista nuorista on hyvin selvillä kirurgisten hoitojen mahdollisuuksista nykyään. Heillä on kykyä hankkia tietoja ja arvioida eri lähteistä saamaansa tietoa kriittisesti. Osalla tutkittavista on kuitenkin odotuksia, jotka eivät voi täytyä, kuten että hormonaalisten ja kirurgisten hoitojen jälkeen muutosprosessin läpikäynyt henkilö alkaisi tuottaa toivotun sukupuolen mukaisia sukusoluja. Hormonaalisista hoidoista nuoret tietävät hyvin vaikutukset sekundaarisiin

sukupuoliominaisuuksiin, niitähän he yleensä mahdollisimman pian toivovat. Sukupuoliominaisuuksia muuttavien hormonihoidojen mahdollisista psyykkisistä vaikutuksista (mielialaan, aggressiivisuuteen) nuoret ovat selvillä heikommin, hormonihoidojen vaikutuksia seksuaalisuuteen he eivät useimmiten ole pohtineet, kardiovaskulaarisia ja metabolisia riskejä he eivät useimmiten ole motivoituneita pohtimaan kuten nuoruusikäiset yleensäkin eivät motivoitu ajattelemaan vuosien perspektiivillä ja pääosin aikuisuudessa mahdollisesti ilmeneviä haittoja.

Eryyisenä haasteena nuorten tutkimusten ja hoidon suunnittelun prosessissa on se, että monet nuoret luottavat Internetissä vertaisverkostoista saamaansa tietoon niin lujasti, että parhaan tutkitun tiedon tarjoaminen on hyvin vaikeaa. Kognitiivisesti normaalisti kehittyvä nuoruusikäinen pystyy jo keskinuoruusiässä (15-17 vuotta) ymmärtämään sellaisen abstraktiotason tietoa kuin tieto hormonihoidoista ja sukuelinkirurgiasta on, vaikka abstrakti ajattelu kehittyikin vielä yli 20-vuotiaanakin (Benes ym., 1994; Luna ym., 2004; Gogtay ym., 2004; Sowell, Thompson ja Toga, 2004). Päätöksentekokyky (kompetenssi) on kuitenkin moniulotteisempi asia kuin kyky ymmärtää abstraktia tietoa kognitiivisesti. Nuoruusikäisen päätöksentekokompetenssia vaativissa ratkaisuihin alentaa usein kykenemättömyys suhteuttaa saatua informaatiota itseensä (Grisso ja Appelbaum, 1995; Appelbaum ja Grisso, 1995; Kaltiala-Heino, 2011). Nuoruusikäiselle on ominaista ulkoistaa pois ja kieltäytyä käsittelemästä asioita, jotka voisivat aiheuttaa sisäistä ristiriitaa. Nuoruusikäisen emotionaalinen kehitys on jäljessä hänen kognitiivisesta kehityksestään, ja tämä heikentää nuoren arvostelukykä emotionaalisesti latautuneissa asioissa (Dahl, 2004; Steinberg, 2005).

Valtaosa nuoruusikäisistä, jotka Suomessa hakeutuvat sukupuolen uudelleenmäärittelyn edellytysten arviointiin, tietää kuitenkin, että naisesta mieheksi –sukuelinkirurgian ulkonäölliset ja toiminnalliset tulokset ovat heikommat kuin miehestä naiseksi –operaatioiden. Pojasta tytöksi – hakijat haluavat yleensä mahdollisimman pian päästä sukuelinkirurgiseen hoitoon, kun taas tytöstä pojaksi –hakijoista merkittävä osa haluaa ennen kaikkea saada julkisesti näkyvät miehen ominaisuudet (parrankasvua, äänenmurroksen, uudet vartalon muodot). He haluavat harkita vielä miehen sukuelinten rakentamiseen hakeutumista, kenties odotellen kirurgian kehittymistä. Sen sijaan suuri osa näistä nuorista haluaa sisäsynnyttelinten poiston ensi tilassa.

Lisääntyminen

Suomen lainsäädännön mukaan sukupuolen juridinen vaihtaminen (henkilötunnuksen muuttaminen naisesta mieheksi tai päinvastoin) edellyttää – ainakin vielä toistaiseksi – infertiliteettiä. Käytäntö on, että infertiliteetti todistetaan lääkärin todistuksella riittävän pitkän nais- tai mieshormonihoidon jälkeen. Suomessa ei siis edellytetä kastratiota, toisin kuin julkisessa keskustelussa on annettu ymmärtää. Hormoneilla aiheutettu infertiliteetti on pääosin palautuva: jos vastakkaisen sukupuolen hormonien käyttö lopetetaan, oman biologisen sukupuolen mukainen hormonitoiminta elpyy. Infertiliteetin edellyttämistä pidetään nykyään ihmisoikeusnäkökulmasta ongelmallisena, ja monissa maissa lainsäädäntöä onkin muutettu niin, ettei infertiliteettiedellytystä ole. Myös Suomessa tämä asia on otettu lainsäädännölliseen harkintaan (http://www.stm.fi/vireilla/tyoryhmat/sukupuolen_vahvistaminen).

Infertiliiteetin edellyttämisen sijaan ajankohtainen kansainvälinen keskustelu koskee transsukupuolisten henkilöiden mahdollisuutta sukusolujen säilömiseen biologisen lapsen saamisen mahdollistamiseksi tulevaisuudessa omin sukusoluin, vaikkei itse olisikaan siinä vaiheessa siittäjän / synnyttäjän roolissa (Murphy, 2012). Nuoruusikäisten sukupuolen uudelleen arviointiin hakeutuvien kanssa työskennellessä eettisen haasteen muodostaa se, etteivät nuoruusikäiset yleensä ole lainkaan kiinnostuneita tulevasta fertiilitetistään. Nuoret tutkittavat kokevat pääsääntöisesti, etteivät he missään tapauksessa halua saada lapsia syntymänsukupuolensa mukaisessa biologisessa roolissa, lapsen saaminen ei muutenkaan tunnu tärkeältä, eikä lapsen ainakaan tarvitse olla millään tavalla biologisesti oma. Jos nuoret tutkittavat pystyvät lainkaan kuvittelemaan vanhemmuustoiveitaan, asia tuntuu mahdollisesti ajankohtaiselta vasta 10-15 vuoden kuluttua, ja tutkimusvaiheessa he ovat aina sitä mieltä, ettei biologista sidettä tarvita. Lapsi voi tulla aikanaan puolison kautta tai adoptoituna. Tämän päivän terveydenhuollon toimijan on mahdotonta tietää, voisiko välinpitämättömyys biologisesta siteestä todella olla nyt nuoruusikäisen sukupolven pysyvä, sosiaalista sitoutumista verisiteiden ohi korostava maailmankatsomus, vai palataanko biologiseen lapsettomuuteen kuitenkin kipeimmän kautta aikanaan, kun peruuttamattomat ratkaisut on jo tehty. Vertailun vuoksi kannattaa kiinnittää huomiota siihen, että terveen täysivaltaisen aikuisen sterilisaation edellytykset ovat melko vaativat mitä tulee ikään ja lapsilukuun (www.finlex.fi / steriloimislaki). Cis-sukupuolisia aikuisia naisia on siis suojeltava ratkaisuilta, joiden tekemistä alaikäisenä puolustetaan nyt ihmisoikeutena.

Vähäinen kokeneisuus ja aseksuaalisuus

Nuorilla, joiden transsukupuolinen identiteetti vaikuttaa selkeältä ja joista sukupuolen uudelleenmäärittelyn edellytysten tutkimuksissa ei nouse huolta, ei yleensä ole toimintakykyä alentavia vaikeuksia nuoruusiän kehityksen eri osa-alueilla. Myös seksuaalisuuden alueella heidän kehityksensä näyttäytyy ikätasoisesti normatiivisena: se sisältää romanttisia ja eroottisia tunnekokemuksia samassa määrin kuin samanikäisillä suomalaisnuorilla keskimäärin on, nuoret ovat tutustuneet oman ruumiinsa tarjoamiin mahdollisuuksiin itsetyydytyksen kautta kuten samanikäiset yleensäkin, ja heillä on ikätasoon sopivia vastavuoroisia seksuaalisia kokemuksia. Monet ovat tai ovat olleet seurustelusuhteissa. Intiimisuhteissa tällaisista tutkittavista moni tosin välttelee antautumista kosketukselle toimien mieluummin ainoastaan itse aktiivisena osapuolena kumppanin tyydyttämiseksi, mutta heidän odotuksensa suuremmasta seksuaalisesta vapautumisesta muutosprosessin jälkeen eivät tunnu epärealistisilta.

Kaikkien sukupuolen uudelleenmäärittelyä toivovien tutkittavien tilanne ei kuitenkaan suinkaan ole näin selkeä. Suurella osalla sukupuolen uudelleenmäärittelyn edellytysten tutkimuksiin tulevista nuorista sukupuolen teemojen pohtiminen näyttäytyy pikemminkin osana laaja-alaisempaa identiteettihämmennystä ja monimuotoista mielenterveydellistä ja kehityksellistä problematiikkaa kuin selkeänä transsukupuolisuutena. Näissä tilanteissa myös nuoruusiän kehityksen seksuaalisella osa-alueella on yleensä huomattavia pulmia. Tällaisten tutkittavien ikätoverisuhteet yleensä ja romanttiset ja eroottiset suhteet erityisesti ovat useimmiten hyvin kapeita tai niitä ei ole lainkaan. Mahdolliset ihastukset eivät ole

voineet johtaa minkäänlaiseen kontaktiin ihastuksen kohteen kanssa, eikä nuorella täysi-ikää lähestyessä tai sen saavuttamisen jälkeenkään ole mitään fyysisiä eroottisia kokemuksia, ei edes itsetyydytyksestä. Karkeasti arvioiden ainakin kolmasosalla tutkimuksiin hakeutuvista nuoruusiän kehitys seksuaalisuuden alueella on katsottava selvästi viivästyneeksi tai lukkiutuneeksi, ja toisaalta vain noin neljäsosalla ikää ja fyysistä ja psyykkistä kehitystasoa vastaavaksi.

Sukupuolen uudelleenmäärittelyn edellytysten arvioinnin kannalta on ongelmallista, jos nuori arvioi tulevaisuuttaan miehenä tai naisena tilanteesta, jossa hänen seksuaalinen kehityksensä on kerta kaikkiaan lukkiutunut. On huomattava, että yleensä samaan aikaan voimakasta viivästyminen tai lukkiutumista on kaikilla nuoruusiän kehityksen osa-alueilla lukuun ottamatta fyysistä puberteettikehitystä, joka toki useimmiten etenee tavanomaisesti. Vaikka tällaisessa tilanteessa olevat nuoret usein kokevat, että tämän hetken vaikeudet johtuvat sukupuoli-identiteettiin kohdistuvasta syrjinnästä, on yleensä niin, että heidän eristäytymisensä ja laaja-alainen kehityksellinen viivästyminen ovat alkaneet vuosia ennen ensimmäisiä merkkejä sukupuoli-identiteetin hämmennyksestä.

Osa sukupuolen uudelleenmäärittelyn edellytyksiin hakeutuvista nuorista on ratkaissut seksuaalisuuden alueen toistaiseksi luokittamalla itsensä aseksuaaliseksi. Seksuaalisuuden teemoista keskustelu ei tällaisessa tilanteessa tunnu nuoresta relevantilta. Tämä on haastava tilanne nuoren sukupuolen uudelleenmäärittelyn edellytysten arviointiprosessissa, koska siinä harkitaan interventioita, jotka oleellisesti vaikuttavat

seksuaalitoimintoihin, kehitysvaiheessa, jossa seksuaalisuus vasta muovautuu.

Nuoruusikäisen aseksuaalisuudesta on tarjolla äärimmäisen vähän terveystieteellistä tutkimustietoa. Psykiatrisena häiriönä tunnistetaan sukupuolinen haluttomuus (F52.0 ICD-tautiluokituksessa), joka jakautuu frigiditeettiin ja hypoaktiiviseen sukupuolisen halukkuuden häiriöön. Näiden diagnoosien käytön kannalta on oleellista, että sukupuolinen haluttomuus on kokijalle ongelma, aiheuttaa haittaa tai kärsimystä. Tällaista emme sukupuolen uudelleenmäärittelyn edellytysten arvioon hakeutuvilla nuorilla ole toistaiseksi tavanneet. Aseksuaalisuus taas ei näytä olevan aseksuaalisille henkilöille ongelma eikä aiheuta tarvetta esimerkiksi keskustella seksuaalisuuden teemoista ammattiauttajien kanssa (Prause ja Gragam. 2007). Varmuus omasta aseksuaalisuudesta on nuoruusikäisten tutkittaviemme joukossa yleistä. Aikuisväestössä aseksuaalisuuden esiintyvyydeksi on esitetty 1%, ja sitä esiintyy naisilla enemmän kuin miehillä. Sen on esitetty liittyvän uskonnolliseen kasvatukseen ja matalaan sosioekonomiseen asemaan (Bogaert, 2004). Nuorilla tutkittavilla aseksuaalisuuden kokemus on monin verroin yleisempää kuin prosentti. Emme ole löytäneet epidemiologista tutkimusta aseksuaalisuuden yleisyydestä nuoruusiässä tai aseksuaalisen kokemuksen pysyvyydestä tai ohimenevyydestä nuoruusiän kehitysvaiheessa.

Vakavissa psykiatrisissa häiriöissä seksuaalisuus voi nuoruusiän kehitysvaiheessa lukkiutua ja painua taka-alalle näyttämättä tiedostettuna ongelmana, mutta seksuaalisuus useinkin elpyy tai seksuaalinen kehitys etenee jälleen häiriöjakson korjaantuessa. Tässä

vaiheessa aseksuaalisuuden kokemuksen poikkeuksellinen yleisyys transsukupuolisuuttaan pohtivien nuorten joukossa ja sen merkitys tässä yhteydessä jäävät tarkempaa havainnointia ja tulevaa tutkimusta odottaviksi seikoiksi. Koska identiteetin ja tunne-elämän kehitys nuoruusiässä nimenomaan on kesken ja seksuaalisuus yksi tässä kehitysvaiheessa voimakkaimmin kehittyviä asioita, tuntuu vaikealta uskoa nuoruusiän aseksuaalisuuden kokemusta pysyväksi. Ylipäänsä ei ole tiedossa, missä määrin normatiivisesti kehittyvät nuoruusikäiset eri ikäisinä ja eri nuoruusiän kehitysvaiheissa tuntevat genitaalista seksuaalista halua ja kiihottumista. Aikuisten transsukupuolisten joukossa on toisaalta todettu, että seksuaalisuuden alueen ongelmat ja hoitoratkaisujen katuminen olivat yleisimpiä niillä, jotka ennen hormonaalisia ja kirurgisia sukupuoliominaisuuksia muuttavia hoitoja olivat aseksuaalisia tai hyposeksuaalisia (Lindelmalm ym., 1987). Aseksuaalisuuden kokemuksesta nuoruusiässä yleensä ja sukupuoli-identiteettiään pohtivien nuorten joukossa erityisesti tarvittaisiin lisätietoa.

Riskejä ottava seksuaalikäyttäytyminen, prostituutio ja seksuaalinen riisto

Kansainvälisessä kirjallisuudessa kuvattua hylkäämisen, seksuaalisen riskikäyttäytymisen, seksuaalisen riiston, HIV-riskin ja prostituution problematiikkaa (Lee, 2000; mAy-welby, 2003; deVries, Cohen-Kettenis ja Delemarre-van de Maal, 2006; Holman ja Goldberg, 2006; Baltieri, Prado Cortez ja de Andrade, 2009; Wilson ym., 2010) on sukupuolen uudelleenmäärittelyn edellytysten arvioon hakeutuvilla suomalaisnuorilla ainakin toistaiseksi tavattu hyvin vähän. Toisaalta alaikäisten kodittomuuskin on vahvojen lastensuojelupalveluiden järjestelmässämme äärettömän harvinaista. Myös sellaiset viha- ja hylkäämisreaktiot

perheessä, joista kansainvälisessä kirjallisuudessa sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvien nuorten kohdalla puhutaan (ja jotka voivat altistaa riskikäyttäytymiselle), ovat toistaiseksi nuorten trans-työryhmiin hakeutuneiden nuorten taustassa hyvin harvinaisia. Perheiden mahdollisissa negatiivisissa reaktioissa on yleensä pikemminkin kyse hämmennyksestä, huolesta ja riittämättömästä sopeutumisajasta kuin mistään jyrkästä vastakkainasettelusta. Nuoren sukupuolen uudelleenmäärittelyn edellytysten arvioiminen on prosessi, jonka aikana on eettisesti välttämätöntä tukea paitsi nuorta myös hänen lähiverkostoaan hyväksymään ne hoitoratkaisut, jotka nuoren kohdalla ovat tarkoituksenmukaisia. Nuoruusikäisen positiivisen seksuaalisen kehityksen kannalta on tärkeää, että vanhemmat hyväksyvät hänen kehitysvaiheen mukainen tapansa ilmentää seksuaalisuuttaan. Esimerkiksi nuoren ihastuksen kohteiden / seurustelukumppanien sukupuoli ja nuoren homotai heteroseksuaalisuus on trans-tutkimuksiin hakeutuneiden nuorten perheissä pääsääntöisesti ollut ongelmaton asia. Nuorta itseään tai muita vahingoittavaan seksuaalisuuden ilmentämiseen alaikäisen lapsen vanhempien taas tuleekin reagoida.

On toki mahdollista, että on nuoria, jotka eivät rohkene lainkaan kertoa vanhemmilleen sukupuolidysforiastaan ja SR-hoitojen toiveistaan, vaan suunnittelevat esimerkiksi tutkimuksiin hakeutumista vasta täysi-ikäisinä. Elleivät vanhemmat todella halua tai kykene tarjoamaan nuorelle tämän tarpeiden vaatimaa kehityksellistä tukea, kyseessä saattaa olla lastensuojelun tukea vaativa tilanne. Nuoruusiän kehitys ja kehityksellisen tuen tarve ei liioin äkillisesti lopu täysi-ikäisyydessä, vaan perheen tuki on merkityksellinen pitkälle aikuisuuteen.

Pohdintaa

Sukupuolen uudelleenmäärittelyn edellytysten arviointi nuoruusiän kehitysvaiheessa on suomalaisessa terveydenhuollossa uusi asia. On tärkeää tietää, että kaikki sukupuolen uudelleenmäärittelyn edellytysten arvioon hakeutuvat nuoret eivät ole transsukupuolisia. Muista identiteettiongelmista, kehityksellisistä vaikeuksista ja mielenterveyden häiriöistä kärsivien nuorten kohdalla ei tietenkään ole lääketieteellisesti eikä eettisesti perusteltua harkita fyysisiä sukupuoliominaisuuksiin vaikuttavia interventioita, vaikka ne transsukupuolisten nuorten kohdalla ovat perusteltuja ja voivat osittain (hormonaaliset hoidot) alkaa jo alaikäisenä (Smith, van Goozen ja Cohen-Kettenis, 2001). Nuori voi tietenkin tarvita kokonaistilanteensa hoidon osana tukea sukupuolidysforian takia, vaikka fyysiset hoidot eivät olisikaan ajankohtaisia. Seksuaalisen kehityksen viivästyminen ja lukkiutuminen ovat sukupuolen uudelleenmäärittelyn edellytysten tutkimuksiin hakeutuvilla nuorilla tavallisempia ongelmia kuin seksuaalinen riskinotto seurauksineen. Seksuaalisuuden, seksuaalikäyttäytymisen ja seksuaaliterveyden ongelmat ovat tavallisimpia niillä tutkimuksiin hakeutuvilla, joilla identiteettikehityksen ongelmat ovat laaja-alaisia ja vaikeita. Sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvat saattavat kohdata terveydenhuollossa tietämättömyyttä tai syrjintää, joka vaikeuttaa avun saamista terveystarpeisiin (Lee, 2010). Sukupuolen uudelleenmäärittelyn edellytysten tutkimuksiin hakeutuneiden nuorten kohdalla olemme toisinaan havainneet, ettei nuoren mielenterveydellisiin ja psykososiaalisiin ongelmiin anneta asianmukaista apua, kun virheellisesti oletetaan kaikkien nuoren ongelmien palautuvan sukupuolen

kokemukseen ja hoituvan sen kautta (Kaltiala-Heino ym., 2013). Toisinaan oletetaan, että kaikki sukupuoli-identiteetiltään epätyypilliset nuoret tarvitsisivat seksuaaliterapiaa, mikä ei toki pidä paikkaansa. Toisaalta on myös tilanteita, joissa terveydenhuollon toimijat ovat kiirehtineet nuorta sukupuolen uudelleenmäärittelyn edellytysten arvioon, vaikkei tämä oikeastaan (vielä?) halua. Sen sijaan nuoret eivät ole raportoineet vaikeuksista hoitaa seksuaaliterveyden alueen tarpeitaan, mahdollisesti tosin siksi, että merkittävällä osalla seksuaalisuuden alueen kehitys on viivästynyt eikä intiimikontaktit ole ajankohtaisia.

Kirjallisuus

Aalberg, V. ja Siimes, M. (2007). *Lapsesta aikuiseksi*. Helsinki: Nemo.

Appelbaum, P. ja Grisso, T. (1998). Assessing patients' capacities to consent to treatment. *New England Journal of Medicine*, 319(25), 1635–1638.

Baltieri, A. B., Prado Cortez, F. C. ja de Andrade, A. G. (2009). Ethical conflicts over the management of adolescent transsexuals – Report of two cases. *Journal of Sexual Medicine*, 6(11), 3214–3220.

Benes, F. M., Turtle, M., Khan, Y. ja Farol, P. (1994). Myelination of a key relay zone in the hippocampal formation occurs in the human brain during childhood, adolescence and adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 51(6), 477–484.

Bogaert, A. F. (2004). Asexuality: Prevalence and associated factors in a national probability sample. *Journal of Sex Research*, 41(3), 279-287.

Cohen-Kettenis, P. (2006). Gender identity disorders. Teoksessa Gillberg, R. C., Harrington, H.-C. ja Steinhausen, A. (toim.) *Clinicians Handbook of Child and Adolescent Psychiatry* (s. 695-725). Cambridge: Cambridge University Press.

Cohen-Kettenis, P. ja Gooren, L. J. G. (1999). Transsexualism: A review of etiology, diagnosis and treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(4), 315-333.

Cohen-Kettenis, P., Steensma, T. ja deVries, A. L. (2011). Treatment of adolescents with gender dysphoria in the Netherlands. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(4), 698-700.

Dahl, R. (2014). Adolescent brain development: A period of vulnerabilities and opportunities. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 07/2004:1021, 1-22.

deCuypere, G., T'Sjoen, G., Beerten, R., Selvaggi, G., de Sutter, P., Hoebeke, P., ym. (2005). Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 34(6), 679-690.

deVries, A., Cohen-Kettenis, P. ja Delemarre-van de Maal, H. (2006). Clinical management of gender dysphoria in adolescents. Teoksessa *Caring for transgender adolescents in BC: Suggested guidelines*. Vancouver:

Vancouver Coastal Health, Transcend Transgender Support & Education Society and the Canadian Rainbow Health Coalition.

Gogtay, M., Giedd, J. N., Lusk, L., Hayashi, K. M., Greenstein, D., Vaituzis, A. C., ym. (2004). Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 101(21): 8174-8179.

Green, R. (1974). *Sexual identity Conflict in Children and Adults*. New York: Basic Books.

Grisso, T. ja Appelbaum, P. (1995). Comparison of standards for assessing patients' capacities to make treatment decisions. *American Journal of Psychiatry*, 152(7), 1033-1037.

Harter, S. (1999). *The Construction of the Self*. New York: Guilford Press.

Herd, G. H. ja Boxer, A. M. (1993). *Children of Horizons: How Gay and Lesbian Teens are Leading a New Way Out of the Closet*. Boston: Beacon Press.

Holman, C. W. ja Goldberg, J. (2006). Ethical, legal and psychosocial issues in care of transgender adolescents. Teoksessa *Caring for transgender adolescents in BC: Suggested guidelines*. Vancouver: Vancouver Coastal Health, Transcend Transgender Support & Education Society and the Canadian Rainbow Health Coalition.

Hughes, I. A., Houk, C., Ahmed, S. F., ym. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of Disease in Childhood*, 91(7), 554-563.

Kaltiala-Heino, R., Lindberg, N., Ranta, K., Tainio, V.-M. ja Työläjäarvi, M. (2013). Sukupuoli-identiteetin häiriö lapsilla ja nuorilla. *Suomalainen Lääkärilehti*, 68(11), 819-825.

Kaltiala-Heino, R. (2012). Involuntary commitments. Teoksessa Levesque, R. J. R. (toim.) *Encyclopedia of Adolescence* (s. 1479-1489). Dordrecht: Springer.

Korteniemi-Poikela, E. ja Cacciatore, R. (2004). Seksuaalisuuden portaat / Sexualiteten steg för steg. Opetuspaketti peruskoulun 1.-9. luokille. Opetushallitus.

http://www.vaestoliitto.fi/nuoret/murrosika/seksuaalisuuden_portaat/

Lawrence, A. A. (2006). Patient-reported complications and functional outcomes of male to female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 35(6), 717-727.

Lawrence, A. A. (2010). Sexual orientation versus age of onset as bases for typologies (subtypes) for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 514-545.

Lee, R. (2000). Health care problems of lesbian, gay, bisexual and transgender patients. *Western Journal of Medicine*, 172(6), 403-408.

Luna, B., Graver, K. E., Urban, T. A., Lazar, N. A. ja Sweeney, J. A. (2004). Maturation of cognitive processes from late childhood to adulthood. *Child Development*, 75(5), 1357-1372.

Madkour, A. S., Farhat, T., Halpern, C. T., Godeau, E. ja Gabhainn, S. N. (2010). Early adolescent sexual initiation as a problem behavior: a comparative study of five nations. *The Journal of Adolescent Health*, 47(4), 389-398.

mAy-welby N. (2003). A journey to androgyny. Teoksessa O'Keefe, T. ja Fox, K. (toim.) *Finding the Real Me* (s. 30-42). San Francisco: Wiley.

Meyer-Bahlburg, H. (2012). Gender monitoring and gender reassignment of children and adolescents with a somatic disorder of sex development. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(4), 639-649.

Moshman, D. (2011). *Adolescent rationality and development. Cognition, morality, and identity*, Third Edition. New York: Psychology Press.

Murphy, T. F. (2012). The ethics of fertility preservation in transgender body modifications. *Journal of Bioethical Inquiry*, 9(3), 311-316.

Möller, B., Schreier, H., Li, A. ja Romer, G. (2009). Gender identity disorder in children and adolescents. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 39(5), 117-143.

Paus, T., Keshavan, M. ja Giedd, J. N. (2008). Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? *Nature Reviews Neuroscience*, 9(12), 947-957,

Prause, N. ja Gragam, C. A. (2007). Asexuality: classification and characterization. *Archives of Sexual Behavior*, 36(3), 341-356.

Saewyck, E. M., Bearinger, L. H., Blum, R. W. ja Resnick, M. D. (1999). Sexual intercourse, abuse and pregnancy among adolescent women: does sexual orientation make a difference? *Family Planning Perspectives*, 31(3), 127-131.

Saewyck, E., Poon, C., Homma, Y. ja Skay, C. (2008). Stigma management? The links between enacted stigma and teen pregnancy trends among gay, lesbian, and bisexual students in British Columbia. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 17(3), 123-139.

Savin-Williams, R. C. ja Ream, G. L. (2007). Prevalence and stability of sexual orientation components during adolescence and young adulthood. *Archives of Sexual Behavior*, 36(3), 385–394.

Smith, Y., van Goozen, S. ja Cohen-Kettenis, P. (2001). Adolescents with gender identity disorder who were accepted or rejected for sex reassignment surgery: a prospective follow-up study. *Journal of the American Academy for Child & Adolescent Psychiatry*, 40(4), 472-481.

Sowell, E. R., Thompson, O. M. ja Toga, A. V. (2004). Mapping changes in the human cortex throughout the span of life. *Neuroscientist*, 10(4), 372-392.

Steensma, T. (2013). *From gender variance to gender dysphoria. Psychosexual development of gender atypical children and adolescents.* Väitöskirja, Vrije Universiteit Amsterdam..

Steensma, D. T., Biemond, R., deBoer, F., Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: a qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(4), 499-516.

Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(2), 69-74.

WHO. (2004). *Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets Global strategy adopted by the 57th World Health Assembly.* http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/RHR_04_8/en/ (viitattu 8.3.2014)

Wilson, E., Garofalo, R., Harris, R. ja Belzer, R. (2010). Sexual risk taking among transgender male to female youths with different partner types. *American Journal of Public Health*, 100(8), 1500-1505.

Seksologian ammatillinen erikoistuminen Suomessa 2000-luvulla

TUTKIMUSRAPORTTI

Osmo Kontula, *VTT, tutkimusprofessori, Väestöliitto*

Tommi Paalanen, *FM, toiminnanjohtaja, Sexpo-säätiö*

Sirpa Valkama, *TtL, lehtori, Jyväskylän ammattikorkeakoulu*

Seksologian alan ammatillisen koulutuksen kehittyminen

Seksologian alan säännöllisempi koulutustoiminta alkoi Suomessa 1970-luvulla luvulla Sexpossa, joka ryhtyi järjestämään seksologian peruskursseja. Alan veteraanit muistelevat sittemmin kaiholla 1980-luvun laajinta seksologista kurssia, jonka kouluttajina olivat Gleggien pariskunta Englannista. Kurssin järjestivät Väestöliitto, Sexpo ja Suomen evankelisluterilainen kirkko yhdessä.

Laajempi seksologian alan korkeakoulutuskokonaisuus käynnistyi 1990-luvun puolivälissä Jyväskylän ammattikorkeakoulussa, joka on ollut 2000 – luvun alkupuolella alan johtava koulutusinstituutio Suomessa (Auvinen et al., 2010; WAS, 2011). Koulutuksen sisältöä vakiinnutti ja sen edelleen kehittämistä motivoi vuonna 1999 hyväksytty pohjoismaiden yhteinen seksologian alan NACS koulutusohjelma, jossa koulutus määrittyi kolmiportaisen mallin mukaisesti (Fugl-Meyer et al., 2001). Sitä seurasivat vuonna 2000 NACSin yhteiset pohjoismaiset auktorisointikriteerit.

Muutamit muutkin ammattikorkeakoulut ovat vähitellen seuranneet Jyväskylän AMK:n (JAMK) esimerkkiä. Ne ovat järjestäneet varsinkin 30 opintopisteen koulutusta seksuaalineuvojille. JAMK ja viime vuosina myös muutamit muut koulutustahot ovat järjestäneet 60 opintopisteen koulutuskokonaisuuksia, joiden suorittajat ovat voineet saada NACS auktorisoinnin. JAMK järjesti pilottina vuonna 2003 myös 90 opintopisteen ylempään korkeakoulututkintoon johtavan koulutuksen seksuaaliterveyden edistämiseksi. Koulutus mahdollisti osalle opiskelijoista kliinisen seksologin pohjoismaisen auktorisoinnin.

Ammattikorkeakoulujen rinnalla koulutusta ovat antaneet muun muassa Peräpohjolan opisto, Sexpo-säätiö, Väestöliitto ja Metoditeam. Koulutuksen yleistymisen on johtanut siihen, että alan koulutusta saaneiden henkilöiden lukumäärä on kasvanut jatkuvasti. Tämä on näkynyt myös Suomen Seksologisen Seuran jäsenmäärän voimakkaana kasvuna. Tätä kirjoitettaessa Seurassa on jäseniä noin 900.

Seksologian ammatillisen erikoistumisen kehittymistä Suomessa erityisesti 2000-luvulla on ollut mahdollista seurata kahden ammattikunnalle suunnatun kyselyn avulla. Ensimmäisen kyselyn tekivät vuonna 2002 Osmo Kontula ja Sirpa Valkama. Toisen kyselyn tekivät vuonna 2011 Tommi Paalanen, Sirpa Valkama ja Osmo Kontula.

Vuoden 2002 kysely oli osa seitsemässä maassa tehtyä ”Eurosexo” kyselyä. Sitä koordinoi ranskalainen Alain Giami (Giami ja de Colomby,

2003). Suomea koskevat tiedot julkaistiin vuonna 2006 osana eurooppalaista vertailua (Kontula ja Valkama, 2006). Artikkelissa tehtiin vertailuja erityisesti lääkäreiden ja muiden seksologian alalla Suomessa työskentelevien välillä. Sirpa Valkama teki kyselyn tuloksista myös lisensiaattityönsä Jyväskylän yliopiston terveystieteiden laitokselle (Valkama 2006).

Tässä raportissa esitämme tuloksia vuoden 2011 kyselystä ja teemme myös vertailuja aiempaan vuoden 2002 kyselyyn. Tavoitteena on luoda yleiskatsaus siihen mihin suuntaan suomalainen seksologia on kehittymässä 2000-luvulla. Tiedot perustuvat pääasiassa Seksologisen Seuran jäsenkunnan antamiin vastauksiin.

Kyselyiden vastaajat vuosina 2002 ja 2011

Vuonna 2002 kysely pyrittiin suuntamaan mahdollisimman kattavasti seksologian alalla koulutetuille ja työskenteleville. Siihen vastasi 367 henkilöä. Vähän alle puolet (44 %) vastaajista oli Seksologisen Seuran jäseniä, 12 % kuului Suomen urologiseen yhdistykseen, 9 % oli jäsenenä Suomen perheterapiayhdistyksessä ja prosentti kuului Suomen gynekologiseen yhdistykseen. Lisäksi 22 % vastaajista oli saanut aihepiiriin koulutusta Sexposta.

Vuonna 2011 kysely toteutettiin Internet-kyselynä Digium-ohjelmistolla. Toukokuussa 2011 lähetettiin linkki kyselylomakkeeseen 1058 sähköpostiosoitteeseen. Kyselylomake sisälsi 74 kohtaa, joista 6 koski

erityisesti seksologian opintoja ja 25 seksologista vastaanottotyötä. Opintoja koskevat kysymykset näytettiin vastaajalle vain, jos hän oli vastannut ”kyllä” kysymykseen, ”Oletteko koskaan osallistunut koulutukseen tai kurssille, jonka aiheena on seksologia tai seksuaalisuus?” Vastaanottotyötä koskevat kysymykset näytettiin vastaajalle vain, jos hän oli vastannut ”kyllä” kysymykseen ”Otatteko vastaan asiakkaita/potilaita, joilla on seksuaaliongelmia?”

Kyselyyn vastasi vuonna 2011 372 henkilöä. Heistä 310 (83 %) oli Seksologisen Seuran jäsen. Tämä oli lähes puolet Seuran sen hetkisestä jäsenmäärästä eli vastaajat edustavat kohtalaisen hyvin Seuran jäsenkuntaa. Kyselyä ei toimitettu tällä kertaa muiden ammatillisten seurojen jäsenille. Kyselyn muut vastaajat olivat osallistuneet seksologian alan koulutukseen joko Jyväskylän ammattikorkeakoulussa, Sexpostäitiössä tai Turun ammattikorkeakoulussa.

Molemmilla kyselykerroilla noin kolmasosa vastaajista oli alle 40-vuotiaita, kolmasosa 40 – 50 vuotiaita ja viimeinen kolmasosa yli 50-vuotiaita. Vuoden 2011 vanhimmat vastaajat olivat syntyneet sota-aikana ja aika monet suuriin ikäluokkiin kuuluvat olivat vielä aktiivissa työssä. Nuorimmat vastaajat olivat vähän alle 30-vuotiaita. Vastaajista kaksi prosenttia oli eläkkeellä.

Vuonna 2011 vastaajista 91 % oli naisia ja 9 % miehiä. Vuonna 2002 naisten osuus oli 76 % ja miesten osuus 24 %. Tämä sukupuolten

suhteellinen muutos johtui osaksi lääkäreiden (erityisesti urologien) jäämisestä vuonna 2011 pääosin vastaajien ulkopuolelle. Muutos kertoi myös ammattikunnan naisistumisesta. Vuoden 2011 vastaajista neljä viidestä eli parisuhteessa ja lähes yhdeksällä kymmenestä oli lapsia.

Vastaajista 44 % työskenteli vuonna 2011 kaupungeissa, joissa oli vähintään 100.000 asukasta. 41 % asui paikkakunnalla, jossa oli alle 100.000, mutta vähintään 20.000 asukasta. Loput 15 % työskentelivät paikkakunnilla, joissa oli alle 20.000 asukasta. Vaikka alan ihmiset ja palvelut keskittyivätkin kohtalaisen paljon isoille paikkakunnille, oli alan ihmisiä siis melko hyvin erilaisilla paikkakunnilla.

Vastaajien arvomaailmaa selvitettiin kysymällä heidän suhdettaan uskontoon. Kristityn merkitsi uskonnokseen 71 % ja jonkin muun uskonnon 8 %. Loput 21 % olivat uskonottomia tai ateisteja. Vastaajista 15 % oli sitä mieltä, että uskonnolla ei ollut heidän omassa elämässään merkitystä ja 58 prosenttiin mielestä sen merkitys oli korkeintaan pieni. Kohtuullisen merkityksen antoi uskonnolle omassa elämässään 30 prosenttia ja suuren merkityksen vain yhdeksän prosenttia.

Seksologian alan ammatilliseen kyselyyn vastaamista piti itselleen ainakin melko kiinnostavana vuonna 2011 neljä viidesosaa ja hyvin kiinnostavana joka viides vastaaja. Vastaajien palaute oli uudessa kyselyssä vähän positiivisempi kuin vuonna 2002.

Ammatillinen koulutus ja pääammatti

Kyselyn kohdentuminen vuonna 2011 lähes pelkästään Seksologisen Seuran jäsenkuntaan näkyi vastaajien ammatillisissa perustutkinnoissa siten, että vähintään lisensiaatin tutkinnon suorittaneiden osuus putosi vuoden 2002 28 prosentista seitsemään prosenttiin. Tämä ilmentää sitä, että lääkärit osallistuivat kyselyyn vuonna 2011 huomattavasti vähälukuisemmin kuin vuonna 2002. Heitä oli vastaajissa vain toistakymmentä henkilöä – vuonna 2002 heitä oli vastaajista vielä joka neljäs. Yhtä vähän vuoden 2011 vastaajissa oli psykologeja. Vastaavasti ammattikorkeakoulututkinnon tai opistotasaisen tutkinnon suorittaneiden osuus kasvoi 42 prosentista 65 prosenttiin. Maistereita tai kandidaatteja oli vuonna 2011 19 %. Toisen asteen tutkinto oli kuudella prosentilla.

Vastaajien ensimmäinen pääammatti oli ollut selvästi useimmin (39 %) sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja. Seuraaviksi yleisimpiä ammattialoja olivat sosiaalialan työntekijä (8 %), kättilö (7 %) ja lähihoitaja (7 %). Joka toinen tutkimukseen osallistunut oli vaihtanut jossakin vaiheessa pääammattiaan. Ammatin vaihtaminen oli ollut vuoden 2011 tulosten perusteella kymmenen prosenttiyksikköä yleisempää kuin mitä se oli vuoden 2002 kyselyssä. Sairaanhoitajat olivat vaihtaneet ammattiaan sangen aktiivisesti.

Oman alan erikoistumiskoulutus oli vuonna 2011 lähes joka toisella vastaajalla. Joka kolmas vastaaja oli erikoissairaanhoitaja. Sosiaalialan erikoistumiskoulutus oli joka kymmenennellä. Nykyinen pääammatti oli joka

viidennellä sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja ja joka kymmenes oli opettaja. Kahdeksalla prosentilla pääammatti oli seksuaaliterapeutti. Noin viisi prosenttia työskenteli sosiaalialan työntekijänä ja yhä monet perheneuvojana. Kätilöitä ja sosionomeja oli kumpiakin neljä prosenttia. Suoraan seksologiaan liittyviä pääammatteja oli kohtalaisen vähän.

Vastaajien nykyiset ammattinimikkeet jakautuivat erittäin monille ja myös kovin yksilöllisille aloille. Useimmin toistuva ammattinimike oli sairaanhoitaja. Muita useammin mainittuja nimikkeitä olivat terveydenhoitaja, kätilö, fysioterapeutti, ohjaaja, psykoterapeutti, erikoissairaanhoitaja, psykiatrinen sairaanhoitaja, seksuaalivoujo, seksuaaliterapeutti ja pari- ja seksuaaliterapeutti.

Tutkimukseen osallistuneista joka viides työskenteli sairaalassa ja noin kymmenesosa toimi joko terveyskeskuksessa, oppilaitoksessa, sosiaalialalla, yksityisenä ammatinharjoittajana tai sitten jossakin järjestössä. Joka neljäs sijoittui työtehtävissään jonnekin muualle. Näihin kuului muun muassa työskentelyä kunnissa, kuntoutuskeskuksissa, seurakunnissa, päihdehuollossa ja yksityisissä yrityksissä.

Seksologian alan koulutus

Vuonna 2011 vastaajista 98 prosenttia kertoi osallistuneensa jossakin vaiheessa seksologian alan koulutukseen. Vuonna 2002 tämä osuus oli 90 %, eli jonkin verran pienempi. Ero syntyi paljolti siitä, että vuonna 2002

kyselyyn vastanneista mieslääkäreistä joka toisella ei ollut lainkaan seksologian alaan liittyvää koulutusta.

Vuoden 2002 vastaajista joka viides oli aloittanut seksologian opinnot jo ennen 1990-lukua. Vuonna 2011 vastaava osuus oli enää viisi prosenttia. Vuoden 2011 vastaajista jopa 70 % oli aloittanut seksologian opintonsa vasta 2000-luvulla. Vuoden 2002 vastaajista 60 % oli aloittanut seksologian opintonsa 1990-luvulla. Molemmilla kerroilla vastaajat olivat osallistuneet koulutukseen siten suhteellisen vähän aikaa sitten.

Vuoden 2011 vastaajista vain vajaan kymmenesosan viimeisin koulutus seksologian alalta oli ennen 2000-lukua. Viimeisimmät opintonsa seksologian alalla oli aloittanut viimeisten viiden vuoden aikana jopa 57 % vastaajista. Enemmistön koulutuskokemukset olivat siten hyvinkin tuoreita.

Uusien koulutusmahdollisuuksien merkitys erikoistumisen kannalta konkretisoituu, kun verrataan vuotta, jolloin vastaajat olivat aloittaneet toimintansa pääammatissaan, vuoteen, jona he olivat aloittaneet opintonsa seksuaalisuuden aihealueella. Pääammatissaan 1970-luvulla aloittaneet aloittivat seksologian alan koulutuksensa keskimäärin vasta noin 20 vuotta myöhemmin. 1980-luvulla ammatissaan aloittaneilla tämä ero oli noin 10 – 15 vuotta ja 1990-luvulla 6 – 9 vuotta. Sen sijaan vasta 2000-luvulla pääammatissaan aloittaneilla seksologian alan koulutus oli alkanut keskimäärin vain 1 – 3 vuotta sitä myöhemmin. Koulutuksen olemassaolo on siis mahdollistanut viime aikoina huomattavasti aiempaa nopeamman

erikoistumisen seksologian alalle. Siitä on tullut myös huomattavasti halutumpi erikoistumisvaihtoehto.

Vuoden 2011 vastaajista 29 % oli suorittanut seksologian alalla yhteensä vähintään 60 opintopistettä eli NACS autorisointiin tarvittavan määrän. Vähintään 30 opintopisteen koulutus (seksuaalineuvojen auktorisointiin oikeuttava) seksologian alalla oli 72 prosentilla. Vähintään 90 opintopisteen koulutuksen (suurin arvo 500 opintopistettä kahdella 1940-luvulla syntyneellä) kertoi hankkineensa 14 % vastaajista (44 henkilöä). He olivat siten pitkälle erikoistuneita seksologiaan. Silti heistä vain joka neljännellä oli kliinisen seksologin NACS-auktorisointi.

Noin 30 opintopistettä suorittaneiden osuus oli sitä suurempi mitä nuoremasta ikäryhmästä oli kyse. Tämä on seurausta 30 opintopisteen seksuaalineuvontakoulutuksen yleistymisestä. Samalla 60 opintopistettä suorittaneiden suhteellinen osuus oli kaventunut. Se kasvaa uudelleen sitä myöten kun tämän laajuista koulutusta tulee tarjolle.

Osalla Seksologisen Seuran jäsenkunnasta oli suhteellisen vähän alan koulutusta. Esimerkiksi 1950-luvulla syntyneistä joka kymmenennellä oli ilmoituksensa mukaan alan koulutusta alle 10 opintopistettä.

Taulukko 1. Opintopisteitä kerättyä seksologian alan koulutuksesta eri vuosikymmenillä syntyneillä vuoden 2011 vastaajilla, %.

Syntymävuosi kymmen	0 – 29op	30 – 59op	60 – 89op	90 – op	% (N)
1938 - 1949	33,3	40,0	0,0	26,7	100,0 (15)
1950 – 1959	29,3	32,6	22,9	15,2	100,0 (92)
1960 – 1969	25,7	44,6	13,9	15,8	100,0 (101)
1970 - 1986	28,8	51,0	10,6	9,6	100,0 (104)

Vuonna 2002 seksologiseen koulutukseen osallistumista kysyttiin vähän eri tavalla kuin 2011 ja siksi näiden kahden kyselyn tuloksia ei voi suoraan verrata keskenään. Vuonna 2002 muista kuin lääkäreistä neljä viidesosaa naisista ja kolme neljäsosaa miehistä kertoi opiskelleensa seksologian alalla vähintään vuoden. Noin kolmasosalla seksologian alan opinnot olivat kestäneet vähintään kaksi vuotta. Naislääkäreistä lähes puolet oli opiskellut seksologiaa alaa vähintään vuoden ja joka neljäs vähintään kaksi vuotta.

Yliopistolla seksologiaa kertoi opiskelleensa vuoden 2011 vastaajista vain 6 % (19 henkilöä). Vuonna 2002 tämä osuus oli vielä viidesosa. Ammattikorkeakoulussa seksologian opintoihin oli osallistunut sen sijaan vuoden 2011 tietojen perusteella 70 % vastaajista. Joka kolmas oli opiskellut seksologian alalla Sexpo-säätiössä. Lähes yhtä monet olivat opiskelleet seksologiaa joissakin muissa järjestöissä – kuten Väestöliitossa.

Seksuaalineuvontakoulutuksen kertoi suorittaneensa jopa neljä viidesosaa vastaajista. Seksuaaliterapiakoulutus oli 35 prosentilla. Kliinisen seksologian koulutus oli sen sijaan vain neljällä prosentilla (14 henkilöllä). Seksuaalikasvatuskoulutus oli ilmoituksensa mukaan joka kymmenennellä (40 henkilöllä).

Henkilökohtaista työnohjausta oli saanut 65 prosenttia ja ryhmätyönohjaukseen oli osallistunut 75 prosenttia. Työnohjausta saaneiden osuus ei muuttunut vuodesta 2002, mutta ryhmätyönohjaukseen osallistuneiden osuus oli vuonna 2011 seitsemän prosenttiyksikköä suurempi kuin vuonna 2002. Kliinistä asiakas- tai potilastyötä tekevistä kolme neljäsosaa oli saanut ainakin jossakin vaiheessa henkilökohtaista työnohjausta ja neljä viidesosaa oli osallistunut ryhmätyönohjaukseen. Kohtalaisen monet olivat siis kuitenkin tehneet kliinistä työtään vailla työnohjausta.

Joka neljännellä (26 %) vastaajalla oli Suomen Seksologisen Seuran auktorisointi seksuaalineuvonnassa. NACS:n counsellor-auktorisointi (seksuaaliterapeutti) oli 15 prosentilla. Kolmella prosentilla (12 henkilöllä) oli NACS:n kliinisen seksologian auktorisointi. Kolmella vastaajalla oli NACSES auktorisointi ja yhdellä NACS:n Sexual Science -auktorisointi.

Seksologian koulutuksen lisäksi joka neljäs oli kouluttanut itseään psykoterapiaan. Joka viides oli kouluttautunut ratkaisukeskeiseen

terapiaan. Perheterapian koulutusta oli hankkinut 15 %. Joka neljäs oli itse käynyt läpi psykoterapian.

Seksologisen työskentelymahdollisuuden ja identiteetin kehitys

Merkittävä positiivinen muutos seksologian ammatillisessa erikoistumisessa tapahtui 2000-luvulla siten, että yhä suurempi osa seksologian alalle kouluttautuneista saattoi soveltaa koulutustaan päivittäisessä ammatillisessa työssään. Vuoden 2002 vastaajista noin puolet saattoi hyödyntää erittäin vähän (alle 10 prosenttia työajastaan) seksologian alan osaamista työssään. Vuoden 2011 vastaajien joukossa tämä osuus oli enää viidesosa. Tämä tarkoittaa sitä että neljä viidesosaa saattoi kohtuullisessa määrin soveltaa käytäntöön omaa seksologista osaamista. Tämä tarkoittaa myöskin sitä, että seksuaaliongelmien liittyvää neuvontaa ja hoitoa on ollut viime vuosina merkittävästi aikaisempaa enemmän tarjolla asiakkaille ja potilaille.

Taulukko 2. Kuinka suuren osan työajastaan voi käyttää seksuaalikeskustelun neuvontaan tai hoitoon, %.

Prosenttiosuus	2002	2011
alle 10	47,5	18,5
10 - 24	29,5	33,9
25 - 49	10,4	22,1
50 - 74	4,2	10,6
75 - 99	4,2	8,7
100	4,2	6,2
Yhteensä (N)	100,0 (356)	100,0 (357)

Toinen näkökulma asiaan on kuitenkin se, että edelleenkin vain joka neljäs vastaaja (91 henkilöä) saattoi käyttää vähintään puolet työajastaan seksuaaliongelmien neuvontaan ja hoitoon tai muuhun työskentelyyn seksologisten asioiden parissa. Vuonna 2002 tämä osuus oli vain 13 prosenttia. Muutos kertoo joka tapauksessa siitä, että seksologiasta on tullut aiempaa merkittävämpi erikoistumis- ja työskentelyala.

Kliinistä työtä tekevästä noin kymmenesosa ei voinut vuonna 2011 juurikaan soveltaa käytäntöön oppimiaan seksologisia asioita varsinaisessa virassaan tai pääammatissaan (vain alle 10 prosenttia työajasta). Muilla kuin kliinistä työtä tekeväillä tämä osuus oli lähes kolmasosa. Vajaa puolet kliinistä työtä tekevästä ja kaksi kolmasosa muuta työtä tekevästä saattoi hyödyntää seksologista tietämystään korkeintaan neljäsosan työajastaan.

Taulukko 3. Kuinka suuren osan työajastaan voi käyttää seksuaalikysymysten neuvontaan tai hoitoon kliinisessä työssään ja muussa työssään, %

Prosenttiosuus työajasta	Tekekö kliinistä hoitotyötä	
	Kyllä	Ei
alle 10	11,0	31,7
10 – 24	32,9	34,9
25 – 49	25,9	15,9
50 – 74	11,8	8,7
75 - 99	10,5	5,6
100	7,9	3,2
Yhteensä (N)	100,0 (228)	100,0 (126)

Noin 30 prosenttia kliinistä työtä tekevästä saattoi tarjota seksologian alan palveluita vähintään puolet työajastaan. Muussa kuin kliinisessä työssä tämä osuus oli 17 prosenttia. Koko työaikansa saattoi käyttää seksologian alan tehtäviin 18 kliinistä työtä tekevää ja 4 muuta työtä tekevää henkilöä.

Koulutuksen ja työskentelymahdollisuuksien lisääntyminen oli vaikuttanut myös vastaajien ammatilliseen identiteettiin. Vaikka tämä identiteetti paljolti nojautuukin edelleen ammatilliseen peruskoulutukseen, on seksologian alan osaamisen merkitys ammatti-identiteetissä vahvistumassa. Lähes puolet (42 %) vuoden kyselyn vastaajista piti itseään seksuaalisuuteen liittyvässä toiminnassa seksuaalineuvojana ja joka neljäs nimesi itsensä seksuaaliterapeutiksi. Auktorisoinnit ja työnohjaukset olivat epäilemättä vahvistaneet näitä ammatti-identiteettejä.

Noin joka kymmenes vastaaja nimesi itsensä seksuaalikasvattajaksi ja yhtä monet kouluttajaksi. Seksologiksi kutsui itseään vain neljä prosenttia (13 henkilöä) ja kliiniseksi seksologiksi kaksi prosenttia (6 henkilöä). Neljän vastaajan identiteetti oli tutkija. Vain neljä prosenttia vastaajista ei halunnut sovitaa itselleen mitään näistä seksologiaan liittyvistä ammatti-identiteeteistä.

Kliininen työskentely seksologian alalla

Tutkimuksen vastaajista kaksi kolmasosaa (64 %) kertoi ottavansa vastaan asiakkaita tai potilaita, joilla on seksuaaliongelmia. Tämä osuus oli vuonna 2002 noin puolet, eli kliinistä työtä tekevien osuus oli merkittävästi kasvanut Seksologisen Seuran jäsenkunnassa. Kliinistä työtä tekevien osuuden kasvu johtuu varsinkin koulutettujen seksuaalineuvojien lukumäärän merkittävästä kasvusta.

Osalla vastaajista oli ollut intoa ryhtyä hoitamaan asiakkaita, joilla oli seksuaaliongelmia, jo ennen kuin he olivat aloittaneet omat opintonsa seksuaalisuuden aihealueella. Asiakkaidensa seksuaaliongelmia hoitaneista näin oli tehnyt 29 % vuoden 2002 vastaajista ja 23 % vuoden 2011 vastaajista. Tämä oli tyypillisintä urologeille ja psykologeille, mutta usein myös erikoissairaanhoidajille. Monet olivat lisäksi aloittaneet hoitotyönsä jo samana vuonna, kun he olivat aloittaneet omat aihepiirin opintonsa. 1950-luvulla ja 1960-luvulla syntyneistä puolet oli aloittanut seksuaaliongelmien liittyvän asiakastyönsä vasta vähintään vuoden kuluttua alan koulutuksen aloittamisensa jälkeen. 1970-luvulla syntyneillä tämä osuus oli jo kolme neljäsosaa. Asiakastyöhön ei oltu siis enää ryhdytty entisessä määrin ilman alan koulutusta.

Lähes kaikki (86 %) kliinistä työtä tekevästä kertoivat tekevänsä yksilöterapiata, kaksi kolmasosaa käytti pariterapiaa ja ryhmäterapiata käytti työssään 15 % vastaajista. Asiakkaista suurin osa oli tullut vastaanotolle kollegan tai toisen ammattilaisen suosituksesta (useimmin gynekologi,

yleislääkäri tai terveydenhoitaja). Monet asiakkaat olivat löytäneet tiedon vastaanotosta myös Internetistä tai sitten he olivat tulleet jonkun toisen asiakkaan suosituksesta. Kliinistä työtä tekevästä harvat työskentelivät jonkun työparin kanssa. Kolmasosa oli tehnyt niin ainakin joskus, kolmasosa ei koskaan.

Keskimääräinen yhden asiakkaan vastaanottokertojen määrä oli seksuaalikäysymyksissä seitsemän kertaa, vastaanottoaika oli keskimäärin 16 minuuttia ja vastaanoton keskimääräinen hinta oli 35 euroa. Lähes kaikki ohjasivat asiakkaitaan gynekologille ja neljä viidesosaa myös psykiatrilta, urologille tai yleislääkärille. Psykoterapeutille tai seksuaaliterapeutille asiakkaitaan ohjasi kaksi kolmasosaa.

Enemmistö seksuaaliongelmia ensimmäistä kertaa apua hakevista oli naisia. Joka toisella vähintään puolet uusista asiakkaista oli naisia. Joka neljännellä uusista asiakkaista miehiä oli vähintään puolet ja joka viidennellä pareja vähintään puolet. Kahdella kolmasosalla uusista asiakkaista miehiä oli korkeintaan kolmasosa ja kolmella neljäsosalla pareja vastaavasti korkeintaan kolmasosa. Useimmat tapasivat joskus asiakkaidensa kumppanin, mutta vain joka neljäs tapasi hänet usein.

Miltei kaikki neuvoivat ja hoitivat seksuaalikäysymyksissä aikuisia, lapsia sen sijaan vain harvat. Nuoria otti usein vastaan 40 prosenttia ja ikääntyneitä 29 prosenttia.

Jopa 92 prosenttia vastaajista oli sitä mieltä, että seksuaaliongelmia hoidettaessa hoitavan henkilön ja asiakkaan sukupuolella ei ole merkitystä. Käytännössä vastanneet naiset siis arvioivat hoitavansa yhtä hyvin miesten kuin naisten seksuaaliongelmia. Asiakkaat sen sijaan odottivat samojen henkilöiden vastausten perusteella useasti saavansa hoitoa oman sukupuolensa edustajalta.

Miltei kaikki hoitivat seksuaalikysymyksissä usein heteroseksuaaleja naisia. Kolme neljäsosaa otti usein hoitaakseen heteroseksuaaleja miehiä. Kroonista sairautta tai psyykkisiä pitkäaikaissairauksia potevia henkilöitä hoiti usein joka kolmas ja vammaisia henkilöitä joka neljäs. Lesb naisia, homomiehiä tai biseksuaaleja hoiti usein vain joka kymmenes.

Seksuaaliongelmien ja –hoitojen yleisimpiä hoitomenetelmiä olivat olleet yleistilan arviointi, seksuaalianamneesi ja psyykkisen tilan arviointi. Näitä menetelmiä selvä enemmistö käytti usein. Lähes puolet käytti usein lyhytterapiaa. Klassista seksuaaliterapiaa, rentoutusta ja kognitiivista psykoterapiaa käytti usein joka neljäs. Traumaterapiaa käytti usein joka viides. Vastanneiden joukossa oli vain 13 henkilöä, jotka olivat joskus määränneet potilaalle suun kautta otettavia erektiolääkkeitä. Heistä 7 oli määrännyt niitä usein.

Suunnilleen kaikki olivat ainakin joskus ehdottaneet asiakkaalleen, että hän voisi keskustella avoimesti kumppaninsa kanssa, lukisi ajankohtaista tietoa seksuaalisuudesta, käyttäisi liukuvoidetta, tekisi

kosketusharjoituksia, kokeilisi seksin uusia muotoja ja käyttäisi seksivälineitä. Eroottisen kirjallisuuden lukemista ja dialogiharjoituksia on ehdottanut asiakkaalleen neljä viidesosaa. Kaksi kolmasosaa oli ehdottanut asiakastaan lukemaan tai katsomaan pornoa. Kolmasosa oli ehdottanut asiakkaalle, että hän etsisi uuden kumppanin.

Joka neljäs kliinistä työtä tehnyt oli kokenut joskus asiakkaansa käyttäytyneen viettelevästi itseään kohtaan. Joka kymmenes oli joskus kokenut houkutusta aloittaa seksisuhde asiakkaansa kanssa.

Asiakkaiden ja potilaiden syyt hakea apua

Asiakkaiden syyt hakea apua ja hoitoa seksuaali- ja ihmissuhdeongelmiinsa kohdistuivat useimmiten parisuhdeasioihin, omaan tunne-elämään ja tyytymättömyyteen, joka kohdistui omaan seksuaaliseen kehoon ja sen toimintaan. Seksuaalielämä ei tuottanut sellaista tyydytystä, jota siltä odotettiin. Neuvontaa ja hoitoa kaipasivat siis oma mieli, oma keho ja vuorovaikutus kumppanin kanssa.

Miesten ja naisten yhteisiä yleisiä syitä hakea apua olivat parisuhdeongelmat, tunne-elämän ongelmat, heikko itsetunto ja epätydyttäväksi koettu avio- tai avoliitto. Näissä oli kyse vuorovaikutustaidoista ja siitä kuinka kompetentiksi henkilö koki itsensä niiden suhteen. Näiden asioiden suhteen miehet ja naiset tunsivat siis itsensä yhtä heikoiksi ja avuttomiksi silloin kun ongelmia ilmeni.

Naisilla huomattavasti miehiä yleisempiä syitä avun ja neuvojen hakemiseen olivat seksuaalinen haluttomuus, tyytymättömyys omaan kehoon, orgasmihäiriö ja yhdyntäkivut. Nämä liittyivät vahvasti seksuaaliseen toimintakykyyn ja omaan mielikuvaan siitä. Toimintakykyyn liittyviä miesten ongelmia olivat erektio-ongelmat, siemensyöksyihin liittyvät ongelmat ja seksuaalinen riippuvuus. Kun naiset halusivat pystyä haluamaan enemmän, niin monet miehet halusivat vastaavasti oppia haluamaan vähemmän. Nämä tiedot vastaavat sangen hyvin niitä sukupuolten eroja, joita tuli esille FINSEX-tutkimuksessa selvitettäessä väestötasolla naisten ja miesten yleisimpiä seksuaaliongelmia (Kontula, 2008). Niistä koituu ongelmia sekä yksilötasolla että parisuhteissa.

Taulukko 3. Usein esiintyviä seksuaali- ja ihmissuhdeongelmia ensi kertaa vastaanotolle tulevilla asiakkailta, %.

Syy hakea apua	Miesasiakkaat	Naisasiakkaat
Parisuhdeongelmat	78	80
Tunne-elämän ongelmat	69	73
Seksuaalinen haluttomuus	27	73
Heikko itsetunto	61	65
Seksuaalinen tyytymättömyys	51	62
Epätyydyttävä avio- tai avoliitto	56	66
Tyytymättömyys omaan kehoon	36	63
Orgasmihäiriö	27	58

Tiedon puute seksuaalisuudesta	49	42
Yhdyntäkivut	2	35
Erektiohäiriöt	51	-
Herkkä siemensyöksy	28	-
Ikääntymiseen liittyvät ongelmat	28	31
Seksuaalinen riippuvuus	30	4
Seksiongelmat synnytyksen jälkeen	12	25
Seksuaalinen väkivalta	8	22
Siemensyöksyn häiriö	20	-

Kaksi asiakasryhmää oli saanut vastaajat yleisemmin tuntemaan olonsa epämiellyttäväksi: pedofiilit ja seksuaalisen väkivallan tai hyväksikäytön tekijät. Noin puolet kliinisen työn tekijöistä tunsi joskus näiden asiakkaiden suhteen epämiellyttäviä tunteita. Pedofiilien suhteen joka kolmas tunsi näitä tunteita usein. Muista asiakasryhmistä hieman muita hankalimmiksi koettiin päihdeongelmaiset, itsensäpaljastajat, tirkistelijät, moniongelmaiset ja seksuaalisen väkivallan uhrin.

Muu ammatillinen toiminta seksologian aihealueella

Kliinisen työskentelyn lisäksi Seksologisen Seuran jäsenet olivat olleet monin muun tavoin aktiivisia seksologian alan erilaisissa työtehtävissä. Seksologian alan ammatillinen toiminta oli ollut varsin aktiivista

seksuaalikasvatuksessa ja -valistuksessa sekä alan erilaisissa koulutustehtävissä.

Noin puolet vastaajista oli osallistunut ainakin jossakin määrin alan opetukseen tai koulutukseen. Noin kymmenesosa oli tehnyt sitä suunnilleen päätoimisesti. Kyselyn vastaajista joka neljäs oli kouluttanut tai antanut opetusta jossakin järjestössä ja joka viides ammattikorkeakoulussa ja yhtä monet jossakin muussa oppilaitoksessa. Lähes yhtä monet olivat antaneet koulutusta jossakin yrityksessä. Yliopistossa opetusta oli antanut vain viisi prosenttia vastaajista – kuitenkin yhteensä 19 henkilöä.

Noin joka toinen vastaaja oli ollut aktiivinen seksuaalikasvatuksessa tai -valistuksessa. Joka kolmannen vastaajan työhön sisältyi seksuaalikasvatusta tai -valistusta terveyskeskuksessa tai sairaalassa. Joka neljäs teki tätä työtä jossakin toisen asteen opetuksessa tai jossakin järjestössä. Joka viides antoi seksuaalikasvatusta tai -valistusta jossakin hoitolaitoksessa ja yhtä monet perusopetuksessa. Lähes yhtä yleistä oli tehdä tätä työtä korkeakoulussa tai jossakin kampanjassa tai projektissa. Noin joka kymmenes antoi seksuaalivalistusta perhesuunnitteluneuvolassa ja yhtä monet jossakin erityisoppilaitoksessa. 13 henkilöä kertoi antavansa seksuaalivalistusta myös päiväkodissa.

Monet olivat tuottaneet materiaaleja ja tietoja muiden käyttöön. Vastaajista lähes puolet (44 %) oli tuottanut seksuaalisuuden aihealueen esite- tai valistusmateriaalia. Joka kolmas oli julkaissut vuoden 2011 tietojen

mukaan jonkin seksologian alan artikkelin ja joka kymmenes (37 henkilöä) jonkin aihealueen kirjan. Kirjojen tekeminen oli reilusti lisääntynyt, sillä vuonna 2002 kirjan julkaisseita oli 20 henkilöä.

Puolet tutkimuksen vastaajista oli esiintynyt jossakin vaiheessa tiedotusvälineissä liittyen seksologiaan alaan. Tämä oli sama osuus kuin vuonna 2002. Useasti tiedotusvälineissä oli esiintynyt 7 % (24 henkilöä) vuoden 2011 vastaajista.

Joka kolmas oli osallistunut vuoden 2011 tietojen perusteella seksologian alan tieteelliseen konferenssiin ja 17 % oli esittänyt konferenssissa suullisen esityksen tai posterin. Seksologian alan tieteellisen artikkelin kertoi julkaisseensa 7 % (24 henkilöä). Tämä tieteellinen intressi oli laskusuunnassa, sillä vuonna 2002 jopa puolet vastaajista kertoi osallistuneensa tieteelliseen konferenssiin ja tieteellisen artikkelin julkaisseita oli tuolloin 12 %.

Seksologian aihealueen tutkimusta oli tehnyt opiskeluaikansa jälkeen kahdeksan prosenttia (yhteensä 30 henkilöä). Useimmiten tämä oli ollut omaan potilasaineistoon liittyvää kliinistä tutkimusta. Erilaisia tutkimuksia oli tehty kuitenkin sangen monilla tieteen- ja ammattialoilla.

Lisätietojen hankinta ja niihin liittyvät toiveet

Melkein kaikki vastaajat olivat hakeneet lisätietoja seksologiasta lukemalla ammattikirjallisuutta tai hakemalla tietoja Internetistä. Neljä viidesosaa haki

tietoa ammatillisista tapahtumista. Kolme neljäsosaa vaihtoi tietoja kollegatapaamisissa. Noin 60 prosenttia oli hakenut tietoja ammatillisesta täydennyskoulutuksesta ja joka toinen ammatillisesta jatkokoulutuksesta. Enemmistö haki tietoja myös aikakauslehdistä ja erikoislehdistä. Joka kolmas oli saanut lisätietoa lääketieteellisuuden tilaisuuksista.

Tieteellisistä konferensseista seksologista tietoa oli hakenut 39 % - tähän lienee laskettu mukaan NACS konferenssit. Osuus oli suunnilleen sama kuin vuonna 2002. Jotakin seksologian alan tieteellistä lehteä luki vuonna 2011 säännöllisesti vain 12 % vastaajista. Tässä asiassa pudotus oli melkoinen, sillä vuonna 2002 vastaava osuus oli vielä 36 %. Muutos johtunee paljolti lääkärikunnan osuuden pienenemisestä vastaajien joukossa. Luetuista lehdistä mainittiin useimmin Journal of Sex Research ja Journal of Sexual Medicine.

Noin 60 prosenttia vastaajista olisi halunnut itselleen ammatillista lisätietoa seksuaaliterapiasta tai toiminnallisista menetelmistä ja joka toinen psykoterapiasta. Melkein puolet olisi halunnut oppia lisää seksuaalikasvatuksesta ja kolmasosa seksuaalineuvonnasta tai draamamenetelmistä. Puolet olisi halunnut kehittää omaa eettistä osaamistaan ja miltei puolet pedagogista osaamistaan. Vajaa kolmasosa olisi halunnut oppia lisää tutkimusmenetelmistä.

Seksuaalisuuteen liittyvistä erilaisista erityisteemoista kaivattiin lisätietoja useimmin parisuhteesta, sairauksista ja seksuaalisuudesta,

seksuaalisuuden monimuotoisuudesta, monikulttuurisuudesta, seksuaalisesta kaltoinkohtelusta ja väkivallasta, ikääntymisestä ja nautinnosta.

Suomen Seksologisen Seuran eettiset ohjeet kertoi lukeneensa 86 % vastaajista. NACS:n eettiset ohjeet oli lukenut vajaa puolet vastaajista ja WAS:n eettiset ohjeet kolmasosa vastaajista. Seksologian alan ammattietiikan katsoi hallitsevansa vähintään hyvin kaksi kolmasosaa vastanneista.

Suomalaisen seksologian tulevaisuusnäkyviä

Tämä kysely on piirtänyt kuvaa seksologian ammatillisen erikoistumisen viimeaikaisesta kehityksestä Suomessa. Vuoden 2002 kysely pyrki kartoittamaan koko alalla työskentelevää ammatti-ihmisten joukkoa, vuoden 2011 kysely kohdistui puolestaan lähinnä Suomen Seksologisen Seuran jäsenkuntaan. Tämä vaikutti siihen, että lääkäreiden osuus jäi vuoden 2011 kyselyssä valitettavan pieneksi. Se näkyi myös siinä, että alan tieteellisistä tietolähteistä kiinnostuneiden osuus oli merkittävästi rajatumpi kuin vuoden 2002 kyselyssä.

Positiivisin tulos oli epäilemättä se, että suhteellisesti yhä useammat olivat voineet soveltaa koulutuksessa oppimiaan seksologian alan tietoja ja taitoja käytäntöön omassa työssään. Tämä on tarkoittanut käytännössä myös aihepiirin palvelutarjonnan lisääntymistä. Koska Seksologisen Seuran jäsenkunta asuu kautta maan melko tasaisesti erisuuruisilla

paikkakunnilla, on seksuaaliterveyteen liittyvien palveluiden valtakunnallinen saatavuus parantunut.

On kuitenkin todettava, että seksologisen osaamisen soveltaminen käytäntöön on valitettavasti useimmille yhä osa-aikaista toimintaa. Toivottavasti keväällä 2014 julkistettu STM:n seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma vuosiksi 2014 – 2020 tulee parantamaan tätä tilannetta. Seksologian alalle koulutettujen osaamiselle on ehdottomasti kysyntää.

Norjassa on tehty vastaava tutkimus siitä kuinka seksologian alan ammatillinen työskentely on muuttunut siellä vuodesta 2001 vuoteen 2011. Todetut muutokset olivat hyvin samankaltaisia kuin Suomessa. Seksuaalineuvojen määrä kasvoi vahvasti alan koulutustarjonnan aktivoitumisen myötä. Sairaanhoidajat olivat osallistuneet aktiivisesti koulutukseen ja sitä myöten seksologian ala oli vahvasti naisistumassa. Seksuaaliterapeuteja oli aiempaa enemmän ja alalla toimivien lääkärin ja psykologien suhteellisen osuus vähentyi selvästi. Seksologian alalle koulutautuneet olivat voineet keskittää aiempaa suuremman osan työajastaan uuden pätevyytensä mukaisiin työtehtäviin. Kuten Suomessakin, asiakkaiden yleisin neuvonnan ja hoidon tarve oli ollut seksuaalisen halun puute. (Almås et al., 2014.)

Suomalaisen tutkimuksen tulokset osoittivat parisuhteeseen liittyvän seksuaalisen halun puutteen lisäksi paljon muita ongelmia kuten kokemukset epätydyttävästä avioliitosta ja tunne-elämän ongelmat. Nämä

teemat olivat keskeisiä aikaisemmassakin kyselyssä. Kysynnän kasvua seksologian alan palveluita kohtaan enteilevät vuoden 2013 Väestöliiton Perhebarometrin ”Yhdessä vai erikseen” tulokset (Kontula, 2013). Erityisesti naisten odotukset parisuhdetta ja omaa puolisoa kohtaan olivat kasvaneet. Seksologian koulutuksissa onkin tärkeä panostaa parisuhdetta edistävään tutkittuun tietoon ja aiheeseen liittyvien tunnustettujen työskentelymenetelmien oppimiseen.

Seksuaalineuvojilla ja –terapeuteilla on sekä merkittävä vastuu että hieno mahdollisuus lievittää ongelmia suomalaisten parisuhteissa ja pyrkiä parantamaan niiden laatua. Yhden suuren haasteen muodostavat parisuhteen osapuolen välillä suuretkin erot seksuaalisessa halukkuudessa. Seksuaalinen intimitetti on toimivan parisuhteen tärkeä arviointikriteeri ja joidenkin kansainvälisten arvioiden mukaan jopa puolet parisuhteiden ongelmista kulminoituu siihen liittyviin ongelmiin. Tästä syystä yhä useammat parit ovatkin jo hakeneet tukea ja ymmärrystä parisuhdeneuvonnasta ja –terapiasta sekä seksuaaliterapiasta.

Viime vuosien merkittävin seksologian alan uudistus on ollut 30 opintopisteen seksuaalineuvontakoulutuksen toteuttaminen useissa rinnakkaisissa koulutusorganisaatioissa ja seksuaalineuvonnan yhtenäisen valtakunnallisen arvioinnin luominen Seksologisen Seuran auktorisointikriteerien avulla. Tämä on toiminut piristysruiskeena seksuaalineuvonnalle useilla paikkakunnilla. Se on myös vahvistanut seksuaalineuvojen ammatillista identiteettiä.

Suuraavaksi kohotetaan seksuaalikasvattajat samalle viivalle seksuaalineuvojien kanssa. Seksologisen Seuran työryhmä on valmistellut kriteerit seksuaalikasvattajien auktorisointia varten ja myös luonnoksen 30 opintopisteen koulutusohjelman rungoksi. Seuran hallitus on nimennyt seksuaalikasvatuksen auktorisointiryhmän. Auktorisointi alkaa vuoden 2015 alusta. Se selkiyttää rajanvetoa ammatillisen seksuaalikasvatuksen ja varsinkin alan kouluttajien auktorisointiin soveltuvan NACSES auktorisoinnin välillä.

Kliiniseen seksologiaan liittyvää NACSin koulutusohjelmaa olisi syytä päivittää yhteistyössä muiden NACS maiden kanssa. Tällä hetkellä ei ole riittävän selvää millä lisäansioilla ja kriteereillä alemman NACS auktorisoinnin (counsellor) saavuttaneet voisivat pätevöityä kliiniseksi seksologeiksi.

Suomalaisen seksologian ydinryhmän muodostavat näiden kyselyiden perusteella sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat, jotka ovat aktiivisesti erikoistuneet koulutuksensa avulla seksologian eri alueille. Heillä on hyvin merkittävä osuus myös Seksologisen Seuran jäsenkunnassa. Yhä useammat heistä aikovat kouluttaa itsensä seksuaaliterapeuteiksi, kun koulutusmahdollisuuksia tulee sopivasti tarjolle. Monet vielä täydentävät tätä psykoterapian opinnoilla.

Monet kaipaisivat erikoistumiskoulutuksena NACS pätevyyteen oikeuttavaa kliinisen seksologin koulutusmahdollisuutta. Tätä olisi syytä valmistella. Tulevaisuuden iso haaste olisi saada seksologian koulutukset

osaksi virallista koulutusjärjestelmää, jolloin olisi suurempi mahdollisuus saada seksologian alalle laillinen ja arvostettu professionaalinen asema. Tämä yhdenmukaistaisi koulutuksen tavoitteita ja vaatimuksia sekä erilaisia ammattiin viittaavia nimityksiä.

Kirjallisuus

Almås, C. B., Almås, E., Karlsen, T.-I. ja Giami, A. (2014). Sexology in Norway in 2001 and 2011: A comparative and cross-sectional study. *Sexologies*, 23, e9-e17.

Auvinen, P., Kauppi, A., Kotila, H., Loikkanen, A., Markus, A., Peltokangas, N., Holm, K., Kajaste, M. (2010). Ammattikorkeakoulujen koulutuksen laatuysiköt. 2010–2012 *Korkeakoulujen arviointineuvoston julkaisuja*, 1:2010.

Fugl-Meyer, K. S., Almås, E., Benestad, E., Dahlöf, L.-G., van Deurs, S., Johansen, B. D., Kaimola, K., Kontula, O., Langfeldt, T., Sjögren, B., Valkama, S. ja Kristensen E. (2001). Nordic sexology education and authorisation. *Scandinavian Journal of Sexology*, 4(1), 61-68.

Giami, A. ja de Colomby, P. (2003). Sexology as a profession in France. *Archives of Sexual Behavior*, 32(4), 371-379.

Kontula, O. (2008). *Halu & intohimo: Tietoa suomalaisesta seksistä*. Helsinki: Otava.

Kontula, O. (2013). Yhdessä vai erikseen? Tutkimus suomalaisten parisuhteiden vahvuuksista, ristiriidoista ja erojen syistä. *Perhebarometri 2013. Väestötutkimuslaitos*. Katsauksia E 47/2013. Helsinki: Väestöliitto.

Kontula, O. ja Valkama, S. (2006). Characteristics of the sexology profession in Finland in the beginning of 2000s = Caractéristiques de la profession de sexologue, en Finlande, au début des années 2000. *Sexologies – European Journal of Sexual Health*, 15(1), 22-29.

Valkama, S. (2006). *Seksuaaliterveyden edistämisen professionaalisuuden piirteitä seksologian opetussuunnitelmien*. Terveyskasvatuksen lisensiaattityö, Jyväskylän yliopisto.

WAS (World Association for Sexual Health) (2011). Award for Excellence and Innovation in Sexuality Education to JAMK. Glasgow.

“Pieni palanen utopiamaailmaa” - kinkykulttuuri yhteisöllisyyden tarpeesta muodostuneena ja kehittyneenä seksuaalisena alakulttuurina

TUTKIMUSRAPORTTI

Taru Liski, *Kulttuurituottaja AMK*

Tässä raportissa tarkastelen erästä seksuaalisuuden ilmenemismuotoa, sen merkitystä ihmisen identiteetille sekä yhteisön merkitystä tässä nimenomaisessa tapauksessa. Kyse on mm. sadomasokismia, fetisismiä ja transvestismia sisältävästä seksuaalisuudesta ja josta käytän yläkäsitettä kinky tai kinky-seksuaalisuus. Kulttuurituottajan opinnäytetyössäni (Liski, 2011) tutkin kinkykulttuuria ja kinkykulttuuritapahtumia, niiden tuottamisen haasteita ja ominaispiirteitä sekä sitä, onko kyseessä alakulttuuri. Kyseessä on tapaustutkimus, kohteena Turun Baletin eli Turun BDSM -yhdistyksen (Turun Baletti, 2011) kinkykulttuuritapahtumat ja niiden tuottaminen. Tutkimuksessa on havaintoihini ja kokemuksiini perustuva vahvasti autoetnografinen pohja. Tutkimukseni painopiste ja näkökulma on tuottamisessa, mutta tässä raportissa keskityn kinkykulttuuriin, alakulttuuriin sekä pohtimaan ja esittelemään kyseisen alakulttuurin ja yhteisön vaikutusta yksilön seksuaalisen identiteetin vahvistamiseen ja hyvinvointiin.

Esittelen ensin käyttämäni termit ja mitä tarkoitan niillä tutkimuksessani, sitten kerron kinkykulttuurista ja alakulttuurin käsitteestä ja esitän millä perustein kinkykulttuuria voidaan pitää kinkyihmisten yhteisöllisyyden tarpeesta muodostuneena alakulttuurina. Raportin ytimessä käsittelen

tutkimuksessani tekemäni haastattelun aineistoa ja tuloksia. Lopuksi esittelen tutkimukseni pohjalta tehdyt päätelmät.

Kinkykulttuuri

Kinky on yläkäsite tavanomaisesta (eli ns. vanilja-) seksistä poikkeavalle käyttäytymiselle sekä fetisismille, transvestismille ja gender blendingille. (Popp ja Björkenheim, 2008, 56, 130; Tuntematon maa, 2011; Pohtinen, 2010; Höykinpuro, 2006, 9). Yhteisön sisällä käydään paljon keskustelua kinky-termin sopivuudesta ja siitä, mitä sillä tarkoitetaan. Myös useissa aineistonani käyttämissä tutkimuksissa ja haastatteluissa esiintyi eriäviä mielipiteitä termin sopivuudesta. Useissa englanninkielisissä tutkimuksissa puhutaan SM tai S&M -seksistä (Moser, 1998; Newmahr, 2010; Weinberg, 1995; Nordling, 2010). SM viittaa sadomasokistiseen seksiin ja on siksi mielestäni liian kapea-alainen termi käytettäväksi kuvaamaan sitä kaikkea, mitä kinky-termi pitää sisällään. Myös pervo-termiä (perverssi) käytetään joskus (Höykinpuro, 2006, 8, 164; Popp ja Björkenheim, 2008, 89; Pohtinen, 2010) rinnakkaisena käsitteenä, mutta siihen liittyvien negatiivisten konnotaatioiden takia en halua käyttää sitä tutkimuksessani.

Tässä raportissa kinky-käsitteellä tarkoitetaan siis sadistista, masokistista, fetisististä, transvestista, voyeristista (tarkkailevaa), ekshibitionistista (paljastavaa) sekä muutoin suostumuksellista, sopimuksenvaraista ja poikkeuksellista seksuaalisuuden ilmentämistä ja toteuttamista. Kinkyllä voidaan viitata henkilön identiteettiin, mieltymyksiin, itsensäilmaisuuun (pukeutuminen, ehostos) ja elämäntyyliin. Kinky-sanaa voidaan käyttää myös puhuttaessa tapahtuman ja kulttuurin luonteesta ja sisällöstä. Lisäämällä kinky-etuliite osoitetaan tekstissä sanan konteksti, esim. kinky-

pukeutuminen.

BDSM on lyhenne sanoista bondage (sitominen), discipline (kuritus) / domination (hallinta, alistaminen), submission (alistuminen), sadism (sadismi) ja masochism (masokismi). *BDSM*-lyhennettä käytetään usein kattokäsitteenä kaikelle sadomasokismiin liittyvälle ja se pitääkin sisällään kaikki sadomasokismin tyypillisimmät genret (Höykinpuro, 2006, 8, 159; Popp ym., 2008, 22; Harviainen, 2011; Nordling, 2010, 11). *BDSM*:ssa usein esiintyviä rooleja ovat domina (nainen) ja master (mies) eli hallitsevat osapuolet sekä sub (submissive) eli alistuva osapuoli ja switch, joka voi ottaa hallitsevan tai alistuvan roolin (Kaartinen ja Kippola, 1990, 33).

Seksuaalisella fetisismillä tarkoitetaan halua käyttää tiettyjä elementtejä pukeutumisessaan tai sessioissaan, niistä tai niiden avulla kiihottumista tai niiden avulla oman identiteettinsä täydentämistä. Yleisiä fetissejä ovat rinnat, kengät, hiukset ja korsetit, sekä materiaaleista kumi, pvc ja nahka. Harvinaisempia voivat olla esimerkiksi sukkahousut, rannekellot ja villa (Höykinpuro, 2006, 162; Popp ja Björkenheim, 2008, 34; Suomela, 2009, 309).

Bileillä viitataan yleensä epävirallisiin juhliin. Tässä tutkimuksessa bileillä viitataan kinkykulttuuritapahtumiin, jotka ovat organisoituja tapahtumia, mutta luonteeltaan epävirallisia ja vapaamuotoisia, vaikka tapahtumissa noudatetaan etikettiä ja pukeutumiskoodia (Höykinpuro, 2006, 159; Moser, 1998, 19).

Kinkykulttuurilla tarkoitetaan seksuaalisen ilmentämisen ja toteuttamisen

ympäri muodostunutta alakulttuuria. Siihen sisältyvät mm. tapahtumat, joista alakulttuurin sisällä käytetään ilmaisua bileet, käyttäytymissäännöstö eli etiketti, kieli ja sanasto, toimintatavat, yhteisöt, pukeutumistavat ja kinky-ihmiset (Höykinpuro, 2006, 11, 159-160, 163; Kaartinen ym., 1990, 20, 46, 55; Houlberg, 1995, 269; Nordling, 2010, 12). Taiteista esimerkiksi valokuvat, sarjakuvat, elokuvat ja pukeutuminen sekä näyttämötaide, musiikki ja kirjallisuus kuuluvat myös olennaisina osina kinkykulttuuriin. Kinkykulttuurista ja kinky-yhteisöstä voidaan niiden sisällä puhua myös ”skenenä” (Tuntematon maa, 2011).

Queer-teoria ja Serious leisure perspective

Tarkastelin aineistoani kahden teorian valossa: queer-teoria ja serious leisure, joka voidaan vapaasti suomentaa vakavasti otettavaksi vapaa-ajanvietoksi. Queer-tutkimus ja serious leisure perspective ovat eläviä ja itseään korjaavia tutkimusnäkökulmia. Molemmissa tutkimusnäkökulmissa käsitellään tavanomaisesta poikkeavaa tapaa tarkastella yksilöä ja yhteisöä. Myös kinkykulttuurissa rajat voivat olla häilyvät, esimerkiksi sukupuoliroolien sekä elämäntavan ja harrastuksen välillä.

Queer-teoria ja -tutkimus ovat moniulotteisia tutkimusmenetelmiä, joita on käytetty monilla eri aloilla. Jotkut nimeävät käyttämänsä tutkimusmenetelmät queer-tutkimukseksi ja joidenkin tutkijoiden muihin teorioihin nojaavat tutkimukset liitetään queer-tutkimuksen alle (Beemyn ja Eliason, 1996, 163; Kangasvuori, 2006, 3; Karkulehto, 2010, 161). Yksi tapa luonnehtia sitä, mitä queer-tutkimus koskee, on: se käsittelee ja tutkii kaikkea normista poikkeavaa. (Goldman, 1996, 169).

Queer-tutkimuksen määrittely ja kuvailu on vaikeaa, koska sen luoneeseen kuuluu määrittelemättömyys ja muovautuvaisuus. Kyse ei siis ole siitä, etteikö queer-teoria olisi vakiintunut ja varteenotettava teoria ja tutkimusmuoto, vaan kyse on enemmänkin siitä, että on queer-tutkimuksen ja -teorian luonteen vastaista määrittää jäykästi mitä se tutkii tai ei tutki, mitä siihen kuuluu tai ei kuulu (Jagose, 1996, 1, 99; Kaskisaari, 2002, 13).

Oman tutkimusaiheeni tarkasteluun queer-teoria sopii juuri sen monialaisuuden ja avoimuuden takia. Queer-tutkimus on oiva menetelmä aiheen käsittelyyn, kun tutkimuksen kohde ja tutkija ovat marginaalissa ja tutkitaan marginaalista ilmiötä (Kaskisaari, 2000, 12). Kinkykulttuurissa toiseus, kyseenalaisuus ja vaihtelevat itsensä esittämisen muodot ovat olennaisia asioita – kuten myös queer-tutkimuksessa.

Serious leisure on sosiologian tohtori Robert A. Stebbinsin kehittämä termi, jota käytetään vapaa-ajan tutkimuksessa. *Serious leisure* on käännetty suomenkielisissä tutkimuksissa vakavaksi vapaa-ajaksi tai aktiiviseksi vapaa-ajaksi (mm. Heinonen, 2004). Itse en koe näitä käännöksiä kuvaaviksi ja käyttökelpoisiksi omassa tutkimuksessani, joten käytin tutkimuksessani suomenkielisenä terminä, vapaana käännoksenä, käsitettä *merkityksellinen vapaa-aika*.

Staci Newmahr mainitsee artikkelissaan (Newmahr, 2010, 318) kuusi sadomasokismille tyypillistä ominaisuutta, jonka perusteella, Stebbinsin teoriaan nojaten, sadomasokismin harrastaminen voidaan luokitella vakavaksi vapaa-ajaksi:

1. Pitkäjänteisyyden ja sisukkuuden tarve – paluu asian pariin vastoinkäymisestä huolimatta
2. Ajanviete/harraste urana
3. Vaivannäkö, jolla saavutetaan tietoa, harjoitusta, kokemusta ja/tai erikoistaitoja
4. Pysyvät edut – henkilökohtaiset ja psykososiaaliset edut, joita syntyy aktiivisuuden tuloksena
5. Ainutlaatuinen eetos – yhteisön sielu
6. Henkilökohtainen identifikaatio vapaa-ajan käyttötapaan (mt.)

Alakulttuuri

Osakulttuuri, marginaalikulttuuri ja alakulttuuri ovat kaikki valtakulttuurista erotettavissa olevia kulttuurin muotoja. Valitsin tutkimuksessani käytettäväksi näistä mielestäni rinnakkaisista termeistä sanan alakulttuuri. Joidenkin mielestä alakulttuuri on alisteinen käsite, mutta minun mielestäni kyse olisi alisteisuudesta vain, jos alakulttuuri pyrkisi valtakulttuuriksi – jota se ei siis näkemyseni mukaan tee. Toisten tutkijoiden mielestä kyse on valtakulttuurin rakenteissa ja sisällä toimivasta kulttuurista, toiset näkevät alakulttuurin valtakulttuurista irrallisena, eristäytyneenä tai eristettynä kulttuurina. Esittelen eri tulkintoja alakulttuurista ja lopuksi määrittelen oman tutkimukseni kannalta olennaisella tavalla tuon monisyisen käsitteen.

Alakulttuuri on joustava ja muokattavissa oleva käsite ja yhteisö. Se on omavalintainen, yksilöistä koostuva yhteisö, jonka jäseniä yhdistää jokin piirre tai kiinnostuksen kohde. Alakulttuuriin kuuluu oma kieli, normisto, tulkinta ilmiöstä ja kiinnostus siihen. Alakulttuuriyhteisössä syntyvä ME-

henki ei heikennä henkilön identiteettiä vaan vahvistaa sitä. Vaikka alakulttuuri sisältää yhtenäisiä arvoja ja normeja sekä rituaaleja ja hierarkioita, se ei pakota jäseniään noudattamaan näitä ehdottomana lakina vaan enemmänkin ne toimivat viitekehyksinä. Alakulttuurit ovat todellakin valtakulttuurin lisäulottuvuuksia ja toimivat sen rakenteissa, eivät sen ulkopuolella. Henkilö voi olla osa useampaa alakulttuuria ja sen lisäksi vielä valtakulttuurin kiistaton jäsen.

Kinkykulttuurissa on selkeitä alakulttuurin piirteitä: sen muodostavat yksilöt, joilla on yhteinen kiinnostuksen kohde (kinky yhteisenä kiinnostuksen kohteena sisältää paljon erilaisia mieltymyksiä), sanasto, normisto ja tulkinta kinkykulttuurista ilmiönä. Yhteisössä syntyvä ME-henki ei heikennä yksilön identiteettiä vaan tukee sitä ja auttaa yksilöä kehittymään. Me vastaan muut -henki luo myös yhteisöllisyyttä ja vahvistaa alakulttuuria. Kuten aiemmin mainitsin, taiteista esimerkiksi valokuvat, sarjakuvat, elokuvat ja pukeutuminen sekä näyttämötaide, musiikki ja kirjallisuus ovat osa kinkykulttuuria. Kyseinen alakulttuuri muodostuu kuitenkin ennen kaikkea jäseniensä halusta kuulua yhteisöön tai toteuttaa itseään tietyissä ympäristössä. Näen kinkykulttuurin osana seksuaalikulttuureja, jotka sijaitsevat valtakulttuurin sisällä, eivät sen ulkopuolella.

Vertaistuki ja mahdollisuus keskustella avoimesti omista mieltymyksistään, jotka valtavirtainformaation perusteella tuntuvat poikkeavilta, ehkä jopa tiettyjen tiedonvälittäjien mukaan vääriltä tai kieroutuneelta, hyväksyvässä, avoimessa ja vastaanottavaisessa ympäristössä ja yhteisössä on tärkeää henkisen hyvinvoinnin ja itsensä hyväksymisen kannalta. Kinkykulttuuritapahtumat, kinky-yhdistysten kokoukset, tapaamiset ja

forumit tarjoavat mahdollisuuden tähän. Keskusteluja käydään harvoin julkisesti, paitsi forumeilla, vaan yhteisö ennemminkin edistää ystävyksien ja ihmissuhteiden muodostamista sekä avoimen kommunikaation mahdollisuutta. Harviainen (painossa) tuo tutkimuksessaan esille tiedonjakamisen ja tarjotun informaation kriittisen lukutaidon tärkeyden kinky-yhteisön jäsenien kesken. Kommunikaatio edistää mm. taitojen, turvallisen toiminnan ja ihmissuhteiden kehittymistä ja auttaa erityisesti uuden yhteisön jäsenen sopeutumista kinky-yhteisöön (Harviainen, painossa, 1-2, 13). Toisen henkilön tietämättömyydestä ja toisen halusta käyttää hyväksi voi seurata erittäin ikäviä tilanteita. Tällaisessa tilanteessa kinky-yhteisön avoin tiedonjako, keskustelu ja tuki on erittäin tärkeää. Parhaassa tilanteessa alistumisesta kiinnostunut henkilö hakee tietoa yhdistysten sivuilta tai muulta verkkosivustolta, ehkä jopa keskustelee tilanteesta kokeneen henkilön kanssa ja siten käsittää omat oikeutensa ja sen miten molempia tyydyttävän, turvallisen, SSC (safe, sane & consensual) -suhteen tulisi toimia.

Tutkimus ja tulokset

Tutkimukseni tiedonkeruumenetelmä on puolistrukturoitu haastattelu eli teemahaastattelu (Hirsjärvi ja Hurme, 2008). Haastattelin henkilökohtaisesti viittä henkilöä, jotka ovat olleet tai ovat tällä hetkellä Turun Baletin aktiivisia jäseniä ja mukana järjestämässä Turun Baletin tapahtumia.

Kinkykulttuuri ja bileet

Koska kinky- ja alakulttuuri ovat olennaisia termejä tutkimukseni kannalta, halusin selvittää miten haastateltavani ymmärtävät nämä sanat ja ovatko

he kanssani samaa mieltä niiden sopivuudesta ja siitä onko kyseessä alakulttuuri. Kaikki informantit olivat sitä mieltä, että kyseessä on alakulttuuri. Toisille alakulttuuri oli tutumpi ja selkeämpi käsite kuin toisille. Haastatelluilla oli eri syitä määrittellä kinkykulttuuri alakulttuuriksi. Toisten mielestä alakulttuurin määrittelyyn riitti se, että kyseessä on ryhmä, joka on rakentunut selkeän teeman ympärille ja syntynyt yhdistysten perustamisen myötä. Kinkykulttuurin myös mainittiin jakaantuvan blokkeihin eli pienempiin ryhmiin: ryhmän sisäisiin ryhmiin ja täten alakulttuuri olisi sateenvarjokäsite. Joillekin haastatelluista olennainen määrite alakulttuurille oli se, että se on salaista: ei kerrota kaikille, että ollaan mukana kyseisessä toiminnassa. Yleisen hyväksynnän ja ymmärryksen puuttuminen koettiin myös ulkopuolelta tulevaksi tekijäksi siihen, että kinkykulttuuri voidaan nähdä alakulttuurina. Sisältä lähtevistä määreistä tuli esille se, että yhteisö syntyy ihmisten omasta tarpeesta ilmaista itseään ja seksuaalisuuttaan sekä halu jakaa nämä muiden, asian ymmärtävien ihmisten kanssa.

Mielenkiintoisen eron alakulttuuri- ja osakulttuuri-termien välillä esitti eräs haastateltavistani: alakulttuuriin kuuluvat eivät sovi yhteiskunnan normeihin, kun taas puhuttaessa osakulttuurista, on jo jollakin tasolla hyväksytyt osa kokonaisuutta. Esimerkkinä hän mainitsi homokulttuurin muuttumisen alakulttuurista osakulttuuriksi. Tämä jaottelu tukee teoriaa, jonka mukaan alakulttuuri on valtakulttuurista irrallinen ja eristetty ilmiö. Kuitenkin haastateltavani mukaan osakulttuuri olisi valtakulttuurin sisällä toimiva kulttuuri. Omasta mielestäni ala-, osa- ja marginaalikulttuuri eivät ole hierarkkisia vaan rinnakkaisia käsitteitä. Voidaan todeta, ihmiset antavat oman merkityksensä näille sanoille ja siksi on tärkeää keskustella siitä,

mitä ne kenellekin tarkoittavat.

Haastateltujen mukaan ei ole selvää, yksioikoista tai ehdotonta tietoa ja mielipidettä siitä, halutaanko kinkykulttuurin pysyvän alakulttuurina (underground) vai halutaanko sen olevan osakulttuuri, vaiko kenties osa valtakulttuuria (mainstream). Jotkut haastatellut mainitsivat toivovansa kinkykulttuurin pysyvän avoimena siten, että asiasta kiinnostuneiden on helppo tulla mukaan, mutta suljettuna siten, että skenen intiimiys, yksilöllisyyden ja yksityisyyden kunnioitus säilyy.

Kinky ja queer ovat joustavia käsitteitä, joilla voi määrittellä kyseenalaista identiteettiä. Molempien sanojen merkityksiksi voidaan lukea omituinen, outo ja poikkeava. Kuvatessaan itseään queeriksi tai kinkyksi henkilö määrittelee sanan merkityksen omalla kohdallaan. Kyseessä voi olla pysyvä identiteetin osa ja määrite tai mahdollisesti nopean identiteetin vaihtelun väline, jota voidaan pitää vastakulttuurin ominaispiirteenä. (Goldman, 1996, 170; Kaskisaari, 2000, 13; Lönnqvist, 2006, 58)

Kysyin sanojen kinky ja kinkykulttuuri sopivuudesta ja sitä, määrittelevätkö haastateltavat itse itsensä kinkyiksi. Useimmille sana kinky kelpasi paremman puutteessa. Sen katsottiin siis olevan käyttökelpoinen yleiskäsite, jota pidettiin parempana kuin pervo-sanaa. Haastateltujen mukaan pervoon liitetään negatiivisia arvovarauksia ja pervon katsotaan liittyvän jonkun kielletyn harjoittamiseen. Yksi haastateltavista ei pitänyt kinky-sanasta, eikä käyttänyt sitä (itsestään tai muista). Hänestä mukavampia sanoja olivat vino tai härö, joita voitiin käyttää yhteisön sisällä

keskusteltaessa niin, että ulkopuoliset eivät ymmärtäneet mistä oli kyse.

Haastateltujen vastauksista saattoi päätellä, että he olivat miettineet jo aikaisemmin kinky-sanana merkitystä ja sopivuutta. Yhteisön oma kieli ja sanasto voivat olla välineitä erottaa alakulttuuriin kuuluvat ja siihen kuulumattomat henkilöt. Tämä tukee ajatusta siitä, että yhteisöllä on yhteinen tulkinta ilmiöistä ja tulkintaa vastaava kieli (Mäki-Kulmala, 1994, 33).

Useat haastatelluista korostivat, että kinky/kinkeys tulee ihmisestä itsestään ja myös kinkykulttuuri on syntynyt sisältäpäin rakentuen ihmisten tarpeesta eivätkä siis kinky eikä kinkykulttuuri ole ulkopuolisten määriteltävissä. Kolme viidestä haastatelluista vastasi myöntävästi kysymykseen, määritteletkö itsesi kinkyksi. Kuten aiemmin kävi ilmi, yksi ei pitänyt tätä sanaa hyvänä, koska se on skenessä oleville liian avoin määrite ja skenen ulkopuolella oleville liian leimaava. Yksi sanoi, että on ehkä joskus mieltänyt itsensä kinkyksi, mutta tällä hetkellä hän ei määrittele itseään kyseisen alakulttuurin kautta. Eräs haastateltava (5) muotoili asian hienosti: "(--) en mä nää itseäni sillein että, mihin lokeroon kuulun...enemmän mitkä lokerot ovat osa minua..."

"Tän [kinkybileiden] lähtökohtana on se, että toteutetaan ja nähdään ja hyväksytään aikamoista niinsanottua erilaisuutta, joka ei välttämättä ole ensisijaisesti samaa erilaisuutta, mitä itse edustaa."

(Haastateltava 3)

Kaikki haastatellut olivat käyneet vuosien aikana useissa muidenkin

kaupunkien bileissä sekä kymmeniä kertoja Turun Baletin tapahtumissa. Haastatellut nimesivät useita ominaisuuksia ja piirteitä kinkytapahtumista, joita muissa tapahtumissa ei ole. Mainituista vahvimmin esille nousi etiketti eli käyttäytymissäännöstö. Lähes kaikki mainitsivat myös yleisön monimuotoisuuden, laitteet, tilaisuuden seksuaalisen virittyneisyyden ja tietysti itse kinky-teeman kinkybileiden ominaispiirteiksi. Myös tavallista vähäisempi alkoholinkäyttö kinkybileissä mainittiin. Esille tulivat myös seuraavat asiat: voi joutua näkemään jotain, mitä ei tavallisesti näe ja tämä pitää hyväksyä ja siihen valmistautua kun bileisiin tulee (tosin jotkut tulevat bileisiin juuri sen takia), kinkybileet ovat ainoa paikka jossa voi tuoda esille kinkyä puolta itsestään julkisesti ja dress code on joustavampi kuin esim. gootti-bileissä. Toisaalta kinkybileisiinkin voidaan tulla vain tapaamaan tuttuja ja vaihtamaan kuulumisia tai tapaamaan uusia ihmisiä - kuten tavallisiin bileisiin. Haastateltavani tiivistää kinkybileiden poikkeavuuden tavallisesta illasta kävijän näkökulmasta: "Toisin kuin keskimääräiseen ravintolailtaan, niin tänne tullaan melkoisella määrällä valmistautumista, sekä henkisesti että esteettisesti." (Haastateltava 1)

Yleisöstä ja osallistujista kysyessäni sanottiin yleisön olevan sekä homo- että heterogeenista. Heterogeenisyydellä tarkoitettiin yleisön moninaisuutta: laaja ikäjakauma, eri mieltymykset ja kiinnostuksenkohteet, eri taustat, eri motivaatio ja tarkoitusperät osallistua bileisiin. Homogeenisyydellä viitattiin oletettavasti tietynlaiseen samanlaisuuteen kiinnostuksenkohteiden suhteen: kaikki ovat kinkyjä. Haastateltavat kertoivat myös, että koska kävijöillä on eri intressejä, on hyvin vaikeaa, oikeastaan mahdotonta miellyttää kaikkia; jotkut tulevat bileisiin tapaamaan vanhoja tuttuja, jotkut tutustumaan uusiin ihmisiin, jotkut vain katselemaan tai näyttäytymään,

jotkut sessioimaan ja jotkut etsivät kumppania. Musiikin, esitysten ja sisustuksen suhteen on myös paljon erilaisia mieltymyksiä.

Kinkeys näkyy ihmisten asuissa, rooleissa ja seksuaalisesti virittäytyneessä tilaisuudessa. Kymmeniä kinkybileitä nähneenä voin todeta, että monilla osallistujilla on asuihin ja materiaaleihin liittyviä fetissejä kuten kumi- tai nahkafetissi. Lisäksi koulutytön tai -pojan asut ovat yleisiä, kuten myös lyhyet hameet, nahkahousut ja korsetit. Tällaisia asuja ja elementtejä näkee hieman tavallisissakin bileissä, mutta yleensä pienemmässä määrin ja hienovaraisemmin esille tuotuina. Domina ja sub saattavat osoittaa roolinsa asuillaan ja asusteillaan. Usein alistuvalla henkilöllä on kaulapanta ja dominalla saattaa olla runsas valikoima piiskoja, raippoja, läpsyttimiä ja muita välineitä vyöllään. Myös bondage-köysiä saatetaan käyttää asusteena.

Miehiä ja naisia on Turun Baletin bileissä jotakuinkin saman verran ja lisäksi henkilöitä, joiden sukupuoli ei ole ulkopuolisen katsojan määriteltävissä eikä henkilö välttämättä edes halua määrittää itseään sukupuolensa kautta. Tässä tulee esiin bileiden queer-aspekti: lukkiutuneiden roolien ja sukupuoli-jakon kyseenalaistaminen pukeutumalla vaatteisiin, jotka yleensä yhdistetään vastakkaiseen sukupuoleen: bileissä näkee transvestismia, gender-blendausta ja yleensäkin eri elementtien sekoittelua: (mies)henkilöllä voi olla yllään näyttävät korvakorut ja koppalakki. Interseksuaalisuus, transseksuaalisuus ja androgyynisyys näkyvät myös bileissä. Tyttöily eli transvestismi on myös yleistä. Yleinen, monogaminen, parisuhdemallikaan ei ole välttämättä yleisin bileissä kävijöiden kesken, vaan pariskunnilla saattaa olla avoin suhde tai kävijöillä

on polyamorisia suhteita.

Kinkybileissä on siis paljon queer-elementtejä: vallitsevien normien kyseenalaistaminen, sukupuolirooleilla ja seksuaalisuudella leikittelyminen sekä "outous". Joillain kävijöillä on myös halu irrottautua ja sanoutua irti dikotomioista mies-nainen ja heteroseksuaali-homoseksuaali. Näiden määritteiden kyseenalaistaminen ja niiden venyttäminen tai niistä kokonaan kieltäytyminen on kokemukseni mukaan kinkykulttuurissa sallitumpaa ja hyväksytympää kuin valtakulttuurissa. Tietysti yhteisön jäsenistä löytyy myös paljon henkilöitä, jotka pitävät kiinni "normaaleista" sukupuolirooleista ja parisuhdemalleista, jotkut heistä hyväksyvät muiden "poikkeavat" valinnat, jotkut eivät. Queer-ajattelu kyseenalaistaa heteroseksuaalisuuden perustavanlaatuisen luonnollisuuden ja aseman normina, joten korostan myös tässä yhteydessä sanojen "normaali" ja "poikkeava" kyseenalaisuutta lainausmerkein. (Kangasvuo, 2006, 34; Rossi, 2003, 121.)

Jokaisella kinkybileisiin osallistuvalla ei siis välttämättä ole kiinnostusta esim. sadomasokismiin, vaan bileisiin saatetaan tulla ensisijaisesti avoimen ja tuomitsemattoman ympäristön vuoksi. Tällaisen ympäristön vuoksi bileissä olonsa kotoisaksi tuntevat henkilöt alkavat kuitenkin, oman kokemukseni mukaan, usein vaatia itseltään selitystä siihen, miksi he käyvät bileissä tai ovat osa yhteisöä. Jos he eivät koe omaavansa sadomasokistisia taipumuksia tai koe itseään fetisisteiksi, he saattavat kyseenalaistaa oikeutensa kuulua kinky-yhteisöön ja kinkybileissä käymiseen. Kokemukseni mukaan kukaan ulkopuolinen ei ole heiltä selitystä vaatinut vaan kysymys nousee henkilöstä itsestään ja ilmeisesti

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

tarpeesta omata jokin taipumus, joka liittää hänet kinky-yhteisöön. Mielestäni tällaista ominaisuutta tai taipumusta ei tarvitse olla, vaan halu olla osa yhteisöä ja edistää esim. kinky-yhdistyksen toimintaa ovat täysin sopivia syitä.

Vuonna 2009 Fetish Clubilla tehdyn kyselyn mukaan kyselyyn vastanneiden ikä oli 18-64 vuotta. Lähes puolet (45%) olivat 25-34 vuotiaita, neljäsosa (25%) 18-24 vuotiaita ja vajaa neljäsosa (22%) 35-44 vuotiaita (Pohtinen 2010).

Informantti 1 nosti esiin yhteisöllisyyden kehittymisen kannalta olennaisen asian kinkybileissä: ”(--)) kun se ikä ei välttämättä ole niinku määrittelevä tekijä, silloin kun ollaan bileiden yhteydessä, niin ryhmät, ystävyysverkot, muut vastaavat saattaa olla hyvin erityyppisiä kun normaalisti.” (Haastateltava 1)

Seksuaalisuus, sukupuoliuus ja bileiden merkitys

Seksuaalisuus oli lähes kaikkien haastateltavieni mielestä olennaisen osa kinkybileitä. Kaksi vastaajista korosti sitä, että se on osallistujille yksilöllinen asia. Jätin tarkoituksellisesti määrittelemättä, mitä tarkoitin seksuaalisuudella ja sukupuoliuudella. Halusin nähdä, miten kukakin käsittää nämä termit ja tiedostaa seksuaalisuuden ja sukupuoliuuden roolit kinkybileissä. Yhden haastateltavan kohdalla luin, hänen pyynnöstään, haastattelulomakkeessa olevia sukupuoliuuden määritelmää selvittäviä lauseita. Hän totesi ettei näe sukupuoliuudella tai sukupuolella olevan mitään korostettua roolia kinkykulttuurissa. Toisen mielestä kaikessa, mitä ihmiset tekevät on sukupuoliuus (ja seksuaalisuus) mukana. Useimmat haastatelluista olivat sitä mieltä, että

LISKI – KINKYKULTTUURI ALAKULTTUURINA

kinkybileet ovat hyvä ja turvallinen paikka leikitellä sukupuolirooleilla, sekä kokeilla ja etsiä omaa sukupuoliuuttaan ja seksuaalisuuttaan. Erään haastatellun mukaan seksuaalisuus ja sukupuoliuus ovat kinkykulttuurissa ”enemmän nestemäisiä asioita kuin kiinteitä asioita”. (Haastateltava 5)

Kysymykseen mikä on bileiden tavoite, osallistujien kannalta, yhdistyksen kannalta, yhteiskunnallisesti ja henkilökohtaisesti haastatellut vastasivat seuraavasti: Yhdistyksen näkökulmasta se, että ei jäädä tappiolle: Fetish Clubit ovat talouden selkäranka; sisällön ja kulttuurin kehittäminen sellaiseksi, että halukkailla osallistujilla on kivaa ja he saavat sisällöstä ja kulttuurista mahdollisimman paljon irti; ”ilosanomien levittäminen” eli kinkykulttuurista julkisesti puhuminen ja siitä kertominen asiasta kiinnostuneille.

Useimmat vastauksista voitiin tulkita yhdistyksen, osallistujien ja järjestäjien kannalta sekä yhteiskunnalliselta kannalta: bileissä tavataan tietynlaista väkeä, tuttuja ja ihmisiä, joilla on samanlaisia taipumuksia tai jotka ainakin hyväksyvät poikkeavatkin taipumukset, ympäristö mihin voi itsensä sijoittaa, ennakkoluulojen poistaminen, esteettisen kokemuksen ja vertaistuen tarjoaminen sekä hauskanpito ja elämyksien saaminen. Bileissä on joillakin myös verkostoitumis- ja seuranhakutarkoituksia.

Kolme haastateltua mainitsi seuraavat asiat: bileillä on suuri funktio yhteisöllisyyden luomisessa ja ylläpitämisessä ja ne ovat paikka, jossa jaetaan omaa ymmärrystä, osaamista ja olemista, eikä ”haudota omia potentiaaleja” vaan jaetaan niitä ja kehitytään. Tärkeänä pidettiin myös

mahdollisuutta toteuttaa ja tuoda julkisesti esiin niitä puolia, joita ei muuten viljellä tai haluta näyttää toisille; saa olla julkisesti ja muiden ihmisten edessä kinky ja jakaa asioita kasvokkain. Bileisiin osallistujalle voi olla helpotus löytää joukko ja tapahtuma, viitekehys, johon voi itsensä sijoittaa ja huomata ettei olekaan ihan yksin - täysin poikkeustapaus. ”Niin, kyllähän me jonkintasosta sosiaali- ja terveysalantyötäki tässä tehdään...” (Haastateltava 3)

Yhden haastatellun mielestä bileillä ei ollut yhteiskunnallista vaikutusta, paitsi tunnettuuden edistäminen. Hänen mukaansa yhteiskunnallinen työ kinkykulttuurin hyväksymisen edistämiseksi tehdään aivan muualla. Kuitenkin toinen haastatelluista näki kinkybileiden eräänä tehtävänä asenneilmaston muokkauksen. Eräs näki kinkykulttuurin pyrkimykseksi muuttua osakulttuuriksi, yleisesti hyväksytyksi ja ymmärretyksi osaksi ihmiskunnan oloa.

Kinkybileillä katsottiin olevan myös ”oman identiteetin juhlimisen funktio.” (Haastateltava 1). Eräälle haastatelluista bileet olivat: ”(--)) pieni palanen sitä utopiamaailmaa, missä jokainen saa olla oma itsensä niin kauan kun ei loukkaa ketään muuta. Ja missä se toleranssi ja hyväksyntä ja vapaus toteutuu silleen kuin sen pitäisi toteutua.” - taivas maan päällä. (Haastateltava 5).

Tämä kuvastaa sitä, kuinka tärkeä ja merkityksellinen asia kinkybileet ja kinky-yhteisö voi yksilölle olla. Ajatus siitä, että joku kokee elävänsä hetken ikäänkuin täydellisessä maailmassa ollessaan kinkybileissä on vahva syy pitää tämä alakulttuuri aktiivisena ja turvata kinky-yhdistysten toiminnan

jatkuvuus sekä kinkybileiden järjestämisen mahdollisuus. Tärkeää on myös tuoda bileisiin osallistumisen mahdollisuus kaikille ja mahdollisesti tuottaa usealle ihmiselle, joka on tähän asti kokenut omat tavallisuudesta poikkeavat mieltymyksensä ja ominaisuutensa jotenkin väärinä tai kieroutuneina, kokemus siitä, että häntä ei paheksuta, syrjitä tai ymmärretä väärin.

Yhteisöllisyys ja henkilökohtainen panostus

Haastatteluissa korostui myös itseni ja muiden tutkijoiden (Newmahr, 2010; Pohtinen, 2010; Weinberg 1978) havaitsema kinkybileiden suuri yhteisöllinen merkitys. Useille kinkybileet eivät ole vain baari-ilta tai juhlat muiden joukossa, vaan tilaisuus tavata ”saman alan” ihmisiä. Osallistujien aktiivisuudessa tulee esille merkityksellisen vapaa-ajan piirteitä: olen nähnyt ja kuullut ihmisten käyvän vuosi toisensa jälkeen kinkybileissä, mukaanlukien haastateltavani ja itseni, tämä osoittaa merkitykselliselle vapaa-ajalle ominaista pitkäjänteisyyttä ja sitoutuneisuutta.

Suuri osa osallistujista panostaa huomattavasti asuihinsa, välineistöönensä ja taitoihinsa. Esimerkiksi köyttä voidaan käyttää sekä asusteena että sitomisvälineenä ja sitoja voi kehittää taitojaan esim. bondageessa, jota voidaan pitää omana taiteenlajinaan (Höykinpuro, 2006, 160). Taitojen kehittäminen ja tekniikoiden opettelu vaatii harjoitusta sekä tiedon omaksumista ja sillä saavutetaan erikoistaitoja. Harjoittelun kautta saavutetut erikoistaidot tulevat esiin myös mm. piiskojen ja neulojen käytössä. Nämä kaikki ovat Newmahrin (2011) mainitsemia merkityksellisen vapaa-ajan piirteitä kinky-yhteisössä. Myös Newmahrin mainitsemat yhteisön sielu ja henkilökohtainen identifikaatio tulevat esille

kinky-yhteisössä.

Henkilökohtaiset ja psykososiaaliset edut, jotka syntyvät aktiivisuuden tuloksena eli esimerkiksi ystävyys- tai parisuhteet, sub-dom (alштуja/hallitsija) -suhteet ja jopa eri ammattialojen edustajien verkostoituminen ovat osa merkityksellisen vapaa-ajan tuomia etuja. Stebbinsin merkityksellisen vapaa-ajan mallin mukaisesti kinky-yhteisöstä löytyy myös amatöörejä: esim. dominan tai tuottajan töitä ei-ammattillisesti tekeviä henkilöitä, harrastajia: henkilöitä, jotka sijoittavat runsaasti aikaa ja/tai rahaa esimerkiksi vaatteiden, kahleiden, piiskojen tai muiden välineiden valmistamiseen ja kehittelyyn sekä osallistuvat säännöllisesti kinkytapahtumiin sekä vapaa-ehtoisia: esimerkiksi kinkytapahtumien suunnitteluun ja toteuttamiseen osallistuvia henkilöitä. Kinky-yhdistyksissä toimiminen on myös yhteiskunnallisesti merkittävä harraste, koska se vaikuttaa yleisen mielipideilmaston muutokseen kertomalla, mistä kinkyssä on kyse ja osoittamalla sen olevan yleisesti hyväksyttävä ilmiö ja piirre ihmisessä sekä tarjoamalla tilat ja yhteisön, jossa voi toteuttaa itseään ja luoda verkostoja sekä saada tukea.

Tärkein anti

Lopuksi kysyin, miksi kinkybileiden tuottajat toimivat bileiden järjestäjinä, mikä on heille siis tärkein anti bileiden järjestäjänä. Osa haastatelluista koki löytäneensä uusia puolia itsestään ja bileitä järjestäessä syntyneet taidot ja kyvyt laajenivat myös muille elämän osa-alueille. Monelle oli tärkeää, että pääsi toteuttamaan itseään ja pystyi tarjoamaan myös muille mahdollisuuden toteuttaa itseään. Työn palkitsevuus ja tapahtuman jälkeen saadut kiitokset osallistujilta olivat valtava tekijä. Yksi

haastateltavista kuvaili sitä, kuinka ”järjettömän hyvältä” tuntuu saada aitoja kehuja ja positiivista palautetta - saada tietoa siitä, että on ollut oma iso osuus siinä, että palautteen antajalla on ollut kivaa, mahtavaa. (Haastateltava 4) Kinkykulttuuritapahtuman tuottajalle on tärkeää nähdä myös työnsä jatkuvuus ja sen merkitys yhteisölle. Haastatteluissa välittyi sen tärkeys, että voi olla mukana tarjoamassa ihmisille mahdollisuutta toteuttaa itseään ja tavata samanhenkisiä ihmisiä. Suurin anti vaikutti haastatelluilla olleen se, että pystyi tarjoamaan ja tekemään jotain merkityksellistä. Kuten haastateltujen vastuksista näkee, kinkykulttuuritapahtuman tuottaminen voi olla hyvin antoisaa, merkittävää ja palkitsevaa. ”Tärkein anti on se, että tuntee itsekin, että on tehnyt jotain merkityksellistä ja rikastanut maailmaa omalla panoksellaan.” (Haastateltava 5)

Lopuksi

Kinkykulttuurista puhuttaessa on vaikeaa määritellä onko kyseessä elämäntapa, harrastus vai vapaa-ajanviettotapa. Joillekin kinky on vahva ja erottamaton osa identiteettiä, joillekin se ilmenee ainoastaan kodin yksityisyydessä, toisille kinkybileet ovat vain yksi illanviettotapa. Kuten Staci Newmahr (2010, 316) korostaa tutkimuksensa kohdistuvat henkilöihin, jotka tuovat esiin kiinnostuksensa sadomasokismin yhteisöissä ja julkisilla paikoilla - ei kaikkiin kinkyseksistä pitäviin ihmisiin - haluan myös itse kiinnittää huomion siihen, että tutkimuskohteenani on ollut pieni joukko ihmisiä, joiden elämään kinky kuuluu. Tutkimukseni tulokset eivät ole yleistettävissä kaikkiin kinkyihmisiin eivätkä kaikkiin kinkytapahtumiin. Tutkimus tarjoaa kuitenkin kuvauksen erään kinky-yhteisön toiminnasta, jäsenistä ja tapahtumista ja tätä kuvausta voidaan

pitää tapausesimerkkinä kinkykulttuurista. Kyseinen tapaus selittää ja kuvaa ilmiötä (kinkykulttuuria) ja sen ominaispiirteitä.

Kinkykulttuurin voidaan haastatteluvastausten perusteella sanoa olevan kinkyihmisten yhteisöllisyyden tarpeesta muodostunut ja kehittynyt seksuaalinen alakulttuuri, joka voidaan nähdä sateenvarjokäsitteenä spesifien kiinnostuksenkohteiden synnyttämille blokeille. Lähdekirjallisuuden pohjalta sitä voidaan kuvata myös ilmiöksi, johon sisältyvät tapahtumat, käyttäytymissäännöstö, kieli ja sanasto, toimintatavat, yhteisöt, pukeutumistavat ja kinky-ihmiset sekä erilaiset taidemuodot.

Osallistajat ja järjestäjät ovat kinkykulttuuritapahtumissa mukana asialle omistautuen ja hyvin vahvoin henkilökohtaisin odotuksin ja toivein. Arvostus tilaisuuden järjestäjiä ja muita osallistujia kohtaan on huomattavaa. Kinkykulttuuritapahtuman tuottaminen on haastavaa ja palkitsevaa. Siihen liittyy kulttuurillisia ominaispiirteitä sekä identiteetin vahvistamista ja yhteisöllisyyttä – niin osallistujien kuin järjestäjienkin kannalta.

Tämän raportin tarkoituksena on lisätä tietämystä kinkykulttuurista, kinkybileistä – niiden merkityksestä ja luonteesta – sekä oman kinkyn seksuaalisen identiteetin löytämisen ja toteuttamisen merkityksestä.

Kinkykulttuurin ja siihen liittyvien seksuaalisten mieltymysten huomioiminen, ymmärtäminen ja tunnetuksi tekeminen edistää henkilön mahdollisuutta toteuttaa itseään ja mieltymyksiään hyväksyvässä, turvallisessa ja ennakkoluulottomassa maailmassa. Kinkyyn

seksuaalisuuteen, sen toteuttamiseen ja ilmenemiseen liittyy kokemuksi ja havaintojeni perusteella paljon ennakkoluuloja ja väärinkäsityksiä, joita tutkimukseen, kokemukseen ja havainnointiin perustuva tieto toivoakseni hälventää.

Kirjallisuus

Beemyn, B. ja Eliason, M. (toim.) (1996). *Queer Theories*. New York: New York University Press

Goldman, R. (1996). Who is that queer queer? Teoksessa Beemyn, B. ja Eliason, M. (toim.) *Queer Theories*. New York: New York University Press, 169-182.

Harviainen, J. T. (2011). Sadomasochist role-playing as live-action role-playing: a trait-descriptive analysis. *International Journal of Role-Playing*, 2, 59-70.

Harviainen, J. T. (painossa). Information literacies of self-identified sadomasochists: An ethnographic case study. Hyväksytty julkaisuun, *Journal of Documentation*.

Heinonen, E. (2004). *Aktiivinen harrastus työn siirtymän ja kompensaation ilmentymänä – case matkailuoppaat*. Väitöskirja, Turun kauppakorkeakoulu.

Hekanaho, P. L. (2010). Queer-teorian kummia vaihteita. Teoksessa

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

Saresma, T., Rossi, L.-M. ja Juvonen, T. (toim.) *Käsikirja sukupuoleen* (s. 144-155). Tampere: Vastapaino.

Hirsjärvi, S. ja Hurme, H. (2008). *Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Gaudeamus.

Houlberg, R. (1995). The magazine of a sadomasochism club: The tie that binds. Teoksessa Weinberg, T. S. (toim.) *S&M: Studies in Dominance and Submission* (s. 269-286). New York: Prometheus Books.

Höykinpuro, T. (toim.) (2006). *Kivun kauneus*. Helsinki: Like.

Jagose, A. (1996). *Queer Theory: An Introduction*. New York: New York University Press.

Kaartinen, A. ja Kippola, A.-K. (1990). *Sadomasokismi: Teemoja vallasta, kulttuurista ja seksuaalisuudesta*. Helsinki: Gaudeamus.

Kangasvuori, J. (2006). *Koettu ja kirjoitettu biseksuaalisuus*. Kulttuuriantropologian lisensiaattityö, Oulun yliopisto.

Karkulehto, S. (2010). Queer-tutkimusta Suomessa. Teoksessa Saresma, T., Rossi, L.-M. ja Juvonen, T. (toim.) *Käsikirja sukupuoleen* (s. 161-164). Tampere: Vastapaino.

Kaskisaari, M. (2000). *Kyseenalaiset subjektit*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

LISKI – KINKYKULTTUURI ALAKULTTUURINA

Liski, T. (2011). *Kinkybileet – ketä kiinnostaa? Alakulttuuritapahtuman tuottamisen ominaispiirteet ja haasteet*. Opinnäytetyö, Humanistinen Ammattikorkeakoulu.

Lönnqvist, B. (2006). Opiskelijahaalarit ja kalsarikänni – pukeutuminen ja riisuutuminen matkalla autenttisuuteen. Teoksessa Lönnqvist, B. ja Aro, L. (toim.) *Autenttinen ihminen: Tulkintoja irtautumisen etnografiasta* (s. 50-64). Jyväskylä: Atena.

Moser, C. (1998). S/M (sadomasochistic) interactions in semi-public settings. *Journal of Homosexuality*, 2(36), 19-29.

Mäki-Kulmala, A. (1994). *Initiaatio ja alakulttuuri*. Tampere: Tampereen yliopisto.

Newmahr, S. (2010). Rethinking kink: Sadomasochism as serious leisure. *Qualitative Sociology*, 3(33), 313-331.

Newmahr, S. (2011). *Playing on the Edge: Sadomasochism, Risk, and Intimacy*. Indiana: Indiana University Press.

Nordling, N. M. 2009. *Many Faces of Sadomasochistic Sex*. Psykologian väitöskirja, Åbo Akademi.

Pohtinen, J. (2010). *Piiskan läiskettä ja PVC:n kahinaa: Kinky-bileet yhteisöllisenä arjesta irtautumisen paikkana*. Kansatieteen HuK-tutkielma,

Turun Yliopisto.

Popp, O. ja Björkenheim, P. (2008). *Kättä pidempää*. Helsinki: Ajatus Kirjat.

Rossi, L.-M. (2003). *Heterotehdas: Televisiomainonta sukupuolituotantona*. Helsinki: Gaudeamus.

Stebbins, R. A. (2007). *Serious Leisure: A Perspective for our Time*. New Jersey: Transaction Publishers.

Stebbins, R. A. (2011). Biography of Robert A. Stebbins. Viitattu 4.12.2014
<http://www.seriousleisure.net/biography-of-robert-a-stebbins.html>

Suomela, A. (toim.) (2009). *Seksi: Kaikki mitä tulee tietää*. Helsinki: Ajatus Kirjat.

Tuntematon maa (2011). Viitattu 18.4.2011. [sivusto lakkautettu vuonna 2012]

Turun Baletti (2011). Viitattu 12.3.2011. www.turunbaletti.net

Weinberg, T. S. (toim.) (1995). *S&M: Studies in Dominance and Submission*. New York: Prometheus Books.

Weinberg, T S. (1995). Sadism and masochism: Sociological perspectives. Teoksessa Weinberg, T. S. (toim.) *S&M – Studies in Dominance and Submission*, (s. 119-137). New York: Prometheus Books.

Eturauhassyövän hoitojen miesten seksielämälle aiheuttamat haitat

TUTKIMUSRAPORTTI

Ulla-Sisko Lehto, *FT (onkologia), PsM, erikoistutkija, THL, Väestön terveydentila -yksikkö*

Heidi Lonka, *fysioterapeutti, seksuaalineuvoja, yksit. amm. harj.*

Arpo Aromaa, *LKT, tutkimusprofessori (emer.), THL*

Lyhennelmä

Tausta

Eturauhassyöpä on miesten yleisin syöpämuoto, mutta sen ennuste on hyvä: viiden vuoden jälkeen diagnoosista on elossa 93 % potilaista. Eturauhassyövän varhainen toteaminen, hoitojen parantunut vaikuttavuus ja väestön eliniän piteneminen ovat pidentäneet diagnoosin saaneiden miesten elinaikaa. Eturauhassyöpään on useita hoitovaihtoehtoja, mutta ne kaikki aiheuttavat monenlaisia sivu- ja haittavaikutuksia. Koska suurin osa sairastuneista miehistä toipuu eturauhassyövästä, mutta kärsii hoidon haittavaikutuksista, on tärkeää kiinnittää huomiota elämänlaatuun syöpähoitojen jälkeen. Tässä tutkimuksessa tarkastelemme eturauhassyövän hoitojen vaikutusta miesten seksielämään.

Menetelmät

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos THL toteutti vuonna 2009 valtakunnallisen kyselytutkimuksen 50 %:lle vuonna 2004 diagnosoiduista eturauhassyöpäpotilaista. Tutkimukseen hyväksyttiin 1 239 potilaan vastaukset (vastausprosentti 73 %). Kysyimme tutkituilta eturauhassyövän

eri hoitomuotojen – leikkaus, ulkoinen sädehoito, sisäinen sädehoito (braky-hoito), hormonihoito – aiheuttamista haitoista, erityisen laajasti seksielämään kohdistuneista haitoista, ja mittasimme tutkittujen psyykkisiä oireita ja tyytyväisyyttä elämään ('onnellisuutta') kyselyhetkellä. Kysyimme hoidon haittojen ilmaantumisesta, voimakkuutta ja koettua haittaavuutta, sekä oliko tutkitulla ollut seksielämää puolisonsa kanssa ennen ja jälkeen hoidon. Tutkimme seksielämän haittojen yhteyttä niiden koettuun haittaavuuteen sekä psyykkisiin oireisiin ja elämään tyytyväisyyteen.

Tulokset

Hoito haittasi seksielämää 81–93 %:lla tutkituista. Seksielämä puolison kanssa loppui hoitojen jälkeen 20–58 %:lla. Potenssihäiriöitä eli seksuaaliseen halun, seksuaalisen kyvyn tai molempien menetystä raportoitiin 70–92 %. Leikkaushoito oli yleisimmin aiheuttanut seksuaalisen kyvyn menetyksen, mutta ei juurikaan halun menetystä, kun taas hormonihoito oli tyypillisesti vaikuttanut sekä halun että kykyyn. Seksielämää puolison kanssa ennen hoitoa oli leikkauksella hoidetuista ollut 82 %:lla, braky-hoidolla hoidetuista 81 %:lla, ulkoisella sädehoidolla hoidetuista 70 %:lla ja hormonihoitoa saaneista 62 %:lla; Seksielämää oli leikkauksen ja ulkoisen sädehoidon jälkeen jäljellä hiukan yli puolella, braky-hoidon jälkeen kahdella kolmesta, mutta hormonihoitoon jälkeen vain 28 %:lla tutkituista. Sekä kyvyn että halun menetys ennakoivat seksielämään kohdistunutta haittaavaa vaikutusta voimakkaammin kuin pelkän kyvyn menetys. Sädehoitoa tai hormonihoitoa edeltävä seksielämä lisäsi haittaavaa vaikutusta, mutta hormonihoitoon saaneilla korkeampi ikä vähensi sitä. Seksielämän tekijöiden lisäksi myös virtsankarkailu (leikatuilla

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

ja sädehoidon saaneilla) ja suolisto-ongelmat (ulkoisen sädehoidon saaneilla) ja mielialaoireet (hormonihoidon saaneilla) ennakoivat seksielämälle koitunutta haittaa.

Päätelmät

Eturauhassyövän hoitojen aiheuttamista haitoista kaikkein yleisimpiä ovat seksielämään kohdistuneet haitat, joita kohtaa ainakin neljä viidestä potilaasta. Usealla seksielämä puolison kanssa loppuu hoitoihin. Hoitojen haitat ennakoivat huonompaa psyykkistä hyvinvointia vielä viiden vuoden kuluttua. Hoitoa valittaessa pitää punnita tarkkaan taudin ennusteen ja hoidon haittavaikutusten väliset hyödyt ja haitata. Lisäksi hoidon yhteyteen tulee liittää entistä parempia, hyvinvointia ja seksielämää tukevia ja fyysisiä haittoja ehkäiseviä toimenpiteitä.

Avainsanat: Eturauhassyöpä, haittavaikutus, väestötutkimus, elämänlaatu, seksielämä, oireet

LEHTO ET AL. – ETURAUHASSYÖVÄN HOITOJEN HAITAT SEKSELÄMÄLLE

Taustaa

Eturauhassyöpä on miesten yleisin syöpä¹ Suomessa kuten muissakin teollistuneissa maissa. Vuosina 2007–2011 todettiin keskimäärin 4 495 uutta eturauhassyöpää vuodessa (www.syoparekisteri.fi). Nykyään eturauhassyövä todetaan entistä aikaisemmassa vaiheessa, jolloin paranemisen ennuste on hyvä, ja viiden vuoden jälkeen diagnoosista onkin elossa 93 % potilaista (Pukkala, Sankila ja Rautalahti, 2011). Varhaisessa vaiheessa eturauhassyöpä on yleensä oireeton ja verikokeella toteutettavien seulontojen avulla (seerumin prostataspesifinen antigeeni, PSA) varhaisen vaiheen syöpiä löytyy yhä enemmän (Schröder ym., 2009; Schröder ym., 2012; Sankila, 2013). Sairastuneiden keski-ikä on 71 vuotta. Ikä onkin eturauhassyövän tärkein yksittäinen riskitekijä, joten myös yleisen eliniän noustessa sen esiintyvyys suurenee. Nykyisin todetaan paljon pieniä, piileviä eturauhasen syöpiä, jotka aikaisemmin olisivat jääneet huomiotta (Sankila, 2013). Sen lisäksi että eturauhassyöpiä todetaan paljon, syövän varhainen toteaminen, hoitojen parantunut vaikuttavuus ja väestön eliniän piteneminen ovat pidentäneet diagnoosin saaneiden miesten elinaikaa (Kellokumpu-Lehtinen, Joensuu ja Ruutu, 2007; Penson ym., 2008; Schröder ym., 2012). Eturauhassyöpää sairastaneita onkin yhä suurempi osa ikääntyvästä miespuolisesta väestöstä.

¹ Kasvainsairauksilla tarkoitetaan solukon tai kudoksen epänormaalia kasvua, joka on riippumaton ulkoisista kasvuärsykkeistä ja on isäntäelimistölle haitallista, ja ne jaetaan hyvän ja pahanlaatuisiin. Hyvänlaatuiset eivät hoitamattominaan johda potilaan kuolemaan. Pahanlaatuisten kasvainten ('syöpien') kasvu on nopeampaa, ne leviävät ympäristöönsä ja ovat usein potilaalle kohtalokkaita (Isola ja Kallioniemi, 2013).

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

Eturauhanen (prostata) kuuluu miehen sisäisiin sukupuolielimiin, jotka koostuvat tiehyistä ja rauhasista. Rauhaset erittävät nesteitä, jotka edesauttavat siittiöiden liikkumista ja elinkykyä. Siittiöt ja rauhaseritteet muodostavat yhdessä siemennesteen (Hervonen ja Virtanen, 2013). Aikuisen miehen eturauhanen on noin 4 cm pituinen ja sen tyvi on tiiviisti virtsarakon kaulaa vasten ja kärki nojaa lantion alapohjaan. Eturauhasen sijainnin takia eturauhassyöpä ja sen hoidot vaikuttavat myös sitä ympäröivillä genitaal- ja intiimialueella.

Eturauhassyövän hoitoon on käytössä useita eri hoitovaihtoehtoja, joista valitaan kullekin potilaalle sopivin (Kellokumpu-Lehtinen, Joensuu ja Ruutu, 2007; Budäus ym., 2012; Kellokumpu-Lehtinen, Joensuu ja Tammela, 2013). Paikallisen eturauhassyövän hoitovaihtoehtoja on kolme: eturauhasen poistoleikkaus, kasvaimen sädetäminen ionisoivalla säteilyllä ja seuranta (Ruutu ym., 2009; Bul ym., 2013, Kellokumpu-Lehtinen, Joensuu ja Tammela, 2013). Lääke- eli hormonihoitoa voidaan käyttää lisähoitona (adjuvantti-) esim. ulkoiseen sädehoitoon liitettynä tai sitä annetaan yksinään levinneeseen eturauhassyöpään; hormonihoito toteutetaan pistoksina tai tabletteina, joskus myös kivestenpoistoleikkauksena. Osaa eturauhassyöpäpotilaista ei ehkä tarvitse hoitaa, koska hoidosta saattaa olla enemmän haittaa kuin hyötyä; tähän vaikuttavat potilaan ikä ja muut sairaudet sekä syövän kliininen ja patologinen luokitus. Erityisesti paikallisessa eturauhassyövässä potilas voi usein itse osallistua hoitomuodon valintaan. Mitään paikallisen syövän hoitoa ei ole osoitettu elinajanodotteen pitenemisen kannalta muita vaikuttavammaksi (Penson ym., 2008; Taari ym., 2013), mutta aivan uusimman tutkimuksen mukaan leikkaushoidolla saatetaan joillain potilailla

LEHTO ET AL. – ETURAUHASSYÖVÄN HOITOJEN HAITAT SEKSELÄMÄLLE

päästä ennusteen kannalta parhaaseen tulokseen (Sooriakumaran ym., 2014).

Suurin osa sairastuneista miehistä toipuu eturauhassyövästä, mutta iso osa heistä kärsii eturauhassyövän hoidon haittavaikutuksista (Potosky ym., 2004; Miller ym., 2005; Smith ym., 2009; Lehto, Helander ja Aromaa, 2010; Pardo ym., 2010; Budäus ym., 2012; Lehto ym., 2013). Kaikki paikallisen eturauhassyövän aktiiviset hoitomuodot aiheuttavat haittavaikutuksia, joista monet ovat pitkäaikaisia tai jopa pysyviä. Haittoihin kuuluu virtsaamiseen liittyviä oireita ja sädehoitojen yhteydessä myös suolisto-oireita, mutta erityisesti ne vaikuttavat miehen sukupuolielimiin ja aiheuttavat seksielämän ongelmia. Siksi on tärkeää kiinnittää huomiota eturauhassyöpädiagnoosin saaneiden miesten elämänlaatuun eturauhassyövän hoidon jälkeen; elämänlaatuna mitattu hoitotulos on tärkeä (Roth, Weinberger ja Nelson, 2008, Lehto, Helander ja Aromaa, 2010). Seksuaalinen hyvinvointi on yksi osa syöpäpotilaan elämänlaatua (Dolbeaut, Szporn ja Holland, 1999).

Potilaiden tyytyväisyyteen eturauhassyövän hoidon tulokseen vaikuttavat mm. tieto, että syöpä on saatu poistettua, virtsa- ja suolisto-oireiden vähäisyys sekä seksuaalitoimintojen säilyminen (Hoffman ym., 2003). Tutkimuksemme mukaan (Lehto, Tenhola ym., 2013) tyytymättömyyttä kaikkien eturauhassyövän hoitomuotojen tulokseen ennakoivat seksielämän haitat ja -ongelmat, myös silloin kun muiden haittojen (virtsaongelmat, suolisto-ongelmat, jne.) vaikutus otettiin huomioon. Oireiden koettu haittaavuus oli pelkkää oireiden määrää voimakkaammin yhteydessä tyytyväisyyteen hoidon tulokseen. Tyytymättömyyttä hoidon tulokseen

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

lisäsi, jos potilaalla oli ollut seksielämää puolisonsa kanssa ennen hoitoa. Tutkijat ovatkin aiheellisesti korostaneet että sekä taudin ennuste että potilaan elämäntilanne, mukaan lukien seksuaalinen aktiivisuus, tulee ottaa huomioon kun suunnitellaan eturauhassyöpäpotilaan hoitoa (Damber ja Aus, 2008; Roth ym., 2008). Tavoitteena on hoidon hyötyjen ja sen haittavaikutusten tasapaino. Onkin esitetty, että hyväennusteisten, seulonnessa löytyvien pienien piilevien syöpien aktiivista hoitamista olisi vältettävä; puhutaan eturauhassyövän 'ylidiagnostiikasta' (Ruutu ym., 2009; Sankila, 2013). Myös seulontojen hyödyllisyydestä on keskusteltu (Schröder ym., 2009; Schröder ym., 2012; Bul ym., 2013). Erityisesti hoidon seksielämälle aiheuttamat haitat tulisi ottaa nykyistä paremmin huomioon valittaessa eturauhassyövän hoitoa.

Tutkimme Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) suorittaman valtakunnallisen potilaskyselyaineiston avulla kattavassa väestötöksessä eturauhassyövän eri hoitojen aiheuttamien sivu- ja haittavaikutusten esiintymistä sekä niiden koettua määrää ja haittaavuutta eturauhassyöpään sairastuneilla miehillä. Tutkimme myös heidän psyykkisten oireidensa määrää ja tyytyväisyyttä elämäänsä kyselyhetkellä viiden vuoden kuluttua diagnoosista. Tässä raportissa kuvaamme eturauhassyövän aktiivihoidojen – eturauhasen poistoleikkaus, ulkoinen sädehoito, sisäinen sädehoito (braky-hoito), hormonihoido – nimenomaan seksielämälle aiheuttamia haittoja. Selvitämme eri hoitojen aiheuttamia haittoja ja sitä, mitkä niistä ovat koetun haittaavuuden kannalta merkittävimpiä, sekä haittojen yhteyttä tutkittujen psyykkiseen hyvinvointiin (psyykkiset oireet ja tyytyväisyys elämään).

LEHTO ET AL. – ETURAUHASSYÖVÄN HOITOJEN HAITAT SEKSELÄMÄLLE

Tutkimusaineisto ja menetelmät

Aineistoksi valittiin puolet Suomessa vuonna 2004 eturauhassyöpädiagnoosin saaneista, pois lukien Ahvenanmaa (Lehto, Helander ym., 2010, Lehto, Helander ym., 2014, Lehto, Tenhola ym., 2014). Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) luvalla Suomen Syöpärekisteri (www.syoparekisteri.fi) poimi tutkimusta varten 50 %:n potilasotoksen. Potilaiden tunnistetietojen lisäksi saimme Syöpärekisteristä eturauhassyövän biologista vakavuutta kuvaavan Gleason-luokituksen ja sairaalan tai sairaalapiirin jossa potilasta oli hoidettu. Kyselyn saatekirjeen allekirjoitti myös potilaan hoidosta vastanneen sairaalan tai klinikan ylilääkäri; nämä saatekirjeet kattoivat 88,5 % aineiston potilaista. Lähetimme kyselyn 1 723 potilaalle tammi-toukokuussa 2009. Tutkimusaineiston muodostuminen on esitetty kuviossa 1.

Kuvio 1. Tutkimusaineiston muodostuminen

2168 Suomessa vuonna 2004 diagnosoitua eturauhassyöpäpotilasta (50 %)

Poistettiin tutkimukseen mennessä kuolleet (n=181)

1 987 eturauhassyöpäpotilasta

Poistot ennen postitusta: 264

Ylilääkärin saatekirje puuttui: 233

Ei osoitetta väestörekisterissä: 31

Kyselyn postitus 1 723 potilaalle

Palautus 1 242 potilaalta

Hyväksytyjä vastauksia 1 239

poistot: diagnoosi ennen tutkimusvuotta: 3 potilasta

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

Tutkimukseen hyväksyttiin 1 239 palautunutta lomaketta (73 % lähetetyistä). Vastauksia saatiin tasaisesti maan viideltä yliopistosairaalan erityisvastuualueelta, joissa vastanneiden osuudet vaihtelivat 68–75 %. Vastanneiden ikäjakauma oli eri alueilla sama. Kaikista tutkimusaikana elossa olleista otoksen potilaista (n = 1 987) tavoitimme tutkimukseen 63 % (alle 65-vuotiaista 70 %, 65–74 -vuotiaista 67 %, 75–84 -vuotiaista 60 % ja yli 84-vuotiaista 34,5 %) (Lehto, Tenhola ym., 2013).

Kyselylomake

Kyselylomake kehitettiin tätä tutkimusta varten ja se sisälsi pääosin määrällisiä kysymyksiä. Kyselylomakkeen sisältö perustui Eturauhassyöpöpotilaiden tuki ry (ERSY):n jäsenten kokemuksiin; potilasnäkökulma otettiin siis kysymysten laadinnassa hyvin huomioon. ERSY:n jäsenet myös testasivat lomakkeen toimivuutta (Lehto ja Kuivalainen, 2007).

Lomake oli kaksiosainen. Lomakkeen ensimmäisessä, kaikkia hoitoja saaneiden yhteisessä osassa kysyttiin sairastumisvaiheen kokemuksia ja siinä oli myös kolme psyykkisen hyvinvoinnin mittaria (Lehto, Helander ym., 2010). Lomakkeen toisessa osassa kysyttiin hoitojen aiheuttamista sivu- ja -haittavaikutuksista, näistä tuloksista on raportoitu: (Lehto, Tenhola ym., 2013). Kysyimme laajasti seksielämään kohdistuneista haitoista ja ongelmista (taulukko 2). Kysyimme ongelmista kaikkia aktiivihoitomuotoja (leikkaushoito, ulkoinen sädehoito, sisäinen sädehoito, hormonihoito) koskien erikseen². Kysyimme sekä hoidosta aiheutuneiden seksielämän haittojen esiintymistä hoidon aikana tai sen jälkeen että niiden määrää ja

² Useita eri hoitoja saaneet vastasivat jokaista hoitomuotoa koskeviin kysymyksiin.

LEHTO ET AL. – ETURAUHASSYÖVÄN HOITOJEN HAITAT SEKSELÄMÄLLE

koettua vaikutusta/haittaavuutta³, sekä oliko tutkitulla ollut seksielämää puolison kanssa ennen ja jälkeen hoidon.

Taulukko 1. Seksielämän ongelmia mitanneet kysymykset

Seksuelämään liittyvät kysymykset (kaikista hoidoissa erikseen):

1. Vaikuttiko hoito seksielämäänne? (asteikko 0–3)
2. Aiheuttiko hoito teille potenssihäiriöitä?⁴
 - poisti halun (ei/kyllä)
 - poisti kyvyn (ei/kyllä)
 - poisti molemmat (ei/kyllä)
3. Oliko teillä puolisonne kanssa seksielämää edeltävän puolen vuoden aikana? (ei/kyllä)
4. Onko teillä ollut puolisonne kanssa seksielämää hoidon jälkeen? (ei/kyllä)

Seksuelämän ongelmien lisäksi kysyimme virtsaoireista (mm. virtsankarkailu, sen koettu haittaavuus) ja sädehoidon aiheuttamista suolisto-ongelmista (ripuli, verenvuoto suolistosta) sekä hormonihoitoon aiheuttamista sille tyypillisistä yleisoireista (mielialahäiriöt, jalkojen turpoaminen, kuumat aallot/hikoilu, ym.).

Pyysimme tutkittavia arvioimaan haittavaikutusten määrän ja haittaavuuden neliportaisella asteikolla (0 = ei lainkaan, . . . , 3 = paljon). Osassa kysymyksistä vastausvaihtoehdot olivat kyllä ja ei. Tyytyväisyyttä

³ Kysyessämme hoitojen vaikutusta 'seksuelämään' annoimme potilaiden itsensä tulkita kysymyksen ja raportoida kokemuksensa. Tällöin seksielämä on voinut tarkoittaa potilaan itse käsitteelle antaman merkityksen mukaan yhdyntä- tai muuta seksiä partnerin kanssa, itsetyydytystä, jne.

⁴ Määrittelimme potenssihäiriöt seksuaaliseen halun, seksuaalisen kyvyn tai molempien menetyksenä.

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

mittasimme neliportaisella asteikolla (1 = täysin tyytyväinen, . . . , 4 = täysin tyytymätön).

Psyykkistä hyvinvointia (psyykkiset oireet, tyytyväisyys elämään) ja tyytyväisyyttä seksielämään mittasimme kahdella validoidulla mittarilla. Lisäksi käytimme IIEF:n (International Index of Erectile Function Questionnaire) mittarista kysymystä ”Kuinka tyytyväinen olette ollut seksielämäänne neljän viimeksi kuluneen viikon aikana?” (kys. 13) viisiportaisella asteikolla (1 = hyvin tyytymätön, . . . , 5 = hyvin tyytyväinen) (Rosen ym., 1997).

Psyykkisten oireiden määrää ja voimakkuutta tutkimushetkellä kysyimme RSCL (Rotterdam Symptom Checklist) mittarin psyykkisten oireiden osa-asteikolla. Se koostui oireista ärtyneisyys, masentuneisuus, hermostuneisuus, epätoivo tulevaisuuden suhteen, jännitys, ahdistuneisuus, keskittymisvaikeudet ja huolestuneisuus, joista kutakin mitataan asteikolla 0 = ei lainkaan, . . . , 3 = hyvin paljon) (deHaes, van Knippenberg ja Neijt 1990). Lisäsimme asteikkoon kysymyksen itsetuhoajatuksista.

”Onnellisuutta” eli tyytyväisyyttä elämään mittasimme SWLS-mittarilla (The Satisfaction with Life Scale) (Diener ym., 1985). Sen kutakin väittämää (Elämäni on vastannut toiveitani, Olosuhteet joissa elän ovat erinomaisia, Olen tyytyväinen elämään, Olen saanut haluamani tärkeät asiat, En muuttaisi juuri mitään) arvioidaan seitsenportaisella asteikolla (1 = selvästi eri mieltä, . . . , 7 = selvästi samaa mieltä).

LEHTO ET AL. – ETURAUHASSYÖVÄN HOITOJEN HAITAT SEKSELÄMÄLLE

Tilastollisissa analyyseissä käytettiin kuvailevia tunnuslukuja. Hoidon vaikutusta seksielämään ja psyykkistä hyvinvointia (psyykkiset oireet, tyytyväisyys elämään) ennakoineiden tekijöiden tutkimiseen käytimme lineaarista regressioanalyysia. Oireiden keskiarvojen välisten erojen merkitsevyyden testaamiseen käytettiin Mann-Whitney U-testiä. Aineisto käsiteltiin tilastollisesti käyttäen SAS, SPSS ja Stata -ohjelmistoja.

Tulokset

Tutkitut

Kyselyyn vastanneet olivat olleet sairastuessaan keskimäärin 67-vuotiaita (vaihteluväli 44–94 vuotta), tutkimushetkellä siis keskimäärin 72-vuotiaita, valtaosa oli täyttänyt 65 vuotta (taulukko 2). Suurin ikäryhmä olivat 65–74 -vuotiaat. Neljä viidestä oli naimisissa tai eli avoliitossa. Pääosa (88 %) oli eläkkeellä. Lähes puolella (47 %) ei ollut mitään ammattikoulutusta tai he olivat käyneet vain ammattikursseja. Ammattikoulutustaso vaihteli maan eri osien välillä suuresti: HUS-alueella oli vähän koulutettuja 37 % ja KYS-alueella 55 % vastaajista. Korkeakouluopintoja oli HUS-alueella 25 %:llä ja TYKS-alueella 7,5 %:llä. Kolmella neljästä oli myös muita pitkäaikaissairauksia, joista yleisimmät olivat sydän- ja verisuonitaudit.

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

Taulukko 2. Tutkittujen taustatiedot, %

	n	%
Ikä		
≤ 64	248	20
65–74	503	41
75–84	423	34
≥ 85	65	5
Siviilisäät		
naimisissa tai avoliitossa	988	80
eronnut	82	7
leski	97	8
naimaton	45	4
ei tietoa	27	2
Ammattikoulutus ⁵		
ei ammattikoulutusta	305	25
ammattikursseja	254	21
ammattikoulu	211	17
koulu- tai opistotutkinto	256	21
yliopisto-/korkeakoulututkinto	169	14
ei tietoa	44	4
Muu/muita pitkäaikaisairauksia	900	74
verenpainetauti	464	38
sydänsairaus	311	26
tuki- ja liikuntaelinsairaus	213	18
diabetes	181	15
muu syöpäsairaus		
- oma ilmoitus	86	7
- Syöpärekisterin mukaan	111	9
muu sairaus, joihin sisältyi mm.	267	22
- keuhkosairaus	70	6
- neurologinen tai muistisairaus	49	4

Eturauhassyövän hoito

Eturauhassyöpää oli yleisimmin hoidettu ulkoisella sädehoidolla (42 %), hormonihoidolla (33 %) tai leikkauksella (32 %). Suuri osa (23 %) potilaista

⁵ Koulutustaso vaihteli voimakkaasti maan eri osien välillä. Vähemmän kuin ammattikoulun käyneitä oli HYKS-alueella 38 %, mutta KYS-alueella 55 % vastaajista. Korkeakoulututkinto oli HYKS-alueella 22 %:lla, mutta TYKS-alueella 8 %:lla.

LEHTO ET AL. – ETURAUHASSYÖVÄN HOITOJEN HAITAT SEKSELÄMÄLLE

oli saanut kahta tai useampaa hoitoa (taulukko 3). Puolet hormonihoidoista toteutettiin muiden hoitojen liitännäishoitoina. Eri yliopistosairaaloiden alueilla hoidot erosivat merkittävästi toisistaan (Lehto, Helander ym., 2010). Yleisimmät Gleason-luokat olivat 6 ja 7 (molempia 26 % aineistosta).

Leikkauksella ja braky-hoidolla hoidetut olivat muita nuorempia (p-arvot < 0,001 ja < 0,01), kun taas hormonihoidon saaneet ja säännöllisesti seuratut olivat muita vanhempia (p < 0,001), ks. internetissä julkaistu versio (Lehto, Tenhola ym., 2013). Sisäisen sädehoidon saaneet olivat nuorempia kuin ulkoista sädehoitoa saaneet. Ulkoisen sädehoidon saaneilla ja hormonein hoidetuilla syöpä oli ollut vakavampi (suurempi Gleason), kun taas braky-hoidon tai seuranta saaneilla 'kiltimpi' (p < 0,001). Leikatuilla oli harvemmin muu krooninen sairaus kuin muilla ryhmillä (ikävakioitu p < 0,001).

Taulukko 3. Eturauhassyövän hoito, %

Hoito	n	%
Vain leikkaus	319	26
Vain ulkoinen sädehoito	292	24
Vain hormonihoido ⁶	202	17
Vain seuranta ⁷	69	5,5
Vain sisäinen sädehoito (braky-hoito)	67	5,5
Ulkoinen sädehoito + antiandrogenihormonihoido ⁸	163	13
Leikkaus + ulkoinen sädehoito	50	4
Muu yhdistelmä	73	5
Ei tietoa	4	<0,5

⁶ Joko pistoksina tai tabletteina, myös kivestenpoistoleikkaus (orchiectomia).

⁷ Joko säännöllinen tai odottava seuranta.

⁸ Hormonihoido >5 kuukautta.

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

Hoitojen sivu- ja haittavaikutukset

Kaikki eturauhassyövän aktiivihoidot – leikkaus, ulkoinen sädehoito, brakyhoito, hormonihoito – haittasivat merkittävästi seksielämää: hoidot aiheuttivat paljon haittoja intiimialueelle ja muuttivat seksielämää (Lehto, Helander ym., 2010; Lehto, Tenhola ym., 2013) (taulukko 4). Hoito vaikutti

LEHTO ET AL. – ETURAUHASSYÖVÄN HOITOJEN HAITAT SEKSELÄMÄLLE

seksielämään yli 80 %:lla tutkituista ja seksielämä puolison kanssa väheni merkittävästi kaikkien hoitomuotojen jälkeen. Seksielämän haittojen lisäksi leikkaushoito ja molemmat sädehoidot aiheuttivat virtsaoireita ja ulkoinen sädehoito myös suolisto-oireita.

Taulukko 4. Eturauhassyövän hoitojen haitat: seksielämän muutokset, virtsaoireet ja suolisto-oireet, %

	Leikkaus (n = 402)	Ulkoinen sädehoito (n = 523)	Sisäinen sädehoito (n = 80)	Hormonihoito (n=412)
	%	%	%	%
A. Seksielämän muutokset				
Vaikutusta seksielämään ¹	93	82	86	81
Potenssihäiriötä ²	92	79	70	84
Seksielämää puolison kanssa ennen hoitoa	82	70	81	62
Seksielämää puolison kanssa hoidon jälkeen	55	52	69	28
Seksielämän vähenemä hoidon jälkeen	38	30	20	58
B. Virtsaoireet				
Virtsankarkailua (ei/kyllä)	71	44	47	–
Virtsankarkailusta hajuhaittoja	59	58	41 ³	–
Virtsaoireet haittasivat elämää	78	66 ⁴	71	–
C. Sädehoidosta aiheutuneet suolisto-oireet				
Suolisto-oireita	–	53	15 ⁵	–
Ripulointia	–	77	36	–
Verenvuotoa suolistosta	–	41	64	–
Suolisto-oireet haittaavia	–	88	91	–

– = ei kysytty tässä hoidossa.

¹ Vaikutuksen voimakkuus eri hoidoissa on esitetty kuviossa 2.

² Potenssihäiriön laatu: halun, kyvyn tai molempien menetys on esitetty kuviossa 4.

³ Kenelläkään ei ollut hajuhaittoja 'paljon'.

⁴ 12 %:lta tieto puuttui.

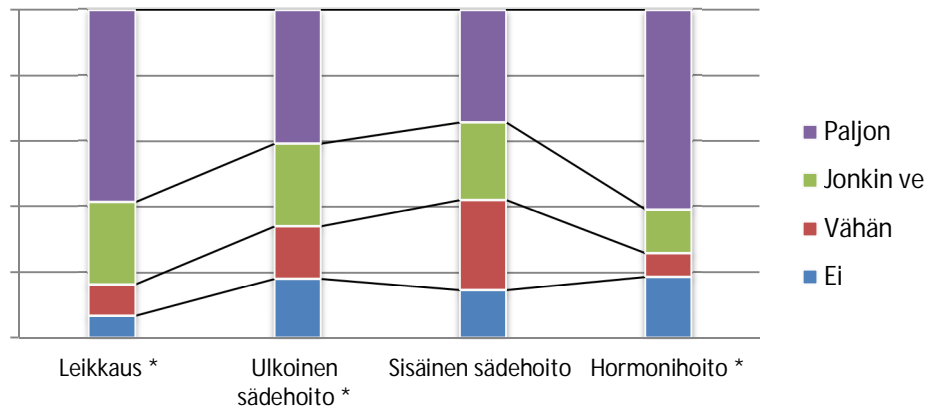
⁵ N=11.

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

Vaikutus seksielämään

Kaikki hoidot vaikuttivat merkittävässä määrin seksielämään: koettua vaikutusta raportoi vähintään 81 % (hormonihoito) mutta jopa 93 % (leikkaushoito) tutkituista (taulukko 4). Sen lisäksi että vaikutusta oli, tutkitut arvioivat sen voimakkaaksi: asteikolla 0–3 yleisimmin 3 (paljon) (kuvio 2). Hoidosta riippuen vaikutuksen koki voimakkaaksi 34:stä (brakyhoito) 61 %:iin (hormonihoito). Ikä vähensi hoitojen koettua vaikutusta. Brakyhoito vaikutti seksielämään vähemmän kuin muut ($p = 0,03$).

Kuvio 2. Hoitojen koettu vaikutus seksielämään: vaikutuksen voimakkuus eri hoidoissa



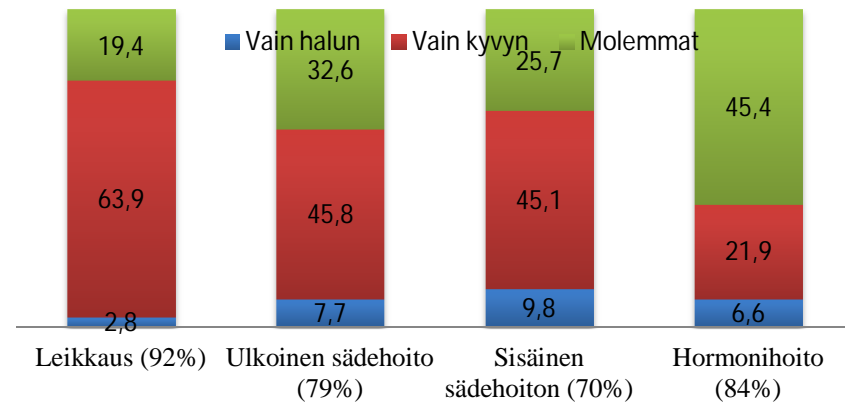
* Mitä vanhempi leikkaushoidon, ulkoisen sädehoidon tai hormonihoitoon saanut potilas oli, sitä useammin hän arvioi että hoidolla ei ollut vaikutusta seksielämään (p -arvot 0,017, 0,009, < 0,00001). Koettu vaikutus (ei/kyllä), ks. taulukko 4.

Potenssihäiriöitä (ei/kyllä) raportoi 70–92 % potilaista (taulukko 4), leikkaushoidon ja ulkoisen sädehoidon jälkeen yleisemmin (p -arvot < 0,001) kuin muiden hoitojen (Lehto, Helander ym., 2010, Lehto, Tenhola

LEHTO ET AL. – ETURAUHASSYÖVÄN HOITOJEN HAITAT SEKSELÄMÄLLE

ym., 2013). Leikkaushoito oli yleisimmin aiheuttanut seksuaalisen kyvyn menetyksen (73 % häiriöitä saaneista) mutta ei halun menetystä, kun taas hormonihoitoissa vaikutus oli kohdistunut sekä haluun että kykyyn (62 %) (kuvio 3). Ikä lisäsi todennäköisyyttä seksuaalisen halun menettämiseen leikkauksen jälkeen ($F = 14,54$, $p < 0,0001$) ja molempien menettämiseen sisäisen sädehoidon jälkeen ($F = 3,85$, $p = 0,029$).

Kuvio 3. Hoitojen vaikutus potenssihäiriöihin ja poistiko hoito seksuaalisen haluun, kyvyn tai molemmat, %



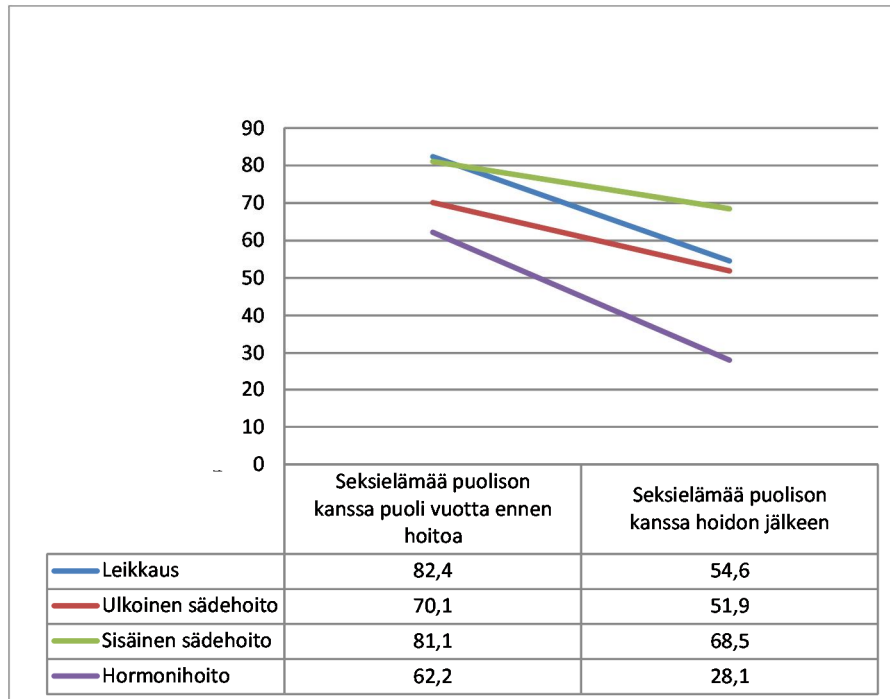
Kysyimme oliko tutkitulla ollut 'seksielämää puolison kanssa' (ei/kyllä) puolen vuoden aikana ennen hoitoa (taulukko 4). Mittasimme muutosta kysymällä saman kysymyksen koskien hoidon jälkeistä tilannetta: oliko tutkitulla ollut 'seksielämää puolison kanssa' (ei/kyllä) hoidon jälkeen (milloin tahansa hoidosta kuluneen viiden vuoden aikana).

Leikkauksella ja braky-hoidolla hoidetuista potilaista suuremmalla osalla oli ollut seksielämää puolison kanssa ennen hoitoa (82 % ja 81 %, p -arvot <

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

0,001 ja 0,005) ja hormonihoitoa saaneista pienemmällä osalla (62 %, $p = 0,003$) kuin muilla (kuvio 4). Ennen hoitoa 3–10 %:lla ei ollut kumppania.

Kuvio 4. Hoitojen vaikutus seksielämään puolison kanssa: seksielämää puolison kanssa puoli vuotta ennen hoitoa ja hoidon jälkeen, %



Eri hoitojen jälkeen seksielämää puolison kanssa oli tyypillisimmin ollut noin puolella vastaajista (kuvio 4). Leikkauksen jälkeen seksielämää oli ollut 55 %:lla ja ulkoisen sädehoidon jälkeen 52 %:lla, mutta braky-hoidon jälkeen sitä oli ollut 68 %:lla ja hormonihoitoa saaneista 28 %:lla tutkituista. Leikkauksella hoidetuista vähennyistä oli 38 %:lla (yhdeksi seksielämä

LEHTO ET AL. – ETURAUHASSYÖVÄN HOITOJEN HAITAT SEKSELÄMÄLLE

puolison kanssa alkoi, kaksi löysi hoidon jälkeen uuden kumppanin), sädehoitoja saaneista 30 ja 20 %:lla (viidellä seksielämä alkoi, kaksi löysi uuden kumppanin) ja hormonihoitoa saaneista 58 %:lla (yhdeksi alkoi, yksi löysi uuden kumppanin).

Virtsa- ja suolisto-oireet sekä hormonihoitojen haitat

Virtsankarkailua aiheutui 44–71 %:lle leikkaushoidon tai sädehoitoja saaneelle (Lehto, Helander ym., 2010; Lehto, Tenhola ym., 2013) ja kolmella neljästä ne olivat haitanneet elämää (taulukko 4). Virtsankarkailu myös aiheutti suurelle osalle potilaista ainakin vähäisiä hajuhaittoja. Sisäinen sädehoito aiheutti lisäksi sille tyypillisiä ärsytysoireita (tiheä- tai verivirtsaisuus, virtsaumpi tai -vaikeudet, kirvely virtsatessa).

Ulkoisen sädehoito aiheutti suolisto-oireita (ripulointia, suolistoverenvuotoa) 53 %:lle ja braky-hoito 15 %:lle vastanneista (Lehto, Helander ym., 2010; Lehto, Tenhola ym., 2013). Suolisto-oireita kokeneista vain joka kymmenes kertoi, että ne eivät olleet haitanneet.

Hormonihoito aiheutti runsaasti sille tyypillisiä haittavaikutuksia, joista kuumat aallot/hikoilu (73 %), rintojen aristus (52 %) ja mielialahäiriöt (46 %) olivat yleisimpiä (Lehto, Helander et al. 2010). Vanhemmilla potilailla oli hormonihoitoa seurauksena harvemmin mielialahäiriöitä ($F = 4.25$, $p = 0,006$), kuumia aaltoja ($F = 2.26$, $p = 0,08$) ja rintojen aritusta ($F = 14.02$, $p = 0,00001$) kuin nuoremmilla.

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

Sekselämään kohdistunutta haittaa ennakoineet tekijät

Kaikissa hoidoissa koettua seksielämään kohdistunutta haitallista vaikutusta ennakoivat pääosin samat seksielämän oireet ja muutokset (ikävakioitu, ks. taulukko 5). Haittaava vaikutus oli suurempi jos hoito oli vienyt seksuaalisen kyvyn tai sekä kyvyn että halun. Kyvyn/halun menetys

LEHTO ET AL. – ETURAUHASSYÖVÄN HOITOJEN HAITAT SEKSELÄMÄLLE

ennakoi haittaavaa vaikutusta voimakkaammin kuin pelkän kyvyn menetys. Sädehoitoa tai hormonihoitoa edeltävä seksielämä lisäsi koettua haittaavuutta, mutta hoidon jälkeinen seksielämä luonnollisesti vähensi kaikkien hoitojen kielteistä vaikutusta. Hormonihoidon saaneiden korkeampi ikä vähensi hoidon vaikutusta seksielämään.

Taulukko 5. Hoidon vaikutusta seksielämään ennakoineet tekijät

	Leikkaus	Ulkoinen sädehoito	Braky-hoito	Hormonihoito
	B	B	B	B
Ikä	-0.01†	-0.01	0.03	-0.02**
Gleason	0.04	-0.06	0.05	-0.03
Potenssihäiriöt				
- poisti halun	0.64**	0.59***	0.38	0.83**
- poisti kyvyn	1.11***	1.19***	1.16***	1.44***
- poisti molemmat	1.19***	1.41***	1.50***	1.79***
Sekselämää puolison kanssa ennen	0.18	0.65***	0.38	0.38**
Sekselämää puolison kanssa jälkeen	-0.20*	-0.22*	-0.05	-0.36*
<i>Mallin selitysosuus R²</i>	<i>0.310</i>	<i>0.359</i>	<i>0.399</i>	<i>0.379</i>

*** tilastollisesti merkitsevä 0,001 riskitasolla, ** 0,01 riskitasolla, * 0,05 riskitasolla, † 0,1 riskitasolla.

B = regressiokerroin. Yhteys tämän hoidon haittojen ja vaikutuksen koetun voimakkuuden 0 (ei lainkaan) 3 (paljon) välillä.

Hoitojen muut intiimialueelle kohdistuneet haitat lisäsivät vain vähän seksielämälle koitunutta haittaa: ulkoisessa sädehoidossa myös suolisto-ongelmien haittaavuus ennakoi voimakkaampaa vaikutusta (B=0.25, p = 0,058) ja hormonihoidossa myös mielialaoireet (B=0.25, p < 0,001).

Kyselyhetken hyvinvointi

Kyselyhetken hyvinvointia mittasimme psyykkisinä oireina ja tyytyväisyytenä elämään. Noin puolet vastaajista oli kokenut kutakin kysyttyä psyykkistä oiretta; neljäsosalla ei ollut tutkimushetkellä mitään

kysytyistä oireista. Itsetuhoajatuksista kertoi 5 % vastaajista. Psyykkisiä oireita oli eniten nuorimmassa ikäryhmässä, tutkimushetkellä alle 65-vuotialla. Tyytyväisyys elämään -asteikossa vastaukset painottuivat positiiviseen päähän (tyyppivastaus 'samaa mieltä').

Kyselyn palauttaneista 16 % jätti vastaamatta tyytyväisyyttä seksielämään koskevaan kysymykseen (The IIEF). Vastanneista 29 % oli hyvin tyytymättömiä ja 14 % melko tyytymättömiä seksielämäänsä, hyvin tyytyväisiä oli 6 %; tämä ei juuri vaihdellut hoidon mukaan

Taulukko 6. Eturauhassyövän eri hoitojen ja syövän uusiutumisen yhteys psyykkiseen hyvinvointiin viisi vuotta myöhemmin

	Psyykinen hyvinvointi			
	Psyykkiset oireet		Tyytyväisyys elämään (‘onnellisuus’)	
	B	p	B	p
Ikä	-0.05	0,025	0.04	n.s.
Leikkaus	-0.63	n.s.	-0.03	n.s.
Ulkoinen sädehoito	-0.38	n.s.	0.02	n.s.
Braky-hoito	-1.64	0,015	1.35	n.s.
Hormonihoito	-0.04	n.s.	-0.40	n.s.
Seuranta	-0.78	n.s.	1.91	0,024
Eturauhassyövän uusiutuminen	1.14	0,040	-0.40	n.s.

B = regressiokerroin. Hoitomuodon ja syövän uusiutumisen yhteys psyykkiseen hyvinvointiin (kaikki tekijät vakioitu keskenään).

Korkeampi ikä yhdistyi vähäisempään määrään psyykkisiä oireita (taulukko 6). Kyselyhetken psyykinen hyvinvointi vaihteli saadun hoidon mukaan. Saatu braky-hoito ennakoivat vähäisempää määrää psyykkisiä oireita ($p = 0,015$) Tyytyväisyyttä elämään ennakoivat seuranta hoitomuotona ($p = 0,025$). Niillä, joiden syöpä oli uusiutunut, oli enemmän psyykkisiä oireita ($p = 0,053$).

Sekselämän haittojen yhteys kyselyhetken hyvinvointiin

Kun tutkimme seksielämän haittojen yhteyttä tutkittujen psyykkiseen hyvinvointiin kyselyhetkellä (psyykkiset oireet, tyytyväisyys elämään), hiukan eri tekijät vaikuttivat eri hoitojen jälkeen kun muiden tekijöiden vaikutus vakioitiin (taulukko 7).

Psyykkistä hyvinvointia leikkaushoidon jälkeen vähensivät potilaan nuorempi ikä, tuki- ja liikuntaelinsairaus ja hoidon aiheuttaman virtsankarkailun haittaavuus (taulukko 7). Kuitenkin myös se oli potilaalla

leikkauksen jälkeen ollut seksielämää puolison kanssa (psyykkiset oireet) ja seksielämälle koitunut koettu haitta (onnellisuus) ennakoivat hyvinvointia (p -arvot $< 0,1$). Biologisesti vakavampi sairastettu tauti (suurempi Gleason) ennakoivat suurempaa onnellisuutta kyselyhetkellä.

Ulkoisen sädehoidon saaneilla virtsankarkailu lisäsi psyykkisiä oireita ja kively virtsatessa vähensi onnellisuutta (taulukko 7). Seksuaalisen kyvyn, halun tai molempien menetys ennakoivat suurempaa määrää psyykkisiä oireita ($p < 0,01$), vaikkakin molempien menettäminen yhdistyi myös suurempaan onnellisuuteen ($p < 0,1$). Jos potilaalla oli ollut seksielämää puolison kanssa ennen sädehoitoa, onnellisuus oli vähäisempää, mutta hoidon jälkeinen seksi ymmärrettävästi lisäsi onnellisuutta. Suolisto-oireiden haittaavuus lisäsi psyykkisiä oireita ja vähensi onnellisuutta.

Taulukko 7. Psykkistä hyvinvointia ennakoineet hoitojen haitat eri hoidoissa

	Psyykinen hyvinvointi			
	Psyykkiset oireet		Tyytyväisyys elämään (‘onnellisuus’)	
	B	<i>p</i>	B	<i>p</i>
A. Leikkaushoito				
Ikä	-0.11	0,039		
Gleason			0.61	0,048
Tuki- ja liikuntaelinsairaus	2.23	0,021	-2.94	0,016
Virtsaoireet				
Virtsankarkailun haittaavuus	0.85	0,030	-1.67	0,001
Seksielämään kohdistuneet haitat				
Hoidon vaikutus seksielämään			-1.00	0,090
Seksielämää leikkauksen jälkeen	-1.11	0,096		
<i>Mallin selitysosuus R²</i>	<i>0.107</i>		<i>0.159</i>	
B. Ulkoinen sädehoito				
	B	<i>p</i>	B	<i>p</i>
Virtsaoireet				
Virtsankarkailu	1.37	0,004		
Kirvelyä virtsatessa			-3.01	<0,001
Seksielämään kohdistuneet haitat				
Seksuaalisen halun menetys	4.01	0,003		
Seksuaalisen kyvyn menetys	2.91	0,007		
Sekä kyvyn että halun menetys	3.58	0,002	3.06	0,084
Seksielämää ennen sädehoitoa			-2.53	0,068
Seksielämää sädehoidon jälkeen			3.28	0,014
Muut				
Suolisto-oireiden haittaavuus	0.91	0,055	-1.29	0,067
<i>Mallin selitysosuus R²</i>	<i>0.305</i>		<i>0.245</i>	
C. Sisäinen sädehoito (braky-hoito)				
	B	<i>p</i>	B	<i>p</i>
Virtsaoireet				
Virtsankarkailu			-1.73	0,051
Virtsaoireiden haittaavuus	1.70	0,023		
Seksielämään kohdistuneet haitat				
Seksuaalisen halun menetys			4.84	0,065
Sekä kyvyn että halun menetys			3.98	0,068
Seksielämää ennen braky-hoitoa			5.40	0,018
<i>Mallin selitysosuus R²</i>	<i>0.155</i>		<i>0.430</i>	

B = regressiokerroin. Yhteys tämän hoidon sivuvaikutusten/haittojen ja psyykkisen hyvinvoinnin välillä kun kaikkien haittojen vaikutus on huomioitu (tekijät vakioitu iän, Gleason-arvon ja muiden pitkäaikaissairauksien mukaan sekä keskenään), vain tilastollisesti merkitsevät esitetty.

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

Sisäisen sädehoidon saaneilla virtsaoireet ennakoivat huonompaa psyykkistä hyvinvointia (taulukko 7). Onnellisuutta lisäsi se, että tutkitulla oli ollut seksielämää puolison kanssa ennen hoitoa, mutta sitä lisäsi myös seksuaalisen halun tai sekä halun että kyvyn menetys.

Hormonihoitoa (>5kk) saaneilla tärkein psyykkisiä oireita ennakoiva sivuvaikutus oli hormonihoidon aiheuttamat mielialahäiriöt ($p < 0.001$) ja oireita ennakoivat myös kyvyn ($p < 0.1$), mutta varsinkin halun tai halun ja kyvyn menettäminen (p -arvot < 0.01). Yhteys onnellisuuteen oli heikompi kuin muissa hoidoissa; vähäisempää onnellisuutta ennakoivat hormonihoidon aiheuttamat mielialahäiriöt ($p < 0.05$) ja muu syöpäsairaus ($p < 0.1$) ja sitä lisäsi kumppanin olemassaolo ($p < 0.1$). Kun tutkimme pelkän hormonihoidon saaneita, halun menettäminen nousi muita selvästi merkittävämmäksi psyykkisiä oireita ennakoivaksi tekijäksi ($B=9.05$, $p < 0.001$, mallin selitysosuus R^2 0.551). Onnellisuutta ennakoivat pelkän hormonihoidon saaneilla ainoastaan halun tai halun ja kyvyn menetys (p -arvot < 0.01) ja kyvyn menetys ($p < 0.05$).

Pohdinta

Tutkimme valtakunnallisessa potilasotoksessa Suomessa yhden vuoden aikana eturauhassyöpään sairastuneiden miesten kokemuksia eturauhassyövän hoitojen seksielämään kohdistuneista sivu- ja haittavaikutuksista. Keräsimme tietoa seksielämään kohdistuneista haitoista laajasti: kysyimme sekä haittojen ilmaantumisesta että niiden voimakkuudesta ja koetusta haittaavuudesta. Tutkimme myös hoidosta aiheutuneita virtsa- ja suolisto-oireita ja niiden yhteyttä seksielämän ongelmiin, koska ajattelimme myös niiden myös voivan vaikuttaa

LEHTO ET AL. – ETURAUHASSYÖVÄN HOITOJEN HAITAT SEKSELÄMÄLLE

haitallisesti. Mittasimme kyselyssä myös potilaiden hyvinvointia (psyykkiset oireet, tyytyväisyys elämään) viisi vuotta diagnoosin ja primäärihoidon jälkeen. Tutkimme hyvinvointia ennakoivia tekijöitä myös niin, että vakioimme muiden tekijöiden vaikutuksen. Tutkimuksen kyselylomake laadittiin yhdessä eturauhassyöpäpotilaiden kanssa. Vastaamisalttius oli hyvä (73 % niistä joille kysely lähetettiin ja 63 % kaikista tutkimusaikana sairastuneista), emmekä todenneet aineistossa valikoituneisuutta lukuun ottamatta sitä että tavoitimme ≥ 85 -vuotiaita aineistoon huonommin kuin muita. joten saatu tieto antaa varsin luotettavan kuvan sairastuneiden kokemuksista.

Mittasimme seksielämän ongelmia eri näkökulmista ja laajemmin kuin useimmissa aiemmissä tutkimuksissa, joissa on tyypillisesti käytetty erektiohäiriökyselyitä, ja keskityimme erityisesti potilaan omaan kokemukseen haittaavuudesta (Potosky, Davis ym., 2004; Miller ym., 2005; Penson ym., 2008; Smith ym., 2009; Pardo ym., 2010). Aikaisempien tutkimusten tulokset ovat myös poikenneet toisistaan, mm. siksi että mittausajankohta ja mittauskohde ja -menetelmät ovat vaihdelleet, mutta myös siksi että tutkimusaineistot ovat yleensä koskeneet vain tiettyä hoito/hoitoja ja ne on kerätty vain yhden tai muutaman harvan klinikan potilailta (Potosky ym., 2004; Miller ym., 2005; Penson ym., 2008; Pardo ym., 2010). On olemassa vain yksi tämän työn kaltainen valtakunnallisesti edustavaan otokseen perustuva tutkimus, minkä kohteena olivat kaikkia eri hoitoja saaneet potilaat (Smith ym., 2009), siinä kuitenkin tutkittiin vain alle 70-vuotiaita potilaita; Suomessa sairastuneiden keski-ikä on 71 vuotta.

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

Potilaista 81–93 % kertoi hoidon vaikuttaneen haitallisesti seksielämäänsä, käytännössä siis yhdeksän kymmenestä eturauhassyövän aktiivihoidon läpikäyneestä miehestä joutuu kohtaamaan tämän alueen ongelmia. Potenssihäiriöitä raportoi hoidosta riippuen 70–92 %. Eri hoidot vaikuttivat seksielämään eri tavoin. Leikkaushoito vei tyypillisesti kyvyn, mutta hyvin harvoin halun, kun taas hormonihoidon vaikutus oli tyypillisesti kohdistunut sekä haluun että kykyyn. Myös sädehoidot vaikuttivat eniten seksuaaliseen kykyyn. Sekä kyvyn että halun menetys ennakoivat haittaavaa vaikutusta voimakkaammin kuin pelkän kyvyn menetys. On todennäköistä, että miehet ovat olleet tietoisia nykyisistä kyvyn palauttavista erektiolääkkeistä. On kuitenkin huomattava, että sekä kyvyn että halun menettäminen sädehoitojen jälkeen ja halun menettäminen braky-hoidon jälkeen ennakoivat myös suurempaa onnellisuutta. Tulkitsemme tämän niin, että halun menettämisen jälkeen seksielämällä ei enää välttämättä ollut elämän kokonaisuudessa niin suurta merkitystä.

Miehet olivat ennen hoitoja olleet hyvin erilaisessa tilanteessa seksuaalisesti: leikkauksella ja braky-hoidolla hoidetuista oli ollut seksielämää puolison kanssa ennen hoitoa useammalla kuin neljällä viidestä, mutta hormonihoidosta saaneista vain runsaalla 60 %:lla. Tämä johtui siitä että leikkaus- tai braky-hoidon saaneet olivat olleet nuorempia ja terveempiä kuin muut; kuitenkin juuri leikkaushoito tuotti eniten haittaa seksielämälle.

Tutkimme potilaiden seksielämän muuttumista tilanteesta ennen hoitoa tilanteeseen hoidon jälkeen tavalla, jota ei ole tietomme mukaan aiemmin tehty. Totesimme että 'seksielämä puolison kanssa' (ei/kyllä, potilaan

LEHTO ET AL. – ETURAUHASSYÖVÄN HOITOJEN HAITAT SEKSELÄMÄLLE

oman määritelmän mukaan) oli vähentynyt merkittävästi kaikkien hoitojen jälkeen (vähennystä 20–58 %) ja että yleisimpien hoitomuotojen, leikkauksen ja ulkoisen sädehoidon (joita sai yhteensä 75 % tutkituista) jälkeen sitä oli jäljellä enää hiukan runsaalla puolella hoidetuista. Braky-hoidon jälkeen seksielämää puolison kanssa oli kahdella kolmesta, mutta hormonihoidon jälkeen vain vajaalla 30 %:lla. Seksuaalinen aktiivisuus väheni vähiten sädehoidoissa, niissäkin kuitenkin 20–30 %.

Tutkituilla oli myös hyvin paljon virtsaoireita, mm. virtsankarkailua, ja ulkoisen sädehoidon saaneilla suolisto-oireita. On huomionarvoista että virtsaoireet eivät kuitenkaan vaikuttaneet seksielämälle koituneeseen haittaan, mutta sen sijaan suolisto-oireiden haittaavuus (niitä sai puolet ulkoisen sädehoidon läpikäyneistä) ja hormonihoidon aiheuttavat mielialahäiriöt vaikuttivat. Virtsankarkailu kylläkin ennakoivat psyykkisen hyvinvoinnin määrää, kuten myös suolisto-oireet. Täten tulostemme mukaan suolisto-oireilla on suurempi seksielämää haittaava vaikutus kuin virtsaoireilla ja hormonihoidon monista haitoista mielialaoireet ovat merkityksellisimpiä. Ulosteen karkaaminen seksin yhteydessä on luonnollisesti hyvin epämiellyttävä kokemus ja jos mieliala on matalalla, ei seksikään kiinnosta. Nykyiset sädehoitotekniikat aiheuttavat vähemmän suolisto-oireita kuin tutkimusaineistomme hoitojen aikaan käytetyt.

Toteutimme tutkimuksen takautuvana poikkileikkauksena ja pitkäaikaistutkimuksen eri ajankohtina toistetuilla kyselyillä olisi saatu tarkempaa tietoa haittojen ilmaantumisaikakohdasta, kestosta ja muutoksista. Viiden vuoden ajalta mieliin palautetuissa haittoja koskeneissa vastauksissa voi olla muistiharhan aiheuttamia

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

epätarkkuuksia. Toisaalta hoidon aiheuttamat epämiellyttävät ja pitkäaikaiset tai pysyvät haitat muistetaan hyvin, mutta toisaalta osa epämiellyttävistä kokemuksista on todennäköisesti ehtinyt unohtua kun tilanne on ajan myötä parantunut. Hoidosta aiheutuneita haittoja on voinut olla vielä enemmän kuin kyselyssä tuli ilmi. Hoitojen aiheuttamia haittoja ei myöskään pystytty vertailemaan samanikäisen muun miesväestön oireisiin.

Se, että kaikki eturauhassyövän aktiivihoidot aiheuttavat seksielämään kohdistuvia haittavaikutuksia ja näitä haittoja tulee suurelle – jopa suurimmalle – osalle kutakin hoitoa saaneista, tulee huomioida potilaiden hoidossa, neuvonnassa ja kuntoutuksessa. Valittaessa potilaalle sopivinta hoitovaihtoehtoa, tulee ottaa huomioon eri haitta-alueiden merkitys kullekin potilaalle yksilöllisesti. Tämä on entistä tärkeämpää, koska erityisesti paikallisena löydetyn eturauhassyövän ennuste yhä paranee, ja elinvuosia on paljonkin jäljellä; on tärkeää huomioida hoitojen koko jäljellä olevan eliniän kestävä vaikutus. Viime kädessä on kyse eturauhassyövän hoidon kokonaisvaltaisesta onnistumisesta jota eri haittojen merkityksen punnitseminen ja ymmärtäminen edesauttaa. Koska eturauhassyöpä on ikääntyvien miesten tauti, monen heistä seksielämä on loppunut jo ennen hoitoja muista syistä. Silloin syöpähoitojen haittavaikutukset seksielämälle jäävät vähäisemmäksi. Tästä kertoo esimerkiksi se, että iäkkäämmät hormonihoitoa saaneet potilaat raportoivat että hoito ei vaikuttanut seksielämään, vaikka antiandrogeenihoito varmasti tällä alueella vaikuttikin. Haittojen merkityksen ymmärtämiseksi tulee ottaa huomioon kunkin potilaan kokonaiselämäntilanne, mukaan lukien seksuaalisuuden merkitys potilaalle.

LEHTO ET AL. – ETURAUHASSYÖVÄN HOITOJEN HAITAT SEKSELÄMÄLLE

Pienen paikallisena todetun eturauhassyövän seuraaminen (seuranta tietyin väliajoin, mm. verikokein ja lääkärin tutkimuksin) ilman aktiivihoidtoa on eturauhassyövän pätevä hoito eikä se aiheuta haittoja. Kaikki todetuista varhaisvaiheen kasvaimista eivät kehity myöhempää haittaa aiheuttaviksi tai aktiivihoidtoa vaativiksi syöviksi. Nykyään keskustellaankin vilkkaasti siitä mitkä eturauhassyöväät pitää hoitaa, ja milloin hoidosta on enemmän haittaa kuin hyötyä (Sankila, 2013; Carlsson ym., 2014). PSA-testauksella löydettyistä pienistä, piileviä syöivistä suurehko osa on sellaisia, joita ei olisi tarvinnut todeta eikä hoitaa. Käytettävissä ei kuitenkaan ole luotettavia keinoja erottaa hoitoa edellyttäviä, aggressiivisia kasvaimia pienistä ja vain lievästi pahanlaatuisista eturauhassyöivistä, joiden kehittymistä voitaisiin jäädä seuraamaan ilman aktiivista hoitoa (Pukkala ym., 2011; Sankila, 2013). Aivan hiljattain on esitetty seulonnan jatkotoimenpiteille katkaisukohtaa testattavan iän ja mitatun PSA-arvon mukaan: miehille, joiden PSA on 60-vuoden iässä alle 1 ng/mL, ei suositeltaisi seulontaa (Carlsson ym., 2014).

Yhtenevästi aikaisempien tutkimusten (Pukkala ym., 2011; Hervonen ja Virtanen, 2013; Bul ym., 2013; Ruutu ym., 2009; Taari ym., 2013; Sooriakumaran ym., 2014; Lehto, Helander ja Aromaa, 2010) tulosten kanssa totesimme että seksielämän haitat ja oireet olivat erittäin yleisiä ja että niistä kärsi lähes jokainen hoidettu. Tutkimuksessamme haittoja ja vaikutusta seksielämään raportoitiin jopa enemmän kuin aikaisemmissa tutkimuksissa (ks. taulukko 1. aiemmassa julkaisussamme (Lehto, Tenhola ym., 2013). Laatomalla kyselyn yhdessä eturauhassyöpäpotilaiden kanssa saatoimme mitata haittoja monipuolisemmin kuin valmiilla kyselyillä.

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

Tämän takia tutkimuksemme tulokset eivät kuitenkaan ole suoraan vertailukelpoisia valmiilla kyselyinstrumenteilla saatujen tulosten kanssa.

On huomioitava, että eturauhassyövän hoitoja kehitetään koko ajan, joten nykyisten hoitojen (mm. robottivusteinen leikkaustekniikka, uudet sädehoitotekniikat) haittavaikutukset lienevät vähäisempiä kuin aineistossamme. Kuitenkin nykyisetkin hoidot aiheuttavat yhä merkittävässä määrin haittoja. Terveystieteiden tutkimuskeskuksesta tulee tuntee eturauhassyövän hoitojen aiheuttamat lyhyt- ja pitkäaikaisen seuraukset. Koska hoitojen haitat vaarantavat potilaiden seksielämän, ne on otettava huomioon ja niiden merkitys kullekin potilaalle on punnittava jo valittaessa hoitomuotoa. Tuloksemme tukevat myös eturauhassyövän kokonaisvaltaisen hoidon ja kuntoutuksen kehittämisen tärkeyttä.

Kiitokset

Kiitämme Eturauhassyöpöpotilaiden tuki ry:tä (ERSY), jonka kuntoutushankkeen osana tämä tutkimus suoritettiin sekä Raha-automaattiyhdistystä, joka rahoitti po. hankkeen. Kiitämme Suomen Syöpäjärjestöjä tulosten raportointiin myönnetystä apurahasta. Kiitämme myös proviisori Heli Tenholaa, joka suoritti suuren osan tilastollisista analyyseista sekä ThT Leena Kuivalaista, joka oli aktiivisesti mukana kyselylomakkeen suunnitteluvaiheessa.

Kirjallisuus

Budäus, L., Bolla, M., Bossi, A., Cozzarini, C., Crook, J., Widmark, A. ja Wiegel, T. (2012). Functional outcomes and complications following

LEHTO ET AL. – ETURAUHASSYÖVÄN HOITOJEN HAITAT SEKSIELÄMÄLLE

radiation therapy for prostate cancer: a critical analysis of the literature. *European Urology*, 61(1), 112-127.

Bul, M., Zhu, X., Valdagni, R., Pickles, T., Kakehi, Y., Rannikko, A., Bjartell, A., van der Schoot, D. K., Cornel, E. B., Conti, G. N., Boeve, E. R., Staerman, F., Vis-Maters, J. J., Vergunst, H., Jaspars, J. J., Strolin, P., van Muilekom, E., Schroder, F. H., Bangma, C. H. ja Roobol, M. J. (2013). Active surveillance for low-risk prostate cancer worldwide: the PRIAS study. *European Urology*, 63(4), 597-603.

Carlsson, S., Assel, M., Sjöberg, D., Ulmert, D., Hugosson, J., Lilja, H. ja Vickers, A. (2014). Influence of blood prostate specific antigen levels at age 60 on benefits and harms of prostate cancer screening: population based cohort study. *BMJ*, 348.

Damber, J ja Aus, G (2008). Prostate cancer. *Lancet*, 371, 1710-1721.

deHaes, J., van Knippenberg, F. ja Neijt, J. (1990). Measuring psychological and physical distress in cancer patients: structure and application of the Rotterdam Symptom Checklist. *British Journal of Cancer*, 62(6), 1034-1038.

Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. ja Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.

Dolbeaut, S., Szporn, A. ja Holland, J. C. (1999). Psycho-oncology: Where have we been? Where are we going? *European Journal of Cancer*, 35(11), 1554-1558.

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

Hervonen, H. ja Virtanen, I. (2013). Miehen sukupuolielinten rakenne. Teoksessa Taari, K., Aaltomaa, S., Nurmi, M., Parpala, T. ja Tammela, T. (toim.) *Urologia* (s. 30-38). Saarijärvi: Duodecim.

Hoffman, R., Hunt, W., Gilliland, F., Stephenson, R. ja Potosky, A. (2003). Patient satisfaction with treatment decisions for clinically localized prostate carcinoma. Results from the Prostate Cancer Outcomes Study. *Cancer*, 97(7), 1653-1662.

Isola, J. ja Kallioniemi, A. (2013). Syövän synty, kasvu ja leviäminen. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P., Kellokumpu-Lehtinen, P.-L. ym. (toim.) *Syöpätaudit*, 5. painos. Helsinki: Duodecim.

Kellokumpu-Lehtinen, P., Joensuu, T. ja Ruutu, M. (2007). Eturauhasen syöpä. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P., Teppo, L. ja Tenhunen, M. (toim.) *Syöpätaudit* (s. 434-450). Jyväskylä: Duodecim.

Kellokumpu-Lehtinen, P., Joensuu, T. ja Tammela, T. (2013). Paikallisen syövän hoito: Eturauhassyöpä. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P., Kellokumpu-Lehtinen, P.-L., ym. (toim.) *Syöpätaudit*, 5. painos. Helsinki: Duodecim.

Lehto, U.-S., Helander, S. ja Aromaa, A. (2010). Eturauhassyöpään sairastunut tarvitsee tietoa ja tukea. Valtakunnallinen tutkimus hoidosta ja potilaiden kokemuksista. [Experiences of men diagnosed with prostate cancer in Finland in 2004; with English Abstract]. *Suomen Lääkärilehti*, 65, 3961-3968.

Lehto, U.-S., Helander, S., Taari, K. ja Aromaa, A. (2014). Patient experiences at diagnosis and choice of treatment, and psychological well-

LEHTO ET AL. – ETURAUHASSYÖVÄN HOITOJEN HAITAT SEKSIELÄMÄLLE

being in prostate cancer: A Finnish nationwide survey. *European Journal of Oncology Nursing*, painossa.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2014.10.018>

Lehto, U.-S. ja Kuivalainen, L. (2007). Tieto syöpädiagnoosista pitää kertoa henkilökohtaisesti vastaanotolla. *Suomen Lääkärilehti*, 62(49-50), 4644-4645.

Lehto, U.-S., Tenhola, H., Taari, K. ja Aromaa, A. (2013). Eturauhassyövän hoitojen haitat ja potilaiden tyytyväisyys. *Suomen Lääkärilehti*, 46, 2997-3005.

Lehto, U.-S., Tenhola, H., Taari, K. ja Aromaa, A. (2014). Negative effects after different prostate cancer treatment and the patients' well-being: A nationwide survey. Valmisteilla.

Miller, D., Sanda, M., Dunn, R., Montie, J., Pimentel, H., Sandler, H., McLaughlin, W. ja Wei, J. (2005). Long-term outcomes among localized prostate cancer survivors: Health-related quality-of-life changes after radical prostatectomy, external radiation, and brachytherapy. *Journal of Clinical Oncology*, 23(12), 2772-2780.

Pardo, Y., Guedea, F., Aguiló, F., Fernández, P., Macias, V., Mariño, A., Hervás, A., Herruzo, I., Ortiz, M. J., Ponce de León, J., Craven-Bratle, J., Suárez, J. F., Boladeras, A., Pont, A., Ayala, A., Sancho, G., Martinez, E., Alonso, J. ja Ferrer, M. (2010). Quality-of-life impact of primary treatments for localized prostate cancer in patients without hormonal treatment. *Journal of Clinical Oncology*, 28(31), 4687-4696.

Penson, D., McLerran, D., Feng, Z., Li, L., Albertsen, P., Gilliland, F., Hamilton, A., Hoffman, R., Stephenson, R., Potosky, A. ja Stanford, J.

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

(2008). 5-year urinary and sexual outcomes after radical prostatectomy: results from the prostate cancer outcomes study. *The Journal of Urology*, 179(5 Suppl), S40-S44.

Penson, D., Rossignol, M., Sartor, A., Scardino, P. ja Abelhaim, L. (2008). Prostate cancer: Epidemiology and health related quality of life. *Urology*, 72(Supplement 6A), 3-11.

Potosky, A. L., Davis, W. W., Hoffman, R. M., Stanford, J. L., Stephenson, R. A., Penson, D. F. ja Harlan, L. C. (2004). Five-year outcomes after prostatectomy or radiotherapy for prostate cancer: The Prostate Cancer Outcomes Study. *Journal of the National Cancer Institute*, 96(18), 1358-1367.

Pukkala, E., Sankila, R. ja Rautalahti, M. (2011). *Syöpä Suomessa 201*, 13. uudistettu painos. Helsinki: Suomen Syöpäjärjestöt.

Rosen, R., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I., Kirkpatrick, J. ja Mishra, A. (1997). The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49(6), 822-830.

Roth, A., Weinberger, M. ja Nelson, C. (2008). Prostate cancer: Quality of life, psychosocial implications and treatment choices. *Future Oncology*, 4(4), 561-568.

Ruutu, M., Rannikko, A., Malmi, H., Vasarainen, H. ja Mikkola, A. (2009). Hyväennusteisen paikallisen eturauhassyövän hoidosta voi olla enemmän haittaa kuin hyötyä. *Duodecim*, 125(14), 1516-1523.

LEHTO ET AL. – ETURAUHASSYÖVÄN HOITOJEN HAITAT SEKSIELÄMÄLLE

Sankila, R. (2013). Eturauhasen syövän yleisyys ja vaaratekijät. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P., Kellokumpu-Lehtinen, P.-L. ym. (toim.) *Syöpätaudit*, 5. painos. Helsinki: Duodecim.

Schröder, F. H., Hugosson, J., Roobol, M. J., Tammela, T. L., Ciatto, S., Nelen, V., Kwiatkowski, M., Lujan, M., Lilja, H., Zappa, M., Denis, L. J., Recker, F., Berenguer, A., Maattanen, L., Bangma, C. H., Aus, G., Villers, A., Rebillard, X., van der Kwast, T., Blijenberg, B. G., Moss, S. M., de Koning, H. J. ja Auvinen, A. (2009). Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. *New England Journal of Medicine*, 360(13), 1320-1328.

Schröder, F., Hugosson, J., Roobol, M. ym. (2012). Prostate-cancer mortality at 11 years of follow-up. *New England Journal of Medicine*, 366, 981-990.

Smith, D. P., King, M. T., Egger, S., Berry, M. P., Stricker, P. D., Cozzi, P., Ward, J., O'Connell, D. L. ja Armstrong, B. K. (2009). Quality of life three years after diagnosis of localised prostate cancer: population based cohort study. *BMJ*, 339, b4817.

Sooriakumaran, P., Nyberg, T., Akre, O., Haendler, L., Heus, I., Olsson, M., Carlsson, S., Roobol, M. J., Steineck, G. ja Wiklund, P. (2014). Comparative effectiveness of radical prostatectomy and radiotherapy in prostate cancer: observational study of mortality outcomes. *BMJ*, 348.

Taari, K., Aaltomaa, A., Nurmi, M., Parpala, T. ja Tammela, T. (2013). *Urologia*. Saarijärvi: Duodecim.

Seksuaalineuvonnan toimintamalli Tays naistenklinikassa Mayer-Rokitansky-Kuster-Hasern oireyhtymä potilailla

KATSAUS

Jaana Susi, *asiantuntijahoitaja, auktorisoitu seksuaalineuvoja ja kasvattaja, TAYS*

Emättimen ja kohdun synnynnäinen puuttuminen on harvinainen kehityshäiriö. Oireyhtymää arvioidaan olevan 1:5000 tyttöä kohti. Suomessa syntyy vuosittain 5-10 tyttöä joilla ei ole kohtua eikä emätintä. Emättimen kohdalla on usein pieni poukama, ns. emättimen alku (Aittomäki, Eroila ja Kajanoja, 2001). Kohtu ja emättimen yläosa kehittyvät kahdesta Müllerin tiehyestä, kun nämä yhdistyvät toisiinsa. Vaginan alaosa syntyy urogenitaalipoukamasta. Kohtu ja emätin ovat pääosin muodostuneet 20 viikon ikäisellä sikiöllä. Emätin ja kohtu eivät kehity, mikäli Müllerin tiehyet kehittyvät vajavaisesti tai eivät tavoita urogenitaalipoukamaa. Ulkosynnyttimet ovat normaalit ja samoin munasarjat toimivat normaalisti. Ulkoisesti tytöt ovat hyvin kehittyneitä ja esim. rinnat ovat kehittyneet normaalisti. Kehityshäiriö tunnetaan Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauserin oireyhtymänä, koska siihen voi liittyä myös virtsateiden ja luuston epämuodostumia. (Griffin ym., 1976). Synnynnäisen rakennevian geneettistä taustaa ei tunneta, mutta uusien tutkimustulosten mukaan taustalla oletetaan olevan useiden geenien tai geenialueiden muutoksia. (Sandbacka, 2013).

Usein vagina-aplasia (VAP) todetaan teini-ikässä kun selvitetään miksi kuukautiset eivät ala, tai nuori nainen alkaa tutustua omaan kehoonsa joko

yksin tai kumppanin myötä. Diagnoosi varmistuu gynekologisessa tutkimuksessa, jonka yhteydessä tehdään alavatsan ultraäänitutkimus. Tarvittaessa lisätutkimuksena voidaan tehdä myös magneettitutkimus, kromosomianalyysi, munuaisten kaikututkimus sekä selkärangan kuvantaminen.

Minäkuva ja seksuaalisuus

Seksuaalisuus on olennainen osa ihmisyyttä syntymästä kuolemaan saakka. Se muuttuu ja muovautuu elämäntilanteista ja iästä riippuen. Se on henkilökohtainen tapa olla olemassa, osana omaa hyvinvointia ja omaa persoonallisuutta. Sen täysi kehittyminen riippuu siitä, miten inhimilliset perustarpeet tyydyttyvät. Näitä ovat halu kosketukseen, läheisyyteen, tunneilmaisuuksiin, mielihyvään, hellyyteen ja rakkauteen. (Ryttyläinen-Korhonen, 2011).

Ihmisen seksuaalisuus alkaa kehittyä jo varhain lapsuudessa. Murrosiän kehokuvan muutokset tuovat siihen oman sävynsä. Kun nuoren tytön keho ei muodostukaan samanlaiseksi kuin muiden ikäisten tyttöjen, aiheuttaa se ahdistusta, alemmuuden ja häpeän tunnetta. Vaikka emättimen ja kohdun puuttuminen ei näy ulospäin, kokee moni tyttö vaikeuksia oman sisäisen minäkuvansa hyväksymisessä. Sisäinen mielikuva itsestä särkyä. Enkö ole normaali? Mikä minä olen? Enkö ole nainen ollenkaan? Miksi juuri minulle kävi näin? Oma keho ei olekaan sellainen kuin sen pitäisi olla. Tyttö voi kokea itsensä hyvinkin vieraaksi omassa kehossaan. Jossain tapauksissa oma seksuaali-identiteetti on kadoksissa. Kun kuukautiset eivät alakaan, aiheuttaa se hämmennystä ja epätietoisuutta. Monilla

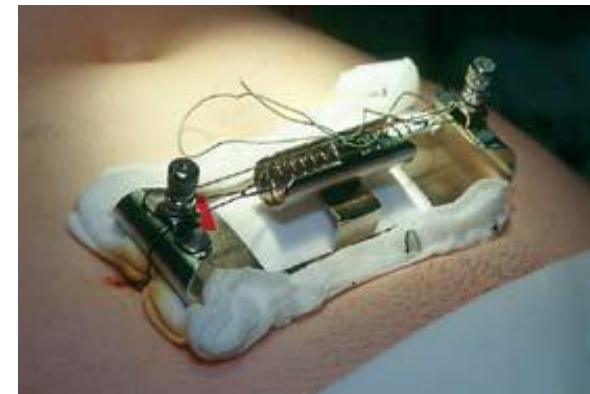
ystävillä kuukautiset ovat saattaneet alkaa ja niistä iloitaan, lapsuus jää taakse ja kasvu naiseuteen alkaa. Vertaillen oman kehonsa muutoksia tyttö on hämillään ja kertoo äidilleen tilanteestaan. Lääkärin vastaanotolle tyttö tulee usein juuri äitinsä kanssa.

Puikkohoito vai kirurginen hoito.

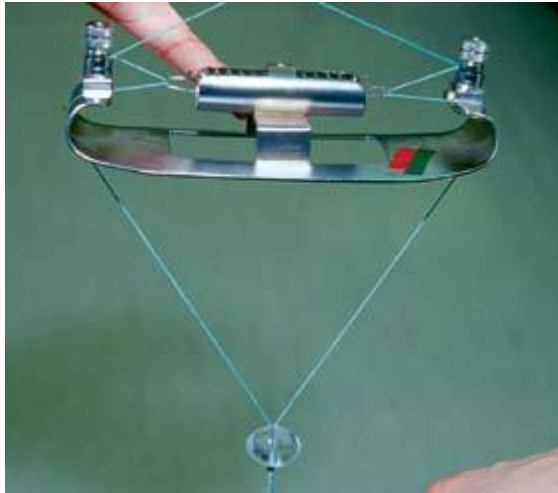
Rakennevirian korjaava hoito tähtää emättimen muodostamiseen joko kirurgisesti tai leikkauksettomalla venytyshoidolla. Korjaavalla hoidolla mahdollistetaan emättimen muodostaminen jolloin yhdynnät onnistuvat. Onnistumisen myötä myös oma minäkuvaa vahvistuu ja se näkyy positiivisempänä elämän asenteena. Puikkovenytyshoito on hyvä hoito ja onnistuessaan paras tulos saavutetaankin sillä. Puikkovenytystä suositellaan ensisijaiseksi hoitomuodoksi sen yksinkertaisuuden ja helppouden vuoksi. (ACOG, 2002). Puikkohoidon onnistuminen vaatii hyvää motivoitumista ja sitoutumista hoitojen toteuttamiseen. Usein paras motivaatio on silloin kun nuori on löytänyt kumppanin jonka kanssa haluaa aloittaa intiimisuhteen. Noin puolen vuoden aktiivisen laajennushoidon jälkeen, emätin on venynyt noin 5-6 cm, jolloin on mahdollista aloittaa seksuaalielämä johon kuuluu myös yhdyntä.

Jos pelkkä puikkolaajennus ei auta voidaan käyttää myös kirurgista menetelmää emättimen muodostamiseen. Nykyisin laparaskoopiset eli tähystyskirurgiset menetelmät ovat yksinkertaistaneet leikkaushoitoa. Tampereen yliopistollisen sairaalan naistenklinikassa on ollut käytössä Vecchettin kehittämä menetelmä, joka perustuu puikkohoidon tavoin kudoksen venymiseen. Emätinpoukamaan asetettu akryylikuula

yhdistetään laparoskopiasa vatsakalvon alla kulkevilla langoilla vatsanpeitteiden päällä olevaan telineeseen. Laitteen jousien avulla venytys säädetään sopivaksi lankoja kiristämällä. Kudos venyy noin 1 cm vuorokaudessa. Laitevenytys kestää noin 7-9vrk jonka ajan tyttö on osastohoidossa (Heinonen, 2000). Tämän jälkeen jatketaan vielä puikkovenytyksellä 1-3 kuukauden ajan (Vecchietti, 1980). Tytöt käyvät keskimäärin 3-4 kertaa lääkärin vastaanotolla ja samalla kerralla myös seksuaalineuvojan vastaanotolla, jossa kerrataan hoitoon liittyviä asioita.



Kuva 1. Vecchiettin teline asennettuna alavatsalle. Kudos venyy noin 1cm Vuorokaudessa. Laitteen jousien avulla venytys saadaan sopivaksi.



Kuva 2. Vecchiettin vetolaite. Emätinpoimuun asetetaan akryylikuula (oliivi), 1-2 päivän välein lankoja kiristämällä. Venytyshoito kestää noin 7-9 päivää. johon laparoskopiasa johdetaan ohjauspuikolla emätinpoukaman lävistävät ja vatsakalvon alla ja vatsanpeitteiden läpi kulkevat langat. Nämä kiinnitetään alavatsalle asetettavan telineen jousiin, jolloin kuulaan saadaan tasainen veto.

Puikkohoidon toteutus

Laajennushoitosten aloittaminen on hyvä aloittaa vasta sitten kun tyttö on siihen valmis ja motivoitunut, joskus vasta muutaman vuoden jälkeen diagnoosin saatuaan.

Laajennushoidon ohjeet käydään tarkasti läpi, kirjalliset ohjeet täydentävät niitä. Kirjalliset ohjeet on hyvä olla selkeät ja tekstin olisi hyvä olla nuorelle naiselle suunnattua. Laajennuspuikkoina käytämme femmax-settiä, johon

sisältyy erikokoisia laajennuspuikkoja jotka kierteiden avulla voidaan liittää toisiinsa. Puikon koko muutetaan hoidon edistyessä. Setti on henkilökohtainen ja tyttö saa sen mukaansa hoidon aloitusvaiheessa, lempinimekseen setti on saanut nimen maatuskasetti. Kotona työllä pitää olla oma rauhallinen tila jossa hän voi turvallisesti toteuttaa hoitoa (Potilasohje Tays 2013, ks. liite). Onnistumisen kannalta laajennushoito pitäisi tehdä aamun illoin ja laajennuksen kesto pitäisi olla noin 15-20 minuuttia kerralla. Jokunen lepopäiväkin on sallittu. Koska puikkohoito vie aikaa ja voi tuntua hyvinkin työläältä pitää tilanteesta tehdä mahdollisimman mukava ja rento. Mielikuvaharjoitteet, rentoutus ja mielimusiikki voivat toimia oivallisina motivoinnin edistäjinä.

Venytyshoito aloitetaan aluksi pienellä puikolla ja puikon kokoa suurennetaan edistymisen myötä. Puikkohoito pitää aluksi tehdä peräaukkoon päin jonka jälkeen laajennukset nostetaan kohti napaa ja lopuksi vielä emättimen pohjaa kohti. Emättimen muodostuminen kestää noin 3-6 kuukautta. Emättimen ollessa noin 6-7 cm pituinen on mahdollista aloittaa myös yhdynnät. Laajennushoidon tulokset ovat olleet hyviä ja suurin osa nuorista naisista on onnistunut pelkällä puikkohoidolla saamaan toimivan emättimen. Emättimen pituutta on kuitenkin ylläpidettävä hoitajakson jälkeenkin joko laajennushoidoilla tai säännöllisillä yhdynnöillä. (Heinonen, 2000).

Seksuaalineuvonta

Leikkaus tai puikkolaajennushoitosten lisäksi tarvitaan psyykkistä tukea joka on ensiarvoisen tärkeää. Seksuaalineuvonta on yksilöllistä,

tavoitteellista, asiakkaan tarpeista lähtevää seksuaalisuuteen ja seksuaaliterveyteen liittyvien asioiden ja ongelmien käsittelyä vuorovaikutustilanteessa. Seksuaalineuvonta sisältää 2-5 tapaamiskertaa ja sitä toteuttaa seksuaalineuvojakoulutuksen saanut ammattihenkilö. Oikea-aikainen seksuaalineuvonta ehkäisee ongelmien pitkittymistä ja parantaa elämänlaatua (Ryttyläinen-Korhonen, 2011). Tampereen yliopistollisessa sairaalassa naistenklinikassa on toiminut seksuaalipoliklinikka vuodesta 2006. Poliklinikka toimii kahtena päivänä viikossa ja siellä toimii kaksi seksuaalineuvojaa vuoroviikoin. Sama seksuaalineuvoja ohjaa asiakasta koko hoitojakson ajan. Hoidon onnistumisen kannalta on tärkeää hyvä vuorovaikutus, luottamus ja yhteiset pelisäännöt (Nylund ym., 2006).

STK:n seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman (2007-2011) mukaan seksuaalineuvontaa tulee olla saatavilla integroituna normaaleihin terveydenhuoltopalveluihin. Toimintaohjelman mukaan jokaisessa sairaanhoitopiirissä tulee olla asiantuntijoiden hyväksymän erikoistumiskoulutuksen saaneita työntekijöitä.

Seksuaalineuvojan rooli on laajennushoidon onnistumisen kannalta merkittävä, sillä hän toimii tytön tukihenkilönä ja neuvonantajana. Hän kannustaa, ohjaa ja tsemppaa. Seksuaalineuvonnalla tuetaan ja autetaan nuorta rakentumaan omanlaiseksi, ainutkertaiseksi ihmiseksi. Luottamuksellisessa suhteessa nuori uskaltaa olla oma itsensä ja kysyä ja kyseenalaistaa asioita jotka mietityttävät. Selkeät ohjeet ja ymmärrettävä ohjeistus on ensiarvoisen tärkeää. Yhteiset sanat jotka merkitsevät

asiakkaalle ja ohjaajalle samaa asiaa on hyvä sopia heti hoitojakson alussa. Vastaanotolla käydään läpi kotiharjoitteiden tekniikkaa puikkohoittoon liittyen ja keskustellaan asioista jotka kulloinkin ovat nuorelle ajankohtaisia. Nuori käy vastaanotolla yksin tai kumppanin kanssa 1-3 kertaa. Vastaanotolla on tullut esille, että monet nuoret miettivät paljon ovatko he riittävän hyviä, oman minäkuvan sisäinen rikkinäisyys kuormittaa mieltä. Jotkut eivät ole kertoneet edes parhaalle ystävälleen asiasta. Seksuaalineuvonnassa normalisoidaan asioita ja puhutaan paljon muustakin kuin laajennushoidoista. Joskus ne liittyvät kaverisuhteisiin tai seurusteluun, joskus taas johonkin ihan muuhun. Nuori hakee rajoja ja peilaa itseään aikuiseen. Aikuisen on oltava tämän luottamuksen arvoinen. Kokemukset seksuaalineuvonnasta näiden nuorten kohdalla ovat olleet hyviä. Nuoret kokevat saavansa luotettavaa ja rehellistä tukea aikuisuuden kasvamisen polulla.

Lapsettomuus

Seksuaalineuvonnassa nuori voi turvallisesti mielin käydä seksuaalineuvojan kanssa läpi näihin tunteisiin liittyviä asioita usein ne koskevat seksuaalisuutta, parisuhdetta ja lapsettomuutta. Koska kohtua ei ole, ei sikiöllä ole paikkaa missä kasvaa ja kehittyä. Lapsettomuus on monelle nuorelle merkityksellinen asia ja vaatii myös oman aikansa, että sen pystyy hyväksymään. Käytännön elämässä on kuitenkin useimmiten niin, että yhdynnät ja niiden onnistuminen koetaan aluksi tärkeimmäksi asiaksi ja lasten saaminen tulee voimakkaimmin esiin vasta myöhemmin. (Potilasohje Tays 2013). VAP-tyttöjen munasarjat ovat yleensä kehittyneet normaalisti ja tuottavat munasoluja. Tämä tarkoittaa sitä, että VAP potilaat

voivat saada biologisia lapsia maissa, joissa sijaissyntyminen on sallittu. Sijaissyntyttäjän käyttäminen on kielletty kaikissa Pohjoismaissa ja vuodesta 2007 lähtien myös Suomessa. (Sandbacka, 2013). Adoptio on yksi mahdollisuus. Kohdunsiirto on tulevaisuutta, nyt jo on tehty onnistuneita leikkauksia. Mahdollisuus luo toivoa ja toivo on aina hyvä asia.

Kirjallisuus

ACOG (2002). Committee Opinion Number 274, July 2002. Nonsurgical diagnosis and management of vaginal agenesis. *Obstetrics & Gynecology*, 100(1), 213-6.

Aittomäki, K., Eroila, H. ja Kajanoja, P. (2001). A population-based study of the incidence of Müllerian aplasia in Finland. *Fertility and Sterility*, 76(3), 624-5.

Griffin, J. E., Edwards, C., Madden, J. D., Harrod, M. J. ja Wilson, J. D. (1976). Congenital absence of the vagina. The Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome. *Annals of Internal Medicine*, 85(2), 224-236.

Heinonen, P. K. (2000). Synnytyselinten kehityshäiriöiden diagnostiikka ja hoito. *Suomen Lääkärilehti*, 55, 447-456.

Nylund, A., Järvinen, S., Susi, J. ja Vihtamäki, P. (2008). Seksuaalineuvonta gynekologisen syöpäpotilaan hoitoprosessiin. *Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja*, 1/2008.

Potilasohje Tays 2013. *Vagina-aplasia*. [Artikkelin liitteenä.]

Ryttyläinen-Korhonen, K. (2011). Mitä on seksuaalineuvonta? Teoksessa Ritamo, M, Ryttyläinen-Korhonen, K. ja Saarinen S. (toim). *Seksuaalineuvonnan tueksi* (s. 10-13). Verkkojulkaisu, THL 2011;osa 1.

Sandbacka, M. (2013) Genetics of Müllerian aplasia. Helsingin yliopiston lehdistötiedote 28.10. 2013.

STM. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007-2011. Helsinki: STM.

Vecchiotti G. (1980). Neovagina in Rokitansky-Kuster-Hauser-Syndrome. *Gynakologie*,13(3), 112-5.

*Toivo on hyvä asia – ehkä paras, eikä
mikään hyvä asia kuole koskaan.*

-Stephen King

Asiantuntijasairaanhoitaja opastaa sinulle hoidon vaihe vaiheelta. Voit puhua hänelle kaikista tunteuksistasi ja kertoa askarruttavista asioista. Hoitaja on tiiviissä yhteistyössä kanssasi koko hoidon ajan.

YHTEYSTIEDOT

Naistentautien vuodeosasto 4b

puh. 03 311 66344

SYNNYNNÄINEN EMÄTTIMEN JA KOHDUN PUUTTUMINEN

Kotihoito-ohje emättimen laajentamiseen



NUORUUS JA SEKSUAALISUUS

Nuoruus on tunteiden myllerryksen ja itsensä löytämisen. aikaa. Nuoruuteen kuuluu yleensä myös seksuaalisuuden viriäminen.

Seksuaalisuus on osa ihmisen persoonallisuutta, mikä kasvaa koko elämän ajan. Seksuaalisuuteen liittyy paljon tunteita ja jokainen meistä kokee sen eri tavalla. Kaikki tunteet ovat sallittuja ja niistä on lupa puhua.

Seksuaalisuus on laaja kokonaisuus, mikä kattaa kaikki ihmisen fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset ulottuvuudet.

Seksuaalisuus on paljon enemmän kuin fyysistä seksiä. Seksi on vain yksi tapa ilmaista omaa seksuaalisuutta.

Omasta seksuaalisuudesta tulee pitää huolta ja on hyvä antaa itselle aikaa tutustua omaan seksuaalisuuteen, koska parhaimmillaan seksuaalisuus voi olla voimavara vaikeimmissakin elämäntilanteissa.

SYNNYNNÄINEN EMÄTTIMEN JA KOHDUN PUUTTUMINEN

Suomessa syntyy vuosittain noin 5-10 tyttöä ilman emätintä ja kohtua. Emätin voi puuttua kokonaan tai sen tilalla voi olla vain pieni emättimen alku.

Emättimen puuttumisen voi todeta gynekologisessa tutkimuksessa, alavatsan ultraäänitutkimuksella sekä magneettikuvauksella.

Emättimen muodostamiseen on eri vaihtoehtoja. Hoitomuotona on leikkaukseton hoito eli venytyshoito tai leikkaushoito. Kaikki hoitomuodot vaativat sitoutumista ja motivaatiota, sillä hoidot ovat pitkäkestoisia. Emättimen muodostuminen laajennushoidon avulla kestää 3-6 kuukautta.

Voinko saada lapsia?

Ilman kohtua sikiöllä ei ole paikkaa, jossa kehittyä. Tällä hetkellä sijaissynnytys on kielletty Suomessa, joten ainoa mahdollisuus hankkia lapsia on adoption avulla.

OHJE EMÄTTIMEN LAAJENTAMISEEN KOTONA

Emättimen laajennushoito on emättimen puuttumisen ensisijainen hoito. Sen tarkoituksena on venyttää puikolla emätinpoukamaa ja siten laajentaa emätintä. Menetelmä perustuu kudoksen venymiskykyyn.

Kokoaminen

Femmax dilatator- emättimen laajentimet on pakattu sisäkkäin säilytyskoteloonsa. Laajentimen päissä on kierteet, joiden avulla ne voidaan kiinnittää toisiinsa. Toinen pää asetetaan emättimeen ja toinen jää käsijaksiksi.



Käyttö

Valitse oma mukava paikka, jossa voit rentoutua. Tärkeää on, että saat olla rauhassa. Hoidon voit toteuttaa makuullaan tai puoli-istuvassa asennossa. Laajennushoidossa säännöllinen toteuttaminen on tärkeää. Lopputulos on parempi, kun teet harjoitteet säännöllisesti. Laajennushoito on hyvä toteuttaa aamun illoin noin 15-20 minuutin ajan.

Ennen laajennushoidon aloittamista, emätinpoukamaan on hyvä laittaa liukuvoideita, sillä se tekee laajennuksesta miellyttävämpää. Liukuvoiteena voit käyttää reseptivapaasti apteekista saatavia rasvoja ja öljyjä esim. Ceridalia tai Decubalia.

Aloita laajennus pienimmällä puikolla. Vie laajennin emätinpoukamaan, työnnä puikkoa aluksi peräaukkoa kohti – työnnä hetki ja päästä. Toista työntö 10-15 kertaa. Muuta sitten puikon suunta kohti napaa. Työnnä ja päästä. Toista tämäkin 10-15 kertaa. Lopuksi työnnä puikko kohti emättimen pohjaa. Harjoituksen edessä voit vaihtaa laajennuspuikon isompaan.

Puikolla venyttäessä alavatsalla pitää tuntua paineen tunnetta, mutta ei voimakasta kipua. Harjoitusten alussa puikkoon voi tulla hieman verta, mutta se ei ole vaarallista. Älä työnnä laajenninta väkisin emättimeesi. Jos työntäminen ei onnistu, yritä rentoutua. Jos et kuitenkaan useamman yrittämisen jälkeen onnistu, ota yhteyttä lääkäriisi tai hoitajaasi. Huomaat harjoitusten edetessä, että emätin alkaa antaa myöten ja puikko pääsee pikkuhiljaa aina syvemmälle emättimeen.

Puhdistus

Käytön jälkeen pese puikko lämpimällä saippuavedellä.

Tarkista puikko aina ennen jokaista käyttökertaa. Jos puikko ei ole ehjä, älä käytä sitä.

Varhaisen vuorovaikutuksen merkitys aikuiselämän intiimisuhteille

KATSAUS

Maaret Kallio, *erityisasiantuntija, Väestöliiton seksuaaliterveysklinikka*

Johdanto

Ihminen on elettyjen ihmissuhteittensa summa, jossa erityisen vaikutuksellisenä elementtinä näkyvät varhaiset vuorovaikutussuhteet. Ihmiselämän varhaisissa vaiheissa saatu hoiva ja koettu vuorovaikutus luovat punaisen langan myös myöhäisemmille avainsuhteille ja niiden jäsentämiselle.

Elämämme riippuu yhteisestä ymmärryksestä. Lapsi ei voi pysyä elossa ilman hoivaajan riittävää ymmärrystä hänen tarpeistaan. Sama tarve yhteiseen ymmärrykseen, jakavaan vuorovaikutukseen säilyy läpi elämän ja näyttäytyy erityisesti aikuisuudessa intiimeimmissä suhteissa. Elämän alkuvaiheista saakka odotamme yhtäaikaisesti vapautta toiveidemme ja tavoitteidemme kanssa sekä hyväksyntää läheisimmiltämme – siis riippuvuutta ja itsenäisyyttä. Molemmat tapahtuvat tai ovat tapahtumatta yhteistyössä toisten kanssa. Sen enempää vapautta kuin riippuvuutta ei voi luoda ilman suhdetta toiseen. (Trevarthen, 2006).

Varhaisen vuorovaikutuksen merkitys tihentyy läheisyyden, erillisyyden ja tunne-elämän teemoille. Varhaisessa vuorovaikutuksessa vauva saa parhaimmillaan hyviä eväitä oman tunne-elämän ymmärtämiseen, säätelyyn ja kokemiseen. Turvallisen yhteyden tunne ja vastavuoroisuuden onnistuminen on niin elämän perusta kuin tulevien suhteiden tärkein

ohjain. Jos turvallista suhdetta toiseen ei ole ollut mahdollista muodostaa varhaisessa vuorovaikutuksessa, vauva etsii selviytymiskeinoja koettuun vuorovaikutukseen ja hoivaajansa kykyihin mukautuen, jotta yhteys toiseen säilyisi. Näiden selviytymiskeinojen hintana on kuitenkin yhteydettömyys omaan sisimpään ja vapaasti elävään tunne-elämään.

Seksuaalisuus on erityisen herkkä ominaisuus ihmisessä. Siihen kiteytyy mahdollisuus ja kyky olla hyväksyvässä suhteessa sekä itseen että toiseen. Seksuaalisuhteessa toisen ihmisen kanssa virittäytyvät myös varhaiset sisäistykset suhteesta toiseen ja kiintymistarpeet: tarve olla erillinen ja tarve olla toisen kanssa yhteydessä. Se ei ole keskeisimmillään tekniikkaa ja suoriutumista, vaan intiimiä läheisyyttä tunteiden ja tarpeiden herkissä maastoissa.

Varhain sisäistetyt tavat olla toista ihmistä lähellä ja säilyttää yhteys toiseen ihmiseen sekä itsenäisyys omana itsenä vaikuttavat voimallisesti aikuiselämän pitkissä parisuhteissa sekä heijastuvat myös terapiasuhteessa asiakkaan ja terapeutin välillä. Seksuaalinelämän tyytyväisyyteen sekä parisuhteen vuorovaikutukseen vaikuttaa varhainen vuorovaikutus, jonka keholliset ja emotionaaliset sisäistykset ja muistot ohjaavat tapaa uskaltautua intiimiin yhteyteen toisen kanssa.

Tässä katsauksessa tarkastelen varhaisen vuorovaikutuksen merkitystä ihmisen peruslähtökohtana tuleville ihmissuhteille sekä erityisesti seksuaalisuudelle ja aikuiselämän parisuhteelle. Teoreettisina lähtökohtina ovat kognitiivis-analyttinen psykoterapia sekä kiintymyssuhdeteoria ja

tunnekeskeinen pariterapia. Lopuksi tarkastelen vielä seksuaaliterapian ja psykoterapian rajoja.

Varhainen vuorovaikutus on ihmiselämän pohja

Ihmislapsi syntyy valmiiksi virittyneenä ja valmiina inhimilliseen vuorovaikutukseen. Lapsen kasvu, kehitys ja ylipäättään hengissä säilyminen on täysin riippuvainen siitä, miten hänen lähellä olevat hoivaajat suhtautuvat häneen. Pieni lapsi on elämänsä varhaisilla askeleilla pitkälti läheisten ihmissuhteittensa armoilla, jotka vaikuttavat myös hänen koko elämänsä tulevaisuuteen. Ihmislapsella on lajikehityksellinen taipumus kiinnittyä hoivaavaan aikuiseen ja sopeutuen samanaikaisesti myös saadun hoivan laatuun. Vauvan elämykset ovat kokonaisvaltaisia, sillä psyyke ja keho ovat vielä eriytymättömät. (Hautamäki, 2011; Kaltiala-Heino, 2013; Tamminen, 2004).

Lapsen psyykkinen minä syntyy suhteessa toisiin toistuvien vuorovaikutuksellisten tilanteiden synnyttämänä. Vanhemman kyky ymmärtää, tulkita ja kannatella psyykkisesti lastaan tuovat lapsen ja vanhemman temperamentin ohella omat sävynsä vuorovaikutukselliseen kohtaamiseen. Myös vanhemman omat varhaiset sisäistyksen yhteydestä toiseen ihmiseen, tunteiden käsittelytavasta ja turvallisuuden kokemuksesta heijastuvat hänen suhteessaan hoivattavaan lapseen. Näin vanhemman sisäinen kompassi ohjaa vuorovaikutuksellisuutta vauvan kanssa, jolloin omia kokemuksia toistetaan helposti muodossa tai toisessa uutta sukupolvea kasvatettaessa. Kun vauvan tarpeisiin vastataan riittävästi ja oikea-aikaisesti, hänessä rakentuu perusuottamus ja toivo,

kyky merkityksellisiin kiintymyssuhteisiin ja usko itseensä. (Hautamäki ym., 2008; Kaltiala-Heino, 2013; Rusanen, 2011).

Ihminen syntyy vuorovaikutuksessa

”Todellinen lapsikeskeisyys on sitä, että lapsi nähdään tarpeineen erilaisena vanhemmistaan, sisaruksistaan ja muista lapsista.” – Bowlby

On ihmiselon paradoksi, että ensin on saatava olla riippuvainen, jotta voi kasvaa itsenäiseksi. Juuri turvallinen yhteys toiseen ihmiseen ja kannatelluksi tuleminen tässä yhteydessä edesauttavat toista tarvetta; tarvetta lähteä tutkimaan maailmaa uteliaasti ja oppien sekä ajan myötä yhä itsenäisemmin.

Ihmisen psyykkinen minä muotoutuu suhteessa toisen ihmisen kanssa. Kyseessä on aina vuorovaikutussuhde, ei pelkkä vauva tai vanhempi, vaan heidän välilleen syntyvä yhteys ja sen laatu. Hyvään kasvuun lapsi tarvitsee vähintään yhden, mutta mielellään useamman turvallisen kiintymyssuhteen. Juuri vastavuoroisuus on inhimillisen vuorovaikutuksen oleellisin perusominaisuus, jota vauva opettelee hoivaajan kanssa alusta alkaen. Tämä tarve ei katoa koskaan, minkä vuoksi vastavuoroisuuden rikkoutuminen tai katkeaminen tuntuu kaiken ikäisistä pelottavalta ja pahalta. (Tamminen, 2004).

”There is no such thing as an infant” – Winnicott

Yhteys toiseen ihmiseen on elinehto, jossa molemmat vaikuttavat toisiinsa vastavuoroisesti. Vauva on varhaisen vuorovaikutuksen toisena

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

osapuolena aktiivinen toimija dialogissa, eikä vain hoivaajan tekojen kohde. Lapsen elämä perustuu yhteiselle ja jaetulle aktiivisuudelle, jossa vanhempi on hoivan antaja ja lapsi hoivan saaja elämää ylläpitävänä kuviona. Lapsi kehittyy kaksisuuntaisessa vuorovaikutuksessa, jossa lapsi tekee sisäistyksiä saadusta hoivasta, itsestä ja ympäröivästä maailmasta. Nämä sisäistykset auttavat häntä säilyttämään ja jäsentämään yhteyttä toiseen ihmiseen sekä myös tutkittavaan maailmaan. Lapsi toimii aktiivisesti suhteessa läheisimpiin hoivaajiinsa ja muokkaa tunneilmaisujaan tähän perheeseen sopiviksi. Näin hän on aktiivisesti myös itse luomassa omaa kehitysympäristöään. (Beebe ym., 2005; Leiman, 1994; Kalland ja Sinkkonen, 2011).

Vuorovaikutus sisältää jo sanassa itsessään koko idean: vaikuttaa vuoroin toisiinsa, antaa itsensä tulla vaikutetuksi toisesta ja vaikuttaa itse toiseen. Kyseessä on ikään kuin tanssi, jonka askeliin vaikuttavat molemmat. Varhaisen vuorovaikutussuhteen vastavuoroisissa asetelmissa lapsi kehittää aikuisen kanssa sisäistyksiä itsestään sekä suhteestaan tärkeisiin toisiin: olenko rakastettava, ilahdutaanko minusta, voinko vaikuttaa toisiin, miten yhteys toiseen turvataan todennäköisimmin? Vauvan ja hoivaajan vuorovaikutus tapahtuu dialogissa, joskin kokemus siitä on subjektiivinen. Lapsen hyvä kehitys tapahtuu sekä sisäistymisen että samaistumisen kautta. Lapsi tekee sisäistyksiä sekä vanhemman tavasta olla suhteessa itsensä kanssa että vanhemman tavasta olla suhteessa hänen kanssaan. (Hautamäki, 2011; Leiman, 2003; Schulman, 2003).

Pienelle lapselle on tärkeää kokea, että vanhempi on turvallisesti saavutettavissa ja läsnä, mutta myös antaen tilaa lapsen omanlaisille

KALLIO – VARHAISEN VUOROVAIKUTUKSEN MERKITYS

kokemuksille ja tunteille niitä kannatellen. Merkittävimmäksi varhaisen vuorovaikutuksen kannalta ovat toistuvat vuorovaikutuskuviot, joiden kautta lapsi muodostaa ymmärrystä siitä, onko vanhempi saatavilla niin surun kuin ilon hetkillä. Nämä toistuvat kokemukset vaikuttavat siihen, millaiseksi lapsen sisäistyvä dynaaminen säätelyjärjestelmä muodostuu. Varhaiset sisäistykset vuorovaikutuksesta ja suhteesta sekä itseän että toiseen siirtyvät sekä omaan mieleen että myöhemmin jäsentämään ja asettautumaan myös toisiin vuorovaikutussuhteisiin. (Hautamäki ym., 2008; Kanninen ja Sigfrids, 2012; Rusanen, 2011).

Vuorovaikutukseen vaikuttavat myös sekä hoivaajan että hoivattavan temperamentti sekä vallitseva ympäristö ja kulttuuri. Temperamentilla tarkoitetaan biologispohjaista lapsen synnynnäistä taipumusta reagoida sekä ulkoisiin ärsykeisiin että omiin sisäisiin aistimuksiin ja tunnetiloihin. Temperamentti kertoo siitä, millainen reagoitintyyli on tavallista kullekin, millaisia yksilöllisiä ja luontaisia taipumuksia ihmisellä on synnynnäisesti. Temperamentti on jokaisen persoonallisuuden perusta, jota ei voi muuttaa, mutta jonka piirteiden kanssa voi opetella tulla paremmin toimeen. Merkittävää varhaisen vuorovaikutuksen kannalta on ymmärtää temperamentin merkitys lapsen persoonallisuuden pohjana sekä tuottaa lapselle kokemus yksilöllisen temperamenttinsa hyväksyttävyydestä. (Keltikangas-Järvinen, 2009; Kanninen ja Sigfrids, 2012).

Kiinnittyminen ja kiintyminen toiseen

Kiintymyssuhdetyyli syntyy varhaislapsuudessa suhteessa lähiaikuisiin, tavallisesti suhteessa omiin vanhempiin. Kiintymyssuhde syntyy lapsuudessa suhteessa lähimpään hoivaajaan tai hoivaajiin, yleensä

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

vanhempiin. Kiintymystä voidaan tarkastella myös kiinnittymisen näkökulmasta, sillä vauva kiinnittyy läheisimpään hoivaajaansa tavalla, jolla hän voi parhaiten varmistaa yhteyden ja turvan toiseen ihmiseen. Kiintymyssuhde on kuin läheisimmässä hoivasuhteissa opittu kieli, jonka avulla opitaan kiintymään toiseen ihmiseen; olemaan lähellä, kokemaan luottamusta ja hyväksyntää, tuntea rakastettavuutta ja turvallisuutta läheisessä ihmissuhteessa. Kiintymyssuhdeteorian on luonut psykiatri ja psykoanalyttikko John Bowlby. (Hautamäki, 2011; Sinkkonen, 2013).

”Jos lapsi löytää äidissä rakkauden isään ja isässä rakkauden äitiin, niin lapsen on hyvä olla. Hän kokee itsensä jäsentyneeksi ja kannatelluksi sekä omaksuu heiltä tämä kyvyn kannatella.” – Bion

Vanhempien taito olla tynnyttä lapsensa tunnekuohuja rauhallisesti, luoda vahvaa turvallisuutta ja luottamusta itsen, muihin ja maailmaan ovat merkittäviä hyvinvoinnin tekijöitä myös lapsen kasvaessa aikuiseksi. Vanhemman oma kiintymysmalli siirtyy herkästi myös seuraavaan sukupolveen, etenkin ollessa tiedostamaton ja käsittelemätön. Vaikka vanhempi tahtois toimia toisin, omat sisäistetyt kokemukset hoivasta ja kiinnittymisestä toistetaan herkästi hoivatilanteissa oman lapsen kanssa. (Hautamäki, 2011; Hautamäki ym., 2008; Rusanen, 2011).

Tapa kiintyä, hakea rakkautta ja rakastaa heijastuu kiintymyssuhteen kautta myös aikuisiän parisuhteisiin sekä kumppanin valintaan. Aikuinenkin kaipaa kiintymyssuhdetta, jonka juuri parisuhde tarjoaa. Parisuhteeseen tuodaan lapsuusajan varhaisissa ihmissuhteissa eläneet haaveet, kyvyt, puutteet ja toiveet siitä, miten haluaisi tulla rakastetuksi ja kohdatuksi.

KALLIO – VARHAISEN VUOROVAIKUTUKSEN MERKITYS

Kiintymyssuhdehaavat kaipaavat tulla hoivatuiksi ja rakastetuiksi uudelleen aikuiselämän intiimisuhteissa, mille aikuisiän parisuhde tarjoaa myös uuden mahdollisuuden. Itselle tyypillinen tapa kiintyä läheisesti toiseen näkyy myös parisuhteen intiimeimmässä muodossa. Kiintymystarpeet aktivoituvat erityisen herkästi ihmisen intiimeimmän ominaisuuden äärellä, seksuaalisuudessa ja seksuaalisuhteissa. (Hautamäki, 2011; Johnson, 2010; Pinomaa, 2013).

Turvallisuus ja sensitiivisyys varhaisessa vuorovaikutuksessa

Varhaisessa vuorovaikutuksessa vanhemman ja vauvan välisessä suhteessa merkittäväksi tekijäksi nousee vanhemman sensitiivisyys. Vanhemman sensitiivisyydellä on pidetty avaintekijänä turvallisen kiintymyksen kehittymiseen sekä tunnesäätelytaitoihin. Lukuisat tutkimukset ovat osoittaneet, että vanhemman toiminnan sensitiivisyys lapsen tarpeita kohtaan on välttämätöntä lapsen suotuisalle kehitykselle. (Kanninen ja Sigfrids, 2012; Pajulo, 2004; Pesonen, 2010).

Vanhemman sensitiivisyys tarkoittaa riittävän nopeita, johdonmukaisia ja lapsen tarpeiden kannalta tarkoituksenmukaisia havaintoja sekä reaktioita. Riittävän hyvä hoitaja lohduttaa ja rauhoittaa lapsen tunnetiloja hyväksyvästi niihin soinnuttuen. Toistuvissa kokemuksissa vanhemman sensitiivinen vastavuoroinen kohtaaminen sisäistyy lapselle tuottaen myöhemmin myös sisäisesti samankaltaista kohtaamiskykyä omien tunteiden parissa ja niiden käsittelyssä. Tämä vaikuttaa myös myöhemmissä avainsuhteissa, kuten aikuiselämän parisuhteessa sekä seksuaalielämässä. (Kanninen ja Sigfrids, 2012; Pajulo, 2004; Pesonen, 2010; Tulppala, 2004).

Sensitiivisyys varhaisessa vuorovaikutuksessa tarkoittaa kykyä virittäytyä lapsen kokemukseen, tunteisiin ja oloon. Näiden peilaaminen, validoiminen niin kehollisesti kuin verbaalisesti tuottavat vauvalle tunteen siitä, että hänen kokemuksensa on kuultu, peilattu ja myös suodatettu siedettävämmäksi. Vanhempi toimii siis vauvan tulkitsijana sekä tunteen muokkaajana, samanaikaisesti sekä virittäytyen että suodattaen tunnekokemusta sellaiseksi, että se muodostuu pienelle siedettäväksi. Vanhempi antaa tilaa lapsen omalle kokemukselle ja erilliselle mielelle olematta kuitenkaan emotionaalisesti etäinen tai tunkeileva. Sensitiivisyys näkyy vuorovaikutuksessa jaettuna ilona, katsekontaktina, kosketuksena, lapsen lähikehityksen vyöhykkeellä olemisena, vuorottaisina aloitteina ja kuin yhteisesti luotavana tanssina. Tärkeintä on yhteys toiseen ihmiseen, se, että asetelmassa ovat vastavuoroisesti molemmat tuottamassa ymmärretyksi tulemista ja kuulluksi tulemista. Nämä elementit ovat hyvin keskeisiä kiintymystarpeita herättävässä intiimissä vuorovaikutuksessa aikuisikäisen parisuhteessa. (Kanninen ja Sigfrids, 2012; Pajulo, 2004; Pesonen, 2010).

Siinä missä varhaisessa vuorovaikutuksessa molemmat vaikuttavat toisiinsa, mutta aikuinen kantaa enemmän vastuuta, on tilanne aikuiselämän parisuhteessa toisenlainen. Tässä intiimissä vastavuoroisessa suhteessa tunteiden ja tarpeiden ilmaisu sekä virittäytyneisyys niille vuorottelevat tasa-arvoisesti kumppanien kesken. Vastavuoroinen rakkaus mahdollistuu molemminpuolisudessa, missä erillisuus ja yhteys toiseen vuorottelevat. Ensisijaiseksi muodostuu persoonallinen tunnesuhde kumppaniin ja vasta toissijaisena tulevat

seksuaaliset tarpeet. Turvallinen riippuvuus sekä turvallinen erillisuus muodostavat todellisen kohtaamisen mahdollisuuden. Jos kumppanien riittävän erillisuus ja autonomisuus eivät ole läsnä, myös aito vastavuoroinen kohtaaminen toisen kanssa on mahdotonta. Seksuaalisuhteeseen liittyvät voimakkaasti myös tunteet. On tärkeää, että pari voi ilmaista toisilleen tunteitaan ja tarpeitaan avoimesti itseään paljastaen. Seksuaalisuhteessa on voitava ilmaista halua ja kieltäytymistä, läheisyyttä ja erillisyyttä. (Tuhkasaari, 2007).

Vastavuoroinen kohtaaminen

”Vanhemmuus ei perimmiltään ole myöskään aikuisen oikeus tai velvollisuus. Vanhemmuus on ennen muuta lapsen ja aikuisen välinen ihmissuhde.” – Tamminen

Vastavuoroisuudessa keskeistä on yhteensopivuus, ei niinkään se *mitä* tehdään, vaan *miten* se tehdään. Tunnetasolla vastavuoroisuus on sitä, mitä tunnetta kumpikin toiselleen viestittää, tarjoaa ja antaa ja miten toinen ottaa sitä vastaan ja huomaa tunteita. Nämä toistuvat kokemukset sisäistyvät ja luovat lapselle myös toimijan statuksen: Kun minä toimin näin, niin äiti toimii noin. (Kanninen, 2012; Schulman, 2002; Sinkkonen, 2011; Tamminen, 2004).

Varhainen vuorovaikutussuhde on tiivis, intensiivinen ja haastava. Jos siihen ei sisälly riittävästi turvallisuutta, emotionaalista saatavuutta sekä tilan antoa, lapsi joutuu kehittämään turvallista aikuista kompensoivan itsesäätelysystemin, johon hän turvautuu hädän hetkellä itseään rauhoittaakseen. Monet selviytymiskeinot ja toimintatavat ovat

mielettömyydessään mielekkäitä tapoja sopeutua ympäristön tai hoivan laadun ehtoihin. Kyseessä ovat suojaavat toimintatavat, joilla yhteys toiseen pyritään säilyttämään sensitiivisen vanhemmuuden puuttuessa. Esimerkiksi omia tunteitaan ja tarpeitaan sammuttamalla tai vaimentamalla lapsi varmentaa vanhemman läsnäolon todennäköisemmin.

Stressitilanteissa lapsi toimii siten, miten hän todennäköisimmin varmistaa vanhemman läheisyyden. Suojaavat toimintatavat voivat tällöin näyttäytyä esimerkiksi ylimitoitettuna reagoitina, tarraamisena, tyyntymättömänä raivoamisena tai tunteiden ja vaikeiden tilanteiden välttelemisenä. Lapsi ei voi tällöin luottaa turvallisesti siihen, että vanhempi on tukena ja läsnä erilaisissa tunteissa ja tilanteissa, minkä vuoksi hän joutuu muokkaamaan itseään yhteyden ylläpitoa varten. Tämä kuitenkin eriyttää lasta omasta ydinitsestään ja vaikeuttaa hänen kykyään tunnistaa tunteitaan sekä sisäistää turvallista lohdutetuksi tuloa stressaavissa tilanteissa. Se myös sitoo lapsen voimavaroja leikkimisestä, tutkimisesta ja oppimisesta, kun keskeisemmäksi kohteeksi nousee vanhemman turvan varmistaminen. Tässäkin näkyy voimallisesti vuorovaikutuksen vastavuoroisuus, jossa vanhemman kyvyttömyys tai kyvyttömyys olla lapselle turvallisesti lähellä ja turvana vaikuttaa lapsen toimintaa mukauttaen. (Hautamäki, 2011; Leiman, 1994; Schulman, 2001; Sinkkonen, 2011; Rusanen, 2011).

Tunteet ovat kohtaamisen ydin

Tunteet ovat keskeinen elementti vastavuoroisissa suhteissa sekä kiintymyksessä. Tunteiden kautta ihminen sitoutuu toiseen sekä ylittää yksilönä olemisen rajallisuuden. Tunteet lajittelevat, luokittelevat ja arvottavat aivoihin tulevaa informaatiota. Varhaisen vuorovaikutuksen

kannalta merkittäväksi nousee kokemus tunnetilan jakamisesta. Vauvan ja hoivaajan kommunikaatio on ennen kaikkea tunnekommunikaatiota. Vauvan keinot säädellä tunteitaan ovat aina riittämättömät, mutta kehittyvät vuorovaikutuksessa hoivaajan kanssa. Vauva tarvitsee tunteiden säätelyyn, säilömiseen ja tunnistamiseen vanhemman säätelyapua. Vanhemman sensitiivisyys, kyky virittäytyä vauvan kanssa samalle taajuudelle ja jakaa niin positiivisia kuin negatiivisia tunteita vauvan kanssa ovat merkittäviä kehityksen edellytyksiä. (Gerhardt, 2008; Kokkonen, 2010; Mäntymaa ja Puura, 2011).

Hoivaavassa suhteessa tämä tarkoittaa lapselle sitä, että hän tulee tunteissaan kuulluksi, ymmärretyksi, riittävän oikein tulkituksi ja myös vastatuksi. Tämä taas vaatii hoivaajalta kykyä käsitellä omia tunteitaan, tunnistaa ja säädellä niitä. Vanhemman tunnesäätelyongelmalla on taipumus siirtyä vauvalle. Vanhemman on sekä oltava vauvalle tunteissa saatavilla, virittäytyneitä, mutta myös auttaa vauvaa tunteissaan seuraavalle kehitystasolle. Mahdollisuus jakaa tunteita avoimesti ja vapaasti on lapsen kannalta hyvin merkittävää. Se luo myös kykyä myöhemmin olla avoimessa ja turvallisessa tunneyhteydessä tärkeisiin toisiin ja ilmaista omia tarpeitaan sekä ymmärtää toisia koherentisti. Juuri tunnetilan jakamisen kautta vastavuoroisuus ja vuorovaikutussuhde ovat ylipäättään koettavissa. Jos tunteet jäävät lapsen kanssa symboloitumatta (eli sanoittamatta ja tunnistamatta) tunneperäistä kiihtymystä ei voi myöhemmin säädellä tietoisemmalla, sanallisilla tavoilla, kuten puhumalla itsensä ulos pahasta olost. Vaikeiden tunteiden säätelyavun lisäksi vauva ja lapsi kaipaavat myös jaettavaa iloa. Myös ilossa on lapsen kannalta keskeistä kohtaaminen tunteen jakamisessa: nauraa siis lapsen *kanssa*,

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

eikä *lapselle*. (Gerhardt, 2008; Hautamäki, 2011; Kanninen ja Sigfrids, 2012; Mäkelä, 2003; Tamminen, 2004).

“What the child can do in cooperation today, he can do alone tomorrow” – Vygotsky

Siinä missä lapsen ja hoivaajan välillä lapsen mahdollisuus ilmaista tunteita ja tarpeitaan määrittyy pitkälti vanhemman kykyjen myötä, on aikuiselämän parisuhde tasa-arvoisemmin kannatteleva ja hoivaaja, jossa molemmat saavat kokemuksia olla sekä hoivattuna että hoivaajana kannatellen samanaikaisesti sisäisesti myös itse itseään. Vanhemman mallilla ja tavalla tyynnyttellä ja emotionaalisesti kannatella lasta tämän tunteissa, auttavat itsenäisten säätelykykyjen kehittymistä ja sisäistämistä. Voidaan puhua emotionaalisesta pätevydestä, joka tarkoittaa jo varhain syntyvää patteristoa, joka voi joka edesauttaa tai vaikeuttaa tunneyhteyden luomista toisiin ihmisiin sekä itsen myöhemmässä elämässä. Kognitiivis-analyttisessä psykoterapiassa on nostettu esiin myös Vygotskyn lähikehityksen vyöhykkeen käsite. Sillä viitataan oppimisen kaksivaiheisuuteen, jossa se mikä ensin voidaan oppia yhdessä, voidaan osata myöhemmin myös itsenäisenä toimintana. Lähikehityksen vyöhykettä Vygotsky kuvaa sellaiseksi alueeksi, jossa lapsi voi oppia ja ratkaista yhteistyössä ja ohjauksessa vaikeampia tehtäviä, kuin mihin hän itsenäisesti pystyisi. (Anttonen, 2010; Kokkonen, 2010; Kuusinen ja Wahlström, 2012a; Silvonen, 2004).

Turvallisesti kiintynyt osaa ahdistuksen ja pelon tunteissaan hakeutua paremmin toisen tuen piiriin ja on siten itse asiassa itsenäisempi kuin

KALLIO – VARHAISEN VUOROVAIKUTUKSEN MERKITYS

henkilö, joka riippuvasti tai välttelevästi turvautuu toisen tukeen. Virittyneisyys toisen tunteille ja niiden jakaminen voivat myös rikkoutua tai estyä, mutta merkityksellistä on jaettu tunne siitä, että katkennutta tunneyhteyttä voidaan myös korjata ja parantaa. Tunneyhteyden katkeaminen ei saa tarkoittaa yhteyden katoamista tai loppumista, vaan sitä voidaan joustavasti korjata ja korvata uusin, yhteisesti jaetuin tuntein. (Gerhardt, 2008; Greenberg ja Pascual-Leone, 2006; Kanninen, 2012; Laukkarinen, Mäkelä ja Rouru, 2004; Mäntymaa ym., 2003; Saarinen, 2008; Tamminen, 2004).

Aikuiselämän parisuhde ja seksuaalisuus

”Varhaisimmat kiintymyssuhteet luovat perusta sille, keneen aikuisena rakastuu, miten häneen kiintyy, miten suhteessaan voi jatkuvasti henkisesti kasvaa ja kehittyä ja silti olla turvassa, saada lohtua.” -Tamminen

Parisuhdetta ja sen seksuaalielämää tarkastellaan usein toisistaan irrallisina, vaikka niiden erottelu on keinotekoisia. Seksuaalielämä ei ole koskaan irrallinen muusta parisuhteesta. Siinä missä seksuaalisuus on osa ihmisen persoonaa ja ilmentää sen tavanomaisia vastavuoroisia asetelmia, näyttäytyy sama myös parisuhteessa ja sen seksuaalielämässä. (Kallio, Jussila 2010). Ihmisen perustavanlaatuiset toiveet ovat ristiriitaiset. Kaipuu sekä turvalliseen läheisyyteen että tutkivaan erillisyyteen ovat olemassa ja varhaisissa vuorovaikutussuhteissa. (Kanninen ja Sigfrids, 2012).

Seksuaalisen tyytyväisyyden tiedetään olevan voimakkaasti sidoksissa yleiseen tyytyväisyyteen parisuhteessa. Seksuaalista tyytyväisyyttä parisuhteessa edistävät erityisesti pariskunnan kommunikointikyvyt. Ne

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

parit, joilla seksuaalista tyytyväisyyttä on suhteessa vähemmän, on myös vähemmän keskusteluita seksuaalielämästä ja sen toimivuudesta keskenään. (Kontula, 2009; Sprecher ja Regan, 2000).

Seksuaalisuuteen liittyvien ongelmien kannalta merkittävää on myös lapsuudessa omaksuttu kiintymyssuhdetyyli vielä aikuisiänkin intiimeissä suhteissa. Tiedetään, että turvaton kiintymyssuhdetyyli korreloi voimakkaasti seksuaalisten ongelmien, ihmissuhdevaikeuksien ja heikomman fyysisen sekä psyykkisen hyvinvoinnin kanssa. Turvallisen kiintymyssuhteen tiedetään ennustavan voimallisemmin seksuaalista tyytyväisyyttä parisuhteessa. Juuri seksuaalisuuden alueelle heijastuvat herkästi aiemmat traumakokemukset, etenkin, jos ne ovat syntyneet vuorovaikutussuhteessa toisen ihmisen kanssa. Näiden käsittely taas vaatii terapeutilta vahvaa ymmärrystä varhaisista vuorovaikutuksista, sisäisten asetelmien siirtymisestä uusiin vuorovaikutustilanteisiin niin parisuhteen seksuaalielämässä kuin terapiasuhteessa.

Bowlby on aikanaan jo havainnut kiintymyksen ja seksuaalisuuden välillä läheisen yhteyden. Seksi ja kiintymyssuhde näyttävät olevan erillisiä systeemejä, sillä seksiä voi tuki olla myös ilman kiintymyssuhdetta ja kiintymyssuhde (esimerkiksi avioliitto) ilman seksiä. Toisaalta suurimmalla osalla aikuisikäisistä seksuaalikumppani on ensisijainen kiintymyksen kohde. Parisuhde on yleensä aikuiselämän tärkein kiintymyssuhde, johon peilautuvat myös varhaiset kiintymyssuhteet odotuksineen ja pettymyksineen. Onnellisimmillaan parisuhteessa yhdistyvät syvä eroottinen kiintymys, keskinäinen luottamus, turvallisuudentunne, toinen toisensa ymmärtäminen ja kokemusten keskinäinen jakaminen.

KALLIO – VARHAISEN VUOROVAIKUTUKSEN MERKITYS

Parisuhteessa ja intiimiläheisyydessä tarkastellaan ydinuskomuksia itsestä, toisesta sekä tunneläheisyyden mahdollisuuksista. Parisuhde, kuten terapiasuhdekin, ovat uusia mahdollisuuksia luoda eheämpiä tunnesuhteita. (Himmanen-Koski, 2004; Johnson, 2010; Pinomaa, 2013; Sannemann, 2007; Tulppala, 2004).

Turvallisesti toisiinsa kiintyneiden parien intiimissä kohtaamisessa on samoja piirteitä kuin sensitiivisessä vanhempi-lapsi -suhteessa. Toisin sanoen, se sisältää virittäytyneisyyttä toisen tunteille ja tuntemuksille (kuten kiihottuminen ja sen eteneminen) sekä soinnuttuvaa vastavuoroisuutta. Turvallisesti kiintynyt pari kykenee säilyttämään *emotionaalisen yhteyden* toiseen seksin aikana. Tarvittaessa he tunnistavat yhteyden katkeamisen ja kykenevät korjaamaan katkenneen tunneyhteyden nopeasti. Kiintymyksen laatu vaikuttaa kaikkiin neljään seksuaalielämän komponenttiin: haluun, kiihottumiseen, orgasmiin ja seksin kokemiseen nautinnollisena. (Johnson ja Zuccarini, 2010).

Jo varhaisessa vuorovaikutuksessa ihmisellä on kaipuu sekä turvalliseen läheisyyteen että tutkivaan erillisyyteen. Nämä elementit ovat hyvin keskeisiä myös aikuiselämän seksuaalisuhteessa. Kun on saanut kokea riittävää turvallista läheisyyttä, myönteistä riippuvuutta ja mahdollisuutta peilautua sekä validoitua toisen ihmisen kautta, on myös kyvykkäämpi oppimaan, tutkimaan, ilmaisemaan ja seikkailemaan. Tunnekeskeisen pariterapian kehittäjä Susan Johnson kuvaakin osuvasti sanoessaan, että seksuaalielämä on parhaimmillaan turvallista seikkailua. Juuri turvallisen kiintymyksen ja vuorovaikutuksen pohja luo mahdollisuuden myös elävälle leikille, tutkimiselle, erehtymisille ja jaetulle etsimiselle, mikä on pitkän

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

intohimon edellytys. Toisaalta myös monet suojaavat toimintatavat heijastuvat parisuhteen seksuaalielämässä, jolloin kyse ei ole varsinaisesta seksuaaliongelmasta, vaan paljon syvemmästä ja kompleksisemmasta tilanteesta. (Himmanen-Koski, 2004; Johnson, 2010; Tuhkasaari, 2007).

Intiimiys herättää kiintymistarpeet

Intiimiys tulee latinan sanasta *intimus*, joka tarkoittaa syvästi yksityisen jakamista yhteisesti. Jakaminen onkin keskeinen elementti parisuhteessa säilyvän intohimon näkökulmasta. Kyky jakaa omaa sisintään ja haavoittuvuuttaan tarpeineen ja tunteineen on merkittävä tekijä tunneyhteyden kehittämisessä ja siten myös seksuaalielämän tyytyväisyydessä. Parin on tärkeää saada kokea yhdessä jaettua tunteiden, lämmön ja hellyyden kokemuksia intiimiydessä. Seksuaalisuudessa on kyse pitkälti tunteista sekä kyvystä olla intiimissä vuorovaikutuksessa niin itsen kuin toisen kanssa. Intiimiyhteys aikuisuudessa herättää varhaisia mielikuvia ja sisäistyksiä kiintymyksestä, läheisyydestä, tunneyhteydestä, turvasta ja vaarasta sekä vuorovaikutuksellisista asetelmista. (Anttonen, 2012; Baumeister ja Bratslavsky, 1999; Johnson, 2011; Sinkkonen, 2013).

Parisuhteessa säilyvä intohimo pohjautuu myös koettuun intiimiyteen. Intiimiys tarkoittaa yleistä tunnetta läheisyydestä toisen kanssa. Intiimiyden kokeminen on merkittävää yksilön tarpeiden täyttymisen näkökulmasta sekä elämänlaadun kokemisessa. Parisuhteessa toiveet ja tavoitteet yhteiselle intiimiydelle ovat keskeisessä roolissa parisuhteeseen sitoutumisessa. Juuri pitkällä parisuhteella on merkityksensä intiimiyden

KALLIO – VARHAISEN VUOROVAIKUTUKSEN MERKITYS

kehittämisessä ja sen tavoittelemisessa. Tarve parisuhteen intiimiyteen on niin suuri ja motivoiva, että jopa 80 prosenttia eronneista avioituu uudelleen. (Troy, 2005).

Kahden mielen yhteensointuminen, kyky asettautua avoimesti tunneyhteyteen toisen kanssa ovat keskeisiä elementtejä niin varhaisessa vuorovaikutuksessa kuin aikuiselämän intiimisuhteessa. Aikuiselämän intiimisuhteeseen vaatii sensitiivisyyttä sekä itseä että toista kohtaan, mutta myös tunteiden säätelykykyä ja siten tarvittaessa myös toiseen turvautumista. Intiimi kohtaaminen perustuu tunneyhteyteen ja tekee siten myös suorittavan seksuaaliseen kohtaamisen tunteita vältellen tai seksuaaliseen kohtaamiseen ripustautumiseen ja ahdistuksen lievittämisen kohdentaen epätydyttäväksi. Pitkässä emotionaalisesti turvallisessa parisuhteessa elävillä seksuaalielämä on aktiivisempaa ja tyydyttävämpää. Erotiikasta voi parin välille syntyä turvallinen seikkailu, jossa voi sekä kokea läheisyyttä että toteuttaa tutkimista, eli kumpaistakin varhaista ambivalenttia tarvetta. (Anttonen, 2012; Johnson, 2011; Pinomaa, 2013).

Seksuaalinen tyytyväisyys kulkee käsi kädessä hyvän parisuhteen kanssa. Intiimiyttä sisältävässä vastavuoroisessa parisuhteessa, jossa on hyvää kommunikointia ja yhteisesti koettua tukea, koetaan myös enemmän seksuaalista tyytyväisyyttä. Seksuaalista tyytyväisyyttä lisää myös kumppanien kyky seksuaaliseen assertiivisuuteen, kansankielisesti jämäkkyyteen. Seksuaalinen assertiivisuus syntyy kyvystä hahmottaa omat rajat ja tarpeet sekä kykyyn ilmaista niitä toiselle, mikä edellyttää myös niiden tunnistamista sisäisesti. Tällöin seksuaalisuhteeseen ei synny painostetuksi tuleamista itsen tai toisen taholta, mutta toisaalta voidaan

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

etsiä yhteisesti tekijöitä ja kokemuksia, jotka lisäävät seksuaalista tyytyväisyyttä. Bowlby kuvasi parisuhteeseen sisältyvän kolmiomallin: seksuaalisen ulottuvuuden, hoivan ulottuvuuden ja kiintymyksen ulottuvuuden. Seksuaaliset kokemukset ja vastaukset ovat kontekstissa kiintymys- ja huolenpitoultuvuuksine kanssa ja siten vaikuttavat toinen toisiinsa. Yksi aikuisuuden tärkeimmistä tehtävistä voidaan nähdä näiden kolmen ulottuvuuden toimivan integraation saavuttamisen. (Johnson ja Zuccarini, 2010; Shpancer, 2014).

Parisuhteen intiimiyden kehittämisessä keskeiseksi nousee parin välillä koettu turvallisuus sekä yksilölliset kyvyt ilmaista tunteita ja tarpeita toiselle. Parisuhde on aina kahden kauppa ja vuorovaikutuksen onnistumiseen vaikuttavat molempien kumppaneiden käytös ja tulkinnat. Vastavuoroisuus elää voimakkaasti parisuhteessa, jossa itsensä paljastamisen ja koettu turvallisuus muodostuu myös kumppanin kyvystä vastaanottaa toisen tunneilmaisua ja vastata siihen riittävän koherentilla tavalla. Tämä lisää kykyä näyttää ja paljastaa itsestä kumppanille yhä enemmän, mikä taas muuttaa parisuhteen intiimiyden tasoa. Juuri muutokset intiimiydessä vaikuttavat myönteisesti koettuun intohimoon. Mitä suuremmaksi tunneintiimiys koetaan parisuhteessa, sitä suuremmaksi koetaan myös seksuaalinen tyytyväisyys. Intiimiys on parisuhteessa kasvava pääoma, prosessi. (Kontula, 2009; Troy, 2005).

Turvallinen kiintymys pariskunnan välillä luo siis paljon mahdollisuuksia ja etuja niin parisuhteen rakentumisen kuin seksuaalielämän tyydyttävyyden kannalta. Myös turvallisesti kiintyneet parit kohtaavat monenlaisia vastoinkäymisiä parisuhteissaan. Heillä on kuitenkin sisäistetty hyvä

KALLIO – VARHAISEN VUOROVAIKUTUKSEN MERKITYS

käsitys sekä itsestä että toisesta, kykyä ilmaista ja tunnistaa tunteita sekä itsessä että toisessa, mitkä auttavat heitä selviytymään yhteisissä haasteissa selvemille vesille. Paljon turvattomuutta kokevat taas tuntevat yhteisissä haasteissa herkästi voimakasta yksinäisyyttä, jossa kumppani näyttää siirtyneen vihollisen paikalle. Keskeisimmäksi ei silloin nouse parin *yhteys*, vaan henkilökohtainen puolustautuminen toista vastaan, ei meidän puolesta. Tällöin parin osapuolet tukeutuvat yhä enemmän suojaaviin toimintatapoihin, mikä vaikeuttaa sensitiivisen vuorovaikutuksen suojaa. Varhaisissa kiintymyssuhteissa koetut haavat aukenevat usein aikuisiän parisuhteissa uudelleen ja koetaan toistuvasti parisuhteen virrassa. Tämän vuoksi niiden syvälinen ymmärtäminen ja työstäminen ovat terapiatyössä erityisen merkityksellisiä. (Anttonen, 2010).

Jos pariskunnan välillä on tunneyhteyden puutteesta syntyneitä voimakkaita pettymyksiä ja parisuhdehaavoja, on ymmärrettävää, että se vaikuttaa myös parin seksuaalisuhteeseen. Kohtaaminen yhteisellä seksuaalisella alueella ei vahvasta yhteyttä vaan eneminkin perustuu suojaaviin toimintatapoihin. Tämä vaikuttaa seksuaalielämään näkyvästi erilaisin toimintahäiriöin. Pitkään jatkunut emotionaalinen turvattomuus kumppanin kanssa sekä sisäisesti koettuna heijastuu luonnollisesti myös parin seksuaalielämään. Suoriutuminen seksissä, persoonaton tekninen seksi tai seksin käyttäminen oman ahdistuksen tai hylkäämisenpelon kontrolloijana estävät paria entisestään kokemasta intiimiläheisyyden lohtua ja iloa. Parisuhde on toinen mahdollisuus, jossa varhaisen vuorovaikutuksen turvattomat sisäistykset voivat saada uusia merkityksiä ja muotoja, jos pari on valmis tutkimaan ja etsimään uusia keinoja epätydyttävälle tilanteelle. Tässä terapiasuhte saattaa toimia

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

käännekohtana. (Johnson, 2011; Johnson ja Zuccarini, 2010; Pinomaa, 2013; Tuhkasaari, 2007).

Psykoterapian ja seksuaaliterapian rajakysymyksiä

"Hyvin toteutunut vanhemmuus on avain seuraavan sukupolven mielenterveyteen" – Bowlby

Varhainen vuorovaikutus heijastuu olennaisesti myös terapiatyössä asiakkaan ja terapeutin kohtaamisessa. Varhaisessa hoivassa on paljolti samaa kuin psykoterapiatyössä: Miten vanhemmat ja terapeutit vahvistavat vauvansa/potilaansa viestejä, puuttuvat monin tavoin vuorovaikutukseen ja vahvistavat vauvan/potilaan tunteilmaisuja monin eri tavoin, sekä siitä miten vauva/potilas itse vaikuttaa omalta osaltaan vuorovaikutuksen laatuun. (Schulman, 2002).

Varhaiseen vuorovaikutukseen liittyvät puutteet sekä suojaavat toimintatavat näyttävät usein seksuaalisuudessa ja parisuhteen intiimiydessä. Turvallisessa ja tunteita kannattelevassa vuorovaikutuksessa kasvanut aikuinen osaa ilmaista itseään, tunteitaan ja intiimejä tarpeitaan koherentimmin kumppanilleen sekä asettautua sensitiivisesti kuulolle kumppaninsa vastaaville tarpeille. Yhtä lailla tunteiden säätelytaitojen puutteet sekä emotionaalinen turvattomuus ja käytetyt suojaavat toimintatavat varhaisen vuorovaikutuksen puutteina heijastuvat aikuisparin välille. Varhaisen vuorovaikutuksen puutteet saattavat näyttäytyä terapiassa myös ikään kuin sanattomana tuskana, jota on vaikea verbaalisesti tavoittaa. Näiden käsitteleminen yksilön tai parin kanssa terapiassa vaatii terapeutilta ymmärrystä niin varhaisen

KALLIO – VARHAISEN VUOROVAIKUTUKSEN MERKITYS

vuorovaikutuksen merkityksestä, vastavuoroisten asetelmien dialogisesta luonteesta terapiassa ja parisuhteessa sekä dissosioituneiden minätilojen tunnistamiseen että lähtökohtaisesti kykyyn asettautua ja luoda yhdessä potilaan kanssa turvallista allianssia ja kiintymyssuhdetta (Kuusinen ja Wahlström, 2012; Pinomaa, 2014).

Vuorovaikutuksessa koettuihin uhkiin ihminen vastaa erilaisin suojaavin toimintatavoin, jotta säilyttäisi vastavuoroisen suhteen toiseen ihmiseen tai hoivaajaansa. Nämä suojaavat toimintatavat ovat kuitenkin este aidolle intiimille vuorovaikutukselle, tunteiden avoimelle ilmaisulle sekä luovuudelle. Juuri näitä piirteitä aikuiselämän intiimisuuteen kaipaa pysyäkseen tyydyttävänä ja aidosti vastavuoroisena. On olennaista, että terapeutilla on taitoa pohtia omaa asettautumistaan suhteessaan asiakkaaseensa ja tämän ongelmiin sekä mahdollisia omia suojaavia toimintatapojaan. Juuri terapiasuhteessakin syntyvät vastavuoroiset asetelmat voivat toistaa asiakkaan kipeitä kokemuksia, mutta myös saada mahdollisuuden tulla uudelleen havaituksi, jäsenetyksi ja muutetuksi. On keskeistä, että terapeutti tunnistaa asiakkaan ongelmalliset toimintatavat seksuaalisuhteessa, jotta niitä voidaan purkaa ja rakentaa paremmin tunnetarpeita vastaaviksi. Psykoterapiassa näistä tavoista voidaan alkaa luopua vähitellen, mikäli ihminen saa kokemuksen paremmasta vuorovaikutuksesta perustuvasta kannattelusta ja lisääntyvästä itsehavainnoinnista, josta hän voi saada kehitykselleen kasvuaineksia ja mahdollisuuksia toimia aiempaa enemmän subjektipositiosta käsin. Kuten varhaisessa vuorovaikutuksessa, myös psykoterapiasuhteessa ydin on kahden aktiivisen toimijan välisessä dialogissa. Olennaista on myös psykoterapeutin koulutukseen kuuluva käyty oma pitkä psykoterapia, jossa

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

hän on saanut ja joutunut tarkastelemaan pitkässä terapiasuhteessa omia kiintymyksen ja vuorovaikutuksen tapojaan sekä tunnistamaan suojaavia toimintatapojaan. (Kuusinen ja Wahlström, 2012b; Schulman, 2002).

Seksuaaliterapian rajat tulevat vastaan juuri tässä. Seksuaaliterapian keinot ja ymmärrys ovat tärkeitä, mutta usein potilaan dynamiikkaan nähden myös pinnallisia ja jopa suojaavia toimintatapoja vahvistavia. Jos potilas hakeutuu ”suorittajaminänsä” kanssa saamaan apua lisää seksin tekniikkaan tai toimittamiseen ja tulee siinä positiossa ”autetuksi”, tehdään ehdottomasi enemmän hallaa kuin hyvää. Seksuaaliterapiassa keskeistä ovat asiakkaan seksuaalisuuteen liittyvien oireiden ymmärtäminen ja niiden taakse katsominen sekä syiden purkaminen. Olisikin tarpeen pohtia, tuleeko seksuaaliterapiaa kutsua ollenkaan kutsua terapiaksi, koska sillä ei ole siihen edellytyksiä sellaisenaan riittävästi. Tässä seksuaaliterapeutti-suomennos NACS-auktorisoinnista ”Specialist in Sexological Counselling” on vienyt viestiä väärään suuntaan. Seksuaaliterapian keinot ovat riittämättömät silloin, kun oireet ulottuvat varhaiseen vuorovaikutukseen, tunnesäätelyyn, dialogisen lähtökohdan pohtimiseen tai traumojen käsittelemiseen. Näihin liittyviä kompleksisempia vaikeuksia voidaan hoitaa psykoterapeuttisin keinoin. Seksologinen osaaminen psykoterapiakoulutuksen lisäksi mahdollistaa seksuaalisuuteen liittyvien tihentymien tarkastelemista psykoterapeuttisin keinoin yhdessä asiakkaan kanssa niin emotionaalista kuin kognitiivista ymmärrystä etsien ja jakaen.

Seksologian täydennyskoulutukseen ei kuulu omaa terapiaa eikä juurikaan varhaiseen vuorovaikutukseen, sisäisten asetelmien tai niiden siirtymisen dynamiikan pohdintaa. Oman terapiaprosessin puute on valtavan

KALLIO – VARHAISEN VUOROVAIKUTUKSEN MERKITYS

merkittävä, koska ”terapeutin” itsehavainnointikyky voi olla hyvinkin puutteellinen ja siten samanaikaisesti myös vaarana astua haitallisiin transferessi-ilmiöihin potilaan kanssa suurempi. Samanaikaisesti seksuaalioireissaan ihmiset lähestyvät ammattilaisia juurikin näillä kysymyksin: miksen osaa olla lähellä, miksi haluni katoaa, miksi seksi on pelkkää suorittamista, miten ilmaista tunteita, saanko olla oma itseni tai kuka edes autenttisesti olen? Silloinkin, kun kysymykset ilmentävät enemmän esimerkiksi kehollista problematiikkaa: miksi orgasmi ei tule, miksi erektioni lopahtaa, miksi porno vie mennessään?

Toisin kuin yleisesti luullaan, vain harvoin on kyse itse seksistä suoritteena ja teknisenä toteutuksena, mutta sitäkin useammin henkilökohtaisesta kyvystä olla intiimistä tunteineen ja tarpeineen dialogissa niin itsensä kuin toisen kanssa, itseään havainnoiden ja toista sensitiivisesti tunnustellen. Seksologinen osaaminen psykoterapiakoulutuksen lisäksi mahdollistaa seksuaalisuuteen liittyvien tihentymien tarkastelemista psykoterapeuttisin keinoin yhdessä asiakkaan kanssa niin emotionaalista kuin kognitiivista ymmärrystä etsien ja jakaen.

Kirjallisuus ja suulliset lähteet

Anttonen, A. (2012). Varhaisten kiintymyssuhteiden merkitys parisuhteiden muodostumisessa. Luento, Suomen Seksologisen Seuran kevätseminaari, Helsinki, 20.4.2012.

Anttonen, A. (2010). Lapsuuden traumaattiset kiintymyssuhdekokemukset paripsykoterapiassa. Tunnekeskeisen pariterapian ja objektiiviteorian

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

näkökulmaa. Teoksessa Malinen, V. ja Alkio, P. (toim.) *Paripsykoterapia ja parisuhteen kätkeytymismahdollisuudet*. Turku: VL-Markkinointi.

Baumeister, R..F. ja Bratslavsky, E. (1999). Passion, intimacy, and time: Passionate love as a function of change in intimacy. *Personality and Social Psychology Review*, 3(1), 49-67.

Beebe, B., Knoblauch, S., Rustin, J. ja Sorter, D. (2005). *Forms of intersubjectivity in infant research and adult treatment*. New York: Other Press.

Christopher, F. S. ja Sprecher, S. (2009). Sexuality in marriage, dating, and other relationships: A decade review. *Journal of Marriage and the Family*, 62(4), 999-1017.

Eränen, L. Kognitiivis-analyttisen terapian kehitys ja peruskäsitteet. www.introspekt.fi/documents/KAT-peruskasitteet.pdf Ladattu 22.7.2014

Greenberg, L. ja Pascual-Leone, A. (2006). Emotion in psychotherapy: A practice-friendly research review. *Journal of Clinical Psychology*, 62(5), 611-630.

Hautamäki, A. (2011). Lapsen kiintymyssuhteet ja niiden vaarantuminen. Teoksessa Sinkkonen, J. ja Kalland, M. (toim.) *Varhaislapsuuden tunnesiteet ja niiden suojeleminen* (s. 29-69). Helsinki: WSOYpro.

KALLIO – VARHAISEN VUOROVAIKUTUKSEN MERKITYS

Hautamäki, A., Hautamäki, L., Maliniemi-Piispanen, S. ja Neuvonen, L. (2008). Kiintymyssuhteen välittyminen kolmessa sukupolvessa. *Psykologi*, 6/2008.

Himmanen-Koski, A. (2004). Kiintymyssuhdeteoriasta ja parisuhteesta. Teoksessa Malinen, V. ja Alkio, P. (toim.) *Parisuhde, intiimiys, seksuaalisuus. Teoriaa ja käytäntöjä pariterapiasta*. Helsinki: VL-markkinointi.

Johnson, S. (2008). *Hold Me Tight. Seven Conversations for a Lifetime of Love*. Little, Brown and Company.

Johnson, S. ja Zuccarini, D. (2010). Integrating sex and attachment in emotionally focused couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(4), 431-445.

Johnson, S. (2010). *Tunnekeskeisen pariterapian käsikirja*, suom. Auvinen, P. Helsinki: Psykologien Kustannus.

Kallio, M. ja Jussila, T. (2010). *Syvyyttä seksiin. Kohti elävämpää seksuaalisuutta*. Hämeenlinna: Minerva.

Kanninen, K. (2012). Varhaisen vuorovaikutuksen hyödyntäminen terapiatyössä. Luento KAT YET –psykoterapiaseminaarissa, Järvenpää, 30.-31.8.2012.

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

Kanninen, K. ja Sigfrids, A. (2012). *Tunne minut! Turva ja tunteet lapsen silmin*. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Keltikangas-Järvinen, L. (2009). *Temperamentti - ihmisen yksilöllisyys*. Helsinki: WSOY.

Keltikangas-Järvinen, L. (2012). *Pienen lapsen sosiaalisuus*. Helsinki: WSOY.

Gerhardt, S. (2007). *Rakkaus ratkaisee: varhaisen vuorovaikutuksen merkitys aivojen kehitymiselle*, suom. Kivirauma, M. Helsinki: Edita.

Kaltiala-Heino, R. (2013). Aggressio lapsuudessa ja nuoruudessa. Teoksessa Nurmi, P. (toim.) *Lapsen ja nuoren viha*. Juva: Bookwell Oy.

Kokkonen, M. (2010). *Ihastuttavat ja vihastuttavat tunteet. Opi tunteiden säätelyn taito*. Jyväskylä: PS-kustannus.

Kontula, O. (2009). *Parisuhdeonnan avaimet ja esteet. Perhebarometri 2009*. Väestöntutkimuslaitos, Katsauksia E 38/2009.

Kontula, O. (2008). *Halu ja intohimo. Tietoa suomalaisesta seksistä*. Helsinki: Otava.

Kuusinen, K.-L. ja Wahlström J. (2012a). Kehittyvä mieli – Kehityspsykologinen ymmärrys psykoterapiassa. Teoksessa Eronen, S. ja

KALLIO – VARHAISEN VUOROVAIKUTUKSEN MERKITYS

Lahti-Nuutila, P. (toim.) *Mikä psykoterapiassa auttaa. Integratiivisen lähestymistavan perusteita* (s. 171-212). Helsinki: Edita.

Kuusinen, K.-L. ja Wahlström J. (2012b). Terapiasuhde – muutosprosessin perusta. Teoksessa Eronen, S. ja Lahti-Nuutila, P. (toim.) *Mikä psykoterapiassa auttaa. Integratiivisen lähestymistavan perusteita* (s. 91-113). Helsinki: Edita.

Larmo, A. (2010). Mentalisaatio – kyky pitää mieli mielessä. *Duodecim*, 126, 616-22.

Laukkarinen, M.-R., Mäkelä, T. ja Rouru, S. (2004). Masennus tunteiden prosessoinnin ongelmana. *Kognitiivinen psykoterapia -verkkolehti*, 1(1), 3-23.

Leiman, M. (1994). Projective identification as early joint action sequences: A Vygotskian addendum to the Procedural Sequence Object Relations Model. *British Journal of Medical Psychology*, 67 (pt 2), 97-106.

Leiman, M. (2003). Varhaisen vuorovaikutuksen semiotiikka. Teoksessa Niemelä, P., Siltala, P. ja Tamminen, T. (toim.) *Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus*, (s. 44-57). Juva: WS Bookwell.

Markova, K. (2014). Kiintymyssuhdeteoriat aikuisrakkauden teoreettisena perustana. Väestöliiton verkkosivut. Ladattu 21.2.2014.

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

Mäntymaa, M. ja Puura, K. (2011). Varhainen vuorovaikutus ja aivojen kehitys. Teoksessa Sinkkonen, J. ja Kalland, M. (toim.) *Varhaislapsuuden tunnesiteet ja niiden suojeleminen* (s. 17-27). Helsinki: WSOYpro.

Mäntymaa, M., Luoma, I., Puura, K. ja Tamminen, T. (2003). Tunteet, varhainen vuorovaikutus ja aivojen toiminnallinen kehitys. *Duodecim*, 119(6). 459-465.

Pajulo, M. (2004). Vauvan tunnetila ja sen säätely - äidin reflektiivinen kyky ja sen merkitys turvallisessa kiintymyssuhteessa. *Duodecim*, 120(21), 2543-2549.

Pajulo, M. ja Pyykkönen, N. (2011). Mentalisaatiokyky varhaisessa vanhemmuudessa. Teoksessa Sinkkonen, J. ja Kalland, M. (toim.) *Varhaislapsuuden tunnesiteet ja niiden suojeleminen* (s. 71-94). Helsinki: WSOYpro.

Palmer, G. (2013). Emotional Focused Couple Therapy. Koulutus, Tallinna, Viro, 17.10.2013.

Pesonen, A.-K. (2010). Varhainen vuorovaikutus on suotuisan psyykkisen kehityksen edellytys. *Duodecim*, 126(5), 515-20.

Pinomaa, H. 2013. Emotionally Focused Couple Therapy. Koulutus, Tallinna, Viro, 16.10.2013.

KALLIO – VARHAISEN VUOROVAIKUTUKSEN MERKITYS

Pinomaa, H. (2014). Tunnekeskeisen pariterapian jatkokoulutus. Koulutus, Helsinki, 28.1. ja 1.-2.4.2014.

Punamäki, R-L. (2011). Vanhemmuuteen siirtyminen: raskausajan ja ensimmäisen vuoden kiintymyssuhteet. Teoksessa Sinkkonen, J. ja Kalland, M. (toim.) *Varhaislapsuuden tunnesiteet ja niiden suojeleminen* (s. 95-114). Helsinki: WSOYpro.

Rusanen, E. (2011). *Hoiva, kiintymys ja lapsen kehitys*. Porvoo: Finn Lectura.

Ryle, A. (1975). Self-to-self and self-to-other. *New Psychiatry*. April, 12-13.

Ryle, A. ja Kerr, I. (2002). *Introducing Cognitive-Analytic Psychotherapy. Principles and Practice*. London: John Wiley & Sons.

Räsänen, M. (2013). Yhteistyösuhde ja transferenssi. Luento KAT YET – psykoterapiaseminaarissa, Järvenpää, 13.4.2013.

Räsänen, M. (2010). Lähikehityksen vyöhyke. Luento JOH KAT – psykoterapiaseminaarissa, Järvenpää, 20.9.2010.

Saarinen, M. (2008). Emokatti: Kattia emotio edellä. Lopputyö 6.4.2008, KAT VET-koulutus.

SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA 1(1)

Salos, S. ja Flykt, M. (2013). Lapsen ja vanhemman välisen emotionaalisen saatavilla olon merkitys lapsen kehityksessä ja hyvinvoinnissa. *Psykologia*, 05-06/2013.

Sannemann, R.-L. (2007). Tunteet - ikkuna turvalliseen parisuhteeseen. *Psykologi-lehti*, 5/2007.

Schulman, M. (2003). *Vauvahavainnointi. Oppia observoimalla*. Helsinki: Therapie-säätiö.

Shpancer, N. (2014). Sexual satisfaction: Highly valued, poorly understood. Our understanding of sexual satisfaction is unsatisfactory. *Psychology Today*, 16.2.2014.

Siltala, P. (2003). Varhainen vuorovaikutus kokemuksen ja tutkimuksen valossa. Teoksessa Niemelä, P., Siltala, P. ja Tamminen, T. (toim.) *Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus*, (s. 16-43). Juva: WS Bookwell.

Silvonen, J. (2004). Lähikehityksen vyöhykkeellä? Teoksessa Mietola, R. ja Outinen, H. (toim.) *Kulttuurit, erilaisuus ja kohtaamiset. Kasvatustieteen päivien 2003 julkaisu* (s. 47-55). Helsinki: Helsingin yliopiston kasvatustieteen laitos.

Sinkkonen, J. (2012). Mitä lapsi tarvitsee hyvään kasvuun. Helsinki: WSOY.

Sinkkonen, J. (2013). Suullinen haastattelu, Helsinki, 11.11.2013.

KALLIO – VARHAISEN VUOROVAIKUTUKSEN MERKITYS

Sinkkonen, J. ja Kalland, M. (2005). *Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen*. Helsinki: WSOY.

Sinkkonen, J. ja Kalland, M. (toim.) (2011). *Varhaislapsuuden tunnesiteet ja niiden suojeleminen*. Helsinki: WSOYpro.

Sprecher, S. ja Regan, P.C. (2000). Sexuality in a relational context. Teoksessa Hendrick, C. ja Hendrick, S. (toim.) *Close Relationships: A Sourcebook* (s. 245-262). Thousand Oaks: Sage.

Tamminen, T. (2004). *Olipa kerran lapsuus*. Helsinki: WSOY.

Trevarthen, C. (2006). Stepping away from the mirror: Pride and shame in adventures of companionship. Reflections on the nature and emotional needs of infant intersubjectivity. Teoksessa Carter, C. S. ym. (toim.) *Attachment and Bonding. A New Synthesis* (s. 55-83). Cambridge, MA: MIT Press.

Troy, A. B. (2005). Romantic passion as output from a self-regulating, intimacy-seeking system: A model for understanding passionate love. *Psychological Reports*, 96(3 pt1), 655-675.

Tulppala, M. (2004). Näkökulmia parisuhteeseen ja lapsettomuuteen kiintymyssuhdeteorian pohjalta. Teoksessa Malinen, V. ja Alkio, P. (toim.) *Parisuhde, intiimiys, seksuaalisuus. Teoriaa ja käytäntöjä pariterapiasta*. Helsinki: VL-markkinointi.

Kohtaantuva seksuaalikasvatus - luottamus ja turvallisuus seksuaalisen hyvinvoinnin pohjana

KATSAUS

Susanna Ruuhilahti, *kättilö, logoterapeutti (LTI), Authorized Sexuality Educator and Sexual Health Promoter (NACS)*

Aluksi

Tämän kirjoituksen keskiössä on nuorille, erityisesti peruskoulussa oleville, suunnattu seksuaalikasvatus, vaikka seksuaalikasvatus koskettaakin kaikkia ikäryhmiä. Tässä tekstissä hahmotellaan seksuaalikasvatuksen tausta-ajatuksia, jotka muovaavat seksuaalikasvatuksesta diversitettiä kunnioittavaa, seksuaalikasvajan toiveita ja tarpeita huomioivaa ja syvällisesti seksuaalisuutta pohtivaa. Tällainen seksuaalikasvatus on luonteeltaan kohtaantuvaa, dialogista sekä yhdessä pohtivaa oppimista ja jakamista. Kasvajät ja seksuaalikasvattajat ottavat asioista selvää yhdessä ja seksuaalikasvattaja omalla osaamisellaan voi korjata virheellisiä tietoja sekä avata kasvajille moninaisempia näkökulmia heidän ajatuksiinsa tai pohdintoihinsa esittäen seksuaalisuuden laaja-alaisena, ihmisen hyvinvointia vahvistavana osana ihmistä. Dialogisessa seksuaalikasvatusprosessissa kasvattajakin kasvaa ja oppii nuorten kanssa maailmasta, läsnä olevista nuorista, itsestään ja omasta ammatillisesta osaamisestaan. Tilanteessa tieto on yhteistä tehden näkyväksi nuorten asiantuntijuuden omassa elämässään huomioiden myös nuorten tiedot, taidot ja kokemukset seksuaalisuuteen ja sukupuoliin liittyvistä asioista.

Tämä teksti pyrkii sanallistamaan käytännön työn kokemuksen synnyttämää ymmärrystä onnistuneesta seksuaalikasvatuskokonaisuudesta sekä yhdistämään tutkimustietoa tähän. Käytännön kokemus, jota teksti hyödyntää, on syntynyt vuosien aikana tehdystä seksuaalikasvatustyöstä sekä seksuaalikasvatuksen opettamisesta erilaisissa oppilaitoksissa ammattilaisille täydennyskoulutuksena tai opintoja täydentävänä kokonaisuutena. Nuorten kokemusten, seksuaalikasvattajana omien havaintojen ja tutkimustiedosta muovautuneen synteetin valossa tarkoituksena on erityisesti pohtia seksuaalikasvatusta, joka tavoittaisi myös seksuaalikasvatuksen ulkopuolelle jäävät tai sen ulkopuolelle jättäytyvät nuoret. Ulkopuolisuus tässä yhteydessä tarkoittaa sitä, ettei seksuaalikasvatus tavoita nuorta edistään hänen seksuaaliterveyttään tai saa nuorta hyödyntämään seksuaalikasvatuksessa saamia tietoja/taitoja/valmiuksia.

Kirjoituksen tarkoituksena ei ole esittää ratkaisuja tai tieteellisiä perusteita uusien työtapojen tai teorioiden synnyttämiseen vaan herättää pohdintaa ja keskustelua näkökulmista, jotka voisivat edistää seksuaalikasvatuksen merkittävyyttä, seksuaalikasvatuksen kehittymistä, seksuaalisen hyvinvoinnin vahvistumista sekä avata väyliä pohtia miten tutkia seksuaalikasvatuksen onnistumista, tehtävää.

Kirjoitus haluaa tämän lisäksi haastaa seksuaalikasvattajat refleктоimaan omaa toimintaansa ja seksuaalikasvatuksen eetostaan sekä taistelemaan näkymättömäksi jäävien ryhmien seksuaalioikeuksien,

seksuaalikasvatuksen, yhdenvertaisuuden ja oikeudenmukaisuuden puolesta.

Seksuaalikasvatus; tietoa, taitoa, kykyä

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL, 2012) mukaan seksuaalikasvatuksen tavoitteena on lisätä kasvajan tietoja, taitoja, kykyjä, mahdollisuuksia, vastuullisuutta ja huolenpitoa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Seksuaalikasvatuksen tehtävänä on edistää myös seksuaaliterveyttä, joka on yksi terveyden osa-alueista (Perttilä, 1999) sekä vahvistaa seksuaalioikeuksien toteutumista (ks. WAS, 2014). *Seksuaalioikeudet ovat ihmisoikeuksien perustava osa. Ne sisältävät oikeuden kokea mielihyvää tuottavaa seksuaalisuutta, joka on sinällään olennaista ja arvokasta, mutta joka on samalla perustava kommunikaation ja rakkauden ilmaisemisen väline ihmisten välillä. Seksuaalioikeudet pitävät sisällään oikeuden vapauteen ja itsenäisyyteen vastuullisessa seksuaalikäyttäytymisessä.* (Kontula ja Meriläinen, 2007). Tästä ajatuksesta huolimatta nuorten seksuaalikasvatus toteutuu usein kieltojen ja rajoitusten kautta pikemminkin kuin seksuaalisen mielihyvän edistämisen näkökulmasta. Epäilyä ja riskejä korostavan viitekehyksen voisi ajatella olevan jopa ristiriidassa seksuaalista hyvinvointia edistävän lähtökohdan kanssa, sillä kuten ihmissuhteissa ylipäänsä, myös seksuaalista hyvinvointia tuottavan vuorovaikutuksen pohjana on luottamus. (Näre, Ruuhilahti ja Heimonen, 2012). Alangon (2014) mukaan laaja-alainen oikeusnäkökulma on nuoria koskevassa suomalaisessa valtavirtakeskustelussa yhä edelleen ällistyttävän vieras.

Suomalaiselle seksuaalikasvatukselle luonteenomaista on edelleen aikuislähtöisyys ja ylhäältä alaspäin suuntautuminen. Nuorten omat toiveet, kokemukset tai arkinen todellisuus eivät näyttäydy opetussisällöissä tai menetelmissä (Kontula, 2012). Alangon (2014) mukaan nuorten parissa työskentelevien, esimerkiksi opetus-, hoito- ja sosiaalialan ammattilaisten tietämys seksuaalisuuden ja sukupuolen moninaisuuteen liittyvistä asioista puutteellista, vaikka tietämys ja ymmärrys seksuaalisuuden ja sukupuolen moninaisuudesta ovat ammattilaisten keskuudessa lisääntyneetkin. Ammattilaisten kielteinen suhtautuminen esimerkiksi seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin voi johtaa syrjiviin käytänteisiin kouluissa. Syrjintäkokemukset voivat saada nuorilla aikaan kokemusta ulkopuolisuudesta, eristymisestä, yksinäisyyden tunteita, masennusta, vihaa ja katkeruutta. Syrjintä vaikuttaa myös ihmisen käsitykseen itsestään. (Kankkunen ym., 2010). Syrjintäkokemukset voivat vaikeuttaa nuoren kykyä luottaa itseensä, toisiin ja ympäröivään maailmaan. Tämä puolestaan on omiaan vaikuttamaan haitallisesti seksuaalisen minäkuvan ja identiteetin kehitykseen, heikentää koettua seksuaaliterveyttä sekä ihmissuhteiden laatua.

Koulun merkitys asenteiden ja normien asettajina seksuaalisuuteen ja sukupuolisuuteen liittyen on suuri, sillä koulu on ympäristö, jossa lapset ja nuoret viettävät suurimman osan ajastaan. Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että esimerkiksi hlbtq-lapset ja nuoret ovat muita suuremmassa vaarassa saada osakseen kielteistä kohtelua sekä muiden koululaisten että opettajien taholta (Darwich ym., 2012) sanallisen kiusaamisen, ryhmän ulkopuolelle sulkemisen tai leimaamisen muodossa

(Aaltonen, 2009). Lehtosen (2012) mukaan avoimuus omasta seksuaalisesta suuntautumisesta kasvattaa väkivallan kohteeksi joutumisen riskiä, joten sen salaamisen toivotaan toimivan itsesuojeluna.

Seksuaaliterveyden ja seksuaalisen hyvinvoinnin näkökulmasta on olennaista huomioida nuoren subjektiivinen kokemus omasta seksuaalisuudestaan, seksuaaliterveydestään, seksuaalisesta käyttäytymisestään ja seksuaalisesta itsetunnostaan. Seksuaaliterveyteen vaikuttavat olennaisesti myös sosiaaliset suhteet, jotka osaltaan joko edistävät tai heikentävät terveyden ja hyvinvoinnin kokemusta. Mikäli koulun arkiset käytännöt ja seksuaalikasvatus koulussa ei tarjoa nuorelle positiivista samaistumispintaa omaan minuuteen tai osoita oman seksuaalisuuden olevan olemassa oleva ja hyvä asia, ei koulu täytä tehtäväänsä eikä seksuaalikasvatus itsessäänkään vastaa sille asetettuihin vaatimuksiin.

Seksuaalikasvatus tuottaa mahdollisuuksia, vastuullisuutta ja huolenpitoa

Seksuaalikasvatustuokioissa on paikalla monenlaisia nuoria, joilla on mukanaan oma elämänhistoriansa ja sen mukanaan tuomat kokemukset seksuaalisuudesta. Näillä kokemuksilla ja omaksutuilla normeilla on vaikutusta seksuaalikasvatustuokioon ja sen hyvinvointia mahdollistavaan vaikutukseen. Seksuaalikasvatus voi tuottaa myös ahdistusta, näkymättömyyttä sekä vahvistaa yksinäisyyden kokemusta, mikäli nuorten moninaisuutta ja todellisuuksia, joissa nuoret elävät, ei huomioida. Ihmisen seksuaalisuus ei ole olemassa tyhjiössä vaan se kiinnittyy ihmisen elämän jokaiseen osa-alueeseen eikä näitä voi irrottaa toisistaan. Siksi myös

seksuaalikasvatuksen voi nähdä ulottuvan monille ihmisen terveyden osa-alueelle ilman tarvetta tai mahdollisuutta tiukkaan rajanvetoon. Seksuaalisuutta käsiteltäessä läsnä on kokonaisen ihmisen elämä ja terveys yhdistettynä ymmärrykseen situationaalisuudesta.

Osa seksuaalikasvatukseen osallistuvista nuorista on esimerkiksi kohdannut elämässään seksuaalista väkivaltaa. Seksuaalinen väkivalta on luonteeltaan intiimeintä väkivaltaa, jossa uhri jää pahimmillaan vaille suojelijoita ja yksin häpeän kanssa. (ks. Näre ja Ruuhilahti 2012.) Kokemukset väkivallasta ja mahdolliset syyllistävät, tekoa mitätöivät tai väkivaltaa kohdanneen näkymättömäksi tekevät selitykset ja syrjintä kouluopetuksessa voivat osaltaan lisätä osaltaan häpeän ja yksinäisyyden kokemusta. Seksuaalikasvatustuokioiden teemat ja käsittelyssä olevat asiat voivat saada nuoren mieleen nousemaan muistoja tai kokemaan ahdistusta, pelkoa ja ällötystä. Myös ei-heteroseksuaalit nuoret ja transnuoret jäävät herkästi seksuaalikasvatuksen ulkopuolelle näkymättömäksi ryhmäksi, huomiotta tai reunamaininnaksi. Tällöin nuori ei saa tietoa, johon hänellä on oikeus eikä kenties saa kokemusta siitä, että hänen seksuaalisuutensa ja seksuaaliterveytensä olisi suojelemisen arvoinen asia. Esimerkiksi ehkäisyasioita käsiteltäessä fokus on usein penis-emätin yhdyntään liittyvissä ehkäisyvälineissä jättäen muut seksitavat ja niihin liittyvän ehkäisyn käsittelemättä. Alangon (2014) mukaan esimerkiksi transnuoret altistuvat HIV-tartunnoille seksissä. Transvastaajista 10–20 % oli suostunut seksiin vastoin varsinaista omaa halua. Osa vastaajista oli juonut itsensä juovuksiin uskaltaakseen harjoittaa seksiä. Huomattava osa (20 %) transnuorista oli pelännyt

seksuaalista väkivaltaa ja alle 16 -vuotiaiden ei-heteronuorten kokemukset seksuaalisesta väkivallasta olivat selvästi yleisempiä kuin heteronuorten. Ei-heteroseksuaaleista nuorista 16 % ilmoitti joutuneensa seksuaalisen väkivallan kohteeksi, kun vastaava osuus Alangon tutkimuksessa oli heteroseksuaaleilla nuorilla 7 %. Lähisuhdeväkivaltaa kohdanneet nuoret kokevat terveytensä ja hyvinvointinsa sekä minäkuvansa heikommaksi kuin ei-väkivaltaa kohdanneet. Seurusteluväkivaltaa kohdanneilla nuorilla on Niemen (2010) mukaan monenlaisia hyvinvointia heikentäviä tekijöitä elämässään. Nämä tekijät voivat altistaa nuoren monenlaisille riskeille myös seksuaalisuuden osa-alueella.

Nämä edellä mainitut ryhmät ovat esimerkiksi erityisen haavoittuvia ja alttiita syrjinnälle, ulkopuolisuuden kokemuksille ja psyykkiselle pahoinvoinnille. Myös erilaiset krooniset sairaudet, kehitysvammat, vammautuminen jne. vaikuttavat käsityksiimme nuoresta, hänen seksuaalisuudestaan ja tarpeistaan saada seksuaalikasvatusta. Nämäkin nuoret jäävät herkästi vaille asianmukaista tukea ja neuvontaa seksuaalikysymyksissä.

Jotta jokainen nuori voisi saada seksuaalista hyvinvointia tukevaa seksuaalikasvatusta, tulee seksuaalikasvattajan taitaa kohtaantumisen taito. Nuorille tämä näyttäytyy arvostamisena, huomioon ottamisena ja kannustuksena (Näre, Ruuhilahti ja Heimonen, 2012). Kohtaava ohjaustapa on vastavoima näkymättömäksi tekemiselle ja viesteille ”vääränlaisesta” näkymisestä (Ryynänen 2011). Turvallinen ja rauhallinen ilmapiiri mahdollistaa turvallisuuden ja luottamuksen tunteiden syntyvän

itseä, toista ihmistä ja elämää kohtaan (Tikkanen, 2011). Seksuaalikasvatus tarjoaa mahdollisuuden harjoitella laaja-alaista kokemista ja oman toimintansa seuraamusten säätelyä ja erilaisten ihmisten hyväksymistä. Tuula Katainen toteaaakin, että kysymykset eivät muuta ihmistä, häntä muuttavat vastaukset. (Katainen, 2013).

Normikriittinen näkökulma seksuaalisuuteen, seksiin, sukupuoleen ja seksuaaliseen suuntautumiseen seksuaalikasvatuksessa tarjoaa monenlaisille identiteeteille liikkumavaraa. Tämä vapaus olla määrittelemättä itseään tiettyyn lokeroon, hyödyttää kaikkia nuoria (Ruuhilahti, Kilpiä ja Kurka, 2011). Ammattitaitoinen seksuaalikasvattaja huomioi ja mahdollistaa moninaisten nuorten tarpeen suojautua tai selviytyä ilman ahdistavia muistoja, joita tuokion aiheet nuoressa voivat herättää kuten myös mahdollistaa jokaisen osallistujan kokemus siitä, että oma seksuaalisuus voi tulla opetuksessa näkyväksi ja hyväksytyksi, vaikka nuori ei itsestään kertoisikaan. Seksuaalikasvattajan tehtävänä on varmistaa, että seksuaalikasvatustuokion jälkeen tukea tarvitsevalle nuorelle tätä on tarjolla. Seksuaalikasvatus, joka mahdollistaa kasvua kohti omannäköistä, hyväksi koettua seksuaalisuutta, tarjoaa jokaisen nuoren ulottuville seksuaalioikeuksien toteutumista.

Ammatillinen seksuaalikasvatus on haastavaa työtä

Seksuaalikasvatuksen tulee olla tavoitteellista ja suunnitelmallista. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, että seksuaalikasvatuksen tulisi toteuttaa tarkkaan ennalta laadittua suunnitelmaa. Seksuaalikasvatuksen voi nähdä väljänä ja tilanneherkkänä toimintaa. William Pinarin (2012) mukaan

opetussuunnitelman lähtökohtana tulisi olla jatkuva keskustelu itsen ja merkityksellisten toisten kanssa tiedon tuottamiseksi ja todellisuuden muuttamiseksi. Näin tavoitelähtöisyys muuntuu sosiaalisuudeksi. (Pinar, 2012) Pinarin ajatuksessa opetussuunnitelma muovautuu toiminnaksi tai prosessiksi, jossa keskiössä ovat ne tavat, joilla toimitaan toisten kanssa, miten ympäristöä ja suhteita maailmaan opitaan lukemaan ja tarvittaessa muuttamaan. A.V Kellyn (2004) opetussuunnitelman prosessinäkökulman mukaan keskeistä on ajatus tavoitteiden yleislinjoista, joiden perusteella toiminnot järjestetään. Tavoitteet ovat sidoksissa prosessiin. Seksuaalikasvatus voisi siis olla tavoitteellista kasvatusta, vaikka tavoitteet määrittäisivät ja konkretisoituisivat vasta prosessin aikana. Tällainen seksuaalikasvatus vaatii kasvattajalta valtavaa tietotaitoa sekä kokemusta ryhmien dialogisista ohjausprosesseista. Seksuaalikasvatuskokonaisuuksia suunnitellessa olisi hyvä määritellä selkeästi seksuaalisuus, jota seksuaalikasvatuksella kasvatetaan ja millaista on se kasvatus, jolla seksuaalisuutta kasvatetaan, mihin kasvatuksella pyritään ja miksi. (Ruuhihilahti, 2012). Tämä on tärkeää, koska seksuaalisuutta käsittelevä kasvatus rakentaa implisiittisesti kasvattajatahon käsitystä hyvästä, oikeanlaisesta ja terveestä seksuaalisuudesta, jota kohti kasvaja pyrkii. (Honkasalo, 2013).

Seksuaalikasvatuksen sisältöjä ja kasvatusmetodeja säätelee usein se, millainen seksuaalikasvattajan ajatus kasvajasta on. Onko nuori tiedon kohde vaiko asioita pohtiva ja teemoista keskusteleva osallistuja tai onko nuori aikuisesta kykenemätön, ymmärtämätön ja suojelua tarvitseva

henkilö vaiko omaa elämäänsä ymmärtävä, oppimaan halukas sekä omaa ja toisten seksuaalisuutta kunnioittava henkilö.

Tulkintaa siitä, millaisena nuori ja hänen seksuaalisuutensa näyttäytyy koulujen opetuksessa, voi tehdä analysoimalla terveystiedon oppikirjoja, kuten Honkasalo (2013) on tehnyt. Terveystiedon oppikirjat todentavat opetussuunnitelman perusteiden tavoitteita ja asettuvat koulun arkiseen aikataodellisuuteen. Honkasalon (2013) mukaan terveystiedon oppikirjat tuottavat normatiivista kuvaa aikuiseksi kasvamisesta. Osa nuorista ei löydä itseään tästä kasvuprosessista vaan joutuvat toteamaan itsensä vieraksi suhteessa terveystiedon oppikirjan nuoreen. Arvostava ja näkyväksi tekevä seksuaalikasvatus on tärkeää, sillä nuoret, jotka eivät saa kokemusta arvostetusta minuudesta eivätkä läheisyyttä turvallisilta aikuisilta, ovat kasvaneessa riskissä ajautua hyväksikäyttäviin suhteisiin.

Moninaisuutta kunnioittava ja sitä näkyväksi tekevä terveystiedon oppikirja tarjoaisi moninaisille nuorille mahdollisuuden saada myönteisiä esikuvia itselleen tekstien ja kuvituksen välityksellä. Moninaiset kuvat ja esimerkit erilaisista nuorista ja heidän seksuaalisesta suuntautumisestaan, sukupuoli-identiteetistään ja sukupuolen ilmaisustaan tarjoaisivat tärkeitä samaistumisen hetkiä nykyistä laajemmalle joukolle nuoria. Samalla ymmärrys erilaisuudesta ja jokaisen ainutkertaisuudesta voisivat lisääntyä. Seksuaalikasvatusta suunnitellessaan seksuaalikasvattaja joutuukin vastaamaan kysymykseen haluaako kasvattaja tukea nuorten kasvua kohti keskustelevaa ja näkökulmiaan perustelemaan pyrkivää nuorta, joka tuottaa monipuolista näkemystä seksuaalisuuteen, ihmissuhteisiin ja

sukupuoleen liittyvistä asioista hyväksyen muiden ihmisten erilaisuuden ja ainutkertaisuuden vai tuleeko nuoren vain saada tietoa seksitaudeista, ehkäisyvälineistä ja ei-toivotusta raskaudesta. Jälkimmäinen vaihtoehto saattaa tarjota ainakin osalle nuorista yksinäisyyttä, ulkopuolisuutta ja outouden kokemusta omassa itsessään. Ensimmäinen vaihtoehto edistää kasvajan omien toiveiden ja tarpeidensa näkyväksi tuottamista, itseksi rakentumista, oman seksuaalisuuden ja oman sukupuolen ymmärtämistä ja hyväksymistä, omien rajojen asettamista ja toisen ihmisen tarpeiden ja toiveiden huomioimista sekä arviointia suhteessa omaan hyvinvointiin, yhteisten pelisääntöjen luomista erilaisissa ihmissuhteissa.

Kuvitellen ja simuloiden

Seksuaalikasvattaja on työssään haastavan tehtävän äärellä. Hänen tulee hahmottaa kasvatustuokion ja siihen osallistuvien kasvajien moninaisuus. Hetkessä läsnä on joukko jokaisen osallistujan omia aiempia kokemuksia seksuaalikasvatuksesta, kokemuksia ja ajatuksia käsiteltävistä teemoista ja ohjauksellisista tuokioista, jokaisen osallistujan kokemus käsillä olevasta hetkestä, nykyisyydestä, kasvajien välisistä suhteista tilaan, toisiinsa, kasvattajaan ja omaan itseensä. Mikäli näissä hetkissä nuorten kokemuksia hyödynnetään apuvälineenä maailmassa toimimiseen, voi sanoittamaton tulla sanoitetuksi ja vaiettu ääneen lausutuksi.

Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että toivolla on tärkeä merkitys terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi (ks. Tikkanen, 2011). Heikommassa asemassa olevien nuorten kohdalla toivo on voimavara

(esim. te Riele, 2010) ja toivon on osoitettu olevan merkittävä tekijä nuorten riskikäyttäytymisen vähentämisessä sekä sopeuttamisessa yhteisöön ja kouluun (Canty-Mitchell, 2001; Tikkanen, 2011). Seksuaalikasvatuksen tulisikin ammentaa voimaansa toivosta, myönteisistä tunteista, vahvistaa luottamuksen kokemusta sekä käsitellä kiintymystä ja rakkautta riskien lisäksi, sillä myönteiset tunteet, luottamus, kiintymys ja rakkaus kumppania kohtaan vähentävät myös ehkäisyn laiminlyöntiä koskevaa riskikäyttäytymistä (Suvivuo ym., 2009). Pia Suvivuon (2011) väitöksen mukaan hyvä itsetunto, sisältäpäin ohjautuvuus ja monipuoliset neuvottelutaidot edesauttavat tyttöjen kykyä arvioida seksuaalisesti latautuneita tilanteita. Näitä asioita seksuaalikasvatuksen tulisi nuorelle tarjota ja näistä syistä dialogisuus, simulaatiot ja kuvittelukyvyn vahvistaminen ovat tärkeitä työkaluja seksuaalikasvatuksessa.

Dialogisuus seksuaalikasvatusopinnoissa näyttäytyy merkittävänä tekijänä tietojen ja taitojen lisääntymisessä myös aikuisilla. Esimerkiksi Turun kaupungin terveyden edistämisen yksikön Selkenevä! seksuaalisen hyvinvoinnin vahvistamishankkeen 2010-2012 seksuaalikasvatuksen täydennyskoulutuksessa olleiden ammattilaisten kokemuksia ja koulutuksen vaikutuksia tutkittiin noin vuosi koulutuksen päättymisen jälkeen. *Tuloksissa korostui koulutukseen osallistuneiden tietomäärän lisääntyminen, varmuuden ja puheeksi ottamisen helpottuminen, työkalujen ja kontaktien lisääntyminen ja kiinnostuksen herääminen lisäkoulutukseen säännöllisesti sekä asennoituminen seksuaaliasioihin laajemmalla tavalla.* (Bildjuschkina ja Verho,

2012). Täydennyskoulutuksessa olleet ammattilaiset kokivat opintojen olleen hyödyllisiä myös omien näkemysten kehittymisen suhteen. (Bildjuschki ja Verho, 2012).

Tommi Eränpalo ja Tiina Karhuvirta (2013) nostavat esille simulaatioiden merkityksen yhteiskunnallisen keskustelun mahdollistajana. Simulaatiolla he kertovat voitavan luoda aidon kaltaisia tilanteita ja ne mahdollistavat osallistumisen, sitoutumisen ja mahdollisuuden riskinottoon turvallisessa ympäristössä. Tällaiset toimintatavat kuten myös tarinallisuus ja yhteistoiminta voisivat tuottaa hyvää tulosta myös seksuaalikasvatuksessa. Pia Suvivuo (2011) esittää väitöskirjassaan, että ainakin erityisesti tunneohjautuvat tytöt hyötyisivät seksuaalikasvatuksesta, jossa tilanteita harjoitellaan mielikuvatasolla.

Rakentamalla esimerkkejä erilaisista seksuaalisesti latautuneista tilanteista tarinoin, voitaisiin nuori kutsua pohtimaan erilaisista valinnoista mahdollisesti seuraavia seuraamuksia ja oman valinnan vaikutuksia muihin ihmisiin. Tarinoiden avulla voi oppia ymmärtämään sitäkin, miksi toinen päätyy erilaiseen valintaan kuin itse. Kuvitteelliset tarinat mahdollistavat uudelleen ja toisin valinnan, erilaisten lopputulemien aikaansaamisen sekä nuorille ajankohtaisiin kysymyksiin vastaamisen asiat kuitenkin nuoresta turvallisesti etäännyttäen osaksi kuvitteellista tarinaa (Ruuhilahti, 2012). Yhteisten tarinoiden rakentaminen, pohtiminen ja uudelleen kirjoittaminen yhteisessä dialogissa avaavat ovia oppimiselle ja lisääntyvälle ymmärrykselle itsestä, toisista ja yhteisöistä, joissa elämme. Voidaksemme hyvin tarvitsemme toimivaa, mielekästä ja ehyttä vuorovaikutusta

ympäristömme kanssa ja valintojemme tulee toimia myös muiden hyväksi. (Ruuhilahti, 2013).

Dialoginen seksuaalikasvatus mahdollistaa mielikuvituksen hyödyntämisen ja harjaannuttamisen. Kuvittelutaidon avulla voi hallita halujaan, työstää niitä ja kanavoida niitä seksuaalista hyvinvointia edistävin tavoin mielekkääksi toiminnaksi. Mielikuvituksen käytöllä on näiden lisäksi tärkeä tehtävä seksuaalisen nautinnon, seksuaalisen halun kokemisessa ja seksissä. (Kontula, 2012).

Mielikuvituksen avulla voi kuvitella erilaisissa tilanteissa monenlaisia ratkaisuvaihtoehtoja. Samoin mielikuvituksen avulla voimme miettiä, miltä toisesta samassa tilanteessa voisi tuntua ja miten oma toiminta vaikuttaisi tuohon toiseen. Mielikuvitus edistää oman toiminnan ennakkointia, hallintaa, muutosta ja vaikuttamista. Vastavuoroisuus, empatia, mentalisaatio ja reflektiivinen funktio näyttelevätkin suurta ja tärkeää osaa seksuaalikasvatuksen päämäärinä ja ovat sidoksissa kykyymme kuvitella. Nämä taidot mahdollistavat hyviä ja väkivallattomia sekä syviä ihmissuhteita, joissa myös jokaisen omanlainen ja ainutkertainen seksuaalisuus saa tulla näkyväksi ja olemassa olevaksi hyvänä. Virtaniemen (2013) mukaan psykologi Salvatore Maddi tähdentää, että yksilö luo omat merkityksensä tai tarkoituksensa symbolien käytön, mielikuvituksen ja harkinnan mentaalisten prosessien avulla. Mielikuvituksensa avulla ihminen löytää sen, mitä haluaa elämänsä olevan ja pyrkii toimimaan tämän tiedon pohjalta.

Dialoginen seksuaalikasvatus

Ihmishän on toive tulla nähdyksi ja näkyväksi omana itsenään. Meille on tärkeää voida kertoa omasta itsestä, omasta maailmasta ja jakaa ajatuksia sekä tunteita. Tämä mahdollistuu luottamuksellisessa ja turvallisessa tilanteessa, jossa voi kokea hyväksyntää omanlaisestaan olemisesta (Ruuhilahti, 2013). Tällaisessa ympäristössä erilaisuus ei ole uhka vaan mahdollisuus hahmottaa maailmaa – omaa ja toisten - erilaisin ja ainutkertaisin tavoin. Aidossa dialogissa toinen ihminen on päämäärä eikä väline. (Huttunen ja Heikkinen, 2008). Aidosti ja lämpimästi toiseen suhtautuva kasvattaja ottaa selvää missä kasvaja omassa elämässään on ja aloittaa kasvatuksen sieltä.

Keskustelevien menetelmien avulla, avoimella, turvallisella ja arvostavalla ilmapiirillä voidaan mahdollistaa sitä, että esimerkiksi mahdollisimman moni nuori saisi äänensä kuuluviin koululuokassa ja saisi seksuaalikasvatuksesta myönteistä tukea omalle sukupuolensa ja seksuaalisuutensa kokemukselle. Keskustellen meillä on mahdollisuus kasvaa ja ymmärtää lisää itsestämme, toisistamme, yhteisöistä ja yhteiskunnista, joissa elämme. Keskustelu, erimielinenkin, tarjoaa mahdollisuuden muutoksiin ja uudenlaisten tai vanhojen tärkeiden näkökulmien havaitsemiseen. Vähäinenkin nuorten keskinäinen keskustelu vaikuttaa myönteisesti yhteiskunnalliseen aktiivisuuteen (Suutarinen, 2006).

Dialogisuus on tärkeää siksi, että Kontulan ja Meriläisen (2007) mukaan ne nuoret, jotka puhuvat vähän seksuaaliasioista kumppaninsa kanssa,

omaavat vähäiset tiedot seksuaaliterveyskysymyksistä ja heitä yhdistää suurempi todennäköisyys ns. seksuaaliseen riskikäyttäytymiseen. Keskustelevan nuoren uskotaankin valtaistuvan. hooksin (2003) mukaan vapauttava kasvatus perustuu halulle tietää ja muuttaa asioita osallistumalla. Dialogissa seksuaalikasvattaja suostuu siihen, että kasvaja saa haastaa yhteiskunnan ja seksuaalikasvattajankin totuudet tai pohdinnat omilla huomioillaan, ajatuksillaan ja tiedoillaan.

Seksuaalikasvatuksen dialogisuus mahdollistaa kasvajalle mahdollisuuden löytää perusteluja omalle käytökselleen, omille valinnoilleen, omalle toiminnalleen sisäisyydestään käsin. Toisten ihmisten kanssa saa peilata itseään, omia ajatuksiaan ja samalla miettiä millaista merkitystä valinnoista näyttelevät menneisyyden kokemukset ja opitut reagoitavat. Yhdessä toisten kanssa toimiessaan saa ottaa etäisyyttä omiin ajatuksiinsa, tunteisiinsa ja toisen tavasta olla ja ilmaista asioita voi oppia paljon. (Ruuhilahti, 2012). Dialogisuus edistää myös reflektiivisyyden kasvua. Reflektiivisyyden keinoin kasvaja voi kiinnittää tietoisesti huomiotaan omiin mielleyhtymiinsä, ajatuksiinsa ja tunteisiinsa erilaisten tapahtumien yhteydessä. Tämä edistää minätuntemusta. Itse-reflektion avulla kasvetaan kohti oman näköistä identiteettiä, joka ei ohjaudu ulkopuolisten paineiden mukaan. Dialogisella seksuaalikasvatusotteella voidaankin edistää itsenäisyyttä ja emotionaalista vahvuutta.

Dialogisen seksuaalikasvatuksen tavoitteena on edistää kasvajan kasvua omassa minässään, omaksi minäkseen ja omassa seksuaalisuudessaan osana erilaisia yhteisöjä ja näiden kokemia tai määrittelemiä

seksuaalisuuksia. Tällöin käsittelyn keskipisteiksi muodostuvat seksuaalikasvatukseen osallistuvien omat kokemukset, ajatukset, tarpeet, toiveet, ideat, tiedot, joiden käsittelyssä ja tarkastelussa seksuaalikasvattaja auttaa omalla ammattitaidollaan havaitsemaan erilaisia ja moninaisia näkökulmia. Dialogissa seksuaalikasvattaja ei pyri päättämään yhteen tiettyyn lopputulemaan tai siirtämään faktista tietoa kasvajiin vaan antaa jokaiselle kasvajalle tilaa miettiä tiedon, asenteiden, myyttien ja erilaisten näkökulmien merkitystä itselleen, omille aiemmille kokemuksilleen sekä tiedon tai ajatuksen suhdetta kasvajan toivomaan tulevaisuuteen. Seksuaalikasvatuksen ei tarvitse tarjota yhtä samaa oikeaa vastausta kaikille, sillä sellaista ei useastikaan ole.

Moniäänisyys keskustelussa edellyttää mahdollisimman monen osallistumista ilman ylhäältä annettua normitusta. Tällainen keskustelu on mahdollista vain, kun ympäristö ja sen puitteet ovat keskustelijoille turvallisuuden ja luottamuksen näkökulmasta tasavertaiset. Keskustelun seksuaalikasvatustuokioissa ei tarvitse olla spontaania ja vapaasti kulkevaa vaan se voi olla hyvinkin ohjattua ja raamitettua. Tämä ei tarkoita johdateltua puhetta vaan keskustelua erilaisista lähtökohdista, taustoista, arvoista ja väitteistä. Keskustelu tai yhteinen pohdinta ei ole aina mukavaa tai kivaa, vaan se voi nostaa esille epämiellyttäviä ja haastavia tunteita. Kasvatuksellisessa tilanteessa näillekin löytyy tila ja mahdollisuus käsitellä ja purkaa tunnetta siitä selviytyäkseen.

Lopuksi

Seksuaalikasvatus on monitieteistä osaamista vaativa alue, joka opitaan opiskelemalla, kokonaisuuksia ymmärtämällä ja ihmisiä

seksuaalikasvatuksen äärellä kohtaamalla. Seksuaalikasvattajan tulee kyetä huomioimaan seksuaalisuuden ja sukupuolen moninaisuus läpileikkaavasti ymmärtäen, että kulttuuri, perhekohtaisuus, uskonnot, erilaiset seksuaaliset suuntaukset, krooniset sairaudet, vammautuminen, elinolosuhteet, erilaiset kokemukset seksuaalisuudesta ja erilaiset seksuaalikasvatusmenetelmät vaikuttavat yksilön kokemukseen seksuaalisuudesta, sukupuolesta ja kasvajasta itsestään. Seksuaalikasvattaja tarvitsee laajasti tietoa seksuaalisuuden osa-alueista, seksuaalisuuden historiasta, laeista sekä eettistä arvoista, jotka kasvattajan työtä ohjaavat. Taitava seksuaalikasvattaja kykenee suunnittelemaan omaa työtään suhteuttaen sitä toimintaohjelmiin ja standardeihin uskaltamalla tarvittaessa tehdä normeja haastavia päätöksiä seksuaalikasvatustyössään, mikäli sille on tarvetta. Seksuaalikasvattajan tulisi ymmärtää ero yleisesti hyväksytyjen tosiasioiden ja omien moraalisten arvojensa välillä, jotta ei tuputtaisi omia henkilökohtaisia arvojaan nuorille oikeina, heille parhaina, vaihtoehtoina.

Laadukas seksuaalikasvatus huomioi myös kasvajan iän, kehitystason, kasvajan toiveet ja tarpeet lähtien liikkeelle sieltä, missä kasvaja elämässään on. Koulujen seksuaalikasvatus on todennäköisesti merkittävässä roolissa nuoren seksuaalisen hyvinvoinnin kannalta, sillä Näreen, Ruuhilahden ja Heimosen (2012) pilottitutkimuksessa, vaikka otos onkin hyvin pieni, mikään muu seksuaalikasvatuksen lähde kuin kouluopetus ei ollut yhteydessä seksuaaliseen hyvinvointiin. Tällainen seksuaalikasvatus oli prosessimaista, dialogista ja pyrki diversiteettikunnioitukseen. Seksuaalikasvatus, jota ammatillisissa

opinnoissa tarjottiin, perustui holistiseen ihmiskäsitykseen tukeutuvaan Lumme-malliin (Ruuhilahti ja Bildjuschkin, 2010). Malin Lindroth (2014) on päätenyt samansuuntaiseen lopputulokseen tutkittuaan nuorisokodeissa asuville nuorille suunnattua seksuaalikasvatusta. Hänen tutkimuksestaan käy ilmi, että seksuaalikasvatuksen tulisi olla dialogiin perustuvaa, normikriittistä, nuorten elämästä liikkeelle lähtevää työtä.

Seksuaalikasvatuksen voisi nähdä olevan tiedon lisäämisen lisäksi taitojen edistämistä eli kokemuksen uudistamista tai niiden uudelleen jäsenystä, jonka tavoitteena olisi lisätä kokemuksen merkityksiä ja parantaa kasvajan kykyä ohjata tulevien kokemusten suuntaa (vrt. Alhanen, 2013). Seksuaalikasvatuksen tehtävänä olisi tällöin herättää kasvajaa pohtimaan omia arvojaan, sitä millaista elämää ja seksuaalisuutta kasvaja haluaa elää ja millaista maailmaa teoillaan rakentaa. Deweyn (Alhanen, 2013) mukaan ei riitä, että ihminen tiedostaa millaiset päämäärät ja keinot ovat aidosti arvokkaita, vaan hänen täytyy myös alkaa haluta niitä. Tämä ohjaa kasvajan harkitsemaan tekojaan ja niiden mahdollisia seuraamuksia mielikuvituksensa turvin. Deweyn (Alhanen, 2013) mukaan moraalinen harkinta johtaa kuvitelmaan, millainen tekoaan harkitsevasta henkilöstä tulee erilaisten valintojen seurauksena ja millaiseksi hän muuttua valinnoillaan maailmaa. Kun kasvaja käy läpi itsessään ja yhdessä toisten kanssa erilaisia päämääriä ja keinoja, syvenee tämän käsitys itsestä: kuka olen ja millaiseksi minun on mahdollista tulla. Jotta mahdollisimman moni nuori voisi kokea samaistumista seksuaalikasvatustuokioissa, pitäisi selvittää mitä seksuaalikasvatus merkitsee kasvajille itselleen ja huomioida

se seksuaalikasvatuksen pohjana, tutkimuksellisen tiedon ja yleisesti hyväksytyjen normien rinnalla tai kenties joskus jopa niiden sijaan.

Seksuaalikasvatus on antoisa ja opettavainen seksologian ala. Se mahdollistaa keskustelun moninaisten ihmisten kanssa. Seksuaalikasvattajana toimiminen haastaa omaa ajattelua, omia arvoja ja asenteita sekä antaa mahdollisuuden kuunnella ja kuulla lukemattoman määrän inhimillisiä tarinoita. Se opettaa paljon ihmisen kokoisen paikan hyväksymisestä ja nöyrydestä. Seksuaalikasvattajana toimiminen vaatii myös halua oppia ja opiskella lisää. Asiat muuttuvat, tiedon ja taidon lisääntyessä lisääntyy myös vapaus avautua keskusteluun ja tarttua kasvajan pieniinkin heittoihin kiinni kuljettaen niiden avulla kasvajia käsiteltäviin teemoihin.

Suomalaista seksuaalikasvatusta on ihailtu maailmalla pitkään. Suomessa tehdäänkin paljon hyvää työtä eri-ikäisten seksuaalisen kasvun tukemisessa monien eri toimijoiden taholta eivätkä lasten vanhemmatkaan enää vaikenne seksuaalisuuteen liittyvistä asioista, vaan uskaltavat ja haluavat käsitellä aiheita lastensa kanssa.

Suomen Seksologinen Seura on päättänyt ryhtyä auktorisoimaan seksuaalikasvattajia vuodesta 2015 alkaen. Suomalaisen menestystarinan jatkotarinaan voitkin olla ammatillisen seksuaalikasvatuksen taustalla olevan teorian synnyttäminen, sillä, *jos meillä ei ole teoriaa, meillä ei ole myöskään lähtökohtaa, jota vasten tapahtumia voi arvioida. Jos meillä ei ole teoriaa, olemme tuomittuja toimimaan sokeasti ja sattumanvaraisesti* (Isaacs, 2001).

Kirjallisuus

- Aaltonen, M., Joronen, M. ja Villa, S. (2009). *Syrjintä Suomessa 2008*. Helsinki: Ihmisoikeusliitto.
- Alanko, K. (2014). Mitä kuuluu sateenkaarinuorille Suomessa? Helsinki: Nuorisotutkimusseura.
- Bildjuschkin, K. ja Verho, K. (2012). Selkenevää! Seksuaalikasvatus näkyväksi – tutkimus 2012. Teoksessa Bildjuschkin, K. ja Ruuhilahti, S. (toim.). *HOT. Huolehdi, ohjaa, tue. Puheenvuoroja seksuaalisen hyvinvoinnin vahvistamiseksi toisen asteen ammatillisissa oppilaitoksissa* (s. 10-23). Turku: Turun sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja.
- Alhanen, K.. (2013). *John Deweyn kokemusfilosofia*. Helsinki: Gaudeamus.
- Canty-Mitchell, J. (2001). Life change events, hope, and self-care agency in inner-city adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 14(1), 18-31.
- Darwich, L., Hymel, S. ja Waterhouse, T. (2012). School avoidance and substance use among lesbian, gay, bisexual, and questioning youths: the impact of peer victimization and adult support. *Journal of Educational Psychology*, 104(2), 381-392.
- Eränpalo, T. ja Karhuvirta, T. (2013). Kajalia mukaan vaan, niin tummennetaan sun silmät. Kyllä sä niille sitten kelpaat. Simulaatio tuo esiin nuorten potentiaalin yhteiskunnalliseen deliberatioon. *Nuorisotutkimus* 3/2013. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto.
- Honkasalo, V. (2013). Se suuri ero - kulttuuri ja seksuaalisuus terveystiedon oppikirjoissa. *Nuorisotutkimus*, 1/2013. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto.
- Heikkinen, L. T. ja Huttunen, R. (2008). Hiljainen tieto, mentorointi ja vertaistuki. Teoksessa Toom, A., Onnismaa, J., ja Kajanto, A. (toim.) *Hiljainen tieto. Tietämistä, toimimista, taitavuutta* (s. 203-218). Kansanvalistusseura ja aikuiskasvatuksen tutkimusseura.
- hooks, b. (2003). *Teaching Community: A Pedagogy of Hope*. New York: Routledge.
- Isaacs, W. (2001). *Dialogi ja yhdessä ajattelemisen taito*. Helsinki: Kauppakaari.
- Kankkunen, P., Harinen, P., Nivala, E. ja Tapio, M. (2010). *Kuka ei kuulu joukkoon? Lasten ja nuorten kokema syrjintä Suomessa*. Sisäasiainministeriön julkaisu 36/2010.

Katainen, T. (2013). Tarkoitustaan etsivä ihminen. Teoksessa Salo, M. ja Åman, I. (toim.) *Tarkoituskaskeinen ajattelu. Tarkoitus logoterapian viitekehysessä* (s. 6-16). Sastamala: Logoterapiainstituutti.

Kelly, A. V. (2004). *The Curriculum. Theory and Practice*. Thousand Oaks: Sage.

Kontula, O. (2012). *Mielen seksuaalisuus. Matka kiihottumisen alkulähteille*. Juva: Duodecim.

Kontula, O. (toim.). (2012). *Mitä pojat todella haluavat tietää seksistä. Tehoa poikien seksuaaliopetukseen*. Helsinki: Väestöliitto.

Kontula, O. ja Meriläinen, H. (2007). *Koulun seksuaalikasvatus 2000-luvun Suomessa*. Katsauksia E26/2007, Väestöntutkimuslaitos. Helsinki: Väestöliitto.

Lehtonen, J. (2012). Moninaisuus ja normatiivisuus haasteina - ei-heteroseksuaaliset ja trans-nuoret ammatillisissa oppilaitoksissa. Teoksessa Bildjuschkin, K. ja Ruuhilahti, S. (toim.). *HOT. Huolehdi, ohjaa, tue. Puheenvuoroja seksuaalisen hyvinvoinnin vahvistamiseksi toisen asteen ammatillisissa oppilaitoksissa* (s. 262-290). Turku: Turun sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja.

Lindroth, M. (2014). Risk taking, risk exposure, rights and resilience – findings from a mixed methods study on sexual health among youth at

group homes. Luento, NACS-konferenssi, Malmö, Ruotsi, 19-21.9.2014
 Tutkimus: Sex Education and Young People in Group Homes: Balancing Risks, Rights and Resilience in Sexual Health Promotion. Teoksessa Sex Education: Sexuality, Society and Learning (Epub tulossa)

Maailman terveysjärjestön (WHO) Euroopan aluetuimisto ja BZgA. (2010). *Seksuaalikasvatuksen standardit Euroopassa. Suuntaviivat poliittisille päättäjille, opetus- ja terveydenhoitoalan viranomaisille ja asiantuntijoille*. Helsinki: THL.

Niemi, J. (2010). Seurusteluväkivalta nuorten kokemana. *Sosiologian pro gradu -tutkielma*, Tampereen yliopisto.

Nummelin, R. (2000). *Seksuaalikasvatusmateriaalit – pääkaupunki-seutulaisten nuorten näkemyksiä ja kokemuksia*. Väitöskirja, Tampereen yliopisto.

Näre, S., Ruuhilahti, S. ja Heimonen, E. (2012). *Luottamus nuorten seksuaalisen hyvinvoinnin pohjana*. Nuorisotutkimus 3/2012. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto.

Onnismaa, J. (2008). Hiljainen tieto kulttuurien rakenteissa; kollektiivinen muistaminen ja muistamattomuus. Teoksessa, Toom, A., Onnismaa, J. ja Kajanto, A. (toim.), *Hiljainen tieto. Tietämistä, toimimista, taitavuutta* (s. 83-101). Helsinki: Kansanvalistusseura ja aikuiskasvatuksen tutkimusseura.

Peavy, V. (2006). *Sosiodynaamisen ohjauksen opas*. Helsinki: Psykologien kustannus.

Perttilä, K. (1999). *Terveyden edistäminen kunnan tehtävänä*. Helsinki: STAKES.

Pinar, W. (2007). *Youth Work Process, Product and Practice. Creating an Authentic Curriculum in Work with Young People*. Dorset: Russel House.

Ruuhilahti, S. (2013). Ajatuksia logoterapeuttiseen ohjaustoimintaan. Teoksessa Salo, M. ja Åman, I. (toim.) *Tarkoituskaskeinen ajattelu. Tarkoitus logoterapian viitekehityksessä* (s. 94-111). Sastamala: Logoterapiainstituutti.

Ruuhilahti, S. (2012). Ajatuksia seksuaalikasvatuksen merkityksestä ja mahdollisuuksista toisen asteen oppilaitoksissa. Teoksessa Bildjuschkin, K. ja Ruuhilahti, S. (toim.). *HOT. Huolehdi, ohjaa, tue. Puheenvuoroja seksuaalisen hyvinvoinnin vahvistamiseksi toisen asteen ammatillisissa oppilaitoksissa* (s. 81-96). Turku: Turun sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja.

Ruuhilahti, S. (2012). Kuntouttava musiikkitoiminta ammatillisesti ohjatussa seksuaalista väkivaltaa kohdanneiden nuorten vertaisryhmässä. Teoksessa Bildjuschkin, K. ja Ruuhilahti, S. (toim.). *HOT. Huolehdi, ohjaa, tue. Puheenvuoroja seksuaalisen hyvinvoinnin vahvistamiseksi toisen*

asteen ammatillisissa oppilaitoksissa (s. 239-259). Turku: Turun sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja.

Ruuhilahti, S., Kilpiä, J., Kurka, L. (2011). Nuorten seksuaalineuvonta. Teoksessa Ritamo, M., Ryttyläinen-Korhonen, K. ja Saarinen, S. (toim.). *Seksuaalineuvonnan tueksi* (s. 71-82). Helsinki: THL.

Ruuhilahti, S. ja Bildjuschkin, K. (2010). *Lumme-malli. Voimaa seksuaaliseen kasvuun*. Helsinki: Nektaria ry.

Ryynänen, S. (2011). *Nuoria reunoilla. Sosiaalipedagoginen tutkimus rikollisuuden ja väkivallan keskellä elävien nuorten kasvun tukemisesta brasilialaisissa kansalaisjärjestöissä*. Väitöskirja, Tampereen yliopisto.

Suivuo, P. (2011). *The Ability of Adolescent Girls to Exert Control over Sexually-Charged Situations. A Narrative Study for the Promotion of Sexual Health*. Väitöskirja, Itä-Suomen yliopisto.

Suivuo, P., Tossavainen, K. ja Kontula, O. (2009). Contraceptive use and non-use among teenage girls in a sexually motivated situation. *Sex Education*, 9(4), 355-369.

Suutarinen, S. (2006). Yhteiskunnallinen keskustelu vähäistä Suomen peruskouluissa - oppilaitokset tukemaan keskustelevaa kansalaisuutta? Teoksessa Suutarinen, S. (toim.) *Aktiiviseksi kansalaiseksi. Kansalaisvaikuttamisen haaste* (s. 63-98). Jyväskylä: PS-kustannus.

Tainio, L. ja Harjunen, E. (2005). Pedagogisen auktoriteetin rakentuminen luokkahuoneen vaikutuksessa: opettajan näkemykset ja tuntikäytänteet kahden metodin valossa. *Kasvatus*, 3/2005, 172-186.

te Riele, K. (2010). Philosophy of hope: concepts and applications for working with marginalized youth. *Journal of Youth Studies*, 13(1), 35-46.

THL. (2012). Seksuaalikasvatus.

<http://www.thl.fi/fi/FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/amis/seksuaaliterveys/seksuaalikasvatus> Ladattu 19.9.2014

Tikkanen, K. (2012). *15–20-vuotiaiden nuorten toivo, sen ylläpitäminen ja vahvistaminen*. Väitöskirja, Tampereen yliopisto.

Vepsäläinen, M. (2007). Opettaja kysyy ja oppilas vastaa - vai toisin päin? Teoksessa Tainio, L. (toim.) *Vuorovaikutusta luokkahuoneessa. Näkökulmana keskusteluanalyysi* (s. 156-177). Gaudeamus. Helsinki.

Virtaniemi, M.-P. (2013). Henkilökohtainen tarkoitus. Teoksessa Salo, M. ja Åman, I. (toim.) *Tarkoituskeskeinen ajattelu. Tarkoitus logoterapian viitekehityksessä* (s. 40-57). Sastamala: Logoterapiainstituutti.

WAS. (2014). *Declaration of Sexual Rights*.

<http://www.worldsexology.org/resources/declaration-of-sexual-rights/>
Ladattu 18.12.2014