

Minikatsaus: Interventiot yksinäisyyden vähentämiseksi

30.10.2017 / Tuukka Sarvi

Yksinäisyys vaikuttaa laajasti yksilön fyysiseen ja henkiseen terveyteen. (Masi, Chen, Hawkey, & Cacioppo, 2011) mukaan yksinäisyys on liitetty heikompaan unen laatuun, korkeampaan verenpaineeseen ja heikompaan immuunijärjestelmän toimintaan. Yksinäiset ihmiset ovat alttiimpia kognitiivisille rappeumille ja Alzheimerin taudin etenemiselle. Yksinäisyys on selvästi yhteydessä masennukseen, ahdistuneisuuteen, syömishäiriöihin ja itsetuhoisuuteen. Nimenomaan pitkäkestoisen yksinäisyyden on näytetty olevan useiden terveysongelmien taustalla oleva merkittävä riippumaton selittävä tekijä (Mann et al., 2017).

(Masi et al., 2011) läpikäymien tutkimusten mukaan 8 - 12 % lapsista ja nuorista, 5 - 7 % aikuisista ja 19 - 32 % vanhemmista aikuisista (yli 55 vuotta) koki yksinäisyyttä. (Pamela Qualter et al., 2015) raportoiden tutkimusten mukaan 3 - 22 % lapsista ja nuorista aikuisista kokee pitkittynyttä yksinäisyyttä. (Masi et al., 2011) toteavat, että yksinäisyyden aiheuttamat terveysongelmat ovat samaa luokkaa kuin useiden mielenterveyshäiriöiden.

Yksinäisyys määritellään yleensä kokemukseksi, jossa yksilön sosiaaliset suhteet eivät vastaa hänen toiveitaan. Yksinäisyys ei ole sama asia kuin sosiaalinen eristäytyneisyys, joka määritellään sosiaalisten interaktioiden ja suhteiden määrän kautta. Yksinäisyys viittaa nimenomaan yksilön kokemukseen sosiaalisen interaktioiden ja suhteiden riittämättömyydestä ja epätyytyttävyydestä (Masi et al., 2011).

Tässä minikatsauksessa tarkastelemme, mitä tiedetään yksinäisyyden vähentämisestä interventioiden avulla.

Interventioiden tyypit ja tasot

Yksinäisyyteen vaikuttamaan pyrkivät Interventiot voidaan jakaa karkeasti kahteen ryhmään: suoriin ja epäsuoriin interventioihin (Mann et al., 2017). Suorat intervention pyrkivät vaikuttamaan suoraan koettuun yksinäisyyteen tai sosiaaliseen eristäytyneisyyteen. Epäsuorat interventiot taas eivät suoraan pyri vaikuttamaan yksinäisyyteen, mutta voivat vaikuttaa siihen epäsuorasti jonkun toisen kohdemuuttujan välityksellä. Esimerkki epäsuorasta interventiosta voisi olla masennuksen hoito tai köyhyyden vähentäminen, sillä masennuksen ja köyhyyden on havaittu olevan yhteydessä yksinäisyyteen (Mann et al., 2017).

(Mann et al., 2017) jakavat suorat interventiostrategiat seuraavaan neljään kategoriaan: kognitioiden muuttaminen, sosiaaliset taidot ja psykoedukaatio, tuettu sosialisointi ja laajemmat yhteisölliset strategiat. (Masi et al., 2011) meta-analyysi taas kategorisoi suorat interventiostrategiat seuraavasti: sosiaalisten taitojen parantaminen, sosiaalisen tuen lisääminen, sosiaalisen kanssakäymisen mahdollistavien tilaisuuksien lisääminen ja epäedullisten sosiaalisten kognitioiden muuttaminen.

(Mann et al., 2017) jakavat yksinäisyysinterventiot vielä kolmeen eri tasoon kohderyhmän perusteella: interventiot voivat kohdistua yksioihin, paikalliseen yhteisöön ja koko yhteiskuntaan. Kuvassa 1 on (Mann et al., 2017) mukailten havainnollistettu yksinäisyyden tyypittelyä.



Kuva 1. Mann et al. (2017) mukaileva havainnollistus yksinäisyysinterventioiden luokittelusta.

Katsaukset ja meta-analyysit koskien interventiota yksinäisyyden vähentämiseksi läpi elämän

Viimeisin yksinäisyyteen suoraan kohdistuvia interventioita käsittelevä laaja meta-analyysi on (Masi et al., 2011). Katsaus oli ensimmäinen kvantitatiivinen katsaus aiheesta. Tätä aiemmin oli tehty useita laadullisia katsauksia. (Masi et al., 2011) vaikuttaa kvantitatiivisuutensa, meta-analyttisten kriteerien ja koeasetelmien huomioimisen perusteella laadukkaimmalta aiheesta tehdyltä katsaukselta. (Masi et al., 2011) meta-analyysi sisälsi yhteensä 50 tutkimusta vuosilta 1970-2009, joissa 12:ssa käytettiin koehenkilöiden sisäistä tutkimusasetelmaa, 18:ssa käytettiin ei-satunnaistettua koehenkilöiden välistä

tutkimusasetelmaa ja 20:ssä käytettiin satunnaistettua koehenkilöiden välistä tutkimusasetelmaa. Interventiostrategiat jaettiin katsauksessa neljään tyyppiin: sosiaalisten taitojen parantaminen, sosiaalisen tuen lisääminen, sosiaalisen kanssakäymisen mahdollistavien tilaisuuksien lisääminen ja epäedullisten sosiaalisten kognitioiden muuttaminen.

Keskimääräiset efektikoot koehenkilöiden sisäisessä, ei-satunnaistetussa koehenkilöiden välisessä ja satunnaistetuissa koehenkilöiden välisessä tutkimusasetelmien tapauksessa olivat -0.367 ($p < 0.001$), -0.459 ($p < 0.01$) ja -0.198 ($p < 0.01$). Interventiotyyppien tehokkuuden välillä ei löydetty eroja paitsi satunnaistetussa koehenkilöiden välisessä tutkimusasetelmassa, jossa haitallisten kognitioiden muuttamiseen keskittyneet interventiot olivat merkittävästi tehokkaampia (näistä oli 4 tutkimusta, joiden keskimääräinen efektikoko -0.598).

(Masi et al., 2011) katsauksen selvästi laadukkain aineisto on satunnaistetut koehenkilöiden väliset tutkimukset. Yleensäkin pääasiallinen arviointikriteeri interventioiden empiiriselle toimivuudelle ovat juuri satunnaistetut kokeet (randomized controlled trials) (S. Cacioppo, Grippo, London, Goossens, & Cacioppo, 2015). Näissä keskimääräinen efektikoko oli merkitsevä, mutta matala (-0.198), selvästi matalampi kuin esimerkiksi muissa epäluotettavampia koeasetelmia käyttäneissä tutkimuksissa. Meta-analyysi antaa tukea sille, että interventiot voivat vähentää yksinäisyyttä. Haitallisten kognitioiden muuttamiseen keskittyneet interventiot vaikuttivat tehokkaimmilla, mutta niistä oli katsauksen tekemisen aikaan liian vähän tutkimuksia vahvojen johtopäätöksien vetämiseksi. Huomattavaa on myös se, että vaikka (Masi et al., 2011) ei sulkenut pois mitään ikäryhmiä, vain 5 interventiotutkimuksista käsitteli lapsia, 18 käsitteli alle 60-vuotiaita aikuisia ja loput 27 yli 60-vuotiaita. Tutkimus interventioista on siis pääasiallisesti keskittynyt vanhempaan aikuisväestöön.

(Mann et al., 2017) uudempi vuonna 2017 valmistunut katsaus käsittelee yksinäisyysinterventioita, joiden kohderyhmänä on mielenterveyden häiriöistä kärsivät henkilöt. (Mann et al., 2017) on kirjallisuuskatsaus ei systemaattinen katsaus tai meta-analyysi, minkä takia johtopäätökset ovat luonteeltaan laadullisia. Heidän katsauksensa käsittelee aihetta kuitenkin laajasti huomioiden epäsuorat ja suorat interventiot yksilö- ja yhteisötasolla, ja on uusin aiheesta ilmestynyt katsaus. Suorien yksilöön kohdistuvien interventioiden osalta he päätyivät samaan lopputulokseen kuin (Masi et al., 2011): lupaavin näyttö on kognitioiden muokkaamiseen pyrkivillä lähestymistavoilla, mutta näidenkin osalta näyttö on vasta alustavaa, koska laadukkaita interventiotutkimuksia on varsin vähän. Muina mahdollisesti lupaavina lähestymistapoina he nostavat esiin yhteisö tasolla vaikuttavat interventiot kuten erilaiset digitaaliset lähiyhteisön palvelut ja "sosiaalisuuden määrääminen" (social prescribing),

jossa terveydenhuollon ammattilainen tai muu asiakastyötä tekevä voi suoraan tarjota asiakkaalle käyntiaikoja ns. yhteisöyöntekijöille, jotka tuntevat paikallisyhteisön sosiaaliset mahdollisuudet ja osaavat tuetusti auttaa asiakasta pääsemään näihin mukaan. Näiden ja muiden yhteisötason interventioiden osalta laadukasta tutkimusta on tehty vain vähän.

Yksinäisyysinterventiot ikäryhmittäin

Yksinäisyyden syissä ja korrelaateissa on eroja ikäryhmittäin, mikä liittyy erilaisiin läheisyyden tarpeisiin eri ikävaiheissa (Pamela Qualter et al., 2015). Tarkastelemme interventiotutkimusta ikäryhmittäin: lapsuus ja nuoruus 0-20 vuotta, aikuisuus 20-65 vuotta ja vanhuus 65 vuotta tai enemmän.

Lapsuus ja nuoruus

(Pamela Qualter et al., 2015) mukaan lapsuudessa ja nuoruudessa puutteet vertaissuhteissa ovat pääasiallinen yksinäisyyden lähde. Varhaislapsuudessa näyttäisi olevan tärkeitä ystävyysuhteiden riittävä määrä. Iän karttuessa tulee ystävyysuhteiden syvyydestä ja laadusta sekä vertaisryhmään kuulumisesta entistä tärkeämpää. Myöhemmin nuoruudessa myös romanttiset suhteet ovat tärkeitä. Kiusaaminen liittyy myös merkittävästi yksinäisyyteen lapsuudessa ja nuoruudessa.

Lapsiin ja nuoriin kohdistuneita suoraan yksinäisyyttä vähentävään pyrkiviä interventioita on tutkittu vain vähän. (Masi et al., 2011) laajassa katsauksessa 5 tutkimusta käsitteli lapsuus- ja nuoruusaikaa. Tutkimuksista pääosa kohdistui lapsiin ja nuoriin, joilla oli terveysongelmia tai joku diagnosoitu mielenterveyden häiriö. Kahdessa viidestä tutkimuksesta saavutettiin tilastollisesti merkitsevä efektikoko. Paras tulos (efektikoko -1.49) saavutettiin kehitys- tai käytöshäiriöisille lapsille suunnatussa sosiaalisia taitoja kehittämään pyrkivässä ryhmämuotoisessa interventiossa. Tutkimusten otoskoot olivat pieniä, vain yhdessä oli satunnaistettu koeasetelma ja tutkimuksia oli vain yhteensä viisi, joten yleisiä johtopäätöksiä interventioiden vaikuttavuudesta ei voida tehdä.

(Zhang, Fan, Huang, & Rodriguez, 2016) tekivät laadukkaasti toteutetun satunnaistetun kokeen mindfulness-koulutuksen vaikuttavuudesta yksinäisyyden kiinalaisilla opiskelijoilla. Opiskelijoiden (N=50) ikähaitari oli 17-25 vuotta, joten osa heistä oli nuoria ja osa jo aikuisia. Interventio oli 8-viikon aikana ryhmässä toteutettava Mindfulness-Based Cognitive Therapy -ohjelma, jossa masennusta koskeva psykoedukaatio oli korvattu yksinäisyyttä käsittelevällä psykoedukaatiolla. Kontrolliryhmään kuuluville ei tarjottu mitään aktiviteetteja. Yksinäisyys interventioyöryhmässä väheni tilastollisesti merkitsevästi enemmän kuin verrokkiryhmässä kokeen aikana. Tutkimustulos tukee aiempien katsausten, mm. (Masi et al., 2011), johtopäätöstä siitä, että sosiaalisten kognitioiden ja metakognitioiden muuttaminen on

lupaavin suoraan yksilöön kohdistuva lähestymistapana yksinäisyyden vähentämisessä. Tuloksen luotettavuutta vähentää kuitenkin se, että kontrolliryhmä ei ollut ns. aktiivinen kontrolli, eli kontrolliryhmässä ei ollut ryhmäaktiiviteetteja. Näin ollen yksinäisyyden suurempi väheneminen interventioryhmässä voi selittyä MBCT-intervention asemesta sillä, että interventioryhmään kuuluvat osallistuivat ryhmäaktiiviteetteihin.

(Mahon, Yarcheski, Yarcheski, Cannella, & Hanks, 2006) tekivät meta-analyysin yksinäisyyttä ennustavista tekijöistä nuoruudessa (ikävuodet 11-23). Analyysi käsitti 95 tutkimusta ja 9 potentiaalista ennustajaa. Sukupuoli (mies), masennus, ujous ja itseluottamus olivat voimakkaimpia ennustajia (efektikoko >0.5). Sosiaalisen tuen määrällä, sosiaalisella ahdistuksella ja äidin ja isän ilmaisun määrällä (maternal and paternal expressiveness) oli keskikokoiset efektikoot (>0.3). Pääosa (Mahon et al., 2006) tutkimuksista oli korrelatiivisia poikkileikkaustutkimuksia ja pieni osa pitkittäistutkimuksia, joten syy-seuraus-suhdetta ei voida päätellä. Kuitenkin identifioituja ennustavia muuttujia voidaan käyttää riskiryhmien seulonnassa tai epäsuorien interventioiden suunnittelussa: esimerkiksi itseluottamusta parantavat interventiot voivat mahdollisesti myös ehkäistä yksinäisyyttä.

(Schinka, van Dulmen, Mata, Bossarte, & Swahn, 2013) tutkivat latenttien kasvumallien (latent class growth analysis) avulla yksinäisyyttä ennustavia tekijöitä lapsuudessa ja nuoruudessa perustuen varsin laajaan pitkittäisaineistoon (N=832). Tutkimuksen mukaan heikommat sosiaaliset taidot, masennus ja aggressiivisuus seitsemän vuoden ikäisenä ennusti korkeampaa yksinäisyyttä ja yksinäisyyden kasvua ikävuoteen 15 mennessä. (P. Qualter et al., 2013) tutkivat yksinäisyyden kehityskulkuja ja korrelaatteja ikävuosien 5-17 välillä (N=586). Viiden vuoden iässä pitkittynyttä yksinäisyyttä myöhemmin lapsuudessa ja nuoruudessa (high stable -trajectory) ennustivat seuraavat tekijät: uskomukset liittyen epäluottamukseen, matala luottamus, matala vertaisten hyväksyntä, negatiivinen reaktiivisuus, internalisoiva attribuutiotyylly, matala itsetunto ja passiivisuus havainnoidussa leikkiatilanteessa. Yllä olevat varsin laadukkaisiin pitkittäisaineistoihin perustuvat tutkimukset antavat pohjaa seuloa yksinäisyyden osalta riskiryhmään kuuluvia jo varhaislapsuudessa ja rakentaa epäsuorasti yksinäisyyteen vaikuttavia interventioita: esimerkiksi luottamususkomuksiin tai matalaan itseluottamukseen kohdistuvat kognitiiviset interventiot lapsuudessa tai sosiaalisen taitojen opettaminen voivat mahdollisesti ehkäistä yksinäisyyttä myöhemmällä iällä.

Aikuisuus

Aikuisuudessa puutteet vertaissuhteiden laadussa ja romanttisissa suhteissa ovat merkittäviä yksinäisyyden lähteitä (Pamela Qualter et al., 2015). (Masi et al., 2011) katsauksessa satunnaistettuja

kokeita, joissa kohderyhmään kuului alle 65-vuotiaat oli 11 kappaletta, joista kolmessa saavutettiin tilastollisesti merkittävä vaikutus. Kaksi tilastollisesti merkittävistä tuloksista liittyi sosiaalisen kognition muuttamiseen ja yksi sosiaalisen tuen lisäämiseen. Meta-analyysin mukaan vaikuttaa siltä, että sosiaaliseen kognition muuttaminen on lupaavin interventiotyyppi aikuisuudessa. Myös aiemmin mainittu (Zhang et al., 2016) tekemä satunnaistetun koeasetelmaan perustuva tutkimus koskien MBCT:hen perustuvaa yksinäisyysinterventiota kiinalaisilla opiskelijoilla (ikäväli 17-25) tukee tätä johtopäätöstä.

(Pamela Qualter et al., 2015) esittämän yhteenvedon mukaan seuraavien interpersoonallisten ja persoonallisuuteen liittyvien tekijöiden on näytetty ennustavan yksinäisyyttä myös aikuisuudessa: matala itsetunto, matala luottamus muihin, introversio, matala tunne-elämän tasapaino ja ulkoinen hallintakäsitys (external loci of control). Edellä mainittuihin tekijöihin kohdistuvat kognitiiviset tai kognitiivis-behavioraaliset interventiot voivat olla tehokkaita yksinäisyyden vähentämisessä. (Pamela Qualter et al., 2015) mainitsevat potentiaalisina aikuisiän interventioina kognitiivis-behavioraalisen terapian lisäksi sosiaalisen hyväksynnän virittämiseen (priming) tähtäävät interventiot, joissa pyritään lisäämään tarkkaavuuden kohdistumista sosiaalisen ympäristön positiivisten seikkoihin ja mahdollisuuksiin.

Vanhuus

Vanhempaa aikuisväestöä koskien on julkaistu eniten yksinäisyyttä koskevia interventiotutkimuksia. Vanhuudessa yksinäisyyttä aiheuttavat erityisesti mahdollinen leskeksi jääminen ja vaikeudet osallistua sosiaaliin aktiviteetteihin johtuen omasta tai elämänkumppanin terveysongelmista (Pamela Qualter et al., 2015). Pääosa (Masi et al., 2011) meta-analyysin 50:stä tutkimuksesta kohdistui vanhempaan aikuisväestöön. Satunnaistettua koehenkilöiden välistä koeasetelmaa käyttäviä tutkimuksia, joiden kohderyhmään kuului 65-vuotiaita, oli kaiken kaikkiaan 12 kappaletta, joista tilastollisesti merkitsevä efektikoko saavutettiin neljässä tutkimuksessa. Kolme näistä oli sosiaalisen tuen lisäämiseen ja yksi sosiaalisten kognitioiden muuttamiseen keskittyviä interventiota.

Vanhempaan väestöön kohdistuvista interventiosta on tehty erillisiä katsauksia. (Gardiner, Geldenhuys, & Gott, 2016) tekivät integratiivisen systemaattisen katsauksen vanhempaan väestöön yksinäisyyden tai sosiaalisen eristäytyneisyyden vähentämiseen kohdistuneista interventioista. Katsaus koski vuosia 2003-2016 ja sisälsi sekä laadullisia että määrällisiä tutkimuksia. Heidän mukaansa useat erilaiset lähestymistavat yksinäisyyden ja sosiaalisen eristäytyneisyyden vähentämiseksi ovat saaneet tukea tutkimuskirjallisuudessa. He nostavat intervention vaikuttavuutta tukeneista tekijöistä esiin erityisesti

intervention paikallisen ja yksilöllisen mukautuvuuden, asiakkaiden osallistumisen intervention kehittämiseen ja toimintaterapeuttiset interventiot, joissa tehdään jotain konkreettisesti hyödyllistä. Heidän mukaansa ryhmäinterventiot eivät olleet tehokkaampia kuin yksilölliset interventiot. Kuten kirjoittajat itsekin toteavat, ovat katsauksen pohjana olleet tutkimukset laadultaan varsin heikkoja. Tämän takia johtopäätöksiä ei voi pitää erityisen luotettavina.

(Cohen-Mansfield & Perach, 2015) tekivät systemaattisen katsauksen koskien tutkimuksia, jotka oli julkaistu vuosina 1996-2011, ja joissa oli saatavilla suoraan yksinäisyyteen tai siihen läheisesti liittyvän (esim. sosiaalinen vuorovaikutus) muuttujan arvot ennen ja jälkeen intervention. Heidän mukaansa useat eri lähestymistavat ovat lupaavia, mutta tutkimusten huono laatu estää luotettavien johtopäätösten vetämisen. Hyviä tuloksia yksinäisyyden vähentämisessä saivat erityisesti edukatiiviset sosiaalisten verkostojen ylläpitämiseen ja vahvistamiseen kohdistuvat interventiot. (Hagan, Manktelow, Taylor, & Mallett, 2014) tekivät systemaattisen ja kuvailevan katsauksen vanhemman väestön yksinäisyysinterventioihin. Heidän katsauksensa sisälsi 17 tutkimusta, joista neljä tuotti merkitseviä tuloksia. Tutkimusten heikko laatu, interventioiden monipuolisuus ja katsauksen suppeus estävät vetämästä pitkälle meneviä johtopäätöksiä. Mielenkiintoista on se, että (Cohen-Mansfield & Perach, 2015) ja (Hagan et al., 2014) päätyvät vastakkaisiin johtopäätöksiin koskien ryhmä- vs. yksilöinterventioita: (Cohen-Mansfield & Perach, 2015) mukaan yksilöinterventiot olivat keskimäärin vaikuttavampia kun taas (Hagan et al., 2014) mukaan ryhmäinterventiot olivat keskimäärin vaikuttavampia.

(Creswell et al., 2012) on yksi uudemmissa satunnaistettuja kokeista koskien kognitiivisesti suuntautuneita yksinäisyysinterventioita, joiden kohteena olivat iäkkäämmät henkilöt. Siinä kirjoittajat tutkivat 40 henkilön otoksessa 8-viikon Mindfulness-Based Stress Reduction -koulutuksen vaikutuksia verrattuna kontrolliryhmään, jolle ei ole järjestettyjä aktiviteetteja (ns. waitlist). Yksinäisyys väheni merkittävästi enemmän MBSR-ryhmässä verrattuna kontrolliryhmään. Tutkimuksen heikkous on se, että MBSR-interventio sisälsi runsaasti ryhmäaktiviteetteja kun taas kontrolliryhmälle ei ollut mitään sosiaalisia aktiviteetteja. Näin ollen ei voida tietää, että johtuiko yksinäisyyden väheneminen ryhmäaktiviteeteista vai MBSR-intervention tosiasiallisesta sisällöstä.

Yksinäisyyden lääkehoito

Viimeisen vuosikymmenen aikana yksinäisyyden johtavat tutkijat, mm. (Goossens, 2012) ja (J. T. Cacioppo & Cacioppo, 2012), ovat linjanneet, että yksinäisyystutkimuksen tulisi keskittyä käyttäytymisen

tarkastelun lisäksi myös yksinäisyyden biologiseen ja geneettiseen perustaan ja geenien ja ympäristön yhdysvaikutuksiin. Tätä biologista mallia laajentaen (S. Cacioppo et al., 2015) käsittelevät katsauksessaan yksinäisyyden hoitoa lääkkeiden avulla. Heidän mukaansa tähän mennessä ei ole vielä tehty yksinäisyyden lääkehoitoa käsitteleviä tutkimuksia ihmisillä, mutta aiheeseen liittyneet eläinkokeet ovat antaneet lupaavia tuloksia. Lupaavina potentiaalisina lääkehoitoina he näkevät masennuksen hoidossa jo käytetyt SSRI-lääkkeet, neurosteroidit ja oksitosiiniin pohjautuvat lääkkeet. He näkevät lääkehoidon tulevaisuudessa mahdollisena tukena kognitiivis-behavioraalisten interventioiden alkuvaiheessa sekä mahdollisena erillishoitona niille, jotka kieltäytyvät psykologisista interventiosta.

Johtopäätökset

Tehdyn minikatsauksen perusteella tutkimus koskien yksinäisyyttä vähentäviä interventioita on vasta alkumetreillä. Laadukkaita tutkimuksia luotettavien johtopäätösten tekemiseen on vielä liian vähän. Paras laajamittainen katsaus aiheesta on (Masi et al., 2011), erityisesti, koska siinä on yhdistetty tuloksia satunnaistetuista interventiokokeista. (Masi et al., 2011) mukaan yksinäisyysinterventiot toimivat keskimäärin, mutta efektikoko on matala. Edellä mainitun katsauksen sekä muiden tähän minikatsaukseen sisältyneiden artikkeleiden perusteella yksinäisyysinterventioiden kirjo on valtava. Vaikuttaa siltä, että (Masi et al., 2011) matala keskimääräinen efektikoko voisi johtua siitä, että osa interventioiden lähestymistavoista ei toimi ja osa toimii. Esimerkiksi (Masi et al., 2011) ja (S. Cacioppo et al., 2015) mukaan näyttää siltä, että sosiaalisen kanssakäymisen mahdollisuuksien lisääminen ei ole vaikuttava interventio. Toisaalta useiden katsauksien, mm. (Mann et al., 2017; Masi et al., 2011; Pamela Qualter et al., 2015), mukaan sosiaaliseen kognitioiden muuttamiseen tähtäävät kognitiiviset ja kognitiivis-behavioraaliset interventiot ovat alustavan näytön mukaan tehokkaita. Kuitenkin myös sosiaalisen kognition muuttamiseen tähtäävien interventioiden osalta laadukkaiden tutkimusten määrä on niin pieni, ettei luotettavia johtopäätöksiä voida vetää.

Yksinäisyyden lääkehoito ajatuksena vaikuttaa ensikuulemalta siltä, että normaaliin elämään kuuluva kokemus tehdään sairaudeksi, jota sitten medikaalisation hengessä lääkitään pois. Tarkemmin ajateltuna lyhytaikainen lääkehoito pitkäaikaiseen yksinäisyyteen kohdistuvien psykologisten interventioiden tukena ei ole kuitenkaan välttämättä huono ajatus: samaan tapaan kuin masennuksessa, on pitkäaikaisen yksinäisyyden taustalla parhaan nykytietämyksen mukaan vääristyneet kognitiot, automaattiset reaktiot ja huomion valikoiva suuntaaminen negatiivisiin asioihin (S. Cacioppo et al., 2015; Pamela Qualter et al., 2015). Kuten masennuksen hoidossa, voi yksinäisyyden hoidossa olla tehokasta, että kognitioiden muuttamista tuetaan psykologisen intervention alkuvaiheessa lääkehoidolla.

Tässä minikatsauksessa käsiteltiin myös ns. epäsuoria interventioita, jossa ei suoraan pyritä vaikuttamaan yksinäisyyteen vaan johonkin toiseen kohdemuuttajaan. Tällaiset interventiot voivat kuitenkin potentiaalisesti olla tehokkaita, koska yksinäisyys on yhteydessä moniin muihin hyvinvointi- ja terveystekijöihin kuten terveysongelmiin ja mielenterveyden häiriöihin. Epäsuorista interventiosta on erittäin vähän tutkimusta, joten aiheesta vaikeaa tehdä johtopäätöksiä. Jotta aiheesta saataisiin tietoa, tulisi useamman interventiotutkimuksien mitata myös vaikutusta yksinäisyyteen muiden muuttujien lisäksi. Kuitenkin varsin laadukasta tutkimusnäyttöä on lapsuusajan tekijöistä (mm. itseluottamus ja luottamususkomukset koskien muita ihmisiä), jotka ennustavat pitkittynyttä yksinäisyyttä myöhemmin lapsuudessa ja nuoruudessa (mm. SchinkaEtAl2013, QualterEtAl2013, MahonEtAl2006). Näiden perusteella voidaan seuloa yksinäisyyden osalta riskiryhmään kuuluvia ja rakentaa ennaltaehkäisyyn pyrkiviä interventioita.

Käsittelimme myös hieman paikallisyhteisöön ja koko yhteiskuntaan kohdistuvia ns. universaaleja interventioita. Näiden osalta ei ole luotettavaa näyttöä toimivista interventiosta, mutta esim. (Mann et al., 2017) listaavat useita heidän mielestään potentiaalisesti tehokkaita paikallisyhteisötason interventioita. (Pamela Qualter et al., 2015) mainitsevat katsauksessaan, että masennuksen osalta kohdistetut interventiot ovat osoittautuneet tehokkaammiksi kuin universaalit masennuksen ehkäisyyn liittyvät ohjelmat: jälkimmäisten vaikutus on todella pieni tai sitä ei ole. Tämän perusteella voisi ajatella, että koko yhteiskuntaan tai ikäluokkaan kohdistuvat interventiot tai ennaltaehkäisy ei ehkä ole ensimmäinen lähestymistapa, jota kannattaisi lähteä tutkimaan yksinäisyyden vähentämisessä.

Minikatsaus rajoittui interventioihin, eikä käsitellyt niinkään yksinäisyyden ennaltaehkäisyä, vaikka sitäkin sivuttiin. Jos mietitään yksinäisyyden vähentämistä, on ennaltaehkäisy yhtä tärkeä ja mahdollisesti kustannustehokkaampi lähestymistapa kuin varsinaiset interventiot yksinäisille. Kuten (Pamela Qualter et al., 2015) mainitsevat, on ennaltaehkäisyn osalta otollisin ajankohta lapsuus ja nuoruus, jolloin koko ikäluokka on helposti saavutettavissa koulujen välityksellä.

Kokonaisuudessa yksinäisyyteen vaikuttavista interventiosta on vain vähän laadukasta tutkimusta. Sosiaaliin kognitioihin vaikuttavat interventiot vaikuttavat alustavasti tehokkaimmilta, mutta näidenkin osalta näyttö on vielä hyvin puutteellista. Yksinäisyyden vaikuttamaan pyrittäessä on hyvä pitää mielessä laajempi viitekehys, mm. yksinäisyyden vähentäminen korrelaatioihin vaikuttamalla (esim. mielenterveyshäiriöt), yhteisötason interventiot sekä ennaltaehkäisy lapsuudessa ja nuoruudessa. Aiheesta tarvitaan lisää laadukkaita tutkimuksia, jotta voidaan varmemmin sanoa, mitkä interventiot toimivat.

Lähdeluettelo

- Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2012). The phenotype of loneliness. *European Journal of Developmental Psychology, 9*(4), 446–452. <https://doi.org/10.1080/17405629.2012.690510>
- Cacioppo, S., Grippo, A. J., London, S., Goossens, L., & Cacioppo, J. T. (2015). Loneliness: Clinical Import and Interventions. *Perspectives on Psychological Science, 10*(2), 238–249. <https://doi.org/10.1177/1745691615570616>
- Cohen-Mansfield, J., & Perach, R. (2015). Interventions for alleviating loneliness among older persons: A critical review. *American Journal of Health Promotion, 29*(3), e109–e125.
- Creswell, J. D., Irwin, M. R., Burklund, L. J., Lieberman, M. D., Arevalo, J. M. G., Ma, J., ... Cole, S. W. (2012). Mindfulness-Based Stress Reduction training reduces loneliness and pro-inflammatory gene expression in older adults: A small randomized controlled trial. *Brain, Behavior, and Immunity, 26*(7), 1095–1101. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2012.07.006>
- Gardiner, C., Geldenhuys, G., & Gott, M. (2016). Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health & Social Care in the Community, n/a-n/a*. <https://doi.org/10.1111/hsc.12367>
- Goossens, L. (2012). Genes, environments, and interactions as a new challenge for European developmental psychology: The sample case of adolescent loneliness. *European Journal of Developmental Psychology, 9*(4), 432–445. <https://doi.org/10.1080/17405629.2012.673747>
- Hagan, R., Manktelow, R., Taylor, B. J., & Mallett, J. (2014). Reducing loneliness amongst older people: a systematic search and narrative review. *Aging & Mental Health, 18*(6), 683–693. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.875122>
- Mahon, N. E., Yarcheski, A., Yarcheski, T. J., Cannella, B. L., & Hanks, M. M. (2006). A meta-analytic study of predictors for loneliness during adolescence. *Nursing Research, 55*(5), 308–315.

- Mann, F., Bone, J. K., Lloyd-Evans, B., Frerichs, J., Pinfold, V., Ma, R., ... Johnson, S. (2017). A life less lonely: the state of the art in interventions to reduce loneliness in people with mental health problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1–12.
- Masi, C. M., Chen, H.-Y., Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). A Meta-Analysis of Interventions to Reduce Loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219–266.
<https://doi.org/10.1177/1088868310377394>
- Qualter, P., Brown, S. L., Rotenberg, K. J., Vanhalst, J., Harris, R. A., Goossens, L., ... Munn, P. (2013). Trajectories of loneliness during childhood and adolescence: Predictors and health outcomes. *Journal of Adolescence*, 36(6), 1283–1293. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.01.005>
- Qualter, P., Vanhalst, J., Harris, R., Van Roekel, E., Lodder, G., Bangee, M., ... Verhagen, M. (2015). Loneliness Across the Life Span. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 250–264.
<https://doi.org/10.1177/1745691615568999>
- Schinka, K. C., van Dulmen, M. H. M., Mata, A. D., Bossarte, R., & Swahn, M. (2013). Psychosocial predictors and outcomes of loneliness trajectories from childhood to early adolescence. *Journal of Adolescence*, 36(6), 1251–1260. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.08.002>
- Zhang, N., Fan, F., Huang, S., & Rodriguez, M. A. (2016). Mindfulness training for loneliness among Chinese college students: A pilot randomized controlled trial. *International Journal of Psychology*, n/a-n/a. <https://doi.org/10.1002/ijop.12394>