

# Dissosiaatiohäiriö – varhaisen, jatkuvan traumatisoitumisen pitkäaikaiseuraamus

Vakava dissosiaatiohäiriö on krooninen psyykkistä ja fyysistä toimintakykyä rajoittava tila, jonka katsotaan yleisesti olevan seurausta varhaisesta traumatisoitumisesta kiintymyssuhteissa. Dissosiaatiohäiriöt kehittyvät monesti kasvuympäristössä, jossa lapsi joutuu pitkäaikaisen seksuaalisen hyväksikäytön, väkivallan tai laiminlyönnin uhriksi. Kaltoinkohtelu aiheuttaa lapselle toistuvasti uhkatilanteen, joka vaurioittaa autonomisen hermoston säätelemän puolustusrakenteen kehittymistä ja integroitumista osaksi persoonaa. Dissosiaatio ilmenee usein vaihtelevina somaattisina oireina, joihin ei löydy lääketieteellistä selitystä, tai voimakkaina psyykkisinä oireina, kuten äänen kuulemisena pään sisäلتä tai muistin menetyksenä. Dissosiaatiohäiriöiden tunnistaminen on tärkeää, koska traumatisoituneet potilaat voivat olla vuosia somaattisten tutkimusten kierteessä, ennen kuin pääsevät psykoterapeuttisen avun piiriin. Vaikka dissosiaatiohäiriöt ovat vakavia psyykkisiä häiriöitä, niitä voidaan hoitaa menestyksekkäästi psykoterapialla.

**D**issosiaatiohäiriöstä kärsivä potilas voi tulla vastaanotolle monenlaisin fyysisin tai psyykkisin oirein. Hänen kuvauksensa oman elämänsä traumaattisista tapahtumista kuulostavat ontoilta ja tunteettomilta – on kuin hän raportoi jonkun toisen ihmisen elämää. On tavallista, että oma elämäntarina on puutteellisesti tavoitettavissa. Dissosiaatio määritellään integraation puuttumiseksi muistin, identiteetin ja tietoisuuden toimintojen välillä (American Psychiatric Association 1994). Dissosiaatiohäiriöistä on kirjoitettu aiemminkin tässä lehdessä (Korkeila ja Vuorela 1994, Wallin 1994, Korkeila ja Lauerma 1997, Lauerma 2002) ja Suomen Lääkärilehdessä (Hilden 1993, Koskela ym. 2002, Lipsanen 2005).

Vakavien dissosiaatiohäiriöiden katsotaan yleisesti olevan seurausta pitkäaikaisesta varhaisesta traumatisoitumisesta, ja niitä pidetään luonteeltaan kroonisina (Van der Hart ym. 2006).

Trauman ja dissosiativisten oireiden luonteeseen kuuluvat katkonaisuus ja kokemusten yh-

distymättömyys omaan elämäntarinaansa. Oireet ovat voimakkaita ja erillisiä, ja koettu yhteys alkuperäiseen traumaan puuttuu. Tämän vuoksi niiden tunnistaminen on haasteellista sekä perusterveydenhuollossa että psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. Potilaan kyvyttömyys antaa kokonaiskuvaa tilanteestaan tai edes raportoida vakavaa traumataustaansa voi vaikuttaa niin, että akuutteja erillisiä oireita hoidetaan mutta ongelmien kokonaisuus voi jäädä hahmottomatta.

## Realisaation puuttuminen

Traumatisoitumisessa on pohjimmiltaan kyse realisaation puuttumisesta. Jotta tapahtuma tulisi osaksi elämäntarinaa, tuntuisi omalta kokemukselta ja todelliselta, tarvitaan kokemuksen sisäisten ja ulkoisten havaintojen yhdistymistä, synteisiä koetusta tapahtumasta. Integraatioon tarvitaan synteisin lisäksi tapahtuman merkityksen ymmärtämistä oman elämän jatkumossa ja

sen ymmärtämistä, miten kokemus sijoittuu aikaan ja todellisuuteen. Tämä kaikki vaatii hyvin paljon psyykkistä energiaa (Van der Hart ym. 1993).

Realisoitumiseen kuuluu asian havaitseminen todeksi ja ymmärtäminen itselle tapahtuneeksi: »Elämäni oli vakavasti uhattuna, ja tämä vaikutti minuun ja läheisiini syvästi.» Traumatisoituneen kokemus taas jää ilman omakohtaisuutta: »Tiedän, että elämäni oli uhattuna, mutta tuntuu kuin se olisi tapahtunut jollekin toiselle» tai »tapahtuma ei tunnu todelliselta, vaikka tiedänkin sen tapahtuneen.» Tämä liittyy osittain autonomisen hermoston toimintaan uhkatilanteissa (Porges 2003). Tällaiset henkilökohtaisuutumattomat kokemukset ovat tyyppillisiä dissosiaatiohäiriöiselle. Vakavasti traumatisoitunut ja dissosioiva potilas saattaa kertoa oman elämänsä järkyttävistä tapahtumista kuin mistä hyvänstä asiasta ilman tunteita ja omakohtaisuutta.

Realisaatioon tarvitaan myös sen ymmärtämistä, että tapahtuma sijoittuu tiettyyn ajankohtaan omassa elämänhistoriassa. Vakavasti traumatisoitunut elää yhä uudelleen menneisyyden traumatapahtumia kykenemättä tekemään eroa menneisyyden, nykyisyyden ja tulevaisuuden välillä.

Eräs 52-vuotias naispuolinen terveydenhuollon ammattilainen oli ollut vuosikymmeniä vastuullisissa ja tarkkuutta vaativissa esimies- ja kliinisissä tehtävissä. Hän hakeutui psykoterapiaan saatuaan voimakkaita sydänoireita, joiden takia hänet oli toimitettu sairaalaan perusteellisiin tutkimuksiin. Jo ennen sydänoireita hän oli kärsinyt voimakkaista kivuista kehon eri osissa ja vaikeasta ihottumasta, joka oli välillä äärimmäisen tuskallinen ja toisinaan täysin oireeton. Mitään selitystä sydänoireille ei kuitenkaan löytynyt. Potilas oli äärimmäisen helpottunut tutkimustuloksista ja valmis selvittämään mahdollisia psyykkisiä syitä oireisiinsa.

Vakavasti traumatisoituneet ja dissosiaatiohäiriöiset tulevat hoitoon usein voimakkaiden ja äkillisesti muuttuvien ruumiillisten oireiden vuoksi, joihin ei löydy lääketieteellistä selitystä. Hoitoon tulon syynä voivat olla myös vakava masennus, ahdistusoireet, parisuhdevaikeudet tai äänien kuuleminen ja hallusinaatiot. Vaikka traumaattiset tapahtumat kertautuvat kehossa ja mielessä, oireista kärsivä saattaa olla täysin kyvön muistamaan tapahtuneita traumoja.

Vakavasta traumataustasta ja dissosiaatiohäiriöstä voi antaa viitteitä myös se, että potilas on työssään erittäin toimintakykyinen mutta henkilökohtaisessa elämässään kaoottinen. Monesti yksityiselämän ihmissuhteiden laatu ei vastaa lainkaan työelämän toimintakyvyn antamaa kuvaa. Esimerkiksi väkivaltasuhteessa elävä nainen, joka pystyy vaativiin suorituksiin kodin ulkopuolella, saattaa kotona väkivallan edessä muuttua avuttomaksi ja riippuvaiseksi kuin lapsi.

Psykoterapian alkuvaiheessa potilas selitti kaikki oireensa työuupumuksella. Hän oli työskennellyt vuosia yli kestävytyksensä. Suureksi lohduksi tilanteessa hän koki miehensä tuen ja rauhoittavan läsnäolon. Lukuisten keskustelujen jälkeen alkoi paljastua, että hänen tärkeimmäksi tueksi kuvaamansa aviomies oli pahoinpidellyt häntä erittäin raa'asti koko kaksikymmentä vuotta kestäneen avioliiton ajan. Pitkän aikaa terapiakeskusteluissa potilas oli kuitenkin ollut yhteydessä vain turvalliseen ja lohduttavaan mielikuvaan miehestään. Kaikki nämä aviovuodet hän oli odottanut ja uskonut, että heidän parisuhteensa muuttuisi rakastavaksi. Potilas oli myös kehittänyt oman kauniin maailman kulttuuriharrastuksistaan, jotka keskittyivät arkkitehtuuriin, musiikkiin ja lohdullisiin runoihin.

## **Vakavimmat dissosiaatiohäiriöt syntyvät varhaislapsuudessa**

Lapsi on erityisen herkkä rakenteelliselle dissosiaatiolle, koska hänen persoonallisuutensa on integroitumaton ja kokemuksen yhdistämisessä tarpeelliset aivoalueet (esim. hippokampus ja prefrontaalinen aivokuori) ovat vielä kypsymättömiä. Aikuisten rooli lapsen tunteiden säätelyssä ja traumaattisten asioiden käsittelyssä on tämän vuoksi keskeinen.

Koska lapsi tarvitsee aikuista selvittääkseen voimakkaita ja mieltä järkyttävistä tilanteista, ovat kiintymyssuhteen laatu ja jatkuvuus äärimmäisen tärkeitä. Jos lapsi joutuu hakemaan turvaa samoista aikuisista, jotka tuottavat hänelle uhkaavimpia ja traumaattisimpia tilanteita, lapsen ja vanhemman välille kehittyy disorganisoitunut kiintymyssuhde, joka osaltaan johtaa myöhemmin kehittyvään dissosiaatiohäiriöön (Ogawa ym. 1997).

Potilaan psykoterapian edetessä tuli näkyväksi koko lapsuuden kestänyt julma perheväkivalta. Molemmat vanhemmat olivat pahoinpidelleet lapsiaan ja säädelleet omia

tunnetilojaan lapsiin kohdistetun väkivallan kautta. Koska potilas joutui olemaan riippuvainen arvaamattomista vanhemmistaan, hän alkoi kokea syyn pahoinpitelyyn itessään ja ottaa vastuuta kaikesta hänelle tapahtuneesta pahasta. Jo lapsena hän oli odottanut suurta ihmettä, jossa hän olisi voinut saada väkivallan loppumaan olemalla riittävän hyvä ja täydellinen lapsi. Syyttämällä itseään hän saattoi olla kiinnittyneenä vanhempiinsa. Potilas vetäytyi jo varhain omiin kuvitelmiinsa, joissa vallitsi syvä harmonia ja kauneus.

Lapsuuden kompleksinen traumatisoituminen voi olla seurausta perheessä vuosikausia kestäneestä seksuaalisesta hyväksikäytöstä, väkivallasta tai laiminlyönnistä. Lapsi on riippuvainen vanhemmistaan, jotka toistuvasti tuottavat hänelle suurempaa uhkaa kuin kukaan muu ihminen. Lapsen kohdistettu hyväksikäyttö tai laiminlyönti vaurioittaa persoonallisuuden kehitystä laaja-alaisesti. Seurauksena ovat usein kyvyttömyys säädellä vireystilaa, itsetuhoisuus, itsensä vahingoittaminen, vaikeudet seksuaalisuhteissa, korostunut riskinotto, muutokset tietoisuudessa, huomiokyvyssä ja minäkäsityksessä, tehottomuus, pysyvä tunne vahingoittumisesta, häpeä ja kiinnittyminen hyväksikäyttäjään. Traumatisoitunut myös menettää usein kykynsä luottaa toisiin ihmisiin ja uhriutuu usein uudelleen elämässään. Osa traumatisoituneista samastuu pahantekijään ja vahingoittaa muita. Epätoivo ja toivottomuus ovat yleisiä. Vanhempien kaltoinkohtelun vuoksi lapsuudessaan traumatisoituneilla esiintyy hyvin paljon ruoansulatusoireita, kroonista kipua, sydän- ja keuhko-oireita, seksuaalisia oireita (Pelcovitz ym. 1997) ja somatoformisia dissosiaatio-oireita.

Perheessään vakavasti traumatisoitunut lapsi, jolla ei ole konkreettista ulospääsyä tilanteestaan, säätelee sietämättömiä tunnetilojaan vahingoittamalla itseään tai kehittämällä autohypnoottisia tapoja poistua kehostaan. Nämä keinot siirtyvät myöhemmin haitallisesti käyttöön myös kodin ulkopuolella, esimerkiksi koulumaailmassa ja toveripiirissä, jolloin sosiaalinen

kehitys voi häiriintyä välttelevien selviytymiskeinojen vuoksi.

Ahdistavissa kotitilanteissa potilas imeytyi kirjaan niin, että hän koki oikeasti elävänsä kirjan maailmassa. Pako mielikuvitukseen auttoi pois vaikeista vanhempien riidoista niin hyvin, ettei hän kuullut eikä nähnyt ympärillä tapahtuvia asioita. Koulussa tyttöjen välisissä riidoissa liukuminen pois tilanteesta aiheutti kuitenkin sen, että hän tuli kiusatuksi ja jäi kaverijoukon ulkopuolelle.

## Evolutiiviset toimintajärjestelmät

Persoonallisuuden rakenteellista dissosiaatiota koskevan teorian mukaan ihmisen käyttäytymistä säätelevät osaltaan myötäsyttyiset psykobiologiset järjestelmät, jotka organisoivat ja säätelevät havainnointia, tunteita, neurofysiologiaa ja käyttäytymistä. Niiden tarkoitus on ohjata adaptiivisia henkisiä ja käyttäytymiseen liittyviä toimintoja (Panksepp 1998). Niitä on kutsuttu myös toimintajärjestelmiksi (Nijenhuis 2000).

Toimintajärjestelmiä on kahta päätyyppiä. Osa liittyy lajin säilymiseen ja sisältää ympäristön tutkimisen (työn ja opiskelun), leikin, energian säätelyn (nukkuminen ja syöminen), kiintymyksen, sosiaalisuuden, lajinjatkamisen ja huolenpidon jälkipolvesta (Panksepp 1998). Toiset toimintajärjestelmät liittyvät yksilön säilymiseen

### YDINASIAT

- Ihmisen kuten muidenkin nisäkkäiden käyttäytymistä säätelevät synnynäiset toimintajärjestelmät, joista osa keskittyy lajin säilyttämiseen (työ, leikki, energian säätely, kiintymys, sosiaalisuus, suvun jatkaminen ja huolenpito jälkipolvista).
- Toiset toimintajärjestelmät liittyvät yksilön säilymiseen ja puolustautumiseen sellaisia uhkia vastaan, jotka vaarantavat kehon eheyttä tai voivat johtaa sosiaaliseen hylkäämiseen tai kiintymyksen menettämiseen (ylivireys, jähmettyminen, pako, taistelu, täydellinen alistuminen, toipuminen).
- Traumatisoitumisen seurauksena tapahtuva rakenteellinen dissosiaatio syntyy puolustusjärjestelmien ja lajin säilymiseen liittyvien järjestelmien välille.

ja puolustautumiseen sellaisia uhkia vastaan, jotka vaarantavat kehon eheyttä tai voivat joutaa sosiaaliseen hylkäämiseen tai kiintymyksen menettämiseen. Ihmisen puolustautumisjärjestelmä on samankaltainen kuin eläimillä, ja se sisältää erilaisia alajärjestelmiä: ylivireys, jähmettyminen, pako, taistelu, täydellinen alistuminen (Porges 2003) ja sosiaalisen alistumisen muodot (Gilbert 2000). Hyökkäyksen jälkeistä selviytymistä seuraa toipuminen, johon liittyvät lepo, eristäytyminen, haavojen hoito ja asteittainen palaaminen tavanomaisiin toimintoihin.

Kehityksellisenä tavoitteena on, että toimintajärjestelmät ovat yhteistoiminnassa mutta eriytyneinä niin, että ne aktivoituvat tilanteen vaatimalla tavalla. Esimerkiksi puolustusrakente korvaa lajin säilymiseen liittyvän rakenteen uhkatilanteissa. Vakavan traumatisoitumisen seurauksena syntyneessä rakenteellisen dissosiaation tilassa toimintajärjestelmien vuorottelu on häiriintynyt niin, että traumatisoituneen toiminta ei ole riittävästi mukautunut vallitseviin olosuhteisiin (esim. puolustusjärjestelmä aktivoituu tavallisessa arkipäivän tilanteessa, joka ei sisällä uhkaa).

Persoonallisuuden rakenteellinen dissosiaatio kehittyi, kun lapsi on alttiina traumatisoiville tapahtumille ja kun hänen integraatiokykynsä ei riitä yhdistämään näitä vaikeita kokemuksia osaksi hänen elämäntarinaansa. Vakavan uhan seurauksena syntyy dissosiaatio puolustusjärjestelmien ja toisaalta lajin säilymiseen ja päivittäisestä elämästä selviytymiseen liittyvien toimintajärjestelmien välillä (Steele ym. 2005)

Potilas eli lapsuudesta saakka kahdessa maailmassa, jotka eivät olleet yhteydessä toisiinsa. Kun hän oli koulussa, ei hän voinut mielessään tavoittaa kotona tapahtuvia pahoja asioita ja saattoi kotonakin upota satujen maailmaan, jossa mikään paha ei uhannut. Toimintarakenteiden kehityksen vaurio näkyi vasta aikuisuudessa traagisella tavalla hänen kyvyttömyydessään pitää mielessään miehen väkivaltaisuutta ja toimia tavalla, jolla hän olisi irtaantunut hengenvaarallisesta kotitilanteesta.

## Rakenteellinen dissosiaatio

Jo yli vuosisadan ajan on tiedetty, että traumatisoitumiseen liittyy vuorottelu traumasta irrallaan olon ja trauman uudelleen kokemisen välillä. Ensimmäisen maailmansodan sotilaita tutkiessaan

Myers (Van der Hart ym. 2000) huomasi, että sodassa olleilla äkillisesti traumatisoituneilla sotilailla traumaa edeltänyt persoona jakautui traumaa kantavaan osaan sekä osaan, joka yritti jatkaa elämää irrallaan traumasta. Myers kuvasi traumatisoituneissa havainnoimiaan puolustautumiseen ja päivittäiseen elämään liittyviä toimintoja ja kehitti käsitteet näennäisen normaali persoonallisuus (apparently normal personality, ANP) ja emotionaalinen persoonallisuus (emotional personality, EP).

Persoonallisuuden emotionaalinen osa kärsii toistuvasti voimakkaista kehon ja eri aistialueiden kokemuksista, jotka muistuttavat läheisesti alkuperäistä traumaa. EP sisältää traumaattisia kokemuksia, joiden muuttaminen tahdonalaisesti mieleen palauttaviksi muistoiksi on epäonnistunut. ANP keskittyy traumamuistojen välttämiseen, irrallaan oloon, turruttamiseen ja osittaiseen tai täydelliseen amnesiaan. ANP:llä ja EP:llä on monia psykobiologisia eroja (Nijenhuis ym. 2004).

Yksinkertaisimmillaan vaihtelu tapahtuu yhden ANP-osan ja yhden (melko suppean ja alkeellisen) puolustukseen liittyvän EP-osan välillä. Tällöin traumatisoituneen jokapäiväistä elämää jatkava pääosa on irrallaan traumasta ja välittynyt ANP:n kautta. Tämän osan ollessa aktivoitunut ihminen voi näyttää melko tasapainoiselta ja pyrkii elämään normaalia elämänsä. Normaalius on kuitenkin näennäistä, koska ANP välttelee traumaan liittyviä asioita ulkomaailmassa ja omassa sisäisessä maailmaansa. Välttelyn ja turtuneisuuden vuoksi hän elää kapeammin kuin ennen traumatisoitumista. EP-osa, joka on kiinnittynyt puolustussysteemeihin, tunkeutuu mieleen, kun henkilö joutuu vastakkain traumasta muistuttavan asian kanssa. Yksittäiseen traumaan liittyvät häiriöt, kuten akuutti stressihäiriö ja yksinkertainen traumperäinen stressihäiriö, ovat luonteenomaisesti primaaria rakenteellista dissosiaatiota. Kompleksisessa traumatisoitumisessa puolustusrakente (EP) on jakaantunut kahteen tai useampaan osaan.

Kun myös ANP jakautuu ja emotionaaliset osat irtautuvat yhä enemmän toisistaan, on kyseessä tertiäärinen rakenteellinen dissosiaatio,

johon kuuluu dissosiatiiivinen identiteettihäiriö. Tämä vakavin dissosioituminen tapahtuu, kun henkilön integrointikyky on liian heikko, jotta hän voisi kehittää ja ylläpitää vain yhtä arkipäivässä toimivaa ANP:tä. Kun mieli jakautuu arkipäivän toiminnoissa, tulee päivään muistiaukkoja, jolloin traumatisoitunut ei voi muistaa omaa toimintaansa, vaikka hän ulkoisesti näyttäisikin toimivan johdonmukaisesti.

Vuosia jatkunut traumatisoituminen perheessä aiheutti edellä kuvatulle potilaalle sekundaarin dissosiaation, jossa puolustusrakenne oli jakautuneena moneen osaan. Välillä esiin nousi pieni laiminlyöty lapsi, joka huusi ja itki ilman yhteyttä aikuisuuteen (kiintymyshuuto). Toisinaan esiin tuli välttelevä (pako), raivoava (taistelu) tai täydellisesti alistuva puoli.

### **Dissosiaatiohäiriön tunnistaminen**

Dissosiaatiohäiriöstä kärsivä ei monestikaan tule hoitoon dissosiaatio-oireiden tai trauman vuoksi vaan syynä on masennus, ihmissuhdeongelmat, itsetuhoisuus, ahdistus, lastensuojeluilmoitus, väkivaltaisuus tai väkivallalle altistuminen taikka jatkuvat selittämättömät somaattiset oireet. Dissosiaatiohäiriöön liittyviä oireita saattavat olla mm. unissakävely, painajaiset, toistuvat päänsäryt, selittämättömät somaattiset oireet ja voimakas kivunsieto. Dissosiaatioon liittyy myös sen kyseenalaistaminen, tapahtuivatko pahat asiat todella vai onko kaikki vain mielikuvitusta.

Dissosiaatiohäiriöstä kärsivällä ei ole kronologista tarinaa lapsuudestaan, ja hän voi kadottaa aikaa tavallisissa askareissa niin, että tekee asioita, joita ei tiedä tehneensä. Lapsena opittu tapa rajoittaa tietoisuutta menemällä transsitilaan, on tavallinen keino vakavasta dissosiaatiohäiriöstä kärsivälle päästä pois sietämättömästä tilanteesta. Hänellä saattaa olla kokemuksia irti kehosta olemisesta tai oman kehonsa ulkopuolella leijumisesta. Potilas voi myös kokea, ettei kehoa ole olemassa tai että keho ei ole osa omaa itseä. Persoonan osan vaihtumisesta johtuvat myös mielialan nopeat vaihtelut, jotka eivät vaikuta olevan yhteensopivia nykytilanteen kanssa.

Persoonallisuuden emotionaalisten osien tunkeutuminen tietoisuuteen voi myös aiheuttaa

epätodellisuuden tunteen tai sellaisen tunteen, että joku on ottanut vallan mielen sisällä. Traumatisoitunut saattaa myös kuulla persoonallisuuden eri osat ääninä päänsä sisällä. Yleensä äänet liittyvät traumatapahtumiin ja trauman aiheuttaneisiin ihmisiin.

### **Hoito**

Hoidon tavoitteena on auttaa potilasta yhdistämään vähitellen mielensisäisiä dissosioituneita persoonallisuuden osia ja niiden taustalla olevia traumatapahtumia. Dissosiaatiohäiriön hoito jaetaan kolmeen vaiheeseen, josta ensimmäisessä pyritään vakauttamaan psykofysiologista vireystilaa, vähentämään oireita, parantamaan selviytymistä arkielämästä ja vähentämään pelkoja traumamuistoihin liittyviin mielensisältöjä eli persoonallisuuden emotionaalisia osia kohtaan (Steele ym. 2005).

Ensimmäisessä hoitovaiheessa pyritään luomaan perusedellytykset persoonallisuuden yhdistymiselle. Trauman huolellisen arvioinnin jälkeen potilasta autetaan ymmärtämään omaa dissosiaatiotaan ja sen merkitystä selviämiskeinona lapsuuden vakavissa kokemuksissa. Monelle oman elämäntarinan ja nykyhetken tapahtumien muistamattomuus ovat merkkejä hulluudesta. Oireet ovat myös herättäneet syvää häpeää ja lisänneet yksinäisyyden tunnetta.

Traumatisoituneen potilaan psykofysiologinen vireystaso on monesti liian korkea tai liian matala, ns. toleranssi-ikkunan ulkopuolella. Monet menneisyyden tapahtumista muistuttavat ärsykkeet johtavat paniikkiin, voimakkaisiin tunteisiin ja reaktioihin. Ylivireystilassa havaintojen yhdistäminen ei onnistu, ja myös liian vähäinen vireys estää riittävän havainnoinnin ja ärsykkeen prosessoinnin. Sekä liian matala että korkea vireystaso aktivoivat puolustukseen liittyviä persoonallisuuden osia, jotka estävät nykyhetken tapahtumien realistisen havainnoinnin ja saattavat viedä takaisin menneeseen traumatapahtumaan.

Dissosiaatiohäiriöistä kärsivällä on vähän yhteyttä omaan kehoonsa, ja hoidon alussa hänen voi olla hyvin vaikea todeta omaa vireystilaansa. On tärkeää auttaa potilasta havainnoimaan vi-

reystilaansa esimerkiksi sydämenlyöntien, hikoilun ja ihon lämpötilan mukaan. Omien mielen- tai kehonsisäisten prosessien havainnoiminen voi alussa tuntua pelottavalta, mikä vaatii terapeutilta ymmärtävää ja hienovaraista motivointia ja psykoedukaatiota, jotta pelko voi muuttua kiinnostukseksi (Ogden ym. 2006).

Potilas joutui hyvin nopeasti terapiassa tilaan, jossa hän vapisi ja itki ja eli uudelleen lapsuuden väkivaltatilanteita (ylivireys). Useimmat puheenaiheet pudottivat hänet lapsuuden »pahoihin asioihin», ja hänen oli vaikea olla nykyhetkessä muulloin kuin ollessaan työssä. Vastaanotollakin potilas helposti dissosioitui voimakkaasta takautumasta täydelliseen rauhan tilaan, jossa mikään ei koskettanut häntä ja jossa hän koki olevansa oman elämänsä ulkopuolella – paremmissa todellisuudessa pahuudelta ja rumuudelta piilossa (alivireys, täydellinen alistumisen tila).

Vakavasti perheessään traumatisoituneen on vaikea rakentaa luottamuksellista suhdetta terapeuttiin, ja hoidossa joudutaan tällöin jatkuvasti työskentelemään traumaattisen transferenssin kanssa. Potilas saattaa olla vakuuttunut, että näennäisestä ymmärtävyydestään huolimatta terapeutti tavalla tai toisella on epäluotettava ja käyttää potilasta omiin tarpeisiinsa.

Hoidon alkuvaiheessa ANP, traumasta erillään oleva persoonallisuuden osa, välttelee mahdollisimman paljon traumasta muistuttavia asioita. Hoidon ensimmäisessä vaiheessa pyritään lisäämään traumaan liittyvien ja traumasta erillään olevien persoonallisuuden osien vuorovaikutusta. Voimakkaat vihamieliset ja epäluuloiset traumatisoitumiseen liittyvät osat, jotka liittyvät puolustautumiseen, on ensimmäiseksi sidottava hoitoprosessiin. Traumasta irrallaan olevan näennäisen normaalin puolen on ymmärrettävä sisäiseltä viholliselta tuntuvien suojaavien puolien alkuperäinen tehtävä traumasta selviämässä. Vasta siinä vaiheessa, kun erilleen jakautuneet traumaa ja puolustautumista kannattelevat osat tulevat enemmän vuorovaikutukseen ANP:n kanssa, voidaan menneisyyden traumaa ryhtyä käsittelemään.

Terapiaistuntojen jälkeen potilas kärsi syvästä häpeästä ja kuuli mielessään syyttävän äänen, joka kielsi »naurettavan itsesäälin» ja kertoi terapeutin supportiivisten kommenttien olevan »pahantahtoisia ja pilkkaavia». Hänen oli vaikea pitää mielessään terapiaistunnon tapahtumia, koska EP:t värjittivät sen uudelleen heti istunnon jälkeen suojelukseen luottamiselta ja uusilta traumatisoivilta iskuilta.

Arkielämässä sosiaalinen ja aurinkoinen potilas (ANP) ei halunnut olla missään tekemisissä pienen avuttoman riippuvaisen itsensä (EP) kanssa, joka itki hädissään öisin ja odotti väkivaltaista aviomiestä kotiin lohduttamaan. EP tunkeutui mieleen ilman ANP:n läsnäoloa ja noina hetkinä potilas oli pieni hylätty lapsi menneisyydessään. Hoidon myötä EP:n ja ANP:n välille syntyi yhteys, eikä potilas enää joutunut samanlaisiin irrallisiin paniikkitiloihin.

Kun riittävä yhteys on syntynyt traumasta irrallaan toimivan ANP:n ja traumaa ja puolustautumisrakenteita sisältävien EP-osien välillä, voi hoito edetä traumatapahtumien käsittelyyn ja trauman yhdistämiseen niin, että potilas voi ottaa tapahtuneen omaksi kokemuksekseen ja nähdä sen vaikutukset omassa elämässään. Vakavassa dissosiaatiohäiriössä, jossa traumatisoituminen on ollut lapsuudessa pitkällistä, traumaa käsitellään vähän kerrallaan palaten jatkuvasti vakauttamiseen ja nykyhetken elämän vahvistamiseen. Traumaa käsiteltäessä seurataan tarkasti vireystilaa, koska liian korkealla tai liian matalalla vireystasolla yhdistymistä ei tapahdu vaan trauma eletään uudelleen, jolloin potilas voi tulla entistä pelokkaammaksi traumaansa kohtaan.

## Lopuksi

Kun traumaattiset irralleen jakautuneet menneisyyden tapahtumat ja niihin liittyvät persoonallisuuden osat on käsitelty ja yhdistetty, seuraa hoidon viimeinen ja raskain vaihe, jolloin traumatapahtumien koko merkitys omalle elämälle realisoituu. Monesti dissosiaatio-oireiden hallintaan on mennyt vuosikymmenien ajan valtavasti energiaa ja elämä on ollut pääosaltaan selviytymistä. Menetetyn elämän ja menetettyjen mahdollisuuksien katsominen voi herättää syvää toivottomuutta ja surua, mikä on väistämätön osa hoitoprosessia. Ensimmäistä kertaa traumatisoitunut potilas voi tässä vaiheessa kokea, mitä on olla omassa elämässään koko ajan läsnä ja omistaa oma elämänsä ilman, että hän ikään kuin seuraa sitä sivusta.

\* \* \*

Kiitos psykiatrian erikoislääkäri Anssi Leikolalle tärkeistä kommentteista.

## Kirjallisuutta

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4. painos. Washington, DC: APA, 1994.
- Gilbert P. Varieties of submissive behavior as forms of social defence: Their evolution and role in depression. Kirjassa: Sloman L, Gilbert P, toim. Subordination and defeat: an evolutionary approach to mood disorders and their therapy. London: Erlbaum, 2000, s. 3–45.
- Hilden L. Amnesia ja dissosiaatio minän puolustuskeinoina. *Suom Lääkäril* 1993;48:1915.
- Korkeila J, Vuorio K. Aistiharha konversio-oireena mielen terveyden häiriössä. *Duodecim* 1994;110:145–50.
- Korkeila J, Lauerma H. Dissosiaatiohäiriö vai psykoosi? *Duodecim* 1997;113:737–41.
- Koskela P, Saarijärvi S, Erkolahti R. Nuorten dissosiaatiohäiriöt. *Suom Lääkäril* 2002;57:2657–60.
- Lauerma H. Dissosiaatiohäiriöt ja niiden hoito. *Duodecim* 2002;118:1199–2205.
- Lipsanen T. Dissosiaatio psykiatrisena ilmiönä. *Suom Lääkäril* 2005; 60:2063–6.
- Nijenhuis E, Vands Hart O, Kruger K, Steele K. Somatoform dissociation, reported abuse, animal defense-like reactions. *Aust NZ J Psychiatry* 2004;38:678–86.
- Nijenhuis ERS. Somatoform dissociation: major symptoms of dissociative disorders. *J Trauma Dissociation* 2000;1:7–32.
- Ogawa JR, Sroufe LA, Weinfield NS, Carlson EA, Egeland B. Development and the fragmented self: longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development Psychopathol* 1997;9:855–79.
- Ogden P, Minton K, Pain C. Trauma and the body: a sensorimotor approach to psychotherapy. New York: Norton, 2006.
- Panksepp J. Affective neuroscience: the foundations of human and animal emotions. New York/Oxford: Oxford University Press, 1998.
- Pelcovitz D, van der Kolk BA, Roth SH, Mandel FS, Kaplan SJ, Resick PA. Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress. *J Trauma Stress* 1997;10:3–16.
- Porges SW. The polyvagal theory: phylogenetic contributions to social behavior. *Physiol Behav* 2003;79:503–13.
- Steele K, van der Hart O, Nijenhuis E. Phase-oriented treatment of structural dissociation in complex traumatization: overcoming trauma-related phobias. *J Trauma Dissociation* 2005;6:11–53.
- Steele K, van der Hart O, Nijenhuis E. The theory of trauma-related structural dissociation of the personality. Kirjassa: Dell P, Neil O, toim. Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond. Chicago: International Society for the Study of Dissociation, 2005 (painossa).
- Van der Hart O, Nijenhuis ERS, Steele K, Brown D. Trauma-related dissociation: conceptual clarity lost and found. *Aust N Z J Psychiatry* 2004; 38:906–14.
- Van der Hart O, Van Dijke A, Van Son M, Steele K. Somatoform dissociation in traumatized World War I combat soldiers: a neglected clinical heritage. *J Trauma Dissociation* 2000;1:33–66.
- Van der Hart O, Steele K, Boon S, Brown P. The treatment of traumatic memories: synthesis, realization, and integration. *Dissociation* 1993;6:162–80.
- Van der Hart, Nijenhuis ERS, Steele K. The haunted self: structural dissociation and the treatment of chronic traumatization. New York: Norton, 2006.
- Wallin M. Tunte maton potilas – psykogeenisen amnesian hypnoosihoito. *Duodecim* 1994;110:592–4.

**ANNE SUOKAS-CUNLIFFE, YM, M.Phil., psykologi,  
traumapsykoterapeutti  
anne.suokas@traumatapiakeskus.com  
Traumatapiakeskus  
Töölönkatu 15 E  
00100 Helsinki**

**ONNO VAN DER HART, Ph.D.  
Professor of Psychopathology of Chronic Traumatization  
Department of Psychology  
Utrecht University  
Netherlands**