

Traumaperäisen dissosiaatiohäiriön hoito

Kirjallisuuskatsaus

Mirjam Kurkkio

Opinnäytetyö
Helmikuu 2018
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Sairaanhoitoja (AMK)

Tekijä(t) Kurkkio, Mirjam	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä Helmikuu 2018
	Sivumäärä 33	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Traumaperäisen dissosiaatiohäiriön hoito Kirjallisuuskatsaus		
Tutkinto-ohjelma Hoitotyön tutkinto-ohjelma		
Työn ohjaaja(t) Tiia Luotojoki, Pirjo Tiikkainen		
Toimeksiantaja(t)		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tarkoituksena oli kuvata traumaperäisen dissosiaatiohäiriön hoitoa, joka sisälsi myös sairauden tunnistamisen ja arvioimisen. Tavoitteena oli lisätä sairaanhoitajien kiinnostusta ja osaamista traumaperäiseen dissosiaatiohäiriöön, josta on vielä hyvin vähän tietoa. Näkökulmana oli kokonaiskuva vakavasti traumatisoituneitten hoidosta. Toteutustapa oli kirjallisuuskatsaus, joka koostui kansainvälisistä, uusista ja laadukkaista tutkimusartikkeleista. Kirjallisuuskatsauksen haku tehtiin tietokannoista: Cinahl, Academic Search Elite, PubMed, Medic, Terveysportti ja Janet. Hakusanoina käytettiin yhdistelmää: ”dissosiaatiohäiriö AND trauma AND hoito” sekä suomeksi että englanniksi. Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui kahdeksan kansainvälistä tutkimusta. Aineisto analysoitiin induktiivisen aineistolähtöisen sisällyttöanalyysin avulla.</p> <p>Tutkimustuloksista kävi ilmi, että trauman ja dissosiaation tunnistamiseen ja arvioimiseen oli kiinnitettävä huomiota muitakin psykiatrisia diagnooseja omaavien potilaiden kohdalla. Vakavasti traumatisoituneita tuli osata lähestyä oikealla tavalla ja tekniikalla. Hoitosuunnitelman tuli olla realistinen. Traumaperäistä stressihäiriötä ja dissosiaatiohäiriötä hoidettiin ensisijaisesti traumakeskeisellä terapialla/ hoidolla, joka sisälsi kolmivaiheisen hoitomallin, onnistuneen hoitosuhteen rakentamisen menetelmän, kiintymystä sisältävän terapeutin hoitosuhteen, tunteiden säätelyn opettelua, altistushoitoa, luovia taiteita ja kognitiivisen käyttäytymisen huomioimista.</p> <p>Johtopäätöksissä pohdittiin trauman ja dissosiaatiohäiriön hoitoon kuuluvaa sairaanhoitajan tehtävää ja sen sisältöä. Aihetta tulisi tutkia myös hoitotieteissä ja se olisi tärkeää lisätä hoitotyön koulutukseen.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Dissosiaatiohäiriö, dissosiaatio, trauma, traumaperäinen stressihäiriö, hoito		
Muut tiedot (salassa pidettävät liitteet)		

Author(s) Kurkkio, Mirjam	Type of publication Bachelor's thesis	Date February 2018 Language of publication: Finnish
	Number of pages 33	Permission for web publication: x
Title of publication The Treatment of Traumatic Dissociative Disorder A Literature Review		
Degree programme Nursing Degree Program		
Supervisor(s) Luotojoki, Tiia; Tiikkainen, Pirjo		
Assigned by		
Abstract <p>Objective: The purpose was to describe the treatment as well as the recognition and assessment of the traumatic dissociative disorder. The aim was to increase nurses' interest in and skills related to the traumatic dissociative disorder of which there, as yet, is very little knowledge. The point of view was that of the treatment of the severely traumatized.</p> <p>Method: The implementation method was a literature review that consisted of international, recent and high-quality research articles. The search for the literature was conducted both in Finnish and in English in databases, such as Cinahl, Academic Search Elite, PubMed, Medic, Terveystieto, and Janet. As search words, a combination of "dissociative disorder" AND trauma AND treatment" was used, both in Finnish and in English. Eight international studies were selected for the literature review. The material was analysed with an inductive material-based content analysis.</p> <p>Results: In recognizing and assessing trauma and dissociation, attention must be paid to patients with other psychiatric diagnoses. Complexly traumatized were to be approached in the right way and with the right technique. The treatment plan had to be realistic. Traumatic stress disorder and dissociative disorder were treated primarily with trauma-focused therapy/ treatment that included a three-stage-treatment model, a successful building method of a therapeutic relationship, an attachment-based therapeutic relationship, learning to regulate emotions, exposure therapy, creative arts, and considering cognitive behaviour.</p> <p>Conclusions: The role of a nurse in the treatment of trauma and dissociative disorder was discussed. The topic should be studied more in nursing science and it would be important to add it to nursing training.</p>		
Keywords/tags (subjects) Dissociative disorder, Dissociation, Trauma, Post-traumatic stress disorder, Treatment		
Miscellaneous (Confidential information)		

Sisältö

1	Piiloutunut ja naamioitunut trauma.....	3
2	Keskeiset käsitteet.....	4
2.1	Traumatisoituminen.....	4
2.2	Traumaperäinen stressihäiriö (PTSD).....	6
2.3	Dissosiaatiohäiriö (DID ja DD)	8
2.4	Traumaperäisen dissosiaatiohäiriön hoito.....	12
3	Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys	16
4	Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen	17
4.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	17
4.2	Aineiston hankinta.....	18
4.3	Aineiston kuvaus	20
4.4	Aineiston analyysi.....	22
5	Tulokset	24
5.1	Trauman tunnistaminen ja arviointi.....	25
5.2	Traumaperäisen stressihäiriön ja dissosiaation hoito.....	25
6	Pohdinta.....	27
6.1	Luotettavuus ja eettisyys.....	27
6.2	Tulosten tarkastelua.....	28
6.3	Johtopäätökset	29
	Lähteet	31
	Kirjallisuuskatsauksen lähteet	31
	Muut lähteet	32

Kuviot

Kuvio 1. Trauman tunnistaminen ja arviointi sekä traumaperäisen stressihäiriön ja dissosiaation hoito.....	24
--	----

Taulukot

Taulukko 1. Lyhenteet ja diagnoosit.....	4
Taulukko 2. Rakenteellisen dissosiaation tasot ja niihin liittyvät diagnoosit.....	10
Taulukko 3. Dissosiaation oireyhtymät ja ilmenemismuodot.....	11
Taulukko 4. Hoidon vaiheet ja tavoitteet.....	15
Taulukko 5. Aineiston hankinnan kriteerit.....	18
Taulukko 6. Aineiston hakusanat ja tietokannat	19
Taulukko 7. Aineiston valintaprosessi	20
Taulukko 8. Kirjallisuuskatsaukseen valitut artikkelit	21
Taulukko 9. Esimerkki analyysistä.....	23

1 Piiloutunut ja naamioitunut trauma

Vakavaa traumaa näyttää olevan jopa lähes mahdotonta tunnistaa perusterveydenhuollossa. Tämä johtunee trauman luonteesta, jolle on tapana piiloutua monenlaisten somaattisten ja psyykkisten oireiden taakse. Erikoissairaanhoidon psykiatrisilla poliklinikoilla tai edes osastoilla ei useinkaan kyetä näkemään vakavasti traumatisoituneen potilaan naamioitunutta traumaa. Vaikeat ja syvästi ahdistavat muistot saattavat aiheuttaa taumatisoituneelle voimakasta häpeää ja pelkoa, jonka hän alituisen työntää pois mielestään haluamatta edes myöntää tunteitaan itselleen. Trauma voi olla aiheuttanut potilaalle myös niin vakavaa muistamattomuutta, ettei tällä ole edes aavistusta oman oireilunsa todellisista syistä. (Uotinen 2015, 118-120; Leikola 2016, 21; Suokas-Cunliffe & Van der Hart 2006.)

Terveystieteiden ammattilaisten olisi erittäin tärkeää olla perehtynyt traumaperäiseen dissosiaatioon, jotta nämä ehkä vuosikausia somaattisten ja psykiatristen tutkimusten sekä osastojaksojen kierteissä olevat vakavasti traumatisoituneet potilaat voitaisiin tunnistaa ja arvioida oikein. Tämän kirjallisuuskatsauksen tekijän toive on lisätä sairaanhoitajien kiinnostusta tähän aiheeseen. Opinnäytetyö tuonee jonkinlaisen kokonaiskuvan vakavasti traumatisoituneitten ja dissosiaatiohäiriöistä kärsivien hoidosta. Kokonaiskuva voisi lisätä sairaanhoitajien osaamista. Tämä mahdollisesti selventäisi sairaanhoitajien omaa tehtävää vakavasti traumatisoituneitten hoitoprosessissa.

Kirjallisuuskatsauksen tekijän kiinnostus tutkia aihetta on herännyt jo vuosina 2003-2010, jolloin hän perheineen asui ja työskenteli kehitysyhteistyöhankkeessa Bosnia ja Hertsegovinassa. Maassa asui tuolloin sodassa (1992-1995) traumatisoitunut kansa. Nuo traumat näyttivät massoittain siirtyvän seuraavalle kasvavalle sukupolvelle, vaikkei se ollut itse sotaa kokenutkaan. Maan terveydenhuoltojärjestelmä oli vakavasti korruptoitunut ja heikko, eikä sodan kauheuksista haluttu juuri puhua. Jäljellä näytti pohjatoman vihan lisäksi olevan monenlaiset pitkittyneet postraumaattiset stressioireet, joita ei helpottanut kehitysmaan köyhyys ja työttömyys. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tekijän ja muiden sairaanhoitajien kiinnostusta ja osaamista traumaperäisten dissosiaatiohäiriöiden hoidosta.

2 Keskeiset käsitteet

Tässä opinnäytetyössä keskitytään traumaperäiseen dissosiaatiohäiriöön, joka Boon, Steele ja Van der Hart:n (2011, 34) näkemyksen mukaan käsittää traumaperäisen stressihäiriön, dissosiativisen identiteettihäiriön ja tarkemmin määrittämättömän dissosiaatiohäiriön. Vastaavat diagnoosi-nimikkeet on poimittu Suomessa käytössä olevasta ICD-10:stä (Kustannus Oy Duodecim 2017), jonka Terveiden ja hyvinvoinnin laitos on kääntänyt, ja jota se ylläpitää. Tämän työn lähdekirjallisuus perustuu kuitenkin enemmän DSM-IV -diagnoosiluokitukseen (American Psychiatric Association 1994). Tässä opinnäytetyössä käytetään kansainvälisiä lyhenteitä näistä diagnooseista. Lyhenteet ja niitä vastaavat diagnoosit on kuvattu tarkemmin taulukossa 1.

Taulukko 1. Lyhenteet ja diagnoosit

Lyhenne	Diagnoosi DSM-IV (ICD-10)
PTSD	Post-Traumatic Stress Disorder → Traumaperäinen stressihäiriö (Traumaperäinen stressihäiriö)
DID	Dissociative Identity Disorder → Dissosiativinen identiteettihäiriö (Sivupersoonahäiriö)
DD	Dissociative Disorder → Tarkemmin määrittämätön dissosiaatiohäiriö (Määrittämätön dissosiaatiohäiriö)

2.1 Traumatisoituminen

Leikola (2016, 16) kirjoittaa, että viimeisten vuosien aikana trauma on yleistynyt teollisenä lähtökohtana useiden maiden psykiatriassa. Kivimäki (2013) osoittaa väitöskirjassaan, että suomalaisille psykiatreille oli vielä 30-40-luvulla mahdotonta ajatella traumatisoitumisen voivan tapahtua kenelle tahansa (Maaranen 2014). Suomessa trauman ymmärtäminen on alkanut käytännön psykiatriasta kohti trauman ja dissosiaation vähittäistä esiinmarssia. Aihe ei ilmeisesti kuitenkaan ole vielä juurikaan kiinnostanut tutkijoita. Tämä saattaa kuitenkin olla hyväkin asia: muutos psykiatriassa ajattelutavassa, jossa tavoitteena on kokonaisvaltainen parantuminen -eikä ainoastaan oireiden hallinta. (Leikola 2016, 16.)

Wennerberg (2010) määrittelee trauman kauhun sisäistämiksi elämäkokemuksiksi, joita henkilö tai hänen ympäristönsä ei kykene yhdistämään osaksi sisäistä järjestelmäänsä, ja jotka siksi rikkovat tämän järjestelmän (Ahlström 2015, 185). Van der Hart, Nijenhuis ja Steele:n (2009) mukaan jotkut tapahtumat traumatisoivat helpommin kuin toiset. Kiintymyssuhteen menetys tai kiintymyssuhdekumppanin hylkääminen lisäävät traumatisoitumisen vaaraa, vaikkei se olisi tapahtumana hengenvaarallinen. Lapsuus on kriittistä aikaa traumatisoitumiselle, koska lapsi on syntyessään täysin riippuvainen vanhemmastaan. Perheen sisäinen traumatisoituminen on vakavampaa kuin ulkopuolelta tuleva uhka, koska se on tuhoisaa kiintymyssuhteen kehitykselle. Pitkittynyt toisen ihmisen aiheuttama trauma on kaikista vakavinta, ja mitä lähisempi trauman aiheuttaja on uhrille, sitä traumatisoivampaa väkivalta tai hyväksikäyttö on. Toistuva trauma aiheuttaa fysiologisia muutoksia, jotka estävät hermoyhteyksien kehittymistä. Siitä voi aiheuta lapsen puutteellinen empatian kyky ja vaikeus käyttää kieltä konfliktien ratkaisussa. (Ahlström 2015, 185.)

Traumatisoituneille ihmisille menneisyyden käsittely on erityisen vaikeaa johtuen persoonallisuuden rakenteellisista ominaisuuksista. Terveystieteissä tätä rakennetta ei aina osata ymmärtää. Usein trauman olemassaoloa ei osata epäillä. Tämä johtune osittain vallitsevasta psykiatrisesta diagnostiikasta, mutta myös trauman luontaisesta kätkeytymisestä. Trauman piiloutuminen on ehto sille, että ihminen voisi jatkaa elämää sosiaalisesti hyväksytysti ympäristössään. (Leikola 2016, 21.)

Vakavasti traumatisoituneen ihmisen hakiessa hoitoa, oikeutta tai turvaa häneen kohdistuneen väkivallan tai hyväksikäytön vuoksi, on yhteistyö viranomaisten kanssa usein hyvin haastavaa. Ylikomi (2015, 47) siteeraa viranomaisten kokemuksia ongelmista uhrien kertomuksissa: *”Yksi suurimmista ongelmista on, että kun uhri kertoo jotakin, se on sekava tarina. (Siitä herkästi) ajatellaan poliisissa, että ei tämä voi pitää paikkansa. Monesti kuullaan, että ei ole logiikkaa tässä tarinassa.”* Vakavasti traumatisoituneella voi olla useita uskottavuuteen vaikuttavia ongelmia. Hän voi muuttaa kertomustaan, valehdella tai suojella trauman aiheuttajaa/ rikoksen tekijää. Traumatisoitunut ei ehkä kykene kertomaan tapahtumia tai niiden osia, ja jotkut näyttävän puhuvan hyvinkin avoimesti ilman minkäänlaisia aiheeseen liittyviä tunteita. Nämä traumatisoituneen toimintaan vaikuttavat piirteet selittyvät monin eri tavoin. Traumapsykologisia selitysmalleja ovat esim. erilaiset tunteet (syyllisyys, häpeä,

pelko ja kauhu), muistin erilaiset ongelmat, kiintymyssuhde hyväksikäyttäjään tai dissosiaation eri muodot. (Ylikomi 2015, 44-70)

Traumatisoituneiden elämä voi olla jatkuvaa taistelua monenlaisten oireiden keskellä. Heillä on useilla huomattavia vaikeuksia selviytyä arjesta, ihmissuhteista ja miellensaisista konflikteista. Heidän selviytymisstrategiansa eivät ole aina toimivia, eivätkä he useinkaan kykene sitoutumaan terapiaan. Pitkään traumatisoituneiden integraatiokyky ja henkiset taidot ovat heikot. Tämän vuoksi he eivät kykene todentamaan kauhukokemuksiaan ja muistojaan. Traumatisoituneiden on kuitenkin jatkettava jokapäiväistä elämäänsä, johon voi kuulua myös heitä kaltoin kohdelleet ihmiset. Traumatisoituneet selviävät nykyhetkestä välttämällä mielen sisällä olevaa ratkaisematonta ja tuskallista menneisyyttä, sekä pyrkimällä kaikin keinoin pitämään yllä vaikutelmaa normaalista elämästä. Tämä illuusio uhkaa kuitenkin hajota erityisesti silloin, kun heidän emotionaaliset tai fyysiset voimavaransa ovat vähissä, ja joku ärsyke muistuttaa heitä traumasta. (Van der Hart, Nijenhuis & Steele 2009, IX-1.)

Trauman ehkä järkyttävin piirre on se, että sillä on tapana siirtyä sukupolvelta toiselle. Ahlström (2015, 184) kirjoittaa artikkelissaan trauman voivan siirtyä sukupolvelta toiselle useaa eri reittiä. Kyseessä voi olla geneettinen/ neurobiologinen, psykologinen tai perhesysteeminen siirtymätapa. Tavallisimmin se on ilmeisesti usean eri tekijän summa. Riittävän hyvänä vanhempana toimiminen ja turvallisen kiintymyssuhteen luominen lapseen on vakavasti traumatisoituneelle vanhemmalle erittäin vaikeaa. (Ahlström 2015, 184.)

2.2 Traumaperäinen stressihäiriö (PTSD)

Traumaperäisen stressihäiriön, eli PTSD:n, määrittelyssä keskeinen piirre on traumatapahtuman huomattava poikkeavuus arkielämän tavanomaisista stressitilanteista. PTSD:hen kuuluu olennaisesti myös oireyhtymä, johon sisältyy kokemus traumatapahtuman toistumisesta jollakin tavalla, pyrkimys välttää tapahtumasta muistuttavia ärsykeitä ja kohonnut vireystila. Oireet alkavat yleensä viimeistään puoli vuotta traumatapahtuman jälkeen. Länsimaissa PTSD:tä ilmaantuu hieman yli 1%:lla väes-

töstä. Laajojen suuronnettomuuksien jälkeen luku on paljon suurempi. Yksilöön kohdistuneista traumaista eniten PTSD:tä aiheuttaa kidnappaus, raiskaus ja läheisväkivallan kohteeksi joutuminen. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriayhdistys ry:n asettama työryhmä 2014.)

PTSD:n oireet voidaan jakaa kolmeen pääryhmään: 1. traumakokemusten mieleen tunkeutumiseen (takaumat) 2. välttämiseen, turtumiseen ja eristäytyneisyyteen 3. ylivireysoireisiin. Takauma tarkoittaa traumatisoivan tapahtuman, muiston, elämistä kokonaan tai osittain uudelleen ikään kuin se tapahtuisi nykyhetkessä. Takaumat voivat sisältää mielikuvia, ääniä, hajuja, makuaistimuksia, tunteita, ajatuksia ja fyysisiä kokemuksia. Takaumat ovat aistiharhoja, harhaluuloja, illuusioita tai painajaisia. Traumakokemusten mieleen tunkeutuminen, voi aiheuttaa vakavia, toistuvia ahdistusreaktioita tai paniikin tunnetta, johon liittyy sydämentykytystä, hengityksen kiihtymistä, hikoilua ja vapinaa sekä tunne uhkaavasta vaarasta. Takaumat voivat lamaanuttaa traumatisoituneen ihmisen pelosta tai aiheuttaa halun paeta paikalta. (Boon ym. 2011, 32-33.)

Traumaattisen tapahtuman muisto eroaa muista menneisyydessä tapahtuneiden kokemusten muistoista siten, että traumaattiset muistot eivät sijoitu omaelämänkertaan historiallisina muistoina. Traumaattisen muiston voi laukaista jokin tekijä, joka muistuttaa suoranaisesti tai symbolisesti tiettyä ratkaisemattoman traumaattisen kokemuksen piirrettä, ja näin muisto aktivoituu. Traumaattisia muistoja ei kuitenkaan ole helppo hyväksyä omiksi, itselle tapahtuneiksi kokemuksiksi, ja tämän vuoksi traumamuistot eivät asetu menneisyyden historiaan kuten muut tapahtumat. (Boon ym. 2011, 136.)

Takauman laukaisevat erityyppiset traumalaukaisijat: 1. Ajankohtaan liittyvät laukaisevat tekijät ovat esim. vuosipäivä, vuorokaudenaika tai loma-aika. 2. Paikkaan liittyvät laukaisevat tekijät ovat esim. trauman tapahtumapaikka tai julkiset kulkuneuvot. 3. Ihmissuhteisiin liittyvät laukaisevat tekijät ovat esim. parisuhteen ristiriidat tai negatiivinen palaute. 4. Sisäiset laukaisevat tekijät ovat esim. ahdistus, suru, viha, häpeä tai syyllisyys. 5. Aistihavainnot esim. kipu, haju, nopea syke, pelkoon liittyvä hengenhdistus, kuumuus, kylmyys, pahoinvointi, jano, nälkä tai toisen ihmisen kosketus voivat myös laukaista takauman traumatisoituneelle. (Boon ym. 2011, 138-140.)

Traumatisoitunut pyrkii välttämään kaikin keinoin ajatuksia, tunteita ja tilanteita, jotka saattavat tuoda mieleen muistoja traumasta. Välttämiseen liittyvä oire on myös täydellinen tai osittainen kykenemättömyys muistaa traumaan liittyviä seikkoja.

Emotionaalinen turtuneisuus ja sosiaalinen eristäytyneisyys ovat myös tyypillisiä oireita PTSD:ssä. Ylivireysoireet, kuten kiihtyneisyys, jännittyneisyys, levottomuus, kärsimättömyys ja jatkuva varuillaanolo, ovat fyysisiä hälytystilan oireita, joiden aikana keho hidastaa ruuansulatusta kiihdyttäen sen sijaan sydämen sykettä ja hengitystheyttä sekä lisäten verenvirtausta aivoissa ja raajoissa. Tuolloin lihakset jännittyvät ja valmistautuvat pakenemiseen tai taisteluun. Traumatisoitunut voi myös säikkyä, koska on liiallisen herkkä ympäristön tapahtumille. Ärtynyys ja vihanpurkaukset, vakavat nukahtamis- ja unessa pysymisvaikeudet sekä keskittymis- ja tarkkaavuusongelmat voivat myös johtua PTSD:n ylivireysoireista. (Boon ym. 2011, 33.)

PTSD:n tämän hetkiseen oirekuvaukseen ei sisälly alivireysoireita. Boon ym. (2011, 34) ovat kuitenkin vahvasti sitä mieltä, että alivireysoireet vuorottelevat ylivireysoireiden kanssa monilla traumatisoituneilla. Tässä merkityksessä olevia alivireysoireita verrataan eläinten ”kuolleeksi tekeytymiseen” vaaratilanteessa, jossa hengissä säilymiseksi ei ole enää muita toimintatapoja. Alivireystila voi äärimmäisessä tilanteessa aiheuttaa traumatisoituneelle jopa hetkellisen tajunnan menetyksen. Dissosiatiivisesta identiteettihäiriöstä, eli DID:stä, ja tarkemmin määrittämättömästä dissosiatiivisesta häiriöstä, eli DD:stä, kärsivillä on enemmän tai vähemmän pitkäkestoisia PTSD-oireita. Tämä johtuu siitä, että traumatisoituneen yksittäiset persoonan osat ovat juuttuneet toistamaan PTSD:n tietyn ryhmän oireita, kuten esim. takauimia tai ylivireysoireita. (Boon ym. 2011, 34.) Traumatisoituneen persoonan osista kerrotaan tarkemmin seuraavassa luvussa (2.3).

2.3 Dissosiaatiohäiriö (DID ja DD)

Ranskalainen psykologi, filosofi ja psykoterapeutti Pierre Janet (v. 1859-1947) oli ensimmäinen tutkija, joka ymmärsi traumaan liittyvää dissosiaatiota (The Editors of the Encyclopedia Britannica 2005). Dissosiaatio tarkoittaa persoonallisuuden tai tietoi-

suuden jakautuneisuutta. Dissosiaatiossa persoonallisuuden eri toimintajärjestelmistä koostuva rakenne on pirstoutunut. Tämän vuoksi dissosiaatiohäiriötä nimitetään myös persoonallisuuden rakenteelliseksi dissosiaatioksi. (Van der Hart 2009, 2.)

Vakava dissosiaatiohäiriö on krooninen psyykkistä ja fyysistä toimintakykyä rajoittava tila. Dissosiaatiohäiriön ajatellaan olevan seurausta varhaisesta traumatisoitumisesta kiintymyssuhteissa. Lapsille, joita on käytetty seksuaalisesti hyväksi, tai jotka ovat kohdanneet väkivaltaa tai kaltoinkohtelua, voi kehittyä dissosiaatiohäiriö. Lapsen joutuessa toistuvasti tällaisen kohtelun uhriksi, hänen autonomisen hermoston säätelämä puolustusrakenne vaurioituu, eikä kehity integroituen osaksi persoonaa. (Suokas-Cunliffe & Van der Hart 2006.) Leikolan (2016, 17-18) mukaan dissosiaation avulla yksilön trauma on tunnistettavissa.

Ensimmäisen maailmansodan jälkeen englantilainen psykologi ja psykiatri Charles Samuel Myers (v. 1873-1946) (Pear 1947) huomasi tutkiessaan ns. granaattineuroosista kärsiviä, että sodassa traumatisoituneilla sotilailla oli jakaantunut persoona kahteen osaan: sotatraumaa kantaneeseen persoonan osaan ja sotaa edeltäneeseen persoonan osaan, joka yritti jatkaa normaalia elämää irrallaan traumasta. Näistä havainnoista käsin hän kehitti käsitteet ANP (apparently normal personality = näennäisen normaali persoonallisuus) ja EP (emotional personality = emotionaalinen persoonallisuus). EP kärsii kroonisista kehon ja eri aistialueiden kokemuksista, jotka muistuttavat alkuperäistä traumaa. EP sisältää traumamuistot, joita se ei kykene enää tahdonalaisesti palauttamaan mieleensä. ANP keskittyy traumamuistojen välttämiseen, irrallaan oloon, turruttamiseen ja osittaiseen tai täydelliseen amnesiaan. (Suokas-Cunliffe & Van der Hart 2006; Van der Hart ym. 2009, 4-5.) Van der Hart:n ym. (2009, 5) käsityksen mukaan ANP:n voimakkaat tunteet eroavat EP:n traumaattisten muistojen raastavista tunteista siinä, että traumaan liittyvät tunteet eivät auta ihmistä sopeutumaan, vaan hämmentävät ja häiriinnyttävät ihmisen sitä enemmän, mitä tunteita tulee esiin.

Rakenteellinen dissosiaatio voi Van der Hart:n ym. (2009, 6) näkemyksessä olla hyvin yksinkertainen tai äärimmäisen monimutkainen persoonallisuuden jakautumistila. Riippuen rakenteellisen dissosiaation vakavuudesta, häiriö voidaan luokitella kolmeen eri kategoriaan. (Van der Hart 2009, 6-8.) Rakenteellisen dissosiaation tasoja ja

niihin liittyviä diagnooseja Van der Hart ym. mukaan (2009, 8.) on kuvattu tarkemmin taulukossa 2.

Taulukko 2. Rakenteellisen dissosiaation tasot ja niihin liittyvät diagnoosit

Rakenteellisen dissosiaation taso	Diagnoosit
1. Primääri rakenteellinen dissosiaatio	Yksinkertaiset akuutit stressihäiriöt Yksinkertaiset traumaperäiset stressihäiriöt Yksinkertaiset dissosiaatiohäiriöiden muodot Yksinkertaiset dissosiativisten liike- ja aistimushäiriöiden muodot
2. Sekundääri rakenteellinen dissosiaatio	Kompleksiset traumaperäiset stressihäiriöt Tarkemmin määrittelemättömät dissosiaatiohäiriöiden muodot Kompleksiset dissosiativiset liike- ja aistimushäiriöt
3. Tertiäärinen rakenteellinen dissosiaatio	Dissosiativiset identiteettihäiriöt

Primääri rakenteellinen dissosiaatio on yksinkertaisin persoonallisuuden traumaperäisistä jakautumistiloista. Siinä jako sisältää yhden ANP:n (näennäisen normaali persoonallisuus) ja yhden EP:n (emotionaalinen persoonallisuus). Primäärissä rakenteellisessa dissosiaatiossa ANP on Fraser:a (1987) lainaten ”enemmistöosakas”. Sen sijaan EP:n vaikutusala, toiminta ja minuus ovat suhteellisen rajallisia. Se pysyy kehittymättömänä ja melko epäitsenäisenä arkielämässä. (Van der Hart 2009, 6-7.)

Sekundääri rakenteellinen dissosiaatio voi kehittyä ihmiselle, kun traumatisoivat tapahtumat ovat vaikeampia ja kestävät pitempään. Tällöin EP:t ovat jakaantuneet edelleen useampaan osaan, mutta ANP pysyy yhtenä. Sekundäärissä rakenteellisessa dissosiaatiossa EP:t koostuvat erilaisista tunteista, ajatuksista, havainnoista ja motorisesta toiminnasta, kuten jähmettyminen, taisteleminen, pakeneminen ja täydellinen alistuminen. (Van der Hart 2009, 6-7.)

Tertiäärinen rakenteellinen dissosiaatio voi kehittyä ihmiselle, kun arkielämän väistämättömät tosiasiat assosioituvat menneisyyden traumaan. Tämä tarkoittaa sitä, että jotkut ärsykkeet aktivoivat traumaattiset muistot. Vaihtoehtoisesti uusia ANP:itä voi

jakaantua sen vuoksi, että alkuperäinen ANP on liian heikko selviämään arkielämästä. Vakavissa sekundääreissä ja kaikissa tertiäärisissä rakenteellisissa dissosiaatioissa useammalla kuin yhdellä persoonanosalla voi olla täysin toisistaan eroavia piirteitä, kuten esim. nimi, ikä, sukupuoli, mieltymykset. Nämä persoonanosat voivat vahvasti olla itsenäisiä ja erillisiä ja kokea, etteivät tarvitse toisiaan. (Van der Hart 2009, 6-7.)

Dissosiaation oirekuva on hyvin moninainen ja laaja. Jotkut oireet ovat lieviä ja toiset vakavia. Oireet voivat myös olla väliaikaisia tai kroonisia. Asiantuntijoiden välillä on kiistaa siitä, mikä on dissosiativista oireilua ja mikä muuta yleisempää tietoisuuden vaihteluihin liittyvää kokemusta, jota jokainen ihminen jossain määrin kokee. (Boon ym. 2011, 13.). Dissosiaation erityislaatuiset oireet johtuvat persoonallisuuden rakenteellisuudesta, jossa on vähintään yksi ANP (näennäisen normaali persoonallisuus) ja yksi EP (emotionaalinen persoonallisuus), jotka eivät välttämättä ole lainkaan tietoisia toisistaan, ja jotka voivat elää itsenäistä elämää hyvinkin paljon toisistaan poiketen (Boon ym. 2011, 3-44; Van der Hart ym. 2009, 23-136). Taulukkoon 3. on kerätty Boon:a ym. (2011, 12-20) mukailten tavallisimmat ja keskeisimmät dissosiaatio-oireet jaoteltuina seitsemään eri ryhmään.

Taulukko 3. Dissosiaation oireryhmät ja ilmenemismuodot

Oireryhmä	Ilmenemismuodot
Identiteetti- ja minuusongelmat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ajatuksia, tunteita, käyttäytymistä, muistoja ja tapahtumia ei koe omikseen. 2. Omaan tunteen, että itsensä sisällä on useampi minä. 3. Kokee, että itsenä sisältä kuuluu eri ääniä. 4. Kokee omaavansa useita identiteettejä, joilla kullakin on oma nimi, ikä, sukupuoli, piirteet ja mieltymykset 5. Voimakas epävarmuus siitä kuka on
Muistin menetys	<ol style="list-style-type: none"> 1. Normaalia huonomuistisuutta vakavampi tapahtumien osittainen tai täydellinen muistamattomuus, joka ei johdu somaattisesta sairaudesta, äärimmäisestä väsymytilasta, alkoholista, huumeista tai lääkkeistä 2. Kokonaisten ajanjaksojen, jopa vuosien, katoaminen muistista 3. Löytää itsensä paikasta tai tilanteesta, eikä tiedä miten on sinne joutunut, eikä osaa kertoa mitä on tehnyt viimeisten tuntien tai jopa päivien aikana 4. Muut ihmiset muistavat hänet hyvin, mutta hän itse ei muista koskaan tavanneensa heitä

Ajan vääristymät	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kokee ajan kuluvan liian nopeasti tai liian hitaasti 2. Ei kykene arvioimaan kulunutta aikaa
Itsestä vieraantuminen (depersonalisaatio)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kokee katselevansa itseään kehon ulkopuolelta ikään kuin toista ihmistä 2. Muistaa mitä on tapahtunut, mutta ei koe, että se tapahtui itselle 3. Kokee olevansa olemassa ainoastaan ajatuksissa 4. Kokee olevansa sisältä kuollut, tai yksiulotteinen 5. Kokee olon epätodelliseksi 6. Ei kykene olemaan läsnä hetkessä 7. Kokee olevansa robotti 8. Ei tunne kipua, kylmää tai kuumaa, nälkää tai väsymystä
Ympäristöstä vieraantuminen (derealisaatio)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kokee, että ympärillä olevat asiat tai ihmiset ovat epätodellisia 2. Tutut asiat, kuten oma koti, tuntuu vieraalta 3. Ympäristö vaikuttaa epämääräiseltä tai sumuiselta 4. Ihmisten äänet tuntuvan kuuluvan kaukaa tai kuin pitkältä tunnelista, vaikka ne kuuluvat aivan vierestä 5. Ihmiset näyttävät sijaitsevan kaukana, vaikka he ovat aivan vieressä
Tunkeutumisoireet	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eri persoonan osat tunkeutuvat toistensa tietoisuuteen aiheuttaen kipua, impulsseja, tunteita, ajatuksia, kommentoivia ja arvostelevia ääniä tai persoonan osien välistä riitelyä ja itkua, tunnetta, että joku toinen henkilö tai hallitsematon voima valtaa fyysisen kehon
Tietoisuuden tilan muutokset	<ol style="list-style-type: none"> 1. Puuttuvan läsnäolon kokemus 2. Täydellinen hajamielisyys 3. Keskittymis- ja tarkkaavuusongelmat 4. Transsinomainen käytös 5. Psykkisen energian vähyys

2.4 Traumaperäisen dissosiaatiohäiriön hoito

Trauman oireiden ja traumatisoitumisen tunnistaminen on erittäin haasteellista perusterveydenhuollossa, ja vaikeaa se on myös erikoissairanhoidossa psykiatrisella puolella. Traumatisoituminen naamioituu monenlaisten psyykkisen ja fyysisen oirehinnan alle, kuten aiemmin jo viitattiin (ks. 2.1 Traumatisoituminen). (Uotinen 2015,

120.) Dissosiaatiohäiriöiden tunnistaminen on tärkeää, koska traumatisoituneet potilaat voivat muutoin olla vuosikausia somaattisten tutkimusten kierteessä ennen kuin saavat oikean diagnoosin ja psykiatrisen avun (Suokas-Cunliffe & Van der Hart 2006).

Pitkään traumatisoituneet potilaat hakeutuvat hoitoon yleensä kriisitilanteissa. Dissosiaatiohäiriöt on tärkeää arvioida huolellisesti oikean diagnoosin saamiseksi, vaikka he saattavatkin tarvita välitöntä apua. Dissosiaatiohäiriön oireet voivat täyttää melkein minkä tahansa psykiatrisen sairauden diagnostiset kriteerit (Huttunen 2009, VII). Esim. tunne-elämältään epävakaa persoonallisuushäiriötä sairastavalla potilaalla voidaan helposti katsoa olevan sekundäärinen rakenteellinen dissosiaatio. Monimutkaisesta dissosiativisesta identiteettihäiriöstä (DID) voidaan saada käsitys ehkä vasta terapiatyöskentelyssä ajan kanssa. (Van der Hart ym. 2009, 16.)

Pitkän sairaanhoitajauran tehneen Uotisen (2015, 118) kokemuksen mukaan psykiatrisessa avo- ja sairaalahoidossa vakavasti traumatisoituneita potilaita ei riittävässä määrin tunnisteta eikä osata arvioida, mikä johtaa siihen, että tällaisten potilaiden hoito jää riittämättömäksi. Antero & Mankilan (2012) tutkimukset osoittavat, että vakavasti traumatisoituneella on jo pitkä vuosia kestänyt psykiatrisen hoitohistoria monine diagnooseineen, ennen kuin päädytään dissosiaatiohäiriöön (Uotinen 2015, 121). Van der Hart ym. mukaan (2006) peruspsykiatrisen alkuarviointi on haasteellinen jo siksi, ettei potilas välttämättä muista tarvittavia asioita elämästään tai hän välttelee sietämättömiä tunteita, jotka liittyvät traumaan. Kyselyissä ei pidäkään mennä yksityiskohtiin, ettei potilaassa herää kestävämpiä tunteita, kun ollaan vielä ilman varsinaista hoidollista tukea. (Uotinen 2015, 122-123.)

Hoitosuunnitelmaa tehtäessä on olennaista arvioida potilaan toimintakykyä, johon tulee ottaa huomioon elämän eri osa-alueet, kuten työ, ihmissuhteet, hoivakäyttäytyminen, uni-valve-rytmi, ruokailutottumukset, potentiaaliset uhkatilanteet sekä ulkoiseen käyttäytymiseen liittyvät psyykkiset taidot. Toimintakyvyn tasot eri osa-alueilla voivat vaihdella potilaiden kesken erittäin paljon. Joku voi kyetä suoriutumaan erittäin vaativasta työstä loistavasti, mutta aika ajoin hänen psyykinen toiminnan tasonsa laskee tilanteissa, jotka aktivoivat traumamuistot, tai joissa vaaditaan uusia taitoja. Toiset potilaat taas ovat monessa suhteessa toimintakyvyltään hyvin heikkoja. Kun rakenteellinen dissosiaatio on ilmeinen, on ANP:n (näennäisen normaali persoonallisuus) tai usean ANP:n tunnistaminen ja sen/ niiden toimintakyvyn arvioiminen

(hoitajan/ terapeutin) ensimmäinen tehtävä. ANP:n toimintakyky voi olla korkea, mutta EP:iden (emotionaalinen persoonallisuus) läpitunkeutuminen hämmentää ja ahdistaa sitä/ niitä. (Van der Hart ym. 2009, 16-17.) Suoka-Cunliffen (2015, 21) mukaan ensimmäinen tehtävä hoidossa on lisätä potilaan psyykkistä tehokkuutta siten, että traumatisoitunut toimisi nykyisessä hetkessä harkitummin sen sijaan, että reagoisi viiveettä ärsykkeisiin aiheuttaen itselleen voimakasta uupumusta.

Dissosiaatiohäiriöt ovat vakavia sairauksia, mutta niitä voidaan hoitaa menestyksellä psykoterapian avulla (Suokas-Cunliffe & Van der Hart 2006). Leikolan (2016,19) mukaan parantavaa lääkettä traumaan on totuuden etsintä: asioiden rauhallinen, kriittinen ja perusteellinen käsittely. Ogden ym. (ks. Suoka-Cunliffe & Van der Hart 2006) näkemyksessä omien mielen- ja kehonsisäisten prosessien havainnoiminen voi aiheuttaa pelkoa, mihin tulisi suhtautua ymmärtävästi motivoivaa psykoedukaatiota käyttäen. Punkanen (2015) suosittaa kehomenetelmien käyttöä etenkin traumahoidon vakauttamisvaiheessa perustellen näkökulmaa traumaattisen henkilön toimintataipumuksilla, jotka ovat dissosiativisessa tilassa (yli- tai aliviriteystila) tapahtuvia kaottisia puolustusreaktioita. Lauerma (2002) kirjoittaa artikkelissaan, ettei dissosiaatiossa ole kysymys psykoottisesta tai prepsykoottisesta tilasta, vaan dissosiaatiosta kärsivä on huolestunut havainto- ja kokemusmaailmansa vääristymistä, koska ei koe niiden vastaavan todellisuutta toisin kuin psykoottinen potilas kokee. Tämän vuoksi psykoosilääkkeet eivät kuulu dissosiaatiohäiriön ensisijaisiin hoitokeinoihin, vaan psykoterapia. (Lauerma 2002.)

Kokonaishoidon tavoitteena on auttaa potilasta yhdistämään vähitellen mielensisäisiä dissosioituneita persoonallisuuden osia sekä niiden taustalla olevia traumatapah-tumia (Suokas-Cunliffe & Van der Hart 2006). Vakavasti traumatisoituneiden potilaiden hoidossa on yleisesti vakiintunut kolmivaiheinen hoitomalli, joka sisältää vakauttamisen ja oireiden lievittämisen, traumaattisten muistojen käsittelemisen sekä persoonallisuuden integroitumisen ja kuntoutumisen (Uotinen 2015; Van der Hart ym. 2009; Suoka-Cunliffe & Van der Hart 2006). Talukkoon (4.) on kerätty nämä hoidon vaiheet sekä kuhunkin vaiheeseen liittyvät tavoitteet Van der Hart:a ym. (2009, 271-366) mukailten.

Taulukko 4. Hoidon vaiheet ja tavoitteet

Hoidon vaihe	Hoidon tavoitteet
Terapiavaihe 1. Vakauttaminen ja oireiden lievittäminen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terapeuttiin kohdistuvan kiintymyssuhteen ja sen menettämisen fobian purkaminen 2. Traumaan liittyvien psyykkisten toimintojen fobian purkaminen 3. Dissosiativisia osia koskevan fobian purkaminen
Terapiavaihe 2. Traumaattisten muistojen käsitteleminen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Traumamuistoja koskevan fobian purkaminen
Terapiavaihe 3. Persoonallisuuden integroiminen ja kuntoutuminen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persoonallisuuden integroituminen 2. Normaalialue elämää koskevien fobioiden purkaminen

Vakavasti traumatisoituneen potilaan vakauttava hoito psykiatrisessa avo- ja sairaalahoitossa on Uotisen mukaan mahdollista, mutta vaatii hoitajalta tietoa, ymmärrystä ja aitoa kiinnostusta. Hoitajan tulisi kyetä pääsemään potilaan kokemaan todellisuuden pitäen itsensä samanaikaisesti tiukasti läsnä nykyhetkessä. Vakauttavan hoidon hyvä lähtökohta on uteliaisuus ja kiinnostus potilaan kokemuksiin kohtaan, sekä oikea asenne yhteisen asian tutkimista varten. Vakavasti traumatisoituneen potilaan hoito eroaa merkittävästi monien muiden vakavien psykiatristen sairauksien hoidosta, joissa tuetaan potilasta elämään sairauden ja siihen liittyvien oireiden kanssa niiden lievittämisen ohella. Vakavasti traumatisoituneen kanssa on oleellista tutkia oireiden sisällön merkityksiä ja pyrkiä ymmärtämään niitä, koska niistä koostuu vähitellen potilaan tarina menneisyyden traumasta. (Uotinen 2015, 138.)

3 Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kuvata traumaperäisen dissosiaatiohäiriön hoitoa uusimpien kotimaisten ja kansainvälisten tutkimusten näkökulmasta. Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on lisätä sairaanhoitajien kiinnostusta ja osaamista traumaperäisen dissosiaatiohäiriön hoitoon. Tuotettua tietoa voidaan hyödyntää mielen-terveyden häiriöiden hoitotyössä.

Tutkimuskysymys on: Mitä nykytutkimus tuo esille traumaperäisen dissosiaatiohäiriön hoidosta?

4 Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen

4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Tutkimuskirjallisuuteen perustuva kirjallisuuskatsaus on Finkin määritelmän mukaan (ks. Salminen 2011, 5) systemaattinen, täsmällinen ja toistettavissa oleva menetelmä. Kirjallisuuskatsauksen avulla tunnistetaan, arvioidaan ja tiivistetään tutkijoiden, tiedemiesten ja käytännön asiantuntijoiden valmiina oleva ja julkaistu tutkimusaineisto. Kirjallisuuskatsaus perustuu alkuperäisestä ja korkealaatuisesta tutkimustyöstä tehtyihin johtopäätöksiin. Hoitotieteessä kirjallisuuskatsausta käytetään tutkimusmenetelmänä, jossa aiemmasta tutkimustiedosta laaditaan synteesi (Stolt, Axelin & Suhonen 2015, 6).

Kirjallisuuskatsaus on tieteellisenä menetelmä erittäin perusteltu. Baumeister ja Leary väittävät (ks. Salminen 2011, 3), että kirjallisuuskatsauksen kunnianhimoinen tavoite on kehittää olemassa olevaa teoriaa. Lisäksi kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan arvioida teoriaa tai rakentaa kokonaiskuvaa tietystä asiakokonaisuudesta. Kirjallisuuskatsauksella pyritään myös tunnistamaan ongelmia tai kuvaamaan tietyn teorian kehystä historiallisesti. (Salminen 2011, 3.)

Kirjallisuuskatsaukset voidaan Salmisen (2011, 6) mukaan jakaa kolmeen eri pääryhmään: 1) kuvailevaan- ja 2) systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen sekä 3) meta-analyysiin, joka voi olla joko laadullinen tai määrällinen. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tehtävä on kuvata aiheeseen liittyvää aikaisempaa tutkimusta; sen laajuutta, syvyyttä ja määrää. Kuvailevia, eli narratiivisia, kirjallisuuskatsaustyypppejä ovat: perinteinen narratiivinen katsaus, kriittinen katsaus, kartoittava katsaus, scoping-katsaus, nopea katsaus, yleiskatsaus ja state-of-the-art-katsaus. (Stolt ym. 2015, 9.)

Kangasniemen mukaan (ks. Stolt ym. 2015, 9) perinteinen narratiivinen kirjallisuuskatsaus kuvailee viimeaikaista tai aikaisemmin tiettyyn aihealueeseen kohdistunutta tutkimusta. Schaepe ja Bergjan ajattelevat (ks. Stolt ym. 2015, 9) perinteisen narratiivisen katsaustyyppin kysymyksenasettelun olevan yleensä laaja, vaikkakin laajuus voi olla hyvinkin monenlaista riippuen erilaisista rajauksista. Tavallisesti perinteinen narratiivinen katsaus tarkastelee vertaisarvioinnin läpikäyneitä, julkaistuja tieteellisiä

tutkimuksia. Perinteinen narratiivinen kirjallisuuskatsaus sisältää materiaalin hankinnan, tekstiaineiston synteesin taulukkomuodossa ja analyysin, joka osoittaa tutkimuksen arvon. (Stolt ym. 2015, 9.)

Tämä opinnäytetyö toteutetaan kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, joka on tyypiltään perinteinen narratiivinen katsaus. Menetelmän valinta perustuu tutkimuksen tavoitteen, tarkoituksen ja tutkimuskysymyksen parhaimpaan mahdolliseen toteuttamiseen.

4.2 Aineiston hankinta

Kirjallisuuskatsauksen aineistoa etsittiin kuudesta eri tietokannasta: Cinahl:sta, Academic Search Elite:stä, PubMed:stä, Medic:stä, Terveystietä ja Jyväskylän ammattikorkeakoulun kirjasto Janet:n tarkennetuilla hauilla sekä kirjaston kokoelmista että kansainvälisistä e-aineistoista. Kirjallisuuskatsaukseen valittavan aineiston haluttiin koostuvan uusista ja laadukkaista tutkimuksista. Haku rajattiin valitsemaan ainoastaan vertaisarvioitua tieteellisiä artikkeleita vuosilta 2010-2017, jotka olivat saatavissa kokotekstinä. Hakutuloksista suljettiin pois artikkelit, jotka eivät vastanneet tutkimuskysymykseen. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit on kuvattu tarkemmin taulukossa 5.

Taulukko 5. Aineiston hankinnan kriteerit

Sisäänottokriteerit	<ol style="list-style-type: none"> 1) Aineisto on julkaistu 2010-2017 2) Aineisto on vertaisarvioitu tieteellinen artikkeli 3) Aineisto on saatavissa kokotekstinä 4) Aineiston julkaisukieli on suomi, ruotsi tai englanti 5) Aineisto on saatavissa Jyväskylän ammattikorkeakoulun kirjastosta joko sähköisten tietokantojen kautta tai painettuna versiona
Poissulkukriteerit	<ol style="list-style-type: none"> 1) Aineisto ei vastaa tutkimuskysymykseen 2) Aineisto löytyy päällekkäisenä tietokannoista

Hakutuloksen haluttiin sisältävän kaikki vartenotettavat, vähänkään hoitoon viittaavat, tieteelliset artikkelit, koska traumaperäisestä dissosiaatiohäiriöstä olevia tutkimuksia on erittäin niukasti. Tästä johtuen hakusanoina käytettiin ”dissosiaatiohäiriö ja trauma ja hoito”-yhdistelmää koko aineiston valintaprosessin ajan, jotta saataisiin riittävän laaja hakutulos. Aineiston hakusanoja ja tietokantoja on kuvattu tarkemmin taulukossa 6.

Taulukko 6. Aineiston hakusanat ja tietokannat

Hakusanat	Tietokannat
dissosiaatiohäiriö AND trauma AND hoito	Terveysportti (Lääkäriin tietokannat) Medic Janet (Jyväskylän ammattikorkeakoulu: kirjaston kokoelmat)
dissociative disorder AND trauma AND treatment	Cinahl (EBSCO) Academic Search Elite (EBSCO) PubMed Janet (Jyväskylän ammattikorkeakoulu: kirjaston kansainväliset e-aineistot)

Terveysportin hakuun ei voitu laittaa rajoituksia julkaisun ajankohdasta tai aineistotyypistä, ja Janet:n tarkennetussa haussa ei voitu laittaa rajoituksia ”kokoteksti saatavissa” tai ”vertaisarvioitu” kirjaston kokoelmiin. Niinpä Terveysportin ja Janet:n kirjaston kokoelmien osalta nämä sisäänottokriteerit täytyi tarkistaa ensimmäisen hakutuloksen jälkeen aineisto aineistolta. Sisäänottokriteerejä käyttäen tietokannat poimivat yhteensä 109 viitettä, jotka supistuivat tarkistuksen jälkeen 100:aan.

Nämä kaikki 100 viitettä käytiin läpi lukemalla otsikko, tiivistelmä ja/ tai tutustumalla kokotekstiin, jonka perusteella tutkimuksia karsittiin käyttäen poissulkukriteerejä. Tässä vaiheessa huomattiin, että merkittävä osa hakutuloksista käsitteli hoitoa vahvasti psykoterapian näkökulmasta. Niinpä tällaiset artikkelit rajattiin lopullisen valinnan ulkopuolelle. Samoin karsiutuivat farmakologiset tutkimukset. Kirjallisuuskatsaukseen valittujen aineistojen määrä supistui 8:aan lopulliseen artikkeliin. Aineiston valintaprosessia on kuvattu tarkemmin taulukossa 7.

Taulukko 7. Aineiston valintaprosessi

Rajaus	Valittujen aineistojen lähde/ sijainti ja lukumäärä
Sisäänottokriteerejä käyttäen	Terveysportti (Lääkäriin tietokannat) (n=18)→ (n=14) Janet (Jyväskylän ammattikorkeakoulu: kirjaston kokoelmat) (n=3)→(n=0) Medic (n=1) Cinahl (EBSCO) (n=6) Academic Search Elite (EBSCO) (n=10) PubMed (n=35) Janet (Jyväskylän ammattikorkeakoulu: kansainväliset e-aineistot) (n=36) <p style="text-align: right;"><u>Yhteensä: n=100</u></p>
Otsikon, tiivistelmän ja/ tai kokotekstin perusteella poissulkukriteerejä käyttäen	Cinahl (EBSCO) (n=2) Academic Search Elite (EBSCO) (n=2) PubMed (n=2) Janet (Jyväskylän ammattikorkeakoulu: kansainväliset e-aineistot) (n=2) <p style="text-align: right;"><u>Yhteensä: n=8</u></p>

4.3 Aineiston kuvaus

Kirjallisuuskatsaukseen valituista artikkeleista kaikki kahdeksan on englannin kielisiä. Kirjallisuuskatsaukseen valituista artikkeleista on laadittu taulukko, joka sisältää kunkin artikkelin tiedot tekijöistä, julkaisuvuodesta, otsikosta, tarkoituksesta, aineistosta ja menetelmistä, sekä tärkeimmistä tuloksista ja johtopäätöksistä (taulukko 8.).

Taulukko 8. Kirjallisuuskatsaukseen valitut artikkelit

Tekijä(t) ja julkaisuvuosi	Otsikko	Tarkoitus	Aineisto ja menetelmät	Keskeiset tulokset ja johtopäätökset
Belli, H. 2014	Dissociative symptoms and dissociative disorders comorbidity in obsessive compulsive disorder: Symptom screening, diagnostic tools and reflections on treatment	Tarkastella DD:tä pakko-oireisilla häiriö-potilailla	Kirjallisuuskatsaus	Dissosiaation vakavuus näytti korreloivan pakko-oireiden vakavuuden kanssa. Pakko-oireiset potilaat, joihin hoito ei tehonnut, kärsivät vaikeasta dissosiaatiosta. Pakko-oireisten potilaiden DD tulisi tunnistaa ja arvioida kyselylomakkeiden avulla.
Brand, B. Lanius, R. 2014	Chronic complex dissociative disorders and borderline personality disorder: disorders of emotion dysregulation?	Tarkastella DD:tä ja tunne-elämältään epävakaata persoonallisuus -häiriötä vertailevia tutkimuksia	Kirjallisuuskatsaus	Sekä DD:n että tunne-elämältään epävakaata persoonallisuus -häiriöiden hoidossa korostui tunteiden säätely.
Brand, B. Loewenstein, R. Spiegel, D. 2014	Dispelling Myths About Dissociative Identity Disorder Treatment: An Empirically Based Approach	Tarkastella DID:n hoidosta olevia ristiriitaisia näkemyksiä	Empiiriset tutkimukset DID:stä, kirjallisuuskatsaus	Traumatoterapia kolmi-vaiheisen hoitomallin (ks. kappale 2.4) mukaan johti parantumiseen. DID:n hoitamatta jättäminen ei poistanut oireita.
Cronin, E. Brand, B. Mattanah, J. 2014	The impact of the therapeutic alliance on treatment outcome in patients with dissociative disorders	Tarkastella terapeutin hoitosuhteen merkitystä DD:n hoitotuloksiin	Empiirisen pitkittäisen kansainvälisen tutkimuksen DD-potilaat (n=132), sisällön analyysi	DD-potilaat, jotka kokivat terapeutin hoitosuhteen erinomaiseksi, kärsivät vähemmän dissosiaatiosta, PTSD:stä ja yleisestä ahdistuneisuudesta.
Dauber, S. Lotsos, K. Pulido, M. 2015	Treatment of Complex Trauma on the Front Lines: A Preliminary Look at Child Outcomes in an Agency Sample	Arvioida traumakeskeisen hoidon vaikutuksia	Vakavasti traumatisoituneet lapset (n=31) osallistuivat vähintään 3 kk:n pituiselle hoitokäytännölle, jonka aikana	Kiintymyssuhteeseen, kognitiiviseen käyttäytymiseen ja luoviin taiteisiin perustuva traumakeskeinen hoito vähensi merkittävästi ahdistuneisuutta, vihaa, dissosiaatiota, masennusta ja seksuaalisuuteen

			heitä havainnoitiin	liittyvää huolestumista.
Faccini, L. 2010	Lost in the Shadow of the Crowd: Will I Be Healed? Choosing Treatment Targets and Approaches	Tarkastella hoidon tavoitteiden toteutumista	Vakavasti traumatisoitunut potilas, tapaustutkimus	Realistinen hoitosuunnitelma oli osa hoidon toteutumista.
Jacobson, L. Fox, J. Bell, H. Zeligman, M. Graham, J. 2015	Survivors with Dissociative Identity Disorder: Perspectives on the Counseling Process	Tarkastella DID-potilaan ohjausprosessia	DID-potilaat (n=13) osallistuivat puolistrukturoituun haastatteluun, klassinen sisällön analyysi	Tehokas hoitoon liittyvä ohjaus sisälsi onnistuneen lähestymistavan ja tekniikan sekä hoitosuhteen rakentamisen menetelmän potilaaseen.
Minnen, A. Zoellner, L. Harned, M. Mills, K. 2015	Changes in Comorbid Conditions After Prolonged Exposure for PTSD: A Literature Review	Tarkastella altistushoidon vaikutuksia PTSD-potilailla	18 satunnaisesti ja kontrolloitua altistushoito-tutkimusta, kirjallisuuskatsaus	Altistushoito vähensi masennusta, yleistä ahdistuneisuutta, sosiaalisia- ja työelämän ongelmia, dissosiaatiota, fyysisiä oireita ja traumaperäisiä kielteisiä kognitioita ja tunteita. Altistushoidon aikana eivät kuitenkaan lisääntyneet päihteiden käyttö, harhaisuus tai itsetuhoisuus.

4.4 Aineiston analyysi

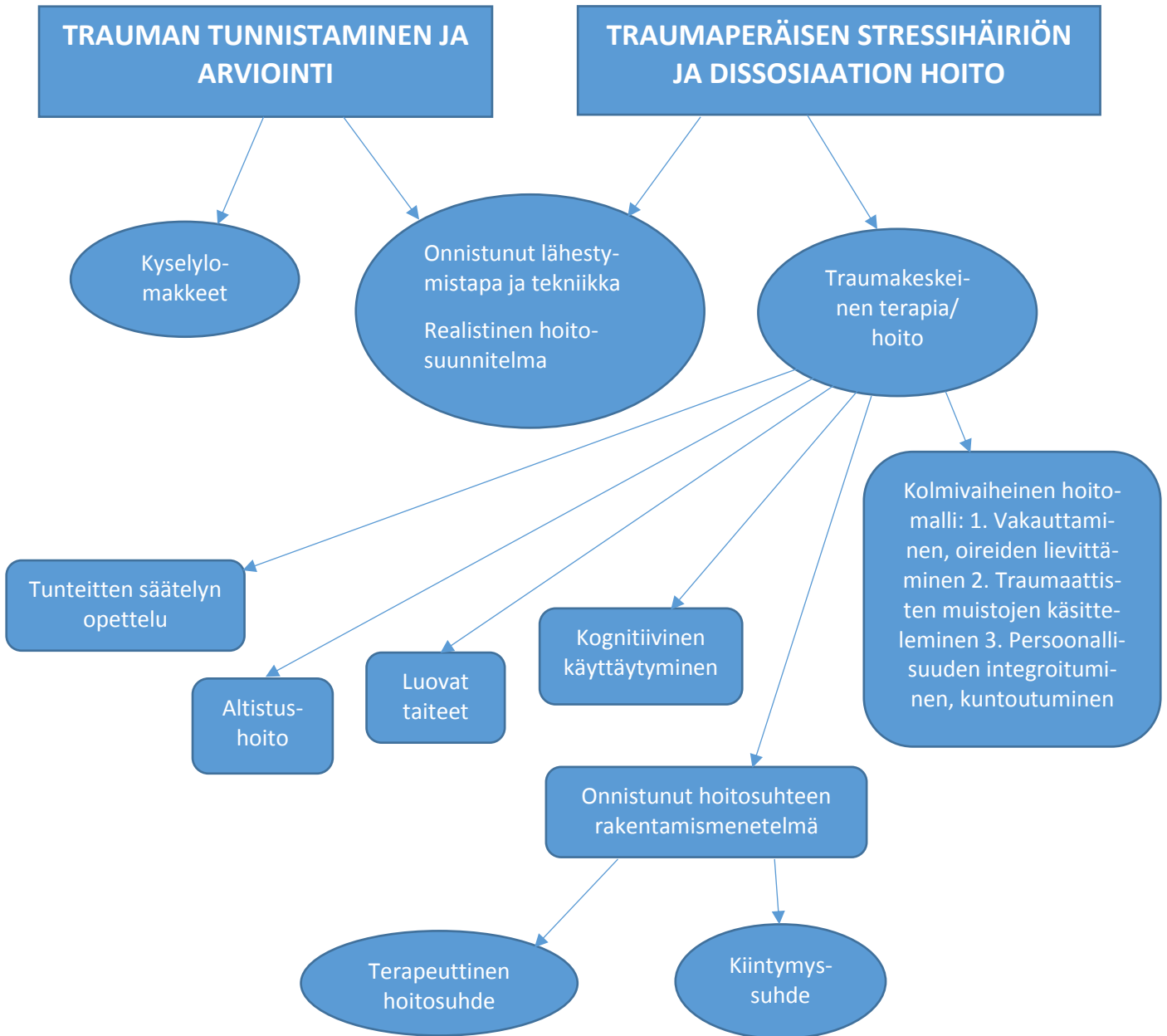
Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimusartikkelit analysoitiin induktiivisen aineistolähtöisen sisältöanalyysin avulla. Tuomi ja Sarajärven (2009) mukaan aineiston analyysin tarkoituksena on pelkistysten ja luokittelujen perusteella tuottaa uutta tietoa (Hakala 2015, 18). Whitemore (2005) määrittää aineiston analyysin järjestävän ja tekävän yhteenvedon valittujen artikkelien tuloksista (Niela-Vilen & Kauhanen 2015, 30).

Tässä opinnäytetyössä analyysin aluksi kirjallisuuskatsauksen artikkeleista poimittiin tutkimuskysymykseen liittyvät alkuperäiset ilmaukset. Tämän jälkeen ilmaukset pelkistettiin ja luokiteltiin samankaltaisuutensa perusteella loogiseksi kokonaisuudeksi, joka kyettiin esittämään kuvion muodossa. Pääluokkia muodostui kolme. Yläluokkia löytyi kaksi. Yksi pääluokka jakautui vielä kuuteen alaluokkaan, josta sieltäkin yhdestä saatiin vielä kaksi alaluokan alaluokkaa. Taulukkoon 9. on laadittu esimerkki analyysistä.

Taulukko 9. Esimerkki analyysistä

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Pääluokka
“The evidence demonstrates that carefully staged trauma-focused psychotherapy for DID results in improvement...”	Traumakeskeinen psykoterapia DID:lle johti parantumiseen	Traumakeskeinen terapia/hoido
“Patients with higher self-rated alliance had fewer symptoms of dissociation, PTSD, and general distress...”	Potilaat, jotka arvioivat terapeutin hoitosuhteen laadukkaaksi, oirehtivat vähemmän	
“Treatment was phase-oriented and idiographic, grounded in attachment-based, cognitive-behavioral, and creative arts approaches to complex trauma treatment...”	Vakavan trauman hoito oli kiintymykseen perustuva sisältäen kognitiiviseen käyttäytymisen ja luovan taiteen lähestymistavat	
“...the existing research indicates that comorbid disorders and additional symptomatic features either decline along with the PTSD symptoms or do not change as a result of PE.”	PTSD -oireet yhdessä muiden oheishäiriöoireiden kanssa vähenivät tai eivät muuttuneet altistushoidosta	

5 Tulokset



Kuvio 1. Trauman tunnistaminen ja arviointi sekä traumaperäisen stressihäiriön ja dissosiaation hoito

5.1 Trauman tunnistaminen ja arviointi

Belli (2014) tutki pakko-oireista kärsiviä potilaita, joille ei pakko-oireita hoidettaessa saatu hoitovastetta. Tutkimustulokset osoittivat, että vakavat pakko-oireet olivat suorassa yhteydessä dissosiaatioon. Jotta pakko-oireiset potilaat saisivat oikeaa hoitoa, olisi siksi myös dissosiaatio ja traumatisoituminen otettava huomioon hoitomuotoja valittaessa. Tutkimusartikkelissa ehdotetaankin trauman ja dissosiaation tunnistamiseen ja arvioimiseen tarvittavia toimenpiteitä erilaisten kyselyjen avulla. (Belli 2014.)

Traumapotilaiden koko hoitoprosessi sisältää koko ajan erityyppistä ja sisältöistä potilaan ohjausta. DID-potilaiden ohjausta tutkinut Jacobson, Fox, Bell, Zeligman ja Graham (2015) toteavat tutkimustuloksissaan tehokkaan hoitoprosessissa käytettävän ohjauksen sisältävän potilaan onnistuneen lähestymistavan ja tekniikan sekä hoitosuhteen rakentamismenetelmän. Hoitoprosessi sisältää ymmärrettävästi myös sairauden tunnistamisen ja arvioimisen, johon kuuluu laatia myös hoitosuunnitelma. Tämän toteutumista Faccini (2010) tutki perinpohjaisessa tapaustutkimuksessaan. Hän painotti hoitosuunnitelman realistisuuden merkitystä vaikeasti oireilevien traumatisoituneiden hoidossa (Faccini 2010.)

5.2 Traumaperäisen stressihäiriön ja dissosiaation hoito

Kirjallisuuskatsauksen tutkimukset olivat yhtä mieltä siitä, että traumaperäisiä stressi- ja dissosiaatiohäiriöitä (PTSD, DID, DD) tulisi hoitaa terapian/ hoidon avulla, joka ottaa huomioon traumatisoitumisen (Belli 2014; Brand, Loewenstein & Spiegel 2014; Cronin, Brand & Mattanah 2014; Dauber, Lotsos & Bulido 2015). Tosin monessa tutkimuksessa tuli esiin myös muita yksityiskohtia, toimintoja tai oheisharjoittelua, jotka tukivat varsinaisen terapian parantavaa vaikutusta. Brand ja Lanius (2014) korostivat tunteiden säätelyn opettelua. Minnen, Zoellner, Harned ja Mills (2015) näyttivät toteen altistushoidon tehon oireitten vähentämisessä. Dauber ja kumppanit (2015) huomasivat luovien taiteiden olevan kiistaton väline traumahoidossa. Heidän tutkimuksensa keskittyi myös kognitiiviseen käyttäytymiseen, jolla oli selviä vaikutuksia oireiden lievittämisessä (Dauber ym. 2015). Cronin ja kumppanit

(2014), Dauber ja kumppanit (2015) sekä Jacobson ja kumppanit (2015) näkivät terapeutin kiintymystä sisältävän hoitosuhteen ja sen rakentamismenetelmän äärimmäisen olennaiseksi ja keskeiseksi osa-alueeksi onnistuneessa ja tuloksia tuottavassa hoidossa.

Mikään tämän kirjallisuuskatsauksen tutkimuksista ei kiistänyt tai epäillyt nykyisin vallalla olevaa traumaperäisen dissosiaatiohäiriön kolmivaiheista hoitomallia, jota kansainvälisesti on kuitenkin kritisoitu ihan tiedeyhteisöjä myöten. Brand ja kumppanit (2014) olivat tutkielmassaan perehtyneet tähän kiistakysymykseen ottaen aineistokseen laajat empiiriset tutkimukset vuosien ajoilta. (Brand ym. 2014.) Kolmivaiheiseen hoitomalliin kuuluu: 1. Vakauttaminen ja oireiden lievittäminen 2. Traumaattisten muistojen käsitteleminen 3. Persoonallisuuden integroituminen ja kuntoutuminen. (Ks. kappale 2.4)

6 Pohdinta

6.1 Luotettavuus ja eettisyys

Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta tulee Whitemoren (2005) mukaan tarkastella ja pohtia niitten osa-alueitten kohdalta, jotka ovat saattaneet aiheuttaa harhaa katsauksen tuloksiin (Niela-Vilen & Kauhanen 2015, 32). Valituista tutkimuksista on Stroup, Berlin, Morton, Olkin, Williamson Rennie, Moher, Becker, Sipe ja Tacker:n (2000) ohjetta noudattaen laadittu taulukko, joka havainnollistaa kirjallisuuskatsauksen ja alkuperäisten tutkimusten tulosten yhteneväisyyttä ja näin ollen lisää katsauksen luotettavuutta (Niela-Vilen & Kauhanen 2015, 33). Kirjallisuuskatsauksen aineistohankintaprosessi on kirjoitettu mahdollisimman selvästi ja läpinäkyvästi auki, jotta se osaltaan lisää katsauksen validiteettia. Opinnäytetyön koko prosessin ajan on pyritty noudattamaan yleisiä tutkimuksen eettisiä vaatimuksia, kuten rehellisyyttä, tarkkuutta, huolellisuutta ja avoimuutta Tutki ja kirjoita -perusteoksen antamien oppien mukaan. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 24.)

Kirjallisuuskatsauksen on tehnyt vain yksi henkilö, mikä näin ollen hiukan heikentää reliabiliteettia. Tekijä on kuitenkin tehnyt aineistohankinnan eri hakukoneilla useaan otteeseen varmistaakseen sen todenmukaisuuden. Englanninkielisten tutkimusten tekstien ymmärtämiseen on käytetty erilaisia sanakirjoja, mutta on mahdollista, että tekijä on silti voinut ymmärtää yksittäisiä ammatillisia sanoja tai kokonaisuuksia jossakin määrin toisin kuin on tarkoitettu, koska ei puhu äidinkielenään englantia. Katsaukseen valitut artikkelit ovat edustaneet useimmat lääketiedettä tai psykologiaa, jotka tuovat omat haasteensa opinnäytetyötä kirjoittavan työhön. Näin ollen on mahdollista, että tekijä ei kokonaan ole ymmärtänyt jokaisen lähteen täyttä kontekstia, vaikka hän on siihen muiden tietolähteiden avulla pyrkinytkin. Opinnäytetyön tekijä on tutkijana lisäksi kokematon, mikä lienee todennäköisin yksittäinen tekijä mahdollisten virheiden löytymisen syyksi. Tekijä kuitenkin on tehnyt parhaansa ja uskoo, että kirjallisuuskatsaus antaisi toistettaessa täysin samat tulokset.

6.2 Tulosten tarkastelua

Kirjallisuuskatsauksen mukaan viimeisen seitsemän vuoden aikana ei olennaisesti ole tullut mitään merkittävän uutta, erilaista ja mullistavaa tutkimustietoa 2000-luvun vaihteessa luotuihin teorioihin rakenteellisen dissosiaation ja kroonisen traumatisoitumisen hoidosta (vrt. Van der Hart 2009). Uusimmat tutkimukset ovat pääsääntöisesti psykiatrian ja psykologian aloilta, mikä kertoo aiheesta eräässä mielessä vain osan näkökulmista. Hoitotieteen tutkimukset puuttuvat ilmeisesti lähes kokonaan, vaikka juuri sairaanhoitajat ovat mahdollisesti eniten hoitamassa vakavasti traumatisoituneita potilaita niin perus- kuin erikoissairaanhoidon sektoreillakin, kunnes heistä ilmeisen pieni osa päätyy psykoterapiahoidon piiriin.

Tuloksista kävi ilmi tieteen nouseva kiinnostus tutkia vakavaa traumatisoitumista ja dissosiaatiota, mikä vahvistaa Leikolan (2016, 16) näkemystä (Belli 2014; Brand & Lanius 2014; Brand ym. 2014; Cronin ym. 2014; Dauber ym. 2015; Faccini 2010; Jacobson ym. 2015; Minnen ym. 2015). Aihe on selvästi myös kiistelyä herättävää, mikä ylittää diagnostiikkaan saakka (Trauma ja dissosiaatio; Brand ym. 2014). Kirjallisuuskatsauksen tulokset kertovat, mitä kaikkea tutkitusti olennaista terapiaan/ hoitoon muutakin voi liittyä tai sisältyä, kuten esim. kiisteltyä altistushoitoa, joka on oireita vähentävää (Minnen ym. 2015).

Vakavasti traumatisoituneitten potilaitten jo ohjaustilanteetkin vaativat erityishuomiota (Jacobson ym. 2015), minkä myös Ylikomi (2015) ottaa puheeksi viitaten viranomaisiin. Hoitoprosessi on todennäköisesti monivuotinen ja pitkälti yksilöllinen sekä potilaasta riippuvainen, joten hoidon tavoitteisiin tulisi realistisessa mielessä kiinnittää toisella tavalla huomiota (Faccini 2010). Uotinen sivuaa artikkelissaan ”Vakavasti traumatisoituneen potilaan vakauttavan psykiatrisen hoidon erityispiirteitä” juuri näistä asioista.

Suokas-Cunliffe (2011) väittää traumaperäisen dissosiaatiohäiriön hoidon olevan vaativa erityisalue, johon perinteinen psykoterapia ei monestikaan riittävästi auta. Tutkimustulokset suosittavatkin traumakeskeistä terapiaa/ hoitoa, jossa asiantuntijalla on syvä tietämys ja kyky auttaa traumatisoituneita (Dauber ym. 2015; Brand ym. 2014). Tässä traumaterapiassa/ hoidossa ensimmäinen tavoite on Van der Hart:n ja kumppaneiden (2009) mukaan purkaa terapeuttiin kohdistuvan kiintymyssuhteen ja sen

menettämisen fobia (ks. kappale 2.4). Tätä teoriaa tukevat sekä Cronin ja kumppaneiden (2014) että Dauber:n ja kumppaneiden (2015) tutkimukset, joissa huomio kiinnitetään terapeuttiseen, kiintymystä sisältävään, hoitosuhteeseen.

Merkittävää oli se, että tulokset toivat esiin trauman ja dissosiaation vakavan tunnistamisen ongelman (Belli 2014), mihin viitataan usein aihetta käsittelevässä kirjallisuudessa Suomessa (Leikola 2016; Ylikomi 2015; Uotinen 2015; Suokas-Cunliffe & Van der Hart 2006; Huttunen 2009). Belli:n (2014) tutkimus todentaa myös Huttusen (2009) asiantuntijanäkemyksen traumatisoituneiden monioireisuudesta. Dissosiaatiosta kärsivä voi sairastaa pakko-oireista häiriötä (Belli 2014) tai täyttää lähes minkä tahansa psykiatrisen diagnoosin kriteerit (Van der Hart 2009, 16).

6.3 Johtopäätökset

Sairaanhoitajan tehtävänä on väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2015, 18). Traumatisoituneiden terveyttä voivat edistää osaavat sairaanhoitajat, jotka kykenevät tunnistamaan traumatisoituneen potilaan ja ohjaamaan tämän psykiatriseen arvioon. Traumatisoituneiden terveyttä voivat ylläpitää sairaanhoitajat, jotka ymmärtävät dissosiaatiohäiriöiden monioireisuuden ottaen huomioon sekä somaattisten että psyykkisten oireiden taustat. Traumaperäisiä dissosiaatiohäiriöitä eivät arvioi vain lääkärit. Potilaat tulevat oirekuvansa kanssa todennäköisemmin ensin juuri sairaanhoitajien kuultavaksi.

Traumaperäisen dissosiaatiohäiriöpotilaan sairautta ei enää voi ehkäistä, mutta hänen mahdollisten lastensa ehkä väistämätöntä traumatisoitumista voidaan vähentää (vrt. Ahlström 2015). Tässä sairaanhoitajilla voi olla oma mahdollisuutensa varhaisen tunnistamisen ansiosta joko lapsen tai traumatisoituneen vanhemman kohdalla.

Vaikka traumaperäisen dissosiaatiohäiriön ensisijainen hoito tapahtuukin terapiassa, on potilaan tie sinne usein pitkä ja kivinen. Sairaanhoitajia voi osua tuolle tielle hyvin usein. Mikäli heillä on Uotisen (2015, 138) ehdottamaa hoitajan tietoa, ymmärrystä ja aitoa kiinnostusta, voidaan potilaan kärsimystä lievittää, kunnes kestävämpää apua on saatavana.

Kirjallisuuskatsauksen tekijä toivoo, että tulevaisuudessa kaikilla sairaanhoitajilla voisi olla vakavaan traumatisoitumiseen liittyvää koulutusta jo hoitotyön mielenterveys-, päihde ja kriisihoitotyön perusopinnoissa. Tekijän näkemyksen mukaan sairaanhoitajilla voisi olla monipuoliset mahdollisuudet viedä traumaperäisiin dissosiaatiohäiriöihin liittyvää tunnistamisen osaamista koko terveydenhuollossa työskentelevien ammattilaisten verkostoon. Trauman ja dissosiaation tunnistamista ja arvioimista olisi hoitotieteissä äärimmäisen tärkeää huomioida esim. kartoittavilla laadullisilla tutkimuksilla. Tämä onkin tämän kirjallisuuskatsauksen tekijän ehdotus tuleville opinnäytetöiden tekijöille tai muille tutkijoille.

Lähteet

Kirjallisuuskatsauksen lähteet

- Belli, H. 2014. Dissociative symptoms and dissociative disorders comorbidity in obsessive compulsive disorder: Symptom screening, diagnostic tools and reflections on treatment. *World J Clin Cases* 2(8): 327–331. Tulostettu 20.11.2017. <https://janet.finna.fi/>, PubMed.
- Brand, B. & Lanius, R. 2014. Chronic complex dissociative disorders and borderline personality disorder: disorders of emotion dysregulation? *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 1:13. Tulostettu 20.11.2017. <https://janet.finna.fi/>, PubMed.
- Brand, B., Loewenstein, R. & Spiegel, D. 2014. Dispelling Myths About Dissociative Identity Disorder Treatment: An Empirically Based Approach. *Psychiatry* 77(2). Tulostettu 20.11.2017. <https://janet.finna.fi/>, Cinahl (EBSCO).
- Cronin, E., Brand, B. & Mattanah, J. 2014. The impact of the therapeutic alliance on treatment outcome in patients with dissociative disorders. *European Journal of Psychotraumatology* 5:1. Tulostettu 20.11.2017. <https://janet.finna.fi/>, Kansainväliset e-aineistot.
- Dauber, S., Lotsos, K. & Pulido, M. 2015. Treatment of Complex Trauma on the Front Lines: A Preliminary Look at Child Outcomes in an Agency Sample. *Child Adolesc Soc Work J* 32: 529–543. Tulostettu 20.11.2017. <https://janet.finna.fi/>, Cinahl (EBSCO).
- Faccini, L. 2010. Lost in the Shadow of the Crowd: Will I Be Healed? Choosing Treatment Targets and Approaches. *Sex Disabil* 28: 119-128. Tulostettu 20.11.2017. <https://janet.finna.fi/>, Academic Search Elite (EBSCO).
- Jacobson, L., Fox, J., Bell, H., Zeligman, M. & Graham, J. 2015. Survivors with Dissociative Identity Disorder: Perspectives on the Counseling Process. *Journal of Mental Health Counseling* 37/4: 308-322. <https://janet.finna.fi/>, Academic Search Elite (EBSCO).
- Minnen, A., Zoellner, L., Harned, M. & Mills, K. 2015. Changes in Comorbid Conditions After Prolonged Exposure for PTSD: A Literature Review. *Curr Psychiatry Rep* 17: 17. Tulostettu 20.11.2017. <https://janet.finna.fi/>, Kansainväliset e-aineistot.

Muut lähteet

Ahlström, N. 2015. Kiintymyssuhteen merkitys trauman siirtymisessä yli sukupolvien. Teoksessa A. Suokas-Cunliffe (toim.) Häpeästä myötätuntoon. Helsinki: Traumaterapiakeskus ry, 184-198.

American Psychiatric Association. 1994. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4. painos. American Psychiatric Association: Washington. <https://justines2010blog.files.wordpress.com/2011/03/dsm-iv.pdf>

Boon, S., Steele, K. & Van der Hart, O. 2011. Traumaperäisen dissosiaatiohäiriön vakauttaminen: Taito-ohjelma potilaille ja terapeuteille. Suom. P. Holländer. Helsinki: Traumaterapiakeskus.

Hakala, T. 2015. Eettiset näkökohdat saattohoitopotilaita ja heidän perheitään tutkittaessa: Kirjallisuuskatsaus. Tampere: Tampereen yliopisto. Viitattu 30.11.2017. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/97205/GRADU-1432812672.pdf?sequence=1>

Hirsijärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos, alkuperäisjulkaisu 1997. Helsinki: Tammi.

Huttunen, M. 2009. Alkusanat suomalaiseen laitokseen. Teoksessa Van der Hart, O., Nijenhuis, E. & Steele, K. (kirj.) Vainottu mieli: Rakenteellinen dissosiaatio ja kroonisen traumatisoitumisen hoitaminen. Helsinki: Traumaterapiakeskus. VII-VIII.

Kustannus Oy Duodecim. 2017. ICD-10-hakuohjelma. Viitattu 22.11.2017. <http://www.terveysportti.fi>

Lauerma, H. 2002. Dissosiaatiohäiriöt ja niiden hoito. Duodecim 118: 2199-2205. Viitattu 25.11.2017. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo93238.pdf>

Leikola, A. 2016. Johdanto. Teoksessa K. Klapuri (toim.) Viisi naista, sata elämää. Helsinki: VOB Kustannus, 15-32.

Maaranen, P. 2014. Hysteriasta kohti traumaperäisiä häiriöitä. Suomen lääkärilehti 23: 1700-1701. Viitattu 22.11.2017. www.laakarilehti.fi

Niela-Vilen, H. & Kauhanen, L. 2015. Kirjallisuuskatsauksen eri vaiheet. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto. 23-36

Pear, T. 1947. The American Journal of Psychology Vol 60 No. 2: 289-296. Viitattu 23.11.2017. https://www.jstor.org/stable/1417882?seq=1#page_scan_tab_contents

Punkanen, M. 2015. Kehomenetelmien käyttö traumahoidon vakauttamisvaiheessa. Teoksessa A. Suokas-Cunliffe (toim.) Häpeästä myötätuntoon. Helsinki: Traumaterapiakeskus ry, 163-183.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T. Ojala, M. & Vuorinen, S. 2015, Hoitotyön taidot ja toiminnot. 4., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

- Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa: Vaasan yliopisto. http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf
- Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2015. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto. 7-22
- Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2015. Lukijalle. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto. 6
- Suokas-Cunliffe, A. 2011. Alkusanat Suomenkieliseen kirjaan. Teoksessa S. Boon, K. Steele & O. Van der Hart. Traumaperäisen dissosiaatiohäiriön vakauttaminen: Taito-ohjelma potilaille ja terapeuteille. Suom. P. Holländer. Helsinki: Traumaterapiakeskus. XI.
- Suokas-Cunliffe, A. 2015. Vakava varhainen traumatisoituminen ja persoonallisuuden rakenteellinen dissosiaatio. Teoksessa A. Suokas-Cunliffe (toim.) Häpeästä myötätuntoon. Helsinki: Traumaterapiakeskus ry. 15-22.
- Suokas-Cunliffe, A. & Van der Hart, O. 2006. Dissosiaatio -varhaisen, jatkuvan traumatisoitumisen pitkäaikaisseuraamus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 122 (16): 2001 -7. Viitattu 22.11.2017. <http://www.terveysportti.fi>
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriayhdistys ry:n asettama työryhmä. 2014. Traumaperäinen stressihäiriö. Viitattu 22.11.2017. <https://janet.finna.fi/>, Terveysportti (Lääkäriin tietokannat).
- The Editors of the Encyclopedia Britannica. 1998. Tarkistettu 2005. Pierre Janet. Viitattu 23.11.2017. <https://www.britannica.com/biography/Pierre-Janet>
- Trauma ja dissosiaatio. Dissosiaatiohäiriöiden luokittelu. Viitattu 8.12.2017. <http://traumajadissosiaatio.fi/dissosiaatiohairioiden-luokittelu/>
- Uotinen, M. 2015. Vakavasti traumatisoituneen potilaan vakauttavan psykiatrisen hoidon erityispiirteitä. Teoksessa A. Suokas-Cunliffe (toim.) Häpeästä myötätuntoon. Helsinki: Traumaterapiakeskus ry, 118-140.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. & Steele, K. 2009. Vainottu mieli: Rakenteellinen dissosiaatio ja kroonisen traumatisoitumisen hoitaminen. Käänt. P. Holländer. Helsinki: Traumaterapiakeskus. Alkuperäisjulkaisu 2006.
- Ylikomi, R. 2015. Kun niitä ei saa puhumaan - Vakavasti traumatisoitunut henkilö viiranomaisjärjestelmässä. Teoksessa A. Suokas-Cunliffe (toim.) Häpeästä myötätuntoon. Helsinki: Traumaterapiakeskus ry, 44-74.