

# IHMISSUHTEIDEN HUOMIOIMINEN MONIMUOTOISESTI TRAUMATISOITUNEIDEN (CPTSD) HOITOTYÖSSÄ

Toiminnallinen opinnäytetyö



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Sairaanhoitaja

syksy 2021

Heidi Kannisto

Tuija Poltinoja

Sairaanhoitaja		Tiivistelmä
Tekijät	Heidi Kannisto ja Tuija Poltinoja	Vuosi 2021
Työn nimi	Ihmissuhteiden huomioiminen monimuotoisesti traumatisoituneiden hoitotyössä (CPTSD). Toiminnallinen opinnäytetyö	
Ohjaajat	Marika Ahonen ja Merja Vanhanen	

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa digitaalinen opetusmateriaali Hämeen ammattikorkeakoulun loppuvaiheen sairaanhoitajaopiskelijoille aiheesta Ihmissuhteiden huomioiminen monimuotoisesti traumatisoituneiden hoitotyössä. Sen tuli olla interaktiivinen, opiskelijat osallistava sekä hyödynnettävissä niin lähi- kuin etäopetuksessakin. Tavoitteena oli tuoda esille, miten sairaanhoitajien tulisi kohdata monimuotoisesti traumatisoitunut sekä miten omaisia tulisi hoitotyössä huomioida ja näin kehittää hoitotyön laatua parantamalla sairaanhoitajien traumatietoisuutta. Tilaajana toimi Hämeen ammattikorkeakoulu.

Tietoperustassa käsiteltiin monimuotoisen traumaperäisen stressihäiriön (CPTSD) määritelmää, oireita, diagnosointia, vaikutusta hoitosuhteeseen, terveyteen ja elinikään sekä traumatisoituneen ihmissuhteiden vaikutusta toipumiseen. Tietoperusta koottiin kattavasti laadukkaasta, vertaisarvioidusta ja tutkittuun tietoon perustuvasta ulkomaisesta ja kotimaisesta ammattikirjallisuudesta, tutkimuksista sekä artikkeleista. Toiminnalliseksi osuudeksi rakennettiin Thinglink-sovelluksella digitaalinen ja pedagoginen Pakopeli traumasta -opetusmateriaali, jossa opiskelija osallistetaan oppimiseensa moniulotteisesti. Pelissä huomioitiin opiskelijoiden erilaiset oppimistavat, käytettävyys ja hyödynnettävyys.

Tutkitun tiedon perusteella traumataustalla on merkittävä vaikutus ihmisen psyykkisen terveyden lisäksi myös somaattiseen terveyteen ja elinikään. Riski sairastua somaattisesti kasvaa huomattavasti lapsuudenaikaisten traumakokemusten myötä. Traumatietoisuus on lisääntymässä maailmanlaajuisesti. Traumainformoitu hoitohenkilökunta on osa kestävästä kehitystä ja tämän merkitys tulee korostumaan lähivuosina, sillä hoitotyön tulee olla resursseja hukkaamatonta ja potilaslähtöistä. Lisäämällä sairaanhoitajien traumatietoisuutta, voidaan parantaa potilaiden kohtaamista ja potilaan kokonaisvaltainen hoito on aiempaa laadukkaampaa.

Avainsanat Monimuotoinen traumaperäinen stressihäiriö, CPTSD, ihmissuhteet, hoitotyö, vuorovaikutus

Sivut 84 sivua ja liitteitä 7 sivua

The purpose of the Bachelor's thesis was to create a digital education material about Consideration of the Human Relations of Complex Post-Traumatic Disorder (CPTSD) for nursing students, who are in the final stage of their studies. Commissioned by Häme University of Applied Sciences. The education material was supposed to be participatory and interactive and could be used both in classroom or distance education. The aim was to teach how nurses should encounter traumatized patients and how to take account of patients' family and relationships they have.

The theoretical basis of the thesis consisted of the definition of CPTSD, symptoms and how they affect traumatized everyday life. The theoretical basis and educational material that was created on its basis, focused on how trauma affects relationships, also nursing relationship, health, life expectancy and how relationship effect on the integration and recovery.

Source material was gathered from professional literature, the peer reviewed studies and articles and clinical nursing science books. The practice based part of the thesis resulted in digital and pedagogical escape room game called Pakopeli traumasta. It was created with Thinglink software application, where students are engaged in their learning multidimensionally. Also, the ways of different kind of learning, the usability and versatility of the educational material can be taken to account.

The conclusion was that the traumatic childhood has major impact on mental health and risks of somatic diseases increase widely in adulthood. Trauma informed nurses are part of the sustainable development, because resources have to get to suffice better. The digital and pedagogical escape room game Pakopeli traumasta can improve patient-centered care and it increases trauma awareness which develops the quality of nursing and holistic care.

Keywords Complex post-traumatic stress disorder, CPTSD, human relations, nursing, interaction

Pages 84 pages and appendices 7 pages

## Sisällys

1	Johdanto .....	1
2	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja ohjaava tutkimuskysymys .....	2
3	Emotionaalinen trauma ja CPTSD .....	4
4	Dissosiaatiohäiriön terminologiaa .....	7
4.1	Dissosiaatiohäiriö ja persoonallisuuden dissosiativiset osat .....	8
4.2	Integraatio, minäkokemus ja realisaatio .....	10
5	Lapsen vakava traumatisoituminen ja dissosiaatio .....	11
5.1	Lapsen traumaoireilu .....	13
5.2	Aikuisten vaikutus lapsen trauman monimuotoistumiseen .....	16
6	Monimuotoisen trauman vaikutus myöhempään elämään .....	18
6.1	Monimuotoisen trauman vaikutus vuorovaikutukseen .....	20
6.2	ACE-pisteet, eli trauman vaikutus terveyteen ja elinikään .....	21
6.3	Polyvagaaliteoria ja vireystilansäätelyongelmat .....	26
6.4	Muistiongelmien arjessa .....	29
6.5	Välttelykäyttäytyminen ja itsetuhoisen käytös .....	30
6.6	Traumatakaumat tunnetiloina ja kehollisina tuntemuksina .....	32
7	Monimuotoinen trauma ja ihmissuhteet .....	34
7.1	Kiintymyssuhdemallit ja trauma .....	36
7.2	Trauma osana seksuaalisuutta .....	39
7.3	Puolison tuki monimuotoisesti traumatisoituneen hoitamisessa .....	41
7.4	Vanhemmuus ja ylisukupolvisuus .....	44
7.5	Traumatisoitumisen ja dissosiaation vaikutus äitiyteen .....	48
7.6	Suhde vanhempiin ja sukuun .....	51
8	Monimuotoisen trauman vaikutus hoitosuhteeseen .....	52
8.1	Haitallisten ihmissuhteiden vaikutus hoidon onnistumiseen .....	54
8.2	Potilaan voimavarojen lisääminen .....	57
8.3	Kohti eheytymistä .....	59
9	Resilienssi ja mahdollisuus traumasta toipumiseen .....	60
10	Opinnäytetyön prosessi ja tiedonhankinta .....	63
11	Opinnäytetyön toteutus .....	66

11.1	Toiminnallinen opinnäytetyö .....	67
11.2	Pakopeli traumasta -oppimateriaalin suunnittelu, toteutus ja käytettävyys	67
12	Pohdinta .....	70
12.1	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys.....	73
12.2	Ammatillinen kasvu.....	75
12.3	Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet .....	78
	Lähteet.....	79

## **Liitteet**

Liite 1	Pakopeli traumasta -pelin sisältö kuvina
---------	--

## 1 Johdanto

Traumatietoisuus on lisääntymässä maailmalla ja nykyisin myös Suomessa. Se tulee myös lisääntymään uuden, mahdollisesti jo vuonna 2022 Suomessa käyttöön otettavan, World Health Organizationin (WHO) julkaiseman ICD-11-tautiluokituksen myötä. Uudessa tautiluokituksessa post-traumaattisen stressireaktion (PTSD) rinnalle saadaan vihdoinkin emotionaalaisella tasolla pitkäaikaista traumatisoitumista kuvaava diagnoosi: Monimuotoinen traumaperäinen stressihäiriö (CPTSD). Koska tietämys traumatisoitumisesta on lisääntynyt sosiaali- ja terveysalalla, ovat jo nyt monet aiemmat diagnoosit ja oirekuvaukset muun muassa epävakaa persoonallisuushäiriön, toistuvan masennuksen, vakavien elämänhallinnan ongelmien tai skitsofrenian suhteen tarkentuneet tai vaihtuneet traumaperäisiksi stressihäiriöiksi ja/tai dissosiaatiohäiriöiksi. Trauman aiheuttaman dissosiaation suurin ongelma on kuitenkin trauman muistamattomuus ja muistikatkot arjessa. Niinpä voidaan kysyä, tulisiko monimuotoisen traumaperäisen stressihäiriön diagnosoinnissa hyödyntää potilaan omaisia enemmän?

Lähdimme keräämään tietoa yhä lisääntyvästä traumahoidon ammattikirjallisuudesta, artikkeleista ja tutkimuksista kuinka omaisia on hyödynnetty tukena ja tietolähteinä, kuinka heitä on ohjattu tai kuinka heitä tulisi sairaanhoitajana kohdata ja ohjata. Tavoitteenamme oli luoda kattava tietoperusta aiheestamme, jonka pohjalta pystyimme tuottamaan toiminnallisen opinnäytetyöosuuden. Tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa digitaalinen ja osin interaktiivinen opetusmateriaali traumatisoitumisesta ja traumatisoituneen oikeanlaisesta kohtaamisesta Thinglink-sovelluksen avulla sosiaali- ja terveysalan opiskelijoille Hämeen ammattikorkeakoulua varten. Opinnäytetyömme on ajankohtainen myös toteuttamamme opetusmateriaalin, eli Pakopeli traumasta, käytettävyyden myötä, sillä covid-19 pandemia on pakottanut ihmiset ja organisaatiot luomaan uusia etäopiskelu ja etätyömahdollisuuksia.

Tavoitteena opinnäytetyössämme on tuoda esille paitsi monimuotoisesti traumatisoituneen kohtaamista sairaanhoitajina, myös omaisten huomioon ottamista traumatisoituneen hoitotyössä mahdollisimman monesta eri näkökulmasta. Uskomme siihen, että mikäli sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilöstöllä on laajaa tietoa traumatisoitumisesta ja sen

vaikutuksesta ihmisen elämään, on heidän helpompaa antaa psykoedukaatiota monimuotoisesta traumasta kärsiville ja heidän läheisilleen. Heillä tulee olemaan taitoa kohdata potilas oikein, tai ylipäätään tulla ajatelleeksi, että potilaan diagnoosien ja riippuvuuksien takana saattaa olla jotain muutakin, minkä tulisi muuttaa hoidon luonnetta ollakseen kestävä ja resursseja hukkaamatonta. Hoitohenkilökunnan traumatietoisuuden lisääminen tulee parantamaan hoidon laatua.

## **2 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja ohjaava tutkimuskysymys**

Toiminnallisen opinnäytetyömme tilaajana toimi Hämeen ammattikorkeakoulu. Tarkoituksena oli tehdä toiminnallisessa osuudessa digitaalinen opetusmateriaali profiloitumassa olevien sairaanhoitajaopiskelijoiden käyttöön. Päädyimme toteuttamaan toiminnallisen osuuden Thinglink-sovelluksen avulla suunnittelemalla pakopelin traumasta, joka toimisi interaktiivisena oppimateriaalina. Emme halunneet käsitellä asiaa vain pääpiirteittäin, vaan ymmärtää aihetta aidosti syvällisemmin. Pakopelimäisen, interaktiivisen oppimateriaalin potilastapausten kautta opiskelija joutuu itse miettimään miksi tai miten monimuotoinen trauma vaikuttaa esimerkiksi hoitotyöhön, parisuhteeseen, vanhemman ja lapsen väliseen suhteeseen, mielenterveyteen ja kansansairauksiin. Opinnäytetyömme on osoitettu sairaanhoitajaopiskelijoille, mutta halusimme toiminnallisessa osuudessa tuoda aihetta esille niin, että myös muut sosiaali- ja terveystieteiden Hämeen ammattikorkeakoulussa opiskelevat voivat siitä hyötyä. Ensisijaisen kohderyhmän määrittely on etenkin pedagogisissa pakopeleissä tärkeää (Parkki, 2020).

Opinnäytetyömme on laaja, mutta tavoitteenamme oli kerätä kattava tietoperusta hoitotyön näkökulmasta ja opinnäytetyöllämme kehittää hoitotyötä siten, että traumatisoituneen potilaan toipuminen ymmärrettäisiin tapahtuvan muuallakin kuin vain hoituhuoneessa. Tällöin ne ihmissuhteet, jotka potilaaseen vaikuttavat, osattaisiin ottaa hoitotyössä huomioon. Oletuksemme työn aloittaessamme oli, että omaisten huomioimisesta monimuotoisesti traumatisoituneen hoitotyössä löytyisi mainintaa vain hyvin pienesti, ehkä sivulauseen verran, tai ei ollenkaan. Hyvin nopeasti kävi ilmi, ettei laadukkaita tutkimuksia hoitotyön näkökulmasta traumatisoituneen hoitoon löydy helposti.

Idea opinnäytetyömme ihmissuhteenäkökulmaan syntyi omasta sekä henkilökohtaisesta kokemuksestamme että työkokemuksestamme päihde- ja mielenterveyspotilaiden parissa. Kokemuksemme mukaan Suomessa mielenterveydenhäiriöiden hoidossa käytetään omaisten tukea hyvin vähän. Omaiset ovat usein hyvin kuormittuneita, mutta heillä saattaa kuitenkin olla aitoa halua tukea potilasta. Kuitenkaan heillä ei ole tietoa miten he voisivat auttaa ja usein he saattavat jopa haitata toipumisprosessia. Traumojen vaikutuksesta mielenterveyteen puhutaan psykiatriassa yhä enemmän. Uusimpana terminä sosiaali- ja terveysalalla on ajoittain mainittu traumainformoitu sote, jonka toivotaan leviävän maassamme ja totta on, että päihde- ja mielenterveyspotilaiden hoitoon tarvitaan uudenlaisia näkökulmia, jotta hoito olisi tehokasta ja resurssit riittäisivät pidemmälle kuin nyt. (Pelkonen & Sarvela, 2020, s. 268)

Ohjaavana kysymyksenä opinnäytetyöhömmme tietoa etsiessämme oli kysymys: Miten traumatisoituneen potilaan läheisiä tulisi hoitotyössä huomioida? Opinnäytetyön tietoperustan lähteinä käytimme arvostettuja kotimaisia ja ulkomaisia traumatisoitumisesta ja sen hoidosta kertovia teoksia ja oppaita sekä niiden lähteinä käytettyjä tutkimuksia ja artikkeleita. Täydensimme otosta hakemalla tietokannoista, kuten Pubmed, Google Scholar ja kotimaisesta Medicistä sopivia artikkeleita ja tutkimuksia ihmissuhteiden tai omaisten huomioimisesta traumahoitotyössä, etenkin hoitotyön näkökulmasta sekä uudesta monimuotoisesta traumaperäisestä stressihäiriöstä.

Traumatisoituminen voi tapahtua myös yksittäisessä traumaattisessa tapahtumassa, kuten raiskauksen seurauksena, luoden akuutin post-traumaattisen stressireaktion.

Monimuotoisen traumatisoitumisen ja dissosiaatiohäiriön eri muodot vaativat kuitenkin pidempiaikaista emotionaalista traumaa kehittyäkseen. (Poijula, Pelkonen & Punkanen, 2020, ss. 147–148) Koska työssämme käsittelemme uuden ICD-11-tautiluokituksen mukaista monimuotoista traumaperäistä stressihäiriötä, rajasimme post-traumaattisen stressireaktion (PTSD) pois käsittelemistämme aiheista, vaikkakin se on traumatisoitumisen muodoista ainoa, mihin tällä hetkellä löytyy Käypä hoito -suositus.



### 3 Emotionaalinen trauma ja CPTSD

Opinnäytetyöhön valitussa aineistossa vaihtelevat välillä termit traumatisoituminen, post-traumaattinen stressihäiriö tai -reaktio, emotionaalinen trauma, kompleksinen PTSD, tyyppin I ja II trauma, vakava traumatisoituminen, monimuotoinen traumaperäinen stressihäiriö, rakenteellinen dissosiaatiohäiriö sekä dissosiativinen identiteettihäiriö DID. Olemme pyrkineet työssämme selkiyttämään niiden käyttöä siten, ettemme ainakaan käyttäisi niitä synonyymeinä toisilleen, elleivät ne sitä aidosti ole.

Alkujaan valitsimme kattotermiksi emotionaalisen trauman, jonka näemme tarkoittavan kaikkea sitä, mitä ihmissuhteessa traumatisoituminen käsittää. Sille mielestämme lähes synonyymina toimii monimuotoinen (kompleksinen) traumaperäinen stressihäiriö, eli CPTSD, joka terminä kuvaa sitä, kuinka monimuotoisesti ja -tasoisesti trauma näkyy emotionaalisesti traumatisoituneen aikuisuudessa. Tästä käytämme myöhemmin opinnäytetyössä termejä monimuotoinen trauma tai monimuotoinen traumatisoituminen. On siis kaksi lähes samaa asiaa kuvaavaa termiä, joista toinen nähdäksemme kuvaa trauman syntymekanismia ja toinen sitä, kuinka se näkyy traumatisoituneella tässä hetkessä. Luultavimmin juuri siksi jälkimmäinen on valittu tulevan ICD-11 diagnostisen kriteerin otsikoksi.

Traumatisoiva tapahtuma voi olla mikä tahansa yksilön kokema uhkaava tai erityisen järkyttävä tilanne, joka aiheuttaa yksilölle epätavallisen voimakkaita ja pitkäkestoisia reaktioita. Emotionaalinen traumatisoituminen on seurausta tilanteista, joissa ihminen on toisen vallan alla ilman mahdollisuutta paeta ja kokee toistuvasti vakavan vahingoittumisen tai kuoleman uhkaa. Varsinkin nuorella iällä tapahtuva vakava emotionaalinen traumatisoituminen syntyy yleensä pitkään jatkuneen lapseen kohdistuneen väkivallan, seksuaalisen hyväksikäytön tai hoidon laiminlyönnin seurauksena tai perheessä vallitsee pelon ilmapiiri sisältäen eri väkivallan muotoja tai niiden jatkuvaa uhkaa. Mitä läheisempi pahantekijä on lapselle, sitä tuhoavampia ovat sen seuraukset. Toisaalta trauman hajottavuuteen vaikuttaa todella paljon myös se, kuinka hyvin uhri tulee kuulluksi ja todesta otetuksi ja saa apua muun muassa hoitohenkilökunnalta. Emotionaalisesti traumatisoiduttuaan ihminen ei pysty integroimaan kokemaansa osaksi omaa kokonaista elämänsänsä, vaan kokemus muuttuu ikään kuin irralliseksi traumakokemukseksi

kaikesta muusta, aiheuttaen kauaskantoisia seurauksia ja monimuotoisen traumaperäisen stressihäiriön (CPTSD). (Tays, 2018; Leikola, 2014, s. 48)

Monimuotoisen traumaperäisen stressihäiriön oireita ovat erityisesti impulssikontrollin vaikeudet, tunteiden ilmaisu ja vuorovaikutusongelmat myöhemmissä ihmissuhteissa, joita traumatisoitunut peilaa trauman vaurioittaman ihmissuhdemallin läpi. Yksi ikävimmistä oireista on traumamuistojen pyrkiminen pintaan, mikä aiheuttaa lukuisia ongelmia. Eniten vaikeuksia on arjenhallinnassa, sillä monimuotoinen traumaperäinen stressihäiriö johtaa usein persoonallisuuden jakautumiseen, eli dissosiaatioon, ja haitallisten selviytymiskeinojen käyttöön. Näitä ovat muun muassa viiltely ja tietoisuuden kapeuttaminen esimerkiksi päihteillä. Traumatisoitunut saattaa myöhemmin myös itse alkaa toimia traumatisoijana. Traumatisoitumista ei kuitenkaan tapahdu kaikille, eikä jokaisen järkyttävän tapahtuman seurauksena, vaan siihen vaikuttavat yksilön resilienssi, ympäristötekijät ja mahdollinen jo aiempi traumakuormitus sekä stressinsietokyky. (Tays, 2018; Leikola, 2014, s. 48)

Monimuotoisesta traumaperäisestä stressihäiriöstä seuraa mielen jakautuminen osiin. Tällöin persoonallisuus jakautuu trauma-aikaan ja traumatilanteisiin juuttuneisiin persoonallisuuden osiin, jotka kantavat traumamuistoa ja siihen liittyviä aistikokemuksia sekä tätä muistoa eri tavoin tiedostamattomasti välttelevään, arkielämässä toimivaan persoonallisuuden osaan. Ihminen itse säilyy siis näennäisen toimintakykyisenä, mutta seurauksena tästä jakautumisesta ovat moneen eri mielenterveyden häiriön diagnostiikkaan sopiva oireilu sekä heikentynyt toiminta- ja sopeutumiskyky sekä kapeutunut ja jäykkä persoonallisuus. Näillä potilailla on tavallisesti lukuisia psykiatrisia diagnooseja, kuten masennus, paniikki- tai ahdistuneisuushäiriö, syömishäiriö, epävakaata tai antisosiaalinen persoonallisuushäiriö, skitsofrenia ja eri tasoisia dissosiaatio-oireita. (Poijula ym., 2020, s. 157) Taysin (2018) persoonallisuushäiriöiden hoito-ohjeessa tuodaan esille, että tutkimusten mukaan noin 60–95 %:lla epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivällä on taustallaan seksuaalista hyväksikäyttöä ja erittäin suurella osalla fyysistä pahoinpitelyä, millä on vaikutusta muun muassa antisosiaalisuuden kehittymiseen.

Haasteita aikuisuuteen tuo se, että lapsuudessaan traumatisoituneiden trauma-aikaan juuttuneet persoonallisuuden osat ovat jääneet kiinni trauma-ajan ikätason taitoihin, etenkin

mitä tulee vaikeiden tunteiden ja kokemusten käsittelyyn. Heille ei myöskään yleensä tunnetaitoja ole aikanaan opetettu, eivätkä he liioin ole emotionaalista tukea saaneet. Heidän toiminnastaan puuttuu myös normaali eheys ja johdonmukaisuus. (Hart, Nijenhuis & Steele, 2009, s. 7) Joten, kun traumaattista muistoa kantava osa aktivoituu, saattaa se johtaa hyvinkin epäsopivaan käyttäytymiseen tilanteeseen nähden (Huolman, 2020, s. 356).

Kesäkuussa 2018 WHO julkaisi uuden ICD-11-tautiluokituksen, jossa on mukana uusi diagnoosi CPTSD, eli monimuotoinen traumaperäinen stressihäiriö. Tämä vastaa pitkäaikaista traumatisoitumista ja nykyisessäkin luokituksessa ollutta F62.0:a, eli Tuhoisaa kokemusta seuraava persoonallisuuden muutos (Monimuotoinen traumaperäinen stressihäiriö (complex PTSD) ja ICD-11. Käypä hoito -suositus, 2020). Emotionaalinen trauma on siis saamassa vihdoin oman tautiluokituksen, sillä tähän asti vain akuutilla post-traumaattisella stressireaktiolla (PTSD) on ollut omansa, kuten myös Käypä hoito -suositus on sille ollut olemassa. Vaikka tautiluokitus on julkaistu jo kolme vuotta sitten, on WHO suunnitellut sen esittelyä vasta vuonna 2022, tosin sen käyttöönottoon eri maissa voi mennä vielä vuosia (Pihlava, 2018).

Uuden tautiluokituksen mukanaan tuomaa eroa perinteisen PTSD:n ja CPTSD:n välillä on tutkittu ja testattu maailmanlaajuisesti sekä tehty systemaattisia kirjallisuuskatsauksia ja meta-analyyseja siitä, kuinka luotettavasti erotusdiagnosointi onnistuu. Lyhyesti ilmaistuna monimuotoisessa traumaperäisessä stressihäiriössä on post-traumaattisen stressireaktion oirekuva, eli trauman uudelleen kokeminen, ylivireys ja välttelykäyttäytymistä, mutta siihen kuuluvat myös ongelmat tunteiden säätelyssä, jatkuva kielteinen minäkäsitys sekä vaikeus ylläpitää pysyviä ihmissuhteita. Lisäksi traumatisoituminen on tapahtunut pitkällä ajanjaksolla. Erotusdiagnostisesti on esitetty, että siinä missä epävakaan persoonallisuushäiriön minäkuva ei ole selkeä tai puuttuu, on monimuotoisesti traumatisoituneella minäkuva epävakaata ja vaurioitunut. Uhan tunne korostuu PTSD-potilaalla, petetyksi tuleminen CPTSD:llä ja epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivällä hylätyksi tulemisen pelko. (Poijula ym., 2020, s. 148)

Marylene Cloitre (2021) artikkelissaan *Complex PTSD: assessment and treatment* kirjoittaa, kuinka yli 40 tutkimusta yli 15 maassa säännönmukaisesti ovat osoittaneet PTSD:n ja

CPTSD:n erot ja sen että niiden ICD-11:n mukaiset oirekuvaukset liittyvät oikein näihin diagnooseihin. Lisäksi diagnosoinnin tarkkuutta tutkittiin antamalla potilastapauksen kuvaus noin 1700 kliinikolle, jotka edustivat 76 eri kansalaisuutta, ja tulokseksi saatiin, että erotusdiagnoosi onnistui tarkasti, mikä viittaa siihen, että erotusdiagnostiikka tulee helpottumaan uuden tautiluokituksen myötä. Diagnostiikkiin on kehitetty uusi työkalu International Trauma Questionnaire (ITQ), joka on itsearviointimittari ja saatavana myös suomeksi. Myös tätä on testattu maailmanlaajuisesti ennen sen varsinaista tulevaa käyttöönottoa. (Cloitre, 2021; ks. myös Voorendonk, Jongh, Rozendaal & Minnen, 2020)

#### 4 Dissosiaatiohäiriön terminologiaa

Traumoihin ja dissosiaatioon liittyvä terminologia ei ole vakiintunutta. Esimerkiksi traumatisoituneiden hoidon uranuurtaja Otto van der Hart on ollut valmis muuttamaan aiemmin käyttämäänsä termiä näennäisen normaali persoonallisuuden osa, lyhenne ANP, joka kuvaa siis traumamuistoja välttelevää arkipersonallisuutta, sekä traumaan juuttuneita emotionaalisen personaallisuuden osia, eli EP, uusiin muotoihin: arkielämässä toimiva (persoonallisuuden) osa ja trauma-aikaan juuttuneet (persoonallisuuden) osat. Termien muutos oli perusteltu kirjan toisten, myös erittäin pitkään traumapotilaiden kanssa työtä tehneiden terapeuttien halusta löytää jakautuneille persoonallisuuksien osille tarpeeksi laaja-alaiset ja entistä kuvaavammat termit. (Steele, Boon & Hart, 2017, ss. 9–10). Tähän opinnäytetyöhön olemme päättäneet johdonmukaisuuden vuoksi valita uusimmat termit, vaikka alkuperäisessä lähteessä olisikin käytetty toista muotoa tarkoittamaan samaa asiaa.

Samoin Maiju Putkonen (2019) tuo omassa kasvatustieteiden kandidaatin työssään *Dissosiaatiohäiriöt ja niiden hoito* esille, että Nijenhuis ja Van der Hart (2011) ovat todenneet artikkelissaan *Dissociation in Trauma: A New Definition and Comparison with Previous Formulations*, dissosiaatio-käsitteen menettäneen tarkan merkityksensä ja että he ovat ehdottaneet paluuta alkuperäiseen Pierre Janet'n rakenteellisen dissosiaation määritelmään vuodelta 1889. Määritelmän mukaan dissosiaatiossa on kyse siitä, että traumatisoitumisen takia ihmisen persoonallisuus ei ole integroitunut yhdeksi kokonaisuudeksi, vaan ihmiselle on muodostunut useampi persoonallisuus, eli arkielämässä toimiva persoonallisuus ja trauma-aikaan juuttuneet persoonallisuuden osat ja tätä kutsutaan persoonallisuuden

rakenteelliseksi dissosiaatioksi. Paluun vanhaan määritelmään kokee tärkeäksi myös Anssi Leikola (2016, ss. 25–29), joka näkee dissosiaatio-sanan ja nimenomaan käsitteen rakenteellinen dissosiaatiohäiriö, alkuperäisten merkitysten ymmärtämisen ja käyttämisen parantavan käsitteiden selitysvoimaisuutta. Leikola tuo esiin termien vaikutuksen siihen, kuinka traumatisoituneet kokevat tulevansa kohdatuiksi, nähdyksi ja kuulluksi sekä ymmärretyksi kokonaisuena, kaikkine persoonallisuuden osineen sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden puolelta.

Dissosiaatiohäiriöt ovat suhteellisen vähän tunnettuja ja jonkin verran kiisteltyjä mielenterveyden häiriöitä, vaikka dissosiativisia oireita esiintyykin psykiatrian ylläkäri Hannu Lauerma (2002) mukaan jossain elämän vaiheessa 5–10 %:lla väestöstä. Hän toteaa, että etenkin Suomessa suurin erimielisyys vallitsee dissosiativisen identiteettihäiriön (DID) esiintyvyyttä. Dissosiativiselle identiteettihäiriölle on ominaista, että henkilöllä ilmenee kaksi tai useampaa eri identiteettiä, eli arkipersonallisuutta. Jotkut pitävät tätä tilaa hyvin harvinaisena, mutta jopa 1 % esiintyvyyttä väestössä on esitetty. Samoja prosentteja, 5–10 %, tuo esiin Mia Huolman (2020, s. 357) lasten ja nuorten dissosiaatiohäiriöiden esiintyvyydeksi. Lisäksi hänen mukaansa vakavista tunne-elämän häiriöistä kärsivillä dissosiativista identiteettihäiriötä olisi 5 % lasten- ja nuortenpsykiatrian potilaista. Kyse ei siis ole mitenkään pienestä joukosta ihmisiä.

#### **4.1 Dissosiaatiohäiriö ja persoonallisuuden dissosiativiset osat**

Dissosiaatio on seurausta pitkään jatkuneesta emotionaalisesta traumasta, jolloin se ennen kaikkea vaikuttaa traumatisoituneen, dissosiaatiosta kärsivän malliin ihmissuhteista ja kykyyn sitoutua ihmissuhteisiin. Dissosiaatiohäiriöissä ihmisen muisti, orientaatio, minätietoisuus ja aistimukset vääristyvät ja katkeavat lyhyt- tai pitkäaikaisesti. Kustannus Oy Duodecimin (n.d.) julkaiseman Lääkärikirja Duodecimin sisällysluettelo tiivistää dissosiaatiohäiriöt kyvyttömyydeksi integroida tunteita, ajatuksia ja toimintaa.

Vääristymät ovat yleensä äkillisiä ja joskus hyvinkin dramaattisia ja niille altistavat voimakkaat tunnekokemukset. Dissosiaatiohäiriöstä kärsivä voi olla pahoin hämmentynyt ja hänen on useimmiten vaikea kuvata omaa tilaansa sekä hän on huolestunut havainto- ja

kokemusmaailmansa vääristymistä. Hyvin usein monimuotoisesta traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivällä on samaan aikaan usein jokin muu mielenterveyshäiriö ja todennäköisesti hän onkin alkujaan hakeutunut hoitoon näiden takia, sillä ei pysty yhdistämään ongelmiaan traumaan. Yleisimpiä rinnakkaishäiriöitä ovat alkoholi- tai lääkeriippuvuus, masennus, paniikkihäiriö ja ahdistuneisuushäiriöt. Unihäiriöiden hoito on traumatisoituneella aina ensisijainen hoidettava, vaikka muuten yleensä trauman hoito parantaa muitakin edellä lueteltuja häiriöitä. Trauman ja muiden häiriöiden yhtäaikainen hoito on siis tehokkainta, eikä suinkaan perinteinen tapa, jossa esimerkiksi riippuvuus hoidetaan ennen trauman työstämistä. (Lauerma 2002; Poijula ym., 2020, s. 152)

Toisaalta trauman turvallinen ja täysi käsittely edellyttää arjessa jonkinasteista vakautta. Turvallisen traumahoidon esteitä ovat asunnottomuus, hallitsematon addiktio, voimakkaat paniikkikohtaukset ja itsemurha-ajatukset sekä voimakas viha. Ennen terapian aloitusta nämä tulee ratkaista. Joissain tapauksissa terapia voidaan myös joutua keskeyttämään edellä mainituista syistä joksikin aikaa. Psykkisten ja fyysisten voimavarojen lisääntyminen on keskeinen tavoite traumaterapiassa. Usein trauma näyttäytyy arjessa voimavaroja kuluttavaan, kuitenkin nykyhetkeen liittymättömään ja epäasianmukaiseen välttämiskäyttäytymiseen tai puolustautumiseen, jotka provosoituvat menneisyyden kokemusten johdosta. (Pojula ym., 2020, ss. 147–149)

Monimuotoisesti traumatisoituneen persoonallisuus on jakautunut useisiin traumamuistoa kantaviin osiin sekä sitä välttelevään arkipersonallisuuteen, joita myös voi olla useita. Dissosiaatio voi siten näyttäytyä ihmisessä lukemattomina variaatioina ja tämä jakaantuminen on sitä pahempaa mitä nuorempa, kuinka vakavasti ja toistuvasti traumatisoivia tapahtumia tapahtui. Persoonallisuuden osien omakuva, olemus ja piirteet voivat olla niin suuresti eriytyneitä, että vahingossa toiset ihmiset voivat kohdella näitä puolia ikään kuin eri ihmisinä, sillä he istuvat ja ilmeilevät eri lailla, puhuvat eri tavoin ja eri äänenkorkeuksilla riippuen keitä kulloinkin ovat. Hoitohenkilökunnan tulisi muistaa, että kyse on samasta ihmisestä, eikä suhtautumista tule vaihtaa persoonallisuuden osan vaihtuessa. Toisaalta pahasti jakautuneesta tertiärisestä identiteettihäiriöstä (DID) kärsivällä saattaa olla mielikuvia sisällään asuvista henkilöistä, kuten pelokkaista lapsiosista peiton alla tai uhoavasta teini-ikäisestä, jonka mielipiteet ja arvot eroavat hänen

arkielämässään toimivasta persoonallisuudestaan. Jotkin dissosiativiset persoonallisuuden osat voivat olla tietoisempia toisista osista ja toiset eivät alkuunkaan, mutta ne vaikuttavat aina toisiinsa ja toistavat kaltoinkohtelua, mikä helposti johtaa uudelleen traumatisoitumiseen. (Launonen, 2015, ss. 78–79)

## 4.2 Integraatio, minäkokemus ja realisaatio

On tärkeää ymmärtää mitä integraatio tarkoittaa, sillä se on dissosiaation vastakohta. Integroituneena persoonallisuuden kaikki eri osat, myös minäkokemus, muodostavat yhdessä eheän kokonaisuuden, joka toimii yhteneväisesti. Ihmisillä on syntyjään taipumuksena yhdistää, eli integroida, kokemuksiaan yhteneväiseksi kokonaiseksi elämäntarinaksi. Tämä kyky auttaa erottamaan nykyhetken menneisyydestä ja pysymään läsnä hetkessä myös silloin, kun ihminen muistelee menneisyyttään tai suunnittelee tulevaa. Mitä turvallisemmat ja varmemmat tunnesuhteet sekä elinympäristö kasvuiässä on, sitä paremmin ihminen pystyy kehittämään ja edelleen vahvistamaan integrointikykyään. (Boon, Steele & Hart, 2011, ss. 6–7)

Persoonallisuus on termi, jolla kuvataan ihmisen ainutlaatuista ja itselleen tyypillistä tapaa olla ja reagoida erilaisiin tilanteisiin ja asioihin. Persoonallisuuteen sisältyy myös minäkokemus. Kehittyessään ihminen oppii liittämään elinaikaiseen minäkokemukseensa eri aikoina ja eri tilanteista saamiaan kokemuksia. Näin ollen ihminen voi ylläpitää suhteellisen selkeää kuvaa siitä, kuka hän on. Hän kykenee jäsentämään eri kokemusensa ja muistonsa omaan menneisyyteensä. Minäkokemuksen tulisi olla pysyvä ihmisen kehitysvaiheesta ja elinympäristöstä toiseen, olivatpa elinolosuhteet tai elämäntilanteet hyviä tai vaikeita. (Boon ym., 2011, s. 7)

Monimuotoisesta traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivällä minäkuva on kielteinen, täynnä häpeää. Monimuotoisesti traumatisoitunut kokee itsensä arvottomaksi, likaiseksi ja ettei hänestä voi aidosti kukaan pitää. Traumatisoituneen kokemus omista toimivista rakenteistaan on hänen omasta mielestään valheellinen, kuin muulle maailmalle luotu kulissi tai naamio, jonka takana olevaa minuutta tulee suojella keinolla millä hyvänsä. (Helsingin ja Oulun Traumaterapiakeskus ry, 2019, s. 29)

Vaikka integraatio epäonnistuisi, ei sen seurauksena aina ole dissosiaatio. Mutta integraation vakava epäonnistuminen, joka haittaa minäkokemuksen muodostumista ja näin ollen muuttaa ihmisen persoonallisuutta, kutsutaan dissosiaatioksi. Ihmisen ollessa traumatisoitunut hänen integrointikykynsä voi olla heikentynyt pysyvästi. Lapsuusaikana tapahtunut traumatisoituminen voi heikentää syvästi ihmisen kykyä yhdistää kokemuksiaan yhteneväiseksi elämäkerralliseksi tarinaksi, sillä lasten integraatiokyky on vielä kehittyvä ja huomattavasti rajallisempi, kuin aikuisten. Väliaikaisesti jokaisen ihmisen kyky integroida kokemaansa voi heikentyä hänen ollessaan väsynyt, sairas tai stressaantunut. Dissosiaatiossa ihmisen kokemus ikään kuin samanaikaisesti koetaan ja ollaan kokematta omaksi. Kokemus kuuluu yhdelle osalle, muttei toiselle. Dissosiaatiosta kärsivä ihminen kokee itsensä jakautuneeksi vierailta ja epätavallisilta tuntuvien muistojensa, ajatustensa ja kokemuksiensa myötä. Myös käyttäytymistavat voivat tuntua itselle vierailta. Dissosioivan ihmisen persoonallisuus ei kykene luomaan yhtenevää minäkokemusta, vaan osa muistoista on irrallisia muista ja reagoitavat eri tilanteisiin muuttuvat tilanteesta toiseen. Käyttäytyminen ei ole omalle persoonallisuudelle tyypillistä joka hetkessä, sillä minäkokemuksia on enemmän kuin yksi. (Boon ym., 2011, ss. 7–8)

Realisaatiolla puolestaan tarkoitetaan elämäntapahtumien todentumista itselle ja sen tietoista hyväksymistä sekä siihen sopeutumista. Todentumisen myötä, eli realisaatiolla, tapahtunut integroituu osaksi minäkokemusta. Laumaeläimenä ihminen elää sosiaalisessa todellisuudessa, mikä tarkoittaa sitä, että meille todentuu se mikä todentuu ympäröiville ihmisille. Valitettavasti tämä voi käänteisesti toimia myös dissosiaatiota edistävänä. Jos lastensuojelu tai koulu ei puutu lapsen kaltoinkohteluun, voi lapsi kokea tulleen petetyksi, eikä kaltoinkohtelu todennu hänelle, ja näin sitä ei dissosiaation avulla hänelle koskaan tapahtunutkaan. (Steele ym., 2017, s. 20)

## **5 Lapsen vakava traumatisoituminen ja dissosiaatio**

Aikuisten potilaiden keskuudessa on vakavan traumatisoitumisen ymmärtäminen viime vuosien aikana kehittynyt merkittävää vauhtia. Dissosiaatiohäiriötä sairastavan aikuisen arviointiin on kehitetty useita erilaisia mittareita ja myös traumahoito on ottanut edistysaskeleita paljon kuluneiden vuosien saatossa. Lasten vakavan traumatisoitumisen ja



dissosiaation tunnistaminen, ymmärtäminen ja hoito on vaillinaisempaa, kuin aikuisten kohdalla. Nykyajatus emotionaalisesti traumatisoituneen hoitotyössä on, että dissosiaatiohäiriöiden juuret juontavat varhaisista kiintymyssuhteista. Lasten traumatisoitumisen, dissosiaation tunnistamisen ja hoidon uranuurtajat Sandra Wieland ja Joanna Silberg lähestyvät dissosiaation syntyä toisella tapaa, jossa Wieland esittää dissosiaation jatkumona, jonka toisessa päässä on normaali ja toisessa sairaaloinen dissosiaatio. Silberg on puolestaan lanseerannut Dissosiaation affektinvälttämismallin selittämään osaltaan lasten traumatisoitumista. Nämä mallit täydentävät toisiaan, eivätkä siten ole kilpailevia teorioita. (Palu, 2015, s. 216; Wieland, 2018, s. 51)

Vauvan tai lapsen joutuessa äärimmäiseen tilanteeseen, jossa häntä uhkaa vakava vaara, kuten laiminlyönti, kehoon tunkeutuminen tai väkivalta, hän pyrkii pitämään itsensä turvassa siltä mitä on tapahtumassa. Fyysisesti lapsi ei voi tilanteesta poistua, mutta psyykkisesti voi. Dissosiaatio on lapselle keino, jolla hän voi selviytyä ylivoimaisesta tilanteesta ja toistuvasta kauhusta. Tiedostamattaan lapsi sulkee mielensä tilanteesta niin, että hän katkaisee tietoisuudestaan kaikki tunteet ja kehon tuntemukset. Hän voi nähdä itsensä tilanteessa ikään kuin ulkopuolelta ja katsoa mitä keholle tapahtuu, mutta hän ei tunne olevansa itse tilanteessa. Asettamalla näin itsensä vaaran ulkopuolelle, lapsen kokemat ahdistus ja hätä vähenevät. Jos vaara toistuu, lapsi käyttää tätä onnistunutta mielen erottamista kehosta, eli dissosiaatiota, uudelleen ja uudelleen. Säännöllisesti, toistuvasti tapaa käytettäessä siitä voi tulla pysyvä tapa reagoida pelottaviin, kauhua ja ahdistusta herättäviin tilanteisiin ja lapsi saattaa tarkoituksellisesti tai automaattisesti itsensä tilaan, jossa voi kokea turvallisuutta, mutta samalla menettää kosketuksen osaan omista tunteistaan. Lapsen fyysiset tuntemukset, tunteet, ajatukset, kokemukset, muistot ja tarpeet siirtyvät saavuttamattomiksi erillisiksi osiksi lapsen sisäisessä minäkokemuksessa. (Wieland, 2018, s. 23; Palu, 2015, ss. 220–221)

Affektin välttämismallissa lohdutusta tai tyyntyttelyä kaipaavan lapsen ajatellaan sulkevan ikävät kokemukset pois taistellen, paeten tai purkamalla tunteen toimintaan (acting out). Tämä puolestaan herättää yleensä vanhemmissa vain kielteisiä reaktioita, joten tyyntyttelyn sijaan vanhempien reaktiot luovat lisää vastenmielisiä affekteja, mikä vahvistaa lapsen tarvetta välttää negatiivisia tunteita, kuten vihaa, ahdistusta, inhoa, pelkoa ja häpeää.

Lopulta dissosiointi automatisoituu niin, ettei lapsi tunne kipua tai muista mitään kokemuksistaan. Ajan kuluessa välttelymalli laajenee koskemaan pienintäkin traumavihjettä. Ajan kuluessa aivoissa tapahtuneet hermosolujen muutokset estävät, paitsi kielteisen affektin informaation, myös korjaavan informaation siirtymisen aivoihin, kuten tiedon turvallisesta ympäristöstä vanhan koetun sijaan. (Wieland, 2018, s. 51)

## 5.1 Lapsen traumaoireilu

Monenlaiset ikävätkin tapahtumat, kuten pettymykset, haasteet ja uhat kuuluvat jokaisen lapsen elämään ja niin kuuluukin olla. Traumakokemukset eivät kuitenkaan kuulu turvalliseen lapsuuteen millään muotoa, sillä ne riskeeraavat lapsen kehityksen ja vaativat lapsen ja hänen mahdollisen tukiverkostonsa ponnisteluja tasapainon palauttamiseksi. Kun lapsen sosiaalinen tukiverkosto pysyy muuttumattomana ja se on vahva, lapsi on suhteellisen hyvin turvassa myös katastrofaalisten tapahtumien keskellä. Pienelle lapselle oma perhe on erityinen suojakilpi vakavaa traumatisoitumista vastaan. Lapsi on hämmästyttävän joustava niin kauan, kuin hänellä on edes yksi turvallinen, välittävä, huolta pitävä ja rakastava aikuinen lähellään ja läsnä, niin emotionaalisesti kuin fyysisestikin. (Palu, 2015, s. 217) Samaan tulokseen on päädytty laajennettujen ACE-kokemusten tutkimuksissa, joista on kerrottu tarkemmin luvussa 6.2.

Salli Palu (2015) viittaa ja osin lainaa Vartiovaaran (2002) artikkelia *Varhaisen vuorovaikutussuhteen luonne ja myöhemmän trauman kohtaaminen*, kuinka aikuisen tuska vie helposti tilan lapsen surulta, lapsen elämänpiirissä tapahtuneiden järkyttävien asioiden jälkeen. Kuitenkin perheeseen kohdistunut murhe koskettaa aina jokaista perheenjäsentä iästä riippumatta. Lapsen traumakokemukseen vaikuttaa suuresti myös lapsen resilienssi, joka on aikuisen resilienssiä paljon kehittymättömämpi. Lapsen traumakokemus on ennalta arvaamaton ja kontrolloimaton ja se horjuttaa lapsen aiempaa käsitystä turvallisuudesta ja luottamusta lapsen läheisiin. Lapsen traumakokemus on aina yksilöllinen ja se on suhteessa juuri traumakokemuksen omaavan lapsen kiintymyssuhteeseen aiheuttaen monimuotoista ja yksilöllistä oireilua. (Palu, 2015, s. 217)

Erilaiset unihäiriöt ja syömisen hankaluudet ovat tapoja, joilla pienet lapset usein reagoivat traumaan. Taaperoilla taas voi esiintyä syvää taantumista. Tyypillisimpiä traumaoireita lapsella ovat mieleen tunkeutuvat mielikuvat, uhan tai traumaa aiheuttaneen tilanteen pakonomainen ajattelu, sekä painajaisunet. Usein ensimmäinen fyysinen reagointi lapsella traumaan on kehon ylivireystila. Ylivireystilan edelleen lisääntyessä, aktivoituu myös alivireysreaktio, joka aiheuttaa sydämen sykkeen hidastumista ja siihen liittyvää ahdistuksen sekä kivun havaitsemisen laskua. Vaikka traumatapahtuma esiintyisi lapsen leikeissä tai painajaisunissa, on hänen usein hankalaa puhua tapahtuneesta tai siihen liittyvistä asioista. (Wieland, 2018, s. 36)

Palu (2015, s. 218) kuvaa Brobergin ym. kirjoittaman artikkelin *Kiintymyssuhdeteoria: Pelästyneet lapset ja riskilapset* avulla traumatisoitunutta leikkiä. Palu kuvaa, kuinka traumatisoituneen lapsen leikki ei ole iloista leikkiä, joka laukaisisi jännitystä, vaan päinvastoin se on ahdistusta ylläpitävää. Tavallisesta lapsenikätaasoisesta leikistä poiketen traumatisoitunut leikki on myös toistuvaa ja siinä lapsi usein jumittuu leikkimään saman teeman ympärille. Lapsen traumakokemuksen johtuessa pahoinpitelystä, seksuaalisesta hyväksikäytöstä tai puutteellisen hoidon kokemuksesta kotonaan, ei leikki usein käsittele traumaa avoimesti. Sen sijaan se voi olla luonteeltaan kaoottista tai outoa.

Sandra Wieland (2018, s. 33) viittaa International Society for the Study of Trauma and Dissociation -järjestön, (ISSTD 2008) mainintaan, että usein lasten vaihdokset toiseen persoonallisuuden osaan ovat hienovaraisempia kuin aikuisilla, mikä tekee dissosiaation havainnoinnista vaikeaa. Taysin (2018) hoito-ohjeen mukaan hankaluus johtuu siitä, että monimuotoisen traumatisoitumisen lapsille aiheuttamat oireet ovat aikuisten oireita toiminnallisempia. Muutokset käytöksessä ovat helpoimmin havaittavissa, sillä tekeminen voi muuttua lapsen oikeasta iästä poikkeavaksi, lapsenomaisemmaksi tai aggressiiviseksi. Mielenkiinnonkohteet, (leikki)taidot tai lempivaatteet ja ruuat voivat vaihdella yllättäen. Etenkin lapsen ääni voi muuttua suuresti, samoin tapa puhua ja sanavaraston laajuus. Hän saattaa myös puhua välillä itsestään monikossa tai tuijottaa eteensä mitään näkemättä. Vaihdoksia voi tapahtua vain silloin tällöin tai useita kertoja päivässä. Vaihdokset tapahtuvat 30–60 sekunnissa. (Wieland, 2018, ss. 34–35)

Yleensä lapsen tunnetilan muuttuessa, kuten häpeästä iloon, on erotettavissa niin sanottu välitila. Dissosioivilla lapsilla tätä ei ole. Lisäksi käytös voi olla tilanteeseen täysin vääränlaista, kuten suuttumusta positiivisen asian edessä tai naurua toisen vahingoittuessa tai hän saattaa olla täysin tunteeton. Lapsella voi olla kokemusta häntä uhkaavista ulkopuolisista mielikuvista, mutta pään sisäisistä uhkailijoista, eli äänistä, hän on aina tietoinen, muttei useinkaan pysty kuvaamaan niitä. Hänellä voi olla epämääräisiä kipuja jollain tietyllä alueella, kävelyvaikeuksia tai pyörtyilyä. Hän ei välttämättä tunne kipua telottuaan itsensä tai huomaa laskeneensa alleen, eli aistipuutoksia voi esiintyä laajasti. (Wieland, 2018, s. 34)

Mia Huolmanin (2020, ss. 363–364) kokemuksen mukaan kliinisellä kentällä voi usein törmätä vähättelyyn koskien potilaiden muistiongelmia ja käskeviä ääniä. Dissosiaatiosta kärsivät lapset usein unohtavat voimakkaan vihan tunteen vallassa oman aggressiivisen käytöksensä ja ylipäättään sen, mitä he olivat tehneet, jolloin he eivät ota vastuuta omasta toiminnastaan. Tämä johtuu siitä, ettei lapsi pysty juurikaan välttelemään tilanteita, joissa he kokevat ikäviä tunteita, jolloin he etäännyttävät ne päässään käskeviksi ääniksi ja mielikuvitusystäviksi, mikä johtaa dissosiaatioon. Yleensä vihan ja avuttomuuden tunteet ovat sietämättömiä ja ne ilmenevät riita- ja rajaustilanteissa. Dissosiaatiivisesti oirehtivat lapset herättävät usein aikuisissa epämiellyttäviä tunteita, kuten ärtymystä, avuttomuutta ja vihaa. Koska nämä tunteet ohjaavat herkästi aikuisen käytöstä, saattaa aikuinen tahtomattaan tulla vahvistaneeksi lapsen dissosiaatio-oirehdintaa vahvistamalla tunnekokemusta avuttomuudesta ja vihasta.

Käsittlemättömän trauman vuoksi lapsilla ja nuorilla, jotka ovat monimuotoisesti traumatisoituneita esiintyy usein samanaikaisesti myös paljon muita oireita. Nämä oireet voivat kätkeä trauman ja dissosiaation alkuperän ja jälkiseuraukset. Traumataustaiset lapset ja nuoret saavat helposti väärän diagnoosin, sillä monet diagnoosit saattavat olla traumasta kärsivän lapsen tai nuoren dissosiaatiivisten puolustuskeinojen ominaispiirteitä, joita lapsi tai nuori on joutunut käyttämään selviytyäkseen. (Wieland, 2018, s. 36) Osittain traumatisoitumisen väärindiagnosointi uhmakuushäiriöksi, kaksisuuntaiseksi mielialahäiriöksi tai ADHD:ksi Bercelin (2011/2017, s. 35) mukaan johtuu kehon kemiallisten aineiden epätasapainosta. Hänen mukaansa tässä epätasapainossa kehon kemialliset aineet

toimivat arvaamattomasti, mikä aiheuttaa sen, että traumatisoituneet ikään kuin heiluvat ylivireästä alivireään ja myös tunteet heilahtelevat kiihkeästä tunteettomaan. Kuitenkaan tämä ei ole pysyvä ominaisuus, vaan traumaperäinen reaktio.

## 5.2 Aikuisten vaikutus lapsen trauman monimuotoistumiseen

Wielandin (2018, s. 32) mukaan vain lapsuudessa tapahtuva traumatisoituminen aiheuttaa dissosiaatiota ja identiteetin jakautumista, eli aikuisuudessa voisi traumatisoitua siten, että se johtaisi dissosiaatio-oireiluun, mutta se ei jakaisi persoonallisuutta useisiin osiin. TAYSin hoito-ohjeessa *Persoonallisuushäiriö ja traumatausta* (2018) nähdään sama siten, että psyykkisesti terve aikuinen voi kidutuksen tai ihmiskaupan kohteeksi joutuessaan traumatisoitua myös hyvin monimuotoisesti oirehtivaksi, vaikka lapsuudessa jatkuva traumatisoituminen on kaikkein hajottavinta. Myöskään suurin osa traumatisoituneista lapsista ei kehitä vaikeaa dissosiaatiohäiriötä, vaikka odotusarvoista on, että lapsen traumatisoituuessa ilmenee jonkin tasoista dissosiativista oireilua.

Palu (2015, s. 221) puolestaan näkee, ettei dissosioituminen oikeastaan ole seurausta traumasta, vaan siitä, että lapsi joutuu toistuvasti pelottaviin tilanteisiin ilman mahdollisuutta aikuisen turvaan ja tukeen tai edes tilanteiden työstämiseen jälkikäteen turvallisessa ympäristössä. Tällöin dissosiativiset kokemukset todennäköisesti jatkuvat ja monimutkaistuvat rikkoen lapsen minäkokemuksen. Lapsen aivot sulkevat edelleen olemassa olevat havainnot, tunteet ja tiedot aktiivisesta tietoisuudesta pois. Dissosiaatio suojelee lapsen mieltä häntä toistuvasti vahingoittavilta asioilta. Tällöin lapsen ei ole tarpeen kehittää terveitä selviytymiskeinoja. Joustava reagoitokyky häiriintyy ja dissosiaatiohäiriöstä voi kehkeytyä krooninen. Dissosiaatio haittaa myös lapsen oppimista ja ystävyysuhteiden luomista.

Vanhemman lapselleen antamalla tuella traumakokemuksen jälkeen on havaittu olevan monenlaisia yhteyksiä lapsen traumaoireiluun. Joskus se, ettei vanhemmalla ole omaa kokemusta traumasta, estää häntä samaistumasta lapsen kokemukseen tai edes tunnistamasta lapsen traumaoireilua tai hän ahdistuu lapsen traumasta siten, ettei kykene vastaamaan lapsen tarpeisiin, saati auttamaan ja tukemaan lasta trauman käsittelyssä. He

tarvitsevat tähän ulkopuolista apua. Lisäksi mitä traumatisoituneempi vanhempi itse on esimerkiksi perhettä kohdanneen surun myötä, sitä vakavammin lapsi oireilee. (Pettersson, 2003)

Myös vanhemman oma lapsuudenaikainen traumakokemus saattaa vaikuttaa siihen, kuinka realistisesti vanhempi pystyy oman lapsensa oireilua ja traumakokemusta näkemään.

Traumataustainen vanhempi saattaa tietämättäänkin torjua lapsensa avunhuudon, jotteivät hänen omat traumakauhunsa nousisi pintaan. Lisäksi vanhemmat helposti peilaavat lapsen kokemaa vain oman traumakokemuksensa kautta. Valitettavasti aikuiset usein vähättelevät lapsen kokemaa uskoen, ettei pieni lapsi ymmärrä kokemaansa tai näkemäänsä tai ainakin unohtaa kaiken nopeasti. Vanhempi saattaa myös uskoa, että huomiotta jättäminen rauhoittaisi lapsen. Hoitohenkilökunnan tulee muistaa, että vanhemman omat pelot estävät myös lasta kertomasta avoimesti kokemuksistaan ja saada näin apua. (Pettersson, 2003)

Vanhemmat ovat usein huolissaan siitä, että lapsi vahingoittuu entisestään, kun hänen kanssaan keskustellaan vaikeista kokemuksista. Niistä puhuminen lapsen kanssa on kuitenkin lapsen toipumisen kannalta yksi keskeisin asia. Lapselle tulee antaa mahdollisuus ilmaista itseään eri tavoin ja puhua traumakokemuksestaan. Lapsen kertoessa kokemustaan, aikuisen tulee kuunnella hänen kertomustaan uteliaasti ja kirjaimellisesti. Pettersson (2003) nostaa esiin Steelen ja ja Raiderin (2002) kirjassaan *Structured sensory intervention for traumatized children, adolescents, and parents* antaman ohjeen, että lasta tulee auttaa kertomaan ja keskittymään tarinaansa sekä sen sisältämiin olennaisiin yksityiskohtiin traumaspesifillä kysymyksellä: ”Mikä oli sinulle tapahtuman pahin kohta?”. Se mikä lapsen mielestä on hänelle pahin osa tapahtumaa, ei välttämättä ole sama, kuin minkä aikuinen pahimmaksi osaksi ajattelisi. Miksi-kysymyksiä ei tule esittää, sillä ne eivät auta lasta sanoittamaan tarinaansa oman kokemuksensa pohjalta, vaan päinvastoin lapsi voi entisestään sulkeutua suojellakseen itseään. (Pettersson, 2003; Palu, 2015, s. 218)

Lapsella voi esiintyä dissosiaatiota vaikkei vanhemmalla olisikaan lapseen suoraa negatiivista vaikutusta. Vanhemman asemassa olevan aikuisen kärsiessä esimerkiksi vakavasta mielenterveysongelmasta kuten masennuksesta, dissosiaatio-oireilusta tai päihdeongelmasta, saattaa lapsi pelästyä ja psyykkisesti hajaantua. Tämän seurauksena

lapsen ja vanhemman välinen kiintymyssuhde häiriintyy, eikä lapsi voi luottaa aikuisen tukeen ja saattaa jopa kokea ja ajatella olevansa itse vanhemman ongelmien aiheuttaja. Dissosiaation avulla lapsi selviytyy vanhemman kanssa, joka kuitenkin on häntä kohtaan kaltoinkohteleva, vaikka rakastaisikin lastaan. Lapsen joutuessa menettämään vanhempansa, joko sananmukaisessa merkityksessään tai esimerkiksi päihteille, voi lapsi oirehtia menetystään dissosiaatiolla, sillä lapsen kokema turvallisuudentunne alentuu vakavasti. Koulukiusaaminen, perheenjäsenen tai eläimeen kohdistuva väkivalta tai muu vanhemman pelottava käytös voivat myös saada lapsen dissosioimaan, kuten myös kivuliaat sairaudet tai hoitotoimenpiteet, jolloin puhutaan medikaalisesta traumasta. (Wieland, 2018, s. 29)

Lapset tai nuoret eivät useinkaan tuo esille mahdollisesta hoitokontaktistaan huolimatta dissosiativisia oireitaan ja syyt voivat olla monimuotoiset. On mahdollista, että dissosiativisista oireista kärsivät lapset ja nuoret eivät edes tiedosta heidän todellisuutensa poikkeavan normaalista. Esimerkiksi jos nuori on kuullut ääniä päässään sekä kokenut ajan ja tapahtumien olleen katkonaisia koko ikänsä, hän ei tiedä, ettei se ole normaalia. Toisaalta hänellä ei välttämättä ole myöskään sanoja kuvaamaan oireitaan tai motivaatiota niiden esille tuomiseen on vain vähän, sillä trauman käsittely toisi pintaan kivuliaat muistot. Usein häiriintyneissä perheissä tunteiden ja sisäisten kokemusten esille tuominen on halveksuttavaa ja hävettävää ja siitä on rangaistu. Tämän jälkeen lapsi tai nuori ei halua tuoda kokemuksiaan julki rangaistuksen tai naurunalaiseksi tulemisen pelossa. Myös ammattilaisilla on usein haluttomuutta kysyä perheen ongelmista tai kielteisistä tilanteista, saati vanhemmilla puhua niistä, joten monimuotoinen trauma lapsen oireiden taustalla jää piiloon. (Wieland, 2018, s. 35) Palu (2015, s. 226) viittaa Gomezin (2013), joka puolestaan Watersin (2013) kirjaan, että parhaimmillaan traumataustan varhainen löytyminen ja oikeanlainen prosessointi voisi säästää lapsen tai nuoren jopa vuosia jatkuvalta oireiden pahenemiselta, johon mitkään kokeillut lääkkeet tai hoidot eivät ole auttaneet.

## **6 Monimuotoisen trauman vaikutus myöhempään elämään**

Nykyinen diagnostiikka lääketieteessä pohjaa oireiden kuvailuun, jolloin se kiinnittää helposti liikaa huomiota yksittäisiin oireisiin. Monimuotoisesti traumatisoituneilla persoonallisuus on rakentunut siten, että heidän menneisyytensä kohtaaminen on suuresti vaikeutunut eikä

trauman mahdollisuutta useinkaan terveydenhuollossa osata epäillä. Lisäksi trauma on piilossa ihmiseltä itseltäänkin, jotta ihminen olisi kyvykäs toimimaan omassa elämässään edes joten kuten. Valitettavaa on, että usein traumatisoituneen tarinaa ei uskota ja kerrottu kyseenalaistetaan välittömästi. Tämä luottamuksen tyrmäys sulkee tehokkaasti traumatisoituneen suun ja persoonien eriytyminen pahenee, sillä realisaatio, eli kokemusten henkilökohtainen merkitys ei avaudu eikä integroidu osaksi elämäntarinaa ihmisellä itsellään eikä liioin hoitohenkilökunnalla. Tämä on kuitenkin paranemisen edellytys. Luottamuksellisen menneisyyden kertomisen ja realisaation edellytys puolestaan on vakaa turvallisuuden tunne hoitosuhteessa. (Leikola, 2016, ss. 20–23)

Ihminen hakeutuu avun piiriin yleensä aivan muista syistä, kuin mahdollisesta dissosiaatio-oireilustaan. Dissosiaatiohäiriö voi varsinaisten dissosiativisten oireiden lisäksi näkyä viitteinä arjessa esimerkiksi myös masennusoireina, kuten alakulona ja aloitekyvyttömytenä tai itsemurha-ajatuksina, itsetuhoisuutena, ahdistuneisuutena, paniikkihäiriönä, unihäiriönä ja erilaisina pelkotiloina. Muita elämänlaatua alentavia oireiluja, jotka voivat myös viitata dissosiaatiohäiriöön ovat päihteiden väärinkäyttö ja erilaiset syömishäiriöt tai syömishäiriöoireilut, kuten itsensä nälkiinnyttäminen, ahmiminen ja pakonomainen liikunta. Dissosiaatiohäiriöitä onkin haastavaa tunnistaa, sillä oireet ovat monimuotoisia ja muut mahdolliset mielenterveysongelmat usein peittävät tai naamioivat taudinkuvaa. Varsinaisia dissosiaatio-oireita ovat esimerkiksi takaumat sekä tunteiden ja kehon turtuneisuus, jotka vaihtelevat voimakkaiden aistimusten ja tunteiden välillä, sekä jotkut ruumiilliset oireet, joille ei lääketieteellistä syytä löydy tutkimuksista huolimatta. (Boon ym., 2011, s. 8)

Leikola (2016, ss. 18–22) näkee traumahoidon kehittyvän ja kehittävän koko psykiatrian kenttää tulevaisuudessa. Tulevaisuuden traumahoito tulee hänen mukaansa olemaan laajasti eri tieteiden teoreettisia viitekehyksiä hyödyntävää, jolloin psyykkisiä häiriöitä voidaan ymmärtää myös evoluution ja biologian avulla, kuten epigeneesillä, joka tarkoittaa geenien ja ympäristövaikutusten vuorovaikutusta. Toinen pinnalla oleva termi on keskushermoston plastisiteetti, eli muovautuvuus, joka on suurinta lapsuudessa. Leikola esittääkin, että sama todennäköisesti pätee myös autonomiseen hermostoon. Hän viittaa Stephen Porgesin vuonna 1994 julkaisemaan polyvagaaliteoriaan, eli teoriaan autonomisen hermoston jakautumisesta kolmeen osaan, joka alun perin syntyi keskosten hengissä



selviytymisen ennustettavuuden tutkimuksessa. Trauma-dissosiaatio-viitekehyyksen huomioiminen auttaa huomioimaan potilaan kokonaisuutena, eikä mielen ja ruumin vaivoja erittelevänä. (Leikola, Mäkelä & Punkanen, 2016, ss. 55–56)

### **6.1 Monimuotoisen trauman vaikutus vuorovaikutukseen**

Traumatisoituminen vaikuttaa siihen, kuinka yksilö hahmottaa itseään, ympäristöään sekä toisia ihmisiä ja kuinka tulkitsee näistä saatavia viestejä. Traumahistoria värittää näitä havaintoja, muokkaa reaktioita niihin ja sitä, kuinka yksilö niitä tulkitsee. Näin ollen virhetulkinnat ja väärinymmärrykset ovat arkipäivää ja aiheuttavat huonoja kokemuksia vuorovaikutustilanteista ja ihmissuhteista. Toimivat ihmissuhteet olisivat tasapainoisen ja tyydyttävän elämän välttämättömyys. (Ylikomi, 2015, s. 46)

Traumatriggerit laukaisevat automaattisesti traumanaikaisen hormonituotannon sekä fyysiset toimintamallit. Tämän vuoksi reaktiot voivat olla epätarkoituksenmukaisia ja vahingollisia. Koska eleitä, ilmeitä ja äänensävyjä tulkitaan traumasta käsin, jolloin ne tarkoittavat eri asioita kuin muille ihmisille, voivat ne johtaa hämmennykseen ja avuttomuuteen tai suhteettomaan raivoamiseen. Kyseessä on koko kehon, eli tunteiden, neurokemian ja autonomisen hermoston synnyttämä tarve suojella, puolustaa, suojautua ja varautua uhkaan. Mennyt trauma valtaa nykyhetken näkyen liikkeissä, eleissä, kehon asennossa, aistimuksissa, hengityksessä, tunnekokemuksissa ja ajatuksissa. Näissä tilanteissa toisten olisi autettava traumatisoitunut takaisin tähän hetkeen ja sopivaan sietoikkunaan, eli vireystilaan. (Karkkunen, 2020, ss. 222–223)

Monimuotoinen traumatisoituminen paitsi vaikeuttaa yhteistyösuhteen rakentumista, myös monimutkaistaa sitä. Nämä vaikeudet näkyvät kaikissa ammatillisissa suhteissa, ei vain sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaan myös traumatisoituneen ratkoessaan ongelmiaan koskien vanhemmuutta, työllistymistä ja toimeentuloaan. Monimuotoisesti traumatisoituneet eivät kykene luottamaan ihmisiin ja ovat alttiimpia joutumaan väkivallan kohteeksi, sen tekijäksi tai todistajaksi. Monesti viranomaiskontaktien sujuvuus on pitkälti kiinni siitä, mitä ihminen kertoo ja kuinka loogisesti. Myös yksityiskohtia voi ilmetä liikaa tai

ei ollenkaan, jolloin tarinan totuudenmukaisuuden arviointi tai asian eteenpäin ohjaaminen vaikeutuu. Lisäksi muistiprosessi on altis vääristymille. (Ylikomi, 2015, ss. 44–50)

Traumasta seuraa usein syvä arvottomuuden tunne ja menettämisen pelko, joka voi johtaa mustasukkaisuuteen parisuhteessa. Kun emotionaalisesti traumatisoitunut kokee elämässään ongelmia ja vastoinkäymisiä, hän ei kykene lohduttamaan itseään, sillä hänellä ei ole kokemusta turvallisuudesta kiintymyssuhteesta. Traumatisoitunut sabotoi tahtomattaan kaikkea elämässään saavutettua, kuten parisuhdettaan ja muita ihmissuhteitaan sekä uraansa. Hän tuntee toistavan elämässään tuhoavia käyttäytymismalleja ja siten ikään kuin taistelee muutosta ja paranemista vastaan. Tämä johtuu siitä, että nämä tuhoavat käyttäytymismallit sekä pitkittyneet ja yliherkät puolustus-, sopeutumis- ja suojausmekanismit ovat kasvaneet osaksi traumatisoituneen identiteettiä ja maailmankuvaa, jolloin niiden kyseenalaistaminen luo turvattomuutta. Tämä estää traumatisoituneen henkistä kasvua ja jäykistää ajattelumalleja. Ihminen ei saavuta todellista potentiaaliaan on kyse sitten ammatillisesta kasvusta tai ihmissuhteista, osin edellä mainittujen, mutta myös syyllisyyden ja häpeän vuoksi. Pelko estää nautinnon kokemisen ja pitää traumatisoituneen kiinni erilaisissa tuhoavissa käytösmalleissa ja riippuvuuksissa. Olipa trauman aiheuttanut avioero, onnettomuus, seksuaalinen hyväksikäyttö tai väkivalta, on yleisin jälkiseuraus tunne-elämän epävakauteen ja luottamus elämän jatkuvuuteen. (Virtanen, 2019, ss. 18, 24–26, 38)

## **6.2 ACE-pisteet, eli trauman vaikutus terveyteen ja elinikään**

Koska autonomisen hermoston ja aivojen kehitys on voimakkainta vauva- ja taaperoiässä, on varhaisten vuosien kokemuksilla, niin hyvillä kuin traumaattisillakin, voimakkain vaikutus hermostomme kehitykseen ja joustavuuteen. Vaikutus yltää tunteiden säätelyyn, luottamuksen säilyttämiseen muihin, omaan itsetuntoon, positiiviseen tulevaisuusajatteluun sekä älyn ja tunneälyn kehitykseen. Hylkäämiskokemukset ja kaltoinkohtelu vaikuttavat negatiivisesti jopa ihmisen immuunivasteeseen. (Sarvela & Pelkonen, 2020, s. 113) Myös köyhyys, eikä vai materiaalinen köyhyys, vaan myös ihmissuhteiden köyhyys, altistaa traumatisoitumiselle (Pelkonen & Sarvela, 2020, s. 263).

Suomessa sosiaali- ja terveydenhoitoalan ammattilaiset tunnistavat vielä suhteellisen huonosti traumaperäistä kroonista stressitilaa ja sen oireita. Yksittäisen traumaattisen tapahtuman klassinen oireisto on helpompaa havaita, mutta jatkuvasti arjessa olevien oireiden tunnistaminen on haastavampaa. Tämä johtuu osin siitä, koska traumaperäiset häiriöt ovat niin monitahoisia ja traumakokemukset saattavat olla hyvinkin syvällä piilossa ja aiheuttaa irrationaalisia reaktioita ja kokemuksia ihmisen arjessa. Pitkäaikainen emotionaalinen ja fyysinen kaltoinkohtelu ja laiminlyönti lapsuudessa voi saada stressihormonitason kroonisesti kohoamaan tuoden sitä kautta ihmiselle terveysongelmia. Traumaattisen stressin syvin olemus ja sen vaikutus yksilön fysiologisiin, sosiologisiin ja psykologisiin seuraamuksiin valottuvat ymmärtämällä lapsuuden haitallisten kokemusten, eli Adverse Childhood Experience -kokemusten (ACE) sisältöä. (Sarvela & Pelkonen, 2020, ss. 97, 102)

Vincent Felitti (1998) tutkijaryhmineen julkaisivat laajan, 9508 ihmisen datasta analysoidun tutkimuksen, jossa kartoitettiin tutkijaryhmän nimeämiä lapsuuden haitallisia kokemuksia (ACE). Näitä oli 10 erilaista, kuten lapsuudessa koettua fyysistä, seksuaalista tai emotionaalista väkivaltaa, äidin terveyttä tai henkeä uhkaavan väkivallan todistamista, fyysistä tai emotionaalista laiminlyöntiä, vanhempien ero, mielenterveysongelmat, päihteiden käyttö tai vankilaan joutuminen. Näistä jokaisesta sai yhden pisteen, joten ACE-pisteitä saattoi saada maksimissaan 10. Saatuja kyselytuloksia verrattiin vastanneiden terveystietoihin ja näin tutkimuksen tuloksena saatiin selville kertoimet, kuinka suurelta osin krooninen traumaattinen stressi vaikutti terveyteen aikuisena sekä eliniän ennusteeseen. Traumaattisen stressin, johtuen lapsuuden haitallisista kokemuksista, todettiin vaikuttavan suoraan verrannollisesti sekä ihmisen elinikään, hyvinvointiin että terveyteen muun muassa kroonisina sairauksina ja vahingollisena terveyskäyttäytymisenä. Alla, kuvassa 1, havainnollistava ACE-pyramidiksi kutsuttu kuvaus siitä, miten lapsuuden haitalliset kokemukset johtavat lopulta ennen aikaiseen kuolemaan.

Kuva 1. ACE pyramidi kuvaa lapsuuden haitallisten kokemusten vaikutusta myöhempään elämään. (Leban & Gibson, 2020)



Tutkijat näkivät kehityksen siten, että runsaat ACE-kokemukset muodostivat pohjan sille, miten ihmiselle syntyy sosiaalisia, emotionaalisia ja kognitiivisia ongelmia. Tämä puolestaan lisää merkittävästi riskikäyttäytymistä ja huonojen elämäntapojen omaksumista, siten sairastumista ja sosiaalisia ongelmia ja lopulta jopa 20 vuotta varhaisemman kuoleman. (Fellitti ym., 1998, s. 256) Tätä ei myöskään paranna se tosiasia, että monilla traumatisoituneilla on usein välttelevä ja vihamielinen suhde omaan kehoonsa ja tunteisiinsa. Lisäksi kehon viestejä pyritään peittämään erilaisilla riippuvuuksilla. (Pelkonen & Sarvela, 2020, s. 262)

Pelkonen & Sarvela (2020, s. 105) viittaavat kirjassa *Yhteinen kieli* Nadine Burke Harrisin vuonna 2015 julkaisemaan *How childhood trauma affects health across a lifetime* -videoon, jossa hän esittää, että ihmisten korkea sairastavuus selittyisi vain 50 prosenttisesti huonoilla elintavoilla, sillä traumaperäinen stressi on myrkyä elimistölle ja vaikuttaa näin ollen ihmisten terveyteen. Tämä on Dong ym. (2004) tutkimuksesta *Insights into causal pathways for ischemic heart disease: adverse childhood experiences study*, jossa tutkijat tarkastelivat ACE-pisteiden ja iskeemisten sydänsairauksien välistä yhteyttä tutkien 17 337 henkilön tietoja. He osoittivat, että tautiriski kasvoi yhdeksällä ACE-pisteellä hurjasti, seitsemällä merkittävästi. Tutkimus osoitti, että psykologiset tekijät, kuten korkeat ACE-pisteet, kasvattivat riskiä iskeemisen sydänsairauteen enemmän kuin sydän- ja verisuonitautien yleisinä riskitekijöinä pidetyt tupakointi, päihteet, ylipaino, diabetes, korkea verenpaine tai vähäinen liikunta. Vaikka Dong ym. (2004) tutkivat vain ACE-pisteiden ja iskeemisten

sydänsairauksien korrelaatiota, ovat tutkimuksen tulokset saman suuntaisia kuin alkuperäisessä Fellittin ym. (1998, ss. 252–254) tutkimuksessa, jonka tuloksena syntyneitä riskikertoimia on esitetty taulukossa 1.

Taulukko 1. Riskikertoimet sairastuvuudelle, mikäli henkilöllä on vähintään 4/10 ACE-pisteitä verrattuna henkilöön, jolla ACE-pisteitä ei ole. (Fellitti ym., 1998, ss. 252–254)

1. Itsemurhan yrittäminen	12,2
2. Suonensisäisten huumeidenkäyttö	10,3
3. Alkoholismi	7,4
4. Huumeiden käyttö	4,7
5. Masennus	4,6
6. Astma tai keuhkohtaumatauti COPD	3,9
7. Lukuisat seksikumppanit	3,2
8. Sukupuolitaudit	2,5
9. Aivohalvaus	2,4
10. Iskeeminen sydänsairaus	2,2
11. Tupakointi	2,2
12. Mikä tahansa syöpä	1,9
13. Diabetes	1,6
14. Vakava ylipaino	1,6

Alkuperäinen ACE-tutkimus on poikunut sittemmin lukuisia tutkimuksia, kuten De Venter ym. (2013) *The relationship between adverse childhood experiences and mental health in adulthood. A systematic literature review*, jonka tuloksena tutkijat osoittivat, että ACE-pisteillä on voimakas korrelaatio myöhempään masennus- ja ahdistusoireiluun, päihteiden ja alkoholin käyttöön ja he saivat myös selville mikä ACE-kokemus johtaisi todennäköisimmin mihinkin mielenterveydenongelmaan. Lasten kaltoinkohtelu ja perheväkivalta aiheuttavat tutkimuksen mukaan valtaosan uhrien mielenterveysongelmista. Joissain aiemmissa tutkimuksissa on saatu viitteitä siitä, että tytöillä olisi enemmän ACE-kokemuksia kuin pojilla, mutta tuoreen tutkimuksen mukaan ero ei ole merkittävä (Leban & Gibson, 2020).

Nadine Burke Harris (2019, ss. 207–209) kertoo kirjassaan *Syvälle ulottuvat juuret*, kuinka San Fransiscossa omalla klinikallaan Center for Youth Wellness:lla he ovat seuloneet ACE-pisteet kaikilta vuodesta 2008 alkaen. Pisteiden seulonta tosin tapahtuu nykyään siten, ettei hoitohenkilökunta saa tietää kuin yhteispistemäärän, eikä sitä mistä pisteet muodostuivat. Tämän lisäksi klinikan kyselykaavakkeessa kysytään perheen ulkoisia lapsuuden haitallisia kokemuksia, jotka aktivoivat stressireaktioita, kuten koulukiusaaminen, levoton asuinalue, sijaiskoti, kodittomuus, huoltajan kuolema tai maasta karkotus, syrjintä tai toistuvat lääketieteelliset operaatiot. Lisäksi teini-ikäisiltä kysytään nuorisovankeudesta sekä henkisestä tai fyysisestä väkivallasta seurustelusuhteessa. Alustavissa tutkimuksissa kuitenkin, niin traumatisoivaa kuin koulukiusaaminenkin voi olla, on perinteisillä ACE-kokemuksilla suurempi vaikutus terveyteen kuin yhteisö- ja ympäristötekijöillä. Tätä on perusteltu hyvän ja terveen kiintymyssuhteen luomalla stressinsäätelytaidoilla, jolloin stressi ei nouse myrkylliselle tasolle.

Berceli (2011/2017, ss. 8, 21, 30) muistuttaa myös siitä, että traumat ovat aina kuuluneet osaksi myös ihmisten evoluutioprosessia, joten meillä on myös luontaisia kykyjä toipua traumasta. Traumatutkimus on osoittanut, että keho ja mieli toimivat aina yhdessä. Niinpä trauman laadusta riippumatta, eli onko se ihmissuhdetrauma, psyykkinen tai fyysinen trauma, näkyy se aina kehossa. Trauma on kehon vaistonvarainen, psyykkinen sopeutumisreaktio ja traumakokemuksen aikana tapahtuu kehossa biologisia, neurologisia ja anatomisia muutoksia. Ihmisen adrenaliini-, kortisoli- ja serotoniiniaineenvaihdunta muuttuvat pitkällisen tai toistuvan traumatisoitumisen myötä.

Sarvela & Pelkonen (2020, s. 102) pohtivat sitä, miten Suomessa tulisi tutkia kuinka korkeita ACE-pisteitä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilla on, sillä tällöin tämä voitaisiin kääntää uudenlaiseksi ymmärrykseksi asiakkaita/potilaita kohtaan. On myös tutkittu lastensuojelun työntekijöiden omien ACE-pisteiden yhteyttä heidän selviytymiskeinoihinsa hallita lastensuojelutyön aiheuttamaa stressitasoa. Tuloksena oli, että heidän ACE-pisteensä olivat korkeammat kuin muulla väestöllä. Tästä päästiin johtopäätökseen, että ACE-pisteiden korkea määrä ennustaa ammatinvalintaa, mutta ammattilaisten todetut epäterveet stressinhallintakeinot ennustavat kovempaa työstressiä. Tällöin heidän tarjoaman palvelun laatu heikkenee. (Lee, Pang, Lee, Melby, 2017) Mikäli sote-alan ammattilaisten stressitasoa

saadaan alemmaksi, parantaa se potilaiden kohtaamisten vuorovaikutusta ja asiakkaiden saamaa palvelua (Sarvela & Pelkonen, 2020, s. 103).

Tampereen yliopistollisen sairaalan Taysin psykiatrian henkilökunnan lapsuuden traumaattisista kokemuksista on tehty vuonna 2015 Laura Oravalan toimesta tutkimus *Trauma vie psykiatriseen sairaalaan sekä potilaaksi että työntekijäksi*. Siinä ei suoraan kartoitettu ACE-kysymyksiä, mutta kysytyt asiat olivat hyvin pitkälle samoja. Tutkimuksessa todettiin, että lapsuuden traumaattiset kokemukset ovat yleisiä psykiatrian alalla työskentelevillä. Lisäksi tuloksista ilmeni esimerkiksi, että lähi- ja mielenterveyshoitajilla oli 50 % enemmän taustallaan lapsuuden fyysistä pahoinpitelyä kuin sairaanhoitajilla. Kuitenkin suurin oivallus tutkimuksesta oli siihen vastanneiden kokemus, ettei lapsuuden ajan traumoja huomioida tarpeeksi työterveyshuollossa, työnohjauksessa eikä työyhteisössä. (Oravala, 2015, ss. 6–9)

### **6.3 Polyvagaaliteoria ja vireystilansäätelyongelmat**

Kaikkien ihmisten vireystila vaihtelee päivän aikana sen tapahtumien mukaan. Pyrimme olemaan tilanteissa läsnä. Monimuotoisesti traumatisoituneelle tämä voi olla haastavampaa kuin muille, sillä ihmissuhteiden, työn, levon ja vaikkapa vanhempana olemisen välinen vireystilan vaihtelu vaatii aivojen toimintajärjestelmien joustavuutta, yhteistyötä ja integraatiota. Kun nämä eivät traumasta johtuen toimi, saattaa se näkyä kehon, etenkin hartioiden ja niskan jännityksenä, hengityksen tihentymisenä, sykkeen nousuna ja tunteiden ailahteluna ja tällöin ihminen on ylivireystilassa. Alivireystilassa jännitys ja kivut tuntuvat usein selän puolella ja mieli kuvautuu masentuneen ihmisen mieleksi, jossa toivottomuus ja alakulo vallitsevat, tunteet ovat turtuneet ja liike on vähäistä. Paineen kasvaessa valinnat tulevat vaikeammiksi ja itsekritiikki nousee. Näiden seurauksena turvattomuus lisääntyy ja luottamus itseensä katoaa. Ennen kaikkea ihmisen voimavarat hupenevat kaaoksen hallintaan ja näin olotila voi kroonistua yli- tai alivireystilaksi, jossa ihminen yrittää vain selviytyä, eivätkä arjen valinnat aina ole johdonmukaisia. (Karkkunen, 2020, ss. 203, 207)

Monimuotoisesti traumatisoitunut on oppinut rauhoittamaan itseään yleensä väärin. Joskus itsensä vahingoittamisesta on tullut rauhoittamiskeino jo pienenä lapsena. Traumatisoitunut

voi myös kapeuttaa tietoisuuttaan käyttämällä kaiken aikansa tietokonepeleihin tai uppoutua sarjakuviin. Myös päihteet, jopa itsetuhoinen itsensä tiedottomaksi juominen, sekä ahmiminen voivat toimia tunnetilojen säätelijöinä. Traumatisoituneen keho reagoi traumatakaumia laukaiseviin ärsykkeisiin hormonaalisin ja fyysisin muutoksin esimerkiksi edellä mainituilla sykkeen nopeutumisella, käsien hikoilulla ja vapinalla. Tämä reagointi on automaattista ja ylivalpasta, alituista valmiutta taistella tai paeta. Todellinen toipuminen, eli eheytyminen edellyttää, että myös keho oppii vaaran olevan ohi. Kuitenkin ylivirittyneisyyttä useammin monimuotoisesti traumatisoituneet reagoivat aistimaansa uhkaan liikkumattomuudella, sillä he ovat menettäneet kykynsä puolustautua tehokkaasti taistelemalla tai pakenemalla. Tämä johtuu siitä, että he ovat hylänneet pakenemisen vaihtoehdon traumatisoitumisen hetkellä vain selvitäkseen hengissä. (Poijula ym., 2020, ss. 149–150; Pelkonen & Punkanen, 2020, s. 160)

Tämän automaattisen reagoinnin ymmärtämiseksi on monimuotoisesti traumatisoituneiden hoitotyössä yleisesti otettu käyttöön Stephen Porgesin (2007) jo 1990-luvulla lanseeraama termi neuroseptio, joka liittyy ali- ja ylivireystilaan, sekä niiden välissä olevaan niin kutsuttuun sopivaan vireysikkunaan, mikä traumatisoituneilla on kapea. Karkkunen (2020, s. 205) tiivistää neuroseption kuvaavan vuorovaikutuksen tiedostamatonta, alituisen hermoverkostossa tapahtuvaa aistiperäistä tietoa, jossa ihminen erottelee muista ihmisistä ja ympäristöstään riskitekijöitä. Neuroseptio tapahtuu niin kutsutuissa liskoivoissa ja se käynnistää joko suojautumisen tai sosiaalisen avoimuuden. Kyse on autonomisen hermoston parasympaattisesta haarasta, joka jakautuu kahteen erilaiseen ja myös anatomisesti erilliseen kiertäjähermoon, jotka edustavat vastakkaisia autonomisen säätelyn muotoja. Normaalisti vatsan puoleinen kiertäjähermo aktivoituu turvallisessa ympäristössä ja saa meidät liittymään toisiin ihmisiin. Selän puoleinen kiertäjähermo sen sijaan aktivoituu ihmisillä äärimmäisissä vaaratilanteissa, joita monimuotoisesti traumatisoitunut on kokenut lapsuuden kaltoinkohtelun myötä usein ja seurauksena on lamaantuminen. Tämä tiedostamaton toiminta johtaa siihen, että hänen on vaikea olla noteeraamatta jostain kumpuavaa puolustautumisreaktiota, vaikka tiedostaa samalla tilanteen olevan turvallinen. Toisaalta hänellä ei välttämättä ole myöskään kykyä ottaa puolustusreaktioita käyttöön, vaikka tilanne olisi aidosti uhkaava (Ylikomi, 2015, s. 63).



Autonominen hermosto käsittää paitsi edellä kuvatun parasympaattisen hermoston, myös sympaattisen hermoston, jota voidaan kutsua myös taistele ja pakene -hermostoksi. Se reagoi uhkaan, jota Porges kutsuu vaaran neuroseptioksi. Tämä hermoston osa aktivoituu, kun ihminen aistii vaaraa tai häntä pelottaa, mutta ei koe vielä hengenvaaraa. Tällöin kehon fysiologiset toiminnot kiihtyvät ja ihminen ylivirittyy ja valmistautuu suojautumaan erittäin nopeasti. Tämä hermoston toimintamalli on kuitenkin lievempi kuin aiemmin mainittu parasympaattisen hermoston selän puoleinen, äärimmäiseen uhkaan reagoiva kiertäjähermo. Tämä automaattisen hermoston sympaattinen haara aktivoituu arjessa ihmisillä esimerkiksi silloin, jos he joutuvat esiintymään luokan edessä ja ovat epävarmoja ja pelokkaita altistuessaan arvostelun kohteeksi. Ironista kyllä, samanaikaisesti esityksestä selviytymiseen keskittyminen hidastaa automaattisesti kognitiota vaikeuttaen esiintymistä. (Karkkunen, 2020, ss. 204–205)

Haluamme kuitenkin tuoda esiin, että sympaattisen hermoston aktivoitumisesta on hyötyä muun muassa tilanteissa, joissa tarvitaan nopeaa reagoitua ja päätöksentekokykyä, eivätkä turhat ajatukset saa häiritä tekemistä. Tällainen tilanne on esimerkiksi ihmisen elvytys, jossa vaaditaan niin sanotusti selkärangasta tulevaa toimintaa sekä loogista, johdonmukaista ajattelua ja toimintaa liiallisiin yksityiskohtiin huomiota kiinnittämättä – usein vielä tiimityönä.

Dissosiaatiohäiriöstä kärsivällä on hallitsematonta vireystilan säätelyn ongelmaa, mikä johtuu juuri tunteiden säätelyn vaikeudesta. He ovat joko ali- tai ylivireitä ja olo vaihtelee jatkuvasti näiden tilojen välillä. Heidän arkielämässään toimiva persoonallisuuden osansa saattaa tuntea jatkuvaa turtumusta, tunteiden laimenemista ja tietoisuuden sulkeutumista. Myös fyysiset tuntemukset voivat hiipua. Kaikki nämä yhdessä estävät traumatisoitunutta nauttimasta elämästä täysillä. Ja kuten yllä mainittu, ihminen voi olla myös ylivireä. Tällöin hän on aivan liian kiireinen tunteakseen mitään, hän on ahdistunut, masentunut sekä kokee syyllisyyttä, häpeää, turhautuneisuutta, ärtyisyyttä ja vihaa, jotka estävät häntä tuntemasta läheisyyden tunnetta ihmissuhteissa. (Hart ym., 2009, s. 49)

Neuroseption ja vireystilan säätelyongelmien, tai oikeammin automaation, ymmärtäminen ja selittäminen traumatisoituneelle potilaalle on tärkeää, koska traumasta kärsivät kokevat

usein olevansa aistimustensa, fyysisten reaktioidensa ja tunteidensa armoilla. Psykoedukaatiota saadessaan he oppivat ymmärtämään, etteivät heidän ylivireytensä aiheuttama impulsiivisuus ja itsetuhoisuus tai alivireyden lamauttava äärimmäisen pelon kokemus ole heidän syynsä, vaan se kumpuaa virheellisestä neuroseptisestä tulkinnasta, aivan kuten vireystilan laskun mukanaan tuoma sisäinen tyhjyys. Yli- ja alivireystilalle on yhteistä se, että molemmissa tiloissa aivokuoren verenkierto heikkenee etenkin otsalohkosta, joka vastaa paitsi vireystilasta, myös toiminnansäätelyä ja -ohjauksesta. Tämän vuoksi ihminen saattaa ylireagoida ärsykkeeseen, panikoida tai muuttua poissaolevaksi tai muuten jähmeäksi. Oppiessaan ymmärtämään neuroseptiota, vireystilanmuutosta laukaisevia tekijöitä ja itse vireystilan säätelyä, heidän identiteettinsä rakentuu uudelle pohjalle, kun he saavat tietoa siitä, ettei heidän tule syyttää itseään äärimmäisistä tunteistaan ja ylireagoinnistaan. Toisin sanoen ajoittain epävakaa käytös saa selityksen ja luo toivon, että sitä voi oppia hallitsemaan. (Ogden & Fisher, 2016, s. 151; Karkkunen, 2020, s. 208)

#### **6.4 Muistiongelmat arjessa**

On kyse sitten minkä tasoisesta rakenteellisesta dissosiaatiosta hyvänsä, eivät siitä kärsivät henkilöt arkielämässä toimivassa persoonallisuuden osassa ollessaan yleensä ole tietoisia siitä, kuinka heidän toinen persoonallisuuden osansa kokee ympäristönsä ja miten hän käyttäytyy. Eri persoonallisuudet ilmenevät eri tilanteissa, ja muuttuminen yhdestä persoonallisuuden tilasta toiseen tapahtuu yleensä äkillisesti muutamassa sekunnissa. Eri persoonallisuuden osat, eikä varsinkaan arjessa toimiva persoonallisuus, ole tietoinen muiden sivupersooniensa olemassaolosta. Näin ollen sivupersoonahäiriöön liittyy usein eriasteisia dissosiativisia muistihäiriöitä, jolloin ihminen ei esimerkiksi tiedä miten on jonnekin joutunut tai miksi tiliotteella on ostoksia, joita ei mielestään ole tehnyt. Tämä vaikeuttaa hoitoon hakeutumista, sen saamista sekä itse hoitoa, jossa yritetään selvittää eri persoonallisuuden tiloja laukaisevia tilanteita ja traumaattisia muistoja. (Huttunen, 2018)

Lisäksi dissosiaatiohäiriöisen, monimuotoisesta traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivän elämäkerrallisessa muistissa on yleensä enemmän tai vähemmän outoja aukkoja. Tämä johtuu siitä, että siinä missä arkielämässä toimiva normaali persoonallisuuden osa ei muista

juuri mitään traumasta, muistaa trauma-aikaan juuttunut osa aivan liikaa. Arkielämässä toimiva persoonallisuuden osa voi myös muistaa trauman, mutta siltä puuttuu muistoihin kuuluvat tunteet tai fyysiset tuntemukset sekä tunne, että trauma tapahtui henkilölle itselleen. Näin ollen henkilö saattaa kertoa hyvinkin shokeeraavaa tapahtumaa tunteettomasti eikä lainkaan omakohtaisesti. Joskus muistojen kertomiseen ei löydy sanoja, jolloin arkielämässä toimiva persoonallisuuden osa voi eristäytyä ympäristöstään, työtovereistaan, ystävästään ja perheestään. Trauma-aikaan juuttuneet osat puolestaan eivät pysty muodostamaan muistoista kokonaista kertomusta ja näin ollen ne eivät pysty pukemaan trauma sanoiksi ja jakamaan sitä muiden kanssa. (Hart ym., 2009, ss. 39–41)

Itse traumamuistot poikkeavat normaaleista elämäkerrallisista muistoista suuresti ja ovat hallusinaatiomaisia, yksinäisiä kokemuksia ja ne koostuvat tunteista ja tuntemuksista, näköaistimuksista ja fyysisistä kokemuksista, jotka ovat pelottavia ja estävät henkilöä havainnoimasta nykyistä ympäristöään (Hart ym., 2009, s. 41). Sen sijaan post-traumaattisesta stressireaktiosta (PTSD) kärsivillä traumamuistot ovat usein normaalimuistoa elävämpiä ja ne ovat yksityiskohtaisia ja siten eroavat muista traumamuistoista. Epänormaaleihin muistoihin tulisi suhtautua neutraalisti ja hyväksyä, että joko kerrottu on totta, on osittain totta tai ei ollenkaan totta, mutta todenperäisyys löytyy sitä kautta, että se sopii potilaan elämäkertaan, oireisiin ja siihen millainen hän on tänä päivänä. Aina ei ole olemassa sanoja, jotka kuvaisivat tapahtunutta ja niiden puute on syvää yksinäisyyttä tilanteessa, jossa ei kykene kertomaan mitä haluaisi. (Ylikomi, 2015, ss. 52, 58, 67) Tämän vuoksi on kehitetty uusia menetelmiä muun muassa van der Kolkin kehittämät kehoterapiamuodot ja psykofyysinen fysioterapia (Pojula ym., 2020, s. 150).

## **6.5 Välttelykäyttäytyminen ja itsetuhoinen käytös**

Arjessa ongelmaksi muodostuu välttelykäyttäytyminen, kun arkielämässä toimiva persoonallisuuden osa alkaa vältellä kaikkea mikä saattaisi muistuttaa traumasta. Esimerkkinä se, että kuristamalla lähes henkensä menettänyt ei välttämättä koskaan voi käyttää kaulakorua tai kaulahuivia tai kunnolla edes koskea kaulaansa, eikä ihminen itse voi ymmärtää miksi näin on. Välttelykäyttäytyminen ylläpitää tai voimistaa muistamattomuutta sekä rajoittaa tunteita. Välttelykäyttäytymisellä ihminen kykenee toimimaan arjessa, mutta

se vaikeuttaa organisointia sekä motivointia ja hänellä on vaikeuksia aktivoida ja koordinoida toimintaansa. Ulkoisten muistuttajien lisäksi välttelykäyttäytyminen voi aiheuttaa itsetuhoista käytöstä tai päihteiden käyttöä. Molemmat turruttavat emotionaalista kipua ja estävät traumamuistoja pääsemästä tietoisuuteen. Tämä on kuitenkin ongelmallista, sillä peruspersoonallisuus, eli arkielämässä toimiva osa, pyrkii olemaan mahdollisimman normaali. (Hart ym., 2009, ss. 46–47, 55)

Puolustus- ja suojamekanismi suojaa ihmistä uudelleen traumatisoitumiselta. Virtanen (2019, ss. 27, 39–42) mainitsee arkkityyppisen defenssin kolmeksi vaihtoehtoiseksi keinoksi riippuvuuden, masennuksen ja fantasian. Fantasiaan voi kadota, päihteillä puuduttaa itsensä. Masennus vie tulevaisuuden toivon ja suojaa siten uusilta haavoilta. Viime kädessä elämänpelko voi johtaa jopa itsemurhaan, koska sekin on parempi vaihtoehto kuin uudelleen traumatisoitumisen myötä aktivoituva henkinen kipu.

Kehon luonnollisesta suojamekanismeista johtuen trauman hetkellä kehon muuttuminen tunnottomaksi on normaalia. Ongelmallista on jos turtumus jatkuu traumatilanteen jälkeen. Trauman kokenut voi päihteiden avulla turruttaa kehostaan tunteet, mutta samalla elämänhalu turtuu. Itsemurha-ajatusten lisääntyminen liittyy fyysisten tuntemusten vähenemiseen. (Berceli, 2011/2017, s. 52) Hoitohenkilökunnan tulisi siis osata huomioida hoitosuunnitelmassa edellä mainittu itsemurhariskin kasvaminen, mikäli havaitaan potilaan tunteiden ja fyysisten tuntemusten vähentyneen, kuten kyky tuntee kipua.

Itsetuhoinen käytös voi olla myös säälimätöntä rankaisua omaa vartalooaan kohtaan, joka vietteli lapsena hyväksikäyttäjän ja yhä on virittynyt aistimaan ja reagoimaan traumasta muistuttaviin triggereihin. Kolmas vaihtoehto itsetuhoiselle käytökselle on jo 1930-luvulla lääkäri ja psykoanalyytikko Sándor Ferenczin teoria, että itsetuhoisen käyttäytymisen mahdollistaa jakautuneen persoonallisuuden kaltoinkohtelijaa jäljittelevä persoonallisuuden osa, jolloin traumatisoitunut kokee, että viiltely tai itsensä lyöminen tapahtuu hänelle itselleen, muttei hän kykene tilanteeseen vaikuttamaan, sillä ei koe olevansa itse sen tekijä. (Suokas-Cunliffe & Maaranen, 2014, s. 2614)

## 6.6 Traumatakaumat tunnetiloina ja kehollisina tuntemuksina

Sillä, kuinka eriytyneitä persoonallisuuden osat ovat sekä sillä, miten voimakkaasti traumamuistot tunkeutuvat traumasta erillään olevan persoonallisuuden osan arkeen, on suuri merkitys. Kuten edellä kerrotaan, voivat traumamuistot ilmentyä tunnetiloina, takaumina, ruumiillisina tuntemuksina sekä painajaisina tai vallan voi ottaa itsenäinen persoonallisuuden osa. Pahimmillaan persoonallisuuden osat voivat olla hyvinkin eriytyneitä toisistaan, jolloin niillä on oma tietoisuus ja oma elämänhistoria, kuten DID-potilailla. Nämä persoonallisuuden osat vievät paljon aikaa ja energiaa ja ne voivat olla hyvin pelottavia. Siksi välttelykäyttäytyminen lisääntyy. Traumatakaumat laukaisevat pelkotiloja, jotka saavat traumatisoituneen henkilön turvautumaan korvaaviin toimintoihin. Näitä ovat kieltäminen, välttely, alistuminen, kontrollointi tai erilaiset addiktiot. Traumatisoitunut turvautuu näihin, sillä hän ei pysty täysin yhdistämään omia menneisyyden kokemuksiaan yhtenäiseksi tarinaksi eikä todentamaan niitä, eikä varsinkaan yhdistämään miksi ne tunkeutuvat mieleen nykyisyydessä. Toisin sanoen ihminen voi ahdistua tilanteessa, jossa ulkopuolisen silmin ei ole mitään pelättävää. Tällöin käyttäytyminen tapahtuu puutteellisesti tiedostetuin motiivein, impulsiivisesti ja ilman mahdollisuutta harkintaan. (Pelkola & Punkanen, 2020, ss. 158–160)

Monimuotoisesti traumatisoituneilla voi olla monenlaisia vaikeuksia huolehtia fyysisestä terveydestään. Hän voi pyrkiä olemaan kroonisesti alavireinen ja lisäksi suhde omaan kehoon saattaa olla voimakkaasti kietoutunut inhoon, häpeään, pelkoon ja jopa vihaan. Tällöin sairaanhoitaja saattaa kysymyksillään koskien potilaan kehoa ja yhteyttä siihen, saada aikaan selkeitä dissosiaatio-oireita. Monimuotoinen traumatisoituminen sekoitetaan masennukseen siksi, että kuten masentunut, voi traumatisoitunutkin olla jatkuvasti väsynyt, nukkua liikaa, olla tunneilmaisultaan lattea sekä toiminta- ja aloitekyvytön. Jos potilas on kokenut vakavaa fyysistä väkivaltaa, voi hänellä olla voimakkaita kehollisia traumaperäisiä dissosiaatio-oireita. Näitä ovat tyypillisimmin epämääräiset vatsavaivat ja epämiellyttävät kehotuntemukset sekä kipu. Traumatisoituneet eivät ymmärrä kroonisen kehollisen oireilun traumaattista alkuperää, joten he hakeutuvat somaattiselle puolelle hoitoa etsimään. (Katajisto, 2012, s. 63; Antervo, 2017, ss. 136–137)

Kun ihminen tarkkailee kehoaan huolen ja pelon kautta, lisää se ahdistusta, joka johtaa mielialan laskuun sekä avuttomuuteen. Ihminen luonnostaan välttelee asentoja ja sellaisia toimintoja, jotka ovat joskus aiheuttaneet kipua. Traumatisoituneella voi olla kroonista kipua ilman fyysistä syytä, minkä taustalla on etuaivokuoren kivun säätelyyn osallistuvien alueiden muutokset kroonisen stressin seurauksena. On todettu, että jo sikiöaikainen tai pikkulapsena koettu stressi voi herkistää keskushermostoa stressin ja tunteiden säätelyn vaikeuksille. Tällöin manteliumakkeen on todettu suurentuneen erityisesti oikealta puolelta sekä hippokampusten olevan tilavuudeltaan pienempiä. Kivun tarkoituksena on viestiä kehon kuuntelun tarpeesta ja pysähtyä näiden tarpeiden äärelle. Epämääräisissä kiputiloissa on usein kyse jännittymisestä, joka johtuu riittämättömyyden tunteesta oman jaksamisemme tai osaamisemme suhteen. (Palomäki, 2020, ss. 305–307)

Kun aivot tulkitsevat jonkin tilanteen uhkaavaksi tai mahdollisesti vaaralliseksi, voi jo tämä pelkkä aivojen luoma tulkinta riittää siihen, että ihminen kokee kipua. Kipu on siis fyysinen kokemus, mutta myös tunnetila. Turvallisuudentunne vähentää kipua, mikäli kivun säätelyjärjestelmä eivätkä kipuradat ole ehtineet herkistyä kivulle. (Palomäki, 2020, s. 313)

Hermoston kautta emotionaalisen trauman vaikutukset yltävät mieleen ja kehoon sekä vaikuttavat siten ajatuksiin ja jopa uskomuksiin. Tämä puolestaan johtaa siihen, kuinka traumatisoitunut reagoi kehollaan stressiä nostattavissa tilanteissa jolloin esimerkiksi ryhti, kehon asento, tapa hengittää ja liikkua ovat huomiota herättäviä. Tämä puolestaan vaikuttaa siihen millaisena traumatisoitunut itsensä kokee ja näkee osana ympäristöään. Jatkuva turvattomuuden tunne ja se, ettei ihminen ymmärrä miksi reagoi eri tilanteissa kuten reagoi, lisää hänen kauhunsa, häpeänsä, arvottomuuden, pelon ja raivon tunteitaan. (Ogden ym., 2009, ss. 3–4)

Dissosiaatio aiheuttaa sen, että ihminen joko välttelee traumamuistuttajia ja turtuu sekä tunteiden tasolla että kehollisesti tai hän elää traumakokemusta yhä uudelleen paitsi unina myös elimellisinä oireina, kuten kipuna. Nämä keholliset oireet vaikuttavat mieleen ja ajatuksiin kokonaisvaltaisesti muuttaen kognitiota, ajatusyhteyksiä sekä ajatusnopeutta ja siten sitä, kuinka ihminen kokee itsensä. Myös sisäiset tunnetilat vaikuttavat ulkoiseen

olemukseen, eli siihen millaisena muut näkevät meidät, mutta traumatisoituneella kehon asento saattaa ilmentää alati taustalla olevaa tunnetta. (Ogden ym., 2009, ss. 4–5, 10, 13)

## 7 Monimuotoinen trauma ja ihmissuhteet

Harvoilla ilman hoitoa olevilla monimuotoisesti traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivillä on pysyviä ja terveitä ihmissuhteita, sillä heillä on elämässään läsnä trauman vaurioittama malli läheisistä ihmissuhteista. Vanhemman aiheuttama julma perheväkivalta, seksuaalinen hyväksikäyttö tai laiminlyönti ovat jättäneet jälkensä ihmisen tapaan kokea kaikki läheiset ihmissuhteet. Traumatisoitunut joutuu tekemään lujasti töitä läheisyyteen kytkeytyvän epäluottamuksen kanssa, koska hän kuitenkin kaipaa läheisyyttä, mutta herkästi välttelee kiintymistä. Myös tunneasteikko on traumatisoituneella herkistynyt siten, että hän voi tulkita kokemansa pelon lievässäkin riitatilanteessa pakokauhuksi, jolloin vastareaktio on yliampuvan puolustautuva teatraalisine raivonpuuskineen, kyynelineen, masennuksineen ja vetäytymisineen. (AtCare Oy, n.d.; Bercei, 2011/2017, s. 61)

Ihmisillä on syntymästään saakka tarve olla yhteydessä toisiin ihmisiin, myös aikuisuudessa. Mikäli ei ole mahdollisuutta kiinnittyä toiseen ihmiseen turvallisesti, käy turvatonkin kiintymyssuhde. Monesti aikuisena ihmissuhteessa traumatisoituminen johtaa siihen, että uhrin muut ihmissuhteet katkeavat ja hänestä alkaa tuntua, että väkivallan tekijällä on kaikki valta päättää hänen elämästään. Lisäksi vakavasti traumatisoitunut taantuu henkisesti nuoremaksi minäkseen ja kadottaa opitut psyykkiset taidot ja on yhtä riippuvainen ja lojaali väkivallan tekijälle, kuten lapset ovat vanhemmilleen. Uhri on saattanut jo alun perin olla elämäntilanteensa, terveytensä tai puutteellisen elämäkokemuksen takia haavoittuvainen. Tarvehierarkia on traumatisoituneella erilainen ja sen keskeinen tavoite on säilyttää kiintymyssuhde sekä oma toimintakyky arjessa, mikä kuitenkin tapahtuu tunteiden, muistamisen ja ajattelukyvyyn kustannuksella. Tästä seurauksena on traumatisoituneen toiminta omia etujaan vastaan etenkin pitkällä tähtäimellä. (Ylikomi, 2015, ss. 56–58)

Emotionaalisella tasolla monimuotoisesti traumatisoituneella on vaikeuksia asettaa rajoja, sillä henkisiä, fyysisiä ja joskus myös seksuaalisia rajoja on rikottu lapsesta lähtien. Omat rajat ovat sitä, kuinka paljon viettää toisten kanssa aikaa ja kuinka paljon heille tekee

palveluksia. Se on sitä, kuinka laveasti kertoo asioita itsestään ja elämästään, mutta se on myös sitä, millaista kohtelua sietää. Rajojen asettaminen vaatisi omien tunteiden ja tarpeiden tunnistamista ja tunnustamista, mutta sitä monimuotoisesti traumatisoituneilla ei juurikaan ole. Traumatisoitunut herkästi kokee kieltäytyessään olevansa itseksä, epäystävällinen ja tyly. Lisäksi hän pelkää toisen pahoittavan mielensä, jopa suuttuvan ja siten hylkäävän. Tämä aiheuttaa traumatisoituneessa valtavaa häpeää ja syyllisyyttä ja hylätyksi tulemisen pelkoa, jonka hän usein nimeää vain ahdistukseksi. (Helsingin ja Oulun Traumaterapiakeskus ry, 2019, ss. 80–82)

Monimuotoisesti traumatisoituneen elämän valinnat voivat olla välttelykäyttäytymisen ja trauman myötä lopullisia, kuten vapaaehtoinen lapsettomuus, koska he eivät luota vanhemmuuden kykyihinsä. Suhteiden ja läheisyyden välttely sekä häpeä on voinut johtaa siihen ettei heillä ole parisuhdetta tai edes ystäviä. Riskienoton ja muutoksen pelon myötä he ovat saattaneet jäädä ilman koulutusta ja työpaikkoja, mikä on saattanut johtaa taloudelliseen niukkuuteen. Heillä saattaa olla myös muutokseen vaadittavista taidoista pulaa sekä kroonisen stressin aiheuttamia vakavia terveysongelmia. (Steele ym., 2017, s. 481)

Traumatisoitunut uskoo ansaitsevansa kaltoinkohtelun, rakkaudettomuuden ja hyväksikäytön, sillä hän näkee itsensä usein vain hulluna ja pahana, jolloin kaikki on hänen syytään. Traumaa ei tulisi kohdata yksin, vaikka monet uskovat niin. Valitettavaa on, että monimuotoisesta traumatisoitumisesta johtuva dissosiaatio-oireilu, kuten äkilliset persoonallisuuden muutokset, voivat olla niin vaikeita, että ne traumatisoivat myös läheiset. Kun trauma aktivoituu, aktivoituvat myös suojausmekanismit, jolloin kommunikaatio vaikeutuu ja ihminen alkaa toimia kuin automaatiolla. Kun kiintymyssuhdemalli lapsuudessa on ollut turvaton, kokee ihminen myös aikuisuudessa turvattomuutta ja se ohjaa hänen toimintaansa laajasti. Tulee kuitenkin muistaa, että parisuhde voi parhaimmillaan muuttaa turvattoman vuorovaikutusmallin turvalliseksi. (Virtanen, 2019, ss. 119–123)



## 7.1 Kiintymyssuhdemallit ja trauma

Kiintymyssuhdeteoria selittää ihmisen käytöstä, kuinka hän on kokenut lapsuudessaan torjuntaa, hylätyksi tulemista ja kärsinyt puutetta ja menetyksiä. Turvallinen kiintymyssuhde syntyy kun vanhemmat ovat lähellä ja saatavilla etenkin kun lapsi kokee ahdistusta ja jännitystä. Turvallinen kiintymyssuhde edistää positiivisen mielikuvan syntymistä itsestä ja ympäröivistä ihmisistä sekä maailmasta. Ihmisestä kasvaa luottavainen ja tulevaisuuteen uteliaasti suuntautunut. Hänen tunne-elämästään kasvaa tasapainoinen ja hän sietää stressaavia ja jopa traumatisoivia tilanteita myöhemmässä elämässään sekä pystyy hyödyntämään taitojaan monipuolisesti ja parhaimmalla mahdollisella tavalla. (Toppari, 2015, s. 245)

Monimuotoisesti traumatisoituneen kiintymyssuhdemalli on rakentunut toisin, mikä näkyy hänen elämänsä kiintymyssuhteissa ja siinä, kuinka ne määrittävät hänen elämänsä. Kiintymyssuhdemalli on suhteellisen pysyvä varhaislapsuuden kokemusten myötä. On kuitenkin muistettava, että korjaavat kokemukset myöhemmällä iällä ovat mahdollisia ja turvattomasti kiintyneen on mahdollista vahvistaa turvallisuuden kokemustaan ja stressinsietokykyään. Tämä toimii myös käänteisesti, eli valitettavasti traumakokemusten myötä voi turvallisesti kiintynyt alkaa kokea suurta turvattomuutta. (Karkkunen, 2015, s. 222)

Kun lapsuuden kiintymyssuhdemalli, eli läheinen ja tärkeä aikuinen, ei vastaa läheisyyden eikä turvan tarpeisiin, aiheuttaa se ahdistusta ja välttelykäyttäytymistä. Siitä on seurauksena turvaton ja välttelevä kiintymyssuhdemalli tai takertuva, turvaton ja ristiriitainen kiintymyssuhdemalli. Kolmas on näiden yhdistelmä, joka altistaa monimutkaisiin, kriisejä täynnä oleviin sekä väkivaltaisiin ihmissuhteisiin, joissa on paljon rajojen rikkomista ja hyväksikäyttöä. Tämä kolmas turvaton kiintymyssuhdemalli, eli organisoimaton ja kaoottinen, edustaa erittäin usein monimuotoisesti traumatisoituneen kiintymyssuhteita. (Toppari, 2015, ss. 246–247) Organisoimaton ja kaoottinen kiintymyssuhdemalli on kuitenkin vain luonnollinen sopeutumiskeino, sillä se on lapsuudessa ollut keino sopeuttaa oma mieli tuhoaviin ja mahdottomiin tilanteisiin ja ihmissuhteisiin. Tällöin emotionaalinen sitoutuminen esimerkiksi puolisoon koetaan vaaralliseksi. (Virtanen, 2019, ss. 123–124)

Mikäli kiintymyssuhdemallina on turvaton ja välttelevä, on tällainen ihminen aikuisuudessa itseriittoinen ja suorastaan pelkää olla toisista ihmisistä riippuvainen. Hän ei halua sitoutua, olla intiimisti tai paljastaa itseään. Näin ollen hän välttelee läheisyyttä ja ennemmin kieltää sen, koska silloin hän voisi joutua tunteiden valtaan tai kohteeksi. Koska hän ylisäätelee tunteitaan jatkuvasti, menettää hän yhteyden sisäisten tarpeidensa ja ulkoisen käytöksensä välillä ja hän on hermostollisesti lähes jatkuvassa alivireystilassa. Kuitenkin välttelevän kiintymyssuhdemallin omaava voi olla myös parisuhteessa. Parisuhteessaan hän on etäinen ja kontrollin tarpeinen. Hän vähättelee puolison turvan ja läheisyyden tarpeita. Hän ei ilmaise vihaa ja kieltäytyy ajautumasta riitoihin. Välttely on suurinta juuri negatiivisten tunteiden kohdalla, eli hän ei salli itselleen ajatuksia eikä pelkoja torjutuksi tai hylätyksi tulemisesta. Näin ollen hänen tunteensa heikkenevät ja stressitilanteessa alkaa toisten ihmisten välttely ja oman pärjäämisen pönkittäminen. Jopa katsekontakti toiseen ihmiseen voi tuntua epämukavalta. Taustalla tällaisessa käytöksessä on vanhempien lievästi torjuva tai vetäytyvä käytös silloin kun lapsi hakee turvaa ja läheisyyttä ollessaan stressaantunut ja kyse on etenkin lapsen osoittamista kielteisistä tunteista. (Toppari, 2015, ss. 246–247; Karkkunen, 2020, s. 218)

Karkkunen (2020, s. 221) nostaa esiin Hautamäen ym. (2008) tutkimuksen *Kiintymyssuhteen välittyminen kolmessa sukupolvessa: äidinäitien paluu?*, jossa todettiin suomalaisten tunteiden ilmaisun olevan välttelevän kiintymyssuhdemallin omaista ja yksin pärjäämistä kulttuurissamme korostettavan ja siihen kannustettavan pienestä pitäen. Myös mielen ja kehon yhteyden tunnistaminen, mistä tunteet tulevat ja missä ne tuntuvat, on suomalaisessa kulttuurissa vierasta. Tämän vuoksi voimakkaiden tunteiden salliminen, niin negatiivisten kuin positiivistenkin, voi olla pelottavaa, mutta samalla elähdyttävää.

Tämän vastakohta on jatkuvassa ylivireystilassa oleva aikuinen, joka on lapsuudessaan joutunut vanhempien epäjohdonmukaiseen ja tunkeilevaan tapaan antaa lohdutusta. Aikuisuudessa tällaisen turvattoman ja ristiriitaisen kiintymyssuhdemallin omaava on takertuva, ihmissuhteissaan kiihkeä ja riippuvainen eikä usko selviävänsä yksin. Hän kaipaa vakuuttelua, lohdutusta ja alituista huomiota sekä sitoo toisen ihmisen itseensä tarpeiden tyydyttämisen vaatimuksillaan. Hänen sympaattinen hermostonsa on yliaktivoitunut ja hän on lähes jatkuvasti ylivirittyneessä tilassa. Hänen tavoitteenaan on toisen saaminen kiintymään

täydellisesti, jottei hän turhautuisi, suuttuisi ja jättäisi. Kuitenkin hän samanaikaisesti on pakottava, aggressiivinen ja tunkeutuva, jolloin hän saattaa toteuttaa pahimman pelkonsa ja toiset ihmiset hylkäävät hänet pystyäkseen hengittämään. Hän ei erota milloin ihmissuhde on turvallinen ja pysyvä. (Karkkunen, 2020, ss. 218–219; Toppari, 2015, s. 246)

Helena Toppari (2015) esittää, että organisoimattomasta ja kaoottisesta ihmissuhdemallista tulisi käyttää termiä pelokas-välttelevä kiintymyssuhdetyyli, koska se kuvaisi parhaiten tätä ylikorostuneesti takertunutta ja samanaikaisesti liian läheisiä ihmissuhteita välttelevää henkilöä. Topparin mukaan termin on alun perin lanseerannut Bartholomew & Horowitz (1999) artikkelissaan *Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Fourcategory Model*. Pelokkaan-välttelevän kiintymystyylin omaava ihminen on ahdistunut läheisyyden kaipuudessaan, mutta pelkää traumataustansa takia kuollakseen läheisyyttä. Hänellä on heikko empatiakyky ja hänen ajatusmallinsa ovat usein jäykkiä ja mustavalkoisia. Tällaisen kiintymysmallin omaavat usein kärsivät persoonallisuushäiriöistä, jotka ilmenevät tunteiden epävakauteena, huonona stressinsietokykynä, huonoina ihmissuhdetaitoina sekä kognitiivisena jäsentymättömyytenä, jolloin seurauksena on usein aggressio ja dissosiaatiohäiriöt. (Toppari, 2015, s. 247; Karkkunen, 2020, s. 219)

Kahden vastakkaisen järjestelmän aktivoituminen yhtä aikaa, eli puolustautumisen ja kiintymyksen, näyttää kaoottiselta, mutta on kuitenkin täysin looginen, sillä samanaikaisesti nousee sekä vireystila että taistelu- ja pakoreaktio, mutta myös jähmettymisreaktio aktivoituu. Tämä johtuu lapsuudessa koetusta ristiriitaisesta hoivasta, jolloin vanhempi on sekä hoivan ja turvan lähde, mutta myös uhka, jolloin lapsi traumatisoituu. Aikuisuudessa tämä näkyy varuillaan olona, esimerkiksi siinä miten sijoittuu huoneessa, sekä syvästä epäluulona ihmisten motiiveja kohtaan ja kyvyttömyytenä sitoutua aidosti muihin ihmisiin. (Karkkunen, 2020, ss. 219–221) Turvattomassa ja kaoottisessa kiintymyssuhteessa uhrin persoonallisuuteen jakautuu kaltoinkohtelijaa muistuttava osa, joka omaksuu varauksetta paitsi kaltoinkohtelijan toimintatavat, ajatukset ja arvot, myös sen miten kaltoinkohtelija näkee uhrin ja toimii tätä kohtaan (Ylikomi, 2015, s. 58).

Organisoimattoman kiintymyssuhdemallin omaksunut ihminen saattaa hämmentää käytöksellään muita esimerkiksi parisuhteessa. Hän saattaa ilmaista läheisyyden tarpeitaan

sanallisesti, mutta hänen kehonsa on varuillaan ja jännittynyt ja valmis työntämään toisen pois. (Karkkunen, 2020, s. 220) Empaattinen, hyvittelevä ja huolehtiva ihmissuhde voi saada emotionaalisesti traumatisoituneen tunne-elämän kaaokseen ja reagoimaan jopa itsemurhalla, sillä hänelle kiintymys toiseen ihmiseen on tarkoittanut myös kipua ja traumaattisia kokemuksia. Kuitenkin eheytyminen ja toipuminen tapahtuu paitsi läheisten ihmisten ja korjaavien ja turvallisten ihmissuhteiden avulla, myös traumaterapian avulla, joista jälkimmäisen rooli korostuu sitä enemmän mitä monimutkaisemmasta emotionaalisesta traumasta on kyse. (Pelkonen & Sarvela, 2020, ss. 285–286)

Vireystilansäätelyn oppiminen pois trauman säätämästä automatiikasta on hidasta, sillä traumaista ja kiintymyssuhdevaurioista eheytyminen tapahtuu hitaan ja voimavaroja vaativan prosessin myötä. Vakauttavalla työskentelyllä pyritään lisäämään selviytymiskykyä, luottamusta itseen, omaan kehoon ja toisiin ihmisiin. Jo pelkästään sairaanhoitajan asenne ja sitkeä pyrkimys auttaa, voivat olla voimaannuttavia ja korjaavia kokemuksia. Oleellista hoidossa on saada potilas luottamaan siihen, että hän on turvassa sekä omassa mielessään että kehossaan, ja saada hänelle sama kokemus lopulta myös suhteessa muihin ihmisiin. (Karkkunen, 2020, ss. 231, 234)

## **7.2 Trauma osana seksuaalisuutta**

Etenkin seksuaalisen hyväksikäytön traumatisoimilla on suuria vaikeuksia seksuaalisuutensa kanssa. Jotkut välttelevät seksuaalista kanssakäymistä eikä heillä välttämättä ole kokemusta tai halua olla parisuhteessa. Seksuaalisuuden traumatisoimille seksi liittyy mielikuvissa alistumiseen ja he pyrkivät välttelemään tiettyjä tunteita ja suhde omaan kehoon sen tunteisiin on etäinen. (Steele ym., 2017, s. 484) Seksuaalisesti hyväksikäytetyillä ihastuminen, kiihottuminen ja kosketus voi laukaista niin mielessä kuin kehossa traumamuistoja. Trauma vaikuttaa negatiivisesti kehonkuvaan, itsetuntoon sekä maailmankuvaan ja uskomuksiin. (Cacciatore, Halonen, Laru, Lehtonen & Santalahti, 2016, ss. 8–9)

Trauma rakentuu aina osaksi seksuaali-identiteettiä ja seksuaalisuutta. Trauman tuoma arvottomuuden tunne voi johtaa etenkin seksuaalisesti hyväksikäytetyillä pakonomaiseen

seksuaaliseen käyttäytymiseen ja seksiriippuvuuteen. Traumatisoinut voi hakea vahvistusta ja rakkautta rikotulle identiteetilleen lukuisilla seksikumppaneilla. Hyväksymisen hakeminen voi näyttäytyä myös alituisena ulkonäön kohentamisena ja kehon muokkauksena, johon traumatisoitunut käyttää paljon rahaa ja aikaa. Toinen ääripää on, ettei traumatisoitunut huolehdi itsestään, eikä välitä mitä hänelle tapahtuu. Hän kokee, että seksi on kuitenkin pelkkää hyväksikäyttöä. (Cacciatore ym., 2016, ss. 18–20)

Monimuotoisesti traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivällä voi olla hyväksikäyttäjää jäljittelevä, dominoiva ja aggressiivinen persoonallisuuden osa, joka aiheuttaa laajaa sisäistä ristiriitaa (Steele ym., 2017, s. 484). Cacciatore ym. (2016 ss. 19–20) esittävät, että traumatisoitunut saattaa työstää ja käsitellä traumaattisen kokemuksen aikaista avuttomuuden tunnettaan siten, että toimii kaltoinkohtelijan tavoin nähdäkseen, miten muut toimisivat ja reagoisivat tilanteessa. Näin hän samalla eristää tunteitaan liittyen traumaan. Tunteiden eristäminen ja välttely voi näkyä päihteiden käyttönä, syömishäiriönä, epämääräisinä kiputiloina tai viiltelynä. Trauman työstämistä tekojen tasolla, koska sanoja ei ole, tapahtuu myös hakeutumalla toistuvasti uudelleen hyväksikäytetyksi.

Vaikeinta monimuotoisesti traumatisoituneelle on oppia, että välittäminen ja vastavuoroisuus kuuluvat parisuhteeseen ja seksiin. Ensin tulisi saavuttaa emotionaalinen turvallisuuden tunne ennen seksuaalista läheisyyttä. Vaikeuksia voi olla ottaa vastaan seksuaalista kosketusta, mutta myös ei-seksuaalisen kosketuksen sietäminen voi vaatia lukuisia harjoituskertoja yhdessä puolison kanssa. Seksuaalisuudessa tärkeää olisi oppia tuntemaan omat rajansa, eli oppia sanomaan ääneen mistä pitää, milloin ja mistä kosketus voi alkaa ja milloin ja mihin sen tulee loppua. Vastavuoroisesti toisen rajojen kunnioittaminen sekä uskallus koskettaa toista vaatii kannustusta. Tulee muistaa, että seksuaalisten osien integroiduttua edellä mainitun turvallisen intiimiyden myötä, seksuaaliset tuntemukset voivat olla järisyttäviä, mutta myös hallitsemattomuudessaan pelottavia. (Steele ym., 2017, ss. 484–485)

### 7.3 Puolison tuki monimuotoisesti traumatisoituneen hoitamisessa

Rakkaus, eli toiseen ihmiseen syvästi kiintyminen on ihmisen tärkein eloonjäämisvietti ja luonnollinen tarve, se on ihmisen selviytymiskeino. Sopivan kumppanin löytäminen itselleen on ihmisen luonnollinen perusmotiivi koko elämänkaaren ajan. Hyvä parisuhde on vastavuoroinen tunnesuhde, joka toimii molemmille osapuolille tasapuolisesti turvallisena perustana ja turvasatamana elämässä. Hädän ja uhan hetkellä puoliset voivat hakea ja saada turvaa toisiltaan ja luottamus siihen, että puoliso on saatavilla ja kykeneväinen vastaamaan tunnetarpeisiin, on hyvän parisuhteen tärkein perusta. Useat parit, jotka hakevat ulkopuolista apua parisuhteensa ongelmiin, hakeutuvat avunpiiriin uskottomuuden, riitelyn, vuorovaikutusongelmien, seksuaalisuuteen liittyvät ongelmien, erokysymyksien ja tunteiden puuttumisen takia. Todelliset syyt ongelmien takana voivat juontua toisen osapuolen lapsuudenaikaisista traumakokemuksista. (Toppari, 2015, ss. 243–245)

Traumatausta vaikuttaa eniten läheisiin ihmissuhteisiin, tunteidenhallintaan sekä niiden käsittelyyn tuomalla niihin epävakautta. Se vaikuttaa myös siihen, kuinka ihminen näkee ja kokee itsensä ja kuinka hän tulkitsee ympäristöään ja sen viestejä. Näin ollen trauma vaikuttaa kaikkeen parisuhteessa, varsinkin luottamukseen. (Virtanen, 2019 s. 121)

Etenkin dissosiatiiiviset oireet voivat tuoda epävarmuutta parisuhteeseen, sillä arkielämässä toimiva persoonallisuuden osa voi olla luottavainen, tuntee yhteenkuuluvuutta, arvostusta ja rakkautta puolisoaan kohtaan ja kohdella tätä hyvin, mutta trauma-aikaan juuttunut persoonallisuuden osa voi pelätä puolisoa ja suhtautua häneen epäluuloisesti ja jopa vihamielisesti. Tämä turhauttaa ja uuvuttaa puolison, joka kokee ennen kaikkea keinottomuutta. (Toppari, 2015, s. 250) Vihan taustalla on usein synnä se, että jos vetäytyminen ja torjunta ei suojele jatkuvalta ahdistukselta ihmissuhteessa, turvautuu traumatisoitunut usein vihanpurkauksiin (Virtanen, 2019, s. 125).

Monimuotoisesti traumatisoituneilla on valtava tarve suojaaviin kiintymyssuhteisiin, vaikka samanaikaisesti traumatisoitunut ei pysty luottamaan, eikä koe oloaan turvalliseksi. Toppari (2015, ss. 248–249) nostaa esiin lukuisia tutkimuksia, joissa vahvan tutkimusnäytön perusteella on todettu, että lapsuudessaan fyysistä, psyykkistä tai seksuaalista

kaltoinkohtelua kokeneilla ihmisillä on muita useammin vaikeuksia parisuhteissaan aikuisiällä. Tutkimusten mukaan he ilmaisevat herkemmin tyytymättömyyttä suhteissaan ja heillä on suurempi riski erota. He keskittyvät suhteessa pääasiassa itsensä suojaamiseen enemmän kuin yhteyden saamiseen toiseen ihmiseen. Traumatisoituneilla on parisuhteissaan usein tavallista enemmän kielteisiä tunteita kuten vihaa, pelkoa ja surua. Parisuhde voi tuntua toivottomalta ja oma olo näin avuttomalta.

Traumatisoitumiseen keskeisesti liittyvä piirre, eli kyvyttömyys säädellä omia tunnetilojaan, näkyy myös vahvasti osana parisuhdetta, jossa riidat saattavat olla voimakkaita ja tunnekyelmiä. Myös vuorovaikutus on usein ylivilittynyt. Alentunut kyky säädellä tunnetiloja ja niistä johtuvia reaktioita parisuhteessa ennustaa eroa, kun taas vastavuoroisesti hyvät tunnesäätelytaidot ovat avain onnellisuuteen. Toisen huomioiminen ja tarpeiden asettaminen omien tarpeiden edelle on tärkeä toimintamalli tunneyhteyden ylläpitämiseksi. Trauma estää parisuhteen toimivuutta, sillä vaikka siinä olisi päällisin puolin kaikki avaimet hyvään, traumareaktiot, jotka lapsuudessa suojasivat, estävät nyt tyydyttävän parisuhteen luomisen ja säilyttämisen. (Toppari, 2015, ss. 248–249)

Kirjassaan *Trauma ja rakkaus* Virtanen (2019, s. 128) käsittelee sängen yksipuoleisesti traumatisoituneen epäluottamusta parisuhteeseen ja omaan arvottomuudentunteeseen ja kirjoittaa sen johtavan alkuihastuksen jälkeen mustasukkaisuuteen, joka tuhoaa suhteen, sillä traumatisoitunut asettaa puolisonsa väkivaltaisen, hullun tai pettäjän rooliin, vaikkei hän olisikaan sitä. Ilmeisesti samaan viitaten avaa Toppari (2015, s. 249) traumatisoituneiden parisuhteen ongelmia, koska toisin kuin tasapainoisessa parisuhteessa, luottamus ja seksuaalinen läheisyys eivät traumatisoituneen parisuhteessa toimi stressiä vähentävinä. Ne voivat toimia jopa uhkana ja uudelleen traumatisoivina elementteinä. Kuitenkin Virtanen (2019, s. 155) muistuttaa, että toisen ihmisen pelkkä pyyteetön välittäminen ja läsnäolo jossain vaiheessa elämää, voivat pelastaa monimuotoisesta traumatisoitumisesta kärsivän.

Steele ym. (2017, s. 394) neuvovat kirjassaan *Traumaperäisen dissosiaatiohäiriön hoito* hoitohenkilökuntaa selvittämään millainen on dissosiaatiosta kärsivän ja hänen mahdollisen puolisonsa suhde on dynamiikaltaan. Sekaantuuko puoliso liikaa hoitoon vai vetäytyykö pois, jolloin potilas ei voi turvautua häneen tai haluaako potilas edes turvautua kumppaninsa

tukeen? Miten potilas käyttää dissosiativisia osia hyväkseen mahdollisesti hyvitteläkseen kumppaniaan tai houkutteleeko kumppani seksuaalisia osia esiin oman tyydytyksen saamiseksi? Kuinka hyvin kumppani haluaa ymmärtää dissosiaatiohäiriöstä kärsivää vai pitääkö tätä vain hulluna, jota häpeää? Mitä potilas itse haluaisi kertoa puolisolleen, sillä sekin on tärkeää sopia etukäteen potilaan kanssa, kuinka yleisellä tasolla puhutaan, mikäli puoliso otetaan mukaan hoitoprosessiin. Kirjoittajat kehottavat käymään näitä läpi potilaan kanssa ja sopimaan sen jälkeen paritapaamisen, jonka tarkoituksena on jakaa tietoa traumataustasta ja sen vaikutuksesta parisuhteeseen.

Monimuotoisesti traumatisoituneiden potilaiden puolisoitten ja läheisten on yleensä ollut vaikea ymmärtää potilaan dissosiativista käyttäytymistä. Puolisoille on valtavan helpottavaa saada tukea ja tietoa dissosiaation ilmenemisestä arjessa ja saada myös täsmällisiä ja käytännönläheisiä ohjeita, miten toimia dissosioituneiden osien ilmaantuessa.

Psykoedukaatioryhmien on todettu parantavan parisuhteen laatua. Kuitenkin ennen puolison vertaistukiryhmään ohjaamista tulisi kysyä itse potilaalta siihen lupa, käydä hänen kanssaan asiaa läpi sekä selvittää edellä mainittu parisuhteen dynamiikka. (Steele ym., 2017, ss. 394–395)

Puolisolle tulisi selittää, että dissosiativiset osat ovat eri puolia samasta ihmisestä. Tärkeää olisi saada puoliso ymmärtämään, että hänen tulisi kommunikoida vain potilaan aikuisen osan kanssa ja että tapaamisessa olisi hyvä opettaa puolisolle, kuinka tarvittaessa maadoitetaan potilas tähän paikkaan ja aikaan. Paras tapa välttää parisuhdeongelmia, on estää dissosiativisten osien itsenäistymistä, etteivät ne olisi arkielämässä läsnä, vaan potilas saisi kumppaninsa avulla vakautettua itsensä ja maadoituttua tähän hetkeen. (Steele ym., 2017, s. 394) Sillä, kun paluu vanhaan traumaattiseen hylkäämiskokemukseen jonkin traumamuistuttajan myötä tulee, olisi tärkeää muistaa, että persoonallisuuden muutos ja vetäytyminen ovat vain hetkellinen muutos. Tärkeää olisi, että myös traumatisoituneen läheiset ihmiset tietävät sen ohimeneväksi ja ymmärtävät, ettei ihminen valitse tietoisesti suojamekanismejaan ja tuhoavaa käytöstään traumamuiston aktivoituttua. Tämän sisäistettyään on myötäeläminen läheisille helpompaa. (Virtanen, 2019, ss. 93, 144)



Dissosiaatiohäiriö ja muut traumaoireet aiheuttavat hämmennystä ja avuttomuutta niin sen kokijassa kuin puoliossa. Toppari (2015, ss. 245, 257) muistuttaa, että siinä missä traumatisoituminen vaikuttaa parisuhteeseen, vaikuttaa parisuhde traumatisoituneeseen hyvässä ja pahassa. Tämän vuoksi puolison ja parisuhteen sivuuttaminen hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa tekee niistä osan ongelmaa. Ne voisivat olla myös osa ratkaisua, sillä puoliso on mukana traumatisoituneen arjessa toisin kuin hoitohenkilökunta, hänellä on tietoa ja hän on usein valmis auttamaan, jos vain joku kertoisi miten. Vaikka rakkaus on pelottavaa ja vaikeaa, silti ihmisellä on alkukantainen kaipaus yhteyteen. Myös parisuhteen merkitys on kasvanut tässä ajassa, koska ihmisten kiinteät sosiaaliset suhteet ovat kaupungistumisen myötä vähentyneet.

#### **7.4 Vanhemmuus ja ylisukupolvisuus**

Tunteiden tasolla tapahtuva hylkääminen ja tarpeiden ohittaminen on suomalaisissa perheissä tavallista, mutta se on joka kerta sietämätön kokemus lapselle, joka kaipaisi aikuisen kannattelua ja läsnäoloa tilanteessa. Koska lapsi on riippuvainen häntä hoitavista vanhemmista, laittaa hän aina omat tarpeensa sivuun, jotta saisi hyväksyntää ja huolenpitoa. Tämä kuitenkin kostautuu aikuisuudessa, jolloin hän herkästi saattaa puolustautua vihaisesti peittäen omaa avuttomuuttaan ja siitä seuraavaa häpeää. Mikäli ihmisellä ei aikuisuudessa ole yhteyttä tunteisiinsa tai tunnekirjo on sangen yksipuoleinen, hän ei ole kykenevä luomaan täydellistä suhdetta muihin ihmisiin. Tunteiden salliminen muille, joita itselle ei voi sallia, on haastavaa. Kuitenkaan tunnehaavat eivät automaattisesti periydy seuraavalle sukupolvelle. (Auvinen, 2020, ss. 178, 184–190)

Koska dissosiaatiohäiriöt johtuvat emotionaalisesta traumasta lapsena, on tällä vaikutusta ihmisen myöhempään ihmissuhteisiin ja niihin kiinnittymiseen. Vanhemmuudessa ongelmia tuottaa oma lapsuudenaikainen traumatisoituminen, sillä se yleensä vaikeuttaa vanhemman kykyä havainnoida ja ymmärtää lapsen tarpeita, mieltää lapsen kokemuksia oikein sekä säädellä lapsen tunnetiloja, erottaen ne omista tunteista ja kokemuksista. Valitettavasti lapsuudessa traumatisoituneilla vanhemmilla on hyvin usein itseään kohtaan valtavan suuret odotukset vanhempana ja he ovat kovin kriittisiä itseään kohtaan. He pelkäävät vahingoittavansa lastaan ajatellen, että he liiaksi kuormittavat lasta huolillaan, jättävät hänet

liikaa yksin, ovat liian väsyneitä, osaamattomia, ärtyneitä ja kireitä tai joutuvansa sairaalaan osastojaksolle. Vanhempi voi pelätä, ettei olisi riittävän hyvä, rakastava vanhempi, mikä lisää entisestään epävarmuutta ja pelkoa jopa siitä, että lapsen voisi menettää traumaoireilun myötä. (Merimaa, 2015, ss. 234, 239)

Näin ollen epäonnistumiset äitinä tai isänä tuntuvat rumentavilta etenkin, jos ne johtuvat traumalaukaisijoiden aiheuttamista automaattisista tunteista, takaumista ja fyysisistä oloiloista. Näistä johtuen he yllättäen toimivatkin kuten omat vanhempansa aikanaan reagoiden liian nopeasti vailla lapsen tarvitsemaa ennakoitavuutta. Tästä sekavasta reagoinnista syntyy herkästi molemminpuolista hämmennystä, vanhemman häpeää ja jopa salailua, mikä pahimmillaan aiheuttaa eristäytymistä ja toisten ihmisten välttelyä, mikä vaikuttaa siten lapseen ja koko perheeseen. (Ruismäki, Friberg, Keskitalo, Lampinen, Mankila & Vänskä, 2016, ss. 24, 40)

Mary Main (2000) on osoittanut kyselytutkimuksessaan *The organized categories of infant, child, and adult attachment: flexible vs. inflexible attention under attachment-related stress*, että kiintymyssuhteen laatu periytyy seuraavalle sukupolvelle, joten dissosioivan vanhemman kiintymyssuhde siirtyy hänen lapselleen, ellei vanhempi saa apua omaan dissosiaatiohäiriöönsä. Virtanen (2019, s. 87) kuitenkin muistuttaa, että vaikka traumatisoitumisen ylisukupolvisuutta on tutkittu, ovat tutkimustulokset osin ristiriitaisia. Vaikka kaikki tutkimukset eivät ole traumojen siirtymistä ylisukupolvisesti vahvistaneet, ovat ne kuitenkin tuoneet esille sen, että lasten ja traumatisoituneiden vanhempien välisissä suhteissa on heikkouksia, etenkin isäsuhteissa. Joka tapauksessa traumatisoiminen siirtyy perhedynamiikan ja kiintymyssuhteiden kautta, usein tiedostamattomien prosessien myötä. Vaikka traumatisoitunut ihminen saattaa itse näyttäytyä muille sangen toimivana ja selviytyjänä, voivat silti trauman jäljet näkyä kiintymyssuhteiden kautta esimerkiksi hänen lastensa pelkotoiloina, päihteidenkäyttönä, kyvyttömyytenä elää tulevaisuuteen luottaen aikuisena toimivassa ja eheässä parisuhteessa. (Virtanen, 2019, s. 105)

Traumaterapiakeskus toi Suomeen Hollannista raha-automaattiyhdistyksen tuella traumatisoituneiden vakauttamishoitomallin, jonka he muunsivat Suomeen sopivaksi vuosien 1999–2012 aikana. Tästä Ruismäki, Mankila ja Friberg (2013) jatkoivat

vanhemmuusprojektilla 2012–2016, esitellen tämän ainutlaatuisen, yhden maailman ensimmäisistä strukturoiduista, tutkimukseen pohjaavista ryhmähoitomalleista *Stabilization group for dissociative parents*, European Society for Trauma and Dissociation -konfrensissa vuonna 2014. Nykyään tämä kaltoinkohtelun ylisukupolvisen siirtymän katkaisuun kehitetty ryhmähoitomalli tunnetaan nimellä *Hoivattavaa Vanhemmuutta*. Toisin kuin muissa hoitomalleissa, joissa neuvojen lähtökohtana ovat vain lapsen viestien havainnointi ja tarpeisiin vastaaminen, on tässä ryhmässä tavoitteena vähentää vanhemman oman traumatisoitumisen aiheuttamaa tunnevyöryä tai tunteiden välttelyä ollessaan vuorovaikutuksessa lapsen kanssa ja siten estää traumamallien ylisukupolvinen jatkuminen. (Ruismäki ym., 2016, ss. 9–12)

Mielellistämisen puute on liitetty nimenomaan ylisukupolvisen traumatisoitumiseen. Mielellistäminen tarkoittaa mentalisaatiota, eli taitoa erottaa omat ajatukset ja tunteet toisten ajatuksista ja tunteista sekä ymmärtää niiden vaikutukset omaan ja toisten toimintaan. Mielellistämiskyvyn ollessa vaillinaista, on aikuisen vaikea mieltää lapsen mielentilaa ja toiminnan motiiveja, joten aikuinen kokee lapsen vain kiusaavan ja tahallaan vaativan huomiota. Vanhemman on tällöin vaikea opettaa ja antaa tukea lapsen kykyyn mielellistää muiden toimintaa. Toisaalta lapsi ei myöskään opi omien tunteidensa ja ajatustensa ymmärtämistä ja sanoittamista, saati niiden hallitsemista. Tämä johtaa aikuisuudessa siihen, että heidän on vaikea olla hyväksyneen kiinnostuneita omista tunteistaan ja mieliteoistaan. Väsymys ja pelko, toisaalta myös tyytyväisyys itseän ja ilo, saattavat muistuttaa lapsuuden traumaattisista tilanteista ja siten laukaista traumaperäisiä oireita, eikä mielellistäminen enää siinä tilassa onnistu. (Ruismäki ym., 2016, ss. 16–17, 51)

Traumatisoituneen vanhemman haasteita ovat roolimallin puuttuminen sen suhteen, millainen on riittävän hyvä vanhempi. Oma elämä ja jatkuva ylivilittyneisyys vievät liikaa voimavaroja vanhemmalta, mutta myös lasten huuto, itku ja leikki voivat laukaista kivuliaita traumamuistoja. Vanhemman voi myös olla vaikeaa reagoida riittävästi ympäristöön ja lasten toimiin, koska hän on vajonnut alivireystilaan. Kuitenkin traumatisoituminen lapsena ja siitä selviytyminen voi tuoda positiivisia vanhemmuustaitoja, kuten halu suojella omia lapsiaan, vaalia oikeudenmukaisuutta ja vanhempi saattaa olla myös erityisen

empatiakykyinen. Myös sen muistaminen millaista on olla lapsi sekä leikkiin uppoutuminen voivat olla helpompaa traumatisoituneelle vanhemmalle. (Ruismäki ym., 2016, s. 23)

Uskoaksemme Hoivattavaa vanhemmuutta -ryhmille on paljon kysyntää niin Suomessa kuin ulkomailla ja ryhmämalli vaikuttaa kustannustehokkaalta tavalta auttaa lukuisia perheitä, joiden heidät vain tunnustettaisiin. Todennäköisesti moni traumatisoituneen vanhemman perhe on lastensuojelun ulkopuolella, osan hakiessa sieltä, neuvolasta tai terveydenhuollosta apua ja tukea vanhemmuuteen. Toisaalta Launonen (2015, s. 76) muistuttaa, että usein perheellä, joka hakeutuu hoitoon, on käsitys siitä, kenen perheenjäsenen toimintaa hoitohenkilöstön olisi muutettava muun perheen odotusten mukaiseksi, jotta perhe voisi hyvin, suostumatta näkemään, että kaikkien tulee muuttua ja ottaa toiset huomioon, jotta perhe voisi kehittyä systeeminä.

Myös lapsille voidaan kertoa vanhemman dissosiativisesta häiriöstä, mutta tietenkin lapsen ikä vaikuttaa tähän paljon mitä ja kuinka kerrotaan. Tärkein anti lapselle psykoedukaatiossa on se, ettei lapsi syyllistäisi itseään vanhemman herkästi muuttuvasta käytöksestä ja ongelmista. Lasten ei tulisi joutua tekemisiin vanhemman dissosiativisten osien kanssa ja heillä tulisi aina olla mahdollisuus hakeutua turvallisen aikuisen luokse. Myös potilas itse voi yrittää rajoittaa persoonallisuuden osien vaihtumista lasten läsnä ollessa. (Steele ym., 2017, s. 395)

Kun ihminen tulee tietoiseksi tunteistaan ja oppii tunnistamaan niitä, pystyy hän jakamaan kokemuksiaan toisten kanssa sekä ottamaan huolenpitoa vastaan itseltään ja muilta. Hän kykenee myös kokemaan myötätuntoa itseään kohtaan, eikä hänen enää tarvitse peittää häpeää ja avuttomuuttaan vihalla. Lisäksi kun aikuinen on myötätuntoinen itseään kohtaan, kykenee lapsikin aikuisen läsnäolon turvin käsittelemään pelottomasti kokemaansa.

Myötätuntoa kokevalla aikuisella on myös kyky nähdä, ettei todellisuudessa kukaan lapsi ole ilkeä eikä häiriökäyttäytyjä, ja näin aikuinen on kykenevä antamaan lapselle kokemuksen tulla nähdyksi ja kuulluksi. (Auvinen, 2020, ss. 185–188)

Myös lapsen tultua siihen ikään, jolloin vanhempi itse koki traumaattisia kokemuksia, hän voi joko vaihtaa pelokkaksiin persoonallisuuden osiin tai vihaisiin tai jopa olla kateellinen

lapsensa saamasta rakkaudesta ja huolenpidosta, jota ilman itse on jäänyt. Tämä voi taas johtaa siihen, että lapsi omaksuu organisoitumattoman kiintymyssuhdemallin. Toisaalta vanhempi voi omassa lapsessaan nähdä sen avuttomuuden ja viattomuuden, joka hänessä itsessään oli traumatisoitumisiässä. Tällöin heille syntyy terveestä vanhemmuudesta korjaava kokemus. (Steele ym., 2017, s. 396) Näin heillä on mahdollisuus vapautua omasta häpeän taakastaan nähdessään, miten mahdottomassa tilanteessa he itse aikanaan olivat ja ymmärtävät, ettei syy emotionaaliseen traumaan ollut heissä itsessään.

## **7.5 Traumatisoitumisen ja dissosiaation vaikutus äitiyteen**

Äitiys on erittäin merkityksellinen ja vaativa suhde, sillä äidin ja lapsen välinen suhde ja yhteys alkaa jo lapsen ollessa kohdussa. Äidin ja lapsen välinen jo varhainen vuorovaikutussuhteen kehittyminen on tärkeä lapsen kasvulle ja kehitykselle. Äidillä, jolla on dissosiativista oireilua, on oireilun taustalla lapsuudenaikaiset traumakokemukset, mitkä heijastuvat äidin suhtautumisessa omaan lapseensa. Haasteeksi muodostuu erityisesti läsnä olevana pysyminen, koska äidin huomiota hajottavat monet tunteet ja kokemukset, jotka risteilevät ja jopa riitelevät heidän sisällään. (Merimaa, 2015, s. 233)

Osalle äideistä, jotka ovat tulleet lapsuudessaan kaltoinkohdelluiksi, raskausaika tuo esiin vaikeuden toimia vanhempana. Toiset kokevat hankalaksi syntymän jälkeisen imetyksen ja toiset puolestaan myöhemmät lapsen haastavat ikäkaudet. Vanhemmuuden hankaluuksien ja oirehdinnan lähtökohta on lapsen kulloiseenkin ikäkauteen liittyvät tarpeet. Vaikeinta traumatisoituneelle äidille on olla jatkuva toisen ihmisen tarpeiden kohde, etenkin kun omat voimavarat ovat vähäiset, vireystila vaihtelee ja tunne-elämä on kuormittavaa.

(Traumaterapiakeskus ry, n.d.)

Vastasyntyneen vauvan tarve lähes jatkuvaan yhdessäoloon ja kosketukseen, voi saada osan äideistä kokemaan huonoa äitiyttä, koska eivät kykene fyysiseen läheisyyteen. Alastomuus voi toimia yksittäisenä traumamuistuttajana. Taaperoikäinen tulisi kyetä päästämään tutkimaan maailmaa, mutta pystyä antamaan syli, jonne taapero saa tulla tankkaamaan läheisyyttä, etenkin jos jokin pelottaa. Koululainen tarvitsee lohtua ja vanhemman tukea muun muassa kaverisuhteiden luomiseen ja koulutarvikkeiden muistamiseen, vaikka äiti

ollessaan lapsi, joutui pärjäämään kaikessa yksin jo varhain. Murrosikäiselle pitäisi vanhempana pystyä asettamaan rajoja ja auttaa häntä hyväksymään itseään, mikä voi tuntua suorastaan mahdottomalta, ellei itsekään pidä itsestään tai tiedä kunnolla kuka on. (Traumaterapiakeskus ry, n.d.)

Raskausaikana äidin tulisi huolehtia omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan, mikä kuitenkin traumatisoituneelle voi olla ajatuksena vieras. Omat haasteensa tuovat raskauden aiheuttama kehonkuvan muutos ja miten toiset ihmiset kiinnittävät siihen huomiota kommentoiden ja haluten jopa koskettaa kasvavaa vatsaa. Vaikeuksia voivat tuoda myös lääkkeiden muutos- tai vähennystarve, alkoholin ja muiden päihteiden pois jättäminen, jolloin tietoisuuden kapeuttaminen voi alkaa tapahtua toisin tavoin. Äiti voi kokea suurta huolta, häpeää ja jopa epärealistia pelkoja liittyen syntyvän lapsen hyvinvointiin ja tulevaisuuteen, mitkä suurimmaksi osaksi lähtevät ajatuksesta, ettei äiti itse luota omiin kykyihinsä. Myös supistukset ja synnytys voivat laukaista traumatakaumia ja dissosiaatio-oireita. (Traumaterapiakeskus ry, n.d.)

Sairaanhoidajilla, kätilöillä ja terveydenhoitajilla on iso vaikutus antaessaan traumatisoituneelle äidille ja hänen puolisolleen tukea ja luodessaan turvallisuuden tunnetta ja tulevaisuuden uskoa. Tarvitaan tunne, että peloista ja omista epäilyksistä voi puhua avoimesti. Hoitajien tulee tarvittaessa neuvoa, miten muita ihmisiä kommentteineen ja kosketuksineen voi rajata, samoin kuormittavia ihmissuhteita. Kehon tulevat muutokset, synnytykseen liittyvä kipu ja imetyksen vaatima läheisyys on syytä ottaa puheeksi lapsuudessaan traumatisoituneen äidin kanssa syvällisemmin kuin muiden äitien. Lisäksi äidit tarvitsevat muiden äitien seuraa ja mallia, aivan kuten isien olisi hyvä tavata toisia isiä. (Traumaterapiakeskus ry, n.d.)

Psykiatri Päivi Merimaa on kirjoittanut dissosiaatiohäiriöstä ja äitiydestä kertovan luvun Suokas-Cunliffen kirjaan *Häpeästä Myötätuntoon* (2015). Siinä hän antaa konkreettisia esimerkkejä, kuinka äidin dissosiatiiivinen oireilu voi haitata perheen arkea erittäin voimakkaasti. Oireileva äiti voi menettää aikuisen taitoja oireilun aikana, joten hän voi esimerkiksi taantua hetkeksi lapsen tasolle. Toimintakyky voi kadota hetkittäin jopa kokonaan tai äiti voi kärsiä muistamattomuudesta. Nämä voivat näkyä äkillisinä

ruuanvalmistustaitojen menetyksinä, lattialle istumaan vaipumisena tai tunteiden yhtäkkisenä turtumisena. Oman lisänsä arkeen voivat tuoda siirtyminen paikkaan, jonne ei tiedä menneensä tai tavaroiden löytäminen, joita ei muista ostaneensa. Persoonallisuuden dissosiativisten osien äänien kuulemiset kuuluvat oirekuvaan. Ajantaju voi vääristyä, aika voi kulua joko erityisen hitaasti tai liian nopeasti. Äiti voi kärsiä myös takaumista. Myös vieraantumisen omasta kehosta ja ympäristön muuttuminen vieraanoloiseksi, tuovat haastetta vanhemmuuteen ja lapsesta huolehtimiseen. Tällaisissa tilanteissa lasta ahdistaa äidin reagoimattomuus sekä kontaktista katoaminen ja lapsi koittaa kiihkeästi saada mieleltään poissaolevan äidin vuorovaikutukseen kanssaan. (Merimaa, 2015, ss. 233–236)

Oireiluiden hetkinä äiti ei pysty vastaamaan lapsensa tarpeisiin, jolloin myös lapsen turvallisuus kärsii. Äidin oma mahdollinen kiintymyssuhdetrauma vaikuttaa myös vahvasti siihen millainen hän on suhteessaan omaan lapseensa. Jos äidin omassa lapsuudessa aikuinen, jonka olisi pitänyt tarjota tukea ja turvaa, olikin kaltoinkohtelija, ovat äidin omat lapsuudenaikaiset kokemukset turvasta ja lohdutuksesta jääneet surullisen ohuiksi. Voi käydä niin, että äidin oman lapsen tarvitsevuus äidistään voikin herättää äidissä hänen omaa tarvitsevuuttaan niin, ettei hän kykenekään toimimaan esimerkiksi lapsen yöllä itkiessä äitiään. Tällöin toisen vanhemman tehtäväksi jää niin lapsen, kuin äidinkin lohduttaminen. (Merimaa, 2015, ss. 236–237)

Dissosiativisesti oireilevan, vakavasti traumatisoituneen äidin oireet ovat yleensä monimuotoisia ja vaikuttavat perhearkeen ja perheen dynamiikkaan voimakkaasti. Äidillä on suuri rooli ja merkitys lapsen hyvän kasvun ja kehityksen turvaajana. Kun monimuotoisesti traumatisoituneen ja mahdollisesti dissosiativisesti oireilevan äidin hoito on hyvällä mallilla, ulottuu se näin seuraavaankin sukupolveen. Äiti tarvitsee yleensä vuosien ajan yksilöllistä traumapsykoterapiaa. Ajoittain perheen toisen vanhemman tarjoama tuki ja arjen kaaoksen lankojen käsissään pitäminen voi riittää, mutta useimmiten kuitenkin perhe, jossa äiti kärsii dissosiativista oireista, tarvitsee myös ulkopuolista apua ja tukea. Apua voi hakea esimerkiksi kunnalta ja kun perheen tilanne ja tarve on arvioitu, tulee kunnan tarjota perhetyötä ja mahdollisesti myös lastensuojelullista apua. (Merimaa, 2015, ss. 241–242)

## 7.6 Suhde vanhempiin ja sukuun

Ihmisellä on luontainen tarve pitää yhteyttä sukuunsa. Vakauttaakseen elämäänsä, potilas tarvitsee turvallisuuden tunnetta ja rauhaa. Potilaan on yleensä hyvin vaikea päättää, voiko hän olla yhteydessä häntä traumatisoineeseen henkilöön tai perheeseensä. Kuitenkin hoitohenkilökunnan sijaan, potilaan on itse tehtävä päätös, ollako yhteydessä trauman aiheuttaneeseen. Kuitenkin potilaalle voidaan ilmaista, mikäli yhteydenotot aiheuttavat taantumista. Potilas myös päättää itse, voiko hän antaa anteeksi ja pääseekö hän ristiriitaisten tunteidensa kanssa ratkaisuun. Sisäistä ristiriitaa voi aiheuttaa myös se, että traumamuistot torjuvat persoonallisuuden osat voivat yhä pitää yhteyttä pahantekijään. Kuitenkin eheydyttyään tulisi potilaalla olla realistisesti selvillä, mikä lapsuudessa oli hyvää ja mikä pahaa ja näin ollen päättää onko hänelle hyötyä pitää yhteyksiä yllä ja missä muodossa. (Steele ym., 2017, ss. 398–399)

Monet potilaat haluavat kohdata heitä traumatisoineen ihmisen. Usein taustalla on toive, että kaltoinkohtelija joutuisi tilille tekemisistään ja pyytäisi anteeksi tai edes tunnustaisi tekemisensä. Osa haluaisi kostaa pahantekijälle. Hoitohenkilökunnan tulee keskustella potilaan kanssa odotuksista ja saada potilas ymmärtämään, että mitään edellä olevista harvoin tapahtuu, eikä kohtaaminen ole taikasauva, joka parantaisi kivun ja eheyttäisi heidät, kuten monet potilaat epärealistisesti uskovat. Kuitenkin täytyy muistaa, että joillekin oman totuutensa kertominen suoraan kaltoinkohtelijalle on tärkeää. Tällöin kuitenkin heidän tavoitteenaan ei saa olla reaktion saaminen vastapuolelta. (Steele ym., 2017, s. 400)

Myöskään pahantekijälle ei tarvitse antaa anteeksi varsinkaan, jos se tarkoittaisi tekojen unohtamista tai siihen painostaisi uskonnollinen velvollisuus. Myöskään anteeksi ei tule antaa pelon tai syyllisyyden vuoksi. Potilas saattaa myös ymmärtää jossain vaiheessa, että pahantekijä itsekin saattoi olla traumatisoitunut, eikä tämän ymmärtäminen ole väärin. Ennemmin se saattaa poistaa potilaan kokemaa syyllisyyttä ja auttaa näkemään pahantekijä ihmillisenä ihmisenä, jolloin potilas pystyy käsittelemään traumaa paremmin. Vaikka traumatisoitunut ei voisi koskaan antaa anteeksi, tulisi hänen kuitenkin oppia luopumaan menetyksestä, vihasta ja katkeruudesta ja nähdä ne vain voimavaroja kuluttavana taakkana. Viha ja raivo kuuluvat surutyöhön ja nekin tunteet ovat tärkeitä potilaan saada kokea,



läpikäydä, sanoittaa ja ilmaista, vaikkakin viha on ehkä aiemmin ollut puolustautumis- ja välttelykeino surua vastaan. (Steele ym., 2017, ss. 401, 481)

Usein läheiset ovat vihaisempia, katkerampia ja kostonhaluisempia kuin trauman kokeneet itse. Tämä johtuu siitä, että trauman kokeneella on fyysinen kokemus selviytymisestä ja eloon jäämisestä. Läheisten kuvitellessa mitä traumatisoitunut on mahdollisesti joutunut kokemaan, heille ei muodostu tunteisiin liittyviä fyysisiä kokemuksia, jolloin myös anteeksianto on heille usein haastavampaa kuin trauman kokeneelle. (Berceli, 2011/2017, ss. 49–50)

## **8 Monimuotoisen trauman vaikutus hoitosuhteeseen**

On tärkeää osata hoitotyössä huomioida monimuotoisen traumaperäisen stressihäiriön merkitys, sillä nämä joustamattomat reaktiot ympäristön ärsykkeisiin aiheuttavat häpeää ja hämmennystä paitsi ihmiselle itselleen myös hänen läheisilleen. Väärät tulkinnat lisäävät myös itsen rankaisua, dissosiaatiota ja muuta traumaoireilua sekä arvottomuuden tunnetta. (Karkkunen, 2020, ss. 222–223) Traumoihin liittyvä kipu on hyvin voimakasta ja se on sekoitus fyysistä kipua, häpeää ja pelkoa. Tämän takia traumatisoituneelle on syntynyt kyky aistia, tuleeko hän aidosti hyväksytyksi ja kohdatuksi ihmisenä. (Olanterä, 2020, s. 158)

Hoitotyössä tulee kunnioittaa omia ja toisten rajoja sekä ymmärtää, kuinka ristiriitaisia ja voimakkaita tunteita traumatisoitunut voi kokea. Luottamuspuola voi tuoda haastetta hoitotyön onnistumiselle ja luottamuksen kasvattaminen voi viedä normaalia pidempään. Uudelleen traumatisoitumisen riski on muistettava hoitotyössä, koska se on tehokas hoitoon hakeutumisen vähentäjä. Tulee ymmärtää, ettei traumatisoitunut useinkaan havaitse kehonsa viestejä tai ne hukkuvat trauman aiheuttamien negatiivisten tunteiden alle, joita traumatisoitunut kokee omaa kehoaan kohtaan. Nämä vaikeuttavat omahoito-ohjeiden noudattamista ja hoitoon sitoutumista, mikä pitkässä juoksussa johtaa, myös somaattisten sairauksien kohdalla, lisääntyneisiin päivystyskäynteihin ja kalliiseen erikoissairaanhoidon vuositarkastusten ja säännöllisen omahoidon laiminlyömisestä. Traumatisoituneiden tulisikin olla tarkimmassa seurannassa, sillä he ovat vähäisine ja häilyvine voimavaroineen haavoittuvaisimpia. (Pelkonen & Sarvela, 2020, ss. 266–267)

Leikolan (2016, s. 30) mukaan hoitohenkilökunta ei voi ymmärtää aidosti ja kokonaisuudessaan emotionaalisesti traumatisoitunutta ihmistä, ellei rakenteellisen dissosiaation käsitettä ole sisäistetty riittävästi ja mikäli sitä ei osata soveltaa yksilöllisesti. Kun traumatisoituneen elämäntarina tulee pääosin kerrottua, realisoitua ja integroitua osaksi potilaan elämäntarinaa sekä aidosti ymmärrettyä sen merkityksiä ja luottamuksellisesti se pikkuhiljaa jaettua, mahdollistaa se personallisuuden rakenteellisen muutoksen toiseen suuntaan. Tällöin tapahtuu paranemista ja eheytymistä. Kuitenkin tärkein edellytys kaiken tämän tapahtumiselle on turvallisuuden kokemus, jonka Leikola nimeää hoitotyön johtotähdeksi.

Traumatisoituneen ihmisen pelko traumojen aktivoitumisesta ja tapahtumien kauhun uudelleen kokemisesta voi estää häntä puhumasta, jopa kertomasta oireitaan. Kuulijan tulisi suhtautua traumatisoituneeseen empaattisesti ja luoda turvallinen, kannatteleva ilmapiiri ja sitoa tilanne tämän hetken realiteetteihin. Näin traumatisoitunut voi kertoa tarinansa ilman, että pelkää elävänsä uudelleen kokemansa kauhut tuntien ne myös kehossaan.

Traumatisoituneen jatkuva turvattomuuden tunne voi näkyä somaattisina oireina, kuten sydämen hakkaamisena tai jatkuvana huolena omasta terveydestään. Valaistus, etäisyys toisiin ihmisiin, asennot ja istumajärjestys ovat seikkoja, joilla nykyhetkessä säilymistä voidaan parantaa. Myös väsymyksellä ja vireystilalla on merkitystä. Traumatisoitunut saattaa pelätä sekä dissosiativiseen tilaan joutumista että sinne jäämistä. Emotionaalisesti traumatisoituneet ihmiset voivat elää pitkiäkin aikoja kapeutuneessa mielentilassa, jolloin he ovat irrallaan paitsi itsestään, myös ympäröivästä maailmasta ja toisista ihmisistä. (Ylikomi, 2015, s. 53; ks. myös Karkkunen, 2020, s. 226)

Hoitotilanteessa traumamuiston aktivoituminen saattaa johtaa potilaan keskittymisen herpaantumiseen ja reagoimiseen ainoastaan menneisyydestä häiritsemään tuleviin uhkakuviin, jolloin lääkärin tai sairaanhoitajan antama informaatio menee potilaalta ohi. Pahimmillaan suunniteltu toimenpide voidaan joutua peruuttamaan, mikäli potilas alkaa toimia uhkakuviensa ajamana. Myös tämän kaltaiset äkilliset peruutukset tai saatujen hoito-ohjeiden unohtaminen lisäävät terveydenhuollon kustannuksia. Tutkimusten mukaan näitä voidaan välttää traumainformoidulla hoitotavalla, jossa hoitotiimi ja sen jäsenet säilyttävät oman vireystilansa hyvänä ja toiminta on rauhallista. Tämä vähentää traumamuistojen

aktivoitumista. On arvioitu, että terveydenhuollon kustannukset traumainformoidulla ihmisten kohtaamisella vähenevät myös siksi, että se vaikuttaa sairauspoissaoloja vähentävästi niin potilaiden kuin hoitohenkilökunnankin kohdalla. (Pelkonen & Sarvela, 2020, s. 268)

Mikäli trauma ilmenee potilaassa masennuksena, voi traumatisoituneeseen olla vaikeaa saada kontaktia, sillä mieli torjuu kaikki yhteyseritykset. Tämä torjuminen perustuu vanhemman ja lapsen aikanaan epäonnistuneeseen yhteyden luomiseen. Mieli siis hyökkää kaikkea sitä vastaan, mikä voisi luoda kommunikaation ja yhteyden toiseen ihmiseen ja ihminen sulkeutuu. Osa traumatisoituneista kokee oman sisäisen maailmansa muuttumiskyvyttömäksi, jatkuvaksi katastrofiksi ja sulkeutumalla ihminen usein yrittää tiedostamattaan terrorisoida hoitosuhdettaan ja tuhota sen. (Virtanen, 2019, ss. 93–94)

Traumakertomus on osattava ottaa vastaan rauhallisena, kiinnostuneena ja pelkäämättömästi, eikä sitä saa alkaa selitellä parhain päin, vaan kunnioittaa tarinan esittämää totuutta sellaisenaan sitä arvioimatta tai arvostelematta, sillä tämä tukee traumasta toipumista. Toisin sanoen ammattilaisella tulee olla vankka luottamus traumatisoituneen resilienssiin ja hänen tulee osata suhtautua trauman aiheuttamaan monipersoonallisuuteen luonnollisena reaktiona emotionaaliseen traumaan. Vuorovaikutustilanteessa traumatisoituneen kanssa ei pidä olla ilmeetön eikä vähäpuheinen, sillä traumatisoitunut seuraa automaattisesti ja yliherkistyneesti kaikkia viestejä, joilla saisi selville toisen mielenliikkeitä ja varoitusjärjestelmä laukeaa helposti. Sen sijaan tulisi kaikin keinoin viestiä, elein, ilmein ja asennoin, ettei halua pahaa ja pyrkiä puhumaan suoraan ja selkeästi sekä ilmaista, että on empaattinen ja kiinnostunut toisen kokemusmaailmasta. Myös perustarpeiden, kuten janon, nälän, väsymyksen sekä fyysisten tuntemusten huomioiminen on tärkeää. (Olanterä, 2020, ss. 156, 160; Ylikomi, 2015, s. 64)

## **8.1 Haitallisten ihmissuhteiden vaikutus hoidon onnistumiseen**

Vakavasti traumatisoituneiden hoitaminen on monimutkaista ja haastavaa, mutta jo hoidon alkupuolella hoitohenkilökunnan tulisi selvittää potilaan nykyisten ihmissuhteiden laatu. Selvitys on osa potilaan normaalia voimavarakartoitusta, mutta traumatiosituneella

ihmissuhteiden laadun merkitys sekä miten traumatisoitunut ihmissuhteitaan käyttä korostuu. On valitettavan yleistä, että emotionaalisesti traumatisoitunut hakeutuu ihmissuhteissaan emotionaalisesti tuttuun ilmapiiriin ja näin ollen altistuu väkivallalle, hyväksikäytölle ja emotionaaliselle kaltoinkohtelulle. (Steele ym., 2017, ss. 132, 411)

Steele ym. (2017, s. 411) kirjassaan *Traumaperäisen dissosiaatiohäiriön hoito* mainitsevat syiksi tällaiseen traumatisoitumista jatkavaan uhriutumiseen sen, ettei potilas enää tunnista vaarasta kertovia merkkejä, joiden havaitsemista vaikeuttavat opittu avuttomuus, dissosiaatio, uppoutumisoireet, menneisyyden toistuminen ja kuten haluaisimme vielä lisätä, mahdollisen riippuvuuden ja riippuvuusikäytymisen takia. Valitettavasti kaltoinkohtelu jatkuu joskus myös hoitohenkilöstön toimesta. Hoitohenkilöstön aiheuttamaa kaltoinkohtelua tapahtuu silloin, kun potilaan oirehdintaa ei oteta vakavasti tai, kun potilas kokee ettei hän tule ymmärretyksi hakiessaan itselleen apua ja hoitohenkilökunta näin ollen tyrmää hänet. Tyrmäyksen seurauksena potilas saattaa kokea jälleen hylkäämiskokemukseen verrattavissa olevan tilanteen.

Edellä kuvatussa kaltaisessa epäonnistuneessa potilaskohtamisessa voi olla kyse siitä, ettei potilas tule nähdyksi traumatisoituneena, toisin sanoen trauman vaikutusten ymmärtämättömyydestä ja sen myötä potilaan torjumisesta ja hylkäämisestä, mutta kyse voi olla myös vastatransferenssistä, joka vaikeuttaa sairaanhoitajan pysymistä ammatillisena ja haittaa hoitaja-potilasyhteistyösuhdetta. Sairaanhoitaja saattaa liian aikaisin ja liian yksityiskohtaisesti kaivella potilaan traumamuistoja, pitäen kaltoinkohtelun kuvauksia kiehtovina unohtaen turvallisuudentunteen ylläpitämisen. Hoitaja saattaa omilla reaktioillaan pahentaa potilaan pelkiloja ja vainoharhoja tyydyttäessään omaa uteliaisuuttaan. Myös pelastamishalu saattaa olla hoitajalla niin suurta, että hoidosta tulee painostavaa ja rajoja rikkovaa. Potilaan kertoma saattaa olla myös ylivoimaista ja tällöin hoitaja helposti torjuu ja hylkää potilaan vetäytyen tunnetasolla, jottei sijaistraumatisoituisi ja uupuisi. Tämä voi johtua myös täydellisestä epäuskosta tai kriitikittömästä uskosta potilaan tarinaan. (Steele ym., 2017, s. 415)

Viranomaisten ja hoitohenkilöstön näkökulmasta on välillä vaikeaa saada selville mikä on totta ja mikä ei, sillä usein hyväksikäytön tai väkivallan uhri pitää yhteyttä tekijään ja

suorastaan edesauttaa traumatisoitumisen jatkumista. On vaikeaa ymmärtää, ettei uhri ole kykenevä ottamaan vastuuta itsestään ja turvallisuudestaan. Uhri sekä käyttäytyy että suhtautuu asiaan ristiriitaisesti, eikä toisaalta kykene selventämään omia motiivejaan, jolloin myös suhtautuminen hoitohenkilöstöön tai poliiseihin voi olla hyvin ristiriitaista ja poukkoilevaa. Uhri voi myös jättää saapumatta tutkimuksiin tai oikeudenkäynteihin, vaikka niissä olisi tarkoitus ajaa juuri hänen asiaansa. Uskottavuusongelmat johtavat usein siihen, ettei pahantekijöitä saada tuomittua. (Ylikomi, 2015, s. 54)

Edellä mainittu selittyy myös sillä, että pitkittyneessä ja toistuvassa traumassa henkilö siirtyy limbisten aivojen käyttämiseen aivojen loogisesta ajattelusta vastaavan aivokuoren sijaan. Limbinen järjestelmä tekee tunnepohjaisia päätöksiä, jotka eivät aina selity järkisyillä. Lisäksi traumasta kärsivällä aistimukset voivat olla hallitsevia järkipäiseen ajatteluun nähden. Limbisen järjestelmän aktivoituminen johtaa siihen, ettei ihminen enää osaa arvioida uhkaa oikein ja esimerkiksi lähteä traumatisoivasta parisuhteesta, vaikka häntä siihen kannustettaisiin. (Berceli, 2011/2017, s. 67)

Lisäksi joskus potilaat ovat yhä kiinni alkuperäisessä hyväksikäytössä ja tekemisissä tiiviisti alkuperäisen kaltoinkohtelijan kanssa. Tällöin he kärsivät lojaaliuden aiheuttamasta vakavasta sisäisestä ristiriidasta, jota usein sävyttää myös uskomus kaltoinkohtelijan kaikkivoipaisuuteen ja kykyyn hallita ja rangaista lähes yliluonnollisin tavoin. Heitä tulisi auttaa, kuten ketä tahansa väkivaltaisesta suhteesta irtipyristelevää. Tulee kuitenkin muistaa, ettei samalla mene mukaan siihen, jos potilas hakee kertomuksillaan huomioita, huolenpitoa ja hyväksyntää, etenkin jos potilas uskoo, ettei häntä uskota ilman karmaisevia yksityiskohtia. Osittain tarinoiden oikeellisuuden tunnistaminen ja niihin oikein reagoiminen on haastavaa, koska potilas ei välttämättä kykene erottamaan todellisuutta ja kuviteltuja tapahtumia toisistaan ja tulee myös muistaa se, että heillä on lukuisia muistiaukkoja niin menneisyydessä kuin nykyisyydessäänkin. (Steele ym., 2017, ss. 412–414)

Kaltoinkohtelijan otteesta irtautuminen voi kestää pitkään, sillä lojaaliuden aiheuttamien ristiriitojen ratkaiseminen ja sitoutuminen omaan tervehtymiseensä vaatii potilaalta vaikeiden asioiden myöntämistä itsestään ja menneisyydestään. Kaikki avuttomuus, tuska, kipu ja petetyksi tuleminen on vaikeaa hyväksyä itsessään ja oppia uudet tavat toimia

tulevaisuudessa. Lisäksi ne dissosiatiiiviset osat, jotka kantavat kaikkein traumaattisimpia muistoja, ovat usein myös lojaaleimpia kaltoinkohtelijalle. Lojaalius estää kokemusten todentumista ja siten oman menneisyyden hyväksymistä sellaisena kuin se tapahtui. Hoitohenkilökunnan myötätunnolla kaikkia dissosiatiiivisiä osia kohtaan sekä asioiden pikkuhiljaa, mutta vääjäämättömästi todentamalla, päästään näidenkin osien kanssa eteenpäin. Hoitoennuste riippuu siitä, kuinka valmis ja kykenevä potilas on irtautumaan kaltoinkohtelijastaan kaikkine dissosiatiiivisine osineen, samoin kuin luomaan ja ylläpitämään uusia terveitä ihmissuhteita elämäänsä. (Steele ym., 2017, s. 415)

## **8.2 Potilaan voimavarojen lisääminen**

Hoitovaiheista ensimmäinen, pitkäkestoinen ja tärkein on vakautusvaihe, mutta se on myös sellainen, joka voidaan aloittaa muunkin hoitotahon kuin traumaterapeutin toimesta (Tays, 2018). Antevon (2017, s. 137) mukaan vakautusvaiheen aikana luodaan edellytykset palata normaaliin päivittäiseen elämään opettelemalla päivärytmiä sekä oppimalla hallitsemaan siirtymiä yli- ja alivireystilojen välillä, jotka yleensä eniten monimuotoisesti traumatisoituneen toimintaa heikentävät. Ensivaiheen hoidossa tarkoituksena on parantaa psyykkistä ja fyysistä toimintatasoa. Tunnesäätelyn oppiminen on traumatisoituneelle tärkeää, samoin maadoitusharjoitukset tähän hetkeen. Vaikeinta on sanattomuus sekä tunteissa, aistimuksissa ja kehossa elävä trauma ja sen hyväksyminen.

Hoitohenkilökunnan tulisi miettiä potilaan kanssa, miten ja kuinka paljon potilas voisi kertoa dissosiatiiivisestä häiriöstään esimerkiksi ystäville ja muille sukulaisille tai läheisille. Potilaan peloista tulisi keskustella, pelkääkö leimautumista, haukkumista, juoruilua asioistaan tai hylkäämistä ystävien ja läheisten taholta. Monet pelkäävät kertoa, mutta toisaalta toivovat, että olisi joku luotettava, jolle jakaa tuskaansa, eivätkä olisi eheytymsyrityksensä kanssa niin yksin. Lisäksi tulee muistaa, että potilaan dissosiatiiiviset osat voivat vastustaa kertomista paljastumisen pelossa. Hoitohenkilökunta voi auttaa potilasta rajaamaan tarinaansa ja miettimään valmiiksi lauseita. Parhaimmillaan perheen ja ystävien tuesta on apua, kun potilas uskaltautuu kertomaan miltä hänestä tuntuu kulloinkin ilman, että samalla vaihtaa huomiota ja hellyyttä hakevaan lapsipersonallisuuteen. (Steele ym., 2017, s. 397)

Joulut ja muut juhlapyhät sekä loma-ajat voivat olla haastavaa aikaa emotionaalisesta traumasta kärsiville. Aikuisena tulisi miettiä haluaako olla tekemisissä ja millä ehdoin ihmisten kanssa, joista on pelottavia muistoja ja kivuliaita kokemuksia. Lapsuuden vuorovaikutuskuviot toistuvat helposti tapaamisissa ja taantumista lapsuuden persooniin, takaumiin ja tunnetiloihin tapahtuu herkästi. (Helsingin ja Oulun Traumaterapiakeskus ry, 2019, s. 102)

Traumaterapiakeskuksen *Vakautumisoppaassa* (2019 ss. 103–105) on muutamia käytännön vinkkejä, joita hoitohenkilökunta voi antaa potilaalle mietittäväksi etukäteen näissä haastavissa tilanteissa. Esimerkiksi listauksen luominen siitä, mitä traumalaukaisijoita tilanne, kuten vierailu lapsuuden kodissa, mahdollisesti herättää. Tämä saattaa kuitenkin olla haasteellista suunnitella yksin, sillä väistämättä mieleen nousee muistoja ja tunnetiloja ja keskittyminen listaukseen voi olla mahdotonta ahdistuksen vuoksi. Silti olisi hyvä miettiä, liittykö tilanteen haastavuuteen erityisesti jonkin henkilön kohtaaminen, rajojen asettaminen vai sen ilmaiseminen mitä itse haluaa tai tarvitsee? Ratkaisuvaihtoehtojen miettiminen etukäteen ja eri näkökulmista on tärkeää, jotta valinnoista tulee tietoisia ja avuttomuus tilanteessa ei saisi jalansijaa. Samasta syystä vastauksia kiusallisiin kysymyksiin voi miettiä ja harjoitella ystävän kanssa.

Monimuotoisesti traumatisoituneelle erityisen vaikeaa on pitää huolta omasta hyvinvoinnista ja turvallisuudesta. Puoliensa pitäminen ja velvollisuudentuntoisuus oman jaksamisen kustannuksella aiheuttaa usein paitsi sisäisiä ristiriitoja, myös riitoja ihmisten välille. Kuitenkin tärkeintä olisi huolehtia omien voimavarojen riittävydestä ja vireystilan säilymisestä. Näitä ovat aikarajojen asettaminen sekä etukäteissuunnittelu millä verukkeella pääsee lähtemään aikaisemmin, jos oma vointi sitä vaatii. Myös se, että saapuu omalla kyydillä tuo riippumattomuutta toisista tai se, että yöpyy mieluummin hotellissa kuin paikassa, jossa on henkilö, jonka kohtaaminen ja läsnäolo ovat voimia kuluttavaa ja kenties triggeröivää. (Helsingin ja Oulun Traumaterapiakeskus ry, 2019, ss. 104–105)

### 8.3 Kohti eheytymistä

Monimuotoisesti traumatisoituneen hoidon tavoitteena on persoonallisuuden eheytyminen ja uudelleen suuntautuminen nimenomaan nykyhetkeen. Ihminen alkaa tällöin katsoa mennyttä elämäänsä uudella tavalla, sillä menneisyyden tapahtumat ovat todentuneet ja saaneet merkityksiä ja selityksiä. Myös ne muistot, jotka ihminen muisti ennenkin, ovat saaneet uutta pohjaa. Todennäköisesti tähän saakka traumatisoitunut on syyttänyt itseään kaltoinkohtelustaan ja koittanut ymmärtää väärintekijää. Nyt kun traumatisoitunut tajuaa, millaista elämä on oikeasti ollut ja mitä se olisi voinut olla, tulee hän todennäköisesti surulliseksi, vihaiseksi ja katkeraksi. Ihminen miettii herkästi mitä hän on menettänyt ja voiko enää toteuttaa unelmiaan. Toisaalta onnistuneen integraation jälkeen potilaat pystyvät ajattelemaan menneisyyttä ilman, että se kaappaa heitä kokemaan kaikkea uudelleen, vaikka he tuntisivat surua tai menetystä. (Pelkonen & Punkanen, 2020, ss. 169–170)

Ihminen on siis kykenevä muuttamaan omaa ajatteluaan niin, että traumakokemus yhdistyy osaksi omaa menneisyyttä ja maailmankatsomusta. Trauma ja sen käsittely muuttaa ihmisen ajatuksia itsestä ja ympäröivästä maailmasta. Bercei (2011/2017, ss. 72–73) kirjoittaa pitkästä kokemuksestaan traumatisoituneiden hoitotyössä, että ne jotka yrittävät sulloa traumataakan osaksi olemassa olevaa maailmankatsomusta, tulevat uskossaan hyvin ankariksi tai luopuvat siitä kokonaan. Se että ihminen tukahduttaa tuskansa ja vihansa noudattamalla yhä tiukemmin uskontonsa oppeja ja sääntöjä, ei johda hyvään. Myöskään hyödyllistä ei ole luopua tyystin uskosta, jolloin saattaa kokea, ettei itsellä koko maailmankaikkeudessa olisi mitään merkitystä. Poijula ym., (2020, ss. 151–152) käyttävät tästä nimitystä assimilaatio. Se tarkoittaa sitä, että traumaattiset kokemukset assimiloidaan aikaisempiin käsityksiin itsestä tai ympäröivästä maailmankuvasta. Nämä kuitenkin vain yleistävät jäykistäen ja vahvistaen uskomuksia, jotka estävät sopeutumista. Näin traumasta voi tulla kielteisten uskomusten todiste ja vahvistus itsen, toisten ihmisten ja maailman epäoikeudenmukaisuudesta ja pahuudesta.

Joskus omaiset pelkäävät potilaiden toipumista ja siitä seuraavaa muutosta elämänhallinnassa ja itsetunnossa ja voivat tietoisesti tai tiedostamattaan sabotoida eheytymistä. Myös potilas itse voi kärsiä parantumisen pelosta. Taustalla on



muutoksenpelko, vaikka samanaikaisesti potilas haluaa kärsimyksensä loppuvan. Potilaan ajatukset siitä, millaista elämä terveenä on, voivat olla epärealistisia ja ristiriitaisia. Hänellä voi olla pelkoa myös siitä, ettei hän saa apua sen jälkeen, kun paranee tai ettei hän pärjääkään. Potilas saattaa projisoida menneisyyttä tulevaisuuteen ja siten uskoa, että muutos traumatisoisi häntä. Muutoksen mahdollinen hallitsemattomuus saattaa pelottaa potilasta. Joskus häpeä, joka johtuu virheiden pelosta, estää potilasta pääsemään muutoksessa eteenpäin. Koska muutos ja sen pelko aiheuttavat epävarmuutta ja levottomuutta, jotka taas johtavat kehossa tietynlaisiin tuntemuksiin fyysisten oireiden myötä, saattavat muistuttaa traumaattisista kokemuksista ja siten johtaa välttelykäyttäytymiseen ja hoidon jumittamiseen. (Steele ym., 2017, ss. 482, 485)

## 9 Resilienssi ja mahdollisuus traumasta toipumiseen

Resilienssi on kykyä palautua stressistä tai traumasta ja palautuakseen ihminen käyttää terveitä suojamekanismia. Se on osittain perinnöllistä, mutta siihen vaikuttaa paljon myös varhaislapsuuden ja vauvaiän kiintymyssuhteiden laatu ja millaisia ovat esimerkiksi olleet perheen sisäiset ja ulkopuoliset ihmissuhteet. Tämän vuoksi eri ihmisillä on erilainen kyky käsitellä traumaattisia kokemuksia. (Virtanen, 2019, s. 31)

Traumatisoitumiseen ja trauman kehittymiseen vaikuttaa hyvin olennaisesti yksilön resilienssi, joka voitaisiin suomentaa myös joustavuudeksi tai häiriönsietokyvyksi.

Resilienssin muotoutuminen alkaa jo lapsuudessa. (Poijula, 2018, s. 91) Stephan Collishaw ym. (2007) *Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample* ovat kartoittaneet tutkimuksessaan miten yksilön resilienssi vaikuttaa lapsuudenaikaisten haitallisten kokemusten jälkeisiin aikuisuudessa ilmeneviin mielenterveyshäiriöihin. Samalla selvitettiin yksilön ominaisuuksia, jotka suojaavat sairastumiselta. Tutkimuksen tuloksena voitiin todeta, että varhaislapsuuden ja lapsuuden aikaisilla ihmissuhteilla on painava vaikutuksensa yksilön myöhempään elämään.

Avaintekijänä lapsen vastoinkäymisistä selviytymiseen on läheinen suhde ainakin yhteen hänestä välittävään ja huolehtivaan aikuiseen, joka voi olla myös joku muu, kuin lapsen biologinen isä tai äiti. Lapsen selviytymiskyvyn kehityksen perustana on tunne ja tieto siitä, että joku rakastaa, ymmärtää, on myötämielinen ja ottaa hänet sydämeensä ja mieleensä,

sekä antaa tilaa myös virheille, jolloin lapsen riski sairastua psyykkisesti esimerkiksi masennukseen laskee huomattavasti. Lapsen riski sairastua psyykkisesti kasvaa paitsi välittävän aikuisen puuttuessa elämästä tai jos kiintymyssuhde lapsen ja aikuisen välillä on tunteeton ja ongelmallinen. Tämä on myös tunnistettu aikuisiän depression riskitekijäksi.

Pelkonen & Punkanen (2020, s. 160) nostavat suojaaviksi tekijöiksi myös lemmikit ja itsetuntoa nostavat harrastukset. Myös hengellisyyteen ja luontoon liittyvät turvakokemukset sekä mielikuvitusmaailma ovat heidän mukaansa tekijöitä, jotka suojaavat yksinäisyydeltä. Näin ollen ne suojaavat tarpeelta käyttää sisäisiä säätelykeinoja, eli ne suojaavat persoonan jakautumiselta, tietoisuuden kapeuttamiselta, itsen vahingoittamiselta, syömisen kontrolloinnilta tai addiktioilta.

Tänä päivänä puhutaan paljon epigenetiikasta, joka tarkoittaa yksilön ympäristön ja kokemusten muokkaamaa geenitietoa, joka ei sijaitse DNA:ssa, mutta joka voi silti periä (Helsingin yliopisto, 2016). Genetiikan ja biologian tutkimus on räjähdysmäisesti lisääntynyt viime vuosina myös resilienssin tutkimisen saralla, eli on havaittu, että epigenetiikka voi auttaa ymmärtämään myös resilienssiä. Epigenetiikka selittää, miten ihmiskeho on oppinut sopeutumaan ympäristöönsä muutoin kuin luonnonvalinnan perusteella. Se selittää miksi ihminen sopeutuu, selviytyy ja jää eloon, mutta joskus näillä epigeneettisillä muutoksilla voi olla myös tuhoisia seurauksia. Trauma-altistuminen voi aiheuttaa epigeneettisistä muutoksia. Kuitenkin on tärkeää muistaa, että nämä muutokset eivät ole pysyviä. Laajemmin kyse on kuitenkin riskitekijöiden ja suojaavien tekijöiden vuorovaikutuksesta yksilön ja ympäristön välillä, mitkä määrittelevät yksilön resilienssin. Resilienssillä on kuitenkin rajansa ja jokainen ihminen omaa omat murtumispisteensä. Lapsen altistuessa jatkuvasti kaltoinkohtelulle tai erittäin vaikeille elämäntapahtumille, kuten sodalle tai kidutukselle, ei yksikään lapsi resilienssistään huolimatta ole katkeamaton ennen kuin pääsee turvalliseen ympäristöön. (Hornor, 2016, s. 386; Poijula, 2018, s. 92)

Resilienssi kuitenkin kehittyy vastoinkäymisten läpikäymisestä ja niistä oppimisesta silloin, kun stressi ei ole voimakasta tai aiheuta lamaannuttavaa vaikutusta. Se suojaa myöhemmissä vastoinkäymisissä ja toipuminen on yksilötasolla aiempaa nopeampaa. On todettu, että ihmiset, jotka ovat kokeneet useita vaikeita elämäntapahtumia ja

vastoinkäymisiä, oireilevat tapahtuneen trauman jälkeen vähemmän, kuin ne, jotka ovat selvinneet elämässään ilman suuria vastoinkäymisiä. Näiden ihmisten toimintakyky heikkenee vähemmän vastoinkäymisten sattuessa, ja he ovat silloinkin tyytyväisempiä elämäänsä ja voivat paremmin. Toistuva altistuminen stressaaville tapahtumille elämässä voi johtaa ikään kuin karaistumiseen tai niin sanottuun rokotusvaikutukseen, mikä auttaa ihmistä selviytymään uusista stressaavista tapahtumista aiempaa paremmin. Jokaisen yksilön oma resilienssi on erilainen, eikä kukaan synny tietynmukaisen resilienssin kanssa. Varhaislapsuuden terveet ihmissuhteet vahvistavat positiivisesti ihmisen persoonallisuuden kehitystä ja näin ollen myös resilienssi saattaa vahvistua ilman vastoinkäymisiäkin. Yksilön resilienssiä muokkaavat siis elämäkerran kokemukset, ihmissuhteet ja ympäristötekijät. Resilienssi tarkoittaa mielenterveyden säilyttämistä huolimatta psyykkisistä tai fyysisistä vastoinkäymisistä. (Poijula, 2018, ss. 16–18, 66–67)

Ihmisen varhaisen vuorovaikutuksen ja kiintymyssuhdekehityksen luoma perusta on erityisen tärkeässä roolissa lapsen elämässä selviytymiseen ja se on ymmärretty niin normaaliin kehityksen kuin mahdollisten häiriöidenkin korjaamisen näkökulmista. Vanhemman, erityisesti äidin, antama tuki ja turva varhaislapsuudessa ennustaa myönteistä kehitystä stressinhallinnan ja ajattelun kannalta. Kehityksen aikana muita resilienssiin vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi positiivinen tunne-elämä ja erityisesti toiveikkaus, itsesäätelykyky, kyky ottaa apua vastaan ja kognitiiviset kyvyt. Kaltoinkohtelun tunnistaminen lasten elämässä on paras tapa edistää heidän resilienssiään. He eivät välttämättä tarvitse jatkuvaa mielenterveyshoitoa, mutta hyötyvät ammattitaitoisesta traumaoireiden tunnistamisesta. Traumatisoitumisen ehkäisy tulisi olla lasten terveydenhuollon perimmäinen tavoite. Perheiden ja sen yksilöiden resilienssiä voidaan parantaa kannustamalla vanhempia johdonmukaisesti positiivisiin vanhemmuustaitoihin, joilla tarkoitetaan vanhempien ja lasten suhdetta, johon kuuluu hoitaminen, opettaminen, johtaminen, kommunikointi ja lapsen tarpeiden jatkuva huomiominen johdonmukaisesti ja ehdoitta. (Hornor, 2016, ss. 387, 389)

Resilienssitutkimuksen myötä on voitu määritellä mitkä tekijät ovat sellaisia, että ne aiheuttavat suuren riskin lapsen normaalille kehitykselle. Tällaisia tekijöitä ovat esimerkiksi perheeseen liittyvät ongelmat, kuten vanhempien ero, vanhempien mielenterveysongelmat,

ongelmallinen lapsen ja vanhemman välinen vuorovaikutussuhde, erilaiset taloudelliset tekijät, köyhyys, sekä erityisen stressaavat elämäkokemukset kuten luonnonkatastrofit ja sodat. Suojaavat tekijät saavat lapsen tuntemaan turvallisuutta kielteisten elämäntapahtumien aiheuttaman myrkyllisen stressin jälkeen. Ne auttavat myös lasta neutraloimaan fyysisiä muutoksia, jotka ilmenevät trauman aikana tai välittömästi sen jälkeen. Kun lapsen suojaverkot ovat hyvässä toimintakunnossa, on lapsen kehitys vahvaa myös vakavien vastoinkäymisten ilmentyessä. Lasta ja lapsen normaalia kehitystä suojaavia tekijöitä ovat läheinen suhde päteviin huoltajiin, kuten vanhempiin tai muihin välittäviin aikuisiin, vanhemman resilienssi, vanhemman omaamat positiiviset vanhemmuustaidot ja niiden hyödyntäminen kasvatuksessa. Lapsesta lähteviä suojaavia tekijöitä ovat lapsen omat yksilökohtaiset ongelmanratkaisutaidot, itsesäätely, lapsen sosiaalinen ja emotionaalinen terveys ja hyvät sosiaaliset yhteydet. Ulkoisia puolestaan sosioekonomiset edut ja konkreettinen tuki, sekä yhteisöt ja sosiaaliset järjestelmät, jotka tukevat terveyttä ja kehitystä. (Pojjula, 2018, ss. 98, 100–101)

Resilienssi ei ole siis yksilön yleinen ominaisuus, eikä persoonallisuuden piirre. Se ei ole pelkkää yksilön sosiaalista pätevyyttä tai mielenterveyttä, eikä vastustuskykyisyyttä stressille tai haavoittuvuutta, vaikka jo koetut vastoinkäymiset voivat karaista ja vahvistaa myöhempää selviytymiskykyä haasteita kohdatessa. (Pojjula, 2018, ss. 16–18) Toivoa traumasta toipumiseen luo lukuisten satujen loppulause: ”He elivät onnellisina elämänsä loppuun asti”. Kuitenkaan tätä ei pidä ymmärtää vain kuvauksena elämän mittaisesta avioliitosta, vaan yksilön psyyken kokonaisvaltaisesta kehittymisestä sekä toipumisena niin rakkaudessa kuin ihmissuhteessa. Mikä ihmissuhteessa on rikottu, voidaan ihmissuhteessa korjata. Toisin sanoen tuo satujen loppulause on sisäisen toipumisprosessin vertauskuva. (Virtanen, 2019, s. 89)

## **10 Opinnäytetyön prosessi ja tiedonhankinta**

Opinnäytetyöprosessi käynnistyi kesäkuun alussa 2021. Aiheeksi päätettiin valita omaisten huomioiminen emotionaalisesti traumatisoituneiden hoitotyössä. Tämä aihevalinta jalostui myöhemmin alkusyksystä kuvaamaan traumatisoituneen ihmissuhteiden vaikutusta hoitotyöhön ja lopulta lokakuussa 2021 otsikko saavutti lopullisen muotonsa, jossa

huomioitiin tuleva ICD-11-tautiluokituksen mukainen diagnoosi monimuotoinen traumaperäinen stressihäiriö (CPTSD). Alusta alkaen meille oli selvää, että teemme opinnäytetyömme hoitotyön näkökulmasta ja että tavoitteenamme on kehittää hoitotyötä tuomalla esille omaisten ja läheisten huomioimista sekä emotionaalisen trauman tunnistamista lukuisien fyysisten ja psyykkisten oireiden sekä addiktioiden taustalla. Koska työllämme ei ollut tilaajaa, päätimme aloittaa aiheesta kattavan kirjallisuuskatsauksen teon ja kesän 2021 lukea ja kerätä laajasti tietoa omaisten huomioimisesta traumatisoituneen hoitotyössä.

Kokosimme tietoperustaa lähtien liikkeelle ammattikirjallisuudesta, jota löytyi niin ulkomaisista suomennetuista teoksista kuin suomalaisistakin teoksista. Teimme tarkkaa työtä siinä, millä perustein valitsimme lähdemateriaalia. Valitsimme ammattikirjallisuutta sen pohjalta, mitkä kirjoittajat olivat tuottaneet kirjallisuutta tutkitun tiedon perusteella. Ammattietiikka, ammatillisuus ja kollegiaalisuus näkyivät valintaprosessissa, sillä arvioimme luotettaviksi lähdemateriaaleiksi kirjallisuuden, jossa kirjoittajilla oli pitkä ammatillinen kokemus ja koulutus traumahoitotyöstä. Jo alussa rajasimme post-traumaattisen stressireaktion pois käsittelemistämme aiheista, samoin sijaistraumatisoitumisen. Lisäksi päätimme johdonmukaisuuden vuoksi valita uusimmat ja yhdenmukaiset termit kuvaamaan traumatisoitumista ja rakenteellista dissosiaatiohäiriötä, vaikka alkuperäisessä lähteessä olisi käytetty toista muotoa tarkoittamaan samaa asiaa.

Syyskuussa 2021 saimme opinnäytetyöllemme ohjaajan ja osallistuimme ensimmäiseen ohjauspalaveriin. Hieman yllättäen Hämeen ammattikorkeakoulusta tuli tilaajataho työllemme. Samalla opinnäytetyömme muuttui toiminnalliseksi opinnäytetyöksi, sillä tarkoituksellemme tuli suunnitella ja toteuttaa sähköinen oppimateriaali Hämeen ammattikorkeakoululle sairaanhoidon opiskelijoita varten opintojen loppuvaiheeseen. Olimme valmistelleet ensimmäistä tilaajapalaveria varten muutaman ehdotuksen toteutukselle ottaen huomioon opetusmateriaalin käytettävyyden opetuksessa sekä opiskelijoiden erilaiset oppimistavat. Tavoitteena oli, että opetusmateriaalimme palvelee niin opettajaa kuin opiskelijoitakin ja opiskelijoiden tieto traumatisoitumisesta ja sen vaikutuksista yksilön elämään, ihmissuhteisiin ja hoitosuhteeseen lisääntyy. Tilajapalaverissa toteutustapa selkiytyi nopeasti. Tilajajan edustaja toi omia näkökulmiaan

esiin ja yhteisymmärryksessä päädyimme tuottamaan opetusmateriaalin interaktiivisena pelimaailmaan. Toteutus päätettiin tehdä Thinglink-sovelluksen avulla.

Kerätessämme materiaalia tietoperustaan, olimme huomanneet, että traumatisoitumisesta löytyy paljon kirjallisuutta ja artikkeleita, mutta monimuotoisesti traumatisoituneen potilaan hoitotyön tutkimus ja siitä saatavissa oleva tutkimukseen perustuva tieto on olematonta. Opinnäytetyön luotettavuuden lisäämiseksi saimme apua koulun informaattikolta. Olimme pyrkineet työssämme alkuperäislähteet löytämään, mutta emme löytäneet hoitotyön näkökulmasta tehtyjä tutkimuksia. Informaatikon avulla löysimme lisää vertaisarvioituja tutkimuksia ja lähdemateriaalia työmme tietoperustaan. Medic, Google Scholar ja Pubmed nousivat työssämme eniten käytetyksi tietokannoiksi. Hakusanat, joita käytimme tiedonhaussa olivat YSA:n mukaisia, lukuun ottamatta monimuotoista traumaperäistä stressihäiriötä, joka on vasta tulossa ICD-11-tautiluokituksen myötä. Lopulta löysimme selityksen tiedonhakuongelmalle: Poijula ym. (2020, s. 148) toteavat, ettei monimuotoisen traumaperäisen stressihäiriön hoitoon vielä hoitosuosituksia ole, jotka perustuisivat tutkimusnäyttöön, sillä laadukkaita tutkimuksia hoitotyön näkökulmasta ei juurikaan ole tehty.

Vilkan (2021, s. 185) mukaan opinnäytetyön luotettavuuden arvioinnissa korostuu läpi opinnäytetyön prosessin työskentelytapoina järjestelmällisyys ja johdonmukaisuus. Tämä oli ohjeistus, jota pyrimme noudattamaan läpi opinnäytetyömme prosessin, niin teoriaperustaa kuin toiminnallista osuutta toteuttaessamme. Olimme suunnitelleet pelin rakenteen traumakäsitteiden ja ihmissuhdetyyppien perusteella. Vahvuutena toteutuksessa nousi esille se, että toinen opinnäytetyön tekijöistä, Heidi Kannisto, oli aiheeseemme jo aiemmassa vaiheessa opintojaan perehtynyt tarkemmin, kun taas Tuija Poltinojalle aihe oli pitkälti uutta. Näin ollen Heidi Kannistolla oli selkeä jo hieman jalostuneempi ajatus monimuotoisesta traumaperäisestä stressihäiriöstä, kun taas Tuija Poltinoja pystyi uuden aiheen edessä tuomaan herkästi esille niitä käsitteitä, joista hänen täytyi myös itselleen selvittää tietoperustaan tarkemmin, jolloin myös toiminnallista osuutta tehdessä uutta oppivan opiskelijan näkökulma oli huomioitavissa. Näin sisällöstä rakentui johdonmukainen ja perusteltu.

Väliseminaari pidettiin marraskuun 2021 alussa ja tuolloin toiminnallinen osuus, eli Pakopeli traumasta oli valmis. Vain tekstisisältöjä on sen jälkeen tiivistetty, kuten opponoijalta saamassamme palautteessa kehitysehdotuksena esitettiin. Pakopeli herätti kiinnostusta väliseminaarin kuulijoissa, jotka heti yhdistivät väliseminaariesityksessä tullutta tietoa tuntemiinsa potilastapauksiin ja siihen, kuinka opinnäytetyömme tietoa tarvitaan myös somaattisessa hoitotyössä. Ohjaavan opettajan palaute koski tekstin tiivistämistä ja selkeyttämistä tietoperustassa ja siten myös toiminnallisessa osuudessa. Kaiken kaikkiaan työtä kuvattiin sanalla runsas. Olimme siis saavuttaneet opinnäytetyöllemme asettamme tavoitteen olla monipuolinen ja kiinnostava.

Joulukuussa 2021 julkaistiin Hämeen ammattikorkeakoulun Hyvinvointi ja sotealan blogisivuilla teksti Pakopeli traumasta – traumainformoitua hoitotyön opetusta pedagogisen pakopelin keinoin. Tämä blogiteksti toimi opinnäytetyömme loppuseminaarina ja sen myötä peli ja sen oikeudet luovutettiin tilaajan, eli Hämeen ammattikorkeakoulun, edustajalle.

## **11 Opinnäytetyön toteutus**

Toiminnallinen opinnäytetyö on yksi monesta toteutustavasta opinnäytetyölle. Se on käytännönläheinen vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle, joka voi olla käytännön ohjaamista, toiminnan järjestämistä tai alasta riippuen myös ammatilliseen käytäntöön suunnattu ohjemateriaali tai perehdyttämisopas. Se voi olla myös toiminnallinen tuokio yksityiselle tilaajalle tai yleisötilaisuus suuremmalle ryhmälle. Toiminnallisen opinnäytetyön toiminta-alue on laaja. Toteutustapana voi toimia kirja, kansio, internet-sivu tai jokin muu digitaalinen ympäristö. (Vilka & Airaksinen, 2003, ss. 9–10)

Tietoperusta on opinnäytetyön tärkein osuus, vaikka opinnäytetyö olisi toiminnallinen. Työelämälähtöisyys on edellytys, jotta toteutusta voidaan hyödyntää käytännön työssä. Sen tulisi olla tutkimuksellisella asenteella toteutettu, sekä riittävän tason saavuttava alan tietoja ja taitoja halliten. Opinnäytetyön tulee varmistaa, että opiskelija osaa ammattikorkeakoulun opetuksen tavoitteiden mukaiset tutkimus- ja kehittämismenetelmät sekä niiden perusteet. Valmistuttuaan opiskelija tulee toimimaan alansa asiantuntijatehtävissä. (Vilka & Airaksinen, 2003, ss. 9–10)

## 11.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisen opinnäytetyön tietoperustaksi riittää usein jokin yksittäinen alan käsite ja sen määrittäminen. Aina ei ole mahdollista toteuttaa toiminnallista opinnäytetyötä laajasta teorianäkökulmasta, eikä se useinkaan ole välttämätöntäkään. Teoriaa kannattaa rajata niin, että aiheen keskeiset käsitteet otetaan käyttöön niiltä osin kuin ne koetaan tarpeellisiksi.

Toisaalta taas teorian laajuus riippuu pitkälti siitä, mikä opinnäytetyön aihe on.

Toiminnallisen opinnäytetyön tuloksena lopulta on aina jokin tuote tai tuotos, joka palvelee tilaajaa sen toivomalla tavalla. Raportoinnissa tulee myös käsitellä tuotoksen saavuttamiseksi käytettyjä keinoja. Toiminnallisia opinnäytetöitä yhdistää yksi ja sama piirre, oli kyse sitten minkälaisesta tuotoksesta tahansa. Näissä viestinnällisin sekä visuaalisin keinoin pyritään luomaan kokonaisuus, josta on tunnistettavissa tavoiteltu päämäärä.

Toteutustapaa valittaessa opiskelijan tulee selvittää mikä on sellainen muoto tuotokselle, joka palvelee kohderyhmää ja tilaajaa parhaalla mahdollisella tavalla. (Vilkkä & Airaksinen, 2003, ss. 43, 51)

Tutkimuskäytäntöjä ja -menetelmiä käytetään hieman väljemmässä merkityksessä, kuin mitä tutkimuksellisissa opinnäytetöissä käytettäisiin. Tutkimuksellinen selvitys kuuluu toiminnallisen opinnäytetyön toteutukseen, sillä konkreettinen tai interaktiivinen tuote ei vielä yksistään riitä opinnäytetyöksi. Ammattikorkeakouluopiskelijan on osoitettava olevansa kykenevä yhdistämään ammatillisen teoreettisen tiedon ammatilliseen käytäntöön sekä olevansa kykenevä kriittisesti pohtimaan alansa teorioiden ja opinnäytetyöprosessin aikana nousevien kysymysten ja alan käsitteiden avulla käytännön ratkaisuja. Opiskelijan tulee osata kehittää niiden avulla omaa ammatillisuuttaan ja oman alansa ammattikulttuuria. (Vilkkä & Airaksinen, 2003, ss. 41–42, 56)

## 11.2 Pakopeli traumasta -oppimateriaalin suunnittelu, toteutus ja käytettävyys

Peleistä tuttujen ominaisuuksien soveltamista eri ympäristöissä kutsutaan pelillistämiseksi. Pelillistämistä hyödynnetään muun muassa koulutuksessa, työympäristöissä ja verkkopalveluiden suunnittelussa. Pelillistäminen ei ole yhtä kuin palkitseminen tai pisteiden kerääminen, vaan pelissä on aina tavoite, kuten pelin läpäisy sekä sitä myöten haaste, joka



motivoi pelaajaa. Myös yllätyksellisyys motivoi. Pelissä tulee olla myös logiikkaa, jolloin pelaaja tietää miten hänen kuuluu toimia ja peli etenee. Toisin sanoen pelissä on raamit, eli säännöt, jonka puitteissa pelaaja toimii. Koska pelit ja etenkin pakopelit itsessään tarjoavat onnistumisen mahdollisuuksia, ovat ne oppimisen kannalta loistava valinta ja oppiminen tapahtuu pelatessa huomaamatta, leikiten, keskittyneesti ja motivoituneena. (Koiranen, 2019, ss. 21–23, 32–33, 58)

Pelialustana käyttämämme Thinglink on suomalais-amerikkalainen sovellus, jolla voidaan luoda visuaalisia ja virtuaalisia oppimisympäristöjä, joita täydennetään kuviin, videoihin, 360°-kuviin tai -videoihin sekä 3D-mallinnuksiin interaktiivisilla tageilla. Thinglinkiin voi luoda niin kutsuttuja polutettuja skenaarioita, virtuaalikierroksia ja esimerkiksi pakopelimäisiä huoneita. Näiden välillä voi kulkea joko vapaasti tai ehdollistettuna, eli siirtymän voi lukita esimerkiksi salasanan tai tehtävän taakse. (Laakso, 2019) Työkaluna Thinglink-sovellus antoi meille vapauksia tuottaa opetusmateriaalia sovellukseen kuvien, tekstin, äänitteiden, videoiden ja linkkien muodossa. Tarkoituksena on, että opiskelija oppii aiheestamme pelaamalla yksin, ryhmässä, etä- tai lähiopetuksessa. Etenkin viimeisen potilastapauksen muotoilimme siten, että se soveltuu myös ryhmätyöksi.

Kaupallisissa pakopeleissä on yleensä aikaraja, mutta pedagogiseen pakopeliin sellaisen luominen haastavaa, sillä tarkoituksena on opetella pelin sisältämää materiaalia, eikä ratkaista peliä ennätysajassa (Parkki, 2020). Pakopeli voi toimia myös oikean tilanteen simulaationa ja pelaaja toimii tällöin ammattilaisen roolissa. Simulaatio eroaa siinä suhteessa roolipelaamisesta, että pelaajat toimivat omana itsenään haasteellisessa tilanteessa, jossa tulee tehdä suorittavaa toimintaa ja päätöksiä. Ryhmätyötaidot ja ryhmäytyminen lisääntyvät pakopeliä pelatessa huomaamatta. (Koiranen, 2019, ss. 36–37, 73)

Suunnittelimme selkeän rakenteen peliin, jonka mukaan se etenisi niin, että opiskelija oppisi aiheestamme johdonmukaisesti. Ensimmäinen ajatuksemme yhdestä pelihuoneesta muovautui nopeasti siihen, että huoneita tulisi olla useampi. Lopulta huoneita eri aihekokonaisuuksien ympärille rakennettiin yhteensä kuusi ja niiden lisäksi aloitus- ja lopetushuoneet sekä lisämateriaalihuone. Kun pelin runko oli valmis, päätimme ottaa mukaan myös H5P-työkalun, jolla voi luoda interaktiivisia tehtäviä opiskelijoille. Tehtävät voi

upottaa Thinglink-sovellukseen ja näin opiskelijaa voidaan osallistaa toiminnallisesti entistä enemmän opetusmateriaalin sisäistämiseksi. Powtoon-sovellus tarjosi meille tavan luoda mukaansa tempaavia opetusvideoita, jotka ladattiin Youtuben kautta Thinglink-sovellukseen. Opetusmateriaalin nimeksi tuli Pakopeli traumasta.

Videopeleissä on ollut pitkään oma genrensä Escape the Room -pakopeleille, joissa pelihahmon tulee löytää oikeat esineet ja käyttää niitä oikeassa paikassa ratkaisten siten tehtäviä edetäkseen pelissä. Kun tehtäviä ketjutetaan, etenee peli pelaajasta katsoen loogisemmin eteenpäin. Sen sijaan monta yhtäaikaaisesti ratkaistavissa olevaa tehtävää tekevät pelistä kaoottisemman. Pakopelien tavoite on selkeä, eli läpäisemällä osatehtävät läpäisee koko pelin. Osatehtävien vihjeet ratkaisemalla saa palautteen välittömästi, sillä lukot joko aukeavat tai eivät. Pakopeliä kutsutaan ilmiöoppisen välineeksi ja se voi toimia myös vaikuttamisviestinnän välineenä, sillä se on yleensä tunnepitoinen kokemus. (Koiranen, 2019, ss. 15, 28–29, 37)

Pako traumasta -pelin huoneet on jäsennetty aihealueittain ja näin opiskelija pääsee siirtymään huoneesta toiseen aina opiskeltuaan yhden huoneen sisällön ja pakopelimaaisesti kerättyään tarvittavan koodin seuraavaan siirtymään. Siirtymät on lukittu eri koodeilla ja vain materiaalin läpikäynyt tietää millä koodeilla huoneet aukeavat. Ottaen huomioon erilaiset opiskelijat, loimme pelistä kaksitasoisen. Eteneminen ei siis vaadi tietoperustan täydellistä sisäistämistä, vaan pääasiat voi sisäistää videoiden ja äänitteiden sekä tehtävien tekemisellä ja näin päästä etenemään pelissä. Tällöin haastavimmaksi osuudeksi pelissä nousee toisen huoneen traumasanan läpäisy, joka on kertaus ensimmäisen huoneen traumatisoitumisen perusteista. Peli tarjoaa kuitenkin lisäsisältöä tietoperusta pohjanaan niille opiskelijoille, joita aihe kiehtoo ja jotka haluavat saada syvempää oppia monimuotoisesta traumatisoitumisesta ja sen vaikutuksesta ihmissuhteisiin. Opinnäytetyön liitetiedostossa 1 on esitetty Pako traumasta -pelin sisältö kuvina.

Tavoitteenamme oli tuoda moniulotteisesti traumatisoitumisen vaikutuksia esiin, joten loimme Thinglink-alustalle tietoperustaan pohjautuvat teoriaikkunat, äänitetyn fiktiivisen kuunnelman, jossa kertoja kärsii monimuotoisesta traumaperäisestä stressihäiriöstä ja dissosiaatiohäiriöstä, äänitteen omaisen näkökulmasta, ratkaistavan potilastapauksen,

opetusvideoita sekä H5P-työkalulla toteutettuja tehtäviä. Myös opettajalla tulisi olla mahdollisuus muokata ja tai päivittää tietoa ja materiaalin sisältöä tarpeen mukaan, sillä traumainformoitu työote sosiaali- ja terveysalalla kehittyy jatkuvasti. Toiminnallista osuutta toteuttaessamme meidän tuli jatkuvasti muistaa ajatus siitä, että pelin tulisi palvella monenlaisia opiskelijoita ja sen tulisi olla mielenkiintoinen ja innostava, jotta opiskelija ei turhaudu käydessään materiaalia läpi, vaan mielekkäisyys jatkuu pelin alusta aina loppuun saakka. Toisaalta, jotta pedagoginen pakopeli säilyisi kiinnostavana, on sen sisältöä suunniteltaessa tasapainoiltava viihteellisten elementtien ja opetettavan sisällön välillä (Koiranen, 2019, s. 58).

Toiminnallisen osuuden toteutus oli yllättävän mielenkiintoista ja mukaansa tempaavaa, mutta sen toteuttaminen vei paljon aikaa. Thinglink-sovelluksen sekä muiden työkalujen ja sovellusten käyttämisen opettelu kävi melko helposti, mutta aikaavievintä ja haastavinta oli karsia tietoperustasta se tieto, mikä toiminnallisessa osuudessa on tarpeenmukaista opettaa sekä se, mikä olisi kulloinkin pedagogisin toteutustapa opetettavalle asialle. Jo kertaalleen karsitusta tietoperustasta tuli hahmottaa ne ydinasiat, joita kaksitasoisessa pelissä tulisi esittää, jotta kokonaisuus hahmottuisi oikein. Tämä ei olisi onnistunut ilman kattavaa tietoperustaa tai yksilötyönä. Mitä pidemmälle toiminnallisen osuuden toteutus meni, sitä enemmän korostuivat molempien tekijöiden roolit ja yhteistyön tarpeellisuus. Siinä missä tietoperustaa pystyimme tuottamaan enemmän yksilötyöskentelynä, tarvittiin toiminnallisen osuuden luomiseen jatkuvaa, päivittäistä ja keskustelevaa yhteydenpitoa.

## 12 Pohdinta

Helsingin ja Oulun Traumaterapiakeskus ry (2019, ss. 101–107) julkaiseman *Vakautumisoppaan* luvussa Haastavat tilanteet ja niistä selviytyminen, tuodaan ilmi se, ettei monimuotoisesti traumatisoitunut todennäköisesti elä irrallaan hänet emotionaalisesti traumatisoineista ihmisistä. Juuri tämä on se syy, miksi päädyimme tähän opinnäytetyön aiheeseen ja keräämään laajasti traumahoitokirjallisuudesta, oppaista, artikkeleista ja tutkimuksista nimenomaan omaisten huomioimisen ohjeita hoitotyössä. Laajemmin tämä tarkoitti emotionaalisen trauman vaikutusta monimuotoisesti traumatisoituneen ihmissuhteisiin ja näiden ihmissuhteiden vaikutusten huomioimista hoitotyössä. Kirjassa

toisaalla muistutetaan, kuinka kaikkein voimakkaimpia traumalaukaisijoita ovat inhimilliset tunteet, jotka liittyvät ihmissuhteisiin ja ihmissuhteet itsessään toimivat myös traumalaukaisijoina. Tällöin myös hyvissä ihmissuhteissa arkiset ristiriidat voivat laukaista hylätyksi tulemisen, paniikin, nöyryytyksen tai torjutuksi tulemisen tunteita. Emotionaalisesti traumatisoitunut havainnoi liian herkästi merkkejä torjunnasta ja arvostelusta. (Helsingin ja Oulun Traumaterapiakeskus ry, 2019, s. 52)

Opinnäytetyötä aloittaessamme olimme varmoja, ettei omaisten huomioimisesta juurikaan tule löytymään tekstiä. Yllätyimme positiivisesti, että kuitenkin ihmissuhteista traumaterapiaoppaissa puhutaan enemmän, mutta niiden käytännön vaikutukset hoitotyöhön ja potilaan kohtaamiseen on käännettävä itse pohtien esiin. Näemme onnistuneemme tavoitteessamme luoda kattava ja riittävän laaja tietoperusta huomioiden erityyppisiä ihmissuhteita, joita traumatisoituneella voi olla. Haastavaksi muodostui se, että sairaanhoitajia työskentelee hyvin laajasti sosiaali- ja terveydenhuollon hyvinkin erilaisissa yksiköissä. Tämän vuoksi lukuun 8 Monimuotoisen trauman vaikutus hoitosuhteeseen, on kerätty tietoa laajasti, mutta tarkoituksella vältetty antamasta tarkkoja yleisohjeita, sillä ajatuksenamme on, että jokainen sairaanhoitaja itse mieltää sen, minkä työssään voi hyödyntää.

Hämmästyttävää on, että Leikola (2016, s. 19) esittää, että suomalaista psykoterapiaan perustuvaa traumahoitokulttuuria paremmalla tolalla on Euroopassa hoito vain Alankomaissa. Lisäksi Leikola nostaa esille kuinka autonominen hermosto on traumatisoituneilla muotoutunut siten, ettei heillä ole keinoja puolustaa itseään asianmukaisesti (2016, s. 27). Tämä on mielestämme jälleen osoitus siitä, että traumatisoitunut tarvitsee rinnalleen puolestapuhujan, eli läheisen, joka tuntee hänet ja osaa tarvittaessa palauttaa hänet esimerkiksi lääkärin tapaamisessa omaan persoonallisuuteensa, mikäli hän alkaa vajota sellaiseen persoonallisuuteen, joka ei hoitoa kaipaa tai traumatisoitunut ei kykene muulla tavoin pysymään tässä tietoisuudessa. Tästä päästäänkin puolestaan siihen, kuinka tärkeää olisi, että omaisia huomioitaisiin traumatisoituneen hoitotyössä mahdollisuuksien mukaan. Kuitenkin hoitohenkilökunnalla tulisi olla kykyä ja ymmärrystä huomioida traumatisoituneen hoidossa myös ne tilanteet,

jolloin omainen voi vaarantaa potilaan toipumisen ja osata puuttua siihen sekä tukea potilasta oikein.

Monissa eri lähteessämme nousi esiin ihmisen luontainen tarve luoda merkityksellisiä ihmissuhteita ja kiinnittyä toisiin ihmisiin. Traumatisoituminen helposti mielletään väkivallaksi ja päihteiden käytöksi lapsuuden perheessä, mutta surullista kyllä, meillä Suomessa yleisin syy on turvan puute, eli lapsi jätetään pärjäämään yksin suurien tunteiden kanssa. Kun turvallista, tukea antavaa ja tunteita sanoittavaa aikuista ei ole saatavilla, aiheuttaa se äärimmäisen stressitilan ja turvattomuuden tunteen, mikä on hyvinkin traumatisoivaa. On ollut mielenkiintoista oppia, kuinka suuri painoarvo ihmisen lapsuudella on aikuisuuteen traumanäkökulmasta ja yksilön resilienssistä puhuttaessa. Sekä trauman vaikutus siihen, miten aikuisuudessa merkitykselliset ihmissuhteet rakentuvat ja kuinka terveitä ne ovat. Kaikille käyttämillemme lähteille oli yhteistä perimmäinen ajatus mielen ja kehon yhteydestä. Ja se, kuinka sanatonta tai vaikeasti sanoitettavaa emotionaalinen trauma on, koska se piiloutuu ihmiseen, piiloon häneltä itseltäänkin.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa kattava digitaalinen opetusmateriaali Hämeen ammattikorkeakoulun loppuvaiheen sairaanhoitajaopiskelijoille. Se vaati meiltä perusteellista perehtymistä aiheeseemme. Lisäksi jouduimme tekemään tarkkaa työtä myös siinä vaiheessa, kun erottelimme aiheestamme ydinasiat, mitkä olisivat erityisen tärkeitä tuoda opetusmateriaalissa esille. Traumatietoisuuden lisääminen hoitohenkilökunnalle on tulevaisuuttakin ajatellen nouseva trendi. Ikäväksemme voimme kuitenkin omakohtaisten kokemustemme perusteella todeta, että traumatietoisuutta tai traumainformoitua lähestymistapaa näkee hoitotyön kentällä vielä hyvin vähän. Näillä tarkoitetaan sitä, että tullaan ajatelleeksi, että potilaan lukuisten oireiden takana saattaisi olla traumatisoituminen. Traumainformoitu lähestymistapa on käsite, josta suurin osa hoitohenkilökunnasta koskaan kuullut. Uskomme, että kun hoitohenkilökunta on traumatietoinen ja omaksuu traumainformoidun lähestymistavan, lisää se hoidon laatua merkittävästi ja potilas tulee kohdatuksi kokonaisena ja mikä tärkeintä, aiempaa potilaslähtöisemmin.

Työllemme alun perin asettamamme tarkoitus tuli mielestämme toteutettua jopa ennakoajatuksiamme paremmin. Toteuttamamme digitaalinen Pakopeli traumasta -peli tuli suunniteltua kattavammaksi, visuaalisemmaksi ja monipuolisemmaksi. Saimme hyvin huomioitua asiat, jotka asetimme pelimme rungoksi sitä suunnitellessamme. Pelistä muodostui kaksitasoinen, joten siinä on huomioitu hyvin se, ettei kaikilla opiskelijoilla todennäköisesti tule olemaan suurta kiinnostusta aiheesta. Monipuolisuutta ja opiskelijoiden alkuperäisen suunnitelman mukaista osallistamista interaktiivisella sisällöllä, lisäsi eri sovellusten, kuten H5P-työkalun, käyttö pelissä. Koska kyseessä on opetusmateriaali, pyrimme ottamaan mahdollisimman paljon huomioon myös opettajan toivomaa pelin käytettävyyttä, joten sisältöä voidaan päivittää tarpeen vaatiessa ja peliä voidaan hyödyntää etä- ja lähiopiskelussa sekä yksilö- tai ryhmätyöskentelyssä. Lisäksi siitä voidaan esimerkiksi irrottaa vain yksi aihekokonaisuus käyttöön, jos opettaja näin haluaa. Kestävä kehitys tuli myös huomioitua hyvin työssämme, paitsi digitaalisen oppimisympäristön avulla, myös tavoitteellamme parantaa hoitotyön resurssien riittämistä tulevaisuuden hoitotyössä traumainformoidun lähestymistavan ja työotteen leviämisen myötä.

### **12.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys**

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry tuo asiakirjassaan *Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset* esiin johdonmukaisen ohjeistuksen siitä, miten opinnäytetyö voidaan toteuttaa eettistä ja hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Myös Hämeen ammattikorkeakoulu on sitoutunut noudattamaan tätä Tutkimuseettisen neuvottelukunnan antamaa ohjeistusta. Arene ry:n tavoitteena on yhtenäistää ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöprosessia, edistää hyvää tieteellistä käytäntöä ja ennaltaehkäistä tieteellistä epärehellisyyttä. Näiden kaikkien tavoitteiden yhteinen lopputulema on parhaimmillaan opinnäytetöiden laadun kohentaminen. Kaikki opinnäytetyöt tulee tarkastaa plagiointitunnistusjärjestelmässä ennen kuin ne lähtevät lopulliseen arviointiin. (Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry, 2019, ss. 3, 7)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä käytössä oleva lähdemateriaali vaikuttaa työn luotettavuuteen. Eettisyyden kannalta olennaista on pohtia sitä, millaisia valintoja ennen aineiston kokoamista on tehty ja mihin näillä valinnoilla on pyritty. Eettisessä arvioinnissa

tulee siis pohtia millä tavalla kirjoittaja vaikuttaa tietoperustan aineiston muodostumiseen ja laatuun. (Vilka, 2021, s. 199)

Opinnäytetyön luotettavuuden arvioinnissa helppo muistisääntö on käyttää mahdollisimman tuoreita ja päivitettyjä tutkimuksia, artikkeleita ja kirjoja (Vilka, 2021, ss. 185–186).

Tutkimuksissa ja artikkeleissa, joita lähdemateriaalina hyödynsimme olimme tarkkoja niiden luotettavuudesta, joten hyväksyimme lähdemateriaaliksi vain vertaisarvioidut tutkimukset ja artikkelit. Hankaluutena tutkimusten kanssa nousi esille se, että vaikka tutkittua tietoa yksittäisistä traumaatisoitumiseen liittyvistä asioista löytyi, ei aiheestamme löytynyt tutkimustietoa hoitotyön näkökulmasta. Työmme luotettavuutta kuitenkin lisää se, että lähdemateriaalissamme on lukuisia kansainvälisistä vertaisarvioituja lähteitä. Pyrimme olemaan objektiivisiä valitessamme lähdemateriaalia tietoperustaan. Tiedostamme, että olemme valinneet työhön vain sen tekstin, minkä olemme nähneet ja sen, että monet lähteidemme kirjoittajista viittaavat toinen toistensa teksteihin varsinaisten tutkimusten puuttuessa.

Koiranen (2019, ss. 62–63) varoittaa, että sensitiivisten ja realististen kriisien käsittelyssä pelillisesti tulee olla tarkkana, jotta aihe tulee käsiteltyksi kunnioittavasti ja oikein. Peli tulee suunnitella siten, että se etäännyttää pelaajan tarpeeksi. Pyrimme pitämään tämän neuvon mielessämme toiminnallisen osuuden toteutuksessa, jotta eettisyys tulisi myös siinä huomioiduksi. Teimme selkeän linjauksen siitä, että opiskelija tulisi etäännyttää pelissä, koska aihe on raskas ja se saattaa myös opiskelijassa herättää erinäisiä tunteita ja heijasteita omasta lapsuudestaan. Siksi teimme ratkaisun, jossa sen sijaan, että opiskelija laskisi omat ACE-pisteensä, hän laskeekin kuvitteellisen pelihahmomme Reetan pisteet. Lisäsimme pelin alkuun vastuuvapautuslausekkeen, jossa tuomme esiin sen, että kaikki pelin potilastapaukset ovat kuvitteellisia, eivätkä pohjautu oikean elämän potilaisiin, lukuun ottamatta omaisen kertomusta. Thinglink-sovellus palvelee myös saavutettavuutta, sillä siinä on teksti puheeksi-toiminto.

Peliä testattiin muutamalla testipelaajalla, joissa oli sairaanhoitaja- ja sosionomiopiskelijoita sekä lapsuudessaan traumatisoitunut nykyinen terveydenhuollon ammattilainen, joka arvioi tunnekokemusta pelin aikana. Testipelaajien palaute oli positiivisesti yllättyyttä.

Lapsuudessaan traumatisoitunut nykyinen terveydenhuollon ammattilainen valittiin testipelaajaksi, jotta voitaisiin testata pelin eettisyyttä käytännössä. Palautteen mukaan pelissä oli onnistuttu etäännyttämään pelaaja riittävästi aiheesta. Pelaaja kertoi kokeneensa pelin aikana voimakkaasti vaihtelevia tunteita, mutta ne eivät olleet olleet liian hallitsevia. Pelin parhaimmaksi anniksi hän koki monet saamansa oivallukset pelin aikana. Myös kehitysehdotuksia saatiin testipelaajilta, joten pelin alussa olevia tietolaatikoita numeroitiin, jotta ne tulisivat avatuiksi loogisessa järjestyksessä oppimisen kannalta. Ennakkoarvio pelin kahden tunnin kestosta sai vahvistuksen.

Opinnäytetyössä tekijänoikeuksien noudattaminen on tärkeä osa hyvää tieteellistä käytäntöä. Tekijänoikeudella suojataan teoksen ilmaisumuotoa, oli sitten kyseessä valokuva, maalaus, lyriikka, kirja tai opinnäytetyö. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että teosta saa käyttää vain tekijän antamalla luvalla ja sallimalla tavalla. Tekijänoikeuslaki (1961/404) 22§ määrittelee, että tuotettuun työhön on merkittävät viitteet tekstiin ja kuviin, sekä lähde- ja kuvaluettelo teoksista, joita on käytetty. (Vilkkä, 2021, s. 201)

Tekijänoikeusasioissa meidän tuli olla erityisen tarkkoja läpi koko opinnäytetyön. Moni tietoperustassamme käyttämistämme kirjallisteista perustui erilaisiin tutkimuksiin ja artikkeleihin, joten mahdollisuuksien mukaan hyödynsimme tietoperustassa myös suoraan alkuperäislähteitä. Viitteiden merkitsemisen kanssa tuli olla tarkkana. Tekijänoikeusasiat oli huomioitava myös toiminnallisen osuuden parissa työskennellessämme. Käytimme toiminnallisen osuuden toteuttamiseen monia eri työkaluja ja visualisoimme työtämme erittäin paljon myös videoin, kuvin ja musiikin avulla. Viimeksi mainittua emme valitettavasti voineet laittaa taustalle soimaan, kuten opponoitsijamme olisi toivonut, vaan tekijänoikeuksien takia musiikkikappaleet jouduttiin jakamaan Youtube-linkkeinä. Kuvat opetusmateriaaliin etsimme ilmaisista kuvapankkipalveluista ja kuvia valitessamme varmistimme niillä olevan tekijän antama Creative Commons -lisenssi.

## **12.2 Ammatillinen kasvu**

Opinnäytetyömme vaati meiltä tuhansien sivujen lukemista ja asian omaksumista siinä määrin, että saimme kerättyä oleellisen tiedon monimuotoisen traumatisoitumisen



vaikutuksesta ihmissuhteisiin ja etsittyä tietoa omaisten huomioimisesta. Lisäksi opimme tekemään tiedonhakuja kansainvälisistä tietokannoista, joiden opettelu sairaanhoitajaksi opiskelun kuluessa oli jäänyt hieman ohueksi. Myös opinnäytetyö prosessina oli uusi ja haasteellinen, tosin kummallekään meistä kyseessä ei ollut ensimmäinen ammattitutkinto, joten päättötöiden tekemisestä meillä oli kokemusta. On todettava, että onneksi emme lukeneet heti alussa ensimmäistäkään opinnäytetyöopasta, sillä niiden tapa selittää yksinkertaista prosessia on meille epälooginen ja ajatuksia niin sekoittava, että tämän työn teoriaosuus olisi jäänyt hyvin väkinäiseksi. Emme vähättele prosessia, emmekä liioin opinnäytetyöoppaita, mutta ehkä tapamme oppia ja sisäistää on erilainen. Myös se, että meillä oli alusta lähtien selkeä visio siitä, mitä opinnäytetyöllämme haluamme sanoa ja mihin suuntaan haluamme hoitotyötä kehittää, saattoi tehdä sen, että oppaiden tapa selittää työn kulkua tuntui saavan meidät vain ymmällemme. Kuitenkin HAMKin eduksi on sanottava, että sairaanhoitajaopintojen alusta asti tieteellistä kirjoittamista on harjoiteltu ja siten valmistauduttu jo vuosia opinnäytetyön kirjoittamiseen asianmukaisine lähteineen ja lähdeviittauksineen.

Yhteistyötaitomme kehittyivät varmasti, vaikka toisaalta voisi niiden väittää olleen jo ennestään monipuoliset, sillä olimme tehneet neljän kuukauden ajan opinnäytetyötä, suunnitelleet, käyneet aineistoja läpi, neuvotelleet puhelimesta ja kirjoittaneet yli 50 sivua, ennen kuin tapasimme fyysisesti ensimmäistä kertaa. Yhteistyösuhteemme muodostui luottamukselliseksi, jossa molempien ideoita otettiin huomioon ja toiselle pystyi antamaan kritiikkiä. Kiitoksia ja kannustusta jaoimme sitäkin auliemmin.

Meillä on yli 20 vuotta ikäeroa, jolloin toiminnallisen osuuden interaktiivisen oppimisympäristön luominen lähti omalla tavallaan eriarvoisesta asemasta, jossa Heidi Kannisto on valmistunut ensimmäiseen ammattiinsa aikana, jolloin osa suurmista yrityksistä avasivat ensimmäiset nettisivunsa. Sähköpostia liiketalouden opinnoissa ei vielä opetettu, vaan sen aika oli vasta kaksi vuotta myöhemmin työelämässä. Tuija Poltinojan maailmassa sen sijaan internet on on aina ollut olemassa, joten meille tietotekniset ja tietotekniikan mahdollistamat sovellukset tarkoittavat helposti eri asioita. Tekninen osaaminen on molemmilla samalla tasolla, mutta ainakin Heidi Kannistolle on ollut oivaltavaa se, että interaktiivista oppimateriaalia ei tuoteta vain vastaamaan etäopetuksen tarpeeseen, vaan se

on sitä, että maailma, johon nykynuoret ovat kasvaneet, otetaan huomioon, kun opetusmateriaalia tuotetaan heille. Eli toiminnallisen osuuden toteutuksen lähtökohta on käyttäjien tarpeessa, ei niinkään tilaajan, eli koulun, vaikkakaan ne eivät ole toisiaan poissulkevia. Koulun etu on kuitenkin motivoituneet opiskelijat ja tutkimusten mukaan tietoteknisten sovellusten hyödyntäminen lisää opiskelijoiden motivaatiota ja sitouttaa heitä oppimisprosessiin (Kaarainen & Kivinen, 2015, s. 57). Toivoaksemme olemme onnistuneet luomaan oppimateriaalista sellaisen, ettei sitä pidetä opiskelijoiden keskuudessa vain yhtenä niistä päälle liimatun trendikkäistä sovelluksista, joiden avulla koulu voi sanoa hyödyntävänsä teknologiaa opetuksessa kiillottaen omaa kilpeään (Kumpulainen & Mikkola, 2015, s. 27).

Kumpulainen & Mikkola (2015, ss. 27–28) artikkelissaan *Oppiminen ja koulutus digitaalisella aikakaudella* kannustavat opettajia hyödyntämään opetuksessa digitaalisia sisällöntuotantotyökaluja, sillä se antaa tällöin oppilaille mahdollisuuden sosiaaliseen ja tunneperäiseen toimintaan, mikä tehostaa oppimista. Samoin opinnäytetyömme toiminnallinen osuus mahdollisti meille oman luovuutemme hyödyntämistä ja antoi meille kanavan itseilmaisulle, mikä motivoi meitä suuresti ja syvensi etsimään teoriaosuudesta sen oleellisen, jonka halusimme erilaisilla tavoilla multimediaa hyödyntäen opettaa eteenpäin. Tämä vaati meiltä myös teoriaosuuden todellista ymmärtämistä ja traumatisoitumisen syy-seuraussuhteiden hahmottamista. Tässä puolestaan auttoi opinnäytetyön kirjoittamisen aikaiset profiloivat harjoittelumme psykiatrian yksiköissä, joissa näimme käytännössä sen, miten vaihtelevasti traumatisoituneita potilaita nähtiin ja kuultiin tai osattiin auttaa psykoedukaatiolla. Kävimme monia hyviä keskusteluita aiheesta ja omalla esimerkillämme saimme monet kokeneet hoitajat tunnustamaan, että työllemme on suuri tilaus, mikä vakuutti meidät lopullisesti, että se mitä me teemme on arvokasta. Voimme todeta saavuttaneemme opinnäytetyön perimmäisen tarkoituksen oppimisprosessina, jolloin asiantuntijuutemme, yhteistyö- ja ammatilliset työelämäntaitomme ovat karttuneet runsaasti (Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry, 2019, s. 6).

### 12.3 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyömme toiminnallinen osuus tulee palvelemaan Hämeenlinnan ammattikorkeakoulun loppuvaiheen sairaanhoitajaopiskelijoita. Heidän mukanaan traumainformoitu lähestymistapa ja työote leviää maassamme ja tulee mitä todennäköisimmin parantamaan hoitotyön laatua ja sitä, että potilaat tulevat nähdyiksi ja kuulluiksi kokonaisina. Opinnäytetyömme toiminnallista osuutta voidaan hyödyntää myös terveydenhoitajaopiskelijoiden ja sosionomiopiskelijoiden loppuvaiheen opinnoissa.

Lapsen elämän merkittävimmät ihmiset, kuten varhaiskasvatuksen ammattilaiset, opettajat sekä vanhemmat joutuvat kohtaamaan traumatisoituneiden lasten sopeutumaton käyttäytymistä jokapäiväisesti ja usein vielä yksin, mikä saattaa johtaa sijaistraumatisoitumiseen. He tarvitsevat tietoa ja keinoja, kuinka selviytyä traumatisoituneen lapsen kanssa tavallisessa arjessa. Tiedon ja eri keinojen sisäistäminen jo itsessään estäisi sijaistraumatisoitumista. (Berceli, 2011/2017, s. 44)

Mahdollisiin sijaistraumatisoituihin voidaan lisätä myös sairaanhoitajat, jotka tarvitsevat tietoa ja keinoja, kuinka selviytyä traumatisoituneen aikuisen kanssa, johon opinnäytetyömme pyrki omalta osaltaan vastaamaan. Jatkona opinnäytetyötämme voitaisiin hyödyntää esimerkiksi oppaina, joihin on koottu psykoedukaatiota monimuotoisesta traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivien omaisille tai neuvoja hoitohenkilökunnalle, kuinka traumainformoitu hoito voitaisiin käytännössä toteuttaa erilaisissa yksiköissä. Myös siitä, miten omaisia voidaan ottaa mukaan hoitoon sekä milloin tai millä tavoin se ei ole suotavaa. Opinnäytetyömme teoriapohja on Theseuksen kautta kaikkien saavutettavissa ja sen tarkoitus on toimia jo itsessään kattavana ammattimaisena tietopakettina.

## Lähteet

- Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. (9.1.2020). *Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset*.  
<https://www.arene.fi/julkaisut/raportit/opinnaytetoiden-eettiset-suositukset/>
- Antervo, A. (2017). Traumatisoituminen ja olemisen sietämättömyys. *Finnarest*, 50(2) 133–137. [http://www.finnanest.fi/files/antervo\\_traumatisoituminen.pdf](http://www.finnanest.fi/files/antervo_traumatisoituminen.pdf)
- AtCare Oy. (n.d.). *Kriisi- ja traumaterapia*. Haettu 5.9.2021 osoitteesta  
<https://tinyurl.com/hu7hhayu>
- Auvinen, E. (2020). Kasvattajan itsetuntemus ja Internal Family Systems – sisäisen perheen harmoniasta myötätuntoiseen kohtaamiseen. Teoksessa K. Sarvela & E. Auvinen (toim.), *Yhteinen kieli: traumatietoisuutta ihmisten kohtaamiseen* (ss. 168–199). Basam Books Oy.
- Berceli, D. (2011/2017). *TRE-stressinpurkuliikkeet stressin ja traumojen helpottamiseen*. (K. Mähönen, käönt.). Kuva ja Mieli. (Alkuperäisteos julkaistu 2011). Boon, S., Steele, K. & Hart, O. v. d. (2011). *Traumaperäisen dissosiaatiohäiriön vakauttaminen: Taito-ohjelma potilaille ja terapeuteille*. (P. Holländer, käönt.; 1. p.). Traumaterapiakeskus.
- Burke Harris, N. (2019). *Syvälle ulottuvat juuret: Turvattomasta lapsuudesta tasapainoiseen aikuisuuteen*. (J. Kuvajainen, käönt.). Basam Books.
- Cacciatore, R., Halonen, M., Laru, S., Lehtonen, M. P. & Santalahti, T. (18.5.2016). *Väestöliiton asiantuntija- ja lääkärilausunto oikeudenkäyntiä varten*. Väestöliitto.  
[https://www.vaestoliitto.fi/uploads/2020/11/34b389fd-lausunto-seksuaalisen-trauman-vaikutuksesta-nuoreen-5\\_2016.pdf](https://www.vaestoliitto.fi/uploads/2020/11/34b389fd-lausunto-seksuaalisen-trauman-vaikutuksesta-nuoreen-5_2016.pdf)
- Cloitre, M. (2021). *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1)  
<https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1866423>
- Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child abuse & neglect*, 31(3), 211–229. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.02.004>
- De Venter, M., Demyttenaere, K. & Bruffaerts, R. (2013). The relationship between adverse childhood experiences and mental health in adulthood. A systematic literature review. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 55(4), 259–268.  
<https://europepmc.org/article/med/23595840>

- Dong, M., Giles, W., Fellitti, V., Dube, S., Williams, J., Chapman, D. & Anda, R. (2004). Insights into causal pathways for ischemic heart disease: adverse childhood experiences study. *Circulation vol 110(13)*, 1761–1766.  
<https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000143074.54995.7F>
- Fellitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., Williamson, D., Spitz, A., Edwards, W., Koss, M. & Marks, J. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245-258.  
[https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Hart, O. v. d., Nijenhuis, E. & Steele, K. (2009). *Vainottu mieli: Rakenteellinen dissosiaatio ja pitkään jatkuneen traumatisoitumisen hoitaminen*. (P. Holländer, käänt.). Traumaterapiakeskus.
- Helsingin ja Oulun Traumaterapiakeskus ry. (2019). *Vakautumisopas terapeuteille ja traumatisoituneille: Tietoa ja keinoja lapsuuden kaltoinkohtelusta ja traumaoireista (CPTSD) toipumiseen*. (2. p.) Helsingin ja Oulun Traumaterapiakeskus ry.
- Helsingin yliopisto. (2016). *Epigenetiikka*. Tieteen termipankki. Haettu 30.10.2021 osoitteesta <https://tieteentermipankki.fi/wiki/Biotekniikka:epigenetiikka>
- Honor, G. (2016). Resilience. *Journal of Pediatric Health Care* 31(3), ss. 384–390.  
<https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2016.09.005>
- Huolman, M. (2020). Dissosiaatiohäiriöiden kehittyminen ja lasten dissosiaation kohtaaminen. *Psykologia-lehti*, 55(5), 353–368.
- Huttunen, M. *Sivupersonahäiriö (dissosiativinen identiteettihäiriö)*. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim 30.11.2018. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00361>
- Kaarakainen, M.-T. & Kivinen, O. (2015). Teknologia tulevaisuudessa tarvittavien ICT-taitojen ja muun osaamisen edistäjänä. Teoksessa M. Kuuskorpi (toim.), *Digitaalinen oppiminen ja oppimisympäristöt* (ss. 46–64). Kaarinan kaupunki. [https://digi-ope.com/tablet/wp-content/uploads/2015/03/Digit\\_oppiminen\\_netti.pdf](https://digi-ope.com/tablet/wp-content/uploads/2015/03/Digit_oppiminen_netti.pdf)
- Karkkunen, A. (2020). Kehon ja mielen vakauttamisen merkitys suhteessa. Teoksessa K. Sarvela & E. Auvinen (toim.), *Yhteinen kieli: traumatietoisuutta ihmisten kohtaamiseen* (ss. 200–242). Basam Books Oy.
- Katajisto J. (2012) *Kokemuksia ja ajatuksia vakavasti traumatisoituneen potilaan arvioimisesta: Traumaperäisistä dissosiativisista oireista kärsivien potilaiden*

- tunnistaminen. <https://traumaterapiakeskus.com/kokemuksia-ja-ajatuksia-vakavasti-traumatisoituneen-potilaan-arvioimisesta/>
- Koiranen, J. (2019). *Pedagogiset pakopelit*. Ääres eduEscape.
- Kumpulainen, K. & Mikkola, A. (2015). Oppiminen ja koulutus digitaalisella aikakaudella. Teoksessa M. Kuuskorpi (toim.), *Digitaalinen oppiminen ja oppimisympäristöt* (ss. 9–45). Kaarinan kaupunki. [https://digi-ope.com/tablet/wp-content/uploads/2015/03/Digit\\_oppiminen\\_netti.pdf](https://digi-ope.com/tablet/wp-content/uploads/2015/03/Digit_oppiminen_netti.pdf)
- Kustannus Oy Duodecim. (n.d.). Sisällysluettelo. *Lääkärikirja Duodecim*. Haettu 15.9.2021 osoitteesta: <https://www.terveyskirjasto.fi/sisalto/laakarikirja-duodecim/7776>
- Laakso, M. (2019). ThingLinkin esittely ja ohjeet. Haettu 6.11.2021 osoitteesta <https://digipedaohjeet.hamk.fi/ohje/thinglink-visuaalinen-oppimiskokemus/>
- Lauerma, H. (2002). Dissosiaatiohäiriöt ja niiden hoito. *Aikakauskirja Duodecim* 118(21), 2199–2205. <https://www.duodecimlehti.fi/duo93238>
- Launonen, R. (2015). Systemisyys rakenteellisessa dissosiaatiossa ja yksilötraumapsykoterapiassa. Teoksessa A. Suokas-Cunliffe (toim.), *Häpeästä myötätuntoon* (ss. 75–98). Traumaterapiakeskus ry.
- Leban, L. & Gibson, C. (2020). The role of gender in the relationship between adverse childhood experiences and delinquency and substance use in adolescence. *Journal of Criminal Justice* 66(1). <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2019.101637>
- Lee, K., Pang, Y., Lee, J. & Melby, J. (2017). A Study of Adverse Childhood Experiences, Coping Strategies, Work Stress, and Self-Care in the Child Welfare Profession. *Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance*, 41(4), 389–402. <https://doi.org/10.1080/23303131.2017.1302898>
- Leikola, A. (2014). *Katkennut totuus*. Prometheus Kustannus Oy.
- Leikola, A., Mäkelä, J. & Punkanen, M. (2016). Polyvagaalinen teoria ja emotionaalinen trauma. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 132(1), 55–61. <https://www.duodecimlehti.fi/duo12910>
- Leikola, A. (kirjoittaja) (2016) Johdanto. (1.p.) Teoksessa *Viisi naista, sata elämää* (ss. 15–32). Marika, Olivia, Miranna, Irene, Seija, (kirjoittajat), Mykkänen, Raili, (haamukirjoittaja) VOB Kustannus.
- Main, M. (2000). The organized categories of infant, child, and adult attachment: flexible vs. inflexible attention under attachment-related stress. *Journal of the American*

*Psychoanalytic Association*, 48(4), 1055–1096.

<https://doi.org/10.1177/00030651000480041801>

Merimaa, P. (2015). Dissosiaatio ja äitiys. Teoksessa A. Suokas-Cunliffe (toim.), *Häpeästä myötätuntoon* (ss. 233–242). Traumaterapiakeskus ry.

Monimuotoinen traumaperäinen stressihäiriö (complex PTSD) ja ICD-11. Käypä hoito -suositus. (9.1.2020). Käypä hoito -työryhmä Traumaperäinen stressihäiriö.

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Haettu 15.9.2021 osoitteesta:

<https://www.kaypahoito.fi/nix02771>

Ogden, P. & Fisher, J. (2016). *Sensomotorinen psykoterapia: Keinoja trauman ja kiintymyssuhdevaurioiden hoitoon*. (P. Holländer, käönt.; 1. p.). Traumaterapiakeskus ry.

Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2009). Trauma ja keho: Sensorimotorinen psykoterapia. (I. Pekkarinen, käönt., 1. p.). Traumaterapiakeskus.

Olanterä, P. (2020). Traumatiетoinen hengellisyys. Teoksessa K. Sarvela & E. Auvinen (toim.), *Yhteinen kieli: traumatiетoisuutta ihmisten kohtaamiseen* (ss. 138–167). Basam Books Oy.

Oravala, L. (2015). *Trauma vie psykiatriseen sairaalaan sekä potilaaksi että työntekijäksi*. [Syventävien opintojen kirjallinen työ, Tampereen yliopisto]

<http://urn.fi/URN:NBN:fi:uta-201603311380>

Palomäki, K. (2020). Trauman hoitaminen kipupotilaan kohtaamisessa. Teoksessa K. Sarvela & E. Auvinen (toim.), *Yhteinen kieli: traumatiетoisuutta ihmisten kohtaamiseen* (ss. 304–322). Basam Books Oy.

Palu, S. (2015). Lapsen vakava traumatisoituminen ja dissosiaation esiintyminen lapsella. Teoksessa A. Suokas-Cunliffe (toim.), *Häpeästä myötätuntoon* (ss. 216–232).

Traumaterapiakeskus ry.

Parkki, T. (2020). *Make Your Escape!: Opas pedagogisen pakopelin suunnitteluun*. Light a Bot -hanke. Joensuun mediakeskus. <https://tinyurl.com/pakopelit>

Pelkonen, A. & Punkanen, M. (2020). Traumapsykoterapian teorioita ja käytäntöjä. Teoksessa M. O. Huttunen & H. Kalska (toim.), *Psykoterapiat* (ss. 146–155).

(4. uudistettu p.) Kustannus Oy Duodecim

- Pelkonen, A. & Sarvela, K. (2020). Traumainformoituminen - läsnäoloa, myötätuntoa ja tunnetaitoja auttajille. Teoksessa K. Sarvela & E. Auvinen (toim.), *Yhteinen kieli: traumatietoisuutta ihmisten kohtaamiseen* (ss. 261–303). Basam Books Oy.
- Pettersson, P. (2003). *Lapsi matkalla eheämmäksi ja elävämmäksi*. Traumaterapiakeskus ry. Alkuperäisesti julkaistu Matkalla eheäksi ja eläväksi: traumaterapiakeskuksen projektiraportti 1999-2002. Haettu 29.9.2021 osoitteesta <https://traumaterapiakeskus.com/lapsi-matkalla-eheammaksi-ja-elavammaksi/>
- Pihlava, M. (19.6.2018). WHO julkaisi ICD-11-tautiluokituksen. Lääkärilehti. Noudettu 26.9.2021 osoitteesta <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/who-julkaisi-icd-11-tautiluokituksen/>
- Poijula, S. (2018). *Resilienssi: Muutosten kohtaamisen taito*. Kirjapaja.
- Poijula, S., Pelkonen, A. & Punkanen, M. (2020). Traumapsykoterapiat. Teoksessa M. O. Huttunen & H. Kalska (toim.), *Psykoterapiat* (ss. 146–155). (4. uudistettu p.) Kustannus Oy Duodecim.
- Porges, S. W. (2006). The Polyvagal Perspective. *Biological Psychology* 74(2), 116–143. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2006.06.009>
- Putkonen, M. (2019). *Dissosiaatio häiriöt ja niiden hoito*. [Kandidaatin tutkielma, Oulun yliopisto]. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:oulu-201908172777>
- Ruismäki, M., Mankila, P. & Friberg, L. (2013). *Stabilization Groups for Dissociative Parents*. Haettu 30.9.2021 osoitteesta [https://www.researchgate.net/publication/262039108\\_Stabilization\\_Groups\\_for\\_Dissociative\\_Parents](https://www.researchgate.net/publication/262039108_Stabilization_Groups_for_Dissociative_Parents)
- Ruismäki, M., Friberg, L., Keskitalo, K., Lampinen, A., Mankila, P. & Vänskä, V. (2016). *Hoivattavaa vanhemmuutta: Opas lapsuuden kaltoinkohtelusta toipuvien vanhempain ryhmämuotoiseen tukemiseen*. Traumaterapiakeskus ry.
- Sarvela, K. & Pelkonen, A. (2020). ACE ja polyvagaaliteoria. Teoksessa K. Sarvela & E. Auvinen (toim.), *Yhteinen kieli: traumatietoisuutta ihmisten kohtaamiseen* (ss. 97–123). Helsinki: Basam Books Oy.
- Steele, K., Boon, S., & Hart, O. v. d. (2018). *Traumaperäisen dissosiaation hoito: Käytännöllinen, integroiva lähestymistapa*. (P. Holländer, käänt.). Helsingin ja Oulun Traumaterapiakeskus ry.



- Suokas-Cunliffe, A. & Maaranen, P. (2014). Traumapsykoterapia auttaa varhaisiän kiintymyssuhteessa traumatisoituneita. *Suomen Lääkärilehti*, 69(41), 2613–2617.
- Tays. (13.11.2018). *Persoonallisuushäiriö ja traumatausta*. Hoito-ohjeet. Haettu 22.10.2021 osoitteesta [https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/Psykiatrian\\_hoitoohjelmat/Persoonallisuushairiot/Persoonallisuushairio\\_ja\\_traumatausta\(35706\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/Psykiatrian_hoitoohjelmat/Persoonallisuushairiot/Persoonallisuushairio_ja_traumatausta(35706))
- Toppari, H. (2015). Paripsykoterapia ja puolison tuki vakavasti traumatisoituneiden asiakkaiden hoitamisessa. Teoksessa A. Suokas-Cunliffe (toim.), *Häpeästä myötätuntoon* (ss. 243–258). Traumaterapiakeskus ry.
- Traumaterapiakeskus ry. (n.d.) *Apua vanhemmuuteen: Tietoa kaltoinkohtelusta juontuvien vanhemmuuden pulmien kanssa selviytymiseen*. Vakava traumatisoituminen ja vanhemmuus -projekti 2012–2016. Haettu 7.11.2021 osoitteesta [https://traumaterapiakeskus.com/wp-content/uploads/2021/03/APUA\\_VANHEMMUUTEEN.pdf](https://traumaterapiakeskus.com/wp-content/uploads/2021/03/APUA_VANHEMMUUTEEN.pdf)
- Uotinen, M. (2015). Vakavasti traumatisoituneen potilaan vakauttavan psykiatrisen hoidon erityispiirteitä. Teoksessa A. Suokas-Cunliffe (toim.), *Häpeästä myötätuntoon* (ss. 118–140). Traumaterapiakeskus.
- Vilkka, H. (2021). *Näin onnistut opinnäytetyössä: ratkaisut tutkimuksen umpikujiin*. PS-kustannus.
- Vilkka, H. & Airaksinen, T. (2003). *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Tammi.
- Virtanen, H. (2019). *Trauma ja rakkaus eli kuinka selviytyä mahdottomasta*. Suomalaisen kirjallisuuden seura.
- Voorendonk, E., Jongh, A. d., Rozendaal, L. & Minnen, A. v. (2020). Trauma-focused treatment outcome for complex PTSD patients: result of an intensive treatment programme. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1783955>
- Wieland, S. (2018). *Dissosiaatio lapsilla ja nuorilla: Teoria ja käytäntö* (U. Kuukka, 1. p.). Traumaterapiakeskus ry.
- Ylikomi, R. (2015). Kun niitä ei saa puhumaan. Teoksessa A. Suokas-Cunliffe (toim.), *Häpeästä myötätuntoon* (ss. 44–74). Helsinki: Traumaterapiakeskus ry.

**Liite 1: Pakopeli traumasta -pelin sisältö kuvina**

Pakopeli traumasta -pelin aloitushuone



Huone 1





## Esimerkki tietolaatikosta



### Dissosiaatiohäiriö ja persoonallisuuden dissosiativiset osat

Dissosiaatio on seurausta pitkään jatkuneesta emotionaalisesta traumasta, jolloin se ennen kaikkea vaikuttaa traumatisoituneen, dissosiaatiosta kärsivän malliin ihmissuhteista ja kykyyn sitoutua ihmissuhteisiin. Dissosiaatiohäiriöissä ihmisen muisti, orientaatio, minätietoisuus ja aistimukset vääristyvät ja katkeavat lyhyt- tai pitkäaikaisesti. Lääkärikirja Duodecim tiivistää dissosiaatiohäiriöt kyvyttömyydeksi integroida tunteita, ajatuksia ja toimintaa.

Dissosiaatiossa ihmisen kokemus ikään kuin samanaikaisesti koetaan ja ollaan kokematta omaksi. Kokemus kuuluu yhdelle osalle, muttei toiselle. Dissosiaatiosta kärsivä ihminen kokee itsensä jakautuneeksi vierailta ja epätavallisilta tuntuvien muistojensa, ajatustensa ja kokemuksiansa myötä. Myös käyttäytymistavat voivat tuntua itselle vierailta. Dissosioivan

## Huone 2



## Huone 3



## Kuvakaappaus H5P-tehtävästä

Yhdistä oikea selitys oikeaan termiin ja saat jolain mitä tarvitset myöhemmin

Ylitsepäsemättömän vaikea kokemus, joka aktivoi automaattisia aili- ja ylivireyteen liittyviä puolustusiltoja

Ihmisuhteessa, tunnetasolla tapahtuva pitkäaikainen traumasoituminen

CPTSD

Kuvaa kuinka monimuotoisesti ja -tasoisesti emotionaalinen trauma näkyy aikuisuudessa

PTSD

Yksittäisen traumaattisen tapahtuman, esim. tulipalon, onnettomuuden tai ryöstön aiheuttama häiriö

Aivojen normaali puolustusreaktio, kun traumaattinen tapahtuma on liikaa

Persoonallisuus on jakautunut traumamustoa kantaviin osiin

Emotionaalinen, trauma-aikaan kiinni jäänyt persoonallisuuden osa

Arkielämää elävä, näennäisen normaali persoonallisuuden osa

Autonomisen hermoston aktivaatiotaso, joka traumasoituneilla on usein yll- tai alivireä

Trauman kokonaisvältäinen uudelleen eläminen

Selittää autonomisen hermoston reaktiot: turva - taistele tai pakene - kuolemanvaara

Tarkoittaa mielenterveyden säilyttämistä psyykkisistä vastoinkäymisistä huolimatta

Asiat, tilanteet, hajut, ihmiset tai paikat, jotka traumasoitunut havaitsee uhkaaviksi niiden olematta sitä

Ilmenee tunnetiloina, takauamina, ruumiillisina tuntemuksina tai vallan ottaa itsenäinen persoonallisuuden osa

Pänteet, pelaaminen, viiltä tai syöminen estämässä traumamustojou nousemasta tietoisuuteen

Tiedon ja ymmärryksen lisääminen

Yleisin traumalaukaisu

Check

EP
Takauama
Monimuotoinen traumasaperäinen stressihäiriö
Tietoisuuden kapeuttaminen
Vireystila
Ihmisuhteet
Trauma
PTSD
Psykoedukaatio
Rakenteellinen dissosiaatiohäiriö
CPTSD
Dissosiaatio
Resilienssi
Traumalaukaisu
Post-traumaattinen stressireaktio
Emotionaalinen trauma
Traumamuisto
ANP
Polyvagaatio





Kuvakaappaus Powtoon-videosta

# TRAUMA- JA DISSOSIAATIO-OIREET ja niiden hoitokeinot

## Unihäiriöt

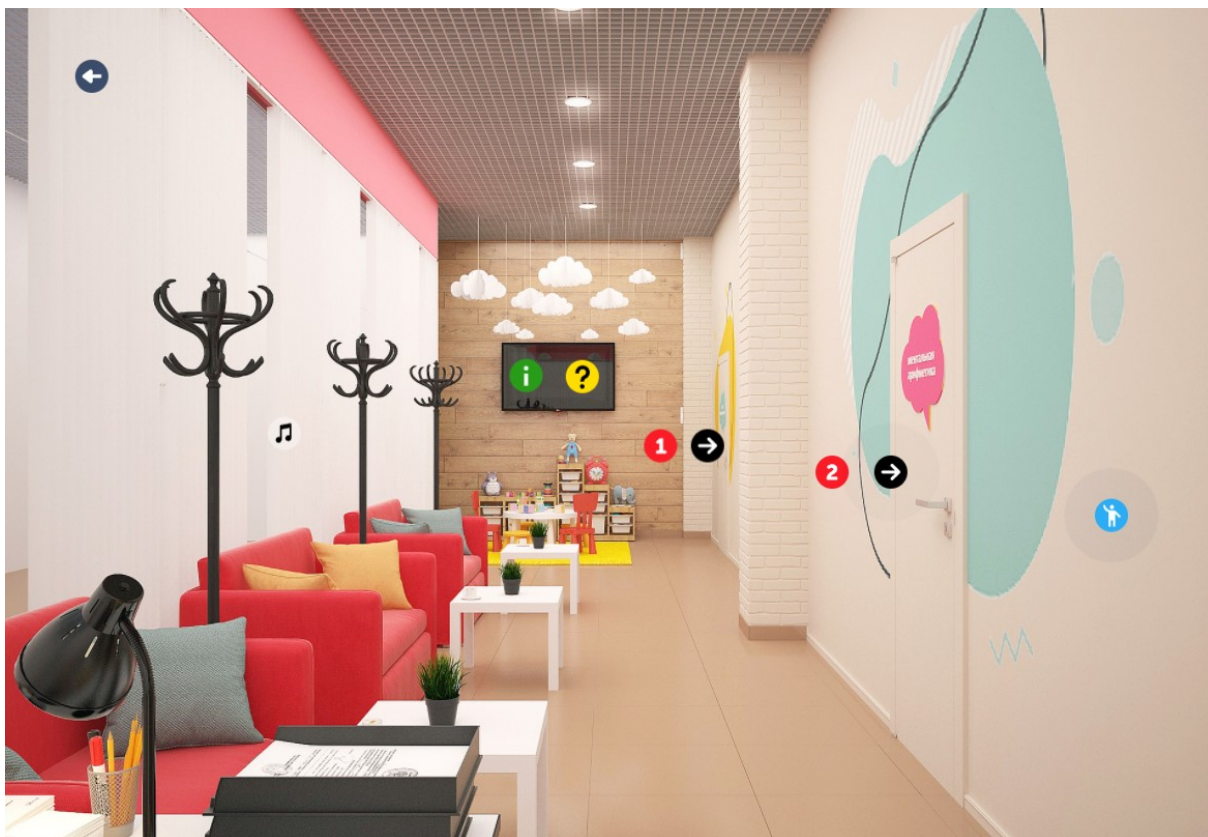
- Unettomuus
- Nukahtamisvaikeudet
- Liiallinen nukkuminen
- Painajaiset

## Hoitokeino

- Rauhoittuminen
- Päivärytmi
- Liikunta
- Painopeitto

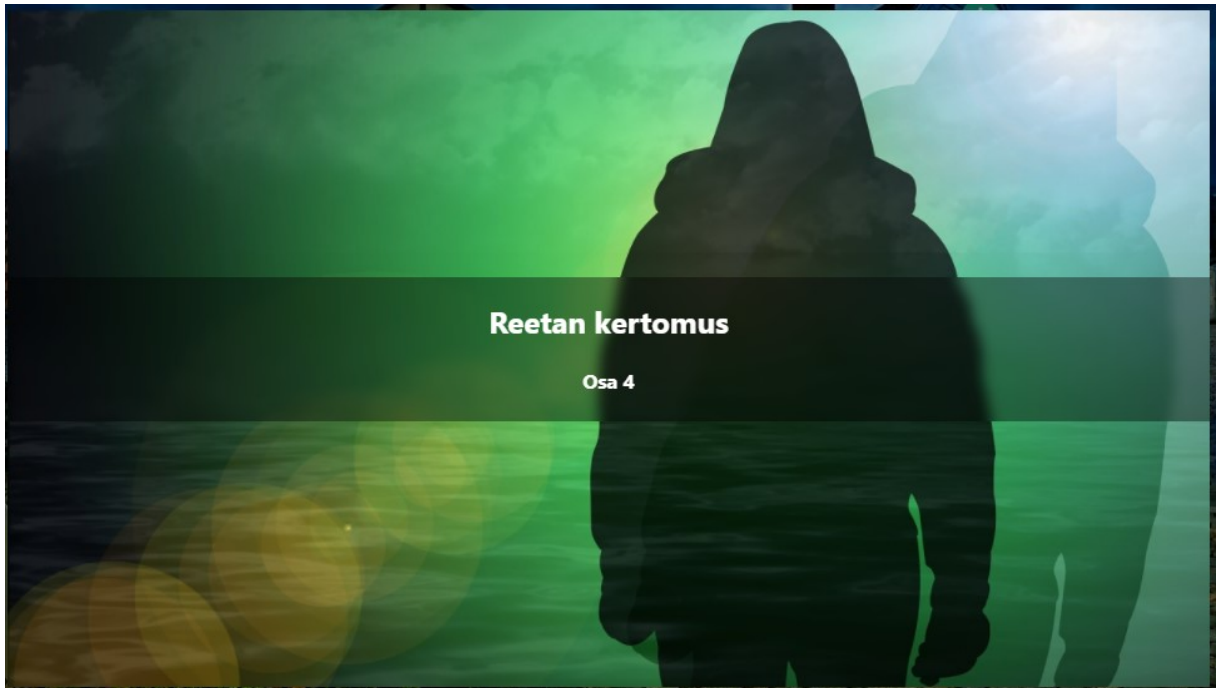
CREATED USING  
**POWTOON**

Huone 6





Reetan kertomuksen tunnusk kuva



Viimeinen huone

