

3. Kokemuksia ja ajatuksia vakavasti traumatisoituneen potilaan arvioimisesta

Traumaperäisistä dissosiaatiivisista oireista kärsivien potilaiden tunnistaminen

Jarno Katajisto

JOHDANTO

Nykypäivän mielenterveystyön arjessa tiedetään, että prosentuaalisesti suurella määrällä vakavista mielenterveyshäiriöistä kärsivistä potilaista on elämänsä historiassaan vakavia traumaattisia kokemuksia. Vakavat traumakokemukset ovat voineet liittyä esim. altistumiseen lapsuudenaikaiselle fyysiselle, emotionaalille tai seksuaaliselle väkivallalle, seksuaaliselle hyväksikäytölle tai hylkäämiskokemuksille. Kokemukset ovat usein olleet perheensisäisiä ja toistuvia, ja ne ovat voineet jatkua vuosikausia potilaan elämässä.

Edellä kuvatuissa olosuhteissa, joissa lapsi joutuu toistuvasti kohtaamaan tilanteita, jotka ylittävät hänen senhetkisen kestokykynsä, saattaa lapsen oloon kehittyä traumaperäistä dissosiaatiota. Se tarjoaa lapselle edes jonkinlaisen vaihtoehdon yrittää selviytyä kestävämmistä tilanteista, joista ei fyysisesti ole mahdollisuutta paeta. Lapsi voi eriasteisesti ”poistua” paikalta: katkaista yhteyden tunteisiinsa tai fyysiseen kokemukseensa tai molempiin. Havainnoida tilannetta oman kehon ulkopuolelta. Kokemuksen integraatio voi jäädä eriasteisesti vajaaksi, ”pahat asiat tapahtuvat jollekin muulle, ei minulle”. Traumaperäisestä dissosiaatiosta muodostuu toistojen kautta lapselle keino pitää kohtaamansa kestävämmät kokemukset erillään arjen turvalliseksi koetuista tilanteista (=dissosiaatio). Vaikka traumaperäinen dissosiaatio tarjoaa lapselle hänen tarvitsemaansa mielensisäistä suojaa kestävämmiltä kokemuksilta ja tällä tavoin tukee lapsen toimintakykyisyyttä

senhetkisissä olosuhteissa, se toisaalta aikaansaa ja ylläpitää kognitiivista, tunnemaailmaan ja minuuden kokemukseen liittyvää integratiivista vaja-vuutta. Tunteet, tarpeet, fyysiset tuntemukset, elämäkokemukset sekä minuuden kokemus jäävät liiaksi erilleen lapsen sisäisessä maailmassa. Jos traumaperäinen dissosiaatio kroonistuu, se häiritsee lapsen mahdollisuuksia selviytyä kasvuun ja kehitykseen liittyvistä haasteista.

Kansainvälinen trauma- ja dissosiaatiojärjestö määrittelee vuonna 2011 päivitettyssä aikuisten dissosiativisen identiteettihäiriön hoitosuosituksessa dissosiaatiohäiriön seuraavasti:

Häiriötila yleensä integroituneissa toiminnoissa tietoisuuteen, muistin toimintaan, identiteettikokemukseen ja havaintojen tekemiseen liittyen.

Työntekijä tai työryhmä, jonka tavoitteena on arvioida ja suunnitella hoitoa vakavasti traumatisoituneelle potilaalle, on monisyisten kysymysten äärellä:

- Onko menneillä traumakokemuksilla ylipäättään merkitystä potilaan nykyhetken oireille?
- Onko potilas kompleksisesti traumatisoitunut eli pohjaavatko potilaan nykyhetken ilmiöireet menneisiin traumakokemuksiin?
- Voiko potilaan traumatisoituminen aktivoida esim. jatkuvia paniikki-oireita tai toistuvia masennusjaksoja nykyhetkessä?
- Kärsiikö potilas traumapohjaisesta, vakavasta dissosiativisesta häiriöstä?

Hollannissa ja USA:ssa tehtyjen tutkimusten pohjalta tiedetään, että 10–20 % psykiatrian hoidossa olevista vakavasti traumatisoituneista potilaista kärsii kompleksisen traumatisoitumisen lisäksi vakavista dissosiativisista häiriöistä (DID, DDNOS). Tämän potilasryhmän kohdalla hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa ei riitä pelkästään kompleksisen traumataustan huomiointi, vaan näiden potilaiden hoidossa on erityisen tärkeää ottaa huomioon myös traumaperäisen dissosiaatiohäiriön merkitys suunniteltaessa vaiheorientoitunutta etenemistä hoidossa.

Pyrin tässä artikkelissa kuvaamaan kompleksisesti traumatisoituneen potilaan arviointiprosessia traumapohjaisten oireiden arvioinnin osalta. Pyrin myös pohtimaan mahdollisuuksia tavoittaa arviointiprosessin aikana vakavan traumataustan omaavien potilaiden joukosta juuri ne, jotka kärsivät vakavasta dissosiativisesta häiriöstä (DID, DDNOS).

VAKAVAN TAI KOMPLEKSISEN TRAUMATISOITUMISEN ARVIOINTIPROSESSI PERSOONALLISUUDEN RAKENTEELLISEN DISSOSIAATION NÄKÖKULMASTA

Janet'n toiminnan psykologiaan perustuva Onno van der Hartin, Ellert Nijenhuisin ja Kathy Steelen kehittämä persoonallisuuden rakenteellinen dissosiaatioteoria tarjoaa hyvän sekä teoreettisen että käytäntöön soveltuvan viitekehyksen arvioida kompleksisesti traumatisoituneen potilaan nykyhetken oirekuva. Kompleksisesti traumatisoituneiden ihmisten alkuarvion tulee olla perusteellinen ja järjestelmällinen, ja sen tulee kattaa kaikki elämän ja psyykkisten toimintojen osa-alueet.

Persoonallisuuden rakenteellisessa dissosiaatioteoriassa traumaperäisten oireiden arviointiprosessi jaetaan kolmeen eri vaiheeseen, joista keskityn tässä artikkelissa kuvaamaan kahta ensimmäistä vaihetta. Arviointiprosessin kolmas vaihe painottuu jo todennetun dissosiaatiohäiriön systemaattiseen tarkentamiseen hoidon eri vaiheissa.

ARVIOINTIPROSESSIN ENSIMMÄINEN VAIHE: TRAUMANÄKÖKULMA OSANA LAAJEMPAA PSYKIATRISTA ARVIOTA

Arviointiprosessin ensimmäisen vaiheen aikana on tärkeää pitää mukana traumaterapeuttinen näkökulma kaikkien psykiatrian piiriin tulevien potilaiden alkuarviossa. Vakavia traumakokemuksia kokeneen potilaan hoidon kannalta on olennaisen tärkeää, että alkuarvioita tekevissä toimipisteissä on riittävästi kiinnostusta, tietoa ja osaamista arvioida ainakin seuraavia seikkoja:

- Onko potilas kompleksisesti traumatisoitunut? (Judith Hermanin lanseeraama kompleksinen PTSD ja sen osa-alueet tarjoaa arvioijalle hyvän rakenteen kuulostella potilaan oireita kompleksisen traumatisoitumisen näkökulmasta; löytyy hakukoneiden avulla internetistä.)
- Onko traumatisoitumisella merkitystä nykyhetken oireita ylläpitävänä tai laukaisevana tekijänä?
- Onko potilaalle kehittynyt traumaperäisiä dissosiaatio-oireita, ja jos on, niin kuinka vakavista dissosiatiiivisista oireista on kyse?

Traumanäkökulmasta käsin tarkasteltuna on tärkeää, että kaikkeen aiempaan elämänhistoriaan ja perhetaustaan liittyvään kartoitukseen sisältyy myös potilaan kokemat menetykset:

- Minkä ikäinen potilas oli läheisen kuollessa? Miten läheinen ihminen kuoli?
- Millainen kuolleen läheisen merkitys oli potilaalle?
- Miten potilas itse ja hänen muut läheisensä reagoivat menetykseen?
- Mikä kaikki auttoi selviytymään?

Kiintymyssuhdekokemuksista on tärkeä kartoittaa, kuka tai ketkä olivat lapsuuden tärkeitä aikuisia tai oliko huolta pitäviä, tärkeitä aikuisia ollenkaan. Lisäksi on tärkeä selvittää kokemus huolehditukseksi tulemisesta sekä konkreettisesti että emotionaalisesti. Niin paljon kuin on mahdollista, on tärkeä tarkentaa kokemuksia myös väkivallasta ja kaltoinkohtelusta eri ikävaiheissa. Aiempaa elämänhistoriaa voidaan kartoittaa keskustellen tai sukupuutyökentelyä tai muita konkreetteja apuvälineitä hyväksi käyttäen.

Eräs aiempaa traumataustaa tarkentava itsearviointikysely on Bessel Van Der Kolk ja hänen työryhmänsä kehittämä strukturoitu traumaattisten kokemusten kyselylomake (TAQ), jossa ikävaiheittain kysytään huolenpitoon, resurssihin ja traumaattisiin kokemuksiin liittyviä asioita. Kyselyssä on kaikkiaan 43 kysymystä, jotka on jaettu neljään ikävaiheeseen. Kyselyn täyttäjät arvioi jokaisen kysymyksen asteikolla: ei koskaan, harvoin, toisinaan, usein tai en tiedä. Käytännön arviotyöskentelyn kannalta kyselyn avulla voidaan saada kerättyä valtavasti tärkeää tietoa. Toisaalta joillekin vakavasti traumatisoituneille potilaille kysely on liian voimakkaasti omaa oloa aktivoiva. Varsinkin vakavista traumaperäisistä dissosiativisista oireista kärsiville potilaille kysely saattaa tuottaa voimakasta sisäistä ristiriitaa tai aktivoida kestäättömiä muistoja, tunteita, ruumiillisia tuntemuksia tai käytöksen tasolla näkyviä reaktioita.

Potilaan erityyppiset muistivaikeudet vaikeuttavat usein aiemman anamneesin kokoamista arviointivaiheessa: eri ikävaiheisiin liittyvät isotkin muistiaukot, potilaan vaikeus olla sisäisesti yhteydessä menneisiin kokemuksiinsa tai muistojen kestäättömyyteen liittyvä vaikeus kertoa niistä. On tärkeää, että arvioija alusta lähtien havainnoi potilaan reaktioita ja pyrkii säättämään arviointiprosessin etenemisen kestättävälle tasolle.

Jos yksi tai useampi seuraavista kriteereistä täyttyy, potilaan kanssa kannattaa käydä läpi dissosiativisia kokemuksia kartoittava itsearviointikysely (DES):

- Potilaan taustassa on vakavia traumakokemuksia.
- Lapsuuden ja nuoruuden kasvuolosuhteisiin liittyy turvattomuutta, emotionaalista yksinäisyyttä tai pitkäkestoista disorganisoitunutta kiintymyssuhdekokemusta.
- Alkuarvion aikana huomataan selkeää vaihtelua tai vajavuutta potilaan kyvyssä ilmaista itseään. Tavassa olla läsnä tai reagoida hoidollisissa tilanteissa tai suhteessa hoitaviin ihmisiin.
- Potilaalla on muistin toiminnan häiriöitä (mennyt + nykyhetki) tai hänellä on paljon ruumiillisia oireita, joille ei löydy orgaanista selitystä.

DES on ollut maailmanlaajuisesti jo pitkään käytössä. Sen avulla voidaan tavoittaa se ryhmä potilaita, joiden traumaperäisiä dissosiaatio-oireita on syytä kartoittaa tarkemmin. DES sisältää 28 kysymystä, jotka potilas arvioi olossaan väliltä 0–100 %. Kysely on helppo pisteyttää: lasketaan yhteen

kaikkien kysymysten pistemäärät ja jaetaan summa kysymysten lukumäärällä (28). Jos saatu keskiarvo on 25 tai enemmän, niin kyseisen potilaan kanssa on tärkeä arvioida tarkemmin hänen dissosiativisia oireitaan. DES-kyselyssä on useita amnesiaoireita, depersonalisaatio- ja -realisaatio-oireita sekä nykyhetken läsnäolokykyä kartoittavia kysymyksiä.

Arvioijan on tärkeä kysyä arvioitavalta esimerkkejä, joiden kautta arviotava on kysymykseen vastannut tarkentaakseen sitä, onko potilas ymmärtänyt kysymyksen oikein. Esimerkiksi DES-kysymys 3: ”Jotkut ihmiset havahtuvat yhtäkkiä huomaamaan olevansa jossain paikassa, mutta heillä ei ole aavistustakaan siitä, miten he sinne olivat tulleet.” Traumaperäisestä dissosiaatiohäiriöstä kärsivän potilaan arjessa tapahtuu ajoittain tilanteita, joissa potilas havahtuu nykyhetken todellisuuteen jossain paikassa ihmetellen, miksi on siellä. Potilas saattaa esim. muiden ihmisten taholta tulla tietoiseksi siitä, että on tehnyt asioita tai on käyttäytynyt tavalla, jota ei muista tai joka tuntuu itselle täysin vieraalta. Usein havahtumisvaiheeseen saattaa liittyä depersonalisaatio- ja derealisaatio-oireita. Tällaiset kokemukset ovat potilaalle usein erittäin ahdistavia ja pelottavia.

Sen sijaan esim. kokemus siitä, että ihminen lähtee kauppaan, on matkan ajan niin ajatuksissaan, että yhtäkkiä havahtuukin olevansa jo kaupan luona, mutta ei muista matkan ajalta ympäröivän maailman tapahtumista kuin vähän tai ei oikein mitään, ei kuvaa traumaperäistä dissosiaatiota.

Olennaista on siis saada selville, kuulostaako arvioitavan kokemus eri kysymyksistä traumaperäiseltä dissosiaatiolta vai joltain ihan muulta. Käytännön arvioprosessin kannalta arvioijan on hyvä olla tietoinen myös siitä, että niille dissosiativisille potilaille, jotka ovat erittäin pelokkaita olemaan minkäänlaisessa yhteydessä omiin sisäisiin kokemuksiinsa, DES:n tulos ei anna oikeaa kuvaa heidän dissosiativisista oireistaan. Toisaalta akuutissa psyykkisessä kriisissä oleva tai vakavasti masentunut potilas saa yleensä DES:ssä korkean pistemäärän, joka ei kuitenkaan tällaisessa tilanteessa arviomielessä kerro vakavasta traumaperäisestä dissosiativisesta oireilusta.

Monilla kompleksisesti traumatisoituneilla potilailla on vaikeuksia säädellä autonomisen hermoston toimintaa, elimistön vireystilaa. Monet arjen tilanteet aktivoivat vireystason muutoksia, jotka ovat liian voimakkaita joko yli- tai alivireyden suuntaan. Krooninen yli- tai alivireys tai vireystason sahaaminen näiden olojen välillä kuluttaa paljon sekä fyysisiä että psyykkisiä voimavaroja.

Toistuvat yli- ja alivireystilat altistavat ja ylläpitävät traumaliitännäistä reagointia ja hallitsemattomuuden oloa. Potilaan yhteys nykyhetken todellisuuteen, ote nykyhetkestä, on häiriintynyt.

Jo arviointivaiheessa käynnin aikana on hyvä huomioida potilaan vireystasoa ja sietokykyalueen leveyttä sekä kysyä potilaan huomioita omasta vireydestään ja sietokyvystään arjen erilaisissa tilanteissa.

Tyypillisiä ylivireysoireita ovat

- keskittymis-, nukahtamis- ja nukkumisvaikeudet
- liiallinen reaktiivisuus
- ylivalppaus
- ajatusten tai tunteiden tunkeutuvuus
- vaikeus rauhoittua.

Tyypillisiä alivireyden oireita ovat

- turtuneisuus (keho, tunteet)
- etääntyminen nykyhetken yhteydestä ja siihen liittyvät depersonalisaatio- ja derealisaatio-oireet
- tietoisuuden tason aleneminen
- jatkuva väsyneisyys.

Konkreettinen hyvä apuväline näiden asioiden tutkailuun myös arviointiprosessin aikana on sietokykyikkunan tekeminen potilaan kanssa.

Läheisesti vireystasoon liittyvä ilmiö, josta kompleksisesti traumatisoituneiden potilaiden arvioita tekevän työntekijän on hyvä olla tietoinen, on traumatisoituneen vaikeudet olla yhteydessä omaan ruumiillisuuteensa. Kompleksisesti traumatisoituneilla potilailla saattaa traumatisoitumisen johdosta olla monenlaisia vaikeuksia huolehtia fyysisestä terveydestään. Potilas saattaa pyrkiä säätelemään oloaan olemalla kroonisesti alavireinen. Suhde omaan kehoon saattaa olla voimakkaasti kietoutunut häpeään, inhoon, vihaan tai pelkoon. Tällöin kaikki kysymykset, jotka aktivoivat yhteyttä omaan kehoon, saattavat aikaansaada selkeitä traumaperäisiä reaktioita käynnin aikana. Varsinkin vakavaa fyysistä väkivaltaa kokeneilla potilailla voi olla voimakkaita somatoformisia, ruumiillisia traumaperäisiä dissosiaation oireita ja vain vähän psykoformisia dissosiaatio-oireita. Jos haluat enemmän tietoa dissosiaatio-oireiden jaottelusta psykoformisiin / somatoformisiin sekä negatiivisiin / positiivisiin, niin lue asiasta lisää Vainotusta mielestä (van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2009).

Ensimmäisen vaiheen arviointiprosessin aikana mahdollisuus saada tarkempi kuva kompleksisesti traumatisoituneen potilaan kokemusmaailmasta voi olla hyvinkin vähäinen. Ellei ole ulkopuolista pakkoa (esim. oikeusprosessi) tarkentaa traumataustaa yli potilaan senhetkisen sietokyvyn, niin usein kannattaa alkuvaiheessa tyytyä siihen, minkä verran potilaan on mahdollista kertoa.

Epävarmuuden tunne ja vajavaiset mahdollisuudet saada riittävästi tietoa ovat tyypillisiä arvioijan kokemuksia arvioprosessin tässä vaiheessa. Hyvinkin tehdyn arvioinnin kautta voidaan usein tavoittaa vain dissosiatiiivista pintaa vakavasti traumatisoituneen potilaan sisäisestä kokemusmaailmasta. Tärkeää onkin mieltää arvioprosessi jatkumona, jonka tarkentuminen saattaa viedä vuosia.

ARVIOINTIPROSESSIN TOINEN VAIHE: TRAUMAPERÄISTEN DISSOSIAATIO-OIREIDEN TARKEMPI KARTOITTAMINEN JA NIIDEN VAKAVUUSASTEEN ARVIOIMINEN

Arvioinnin kannalta ison haasteen luo vakavasti traumatisoituneen potilaan vaikeus ja pelokkuus tarkastella omaa mielensisäistä kokemusmaailmaansa tai pysähtyä tutkailemaan omaa nykyhetken käyttäytymistään.

Usein onkin hyvä pysähtyä käsittelemään potilaan pelkoja arviointiprosessin suhteen. Mitä potilas pelkää siitä aiheutuvan itselleen tai millaisia kokemuksia hänellä on aiemmista vastaavanlaisista tilanteista? Mitä reaktioita potilas on huomannut käyntien aikana, niiden jälkeen, onko reaktioita, kun on lähdössä tai matkalla käynnille? Näistä keskusteluista voidaan saada paljon tärkeää tietoa potilaan mielensisäisestä maailmasta.

Voidakseen arvioida vakavien dissosiaatio-oireiden olemassaoloa ja niiden vakavuutta on arvioijalla oltava riittävästi tietoa näiden oireiden ilmenemismuodoista.

Seuraavassa käyn läpi merkittävimpiä oireita, joiden kautta esim. SCID-D:ssä ja IDDTs:ssä todennetaan dissosiaatiohäiriön (DID, DDNOS) olemassaoloa.

AMNESIA

Dissosiaatiohäiriöinen potilas mitätöi usein amnestisia oireitaan. Muistivaikeuksista puhuminen on dissosiaatiopotilaille usein ahdistavaa ja saattaa aktivoida dissosiativisia oireita arviointikäynnin aikana (eri puolien esilletulo, hetkelliset yhteyden katkeamiset, takaumat, vaikeudet vastata, ruumiilliset oireet).

Arvioijan kannattaa kysyä konkreetteja arjen esimerkkejä ja pyrkiä niiden kautta saamaan kuvaa siitä, onko kyseessä traumaperäistä dissosiaatiota kuvaava kokemus. Vakavasta dissosiaatiohäiriöstä kärsivällä potilaalla voi olla toistuvia fuugatiloja, tai hän saattaa löytää epäsuoria merkkejä ajan menetyksestä (havaitsee yön aikana tehneensä jotain mitä ei muista, kuulee muiden kuvaamana tehneensä jotain tai olleensa jossain mitä ei muista). Potilas voi kuvata transsinkaltaisia tiloja, joihin liittyy myös ajan kadottamista. Dissosiaatiopotilalla muistivaikeudet eivät liity pelkästään häpeällisiin ja vahvasti negatiivisiin tilanteisiin, vaan muistiaukkoja syntyy myös nykyhetken tavalliseen arkeen liittyvissä tilanteissa.

Dissosiaatiopotilaan muistiaukot liittyvät sekä menneisyyteen että nykyhetkeen. Amnesiaoireita ilmenee myös muulloin kuin voimakkaassa stressitilanteessa, paniikkiolossa, vakavassa masennuksessa tai psykoosijakson aikana. Toisaalta jotkut vakavista dissosiativisista amnesiaoireista kärsivät potilaat kokevat oireet niin ahdistavina tai häpeällisinä, että he pyrkivät (usein onnistuneesti) salaamaan ne täysin arviointijakson aikana. Tällöin

esim. psykoottinen episodi saattaa olla ainoa ajanjakso, jolloin potilaan vakavat dissosiatiiiviset oireet tulevat näkyviin.

DEPERSONALISAATIO- / DEREALISAATIO-OIREET

Nämä oireet liittyvät hyvin monenlaisiin psyykkisiin häiriöihin, mutta ne ovat merkittävällä tavalla mukana myös vakavissa dissosiatiiivisissa ilmiöissä.

Vakavassa dissosiaatiohäiriössä depersonalisaatio-oireet liittyvät yleensä traumasidonnaisen persoonallisuuden osan tai osien esilletuloon/tunkeutumiseen potilaan nykyhetken olossa. Tällöin dissosiaatiopotilas menettää joko osittain tai kokonaan yhteyden nykyhetken todellisuuteen.

Tyypillisiä dissosiaatioon liittyviä depersonalisaatio-oireita ovat seuraavat:

- Itselle vierailta tuntuvat ajatukset tai tunteet.
- Reagointiin tai käyttäytymiseen liittyvät itselle vierailta tuntuvat kokemukset.
- Yhteyden menettäminen johonkin kehon osaan; ei kykene liikuttamaan kättään tai jalkojaan. Voimakas kipua jossain kohtaa kehoa.
- Kokemus itsen tarkkailusta oman kehon ulkopuolelta.
- Kokemus oman kehon tai sen osan koon tai värin muuttumisesta.
- Aistitoimintojen muutokset: näkö, kuulo, maku, haju, kosketus.

Usein depersonalisaatio-oireiden esilletuloon liittyy myös derealisaatio-oireita. Kokemus ympäristöstä muuttuu. Esimerkiksi terapiahuone muuttuu yhtäkkiä suureksi, pelottavaksi tai oudoksi paikaksi (lapsiosan vaikutus kokemukseen). Potilas voi olla hämmentynyt, miksi on terapiassa, kuka terapeutti on.

Potilas näkee kaiken sumuisena tai kapean putken läpi tai mustavalkoisena. Terapeutin puhe saattaa kuulua kaukaa tai kuuluu vain vaimeana.

Traumasidonnaisia, dissosiatiiivisiä muutoksia saattaa tapahtua kaikkien aistien alueella, ja ne tuntuvat dissosiaatiopotilaasta usein niin hulluilta ja pelottavilta, että niistä ei uskalla kertoa, ellei niistä suoraan kysytä.

NYKYHETKEN ORIENTAATIO

Nykyhetken orientaatio voi muuttua voimakkaastikin traumasidonnaisen persoonallisuuden osan tullessa esiin. Potilaalla on vaikeus todentaa, mikä liittyy nykyhetken todellisuuteen ja mikä aiheutuu menneitä traumakokemuksia kantavien persoonallisuuden osien esilletulosta. Menneisiin traumakokemuksiin liittyvät olot voivat voimakkaastikin ”värjätä” potilaan nykyhetken kokemusta. Näihin tilanteisiin saattaa liittyä myös amnesiaa riippuen siitä, kuinka erillisiä ja itsenäisesti nykyhetkessä toimimaan kykeneviä persoonallisuuden osia potilaalla on.

IDENTITEETTIKOKEMUS

Identiteettikokemukseen vakavista dissosiaatiivisista oireista kärsivälle potilaalle liittyy usein ahdistava kysymys ”kuka minä oikein olen?” Potilaan epävarmuutta oman identiteetin suhteen ylläpitävät amnesiaoireet, äänten kuuleminen sekä kokemukset oman ajattelun, omien tunteiden ja oman käytöksen nopeista muutoksista. Ne ovat usein kokemuksia, joihin liittyy vierauden tunnetta ”se en ollut minä” ja hallinnan menettämisen kokemusta.

Usein dissosiaatiopotilaalta kuluu valtavasti energiaa, jotta hän saa salattua identiteettikokemukseen liittyvät oireensa ulkopuolisilta ihmisiltä. Myös suhde omaan sisäiseen maailmaan, persoonallisuuden eri puoliin, on dissosiaatiopotilaalla usein etäinen, fobinen ja häpeäsidonnainen.

Verrattuna esim. persoonallisuushäiriöstä kärsivään potilaaseen dissosiaatiohäiriöisen on yleensä paljon vaikeampi puhua oman olon eri puolista. Vakavasta dissosiaatiohäiriöstä kärsivällä potilaalla suhde arjen eri asioihin ei ole kahtiajakautunut, mustavalkoinen, vaan kokemukseen liittyy usein laajempaa kaoottisuutta, useita eri näkökulmia. Vakavasta dissosiaatiohäiriöstä kärsivä potilas ei kokemuksellisesti esitä rooleja, vaan identiteettikokemuksen ongelmat liittyvät sisäisen kokemusmaailman yhteyttömyyteen ja eri persoonallisuuden osien hallitsemattomaan esilletuloon nykyhetken arjessa.

Nonverbaaliset reaktiot arvioinnin aikana

Traumaperäisestä dissosiaatiosta kärsivällä potilaalla voi ilmetä arvioinnin aikana nonverbaalisia reaktioita, joita arvioijan on hyvä huomioida arvioitaessa traumaperäisen dissosiaation olemassaoloa ja sen vakavuutta. Muutoksia saattaa ilmetä tavassa puhua, suhtautumisessa asioihin, yhteydessä terapeuttiin. Muutokset saattavat näkyä myös potilaan tavassa istua, olla läsnä fyysisesti sekä tavassa pukeutua. Potilaan katse saattaa pysähtyä tai lähteä harhailemaan, tai potilas saattaa eriasteisesti ”kadota” yhteydestä. Hän ei kuule tai ymmärrä kysymystä, hän joutuu tarkentamaan, mistä puhuttiin. Saattaa kulua aikaa, ennen kuin potilas kykenee vastaamaan kysymykseen. Tällöin potilaan huomio on usein selkeästi kääntynyt sisäänpäin.

Psykoottisen oireen kaltaiset dissosiaatiiviset oireet

Vakavasta dissosiaatiohäiriöstä kärsivillä potilailla on paljon oireita, jotka perinteisesti on liitetty ainoastaan psykoottisiin häiriöihin, kuten skitsofreniaan. Viime vuosien tutkimuksissa on kuitenkin selkeästi todennettu, että vakavasta dissosiaatiohäiriöstä kärsivät potilaat kuulevat esim. päänsisäisiä ääniä enemmän kuin skitsofreniasta kärsivät potilaat.

Vakavasta dissosiaatiohäiriöstä kärsivän potilaan äänet voivat ottaa kantaa potilaan tekemisiin. Äänet voivat olla syyttäviä tai käskä tekemään

jotain, joka tuntuu potilaasta itsestään vieraalta. Potilas voi kuulla pienen lapsen itkua päänsä sisällä. Potilas voi kuvata myös jatkuvaa meteliä päässänsä, kakofoniaa, josta ei saa mitään selvää. Äänistä puhuminen on potilaalle usein ahdistavaa, ja se saattaa aktivoida sisäistä epätasapainoa, depersonalisaatio- ja derealisaatio-oireita sekä amnesiaoireita.

Dissosiaatiohäiriöstä kärsivällä potilaalla voi olla myös kokemusta siitä, miten joku tunkee omaan mieleen ajatuksia, jotka tuntuvat itselle vierailta, tai miten joku saa käyttäytymään tavalla, joka ei tunnu omalta. Arvioinnin aikana potilaan mieli saattaa yhtäkkiä tyhjentyä, ”joku vei yhtäkkiä kaikki ajatukseni, mitä sinä kysyitkään?”

Yleensä vakavista dissosiaatiohäiriöistä kärsivillä potilailla ei ole vain yhtä dissosiatiiivista oiretta, vaan heillä on dissosiatiiivisten oireiden ”rypäs”. Psykoottisten oireiden kaltaisista oireista huolimatta dissosiaatiohäiriöisen potilaan realiteetintestaus säilyy yleensä hyvänä oireista huolimatta.

Yhteenvedon omaisesti voi todeta, että vakavasta dissosiaatiohäiriöstä kärsivien potilaiden äänen kuulemiselle on tyypillistä, että äänen kuuleminen on alkanut jo ennen 18. ikävuotta ja että potilas on kuullut ääniä jatkuvammin, eikä vain esim. psykoosivaiheiden aikana. Lääkitys harvoin poistaa ääniä. Potilas kuulee sekä lapsen että aikuisen ääniä. Ääniä on usein enemmän kuin kaksi.

POHDINTAA

Richard Kluff vertasi eräässä koulutuksessa traumaterapeutista työskentelyä shakin pelaamiseen. ”Voidakseen pelata shakkia on hyvä osata pelin säännöt ja perusasiat esim. pelin aloittamisesta. Mutta vaikka osaisi pelin perusasiat, niin hyväksi pelaajaksi tulee vain vuosien kokemuksen ja jatkuvan harjoittelun kautta. Jokainen peli on aina omanlaisensa. Kaikkien kanssa ei voi pelata samalla tyyllillä, vaan oman pelaamisen on tärkeä muotoutua pelikaverin pelaamisen myötä.”

Itselläni on ollut onni ja mahdollisuus työssäni keskittyä opiskelemaan ja opettelemaan traumatisoituneen ihmisen auttamista viimeiset 15 vuotta. Näinä vuosina olen oppinut kunnioittamaan vakavasti traumatisoituneen ihmisen vaikeutta ja pelkoa kohdata menneitä kauheuksia nykyhetken olosaan. Auttajana koenkin tärkeäksi pyrkiä tavoittamaan sen vaiheen, jossa traumatisoitunut on tällä hetkellä menossa. Auttajan tehtävä on mukauttaa omat toimintatapansa sopiviksi traumatisoituneen ihmisen tarpeisiin ja tavoitteisiin, ei toisin päin.

Miksi traumaterapeutin näkökulman on tärkeä olla mukana vakavia traumakokemuksia kokeneen potilaan arviovaiheen työskentelyssä?

Traumaperäinen dissosiaatiohäiriö perustuu ihmisen yritykseen selviytyä kokemuksista, jotka ovat ylittäneet senhetkisen kestokyvyn. Dissosiatiiivisen rakenteen kehittymisen mielensisäinen merkitys on se, että se auttaa ihmistä pyrkimyksessä pysyä edelleen erillään siitä kaikesta kestävämmästä, jota on

joutunut kokemaan. Kompleksisesti traumatisoituneella ihmisellä tämänkaltaisen selviytymisstrategia saattaa jatkua vuosikymmeniä.

Kun traumaperäisestä dissosiaatiohäiriöstä kärsivä ihminen tulee hakemaan apua nykyhetken oloonsa, niin avun hakeminen saattaa liittyä masennus- tai ahdistusoireisiin, paniikkireaktioihin, uni- ja nukahtamisoireisiin, päihdeongelmiin tai ihmissuhdevaikeuksiin. Jos traumaperäisestä dissosiaatiohäiriöstä kärsivän ihmisen kohdalla hoidossa jäähdetään hoitamaan pelkästään nykyhetken ilmiöireita, eikä huomioida mitenkään traumatisoitumisen ja/tai traumaperäisen dissosiaatiohäiriön olemassaoloa, niin usein seurauksena on hoitoyritysten epäonnistuminen.

Mielensisäisesti tämä on helppo ymmärtää, koska ihminen tarvitsee nykyhetken ilmiöirensä voidakseen yrittää pysyä riittävän etäällä oman olonsa kestäättömistä kokemuksista.

Traumaterapeuttisesta näkökulmasta käsin katsottuna nykyhetken vakautta voidaan löytää parhaiten ymmärtämällä traumatisoitumisen ja/tai traumaperäisen dissosiaatiohäiriön merkitys. Vaiheorientoituneen hoidon avulla tuetaan traumatisoitunutta vähitellen löytämään nykyhetkeen kestettävää yhteyttä, ymmärrystä ja hallintaa omaan mielensisäiseen maailmaansa ja suhteessa menneisiin kokemuksiin.