

Strategioita kompleksin dissosiaatiohäiriön hoitoon

Kaksi tapausesimerkkiä Hollannista

Onno van der Hart, fil.tri Suzette Boon, fil.tri

Dissosiativisen identiteettihäiriön (DID) diagnoosi on Alankomaissa laajalti hyväksytty joskin skeptikot ovat myös tehneet näkemyksensä tiettäväksi. DID-potilaita hoitavat hollantilaiset klinikot seuraavat hoidossa yleensä traumaperäisen stressin hoitoon kehitettyä kolmivaiheista mallia. Kun hoidettavat ovat yleensä komplekseja tapauksia ja kietoutuneita potilaita (1), rajoittuu hoito useimmiten ykkösvaiheeseen eli stabilisaatioon ja oireiden lievittämiseen. Hyvän toimintakyvyn omaavien potilaiden hoito yleensä tähtää myös traumaattisten muistojen prosessointiin ja täydelliseen persoonallisuuden integroitumiseen. Tässä artikkelissa selostetaan yksityiskohtaisesti kahta hollantilaista tapausta painopisteen ollessa erityisesti siinä kliinisessä harkintaprosessissa, joka ensimmäisen tapauksen kohdalla johti päätökseen edetä trauman hoitoon ja joka toisen tapauksen kohdalla johti päätökseen pidättyä siitä.

Nykyinen trauman aiheuttamien häiriöiden hoitostandardi, mukaan lukien traumaperäinen stressihäiriö ja monet dissosiaatiohäiriöt, sisältää muun muassa vaiheittaisen hoitomallin käytön (esim. 2, 3, 4, 5, 6, 1). Trauman vaiheittainen hoito juontaa juurensa Pierre Janetin (7) urauurtavaan työhön. Janet kuvasi kokonaisvaltaisen hoidon jakautuvan kolmeen vaiheeseen: 1) stabilisaatio ja oireiden lievittäminen, 2) traumaattisten muistojen hoitaminen, ja 3) persoonallisuuden uudelleenintegrointi ja toimintakyvyn palauttaminen (8). Alankomaissa klinikot yleensä käyt-tävät Janetin terminologiaa sekä nimeävät näille kolmelle vaiheelle seuraavat hoidolliset tavoitteet: 1) dissosiativisiin identiteetteihin kohdistuvan pelon voittaminen, 2) traumaattisiin muistoihin kohdistuvan pelon voittaminen ja 3) normaaliin elämään ja kiintymyssuhteisiin kohdistuvan pelon voittaminen (9, 10, 11). Käytännön kliinisessä praktiikassa mallia ei sovelleta tiukan lineaarisesti, vaan ennemminkin ikään kuin spiraalina, jossa huomion kohdistaminen eri vaiheisiin kuuluviin tehtäviin vaihtelee (4).

Kompleksien dissosiaatiohäiriöiden (esim. dissosiativinen identiteettihäiriö DID ja määrittämätön dissosiaatiohäiriö DDNOS) hoidossa on usein epäselvää, tuleeko potilas olemaan kykenevä integroimaan traumaattisen menneisyytensä. Kluft (6, 12) korostaa, että DID-potilaat muodostavat hyvin heterogeenisen ryhstein (1) jaottelevat heidät kolmeen hoidon kompleksisuutta ja hoitoennustetta heijastavaan alaryhmään: 1) korkeatasoisesti toimintakykyiset DID-potilaat, 2) kompleksit tapaukset, joilla on komorbiditeettiä, esimerkiksi rajatilapersonallisuushäiriö (BPD) ja 3) kietoutuneet potilaat, jotka ovat kaikkein hoitokielteisimpiä ja jotka ovat taipuvaisia jäämään kietoutuneiksi väkivaltaisiin ihmissuhteisiin. Heillä on myös ”dissosiativinen”

elämäntapa ja aktiivisesti itsetuhoista ja/tai epäsosiaalista käyttäytymistä ja tapoja.

Viimemainittujen kohdalla hoidon suuntaaminen stabilisaatioon ja oireiden lievittämiseen on yleisesti ottaen ainoa toteutettavissa oleva vaihtoehto. Tässä artikkelissa esitämme kaksi esimerkkitapausta kirjoittajien kliinisestä

praktiikasta Alankomaissa. Painopisteemme on relevanteissa diagnostisissa- ja hoitokysymyksissä, joihin kuuluvat vaiheittainen hoito sekä ne kliiniset seikat, joiden perusteella tehdään päätös siirtymisestä vaiheesta 1, stabilisaatiosta ja oireiden lievittämisestä, vaiheeseen 2, traumaattisten muistojen hoitamiseen.

1980-luvulla dissosiaatiohäiriöiden hoidon uranuurtajat Alankomaissa olivat toiveikkaampia sen suhteen, että persoonallisuuden eheyttäminen onnistuisi suurimmalla osalla DID-potilaita. Suurin osa näistä klinikoista työskenteli kuitenkin psykiatrisissa laitoksissa, joihin otettiin Horevitzin ja Loewensteinin (1) terminologian mukaan komplekseja tapauksia ja kietoutuneita potilaita. Ennen pitkää he sitten kokivatkin pettymyksiä yrittäessään saavuttaa tämän päämäärän. Ne useat sadat dissosiatiiiviset potilaat, jotka olemme diagnosoineet, joiden hoitoa olemme konsultoineet tai joita olemme itse hoitaneet viimeisten kymmenen vuoden aikana, ovat suurimmaksi osaksi kuuluneet Horevitzin ja Loewensteinin (1) toiseen tai kolmanteen kategoriaan (13, 14). Uskomme, että tämä tekijä on vaikuttanut ratkaisevasti siihen, että dissosiaation parissa työskentelevillä on Alankomaissa kehittynyt voimakas herkkyys havaita ja ottaa huomioon mahdollisia kakkosvaiheen hoi-toon siirtymisen vastaindikaatioita (15, 16). Jos meillä siis esiintyy tässä suhteessa vinoutuneita painotuksia, olemme pikemminkin liian varovaisia. Vaikka Horevitzin ja Loewensteinin (1) luokituksen mukaiseen ”korkeatasoisesti toimintakykyisten” DID-potilaiden luokkaan kuuluvia ei tavata Alankomaissa kovinkaan runsaasti, näissä tapauksissa hoitoon sisältyy yleensä traumaattisten muistojen onnistunutta prosessointia ja työskentelyä persoonallisuuden eheyttämiseksi.

Tässä esitettävät kaksi tapausta osoittavat joitakin niistä seikoista, joihin hollantilaiset klinikot kiinnittävät huomiota harkitessaan, onko trauman hoito indikoitua vai ei.

Potilashistoriat

Esimerkkitapaus Bettie

Bettie (nimi muutettu) on eronnut 32-vuotias kahden lapsen äiti. Kolmivuotias Jan elää äitinsä kanssa, kun taas viisivuotias Daan asuu isänsä kanssa. Bettien aikaisempi terapeutti ohjasi hänet meille epäiltyään DID-diagnoosia. Bettie oli hakeutunut hoitoon avio-ongelmiensa vuoksi. Tämän terapian aikana Bettie oli kertonut isänsä taholta kokemastaan seksuaalisesta hyväksikäytöstä ja osoittanut dissosiaatiohäiriön merkkejä. Etenkin öisin hän vaihtaa hyvin ahdistuneisiin, aggressiivisiin tai itsetuhoisiin persoonallisuustiloihin, joiden suhteen hän on myöhemmin amnestinen. Näihin tiloihin liittyvät ongelmat aiheuttivat suuria jännitteitä hänen parisuhteessaan ja johtivat lopulta avioeroon. Tämän jälkeen Bettie jatkoi yksilöpsykoterapiassa, jonka myötä hän tuli yhä enemmän tietoiseksi isänsä taholta tulleen seksuaalisen hyväksikäytön yksityiskohdista. Useita eri persoonallisuustiloja kyettiin tunnistamaan, muun muassa kuusivuotias lapsi-identiteetti Lientje ja aggressiivinen poikaidentiteetti Albert. Albertin vaikutuksen alaisena Bettie toisinaan vahingoitti itseään käyttäen veitsiä tai lasinsirpaleita tai yrittäen kuristaa itseään. Kyetäkseen suojelemaan itseään vaaralliselta käyttäytymiseltään Bettie ryhtyi asumaan yhdessä nykyisen kumppaninsa Peterin kanssa aikaisemmin kuin he olivat etukäteen suunnitelleet. Koska he

olivat hiljattain muuttaneet toiseen kaupunkiin, terapeutti ohjasi Bettien toiseen laitokseen. Diagnoosihaastattelu SCID-D:llä vahvisti DID-diagnoosin. Jonkin ajan kuluttua Bettie aloitti terapian DID:hen erikoistuneen psykologin kanssa.

Esimerkkitapaus rouva Jansen

Rouva Jansen (nimi muutettu) on 55-vuotias ja useita vuosia sitten eronnut. Hänellä on 22- ja 25- vuotiaat lapset, jotka asuvat toisella paikkakunnalla. Rouva Jansen otettiin sairaalaan tutkittavaksi ihonalaisten ruhjeiden vuoksi, joiden hän sanoi ilmestyneen itsestään. Koska mitään somaattista selitystä ruhjeille ei löydetty, oletettiin oireiden olevan potilaan itsensä tahallisesti aiheuttamia. Rouva Jansen on aiemmin ollut neurologisella osastolla tutkittavana, koska hänellä on ollut blackout-episodeja, pimeitä hetkiä, joille ei kuitenkaan löydetty mitään neurologisia syitä. Hoitava lääkäri päätti ohjata hänet psykiatrisen avohoidon piiriin. Siellä rouva Jansen kertoi, että lukuun ottamatta muutamia tapaamiskertoja sosiaalityöntekijän kanssa, hän ei ollut koskaan saanut psykiatrista tai psykologista hoitoa. Sosiaalityöntekijän kanssa hän oli kuitenkin alkanut puhua inestihistoriastaan sekä entisen puolisonsa taholta kokemastaan fyysisestä pahoinpitelystä. Hän koki, että näistä ongelmista puhuminen oli pahentanut hänen tilaansa, joten hän oli keskeyttänyt hoitosuhteen. Rouva Jansenin pääasiallinen huoli kohdistui blackout-episodeihin. Näiden poissaolojen aikana hän rikkoo esineitä. Toisinaan hän on suisidaalinen ja on useita kertoja yrittänyt riistää hengen itseltään.

Diagnoosi

Tärkeä edistysaskel dissosiaatiohäiriöiden diagnoosissa on ollut dissosiativisia ilmiöitä mittaavien kyselylomakkeiden kuten Dissociative Experience Scale (DES, Dissosiativisten kokemusten asteikko) (17) ja Dissociation Questionnaire (Dis-Q, Dissosiaatiokyselylomake) (18) kehittäminen, sekä dissosiaatiohäiriöiden diagnoosiin tarkoitettujen strukturoitujen kliinisten haastattelujen laatiminen. Viimemainituista SCID-D (Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders) (19) on validoitu ja laajalti käytössä Alankomaissa (13).

Kliinisessä työssä on tärkeää jo aikaisessa vaiheessa tunnistaa kompleksin dissosiaatiohäiriön olemassaolo. Näin tästä häiriöstä kärsiviä potilaita voidaan suojella joutumasta pitkiksi ajoiksi sellaisen mielenterveyden hoitojärjestelmän piiriin, jossa käytetään häiriöön tehottomia hoitokäytäntöjä. Yksi keino päästä tehokkaaseen varhaisvaiheen tunnistukseen on DES:n tai DIS-Q:n säännönmukainen käyttö uusien potilaiden diagnosoinnissa ja jatkaminen SCID-D-haastattelulla niiden potilaiden kohdalla, jotka saavuttavat tai ylittävät tietyn raja-arvon (esimerkiksi 25 pistettä DES:llä ja 2.5 DIS-Q:lla). Alankomaissa somatoformisen dissosiaation kyselylomakkeen (SDQ-5) (20) kehittäminen ja validointi on tuonut tervetulleeseen lisän seulontainstrumenttien joukkoon.

Esimerkkitapaus Bettie

Bettien tapauksessa diagnoosia tekevä psykiatri tunnisti SCID-D:n avulla vakavien dissosiaatio-oireiden ryppään. Näitä olivat hänen toistuvat amnestiset episodinsa ja krooninen depersonalisaation ja derealisaation tunteensa. Bettie on myös hyvin hämmentynyt omasta identiteetistään etenkin, kun hänen kumppaninsa Peter on kertonut hänelle, että hän toisinaan käyttäytyy hyvin eri tavalla ja että hän tuolloin käyttää itsestään eri nimiä. Puoliso on kertonut hänelle kahdesta identiteetistä, Lientjestä ja Albertista, jotka

yleensä tulevat esille öisin. Bettie kuulee myös usein ääniä päänsä sisällä ja yksin ollessaan kuulee itsensä puhuvan ääneen ilman, että on omatahtoisesti sanonut mitään. SCID-D haastattelun tulosten sekä edelliseltä terapeutilta ja Peteriltä saadun informaation perusteella psykiatri päättyy alustavasti DID-diagnoosiin.

Esimerkkitapaus rouva Jansen

Rouva Jansenin tapauksessa SCID-D:tä käyttäen päädytään DDNOS-diagnoosiin. Vakavien amnesiakohtausten lisäksi hän kärsii kroonisesta depersonalisaatiosta ja derealisaatiosta. Terapian aikana terapeutti alkaa epäillä DID-diagnoosia ja hän havainnoi potilaassa eri identiteettejä. Hän huomaa persoonallisuustilan, joka ei osaa lukea ja joka usein viittaa tähän kyvyttömyyteen; pelokkaan tyttöidentiteetin; kirjailijaidentiteetin, joka kirjoittaa ja piirtää ahkerasti omaa elämäkertansa; pelokkaan ja foobisen aikuisen naisidentiteetin; verbaalisesti aggressiivisen hienostorouvidentiteetin; sekä hyvin suisidaalisen identiteetin, joka jatkuvasti miettii, miten tappaisi itsensä. Rouva Jansenin tapauksessa terapeutti päättää, ettei lähde tutkimaan mahdollisia alter- persoonallisuuksia, vaan sen sijaan päättyy tässä ja nyt -lähestymistapaan. Jatkossa keskustellaan syistä, jotka johtivat tähän päätökseen.

Hoitoindikaatiot

Kun DID-diagnoosiin on päädytty ja se on kerrottu potilaalle, hoito säännönmukaisesti suunnataan stabilisaatioon ja oireiden lievittämiseen, johon kuuluu traumaattisten muistojen pitäminen turvallisissa rajoissa. Joidenkin potilaiden kohdalla koko terapia ei missään vaiheessa etene tätä vaihetta pidemmälle.

Seuraavat tekijät voivat vaikuttaa päätökseen keskittyä hoidossa ainoastaan stabilisaatioon: 1) potilaan tämän hetken toimintakyky, diagnoosit, 3) potilaan minän lujuus ja kyky käyttää kiintymyshahmoja itsensä rauhoittami

seen, 4) potilaan elämänvaihe, 5) jatkuva kietoutuneisuus pahantekijöihin, 6) päihteiden väärinkäyttö ja 7) elämään ulkopuolelta vaikuttavat kriisit (16).

Stabilisaatioon ja oireiden lievitykseen suuntautuvalla terapialla olennainen saavutettavissa oleva tavoite on, että potilas kykenee elämään enemmän tai vähemmän nykyhetkeen suuntautuvaa elämää, koska hänen traumaattinen menneisyytensä on saatu ”peitettyä”. Appelfeldin (21) terminologian mukaan kyseessä on ”pinnalla eletty elämä” (s. 18). Tämä viittaa epävarmaan tasapainoon, joka horjuu helposti uusien stressaavien kokemusten myötä. Täysin integroituneet DID-potilaat puolestaan ovat tässä suhteessa huomattavasti vähemmän haavoittuvaisia (22). Huonosti harkittu traumahoito voi kuitenkin johtaa krooniseen dekompensointiin tai vieläkin pahempaan. Kun terapeutti ja asiakas perinpohjaisen arvioinnin ja suoran keskustelun jälkeen lopulta pääsevät yhteisymmärrykseen asiasta esimerkiksi puolen vuoden tai jopa parinkin vuoden yhteistyön jälkeen, voi stabilisaatiovaihetta seurata traumaattisten muistojen hoito ja myös persoonallisuuden uudelleenintegrointi ja toimintakyvyn palauttaminen.

Esimerkkitapaus Bettie

Terapeutin ja Bettien ensimmäisten istuntojen aikana, joissa hänen partnerinsa Peter toisinaan oli mukana, kiinnitettiin huomiota diagnoosiin (DID), Bettien elämänsä historiaan, hänen tämän hetken ongelmiinsa ja yleiseen toimintakykyynsä sekä siihen, minkä tasoista tukea hän saattoi saada ympäristöstään. Öisin hänellä on yhä ollut vakavia kriisejä, joiden aikana hän kokee uudelleen sadistista seksuaalista hyväksikäyttöä. Hän reagoi niihin

vahingoittamalla itseään tai yrittämällä itsemurhaa. Nämä tilanteet ovat herättäneet Peterin, joka on joutunut pidättelemään ja estämään Bettietä. Peter oli tästä syvästi huolissaan. Terapeutti ehdotti Peterille tukea antavaa terapiaa erään kollegansa luona samoin kuin säännöllisiä terapiaistuntoja, joissa Bettie ja Peter tapaisivat hänet yhdessä. Terapeutti uskoo, että Bettien hoito siirtyy pian trauman purkamisen vaiheeseen useista syistä: 1) olemassa on useita vahvoja identiteettejä, jotka oppivat melko nopeasti toimimaan yhteistyössä ja jotka vaikuttavat olevan vahvasti motivoituneita trauman hoitoon, 2) persoonallisuushäiriön indikaatioiden puuttuminen, 3) vahvan tukiverkoston olemassaolo, 4) kyky tehdä selkeitä sopimuksia ja pitää niistä kiinni, esimerkiksi sopimus olla tekemättä itsemurhaa ja 5) kyky oppia sisällyttämistekniikoita.

Esimerkkitapaus rouva Jansen

Rouva Jansenin kohdalla terapeutti ajatteli jo alun alkaen indikaatioiden olevan sellaisia, että traumaattisten muistojen hoitaminen ei tulisi kyseeseen. Rouva Jansen on yksin elävä, kypsään ikään ehtinyt nainen, joka asuu täysin eristyksissä ilman tukea tarjoavaa sosiaalista verkostoa. Hän on onnistunut ehkäisemään romahduksen jatkuvalla, kovalla työnteolla sekä perheensä sisällä että ulkopuolella. Hoitoonohjauksen tapahtuessa hän oli enää hädin tuskin toimintakykyinen. Hänen vanhempansa ovat kuolleet muutaman viime vuoden aikana ja tämä on mahdollisesti laukaissut hänessä hyväksikäyttömuistojen palautumisen mieleen. Sitten hän erosi miehestään ja hänen aikuiset lapsensa muuttivat pois kotoa. Rouva Jansen tuli myös työkyvyttömäksi selkävaivojen vuoksi. Viimeisenä seikkana oli se, että hän oli kauhuissaan ja hyvin defensiivinen suhteessa terapiaan, koska puhuminen traumaattista muistoista sosiaalityöntekijän kanssa oli aiemmin pahentanut hänen oloaan. Otettuaan huomioon kaikki nämä tekijät ja harkittuaan asiaa terapeutti tarjosi hänelle tukea antavaa terapiaa, jossa päätavoitteet olisivat, että hän oppisi tulemaan toimeen dissosiativisten oireidensa kanssa, oppisi kestämään traumaattiset muistonsa ja että hänen sen hetkinen elämäntilanteensa paranisi.

Hoito

Hoitokehys ja terapeutin liitto

Hyvään terapeuttiseen tulokseen pääsemisen perusedellytys on terapeutin liitto ensimmäisen vaiheen olennainen osa. On tärkeää, että terapeutti on rehellinen, selkeä ja ennustettava. Suhteen rajat on puhuttava selviksi: tapaamisten tiheys, kriisiyhteydenotot, lomat, puhelinkontaktit terapiaistuntojen välillä jne. (6). Hoidon ja hoitoprosessin tavoitteista on keskusteltava. Myös terapeutin joustavuus on erittäin tärkeää esimerkiksi suhteessa etäisyyden säätelyyn terapiasuhteessa ja liikkumiseen edestakaisin eri hoitovaiheiden välillä.

Vaihe 1

Stabilisaatio ja oireiden lievittäminen: dissosiativisiin identiteetteihin kohdistuvan fobian voittaminen

Hoidolla pyritään ensisijaisesti palauttamaan jonkinasteinen tasapaino potilaan päivittäiseen elämään sekä auttamaan häntä saavuttamaan henkilökohtainen turvallisuus ja

kyky huolehtia itsestään (5). Hollantilaiset terapeutit ovat oppineet kiinnittämään huolellista huomiota ensimmäiseen vaiheeseen, joka heidän kokemuksensa mukaan voi helpostikin kestää vuoden tai jopa paljon pidempään. Mitä paremmin tämä pohjatyö tehdään, sitä menestyksekkäämpi voi olla seuraava vaihe, traumaattisten muistojen hoitaminen (23). Joidenkin potilaiden kuten rouva Jansenin kohdalla hoito koostuu yksinomaan stabilisaatiosta. Tässä hoitovaiheessa hollantilaiset terapeutit käyttävät yleensä seuraavia hoitostrategioita (24).

- a) Yleisiä kysymykseen tulevia tukea tarjoavia interventioita, jotka voivat olla hyödyksi myös monen muun tyyppisille kriisissä oleville potilaille.
- b) Psykoedukatiivista tietoa dissosiaatiosta, DID:stä ja PTSD:stä, jolla voidaan lisätä potilaan hallinnantunnetta ja vähentää hänen tuntemaansa ahdistusta, pelkoa ja häpeää. Myös kiintymyssuhdeongelmista tarjotaan psykoedukaatiota.
- c) Opetetaan selviytymis- ja hillintätekniikoita traumaattisten muistojen suhteen (25, 26). Toisin sanoen opetetaan dissosiatiiivisten kykyjen rakentavaa käyttöä.
- d) Opetetaan eri identiteettejä keskinäiseen yhteistyöhön. Yhteistyötä pyritään synnyttämään etenkin niiden aikuisidentiteettien välillä, jotka eivät ole tietoisia traumaattisesta menneisyydestä ja jotka toimivat ensisijaisesti arkielämän alueella (23).
- e) Kehitetään positiivista kontaktia terapeutin ja aggressiivisten tai itsetuhoisten identiteettien välille, joita usein kutsutaan ”pahantekijäsisäistyksiksi” (engl. perpetrator introjects), ja myöhemmin myös näiden identiteettien ja muiden identiteettien välille.
- f) Käytetään kognitiivista terapiaa, joka suunnataan korjaamaan virheellisiä kognitioita ja eri identiteettien pohjimmaisia olettamuksia (27, 28).
- g) Parisuhde- tai perheterapiaa potilaan, hänen partnerinsa ja nykyisen perheensä kanssa (29, 30).
- h) Kehitetään potilaalle protokolla kriisi-interventioksi, johon sisältyy myös lyhytkestoinen sairaalahoito. Kliinisen kokemuksemme mukaan ensimmäisessä hoitovaiheessa on suotavin

ta, että terapeutti pyrkii suoraan kontaktiin vain niiden identiteettien kanssa, jotka osallistuvat aktiivisesti jokapäiväiseen elämään. Sen lisäksi pyrkiminen jo varhaisessa vaiheessa kontaktiin niin kutsuttujen ”pahantekijäsisäistysten” kanssa voi olla erittäin suureksi avuksi, sillä se voi vähentää tasapainottomuutta, sisäistä levottomuutta ja itsetuhoisuutta. Nämä identiteetit, jotka ovat kehittyneet samaistumisista menneiden kokemusten pahantekijöihin, ovat korkealla identiteettien sisäisessä hierarkiassa, minkä takia mielellämme kutsumme niitä ”sisäisiksi johtajiksi”. Ne sisältävät yleensä paljon vihaa. Terapeutin tulisi korostaa niiden merkitystä potilaan selviytymisen hyväksi ja pyytää niiden apua tämän vihan ja muiden trauman herättämien emootioiden tarpeettoman uudelleenaktivaation estämiseksi (31). Kaikki tämä työ, jossa dissosiatiiivisia identiteettejä asteittain saatetaan tietoisiksi toisistaan ja yhteyteen keskenään ja jossa edistetään yhteistyötä vaihtoehtona sisäiselle taistelulle ja välttelylle, tähtää dissosiatiiivisia identiteettejä kohtaan tunnetun pelon voittamiseen.

Esimerkkitapaus Bettie

Terapeutilla oli useita rinnakkaisia tavoitteita. Ensiksikin hän sopi Bettien ja Peterin kanssa mahdollisten kriisi-interventioiden yksityiskohdista. Sen jälkeen hän keskusteli heidän kanssaan siitä, kuinka tasapainoa voitaisiin lisätä. Tähän tarkoitukseen hän tarvitsi yksityiskohtaisen kokonaiskuvan Bettien oireista ja osapersoonallisuuksista, etenkin niistä,

jotka osallistuvat arkielämän toimintoihin ja jotka voisivat oppia paremmin tekemään keskenään yhteistyötä ja vähentämään kriisejä. Tässä lähestymistavassa, jossa asteittain otetaan yhteyttä identiteetteihin, terapeutin tarkoituksena ei ole tehdä tyhjentyvää kartoitusta kaikista olemassa olevista identiteeteistä. Vaikkakin useat alan auktoriteetit esittävät, että näin toimimalla kyettäisiin paremmin ennakoimaan tulevia ongelmakohtia ja ehkäisemään niiden synnyttämiä vaikeuksia (Kluft, henkilökohtainen yhteydenpito, toukokuu 1995). Peter tuntee jo valmiiksi seuraavat identiteetit: Bertha, äiti-identiteetti, joka yleensä pitää huolta hänen pojastaan, Paul, hiljainen kotitöitä tekevä miesidentiteetti, 19-vuotias Sandra, joka on lähinnä tekemisissä seksin kanssa, kuusivuotias Lientje, jota hänen isänsä on toistuvasti käyttänyt seksuaalisesti hyväkseen, Albert, varsin vihainen poikaidentiteetti sekä 14-vuotias Irene, joka tällä hetkellä uudelleenkokee sadistista kaltoinkohtelua poikaystävänsä taholta. Lientje herättää toisinaan Peterin keskellä yötä ja kertoo, että Irene kuristaa parhaillaan itseään. Terapeutin mielestä onnistunut yhteistyön edistäminen eri identiteettien välillä on hyvä ennusmerkki. Bettien tapauksessa eri identiteeteillä näyttäisi olevan valmiutta yhteistyöhön terapeutin kanssa. Aluksi terapeutti tekee säännönmukaisesti koko identiteettijärjestelmän ”kaikkien Bettien osien” kanssa sopimuksen olla käyttäytymättä suisidaalisesti. Bettie kokee saavansa tukea siitä, että jokaisen terapiaistunnon lopuksi tehdään tällainen sopimus.

Vaikka Bettie uskoo, että hänessä ei ole pahantekijäsisäistyksiä, olettaa terapeutti niitä olevan. Joka tapauksessa järjestelmässä on aggressiivisia identiteettejä kuten Albert. Terapeutti keskustelee Bettien kanssa niiden merkityksestä selviytymisen mahdollistamisessa traumatisoitumisen aikana ja sen jälkeen, esimerkiksi si-ten että ne ovat pitäneet sisällään kaltoinkohtelun herättämän vihan. Toistamalla hyvin usein tätä sanomaa terapeutti kehittää myös näiden identiteettien ymmärrystä samalla, kun identiteetit ovat alkaneet tuntea terapeutin ymmärtävän ja hyväksyvän niitä. On hämmästyttävää, että traumatisoituneilla lapsi-identiteeteillä kuten Lientje on jo valmiiksi oma kuvitteellinen turvapaikkansa, joten terapeutin ei tarvitse opettaa niille sellaista. Lientje kuitenkin kokee, että aggressiiviset miespuoliset identiteetit verbaalisesti kaltoinkohtelevat ja ahdistelevat häntä, kun hän jättää turvapaikkansa. Nämä identiteetit tulivat vähemmän aggressiivisiksi häntä kohtaan päästyään parempaan yhteisymmärrykseen terapeutin kanssa. Terapeutti keskustelee myös rakentavammista tavoista käsitellä heidän vihaansa ja aggressiivista energiaansa (esimerkiksi juokseminen tai tenniksen pelaaminen) siihen asti, kunnes näitä tunteita herättävät traumaattiset muistot on integroitu. Vaikka terapeutti onnistui auttamaan potilasta oppimaan tekniikoita traumaattisten muistojensa sietämiseksi, nämä ponnistelut eivät juurikaan vaikuttaneet Irenen yöllisiin trauman uudelleenkokemisiin. Näin ollen terapeutti suostui väliaikaisesti suuntaamaan huomion näihin uudelleen aktivoituneisiin traumaattisiin muistoihin aikaisemmassa vaiheessa kuin mitä hän yleensä DID-potilaiden kohdalla oli tottunut tekemään. Mikäli hän onnistuisi auttamaan potilasta menestyksellisesti prosessoimaan nämä muistot (ks. alla), voitaisiin huomio suunnata jälleen tasapainon parantamiseen ja oireiden lievitykseen.

Esimerkkitapaus rouva Jansen

Rouva Jansenin kohdalla terapeutti aloitti stabilisaatioon tähtäävän tukea antavan terapian tarjoamalla psykoedukaatiota tämän dissosiatiiivisista oireista, etenkin hänen blackout-episodeistaan, hallusinaatioistaan ja takaumistaan. Rouva Jansen pelkäsi tullessa hulluksi, sillä hän tuhoaa tavaroitaan blackout-episodien aikana ja koska hän etenkin öisin ”näkee”

asioita kuten ovenkahvan kääntyvän tai miehen hahmon makuuhuoneessaan. Toisinaan hän on istunut koko yön jähmettyneenä vuoteessaan. Rouva Jansenin yleislääkäriltä saamansa unilääkkeet ja rauhoittavat lääkkeet eivät olleet auttaneet. Terapeutti selitti hänelle, että blackout-episodit ja ”asioiden näkeminen” ovat usein seurausta pahoista lapsuudenkokemuksista, sellaisista kuten väkivalta ja seksuaalinen hyväksikäyttö. Hän selittää myös, että oireiden lisääntyminen on todennäköisesti seurausta kaikesta, mitä hän on joutunut kokemaan viime vuosina. Rouva Jansen kokee nämä selitykset rohkaiseviksi ja hän uskaltautuu kertomaan muista häntä huolestuttaneista asioista siinä toivossa, että nekin eivät ole hulluja. Esimerkkinä sellaisten esineiden löytäminen, joiden on täytynyt olla hänen itsensä ostamia tai tekemiä. Käyttämättä identiteettien käsitettä terapeutti selitti, että jos ihmisillä on tämän kaltaisia ongelmia, heillä voi olla erilaisia ”mielialoja”, jotka usein liittyvät erilaisiin tunteisiin menneistä kokemuksista. Näiden aikana he usein tekevät asioita, joita he myöhemmin eivät muista tehneensä. Terapeutti käytti vertauskuvana lipastoa, jossa on lukuisia laatikoita kuvatakseen sitä, kuinka tällaiset muistot säilyvät erillisissä paikoissa ihmisen mielessä.

Tämän jälkeen terapeutti halusi kartoittaa tilanteet, jotka saattaisivat pahentaa oireita ja laukaista tuhoisia blackout-episodeja. Eräitä näistä olivat kontaktit sukulaisiin sekä insestiä käsittelevät televisio-ohjelmat. Terapeutti opasti rouva Jansenia parhaansa mukaan välttämään näitä laukaisijoita. Kuuntelemalla äänikasettia, jolla terapeutti korostaa turvallista nykyhetkeä käyttäen kuuloaistimus-, näköaistimusja tuntoaistimusankkureita, rouva Jansenille tuli helpommaksi pysyä nykyhetkestaitojaan rouva Jansen oppi myös luomaan itselleen mielikuvitusturvapaikan sekä myös mielikuvituspaikkoja, joihin saattoi varastoida traumaattisia muistojaan. Lähes jokaisen terapiaistunnon aikana terapeutti myös vakuutteli hänelle, että tällaisten äärimmäisten tunteiden kokeminen ei ole mitenkään epätavallista. Vähitellen terapeutti opetti hänelle myös erilaisia tapoja tulla toimeen vihantunteiden kanssa.

Eriytyiskotiavustajien avustuksella terapeutti yritti myös auttaa rouva Jansenia saamaan aikaan muutosta sosiaaliseen eristyneisyyteensä. Lukuun ottamatta satunnaisia kontaktejaan lapsiinsa ja yhteen naapuriinsa, hän vietti kaiken aikansa yksin. Yritykset saada hänet motivoituneeksi osallistumaan psykiatriseen päivähöitoon epäonnistuivat, sillä hän pelkäsi menettävänsä tajuntansa ja tuhoavansa esineitä myös siellä. Samasta syystä hän kerran kieltäytyi hoitopaikasta kriisikeskuksessa.

Neljä vuotta kestäneen tukea tarjoavan terapian kuluessa rouva Jansenin tilanne on hiukan parantunut. Hän on löytänyt vakaamman tasapainon. Hänellä on kuitenkin edelleen episodeja, joiden aikana hän on akuutisti suisidaalinen tai blackoutepisodien aikana tuhoaa tavaroitaan. Hän on kehittänyt hyvän työskentelysuhteen terapeuttinsa ja paikallisen kriisi-interventiotiimin sairaanhoitajien kanssa. Kun kriisejä tulee, ne kyetään yleensä ratkaisemaan avohoidon puitteissa. Tällöin kriisi-interventiotiimin sairaanhoitajat väliaikaisesti käyvät tavanomaista tiheämmin häntä katsomassa.

Vaihe 2

Traumaattisten muistojen hoito: traumaattisiin muistoihin kohdistuvan pelon voittaminen.

Tässä hoitovaiheessa, joka ei ole jokaisen DID-potilaan kohdalla indikoitu lainkaan, pyritään muuntamaan dissosiatiiiviset traumaattiset muistot traumaaja koskeviksi omaelämäkertaan liittyviksi narratiivisiksi muistoiksi. Jotta tämä muuntuminen saataisiin aikaan, terapeutti ohjailee asiakasta lyhyissä, mutta intensiivisissä episodeissa, joiden aikana

traumaattisen muiston dissosiativisia аспекteja herätetään, uudelleenkoetaan ja tuodaan yhteen. Vaikka jotkut asiantuntijat kuvaavat tätä prosessia abreaktion käsitteen avulla (esimerkiksi 32, 28), me uskomme synteessin käsitteen sopivan paremmin (33, 31). Nijenhuis (9) kuvaa synteesiä kontrolloiduksi altistukseksi pelätylle traumaattiselle muistolle (jota on vältelty muiston jatkuvan dissosioinnin avulla) sellaisissa olosuhteissa, joissa kyetään ehkäisemään traumaattiset reaktiot.

Onnistuneen synteessin tuloksena dissosiaatio purkautuu, traumaattinen muisto aktiivisena kokemuksellisenä tilana ja sen ilmenemismuodot lakkaavat vähitellen olemasta ja asiakkaalle tulee mahdolliseksi suhtautua traumaansa kertomusmuodossa. Hän tiedostaa mitä hänelle on tehty ja kuka tekijä oli. Synteesi-istuntoja on yleensä tarpeen vuorotella stabilisaatioon suuntautuvien istuntojen kanssa. Traumatyöskentelyn pitkän aikavälin tavoite on integroida kertova elämäkerrallinen muistiaines koko persoonallisuuteen.

Alla olevassa esimerkissä Bettien kanssa käytetään synteesitekniikkaa (joka on yksityiskohtaisesti kuvattu teoksessa 34), jolla traumaattinen muisto tai sarja niitä voidaan prosessoida hyvin lyhyessä ajassa. On syytä korostaa, että hollantilaiset klinikot tiedostavat tällaisen kaikenkattavan lähestymistavan voivan olla liian vaativa monille DID-potilaille, jotka näin ollen hyötyvät enemmän kontrolloidusta ositetusta asteittaisesta altistamisesta, kuten esimerkiksi Kluftin (35, 32) kehittämässä menetelmässä tapahtuu.

Esimerkkitapaus Bettie

Koska parhaillaan uudelleen aktivoituneiden traumaattisten muistojen, jotka koskivat hänen aikaisemman poikaystävänsä André'n häneen kohdistamaa sadistista pahoinpitelyä, hoidolle ei havaittu kontraindikaatioita, sopi terapeutti Bettien ja Pete-rin kanssa, että nämä valmistautuisivat muistojen synteessiin. Ensin hän keskusteli heidän kanssaan traumaattisten muistojen dissosiativisesta luonteesta, traumahoidon olennaisista piirteistä sekä synteesitekniikan toisiaan seuraavista vaiheista. Sitten hän otti yhteyden Bettinaan, alter-persoonallisuuteen, joka tietää kaiken tästä traumasta ja jolla on kokonaiskuva sisäisestä identiteettien järjestelmästä. Sen jälkeen kun Bettina oli vakuuttanut, että ne identiteetit (Bettie mukaan lukien), joita ei vielä pitäisi informoida traumasta, olivat vedettyinä ”dissosiativisen muurin” taakse suojaan terapeutin ehdotuksen mukaisesti, hän kertoi yleisellä tasolla niistä raiskauksista ja kidutuksesta, joihin aiempi poikaystävä André oli syyllistynyt yhdeksän kuukauden aikana. 14-vuotias Irene oli identiteetti, joka oli kokenut ja kestänyt kaiken tuskan, pelon ja niiden kaltaiset emootiot, kun taas 19-vuotias Sandra oli kokemassa identiteetti, joka piti sisällään tämän kaltoinkohtelun aiheuttaman vihan. Koska Bettina ei tunnustanut tällaisen identiteetin olemassaoloa, terapeutti kysyi, suostuuko identiteettijärjestelmä kokonaisuudessaan ottamaan tämän askeleen. Sitten hän kertoi uudestaan ja yksityiskohtaisemmin synteessin tavoitteista ja kulusta. Jotta traumaattinen muisto voisi muuntua menneeseen aikamuotoon, on Irenen ja Sandran jaettava omat kokemuksensa traumasta. Muutkin identiteetit voivat osallistua tähän jakamiseen, jos ne ovat kyllin vahvoja kestäämään sen. Niitä identiteettejä, jotka eivät ole vielä valmiita osallistumaan, on kuitenkin suojeltava tältä muistolta. Bettina kertoo terapeutille, että Irenen ja Sandran ohella hän itse tulee olemaan läsnä samoin kuin useat muutkin identiteetit. Bettie, isäntäidentiteetti, on yksi niistä identiteeteistä, joiden on vetäydyttäväkokemuksesta sivuun.

Tämän jälkeen terapeutti selittää, että kun hän on saanut traumatisoivista tapahtumista selostuksen, hän jakaa tämän selostuksen noin kymmeneen osaan. Varsinaisen synteessin

aikana hän laskee ääneen yhdestä kymmeneen ja jokaisen luvun kohdalla tietty osa kokonaiskokemuksesta jaetaan samalla, kun terapeutti rohkaisee identiteettejä muodostamaan fragmenteista yhden kokonaisuuden. Yksi laskemisen tehtävistä on auttaa tekemään traumatyötä ositetusti, toinen taas on antaa identiteeteille jokin käsitys siitä, mitä on jo saatu aikaan ja kuinka paljon on vielä jäljellä. Terapeutti korosti, että erityisen tärkeää on jakaa trauman kaikkein uhkaavimmat aspektit, joita hän kutsui patogeenisiksi ytimiksi (36). Jos näitä ytimiä ei jaeta, niiden maligni vaikutus jatkuu. Bettina suostui yhteistyöhön ja toimitti terapeutille kirjallisen selostuksen traumasta, joka oli muodoltaan yhteenveto entisen poikaystävänsä André'n tekemästä sadistisesta kaltoinkohtelusta.

Seuraavan terapiaistunnon aikana tulevaa toimenpidettä harjoiteltiin vielä kerran. Terapeutti oli jakanut Bettinan kirjoittaman selostuksen yhdeksään osioon. Bettina kertoo vielä yhden identiteetin, Gerdan, olemassaolosta. Gerda koki osia kaltoinkohtelusta ja säilöö etenkin siihen liittyvän vihan. Gerda on myös valmis osallistumaan synteisiin. Terapeutti tarkisti, ketkä identiteeteistä tulevat olemaan läsnä ja kehotti kaikkia muita vetäytymään omiin turvapaikkoihinsa. Sitten terapeutti pyysi kaikkia osallistuvia identiteettejä mielessään palaamaan tapahtumiin André'n kanssa, mutta samalla säilyttämään kosketuksensa häneen, Peteriin sekä tapahtumaa seuraavaan naispuoliseen kollegaansa. Hän kehotti identiteettejä olemaan uudelleen kokematta kaltoinkohtelua yhtään sen intensiivisemmin kuin mitä olisi tarpeen, jotta identiteetit voisivat jakaa omat kokemuksensa keskenään. Sitten hän luki kaltoinkohtelua kuvaavan tekstin, numero kerrallaan, lisäten joka numeron kohdalla identiteeteille kehotuksen jakaa keskenään mitä oli nähty, tunnettu, kuultu, haistettu, maistettu, ajateltu ja tehty. Kun koko kuvaus oli käyty läpi, terapeutti tiedusteli, kuinka suuri prosenttiosuus koko kokemuksesta nyt oli jaettu. 95%, kertoo Bettina ja sanoo olevansa varma, että identiteetit voivat jakaa loput omin neuvoin. Tällöin terapeutti kehottaa päästämään irti kokemuksesta ja antaa lohduttavia ja rauhoittavia suggestioita. Päällimmäiseksi jää helpotuksen tunne. Muita identiteettejä kehoitetaan liittymään jo läsnäolevien seuraan ja lopuksi terapeutti pyytää Bettietä tulemaan esiin.

Viikkoa myöhemmin tapahtuvan istunnon aikana Bettie kertoo, että trauman uudelleenkokeminen on lakannut. Irene kokee olonsa varsin rauhalliseksi. Seuraavien kuukausien aikana käy ilmeiseksi, että tämä traumojen sarja on nyt siirtynyt menneeksi tapahtumaksi. Muiden identiteettien kokemia muita traumoja kuitenkin uudelleenaktivoitui ja niitä käsiteltiin myöhemmin menestyksekkäästi synteositekniikalla. Prosessoimattomien traumaattisten muistojen säilyttämiseksi turvallisissa rajoissa annettiin hypnoottisia suggestioita ja terapeutti käytti vahvempaa osittamista esimerkiksi pitämällä pitempiä taukoja eri lukujen välillä ja lisäämällä väliin enemmän suggestioita rauhallisesta hengittämisestä ja rentoutuksesta. Lopussa myös Bettie, isäntäidentiteetti, osallistui menestyksellisesti näihin synteeseihin. Koko tämän ajan synteesi-istuntoja vuoroteltiin stabilisaatioon tähtäävien istuntojen kanssa.

Vaihe 3

Persoonallisuuden uudelleenintegrointi ja toimintakyvyn palauttaminen: normaalielämään ja kiintymyssuhteisiin kohdistuvan pelon voittaminen

Kolmannen hoitovaiheen aikana, jonka aikana siis ajoittain palataan käyttämään ykkösvaiheen ja kakkosvaiheen elementtejä, tavoitteet olivat seuraavia: potilaan ohjaaminen suurempaan integraatioon ja persoonallisuuden yhdistymiseen sekä tulemaan arkielämässä omillaan toimeen tarvitsematta jatkuvaa ulkopuolista tukea. Identiteettien väliset fuusiot

ovat tärkeitä etappeja tällä tiellä. Sopivina hetkinä toteutettuina voivat ohjatut kuvitellut fuusioitumisrituaalit olla avuksi (22), mutta Bettien kohdalla fuusioitumiset tapahtuivat yleensä spontaanisti sen jälkeen kun kyseessä olevat identiteetit olivat jakaneet keskenään niin paljon, että erillään pysyminen oli menettänyt tarkoituksensa.

Lopullista fuusioitumista koskee eräs yleinen harhakäsitys. Ensimmäinen varsinainen fuusio ei useinkaan jää viimeiseksi. Kluff (22) mainitsee kuusi persoonallisuuden lopullisen fuusioitumisen kriteeriä. Kun nämä kriteerit ovat pysyneet täyttyneinä 27 kuukautta voi Kluffin mukaan puhua ”stabiilista fuusiosta”.

On olemassa potilaita, jotka jopa onnistuneen traumahoidon jälkeenkin mieluummin jatkavat useamman identiteetin kanssa. Vaikka tätä päätöstä saatetaan perustella hyvinkin vakuuttavasti, on kliinisen kokemuksemme mukaan taustalla aina vielä ratkaisemattoman trauman kohtaamisen välttelyä tai muita ratkaisevia ongelmia. Kluff (37, 22) on havainnut, että lopullisesti integroitumattomat potilaat pysyvät alttiimpina dissosiativiselle fragmentoitumiselle kohdatessaan stressiä. Se on myös meidän kokemuksemme mukaan paikkansapitävä.

Myös täysin integroituneet potilaat tarvitsevat opastusta kehittääkseen uusia selviytymisstrategioita korvaamaan turvautumisen dissosiativisiin identiteetteihin ongelmien ratkaisijoina. Itse asiassa he hyvin yleisesti tarvitsevat ”tavallista psykoterapiaa” traumaattisen menneisyyden, kiintymyssuhdeongelmien, seksuaalisten ongelmien jne. perinpohjaisempaan ratkaisemiseen.

Esimerkkitapaus Bettie

Identiteettien välisen parantuneen yhteistyön ja lisääntyneen vuorovaikutuksen sekä pidemmälle edenneen traumaattisten muistojen prosessoinnin pohjalta useat Bettien identiteeteistä valitsivat spontaanisti fuusioitumisen terapian kuluessa.

Ensimmäinen fuusioituminen tapahtui vähitellen isäntäidentiteetti Bettien ja äitiidentiteetti Berthan välillä. Tätä seurasivat fuusiot useiden vihaa ja aggressiota sisällään pitävien identiteettien ja lapsi-identiteettien välillä aina niin, että fuusioituvilla identiteeteillä oli jotakin yhteistä. Tämän lisääntyvän integraation kautta Bettien toimintakyky parani joka suhteessa. Hänestä on tullut jämäkempi, vähemmän riippuvainen Peteristä ja ystävistä ja hän löysi itselleen työpaikan. Hän myös kärsi traumaattisista uudelleenkokemisista vähemmän ja nukkui paremmin. Bettie lopetti suhteensa Peteriin, jonka kanssa hän koki toistavansa menneisyydessä sisäistämäänsä kaltoinkohtelumalleja ja aloitti uuden parisuhteen. Vähitellen saavutettiin vaihe, jossa Bettie koki olevansa täysin integroitunut. Tämän jälkeen kuitenkin ilmeni joitakin amnestisia episodeja sekä aikaisemmin prosessoimattomia takautumia isän taholta koetusta seksuaalisesta hyväksikäytöstä, jotka saivat hänet vakuuttumaan että integroivaa työtä etenkin lapsuuden seksuaalisen hyväksikäytön osalta oli vielä jäljellä. Tämä työskentely kesti useita kuukausia, minkä jälkeen Bettie lopetti terapian.

Seurantakeskustelu kaksi vuotta myöhemmin osoitti, että Bettie vietti tyydyttävää elämää. Hän oli mennyt naimisiin uuden kumppanin kanssa ja hänellä oli hyviä ystäviä. Hän on tiedostanut, että hänellä on yhä yksi toinen identiteetti, Lientje, joka ajoittain ilmaisee olemassaolonsa. Yleensä tämä tapahtuu Bettien suostumuksella, mutta joskus harvoin Lientje tulee esiin myös spontaanisti. Hiljattain Lientjessä on aktivoitunut uudelleen lapsuuden muistoja seksuaalisesta hyväksikäytöstä ja tämä saa Bettien tuntemaan epävarmuutta tilanteestaan. Tätä kirjoitettaessa hän harkitsee paluuta jatkamaan terapiaa.

Keskustelua

Hollannissa, samoin kuin hollanninkielisessä Flanderissa Belgiassa, dissosiativisten patologioiden seulontaa ja diagnostiikkaa on tutkittu paljon (esimerkiksi 13, 38, 20, 39, 18, 40). Tämä on huomattavasti lisännyt tietoisuutta dissosiativisista oireista ja häiriöistä, etenkin jos tilannetta verrataan moniin muihin Euroopan maihin. Diagnostisia instrumentteja on käännetty hollanniksi ja validoitu. Monia koulutusseminaareja on pidetty ja pidetään, jotta klinikot kaikkialla maassa saadaan opastettua niiden käyttöön. Tästä huolimatta tavataan edelleen vääriä negatiivisia diagnooseja. Valitettavasti myös väärin positiivisten diagnoosien määrä on kasvanut, kun media on kiinnittänyt DID:hen enemmän huomiota (41).

Vaikka samansuuntaista kehitystä on tapahtumassa myös hoidon suhteen (34), kliininen kokemus kehittyy vain vähitellen ja kontrolloitujen hoitotulostutkimusten määrä on käytännössä olematon. Yksi tällainen tutkimus on parhaillaan meneillään Hollannissa. Kuten yllä on esitetty, ollaan tästä huolimatta yleisesti yhtä mieltä siitä, että hoidon standardiin kuuluu vaiheittaisessa mallissa pitäytyminen, ei vain kompleksien dissosiaatiohäiriöiden, vaan myös muiden traumaperäisen stressin muotojen hoidossa. Monissa hollantilaisissa tapauksissa painopiste on voimakkaasti stabilisaatiossa tai oireiden lievitysvaiheessa (vaihe 1), jossa potilaan dissosiativisia kykyjä käytetään rakentavasti kuviteltujen turvapaikkojen luomiseen ja traumaattisten muistojen sisällyttämiseen, eri identiteettejä tutustutetaan toisiinsa äärimmäisen varovasti ja vähitellen ja identiteettien välistä yhteistyötä pyritään edistämään.

potilaiden lukumäärä on suuri, muodostuvat tärkeimmiksi strategisiksi kysymyksiksi seuraavat: ensimmäisen hoitovaiheen kesto sekä siihen liittyen, tuleeko traumaattisten muistojen hoitovaihe (vaihe 2) potilaan kohdalla kysymykseen; terapiaistuntojen tiheys; lääkitys sekä hyväksikäyttöön liittyvien väärin uskomusten ehkäiseminen. Yllä kuvatut kaksi tapausta heijastelevat näitä kysymyksiä. Ensimmäisessä tapauksessa potilas oli melko korkeatasoisesti toimintakykyinen ja päätös käsitellä traumaattisia muistoja oli helppo tehdä. Itse asiassa suurin osa hoitamistamme, tapauskonsultaatioiden tai työhohjauksen kautta tuntemistamme korkeatasoisesti toimintakykyisistä potilaista noudattaa tätä polkua ja yltää lopulta integraatioon tai ainakin etenee sen suuntaan. Näyttää kuitenkin siltä, että toisen esimerkkipotilaan kaltaiset monimutkaiset tapaukset ovat paljon yleisempiä.

Näissä tapauksissa (ts. Horevitzin ja Loewensteinin (1) kategorioihin 2 ja 3 sijoittuvat potilaat) tarvitaan usein muutamia vuosia rajojen asettelua, jäsentelyä ja riittävän turvallisen terapeutin suhteen luomista ennen kuin kakkosvaiheen hoitoa voidaan edes harkita. Näiden potilaiden kohdalla toistuva teema on tiedostaa, että selkeän hoitokehityksen ja selvien rajojen ylläpitäminen on oleellista tuloksekkaan hoidon kannalta. Liian usein on käynyt, että terapeutti sitoutuu liiaksi terapeuttiseen suhteeseen kykenemättä irrottautumaan siitä, jolloin tuloksena voi olla loppuunpalamista ja sekundääritraumatisoitumista. Hollantilaiset terapeutit tiedostavatkin, että hyvien ammatillisten tukijärjestelmien ja konsultointimahdollisuuksien rakentamiseen on kiinnitettävä enemmän huomiota.

Useilla alueilla Alankomaissa kehitetään parhaillaan dissosiaatiohäiriöpotilaille erityishoito-ohjelmia, joissa painopiste on hoidon jatkuvuudessa. Meneillään olevat muutokset Hollannin mielenterveysjärjestelmän organisaatiossa pyrkivät sulauttamaan alueellista avohoitoa, päiväsairaalahoitoa ja sairaalahoitoa tuottavia laitoksia ja se näyttää lisäävän yhteistyötä näiden laitosten välillä. Voidaan toivoa, että nämä muutokset vaikuttavat parantavasti myös dissosiaatiohäiriöpotilaiden hoito-olosuhteisiin.

Alankomaissa debatti palautetuista muistoista ja valemuistoista on myös käynyt kiivaana. Tiedotusvälineissä on säännöllisesti tietoa yrityksistä kieltää sekä viivästyneen muistamisen että koko DID-diagnoosin validiteettiä. Usein esimerkkitapauksena käytetään vanhempia, jotka totuudenmukaisesti tai valheellisesti väittävät itseään syytetyn valheellisin perustein. Meidän maassamme ei kuitenkaan ole vallalla samanlaista käräjöntikulttuuria kuin Yhdysvalloissa. Jotkut vanhemmat, jotka uskovat tulleensa lastensa väärin syyttämiksi, yrittävät seurata amerikkalaisten vastineidensa esimerkkiä haastamalla terapeutteja oikeuteen, mutta Yhdysvalloissa nähtävä legalistisen aggressiivisuuden taso on täällä vielä käsityskyvyn ulottumattomissa. Joissakin Hollannissa esille tulleissa tapauksissa on keskeiseksi kysymykseksi nostettu syytös, että potilas olisi virheellisesti diagnosoitu DID:ksi. Väärien negatiivisten diagnoosien ohella, jotka todennäköisesti ovat edelleen yleisempiä, on väärien positiivisten DID-diagnoosien ongelma varmasti Alankomaissa olemassa (41, 42). Jotkut valemuistoteorian kannattajat todella käyttävät tätä aseena kyseenalaistaakseen kokonaan kyseisen diagnoosin validiteetin. Sillä, että painotamme diagnostisten taitojen lisäämistä, pyrimme muun muassa tämän kliinisen ongelman hallitsemiseen.

Tekijäin kiitokset

Tekijät ovat kiitollisia psykologian tohtori Ellert Nijenhuisille, joka antoi hyödyllisiä kommentteja tämän artikkelin kirjoitusprosessin aikana.

Jälkikirjoitus vuonna 2002

Onno van der Hart, fil.tri

Viime vuosien aikana olemme yhdistäneet kompleksien dissosiativisten häiriöiden (DID, DDNOS) vaiheittaisen hoidon persoonallisuuden rakenteellisen dissosiaation teoriaan (SDP/Structural Dissociation of the Personality) (43, 44, 45, 46). Tämä SDP-teoria käsitteellistää traumatisoitumisen asteen ja trauman aiheuttaman dissosiaation väliset suhteet.

Persoonallisuuden rakenteellisen dissosiaation teoria on saanut alkunsa Charles Samuel Myersin (47) huonosti tunnetusta, mutta tärkeästä työstä *Shell Shock in France 1914–1918*. Siinä hän kuvasi trauman aiheuttaman dissosiaation perusmuodon, jota siis nykyään kutsumme persoonallisuuden rakenteelliseksi dissosiaatioksi ja jonka hän havaitsi akuutisti traumatisoituneissa sotaneuroosista kärsivissä ensimmäisen maailmansodan rintamasotilaissa. Myersin mukaan näillä potilailla vaihteli niin kutsuttu emotionaalinen persoonallisuus (EP), joka liittyi trauman uudelleenkokemiseen, ja niin kutsuttu näennäisesti normaali persoonallisuus (apparently normal personality, ANP), joka liittyy irrallaanoloon, turtumukseen ja osittaiseen tai täydelliseen amnesiaan tapahtunutta kohtaan. Persoonallisuuden rakenteellisen dissosioitumisen teorian mukaan traumaa edeltäneen persoonallisuuden jakautuminen ”näennäisesti normaaliin persoonallisuuteen tai sen osaan” (ANP) ja ”emotionaaliseen persoonallisuuteen tai sen osaan” (EP) edustaa primääriä

rakenteellista dissosiaatiota. (Lisää Myersin käsityksistä on luettavissa 46).

EP edustaa evoluution myötä kehittyntä puolustusjärjestelmää toiminnassa. EP:llä tietoisuuden kenttä on jähmettynyt äärimmäisen kaventuneeksi ja suuntautuu enimmäkseen traumaan, joka käsitetään, koetaan ja johon reagoidaan ikään kuin se tapahtuisi nykyhetkessä. Niinpä EP saattaa näyttäytyä pakenevana, jähmettyvänä, kipua tuntemattomana, taistelevana tai totaalisen alistuvana tai sitten näiden reagoitikaavojen yhdistelmänä (ilmiöitä, joita Alankomaissa on perusteellisesti tutkinut Nijenhuis kollegoineen traumatisoituneissa ihmisissä, 48) ja sillä voi olla joko alkeellinen tai monimuotoisempi ja itsenäinen itserepresentaatio. ANP:n funktio on suorittaa päivittäiset tehtävät, jotka ovat välttämättömiä elämisen, lisääntymisen ja jälkikasvun kasvattamisen kannalta. Se eroaa traumaa edeltäneestä persoonallisuudesta siinä, että se on persoonallisuuden kompleksi dissosioitunut osa, joka ei ole realisoitunut traumaattisia kokemuksia ja joka on varsin foobinen traumaattisia muistoja ja niitä edustavaa EP:tä kohtaan.

Kun trauma on vieläkin ylivoimaisempi, myös EP sinänsä voi fragmentoitua. Tätä ilmiötä olemme kutsuneet persoonallisuuden sekundääriseksi rakenteelliseksi dissosiaatioksi. Tämä fragmentoituminen saattaa pohjautua epäonnistuneeseen integraatioon eläinten defenssijärjestelmiä muistuttavien erillisten alajärjestelmien välillä (esimerkiksi taistelu, pako, jähmettyminen, alistuminen).

Viimein myös ANP saattaa fragmentoitua. Tätä olemme kutsuneet persoonallisuuden tertiääriseksi rakenteelliseksi dissosiaatioksi. Tertiäärinen rakenteellinen dissosiaatio ei tapahdu trauman aikana, vaan pikemminkin silloin, kun jotkut väistämättömät päivittäisen elämän aspektit assosioituvat aiemmin koettuun traumaan. Toisin sanoen niistä on muodostunut ehdollistuneita ärsykeitä, joilla on taipumus uudelleenaktivoida traumaattisia muistoja. Tapaamme tällaista kompleksia dissosiaation muotoa niissä potilaissa, joilla on dissosiativinen identiteettihäiriö (DID), ja joita oma vanhempi on lapsuudessa kaltoinkohdellut tai öisin hyväksikäyttänyt samalla, kun heidän on päivisin täytynyt pysyä kiintyneinä samaan, näennäisesti normaaliin vanhempaan saadakseen huolenpitoa ja kun he ovat olleet tästä täydellisen riippuvaisia.

Tämän dissosiaation kompleksisuuden tasot sisältävän mallin heuristinen arvo on sekä diagnostinen että terapeutinen. Yksinkertaisen PTSD:n esimerkiksi voidaan nähdä sisältävän primääriä rakenteellista dissosiaatiota. Kompleksi PTSD, äärimmäisen stressin aiheuttamat häiriöt, trauman aiheuttama rajatilapersonallisuushäiriö ja muulla tavoin määrittelemättömät dissosiaatiohäiriöt edustavat sekundääristä rakenteellista dissosiaatiota, kun taas dissosiativinen identiteettihäiriö, joka on kaikkein komplekseksi dissosiaatiohäiriö, viittaa tertiääriseen rakenteelliseen dissosiaatioon. Terapeuttisessa mielessä teoria ohjaa terapeuttia hoidon suunnittelussa ja interventioiden valinnassa. Kaikissa tapauksissa terapeutin työ on en-sin suunnattava ANP:n ja tärkeimpien esiintunkeutuvien tai terapiaprosessia ja/tai potilaan turvallisuutta vaarantavien EP:den henkisen toimintatason nostamiseen. Tämä on primäärin rakenteellisen dissosiaation kohdalla verrattain selväpiirteistä ja onnistuu lyhytkestoisen psykoterapian puitteissa (49). Sen sijaan sekundäärisen ja tertiäärisen rakenteellisen dissosiaation kohdalla tarvitaan tyypillisesti paljon vaati-vampaa ja pitkäkestoisempaa terapeutista työtä ANP:n (tai useamman) ja tiettyjen dominoivien EP:den henkisen toimintatason nostamiseksi ennen kuin traumaattisten muistojen (EP:t) hoitamista voidaan edes harkita. Mitä kompleksisemmasta dissosiaatiosta on kysymys, sitä enemmän esiintyy lisäksi muita hoitoa entisestään

vaikeuttavia tekijöitä, jotka ovat seurausta aina vain matalammasta eheyttämiskyvystä. Näitä voivat olla yleinen turvattomuus, impulssien ja affektien säätelyn puute, kriittisen ajattelun puute, itsetuhoinen käyttäytyminen, kaottiset elämäntyyli sekä ihmissuhteiden häiriöt.

Hoitotavoitteet

Vaihe 1 on **oireiden vähentämis- ja stabilisaatiovaihe** ja siihen sisältyy keskittyminen tiettyjen fobioiden lieventämiseen:

- (1) kiintymyssuhteiden ongelmiin kohdistuva fobia, etenkin sikäli kuin se liittyy kontaktiin terapeutin kanssa,
- (2) mielensisältöihin kohdistuva fobia (tunteet, ajatukset, toiveet, tarpeet, fantasiat, fyysiset aistimukset) ja
- (3) dissosiatiiivisiin persoonallisuuksiin kohdistuva fobia (EP:t ja ANP:t).

Vaiheessa 2, **traumaattisten muistojen hoitamisessa**, keskitytään ensisijaisesti

- (1) traumaattisiin muistoihin kohdistuvaan fobiaan ja
- (2) kiintymyksen pelkoon, etenkin sikäli kuin se liittyy turvattomaan kiintymykseen trauman aiheuttaneeseen henkilöön.

Vaihe 3 on **persoonallisuuden integraatio- ja toimintakyvyn palauttamisvaihe**, jossa keskitytään

- (1) läheisyyden pelkoon, toisin sanoen pyritään mahdollistamaan kypsempää kiintymyssuhteitten muotoja,
- (2) normaalielämän pelkoon ja
- (3) terveen riskienottamisen ja muutoksen pelkoon.

Vaiheittainen hoito ei ole lineaarista, vaan muistuttaa spiraalia. Siinä eri vaiheet vuorottelevat keskenään riippuen yksilön kunkinhetkisestä eheyttämiskyvystä. Tämä merkitsee sitä, että kakkosvaiheen hoitoa vuorotellaan ajoittain ykkös vaiheen hoidon kanssa, ja että myöhemmin terapian edistyessä vaiheen 2 ja jopa vaiheen 1 työskentelyä jälleen sijoitetaan kolmosvaiheen työskentelyn lomaan. Jokaiseen vaiheeseen sisältyy sekä ihmissuhteisiin että ongelmanratkaisuun keskittyviä lähestymistapoja. Tämä spiraalimainen reitti kulkee yhä korkeammille eheyttämiskyvyn tasoille, jolloin aiemmin sietämättömän dissosioituneen materiaalin integroituminen tulee mahdolliseksi

ryhmien työhönohjaajana.

Lähteet

- 1 Horevitz, R., & Loewenstein, R.J. (1994). *The rational treatment of multiple personality disorder*. In S.J.Lynn & J.W. Rhue (Eds.), *Dissociation* (pp. 289–316). New York: Guilford.
- 2 Brown, D. (1995). *Pseudomemories: The standard of science and the standard of care*. *American journal of Clinical Hypnosis*, 37,1–24.
- 3 Brown, D., Schefflin, A.W., & Hammond, C.D. (1998). *Memory, trauma treatment, and the law*. New York: W.W. Norton.
- 4 Courtois, C.A. (1996). *Informed clinical practice and the delayed memory controversy*. In K. Pezdek & W.P. Banks (Eds.), *The recovered / false memory debate* (pp. 355–370). San Diego: Academic Press.
- 4 Herman, J.L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- 5 Kluft, R.P. (1993a). *The initial stages of psychotherapy in the treatment of multiple personality disorder*. *Dissociation*, 6, 145–161.
- 6 Janet, P. (1904). *Journal de Psychologie*, 1, 417-453. Also in P.Janet (1911), *L'état mental des hystériques*, 2nd ed. (pp. 506–544). Paris: F. Alcan.
- 7 Van der Hart, O., Brown, P., & van der Kolk, B.A. (1989). *Pierre Janet's treatment of post-traumatic stress*. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 379–396.
- 8 Nijenhuis, E.R.S. (1994). *Dissociatieve stoornissen en psychotrauma*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

- 9 Nijenhuis, E.R.S., & van der Hart, O. (in press). *The traumatic origins and phobic maintenance of "emotional" and "apparently normal" personality states*. In J. Goodwin & R. Attias (Eds.), *Splintered reflections: Images of the body in trauma*. New York: Basic Books.
- 10 Van der Hart, O., van der Kolk, B.A., & Boon, S. (1998). *Treatment of dissociative disorders*. In J.D. Bremmen & C.R. Marmar (Eds.), *Trauma, memory, and dissociation* (pp. 253–283). New York: Guilford Press.
- 11 Kluft, R.P. (1994). *Treatment trajectories in multiple personality disorder*. *Dissociation*, 7, 63–76.
- 12 Boon, S., & Draijer, N. (1993). *Multiple personality in the Netherlands*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- 13 Groenendijk & van der Hart (1995).
- 14 Boon, S. (1995, May). *Treatment of traumatic memories: Always, never, sometimes, now, later?* Paper presented at the Fifth ISSD Annual Spring Conference, Amsterdam, May 10–13.
- 15 Boon, S., & van der Hart, O. (1996). *Stabilisatie en symptoomreductie in de behandeling van patienten met een dissociatieve identiteitsstoornis [Stabilization and symptom reduction in the treatment of patients with a dissociative identity disorder]*. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 38, 159–172.
- 16 Bernstein, E.M., & Putnam, F.W. (1986). *Development, reliability, and validity of a dissociation scale*. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727–735.
- 1 Vanderlinden, J. (1993). *Dissociative experiences, trauma, and hypnosis: Research findings and clinical applications in eating disorders*. Delft: Eburon. Structured clinical interview for DSM-III-R dissociative disorders
- 2 Steinberg, M. (1993). (SCID-D). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- 20 Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, Ph., Van Dyck, R., van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1997). *The development of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-5) as a screening instrument for dissociative disorders*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 311–319.
- 3 Appelfeld, A. (1993). *Beyond despair*. New York: Fromm International.
- 4 Kluft, R.P. (1993b). *Clinical approaches to the integration of personalities*. In R.P. Kluft & C.G. Fine (Eds.), *Clinical perspectives on multiple personality disorder* (pp. 101–133). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- 5 Kluft, R.P. (1993c). *The initial stages of psychotherapy in the treatment of multiple personality disorder patients*. *Dissociation*, 6, 145–161.
- 6 Boon, S., & van der Hart, O. (1995). *De behandeling van de multiple persoonlijkheidsstoornis [Treatment of multiple personality disorder]*. In O. van der Hart (Ed.), *Trauma, dissociatie en hypnose* (pp. 165–186). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- 7 Brown, D., & Fromm, E. (1986). *Hypnotherapy and hypnoanalysis*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- 8 Van der Hart, O., Boon, S., & van Everdingen, G.B. (1990). *Writing assignments and hypnosis in the treatment of traumatic memories*. In M.L. Fast & D.P. Brown (Eds.), *Creative mastery in hypnosis and hypnoanalysis: A Festschrift for Erika Fromm* (pp. 231–253). Hillsdale, NJ: L. Erlbaum Associates.
- 9 Fine, C.G. (1992). *The cognitive therapy of multiple personality disorder*. In A. Freeman & F.M. D'Attilio (Eds.), *Comprehensive textbook of cognitive-behaviour therapy* (pp. 347–360). New York: Plenum.
- 10 Ross, C.A. (1989). *Multiple personality disorder. Diagnosis, clinical features, and treatment*. New York: Wiley.
- 11 Panos, P.T., Panos, A., & Alfred, G.H. (1990). *The need for marriage therapy in the treatment of multiple personality disorder*. *Dissociation*, 3, 10–14.
- 12 Sachs, R.G., Frischholz, E.J., & Wood, J. (1988). *Marital and family therapy in the treatment of multiple personality disorder*. *Journal of Marital and Family Therapy*, 14, 249–259.
- 13 Van der Hart, O., Steele, K., Boon, S., & Brown, P. (1993). *The treatment of traumatic memories: Synthesis, realization, and integration*. *Dissociation*, 6, 162–180.
- 14 Kluft, R.P. (1996). *Treating the traumatic memories of patients with dissociative identity disorder*. *American Journal of Psychiatry*, 153 (Festschrift Supplement), 103–110.
- 15 Van der Hart, O., & Brown, P. (1992). *Abreaction re-evaluated*. *Dissociation*, 5, 127–140.
34. Van der Hart, O. (1993). *Multiple personality disorder in Europe*. *Dissociation*, 6, 102–118.
- 16 Kluft, R.P. (1990). *The fractionated abreaction technique*. In C.D. Hammond (Ed.), *Handbook of hypnotic suggestions* (pp. 527–528). New York: Norton.
- 1 Van der Hart, O., & Op den Velde, W. (1991). *Traumatische herinneringen [Traumatic memories]*. In O. van der Hart (Ed.), *Trauma, dissociatie en hypnose* (pp. 71–90). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- 2 Kluft, R.P. (1988). *The post-unification treatment of multiple personality disorder: First findings*. *American Journal of Psychotherapy*, 42, 212–228.
- 3 Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, Ph., Van Dyck, R., van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1996). *The development and psychometric qualities of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20)*. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 688–694.
- 4 Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, Ph., Van Dyck, R., van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1998). *Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorders is correlated with reported trauma*. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 711–730.
- 5 Vanderlinden, J., van der Hart, O., & Varga, K. (1996). *European studies of dissociation*. In L.K. Michelson & W.J. Ray (Eds.), *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives* (pp. 25–49). New York: Plenum Press.
- 6 Boon, S., & Draijer, N. (1995). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- 7 Draijer, N., van der Hart, O., & Boon, S. (1996). *De validiteit van de diagnose MPS [The validity of the diagnosis MPD]*. *De Psycholoog*, 31, 322–327.
- 8 Nijenhuis, E.R.S. & Van der Hart, O. (1999). *Forgetting and re-experiencing trauma: From anesthesia to pain*. In J. Goodwin & R. Attias (Eds.), *Splintered reflections. Images of the body in trauma* (pp. 39–65). New York: Basic Books.
- 9 Nijenhuis, E.R.S., Van der Hart, O., & Steele, K. (in press). *Strukturele Dissoziatie der Persönlichkeit: Über ihre traumatischen Wurzeln und die phobischen Mechanismen die sie in Gang halten [Structural dissociation of the personality: Traumatic origins, phobic maintenance]*. In A. Hofmann, L. Reddemann & U. Gast (Eds.), *Behandlung dissoziativer Störungen [Treatment of dissociative disorders]*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- 10 Steele, K., Van der Hart, O., & Nijenhuis, E.R.S. (2001). *Dependence in the treatment of complex posttraumatic stress disorder and dissociative disorders*. *Journal of Trauma and Dissociation*, 2(4), 79–116.
- 11 Van der Hart, O., Van Dijke, A., Van Son, M., & Steele, K. (2000). *Somatoform dissociation in traumatized World War I combat soldiers: A neglected clinical heritage*.

Journal of Trauma and Dissociation. 1(4), 33–66.

- 1 Myers, C. S. (1940). *Shell shock in France 1914–18*. Cambridge: Cambridge University Press.
- 2 Nijenhuis, E.R.S. (1999). *Somatoform dissociation: Phenomena, measurement, theoretical issues*. Assen: Van Gorcum.
- 3 Van der Hart, O., Van der Kolk B.A., & Boon, S. (1998). *Treatment of dissociative disorders*. In J.D. Bremner & C.R. Marmar (Eds.), *Trauma, memory and dissociation* (pp. 253–283). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- 4 Steele, K., Van der Hart, O., & Nijenhuis, E.R.S. (in press). *Phase-oriented treatment of complex dissociative disorders: Overcoming trauma-related phobias* In A. Eckhart-Henn & S.O. Hoffman (Eds.), *Dissoziative Störungen des Bewußtseins [Dissociative Disorders of Consciousness]*. Schattauer-Verlag.