

# Kompleksiseen traumatisoitumiseen liittyvän rakenteellisen dissosiaation vaiheittain-orientoitunut hoito: Traumaan liittyvien fobioiden voittaminen

Kathy Steele, Onno van der Hart, Ellert Nijenhuis

Julkaistu: *Journal of Trauma & Dissociation*, 2005, volume 6, numero 3

Suomentanut Anssi Leikola & Traumaterapiakeskus

## ABSTRAKTI

Persoonallisuuden rakenteellisen dissosiaation teorian mukaan potilaita, joilla on kompleksiseen traumaan liittyvä häiriö, luonnehtii persoonallisuuden jakautuminen erilaisiin alkumuotoisiin (prototyyppeihin) osiin, joilla kullakin on oma psykobiologinen perustansa. Potilailla on yksi tai useampia näennäisen normaaleja persoonallisuuden osia (engl. apparently normal part of personality, tekstissä käytetään lyhennettä ANP), jotka ovat kytkeytyneet evolutiivisesti määräytyneisiin päivittäiseen elämään sopeuttaviin toimintajärjestelmiin (engl. action system), jotka ohjaavat niiden toimintaa. Edelleen potilailla on kaksi tai useampia emotionaalista persoonallisuuden osaa (engl. emotional part of personality, tekstissä käytetään lyhennettä EP), jotka ovat kiinnittyneinä traumaattiseen kokemukseen. EP:na, potilas kiinnittyy ensisijaisesti toimintajärjestelmiin, jotka liittyvät fyysiseen puolustautumiseen ja kiintymyshuutoon (engl. attachment cry). ANP ja EP ovat epätäydellisesti toisiinsa integroituneita, mutta ovat vuorovaikutuksessa ja jakavat monia valmiuksia (esim. puhumisen). Kaikki persoonallisuuden osat ovat juuttuneita huonosti sopeuttaviin toimintataipumuksiin, jotka ylläpitävät dissosiaatiota, sisältäen monia fobioita, jotka ovat tämän artikkelin keskeinen sisältö. Vaiheittain orientoitunut hoito auttaa potilaita vähitellen kehittämään adaptiivisia mentaalisia toimintoja ja käyttäytymisen tason toimintoja ja näin voittamaan pelkonsa (fobiansa) sekä rakenteellisen dissosiaation. Hoidon Ensimmäinen vaihe: oireiden vähentäminen ja stabilisaatio (vakauttaminen) kohdistuu niiden fobioiden voittamiseen, jotka liittyvät mielensisältöihin, persoonallisuuden dissosioituneisiin osiin ja terapeuttiin kiinnittymiseen sekä tämän kiinnittymissuhteen menetykseen. Hoidon Toinen vaihe: traumaattisten muistojen hoitaminen suuntautuu traumaattisiin muistoihin ja turvattomaan kiintymyssuhteeseen (suhteessa kaltoinkohtelijaan, -joihin) liittyvien fobioiden, erityisesti EP:iden fobioiden, voittamiseen. Hoidon Kolmannessa vaiheessa integraatio ja normaalielämään liittyminen hoito keskittyy normaalielämään, terveeseen riskinottoon, muutokseen ja läheisyyteen liittyvien fobioiden voittamiseen. Jotta teoria persoonallisuuden rakenteellisesta dissosiaatiosta palvelisi integroivana hyvänä hypoteesina hoidolle tulee sen olla yhteensopiva muiden teorioiden kanssa, jotka ohjaavat tulokselliseen kompleksisten dissosiaatiohäiriöiden hoitoon.

## AVAINSANAT

Dissosiaatio, Kompleksinen trauma, Vaiheittain orientoitunut hoito, Dissosiaatiohäiriöt, Persoonallisuus

Pääasialliset lähestymistavat kompleksisen traumaperäisen stressihäiriön (engl. complex PTSD) ja dissosiaatiohäiriöiden hoitoon ovat tyypillisesti vaiheittain-orientoituneita ja tätä pidetään nykyisenä hoidon standardina (Brown, Schefflin & Hammond, 1998; Courtois, 1999; Ford & in press; Herman, 1992; Horevitz & Loewenstein, 1994; Huber, 1995; Kluft, 1993a, 1999; McCann &

Pearlman, 1990; Steele, Van der Hart & Nijenhuis, 2001, 2004; Van der Hart, 1995; Van der Hart & Van der Kolk & Boon, 1998). Kuitenkin teoreettiset perustelut tällaiselle lähestymistavalle ovat säilyneet epäselvinä. Tämä johtuu osittain dissosiaation yleisestä määritelmästä vallitsevasta käsitteellisestä sekaannuksesta (Kihlstrom, 1994; Marshall, Spitzer & Liebowitz, 1999; Nijenhuis, Steele & Brown, 2004). Täten esitämme aluksi kehittyvän teorian persoonallisuuden rakenteellisesta dissosiaatiosta, joka on integroiva hypoteesi koko traumaan liittyvien häiriöiden kirjolle. Mainitsimme lukijalle täydentäviä lähteitä syventääksemme edelleen keskustelua teoriasta sekä selitykseksi terminologialle, joka saattaa olla vierasta (katso Nijenhuis & Van der Hart, 1999; Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2002, 2004a, 2004b; Steele & 2001, 2004; Steele, Dorahy, Van der Hart & Nijenhuis, in press; Van der Hart, Nijenhuis, Steele & Brown, 2004; Van der Hart &, 1998). Tämä teoria tarjoaa käsitteellisen kehyksen traumaan liittyvien häiriöiden vaiheittain-orientoituneen hoidon jäsentämiseksi ja ymmärtämiseksi. Vaikkakin teorialla on vahva neurobiologinen perustansa (esim. Bremner, 2003, Krystal, Bannett, Bremner, Southwick & Charney, 1996; Nijenhuis &, 2002, Panksepp, 1998; Schore, 2003; Siegel, 1999; Van der Kolk 2003) siitä versovine tutkimuksineen, jotka tukevat teoriaa (esim. Nijenhuis, 199/2004; Putnam, 1997; Reinders & 2003) näitä ei käsitellä tilan puutteen vuoksi.

Kompleksiseen traumaan liittyvien häiriöiden hoito koostuu tyypillisesti valikoivasta sekoituksesta teorioita ja interventioita (esim. psykodynaamisesta, -analyttisestä, egopsykologisesta, kognitiivisesta, behavioraalista, kiintymyssuhde- ja neurokehityksellisestä lähestymistavasta). Jokainen näistä teorioista pyrkii selittämään dissosiaation lähtökohtia jossain määrin eri tavoin ja tarjoaa jossain määrin erilaisen hoidollisen lähestymistavan. Jokaisella näistä on omat etunsa ja rajoituksensa. Rakenteellisen dissosiaation teoria on kehittyvä integroiva teoria, joka **pohjautuu klassiseen käsitykseen dissosiaatiosta**. Se integroi pääasiallisia osatekijöitä toisista teorioista ja kehittää edelleen keskeisimpiä käsitteitä, antaen selkeän määritelmän dissosiaatiolle, niille erityisille mentaalilille toiminnolle mistä integraatio muodostuu; integraatio-vajavuuksille; ehdollistumisvaikutusten roolille; toimintataipumusten ja toimintajärjestelmien luonteelle ja roolille dissosiaatiosta sekä jäykille ja huonosti sopeuttaville (maladaptiivisille) vuorovaikutussuhteille dissosioituneiden osien välillä. Rakenteellisen dissosiaation teoriaa voidaan soveltaa johdonmukaisesti koko traumaan liittyvien häiriöiden kirjoon sen pohjautuessa Pierre Janet'n uraauurtavaan työhön ja alkuperäiseen vaiheittain-orientoituneeseen malliin (Janet 1898, 1919/1925, katso Van der Hart, Brown, Van der Kolk, 1989). Vaiheittain orientoitunut hoito erottelee seuraavat vaiheet: 1) stabilisaatio ja oireiden vähentäminen, 2) traumaattisten muistojen hoitaminen ja 3) persoonallisuuden integraatio ja liittyminen normaalielämään. Tässä artikkelissa keskitymme siihen kuinka teoria erityisesti koskee traumaan liittyviä fobioita.

Sopuoinnussa Janet'n näkemyksen kanssa voidaan kunkin hoidon vaiheen tavoitteet ilmaista myös niiden mentaalisten toimintojen muodossa, jotka tarvitaan niiden erityisten traumaan liittyvien fobioiden voittamiseen, jotka ylläpitävät rakenteellista dissosiaatiota ja estävät integraatiota (Janet, 1904, 1919/1925). Perinteisesti fobiat on luokiteltu ahdistushäiriöiksi ja niiden on ymmärretty yleisesti kohdistuvan ulkoisiin ilmiöihin (esim. fobiat hämähäkkejä, korkeita paikkoja tai bakteereita kohtaan, sosiaalinen fobia) ja että niillä on psykodynaaminen merkitys. Kuitenkin yli vuosisata sitten Janet (1903) teki erittäin selväksi, että fobiat voivat myös suuntautua sisäisiä kokemuksia kuten ajatuksia, tunteita, fantasioita, tuntemuksia kohtaan – näkemys, joka on vahvistunut sekä meidän että muiden tekemien havaintojen mukaan sekä myös teoreettisen ymmärryksen kautta (esim. McCullough &, 2003; Nijenhuis, 1994; Van der Hart, Steele, Boon & Brown, 1993). Kliinikot, jotka työskentelevät kroonisesti traumatisoituneiden potilaiden kanssa huomannevat, että tällaiset potilaat ovat usein erityisen pelokkaita mielensisältöjään kohtaan, kuten myös ulkoisia vihjeitä, jotka muistuttavat traumasta. Vaikka sisäisesti suuntautuneilla fobioilla saattaa olla psykodynaamista merkitystä – mikä klinikon tulisi ymmärtää – ovat ne myös tulosta

perustavien taitojen puutteista, kuten affektiensäätelyn tai mentalisaation puutteesta (esim. Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002; Schore, 2003; Siegel, 1999). Nämä taidot ovat kehityksellisiä saavutuksia, jotka edellyttävät riittävää dyadista (kahdenvälistä) säätelyä ja turvallista kiintymyssuhdetta varhaisessa lapsuudessa. Tällaisia kokemuksia monet kroonisesti traumatisoituneet potilaat eivät ole saaneet (Fonagy & 2002; Forrest, 2001; Schore, 2003). Janet'n mukaan **ydin-fobia** traumaan liittyvässä rakenteellisessa dissosiaatiossa perustuu täyden realisaation välttämiseen suhteessa traumaan ja trauman vaikutuksiin elämässä (ts. fobia traumaattista muistoa kohtaan). Lisääntyvää välttämiskäyttäytymistä ja mentaalista välttämistä (jotka ylläpitävät rakenteellista dissosiaatiota) tarvitaan estämään sitä, mikä on koettu sietämättömäksi realisaatioksi itsestä, henkilökohtaisesta historiasta ja näiden merkityksestä. Kaikki muut fobiat ovat seurausta tästä perustavasta fobiasta traumaattista muistoa kohtaan, sisältäen fobiat muita mielensisältöjä kohtaan ja dissosioituneita osia kohtaan. Näiden monimutkaisten fobioiden voittaminen on keskeistä onnistuneelle hoidolle.

Janet (1909) esitti, että kaikkia fobioita yhdistävät pelot tietyistä toiminnoista. Traumaan liittyviä fobioita hoidetaan täten tietyssä järjestyksessä, jossa potilas kokee vähitellen kehittyvän kyvykkyyden omaksua tarkoituksellisia ja korkealaatuisia sopeuttavia (adaptiivisia) toimintoja, jotka ovat sekä mentaalisia että fyysisiä. Yhä monimutkaisempia ja vaikeampia kokemuksia (menneisyydestä ja nykyisyydestä) voidaan tällöin sietää ja integroida, jolloin voidaan saavuttaa edistymistä päivittäisessä elämisessä.

## TEORIA RAKENTEELISESTA DISSOSIAATIOSTA

Yli 150 vuoden ajan klinikot ovat havainneet tietynlaisen kaavan traumatisoituneiden henkilöiden toistuvassa vaihtelussa traumaattisten muistojen uudelleenkokemisen (PTSD, kriteeri B, APA, 1994) ja näiden muistojen turruttamisen ja välttämisen välillä (PTSD, kriteeri C; esim. Breuer & Freud, 1893; Berwin, 2003; Janet 1889, 1904; Kardiner, 1941; Myers, 1940; Nijenhuis & Van der Hart, 1999; Van der Kolk & Van der Hart, 1991). Tämä oirekaava muodostaa traumaperäisen stressihäiriön (PTSD, APA) diagnoosin perustan ja on läsnä useimmissa traumaan liittyvissä häiriöissä. Ehdotamme että psykofysiologiset eroavaisuudet toisaalta mieleentunkeutuvuuden (engl. intrusion) ja toisaalta välttämisen, turruttamisen ja irrallaanolon välillä, luonnehtivat kahta alkumuotoista persoonallisuuden osaa, jotka ovat tulleet rakenteellisesti dissosioiduiksi toisistaan. Kullakin persoonallisuuden dissosiatiiivisella osalla on evolutiivisesti määräytyneet erityiset pyrkimyksensä kohti rajallista ja suhteellisen jäykkää sarjaa toimintataipumuksia. Nämä taipumukset saattavat olla konfliktissa toisten osien toimintataipumuksien kanssa sekä ne ovat usein huonosti sopeuttavia. Nämä sopeutumista haittaavat toiminnot tai toimintojen puutokset ovat dissosiaation oireita ja myös ylläpitävät dissosiaatiota.

Traumasta selviytyjän elämässä kukin dissosioitunut osa pyrkii usein kohden toisten osien kanssa yhteensopimattomia tavoitteita, säilyen näin (potentiaalisesti) konfliktissa suhteessa toisiin osiin. Yksi tai useampi osa tulee kiinnittyneeksi traumaattiseen muistoon (EP) ”eläen” menneisyydessä, kyvyttömänä kokemaan paljoa, jos lainkaan nykyisyyttä. Näiden osien huomiokyky on keskittynyt ennakoimaan vaaran uhkaa. Paradoksaalisesti yksi tai useampi osa on kiinnittyneenä yritykseen elää normaalia elämää (ANP) välttäen samalla traumaattisia muistoja osoittaen täten primaarista fobiaa traumaattisia muistoja kohtaan.

Muodostaessamme käsitteitä näistä alkumuotoisista persoonallisuuden dissosioituneista osista, otamme lähtökohdaksi vähäntunnetun mutta tärkeän työn, jonka brittiläinen ensimmäisen maailman sodan psykologi Charles Samuel Myers (1940) teki. Hän kuvasi rakenteellisen dissosiaation

perusmuodon akuutisti traumatisoituneilla (shell-shocked, kranaattishokki) ensimmäisen maailmansodan taistelutilailla (katso Van der Hart, Van Dijke, Van Son & Steele, 2000). Tämä dissosiaatio käsittää kahden eri tyyppisen persoonallisuuden osa-tyyppin yhtäaikaisen olemassaolon ja vuorottelun. Ns. **emotionaalisen persoonallisuuden (osan)**, joka on kiinnittynyt yhteen tai useampaan traumaattiseen muistoon ja on keskittynyt havaitsemaan uhka-tekijöitä. Ns. **näennäisen normaaliin persoonallisuuden (osan)**, joka on kiinnittynyt pyrkimykseen jatkaa normaalia elämää ollen samalla foobisesti välttelevä yhtä tai useampaa traumaattista muistoa kohtaan ilmaisten vaihtelevasti irrallaanoloa, turruttamista, depersonalisaatiota ja osittaista tai täydellistä amnesiaa.

### **Primaarinen rakenteellinen dissosiaatio**

Primaarinen rakenteellinen dissosiaatio tarkoittaa persoonallisuuden perustavaa jakautumista yhdeksi ANP:ksi ja yhdeksi EP:ksi. Tämä vaikuttaisi luonnehtivan yksinkertaisia traumaan liittyviä häiriöitä, sisältäen PTSD:n. Korostamme sanaa ´rakenteellinen´, koska traumaan liittyvä dissosiaatio ei tapahdu sattumanvaraisesti vaan on taipuvainen seuraamaan tarkasti määriteltyjä evolutiivisesti muotoutuneita ´murtuma-linjoja´ persoonallisuuden rakenteessa tämän näkemyksemme mukaan, jota kehittelemme seuraavassa. Monimutkaisemmat rakenteellisen dissosiaation muodot, joita kuvataan jatkossa sekundaarisen ja tertiäärisen rakenteellisen dissosiaation käsitteillä, sisältävät useampia dissosioituneita osia ja ovat variaatioita tästä primaarisesta persoonallisuuden rakenteellisesta dissosiaatiosta.

Kuten monet muutkin kirjoittajat (esim. McDougall, 1926) myös Myers käytti termiä ´persoonallisuus´, jonka olemme todenneet liiallisen kattavaksi, joten olemme vaihtaneet hänen terminsä ´persoonallisuuden osaksi´. Tämä on ilmaus, jonka traumatisoituneet potilaat tuntuvat ottavan vastaan. Persoonallisuuden dissosioituneet osat, huolimatta suuremmasta tai vähäisemmästä autonomisuudestaan ja kehittyneisyydestään, ovat edelleen yhden persoonallisuuden osatekijöitä. Nämä osat ovat sekä epätäydellisesti integroituneita että niillä on jonkin verran psykobiologista päällekkäisyyttä. ne saattavat myös jakaa useita valmiuksia ja sekä implisiittisiä että eksplisiittisiä muistoja. (suom. huom. implisiittinen muisto on esim. polkupyörällä ajon osaamista tai ehdollistuneita reaktioita, joita ei varsinaisesti muisteta tai palauteta mieleen vaan ne ilmenevät suoraan toiminnassa ja käyttäytymisessä. Eksplisiittinen muisto on mieleenpalautettavaa verbalisoitavaa ja elämäkerrallista)

Kukin persoonallisuuden dissosioitunut osa voidaan käsittää persoonallisuuden (ala-) systeemiksi, seuraten ideaa systeemisestä teoriasta (Benyakar, Kutz, Dasberg & Stern, 1989). Dissosiativiset osat ovat olleet kyvyttömiä hallitsemaan dialektista jännitettä stabiliteetin ja joustavuuden välillä (ts. kyvyttömiä ideaaliseen sopeutumiseen). Kullakin niistä on suhteellisen jäykkä ja jossain määrin rajallinen määrä toimintataipumuksia, jotka pohjautuvat tiettyihin (sisältyviin) tavoitteisiin ja toisten tavoitteiden poissulkemiseen ja täten ne voidaan nähdä suhteellisen suljettuina (ala-)systemeinä. Silti ne eivät ole täysin erillisiä tai staattisia vaan muuttuvat ja ovat vuorovaikutuksessa tietyn rajoituksen, vaikkakin melko joustamattomin ja koordinoimattomin tavoin. Täten niitä ei tulisi pitää täysin suljettuina tai muuttumattomina rakenteina. Vaikka on olemassa selkeitä ja erityisiä hoitosuosituksia koskien persoonallisuuden dissosioituneita osia, hoito suunnataan aina kokonaisuudelle ihmiselle (Kluft, 1999). Vaikkakin työskentelemme ajoittain joihinkin yksittäisen persoonallisuuden osan kanssa, interventiomme säilyvät primaaristi suunnattuna kohti osien välistä vuorovaikutusta (ts. kohden persoonallisuus-systeemiä kokonaisuutena).

### **Toimintajärjestelmät ja rakenteellinen dissosiaatio**

Vaikkakin persoonallisuus voi periaatteessa tulla dissosioituneeksi lukemattomilla tavoin, jotkut

muodot traumaan liittyvää rakenteellista dissosiaatiota näyttäisivät olevan paljon todennäköisempiä kuin toiset. Rakenteellisen dissosiaation teorian mukaan ihmiselliset yksilöt ovat paljolti evolutiivisten psykobiologisten järjestelmien välittämiä ja motivoimia (Barkes, Cosmides & Tooby, 1992; Gould, 1982; Lang, Bradley & Cuthbert, 1998; Panksepp, 1998) ja näin ollen tulee myös kaikkien persoonallisuuden dissosioituneiden osien olla. Näitä järjestelmiä (systeemeitä) on joskus kutsuttu motivationaaliseksi (esim. Gould, 1982; Lichtenberg, 1990; Lichtenberg & Kindler, 1994), behavioraaliseksi (esim. Bowlby, 1969/1982; Cassidy, 1999), toiminnalliseksi (Fanselow & Lester, 1988), emotionaaliseksi operatiiviseksi systeemeiksi (Panksepp, 1998) tai adaptaatioksi (Barkes & 1992). Näiden tarkoituksena on auttaa meitä erottelemaan hyödyllisiä ja haitallisia kokemuksia ja synnyttämään parhaiten sopeuttavat vasteet kulloiseenkin elämäntilanteeseen. Me viittaamme näihin toimintajärjestelminä (engl. action systems), koska ne sisältävät synnynnäisiä valmiuksia ja taipumuksia toimintaan (Arnold, 1960; Frijda, 1986). Ne eivät jyrkästi ratkaise tai määrää toimintoja, vaan vaikuttavat taipumuksiin kohti tiettyjä toimintamalleja tiettyjen olosuhteiden vallitessa. Näillä toiminnoilla on korkeasti ennakoitava luonne: me ennakoimme tavoitteen ja toimimme sen mukaisesti (esim. Sudakov, 2004). Täten kussakin tilanteessa jokaisella persoonallisuuden dissosioituneella osalla on alttius tuottaa tietynlaista käyttäytymistä, tietynlaisia ajatuksia, tunteita, tuntemuksia ja havaintoja, jotka saattavat poiketa merkittävästi toisten osien vastaavista pohjautuen toimintajärjestelmiin, jotka vaikuttavat kuhunkin niistä. Täten eri osia rajoittavat jossain määrin erityiset toimintajärjestelmät, mikä johtaa suhteellisen joustamattomiin mentaalsiin ja fyysisiin toimintoihin.

On olemassa kaksi perustavaa kategoriaa toimintajärjestelmiä (Lang, 1998). Ensimmäinen kategoria edustaa toimintaa päivittäisessä elämässä ja lajin säilymistä kun taas toinen kategoria yksilön puolustautumista (ja henkiinjäämistä) vaaran uhatessa. Vertauskuvalliset murtumalinjat sijaitsevat päivittäisen elämän ja puolustuksen toimintajärjestelmien välillä, koska nämä luonnollisesti ovat taipuvaisia molemmipuolisesti inhihoimaan (ehkäisemään) toisiaan. Esimerkiksi yksilö ei pysy keskittyneenä talon siivoukseen tai lukemiseen silloin kun ilmeinen vaara on havaittu; sen sijaan yksilö tulee ylivireäksi, levottomaksi ja varautuu puolustautumaan. Sitten kun vaara on väistynyt, yksilön tulisi luonnollisesti palata normaaleihin aktiviteetteihin, pikemmin kuin jatkaa olemista puolustuksellisessa tilassa. Traumaattisen stressin aikana tai sen jälkeen integraatio näiden kahden pääasiallisen toimintajärjestelmän (ANP:n ja EP:n) välillä epäonnistuu helpommin, kuin integraatio näiden kahden kompleksisen toimintajärjestelmän sisäisten osatekijöiden (ala-järjestelmien) välillä (ts. ANP:iden kesken tai EP:iden kesken).

Ehdotamme että perustava dissosiatiiivinen jakautuminen kahden pääasiallisen toimintajärjestelmän – päivittäisen elämän ja uhkan edessä puolustautumisen – välillä ensisijaisesti vastaavat alkumuotoisia organisaatioita ANP ja EP. Toisin sanoen dissosiaatio päivittäisen elämän ja puolustuksen toimintajärjestelmän välillä on ymmärrettävä selitys dissosiatiiiviselle turtumisen ja mieleentunkeutuvuuden vaihtelulle traumaan liittyvissä häiriöissä. Toimintajärjestelmät, jotka kontrolloivat päivittäisen elämän toimintoja kuuluvat ANP:lle, jonka tavoite on jatkaa pyrkimystä elää elämää eteenpäin traumatisoitumisesta huolimatta, myös välttämällä traumaattisia muistoja. ANP:n toiminnot sisältävät ympäristön tutkimisen (sisältäen työn ja opiskelun), leikin, energian säätelyn (nukkuminen ja syöminen, kiinnittymisen, sosiaalisuuden, lisääntymisen/ seksuaalisuuden ja huolenpidon (erityisesti lasten kasvattaminen) (esim. Cassidy, 1999; Panksepp, 1998). Toiset korkeamman tasoiset toiminnot kuin evoluutioon perustuvat, kehittyvät yleensä korkeamman kortikaalisen (aivokuoren) toiminnan kautta (esim. pianon soittaminen, autolla ajaminen, tietokoneen käyttäminen, kiinnittyminen äärimmäisen monimutkaiseen sosiaalisiin ja työelämän vuorovaikutustilanteisiin; Hurley, 1998).

EP säilyy kiinnittyneenä traumaattisiin muistoihin ja täten puolustuksen toimintajärjestelmään, mikä

sisältää useita alajärjestelmiä. Varhaisin alajärjestelmä, joka välittyy paniikin kautta (Panksepp, 1998) on kiintymyshuuto, joka on äärimmäinen (epätoivoinen) huuto läheisyyden ja uudelleenkiinnittymisen saavuttamiseksi huoltajaan. Lapset itkevät äitiään kun he ovat peloissaan ja potilaat usein ottavat puhelimen ja soittavat terapeutilleen. Muut puolustuselliset alajärjestelmät sisältävät ylivireyden, pako-reaktion, jähmettymisen ja analgesian (kivuttomuus), taistelun, täydellisen alistumisen ja anestesian (tajuttomuus), sekä toipumisen tilat, kuten levon, haavojen hoidon, eristäytymisen ryhmästä ja vähittäisen palaamisen päivittäisiin aktiviteetteihin (ts. päivittäisen elämän toimintajärjestelmiin) (Fanselow & Lester, 1988; Nijenhuis, 1999/2004). EP on tyypillisesti kiinnittyneenä yhteen tai useampaan näistä fyysisen puolustuksen alajärjestelmistä. Lisäksi niissä tapauksissa, joissa EP on kehittyneempi se on kiinnittynyt psykologiseen puolustukseen. Tämä kiinnittyminen sisältää vaaran ennakoinnin aikaisemman traumatisoitumisen valossa ja reagoinnin jäykällä usein huonosti sopeuttavalla tavoin. On esitetty olevan yhteyksiä näiden animaalistien puolustusreaktioiden ja inhimillisten fyysisten dissosiaation ilmenemismuotojen välillä. Näitä ovat analgesia, anestesia (tunnottomuus), motorinen estyminen ja halvaantuminen (paralyysi) (Nijenhuis, Spinhoven, Vanderlinden, Van Dyck & Van der Hart, 1998; Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2004a&b).

Kun henkilö on dissosiatiiivinen on koheesio ja koordinaatio puutteellista niiden toimintajärjestelmien välillä, jotka ovat persoonallisuuden keskeisiä osatekijöitä. Täten vaikkakin vaara ei olisi enää nykyisyydessä läsnä, EP toimii aivan kuin se olisi ja ANP, joka pyrkii selviytymään päivittäisestä elämästä, tulee estetyksi (inhiboiduksi).

### **Sekundaarinen rakenteellinen dissosiaatio**

Silloin kun trauma on äärimmäisen ylivoimainen ja /tai pitkittynyt saattaa tapahtua EP:n jakautumista yksittäisen ANP:n säilyessä ennallaan. Tämä sekundaarinen rakenteellinen dissosiaatio saattaa pohjautua erillisten puolustuksen ja toipumisen alajärjestelmien välisen integraation epäonnistumiseen. Olemme sitä mieltä, että sekundaarinen rakenteellinen dissosiaatio sisältyy monimutkaiseen traumaan liittyviin häiriöihin, kuten kompleksiseen traumaperäiseen stressihäiriöön, (engl. Complex PTSD, DESNOS= Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified), traumaan liittyvään rajatila-persoonallisuushäiriöön ja tarkemmin määrittelemättömään dissosiaatiohäiriöön (DDNOS) (katso Blizard, 2003). Lukuun ottamatta pääasiallista persoonallisuuden osaa, ts. ANP:ta, joka toimii päivittäisessä elämässä suurimman osan aikaa, EP:t, joita tavataan primaarisessa ja useimmiten sekundaarisessa rakenteellisessa dissosiaatiossa eivät ole tyypillisesti kovin kehittyneitä tai itsenäisiä.

### **Tertiäärinen rakenteellinen dissosiaatio**

Lopulta saattaa tapahtua myös ANP:n jakautumista. Tämä tertiäärinen rakenteellinen dissosiaatio tapahtuu kun tietyt väistämättömät päivittäisen elämän aspektit tulevat assosioituiksi menneisyyden traumaan (ts. laukaiseviksi tekijöiksi, jotka pyrkivät uudelleenaktivoimaan traumaattisia muistoja yleistävän oppimisen prosessin kautta). Tai vaihtoehtoisesti sellaisessa tapauksessa kun ANP:n toimintakyky on siinä määrin huono, että normaalielämä sinällään on ylivoimaista saattaa kehittyä uusia ANP:itä. Nämä saattavat pohjautua ehkä vain yksittäiseen toimintajärjestelmään, kuten huolenpitoon (esim. äitiys), tai tutkimiseen (esim. työntekijä). Tertiäärinen rakenteellinen dissosiaatio sisältää jakautuneen ANP:n, jakautuneen EP:n lisäksi. Esitämme tämän tasoisen rakenteellisen dissosiaation varaamista yksinomaan potilaille, joilla on dissosiatiiivinen identiteettihäiriö (DID). Vakavissa sekundaarisen ja kaikissa tertiäärisen dissosiaation tapauksissa, enemmän kuin yhdellä osalla on voimakasasteista kehittyneisyyttä ja itsenäisyyttä, usein sekundaarisia piirteitä, kuten nimet, iät, sukupuoli ym.

## Rakenteellisen dissosiaation johtavat kehitykselliset polut

Primaarissa rakenteellisessa dissosiaatiossa olemme olettaneet, että persoonallisuus on suhteellisen integroitunut mentaalinen systeemi ennen traumatisoitumista. Kuitenkin tämä tuskin pitää paikkansa traumatisoituneiden lasten kohdalla. Integroitunut persoonallisuus on kehityksellinen saavutus. Aikuisilla, jotka ovat lapsuudessaan kroonisesti traumatisoituneet on kompleksinen (monimutkaisen tasoinen) rakenteellinen dissosiaatio. Tällöin dissosiaatio on kehittynyt persoonallisuuteen, josta puuttuu normaali koheesio (yhtenäisyys) ja terveen aikuisen koherenssi (johdonmukaisuus). Rakenteellisen dissosiaation monimutkaisuus näyttää riippuvan seuraavien tekijöiden välisistä vuorovaikutuksista (1) kehityksellisestä tasosta, iästä ja näihin liittyvästä henkilön integraatiokyvystä (esim. Ogawa, Sroufe, Weinfield, Carlson & Egeland, 1997; Putnam, 1997); (2) traumatisoitumisen vakavuudesta ja kestosta (esim. Brewin, Andrews & Valentine, 2000); (3) peritraumaattisen dissosiaation olemassaolosta (esim. Marmar, Weiss & Metzler, 1998); (4) perheen psykopatologisesta historiasta (esim. Ozer, Brest, Lipsey & Weiss, 2003); (5) sosiaalisen tuen määrästä (esim. Ozer & 2003); (6) häiriöistä lapsen toimintajärjestelmien normaalissa integroitumisessa, jotka vaativat turvallista kiintymyssuhdetta (esim. Siegel, 1999); (7) geneettisistä tekijöistä (esim. Becker-Blease & 2004); ja (8) joustavuus-tekijöistä (engl. resilience) (esim. McGloin & Widom, 2001). Vaikkakaan näitä seikkoja ei voida käsitellä tässä syvällisemmin, tuomme esille useita näkökohtia pohjaksi nykykäsitykselle siitä kuinka dissosiaatiosta muodostuu nuorille lapsille krooninen tila.

Rakenteellinen dissosiaatio käsittää luonnollisen kehityksen estymisen kohti toimintajärjestelmien, joita voidaan kuvata erityisiksi käyttäytymis-tiloiksi (Putnam, 1997; Siegel, 1999), integraatiota.. Siihen sisältyy krooninen kyvyttömyys integraatioon, mikä johtuu pääasiassa lapsen epäkypsien aivorakenteiden ja toimintojen (katso DeBellis, 2001; Glaser, 2000; Van der Kolk, 2003) sekä epäadekvaatin dyadisen säätelyn kombinaatiosta.

Lapsuudessa minä-kokemus on vielä suuresti tila-riippuvaista (Wolf, 1990; Wolff, 1987) ja vain positiivisissa ja turvallisissa dyadisissa (kahdenvälisissä) vuorovaikutussuhteissa huoltajien kanssa lapset voivat hankkia taitoja ylläpitää, säädellä ja integroida erillisiä käyttäytymistiloja (esim. Putnam, 1997; Siegel, 1999; Schore, 2003), mitkä voivat johtaa suhteellisen integroituneeseen persoonallisuuteen. Näissä olosuhteissa päivittäisen elämän toimintajärjestelmiin liittyvät neuraaliset verkot tulevat lisääntyvässä määrin monimutkaisiksi ja vuorovaikutukselliseksi pysyvän ja jatkuvan käytön kautta, johtaen ehyempään persoonallisuuteen ja yksilöön, joka on hyvin sopeutunut elämään toisten kanssa (Lyons-Ruth, 2003).

Tutkimus ja kliiniset havainnot ovat osoittaneet vahvan yhteyden häiriintyneen vanhemmuuden kiintymyssuhteen, lapsen disorganisoituneen kiintymyssuhteen ja kroonisen dissosiaation välillä (Barach, 1991; Carlson, 1998; Liotti, 1992, 1999; Lyons-Ruth, 2003; Ogawa & 1997). Nuoren lapsen synnynnäinen kiinnittymissysteemi tuottaa mentaalista ja käyttäytymisen tason lähestymistä kun hänet erotetaan huoltajastaan. Kuitenkin, pelottavat vanhemmat herättävät lapsessa sarjan puolustuksen alajärjestelmiä (pako, jähmettyminen, alistuminen ja täydellinen alistuminen). Väitämme että disorganisoitu kiinnittyminen ei todellisuudessa ole disorganisoitu. Lähestymisen ja välttämisen välinen konflikti, jota lapsi ei voi ratkaista edistää rakenteellista dissosiaatiota osien välillä, jotka ovat liittyneet erilaisiin kiinnittymisjärjestelmiin tai puolustus-toimintoihin, jotka ovat konfliktissa keskenään. Toinen tapa sanoa tämä on, että kiinnittymis- ja puolustusjärjestelmät ovat organisoituneina persoonallisuuden osissa, mutta eivät kohesiivisiä, (yhtenäisiä) osien välillä.

Kroonisesti traumatisoituneet henkilöt usein osoittavat puutteita itsesäätelytaidoissaan, sekä

mentaalisesti että käyttäytymisessään. Nämä sisältävät taitoja, kuten: läsnäolevan tietoisuuden (engl. mindful awareness); vuorovaikutuksellisen kyvykkyyden; affektien säätelyn; ahdistuksen sietämisen; kyvyn erotella sisäistä ja ulkoista realiteettia; kyvyn sietää yksinolemista; kyvyn sietää minätietoisuuteen liittyviä tunteita (esim. itsevihaa, häpeää, syyllisyyttä, nöyryytystä); kyvyn itse tyyntymiseen; kyvyn paremminkin reflektioon kuin reaktioon; ja kyvyn mentalisaatioon (ts. kyvyn ymmärtää kuinka toiset ihmiset saattavat ajatella tai tuntea) (esim. Fonagy & Target, 1997; Hold, 2000; Linehan, 1993). Kun nämä keskeiset kyvyt ovat vajavaisia tai puuttuvat tulee integraatiosta entistä vaikeammin saavutettavaa tai ylläpidettävää ja tämä edistää kroonista rakenteellista dissosiaatiota.

Traumasta selviytyjän persoonallisuus kokonaisuutena ja monet dissosioituneet osat täten kiinnittyvät epätarkoituksenmukaiseen (dysfunktionaaliseen) käyttäytymiseen ja taipumukseen integroida eri toimintajärjestelmiä puutteellisesti. Seurauksena on selviytyjän kiinnittyminen huonosti sopeuttaviin elämänmalleihin ja psykofysiologisiin säätelyhäiriöihin kuten häiriintyneeseen uni-valve-rytmiin, syömisvaikeuksiin, ongelmiin sosiaalisuudessa ja työssä, affektien ja impulssien säätelyhäiriöön, epätasapainoon työn levon ja leikin välillä, rajoituksiin oppimisessa ja maailman tutkimisessa. Selviytyjät korvaavat näitä toimintoja vähemmän adaptiivisilla, matalammantasoisilla toiminnoilla pyrkimyksenä kompensoida vajavuuttaan. Sen sijaan, että nämä olisivat reflektiivisiä, nämä korvaavat toiminnot (engl. substitute actions, Janet, 1928b, 1945) ovat tyypillisesti impulsiivisia, ehdollistuneita reaktioita kuten itsensä vahingoittamista, päihteidenkäyttöä tai epäasianmukaisia vuorovaikutusstrategioita ja ne toimivat perustana paljolle psykopatologialle. Ehdotammekin että akseli II:n vaikeudet (persoonallisuushäiriöihin liittyvät) heijastelevat kroonisia epätarkoituksenmukaisia toimintataipumuksia, jotka ovat usein luonteenomaisia tietyille dissosioituneille osille.

### **Mentaaliset selviytymisstrategiat ja dissosiaatio**

Terapeutit voivat usein kliinisesti havaita monenlaisten persoonallisuuden osien kiinnittyvän niihin, mitkä tunnetaan kirjallisuudessa psykologisina defensesinä, kuten tunteiden eristäminen (engl. disowning affect), kieltäminen tai lohkominen. Koska teorianne keskittyy sekä mentaalisiin että käyttäytymisen tason toimintoihin ja tekee eron psykologisten ja fyysisten puolustusmekanismien (defenssien) välillä, käytämme termiä mentaaliset selviytymiskeinot. Traumakirjallisuudessa ovat toistuneet teoriat ja hoidolliset näkemykset erilaisista mentaalista selviytymisstrategioista, joissa dissosiaatio on ymmärretty laajasti mentaaliseksi puolustusmekanismiksi traumaan liittyviä sietämättömiä affekteja ja kokemuksia vastaan (esim. Blizard, 2001; Cardena, 1994; Chu, 1998; Freyd, 1996; Spiegel, 1990). Me kuitenkin painotamme, että dissosiaatio on ensisijaisesti integraatiokyvyn (-kapasiteetin) vajavuutta ja vasta sekundaarisesti mentaalinen puolustusmekanismi. Mitä vähemmän integroivia ja reflektioivia henkilöt ovat sitä enemmän he joutuvat turvautumaan jäykkiin, huonosti sopeuttaviin mentaalisiin toimintoihin, ”primitiivisempiin” toimintoihin, kuten projektioon, lohkomiseen, mitätöintiin ja kieltämiseen. Tällaiset selviytymiskeinot suojaavat sisäänpäin suuntautuvia foobisia reaktioita vastaan. Koska huonosti sopeuttavat mentaaliset selviytymiskeinot ovat dissosioituneina eri persoonallisuuden osiin, niitä ei voida muuntaa ilman asianmukaista hoidollista interventiota, jolloin henkilö kokonaisuudessaan jää taipuvaiseksi krooniselle toimimattomuudelle elämässään ja ihmissuhteissaan.

ANP saattaa ”käyttää” EP:itä mentaalisenä suojana näiden sisältäessä emootioita, ajatuksia, fantasioita, toiveita, tarpeita, tuntemuksia ym., jos ANP uskoo näiden olevan sietämättömiä tai jos ne ovat ANP:lle mahdottomia hyväksyä. ANP:t saattavat olla tunnustamatta kiinnittymisentarpeitaan EP:iden välityksellä, jotka ovat tavallisesti fiksoituneita kiintymyshuutoon ja etsivät epätoivoisesti kiintymyssuhdetta (Steele&, 2001). Jopa osat, jotka vaikuttavat pinnallisesti



vapailta konflikteista kuten osat, joiden ainoa toiminto on suorittaa matematiikkaa ovat tyypillisesti hyvin suojautuneita esimerkiksi kiinnittymisentarpeitaan vastaan ja näkevät nämä täysin merkityksettöminä, paljolti samaan tapaan kuin skitsoidi henkilö saattaisi kokea.

Monet kliinikot ovat todenneet, että kroonisesti traumatisoituneilla potilailla, erityisesti DID-potilailla, todetaan monenlaisia toiminnan tasoja – matalia, keskinkertaisia ja korkeita – mikä ennustaa jossain määrin hoidon onnistumista (Boon, 1997; Horevitz & Loewenstein, 1994; Kluff, 1994c; Van der Hart & Boon, 1997). Riippuen siitä minkä tasoista toimintajärjestelmien toimimattomuus ja siitä mitkä toimintajärjestelmät ovat häiriintyneet jotkut ANP:t saattavat olla paljon huonommin toimivia kuin toiset. Tällaiset potilaat tarvitsevat paljon enemmän aikaa hankkiakseen uusia taitoja ja terveitä toimintamalleja.

## **RAKENTEELLINEN DISSOSIAATIO JA INTEGRAATIOKYKY**

Tervettä persoonallisuutta luonnehtii voimakas kyvykkyys integroida kokemuksia (Janet, 1889). Integraatio on sopeutumiseen liittyvä prosessi sisältäen jatkuvia mentaalisia toimintoja, jotka auttavat sekä erottelemaan että yhdistelemään kokemuksia ajan funktiona tuottaen sekä joustavan että vakaan (pysyvän) persoonallisuuden, tarjoten parhaan mahdollisen toiminnantason nykyisyydessä (Jackson, 1931/32; Janet, 1889; Meares, 1999; Nijenhuis & 2004a&b). Kyvykkyys olla avoin ja joustava antaa meille mahdollisuuden muuttua kun sitä tarvitaan, kun taas kyvykkyys pysyvyyteen mahdollistaa vakauden (ts. toimia ennakkokäsitysten mukaan). Vaikkakaan rakenteellisen dissosiaation tilanteessa persoonallisuuden osat eivät ole täysin staattisia tai pysyviä, niiden väliset yhteydet ja koordinaatio ovat riittämättömiä. Täten traumatisoituneen henkilön koko persoonallisuus on perustavalla tavoin liian pysyvä ja jäykkä, johtaen suhteellisen stereotyyppisten ja heikosti koordinoitujen toimintojen lisääntymiseen eri dissosioituneiden osien sisällä ja välillä.

### **Synteesi**

Pystyäkseen mahdollisimman tuloksellisesti hoitamaan traumatisoituneita henkilöitä tarvitaan ymmärtämystä monista erilaisista integroivista mentaalisista toiminnoista. Yksi päätyyppi on useiden sisäisten ja ulkoisten kokemusten synteesi (ts. yhdistäminen /sitominen) ja differentiaatio (erotteleminen) tiettyinä ajan hetkenä sekä ajan funktiona. Synteesi sisältää sensoristen (aisti-) havaintojen, liikkeiden, ajatusten, affektien ja minäkokemuksen yhdistämisen ja erottelun. Se on kolmiulotteinen ajatusrakennelma ja kyvykkyys synteisiin vaihtelee. Esimerkiksi kun henkilö on täysin valveilla synteesi toimii korkeammalla tasolla kuin hänen ollessa väsynyt. Synteesi tarjoaa henkilölle normatiivisen tietoisuuden ja historiallisen yhtenäisyyden. Tietoisuuden vaihteluita (engl. alterations of consciousness) ja dissosiativisia oireita voi tulla esille kun synteesi on epätäydellistä.

### **Realisaatio**

Toinen liitännäinen mutta korkeamman tasoinen integroiva mentaalinen toiminto on realisaatio (ts. se missä määrin henkilöt tulevat tietoisesti ymmärtämään henkilökohtaisten kokemustensa merkitykset niiden seurauksineen). Realisaatio sisältää (myös) sen missä määrin on saavutettu kokemuksen pysyvyyttä (Janet, 1935; Van der Hart &, 1993). Realisaatio koostuu kahdesta mentaalisesta toiminnosta, jotka jatkuvasti kypsyttävät (muovaavat) näkemystämme itsestämme, toisista ja maailmasta: personifikaatiosta (Janet, 1903) ja presentifikaatiosta (Janet, 1928a). **Personifikaatio** käsittää kokemuksen synteessin integroitumisen (yhdistymisen) selkeän henkilökohtaisen omistamisen tunteen kanssa (esim. tämä tapahtui minulle, ja minä ajattelen ja tunnen niin ja niin liittyen siihen”). **Presentifikaatio** on mentaalinen toiminto, jossa henkilö on

tukevasti maadoitettuna nykyisyyteen ja integroi henkilökohtaista menneisyyttään, nykyisyyttään ja tulevaisuuttaan. Se ilmenee mahdollisimman sopeutuneena toimintana tiedostavalla (engl. mindful) tavoin, nykyisyydessä.

Sekä ANP:n että EP:n realisaatio traumasta on puutteellista. ANP:lla on puutteellinen personifikaatio traumaattisesta kokemuksesta ja sen jälkivaikutuksista. Täten ANP saattaa kieltää tai kokea vaihtelevassa määrin amnesiaa liittyen tapahtumaan (-miin). ANP mahdollisesti tiedostaa trauman, mutta pitää kiinni käsityksestä: ”Ei tunnu, että se olisi tapahtunut minulle”. EP ei koe, että trauma olisi loppunut ja täten siltä puuttuu presentifikaatio – kyky olla täysin nykyisyydessä. Rajoittuneena tilaansa koskeviin toimintajärjestelmiin sekä ANP että EP keskittyvät valikoivasti tietyn tyyppiin vihjeisiin (esim. niihin, jotka ovat asianmukaisia huolenpidon tai puolustuksen tarpeisiin). Tämä edelleen alentaa niiden kyvykkyyttä täydellisesti realisoida ja integroida traumaa sekä olla täysin nykyhetkessä.

### **Traumaattinen muisto versus elämäkerrallinen narratiivinen muisto**

Rakenteelliseen dissosiaatioon ja integratiivisiin mentaaliin toimintoihin liittyvä tärkeä huomio tulee esille verrattaessa traumaattista muistoa elämäkerralliseen narratiiviseen muistoon. Janet (1928a) totesi, että normaali muisto koostuu kahdesta ryhmästä toimintoja: (1) toiminnoista itse tapahtuman aikana ja (2) tapahtuman selityksestä, joka jälkikäteen symbolisoi menneitä toimintoja. Tämän kaksinaisen toiminnon tulisi tapahtua persoonallisuuden sisällä integratiivisena prosessina. EP on kuitenkin kiinnittynyt toiminnon ensimmäiseen osaan kun se toistuvasti uudelleenkokee pääasiassa sensomotorisen voimakkaasti affektiivisesti latautuneen trauma-kokemuksen (Janet, 1919/25; Nijenhuis & Van der Hart, 1999; Van der Kolk & Fisler, 1995; Van der Kolk & Van der Hart, 1991). Brewin on viitannut tähän traumaattiseen muistoon tilannesidotusti tavoitettavissa olevalla muistolla (situationally accessible memory, SAM; Brewin, 2003), joka herää pikemmin laukaisevista tekijöistä (triggereistä) kuin on tavoitettavissa verbaalisesti ja tietoisesti. ANP välttää trauman selityksiä tai kehittää selityksen, jonka personifikaatio on puutteellinen. Hoidon aikana traumaattisten muistojen tulee muuntua narratiivisiksi muistoiksi, vähittäisen trauman realisaation ja integraation kautta menneisyyden tapahtumaksi ”elämäntarinan osaksi”, täten lievittäen rakenteellista dissosiaatiota (Janet, 1928a; Van der Hart &, 1993). Brewin on kutsunut tätä verbaalisesti tavoitettavissa olevaksi muistoksi (verbally accessible memory, VAM; Brewin, 2003) ja uusi VAM inhiboi (estää) SAM:in ja jää pysyväksi.

### **PERSONALLISUUDEN RAKENTEELLISEN DISSOSIAATION PYSYVYYS**

Monenlaiset traumaan liittyvät fobiat johtuvat yleisesti traumatisoitumisen ehdollistumisvaikutuksista (Nijenhuis &, 2004a&b, Steele &, 2004) sekä huonosti sopeuttavista toimintataipumuksista, jotka ovat kehittyneet johtuen heikosta mallioppimisesta, epäadekvaatista dyadisesta säätelystä ja puutteellisista perustavista taidoista.

Klassisen ehdollistumisen kautta traumatisoitunut henkilö assosioi kokemiaan keskeisiä traumatisoivaan tapahtumaan viittaavia tai siinä mukana olleita merkkejä traumaattiseen tapahtumaan itseensä. Tuloksena tästä aiemmin neutraalit viitteet (esim. mies, jolla on parta) ovat taipuvaisia herättämään muiston, ehkä ainoastaan somatosensorisessa muodossa traumaattisesta tapahtumasta sekä alkuperäisestä traumaattisesta reaktio-kaavasta traumaan. Esimerkiksi kaltoinkohteleavan huoltajan erityisestä affektista (esim. raivosta) tulee mahdollisesti ehdollistunut ärsyke, samoin ärsykkeestä, joka vaikuttaisi saavan esille tämän tunteen. Traumasta selviytyjä saattaa silloin melko automaattisesti reagoida taistelemalla, jähmettymällä tai menemällä

tajuttomaksi kun hän joutuu vastatusten toisen henkilön kanssa joka ilmaisee samaa tai samankaltaista tunnetta.

### **Fobiat traumaattisia muistoja, mielensisältöjä ja persoonallisuuden dissosioituneita osia kohtaan**

Rakenteellinen dissosiaatio ei ole täydellistä (absoluuttista). Esimerkiksi kun EP on voimakkaasti uudelleenaktivoitunut ehdollistuneesta ärsykkeestä joka herättää traumaattisen muiston se saattaa tunkeutua ANP:hen. Nämä integroitumattomat voimakkaasti affektiivisesti latautuneet kokemukset ovat luonnostaan vastenmielisiä ANP:lle. Täten ANP usein reagoi näihin läpilyönteihin tyypillisillä mentaalisisillä välttämis- ja pakenemis-reaktioilla: äärimmäisellä ja ei-tahdonalaisella tietoisuuden kentän kapeutumisen ja jatkuvalla EP:n dissosiaatiolla. Tätä äärimmäistä välttämis-reaktiota, EP:tä ja traumaattisia muistoja kohtaan on kutsuttu fobiaksi traumaattista muistoa kohtaan (Janet, 1904; Van der Hart &, 1993) ja sitä hoidetaan Toisessa vaiheessa. Jatkuvat klassisen ehdollistumisen vaikutukset tukevat tällä tavoin yhtämittaista rakenteellista dissosiaatiota (Nijenhuis & 2004a&b).

Fobia mielensisältöjä kohtaan (Van der Hart & Steele, 1999) jota hoidetaan Ensimmäisessä vaiheessa, saattaa kehittyä kahta väylää pitkin. Ensimmäinen näistä sisältää kehityksellisen vajavuuden mentalisaatiossa ja affektien säätelyssä. Ilman asianmukaista mentalisaatiota traumatisoituneella henkilöllä on vaikeuksia ymmärtää tai käsitellä mielensisältöjä. Tunteet, tarpeet, fantasiat ym. jäävät osittain tai kokonaan integroitumattomiksi, jolloin ne tulevat pelottaviksi ja hämmentäviksi minän aspekteiksi.

Toiseksi jotkut vastenmieliset mielensisällöt tyypillisesti sisältyvät tiettyihin persoonallisuuden osiin, jotka tulevat pelätyiksi. Esimerkiksi ANP oppii pelkäämään ja kiivaasti välttämään sisäisiä (mielensisältöjä) ja ulkoisia ärsykeitä, jotka liittyvät traumaa kantavaan EP:hen. Kehittyy erityinen fobia persoonallisuuden dissosioituneita osia kohtaan (Nijenhuis, 1994), mitä hoidetaan erityisesti Ensimmäisessä vaiheessa. Nämä ANP:n ehdollistuneet reaktiot häiritsevät mielen normaaleja integroivia taipumuksia ja täten ylläpitävät persoonallisuuden rakenteellista dissosiaatiota.

Fobiat eivät perustu ainoastaan pelkoon vaan myös kognitiivisiin negatiivisiin arviointeihin. ANP:t ja EP:t usein välttävät ja pakenevat toisiaan, koska ne eivät pidä toisistaan eivätkä assosioituvista traumaattisista muistoista. Esimerkiksi yksi osa saattaa olla syvästi häpeissään toisen osan tunteista tai käyttäytymisestä. Jotkut EP:t eivät pidä ANP:sta ollen sitä mieltä, että ”se ei välitä” kun ANP väsymättömästi välttää EP:n tuskaa.

On olemassa lukuisia tapoja välttämiseen sekä pakenemis-reaktioita liittyen traumaattisiin muistoihin, dissosioituneisiin osiin, mielensisältöihin ja kiintymyssuhteeseen sekä sen menettämiseen. Nämä sisältävät passiivisia ja aktiivisia käyttäytymis-toimintoja. Sekundaarisessa ja tertiärisessä dissosiaatiossa EP:t ja ANP:t saattavat oppia pelkäämään, halveksimaan ja välttämään toisiaan samantyyppisiä väyliä myöten. Esimerkiksi EP joka sisältää jähmettymisen ja analgesian saattaa tulla pelokkaaksi ja vältteleväksi EP:tä kohtaan, joka sisältää aggressioita, erityisesti kun tämä aggressio tulee itseä kohtaan suuntautuneeksi. Ja tämä ”aggressiivinen” EP saattaa pelätä, välttää ja halveksia jähmettyvää EP:tä, kuten myös alistuvaa EP:tä näiden ”heikkouden” vuoksi, mikä ”tekee niistä syllisiä niiden aiheutettua trauman”.

### **Fobia kiintymyssuhdetta ja kiintymyssuhteen menettämistä kohtaan**

Ihmisen aiheuttamalla traumalla on potentiaalia vaikuttaa vakavasti kiinnittymisen toimintajärjestelmään. Tosiasiassa monet kirjoittajat ovat pitäneet häiriintynyttä kiintymyssuhdetta

keskeisenä kompleksisessa dissosiaatiohäiriössä (esim. Barach, 1991; Blizard, 2003; Liotti, 1992, 1999; Ruth-Lyons, 2003). Koska kiintymys on koettu vaaralliseksi kun yksilö on toistuvasti kokenut kipua tiedettyjen ja luotettujen toisten taholta, saattaa lopulta kehittyä fobia kiinnittymistä ja läheisyyttä kohtaan. Täten fobia kiintymyssuhteesta ja kiintymyssuhteen menetystä kohtaan terapiasuhteesta osoitetaan ANP:lle erityisesti hoidon Ensimmäisessä vaiheessa, kun taas fobia kiintymyssuhteissa muihin ihmisiin hoidetaan myös muissa hoidon vaiheissa.

Fobiaan kiintymyssuhteesta kohtaan liittyy usein paradoksaalisesti yhtä intensiivinen fobia kiintymyssuhteen menetystä kohtaan. Fobiaa kiintymyssuhteen menetystä kohtaan ohjaa puolustuksen toimintajärjestelmän paniikki- ja kiintymyshuuto (ala)-järjestelmä. Se ilmenee epätoivoisina yrityksinä yhteyteen, aneluna, takertumisena, itkuisuutena, äärimmäisenä avuttomuutena ja jopa itsensä vahingoittamisena tai itsetuhoisuutena vasteena koettuun kiintymyssuhteen menetykseen. Tyypillisesti nämä vastakkaiset fobiat ovat eri persoonallisuuden osien kokemia. Ne herättävät toinen toisensa esiin noidankehämäisesti riippuen koetusta muutoksesta vuorovaikutuksen läheisyydessä tai etäisyydessä tuottaen hyvin tunnetun ´rajatila´-kaavan ”vihaan sinua - älä jätä minua”, jota viime aikoina on kuvattu D-kiintymyssuhteena.

Hyväksikäyttö ja laiminlyönti ensisijaisten huoltajien taholta johtaa huoltajaan /rikoksenteijään kohdistuvien sekä lähestymisjärjestelmien että puolustusjärjestelmien aktivoitumisen. Molemmat, sekä intensiivinen kiinnittymisentarve että intensiivinen pelko rikoksenteijää kohtaan, säilyvät. Täten on olemassa myös fobia kiinnittymistä kohtaan ja kiinnittymissuhteen menetystä kohtaan (hoidetaan pääasiassa Toisessa vaiheessa). Tällaiset fobiat estävät turvallisen kiintymyssuhteen toisten kanssa kunnes ne on selvitetty, ne estävät myös trauman realisaation. Kuten yksi potilas sanoi ”minä rakastin isääni JA hän satutti minua. En ole koskaan ennen pystynyt laittamaan näistä kahta ideaa yhteen ja samaan lauseeseen. Se olisi ollut sietämätöntä koska rakkauteni häntä kohtaan oli välttämätöntä selviytymiselleni”.

### **Fobia normaalielämää, tervettä riskinottoa, muutosta ja intimitteettiä kohtaan**

Ärsykkeiden yleistymisen kautta ehdollistuneiksi tulleiden ärsykkeiden jatkuva lisääntyminen voi johtaa siihen, että yhä enemmän ja enemmän elämää tulee traumatisoituneelle henkilölle välttelyn kohteeksi. Täten potilaat kehittävät fobian normaalielämää kohtaan. Koska normaalielämä saattaa sisältää ainakin perustasollaan tervettä riskien ottoa ja muutoksia, nämä normaalielämän kokemukset tulevat myös voimakkaasti vältellyiksi. Lopulta kehittyneen tasoiset kiintymyssuhteet (ts. intiimit ihmissuhteet) tulevat vältellyiksi johtuen lukuisista muista fobioista liittyen kiinnittymiseen ja sisäisiin tiloihin, jotka ovat tulleet ehdollistuneiksi ärsykeiksi. Näihin fobioihin normaalielämää, tervettä riskinottoa ja muutosta kohtaan sekä intiimejä suhteita kohtaan keskitytään toistuvasti läpi terapian, mutta pääasiallinen tavoite ne ovat hoidon Kolmannessa vaiheessa.

### **VAIHEITTAIN-ORIENTOITUNUT RAKENTEELLISEN DISSOSIAATION HOITO**

Rakenteellisen dissosiaation teoria ohjaa kliinikkoa hoidon suunnittelussa ja interventioissa (Steele &, 2001, 2004). Kaikkien potilaiden kohdalla terapeutit ponnistelut tulee aluksi suunnata kasvattamaan ANP:n sekä avain-EP:iden, jotka lyövät läpi ja/tai häiritsevät terapiaa ja turvallisuutta, integratiivista kykyä. Tämä merkitsee, että selviytyjän täytyy edistyä reflektiivisessä taidossaan (laadullisesti) ja joskus myös mentaalisten ja fyysisten toimintojensa määrässä. Tämä tapahtuu primaarisen rakenteellisen dissosiaation tapauksessa suhteellisen suoraviivaisesti lyhytkestoisen psykoterapian yhteydessä (Van der Hart &, 1998). Kuitenkin tyypillisesti

sekundaarisen ja tertiäärin rakenteellisen dissosiaation tapauksissa tarvitaan paljon enemmän sinnikkäitä ja pitkäaikaisia terapeutisia ponnisteluja nostettaessa ANP:(ide)n ja tiettyjen keskeisten dominoivien EP:iden integratiivista kyvykkyyttä ennen kuin traumaattisten muistojen hoitoa voidaan edes harkita.

Vaikkakin hoidon vaiheet kuvataan lineaarisessa muodossa ovat ne todellisuudessa joustavia ja toistuvia, sisältäen tarpeen periodittain palata edellisiin vaiheisiin (Courtois, 1999). Jokainen vaiheista sisältää ongelmanratkaisu- ja taitojen rakentamis-lähestymistavan laajemman vuorovaikutuksellisen lähestymistavan sisällä (Brown, Schefflin & Hammond, 1998). Tällainen spiraalinen kulku tapahtuu kun suurempia integraatiokyvyn tasoja saavutetaan tämän mahdollistaessa aiemmin sietämättömän dissosioituneen materiaalin tulemisen integroitavaksi, jolloin yhä syvempään juurtuneita toimimattomia alueita voidaan ottaa käsittelyyn.

### **Hoidon pääperiaatteet vaiheittain-orientoituneen hoidon aikana**

Kaikkein yleisin tavoite terapiassa on nostaa potilaan integraatiokykyä, mikä parantaa toimintakykyä ja ratkaisee rakenteellista dissosiaatiota sekä siihen liittyvää huonosti sopeuttavaa käyttäytymistä (Steele &, 2004). Tämän prosessin aikana huomioidaan erilaisia traumaan liittyviä fobioita.

Ensinnäkin psykofysiologista vireystasoa tulee seurata ja kontrolloida pitäen potilaan vireystasoa toleranssi-ikkunassa. Tämän ikkunan määritellään olevan niiden ylimmän ja alimman vireystason välillä, jotka vielä mahdollistavat laadullisesti sopeuttavia toimintoja, sisältäen kokemuksen ja päivittäisen elämän integraatiota. Ylivireystila syntyy kun integraatiokyky ei ole riittävää mahdollistaakseen stressaavan ärsyksen integroimisen. Tämä ilmenee paniikkina (kiivaat emootiot ja refleksiivinen toiminta), rakenteellisen dissosiaation jatkumisena ja liiallisen kapeutuneena tietoisuuden kenttänä. Alivireystila (esim. johtuen fyysisestä tai mentaalisesta uupuneisuudesta), kuten myös mentaaliset välttämiskäytännöt, sisältää (hyvin) matalan tietoisuuden tason, joka vaikeuttaa asianmukaista havaitsemista ja edelleen ärsyksen prosessointia. Nämä matalat tietoisuuden tasot, jotka usein sekoitetaan dissosiaatioon (Van der Hart &, 2004), ilmenevät päiväunelmina, transsi-tiloina, keskittymiskyvyttömyytenä, kyvyttömyytenä toimintojen loppuun suorittamiseen ym.

Toiseksi kyvykkyyttä toimia normaalissa päivittäisessä elämässä täytyy ylläpitää ja parantaa. Tämä sisältää lisääntyvän kyvyn muovata ja koordinoita toimintajärjestelmiä. Terapeutin tulee, ainakin aluksi, tarjota dyadista säätelyä potilaan emotionaalisille reaktioille ja auttaa potilasta kehittämään tai vahvistamaan omia kykyjään mallintamalla, antamalla ohjeita, harjoittelemalla ja kotiläksyin. Toisin sanoen tulee saavuttaa erilaisten toimintajärjestelmien koordinoitua ja joustavaa toimintaa.

Kolmanneksi assosiaatiot ehdollistumis-vaikutuksien välillä tulee osoittaa samalla kun estetään rakenteellinen dissosiaatio ja muu välttämiskäytännön. Esimerkiksi potilaan tulee oppia, että vain jotkut ihmiset ovat uhka, eivät kaikki. Ja että emootiot, jotka olivat sietämättömiä traumatisoituneelle lapselle voivat olla siedettävissä aikuiselle, joka selvisi traumasta ja jota voidaan tukea. Tämä asiayhteyksiin liittyvä (kontekstuaalinen) oppiminen seuraa vähittäisestä ja kontrolloidusta uudelleenaltistuksesta traumaan liittyville ehdollistuneille ärsykkeille ja kaikille traumasta aiheutuville fobioille.

Neljänneksi psykoedukaatiota ja taitojen opettamista käytetään silloin kun tietoa ja taitoja puuttuu sekä silloin kun uskomukset ovat ristiriidassa realiteetin kanssa ja myös tilanteissa jossa toimintatavat ovat tehottomia tai haitallisia potilaalle tai muille. Joidenkin taitojen kehittyminen ei

ole pelkästään seurausta harjoittelusta vaan jatkuvasta terapeutin vuorovaikutuksen dyadisesta säätelystä. Nämä taidot mahdollistavat kasvavan toimintajärjestelmien kehittämisen ja koordinaation, josta seuraa lisääntyvää sopeuttavaa, adaptiivista selviytymistä.

Viidenneksi transferenssi- ja vastatransferenssi-reaktiot tulee ottaa tarkasti huomioon. Vaikkakin ulottuu tämän kirjoituksen ulkopuolelle tarjota syvällisempää keskustelua transferenssista ja vastatransferenssista, toteamme että klinikolla tulee olla niistä perusteelliset käyttötiedot ja erityisesti niistä monitahoisista ja ristiriitaisista tavoista miten nämä ilmenevät traumatisoituneilla potilailla sekä heidän klinikoillaan. Muutamia keskeisiä julkaisuja Allen, 2001; Chu 1998; Dalenberg, 2000; Davies & Frawley, 1994; Kluft, 1994b; Loewenstein, 1993; Pearlman & Saakvitne, 1995; Wilson & Thomas, 2004; Wilson & Lindy, 1994. Psykodynaaminen, psykoanalyttinen ja objektiivinen kirjallisuus ovat erityisen hyödyllisiä niiden auttaessa ymmärtämään monimutkaisia ja vaikeita vastatransferenssi- ja transferenssi-ongelmia.

Rakenteellisen dissosiaation teorian näkökulmasta vastatransferenssi- ja transferenssi-ilmiöt ovat keskeisesti seurausta matalatasoisesta integraatiokyvystä klinikolla, potilaalla tai molemmilla. Ne usein liittyvät turvattomaan kiinnittymiseen, projektiviseen identifikaatioon, kyvyttömyyteen mentalisoida ja rajojen epämääräisyyteen. Terapeutin matala integratiivinen taso ja realisaation puute henkilökohtaisista seikoista voi potentiaalisesti häiritä terapiaa. Terapeutilla tulee olla riittävä määrä integratiivista kyvykkyyttä pysyäksään täysin nykyisyydessä ja ajatellakseen kirkkaasti läpi interventoiden, säilyttäen mielessään persoonallisuuden yhtenä organisoituna dissosioituneiden osien systeeminä sekä näiden osien välisenä ristiriitoina, jotta interventiot, sisältäen vuorovaikutussuhteen käytön voisivat tulla harkitusti punnituiksi. Samaan tapaan transferenssi voi olla seurausta selvittämättömistä historiallisista interpersonallisista seikoista ja mentalisaation puutteesta, vaatien näin kasvavia integraatiokyvyn tasoja tulla ratkaistuksi.

## **HOIDON ENSIMMÄINEN VAIHE: STABILISAATIO (VAKAUTTAMINEN) JA OIREIDEN VÄHENTÄMINEN**

Hoidon Ensimmäinen vaihe on suuntautunut voittamaan fobian kiintymyssuhdetta (terapiasuhteesta) kohtaan, fobian tämän kiintymyssuhteen menettämistä kohtaan, fobian mielen sisältöjä kohtaan ja fobian persoonallisuuden dissosioituneita osia kohtaan. Hoito alkaa ANP:(ide)n ja niiden EP:iden kanssa, jotka lyövät läpi ja häiritsevät terapiaa ottaen huomioon nämä fobiat. Vasta sitten kun nämä fobiat, jotka uhkaavat rajoittaa turvallisuutta tai terapian edistymistä, ovat vähentyneet ANP:(i)lta ja EP:iltä voidaan keskittyä fobiaan traumaattisia muistoja kohtaan hoidon Toisessa vaiheessa.

Päivittäisen elämän ANP:n toimintakyvyn tukeminen (edistäminen) sisältää heikentävien oireiden kuten depression, ahdistuksen ja traumaperäisen stressihäiriön (PTSD:n) vähentämistä tai eliminointia, käsittäen myös EP:n ja traumaattisten muistojen kohtuuttoman uudelleenaktivoitumisen. Lisäksi itsetuhoisia ajatuksia ja toimia kuten itsensä vahingoittamista, suu- ja itsetuhoisuutta, päihteiden väärinkäyttöä, väkivaltaisuutta ja riskikäyttäytymistä on hoidettava määrätietoisesti hoidon Ensimmäisessä vaiheessa: Hoidon johtajatuksena on aina turvallisuus on ensisijaista (safety first). Taidot, jotka vähentävät tai eliminoivat itsetuhoisia taipumuksia sisältävät kykyjä sietää ja säädellä emootioita sekä fysiologista vireyttä.

Tarkemmin sanottuna nämä taidot käsittävät tunteiden (esim. vihan, pelon, häpeän, yksinäisyyden) ja vireyden (tykytyksen, hikoilun ym.) kokemisen samalla välttäen reagoinnin impulssiin automaattisilla huonosti sopeuttavilla tavoilla ( ts. korvaavilla toiminnoilla). Nämä taidot myös

liittyvät sisäisten tilojen säätelyyn, esimerkiksi itsensä tyynnyttämiseen, avun hakemiseen uskotuilta ystäviltä (Linehan, 1993; McCann & Pearlman, 1990) ja kiinnittymiseen turvalliseen terapeutiseen vuorovaikutussuhteeseen. Esimerkiksi terapeutti voi usein kysellä ja havainnoida ruumiillisia reaktioita ja sanatonta (non-verbaalista) käyttäytymistä saadakseen selville onko potilas tulossa ylivireäksi ja lopettaa välittömästi sen mitä oltiin tekemässä tai keskustelemassa keskittyen auttamaan potilasta säätelämään vireys-tasoaan (Ogden & Minton, 2000; Rothschild, 2000).

Positiivisten voimavarojen käyttäytymis-harjoitukset (esim. rentoutumis-aidot, strukturoidut päivittäiset aktiviteetit, energiasta huolehtiminen, somaattisten voimavarojen kuten maadottamisen ja ilmaisevien liikkeiden avustaminen; Ogden & Minton, 2000) ovat hyödyllisiä hoidon tässä vaiheessa. Positiivisten voimavarojen lisääminen tekniikoilla kuten EMDR (esim. Gelin, 2003; Twombly, 2000) ja hypnoosi saattavat olla hyödyllisiä tarjoten egolle tukea. Kuitenkin näitä tulisi käyttää ainoastaan sellaisten terapeuttien, jotka ovat erityisesti koulutettuja menetelmien soveltamiseen traumatisoituneille henkilöille. Potilaat voivat myös oppia säilyttämismielikuvia, (containment imagery; Brown & Fromm, 1986; Kluff, 1993a; Sachs & Peterson, 1996; Van der Hart &, 1993), mikä auttaa heitä väliaikaisesti ”varastoimaan” traumaattisia muistoja tai muuta pelottavaa materiaalia, auttaen heitä oppimaan eron välttämisen ja terveen rytmittämisen ja ajoittamisen (joka on heidän kontrollissaan) välillä.

Nämä kombinoidut taidot nostavat integraatiokykyä tarjoten lisääntyvää kyvykkyyttä päivittäiseen elämään ja täten mahdollistavat vähitellen ANP:lle sisäisten vastenmielisten ärsykkeiden lähestymisen ilman uudelleendissosiaatiota, tietoisuuden kentän kaventumista tai tietoisuuden tason madaltumista. Selvästi sanottuna Ensimmäinen vaihe on omistettu kohti ANP:n ja dominoivien EP:iden integratiivisen kyvyn lisäämistä, mahdollistaen tehokkaamman toiminnan päivittäisessä elämässä. Potilaan täytyy vähitellen kehittää empatiaa ja lisätä yhteistoimintaa persoonallisuuden kaikkien osien välillä, kuitenkin ilman traumaattisen materiaalin jakamista. Ensinnäkin taitojen, jotka edistävät lisääntyvää tarkkaavaisuutta (mindfulness, Linehan, 1993) sisäistä ja ulkoista ympäristöä kohtaan ovat oleellisia, sisältäen EP:iden olemassaolon tiedostamisen ja persoonallisuuden eri osien ristiriitaisten tarpeiden tiedostamisen. Tämä käsittää monisyisen ´mielen teorian´ kehittymisen, tilanpuute estää tämän prosessin täyden käsittelyn. Kuitenkaan tietoisuus itsessään ei ole riittävää. Sen tulee täydentyä lopulta adaptiivisilla toiminnoilla. Hoidon Ensimmäinen vaihe edistää myös havaitsemista: ulkoisten ja sisäisten ehdollistuneiden ärsykkeiden (trauma-muistuttajien, engl. trigger), EP:iden heräämisen (puolustuksen toimintajärjestelmät), jotka seuraavat trauma-muistuttajia, sekä vasteiden mukauttamisen näihin muistuttajiin. Kun nämä ja näihin liittyvät tavoitteet on saavutettu, tulee mahdolliseksi siirtyä eteenpäin hoidon Toiseen vaiheeseen.

### **Fobian voittaminen kiintymyssuhdetta kohtaan terapisuhteessa ja tämän kiintymyssuhteen menettämistä kohtaan**

ANP yleensä lähestyy terapeuttia pyytäen apua tuskallisiin oireisiinsa. Jotkut ANP:t saattavat olla vältteleviä kiinnittymistä kohtaan kun toiset taas eivät. Mutta riippumatta ANP:n kiinnittymistylistä, jotkut EP:t saattavat nähdä terapeutin mahdollisena (korvaavana) huoltajana, jonka avulla kiintymyssuhteen menetys voitaisiin välttää. Kun taas jotkut puolustukselliset EP:t pelkäävät ja välttävät terapeuttia, koska huoltaja-hahmon läheisyys on ehdollistunut ärsyke laiminlyönnille ja kaltainkohtelulle. Täten alkaa lähestymis-välttämiskamppailu, joka on niin tavallinen terapeutisessa vuorovaikutussuhteessa.

Lisääntyvä kokemus turvallisesta kiintymyssuhteesta terapeuttiin, mikä on tulosta ennakoitavasta, kontrolloidusta ja hyväntahtoisesta terapeutisesta vuorovaikutuksesta, auttaa ANP:(i)tä oppimaan

ottamaan osaa sisäisiin tiloihin ja säätelemään reaktio-mallejaan. Kuitenkin ANP:n kiinnittymisen voimistuminen tulee tapahtua hyvinajotetusti, koska ennen aikaiset liikkeet kohden ”liiallista” kiinnittymistä herättävät ylivoimaisia ja vastenmielisiä ärsykeitä, jotka saattavat mennä yli potilaan toleranssi-ikkunan (esim. EP:illä, joilla on riippuvaisuuden kaipaus tai EP:illä, jotka ovat raivoissaan terapeuttia kohtaan). Terapeutin tulee säilyä valppaana sille tosiasialle, että sekä kiintymyssuhde että kiintymyssuhteen menetys ovat pelättyjä. Hänen täytyy löytää hienovarainen tasapaino kietouttavien ja etäännyttävien vasta-transferenssitunteiden välillä, jotka molemmat voivat tuoda esiin tiettyjä persoonallisuuden osia, jotka vetävät joko kontaktiin tai etäisyyteen (Steele &, 2001).

Alkuinterventiot, kuten edellä on esitetty suunnataan ensisijaisesti ANP:lle. Taitojen-rakennus lähestymistavassa, ensimmäiset interventiot ovat luonteeltaan psykoedukatiivisia. Perustietoa tulisi jakaa mm. terapiasta, hoito-prosessista, terapeutisista rajoista, hoidon tavoitteista, potilaan oireista ja häiriöistä sekä tiedot suostumuksesta, yhteistyöstä ja yhteistoiminnasta terapeutin ja potilaan välillä. Toisin sanoen terapeutin prosessin ei tulisi jäädä mystiseksi tai selittämättömäksi potilaalle, jolloin hän rohkaistuu olemaan aktiivinen osallistuja yhteistyössään terapeutin kanssa. Tällaisella informaatiolla on myös vuorovaikutuksellinen arvonsa kun potilas alkaa kokea terapeutin ihmisenä, joka tarjoaa hyödyllistä informaatiota pikemmin kuin että hän on pidettyvä auktoriteettihahmo.

Merkittävä tapa miten potilaat välttävät yhteyttä terapeuttiin on olla olematta mentaalisesti läsnä. Tämä tapahtuu: äärimmäisen tietoisuuden kentän kapeutumisen, tietoisuuden tason madaltumisen ja depersonalisaation kautta. Potilaan avustaminen pysymään tietoisena ja nykyisyydessä on terapeutin jatkuva pyrkimys (Van der Hart & Steele, 1997). Monet potilaat antavat erityispiirteisiä vihjeitä läsnäolemattomuudestaan, ja jotkut ovat tätä sangen ilmeisesti, kuten ollen poissaolevia (”spacing out”) ja reagoimattomia. Autettaessa potilasta sietämään läsnäolemista antaa tämä terapeutille mahdollisuuden lisääntyvälle realiteetintestaukselle, kuten myös aikaa turvalliselle sisäisen työn loppuunsaattamiselle.

Terapeutin johdonmukaisuus ja ennakoitavuus ovat oleellisia vähennettäessä fobiaa kiinnittymistä kohtaan ja kiintymyssuhteen menetyksiä kohtaan ja myös tukemaan potilaan integraatiokyvyn kasvua. Vaikkakaan jatkuva saatavilla olo ei ole mahdollista eikä hyödyllistä, ennakoitavissa oleva saatavuus on erittäin suositeltavaa (Gunderson, 1996). Potilaalla tulisi olla selkeä ymmärrys ylimääräisten kontaktien määrästä ja rajoituksista, kuten kriisipuheluista terapeutille ja olla mahdollisuus kriisitukeen terapeutin poissaolon tapauksissa.

### **Fobian voittaminen mielensisältöjä kohtaan**

Sanallinen ja sanaton empaattinen sopusointuisuus potilaan tunteita ja tuskaa kohtaan ovat elintärkeitä rakennettaessa vuorovaikutussuhdetta. Tämä tarjoaa asianmukaisen mallin sisäiselle empatialle ja lisää motivaatiota kokea pelottavia ja vältettyjä vastenmielisiä mielensisältöjä. Terapeutin tulisi ensin auttaa potilasta tulemaan tietoiseksi peloista mielensisältöjä kohtaan ja läpityöskentelemään nämä. Ja vasta sitten avustaa potilasta tulemaan tietoiseksi kokemuksesta sekä ilmaista ajatuksensa mielensisällöistä (McCullough &, 2003). Potilaat oppivat kokemuksen kautta, että heidän sisäiset mielensisältönsä (tunteet, toiveet, tarpeet, fantasiat, persoonallisuuden dissosioituneet osat) voivat olla toisen ihmisen hyväksyttävissä ja mikä tärkeintä heidän itsensä hyväksyttävissä.

Psykoedukaatiota koskien mielensisältöjä ja niiden reaalisuuden tasoa täytyy jatkuvasti lisätä. Esimerkiksi monet potilaat eivät voi nähdä eroa tunteen ja käyttäytymisen välillä. Täten kun he



tuntevat vihaa, he pelkäävät toimivansa kontrolloimattomassa raivossa ja näin ollen lisäävät vastenmielisyyttään tunteitaan, toiveitaan, fantasioitaan ym. kohtaan. Terapeutin tulee vahvistaa sitä, että mielen toiminnot (mental actions) edeltävät, mutta eivät välttämättä johda käyttäytymisen tason toimintaan (behavioral actions).

### **Fobian voittaminen persoonallisuuden dissosioituneita osia kohtaan**

Tämä fobia perustuu erityiseen mielensisältöjen alaryhmään, koska persoonallisuuden dissosioituneet osat usein sisältävät vastenmielisiä tai ristiriitaisia mielensisältöjä. On hyödyllistä alkaa työskennellä yhdessä ANP:iden kanssa (osien kanssa, jotka toimivat päivittäisessä elämässä), alentaen niiden keskinäistä välttämistä toisiaan kohtaan. Tämä alkaa parantaa välittömästi normaalia päivittäistä toimintakykyä ja tarjoaa lisääntyvää integraatiokykyä lopulta käsitellä EP:itä. Ennen tätä, psykoedukaatio liittyen EP:iden puolustukselliseen luonteeseen ja ANP:iden toimintoihin, sekä ajoittaiset interventiot jotka tukevat turvallisuutta EP:iden sisällyttämistä, avustavat ANP:tä tuntemaan olonsa turvallisemmaksi näiden persoonallisuuden osien kanssa.

Terapeutin tulee olla tietoisesti selvillä ANP:n välttelystä EP:itä kohtaan, sillä ennenaikaiset yritykset liittää EP:itä työskentelyyn ANP:iden kanssa voivat herättää ANP:ssä lisääntyntä välttämistä. On ensiarvoisen tärkeää avustaa potilasta tavoittelemaan yhteistoimintaa ja yhteistyötä osien välillä. Tämä viime kädessä lisää persoonallisuuden kokonaisuuden joustavuutta ja vakautta, edistäen toimintajärjestelmien välistä koordinaatiota. Kaikkein tärkein interventio on vähittäinen dissosioituneiden osien esittelemineen toinen toisilleen, ts. foobisen välttämisen vähentäminen ja osien välisen dissosiaation vähentäminen liittyen niiden olemassaoloon ja niiden mielensisältöihin hoidon Ensimmäisessä vaiheessa. Tämän täytyy tapahtua aluksi ilman traumaattisten muistojen jakamista. Näin seurauksena saattaa tapahtua ajan myötä yhteistoiminnan ja empatian kehittymistä. Tekniikat sisältävät suoraa vireystilojen hallintaa tuntien aikana, ideomotoristen sormimerkkien käyttöä (Hammond & Cheek, 1988), kaikkien dissosioituneiden osien rohkaisemista ”kuuntelemaan ja katsomaan” sekä terapiassa että päivittäisessä elämässä, neuvotteluhuoneiden mielikuvaharjoituksen käyttämistä, eri dissosioituneiden osien välisten yhteistoiminnallisten ongelmien selvittämisen harjoittelemista sekä eri osien yhteisesti jakamaa tehtävien suorittamisen harjoittelua päivittäisessä elämässä. Saattaa olla myös tarvetta harjoitella ja yhteisesti osallistua vaikeimpiin tilanteisiin, kuten puolustautumista suhteessa havaittuun tai todelliseen vaaraan tämän uhatessa. Nämä toimenpiteet vähitellen kuluttavat (jäytävät) dissosiatiiiviset muurit turvallisella tavoin ja nostavat integratiivista kyvykkyyttä.

On olemassa kaksi erityistä ja toisiinsa läheisesti liittyvää EP tyyppiä, jotka tarvitsevat erityistä huomioonottamista hoidon Ensimmäisessä vaiheessa: aggressiiviset ja vainoavat EP:t. Molemmat ovat kiinnittyneet suojaavan taistelun defensiiviseen ala-järjestelmään ja pyrkivät tulemaan toimeen vaikeiden tunteiden kanssa menetykseen liittyvän raivon ja vihan, avuttomuuden, epätoivoisuuden, kivun kauhun tai häpeän (van Der Hart, 1998). Näitä EP:itä täytyy tunnistaa terapian alkuvaiheessa, jotta turvataan asianmukainen vakaus ja valmistaudutaan hoidon Toisen vaiheeseen. Usein ne ovat ensin epäsuorasti havaittavissa esillä olevan ANP:n välityksellä. Kun tilanne tulee turvallisemmaksi potilaalle, nämä EP:t saattavat tulla puhutelluiksi suoremmin (Van der Hart, 1998).

Tällaiset EP:t ovat emotionaalisen puolustuksen taistelu-järjestelmän osia, mutta niillä on vahvoja uskomus-systeemejä, jotka palvelevat psykologisina puolustuksina, kuten uskomus olevansa voimakas, vahingoittumaton ja kykenevä selviytymään ylivoimaisista raivon ja koston toiminnoista. Aggressiiviset EP:t usein kokevat tai ainakin esittävät identiteettinsä vahvana ja kyvykkäänä suojelemaan ja taistelemaan. Vainoavat EP:t ovat taipuvaisia kokemaan ja esittämään itsensä kuten alkuperäinen kaltoinkohtelija liittyen alkuperäisiin traumaattisiin toimintoihin.

Vainoavat EP:t, kuten heidän todelliset kaltoinkohtelijansa eivät omaa säätely-taitoja tullakseen toimeen vihan ja raivon tai kivun, häpeän ja pelon kanssa, jotka piilevät paljolti heidän vihamielisyytensä alla. Ne usein taistelevat epätoivoisesti kontrolloidakseen, pyrkien vaijentamaan pelokkaan EP:n, toimien näin sellaisilla tavoin, jotka ovat imitaatiota todellisen kaltoinkohtelijan toiminnoista ja sanoista, jotka vain korostavat toisten osien pelkoja. Täten kehittyy pelon ja raivon/sisäisen rankaisun noidankehä. Niinpä näiden osien tulee oppia vaihtoehtoisia tapoja toimia raivossaan ja selviytyä intensiivisistä tunteistaan.

Hoidon varhaisessa vaiheessa nämä molemmat EP-tyypit ovat suhteellisen aktiivisia, luoden epävakautta sekä potilaan että hoitosuhteen sisälle. Aggressiiviset EP:t saattavat ottaa aktiivisesti kontaktia terapeuttiin suoraan verbalisoiden luottamuksen puutetta ja terapeutin vajavuuksia. Vainoavat EP:t saattavat säilyä sisäisinä kätkeytyinä, mutta kauhistuttavina, vihamielisinä ja mitätöivinä sisäisinä ääminä, usein pelotellen potilasta ”olemaan kertomatta” traumatisoivista tapahtumista tai aiheuttaen potilaalle uudelleenkokemuksia näistä tapahtumista siten, että hän kokee ylivoimaisuutta ja välttelee terapiaa.

Tarvitaan paljon työtä laajentamaan aggressiivisten ja vainoavien EP:iden kapeutunutta tietoisuuden kenttää puolustus-taktiikoiden ulkopuolelle. Terapeutin täytyy jatkuvasti selittää aggressiivisten persoonallisuuden osien suojelevia tehtäviä toisille osille voimistaakseen yhteistoimintaa ja empatiaa. Terapeutin täytyy tavoitella voimakkaasti suoraa, luottamuksellista ja empaattista kontaktia EP:iden kanssa, kombinoituna hyvään rajojen asettamiseen aggressiivisen käyttäytymisen suhteen, lykäten näin tuhoisaa käyttäytymistä ja rakentaen taitoja (katso Van der Hart &, 1998).

Siinä vaiheessa kun integratiivista kapasiteettia on saatu nostettua siten, että ANP ja avain-EP:t kykenevät toimimaan enemmän tai vähemmän adekvaatisti nykyisyydessä, pystyvät ylläpitämään kiinnittymistä terapeuttiin, pystyvät sietämään ja säätämään mielensisältöjä ja ovat kehittäneet jossain määrin empatiaa ja yhteistyötä, voidaan hoidon Toista vaihetta käynnistää. Kontra-indikaatiot (vasta-aiheet) hoidon Toisen vaiheen käynnistämiseksi sisältävät paitsi yllä olevien kykyjen ja taitojen puuttumisen, myös ajankohtaisen ja jatkuvan kaltoinkohtelun; ajankohtaiset akuutit ulkoisen elämäntilanteen kriisit tai ajat, joissa ylimääräistä energiaa tai keskittymistä tarvitaan normaalielämässä; äärimmäisen iän; fyysisen tai terminaali-vaiheen sairauden; psykoosin; vakavat persoonallisuuden ongelmat, jotka häiritsevät terapian perus-prosessia; ja kontrolloimattoman vaihtelun ANP:n ja EP:n välillä (Boon, 1997; Kluft, 1997; Steele & Colrain, 1990; Van der Hart & Boon, 1997). Nämä tavoitteet voidaan saavuttaa melko nopeasti korkealla tasolla toimivien potilaiden kohdalla, mutta saattavat olla aikaa vieviä (tavallisesti useita vuosia) potilailla, joiden toimintakyky on alhaisempi. Vaikkakin monet näistä tavoitteista saatetaan lopulta saavuttaa potilas-ryhmällä, joilla on huonompi prognoosi, hoidon Toisen vaiheen työ yleensä jatkuvasti vakavasti epävakauttaa näitä potilaita. Useimmiten näiden äärimmäisen vaikeiden tapausten kohdalla täydellistä stabilisaatiota (vakaata tilaa) ei saavuteta, ja hoidon Ensimmäisen vaiheen työ säilyy hoidon lopullisena tavoitteena. Kaikissa tapauksissa, potilasta tulisi informoida mahdollisuudesta siirtyä hoidon Toiseen vaiheeseen.

## **HOIDON TOINEN VAIHE: TRAUMAATTISTEN MUISTOJEN HOITAMINEN**

Päätavoitteet hoidon Toiselle vaiheelle ovat traumaattisten muistojen syntetisoiminen ja realisaatio monien persoonallisuuden osien kesken, jolloin rakenteellinen dissosiaatio tulee tarpeettomaksi. Traumaattisen kokemuksen tärkeimpien elementtien täytyy tulla syntetisoiduiksi, tulla jaetuksi

ANP:(ide)n ja EP:(ide)n kesken ja muuntua symboliseksi verbaaliseksi selitykseksi, joka on personifioitu. Silloin mentaaliset ja käyttäytymisen tason toiminnot nykyisyydessä voivat alkaa muodostua tämän uuden integraation pohjalle.

### **Fobioiden voittaminen liittyen turvattomaan kiintymyssuhteeseen kaltoinkohtelijan kanssa**

Krooninen vaihtelu heräävien kiinnittymisen ja puolustuksen toimintajärjestelmien välillä suhteessa samaan huoltajaan on turvattoman kiintymyssuhteen pohjana. Turvaton kiintymyssuhde sisältää intensiivistä sitoutumista ja uskollisuutta, lojaalisuutta siinä uskossa, että kiinnittyminen kaltoinkohtelijan kanssa on elämän ja kuoleman kysymys. Käyttäytymisen muodot, jotka liittyvät turvattomaan kiintymyssuhteeseen assosioituvat matalaan integraatiokapasiteettiin: refleksinomaisuus, tunnepitoisuus, impulsiivisuus, kognitiivisen prosessoinnin puuttuminen. Ne sisältävät kaipauksen, huonosti sopeuttavan riippuvuuden ja alistumisen ollessaan kontaktissa kaltoinkohtelijaan sekä kyvyttömyyden realisoida kaltoinkohtelijaan liittyviä vaaroja (Steele &, 2001). Monet ANP:t ovat turvattomasti kiinnittyneet kaltoinkohtelijaan.

Lukuun ottamatta EP:itä, jotka ovat kiinnittyneitä kaltoinkohtelijaan kiintymyshuuto-toiminta(-ala-)järjestelmän välityksellä, EP:t eivät suuntaudu kohti kiinnittymistä vaan pikemmin kohden puolustusta ja toipumista. Näin ollen ensimmäiset interventiot suuntautuvat yleensä kohti puolustuksellisten ja toipumiseen liittyvien järjestelmien jäykän luonteen väljentämistä näissä persoonallisuuden osissa, pikemmin kuin kohti kiinnittymisen edistämistä suhteessa terapeuttiin. Aluksi kaikkien osien tulisi alkaa tuntea olonsa turvalliseksi nykyisyydessä, vaikka ne eivät olisi suorassa kontaktissa terapeuttiin. Mutta terapeutti voi ”puhua” näille osille ja ”puhua (toisten osien) kautta/läpi” näille osille, rohkaisten niitä ”katsomaan ja kuuntelemaan ja keskittymään nykyhetkeen, missä mitään vahinkoa sinulle ei voi tapahtua tässä huoneessa”. Kuitenkin paljon työtä on tehtävä aggressiivisten osien kanssa ennen kuin ne voivat todella puolustautua empaattisesti ja yhteistyössä, kuten huomioitiin hoidon Ensimmäisessä vaiheessa. Taistelu-EP:n tulisi esimerkiksi olla tietoinen ja oppia supportiiviseksi sekä EP:tä kohtaan, joka on kiinnittyneenä kaltoinkohteleviin huoltajiin.

Joustavuus kehittyy vähitellen aiemmin jäykästi fiksoituneiden persoonallisuuden osien välillä. Kun puolustus-järjestelmä on kehittynyt joustavammaksi ja vähemmän dissosioituneeksi ja kun osa on tullut paremmin orientoituneeksi nykyisyyteen on sillä vähemmän tarvetta puolustukselliseen toimintaan. Tässä vaiheessa kiinnittyminen terapeuttiin voi tulla pienin askelin onnistuneesti viimeistellyksi. On elintärkeää, että EP:t ja ANP:(t) vähitellen myös tulevat turvallisemmin kiinnittyneiksi toistensa kanssa. Muutoin fantasia terapeutista pelastajana saattaa kehittyä intensiiviseksi rakennettaessa liittoutumista.

Tässä hoidon vaiheessa ensisijaisen tärkeää on identifioida ja hoitaa monien ANP:iden ja EP:iden korvaavia uskomuksia (engl. substitute beliefs, Janet, 1945) liittyen kaltoinkohtelijaan, traumaan ja ajankohtaiseen elämään. Nämä fantasiat ovat matalan tasoisia mentaalisia toimintoja, jotka ovat korvaavia toimintoja nykyisyyden rakentaville toiminnoille. Ne sisältävät usein idealisaatiota huoltajasta/ kaltoinkohtelijasta ja itsen mitätöintiä (sisältäen syytöksiä ja häpeää siitä mitä on tapahtunut), säilyttäen tunteen sisäisestä kontrolloitavasta alueesta, välttäen täten äärimmäisen avuttomuuden, mutta pitäen samalla potilaan nykyisyydessään kaaoksen tilassa ja rajoittuneesti toimivana.

### **Fobian voittaminen traumaattista muistoa kohtaan**

Tämä on yksi vaikeimmista fobioista voitettavaksi, siihen vaaditaan korkeaa ja ylläpidettyä integraatiokykyisyyttä ANP:(i)ltä ja EP:(i)ltä. Tällaisen huolellinen ajoittaminen sekä yli- että alivireyden säätely ovat ehdottoman keskeisiä onnistumiselle. Vasta-aiheita tämän vaiheen aloittamiselle pitäisi noudattaa tiukasti. Mitä alhaisempi integratiivinen kyky henkilöllä on sitä hitaammin tämän askeleen tulee tapahtua hoidossa, useine palaamisineen hoidon Ensimmäisen vaiheen interventioihin.

Traumaattista muistoa hoidetaan useassa osassa (Van der Hart & , 1993):

(1) valmistelu, jossa tapahtuu huolellinen suunnittelu; (2) synteesi, dissosiaation purkaminen liittyen traumaattisen muiston osatekijöihin ja elämäkerrallisen (narratiivisen) selityksen aloittaminen, joka lopulta käsittää kaikki persoonallisuuden osat. Tiettyjen muistojen tai muistojen osien synteetit ovat suunniteltuja tapahtumia, jotka tapahtuvat terapiatunnin aikana tai terapiatuntien sarjan aikana; ja (3) realisaatio, sisältäen personifikaation ja presentifikaation tason lisääntymisen. Tämä viimeinen osa (3) on selvästi enemmän prosessi-orientoitunut ja tapahtuu ajan kuluessa. Tämä on usein ratkaiseva puuttuva rengas traumaattisten muistojen hoitamisessa. Jotkut terapeutit näkevät muiston ”mieleenpalautumisen” prosessin loppuna, vaikka todellisuudessa tämä on oikeastaan pikemminkin alku vaikealle ja pitkälle vaiheelle. Ensiarvoisen tärkeää on ANP:iden sisällyttäminen tähän työhön, vaikkakin saattaa tulla ajanjaksoja, jolloin synteesi ja vaihtelevan tasoinen realisaatio tapahtuu EP:iden kesken, (esim. kun monet puolustuksen alajärjestelmät saattavat tulla integroiduiksi ennen työskentelyä ANP:n kanssa trauman realisoimiseksi).

### **Valmistelu**

Turvallisuus ja ali- sekä ylivireyden ehkäiseminen pitäisi varmistaa. Jos vasta-aiheet (kontra-indikaatiot) on otettu huomioon ja valmistelu on perusteellinen, negatiiviset reaktiot ovat vähemmän todennäköisiä. Joskus on hyödyllistä järjestää joku toinen ajamaan autolla potilas kotiin suunnitellun synteesi-tunnin jälkeen, jotta potilas saa tukea synteessin jälkimainingeissa. Potilaalle saattaa olla tarpeellista ottaa vapaata työstään tai muista velvollisuuksistaan. Mutta ideaalisesti potilaan tulisi pystyä jatkamaan toimintaansa päivittäisessä elämässä, koska tämä kertoo voimakkaasta integraatiokyvystä. Suunnitellusti pidennetyt tunnit saattavat olla hyödyllisiä, ei lisäämään kokemuksen intensiteettiä tai kestoja vaan pikemmin, jotta traumaattista kokemusta voidaan hitaasti annostella ja antaa potilaalle paljon aikaa uudelleen maadoittua sekä täysin orientoitua nykyisyyteen ennen lähtemistään tunnilta. Potilaalla tulisi olla kokemusta traumaattisten muistojen integroimisesta sekä täysi ymmärrys tämän tarkoituksesta. Hypnoosia saatetaan käyttää prosessin tämän aspektin tukemiseksi, mutta vain jos terapeutti on hyvin koulutettu, suostumus on annettu, ja potilas on tutustunut hypnoosin käyttöön.

Valmistelun aikana, jos mahdollista, terapeutille on hyödyllistä tietää jotain traumatisoivien tapahtuman perussisällöstä, sisältäen sen alkamisen ja päättymisen. Ollessaan tietoinen traumaattisten tapahtumien alkamisesta ja loppumisesta estetään potilasta ”juuttumasta keskelle” synteessin aikana. Tämä voidaan parhaiten toteuttaa niiden dissosioituneiden osien kanssa ( esim. havainnoivien osien), jotka voivat suoriutua tästä joutumatta traumatisoivan tapahtuman kontrolloimattomaan uudelleenkokemiseen. Tämä tarkoittaa, että persoonallisuuden osien, jotka eivät ole vielä valmiita kuulemaan tulisi vetäytyä turvapaikkoihinsa. Riippuen synteessin sisällöstä, suunnitelma keskittyy kysymykseen, mitkä dissosioituneista osista aluksi osallistuisivat (ts. yksi tai useampi osista, joka sisältää kokemuksia, aspekteja traumaattisesta muistosta ja osat, jotka voivat täyttää auttajan roolin) tarjoaisivat esim. rohkaisua, rakennetta tai lohdutusta – synteessin aikana tai sen jälkeen.

On monia potilaita, joille tällaiset havainnoivat osat eivät ole saatavilla tai jotka ovat kyvyttömiä

säiliöimään affekteja riittävästi. Tällaista potilasta voidaan valmistella auttamalla kaikkia osia tutkimaan huonoimman tilanteen mahdollisuuksia (Mikä on pahinta mitä pystyt kuvittelemaan, minkä kanssa voisit joutua tekemisiin liittyen siihen mitä muistat?”, ja ”Jos se tapahtuu, miten voimme yhdessä auttaa sinua parhaiten tulemaan toimeen sen kanssa?”, ”Mitkä ovat muita asioita, joiden kanssa saatat kokea vaikeiksi tulla toimeen?”).

Monet kognitiiviset virheet ja vääristymät, sisältäen korvaavat uskomukset olisi pitänyt jo aiemmin tunnistaa tai korjata, mutta jotkut näistä ovat avoimia muuntumiselle ainoastaan vasta synteessin jälkeen. Tietoisten kognitiivisten virheiden olemassaolon lisäksi traumaan on upotettuina asiayhteyteen spesifisti liittyviä uskomuksia ja kokemuksia, joista monet ovat dissosioituneina EP:ihin. Näitä kutsutaan fiksoituneiksi ideoiksi (*idées fixes*, Janet, 1894, 1898) tai ajatuksiksi tai mielikuviksi, jotka saavat liioiteltuja mittasuhteita, omaavat korkean emotionaalisen latauksen ja ovt dissosioituneina ANP:sta. Nämä ideat ilmenevät takautumisissa (flashbacks) tai mieleentunkeutuvissa ajatuksissa (uudelleenkokemuksissa).

## Synteesi

Synteessin olemus on, että terapeutti ohjaa potilasta (tai tiettyjä persoonallisuuden osia) läpi lyhyiden intensiivisten kokemussarjojen, jossa traumaattisen muiston dissosioituneet aspektit tulevat jaetuiksi eri osien kesken. Synteesi on potilaan ja terapeutin yhteistyön ja kontrolloidun uudelleenaktivaation ponnistus. On monia mahdollisuuksia lähestyä synteesiä, riippuen terapeutin taidoista ja yksittäisen potilaan tarpeista. Jotkut potilaat työskentelevät tehokkaimmin syntetisoiden muistoja joidenkin osien ollessa paikalla ja toisten ollessa turvapaikassa ja näin ollessa ottamatta osaa synteesiin. Kun taas toisilla potilailla synteesi tapahtuu tehokkaimmin kun kaikki osat ovat paikalla tietyllä ajan hetkellä. Jonkin verran synteesiä saattaa tapahtua tuntien ulkopuolella, riippuen henkilön integraatiokyvystä. Traumaattisten muistojen kanssa työskentely on oleellisesti yksilöllinen prosessi.

Jokaista tai kaikkia traumaan liittyviä yksityiskohtia ei tarvitse jakaa. Se mikä on oleellista on jakaa ns. patogeeniset ytimet (*pathogenic kernels*, Van der Hart & Op den Velde, 1995), (ts. traumaattisen kokemuksen kaikkein pelottavimmat aspektit, niiden joita potilaat välttelevät hinnalla millä hyvänsä). Monien potilaiden kohdalla riittävä integratiivinen kyky voidaan saavuttaa siten, että traumaattinen kokemus voidaan jakaa läpi koko persoonallisuuden yhdellä kertaa. Joskus saattaa olla tarpeellista työskennellä pienempien osa-ryhmien kanssa vaiheittain. Jos viimeksi mainittu on tarpeellista, pitäisi potilaan ja terapeutin välillä käydä keskustelu ja sopia mitä elämän alueita tai toimintajärjestelmiä (esim. työ, vanhemmuus) ja näihin liittyviä persoonallisuuden osia pitäisi suojella meneillään olevalta synteessin kokemuksesta.

Synteessin onnistumiseksi on tärkeää, että vireys-tasoa kontrolloidaan: paniikki ja traumaattisen kokemuksen uudelleen-dissosiaatio pitäisi pystyä estämään. Tähän pyrittäessä terapeutin tulisi selittää, että traumaattista muistoa ei tarvitse uudelleen kokea alkuperäisenä ylivoimaisena tapahtumana (ts. sitä ei tarvitse elää uudelleen). Sen sijaan vireyttä voidaan säädellä, esimerkiksi määrään ”3” asteikolla yhdestä viiteen. Terapeutin ja potilaan sinnikkäät ja jatkuvat ponnistelut pitää potilas nykyhetkessä ja kontaktissa terapeuttiin ovat tärkeitä synteessin onnistumiselle. Käyttäytymisterapian termin, etukäteisvaatimuksina synteessille ovat kombinaatio porrastettua altistamista ja niiden patologisten välttämis-reaktioiden ehkäisemistä, sisältäen jatkuvan rakenteellisen dissosiaation ja niiden patologisten välttämis-reaktioiden ehkäisemistä, jotka ylläpitävät rakenteellista dissosiaatiota (Nijenhuis, 1994). Vaikkakin jotkut kirjoittajat dissosiaatiohäiriöiden kentällä ovat käyttäneet termejä kuten kontrolloitu abreaktio tai abreaktiivinen työ kuvaamaan tätä prosessia (esim. Fine, 1993; Kluff, 1994a), ei synteesiä pitäisi

ymmärtää väärin prosessiksi, jonka tarkoituksena on kontrolloimaton kiihkeiden tunteiden ilmeneminen mihin termillä ”abreaktio” viitataan (katso Van der Hart & Brown, 1992, kriittinen analyysi).

On olemassa monta erilaista muotoa synteesiä. Esimerkiksi Van der Hart & (1993) kuvasivat nopean ja kattavan version yksittäisestä tunnista, kun toiset ovat kuvanneet paljon vaihteellisempia lähestymistapoja (ts. pilkottu synteesi, engl. fractionated synthesis), jossa synteesi on jaettu moniksi pienemmiksi askeliksi, jotka saattavat käsittää joitakin tai jopa monia tunteja (Fine, 1993; Kluff, 1994a; Van der Hart & ,1993). Annosteltua synteesiä saattaa tapahtua käytettäessä prosessin aikana EMDR:ä ja runsaasti SUDS-asteikkoa (esim. Gelinan, 2003; Twombly, 2000). Itse asiassa, SUDS-asteikon käyttö on hyödyllistä jopa ilman EMDR:ä. Ottaen kuitenkin huomioon sen tosiasian, että EMDR on siinä määrin voimakas ja potentiaalisesti epävakauttava tekniikka, ei voida liiallisesti painottaa, että sitä tulisi käyttää ainoastaan hyvin koulutettujen kliinikoiden, jotka ovat kokeneita dissosiaatiohäiriöiden hoidossa. Pilkottua synteesiä voidaan usein käyttää silloin kun nopea ja kattava lähestymistapa vaatisi liikaa potilaan integratiiviselta kyvyiltä.

Yleensä ottaen kaikki jakamaton materiaali, joka jää synteesi-tunnilla käsittelemättä, pitäisi käsitellä seuraavalla tunnilla tai pian sen jälkeen. Varovaisuutta tulee noudattaa sen suhteen, etteivät nämä käsittelemättömät traumaattisen muiston aspektit tule ylivoimaisiksi potilaalle ennen niiden käsittelyä. On kuitenkin usein hyödyllistä pitää riittävästi kognitiivisesti prosessoivia tunteja synteesi-tuntien välissä, koska aikaa ja tukea tarvitaan materiaalin personifioimiseen ja realisoimiseen täysin. Hypnoottiset tekniikat tai mielikuvat voivat olla hyvin hyödyllisiä, kuten näiden käsittelemättä jääneiden seikkojen laittamista kuvitteelliseen turvapaikkaan.

### **Realisaatio**

Integraatiossa synteesi yksistään on riittämätöntä. Traumaattisen muiston pitää tulla täysin narratiiviseksi elämäkerralliseksi muistoksi (ts. sen täytyy personoitua ja realisoitua täysin). Suuria vaikeuksia kohdataan usein autettaessa henkilöä ANP:na täysin realisoimaan historiaansa, vaikka hän olisikin siitä tietoinen. ANP:n pitäisi kyetä vähitellen tulemaan vähemmän vältteleväksi ja hyväksyvämmäksi EP:itä kohtaan, omistamaan täysin menneisyyden kokemukset, muodostamaan narratiivisia selityksiä traumaattisista kokemuksista dissosioimatta enää.

Kun työtä on tehty riittävästi hoidon Toisessa vaiheessa, mikä yleisesti mahdollistaa potilaalle korkeamman integratiivisen kapasiteetin hankkimisen ja kun fobia traumaattisia muistoja kohtaan ei ole enää etualalla, voidaan hoidon Kolmannen vaiheen työ käynnistää. Yleensä tapahtuu melko spontaania liikettä edes takaisin Kolmanteen vaiheeseen, kun potilas alkaa tutkimaan Kolmanteen vaiheeseen liittyviä kysymyksiä.

### **HOIDON KOLMAS VAIHE: PERSONALLISUUDEN INTEGRAATIO JA LIITTYMINEN NORMAALIELÄMÄÄN**

Kirjallisuudessa laaja keskittyminen hoidon Kolmannen vaiheen työhön usein puuttuu (paitsi katso Kluff, 1993b), aivan kuin vain Ensimmäinen ja Toinen vaihe olisivat tärkeitä. On olemassa myös sitkeä myytti potilaiden ja joidenkin kliinikoiden keskuudessa, että traumaattisten kokemusten muistaminen olisi riittävää paranemiselle. Tosiasiassa hoidon Kolmas vaihe saattaa sisältää vielä joitakin kaikkein vaikeimpia tehtäviä (Van der Hart&, 1993): tuskallista surutyötä, joka on

välttämätöntä syventämään realisaatiota, korvaus-uskomusten, joista on voimakkaasti pidetty kiinni, uudelleensoitusta ja kamppailua liittymiseksi maailmaan uusin selviytymiskeinoin, jotka vaativat korkean taseisia mentaalisia ponnistuksia (ts. personifikaation ja presentifikaation tason nostamista ja tietoisuuden kentän laajentamista). Potilailla, jotka eivät pysty onnistuneesti toteuttamaan Kolmannen vaiheen työtä vaikeudet normaalielämässä usein jatkuvat, huolimatta saavutetuista merkittävästä helpotuksesta traumaattisten muistojen läpilyönnin osalta.

Hoidon Kolmanteen vaiheeseen sisältyy usein syvempää ja osallistuvampaa työtä liittyen vakavaan kehitykselliseen laiminlyöntiin, josta potilas on kärsinyt, koska kasvavat yritykset elää normaalia elämää usein tuovat valokeilaan vähemmän ilmeisiä puutteita liittyen toimintajärjestelmiin, jotka eivät ole adaptiivisesti kehittyneitä. Vakavasti traumatisoituneet potilaat ovat stressin alaisena taipuvaisia sinnikkäästi dissosioimaan ja ovat tottuneita tietoisuutensa kentän kapeutumiseen sekä joskus tietoisuutensa tason alentumiseen. Jatkuva relapsin ehkäiseminen, sisältäen stressirokotuksen ja itsehoidon aktiivisuuden (dissosiaatiolla pelottelun, engl. deterrence of dissociation) sekä tietoisuuden kentän laajentamisen, jotka ovat jatkuvasti keskeisiä tavoitteita Kolmannessa vaiheessa.

Persoonallisuuden osat tekevät yleensä vähittäisiä liikkeitä toistensa kanssa kohti fuusiota. Ne tulevat vähemmän erillisiksi ja itsenäisiksi kun päivittäisen elämän empatia, jakaminen ja kasvava yhteistyö lisääntyvät. Tämän vähittäisen prosessin seurauksena on useita väyliä fuusioitua: formaaliset, suunnitellut fuusio-rituaalit, hypnoosin kanssa tai ilman sitä; spontaanit fuusiot välittömästi synteessin jälkeen; spontaanit fuusiot, jotka tapahtuvat terapian ulkopuolella; tai vähittäiset osien sekoittumiset, jotka fuusioituvat luonnonmukaisesti ajan myötä (esim. Kluft, 1993b). Terapeuttisen työn tulee jatkua näiden integratiivisten askelten tukemiseksi, jotka saattavat häiriytyä kriisien tai uusien traumaattisten muistojen ilmaantumisen myötä. Tosiasiassa Kolmannen vaiheen aikana on melko yleistä uuden traumaattisen materiaalin, kuten myös uusien persoonallisuuden osien ilmaantuminen. Tämä johtuu osittain integraatiokyvyn lisääntymisestä ja potilaan lisääntyneestä kyvykkyydestä sietää aiemmin dissosioituneita kokemuksia. Tämä on normaali ja odotettavissa oleva hoidon kehityskulku ja tällaisina aikoina tulee väliaikaisesti palata Ensimmäisen ja Toisen vaiheen työhön.

Terapeuttien ja potilaiden ei tulisi odottaa täydellisen persoonallisuuden integraation tapahtuvan kovin nopeasti. Yleisenä ohjeena on, että se mikä vaikuttaisi olevan ”lopullinen fuusio” dissosioituneiden persoonallisuuden osien välillä ei yleensä ole viimeinen. Pohjautuen hänen laajaan hoito-kohortin havaintoihinsa Kluft (1993b) esitti, että vasta 27 kuukauden jälkeen ilman enempiä dissosiaation manifestaatioita saatetaan turvallisesti olettaa, että integraatio on todella turvattu, viitaten sääntilliseen seurannan tarpeeseen.

Hoidon Kolmannessa vaiheessa huomioitavat fobiat liittyvät normaalielämässä elämiseen suhteellisen vapaana traumaattisista läpilyönnistä ja dissosiaatiosta.

### **Fobian voittaminen normaalielämää kohtaan**

Ennen Toisen vaiheen työtä normaalielämä sisältää usein monia trauma-muistuttajia tai ehdollistuneita ärsykeitä, jotka herättävät ylivoimaisia uudelleenkokemuksia. Täten monet elämänalueet ovat olleet uupumukseen asti välteltyjä ja tämän seurauksena elämä on kapeutunut. Normaalielämä pitää myös sisällään vaatimuksia sopeutua ja integroida laajalti monimutkaisia, joskus myös vaikeita kokemuksia. Tämä voi olla pelottavaa henkilölle, jonka elämä on organisoitunut kapeuttamisen ja välttämisen ympärille.

Ensiksi tulee arvioida normaalielämän taso, sen tosiasiallinen normaalius (tietenkin, on lukuisia mahdollisuuksia siinä mitä pidetään ”normaalina”), sisältäen sen mitä potilas toivoisi saavuttavansa. On ehdottoman välttämätöntä määrittää eläkö potilas suhteellisen tasapainoista elämää työssään, leikissään, levossaan ja ihmissuhteissaan, ja ovatko nämä kokemukset merkityksellisiä ja personoituja. Useimmiten näin ei ole, koska tasapaino normaalielämässä vaatii korkeaa integraatiokykyisyyttä ja toimintajärjestelmien välistä joustavuutta sekä yhteistoimintaa. Vaikkakin hoidon Kolmannessa vaiheessa on saattanut tapahtua paljon integraatiota ANP:iden ja EP:iden välillä, edelleen on työtä aktivoida täysin ja hioa toimintajärjestelmiä ja niiden keskinäistä riippuvuutta toisistaan. Esimerkiksi ANP, joka on erinomainen äiti oli kykenevä onnistuneesti integroimaan useita lapsi-EP:itä. Kuitenkaan sen enempää ANP:llä kuin EP:illä ei ollut kokemusten tutkimisen tai leikin toimintajärjestelmistä (vaikka ANP oli melko taitava tukemaan lapsiaan leikkimään tai tutkimaan osana hoiva-toimintojaan). Täten potilaan elämän vuorovaikutussuhteissa luovuus, huumori ja leikillisuus säilyivät poissaolevina. Nämä järjestelmät aktivoituivat vaiheittain psykoedukaation avulla, harjoittelulla ja vähitellen pitkitettyillä ja monimutkaisilla tehtävillä (Van der Hart & 1989), toisia ihmisiä havainnoimalla vähittäin kehittyneissä useissa ystävyysuhteissa, joissa ystävät olivat taitavampia näillä elämänalueilla, sekä ajoittain uusien fiksoituneiden ideoiden ja traumaattisten muistojen ratkeamisen myötä.

Syventyminen normaalielämään tuo usein lisääntyvää iloa ja innostuneisuutta uusista edistymisistä ja myönteisistä kokemuksista. Mutta samanaikaisesti syntyy perustavaa surua siitä, että on joutunut olemaan niin kauan poissa normaalielämästä. Potilaat voivat kokea hämmennystä ja häpeää parantumisen tuottamista kaksinaisista tunteista ja heitä tulisi auttaa näiden tunteiden hyväksymisessä. On olemassa voimakas realisaatio siitä, mikä on menetetty tai puuttuu, ei ainoastaan traumaattisen lapsuuden aikana, vaan myös aikuisuudessa, tuloksena kroonisen dissosiaatiohäiriön kumuloituvista tuskista. Täten sureminen on oleellinen prosessi hoidon Kolmannen vaiheen aikana. Suremisen tulisi liittyä voimakkaaseen tietoisuuteen nykyhetkestä (presentifikaatio), kyvykkyyteen hoivata itseään, mielihyvän vastaanottamiseen uusista saavutuksista elämässään ja yhteyteen toisten ihmisten kanssa. Muutoin potilas saattaa vajota epätoivoon, tuntien äärimmäistä eristäytyneisyyttä sietämättömän menetyksensä kanssa. Terapeutti voi toimia oleellisessa roolissa onnistuneessa surutyössä, ollen empaattisesti potilaan kärsimyksen (ja seuraavan parantumisen) kannattelevana todistajana (engl. bearing witness). Surutyö täten restauroi empaattisen yhteyden itseen, toisiin ja maailmaan, mikä yhteys oli kadonneena trauman aikana (Herman, 1992; Laub & Auerhahn, 1989; Van der Hart &, 1993; Van der Hart & Nijenhuis, 1999).

Kaikki osat (ANP:t ja EP:t) ja täten kaikki toimintajärjestelmät tulevat saataville nykyhetkessä työskenneläkseen yhdessä kohti jaettuja päämääriä, sisäiset tilat tulevat vähemmän ristiriitaisiksi ja huomio saatetaan kohdistaa paremmin sopeuttaviin keinoihin nykyisyydessä. Altistuminen tilanteille, joissa uutta sopeutumista ja oppimista voi tapahtua on välttämätöntä ratkaistaessa fobiaa normaalia elämää kohtaan, mutta nämä kokemukset herättävät vielä yhden liitännäisen fobian: sen joka kohdistuu terveeseen riskinottoon ja muutokseen.

### **Fobian voittaminen tervettä riskinottoa ja muutosta kohtaan**

Riskinotto ja muutos ovat tarpeellisia jatkuvalla sopeutumiselle nykyhetken olosuhteisiin. Monet traumatisoituneet potilaat ilmaisevat pääsääntöistä muutoksen pelkoa, mikä johtaa monotoniseen ja kapeutuneeseen elämäntapaan, lukuun ottamatta kaoottisia aikoja, kaoottisuuden ollessa tuttua useimmille potilaille. Janet (1903, 1909a) totesi, että matalan integraatiokyvyn tilanteessa yksi ensimmäisistä ilmaantuvista vaikeuksista on fobia, joka liittyy uusiin tilanteisiin sopeutumista kohtaan. Vakavimmillaan tämä voi ilmetä intensiivisenä välttämisenä ja pelkona kaikkia sisäisiä ja



ulkoisia muutoksia kohtaan. Tämä fobia on usein erityisen ilmeinen tietyillä ANP:illä.

Hoito sisältää korvaus-uskomusten ja fiksoituneiden ideoiden, jotka liittyvät muutokseen, korjaamisen (esim. muutos on vaarallista, sietämätöntä, tai tulee herättämään avuttomuutta ja kyvyttömyyttä). Traumaattisen muiston ratkaiseminen on välttämätöntä, koska muutoksen käynnistyminen usein herättää puolustusjärjestelmän edustuksia (EP:itä), jotka sitten lyövät läpi tai kytkevät ANP:n pois. Yksi potilas näki hyvin selvän ja konkreettisen yhteyden pelkonsa kaikkea muutosta kohtaan ja kaltoinkohtelun välillä: ”kun isäni alkoi harjoittamaan seksiä kanssani, kaikki muuttui. Muutos edustaa minulle kaikkein hirveintä asiaa mitä voisi tapahtua. Seksi tuotti kipua, siis muutos tuottaa kipua.” Muutos on täten käsitetty vakavaksi vaaraksi. Harjoittelu, vähittäiset tehtävät, lisääntynyt tietoisuus ja terapian aikana tapahtuneiden turvallisten muutosten personoituminen, sekä jatkuva tuki ylläpidetylle mentaaliseksi ponnistukselle liittyen muutokseen ja riskinottoon ovat tärkeitä interventioita.

### **Fobian voittaminen intimiteettiä kohtaan**

Fobian voittaminen läheistä ihmissuhdetta (intimiteettiä) kohtaan on ehkä yksi onnistuneen hoidon kulminaatiopiste. Se vaatii kaikkien toimintajärjestelmien integroitumista henkilökohtaisen tietoisuuden kentällä ja korkeimman tasoisesti ylläpidettyä personifikaatiota ja presentifikaatiota. Pystyäkseen kypsyään intimiteettiin potilaan täytyy voittaa fobiansa sisäisiä tiloja, kiinnittymistä, traumaattisia muistoja, riskinottoa ja muutosta sekä normaalielämää kohtaan. Läheinen ihmissuhde toteutuu monissa muodoissaan, kuten emotionaalisesti, fyysisesti (ei-seksuaalisesti) ja seksuaalisesti. Fobiat saattavat liittyä joihinkin tai kaikkiin näistä muodoista.

Laajasti ottaen intiimiä ihmissuhdetta kohtaan tulee huomioida terapeuttisen vuorovaikutussuhteen sisällä, minkä pitäisi tarjota kokemus turvallisuudesta kiinnittymisestä/ kiintymyssuhteesta. Intiimiä ihmissuhdetta kohtaan tunnetun fobian voittaminen edellyttää kuitenkin realisaatiota siitä, että yksilön oma kapasiteetti intiimiin suhteeseen ei rajoitu vuorovaikutussuhteeseen yhden ihmisen kanssa (ts. terapeutin). Tämän realisaation tullessa täysin integroiduksi, intiimi suhde täytyy kokea vähemmän kontrolloidussa tilanteessa (ts. ”oikeassa” maailmassa), muiden ihmisten kanssa. Potilasta tulisi auttaa tämän vähittäisessä lähestymisessä. Pelon voittaminen liittyen emotionaaliseen intimiteettiin tapahtuu ennen fyysistä ja seksuaalista intimiteettiä, koska jälkimmäiset kaksi tarvitsevat ensimmäisen. Yleisesti ilmenee äärimmäistä vastustusta menetyksen kokemusta kohtaan ja intiimin ihmissuhteeseen assosioituu ilmeinen riski tähän. Kasvavat tasot presentifikaatiota suojaavat potilasta, jotta hän ei eläisi oletetussa katastrofaalisessa tulevaisuudessa, täynnä sietämättömiä menetyksiä, tai menneisyydessä, jossa vuorovaikutuksellinen menetys ja kipu olivat päällimmäisiä. Lisäksi potilaan tulee kyetä sietämään nykyisyydessä kaikkein tavallisimpia pieniä muutoksia ja hankaluuksia, joita nousee esille normaaleissa intiimeissä suhteissa. Tämä vaatii adekvaatteja konfliktin selvittelytaitoja, empatiaa, itsensä tyyntämistä, reflektiivistä ajattelua pikemmin kuin refleksimäistä toimintaa ja kykyä erottaa vaikeuksien erilaisia asteita vuorovaikutussuhteissa, siten että ali- ja ylireagointia ei tapahdu.

Intimiteetti vaatii hyviä rajoja, sekä sisäisiä että vuorovaikutuksellisia. Potilaat joutuvat yleensä oppimaan henkilökohtaisten rajojen tärkeyden, sen kuinka ja milloin soveltaa niitä ja kuinka vastata tuloksellisesti toisten rajoihin, ilman kokemusta hylätyksitulemisesta, huomaten että ”hyvät aidat tekevät hyvät naapurit”. Toimivat rajat vähentävät intimiteetin pelkoa, antaen tunnetta henkilökohtaisesta kontrollista ja yhdenmukaista voimien tasapainon vuorovaikutussuhteissa.

Tässä vaiheessa toistamme, että vaiheittain-orientoitunut hoito on syklistä. Kolmannen vaiheen työ saattaa aika ajoin avata oven Ensimmäisen ja Toisen vaiheen työlle. Silloin kun potilas alkaa

käyttää uusia toimintoja, kuten aloittaa intiimin seksuaalisen suhteen jäljelle jääneitä seikkoja saattaa ilmaantua kuten persoonallisuuden osia, jotka eivät ole riittävästi osallistuneet hoitoon.

## YHTEENVETO

Teoria persoonallisuuden rakenteellisesta dissosiaatiosta juontaa juurensa myöhäisen 1800-luvun ja varhaisen 1900-luvun käsityksiin dissosiaatiosta ja on rikastunut viimeaikaisilla tutkimuslöydöksillä ja kliinisillä huomioilla. Se käsittää koko traumaan liittyvien häiriöiden kirjon. Teoria tarjoaa hyvän hypoteesin tulokselliselle hoidolle ja tulevaisuuden tieteellisille tutkimuksille, jotka liittyvät dissosiaatioon. Tässä artikkelissamme keskitymme traumaan liittyvien fobioiden hoitoon kompleksisessa dissosiaatiohäiriöissä. Näiden häiriöiden syynä on krooninen integraatiokapasiteetin vajavuus, joka häiritsee traumasta selviytyjän sopeutumisen laatua hänen sekä mentaalisisä että käyttäytymisen tason toiminnoissaan. Tässä yhteydessä selviytyjät ovat taipuvaisia kehittämään monia fobioita, jotka ylläpitävät tai vahvistavat traumaan liittyvää persoonallisuuden rakenteellista dissosiaatiota. Nämä fobiat ovat kaikkein runsaimmillaan kompleksisissa dissosiaatiohäiriöissä ja muodostavat ala-ryhmän huonosti sopeuttavien (maladaptiivisten) toimintataipumusten ryhmässä kroonisesti traumatisoituneilla henkilöillä. Näin ollen terapeutit auttavat potilaitaan korjaamaan epätarkoituksenmukaisia (dysfunktionaalisia) toimintataipumuksiaan, kehittämään kohdallisia taipumuksiaan ja voittamaan fobioitaan. Tämän työn tulisi mahdollistaa potilaalle lopulta heidän traumaattisten muistojensa synteessin ja realisoitumisen sekä auttaa integroimaan dissosiatiiiviset persoonallisuuden osansa, sopeutuen samalla elämänsä haasteisiin paremmin tuloksin.

Rakenteellisen dissosiaation teoria ja sen kanssa yhdenmukaiset kliiniset havainnot viittaavat siihen, että kroonisesti traumatisoituneet potilaat voivat saavuttaa nämä tavoitteet ainoastaan asteittain ja vaiheittain, joka käytännössä usein ottaa muodokseen toistuvan spiraalin (Courtois, 1999; Ford & in press). Täten terapeutit ohjaavat potilaansa vain sellaisiin terapeutisiin toimintoihin, mitkä potilaat voivat onnistuneesti aloittaa, suorittaa ja joista he pystyvät selviytymään. Jo Janet totesi, että onnistumiset nostavat traumasta selviytyjän integratiivista kapasiteettia, mikä tekee heille mahdolliseksi kehittää jossain määrin korkeamman tasoisia mentaalisia ja käyttäytymisen tason toimintoja, jotka voivat tulla foobisten ja toimimattomien korvaavien toimintojen tilalle. Nämä saavutukset lisäävät entuudestaan selviytyjän integratiivista kapasiteettia, mikä edistää korkeamman tasoisia toimintoja, jne.

Me käsitämme teorian persoonallisuuden rakenteellisesta dissosiaatiosta integroivana teoriana, joka mahdollistaa lukemattomien muihin teorioihin pohjautuvien interventtioiden käytön kuten psykodynaamisen, objekti-suhde-, kognitiivis-behavioraalisen jne., niissä puitteissa kun terapeutit seuraavat hoidon peruseriaatteita, joita teorianne esittää. Toisin sanoen teoria persoonallisuuden rakenteellisesta dissosiaatiosta on yhteensopiva ja täydentävä suhteessa moniin muihin teorioihin, jotka ohjaavat tulokselliseen kompleksisista dissosiatiiivisistä häiriöistä kärsivien potilaiden hoitoon. Uskomme että lisääntyvä ymmärrys ja tutkimus, joka lähtee rakenteellisen dissosiaatio-teorian pohjalta tulee kasvattamaan integroivamman ymmärryksen saavuttamista liittyen monimutkaisiin hoidollisiin kysymyksiin kroonisesti traumatisoituneilla henkilöillä.

### **Kirjallisuusviitteet:**

Journal of Trauma & Dissociation, 2005, volume 6, numero 3