

Aivan kuin minua ei olisi

Autoetnografia emotionaalisesta traumasta ja toipumisesta

Mai Peltoniemi

Opinnäytetyö, syksy 2017

Diakonia ammattikorkeakoulu

Sosiaalialan koulutusohjelma

Sosionomi (YAMK)

SISÄLTÖ

ALKUSANAT	4
TIIVISTELMÄ	6
ABSTRACT	7
KESKEINEN SANASTO JA LYHENTEET	8
1 KERRON TARINANI, KOSKA	9
2 ASIAKKAAN ÄÄNET MINUSSA	12
2.1 Miksi tarina haluaa tulla kerrotuksi?	13
2.2 Tabut on tehty rikottavaksi, stereotypiat murrettaviksi	15
2.3 Tutkijan tarina pähkinänkuoressa	18
2.4 Käsitteitä ja teoriaa	21
2.4.1 Tietoisuutta pakeneva trauma yksilön ja yhteiskunnan haasteena	21
2.4.2 Persoonan rakenteellisesta dissosiaatiosta	24
2.4.3 Trauman hoidosta	27
2.4.4 Identiteettikysymyksiin	32
3 TOISEN TIEDON AVAIMET: AUTOETNOGRAFIA JA KOKEMUSTUTKIMUS	34
3.1 Ulos marginaalista	36
3.2 Dialogisessa vuorovaikutuksessa - aineistona dialogi	37
3.3 Olen aineistoni myös kuvina ja kirjoituksina.....	40
3.4 Etäisyys on aika.....	42
3.5 Muutun tarinaksi jonka kirjoitan, ja muita eettisiä pohdintoja	44
4 ELÄMÄSTÄ JA OLEMASSAOLON KADOTTAMISESTA	48
4.1 "Olisin ollut kymppin tyttö, ellen olisi ollut mielummin poika"	49
4.2 "En kuulu oikein minnekään - Jeesus antaa luvan olla olemassa!"	52
4.3 "Armo ei kuulu homoille. Olemassaolon lupa peruutettu"	54
4.4 "Työnarkomaani ei ehdi ajatella olemassaoloa"	57
4.5 "Elämänhallinta pettää, olemassaolemattomuus vie vallan"	59
4.6 "Hulluuskierre: mitä tahansa kunhan ahdistus vaan loppuisi"	63
4.7 "Huumeiden avulla olemassaolemattomuus ei enää ahdistaa"	70

5 ELÄMÄSTÄ JA OLEMASSAOLON ETSIMISESTÄ.....	72
5.1 Psykodynaamista aikuisen vakautta	74
5.2 Kosketus ylettyy muihinkin osiin	83
5.3 Terapeuttisia liikkeitä ja liikkumattomuutta.....	90
5.4 Supervoimat kannattelee, muitakin on olemassa	97
5.5 Integraatiosta – haluan olla onnellinen enkä normaali	106
6 KIRJOITINKO MAAILMAN PAREMMAKSI?.....	114
6.1 Elämäntarinani ymmärrettävämmäksi?.....	115
6.2 Itseni ehjemmäksi?	118
6.3 Integraation todellisemmäksi?	120
6.4 Yhteiskunnan tietoisemmäksi?	124
6.5 Palvelujärjestelmän toimivammaksi?	126
JÄLKISANAT: KOKEMUKSESTA TIEDOKSI.....	131
LÄHTEET	134

ALKUSANAT

Mai Peltoniemi käyttää tässä autoetnografiassaan pitkän perinteen omaavia trauman hoidon teorioita, jotka pohjautuvat jo 1800-luvulla ymmärrettyihin lainalaisuuksiin. Nämä muun muassa Pierre Janet'n persoonallisuuden rakenteellisen dissosiaation teorian ja toiminnan psykologian Peltoniemi on pystynyt oivallisella tavalla valjastamaan syvemmän ymmärryksen saavuttamiseksi ja oman integraatioprosessinsa viimeistelemiseksi aivan uuden tyyppiselle tasolle.

Peltoniemi käyttää innovatiivisesti ja tuloksellisesti sekä emotionaalisen trauman teoreettista viitekehystä että traumateorioita kombinoiden nämä onnistuneesti omaan henkilöhistoriansa. Hänen oivalluksensa ja pohdintansa havahduttavat tutkimaan perinteisen psykoterapian ongelmakohtia. Integroiva tutkimusote tuottaa uudenlaisen sovellutuksen vanhoille teorioille tuottaen potentiaalia trauman hoidon nykyisten rakenteiden uudistamiseksi terveellä tavalla.

Integraatiolla tarkoitetaan tässä Peltoniemen tutkimuksessa persoonallisuuden rakenteellista eheytymistä, joka on seurausta suurista määristä onnistuneita integratiivisia toimintoja. Oivaltamisia ja ymmärtämistä, joiden myötä elämäntarina muodostuu yhtenäiseksi ja koherentiksi kokonaisuudeksi ja traumatisoivien kokemusten kasvua rajoittavat vaikutukset väistyvät uudenlaisten käyttäytymismallien tieltä. Samalla katoavat niin sanotut dissosiativiset oireet sekä autonomisen hermoston yliherkkyys sekä ali- että ylivireystiloille. Tällainen persoonallisuuden integraatioon liittyvä henkilökohtaisten asioiden todentuminen tuottaa uusia valinnanmahdollisuuksia muuttaen pysyvästi ihmisen käyttäytymistä. Integroituminen yhdistyy näin oleellisesti vapautumiseen ns. menneisyyden kahleista mahdollistaen elämäntavan rakentamisen uudelle pohjalle. Integraatio persoonallisuuden tasolla vaikuttaa aina myös perustaviin minään liittyviin uskomuksiin, jonka varaan periaatteessa koko elämäntapa rakentuu. Autoetnografia tuo nimenomaan uutta traumapsykoterapian viimeisen, eli kolmannen, vaiheen hoitoon, joka sisältää juuri persoonallisuuden integraation ja miten se saavutetaan käytännössä. Kolmanteen vaiheeseen liittyvä kirjallisuus on ollut

(jopa kansainvälisestäkin tarkasteltuna) jossakin määrin hataraa ja Peltoniemen tutkimus tuo siihen omaperäistä ja arvokasta uutta näkökulmaa.

Peltoniemi osoittaa tutkimuksessaan, että olisi erityisen hyödyllistä perustaa päihdetyö traumaviitekehykselle. Tämän on mahdollista tuottaa merkittävää lisäarvoa käytännön työhön ja lisätä hoidon vaikuttavuutta. Trauman näkeminen päihteiden käytön taustalla on loogista ja tämän kokonaisuuden hahmottaminen moninaisine seurauksineen on tämän tutkimuksen kiistattomia ansioita.

Tämä sosiaalialan tutkimus omaa potentiaalia toimia jatkossa opetusmateriaalina psykoterapia-koulutuksissa. Tällaisen tutkimuksen soisi sisältyvän kaikkiin sellaisiin psykoterapia-opintoihin, jotka sivuavat lapsuuden ajan emotionaalisen trauman aihepiiriä. Kun joskus tulevaisuudessa Suomessa kehitetään psykiatriassa suppea erikoistumisala traumapsykiatria, niin tämä autoetnografia voisi sopia materiaaliksi osaksi syventäviä opintoja. Erityisesti tutkimus todentaa sisällöllään sen, että Peltoniemi on edennyt oman persoonallisuutensa integraatiossa poikkeuksellisen pitkälle. Tästä osoituksena hän on pystynyt kääntämään elämänsä vaikeat kokemukset ja emotionaalisen trauman seurauksineen voitokseen - erityisasiantuntijuudeksi suomalaisessa traumaterapeuttisessa kontekstissa.

Anssi Leikola
psykiatrian erikoislääkäri

TIIVISTELMÄ

Peltoniemi, Mai. Aivan kuin minua ei olisi. Autoetnografia emotionaalisesta traumasta ja toipumisesta. Helsinki. Syksy 2017, s. 143. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Sosiaalialan koulutusohjelma, Päätteet ja syrjäytyminen, sosionomi (YAMK).

Sosiaalialan ylemmän koulutusohjelman (sosionomi YAMK) opinnäytetyönä tehty autoetnografia on jatkoa opinnäytetyölle Normaali narkomaani? Kokemustutkimus huumeriippuvuudesta, hoidosta ja toipumisesta (2011). Autoetnografisen tutkimuksen aineistona oli tutkijan oma elämä ja erityisesti sen identiteettiä muuttaneet kokemukset sekä 14 vuotta kestänyt toipumisprosessi.

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, miten tutkijan irrationaaliset elämäntapahummat ja valinnat tulevat ymmärretyiksi, kun niitä peilataan tietoon emotionaalisen traumatisoitumisen seurauksena syntyvään persoonallisuuden rakenteelliseen dissosiaatioon (PRD-teoria). Tutkimuksessa kuvattiin terapeutteja prosesseja ja miten ne tutkijan kohdalla ovat edenneet. Tutkijan kaksoisroolin; asiantuntijuuden ja asiakkuuksien kautta tutkimuksen tavoitteena oli murtaa stereotyyppisiä käsityksiä ”terveiden ja sairaiden” leimoista ja oikean tiedon omistajuudesta.

Toipumista koskeva aineisto rakentui reflektiivisissä dialogeissa tutkijaa hoitaneiden terapeutteiden kanssa. Aineisto täydentyi lisäksi lausunnoilla psykiatrisesta hoidosta ja taideterapiakuvista. Autoetnografinen analyysimenetelmä ja kokemustutkimuksen viitekehys tuottivat kokemustietoa palvelujärjestelmästä, yhteiskunta- ja hoitokulttuurista sekä asiakkuuden kokemuksista erityisesti psykiatrisessa laitoshoidossa ja psykoterapiassa.

Tutkimustuloksena traumatisoitumisen vaikutukset tutkijan elämänvalintoihin ja subjektiivisiin olemassaolemattomuuden ja olemassaolon kokemuksiin muuttuivat loogiseksi kokonaisuudeksi PRD-teorian valossa. Toipumisprosessi viidessä eri terapeutteisessä suhteessa kuvasi eri terapiasuuntausten ja työskentelytapojen rajoituksia ja mahdollisuuksia tukea toipumista emotionaalisesta traumasta.

Tutkimus tuotti kokemustietoa osiin hajonneen mielen kontrastisuudesta ja toiminnan logiikasta sekä integraatiosta, jonka teoreettinen tuntemus ja alan osaaminen on osin vielä puutteellista. Rakenteellisen dissosiaation ymmärtäminen ja oikea tieto traumatisoitumisen seurauksista ihmisen psykofyysiseen kokonaisuuteen veivät toipumista merkittävästi eteenpäin. Tasavertaisuus ja turvallisuus terapeutteisissä suhteissa oli toipumisen kannalta oleellista.

Mielenterveys- ja päihdetyössä ei riittävällä tavalla tunnisteta traumatisoitumista ja sen vakavia seurauksia yksilön elämänvalinnoille. Tutkimuksen valossa traumaosaamisen ja ymmärtämisen syventäminen on mahdollisuus eettisesti kestäväälle ja tulokselliselle mielenterveys- ja päihdetyölle.

Asiasanat: traumat, toipuminen, kokemus, mielenterveys, psykiatrinen hoito, hoitomenetelmät, dissosiaatiohäiriöt, psykoterapia, autoetnografia, kokemustutkimus, kokemustieto, stigma, asenteet

ABSTRACT

Peltoniemi, Mai. As though I would not exist. An autoethnography of emotional trauma and recovery. Helsinki, Autumn 2017, 143 p. Language: Finnish. Diaconia University of Applied Sciences. Master's Degree Programme in Social Services, Intoxicants and Marginalization. Master of Social Services.

This autoethnography conducted as part of studies for the Master of Social Services degree is a continuation for the thesis A Normal drug addict? A user research of drug addiction, treatment and recovery (2011). The data of the autoethnographic study consisted of the researcher's own life, particularly identity-changing experiences as well as a 14-year recovery process. The aim of the study was to find out how the researcher's irrational life events and choices can be understood when they are examined based on the theory of structural dissociation of the personality resulting from emotional trauma. The study set out to describe the recovery process and its progress in the researcher's case. The objective of the study was to use the researcher's dual role - as an expert and a client - to break stereotypical conceptions of the stigma of "healthy and ill people" and the ownership of the correct information.

The data concerning therapeutic relationships were constructed in reflective dialogues with the therapists who treated the researcher. This was supplemented with materials such as statements on psychiatric treatment and art therapy images. The autoethnographic analysis method and user research as a framework produced experiential knowledge of service systems, societal culture, the culture of care and the experiences of being a client, particularly in psychiatric institutional care and psychotherapy. A logical entity was formed of the effects of trauma on the researcher's life choices as well as subjective experiences of non-existence and existence in light of the TSDP. The recovery process realised in five different therapeutic relationships illustrated the limitations of different therapeutic orientations and approaches, and their potential in supporting recovery from emotional trauma. The study produced experiential knowledge of the contrasts and logic behind the functions of a splintered mind as well as its integration, an area where theoretical knowledge and competence in the field continue to be somewhat lacking. Understanding structural dissociation and correct information of the impacts of trauma on the person as a psychophysical whole succeeded in significantly advancing the recovery. Equality and safety in the therapeutic relationships was essential to recovery.

Mental health and substance abuse work fail to sufficiently recognise traumatisations and its serious consequences on the individual's life choices. Based on this study, competence on traumas and advancing understanding facilitate ethically sustainable and productive mental health and substance abuse work.

Keywords: trauma, recovery, experience, mental health, psychiatric treatment, treatment methods, dissociative disorders, psychotherapy, autoethnography, experiential knowledge, stigma, attitudes, service user involvement.

KESKEINEN SANASTO JA LYHENTEET

EMOTIONAALINEN TRAUMA = psyykkinen trauma syntyy yksilön sietokyvyn ylittävän kokemuksen seurauksena. Traumaattinen kokemus aiheuttaa haavan ihmisen psykobiologiseen organismiin vaikuttaen laajasti ihmisen elämään, uskomuksiin, valintoihin ja autonomiseen hermostoon.

PRD-teoria = teoria persoonan rakenteellisesta dissosiaatiosta. **Rakenteellinen dissosiaatio** on psyyken selviytymiskeino, joka syntyy emotionaalisen traumatisoitumisen seurauksena. Persoonan osat eriytyvät ANP- ja EP-osiin.

ANP = *apparently normal part of personality*, näennäisen normaali persoonan osa. Jatkaa mahdollisimman normaalia elämää traumaattisen kokemuksen jälkeen, on irrallaan ja välttää traumamuistoa kantavaa EP-osaa.

EP = *emotional part of personality*, emotionaalinen persoonallisuuden osa. Jää kantamaan traumaan liittyviä kokemuksia ja muistoja erilleen näennäisen normaalin persoonan tietoisuudesta.

DISSOSIAATIO = persoonan osien (ANP ja EP) erillään olo, integraation vastakohta. Kun persoona ei ole yhtenäinen, ihminen ei kykene tietoisuudessaan yhdistämään ajatuksiaan, tunteitaan, havaintojaan tai muistojaan täysin mielekkääksi kokonaisuudeksi.

INTEGRAATIO = emotionaalisesta traumasta toipumisen tavoite on erilleen joutuneiden persoonan osien integraatio, eli yhdentyminen dynaamisesti ja tarkoituksenmukaisesti toimivaksi persoonaksi, yhtenäiseksi kokemukseksi itsestä.

EMDR = *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, silmänliiketerapia on yksittäinen menetelmä traumaattisten muistojen käsittelemiseen.

PTSD = *post traumatic stress disorder*, post-traumaattinen stressireaktio on diagnosointijärjestelmän tunnistama akuutin hoitamattoman trauman jälkeinen tila, jossa toimintakyky häiriintyy takaumien vuoksi.

1 KERRON TARINANI, KOSKA

Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat keskeisimpiä kansanterveysongelmia. Tutkimusten (Murray ym. 2012) mukaan viimeisen 20 vuoden aikana ongelmat ovat maailmanlaajuisesti lisääntyneet lähes 40 % (Suvisaari 2015, 13). Mielenterveys- ja päihdeongelmien kasvuun on pyritty vastaamaan muun muassa palvelujärjestelmän uudistamisella. Syyt ongelmien taustalla ovat kuitenkin usein moninaisia eikä järjestelmällä, joka on rakennettu vastaamaan asiakkaan yksittäisiin palvelutarpeisiin vaikuta olevan aina käsitystä siitä, miten auttamisen tulisi tapahtua.

Suomalainen mielenterveys- ja päihdetyö käy parhaillaan läpi muutosta, jonka tavoitteena on integroida palveluita, uudistua ja tehostua. Ammatillisen mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisessä on vähitellen alettu huomioida myös palveluiden käyttäjien kokemukset ja asiantuntijuus. (Partanen ym. 2015, 1–2). Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa todetaan, että ongelmia itse kokeneiden tai palveluita käyttäneiden mukaan ottaminen palvelujen kehittämiseen lisää mahdollisuuksia tehdä sosiaali- ja terveydenhuollosta toimivampi. Lisäksi toiminnan kehittämiseksi tarvitaan rohkeita kokeiluja ja ennakkoluulotonta työtä. Aktiivisten asiakkaiden mukanaolo palveluiden kehittämisessä on paitsi eettinen perusoikeuskysymys, myös koko organisaation olemassaoloon ratkaisevasti vaikuttava asia. Asiantuntijoita herättelevä kielteinenkin palaute on oleellista organisaation rakenteen muuttamisessa ja palveluiden sisällön uudistamisessa. (Lönngqvist 2015, 168.)

Sosionomin (AMK) opinnäytetyönäni tutkin omaa huumeriippuvuuttani ja siitä toipumista tuottaen kokemustietoa henkilökohtaisesta marginaalista murtautumisen prosessista (Peltoniemi 2011). Ylemmän tutkinnon opinnäytetyönä työstän tutkimustani edelleen tutkien, miten huumeriippuvuutta edeltänyt elämäntarinani ja monivaiheiset terapiaprosessini muuttuvat ymmärrettäväksi psyykkisen eli emotionaalisen trauman viitekehyksessä. AMK-opinnäytetyössäni pohdin, että lapsuuden ja nuoruuden kokemusten tutkiminen olisi saattanut tuottaa syy-yhteyksiä huumeriippuvuuteen johtaneeseen tapahtumakulkuun kohdallani,

samoin toipumisesta varsinaisen päihdehoidon jälkeen olisi ollut kerrottavaa jo tuolloin (Peltoniemi 2011, 89). Jatkotutkimukseni vastaa näihin haasteisiin laajentamalla elämäntarinani aineiston autoetnografiaksi. Autoetnografiaa tutkimusmenetelmänä käsittelen luvussa kolme. Tutkimukseni on yhdenlainen ”rohkea kokeilu”, jonka toivon vaikuttavan positiivisesti mielenterveys- ja päihdetyön käytäntöihin.

Tavoitteenani tutkijana on rikkoa asiakkaan ja ammattilaisen roolien välistä rajanvetoa. Ammattilaisellakin on lupa olla rikki, kunhan suostuu tulemaan säröistään tietoisesti ja korjaamaan ne parhaalla mahdollisella tavalla. Itsetuntemus on eettisen asiakastyön edellytys ja toipuminen on aina mahdollista. Toisaalta haluan kertoa myös asiakkaan äänellä ammattilaisille siitä, miten hauras mieli hajoaa kohtaamattomuuden kokemuksissa ja miten tasavertaisessa yhteistyössä ammattilaisen kanssa voi parantua elämän mittaisesta emotionaalisesta traumatisoitumisesta. Tutkimukseni tuottaa kokemustietoa marginaalisista kokemuksista yhdistäen traumanäkökulmasta henkilökohtaisella tasolla mielenterveys- ja päihdeongelmat sekä niistä toipumisen.

Suomalaisessa tutkimuksessa huumeidenkäytön ja traumataustan yhdistävä tutkimus puuttuu toistaiseksi kokonaan. Lääkkeiden väärinkäyttö ja muut päihdehäiriöt esiintyvät yhdessä traumatisoitumiseen liittyvien oireiden kanssa yhä lisääntyvissä määrin. Traumataustaisia päihdeasiakkaita varten tarvittaisiin erityisiä palveluita ja hoito-ohjelmia. (Joukanen 2015, 6, 11.)

Traumatisoitumisen ja päihderiippuvuuden syy-seuraussuhteita on tutkittu ja osoitettu ainakin jo vuodesta 1975 (Aron 1975). Vasta viime vuosina aihe on noussut laajemman tutkimuksen ja kiinnostuksen kohteeksi. Varhaisen lapsuudenaikaisen kaltoinkohtelun tai muun traumaattisen tapahtuman, seksuaalisen hyväksikäytön, myöhemmän raiskaustrauman, PTSD:n ja dissosiaatio-oireiden on todettu esiintyvän huomattavissa määrin yhdessä päihderiippuvuuksien kanssa. (mm. Asberg & Renk 2012; Brady & Back 2012; Evren, Cinar, Evren, Ulku, Karabulut, & Umut 2013; Ford, Hawke, Alessi, Ledgerwood & Petry 2007; Hammersley ym. 2016; McCauley, Amstadter, Danielson, Ruggiero, Kilpatrick & Resnick 2009; McCauley ym. 2010).

Traumatisoitumisen huomioivan päihdehoidon tarve on akuutti ja globaali (Brown, Harris & Fallot 2013; Hammersley ym. 2016). Huumeriippuvaisten menestyksekkääseen hoitamiseen tarvitaan traumatisoitumiseen ja sen vaikutuksiin kohdistuvaa osaamista. Ihmiset eivät toivu traumaista itsestään ilman asianmukaisia hoitointerventioita ja erityistä huomiota. (Brown ym. 2013; Harris & Fallot, 2001.) Traumatisoitumisen huomioivaa päihdehoitoa ei Suomessa vielä tunneta. Aihe on ajankohtainen sosiaali- ja terveystieteiden integraation sekä mielenterveyspalveluiden ja päihdehoidon yhteensovittamisen kannalta. Suomalainen Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma huomioi traumatisoitumisen potentiaalisena riskitekijänä nuoren kehitykselle ja mielenterveyden ongelmille (Marttunen & Haravuori 2015, 86). Oirekeskeinen psykiatrinen häiriöjaottelu ja ajattelu (syömishäiriö, päihdehäiriö, ahdistuneisuushäiriö jne.) kuitenkin ohittaa traumatisoitumisen itsenäisenä hoitointerventioita tarvitsevana psyykkisenä ja organismin vauriona (vrt. Leikola 2014, 134.)

Käsillä oleva autoetnografia toipumisesta tuottaa yksilöllistä tietoa ja syy-seurausyhteyksiä elämän poikkeuksellisten tapahtumien ja emotionaalisen traumatisoitumisen välillä. Huumeriippuvuudesta toipuminen on muuttunut toipumiseksi traumasta. Tutkimus tuottaa myös tietoa palveluista (kuntoutujien kokemustutkimus) painottuen psykiatriseen laitoshoidon ja terapiapalveluihin. Peilaan elämäntarinaani tutkimustietoon emotionaalisen traumatisoitumisen vaikutuksesta syntyneeseen persoonan rakenteellisen dissosiaation (PRD-teoria) etsien vastauksia syihin olemassaolemattomuuden ja olemassaolon kokemusten taustalla. Käsittelen tarkemmin PRD-teoriaa ja keskeisiä käsitteitä kappaleessa 2.4. Tutkimus tuottaa tietoa yhteiskuntatodellisuudesta ja kulttuurista yhden elämäntarinan kautta.

Perustelen ensin, miksi olen halunnut kirjoittaa tämänkaltaisen tabuja ja rajoja rikkovan tutkimuksen. Kuvaan lyhyesti elämäntarinani esitelläkseni itseni eli tutkimusaineistoni. Kuvaan tutkimuksen keskeisiä käsitteitä, traumaa ja rakenteellista dissosiaatiota kattavasti. Seuraavassa kappaleessa kirjoitan tutkimuksen teoreettisesta viitekehysistä autoetnografiasta ja kokemustutkimuksesta kuvaten aineistoa ja sen tuottamisen tapoja tutkimuksessa. Pohdin tutkimuksen

etiikkaa. Kappaleessa neljä kuvaan ja tutkin elämäntapahtumiani lapsuudesta nuoreksi aikuiseksi etsien logiikkaa elämänvalintoihini traumateorian avulla. Viidennessä kappaleessa käsittelen aikuisiän kestänyttä toipumisprosessia viidessä eri terapeuttisessa ympäristössä ja suhteessa. Lopuksi pohdin, miten tutkimus vastaa tutkimuskysymyksiin. Miten autoetnografian kirjoittaminen on vaikuttanut itseeni ja mitä toipuminen emotionaalisesta traumasta oikeastaan tarkoittaa? Miten tieto ja ymmärrys traumatisoitumisen seurauksista voisi parantaa syrjässä olevien asemaa, ammatillisen työn mielekkyyttä ja tuloksellisuutta sekä palvelujärjestelmää.

Alkusanat autoetnografiaani on traumaviitekehyksestä käsin kirjoittanut psykiatrian erikoislääkäri Anssi Leikola. Tutkimusmenetelmän viitekehyksestä jälkisanat on kirjoittanut kokemustutkija, VTT. Päivi Rissanen.

2 ASIAKKAAN ÄÄNET MINUSSA

YAMK-opinnäytetyöni on jatkotutkimus kokemustutkimukseeni Normaali Narkomaani? Kokemustutkimus huumeriippuvuudesta, hoidosta ja toipumisesta (Peltoniemi 2011). Aiemmassa opinnäytetyössäni tutkin oman huumeriippuvuuteni syntymistä, riippuvuudesta toipumista ja saamani hoidon vaikuttavuutta ja merkityksellisiä elementtejä. Vertasin kokemustietoani perinteisesti tuotettuun tieteelliseen tietoon ja yleisiin käsityksiin etsien samankaltaisuuksia sekä erityisiä piirteitä. Tutkimus tuotti kokemustietoa paitsi elämästä huumeidenkäyttäjänä myös hoitomotivaation syntyisestä hoitosuhteesta. Tutkimustuloksena hoidon vaikuttavuuden osalta nostin esiin yhteistyösuhteen merkityksen, psykoedukation ja taideterapian.

Normaali narkomaani? -opinnäytetyö tuulettaa huumeriippuvuuteen liittyviä stereotypioita. Toipumisprosessissani murtauduin ulos itselleni todellisesta, muille näkymättömästä marginaalisuudesta ja ulkopuolisuudesta. Pohdin identiteetti-politiikkaa ja oman toipumiskokemuksen yhdistämistä ammatti-identiteettiin todeten, että oman elämäntarinan työstäminen ja työntekijän eheys omana itsenään on väistämättä hyödyksi asiakkaan kohtaamisessa (Peltoniemi 2011). Koin tutkimuksen tekemisen ja oman tarinan kertomisen vahvistavan osallisuuden ja omistajuuden kokemusta. Traumanäkökulmasta tutkimuksen tekeminen oli integroivaa ja parantavaa.

Aiemmassa opinnäytteessäni tutkin päihdeongelman syntymistä 20-vuotiaan nuoren aikuisen elämässä melko konkreettisella tasolla sivuten vain kevyesti syitä, jotka vaikuttivat huumeriippuvuuden taustalla. Tutkimuksen aikajanan toinen pää oli 2-vuotisen Avokisko-hoidon päättyminen 25-vuotiaana. (Peltoniemi 2011.) Aihe oli välttämätöntä rajata, mutta toinen totuus on se, että elämän kuluni ennen hoitoa oli vielä niin jäsentymätön, etten olisi pystynyt tutkimaan sitä vielä kuusi vuotta sitten. Nyt tarinani kertominen laajempaan kokonaisuuteen on mahdollista.

Elämäntarinani irrationaalisetkin tapahtumat ja valinnat ovat tulleet ymmärrettäväksi traumanäkökulman ja erityisesti PRD-teorian valossa. Tutkimukseni antaa äänet eri minuuden osille, ”asiakkaille” minussa. Tarinan kertominen ja tutkimuksen tekeminen on eettinen teko ja mahdollisuus saada kuuluviin mielenterveysongelmaisen, huumeriippuvaisen, elämässään vakavasti traumatisoituneen asiakkaan, ihmisen ääni.

2.1 Miksi tarina haluaa tulla kerrotuksi?

Elämäni on sisältänyt suuria kontrasteja ja irrationaalista vaikuttavia tapahtumaketjuja. Olen havahtunut olemassaolemattomuuteen ja lähtenyt etsimään olemassaolon kokemista. Tutkimuskysymykseni ovat:

1. Miten elämäntarinani muuttuu ymmärrettäväksi emotionaalisen trauman viitekehyksessä?
2. Miten toipuminen ja terapeutin työskentely kohdallani ovat edenneet?

Tutkimuksen tarkoitus on tuottaa yksi ainutlaatuinen näkökulma päihderiippuvuuden taustalla vaikuttavaan emotionaaliseen traumatisoitumiseen ja siitä toipumiseen pitkäkestoisessa psykoterapia- ja terapiaprosessissa päihderiippuvuuden hoitamisen jälkeen. Mallitarinan kautta on mahdollista lisätä tietoa, ymmärrystä, hämmästyä ja keskustelua traumatisoituneiden ihmisten kokemusmaailmasta, asiakkuuksista, identiteeteistä ja toipumisen monivaiheisuudesta ja haasteista. Rikkomalla yhteiskuntatodellisuutemme tabuja toivon voivani vaikuttaa positiivisesti kuviteltuihin terveyden ja sairauden rajapintoihin – asia ei ole lainkaan niin yksinkertainen, että ”terveet ammattilaiset hoitavat sairaita asiakkaita”. Tavoitteena on tuottaa kokemustietoa kulttuurisesta ympäristöstä marginaalisesta asemasta katsottuna, mikä saattaa tukea mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämistä asiakaslähtöisemmiksi.

Vaikka psyykeni rakenne on traumatisoitumisen seurauksena mennyt rikki, kokemus itsestäni ei ole ollut erityisesti ”sairas” tai ”mielenterveysongelmainen”. Rikki menemisellä tarkoitan persoonan rakenteellista dissosiaatiota (PRD), eli mielen hajoamista erillisiin osiin toistuvan traumatisoitumisen seurauksena.

Elämä on ollut vaikeaa ja vaikeasti itsellenikään ymmärrettävää. Olen kokenut paljon psyykkistä tuskaa sekä itseni erilaiseksi, vääränlaiseksi ja ulkopuoliseksi. Irrationaalisia elämänvaiheitani yhdistää vain se, että olen aina tavalla tai toisella yrittänyt löytää itselleni apua. Varsinaisen toipumisen ajattelen alkaneen huumehoidosta (vrt. Peltoniemi 2011). Toimintakykyni on pysynyt hyvänä läpi sisäisen kaaoksen täyttämän elämäni nimenomaan lähes nerokkaan rakenteellisen dissosiaation vuoksi. Olen pystynyt näyttelemään osallisen roolia menestyksekkäänä yhteiskunnan jäsenenä muutamaa vuotta psykiatrian ja päihdehuollon asiakkaana lukuun ottamatta. Olen maksanut vuosien terapiat omalla työlläni. Nykyään en enää joudu näyttelemään.

Tutkimukseni tavoitteena on vaikuttaa traumatisoitumisen ja huumeriippuvuuden yhteyden ymmärtämisen vahvistumiseen suomalaisessa ammatillisessa mielenterveys- ja päihdetyössä. Toivon tutkimuksen lisäävän emotionaalisen traumatisoitumisen tunnistamista sekä laajentavan ymmärrystä traumatisoitumiseen tyypillisesti liitettävistä ”vaikean potilaan” leimoista. Vaikka kokemukseni aikuispsykiatrian vaikeana potilaana ovat pitkälti negatiivisia ja kohtaamattomuuden leimaamia, haluan uskoa, että 15 vuotta tapahtuman jälkeen myös psykiatria on kehittynyt ja muokkaantunut inhimillisempään suuntaan. Traumatisoitumisen hoito ja tunnistaminen ovat suomalaisessa psykiatriassa menneet huimasti eteenpäin 2000-luvulla (Leikola 2015, 144–145).

Suonensisäisesti huumeita käyttäviä koskevassa tutkimuksessa on osoitettu, että varhainen traumatisoituminen voi esiintyä huumeriippuvuuden taustalla, vaikka ihminen itse kertoisi lapsuuden olleen onnellinen tai ei muista lapsuuttaan (Hammersley ym. 2016). Päihdepalveluiden käyttäjien monenlainen haastava käytös kuten arvaamattomuus, epäsosiaalisuus ja vastuuttomuus voivat olla seurausta enemmänkin traumatisoitumisesta kuin päihteiden vaikutuksista tai ihmisen synnynnäisistä ominaisuuksista. (Evren, Cinar, Evren, Ulku, Karabulut & Umut 2013; Hammersley ym. 2016.)

Traumaymmärryksen valossa menestyksekkäs päihdehoito näkee huumeriippuvuuden ensisijaisesti ihmisen ratkaisuna, ei ongelmana (Munchel 2017). Ellei riippuvuuden taustalla vaikuttavaa traumatisoitumista hoideta, trauman psyko-

logiset, psyykkiset ja psykobiologiset vaikutukset aiheuttavat yksilölle mitä todennäköisimmin muita haastavia ongelmia. Huumeriippuvaisten tulokselliseen hoitamiseen tarvitaan traumatisoitumiseen ja sen vaikutuksiin kohdistuvaa erityishuomiota. Ihmiset eivät toivu traumaista itsestään ilman asianmukaisia hoitointerventioita ja huomiota. (Brown ym. 2013; Harris & Fallo, 2001.) Vaikka huumeriippuvuuden taustalta ei löytyisikään emotionaalista traumatisoitumista, huumeiden käyttämisen alakulttuuri jo itsessään on yhteiskunnasta poissulkeva ja monella muulla tasolla potentiaalisesti traumatisoiva ympäristö. Traumatisoitumisen huomioimisesta hoidossa ei voi ainakaan olla haittaa (Peltoniemi 2017, 75–79).

Aiempaa kokemustutkimusta (Peltoniemi 2011) tehdessäni monet varoittivat, että liiasta avoimuudesta voi seurata stigmoja, henkilökohtaista ja ammatillista haittaa. Oma kokemukseni on ollut päinvastainen. Koetulla ja eletyllä elämälläni ei voi minua vahingoittaa, olenhan sen jo elänyt ja siitä selvinnyt. Käsitän toipumisen matkaksi, joka ei varsinaisesti pääty elämän aikana – uskon silti oman toipumiseni päämäärän olevan jonkinlainen pysyvämpi ”perillä olemisen” kokemus, olemassaolo, joka liittyy minuuden osien yhteyteen ja integraatioon. Tutkimukseni tekeminen on osa toipumisen matkaani ja mahdollisuus jäsentää, reflektoida ja tutkia elämäntarinaani, lisätä itseymmärrystä ja integraatiota. Oman kokemuksen tutkimisen prosessi on matka minuuteen, jonka merkityksen itselleni pystyn näkemään ja kokemaan vasta tutkimuksen tehtyäni. Tutkimustulokset ja tavoitteiden saavuttaminen selviävät paitsi itsen kautta, myös tutkimuksen vastaanotosta ja reaktioista eri ryhmien keskuudessa. Rissanen (2015) toteaa autoetnografisen kokemustutkimuksen tekemisen olleen identiteettiä muuttava kokemus eli osa kuntoutumista edelleen. Identiteetin muuttumisen myötä myös tutkimuksen kohde on tutkimuksen aikana muuttunut! (Rissanen 2015, 35.)

2.2 Tabu on tehty rikottavaksi, stereotyyppiä murrettaviksi

Tarinani kertomisella asetan itseni näkyvälle paikalle, tarkkanäköisten hyvän- ja ei-niin-hyväntahtoisten ihmisten ja ammattilaisten arvioitavaksi. Autoetnografian

pioneeri Carolyn Ellis huomauttaa, että lukijalle muutut tarinaksi, jonka kerrot (Ellis 2009). Mielen terveyden häiriöistä kärsiviin henkilöihin kohdistuu Suomessa yleisesti leimaavaa asennoitumista, kielteisiä ominaisuuksia ja näiden myötä häpeäleimaa eli stigmaa. Mielen terveyden häiriöiden paljastumiseen liitetään myös tyypillisesti kielteisiä seuraamuksia, esimerkiksi ystävien kaikkoamista, syrjivää kohtelua terveyspalveluissa ja työpaikoilla. (Aromaa 2011).

Marginaaliryhmien elämänselämän tutkimuksessa on Suomessa kiinnostuttu 1990-luvulla. Tutkimusperinne on jatkunut ja tavoitteena on ollut kuulla niiden asiakkaiden ääntä, jotka eivät yksilöinä tule yhteiskunnassamme muuten kuulluiksi. Marginaaliset ryhmät määritellään usein leimojen ja marginaaliluokitusten kautta. (Knuuti 2007, 17) Marginaalinen asema itselleni on tarkoittanut toiseutta, erilaisuutta, sivullisuutta ja myös jonkinasteista huono-osaisuutta. Svedbergin (1995) mukaan marginaalisuus voidaan käsittää ”välitilana” jolloin ihminen ei oikein kuulu mihinkään. Välitila voi kestää kauan, mutta ennenkin tai myöhemmin ihminen liikkuu joko keskustaa tai reuna-aluetta kohti. (Svedberg 1995, 44–45.) Tutkimuksen tekemisellä tavoittelen oman liikkeen suuntautumista kohti keskustaa positiivisia marginaalisuuden näköalapaikkoja menettämättä.

Tutkimukseni tekeminen ja itseni sijoittuminen marginaalin ja valtakulttuurin välimaastoon on mahdollisuus tehdä näkyväksi ihmisryhmää, jotka pysyvät toiminta- ja työkykyisinä ilman kokonaisvaltaista terveyttä, hyvinvointia tai onnellisuutta. Ihmisiä, jotka töistä tullessaan eivät jaksa omaa elämäänsä ja juuttuvat toistuvasti korvaaviin toimintoihin. Toimintakyvyn vaihtelun kontrastisuus, ahdistus, olemassaolemattomuus, masennus tai toisaalta myös huippusuoritukset voivat kertoa tunnistamatonta tarinaa emotionaalisen traumatisoitumisen taakasta. Suomessa lienee suuri määrä tällaisia huonosti voivia tavallisia ihmisiä, joiden ensisijaiseksi auttamiskeinoksi järjestelmässämme on muotoutunut lääkehoito. Kansallisessa syntymäkohorttitutkimuksessa, jossa seurataan vuonna 1987 syntyneitä suomalaisia, 13,2 % nuorista ja nuorista aikuisista oli rekisteröity psykiatrian lääkkeiden ostoja tutkimusvuosina 1994–2008 (Paananen ym. 2012, 17).

Tabut ovat hitaasti muuttuvia ja kerroksellisia ilmiöitä, jotka liittyvät oleellisesti yhteisöjen sosiaaliseen elämään ja siihen liittyvien ilmiöiden rajoittamiseen. Tabut sisältävät ristiriitaisuuksia ja määrittelyitä siitä, mikä ilmiö milloinkin on poikkeavaa, normaalia, sallittua, syntistä, kiellettyä. (Pohjola 2009, 247–248; Laitinen 2009, 6.) Koska pystyn kertomaan tarinani, teen sen myös niiden puolesta, jotka eivät sitä ole vielä voineet syystä tai toisesta tehdä. Tutkimuksen sanoma rikkoo stereotyyppioita ja tabuja muun muassa siitä, mitä ”normaalius” saisi sisältää; millainen osa kuuluu asiakkaalle tai mitä työntekijä saisi olla ja edustaa. Mistä saisi kertoa ja mistä kuuluisi vaieta? Vaietut tabut liittyvät häpeään ja kipukohtiin. Häpeä pitää ihmisen otteessaan vaikenemisen kulttuurin avulla. Tabuille ominaista onkin juuri sanoittamisen ja nimeämisen vaikeus (Pohjola 2009, 80).

Mielenterveysbarometri on mitannut ihmisten asenteita mielenterveyskuntoutujia kohtaan jo vuodesta 2006 lähtien. Mielenterveyskuntoutujia ei pääsääntöisesti nähdä yhteiskuntamme täysivaltaisina jäseninä, muutos parempaan päin on hyvin hidasta. Vuoden 2015 kyselyssä asteikolla 1-10 kuntoutujat antoivat itselleen arvosanan 6,21, ammattilaiset 5,41 ja koko väestö 5,51 (Mielenterveyden keskusliitto 2015.) Ammattilaiset arvottavat kuntoutujien täysvaltaisuuden heikoimmin. Näkevätkö ammattilaiset tilanteen realistisemmin vai onko kysymys asemaan liittyvästä vallasta ja jaottelusta meihin ja muihin? Kirjoittamalla omista marginaalisista kokemuksistani, jotka nähdään mieluummin joidenkin ”toisten kokemuksina”, vastustan minulle kuulumatonta häpeää. Puolustan myös muita häpeällisiksi koettujen kokemusten kantajia rikkoen stigmoja ylläpitävää vaikenemisen kulttuuria. Tiedän ehkä jopa erityisen hyvin, etten ole vahingoittumaton. Matkani minuuteen on tehnyt minusta kuitenkin olemassa olevan ja pelottoman, luottamukseni ihmisyyden inhimillisyyteen on kasvanut.

Tutkimuksessani laitan sosionomin ammatillisen roolin sivuun jäsentääkseni omia henkilökohtaisia kokemuksiani. Haluan tutkimuksellani nostaa esiin ja tarkastelun kohteeksi myös ihmissuhdetyön ydinosaan liittyviä itsereflektion ja dialogisuuden taitoja. Sosiaalialan ammattilaiset tarvitsevat omien elämäkokemustensa paremmin ymmärtämistä ja taitoja itsereflektioon (Hyväri 2011, 9). Tutkijoiden Burge & Harrington mukaan alistuksen vastainen sosiaalityön teoria

ja lähestymistapa vaativat työntekijältä korkeatasoista itsereflektiota ja tietoisuutta omasta sosiaalisesta asemastaan, suhteistaan ja elämäntarinastaan. Itsereflektio luo pohjan empatialle ja asiakkaan ymmärtämiselle ja kohtaamiselle, jotka nähdään voimaantumisen mahdollistajina. (Healy 2005, 183). Eli oman minuuden eheys peilautuu väistämättä asiakkaan kohtaamiseen (kts. Lindqvist 1990). Kokemukset asiakkuudesta ja marginaalisuudesta leimaavat mutta voivat työstämisen kautta myös rakentua ammatilliseksi pääomaksi.

Suomalaisessa ammatillisessa päihdetyössä omien toipumiskokemusten yhdistäminen osaksi ammatti-identiteettiä on säilynyt luontevana ja hyväksyttynä erityisesti terapeuttisissa yhteisöissä ja Minnesota-mallisissa hoidoissa. Hoitomallit ovat syntyneet 50–60-luvulla päihteiden käyttäjien omana toimintana ilman ammattilaisten vaikutusta ja myöhemmin hoitomallit ovat perustuneet moniammatilliseen yhteistyöhön (Ylitalo & Niemelä 2012, 132). Työkokemukseni ja päihdetyön tuntemukseni perusteella ajattelen, että ammattilaisten kokemusasiantuntijuus tunnustetaan ja tunnustetaan pääomaksi yhä useammin myös muiden päihdetyön hoitomallien ja ammattilaisten keskuudessa. Mielenterveysongelmat, väkivallan uhriksi joutumisen kokemukset, traumatisoituminen ja näistä toipuminen vaikuttavat osana eheää ammatti-identiteettiä kuitenkin edelleen tabuilta ja niistä vaietaan.

Kokemukseni jakamisella toivon ensisijaisesti lisääväni toivoa toipumisesta ja parantavani marginaalisten ryhmien avun saantia ja ymmärtämistä mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmässä heitä kohtaavien sosiaali-, terveys- ja terapia-alan ammattilaisten mielissä ja ennen kaikkea sydämissä. Meillä asiakkailla on toivoa toipumisesta. Ja meillä ammattilaisilla on toivoa tulla paremmiksi, tasavertaisemmiksi, ehjemmiksi ja inhimillisemmiksi ammattilaisiksi.

2.3 Tutkijan tarina pähkinänkuoressa

Jotta kokonaisuus tulisi paremmin ymmärretyksi, kirjoitan elämäntarinani lapsuudestani lähtien. Tutkimuksen 4. luku kattaa elämäntarini 5–21 ikävuosilta, aiempi tutkimukseni Normaali narkomaani? (Peltoniemi 2011) koskee erityisesti

ikävuosia 21–26. Tämän tutkimuksen 5. luku kuvaa toipumisprosessia 26-vuotiaasta aina tähän hetkeen asti. Kirjoittaessani tätä olen 37-vuotias.

Olin reipas ja toimielias lapsi, voin edelleen ajatella lapsuuteni olleen onnellinen sellaisena, kun onnen lapsena käsitin. Viisivuotiaasta lähtien halusin olla poika ja se onnistui ympäristössäni maalla hyvin. En usko lapsena minulle tapahtuneen mitään erityistä konkreettista traumaa. Perheeni oli tavallinen ”hyvä perhe” ilman avioeroja ja ilkeitä ongelmia. Ala-aste sujui kiitettävästi. Yläasteikäisenä aloin tuntea ulkopuolisuutta, erilaisuutta, synkkyyttä. En ollut oppinut käsittelemään tunteitani tai puhumaan niistä aikuisille. Löysin turvan ja tarkoituksen helvuntaiseurakunnasta. 15-vuotiaana rakastuin tyttöön ja olin entistä suuremmissa pulassa. Homoseksuaalisuus oli synty, josta tulee parantua tai helvetti odottaa. Ei-normatiivinen sukupuoli- ja seksuaali-identiteetti olivat todennäköisiä syitä ulkopuolisuuden kokemuksille jo hieman aiemmin. Useita vuosia yritin parantua ja kelvata Jumalalle siinä onnistumatta.

19-vuotiaana lähdin seurakunnasta ja aloin elämään tavallista elämää niin kuin sen käsitin. Yritin olla ajattelematta Jumalaa tai helvettiä, pakenin piinaavaa ristiriitaa työntekoon ja lopulta uuvuin. Sain sairauslomaa ja nukahtamislääkkeitä. Identiteettini hyvänä työntekijänä romahti, eikä muuta identiteettiä ollut ehtinyt vielä rakentua. Menetin koko elämänhallintani ja -haluni. Päihteet helpottivat ahdistusta, päihtyneenä myös jouduin raiskatuksi. Tämän traumaattisen kriisin jälkeen hakeuduin psykiatriseen sairaanhoitoon. Olin itsetuhoinen ja kävin läpi lyhyen laitосkierteen psykiatriassa: vapaaehtoisia hoitoon hakeutumisia, pakko-hoitoja, diagnooseja ja kohtaamattomuutta, jonka seurauksena päätin aloittaa huumeiden käyttämisen.

Elämäkulkuni ennen huumeidenkäyttöä ja sen aikana oli ulkoapäin tarkasteltuna normaalia. Pysyin vielä huumeidenkäyttäjänäkin näennäisesti osallisena yhteiskunnasta opiskellen ammattikorkeakoulussa ja käyden työssä. Kokemukseni sisältäpäin tarkasteltuna oli kuitenkin osattomuus ja jopa olemassaolematomuus. Puolen vuoden mittainen sairausloma ennen huumeiden käytön aloittamista puolestaan oli itsellenikin täysin vierasta. Vaikuttaa siltä, kuin olisin sovitannut ”hullun” ja ”syrjäytyneen” identiteettejä niistä kummastakaan pitämättä.

Hulluuden sijaan valitsin huumeet. Pääsin takaisin toimijaksi samaan todellisuuteen muun yhteiskunnan kanssa, mutta en itseni kanssa. Todellinen syrjässä olo ja osattomuus yhteiskunnassa alkoivat vasta päihdehoidon myötä, jolloin jäin pois työelämästä ja elin toimeentulotuella yli kahden vuoden ajan. Todellinen osallisuuden kokemukseni perustus rakennettiin kuitenkin tuolloin. (ks. Peltoniemi 2011.) Huumeriippuvuus ja siitä toipuminen jää merkittävimmäksi käännekohtaksi elämässäni: itsetuhoisten toimintamallien käyttäminen päättyi ja toipuminen alkoi.

Päihdehoito oli hyvä alku toipumiselle. Sain luottamuksen terapia-ammattilaisiin toimivan ja riittävän pitkäkestoisen (2 vuotta) yhteistyösuhteen ansiosta. Löysin palasen lupaa olla olemassa ja lupasin itselleni olla enää hukkaamatta itseäni. Tämä lupaus on pitänyt (ja tullut kalliiksi). Toipumisen matkallani olen jatkanut terapiaa jo 12 vuotta ollen jopa kahdessa terapiassa samaan aikaan. Olen suurella tarmolla ja välillä tuskaisella ahdistuksella tutkinut ja reflektoinut elämäni puheen, kirjoitusten, runojen, liikkeen, kuvien ja kosketuksen kautta. Koko prosessin ajan olen ollut opiskelu- tai työelämässä, suurelta osin samanaikaisesti molemmissa.

Terapeuttisissa suhteissa olen dialogissa löytänyt ratkaisevia yhteyksiä toisen kautta itseeni ja koen nykyään paitsi olevani, myös pysyväni olemassa. Ratkaiseva löytö toipumisessa on ollut PRD-teoria, joka pystyy selittämään paitsi syrjäytymisen ja toipumisen toimintamallini, myös kaikki epävakaa persoonallisuushäiriön piirteet, masennuksen, huumeriippuvuuden, itsetuhoisuuden, olemassaolemattomuuden kokemukset ja toimintakyvyn vaihtelun. Traumatisoitumisen oireiden monimuotoisuus rakentaa ymmärrystä sille, miten yhteen elämään mahtuu niin paljon erilaisia vaikeita asioita ja oireita. Tätä kirjoittaessani matkani on edelleen kesken, enkä usko, että se varsinaisesti päättyy elinajanani. Koen kuitenkin nykyisin eheyttä ja olemassaoloa siinä määrin, että voin sanoa olevani onnellinen.

2.4 Käsitteitä ja teoriaa

Tässä kappaleessa esittelen sisällön kannalta oleellimmat käsitteet traumatisoitumiseen liittyen, sekä luon katsauksen niiden taustalla vaikuttaviin teorioihin ja tutkimuksiin. Tutkimukseni kuten myös toipumiseni nojautuu vahvasti teoriaan persoonan rakenteellisesta dissosiaatiosta (PRD), joka syntyy psyykkisen eli emotionaalisen traumatisoitumisen seurauksena. Tutkijan identiteetti ja käytettävät käsitteet vaativat myös hieman pohdintaa ja perusteluja. Mielenterveysongelmista paranemisen prosessiin ja palveluihin liittyy vahvasti kuntoutumisen käsite ja sen myötä kuntoutujan identiteetti. Huumeiden käyttäjien hoidossa ja toipumiskulttuurissa puolestaan puhutaan toipumisesta ja toipujan identiteetistä. Liitän omia kokemuksiani ja kuvia tekstiin elävöittääkseen teoriaa ja käsitteitä sekä näiden merkityksiä elämäntarinalle, toipumiselle ja tutkimukselle.

2.4.1 Tietoisuutta pakeneva trauma yksilön ja yhteiskunnan haasteena

Traumaterapiakeskus (2016) määrittelee trauman henkiseksi tai ruumiilliseksi vaurioksi tai haavaksi, joka on seurausta traumatisoivasta tapahtumasta. Tässä tutkimuksessa traumasta kirjoitetaan ja sillä viitataan yksinomaan henkiseen eli psyykkiseen traumaan, josta käytän käsitettä *emotionaalinen trauma* (kts. s. 23–24).

Yksittäinen traumaattinen tapahtuman aiheuttaa 1-tyyppin trauman. 2-tyyppin traumasta tai kompleksisesta (monisyisestä) traumasta puhutaan, jos traumatisoituminen on pitkäkestoista tai toistuvaa. Traumatisoivassa, yksilölle ylivoimaisessa tilanteessa yksilön käsittely- ja integraatiokyky eivät ole riittäviä ja systeemi menee häiriötilaan myös fysiologian ja hermoston tasolla. Aiemmat elämäkokemukset eivät riitä tilanteen hallintaan. Menettäessään elämäntunnetun traumatisoitunut tyyppillisesti oireilee muun muassa tunne- ja impulssisäätelyn ongelmilla, itsetuhoisuudella ja korostuneella riskinotolla. Traumatisoituneen henkilön käsitykseen itsestä liittyy usein syyllisyyttä, häpeää ja kokemus siitä, ettei kukaan voi ymmärtää. Terve ihminen uskoo yleensä, että maailma on hyvä, elämä on tarkoituksenmukaista ja ihmiset ovat arvokkaita. Trau-

maattinen tapahtuma voi murskata terveen ihmisen uskomusjärjestelmän ja johtaa pysyvään persoonallisuuden muutokseen, epäluottamukseen ja epätoivoon. (Serenius, 2003, 23; Traumaterapiakeskus 2016; Suomen EMDR-yhdistys a; Suomen EMDR-yhdistys b.) Olennainen tekijä traumaperäisen häiriön kehittymisen kannalta on sosiaalinen tuki tai sen puute. Tapahtumat itsessään eivät ole traumaattisia vaan kyse on aina tapahtumasta suhteessa yksilön ominaisuuksiin kuten herkkyyteen ja psyykkiseen suoritus- eli integraatiokykyyn (van der Hart, Nijenhuis & Steele 2009, 23–25; Leikola 2014; 48.)

Trauman hoitohistorian ajatellaan alkaneen 1980-luvulla, jolloin diagnostisiin DSM-III:n kriteereihin otettiin ensimmäistä kertaa mukaan traumaperäinen stressihäiriö. (Leikola 2014, 73; van der Kolk 2017.) Nykyisen kaltainen ymmärrys traumatisoitumisen vaikutuksista ja hoitamisesta on kuitenkin syntynyt jo sata vuotta sitten, kun ranskalaiset Chargot ja Pierre Janet alkoivat hoitaa ensimmäisen maailmansodan veteraaneja. Käsitys trauman luonteesta, dissosiaatiosta ja oireista ja myös menestyksekkäästä hoitamisesta pääpiirteittäin olivat olemassa jo tuolloin. Trauman erityispiirre on kuitenkin trauman kätkeytyvyys, kieltämisen mekanismi ja alitajuinen tarve pitää traumat todentumattomina. Niinpä traumatisoitumisen ymmärrettäväksi ja näkyväksi tekemistä on vastustettu eri aikakausina voimakkaasti paitsi yksilöiden mielissä, myös yhteiskuntatasoilla. Tämän seurauksena traumatutkimuksen historia onkin leimallisen katkonainen. 1980-luvun traumakysymyksistä kiinnostumisen ja diagnostisen heräämisen taustalla vaikutti Pierre Janetin teorian uudelleen löytyminen sekä keskitysleirin kokeneiden henkilöiden, Vietnamin sodan veteraanien ja naisasia-liikkeen aktiivinen toiminta PTSD:n (*post traumatic stress disorder*) virallistamiseksi. (Leikola 2014, 164–166; van der Kolk 2017a.)

Pierre Janetin ja Chagotin työ unohdettiin lähes sadaksi vuodeksi. 1900-luvun alkupuolen yhteiskuntatodellisuudessa, jossa lasten seksuaalinen hyväksikäyttö oli hyvin yleistä, traumateorian ohittamiselle oli painavia syitä. Yhteiskunta ei ollut valmis käsittelemään todellisuutta, jossa esimerkiksi inestille olisi täytynyt antaa uusia merkityksiä uhrin kannalta. (de Mause 2003, 100–102; van der Kolk 2017a.) Traumatisoitumisen seurauksia ei siis ole haluttu nähdä, vaikka oli selvää, että sotien jälkeen perheissä tapahtui ilkeitä ilmiöitä kuten väkivaltaa ja

päihteidenkäyttöä. Sotatraumojen olemassaolon tunnustamisen ajateltiin vaikuttavan negatiivisesti muun muassa sotilaiden taistelutahtoon. Traumatisoitumisen oireita ja seurauksia on pyritty vaimentamaan myös Katolisen kirkon masinoimassa valemuisto-liikkeessä, jossa väitettiin psykologien ja terapeuttien istuttavan asiakkaisiinsa virheellisiä muistoja esimerkiksi lapsuudenaikaisesta seksuaalisesta hyväksikäytöstä. Liikkeen voimat hälvenivät, kun katolisen kirkon papiston järjestelmällisen lasten seksuaalisen hyväksikäyttö pystyttiin todistamaan. (van der Kolk 2017a.) Edelleen osa traumaterapian tutkijoista ja ammattilaisista suuntaa energiansa valemuistoihin ja asiakkaan tarinan epäuskottavuuden todistamiseen asiakkaan kuulemisen sijaan.

Trauma vaikuttaa voimakkaasti yhteiskuntaan ja yksilön elämän kaikkiin puoliin. Trauman todellisuutta väheksytään kuitenkin laajasti. Poliittiset päätökset, säätöt ja leikkaukset mielenterveys- ja päihdetyöstä sekä lasten että nuorten sosiaalisesta tuesta eivät ole linjassa traumaymmärryksen ja -hoidon tai traumatisoitumisen seurausten ennaltaehkäisemisen kanssa. (Siegel 2009; van der Kolk 2017b, 424–425.)

Yhteiskuntien tasolla eteenpäin menoa voidaan ajatella olevan sen, ettei sotatraumojen olemassaoloa enää kielletä laajasti. Aletaan ymmärtää, että väkivallalla kasvatetuista lapsista tulee väkivaltaisia - lapsia tulee suojella. Seksuaalisen hyväksikäytön traumaattisista seurauksista yksilön elämälle ei enää systemaattisesti vaieta. Nijenhuis (2017, 423) toteaa että yhteiskuntien haasteena on karistaa harteiltaan kroonisen kaltoinkohtelun traumataakka, joka näkyy välinpitämättömyytenä (ignorance) lasten hyvinvointia kohtaan.

Leikola (2015, 144) toteaa ymmärryksen potentiaalisesti traumatisoivista tapahtumista laajentuneen merkittävästi viime vuosikymmeninä. Traumatisoituminen ei liity ainoastaan konkreettiseen fyysiseen tai seksuaaliseen kaltoinkohteluun. Myös emotionaalinen kaltoinkohtelu tai puutteet vanhemmuudessa voivat yksilön integrointikyvystä ja tilanteen toistuvuudesta riippuen johtaa traumatisoitumiseen. Emotionaalisen trauman käsitteellä Leikola (2014) tarkoittaa nimenomaan epäsuotuisan ympäristön yksilölle tuottamia ylivoimaisia laajoja, kokemuksellisia haasteita, muun muassa tunteita, joita yksilö ei kykene integroimaan

osaksi minuuttaan. Mitä varhaisempi trauma on, sitä laajempia ovat seuraukset yksilön toimintakyvylle ja elämän kululle. Emotionaalinen trauma on psykobiologinen vaurio organismissa. (Leikola 2014, 47; Leikola 2015, 144–145.)

Lapsi on riippuvainen aikuisten sosiaalisesta tuesta. Lohdutus, tuki, hoiva ja kosketus vähentävät stressiä ja auttavat muokkaamaan ja integroimaan voimakkaita tunnekokemuksia. (van der Hart ym. 2009, 24–25.) Myös huumeilta ainoa tieteellisesti todettu suojaava tekijä on vanhempien huolenpito ja vastuunkanto lapsesta (von der Pahlen & Marttunen 2012, 217). Emotionaalinen traumatisoituminen voi tarkoittaa siten esimerkiksi liian vähäistä emotionaalista kannattelua ja tukea lapsen tarpeeseen nähden – perinteistä suomalaista puhumattomuuden ja pärjäämisen kulttuuria?

Traumatisoituminen johtaa persoonallisuuden rakenteelliseen dissosiaatioon. Mekanismina sen tarkoitus on piilottaa traumaattiset kokemukset itseltä ja muilta ja on siten hyvin vaikeasti tunnistettavissa. Trauman luontainen kätkeytyvyys ja ”emotionaalisuuden” aliarvostus ovat todennäköisesti vaikuttaneet siihen, että rakenteellinen dissosiaatio on huomattavasti raportoitua yleisempää (Leikola 2014, 47, 51, 210–211.) Omalla kohdallani en terapioidessakaan moniin vuosiin tullut ajatelleeksi traumatisoitumista ”vaikean” elämäni selittäjäksi. Käsitteeseeni traumatisoitumisesta liittyi konkreettisesti haastavia kasvuoloja, ongelmia perheessä tai jokin järkyttävä tapahtuma. Sellaista ei ollut. Emotionaalinen trauma käsitteenä on mielestäni psyykkistä traumaa helpommin lähestyttävä, vaikka puhutaan samasta asiasta. *Emotionaalinen* ottaa huomioon trauman merkittävät vaikutukset tunne-elämään ja turvallisuuden kokemiseen, traumatisoituminen ei liity aina ”ilkeisiin” ongelmiin.

2.4.2 Persoonan rakenteellisesta dissosiaatiosta

Rakenteellinen dissosiaatio on mielenkiintoinen ja luova psyyken selviytymisstrategia, jossa traumatisoitumisen seurauksena persoonallisuus lohkoutuu toisensa tietoisuudesta poissulkeviin osiin. Rakenteellisen dissosiaation ”mieli” on mahdollistaa yksilön parhain mahdollinen kyky jatkaa elämää. Tämä tapahtuu

sulkemalla pois tietoisuudesta ylivoimaiset traumaattiset kokemukset. Parhaat kyvyt elämän jatkamiseen tarkoittavat tässä kontekstissa edellytyksiä jatkaa sukua ja elämää evoluution näkökulmasta. (Leikola 2014, 208–209.) Ylivoimaiset kokemukset jäävät siis emotionaalisen persoonallisuuden (*EP, emotional part of personality*) osan kannettaviksi, kun ihminen pyrkii selviytymään ja jatkamaan traumaattisen tapahtuman jälkeen normaalia elämäänsä. Koska henkilö on poissulkenut tietoisuudestaan jonkin kokemuksen ja sitä kantavan EP-osan, jäljelle jäävä identiteetti ei edusta enää koko persoonan kokonaisuutta, vaan on enemmänkin ”näennäisen normaali” *ANP (apparently normal part of personality)*. ANP:n toiminta keskittyy selviytymään arkielämästä ”niin kuin mitään ei olisi tapahtunut” välttämällä traumamuistoa. (van der Hart ym. 2009, 4–5; Leikola 2014, 136–137.)

Persoonan emotionaalinen osa EP eriytyy ANP:stä epäonnistuneen integraation seurauksena traumaattisessa tapahtumassa. EP ottaa kantaakseen yli integraatiokyvyn menevän kokemuksen, jolloin EP tyypillisesti jää kantamaan traumamuistona ”kauhukokemusta”. Emotionaaliset persoonan osat voivat ulkoisen ärsykkeen tai muun syyn vuoksi tunkeutua ANP:n todellisuuteen erilaisina dissosiaatio-oireina kuten aistimuksina, aistipuutoksina, kipuina, liikkeinä, tunteina, yli- tai alivireytenä jne. Tällöin puhutaan ”trauman uudelleenkokemisesta” tai ”läpätunkeutuvista traumatunteista”, mutta myös paljon pienemmissä vaikeammin havaittavissa oireet voivat olla oireita ja seurausta rakenteellisesta dissosiaatiosta. Traumatisoitunut henkilö voi olla toiminnassaan irrationaalinen, joustamaton ja jäykkärajainen, koska persoonan yhtenäisyys on vaillinaista. Psykkinen toimintataso on usein alhainen ja ihmissuhdetaidot ja tunne-elämän säätelykeinot puutteellisia. (van der Hart ym. 2009, 4–5, 13; Leikola 2014, 115, 136–141; Leikola 2016, 31.)

Kompleksisesta traumatisoitumisesta tai kompleksisesta rakenteellisesta dissosiaatiosta puhutaan, jos EP-osia on enemmän kuin yksi. Pitkäkestoisessa traumatisoivassa ympäristössä ANP:stä lohkoutuu useampia EP-osia tai EP jakaantuu edelleen kapea-alaisemmiksi EP-osiksi. Jos puolestaan näennäisen normaaleja (ANP) persoonallisuuden osia on useita, puhutaan dissosiativisesta identiteettihäiriöstä, DIDistä. DIDissä ANP-osilla on eriytyneempi minäkokemus,

kuten oma nimi, ikä tai sukupuoli. (van der Hart ym. 2009, 6–7; Nijenhuis 2017, 414.) Kompleksisuus on monikerroksisuutta, ongelmien kasaantumista ja pitkäkestoisuutta. Kompleksisella traumalla viitataan emotionaalisen trauman vaikeaan muotoon, eli toistuvaan traumatisoitumiseen elämän eri kerroksissa.

Emotionaalisesti traumatisoituneiden oireet voivat täyttää lähes minkä tahansa psykiatrisen sairauden kriteerit. Annetut diagnoosit vaihtelevat skitsofreniasta ja persoonallisuushäiriöistä mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöihin. Myös kroonisen kivun tai väsymysoireyhtymän taustalla on usein traumaan liittyvät lukkiutuneet tunnemuistot. Usein traumapotilaiden kohtalona on terapeuttien ja lääkäreiden vaihtumisen myötä tulla leimatuiksi toivottomiksi tapauksiksi. (Huttunen 2009, 1.) Rakenteellinen dissosiaatio voi olla hyvin yksinkertainen tai äärimmäisen monimutkainen tila. Dissosiaatio voi ilmetä lukemattomina eri variaatioina ja monikerroksisuus vaikuttaa oleellisesti terapiaprosessiin ja sen keston. (van der Hart ym. 2009, 6.) Rakenteellinen dissosiaatio on systeeminä paljon enemmän, kuin osiin jakaantunut mieli tai ”dissosiaatio” jonka käsitteellä viitataan usein alentuneeseen tietoisuuden tasoon tai poissaoloon. Osien keskinäiset yhteydet ja erilaiset toimintajärjestelmät muodostavat yksilön kannalta myös mielekkäitä toimintamalleja ja ylläpitävät toimintakykyä. (Nijenhuis 2015, 55.)

Omaa mielensisäistä kokemustani olen vuosien aikana yrittänyt selittää itselleni ja terapeuteilleni muun muassa tekemällä kuvia ja kirjoittamalla runoja. Tämä kuva ja siihen liittyvä kirjoitus kuvaavat kokemustani osina olevasta mielestäni ja näkemystäni persoonani erilaisista osista vuonna 2011, ennen kuin olin löytänyt traumaterapian ammattilaista.



KUVA 1. Kartta minuuden osista & kuvateksti 2011: Mieli monessa palassa. Todellisuus sumuisen epätodellista. epätodellisuus liian todellista. Kahden maailman välissä. Tietää, muttei tiedä. Muistaa, muttei muista. Uskoo, muttei usko ja uskoo valehtelevansa. Pelkää muistavansa väärin ja keksivänsä kaiken. Miten tämän voisi järjestää? Miten voisi olla vain yksi minuus?

2.4.3 Trauman hoidosta

Suomalaisessa psykiatriassa ei ole toistaiseksi vielä riittävää tietoa ja osaamista trauman oireiden tunnistamisesta, diagnosoimisesta tai hoidosta (Huttunen 2009, 1). Oireisiin ja häiriöluokkiin keskittynyt psykiatria ja värikkäästi oirehtiva rakenteellinen dissosiaatio ovat mahdollisesti onnistuneet luomaan ”väärin diagnoosien” suman. Trauman tunnistamisessa ja ymmärtämisessä Suomi ei ole kuitenkaan mikään toivoton tapaus, vaan traumatisoitumisen menestyksellään tunnistaminen, hoito ovat maailmanlaajuisia haasteita (Leikola 2014, 134; McLean 2017.) Ymmärrys traumatisoitumisesta, sen seurauksista ja menestyksellään hoidosta lisääntyy koko ajan, vaikka tutkimusta tarvitaan lisää oikeastaan kaikilta sektoreilta. Emotionaalisen traumatisoitumisen on tunnistettu vaikuttavan kognitioon, muistiin, käyttäytymiseen, resilienssiin, alltiuteen huu-

meriippuvuuteen, ja jopa suolistomikrobeihin. (McLean 2014.) Deskriptiivisyyteen perustuva diagnosointijärjestelmä on jo menetelmällisesti kykenemätön tunnistamaan menneisyyden traumatisoitumisen merkitystä nähtyihin oireisiin (Leikola 2014, 134). Innokkuus korjata ihmisten oireita lääkkeillä ohittaa perimmäiset ongelmat ja niiden syyt. Psykiatrian tulisi kiinnostua ihmisestä ja kokonaisuudesta; kysyä millaisen sisäisen todellisuuden kanssa potilaat koettavat selviytyä. (van der Kolk 2017b, 426.)

Psykiatria on haasteen edessä traumatisoitumisen ja rakenteellisen dissosiaation oirekirjon kanssa, somaattiset vakavatkin oireet voivat olla traumaperäisiä kuten kivut, aistipuutokset, halvaantuminen jne. (Leikola 2014, 53). Suomessa psykiatriassa on onnistuttu luomaan myös hyvää käytäntöä ja esimerkiksi dialogisessa Keroputaan hoitomallissa tulokset ja potilastyytyväisyys ovat korkealla tasolla (Seikkula & Alakare 2004). Ulkomailta mallia on tultu opiskelemaan jo vuosia (Seikkula & Alakare 2004), mutta jostain syystä hyvä käytäntö ei Suomessa ole levinnyt Tornioista muualle maahan. Keroputaan mallin tuominen esimerkiksi pääkaupunkiseudulle nähdään ongelmallisena, koska väestöpohja on suurempi ja useiden toimijoiden kanssa yhteistyön tekeminen haastavampaa (Siponmaa 2014).

Kolmeen vaiheeseen jaettua traumaterapiaa pidetään trauman hoitamisen standardina. 1) vakauttamisen vaihe, 2) työskentelyvaihe ja 3) integraatiovaihe. Tyypillisesti vaiheet menevät osin päällekkäin. (van der Hart ym. 2009, 249.) PRD-teorian käsitteet tuovat uutta selkeyttä vaiheittaisen hoidon tavoitteiden ymmärtämiseen (Leikola 2014, 123).

Vakautumista pidetään edellytyksenä työskentelyvaiheelle ja sillä tarkoitetaan muun muassa toimintakyvyn kohenemistä ja ylläpysymistä, uudelleen traumatisoitumisen kierteiden katkeamista (vahingolliset ihmissuhteet, päihteiden käyttäminen). Vakautumista kuvataan usein sietoikkuna-käsitteellä. Koska traumatisoituneen henkilön autonominen hermosto on epäkunnossa, se ei osaa tulkita ympäristön ärsykeitä tarkoituksenmukaisesti. Hermosto viestii vaarasta, jota ei ole (ylivireystila / hätä) tai ei havaitse todellista vaaraa (alivireystila / lamaanus). Sietoikkunaksi kutsutaan hyvän toimintakyvyn tilaa, jossa vireystila on so-

piva ja realiteeteissa. Sietoikkunan laajeneminen on vakauden perusta, eli mitä laajempi sietoikkuna, sen paremmin yksilö pystyy käsittelemään realistisesti ympäristön ärsykeitä, pysyy tässä ja nyt -hetkessä putoamatta traumatunteisiin. (Ogden, Minton & Pain 2009, 28–30.)

Oireiden hallintaan keskittyminen ilman kokonaisuuden tunnistamista ei välttämättä johda paranemisprosessiin. Silti integraatiovaiheesta traumaterapiakirjallisuudessa on kirjoitettu hyvin niukasti. Tätä selitetään sillä, että on keskitytty ensimmäiseen ja toiseen vaiheeseen niiden sekä terapeutilta että potilaalta edellytettävien vaativien taitojen vuoksi. Integraatiovaihetta kuvataan vielä edellisiä vaiheita haasteellisemmaksi tai tuskallisemmaksi. Tavoitteena on osien yhteensulautuminen ja siten korkeampi psyykinen suorituskky ja normaali elämä. (van der Hart ym. 2009, 249–250.)

EMDR:n (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) eli silmänliiketerapian löytämisen jälkeen 1990-luvulla alettiin tunnustaa laajemmin, että traumaattisen kokemuksen työstämiseen on muitakin reittejä kuin perinteinen keskusteluun perustuva terapia (van der Kolk, 2017a). Nykytutkimuksessa trauman ja myös emotionaalisen trauman olemassaolo pystytään todentamaan biologisena organismin (autonomisen hermoston) vauriona ja sen seuraukset toiminta- ja puolustautumiskyvylle sekä valinnoille tulevat koko ajan paremmin ymmärretyiksi. Fysiologisen tieteellisen tutkimuksen tulokset trauman ilmenemisessä ihmisen psykobiologisen organismin tasolla ovat tuottaneet merkittäviä edistysaskeleita trauman hoidossa. (Leikola; Mäkelä & Punkanen 2016; 55–58).

Neurofysiologi Stephen W. Porges on tutkinut autonomista hermostoa jo 60-luvulta lähtien, hän on koonnut artikkelinsa ja merkittävät löydöksensä kirjaksi (Porges 2011). Emotionaalinen trauma on aina seurausta sietämättömästä tunnetilasta, autonominen hermosto ja sen reaktiot liittyvät erottamattomasti tunnetiloihin (Leikola 2016, 31.) Porgesin kehittämä polyvagaalinen teoria autonomisen hermoston toiminnasta ja erityisesti vagus-hermon toimintahäiriöt suhteessa traumaoireisiin ovat merkittäviä. Autonomisen hermoston hierarkiassa korkeimmantasoinen ventraali vagus-hermo hallinnoi sosiaalisen kiinnittymisen toimintajärjestelmää. Jos sosiaalinen toimintajärjestelmä epäonnistuu toistuvasti

turvallisuuden ja suojan varmistamisessa (yksilö traumatisoituu), järjestelmä ei ”pysy päällä”. Jos sosiaalisen kiinnittymisen järjestelmä ei ole päällä, henkilö putoaa sietoikkunastaan yli- tai alivireystilaan. (Leikola 2014, 251–258; Leikola; Mäkelä & Punkanen 2016; 55–58; Ogden 2009, 30–33). Eli yli- tai alivireystilassa yksilö joutuu traumatunteidensa armoille (EP-osien todellisuuksiin), jolloin turvallisuuden tunnetta ei ole mahdollista kokea.

Tunteiden säätelykyky (sosiaalisen kiinnittymisen järjestelmä) voi kehittyä ja korjaantua vain turvallisessa ympäristössä ja vuorovaikutuksessa (Leikola 2016, 31). Turvallisessa vuorovaikutuksessa sosiaalisen kiinnittymisen järjestelmä ”kuntoutuu”, jonka seurauksena tunteiden säätelykyky paranee. Näiden myötävaikutuksesta sisäinen turvallisuus rakentuu ja autonomisen hermoston reaktiot realisoituvat koskemaan nykyhetkeä. Turvallisuuden tunteen syntyminen ja autonomisen hermoston kuntoutuminen liittyy ventraalisen vagus-hermon toiminnan kypsymiseen (myelinisoitumiseen). (Leikola ym. 2016; 55–58; Porges 2011; Ogden ym. 2006, 30). Erityisesti emotionaalisen trauman hoidossa polyvagaalisen teorian soveltaminen käytäntöön on tuottanut myönteisiä tuloksia. Löydökset kannustavat painottamaan turvallisuudentunnetta terapiasuhteessa. (Leikola ym. 2016; 55–58). Sietoikkunan laajeneminen, vakautuminen ja toipuminen traumasta edellyttävät siis ventraalin vagus-hermon kehittymistä, joka on mahdollista turvallisessa vuorovaikutussuhteessa.

Perinteinen psykoterapia perustuu kognitioiden työstämiseen. Kognitioita muuttamalla pyritään muuttamaan uskomuksia, hallitsemaan emootioita ja vaikuttamaan fysiologisiin reaktioihin, esimerkiksi ylivireyteen tai jännittämiseen. Kesusteluterapia on esimerkki ”ylhäältä alas” suuntautuvasta menetelmästä. Ylhäältä alas -suuntautuvalla toiminnalla pystyy hallitsemaan sensorimotorisia traumatisoitumiseen liittyviä ärsykeitä, mutta ongelman kaikkia puolia ei ole mahdollista tavoittaa. Tämä puolestaan liittyy fysiologiaan ja autonomisen hermoston puolustautumisreaktioihin. Vaaran hetkellä kognitiot ohitetaan ja ”vais-tonvarainen” liike tulee suoraan aivorungosta. Traumatisoivissa tilanteissa vail-linlaisiksi jääneet liikkeet ja puolustautumisyrikykset jäävät ikään kuin kesken. (Ogden ym. 2009, 22–25.)

Traumamuisto voidaan ajatella myös koko ihmisorganismin keskeneräisenä toimintona, joka ilmenee psyykkisellä, fyysisellä ja käyttäytymisen tasolla (Leikola 2014, 117). Alhaalta ylös -orientaatiossa kehon aistimuksiin ja sensorimotorisiin reaktioihin kiinnitetään huomiota (reaktio, liike, tanssi, kosketus), jolloin kehoon jumiutuneesta ”tiedosta” on mahdollista tulla tietoiseksi myös kognitioiden tasolla. Sensorimotorisessa psykoterapiassa huomioidaan informaation molemmat suunnat ja käytetään niitä tehokkaasti traumakokemuksesta vapautumiseksi. (Ogden ym. 2009, 22–25.)

Traumatisoitumisen sekoittaessa systeemin, hermoston puolustusreaktiot menevät ja jäävät päälle kognitioiden kustannuksella pysytellen tietoisuuden tavoittamattomissa. Rakenteellisen dissosiaation näkökulmasta EP-osa jää kantamaan traumakokemusta ja jumiutuu trauman hetkeen. Kognitiivisesti tämä tarkoittaa vääristymää uskomuksista itsestä, muista ja maailmasta. Emotionaalisesti traumamuisto sisältää esimerkiksi kauhun tunteen ja kehollisesti eli sensorimotorisesti ali- tai ylivireystilan, aistivääristymän tai kiputilan. EP-osan aktivoituminen voi näkyä taitavalle terapeutille kehon asentoina, liikkeinä joita huomioidamalla EP-osaa eli traumakokemusta on mahdollista lähestyä. EP-osat voivat olla myös kokonaan verbaalisen maailman ulkopuolella, eikä niitä voi tavoittaa ylhäältä alas suuntautuvilla terapeutisilla interventioilla.

Omassa elämäntarinassani ja toipumisprosessissani autonomisen hermoston ylireagointi ja vääristyneet uskomukset ovat tulleet vähitellen ymmärretyiksi traumaoireina. Koska ylhäältä alas -suuntautuva psykoterapia ei kokemuksesani ylettynyt kaikkeen, mitä koin tarvitsevani, löysin vastauksia kehollisten menetelmien kautta. En tällöin tiennyt teoriasta, mutta keho kautta löysin lisää mahdollisuuksia itseni löytämiseen. Etsiessäni vastauksia emotionaalisesta traumasta toipumiseen törmäsin integraatiokirjallisuuden niukkuuteen ja ylimalkaisuuteen.

2.4.4 Identiteettikysymyksiin

Itselleni tuntuu tärkeältä, miksi minua kutsutaan tai miksi kutsun itseäni. Kuntoutuminen voidaan määritellä tavoitteelliseksi prosessiksi, jossa yksilön toimintakyky muuttuu hänen aktiivisen toimintansa tuloksena tavoiteltuun suuntaan. Kuntoutus puolestaan käsittää kuntoutuksen ammattilaisten toimenpiteitä yksilön kuntoutustavoitteiden saavuttamiseksi. (Kuntoutussäätiö 2017) Rissanen (2015) autoetnografia kuvaa kuntoutumisprosessia, jossa asiakkuudet ja identiteetit ovat rakentuneet mielenterveyspalveluissa, hoidoissa, kokemusasiantuntijatoiminnassa ja opiskelussa. Hän käyttää pääasiassa käsitettä kuntoutuminen, mutta kirjoittaa myös hoidosta, voimaantumisesta ja toipumisesta lähes samassa merkityksessä (Rissanen 2015, 15).

Tutkijat Knuuti (2007, 32) ja Kotovirta (2009, 35) käyttävät huumeriippuvuudesta toipuvia ihmisiä koskevissa väitöskirjoissaan käsitteitä toipuminen ja toipuja. Mattila-Aalto (2009) tutkiessaan kuntoutusosallisuutta puhuu päihdekuntoutujista ja kuntoutumisesta. Oma päihdetyön kentällä syntynyt käsitykseni on, että kuntoutuminen ja kuntoutuja-identiteetti liittyvät tyypillisesti ammattilaisten käyttämään kieleen ja ammattilaisten tekemään päihdehoitoon. Ammattiavun ulkopuolella (NA/AA) sekä huume-kuntoutujien terapeuttisissa yhteisöissä ihmiset toipuvat (recovery). Kotovirta (2009, 35) määrittelee Nimettömien narkomaanien (NA) itsehoito-ohjelman toipumisteoriaksi. Huumeidenkäyttäjien terapeuttisen yhteisöhoidon perinteessä asiakkaita on kutsuttu oppilaiksi, koska hoidon tavoite on oppia uusi päihdeetön elämäntapa (Peltoniemi 2017, 76.) Itse olen aloittanut toipumisen myös olemalla oppilas (Peltoniemi 2011, 51–52). Tämän aktiivisen omasta toipumisestaan osallisen identiteetin omaksuttuani en ole halunnut enää olla potilas, asiakas tai edes kuntoutuja.

Miellän itseni toipujaksi, vaikka en identiteetiltäni ole enää vuosiin toipunut huumeriippuvuudesta. Toipuminen on enemmänkin dynaaminen jatkumo, jossa toipumisen kohde on jatkuvassa muutoksessa. Miellän toipumisen kuntoutumista itseohjautuvammaksi prosessiksi, enkä halua itseäni kutsuttavan kuntoutujaksi. Kuntoutuja-käsite sisältää itselleni määritellymmän identiteetin kuntoutu-

jana, jonka toimijuus on rajallisempaa ja jota joku toinen voi kuntouttaa. Toipujakäsité sisältää suuremman toimijuuden ja osallisuuden, muut eivät voi *toivuttaa*. Tämä ei tarkoita kuitenkaan sitä, että toipuminen voisi tapahtua ilman toisia ja toisten apua ja tukea toipumiselle.

3 TOISEN TIEDON AVAIMET: AUTOETNOGRAFIA JA KOKEMUSTUTKIMUS

Etnografia on perinteisesti tutkinut vieraita kulttuureja, ihmisten elämänkaarja ja kokemuksia ympäristöissään. Autoetnografialla tarkoitettiin alun perin tutkijoiden aineistoihinsa lisäämiä omia kokemuksiaan. Autoetnografia on sittemmin laajentunut käsitteenä. Sitä voi kuvailla elämyksellisenä ja kokemuksellisenä tutkimuksena, jossa yhtä kokemusta perinpohjaisesti tutkimalla pyritään luomaan ymmärrystä myös vallitsevasta ympäristöstä ja kulttuurista. Oleellista on sijoittaa yksilön kokemukset ympäristöön, aikaan ja paikkaan. (Ellis & Bochner 2000, 737–742.)

Kokemustutkimuksella viitataan Iso-Britanniassa syntyneeseen tutkimussuuntaan *service user research*, jossa (sosiaalityön, vammaistyön, mielenterveys- ja päihdetyön jne.) palvelunkäyttäjät itse osallistuvat tutkimuksen tekemiseen, tutkittavien aiheiden määrittelyyn tai toimivat itse tutkijana tai palveluiden arvioijina (Beresford & Salo 2008, 11) - eivät siis vain tutkittavina kohteina. Iso-Britanniassa asiakkaiden osallisuus palveluiden kehittämiseen on kirjattu lainsäädäntöön ja siitä on jo vuosikymmenten kokemus (Wallcraft & Nettle 2009, 1–11). Omassa tutkimuksessani erityisesti aineistot asiakkuuksista ja suhteesta palvelujärjestelmään edustavat kokemustutkimusta, autoetnografia liittyy tutkimusaineiston laajemmin ympäröivään kulttuuriin ja identiteetteihin. Menetelmien tavoitteena on tuottaa kokemustietoa marginaalisista kokemuksista ja asiakkuuksista.

Suomalaisessa tutkimusperinteessä on tehty vielä hyvin vähän kuntoutujien kokemustutkimusta. Kokemustutkimusta on tehty järjestökentällä ammattilaisveitosesti osallistamalla ja kouluttamalla kuntoutujia tutkimuksen tekemiseen yhteistyössä tutkijoiden kanssa. (Hyväri & Rissanen 2014, 288). Itsenäisiä elämänkerrallisia kokemustutkimuksia ovat Rissanen (2007) ja Peltoniemen (2011) kokemustutkimukset sekä VTT Päivi Rissanen autoetnografinen kokemustutkimus (2015), jossa lähtökohtana on omien sairastumisen ja kuntoutumisen kokemuksen tutkiminen itsereflektion kautta. (Hyväri & Rissanen 2014, 291, 295). Rissanen autoetnografia edustaa kuntoutujien kokemustutkimusta, jossa tutkit-

tavat osallistuvat tutkimuksen tekemiseen. (Rissanen 2015, 16, 31, 215). Suomalaisia tutkimuksia kuntoutumisen kokemuksista, syrjäytymisestä ja toipumisesta on tehty jonkin verran. Romakkaniemi (2011) on tutkinut masennuksen vaikutuksia ja sosiaalista kuntoutumista, Savukoski (2008) anoreksiasta toipumista, Laitinen (2004) seksuaalisen hyväksikäytön uhreja ja Valkonen (2007) psykoterapiamuotojen vaikuttavuutta. Vaikka tutkimukset eivät edusta autoetnografiaa, niistä löytyy syrjäytymisen ja toipumisen kokemuksia, joihin myös oma elämänkaareni peilautuu. Päihderiippuvuuden merkityksiä ja toipumisen jatkumoa ovat tutkineet esimerkiksi Väyrynen (2007) ja Knuuti (2007). Käsillä olevan tutkimuksen elämänkerrallisessa laajuudessa ei entisen huumeidenkäyttäjän ääntä ole vielä suomalaisessa sosiaali- tai terveysalojen tutkimuksessa kuultu.

Autoetnografia ja kokemustutkimus asettavat tietämisen ja tiedon käsitteet uuteen valoon. Tieteellisen tiedon perinteisinä pidetyt luotettavuuden kriteerit eivät päde näihin tutkimussuuntauksiin. Kokemustutkimus ja autoetnografia ovat aina väistämättä subjektiivisia, eikä tutkijan etäisyyden, objektiivisuuden tai tutkimuksen toistettavuuden vaatimukset täyty. Kokemustutkimuksen tavoitteena ei ole kuitenkaan kiistää tieteellisiä tiedon kriteerejä, vaan synnyttää dialogia ja validoida myös tulkinta kokemuksista tietämiseksi. Välitön kokemus synnyttää subjektiivista niin kutsuttua toista tietoa, joka tutkimuksen kautta voidaan tuottaa yleiseen tietoon ja dialogiin myös perinteisen akateemisen tutkimuksen kanssa. Kokemustutkimuksessa ajatellaan, että mitä pienempi on etäisyys tutkijan ja tutkittavan välillä, sen validimpaa tieto on. (Beresford & Salo 2008, 39, 66, 115).

Rissanen (2007) liseniaattityö *Skitsofreniasta kuntoutuminen* oli ensimmäinen kokemustutkimus Suomessa, jossa tutkija on tutkinut omia kokemuksiaan kuntoutujana ja palveluiden käyttäjänä. Tutkimus toimi edellisen opinnäytetyöni innoittajana. Rissanen (2015) väitöskirja *Toivoton tapaus?* on jatkoa liseniaattityölle. Väitöskirjassaan hän tutkii sairastumisen ja kuntoutumisen identiteettejä. Tutkijan oma kuntoutumisprosessi jäsentyy laajemmin tutkijan nykyisen kuntoutumisen vaiheen ja ymmärryksen lisääntyä sekä oikean hoitomuodon ja diagnoosin löydyttyä. Rissanen ei sairastanutkaan skitsofreniaa.

Oma tutkimukseni seurailee jälleen Rissanen jalanjäljissä. Autoetnografian menetelmin rakennan kokemusaineiston, joka laajenee käsittämään elämäni kulkua ennen huumeriippuvuuden syntymistä ja sen jälkeen. Kokemustutkimus liittyy kokemuksiini palvelujärjestelmässä, psykiatrian vaikeahoitoisena potilaina ja onnistuneen päihdehoidon jälkeen motivoituneena psykoterapia-asiakkaana. Identiteettini huumeriippuvaisena tai toipuvana addiktina olivat vain lyhyitä vaiheita tarkasteltaessa elämää laajemmassa mittakaavassa.

3.1 Ulos marginaalista

Kokemustutkimus ja autoetnografia edustavat tiedonmuodostustavaltaan perinteisiä laadullisia tutkimusmenetelmiä (Metteri 2000, 257–258; Chang, Faith & Fernandez, 2016, 17). Sosiaalityössä kyseiset tutkimusmenetelmät edustavat kriittisiä sosiaalityön tutkimusmenetelmiä, jossa asiantuntijuus annetaan asiakkaalle. Parhaimmillaan ko. tutkimussuuntaukset muuttavat tiedon valtarakenteita (Hyväri & Rissanen 2014, 291). Rissanen käyttää termiä kuntoutujien kokemustutkimus (Hyväri & Rissanen 2014, 291) painottaen menetelmän vastaavan erinomaisesti asiakaslähtöisyyden vaatimukseen. Osallisuus, dialogisuus sekä tavoite yhteiskunnallisen muutoksen aikaansaamiseksi nostavat kokijat osallisiksi yhteiskunnallisesta keskustelusta siihen vaikuttaen (Rissanen 2015, 14).

Kokemustutkimus on siis hyvin asiakaslähtöinen menetelmä, jossa asiakkaat osallistetaan mukaan tutkimukseen perinteistä tietolähteen asemaa laajentaen (Beresford & Salo 2008, 39). Oma tutkimukseni edustaa kokemustutkimuksen asiakaslähtöisintä siipeä: asiakas ei vain osallistu tutkimukseen, vaan myös määrittelee alusta lähtien sen, mitä tutkitaan ja toteuttaa tutkimuksen. Myös autoetnografiassa tutkijan kokemukset ovat tutkimuksen aineisto ja mikäli tutkitaan marginaalisia kokemuksia, tutkija voi olla siten myös asiakkaan positiossa.

Opinnäytetyössäni tarkastelun kohteena on ainutkertainen yksittäinen tarina, kokemukset ja niiden kuvaaminen - pyrkimyksenä on ymmärtää ja pystyä kuvaamaan myös jotain yleisempää. Yleisellä ei autoetnografian kontekstissa tarkoiteta suoraan yleistettävää tietoa, vaan sitä, että yksittäiset kokemukset tuot-

tavat julki väistämättä myös tietoa kulttuurisesta todellisuudesta, jonka me yksittäiset ihmiset muodostamme (Chang 2008, 131–137).

Myös kokemustutkimuksen tuottamat marginaalisuudesta ulosmurtautuvat mallitarinat, yksilön elämän valinnat ja identiteetin muodostaminen voidaan nähdä aina myös poliittisena toimintana. Koska yksilön tarina muodostuu aina suhteessa toisiin, voidaan myös yksittäisen kokemustutkimuksen nähdä tuottavan tietoa yhteiskunnasta ja vaikuttavan siihen. (Hyväri 2001, 264–267.)

Oman elämän tutkimisen julkiseksi tekeminen lienee rohkea teko. Rohkeus liitetään johonkin vaaralliseen, vaaraa päin menemiseen ja mahdottomien esteiden ylittämiseen. Mahdottomat esteet ovat olleet mielessäni, eri persoonallisuuden osien kantamina kätkeytyneinä salaisuuksina. Olen tarvinnut paitsi sinnikkyyttä myös rohkeutta löytääkseni olemassaolemattomuuteni syyn ja reitin paranemiseen. Tästä kaikesta kirjoittaminen tuntuu paljon vähemmän rohkealta.

Voisiko avoimuus omasta elämästä olla ylipäättään suurempaa – häpeä pienempää? Asiakkaamme eivät ole *toisia*, jollain toisella pienellä valinnalla olisimme asiakkaita itsekin. Voimme häpeämättä olla myös asiakkaita eri kontekstissa, samaan aikaan ollessamme päteviä ammattilaisia. Toipuminen ja kasvu ihmisenä ei ole asiakkaiden etuoikeus vaan se kuuluu kaikille ihmisille.

3.2 Dialogisessa vuorovaikutuksessa - aineistona dialogi

Tutkimukseni analyttinen aineisto koostuu jälkikäteen kirjoittamastani aineistosta. Luvun neljä aineiston runko muodostuu kronologisesta elämäntarinastani lapsuudesta n. 21-vuotiaaksi. Aineisto rakentuu poikkeuksellisiksi määriteltävissä olevista tai käänteen tekevästä elämäntapahtumistani, jotka kirjoitin tätä autoetnografiaa varten. Luvun viisi aineisto rakentuu viidestä erillisestä autoetnografiaa varten kirjoittamistani terapia-aineistoista, joiden pohjalta kävin reflektivistä dialogia minua hoitaneiden terapeuttien kanssa.

Autoetnografiassa on käytetty vuorovaikutteista haastattelumenetelmää (interactive inter viewing), jonka avulla on mahdollista saada syvällisempää tietoa ja lisätä ymmärrystä vaikeista aiheista, kuten sairauksista tai menetyksistä. Keskeistä menetelmässä on dialogi, kokemusten jakaminen sekä kaikkien kokemusten pitäminen yhtä tärkeinä. (Ellis ym. 1997, 121.) Perinteisessä tutkimuksessa tutkijalla on valta-asema tutkittavaan nähden; mahdollisuus kysyä ja tulkita saamaansa tietoa. Autoetnografiassa tutkija on myös kohde, joten epäeettinen vallankäyttö tuskin on mahdollista. Lisäksi dialogisuus, jossa kanssatutkijat voivat lisätä kysymyksiä ja tehdä tulkintoja siirtää valtaa edelleen kauemmas tutkijalta itseltään. (Chang ym. 2016, 27–30.) Aiemmassa opinnäytetyössäni käytin valmiin kokemusaineiston luettavana terapeutillani, joka asettuessaan dialogiin kanssani teki tärkeitä huomioita erityisesti seikoista, joita en ollut kirjoittanut aineistoksi (Peltoniemi 2011, 16–17). Tutkimukseni validiteetti ja kokemusten ymmärrettävyys kasvoivat dialogissa.

Toipumisprosessini on tapahtunut dialogeissa eri ammattiauttajien kanssa, jossa olen eri menetelmin muun muassa keskustelun, tanssin ja kosketuksen kautta työstänyt elämäntarinaani, identiteettiäni ja kokemuksiani. Yhteistyösuhteet ovat tarjonneet peilin ja kannattelun mahdollistaen olemassaolon etsimisen ja löytämisen osa kerrallaan. Tutkimukseni osassa 4; *Elämästä ja olemassaolon kadottamisesta* aineistosta tekemäni tulkinnat ja syy-seuraus-suhteet ovat rakentuneet terapeuttisissa dialogeissa viimeisten 13 vuoden aikana sellaisiksi kuin ne nyt olen kirjoittanut. Dialoginen vuorovaikutus asettaa kokemuksen ja tulkinnat kokemuksista uudelleen tarkasteltaviksi, jolloin on mahdollista tuottaa jotain uutta ja ennalta-arvaamatonta (Metteri 2000, 257–258).

Tutkimukseni osassa viisi; *Elämästä ja olemassaolon etsimisestä* kirjoitan terapioitani ja toipumisestani. Kirjoitin erilliset, mutta ajallisesti osittain päällekkäin menevät neljä terapiaprosessia aineistoiksi, jotka lähetin sähköpostitse terapeuteille vapaasti kommentoitavaksi. Terapeutit lähtivät pääsääntöisesti innostuneesti mukaan reflektiiviseen dialogiin. Tulkintani mukaan tiukasti rajattu ammatillinen rooli osoittautui esteeksi todelliselle dialogille ensimmäisen terapeutin kohdalla. Psykodynaaminen psykoterapeutti ei halunnut tuoda dialogiin omia kokemuksiaan tai ajatuksiaan, jolloin refleksiivisyys ei toteutunut eikä aineisto

rikastunut. Muut kolme terapia-aineistoa kävi kahdella reflektointikierröksellä ammattilaisten *Armin*, *Todistajan* ja *Superin* kanssa rakentaen ymmärrystä toipumisprosesseistani. Hedelmälliset ja innostuneet dialogit lisäsivät myös ymmärrystä dialogisuudesta, tasavertaisesta kohtaamisesta ja suhteesta, sekä sen suuresta merkityksestä toipumiselle. Alla oleva taulukko selventää terapioiden sijoittumista elämänkaareeni.

TAULUKKO 1. Terapioille antamani nimitykset ja aikajana

TERAPIA	Terapeutin nimim.	KESTO
psykoterapia	Psykodynaaminen psyko- terapeutti	7v. 2006–2013
kehoterapia	Armi	3v. 2010–2013
tanssi/liiketerapia	Todistaja	satunnaisesti 2011–2015
interaktiivinen kannattelu- terapia	Superi	1v. 2015
traumaterapia	Traumaterapeutti	2v. 2016–2017

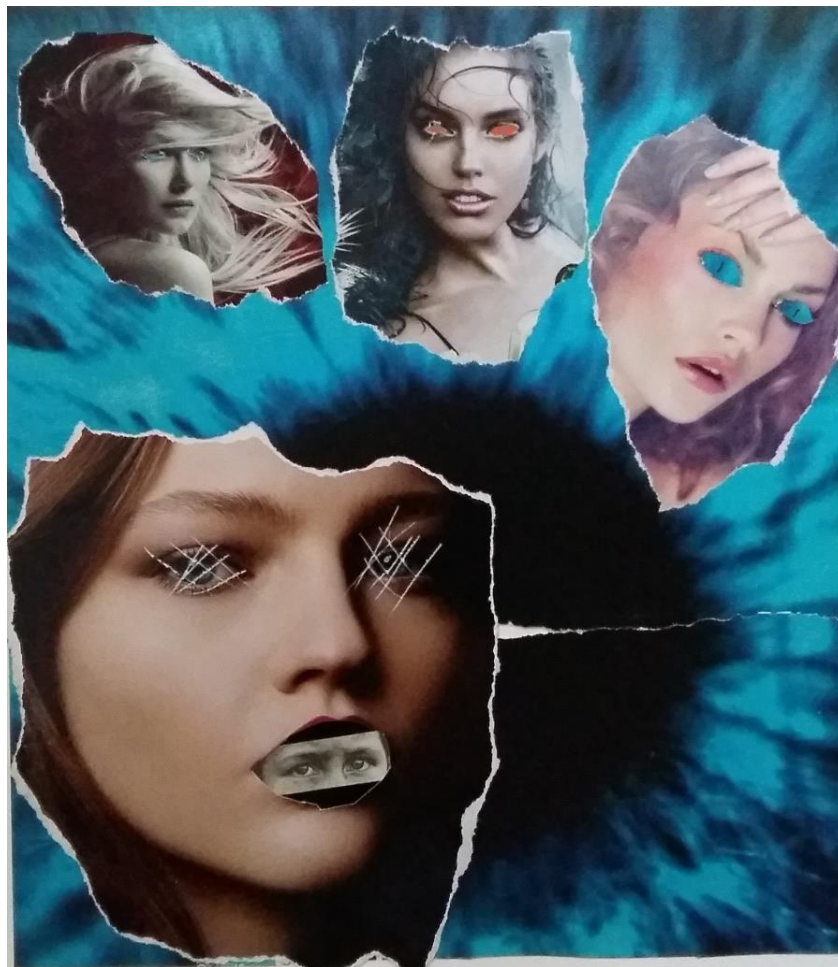
Tämän autoetnografian kirjoittamisen aikana käymässäni traumaterapiassa dialogisuus ja terapia toteutuivat useilla eri tasoilla ja menetelmillä esimerkiksi keskustelun, kosketuksen ja kirjoittamisen kautta. Terapian tavoitteena oli integraatio eli eri osien integroituminen yhdeksi eheäksi kokonaisuudeksi. Elämäntarinan ymmärtäminen ja jäsentäminen ovat avainasemassa myös eri persoonallisuuden osien integraatiossa. Traumaterapiassa tutkin, mitä edellisissä terapiaprosesseissani on tapahtunut, mitä jäänyt tapahtumatta ja miten kokonaisuus on vaikuttanut toipumiseeni persoonani rakenteellisesta dissosiaatiosta. Ymmärtääkseni prosesseja paremmin, kävin dialogin uudelleen jo dialogissa rakentuneen aineiston pohjalta myös traumaterapeutin kanssa.

Tässä tutkimuksessa dialogisuuden tavoitteena on paitsi etäännyttää kokemusaineistoa tutkijasta, myös laajentaa ymmärrystä ja käsitystä kokemuksista sekä niiden liittymisestä tai liittymättömyydestä persoonan rakenteelliseen dissosiaatioon. Tulkintojen ja syy-seuraussuhteiden tutkiminen ja varmistaminen dialogissa tekee tiedosta validimpaa ja aineistolla on mahdollisuus ”puhua” ilman, että tutkijalla olisi kaikkia vastauksia etukäteen. Tutkimuksessa pyritään siis laajentamaan ajattelutapaa tutkittavista kokemuksista ja ilmiöistä, ei todistamaan vanhojen olettamusten pätevyyttä. (Metteri 2000, 257–258; Rissanen 2015, 47.)

Dialogin avulla synnyttän ja lähestyn aineistoani lähtökohtaisesti enemmän kokemustutkijan ja tutkijan roolista käsin. Tutkijan rooli on ollut myös erinomainen apuväline terapiassa. Elämän hämmästeleminen ja tutkiminen välittömän kokemisen ulkopuolelta on muuttunut luontevaksi osaksi elämää ja itsereflektiotaitoja.

3.3 Olen aineistoni myös kuvina ja kirjoituksina

Tutkimukseni aineisto täydentyy psykiatrian potilaskertomuksilla ja kuvailevalla autoetnografisella aineistolla. Terapia-aikana olen kirjoittanut kokemuksiani satoja sivuja sekä jatkanut kuvien tekemistä. Terapiakuvat ja tekstit ilmentävät joko kokemuksen kokemushetkeä tai jonkin menneen asian kokemista sen käsitteilyhetkellä jälkikäteen. PRD -teorian löytäminen paitsi innoitti tekemään lisää kuvia ja karttoja, teki myös kuvistani ja teksteistäni itselleni uudella tavalla ymmärrettäviä. Kuvia tekevä ”minä” on ehkä ollut tietoinen rakenteellisesta dissosiaatiosta jo ennen näennäisen normaalia minua. Alla olevalla kuvalla olen kuvannut olemassaolon ja identiteetin eksyneisyyttä ja jollain tavalla myös persoonan rakenteellista dissosiaatiota.



KUVA 2. Nimetön 5/2010

Täydentävänä aineistona käytän potilaskertomuksia psykiatrisesta sairaalahoitosta. Aineisto tuottaa tietoa muun muassa psykiatrisen laitoshoidon kulttuurista ja näkökulmasta, josta minua on tarkasteltu psykiatrian hankalana potilaana.

Kokemusten sanoittaminen ja sanojen ja kokemusten suhde on mielenkiintoinen. Ihminen on aina pyrkinyt antamaan kokemuksilleen sanallisia muotoja voidakseen käsitellä omia kokemuksiaan ja elää niiden kanssa. Sanat syntyvät vasta kokemusten jälkeen, kokemus puolestaan ennen sanoja tai peräti kokonaan sanojen tuolla puolen. (Ankersmit 2005, 7–15, 78–79.) Autoetnografisessa kokemustutkimuksessa tutkijan ominaisuudet, kyvyt ja lahjat pukea koettua sanoiksi määrittävät koko tutkimusta oleellisesti.

Kokemusteni sanoittaminen sen vuoksi, että voisin elää niiden kanssa, on jo tehty psykoterapiassa vähintään kertaalleen ja useimmiten monesti erilaisia il-

maisukanavia käyttäen. Kohdallani kokemusaineiston kirjoittaminen vuosia ja vuosikymmeniä tapahtumien jälkeen asettaa etäisyydeksi ajan, joka yhdessä pitkien terapiaprosessien kanssa on muokannut kokemukset jäsenyneemmiksi analyyseiksi ja tulkinnoiksi silloisista todellisuuksistani.

Tutkijan rooli vaihtelee kokijasta kokemuksen tutkijaksi ja tulkitsijaksi, Rissanen puhuu aineistoon eläytymisen ja aineistosta etääntymisen vaihtelusta tutkimuksen aikana. Etäännyttämisellä hän viittaa tietoiseen irrottautumiseen kokemuksesta aineiston refleктоimista ja kokemusten vertaamista varten. Analyysivaiheen jälkeen voi kokemukseen palata uudelleen muodostamaan kokemuksesta uusi näkökulma. (Rissanen 2015, 56, 215.)

Autoetnografiassa rikas ja runsas raaka-aineisto on hyvän tutkimuksen edellytys. Aineisto sinänsä ei ole lopputulos vaan tutkimus luo aineiston tulkinnan kautta suurempia merkityksiä. (Ellis 2000, 195–196; Chang ym. 2016, 99). Tutkimukseni aineisto koostuu kirjoittamistani elämäkokemuksista, kirjoittamistani terapia-aineistoista, jotka ovat kylläntyneet reflektiivisissä dialogeissa terapeuttien kanssa, sekä kuvistani, runoistani ja potilaskertomuksistani. Autoetnografiassa ei ole yhtä totuutta siitä, missä kohtaa tutkimusta analysointi ja tulkintavaiheet sijaitsevat. (Ellis 2000, 195–196; Chang ym. 2016, 99). Ellis (2009) painottaa, ettei autoetnografiaa voi tehdä ilman sydäntä ja sielua – enemmän kuin jäsenyneitä tutkimusmenetelmiä, mukaan tarvitaan haavoittuvuutta, tunteita, intohimoa ja draamaa.

3.4 Etäisyys on aika

Kuntoutujien kokemustutkimuksen ja autoetnografisen tutkimuksen erityinen ominaisuus, kokemuksen ja tulkinnan välinen läheisyys (Beresford 2003, 4), ei vapauta tutkijaa tutkimuksen luotettavuuden ja pätevyyden käsittelemisestä. Aineistoa kirjoitettaessa on huomioitava tietämisen erilaiset tasot, kieltämisen mahdollisuus, muistojen luonne. Näkökulmat ja käsitteet on valittava huolellisesti, jotta virheellistä tietoa ei syntyisi. Tutkimuksen ehtoja ja haasteita on poh-

dittava tarkkaan, koska tutkija ja tutkimuksen kohde on sama. (Rissanen 2015, 50–51, 61.)

Kokemukset ja tulkinnat muokkaantuvat ajassa. Kokemustutkimuksen haasteena on pidetty tulkintojen vaihtelua elämänvaiheen mukaan (Beresford 2003, 37–38.) Rissanen (2015, 51) nostaa esiin nimenomaan tulkinnan ajassa: hän toteaa tulkinneensa sairautta ja kuntoutumistaan kolmessa eri elämänvaiheessa ja -tasossa. Uudessa kuntoutumisen vaiheessa hänen tulkintansa olivat jopa täysin erilaisia, kuin tulkinnat esimerkiksi lisenssiaattityötä kirjoittaessaan 2000-luvun alkupuolella. Kolmanneksi tulkinnan vaiheeksi hän nimeää sairauden kokemisen sen hetkellä, pohdinnat sairastumisen syistä ja oireista. Rissanen kysyykin, ovatko uusimman tutkimuksen tulkinnat ja kokemukset enemmän vai vähemmän valideja, kuin aiemman tutkimuksen tulkinnat? (Rissanen, 2015, 51.)

Rissanen (2015, 56, 58) kuvaa tutkimustavan erityisenä haasteena olevan juuri etäännyttäminen ja analyttisyys suhteessa omiin kokemuksiin. Hän kirjoittaa tavoitelleensa etäännyttävää ymmärrystä käymällä analyttisesti läpi muistoja, dialogia, päiväkirjamerkintöjä ja viestejä. Etäännyttämisen ja analyttisyyden vastapainona on kuitenkin eläydyttävä ja löydettävä oikeat kosketus- ja rajapinnat, jotta tutkijan teksti olisi elävää. Tutkijan tehtävänä onkin tunnistaa ja tuottaa ne yksityiskohdat, jotka havahduttavat lukijan oivaltamaan jotain uutta, löytämään eroavaisuuksia ja yhtäläisyyksiä ilman että sanoma latistuu ja hukkuu ylenpalttiseen tieteellisyyteen, jolloin ei lopulta sanota oikeastaan mistään mitään (Eräsaari 1995, 119–121).

Ajattelen, ettei tässä autoetnografiassa ole erityisen oleellista esittää juuri oikeita kysymyksiä itselleen, vaan suostua avaamaan ja kuvaamaan kokemukset sellaisiksi, kuin ne on koettu ja eletty. Tulkinnat elämäntarinastani teen tässä ajassa tällä ymmärryksellä, jonka olen rakentanut vuosien saatossa intensiivisellä työskentelyllä eri ihmisten ja ammattiauttajien kanssa. Elävien kuvausten kautta ilmiöitä ja merkityksiä voi tutkia ja ymmärrystä laajentaa. Viimekädessä validiteettia arvioi lukija arvioidessaan, vaikuttaako kertomus uskottavalta ja todelliselta (Ellis & Bochner 2000, 751).

3.5 Muutun tarinaksi jonka kirjoitan, ja muita eettisiä pohdintoja

Autoetnografiassa tutkijan täytyy olla tietoinen siitä, mitä seuraamuksia oman elämän paljastamisella saattaa olla. Miten kirjoittaja tullaan näkemään työelämässä ja muissa sosiaalisissa konteksteissa, miten hän näkee itse itsensä? Muille tutkija tulee tarinaksi, jonka kirjoittaa (Chang ym. 2016, 34).

Tutkimuksen rajaamiseen on kiinnitettävä erityistä huomiota. Olen luonnollisesti valmiimpi kertomaan joistain toisista asioista, kuin toisista. Valmiuden ajattelen syntyvän siitä, miten sinut olen asian kanssa ja miten paljon asiaan liittyy yhteiskunnassamme stigmoja ja häpeää. Se, miten pitkä aika joistain kokemuksesta on, ei kokemukseni mukaan vaikuta stigmojen ja häpeän hellittämiseen. Traumaattiset kokemukset eivät tunnusta yleistä aikakäsitystämme, vaan ennemminkin traumatisoituminen pysäyttää ajan ja luo oman aikavyöhykkeen. Tämä perustuu siihen, ettei traumaattisessa tapahtumassa hermosto pysty prosessoimaan ja integroimaan tietoa normaalisti, osa traumaattisista muistoista tallentuu muistiin ei-kielellisesti esimerkiksi aisteina ja uskomuksina – väärin tallentunut tieto ja kokemukset eivät muutu ajassa vaan aiheuttavat toimintahäiriöitä systeemin laajemminkin (Suomen EMDR-yhdistys a). Ehkä kirjoitan mieluummin kokemuksista, joihin ei liity enää häpeää tai leimaantumisen pelkoa. Toisaalta itseni tuntien saatan nostaa esiin myös teemoja nimenomaan häpeän ja leimojen vuoksi, päästäkseni niistä eroon – toipuakseni, näyttääkseni tietä ja tukeakseni myös muita pääsemään eroon häpeästä, joka ei itselle kuulu.

Tutkimukseni aihe, kuuluu vaikeista ja aroista aiheista tehtyihin tutkimuksiin. Mielenterveysongelmien tutkimisen etiikkaan liittyy myös erityisiä piirteitä, koska psyykinen häiriö voi vaikuttaa yksilön ajatteluun, toimintaan ja keskittymiskykyyn. Esimerkiksi mielenterveysongelmien, kuntoutumisen, seksuaalisen hyväksikäytön, väkivallan ja kodittomuuden tutkiminen vaatii tutkijalta erityistä herkkyyttä ja eettisyyttä. (Granfelt 1998; Laitinen 2004, 51, Rissanen 2015, 56.)

En ole koskaan ajatellut itseäni mielenterveysongelmaisena tai edes kuntoutujana. On kuitenkin totta, että minulla on mielenterveyden häiriö, oikeita ja vääriä diagnooseja ja takana vuosien terapia. Samanaikaisesti tutkimusta kirjoittaes-

sani käyn traumaterapiassa läpi integraatiovaihetta. Olen siis edelleen jollain mittarilla mitattuna mielenterveysongelmainen tätä kirjoittaessani. Mielenkiintoista on, onko mahdollista, että täysin toipuneena jossain elämänvaiheessa katuisin suuresti tekemääni tutkimusta ja sen avoimuutta? Olen riittävän varma siitä, että tutkimus palvelee toipumistani eikä vahingoita minua. Vastustusta, erimielisyyttä ja leimojakin on toki mahdollista saada lisää, koska emotionaalisen traumatisoitumisen ymmärtämisen, tunnustamisen ja tunnistamisen tiellä vaikuttaa edelleen olevan merkittäviä esteitä niin yksilöiden kuin yhteiskuntien tasolla (vrt. van der Kolk, 2017).

Omia kokemuksia tutkiessa ja niistä kirjoittaessa on huomioitava eettinen herkkyyks ennen kaikkea itseään kohtaan. Ilman nimettömyyden suojaa, asetan itseni vahingoittumisen vaaraan rikkomalla tabuja ja normaaleina pidettyjä rajoja avoimuudessa ja ammatillisuudessa. On aina mahdollista, että tutkimusta ja tietoa luetaan tai tulkitaan väärin, käytetään ”haastateltavaa” vastaan (Laitinen 2004, 321; Pösö 2004, 36). Vaikka elämäntarinani on tutkimusaineistona melko avoin kirja, käytän silti tutkijana vahvaa harkintaa siitä, mihin vedän rajoja. On asioita, joiden kirjoittaminen ei ole tutkimuksen kannalta perusteltua. Toisaalta jotkin vaikeat asiat, joita ei haluaisi kirjoittaa, ovat tutkimukselle merkityksellisiä. Ennen kaikkea pyrin välttämään edustamasta tutkimuksellani ”sosiaalipornoa” (vrt. Laitinen 2004, 87), vaikka joku lukija sen sellaisenakin voi nähdä. Toivon tietenkin, että tarkastelun kohteena oleva oma elämäni täyttää tirkistelyn tarvetta merkityksellisempiä tarpeita lukijoilleen.

Arvolatautuneen teeman, kuten mielenterveysongelman, ympärillä tutkija ottaa väistämättä kantaa vallitseviin olosuhteisiin tai tutkimaansa ilmiöön, joko tietoisesti tai tiedostamatta. Mikäli tutkimustulokset ovat reflektiivisiä ja perusteltuja, tämä ei ole ristiriidassa tutkimuksen tiedonintressien kanssa. (Laitinen 2004, 320.) Rissanen (2015, 59) painottaa tutkijan eettistä vastuuta ja moraalista toimijuutta kysymällä, voiko esimerkiksi hoidon arvosteleminen vahingoittaa jonkun toisen hoitomotivaatiota ja yrityksiä kuntoutua kohti parempaa elämää? Myös vastuu tiedon tuottamisesta velvoittaa tutkijaa eettiseen herkkyyteen.

Sosiaalityön ja sen tutkimuksen sekä kuntoutujien kokemustutkimuksen tavoitteena pidetään juuri vaikuttamista ja tiedottamista sekä heikommassa asemassa olevien elämän todellisuuden näkyväksi tekemistä (Beresford 2003, 40; Granfelt 1998, 18–19; Pohjola 1994, 189; Rissanen 2007, 188). Omat rajanvetoni suhteessa hoidon kritiikkiin ovat myös harkittuja. Tutkimuksen tekemisen vahva motiivi on pyrkiä lisäämään tietoa ja ymmärrystä emotionaalisen traumatisoitumisen oireista ja menestyksekkästä hoidosta.

Kriittisen autoetnografian tarkoitus on tuottaa kulttuurikriittisiä näkökulmia ja edesauttaa syrjivän kulttuurin muuttumista yhteiskunnissa. Tulevaisuudessa autoetnografian toivotaan saavuttavan yhä enemmän tutkijoita, jotka kuuluvat vähemmistöihin ja marginaalisiin ryhmiin. Heidän tarinoillaan on mahdollisuus murtaa muureja, rakentaa ymmärrystä, laajentaa stereotypioita ja ajatuksia *normaalista*. Teoria ei ole pääroolissa vaan tietämisen arvo halutaan antaa kokemustiedolle. (Boylorn, Orbe & Ellis, 2013, 15, 237–238.) Autoetnografian ja kulttuurin kannalta kirjoitan itsestäni aikakauteni ja ympäristöni tuotteena huomioiden kulttuurin (ja kasvatuksen). Olen 1980-luvun lapsi, 1990-luvun nuori, fundamentalistinen seurakuntanuori, 2000-luvun vaihteen seksuaalivähemmistön edustaja, luterilaisen työmoraalin tuote, psykiatrisen hoitokulttuurin tutkimusmatkailija, huumeidenkäyttäjien alakulttuurin reunalla kulkija ja myöhemmin tutkija ja toipuja, joka yrittää ymmärtää, mitä elämässä oikein tapahtui ja miksi.

Kulttuurimme kritiikiksi pyrin esimerkilläni vaikuttamaan puhumattomuuden kulttuuriin, ammatillisuuteen liittyviin tabuihin sekä psykiatriseen ja psykoterapeuttiseen hoitokulttuuriin. Traumatisoitumiseen liittyvä kieltämisen mekanismi ja kulttuuri estävät ymmärryksen lisääntymistä emotionaalisen traumatisoitumisen vaikutuksista elämän huonoihin valintoihin kuten päihderiippuvuuteen (vrt. Siegel 2009).

Autoetnografiani aineistoa ovat kommentoineet ja reflektoineet myös terapeutit, jotka tutkimuksessa esiintyvät antamillani tai yhdessä sopimillani nimimerkeillä. Tutkimusetiikassa on huomioitava myös se, ettei itsestä pysty kirjoittamaan täysin ilman toisia. Väistämättä myös suhteet toisiin ovat tarkastelun alla, joten on huomioitava erityisesti se, miten itsestään ja muista kirjoittaa. Eettisiksi

suuntaviivoiksi autoetnografiassa voisi asettaa tutkimuksen tavoitteen olevan aina se, että maailmasta voisi tulla vähän parempi paikka, niin kulttuurin, itsen ja toisten osalta. (Ellis 2007, 25–26.)

4 ELÄMÄSTÄ JA OLEMASSAOLON KADOTTAMISESTA

Olen ehtinyt elää monta elämää. Joistain elämistäni on ollut vaikeaa selvittää hengissä. Olen aina tiennyt, että jotain puuttuu ja etsinyt lupaa ja olemassaolon tuntua hinnalla millä hyvänsä. Olen kadottanut itseni yhä uudestaan olemassa-olemattomuuteen. Elämä poikana, elämä uskovaisena, elämä homoseksuaalina, elämä työnarkomaanina, elämä helvettiin tuomittuna, elämä hulluna, elämä narkomaanina, elämä toipuvana addiktina, elämä terapiassa, koulussa, työssä, parisuhteessa – koko elämä itseäni etsien. Elämäni vääränlaisena oikeanlaiseksi muuttumisyrityksineen on ollut irrationaalinen jatkumo, jonka logiikka on vihdoin kirkastunut. Tarinassa on sittenkin juoni. Tarina on sittenkin minun ja loppu on onnellinen.

En ole koskaan etsinyt syyllisiä huonoille elämilleni. En syyllisiä, mutta syitä sitäkin enemmän, olen halunnut ymmärtää valintojani. Lapsuudessani on paljon mennyt myös oikein ja hyvin. Olen saanut vahvan sisäisen intuition etsiä onnellisuutta ja puuttuvia palasia. Vanhemmat eivät voi antaa sellaista, mitä vaille ovat itse jääneet. Ilman tietoisiksi tulemistä ei ole mahdollisuutta korjata rikkoutunutta. Syyllinen voi yhtä hyvin olla kansalaissota tai sukupolvien takainen emotionaalinen traumatisoituminen, traumaattinen koko kansan historia. Sosiiaalishistorian professori Antti Häkkisen (2017) mukaan Suomessa on vallinnut vuosisatoja väkivaltainen kasvatuskäytäntö ja kulttuuri (Nykänen 2017). Monissa tutkimuksissa on todettu trauman siirtyvän ylisukupolvisesti ja vanhempien traumatisoivan lapsiaan puutteellisen emotionaalisen kesto- ja sisällytyskyvyn vuoksi (Schulman 2003, 177–178). Sukupolvilta toiselle periytyy kulttuuri niin hyvässä kuin pahassa – tietoisesti ja tiedostamatta.

Tähän tutkimuksen osaan olen kirjoittanut aineistoksi elämänkulkuni 5-vuotiaasta 21-vuotiaaksi. Olen valinnut tarkastelun kohteeksi identiteettiäni muokanneita poikkeuksellisia elämäntapahtumia. Identiteetin muokkaantumiseen, minäkokemukseen, käyttäytymiseeni ja mielenterveyteeni olen sovittanut teoriaa persoonan rakenteellisesta dissosiaatiosta ja sen primaarista, sekundaarista ja tetriääristä ilmenemismuotoa. Miten valintani ja käyttäytymiseni ovat

ymmärrettävissä PRD-teorian valossa? Miten ylisukupolviset uskomukset, ympäristö, identiteetin hämmennys, uskovaisuus, homoseksuaalisuus ja erityisesti kahden viimeisen sietämätön ristiriita tekivät viimeistään traumatisoitumisestani kompleksista. Selviytymisyriytykset ja psykiatrinen hoito olivat riittämättömiä johtaen toiminnan ja ajattelun kapeutumiseen, altistaen minut uudelleen traumatisoitumiselle ja syrjäytymiselle. Lopulta huumeidenkäyttö pelasti minut umpikujusta ja teki elämästäni vähäksi aikaa siedettävää.

Olin elämäni varrella kadottanut itseni ja osia itsestäni niin monta kertaa, etten päihdehoitoon päädyttyäni tiennyt yhtään, kuka olen ja miksi minulle on käynyt näin. Tähän samaan kysymykseen olen nyt etsinyt vastausta yli 14 vuotta ja olen toiveikas vastauksen saamisen suhteen. En voi edelleenkään tietämällä tietää, miten ja milloin persoonani on hajonnut osiin ja mitä milloinkin on tapahtunut, minkä seurauksena. Toipumisesta tiedän enemmän ja sen perusteella sovitan seuraavaksi koko elämäntarinaani PRD-teoriaan.

4.1 "Olisin ollut kymppin tyttö, ellen olisi ollut mielummin poika"

Muistan kirkkaasti hetken, kun vihdoinkin osasin kertoa parturissa, että haluan lyhyen tukan. Olin viisivuotias ja se oli hyvin onnellinen päivä. Ehkä siitä lähtien ajattelin olevani poika. Ei minua haitannut, että nimi oli tytön. Sain olla sellainen kuin olin. Perhepäivähoidossa kotileikissä minä olin isä. Olin isäni mukana kaikissa maatalon töissä, istuin traktorissa, ammuskelin ilmakiväärillä ja ajoin mopolla. Olin hyvä koulussa, vaikka en ollutkaan perinteiseen tapaan kiltti. Ala-asteella sain olla sosiaalisesti poika.

Ajattelen nyt, että Pikku-Maiksi myöhemmin kutsumani persoonallisuuden osa on syntynyt onnellisen parturipäivän aikoihin viisivuotiaana. Pikku-Mai on nerokas selviytymisstrategia ja valloittava reipas 5-vuotias poika. Osan syntymiseen ei liity yksittäistä dramaattista tapahtumaa tai traumaa. Dramaattisin ulkoinen tapahtuma oli maatalon sukupolvenvaihdos, jolloin vanhemmistani tuli kiireisiä kahden työn tekijöitä. Jollain tapaa olen mieltänyt jonkin osan lapsuudesta päättyneen muuttoon, vaikka pidinkin isosta talosta paljon. Tämän hetkinen käsityk-

seni rakenteellisen dissosiaation syntymisestä on, ettei minun tarpeisiini nähden tapahtunut riittävästi. Herkkä minuus olisi tarvinnut enemmän emotionaalista vahvistamista, tunteiden kannattelua ja käsittelyapua, pehmeitä arvoja puhumattomalla Pohjanmaalla.

1950-luvun alussa syntyneiden vanhempieni kasvatukseen ei kuulunut erityisemmin lämpöä, läheisyyttä tai kannustamista. Kiltti on pitänyt olla, hoitaa pikkuisaruksia ja tehdä valtavasti työtä. Etnografian näkökulmasta on oleellista huomioida kutakin sukupolvea koskevat kasvatuskäytännöt ja -ihanteet. (vrt. Ellis & Bochner 2000, 742.) Kaj Appelin (2017) pro gradu tutkielma 1940–1950-lukujen suomalaisesta kasvatuserityshanteesta painottaa itsesäätelyn ja kilvoittelun ihanteita. Suomalainen (luterilainen) kasvatuserityshanne on ollut lapsi, joka kasvatetaan itse itsensä ja pärjää elämässä. Liika huolenpito ja rakastaminen on nähty vaarana lapselle, joka ei karaistu ja totuu *elämän taisteluun* ja jää siten toisten holhottavaksi jollain tasolla loppu elämäkseen. (Appel 2017, 51–52.) Muistan isovanhempani käyttäneen sananlaskua ”Joka vitsaa säästää, se lastansa vihaa”. Ei niin, että vitsaa olisi erityisesti käytetty, mutta kulttuurisessa kontekstissa lause eli totuutena isovanhemman lapsuudesta vielä lapsenlapsillekin kerrottavaksi. Perisyntynin kitkeminen lapsista on ollut hyvää vanhemmuutta ja laajan yhteisön hyväksymää kasvatuskulttuuria. Sukupolvien takaa siirtyvä traumaatika on liittynyt myös erityisesti naisena olemiseen. Naisen arvo on vähäisempi kuin miehen vähintään isomummista lähtien ja todennäköisesti jo paljon ennen sitä, lähes universaalisti.

Ajattelen, että jokainen sukupolvi ennen minua on kasvatuksessaan kyennyt vähentämään ylisukupolvista traumataakkaa. Traumatisoitumisen siirtymistä ei voi katkaista ilman tiedostamista ja omaa eheytyemisprosessia (vrt. Schulman 2003, 177–178). Sukupolveani, 1980-luvulla syntyneitä, on alettu nimittämään myös *terapiasukupolveksi* (esim. Härmä, 2016; STT 2006; Varis, 2014). Nimityksellä viitataan terapiaan menemisen kynnyksen madaltumiseen ja kulttuurin muutokseen, jossa avun hakemiseen liittyvä häpeä on yhteiskunnassa vähentynyt (Varis 2014). Tietoyhteiskunnan muutosten mukana sukupolvellani on mahdollisuus löytää tietoa. Tieto ja tietäminen esimerkiksi traumatisoitumisesta olivat sukupolvi sitten vielä hyvin marginaalisen ihmisryhmän saatavilla.

Pikku-Main energiataso on korkea ja toimintakyky erinomainen. Valitsemalla pojan identiteetin välttiin naiseuteen liittyviltä negatiivisilta uskomuksilta ja odoituksilta, selviydyin lapsuudesta erityisen hyvin ja onnellisena. Reipas ja sosiaalinen lapsi, joka pärjää ilman sen kummempaa emotionaalista kannattelua. Ikävä kyllä samalla syntyi myös uskomus, että tytöt ovat heikkoja ja tarvitsevia, jotain, mitä ei kannata olla. Tyttöys ja siihen lapsen logiikalla liitetyt ei-toivotut ominaisuudet täytyi siirtää syrjään todellisuudessa, jossa olin syntynyt tytön kehoon. Syntyi EP-osa tai -osia, joiden varhainen alkuperä selittää osaltaan runsasta somatisaatiota ja on tehnyt niistä vaikeasti tavoitettavia ja integroitavia. Kärsin jo pienenä lapsena päänsärystä, myös atooppinen iho on aiheuttanut tuskaa läpi elämäni vaatien välillä sairaalahoitoa.

Aineistoa kirjoittaessani kiinnitin erityistä huomiota somatisaatioon, koska se saattaisi helposti edelleen tulla sivuutetuksi itselleni merkityksettömänä. En ole koskaan ajatellut tai kokenut olevani erityisen sairas lapsi, nuori tai aikuinen. 11–12 -vuotiaana sairastuin astmaan ja sain diagnoosin kivuliaasta kasvuhäiriöstä jaloissa, joka aiheutti liikuntarajoitteita vielä täysi-ikäisenäkin. Emotionaalisen trauman vaikutukset ilmenevät kokonaisvaltaisesti sekä psyykkisinä ja somatisaatio-oireina (Leikola 2014, 53).

Pikku-Main ANP:n syntyminen tarkoitti siis joidenkin psykobiologisen kokoonpanojen integraation epäonnistumista, esimerkiksi tunteiden, ajatusten ja autonomisen hermoston toiminnan suhteen. ANP:n syntyminen sinänsä on hie-man harhaanjohtava termi, koska oikeastaan EP syntyy, jolloin jäljelle jäävä normaali minä ei ole enää kokonainen. Saman voisi sanoa niin, että minä viisivuotiaana päätin olla poika, koska uskoin poikien pärjäävän paremmin ja olevan onnellisempia. Suljin päätöstäni häiritsemästä tytöksi jo todentuneen sukupuoleni ja ”tyttöjen jutut”. Poissuljettu osa itsestä on EP, joka jää kantamaan hylätyksi tulemisen tunteita, lapsen uskomuksia ja tulkintoja maailmasta, itsestään ja muista totena loppuelämän ajaksi ilman realisaatiota ja integraatiota ja todennäköisesti niihin tarvittavaa oikeanlaista terapeutista tukea. (vrt. Nijenhuis ym. 2009, 6.) Syntyi dissosiaatiohäiriö – mieleni keksi luovan strategian elämästä selviämiseksi onnellisena. Olosuhteet ja kasvuikäni 1980- ja 1990-luvun

Suomi kulttuurisena ympäristönä sekä omat valintani olivat kuitenkin sellaisia, että elämäntarinassani traumatisoitumiseni muuttuu koko ajan kompleksisemmäksi.

4.2 ”En kuulu oikein minnekään - Jeesus antaa luvan olla olemassa!”

13-vuotiaana lähdin omasta toiveestani sisäoppilaitokseen. Ajatus tavallisesta yläasteesta tuntui kamalalta. Jollain tasolla tiesin, etten sopisi vertaisryhmän joukkoon. Sosiaalinen sukupuoli-identiteettini oli vahvasti vastakkaista sukupuolta kehoni kanssa ja osasin kai ajatella, että nuorten elämä monimutkaistuu. Valmiiksi oudossa kouluympäristössä olisin ehkä vähemmän outo. Koulussa oli paljon ohjelmaa, maataloutta ja puutarhanhoitoa. Muistan kokeneeni yksinäisyyttä ja ulkopuolisuutta, vaikka ihmisiä oli paljon. Sisällä tuntui kipeältä ja tyhjältä. Kodittomalta. En voinut enää olla poika poikien joukossa, koska keho muuttui vääränlaiseksi. En löytänyt samaistumista tyttöjen yhteisöistä. Tulkintani oli, että olen vääränlainen, en sovi johonkin, enkä ymmärrä edes mihin ja miksi. Kirjoitin runoja, joissa maailma olisi parempi paikka ilman minua. Vetäydyin ja eristäydyin toisinaan. En puhunut kenellekään tuntemuksistani. Joka perjantai matkustin kotiin ja sunnuntaisin takaisin kouluun.

En osannut hakea tietoa mistään sukupuoleen tai seksuaalisuuteen liittyvästä, koska ne eivät olleet vielä niin selkeitä tai ainakaan oleellisia käsitteitä. Jos koulussa olisi annettu tietoa ylipäättään sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöjen olemassaolosta olisin saattanut saada edes jonkun selityksen vääränlaisuudelleni. Reipas ja toimiva ANP, eli minuus, jonka tiesin ja tunsin, alkoi tuntua roolilta eikä todelliselta. Tuntemani minän avulla ei pystynyt selviytymään uusista ristiriidoista ja haasteista. Minulla ei ollut vaikeiden tunteiden käsittelemiseen tarvittavia keinoja, en ollut oppinut luottamaan tai puhumaan aikuisille. Mahdollisuuteni saada sosiaalista tukea olivat olemattomat, reippaat eivät tarvitse tukea.

Halusin tietää, mikä maailmassa on totta. Minusta tuli etsijä, jonka ensimmäinen löytö oli Jeesus. Koulussa oli uskovainen opettaja, joka piti hengellistä kerhoa. Löysin yhteyden muihin ihmisiin. Koin, että minusta välitetään ja ollaan kiinnos-

tuneita. Selviytymisstrategia ja ratkaisu olemassaolemattomuuteen ja ahdistukseen löytyi uskosta. Seurakuntayhteisöstä tuli uusi kotini. Totuuden sinnikäs etsiminen elämässäni alkoi, minkä nyt näen olevan seurausta minuuden vajaasta ja siten valheellisesta olemassaolon kokemuksesta, eli osien erillisyydestä.

Näennäisen normaalina persoonallisuuden osana (Pikku-Maina) reipas identiteettini haurastui, menetin lupaa olla poika. EP-osien läpituokeutuvat hajoamisen tunteet ahdistivat enkä ollutkaan niin reipas. Eli voin huonommin, koska hauras ANP ei pystynyt pitämään EP-osia poissa tietoisuudesta, eikä myöskään integroimaan niitä. (vrt. Leikola 2014, 133.) Tilanteen ja identiteetin sai paikattua uudella päälle liimatulla identiteetillä, uskovaisuudella – uusilla hyvillä uskomuksilla itsestäni, muista ja maailmasta (taivaasta), joita en olisi todennäköisesti tarvinnut ilman aiempaa persoonallisuuden jakautumista. Koin uskon vahvasti; sen lisäksi että joku aikuinen välitti minusta, myös Jumala välitti minusta, rakasti minua! Sisällä oleva tyhjyys täyttyi ja tarkoituksettomaan elämään tuli paljon tätä elämää suurempi tarkoitus. Otin kaiken innolla vastaan, opiskelin Raamatua ja lauloin Jeesuksesta. Ikäryhmässä löysin jotenkin paikkani uskovaisena.

14-vuotiaana olin sairaalassa tutkimusjaksolla jatkuvien päänsärkyjen vuoksi. Kipuun ei löytynyt syytä vaan sen todettiin johtuvan psyykkisistä syistä. Syyt eivät selvinneet minulle, kävin muutamia kertoja sairaalan psykologilla, jolle puhuin lähinnä Jeesuksesta. Psykologi olisi voinut olla taitavampi nuoren kanssa, mutta ehkä ammattiavun kohtaaminen tapahtui joka tapauksessa liian myöhään. Olin valinnut uskon, joka rajasi muut mahdollisuudet ja todellisuudet pois – sopi erityisen hyvin siis myös persoonan rakenteellisen dissosiaation logiikkaan. 15-vuotissyntymäpäiväni vietin sairaalassa, koska atooppinen iho oli niin vakavasti tulehtunut. Muistan ajan somaattisista vaikeuksista huolimatta hyvänä.

Persoonani rakenteellinen dissosiaatio liittyy ”yhden asian valitsemiseen”. Moninainen todellisuus ei ole voinut todentua, koska olen ollut olemassa vain yksi osa kerrallaan. Totuutta etsiessäni olin hyvin tunteikas ja impulsiivinen nuori. Kompromissit eivät tulleet kysymykseen. Toki nuoruuteen jo sinänsä kuuluu usein tiettyä mustavalkoista ajattelua nuoren etsiessä identiteettiään ja ideolo-

giaansa. Oma mustavalkoisuuteni oli vielä omaa luokkaansa. Jonkinlainen rakenteellisen dissosiaation synnyttämä intuitiivinen tietoisuus ei-kokonaisena olemisesta (kokemustieto) on saanut minut epäilemään olemassaoloni eheyttä läpi elämäni ja toiminut siten voimanlähteenä totuuden selvittämisyrittäksilleni.

Emotionaalisesti traumatisoituneen henkilön autonominen hermosto jää kehittymättömäksi, mikä vaikuttaa tunnetilojen säätelykykyyn. Autonomisen hermoston hälytysjärjestelmän reaktioherkkyys jää korkeaksi ja toimii myös epätarkoituksenmukaisesti tilanteissa, joissa ei ole todellista vaaraa. Vastaavasti hälytysjärjestelmä ei välttämättä reagoi tilanteeseen, jossa tulisi puolustautua. Itsesäätelyn haasteet hankaloittavat lähisuhteita ja niiden rakentumista turvallisiksi sekä altistavat uudelleen traumatisoitumiselle. (Leikola 2016, 28–30.)

Seurakunnassa nautin selkeästä opetuksesta hyvästä ja pahasta; armosta ja synnistä, taivaasta ja helvetistä. Uskossani minusta muovautui fundamentalistinen kristitty, joka maailma jakaantui oikeisiin ja väriin tekoihin, pelastettuihin ja kadotettuihin ihmisiin, syntiin ja pyhiin asioihin. Rakenteellisesti voisi ajatella, että heikko ANP vahvistui (tai korvautui uudella) ja EP-osien läpituoneutuvat ikävät olot pysyivät poissa tietoisuudesta, ahdistus loppui! Seurakunta tarjosi korvaavan kokemuksen emotionaaliseen kodittomuuteen. Seurakunta merkitsi uutta kotia, kuulumista yhteisöön nyt ja iankaikkisesti.

4.3 ”Armo ei kuulu homoille. Olemassaolon lupa peruutettu”

15-vuotiaana aloin viettää aikaa tytön kanssa, jonka tapasin seurakunnassa. Ystävyys muuttui ihastumiseksi ja rakastumiseksi. Avioliiton ulkopuolinen seksi oli tietenkin kiellettyä, mutta homoseksuaalisuus oli vakavaa syntiä. Luin kristillisiä kirjoja ja olin sitä kunnollisempi uskovainen, mitä enemmän tunsin väärin. Rakastin, rukoilin, kaduin, paastosin, pyysin lopulta apua seurakunnan työntekijöiltä. Mitä minun pitää tehdä, että tunne menisi pois? Minulle opetettiin, että homoseksuaalisuus on kiusaus, jolla Saatana houkuttelee Jeesuksen omia. Olin kauhuissani ja vähän otettu, että olen niin tärkeä uskovainen, että ihan Saatana näkee vaivaa kiusatakseen minua henkilökohtaisesti.

Yläasteen jälkeen muutin takaisin kotiin ja aloitin lukion. Seurakunnassa opetettiin, että olemalla esimerkillinen ja hyvä uskovainen, myös perheeni haluaisi kääntyä uskovaisiksi. Tietenkin toivoin, että hekin pelastuisivat, vastuu oli minulla. Arvioni mukaan vanhempani eivät olisi ymmärtäneet homoseksuaalisuutta sen paremmin kuin uskovaisuutta. En edes tiennyt, kumpi heidän mielestään olisi pahempi asia – saati sitten se, että ne ovat samassa lapsessa. Pysin kaikesta olemaan niin tavallinen kuin osasin, vaikka tunteiden ristiriita oli tehdä minut hulluksi (ja tekikin). Halusin olla hyvä, mutta koko ajan kävi selvemmäksi, ettei synti minusta ole lähdössä minnekään. Kaikki maailman ihmiset ovat oikeutettuja armoon, paitsi minä, ellen pysty muuttumaan joksikin toiseksi.

Koska koin niin älytöntä tuskaa, minun puolestani rukoiltiin. Se oli normaali keino seurakunnassa pyytää apua. Joitain kertoja minusta myös ajettiin ulos pahojen henkiä ja riivaajia. Kokemukset olivat traumaattisia. En parantunut. Lukioaikana kävin puhumassa myös kouluterveydenhoitajalle ahdistuksesta uskovaisena homoseksuaalina. Uskoni totuuksia oli mahdotonta kenenkään selittää pois ja avun vastaanottaminen jäi yritykseksi. Joka tapauksessa paine oli äärettömän ja homous oli yhtä kuin helvettiin joutuminen. En voinut uskoa, että minulle on annettu näin järkyttävä taakka elämäni. Välillä uskoin, että koska elämä on niin hirveä taistelu, saan Jumalalta joskus jonkun palkinnon.

Paine ja stressi omasta kelpaavuudesta, vääränlaisuudesta ja elämäni erilaisista todellisuuksista hajotti mieltäni lisää. Traumatisoitumiseni muuttui kompleksisemmaksi. Sekundaari rakenteellinen dissosiaatio (yksi ANP, useampia EP-osia) tapahtuu, kun ”traumatisoivat tapahtumat ovat hämmentävämpiä tai kestävät pidempään” (Nijenhuis ym. 2009, 6). Uusia EP-osia syntyi ja vahvistui, muun muassa parantavan rukouksen ja henkien poisajamisen kauhukokemuksissa. Päähäni muutti asumaan myös itse ”Saatana”, joka ehdotti itsemurhaa ratkaisuksi tilanteelleni. Rakenteellinen dissosiaatio muuttui kompleksisemmäksi. Työstin tätä aikaa elämässäni ja suhdettani kristinuskon Jumalaan muun muassa alla olevan kuvan kautta psykodynaamisen psykoterapian alkuvuosina.



KUVA 3. "Vaikka minä vaeltaisin pimeässä laaksossa sinä pysyt kuolleena"
12/2007

Sain poissaoloaikoja, joita nimitettiin paniikkihäiriöksi. Tiesin kuitenkin aina, ettei kyse ole paniikkihäiriöstä. Paniikkihäiriö saattaisi ehkä näyttää samalta, mutta en pelännyt kuolevani – minä toivoin kuolevani, enkä ollut olemassa, yhteydessä itseeni tai mihinkään. Katosin ja putosin itseni reunojen sisäpuolelle kauhuun. En yrittänyt koskaan selittää sitä kenellekään, koska olin varma, että vaikuttaisin entistä hullummalta. Usein rukoilin, että saisin kuolla. Itsemurhaajatkään eivät nimittäin pääsisi taivaaseen. Pikku-Mai sai viimeistään syntiopeutuksesta niin pahat kolhut hylkäämisestä ja vääränlaisuudesta, ettei reippaasta pikkupojasta ollut enää jälkeäkään. Jouduin luopumaan ANP-osastani ja rakentamaan uudet *minuuden kuoret* jatkamaan sietämättömäksi käynyttä elämää. Jalkakipuni olivat kovia, minulla oli usean kuukauden ajan jalassa liikettä rajoitava tukiteline.

Poissaoloaika-kohtaukset olivat dissosiaatio-oireita. EP-osien kantamat traumatunteet tunkeutuivat näennäisesti pärjäävän ANP-suojakuoren läpi, joka haurastui stressaavassa ja hämmentävässä ympäristössä. Pikku-Mai oli kaikkea muuta kuin heikko, mutta arkielämäni todellisuus seurakuntaympäristössä muuttui ylivoimaisen haastavaksi. Jalat leikattiin, kun olin 19-vuotias, se ei juuri auttanut. Iho-ongelmat jatkuivat vakavina ja päänsärkyä oli usein.

Sain lukion päätökseen lukuaineiden keskiarvolla 9. Kapasiteettini selvitä vähintään kahdesta eri todellisuudesta samanaikaisesti oli jo tuolloin hyvä ja perustuu sekin rakenteellisen dissosiaation mahdollistamaan näennäisen normaaliin toimintaan. Jos myöhemmillä diagnooseillani haluaa reflektoida, näiden vuosien jälkeen on selvää, että käytöksessäni oli nähtävissä jatkossa epävakaan persoonallisuushäiriön piirteitä ja masennusta. Epävakaas selittyy kuitenkin paremmin emotionaalisisella traumatisoitumisella ja sen seurauksena syntyneellä autonomisen hermoston säätelyongelmilla: tunteiden impulsiivinen vaihtelu ja tulkinnat ympäristöstä ilmoittavat vaarasta, jota ei välttämättä ole. Etunimen vaihtaminen on mielenkiintoinen yksityiskohta, joka nyt kertoo itselleni siitä, etten kokenut olevani se kuka olen, ainakaan kokonainen.

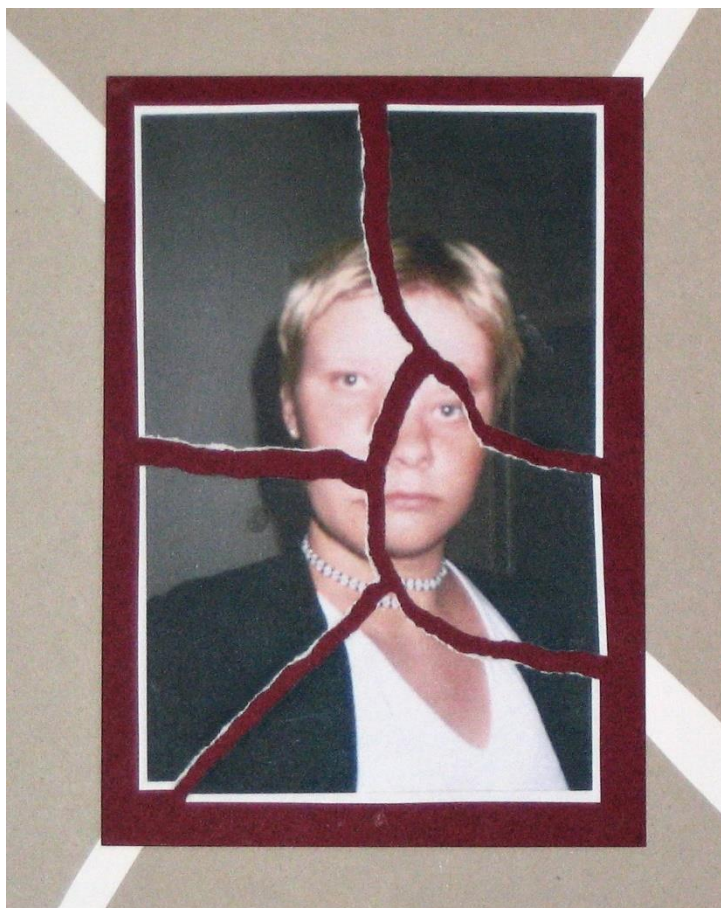
4.4 ”Työnarkomaani ei ehdi ajatella olemassaoloa”

Olin tehnyt kaiken niin oikein kuin voi ja olin hyvin epätoivoinen. Itselleni ja rakenteelleni oli mahdollista vain mustavalkoinen valinta: Joko jatkan voittamattomalta vaikuttavaa taistelua itseäni vastaan tai vaihdan elämäni täysin toiseen. Luopuminen uskon taistelusta sisälsi päätöksen hylätä kaikki Jeesuksen opit, joille koko elämäni oli ehtinyt rakentua. Mustavalkoinen maailmankuva ei ollut ehtinyt saada muunlaisia värejä. Erosin seurakunnasta ja muutin Helsinkiin. Seurakunnan vastuuhenkilöt toivoivat, etten lähtisi pahaan maailmaan. Koska en ollut ylipuhuttavissa, he toivottivat minut helvettiin. Seurakunnasta lähteminen tarkoitti sosiaalisesta yhteisöstä, taivaspaikasta, ikuisesta elämästä ja kaikesta mitä tiesin, luopumista. Kodittomuus odotti. Emotionaalinen traumatisoitumiseni toistui ja muuttui kompleksisemmaksi.

Hankin työpaikan. Ihmettelin, millaista elämä on ja miten sitä eletään. Miten ihmiset tapaavat toisiaan, elleivät seurakunnassa. Menin homobaareihin ja kokeilin myös päihteidenkäyttöä. Uskovaisuus oli ollut niin vahvasti määritelty identiteetti, että joutuessani luopumaan siitä vaihdoin tilalle homoseksuaalisuuden. Jollain tavalla oli määriteltävä itsensä ulkoapäin, että olisi edes jotenkin olemassa. Työnteko jatkui ja vuoden kuluttua olin jäänyt työsuoritteisiin jumiin. Tein

paljon töitä, koska töissä oli turvallista. Ei työssä varsinaisesti ollut turvallista, mutta työn tekeminen ja toimiminen oli tuttua ja turvallista minua. Kognitiivisiin suorituksiini ja työn tekemiseen liittyy itselleni tyypillisesti myös autonomisen hermoston ylivireystila, joka on tehnyt minusta uskomattoman tehokkaan ja aikaansaavan. Tehokkuuden keskellä olin kuitenkin täysin eksyksissä elämässäni ja aloin menettämään otetta sen hallintaan. Suorittavan ANP:n energia riitti vain työhön ja muu maailma oli tuntematonta kaaosta. Saatoin ahdistuneena herätä keskellä yötä ja lähteä ulos. Olin äärimmäisen levoton (ylivireä), juoksin kallioille ja mietin, jos hyppäisin jääkylmään mereen. Aamulla menin töihin.

Dissosiaatio-oireilu oli jo selkeää, vaikka ei kukaan nimeä kaaokselle sisälläni tiennytkään. En uskaltanut tai pystynyt ajattelemaan kokonaistilannettani. Pidin itseni kiireisenä työllä. Pelkäsin, että jos pysähdyn ajattelemaan, kuulen Jumalan äänen pakottamassa minut seksuaali-identiteettömään elämäntapaan kakkosluokan homo-ihmisenä tai Saatanan äänen nauramassa ivallisesti elämäni romahtamiselle. Yritin elää pärjäävänä aikuisena, joka ei tarvitse Jumalaa mihinkään. Hylkäämisen kokemukset, pelot ja ajatukset Jumalasta ja Saatanasta lohkoin parhaani mukaan pois tietoisuudestani erillisten EP-osien kannettaviksi. Suoritin elämäni vuoden ajan hyvin kapealla tietoisuudella ja kontaktittomalla ANP:lla, jota myöhemmin olen kuvannut muun muassa minuuden kuoriksi. Yhteys itseen ja todellisuuteen olisi tarkoittanut tietoisuutta ikuisesta kadotuksesta. Suoritin työn avulla elämäni, kunnes tämänkään ANP:n rakenteet eivät enää kestäneet. Tätä aikaa elämässäni ja kokemusta minuudestani käsittelin tekeillä alla olevan kuvan. Kuva on itse 19-vuotiaasta itsestäni ottamani valokuva.



KUVA 4. Omakuva 1999, revitty palasiksi 4/2006

4.5 "Elämönhallinta pettää, olemassaolemattomuus vie vallan"

Unettomuuden takia menin lääkäriin. Lääkäri epäili masennusta, kirjoitti nukah-
tamislääkkeitä ja sairauslomia suositellen myös käyntiä psykiatrilla. Olin järkyt-
tynyt ehdotuksesta ja koin, ettei minusta ei ole mihinkään. Ei taivaaseen eikä
töihin. Työidentiteetti oli pitänyt minua pinnalla, päätökseni olla ajattelematta
taivasta ja helvettiä oli pitänyt tähän saakka. Kelpaamattomuuden ja kyvyttö-
myyden tunteet vyöryivät massiivisina. Itsetuhon kierre alkoi välittömästi.

Koin menettäneeni ihmisarvoni. Ehkä olin menettänyt sen jo Jumalan minut hy-
lättyä tai kun en voinutkaan olla poika. Eri osieni ihmisarvo oli saanut erilaisia
kolhuja traumaattisten elämäkokemuksieni myötävaikutuksesta. Nyt tulín siitä
tietoiseksi tavalla, jota en kyennyt enää väistämään. Tilanteeni realisoitui ja
psykkinen kipu oli massiivista. Syötyäni kaikki lääkkeet kerralla ja huomattuani,

että se sammutti paitsi minut, myös sisäisen kivun vähäksi aikaa, aloin johdonmukaisesti etsimään ja käyttämään päihteitä. Ostin tuntemattomilta kannabista. Sekosin päivärytmissä ja kaikessa muutamassa päivässä. Vaeltelin päämäärättömänä kaupungissa, viiltelin itseäni. Muistikuvat ajasta ovat heikkoja.

PRD-teorian mukaan heikko psyykinen suorituskyky johtaa korvaaviin toimintoihin, jotka näyttäytyvät voimakkaina oireina kuten itsetuhokäyttäytymisenä (van der Hart ym. 2009, 18). Voimavarojen ehtyessä työ ja sen addiktiivinen tekeminen oli viimeinen saareke, jossa toimintakykyni oli vielä normaali, tai jopa normaalia tehokkaampi. Työstä poisjääminen romahdutti psyykkisen suorituskykyni ja sen myötä kaikki ongelmanratkaisukeinoni. Sosiaalisen kiinnittymisen järjestelmä toimi enää heikosti ja jäin sietoikkunan ulkopuolelle EP-osien traumatunteiden kaoottiseen maailmaan; ylivireyden ja lamaannuksen, tunteettomuuden, tyhjyyden, välinpitämättömyyden ja olemassaolemattomuuden valtaan.

Yhtenä iltana tulin miesjoukon mukaansa ottamaksi. Tilanne olisi saattanut mennä paremminkin, mutta päihtymystilassani muistan sanoneeni, etteivät miehet kiinnosta minua. Sen jälkeen minulta ei kysytty enää mitään, heräsin seuraavana päivänä jostain talosta. Aamulla minulle tarjottiin kannabista ja elämäni ensimmäinen viiva amfetamiinia. Minut oli raiskattu, mutta huumeet muuttivat todellisuuden aivan toisenlaiseksi. Amfetamiini irrotti minut lopullisesti itsestäni, enkä enää tuntenut tyhjiyttä. Välinpitämättömyys itseä kohtaan valtasi minut, eikä elämäni suojelemisella ollut enää merkitystä. Rakastuin amfetamiiniin.

Vuorokauden jälkeen havahduin todellisuuteen ja lähdin yöllä pois oudosta talosta. Odotin pakkasessa junaa, jolla pääsisin kotiin. Muistan miltä aseman kello näytti ja miten hitaasti se kulki, pelkäsin kuollakseni, että minut tullaan hakemaan takaisin. Olisin päässyt kotiin myös taksilla, mutta junan odotus oli ainut, mitä pystyin tekemään. Perillä soitin kaverilleni, ettei kaikki ole hyvin. Hän tuli aamulla luokseni. Olin istunut t-paidassa avoimen ikkunan ääressä kylmissäni ja sekavana. Hän päätti viedä minut psykiatriseen päivystykseen. Käynnistä en muista muuta kuin sanasta sanaan sen, että vanhempi miespsykiatri sanoi: ”ei sun minkään raiskauksen takia tänne tarvi tulla, mene naistenklinikalle”. Ehkä

järkyttyneen mieleni uusi järkytys väheksynnästä lamautti minut ja toimintakyvyttömyys vakuutti lääkärin ottamaan minut osastolle.

Turvallisuuden tunne lisääntyi, koska väkivallantekijä nukahti. Tämän myötä lomaannuksessa oleva autonominen hermosto aktivoitui sen verran, että *taistele-pakene* -toimintamalli saattoi käynnistyä. Mielikuvat pakenemisesta ovat traumamuistolle tyypillisesti ajattomia, epäloogisen yksityiskohtaisia ja samalla kuitenkin epäselviä. Tämä on seurausta kapeutuneesta tietoisuudesta ja kognitioista. Autonominen hermoston toimintataipumusten hierarkian eli polyvagaalisen teorian mukaisesti korkeammantasoiset kognitiot eivät olleet käytössäni, muuten olisin keksinyt järkevämmän reitin kotiin tai soittanut hätäkeskukseen. Psykiatrian poliklinikalla yritykseni korkeammantasoiseen toimintaan – turvan hakemiseen sosiaalisen kiinnittymisen järjestelmän kautta epäonnistui psykiatrin mitätöidessä avun tarpeeni. Yrityksen epäonnistuminen kytki sosiaalisen kiinnittymisen toimintajärjestelmän pois päältä, jolloin jäljelle jäivät vain mahdollisuudet taistella/paeta tai lomaantua. (vrt. Leikola ym. 2016; 55–58; Ogden 2009, 30–33). En tiedä, minne olisin enää paennut, lomaantuneena sain ainakin jäädä suljetulle turvalliseksi kuvittelemalleni osastolle.

Raiskaustrauman uhrien mielenterveyttä haavoittavia ja suojaavia tekijöitä on tutkittu melko laajasti USA:ssa. Artikkelissaan ”Raiskauksen kokeminen altistaa psyykkisille ongelmille” Punamäki ja Ylikomi (2007) luovat katsauksen raiskaustrauman vaikutuksista mielenterveydelle. Mielenterveyden häiriöillä viitataan riskiin sairastua traumaperäiseen stressihäiriöön (PTSD), ahdistuneisuushäiriöön, masennukseen ja itsetuhoisuuteen. Haavoittavia tekijöitä ovat muun muassa aiempi traumatisoituminen, maailmankuvan ristiriitaisuus, nöyryytys, lamaantuminen, traumanaikainen dissosiaatio, muistikuvien sekavuus, tekijän tuntemattomuus, puhumattomuus ja hoitohenkilökunnan välinpitämättömyys. Sosiaalinen tuki ja positiiviset hoitokokemukset muodostavat merkittävimmät traumatisoitumiselta suojaavat ja toipumiseen liittyvät tekijät. (Ylikomi & Virta 2008, 20–26.)

Akuutin stressireaktion menestyksekkäässä hoidossa oleellinen sosiaalinen tuki, ymmärrys ja turvallisuudentunteen lisääminen jäivät toteutumatta. Stressi-

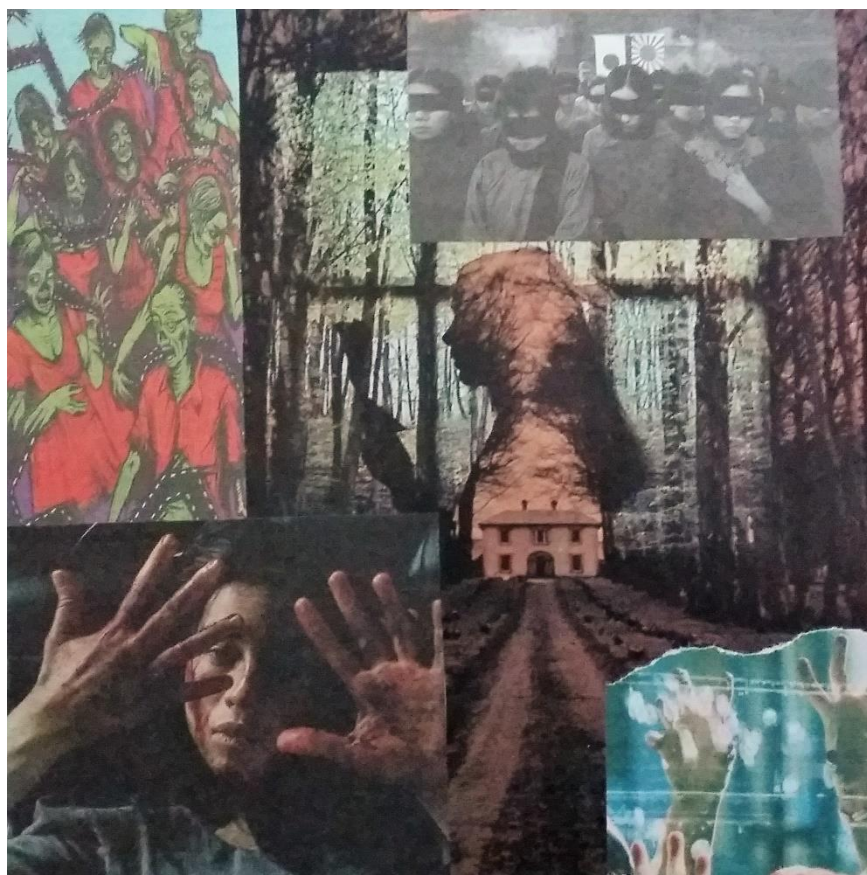
reaktion dissosiatiiiviset oireeni olivat jälkikäteen tarkasteltuna selkeitä: irrallisuuden tunne, tunnereaktioiden puuttuminen, vähentynyt tietoisuus ympäristöstä, itsensä tai ympäristönsä vieraana kokeminen (depersonalisaatio ja derealisaatio) sekä kyvyttömyys muistaa traumaan keskeisesti liittyneitä seikkoja eli dissosiatiiivinen muistihäiriö. Akuutti stressireaktio muuttuu traumaperäiseksi stressihäiriöksi, jos oireet ovat voimakkaita ja tuki vaillinaista. (Huttunen 2015; Traumaperäinen stressihäiriö. Käypä hoito -suositus 2014.)

Harmikseni suojaavista tekijöistä yksikään ei koskenut kokemaani traumaattista tapahtumaa tai sen jälkihoitoa psykiatrisessa laitoshoidossa haavoittavien tekijöiden kaikkien toteuduttua. En pystynyt integroimaan tapahtumaa millään tavalla osaksi elämäni ja valmiiksi haurasta minuutta. Väheksyin tapahtuman lopullisesti sen jälkeen, kun en tullut ymmärretyksi tai kohdatuksi väkivallan uhrina. Hoitotahot mukautuivat väheksyntääni, jonka perimmäinen tarkoitus on pitää trauma todentumattomana eli emotionaaliset persoonallisuuden osat erillään tietoisuudestani. Minusta tuli hullu, vaikka minut oli raiskattu?

Muistikuvia raiskauksesta tullut esille, kertoo toisaalta itsekin että on vaikea vielä arvioida mikä totta ja mikä mielikuvitusta (Psykiatrinen hoitojakso, potilaskertomus 1/2001.)

Tapahtumasta ei puhuttu tai kysytty mitään koko laitосkierteen aikana kymmenien tapaamieni terveydenhuollon ammattilaisten toimesta, vaikka se papereisani lukikin. Raiskauksesta ei esitetty minkäänlaisia kysymyksiä, eikä myöskään rikosilmoitusta kehotettu tekemään. Itsesyytökset ja väheksyntä saivat rauhassa kasvattaa häpeää ja tapahtuman dissosioitumista. Koska raiskaus-trauma ei pystynyt integroitumaan kokemuksena osaksi todellisuuttani, todellisuuteni muuttui sellaiseksi, jossa raiskaus on vain tavallinen tapahtuma muun hulluuden ja välinpitämättömyyden seassa. Kului lähes 10 vuotta, ennen kuin pystyin sanomaan tapahtunutta raiskaukseksi (kts. kappale 5.1). Rakenteellista dissosiaatiota voidaan sanoa myös todentumattomuushäiriöksi. Todentamisella tarkoitetaan eheää käsitystä kokemuksesta, ajasta, paikasta, todellisuudesta ja itsestä. Todentamiseen tai sen epäonnistumiseen liittyy aina käyttäytymisen ja uskomusten muokkaantuminen. (van der Hart ym. 2009, 159–160). Tätä hyvin sekavaa aikaa elämässäni olen käsitellyt muun muassa tekemällä kuvia, alla

olevassa kuvassa olen pyrkinyt ilmaisemaan hämmennystä ja sisäisiä kaoottisia kokemuksiani, joiden sanoittaminen on ollut vaikeaa.



KUVA 5. Nimetön 2010

4.6 "Hulluuskierre: mitä tahansa kunhan ahdistus vaan loppuisi"

Raiskaustrauman jälkeen alkoi psykiatrinen laitoskierre. Ensimmäiseltä kerralta muistan pelottavat potilaat ja avuttomuuden. En osannut kertoa erityisen hyvin, mikä minulla on hätänä. Kaikki oli hätänä. Hätä oli niin suuri, etten pystynyt sitä itse enää käsittelemään mitenkään. Olin elämänhaluton, itsetuhoinen, käytöksellä oireileva, vihainen ja ennen kaikkea turvaton nuori nainen. Pikku-Mai-ANP oli hylätty jo aiemmin vääränlaisena, suorittavan ANP:n romahdettua ainut, joka pystyi jatkamaan siinä todellisuudessa, oli Pahikseksi nimittämäni EP-osa. Tällöin en tietenkään osannut nimetä mitään osaa, vaan kokemus itsestäni oli kapeatunut ambivalenssiin aggression ja epätoivon vaihteluun.

Ensimmäisellä hoitokerralla onnistuin lähtemään sairaalasta sovitusti siinä ajatuksessa, että oloni oli parantunut. Diagnooseiksi oli merkitty akuutti stressireaktio ja määrittelemätön masennus. Tämän jälkeiset avun saamisen yritykseni olivat hyvin ambivalentteja samoin kuin hoitojaksojen lopputulokset. Psykiatrinen arvio tehtiin useasti somaattisella puolella, jonne olin päätynyt intoksikaatiossa. Hakeuduin hoitoon myös vapaaehtoisesti (joku EP-osa hakeutui). Muut neljä hoitojaksoa päättyi uloskirjauksiin, koska vointini oli hoitotahon mielestä kohentunut riittävästi tai hoidolla ei katsottu olevan vastetta. Toisella hoitoon hakeutumisyrittäykselläni kyvyttömyyteni itseilmaisuuksiin ja tunne-elämän säätelyyn todennettiin yhden tapaamisen perusteella seuraavasti: *”Kyseessä selkeän rajatilainen potilas” (Psykiatrinen hoitojakso, potilaskertomus 2/5).*

Depressiivinen ja välillä hyökkäävä käytökseni oli haastavaa. Oman tulkintani mukaan kukaan maailmassa ei voinut tai halunnut ymmärtää minua. Koska kompleksista emotionaalista traumatisoitumista ei tunnistettu, oireet listattiin yksittäisiksi diagnooseiksi, vikalistakseni. Lopulta raiskaustrauma kaatoi selviytymisjärjestelmäni lopullisesti aiheuttaen massiivisen turvattomuuden kokemuksen. Vakavimman itsemurhayrityksen jälkeen olin osastohoidossa puolitoista kuukautta. Pidemmällä hoitojaksolla tunne-elämältään epävakaa persoonallisuushäiriö vahvistettiin diagnoosiksi vakavan masennuksen ja päihdehäiriöiden seuraksi. Olin käyttänyt päihteitä elämässäni tuolloin hallitsemattomasti noin kuukauden ajan, ja muistan itsekin kertoneeni järkyttyneenä siitä, että olen keillut kovia huumeita. Näiden diagnoosien jälkeen mahdollisuuteni saada apua vakavaan traumatisoitumiseeni saattoivat heiketä entisestään. Psykiatriaan hakeutuminen nähtiin huomion hakemisena ja huomiota kiellettiin antamasta. Minut uloskirjattiin osastohoidoista keskustelematta.

[--] ajatuksia itsensä tappamisesta ja vahingoittamisesta -- syyttelee itseään, tyhjyyden tunnetta, ei kunnolla kontaktia omiin tunteisiinsa. Mikään ei ole hyvin, mikään ei auta oloon. Selkeä rajatilapersoonaa. Ei indikaatiota taikka oletettavissa potilaan hyötyvän hoidon jatkamisesta, joten uk. (Psykiatrinen hoitojakso, potilaskertomus 4/5)

Rakenteellisessa dissosiaatiossa syntyvät emotionaaliset persoonan osat voidaan jakaa hauraisiin (fragile) ja kontrolloiviin (controlling) osiin. Kontrolloivien osien selviytymiskeinot voivat olla äärimmäisiä ja itsetuhoisia, vaikkakin niiden tarkoitus on suojella hauraita osia vahingoittumasta uudelleen. Suisidaalisuus rakenteellisessa dissosiaatiossa on pyrkimystä ratkaista sietämätön tilanne, päästä pois. (Nijenhuis 2015, 547–550; Nijenhuis 2017, 88–90, 413.)

Odottamattomat uloskirjaukset ja kohtaamattomuus lisäsivät turvattomuutta, vääränlaisuuden kokemusta ja epätoivoa muokaten käyttäytymistäni entistä vihaisemmaksi, arvaamattommaksi ja itsetuhoisemmaksi. PTSD lisättiin viikalistalleni akuutin traumatisoitumisen huomiotta jättämisen seurauksena. Tai ehkä sillä pyrittiin jollain tavoin kuvaamaan niitä traumaattisia kokemuksia, joista pystyin puhumaan. EP-osani Pahis yritti ratkaista ongelmaa poispääsillä koko elämästä ja puolustautumalla aggressiivisesti myös potentiaalisilta auttajilta. Psykiatria ei nähnyt sitä, miten traumaattiset tapahtumat olivat hajottaneet minut ja kykyni luottaa. Olin käyttänyt jo kaikki voimavarani ja selviytymiskeinoni elämäni kannattelemiseen. Papereihin kirjattiin, ettei potilasta pidä ottaa päivystyksestä osastolle, jos hän hakeutuu takaisin manipuloiden suisidiuhkauksilla (Psykiatrinen hoitojakso, potilaskertomus 5/5). Tällöin olin tehnyt jo päätökseni lopettaa avun pyytämisen psykiatrisen hoidon taholta ja todennut olevani hullunakin vääränlainen ja kelpaamaton autettavaksi.

Van der Hart, Nijenhuis & Steele (2009, 122–123) toteavat, että kompleksisella dissosiaatiohäiriöllä ja persoonan epävakaudella on merkittäviä yhtäläisyyksiä ja niiden erottaminen toisistaan on haastavaa. Molempiin liittyy itsetuhoista käytöstä, vakavaa masennusta, affektien säätelyhäiriöitä, minään liittyviä häiriöitä ja ihmissuhdevaikeuksia kuten kiinnittymisongelmia. Tutkijat ehdottavatkin ajatusta, että epävakaaseen persoonallisuushäiriöön liittyy aina kompleksinen rakenteellinen dissosiaatio, eli toistuvia tai useampia traumaattisia kokemuksia. Tällöin epävakaan affektiivista käytöstä voi selittää osien vaihtelulla ja epävakaita potilaita tulisi hoitaa aina ensisijaisesti traumatisoituneina yksilöinä.

Potilaan näkeminen traumatisoituneena voisi mahdollistaa ymmärretyksi, kuuluksi ja kohdatuksi tulemisen tarpeiden täyttymistä ja empaattista lähestymistä-

paa rajaamisen ja poiskäännyttämisen sijaan. Omassa systeemissäni itsetuhoisuus oli turvallisempi vaihtoehto, kuin hauraana ja avuttomana oleminen. Aikuisen ANP-osa neuvottomuudessaan ja tyhjyydessään muistutti toimintakyvyltään (kyvyttömyydeltään) enemmän haurasta EP-osaa. (vrt. Nijenhuis 2017, 90–92.) Oma ”Pahikseni” syntyi tai ainakin vahvistui todellisiin mittasuhteisiinsa teini-iän homoseksuaalisuuden ja syntikäsitteiden ristiriidassa. Persoonallisuuden kontrolloiva Pahis-EP sai mallinsa suoraan helluntailaisesta Saatana-käsityksestä ja on persoonan osana teini-ikäinen. Psykiatrian sairaalajaksot kuuluivat pääsääntöisesti tämän empatiayhteydet katkaisseeseen kylmän rationaalisen itsevihaajan kokemina (vrt. Nijenhuis 2017, 117–118, 414).

motorisesti hidastunut, katsekontakti tavanomaista huonompi. Kysymyksiin vastaa lyhyellä viiveellä tai viiveettä. Mielialaltaan lähes koko ajan synkkämielinen, alakuloinen ja alavireinen, jokseenkin tuskainen. Potentiaalisesti tässä vaiheessa suisidaalinen. (Psykiatrinen hoitajakso, potilaskertomus 4/5)

Mitä alisteisemmassa asemassa tai uhatumpi kontrolloiva persoonallisuuden osa kokee olevansa, sen kapeammaksi tietoisuus rajautuu. Kontrolloivan osan tehtävä on kyseenalaistaa, epäillä ja arvioida ihmisten tarkoituksiperiä. Hyvässä yhteistyösuhteessa kontrolloivan osan kanssakin keskusteluyhteys ja sen myötä tietoisuuden laajentuminen on mahdollista. (Nijenhuis 2017, 414.) Ylhäältä tuleva, arvaamaton, ei-tasavertainen kohtelu vahvasti rakenteellista dissosiaatiota pitäen tavattavissa olevan persoonallisuuden osan tietoisuuden hyvin kapealaisena ja toipumisen mahdollisuudet siten hyvin pieninä.

Papereissani viitataan myös epäiltävän psykoottistasoista vakavaa masennusta (hoitajakso 3/5), mikä ei ole hirveän huonoa tulkintaa niistä persoonan osista, joita näkivät ja kuulivat. Aikuisen ANP kärsi vakavasta identiteetin murenemisestä, tyhjyydestä ja olemassaolemattomuudesta, oli hädin tuskin olemassa. Pahis-EP oli synkkääkin synkempi ja perusteli oikeutta itsemurhaan rationaalisesti ihmisoikeutena. Ehkä joku saattoi nähdä hauraan EP-osankin itkemässä elämän mahdottomuutta ja etsimässä hädissään turvallista kontaktia. Olihan tila vakava, kaikin puolin masentava. Ilman ymmärrystä systeemistä vakava masennus diagnoosina tuntui vaan lisäleimalta tuottamatta helpotusta tai parantu-

mista. Sairaalahoitajaksojen jälkeen mikään ei tuntunut merkitykselliseltä, en ollut olemassa. Missään ei ollut minulle paikkaa, olin eksyksissä ja irrallaan kaikesta. Hetkittäin pystyin turvautumaan ANP:n reippaaseen rooliini, mutta se tuntui tavattoman kuormittavalta ponnistelulta läheisten huolen vähentämiseksi.

Muistan myös merkityksellisiä kohtaamisen kokemuksia yksittäisten työntekijöiden kanssa. Lyhyiden hetkien ja kohtaamisten yhteiseksi nimittäjäksi osaan nyt nimetä empaattisuuden ja halun ymmärtää minua. Kohtaamisen kokemukset puolestaan synnyttivät kannattelua ja lisäsivät marginaalisesti halukkuuttani yrittää pysyä elossa. Hajanaiset hoitajakset ja kohtaamiset kymmenien eri ihmisten kanssa eivät kokonaisuudessaan rakentaneet turvallisuuden kokemusta tai edistäneet tilannettani. Sairauskertomuksissa ja kirjauksissa toistan hajanaista elämäntarinaani alusta uudestaan ja uudestaan hämmentyneenä siitä, mikä minulla on hätänä, kun en halua elää.

Psykologian ja psykiatrian professori Daniel Stern (2004) painottaa kohtaamista ja läsnäolon merkitystä muutokselle psykoterapian ja jokapäiväisen elämän kontekstissa. Kaikki muutos perustuu elettyyn kokemukseen tässä ja nyt, muutos voi syntyä vain kokemuksen kautta. Verbaalinen ymmärrettäväkään kerronta ja tarina eivät yksin riitä, vaan tarina tulee elää, tuntea ja tulla jaetuksi tässä ajassa ja hetkessä oikean ihmisen kanssa. Nämä kohtaamisen hetket, jotka voivat kestää vain joitain sekunteja (katsekontakti) ja ovat oleellisimpia terapeutin muutoksen kannalta, hetkiä, jolloin jokin voi tulla olemassa olevaksi. (Stern 2004.) Todellisessa kohtaamisessa ymmärretyksi tulemisen kokemus antoi toivoa ja lisäsi kannattelua. Kohtaamisessa persoonan osa sai kertoa tarinaansa ja olla olemassa, yrittää selittää itseään ja ajatuksiaan ymmärrettäviksi. Kokonaisuutena systeemi ei tullut ymmärretyksi vielä vuosiin.

Rakenteellisen dissosiaation ja kompleksisen sekä akuutin traumatisoitumisen ohittaminen psykiatriassa tekivät minusta entistä epävakaamman ja vaikeamman potilaan. Muistan erään kohtaamattoman keskustelun seurauksena tehneeni päätöksen, että psykiatrisen avun saamisen mahdollisuudet oli osaltani käytetty. Hoidon jäljiltä persoonan osien dissosiaatio vahvistui entisestään. En enää koskaan hakeutunut psykiatriseen hoitoon.

Sairaalajaksot olisivat todennäköisesti olleet väärälläkin diagnoosilla hyödyllisempiä, jos tunne-elämältään epävakaita potilaita olisi haluttu kohdata inhimillisemmin. Hoitokulttuurin kovuus näkyi ja tuntui. ”*Kokemuksessani psykiatrisessa hoidossa olin objekti omassa hoidossani. Minusta tuntui, ettei minulla ollut mahdollisuutta tai oikeutta vaikuttaa omaan hoitooni tai hoidotta jättämiseeni*” (Peltoniemi 2011, 34). Asenteesta epävakautta kohtaan kertoo mielestäni edelleen esimerkiksi Käypä hoito -suositus, jossa keskeisen sanoman ensimmäisessä lauseessa todetaan seuraavaa: ”Epävakaa persoonallisuus on vaikea, potilaan toimintakykyä merkittävästi heikentävä häiriö, joka kuormittaa terveydenhuoltojärjestelmää laajasti” (Epävakaa persoonallisuus. Käypä hoito -suositus 2015). Mitä viestitään järjestelmän kuormituksella asiakkaalle, jota varten järjestelmän lähtökohtaisesti pitäisi olla olemassa, sanottaisiinko samaa syöpäpotilaista?

En pitänyt saamiani diagnooseja minään, koska koin ymmärtämättömyyttä, välinpitämättömyyttä ja kohtaamattomuutta. Hyvä puoli oli se, etten kapinassani suostunut leimaantumaa psykiatrian potilaaksi tai mielenterveysongelmaiseksi. Jos olisin mukautunut tähän muottiin, millainen laitospöytäkirja siitä olisikaan syntynyt? Vaikka en potilaaksi suostunutkaan, myöhemmin terapiassa on ollut hyvin haastavaa kohdata omaa psykiatrista hoitohistoriaa ja itseäni tuolloin. Avuttomuuteen, kohtaamattomuuden kokemuksiin, impulsiiviseen itsetuhoon ja hulluuden identiteetin sovittamiseen liittyi valtava määrä häpeää. Kesti vuosia integroida psykiatrinen hoitotausta osaksi elämäntarinaani. Rakenteellisen dissosiaation näkökulmasta tämä selittyy sillä, että koko elämänvaihe meni pääasiassa normaalista (ANP) minäkokemuksesta ja tietoisuudesta irrallisen EP-osan voimin. Olen työstänyt psykiatrista laitoshistoriaani osaksi elämäntarinaani alla olevan kuvan kautta. Ulkoapäin annetut määrittelyt ja leimat eivät auttaneet ymmärtämään sisäistä kaaosta ja olemassaolemattomuuden syöksykierrettäni. Ne hämmensivät entisestään, tällainenkö minä olen?



KUVA 6. "Hulluuskierte" 3/2006

Kaikki tunne-elämältä epävakaaan persoonallisuushäiriön DSM-V-kriteerit olisivat 2000-luvun alussa kohdallani täyttyneet. (Epävakaa persoonallisuus. Käypä hoito -suositus 2015.) Leikola (2014, 73) toteaa, että emotionaalisen traumatisoitumisen diagnosoimiseen liittyy haastavia komorbiditeetti-ongelmia. Eli traumatisoituminen tuottaa suuren määrän erilaisia oireita ja monimuotoista psykopatologiaa, jotka sopivat yksittäin tarkasteltuna perinteisten diagnostisten häiriöiden diagnostisiin kriteereihin. Diagnostointi psykiatriassa toteutuu pääsääntöisesti deskriptiivisesti ja pinnallisesti havaittavissa olevia oireita kuvaillen. Ilman käsitystä laajemmasta kokonaisuudesta tai oireen merkityksestä systeemille traumatisoitunut ei saa asianmukaisia hoitointerventioita. (Leikola 2014, 74–77.)

Ehkä myös ADHD-tutkimukset olisivat tuolloin saattaneet antaa diagnoosin nopeille levottomille aivoilleni – supertehokkaille ja ylivireille osilleni.

Nykyään tunnustetaan, ettei epävakaus ole loppuiän vaikean ihmisen leima, vaan sitä onkin mahdollista hoitaa menestyksekkäästi ja siitä voi toipua jopa kokonaan (Epävakaat persoonallisuus. Käypä hoito -suositus 2015). Tämän näkyminen hoitokulttuurissa lienee vielä muutoksessa, kuten myös potilaan näkeminen ja kohtaaminen biopsykofyysisenä kokonaisuutena, tasavertaisena ihmisenä.

4.7 ”Huumeiden avulla olemassaolemattomuus ei enää ahdistaa”

Huumeiden käyttäjäksi siirtyminen oli valintani ja päätökseni. Koska psykiatria ei kyennyt auttamaan, päätin auttaa itse itseäni. Päätökseni seuraukset olivat vaikeita ja johtivat entistä haastavampaan elämäntilanteeseen ajan myötä. Selviytymiskeinoksi huumeet olivat kuitenkin nerokas valinta. En ollut enää aktiivisesti itsetuhoinen, vaikkei elämänhalunikaan erityisen suuri ollut. Järjetön tuskaisuus ja levottomuus eivät tuntuneet niin paljoa. Huumeiden avulla sain korjattua romahtaneen pärjäävän ANP:n roolini ja puolen vuoden tuskainen harhailu itsetuhoisen EP-osan varassa päättyi. Sain amfetamiinilla olemassaolemattomuuden ja minnekään kuulumattomuuden kokemukset pois tietoisuudestani samalla tavoin kuin aiemmin työnarkomanialla. Pelkkä työnarkomania ei enää olisi riittänyt rakenteellisen dissosiaation ylläpitämiseen, mutta yhdistämällä työnarkomaniaan amfetamiinin sain vaimennettua häiritsevien emotionaalisten persoonallisuuden osien sietämättömät tunteet ja viestit tietoisuudestani. Jatkoin elämäni näennäisen normaalina narkomaanina. Huumeidenkäyttäjänä menetin lisää yhteyksiä itseäni. Luottamukseni järjestelmään ja avun saamisen mahdollisuuksiin oli kärsinyt massiivisen kolauksen. Kokemukseni osallisuudestani omaan elämään oli entistä ohuempi. Olen kuvannut kokemustani huumeiden käyttäjänä muun muassa itseni näyttelemiseksi (Peltoniemi 2011).

Identiteetin kriisiytyminen on hankaluutta tai mahdottomuutta ylläpitää minuutta ja maailmaa koskevia uskomuksia. Marginaalissa omaksuttu ja luotu identiteetti

ei lunastakaan niitä lupauksia, joita siihen on kohdistettu. Kriisi on aina myös mahdollisuus kasvulle ja uudistumiselle. (Hyväri 2001, 110–111) Marginaaliset identiteettini vaihtuivat toisiin marginaalisiin identiteetteihin. Marginaalista toiseen hyppääminen ja toistuvat pettymykset suhteessa hyväksytyksi tulemisen toiveisiin ja odotuksiin vahvistivat rakenteellista dissosiaatiota. Toistuva marginaalisen aseman valinta kuvastanee sisäistä kokemustani erilaisuudesta ja ulkopuolisuudesta, joka sekkin lienee osien erillisyyden seurausta. Lienee mahdollista kokea kuuluvansa johonkin tavalliseen ja normaaliin kun oma kokemus itsestä on epänormaali ja olemassaolematon.

Huumeriippuvuus ja turvallinen kahden vuoden mittainen terapeutin päihdehoito mahdollistivat identiteetin todellisen tutkimisen ja rakentamisen aloittamisen ilman valmista marginaalimuottia (vrt. Peltoniemi 2011). Nuorena narko-
maanina 2000-luvun alussa sain hyvää ammatillista apua. Pääsin hoito-
ohjelmaan, johon olin motivoitunut ja jossa näin pilkahduksen toivoa elämäni suurten ongelmien ratkeamiseksi (Peltoniemi 2011, 46). Koska huumeet olivat selviytymiskeino sietämättömiin traumatunteisiin ja kipeään tyhjyyden kokemukseen, huumeidenkäytön lopettaminen ei oikeastaan ratkaissut mitään ongelmiani vaan pahensi niitä. Lopettaminen toi tietoisuuteen taas kaikki ratkaisemattomat sietämättömät ristiriidat ja osan tuskaisista tunneyhteyksistä. Lakkasin kuitenkin hukkaamasta itseäni enempää ja aloin etsimään olemassaoloa.

5 ELÄMÄSTÄ JA OLEMASSAOLON ETSIMISESTÄ

Käsitys traumatisoitumisen ja huumeriippuvuuden yhteydestä on laajentunut viime vuosina, kliinisissä tutkimuksissa yhteys on pystytty osoittamaan selkeästi. Traumaymmärryksen valossa voidaan myös sanoa, ettei huumeidenkäytön vastakohta ole raittius, vaan yhteys. (Munchel 2017.) Addiktion juurien voi ajatella siten syntyvän ulkopuolisuuden, irrallisuuden ja yhteydettömyyden kokemuksista – emotionaalisen traumatisoitumisen seurauksista (Peltoniemi 2017, 77–79.) Toipumisessa minäkäsitys ja arvot muuttuvat, luottamus syntyy ja yhteys muihin ja itseen rakentuu (Murto 1997, 205–206).

Avokisko-hoidon alusta loppuun saakka puhuin sitä, etten minä ole olemassa. Tuskailin olemassaolemattomuudessa, mutta siitä huolimatta tai sen seurauksena mielenterveyteni korjaantumisen perusta alkoi rakentua, löysin yhteyttä toisiin ja itseeni. Nyt olemassaolemattomuuden kokemus kertoo minulle rakenteellisesta dissosiaatiosta, katkenneista yhteyksistä minuuden osien välillä. Minuus ei ollut kokonaan olemassa, eikä myöskään kokonaan olematon, koska jotkut osat pystyivät tuntemaan olemassaolemattomuutta ja kertomaan siitä.

Päihdehoitoni vaikuttavimmat elementit: yhteistyösuhde, psykoedukaatio ja kuvataideterapia (Peltoniemi 2011) on keskeisessä roolissa myös toipumisprosessini hoidon jälkeen. Yhteistyösuhde on ollut oleellisin. Kuvallisen ilmaisun jatkamisesta ja psykoedukaatiosta olen ottanut vastuun itse. Tekemäni terapiakuvat ovat tehneet sisäisistä kokemuksiani jaettavia. Kuvien avulla olen työstänyt ja jäsentänyt ensisijaisesti itselleni vielä sanoittamattomia tunteitani, olotiloja ja oman persoonallisuuteni rakenne. Opiskelemalla ammattikirjallisuutta syvensin ymmärrystäni traumatisoitumisen mekanismeista ja sain merkittäviä oivalluksia siitä, miten psyykeeni ja hermostoni on rakentunut ja mistä omassa olemassaolemattomuudessa on kyse. Rissanen kuvaa psykoterapiaprosessin olleen käännteentekevä. Traumaattisten kokemusten puhuminen ja läpieläminen turvallisessa ympäristössä lisäsivät toimintakykyä, autoivat jäsentämään menynyttä ja lopulta vapautti elämään (Rissanen 2015, 105.) Oma kokemukseni psykoterapiasta ja muista terapioista on samansuuntainen.

Toipumisprosessissani olen ollut seitsemän vuotta psykodynaamisessa psykoterapiassa, jatkanut yhteyden etsimistä itseeni kolme vuotta kehoterapiassa sekä käynyt lukemattomilla tanssi/liike terapeuttisilla kursseilla ja butoh-tanssin tunneilla. Vuoden ajan terapia toteutui sähköpostin välityksellä, annoin terapialle nimeksi tutkimusta varten *interaktiivinen kannatteluterapia*. Kannatteluterapia trauman ja rakenteellisen dissosiaation ymmärryksen viitekehyksessä avasivat kokonaan uusia mielenmaisemia. Näille uusille maisemille ja oivalluksille löysin haastavan etsinnän jälkeen käsittelypaikan ja traumaterapeutin kaksi vuotta sitten. (kts. TAULUKKO 1. s. 39.)

Tutkimuksen tekeminen on luonteva ja merkittävä osa traumaterapiani integraatiovaihetta, jota työstän samaan aikaan. Koko elämäni läpileikkaava autoetnografia ja ennen kaikkea sen tutkiminen, mitä terapiaprosesseissa oikeastaan on tapahtunut, miksi ja mitä on jäänyt tapahtumatta - on rakentanut ymmärrystä sille, mitä integraatio itselleni tarkoittaa ja mitä siihen vielä tarvitaan.

Aineiston 5.1 osalta kävin reflektiivistä dialogia nykyisen traumaterapeutini kanssa, koska psykodynaaminen psykoterapeutti ei (viitekehyselleen uskollisena) halunnut jakaa omia kokemuksiaan terapiaprosessistani. Psykodynaaminen psykoterapeutti validoi sähköpostikirjeenvaihdossa kirjoittamani aineiston ollen keskeisistä seikoista samaa mieltä tuottamatta dialogiin mitään uutta. Aineistojen 5.2, 5.3 ja 5.4 osalta kävin ensin dialogia kanssakokijoideni, ammattilaisten (Armin, Todistajan ja Superin) kanssa. Aineistoja ja niiden pohjalta rakentuneita dialogeja on vielä kommentoinut nykyinen traumaterapeutini, johon viittaa nimimerkillä Traumaterapeutti.

Kappaleeseen 5.4 (sekä myös kappaleeseen 5.5) halusin jättää erityisesti näkyviin rakenteellisen dissosiaation viitekehysten asiantuntijoiden, Superin ja Traumaterapeutin kanssa käymääni aineiston dialogia ja yhdessä elettyä terapiaprosessia. Kappale ja sen dialogeissa rakentunut aineisto toimii siten myös esimerkkinä refleksiivisen dialogisuuden ja menestyksekkään traumaterapian ammatillisista positioista – tasavertaisesta kohtaamisesta asiakkaan (minun) kaikkien persoonallisuuden osien kanssa, uteliaasta yhteisestä luovasta prosessista. Kappaleessa 5.5 kuvaan traumaterapian vastavuoroisessa tasavertai-

sessä dialogissa syntyneitä toipumisen tähänastista lopputulosta tuottaen kokemustietoa traumaterapian kolmannesta vaiheesta.

5.1 Psykodynaamista aikuisen vakautta

Päihdehoidon jälkeen psykoterapiaan pääsy tuntui ehdottoman välttämättömältä, enkä ennen myönteistä Kelan terapiapäätöstä uskaltanut lähteä opiskelemaan. Puoli vuotta päihdehoidon päättymisestä aloitin psykodynaamisen psykoterapian syksyllä 2006. Koska mikään ei kiinnostanut minua niin paljon kuin ihminen, puoli vuotta terapian aloittamisen jälkeen aloitin sosionomiopinnot. Näihin aikoihin vaihdoin toistamiseen etunimeäni ja minusta tuli Mai. Nimi tuntui oikealta ja hyvältä, ensimmäistä kertaa omalta. Minulle oli suositeltu psykodynaamista psykoterapiaa. Psykodynaamisessa viitekehyksessä ajatellaan, että kun ihminen tulee tietoisemmaksi sisäisistä ristiriidoistaan ja tavoistaan kokea asioita, erilaiset ongelmat ja oireet vähenevät ja hän pystyy tekemään tietoisempia valintoja (Helsingin psykoterapiayhdistys ry 2017; Enckell 2015, 32–41.)

En ajatellut viitekehystä silloin sen enempää, etsin terapeuttia, joka pystyisi kohtaamaan minut, eikä pelkäisi ambivalentteja tunteitani, olemassaolemattomuutta ja turvattomuutta sisälläni. Aiemmin löytynyt luottamus ja lupa elää olivat edelleen hauraita ja vaativat vahvistamista vahvistamisen jälkeen. Menetettyjen identiteettieni ”pojan”, ”uskovaisen”, ”työnarkomaanin”, ”hullun” ja ”narkomaanin” jäljiltä olin vailla identiteettiä ja hyvin turvaton. Päihdehoidon jälkeen sovitin myös ”toipuvan addiktin” identiteettiä, itseäni siitä kuitenkin täysin löytämättä. Pidin jo tuolloin huumeidenkäyttöä lääkkeenä itsetuhoisuuteen ja jollekin vielä nimeämättömälle isommalle ongelmalle. (Peltoniemi 2011, 34, 65). Riittävän turvallisen ja empaattisen terapeutin löytäminen oli haastavaa.

Vaihdoin terapeuttia alkutaipaleella, koska ensin valitsemani terapeutti alkoi selittää minulle vihan tunteitani transferenssiteoriaan viitaten. Kokemuksessani hän ei vastaanottanut tunnettani, jolloin tarpeeni tulla ymmärretyksi (myös vihaisena) muuttui syyllistämiseksi. Terapeutti ei kyennyt avoimeen dialogiseen vuorovaikutuksen tutkimiseen tässä ja nyt: Mitä tässä hetkessä ja vuorovaikutuk-

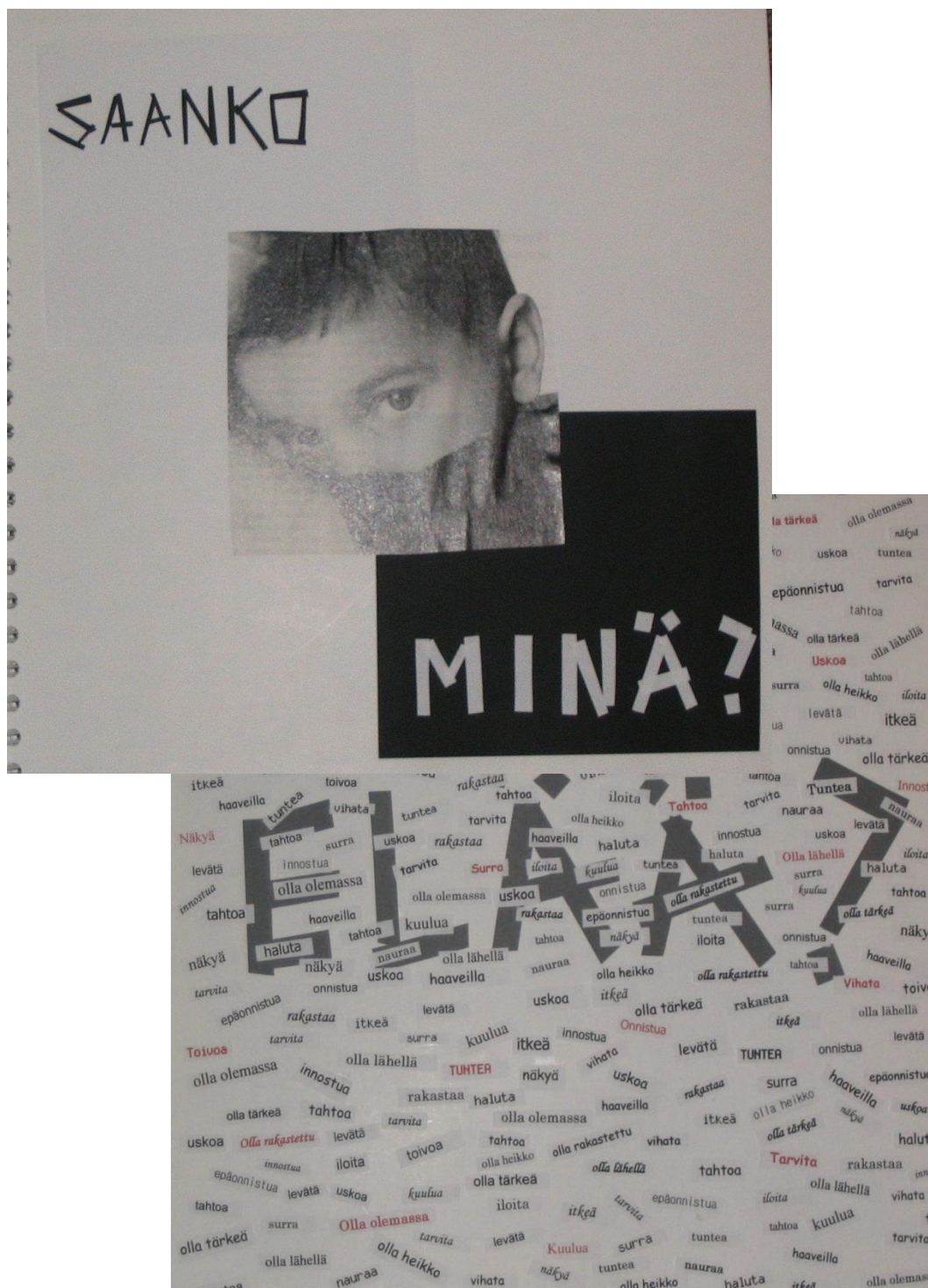
sessä tapahtuu? Asioiden selittäminen ja älyllistäminen puolestani ei tavoittanut kokemusmaailmaani millään tavalla. (Vrt. Stern 2004.)

Osasin itsekin älyllistää, muttei se ollut auttanut vaikeisiin tunteisiin tai tuntunut oleelliselta: Terapiatuolissa istui vihaa räiskyvä kontrolloiva Pahis-osani, jolla ei ollut maailmasta, ihmisistä tai itsestään yhtään hyvää kokemusta. Terapeutti ei interventioillaan onnistunut luomaan tai ylläpitämään turvallisuuden kokemusta, jonka seurauksena autonomisen hermoston sosiaalisen kiinnittymisen järjestelmäni ei pysynyt päällä. Uhattuna autonomisen hermoston taistelun alajärjestelmän aktivoituessa EP-osa Pahis piti huolen, etten jäänyt (taas) ymmärtämättömyyden uhriksi. Lopulta ”pakenin” vaihtaen terapeuttia. (Vrt. Leikola 2014, 28–31; Leikola ym. 2016; 55–58.) Persoonan kontrolloivien osien tietoisuus kapeutuu entisestään vuorovaikutussuhteissa, jossa terapeutti asettuu asiakkaan yläpuolelle, tietoisuuden lisääntyminen puolestaan on integraation edellytys (Nijenhuis 2017, 414). Terapeutin vaihtaminen oli erinomainen teko traumaterapian ja toipumisen mahdollisuuksien näkökulmasta, vaikka tuolloin en osannut päätöstäni perustella kovinkaan rakentavasti. Toisen terapeutin kanssa sujui paremmin, vaikka olin haastava, sitä ei osoitettu minun viakseni. Yhteistyösuhdetta rakennettiin kärsivällisesti 2–3 kertaa viikossa.

Tiesin varsin hyvin, että olin elänyt monta elämää, jotka eivät liity toisiinsa järin vahvasti tai muodosta ehjää elämäntarinaa. Se ei kuitenkaan tuntunut varsinaiselta ongelmalta vaan haasteita oli nykyhetkessä, suhteessa terapeuttiin, tunne-elämässäni, olemassaolon – ja olemattomuuden kokemisessa, sekä todellisudesta poispudottavassa häpeässä ihan riittävästi.

Saanko tuntea tunteita? Saanko olla vihainen? Saanko tarvita ihmistä, apua ja terapiaa? Saanko sittenkin elää ja olla olemassa? Koska en osannut sanoittaa tarpeitani vielä, kysyin lupaa sanattomasti käyttäytymisellä; haastamalla ja olemalla vihainen varmuuden vuoksi, koska uskoin tietäväni totuuden (en ole hyväksytty, en saa olla olemassa). Etsin merkkejä sanattomista viesteistä, eleistä ja ilmeistä – luin terapeutin ajatuksista, että olen vääränlainen, eikä hän oikeasti halua minua terapia-asiakkaakseen. Terapian keskiössä oli luottamuksen rakentaminen ja testaaminen kaikin mahdollisin keinoin. Hyväksytyksi tulemisen

tarve ja toive sekä hylätyksi tulemisen pelko tekivät elämästä haastavaa ja raastavaa. Terapian aloitusvuonna tekemäni kuvat liittyivät luvattomuuden kokemukseen ja traumaan ”vääränlaisuudesta” seurakunnan ja Jumalan silmissä. Alla olevassa kuvassa lapsi kysyy lupaa elää ja tuntee erilaisia tunteita.



KUVA 7. & KUVA 8. ”Saanko minä elää?” 1/2006

Kysyin useita kertoja pitääkö terapeutti minusta. Hauras olemassaoloni ja identiteettini kaipasivat ulkopuolista hyväksyntää ja lupaa olla olemassa – kuva itsestäni oli mielessäni edelleen leimaantunut vääränlaiseksi, syntiseksi ja sairaaksi. Oli vaikeaa uskoa, että ylipäätään saan elää ja mahdollomalta, että minusta voisi pitää. Ajattelen kysymykseni olleen yritystä saada korjaava kokemus. Vaikka en uskonut, halusin vielä enemmän todistaa helluntailaisen syntiuskomukseni itsestäni vääräksi. Psykodynaaminen psykoterapeutini viitekehyksensä mukaan ei vastannut koskaan suoraan vaan kysyi, mitä merkityksiä kysymyksellä ja sen mahdollisilla vastauksilla minulle oli.

Psykodynaaminen psykoterapeutti tyypillisesti tuo omia näkemyksiään tai persoonaansa suhteeseen hillitysti pysytellen mahdollisimman neutraalina. Neutraalius mahdollistaa vuorovaikutussuhteessa projisoinnin kautta esiin nousevien tiedostamattomien uskomusten luotettavamman käsittelyn. (Enckell 2015, 32–41.)

Merkitysten analysoiminen lisäsi ymmärrystä, muttei vastannut tarpeeseen. Turhauduin lopulta omaan tuskaiseen epäilyyni ja 3,5 vuoden jälkeen päätin, että terapeutti pitää minusta, yksinkertaisesti terapiapäiväkirjassani lukee 11/2009: ”*Sinä pidät minusta*”. Helpotus oli äärimmäisen suuri. Pystyin aloittamaan puhumisen traumaattisista kokemuksistani uudella luottamisen tasolla, ennen kaikkea aloin uskoa vähitellen olevani ihmisenä, hullujen vaikeiden asioideni kanssa, hyväksyty. Pystyin luottamaan kolmen ja puolen vuoden jälkeen. Kelan myöntämä 2–3 vuoden kuntoutuspsykoterapia ei olisi riittänyt alkua pidemmälle. Normatiivisesti olisi jo pitänyt olla valmis?

Voidaan todeta, että tämä normatiivisuus on melko kyseenalainen, koska ylipäätään lapsuuden traumoissa kolme vuotta on säännönmukaisesti kovin lyhyt aika. Eli se ei käytännössä koskaan riitä onnistuneeseen psykoterapiaan, vaikka työskentely olisi kuinka tuloksellista ja onnistunutta. (Traumaterapeutti 14.9.2017.)

Tutkijana mietin, kuinka monta vuotta olisi mahdollisesti voinut säästyä jos tarpeisiini olisi vastattu suoraan. Suoraan menemisen sijaan, psykodynaamisessa viitekehyksessä kokemukseni oli, että perustarvetta kierrettiin niin kauan, että

sen sai joko ymmärrettyä pois tai siihen vastattua itse. Viitekehys auttaa ymmärtämään, mitä on vaille ja miksi. ANP:n kannalta tietoisuus ja kognitiivinen käsittelykyky lisääntyivät. Ymmärtäminen ei kuitenkaan kokemuksessani koskaan riittänyt täyttämään tyhjyyttä tai hoitamaan olemassaolemattomuuden kipua. Mutta onko tarpeisiin vastaamattomuus oikeaa hoitoa osiin hajonneelle persoonalle? Ei ainakaan helpointa.

Seksuaalisen väkivallan kokemus ja naisena olemisen uskomusten työstäminen olivat luottamuksen syntymisen jälkeen tärkeimpiä teemoja terapiassa. Yksittäisenä tapahtumana ja ykköstyypin traumana raiskaustrauma oli kohdallani kaikki traumaattisen tapahtuman kriteerit täyttävä ja oireet tuottava käänne. Se suisti minut lopullisesti raiteiltani vääristäen uskomukseni ja identiteettini. Korjaamiseen ja käsittelemiseen meni vuosia. Tulin myös tietoiseksi siitä, etten pysty tai halua ajatella itselleni mitään sukupuolta. Naisena olemiseen liittyvät uskomukset liittyivät omiin kokemuksiin ja osoittautuivat myös ylisukupolvisiksi negatiivisiksi uskomuksiksi (traumoiksi) naisena olemisen merkityksistä ja arvosta.

Traumaattisten muistojen käsitteleminen on traumaterapian näkökulmasta hoidon ensiaskeleita (van der Kolk 2017b, 298–299). Turvallisuuden ja luottamuksen löytymisen jälkeen ANP-osan vakaus oli riittävää tällaisen yksittäisen traumaattisen tapahtuman käsittelyyn ja todentamiseen, integroimiseen osaksi elämäntarinaa. Raiskaustrauma ja siihen liittyvä häpeä ja syyllisyys eivät olleet enää pelkästään yksittäisten EP osien kannettavana ja muistettavana *asiana, joka ei tapahtunut minulle* (ANP:lle).

Traumaattisten tapahtumien käsittelyssä kokeiltiin myös EMDR-menetelmää, joka perustuu traumaattisten väärin tallentuneiden tietojen ja tapahtumien ja niihin liittyvien tunteiden ohjattuun prosessointiin nopean silmien liikkeen avulla (Suomen EMDR-yhdistys b). Menetelmä toimi liiankin hyvin, eikä todellisuus varsinaisesti koostunut. Putosin kokonaan toisiin todelluuksiin, jotka olivat hämmentäviä ja pelottavia. EMDR:n avulla löytyi reittejä hukassa olevien EP-osien kokemuksiin ja ajattomiin traumamuistoihin. Tämä tavallaan on menetelmän tarkoituskin, mutta omien EP-osieni erillisyyteen olisi tarvittu toisenlaista ymmärrystä ja sanoittamista.

Vaikka EMDR pudotti minut toisiin todellisuuksiin ja hulluuteen olisin halunnut jatkaa työskentelyä. Siinä oli jotain vetovoimaista ja uutta, jota olisin halunnut tutkia lisää. Psykoterapeutti ei halunnut jatkaa työskentelyä muutamien kertojen jälkeen. Hän ei myöskään halunnut tähän tutkimukseeni reflektoida aineistoa dialogisuuden hengessä, joten tutkijan tulkintani jäivät yksipuolisiksi.

Riittävän turvallisuuden tunteen ja vakauden ylläpitäminen oli tämän ensimmäisen terapiani selkeä perustehtävä. (Vrt. traumaterapian 1 vaihe, van der Hart ym. 2009, 249.) Traumakokemuksiin putoaminen ei ollut silloin tai siinä vuorovaikutussuhteessa käytössä olevilla turvallisuuden palauttamisen interventioilla riittävän turvallista. Osasin jakaa ja sanoittaa kokemuksiani hyvin, mutta EP-osien kokemusten sanoittaminen ei ollut mahdollista, sanoja ei joko ollut tai niitä ei tullut, koska EP-osilla oli vaillinainen sanavarasto tai puhekyky. Ajattelen, että riittävä interventio traumakokemuksen muuttumiseksi korjaavaksi ja korvaavaksi kokemukseksi, yhdessä eletyksi hetkeksi (vrt. Stern 2004) olisi voinut tapahtua kosketuksen kautta. Palautuminen traumatunteesta takaisin todellisuuteen ja nykyhetken sietoikkunaan oli haastavaa, poissaolo ja dissosiaatio ”jäivät päälle”. Kosketus olisi luonut riittävän turvallisuuden kokemuksen ja käynnistänyt autonomisen hermoston hierarkkisesti ylemmäntasoisien sosiaalisen kiinnittymisen järjestelmän, jolloin palautuminen traumakokemuksesta nykyhetkeen (EP:stä ANP:ksi) olisi ollut helpompaa (vrt. Porges 2011) (Leikola 2016, 31). Tämä olisi toteutuakseen kuitenkin edellyttänyt rakenteellisen dissosiaation tunnistamista, teoreettista ymmärtämistä ja valmiutta kohdata muitakin persoonallisuuden osia.

Kosketuksen käyttö terapeutisena väylänä on perinteisesti psykoterapiassa nähty kyseenalaisena ja kyseessä on silloin juuri tiettyyn perustarpeeseen vastaamisesta. Esimerkiksi varhain syntyneissä häpeään ja lamaannukseen yhdistyvissä traumamuistoissa, voidaan perustellusti nähdä kosketuksen voivan edistää terapian kulua huomattavasti. Tällöin voidaan päästä käsiksi johonkin uuteen kokemuksen tasoon, joka on ollut sietämättömän häpeän tunteen aiemmin peittämänä. (Traumaterapeutti 14.9.2017.)

Nykyisin en pidä mitenkään ihmeellisinä tai hulluina EMDR-kokemuksiani, Menetelmä loi suoran väylän nykyhetkestä irralliseen menneisyyden traumatunteeseen ja EP-osien kaoottiseen kauhuun. EP-osien kokemusten kuuleminen sekä ymmärretyksi ja nähdyksi tuleminen ovat rakenteellisesta dissosiaatiosta toipumisen ja integraation kulmakiviä (Nijenhuis 2017, 471). Vahva halu etsiä ja löytää omat kadoksissa olevat yhteyteni ja osani oli olemassa. EMDR-työskentelyn lopettaminen oli tässä vaiheessa ja viitekehyksessä kuitenkin viisas päätös, vaikka olinkin eri mieltä.

Trauman hoitamista EMDR-silmänliiketerapialla tutkittaessa (van der Kolk ym. 2007) on havaittu, että aikuiset, joilla on traumaattinen lapsuus, reagoivat eri tavalla kuin aikuisena traumatisoituneet. 73 % aikuisina (l. ykköstyyppin trauma) traumatisoituneista parantuivat silmänliiketerapialla, kun kompleksisemmasta traumasta kärsivistä parantui vain 25 %. (van der Kolk 2017b, 310–311.)

Olin tarvitseva, mutta terapia pystyi kannattelemaan siten, että toimintakyyni pysyi yllä ja koheni. Uskomukseni muuttuivat radikaalisti ja tietoisuus lisääntyi mahdollistaen korkeammantasoiset selviytymiskeinot. Lopulta hyväksyin toisen kautta itse itseni ja rakensin ANP:n identiteettini uudelleen. Prosessi tapahtui turvallisuuden kautta, joka puolestaan syntyi siitä, että terapeutti pysyi aina johdonmukaisesti samanlaisena; hyväksyvänä, arvostavana ja kunnioittavana. Alla olevassa jäähyväiskirjeessä terapeutille kuvaan prosessia hylkäämisen ja hyväksymisen ristitulella.

Olen ollut varma siitä, että hyväksyt minut vain siksi että maksan siitä sinulle. Olen ollut varma siitä, että hyväksyt minut, koska olet tyhmä. Olen ollut varma siitä, että hetkeni hyväksyttynä ovat olleet harhaa. Olen ollut varma siitä, jos oikeasti hyväksyt minut, muutut myös pahaksi. Hylkäämistä odotellessa olen oppinut, ettei pahuus ole totta. Ei minussa eikä sinussa. Hylkäämistä odotellessa olen oppinut, ettei niin tarvitse koskaan enää tapahtua. Hylkäämistä odotellessa olen oppinut hyväksymään itseni, enkä usko että elämässä voi tapahtua mitään sellaista, joka saisi minut hylkäämään itseni uudestaan. Minä olen löytynyt, enkä suostu katoamaan enää. Olen turvassa, eikä minua voi enää hylätä. Olen kipeästi kasvanut pois epätoivosta.

KUVA 9. Jäähyväiskirje terapeutille 6/2013.

Tässä terapiassa vakauduin tässä ja nyt tapahtuvaan aikuiseen elämään. Musta-valkoinen maailmani sai sävyjä ja toivuin oireista, jotka voisi tulkita epävaakaaksi persoonallisuushäiriöksi. Käyttäytymisvalinnat kehittyivät tarkoituksenmukaisiksi. Toimintakyky ja resilienssi kasvoivat. Pystyin alkamaan ajatella itseäni myös naisena vapaampana traumatisoitumisen aiheuttamista negatiivisista uskomuksista. Terapia oli aikuisen ANP-osani matka tyhjästä elämää suorittavasta ANP:n kuoresta vakaaksi aikuisen ANP-minuksi, joka paitsi tuntee olevansa olemassa, myös haluaa ja saa elää. Terapiani lopputulosta voisi ajatella psykodynaamisen psykoterapian ideaalina (vrt. Helsingin Psykoterapeuttiyhdistys ry 2017). Koska rakenteellista dissosiaatiota ei tunnistettu, todellisen kontaktin mahdollisuus oli vain aikuisen ANP:llä. Ne osat, joiden tarpeita en oppinut sanoittamaan, tai joihin sanoittaminen tai keskustelu ei ylettynyt, luovuttivat jossain vaiheessa ymmärretyksi tulemisen tarpeidensa kanssa.

Itsetuntoni ja -tuntemukseni vahvistuivat siinä määrin, että pystyin luottamaan omaan intuitiooni etsiessäni uusia ratkaisuja olemassaolemattomuuden kokemukseeni. Koin vahvasti, ettei minulla ole enää aikuisena minuna terapoitavaa. Tunsin silti keskeneräisyyttä ja ei-eheyttä. Aloin etsimään toista reittiä ja tiesin sen löytyvän kehon ja kosketuksen kautta. Kahden ja puolen viimeisen terapiavuoden ajan kävin kahdessa terapiassa samaan aikaan. Terapeutit ja terapiat olivat toisistaan erillisiä ja itsenäisiä, kokonaisuus oli minun vastuullani siten, että kerroin tarvittaessa toisen terapian kuulumisia toisessa. Ainoa toiveeni oli, että he puhuvat edes kerran puhelimesta keskenään. Tarpeeni oli, että todellisuus ja näiden itselleni tärkeiden ihmisten olemassaolo todentuisi muillekin kuin itselleni. Puhelun jälkeen oli turvallista jatkaa.

Mielestäni on tärkeää, suosia terapeuttien toimijoiden todellista yhteistyötä varsinkin siinä tilanteessa, jossa potilas tätä itse toivoo. Tämä on suuri mahdollisuus viestittää potilaalle terapeutteja yhteistyön laadusta ja ratkaisevasta merkityksestä parantumisen tiellä. Tämä toimii samalla mallina sisäiselle persoonallisuuden osien väliselle yhteistyölle! (Traumaterapeutti 14.9.2017.)

Tämä oli mielenkiintoinen kohta, kun en ehkä osannut perustella aikuisena tätä tarvetta, tai jotenkin tämä oli tosi ei-tyypillistä itselleni, kun en oikeasti halunnut tai tarvinnut heidän yhteistyötään mihinkään. Olin onnistunut jakamaan terapeuttien työt todella loistavasti

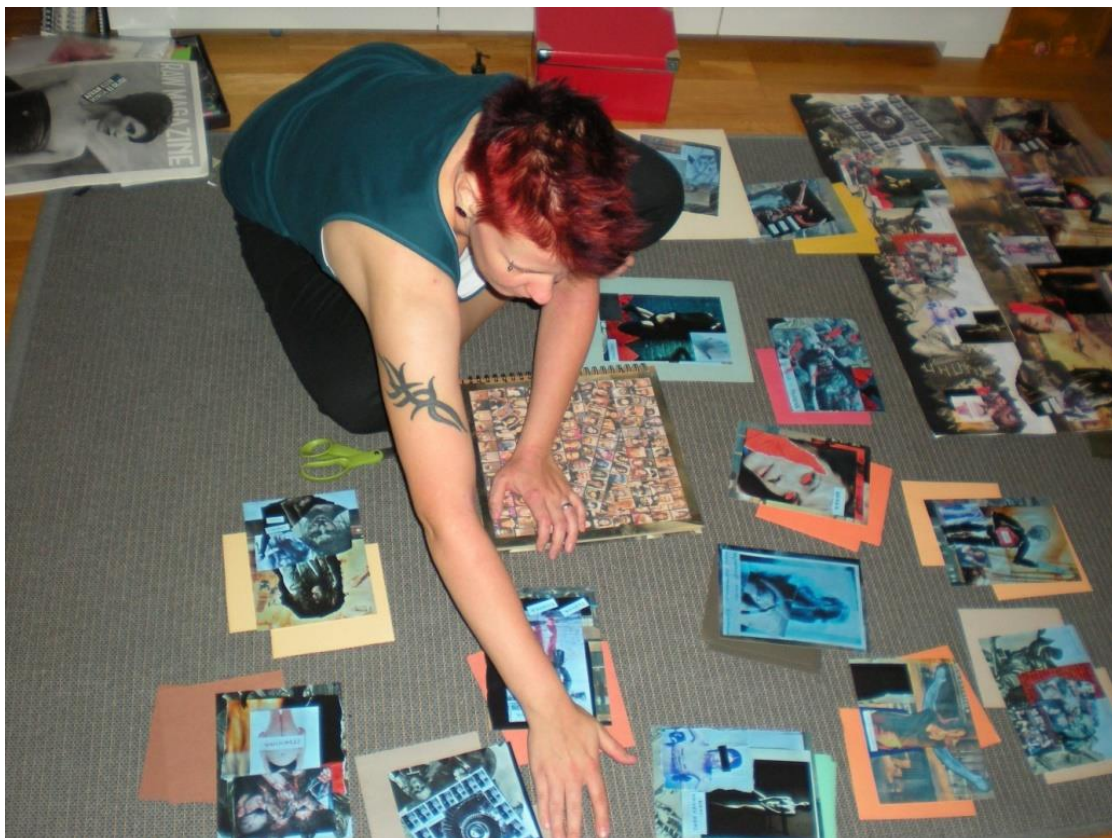
osieni kannalta. Nyt käsitän, että tarve kontaktiin ja yhteistyöhön liittyy todellisuuden todentumiseen. Eri osani käyvät eri terapioidissa ja jos kukaan muu ei "todista" sitä kuin minä itse, se ei ehkä olekaan totta? Tiesin siis tarvitsevani mallin sisäisten osien yhteistyölle tietämättä sitä. (Mai 15.9.2017.)

Van der Kolk (2017, 287) vahvistaa, että jokainen, joka käy keskusteluterapiassa, joutuu kokemaan kielen rajallisuuden. Johdonmukainen ja looginen tarinan kertominen on eri asia, kuin palaaminen tunnetasolla omiin kokemuksiinsa. Neurotieteessä on osoitettu, että ihmisen minätietoisuutta on kahdenlaista. *Elämäkerrallinen itse* havainnoi itseä ajan kuluessa rakentaen elämäntarinaa. Elämäntarina rakentuu ja muuttuu kerrottaessa, eli järjestelmä perustuu kielelle. Toinen minätietoisuuden taso on hetkestä toiseen elävä itse, aistit ja kehon tunteukset tässä ja nyt. Trauma voi saada ihmisen *"tuntemaan olonsa vieraaksi tai jopa täysin kadonneeksi"*. Kieli ja tarina ovat oleellisia, mutta kokonaisen tarinan pystyy kertomaan vasta sitten, kun trauman vaurioittamat yhteydet on korjattu kehollisen ja verbaalisen minuuden väliltä. *"Sen jälkeen itsensä kadottanut voi löytää itsensä jälleen"*. (van der Kolk 2017, 287–288, 301.)

Psykodynaaminen psykoterapia rakensi kielellistä elämäntarinaani, eheyttäen ja ymmärrystä lisäten. Havainnoivan itsen reflektion mahdollisuudet tässä ja nyt tapahtuvalle olemiselle olivat myös sidottuja kieleen, joten keholliselle tietämiselle tai intuitiolle ei löytynyt riittävää vahvistusta ja tukea. Psykodynaaminen psykoterapia pystyi hoitamaan kompleksista emotionaalista traumaa turvallisesa vuorovaikutussuhteessa vakautumisen vaiheeseen saakka. Toisesta terapiasta etsin väylää hetkestä toiseen elävän itsen aistimusten ja kokemusten validoimiseksi. Yhteyttä olemassaolemattomaan, kadonneeseen itseän. Ilman toista itseä, *elämäkerrallinenkin itse* päätyi umpikujaan kaiken kertoneena, mutta kaikkea ymmärtämättömänä. Teoreettisesti rakenteellista dissosiaatiota tai autonomisen hermoston toiminnan häiriintymistä traumatisoitumisen seurauksena vielä ymmärtämättä etsin terapeuttista reittiä "alhaalta ylös" (vrt. Ogden ym. 2009, 22–25).

Tekemällä kuvia yritin selvittää olemassaolemattomuuteni syitä ja muotoja. Alla olevassa kuvassa teen taideterapiakirjaa, jossa kuvien ja kirjoitusten kautta ku-

vaan kokemuksiani olemassaolon sirpaleisuudesta. Alla oleva kuva on valokuva itsestäni kirjaa tehdessäni. Kuvateksti kuvastaa toimintakyvyn ja identiteetin epäaitouden kokemusta, näennäistä ANP:n normaaliutta.



KUVA 10. "Mielikuvia – Mieli kuvina" kuvientekoprosessia ja kuvateksti 2011: Minä olen ok. Näennäisen normaali. Herkkä, rohkea, taitava. Kaiken tämän alla. Tai päällä. Päälle liimattu toimiva minuus.

5.2 Kosketus ylettyy muihinkin osiin

Kehon irrationaaliset tuntemukset ja aistimukset olivat hankalia eivätkä tulleet psykodynaamisessa terapiassani kohdatuiksi, niistä pystyi puhumaan ja niitä saattoi kuvata, mutta ne eivät muuttuneet. Etsin uutta reittiä itseni luo tietäen sen löytyvän kehon ja kosketuksen kautta. Psykodynaaminen terapia toki kannatteli ja oli hyvin turvallista, mutta lakkasin odottamasta enää uusia terapeuttisia löytöjä ja saavutuksia samalla vahvasti kokien, että toipuminen on kesken. Psykoterapian turvin uskalsin lähteä omalta mukavuusalueeltani.

Olin myös juuri lukenut hollantilaisten traumaterapeuttien suomennetun teoksen rakenteellisesta dissosiaatiosta. *Vainottu mieli* (van der Hart ym. 2009) oli vaikeaa tekstiä, enkä kirjan lukemisenkaan jälkeen osannut sanoittaa traumatisoitumista omalla kohdallani. Aloin kuitenkin ajatella rakenteellisen dissosiaation ja erilaisten osien olemassaolon mahdollisuutta. Kirjan olemassaolo tuotti turvallisuuden tunnetta ja toivoa. Teoria tarjosi uuden mahdollisuuden jäsentää minäkuvaa ja antoi toivoa psykodynaamisen psykoterapian lopputulokseen pettyneille olemassaolemattomille osilleni. Etsin terapeuttia, joka olisi riittävän rohkea kokeilemaan ja etsimään reittiä jonnekin, minne sanat eivät ylety. Etsin paikkaa, jossa voisin olla kokonaisemmin olemassa, kuin aikuisena tuolissa puhumassa. Tai mieluummin ei enää aikuisena ollenkaan, sitä olin saanut tehdä jo vuosia.

Löysin psykoterapeuttiopiskelijan, jolla oli koulutusta muun muassa tanssiterapiaan. Ajattelin käyväni hänen kanssaan jonkun lyhyen kehollisen prosessin, ehkä kymmenen tapaamista ja olisin kokonaisempi! Nimesimme terapian keho-terapiaksi. Tapaamisia kertyi aika paljon enemmän ja vuosia vierähti kolme. Aikuinen ANP-osani jatkoi aikuisen keskusteluja psykodynaamisessa terapiassa ja kävelin sieltä toiseen paikkaan, joka oli tarkoitettu vielä nimeämättömille osilleni. Kehollinen prosessi käynnistyi kävellessäni 400 metriä terapiasta toiseen. Aikuinen koostunut keskustelija muuttui matkan aikana milloin millaiseksi ”tyypiksi”.

Oman kokemukseni mukaan joskus on selvästi hyödyllistä yhdistää ja kombinoida erilaisia psykoterapioita. Juuri esim. sanallista ja kehollista lähestymistapaa [--] Ne voivat todella toimia synergistisesti ja tehostaa toistensa vaikutuksia. Usein mielestäni tällaisiin kombinaatioihin suhtaudutaan turhan kriittisesti. (Traumaterapeutti 8.10.2017.)

Terapiassa koskettaminen ja liikkuminen olivat mahdollisia, istuimme tuoleilla näiden vuosien aikana muutaman kerran. Melko nopeasti syntyi käsitys ja ymmärrys Pikku-Maista, jonka kokemuksia, todellisuutta ja olemassaoloa koko terapiaprosessi oleellisimmin koski. Olin hämilläni, kun liikkeen sijaan löysinkin liikkumattomuutta ja pysähtyneisyyttä. Lamaannusta ja putoamisia (dissosiatii-

visia tiloja). Liikkeen sijasta löysin sylin ja kosketuksen. Turvallisuuden joka yletyi.

Tässä terapiassa oli merkityksellisintä se, että terapeutti oli valmis ja halukas vastaamaan tarpeisiini suoraan ja keksimään luovia ratkaisuja. En juuri halunnut keskustella mistään, mutta terapeutille kävi muutkin tavat olla vuorovaikutuksessa. Terapioiden rinnakkuus palveli toipumista ja integraatiota erinomaisesti, vaikka haasteena oli väistämättä se, ettei kummallakaan terapeutilla voinut olla kokonais käsitystä toipumisprosessistani. Olin oppinut luottamaan etsijän intuitioon siitä, että kuljen kohti olemassaoloa. Ja toisaalta en ollut oppinut luottamaan siihen, että joku voisi todella ymmärtää sisäistä maailmaani ja tietää minua paremmin, mitä sen korjaamiseen tarvitaan.

Terapiasta tuli intensiivinen ja koin uudestaan ja myös uudella tasolla kiintymyssuhteen tuskaisia tunteita. Tunsin samoja tarvitsevuuden ja häpeän tunteita, kuin psykodynaamisessa terapiassa. Prosessi tuntui nopeutetulta edelliseen nähden, mutta kokemukset olivat tuskaisempia ja epätoivo syvempää. Kosketuksen kautta turvallisuus ja kannattelu oli kokonaisvaltaisempaa ylettyen pienempien osieni kokemusmaailmoihin saakka, EP-osien traumatunteet saivat reitin tulla näkyviksi ja kohdatuiksi kaikessa raastavuudessaan. Vakaan ANP:n avulla pysyin työkykyisenä ja järjissäni epätoivoisten olojen ja tunteiden kanssa.

Kosketus terapiassa, saati syli, ovat ei-normatiivista ja niihin liittyy monenlaisia ennakko-ajatuksia, tabuja ja ammatillisia rajanvetoja. Jopa sensorimotorinen psykoterapia (Ogden ym. 2009), jossa kehon tietoa tutkitaan ja pidetään merkityksellisenä, keskittyy varoittamaan mahdollisista väärinymmärryksistä kosketuksen käytöstä terapeuttisissa interventioissa. Kosketus saattaisi seksualisoida joko asiakkaan tai terapeutin kokemusmaailmassa. Perinteisessä psykoterapian kontekstissa (psykodynaaminen) tarpeeseen vastaaminen johtaisi taantumukseen ja tyydytykseen, jonka nähdään estävän tietoisuuden lisääntymisen. Niinpä terapeutin on harkittava ja keskusteltava kosketuksen käytöstä ja käytettävä kosketusta varoen, jos ollenkaan. (Ogden ym. 2009, 207.) Inhimillisen kosketuksen merkitys turvallisuuden kokemuksen lisäämiseksi ja ylettymiseksi traumakokemuksissa elävien osieni maailmaan on ollut itselleni ratkaisevaa (vrt.

Porges 2011). Kosketus toi uuden ulottuvuuden olemassaolemiseen ja myös olemassaolon häpeän käsittelemiseen, jota kompleksinen emotionaalinen traumatisoituminen oli minuun istuttanut. Ensimmäisen psykoterapian jälkeen ammattilaiseni eivät olekaan olleet psykoterapeutteja. Olen löytänyt inhimillistä eheyttävää kohtaamista, kosketusta ja kykyä tasavertaisuuteen. Terapeutini ei myöskään ollut erityisemmin perehtynyt traumatisoitumiseen, mutta pystyvyys turvalliseen läsnäoloon ja vilpittömän halu kohtaamiseen riittivät (vrt. Stern 2004).

Oli aika rankkaa kuulla monta monituista kertaa etten ymmärtänyt tai tajunnut ja toisaalta kuulin ja tunsin valtavaa hätää ja turvattomuutta. (Armi 14.9.2017.)

Minulle ei ole jäänyt erityisesti mieleen, että et tajuisi tai ymmärtäisi – miten paljon oleellisempaa siis oli, että kuulit ja tunsit sen äärettömän hädän ja turvattomuuden. Olet ensimmäinen ihminen, joka sen on kuullut ja pystynyt vastaanottamaan. (Mai 16.9.2017.)

Vastaanottaminen, erityisesti se miten EP:t otetaan vastaan, on ratkaisevan tärkeää. Ovatko ne tervetulleita terapiaan? Pystyykö terapeutti luomaan riittävän turvallisen ilmapiirin tähän kohtaamiseen? (Traumaterapeutti 8.10.2017.)

Kirjoittamalla terapeutille tapaamisten välissä pidin yllä pysyvyyttä, toivoa ja loin uusia yhteyksiä toisen kautta itseni. Pystyin jakamaan sisäisen todellisuuteni. Terapeutti vastasi lyhyesti sähköposteihini, postista kiittäen ja muistuttaen, että kohta tavataan. Kirjoittaminen ja vastaukset kannattelivat sisäistä kaaosta ja ajoittaisia vaikeita hajoamisen tunteita, joita pienemmät osani tunsivat. Kirjoittaminen toimi välineenä aikuiselle itselleni siinä, että sain tietää miltä sisäinen maailmani näyttää, mitä tunnen, ajattelen, tarvitsen. Olin myös vaikuttunut itse siitä, millaista tekstiä tuotin. En tiennyt osaavani kirjoittaa senkaltaista tekstiä ja ajattelenkin, että tekstiä kirjoittamassa – samoin kuin kuvien tekemisessä on tapahtunut korkeatasoisempaa osien integraatiota. Kuvien ja kirjoitusten kautta pienempien osien näköalat ja sisäinen viisaus on voinut tulla myös aikuisen ANP:n tietoisuuteen. Mielestäni alla oleva kirjoitukseni kuvaa hyvin kokemusta tästä terapiaprosessista kokonaisuudessaan, mikä oli oleellista.

Sinä olet syli

En aina ymmärrä, mitä puhut.
 Mitä minulta kysyt, miksi, ja mitä oikeastaan haluat sanoa.
 Mutta ymmärrän sitä, miten olet. Ja jotain siitä, mitä olet.
 Mutta miten, se on tärkeämpää - miten sinä olet suhteessa minuun.
 Kontaktissa, läsnä, tavattavissa, lähellä, kosketettavissa.
 Sinä olet olemassa Minulle.
 Minulle Sinä olet syli.

Ei minulla ole kiire minnekään.
 Ei ole muuta paikkaa, kuin tämä.
 On vain tämä elämä.

Mitä oikeastaan on keho, mitä on liike?
 Onko liikkuva keho parempi, kuin liikkumaton? Onko näkyvä arvokkaampaa kuin nä-
 kymätön?
 Onko oikeampaa tehdä jotain kehollaan, kuin olla olemassa kehossaan?

- Voitko sä pitää mua nyt?
 - Nyt en ymmärrä, pitää mitä?
 - Sylissä.

Ja sinä voit ja laitat kätesi ympärilleni. Nojaan sinuun. Pyydän, että pitäisit kovempaa.

- Kovempaa - näinkö?
 - Niin.

Ja minun on hyvä olla. Turvallista olla minun kehossani kun pidät minua lujasti.
 Tunnen sinut, tunnen turvan.
 Olemassaolon, ääriäivät. Minuuden rajat.
 Minä tunnen, koen, elän ja olen.
 Ja vaikka kehoni on liikkumaton, syli liikuttaa minua.
 Koskettaa ja tekee eläväksi, sisältä.

Ehkä toisenlainen liike näyttäisi vaikuttavammalta, tehokkaammalta.
 Tekemisen meininkiä - sitä minä en halua.
 En halua vaihtaa tätä mihinkään juuri nyt.
 Minun keho- ja liiketerapiani on sitä, että sinä olet ja kosketat minua, kehoani.
 Ja minä olen. Koen - minussa tapahtuu liikettä.
 Liikettä, joka varovasti rakentaa olemassaoloni perustuksia, pysyvyyttä, toivoa, elämää.

Löytää hukattu lapsi.
 Välittää työstä.
 Parantaa kipu.
 Korjata rikki mennyt.
 Rakastaa ehjäksi.

Syli on lapselle koti.
 Sinä olet koti.

Enkä minä halua mitään muuta, kuin vain olla.
Haluan vain, että pidät minua.
Haluan, että pidät minusta.

Minun todellisuudessani ei ole toista pitämistä ilman toista pitämistä.
KUVA 11. "Sinä olet syli" 12/2010

*Olisin niin halunnut kirjoittaa sinulle takaisin jotain viisasta, neuvo-
vaa, helpottavaa tuskaisuuteesi ja tuntemus herää uudestaan kun
muistelen noita kirjeitä. Sinähän se viisas olit silloin. Ja hyvä kun en
osannut vastata. Sait rauhassa käsitellä kokemaasi ja integroida.
Silloin toivoin mielessäni sulle rauhaa: ei ole hätää! Oli siinä
osa itsenikin rauhoittamista. (Armi 14.9.2017.)*

*Tuskaisuuteen auttoi, että olet olemassa, vain sillä tuntui olevan
kosketuspintaa sisäiseen hätään. Olit olemassa ja toivoit minulle
hyvää. Sanoilla ei oikeastaan olisi ollut väliä. (Mai 16.9.2017.)*

Terapiassa sain olla pieni ja tehdä pienten asioita. Tosin en halunnut tehdä mi-
tään (menetelmällistä) hyvin pitkään aikaan, koska sylin tarve oli paljon suu-
rempi. Terapiassa eri persoonallisuuden osien kokemukset ja liikkumattomaksi
tekevät voimat olivat vielä jäsentymättömiä. Kaikki terapiassa kokemani tunteet
eivät olleet Pikku-Main. Pienempien osien sanattomat tai dissosiativiset hetket
(kauhu, lamaannus) tai nukautaminen (alivireys) olivat olemassa, mutta eivät
tulleet ymmärretyiksi ja kohdatuiksi niin hyvin kuin Pikku-Mai.

*Miten hienolta ja helpottavalta tuntuikaan kun sovittiin yhdessä, mi-
ten menetellään jos/kun flippaat (dissosioit). (Armi 14.9.2017.)*

*Teimme yhteistyötä, koska halusit auttaa näitä pienimpiä, minun ai-
kuinen ANP halusi myös auttaa sinua ja "antaa käyttöohjeita". En
halunnut jättää sinua pulaan, edes itseni kanssa. (Mai 16.9.2017.)*

Nämä putoamiset ja oudot tilat jäivät myöhemmäksi selvitettäväksi ja terapiasta
tuli ensisijaisesti Pikku-Main paikka. Pikku-Main identiteettiin alkoi terapian ku-
luessa muotoutua ajatus siitä, että hän on viisivuotias. En osaa sanoa tarkem-
min milloin tai miten se tapahtui, ehkä tunteeni ja käyttäytymiseni kuvastivat
viisivuotiaan kokemusmaailmaa. Mieleeni on jäänyt kaksi erillistä kohtaamista
terapiassa, joiden jälkikäteen ajattelen olleen integraation kannalta hyvin ratkai-
sevassa asemassa:

Pikku-Mai piirsi vahaliiduilla terapeutin kodin pohjapiirustuksen ja kotiin oman huoneen itselleen. Voisiko Pikku-Mai muuttaa terapeutin luo asumaan? Tämä sopi ilman muuta. Mielikuvissani Pikku-Mailla oli nyt koti, turvattomuus helpotti eikä hajoamisen tunteita enää ollut niin paljoa. En ajatellut, että ”pääsen eroon” Pikku-Maista, vaan enemmänkin niin, että hänellä on vihdoinkin joku paikka.

Ja miten spontaanisti me suunniteltiin ja sä piirsit!! Voi iloa! (Armi, 16.9.2017.)

Spontaanius on ollut kyllä yksi tosi oleellinen juttu! Sä suostuit aina mun ideoihin ja juttuihini. Se oli uutta ja hienoa. Osoitit, että sä luotat mun intuitiooni ja että jollain kohtaa tiedän mitä tarvitsen. Niinhän mä tiesinkin, vaikka en itse aina tiennyt että tiesin! (Mai 17.9.2017.)

Toinen kerta loppuvaiheessa terapiaa oli keskustelu lattialla patjoilla makoillen. Pikku-Mai sai kysytyä varovasti kuin salaisuutta kertoen, mitä sitten tapahtuisi, jos ei olisikaan tyttö vaan haluaisikin olla poika? Terapeutti vastasi omaan reippaaseen tapaansa, että se on ihan samantekevää, onko tyttö tai poika, tyttöpoika tai poikatyttö, ihminen saa olla ihan mitä haluaa! Se tarkoitti, että Pikku-Mai sai asua hänen luonaan, vaikka olikin poika. Pikku-Main identiteetti poikana todentui ja sai luvan olla olemassa. Se oli hyvin onnellinen päivä. Tämän kysymyksen ja vastauksen myötä kokonainen persoonallisuuden hukattu persoonallisuuden osa sai tulla olemassaolevaksi. Tämän kysymyksen esittämiseen tarvittiin kaikki vuosien aikana rakennettu turvallisuus, kannattelu ja luottamus.

Lopputuloksena terapiassa oli, että Pikku-Mai sai jälleen olemassa olevan hyväksytyn identiteetin ja kodin oltuaan hukassa itseltäni melkein kaksi vuosikymmentä. Tällöin en osannut käyttää vielä termejä EP tai ANP, ja vasta paljon myöhemmin (traumaterapiassa) selvisi, että Pikku-Mai on ANP-osa. Terapiassa osien erillisyyden tavallaan vahvistui, mutta ei siten, että systeeminä rakenteellinen dissosiaatio olisi vahvistunut ja minä ”sairastunut” lisää. Osien erillisyyden ja erillisinä kohdatuksi tuleminen vahvistivat systeemiä ymmärryksen, tietoisuuden ja integraation suuntaan. Vaikka hullummalta se toki itsestänikin kuulostaa (vaan ei tunnu), että joku osa itseä muuttaa mielikuvissa jonnekin toisaalle!

Pikku-Mai oli syntynyt jo kauan sitten, mutta selviytyäkseni ympäristössäni osa oli hylättävä vääränlaisena eli traumatisoitumiseni ja persoonan osien rakenne muuttui kompleksisemmaksi. Niinpä osan löytyminen ja korjaavana kokemuksena hyväksyntä pojan sukupuolelle oli hyvin merkityksellinen tuottaen ymmärrystä, koostumista ja parantumista. Prosessissa oli koko ajan mukana myös psykodynaamisesti vahvistunut aikuinen ANP-minä ja jaettu tietoisuus. Terapia tuntui hyvältä ja ajankohtaiselta lopettaa puoli vuotta psykodynaamisen terapian jälkeen. Ennako-ajatukseni terapiasta oli lähteä etsimään liikettä ja kokeilemaan kehoni olemassaoloa. Tämä ajatus tuntui tärkeältä, vaikka löysinkin jotain tärkeämpää. Samaan aikaan molempien terapioitteni kanssa lähdin ihmettelemään tanssiterapian lyhytkurssille sitä, olenko minä kehoni ja onko kehoni minä.

5.3 Terapeuttisia liikkeitä ja liikkumattomuutta

Musiikin tahdissa tai ilman - liikkuminen ja terapeuttinen vapaa heiluminen olivat hyvin kaukana mukavuusalueeltani ja kokemusmaailmastani. Kehoni alkoi tuntua kuitenkin jo jonkinlaiselta liikkumattomuuden vankilalta ja siihen täytyi saada muutos. Menin tanssi/liiketerapeutin kurssille sisäisen pakon ohjaamana, vasta voimana sisälläni valtavaa estyneisyyttä ja häpeää. Kurssille oli matala kynnyks: *hengittäminenkin on liikettä*. En ole koskaan pitänyt ryhmäliikunnasta, mutta tässä kontekstissa osana ryhmää oleminen vähensi omaa nähdynsi tulemisen häpeääni. Oleellisinta oli, että terapeutti vaikutti turvalliselta.

Liikkumiseni oli hapuilevaa ja kömpelöä, kokemusmaailmaani liikkumisesta oli kuulunut lähinnä vain salilla käynti. Liikkumisista tuli kuitenkin hyvä olo kehoon ja ennen kaikkea voittaja-olo suhteessa liikkumattomaksi tekevään häpeään. Tunnin jälkeen olin enemmän kehossani ja läsnä, ehkä olemassa olevampi? Jollain tavalla liikkeessä oli myös mahdollista tavoittaa sisäisiä kokemusmaailmoja uudella tavalla, kipua sisälläni. Olin vuosia yrittänyt ylettyä sisäisen maailmani kokemuksiin, joten kivunkin tavoittaminen oli hienoa! Innostuin ja aloin kokeilla monenlaisia tarjolla olevia kehollisia menetelmiä.

Butoh on japanilainen nykytanssin muoto, jossa keho ja mielikuvat ovat harjoittelun lähtökohtina. Tanssissa ei tavoitella mitään tiettyä estetiikkaa vaan ajatellaan, että mielen ja kehon yhteyden etsiminen ja löytäminen, itse läsnäolo, on kaunista. (Leinonen 2017) Löydettyäni Butoh-tunnit käytin kursseja terapeuttisena menetelmänä päästäkseni olemassaolon etsimisessäni eteenpäin.

Butoh-tanssin opettaja oli läsnä oleva ja turvallinen. Harjoituksissa tehtiin paljon äärihidasta liikettä. Tunnit olivat nopealle elämälleni vastapainon ja menetelmän pysähtymiseen. Tanssissa tutkitaan ja kokeillaan miten mielikuvat ja hiljentymisen muuntuvat kehon liikkeeksi ja liikkumattomuudeksi (Leinonen 2017). Harjoitukset tehtiin pääsääntöisesti silmät avoinna. Äärihitaassa mielikuvaan perustavassa liikkeessä silmät avoimena tavoitin olemassaolon ja olemassaolemattomuuden rajapinnan itsessäni. Rajapinnalla tarkoitan sietoikkunassa pysymistä ja kaksoistietoisuuden kehittämistä: Olen tässä ja nyt ja samaan aikaan jossain menneessä sanattomassa ja ajattomassa kokemuksessa. Aiemmissä terapioiden putoasin todellisuudesta toisinaan itseni sisään sietoikkunan ulkopuolelle, tyhjyyden ja alivireyden kokemuksiin tai nukahdin. Olen kirjoittanut kuvauksen (teksti alla) traumaattiseen kokemusmaailmaan putoamisesta pahimmillaan, hajoamisen kokemuksesta.

Hajoaminen

Ei ole paikkaa, missä olla. En voi olla. En mitenkään. En löydä olemassaoloa.

En löydä minua.

Mieli etsii jotain todellista, mihin tarttua. Keho jähmettyy ja hengitys vaimenee. Kauhu.

En löydä mitään! Turvaa ei ole. Todellisuutta ei ole.

Hajoamisen ja olemassaolon reunalla. Elämä ja todellisuus. Unohdus ja katoaminen. Hulluus.

Mieleni pirstaloituu. Kehoni hajoaa atomeiksi. Minuuteni loppuu.

On vain olemattomuus. Tuho.

KUVA 12. "Hajoaminen" 2011

Butohissa pystyin tutkimaan itsessäni dissoatiivisen tilan rajaa, pystyin kävelemään hitaasti sitä pitkin. Kehon kautta ja avulla aloin löytää reittejä pois dissiatiivisesta alivireydestä ja liikkumattomaksi jumiuttavista traumatunteista.

Kävin tunneilla kaksi vuotta. Butoh koosti mieltäni yhdessä autenttisen liikkeen menetelmän kanssa siten, etten pudonnut todellisuudesta enää vahingossa.

Fysiologisesti kaksoistietoisuudella ja sietoikkunassa pysymisellä tarkoitetaan kykyä sietää emotionaalista ja autonomista aktivoitumista ilman, että menetetään aivokuoren kyky havainnoida itseä (yli- tai alivireystila). Kosketus sensori-motoriseen, kognitiiviseen ja emotionaaliseen tietoon ovat olemassa samanaikaisesti. (Ogden ym. 2009, 41.) Eli kaksoistietoisuudessa vallitsevat samanaikaisesti EP:n traumakokemus ja ANP:n kyky käsitellä niitä. Traumatisoituneella sietoikkunan laajentuminen ja yhdistämiskyvyn paraneminen ovat toipumisen kannalta oleellisia ja integraatiota edistäviä (Ogden ym. 2009, 39–41).

Samaan aikaan Butoh-tutkimuksieni kanssa, kuten myös vielä vuosia näiden jälkeen, menetelmänä autenttinen liike (Authentic Movement) muodostui itselleni tärkeimmäksi. Autenttinen liike on Mary Whitehousen 1950-luvulla kehittämä tanssi/liiketerapeuttinen menetelmä, jossa kehossa olemista ja mielensisäistä maailmaa tutkitaan liikkeen, katsomisen ja nähdyksi tulemisen kautta ilman ulkoisia ärsykeitä. (Stromsted 2009, 201–202). Autenttisen liikkeen ryhmä jaettiin pareihin, joista vuorotellen toinen toimi liikkujana ja toinen todistajana. Rooleissa liikkujat liikkuvat tilassa silmät suljettuna kuunnellen sisäisiä impulssejaan. Menetelmänä autenttinen liike antaa alitajuiselle materiaalille muotoja integroiden niitä tietoisiin elementteihin, tilaan, painoon ja aikaan. Todistaja katsoo liikkujaa eläytyen tämän kokemusmaailmaan katseen ja kehonsa kautta arvottomatta – todistaen autenttista liikettä. Liikkumisen jälkeen todistaja ja liikkujat voivat keskustella kokemastaan ja näkemästään, jolloin kokemuksen sanoittaminen lisää integraatiota alitajunnan ja tietoisuuden välillä. (Stromsted 2009, 201–202; Musicant 1994, 92–101). Sanattomasta ja katsekontaktittomasta tilanteesta muotoutui intiimejä ja arvokkaita olemassaolon ja olemassaolemattomuuden hetkiä itselleni vieraiden ihmisten kanssa niin liikkujana kuin todistajanakin.

Liikkujana sisäisten impulssien ja aistien kuunteleminen vei minut sisäiseen maailmaani, jossa EP-osien traumatunteet olivat edelleen melko koskemattomina. Tämä tarkoitti sitä, etten useinkaan kokenut autenttista liikettä eheyden kokemusta tai olemassaoloa vahvistavana. Sisäisen maailman tuskaisuus, liike ja

liikkumattomuus tekivät toisinaan kipeää. Samoin kuin butohissa, jatkoin dissosiaation ja olemassaolon rajapintojen tutkimista. Liikkumattomiksi tekevät voimat eli parasympaattisen hermoston lamaannus ja alivireys jähmettivät paikoilleen pitkiksi ajoiksi tuskallisiinkin kokemuksiin; ahdistukseen, kauhuun, avuttomuuteen. Tuskaisuudesta huolimatta koin suurta vetovoimaa mennä kohti traumatunteitani.

Joihinkin traumaa kantaviin osiin voidaan saada yhteys ja kontakti parhaiten (ehkä jopa ainoastaan!) kehollisuuden avulla. Toinen tapa sanoa sama asia: riittävään turvallisuuden kokemukseen saatetaan joskus päästä vain kehollisin menetelmin, koska jotkut osat persoonallisuutta saattavat täysin elää maailmassa, missä ei ole verbaalisuutta. (Traumaterapeutti 5.10.2017.)

Kävimme tanssi/liiketerapeutin kanssa keskustelua tilanteestani. Tutustuimme ja sovimme rooleista: erotuksena terapeuttiin, hän on todistajani. Varasin yksilöaikoja autenttista liikettä varten ja osallistuin myös muille tanssi/liiketerapeuttisille kursseille. Autenttisen liikkeen ryhmät olivat avoimia harrasteryhmiä, eikä tarkoitettu traumatyöskentelyä varten. Haasteeksi muodostui suuri turvan tarpeeni työskentelyn edetessä. Muistan muutaman kerran, jolloin Todistaja kävi poikkeuksellisesti koskettamassa minua. Oikea-aikainen kosketus oli riittävä interventio jumiutuneen liikkeen jatkamiseen ja sen myötä pääsyyn pois traumatunteen vallasta.

Kokemus sopii kauniisti juuri siihen polyvagaalisen teorian ajatusmalliin, miten aktivoidaan sosiaalisen liittymisen järjestelmää, yksinkertaisesti turvallisella kosketuksella. Eli ventraalisen vaguksen aktivoituminen luonnollisesti sammuttaa puolustautumisvasteita (eli samalla myös traumamuistoja kantavia EP:itä). (Traumaterapeutti 5.10.2017.)

Todistaja ei suosittele autenttisen liikkeen ryhmiä dissosioiville henkilöille, olin ainut, jonka kanssa hän oli työskennellyt tätä menetelmää käyttäen. Tasapainoinen mieli pystyy liikkumaan mielikuvien maailmoissa ja palata silmät avattuun välittömästi takaisin todelliseen aikaan ja paikkaan. Traumakokemukseen putoilevan mielen kosketus todellisuuteen voi ohentua ja palaaminen nykyhetkeen olla vaikeaa. Itselläni oli usein vaikeuksia palata liikkujana nykyhetkeen, EP-osan maailmasta takaisin ANP:ksi. Paluu onnistui asteittain ja hitaammin

kuin muilla. Välittömästi liikkumisen jälkeen en pystynyt useinkaan puhumaan, tuntui siltä, etteivät puhetta tuottavat aivot ole kytkeytyneet takaisin päälle.

Olimme Todistajan kanssa välillä eri mieltä siitä, mikä on minulle hyväksi. Dialogissa Todistajan kanssa kokemukseni erimielisyydestämme osoittautui melko yksipuoliseksi. Hänen kysymys minulle oli ollut, mikä mieli on mennä traumatunteisiin yhä uudelleen ja uudelleen? Minulle mieli oli selvä, mutten osannut sanoittaa tai perustella sitä erityisen hyvin. Vaikka Todistajan tarkoitus oli ehkä saada sanoitettua jotain, tulkitsin kysymyksen erimielisyytenä siitä, onko oikein mennä traumatunteita kohti, putoilla ja kipuilla.

Tietyllä tavalla tämä sitoutumattomuus johti myös siihen että terapeutina minulla ei ollut perspektiiviä siihen mitä voimme ja ehdimme yhdessä tehdä. Toisaalta halusin todella tukea sitä itsenäisen tekemisen ja löytämisen prosessia johon osoitit intoa ja kiinnostusta. (Todistaja 14.9.2017.)

Sitoutumattomuus oli muuten myös jotain uutta, ehkä halusin kokeilla, mitä voi löytyä sitoutumisen rajapinnoilta. Ehkä kaipasin myös tasavertaisempia ihmissuhteita, etten aina ole ”asiakas-potilas”, vaan toimija. (Mai 15.9.2017.)

Näin minä sen myös silloin ymmärsin ja tulkitsin. Myös minun kokemuksessani vuorovaikutussuhteemme oli tasavertainen. Jotain sellaista kuin palvelun tuottaja-asiakas. (Todistaja 21.9.2017.)

Haluni pysyä sitoutumattomana liittyi myös siihen, että minusta tuntui, ettei kukaan ammattilaiseni ymmärtänyt täysin traumatunteiden tutkimisen merkitystä itselleni, en tietysti itsekään ymmärtänyt. Halusin minimoida mahdollisuuden, etten saisi tehdä sitä, mitä minun täytyy tehdä. Kokemukseni terapeutin vastuusta ja omasta intuitiostani eivät olleet vielä koskaan sopineet täysin yhteen. Oma vastuu ja kontrolli toipumisprosessistani olivat vahvistuneet terapiakokemukseni myötä, joissa osieni kokonaisuus ei tullut ymmärretyksi saman katon alla. Hyvässä yhteistyössä asiakkaana ja palveluntuottajana sovimme kompromisseja: autenttisen liikkeen vai terapeutin liikkeen ryhmässä / ryhmässä vai yksilötyönä. En pudonnut enää vahingossa, mutta halusin tehdä niin tietoisesti, harjoitella poispääsyä takaisin tähän todellisuuteen.

Poikkeukset kuitenkin vahvistavat säännön. Uskalsin ottaa sinut mukaan ryhmään, koska olin tutustunut sinuun jo ennen autenttisen liikkeen ryhmään tuloasi mm. matkoja minuuteen -työpajoissa vuonna 2011. Olimme myös kokeilleet autenttista liikettä yksilöta-paamisissa ja näin että pala palalta pystyt luomaan paluuta ahdistavista putoamisista takaisin hallittuun tilanteeseen. (Todistaja 14.9.2017.)

Viimeisin käymäni tanssi/liiketerapiaryhmä ajoittui tilanteeseen, jossa voin psyykkisesti ehkä huonoiten koskaan, kaksi ja puoli vuotta sitten (kts. luku 5.4). Tällöin itsellenikin oli tavoitteena vain pysytellä turvassa, olemassaolon reunalla, ilman suurempia itsetutkiskeluja. Traumaterapian aloittamisen jälkeen en ole käynyt keho-orientoituneilla kursseilla toistaiseksi. Ajattelen jatkavani kehollista työskentelyä jollen löydä tarvitsemiani vastauksia traumaterapiasta.

Autenttinen liike kuten myös butoh toimivat tienrakentajina vielä kadoksissa olevien osieni luo. Keholliset menetelmät avasivat pääsyn EP-osien kokemusmaailmaan ja jumiutuneisiin traumatunteisiin. Kauhukokemukset olivat samoja, joista olin vuosia aiemmin kokenut välähdyksiä EMDR:n keinoin. Kokemukset voi tunnistaa myös samoiksi, joihin olin putoillut teini-ikäisenä ”paniikkihäiriöisenä” (kts. kappale 4.4). Pääsin tuntemaan, kokemaan ja aistimaan sisäisiä kauhuja, jotka kokemisen hetkellä tuntuivat päättymättömiltä, ajattomilta ja joista silti uskoin pääseväni pois. Kokemukset olivat irrationaalisia enkä vielä ymmärtänyt tarinaa. Ajattelen, että psykodynaamisessa psykoterapiassa rakentunut vahva aikuisen ANP:n olemassaolo mahdollisti kaksoistietoisuuden, jonka turvin traumakokemuksessa pystyi olemaan samanaikaisesti kadottamatta täysin tietoisuutta nykyhetken olemassaolosta ja toivoa paluusta siihen. Kaikki hajottavakin on lopulta ollut eteenpäin vievää.

Tanssi/liiketerapiakursseilla käytettiin usein myös kuvallista ilmaisua, myös autenttisisessa liikkeessä todistamisen välineenä kuvallinen ilmaisu oli itselleni merkittävää. Oikeastaan aina terapiakuvia ja karttoja tehdessäni olen voinut erityisen hyvin, vailla minkäänlaista ahdistusta tai olemassaolemattomuutta! Vaikka kuvat ja aiheet ovat olleet ahdistavia ja vaikeita, tekemisen prosessi on aina ollut innostava ja erityinen. Aika on hävinnyt ja olen kokenut innostavaa olemassaoloa keskittyessäni tunteja tekemiseen. Myös kuvia tehdessä

tarinaansa ovat saaneet tehdä näkyviksi nekin minuuden osat, joita en muuten ole osannut kuulla.

Tässä on luovan terapian voima. Tämä luovan prosessin voima on yhteinen kuvataide, musiikki, draama- ja tanssi/liiketerapialle! Luovassa prosessissa yksilön luovat voimavarat kanavoituvat siihen, että kokemus saa muodon [--]. Tämä on useimmille yksilöille voimaannuttava ja eheyttävä prosessi, vaikka se voi sisältää, vaikeita, tuskaisia jopa kauhistuttavia vaiheita. (Todistaja 14.9.2017.)

Juuri näin! Kokemus saa muodon! Kokemukset saavat muotoja, irralliset kokemukset yhdistyvät kokonaisuudeksi. Muotohan on heti jotain, minkä voi käsittää - muodottomuus, hajanaisuus, irrallisuus, niistä ei saa otetta. Ne eivät ole olemassa yksistään. (Mai 15.9.2017.)

Eheytymisprosessi on niin vaativa, perustavan laatuinen, hedelmällinen ja monipolvinen, että sitä on mielestäni luontevaa ja (jopa pakottavasti) tarpeen työstää muutenkin kuin pelkästään verbaalisesti. Tuoda näkyväksi ja siis ennen muuta toisen ihmisen kanssa jaettavaksi, niillä keinoin mikä kullekin ja milloinkin tarjoutuu. Erityisen ratkaisevaa on, minkälainen on vastaanotto! Erityiset jaetut hetket, jossa koetaan yhdessä sama, ovat niitä parantavimpia "Moments of meeting" (Stern, 2004). (Traumaterapeutti 5.10.2017.)

Opin koko ajan paremmaksi arvioijaksi, mitä tulee ihmisten kohdattavuuteen ja turvallisuuteen! Olen etsimällä etsinyt ihmisiä, joiden kanssa juuri "Moments of meeting" on mahdollista! Todistajan kanssa mieleeni on jäänyt erityisesti kohtaaminen, jossa alivireyteni oli niin vakavaa, etten millään pysynyt pystyssä ja hereillä (ryhmätilanteessa). Todistaja tuli minua vastaan, katsekontaktiin - taistelin liikkumattomuudesta vaivoin itseni jälleen liikkuvaksi. Ilman sanoja kohtasimme yhteisessä tanssissa, ja tanssin alivireydestä takaisin tähän todellisuuteen. Itkin, koska tulin nähdyksi ja kohdatuksi, kukaan ei ollut kohdannut sitä EP-osaa aiemmin. Ja yhdessä jaetussa, eletyssä, tunnetussa ja liikutussa hetkessä jotain hyvin merkittävää tapahtui! (Mai 7.10.2017.)

Tähän mennessä olin rakentanut kattavan kokonaisuuden; oman nerokkaan terapiatarjottimen, jotta sisäiset terapeuttiset tarpeeni tulisivat täytetyiksi. Aikui- nen ANP kävi tietenkin työssä, tai oikeastaan työni on ollut aina työssä käymistä enemmän. Olin aloittanut vuonna 2012 kehittämään huumeidenkäyttäjien terapeuttista yhteisöhoitoa (Kiskon yhteisöhoito®) asumispalveluihin, terapeuttisen

yhteisön työntekijät ovat aina myös yhteisön jäseniä (Peltoniemi 2017). Aikui-
nen ANP kävi lisäksi psykodynaamisesti keskustelemassa, Pikku-Mai (ANP)
istui sylissä kehoterapiassa, vireystilan sietoikkunaa laajensin aikuisen ANP:n
kanssa Butoh-tanssissa, jotta pystyisin paremmin löytämään yhteyttä hukassa
olevien EP-osien kokemuksiin autenttisen liikkeen ryhmissä. Aloin myös käy-
mään osteopaattisessa hoidossa, jossa hoitava kosketus muotoutui vuosien
aikana merkittäväksi avuksi hermoston ylivireyden rauhoittumiseen ja sen seu-
rauksena kroonisen migreenin helpottamiseen. Järjestely saattoi vaikuttaa hie-
man disintegroituneelta, mutta kokonaisuus myös jälkikäteen tarkasteltuna ra-
kensi riittävän turvallisuuden kokemuksen elämäni kannattelulle ja vankan pe-
rustan osien todelliselle integraatiolle.

5.4 Supervoimat kannattelee, muitakin on olemassa

Olin lopettanut molemmat pitkät terapiani onnistuneesti vuonna 2013. Tans-
si/liiketerapeuttisilla tunneilla ja kursseilla vierailin satunnaisesti myös vuonna
2014. Tunsin pääosin eheyttä ja toimintakyky oli korkea. Olin tietoinen, ettei
kaikki asiani ole vielä saaneet terapeuttista ratkaisua, mutten tiennyt mitä tarvit-
sisin ja toisaalta ensimmäistä kertaa 10 vuoteen oli tilanne, ettei ollut pakko
tehdä mitään terapeuttisia tutkimusmatkoja. Olin tyytyväinen. Työelämässä ke-
hittämässäni terapeuttisen yhteisöhoidon sovelluksessa traumatisoitumisen
huomioiminen toipumisprosessissa, tasavertainen kohtaaminen ja kokonaisval-
tainen sitoutuminen yhdessä turvallisten rakenteiden kanssa alkoivat tuottaa
hyviä tuloksia (Peltoniemi 2017, 94). Ajoittain koin kuitenkin kodittomuutta, pai-
kattomuutta ja irrallisuutta. Tuntui siltä, ettei minulla ollut paikkaa maailmassa,
vaikka kaikilla mittareilla minulla paikka olikin.

Nyt käsitän kokemusten liittyneen siihen, että persoonallisuuden osia oli vielä
kateissa ja integroitumatta. Kodittomuus oli vielä hukassa olevan EP-osan
traumatunne, eikä Pikku-Maikaan asunut samassa osoitteessa aikuisen ANP:n
kanssa. Lisääntyvän ANP-osien olemassaolon myötä olemassaolemattomuus-
den kokemus muutti muotoaan saaden irrallisuudesta, kuulumattomuudesta ja
ajelehtimisen tunteesta lisäväriä. Silloin en osannut yhdistää tunnetta oikein

mihinkään. Olin välillä hämmentynyt miten suuria muutoksia toimintakyvyssä ja sisäisessä kokemusmaailmassa maailmassa tapahtui. Kaikin puolin turvallises-
sa ja hyvässä elämässäni yksin ollessani kodittomuuden vaikeat tunteet saat-
toivat ilmaantua ja toimintakyky lamaan.

Reilun vuoden jälkeen elämä mullistui jälleen. Mullistus oli sisäinen ja liittyi
traumatunteeseen, joka tuntui konkreettisenä vihlovana kipuna rinnassa. Kivun
tunne sinänsä olisi saattanut olla vielä jotenkin itselleni tuttua, mutta nyt EP-
osan traumatunne tunkeutui läpi aikuisen ANP:n keskellä työpäivää, jossa olin
aina voinut erittäin hyvin. Aikuinen ANP, työminä, on ollut aina niin vahva, ettei-
vät EP-tunteet ole sitä läpäisseet. Kipu oli tyhjyyteen pudottava, kauhunsekai-
nen, lamauttava ja yksin oloa lukuun ottamatta irrationaalinen suhteessa ympä-
ristöön. Ellen olisi ollut jo tietoinen traumatunteista ja niiden mekanismeista oli-
sin soittanut itselleni ambulanssin. Ambulanssi ei tähän kuitenkaan auttaisi,
niinpä lähetin sähköpostia Armille, vaikka hän ei enää terapeutini ollutkaan.
Toimenpide kohensi turvantunnetta sen verran, että jatkoin työpäivän loppuun
asti. Lamaannus oli uhka hyvälle toimintakyvylleni ja ennenkuulumaton kaikkien
terapiassa läpielämieni vaikeiden tunteiden joukossa. Tämä oli hetki, jossa mie-
leni järkkäsi ennen kuulumattomalla tavalla. Toisaalta, tästä alkoi uusi pa-
ranemisprosessi, koska elämäni oli riittävän vakaata ja turvallista, EP-osan
traumatunteet uskaltuivat tulemaan näkyviksi. Kävin tapaamassa Armia,
mutta ei edes syli ylettynyt tähän kipeään kohtaan. Tapasin myös psykodynaa-
mista psykoterapeutiani, mutta hänkään ei tiennyt, miten minua voisi auttaa.

Mielessäni alkoi kirkastua kysymys siitä, mitä integraatiolla traumaterapiassa
oikeastaan tarkoitetaan? Luin kirjoja ja kysyin kysymystä saamatta vastausta.
Teoksissa esitettiin trauman vakautumisen ja traumamuistojen käsittelemisen
terapiassa parantavan toimintakyvyn lopulta normaalille tasolle. Toimintakyyni
oli ollut normaali ja vähän yli lähes koko elämäni ajan. Minulla ei ollut tiedossani
enää mitään muistoa, jota en olisi juurta jaksain käsitellyt. Olin vakautunut, mut-
ta en parantunut. Ne eivät voi olla samoja asioita. Kipu ei saanut ANP:n toimin-
takykyä romahtamaan, vaikka sitä pelkäsinkin. Tarvitsin kuitenkin kipeästi kan-
nattelua, että selviäisin työstä ja arjestani psyykkisesti hajoamatta. Kannatte-
luun tarvitsin ihmisen, joka ymmärtäisi, mitä kipu on ja mitä pitää tehdä.

Tiesin yhden terapeutin ymmärtävän rakenteellisen dissosiaation systeemistä. Hän ei voinut alkaa varsinaiseksi terapeutikseni, mutta pyysin häntä auttamaan terapeutin etsimisessä. Aikuisena koin tarvitsevani terapeutin apua, että voisin ymmärtää ja selvittää kivun sisälläni. Terapiaprojektin alkumetreillä tuli kuitenkin selväksi, että erityisesti tarve oli 5-vuotiaan pikkupojan, jonka tietäminen ja toiminta olivat avainasemassa avun saamisessa ja itse terapian sisällössä. Niinpä terapeuttien inhimillisyyden, ymmärryksen tason ja viisauden mittaajana oli ensisijaisesti suorasanaisten viisivuotias Pikku-Mai.

Mä koin tämän erityisen vahvasti, positiivisella tavalla. Minulle se oli suoruuutta ja aitoutta ja osoitus jostain olennaisen äärellä olemisesta. (Superi 4.9.2017.)

Otin yhteyttä useisiin traumapsykoterapeutteihin, mutta kukaan traumapsykoterapeutti ei vastannut Pikku-Main sähköpostikysymyksiin, vaan ne ohitettiin ja kierrettiin vastaamalla aikuiselle ANP:lle. Tällainen ohittaminen oli loukkaavaa, eikä millään tavalla herättänyt luottamusta siihen oleellisempaan tarpeeseen: että pienten olemassaolo ja tärkeät asiat saisivat tulla ymmärretyiksi. Tällainen tati ei missään tapauksessa voisi auttaa.

Minusta tämä on olennaista terapiasuhteessa, että oikeasti kohdetaan toinen ihmisenä eikä vain jonkin roolin takaa. Turvallisuus ja luottamus ovat niin keskeisiä ettei niitä voi liikaa alleviivata. (Superi 4.9.2017.)

Oivallus! Niinhän se menee, kun traumaterapiassa suositellaan ”kohtaamaan” eri osia ANP:n kautta, eli puhumaan vain ANP:n kautta ja välittämään viestejä muillekin, tehdään yksinkertaisesta kauhean monimutkaista ja pidetään yllä rooleja! Ja entä siinä tapauksessa että ANP on lapsi? Miksi aikuisen ANP olisi tärkeämpi kuin lapsi-ANP. Aikuisten maailmassa aikuinen saa äänensä kuuluviin niin paljon helpommin. Terapia pitäisi olla paikka kaikista pienimmillekin tyypeille! (Mai 5.9.2017.)

Traumaterapian ensimmäisen vaiheen työskentelyssä kompleksisesti (emotio-naalisesti) traumatisoituneiden kanssa Nijenhuis ym. (2009, 327.) opastavat traumaterapeutteja seuraavasti: ”Puhu kaikille persoonallisuuden osille näennäisen normaalin persoonallisuuden osan välityksellä (koko persoonallisuusjärjes-

telmän tasoinen interventio, parantaa psyykkistä suorituskykyä).” Tällä ANP:n kautta puhumisella tavoitellaan vakautumista ja ANP:n muita osia kokeman fobian voittamista. Vaikuttaa kuitenkin siltä, että asiantuntijat ovat laajemminkin jääneet siihen käsitykseen, että ANP:n kautta puhuminen on oikein ja systeemille hyväksi. Terapeutit ovat tehneet vakauttamisvaiheesta itselleen turvallisen, vakaan ja tunnetun työkentän, jossa tietyt ammatillisen työn reunaehdot ja lainalaisuudet toimivat?

Tilanne alkoi olla epätoivoinen. Pikku-Main toimijuudesta esimerkkinä tämä viesti, jossa kyseenalaistamalla aikuisten ”ei-ole-mahdollista-puheet”, Pikku-Mai sai terapeutin tekemään kanssaan kannattelusopimukseen ja aloittamaan sähköpostiterapian siksi ajaksi kunnes löytäisin oman terapeutin.

Tietääkö aikuiset ihan varmasti, että se et voi olla sinä. Että ootteko te varmasti kysyny sitä Kalalta (nimitykseni ”korkeammalle voimalle”) vai onko vaan aikuisten typerää päätöksiä kaikki. Iso sen kyllä ymmärtää, mutta en minä. Itse asiassa aivan käsittämätöntä ja typerää, käsittämättömän typerää. Että jos olisi yksi ihminen maailmassa joka voisi minut haluta, se ei käy, koska isot on sen varanneet.

KUVA 13. Pikku-Main viesti Superille 4/2015

Tämä oli musta tosi luovaa ja kekseliästä. (Superi 4.9.2017.)

Pikku-Main ANP:llä oli käytössään kaikki aikuisen ANP:n tiedot ja osaaminen (aika taitava viisivuotiaaksi!). Aikuisen ANP:n rooliksi jäi antaa tilaa Pikku-Maille, ihmetellä ja oppia. *Interaktiivinen kannatteluterapia* oli terapeutillekin uutta. Se muotoiltiin niin, että terapeutti vastasi sähköposteihin kahtena päivänä viikossa. Itse kirjoittaminen oli koostavaa ja yhteys kannatteli, Pikku-Mai kirjoitti joskus joka päivä. Tapasin terapeutin vain kahdesti, Pikku-Main kotiinmuuttojuhlassa ja saattelemassa onnellisessa lopussa toiselle terapeutille. Kirjoituksia syntyi satoja sivuja ja kirjoittaja oli muutamaa aikuisen ANP:n postia lukuun ottamatta Pikku-Mai. Viisivuotiaan suuresti ihailema ja rakastama terapeutti sai lempinimen Superi, koska pystyi kannattelemaan systeemiä ja auttamaan, vaikka ei edes oikeasti nähty toisiamme.

[--] niin mielenkiintoista! Tärkeää oli yhdessä sopia ja rakentaa suhdetta ja työskentelytapaa, koin tässä olevan kaunista vastavuoroisuutta ja tilaa. (Superi 4.9.2017.)

Ei ollut mitään valmista mallia kummallakaan, joten formaatti piti rakentaa tyhjästä. Onneksi viisivuotiaalla oli myös neuvottelutaitoja, vaikka kyllä siinä taisi hermot välillä mennä. [--] Kannattelusopimus, formaatti ja kaikki onnistuivat äärimmäisen hyvin tehtävässään. En oikeastaan ajattele sinua koskaan jonain etäterapeuttinani! En ajatellut silloinkaan. Suhde oli ihan yhtä totta kirjoittamalla. (Mai 5.9.2017.)

[--] tuo suhteen totta oleminen on totta myös minulle. Lisäksi on hauskaa huomata kehollisuus myös kirjoittamalla välitettynä! (Superi 17.9.2017.)

Miten hieno, ennakkoluuloton ja luova ratkaisu tämä olikaan, teiltä molemmilta, erittäin vaikeaan ja polttavaan, elintärkeään ongelmaan! (Traumaterapeutti 8.10.2017.)

Kesti lähes vuoden, ennen kuin oma konkreettinen traumaterapeutti löytyi, mutta ennen sitä Pikku-Mai sai tilaisuuden kertoa tietonsa systeemistä, sisäisestä kivusta ja muista persoonallisuuden osista, sekä muuttaa kotiin asumaan. Pikku-Main ANP-osalla oli tietoa, jota aikuisen ANP:llä ei ollut, kirjoittamisen myötä kaikki kuitenkin integroitui myös aikuisen ANP:n tietoisuuteen. Osien välinen rakenteellinen dissosiaatio ei ilmennyt muistiongelmoina tai muina tiedon jakautumisen haasteina.

..vaan kokemuksellisuutena? Kehollisuutena? (Superi 4.9.2017.)

Aivan, oireeni olivat lähinnä kehollisia aistimuksia, hajoamisia, puutoamisia, sietämättömiä oloja tai olemassaolemattomia tiloja. Ylivireyttä ja alivireyttä myös. (Mai 5.9.2017.)

Aiemmassa terapiassa sylissä ja kosketuksen kautta olemassaolon luvan saanut Pikku-Mai ei ollut vielä juurikaan ollut olemassa konkreettisesti arjessani.

Näin jälkikäteen tämä on oikeastaan aika erikoista- niin vahvaa oli Pikku-Main viestintä että taisin ajatella aikuisen ja Pikku-Main suhteen olevan jotenkin selkeämpi kuin nyt tässä ymmärrän. Mikähän vaikutus sillä on ollut? Ehkä joku luonnollisuus tuli sitä kautta mukaan? Luottamusta ainakin tunsin vahvasti. (Superi 4.9.2017.)

No eikö olekin! Ajattelen, että Pikku-Mai vaan odotti oikeaa hetkeä, ihmistä, tilaa, tilannetta, olosuhdetta tulla kuulluksi ja kertoa tietonsa systeemistä. Sinut oli pakko löytää. Pikku-Mai on aikanaan ottanut ison vastuun pitää systeemiä kasassa ja selviytyä reippaana poikana – sitähän tehtävää hän taas tuli tekemään, kun ei iso tiennyt tai osannut. Terapeutitkaan eivät osanneet. Ei jäänyt muuta vaihtoehtoa? Pikku-Maita todella tarvittiin. Kyllähän minä arjessani olin olemassa edellisten terapioiden jäljiltä kokonaisempänä, myös lapsellisena ja leikkisänä omana itsenäni. Itseasiassa voisi ajatella myös niin, että Pikku-Main persoona tosiaankin alkoi vahvistua ja tulla näkyväksi tässä suhteessa. Osat eriytyivät siis enemmän! Sairastuinko siis lisää? Aiemmin kaikki oli integroituneempaa? – ei ollut, ainoastaan vaikutti siltä, koska osat pysyivät poissa arjesta. Aikuisen ja Pikku-Main dynamiikka ja toiminta on aika saumatonta yhteistyötä - Siitä ehkä vaikutelma? Mutta todellinen dialogi ja suhde näiden väliltä on puuttunut, eihän iso edes tykännyt Pikku-Maista. (Mai 5.9.2017.)

Näillä traumaterapian termeillä ilmaistuna mä ajattelen sun saaneen realisaatiota enemmän tätä kautta. Ei siis sairastumista vaan päinvastoin! (Superi 17.9.2017.)

Tämän terapian myötä tuli selväksi, että vakavissa elämään ja olemassaoloon liittyvissä pohdinnoissa Pikku-Mailla olikin paljon sanottavaa. Super-terapeutin löytymisen seurauksena alkoi kokonaisuus rakenteellisen dissosiaation systeemistäni selvitä myös aikuiselle minälle. Pikku-Mai kirjoitti ja ihmetteli asioita, joita en olisi osannut aikuisena sanoittaa. Dialogin onnistumiselle oleellisinta oli turvallinen suhde, ymmärrys pienistä ihmisistä isojen sisällä sekä tietenkä luovuus ja mielikuvitus: kannattelevat supervoimat. Jos ei ole turvallista, ei salaisuuksia voisi kertoa.

Nämä kappaleet tässä ympärillä puhuttelevat vahvasti. Älyttömän iso kiitollisuus ja nöyryys nousee tunteina mulle. Pakko sanoa iso kiitos, että olen saanut olla näissä mukana ja oppimassa ja kaikkea! (Superi 17.9.2017.)

Pikku-Mai kirjoitti talojen romahtamisesta, rauniokaupungista ja sotamaasta - sekä pienestä työstä, joka makaa liikkumattomana. Se pitäisi pelastaa, koska sillä on se kauhean kipeä kohta, joka melkein romahduttaa aikuisenkin olemassaolon. Tällaisista sisäisen maailman kuvauksista viisivuotiaan silmin alkoi koostua uusi tarina. Viisivuotias tiesi, että on muitakin EP-osia, joita aikuiset ei tunne. Terapeutti osasi kysyä hyviä kysymyksiä ja niihin löytyi jos jonkinlaisia

vastauksia ja viisauksia. Jaoin myös oivalluksia ja kokemuksia tanssi/liiketerapiaryhmistä, kehollisten kokemusten sanoittaminen ja niissä ymmärretyksi tuleminen oli tärkeää. Terapian myötä integraatiokapasiteetti kasvaa ja tekee mahdolliseksi vaikeampien traumamuistojen käsittelemisen (Leikola 2014, 123).

Ajoittainen toimintakyvyn aleneminen elämässäni tarkoitti lähinnä sitä, etten pystynyt olemaan yksin. Yksin ollessa traumatunteet veivät hajoamisen kauhunsekaisiin tunteisiin ja vakavaan olemassaolemattomuuteen sekä takaisin vanhoihin korvaaviin toimintoihin (syömishäiriökäyttäytymiseen). Järjestin kalenterini siten, etten juuri joutunut olemaan yksin.

Minä luulin, ettei enää tuntuisi tältä. Minua vaan itkettää. Ja sattuu kipeään kohtaan. Sisältä taas hajoaa kaikki. Niin kuin maanjäristys. Mitenköhän minä voin selvitä. Iso ei ehkä tajunnut, ettei oikeasti pysty olemaan yksin. Ihan kauheaa. Mieluummin olisi vaikka Pahis, kuin tämä tyhjyys. Mikä tämä edes on Superi? Miksi minä hajoan sisältä? Miten sen voi lopettaa kun ei mikään ylety. T. Pikku-Mai

KUVA 14. Sähköposti Superille ”Supervoimat jäi kotiin” 5/2015.

Dialogi ja kannattelu rakensivat Pikku-Main persoonaa, vuosikymmeniä kadoksissa ollut osa sai vihdoin olla uteliaassa avoimessa vuorovaikutuksessa ja otti siitä kaiken mahdollisen irti. Merkittävimmältä tuntuu jälkikäteen Pikku-Main tunteiden ja ajatusten validoiminen. Mitätöinnin ja väheksynnän sijaan tunneherkkyys ja tulkinnat todellisuudesta osoittautuivat sittenkin oikeiksi. Pikku-Mai mittasi rehellisyyttä ja sitä sanooko toinen sitä mitä tarkoittaa ja tarkoittaako mitä sanoo. Mitä rivien väliin on kirjoitettu, mitä Superi oikeasti ajattelee ja tuntee. Onko koettu todellisuus myös jaettu todellisuus? Muistaahan Superi Pikku-Main aina, rakastaako oikeasti? Väsymätön todellisuuden tarkistaminen tuotti tulosta ja sain suoria rehellisiä vastauksia suoriin kysymyksiini psykodynaamisen kysymyksen palauttamisen vastapainoksi.

Tässä näyttäytyy minulle vahva vastavuoroisuus – se että Pikku-Mai toi rehellisesti esiin kysymykset ja uskalsi olla epäileväinen auttoi myös minua Superina. Vilpittömyys ja rehellisyys tässä ja nyt yhteisessä prosessissa. (Superi 4.9.2017.)

Miten kysymykset tai epäileväisyys auttoivat sinua? (Mai 5.9.2017.)

Mun oli pakko tutkailla vastauksia myös itsestä eikä vain jostain teorioista, uskaltaa luottaa itseensä, meihin yhdessä ja sun ja Pikku-Main kokemuksiin. Ne lisäsivät siis läsnäoloa myös. (Superi 17.9.2017.)

Vilpittömyys, rehellisyys, yhdessä oppiminen, kyseenalaistaminen, uskaltautuminen epämurkuvuusalueelle ja yhdessä kasvaminen kuuluvat mielestäni kaikki terveeseen ja parantavaan vuorovaikutukseen, eli psykoterapiaan. Näiden kaikkien tietysti täytyy palvella perustehtävää, eli potilaan parasta: hänen tarinansa ja persoonallisuutensa integroitumista. (Traumaterapeutti 8.10.2017.)

Psykodynaamisessa psykoterapiassa hyväksynnästä ja hylkäämisestä kipuili aikuinen ANP. Kehoterapiassa mukana oli jo Pikku-Mai (ja muutkin osat vielä käsittämättömänä kaaoksena), mutta ei niin tietoisesti sanoittamassa omia tunteitaan. Oikeanlaisen terapeutin etsimisprosessi sivussa, tai pääasiassa, aiheutti hyvin vaikeita tunteita, turvattomuutta ja epätoivoa, jotka romahduttivat ajoittain koko systeemiä psyykkistä toimintakykyä. Lupaavatkaan traumaterapeutit eivät vuorovaikutuksessaan olleet ohittamatta oleellista. Pikku-Main kanssa ei suostuttu suoraan vuorovaikutukseen, vaikka hänellä oli asiaa, aikuisella ei niinkään. Yksi terapeutti lopetti alkuvaiheessa jo alkaneen terapiasuhteen, hylkäämisen pelko muuttui todeksi, mutta Superi ei hylännyt.

Tieto olennaisesta oli olemassa. Sitä oli helppo kannatella ja siihen nojata. Antaa sille painoa, jotta se tuli entistä enemmän olevalsi ja vahvemmaksi. (Superi 4.9.2017.)

Mikä sinulle oli tieto olennaisesta, mikä oli olennainen? (Mai 5.9.2017.)

Pikku-Mai ja hänen voimansa. Sun sisäinen vuorovaikutus. Se, että asetuit vuorovaikutukseen mun kanssa. Läsnäolo. (Superi 17.9.2017.)

Jälkikäteen on helppo nähdä, että tämä läsnäolo ja vuorovaikutus on ollut selvästi turvallista ja siten terapiaprosessia edistävää! (Traumaterapeutti 8.10.2017.)

Pikku-Mai kertoi Superille, että on oikeasti jäänyt asumaan edellisen terapeutin luokse, mutta voisi olla nyt siinä kodissa, missä muutkin isot asuu.

Arvaa mitä, en muista olenko minä kertonut, mutta vielä viime kesänkin minä olin koko kesäloman Armin* luona. Ja sitä edellisen. Ja ennen sitä minä en oikeastaan ollut missään. Niin tämä on ensimmäinen kesä varmaankin sitten, kun minä asun tässä osoitteessa kaikkien muiden kanssa. Se on ihan eritavalla kuin aikaisemmin. Iso ei tykännyt minusta ennen ja siksi oli kaikille helpompaa, etten minä asu täällä ja minä kyllä tykkäsin olla Armin* luona, ehkä minä voin nytkin käydä siellä, mutta vain kylässä. Ja nyt se minun iso ehkä tykkää nykyään minusta edes vähän. (*nimi muutettu)

KUVA 15. Sähköposti Superille, nimetön 5/2015

Pikku-Mai lupasi harkita ja asua koeajalla kesän yli, jos aikuiset eivät ole tyhmiä, hän voisi muuttaa syksyllä pysyvästi. Aikuiset eivät osoittautuneet tyhmiksi, vaan Pikku-Main persoona, ajatukset ja tunteet mahtuivat saman katon alle. Ei auttanut kuin järjestää kotiinmuuttojuhlat, jonne ennakkoluulottomat kutsuvieraat (entinen terapeutti Armi, jonka luona Pikku-Mai oli tähän saakka asunut, sekä tietenkin Superi) saapuivat. Syötiin lettuja ja pidettiin puheita. Se taisi olla Pikku-Main siihenastisen elämän onnellisin päivä. Kodittomuus päättyi.

Lopputuloksena noin sadan sähköpostin jälkeen sain tietää, mitä kipu sisälläni on. Pikku-Mai oli valmis järjestämään pelastusretkikunnan "Sotamaan tytölle", mutta tuntui selvältä, että sitä operaatiota varten täytyy löytää oikea konkreettinen paikka ja terapeutti. Opin myös, että voin luottaa intuitiooni, Pikku-Main viisauteen systeemin suhteen ja tulkintoihin todellisuudesta. Jos keisarilla ei ole uusia vaatteita, hän todellakin on alasti. Pikku-Mai sai kannustusta ja ihailua, identiteetti ja persoonan osa sai hyväksyvää huomiota "hienona pienenä miehenä" vahvistuen itseluottamuksessa, -tuntemuksessa ja arvostuksessa.

Turvallisuus ja todellinen kohtaaminen dialogissa kannattelivat toimintakykyäni ja koko systeemiä. Ilman ymmärtävää ulkopuolista kannattelua en olisi mitenkään voinut säilyttää työkykyäni. Koin tuolloin, että kannattelusta huolimatta psyykkinen kuntoni romahteli yksin ollessa lähelle psykiatrisen laitoshoidon tarvetta. Pelkäsin kuollakseni sairaalaan joutumista ja uusia kohtaamattomuuden ja väärinymmärryksen mahdollisuuksia. Niiltä minun olisi suojeltava itseäni keinoilla millä hyvänsä. Tällaisesta ajattelusta ja traumaattisen kokemusten rakentamasta historiastani ei olisi kovin kaukana se todellisuus, miten tietyt psykoaktiiviset aineet helpottaisivat oloa ja pelastaisivat psykiatriselta kaltoinkohtelulta.

Interaktiivisen kannatteluterapian aikana ANP-osani integroituivat asumaan saman katon alla. Kun Pikku-Main tiedot systeemistä tulivat jaetuksi, ne siirtyivät myös osaksi aikuisen ANP:n tietämistä. Ymmärrykseni rakenteellisen dissosiaation merkityksestä elämäkululleni alkoi selkiytyä. Aiemmat elämäkokemukset saivat uusia merkityksiä ja eri osat nimiä. Kliinisen kokemuksen perusteella rakenteellisen dissosiaatiohäiriön hahmottamisella vaikuttaa usein olevan jopa ratkaiseva merkitys toipumisprosessin edistymiselle (Leikola 2014, 25). Tämän kaiken keskellä tuntui aika terveeltä, kun vihdoinkin tiesin, miten olen ”sairas”.

5.5 Integraatiosta – haluan olla onnellinen enkä normaali

Tähän saakka alan yksi asiantuntevimmista teoksista ”Vainottu mieli” (Nijenhuis ym. 2009) oli antanut vastauksia, mutta rakenteellisesta dissosiaatiosta paranemisesta, eli osien integraatiosta teos ei kertonut juuri mitään. En löytänyt sellaista tietoa integraatiosta, että siitä voisi saada konkreettisen käsityksen. Erilaisia mittareita siihen, miten integroitunut henkilö toimii ja uskoo mainittiin runsaasti, mutta miten integraatio tapahtuu? (vrt. Nijenhuis ym. 2009, 352–364.) Tämä kysymys mielessäni etsin itselleni terapeuttia Superin kanssa. Tilanne osoittautui trauma-ammattilaisillekin haasteelliseksi, eikä kysymykseeni pääsääntöisesti joko osattu tai haluttu vastata.

Koska terapeutin etsiminen oli ensisijaisesti Pikku-Main agenda, terapeuttia ei löytynyt muun muassa sen vuoksi, ettei lapsi-ANP:n toimijuutta haluttu validoida. Olisinhan voinut toki olla olematta hankala asiakas ja toimia aikuisen ANP:n kautta, mutta ainakaan avunsaamisen nimissä en voinut suostua enää minkään osan väheksymiseen ja ohittamiseen vuorovaikutuksessa. Ohittaminen ja vääränlaisena näkeminen toistaisivat traumaani. Kysymys integraatiosta ja terapeutin kyky asettua vuorovaikutukseen Pikku-Main kanssa olivat oleellimmat, luovuttamattomat mittaritni terapeuttia etsiessä, koska muu ei voisi auttaa systeemiä.

Lopulta oikea traumaterapeutti löytyi ja aloitin konkreettisen traumaterapian, jossa integraatiovaiheen merkityksellisimmiksi elementeiksi osoittautuivat muun muassa osien kertomien tarinoiden ymmärtäminen, kysymys omanarvontunnosta ja kontrasteista osien välillä, kysymykset kehollisuuden realisaatiosta sekä vastuukysymykset suhteessa koko toipumisprosessiin. Terapiassa oltiin lattialla ensimmäinen vuosi ja dialogissa pääasiallisesti Pikku-Mai, joka sai kertoa loput tietonsa pienemmistä EP-osista, tytöistä ja Pikku-Pahiksesta. Terapian selkeä tavoite on traumaterapian kolmannen, integraatiovaiheen läpikäyminen. Ensimmäistä kertaa olin tilanteessa, jossa kaikki osat saivat konkreettisesti olla olemassa ja tulla ymmärretyiksi ja kosketetuiksi omina itsenään. ”Pienten ihmisten” tarinat haluttiin kuulla ja ymmärtää osana suurempaa kokonaisuutta.

Tämä on yksinkertaisuudessaan käsitykseni mukaan ratkaisun, eli parantumisen ydin. Ja pitemmin sanottuna tietysti myös se, että aletaan tutkia sitä, mitä nämä pienet kertovat, tarvitsevat ja keitä ne oikein ovat! Ja että niistä aletaan pitää huolta, ja että niitä kohdellaan kunnioittavasti, ja niiden olemassa oloon ja kertomaan suhtaudutaan vakavasti ja uskotaan! (Traumaterapeutti 8.10.2017.)

Osien merkityksiä ja tehtäviä systeemin kannalta tutkittiin. Somaattiset oireet muuttuivat ymmärrettävimmiksi polyvagaalisen teorian viitekehyksessä. Oireet ovat emotionaalisten persoonallisuuden osien keino viestiä ja kertoa tarinaansa kielellisen maailman ulkopuolella. Osien erilliset maailmankuvat alkoivat muuttua, kun niitä arvostavasti kuultiin, niiden tarinaa alettiin ymmärtää. Menneen ja nykyisyyden todellisuuksien eroista keskusteltiin osien kanssa. Kielellisen maailman ulkopuolella olevat osat saivat tietää menneen traumakokemuksen ja nykyisen maailman eroavaisuuksista turvallisen kosketuksen kautta.

Huomion arvoista on traumaterapeutin ennakkoluulottomuus ja lähteminen mukaan Pikku-Main luoviin ideoihin ennen kuin kukaan osasi sanoa, että Pikku-Mai edes on ANP. Itse olin kyllä vakuuttunut Pikku-Main tietämiseen rakenteellisen dissosiaation systeemistäni, eikä minulla ollut aikomusta aikuisena ANP:na toimia jotenkin toisin. Aikuisena en olisi toiminut mitenkään, koska en tiennyt mitä pitäisi tehdä, lukuisat terapeutitkaan eivät tienneet, mutta Pikku-Mai tiesi.

Pikku-Main olemus ja kyvyt kävivät hyvin välittömästi selville. Eli se, että terapeuttisessa prosessissa oli aivan selvästi päästy jo hyvin pitkälle! Äärimmäisen, suorastaan epätodennäköisen lahjakas viisi-vuotias. Tosin myöhemmin vasta 5. terapeutillekin [Traumatrapeutille] kirkastui ja realisoitui, että Pikku-Mai on ANP ja mikä rooli ja osuus hänellä on ollut elämäntarinan kokonaisuudessa. Varmasti monet terapeutit automaattisesti ajattelevat, että pienet ihmiset ovat EP:itä! Mikä saattoi osaltaan viivästyttää terapeutin löytymistä? Ehkä, ainakin teoriassa. (Traumatrapeutti 8.10.2017.)

Pikku-Mai asettui tässäkin terapiassa vahvaksi toimijaksi systeemin tutkimisen ja interaktiivisessa kannatteluterapiassa kirjoittamalla kuvailtujen ali- ja ylivireiden EP-osien konkreettiseen lähestymiseen. Turvallinen kosketus on ylettynyt alivireään lamaantuneeseen EP-osaan saakka, selän silitys on rauhoittanut ylivireää autonomista hermostoa ja ylivireystilassa olevia, migreenistä kärsiviä osiani. Aikuisen ANP:tä ei terapiassa juuri näkynyt. Lopulta vuoden jälkeen Pikku-Mai ei halunnut enää käydä terapiassa. Mietimme jo terapiataukoa, kunnes tuli selväksi, että olisi aikuisen ANP:n vuoro asettua dialogiin (seuraavaksi vuodeksi). Pikku-Main ja EP-osien tarinan ymmärtäminen ja osien ennakkoluuloton kohtaaminen vapauttivat elämään turvallista ja onnellista elämää, Pikku-Main osalta terapian saattoi lopettaa. Ymmärretyksi tuleminen poisti hädän ja kavensi merkittävästi kaikkien osien välisiä etäisyyksiä lisäten integraatiota.

Pikku-Main itsetunto oli parantunut kaikkien turvallisten terapeuttisten kokemusten myötä: energinen, itsevarma, huumorintajuinen lapsi-ANP osa minua voi todella hyvin ja on onnellinen. Pikku-Main olemassaolemattomuus ja kodittomuus ovat korjaantuneet täysin. Aikuisen ANP:n terapiassa osoittautui, että ANP-osien välinen rakenteellinen dissosiaatio ilmeni minäkokemuksen erilaisuutena.

[--] erityisesti suhteessa omanarvontuntoon! Mikä on käynyt ilmeiseksi vasta aivan terapian viime metreillä. Eli tämä on ollut ehkä viimeisin luonteenpiirre tai minäuskomus, joka on pitänyt ANP:t toisistaan erillään, ja siis estänyt kahden ANP:n välisen rakenteellisen integraation. (Traumatrapeutti 8.10.2017.)

Viimeisimpiä uskomuksia integraation tiellä, enpä olisi arvannut, että se olisi jotain näin ilmiselvää tai helppoa – Aikuisen ANP:n huono itsetunto ja vähäinen arvostus systeemissä! (Mai 16.10.2017.)

Oman arvontunto ja kuva itsestäni aikuisena minuna olivat kaukana Pikku-Main varmuudesta, kontrastit oman arvon tuntemisessa osoittautuivat rakenteellisen dissosiaation ylläpitäjiksi. Käsitykseni ei ollut täysin realisoitunut, vaan perustui edelleen joltain osin vääränlaisuuden kokemukseen ja riittämättömyyteen. Tämä puolestaan saattoi olla seurausta siitä, että EP-osa Pahis on integroitunut lähinnä aikuisen ANP-osaan, mikä ei ole enää vuosiin tarkoittanut mitään niin vakavaa, kuin 20-vuotiaan itsemurha-ajatukset tai vahingoittavat teot. Mutta oman arvontuntoa nakertava Pahis väheksyi milloin mitäkin. Esti realisoimasta aikuisen ANP:n osaamista. Tämä oli tietenkin tämän teini-ikäisen kontrolloivan osani tehtävä, jotta systeemi välttyisi uusilta traumaattisilta pettymyksiltä. Ehkä Pahiksen suosituksesta aikuinen ANP on myös vältellyt koko traumaterapiaa ja onnistunut siinä Pikku-Main ansiosta.

Jos kuvittelisin kelpaavani ja riittäväni maailmassa, kohta joku varastaisi kokemuksen minulta, kuten seurakunnassa tapahtui. Pahis suojeli systeemin haurasta osaa, joka olen aikuinen minä. Aikuinen ANP on toki vahvistunut toimivaksi toimijaksi, mutta nämä tiedot eivät ole päivittyneet Pahiksen traumatodellisuuteen. Pahiksen ei tarvitse suojella minua enää hylkäämiseltä; helvetiltä tai mielisairaualalta. Resilienssini selvitä pettymyksistä on muuttunut merkittävästi toipumisen aikana. Todellisuudessani ei myöskään ole enää sellaista Jumalaa, jolle voisin olla kelpaamatta.

Rakenteellisesti dissosioitunut systeemi on tehnyt parhaansa, että se pysyisi ennallaan ja traumauskomukset muuttumattomina. Elämäni kontrastisuus, osaaminen työelämässä, menestyminen aikuisen elämässä tai esimerkiksi tämän traumatutkimuksen kirjoittamisen vaativuus eivät täysin realisoidu osaksi aikuisen ANP:n tervettä itsetuntoa, tuntemusta ja arvoa. Kun ANP:na pystyn realisoimaan elämän ja osieni kokonaisuuden arvon ja merkityksen Pikku-Mailla ei ole syytä pysytellä erillään. Tämä edellyttää Pahiksen toiminnan motiivien syvää ymmärtämistä ja sitä, että Pahis ymmärtää puolustautumisen olevan tarpeetonta.

Kysymykseni on jo monta vuotta ollut, mitä integraatiolla traumaterapiassa tarkoitetaan ja miten se voi tapahtua? Tätä pohdin myös dialogissa Superin kanssa.

Äärimmäisen hyvä kysymys- lienee olennainen myös siihen miksi kannattelusopimus syntyi... yhteinen kiinnostuksen kohde! (Superi 4.9.2017.)

Niinpä! Uteliaisuus! Huomaan pyöriväni kysymyksen äärellä edelleen vaikkakin vielä paljon viisastuneena. Ehkä kirjoitan tässä koko ajan omaa vastaustani integraatioon. Muiden vastaukset eivät olleet oikeita silloin, vaikka olin ihan hengen hädässä. Oletko jo saanut vastauksen? (Mai 5.9.2017.)

Jaa-a. Kokemuksen tasolla kyllä, tähän liittyy minulla vahva ja kokonaisvaltainen näkemys kehollisuuden osuudesta integraatioon. Sanallisesti en ehkä sitä osaa vielä kunnolla ilmaista. Tähän liittyy myös ymmärrys siitä ettei tule valmiiksi tavallaan koskaan – nyt voin olla jollain tavalla ja huomenna voi eteen tulla asioita jotka muuttavat kokemusta jälleen toiseksi. Ehkä integraatio on valmiutta olla elämän prosessissa. (Superi 17.9.2017.)

Valmiuteni elämän prosessissa; uskallus, todentamiskyky, omanarvontunto ja turvallisuuden kokeminen ovat kohentuneet merkittävästi positiivisten terapisuhteiden ja ymmärretyksi tulemisen kautta. Dialogissa Todistajan kanssa hän korjasi toistuvasti kirjoittamiani käsitteitä. Olen käsitteissä yleensä tarkka ja hämmennyin tästä. Olin antanut nimityksen *kehoterapia* kaikille kehollisille työskentelymenetelmille, vaikka kehoterapia on eri koulukunta kuin tanssi/liiketerapia. Tunnistin, että minua edelleen hävettää liittää itseni sanaan tanssi. Keho tai pelkkä liike kuulostaa neutraalimmalta ja jotenkin sopivammalta ja soveliaammalta. Tämä liittyy siis siihen, etten näe itseäni vieläkään ihmisenä liikkeessä, sellaisena, joka voi vaikka tanssia.

Olet taiteellisesti lahjakas ja luova ihminen. Innostuit kovasti liikkeellisestä luovasta työskentelystä ja vapaasta improvisaatiosta. (Todistaja 14.9.2017.)

Mitä kehollisuuteen ja liikkeeseen tulee, huomaan ettei oma kokemukseni ja ajatukseni taiteellisesta lahjakkuudesta tai luovuudestani ei ole integroitunut aikuisen ANP:n tietoisuuteen. Hajoamisen jälkeen psyykinen energiani ei ole riittänyt itseni liikuttamiseen. Tai toisin sanoen, liikkumattomuuteen jääneet EP-

osat ovat kertoneet tarinaansa, traumatunteet ovat tulleet näkyviksi pysäyttäen minut myös fyysisesti. Kehollisuus ja kehonani olemassa oleminen, kehollinen realisaatio tuntuu vaillinaiselta. Jonkinlainen kehollisuuden kokemuksen de-realisaatio ylläpitää rakenteellista dissosiaatiota. Häpeä korvaa realisaatiota. Tämä ei varsinaisesti yllätä minua, sillä moni traumaattinen kokemukseni ja pettymykseni liittyy juuri kehollisuuteen. Uskon tarvitsevani lopulliseen ratkaisuun kysymykseen integraatiosta liikettä – ja ilokseni liikkuminen on muuttunut taas mahdolliseksi.

Aikuisen ANP:n traumaterapian integraatiovaiheessa on kyse kaiken tämän edellä kirjoitetun realisaatiosta, koko elämästä. Terapiassa vastuukysymys osoittautui hyvin keskeiseksi. Nijenhuis ym. (2009, 324) opastaa terapeutteja traumaterapian ensimmäisessä, *vakauttamisvaiheessa*, huomioimaan, että vastuu EP-osista on aina ANP-osilla. Olen aina kantanut vastuun itse itsestäni, hoitoprosessista ja -polusta kokonaisuudessaan. Vastuuta ovat kantaneet merkittävästi tietenkin Pikku-Mai ja aikuisen ANP, myös Pahiksella on kontrolloivaa vastuuta hauraampia osia ja koko systeemiä kohtaan. Pahiksen vastuulla on epäillä ja pelätä pahinta, puolustautua ja puolustaa. Kontrolli ylläpitää rakenteellista dissosiaatiota. Kontrolloivien osien tehtävänä on myös kyseenalaistaa ja arvioida, olla luottamatta auktoriteetteihin (Nijenhuis 2017, 414). Olen ollut aina hyvin herkkä yläpuolelle asettumisen suhteen. Traumaterapeutin on voitettava myös systeemin haastavimpien osien luottamus, mikä edellyttää täydellisen tasavertaista suhdetta, empatiaa ja ymmärrystä osan kantamalle totuudelle ja käyttäytymiselle ilman tulokulmaa ylhäältä (vrt. Nijenhuis 2017, 377–406.)

Vastuu EP-osista pysyy koko elämän ajan tietenkin systeemillä itsellään siitä näkökulmasta, ettei ihminen voi toimia vastuuttomasti yhteiskunnan näkökulmasta sillä ajatuksella, ettei ole vastuussa muiden persoonan osiansa toiminnasta. Integraatiovaiheessa ei liene enää kysymys sen kaltaisesta riskistä vastuuttomuuteen, mikä perustelisi ANP:n vastuun painottamista. Hämmennys oli suuri, kun traumaterapeutti nimenomaan pyysi saada ottaa kokonaan vastuun minulta liittyen systeemiini integraatioprosessiin (ei osien käyttäytymiseen). Kaiken itse itseni hoitamisen ja ammattilaisia paremmin tietämisen jälkeen tähän suostuminen merkitsi itselleni täysin uutta luottamuksen tasoa. Tämä luotta-

muksen taso puolestaan merkitsi rakenteellisen dissosiaation systeemilleni parantavaa sysäystä ja konkreettisesti sitä, että myös kontrolloivien EP-osien olisi alettava luottaa, vaihtaa toimenkuvaa. Olin kuvitellut olevani jo perillä luottamisessa ja luottamuksen mahdollisissa ulottuvuuksien tasoissa, mutta en ollut.

Nijenhuisin (2017) tänä vuonna ilmestyneessä *The Trinity of Trauma*-sarjan viimeisimmässä teoksessa integraatioprosessiin johtavaa traumaterapeuttista työskentelyä on avattu kattavasti. Terapeutin integraatiota edistävää toimintaa on avattu case -kuvauksin ja vaikuttaa siltä, että vakauttamis- ja työskentelyvaiheista on päästy eteenpäin! Hyvä traumaterapeutti pyrkii olemaan tasavertaisessa vuorovaikutus- ja yhteistyösuhteessa mahdollisimman laajasti itsensä, asiakkaan ja *kaikkien asiakkaan persoonallisuuden osien kanssa*. (Nijenhuis 2017, 415.) Osien todellinen kohtaaminen ja arvostava kohtelu ovat ensiarvoisen tärkeää, turvallisuuden kokemuksen syntyminen ei ole muuten mahdollista.

Turvallisuus vuorovaikutuksessa on lähtökohta terapeutiselle työskentelylle ja ehto integraatiolle sekä autonomisen hermoston parantumiselle (Leikola, 2016, 28–31; Nijenhuis 2017). Persoonan osilla on tärkeitä tehtäviä ja syitä olemassaolleen, oleellisinta on ymmärtää syyt ja auttaa osia vaihtamaan ”työnkuvaansa”. Suhtautuminen osiin häiriönä ja todellista elämää häiritsevinä oireina, pitää ne jumiutuneina omiin uskomuksiinsa ja traumakokemuksiin. Integraatio ei tarkoita osalle sen olemassaolon päättymistä vaan integroitumista persoonan kokonaisuuteen – dynaamisempaa olemassaolon jatkumista!

Elämäni prosessin, integraatioprosessin edistymisen myötä terapeutiset suhteet ja dialogit ovat muuttuneet koko ajan tasavertaisimmiksi. Tavallaan olen itse kasvanut tasavertaisemmaksi ja erityisesti tullut koko ajan paremmaksi arvioimaan terapeuttien turvallisuutta ja tasavertaisuutta. Olen matkani aikana löytänyt koko ajan todellisempia dialogeja ja ihmisiä joiden kanssa ja joiden arvostuksen ansiosta on tullut mahdolliseksi muuttaa myös omaa identiteettiäni asiakkaasta asiantuntijaksi, innostuneeksi emotionaalisen trauman vaikutusten tutkijaksi, rakenteellisen dissosiaation ymmärtäjäksi, vaikeasti korvattavissa olevaksi ammattilaiseksi. Integraatio tarkoittaa etsimisen loppumista, PRD-teorian myötä olen löytänyt perille. Olen löytänyt ymmärrystä ja yhteyttä joka

ylettyy syvimpiin kodittomuuden kokemuksiin saakka. Kotiin löytäminen mahdollistaa levon. Tämä koti on rakennettu sisälleni, eikä sitä voi enää menettää. Tämän autoetnografian myötä traumaterapiani päättyy.

6 KIRJOITINKO MAAILMAN PAREMMAKSI?

Tutkimuksen kirjoittaminen ja sen merkitys itselleni on suuri. Mitä merkityksiä tutkimukseni saa toisten mielissä? Pohdinnassa käyn läpi tutkimuksen tuloksia ja merkityksiä: Miten elämäntarinani muuttuu ymmärrettäväksi emotionaalisen trauman viitekehyksessä ja miten toipuminen ja terapeutin työskentely ovat kohdallani edenneet? Olenko kirjoittanut itsestäni ymmärrettävän ja ehjemmän? Pystynkö kokemuksillani valaisemaan traumaterapian kolmannen vaiheen terapeutin tavoitteita, integraation mysteeriä ja miten perille päästään?

Onnistuuko tutkimus laajentamaan stereotyyppisiä käsityksiä terveydestä ja sairaudesta? Narkomaaneista, hulluista ja ammattilaisista? Pohdin myös mitä vaikutuksia tietoisuuden ja kieltämisen mekanismeilla on yhteiskuntaan, elämään ja palvelujärjestelmään. Millaisiin kysymyksiin olen tutkimuksessani oikein vastannut ja mitä jatkotutkimusaiheita niiden myötä löytyy? Pohdin, miten teoreettinen ymmärrys traumatisoitumisen inhimillisistä ja psykopatologisista sairauksista ihmisen elämän valinnoille voisi lisätä osaamista ja kohdatuksi tulemisen parantavia kokemuksia suomalaisessa mielenterveys- ja päihdetyössä.

Autoetnografian marginaalisen tarinan kertomisen ideaali on kulttuurin muuttaminen. Ehkä tarinani onnistuu tavoittamaan yksittäisiä ihmisiä, asiakkaita ja ammattilaisia. Yksilöt ovat kulttuurin muutoksen tekijöitä. Kulttuurin muutosta tarvitaan, koska yksittäisten häiriöiden hoitaminen ohittaa kompleksisesti emotionaalisesti traumatisoituneen avaintarpeen tulla ymmärretyksi osiensa kokonaisuutena. Kahden vuoden psykoterapia ei riitä toipumiseen, mutta ei neljän-toista vuoden terapeutin matkakaan voi olla normi.

Toivon kokemukseni jakamisen voimaannuttavan leimattomia ihmisiä tulemaan esiin ongelmiansa kanssa, hankkimaan ja saamaan apua. Valmiiksi leimaantuneet voimaantuisivat siitä, jos kaikki mielenterveyteen liittyvistä haasteista kärsivät tavalliset ihmiset lopettaisivat vaikenemisen kulttuurin asian ympärillä. Toivottavasti myös toipujiksi ja kuntoutujiksi itsensä mieltävät ”järjestelmää kuormittavat” kansalaiset rohkenisivat vastustaa häpeää ja ongelmaisen stigmojaan.

Toipuminen ja kuntoutuminen kuuluvat paljon suuremmalle ihmisryhmälle, kuin kapealle mielenterveys - ja päihdepalveluiden käyttäjäkunnalle.

6.1 Elämäntarinani ymmärrettävämmäksi?

Ihmisen yksi perustarpeista lienee ymmärretyksi tuleminen. Olen pyrkinyt vuosia kaikin tavoin ymmärtämään elämäni, itseäni, totuuksia maailmasta ja ihmisestä. Ensimmäiset 23 vuotta etsin vastausta itseni ulkopuolelta, viimeisimmät 14 vuotta sisäpuolelta. Sisäpuolelta etsimistä ei voi tehdä yksin, syvä ymmärrys ja muutos tietoisuudessa voi syntyä vain jaetussa kohtaamisen kokemuksessa (vrt. Stern 2004). Ammattilaisista olen etsinyt itseni ymmärtäjää, koska en itse pystynyt käsittämään, miksi on niin paha olla. Ymmärtäminen ei osoittautunut ainakaan psykiatrian tehtäväksi. Löydettyäni vihdoin ammattilaisia, jotka ymmärtävät minut osieni kokonaisuutena, helpotus on ollut valtava. Etsimiseen käytetty energia voi vapautua parantumiseen, vaikka pelkkä ymmärretyksi tuleminen paransi elämäni ja olemassaolon kokemustani merkittävästi.

Tutkimuksessani elämäntarinani irrationaaliset käännekohtat asettuivat noudattamaan PRD-teorian viitoittamaa logiikkaa. Elämäntarinan loogistenkin käännekohtien irrationaaliset seuraukset ja valinnat, muutokset kokemusmaailmassa ja käyttäytymisessä muuttuivat ymmärrettäviksi traumatisoitumisen, persoonani osiin jakautumisen ja autonomisen hermoston toimimattomuuden seurauksiksi.

Emotionaalisen vaille jäämisen, ylisukupolvisen traumatisoitumisen seurauksena en halunnut kuulua sukupuoleen, johon olin syntynyt. Syntyi emotionaalinen trauma ja siten vähintään primääri rakenteellinen dissosiaatio (1 ANP, 1 EP). Poikana eläminen ei onnistunut 1990-luvun suomalaisessa kasvuympäristössä, joten ANP:n selviytyminen vaikeutui: sairastin paljon eli kärsin somatisaatio-oireista ja koin ahdistusta, masennusta, kodittomuutta ja olemassaolemattomuutta, jotka nyt ymmärrän EP-osien läpitukenkautuvia traumakokemuksina. Seurakuntaympäristö paikkasi aluksi haurasta ANP:ta, joka vahvistuessaan pystyi pitämään EP-kokemukset poissa tietoisuudesta. Seurakunnasta tuli uusi koti, korvaava kokemus. Seksuaali-identiteetin ”vääränlaisuus” kriisiytti identiteettini

ja arvomaailmani 15-vuotiaana. Hämmäntävässä todellisuuksien ristiriidassa traumatisoiduin lisää, kärsin monenlaisista dissosiaatio-oireista ja syntyi vähintään sekundaari rakenteellinen dissosiaatio (1 ANP, monta EP-osaa). Hämmennyksen pitkittyessä väärenlainen ANP täytyi hylätä, koska sen selviytymismahdollisuudet olivat heikot. Traumatisoitumiseni muuttui kompleksisemmaksi ja syntyi tetriäärinen rakenteellinen dissosiaatio (monta ANP-osaa, useita EP-osia).

Uuden ANP:n kapeutunut elämä muodostui välttämiskäyttäytymisestä, jossa työnarkomania näytteli vahvaa roolia. Tämän selviytymiskeinon kaaduttua kuormitukseen alkoi EP-osien valtakausi, jolloin en enää ollut itse (ANP:na) elämäni hallitsemassa. Psykiatrisessa sairaanhoidossa akuutinkin trauman ohittaminen ja diagnostiset leimat tuottivat ei-ymmärretyksi tulemisen kokemuksia. Kontrolloivien ja hauraiden EP-osien käyttäytymismallit leimattiin epävaakaaksi persoonallisuushäiriöksi ja yritykseni päästä itseltäni turvaan nähtiin agitaationa ja provokaationa, johon ei tule vastata. Jäin ajelehtimaan ja sain huumeiden avulla koostettua jonkinlaisen arjessa selviytyvän ANP-osan, joka pystyi pärjäämään myös työelämässä.

Elämäni narkomaanina kului tyhjyyden tunteita ja olemassaolemattomuutta koken. EP-osat ja hylätty ANP-osa pysyivät poissa tietoisuudesta. Elämää suorittava aikuisen ANP ei huumeiden avulla tuntenut juuri mitään, mutta tiesi, ettei ole oikeasti olemassa. Tämä tietoisuus pakotti kokeilemaan avun hakemista ammattilaisilta uudestaan. Narkomaanina tulin vihdoin nähdyksi apua tarvitsevana ihmisenä ja sain hoitoa, jossa sisäinen osallisuuden kokemukseni ja kokemus ihmisarvosta alkoi palautua. (vrt. Peltoniemi 2011.) Hyvä, pitkäkestoinen ja yhteisöllinen terapeutin päihdehoito toimi vakauttavana vaiheena, jonka jälkeen pystyin jatkamaan olemassaolon etsimistä. (Peltoniemi 2011, 51–74.)

Olin psykodynaamisessa psykoterapiassa 7 vuotta, jossa aikuinen ANP oppi puhumaan, toimimaan tarkoituksenmukaisemmin ja käsittelemään keskustelemalla traumaattisia kokemuksia. Elämäntarinani rakentui ehjemmäksi kokonaisuudeksi. EMDR -menetelmä avasi todellisuuksia EP-osieni traumatunteisiin, jotka eivät tulleet ymmärretyiksi.

Keskusteleminen ei tuntunut ylettyvän tarpeeseeni tulla olemassaolevaksi. Käytännössä minun olisi pitänyt olla terve, mutta tunsin edelleen kodittomuutta ja olemassaolemattomuutta. Etsin keho terapian, jossa ajattelin käyväni lyhyen kehollisen prosessin kokeakseni itseni ehjemmäksi. Jäin kolmeksi vuodeksi, josta ainakin kaksi istuin sylissä Pikku-Maina. Kosketuksen kautta löysin yhteyden kadotettuun lapsi-ANP-osaani. Vaikeiden hajoamisen ja tarvitsevuuden tunteiden kanssa kannattelun tarve oli suuri, minkä vuoksi kirjoitin terapeutille lähes joka viikko tapaamisten välillä. Muiden osien tunteet, tarpeet ja pelot alkoivat tulla näkyviksi. Lamaantuneet EP-osat eivät tulleet ymmärretyksi tässä terapiassa, mutta Pikku-Mai sai luvan olla poika ja *muutti terapeutin luo asumaan*.

Tanssi/liiketerapeuttisilla tunneilla, butoh-tanssissa ja autenttisen liikkeen tunneilla tutkin EP-osien kokemusmaailmoja ja dissosiativisten tilojen rajapintoja. Työstin kehollisesti osieni dynamiikkaa itsenäisenä terapiamatkaajana. Kehollisen työskentelyn avulla aikuisen ANP:n kyky ylläpitää tietoisuutta samanaikaisesti EP-osan todellisuuden kanssa rakentui ja sain etsimääni kokemuksellista tietoa EP-osien jumiutuneista liikkeistä ja kokemusmaailmoista. Keholliset menetelmät rakensivat yhteyksiä minuuden kokemuksen ja kehoni välille

Vakaassa elämässäni psykodynaamisen psykoterapian ja keho terapian lopettamisen jälkeen sisäinen kipuni eli EP-osan traumatunteet tavoittivat minut osittain romahduttaen aikuisen toimintakykyäni. Hätätilassa etsin apua ja kannatetta. Toimijaksi avunetsimisessä ja saamisessa asettui lapsi-ANP-osani, jonka tietoisuus rakenteellisen dissosiaation systeemistä oli aikuisen ANP:n tietoisuutta huomattavasti laajempi. (Tällöin ei kuitenkaan teoreettisesti pohdittu tai ollut tiedossa, että Pikku-Mai on ANP.) Interaktiivisessa kannatteluterapiassa tietoisuus tuli jaetuksi terapeutin ja samalla myös aikuisen ANP:n kanssa muuttuen laajemmaksi ymmärrykseksi systeemistä, muista persoonan osista, niiden kantamista traumatunteista ja keskinäisestä dynamiikasta. Interaktiivisen kannatteluterapian tuloksena kahden erillisen ANP:n välinen etäisyys pieneni merkittävästi, kun Pikku-Mai muutti samaan osoitteeseen aikuisen ANP:n kanssa.

Traumaterapeutin ennakkoluuloton tasavertainen kohtaaminen Pikku-Main kanssa synnytti luottamuksen ja turvallisuuden ilmapiirin. Ymmärrys rakenteellisesta dissosiaatiosta mahdollisti EP-osien kokemusmaailman tavoittamisen. Kielellisen maailman ulkopuolella olevat osat ovat kertoneet tarinaansa somaattisten oireiden kautta. Tarinan ymmärtäminen on auttanut merkittävästi paitsi oireisiin myös olemassaolemisen kokemiseen. Aikuisten maailmassa kontrollista luovuttaminen ja luottamisen uusi taso yhdessä omanarvontunnon kohene-
misen kanssa on tuottanut osien välistä integraatiota. Löydettyäni teorian per-
soonan rakenteellisesta dissosiaatiosta ja tultuani traumaterapiassa ymmärre-
tyksi kokonaan, olen päässyt etsimisessäni perille.

6.2 Itseni ehjemmäksi?

Tutkimuksessani olen keskittynyt olemassaolon kadottamisen ja sen etsimisen kuvaamiseen ja sitä kautta elämäni ymmärtämiseen ja ymmärrettäväksi tekemiseen. Väistämättä motivaationi tehdä autoetnografia liittyy myös siihen, miten tutkimuksen tekeminen vaikuttaa omaan eheyden kokemiseen ja toipu-
miseeni. Oman elämäntarinan jäsentäminen kokonaisuudeksi on integroivaa ja eheyttävää. Olen jäsentänyt elämäntarinaani toipumisen vuosinani monilla eri tasoilla monin eri menetelmin, lähes aina suurella intensiteetillä. Myös autoet-
nografian kirjoittaminen on saanut aikaan suuren intensiteetin ja innostuksen.

Tutkimusta tehdessäni *olemassaolon kadottamisen elämässä* -aineistosta ei noussut uusia yksittäisiä uusia oivalluksen kokemuksia. Vaikeat elämäntilan-
teeni seurakunnan ja homoseksuaalisuuden ristiriidassa sekä kokemukset psy-
kiatrisesta sairaalahoidosta kuitenkin realisoituivat edelleen. Niiden merkitys elämäntarinassani todentui. Olen syyttänyt itseäni huonoista valinnoistani. Olen hävennyt aikuisiällä yhtä paljon uskovaisuutta kuin hulluuttanikin, molempia pal-
jon enemmän kuin huumeidenkäyttöä. Huumeidenkäyttö vapautti häpeästä ja oli huomattavasti uskovaisuutta tai hulluuden roolin sovittamista tietoisempi päätös. Realisoituminen on muuttanut käsitystäni realistisemmaksi ja ymmärtä-
väisemmäksi, kuva itsestäni on muuttunut myötätuntoisemmaksi. Valintani ovat parhaita mahdollisia valintoja, joita olen osannut tehdä.

Elämästä ja olemassaolon etsimisestä -aineistoja kirjoittaessani kaikki terapiat ja merkitykselliset toipumisen vuodet olivat kokemuksina, ajatuksina ja muistoina olemassa samanaikaisesti. Rakensin ymmärrystäni elämäni kulusta ja terapioiden merkityksistä itselleni tuolloin ja nyt. Dialogeissa terapeuttien kanssa terapiaille antamani merkitykset vahvistuivat ja saivat lisää värejä. Kontakti terapeutteihin elävöitti muistojani yhdessä jaetuista ajoista ja asioista. Ymmärrykseni nykyisestä ja menneestä itsestäni kasvoi. Terapeuttien suhteiden tarkasteleminen dialogissa osoittautui merkitykselliseksi. Käsitykseni kohtaamisen ja tietämisen laadusta ja merkityksistä vahvistui. Tasavertaiseen kohtaamiseen asettumisen merkitys toipumiselle emotionaalista traumasta realisoitui dialogeissa psykodynaamisen psykoterapian tappioksi. Ammatillaisen kyky heittäytyä myös minun luoviin ehdotuksiini on ollut merkityksellisin, toipumista ja integraatiota ehdottomasti eniten eteenpäin vievä löytöni toipumisen matkallani.

Haluaisin voida sanoa kokonaan integroituneeni ja viimeistelleeni toipumisprosessini tämän tutkimuksen myötä. En ihan uskalla, mutta melkein. Olen kirjoitusprosessin aikana tullut tietoisemmaksi autonomisen hermoston reaktioista ja niiden viesteistä minulle, olen terveempi kuin koskaan ja voin taas liikkua. Olen kokenut joitain kertoja levollisuutta ja olemassaoloa sellaisella kokemisen tasolla, jonka olemassaolosta en ole tiennyt. Tämän kirjoittamisella ja ymmärtämisellä validoin itselleni myös omaa osaamistani ja ymmärrystäni, mikä vaikuttaa positiivisesti omanarvontuntoon ja ANP osien integraatioon. Myös virallinen traumaterapiani on päättynyt. Ajattelen, ettei integraatio tai sen puute ole mitattavissa enää itseni ulkopuolelta. Kirjoittamisprosessin myötä olen vahvistunut perillä olemisen kokemuksessa ja tietämisessä. Ymmärrän nyt, että olen ennen kaikkea kirjoittanut itselleni vastausta siihen, miten integraatio tapahtuu.

Kokemukseni olemassaolon löytymisestä osa kerrallaan ja pääsy perille itseni etsimisessä PRD-teorian johdattamana on totuus minulle. Tutkijana on kuitenkin kysyttävä, onko tämä lopullinen totuus ja vastaus olemassaolon kokemuksen löytämiselle? Luulinhan löytäneeni jotain samaa jo 13-vuotiaana uskovaisena nuorena. Fanaattisuus ja ehdottomuus vievät tutkijan uskottavuutta. Ymmärrys traumasta, traumatisoitumisesta ja sen mitä ihmeellisimmistä seurauksista ihmi-

sen elämälle vastaa kyllä kokemusmaailmassani lähes uskoontulon kokemusta. Tällä kertaa tarinoiden ja uskon sijaan on tarjolla teoreettista tutkimusnäyttöä aivokuvantamisesta (mm. van der Kolk 2017, 52–90, 112–120). En silti väitä, ettei tähänkin tarvittaisi uskoa: Uskoa ihmisyyteen, näkymättömään neurotieteeseen, turvaan ihmisen perustarpeena.

6.3 Integraation todellisemmaksi?

Ajatus siitä, että terapia ja toipuminen kestäisivät neljätoista vuotta saattaa lannistaa ihmistä, joka kerää rohkeutta aloittaakseen terapian. Trauman tunnistaminen ja oikea tieto esimerkiksi olemassaolemattomuuden, irrationaalisten kauhukokemusten, ahdistuksen tai somaattisten oireiden lähtökohdista säästää kuitenkin todennäköisesti vuosia tulevista toipumispoluista. Päihderiippuvuuden hoitamisen jälkeen itselläni kului yli viisi vuotta, ennen kuin sain nimen tälle kaikelle. Siitä kului vielä toiset viisi vuotta, että löysin ammattilaisen, joka ymmärsi minut kokonaan. En toivo samanlaista matkaa muille, toivon todellista kohtaamista, laajempaa ymmärrystä ja näkökykyä vähemmällä etsimisellä. Ennen kaikkea tarvitaan tietoa piiloutuvan emotionaalisen trauman vaikutuksista ja rakenteellisesta dissosiaatiosta, jotka osoittautuivat mieleni terveyden pelastukseksi ymmärtäessäni, mikä minua vaivaa.

Tieto on oleellista ja huomaan olevani jollain tapaa pahoillani, etten pysty kirjoittamaan integraatiosta konkreettisemmin. Integraatio on jotain käsistä lipeävää, niin vahvasti kokemuksellista, että en ihmettele, miksi sitä on tyydytty sanoittamaan vain toimintakykyä kuvailemalla. Integraatio on enemmän kuin tieto ja tietäminen. Integraatio tapahtuu koko elämän kaikkien kokemusten kaikkien kerrosten realisaation myötä, siihen tarvitaan tämä kaikki. Minulle se tuntuu kotiin pääsylvä ja olemassaololta.

Traumaterapian kolmannesta vaiheesta kirjoitettiin alan merkityksellisimmässä teoksessa vuonna 2009 (suom.) Vainottu Mieli (*The Haunted Self, 2006*) integraatiovaiheen tärkeimpiä voittoja olevan erilaisten fobioiden, kuten normaalin elämän ja läheisyyden fobian voittaminen. Terve riskinotto- ja huumorintaju ja

kehollisuuden hyväksyminen ja kehosta nauttiminen esitetään myös mittareina mielen integroitumiselle. Integroituneen henkilön toiminta on korkeatasoista ja tilanteisiin sopeutuvaa, mieli joustaa ja henkilö pystyy elämään normaalia elämää ja pitämään yllä rutiineja. (Nijenhuis ym. 2009, 352–364.) ”Lopuksi potilas muodostaa tarkoin määritellyn henkilökohtaisen (ja ammatillisen) moraalikäsitteen. Hän integroi moraalisuuden, eettisyyden, henkisyuden sekä mitä harkitun ja myötätuntoisimman käsityksen itsestään, muista ihmisistä ja maailmasta” (Nijenhuis ym. 2009, 364). Lisäksi Kluftin (1993) laaja tutkimusotos osoitti, että integraatiosta voi olla varma vasta 27 dissosiaatio-oireettoman kauden jälkeen (Nijenhuis ym. 2009, 352).

Suuresta osasta tekstiä olin tunnistanut itseni jo vuosia, elämäni oli ulkoisilla mittareilla ihan normaalia ja huumorintajuista, en pelännyt läheisyyttä. Edellisen opinnäytetyöni perusteella eettisyyden ammatillinen tajuni tuli palkituksi (Leino 2012). Terapeutin toiminnan kokonaisvaltaista turvallisuutta, myötätuntoa osia kohtaan, ymmärrystä ja uteliaisuutta painotettiin toimivan traumaterapiasuhteen edellytykseksi ja prosessin eteenpäinviemiseksi (Nijenhuis ym. 2009, 322). Teos, joka oli selittänyt minulle tähän asti kaiken, tyytyi toteamaan, että integraatio on hyvin vaativaa. Kirjassa ei varsinaisesti selitetty, miten se tapahtuu.

Integraatiovaiheen ja traumamuistojen työstämisen menetelmistä puhuttiin mielestäni irrallisiksi jäävillä synteesi- tai hypnoosiharjoituksilla, jossa osia ohjataan todentamaan toistensa olemassaoloa ja traumakokemuksia (Nijenhuis ym. 2009, 333–347). En lämmennyt ajatukselle ohjatusta synteesistä ja osien fuusioitumisesta menetelmätasolla oivalluksen ja ohjauksen kautta. En myöskään ilahtunut ajatuksesta, että integraation lopputulos olisi todettavissa vasta yli kahden vuoden kuluttua jostain oletetusta integraatiosta ja ”terapeuttisesta voitosta”. Tämä on itse asiassa ihan hullu ajatus, joka on ristiriidassa vastavuoroisen ja tasavertaisen terapeuttisen allianssin kanssa, jota läpi menestyksekkään traumaterapeuttisen työskentelyn kuitenkin erityisesti painotetaan. Ja joka kokemukseni mukaan on kaiken terapeuttisen lähtökohta.

Jos asiantuntija pidättäisi itsellään oikeuden tietää oireita mittaamalla (asiantuntijoiden kehittämällä mittarilla) onko asiakkaan minuuden kokemus ja identiteetti

eheytynyt, tiedon valtasuhteet palautuisivat takaisin historiaan. Pakkohan integraation on tuntua jossain!

Kun systeemini integroituu kokonaan ja lopullisesti, minä olen ensimmäinen, joka sen tietää. Integraatiossa olemassaolemattomuus muuttuu olemassaoloksi, kodittomuus perille löytämiseksi. Irrallisuus yhteydeksi ja ylivireys levollisuudeksi. Onko siis niin, etteivät asiantuntijatkaan tiedä miten integraatio tapahtuu? Onko ongelma juuri siinä, että asiantuntijat yrittävät mitata ja tietää jotakin, jonka olemassaolon todentaminen on olemukseltaan enemmänkin kokemuksellista, jopa hengellistä?

Nijenhuis ym. (2009, 323–324) opastavat *vakauttamisvaiheessa* terapeutteja varovaisuuteen EP-lapsiosien kanssa työskentelyssä, ensisijainen vastuu EP-osista on aina ANP-osilla. EP-lapsiosat ovat tarvitsevia ja toimivat usein toimintatapumusten alimmilla tasoilla ilman kykyä abstraktiin ajatteluun, ymmärtämiseen ja järjestelmälliseen toimintaan. Vakauttamisvaiheessa osien kanssa ehdotetaan suoran kontaktin sijaan kontaktia ANP:n kautta koska sillä tavoin voidaan osoittaa vastuu EP-osien hoitamisesta ANP:lle. Osien kanssa työskentelyssä terapeutin tulee ohjata osia kiinnittämään huomionsa turvalliseen nykyisyyteen. (Nijenhuis ym. 2009, 323–324.)

Psykoterapeutin etsintävaiheessani tapasin ja olin yhteydessä vain ammattilaisten kanssa, jotka viestivät ANP:n kautta lapsiosaani vältellen ja kiertäen. (Kuten vakauttamisvaiheessa opastetaan.) Kukaan ei kysynyt, missä kohtaa toipumista olen, vaikka Pikku-Main kysymykset koskivat oleellisesti integraatiota ja terapeutin tietämistä siitä. Ei siis ihme, ettei terapeuttia 5-vuotiaalle helposti löytynyt. Ovatko psykoterapeutit jumiutuneet vakauttamisvaiheen ja työskentelyvaiheen välimaastoon ja näiden turvalliseen rakenteeseen ammattiroolin kannalta? Eteenpäin meneminen vaatisi poistumista tietyntylaisesta turvallisesta ammattiroolista, ihmisenä kohtaamista ja esiin astumista: epä mukavuus- ja epävarmuusalueita.

Vakauttamisvaiheen ohjeilla ei ole mahdollisuutta toipua pidemmälle, EP-osien kiertäminen ja välttämiskäyttäytyminen toisintaa traumaattisia ohitetuksi tulemi-

sen kokemuksia yltämättä vahvaan todelliseen kontaktiin. Edellä mainitun käyttäytymisen voisi myös nähdä fobiana EP-osien traumatunteita kohtaan, jonka voittaminen on integraation edellytys (vrt. Nijenhuis 2009, 329–348). Fobiasta eivät siis kärsi vain asiakkaat vaan myös terapeutit? Jos vakauttamisvaiheesta ei päästä eteenpäin, terapeutti ohjaa interventiona EP-osan huomion takaisin turvalliseen nykyisyyteen – jos osan huomio ohjataan aina turvalliseen nykyisyyteen, milloin se saa kertoa tarinansa?

Traumaterapian kolmannesta vaiheesta ei ole riittävästi tietoa. Integraatiosta ja parantumisesta ei ole kattavaa teoreettista ymmärrystä. Vaarana on, että tyydytään siihen, että vakautunut asiakas on terve asiakas. Tällöin asiakkaan leima pysyy ja jää, koska tietä ei osata näyttää todelliseen toipumiseen ja integraatioon saakka. Potentiaalisesta onnellisesta elämästä tulee vain toimintakykyinen ja normaali? Ennen kaikkea terapeutit tarvitsisivat rohkeutta jatkaa matkaa asiakkaidensa kanssa ohi myös oman tietämisensä rajojen, jolloin uutta voisi oppia ja muutosta tapahtua. Mielestäni myös psykoanalyysin terapiamaailmaan iskostama koskettamisen seksualisoiminen ja sen myötä siihen liitetyt pelot ja leimat vaativat mielestäni laajempaa kyseenalaistamista. Kehollisuuden huomioiminen kaikissa terapiamuodoissa edesauttaisi ymmärretyksi tulemistä ja sanattomien kokemusten kertomista.

Toivon erityisesti dialogisten keskustelujeni luovien ammattilaisteni kanssa rohkeavan muitakin terapiatyön ammattilaisia olemaan omia itseään, kokeilemaan uutta, näkemään laajemmin, kuuntelemaan osien kertomuksia ja ymmärtämään niitä. Ennen integraatiota on kaikkien persoonan osien todennuttava olemassa oleviksi. Niiden kertoma tarina täytyy tulla ymmärretyksi. Eri osien täytyy myös oppia tuntemaan toisensa ja olemaan arvostavassa vuorovaikutuksessa keskenään.

Dissosioituneiden persoonan osien välinen integraatio ei todennäköisesti tapahdu yhdellä oivalluksella, vaikka todentumisen hetket ovatkin merkittäviä. Osilla on erittäin hyviä syitä pysyä muista erillisinä. Vuosikymmenten uskomukset vaativat muuttuakseen toistuvia korjaavia kokemuksia, yhteistä dialogia ja jaettua elämää. Osien ymmärtävä kuuleminen ja hyväksyvä kohtaaminen erilli-

sinä ja juuri sellaisina kuin ne ovat, on avain toipumiseen. ”Tyhjyyden tunteiden kestämiseen ja trauman tarinan ymmärtämiseen tarvitaan välttämättä terapeutista apua, koska dissosiativinen systeemi tekee itse itsensä auttamisen paikoin mahdottomaksi. Systeemin sisäiseen arvostavaan vuorovaikutukseen tarvitaan malli, josta oppia. Osien olemassaolon validoiminen ja turvallisen avoimen vuorovaikutuksen oppiminen lisää turvallista vuorovaikutusta myös osien välillä, yhteys tuottaa iloa ja levollisuutta, uudenlaista onnea normaaliuden, pitämisen, täytymisen ja pystymisen sijaan. Vaikka osien olemassaolo ei sinänsä lopu, niiden traumaattisiin tapahtumiin liittyvät toiminta- uskomus-, tunne- ja ajatusmallit päivittyvät elämään ja reagoimaan tässä ja nyt. Lopulta kokijoita onkin enää vain yksi ja sama minä. Minä, joka rakastaa ehdoitta itseään tietäen perinpohjaisesti, mitä kaikkea itseän kuuluu.

6.4 Yhteiskunnan tietoisemmaksi?

Traumatisoitumisen seurauksien ymmärtäminen ja validoiminen on ollut vastuussa kautta historian. Todentumisen hinta on yksilöille ilmeisen kova; emotionaalisten traumojen kohtaaminen tarkoittaa sisäisen kivun tunnistamista, käsittelemistä ja tuntemista. Hintalappuja on myös elämättömiksi jäävissä elämissä, joissa ihmiset pitävät yllä kuvia todellisuuksista, joissa kaikki on muka hyvin. Sukupolvien takaisten traumojen olemassaolosta sekä niiden vaikutuksista yksilöiden elämänvalintoihin ja yhteiskuntatodellisuuteen on mahdollista ottaa vastuu.

Vastasin tutkimuksessani moniin muihinkin kysymyksiin: Miten ja mihin tarkoitukseen rakenteellinen dissosiaatio syntyi? Miten kokemus sukupuolesta tai siihen kuulumattomuudesta syntyi? Mitkä psyykkiset syyt saivat minut valitsemaan uskon? Miten seurakunnan ja seksuaalisuuden ristiriita vaikutti mielenterveyteeni? Miksi elämännhallintani romahti? Miten akuutin traumatisoitumisen ohittaminen psykiatriassa vaikutti minuun? Miten kohtaamaton psykiatrinen hoito vaikutti valintoihini? Miten huumeiden käyttäminen liittyy traumatisoitumiseen? Mitä toipuminen on ollut ja miten olemassaolon kokemus on syntynyt

vähitellen eri terapioissa? Millainen terapeuttinen kohtaaminen on ollut erityisen hyödyllistä?

Näitä kysymyksiä tutkimalla ja laajentamalla löytyy jatkotutkimusaiheita. Omaan tutkimukseeni liittyen jatkotutkimus voisi liittyä myös terapiaprosessien, kuvallisten ja kirjallisten aineistojen tutkimiseen yksityiskohtaisemmin. Miten korjaavat kokemukset syntyvät? Miltä terapia tuntuu? Miten minuus rakentuu uudestaan? Mikä on kosketuksen merkitys? Autoetnografiaa kuten myös kokemustutkimusta tarvitaan, jotta kulttuurimme ja palvelumme voisivat muuttua vastaamaan paremmin todellisiin palvelun tarpeisiin. Jaetut marginaaliset kokemukset avaavat näkemään syrjiviä käytäntöjä ja vähentävät stereotyyppistä ajattelua, yhteiskunta voi muuttua paremmaksi paikaksi marginaalisille ryhmille, yksi ihminen kerrallaan. Kokemustieto on arvokasta tietoa yksilön kokemusmaailmasta yhteisesti jaetussa kulttuurisesta todellisuudestamme. (vrt. Boylorn, Orbe & Ellis, 2013, 15, 237–238.) Toivon suomalaisen tutkimusperinteeseen lisää autoetnografista tutkimusta elämän erilaisilta marginaalisuuden osa-alueilta. Erityisesti tietenkin puhumattomuuden kulttuurin ja opitun häpeän ravistelua.

Tutkimisen arvoista Suomessa olisi emotionaalisen traumatisoitumisen esiintyminen esimerkiksi uskonnollisista yhteisöistä eronneiden elämänkuluissa. Erityisen kiinnostavaa mielestäni olisi tutkia emotionaalisen trauman esiintyvyyttä huumeriippuvuuden taustalla. Ulkomaisissa tutkimuksissa sekä alan kirjallisuudessa hoitoa traumatisoitumiseen saavat ihmiset, jotka ovat tulleet kaltoinkohdelluiksi jo lapsuuden perheissään. Vakava laiminlyönti ja hyväksikäyttö ovat jo jollain tasolla järjestelmän tunnistamia ja hyväksytyjä traumatisoitumiseen johdaneita tapahtumia. Entä jos ei tapahtunutkaan mitään? Emotionaalinen trauma on näkymätön. Jos arviointikyselyt eivät löydä traumaattista tapahtumaa, joka selittäisi oireet, eikö traumaa ole? Kokemukseni mukaan emotionaalisen trauman tunnistaminen vaatii oireiden ja osien tarinoiden ymmärtämistä, vasta niiden perusteella voi selvittää trauma, asia, jota ei koskaan tapahtunut. Ehkä ei ole olemassa *hyvien perheiden huumelapsia*? Sen sijaan on eri tavoin varhaisissa suhteissaan ylisukupolisesti emotionaalisesti traumatisoituneita ihmisiä, joiden tilaa ei kukaan tunnista?

Autoetnografiani tuottama yksittäinen elämäntarina ja kokemukseni tuottavat tietoa kompleksisesti emotionaalisesti traumatisoituneen elämänvaiheista, valinnoista sekä tietoa toipumisesta. Yksittäiset valinnat ja kokemukset puolestaan tuottavat tietoa yhteiskunnassamme vallitsevasta kulttuurisesta todellisuudesta. (vrt. Chang 2008, 131–137.) Kokemus traumatisoitumisen näkymättömyydestä palvelujärjestelmässä, ohittaminen ja ymmärtämättömyys ovat merkinneet pitkittynyttä tuskaa ja merkittäviä vaikeuksia elämääni. Kokemukseni todentaa kulttuuria, jossa trauman olemassaolo ja vaikutukset kiistetään laajasti, mikä vaikeuttaa toipumista. Trauman ohittaminen ja näkymättömyys ovat myös globaaleja haasteita, (vrt. van der Kolk 2017) ja osa normaalia yhteiskuntatodellisuutta.

Ymmärryksen lisääminen emotionaalisen traumatisoitumisen vaikutuksista yksilön elämälle ja mielenterveydelle on hyvin haastava tehtävä. Suomalaisessa tutkimuksessa (Rissanen 2015) ja mediassa on kuitenkin viime aikoina tehty rohkeita avauksia traumatisoitumisen seurauksien ja rakenteellisen dissosiaation ymmärtämiseksi. Muun muassa Kaisa Klapuri YLE Perjantai-dokkarissa ja Carita Kilpinen MeNaiset -lehdessä (YLE, Suomi 2017; Suomalainen 2017). Tutkimukseni tekemisellä toivon traumaymmärryksen lisääntyvän yhteiskunnassa ja erityisesti psykiatriassa sekä sosiaali- ja terveystaloudissa. Elämäntarini huumeriippuvuus on ollut vain yksi yritys päästä pois traumatisoitumisen hajottavasta kiertestä.

6.5 Palvelujärjestelmän toimivammaksi?

Mielenterveys- ja päihdepalveluissa ei pääsääntöisesti kysytä, miksi ihmiset käyttävät huumeita. Deskriptisyyteen tyytyvässä palvelujärjestelmässä ei tyypillisesti pyritä ymmärtämään oireen kuten huumeidenkäytön taustaa ja merkitystä. (vrt. Leikola 2014, 74–77, 134.) Palvelevatko huumeet selviytymistä emotionaalista traumatisoitumisesta? Psykiatriakaan ei pyri selvittämään mikä aiheuttaa oireita ja mikä niiden merkitys ihmisen kokonaisuudelle on – miksi joitain oireita sanotaan dissosiativisiksi, mistä ne tulevat? (Leikola 2014, 134.) Onko ammatillinen mielenterveys- ja päihdetyö tyytynyt ainoastaan pyrkimykseen hallita oireita?

Jos psykiatria olisi pystynyt kohtaamaan akuutissa traumaattisessa kriisissä olevaa epävakaata osiksi hajonnutta persoonaani, minusta ei olisi tullut narkomaania. Jos minua olisi autettu ymmärtämään tai tekemään ymmärrettäväksi muille, millaiseen sisäiseen tuskaan käytän huumeita, olisin voinut löytää toipumisen alkuun jo tuolloin. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatiossa ja sote-uudistusta vielä rakennettaessa ymmärrys mielenterveys- ja päihdeongelmien samoista juurista voisi olla jopa ratkaisevan arvokasta. Huolena on, että sosiaaliseen kuntoutukseen perustuva päihdetyö hukkuu terveystalouden jalkoihin. Huumetyöllä ei olisi kuitenkaan mitään hätää, jos psykiatriassa alettaisiin tunnistaa traumatisoituminen ja keskityttäisiin sen hoitoon ja vakauttamiseen esimerkiksi terapeutin yhteisöhoiton todellista muutosta tuottavin menetelmin (vrt. Murto 2013, 111; Ylitalo & Niemelä 2012, 138.) Traumatisoituneet ihmiset eivät joutuisi lääkitsemään itseään huumeaineilla.

Valtakunnan läpileikkaava mielenterveys- ja päihdehoidon avohoitotrendi on tutkimusten mukaan tuottanut hyvää (mm. Ala-Nikkola 2017). Marginaalisen huumeidenkäyttäjien asiakasryhmän näkökulmasta hyvää on vaikea löytää. Kokemukseni päihdetyön kentältä on, että avohoitotrendi on paitsi kapeuttanut päihdehuollon laitoshoitomahdollisuuksia myös lyhentänyt kuntouttavat jaksot muutamiin viikkoihin ja maksimissaan muutamiin kuukausiin. Lyhytkestoiset laitosinterventiot ja hoitajakset ovat useimmiten riittämättömiä tuottamaan emotionaalisesti traumatisoituneelle narkomaanille riittävää turvallisuuden kokemusta maailmastamme, johon kuitenkin toivomme hänen nopeasti integroituvan.

Fyysistä riippuvuutta hoidetaan, mutta psyykinen ja sosiaalinen ovat vaarassa unohtua. Narkomaaneja ohjataan käyttämään korvaushoitolääkkeitä, jotta yhteiskuntamme muut haitat (rikollisuus, hiv) ja kuolleisuus vähenisivät (Aalto & Niemelä 2012). Narkomaanit eivät enää kuole, mutta elossa pitävät palvelut todellisten kuntoutumisen mahdollisuuksien kustannuksella ovat epäeettisiä ja toiminta ymmärtämätöntä. Palvelujärjestelmässä ei pääsääntöisesti ymmärretä traumatisoitumisen vaikutuksia narkomaanin valinnoille. Tai sitä, että itsetuhoisen elämäntapa narkomaanina on seurausta näkyvästä tai näkymättömästä traumatisoitumisesta. Asiakaslähtöinen päihdepalvelujärjestelmä on rakentunut

vastaamaan kysyntään. Jos järjestelmä ei kuitenkaan tuota tulosta; parantuneita, terveitä, täysivaltaisia, onnellisia kansalaisia, voidaan kysyä ovatko palvelut, joita addiktit haluavat niitä, joita addiktit tarvitsevat? Tuloksettomiksi jäävät hoitopalvelut eivät pysty tarjoamaan riittävää turvaa ja korjaavia kokemuksia luottamuksesta. Järjestelmä mittaa toimintakykyä, (vieroitus)oireettomuutta ja normaaliutta, ei onnellisuutta, eheyttä tai pysyvyyttä. Ammattilaisten tulisi luopua tietämisestään (arvioinnista ja asemasta) ja toisaalta ryhdistäytyä tietämisesään – tiedämme joitain asioita asiakasta paremmin, eihän meillä muuten voisi olla mitään annettavaa. Meidän on tiedettävä, miten toivutaan, että asiakkailta olisi toivoa.

Ikuiselta vaikuttava palvelujärjestelmän ongelma, miten kaksoisdiagnoosipotilaita tulisi hoitaa, mielenterveys- vai päihdeongelma ensin, voisi tulla ratkaistuksi sote-uudistuksen ja palveluiden integraation myötä. Hoitojärjestelmän tulisi luopua lokeroinnista ja oireiden mittaamisesta ja siirtyä kokonaisvaltaiseen ihmisen hoitamiseen ja kohtaamiseen (esim. Keroputaan malli). Emotionaalisesti traumatisoituneella ihmisellä on monta hyvää syytä käyttää päihteitä ja tulla hulluksi. Ammatilliseen mielenterveys- ja päihdetyöhön tarvitaan ymmärrystä traumasta ja rakenteellisen dissosiaation mielestä. Persoonan osien erillään olo tekee mahdottomaksi ymmärtää itsensä terveeksi, jonkun muun on ymmärrettävä ensin, kysyttävä oikeita kysymyksiä, kohdattava ihminen kaikkien osiensa ja koko tarinansa kanssa.

Parantumisesta ja toipumisesta kokonaan ei kirjoiteta missään. Tämä koskee huumeriippuvuutta ja traumatisoitumista ehkä erityisesti. Ammattilaisten kirjoissa ja mielissä mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivät ihmiset jäävät kuntoutujiksi määräämättömiksi ajoiksi elämään *lähes normaalia elämää*. Mitä on normaali elämä? Luulen, että olen elänyt ihan normaaliakin elämää kaikilla normaalin elämän mittareilla olematta itse edes olemassa. Onko normaali elämä alkuunkaan oikea toipumisen mittari? Jos toipumista mitataan asiantuntijoiden kehittämillä mittareilla; oireilla ja oireettomuudella sekä toimintakyvyllä, ollaan vaarassa ohittaa kokemustieto oleellisimmasta.

Psykoterapiapalveluiden tulee olla jatkossakin helposti saatavilla. Kaksi tai kolme vuotta ei riitä toipumiseen emotionaalisesta traumasta. Toipumiseen ei tarvitse myöskään mennä neljäätoista vuotta, mikäli järjestelmässä aletaan tunnistaa emotionaalinen traumatisoituminen ja lisäämään sen menestykselliseen hoitamiseen tarvittavaa osaamista. Tämän hetkinen palvelujärjestelmän todellisuus ei kaikin puolin ole linjassa tämän kanssa. Koko traumapsykoterapia vaikuttaa olevan terapiamaailman ei-arvostettu musta lammas. Esimerkiksi HUS Psykiatria on jättänyt traumaterapian kokonaan ulos ostamistaan terapiapalveluista (Suokas-Cunliffe 2016).

Psykoterapeuteilla on ammatillinen erityisasema palvelujärjestelmässämme. Vahvistaako erikoisasema validoituna terapiatyön ammattilaisena väärällä tavalla omaa ammatti-identiteettiä ja asiantuntijuutta? Ammattilaisten tulisi astua askel lähemmäs asiakasta tutkimaan yhdessä, mistä kaikessa kysymys. Huomioitavaa on, ettei kukaan ammattilaiseni psykodynaamisen psykoterapian jälkeen ollut psykoterapeutti. Osaamista kohtaamiseen ja traumatisoitumisen ymmärtämiseen löysin paremmin psykoterapiakoulutuksen ja -palveluiden ulkopuolelta.

Myös psykiatrian muutos institutionaaliseen ”oikein tietämisen” monumentista kohti ihmisen kohtaamista on väistämätön, jotta järjestelmä voisi perustella oman olemassaolonsa jatkossakin potilaan hoitamisen tavoitteilla. YK:n erityisasiantuntija psykiatri Danius Pûras toteaa raportissaan YK:lle psykiatrian tarvitsevan kipeästi muutosta: koko Eurooppaa koskevan psykiatrian ja mielenterveyspalveluiden muutoksen kärjen tulisi olla hierarkkisten valtasuhteiden purkamisessa ja ihmisoikeuksien kunnioittamisessa (Pûras 2017).

Toipumisprosessieni myötä olen kasvanut asiantuntijaksi myös omassa työssäni, jossa terapeutin yhteisöhoito vaikuttaa erityisesti turvallisuuden tunteen rakentumiseen ja vahvistaa siten sosiaalista kiinnittymistä, yhteyttä ja todellista osallisuutta. Työparini kanssa kehittämässämme huumeiden käyttäjien terapeutin yhteisöhoidon mallissa huomioidaan traumatisoitumisen ja mahdollisen emotionaalisen traumatisoitumisen vaikutukset elämänvalinnoille ja opetellaan tekemään uusia turvallisia valintoja. Yhteistyösuhteen ja vuorovaikutuksen

on pysyttävä aitona, rehellisenä ja ehdottoman oikeudenmukaisena herkässä terapeutin yhteisöhoitoorganismissa. (Peltoniemi 2017.) Terapeuttinen yhteisöhoito jo lähtökohtaisesti näkee riippuvuuden olevan seurausta ihmisen syvemmistä ongelmista, joten hoidon keskiössä riippuvuuden sijaan on ihminen kokonaisuutena (Ylitalo & Niemelä 2012; Munchel 2017).

Terapeutin yhteisöhoito konteksti sopii siten erinomaisesti sensitiiviselle turvalliselle kohtaamiselle ja korvaavien luottamusten saamiselle vaikuttaen ihmisen koko biopsykososiaaliseen kokonaisuuteen (vrt. Bunt 2016). Uusien kokemusten ja taitojen myötä elämä useimmiten vakautuu ja muuttuu turvallisiksi, kuten oma elämäni. Terapeutin yhteisöjen potentiaali ja hyvät hoitotulokset mielenterveys- ja päihdetyössä ohitetaan, koska palvelujärjestelmä on siirtynyt laskemaan ja mittaamaan ainoastaan vuorokausikustannuksia. (Ylitalo & Niemelä 2012, 132;138; Murto 2013, 111). Hoidon lopputuloksella; toipumisella, asiakkuuksien päättymisellä, onnellisuudella tai yhteiskuntaan palaamisella ei lasketa olevan merkitystä. Terapeutin yhteisöhoitojen käyttöä tulisi laajentaa kapeasta huumeidenkäyttäjien asiakasryhmästä koskemaan myös emotionaalisesti traumatisoituneita, jotka eivät ole ratkaisseet traumatisoitumisen aiheuttamaa psyykkistä tuskaa päihteillä.

JÄLKISANAT: KOKEMUKSESTA TIEDOKSI

Aivan kuin minua ei olisi. Autoetnografia emotionaalisesta traumasta ja toipumisesta on ylempi AMK opinnäytetyö, joka kertoo Mai Peltoniemen oman huumeriippuvuutta edeltäneen elämäntarinan ja monivaiheisten terapiaprosessien muuttumisesta ymmärrettäväksi emotionaalisen trauman ja rakenteellisen dissosiaation viitekehyksessä. Se on jatkoa AMK-opinnäytetyölle, jossa hän pohti sitä, miten lapsuuden ja nuoruuden kokemusten tutkiminen olisi saattanut tuottaa syy-yhteyksiä huumeriippuvuuteen johtaneeseen tapahtumakulkuun.

Suurimman osan esimerkiksi psyykkistä sairastumista ja huumeriippuvuutta käsittelevistä tutkimuksista ovat kirjoittaneet muut kuin niitä omakohtaisesti kokeneet tutkijat. Sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattilaiset ja tutkijat ovat kuvailleet ja kuvailevat sitä, millaisia toipujat ovat, millainen prosessi toipuminen on ja mitä syitä ongelmien taustalta voi löytyä. Psyykkisen sairauden tai huumeriippuvuuden tutkiminen omakohtaisesti koettuina ja elettyinä tapahtumina on uusi ja monella tavalla haastava tutkimustapa.

Oma elämä tutkimuksen kohteena, omien kokemusten, muistojen ja tunteiden käyttäminen tutkimusaineistona sekä oman ajattelun ja itsereflektion käyttäminen tutkimusvälineenä näyttää perinteisten tutkimusmenetelmien vastaiselta. Miten omia kokemuksiaan voi tutkia hukkumatta muistoihin, tunteisiin ja epätieteelliseen subjektiivisuuteen? Voiko elämäntarinastaan tai pitkäaikaisista ja vaikeista kokemuksista etäännyä riittävästi? Voiko niitä tarkastella tutkijana ikään kuin olisi niiden ulkopuolella? Onko niistä mahdollista luoda uutta tietoa?

Sinänsä ihmisten kokemusten ja tarinoiden tutkimisessa ei mitään ole uutta. Niitä on käytetty tutkimusaineistona jo kauan esimerkiksi filosofiassa, sosiologiassa, etnografiassa ja psykologiassa. Lisäksi vieraita kulttuureja tutkineet antropologit ovat vuosikymmenten aikana reflektoineet omia kokemuksiaan ja liittäneet pohdintoja tutkimusraportteihinsa. Etnografiasta ja löytyvätkin autoetnografisen kokemustutkimuksen juuret. Lähellä tai kaukana olevan tutkimuskentän

sijasta tutkija sukeltaa omaan maailmaansa, omaan elämäänsä, tunteisiin ja muistoihin. Autoetnografisen kokemustutkimuksen erityisyys ja samalla sen etu sekä haaste on siinä, että tutkija on yhtä aikaa tiedon tuottaja ja sen kokija, tutkija ja tutkittava.

Ulkopuolinen tutkija ei välttämättä olisi ymmärtänyt Mai Peltoniemen kokemaa oikein. Toisaalta voiko omia kokemuksiaankaan väittää ymmärtävänsä oikein? Omassa autoetnografiassani (Rissanen 2015) olen todennut, että ymmärrys ja kokemuksista tehdyt tulkinnat muuttuvat ajan kuluessa, mutta eikö näin käy kaikissa tutkimuksissa. Eikö ymmärryksen lisääntyminen ja käsitysten muuttuminen, myös tutkimuksen valmistumisen jälkeen, ole yksi tutkimuksen tavoitteista? Lisäksi erityisesti kokemusten tutkimisessa on olennaista kuitenkin se, osaanko tutkija välittää kokemuksia eteenpäin ja onko niillä merkitystä toisille.

Käyttämällä omia kokemuksiaan tutkimusaineistona, tutkija astuu monella tavalla tuntemattomalle polulle sekä menetelmällisesti että alistamalla kokemuksensa kritiikille ja arvioinnille sekä itsensä stigmatisaatiolle ja ennakkoluuloille. On muistettava, että omakohtaisia kokemuksia aineistona käyttävä tutkimus on tutkimus, ei omaelämäkerta. Tutkijan on kyettävä etäännyttämään elämästään ja tarkasteltava sitä ja menetelmäänsä kriittisesti. On myönnettävä tutkimuksen yleistettävyyden rajat; kyse on yhden ihmisen tarinasta. Toisaalta jokainen ihminen, elämä, tarina ja kokemus on aina jollakin tavalla erityinen, mutta ihmisyydessään niissä on myös jotain samaa, yhteistä ja jaettavaa. Yhtä tarinaa tutkimalla on mahdollista löytää, jotain joka koskettaa muitakin. On myös muistettava, että kaikki tutkimukset ovat tarinoita, jotka kartuttavat tiettyyn hetkeen ja kulttuuriin kuuluvaa mallitarinoiden varantoa.

Oleellista on se, ettei Mai tutkimustarina kerro elämästä, huumeriippuvuudesta ja toipumisesta ulkokohtaisesti, vaan hän kertoo sen itsensä kautta. Tutkimuksena se on hyvin henkilökohtainen prosessi. Tämä liittyy tutkimustavan kokemusasiantuntijuuteen, jonka ytimenä on vaikeiden ja usein ahdistavien kokemusten kääntyminen voimavaraksi. Autoetnografisessa kokemustutkimuksessa kokemukset kääntyvät tutkimusaineistoksi, jonka avulla voi lisätä ymmärrystä ja tuottaa tietoa. Tuomalla tarinansa julkiseksi tutkimustekstinä on mahdollista yritt-

tää vaikuttaa myös mielenterveysongelmiin ja huumeriippuvuuteen kohdistuviin asenteisiin sekä ennakkoluuloihin, samalla altistaen itsensä niille. Uskon, että itsensä altistaminen, asioiden näkyväksi tekeminen on paras tapa häivyttää häpeää ja stigmaa.

Tutkimuksen kautta omakohtaisesta, helposti kielteiseksi ja epäonnistumiseksi luettavasta, kokemuksesta voi nousta jotain uutta ja arvokasta. Jotain, jonka avulla lukijan on mahdollista ymmärtää toisia ihmisiä ja ehkä itseäänkin paremmin, ammattiauttajan kehittää työtapojaan ja asiakkaan kohtaamista sekä sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän lisätä osallisuutta ja asiakaslähtöisyyttä. Yksittäiset tarinat voivat olla vaikuttavia, kun ne tulevat kuulluksi ja vain jos ne tulevat kuulluksi.

Tutkimuksen tavoitteena on myös asiakkaan ja ammattilaisen roolien välisen joskus hyvinkin tiukan rajan rikkominen. Eettinen ja hyvä asiakastyö edellyttää sitä, että työntekijä tuntee itsensä, omat särönsä ja on valmis korjaamaan niitä. Ammattilaisen on nähtävä toipumisen mahdollisuus sekä itsessään että asiakkaissaan. Tutkimuksessa kerrotaan myös siitä, miten asiakkaan hauras mieli voi hajota kohtaamattomuuden kokemuksissa ja kuinka intuitiota seuraamalla tasavertaisessa yhteistyössä on mahdollista toipua elämän mittaisesta kompleksisesta traumatisoitumisesta.

Haasteista huolimatta autoetnografinen tutkimustapa voi olla oman toipumisen väline, sen avulla voi tuoda toivoa toisille kuntoutujille, heidän läheisilleen ja ammattilaisille sekä tietoa sosiaali- ja terveyspalvelujen suunnittelun pohjaksi. Tutkimuksen kautta on mahdollista kertoa elämästä, kohtaamisen, asiakassuhteiden ja palvelujärjestelmän merkityksestä, toipumisesta, toivosta... kaikesta inhimillisestä ja tärkeästä, niistä asioista, joita me kaikki elämän varrella koostamme, olimmepa tutkijoita, asiakkaita, ammattilaisia, päättäjiä, huumeriippuvaisia tai psyykkisesti sairastuneita, sillä kuitenkin me kaikki olemme ennen kaikkea ihmisiä.

Päivi Rissanen, VTT, kokemustutkija,

Terveystieteiden (sosiaalipsykiatria) jatko-opiskelija

LÄHTEET

- Aalto, M. & Niemelä, S. (2012). *Opioidikorvaushoidon tehokkuus*. Käypä hoito: Näytönastekatsaus. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim Saatavilla:
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak05141>
- Ankersmit, F. (2005). *Sublime historical experience*. Stanford, California: Stanford University Press.
- Appel, K. (2017). "Hyvä lapsi kasvattaa itse itsensä" – Moraalipuhe Lapsi ja nuorisolehdessä 1940- ja 1950-luvun kasvatuskäsitysten, ihmiskuvan ja arvojen sekä niiden muutosten kuvaajana. (Pro Gradututkielma, Jyväskylän yliopisto, Historian ja etnologian laitos) Saatavilla 5.10.2017
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/54033/URN%3ANBN%3Afi%3Aju-201705182414.pdf?sequence=1>
- Aromaa, E. (2011). *Attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland*. Tutkimus 69/2011. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL).
- Aron, W.S. (1975). *Family background and personal trauma among drug-addicts in united-states – Implications for treatment*. British Journal of Addiction, 70, 295–305.
- Asberg, K. & Renk, K. (2012). *Substance use coping as a mediator of the relationship between trauma symptoms and substance use consequences among incarcerated females with childhood sexual abuse histories*. Substance Use & Misuse 47, 799–808.
- Beresford, P. (2003). *It's Our Lives: A short Theory of Knowledge, Distance and Experience*. London: OSP for Citizen Press in association with Shaping Our Lives.
- Beresford, P. (2008). Keskustelu Peter Beresfordin kanssa. Teoksessa Beresford, Peter & Salo, Markku (2008) *Kokemuksen muodonmuutos: Kohti palveluiden käyttäjien omaa tutkimustoimintaa*. Helsinki: Mielen terveyden keskusliitto, 87–111.

- Boylorn, R., Orbe, M. & Ellis, C. (2013). *Critical Autoethnography*. California; Left Coast Press.
- Brady, K.T. & Back, S.E. (2012). *Childhood trauma, posttraumatic stress disorder, and alcohol dependence*. *Alcohol Research-Current Reviews*, 34, 408–413.
- Brown, V.B.; Harris, M.; & Fallot, R. (2013). *Moving toward trauma-informed practice in addiction treatment: A collaborative model of agency assessment*. *Journal of Psychoactive Drugs*, 45, 386–393.
- Bunt, G. (2016). *Yhteisöhoito ja päihdelääketiede – ystävät vai viholliset?* Huu-metyöläisten neuvottelupäivät 30.5.2016. Luentomateriaali tekijän hallussa. Helsinki: Stery ry.
- Campbell, J. (2009). Methods. Teoksessa Wallcraft, Jan; Schrank, Beate; Amering, Michaela (toim.) *Handbook of Service User Involvement in Mental Health Research*. World Psychiatric Association. Chichester, West Sussex, UK; Hoboken, N.J.: Wiley-Blackwell, 113–137.
- Chang, H. (2008). *Autoethnography as Method*. Walnut Creek, Left Coast Press.
- Chang, H.; Faith, N. & Hernandez, K-A. (2016). *Developing Qualitative Inquiry: Collaborative Autoethnography*. California: Routledge
- Ellis, C. & Bochner, A. (2000) Autoethnography, personal narrative, reflexivity. Teoksessa Norma K. Denzin & Yvonna S. Lincoln (toim.) *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage, 733–768.
- Ellis, C. (2007). *Telling Secrets, Revealing Lives. Relational Ethics in Research With Intimate Others*. *Qualitative Inquiry*. Volume 13 Number 1. January 2007 3-29. Sage Publications.
- Ellis, C. (2009). Book Review. The article reviews the book "Autoethnography As Method," by Heewon Chang. *Biography: An Interdisciplinary Quarterly*. Spring 2009, Vol. 32 Issue 2, s. 360-363. 4p.
- Ellis, C.; Kiesinger, C.E. & Tillmann-Healy, L. (1997). *Interactive Interviewing: Talking About Emotional Experience*. Teoksessa Hertz, Rosanna (toim.) *Reflexivity & Voice*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage, 119–149.

- Enckell, H. (2015). Psykoanalyysi ja psykoanalyttiset terapiat. Teoksessa Matti O. Huttunen & Hely Kalska (toim.) *Psykoterapiat*. Riika: Livonia Print, 26–51.
- Epävakaata persoonallisuutta. Käypä hoito -suositus (23.6.2015). Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavilla <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50064>
- Erkkilä, R. (2008). Narratiivinen kokemuksen tutkimus: koettu paikka, tarina ja kuvaus. Teoksessa Perttula, Juha & Latomaa, Timo (toim.) *Kokemuksen tutkimus: Merkitys – tulkinta – ymmärtäminen*. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 195–226.
- Evidence-based principles for supporting the recovery of children in care*. CFCA Practitioner Resource. Australian government. Australian Institute of Family Studies. Saatavilla 10.8.2017 <https://aifs.gov.au/cfca/publications/effect-trauma-brain-development-children>.
- Evren, C.; Cinar, O.; Evren, B.; Ulku, M.; Karabulut, V. & Umut, G. (2013). *The mediator roles of trait anxiety, hostility, and impulsivity in the association between childhood trauma and dissociation in male substance-dependent inpatients*. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 158–166.
- Ford, J.D.; Hawke, J.; Alessi, S.; Ledgerwood, D. & Petry, N. (2007). *Psychological trauma and PTSD symptoms as predictors of substance dependence treatment outcomes*. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2417–2431.
- Hammersley, R.; Dalgarno, P.; McCollum, S.; Reid, M.; Strike, Y.; Smith, A.; Wallace, J.; Smart, A.; Jack, M.; Thompson, A. & Liddell, D. (2016). *Trauma in the childhood stories of people who have injected drugs*. Department of Psychology, University of Hull, Hull, UK, Department of Psychology, Glasgow Caledonian University, Glasgow, UK, and Scottish Drugs Forum, Glasgow, UK. *ADDICTION RESEARCH & THEORY*, 2016 VOL. 24, NO. 2, 135–151
- Harris, M. & Fallot, R.D. (2001). *Designing trauma-informed addictions services*. *New Directions for Mental Health Services*, 89, 57–73.

- Healy, K. (2005). *Social Work Theories in Context: Creating Frameworks for Practice*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Helsingin Psykoterapeuttiyhdistys ry (2017). *Psykoterapiat Saatavilla* 14.10.2017 <https://www.helsinginpsykoterapiayhdistys.fi/5>
- Huttunen, M. (2015). *Akuutti stressireaktio F 43.00*. Terveyskirjasto. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00191 Kustannus oy Duodecim. Viitattu 12.2.2017
- Huttunen, M. O. (2009). Alkusanat suomalaiseen laitokseen. van der Hart, O.; Nijenhuis, E. & Steele, K. *Vainottu mieli: Rakenteellinen dissosiaatio ja kroonisen traumatisoitumisen hoitaminen*. Traumaterapiakeskus.
- Hyväri, S. & Rissanen, P. (2014). *Kuntoutujien kokemustutkimuksen menetelmät*. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 51: 4, 289–300.
- Hyväri, S. (2001). *Vallattomuudesta vastuuseen: Kokemuksen politiikan sankaritarinoita*. Akateeminen väitöskirja. Vankeinhoidon koulutuskeskuksen julkaisu 3. Helsinki: Tietosanoma Oy.
- Hyväri, S. (2011). Esipuhe. Teoksessa Peltoniemi M. (2011). *Normaali narkomaani? Kokemustutkimus huumeriippuvuudesta, hoidosta ja toipumisesta*. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja B Raportteja 49. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Hänninen, V. & Koski-Jännes, A. (1998). *Narratives of Recovery from Addictive Behaviours*. Teoksessa Hänninen, Vilma & Valkonen, Jukka (toim.) (1998) *Kunnon tarinoita. Tarinallinen näkökulma kuntoutukseen*. Helsinki: Kuntoutussäätiö, tutkimuksia 59/98, 157–175.
- Hänninen, V. (1999). *Sisäinen tarina, elämä ja muutos*. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Härmä, V. (2016). *Millainen ihminen pärjää työelämässä?* Blogi-kirjoitus, Suomen Kuvalehti (6.10.2016). Saatavilla 13.10.17 <https://suomenkuvalehti.fi/ajolahto/2016/10/06/millainen-ihminen-parjaa-tyoelamassa/>
- Joukanen, S. (2015). *Lääkkeiden päihdekäytön taustalla on usein traumatisoituminen*. SIC! Lääketietoa Fimeasta 1/2015.

- Knuuti, U. (2007). *Matkalla marginaalista valtavirtaan. Huumeidenkäytön lopettaneiden elämäntapa ja toipuminen*. Helsinki: Yhteiskuntapolitiikan laitoksen tutkimuksia.
- van der Kolk, B. (2017a). *The Evolution of Trauma Treatment Psychotherapy Networker*. Washington DC. PESI. Inc. 2017. Saatavilla 13.8.2017 <https://psychotherapynetworker.org/blog/details/1130/the-evolution-of-trauma-treatment>
- van der Kolk, B. (2017b). *Jäljet kehossa. Trauman parantaminen aivojen, mielen ja kehon avulla*. Tallinna: Viisas Elämä Oy.
- Kuntoutussäätiö (2017). Tutkimus. *Kuntoutumisen ja kuntoutuksen tutkimus* Saatavilla 29.1.2017 <https://kuntoutusportti.fi/tutkimus/>
- Laitinen, M. (2009) Ajan Tabut. Teoksessa Merja Laitinen & Anneli Pohjola (toim.) *Tabujen kahleet*. Tallinna: Vastapaino, 5–16.
- Leikola, A. (2014). *Katkennut totuus. Traumatutkimus. Emotionaalinen trauma, rakenteellinen dissosiaatio ja psykopatologia*. Espoo: PROMETHEUS kustannus Oy.
- Leikola, A. (2015). Traumapsykoterapiat. Persoonallisuuden rakenteellisen dissosiaation malli. Teoksessa Matti O. Huttunen & Hely Kalska (toim.) *Psykoterapiat*. Riika: Livonia Print, 144–150.
- Leikola, A. (2016). *Autonominen hermosto ja turvallisuus*. Pelastakaa lapset – Rädda Barnen. 2/2016, 28–31.
- Leikola, A.; Mäkelä, J. & Punkanen M. (2016). *Polyvagaalinen teoria ja emotionaalinen trauma*. Katsaus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2016; 132(1):55–61.
- Leino, M. (2012) Talentian Kevätkohtaus 23–25.3.2012. TaSO ry. Saatavilla 18.10.2017 https://tasory.files.wordpress.com/2012/08/talentian_kevc3a4tkohtaus_230312.pdf
- Leinonen, O. (2017). Butoh – mahdollisuus oivaltaa itsensä. Saatavilla 31.8.2017 <http://www.oskuleinonen.com/butoh/>
- Lindqvist, M. (1990). *Auttajan varjo. Pahuuden ja haavoittuvuuden ongelma ihmistyön etiikassa*. Helsinki: Otava.
- Lönnqvist, J. (1999). Potilaan tutkiminen ja mielenterveyden häiriöiden luokittelu. Teoksessa Lönnqvist, Jouko; Heikkinen, Martti; Henriksson,

- Markus; Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim, 19–49.
- Lönnqvist, J. (2015). *Mielenterveys- ja päihdepalvelut soteintegraation myllyryksessä* 165–171. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Miten tästä eteenpäin? THL
- Marttunen M. & Haravuori H. (2015). Nuorison tilanne – miksi nuoret syrjäytyvät vai syrjäytyvätkö? *Mielenterveys ja päihdesuunnitelma 2009–2015 – Miten tästä eteenpäin?* THL, 83–102.
- Mattila-Aalto M. (2009). *Kuntoutusosallisuuden diagnoosi. Tutkimus entisten rappiokäyttäjien kuntoutumisen muodoista, mekanismeista ja mahdollisuuksista*. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 81/2009.
- de Mause, L. (2003). Traumat politiikan ja historian näyttämöillä. Soili Haaramo ja Kirsti Palonen (toim.) *Trauman monet kasvot: Psykkinen trauma sisäisenä kokemuksena*. Pieksämäki: Therapie-säätiö. 97–161.
- McCauley J.L.; Danielson, K.C.; Amstadter, A.B.; Ruggiero, K.J.; Resnick H.S., Hanson, R.F.; Smith, D.W.; Saunders, B.E.; & Dean G. Kilpatrick, D.G. (2010). *The role of traumatic event history in non-medical use of prescription drugs among a nationally representative sample of US adolescents*. *J Child Psych* 2010; 51(1): 84–93.
- McCauley, J.L.,; Amstadter, A.B.; Danielson, K.C.; Ruggiero, K.J.; Kilpatrick, D.G. & Resnick H.S. (2009). *Mental health and rape history in relation to non-medical use of prescription drugs in a national sample of women*. *Addict Behav* 2009; 34(8): 641–8.
- McLean, S. (2016). *The effect of trauma on the brain development of children*
- Metteri, A. (2000). Sosiaalityön vaikeiden tilanteiden tutkiminen. Teoksessa Synnöve Karvinen, Tarja Pösö & Mirja Satka (toim.) *Sosiaalityön tutkimus*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 237–261.
- Mielenterveyden keskusliitto (2015). *Mielenterveyskuntoutujien kokemaa leimaa on tutkittu*. Saatavilla 27.10.2017
<http://mtkl.fi/mielenterveyskuntoutujien-kokemaa-leimaa-tutkittu/>
- Munchel, W. (2017). *Trauma Is the Gateway Drug – an Ace’s Informed Approach to Substance Abuse Treatment*. Morning Zen 9.7.2017. Children’s Mental Health Network. Saatavilla 2.8.2017
<http://www.cmhnetwork.org/media-center/morning-zen/trauma-is->

the-gateway-drug-an-aces-informed-approach-to-substance-abuse-treatment

- Murray, C.J., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A.D. & Michaud, C. ym. (2012). *Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010*. *Lancet*. 380:2197–223.
- Murto, K. (1997). *Yhteisöhoidon suuntauksia*. Jyväskylän Koulutuskeskus Oy. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Murto, K. (2013). *Terapeuttinen yhteisö*. Porvoo: Yhteisö Akatemia.
- Musicant, S. (1994). *Authentic Movement and Dance Therapy*. *American Journal of Dance Therapy* 9/1994. *American Dance* Vol. 16, No. 2, Fall/Winter 1994 91. Therapy Association. 92–101
- Nijenhuis, E. R. S. (2015). *The Trinity of Trauma: Ignorance, Fragility, and Control. The Evolving and Facts of Dissociation in Trauma*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Nijenhuis, E. R. S. (2017). *The Trinity of Trauma: Ignorance, Fragility, and Control. Enactive Trauma Therapy*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Nykänen, A-S. (2017). *Aikuisten raipparangaistuksista luovuttiin Suomessa ennen kuin lasten piiskaaminen kiellettiin – raippaa tuli vankilassa ja armeijassa mutta myös työpaikoilla*. Kulttuuri. Helsingin Sanomat 10.9.2017.
- Paananen, R-.; Ristikari, T.; Merikukka, M.; Rämö, A. & Gissler, M. (2012). *Lasten ja nuorten hyvinvointi Kansallinen syntymäkohortti 1987 - tutkimusaineiston valossa*. RAPORTTI 52 | 2012. Helsinki: THL.
- von der Pahlen, B. & Marttunen, M. (2012). Nuoret ja huumeet. Teoksessa Kaija Seppä, Mauri Aalto, Hannu Alho & Kalervo Kiiänmaa (toim.) *Huume- ja lääkeriippuvuudet*. Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim, 213–223.
- Partanen, A.; Moring, J.; Bergman, V.; Karjalainen, J.; Kesänen, M.; Markkula, J.; Marttunen, M.; Mustalampi, S.; Nordling, E.; Partonen, T.; Santalahti, P.; Solin P.; Tuulos, T. & Wuorio, S. (2015) Esipuhe. *Mielen-terveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015 – Miten tästä eteenpäin?* Tampere: THL. 3–4.

- Peltoniemi, M. (2011). *Normaali narkomaani? Kokemustutkimus huumeriippuvuudesta, hoidosta ja toipumisesta*. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja B Raportteja 49. Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Peltoniemi, M. (2017). Kunnolliseksi mieheksi ja arvokkaaksi naiseksi – päihdehoito terapeuttisessa yhteisössä, 75–96. Teoksessa Hanna Kiuru & Minna Strömberg-Jakka (toim.) *Seksuaalisuuden tabut suljetuissa yhteisöissä*. EU: UNIpress.
- Pohjola, A. (2009). Tabut auttamisen paradoksina. Teoksessa Merja Laitinen & Anneli Pohjola (toim.) *Tabujen kahleet*. Tallinna: Vastapaino, 69–89.
- Porges, S. (2011). *The polyvagal theory: neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, self-regulation*. New York: W. W. Norton & Company. Inc.
- Pûras, D. (2017). *Human Rights, Mental Health and Changes in the Role of Psychiatry*. WPA Inter zonal congress. Lithuanian Psychiatric Association. Saatavilla 13.10.17
<http://wpavilnius2017.com/abstracts/human-rights-mental-health-and-changes-in-the-role-of-psychiatry/>
- Rissanen P. (2015). *Toivoton tapaus? Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta*. Väitöskirja. Helsinki: Kuntoutussäätiön tutkimuksia 88/2015.
- Rissanen, P. (2007). *Skitsofreniasta kuntoutuminen*. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto
- Romakkaniemi, M. (2011). *Masennus: Tutkimus kuntoutumisen kertomusten rakentumisesta*. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Lapponiensis 209. Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.
- Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (toim.), (2005). (toim.) Haastattelu. *Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus*. Tampere: Vastapaino.
- Savukoski, M. (2008) *Vapaaksi anoreksian kahleista: Narratiivinen tutkimus selviytymispoluista*. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Lapponiensis 142. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

- Schulman, G. (2003). Sietämättömän kestämisestä eheytymiseen: Objektin sisällyttämiskyky ja trauman integrointi. . Soili Haaramo ja Kirsti Palonen (toim.) *Trauman monet kasvot: Psyykkinen trauma sisäisenä kokemuksena*. Pieksämäki: Therapie-säätiö. 162–187.
- Seikkula, J. & Alakare, B. (2004). *Avoim dialogi: vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoitojärjestelmässä*. Katsaus. Terveyskirjasto. Duodecim 2004; 120:289–96. Saatavilla 3.8.2017
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo94071.pdf>
- Serenius, M. (2003) Muistin taistelu unohdusta vastaan. Soili Haaramo ja Kirsti Palonen (toim.) *Trauman monet kasvot: Psyykkinen trauma sisäisenä kokemuksena*. Pieksämäki: Therapie-säätiö. 14–48.
- Siegel, D. (2009). Vuorovaikutteisen neurobiologian näkökulma. *Trauma ja keho. Sensorimotorinen psykoterapia*. Kappale XII. Oulu: Traumaterapiakeskus.
- Siponmaa, K. (2014). *Mielen sairastumisesta voi parantua – Keroputaan mallissa kohdataan potilas ihmisenä*. YLE. Kotimaa 14.9.2014. Saatavilla 5.11.2017 <https://yle.fi/uutiset/3-7452980>
- Stern, D.N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: W. W. Norton & Company. Preface xi–xx.
- Stromsted, T. (2009). *Authentic Movement: A dance with the divine*. Body, Movement and Dance in Psychotherapy. An International Journal for Theory, Research and Practice. Volume 4, 2009. Routledge. Taylor & Francis Group. 201–213.
- STT (2006). Terapiasukupolvi etsii uskoa, toivoa ja rakkautta. Kaleva 18.12.2006. Saatavilla 13.10.17
<http://www.kaleva.fi/uutiset/kulttuuri/terapiasukupolvi-etsii-uskoa-toivoa-ja-rakkautta/121167/>
- Suokas-Cunliffe, A. (2016). *Traumapsykoterapeutit kilpailun ulkopuolella*. 21.4.2016. Saatavilla 26.10.2017
<https://www.traumaterapiakeskus.com/>
- Suomen EMDR-yhdistys b. *Trauma*. Saatavilla 13.8.2017
<http://www.emdr.fi/trauma.html>
- Suomen EMDR-yhdistys, a. *EMDR - lähestymistapa psyykkisten traumojen hoidossa*. Saatavilla 13.8.2017 <http://www.emdr.fi/emdr.html>

- Suvisaari, J. (2015). Millaiselta mielenterveys- ja päihdeongelmakenttä näyttää vuonna 2015? *Mielenterveys ja päihdesuunnitelma 2009–2015 – Miten tästä eteenpäin?* THL, 13–20.
- Svedberg, L. (1995). *Marginalitetet. Ett socialt dilemma*. Lund: Studentlitteratur.
- Traumaterapiakeskus (2016). *Psyykinen trauma*. Saatavilla 1.11.2017
<https://www.traumaterapiakeskus.com/18>
- Traumaperäinen stressihäiriö* (online). Käypä hoito -suositus (17.12.2014). Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavilla:
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50080>
- Wallcraft, J., Nettle M. (2009). History, context and language. Teoksessa Wallcraft J, Schrank B, Amering M. (toim.) *Handbook of Service User Involvement in Mental Health Research*. Chichester : A John Wiley & Sons, Ltd Publication, 1–11.
- Varis, L. (2014). *Ongelmia ei enää hävetä – terapiasukupolvi uskaltaa hakea apua*. YLE Uutiset 18.12.2014. Saatavilla 13.10.2017
<https://yle.fi/uutiset/3-7693716>
- Väyrynen, S. (2007). *Usvametsän neidot: tutkimus nuorten naisten elämästä huume kuvioissa*. Väitöskirja. Lapin yliopisto. Saatavilla
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-484-911-1>
- YLE, Suomi (tuotanto) (2017). *YLE Perjantai. Seuraa johtajaa*. 10.2.2017 YLE TV1. Saatavilla YleAreena <http://areena.yle.fi/1-3823484>
- Ylikomi, R. & Virta, V. (2008). *Raiskaustrauman hoito. Opas CPT-menetelmän käyttöön*. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Ylitalo S. & Niemelä, S. (2012). Huumeiden käyttäjien yhteisöhoito. Teoksessa Kaija Seppä, Mauri Aalto, Hannu Alho & Kalervo Kiiänmaa (toim.) *Huume- ja lääkeriippuvuudet*. Kustannus Oy Duodecim. Saarijärvi: Saarijärvenoffset Oy, 132–138.