



**Diak**

**Tarmo Huttunen**  
Diakonia-ammattikorkeakoulu  
Sairaanhoitaja (AMK)  
Opinnäytetyö, 2022

# **PUHUMISEEN TARVITAAN SANOJA**

**Sanoja dissosiaatiohäiriöstä kärsivälle, heidän omaisilleen ja ammattilaisille**

---

## TIIVISTELMÄ

Tarmo Huttunen

Puhumiseen tarvitaan sanoja -Sanoja dissosiaatiohäiriöstä kärsivälle, heidän omaisilleen ja ammattilaisille.

54 sivua, sisältäen yhden liitteen

Syyslukukausi 2022

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

Dissosiaatiohäiriön ja dissosiaatio-oireiden hoitotyössä psykososiaalinen tuki ja psykoedukaatio ovat keskeisiä menetelmiä.

Opinnäytetyössä pyrittiin kehittämään dissosiaatiohäiriöstä tai dissosiaatio-oireista kärsivien potilaiden hoitotyössä käyttökelpoista psykoedukaation tuki-materiaalia.

Opinnäytetyön prosessissa tehtiin kaksivaiheinen tiedonhaku ja kirjoitettiin kuvaileva kirjallisuuskatsaus aiheesta. Tiedonhaun perusteella dissosiaatio-oireista tai dissosiaatiohäiriöstä kärsivät potilaat ovat heterogeeninen ryhmä, joilla on laaja kirjo erilaisia oireita ja terveystarpeita. Myöskin hoidon tarpeet ja menetelmät ovat vaihtelevia. Tiedonhaun tulosten perusteella yhdistäväksi tekijäksi onnistuneelle hoidolle eri potilaiden kesken oletettiin onnistunut käsitteellistämisen prosessi, joka dissosiaatioilmiöiden kyseessä ollessa voi kuitenkin olla hankala. Tukimateriaalin tärkeimmäksi funktioksi valikoitui siksi käsitteellistämisen tukeminen ja tässä prosessissa tarpeellisten käsitteiden esittely.

Kirjallisuuskatsauksen perusteella kehitettiin potilasohjauksessa hyödynnettävää materiaalista luonnos, jota kehitettiin ammattilaisilta ja potilailta pyydetyn palautteen perusteella potilasoppaaksi. Palautetta pyydettiin erityisesti oppaan peruslähtökohdasta, käsitteellistämisen prosessin tukemisesta. Missään palautteessa tätä lähtökohtaa ei kyseenalaistettu tai tarjottu vaihtoehtoisia lähestymistapoja.

Asiasanat: dissosiaatiohäiriöt, potilasohjaus, traumatisoituminen

## ABSTRACT

Tarmo Huttunen

Need of common words – words for speaking about dissociative symptoms

54 pages, including one appendice

Autumn 2022

Diaconia University of Applied Sciences

Bachelor's Degree Programme in Health Care

Degree: Bachelor of Health Care

Treatment of dissociative disorder and dissociative symptoms generally relies on psychosocial support and psychoeducation.

The purpose of this thesis was creating supporting material for psychoeducation to be used for treatment of dissociation disorder or dissociative symptoms.

The process of creating the support material, the leaflet, was done with a two-stage information search. Results of information search suggests that patients with dissociative disorder or dissociative symptoms are a heterogeneous group with differing symptoms and needs. Naturally also needs for treatment and methods in treatment process differs widely. In this thesis the process of conceptualization was considered as key factor in the successful treatment process. This process can be challenging when dealing with dissociative symptoms or disorder. The supporting process of conceptualization was chosen to be the main purpose of the supporting material.

Feedback from patients and from professionals was also asked and considered while creating the supportive material. Feedback was specially asked about the chosen main purpose of supporting material, the support of the conceptualization process. None of feedback givers criticized this key point or suggested an alternative view.

Keywords: patient counseling, dissociative disorder, traumatization

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	4
2 TIEDONHAKU .....	5
2.1 Toisen vaiheen tiedonhaku .....	6
2.1 Dissosiaatio.....	8
2.2 Dissosiaatiohäiriöt.....	9
2.2 Persoonan rakenteellinen dissosiaatio.....	10
2.3 Dissosiaatio-oireet ja niiden epidemiologia .....	11
2.4 Identiteettihäiriö ja näkemyksen kritiikki .....	12
2.4.1 Itsen kanssa väittely ja äänien kuuleminen oireena .....	13
2.5 Dissosiaatiohäiriön hoito .....	14
2.5.1 Psykososiaalinen hoito .....	16
2.5.2 Hoidon vaiheistaminen.....	17
2.5.3 Lääkehoito .....	17
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE .....	19
4 OPINNÄYTETYÖPROSESSIN KUVAUS .....	20
4.1 Oppaan suunnittelu.....	21
4.3 Psykoedukaatio terveydenhuoltojärjestelmän velvollisuutena ...	23
4.4 Käsitteiden tarve psykoedukaatiossa .....	24
4.6 Oppaan lähtökohdat.....	26
4.7 oppaan toteutus ja arviointi .....	27
4.8 Käytetyt työvälineet .....	31
5 POHDINTA .....	31
5.1 Eettiset näkökohdat ja luotettavuus.....	32
5.2 Tavoitteiden saavuttaminen .....	32
5.3 Jatkokysymykset .....	33
LÄHTEET.....	34
LIITE 1: Opinnäytetyössä tuotettu psykoedukaation tukimateriaali: .....	36

# 1 JOHDANTO

Dissosiaatiohäiriöt saattavat olla yleisempiä kuin aiemmin on uskottu (Gentile, Snyder & Gillig, 2014, s. 40). Tiedonpuute ilmiöstä laskee potilaiden saaman hoidon laatua. Todennäköisesti on olemassa suhteellisen laaja joukko potilaita, jotka kärsivät trauman seurauksena syntyneen persoonan rakenteellisen dissosiaation aiheuttamista oireista. Nämä henkilöt kärsivät erityisesti lapsuuden kiintymyssuhteissa syntyneistä traumaista, eivätkä he tule ymmärretyiksi ja sitä kautta jäävät ilman toimivaa hoitoa. (Leikola, 2014, s. 26.)

Tuoretta tutkimustietoa asiasta on kuitenkin saatavissa. Dissosiaatiohäiriön hoidossa psykososiaalinen tuki ja psykoedukaatio ovat tärkeässä osassa. Tämä opinnäytetyö sisältää kirjallisuuskatsauksen sekä hoitotyön psykoedukaatioon tarkoitetun tukimateriaalin, eräänlaisen potilasoppaan. Työn raportoinnissa kuvataan tukimateriaalin kirjoittamisprosessi ja tehdyt valinnat.

Työelämäkumppanina ja opinnäytetyön tilaajana on Sisä-Savon kansanterveys-työn kuntayhtymän Mielenterveyskeskus Suonenjoella.

## 2 TIEDONHAKU

Opinnäytetyön tiedonhakuprosessi oli kaksivaiheinen ja tuotoksena syntyi kuvai-leva kirjallisuuskatsaus, jota ei kuitenkaan kokonaisuutena julkaistu opinnäyte-työssä.

Ensimmäisen vaiheen tiedonhaun tarkoituksena oli ottaa haltuun asiaa koskevat käsitteet ja keskeinen teoretieto. Tämän perusteella muotoutuivat toisen vaiheen tiedonhaun tutkimuskysymykset sekä opinnäytetyön toteutustapa ja kirjoitettavan potilasoppaan lähtökohdat.

Dissosiaatiohäiriötä käsittelevää materiaalia löytyi jonkin verran, myös suomen-kielistä. Mielikuvaksi tiedonhaun alkuvaiheessa jäi kuitenkin, että dissosiaatio-oi-reet ovat heikosti tunnettuja ja tiedon puute sekä erityisesti dissosiaatio-oireiden käsitteellistämistä koskevat vaikeudet heikentävät potilaiden saaman hoidon laa-tua.

Suomenkielistä materiaalia etsin Medic-tietokannasta sekä viitehaulla. Haku-osumien määrästä selviää, että dissosiaatiohäiriötä käsitteleviä artikkeleja löytyy melko hyvin suomeksi, mutta dissosiaatiohäiriötä psykoedukaation yhteydessä käsittelevää materiaalia ei juurikaan ole löydettävissä, samoin dissosiaatiohäi-riöpotilaan omaisten tukemisesta ei suomenkielistä kirjallisuutta alustavassa haussa löytynyt. Tämähän ei välttämättä tarkoita, etteikö mielenterveyshäiriöistä kärsivien potilaiden omaisten tukemisesta olisi tietoa saatavissa, mutta avoimeksi jäi millaista tietoa olisi hyödyllistä antaa juuri dissosiaatiohäiriön yhteydessä. Me-dic- tietokannassa esimerkiksi haku fraasilla "sosiaalinen tuki" tuottaa 1166 osu-maa, mutta fraaseilla "sosiaalinen tuki" AND dissosiaatio\* ei anna yhtään osu-maa.

Ensimmäisen vaiheen tiedonhaussa painotettiin hoitotyön yleisiä tiedonlähteitä, varsinkin Lääkäriseura Duodecimin julkaisuja jotka lienevät tärkeimpiä Suo-messa mielenterveyden hoitotyön ja psykiatrian käytäntöä teoriasolla ohjaavia lähteitä. Näistä lähteistä tietoa etsittiin myös viitehaun keinoin. Hoitotyön

konsensus on pitkän ajan kuluessa kehittyvä ilmiö, ja ensimmäisen vaiheen tiedonhaussa onkin hyväksytty myös vanhempia lähteitä kuin toisessa vaiheessa.

Alustavan tiedonhaun perusteella päädyttiin käsitykseen, että opinnäytetyössä tuotettavan psykoedukaation tarkoitettun materiaalin kannattaa keskittyä dissosiaatiohäiriöistä keskustelemisen tukemiseen, käsitteiden esittelyyn. Keskeiseksi hoitoa ohjaavaksi käsitteeksi nousi dissosiaation, dissosiaatiohäiriöiden ja oirekuvausten lisäksi myös persoonan rakenteellisen dissosiaation teoria. Kyseinen teoria näyttää olevan muodostumassa teoreettiseksi viitekehyykseksi hoidossa, myös uusimmissa suomalaisissa lähteissä.

## 2.1 Toisen vaiheen tiedonhaku

Toisen vaiheen tiedonhaussa etsittiin tuoretta tieteellisissä julkaisuissa julkaistua ja erityisesti psykoedukaatiossa käyttökelpoista tietoa. Tässä vaiheessa myös varmentui ensimmäisen vaiheen tiedonhaussa saatu käsitys dissosiaatiohäiriöiden hoitoa koskevasta tiedosta ja nykyhetken parhaista käytännöistä. Tuoreen tiedon aikaikkunaksi määriteltiin kymmenen edellisen vuoden aikana julkaistut tutkimukset opinnäytetyön työstämisen aloittamisajankohdasta lukien, käytännössä siis vanhimmat tässä vaiheessa hyväksytyt lähteet ovat vuodelta 2011.

Tiedonhaun toisen vaiheen tiedonlähteet valittiin Käypä hoito-suositusten yhteydessä julkaistun HTA-oppaan suosittelimista lähteistä. HTA on lyhennys sanoista Health Technology Assessment, sitä käytetään usein terveydenhuollon menetelmien arviointia tarkoitettassa (Isojärvi, 2017). HTA-oppaassa mainituista luotettavista tietolähteistä rajattiin pois NHS Economic Evaluation Database (NHS EED) ja Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE) joita ei päivitetä vuoden 2015 jälkeen. Lisäksi pois rajattiin käynnissä olevien tutkimusten ja katsausten rekisterit.

Toisen vaiheen tiedonhaussa tietokannoiksi valikoituivat CINAHL Complete ja PubMed. Alustavan tiedonhaun ja koehakujen jälkeen parhaaksi

perushakufraasiksi tarkentui "dissociative disorder". Sanayhdistelmää käytettiin haussa fraasina, ei yksittäisinä sanoina.

Tiedonhaun herkkyyden takia tehtiin muutama ratkaisu. Koska haettiin kaikkea tietoa mistä olisi hyötyä dissosiaatiohäiriöstä kärsivän potilan hoitotyössä, ei hakua toisessa vaiheessa rajattu tarkemmilla hakusanoilla paitsi että hakuterminä käytettiin varsinaista dissosiaatiohäiriötä merkitsevää "dissociative disorder". Eri-laisia dissosiativisia oireita ja ilmiöitä esiintyy hyvin laajasti sekä perusterveillä että eri mielenterveyden ongelmassa, mutta näin tiedonhaku kohdennettiin nimen-omaan varsinaiseen dissosiaatiohäiriöön.

Toisen vaiheen tiedonhaussa mielenkiinnon kohteena olivat erityisesti dissosiaatiohäiriöihin liittyvät oireet. Koska ennalta ei tiedetty mitä kaikki mahdolliset oireet olisivat ei hakua kuitenkaan rajattu tarkemmin oireita kuvaavilla hakutermeillä (ei siis esimerkiksi "dissociative disorder" AND depersonalisation). Hakuasetuksissa fraasia haettiin myös kokotekstistä, ei pelkästään asiasanoista.

Toisen vaiheen tiedonhaussa tuloksia suodatettiin seuraavilla mukaanottokriteereillä: Julkaistu 2011 tai sen jälkeen, vertaisarvioitu, kokoteksti saatavissa. Hakutuloksia tuli karkeasti yhteensä 300kpl. Nämä käytiin yksitellen läpi seuraavilla kriteereillä:

Mukaanottokriteerit: Otsikon perusteella julkaisu liittyy dissosiaatiohäiriöön tai sen hoitoon, julkaisu on englannin kielinen ja saatavissa maksuttomista lähteistä. Mikäli julkaisu täytti nämä kriteerit, mutta ei ollut tullut lähteeksi tai hylätyksi ensimmäisen vaiheen tiedonhaussa, se valittiin tarkempaan tutustumiseen. Mikäli julkaisu vaikutti luotettavalta ja sisälsi tietoa josta arvioin olevan hyötyä psykoedukaatioissa se valikoitui mukaan. Luotettavuutta arvioitiin myös kontekstin näkökulmasta: mikäli julkaisu on valikoitunut mukaan lähinnä esimerkkinä jostain näkemyksestä, myös vähemmän luotettavaksi arvioitavia lähteitä on käytetty. Nämä ovat tyypillisesti vain yhden kirjoittajan julkaisemia mutta vertaisarvioituja lähteitä.

Toisen vaiheen haussa mukaan otetuista artikkeleista rajattiin pois myös pääasiassa posttraumaattista stressireaktiota käsittelevät artikkelit.

Tiedonhaussa useissa artikkeleissa viitattiin erityisesti dissosiativisen identiteettihäiriön kiistanalaisuuteen. Siksi Cinahl-tietokannasta käytettiin myös hakusanoja "dissociative disorder controversy" (haussa ei käytetty lainausmerkkejä). Tällä haulla saatiin esille vain 1 hakutulos, joka sekin puolsi ilmiön olemassaoloa. Vaikutelmaksi jäi, että identiteettihäiriön olemassaolon kyseenalaistava näkemys ei saa juurikaan tukea tieteellisestä kirjallisuudesta.

## 2.1 Dissosiaatio

Termiä "dissosiaatio" on käytetty ja käytetään eri merkityksissä. Leikolan mukaan termin vaihteleva merkitys on suuresti hankaloittanut sekä kliinistä työtä että aiheeseen liittyvää tutkimusta. (Leikola, 2014, s. 54-56.) Myös tämän opinnäytetyön lähteissä termin merkitys näyttää vaihtelevan. Termin merkityksessä on erotettavissa persoonan rakenteellinen dissosiaatio, joka Leikolan mukaan selittää suuren osan traumaperäisestä psykopatologiasta (Leikola, 2014, s.55), ja dissosiaatio-termillä kuvailtava yksilön psyyken suhteellisen normaali tai tavanomainen ominaisuus, jota voidaan pitää myös mielen suojamekanismina.

Dissosiaatio- eli konversiohäiriöiden (F44) yhteinen tunnusmerkki on ICD-10 tautiluokituksen mukaan menneisyyden muistojen, identiteettitunteen ja välittömien aistimusten sekä ruumiinliikkeiden hallinnan osittainen tai täydellinen yhdentämiskyvyttömyys. Oireina esiintyy esimerkiksi halvauksia ja tuntopuutoksia. Häiriöiden oletetaan olevan psyykkisperäisiä sekä ajoittuvan läheisesti traumaattisiin tapahtumiin, ratkaisemattomiin ja sietämättömiin ongelmiin tai häiriintyneisiin ihmissuhteisiin. (Kansaneläkelaitos, 1999.) ICD-10 -tautiluokittelun määrittely korostaa siis "yhdentämiskyvyttömyyttä" joka lienee tulkittava myöhemmin käsiteltäväksi persoonan integraation puutteellisuudeksi.

Kyky omien tunteiden säätelyyn on erittäin tärkeä mielenterveyden osa-alue. Tiedonhakuprosessin keskeistä antia oli kenties ymmärtää, että dissosiaatioilmiöt eivät ole itsenäisiä oireita, vaan seurausta tunnesäätelyn ongelmista. Dissosiaatioilmiöt voidaan ymmärtää myös reaktioiksi ylivoimaisia tunteita kohtaan. Yksinkertaistaen voidaan todeta, että mikäli tunnesäätely epäonnistuu, dissosiaatio aktivoituu suojaamaan mieltä ja jopa kehoa. Dissosiaation vaihtoehtona voidaan

nähdä esimerkiksi itseä vahingoittava käyttäytyminen jolta dissosiaatio voi suojata. Tunnesäätelyn ongelmien ymmärretään liittyvän lapsuuden traumaattisiin kokemuksiin tai kiintymyssuhteiden ongelmiin. Dissosiativiset oireet ovat yleisiä myös epävakaasta persoonallisuudesta kärsivillä. Ehkä voidaan jopa ajatella että epävakaata persoonallisuus ja dissosiaatiohäiriö ovat samaa jatkumoa. Kun tunnesäätelyn ongelmat lisääntyvät, myös potilaan dissosiaatio lisääntyy. Brand & Lanius mainitsevatkin, että dissosiaatiohäiriöllä ja rajatilapersonallisuudella on selkeitä yhtäläisyyksiä. (Brand & Lanius, 2014, s. 3). Yleensäkin persoonallisuushäiriöistä kärsivillä ovat myös dissosiativiset oireet tavallisia (Koivisto & Korkeila, 2020).

Tiedonhaun tulosten perusteella dissosiaatioksi kutsuttu ilmiö on toisaalta suojaava ilmiö johon ihmispsyke pystyy, ja toisaalta rakenteellisen dissosiaation katsotaan olevan suhteellisen pysyvä psyyken traumatisoitumisen ja suojautumismekanismien tulos. Dissosiaatio voidaan ymmärtää myös persoonan integraation puutteellisuudeksi tai tämän ongelman aiheuttamaksi alttiudeksi dissosiativisille tiloille erityisesti stressin tai kuormituksen alaisena. Dissosiaatiohäiriöstä puhutaan silloin, kun dissosiativiset oireet säilyvät pitkään ja tuottavat merkittävää elämänlaatua heikentävää haittaa.

## 2.2 Dissosiaatiohäiriöt

Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos ylläpitää Suomessa yleisesti käytössä olevaa ICD-10:n sairausluokituksen suomenkielistä versiota (Kansaneläkelaitos, 1999). Dissosiaatiohäiriöt on luokituksessa sisällytetty yläluokkaan ”neuroosit ja psykosomaattiset häiriöt”. Aiemmin dissosiaatiohäiriöitä vastaava termi on ollut ”hysteriset neuroosit”.

Nykyään ”hysteria”-termistä on luovuttu sen negatiiviseksi muodostuneen sävyn takia. Jos ajattelemme mielikuvaa hysterisestä ihmisestä, mieleen tulee juurikin ihminen joka ei pysty säätelemään tunteitaan vaan on toimintakykyään haittaavalla tavalla ”hysterinen”, tunteiden vallassa. Tunteet ovat silloin tilanteeseen nähden epätarkoituksenmukaisia. Termi hysterinen kuvaa ilmiön tunnepohjaisuutta kylläkin varsin hyvin mutta on ymmärrettävää ettei sen käyttöä voida hyväksyä nykyajassa

## 2.2 Persoonan rakenteellinen dissosiaatio

Leikola korostaa, että on syytä tehdä ero dissosiaatio-termin tavanomaisen käytön ja persoonan rakenteellisen dissosiaation välillä (Leikola, 2014, s. 54-55). Persoonan rakenteellisessa dissosiaatiossa kyse ei ole vain ohimenevästä ilmiöstä vaan (traumatisoituneen) mielen suhteellisen pysyvästä rakenteesta.

Brand & Lanius kuvailevat dissosiativisten ongelmien syntymekanismia niin, että dissosiativisuus suojelee lapsen persoonaa mahdollistamalla sen "irtoamisen" henkisestä ja fyysisestä kivusta. Ajan mittaan ja mikäli kokemukset ovat jatkuvasti toistuvia tilanne johtaa pysyviin muutoksiin persoonassa. (Brand & Lanius, 2014, s. 3.) Näiden pysyvien muutosten voidaan tulkita olevan joko dissosiaation yleistyminen dissosiaatiohäiriöksi, persoonan rakenteellisen dissosiaation kehittymisen, tai molempia.

Persoonan rakenteellisen dissosiaation teorian pohjalta traumatisoitumista hahmotetaan persoonan rakenteelliseen dissosiaatioon johtavana vahingoittavana prosessina. Dissosiaatio ymmärretään silloin psyyken traumatisoitumisen aiheuttamaksi rakenteeksi eikä vaihtuvaksi mielentilaksi tai tavanomaiseksi suojaimekanismiksi. Oireilevan potilaan persoonan ajatellaan jakaantuneen suhteellisen erillisiin osiin, joita kuvataan lyhenteillä ANP ("Apparently normal person") ja EP ("Emotional person"). Yksinkertaistaen EP sisältää traumamuiston, joka sisältää niin sietämättömiä tunteita että se on persoonan puolustusmekanismina eriytynyt ANP:sta. On syntynyt rakenteellisesti dissosiativinen persoona tai sen tila. PRD-teorian mukaan näihin persoonan osiin voi liittyä myös suhteellisen erilainen minäkokemus. Leikolan mukaan tämä suhteellisen erilainen tai muuttuva minäkokemus myös vastaa potilaiden tunnistamaa tilannetta. (Leikola, 2014, s. 137.) Kysymys on eriaisteisesta identiteetin säilyttämisen vaikeudesta. Näiden "eri identiteettien" eriytyminen toisistaan vaihtelee.

Leikolan mukaan erityisesti kompleksiseen traumaan yhdistyvissä häiriöissä EP:llä saattaa olla myös erilainen kiintymyssuhdemalli kuin ANP:llä (Leikola, 2014, s. 139). Näin potilaan toiminta ihmissuhteissaan saattaa olla aivan erilaista riippuen siitä, toimiiko hän kulloisellakin hetkellä ANP:stä vai EP:stä käsin.

Samoin EP:n kyky psyykkisiin ja fyysisiin toimintoihin saattaa olla merkittävästi alempi (Leikola, 2014, s. 139). Näin ollessa potilas näyttää taantuvan merkittävästi EP:n ollessa vallitseva. Leikola huomattaa myös, että yksittäinen potilas saattaa tutkittaessa tuottaa eri tilanteissa ja aikoina varsin erilaisia ja keskenään ristiriitaisia tutkimustuloksia (Leikola, 2014, s. 140).

### 2.3 Dissosiaatio-oireet ja niiden epidemiologia

Kiinnostus dissosiaatio-oireisiin näyttää lisääntyneen ja niiden yleisyyttä on tutkittu myös Suomessa. On mielenkiintoista huomata että merkittävä kotimainen tutkimus asiasta on tehty kirjoittajan kotiseudulla. Tutkimus on julkaistu 2008 ja se pohjautuu vuosituhaten vaihteen tienoilla tehtyyn kyselyyn, joten sitä voidaan pitää jo hiukan vanhana tietona. Olen kuitenkin sisällyttänyt tutkimustyön tämän opinnäytetyön lähteisiin koska harkinnan jälkeen pidin dissosiaatioilmiöitä osittain kulttuurisidonnaisina. Arvioin tässä kohtaa tiedon relevanttiuden hoidossa vähenevän kulttuurista toiseen siirryttäessä, mutta riskin tiedon nopeasta vanhenemisestä pienehköksi väestöä koskevassa epidemiologisessa tutkimuksesta. Kulttuuri muuttuu hitaasti. Esimerkkinä kulttuurin merkityksestä ilmiöiden tulkinnaissa voi mainita dissosiaatiohäiriön esiintymisen esitetyn eron yleisväestössä Iranissa (0,6%) ja Yhdysvalloissa (18.3%). Kyseisen artikkelin kirjoittaja arvioi eron nimenomaan kulttuuriin, pikemminkin kuin diagnostiseen käytäntöön liittyväksi. (Seddigh 2021.)

Maarasen väitöskirjatutkimuksessa mitattiin ilmiön esiintymistä pohjoissavolaisissa. Tutkimus suoritettiin postikyselynä. Kehollisina oireina tai tuntemuksina ilmenevää somatoformista dissosiaatiota tulkittiin esiintyvän 9.4% väestöllä. Tällaisia oireita voivat olla esimerkiksi tunnottomuusoireet tai kehon erimuotoiset hallinnan menetykset. Tutkimuksessa käytettiin suomennettua Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20) -kyselyä. (Maaranen 2008.)

Maarasen tutkimuksessa todettiin yhteys lapsuuden haitallisten kokemusten ja erityisesti fyysisen rankaisemisen yhteys aikuisiän somatoformisiin dissosiaatio-oireisiin (Maaranen, 2008, luku Tiivistelmä). Tutkimuksessa kartoitettiin myös ”tavallisia” (ei somaattisina oireina ilmeneviä) dissosiativisia kokemuksia. Käytetyllä DES-T mittarilla tulkittiin patologisen dissosiaation yleisyydeksi yleisväestössä

3,4%. Mittarin katkaisurajana käytettiin tavanomaista 20 pistettä (Maaranen, 2008, luku Tiivistelmä). Huomiota kiinnittää "tavanomaisen" dissosiativisuuden pienempi esiintyvyys somatoformiseen verrattuna. Kysymys on tietenkin myös mittausasetelmasta: tuloksen numeerinen arvo riippuu siitä mille tasolle patologiseksi tulkittava raja asetetaan. Maarasen tutkimuksesta saa kuitenkin käsityksen, että somaattiset oireet, jotka voitaisiin myös tulkita PRD-teorian mukaiseksi rakenteellisen dissosiaation ilmentymiksi, ovat pohjoissavolaisilla yleisiä. Samoin huomiota kiinnittää somatoformisten dissosiaatio-oireiden yhteys lapsuudessa koettuun kaltoinkohteluun, jonka voi myös ajatella tukevan PRD-teorian mukaista tulkintaa oireiden traumataustaisuudesta.

#### 2.4 Identiteettihäiriö ja näkemyksen kritiikki

Kenties vakavimpana pidettävää dissosiaatiohäiriön muotoa, dissosiativista identiteettihäiriötä, esiintyy Brandin & Laniuksen mukaan mukaan noin 1% yleisväestöstä. Psykiatristen potilaiden ryhmissä eri tutkimuksissa esiintyvyys on ollut 0.4-14%, tutkimuksissa mukana olleisiin ryhmiin sisältyy sekä avo- että sairaalahoitossa olleita ryhmiä. (Brand & Lanius 2014 s. 2.)

Dissosiativisen identiteettihäiriön korkeaksi tulkittu esiintyvyys yleisväestössä (1%) herättää huomiota. Identiteettihäiriön todellisesta esiintyvyydestä ja jopa olemassaolosta on ilmeisesti käyty kriittistä keskustelua. On esitetty että mediassa esitetyt "sivupersoonaa" sivuavat elokuvat ja muu materiaali ovat voineet muokata potilaiden käsitystä omista ongelmistaan, samoin on ajateltu että asiaan viehättyneet terapeutit voivat huomaamattaan ohjata suggestioherkkien potilaiden kertomuksia "sivupersoonaselityksen" suuntaan.

Brand & Lanius huomauttavat, että sekä lääkärit että maallikot saattavat luulla dissosiativiseen identiteettihäiriöön kuuluvan aina dramaattisia, selkeitä persoonallisuuden vaihtumisia. Näitä tapahtuu kuitenkin vain noin 5% dissosiativista identiteettihäiriötä sairastavilla. (Brand & Lanius 2014 s. 2.)

Jos yleisväestössä tulkitaan pyöreästi 1% kärsivän identiteettihäiriöstä, ja näistä 5%:lla tapahtuvan selkeitä persoonallisuuden vaihteluita, selkeitä identiteetinmuutoksia, varsinaista sivupersonahäiriötä, tapahtuisi 0,05%:lla yleisväestössä. Sivupersonahäiriön esiintyvyys -ja uskottavuus- riippuvat siis ilmiön määrittelystä.

Brand, Loewenstein & Spiegel tutkivat katsauksessaan dissosiattiivisen identiteettihäiriön hoitoa ja erityisesti onko väitteille hoidon haitallisuudesta löydettävissä näyttöä. Brand, Loewenstein & Spiegel toteavat, että kukaan ei ilmeisesti ajattele esimerkiksi bibolaarihäiriön syntyvän hoidon tuloksena. Bibolaarihäiriö sen paremmin kuin muutkaan mielenterveyden ongelmat eivät ”synny” niin että lääkäri tai terapeutti tekee psykoedukatiivista työtä ja antaa potilaille mahdollisuuden havaita ja ymmärtää oireitaan ja niiden mekanismeja. (Brand, Loewenstein & Spiegel, 2014, s. 183.) Brand, Loewenstein & Spiegel myös päätyvät tulokseen, että jos identiteettihäiriöisen terapia ei sisällä psykoedukaatiota koskien identiteetin vaihdoksia ja muistin häiriöitä, hoito ei vähennä dissosiattiivisuutta, joskin se voi vähentää muita oireita (Brand Loewenstein & Spiegel, 2014, s. 178).

#### 2.4.1 Itsen kanssa väittely ja äänien kuuleminen oireena

Gentile, Snyder & Gillig painottavat, että suuri osa dissosiaatiohäiriöstä kärsivistä potilaista, kolmanneksesta jopa puoleen, kuulee ”päänsisäisiä ääniä”, jonkinlaista sisäistä puhetta. Äänet voivat olla hyvin erisävyisiä ja niitä voi olla useita. Gentile, Snyder & Gillig painottavat erotusdiagnostiikan tärkeyttä äänien erottamiseksi psykoottisista oireista, toisaalta toteavat myös erotusdiagnostiikan olevan vaikeaa, senkin takia että psykoosioireista kärsivällä potilaalla voi olla myös dissosiattiivisia ”ääniä” psykoosin ääniharhojen lisäksi. Usein dissosiaatiohäiriöstä kärsivä potilas kuvailee ääniä ”sisäiseksi puheeksi” pikemminkin kuin psykoosipotilas jonka ääniharhat tuntuvat kuuluvan pikemminkin kehon ulkopuolelta. Dissosiaatiopotilaat myöskään eivät samalla tavoin pidä ääniä ”todellisina”, vaikka ne ovatkin usein heitä häiritseviä. (Gentile, Snyder & Gillig, 2014, s. 38-39.) Tällaisen itsen kanssa väittelyn tai keskustelun voidaan tulkita johtuvan persoonan rakenteellisesta dissosiaatiosta, eri persoonan osien toisistaan eroavista

motiiveista ja näkökulmista, joka suodattuu tietoisuuteen ”ääninä” tai persoonan osien välisinä keskusteluina ja väittelyinä.

## 2.5 Dissosiaatiohäiriön hoito

Yksittäisen traumaattisen tapahtuman aiheuttaman traumaperäisen stressireaktion (PTSD) hoidosta on olemassa hyvin jäsentynyt hoitomalli ja myös Käypä hoito -ohjeet. Varsinaisten dissosiaatiohäiriöiden hoitoon ei ole tätä kirjoitettaessa olemassa suomalaista Käypä hoito-suositusta. Voimme epäillä hoidon vaihtelevan alueittain.

Ganslev ym. ovat tutkineet dissosiaatio- ja konversaatiohäiriön hoitoja Cochrane-katsauksessa. Ganslev ym. päätyivät tulokseen ettei eri hoitotapojen vaikuttavuudesta ole riittävästi näyttöä niiden keskinäisen toimivuuden vertailemiseksi. Katsauksessa vertailtiin tutkimuksia, jotka käsittelivät erilaisia psykososiaalisia hoitomuotoja ja esimerkiksi hypnoosia. Eri hoitomuotojen tuloksellisuutta pyrittiin vertailemaan suhteessa toisiin hoitomuotoihin, myös diatsepaamihoitoon. (Ganslev ym., 2020.)

Lauerma on todennut että dissosiaatiohäiriö saatetaan diagnosoida skitsofreniaksi, kaksisuuntaiseksi mielialahäiriöksi, depressiviseksi psykoosiksi tai persoonallisuushäiriöksi (Lauerma, 2002, s. 2202). Tilanteen hahmottamista vaikeuttaa, että rakenteellisesti dissosioituneen persoonallisuuden eri osien keskinäiset oireet voivat olla erilaisia (Uotinen, 2015, s. 120). Oireet vaihtelevat siis eri persoonan osien aktivoitumisen mukaan. Traumapotilaan oireillessa monin, vaihtelevin tavoin, hänen oireilunsa voi täyttää monien diagnoosien kriteerit, ja traumataustan merkitys niiden selittäjinä ei saa riittävää huomiota (Leikola, 2014, s. 73-74).

Gentile, Snyder & Gillig toteavat artikkelissaan, että dissosiaatiohäiriöt, samoin kuin muutkin komplisoituneet postraumaattiset häiriöt ovat hyvin kuormittavia sekä niistä kärsiville yksilöille että hoitojärjestelmälle. Komplisoivia tekijöitä ovat myös väärät diagnoosit ja alidiagnosointi, joka saattaa seurata lääkäreiden

vähäisestä tiedosta dissosiaatiohäiriöistä tai epäusko koko ilmiön olemassaoloa kohtaan. (Gentile, Snyder & Gillig, 2014, s. 37.)

Dissosiaatio-oireet ovat yleisiä ja voivat selittävää monia klinisiä tilanteita myös sairaanhoitajan perustyössä vaikkapa vuodeosastoilla. Sairaanhoitajien koulutuksessa dissosiaation aiheuttamat oireet eivät kuitenkaan välttämättä saa suurta huomiota. Esimerkiksi Diakonia-ammattikorkeakoulun opetuksessa lähteenä ja tenttimateriaalina käytettävä klinisen hoitotyön perusteos ei mainitse dissosiaatiota ollenkaan (Anttila ym., 2015). Teoksessa käsitellään hoitotyön perustiedon tasolla esimerkiksi psykooseja. Psykoosin ja dissosiaatiotilan käsitteellinen ero on kuitenkin olennaista hoitotyössä. Duodecimin julkaisemassa painetussa Sairaanhoitajan Käsikirjassa 2018 dissosiaatiohäiriö mainitaan kerran, mahdollisena somaattisia oireita aiheuttavana mielenterveyden ongelmana aihetta muuten käsittelemättä. Kuitenkin esimerkiksi psykoosisairauksia käsitellään useiden sivujen laajuudelta. (Mustajoki, Alila, Matilainen, Pellikka & Rasimus 2018 s. 589.) Käsikirja käsittelee myös epävakaa persoonallisuuden hoitoa mutta ei mainitse dissosiaatio-oireita ollenkaan tässä yhteydessä (Mustajoki, Alila, Matilainen, Pellikka & Rasimus 2018 s.598-600).

Voidaan myös nähdä merkkejä, että tietoisuus dissosiaatio-oireista lisääntyy ja sitä pyritään lisäämään myös käytännön hoitotyön tasolla. Esimerkkinä voidaan mainita 2021 American Nurse Today -julkaisussa julkaistu yleisesitys aiheesta. (Snyder 2021). Suomenkielisissä alan kirjallisuudessa on huomattavissa, että persoonan rakenteellisen dissosiaation teoria on yleistymässä hoitoa ohjaavana teoreettisena viitekehyksenä tuoreemmissa lähteissä.

Suokas-Cunlife ja Maaranen kuvaavat katsauksessaan varhaisen traumatisoitumisen aiheuttaman dissosiaatiohäiriön hoidon organisointia ja hoitoon ohjaamista hyvin haastavina. Jos oireiden taustalla oleva trauma jää tunnistamatta, hoito kohdistuu moninaisesti ja vaihteleviin kehon ja mielen oireisiin (Suokas-Cunlife & Maaranen, 2014, s. 2613). Hoidosta saattaa muodostui oireenmukaista parantavan sijasta. Hoidon saamatta jääminen altistaa loppuiän kestäväälle elämäntilanteelle heikentävälle oireilulla. Traumaperäisiä oireita voidaan hoitaa vuosia erilaisissa terveydenhuollon palveluissa ilman että ongelman pohjimmainen syy selviää. (Uotinen, 2015, s.120.)

Lauerma kirjoitti vuonna 2002 dissosiaatiohäiriön psykoterapeuttista hoitoa koskien, että tutkimustietoa hoidon vaikuttavista elementeistä ei ole, ja muutenkin tutkimustieto dissosiaatiohäiriön hoidosta on niukkaa. (Lauerma, 2002, s. 2204.) Oikeastaan sama lähtökohta toistuu aiemmin mainitussa varsin tuoreessa Cochrane-katsauksessa: Ei ole tietoa eri terapiamuotojen paremmuudesta dissosiaatio- ja konversiohäiriöiden hoidossa. (Ganslev ym. 2020.) Kyseistä katsausta tarkasteltaessa nousee toisaalta mieleen, että tutkimuksessa kohderyhmäksi oli valittu dissosiaatio- ja konversiohäiriöistä kärsivät, jota voidaan pitää varsin heterogeenisenä ryhmänä. Kun myös tutkittujen menetelmien kirjo oli laaja, onko merkittävää jos selkeitä tuloksia ei saada? Esimerkiksi Brand, Loewenstein & Spiegel toteavat katsauksessaan, joka käsittelee dissosiativisen identiteettihäiriön hoitoa, siis tarkasti rajattua potilasryhmää, että traumatietoinen ja vaiheistettu hoito on monin tavoin tuloksellista myös identiteettihäiriön hoidossa. (Brand, Loewenstein & Spiegel, 2014, s.184.) Tässä esimerkissä tutkimusasetelma oli rajatumpi ja tuloskin selkeä.

### 2.5.1 Psykososiaalinen hoito

Vakavan dissosiaatiohäiriön katsotaan liittyvän erityisesti lapsuudessa tapahtuvaan traumatisoitumiseen. Hoidon luonnollisena lähtökohtana onkin traumaattisten tapahtumien käsitteleminen hoitosuhteessa, usein psykoterapiassa tai muun psykososiaalisen hoidon ja tuen avulla.

Dissosiaatiohäiriöihin kohdistuvan psykoedukaation tai sosiaalisen tuen vaikuttavuudesta ei näytä löytyvän juurikaan tutkittua tietoa. Toisaalta dissosiaatiohäiriöistä kärsivillä potilailla on runsaasti oireita, joihin psykoedukaation tiedetään vaikuttavan suotuisasti. Vaikuttavuustutkimusten perusteella tiedetään, että psykososiaaliset hoidot ovat vaikuttavia eri mielenterveysongelmien hoitomuotoja. Ne ovat myös potilaille turvallisia ja kustannuksiltaan kohtuullisia. Psykoterapioiden ja muun psykososiaalisen kuntoutuksen, siis myös psykoedukaation, voidaan siksi katsoa olevan lääketieteellisesti perusteltua hoitoa. (Pasternack ym., 2018, s. 37.)

### 2.5.2 Hoidon vaiheistaminen

Useissa lähteissä tulee esille tarve hoidon vaiheistamiseen. Esimerkiksi Brand & Lanius toteavat nykytiedon valossa hoidon vaiheistamisen olevan hyödyllistä dissosiaatio-oireista kärsivillä potilailla. Hoidon ensivaiheessa pyritään vaikuttamaan potilaiden tunnesäätelykykyyn ja ylipäänsä oireiden hallintaan. Varsinainen trauman käsittely voidaan tehdä vasta kun oireet ovat kohtuullisessa hallinnassa. (Brand & Lanius 2014 s. 7.)

Dissosiaatiohäiriön hoito nähdäänkin ehkä yleisimmin kolmivaiheisena. Ensimmäisessä vaiheessa traumatisoitunutta potilasta pyritään vakauttamaan nykyhetkeen. Riittävä nykyhetkeen vakautuminen mahdollistaa seuraavan vaiheen jossa tapahtuu varsinainen trauman psyykinen käsittely potilaan sietokyvyn määräämässä tahdissa. Erityisesti itsetuhoinen oireilu olisi saatava hallintaan. Kolmannessa vaiheessa potilasta autetaan suuntautumaan tulevaisuuteen. (Suokas-Cunlife & Maaranen, 2014, s.2613.)

Käytännössä hoito ei tapahdu lineaarisesti vaiheesta toiseen, vaan hoidon kuluksa tapahtuu myös spiraalimaista kiertoa (Suokas-Cunlife & Maaranen, 2014, s.2615). Esimerkiksi trauman käsittelyvaiheesta joudutaan usein palaamaan välillä potilaan vakauttamiseen.

### 2.5.3 Lääkehoito

On hyvä tiedostaa, että dissosiaatiohäiriön kohdalla lääkehoito voi olla eri oireisiin kohdistuvaa. Tavoitteena on silloin kohtuullinen elämänlaatu. Kun dissosiaatiohäiriön oireet voivat olla moninaisia, myös oireiden lääkehoito on moninaista. Esimerkiksi ylivireystila voi aiheuttaa unen laadun rajua heikkenemistä ja päiväväsymystä. Silloin voidaan turvautua unilääkkeisiin.

Jossain määrin voidaan erotella dissosiaation aiheuttamien oireiden, esimerkiksi unen laadun heikkenemisen tai itsetuhoisten kohtausten, oirekohtainen lääkehoito ja varsinaiseen dissosiativisuuteen kohdistuva lääkehoito. Kun lääkehoitoa katsotaan näiden ydinoireiden näkökulmasta, niin varsinaisiin dissosiaatio-tiloihin ja depersonalisaatioon kohdistuvassa lääkehoidossa on olemassa jonkinlaista näyttöä muutamia psyykelääkkeitä koskien. Sutar ja Sahu löytävät systemaattisessa katsauksessaan näyttöä paroksetiin ja naloksonin tehosta. He kuitenkin toteavat että tuloksiin on suhtauduttava varauksella koska dissosiaatiohäiriöstä kärsivät potilaat ovat heterogeeninen ryhmä. Katsauksen tutkimuskysymykseen kuuluu myös posttraumaattisen stressin aiheuttaman dissosiaatio-oireilun lääkehoito. (Sutar & Sahu, 2019.) Lauerma toteaa naltrexonin tehosta olevan näyttöä, kiinnostavasti myös huomattavasti pienemmillä annoksilla kuin naltreksonin tavallisimmassa käyttöaiheessa, alkoholiriippuvuuden hoidossa. Psykoosilääkkeitä Lauerma ei pidä ensisijaisena hoitomuotona. (Lauerma 2021.) Ylipäänsä eri lähteissä psykoosilääkkeiden käyttöön suhtaudutaan pidättyväisesti. On kuitenkin todettava, että käytännön hoitotyössä tapaamme välillä dissosiaatiohäiriöstä kärsiviä potilaita joilla on pitkät lääkelistat, joihin sisältyy myös antipsykoottisia ja erilaisia rauhoittavia lääkkeitä. Tämän ilmiön tulkinnan jätän kokeneemmille.

### 3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on tehostaa dissosiaatiohäiriöstä tai dissosiativisista oireista kärsivän potilaan hoitoa tuottamalla käsitteellistämisprosessia helpottavaa potilasohjauksen tukimateriaalia. Opinnäytetyössä etsitään dissosiaatiohäiriöstä kärsivän hoidossa hyödynnettävää tutkimustietoa ja jalostetaan tietoa hoitotyössä käyttökelpoiseen muotoon. Tästä työstä hyötyvät oletettavasti sekä ammattilaiset että potilaat.

Opinnäytetyön ammatillisen kasvun tavoitteena on oppia ymmärtämään mistä dissosiaatio-oireilussa on kyse, miten dissosiaatiohäiriötä hoidetaan ja millaisesta tuesta dissosiaatiohäiriöstä kärsivä hyötyy. Tavoitteena on myös harjaantua tieteellisen tiedon etsimisessä ja hyödyntämisessä. Pyrkimyksenä on ollut myös tekijän omassa työssä psykiatrisella poliklinikalla hyödynnettävän työkalun kehittäminen.

## 4 OPINNÄYTETYÖPROSESSIN KUVAUS

Ajatus dissosiaatiohäiriötä käsittelevästä opinnäytetyöstä syntyi kirjoittajan omista huomioista dissosiaatiohäiriöstä kärsivän omaisena. Kirjoittaja joutui kohtaamaan yllättäen hyvin hämmentäviä tilanteita. Tiedontarve johti tiedon etsimiseen ja muutamaa keskeiseen havaintoon. Ensinnäkin dissosiaatio-oireet osoitautuivat varsin yleisiksi. Kuitenkaan kirjoittaja itse, lähihoitaja ja sairaanhoitaja-opiskelija, ei ollut niistä aiemmin kuullut. Toinen havainto oli hoitohenkilökunnan vaikeus selittää asiaa omaiselle, psykoedukaation vaikeus. Kolmas havainto oli, että hoitohenkilökunta vaikutti välillä olevan varsin tietämätöntä asiasta josta kuitenkin tuoretta ja hoitoon vaikuttavaa tietoa oli olemassa.

Tämän opinnäytetyön tekijä kokee asian niin, että kirjoittajalla on ollut eräänlainen etuoikeus olla sattumalta sairaanhoitajaopinnoissa asian kohdatessaan. Näin kirjoittajalla on ollut keskimääräiseen omaiseen tai potilaaseen verrattuna aivan toisenlaiset mahdollisuudet etsiä tietoa aiheesta ja mahdollisuus käyttää tiedon etsimiseen aikaa, energiaa, ja hyödyntää muiden asiantuntemusta. Opinnäytetyön prosessi on myös ohjannut kirjoittajan ammatillista kehitystä niin, että alkuperäisestä suunnitelmasta poiketen sairaanhoitajaopinnot suuntautuivat mielenterveyden hoitotyöhön.

Opinnäytetyössä etsittiin dissosiaatiohäiriön hoidossa psykoedukaatiossa hyödynnettävissä olevaa tietoa. Tiedonhaun menetelmänä oli kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Kerätystä tiedosta jalostettiin kirjallinen apuväline psykoedukaatioon, eräänlainen potilasopas.

Kirjallisuuskatsauksen tiedonkeruuprosessi oli kaksivaiheinen. Tiedonhaun ensimmäisessä vaiheessa tarkoituksena oli tutustua aiheeseen yleisellä tasolla ja ottaa haltuun asiaan liittyviä käsitteitä systemaattisempaa tiedonhakua varten. Ensimmäisessä vaiheessa etsittiinkin yleistä tietoa dissosiaatiosta ilmiönä ja dissosiaatiohäiriöistä sekä niiden hoidosta Suomessa.

Ensimmäisen vaiheen tiedonhaun tulosten perusteella ratkaistiin opinnäytetyön lopullinen muoto ja tiedonhaun rajaukset. Tiedonhaun ensimmäisen vaiheen

keskeisiä tuloksia oli, että dissosiaatiohäiriön hoidossa lääkehoidon merkitys on toissijaista ja erilaisen psykososiaalisen tuen, terapian ja psykoedukaation merkitys suuri. Koska sairaanhoitajan työssä psykoedukaatio on menetelmänä tyyppillistä, lähdettiin hakemaan psykoedukaatiossa hyödynnettävää tietoa. Toinen keskeinen havainto ensimmäisen vaiheen tiedonhaussa oli, että dissosiativiset oireet ovat varsin yleisiä, mutta tietämys niistä hajanaista.

Tiedonhaun perusteella päädyttiin myös johtopäätökseen, että hoitotyötä ja keskustelua asiasta haittaa käsitteiden puute. Näin tekijä päätyi myös osana työtä kokoamaan psykoedukaatiossa ja asiasta puhumisessa tarpeellisia käsitteitä eräänlaiseksi potilasoppaaksi.

Koska työssä kirjoitettiin myös psykoedukaation tukimateriaalia, opinnäytetyö määrittyi Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä kehittämispainotteiseksi. Tällä oli vaikutusta työn raportoinnin muotoon.

Systemaattisen tiedonhaun ensimmäinen vaihe on toteutettu pääasiassa kesällä 2021. Toinen vaihe on toteutettu pääosin kesällä 2022.

Tässä potilasohjeeksi kutsutun dokumentin työstäminen aloitettiin vuoden 2021 lopulla. Tässä vaiheessa alustavan tiedonhaun perusteella oli päätetty että potilasohjeen päätarkoitus on esitellä aiheesta keskusteltaessa tarpeellisia käsitteitä. Alustava luonnos ohjeesta lähetettiin potilasyhdistys Disso ry:lle vapaamuotoista palautteen antamista varten kesällä 2022. Palutetta pyydettiin nimenomaan potilasoppaan peruslähtökohdista. Korjausehdotuksia ei tullut.

Varsin pitkälle kirjoitettu potilasohje jätettiin Suonenjoen Mielenterveyskeskuksen henkilökunnalle kommentoitavaksi syyskuun 2022 ajaksi. Opasta on muokattu prosessin aikana myös vapaamuotoisen potilaspalautteen perusteella.

## 4.1 Oppaan suunnittelu

Tukimateriaalin tuottamisen prosessissa ensimmäinen vaihe oli tiedonhaku, jossa etsittiin toisaalta lääketieteellistä tietoa aiheesta, toisaalta hoitotieteellistä tietoa. Hoitotieteellinen tieto tässä yhteydessä voidaan

ymmärtää tiedoksi siitä, millaista tietoa ja millä tavoin tarjottuna dissosiaatiohäiriöitä koskevassa psykoedukaatiotyössä voidaan hyödyntää.

Tiedonhaun tulosten perusteella dissosiaatiohäiriöiden hoidossa lääkehoito on toissijaista, ja erilaiset psykosiaalisen tuen muodot ensisijaisia. Myös psykoedukaatio on näin ollen keskeistä. Se on tärkeää sekä hoidon ensivaiheessa, vakauttavan hoidon välineenä, että varsinaisessa terapia- tai muussa hoitosuhteessa.

Psykoedukaatiossa käytetään yleisesti apuna monenlaista kirjallista tukimateriaalia ja siitä on työssä apua. Snyder kirjoittaa, että hoitajien olisi käytettävä myös dissosiaatiohäiriöistä kärsivien potilaiden hoidossa psykoedukaation tukimateriaalia ja pyrittävä tarjoamaan sellaista myös potilaille (Snyder, 2021). Millaista tämän materiaalin pitäisi sitten olla?

Psykoedukaatio on mielenterveyden hoidossa keskeistä ja osa psykososiaalista tukea. Sama pätee sairaanhoidossa yleisestikin. Erityisesti omahoidon onnistuminen riippuu paljon potilaan ymmärryksestä omasta tilastaan. Lauerma kirjoitti jo vuonna 2002, että dissosiaatiohäiriössä potilaalle tulee heti alkuun tehdä selväksi, ettei kyse ole mielisairaudesta. Potilasta on informoitava. (Lauerma 2002, s. 2204.)

#### 4.2 Psykoedukaatio dissosiaatio-oireiden hoidossa

Psykiatrisessa hoidossa omahoitajakeskustelu on vakiintunut ja keskeinen hoidon muoto. Usein omahoitajakeskustelut käydään sairaanhoitajan kanssa (Iivanainen & Syväoja 2013 s.477). Omahoitajakeskustelut ovat myös luonteva työmuoto psykoedukaation käytölle ja näin keskeinen osa sairaanhoitajan työtä. Psykoedukaatio on keskeinen työmenetelmä psykiatrisessa kuntoutuksessa (Iivanainen & Syväoja 2013 s.482.).

Psykoedukaatiolla ei ole vakiintunutta suomenkielistä termiä. Sitä kutsutaan myös koulutukselliseksi työotteeksi tai koulutukselliseksi terapiaksi (Lönngqvist 2021.) (Iivanainen & Syväoja 2013 s.482.).

Psykoedukaatio voidaan katsoa osaksi sosiaalista tukea (social support), joka on mielenterveyden hoitotyössä keskeinen vaikuttamiskeino. Sosiaalinen tuki on myös merkittävä osa kaikkea terveydenhuollon vaikuttamista. Se auttaa potilasta sopeutumaan omiin ongelmiinsa. Sosiaalinen tuki voi sisällöltään olla sekä emotionaalista että tietopohjaista, tai myös käytännöllistä. Sosiaalisen tuen tavoitteena on auttaa potilasta elämään psyykkisen sairautensa kanssa ja tukea häntä ottamaan vastuuta omasta hoidostaan. Sosiaalinen tuki auttaa näin suuntautumaan kohti itsehoitoa (self-management). Itsehoidon painoarvoa lisää psykoedukaatio, jossa potilas saa riittävät tiedot oman mielenterveyshäiriönsä luonteesta ja hoidosta. (Lönqvist 2021.)

Psykiatrisen hoidon tärkeänä elementtinä on potilaan ja hänen läheistensä dialoginen ymmärryksen tukeminen koskien potilaan sairautta tai ongelmaa. Tämä parantaa potilaan voimavaroja. (Iivanainen & Syväoja 2013 s.478.) Psykoedukaatiossa vaikuttavaa on sekä tunnetason tuki, että asiasta annettava tieto. Tarjottava tieto on usein luonteeltaan lääketieteellistä tutkimustietoa, jota on jalostettu eri menetelmillä hoitotyöhön soveltuvaksi. Psykoedukaatio ei siis ole pelkkää potilaan valistamista, vaan prosessissa myös potilas ja mahdollisesti hänen omaisensa kertovat miten sairaus vaikuttaa heidän elämäänsä. (Iivanainen & Syväoja 2013 s.482.)

Lönqvist kirjoittaa, että parhaimmillaan psykoedukaatio merkitsee kognitiivista ja emotionaalista syventymistä sairauden luonteeseen ja merkitystä oman elämän kululle. Psykoedukaatiolla on käyttöä kaikkien mielenterveysongelmien hoidossa, ja merkitystä myös potilaan läheisiin kohdistettuna. Läheiset voidaan psykoedukaation keinoin saada mukaan potilaan hoidon tukemiseen. (Lönqvist 2021) Psykoedukaatio ei siis ole pelkästään opettamista tai tiedon tarjoamista, vaan myös emotionaalista syventymistä asiaan, merkityssisältöjä ja niiden herättämien tunteiden käsittelyä.

#### 4.3 Psykoedukaatio terveydenhuoltojärjestelmän velvollisuutena

Psykoedukaatio voidaan katsoa paitsi hoitotyön työvälineeksi, myös terveydenhoitojärjestelmän lailla säädetyksi velvollisuudeksi.

Terveydenhuoltolaissa kuntien velvollisuudeksi on säädetty järjestää alueensa asukkaiden sairaanhoitopalvelut ja myös niihin sisältyvä ohjaus (L. 1326/2010 24§). Toisaalta terveydenhuoltolaki myös säättää, että terveydenhuollon toiminnan on perustuttava sekä näyttöön että hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin (L. 1326/2010 8§). Tieteellisen näytön puute ei siis saa olla hoidon saamisen esteenä, vaan näytön puuttuessa hoito on järjestettävä hyvien käytäntöjen mukaisesti.

Erikseen Terveydenhuoltolaissa on säädetty mielenterveystyön osalta kunnan velvollisuudeksi järjestää mielenterveystyö ja siihen sisältyvä ohjaus, neuvonta ja psykososiaalinen tuki (L. 2010/1326 27§). Psykoedukaation toteuttamisen voidaan katsoa siis olevan myös lainsäätäjän vaatimus mielenterveyden hoidossa ilman erikseen todennettavaa tieteellistä näyttöäkin. Kuntia velvoittavan Terveydenhuoltolain lisäksi Laki potilaan asemasta ja oikeuksista antaa potilaalle oikeuden laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon (L. 785/1992). Hoito ei voine olla laadultaan hyvää ilman riittävää potilasohjausta.

Tiedonhaun tulosten perusteella on siis perusteltua pyrkiä tehostamaan dissosiaatio-oireilua koskevaa psykoedukaatiota paitsi hoitotyön tuloksellisuuden, myös terveydenhuoltojärjestelmälle säädettyjen velvollisuuksien vuoksi. Siksikin tarve potilasohjausmateriaalin tuottamiselle osana opinnäytetyötä on katsottu perustelluksi.

#### 4.4 Käsitteiden tarve psykoedukaatiossa

Psykoedukaatiossa keskustellaan potilasta vaivaavasta ongelmasta. Keskustelussa tarvitaan asiaa kuvaavia käsitteitä. Meillä on luonnostaan käsitteitä monille psykologisille ilmiöille, esimerkiksi ”masennus”, ”ahdistuneisuus” tai ”uupumus”. Näistä oireista keskustelu käy yleensä luonnostaan, molemmat keskustelun osapuolet vain tietävät mistä puhutaan ja käytettävät käsitteet ovat omakohtaisesti tuttuja.

Toisin on laita dissosiaatiohäiriöiden kohdalla. Useimmilla meistä ei ole omakohtaista kokemusta syvistä dissosiaatiotiloista (Lauerma 2002, s.2200). Siksi niistä keskustelu on vaikeaa. Myös hoitohenkilökunnalta voi puuttua käsitteitä joilla

puhua asiasta. Oletettavasti käsitteiden puuttuminen voi estää myös oireiden tunnistamista ja havaitsemista ja vaikuttaa esimerkiksi hoidon tarpeen arviointiin.

On hyvä muistaa, että dissosiaatiotiloista kärsiminen ei tarkoita asiaa koskevien käsitteiden automaattista omaksumista. Ihminen, joka kärsii dissosiativista alkuperää olevista tajuttomuuskohtauksista mutta joka ei ole saanut jotain kautta asiaa koskevaa tietoa, tuskin puhuu dissosiativisista tajuttomuuskohtauksista vaan voi kuvailla kokemuksiaan vaikkapa uupumisena ja nukahteluna.

Asian käsitteellistäminen on tärkeää myös tunnesäätelyn kannalta. Kun jonkin mielen ilmiön pystyy nimeämään ja käsitteellistämään, se usein muuttuu vähemmän hallitsevaksi.

#### 4.5 Häiriökohtainen käsitteellistäminen

Käsitteellistämistä tarvitaan yleisesti kaikessa psykososiaalisessa tuessa ja mielenterveyden hoitotyössä.

Myös psykoterapioissa ongelman käsitteellistämistä pidetään keskeisenä menetelmänä tai vaiheena hoidossa. Tämä käsitteellistäminen tapahtuu erityisesti hoitosuhteen alussa. Käsitteellistämässä terapeutti ja potilas keskustelevat ongelman luonteesta ja vaikutuksista.

Käsitteellistäminen voi tapahtua eri tavoin, joista yksi on häiriökohtainen käsitteellistäminen. Häiriökohtainen käsitteellistäminen pohjautuu tutkittuun tietoon ja ymmärrykseen, että joukolla potilaita on toisiaan muistuttavia oireita. (Karila, Koivisto & Holmberg 2020.) Häiriökohtainen käsitteellistäminen näyttää olevan diagnosoinnin tapainen mutta epämuodollinen prosessi, hoitohenkilökunnan ja potilaan keskeinen sopimus mitä asiassa hoidetaan.

Käsitteellistämässä tarvitaan käsitteitä ja tässä työssä kirjoitetun psykoedukatiivomateriaalin keskeisin tarkoitus on sopivien käsitteiden tuominen potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan yhteiseen kieleen ja tukemaan käsitteellistämisen prosessia erityisesti hoitosuhteen ensivaiheessa.

#### 4.6 Oppaan lähtökohdat

Kirjoitettava materiaali on ensivaiheen ohjausmateriaalia jonka on tarkoitus olla apuna myös kriisitilanteissa. Materiaalin on oltava tiivis ja helposti luettava. Kovin suurta määrää käsitteitä ei siihen voi sisällyttää. On pyrittävä joillain perusteella valitsemaan oleelliset keskustelun välineiksi.

Kirjoitetun materiaalin tarkoitus on tukea käsitteellistämistä ja erityisesti häiriökohtaista käsitteellistämistä antamalla viitekehyksen myös dissosiativisen oireilun tulkinnalle. Materiaali ei saisi kuitenkaan ohjata tulkintaa kohti dissosiativista oireilua, jos siitä ei ole kyse. Esimerkiksi pelkästään tiedossa oleva traumausta ei yksinään saa johtaa oireilun tulkitsemiseen dissosiaatio-oireiksi. Siksi potilasohjaukseen kirjoitettava materiaali on lähtökohdiltaan dissosiaatio-oireita käsittelevä, ei ”traumaoireita”, vaikka vakavissa dissosiaatio-tiloissa hoito onkin traumakeskeistä.

Potilasohjaukseen tarkoitettu materiaali ei saa olla erityistä asiantuntemusta vaativaa luettaessa. Materiaalia käytetään vaihtelevalla taustalla ja kognitiolla olevien potilaiden hoitotyössä. Toisaalta materiaalin pohjalta on tarkoitus luoda yhteistä kieltä potilaiden, henkilökunnan ja omaisten välille. Siksi materiaaliin on kuitenkin valittava yleisesti mielenterveyden hoitotyössä käyttökelpoisia käsitteitä, käsitteet on tuotava hoitotyön ”genrestä” tai ammattikieltä tukevasta näkökulmasta käsin.

Mielenterveyden hoitotyössä käsitellään tunteita. Tunteet vaikuttavat oppimiseen ja omaksumiseen. Positiiviset tunteet auttavat omaksumaan tietoa. Siksi materiaalin olisi hyvä herättää positiivisia tunteita.

Potilaat ja omaiset hakevat yleisesti tietoa internetistä. Potilasohjaukseen käytettävän materiaalin merkitys on myös tiedonhakuja ohjaava, materiaalin on hyvä sisältää hakutermeinä toimivia sanoja.

#### 4.7 oppaan toteutus ja arviointi

Pohdinnan ja tiedonhakuvaiheen jälkeen kirjoittaja päätyi hyödyntämään prosessissa ICD-10 -järjestelmää, josta valittiin kaikki dissosiaatiohäiriöiden diagnoosit ja tehtiin taulukko niiden keskeisistä oireista. Potilasohjausmateriaali kirjoitettiin niin, että otsikkotasolla jokaisesta valitusta diagnoosista pääasialliset oireryhmät tulivat sopivaksi katsotulla laajuudella käsiteltyä. Lisäksi potilasohjausmateriaaliin sisällytettiin tiedonhakuprosessissa keskeisimmiksi muodostuneet, dissosiaatiohäiriötä kuvailevat käsitteet sekä depersonalisaatiohäiriön (F48.1) oireet jotka tiedonhaun tulosten perusteella ovat yllättävän kuormittavia, jopa itsetuhoisuutta provosoivia oireita potilaiden keskuudessa. Tehdyn taulukon pohjalta hyödynnettiin erityisesti tiedonhaun toisessa vaiheessa kerättyä tuoreinta tutkimustietoa eri oireryhmistä.

Taulukko 1. Potilasohjausmateriaalissa kuvailut oireryhmät

Diagnoosi ICD-10 -luokituksessa	Pääasiallinen oireryhmä	Otsikko potilasohjausmateriaalissa
F44.0 Dissosiativinen muistinmenetys	Muistin häiriöt, muistin fragmentaatio, integraation puute	Muistiongelmat
F44.1 Dissosiativinen pakko-vaellus	Muistin häiriöt, muistin fragmentaatio, integraation puute	Muistiongelmat, persoonan muutokset
F44.2 Dissosiativinen sulkutila (horros)	Vireystilan säätelyn ongelmat, aistitoimintojen puutokset, hajanaisuus	Vireystilan ongelmat, fyysiset oireet, kykyjen muuttuminen
F44.3 Hurmos ja haltiotilat	Identiteetin muutos	Persoonan muutokset
F44.4 Dissosiativinen motorinen häiriö	Tahdonalaisten lihasten toiminnan häiriö	Fyysiset oireet
F44.5 Dissosiativiset kouristukset	"Pseudoepilepsia"	Fyysiset oireet
F44.6 Dissosiativinen tunnotomuus tai aistihäiriö	Aistihäiriöt	Fyysiset oireet

F44.80 Ganserin oireyhtymä	"Pseudodementia"	Kykyjen muutokset
Sekamuotoiset dissosiaatiohäiriöt (konversiohäiriöt)	Kohdissa F44.0-F44.6 määritettyjen häiriöiden yhdistelmät	Dissosiaatiohäiriöt
Tilapäinen lapsuus- ja nuoruusiän dissosiaatio-[konversio] oireisto		Dissosiaatiohäiriöt
Muu dissosiaatiohäiriö (konversiohäiriö)		Dissosiaatiohäiriöt
Määrittämätön dissosiaatiohäiriö (konversiohäiriö)		Dissosiaatiohäiriöt
F44.81 Sivupersonahäiriö	Identiteetin säilyttämisen vaikeudet	Persoonan muutokset, Dissosiaatio traumaoireena
F48.1 depersonalisaatiohäiriö	Depersonalisaatio	Tunnesäätely ja dissosiaatio

Taulukko 2. Potilasohjausmateriaaliin sisällytetyt keskeiset käsitteet

Käsite	Keskeinen sisältö	Otsikko potilasohjausmateriaalissa
Dissosiaatio	Psykyä suojaava mekanismi	Dissosiaatio
Dissosiaatiohäiriö	Dissosiaatio vs. dissosiaatiohäiriö käsitteinä	Dissosiaatiohäiriöt
Integraatio	Persoonan ominaisuus	Dissosiaatio-oireet
Triggeri	Laukaiseva tekijä	Erillinen kappale, Dissosiaatio-oireet
Persoonan rakenteellinen dissosiaatio	PRD-teoria	Dissosiaatio traumaoireena
Itsensä vahingoittaminen	Tavallinen oire	Itsensä vahingoittaminen
Tunnesäätely	Dissosiaatio-oireilu on lähtöisin tunnesäätelyn ongelmista	Tunnesäätely ja dissosiaatio
Vireystilan säätely	Yleinen oire dissosiaatiohäiriöiden yhteydessä	Vireystilan säätelyn ongelmat

Epävakaa persoonallisuus	Tunnesäätelyongelmat, usein traumaperäinen tila	Erillinen kappale
Depersonalisaatio	Käsite, jolla kuvataan oiretta	Erillinen kappale
Takauma	Muistioire, liiallinen muistaminen	Muistioireet
Muistin fragmentoituminen	Liittyy käsitteenä persoonan rakenteelliseen dissosiaatioon	Muistioireet
Tuijottaminen	Ilmiö on nimetty materiaalissa koska siitä voi olla hyötyä tilanteen tunnistamisessa ja myös hoitotyössä	Erillinen kappale
Pakkovaellus	Nimitys oireelle	Erillinen kappale
Intruusio, intruusio-oire	Oireita kuvaileva sana. Olennaista tässä on, että kokemus on vastoin kokijan tahtoa, hallitsematon.	Erillinen kappale
Persoonan rakenteellinen dissosiaatio	Teoria, josta on muodostumassa hoitoa ohjaava.	Kykyjen tai persoonallisuuden vaihtelu
Sisäiset väittelyt	Usein tärkeä oire potilaan käytöksen ymmärtämiseksi	Kykyjen tai persoonallisuuden vaihtelu
Identiteettihäiriö	Asetetaan tässä oirejatkomon ääripäähän, ei yleisselitykseksi.	Kykyjen tai persoonallisuuden vaihtelu
Välttämiskäyttäytyminen	Käsite on hyödyllinen kuvaamaan dissosiaatio-oireiden aiheuttama haittaa	Kykyjen tai persoonallisuuden vaihtelu
Tahdonalaisten liikkeiden häiriö	Dissosiaatiohäiriöiden oireet ovat myös somaattisia Potilasohjeessa käytetään sanaa "fyysinen" potilaspalutteen perusteella sanan "somaattinen" sijasta.	Fyysiset oireet
Dissosiatiiiviset kouristukset	Muistuttavat joskus epilepsiaa	Fyysiset oireet
Aistihäiriöt	Oireet eivät ole kuviteltuja	Fyysiset oireet
Kivut	Oire lisätty potilaspalutteen perusteella	Fyysiset oireet
Ensimmäinen vaihe,	Hoidon vaiheistusta kuvaava	Dissosiaatiohäiriön hoito

vakauttaminen	käsite	
Toinen vaihe, trauman käsitte- lyyn tähtäävä hoito	Hoidon vaiheistusta kuvaava käsite	Dissosiaatiohäiriön hoito
Kolmas vaihe	Hoidon vaiheistusta kuvaava käsite. Hyvään hoitoon kuuluu myös ”tulevaisuuteen saattami- nen”	Dissosiaatiohäiriön hoito
Läsnäoloharjoitus	Hoitotyön väline. Lisätty poti- laspalautteen perusteella koska monet potilaat kokevat hyötyneensä harjoituksista ja siksi asiasta on järkevää mai- nita potilasoppaassa.	Erillinen kappale
Vertaistuki	Lisätty potilaspalautteen perus- teella tärkeänä toipumista edis- tävänä tekijänä	Erillinen kappale

Potilasohjausmateriaaliin tuotiin ensijaisesti dissosiaation eri tulkinnoista ”tavallinen” dissosiaatio joka toimii suojaimekanismina ylivoimaisilta tunteilta, ja yleistyessään epätarkoituksenmukaisesti aiheuttaa dissosiativista oireilua. Materiaalissa korostettiin siis dissosiaation yhteyttä tunnesäätelyn vaikeuksiin.

Myös persoonan rakenteellisen dissosiaation teoria otettiin mukaan materiaaliin mutta melko pinnallisella tavalla vaikka kyseessä on jo tällä hetkellä hoitoa ohjaava teoria. Kirjoittaja katsoi potilasohjausmateriaalissa tärkeämmäksi liittää dissosiativiset oireet selkeästi tunnesäätelyn ongelmiin pikemminkin kuin persoonan rakenteelliseen dissosiaatioon. Näkökulmat eivät sulje toisiaan pois, mutta käytännön hoitotyössä tunnesäätelykyvyn painottaminen tuntui oleellisemmalta sairaanhoitajan työnkuvassa. Persoonan rakenteellisen dissosiaation teorian merkitys painottuu enemmän psykoterapioihin ja erityisesti dissosiativisen identiteettihäiriön hoitoon.

#### 4.8 Käytetyt työvälineet

Potilasohje ja opinnäytetyön raportointi tehtiin 32-bittisessä laiteympäristössä avoimen lähdekoodin ohjelmistolla. Laitteisto oli jo vuosia sitten vanhentuneena ilmaiseksi saatua. Käyttöjärjestelmänä toimi Debian GNU/Linux 9.0 ja varsinaiseen kirjoitustyöhön käytettiin pääasiassa LibreOffice 5-ohjelmistoa. Opinnäytetyön raportoinnissa käytettiin Diak-ammattikorkeakoulun tarjoamaa .docx -tiedostomuodon opinnäytetyön pohjaa yhteensopivuusongelmien välttämiseksi.

Opas jaetaan pdf-tiedostona ja se on tarkoitettu käyttäjän puolesta tulostettavaksi. Oppaan teossa otettiin huomioon myös käytettävyys mustavalkotulostimella tulostettuna. Potilasopas on esitetty myös tämän dokumentin liitteenä sellaisessa muodossa että sen voi suoraan tulostaa potilaalle annettavaksi.

#### 5 POHDINTA

Tässä opinnäytetyössä on etsitty tietoa dissosiaatiohäiriöistä, ja toisaalta jalostettu lähdemateriaalista potilasohjaukseen tarkoitettua materiaalia.

Työn kuluessa työn oikeutus, siis psykoedukaation tarve ja toisaalta sen hankaluuDET ovat tulleet hyvin perustelluiksi. Työn tarve on myös noussut esille sekä hoitotyön tarpeista että omaisen roolissa tekemistäni huomioista. Kirjoittaja on pystynyt myös hyödyntämään tiedonhaun tuloksia omassa työssään psykiatrian poliklinikalla ja vaikutelmana on ollut että potilaat ovat hyötäneet tiedonhaun tuloksista.

Tekijä ei kuitenkaan voi pitää itseään kokeneena hoitajana mielenterveys-työssä. Hankalampi onkin kysymys tehdyn työn laadusta, potilasohjausmateriaalin toimivuudesta ja lähtökohdista.

## 5.1 Eettiset näkökohdat ja luotettavuus

Tiedonhaun perusteella päädyttiin johtopäätökseen käsitteellistämisen haasteista dissosiaatio-ongelmissa. Kirjoittaja on kuitenkin itsekin ollut omi-  
sena kokemassa näitä ongelmia. Onko tämä ohjannut liikaa tulkintaa tiedonha-  
kuvaiheessa? Palautetta potilasohjausmateriaalin lähtökohdasta on pyydetty  
potilasjärjestöltä, yhteistyökumppaneilta ja potilailta. Yhtään lähtökohtaa kritisoi-  
vaa mielipidettä ei ole tullut. Toisaalta kysymyksenasettelu voi olla vaikea, asi-  
aan perehtymättä voi olla vaikea nähdä muitakaan näkökulmia kuin tarjottua.

Miksi sitten hoitotyön kehittämisessä ei pitäisi käyttää omia kokemuksia lähtö-  
kohtana? Vaikka jokin ongelma korostuisi omien kokemusten kautta, ei pyrki-  
mys ratkaista juuri kyseinen ongelma estä muiden tekemää muiden ongelmien  
ratkaisutyötä. Itse tärkeäksi koetun ongelman ratkaiseminen on motivoivaa.  
Tunteet ovat toiminnan moottori.

## 5.2 Tavoitteiden saavuttaminen

Eräänä työn lähtökohtana oli kerätä sairaanhoitajan psykoedukatiivisessa työssä  
käyttökelpoista tuoretta tutkimustietoa ja suomentaa sitä helposti käytettävään  
muotoon. Tavoitteena oli työ joka sisältää erikseen sekä ammattilaisille että poti-  
laille suunnattua materiaalia. Tarkoituksena oli julkaista ammattilaisen työtä tu-  
kevaa tietoa laajahkona kuvailevana kirjallisuuskatsauksena opinnäytetyön ra-  
portoinnissa.

Koska osana opinnäytetyötä tuotettiin myös potilasohjauksen tukimateriaalia,  
opinnäytetyö määrittyi DIAK-ammattikorkeakoulun näkökulmasta kuitenkin kehittä-  
mispainotteiseksi opinnäytetyöksi, jossa laajan kirjallisuuskatsauksen julkaise-  
mista ei hyväksytä. Ongelma tuli esille vasta esitarkastusvaiheessa.

Koska työn tilaajan kanssa oli jo sovittu potilasohjauksen tukimateriaalin kirjoitta-  
misesta, kirjallisuuskatsaus jäi julkaisematta ja typistettiin DIAK-ammattikorkea-  
koulun ohjeiden mukaisesti sopivaksi kehittämispainotteiseen opinnäytetyöhön.  
Tässä kohtaa työn alkuperäinen tarkoitus jäi toteutumatta.

Yhteistyökumppaneiden palautteen perusteella tehty potilasohje vaikuttaa käytökelpoiselta. Tässä kohtaa tavoite lienee saavutettu. Samoin lienee saavutettu tavoiteltua ammatillista kasvua ja osaamisen kehittymistä kirjoittajan osalta.

### 5.3 Jatkokysymykset

Varhainen traumatisoituminen altistaa monenlaisille psykopatologioille. On tunnettua, että suotuisat kasvuolosuhteet lapsuudessa ja nuoruudessa suojaavat mielenterveyttä monenlaisilta ongelmilta aikuisuudessa ja vanhuudessa. Kääntäen voidaan kysyä, miksi traumaattiset kasvuolosuhteet tuottavat niin monenlaisina ongelmia näkyviä seurauksia ja mitä yhteistä traumatisoitumisen seurauksena eri diagnooseilla ja tavoilla hoidettujen potilaiden mielessä oikeastaan on?

Yleinen ajatusmalli näyttää toisinaan olevan lapsuuden suotuisten olosuhteiden suojaavan vaikutuksen esiintuominen, ikäänkuin elämä olisi täynnä mielenterveyden vaaroja joilta suotuisat kasvuolosuhteet suojaavat rokotteen tavoin. Vähemmälle huomiolle on kenties jäänyt traumaattisten kasvuolosuhteiden varsinainen vaikutus lapseen, mielenterveyden vammamekaniikka. Persoonan rakenteellisen dissosiaation teoria on yritys kuvata mielen traumatisoitumisen mekaniikkaa. Samalla näkökulma psykopatologioihin vaihtuu suojaavien tekijöiden tunnistamisesta vahingoittavien tekijöiden tunnistamiseen.

Dissosiativisen identiteettihäiriön olemus ja näkemyksen kohtaama kritiikki tulee esille monessa lähteessä. Jos kritiikille ei löydy tieteellisissä julkaisuissa tukea, mistä se syntyy? Voisiko osasyynä olla identiteettihäiriön esiin nostamat eettiset kysymykset, joita on vaikea kohdata. Kuka on vastuussa persoonan eri osien tekemistä teoista?

Joskus rakennetta voidaan tutkia vain siellä missä se on rikki, paljaana. Dissosiativiseen identiteettihäiriöön kuuluu erityislaatuinen minäkokemuksen vaihtelu. Mitä voisimme oppia tietoisuudesta tätä ilmiötä tutkimalla?

## LÄHTEET

- Anttila, K., Hirvelä, M., Jaatinen, T., Polviander, M., Puska, E-L. (2015) *Sairaanhoito ja huolenpito*. Sanoma Pro Oy.
- Brand, B. L., & Lanius, R. A. (2014). Chronic complex dissociative disorders and borderline personality disorder: disorders of emotion dysregulation?. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 1, 13. <https://doi.org/10.1186/2051-6673-1-13>
- Brand, B. L., Loewenstein, R. J., & Spiegel, D. (2014). Dispelling Myths About Dissociative Identity Disorder Treatment: An Empirically Based Approach. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 77(2), 169–189. <https://doi.org/10.1521/psyc.2014.77.2.169>
- Ganslev CA, Storebø OJ, Callesen HE, Ruddy R, Søgaard U. *Psychosocial interventions for conversion and dissociative disorders in adults*. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2020*, Issue 7. Art. No.: CD005331. DOI: 10.1002/14651858.CD005331.pub3. Accessed 03 January 2022.
- Gentile, J. P., Snyder, M., & Marie Gillig, P. (2014). STRESS AND TRAUMA: Psychotherapy and Pharmacotherapy for Depersonalization/Derealization Disorder. *Innovations in clinical neuroscience*, 11(7-8), 37–41.
- Iivanainen, I. & Syväoja, P., (2013). *Hoida ja kirjaa*. Sanoma Pro Oy
- Isojärvi, J. (2017) HTA-opas versio 1.1. <https://www.terveysportti.fi/dtk/hta/koti>
- Kansaneläkelaitos. (1999). *Kansallinen koodistopalvelu*. <https://koodistopalvelu.kanta.fi/codeserver/pages/classification-view-page.xhtml>
- Karila, I., Koivisto, M., Holmberg, N. (3.8.2020) Teoksessa Karila, I., Kähkönen, S., Koivisto, M., Holmberg, N., *Kognitiivinen psykoterapia*. <https://www.oppiportti.fi/op/kpt00304/do>
- Koivisto, M. ja Korkeila, J. (7.10.2020) Epävaka persoonallisuushäiriö. *Lääkärikirja Duodecim*. Saatavuus 2.6.2022: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00994> Artikkelin tunnus: dlk00994 (025.012) 2022 Kustannus Oy Duodecim
- L. 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- L. 785/1992. Terveystuolilaki 30.12.2010/1326. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Lauerma, H. (14.9.2021) *Psykiatria* <https://www.oppiportti.fi/op/pkr00165/do>
- Leikola, A. (2014) *Katkennut totuus. Traumatutkimus*. Prometheus.
- Lönnqvist, J. (14.9. 2021) Psykososiaaliset hoitomenetelmät. Teoksessa (toimittajat) Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T., *Psykiatria*. Duodecim Oppiportti. <https://www.oppiportti.fi/op/pkr00440/do>

- Maaranen, P. (2008) *Dissociation in the Finnish General Population* [Väitöskirja, Kuopion yliopisto]. Kuopion yliopiston julkaisuja d. Lääketiede 439.
- Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Pellikka, M., Rasimus, M. (Toim) (2018) *Sairaanhoidajan käsikirja*. Duodecim
- Pasternack, I., Saijonkari, M., Booth, N., Aronen, P., Fogelholm, C., Isojärvi, J., Mäkelä M., (2018). Psykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmuodot mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa: systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja tulosten kriittinen arviointi. Summaryx Oy
- Seddigh R. (2021). Dissociative Disorder in the Iranian Culture: The Lawless Utopia. *Iranian journal of psychiatry*, 16(4), 462–470. <https://doi.org/10.18502/ijps.v16i4.7234>
- Snyder, B. L. (2021). Recognizing and treating dissociative disorders. *American Nurse Today*, 16(9), 4.
- Suokas-Cunliffe, A. & Maaranen, P. (2014) Traumapsykoterapia auttaa varhaisiän kiintymyssuhteissa traumatisoituneita. *Suomen lääkärilehti* 41 (69) s.2613-2617. Saatavuus 26.7.2021:
- Sutar, R., & Sahu, S. (2019). Pharmacotherapy for dissociative disorders: A systematic review. *Psychiatry research*, 281, 112529. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112529>

LIITE 1: Opinnäytetyössä tuotettu psykoedukaation tukimateriaali:

---

# DISSOSIAATIO-OIREET

---

*Ihmiset tarvitsevat yhteyttä toisiinsa  
yhteyteen tarvitaan puhetta  
puheeseen tarvitaan yhteinen kieli  
yhteiseen kieleen tarvitaan yhteisiä sanoja*



*Kuva: Joku on kiivennyt dissosiaatiotilassa katolle ja ottanut valokuvan sinne viemästään leluhiirestä. Jälkeenpäin hän ei osaa selittää toimintaansa. Dissosiaatio on usein hämmentävä ilmiö.*

---

# SISÄLLYSLUETTELO

---

Johdanto

1. Dissosiaatio-oireet
2. Dissosiaatio traumaoireena
3. Dissosiaatiohäiriöt
4. Tunnesäätely ja dissosiaatio
5. Itsensä vahingoittaminen
6. Vireystilan säätelyn ongelmat
7. Muistioireet
8. Kykyjen tai persoonallisuuden vaihtelu
9. Fyysiset oireet
10. Dissosiaatiohäiriön hoito

---

# JOHDANTO

---

Tämä pieni opas on saanut alkunsa käytännön tarpeista. Dissosiaatio ja siihen liittyvät oireet ovat vaikeasti hahmotettava kokonaisuus. Edes terveydenhuollon ammattilaiset eivät välttämättä tunne tai tunnista dissosiaatiota, tai tiedä millaista oirekirjoa ilmiö voi aiheuttaa.

Myös käsitykset ilmiöstä itsestään ovat muuttumassa. Suomessa on alettu omaksumaan traumakeskeistä, persoonan rakenteelliseen dissosiaatioon perustuvaa näkemystä dissosiaatio-oireilusta.

Erilaisia dissosiaatioilmiöitä lienee jokseenkin kaikilla. Käyttötarkoituksensa mukaisesti tähän pieneen oppaaseen on pyritty sisällyttämään oireita, jotka ovat omiaan aiheuttamaan kriisejä tai erityisen kuormittavia tilanteita. Tämä ei ole hoito-opas vaan johdatus aiheeseen käytännön tasolla.

*Tämä opas on kirjoitettu osana Diak-ammattikorkeakoulun sairaanhoitaja (AMK) -koulutusohjelman opinnäytetyötä 2022: Tarmo Huttunen, Puhumiseen tarvitaan sanoja.*

---

# 1. DISSOSIAATIO- OIREET

---

Termiä "dissosiaatio" on käytetty eri aikoina ja eri yhteyksissä hiukan eri tavoin.

**Dissosiaatiota voidaan kuvailla persoonan hajoamiseksi tai vaikeudeksi pitää koossa**, erityisesti kuormituksen tai stressin alaisena. Mielekkään toiminnan vaikeus ei koske pelkästään ihmisen mieltä, vaan voi ilmetä myös fyysisellä tasolla, esimerkiksi kehon hallinnan menettämisenä. Ei varmaankaan ole sattumaa, että kuormittavia tai stressaavia tilanteita kutsutaan joskus "hajottaviksi".

Dissosiaation käsite on ehkä helpompi ymmärtää sen vastakohtana, persoonan **integraation**, kautta. Dissosiaatio on integraation puutteellisuutta.

Hyvin integroitunut persoona pystyy toimimaan joustavasti, muistiaan, havaintojaan ja oman persoonansa luonteenomaisia piirteitä hyödyntäen. Integroituneen persoonan kyvyt, muistot, arvot ja itse persoona ovat suhteellisen pysyvä kokonaisuus.

Yksinkertaisena esimerkkinä dissosiaatiosta voi kuvitella sodassa traumatisoituneen sotilaan. Myöhemmin rauhan aikana hän voi yllättäen "hajota", hänen mieleensä voi tulla eläviä, halvaannuttavia muistikuvia ja tunteiloja. Jokin **triggeri** on laukaissut hänessä reaktion, joka estää mielekkään toimimisen käsillä olevassa nykyhetkessä. Esimerkissä on kyse ainakin muistin toiminnan häiriintymisestä (epätarkoituksenmukaisesta muistamisesta) ja tunnesäätelyn häiriintymisestä (tilanteeseen nähden epätarkoituksenmukaisesta tunnetilasta). Kohtaus voisi jatkua vaikkapa hetkellisenä tajunnan menettämisenä tai lamaantumisenä, jotka olisivat **vireystilan säätelyyn** liittyviä oireita.

---

## 2. DISSOSIAATIO TRAUMAOIREENA

---

Dissosiaatiotiloja ilmenee sekä aivan perusterveillä ihmisillä että eri mielenterveyden ongelmien ja sairauksien yhteydessä. Dissosiaatiotilat voidaan ymmärtää mielen reaktioksi johonkin. Usein tämä reaktio syntyy vasteena jollekin menneisyyden traumatisoivalle asiantilalle.

Sodassa traumatisoituneen sotilaan esimerkissä integraatio tarkoittaisi traumaan liittyvien tunteiden käsitlemistä, integroimista, omaan persoonaan. Trauman käsittelyn onnistuttua henkilö voisi kertoa kokemuksistaan liikuttuneena mutta joutumatta täysin niiden valtaan, kyetä tilanteeseen sopivaan toimintaan muistojaan hyödyntäen.

Esimerkki on yksinkertaistus. On hyvä tiedostaa, että traumatisoituminen ei edellytä joutumista jonkin tietyn, yksittäisen tilanteen uhriksi tai koki-jaksi. Traumatisoituminen voi olla myös epäedullisen kasvuympäristön aiheuttama pitkäaikainen prosessi.

---

# 3. DISSOSIAATIOHÄIRIÖT

---

Kaikkiin mielenterveyden häiriöihin tai ongelmiin voi liittyä dissosiativisia oireita. Mikäli vakavassa mielenterveyden ongelmassa pääasialliset oireet ovat luonteeltaan dissosiativisia, puhutaan **dissosiaatiohäiriöstä**.

Dissosiaatio-oireet voivat ilmiösultaan olla hyvin erilaisia. On tavallista, että ongelmaa on yritetty hoitaa usealla eri diagnoosilla ennen kuin oirekokonaisuus on hahmotettu dissosiaatiohäiriöksi.

Dissosiaatioon liittyvät oireet eivät ole kuvittelua tai luulosairautta. Monet niihin liittyvät fyysiset oireet ovat täysin mitattavissa olevia ja todennettuja ilmiöitä. Usein ne liittyvät autonomisen hermoston tilanteeseen nähden epätarkoituksenmukaisiin reaktioihin. Tyypillistä on myös oireiden jatkuva vaihtelu ja muuttuminen. Tämäkin on todellista eikä kuviteltua.

Hoidon kannalta dissosiaatioilmiöiden erottaminen psykooseista on tärkeää. Dissosiaatiohäiriöissä lääkehoidon merkitys on vähäisempää kuin muissa mielenterveyden ongelmissa. Rajukaan dissosiaatio-oireilu ei itsessään ole mielisairaus.

Tavallisimpia oireityyppejä esitellään toisaalla tässä oppaassa.

---

# 4. TUNNESÄÄTELY JA DISSOSIAATIO

---

Monet dissosiaatioilmiöt voidaan nähdä ylivoimaisilta tunteilta suojaavana mekanismina. Ne mahdollistavat toimintakyvyn säilymisen äärimmäisen stressaavissa tilanteissa. Esimerkiksi vakavan onnettomuuden kokeneet kuvailevat usein kokeneensa olonsa epätodelliseksi ja kyenneensä toimimaan rauhallisesti ja järkevästi tilanteessa, ihmetellen usein tätä itsekin. Kyse on ollut **derealisaatiosta**, eräästä dissosiativisesta suojamekanismista.

Toinen esimerkki suojamekanismista on vaille hoitoa jäävä vauva. Alkuun vauva itkee, mutta vaipuu suhteellisen pian suojaavaan syvään uneen tai unta muistuttavaan tilaan. Kyseessä voi olla suojeleva mekanismi, vireystilan lasku. Vastaava mekanismi useilla eläinlajeilla on jonkinlainen valekuolema johon eläin vaipuu ylivoimaisessa tilanteessa.

Dissosiaatiohäiriössä voi olla kyse tällaisten suojamekanismien epätarkoituksenmukaisesta toiminnasta. Esimerkiksi depersonalisaatiohäiriössä ihminen kokee usein lamauttavaa epätodellisuuden tunnetta. Dissosiaatiohäiriöissä nähdään usein vireystilan säätelyongelmia, jotka muistuttavat eriasteisia vireystilan laskuja, jopa valekuoleman tapaiseen tajuttomuuteen asti.

Dissosiaatiohäiriöstä toipumisessa on olennaista tunnesäätelymekanismien tukeminen. Toimivampi tunnesäätely mahdollistaa myös ongelmien taustalla olevien traumakokemusten käsittelymisen ja niistä toipumisen.

**Tunnesäätely**kyky on kykyä havainnoida, ilmaista ja myös säädellä omia tunteitaan tarkoituksenmukaisesti. Tavanomaisissa elämäntilanteissa korostuvat muut tunnesäätelymekanismit kuin dissosiaatio. Mikäli muut mekanismit eivät riitä, dissosiaatioilmiöt tulevat esiin. On tavallista, että dissosiaatiohäiriöstä kärsivä kokee raastavia tunne-elämän kokemuksia joihin dissosiativisuus liittyy. Nämä raastavat kokemukset ovat usein tavalla tai toisella triggerien tai aiempien traumaattisten kokemusten aiheuttamia, nykyhetken epätarkoituksenmukaisesti sopivia tunteita. Dissosiaatio suojaa myös näiltä tunteilta ja siksi kestävämmät tunnetilat johtavat dissosiaatio-oireisiin.

**Epävakaa persoonallisuus** kuvaa tilannetta, jossa persoonan tunnesäätely ei toimi tarkoituksenmukaisesti. Sekä epävakaa persoonallisuus että dissosiaatiohäiriöt liittyvät usein lapsuudessa tapahtuneisiin traumaattisiin tapahtumiin, ja potilailla tavataan usein itseä vahingoittavaa käytöstä.

**Depersonalisaatiossa** henkilö kokee itsensä jollain tavoin epätodelliseksi tai muuttuneeksi. Kokemukseen liittyy usein myös derealisaation tunteita. Näissä ilmiöissä kokijan todellisuudentaju on kuitenkin muuttumaton, kokija ymmärtää kyseessä olevan pikemminkin tunteen kuin todellisen muutoksen.

**Triggeri** voi olla jotakin aisteilla havaittua, vaikkapa ääni tai tuoksu, tai se voi olla myös täysin sisäsyntyinen ajatus. Triggeri on jotain, mikä vaikuttaa persoonaan tai kehoon yllättävällä, tahdosta riippumattomalla tavalla. Usein triggerit liittyvät aiempiin traumaattisiin kokemuksiin.

---

# 5. ITSENSÄ VAHINGOITTAMINEN

---

Dissosiaatio-oireista kärsivillä potilailla tavataan usein itseä vahingoittavaa käytöstä. Usein tällainen käytös on myös varsinainen syy hoitoon ohjautumiselle. Usein vasta tällaisten tilanteiden jälkeen potilaan tilanne alkaa hoitaville ammattilaisille hahmottua dissosiaatio-ongelmaksi tai epävakaaaksi persoonallisuudeksi.

Oman kehon viiltely on eräs tavallisimmista itseä vahingoittavasta käytöksestä. Viiltely on usein yritys hallita omia tunnetiloja tai dissosiativisuutta.

Potilas voi pyrkiä lopettamaan dissosiativisen tilan viiltämällä tai muuten vahingoittamalla tai vaarantamalla itseään. Syynä voi olla esimerkiksi hyvin hankalalta tuntuva epätodellinen olo. Kipu voi vetää persoonan kosketuksiin oman kehon ja todellisuuden kanssa. Itsen vahingoittaminen voi myös olla keino päästä dissosiativiseen tilaan ja näin hallita jokin kestämaton tunnetila.

Ajoittain ilmenevä itseä vahingoittava käytös voi liittyä persoonan rakenteelliseen dissosiaatioon. Ilmiöstä kerrotaan lisää luvussa ”Kykyjen tai persoonallisuuden vaihtelu”.

---

# 6. VIREYSTILAN SÄÄTELYN ONGELMAT

---

Ihminen mukautuu ympäristöön ja toteuttaa omia tarpeitaan vireystilaansa säätelemällä. Sopiva vireystila mahdollistaa esimerkiksi raskaan fyysisen työn, keskittymistä vaativan opiskelun, läheisen yhteyden toiseen ihmiseen sekä välttämättömän levon.

Ihmisen vireystilaa säätelee erityisesti autonominen, tahdosta riippumaton hermoston osa. Dissosiaatiohäiriöiden keskeisiä piirteitä on usein autonomisen hermoston epätarkoituksenmukainen toiminta. Vaikuttaa siltä, että erityisesti lapsuudessa koettu jatkuva stressi tai traumaattiset tapahtumat häiritsevät autonomisen hermoston kehitystä mistä voi seurata hankalia oireita aikuisuudessakin.

Usein vireystilan ongelmat ilmenevät ns. triggereiden tai yleisen kuormittumisen ja stressin vaikuttaessa.

Vireystilan säätelyn ongelma voi ilmetä eri tavoin. Äärimmillään ihminen voi vaipua tajuttomuuteen triggerin aktivoitessa autonomisen hermoston virhetoiminnon. Vireystilan lasku voi ilmetä myös esimerkiksi väsymyksenä, tai henkisen vireyden yllättävänä huononemisena. Dissosiativisessa tilassa ihminen voi esimerkiksi lakata puhumasta tai tulemasta kontaktiin muiden kanssa. Tällainen muutos vireystilassa voi olla ympäristölle hyvin hämmentävä. Vireystilan pitkäaikainen lasku on masennusta muistuttava oire.

Koska autonominen hermosto säätelee monia toimintoja elimistössä, sen epätarkoituksenmukainen toiminta voi aiheuttaa monia todellisia, mitattavissa olevia fyysisiä oireita. Esimerkiksi verenpaineen lasku voi aiheuttaa huimausta, heikotusta tai pyörtymisen. Varsin tavallisia ovat myös ruuansulatukseen liittyvät ongelmat. Autonominen hermosto säätelee myös elimistön lämpötilaa.

Vireystilan säätelyn ongelma voi ilmetä myös monenlaisena yliaktiivisuutena. Tämä voi aiheuttaa esimerkiksi univaikeuksia tai monenlaisia oman käyttäytymisen säätelyn ongelmia, kuten vaikeuden säädellä omaa kuormitustaan. Henkilö voi olla näennäisesti erittäin jaksava, mutta jaksaminen loppuu syvään romahdukseen. Ongelma voi muistuttaa myös kaksisuuntaista mielialahäiriötä tai ADHD-oireilua.

*Monet dissosiaatio-oireista kärsivät hyötyvät **läsnäoloharjoituksista**. Usein dissosiativisuuden taipuva mieli "unohtaa" olevansa nykyhetkessä ja vaipuu menneisyyteen ja sen traumaattisiin tapahtumiin vaikka nykyhetkessä ei ole uhkaa.*

*Usein oireista kärsivät hyötyvät **vertaistuesta**. Dissosiaatiohäiröstä kärsivillä on esimerkiksi sosiaalisessa mediassa erilaisia vapaamuotoisia vertaistukiryhmiä.*

---

# 7. MUISTIOIREET

---

Dissosiaatiohäiriöihin voi liittyä monenlaisia muistioireita. Useimmille dissosiaatiohäiriöiden oireryhmille tyypillistä on oireiden jatkuva vaihtelu ja muuttuminen. Näin on laita myös muistioireissa.

Muistioireet voivat liittyä sekä liialliseen että vaillinaiseen muistamiseen.

Dissosiaatio-oireista kärsivät henkilöt kertovat usein erilaisista muistiongelmista, jotka saattavat jopa alentaa toimintakykyä päivittäisissä toimissa. Henkilöllä saattaa olla vaikeuksia esimerkiksi muistaa mitä on aiemmin päivän aikana tehnyt.

Liiallista muistamista ovat esimerkiksi **takaumat**. Jokin ahdistava tilanne voi palautua hyvin elävänä, hallitsemattomana muistikuvana yhä uudestaan. Oireesta kärsivä voi näin joutua elämään jonkin traumaattisen tapahtuman yhä uudestaan ja uudestaan. Muisti toimii tällöin niin hallitsemattomasti, että oire voi aiheuttaa rajua toimintakyvyn laskua ja suurta ahdistusta.

Dissosiaatiohäiriöiden oireena esiintyy myös erilaista muistin vajavaisuutta tai muistiaukkoja. Muistista on voinut pyyhkiytyä jokin tietty ajanjakso tai tapahtuma. Joissain tapauksissa potilaan koko elämänhistoria voi olla kadonnut muistista, mutta hän voi silti muistaa esimerkiksi ammattiinsa liittyvää tietoa. Muisti voi fragmentoitua, olla sirpaleinen. Persoonan tietoisella osalla ei välttämättä ole pääsyä muistin koko sisältöön, vaikka kaikki muistiin tallettuneet traumaattisetkin asiat ovat vaikuttamassa jokapäiväiseen elämään ja reaktioihin. Tällaisen **muistin fragmentoitumisen** ajatellaan **liittyvän persoonan rakenteelliseen dissosiaatioon**.

*Dissosiativiseksi **pakkovaellukseksi** kutsutaan tilaa, jossa henkilö on ikäänkuin unohtanut menneisyytensä ja muuttanut elämään jonnekin muualle. Henkilö on tällöin itse kykenemätön huomaamaan omaa muistinmenetystään.*

---

## 8. KYKYJEN TAI PERSOONALLISUUDEN VAIHTELU

---

Vakavista dissosiaatio-oireista kärsivän henkilön kyvyt ja persoona saattavat vaihdella yllättävästi. Vaihtelu voi ilmetä aivan perustoiminnoissa tai jollain erityisalueella. Ihminen saattaa esimerkiksi olla välillä puhekyvytön. Kykyjen väliaikainen menettäminen voi liittyä melkein mihin tahansa taitoon tai kykyyn. Henkilön saattaa välillä olla kyvytön vaikkapa tunnistamaan läheisiään tai ymmärtämään jonkin yksinkertaisen toiminnon, kuten lääkkeen ottamisen, tarkoitusta.

Kykyjen ja persoonan vaihtelun ajatellaan liittyvän ns. **persoonan rakenteelliseen dissosiaatioon**. Tämän selityksen mukaan dissosiaatiohäiriössä on kyse persoonan pilkkoutumisesta eri osa-alueisiin, ja oireet johtuvat näiden osien puutteellisesta yhteistoiminnasta. Ilmiö on rinnasteinen muistin fragmentoitumiseen.

Pilkkoutuneen persoonan eri osat eivät pysty toimimaan tehokkaasti yhtenä integroituneena kokonaisuutena, vaan toisinaan ikäänkuin vuorotellen. Eri persoonanosien aktivoituessa persoonallisuus näyttäytyy erilaisena. Tällainen persoonan osien vaihtelu korostuu usein kuormittumisen ja stressin lisääntyessä. Persoonan eri osilla on eri kykyjä, mutta koska osat toimivat puutteellisesti yhdessä, kaikki kyvyt eivät aina ole käytettävissä. Toisinaan henkilö kokee myös **sisäisiä väittelyitä** eri persoonanosien kesken. Nämä väittelyt sekoitetaan joskus psykoottisiin äänihallusinaatioihin. Jokin persoonan osa voi myös olla altis itsetuhoisuuteen tai itseä vahingoittavaan käytökseen.

Persoonan osien vaihtumisen ajatellaan selittävän dissosiattiivisen **identiteettihäiriön**. Silloin henkilön persoonanosat ovat niin eriytyneet toisistaan, että hän kokee olevansa erilainen tai jopa eri persoona riippuen siitä mikä persoonanosa on hallitseva kullakin hetkellä. Tällaiset identiteetti-muutokset ja käyttäytymisen muutokset voivat olla äärimmäisen ahdistavia sekä niistä kärsivälle että hänen läheisilleen.

Eräs seuraus identiteetin säilyttämisen ongelmista voi olla monenlainen **välttämiskäyttäytyminen**. Henkilö pyrkii kovasti säilyttämään ”oman” identiteettinsä ja välttämään tilanteita joissa identiteetinmuutokset ovat uhkaamassa. Seurauksena voi olla vaikkapa sosiaalinen eristäytyminen ta ylipäänsä tilanne, jossa ongelma rajoittaa elämää ja omien tavoitteiden saavuttamista elämässä. Ilman käsitystä ongelman luonteesta ulkopuolisten voi olla mahdotonta ymmärtää dissosiaatio-oireisen valintoja esimerkiksi koulutuksen, työn tai ihmissuhteiden suhteen.

*Dissosiattiivisiin tiloihin liittyy toisinaan **tuijottaminen** kaukaisuuteen. Tässä tilassa ihmiseen voi olla vaikea saada kontaktia.*

***Intruusiolla** tai **intruusio-oireella** tarkoitetaan jonkin asian tunkeutumista mieleen vastoin kokijan tahtoa. Intruusio voi olla esimerkiksi tuskallinen muistikuva. Intruusio voi ilmetä muillakin tavoin, esimerkiksi ääni- tai näköharhoina.*

---

# 9. FYYSISET OIREET

---

Dissosiaatio-oireet ilmenevät varsin usein myös fyysisinä.

Dissosiativisiin tiloihin liittyy usein **tahdonalaisten liikkeiden hallinnan häiriö**. Hallinnan menetys saattaa liittyä raajojen toimintaan tai esimerkiksi puheen tuottamiseen. Tila voi aiheuttaa voimattomuutta, muistuttaa halvausta tai vaikuttaa liikuntakykyyn.

**Dissosiativiset kouristukset** ovat eräs tahdonalaisten lihasten hallinnan häiriö. Tila muistuttaa usein epileptisiä kouristuksia, jopa siinä määrin että tilaa hoidetaan usein pitkään epilepsiana huonolla menestyksellä.

**Aistihäiriöt** näyttäytyvät usein jonkin aistin toiminnan puutteena. Dissosiaatiohäiriöissä tavallista on oireiden vaihtelu, niin myös tässä. Aistitoiminnan häiriö voi ilmetä esimerkiksi tuntoaistin muutoksina, näkö- kuulo- tai jonkin muun aistin toiminnan puutoksena tai muutoksena. Dissosiaatiotilassa ihminen voi kokea myös monenlaisia aistiharhoja ja hallusinaatioita.

Usein dissosiativisiin oireisiin liittyy monenlaisia kipuja. Esimerkiksi raajojen kivut ovat usein mainittuja.

---

# 10. DISSOSIAATIOHÄIRIÖN HOITO

---

Dissosiaatiohäiriö ei itsessään ole mielisairaus. Toki potilaalla voi olla sekä dissosiaatio-oireita että jokin muu mielenterveyden ongelma, mutta varsinaisen dissosiaatiohäiriön hoidossa lääkehoidon merkitys on lähinnä oireita rajoittava.

Dissosiaatiohäiriön hoito voidaan esittää kolmivaiheisena. Ensimmäisessä vaiheessa potilaan tilaa pyritään **vakauttamaan** niin, että oireet ovat kohtuullisessa hallinnassa. Tässä vaiheessa pyritään erityisesti itseä vaarantavan käyttäytymisen ja yleisen ahdistuksen vähentämiseen. Potilaan tunnesäätelyä pyritään tukemaan eri tavoin.

Yleensä dissosiaatio-oireilun taustalla ovat traumaattiset kokemukset. Kun potilasta vaarantavat ja voimavaroja syövät oireet on saatu rajoitettua kohtuullisiksi, voidaan edetä hoidon toiseen vaiheeseen. Tässä vaiheessa pyritään erityisesti **käsittämään traumakokemukset**, integroidaan ne potilaan persoonan tarkoituksenmukaisesti toimiviksi osiksi.

Käytännössä hoito ei kulje näin selkeitä vaiheita pitkin. On tavallista että välillä palataan vakauttamistyöhön vaikka ollaankin jo käsittelyssä traumaa. Samoin trauman käsittelyä tapahtuu käytännössä koko elämän ajan, myös ennen varsinaisen hoidon aloittamista.

Hoidon kolmannen vaiheen ajatellaan olevan potilaan tukemista kohti tulevaisuutta. Dissosiaatio-oireilu on saattanut esimerkiksi estää opiskelun tai työnteon, tai se on voinut vaikuttaa ihmissuhteisiin. Potilaan on rakennettava omanlaisensa elämä ehkä aivan alusta. Usein traumaattisen lapsuuden jälkeen ihmisellä ei ole turvallista läheisverkostoa tai taloudellisia resursseja. Tällöin traumatisoitumisesta kärsivä potilas on ansainnut kaiken mahdollisen tuen oman tulevaisuutensa rakentamiseen tyhjästä.

## **Tämä opas antaa sinulle sanoja.**

*Meillä on sanoja joilla voimme kuvailla mielemme tiloja, esimerkiksi "masentunut" tai "väsynyt". Voimme luottaa siihen, että ympärillämme olevat ihmiset ymmärtävät nämä sanat ja niiden takana olevan tuntemuksen, koska heillä on vastaavia kokemuksia mielesään.*

*Syvä dissosiaatio on tila, josta suurimmalla osalla ihmisiä ei ole juurikaan kokemusta. Siksi asiasta puhumista ja omienkin oireiden hahmottamista haittaa sopivien sanojen ja käsitteiden puute. Asia jää käsittämättömäksi.*

*Dissosiaatiotiloja kokeva ihminen tarvitsee sekä asiaa koskevia käsitteitä puhumiseen, että näitä käsitteitä ymmärtäviä ihmisiä joille puhua.*

*Dissosiaatiotiloista kärsiviä potilaita hoitavat ammattilaiset tarvitsevat näitä käsitteitä kyetäkseen havaitsemaan dissosiatiiiviset oireet. Ilman käsitteitä asia jää huomaamatta ja hoitamatta.*

*Potilas tarvitsee näitä käsitteitä asian käsittelemiseen. Ilman sanoja asia jää käsittelemättä.*

*Dissosiaatiopotilaan omainen tarvitsee näitä sanoja jotta hänellä olisi yhteinen kieli läheisensä kanssa, jotta he voisivat olla läheisiä myös tässä asiassa.*