



**SAVONIA**

■ OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO  
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

# DISSOSIAATIO JA VAKAUTTA- MINEN TUTUKSI

– Potilasopas Kuopion psykiatrian keskukselle

TEKIJÄT: Ulla Ahtiainen ja  
Minna Heimonen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Ulla Ahtiainen ja Minna Heimonen	
Työn nimi Dissosiaatio ja vakauttaminen tutuksi - Potilasopas Kuopion psykiatrian keskukselle.	
Päiväys	27.11.2016
Sivumäärä/Liitteet	47/3
Ohjaaja(t) Pirjo Kinnunen / Marja-Liisa Rissanen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion psykiatrian keskus / yh Pasi Kuosmanen ja aoh Tiina Ojalainen	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Dissosiaatio tarkoittaa erottumista ja hajoamista. Sen tarkoituksena on suojella ja auttaa ihmistä sopeutumaan psyykkistä tasapainoa uhkaavilta kokemuksilta ja tunnetiloilta. Lieväasteisena ja ohimenevänä dissosiaatio on melko yleinen muun muassa rasitus- ja uupumustiloissa. Mielenterveyden häiriöksi se luokitellaan, kun oireisto muuttuu hallitsevaksi ja haittaa toimintakykyä. Vaikea-asteisten dissosiaatioiden taustalla on pitkäkestoisia ja vakavia traumaattisia lapsuudenaikaisia kokemuksia, joita henkilö ei ole kyennyt yhdistämään tietoisuutensa eri puolien kanssa mielekkääksi kokonaisuudeksi. Psykoedukaation ja luottamuksellisen hoitosuhteen lisäksi dissosiaatioiden hoidossa käytetään psykoterapiaa, EMDR-terapiaa, altistusta sekä erilaisia vakauttavia kehomenetelmiä.</p> <p>Vakauttaminen on tehokas dissosiaatioiden alkuvaiheen hoitomuoto. Sen avulla helpotetaan henkilön vointia ja kohennetaan sekä psyykkistä että fyysistä toimintakykyä. Tässä vaiheessa traumaa ei kohdata eikä puututa oireiden aiheuttajaan, vaan pyritään voimakkaiden ja äkillisten vireytilojen tunnistamiseen ja tilan vakauttamiseen. Tilaa, jossa potilas kykenee vastaanottamaan ja käsittelemään asioita, kutsutaan toleranssi- tai sietoikkunaksi. Vireystilan äkillisesti muutokset sietoikkunasta yli- tai alivireystilaan ovat kuitenkin hyvin tyypillisiä ja estävät työskentelyä ja tiedon vastaanottamista. Kehoa vakauttavat harjoitteet opettavat itsehavainnointia eli auttavat tunnistamaan kehossa tapahtuvia reaktioita, asennon ja liikkeen merkitystä sekä sitä, miltä ja missä kokemukset ja ajatukset kehossa tuntuvat. Vakauttamisharjoitteiden avulla henkilö oppii palautumaan takaisin sietoikkunaan, jolloin toimiminen ja vuorovaikutus jälleen mahdollistuvat. Harjoitteiden on todettu lisäävän myös itsehallinnan tunnetta. Tavallisimpia vakauttamisharjoitteita ovat hengitys-, aisti- ja rauhoittavat harjoitteet sekä fyysistä aktiviteettiä lisäävät harjoitteet.</p> <p>Opinnäytetyönä suunniteltiin ja tuotettiin potilasopas dissosiaatioista ja vakauttamisesta. Työn tavoitteena oli lisätä dissosiaatioista kärsivien potilaiden tietoa ja ymmärrystä sairaudesta sekä lisätä heidän valmiuksiaan hallita oireitaan. Oppaasta toivotaan myös apua hoitajille potilasohjaukseen. Lisäksi kirjallisen opinnäytetyön toivotaan toimivan asiasta kiinnostuneille henkilöille näyttöön perustuvana ensitietopakettina dissosiaatioista, vakauttamisesta ja niissä käytetyistä harjoitteista. Kehittämistyönä toteutettu Dissosiaatio ja vakauttaminen tutuksi -opas on kaksiosainen. Ensimmäisessä osassa on tietoa dissosiaatioista, vakauttamisesta sekä vireystiloista ja toinen osa esittelee harjoitteita vireystilojen vakauttamiseen.</p>	
Avainsanat Dissosiaatio, dissosiaatiohäiriö, vakauttaminen, vireystilat, opas, potilasopas, harjoituksia	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Nursing			
Author(s) Ulla Ahtiainen and Minna Heimonen			
Title of Thesis Become familiar with dissociation and stabilization - A guide for patients in Kuopio Psychiatric Centre			
Date	27.11.2016	Pages/Appendices	47/3
Supervisor(s) Pirjo Kinnunen / Marja-Liisa Rissanen			
Client Organisation /Partners Kuopio psychiatry center / Pasi Kuosmanen and Tiina Ojalainen			
<p>Abstract</p> <p>Dissociation means separation and falling apart. Its purpose is to protect and help human mind to adapt to threatening experiences and feelings that can unbalance mental wellbeing. When dissociation is mild and momentary it is quite common when under stress and when having fatigue. Dissociation is classified as a mental illness when it changes to be dominant and disturbs performance. In the background of many difficult dissociations are long-term and traumatic childhood experiences which the person can't integrate with his awareness. In addition to psychoeducation and trustworthy treatment relationship psychotherapy, EMDR -therapy, exposition and different stabilization body methods are used in treating dissociation.</p> <p>Stabilization is a very effective treatment method in the first stage to cure dissociation. With stabilization a person's mental and physiological wellbeing is helped. At this stage trauma and the reasons for symptoms are not faced. The main idea is to stabilize the powerful and sudden changes in the vitality conditions and to recognize these conditions. The stage where the patient is able to receive and deal information is called a tolerance window. Sudden movement in the vitality conditions from the tolerance window to under- or over condition are very common and block working and receiving information. The exercises that stabilize the body facilitate self-observation. This helps to identify body reactions, the meaning of body position and movement as well as where and how in the body are felt experiences and thoughts. With the help of stabilization exercises a person can recover from under- or over condition back to tolerance window. Then function and interaction are possible again. The exercises are known to increase the feeling of self-control. The most common stabilization exercises are breathing, sense and calming exercises as well as exercises that increase physical activity.</p> <p>A guide of dissociation and stabilization was planned and developed as a thesis. The aim of this thesis was to increase knowledge and understanding about dissociation among patients and their ability to control their symptoms. The guide is also hoped to help nurses with patient guidance. Also the thesis is hoped to be a knowledge package for those who are interested in dissociation, stabilization and stabilization exercises. Get to know dissociation and stabilization-guide is a two part guide which was done as a development work. The first part is a knowledge package of dissociation, stabilization and vitality conditions. The second part of the guide is a training guide with stabilization exercises.</p>			
<p>Keywords Dissociation, dissociation disorder, stabilization, vitality conditions, guide, patient guide, exercises</p>			

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	1
2	DISSOSIAATIO JA SEN ILMENEMISMUOTOJA.....	3
2.1	Dissosiaatioiden yleisyys ja oireet.....	3
2.2	Dissosiaatioiden tunnistaminen, arviointi ja luokittelu.....	4
2.3	Dissosiaatioiden hoito ja vaiheorientoitunut hoitomalli.....	10
3	VAKAUTTAMINEN DISSOSIAATION HOITOMUOTONA.....	11
3.1	Vakauttaminen dissosiaatioiden hoidossa.....	11
3.2	Vireystilat ja niiden vakauttaminen.....	12
3.3	Vakauttamisharjoitteet ja niiden käyttö.....	15
4	OPINNÄYTETYÖ KEHITTÄMISTYÖNÄ.....	19
4.1	Kehittämistyön vaiheet.....	19
4.2	Kehittämistyön tarkoitus ja tavoite.....	21
4.3	Opinnäytetyöprosessi kehittämistyön vaiheiden mukaisesti.....	21
4.4	Opinnäytetyön aikalaulu.....	22
5	POTILASOPPAAN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS.....	24
5.1	Hyvän potilasoppaan tunnusmerkit.....	24
5.2	Potilasoppaan kohderyhmä.....	25
5.3	Potilasoppaan laatiminen kehittämistyönä.....	25
6	POHDINTA.....	27
6.1	Kehittämistyön arviointi.....	27
6.2	Potilasoppaan arviointi.....	28
6.3	Eettisyys ja luotettavuus.....	29
6.4	Oma oppiminen ja ammatillinen kehittyminen.....	30
6.5	Jatkokehittämissuhteita.....	31
	LÄHTEET JA TUOTETTU AINEISTO.....	32
	LIITE 1. AMMATTIKORKEAKOULU- JA AMMATILLISEN OPPILAITOKSEN OPISKELIJOIDEN OPINNÄYTETYÖN LUPAHAKEMUS.....	40
	LIITE 2. KYSELY DISSOSIAATIO JA VAKAUTTAMINEN TUTUKSI -OPPAASTA.....	43
	LIITE 3. OTOS AIHETTAA KÄSITTELEVISTÄ TUTKIMUKSISTA.....	46

## 1 JOHDANTO

Dissosiaatio tarkoittaa erottumista ja hajoamista (Huttunen 2014a) ja se suojelee ihmisen mieltä ja auttaa sitä sopeutumaan psyykkistä tasapainoa uhkaavilta kokemuksilta ja tunnetiloilta (Lipsanen 2005; Maaranen 2008; van der Hart, Nijenhuis ja Steele 2009, 2). Lauerma (2002, 2200) mukaan lieväasteisena ja ohimenevänä dissosiaatio on melko yleinen muun muassa rasitus- ja uupumustiloissa. Mielenterveyden häiriöksi se luokitellaan, kun sen oireisto muuttuu niin hallitsevaksi, että se haittaa merkittävästi elämää ja toimintakykyä (Lauerma 2002, 2200). Vaikea-asteisten dissosiaatiohäiriöiden taustalla on todettu olevan usein vakavia varhaisia traumaattisia kokemuksia, joita henkilö ei ole kyennyt yhdistämään tietoisuutensa eri puolien kanssa mielekkääksi kokonaisuudeksi. (Suokas-Cunliffe ja van der Hart 2006, 1001; Maaranen 2008; Vedat 2014.)

Maarasan (2008, 31), van der Hartin ym. (2009, 98 - 103) ja Huttusen (2014) mukaan dissosiaatioiden oireina esiintyy muun muassa muistamattomuutta, oman itsensä kokemista vieraana tai epätodellisena, motoristen toimintojen katoamista, aistitoimintojen puutoksia, turtuneisuutta, kuulo- ja näköhallusinaatioita, epämääräisiä kipuja sekä kouristuksia ja lihasnykäyksiä. Dissosiativisia oireita voi esiintyä niin akuutissa traumaperäisessä stressi- ja paniikkihäiriössä, kannabiksen ja hallusinogeenien käytön yhteydessä, kuin myös epävakaan persoonallisuushäiriön, syömishäiriöiden, vakavan masennustilan ja skitsofrenian yhteydessä. Monihäiriöisyys onkin tyypillistä dissosiaatiohäiriöissä. (Lipsanen 2005; Lauerma 2011, 105; International Society for the Study of Trauma and Dissociation 2004 - 2015.)

Dissosiaation esiintyvyyttä Suomessa ovat tutkineet muun muassa Lipsanen (2005) ja Maaranen (2008) ja siitä on tehty erilaisia opinnäyte- (kuten Heiskanen ja Korhonen 2014 sekä Asp 2015), loppu- (kuten Vainio 2006) ja pro gradu (kuten Lepo 2007) -töitä. Traumaperäisen stressihäiriön hoitoon on laadittu Käypä hoito -suositus vuonna 2009 ja siihen on tehty päivitys vuonna 2014 (Käypä hoito 2009; 2014). Maarasan (2008, 82) tutkimuksessa psykologisen dissosiaation esiintyvyydeksi pohjoissavolaisessa väestössä saatiin 3,4 % ja ruumiillisina oireina ilmenevän dissosiaation esiintyvyydeksi 9,4 %. Aleksitymiällä, masennuksella ja itsetuhoisuudella todettiin olevan myös voimakas yhteys dissosiaatiohäiriöihin. Lisäksi ruumiillisina oireina esiintyvä dissosiaatio oli yleisempää miehillä ja sen esiintyvyys lisääntyi iän myötä. (Maaranen 2008, 82.) Lipsanen (2005) selvitti tutkimuksessaan dissosiaation esiintyvyyttä psykiatrisilla sairaala- ja avohoitopotilailla ja totesi sen olevan 5 - 21 %.

Traumaperäisiä stressireaktioita raportoidaan esiintyvän Suomessa vuosittain noin 100 000 henkilöllä ja stressihäiriön kriteerit täyttyviä traumatapahtumia kohtaa länsimaalaisesta väestöstä elämänsä aikana 35 - 90 % (Käypä hoito 2014). Traumaperäisten stressireaktioiden ja -häiriöiden tunnistaminen, jatkotutkimusten tarpeen arviointi ja tarvittaessa hoitoon ohjaus on Käypä hoito -suosituksessa esitetty perusterveydenhuollon tehtäväksi (Käypä hoito 2014). Näin jokaisen sairaanhoitajan tulisi osata tunnistaa trauman oireita sekä tietää keskeisimpiä traumaperäisten häiriöiden seulonta- ja tutkimusmenetelmiä. Myös lääkkeettömän hoidon eli vakauttamismenetelmien hallinta olisi hyvä kuulua sairaanhoitajan osaamiseen. Traumojen riittävän aikaisella tunnistamisella ja diagnosoinnilla voidaan säästää niin inhimillisiä kuin taloudellisiakin voimavaroja, sillä traumatisoituneet potilaat ovat usein

vuosia erilaisten somaattisten tutkimusten kiertessä (Suokas-Cunliffe ja van der Hart 2006, 2001) tai heillä voi olla useita keskeytyneitä tai epäonnistuneita hoitokokeiluja (van der Hart ym. 2009, 232 - 233). Tunnistamattomana ja hoitamattomana vakava traumatisoituminen altistaa yksilöä muun muassa riippuvuussairauksille kuten päihteiden väärinkäytölle ja seksuaaliselle hyväksikäytölle (Valkonen 2009, 12).

Dissosiaatioiden hoito on tuloksellista ja niitä voidaan hoitaa eri tavoin kuten Bran, Classen, McNary ja Zaveri (2009, 646 - 654) artikkelissaan esittävät. Lauerma (2002, 2204; 2011, 110 - 111), Vilkkumaa (2012) ja Uotinen (2015) suosittelevat dissosiaatioiden hoidon aloittamista psykoedukaatiolla ja luottamuksellisen hoitosuhteen rakentamisella. Pylkkänen (2008), Antervo ja Mankila (2012) suosittelevat psykoterapiaa ja Lakso (2007, 85 - 115) kognitiivista käyttäytymisterapiaa dissosiaatioiden hoitoon. Myös kuvataide-, musiikki-, EMDR- eli silmänliike- ja traumaterapian menetelmät ovat käytössä dissosiaatioiden hoidoissa (Ponteva 2010; Virtanen 2015; Punkanen 2015; Raitamäki ja Sinisalo 2015). Lauerman (2002), Lipsasen (2005) ja Maarasen (2012; 2014) mukaan lääkehoito ei ole ensisijainen dissosiaatioiden hoidossa, mutta sillä voidaan vaikuttaa dissosiaatioiden oheisilmiöihin, kuten masennukseen. (International Society for the Study of Trauma and Dissociation 2011; Sin, Spain, Furuta, Murrels ja Norman 2015.)

Vakavasti traumatisoituneiden hoitoon on Suomessa vakiintunut Hollannissa kehitetty vaiheorientoitunut hoitomalli, jonka avulla on saatu hyviä tuloksia (van der Hart ym. 2003; Steele, van der Hart ja Nijenhuis 2005; Suokas-Cunliffe ym. 2006; van der Hart ym. 2009, 224 - 225). Tässä hoitomallissa vireystilojen vakauttamiseksi käytetään erilaisia harjoitteita, joiden tarkoituksena on opettaa palautumista dissosiaatiivisesta yli- tai alivireystilasta nykyhetkeen, jolloin psyykinen työskentely jälleen mahdollistuu. Vakauttamisharjoitteilla lievitetään potilaan oireita, annetaan toivoa ja työvälineitä oireiden hallintaan sekä laajennetaan sietokykyä. Vakauttaminen perustuu tietoon sympaattisen ja parasympaattisen hermoston toiminnasta, hermoston aikaansaamien fysiologisten muutosten havainnoinnista sekä fyysisten harjoitteiden vaikutuksista hermostoon. (Ogden, Minton ja Pain 2009, 27 - 29; Rotchild 2011; Piironen 2012, 88 - 90; Suokas-Cunliffe, ym. 2014.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa näyttöön perustuen (Sarajärvi, Mattila ja Rekola 2011, 26; Eloranta ja Virkki 2011, 23) potilasopas dissosiaatioista ja vakauttamisesta. Oppaan ensimmäisessä osassa on perustietoa dissosiaatioista ja vakauttamisesta ja toisessa harjoitteita vireystilojen vakauttamisen opetteluun. Potilasoppaan tavoitteena on lisätä potilaiden itsemääräämisoikeutta ja heidän kykyään tehdä terveysvalintoja, vähentää sairauteen ja syrjäytymiseen liittyviä pelkoja sekä luoda edellytyksiä hoidon etenemiselle, mutta myös yhtenäistää hoitokäytänteitä (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992; Eloranta ja Virkki 2011, 11 - 12, 23; Lönnqvist ja Lehtonen 2011, 16; Koivunen ym. 2012; Rouvinen-Wilenius 2015, 3). Myös Terveystieteiden tutkimuskeskus (2010) velvoittaa kuntia järjestämään ohjausta omahoidon tueksi, jonka toteuttamisessa sairaanhoitajilla on keskeinen rooli. Kehittämistyömme tilaajana oli Kuopion psykiatrian keskus ja opas on suunnattu yksikön potilaille. Oppaan harjoitteista voivat hyötyä myös tunne-elämän säätelyhäiriöstä, pakko-oireista ja syömishäiriöistä kärsivät potilaat (Koivisto 2010).

## 2 DISSOSIAATIO JA SEN ILMENEMISMUOTOJA

Dissosiaatio tarkoittaa erottumista, eroamista, hajoamista, hajottamista ja katkosta (Huttunen 2014a; Terveyskirjasto 2016). Ranskalainen Pierre Janetia (1855 - 1947), joka oli muun muassa kiinnostunut ihmisen tajunnantilojen poikkeavuuksista, kehitti termin ja yhdisti sen ensimmäisenä traumakokemuksiin. Nykyisin psykiatriassa dissosiaatio tarkoittaa yksilön kyvyttömyyttä yhdistää mielekkääksi kokonaisuudeksi ja omaan elämään kuuluvaksi välittömiä havaintoja, ajatuksia, tunteita, ruumiinliikkeitä ja muistoja. (Lipsanen 2005; Huttunen 2014a; Maaranen 2014.)

Lipsanen (2005) ja Huttunen (2014a) mukaan dissosiaatio voidaan ymmärtää yksilön neuroottistasoisena puolustusmekanismina, eli defenssinä, jossa mieli lohko, lokeroi ja ohjaa osan sen hetkisestä tiedosta tietoisuuden ohi. Näin mieli suojelee tietoisuutta vakavalta traumaattiselta kokemukselta ja tapahtumahetkeen liittyviltä liian voimakkailta tunteilta. Dissosiaatio viivästyttää kokemusten jäsentymistä ja tapahtumien integroitumista omaan elämään kuuluviksi ja siten häiritsee ja estää toipumista. (Suokas-Cunliffe ym. 2006; Huttunen 2014a.)

Dissosiaatio voidaan ymmärtää myös neurobiologisena ilmiönä. Tällöin ajatellaan, että voimakas stressi tai traumaattinen tapahtuma laukaisee elimistössä sopeutusreaktion, joka aktivoi puolestaan autonomista hermostoa ja valmistaa elimistöä taistelemaan, pakenemaan, jähmettymään tai alistumaan. Tämän jälkeen dissosiaation ilmeneminen riippuu siitä, mikä persoonallisuuden osa (pelkäävä, puolustautuva, alistuva vai jähmettyvä) henkilöllä aktivoituu. Näin ymmärrettynä dissosiaation oireet ovat siis traumaattisen muiston aktivoimia persoonan osia ja sen oireita. (Porges 1995, 301 - 318; Lauerma 2002, 2199 - 2205; Lipsanen 2005; Suokas-Cunliffe, ym. 2006.)

Dissosiaation syntymekanismeja ei kuitenkaan tunneta tarkkaan, mutta on todettu, että dissosiaatiolle altistaavat niin biologiset, sosiaaliset kuin myös ympäristötekijät. Joillakin henkilöillä voi siis olla biologinen alttius tai heillä voi olla jokin neurologinen ongelma tai tiettyjä aivojen rakenteellisia tai kemiallisia piirteitä, jotka vaikeuttavat kokemusten integrointia. Dissosiaatioiden on myös todettu olevan yleisempää lapsuudessa ja nuoruudessa kuin ikääntyneillä. Syynä tähän pidetään muun muassa lasten ja nuorten aivojen kehityksen keskeneräisyyttä. (Lauerma 2002, 2204; Boon, Steel ja van der Hart 2011, 6; Ellilä 2015.)

### 2.1 Dissosiaatioiden yleisyys ja oireet

Dissosiaatiot ovat yleisempiä kuin luullaan. Väestötutkimuksissa dissosiaatiohäiriön taseisia oireita on todettu esiintyvän jossakin vaiheessa elämää 3 - 10 %:lla sekä uhka- ja vaaratilanteissa noin kolmanneksella. Psykiatrisilla sairaala- ja avohoitopotilailla dissosiaatiota on löytenyt vaihtelevasti 10 - 40 %:lla. (Lauerma 2002, 2203; Lipsanen 2005; Foote, Smolin, Kaplan, Legatt ja Lipschitz 2006; Istukkaissaari ja Laakso 2007, 90; Maaranen 2008; Brandy m. 2009, 646 - 654.)

Vertailun vuoksi mainittakoon, että esimerkiksi skitsofrenian esiintyvyys väestötasolla on 0,5 - 1,5 % (Käypä hoito 2015a), kaksisuuntaisen mielialahäiriön 0,24 - 3 %:n luokkaa ja epävakaan persoonallisuushäiriön 0,7 % (Käypä hoito 2015b).

Lievä-asteisina dissosiaatiota voi esiintyä Lauerman (2002; 2011, 105) mukaan lähes kaikilla. Ne voivat olla ohimeneviä, jolloin niitä esiintyy rasitus- ja uupumustiloissa tai läheisten kanssa käytyjen tunnepitoisten riitojen yhteydessä, tai pitkäkestoisia, kuten lapsuudessa tai nuoruudessa torjuttujen traumakokemusten aikaansaamien persoonan eri puolten esiin tuomissa ahdistus-, kipu- ja väsymystiloissa. (Huttunen 2014a.) Dissosiaatio voi myös ylläpitää itse itseään (Boon, Steele ja van der Hart 2011, 10). Mielenterveyden häiriöiksi dissosiaatio luokitellaan, kun se haittaa henkilön toimintakykyä, rajoittaa elämää ja estää eheän identiteetin muodostumisen. (Lauerma 2002, 2200; Suokas-Cunliffe ym. 2006, 2001.) Vaikea-asteisten dissosiaatiohäiriöiden taustalla on todettu olevan vakavia, varhaisia ja pitkäkestoisia traumaattisia kokemuksia. (Suokas-Cunliffe ym. 2006, 1001; Maaranen 2008; Huttunen 2014a; Vedat 2014, 171 - 179.)

Oireilun tunnistaminen ja yhdistäminen dissosiaatioihin eivät ole aina helppoa. (Lipsanen 2005; Suokas-Cunliffe 2006, 2001; Uotinen 2015, 120 - 121.) Dissosiaatioiden oireina voi Maarasan (2008, 31) ja van der Hart ym. (2009, 98 - 103) sekä Huttusen (2014a) mukaan esiintyä muistamattomuutta, oman itsen kokemista vieraana tai epätodellisena, motoristen toimintojen katoamista, aistitoimintojen puutoksia, turtuneisuutta, kuulo- ja näköhallusinaatioita, erilaisia ja epämääräisiä kipuja sekä kouristuksia ja lihasnykäyksiä. Dissosiativisia oireita, kuten tunteiden katoamista, vierauden tunnetta, aikakokemuksen vääristymistä kuten myös muita oireita, voi esiintyä niin akuutissa kuin traumaperäisessä stressi- ja paniikkihäiriössä kuin myös kannabiksen ja hallusinogeenien käytön yhteydessä. Myös epävakaan persoonallisuushäiriön, syömishäiriöiden, vakavan masennustilan, somatisaatiohäiriön, aleksitymian ja skitsofrenian diagnoosin saaneilla on todettu esiintyvän dissosiativisia oireita. (Lipsanen 2005; Lauerma 2011, 105 - 106; Yayla, Bakim, Tankaya, Ozer, Karamustafalioglu, Ertekin ja Tekin 2015, 29 - 38; Uotinen 2015, 120 - 121.)

## 2.2 Dissosiaatioiden tunnistaminen, arviointi ja luokittelu

Monihäiriöisyys eli kahden tai useamman sairauden samanaikainen esiintyminen ja oireiden moninaisuus hankaloittaa osaltaan dissosiaatioiden tunnistamista ja arviointia. Arvioinnista tekee haasteellisen myös potilaiden vaikeus kuvata omaa tilaansa. He saattavat olla häpeissään tai huolestuneita kokemusmaailmansa vääristymistä tai heitä voi hämmentää persoonallisuuden jakautuminen osiin, joilla ei ole yhteyttä toisiinsa. (Suokas-Cunliffe ym. 2014, 2613; Ellilä 2015, 101.) Lisäksi ammattilaisillakin saattaa olla epäluuloja tai virheellisiä käsityksiä dissosiaatiosta ilmiönä, eikä heillä ole välttämättä kokemusta tai riittävästi tietoa esimerkiksi dissosiaatioihin liittyvistä poissaolokohtauksista tai muistikatkoksista. (Lauerma 2002, 2199; Steele ym. 2005; Maaranen 2008; Lauerma 2011, 105; Uotinen 2015, 118 - 140.)



## Dissosiaatioiden arviointi

Dissosiaatioiden tunnistamisen yleisenä ohjeena, esimerkiksi terveyskeskuksiin, voisi olla se, että muistaa, että dissosiaatioita on olemassa. Tämän jälkeen alkuarviointi voi tapahtua haastattelun, havainnoinnin ja tutkimuksen avulla. Niiden tarkoitus on sulkea pois muut somaattiset tai psyykkiset sairaudet ja oireet sekä pyrkiä tunnistamaan mahdollisimman varhain vakavan dissosiaatiohäiriön olemassaolo. (van der Hart ym. 2002; Katajisto 2012, 58 - 59.) Arvioijan tulisi olla kiinnostunut muun muassa siitä, onko potilaan elämänhistoriassa vakavia traumaattisia tapahtumia, kuten menetyksiä ja minkä ikäisenä ne ovat tapahtuneet, millaisen merkityksen potilas antaa tapahtumille ja mikä auttoi häntä tuolloin selviytymään, onko kokemuksilla yhteyttä nykyhetken oireisiin, onko potilalle kehittynyt dissosiaatio-oireita ja kuinka vakavia ne ovat. Olisi hyvä myös selvittää potilaan kiintymyssuhteita kysymällä häneltä esimerkiksi hänen tärkeistä ihmissuhteista ja kokemuksistaan huolehditukseksi tulemisesta sekä väkivalta- tai kaltoinkohtelukokemukset eri ikävaiheissa. (Katajisto 2012, 59.)

Arviointitilanteessa arvioijan olisi hyvä olla rauhallinen sekä viestinnässään selkeä ja täsmällinen. Potilaalle tulisi kertoa ymmärrettävästi arvioinnin tarkoitus ja tavoite sekä antaa hänelle mahdollisuus kieltäytyä vastaamasta kysymyksiin, sillä varsinkin vakavissa dissosiaatioissa haastattelu voi aktivoida liian voimakkaasti potilasta ja laukaista hänessä kestäättömiä traumamuistoja. Arvioijan tulisikin myös kyetä koko tapaamisen ajan havainnoimaan potilaan tunnetiloja sekä kehollisia reaktioita, viireystilaa ja käyttäytymistä. (Katajisto 2012, 59 - 61; Uotinen 2012, 121 - 124).

Traumatisoituneen tai psykiatrisen hoidon piiriin tulevan potilaan arvioinnissa voidaan käyttää apuna erilaisia itsearviointi- ja kyselylomakkeita. Tällaisia ovat esimerkiksi dissosiativisten kokemusten asteikko eli DES (Dissociative Experiences Scale), kehollisia eli somatoformisia dissosiaatio-oireita, kuten kouristuksia, tunnelinäköä, halvausoireita tai kipujen vakavuutta, kartoittava SDQ-20 (Somatoform Dissociation Questionnaire) -itsearviointikysely tai traumaattisten kokemusten itsearviointia eli TAO (Trauma Antecedents Questionnaire) (Abez 1991). Alkuarvioinnissa voidaan käyttää myös IES-22 (The Impact of Event Scale) -oirekartoituslomaketta (Laukkala ja Henriksson 2014) tai psyykkisten trauma-oireiden eli TSQ (Trauma Screening Questionnaire) -kyselyä (Käypä hoito 2009).

Arvioinnin luotettavuuden takaamiseksi on tärkeää myös selvittää, onko arvioitavan kokemus dissosiativista vai jotain muuta. Esimerkiksi DES ei anna välttämättä oikeaa kuvaa pelokkaan potilaan, vakaasti masentuneen tai akuutissa kriisissä olevat potilaan tilanteesta. Nämä potilaat saavat joko liian korkeita pisteitä, koska ovat yli- tai alivireystilassa tai vireystaso vaihtelee muutoin rajusti eikä potilailla ole kontaktia omaan mielen maailmaansa. Arvioinnin aikana potilaan dissosiaatio-oireita voidaan havainnoida esimerkiksi: 1) potilaan tavasta kävellä ja istua 2) fyysisestä olemuksesta, vireystilasta ja sen vaihteluista, 3) erilaisista, usein hienovaraisista muutoksista potilaan katseessa, ilmeissä, eleissä, tavassa puhua, liikehtiä tai 4) kiinnittämällä huomiota näihin muutoksiin ja ottamalla ne puheeksi. Hyviä tapoja ottaa puheeksi ovat esimerkiksi kysymykset:

”Huomasin tuossa kun puhuimme, että katseesi kääntyi sivuun ja aloit haukotella?”

”Pysähdytäänkö hetkeksi tähän kohtaan?”

”Mitä huomasit kehossasi kun puhuimme takuumista?” (Katajisto 2012, 61 - 62).

Vakavien lapsuudenaikaisten traumaperäisten dissosiaatioiden tarkempi kartoitus voi tapahtua strukturoiduilla diagnostisilla haastatteluilla, joita ovat esimerkiksi SCID-D (Structured Clinical Interview for DSM-II-R Dissociative Disorders), dissosiativisten häiriöiden kyselykaavake-DSM-IV -versiona, DDIS (Dissociative Disorders Interview) ja dissosiativisten häiriöiden ja traumaperäisten oireiden haastattelu (DHTOH) (de Bruijn 2006), joka on kehitetty SCID-D:n lyhennetystä versiosta. Haastattelujen käyttäminen edellyttää menetelmäkoulutusta. (Uotinen 2015, 124.)

#### Dissosiaatioiden luokittelu

Suomessa dissosiaatioiden luokitteluun käytetään ensisijaisesti WHO:n ylläpitämää kansainvälistä tautiluokituksen 10. laitosta eli ICD 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision) (THL 2011, 15). Potilaan oireiden luokituksen perusteella lääkäri tekee diagnoosin eli taudinmäärityksen. ICD 10 rinnalla tieteellisissä julkaisuissa ja oppikirjoissa käytetään myös Yhdysvaltojen psykiatriyhdistyksen kehittämää DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) luokitusta. Perusterveydenhuollossa käytetään puolestaan Kuntaliiton ylläpitämää suppeampaa ICPC-2 -tautiluokitusta, jossa esimerkiksi ICD 10:n määrittämätön dissosiaatiohäiriö kuuluu ryhmään P75 eli somatisaatiohäiriöt. (THL 2011, 15; Kuntaliitto 2014).

ICD 10 ja DSM-IV ovat monin paikoin samankaltaisia, mutta esimerkiksi dissosiaatioiden kohdalla ne eroavat jonkin verran. Korkeila (2011) muistuttaakin, että sairauksien luokittelussa on hyvä muistaa, että "luokat ovat työkaluja, joiden avulla ollaan vuorovaikutuksessa erilaisten ilmiöitten kanssa" ja aina ne eivät ota riittävästi huomioon potilaan omaa kokemusta. (THL 2011, 15; Korkeila 2011, 255 - 261.)

ICD 10:ssä dissosiaatiot kuuluvat luokkaan F00 - F99 eli mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt ja ryhmään F40 - F48 eli neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt. Häiriöluokkia on yhteensä kymmenen, jotka voidaan jakaa karkeasti elimellisinä ja psykologisina oireina ilmeneviin dissosiaatioihin. Taulukkoon 1 on koottu ICD 10:ssä esitetyt dissosiaatio- eli konversiohäiriöt ja niiden alaluokat (taulukko 1). (THL 2011, 265.) Alla poimintoja muutamista keskeisimmistä dissosiaatiohäiriöistä.

TAULUKKO 1. Dissosiaatiohäiriöt ICD 10 mukaan (THL 2011, 265)

F44 DISSOSIAATIOHÄIRIÖT eli KONVERSIOHÄIRIÖT
Mukaan lukien:
- Hysterinen neuroosi
- Konversiohysteria
- Konversioreaktio
F44.0 Dissosiativinen muistinmenetys
F44.1 Dissosiativinen pakkovaellus
F44.2 Dissosiativinen sulkutila (horros)
F44.3 Hurmos ja haltiotilat
F44.4 Dissosiativinen motorinen häiriö
Mukaan lukien:
- Psykkisperäinen äänenkato (afonia)
- Psykkisperäinen ääntöhäiriö (dysfonia)
F44.5 Dissosiativiset kouristukset
F44.6 Dissosiativinen tunnottomuus tai aistihäiriö
Mukaan lukien:
- Dissosiativinen tunnottomuus
- Psykkisperäinen kuurous
- Psykkisperäinen sokeus
- Psykkisperäinen hajuaistin menetys
F44.7 Sekamuotoiset dissosiaatiohäiriöt (konversiohäiriöt)
F44.80 Ganserin oireyhtymä
F44.81 Sivupersoonahäiriö
F44.82 Tilapäinen lapsuus- ja nuoruusiän dissosiaatio-oireisto
F44.88 Muu dissosiaatiohäiriö (konversiohäiriö)
Mukaan lukien
- Psykkisperäinen sekavuus
- Psykkisperäinen hämärätila

### Dissosiativinen muistinmenetys

Dissosiativisessa muistinmenetyksessä eli psykogeenisessä amnesiassa henkilö ei kykene palauttamaan mieleensä itselleen tärkeää, usein traumaattista, häpeän tai stressin sävyttämää tietoa (van der Hart ym. 2009, 124). Diagnoosi edellyttää, ettei potilaalla ei ole muita dissosiativisia oireita, muistamattomuus on laajempaa kuin tavallinen unohtelu ja se haittaa sosiaalista elämää. Psykogeeninen muistamattomuus liittyy usein traumaattisiin tai stressaaviin tilanteisiin, kuten onnettomuuksiin, sotiin, väkivaltaisiin maltin menetyksiin tai itsemurhayrityksiin. Häiriöön voi liittyä transsitiloja, viiltelyä ja

ihmissuhteiden heikentymistä ja se liittyy usein lapsuuden aikaisiin tai muihin traumaattisiin jaksoihin tai niihin liittyviin ihmisiin. Muistot tapahtuneesta voivat ainakin osin palautua itsestään tai jäädä pysyviksi. (van der Hart ym. 2009, 124; Huttunen 2014a.)

Aivovaurioon liittyvä amnesia liittyy yleensä aina tapahtumaa edeltävään aikaan ja epileptisiin kohtauksiin voi kuulua psykogeenistä amnesiaa muistuttava muistinmenetys. Dementiaan ja deliriumiin liittyvät muistinmenetykset ovat luonteeltaan psykogeenista muistinmenetystä laaja-alaisempia ja humalatilaa tai muihin myrkytyksiin liittyvä muistinmenetys on palautumaton. Muistinmenetys voi joskus olla tietoista, jolloin henkilö haluaa unohtaa tapahtumia välttääkseen niihin liittyvän vastuun tai juridisen, taloudellisen tai muuten hankalan seuraamuksen. Teeskennelty muistinmenetys on usein äkillinen ja oirekuvaltaan voimakas ja liittyy hiljattain tapahtuneeseen tilanteeseen. (Lauerma 2011, 107; Huttunen 2014.)

#### Dissosiatiiivinen pakkovaellus

DSM-IV tautiluokituksessa dissosiatiiivisen pakkovaelluksen kriteereiksi on määritelty ”äkillinen, odottamaton matkustaminen pois kotoa tai vakituiselta työpaikalta ja samanaikainen kyvyttömyys muistaa menneisyyttä” (van der Hart ym. 2009, 125). Joskus pakkovaeltanut uskoo olevansa kokonaan toinen henkilö, mutta useimmiten pakkovaellus kestää tunteja tai korkeintaan päiviä eikä ulotu kauas kotipaikalta. Pakkovaellukseen liittyvä muistinmenetys palautuu itsestään tai henkilö ohjautuu viranomaisten käsiin muistamattomuutensa vuoksi. Pakkovaellusta muistuttavaa käytöstä voi esiintyä epilepsiassa, aivovammoissa sekä maniassa ja skitsofreniassa. Pakkovaelluksen laukaisee traumaattinen tai voimakkaan stressaava elämäntapahtuma tai tunnemuisto. Aikuisväestöstä arviolta kaksi tuhannesta kokee joskus pakkovaelluksen. (Huttunen 2014.)

#### Sekamuotoinen dissosiaatiohäiriö

Sekamuotoinen häiriö on kaikkein yleisin dissosiaatiohäiriö. Sen oireet ovat luokissa F44.0 - F44.6 määritettyjen häiriöiden yhdistelmä. (Mielenterveystalo; THL 2011, 265.)

#### Dissosiatiiivinen identiteettihäiriö eli sivupersoonahäiriö

Häiriölle on ominaista kahden tai useamman eri identiteetin esiintyminen samalla henkilöllä (Huttunen 2014) ja hänen on vaikea pitää yllä kokemustaan identiteetistään, muistoistaan ja tietoisuudestaan (Lauerma 2002, 2201). Epävarmuus omasta identiteetistään, vierauden kokemukset, äänten kuuleminen ja omien tunteiden ja ajattelun nopeat vaihtelut lisäävät epävarmuutta ja vievät potilaan voimia (Katajisto 2012, 65). Henkilön perusidentiteetti voi olla passiivinen, syyllisyydentuntoinen ja masentunut, kun sivupersoonat voivat olla hallitsevia, vihamielisiä ja itsetuhoisia. Eri persoonallisuudet tulevat esiin eri tilanteissa, ja muutokset persoonallisuuden tilasta toiseen tapahtuvat hyvin nopeasti. Eri persoonallisuudet eivät välttämättä myöskään ole tietoisia toisistaan. (Huttunen 2014a.)

Sivupersoonahäiriö on rakenteellisten dissosiaatioiden vakavin muoto. Niiden taustalla on usein vakavia lapsuuden aikaisia traumaattisia kokemuksia, kuten toistuvaa seksuaalista hyväksikäyttöä. Persoonan rakenteellinen dissosiaatio on sekä automaattinen reaktio traumasta muistuttavaan tapahtumaan sekä keino paeta elämäntilanteiden laukaisemia mielen sietokyvylle ylivoimaisia tunnemuistoja. (Huttunen 2014a.)

Lievempiasteisissa rakenteellisissa dissosiaatioissa näennäisesti tai ulkonaisesti toimintakykyinen henkilö voi vaikeiden perhe- tai muiden riitojen yhteydessä tai muissa voimakkaissa stressitilanteissa muuttua äkillisesti tunnepitoisesti reagoivasta pelkäävään tai lamaantuneeseen emotionaaliseen tilaan. Potilaan vaikeus muistaa tai saada kosketus emotionaaliseen tilaan vaikeuttaa persoonan tiloja laukaisevien tilanteiden ja traumaattisten muistojen rakentavaa selvittelyä. Persoonallisuuden rakenteellinen dissosiaatio on varsin tavallinen ja yleinen monissa psykiatrissa häiriöissä. (Huttunen 2014a.)

### Depersonalisaatio

Nykytutkimuksen mukaan depersonalisaatiota ei lasketa enää kuuluvaksi dissosiaatiohäiriöihin, vaan se ymmärretään omana häiriöryhmänä. Depersonaatioilla tarkoitetaan tilaa, jossa henkilö kokee persoonallisuutensa, ruumiinsa tai ympäristönsä muuttuvan niin, että se tuntuu epätodelliselta. Kokemukseen voi liittyä myös muita oireita, kuten mielialan muutosta, keskittymisvaikeuksia tai ajattelun lamaantumista. Depersonalisaatioon voi liittyä myös esineiden, ympäristön tai omien kehonosien näkeminen joko pienenä tai isona, tai ulkoisen maailman kokemisena outona tai epätodellisena (derealisaatio). Depersonalisaatio-oireet liittyvät useisiin eri häiriöihin, mutta yleensä ne ovat ohimeneviä ja satunnaisesti esiintyviä sekä terveillä lapsilla että nuorilla aikuisilla. (van der Har ym. 2009, 125 - 126; Huttunen 2014). Kohtauksittaisina ne voivat olla esimerkiksi ohimolohkoepilepsian tai migreenin oire. Myös marihuanan tai hasiksen polttamiseen voi liittyä eriasteisia depersonalisaation kaltaisia kokemuksia samoin kuin psykoottisiin tiloihin. Mietiskelyn tai uskonnollisten rituaalien yhteydessä depersonalisaatio- tai derealisaatiokokemukset ovat tavallisia, ja osin itsesuggeroituja, jolloin depersonalisaatio ja derealisaatio koetaan elämyksellisenä yhteytenä jumaluuteen tai maailmankaikkeuteen. (Huttunen 2014b.)

Vakavissa dissosiaatiohäiriötiloissa potilas menettää joko osittain- tai kokonaan yhteyden todellisuuteen traumatisoituneen persoonan osan tunkeutuessa nykyhetkeen. (Katajisto 2012, 57) Depersonalisaatiosta puhutaan myös silloin, kun kokemukseen ei liity muita psykiatrisia häiriöitä. Tälle häiriölle on ominaista toistuvat tai pitkään jatkuvat omana itsenä olemisen menettämisen kokemukset. Henkilö voi tuolloin kokea olevansa kone tai elävänsä unessa tai elokuvassa, tai hän kokee olevansa ajatusensa, ruumiinsa tai ruumiin osiansa ulkopuolella, eikä hänellä ole kosketusta tunteisiinsa tai hän ei koe kontrolloivansa liikkeitään. Depersonalisaatio ja siihen liittyvä äkillinen siirtyminen toisen persoonan tilaan voi olla reaktio, joka laukeaa, kun jokin tilanne muistuttaa aiemmasta menneisyyden traumaattisesta kokemuksesta. Näissä tilanteissa depersonalisaatiokokemuksista kärsivällä henkilöllä ei yleensä ole tietoista muistikuvaa menneisyyden traumaattisesta tapahtumasta. (van der Hart ym. 2009, 125 - 126; Huttunen 2014b.)

### 2.3 Dissosiaatioiden hoito ja vaiheorientoitunut hoitomalli

Dissosiaatioista kärsivät hakeutuvat hoitoon usein jonkin muun syyn kuin dissosiaation vuoksi. Heillä saattaa olla vakava masennus, ahdistuneisuutta, vaikeuksia parisuhteessa tai ihmissuhteissa ylipääntään. He saattavat myös kuulla ääniä tai nähdä näkyjä, vahingoittaa itseään, esimerkiksi käyttämällä päihteitä, viiltelemällä tai holtittomalla seksin harrastamisella. Useinkaan potilaiden oireisiin ei ole löytynyt selitystä eivätkä he ole saaneet apua tai siten he ovat voineet olla vuosia erilaisissa tutkimus- ja hoitokierteissä. Potilaat saattavat myös vältellä hoitoon hakeutumista, koska he pelkäävät leimautumista tai joutumista uudelleen kaltoinkohdelluiksi. He voivat myös kokea omat tarpeensa hävettävinä ja avun pyytämisen uhkana itsenäisyydelle. Hoitoon hakeutuminen on kuitenkin tärkeää ja erityisesti, jos oireet hankaloittavat arkea ja sen ihmissuhteita. (Suokas-Cunliffe ym. 2006; Ropponen 2012, 318 – 319).

Dissosiaatioita hoidetaan usealla eri menetelmällä (Bran ym. 2009, 646 – 654). Hoidon alkuvaiheessa korostuu psykoedukaatio (Lauerma 2002, 2204; 2011) eli tiedon jakaminen muun muassa siitä, mistä dissosiaatiossa on kysymys, normalisointi sekä turvallisen ja luottamuksellisen yhteistyösuhteen rakentaminen (Lipsanen 2005; van der Hart ym. 2009, 252). Lääkkeet eivät ole ensisijaisia dissosiaatioiden hoidossa vaan niitä käytetään tarkkaan harkiten ja lähinnä tilanne- ja oirekohtaisesti (Maaranen 2012; 2014). Käytetyimpiä lääkkeitä ovat beetasalpaajat, SSRI-lääkkeet sekä trisykliset masennuslääkkeet. (Brand ym. 2010, 68.)

Luottamuksellisen hoitosuhteen synnyttyä hoitoa voidaan jatkaa joko yksilö-, ryhmä- tai perheterapiana eri viitekehyksin (Pylkkänen 2008; Sin ym. 2015), kuten psykodynaamisen tai kognitiivisen käyttäytymisterapian viitekehyksillä (Antervo ja Mankila 2012). Musiikki-, kuvataide-, hypnoosi-, altistus- eli TFCB-, keho- ja silmänliike- eli EMDR- terapiat (International Society for the Study of Trauma and Dissociation 2011; Ponteva 2014) voivat myös soveltua joillekin henkilöille. Myös itsehoidolla ja vertaiskeskustelufoorumeilla ja -ryhmillä on suuri merkitys potilaille ja heidän hoitonsa ja itsehoidon etenemiselle. (Vainio 2006; Raitamäki ja Sinisalo 2015; Traumajadissosiaatio 2016.)

Vaiheorientoitunut hoitomalli on myös vakiinnuttanut paikkaansa vakavasti traumatisoituneiden ja vaikeiden dissosiaatiohäiriöiden erääksi psykoteramuodoksi Suomessa. Se on kehitetty Hollannissa Janet'n toiminnan psykologian pohjalta. Hoitomallin avulla on saatu hyviä tuloksia. (van der Hart ym. 2003; Steele, van der Hart ja Nijenhuis 2005; Suokas-Cunliffe ym. 2006; van der Har ym. 2009, 224 - 225).

### 3 VAKAUTTAMINEN DISSOSIAATION HOITOMUOTONA

Vakauttaminen on potilaslähtöinen työskentelytapa, jolla pyritään vähentämään dissosiaatio-oireita. Sen tavoitteena on ihmisen psyykkinen tasapaino ja fyysisten oireiden väheneminen. Vakauttamista pidetäänkin dissosiaatioiden ensimmäisenä hoitomuotona ja vasta kun potilas on oppinut vakauttamaan ja palauttamaan itsensä nykyhetkeen voidaan hoidossa edetä ja ryhtyä vähitellen käsittelemään dissosiaation syitä. Hoidon kolmannessa vaiheessa pyritään yhdistämään mennyttä elämää nykyisyyteen, ja näin turvataan tulevaisuuteen suuntautuminen ja toivo. (van der Hart ym. 2006, 247 - 248; Brand ja Lowenstein 2010, 68; Brand, Lowenstein ja Spiegel 2014, 171.) Dissosiaatioiden hoidossa painotus tulisikin olla juuri kolmivaiheisessa hoitomallissa.

#### 3.1 Vakauttaminen dissosiaatioiden hoidossa

Vakauttamisvaiheessa potilas pyritään vakauttamaan vähentämällä oireita. Pyrkimyksenä on helpottaa potilaan oloa ja saamaan psyykkinen sekä fyysinen toimintakyky kohenemaan. Tarkoituksena ei hoidon tässä vaiheessa ole kohdata esimerkiksi traumaa tai muutoinkaan puuttua oireiden aiheuttajaan. (van der Hart ym. 2006, 247 - 248; Brand ym. 2014, 171.) Mikäli hoidon alkuvaiheessa ei vakauteta potilasta, vaan ryhdytään suoraan vaiheen kaksi hoitoihin, seurauksena saattaa olla potilaan oirehdintaa, esimerkiksi masennus syvenee, hän toimii itsetuhoisesti tai dissosiaatio-oireet voimistuvat. (Brand ym. 2014, 171.)

Vakauttamisvaiheessa pyritään saamaan potilaan arkeen selkeyttä. Unirytmii ja ruokailu ovat merkittävissä osassa vakauttamisvaiheen hoidossa. Vakauttamiseen palataan potilaan hoidon edettyäkin. Täten myös vakauttamisharjoitteita voidaan käyttää hoitosuhteen aikana aina oireiden ilmaantuessa. (Ogden ym. 2009, 191 - 192.) Vakauttamisvaihe on hoitomuotona pitkä, jotkut potilaat voivat olla tässä vaiheessa vuosiakin. Vakauttamisen pyrkimyksenä on saada oirehdintaa potilaan hallintaan, sekä opettaa potilas tiedostamaan sairautta ja siitä johtuvia oireita. Näin potilas pystyy ymmärtämisen kautta hallitsemaan itse oireitaan esimerkiksi vakauttamisharjoitteiden avulla. (Brand ym. 2010, 68.)

Vakauttamista hoitomuotona voidaan käyttää niin yksilö- kuin ryhmämuotoisena. (Brand ym. 2014, 173.) Ryhmämuotoisen vakauttamisen tulee olla hyvin suunniteltua. Sen on katsottu olevan tehokas hoitomuoto. (Dorrepaal, Thomaes, Smith, van Balkom, van Dyck, Veltman ja Draijer 2010, 285.) Suomessa vakauttamiseen syvennyttiin vuosien 2009 - 2011 aikana, kun RAY:n tuella Traumaterapiakeskuksen johtamassa projektissa toteutettiin vakauttamista ryhmäterapiana. Projektissa potilaat perehtyivät dissosiaatioon ja traumoihin erilaisten tehtävien ja harjoitteiden avulla. Ryhmissä kokeiltiin muun muassa mielikuvaharjoitteita ja stressin lievityskeinoja. Tärkeässä roolissa olivat arjen hallinta sekä erilaiset tavat oman vireystilan vakauttamiseen. Projekti osoitti ryhmässä tapahtuvien vakauttamisharjoitteiden olevan tehokkaita varsinkin, kun ne yhdistettiin yksilöhoitoihin. (Antervo ym. 2012, 10 - 29.)

### 3.2 Vireystilat ja niiden vakauttaminen

Vireystilojen tunnistaminen vaatii tietoa autonomisen hermoston toiminnasta. On pystyttävä havainnoimaan niin omia kuin potilaankin vireystiloja. Työntekijän hyvä tuntemus omien vireystilojen vaihtelusta helpottaa tunnistamaan myös potilaan vireystiloja. (Piironen 2012, 60.) Kehotietoisuudella tarkoitetaan kykyä havainnoida kehossa tapahtuvia muutoksia. Tätä kykyä potilaille opettamalla saadaan hänet osalliseksi hoitoonsa sekä oppimaan vakauttamisharjoitteiden käytön aiheita. Havainnoitavia muutoksia ovat autonomisen hermoston toiminnasta johtuvat muutokset. (Rothschild 2002.)

#### Hermoston toiminta vireystilojen vaihtelussa

Autonominen hermosto on tahdosta riippumaton. Kuitenkin joltain osin sen toimintoja pystytään säätämään omalla toiminnalla esimerkiksi hengitystä säätelämällä. Autonominen hermosto jakautuu sympaattiseen ja parasympaattisen hermostoon. Molempien hermoston osien hermopäätteitä on kytköksissä kehomme osissa esimerkiksi sydämessä, keuhkoissa ja aivoissa. Hermoston välityksellä nämä muuttavat toimintaansa. Hermoston osat toimivat vastavaikuttajina, toinen kiihdyttää ja toinen rauhoittaa toimintaa. (Nienstedt, Hänninen, Arstila ja Björkqvist 2008, 538 - 544.)

Sympaattisen hermoston tehtävänä on toimia kriisitilanteissa. Tässä hermoston osassa tapahtuu niin sanottu taistele tai pakene-reaktio, joka on voimakkaimmillaan ihmisen joutuessa ääritilanteisiin. Sympaattisen hermoston aktivoituessa nousee syke ja sydämen iskutilavuus suurenee. Verenkierron vilkastuminen aiheutuu sydämen sykkeen noususta. Myös silmissä tapahtuu muutos, joka on nähtävissä laajentuneina mustuaisina. Sympaattisen hermoston aktivoituessa potilaan hien erityis lisääntyy (taulukko 2). (Nienstedt ym. 2008, 538 - 543.) Esimerkiksi traumaattisessa tilanteessa, takaumissa tai stressissä sympaattinen hermosto saa ihmisessä aikaan fysiologisia muutoksia, joiden vaikutuksesta normaali toimintakyky ja vuorovaikutus eivät ole mahdollisia (Rothschild 2002).

Parasympaattinen hermosto puolestaan hidastaa toimintoja ja hidastaa esimerkiksi pulssia (taulukko 2). Parasympaattisen hermoston ollessa vallitsevana ihminen rentoutuu. (Nienstedt ym. 2008, 543 - 544.) Liiallinen parasympaattisen hermoston toiminta aiheuttaa jähmettymisen esimerkiksi traumatilanteessa tai sen takaumassa (Rothschild 2002).



TAULUKKO 2. Ääreishermoston toiminta vireystilojen vaihtelussa (Rothschild 2002.)

	ÄÄREISHERMOSTON OSAT	
VIREYSTILAN VAIHTELU	SYMPAATTINEN HERMOSTO	PARASYMPAATTINEN HERMOSTO
AKTIVOITUMI- SEN AIHEUTTAA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stressi</li> <li>• Raivo</li> <li>• Ahdistus</li> <li>• Trauma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lepo</li> <li>• Onnellisuus</li> <li>• Rentoutuminen</li> <li>• Surullisuus</li> </ul>
AKTIVOITUMI- SEN MERKKEJÄ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kiihtynyt hengitys</li> <li>• Nopea pulssi</li> <li>• Kohonnut verenpaine</li> <li>• Pupillit laajentuneet</li> <li>• Kalpea iho</li> <li>• Hikoilun lisääntyminen</li> <li>• Iho kylmä ja kostea</li> <li>• Voimakkaat tunnetilat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hidas, syvä hengitys</li> <li>• Pupillit supistuneet</li> <li>• Iho lämmin ja kuiva</li> <li>• Punastunut ihonväri</li> <li>• Ruoansulatuksen aktivoi- tuminen</li> </ul>
AKTIVOITUMI- SESTA AIHEU- TUVA TOIMIN- NAN MUUTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valmistautuminen nope- aan liikkeeseen</li> <li>• Taistelu tai pako refleksin käynnistyminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jäätymisrefleksin aktivoi- tuminen</li> <li>• Tooninen liikkumatto- muus</li> </ul>

Vakauttamisharjoitteet yli- ja alivireystiloissa

Yli- ja alivireystilat vaikeuttavat potilaan kykyä vastaanottaa tietoa. Asioiden käsittely näiden tilojen vallitessa on potilaalle vaikeaa tai jopa mahdotonta. Yli- ja alivireyden välillä on tila, jossa pysyessään potilas pystyy vuorovaikutukseen työntekijän kanssa (taulukko 3). Tätä tilaa kutsutaan sietoikkunaksi. Kun potilas saadaan tähän tilaan, hänen on mahdollista ottaa vastaan työntekijän antamaa tietoa sekä käsitellä vaikeitakin asioita. Työskenneltäessä potilaan kanssa, jolla ilmenee paljon yli- ja alivireystiloja, pyritään laajentamaan sietoikkunatilaa. Tässä prosessissa voidaan käyttää hyväksi vakauttamisharjoitteita. Vakauttamisharjoitteilla potilas pystyy auttamaan itse itseään myös arkitilanteissa, joissa vireystilojen muutosten ilmenemistä havaitsee ja näin laajantaa omaa sietoikkunansa hankalissa tilanteissa. (Piironen 2012, 88 - 90.)

Ylivireystilassa olevasta potilaasta voidaan tarkkailla muun muassa hengitystä. Ylivireystilassa ilmenee pinnallista ja nopeaa hengittämistä. Potilaan olemus on valpas ja hän on kovasti tunteilla mukana keskustelussa. (Piironen 2012, 88 - 90.) Ylivireystilassa olevan potilaan emotionaaliset reaktiot ovat voimakkaita (taulukko 3). Hän saattaa nauraa tai itkeä lähes hysteerisesti. Potilaan mieleen saattaa tunkeutua kuvia ja hän saattaa reagoida niihin voimakkaasti. Potilas ei kuitenkaan pysty käsittelemään informaatiota. (Ogden ym. 2009, 27 - 29.) Ylivireystilassa potilas kokee kiihtyneisyyttä ja ahdistusta ja on kykenemätön itsesäätelyyn. Ylivireystilassa potilas voi ajautua itselleen vahingollisiin tekoihin,

turvautua esimerkiksi väkivaltaan itseään tai toisia kohtaan tai käyttää pähteitä. (Boone, Steele ja van den Hart 2011, 179.)

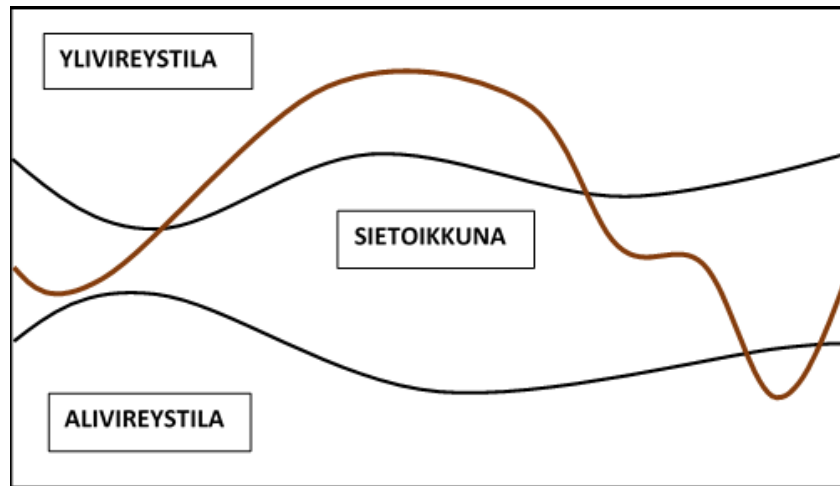
Ylivireystilasta potilas pääsee takaisin sietoikkunaan opettelemalla vakauttamisharjoitteiden avulla säätämään hermoston aiheuttamia muutoksia kehossa. Potilas voi tietoisesti siirtää huomionsa toiseen asiaan, jonka tietää rauhoittavan oloa. Fyysinen aktiivisuus tai rauhoittava tekeminen edistävät potilaan palautumista sietoikkunaan. Ylivireyden aiheuttajana voi olla joku ajatus, jolloin hän voi opetella tietoisesti säilömään sen myöhempää käsittelyä varten. Piirtäminen ja kirjoittaminen voivat auttaa asian konkreettisesti säilömisessä. Potilas tallettaa näin asian ja palaa siihen sitten, kun tuntee sen olevan turvallista. Rauhallinen hengittäminen on opittavissa oleva toiminto, jonka avulla potilas saa kehonsa palaamaan sietotilaan ja ylivireystila helpottaa. (Boone ym. 2011, 179 - 182.)

Aikaisemmin ylivireystiloja pidettiin alivireystiloja merkityksellisempinä, koska ylivireystilojen oirehdinta on rajumpaa ulospäin. Nykyään myös alivireystilan merkitys ymmärretään paremmin, sillä tiedetään alivireystilan johtavan asioiden totaaliseen käsittelemättömyyteen. Mikään todellinen ei tunnu oikealta ja fyysinen ja psyykinen puutuneisuus vie potilaan tunnettomaan olotilaan. (van der Hart ym. 2006, 27.) Alivireydessä olevaa potilasta havainnoitaessa huomataan hänen liikkumisen olevan lähes olematonta, olemus on siis lähinnä pysähtynyt (taulukko 3). Hengitys ja pulssi hidastuvat eikä potilas näytä tunteita eli on turtuneen oloinen. (Piironen 2012, 88 - 90.) Voimakkaassa alivireystilassa potilas ei tunne kehoaan ja hän voi kuvata oloaan jopa halvaantuneeksi, niin voimakkaasti hän tuntee kehon lamaantumisen ja turtuneisuuden. (Ogden ym. 2009, 27 - 30, 231.) Oireena voi myös ilmetä uneliaisuutta tai jopa nukahtelua. Yleinen alivireystilan tunne on kylmyys. Monesti potilaat ovat myös kyvyttömiä kuulemaan ohjeita tai vastaamaan puhutteluun. (Boone ym. 2011, 34, 183.)

Alivireystilasta takaisin sietoikkunaan pääsemisessä voidaan käyttää liikettä. Keho reagoi tähän sydämen sykkeen nousulla. Hoitajan on osattava tarvittaessa auttaa potilasta liikkumaan. Myös lämpö, esimerkiksi halaus tai kietoutuminen huopaan saa alivireystilan helpottamaan. Mielen aktivointi jollain yksinkertaisella pakotetulla toiminnolla, esimerkiksi laskemalla sataan tai laulamalla, on keino saada mieli ja keho taas toimintakykyisiksi. (Boone ym. 2011, 183.)

### Sietoikkuna

Sietoikkunan leveys vaihtelee yksilöllisesti. On yleistä, että dissosiaatiohäiriöistä kärsivillä potilailla on kapea sietoikkuna (kuvio 1). Näin pienikin vihje, keskustelu tai esimerkiksi traumaattiseen kokemukseen liittyvä ääni voi saada potilaan vireystilan muuttumaan sietoikkunasta joko yli- tai alivireystilaksi. (Ogden ym. 2009, 27 - 29.) Sietoikkunan leveyttä pohditaan yhdessä potilaan kanssa. Sietoikkunasta voi piirtää kuvan, jolla potilaalle saa konkretisoitua hänen sietoikkunansa leveyttä. (Piironen 2012, 61 - 62.)



KUVIO 1. Sietoikkunan havainnollistaminen mukaillen Ogden ym. (2009, 27 – 29)

Vireystilojen vaihtelu kertoo kehon liiallisesta tai liian vähäisestä reagoinnista erilaisiin ärsykkeisiin. Optimaalinen vireystila eli sietoikkunan sisällä oleminen tai sietoikkunassa oleminen takaa mahdollisuuden toimia ärsykkeestä huolimatta. Erilaisia ärsykejä voivat olla esimerkiksi riidat, vaikeiden asioiden puheeksiottaminen ja näkö- tai kuuloärsyke, jotka muistuttavat aiemmista negatiivisiksi koetuista tapahtumista tai traumaista. Sietoikkunan koko on yksilöllinen ja siinä tapahtuvat muutokset ovat normaaleja. (Boone ym. 2011, 176 - 177.)

TAULUKKO 3. Vireystilat ja keholliset reaktiot (van der Hart ym. 2006, 27; Ogden ym. 2009, 27 – 29; Boone ym. 2011, 176 - 179; Piironen 2012, 88 – 90)

VIREYSTILAT	SAIRAANHOITAJAN HUOMIOITAVAT POTILAAN KEHOLLISET REAKTIOT
YLIVIREYSTILA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• voimistuneet aistimukset</li> <li>• ylivalppaus</li> <li>• emotionaaliset reaktiot</li> <li>• mieleen tunkeutuvat kuvat</li> <li>• somaattiset oireet (sydämen tykytys, vapina, hikoilu)</li> </ul>
SIETOIKKUNA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• normaali toiminta</li> <li>• hyvä vuorovaikutus</li> <li>• asioiden työstäminen</li> </ul>
ALIVIREYSTILA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• aistimusten vähäisyys</li> <li>• ajattelun hidastuminen</li> <li>• tunteiden turtuminen</li> <li>• vähentynyt fyysinen liike</li> <li>• kollapsi</li> </ul>

### 3.3 Vakauttamisharjoitteet ja niiden käyttö

Vakauttamisharjoitteiden tarkoituksena on opettaa itsehavainnointia eli potilas oppii havainnoimaan kehollisia muutoksia, joita ääreishermoston toiminnan vaihtelu hänessä aiheuttaa. Harjoitteet auttavat

havainnoimaan niin yli- ja alivireystiloja, asennon ja liikkeen merkitystä sekä kokemusten ja ajatusten tuntumista kehossa. (Hästbacka 2012, 47; Piironen 2012, 87 - 93.) Vakauttamisharjoitteet auttavat parhaimmillaan saavuttamaan hallinnan tunteen. Alussa potilaan kyky havainnoida kehon yli- ja alivireystiloja voi olla heikentynyt. Tästä johtuen harjoitteita ohjataan tekemään varoen, mieluiten silloin, kun potilas on sietoikkunatilassa. Potilasta informoidaan siitä, mitä ollaan tekemässä ja miksi. Tämän vuoksi hoitajalla on oltava itsellään kokemusta harjoitteista sekä tietoa hermoston toiminnasta. (Piironen 2012, 87 - 93.)

Harjoitteiden hyödyn vieminen potilaan arkeen edistää hänen motivaatiota ja sitoutumista harjoitteiden toteuttamiseen. Potilaan kanssa keskustellaan arjen tilanteista, joissa yli- ja alivireystiloja esiintyy. Yhdessä etsitään harjoitteita, joita potilas pystyy käyttämään näissä tilanteissa. Harjoitteita käyttämällä potilas oppii tuntemaan kehonsa sekä huomioimaan muutokset esimerkiksi hengityksessä. Hyvä aloitus kehollisiin menetelmiin on fyysisten rajojen etsintä, jolla pyritään löytämään hyvältä tuntuva raja eli etäisyys hoitajan ja potilaan välillä, jossa potilas tuntee olonsa turvalliseksi. Sopiva etäisyys potilaan ja hoitajan välille voidaan etsiä keskustellen ja näin autetaan potilasta tunnistamaan kehonsa reaktioita hoitajan liikkuessa lähemmäksi ja kauemmaksi. (Piironen 2012, 87 - 93.) Tavallisimmin käytettyjä vakauttamisharjoitteita ovat: hengitysharjoitteet, aistiharjoitteet, rauhoittavat harjoitteet sekä fyysistä aktiiviteettiä lisäävät harjoitteet (taulukko 4) (Yack, Sutton ja Aquilla 2001, 89 - 90).

#### Hengitysharjoitteet

Hengityksen muutokset ovat suorassa yhteydessä vireystilojen vaihteluun. Hengitysharjoitukset ovatkin käytetyin harjoitemuoto. Hengittämällä voidaan palauttaa niin yli- kuin alivireystiloja sietoikkunatilaan. Havainnoimalla hengitystä voidaan reagoida vireystilan muutokseen. Tämä toimii myös toisin päin eli hengitystä muuttamalla voidaan muuttaa vireystilaa. Ongelmallisia hengitystaipumuksia ovat ylihengittäminen, joka johtaa hyperventilaatioon sekä alihengittäminen, mistä voi aiheutua hypoventilaatio. (Odgen ym. 2009, 232.)

#### Aistiharjoitteet

Aistien tietoisella käytöllä voidaan tilanteen mukaan joko lieventää ylivireystilaa tai palauttaa alivireydestä. Tuntoaistia käytetään monissa harjoitteissa joko apuna tai pääroolissa kuten erilaisissa tietoisien läsnäolon harjoitteissa. Tuntoaistin lisäksi harjoitteissa voidaan käyttää myös muita aisteja kuten näkö-, kuulo-, haju- ja makuaistia. Näiden aistien tietoisella käytöllä saadaan harjoiteltua nykyhetkessä läsnäolemisen taitoa, mikä on usein heikentynyt dissosiaatioista kärsivillä henkilöillä. Läsnäoloa harjoitellessa potilasta voi esimerkiksi pyytää kuvailemaan ääneen näkemäänsä ja kuulemaansa. Kun potilas on kuvaillut ääneen esimerkiksi kolmea huoneessa olevaa esinettä, pyydetään häntä ottamaan yksi esine käteensä ja kuvailemaan ääneen, miltä se tuntuu. Makuaistia harjoitteessa käytettäessä potilaalle voi tarjota jotain vahvaa mutta miellyttävää makua, esimerkiksi pastillia, ja pyydetään kuvailemaan sen makua sekä sitä, miltä pastilli tuntuu suussa. Erilaisten pintojen tunnustelu sekä potilaan mieltymysten mukaisen tuoksun tarjoaminen voi myös auttaa palaamaan läsnäolevaksi tilanteeseen. (Boone ym. 2011, 4 - 6.)

## Rauhoittavat vakauttamisharjoitteet

Rauhoittavia harjoitteita käytetään potilaan palauttamiseksi ylivireystilasta sietoikkunatilaan. Harjoitteilla lasketaan potilaan syketiheyttä ja saadaan potilaan keskittyminen suuntautumaan takaisin käsiteltävään aiheeseen. Apuna harjoitteissa voidaan käyttää hengitysharjoitteita, musiikkia eli kuuloaistin kautta rauhoittamista, lämpöä ja kietoutumista esimerkiksi vilttiin. (Piironen 2012, 88 - 91.)

Rauhoittaviin harjoitteisiin kuuluu jännityksen ja rentoutuksen välillä vuorottelu. Se auttaa ylivireystilasta palautumiseen. Potilasta ohjeistetaan jännittämään esimerkiksi jalkojen tai käsien lihakset. Tämän jälkeen hitaasti rentoutetaan lihakset. Harjoitetta jatketaan, kunnes potilas kokee lihakset väsyneiksi. Tärkeää on yrittää saada lihastuntemus sille tasolle, joka vallitsi ennen ylivireystilaan joutumista. Mikäli potilas kokee harjoitteen epämiellyttävänä, tulevat lihakset venyttelyllä pois jännitystilasta. (Rothschild 2002.)

Kehon ulkopintojen hierontaa tai taputtelua, joko vaatteiden läpi tai suoraan iholta, voidaan myös käyttää potilaan itse toteuttamana rauhoittavana harjoitteena. Tätä kutsutaan rajapintojen vakauttamiseksi ja sillä voidaan helpottaa ylivireystilasta sietoikkunaan palautumista. Ruumiillisen eheyden palauttaminen tuo tunteen rajasta oman kehon ja maailman välille. Myös itsensä painautumista johonkin pintaan esimerkiksi tuoliin tai kietoutumista vilttiin voi kokeilla rajojen määrittelyssä. (Rothschild 2002.)

## Fyysistä aktiviteettiä lisäävät vakauttamisharjoitteet

Fyysistä aktiviteettiä lisäävillä harjoitteilla saadaan alivireystilassa oleva potilas takaisin sietoikkunatasolle. Näissä harjoitteissa käytetään apuna liikettä ja nostamalla sykettä saadaan kehossa aikaiseksi vireystilan nousu. (Piironen 2012, 87 - 93.) Fyysistä aktiviteettiä voidaan aktivoida maadoittumisella. Maadoittumista voidaan käyttää harjoitteena, jossa lisätään potilaan tietoisuutta kehostaan. Maadoittuminen on fyysinen prosessi, joka alkaa yleensä jaloista. Sitä voi tehdä joko seisten tai istuen. Seisaallaan pyritään saamaan ryhdille tuki lattiasta jalkojen kautta. Tuki antaa fyysistä ja psyykkistä lujuuden tunnetta. Edetään jalkateristä ja jalkapohjista kohti muuta vartaloa jalan osa kerrallaan tuntemaan kehon olemassaoloa. Potilas painaa jalat lujasti maahan ja keskittyy seisomaan. Painon siirroilla varpailta kantapäille sekä jalan sisä- ja ulkosyrjien välillä potilas saa lisättyä tietoisuuden tunnetta. Seuraavaksi potilas siirtää painoaan jalalta toiselle ja sitten takaisin molemmille jaloille.

Mikäli potilaan on hankala saada maadoitettua itseään, voi jalkojen tömistelystä tai hieromisesta olla apua. Polvilukkojen avaaminen kuuluu myös maadoittumiseen. Istuallaan maadoittaessa jalkojen lattiaan painamisen lisäksi käytetään lantion istumaluiden tuntemista. Maadoittumista tuetaan ryhdillä. Potilas voi kannatella ryhtiään mielikuvalla, jossa hänen jalkansa ovat tukevasti maassa ja jokin voima nostaa häntä pääläestä ylöspäin. Myös kaikki kehon takaosaan liittyvät keholliset harjoitteet tukevat ryhtiä ja helpottavat näin maadoittumista. Potilas voi esimerkiksi nojata voimakkaasti selällä seinään tai istualtaan tuolin selkänojaan. (Odgen ym. 2009, 231 - 232.)

Kehon lämmittäminen ulkoisesti helpottaa pääsyä alivireydestä sietoikkunaan. Potilas voi lämmittää kehoaan ulkoisesti joko esimerkiksi lämpimällä vedellä, lämpötyynyillä tai viltillä. Samalla kun keho lämpiää, on hyvä aktivoida aivoja. Apuna voidaan käyttää ääneen laskemista tai luetella ääneen näkyviä esineitä. Kehon tuntuessa lämpimämmälle, on helpompi alkaa liikkua. Liikkuminen voidaan aloittaa vähitellen ääreisosista ja edetä aina aktiivisempaan liikkeeseen. (Boone ym. 2011, 182 - 184.)

TAULUKKO 4. Vireystilaan vaikuttavia menetelmiä (Yack, Sutton ja Aquilla 2001, 89 - 90)

<b>VIREYSTILAA RAUHOITAVIA MENETELMIÄ</b> eli ylivireydestä sietoikkunaan laskevia	<b>VIREYSTILAA NOSTAVIA MENETELMIÄ</b> eli alivireydestä sietoikkunaan kohottavia
Lämmin kylpy	Jääveden tai kylmän juoman juominen
Voimakas hieronta	Viileän veden suihkuttaminen kasvoille
Huopaan kietoutuminen	Kova, nopeatahtinen musiikki ja yllättävät äänet
Luja paine tai ihokontakti	Nopea keinuminen
Ihonmyötäiset, vähän puristavat vaatteet	Käveleminen ja juoksu
Painoliivi tai painopeitto	Nopeat, ennalta arvaamattomat liikkeet
Rauhoittavat tuoksut ja äänet	Voimakkaat tuoksut
Hengitysharjoitukset	Kehon taputtelu

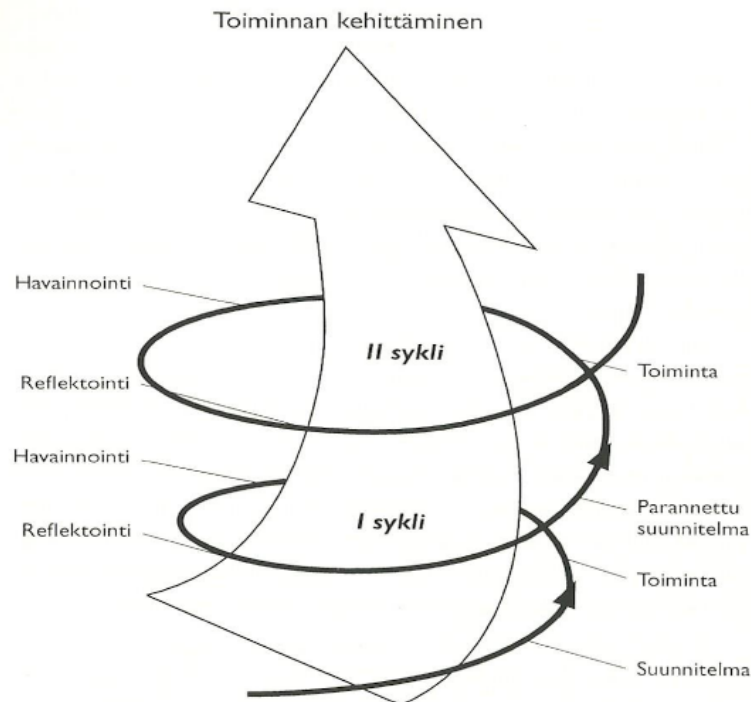
## 4 OPINNÄYTETYÖ KEHITTÄMISTYÖNÄ

Kehitystyön lähtökohtana on ongelman tunnistaminen ja sen tarkoituksena on muodostaa uutta tai parantaa entistä toimintatapaa, välinettä tai palvelua (Heikkilä, Jokinen ja Nurmela 2008, 20 - 22). Opinnäytetyömme lähtökohtana oli työelämästä tullut pyyntö kehittää Kuopion psykiatrian keskuksen käyttöön opas (opaslehtinen, esite tai kirjallinen ensitietopaketti) dissosiaatioista ja vakauttamisesta. Tarkoituksenamme oli siis perehtyä aiheeseen ja tuottaa opas, joka pohjautui näyttöön perustuvaan tietoon.

Kehittämistyönä toteutettu opinnäytetyö sisältää kaksi vaihetta. Ensimmäisessä vaiheessa tutustutaan ja tuotetaan näyttöön perustuvaa tietoa opinnäytetyön aihealueesta ja toisessa vaiheessa laaditaan itse tuotos eli opas. (Kananen 2012, 45.)

### 4.1 Kehittämistyön vaiheet

Kehittämistyönä toteutetun opinnäytetyön tekoprosessin voi purkaa vaiheisiin. Vaihekuvaukseksi valitsimme konstruktivisen mallin, jossa prosessi on jaettu seitsemään osaan. Tämä malli on yhdistelmä lineaarisesti etenevästä sekä spiraalimallisesta etenemisestä (kuvio 2). Konstruktivisen mallin mukaan vaiheet ovat aloitusvaihe, suunnitteluvaihe, esivaihe, työstövaihe, tarkistusvaihe, viimeistelyvaihe ja valmis tuotos. Konstruktivisen mallin mukaisesti etenevän opinnäytetyöprosessin etuna on suunnitelmallisuus ja osallistava yhteisöllisyys opinnäytetyön tekijöiden suunnitellessa työn etenemisen. (Salonen 2013, 16 - 19.)



Kuvio 2. Toimintatutkimuksen spiraali (Ronimus 2015, 18)

### SYKLI I - Aloitus- ja suunnitteluvaihe (4 op)

Kehittämistyön aloitusvaihe lähtee ideasta. Aloitusvaihe antaa hankkeelle suunnan, kun idea kehittämistarpeesta saa mukaansa toimijat. Toimijat eli opinnäytetyön tekijät päättävät aloitusvaiheessa sitoutua kehittämistyöhön ja ideoivat yhdessä aiheen rajauksen. Aloitusvaiheesta saakka olisi kehittämistyön suunnitelmallisen etenemisen kannalta hyvä, jos toimijat dokumentoisivat toimintaansa.

Suunnitteluvaiheessa hankeidea kirkastuu toimijoille. Opinnäytetyösuunnitelma on osa suunnitteluvaihetta. Etukäteen suunnittelu on tärkeää vaikkakin myöhemmissä työstövaiheissa suunnitelmia usein joudutaankin muuttamaan. Suunnittelussa otetaan huomioon tiedonhankintamenetelmät sekä jaetaan vastualueet. Suunnitelmallisesti toteutetus hankkeessa otetaan huomioon tavoitteet, hankkeeseen osallistuvat toimijat sekä dokumentointitavat. (Salonen 2013, 17.)

### SYKLI II – Opinnäytetyön esi- ja työstövaihe (10 op)

Esivaiheessa kehittämistyö siirretään kentälle eli työskentely-ympäristöön. Vaiheen olisi hyvä tapahtua nopeasti suunnitteluvaiheen jälkeen, jotta siirtymä sujuisi ilman suunnitteluvaiheen kertaamista. Esivaihe on ajallisesti lyhyt. Tässä vaiheessa suunnitelmassa mietityt asiat siirretään käytäntöön. Tärkein esivaiheen tehtävä on saada toimijat organisoimaan yhdessä työskentelyn tapa. Pisin vaihe kehittämistyössä on työstövaihe eli käytännön toteutus. Työstövaiheessa toimijoiden ammatillinen kehittyminen saa suunnitelman etenemään kohti tuotosta. Toimijoiden on opittava ottamaan vastuuta ja kestämaan epävarmuutta. Kehittämistyön onnistumisen kannalta on tässä vaiheessa saatu ohjaus tärkeää. Työstövaiheessa kerätään aineisto sekä tuotetaan kirjallista materiaalia. (Salonen 2013, 17 - 18.)

### SYKLI III – Opinnäytetyön tarkistus-, viimeistely- ja julkistusvaihe (1 op)

Kehittämistyön tarkistusvaihe voidaan erotella omaksi vaiheekseen vaikka toimijoiden on hyvä tarkastella tuotosta pitkin prosessia. Tarkistusvaihe saattaa aiheuttaa tuotoksen siirtämisen takaisin työstövaiheeseen, mikäli toimijat huomaavat tuotoksessa työstämistä vaativia puutteita. Tarkistusvaiheessa yhdessä tehty tuotoksen arviointi auttaa siirtymään luontevasti seuraavaan eli viimeistelyvaiheeseen. Viimeistelyvaiheessa tuotosta hiotaan ja karsitaan. Ajallisesti arvioiden työn viimeistely kestää yllättävän kauan. Viimeistelyvaiheessa tarkastellaan niin kirjallinen tuotos kuin itse kehittämistuotoskin. Viimeistelyvaiheeseen on hyvä sisällyttää itse tuotoksen viimeistelyyn myös ulkopuolisia arvioijia sekä tulevan tuotoksen tilaajat. (Salonen 2013, 18.)

### Valmis tuotos

Konkreettinen tuotos, joka voi olla esimerkiksi esite, opas tai toimintapäivä, saadaan valmiiksi yhdessä kirjallisen työn kanssa. Konstruktiivisen mallin mukaan valmis työ päätetään valmiiksi, esitetään sekä tuotos julkaistaan. (Salonen 2013, 19.)



## 4.2 Kehittämistyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on suunnitella ja tuottaa potilasopas dissosiaatioiden vakauttamisesta. Tavoitteena on lisätä potilaiden tietoa ja ymmärrystä omasta sairaudestaan, jotta he pystyisivät hallitsemaan omia oireitaan paremmin.

Oppaasta toivomme olevan apua niin potilaille kuin heidän ohjauksensa tueksi hoitajille. Lisäksi toivomme kirjallisen opinnäytetyömme toimivan tutkittuun tietoon pohjautuvana luotettavana perustietopakettina dissosiaatiohäiriöistä ja niiden vakauttamisen periaatteista ja käytetyistä harjoitteista asiasta kiinnostuneille.

## 4.3 Opinnäytetyöprosessi kehittämistyön vaiheiden mukaisesti

Päädyimme tekemään opinnäytetyönä potilasoppaan, jonka ajatuksena on palvella niitä potilaita, joilla on dissosiaatiohäiriö tai vireystilojen voimakasta vaihtelua. Aloitusvaiheen idea tuli työelämän tarpeesta. Potilasoppaan sekä tiedon tarve tuli yhteistyökumppanilta eli Kuopion psykiatrian keskukselta. Oppaaseen aiomme tuoda niin teoriatietoa dissosiaatiohäiriöistä ja vireystiloista kuin harjoitteita vireystilojen vaihtelun säätelyyn. Aloitusvaiheesta alkaen opinnäytetyön linjaus on pysynyt samana, keskustelua on kuitenkin käyty esimerkiksi oppaan kohderyhmästä sekä oppaan laajuudesta.

Opinnäytetyön suunnitelman avulla pääsimme tarkentamaan opinnäytetyön tarkoitusta ja tavoitetta. Tässä opinnäytetyön vaiheessa selvisi meille myös yhteistyötahon yhdyshenkilö sekä koulun puolelta opinnäytetyötä ohjaava opettaja sekä opponoivat opiskelijat. Suunnitelma toi tekijöiden näkemykset aiheesta lähemmäksi toisiaan. Päädyimme jakamaan teoriaosion kirjoitusta sekä osittain lähdeaineiston hankintaa. Opinnäytetyön teoriaa on hankittu manuaalisesti käyttämällä eri lähdehakuihin hakusanoja: dissosiaatio, dissosiaatiohäiriö, vakauttaminen ja vireystilat. Samoja hakuja on tehty myös englanniksi hakusanoilla: dissociative disorder ja stabilization. Lähdemateriaalina on käytetty kirjoja sekä tutkimuksia ja artikkeleja. Paljon aineistoa on saatu myös hakujen tuloksina saatujen lähteiden lähdeluetteloista.

Suunnitteluvaiheessa hahmottelimme oppaan olevan A5 kokoinen ja sen, että se sisältäisi niin tekstiosion dissosiaatiohäiriöistä kuin harjoitteet-osion vireystilojen vakauttamiseen. Suunnitteluvaiheessa sovimme, että oppaan työstö alkaa, kun teoriaosio on saatu melkein valmiiksi. Sovimme myös, että keräämme mielestämme hyviä oppaita ja vertailemme niitä, kun aloitamme oppaan työstämisen.

Opinnäytetyömme työstäminen tapahtui pääosin itsenäisesti koneella työskennellen. Päätimme tässä vaiheessa kokeilla Google Driveä mahdollisena alustana työmme muokkaukseen ja ideoiden jakamiseen. Esivaiheessa mietimme myös eri paikkoja, joissa voimme työskennellä. Päädyimme koulun kirjaston koneisiin, kotona tehtävään työhön sekä KYSin kirjastoon. Esivaiheen työskentelyyn kuului myös tiedonsiirrosta päättäminen. Kokeilemme Driveä sekä sähköpostitse lähetettyjä linkkejä ja liitteitä sekä tekstiviesti- ja puhelinkeskusteluja opinnäytetyömme työstämisessä varsinaisten tapaamisten tueksi.

Aineiston keruu alkoi työstövaiheessa hakusanojen pohdinnalla. Käytimme hyväksemme koulun tietohaun opetusta. Peruslähteiden löytymisen jälkeen aloimme kartoittamaan alan tutkijoita. Näin saimme kasaan luotettavaa aineistoa. Kansainvälistä tutkimusta tästä aiheesta oli tehty erityisesti Hollannissa. Perehdyimme tarkemmin heidän tekemiinsä tutkimuksiin ja artikkeleihin sekä haimme lisää aineistoa manuaalisesti näiden tutkijoiden käyttämistä lähteistä.

Ohjausta opinnäytetyöprosessin etenemiseksi käytimme mielestämme hyvin ja yhteistyötä teimme aineiston hakemisen jakamisella. Kuitenkin aikataulu venyi ja kirjallisen tuotoksen tekeminen oli hidasta. Työstövaiheessa keräsimme samalla jo opasta varten harjoitteita sekä valikoimme kirjalliseen materiaaliin sisällytettyävää tekstiä.

Kehittämistyönä toteutetun opinnäytetyömme tuotoksia tarkastelimme koko ajan työn edetessä. Tällä välttimme sen, ettei työomme lähtenyt missään vaiheessa sivu-urille. Jo kirjoittamisprosessin alkuvaiheissa huomasimme tämän olevan riski ja tästäkin syystä tarkistimme työomme etenemistä säännöllisesti koko työstövaiheen ajan. Tarkistusvaiheessa huomioimme opinnäytetyölle alun perin asettamamme tarkoituksen ja tavoitteen sekä tarkistimme lopputuloksen. Kävimme tekstiä läpi koko kirjoitusprosessin ajan. Sisällysluettelo muokkautui lopulliseen muotoonsa vasta tarkastelujen jälkeen. Osittain toistemme tekstin tarkastelu oli haasteellista erilaisten kirjoitustyyliemme vuoksi mutta samalla saimme monipuolistettua tekstiä. Tarkastusvaiheessa myös arvioimme kriittisesti lähteitä sekä yhdistelimme kirjoitettuja tuotoksia yhtenäisiksi kappaleiksi.

Varsinainen viimeistely oppaan osalta oli kesän 2016 lopussa, kun oppaan hyväksyivät sekä tilaajataho että ohjaava opettaja. Olimme ennen tätä jo itse hyväksyneet oppaan lopullisen muodon. Itse oppaanteon prosessista kerromme tarkemmin kappaleessa 5.3. Kirjallisen tuotoksen viimeistelyyn siirryimme oppaan valmistuttua. Käytimme apunamme ohjaavaa opettajaa sekä luetuimme tekstiä lähipiirissä. Viimeistelimme johdannon tukemaan tekstiä. Johdantoon jouduimmekin tekemään jonkin verran tiivistämistä tässä vaiheessa. Viimeistelyvaiheessa tarkastimme myös kieliasun sekä lähdeviitteet ja lähdeluettelon. Saimme opinnäytetyömme lopulliseen muotoonsa syyskuun 2016 lopussa ja jätimme sen arvioitavaksi.

Kehittämistyön tuotoksen eli oppaan luovutamme KPK:lle niin PDF-muotoisena kuin Word-tiedostona. Heillä on täten oikeus käyttää ja muokata opasta haluaamsa muotoon sekä tehdä siihen tarvittaessa lisäyksiä ja päivityksiä. Oppaan esitys tilaajatoholle on 2.11.2016. Opinnäytetyömme esitys Savonia ammattikorkeakoulun ONT-työpajassa on myös marraskuussa 2016.

#### 4.4 Opinnäytetyön aikataulu

Opinnäytetyömme aikataulu on moneen otteeseen pitkittynyt. Aikataulussa pysyminen onkin ollut suurin haasteemme. Opinnäytetyöprosessimme suunnitteluvaihe alkoi jo syksyllä 2014, jolloin perehdyimme teoriatasolla dissosiaatioon ilmiönä aineistohaun pohjalta. Vakauttamisen teoriatietoon pe-

rehdyimme keväällä 2015, jolloin käynnistimme varsinaisen teoriaosuuden työstämisen ja kirjoittamisen. Toukokuussa 2015 saadun tutkimussuunnitelmapalautteen pohjalta, tehtyämme tarvittavat korjaukset, saimme ohjaavalta opettajaltamme suostumuksen hankesopimuksen allekirjoittamiseksi opinnäytetyömme yhteistyötahon, Kuopion psykiatriankeskuksen, kanssa. Kesällä 2015 tarkoituksenamme oli jatkaa opinnäytetyön työstämistä perehtymällä aiheita käsittelevään tutkimustietoon sekä tietoon ali- ja ylivireystilojen vakauttamisesta.

Kesän ja alkusyksyn aikana perehdyimme myös hyvän potilasoppaan laatimisen periaatteisiin ja tutustuimme erilaisiin potilasoppaisiin. Opinnäytetyön tutkimussuunnitelman esittelimme Savonian ammattikorkeakoulussa syyskuussa 2015 opinnäytetyöpajassa. Kevään 2016 aikana valitsimme keräämäämme aineistosta oppaaseen tulevat harjoitteet sekä arvioitutumme opasta sekä työntekijöillä että potilaalla. Saadun palautteen pohjalta parantelemme oppasta. Tavoitteenamme oli saada potilasopas ja opinnäytetyö valmiiksi kesällä 2016. Varsinainen opinnäytetyön esittäminen, arviointi ja julkaisu toteutuvat loppuvuodesta 2016.

## 5 POTILASOPPAAN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS

Potilasoppaan suunnitteluvaiheessa keräsimme tietoa kirjallisen potilasoppaan laatimisesta sekä hyvän potilasoppaan tunnusmerkeistä. Tutkimme myös erilaisia potilaille suunnattuja oppaita ja pohdimme, millaisen oppaan haluamme tuottaa ja millainen opas mielestämme palvelisi parhaiten asiaamme. Oppaan suunnittelu kulki koko opinnäytetyöprosessin ajan mukanaamme, mutta keskityimme siihen aktiivisemmin kesällä 2016.

### 5.1 Hyvän potilasoppaan tunnusmerkit

Hyvässä potilasoppaassa on huomioitu potilaslähtöisyys ja sen tulee myös näkyä selkeästi tekstissä. Oppaan rakenteeseen kannattaa myös kiinnittää huomiota. Aihe määrittelee oppaan rakenteen eli sen edetäänkö oppaassa esimerkiksi oireista hoitoihin, jolloin lukijan on helpompi seurata opasta sekä kiinnostua lukemaan sitä. Potilas kaipaa oppaasta ohjeita mutta myös perusteluja niille. Hyvin perusteltu ohje lisää potilaan luottamusta opasta kohtaan. (Hyvärinen 2005.)

Oppaan selkeällä otsikoinnilla saadaan potilas kiinnostumaan oppaasta ja kokemaan se juuri hänelle tarkoitetuksi. Väliotsikoilla, jotka voivat olla yhdenkin sanan mittaisia, tulevaa tekstiä kuvaavia, saadaan jäsenneltyä tekstiä. Väliotsikoista voi koota oppaan alkuun sisällysluettelon, mikäli opas on monisivuinen. Potilasryhmä, jolle opas on suunnattu, määrittelee sen, millaista kieltä ja millaisin lauserakentein opas kannattaa muodostaa. Mikäli oppaassa käytetään ammattitermejä, on nämä hyvä selvittää lukijalle mahdollisten väärinkäsitysten välttämiseksi. Selkeyttä tekstiin saadaan säilyttämällä virkkeet lyhyinä. Oikeinkirjoitukseen kannattaa myös kiinnittää huomiota. Kirjoitusvirheet sekä ärsyttävät että saavat aikaan epäluotettavan mielikuvan oppaan tekijästä. Potilasopasta on hyvä luetuttaa monilla eri ihmisillä oppaan teon edetessä. (Hyvärinen 2005.) Potilasoppaaseen kannattaa myös tarpeen mukaan sisällyttää kuvia. Kuvien käytön tulee olla perusteltua ja on otettava huomioon tekijänoikeudet kuvia käytettäessä. Oppaan loppuun kannattaa laittaa yhteystiedot sekä linkkejä, joista potilas saa halutessaan lisätietoa. (Torkkola, Heikkinen ja Tiainen 2002, 34 - 45.)

Kirjallisen oppaan haasteena pidetään yksilöllisyyden puutetta eli materiaali on kaikille sama. Lisäksi kirjallinen materiaali päivittyy hitaasti. Tästä syystä sähköinen materiaali olisi suositeltavampaa, jolloin päivittäminen olisi ajantasaisempaa ja helpompaa. Kirjallisen materiaalin eduksi luetaan se, että potilaan on siihen helppo palata. Myös omaisten katsotaan hyötyvän potilaille jaetusta kirjallisesta ohjausmateriaalista. (Kääriäinen ja Kyngäs 2002, 212 - 213.) Kirjallinen opas tukee suullisesti annettua potilasohjausta. Kun potilas saa kuulla sairastuneensa tai saa sairaudelleen tai vaivalleen nimen, hän yleensä haluaa tietoa. Suullinen ohjeistus tai informaatio annetaan yleensä kerran ja sen sisäistäminen voi joiden sairauksien osalta olla vaikeaa. (Torkkola ym. 2002, 25.)

## 5.2 Potilasoppaan kohderyhmä

Kehittämistyömme tilaajana toimii Kuopion psykiatrian keskus (KPK) ja siellä yhteistyökumppanina toimivat Tiina Ojalainen, Pasi Kuosmanen, Ulla Sairanen ja Mari Heiskanen. Potilasoppaan kohderyhmänä ovat KPK:n potilaat, joilla on dissosiaatiohäiriö tai dissosiaatio-oireita. Potilasopas on myös työkalu dissosiaatiohäiriöisten kanssa työskentelevien työntekijöiden potilasohjauksessa. Oppaasta ja sen harjoituksista voivat hyötyä myös traumaperäisestä stressireaktiosta, tunne-elämän säätelyhäiriöstä, pakko-oireista ja syömishäiriöistä kärsivät potilaat.

## 5.3 Potilasoppaan laatiminen kehittämistyönä

Oppaan tekeminen teorian pohjalta alkoi tutustumalla erilaisiin oppaisiin. Tarkastelimme oppaista niin kohderyhmää, ulkoasua ja kokoa kuin tekstiä ja kuvia. Totesimme molempia miellyttävän kuvitetun neliön muotoiset oppaat. Valitsimme oppaan muodoksi neliön. Joidenkin potilaille suunnattujen oppaiden tekstimuoto oli mielestämme liian teoreettinen. Pyrimme omassa tekstissämme korostamaan positiivista lähestymistä vakavaan aiheeseen.

Teoriatiedosta valikoimme ensimmäiseksi ne pääotsakkeet, jotka mielestämme oppaasta tulee löytyä. Lisäksi tässä vaiheessa keräsimme opasta varten harjoitteita, joita voisi oppaaseen sisällyttää. Kokosimme aluksi oppaasta yhtenäisen niin teoriatiedon ja kuin harjoitteiden osalta. Havaitimme kuitenkin, että harjoitteet voisivat tukea teoriaa myös itsenäisenä osana, ja näin harjoitteita voisi käyttää myös muutkin vireystilojen vaihteluista kärsivät. Tässä vaiheessa opas muotoutui lopullisesti kahteen osaan: teoriaosaan sekä harjoiteosaan. Tämä selkeytti mielestämme jatkotyöskentelyämme oppaan kanssa.

Suurimmat hankaluudet oppaan osien työstössä eivät tulleet tekstin tai harjoitteiden kanssa vaan itse oppaan tietoteknisen toteutuksen kanssa. Neliön mallinen opas osoittautui asetusten kannalta vaativaksi ja vei paljon aikaa. Emme kuitenkaan halunneet muuttaa opasta enää helpompaan A5 tai A4 kokoon vaan työstimme niitä sitkeästi alun perin valitsemaamme muotoon.

Oppaan saattamiseksi lopulliseen muotoonsa pyysimme palautetta ja vinkkejä myös tilaajatahon potilailta alustavalla kyselyllä (liite 2), johon saimme kolme (3) vastausta. Saamamme palautteen avulla vahvistui oppaan tekstimuodon soveltuvuus potilaille, kuvien ja otsikon valinta sekä yleisesti oppaiden tarpeellisuus. Saimme myös erinomaista apua potilaalta, joka kyselyyn vastattuaan halusi tavata meidät ja välittää omakohtaisia kokemuksia dissosiaatioista sekä antaa henkilökohtaisesti kehittämisedotuksia ja palautetta oppaasta. Tästä tapaamisesta saimme potilasnäkökulmasta laajaa tietoa niin oppaaseen kuin myös itse opinnäytetyön teon kannalta tärkeisiin teoretietoihin.

Saadaksemme oppaan molemmat osat tukemaan paremmin toisiaan ja toimimaan myös paremmin yhteen, käytimme molemmissa selkeyden vuoksi samaa isoa otsikkoa sekä samoja fontteja ja rivinvälejä. Molemmat oppaan osat ovat kooltaan samat eli ne on mahdollista myös liittää yhdeksi oppaaksi. Oppaan tekstifonttina käytimme Tahoma-fonttia ja fonttikokona on 12. Rivinväli on 1.5 mutta niiltä

osin, missä otsikko jakautui kahdelle riville, muutimme rivinvälin yhteen. Näin saimme lisää tilaa mutta pyrimme säilyttämään luettavuuden hyvänä. Isojen otsikkojen fonttina on isoja aakkosia käyttävä Engravers mt ja fonttikokona on 18.

Oppaan nimeksi valikoitui ehdotuksistamme myös itseämme niin kuin potilaspalautteessakin hyväksi koettu otsikko Dissosiaatio tutuksi. Oppaan ensimmäisessä osassa, Dissosiaatio ja vakauttaminen, teksti on kahdella palstalla. Tekstiä osassa yksi on paljon mutta isot väliotsakkeet, sisällysluettelo sekä kahteen palstaan jaettu teksti ovat osa-alueita, joilla toivoimme saavamme opasta kevennettyä. Molemmissa oppaan osissa on sisällysluettelo. Näin potilas pystyy sisällysluettelon kautta palaamaan itselleen sopivaan otsikkoon sekä löytämään oppaasta tarvitsemansa tiedon helpommin. Käyttämämme kuvat ovat luontokuvia. Kuvilla halusimme tuoda oppaan ensimmäiseen osaan taukoja tekstien väliin. Lisäksi koemme, että luonto elementtinä on rauhoittava.

Oppaan toisessa osassa, Harjoitteita vireystilojen vakauttamiseen, rakennetta ryhdittää jokaisen harjoitteen lopussa olevat täytettävät laatikot. Näiden vuoksi osassa kaksi kuvaa on ainoastaan kannessa ja viimeisellä sivulla. Osaan kaksi teimme myös sisällysluettelon sekä loppuun harjoitepäiväkirjan sekä kortin, johon lukija voi itse koota itselleen parhaiten toimivat harjoitteet. Harjoitteet oppaassa on valittu monipuolisesti eri kategorioista. Lisäksi olemme pyrkineet helposti toteutettaviin sekä selkeästi ohjeistettuihin harjoitteisiin.

Molempien oppaiden loppuun olemme keränneet linkkejä sekä kirjallisuusmateriaalia, joiden avulla aiheeseen on mahdollista syventyä vielä lisää. Osan yksi lopussa oleva hyödyllisen lisämateriaalin aineisto on monipuolinen yhdistelmä niin kirjallisuutta kuin muutakin aineistoa. Toisen osan lopusta lukija löytää hyviä linkkejä harjoitteisiin, joiden pohjalta myös harjoitteet osaan kaksi on tehty.

## 6 POHDINTA

Opinnäytetyön tekeminen kuuluu ammattikorkeakoulun opetussuunnitelmaan perus- ja ammattiopin-  
tojen, vapaasti valittavien opintojen ja ammattitaitoa edistävän harjoittelun ohella (Valtioneuvoston  
asetus ammattikorkeakouluista 2014). Opinnäytetyön prosessin aikana on tavoitteena syventää omaa  
osaamistaan. Aiheen valinta tulee perustua opiskelijan osaamisalaan. Lisäksi opiskelija osoittaa työ-  
elämälähtöisellä aihevalinnallaan kykyään kehittää ammatillisia suhteita työelämään. Laajuudeltaan  
opinnäytetyö on 15 opintopistettä, joka tarkoittaa 405 tuntia työskentelyä opinnäytetyön parissa. (Sa-  
vonian ammattikorkeakoulu 2016b.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli suunnitella ja tuottaa potilasopas dissosiaatioiden vakauttamisesta.  
Tavoitteena oli lisätä potilaiden tietoa ja ymmärrystä omasta sairaudestaan, jotta he pystyisivät hal-  
litsemaan omia oireitaan paremmin. Mielestämme toteutunut tuotoksemme vastaa asettamaamme  
opinnäytetyön tarkoitukseen. Saimme tuotettua potilasoppaan, johon olemme erittäin tyytyväisiä. Ko-  
emme, että opas palvelee potilaita niin tiedon lisääjänä kuin oireiden hallitsemisen apuvälineenä. Op-  
paasta toivoimme olevan apua niin potilaille kuin heidän ohjauksensa tueksi hoitajille. Tuottamamme  
opas voi toimia potilasohjauksen materiaalina. Lisäksi oman kokemuksemme kautta myös opiskelijat  
tilaajataholla tulevat hyötymään oppaasta tiedon lisääjänä aiheesta. Oppaassa käytetyistä harjoitteista  
sekä linkeistä muihin harjoitteisiin tulevat mielestämme hyötymään potilaiden lisäksi myös potilaiden  
omaiset sekä hoitohenkilökunta.

### 6.1 Kehittämistyön arviointi

Kehittämistyönä opinnäytetyömme sisältää kirjallisen tuotoksen sekä sen pohjalta tehdyn oppaan.  
Arvioinnissa käymme läpi sekä toteutusta eli kehittämistyön prosessia sekä valmista tuotosta eli liit-  
teenä olevaa opasta. Oppaan parempaa arviointia varten olisi opas saatettava testikäyttöön ja kartoi-  
tettava esimerkiksi kyselyllä sen käyttökelpoisuutta. Oma arviointimme oppaasta perustuu niin tilaa-  
jataholta kuin ohjaavalta opettajalta saatuun palautteeseen kuin omaan näkemykseemme valmiista  
tuotoksestamme.

Kehittämistyön prosessi on ollut pitkä ja koonnut mielestämme opintojamme vahvemmin ammattikor-  
keakoulutasoiseksi. Opiskelumme monimuotoisessa koulutuksessa on ohjannut paljon meitä itsenäi-  
seen työskentelyyn sekä opettelemaan etänä toteutuvaa ryhmätyöskentelyä.

Eriytyisen antoisaa kehittämistyömme aikana oli pohtia ja keskustella aiheesta heränneistä erilaisista  
näkemyksistä. Lisäksi koimme, että keskustelut yhteistyötahon henkilökunnan kanssa saivat meidät  
entistä vakuuttuneimmiksi aiheen tärkeydestä sekä työmme tarpeellisuudesta. Vahvuuksinamme pi-  
dimme työn kannalta aiheen onnistunutta valintaa sekä sen tarpeellisuutta. Nämä molemmat seikat  
edistivät työmme etenemistä. Lisäksi opinnäytetyöprosessin aikana käytyä aihetta koskevat koulutuk-  
set, sekä harjoittelu toivat sitoutuneisuutta aiheeseen.

Kehittämistyömme isoimmaksi ongelmaksi osoittautui aikataulun venyminen. Opinnäytetyömme oli pitkiä aikoja välillä työstämättä. Tämä kuitenkin mahdollisti asian kunnollisen sisäistämisen ja työn näki taukojen jälkeen entistä mielenkiintoisempana ja työstäminen tuntui taas innostavalle. Aikataulun venyminen kuitenkin aiheutti ajatuksen katkeamista ja kesti pitkään ennen kuin varsinaiseen tekstin työstämiseen oli valmis. Yhteisen ajan löytäminen erilaisten elämäntilainten vuoksi osoittautui haasteelliseksi ja tämä näkyi työn hitaana etenemisenä. Kokonaisuutena prosessi on ollut molemmille niin opettavainen kuin raskaskin. Koimme kuitenkin pitkän prosessia pieniä onnistumisen tunteita, jotka auttoivat eteenpäin. Lopulta huomasimme kuitenkin pystyvämme tiiviiseenkin työskentelyyn, kun asetimme itsellemme tiukkoja aikatauluja työn saattamiseksi lopulliseen muotoon.

Kehittämistyömme lopullinen tuotos on yhdistelmä kirjallisesta opinnäytetyöstä sekä liitteenä olevasta oppaasta. Suurta ongelmaa tuotti aiheen rajaus. Aiheen herättämä valtava mielenkiinto sai meidät moneen otteeseen etsimään tietoa osittain opinnäytetyömme aiheesta sivuten. Vaikka rajaus aiheessamme on laaja, koemme nyt, että tehty työ kannatti. Kirjalliseen tuotokseen kerättyä tietoa saimme tuotettua itseämme tyydyttävällä tasolla. Kirjallinen tekstin tuottaminen oli ajoittain haasteellista mutta prosessin myötä myös äärimmäisen opettavaista.

Koululta saamamme tuki ohjaavilta opettajilta oli erityisen tärkeää niinä hetkinä, kun opinnäytetyömme oli laajeta. Aiheen rajaukseen saimme hyvin tukea ja koimme sen erittäin tärkeänä. Opettajat olivat hyvin saavutettavissa ja mielestämme käytimme hyvin tapaamisia hyväksemme työmme etenemiseksi. Lisäksi koulun tietokoneet ja kirjasto mahdollistivat laajan tiedonhaun sekä tiedonhakuun saatu opastus olivat työtämme edistämässä. Loma-aikoina pääsimme hyvin työskentelemään koulun tietokoneilla opinnäytetyömme parissa, mutta ongelmallista tämä oli kouluaikana vapaiden työskentelytilojen puutteen vuoksi.

## 6.2 Potilasoppaan arviointi

Oppaamme nimeksi valikoitui osittain saadun palautteen perusteella ”Dissosiaatio ja vakauttaminen tutuksi”. Mielestämme oppaan otsikko on selkeä ja kuvaa hyvin oppaan sisältöä. Tavoitteemme nimen suhteen oli, ettei se ole liian hankala ja rohkaisisi tutustumaan oppaaseen. Nimestä varsinkin tutuksi-sana toimii näin rohkaisevana. Oppaan ollessa suunnattu potilaille, on tekstin sisältöön kiinnitetty työskentelyssämme erityistä huomiota. Koemme saaneemme aikaan hankalasta aiheesta potilaslähtöistä tekstiä. Tekstimme on ymmärrettävää ja tuo vaikean aiheen potilaslähtöisesti esille ketään syylistämättä tai väheksymättä. Koko oppaanteon prosessin ajan pystymme tekemään työtä potilaslähtöisen ajattelun kautta, vaikka haluammekin oppaasta olevan hyötyä myös potilasohjauksen apuvälineenä.

Ulkoasullisesti arvioiden oppaiden yhtenäisyys säilyy hyvin, kun otsikko, fontit ja oppaiden koko ovat samat. Oppaan jakaminen osiin mietitytti aluksi. Halusimme osien olevan niin yhtenäisiä kuin mahdollista ja onnistuimme pääsemään siihen. Visuaaliselta ilmeeltään oppaan molemmista osista tuli hienot, joskin kehittämistä tässä osassa tiedämme olevan. Kuvat sekä ryhdittävät oppaita, että luontokuvina



rauhottavat. Kuvien asetteluun ja valintaan käytimme ajatusta ja lopullisessa versiossa kuvat mielestämme sopivat niin tekstien väliin kuin kansiinkin. Teksti pysyi ymmärrettävänä osassa yksi, vaikka aiheen kirjoittaminen potilaslähtöisesti ja tiivistettynä olikin hankalaa. Osan yksi tekstin jakamisen kahdelle palstalle arvioisimme olleen hyvä ratkaisu. Saimme niin luettavuuden kuin luotettavan ilmeenkin kannalta paremman lopputuloksen kuin jos teksti olisi vain yhdellä palstalla. Teoriateksti muodostui kevyemmäksi luettavaksi, kun saimme muokattua tekstin potilaslähtöiseksi. Lisäksi onnistuimme mielestämme löytämään luettavuutta parantavat fontit sekä värimaailman. Rivinväli ei tullut liian suppeaksi ja sekin tukee luettavuutta.

Sisällysluettelot molemmissa oppaan osissa helpottavat lukijaa ja tuovat mielestämme hyvin oppaan osien rakenteen esiin. Myös tiedon löytämisen näkökulmasta sisällysluettelot ja otsikointi toimivat halumallamme tavalla. Osassa kaksi teksti harjoitteiden ohjeena on selkeää eikä ohjaavia kuvia harjoitteisiin mielestämme tarvittu. Osan kaksi rakennetta harjoitteiden ja täytettävien laatikoiden osalta selkeytti se, että ne ovat samalla aukeamalla. Osan kaksi harjoitteisiin olemme löytäneet monipuolisia harjoitteita ja niiden valinta oli mielestämme onnistunut. Linkit ja hyödyllinen lisämateriaali tukevat hyvin asiasisältöä ja harjoitteita.

### 6.3 Eettisyys ja luotettavuus

Kehittämistyönä toteutetun opinnäytetyön eettisyyttä ja luotettavuutta pohtiessa voidaan lähtökohtaisesti ajatella kriteerien olevan samat kuin myös laadullisissa ja määrällisissä tutkimuksissa. Tutkijoiden eli opinnäytetyön tekijöiden on osoitettava raportoinnissa eli opinnäytetyössään yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta. Näin toimien ei tule loukanneeksi tekijänoikeuksia tai syyllistymään plagiointiin. Myös tarvittavien tutkimuslupien hankinta on osa eettistä ja luotettavaa toimintaa opinnäytetyöprosessissa. Opinnäytetyön ohjaajien ja koulutusorganisaatioiden vastuulla on saattaa eettiset ja luotettavat periaatteet opiskelijoiden tietoon. Näin taataan opinnäytetöiden eettinen ja luotettava erityisosaaminen kullakin alalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Ammattikorkeakoulun opinnäytetyön eettisyys sitoutuu näihin eettisiin periaatteisiin. Eettisyys lähtee sitoutumisesta työhön, työn parissa työskentelyyn sekä hankkeistamissopimuksen teon yhteydessä tilaajatahon kanssa tehtyihin kehittämistyön tavoitteisiin ja tarkoitukseen. Eettisen ammatillisen osaamisen osoittaminen tulee esille niin luotettavien lähteiden valinnassa kuin lähteisiin viittaamisessa sekä siinä, kuinka tekstiä lähteistä on käytetty. Plagiointi on eettisestikin tuomittavaa ja opinnäytetyö tarkistetaan tämän estämiseksi sähköisellä ohjelmalla. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2016a.)

Eettistä osaamistamme arvioidessa huomaamme kehittyneemme varsinkin työskentelytaidoiltamme prosessin edetessä. Luottamus toisen tekemiseen sekä yhteistyön osaaminen loivat lopuksi eettiseen kasvuun johtaneen prosessin. Alkuun työskentely oli hankalaa ja johti konflikteihin. Lopussa työstäminen oli nopeampaa ja toisen tekemän työn arviointi ja palautteen vastaanottokyky olivat ammattimaisempaa.

Lähdekritiikki ja plagioinnin välttäminen osoittavat selkeästi meidän sisäistäneen tämän osa-alueen eettisen toimintaperiaatteen. Alusta alkaen noudatettu tapa kerätä lähteitä osoittautui hyväksi ja osasimme referoida ja soveltaa tietoja niin kirjoista, tutkimuksista kuin kansainvälisistäkin artikkeleista ilman kopiointia.

Lähteinä käyttämämme aineisto on tuoretta tutkittua tietoa ja näin ollen opinnäytetyömme teksti on luotettavaa. Osoitamme lähteiden tutkimuksien valinnalla niin kansainvälistä näkökulmaa kuin tekijöiden statuksella myös luettavuutta. Tutustuimme valtavaan määrään lähteitä ja valikoimme niistä kansainvälisesti ja Suomessakin tunnettuja aiheen tutkijoita. Opas on koostettu opinnäytetyön kirjallisesta osiosta ja näin sekin on luotettavaa tietoa.

#### 6.4 Oma oppiminen ja ammatillinen kehittyminen

Sairaanhoidajien ammatillista osaamista lähestyttäessä, voidaan arviointia jaotella osaamisalueittain. Osaamista on kertynyt opintojen aikana ja opinnäytetyöprosessin kautta näitä osaamisalueita pyritään vahvistamaan. Näitä osaamisalueita ovat sairaanhoitajan ammattipätevyysdirektiivin mukaan asiakaslähtöisyys, hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus, johtaminen ja yrittäjäyys, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö, kliininen hoitotyö, näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko, ohjaus- ja opetusosaaminen, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen sekä sosiaali- ja terveystieteiden laatu ja turvallisuus. Vuonna 2015 julkaistussa Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen hankeraportissa osa-alueet olivat tutkimus- ja kehittämisosaaminen, päätöksenteko-osaaminen, potilaslähtöisen hoitotyön osaaminen, kliininen osaaminen, terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen osaaminen, vuorovaikutus ja kumppanuusosaaminen, eettinen osaaminen, ohjausosaaminen, kulttuurinen osaaminen, tieto- ja viestintäteknologian osaaminen sekä johtamis- ja yrittäjäyys-osaaminen (Erikson, Korhonen, Merasto ja Moisio 2015, 13 - 15, 22 - 25.)

Omaa ammatillista kehittymistämme opinnäytetyöprosessi kasvatti eniten tutkimus- ja kehittämisosaamisen ja vuorovaikutus- ja kumppanuusosaamisen näkökulmasta. Prosessi opetti meille kriittistä ajattelua lähteisiin perehtyessämme. Oman työskentelyn arviointi ja palautteen vastaanottotaitomme ovat parantuneet huomattavasti prosessin aikana. Myös pitkäjänteisen työskentelyn ja periksi antamattomuuden osalta olemme kehittyneet. Osittain myös tietoteknisen osaamisemme katsomme kehittyneen varsinkin oppaan teon aikana.

Tiedonhaku ja erilaisten tiedonhakukanavien käyttö on nyt huomattavasti sujuvampaa kuin prosessin alussa. Katsoisimme myös kehittyneemme opinnäytetyömme aiheen tiimoilta. Varsin hankalaa aihetta olemme jo sisäistäneet niin, että pystymme prosessoimaan sitä koskevaa tietoa nopeammin kuin aiemmin. Alussa hankalaksi kokemamme tieteellinen kirjoittaminen opinnäytetyön kirjalliseen osioon on mielestämme sujuvampaa kuin alussa. Osaamisemme on karttunut myös oppaan teon yhteydessä potilaslähtöisen ajattelun kautta. Koemme osaavamme nyt paremmin etsiä potilasta hyödyttäviä oppaita sekä jatkossakin tuottaa itse potilasoppaita sekä muuta materiaalia potilasohjauksen tueksi.

## 6.5 Jatkokehittämisehdotuksia

Jatkokehittämisen kannalta olisi mielenkiintoista saada arvio oppaan toimivuudesta niin potilaiden kuin työntekijöiden näkökulmista. Olisi kiinnostavaa saada palautetta esimerkiksi oppaan ulkoasusta, mutta erityisesti sen sisällöstä. Onko teksti ymmärrettävää? Onko oppaasta ollut apua? Tukevatko oppaan harjoitteet omahoitoa? Opasta voisi kehittää edelleen saadun palautteen perustella. Oppaan osalta visuaalisen ilmeen terävöittäminen voisi sopia toisen alan opinnäytetyöksi tai ammattilaisen tekemäksi. Nyt se toteutui intuitiivisesti harrastelijapohjalta, kun kumpikaan meistä ei ole opiskellut valokuvausta.

Varsinkin oppaan teon loppuvaiheessa heräsi ajatus harjoiteohjelmasta myös sähköisessä muodossa. Näkisimme sen parantavan ainakin osan potilaiden mahdollisuuksia harjoitella aktiivisemmin ja itseenäisemmin. Erilaiset internet – ja mobiilisovellukset ovat innostaneet ihmisiä viime aikoina ja tähän pohjautuen ajattelimme vakauttamisharjoitteiden sopivan myös tällaiseen jatkokehittelyyn.

Oppaassa esitellyistä häiriöistä olisi myös jatkokehittelyn aiheeksi. Pohdimme, että kustakkin niistä voisi tehdä pienet esitteet tai tietokortit, joita sitten voisi jakaa täsmätietona juuri kyseistä häiriötä potevalle.

Kirjallisen tuotoksen osalta jatkokehittelyyn sopisi aiheesta tehty laajempi ja systemaattisempi kirjallisuuskatsaus tai tutkimus. Aiheen sisällä on myös monia varsin kiinnostavia osioita, joihin voisi perehtyä syvällisemmin. Aihetta on muutoinkin varsin vähän tutkittu opinnäytetöiden osalta, joten uusia aiheita ja tutkimuskohteita tästä mielenkiintoisesta vaikkakin haasteellisesta aiheesta löytyisi paljon.

Jatkossa sairaanhoitajien opetuksessa voisi myös huomioida erilaisten harjoitteiden käyttöä potilaan kanssa työskenneltäessä. Esimerkiksi hengitys- tai rentoutusharjoitteiden opettelu opiskeluvaiheessa edistäisi mielestämme niin opiskelijoiden hyvinvointia kuin helpottaisi ja toisi uusia työkaluja varsinkin psykiatriseen hoitotyöhön mutta varmasti myös muuhun hoitotyöhön. Huomasimme opinnäytetyöstämme kertoessamme, että aihe oli monille hyvinkin vieras. Pohdimmekin, olisiko jatkossa aiheellista selvittää aiheen osaamista sairaanhoitajien keskuudessa esimerkiksi kyselytutkimuksella.

## LÄHTEET JA TUOTETTU AINEISTO

ABEZ, Kimmo (suom.) 1991. Aiempien traumaattisten kokemusten kartoitus. BESSEL, A ja VAN DER KOLK. Traumatic Antecedent Questionnaire. Saatavissa: <http://www.pshp.fi/download/no-name/%7BD7EA898B-9F90-42CF-9399-86689E0D16FB%7D/27717>

ANTERVO, Arja ja MANKILA, Petteri 2012. Vakavasti traumatisoituneiden ryhmähoitomallin pilotointi Suomessa. Julkaisussa: ANTERVO, Arja, MANKILA, Petteri, HÄSTBACKA, Kaarina, KATAJISTO, Jarno, Suokas-cunliffe, Anne, PETTERSSON, Paula, PIIRONEN, Laila, LINDQVIST, Arja ja WALLIN, Peter. Traumaperäisen dissosiaatiohäiriön vakauttaminen Suomessa. Projektiraportti 2009 - 2012. Traumaterapiakeskus. Oulu: Erweko Oy; 9 - 29.

ASP, Jani 2015. Lasten dissosiaatio - "the escape when there is no escape". Hoitotyön koulutusohjelma, Jyväskylän ammattikorkeakoulu. [Viitattu: 2015-09-26]. Saatavissa: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/94110/LASTEN%20DISSOSIAATIO-pdf.pdf?sequence=1>

BOONE, Suzette, STEELE, Kathy ja van der HART, Onno 2011. Traumaperäisen dissosiaatiohäiriön vakauttaminen. Taito-ohjelma potilaille ja terapeuteille. Traumaterapiakeskus. Oulu: Kalevarint Oy.

BRAND, Bethany ja LOWENSTEIN, Richard 2010. Dissociative disorders: An overview of assessment, phenomenology, and treatment. *Psychiatric times* 2010, 62 - 68. [Viitattu: 2015-09-26]. Saatavissa: [http://www.researchgate.net/profile/Bethany\\_Brand/publication/231337464\\_Dissociative\\_Disorders\\_An\\_Overview\\_of\\_Assessment\\_Phenomonology\\_and\\_Treatment/links/09e415068c721ef9b5000000.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Bethany_Brand/publication/231337464_Dissociative_Disorders_An_Overview_of_Assessment_Phenomonology_and_Treatment/links/09e415068c721ef9b5000000.pdf)

BRAND, Bethany, CLASSEN, Catherine, McNARY, Scot ja ZAVERI, Parin 2009. A Review of Dissociative Disorders Treatment Studies. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 197(9), 646 – 654. [Viitattu: 2015-10-02]. Saatavissa: [http://www.researchgate.net/profile/Bethany\\_Brand/publication/26810629\\_A\\_review\\_of\\_dissociative\\_disorders\\_treatment\\_studies/links/02faf4f88d394e3624000000.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Bethany_Brand/publication/26810629_A_review_of_dissociative_disorders_treatment_studies/links/02faf4f88d394e3624000000.pdf)

BRAND, Bethany, LOWENSTEIN, Richard ja SPIEGEL, David 2014. Dispelling myths about dissociative identity disorder treatment: An empirically based approach. *Psychiatry* 77(2), 169 - 184. [Viitattu: 2015-09-28]. Saatavissa: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1521/psyc.2014.77.2.169>

DORREPAAL, Ethy, THOMAES, Kathleen, SMIT, Johannes, van BALKOM, Anton, van DYCK, Richard, VELTMAN, Dick ja DRAIJER, Nel 2010. Stabilizing group threatment for complex posttraumatic stress disorder related to childhood abuse on psycho-education and cognitive behavioral therapy: A pilot study. *Child abuse & neglect* 2010(34), 284 - 288. [Viitattu 2015-10-01]. Saatavissa: [http://empower-daphne.psy.unipd.it/userfiles/file/pdf/Dorrepal%20E\\_%20-%202010.pdf](http://empower-daphne.psy.unipd.it/userfiles/file/pdf/Dorrepal%20E_%20-%202010.pdf)

ELLILÄ, Anu 2015. Trauma, psykoosi ja dissosiatio. Trauman, dissosiaation ja psykoosin käsitteiden historiasta ja nykyisyydestä. Julkaisussa: Suokas-Cunliffe, Anne (toim.). Häpeästä myötätuntoon. Näkökulmia vakavaan traumatisoitumiseen. Helsinki: Kopio Niini Oy, 99 - 117.

ELORANTA, Tuija ja VIRKKI, Sari 2011, 23. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

ERIKSON, Elina, KORHONEN, Teija, MERASTO, Merja ja MOISIO, Eeva-Liisa 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen. [Viitattu 2016-09-17]. Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoitajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>

FOOTE, Brad, SMOLIN, Yvette, LEGATT Michael ja LIPSCHITZ, Deborah 2006. Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. American Journal of Psychiatry, 163(4); 566 - 568. [Viitattu: 2015-01-26]. Saatavissa: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ajp.2006.163.4.623>

HEIKKILÄ, Asta, JOKINEN, Pirkko ja NURMELA, Tiina 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY.

HEISKANEN, Maiju ja KORHONEN Karolina 2014. Lapsuudessa kompleksisesti traumatisoituneiden kuntoutuksessa käytetyt fysioterapiamenetelmät. Fysioterapian koulutusohjelma. Savonia-ammattikorkeakoulu.

HUTTUNEN, Matti 2014a. Dissosiaatiohäiriö (ajatusten, tunteiden, tekojen ym. erillisyyt). Duodecim [digilehti]. [Viitattu: 2014-11-25]. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_osio=&p\\_artikkeli=dlk00360&p\\_haku=depersonalisaatio](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=dlk00360&p_haku=depersonalisaatio)

HUTTUNEN, Matti 2014b. Itsensä epätodelliseksi ja vieraaksi tunteminen (depersonalisaatio). Duodecim [digilehti]. [Viitattu: 2014-11-20]. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00359&p\\_haku=depersonalisaatio](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00359&p_haku=depersonalisaatio)

HÄSTBACKA, Kaarina 2012. Kohti vakautuvaa vanhemmuutta. Kuinka auttaa perhettä, kun vanhemmalla on traumaperäinen dissosiaatiohäiriö? Julkaisussa: ANTERVO, Arja, MANKILA, Petteri, HÄSTBACKA, Kaarina, KATAJISTO, Jarno, Suokas-Cunliffe, Anne, PETERSSON, Paula, PIIRONEN, Laila, LINDQVIST, Arja ja WALLIN, Peter. Traumaperäisen dissosiaatiohäiriön vakauttaminen Suomessa. Projektiraportti 2009 - 2012. Traumaterapiakeskus. Oulu: Erweko Oy, 31 - 55.

INTERNATIONAL SOCIETY FOR THE STUDY OF TRAUMA AND DISSOCIATION 2011. Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision: Summary Version. Journal of Trauma & Dissociation 12, 188 - 212.

INTERNATIONAL SOCIETY FOR THE STUDY OF TRAUMA AND DISSOCIATION 2004 - 2015. Dissociative Disorders Annotated Bibliography. [Viitattu: 2016-06-01]. Saatavissa: <http://www.isst-d.org/default.asp?contentID=78>

ISTUKKAISSAARI, Sari ja LAKSO, Mervi 2007. Moodikartan käyttö kognitiivisessa psykoterapiassa [verkkolehti]. Kognitiivisen psykoterapian verkkolehti 4(1), 85 - 115. [Viitattu: 2015-10-15]. Saatavissa: <http://www.kognitiivinenpsykoterapia.fi/verkkolehti/2007/veartmoodi0107.pdf>

KANANEN, Jorma 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

KATAJISTO, Jarno 2012. Kokemuksia ja ajatuksia vakavasti traumatisoituneen potilaan arvioimisesta. Traumaperäisistä dissosiativisista oireista kärsivien potilaiden tunnistaminen. Julkaisussa: ANTERVO, Arja, MANKILA, Petteri, HÄSTBACKA, Kaarina, KATAJISTO, Jarno, Suokas-Cunliffe, Anne, PETTERSSON, Paula, PIIRONEN, Laila, LINDQVIST, Arja ja WALLIN, Peter. Traumaperäisen dissosiaatiohäiriön vakauttaminen Suomessa. Projektiraportti 2009 - 2012. Traumaterapiakeskus. Oulu: Erweko Oy, 57 - 67.

KOIVISTO, Maaria 2010. Epävaka persoonallisuus – riittääkö yksi hoitomalli? Havaintoja hoitomallien integraatiosta. Kognitiivisen psykoterapian verkkolehti [digilehti] 7(2), 170 - 210. [Viitattu: 2016-08-02]. Saatavissa: <http://www.kognitiivinenpsykoterapia.fi/verkkolehti/2010/verkkolehtiMaaria.pdf>

KORKEILA, Jyrki 2011. Psykiatrian häiriöluokitus uudistuu. Duodecim [digilehti] 127(3), 255 - 261. [Viitattu: 2016-08-02]. Saatavissa: [http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-1&p\\_p\\_col\\_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo99342](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo99342)

KUNTALIITTO 2014. ICPC-2 fin. Perusterveydenhuollon kansainvälinen luokitus, 4.3 lyhennelmä. [Viitattu: 2016-08-01]. Saatavissa: <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/nimikkeistot/luokitukset/ICPC-2/Documents/1-ICPC-2-Finnish-2014.pdf>

KÄYPÄ HOITO 2009. Psykkisten traumaoireiden seulontakysely TSQ. Traumaperäiset stressireaktiot ja -häiriöt. Duodecim [digijulkaisu] [Viitattu: 2014-10-01]. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p\\_artikkeli=nix01351](http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=nix01351)

KÄYPÄ HOITO 2014. Traumaperäinen stressihäiriö [verkkoinfo]. Duodecim [digijulkaisu]. [Viitattu: 2014-11-19]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus;jsessionid=287A66B444832024DBBBD002A5BA1B83?id=hoi50080>

KÄYPÄ HOITO 2015a. Skitsofrenia. Duodecim [digijulkaisu]. [Viitattu: 2014-11-11]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi35050>

KÄYPÄ HOITO 2015b. Epävaka persoonallisuus. Duodecim [digijulkaisu]. [Viitattu: 2014-11-11].

Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50064>

KÄÄRIÄINEN, Maria JA KYNGÄS, Helvi 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995 - 2002. Hoitotiede 2005, 17(4), 208 - 216.

LAKI POTILAAN ASEMASTA JA OIKEUKSISTA L 1992/785. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu: 2015-05-19] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P3>

LANIUS, Ruth, VERMETTEN, Eric, LOEWENSTEIN, Richard, BRAND, Bethany, SCHMAHL, Christian. BREMNER, Douglas ja SPIEGEL, David 2010. Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. The American Journal of Psychiatry 167(6), 640 - 647. [Viitattu 2015-10-02]. Saatavissa: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.2009.09081168>

LAUERMA, Hannu 2002. Dissosiaatiohäiriöt ja niiden hoito. Duodecim [digilehti] 118, 2199 – 2205. [Viitattu: 2014-11-26]. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo93238.pdf>

LAUERMA, Hannu 2011. Dissosiaatiohäiriöt. Julkaisussa: JUVA, Kati, HUBLIN, Christer, KALSKA, Hely, KORKEILA, Jyrki, SAINIO, Markku, TANI, Pekka ja VATAJA, Risto (toim.) Kliininen neuropsykiatria. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 105 - 112.

LAUKKALA, Tanja ja HENRIKSSON, Markus 2014. Seulonta PTSD:n kehittymistä ennustavana menetelmänä. Viitattu: 2016-07-26]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak06909>

LEPO, Johanna 2007. Peritraumaattisetn dissosiaatio-oireiden yhteys myöhempään mielenterveyteen. Pro Gradu - tutkielma. Tampere: Psykologian laitos.

LIPSANEN, Tapio 2005. Dissosiaatio psykiatrisena ilmiönä. Suomen lääkirilehti [digilehti] 60, 2063 - 2066. [Viitattu 2014-11-16]. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia-amk.fi/dtk/ltk/koti>

LÖNNQVIST, Jouko ja LEHTONEN, Johannes 2011. Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa LÖNNQVIST, Jouko, HENRIKSSON, Markus, MARTTUNEN, Mauri ja PARTONEN, Timo (toim.). Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 16.

MAARANEN, Päivi 2008. Dissosiation in Finnish General Population. Kuopion yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöstutkimus.

MAARANEN, Päivi 2012. Traumaperäisten ja dissosiativisten häiriöiden hoito – teoriaa ja käytäntöä. Koulutusmonisteet 14.2.2012.

MAARANEN, Päivi 2014. Miten tutkin ja arvioin dissosiaatiohäiriöitä? Koulutusmonisteet. Nuorisopsykiatrian päivät 3 - 4.4.2014.

MAARANEN, Päivi 2014. Hysteriasta kohti traumaperäisiä häiriöitä. Potilaan lääkarilehti [digilehti]. [Viitattu 2014-11-18]. Saatavissa: [http://www.potilaanlaakarilehti.fi/kommentit/hysteriasta-kohti-traumaperaisia-hairioita/#.VZQECcsw\\_cs](http://www.potilaanlaakarilehti.fi/kommentit/hysteriasta-kohti-traumaperaisia-hairioita/#.VZQECcsw_cs)

NIENSTEDT, Walter, HÄNNINEN, Osmo, ARSTILA, Antti ja BJÖRKQVIST, Stig-Eyrik 2008. Ihmisen fysiologia ja anatomia. 15 - 17. painos. Helsinki: WSOY.

OGDEN, Pat, MINTON, Kekuni ja PAIN, Clare 2009. Trauma ja keho. Sensomotorinen psykoterapia. Oulu: Kalevaprint Oy.

PIIRONEN, Laila 2012. Olisiko kehollisista menetelmistä apua vakauttamiseen? Julkaisussa: ANTERVO, Arja, MANKILA, Petteri, HÄSTBACKA, Kaarina, KATAJISTO, Jarno, Suokas-cunliffe, Anne, PETTERSSON, Paula, PIIRONEN, Laila, LINDQVIST, Arja ja WALLIN, Peter. Traumaperäisen dissosiaatiohäiriön vakauttaminen Suomessa. Projektiraportti 2009 - 2012. Traumaterapiakeskus. Oulu: Erweko Oy, 87 - 97.

PONTEVA, Matti 2014. Lyhytkestoisen psykoterapiatekniikan muoto EMDR. Duodecim [verkköjulkaisu]. [Viitattu: 2015-07-20]. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=nix01356](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix01356)

PORGES, Stephen 1995. Orienting in a defensive world: Mammalian modification of our evolutionary heritage. A Polyvagal Theory. Society for Psychophysiological Research. Psychology 32, 301 - 318. [Viitattu: 2015-10.08]. Saatavissa: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-8986.1995.tb01213.x/epdf>

PUNKANEN, Marko 2015. Kehomenetelmien käyttö traumahoidon vakauttamisvaiheessa. Julkaisussa: Suokas-Cunliffe, Anne (toim.). Häpeästä myötätuntoon. Näkökulmia vakavaan traumatisoitumiseen. Helsinki: Kopio Niini Oy, 163 - 183.

PYLKKÄNEN, Kari 2008. Psykoterapia - mieleneterveyskuntoutuksen keskeisin teoriatausta. Duodecim [verkköjulkaisu]. [Viitattu: 2015-07-20]. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi/dtk/tyt/koti?p\\_artikkeli=tmk00020&p\\_haku=dissosiaatiohäiriöt](http://www.terveysportti.fi/dtk/tyt/koti?p_artikkeli=tmk00020&p_haku=dissosiaatiohäiriöt)

RAITAMÄKI, Susanna ja SINISALO, Johanna 2015. Rentoutuminen psyykkisen kriisin kokeneiden maahanmuuttajien tukena. Turun ammattikorkeakoulu. Fysioterapian ja toimintaterapian opinnäytetyö. [Viitattu: 2016-07-12]. Saatavissa: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/98515/Susanna%20Raitamaki%20ja%20Johanna%20Sinisalo.pdf?sequence=1>



RONIMUS, Marja-Liisa 2015. Verkostoitumisesta ja vertaisoppimisesta apua laatu- ja arviointityöhön? – viiden kirjaston verkostoyhteistyö. Opinnäytetyö (YAMK). Kirjasto- ja tietopalvelun koulutusohjelma, 17 – 19. [Viitattu: 2015-10-17]. Saatavissa: [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/103158/Ronimus\\_Marja-Liisa.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/103158/Ronimus_Marja-Liisa.pdf?sequence=1)

ROPPONEN, Ritva 2015. Hädässä ja rakkaudessa. Kaltoinkohtelun vaikutusten tunnistaminen ja hoito traumapsykoterapiassa. Julkaisussa: Suokas-Cunliffe, Anne (toim.) 2015. Helsinki: Kopio Niini Oy, 315 - 337.

ROTHSCILD, Babette 2011. Traumaterapia turvalliseksi. [Viitattu: 2015-10-17]. Saatavissa: [http://www.estd.org/wp-content/uploads/2011/10/Traumaterapia\\_turvalliseksi.pdf](http://www.estd.org/wp-content/uploads/2011/10/Traumaterapia_turvalliseksi.pdf)

ROUVINEN-WILENIUS, Päivi 2015. Tavoitteena hyvä ja hyödyllinen terveysaineisto. Kriteeristö aineiston tuotannon ja arvioinnin tueksi. Terveysten edistämisen keskus. [Viitattu: 2015-11-06]. Saatavissa: [http://health.web2.hpsjr.fi/web/pdf/publications/2008/2008\\_003.pdf](http://health.web2.hpsjr.fi/web/pdf/publications/2008/2008_003.pdf)

SALONEN, Kari 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulu. Tampere: Suomen yliopistopaino - Juvenes Print Oy. [Viitattu: 2016-04-16]. Saatavissa: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>

SARAJÄRVI, Anneli, MATTILA, Lea-Riitta ja REKOLA, Leena 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOY.

SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU 2016a. Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus. [Viitattu: 2016-09-15]. Saatavissa: <https://reppu.savonia.fi/opinnaytetyo/amktutkinnot/Sivut/eettisyys-ja-luotettavuus.aspx>

SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU 2016b. Opinnäytetyö. [Viitattu: 2016-09-15]. Saatavissa: <https://reppu.savonia.fi/opinnaytetyo/amktutkinnot/Sivut/default.aspx>

SIN, Jacquelin, SPAIN, Deppie, FURUTA Marie, MURRELLS, Trevor ja NORMAN, Ian 2015. Psychological interventions for post-traumatic stress disorder (PTSD) in people with severe mental illness (Protocol). The Cochrane Collaboration. [Viitattu: 2015-10-05]. Saatavilla: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011464/pdf>

STEELE, Kathy, van der HART, Onno ja NIJENHUIS, Ellert 2005. Phase-Oriented Treatment of Structural Dissociation in Complex Traumatization: Overcoming Trauma-Related Phobias. Journal of Trauma & Dissociation 6(3). C Saatavissa: <http://www.onnovdhart.nl/articles/phaseoriented.pdf>

SUOKAS-CUNLIFFE, Anne ja MAARANEN, Päivi 2014. Traumapsykoterapia auttaa varhaisiän kiintymyssuhteessa traumatisoituneita. Suomen lääkärilehti [digilehti] 41 (69), 2613 - 2617. [Viitattu

2014-11-02]. Saatavissa: <http://docplayer.fi/3321929-Traumapsykoterapia-auttaa-varhaisian-kiintymyssuhteessa-traumatisoituneen.html>

SUOKAS-CUNLIFFE, Anne ja van der HART, Onno 2006. Dissosiaatiohäiriöt - varhaisen, jatkuvan traumatisoitumisen pitkäaikaiseuraamus. Duodecim [digilehti] 122, 2001 - 2007. [Viitattu 2014-11-02]. Saatavissa: [http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&p\\_p\\_lifecycle=0&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_p\\_frompage=uusinnumero&Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_viewType=viewArticle&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_tunnus=duo95941](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=uusinnumero&Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo95941)

TRAUMAJADISSOSIAATIO. Keskustelufoorumi. [Viitattu 2015-06-10]. Saatavissa: <http://www.traumajadissosiaatio.fi/foorumi/>

TERVEYDENHUOLTOLAKI 2010. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2015-06-10]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

TERVEYSKIRJASTO 2016. Dissosiaatio. Lääketieteen sanasto. [Viitattu: 2016-07-19]. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=Ilt00565](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=Ilt00565)

THL 2011. ICD 10 -tautiluokitus. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet. 3. painos. [Viitattu 2016-06-10]. Saatavissa: <https://www.thl.fi/documents/10531/1449887/ICD-10.pdf/8091c7cc-fda6-4e86-8ef9-7790d8d6a1a2>

TORKKOLA, Sinikka, HEIKKINEN, Helena ja TIAINEN, Sirkka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi - Opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammer-Paino Oy.

TUTKIMUSEETTINEN NEUVOTTELUKUNTA 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. [Viitattu 2016-09-12] Saatavissa: <http://www.tenk.fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>

UOTINEN, Minna 2015. Vakavasti traumatisoituneen potilaan vakauttavan psykiatrisen hoidon erityispiirteitä. Julkaisussa: Suokas-Cunliffe, Anne (toim.) 2015. Helsinki: Kopio Niini Oy, 118 - 140.

VAINIO, Jari 2006. Intensiteetin säätely kompleksisesti traumatisoituneen potilaan hoidossa psykodraamaterapiassa. Kriisi- ja traumapsykoterapiakoulutuksen lopputyö. Suomen Mielenterveysseura, Koulutuskeskus. [Viitattu: 2016-06-10]. Saatavissa: <http://www.pohjoisenpsykodraama.fi/artikkelit/jari-lopputyo.pdf>

VALKONEN, Sanna 2009. Kuuleeko kukaan? Kompleksisen trauman yhteys päihde- ja mielenterveysongelmiin ja sen merkitys kuntoutumiselle. Kehittämistehtävä, Psykoterapian perusteet -koulutus. [Viitattu: 2014-11-19]. Saatavissa: <http://previewer.org/?pdfurl=1qeXpurpn6Wih-SU->

pOGumaWnh7\_F19Hf19PV4ImgpJaujbDh5OLK2dPUkN3e2dXH44-g36mnn5bOh6vlo6ero-JfV2eDfsJSj39znoNzX4s\_jztrU0OLO3dzZ36DP16PK1uHGm9vfzujcytXmmNvdyefc2NvV6sTr19fU0ZbN59zW2dDb3dvT05qVoKvI2enb4dLK197V0OnTxtHglqGi1tnTh6f

VALTIONEUVOSTON ASETUS AMMATTIKORKEAKOULUISTA 1129/2014. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu: 2016-09-15]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141129>

Van der HART, Onno ja BOON, Suzette 2002. Strategioita kompleksin dissosiaatiohäiriön hoitoon. Kaksi tapausesimerkkiä Hollannista. [Viitattu: 2014-09-15]. Saatavissa: [http://www.estd.org/wp-content/uploads/2011/10/Strategioita\\_kompleksisen\\_dissosiaatiohairion\\_hoitoon.pdf](http://www.estd.org/wp-content/uploads/2011/10/Strategioita_kompleksisen_dissosiaatiohairion_hoitoon.pdf)

Van der HART, Onno, NIJENHUIS, Ellert ja STEELE, Kathy 2006. Vainottu mieli. Rakenteellinen dissosiaatio ja kroonisen traumatisoitumisen hoitaminen. Oulu: Kalevaprint Oy.

VEDAT, Sar 2014. The many faces of dissociation: Opportunities for innovative research in psychiatry. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience* 12.3, 171 – 179. [Viitattu: 2016-08-15]. Saatavissa: <http://search.proquest.com/psycinfo/docview/1661988534/6FA6EEDEE74A4C06PQ/99?accountid=11739>

VILKKUMAA, Ilkka 2012. Psykoedukaatio – käsite, käyttö ja vaikuttavuus. *Kuntoutusportti*. [Viitattu: 2016-05-20]. [http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/ajankohtaista/tatakin\\_voisi\\_tutkia?bid=914](http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/ajankohtaista/tatakin_voisi_tutkia?bid=914)

VIRTANEN, Anna-Maria 2015. EMDR-menetelmän ja EFT-menetelmän hyödynnettävyys vaikeasti traumatisoituneiden aikuispotilaiden psykoterapiassa. Julkaisussa: Suokas-Cunliffe, Anne (toim.) 2015. Helsinki: Kopio Niini Oy, 371 – 384.

WALLACE, Lorraine ja LENNON, Elizabeth 2004. American academy of family physicians patient education materials: Can patients read them? *Health Literacy and Family Medicine* 36(8), 571 - 574. [Viitattu 2015-05-19]. Saatavissa: <http://www.stfm.org/fmhub/fm2004/September/Lorraine571.pdf>

YACK, Ellen, SUTTON, Shirley ja AQUILLA, Paula 2001. Leikki linkkinä lapseen. Toimintaterapiaa sensorisen integraation keinoin. Juva: PS-kustannus.

YAYLA, Sinan, BAKIM, Bahadir, TANKAYA, Onur, OZER, Omer Akil, KARAMUSTAFALIOGLU, Oquz, ERTEKIN, Hulya ja TEKIN, Atilla. 2015. Psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder and prevalence of dissociative symptoms. *Journal of trauma and Dissosiation* 16(1), 29 - 38. [Viitattu: 2015-10-05]. Saatavissa: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15299732.2014.938214>

## LIITE 1: Ammattikorkeakoulu- ja ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoiden opinnäytetyön lupahakemus



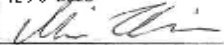

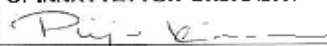
Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri

Ammattikorkeakoulu- ja ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoiden opinnäytetyön lupahakemus

Nro \_\_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_

<b>Hakemuksen käsittely on kuvattu hallinnollisessa ohjeessa "Opiskelijoiden opinnäytetyöt KYSissä". Hakemukseen liitetään opinnäytetyön suunnitelma alustuksenkeruulomakkaaineen, saattelheen ja rahoitusuunnitelma.</b>	
<b>HAKIJA</b>	
Opinnäytetyön tekijä(t) Ulla Anttinen	Verhiskatu 6A7 04150 5079075 (koti) tai 0447179739 (työ); Ulla.K.Anttinen@edu.savonia.fi
Nimi Milla Heimonen	Osoite, puh., s-posti Reslaantie 3 B D 26, 73340 Kuopio, puh. 040 5254465, Milla.E.Heimonen@edu.savonia.fi
Nimi	Osoite, puh., s-posti
Nimi	Osoite, puh., s-posti
Opiskelupaikka <input type="checkbox"/> AMK mika <input type="checkbox"/> Kuopio <input checked="" type="checkbox"/> muu mikä _____	
Suoritelava tukiinty <input type="checkbox"/> sairaanhoitaja	
<b>OPINNÄYTETYÖ</b>	
Opinnäytetyön nimi	Väkeä tunteiden keinona hallita potilaan diabetas aivotärähtä - Potilasopas
Opinnäytetyön lyhyt kuvaus (mm. tutkimuksen laatuus, kohderyhmä ja tutkimusmenetelmät) sekä julkaisu-uunnitelma (maksimissaan 300 sanaa): Opinnäytetyön avulla on tarkoitua perehtyä ja kerätä näytteen perustava ja tutkittua tietoa diabetas aivotärähtä ja niiden vakauttamisen sekä tuottaa em. tiedonkeruun pohjalta potilasopas Kuopion psykiatrisen keskuksen diabetas aivotärähtä kärsiville ja kutsopsykiatrisen potilaille. Tarkoituksena on, että potilasopas ois kokeillavissa 2015 aikana ja opinnäytetyö kokonaisuudessaan valmis, tulokset esitellävissä 12/2015 - 1/2016. (Kts. yst. tarkemmin Tutkimusuunnitelma liitteestä)	
Opinnäytetyö on <input checked="" type="checkbox"/> amk-tukiinto <input type="checkbox"/> muu mikä _____	
Opinnäytetyön kokonaisaika taulu _____	Aika taulu KYSissä _____
<b>Kustannukset</b>	
<input type="checkbox"/> Arvio KYSille ko tuvieta kustannuksia _____ € Tarkempi kustannuserittely esitettävä erillisellä liitteellä.	
<input checked="" type="checkbox"/> Ei aiheuta kustannuksia KYSille	

KYS 0102/2015 1/13

<b>Tutkimuseettisen toimikunnan lausunto</b>	
<input type="checkbox"/> annettu <input type="checkbox"/> käsiteltyssä <input type="checkbox"/> ei ole haettu	
Tuom.kunta _____	Lausunto n:o _____ pvm _____
<b>Johtajayhteistyön loppu rekisteritutkimuksia varten</b> pvm _____	
<input type="checkbox"/> annettu <input type="checkbox"/> käsiteltyssä <input type="checkbox"/> ei ole haettu	
<b>Henkilöstöjohtajan puolelta henkilökuntaa koskevia opinnäytetöitä varten</b> pvm _____	
<input type="checkbox"/> annettu <input type="checkbox"/> käsiteltyssä <input type="checkbox"/> ei ole haettu	
<b>Opinnäytetyön tuotoksen käyttöoikeus luovutetaan KYS:ille</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
<b>ALLEKIRJOITUS JA SITOUMUS</b>	
Allekirjoittaneet opinnäytetyöntekijät sitouvat noudattamaan palveluyksikön esimiesten antamia ohjeita seuraavan yleisiä sääntöjä sekä salassuutta ja viittilovelvollisuutta ja lähettämään valmiin opinnäytetyön yksikköön, jossa tutkimus on tehty sekä luvan myöntäjälle.	
12 / 5 / 2020	
	
Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus	Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus
Minna Heimonen	Ulla Anttonen
Nimen selvitys	Nimen selvitys
Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus	Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus
Nimen selvitys	Nimen selvitys
<b>OPINNÄYTETYÖN OHJAAJAT</b>	
	
Ohjaajan allekirjoitus	Ohjaajan allekirjoitus
Pirjo Kirrunen	
Nimen selvitys	Nimen selvitys
Osoite, puhelin, a-posti	Osoite, puhelin ja postit
puh. +358 41 7855491	
Pirjo.Kirrunen@sevonia.fi	

## PÄÄTÖS

Myöntää luterilaisuuden

Päiväyksikön / alueen ylihoitajan päätös nro

217/2015

18/2015

*Anto Kinnari*

Allekirjoitus

*Matti Kuorhainen*

Nimen selvitys

## YHTEYSHENKILÖ KYSISSÄ (Päiväyksikön / alueen ylihoitaja)

Tiina Ojalainen

Nimi

tiina.ojalainen@kuh.fi

S-posti

Kuopion psykiatrian keskus S731

Työyksikkö

044 - 11 3122

Puhelin

## LIITTEET

Opinnäytteen suunnitelma

Rahhoitusuunnitelma

Muita liitteitä

Opinnäytteen ohjeistus

17

sivua

sivua

sivua

## LIITE 2: Kysely dissosiaatio ja vakauttaminen tutuksi -oppaasta

**SAATTEEKSI**

Hei, olet tutustumassa Savonia ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä toteutettavaan oppaaseen dissosiaatiosta ja vakauttamisesta. Opas on tarkoitettu Kuopion Psykiatriakeskuksen potilaille ja henkilökunnalle. Opas sisältää kaksi osaa. Ensimmäisessä osassa on perustietoa dissosiaatiosta sekä vakauttamisesta. Toisessa osassa on käytännön harjoitteita vireystilojen vakauttamiseen. Toivomme palautetta Sinulta niin ulkoasuun kuin sisällönkin suhteen. Kaikki palaute ja varsinkin parannusehdotukset ovat meille erittäin tärkeitä.

**KYSELY DISSOSIAATIO JA VAKAUTTAMINEN TUTUKSI -OPPAASTA**

1. Onko oppaan ulkoasu selkeä (fontti, tekstin ja kuvien asettelu, tekstin jäsentely)?

KYLLÄ

EI

Parannusehdotuksia, huomioita ja muita kommentteja:

---



---

2. Mikä kansivaihtoehtoista miellyttää sinua eniten?

Vaihtoehto 1 (Päivänkakkarat)

Vaihtoehto 2 (Maalismaisema)

Vaihtoehto 3 (Vaellus)

Vaihtoehto 4 (Joki)

3. Mikä runo johdattelee mielestäsi parhaiten aiheeseen?

Eppu Normaali

Sanni

Sirkku

4. Mikä oppaan nimivaihtoehtoista houkuttelee tutustumaan oppaaseen?

---

5. Tukevatko kuvat asiasältöä/ soveltuvatko oppaaseen?

KYLLÄ

EI

Parannusehdotuksia, huomioita ja muita kommentteja:

---



---

6. Onko teksti ymmärrettävää?

KYLLÄ

EI

Parannusehdotuksia, huomioita ja muita kommentteja:

---



---

7. Onko oppaassa sopivassa määrin asiasisältöä/ tekstiä?

KYLLÄ

EI

Parannusehdotuksia, huomioita ja muita kommentteja:

---

---

8. Koetko oppaan olevan hyödyllinen?

KYLLÄ

EI

Parannusehdotuksia, huomioita ja muita kommentteja:

---

---

9. Oliko harjoitteita mielestäsi sopivasti?

KYLLÄ

EI

Parannusehdotuksia, huomioita ja muita kommentteja:

---

---

10. Oliko harjoitteiden ohjeistus riittävä?

KYLLÄ

EI

Parannusehdotuksia, huomioita ja muita kommentteja:

---

---

11. Ovatko oppaan harjoitteet hyödynnettävissä?

KYLLÄ

EI

Parannusehdotuksia, huomioita ja muita kommentteja:

---

---

12. Puuttuuko oppaasta mielestäsi jotakin olennaista (tietoa tai harjoitteita)?

---

---

---

---

---

---



13. Muuta palautetta:

---

---

---

---

---

---

Kiitos vaivannäöstäsi!

Ulla ja Minna

## LIITE 3: Otos aiheuttaa käsittelevistä tutkimuksista

TEKIJÄT, NIMI, VUOSI, MAA	TARKOITUS	OTOS	YDINTUOTOS
<p>MAARANEN, Päivi. Dissociation in Finnish General Population. 2008. Suomi.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää itä-suomalaisen aikuisväestön dissosiaatiohäiriöiden sekä dissosiaatio-oireiden yleisyyttä.</p>	<p>Otoksena oli 3004 henkilöä, jotka oli valittu sattumanvaraisesti itäsuomalaisesta aikuisväestöstä (25 - 64 - vuotiaita). Kyseily toteutettiin postitse vuosina 1998, 1999 ja 2001.</p>	<p>Vastauksien perusteella dissosiaatiota esiintyi 3,4 % väestöstä. Yleisyys ei ollut merkittävästi suurempi millään ikäryhmällä eikä ollut sidonnainen sukupuoleen. Kuitenkin sinkkujen, eronneiden ja leskien osuus dissosiaatiohäiriöisistä oli suurempi kuin naimisissa olevilla. Myös liiallinen alkoholinkäyttö, huono taloudellinen tilanne sekä työkyvyttömyys olivat dissosiaatiohäiriöisillä yleisempää. Merkittävä osa dissosiaatiohäiriöisistä kärsi myös aleksitymiasta, masennuksesta sekä itsetuhoisuudesta.</p> <p>Dissosiaatio-oireisia väestöstä oli 9,4 %. Monien lapsuudenkokemuksissa ilmenee pahoinpitelyä. Lisäksi korostunut osa heistä oli työttömiä tai työkyvyttömiä.</p> <p>Tutkimuksesta saatiin uutta tietoa dissosiaatioiden yleisyydestä sekä siihen liittyvistä tekijöistä. Tutkimuksessa todetaan, että hoidettaessa varsinkin monihäiriöisiä sekä itsetuhoisia potilaita olisi dissosiaatioiden kartoittaminen tärkeää.</p>
<p>DORREPAALA, Ethy, THOMAESA, Kathleen, SMITA, Johannes, van BALKOMA, Anton, van DYCKA, Richard, VELTMANA, Dick &amp; DRAIJERA, Nel. Stabilizing group treatment for Complex Posttraumatic Stress Disorder related to childhood abuse based on psychoeducation and</p>	<p>Testiryhmään valittiin 36 posttraumaattisesta stressihäiriöstä kärsivää potilasta. Vakauttava ryhmäterapia kesti 20 viikkoa ja tarkoituksena oli tutkia potilaiden oireita ennen, jälkeen ja kuuden kuukauden kuluttua ryhmäterapiasta.</p>	<p>Potilaita 36. Kaikilla on lapsuusaikojen taustalla pahoinpitelyä. Diagnoosina heillä on vaikea</p>	<p>Vakauttamiseen perustuva ryhmäterapia näytti olevan tehokas hoito posttraumaattisessa stressihäiriössä. Ryhmäterapien jälkeen 64 % ja kuuden kuukauden seurannan jälkeen</p>

cognitive behavioral therapy: A pilot study. 2009. Hollanti.		posttraumaattinen stressihäiriö.	78 % eivät enää täyttäneet vaikean posttraumaattisen stressihäiriön kriteerejä. Myös si-vuoireilu väheni merkittävästi.
LANIUS, Ruth, VERMETTEN, Eric, LOEWENSTEIN, Richard, BRAND, Bethany, SCHMAHL, Christian. BREMNER, Douglas ja SPIEGEL, David. Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. 2010. Yhdysvallat.	Tutkimus, jossa selvitettiin dissosiativisten oireiden esiintymistä posttraumaattisessa stressihäiriössä. Tutkimuksessa vertailtiin PTSD:stä kärsivien dissosioivien ja ei-dissosioivien potilaiden aivojen kuvantamistutkimusten tuloksia.	Otokset oli otettu useista tutkimuksista. Tarkkoja lukumääriä ei ilmoitettu.	Tutkimuksessa todetaan, että 70 % posttraumaattisista stressihäiriöistä on ei-dissosioivia ja 30 %:lla esiintyy dissosiativisia oireita. Nämä eroavaisuudet näkyivät myös aivoista otetuissa kuvissa. Suosituksena oli, että posttraumaattisessa stressihäiriöiden hoidossa tulisi ottaa huomioon dissosiativiset oireet.
BRAND, Bethany, LOWENSTEIN, RICHARD ja SPIEGEL, David 2014. Dispelling myths about dissociative identity disorder treatment: An empirically based approach. Yhdysvallat.	Tutkimuksessa tutkittiin dissosiativisen identiteettihäiriön hoitoa koskevia ristiriitaisia väitteitä, kuten että häiriön hoito on toisaalta haitalliseksi toisaalta toimivaa.	Empiirinen tutkimus molempien väitteiden perusteena käytetyistä aineistoista.	Aineiston perusteella näytti, että dissosiativisesta identiteettihäiriöstä kärsivät hyötyvät ammattilaisten ja oirepohjaisiin perustuvista hoitomuodoista. Haitalliseksi hoito muuttui, jos sitä toteutti ei-ammattilainen.
DORREPAAL, Ethy, THOMAES, Kathleen, SMIT, Johannes, van BALKOM, Anton, van DYCK, Richard, VELTMAN, Dick ja DRAIJER, Nel 2010. Stabilizing group threatment for complex posttraumatic stress disorder related to childhood abuse on psycho-education and cognitive behavioral therapy: A pilot study. Hollanti.	Vakauttavan ryhmäterapian testiryhmä, jossa tutkittiin lapsuuden ajan kaltoinkoh-telun seurauksena traumatisoituneiden hyötymistä ryhmämuotoisesta vakauttamishoidosta.	Ryhmässä 36 potilasta, joilla kaikilla oli diagno-soitu posttraumaattinen stressireaktio (PTSD), joka oli syntynyt lapsuusajan kaltoinkoh-telusta.	Vakauttava ryhmähoito kesti 20 viikkoa. Potilaita haastateltiin ennen hoitoa, hoidon jäl-keen sekä kuuden kuukauden kuluttua ryhmän päättymisestä.  Vakauttavan ryhmämuotoisen terapian to-dettiin olevan tehokas. Vakauttavan ryhmän jälkeen 64 % potilaista ja kuuden kuukauden kuluttua 78 % potilaista ei enää täyttänyt PTSD:n kriteerejä.