



# Traumaperäisen dissosiaatiohäiriön tunnistaminen

## Sairaanhoitajan näkökulma

Heidi-Marie Haapala

Opinnäytetyö, AMK  
Tammikuu 2022  
Terveys- ja hyvinvointialat  
Sairaanhoitaja (AMK)

**Haapala, Heidi-Marie**

## **Traumaperäisen dissosiaatiohäiriön tunnistaminen - Sairaanhoidajan näkökulma**

Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Tammikuu 2022, 50 sivua.

Terveys- ja hyvinvointialat. Sairaanhoidajan tutkinto-ohjelma. Opinnäytetyö (AMK).

Julkaisun kieli: suomi

Verkkojulkaisulupa myönnetty: kyllä

### **Tiivistelmä**

Traumaperäinen dissosiaatiohäiriö on yleensä varhaisista traumakokemuksista alkunsa saanut mielenterveyden häiriö, jossa traumaattinen kokemus piiloutuu erillisen persoonan osan kannettavaksi, irralleen henkilön elämäntarinasta. Dissosiaatiohäiriö oireilee moninaisin fyysisin ja psyykkisin oirein, joten sen tunnistaminen on usein varsin haasteellista. Tarkan diagnoosin tekee aina lääkäri, mutta dissosiaatiohäiriön olemassaolon tunnistamisessa myös sairaanhoidajan tekemistä havainnoista voi olla merkittävästi hyötyä.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaista tutkimuksiin pohjautuvaa tietoa löytyy traumaperäisen dissosiaatiohäiriön tunnistamisesta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa sairaanhoitajille traumaperäisen dissosiaatiohäiriön tunnistamisen helpottamiseksi. Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, jonka tutkimusaineistoon kuului yhteensä yhdeksän sekä kotimaista että ulkomaista artikkelia ja tutkimusta. Aineisto analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla.

Opinnäytetyön tulokset olivat linjassa teoreettisen viitekehyksen kanssa. Tutkimuksen perusteella dissosiaatiohäiriön taustalta löytyy useimmiten lapsuusajan traumaattisia kokemuksia sekä psykiatrisen hoidon kierre. Oireet voivat olla hyvin monimuotoisia ja erilaisiin sekä fyysisiin että psyykkisiin ongelmiin viittaavia. Oleellinen merkitys tunnistamisen kannalta on työntekijän ammattitaito: dissosiaatiohäiriöiden tuntemus, potilaan ymmärtävä kohtaaminen sekä oikeiden kysymysten esittäminen.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että dissosiaatiohäiriön tunnistamisen kannalta tärkeää on nähdä potilas kokonaisuutena elämäntarinansa ja oireidensa kanssa. Kun epäily dissosiaatiohäiriön mahdollisuudesta herää, on potilaalle esitettävä oireisiin liittyviä lisäkysymyksiä sekä pyrittävä selvittämään mahdollinen traumahistoria. Oikean diagnoosin saaminen varhaisessa vaiheessa on etu sekä potilaalle itselleen että häntä hoitaville ammattilaisille. Mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe olisi selvittää, kuinka paljon ja millaista osaamista erityisesti mielenterveystyössä työskentelevillä sairaanhoitajilla on traumaperäisistä dissosiaatiohäiriöistä ja niiden tunnistamisesta.

### **Avainsanat (asiasanat)**

Dissosiaatiohäiriö, dissosiaatio, trauma, tunnistaminen.

### **Muut tiedot (salassa pidettävät liitteet)**

-

**Haapala, Heidi-Marie**

### **Identification of trauma-related dissociative disorder - Nurse's point of view**

Jyväskylä: JAMK University of Applied Sciences, January 2022, 50 pages.

Health and welfare. Degree programme in Nursing. Bachelor's thesis.

Permission for web publication: Yes

Language of publication: Finnish

### **Abstract**

Trauma-related dissociative disorder is a mental disorder which has usually arisen from early traumatic events. In that case traumatic experience is hidden and carried by a separate part of personality. Dissociative disorder shows many kinds of physical and mental symptoms, so it's frequently difficult to identify. Exact diagnosis is always made by a doctor, but perceptions made by a nurse can benefit significantly when identifying presence of dissociative disorder.

The purpose of the thesis was to examine what kind of research-based information about identifying trauma-related dissociative disorder is found. The aim was to produce information to nurses and help them to identify trauma-related dissociative disorders. The study was implemented as a descriptive literature review. The research material consisted of nine national and foreign articles and researches. The research data was analyzed by using inductive content analysis.

The results were parallel to the theoretic framework. According to the results there usually is infantile traumatic experiences and a long-term customership to mental health care system in the background of a dissociative disorder. Symptoms can be very diverse and they can refer to many kinds of physical and mental problems. The essential thing is the professional ability of the employee: knowledge about dissociative disorders, understanding interaction with the patient and asking the right questions.

As a conclusion it can be stated that it is important to see the patient as an entirety including his or her life story and symptoms. When suspected a possibility of dissociative disorder, it's important to ask the patient about symptoms and try to find out possible trauma history. Having the right diagnosis at the early point is a benefit to both patient and professionals. As a further study it would be interesting to examine how much and what kind of know-how especially nurses working in mental health care have about trauma-related dissociative disorders and their identification.

### **Keywords/tags (subjects)**

Dissociative disorder, dissociation, trauma, identification.

### **Miscellaneous (Confidential information)**

-

## Sisältö

<b>1</b>	<b>Johdanto .....</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Dissosiaatiohäiriö .....</b>	<b>3</b>
2.1	Dissosiaatiohäiriön tausta .....	3
2.2	PRD-teoria ja autonomisen hermoston vaikutus .....	5
2.3	Erilaisia dissosiaatiohäiriöitä .....	8
2.4	Tunnistaminen.....	9
2.5	Sairaanhoidajan rooli .....	16
<b>3</b>	<b>Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys .....</b>	<b>17</b>
<b>4</b>	<b>Opinnäytetyön toteutus.....</b>	<b>18</b>
4.1	Tutkimusmenetelmänä kirjallisuuskatsaus .....	18
4.2	Tiedonhakuprosessi ja aineiston valinta .....	18
4.3	Aineiston analyysi.....	22
<b>5</b>	<b>Tulokset.....</b>	<b>25</b>
5.1	Taustat ja elämäntarina .....	25
5.2	Monimuotoiset oireet .....	28
5.3	Ammattitaito avaintekijänä .....	35
<b>6</b>	<b>Pohdinta.....</b>	<b>38</b>
6.1	Tulosten tarkastelu.....	38
6.2	Opinnäytetyön onnistuminen ja luotettavuus.....	40
6.3	Johtopäätökset.....	43
	<b>Lähteet .....</b>	<b>44</b>
	<b>Liitteet .....</b>	<b>49</b>
	Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset ja artikkelit .....	49

## Kuviot

Kuvio 1.	Tiedonhakuprosessi .....	20
Kuvio 2.	Pää- ja yläluokat .....	23

## Taulukot

Taulukko 1.	Trauma- ja dissosiaatio-oireita .....	12
Taulukko 2.	Sisäänotto- ja poissulkukriteerit.....	21
Taulukko 3.	Esimerkki analyysiprosessista.....	24

# 1 Johdanto

Psykiatrisessa ajattelutavassa on meneillään muutos, jonka myötä trauman vaikutus psyykkisten häiriöiden syntyyn on alkanut nousta entistä keskeisempään asemaan. Myös Suomessa on alettu kiinnittää entistä enemmän huomiota traumatisoitumisesta johtuviin dissosiaatiohäiriöihin. Niiden tunnistaminen on kuitenkin usein haasteellista, mikä vaikuttaa diagnosointiin ja sitä kautta oikean hoidon saamiseen. (Leikola 2016, 15.)

Traumaperäinen dissosiaatiohäiriö kehittyy tyypillisesti lapsuudessa tapahtuneen pitkäaikaisen kaltoinkohtelun seurauksena ja aiheuttaa haitallisia katkoksia mielen eri rakenteiden välille. Dissosiaatiohäiriö voi ilmetä erilaisina fyysisinä oireina, jotka jäävät ilman lääketieteellistä selitystä, tai voimakkaina psyykkisinä oireina, jotka on helppo sekoittaa lähes mihin tahansa mielenterveyden häiriöön. Traumatisoitunut voi joutua vuosikausiksi erilaisten tutkimusten sekä väärrien diagnoosien ja hoitojen kierteeseen, mistä aiheutuu merkittävää haittaa henkilölle itselleen ja usein myös hänen perheelleen, resurssien kulumista ja turhautumista terveydenhuollossa sekä ylimääräisiä kuluja yhteiskunnalle. Pahimmillaan kierre voi johtaa siihen, että traumatisoitunut leimataan ns. toivottomaksi tapaukseksi. (Huttunen 2009, vii; Rovasalo 2021; Suokas-Cunliffe & van der Hart 2006, Trauma- ja dissosiaatio-oireet 2018, 12–13.)

Keskeinen ongelma traumaperäisen dissosiaatiohäiriön kohdalla on siis sen tunnistamisen vaikeus. Diagnoosin tekee toki aina lääkäri, mutta moniammatillisesta yhteistyöstä lienee usein apua varsinkin vaikeammin tunnistettavien sairauksien ja häiriöiden kohdalla. Tavallista on, että mielenterveyden ongelmista kärsivät potilaat tapaavat sairaanhoitajaa huomattavasti enemmän kuin lääkäriä. Hoitajan tekemistä havainnoista on siis todennäköisesti hyötyä, kun oikeaa diagnoosia haetaan ja sopivaa hoitomuotoa suunnitellaan. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaista tutkimuksiin pohjautuvaa tietoa löytyy traumaperäisen dissosiaatiohäiriön tunnistamisesta. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa sairaanhoitajille traumaperäisen dissosiaatiohäiriön tunnistamisen helpottamiseksi.

## 2 Dissosiaatiohäiriö

### 2.1 Dissosiaatiohäiriön tausta

**Dissosiaatio**-käsite voidaan määritellä monin eri tavoin, mutta yleisesti ottaen se tarkoittaa erottumista, hajoamista tai poisleikkautumista (Ellilä 2015, 101). Suokas-Cunliffen ja van der Hartin (2006) mukaan American Psychiatric Association (1994) määrittelee dissosiaation ”integraation puuttumiseksi muistin, identiteetin ja tietoisuuden toimintojen välillä”. Dissosiaatiosta kärsivä henkilö on siis kykenemätön yhdistämään ajatuksiaan, tunteitaan ja muistojaan mielekkääksi kokonaisuudeksi (Lauerma 2017, 346). Hän ei kykene liittämään traumaattista kokemusta osaksi omaa elämäänsä, jolloin kokemus jää erillisen persoonanosan kannettavaksi eli dissosioituu (Trauma- ja dissosiaatio-oireet 2018, 6). Dissosiaatiota voidaankin kuvailla mielen jakautumiseksi kahtia: toinen puoli kantaa traumamuistoa mukanaan ja toinen pyrkii elämään normaalia arkea sekä unohtamaan traumaattiset tapahtumat (Dissosiaatiohäiriö n.d.; Lauerma 2017, 346). Dissosiaatio on siis mielen keino sopeutua psyykkistä tasapainoa uhkaavaan traumaan ja jatkaa elämää kohtuuttoman stressaavista kokemuksista huolimatta (Dissosiaatiohäiriö n.d.; Lauerma 2017, 346; Middleton 2004, 248; Romero-López 2016, 451).

**Dissosiaatiohäiriö** on varhaisesta traumatisoitumisesta johtuva krooninen tila, joka rajoittaa henkilön psyykkistä ja fyysistä toimintakykyä (Suokas-Cunliffe & van der Hart 2006). Dissosiaatiohäiriöstä on olemassa useita eri muotoja, joille psykiatrisissa tautiluokituksissa on olemassa diagnosikuvaukset (Trauma- ja dissosiaatio-oireet 2018, 5). Keskeistä dissosiaatiohäiriössä on krooniset dissosiaatio-oireet, jotka alentavat henkilön kykyä toimia tietoisena ja kokemisen eri tapoja integroivana persoonana (Lauerma 2017, 345).

**Trauma**-sana viittaa vammaan tai vaurioon, ja yleisesti sillä tarkoitetaan ulkoisista tekijöistä johtuvaa psyykkistä tai fyysistä vammaa (Ellilä 2015, 99; Nijenhuis & van der Hart 2011). Psyykkisestä näkökulmasta trauma voidaan määritellä emotionaaliseksi eli tunneperäiseksi vaurioksi: ikään kuin mielen rikkoutumiseksi. Trauma voi syntyä joko yksittäisen ylitsepääsemättömän tapahtuman, esimerkiksi onnettomuuden tai raiskauksen takia, tai pitkään jatkuneen oman kestokyvyn ylittävän tilanteen, kuten turvattoman kasvuympäristön tai seksuaalisen hyväksikäytön seurauksena. (Dissosiaatiohäiriö n.d.; Trauma- ja dissosiaatio-oireet 2018, 6.) Termiä *complex trauma* käytetään kuvaamaan kokemusta pitkään jatkuneista traumaattisista tapahtumista, jotka ovat olleet haitallisia

henkilön kehitykselle. Usein tällaiset tapahtumat ovat alkaneet varhaislapsuudessa ja niihin on sisältynyt lapsen fyysistä, emotionaalista ja kasvatuksellista laiminlyöntiä sekä kaltoinkohtelua. (van der Kolk 2008, 46.) Trauman vakavuutta lisääviä tekijöitä ovatkin mm. pitkäkestoisuus, tilanteen tunnistamattomuus, uhrin kyvyttömyys vaikuttaa tilanteeseen sekä tukea tarjoavien läheisten puute (Middleton 2004, 248).

Keskeinen osa lapsen psyykkistä kehitystä on **kiintymyssuhde**, jonka tavoitteena on tuottaa lapselle perusturvallisuuden tunne. Lapsi tarvitsee pysyvän suhteen turvalliseen ja luotettavaan aikuiseseen, joka vastaa hänen tarpeisiinsa sekä auttaa häntä säätämään tunnetilojaan. Perusta lapsen turvalliseen kiintymiseen luodaan hänen ensimmäisen elinvuotensa aikana, jolloin turvallisesti kiintynyt lapsi oppii luottamaan aikuisen tarjoamaan turvaan ja uskaltaa tutkia ympäristöään. Turvallisesti kiintynyt lapsi ilmaisee avoimesti tunteitaan ja luottaa sen johtavan aikuisen myötätuntoiseen ja johdonmukaiseen reagointiin sekä sitä seuraavaan huojennukseen. Sen sijaan turvaton kiintymyssuhde on seurausta esimerkiksi välinpitämättömästä tai pelottavasta vuorovaikutuksesta. Se lisää riskiä mm. psyykkiselle oireilulle, persoonallisuushäiriöille sekä traumaattisten kiintymyssuhteiden siirtymiselle sukupolvelta toiselle. Kiintymyssuhde vaikuttaa ihmiseen läpi elämän ja on ratkaisevassa roolissa tilanteissa, jotka ovat henkilöä potentiaalisesti traumatisoivia. (Ahlin 2015, 186–187, 193; Ellilä 2015, 108, 111; Heikkinen-Peltonen 2015, 205–207; Sinkkonen 2004.)

Dissosiaatiohäiriö on siis seurausta vakavasta traumatisoitumisesta. Traumatisoiva kokemus on yleensä ennakoimaton, äkillinen, kontrolloimaton ja äärimmäisen negatiivinen. Se sisältää usein toisen ihmisen tekemää väkivaltaa, joka aiheuttaa fyysistä vahingoittumista tai hengenvaaraa. Toinen tyypillinen traumatisoitumista edistävä tekijä on kiintymyssuhteen menettäminen tai tärkeän kiintymyssuhdekumppanin hylkäämäksi joutuminen, vaikka varsinaista hengenvaaraa ei tilanteessa olisikaan. Tarpeiden laiminlyönti traumatisoi herkästi etenkin lapsia, joille huoltavien aikuisten antama fyysinen ja psyykinen hoiva on kehityksen eilinehto. Traumatisoitumisen todennäköisyyttä lisäävät toistuva altistus traumatisoitumista aiheuttaville tekijöille sekä uhrin nuori ikä. Tyypillinen kehitymisalusta dissosiaatiohäiriölle onkin kasvu ympäristö, jossa lapsi joutuu pitkäaikaisen laiminlyönnin, henkisen tai fyysisen väkivallan tai seksuaalisen hyväksikäytön uhriksi. (Ropponen 2015, 315; Suokas-Cunliffe 2015, 15; van der Hart, Nijenhuis & Steele 2009, 24–26; van der Kolk 2008, 45.) Lapsuusajan traumatisoiviin kokemuksiin saattavat liittyä myös mm. hoitamatta

jättäminen, kohtaamattomuus, nöyryyttäminen, koulukiusaaminen, vanhempien alkoholismi, pelon ilmapiiri tai uskonnollinen ahdasmielisyys. Aikuisiän traumatisoivia kokemuksia voivat olla esimerkiksi raiskaus tai sodassa tapahtuneet väkivaltateot. (Huttunen 2009; Trauma- ja dissosiaatio-oireet 2018, 3.)

## 2.2 PRD-teoria ja autonomisen hermoston vaikutus

### Persoonallisuuden rakenteellinen dissosiaatio

Rakenteellinen dissosiaatio tarkoittaa tietynlaista traumasta johtuvaa persoonallisuuden rakentumistapaa. Henkilö ei tällöin kykene sisäistämään traumaattista tapahtumaa osaksi omaa elämänsä, vaan sietämättömän tunnetilan seurauksena hänen persoonansa jakautuu vähintään kahteen erilliseen osaan: näennäisen normaaliin (ANP) ja emotionaaliseen (EP) persoonan osaan. Rakenteellisen dissosiaation tyypistä riippuen henkilöllä voi olla joko yksi tai useita ANP- ja EP-osia. (Trauma- ja dissosiaatio-oireet 2018, 5; Leikola 2016, 26.)

Van der Hartin, Nijenhuisin ja Steelen (2009, 3) kehittämän **persoonallisuuden rakenteellisen dissosiaatioteorian (PRD)** mukaan ihmisen synnynnäiset psykobiologiset toimintajärjestelmät ohjaavat hänen toimintaansa. Nämä järjestelmät on jaettu kahteen pääkategoriaan: arkielämän toimintajärjestelmiin ja puolustautumisen toimintajärjestelmiin. Ne auttavat hyödyllisten ja haitallisten kokemusten tunnistamisessa sekä kulloiseenkin tilanteeseen sopivan reaktion tuottamisessa. Jos henkilö tarvitsee jatkuvasti molempia järjestelmiä yhtä aikaa, hän saattaa ristiriitaisista päämääristä selviytyäkseen kehittää epäyhtenäisen ja jäykkärajaisen persoonallisuuden. Persoonallisuuden rakenteellinen dissosiaatio on siis seurausta psykobiologisten toimintajärjestelmien kehityksessä tapahtuneesta vauriosta. (Suokas-Cunliffe 2015, 16; van der Hart ym. 2009, ix–x, 3–4.)

**Näennäisen normaali persoonallisuuden osa** (engl. apparently normal part of personality, **ANP**) on päivittäisessä normaalielämässä toimiva persoonallisuuden osa, joka on rakentunut arkielämän toimintajärjestelmien ympärille. ANP keskittyy ulkoisessa elämässä toimimiseen ja traumatapahtumista erillään olemiseen, ja henkilö voikin näyttää melko tasapainoiselta ANP-osan ollessa aktivoituneena. Traumamuistojen välttelyn vuoksi henkilö kuitenkin elää kapeammin verrattuna traumatisoitumista edeltävään aikaan. ANP-osa pyrkii turruttamaan ja unohtamaan kipeät muistot. Sen



yhteys tunteisiin on vähäistä tai voi jopa puuttua täysin. (Suokas-Cunliffe 2015, 17; Suokas-Cunliffe & van der Hart 2006; van der Hart ym. 2009, 5.)

**Emotionaalinen persoonallisuuden osa** (engl. emotional part of personality, **EP**) on traumaa ja tunteita kantava persoonallisuuden osa, joka on kytkeytynyt puolustautumisen toimintajärjestelmiin. EP elää trauma-ajassa ja kärsii toistuvasti traumatapahtumien uudelleenkokemisista. Traumasta muistuttavan ärsykkeen hälyttämänä EP aktivoituu ja tunkeutuu arkielämään näyttäytyen erilaisina oireina. Äärimmäisen voimakkaasti aktivoitunut EP voi jopa ottaa hetkellisesti täyden valan ANP-osasta ja aiheuttaa psykoositilan, jonka henkilö kokee jälkikäteen muistikatkoksena. EP-osat voivat olla joko hauraita, pelokkaita ja lapsenomaisia, tai kontrolloivia, vihaisia ja epäileviä. (Nijenhuis & van der Hart 2011; Suokas-Cunliffe 2015, 17; Suokas-Cunliffe & van der Hart 2006; Trauma- ja dissosiaatio-oireet 2018, 7, 19, 25; van der Hart & Steele 2013, 209–210.)

### **Autonominen hermosto**

Rakenteellisen dissosiaation tilassa ihmisen toimintaa ohjaavien synnynnäisten psykobiologisten toimintajärjestelmien vuorottelu ei siis toimi normaalisti, ja henkilön toiminta saattaa olla ristiriidassa vallitsevien olosuhteiden kanssa. Esimerkiksi henkilön puolustusjärjestelmä voi aktivoitua arkisessa ja tavanomaisessa tilanteessa, joka ei oikeasti sisällä puolustautumista vaativaa uhkaa. (Suokas-Cunliffe & van der Hart 2006; van der Hart ym. 2009, 3.) Tähän liittyy oleellisesti hermoston toiminta. Hermoston tehtävänä on kuljettaa ihmiskehossa viestejä sekä ohjata niiden perusteella elimistön toimintaa. Hermosto voidaan jakaa somaattiseen eli tahdonalaiseen hermostoon ja autonomiseen eli tahdosta riippumattomaan hermostoon. **Autonominen hermosto** säätelee monia ihmiskehon toimintoja, joihin ei voida tahdonalaisesti vaikuttaa, esimerkiksi sydämen sykettä ja verisuonten supistusliikettä. (Leppäluoto, Kettunen, Rintamäki, Vakkuri, Vierimaa & Lätti 2013, 382.) Autonominen hermosto on perinteisesti jaettu kahteen osaan: sympaattiseen ja parasympaattiseen hermostoon. **Sympaattinen hermosto** aktivoituu yleensä hätätilanteessa ja sen tarkoitus on valmistella elimistö taistele tai pakene -toimintaan. Tällöin mm. sydämen syke kiihtyy, keuhkoputket laajenevat ja pupillit suurenevat. **Parasympaattinen hermosto** sen sijaan on aktivoituneena lepotilassa. Tällöin sydämen syke harvenee, keuhkoputket supistuvat ja pupillit pienenevät. (Leppäluoto ym. 2013, 382, 403–404; Parker 2015, 106–107.)

Viime vuosikymmenten aikana käsitys autonomisen hermoston rakenteesta on tarkentunut ja sen tuloksena on kehitetty **polyvagaalinen teoria** (Leikola, Mäkelä & Punkanen 2016, 55; Punkanen 2015, 165). Polyvagaalinen teoria jakaa autonomisen hermoston perinteisestä mallista poiketen kolmeen erilliseen osaan, jotka ovat toisiinsa nähden hierarkkisessa suhteessa. Siihen kuuluu siis sympaattinen hermosto sekä parasympaattisen hermoston kaksi erillistä osaa: ventraalinen vagus kompleksi VVK ja dorsaalinen vagus kompleksi DVK. Turvallisiksi koetuissa tilanteissa aktivoituneena on parasympaattinen VVK, joka estää sympaattisen järjestelmän kytkeytymisen päälle. Uhkaavissa tilanteissa aktivoituu perinteiseen tapaan sympaattinen hermosto, joka ohjaa energiankulutusta puolustautumiseen, taistelemiseen tai pakenemiseen. Polyvagaalisen teorian mukaan yksilön ollessa henkeä uhkaavassa tilanteessa, jossa sympaattisen hermoston tarjoamat taistelemisen tai pakeneminen eivät johda tuloksiin, päälle kytkeytyy **parasympaattinen DVK**. Tällöin yksilön elintoiminnot sulkeutuvat ja hänen käyttäytymisensä lamaantuu. Tilaa voidaan kutsua myös alistumiseksi, jähmettymiseksi tai eläimillä valekuolemaksi. (Leikola ym. 2016, 55–58; Porges 2021, 3; Punkanen 2015, 165–169.)

Käytännön tasolla sympaattisen eli taistele tai pakene -toimintaan valmistelevalle hermoston toiminta saattaa näkyä henkilön elämässä esimerkiksi ylivilpityksenä, ahdistusoireina tai paniikkina (Leikola ym. 2016, 56). Ylivilpitys taas saattaa näkyä esimerkiksi jatkuvana jännitystilana. Tällöin jokin traumalaukaisija voi johtaa pitkäkestoiseen tukalaan olotilaan, jota henkilö ei osaa sanoittaa tai edes ymmärtää. Toinen tyypillinen ylivilpitystilana on jatkuva ylisuorittaminen, jossa henkilö pakoilee vaikeita tunteita olemalla epänormaalin aikaansaava ja touhukas. (Trauma- ja dissosiaatio-oireet 2018, 22–23.) Parasympaattisen DVK:n eli elintoimintoja sulkevan hermoston toiminta taas saattaa näyttäytyä esimerkiksi alivilpityksenä tai masennusoireina (Leikola ym. 2016, 56). Alivilpityksen liittyvä lamaannus saattaa rakentua henkilön selviytymiskeinoksi lapsuusiän ylivoimaisissa traumatilanteissa. Aikuisiällä sama toimintamalli saattaa jatkua, vaikka ympäristö ja olosuhteet olisivatkin muuttuneet. Autonominen hermosto aktivoi tällöin tietyissä tilanteissa automaattisesti päälle parasympaattisen DVK:n, jolloin henkilö saattaa esimerkiksi tietyn tyyppisen ärsyksen hälyttämänä piiloutua lamaantuneena peiton alle. Dissosiaatiohäiriöisellä henkilöllä uhkaa arvioiva autonominen hermosto toimii siis tietoisuutta nopeammin, joten reaktiot erilaisiin tilanteisiin saattavat olla hyvinkin epätarkoituksenmukaisia. (Trauma- ja dissosiaatio-oireet 2018, 21.)

## 2.3 Erilaisia dissosiaatiohäiriöitä

Sairaanhoidajan on tärkeä osata tunnistaa dissosiaatiohäiriöiden yleiset piirteet. Diagnoosin tekee aina lääkäri, mutta moniammatillisesta yhteistyöstä ja hoitajan tekemistä havainnoista voi olla diagnosoinnissa merkittävä apu. Traumatisoituneilla ja dissosiaatiohäiriöisillä henkilöillä on usein paljon erilaisia oireita, joita on vaikea sovittaa minkään yksittäisen diagnoosin sisään (Steele, Boon & van der Hart 2017, 131). Samoin dissosiativisia häiriöitä on monia, eivätkä niiden määritelmät juuri koskaan sovi täydellisesti yhteen yksilön oireiden kanssa (Boon, Steele & van der Hart 2011, 9). Yksittäisiä dissosiaatio-oireita voi esiintyä monissa mielenterveyden häiriöissä, mutta varsinaiseksi dissosiaatiohäiriöksi luokitellaan tila, jossa oireisto on hallitsevaa ja pitkäkestoista sekä aiheuttaa henkilön toimintakyvylle merkittävää haittaa (Lauerma 2017, 347; Rovasalo 2021).

Psykkisestä traumasta johtuva yleisin ja todennäköisesti helpoimmin tunnistettava oireyhtymä on traumaperäinen stressihäiriö (*posttraumatic stress disorder*, PTSD). Henkilö ei tällöin ole toipunut traumaattisen tapahtuman aiheuttamasta järkytyksestä, vaan häiriötila on järkytyksen alkuoireiden jälkeen lukkiutunut päälle. Useimmiten traumaperäisen stressihäiriön taustalla on jokin poikkeuksellisen uhkaava tai järkyttävä tapahtuma, kuten vakava onnettomuus, väkivallan uhriksi joutuminen tai äkillinen kuoleman näkeminen. (Henriksson & Lönnqvist 2017, 374.) Oireisto voi painottua joko dissosiativiseen tai ahdistusoireiluun (Romero-López 2016, 451). Oireisiin kuuluvat mm. traumaattisen tapahtuman uudelleen kokemisen oireet, traumaan liittyvä välttämiskäyttäytyminen, kognitiiviset ja mielialaan liittyvät muutokset sekä unihäiriöt (Henriksson & Lönnqvist 2017, 375–377).

Dissosiativinen amnesia eli muistinmenetyks on häiriö, jossa henkilö ei kykene palauttamaan mieleensä tietoa, joka on hänelle henkilökohtaisesti tärkeää, mutta luonteeltaan traumaattista tai stressin sävyttämää. Muistinmenetyks on tällöin laajempaa kuin tavallinen unohtelu. Amnesia voi esiintyä joko itsenäisenä häiriönä tai muun dissosiaatiohäiriön oireena. (Lauerma 2017, 348.) Dissosiativinen pakkovaellus eli fuuga on amnesian muoto, jossa henkilö odottamatta vaihtaa paikkakuntaa ja alkaa elää siellä näennäisen normaalia elämää muistamatta kuitenkaan aiempia elämänvaiheitaan sekä huomaamatta tätä muistinmenetystä itse. Henkilö on pakkovaelluksen aikana myös epävarma omasta identiteetistään tai saattaa omaksua joko kokonaan tai osittain uuden identiteetin. (Lauerma 2017, 348–349; Lynn, Lilienfeld, Merckelbach, Giesbrecht & van der Kloet 2012, 48.)

Depersonalisaatiohäiriöön/derealisaatiohäiriöön liittyy jatkuvaa tai toistuvaa epätodellisuuden tai ulkopuolisuuden tunnetta. Kun epätodellisuuden tunne kohdistuu omiin ajatuksiin, tunteisiin, aistimuksiin, ruumiiseen tai toimintaan, on kyse depersonalisaatiosta. Derealisaatiossa ulkopuolisuuden kokemus liittyy ulkoiseen ympäristöön. Henkilön todellisuudentaju kuitenkin säilyy kokemusten ajan normaalina. Depersonalisaatio ja derealisaatio voivat esiintyä joko erikseen tai yhdessä. Tilapäisinä kokemuksina ne ovat normaaleja, mutta jatkuvina, kliinisesti kuormittavina ja toimintakykyä rajoittavina ne voidaan luokitella häiriöksi. Depersonalisaatio ja derealisaatio voivat esiintyä myös muun dissosiaatiohäiriön oireena. (Lauerma 2017, 348–349.)

Dissosiaatiohäiriöistä kompleksisin on dissosiativinen identiteettihäiriö (*dissociative identity disorder, DID*). Siinä henkilöllä on yleensä useita eri persoonallisuuden osia, joista vähintään kaksi ottaa henkilön käyttäytymisestä toistuvasti vallan. Dissosiativiseen identiteettihäiriöön liittyy myös laajaa muistamattomuutta eli amnesiaa. Oireistoon voi kuulua myös mm. PTSD:n oireita, ahdistusta sekä somaattista oireilua. Dissosiativisen identiteettihäiriön taustalla on useimmiten vakava ja pitkään jatkunut traumatisoituminen lapsuudessa. (Dorahy, Brand, Sar, Krüger, Stavropoulos, Martínez-Taboas, Lewis-Fernández & Middleton 2014, 402, 412; Kluft 2005, 633; Lauerma 2017, 348.)

## 2.4 Tunnistaminen

Mielenterveyshäiriöiden kohdalla varhainen tunnistaminen sekä hoidon aloittaminen on ensiarvoisen tärkeää. Useimmat mielenterveyshäiriöt alkavat jo nuoruudessa, mutta valitettavan usein tunnistaminen ja hoidon aloittaminen venyy vuosien tai jopa vuosikymmenten päähän. Sillä välin hoitamaton mielenterveyshäiriö on saattanut merkittävästi hankaloittaa henkilön elämää monella eri osa-alueella. (Vuorilehto, Larri, Kurki & Hätönen 2014, 108.) Tämä pätee myös dissosiaatiohäiriöihin, sillä traumatisoituneet potilaat saattavat kiertää vuosia esimerkiksi erilaisissa fyysisten tutkimusten kierteessä, ennen kuin häiriö tunnistetaan ja potilas pääsee tarvitsemansa psykoterapeuttisen hoidon piiriin (Suokas-Cunliffe & van der Hart 2006; Uotinen 2015, 120).

Dissosiaatiohäiriöinen henkilö ei yleensä hakeudu terveydenhuollon palveluihin trauman tai dissosiaatio-oireiden vuoksi. Hänellä on tyypillisesti useita erilaisia fyysisiä ja psyykkisiä oireita, ja hän saattaa tulla vastaanotolle esimerkiksi mielialaoireiden, uniongelmien, ihmissuhdevaikeuksien, selittämättömien fyysisten oireiden tai jonkin akuutin kriisitilanteen vuoksi. (Boon ym. 2011, 13;

Palosaari 2015, 35; Suokas-Cunliffe & van der Hart 2006; Uotinen 2015, 120.) Trauma on luonteeltaan piiloutuva, ja kuten Paulsen ja Lanius (2014, 252) toteavat: ”pohjimmiltaan dissosiaatio on yhtä kuin salaisuuksien pitäminen niin itseltään kuin maailmaltakin”. Traumakokemusten naamioituminen monenlaisen oirehdinnan alle tekee dissosiaatiohäiriöistä erittäin haasteellisia tunnistaa paitsi perusterveydenhuollossa, myös psykiatrisen puolen erikoissairaanhoidossa. (Uotinen 2015, 120.)

Koska dissosiaatiohäiriöiden oirekuva on moninainen, on virheellisten psykiatristen diagnoosien saaminen tyypillistä (Huttunen 2009, vii; Trauma- ja dissosiaatio-oireet 2018, 7). Esimerkiksi DID-potilas kiertää mielenterveyspalvelujen piirissä keskimäärin 7 vuotta ja saa enemmän kuin kolme oheis- tai virhediagnoosia ennen oikean DID-diagnoosin löytymistä (Kluft 2005, 635). Vuorilehdon ja muiden (2014, 108) mukaan tiedon puute on terveydenhuoltohenkilökunnan keskuudessa suurin este mielenterveyshäiriöiden varhaisoireiden tunnistamiselle. Esteenä saattaa olla myös esimerkiksi kiire, kielteiset asenteet tai pelko itselle tuntematonta häiriötä kohtaan (Vuorilehto ym. 2014, 108–109). Toisinaan terveydenhuollon työntekijä voi luulla, että potilas keksii oireensa tai pyrkii hakemaan niiden avulla huomiota (Kluft 2005, 637). Myös liiallinen oireisiin keskittyminen voi olla esteenä dissosiaatiohäiriön tunnistamiselle, jos se estää henkilön traumahistorian huomiointia ja kokonaisuuden ymmärtämisen (Trauma- ja dissosiaatio-oireet 2018, 7).

Yksinkertaisin keino tunnistaa oireita tai ongelmia on kysyä niistä suoraan henkilöltä itseltään. Jos kysymysten sanoittaminen tuntuu vaikealta, voi apuna käyttää yleisten mielenterveyshäiriöiden tunnistamiseen laadittuja kyselykaavakkeita. (Vuorilehto ym. 2014, 109.) Myös dissosiaatiohäiriöitä varten on olemassa omat kyselykaavakkeensa (Kluft 2005, 639; Stern & McDonald 2013, 40). Perustyökalu on kuitenkin potilaan haastattelu, jossa tavoitteena on kerätä potilaalta tietoa, rohkaista häntä puhumaan avoimesti sekä rakentaa luottamuksellista vuorovaikutussuhdetta. Nykyhetken lisäksi on hyvä kartoittaa esitietoja, joiden avulla muodostuu kokonaiskuva potilaan taustasta ja sairaushistoriasta aina nykyiseen ongelmaan saakka. Psykkisen tilan arvioimisessa on syytä kiinnittää huomiota sanallisten viestinnän lisäksi potilaan ilmeisiin, eleisiin, olemukseen ja tunnetilaan. (Vuorilehto 2014, 113, 116–117.)

Kun dissosiaatiohäiriö on tunnistettu ja diagnosoitu, on henkilöllä mahdollisuus saada asianmukaista hoitoa. Dissosiaatiohäiriöiden hoidon tavoitteena on, että henkilö kykenisi vähitellen yhdistämään mielessään dissosioituneet persoonan osat sekä niiden taustalla olevat traumat (Suokas-Cunliffe & van der Hart 2006). Tärkein hoitomuoto on psykoterapia, jonka kulmakivenä on toimiva yhteistyösuhde terapeutin ja potilaan välillä (Rovasalo 2021; Steele ym. 2017, 174). Hoidon pohjana käytetään kolmivaiheista mallia. Ensimmäisessä eli vakauttamisvaiheessa pyritään luomaan turvallisuutta, rakentamaan suhdetta terapeuttiin ja turvallisiin läheisiin, kehittämään vakauttavia taitoja sekä vähentämään oireilua. Toisessa vaiheessa käsitellään traumatapahtumia ja pyritään yhdistämään trauma siten, että henkilö ottaa traumatapahtumat osaksi elämäntarinaansa sekä näkee niiden vaikutukset. Kolmannessa vaiheessa pyritään integroimaan eli yhdistämään henkilön dissosiativiset osat yhtenäiseksi persoonallisuudeksi. Tavoitteena on, että henkilö sopeutuisi normaaliin arkielämään ja voisi jatkaa elämäänsä eheänä ilman dissosiaatiota. (Dorahy ym. 2014, 411; Steele ym. 2017, 189–191, 201–202, 463, 479; Suokas-Cunliffe & van der Hart 2006; van der Hart & Steele 2013, 213.)

## Oireet

Dissosiaatiohäiriöissä keskeinen piirre on, että henkilö ei kykene integroimaan eli yhdistämään tietoisuuttaan, muistiaan, identiteettiään ja havaintojaan yhdeksi mielekkääksi kokonaisuudeksi (Lauerma 2017, 345). Oireet ovat voimakkaita, katkonaisia ja erillisiä, eikä henkilö tunnista oireiden yhteyttä niiden alkuperäiseen aiheuttajaan eli kokemaansa traumaan. Hän ei myöskään kykene yhdistämään kokemuksia omaan elämäntarinaansa. (Suokas-Cunliffe & van der Hart 2006.) Boon ja muut (2011, 13) nimeävät tämän vierauden tunteeksi. Henkilö on tällöin kyllä tietoinen ajatuksista, tunteista, muistoista ja käyttäytymisestä, mutta ei koe niiden kokemusten kuuluvan hänelle itselleen. Henkilöllä saattaa myös olla tunne siitä, että hänessä on enemmän kuin yksi ihminen tai että hänessä on eri aistimuksia tai identiteettejä, jotka poikkeavat hänen omaksi kokemastaan identiteetistä. (Boon ym. 2011, 13.) Alla olevassa taulukossa on esitelty erilaisia trauma- ja dissosiaatio-oireita.

Taulukko 1. Trauma- ja dissosiaatio-oireita (mukaihen Trauma- ja dissosiaatio-oireet 2018, 15–28, 36–40)

<b>Fyysiset oireet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fyysiset tai fysiologiset oireet, joille ei löydy syytä</li> <li>• Esim. kipuoireet, migreeni, pahoinvointi, nykimiset, hengitysvaikeudet, tulehdukset</li> </ul>
<b>Ongelmat ihmissuhteissa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Varuillaan olo, jatkuva vaaran ennakointi</li> <li>• Omien ja muiden ihmisten rajojen tunnistamisen vaikeus: toisinaan rajattomuus ja toisinaan hyvinkin tiukat rajat</li> <li>• Konfliktit ja haasteet ihmissuhteissa ja vuorovaikutuksessa</li> <li>• Eristäytyminen ja ihmissuhteista vetäytyminen</li> </ul>
<b>Tunteet ja tunteettomuus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tapahtumista kertominen vailla tunneyhteyttä</li> <li>• Tunteettomuus arkielämässä</li> <li>• Ylitsevuotavan voimakkaat tunteet</li> <li>• Äkilliset mielialan vaihtelut</li> <li>• Pelkotilat, ahdistus, paniikkikohtaukset</li> </ul>
<b>Vireystilaan liittyvät ongelmat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lamaannus</li> <li>• Masennuksen ja manian kaltaiset olotilat</li> <li>• Yltiöpäinen suorittaminen ja tehokkuus</li> <li>• Tarkkaavaisuusongelmat</li> <li>• Ylivilkkaus, impulsiivisuus</li> </ul>
<b>Riippuvuus- ja itsetuho-käyttäytyminen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Päihderiippuvuus</li> <li>• Itsensä vahingoittaminen</li> <li>• Syömishäiriöoireilu</li> <li>• Muut toiminnalliset addiktiot, esim. peliriippuvuus</li> </ul>
<b>Derealisaatio ja depersonalisaatio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kuin minua ei olisi olemassa -kokemukset</li> <li>• Kuin katsoisi itseään ulkopuolelta -kokemukset</li> </ul>
<b>Ajantaju ja muisti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajan hahmottamisen vaikeus</li> <li>• Muistihäiriöt</li> <li>• Elämästä puuttuu pitkiä pätkiä</li> </ul>
<b>Takaumat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voimakkaat tunnekokemukset ilman tapahtumahetkellä havaittavaa selkeää syytä</li> <li>• Trauman uudelleen kokeminen kuin se tapahtuisi nykyhetkessä</li> <li>• Tapahtuminen kulku kuin filminauhana silmien edessä</li> </ul>
<b>Sisäinen vuoropuhelu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pään sisällä tapahtuva vuoropuhelu ja kiistely</li> <li>• Päätösten tekemisen vaikeus</li> </ul>
<b>Unihäiriöt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unettomuus, nukahtamisvaikeudet</li> <li>• Väsymys</li> <li>• Liiallinen nukkuminen</li> <li>• Painajaiset, yölliset kauhukohtaukset</li> </ul>

Dissosiaatiohäiriöisellä henkilöllä voi olla fyysisiä oireita, joille ei tutkimuksista huolimatta löydy elimellistä selitystä (Kennedy & Kennerley 2013, 2; Suokas-Cunliffe & van der Hart 2006). Tällaisia oireita voivat olla mm. migreeni, toistuva päänsärky, niveltulehdukset, ruuansulatushäiriöt ja sydänvaivat (Leonard, Brann & Tiller 2005, 942; Suokas-Cunliffe & van der Hart 2006). Henkilöllä voi

olla puutumisen tai nykimisen tunnetta, tai hän saattaa tuntea kehossaan traumasta muistuttavia tuntemuksia, kuten esimerkiksi raiskauksen uhrin kohdalla kipua emättimessä (van der Hart & Steele 2013, 212). Mahdollista on myös, että henkilöllä on poikkeuksellisen korkea kivunsietokyky tai hän ei jopa tunne kipua lainkaan (Kennedy & Kennerley 2013, 2; Suokas-Cunliffe & van der Hart 2006).

Dissosiaatiohäiriö voi ilmetä erilaisina ongelmina ihmissuhteissa. Henkilö voi esimerkiksi ANP-osana arvostaa läheistä ihmistä ja tuntea hänen kanssaan yhteenkuuluvuuden tunnetta, mutta EP-osana sen sijaan pelätä läheisyyttä ja siksi kohdella läheistä ihmistä epäluuloisesti ja vihamielisesti (van der Hart ym. 2009, 105). Tai henkilö saattaa olla työssään hyvin toimintakykyinen ja kyetä vaativiin suorituksiin, mutta kotona elää avuttomana ja alistettuna väkivaltaisessa parisuhteessa (Suokas-Cunliffe & van der Hart 2006).

Dissosiaatiohäiriöissä tyypillinen oire on erilaiset tunteidensäätelyvaikeudet. Henkilöllä saattaa esiintyä huomattavaa tunteiden vähyyttä tai emotionaalista turtumusta, ja hän saattaa ANP-osana kokea olevansa kuin zombi tai robotti. (van der Hart ym. 2009, 101, 105.) Henkilö saattaa myös kertoa oman elämänsä traumatapahtumista tunteettomasti, ikään kuin hän kertoisi jonkun toisen tarinaa (Suokas-Cunliffe & van der Hart 2006). Tunteeton asioista puhuminen saattaa vaikeuttaa hoitoon pääsyä. Henkilö saattaa esimerkiksi kertoa kovista fyysisistä kivuista vailla minkäänlaista tunnekontaktia, minkä vuoksi terveydenhuoltohenkilökunta voi luulla, ettei henkilö ole tosissaan. (Trauma- ja dissosiaatio-oireet 2018, 19.) Toisaalta tunteet saattavat olla hyvinkin voimakkaita ja raastavia, esimerkiksi pelkoa, paniikkia, kauhua, ahdistusta tai avuttomuutta (Suokas-Cunliffe & van der Hart 2006; van der Hart ym. 2009, 1, 27). Persoonan osien vaihtelusta johtuvat äkilliset ja tilanteeseen sopimattomat mielialan vaihtelut ovat dissosiaatiohäiriöissä myös tyypillisiä (Suokas-Cunliffe & van der Hart 2006). Henkilö saattaa muuttua hetkessä esimerkiksi rauhallisesta aggressiiviseksi (Kennedy & Kennerley 2013, 2) tai epätoivoisesta ja masentuneesta joko tyyneksi ja itsevarmaksi tai lapselliseksi ja taantuneeksi (Leonard ym. 2005, 941).

Dissosiaatiohäiriö oireilee usein masentuneisuutena sekä ongelmina vireystilassa ja sen säätelyssä. Van der Hartin ja muiden (2009, 1) mukaan uupumus on yleinen oire. Leonardin ja muiden (2005, 942) tutkimuksessa peräti 96 prosenttia dissosiaatiohäiriöisistä potilaista kärsi yhtäaikaista ma-



sennuksesta. Tyypillinen oire on alivireystila, jossa parasympaattisen hermoston (DVK) vaikutuksesta henkilö ikään kuin lamaantuu. Pitkittyessään alivireystila johtaa helposti eristäytymiseen, tyhjyyden kokemukseen ja toimintakyvyn laskuun, jolloin se muistuttaa oireilultaan masennusta. (Trauma- ja dissosiaatio-oireet 2018, 21–22.) Alivireystilassa henkilö kokee traumatapahtumat epätodellisina ja etäisinä, mikä hankaloittaa niiden käsittelyä (van der Hart ym. 2009, 27). Dissosiaatiohäiriö voi oireilla myös ylivireytenä, jolloin sympaattinen hermosto hälyttää elimistön taiste/pakene -tilaan. Tällöin henkilön aistit herkistyvät, hengitys ja sydämen syke kiihtyy ja elimistö valmistautuu pakenemaan. Pitkittynyt ylivireystila voi ilmetä esimerkiksi jatkuvana jännittyneisyytenä tai ylisuorittamisena. Työelämässä ylivireystilassa elävää henkilöä saatetaan pitää tehokkaana ja erityisen aikaansaavana, mutta pohjimmiltaan suorittamisen tarkoitus on paeta kipeitä tunteita. (Trauma- ja dissosiaatio-oireet 2018, 23.)

Toisinaan dissosiaatiohäiriö oireilee riippuvuus- tai itsetuhokäyttäytymisenä. Riippuvuus voi kohdistua esimerkiksi päihteisiin, ruokaan, uhkapeleihin tai johonkin toimintaan. Riippuvainen ihminen keskittää lähes kaiken huomionsa riippuvuuden kohteeseen, mikä voi olla tiedostamaton pyrkimys välttää traumaan liittyviä muistoja ja tunteita. Myös itsetuhoisuuden tiedostamattomana motiivina voi olla traumamuistojen ja niihin liittyvien tunteiden välttäminen. (Trauma- ja dissosiaatio-oireet 2018, 24–25.) Itsetuhoisuus voi näyttäytyä esimerkiksi päihteidenkäyttönä, syömishäiriöinä, itsensä satuttamisena tai jopa itsemurhayrityksinä (Leonard ym. 2005, 942).

Dissosiaatiohäiriöön voi kuulua depersonalisaatio- ja/tai derealisaatio-oireilua. Depersonalisaatio-oireita voivat olla esimerkiksi oman minän tuntuminen vieraalta, itsensä katseleminen ikään kuin oman kehonsa ulkopuolelta tai epätodellinen olotila. Derealisaatio-oireita puolestaan voivat olla esimerkiksi ympäristöä koskeva epätodellisuuden tunne sekä aikaan tai paikkaan liittyvät vääristymät, kuten asioiden tapahtuminen kuin hidastetussa elokuvassa. (Kennedy & Kennerley 2013, 2; Lynn ym. 2012, 48; van der Hart ym. 2009, 113.)

Erilaiset muistiin ja ajantajuun liittyvät ongelmat ovat tyypillisiä dissosiaatiohäiriöissä. Muistinmenetys eli amnesia voi koskea mm. menneisyyden traumatapahtumia, lähimenneisyyttä tai henkilökohtaista tietoa (Kennedy & Kennerley 2013, 2). Esimerkiksi lapsuudessa kaltoinkohdellulla dissosiaatiohäiriöisellä voi olla suuria aukkoja lapsuusmuistoissaan (van der Hart ym. 2009, 110). Van der

Hartin ja muiden (2009, 98) mukaan dissosiativinen muistinmenetykseen edellyttää viitteitä rakenteellisesta dissosiaatiosta: käytännössä siis jollakin persoonallisuuden osalla muisto on, mutta toiselta se puuttuu. Ajantajuun liittyvä oireilu puolestaan voi näyttäytyä siten, että henkilö kadottaa aikaa esimerkiksi arkiaskareissaan: hän tekee asioita, joita ei tiedosta tehneensä (Suokas-Cunliffe & van der Hart 2006). Myös unohtelu on tyyppistä: henkilö saattaa esimerkiksi unohtaa kesken matkan, minne oli menossa. Tai jokin persoonallisuuden osa saattaa hallita tietyn taidon erinomaisesti, mutta toinen ei juuri ollenkaan. (Trauma- ja dissosiaatio-oireet 2018, 27.) Henkilön lähipiiri voi myös raportoida tilanteista, joissa henkilö käyttäytyy itselleen varsin epätyypillisellä tavalla muistamatta tilannetta jälkikäteen lainkaan. Tai henkilö saattaa huomata ostelleensa täysin oman makunsa vastaisia vaatteita tai tavaroita, joille hänellä ei ole käyttöä. (Leonard ym. 2005, 941).

Dissosiaatio-oireisiin kuuluvat myös takaumat, joilla tarkoitetaan traumaattisten muistojen uudelleen kokemista. Tällöin henkilö ikään kuin elää tapahtuman tunnetasolla uudestaan. (Kennedy & Kennerley 2013, 2; Trauma- ja dissosiaatio-oireet 2018, 27.) Takauman käynnistää laukaisija, joka voi olla mikä tahansa traumakokemuksesta muistuttava ärsyke. (Trauma- ja dissosiaatio-oireet 2018, 27.) Laukaisijoita ja niiden myötä takaumia ilmaantuu erityisen herkästi silloin, kun henkilön emotionaaliset ja fyysiset voimavarat ovat vähissä (van der Hart ym. 2009, 1). Takaumat voivat olla hyvinkin epäselviä tunnetiloja, jotka hämmentävät kokijansa mieltä. Esimerkkinä nainen, jota oli kuristettu, ja joka oli nostanut kätensä yrittääkseen irrottaa kuristajan otteen kaulastaan. Käsien vieminen kaulalle vaikkapa kaulakorun laitton yhteydessä aiheutti naiselle myöhemmin voimakkaita pelkotiloja, joita hän ei ymmärtänyt. (van der Hart ym. 2009, 47.)

Äänten kuuleminen voi olla dissosiaatiohäiriöstä kertova oire (van der Hart & Steele 2013, 212). Tällöin henkilö yleensä kuulee persoonallisuuden eri osien puhuvan pänsä sisällä (Suokas-Cunliffe & van der Hart 2006). Osat voivat ikään kuin keskustella tai kiistellä keskenään, tai heittää ilmaan ajatuksia tai mielipiteitä asioista. Osien keskinäinen kiistely saattaa näyttäytyä ulospäin siten, että henkilöllä on vaikeuksia tehdä päätöksiä. Esimerkiksi yksi osista saattaa olla sitä mieltä, että hankalalta tuntuvassa tilanteessa on hyvä soittaa hoitajalle ja helpottaa oloa puhumalla asiasta. Toinen osa taas saattaa ponnekkaasti vastustaa ajatusta ja olla sitä mieltä, ettei hoitajaa pidä häiritä turhilla soittoilla. Kolmas osa puolestaan voi olla totaalisen väsynyt koko kiistelyyn ja kommentoida asiaa siitä näkökulmasta. (Trauma- ja dissosiaatio-oireet 2018, 28.)

Dissosiaatiohäiriö voi oireilla myös erilaisina uniongelmina. Henkilöllä saattaa tällöin esiintyä unetomuutta, nukahtamisvaikeuksia tai jatkuvaa liian aikaisin heräämistä. Toisaalta henkilö voi myös nukkua liikaa. Oireita voivat olla myös unissakävely, painajaiset sekä yölliset kauhukohtaukset. (Suokas-Cunliffe & van der Hart 2006; Trauma- ja dissosiaatio-oireet 2018, 36.) Van der Hart ja muut (2009, 40) kertovat esimerkiksi henkilöstä, joka näki EP-osana toistuvasti traumatapahtumia uudelleen painajaisien muodossa, ja heräsi painajaisista omaan huutoonsa kokien sen jälkeen päiväkausia kestävä uupumusta.

## 2.5 Sairaanhoidajan rooli

Mielenterveystyössä työskennellään usein moniammatillisissa tiimeissä, joihin kuuluu esimerkiksi lääkäri, sairaanhoitaja, psykologi ja sosiaalityöntekijä. Potilaan hoidosta vastaa aina lääkäri, joka myös antaa potilaasta kerättyyn tietoon ja tutkimuslöydöksiin perustuvan diagnoosin. Lääkäri tekee tarvittavista tutkimuksista osan itse, mutta tiedonkeruuseen osallistuvat yleensä myös muut tiimin ammattilaiset. (Vuorilehto ym. 2014, 85.) Sairaanhoidajan ensisijainen tehtävä on vastata potilaan hoitotyön suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista, mutta siihen sisältyy myös potilaan jatkuva havainnointi sekä tiedonvälitys tiimissä (Townsend 2015, 2; Vuorilehto ym. 2014, 85). Tavallista on, että mielenterveyden ongelmista kärsivät potilaat tapaavat käytännössä sairaanhoitajaa huomattavasti enemmän kuin lääkäreitä. Hyvästä hoitosuhteesta ja hoitajan tekemistä havainnoista voi siis olla merkittävästi hyötyä oikean diagnoosin sekä sopivan hoitomuodon löytämisessä. Tämä pätee myös traumaperäiseen dissosiaatiohäiriöön, jonka kohdalla tunnistaminen on keskeinen ongelma.

Cullen-Drillin (2011, 5) mukaan sairaanhoidajan vaikuttavin työkalu on ”*use of self*” eli sairaanhoitaja itse. Wheeler (2011, 154) puolestaan kuvailee, että mielenterveystyössä sairaanhoidajan ja potilaan välinen terapeuttilinen yhteistyösuhde on avain toipumiseen. Tämän yhteistyösuhteen kautta potilas saa mahdollisuuden eheytyä ja kokea syvempää yhteenkuuluvuuden tunnetta itsensä, ympäristönsä sekä toisten ihmisten kanssa. Aina ei ole mahdollista saavuttaa ja ylläpitää pitkäaikaista yhteistyösuhdetta, mutta tällöinkin kannattaa muistaa, että myös lyhytaikaisilla kohtaamisilla voi olla vaikutusta potilaan tilaan, joko positiivisesti tai negatiivisesti. (Wheeler 2011, 157.)

Tärkeä osa sairaanhoitajan työnkuvaa erityisesti mielenterveystyössä on siis huolehtia hoitosuhteen luomisesta ja ylläpitämisestä. Hoitosuhde on potilaan ja hoitajan välinen ammatillinen ja vuorovaikutuksellinen yhteistyösuhde, jossa työskennellään yhdessä asetettuja tavoitteita kohti. Hyvän hoitosuhteen kulmakiviä ovat hoitajan ammatillinen osaaminen ja empaattinen asenne yhdistettynä potilaan asiantuntemukseen elämästään ja itsestään. Hoitosuhteen alussa tärkeä tavoite on luottamuksen syntyminen. Potilaan täytyy tuntea, että hän tulee kuulluksi, ymmärretyksi, kunnioitetuksi ja autetuksi. Hoitaja voi edistää luottamuksen syntymistä olemalla avoin, rehellinen ja ystävällinen sekä pyrkimällä luomaan lämpimän ja turvallisen ilmapiirin. (Holmberg 2016, 71–72, 92–93; Vuorilehto ym. 2014, 65–67.) Hoitosuhdetyöskentelyssä keskeinen väline on kuunteleva keskustelu eli dialogi. Sen tavoite on yhteisen ymmärryksen syntyminen avoimen ja suoran keskustelun kautta. Dialogissa ei ole yhtä ainoa oikeaa näkemystä, vaan erilaiset ajatukset ja näkökulmat yhdessä johtavat ratkaisuun. (Vuorilehto ym. 2014, 65, 68.)

### **3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys**

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, millaista tutkimukseen pohjautuvaa tietoa löytyy traumaperäisen dissosiaatiohäiriön tunnistamisesta. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa sairaanhoitajille traumaperäisen dissosiaatiohäiriön tunnistamisen helpottamiseksi. Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymys on: Mitä nykytutkimus tuo esille traumaperäisen dissosiaatiohäiriön tunnistamisesta?

Ilmiötä tarkastellaan siis sairaanhoitajan ja hoitotyön näkökulmasta. Diagnoosin tekee toki aina lääkäri, mutta moniammatillisesta yhteistyöstä lienee usein apua varsinkin vaikeammin tunnistettavien sairauksien ja häiriöiden kohdalla. Tavallista on, että mielenterveyden ongelmista kärsivät potilaat tapaavat sairaanhoitajaa huomattavasti enemmän kuin lääkäriä. Hoitajan tekemistä havainnoista on siis todennäköisesti hyötyä, kun oikeaa diagnoosia haetaan ja sopivaa hoitomuotoa suunnitellaan. Tämän työn tarkoituksena ei kuitenkaan ole tutkia eri dissosiaatiohäiriöiden tarkkaa diagnosointia, vaan tarkastella tunnistamista dissosiaatiohäiriön yleispiirteiden valossa. Ajatuksena on, että lääkäri määrittelee tarkan diagnoosin, mutta sairaanhoitaja voi työssään tehdä havaintoja, jotka saattavat auttaa havaitsemaan traumaperäisen dissosiaatiohäiriön olemassaolon.

## 4 Opinnäytetyön toteutus

### 4.1 Tutkimusmenetelmänä kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus on tutkimusmenetelmä, jonka avulla muodostetaan kokonaiskuva aiemmasta tutkimuksesta. Käytännössä se on siis tutkimus tutkimuksista. Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan myös kehittää, rakentaa ja arvioida teoriaa, tunnistaa ongelmia kohdeilmiössä sekä rakentaa tietystä aihealueesta kokonaiskuva. Terveystieteiden kirjallisuuskatsausta voidaan käyttää ohjaamaan toimintaa näyttöön perustuvaksi. (Niela-Vilén & Hamari 2015, 23; Salminen 2011, 3–4; Suhonen, Axelin & Stolt 2015, 7.) Tässä opinnäytetyössä luonnollinen valinta tutkimusmenetelmäksi oli kirjallisuuskatsaus, koska tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa kohdeilmiöstä ja rakentaa siitä aiempaan tutkimukseen perustuvaa kokonaiskuva.

Kirjallisuuskatsaukset voidaan jakaa kolmeen päätyyppiin: kuvaileviin katsauksiin, systemaattisiin kirjallisuuskatsauksiin ja meta-analyysihin, sekä niiden alle useisiin alatyyppeihin (Salminen 2011, 6; Suhonen ym. 2015, 8). Tässä opinnäytetyössä katsaustyyppiä valittiin kuvailevaan katsaustyyppiin kuuluva narratiivinen yleiskatsaus, jonka arvioitiin olevan tutkimuksen tavoitteen sekä lähtökohtien kannalta käyttökelpoisin katsausmuoto. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on metodina systemaattista ja meta-analyysiä väljempi, mutta väljyydestä huolimatta tutkittava ilmiö pystytään kuvailemaan siinä laaja-alaisesti sekä tarpeen mukaan luokittelemaan ilmiön ominaisuuksia. Kuvailevan katsauksen alatyypeistä valittiin narratiivinen kirjallisuuskatsaus, joka kuvaa sanallisesti aiheesta aiemmin tehtyä tutkimusta sekä sen laajuutta, syvyyttä ja määrää. Narratiivinen kirjallisuuskatsaus pyrkii helppolukaiseen lopputulokseen ja lisäksi se on hoitotieteen saralla yleisimmin käytetty katsaustyyppi. Narratiivisen katsauksen alatyypeistä valittiin narratiivinen yleiskatsaus, joka on toteuttamistavaltaan melko laaja ja pyrkii aikaisemman tutkimustiedon tiivistämiseen. Narratiivisen yleiskatsauksen analyysimuoto on kuvaileva synteesi: lopputuloksena ytimekäs ja johdonmukainen yhteenveto, johon myös tässä opinnäytetyössä pyritään. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 94; Salminen 2011, 6–7; Suhonen ym. 2015, 9, 12.)

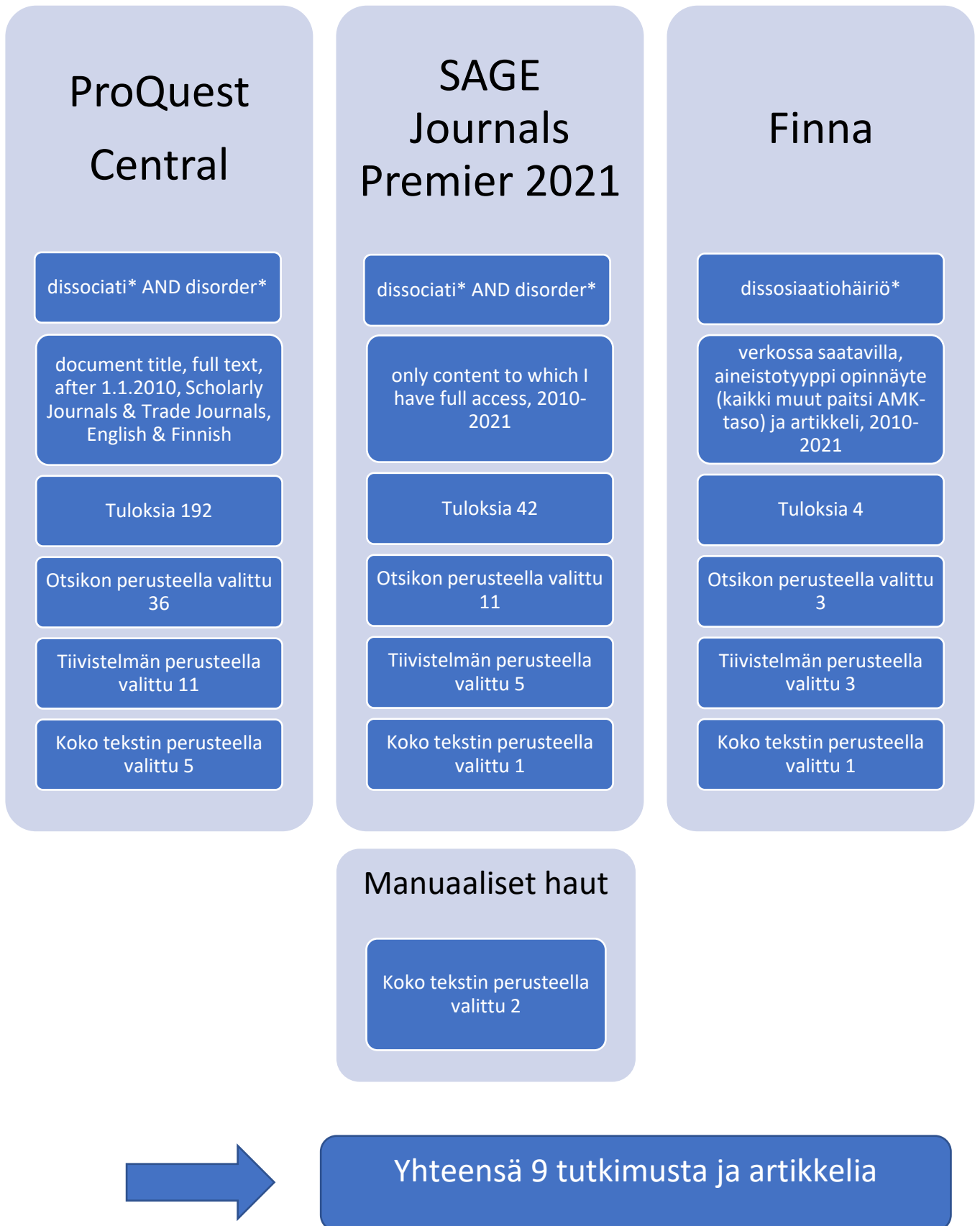
### 4.2 Tiedonhakuprosessi ja aineiston valinta

Aineistohaku tehtiin heinä-elokuussa 2021. Ennen varsinaista aineistohakua tehtiin runsaasti koe- luonteisia hakuja sekä kotimaisiin että kansainvälisiin tietokantoihin erilaisilla hakulausekkeilla ja rajauksilla. Tämän perusteella saatiin alustavaa kuvaa saatavilla olevasta aineistosta. Hakusanojen

ja niiden synonyymien kartoituksessa hyödynnettiin Finto-tietokannan YSO - Yleistä suomalaista ontologiaa sekä MeSH- ja FinMeSH-sanahakuja. Perushakusanana käytettiin sanaa dissosiaatiohäiriö/*dissociative disorder*. Haasteena siinä oli, että hakutuloksia tuli runsaasti, mutta jo otsikoiden perusteella oli pääteltävissä, että artikkelit eivät vastaa tutkimuskysymykseen riittävän täsmällisesti. Hakulausekkeisiin koetettiin lisätä perushakusanan lisäksi mm. sanoja trauma/*trauma*, tunnistaminen/*recognition/identification*, diagnoosi/*diagnosis* sekä oireet/*symptoms*. Nämä eivät kuitenkaan merkittävästi täsmentäneet hakutuloksia tai vaihtoehtoisesti rajasivat niitä liikaa.

Perushakusanan käyttäminen fraasina "*dissociative disorder*" taas täsmensi hakutuloksia hyvin, mutta toisaalta sulki pois artikkelia, jotka käsitelivät dissosiaatiivista identiteettihäiriötä (*dissociative identity disorder*). Näin ollen varsinaisessa haussa päädyttiin käyttämään perushakusanaa hakulausekkeilla *dissosiaatiohäiriö\*/dissociati\* AND disorder\** ja rajaamaan hakutuloksia otsikko-rajauksella sekä julkaisuvuoden perusteella. Tämän jälkeen hakutulokset käytiin läpi ja rajattiin tuloksia sisäänotto- ja poissulkukriteerien mukaisesti ensin otsikoiden perusteella, sitten abstraktien eli tiivistelmien perusteella ja lopulta kokotekstien perusteella.

Eniten hakutuloksia löytyi ProQuest Central -tietokannasta: 192 tulosta, joista otsikon perusteella valittiin 36, abstraktin perusteella 11 ja koko tekstin perusteella 5 tulosta. SAGE Journals Premier 2021 -tietokannasta tuloksia tuli 42, joista otsikon perusteella valittiin 11, abstraktin perusteella 5 ja koko tekstin perusteella 1 tulos. Cinahl Plus Full text -tietokannasta haku antoi alun perin 28, Pubmedistä 21 ja Cochranesta 10 tulosta, mutta lähemmän tarkasteluprosessin jälkeen niistä ei tullut valituiksi yhtään tulosta. Kotimaisesta Finna-tietokannasta tehtiin haku lausekkeella *dissosiaatiohäiriö\**, josta tuloksia tuli 4. Niistä otsikon ja abstraktin perusteella valittiin 3 ja koko tekstin perusteella 1 tulos. Tietokantahakujen lisäksi käytettiin manuaalista hakuja. Finnasta löytyneen aineiston lähdeluettelon kautta löytyi 1 mielenkiintoinen aineisto lisää. Nämä molemmat olivat kotimaisia autoetnografisia tutkimuksia. Testihaut Google Scholarin kautta eivät tuottaneet juurikaan mielenkiintoisia tuloksia, mutta perushakukone Googlen kautta tehty haku sanaparilla *dissosiaatiohäiriö autoetnografia* antoi 71 tulosta. Näissä tuloksissa olivat mukana molemmat jo löytyneet autoetnografiset tutkimukset, ja löytyi myös kolmas mielenkiintoinen autoetnografinen tutkimus, joka valittiin lopulliseen katsaukseen mukaan. Tiedonhakuprosessi on havainnollistettu kuviossa 1.



Kuvio 1. Tiedonhakuprosessi

Tiedonhakuprosessissa haasteena oli, että tietoa dissosiaatiohäiriöistä löytyi kyllä melko paljon, mutta nimenomaan tunnistamiseen liittyvää aineistoa löytyi todella vähän. Katsauksen luotettavuuden kannalta siihen olisi ollut hyvä valita ensisijaisesti alkuperäistutkimuksia, mutta tästä jouduttiin relevanttien alkuperäistutkimusten vähyyden vuoksi tinkimään. Opinnäytetyön tavoite oli löytää tietoa traumaperäisten dissosiaatiohäiriöiden tunnistamisen tueksi nimenomaan sairaanhoitajille. Näin ollen hakutuloksissa haluttiin keskittyä käyttäytymiseen, vuorovaikutukseen ja tunteisiin liittyvään oireistoon, joiden voidaan ajatella olevan näkyvissä sairaanhoitajan ja potilaan välisessä hoitosuhteessa. Hakutuloksista suljettiin pois mm. lomakekyselyihin, neurotieteisiin, farmasiaan ja dissosiaatiohäiriöiden hoitoon liittyvät tutkimukset. Samoin suljettiin pois tulokset, joissa tutkimuksen kohteena oli esimerkiksi dissosiatiiiviset oireet jossakin muussa sairaudessa, kuten skitsofreniassa, tai joissa vertailtiin oireita jonkin tietyn dissosiaatiohäiriön ja jonkin muun sairauden tai häiriön välillä. Tiedonhakuprosessin sisäänotto- ja poissulkukriteerit on esitelty taulukossa 2.

Taulukko 2. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aineistossa käsitellään dissosiaatiohäiriöiden tunnistamista ja erityisesti käyttäytymiseen, vuorovaikutukseen ja tunteisiin liittyvää oireistoa, jota on mahdollista havaita sairaanhoitajan ja potilaan välisessä hoitosuhteessa</li> <li>• Aineistossa käsitellään dissosiaatiohäiriöitä ryhmänä (ensisijainen valinta) tai joidain/jotain dissosiaatiohäiriötä (toissijainen valinta)</li> <li>• Alkuperäistutkimukseen perustuva tieteellinen artikkeli, väitöskirja, pro gradu -tutkielma, opinnäytetyö YAMK tai luotettaviin lähteisiin perustuva artikkelityyppinen julkaisu</li> <li>• Englannin- tai suomenkielinen</li> <li>• Julkaistu vuosien 2010–2021 välillä</li> <li>• Julkaistu luotettavassa lähteessä</li> <li>• Kokoteksti saatavilla e-aineistona</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aineistossa käsitellään ensisijaisesti jotain muuta sairautta tai häiriötä kuin dissosiaatiohäiriötä, vertailee oireita jonkin tietyn dissosiaatiohäiriön ja muun sairauden tai häiriön välillä tai käsittelee dissosiatiiivisia oireita jossakin muussa sairaudessa tai häiriössä</li> <li>• Aineistossa keskitytään dissosiaatiohäiriöiden hoitoon, farmasiaan, neurotieteisiin, lomakekyselyihin tai lapsiin</li> <li>• Ei vastaa tutkimuskysymykseen</li> <li>• Lyhyt kommenttijulkaisu, kirja-arvio, opinnäytetyö AMK tai kandidaatintutkielma</li> <li>• Julkaistu ennen vuotta 2010</li> <li>• Kokotekstiä ei saatavilla</li> </ul>

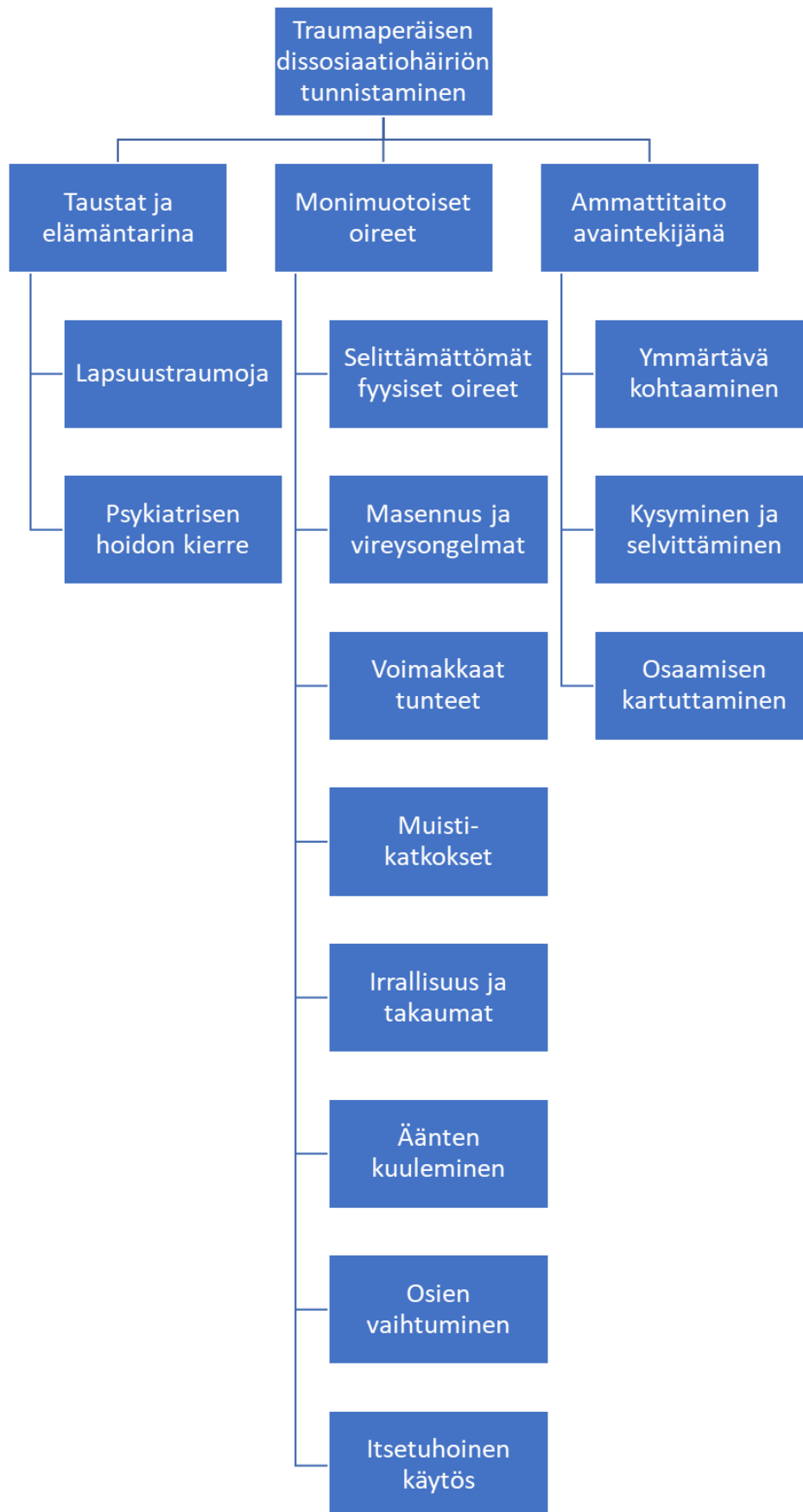


Lopulta katsaukseen valittiin 9 artikkelia tai tutkimusta. Kolme niistä oli englanninkielisiä tutkimuspohjaisia artikkeleja, joissa jokaisessa tarkasteltiin 1–3 case-tapausta. Kolme oli suomenkielisiä autotografisia eli omaelämäkerrallisia tutkimuksia, joista yksi oli väitöskirja, yksi pro gradu -tutkielma ja yksi opinnäytetyö YAMK. Näiden yksittäisiä tapauksia tarkastelleiden kuuden tutkimusten lisäksi katsaukseen valittiin kolme artikkelityyppistä julkaisua. Ne eivät olleet alkuperäistutkimuksia, vaan pohjautuivat muuhun lähdeaineistoon. Artikkelityyppisten julkaisujen mukaanotolla haluttiin laajentaa katsauksen näkökulmaa yksittäisten case-tapausten rinnalla ja lisätä näin sen luotettavuutta, vaikka alkuperäistutkimukset muuten ovatkin normaalisti suositeltavimpia kirjallisuuskatsauksen aineistoksi (Niela-Vilén & Hamari 2016, 25). Katsaukseen valitut tutkimukset ja artikkelit on taulukoitu liitteeseen 1.

### 4.3 Aineiston analyysi

Aineiston analyysimenetelmäksi valittiin induktiivinen sisällönanalyysi. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus pohjautuu lähtökohtaisesti aineistoon, joten analyysimenetelmäksi oli luontevaa valita induktiivinen eli aineistolähtöinen tapa (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikainen 2013, 291). Sisällönanalyysi puolestaan on hoitotieteellisessä tutkimuksessa paljon käytetty menetelmä, jonka avulla tutkittavaa ilmiötä voidaan kuvailla sekä muodostaa ilmiötä kuvaavia kategorioita ja käsitteitä (Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011, 139).

Katsaukseen valittu aineisto tulostettiin sähköisistä lähteistä. Englanninkieliseen aineistoon etsittiin ja merkittiin suomennokset vieraankuuloisille sanoille ja termeille oikean kääntämisen sekä ymmärtämisen varmistamiseksi. Aineisto luettiin huolellisesti läpi ja kokonaisuuden hahmottamisen jälkeen aineistoa lähdettiin pelkistämään eli reduceoimaan (Tuomi & Sarajärvi 2018, 123). Aineistosta etsittiin tutkimuskysymyksen valossa kiinnostavat asiat ja merkittiin ne korostustussilla. Aineistosta nousseet oleelliset ilmaisut sekä niiden pelkistetyt versiot tulostettiin lähdetietoineen paperilapuille hyödyntäen apuna sähköisiä aineistoversioita ja Word-ohjelmaa. Tämän jälkeen paperilaput käytiin huolellisesti läpi ja ryhmiteltiin eli klusteroitiin ala-, ylä- ja pääluokkiin (Tuomi & Sarajärvi 2018, 124–125). Analyysin tulokset jaoteltiin kolmeen pääluokkaan, jotka on esitelty yhdessä yläluokkien kanssa kuviossa 2.



Kuvio 2. Pää- ja yläluokat

Taulukossa 3 on kuvattu esimerkkejä analyysiprosessista. Siinä esitellään kolme alkuperäisilmaisua, jotka pelkistettiin sekä ryhmiteltiin ala-, ylä- ja pääluokkiin.

Taulukko 3. Esimerkki analyysiprosessista

<b>Alkuperäinen ilmaisu</b>	<i>“Sophia also discussed feeling shame and isolation, having “a lot of the ‘what’s wrong with me’ kind of feelings, like I must be flawed or I must be crazy, or why am I acting this way” (Fox, Bell, Jacobson &amp; Hundley 2013, 333).</i>	<i>“Psykkinen oireiluni oli hätähuuto. Katsokaa ja huomakaa, etten voi hyvin. En ymmärtänyt itse, missä vika on ja mitä voisin tehdä. Tunsin itseni väsyneeksi, ahdistuneeksi ja masentuneeksi ilman selkeää syytä.” (Rissanen 2015, 66–67.)</i>	<i>“Olen ollut niin vihainen, todella vihainen, niin kauan... Vihalla verhoan monet tunteet, esimerkiksi heikkouden, pelon, kiintymyksen, väsymyksen, tarvitsevuuden, surun, nöyryytyksen ja häpeän tunteet.” (Miettinen 2020, 37.)</i>
<b>Pelkistetty ilmaisu</b>	Henkilö koki häpeää ja eristäytyneisyyttä sekä mietti, mikä hänessä oli vikana ja miksi hän käyttäytyi tällä tavoin (Fox ym. 2013, 333).	Henkilö oireili psyykkisesti ilman selkeää syytä. Hän ei ymmärtänyt, missä vika on ja mitä sille voisi tehdä. (Rissanen 2015, 66–67.)	Henkilö peitti pitkäaikaisella vihan tunteella muita, kipeitä tunteita (Miettinen 2020, 37).
<b>Alaluokka</b>	Hämmennys		Raivo
<b>Yläluokka</b>	Voimakkaat tunteet		
<b>Pääluokka</b>	Monimuotoiset oireet		

## 5 Tulokset

Opinnäytetyön tuloksista nousi esiin melko yhdenmukaista linjaa noudattaen kolme pääteemaa, joilla on tärkeä merkitys traumaperäistä dissosiaatiohäiriötä tunnistettaessa: potilaan taustat ja oireet sekä työntekijän ammattitaito. Dissosiaatiohäiriön taustalta löytyy useimmiten lapsuusajan traumaattisia kokemuksia sekä psykiatrisen hoidon kierre. Oireet puolestaan voivat olla hyvin monimuotoisia ja erilaisiin sekä fyysisiin että psyykkisiin ongelmiin viittaavia. Oleellinen merkitys tunnistamisen kannalta on työntekijän ammattitaito: dissosiaatiohäiriöiden tuntemus, potilaan ymmärtävä kohtaaminen sekä oikeiden kysymysten esittäminen.

### 5.1 Taustat ja elämäntarina

#### Lapsuustraumoja

Aineistosta nousi selkeästi esiin **lapsuuden laiminlyönti- ja hyväksikäyttökokemusten** yhteys traumatisoitumiseen ja dissosiaatiohäiriöihin, mutta toisaalta myös se, että trauman voi aiheuttaa ns. hyvässäkin kasvu ympäristössä esimerkiksi **emotionaalinen vaille jääminen**. Rossin (2015, 116) mukaan tärkeä tunnusmerkki on henkilön kertomus menneisyydestään, johon liittyy laaja ja vakava lapsuudenaikainen trauma. Tarinan tueksi ei tarvitse olla todisteita, vaikkakin toisinaan esimerkiksi perheenjäsenet tai ystävät voivat vahvistaa traumaattisen menneisyyden tai jopa kertoa joutuneensa hyväksikäytetyiksi saman tekijän toimesta (Ross 2015, 116–117). Foxin ja muiden (2013, 335) tutkittava oli kokenut varhaislapsuudessaan vakavaa psyykkistä ja emotionaalista pahoinpitelyä sekä seksuaalista hyväksikäyttöä. Devillén ja muiden (2014, 2) kolmesta tutkittavasta yksi kertoi perheenjäsenen taholta tapahtuneesta seksuaalisesta hyväksikäytöstä, hänellä ollen vain epä-määräisiä muistikuvia tapahtumista. Rossin (2015, 116) artikkelissa mainittu tutkittava ei sen sijaan kyennyt akuutissa tilanteessa itse kertomaan menneisyydestään, mutta tieto lapsuuden hyväksikäyttötaustasta tuli hänen avohoidon psykiatriltaan. Osa henkilön tarinaa voi olla hyväksikäyttö myös myöhemmässä vaiheessa, kuten Peltoniemen (2017, 60) tapauksessa raiskauksen uhriksi joutuminen nuorena aikuisena. Brand ja Loewenstein (2010, 64) kehottavatkin kysymään asiasta suoraan esimerkiksi näin: *”Oletko koskaan ollut ei-toivotussa seksuaalisessa kontaktissa kenenkään kanssa? Lapsena? Nuorena? Aikuisena?”*

Kokemuksen ei tarvitse sisältää seksuaalista hyväksikäyttöä ollakseen traumatisoiva (Ross 2015, 116). Myös erilainen tarpeiden laiminlyönti tai psyykkinen väkivalta voi johtaa vakavaan traumatisoitumiseen. Lapselle on tärkeää tuntea, että hänestä huolehditaan ja että hän on turvassa (Brand & Loewenstein 2010, 64). Miettinen (2020, 27) eli laiminlyönti- ja kaltoinkohtelukokemusten värittämän varhaislapsuuden alkoholisoituneen äitinsä kanssa. Hänen muistikuvansa tuolta ajalta sisältävät pääosin yksinäisiä hetkiä ja humalaisten kanssa elämistä. *”On jouluaatto. Olen yksin olohuoneessa. Muut nukkuvat krapulaansa.”* (Miettinen 2020, 27–28.) Traumatisoiviin kokemuksiin voi kuulua myös väkivallan näkeminen lähipiirissä (Brand & Loewenstein 2010, 64). Miettinen (2020, 28) kertookin laskevansa kaltoinkohteluksi omalla kohdallaan myös väkivaltatekojen näkemisen lapsena niiden ihmisten välillä, joiden huomaan hänen olisi pitänyt arjessa selviytymisensä luottaa.

Brandin ja Loewensteinin (2010, 64) mukaan altistaviin tekijöihin voi kuulua myös varttuminen perheessä, jossa noudatetaan hyvin tiukkarajaisia moraalisia sääntöjä ja käytetään niiden valvomiinseen kovaa kuria. Peltoniemi (2017, 54) kertoo etsineensä teini-ikäisenä totuutta uskonnosta ja liittyneensä tuolloin seurakuntayhteisöön. Tasapainoon pyrkiminen muuttui kuitenkin valtavaksi stressiksi ja ristiriidaksi, kun hän rakastui samaa sukupuolta olevaan ystävänsä. *”Minulle opetettiin, että homoseksuaalisuus on kiusaus, jolla Saatana houkuttelee Jeesuksen omia... Joitain kertoja minusta myös ajettiin ulos pahoja henkiä ja riivaajia. Kokemukset olivat traumaattisia... paine oli ääretön ja homous oli yhtä kuin helvettiin joutuminen.”* (Peltoniemi 2017, 54–55.)

Traumatisoitumisen ja dissosiaatiohäiriön taustalla voi olla myös emotionaalista vaille jäämistä ja tuen puutetta. Peltoniemi (2017, 19, 24, 50) kertoo tulevansa tavallisesta ja hyvästä perheestä, jossa kuitenkin vaikutti ylisukupolisesti puhumattomuuden ja pärjäämisen kulttuuri sekä ajatus naisen vähäisemmästä arvosta mieheen nähden. Näiden seurauksena hän ei lapsena halunnut kuulua naissukupuoleen, ei oppinut käsittelemään tunteitaan ja sai tarpeisiinsa nähden liian vähän emotionaalista tukea (Peltoniemi 2017, 19, 24, 115). Miettinen (2020, 31) taas koki keskilapsuudessaan toisen traumatisoitumisen vaiheen, kun hän oli jo muuttanut alkoholisoituneen äitinsä luota isovanhemmilleen. Äiti oli jäänyt humalassa auton alle ja vietti kaksi kuukautta sairaalassa hengityskoneessa. Miettinen odotti ja pelkäsi koko tuon ajan viestiä äitinsä kuolemasta, ja kun se viimein tuli, tunnetason tuen puute ja asiaan liittyvä puhumattomuus perhepiirissä aiheuttivat hänelle uuden trauman. (Miettinen 2020, 31–32.) Temple (2019, 22) painottaakin henkilön trauma-historian yleiskuvan systemaattista selvittämistä osana mahdollisen dissosiaatiohäiriön tutkimista.

Hän kehottaa kiinnittämään huomiota myös henkilön varhaisiin kiintymyssuhteisiin, jotta voitaisiin tunnistaa mahdolliset traumat liittyen lapsuuden kehitykseen (Temple 2019, 21).

### **Psykiatrisen hoidon kierre**

Aineistosta ilmeni, että useimmiten dissosiaatiohäiriön tunnistaminen on pitkäaikainen ja mutkikas prosessi. Dissosiaatiohäiriöisellä henkilöllä on tyypillisesti taustallaan **useita psykiatrisia diagnooseja** sekä runsaasti kontakteja mielenterveyspalveluihin (Ross 2015, 116; Temple 2019, 22). Henkilöllä on saatettu todeta esimerkiksi **skitsofrenia, masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö** ja/tai **traumaperäinen stressihäiriö PTSD** (Brand & Loewenstein 2010, 67; Devillé ym. 2014, 3; Fox ym. 2013, 334; Peltoniemi 2017, 64; Rissanen 2015, 74; Ross 2015, 116; Urbina, May & Hastings 2017, 224). Tyypillinen on myös **epävakaan persoonallisuushäiriön** diagnoosi tai epäily siitä (Fox ym. 2013, 334; Peltoniemi 2017, 64; Rissanen 2015, 74; Ross 2015, 116; Temple 2019, 22). Taustalla voi olla myös **päihteidenkäyttöä** (Brand & Loewenstein 2010, 63, 67; Devillé ym. 2014, 3; Peltoniemi 2017, 64; Ross 2015, 116) tai **syömishäiriöitä** (Brand & Loewenstein 2010, 63; Rissanen 2015, 65–66).

Henkilöllä voi olla takanaan useita sairaalahoitojaksoja erikoisin oirein (Ross 2015, 117) tai jopa psykiatrisen laitospäätös (Peltoniemi 2017, 63; Rissanen 2015, 72). Rossin (2015, 117) mukaan DID-potilaat kiertävät mielenterveyspalvelujen piirissä keskimäärin 7 vuotta ennen kuin heillä diagnosoitetaan dissosiaatiohäiriö. Toisaalta on myös mahdollista, että henkilöltä puuttuu psykiatrisen hoitotausta kokonaan (Deville ym. 2014, 3). Mahdollista on myös, että henkilöllä on yksi selkeä diagnoosi, jossa kuitenkin ilmenee jotain huomiota herättävää. Tästä esimerkkinä Devillé ja muiden (2014, 2) yksi tutkittava: henkilöllä oli todettu paranoidinen skitsofrenia 6 vuotta aiemmin, jonka jälkeen hän oli ollut 5 vuotta remissiossa ilman skitsofreniapotilaiden usein tarvitsemää anti-psykoottista lääkitystä.

Rossin (2015, 118) mukaan DID havaitaan avohoitoa helpommin akuuttihoitossa tai sairaalaympäristössä, koska kriisitilanteessa henkilön oireet tulevat selkeämmin esille. Varsinkin akuuttihoitossa dissosiaatiohäiriöt on kuitenkin helppo sekoittaa psykooseihin, kuten Devillé ja muiden (2014, 3) kahden tutkittavan kohdalla kävi. Rissanen (2015, 74) mukaan haasteena DID:n diagnosoimisessa onkin, että se muistuttaa oireiltaan psykoosia, olematta kuitenkaan psykoosisairaus. ”Vä-

*symyksestäni tuli ensin vaikea masennus, myöhemmin psykoosi, epävakaapersoonallisuus, erilais-  
tumaton skitsofrenia, tarkemmin määrittelemätön skitsofrenia, affektiivisen psykoosin jälkitila ja  
lopulta dissosiativinen identiteettihäiriö”* (Rissanen 2015, 74).

## 5.2 Monimuotoiset oireet

### Selittämättömät fyysiset oireet

Dissosiaatiohäiriöisellä henkilöllä voi olla joko menneisyydessään tai senhetkisessä tilanteessa **fyysistä oireilua**, jolle ei tutkimuksista huolimatta löydy elimellistä selitystä (Brand & Loewenstein 2010, 64; Rissanen 2015, 66). Oireilu voi olla esimerkiksi oksentelua ja pahoinvointia (Rissanen 2015, 66), päänsärkyä tai migreeniä (Brand & Loewenstein 2010, 63; Miettinen 2020, 34; Peltoniemi 2017, 53, 56), iho-ongelmia (Peltoniemi 2017, 53, 56) tai epämääräistä kuumeilua (Urbina ym. 2017, 225). Oireilu voi viitata myös mm. sydän-, maksa-, keuhko- tai autoimmuunisairauksiin, krooniseen väsymysoireyhtymään, refluksitautiin tai ärtyneen suolen oireyhtymään. Henkilöllä voi olla taustalla ylipaino-ongelmia, seksitauteja tai nuoresta iästä alkaen useita raskauksia. (Brand & Loewenstein 2010, 63.) Aineistossa raportoitiin myös jalkakivuista, joihin ei leikkaushoitokaan auttanut, sekä vihlovasta rintakivusta (Peltoniemi 2017, 56, 98). Peltoniemen (2017, 107) mukaan fyysiset oireet muuttuvat ymmärrettävämmiksi, kun niitä tarkastelee polyvagaalisen teorian viitekehysessä. Hän kokee fyysisten oireidensa olleen kielellisen maailman ulkopuolella olevien EP-osien sanaton keino viestiä (Peltoniemi 2017, 107, 118).

### Masennus ja vireysongelmat

Dissosiaatiohäiriön oireistoon voi kuulua **masennusta, uupumusta, passiivista olemusta, alivireyttä ja uniongelmia**, mutta se saattaa oireilla myös **ylivireytenä ja ylisuorittamisena**. Peltoniemen (2017, 66) oli raportoitu psykiatrisella hoitajaksolla olleen lähes kaiken aikaa mielialaltaan synkkämielinen, alakuloinen ja alavireinen sekä tuskainen. Rissanen (2015, 65, 72) taas koki työikäisenä väsymystä ja täydellistä uupumusta, joka ystävän äkillisen kuoleman aiheuttaman kriisin myötä muuttui totaaliseksi romahdukseksi. *”En pystynyt nukkumaan, en syömään. En jaksanut mitään. Makasin vain ahdistuneena.”* (Rissanen 2015, 72.) Templen (2019, 21) mukaan passiivinen olemus kuuluu usein dissosiaatiohäiriön tunnuspiirteisiin. Myös Peltoniemen (2017, 84) oireisiin kuului liikkumattomuutta, pysähtyneisyyttä ja lamaannusta sisältäviä tiloja. Devillén ja muiden

(2014, 3) tutkittavista yhdellä oli sairaalahoitoon tullessaan ahdistunut ja surullinen mieliala, johon liittyi kyvyttömyyttä tuntea mielihyvää sekä tahdottomuutta.

Unettomuus kuului dissosiaatiohäiriön oireisiin Peltoniemen (2017, 59) sekä Devillén ja muiden (2014, 3) yhden tutkittavan kohdalla. Brandin ja Loewensteinin (2010, 64) mukaan dissosiaatiohäiriön oireisiin voi kuulua painajaisunet, joiden jälkeen henkilö saattaa herätä sekavana ja hämmennyneenä, ja jopa löytää itsensä jostain muualta kuin omasta vuoteestaan. Tämäntyyppistä oireistoa esiintyi Miettisellä (2020, 48), jonka painajaisunissa toistuivat esimerkiksi pakenemiseen liittyvät teemat. *”Yöllä unissa yritän juosta karkuun, mutta kaadun yhtenä, olo on kuin hidastetussa elokuvassa lamaantuneena.”* Painajaistentäyteen öihin liittyi Miettisen kohdalla myös päiväaikainen väsymys. Lapsena ja nuorena hänellä esiintyi lisäksi unissakävelyä, jolloin hän saattoi lähteä unissaan jopa ulos. (Miettinen 2020, 34, 48.)

Ylisuorittamisesta oireena raportoivat Peltoniemi (2017, 57) ja Miettinen (2020). Peltoniemen (2020, 57) elämässä suorittaminen liittyi opiskeluun ja työntekoon. Tehokkuuteen ajoivat hänen kohdallaan työn tekemisen tuottama turvallisuuden tunne sekä sympaattisen hermoston hälyttäjä ylivilpitystä. Toisaalta suorittavan persoonallisuuden osan energia riitti Peltoniemen kohdalla vain työhön, ja muu osa hänen elämästään oli tuolloin hallitsematonta kaaosta. (Peltoniemi 2017, 57–58.) Miettisen (2020, 39) kohdalla suorittaja oli vahva ja pärjäävä päivittäin, joka pakeni tunteita olemalla erittäin aktiivinen töiden ja opiskelujen parissa. Hänen elämänsä eri vaiheissa näkyviä merkkejä ovat olleet yliahkeruus, tarve pitää tilanteet omassa hallinnassa sekä vaikeus pyytää toisilta apua. Vahvuudella ja pärjäämisellä Miettinen kokee pyrkineensä peittämään surun ja tarvitsevuuden sekä välttämään satuttavia tunteita. (Miettinen 2020, 34, 37–39.) Toisaalta henkilöllä saattaa esiintyä myös sekä yli- että alivilpitystä. Miettinen (2020, 47) raportoikin näitä molempia, joskin enemmän ylivilpitystä. Hän kuvailee autonomisen hermostonsa toimivan yliherkästi, ja kehonsa menevän tietyistä laukaisijoista helposti kireys- tai taistelemis- ja pakenemistilaan, toisinaan myös jähmettymistilaan (Miettinen 2020, 44).

### **Voimakkaat tunteet**

Dissosiaatiohäiriöihin voi kuulua monenlaisia voimakkaita tunteita, kuten **raivoa ja hämmennystä**, sekä **pelkotiloja ja uskomuksia**. Brandin ja Loewensteinin (2010, 63) mukaan dissosiaatiohäiriöihin voi liittyä myrskyisiä ihmissuhteita ja ongelmia mm. vihanhallinnassa. Miettinen (2020, 37) kertoo



kokeneensa valtavaa vihaa ja raivoa, sekä peittäneensä niillä muita tunteita, kuten heikkoutta, pelkoa, kiintymystä, väsymystä ja häpeää. Hän kertoo myös ajautuneena useaksi vuodeksi turvattoomaan parisuhteeseen, koska tiedostamattaan etsi ihmissuhteissa lapsuutensa tunnemaailmaa (Miettinen 2020, 54).

Dissosiaatiohäiriö herättää tyyppillisesti henkilön mielessä runsaasti hämmennystä. Foxin ja muiden (2013, 333) tutkittava kertoi kokeneensa häpeää sekä miettineensä usein, mikä hänessä oli vikana. Rissanen (2015, 66) kuvailee psyykkistä oireiluaan hätähuudoksi, koska ei ymmärtänyt itse, missä vika on ja mitä sille voisi tehdä. Myös Peltoniemi (2017, 63, 115) sanoo, ettei oikein osannut kertoa, mikä hänellä oli hätänä, ja etsineensä siksi ammattilaisista itsensä ymmärtäjää. Hän kuvailee mielensä olleen monessa palassa. *”Tietää, muttei tiedä. Muistaa, muttei muista. Uskoo, muttei usko ja uskoo valehtelevansa. Pelkää muistavansa väärin ja keksivänsä kaiken. Miten tämän voisi järjestää?”* (Peltoniemi 2017, 27.)

Dissosiaatiohäiriöihin voi liittyä erilaisia pelkotiloja. Rissanen (2015, 65) raportoi kokeneensa opiskeluaikanaan jännittämistä ja sosiaalisia pelkoja. Myöhemmin hänellä oli esiintynyt myös mm. hulluksi tulemisen pelkoa sekä päivittäistä elämää haittaavia pelkotiloja, kuten vaikeutta liikkua julkisilla kulkuvälineillä (Rissanen 2015, 101). Peltoniemi (2017, 102) taas kertoo olleensa ajoittain kykenemätön olemaan yksin. Miettinen (2020, 42, 56) raportoi kokeneensa vahvaa hylätyksi tulemisen pelkoa sekä luottamusongelmaa etenkin vakaiden ihmisten kohdalla. Hän kertoo tarkkailleensa ympäristöään ja kanssaihmiään sekä pyrkineensä ennakoimaan vaaran uhkaa esimerkiksi toisten ihmisten ilmeistä ja eleistä. Toisinaan Miettisen olotila muuttui hetkessä rohkeasta pärjääjästä kireäksi ja pelokkaaksi. *”Säikähdän ja pelkään hulluja. Ne tulee, raiskaa ja tappaa minut lapseni silmien alla.”* (Miettinen 2020, 34, 56.)

Dissosiaatiohäiriöihin liittyy usein myös negatiivisia uskomuksia itsestä. Henkilö saattaa uskoa, että hän on virheellinen, arvoton ja syyllinen ikäviin tapahtumiin (Brand & Loewenstein 2010, 63; Temple 2019, 21). Rissanen (2015, 67) kertoo kokeneensa itsensä tyhmäksi ja epänormaaliksi. Peltoniemi (2017, 14, 55) kertoo nähneensä itsensä erilaisena, vääränlaisena ja ulkopuolisena sekä kokeneensa painetta ja stressiä omasta kelpaavuudestaan. Miettinen (2020, 41) kuvailee negatii-

vista minäkäsitystään sanoin ”*En usko, että kukaan voi rakastaa mua. En usko, että kukaan voi pitää mua viehättävänä. Pelkään koko ajan, että olen liian epäviehättävä, ruma, epäseksikkäästi keskivartalosta läski.*” (Miettinen 2020, 41–42.)

## **Muistikatkokset**

Dissosiaatiohäiriöissä tyypillisiä oireita ovat erilaiset **unohtelut ja muistikatkokset**. Foxin ja muiden (2013, 333) tutkittavan oireistossa merkillepantavaa oli epätarkka ajantaju ja tunteet unohtelusta. Tutkittava kuvaili itseään tarralappukuningattareksi, koska ei kyennyt muistamaan asioita (Fox ym. 2013, 333). Toistuvat, selkeärajaiset muistikatkokset ilman alkoholin tai huumeiden vaikutusta sekä lääketieteellistä selitystä voivat viitata dissosiaatiohäiriöön. Tällainen muistikatkos voi kestää minuutteja, tunteja tai jopa päiviä. (Brand & Loewenstein 2010, 64; Ross 2015, 116.) Toisaalta muistikatkokset voivat kohdistua myös henkilön historiaan: hänellä saattaa olla esimerkiksi lapsuudessaan muutaman vuoden ajanjakso, josta hän ei muista mitään (Brand & Loewenstein 2010, 64; Ross 2015, 117; Temple 2019, 22). Tämänäyttöiset muistikatkokset jäävät hoitavilta henkilöiltä helposti havaitsematta, koska potilaat harvoin raportoivat niistä spontaanisti (Brand & Loewenstein 2010, 64).

Muistikatkokset voivat näkyä dissosiaatiohäiriöisen henkilön elämässä monin tavoin. Ihmiset voivat kertoa henkilön käyttäytyneen tavalla, jota tämä ei lainkaan muista (Brand & Loewenstein 2010, 64; Ross 2015, 117). Tuo käytös saattaa myös olla henkilölle täysin epätyypillistä (Urbina ym. 2017, 225). Eteen saattaa tulla todisteita keskusteluista, joita henkilö ei muista käyneensä (Brand & Loewenstein 2010, 64; Temple 2019, 21–22). Ihmiset, joita henkilö ei tunnista, saattavat tulla juttelemaan tuttavallisesti ja jopa kutsua henkilöä eri nimellä (Ross 2015, 117). Tavarat saattavat olla siirtyneet asunnossa eri paikkaan tai kadonneet (Brand & Loewenstein 2010, 64; Ross 2015, 117). Vaatekaapista voi löytyä vaatteita, joita henkilö ei muista hankkineensa, ja jotka mahdollisesti ovat myös täysin erilaisia verrattuna henkilön normaaliin tyyliin (Brand & Loewenstein 2010, 64; Ross 2015, 117; Urbina ym. 2017, 225). Henkilö saattaa löytää tekemiään kirjoituksia tai piirustuksia, joita hän ei muista tehneensä, ja joissa mahdollisesti on hänelle täysin poikkeava käsiala tai tyyli (Brand & Loewenstein 2010, 64; Ross 2015, 117). Selkeimmillään henkilö saattaa löytää itsensä jostain paikasta muistamatta, kuinka on sinne päätenyt (Brand & Loewenstein 2010, 64, Ross 2015, 117; Urbina ym. 2017, 225).

## Irrallisuus ja takaumat

Dissosiaatiohäiriöihin liittyy tavallisesti erilaisia **irralisuuden tunteita** sekä **takaumia ja niiden laukaisijoita**. Brandin ja Loewensteinin (2010, 64) mukaan dissosiaatiohäiriöihin voi liittyä kyky sulkea tietoisuutensa ulkopuolelle ihmisiä, tapahtumia, tunteita tai jopa fyysistä kipua. Foxin ja muiden (2013, 332) tutkittava kertoi, että vaikka hän tietää hyväksikäytön tapahtuneen hänelle itselleen, hän ei silti tunne siihen liittyviä kokemuksia ja muistoja omikseen. Myös Rissasen (2015, 104) oireistoon kuului, ettei hän aina kokenut ajatuksiaan omina ajatuksinaan, tunteitaan omina tunteinaan tai ylipäätään itseään täysin omaksi itseksensä. Peltoniemi (2017, 72, 83) raportoi olemassa olemattomuuden kokemuksista sekä kehon irrationaalisista eli järjenvastaisista tuntemuksista ja aistimuksista. Miettinen (2020, 29) kertoo lapsuudenkokemuksistaan, joissa hän tunsii leijailevansa oman kehonsa ulkopuolella. *”Makasin sohvalla ja tunsin, kuinka pystyin lentämään ja leijumaan ympäri olohuonetta. Menin ensin seinää pitkin ja sitten leijuin katon rajassa. Tämä tuntui todelliselta.”* (Miettinen 2020, 29.) Devillén ja muiden (2014, 3–4) tutkittavista yksi kuvaili olleensa kuin itsestään erillinen robotti, ja toinen koki itsensä unen omaisesti oman kehonsa ulkopuolella olevaksi tarkkailijaksi. Brand ja Loewenstein (2010, 64) nimeävät depersonalisaatioksi kokemukset, joissa henkilö tuntee olevansa oman kehonsa ulkopuolella tai katselevansa itseään kuin olisi ulkopuolinen henkilö. Tällaisia kokemuksia voivat olla esimerkiksi tunnottomuuden kokemukset, itsensä tunteminen kuin robotiksi tai itsensä katseleminen etäältä, kuin elokuvassa. Derealisaatiokokemukset puolestaan liittyvät ympäristöön. Tällöin maailma saattaa tuntua epätodelliselta tai sumuiselta, tai tutut paikat ja ihmiset saattavat tuntua vierailta. (Brand & Loewenstein 2010, 62–64.)

Brandin ja Loewensteinin (2010, 64, 66) mukaan dissosiaatiohäiriöihin voi liittyä lyhyitä, mieleen tunkeutuvia muistoja menneistä tapahtumista. Toisinaan saattaa tuntua, kuin nuo menneet asiat tapahtuisivat juuri kuluvalle hetkellä. Mieleen muistuva välähdys voi olla hyvin lyhyt: vain jokin näkymä, ääni, maku, tuoksu tai kosketus. (Brand & Loewenstein 2010, 64.) Rissanen (2015, 138) kuvailee sisältään tulevia muistoja ja tunnelmia tuskaisiksi, uhkaaviksi ja pelottaviksi. Peltoniemi (2017, 95) kertoo sisäisistä kauhunhetkistä, jotka kokemisen hetkellä tuntuivat päättymättömiltä, mutta joista hän kuitenkin uskoi pääsevänsä pois. Miettinen (2020, 48) kertoo kokeneensa erilaisia takaumia mm. lauluista, vuodenajoista, äänistä ja hajuista. *”Haistelin kaupassa muovailuvahaa. Se herätti yllättäviä ja vahvoja tunnemuistoja alitajunnasta... Tulee itku. Syvältä. En tiedä miksi. En*

*edelleenkään muista mitään.*” (Miettinen 2020, 48.) Takaumiin liittyikin yleensä jokin trauman uudelleen pintaan nostava laukaisija: esimerkiksi tietty ihminen, tilanne tai esine, joka herättää henkilössä voimakkaan tunnereaktion ilman, että henkilö osaa yhdistää laukaisijaa ja tunnereaktiota toisiinsa (Brand & Loewenstein 2010, 64; Temple 2019, 21). Tyypillinen laukaisija on jokin ihmissuhdetilanne (Temple 2019, 21). Miettinen (2020, 1, 46) tunnistaaakin kohdallaan traumalaukaisijoiksi erityisesti parisuhteeseen ja vanhemmuuteen liittyviä asioita ja tilanteita, esimerkiksi vauvan itkun.

## Äänten kuuleminen

Dissosiaatiohäiriöiden oireistoon voi kuulua **pään sisäisten äänten kuuleminen**. Templen (2019, 21) mukaan äänet voivat olla sisäisiä, ulkoisia, loukkaavia, kommentoivia tai käskeviä, ja henkilö kokee äänten olevan itsestään erillisiä. Rossin (2015, 117) mukaan äänet voivat puhua henkilölle itselleen tai toisilleen. Ääniä voi olla yksi tai useampia, ja niillä voi olla persoonallisia tunnisteita, kuten nimi, ikä tai sukupuoli (Ross 2015, 116–117). Äänet saattavat kiistellä keskenään esimerkiksi mielipiteistä tai arvoista. Tyypillistä on, että äänten kuulemiseen liittyy ajatuksia tai tunteita, joita henkilö ei tunnista omikseen. Useimmiten henkilö kokee äänet päänsä sisällä ja saattaa myös käydä keskusteluja niiden kanssa. (Brand & Loewenstein 2010, 64, 66.) Foxin ja muiden (2013, 333) tutkittava muistaa tärkeimmät äänihahmonsia päiväkotii-ikäisestä saakka ja kertoo keskustelleensa niiden kanssa jo tuolloin. Devillé ja muiden (2014, 3–4) tutkittavista kaikki kolme raportoivat äänten kuulemista nimenomaan sisäpuolelta ja siten, että henkilöiden itsekritiikki oli säilynyt. Devillé ja muut (2014, 4) olettavatkin itsekritiikin olevan erottava tekijä dissosiaatiohäiriöiden ja psykoosien välillä: dissosiaatiohäiriöissä äänet tulevat sisältäpäin ja psykooseissa ulkoapäin.

## Osien vaihtuminen

Dissosiaatiohäiriöiden monimutkaisemmissa muodoissa oireistoon voi kuulua myös ns. osien vaihtuminen eli switching. Tällöin henkilön **persoonallisuuden osat saattavat vaihtua** yhtäkkisesti. Tämä ilmenee äkillisinä käyttäytymisen tai mielialan muutoksina (Brand & Loewenstein 2010, 67; Ross 2015, 116). Esimerkkinä Rossin (2015, 116) mainitsema tutkittava, joka oli ensiavussa ollut ensin mykkä ja yhteistyöhaluton, ja alkanut sitten äkillisesti itkeä, vaikeroida ja liikehtiä kohtauksenomaisesti. Temple (2019, 21) mainitseeikin ilmeisenä osien vaihtumisen merkkinä tilanteen,

jossa henkilö muuttuu yhtäkkiä olemukseltaan passiivisesta ja jopa jäätyneestä kiihtyneeksi ja hypomaaniseksi. Foxin ja muiden (2013, 333) tutkittava kertoo ihmisten pitäneen häntä oikukkaana ja sekopäisenä, koska hänen tunnetilansa olivat niin sattumanvaraisia ja jatkuvasti vaihtuvia. Brandin ja Loewensteinin (2010, 64) mukaan tunnusmerkkejä saattavat olla myös mm. ihmissuhteiden muuttuminen selittämättömin tavoin sekä se, että toisinaan jokin taito tuntuu henkilöstä hyvinkin vaikealta ja joskus taas helpolta. Dissosiaatiohäiriöinen henkilö saattaa olla hämmentynyt omasta identiteetistään tai kokea, että hänen sisällään on useampia persoonia (Brand & Loewenstein 2010, 62; Ross 2015, 117). Devillén ja muiden (2014, 3) tutkittava kuvaili, että hänessä vaihtelee kaksi eri persoonallisuutta: autiotaloissa piileskelevä narkomaani sekä siisti ja sosiaalisia standardeja noudattava työminä. Urbinan ja muiden (2017, 225) tutkittava puolestaan nimesi itselleen viisi eri persoonallisuutta.

### Itsetuhoinen käytös

Dissosiaatiohäiriöihin saattaa liittyä itsetuhoisuutta, kuten syömishäiriöitä ja itsemurha-ajatuksia. Brandin ja Loewensteinin (2010, 63) mukaan dissosiaatiohäiriöihin liittyviin identiteettiongelmiin voi kuulua mm. vaikeuksia kehonkuvan kanssa sekä **syömishäiriöitä**. Rissanen (2015, 66) kärsi yläasteikäisenä anorektistyyppisestä syömishäiriöstä. Oireilu ei kuitenkaan ollut puhtaasti anoreksiaan viittaavaa, sillä Rissanen ei yrittänyt laihduttaa tai kieltäytynyt syömästä. Syömisen este oli hänen kohdallaan oksentelu ja pahoinvointi, joille ei löytynyt elimellistä syytä. (Rissanen 2015, 66, 148.)

Dissosiaatiohäiriöihin voi liittyä impulsiivista ja **itsetuhoista käytöstä**, vahingollisia selviytymiskeinoja, **päihteidenkäyttöä**, **itsemurha-ajatuksia** ja jopa itsemurhayrityksiä (Brand & Loewenstein 2010, 63–64; Temple 2019, 21). Peltoniemen (2017, 19) oireiluun kuului itsetuhoisuutta sekä päihteidenkäyttöä. Hän kertoo olleensa elämänhaluton, turvaton ja vihainen sekä oireilleensa käytöksellä. Hänellä oli myös ajatuksia itsensä vahingoittamisesta ja tappamisesta. (Peltoniemi 2017, 63–64.) Rissanen (2015, 100) puolestaan kuvailee pitkällisen kuntoutusvaiheen mielialaansa näin: *”Kaikesta huolimatta tunsin itseni edelleenkin harhaiseksi, ahdistuneeksi, yksinäiseksi, pelokkaaksi ja ajoittain halusin vain kuolla.”* Foxin ja muiden (2013, 332) tutkittava oli nuorena yrittänyt itsemurhaa pitkäaikaisen hyväksikäytön seurauksena. Hänellä havaittiin myöhemmin sekä syömishäiriö, päihdeongelma että itsemurha-ajatuksia (Fox ym. 2013, 333). Myös Urbinan ja muiden (2017, 224) tutkittavalla oli takanaan itsemurhayrityksiä.

### 5.3 Ammattitaito avaintekijänä

#### Ymmärtävä kohtaaminen

Aineistosta nousi esiin **hoitosuhteen, kohtaamisen ja vuorovaikutuksen** merkitys dissosiaatiohäiriöiden tunnistamisessa. Brandin ja Loewensteinin (2010, 65) mukaan turvallinen yhteistyösuhde on edellytys sille, että asiakas voi kertoa henkilökohtaisista ja usein häpeäntunnettakin tuottavista kokemuksistaan. Urbinan ja muiden (2017, 224) tutkittava oli aluksi varovainen kertomaan dissosiativisista oireistaan, mutta kun hän alkoi tuntea olonsa ammattilaisten seurassa mukavammaksi, hän pystyi kertomaan oireistaan avoimemmin. Rissanen (2015, 155) kokemusten mukaan hyvän yhteistyösuhteen muodostuminen edellyttää, että ammattilainen hyväksyy ja kuuntelee asiakasta sekä suostuu vastavuoroisuuteen ja ajatusten jakamiseen tämän kanssa. Rissanen (2015, 134) kokeekin yhteisen ihmettelyn, avoimen vuorovaikutuksen ja ennakkoluulottomuuden olleen merkittäviä asioita hoitosuhteissaan. Myös Peltoniemi (2017, 119) painottaa tasavertaisen kohtaamisen tärkeyttä hoitosuhteissa. Rissanen (2015, 134) mainitsee toimivan vuorovaikutuksen näkyvän myös siinä, että tunteista ja kokemuksista puhuminen auttaa ymmärtämään niitä paremmin sekä lisää tietoisuutta itsestä.

Foxin ja muiden (2013, 336) mukaan dissosiaatiohäiriöiden monimutkainen oireilu hämmentää joi-takin ammattilaisia ja saattaa johtaa siihen, että ammattilainen kyseenalaistaa asiakkaan koke-muksia. Heidän tutkittavansa tapauksessa ammattilaisten ymmärtämättömyys asiakasta kohtaan oli aluksi esteenä tutkittavan ahdingon lievittämiselle ja ratkaisun löytymiselle. Myöhemmin asian-tuntevan ammattilaisen kanssa tutkittava koki ymmärryksen ja hyväksynnän tunteita, joilla oli oleellinen merkitys hyvän hoitosuhteen syntyemiselle ja diagnoosin löytymiselle. (Fox ym. 2013, 335–336.) Rissanen (2015, 148) haki aikoinaan apua ensin fyysiseen sairauteensa, jolloin ammatti-laiset kiinnittivät huomiota myös hänen psyykkisiin oireisiinsa. Kohtaamisen ja vuorovaikutuksen tavalla oli tuolloin ratkaiseva merkitys hoitopolun alkamiselle. *”Ymmärtävä, ystävällinen, mutta samalla luja, päättäväinen ja keskusteleva ote rohkaisi minua ottamaan ensimmäisen askeleen kohti sairauden myöntämistä ja avun hakemista.”* (Rissanen 2015, 148.) Peltoniemen (2017, 61–62, 65) tarinassa puolestaan on lukuisia kohtia, joissa ymmärretyksi, kuulluksi ja kohdatuksi tulemi-nen jäivät toteutumatta, ja sen myötä dissosiaatiohäiriö jäi tuolloin tunnistamatta. Peltoniemi (2017, 67) muistaa kuitenkin tuoltakin ajalta merkityksellisiä kohtaamiskokemuksia yksittäisten ammattilaisten kanssa: lyhyidenkin hetkien aikana ammattilaisen empaattisuus ja halu ymmärtää

kannattelivat ja loivat toivoa. Myös Rissasen (2015, 85) kokemuksen mukaan joistakin ammattilaisista välittyi tietty välittämisen tunne: halu kuunnella, ymmärtää ja ottaa vakavasti.

### Kysyminen ja selvittäminen

Aineistossa merkittäväksi tekijäksi dissosiaatiohäiriöiden tunnistamisessa nousi ammattilaisten kyky **ottaa dissosiaatiohäiriön mahdollisuus huomioon** sekä **esittää oikeita kysymyksiä**. Templen (2019, 21) mukaan ammattilaisten tulisi matalalla kynnyksellä epäillä dissosiaatiohäiriön olemassaoloa. Myös Rossin (2015, 118) mukaan suurin este dissosiaatiohäiriöiden tunnistamiselle on se, että useat ammattilaiset eivät kysy oireista, eivätkä harkitse dissosiaatiohäiriön mahdollisuutta diagnoosia tehdessään. Brand ja Loewenstein (2010, 65) huomauttavat, että useimpia ammattilaisia ei ole edes koulutettu dissosiaation arvioimiseen ja tunnistamiseen. Sekä Brandin ja Loewensteinin (2010, 65) että Rossin (2015, 117) mukaan dissosiaatiohäiriöiset henkilöt eivät yleensä kerro oireistaan, erikoisilta kuulostavista kokemuksistaan tai traumataustastaan oma-aloitteisesti, minkä vuoksi kysyminen on erityisen tärkeää. Rissanen (2015, 148) tuo samasta asiasta esiin potilaan näkökulman: *”Vain harva osaa hakea apua itse, joten psyykkisen sairauden myöntämisessä ja tunnistamisessa tärkeä rooli on heillä, jotka uskaltavat ottaa asian puheeksi.”* Peltoniemi (2017, 128) puolestaan sanoittaa saman näin: *”jonkun muun on ymmärrettävä ensin, kysyttävä oikeita kysymyksiä”*. Myös Foxin ja muiden (2013, 335) tutkittava kertoi, että ennen dissosiaatiohäiriön tunnistanutta ammattilaista kukaan ei ollut koskaan ymmärtänyt kysyä häneltä oikeita kysymyksiä.

Templen (2019, 21–22) mukaan mm. henkilöhistoriaan, keskusteluihin, elämäntutkimukseen ja käyttäytymiseen liittyvä muistamattomuus, useat psykiatriset diagnoosit erilaisin oirekuvin sekä runsaasti itsetuhoisuutta sisältävä epävakaa persoonallisuushäiriö voivat olla dissosiaatiohäiriön viittaavia merkkejä. Jos henkilöllä esiintyy mitä tahansa näistä, tulisi hänelle esittää trauma- ja dissosiaatio-oireita koskevia kysymyksiä. Erityisen tärkeää olisi kysyä tapahtumiin ja arkielämään liittyvästä muistamattomuudesta sekä pyrkiä selvittämään henkilön mahdollinen traumahistoria. (Temple 2019, 21–22.) Myös Ross (2015, 116) painottaa, että dissosiaatiohäiriötä epäiltäessä tulee tavanomaisen psykiatrisen arvioinnin lisäksi esittää henkilölle mm. muistikatkoksiin, äänien kuulemiseen sekä henkilön mahdolliseen traumataustaan liittyviä lisäkysymyksiä. Peltoniemi (2017, 62) kertoo esittämättä jätetyistä kysymyksistä mm. näin: *”Tapahtumasta (raiskaus) ei puhuttu tai kysytty mitään koko laitostieteiden aikana kymmenien tapaamieni terveydenhuollon ammattilaisten toimesta, vaikka se papereissani lukikin.”*

## Osaamisen kartuttaminen

Jotta dissosiaatiohäiriöitä voitaisiin entistä tehokkaammin tunnistaa ja hoitaa, tarvitaan ammattilaisten keskuuteen **lisää osaamista** aiheesta. Rissanen (2015, 75) kokee, että **oikean diagnoosin** saaminen varhaisemmassa vaiheessa olisi ollut tärkeää sekä hänelle itselleen että häntä hoitaneille ammattilaisille. Oikean diagnoosin saaminen tuntui helpottavalta, koska se auttoi häntä ymmärtämään sairauden aiheuttamia oireita, ongelmia ja kokemuksia. Hoitaville ammattilaisille varhainen oikea diagnoosi olisi ollut Rissanen mielestä merkityksellinen, koska se olisi ohjannut hoitoa paremmin sekä auttanut ammattilaisia ymmärtämään hänen käytöstään. Oikean diagnoosin puuttuminen aiheutti Rissanen leimautumisen henkilökunnan silmissä vaikeaksi ja jopa toivottomaksi tapaukseksi, mikä hankaloitti hyvän hoitosuhteen luomista sekä toipumisen alkamista. (Rissanen 2015, 75.) Myös Templen (2019, 14, 21) mukaan dissosiaatiohäiriöiset potilaat diagnosoidaan helposti väärin sekä leimataan hoitoon vastaamattomiksi ja terveydenhuollon voimavaroja kuluttaviksi kroonisesti vaikeiksi tapauksiksi. Peltoniemen (2017, 116) kohdalla akuutinkin trauman huomiotta jättäminen sekä väärin diagnoosien aiheuttamat leimat johtivat ei-ymmärretyksi tulemisen kokemuksiin. Itsetuhoisen Peltoniemen yritykset päästä itseltään turvaan nähtiin psykiatrisessa sairaanhoidossa tuolloin pyrkimyksenä lietsoa ja provosoida. Hoitoon hakeutuminen tulokittiin hänen kohdallaan virheellisesti huomion hakemiseksi, johon ei tullut vastata. (Peltoniemi 2017, 64, 116.)

Rissanen (2015, 144) kehottaa pohtimaan, riittääkö pelkkä oireiden tarkastelu ja pyrkimys niiden vähentämiseen, vai jääkö tuolloin syvemmät kysymykset sekä ihmisarvo huomiotta. Hän varoittaa psykiatriin sairauksiin yleisesti liitetyn stigman eli häpeäleiman aiheuttamasta suhtautumisavasta, joka johtaa helposti yksilön luokitteluun vain sairauden kautta (Rissanen 2015, 150). Peltoniemen (2017, 126, 128) mielestä hoitojärjestelmän tulisi lokeroinnin ja oireiden mittaamisen sijaan keskittyä kokonaisvaltaiseen ihmisen kohtaamiseen sekä pyrkimykseen ymmärtää oireiden taustaa ja merkitystä. Sillä tavoin kompleksisestikin dissosiaatiohäiriöisen henkilön olisi mahdollista tulla kohdatuksi sekä ymmärretyksi koko tarinansa ja kaikkien osiensä kokonaisuutena. (Peltoniemi 2017, 114, 128).

Foxin ja muiden (2013, 339) tutkittavan kohdalla sekä ammattilaisen aito välittäminen että dissosiativisen identiteettihäiriön erityistuntemus auttoivat oleellisesti ratkaisun löytymisessä. Tutki-



jat kehottavatkin ammattilaisia hankkimaan aiheesta lisäkoulutusta, joko hoitaakseen dissosiaatiohäiriöisiä potilaita tehokkaammin itse tai ainakin tunnistaakseen tilanteet, joissa potilas on syytä ohjata dissosiaatiohäiriöt paremmin tuntevan ammattilaisen puoleen (Fox ym. 2013, 338–339). Myös Peltoniemi (2017, 120, 129) painottaa, että rakenteellisesta dissosiaatiosta ja piiloutuvan emotionaalisen trauman vaikutuksista tarvitaan ammattilaisten keskuudessa lisää tietoa, jotta traumatisoitumisen tunnistaminen helpottuisi ja sen menestyksekkääseen hoitoon tarvittava osaaminen lisääntyisi.

## 6 Pohdinta

### 6.1 Tulosten tarkastelu

Lapsuuden traumaattiset kokemukset esiintyivät tyypillisenä taustana opinnäytetyön tuloksissa. Lapsuuden laiminlyönti- ja hyväksikäyttökokemuksia raportoitiin mm. Foxin ja muiden (2013, 335), Devillé ja muiden (2014, 2) sekä Miettisen (2020, 27–28) tutkimuksissa. Samansuuntaista tietoa esiintyi laajasti teoreettisessa viitekehyksessä. Esimerkiksi Suokas-Cunliffen ja van der Hartin (2006) mukaan dissosiaatiohäiriö on useimmiten seurausta nimenomaan varhaisesta ja jatkuvasta traumatisoitumisesta kiintymyssuhteissa. Traumaattinen kokemus saattaa olla räikeimmillään väkivaltaa ja hyväksikäyttöä, mutta se voi esiintyä myös hienovaraisemmassa muodossa emotionaalisen vaille jäämisenä ja tuen puutteena. Dissosiaatiohäiriön mahdollisuutta epäiltäessä ammattilaisen onkin tärkeää pyrkiä selvittämään henkilön mahdollinen traumahistoria sekä ottaa huomioon myös varhaiset kiintymyssuhteet, jotka vaikuttavat lapsuuden kehitykseen (Temple 2019, 21–22). Ammattilaisen tulee huomioida henkilö kokonaisuutena yhdessä elämäntarinansa kanssa ja välttää pelkkiin oireisiin keskittymistä.

Sekä opinnäytetyön tulosten että teoreettisen viitekehysten mukaan dissosiaatiohäiriöissä on tyypillistä, että henkilöllä on takanaan jopa vuosikausien kierre erilaisissa terveydenhuoltopalveluissa sekä useita psykiatrisia diagnooseja, ennen kuin dissosiaatiohäiriö lopulta tunnistetaan (Ross 2015, 116; Suokas-Cunliffe & van der Hart 2006; Temple 2019, 22; Uotinen 2015, 120). Toisaalta opinnäytetyön tuloksissa nousi esiin myös mahdollisuus, että henkilöltä saattaa puuttua psykiatrinen hoitotausta kokonaan tai että taustalla on vain yksi selkeä diagnoosi, jossa kuitenkin ilmenee jotain huomiota herättävää (Devillé ym. 2014, 2–3).

Dissosiaatiohäiriöisillä henkilöillä on usein paljon erilaisia sekä fyysisiä että psyykkisiä oireita, joita on vaikea sovittaa minkään yksittäisen diagnoosin sisään (Steele ym. 2017, 131). Oireisiin voi kuulua mm. selittämättömiä fyysisiä oireita, masennusta, unettomuutta, vireysongelmia, voimakkaita tunnereaktioita, muistikatkoksia, irrallisuuden tunteita ja takaumia, äänten kuulemista, äkillisiä mielialan vaihteluita sekä itsetuhoisuutta (Brand & Loewenstein 2010, 63–64; Ross 2015, 116–117; Trauma- ja dissosiaatio-oireet 2018, 15–28, 36–40.). Monimutkainen oireilu saattaa hämmentää paitsi henkilöä itseään, myös ammattilaisia, sekä johtaa edellä mainittuihin virheellisiin diagnooseihin ja terveydenhuoltopalveluissa kiertämiseen. Oireilun monimutkaisuus voi johtaa osaltaan myös siihen, että henkilö ei koe tulevansa kuulluksi (Peltoniemi 2017, 62, 65). Pahimmillaan ammattilainen voi jopa kyseenalaistaa henkilön kokemukset (Fox ym. 2013, 336).

Dissosiaatiohäiriön tunnistamisessa avainasemassa onkin työntekijän ammattitaito. Siihen kuuluu paitsi dissosiaatiohäiriöiden tuntemus, myös potilaan empaattinen kohtaaminen sekä oikeiden kysymysten esittäminen. Varsinkin mielenterveystyössä ammattilaisen ja potilaan välinen hoitosuhde on sekä sairauden tunnistamisen että siitä toipumisen kannalta merkittävässä roolissa (Holmberg 2016, 71–72; Vuorilehto ym. 2014, 65–67). On hyvä tiedostaa, että dissosiaatiohäiriöinen henkilö on itsekin yleensä hyvin hämmentynyt tilanteestaan ja toivoo löytävänsä ammattilaisesta itsensä ymmärtäjän (Peltoniemi 2017, 115). Avoin vuorovaikutus, tasavertainen kohtaaminen sekä ammattilaisen empaattinen, hyväksyvä ja kuunteleva asenne ovat edellytyksiä turvallisen yhteistyösuhteen syntymiselle ja sitä kautta myös dissosiaatiohäiriön tunnistamiselle (Brand & Loewenstein 2010, 65; Holmberg 2016, 71–72; Peltoniemi 2017, 134; Rissanen 2015, 134, 155; Vuorilehto ym. 2014, 65–67). Pitkäaikaisen yhteistyösuhteen lisäksi merkitystä on myös lyhytaikaisilla kohtaamisilla: tällöinkin ammattilaisen empaattisuus ja halu ymmärtää voivat kannatella potilasta ja luoda hänelle toivoa (Peltoniemi 2017, 67; Wheeler 2011, 157).

Kysyminen ja selvittäminen ovat dissosiaatiohäiriöiden tunnistamisessa oleellisia tekijöitä. Yksinkertaisuus on tässä valttia: oireet ja ongelmat löytyvät parhaiten, kun niistä kysyy henkilöltä itseltään (Vuorilehto ym. 2014, 109). Potilaat eivät useinkaan kerro spontaanisti kaikista oireistaan, joten osa oireista voi jäädä havaitsematta, jollei niistä erikseen kysy (Brand & Loewenstein 2010, 65; Ross 2015, 117). Paitsi oireita, ammattilaisen on tärkeää selvittää myös potilaan traumahistoriaa (Temple 2019, 21). Oleellista on ylipäätään ottaa dissosiaatiohäiriön mahdollisuus huomioon ja

pienenkin epäilyn herätessä alkaa lisäkysymysten muodossa selvittää mahdollisen dissosiaatiohäiriön olemassaoloa (Ross 2015, 118, Temple 2019, 21–22).

Vuorilehdon ja muiden (2014, 108) mukaan tiedon puute on terveydenhuoltohenkilökunnan keskuudessa suurin este mielenterveyshäiriöiden varhaisoireiden tunnistamiselle. Sama pätee laajemmalla näkökulmalla myös dissosiaatiohäiriöihin. Opinnäytetyön tuloksista nousi selkeästi esiin, että ammattilaisten keskuuteen tarvitaan lisää tietoa ja osaamista dissosiaatiohäiriöiden tunnistamisesta (Fox ym. 2013, 338–339; Peltoniemi 2017, 120, 129). Oikean diagnoosin saaminen varhaisessa vaiheessa olisi tärkeää niin potilaalle itselleen kuin ammattilaisillekin (Rissanen 2015, 75). Näin välttyttäisiin ylimääräiseltä terveydenhuoltopalveluissa kiertämiseltä sekä edistettäisiin dissosiaatiohäiriöisten henkilöiden elämänlaatua ja toipumista.

## 6.2 Opinnäytetyön onnistuminen ja luotettavuus

Opinnäytetyö onnistui kokonaisuutena tekijän mielestä hyvin. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaista tutkimuksiin pohjautuvaa tietoa löytyy traumaperäisen dissosiaatiohäiriön tunnistamisesta. Tutkimuskysymykseen saatiin **konkreettinen vastaus**, jota voidaan käyttää traumaperäisen dissosiaatiohäiriön tunnistamisen helpottamiseksi mm. sairaanhoitajien kohdalla. Saatu vastaus osoittautui olevan linjassa aikaisemman tiedon kanssa.

Suurimmat **haasteet** opinnäytetyön aikana olivat aihealueen rajaaminen sekä sopivan aineiston löytäminen ja valinta. Traumaperäiset dissosiaatiohäiriöt ovat yläkäsitteenä laaja ja lähteestä riippuen eri tavoin rajattu aihealue. Sekä traumaperäisten dissosiaatiohäiriöiden että sairaanhoitajan roolin alle kuuluu paljon asiaa, joten opinnäytetyön teoreettinen viitekehys oli vaarassa paisua moneen otteeseen liian laajaksi. Mitä osia sisällyttää viitekehukseen ja missä laajuudessa: siinä oli tekijää paljon pohdituttanut kysymys. Lopulliseen työhön teoriaosuutta onkin rajattu ja tarkennettu moneen kertaan. Aihealueen laajuudesta huolimatta nimenomaan tunnistamiseen liittyvää materiaalia tuntui kuitenkin olevan rajallisesti saatavilla. Tämä koski myös kirjallisuuskatsauksen aineistoa: dissosiaatiohäiriöistä löytyi kyllä tutkimuksia ja tutkimustietoa, mutta vähemmän nimenomaan niiden tunnistamiseen keskittyvää. Se on toisaalta ristiriidassa opinnäytetyön tulosten kanssa, jossa ammattilaisten osaaminen painottui merkittävänä tekijänä. Miten lisätä osaamista traumaperäisten dissosiaatiohäiriöiden tunnistamisesta, jos aiheesta on niukasti tietoa tarjolla?

Opinnäytetyön onnistumiseen vaikuttaa osaltaan myös työn eettisyys ja luotettavuus. Tutkimuksen **eettisyys** mielletään usein liittyväksi esimerkiksi tiedonhankintakanaviin tai koejärjestelyihin (Hirsjärvi ym. 2009, 25). Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa eettisyys korostuu kuitenkin tutkijan valinnoissa sekä raportoinnissa. Tutkimuksessa on läpi koko prosessin huomioitava oikeudenmukaisuus ja rehellisyys sekä erityisesti raportoinnissa kiinnitettävä huomiota tasavertaisuuteen. (Kangasniemi ym. 2013, 297.) Eettinen tutkimuksen teko edellyttää myös hyvän tieteellisen käytännön noudattamista, johon rehellisyyden ja tarkkuuden lisäksi kuuluu mm. muiden tutkijoiden työn kunnioittaminen (Hirsjärvi ym. 2009, 23–24; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 174–175). Opinnäytetyössä pyrittiin tarkkuuteen lähdemerkinnöissä sekä tasavertaisuuteen ja huolellisuuteen raportoinnissa. Työssä pyrkimyksenä oli läpinäkyvyys sen kaikissa vaiheissa.

Hirsjärven ja muiden (2009, 292) mukaan tutkimusteksti on aina tutkijan tulkintaa käytetyistä aineistoista ja lähteistä. Tutkijan onkin pysyttävä työssään **objektiivisena** eli kyettävä ikään kuin etäännyttämään asiat itsestään sekä tarkastelemaan keräämiään tutkimustuloksia tasapuolisesti ja neutraalisti. Objektiivisuus liittyy jo aiheen valintaan, johon tutkijan asennoituminen tai aiheen tuttuus saattavat vaikuttaa. (Hirsjärvi ym. 2009, 74, 292–293.) Opinnäytetyössä aiheen valintaan vaikutti tekijän kiinnostus traumaperäisiä dissosiaatiohäiriöitä kohtaan. Toisaalta aihe oli tekijälle kuitenkin henkilökohtaisella tasolla riittävän etäinen, jotta siihen pystyttiin suhtautumaan neutraalisti.

Tieteellisessä tutkimustyössä luotettavuutta tarkastellaan perinteisesti validiteetin ja reliabiliteetin avulla (Kananen 2019, 31). **Validiteetti** eli pätevyys tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata oikeita asioita. Sen perustana on oikein määritelty tutkimusongelma. (Hirsjärvi ym. 2009, 231; Kananen 2019, 31.) Opinnäytetyössä validiteetti varmistettiin selkeän tarkoituksen, rajatun tutkimuskysymyksen sekä niihin pohjautuvan oikean tutkimusmenetelmän eli tässä tapauksessa narratiivisen kirjallisuuskatsauksen avulla. Osa validiteetin toteutumisesta on tutkimuksen tarkoituksen, tavoitteen ja tutkimuskysymyksen pitäminen kirkkaana fokuksena tutkijan mielessä koko prosessin ajan. Niela-Vilénin ja Hamarin (2015, 25) mukaan Aveyard (2007) vinkkaa pitämään tutkimuskysymyksen konkreettisesti esillä, esimerkiksi tietokoneen viereen kiinnitetyllä muistilapulla. Tätä yksinkertaisen käytännöllistä, mutta selkeyttävää ohjetta noudatettiin koko opinnäytetyön ajan.

**Reliabiliteetti** tarkoittaa tulosten pysyvyyttä eli sitä, että toistamalla tutkimus saataisiin samat tutkimustulokset (Hirsjärvi ym. 2009, 231; Kananen 2019, 31). Osa reliabiliteetin toteutumista on oikeaoppinen tutkimuksen vaiheistus. Kirjallisuuskatsaus sisältää katsaustyyppistä huolimatta tietyt **vaiheet**, jotka muodostavat kirjallisuuteen ja aiempiin tutkimuksiin perehtymisestä katsauksen. Tyypillisiä vaiheita ovat tutkimusongelman määrittäminen, kirjallisuuden haku, tutkimusten arviointi, aineiston analyysi ja synteesi sekä tulosten raportointi. (Niela-Vilén & Hamari 2015, 23; Suhonen ym. 2015, 8.) Opinnäytetyössä reliabiliteetti varmistettiin toteuttamalla tutkimus täsmällisesti vaihe vaiheelta ja dokumentoimalla vaiheet, tehdyt toimenpiteet sekä löydökset huolellisesti. Samat vaiheet toistamalla kenen tahansa tulisi siis päästä tutkimuksessa samaan lopputulokseen.

Yksi osa luotettavuutta on kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetun **aineiston valinta**. Vain vertaisarvioitujen tieteellisten artikkeleiden käyttö lisää katsauksen luotettavuutta, mutta toisaalta liian tarkka mukaan otettavien tutkimusten rajaaminen saattaa joissain tapauksissa olla myös katsauksen heikkous (Niela-Vilén & Hamari 2015, 26). Opinnäytetyössä haasteena oli se, että traumaperäisestä dissosiaatiohäiriöstä on olemassa vielä varsin vähän nimenomaan sen tunnistamiseen kohdistettua tutkimustietoa. Katsaukseen jouduttiin siksi valitsemaan myös aihetta laajemmin käsittelevää aineistoa, joka kuitenkin sisälsi tunnistamiseen liittyviä osuuksia. Toinen luotettavuuteen liittyvä haaste aineiston valinnassa oli se, että traumaperäisen dissosiaatiohäiriön käsite on melko laaja, ja sen sisään voidaan tapauksesta riippuen lukea erinäinen määrä diagnooseja ja häiriöitä. Opinnäytetyössä ei kuitenkaan haluttu rajautua minkään yksittäisen diagnoosin sisään, vaan tutkia traumaperäisiä dissosiaatiohäiriöitä kokonaisuutena. Tämä siksi, että sairaanhoitajan on tärkeää tunnistaa mahdollinen traumaperäinen dissosiaatiohäiriö ylipäätään, mutta ei tehdä tarkkaa diagnoosia. Koska tunnistamiseen liittyvää aineistoa traumaperäisistä dissosiaatiohäiriöistä kokonaisuutena oli rajallisesti saatavilla, otettiin mukaan katsaukseen myös aineistoja, jotka kohdistuivat dissosiaatiohäiriöistä kompleksimpaan muotoon eli dissosiativiseen identiteettihäiriöön. Tämä saattaa vääristää opinnäytetyön tuloksia siten, että tuloksissa painottuu traumaperäisistä dissosiaatiohäiriöistä nimenomaan dissosiativinen identiteettihäiriö.

Opinnäytetyö toteutettiin **yksilötyönä**, joten aineiston analysointiin on osallistunut vain yksi tekijä. Lisäksi tekijällä oli kirjallisuuskatsauksen tekemisestä ennestään vain vähän kokemusta. Nämä seikat heikentävät tutkimuksen luotettavuutta. Osa aineistosta oli englanninkielistä, joten **virheelliset**

**tulkinnat** ovat mahdollisia, vaikka tekstien kääntämisessä pyrittiinkin huolellisuuteen. Myös suomenkielisten aineistojen osalta virhetulkintojen mahdollisuus on olemassa, koska ne olivat autoetnografisia eli omakohtaista kokemusta tarkastelevia tutkimuksia ja painottuivat muuhun kuin traumaperäisen dissosiaatiohäiriön tunnistamiseen. Tunnistamiseen liittyvät asiat on niistä otettu mukaan niiltä osin, kuin tekijä on ne sellaisiksi tulkinnut. Opinnäytetyössä käytettiin kolmenlaista aineistoa: artikkelityyppisiä ja case-tutkimuksiin pohjautuvia tieteellisiä artikkeleita sekä autoetnografisia tutkimuksia. Osa aineistosta oli peräisin ulkomailta ja osa oli kotimaista. Näkökulmien ja **aineiston monipuolisuus** oli haaste, mutta toisaalta se myös lisäsi opinnäytetyön luotettavuutta.

### 6.3 Johtopäätökset

Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan sanoa, että traumaperäisen dissosiaatiohäiriön tunnistamisessa ammattitaidolla on keskeinen merkitys. Hyvän yhteistyösuhteen luomiseksi potilas tulee kohdata empaattisesti ja ymmärtävästi. Ammattilaisella tulee olla traumaperäisistä dissosiaatiohäiriöistä riittävästi osaamista, ja dissosiaatiohäiriön mahdollisuus tulee ottaa matalalla kynnyksellä huomioon. Traumaperäisten dissosiaatiohäiriöiden oirekuva on moninainen, ja oireet saattavat viitata moneen eri fyysiseen tai psyykkiseen sairauteen. Tunnistamisen kannalta tärkeää on nähdä potilas kokonaisuutena elämäntarinansa ja oireidensa kanssa. Kun epäily dissosiaatiohäiriön mahdollisuudesta herää, on potilaalle esitettävä oireisiin liittyviä lisäkysymyksiä sekä pyrittävä selvittämään henkilön mahdollinen traumahistoria. Lapsuusaikaisten traumakokemusten lisäksi toinen hälyttävä merkki henkilön taustoissa on useat psykiatrisen diagnoosit sekä terveydenhuoltopalvelujen käyttöön liittyvä kierre. Oikean diagnoosin saaminen varhaisessa vaiheessa on etu sekä potilaalle itselleen että häntä hoitaville ammattilaisille. Opinnäytetyön tulosten perusteella suositus on, että varsinkin mielenterveystyössä työskentelevät sairaanhoitajat ja muut ammattilaiset hankkisivat traumaperäisten dissosiaatiohäiriöiden tunnistamisesta lisää osaamista ja tietoa.

Mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe olisi selvittää, kuinka paljon ja millaista osaamista mielenterveystyössä työskentelevillä sairaanhoitajilla on traumaperäisistä dissosiaatiohäiriöistä ja niiden tunnistamisesta. Tällaisen tutkimuksen perusteella olisi mahdollista tarkentaa, millaista osaamista aiheesta käytännön kentällä erityisesti tarvitaan lisää. Joka taas tietysti ihannetilanteessa johtaisi tutkimuksen perusteella räätälöidyn lisäkoulutuksen tarjoamiseen sairaanhoitajille.

## Lähteet

Ahlström, N. 2015. Kiintymyssuhteen merkitys trauman siirtymisessä yli sukupolvien. Julkaisussa Häpeästä myötätuntoon. Näkökulmia vakavaan traumatisoitumiseen. Toim. A. Suokas-Cunliffe. Helsinki: Traumaterapiakeskus, 184–198.

Boon, S., Steele, K. & van der Hart, O. 2011. Traumaperäisen dissosiaatiohäiriön vakauttaminen. Taito-ohjelma potilaille ja terapeuteille. Helsinki: Traumaterapiakeskus.

Brand, B. & Loewenstein, R.J. 2010. Dissociative disorders: An overview of assessment, phenomenology, and treatment. *Psychiatric Times*, 27, 10, 62–69. Viitattu 25.7.2021. <https://janet.finna.fi>, ProQuest Central.

Cullen-Drill, M. 2011. Psychiatric nursing: Back to basics. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 49, 12, 4–6. Viitattu 26.8.2021. <https://janet.finna.fi>, ProQuest Central.

Devillé, C., Moeglin, C. & Sentissi, O. 2014. Dissociative disorders: Between neurosis and psychosis. *Case Reports in Psychiatry*, 2014, 425892–6. Viitattu 25.7.2021. <https://janet.finna.fi>, ProQuest Central.

Dissosiaatiohäiriö. N.d. Artikkelin Mielenterveyden keskusliiton sivustolla. Viitattu 18.4.2021. <https://www.mtkl.fi/mika-askarruttaa/yleisia-mielenterveyden-hairioita/dissosiaatiohairio/>.

Dorahy, M.J., Brand, B.L., Sar, V., Krüger, C., Stavropoulos, P., Martínez-Taboas, A., Lewis-Fernández R. & Middleton, W. 2014. Dissociative identity disorder: An empirical overview. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48, 5, 402–417. Viitattu 29.7.2021. <https://janet.finna.fi>, SAGE Journals Premier 2021.

Ellilä, A. 2015. Trauma, psykoosi ja dissosiaatio. Julkaisussa Häpeästä myötätuntoon. Näkökulmia vakavaan traumatisoitumiseen. Toim. A. Suokas-Cunliffe. Helsinki: Traumaterapiakeskus, 99–117.

Fox, J., Bell, H., Jacobson, L. & Hundley, G. 2013. Recovering identity: A qualitative investigation of a survivor of dissociative identity disorder. *Journal of Mental Health Counseling*, 35, 4, 324–341. Viitattu 25.7.2021. <https://janet.finna.fi>, ProQuest Central.

Heikkinen-Peltonen, R. 2015. Kiintymyssuhdefobia ja muistaminen traumapsykoterapiasuhteessa. Julkaisussa Häpeästä myötätuntoon. Näkökulmia vakavaan traumatisoitumiseen. Toim. A. Suokas-Cunliffe. Helsinki: Traumaterapiakeskus, 199–215.

Henriksson, M. & Lönnqvist, J. 2017. Psykkiset kriisit, sopeutumishäiriöt ja stressireaktiot. Julkaisussa *Psykiatria*. Toim. J. Lönnqvist, M., Henriksson, M., Marttunen & T. Partonen. Helsinki: Duodecim, 357–384.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Holmberg, J. 2016. Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä. Helsinki: Edita.

- Huttunen, M. 2009. Alkusanat suomalaiseen laitokseen. Julkaisussa Vainottu mieli. Rakenteellinen dissosiaatio ja kroonisen traumatisoitumisen hoitaminen. Kirj. O. van der Hart, E. Nijenhuis & K. Steele. Helsinki: Traumaterapiakeskus, vii–viii.
- Kananen, J. 2019. Opinnäytetyön ja pro gradun pikaopas. Avain opinnäytetyön ja pro gradun kirjoittamiseen. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. *Hoitotiede*, 25, 4, 291–301. Viitattu 21.8.2021. <https://janet.finna.fi>, ProQuest Central.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.
- Kennedy, F.C. & Kennerley, H. 2013. The development of our understanding of dissociation. Julkaisussa *Cognitive behavioural approaches to the understanding and treatment of dissociation*. Toim. F. Kennedy, H. Kennerley & D. Pearson. New York: Routledge, 1–16. Viitattu 12.10.2021. <https://janet.finna.fi>, ProQuest Ebook Central.
- Kluft, R.P. 2005. Diagnosing dissociative identity disorder: Understanding and assessing manifestations can help clinicians identify and treat patients more effectively. *Psychiatric Annals*, 35, 8, 633–643. Viitattu 15.7.2021. <https://janet.finna.fi>, ProQuest Central.
- Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede*, 23, 2, 138–148. Viitattu 21.8.2021. [https://www.researchgate.net/publication/261723764\\_Sisallönanalyysi\\_suomalaisessa\\_hoitotieteellisessä\\_tutkimuksessa](https://www.researchgate.net/publication/261723764_Sisallönanalyysi_suomalaisessa_hoitotieteellisessä_tutkimuksessa).
- Lauerma, H. 2017. Dissosiaatiohäiriöt. Julkaisussa *Psykiatria*. Toim. J. Lönnqvist, M., Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen. Helsinki: Duodecim, 345–356.
- Leikola, A. 2016. Johdanto. Julkaisussa *Viisi naista, sata elämää – Tarinoita dissosiaatiohäiriöstä*. Helsinki: VOB Kustannus, 15–32.
- Leikola, A., Mäkelä, J. & Punkanen, M. 2016. Polyvagaalinen teoria ja emotionaalinen trauma. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 132, 1, 55–61. Viitattu 9.9.2021. <https://www.duodecimlehti.fi/duo12910>.
- Leonard, D., Brann, S. & Tiller, J. 2005. Dissociative disorders: pathways to diagnosis, clinician attitudes and their impact. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 10, 940–946. Viitattu 14.7.2021. <https://janet.finna.fi>, SAGE Journals Premier 2021.
- Leppäluoto, J., Kettunen, R., Rintamäki, H., Vakkuri, O., Vierimaa, H. & Lätti, S. 2013. Anatomia ja fysiologia - Rakenteesta toimintaan. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.



- Lynn, S.J., Lilienfeld, S.O., Merckelbach, H., Giesbrecht, T. & van der Kloet, D. 2012. Dissociation and dissociative disorders: Challenging conventional wisdom. *Current directions in psychological science: A journal of the American Psychological Society*, 21, 1, 48–53. Viitattu 29.7.2021. <https://janet.finna.fi>, SAGE Journals Premier 2021.
- Middleton, W. 2004. Dissociative disorders: A personal 'work in progress'. *Australasian Psychiatry*, 12, 3, 245–252. Viitattu 17.7.2021. <https://janet.finna.fi>, SAGE Journals Premier 2021.
- Miettinen, A. 2020. Mantelitimake ei pohdi - Autoetnografinen tutkimus lapsuuden traumatisoitumisen vaikutuksesta myöhempään elämään. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto, Kasvatustieteiden tiedekunta, kasvatopsykologian ala. Viitattu 25.7.2021. <http://jultika.oulu.fi/files/nbnfioulu-202009172938.pdf>.
- Niela-Vilén, H. & Hamari, L. 2015. Kirjallisuuskatsauksen eri vaiheet. Julkaisussa Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Toim. M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen. Turku: Turun yliopisto, 23–34.
- Nijenhuis, E.R.S. & van der Hart, O. 2011. Dissociation in trauma: A new definition and comparison with previous formulations. *Journal of trauma and dissociation*, 12, 4, 416–445. Viitattu 12.8.2021. <https://janet.finna.fi>, Taylor & Francis Online.
- Palosaari, E. 2015. Ajatuksia akuutin kriisityön tekijöille. Voisiko traumateoria tarjota lisää työvälineitä akuuttityölle? Julkaisussa Häpeästä myötätuntoon. Näkökulmia vakavaan traumatisoitumiseen. Toim. A. Suokas-Cunliffe. Helsinki: Traumaterapiakeskus, 23–43.
- Parker, S. 2015. Ihmiskeho - Suuri ensyklopedia. Helsinki: Readme.
- Paulsen, S.L. & Lanius, U.F. 2014. Seeing that which is hidden: Identifying and working with dissociative symptoms. Julkaisussa *Neurobiology and treatment of traumatic dissociation: Towards an embodied self*. Toim. U.F. Lanius, S.L. Paulsen & F.M. Corrigan. New York: Springer Publish Company, 247–267. Viitattu 13.6.2021. <https://janet.finna.fi>, ProQuest Ebook Central.
- Peltoniemi, M. 2017. Aivan kuin minua ei olisi. Autoetnografia emotionaalisesta traumasta ja toimimisesta. Opinnäytetyö, YAMK. Diakonia ammattikorkeakoulu, sosiaalialan koulutusohjelma. Viitattu 25.7.2021. <https://finna.fi>.
- Porges, S.W. 2021. Polyvagal theory: A biobehavioral journey to sociality. *Comprehensive psychoneuroendocrinology*, 7, 100069. Viitattu 9.9.2021. <https://janet.finna.fi>, DOAJ Directory of Open Access Journals.
- Punkanen, M. 2015. Kehomenetelmien käyttö traumahoidon vakauttamisvaiheessa. Julkaisussa Häpeästä myötätuntoon. Näkökulmia vakavaan traumatisoitumiseen. Toim. A. Suokas-Cunliffe. Helsinki: Traumaterapiakeskus, 163–183.
- Rissanen, P. 2015. Toivoton tapaus? Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, Valtiotieteellinen tiedekunta, yhteiskuntapolitiikan ala. Helsinki: Kuntoutussäätöön tutkimuksia 88/2015. Viitattu 25.7.2021. [https://kuntoutussaatio.fi/assets/files/2021/04/Paivi\\_Rissanen.pdf](https://kuntoutussaatio.fi/assets/files/2021/04/Paivi_Rissanen.pdf).

Romero-López, M.J. 2016. A review of the dissociative disorders: From multiple personality disorder to the posttraumatic stress. *Anales de Psicología*, 32, 2, 448–456. Viitattu 26.7.2021. <https://janet.finna.fi>, ProQuest Central.

Ropponen, R. 2015. Hädässä ja rakkaudessa. Kaltoinkohtelun vaikutusten tunnistaminen ja hoito traumapsykoterapiassa. Julkaisussa Häpeästä myötätuntoon. Näkökulmia vakavaan traumatisoitumiseen. Toim. A. Suokas-Cunliffe. Helsinki: Traumaterapiakeskus, 315–337.

Ross, C.A. 2015. When to suspect and how to diagnose dissociative identity disorder. *Journal of EMDR Practice and Research*, 9, 2, 114–120. Viitattu 25.7.2021. <https://janet.finna.fi>, ProQuest Central.

Rovasalo, A. 2021. Dissosiaatiohäiriöt. Artikkelit Duodecimin Terveyskirjastossa 5.5.2021. Viitattu 13.6.2021. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00360>.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa: Vaasan yliopisto. Viitattu 12.4.2021. [https://www.univaasa.fi/material/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](https://www.univaasa.fi/material/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf).

Sinkkonen, J. 2004. Kiintymyssuhdeteoria; tutkimuslöydöksistä käytännön sovelluksiin. Lääketieteellinen aikakauskirja *Duodecim*, 120, 15. Viitattu 5.5.2021. <https://www.duodecimlehti.fi/duo94437>.

Steele, K., Boon, S. & van der Hart, O. 2017. Traumaperäisen dissosiaatiohäiriön hoito. Käytännöllinen, integroiva lähestymistapa. Helsinki: Traumaterapiakeskus.

Stern, R. & McDonald, M. 2013. Diagnosing dissociation: Or why measuring multiple personalities doesn't work. *Skeptic*, 18, 4, 40–43. Viitattu 26.8.2021. <https://janet.finna.fi>, ProQuest Central.

Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. 2015. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Julkaisussa Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Toim. M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen. Turku: Turun yliopisto, 7–22.

Suokas-Cunliffe, A. 2015. Johdanto: Vakava varhainen traumatisoituminen ja persoonallisuuden rakenteellinen dissosiaatio. Julkaisussa Häpeästä myötätuntoon. Näkökulmia vakavaan traumatisoitumiseen. Toim. A. Suokas-Cunliffe. Helsinki: Traumaterapiakeskus, 15–22.

Suokas-Cunliffe, A. & Van der Hart, O. 2006. Dissosiaatiohäiriö - varhaisen, jatkuvan traumatisoitumisen pitkäaikaiseuraamus. Lääketieteellinen aikakauskirja *Duodecim*, 122, 16. Viitattu 30.11.2021. <https://www.duodecimlehti.fi/duo95941>.

Temple, M.J. 2019. Understanding, identifying and managing severe dissociative disorders in general psychiatric settings. *BJPsych Advances*, 25, 1, 14–25. Viitattu 25.7.2021. <https://janet.finna.fi>, ProQuest Central.

Townsend, M.C. 2015. *Psychiatric nursing: Assessment, care plans and medications*. Philadelphia: F.A. Davis Company. Viitattu 21.8.2021. <https://janet.finna.fi>, ProQuest Ebook Central.

Trauma- ja dissosiaatio-oireet. 2018. Julkaisu Suomen trauma- ja dissosiaatioyhdistys Disso ry:n sivustolla. Viitattu 30.11.2021. <https://www.disso.fi/wp-content/uploads/2018/02/Trauma-ja-dissosiaatio-oireet.pdf>.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Uotinen, M. 2015. Vakavasti traumatisoituneen potilaan vakauttavan psykiatrisen hoidon erityispiirteitä. Julkaisussa Häpeästä myötätuntoon. Näkökulmia vakavaan traumatisoitumiseen. Toim. A. Suokas-Cunliffe. Helsinki: Traumaterapiakeskus, 118–140.

Urbina, T.M., May, T. & Hastings, M. 2017. Navigating undiagnosed dissociative identity disorder in the inpatient setting: A case report. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 23, 3, 223–229. Viitattu 25.7.2021. <https://janet.finna.fi>, SAGE Journals Premier 2021.

van der Hart, O., Nijenhuis, E. & Steele, K. 2009. Vainottu mieli. Rakenteellinen dissosiaatio ja kroonisen traumatisoitumisen hoitaminen. Helsinki: Traumaterapiakeskus.

van der Hart, O. & Steele, K. 2013. Trauma-related dissociation: Theory and treatment of dissociation of the personality. Julkaisussa *Cognitive behavioural approaches to the understanding and treatment of dissociation*. Toim. F. Kennedy, H. Kennerley & D. Pearson. New York: Routledge, 206–220. Viitattu 12.8.2021. <https://janet.finna.fi>, ProQuest Ebook Central.

van der Kolk, B. 2008. The John Bowlby Lecture 2006. Developmental trauma disorder: a new, rational diagnosis for children with complex trauma histories. Julkaisussa *Trauma and Attachment. The John Bowlby Memorial Conference Monograph 2006*. Toim. S. Benamer & K. White. London: Karnac, 45–60. Viitattu 7.5.2021. <https://janet.finna.fi>, ProQuest Ebook Central.

Wheeler, K. 2011. A relationship-based model for psychiatric nursing practice. *Perspectives in Psychiatric Care*, 47, 3, 151-159. Viitattu 26.8.2021. <https://janet.finna.fi>, EBSCOhost CINAHL Plus with Full Text.

Vuorilehto, M., Larri, T., Kurki, M. & Hätönen, H. 2014. Uudistuva mielenterveystyö. Helsinki: Fioca.

## Liitteet

### Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset ja artikkelit

Tekijä(t) ja julkaisu- vuosi	Otsikko	Tavoite	Aineisto tai mene- telmä	Keskeiset havain- not tunnistamisen kannalta
Urbina, T.M., May, T. & Hastings, M. 2017	Navigating undiag- nosed dissociative identity disorder in the inpatient set- ting: A case report	Kannustaa ammat- tilaisia seulomaan DID:tä potilailta, jotka toistuvasti tarvitsevat psykiat- rista sairaalahoitoa tai joilla on moni- nainen psykiatri- nen tausta.	Case-tutkimus (yksi henkilö)	Itsemurhayrityk- set, useita psykiat- ristia diagnooseja, varovaisuus d-oi- reiden tunnusta- misessa, ajoittai- nen erilainen käytös, muistikat- kokset ja kuumeoi- reilu.
Devillé, C., Moeglin, C. & Sentissi, O. 2014	Dissociative disor- ders: Between neurosis and psy- chosis	Tuottaa tietoa lää- käreille ja psykiat- reille d-häiriöiden diagnoosimisen helpottamiseksi sekä niiden erotta- miseksi psykootti- sista häiriöistä.	Case-tutkimus (kolme henkilöä)	Äänten kuulemi- nen on d-häiriössä tyypillistä nimen- omaan sisältäpäin.
Fox, J., Bell, H., Jacobson, L. & Hundley, G. 2013	Recovering iden- tity: A qualitative investigation of a survivor of dissoci- ative identity dis- order	Selvittää erään DID-potilaan sub- jekttiivista koke- musta ja innostaa ammattilaisia pe- rehtymään aihe- seen lisää.	Case-tutkimus (yksi henkilö)	Tunnistamisen kannalta tärkeää on ammattilaisen välittävä asenne ja tietämys d-häiri- öistä.
Miettinen, A. 2020	Mantelitumake ei pohdi - Autoetno- grafinen tutkimus lapsuuden trauma- tisoitumisen vaiku- tuksesta myöhem- pään elämään	Selvittää lapsuu- den kompleksisen traumatisoitumi- sen vaikutuksia myöhempään elä- mään.	Autoetnografia	Trauma kätkeytyy kantajaltaankin, joten traumaosaa- minen terveyden- huollossa tärkeää.
Peltoniemi, M. 2017	Aivan kuin minua ei olisi - Autoetno- grafia emotionaali- sista traumasta ja toipumisesta	Selvittää, miten tutkijan irrationaa- liset elämäntapah- tumat ja valinnat tulevat ymmärre- tyiksi, kun niitä peilataan PRD- teoriaan.	Autoetnografia	Tärkeää on pyrki- mys nähdä yksit- täisten oireiden ja häiriöiden taakse, nähdä koko- naisuus, kohdata potilas kuunnellen ja kysyä oikeita ky- symyksiä.

Rissanen, P. 2015	Toivoton tapaus? Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta	Tutkimalla yksit- täistä kokemusta valottaa mm. psykkisen sairastu- misen ilmiötä ja asiakassuhteissa tapahtuvaa koh- taamista.	Autoetnografia	Tunnistamisen kannalta tärkeää on ammattilaisen välittävä asenne, puheeksi ottami- nen ja kysyminen sekä pyrkimys nähdä oireiden taakse.
Temple, M.J. 2019	Understanding, identifying and managing severe dissociative disor- ders in general psychiatric settings	Lisätä ymmärrystä d-häiriöistä sekä tietoa, milloin epäillä niitä mt- työssä.	Artikkeli	Jos potilas osoittaa yhtäkään DD:n yleistä tunnus- merkkiä, tärkeää on kysyä trau- masta ja d-oi- reista.
Ross, C.A. 2015	When to suspect and how to diag- nose dissociative identity disorder	Tarjota ammatti- laisille tietoa siitä, milloin on syytä epäillä tai diagno- soida DID.	Artikkeli	Lieviäkin d-oireita havaitessa tulee järjestelmällisesti kysyä oireista lisää ja ottaa DID:n mahdollisuus huo- mioon.
Brand, B. & Loewenstein, R.J. 2010	Dissociative disor- ders: An overview of assessment, phenomenology and treatment	Tuottaa ammatti- laisille tietoa d-häi- riöistä mm. niiden tunnistamiseksi.	Artikkeli	Potilaalta on tär- keää kysyä d-oi- reista ja trauma- historiasta.