



Putkonen Maiju

Dissosiaatiohäiriöt ja niiden hoito

Kandidaatintutkielma
KASVATUSTIETEIDEN TIEDEKUNTA
Kasvatuspsykologia
2019

Tarkastelen kandidaatintutkielmassani dissosiaatiota mielenterveyden häiriöiden oireena ja dissosiaatiohäiriöissä. Tutkimuskysymykseni ovat miten dissosiaatio voidaan määritellä, miten dissosiaatiohäiriöt kehittyvät, millaisia erityispiirteitä liittyy lapsuuden dissosiaatioon, miten dissosiaatiohäiriöitä voidaan diagnosoida sekä miten dissosiaatiota voidaan hoitaa. Tutkielmani on systemaattinen kirjallisuuskatsaus, jonka perustana on aiempi aiheeseen liittyvä tutkimuskirjallisuus.

Dissosiaatio voidaan määritellä persoonallisuuden integraation puutteeksi, joka on seurausta traumasta. Etenkin lapsuuden trauma voi olla liikaa psyyken käsittelykyvyille, josta seuraa trauman eriyttäminen muusta persoonallisuudesta. Ei ole olemassa selkeää selitystä sille, miksi eri dissosiaatiohäiriöt kehittyvät, mutta niiden oireet vaikuttavat laajasti yksilön toimintakykyyn ja kykyyn jäsentää ympäröivää todellisuutta ja omaa identiteettiä. Lapsuuden dissosiaatio kehittyy trauman seurauksena adaptiivisena toimintona, joka mahdollistaa lapsen selviämisen. Silloin kun lapsi ei voi välttyä traumaattiselta kokemukselta ja koska hän ei välttämättä osaa käsitellä sellaista sen kohdatessaan, dissosiaatio mahdollistaa traumaattisen kokemuksen unohtamisen tai eriyttämisen muista psyyken toiminnoista.

Dissosiaatiohäiriöiden diagnosoimisessa tulee ottaa huomioon samankaltaisuudet monien eri mielenterveyden häiriöiden kanssa. Esimerkiksi epävakaa persoonallisuushäiriön, masennuksen ja skitsofrenian oireet ovat usein yhteneviä dissosiaatiohäiriöiden kanssa. Dissosiaatiohäiriöistä kärsivillä on suuri riski saada väärä diagnoosi. Dissosiaatiohäiriön oikea diagnoosi on kuitenkin erittäin tärkeä tekijä oikean hoidon saamisessa. Diagnosointimenetelminä toimivat kliininen haastattelu ja erilaiset seulontamenetelmät, joista yleisimpiä ovat itsearviointikyselyt. Dissosiaatiohäiriöt ovat yhteydessä itsetuhoiseen käyttäytymiseen ja korkeaan terveydenhuoltopalveluiden käyttöasteeseen. Dissosiaatiohäiriöistä kärsivät hyötyvät dissosiaatioon ja traumaan keskittyvästä psykoterapiasta, joka etenee vaiheittain turvallisuuden luomisesta ja oireiden vähentämisestä traumaattisten muistojen kohtaamiseen ja käsittelyyn ja lopulta keskittyen identiteetin integroimiseen sekä tulevaisuuteen suuntaamiseen.

Avainsanat: dissosiaatio, dissosiaatiohäiriöt, trauma, psykoterapia, diagnostiikka, mielenterveys, psykiatria

Sisältö

1	Johdanto	1
2	Dissosiaation määritelmä	2
3	Dissosiaation kehittyminen	4
3.1	Traumamalli.....	4
3.2	Lapsuuden merkitys dissosiaation kehittämisessä.....	5
3.3	Fantasiamalli.....	6
3.4	Dissosiaatio normaalina ilmiönä	7
4	Dissosiaatiohäiriöt	10
4.1	Dissosiativinen muistinmenetyk.....	11
4.2	Depersonalisaatio-derealisaatiohäiriö.....	12
4.3	Dissosiativinen identiteettihäiriö.....	13
4.4	Dissosiaatiohäiriöiden luokittelu.....	14
	<i>Taulukko 1: Dissosiaatiohäiriöt DSM-5-, ICD-10- ja ICD-11-järjestelmissä</i>	15
5	Dissosiaatiohäiriöiden arvioiminen ja diagnosoiminen	16
5.1	Erotusdiagnoosi	16
5.2	Diagnosointimenetelmät.....	17
6	Dissosiaation hoito	19
6.1	Traumaterapia	19
6.2	Vaiheittainen hoito.....	20
6.3	Lasten ja nuorten dissosiaation hoito.....	22
6.4	Hoidon vaikuttavuuden tutkimustuloksia	22
7	Pohdinta	24
	Lähteet	27

1 Johdanto

Dissosiativisuus on ihmisen kyvyttömyyttä yhdistää tunteet, muistot ja ajatukset mielekkääksi kokonaisuudeksi (Lauerma, 2017). Dissosiaatio voidaan määritellä tietoisuuden integraation puutteeksi, joka ilmenee erilaisina oireina, kuten esimerkiksi muistinmenetyksenä tai identiteetin muutoksina (Tolmunen ym., 2008), oman itsen ja ympäristön kokemisena vieraana sekä ajan ja paikan tajun häviämisenä (Lauerma, 2017). Dissosiaatio on siis oire, joka vaikuttaa yksilön kokemuksiin omasta itsestään sekä hänen ympäristöstään. Yksilö voi kokea olevansa ulkopuolinen ympäristössään, kokea tunteidensa puuttuvan tai kokea aistihavaintojensa olevan toisistaan riippumattomia ja irrallisia (Lauerma, 2017).

Dissosiaatiota voi ilmetä monissa mielenterveyden häiriöissä, kuten masennuksessa ja skitsofreniassa (Lauerma, 2017). Dissosiaatio voi olla myös osa dissosiaatiohäiriötä, jotka muodostavat oman mielenterveyden häiriöiden kategorian. Mielenterveyden häiriöt ovat oireyhtymiä, joissa esiintyy kliinisesti merkittäviä psyykkisiä oireita, jotka aiheuttavat psyykkistä kärsimystä (Lönnqvist & Lehtonen, 2017). Dissosiaatio-oireet luokitellaan dissosiaatiohäiriöksi, kun dissosiaatio-oireisto on häiriössä hallitsevaa ja siitä on yksilön toimintakyvylle haittaa (Lauerma, 2017).

Tarkastelen tutkielmassani dissosiaatiota oireena ja dissosiativisissa häiriöissä. Kuvaan dissosiaatio-oireita ja -häiriötä ja näiden syntymekanismia sekä dissosiaatiohäiriöiden diagnoosimista ja hoitamista psykoterapian avulla. Tutkimukseni keskittyy siihen, miten dissosiaatio kehittyy, miten sitä voidaan hoitaa ja mihin hoidon vaikuttavuus perustuu. Selvitän myös lapsuuden dissosiaation erityispiirteitä. Tutkimusmenetelmäni on systemaattinen kirjallisuuskatsaus, joka metodina tarkoittaa jo julkaistujen tutkimusten tulosten koostamista ja vertailua (Salminen, 2011). Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan tiivistää aiempaa tutkimusta oman tieteenalansa kontekstissa sekä testata hypoteeseja ja niiden johdonmukaisuutta.

Valitsin aiheekseni dissosiaation, koska se on mielestäni tärkeä psykologinen ilmiö, johon liittyy monia jopa ristiriitaisia näkökulmia. Dissosiaation syntymekanismia, dissosiaatiohäiriötä ja dissosiaation hoitoa voidaan tarkastella erilaisista teoreettisista lähtökohdista, joiden yhdistäminen voi olla vaikeaa. Näkökulmien moninaisuuden lisäksi aihe on mielestäni tärkeä, sillä dissosiaatio-oireita voi ilmetä useissa mielenterveyden häiriöissä (Lauerma, 2017) ja dissosiativisiin häiriöihin liittyy korkea itsemurhariski, vakavasti alentunut toimintakyky sekä korkeat hoitokustannukset (Brand ym., 2013).

2 Dissosiaation määritelmä

Dissosiaatio voidaan määritellä tietoisuuden integraation puutteeksi, eli psyykkisen prosessoinnin hajanaisuudeksi, joka ilmenee erilaisina oireina, kuten muistinmenetyksenä tai identiteetin muutoksina (Tolmunen ym., 2008). Dissosiaatio aiheuttaa todentuntumattomuuden tilan, jossa yksilö ei tunne asioiden olevan todellisia (Steele, Boon & van der Hart, 2017). Todentuntumattomuus tarkoittaa kyvyttömyyttä ymmärtää yksilön menneisyyttä, nykyisyyttä ja tulevaisuutta, sekä yksilön minuutta ja sisäisiä kokemuksia. Todentuntumattomuus vaikeuttaa yksilön elämää merkittävästi, sillä kyky kokea asiat todelliseksi on välttämätöntä arjessa selviytymisen kannalta.

Dissosiativisia oireita on ollut läsnä ihmiskunnan historiassa hyvin pitkään (North, 2015). Esimerkiksi historialliset kuvaukset henkien tai demonien riivaamisista ihmisistä voidaan nykytiedon valossa tulkita dissosiativisiksi kokemuksiksi. Kun minuuden vaihtelevia kokemuksia alettiin tarkastella lääketieteellisestä näkökulmasta, oireet diagnosoitiin hysteriasta johtuviksi. Hysteria-käsitettä on käytetty jo antiikin Kreikassa kuvaamaan erilaisia kehollisia oireita. 1800-luvulla ranskalainen lääkäri Paul Briquet määritteli hysterian krooniseksi häiriöksi, jonka oireisiin kuului fyysisiä ja neurologisia oireita, kuten muistinmenetyksiä, kipuja ja kouristuksia (North, 2015).

Breuer ja Freud (1894) kiinnostuivat hysterian syntymekanismeista ja tutkivat hysterialpotilaita hypnoosin avulla. Hypnoosissa potilaan mieleen palautettiin muistoja ajalta, jolloin hysteriaoireet ilmenivät ensimmäistä kertaa. Breuer ja Freud päättelivät tutkimuksistaan hysteriaoireiden taustalla olleen psyykkisen trauman, jota ei ollut onnistuttu purkamaan. Tähän traumamuistoon liittyvät purkamattomat tunteet aiheuttivat jännitystä, joka muuntui ruumiilliseksi ilmiöksi. Tätä ilmiötä Breuer ja Freud kutsuivat konversioksi. Traumaan liittyvät ajatukset tai muistot olivat siis teorian mukaan tietoiselle mielelle niin epämiellyttäviä, että ne tukahdutettiin alitajuntaan ja muunnettiin fyysisiksi oireiksi sietämättömien psykologisten konfliktien ratkaisemiseksi (North, 2015). Konversiohäiriö on yhä käytössä oleva diagnoosi, joka voi ilmetä esimerkiksi alaraajahalvaantumisenä, johon ei liity lääketieteellistä perustaa, vaan jonka selittävinä tekijöinä ovat psykologiset stressitekijät ja trauma (Caulley, Kohlert, Gandy, Olds & Bromwich, 2018).

1800-luvun lopussa myös psykologi Pierre Janet tutki hysteriaa ja sen syntymekanismeja (North, 2015). Janetin tutkimus keskittyi hysterian psyykkisiin ja dissosiativisiin puoliin ruumiillisten oireiden sijaan. Näitä oireita olivat esimerkiksi tietoisuuden häiriöt, muistinmenetys ja identiteetin häiriintyminen. Janetin (1907) mukaan hysteria oli persoonallisuuden systeemien hajoamista, josta seurasi systeemien dissosiaatio ja eriytyminen. Janet määritteli dissosiaation psyykkisen prosessoinnin epänormaaliksi jakautumiseksi, josta seurasi persoonallisuuden jakautuminen osiin, jotka ovat toisilleen saavuttamattomissa (North, 2015).

1800-luvulla Freudin teoria hysteriaasta muistojen tukahduttamisen seurauksena nousi yleisesti hyväksytyksi teoriaksi, ja näkemykset dissosiaatiosta hysterian aiheuttajana jäivät vähemmälle huomiolle myös 1900-luvulla (North, 2015). 1980-luvun jälkeen dissosiaatiota alettiin taas tutkia enemmän, ja sille annettiin monenlaisia määritelmiä (Nijenhuis & van der Hart, 2011). Nämä määritelmät erittelivät keholliset oireet konversio- tai somaattisiksi oireiksi sekä liittivät positiiviset oireet, kuten takauamat, traumaperäisen stressireaktion oireiksi. Määritelmät eivät myöskään keskittyneet persoonallisuuden rakenteen hajoamiseen (Nijenhuis & van der Hart, 2011).

Nijenhuis ja van der Hart (2011) toteavat dissosiaation käsitteen menettäneen tarkan merkityksensä. Dissosiaatio-sana voi nykyajan psykologiassa ja psykiatriassa viitata oireisiin, oireiden aiheuttajaan tai normaaleihin tietoisuuden muutoksiin, ja sanaa käytetään tutkimuskirjallisuudessa ilman määrittelyä. Nijenhuis ja van der Hart ehdottavat paluuta 1800-luvulla annettuun dissosiaation määritelmään, jonka mukaan dissosiaatiossa on kyse persoonallisuuden integraation puutteesta, josta aiheutuu kahden tai useamman puutteellisesti integroidun persoonallisuuden osan olemassaolo. Tätä ilmiötä kutsutaan persoonallisuuden rakenteelliseksi dissosiaatioksi, ja sen taustalla on teorian mukaan yksilön kohtaama trauma.

3 Dissosiaation kehittyminen

Dissosiaation syntymekanismista on monenlaisia teorioita. Pääasiallisesti tutkimus puoltaa näkemystä siitä, että dissosiaatio on seurausta etenkin lapsuuden traumasta (Bailey & Brand, 2017). Toista näkökulmaa edustaa fantasiamalli, jota toisinaan kutsutaan sosiokulttuuriseksi malliksi. Dissosiaatio voidaan nähdä myös normaalina psyyken ilmiönä (Butler, 2006), joka ei aiheuta yksilölle mielenterveydellistä haittaa.

3.1 Traumamalli

Nijenhuisin ja van der Hartin (2011) rakenteellisen dissosiaation teorian mukaan puutteellinen kyky käsitellä traumaattisia kokemuksia voi johtaa persoonallisuuden jakautumiseen eli eri persoonallisuuden osien dissosiaatioon. Trauma on kokemus, joka ylittää minän sietokyvyn ja aiheuttaa symbolien muodostamisen ja ajattelun vaikeuksia (Schulman, 2003). Dissosiaatiossa trauma on psykologinen haava, joka on kehittynyt suhteessa psyykkisiin, biologisiin, sosiaalisiin ja muihin ympäristötekijöihin (Nijenhuis & van der Hart, 2011). Trauma lamaannuttaa tai hajottaa psyyken, jonka seurauksena psyyke tiedostamattomasti käyttää dissosiaatio- tai defensimekanismeja ja jakautuu osiin (Schulman, 2003).

Dissosiaatio traumassa kertoo yksilön persoonallisuuden jakautumisesta kahteen tai useampaan vakaaseen alajärjestelmään, jotka eivät ole integroituneita osia persoonallisuudessa (Nijenhuis & van der Hart, 2011). Persoonallisuuden jakautuminen alajärjestelmiin tapahtuu, kun yksilö ei kykene integroimaan haitallisia kokemuksia osaksi persoonallisuuttaan, joka sisältää havainnot, tunteet ja ajatukset. Dissosioituneen persoonallisuuden voi jakaa kahteen osaan: näennäisesti normaaliin persoonallisuuden osaan sekä emotionaaliseen persoonallisuuden osaan (Nijenhuis & van der Hart, 2011). Näennäisesti normaali persoonallisuuden osa toimii pääosin päivittäisessä elämässä, ja sisältää ne toimintajärjestelmät, joiden tehtävänä on lähestyä arkipäiväisiä ärsykejä, kuten ruokaa ja muiden ihmisten seuraa (van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006; Leikola, 2014). Emotionaalinen persoonallisuuden osa sisältää trauman ja siihen liittyvät muistot ja tunteet sekä toimintajärjestelmät, jotka keskittyvät haitalliseksi ja epämiellyttäväksi tulkittujen ärsykkeiden tai tilanteiden välttämiseen.

Persoonallisuuden rakenteellinen dissosiaatio esiintyy vuoroittain ilmentyvänä traumaattisten tapahtumien uudelleen kokemisena sekä traumaa välttelevänä arkeen keskittymisenä (van der

Hart ym., 2006.) Persoonallisuuden integraation puute ei kuitenkaan tarkoita sitä, että persoonallisuus olisi kokonaan jakautunut kahtia, vaan sitä, että näiden toimintajärjestelmien välinen yhtenäisyys on vajavaista (van der Hart ym., 2006). Alajärjestelmät voivat toimia ja olla olemassa missä tahansa mielentilassa tai käyttäytymisessä (Nijenhuis & van der Hart, 2011). Ne voivat aktivoitua peräkkäisinä tai rinnakkaisina, tai olla piileviä. Dissosiativiset persoonallisuuden osat voivat olla vuorovaikutuksessa keskenään ja muiden yksilöiden kanssa, mutta persoonallisuuden osat ylläpitävät psyykkisbiologisia rajoja, jotka pitävät osat erillään toisistaan. Nämä rajat voivat kuitenkin periaatteessa hävitä.

Rakenteellisen dissosiaation teorian mukaan dissosiaation voi edelleen jakaa primääriin, sekundaariseen ja tertiääriseen dissosiaatioon (van der Hart, Nijenhuis & Solomon, 2010). Primääriin rakenteellisessa dissosiaatiossa persoonallisuus on jakautunut yhteen näennäisesti normaaliin ja yhteen emotionaaliseen persoonallisuuden osaan (van der Hart ym., 2006). Sekundaarisessa rakenteellisessa dissosiaatiossa emotionaalinen persoonallisuuden osa voi olla jakautunut useampaan osaan, ja tertiäärissä rakenteellisessa dissosiaatiossa sekä emotionaalinen että näennäisesti normaali persoonallisuuden osa voivat jakautua useampiin osiin.

3.2 Lapsuuden merkitys dissosiaation kehittämisessä

Dissosiaation traumamallin mukaan dissosiaatio on seurausta traumaattisesta tapahtumasta. Sekä lapset että aikuiset voivat kohdata elämässään traumaattisia tapahtumia, jotka voivat johtaa dissosiaation kehittymiseen. Lapsen dissosiaation kehittyminen eroaa kuitenkin aikuisuudesta. Dissosiaatio toimii psyykkisenä pakokeinona lapselle, joka ei voi fyysisesti paeta tilanteesta (Waters, 2016). Trauma voi olla esimerkiksi seksuaalinen tai fyysinen kaltoinkohtelu, äkillinen odottamaton negatiivinen tapahtuma, lasta pelottava vanhemman tapa toimia tai vanhempien hylkäämäksi joutuminen (Dalenberg ym., 2012). Välittäjinä trauman ja dissosiaation välillä voivat olla esimerkiksi geneettinen tai biologinen haavoittuvuus, kehityksen taso ja lapsuuden ympäristö, psyykkiset haavoittuvuudet, traumaa edeltävä ja seuraava stressi sekä trauman jälkeinen sosiaalinen tuki (Dalenberg ym., 2012).

Lapsi erottaa itsensä traumaattisesta kokemuksesta niin, että voi kokea, että se ei tapahtunut ollenkaan, se ei tapahtunut hänelle tai jos se tapahtui, se ei häirinnyt häntä (Waters, 2016). Dissosiaatio on automaattinen puolustuskeino, joka on tapahtumahetkellä adaptiivinen, mutta voi myöhemmässä elämässä vaikeuttaa lapsen toimintaa normaalissa elämässä. Lapselle kyky

dissosioitua lapsuuden kaltoinkohtelutilanteissa mahdollistaa sen, että lapsi voi kokea ristiriitaisia tunteita ja kiintymystä traumatisoiviin huolenpitäjiin (Bailey & Brand, 2017). Dissosiaation kautta lapsi voi säilyttää kyvyn kiintymykseen huolimatta toistuvasta traumatisoivasta huolenpidosta.

Lapsuuden ja nuoruuden dissosiaatio on monimutkaista ja siihen vaikuttavat useat eri tekijät (Waters, 2016). Lapsuuden trauma on usein yhteydessä dissosiativisiin häiriöihin. Mitä nuorempi lapsi on, sitä haavoittuvaisempi hän on, ja sen myötä alttiimpi käyttämään dissosiaatiota puolustusmekanismina. Erityisen vakava trauman muoto on vauvaikäisenä koettu trauma. Esimerkiksi lääketieteellinen trauma, fyysinen, seksuaalinen tai emotionaalinen pahoinpitely ovat traumaattisia kokemuksia, jotka voivat vaikuttaa vauvaan negatiivisesti. Myös vanhempien tai muiden aikuisten tuen puute traumaattisissa tilanteissa voi johtaa dissosiaation käyttöön tilanteesta selviytymiseen.

Dissosiaatio ilmenee lapsilla osittain eri tavoin kuin aikuisilla. Waters (2016) erittelee piirteitä, jotka voivat kertoa lapsen dissosiaatiosta. Näitä ovat esimerkiksi lasittunut katse, epätyypilliset silmän liikkeet, ääniperäiset hallusinaatiot, sisäiset visuaaliset hallusinaatiot sekä muistiongelmät. Oireiden tunnistaminen lisää oikean hoidon saamisen todennäköisyyttä, mikä on erittäin tärkeää lapsen dissosiaation hoidossa. Jos lapsen dissosiaatiota ei tunnisteta tai hoideta, voi lapsi saada toistuvasti vääränlaista hoitoa ja kokea epäonnistuneensa. Epäonnistumisten jatkumo johtaa avuttomuuden, arvottomuuden ja häpeän tunteisiin, ja voi lopulta johtaa myös lapsen huostaanottoon johtuen lapsen vanhempien kyvyttömyydestä hoitaa lasta perheessä. Dissosiaatiohäiriöt jäävät usein huomiotta lasten ja nuorten hoidossa, koska ammattilaiset eivät tunnista häiriöitä, ja dissosiaation oireet voivat vaikuttaa muiden, paremmin tunnettujen häiriöiden oireilta. Waters (2016) viittaa Hornsteiniin ja Putnamiin, jotka tutkiessaan nuorten dissosiaatiota selvittivät, että ennen dissosiativisen häiriön diagnoosia saadaan keskimäärin 2,7 muuta psykiatrista diagnoosia.

3.3 Fantasiamalli

Vaikka rakenteellisen dissosiaation malli ja traumaan perustuvat teoriat dissosiaatiosta ovat nykytutkimuksessa hallitsevia, on niille esitetty myös kilpailevia näkökulmia. Dissosiaation fantasiamalli on vaihtoehtoinen teoria dissosiaation kehittymisestä (Dalenberg ym., 2012). Mallin

mukaan dissosiaatio on psykologinen prosessi, joka ei ole yhteydessä traumaattisiin tai stressaaviin tapahtumiin, vaan dissosiaatio itsessään on merkki lievästä neurologisesta häiriöstä tai alttiudesta fantasiointiin.

Fantasiamallin mukaan dissosiaation kehittyminen on prosessi, jossa ensimmäinen vaihe on neurologisesta häiriöstä johtuva dissosiaatio, jota seuraavat välittävinä tekijöinä taipumus fantasiointiin, hajamielisyys ja toiminnanohjauksen puutteet (Dalenberg ym., 2012). Välittävien tekijöiden avulla dissosiaatiosta seuraa itse raportoitu trauma, ulkoisten ehdotusten hyväksyntä ja valheelliset traumamuistot. Traumamuistot nähdään mallissa liioiteltuina ja keksittyinä tapahtumina, jotka johtuvat yksilön ehdotuserkkydestä, taipumuksesta fantasiointiin ja kognitiivisista vääristymistä. Fantasiamallin mukaan dissosiaatio-oireet ovat siis olemassa ennen traumaa, ja välittävät tekijät muuttavat dissosiaation traumaan liittyviksi valemuistoiksi.

Traumamalli olettaa, että traumaan keskittyvän hoidon avulla dissosiaatiota voidaan vähentää (Dalenberg ym., 2012). Fantasiamallin mukaan dissosiaatio-oireet voivat jopa lisääntyä traumaterapiassa ehdotuserkkyuden ansiosta. Fantasiamallin mukainen dissosiaation hoito perustuu dissosiativisten oireiden sivuuttamiseen, valemuistojen poistamiseen, arkielämään keskittymiseen ja muiden psykiatristen häiriöiden hoitamiseen (Loewenstein, 2018).

Tutkimukset dissosiaatiosta puoltavat dissosiaation traumateoriaa (Loewenstein, 2018). Kansainväliset tutkimukset dissosiaatio-oireista ja dissosiaatiohäiriöistä osoittavat, että dissosiaatio on yhteydessä traumaattisiin kokemuksiin, ja etenkin lapsuuden trauma voi ennakoida dissosiaatiota ja dissosiaatiohäiriöiden kehittymistä. Tutkimuksia fantasiamallin mukaisesta dissosiaatiosta ei ole tehty psykologisen hoidon piirissä, eikä tutkimuksia fantasiamallin hoitoperiaatteiden vaikuttavuudesta ole löydettävissä.

3.4 Dissosiaatio normaalina ilmiönä

Dissosiaatiota voidaan myös tarkastella irrallaan mielenterveyden häiriöiden kontekstista. Dissosiaatio voidaan nähdä epäpatologisena eli normaalina ilmiönä. Useimmat dissosiativiset kokemukset ovat normaaliin psyyken toimintaan kuuluvia kokemuksia, niin sanottuja epäpatologisia dissosiativisia kokemuksia (Butler, 2006). Dissosiativiset kokemukset eivät ole vain arjessa tapahtuvia kokemuksia, vaan arjen keskeisimpiä ilmiöitä, joilla on tärkeä rooli adaptiivisessa toiminnassa, ja joita ilman elämä olisi paljon köyhempää (Butler, 2006). Epäpatologisessa dissosiaatiossa ei ilmene minuuden jakautumista, eikä siitä aiheutuvia tietoisuuden, muistin,

havainnoinnin tai identiteetin häiriöitä (Waters, 2016). Normatiivinen dissosiaatio syntyy persoonan jakautumisen sijaan uppoutumisesta (eng. absorption), eli intensiivisestä keskittymisen tilasta, jossa yksilön huomio kiinnittyy täysin yksittäiseen asiaan (Butler, 2006). Uppoutumisen seurauksena muut tietoisuuden osat suljetaan pois, josta toimintona käytetään nimitystä dissosiointi.

Butler (2006) jakaa normatiivisen dissosiaation kokemukset kolmeen ilmiöön: passiiviseen dissosiaatioon, aktiivisesti tavoiteltuun dissosiaatioon sekä positiivisiin dissosiaation kokemuksiin. Ensimmäinen normaalin dissosiaation ilmiö, passiivinen dissosiaatio, voi ilmetä esimerkiksi ulkoisten ärsykkeiden puuttuessa, kuten ikkunasta ulos katsoessa, tai rutiinitehtäviä suorittaessa, kuten autolla ajaessa. Passiivisessa dissosiaatiossa mieli keskittyy introspektioon tai niin sanottuun haaveiluun, joka voi auttaa ihmistä käsittelemään materiaalia, joka ei ole sopivaa tietoiseen käsittelyyn, kuten intuition tai luovuuden prosesseja.

Toinen normatiivisen dissosiaation ilmiö on aktiivisesti tavoiteltu dissosiaatio, jossa kokemukset täyttävät tietoisuuden ja sivuuttavat henkilökohtaiset huolet pois tietoisuudesta (Butler, 2006). Tämän kaltaisia kokemuksia voivat olla esimerkiksi musiikin kuuntelu, elokuvien katsominen, lukeminen tai meditaatio. Ero passiiviseen dissosiaatioon on siinä, että aktiivisesti tavoitellut kokemukset ovat seurausta jostakin ulkoisen toiminnan tietoisuuteen tuomasta ärsykkeestä. Näiden kokemusten adaptiivinen tarkoitus on huomion vieminen pois yksilön stressistä ja sisäisistä prosesseista.

Kolmas normatiivisen dissosiaation muoto on positiiviset dissosiatiiiviset kokemukset, jotka Butler (2006) määrittelee positiivisiksi depersonalisaation tai derealisaation kokemuksiksi, joissa tuntemukset itsestä ja ympäröivästä maailmasta muuttuvat. Tällaisia kokemuksia voivat olla esimerkiksi flow-tila. Csikszentmihalyi (2014) on määritellyt flow:n subjektiiviseksi tilaksi, jossa yksilö keskittyy kokonaisvaltaisesti jonkin kykyjään haastavan tehtävän suorittamiseen. Ihminen toimii sisäisen logiikan johdattamana ilman tietoista päätöksentekoa, ja yksilön ja ympäristön tai ärsykkeen ja reaktion väliset rajat häviävät. Jakamattomasta keskittymisestä seuraa ulkoisten ärsykkeiden pois sulkeminen ja esimerkiksi ajantajun katoaminen. Flow:ta voi esiintyä esimerkiksi lukiessa mukaansatempaavaa kirjaa, urheillessa tai kiehtovaan keskusteluun osallistuessa.

Dissosiaatio voidaan siis nähdä traumasta johtuvana persoonallisuuden rakenteen jakautumisena, neurologisena poikkeavuutena, jotka kanavoidaan valemustoiksi tai epäpatologisena ja positiivisena kokemuksena, joka on olennainen osa ihmisyyttä ja arkea. Dissosiaatio-oireiden

ja dissosiaatiohäiriöiden tutkimus puoltaa kuitenkin dissosiaation traumamallia. Traumaattisen dissosiaation näkökulmasta voidaan analysoida dissosiaatiohäiriöitä sekä niiden hoitoa.

4 Dissosiaatiohäiriöt

Dissosiaatiohäiriöt ovat mielenterveyden häiriöitä, joiden oireita ovat tietoisuuden, muistin, identiteetin, tunteiden, havaintojen, motoristen toimintojen ja käyttäytymisen normaalin integraation puute (American Psychiatric Association, 2013). Häiriöt ilmenevät yleisesti trauman seurauksena, ja monet oireista, kuten häpeä ja hämmennys oireista syntyvät traumasta (American Psychiatric Association, 2013). Dissosiaatio-oireita voi esiintyä useissa mielenterveyden häiriöissä, ja ne ovat myös diagnostisia kriteereitä esimerkiksi traumaperäisessä stressihäiriössä (Lauerma, 2017). Dissosiaatio luokitellaan dissosiaatiohäiriöksi, kun dissosiaatio-oireet ovat hallitsevia ja haittaavat yksilön toimintakykyä (Lauerma, 2017).

World Health Organization (2019) uusimman ICD-11-tautiluokituksen mukaan dissosiaatiohäiriöt voi jakaa dissosiativiseen neurologisten oireiden häiriöön, dissosiativiseen muistinmenetykseen, hurmostiloihin, haltiotiloihin, dissosiativiseen identiteettihäiriöön, osittaiseen dissosiativiseen identiteettihäiriöön, depersonalisaatio-derealisaatiohäiriöön, muuhun määritellyn dissosiaatiohäiriöön sekä määrittelemättömään dissosiaatiohäiriöön. Dissosiaatiohäiriöitä on siis useita ja häiriöt eroavat toisistaan oireiden ja dissosiaation vakavuuden perusteella. Persoonallisuuden integraation puute voi olla täydellinen, mutta yleisemmin se esiintyy osittaisena, ja voi vaihdella ajan kuluessa (World Health Organization, 2019). Dissosiativiset oireet aiheuttavat kuitenkin kaikissa dissosiaatiohäiriöissä vakavia vaikeuksia henkilökohtaisessa elämässä, sosiaalisesti, koulutuksellisesti, ammatillisesti ja muilla elämänalueilla (World Health Organization, 2019).

Dissosiaatiohäiriöiden yleisyydestä ei ole varmaa tutkimustietoa. Ross, Joshi ja Currie (1990) sekä Lauerma (2017) arvioivat, että dissosiaatiohäiriöitä voi esiintyä 5–10 prosentilla väestöstä elämänsä aikana. Dissosiativista muistinmenetystä pidetään häiriöistä yleisimpänä, ja dissosiativista identiteettihäiriötä harvinaisimpana (Lauerma, 2017). Dissosiaatiohäiriöt ovat kuitenkin vakavia mielenterveyden häiriöitä, joista aiheutuu yksilölle vakavaa kärsimystä ja yhteiskunnalle terveydenhuoltokuluja. Suomalaistutkimuksessa todettiin, että dissosiaatio on 13–18-vuotiailla nuorilla riskitekijä viiltelylle ja muulle itsetuhoiselle käytökselle (Tolmunen ym., 2008). Myös toistuvat itsemurhayritykset ja korkea mielenterveyspalveluiden käyttöaste ovat yhteydessä dissosiaatiohäiriöihin (Brand, Lanius, Vermetten, Loewenstein & Spiegel, 2012).

4.1 Dissosiatiiivinen muistinmenetys

Dissosiatiiivinen muistinmenetys on dissosiaatiohäiriö, jonka oireena on kyvyttömyys muistaa tärkeitä omaelämäkerrallisia muistoja, jotka usein liittyvät äskettäisiin traumaattisiin tai stressaaviin elämäntapahtumiin (World Health Organization, 2019). Muistinmenetys ei vastaa ns. normaalia unohtamista ja se aiheuttaa merkittävää haittaa yksilön toiminnalle (World Health Organization, 2019). Dissosiatiiivinen muistinmenetys poikkeaa pysyvästä muistinmenetyksestä, sillä dissosiatiiivinen muistinmenetys on aina potentiaalisesti kumottavissa (American Psychiatric Association, 2013).

DSM-5-diagnosointijärjestelmä (American Psychiatric Association, 2013) jakaa dissosiatiiivisen muistinmenetyksen paikalliseen, selektiiviseen ja yleiseen muistinmenetykseen. Paikallinen muistinmenetys on yleisin dissosiatiiivisen muistinmenetyksen muoto, jossa yksilö unohtaa täysin tietyn ajanjakson tapahtumat. Paikallinen muistinmenetys voi kattaa muutakin kuin yksittäisen traumaattisen tapahtuman, esimerkiksi kuukausia tai vuosia jatkuneen pahoinpitelyn. Paikallinen muistinmenetys on rakenteellisen dissosiaation teorian mukaan primaaria dissosiaatiota, jossa persoonallisuus jakautuu emotionaaliseen ja näennäisesti normaaliin osaan (Witztum, Margalit & van der Hart, 2002).

Selektiivinen muistinmenetys on toinen dissosiatiiivisen muistinmenetyksen muoto, jossa yksilö voi muistaa osan ajanjakson traumaattisistakin tapahtumista, mutta muistissa on silti puutoksia (American Psychiatric Association, 2013). Paikallista ja selektiivistä muistinmenetystä voi esiintyä yksilöillä samanaikaisesti.

Kolmas dissosiatiiivisen muistinmenetyksen muoto on yleinen muistinmenetys, joka voi esiintyä koko henkilöhistorian ja henkilökohtaisen identiteetin unohtamisena (American Psychiatric Association, 2013). Esimerkiksi taidot ja yleinen tieto maailmasta voivat unohtua. Yleinen muistinmenetys on harvinaista, mutta voi olla yleisempää esimerkiksi sotaveteraanien tai seksuaalisen väkivallan uhrien keskuudessa (American Psychiatric Association, 2013). Yleinen muistinmenetys voidaan rakenteellisen dissosiaation teorian mukaan nähdä sekundäärisenä dissosiaationa, jossa persoonallisuuden näennäisen normaaliin ja emotionaaliseen osaan jakautumisen lisäksi myös emotionaalinen persoonallisuuden osa jakautuu osiin (Witztum ym., 2002).

American Psychiatric Associationin (2013) mukaan dissosiatiiivista muistinmenetystä on todettu lapsilla, nuorilla ja aikuisilla. Näistä ryhmistä suurimpia vaikeuksia diagnosoinnissa esiintyy lapsilla, joiden voi olla vaikea ymmärtää muistinmenetykseen liittyviä kysymyksiä. Oireet

voi myös olla vaikea erottaa keskittymisvaikeuksista, ahdistuneisuudesta tai oppimisvaikeuksista. Dissosiativinen muistinmenetys voi parantua äkillisesti, esimerkiksi tilanteessa, jossa yksilö poistetaan stressaavasta ympäristöstä. Joissakin tilanteissa muistinmenetys voi kestää pitkään, ja yksilö voi vanhetessaan alkaa muistaa dissosioituja muistoja.

4.2 Depersonalisaatio-derealisaatiohäiriö

Depersonalisaatio-derealisaatiohäiriö on dissosiaatiohäiriö, jossa yksilö kokee toistuvia tai pysyviä depersonalisaation tai derealisaation kokemuksia (World Health Organization, 2019). Depersonalisaatio määritellään itsen vieraana tai epätodellisenä kokemiseksi, tai kokemukseksi oman itsen ulkopuolelta tarkkailemisesta ajatusten, tunteiden, tekojen ja kehon tuntemusten osalta (World Health Organization, 2019). Depersonalisaatiossa yksilö voi esimerkiksi todeta tietävänsä, että hänellä on tunteita, mutta ei tunne niitä, tai kokea että hänen ajatuksensa eivät tunnu hänen omiltaan (American Psychiatric Association, 2013). Derealisaatio tarkoittaa muiden ihmisten, esineiden tai maailman oudoksi ja epätodeksi kokemista, esimerkiksi unen kaltaiseksi, etäiseksi, värittömäksi tulkittamista tai ympäristöstä etääntyneeksi itsensä tuntemista (World Health Organization, 2019). Yksilö voi esimerkiksi tuntea olevansa sumussa, unessa tai seinän takana erillään muusta maailmasta (American Psychiatric Association, 2013). Derealisaatioon voi myös liittyä visuaalisia harhoja, kuten sumuisuutta tai näkökentän muutoksia.

Depersonalisaatio-derealisaatiohäiriö aiheuttaa yksilölle merkittävää haittaa (American Psychiatric Association, 2013). Häiriöstä kärsivä kokee voimakasta emotionaalista kipua, ja häiriöstä johtuva tasainen ja tunteeton käytös voi vaikeuttaa kanssakäymistä muiden kanssa ihmissuhteissa ja työelämässä. Myös keskittymisen ja muistin vaikeudet ja yleinen irrallisuuden tunne heikentävät häiriöstä kärsivän elämänlaatua.

Depersonalisaation ja derealisaation taustatekijöistä tiedetään vähän (Lauerma, 2017). On arvioitu, että oireiden taustalla voi olla psykologinen tekijä, kuten stressi, jokin neurologinen sairaus tai hallusinogeenisten huumeiden käyttö. On myös esitetty, että depersonalisaation kokemus voi syntyä tilanteessa, jossa henkilö voi rentoutua pitkään jatkuneen psykologisen stressin lauetta (Lauerma, 2017).

American Psychiatric Associationin (2013) mukaan depersonalisaatio-derealisaatiohäiriö alkaa yleisesti nuoruudessa. Häiriö alkaa yli 20-vuotiaana vain alle 20 prosentilla yksilöistä, ja yli 25-

vuotiaana alle 5 prosentilla yksilöistä. Depersonalisaatio-derealisaatiosta kärsivän voi olla vaikea kuvata oireitaan (American Psychiatric Association, 2013). Henkilö voi esimerkiksi kuvata tulevansa hulluksi tai pelätä peruuttamatonta aivovauriota. Yleistä on myös ajantajun hämärtyminen sekä vaikeus muistaa menneitä muistoja ja kokea niitä henkilökohtaisina ja emotionaalisina. Oireet voivat alkaa asteittain tai äkillisesti, ja depersonalisaatio-derealisaatiojaksot voivat kestää tunneista vuosiin. Arviolta joka toinen aikuinen on kokenut elämänsä aikana depersonalisaatiota tai derealisaatiota.

4.3 Dissosiatiiivinen identiteettihäiriö

Dissosiatiiivinen identiteettihäiriö on dissosiaatiohäiriö, jossa henkilön identiteetti on hajaantunut kahteen tai useampaan erilliseen persoonallisuuden tilaan eli dissosiatiiiviseen identiteettiin (World Health Organization, 2019). Näihin identiteetteihin liittyy minän kokemuksen ja toimijuuden katkonaisuutta. Jokainen erillinen persoonallisuuden tila sisältää omat tavat kokea ja toimia suhteessa itseen, kehoon ja ympäristöön (World Health Organization, 2019). Dissosiatiiivisen identiteettihäiriön tyypillisiin oireisiin kuuluvat muistinmenetykset, jotka voivat olla vakavia (World Health Organization, 2019). Rakenteellisen dissosiaation teorian mukaan dissosiatiiivisessä identiteettihäiriössä dissosiaatio on tertiääristä, eli sekä persoonallisuuden emotionaalinen osa, että näennäisesti normaali osa ovat jakautuneet useampiin osiin (Nijenhuis & van der Hart, 2011).

Dissosiatiiivinen identiteettihäiriö on dissosiaatiohäiriöistä harvinaisin ja kiistanalaisin (Lauerma, 2017). Häiriössä henkilölle syntyy uusi identiteetti, joka auttaa selviytymään traumaattisista kokemuksista, jotka usein liittyvät lapsuuteen. Etenkin lapsuuden pahoinpitely ja seksuaalinen trauma ovat yleisiä taustatekijöitä dissosiatiiivisessä identiteettihäiriössä. Yleisesti traumaattiset kokemukset tapahtuvat ennen kuuden vuoden ikää, eivätkä myöhäisemmän iän traumat aiheuta yhtä kattavaa koko persoonallisuuden dissosiaatiota. Suomessa dissosiatiiivisen identiteettihäiriön yleisyydeksi on arvioitu noin 1/10 000–20 000 väestöstä (Lauerma, 2017). Häiriön olemassaolosta on kuitenkin kiistelty. Lauerman (2017) mukaan dissosiatiiivisen identiteettihäiriön diagnostiset kriteerit ovat väljät, joten vääriä diagnooseja voi syntyä.

4.4 Dissosiaatiohäiriöiden luokittelu

Dissosiaatiohäiriöt on luokiteltu eri tavoin DSM-5:ssä ja ICD-10:ssä, jotka ovat tällä hetkellä voimassa olevat diagnostiset järjestelmät mielenterveyden häiriöiden diagnosoimiseksi (Lauerma, 2017). Järjestelmissä yhtenevää on dissosiaatiohäiriöiden kuvaaminen tietoisuuden, identiteetin, muistin ja havaintojen integraation hajaantuneisuutena (Lauerma, 2017).

American Psychiatric Associationin (2013) julkaisema DSM-5 jakaa dissosiaatiohäiriöt dissosiatiiiviseen identiteettihäiriöön, dissosiatiiiviseen muistinmenetykseen, depersonalisaatio-derealisaatiohäiriöön, muuhun määriteltyyn dissosiaatiohäiriöön sekä määrittelemättömään dissosiatiiiviseen häiriöön. Maailman terveysjärjestö World Health Organizationin (2016) tautiluokitusjärjestelmä ICD-10 jakaa dissosiatiiiviset häiriöt dissosiatiiiviseen muistinmenetykseen, pakkovaellukseen, sulkutilaan, hurmos- ja haltiotiloihin, motoriseen häiriöön, kouristuksiin, tunnottomuuteen tai aistihäiriöön, sekamuotoisiin dissosiaatiohäiriöihin, muuhun määriteltyyn dissosiaatiohäiriöön sekä määrittelemättömään dissosiatiiiviseen häiriöön. Dissosiatiiivinen identiteettihäiriö on ICD-10-järjestelmässä sisällytetty muun määritellyn dissosiaatiohäiriön alaluokaksi nimellä sivupersonahäiriö. DSM-5:n ja ICD-10:n erilaiset jaottelut tekevät dissosiaatiohäiriöiden tarkan määrittelyn vaikeaksi, mikä osaltaan vaikuttaa myös dissosiaation tutkimukseen. Jos häiriöiden määritelmät eivät ole yhdenmukaisia, eivät tutkimustulokset ole yleistettävissä kansainvälisesti, eikä kaikkia häiriöitä voi tutkia järjestelmällisesti, jos jo häiriön määrittely on epäselvä. Järjestelmien väliset erot korostavat ja voivat lisätä dissosiaation käsitettä ympäröivää hämmennystä (Holmes ym., 2005.)

WHO julkaisi vuonna 2018 uuden ICD-11-tautiluokituksen, jota ei vielä toistaiseksi ole otettu käyttöön Suomessa. ICD-11-järjestelmän luokittelu dissosiaatiohäiriöille on yhdenmukaisempi American Psychiatric Associationin DSM-5-luokituksen kanssa. ICD-11 jakaa dissosiaatiohäiriöt dissosiatiiiviseen neurologisten oireiden häiriöön, dissosiatiiiviseen muistinmenetykseen, hurmostiloihin, haltiotiloihin, dissosiatiiiviseen identiteettihäiriöön, osittaiseen dissosiatiiiviseen identiteettihäiriöön, depersonalisaatio-derealisaatiohäiriöön, muuhun määriteltyyn dissosiaatiohäiriöön sekä määrittelemättömään dissosiaatiohäiriöön (World Health Organization, 2019).

ICD-10-järjestelmässä (World Health Organization, 2016) depersonalisaatio-derealisaatiohäiriötä ei luokitella ollenkaan dissosiatiiiviseksi häiriöksi, vaan se on osa neuroottisia häiriöitä. Järjestelmän uudistuessa ICD-11-järjestelmäksi on depersonalisaatio-derealisaatiohäiriö tuotu dissosiaatiohäiriöiden kategoriaan omaksi diagnoosikseen, kuten myös dissosiatiiivinen identi-

teettihäiriö, joka vuoden 2016 versiossa on luokiteltu muuksi dissosiaatiohäiriöksi nimellä sivupersoonahäiriö. Dissosiaation tutkimuksen lisääntyessä siis näyttää siltä, että dissosiaatiohäiriöt ja niiden oirekuvat selkiytyvät ja käsitys häiriöistä yhdenmukaistuu kansainvälisesti.

Taulukko 1: Dissosiaatiohäiriöt DSM-5-, ICD-10- ja ICD-11-järjestelmissä

DSM-5-diagnoosit	ICD-10-diagnoosit	ICD-11-diagnoosit
300.12 Dissosiativinen muistinmenetyk	F44 Dissosiativinen muistinmenetyk	6B61 Dissosiativinen muistinmenetyk
300.13 Dissosiativinen muistinmenetyk ja pakkovaellus	F44.1 Dissosiativinen pakkovaellus	6B61 Dissosiativinen muistinmenetyk ja pakkovaellus
300.14 Dissosiativinen identiteettihäiriö	F44.81 Muu dissosiaatiohäiriö: Sivupersoonahäiriö	6B64 Dissosiativinen identiteettihäiriö
		6B65 Osittainen dissosiativinen identiteettihäiriö
300.6 Depersonalisaatio-derealisaatiohäiriö	F48.1 Muu neuroottinen häiriö: Depersonalisaatio-derealisaatiohäiriö	6B66 Depersonalisaatio-derealisaatiohäiriö
300.15 Muu määritelty dissosiaatiohäiriö	F44.8 Muu dissosiaatiohäiriö	6B6Y Muu määritelty dissosiaatiohäiriö
300.15 Määrittelemätön dissosiaatiohäiriö	F44.2 Dissosiativinen sulkutila F44.7 Sekamuotoiset dissosiaatiohäiriöt F44.9 Määrittelemätön dissosiaatiohäiriö	6B6Z Määrittelemätön dissosiaatiohäiriö
	F44.3 Hurmos ja haltiotilat	6B62 Hurmos
		6B63 Haltiotila
	F44.4 Dissosiativinen motorinen häiriö F44.5 Dissosiativiset kouristukset F44.6 Dissosiativinen tunnottomuus tai aistihäiriö	6B60 Dissosiativinen neurologisten oireiden häiriö

5 Dissosiaatiohäiriöiden arvioiminen ja diagnosoiminen

Dissosiaatiohäiriöt aiheuttavat yksilölle merkittävää haittaa (World Health Organization, 2019), häiriöihin liittyy itsetuhoista käyttäytymistä (Tolmunen ym., 2008), sekä korkea terveydenhuoltopalveluiden käyttöaste (Brand ym., 2012). Dissosiaatiohäiriöistä aiheutuvien haittojen vähentäminen on siis olennaista niin yksilöiden kuin yhteiskunnan kannalta. Häiriöitä voidaan hoitaa, mutta toimivan hoidon takaamiseksi tulee varmistaa, että yksilö saa oikean diagnoosin.

5.1 Erotusdiagnosi

Dissosiaatio-oireita esiintyy laajasti erilaisissa häiriöissä, ja ne kuuluvat myös osaksi muiden häiriöiden diagnostisia kriteerejä. Dissosiaatiohäiriöiden erotusdiagnosissa tulee huomioida muista mielenterveyden häiriöistä esimerkiksi akuutti ja traumaperäinen stressireaktio (Moskowitz & Corstens, 2008), epävakaata persoonallisuushäiriötä, psykoosia, masennusta, skitsofreniaa sekä kaksisuuntainen mielialahäiriö (Lauerma, 2017). Lisäksi dissosiaatiohäiriöitä diagnosoidessa tulisi sulkea pois esimerkiksi myrkytystilat, huumeiden tai lääkkeiden vaikutukset, temporaalilepilepsia ja muistinmenetys (Lauerma, 2017).

Muista mielenterveyden häiriöistä on dissosiaatiota diagnosoidessa hyvä sulkea pois etenkin masennus, sillä dissosiaatiolle ominaisia muistin ja keskittymisen vaikeuksia esiintyy paljon myös vakavassa masennuksessa (Lauerma, 2017). Masennuksen lisäksi dissosiaatiohäiriöt voivat näyttäytyä myös psykoosien kaltaisena oireiden samantyyppisyyden vuoksi. Psykoosia ja dissosiaatiohäiriötä voivat molemmat sisältää ääniharhoja, hallusinaatioita ja kontrollin puutteen tunnetta omista ajatuksista. Dissosiaatiohäiriö eroaa psykoosista kuitenkin niin, että dissosiaatiohäiriöstä kärsivä ei ole varma siitä mikä hänen ympärillään on totta, kun taas psykoosista kärsivä voi yleisesti kokea hallusinaatioidensa olevan todellisia.

Dissosiaatiivisista häiriöistä dissosiaatiivisen identiteettihäiriön diagnosoiminen voi olla erityisen vaikeaa, sillä häiriön oireet voivat muistuttaa epävakaan persoonallisuushäiriön irrationaalista ja lyhytjännitteistä käyttäytymistä (Lauerma, 2017). Dissosiaatiohäiriön ja epävakaan persoonallisuuden voi kuitenkin erottaa niin, että dissosiaatiossa muistihäiriöt ja poikkeavat tajunnantilat ovat keskeisemmässä roolissa, kuin epävakaan ylipäänsä. Häiriöistä myös dissosiaatiivista muistinmenetystä diagnosoidessa oireet täytyy erottaa muista samankaltaisista häiriöistä, etenkin eri muistinmenetyksistä. Dissosiaatiivinen muistinmenetys voi liittyä yhteen tapahtumaan,

tai jatkuvana tiettyyn ajanjaksoon. Muut muistinmenetykset, kuten ohimenevä yleinen muistinmenetys voivat parantua itsestään tai parantua hitaasti ja epätäydellisesti, toisin kuin dissosiatii-
vinen muistinmenetys, joka voi korjautua täydellisesti oikean hoidon avulla. Muistinmenetyk-
sen, masennuksen ja epävakaan persoonallisuushäiriön lisäksi muita virheellisiä diagnooseja
dissosiaatiohäiriöille voivat olla skitsofrenia, kaksisuuntainen mielialahäiriö tai depressiivinen
psykoosi.

5.2 Diagnosointimenetelmät

Mielenterveyden häiriöiden hoitaminen perustuu potilaasta tehtävään diagnoosiin, joka kertoo
potilaan nykytilasta ja siitä, miksi potilas hakeutuu hoitoon (Lönnqvist, 2017). Diagnoosi muo-
dostetaan haastattelemalla potilasta ja keräämällä tietoa erilaisten tutkimusten avulla. Kerätyn
tiedon ja diagnoosin avulla voidaan yhdessä potilaan kanssa muodostaa hoitosuunnitelma, joka
sisältää hoidon tavoitteet ja toteutustavan. Dissosiaatiohäiriöiden diagnosoinnissa hyödynne-
tään potilaan ja hänen omaistensa haastattelua sekä muuta tiedonkeruuta (Lauerma, 2017).
Diagnosoinnissa käytetään myös hyödyksi dissosiaatiohäiriöitä varten kehitettyjä arviointi- ja
seulontamenetelmiä.

Dissosiaation diagnosoimiseksi on kehitetty diagnostisia haastatteluja, kuten 131-kohtainen
dissosiatiiivisten häiriöiden strukturoitu haastattelukaavake DDIS, eli Dissociative disorders in-
terview schedule (Lauerma, 2017). Myös itsearviointiin perustuvia seulontamenetelmiä on ke-
hitetty useita. Näistä käytetyin ja tutkituin on Dissociative experience scale DES, joka tunne-
taan Suomessa nimellä ”poikkeuksellisten tajunnantilojen arviointiasteikko”. DES oli ensim-
mäinen dissosiaatiota määrällisesti mittaava diagnostinen työkalu (Bernstein & Putnam, 1986).
DES sisältää 28 kysymystä, joiden avulla selvitetään tietyn dissosiatiiivisen oireen esiintymisti-
heyttä asteikolla 0–100 prosenttia ajasta (Chu, 2011). Kysymyksissä kuvataan kokemusta,
jonka jälkeen pyydetään kertomaan, kuinka usein tällainen kokemus on läsnä omassa elämässä
(Chu, 2011). Esimerkiksi ensimmäinen skaalan kysymys on: ”Joillakin ihmisillä on kokemus
autolla ajamisesta ja siitä, että he yhtäkkiä huomaavat, etteivät muista mitä on tapahtunut koko
matkan tai matkan osan aikana. Merkitse viivalle kertoaksesi minkä prosentin ajasta näin ta-
pahtuu sinulle.”

Nuorten ja lasten dissosiaation arviointiin on kehitetty erillinen Adolescent Dissociative Expe-
riences Scale eli A-DES (Waters, 2016). A-DES sisältää 30 kysymystä, joihin vastaaja arvioi

asteikolla 0–10 omien dissosiativisten oireidensa vakavuutta. DES:in ja A-DES:in lisäksi yleisesti käytetty seulontamenetelmä on The Multidimensional Inventory of Dissociation eli MID (Dell, 2006). MID on Likert-skaalalla arvioitava kyselyinventaarior, joka kartoittaa dissosiaatiooireita ja jakaa tulokset eri kategorioihin, esimerkiksi tietyn diagnoosin alle (Dell, 2006). Kysely sisältää 218 kysymystä, joista 168 arvioi dissosiaatiota ja 50 kyselyn validiteettia (Chu, 2011).

6 Dissosiaation hoito

Dissosiaatiota on tutkittu pääasiallisesti case-tutkimuksien ja kontrolloimattomien tutkimusten avulla, joten selkeitä päätelmiä siitä, että hoito on auttanut oireita ei voi tehdä näistä tutkimuksista (Brand, 2012). Case-tutkimukset ja kontrolloimattomat tutkimukset ovat kuitenkin tuottaneet rohkaisevia tuloksia siitä, että dissosiaation hoito on hyödyllistä. Hoitoon liittyy parannusta adaptiivisessa toiminnassa, oireiden vähentymistä, sosiaalisen toimintakyvyn paranemista ja itsetuhoisen käytöksen vähenemistä. Brand (2012) kuitenkin huomauttaa, että koska tutkimukset eivät ole olleet kontrolloituja, näitä tuloksia ei voi pitää faktoina, vaan parannusta olisi voinut tapahtua myös ajan kuluessa ilman hoitoa. Tutkimuksiin osallistuneet ammattilaiset ovat kuitenkin yksimielisiä siitä, että vaiheittainen ja säännönmukainen hoito on kannattavaa dissosiaatiopotilaille.

6.1 Traumaterapia

Dissosiaatiohäiriöistä kärsivät hyötyvät hoidosta, joka keskittyy dissosiatiiivisiin oireisiin (Brand, Classen, McNary & Zaveri, 2009). Dissosiaatiota hoidetaan psykoterapiassa, joka perustuu traumaan ja dissosiaatiota koskevaan tietoon ja terapeutin kyvykkyyteen käsitellä näitä asioita potilaansa kanssa (Steele, Boon & van der Hart, 2017). Tämän kaltaista terapiaa ohjaavat periaatteet ja käytännöt, joiden avulla voidaan vahvistaa potilaan itsesäätelyä, mentalisaatiokykyä sekä myötätuntoa itseä kohtaan. Mentalisaatio tarkoittaa yksilön kykyä tiedostaa ja reflektoida oman mielensä ja toisten mielen toimintaa (Larmo, 2010). Puutteet mentalisaatiokyvyssä ovat yhteydessä vaikeuksiin erottaa ulkoisen ja sisäisen todellisuuden rajat ja vaikeuksiin hallita ja ymmärtää omia tunteita (Larmo, 2010).

Dissosiaation terapian tulisi keskittyä potilaan ja terapiasuhteen prosesseihin, sen sijaan että keskityttäisiin potilaan elämän sisällöllisiin tekijöihin, kuten elämäntapahtumiin (Steele ym., 2017). Prosesseihin keskittyminen auttaa säilyttämään huomion potilaiden välittömissä kokemuksissa ja tunteissa, joka auttaa muutoksen ja integroitumisen aikaansaamisessa. Traumaattisilla tapahtumillakin on merkitystä terapiassa, mutta terapian tulisi keskittyä siihen, mikä vaikutus tapahtumilla on ollut, jotta niihin liittyviä tunteita voidaan käsitellä. Traumaterapiassa keskeistä on kyetä kohtaamaan traumaan liittyvä pelko sekä säilyttää yhteys nykyhetkeen (Bailey & Brand, 2017). Traumaattiset kokemukset täytyy siis pyrkiä integroimaan osaksi yksilön elämää, jotta yksilön elämänlaatu paranisi, mutta traumaaja tulee käsitellä tavalla, joka kiinnittää ne nykyhetkeen ja trauman seurauksiin itse tapahtumien sijaan.

Dissosiaation hoidossa keskeistä on terapiasuhteen merkitys, ja se, että terapeutti suhtautuu toistuvasti empaattisesti myös potilaan dissosiativisiin tunteisiin (Schulman, 2003). Trauma voi tulla ulkoistetuksi terapiasuhteeseen, jolloin terapeutin täytyy osoittaa pystyvänsä käsittelemään tilannetta, jotta potilas voi itse oppia trauman käsittelyä (Schulman, 2003). Steele ym. (2017) kertovat tapausesimerkin tilanteesta, jossa traumamuisto aktivoituu uudelleen terapiasuhteessa. Terapiassa dissosiaatiohäiriöstä kärsivä Mara kertoo toistuvasti kokemuksistaan, joissa hänen perheenjäsenensä ovat loukanneet häntä. Terapeutti vastaa kertomuksiin kommentoimalla sitä, kuinka tuskalliselta täytyy tuntua, kun Maraa ei kuunnella tai kunnioiteta. Terapian myötä Mara ymmärtää, että hän pelkää myös terapiasuhteessa tulevansa sivuutetuksi. Tämänkaltaisen työskentelyn kautta voidaan tarkastella potilaan nykyhetken kokemusta itse traumaattisten tapahtumien sijaan.

Traumaterapian tulisi myös perustua ensisijaisesti turvallisuuteen (Steele ym., 2017). Terapiastuntojen tunnetilojen tulisi pysyä hallittuina. Jos potilaan tai terapeutin sietokyky ylittyy, terapia ei tunnu enää turvalliselta, ja terapia ei ole enää tarkoituksenmukaista. Kun tutkitaan traumoihin liittyviä häiriöitä, täytyy tasapainottaa pyrkimys saada yksilö toipumaan mahdollisimman nopeasti sen kanssa, että hänelle ei aiheuteta enemmän haittaa (Dorahy ym., 2017). Terapian tulisi edetä tahdilla, joka ei vaadi potilaalta liikaa muutosta lyhyessä ajassa (Steele ym., 2017).

6.2 Vaiheittainen hoito

Dissosiaatiohäiriöiden hoito perustuu yleisesti kolmivaiheiseen terapiamalliin (Steele ym., 2017). International Society for the Study of Trauma and Dissociationin (2011) määrittelemänä yleisin rakenne trauman jaksoittaisessa hoidossa on kolmivaiheinen:

1. Turvallisuuden luominen, stabilisaatio ja oireiden vähentäminen
2. Traumaattisten muistojen kohtaaminen, käsittely ja integrointi
3. Identiteetin integrointi ja rehabilitaatio

Terapian alussa pyritään antamaan potilaalle mahdollisuus oppia vuorovaikutustaitoja sekä emotionaalisia, somaattisia ja kognitiivisia taitoja, joita hän tarvitsee dissosiaation käsittelyssä (Steele ym., 2017). Ensimmäisessä hoidon vaiheessa rakennetaan terapiasuhdetta, vakautetaan oireita ja luodaan turvallisuutta (Brand ym., 2011; Bailey & Brand, 2017). Vaiheessa keskity-

tään oireiden hallitsemiseen, trauman hoidosta ja traumahäiriöistä kouluttamiseen ja yhteistyösuhteen luomiseen. Tässä vaiheessa traumamuistoja pyritään hallitsemaan, koska potilas ei vielä kykene kontrolloimaan tunteitaan tarpeeksi (Steele ym., 2017). Terapian alussa on yleistä, että potilaiden täytyy kehittää tunnetaitojaan, ja sen myötä ensimmäinen terapiavaihe voi kestää pitkään (Steele ym., 2017). Vaiheittainen hoito ei myöskään etene suoraviivaisesti, vaan vaiheisiin palataan yhä uudelleen tarpeen vaatiessa. Esimerkiksi traumamuistojen integroinnin aikana voi olla tarpeellista palata ensimmäiseen vaiheeseen ja vakauttaa työskentelyä uudelleen.

Toisessa hoidon vaiheessa potilas prosessoi traumaattisia muistoja ja niiden vaikutuksia, kuten niiden aiheuttamia tunteita (Brand ym., 2011; Bailey & Brand, 2017). Hoidon tavoitteena on traumamuistojen integroiminen, traumaattisten kiintymyssuhteiden käsitteleminen sekä traumaan liittyvän transferenssin eli tunteensiirron käsitteleminen (Steele ym., 2017). Dissosiaatiopotilailla erityisiä vaikeuksia traumojen käsittelyssä voi aiheuttaa identiteetin ja minuuden eriytyminen (Steele ym., 2017). Traumamuistojen käsittelyssä on varmistettava, että jokainen minuuden osa saa muiston käsiteltäväksi, mutta traumojen käsittelystä huolimatta persoonallisuuden dissosiativiset osat voivat pysyä toisistaan erillisinä.

Hoidon kolmannessa vaiheessa rakennetaan integroitua identiteettiä, kehitetään ihmissuhteita ja luodaan merkityksellistä elämää (Bailey & Brand, 2017). Kaikki yksilön hylkäävät puolet itsestä hyväksytään, eikä dissosioituneita persoonallisuuden osia täten jää jäljelle (Brand ym., 2011). Kolmas vaihe pitää sisällään vaikeaa surutyötä (Steele ym., 2017). Schulmanin (2003) mukaan surutyö on lopullisen integraation viimeinen vaihe, jossa henkilö voi käsitellä surun omasta kohtalostaan, ja tulla eheytyneemmäksi ja empaattiseksi itseään ja kokemuksiaan kohtaan. Surutyö keskittyy potilaan ymmärrykseen siitä, mitä hän on traumansa seurauksena menettänyt. Potilaan tulee myös hyväksyä se, että elämä voi yhä olla tuskallista ja vaikeaa. Negatiiviset tunteet luovat pohjaa potilaan kyvylle kohdata maailma eri tavalla, kohdata eksistentiaalisia kriisejä sekä muuttaa haitallisia toimintatapojaan. Lopulta tunteiden työstämisen tavoitteena on muuttaa potilaan elämää mielekkäämmäksi ja tasapainoisemmaksi.

Kaikkien hoidon vaiheiden aikana Brandin ym. (2011) mukaan dissosiaation hoidon keskeisenä osana voidaan pitää seuraavia interventioita: psykiatristen häiriöiden diagnoosit, psykoedukatio, yhteyden rakentaminen ja korjaus, terapiareaktioiden prosessointi, lääkityksen soveltuvuuden arviointi, tunnetietoisuuden lisääminen, tunteiden sietämisen ja impulssihallinnan kehittäminen, päivittäisen toiminnan ja nykyisten ihmissuhteiden hoitaminen sekä potilaan stabilointi stressaavien elämäkokemusten jälkeen.

6.3 Lasten ja nuorten dissosiaation hoito

Lasten dissosiaation hoito eroaa painopisteiltään hiukan aikuisten dissosiaation hoidosta. Lapsen dissosiativinen käytös voi vaikeuttaa lapsen osallistumista vertaisryhmiensä normaaliin toimintaan, ja täten hidastaa lapsen kehitystä (Waters, 2016). Traumaan liittyvien ja dissosiativisten oireiden hoito tulisi olla tärkein prioriteetti, sillä lapsilla on vielä suurin osa elämästään elämättä (Waters, 2016). Hoito ei saisi keskittyä toissijaisten oireiden, kuten käytöshäiriöiden hoitoon. Jos toissijaisista oireista tulee hoidon pääpiste, kehittyy lapselle aina uusia korvaavia oireita, kun trauma ja dissosiaatiota ei hoideta, ja lapsen elämä jatkuu kaoottisena integroituneen minuuden puuttuessa.

Vakavasta dissosiaatiosta kärsivillä lapsilla voi olla vaikeuksia muistaa tilanteita, joissa osa persoonallisuudesta toimii hajottavalla tavalla (Waters, 2016). Vaikka lapsen käytöksen voisi helposti tulkita tahalliseksi huonosti käyttäytymiseksi, tulee asiantuntijoiden ja vanhempien olla kärsivällisiä ja opettaa lasta olemaan vastuussa omista teoistaan (Waters, 2016). Huolimatta siitä, mikä osa lapsesta toimii hajottavalla tavalla, tekojen seurauksien opettaminen motivoi lasta tarkkailemaan ja muuttamaan omaa käytöstään ja pääsemään yli muistihäiriöistä, jotka liittyvät lapsen sisäisiin minätiloihin, jotka käyttäytyvät eri tavoin. Näin lapsi voi itse oppia hallitsemaan dissosiaatiota.

6.4 Hoidon vaikuttavuuden tutkimustuloksia

Brand ym. (2013) tutkivat Treatment of Patients with Dissociative Disorders eli TOP DD-tutkimuksessa dissosiaatiohäiriöpotilaita hoidossa 30 kuukauden ajan. Kansainvälisen otoksen tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, liittyikö hoito oireiden lieventymiseen ja adaptiivisen toiminnan lisääntymiseen. Potilaiden diagnooseina olivat dissosiativinen identiteettihäiriö ja muu määrittelemätön dissosiaatiohäiriö. Alkuperäisestä 226 potilaan otoksesta 119 vastasi tutkimuskyselyihin 30 hoitokuukauden jälkeen. Tutkimustulosten mukaan potilaiden dissosiaatio, yleinen ahdinko, fyysinen kipu, traumaperäisen stressireaktion oireet, huumeiden käyttö ja masennus olivat vähentyneet. Hoidon edetessä potilaat raportoivat voivansa paremmin, olevansa yhteydessä toisiin ihmisiin enemmän ja käyvänsä koulua tai toimivansa vapaaehtoistoiminnassa. Terapeutit raportoivat potilaidensa olevan vähemmän itsetuhoisia ja paremman toimintakyvyn omaavia.

Myrick ym. (2017) jatkoivat Brandin ym. (2013) tutkimusta ja toteuttivat kyselytutkimuksen alkuperäisen TOP DD-tutkimuksen terapeuteille kuuden vuoden kuluttua TOP DD-tutkimuksen alkamisesta. Terapeuttien otos oli 61. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää vaiheittaisen, dissosiaatiokeskeisen hoidon vaikutusta psykologisten oireiden lieventämisessä dissosiaatiohäiriöpotilailla. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että potilaiden kokonaistoimintakyvyn parantuminen oli jatkunut ja sairaalahoidon käyttö oli vähentynyt. Perheeseen ja sisäisten minätilojen konflikteihin liittyvä stressi oli vähentynyt. Tutkimus osoittaa, että potilaiden tilanne parani kuuden vuoden aikana dissosiaatiokeskeisessä ja vaiheittaisessa hoidossa. Parannuksista huolimatta potilaat kokivat yhä vaikeuksia romanttisissa suhteissa, ystävyys-suhteissa ja työhön liittyvässä toimintakyvyssä.

7 Pohdinta

Tarkastelin tutkielmassani dissosiaatiota mielenterveyden häiriöiden oireena ja osana dissosiaatiohäiriöitä. Halusin selvittää, miten dissosiaatio voidaan määritellä, miten dissosiaatiohäiriöt kehittyvät, millaisia erityispiirteitä liittyy lapsuuden dissosiaatioon, miten dissosiaatiohäiriöitä voidaan diagnosoida sekä miten niitä voidaan hoitaa.

Dissosiaatiolla on pitkä historia, vaikka käsite nykyisessä merkityksessä hakee vielä muotoaan. Dissosiaatio voidaan määritellä psyyken tiedostamattomaksi puolustusmekanismiksi, joka aktivoituu trauman seurauksena ja jakaa persoonallisuuden osiin, joista emotionaalinen osa kantaa mukanaan traumamuistoja, ja näennäisesti normaali osa pyrkii välttelemään trauman kohtaamista ja toimii arjessa. Tämän määritelmän antaa rakenteellisen dissosiaation malli, joka selittää trauman ja dissosiaation suhdetta. Mallia on kyseenalaistettu esittämällä, että dissosiaatio syntyy herkkäuskoisuudesta ja alttiudesta valemuistoihin, mutta tämä teoria ei ole saanut tukea tutkimuksista. Dissosiaatio voidaan myös nähdä normaalina psyyken ilmiönä, joka palvelee tietoisesti mielen lepoa ja on osana arjen kokemuksia. Voidaan kuitenkin todeta, että nykytutkimus puoltaa lähes yksimielisesti näkemystä siitä, että patologinen dissosiaatio on seurausta etenkin lapsuuden traumasta.

Lapsuuden trauma on yhteydessä dissosiaatiohäiriöiden kehittymiseen etenkin vakavissa dissosiaatiohäiriöissä. Dissosiaatio on lapsuudessa psyykinen pakokeino ympäristöstä, joka traumatisoi lasta. Dissosiaatiota voidaan hoitaa jo lapsilla, mutta sen diagnosoiminen voi olla vaikeaa, koska diagnoosi perustuu lapsen omiin kokemuksiin ja ulkoisiin havaintoihin lapsen käyttäytymisestä, eikä lapsen kyky kertoa omista kokemuksistaan tai kontrolloida omaa käyttäytymistään ole yhtä kehittynyttä kuin aikuisuudessa. Etenkin havainnoinnin perusteella lapsi voi saada väärän diagnoosin, jonka hoito ei auta dissosiaation lievittämisessä.

Dissosiaatiohäiriöitä voidaan diagnosoida kliinisen haastattelun ja seulontamenetelmien avulla. Erotusdiagnoosissa tulee huomioida erilaiset myrkytystilat ja muut mielenterveyden häiriöt, jotka aiheuttavat minuuden kokemuksen muutoksia ja harhoja, kuten masennus ja skitsofrenia. Oikea diagnoosi on tärkeä toimivan hoidon saamiseksi. Dissosiaatiohäiriöiden hoidon tutkimus on yhä vajavaista, sillä laajoja kontrolloituja tutkimuksia hoidosta ei ole tehty. Tapaustutkimukset ja kontrolloimattomat seurantatutkimukset ovat kuitenkin luoneet näyttöä siitä, että dissosiaatiohäiriöistä kärsivät hyötyvät dissosiaatioon ja traumaan keskittyvästä vaiheittaisesta psykoterapiasta.

Tutkielman tuloksiin liittyy kuitenkin rajoittavia tekijöitä. Tutkielmani perustuu vahvasti Nijenhuisin ja van der Hartin (2011) teoriaan rakenteellisesta dissosiaatiosta. Rakenteellisen dissosiaation malli selittää dissosiaation johtavan persoonallisuuden hajoamiseen. Persoonallisuuden jakautuminen osiin on selkeä kuvaus, joka sisältää myös konseptin siitä, että persoonallisuuden irtautuneet osat täytyy saada integroitua dissosiaatio-oireiden häviämiseksi. Rakenteellisen dissosiaation teoriaa tutkiessa jää kuitenkin epäselväksi, miksi teoriassa on oletettu juuri emotionaaliseen ja näennäisesti normaaliin osaan jaettu persoonallisuuden rakenne, ja vastaako näkemys nykypsykologian käsityksiä persoonallisuudesta. Vaikka nämä kaksi persoonallisuuden osaa olisivat todistettavasti olemassa, ei teoria ota kantaa muiden persoonallisuuden osien olemassaoloon tai rooliin dissosiaatiossa. Esitin tutkielmassani myös fantasiamallin rakenteellisen dissosiaation teorian kyseenalaistajana, mutta sitä koskeva tutkimus vaikuttaa riittämättömältä tieteellisen todistus pohjan antamiseksi ilmiölle. Tulevaisuudessa dissosiaation ja trauman tutkimuksessa tulisi keskittyä määrittelemään tarkemmin persoonallisuuden rakenteen ja dissosiaation yhteys.

Tutkielmani rajoitteena on myös käyttämäni aineiston rajallisuus. Tutkimusta mielenterveyden häiriöistä ja psykoterapiasta tehdään ympäri maailmaa, mutta oma aineistoni käsittää vain englannin- ja suomenkielistä tutkimusta, minkä vuoksi tutkielmani pohjautuu vahvasti länsimaiseen käsitykseen mielenterveydestä ja psykoterapiasta.

Erittelin tutkielmassani myös World Health Organizationin ja American Psychiatric Associationin mielenterveyden häiriöiden luokittelujärjestelmien eroja. Dissosiaatiohäiriöiden tutkimus ja hoito perustuu voimassa oleviin diagnooseihin, jotka muuttuvat jokaisen DSM- ja ICD-painoksen ilmestyessä. Vaikka ICD-11- ja DSM-5-järjestelmät ovat yhdenmukaisempia kuin aiemmat luokittelut, täytyy dissosiaatiohäiriöiden oikean hoidon ja pätevän tutkimuksen takaamiseksi dissosiaatiohäiriöiden diagnooseja selkeyttää.

Dissosiaatiohäiriöiden yleisyys on arviolta 5–10 prosenttia väestöstä (Lauerma, 2017; Ross ym., 1990). Esimerkiksi masennuksen elämänaikainen esiintyvyys on suomalaisilla arvioitu olevan noin 18 prosenttia ja jonkin persoonallisuushäiriön noin 7 prosenttia (Suvisaari, Joukamaa & Lönnqvist, 2017). Dissosiaatiohäiriöt eivät siis todennäköisesti ole yleisyydeltään poikkeavan vähäisiä mielenterveyden häiriöitä. Dissosiaatiohäiriöiden yleisyydestä ja vakavuudesta huolimatta häiriöiden hoidon tutkimus on keskittynyt yksittäistapauksiin tai tutkimusasetelmiin, joiden tulokset eivät ole yleistettävissä. Brandin (2012) mukaan dissosiaation hoito kärsii

tutkimuksen vähäisyydestä, sillä esimerkiksi valtiolliset psykiatrisen hoidon järjestäjät rahoittavat vain kontrolloidusti tutkittujen mielenterveyden häiriöiden hoitoa. Tekemäni tutkimuksen perusteella dissosiaatiohäiriöiden hoidon tutkimuksen vähäisyys näkyy myös dissosiaatiohäiriöiden diagnoosien epäjohdonmukaisuudessa, sekä siinä, että rakenteellisen dissosiaation mallia ei ole kyseenalaistettu fantasiamallin lisäksi juuri ollenkaan.

Dissosiaatiohäiriöstä kärsivien hoidon paraneminen siis vaatii kontrolloitua ja järjestelmällistä lisätutkimusta. Jokaista dissosiaatiohäiriötä olisi aiheellista tutkia erikseen oirekuvan, yleisyyden ja hoidon kannalta. Esiin nostamani tutkimukset dissosiaation hoidon vaikuttavuudesta perustuvat vain kahteen dissosiaatiohäiriön diagnoosiin, mikä on riittämätön määrä kattavan tutkimusperustaisen tiedon luomiseksi. Tekemäni tutkimuksen perusteella esimerkiksi dissosiativinen identiteettihäiriö erillisine persoonallisuuden tiloineen ja depersonalisaatio-derealisaatiohäiriö itsen ja ympäristön vieraaksi ja etäiseksi kokemisineen eroavat niin merkittävästi toisistaan, että uskon niiden vaativan myös toisistaan poikkeavia hoitokäytäntöjä. Muita jatkotutkimuksen aiheita voisivat olla esimerkiksi dissosiaatiohäiriöiden periytyvyyden tutkimus, traumaterapiasta poikkeavien hoitomenetelmien tutkiminen sekä patologisen ja epäpatologisen dissosiaation tutkiminen siitä näkökulmasta, onko dissosiaatio jatkumo, jossa normaalista kokemuksesta voi tietyn rajan ylittämisen jälkeen tulla patologinen häiriö.

Lähteet

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5. painos). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Bailey, T. & Brand, B. L. (2017). Traumatic Dissociation: Theory, Research, and Treatment. *Clinical psychology science and practice*, 24(2), 170-185.
- Brand, B. (2012). What We Know and What We Need to Learn About the Treatment of Dissociative Disorders. *Journal of Trauma & Dissociation*, 13(4), 387-396.
- Brand, B., Classen, C., McNary, S., & Zaveri, P. (2009). A Review of Dissociative Disorders Treatment Studies. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(9), 646-654.
- Brand, B., McNary, S., Myrick, A., Classen, C., Lanius, R., Loewenstein, R., ..., Putnam, F. (2013). A longitudinal naturalistic study of patients with dissociative disorders treated by community clinicians. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(4), 301-308.
- Brand, B., Myrick, A., Loewenstein, R., Classen, C., Lanius, R., McNary, ... Putnam, F. (2011). A Survey of Practices and Recommended Treatment Interventions Among Expert Therapists Treating Patients With Dissociative Identity Disorder and Dissociative Disorder Not Otherwise Specified. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(5), 490-500.
- Butler, L. (2006). Normative Dissociation. *Psychiatric Clinics of North America*, 29(1), 45-62.
- Caulley, L., Kohlert, S., Gandy, H., Olds, J. & Bromwich, M. (2018). When symptoms don't fit: a case series of conversion disorder in the pediatric otolaryngology practice. *Journal of Otolaryngology – Head and Neck Surgery*, 47(39). doi:10.1186/s40463-018-0286-7.
- Chu, J. (2011). *Rebuilding Shattered Lives* (2. painos). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Csikszentmihalyi, M. (2014). *The Collected Works of Mihaly Csikszentmihalyi*. Dordrecht, Netherlands: Springer.
- Dalenberg, C., Brand, B., Gleaves, D., Dorahy, M., Loewenstein, R., Cardena, E., ..., Spiegel, D. (2012). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychological Bulletin*, 138(3), 550-588.
- Dell, P. (2006). The Multidimensional Inventory of Dissociation (MID): A Comprehensive Measure of Pathological Dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(2), 77–106.

- Dorahy, M., Lewis-Fernández, R., Krüger, C., Brand, B., Sar, V., Ewing, J., ..., Middleton, W. (2017). The role of clinical experience, diagnosis, and theoretical orientation in the treatment of posttraumatic and dissociative disorders: A vignette and survey investigation. *Journal of Trauma & Dissociation*, *18*(2), 206-222.
- Holmes, E., Brown, R., Mansell, W., Fearone, R., Hunter, E., Frasquilho, F. & Oakley, D. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review*, *25*(1), 1-23.
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, *12*(2), 115-187.
- Janet, P. (1907). *The major symptoms of hysteria: fifteen lectures given in the Medical school of harvard University*. New York: The Macmillan Company.
- Larmo, A. (2010). Mentalisaatio – kyky pitää mieli mielessä. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, *126*(6), 616-622.
- Lauerma, H. (2017). Dissosiaatiohäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Marttunen, M., Henriksson, M. & Partonen, T. (toim.), *Psykiatria* (12. painos). Helsinki: Duodecim.
- Leikola, A. (2014). *Katkennut totuus: Traumatutkielma: emotionaalinen trauma, rakenteellisen dissosiaatio ja psykopatologia*. Espoo: Prometheus.
- Loewenstein R. (2018). Dissociation debates: everything you know is wrong. *Dialogues in clinical neuroscience*, *20*(3), 229–242.
- Lönnqvist, J. (2017). Potilaan tutkiminen. Teoksessa Lönnqvist, J., Marttunen, M., Henriksson, M. & Partonen, T. (toim.), *Psykiatria* (12. painos). Helsinki: Duodecim.
- Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. (2017). Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa Lönnqvist, J., Marttunen, M., Henriksson, M. & Partonen, T. (toim.), *Psykiatria* (12. painos). Helsinki: Duodecim.
- Moskowitz, A., & Corstens, D. (2008). Auditory Hallucinations: Psychotic Symptom or Dissociative Experience? *Journal of Psychological Trauma*, *6*(2-3), 35–63.
- Myrick, A., Webermann, A., Loewenstein, R., Lanius, R., Putnam, F. & Brand, B. (2017) Six-year follow-up of the treatment of patients with dissociative disorders study. *European Journal of Psychotraumatology*, *8*(1). doi:10.1080/20008198.2017.1344080.
- Nijenhuis, E. & van der Hart, O. (2011) Dissociation in Trauma: A New Definition and Comparison with Previous Formulations. *Journal of Trauma & Dissociation*, *12*(4), 416-455.
- North, C. (2015). The Classification of Hysteria and Related Disorders: Historical and Phenomenological Considerations. *Behavioral sciences*, *5*(4), 496–517.

- Ross, C., Joshi, S. & Currie, R. (1990). Dissociative experiences in the general population *American Journal of Psychiatry*, 147(11), 1547-1552.
- Salminen, A. (2011). *Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin*. Haettu 15.07.2019, saatavilla: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-476-349-3>
- Schulman, G. (2003). Sietämättömän kestämisestä eheytymiseen. Objektin sisällyttämiskyky ja trauman integrointi. Teoksessa Haaramo, S. & Palonen, K. (toim.), *Trauman monet kasvot: Psykkinen trauma sisäisenä kokemuksena* (2. painos, s. 162-187). Pieksämäki: Therapie-säätiö.
- Steele, K., Boon, S. & van der Hart, O. (2017). *Traumaperäisen dissosiaation hoito. Käytännöllinen, integroiva lähestymistapa*. (suom. Holländer, P.) Helsinki: Helsingin ja Oulun Traumaterapiakeskus ry.
- Suvisaari, J., Joukamaa, M. & Lönnqvist, J. (2017). Mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys Suomessa. Teoksessa Lönnqvist, J., Marttunen, M., Henriksson, M. & Partonen, T. (toim.), *Psykiatria* (12. painos). Helsinki: Duodecim.
- Tolmunen, T., Rissanen, M., Hintikka, J., Maaranen, P., Honkalampi, K., Kylmä, J., & Laukkanen, E. (2008). Dissociation, self-cutting, and other self-harm behavior in a general population of Finnish adolescents. *The Journal of nervous and mental disease*, 196(10), 768-771.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E., & Solomon, R. (2010). Dissociation of the Personality in Complex Trauma-Related Disorders and EMDR: Theoretical Considerations. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(2), 76-92.
- Van der Hart, O., van Dijke, A., van Son, M. & Steele, K. (2001). Somatoform Dissociation in Traumatized World War I Combat Soldiers. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1(4), 33-66.
- Waters, F. (2016). *Healing the Fractured Child: Diagnosis and Treatment of Youth With Dissociation*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Witztum, E., Margalit, H., & van der Hart, O. (2002). Combat-Induced Dissociative Amnesia. *Journal of Trauma & Dissociation*, 3(2), 35-55.
- World Health Organization. (2016). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10. painos). Haettu 15.07.2019, saatavilla: <https://icd.who.int/browse10/2016/en>

World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11. painos). Haettu 15.07.2019, saatavilla: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>