

AKUUTIN TRAUMAPOTILAAN RAUHOITTAMINEN KOGNITIIVISESSA TERAPIASSA

Tommi Hautaniemi

1. JOHDANTO

Työskennellessäni henkisen ensiavun päivystäjänä kiinnitin huomioni trauman alkulähteille – eli sokissa olevien ihmisten kohtaamiseen. Kävin kriisi- ja traumapsykoterapian ET-koulutuksen, jonka päättötyössä käsittelin aihepiiriä (Hautaniemi & Järvenpää 2003). Sokki siihen liittyvine reaktioineen näytti olevan jotenkin mielenkiinnoton terapeuttisesta näkökulmasta. Sain vaikutelman, että sokki nähdään väistämättömänä tapahtumana järkyttävän tilanteen jälkeen, johon liittyy paljon fyysistä, lähinnä alempien aivokerrostumien ohjaamaa reagointia. Vaikka reagointi saattaa olla hyvinkin voimakasta, yleensä ”terve psyyke” toipuu siitä itsestään. Jos ei, on kyse posttraumaattisista oireista, joihin sovelletaan traumapsykotepeuttisia menetelmiä. Toisaalta, mitä enemmän traumaista luin, sitä enemmän minusta alkoi tuntua siltä, että traumaa ovat kaikki mielenterveyden häiriöt. Traumaterapia tuntui haastavalta ja mielenkiintoiselta, mutta toisaalta epävarmuuttakin herättävältä: enhän vain tule tehneeksi vahinkoa juuri hankituilla taidoillani.

Kriisi- ja traumapsykoterapiasta minulla oli ennakko-odotus, että se on kompakti paketti teoreettisine viitekehysineen ja menetelmineen. Sitäkin löytyi, mutta alueen eklektiivisyys

kuitenkin oli yllätys. Jo silloin ajattelin, että kognitiivinen viitekehys voisi tarjota selkärangan traumatyöhön.

Työssäni henkisessä ensiavussa olen joidenkin ihmisten kohdalla aloittanut välittömästi traumaterapeuttisen hoidon. Tällöin olen elänyt potilaani kanssa tilannetta sokkivaiheesta terapiaan ja sen päättämiseen. Tässä artikkelissa tutkitaan rauhoittamisen teemaa erityisesti terapian alkuvaiheessa, jolloin sokki- tai reaktiovaihe ovat keskeisesti esillä.

2. KÄSITTEISTÄ

Vaikka kriisi- ja traumapsykoterapian kenttä on toisaalta vanhaakin vanhempi, Janetin ja Freudin eräät näkemykset tuntuvat omituisen tuoreilta. Neuropsykologisten unitutkimusten nähtiin jossain vaiheessa olleen kuolinisku Freudin kaaviolle mielen rakenteesta. Yllättäen havaittiinkin, että aivojen mallinnustutkimukset tukivat vanhaa mallia. Uuden Freud- buumin jäljet näyttävät johtavan vuonna 2000 Iso-Britanniassa perustettuun kansainväliseen neuropsykoanalyysiyhdistykseen. Suomessa tutkimustyötä tekevät Juhani Ihanus ja Vesa Talvitie, joiden mukaan psykodynaamisten terapioiden perusta voitaisiin saada aivojen kuvantamismenetelmillä biologisesti vankemmiksi – juuri niin kuin Freud aikoinaan oli halunnut. Kuvantamistekniikkoja käytetään jo tällä hetkellä eräiden terapioiden (esim. EMDR) vaikuttavuuden arvioinnissa (Pitkänen 2005).

Toisaalta kenttä elää kiihkeää kehitysvaihetta. Uusia teorioita ja menetelmiä tulee jatkuvasti ja termistö saattaa tuntua aika sekavalta. Käsitteistön perkaus olisi tarpeellinen tehtävä – ihan oma tutkielmansa, joka laajasti käsiteltynä voisi olla vaikka kirjan mittainen. Pyrin tässä rajaamaan käsitteistön sokin alkujuurille.

2.1. Säikähdys, pelästys ja järkytys

Suomenkielessä ei ole juurikaan sokkiin viittaavaa sanaa. Säikähdys ja lähisukulaiset sanat pelästys ja järkytys lienevät lähinnä. Säikähdyksellä on pyritty selittämään poikkeavaa myöhempää käyttäytymistä, esim. ”lapsesta voi tulla kummallinen, jos äiti odottaessaan säikähtää” (Nykysuomen sanakirja 1992).

2.2. Sokki

Sokin sanakirjamäärittely on ensisijaisesti lääketieteellinen: elimistön vaikea häiriötila, jossa kiertävä verimäärä on liian vähäinen verisuoniston kapasiteettiin nähden ja aiheuttaa toiminnan äkillisen häiriintymisen. Psykkinen sokki on ensimmäisiä kertoja ollut esillä sotatilanteissa syntyneessä toimintakyvyttömyydessä (Facta 2001 1985).

Nykyisen käsityksen mukaan sokki on nähtävä kokonaisvaltaisesti ihmisen sekä fyysistä että psyykkistä olemassaoloa uhkaavana äkillisenä, ulkopuolisena iskuna. Kaikki energia vetäytyy pitämään yllä elintärkeitä somaattisia toimintoja kuten verenkiertoa ja sisäelimiä. Psykkisellä puolella näitä elintärkeitä suojelukohteita ovat looginen ajattelu ja minuuden säilyttäminen. Tällaisista tilanteista esimerkkinä voitaisiin pitää sankaritarinoita sodista ja siviilikatastrofien toimijoista. Sokkivaiheen motto voisi olla: ”unohda kipu ja kauhu – pysy hengissä!”

Sokkiin reagoimisessa näkyy koko lajinkehityksemme aikana tulleet mallit, joissa on erotettavissa neljä erilaista reaktiotapaa:

1. Tarkkaavaisuusreaktio, joka on lyhytkestoinen valmiustila. Aistit terästyvät, verenpaine nousee ja syke hidastuu.
2. Kuolleeksi tekeytyminen. Myös tämä reaktiomuoto on lyhytkestoinen. Havaittavaa liikettä ei ole, verenpaine laskee ja sydän saattaa miltei pysähtyä. Reaktiomuotona tämä on hyvin alkeellinen ja on tyypillinen esim. hyönteisille. Ihminen voi tässä reaktiomallissa kokea pyörtymisen tunnetta tai jalkojen muuttumisen "taikinaksi". Verenpaine laskee ja verisuonet laajenevat.
3. Hälytysreaktio, jossa voimavarat saadaan käyttöön. Sympaattinen hermosto aktivoituu ja parasympaattinen estyy. Veri ohjautuu lihaksiin, aivoihin ja sydämeen.
4. Turhautumisreaktio. Tällaista tilaa kuvaa alistuminen, suru, voimattomuus ja avuttomuus. Kehossa on havaittavissa immuunijärjestelmän estyminen sekä veren sokeri- ja rasva-arvojen häiriintyminen.
(Andersson 2005)

Sokki jää usein tunnistamatta – valitettavasti myös hoitoalan ammattilaisilta. Sokkisen ihmisen ”järkevyys” antaa illuusion ihmisen selviytymiskyvystä. Voidaan sanoa, että hän on lujahermoinen ihminen, ei hänellä ole mitään hätää. Tällöin sokkia ei olla laisinkaan tunnistettu. Liika innokkuus voi johtaa toiminta-ajatukseen, että sokissa olevan ihmisen kanssa on heti keskusteltava, mitä menetys hänelle merkitsee. Tällainen toiminta on ehdottomasti väärin, sillä sokissa oleva ihminen ei ole valmis asian tunnevaltaiseen käsittelyyn. Hän tarvitsee hiljaista, tukea antavaa läsnäoloa ja jo olemassa olevien tukiverkkojen esiintuomista.

3. KAKSI POTILASTA

Olen valinnut kaksi traumapotilasta, joiden elämänstrategiat ovat erilaiset; samoin tapa suhtautua traumaattiseen tilanteeseen. Marja on maatilalan emäntä, jolla on suuri perhe. Hän on elänyt elämäänsä voimakkaasti tunteella ja joutunut traumaattisiin tilanteisiin jo aikaisemmin. Jussi on urasuuntautunut liikemies, joka on tottunut loogiseen ja strategiseen ajatteluun. Hänen vaimonsa tekee myös merkittävää uraa. Perheellä on yksi lapsi.

3.1. Tapausselostus Marja

Marjan 14- vuotias poika on jäänyt auton alle ja loukkaantunut pahoin. Tapaan henkisen ensiavun työntekijänä Marjan ja hänen miehensä osastolla, jossa poika makaa koomassa. Tämän jälkeen tapaan Marjaa kahden kesken kaksi kertaa. Hän soittaa minulle parin kuukauden kuluttua ja kysyy terapian mahdollisuudesta. Se järjestyy, mutta hänen avuntarpeensa tuntuu pohjattomalle: hän käy samanaikaisesti terveyskeskuksen lääkäriä, sairaalateologilla ja minun vastaanotollani hän haluaa käydä kaksi kertaa viikossa. Sovimme, että alkuvaiheessa voimme tavata kaksi kertaa viikossa, sitten harventaa kertaan viikossa. Vähitellen saan rajoitettua muita hoitopaikkoja ja pääsemme keskittymään traumaterapiaan. Hyvin päättäväisesti hän rajaa vammautuneen pojan tilanteen käsittelyn minimiin – hän haluaa nimenomaan eväitä omalle jaksamiselleen. Ilman onnettomuuttakin hänen elämäntilanteensa on kuormittava. Maatilalan emäntänä hänellä on suuri lapsikatra hoidettavanaan ja vanhin poika on ollut psykiatrisella osastolla hoidossa itsetuhoisuuden takia. Marja on emotionaalisesti voimakkaasti reagoiva. Pienistäkin arjen iloista hän saattaa tulla suunnattoman onnelliseksi. Toisaalta pienetkin vastoinkäymiset esim. parisuhteessa voivat laskea mielialan pohjamutiin.

Terapiasuhteessa Marja on vaativa ja intensiivinen. Hän haluaa saada irti kaiken mahdollisen ja tyypillistä on, että viikoittaisten tapaamisten välillä hän lähettää (kylläkin antamalla luvalla) pari sähköpostiviestiä. Alku menee kuitenkin moneen suuntaan repivän arkipäivän selvittelyyn, jossa käytämme roolikarttatyöskentelyä. Siinä ohessa yllättäen herää ”pieni hylätty Marja”. Marjan omaan murrosikään ovat kuuluneet itsetuhoiset ajatukset, jotka oletettavasti ovat nyt aktivoituneet oman pojan mielenterveysongelmien takia. Kaksi hänen tyttärtään ovat murrosiässä, mikä palauttaa omia murrosiän vaikeita tunteita hänen mieleensä. Hän tuo nähtäväksi lapsuuden kuviaan, joiden kautta löydämme ”äidin kullan” - joka on lapsuusvaiheessa ollut kaikkien lemmikki. Tuon puolen lapsuudestaan hän oli täysin unohtanut. Marja kirjoittaa kirjeen tuolle pikku työlle. Marjan kanssa olemme

terapiasopimuksen mukaan tavanneet 20 kertaa, emmekä vielä ole päässeet varsinaisen traumaattisen tilanteen käsittelyyn. Olemme tehneet uuden saman mittaisen sopimuksen ja aloittaneet EMDR-työskentelyn.

3.2. Tapausselostus Jussi

Jussin vaimo on kuollut auto-onnettomuudessa. Mukana on perheen ainut lapsi, 8-vuotias tytär, joka selviää vähin fyysisin vammoin. Jussi tulee vastaanotolleni noin viikko onnettomuuden jälkeen. Hänen kävelyensä on robottimaista, sokkivaihe on aivan ilmeisesti vielä voimassa. Lähisukulaiset käynnistävät välittömästi tyttären huostaanoton ollen vakuuttuneita, ettei Jussi yksin pysty kantamaan vastuuta. Vaimon automatkaan liittyy salaisuuksia, jotka täten Jussille valkenevat. Tilanne on siis Jussin kannalta kaoottinen.

”Mitä teen tälle vihantunteelle vaimoani kohtaan?”

”Nostan oikeusprosessin lapsenryöstäjiä ja lääkärimafiaa vastaan”

Jokaisella vastaanottokäynnillä hänellä on salkku mukana, jossa on paljon asiakirjoja. Hänellä on aggressiivisia yhteydenottoja poliisiin ja vakuutusyhtiöön.

”Miten saan pidettyä tunteet erillään vakuutusyhtiön töistä?”

Jussilla nousee viha vastapuolta kohtaan, joka on ajanut ylinopeutta ja törmäillyt jo ennen nokkakolaria. Lakimies on mukana hoitamassa asioita.

”Vastapuolta suojellaan ulkomaalaistaustansa takia. Tulemme syyttämään häntä taposta”.

Parissa kuukaudessa Jussin viha vaimoa kohtaan muuttuu suunnattomaksi ikäväksi. Takaumia tulee uniin vaimon viimeisistä sekunneista ohjauspyörän takana. Itsensä rauhoittaminen on vaikeaa, kun tulee uutisia poliisilta tai vakuutusyhtiöltä. Kuuden kuukauden tapaamisten jälkeen Jussi toteaa tilanteen vakiintuneen, joskin kokee voimattomuutta mikä on hänelle uutta. Hän pystyy kuitenkin käymään töissä. Jussi näkee tilanteen olevan rauhoittumassa, eikä tarvitse jatkotapaamisia. Sovimme kontrolliajan kolmen kuukauden päähän.

Silloin vastaanotolle saapuu Jussi yhtä jäykkänä kuin oli ensimmäisellä kerralla. Kohta viime tapaamisemme jälkeen hän oli saanut luettavakseen vastapuolen poliisitutkinnan, josta oli ilmennyt ajajan olleen huumaaavien lääkkeiden vaikutuksen alaisena.

”Olen vajoamassa mustaan kaivoon. Koetan harata jaloilla ja käsillä vastaan, mutta voimat eivät riitä. Tytön huoltajuus on ainoa valopilkku, joka estää vajoamasta pohjaan”.

Kehotan Jussia käymään psykiatrin vastaanotolla ja siellä hänelle diagnosoidaan vaikea masennus. Tarjotusta kahden kuukauden sairauslomasta hän kieltäytyy, vaikka ”työ tuntuu pärekaton kulotukselta”. ”Tunnepuolelta otettu lämmöt pois”.

Samoihin aikoihin Jussi kertoo näyistään:

”Näen rouvan päivittäin puuhaamassa puutarhassa tai istumassa edessäni keinotuolissa. Koetan kiertää toiselle puolelle, että näkisin kasvot, mutta niitä en näe”.

Jussi on 35- vuotias ja huomattavasta lihavuudestaan huolimatta ollut hyvin energinen ja viriili. Nyt on tullut monenlaista somaattista vaivaa.

”Mulla on tunne, että kruppi on pettänyt mut. On tullut verenpainetta, kolesterolit korkealla, keuhkohtauma ja impotenssikin”.

4. AIHEEN RAJAUS

Traumatyöskentelyn terapeuttisessa prosessissa on neljä vaihetta

1. Vakiinnuttaminen ja perustan luominen (turvallisuuden rakentaminen)
2. Trauman prosessointi, skeeman muuttaminen, työskentely sisäisen lapsen kanssa (kiintymissuhteissa tapahtuneiden murtumien korjaaminen)
3. Trauman integrointi jokapäiväiseen elämään, arkielämän taitojen harjoittelu
4. Lopetusvaihe

Herbertin mukaan malli soveltuu kaikille traumatyypeille, mutta terapioiden kesto on hyvinkin erilainen. Traumatyyppi I tarkoittaa yhtäkkiä, henkilöä itseään tai hänen läheistään uhkaavaa tapahtumaa, johon liittyy usein kontrollin menettämisen tunne. Tapahtuma ylittää henkilön aikaisemmin kokeman turvallisuuden tunteen ja itseluottamuksen - onnellisuuden muuri murtuu. Traumatyypissä IIA tilanteet ovat toistuvia tai kyseessä on sarja traumaattisia tapahtumia. Ihmisellä on kuitenkin tarpeeksi voimavaroja, että hän kykenee erottamaan tapahtumat toisistaan ja käsittelemään yksittäistä traumaa terapiassa. Traumatyypissä IIB ihminen on moninaisten traumojen vallassa ja hän on kykenemätön erottamaan niitä toisistaan (Herbert 2002).

Potilaan rauhoittaminen edellä olevassa luettelossa kuuluu lähinnä ensimmäiseen kohtaan. Se saattaa kuulostaa vaatimattomalta tavoitteelta. Kuitenkin - aloitusvaihe on terapiassa tärkeä. Sen onnistumisesta riippuu koko terapian tuloksellisuus. Traumojen hoidossa alkuvaihe on vielä korostuneemmin keskeinen tekijä. Traumatisoitunut ihminen saattaa ensimmäisellä käynnillään olla esim. yliaktivoituneessa tilassa ja kokea vastaanoton epämiellyttävänä. Toista vastaanottokertaa ei ehkä tulekaan.

On myös muistettava, että rauhoittamisen teema kulkee koko terapian mukana, se on pohja turvalliselle traumaterapialle.

5. TRAUMAPOTILAAN RAUHOITTAMINEN JA TURVALLINEN TERAPIA

Traumaterapian tavoitteena on saada hermosto ymmärtämään, että trauma on ohi. Yliaktivoitumisessa (hyperarousal) limbinen systeemi kertoo autonomiselle hermostolle, että ihmisen pitää valmistautua pakenemaan tai taistelemaan. Tunne laantuu jos taistelu ja/tai pako onnistuu ja hän tietää selvinneensä.

5.1. Traumapotilaan rauhoittaminen

Traumapotilaan rauhoittamisessa ensimmäinen muistisääntö on jarrujen käyttö. Kehotietoisuutta voidaan tarkastella esim. kysymällä, mitä tunnet kehossasi juuri nyt. Lihajännityksen laukaisussa on huomioitava, että rentoutustekniikat sopivat useimmille, muttei kaikille. Joku kokee olevansa vakaampi kun lihastonus on suurempi. Hyvin ahdistunut, poissaoleva potilas saadaan takaisin realiteetteihin pyytämällä tekemään jotain hyvin konkreettista esim. laskemaan ikkunat huoneessa.

Takauman aikana voi olla vaikeaa saada potilasta tähän hetkeen. Voidaan esim. kysyä, mikä vuosi on nyt? Mikä vuosi oli silloin? Kuinka kauan siitä onkaan? Joskus ihmiset traumatisoituvat, koska heiltä puuttuvat voimavarat; näkemys on voimakkaasti esillä logoterapiassa. Joskus traumasta toipuu voimavarojen avulla. Haastatteluun kuuluu täten ongelmien lisäksi myös voimavarojen kartoittaminen (Rothschild 2000).

5.2. Turvallisen traumaterapian periaatteet

Rothschild varoittaa toistuvasti tekniikkakeskeisyydestä ja liian nopeasta etenemisestä.

1. Ennen kaikkea: turvaa potilaan turvallisuus sekä terapiassa että sen ulkopuolella.
2. Ensimmäinen tehtävä on luoda hyvä suhde terapeutin ja potilaan välillä - vaikka se veisi kuukausia tai vuosia. Vasta sitten voidaan käsitellä traumaattisia tapahtumia ja käyttää erilaisia tekniikoita.
3. Potilaan ja terapeutin pitää luottaa siihen, että ensin käytetään jarrua ja vasta sitten kaasua.
4. Tunnista potilaan sisäiset ja ulkoiset voimavarat ja rakenna niiden varaan.
5. Kunnioita defenssejä - ne ovat resursseja. Älä koskaan koeta päästä irti sopeutumisstrategioista tai defensseistä. Sen sijaan: luo lisää vaihtoehtoja.
6. Trauma on kuin painekattila. Pyri aina siihen, että vähennät painetta (etkä lisää).

7. Sopeuta terapiaa potilaan tarpeisiin - eikä päinvastoin. Edellyttää, että terapeutti tuntee useita teorioita ja toimintamalleja.
8. Hanki laaja teoreettinen tietämys (psykologia ja fysiologia) traumasta ja PTSD:sta. Tämä vähentää virheiden mahdollisuutta ja antaa terapeutille mahdollisuuden räätälöidä sopivat tekniikat potilaan tarpeisiin.
9. Kunnioita potilaan yksilöllisyyttä. Älä arvostele hänen yhteistyökyvyttömyyttään tai epäonnistumista terapeuttisessa toimenpiteessä. Älä odota, että sama toimenpide antaa saman tuloksen kahden eri potilaan kohdalla.
10. Terapeutin tulee olla varautunut siihen, että koko terapian aikana vain keskustele potilaan kanssa - ja jättää kaikki tekniikat sivuun.

(Rothschild 2000, 98)

5.3. Sensorimotorinen psykoterapia

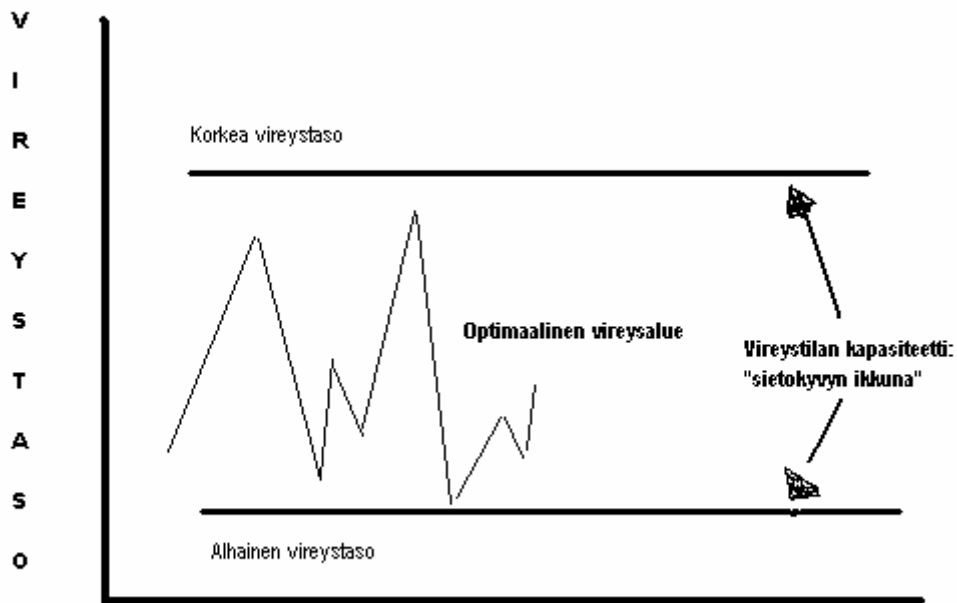
Traumaterapiaa voitaisiin kutsua sooman ja psyyken terapiaksi, sillä siinä ruumiin reaktiot ovat keskeisesti mukana terapian eri vaiheissa. Niiden kautta päästään korkeimpiin kognitiivisiin tiedonkäsittelyn kerroksiin. Tätä näkemystä kutsutaan alhaalta - ylös-lähestymistavaksi. Perinteiset terapiat - niin psykodynaamiset kuin kognitiiviset - lähtevät ylemmiltä aivotoiminnan alueilta (esim. käsitteellistäminen), jota kautta päästään myös käyttäytymiseen ja kehon reaktioihin. Tätä orientaatiota voidaan kutsua ylhäältä - alas-lähestymistavaksi.

Sensorimotorinen psykoterapia edustaa alhaalta-ylös- orientaatiota, joka trauman hoidossa yhdistää sensorimotorisen prosessoinnin kognitiiviseen ja emotionaalisen prosessointiin. Sensorimotorisessa psykoterapiassa kehoa käytetään ensisijaisena porttina pääsyssä trauman käsittelyyn. Hoitamalla suoran trauman aiheuttamia kehollisia oireita helpottuvat myös kognitiivinen ja emotionaalinen prosessointi.

Sensorimotorisen informaation prosessointi (sisältäen aistimukset ja ohjelmoidut liikeimpulssit) sijoittuu alimpiin aivokerroksiin (matelijan aivot), emotionaalinen prosessointi limbiseen järjestelmään ja kognitiivinen frontaaliin korteksiin. Nämä kolme tasoa toimivat samanaikaisesti toisiinsa vaikuttaen.

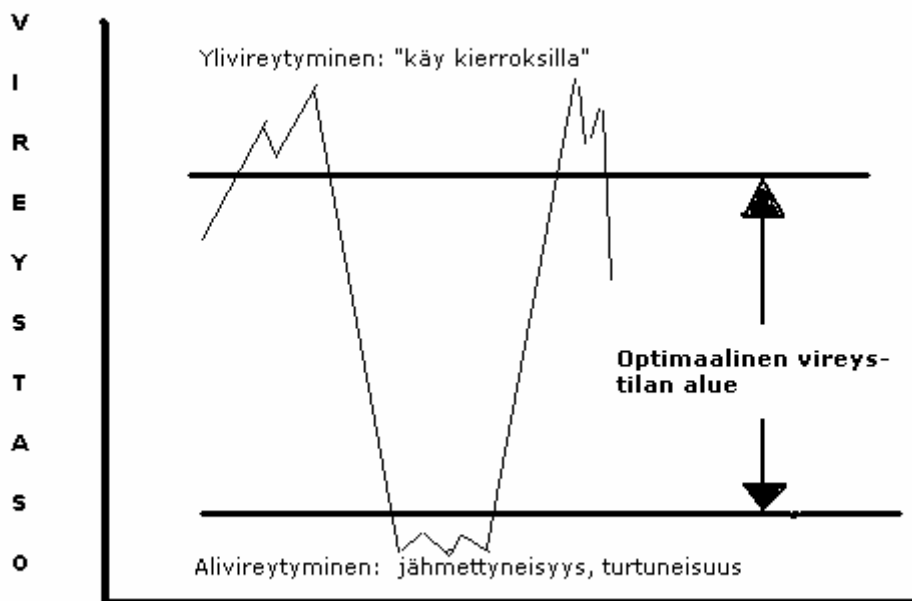
Hierarkia on luonteeltaan sellainen, että ylemmät tasot usein ohjaavat alempia tasoja. Voimme päättää (kognitiivinen funktio), että emme huomioi näläntunnetta ja käyttäydy sen mukaan - vaikka nälkään yhdistyneet fysiologiset toiminnot kuten syljeneritys ja vatsan supistuminen olisivat käynnissä. Aikuisten prosessointi on usein tällaista ylhäältä-alas-prosessointia.

Lasten toimintoja taas säätelevät useimmiten sensorimotoriset ja emotionaaliset järjestelmät, jolloin prosessointi on alhaalta ylös. Traumaattisessa tilanteessa aikuinenkin ihminen käyttäytyy tämän mallin mukaan.



KUVA 1. SIETOKYVYN IKKUNA: OPTIMAALINEN VIREYSTASO

Kun vireystila pysyy optimaalisella alueella, ihminen pystyy ottamaan haltuun ja kokemaan affekteja, aistihavaintoja ja tunteita, ilman dissosiointia ja prosessoimaan informaatiota tehokkaasti.



KUVA 2. SIETOKYVYN IKKUNA: YLI- TAI ALIVIREITYMINEN

Traumaattisille ihmisille on ominaista vireystilan huono sietokyky. Tyypillistä on, että he ovat joko ylä- tai alarekisterissä. Sekä yli- että alivireytyminen voi johtaa dissosiaatioon. Ylivireytymissä aistimusten virta on niin massiivinen, että ihmisen kapasiteetti ei pysty ottamaan kaikkea vastaan. Alivireytyneisyydessä (hypoarousal) dissosiaatio voi ilmetä vähentyneenä kykynä aistia tai tuntea edes tärkeitä tapahtumia, kyvyttömyytenä hahmottaa vaarallisia tilanteita ja ajatella selkeästi sekä motivaation puutteena. Keho voi joko kokonaan tai osittain tulla tunnottomaksi ja ihminen voi kokea ruumiista erkaantumista. Pitkään jatkuessaan se voi johtaa tunne-elämään kutistumiseen, sosiaaliseen eristäytyneisyyteen, vetäytymiseen perheen velvollisuuksista ja vieraantuneisuuden tunteeseen.

Sensorimotorisessa terapiassa on olennaista ensinnäkin säädellä affektiivisiä ja sensorimotorisia tiloja terapeutin suhteen avulla. Toisena tärkeänä seikkana on opettaa potilasta itsesäätelyyn tietoisien läsnäolon harjoitteilla, jäljittelemällä ja artikuloimalla sensorimotorisia prosesseja (Ogden&Minton 2000). Terapeutin tulee olla valpas huomioimaan traumaattisia reaktioita, kuten vapina, laajentuneet pupillit, tahattomat liikkeet ja vetäytyminen. Terapeuttisia resursseja taas ovat liike jähmettymisen jälkeen, fyysisen olomuodon muuttuminen parempaan suuntaan ja rauhoittuminen (Turunen 2006).

6. MENETELMÄT

Tässä esitettävien menetelmien lisäksi terapioiden on käytetty muun muassa roolikarttaa, kirjeenkirjoitusta ja sähköpostia.

6.1. EMDR

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) on psykologi Francine Shapiro kehittämä menetelmä, jossa aivopuoliskojen vuoroittainen ärsyttäminen silmänliikkeillä, tunto- tai kuuluaistimuksilla saa jumiutuneen traumaattisen kokemuksen liikkeelle (Shapiro 2000). Terapian perusta on hyvin lähellä neurolingvistisiä periaatteita (NLP), joskaan kouluttajat eivät sitä mainitse. Tässä esseessä menetelmään kuuluvaa turvapaikkaharjoitusta käytetään rauhoittamiskeinona.

6.2. Tietoinen läsnäolo

Tietoinen läsnäolo (mindfulness) on Zen-buddhismista kehitetty meditaatioväline, jota menestyksekkäästi on käytetty mm. kipupotilaiden (Kabat-Zinn 2004) ja epävakaiden persoonallisuuksien hoidossa (esim. Linehan). Tässä on käytetty harjoitteita, joissa rohkaistutaan huomioimaan ahdistavien ajatusten mieleen tulo, niiden hyväksyvä tarkastelu ja irtipäästäminen. Terapiassa tehtyjä harjoitteita on nauhoitettu potilaalle kotikäyttöön.

6.3. Rentoutus

Perinteiseen autogeeniseen rentoutukseen perustuva rentoutus, jossa mukana suggestiivisia mielikuvia. Olen tehnyt ohjelmasta CD:n, jota potilaat käyttävät myös kotona.

7. TYÖSKENTELEY MARJAN JA JUSSIN KANSSA

7.1. Marja

Terapian alussa Marja oli niin ylivireytynyt, että rauhoittaminen on todella ensimmäinen terapeutin tavoite. Perusrentoutus onnistuu terapiatilanteessa, mutta kotona sen kuunteluun ei ole mahdollisuutta. Mindfulness- harjoitteista innostuu siinä määrin, että hankkii itselleen Kabat-Zinnin kirjan. Kirjan harjoituksia sekä niiden pohjalta itse laatimiani harjoitteita tehdään terapiatunnilla ja nauhoitetaan samalla. Nauhoitteet Marja saa kotiin kuunneltavaksi. Marja oppii yllättävän hyvin tietoisien läsnäolon periaatteet: nykyhetken keskittyminen, ajatusten ja tunteiden hyväksyvän vastaanoton ja irtipäästäminen. Sietokyvyn ikkunan Marja tunnistaa heti, hän näkee mielialojensa menevän joko yli tai ali optimaalisen alueen. Työskentelen hänen kanssaan arkisten varotoimenpiteiden järjestämisessä. Esimerkiksi kännykkää ei tarvitse pitää kaiken aikaa auki ja antautua parin tunnin puheluun hyvänpäivän tutun kanssa, joka voivottelee pojan onnettomuutta. Marjalla on vaarana ajautua tilanteisiin, jossa hän traumatisoituu uudestaan. Turvapaikka on niinkin konkreettinen kuin pihapiiriin rakennettu kesäkeittiö, jossa Marja miehensä kanssa käy joskus kahdestaan rauhoittumassa. Tunnetilat menevät edelleenkin vuoristorataa, mutta Marjalla on nyt niihin kontrollintunne. Marjan terapia noudattaa Herbertin (2005) esittämää traumatyöskentelyn prosessia: kun terapiasuhteen turvallisuus saatiin rakennettua, hän itse etenee työstämään sisäistä lastaan.

Tämän vaiheen jälkeen olemme lähteneet purkamaan pojan loukkaantumiseen liittyviä traumoja EMDR- menetelmällä.

7.2. Jussi

Jussi epäilee, että nyt kun hänen elämänsä historiasta on keskusteltu, hänellä on saattanut olla kaksisuuntainen mielialahäiriö jo kauan. Tälle hypoteesille tulee vahvistusta myös työnohjauksesta. Jussi sanoo elämänsä strategiana olleen Tuntemattoman sotilaan siteerauksen:

”Heilautetaanpas tuon nevan yli että hippulat vinkuu”.

Jussin elämässä on ollut taloudellisia romahduksia: oman yrityksen konkurssi ja potkut vieraan palveluksesta. Tällaisissa tilanteissa hän on kokenut samanlaista voimattomuutta. *”Aina kun luulin, että nyt alkaa hyvä kausi, vedetään jakkara alta”.* Tyyliin uskollisena hän ei ole vastoinkäymisiään alkanut murehtia, vaan on lisännyt vauhtia. *”Ihan oikeesti uskoin, että traumoja voi viedä arkkuun”.*

Yhtäjaksoinen nousukausi on alkanut siitä, kun Jussi on tavannut nykyisen vaimonsa. He ovat saaneet lapsen, kummankin ura on ollut nousussa. Jussilla on suunnitelmissa ostaa firma, jossa hän on töissä - kaupasta on jo aiesopimus. Tavoitteena on ollut tehdä rahaa nopeasti, myydä firma ja jäädä eläkkeelle alle viisikymppisenä. Nousukautta kesti noin kymmenen vuotta. Nyt tämä kaikki on romahtanut.

Jussin terapia alkaa vihantunteiden purulla, jossa terapeutin osuus on lähinnä kuunnella. Hän kyllä rekisteröi terapeutin vähäisetkin kommentit ja palaa niihin seuraavalla kerralla. Luottamus terapiasuhteessa syntyy nopeasti.

Rauhoittamisessa kokeilemme ensimmäiseksi autogeenistä rentoutusta ja se toimii. Jussi saa CD:n kotiinsa ja kuuntelee sitä päivittäin. Kuuntelun jälkeen hän pystyy nukahtamaan viideksitoista minuutiksi.

Kokeilemme EMDR:n turvapaikan vakiinnuttamista, mutta hän ei pysty tekemään silmänliikkeitä ja vaihtoehtoinen menetelmä taputus kämmenselkiin tuntuu ärsyttävälle. Teemme turvapaikkaharjoituksen mielikuvissa ja se onnistuu. Kyseessä on *”nokipannukahvit järven rannalla”*, jossa Jussi konkreetistikin käy rentoutumassa. Esitän sietokyvyn ikkunan, ja Jussi tuntee sen heti omakseen. Mielialat saattavat vaihdella kuin vuoristoradalla.

”Olen sähköjänis tai muumio”.

Ylivireytyminen tapahtuu nopeasti, jos Jussi kuulee mieltä kuohuttavia uutisia. Verenpaine saattaa nousta tällöin yli RR200. Toisaalta, alivireytyminen voi tulla aamuyön tunteina, kun kaikki tuntuu toivottomalle. Ylivireytymiseen olen kehottanut häntä käyttämään ”nokipannuharjoitetta”. Alivireytymiseen olen opettanut paniikkioireissa käytettyä ajatusten pysäyttämistä, jolla keskeytetään ahdistuneiden ja masentuneiden ajatusten kierre. Nämä menetelmät ovat tehonneet tyydyttävästi.

Eläväksi metaforaksi on tullut Jussin mielikuva mustaan kaivoon vaipumisesta. Hän sanoo, että vajoaminen on nyt pysähtynyt - hän on jäänyt hyllylle istumaan. Tämän tilanteen mahdollistaa vastuu ja huoltajuus tyttärestään sekä viikoittainen terapia.

Olemme työskennelleet Jussin kanssa nyt 17 kuukautta ja terapia jatkuu. Yllättävä notkahdus terapiassa oli kolmen kuukauden kohdalla, jolloin terapia yhteisestä sopimuksesta oltiin lopettamassa. Tällä hetkellä terapeutin täytyy pitää mielessään ”jarrut”: traumaattiseen tilanteeseen koetimme mennä kerran EMDR- käsittelyssä, mutta ahdistus kasvoi välittömästi liian suureksi. Toinen varovaisuutta vaativa tekijä on Jussin fyysinen status, joka todella on huolestuttavasti romahtanut. Sensorimotorista ruumiin oireiden tarkastelua en ole osannut tässä käyttää - ne kun ovat jo somaattisiksi taudeiksi luokiteltuja. Jussin terapiasuhteessa olemme saavuttaneet perusturvallisuuden, mutta hänen kokonaistilanteensa on edelleen kaaoittinen. Sisäisen lapsen työstö on kuitenkin tulossa esiin koko elämänkaareen liittyvänä toimintastrategian pohdintana sekä työelämään liittyvien traumaattisten tapahtumien - ”*menneisyyden kuplien*” - esiinnousuna.

7.3. Yhtäläisyyksiä ja eroja Marja ja Jussin terapiassa

Niin erilaisia ihmisiä kuin Marja ja Jussi ovatkin - Marja syvästi tunteella elävä nainen ja Jussi älyllistävä liikemies - silti jotain yhtäläisyyttä heidän perusluonteestaan löytyy: kummatkin ”menevät täysillä” - oman persoonallisuutensa mukaisesti. Samoin trauma heidän kokemanaan saa voimakkaita piirteitä. Ja kuten minun olisi jo pitänyt tietää: trauma ei ole irrallinen rakkula ihmisten päässä vaan se herättää monenlaisia kokemuksia menneisyydestä, joista ihmiset ovat jo luulleet päässeensä irti.

Erilaisuutta on ollut näiden kahden ihmisen terapian kulku. Marja tuntui alkuun hauraalle ja pelkäsinkin hänen psyykensä koossapysymistä. Hänestä on kuitenkin tullut esiin se ”maalaisemäntä”, joka viimekädessä huolehtii kaikesta. Jussin tyyli oli niin vauhdikas, että odotin puhdin katoavan ja päästävän tunnetason työskentelyyn. Kun vauhtia kuitenkin riitti, ajattelin että jos hän nyt sittenkin selviää vauhdilla traumastaan. Kun totuus tuli vastaan,

takana olevat neuvottomuus ja keinottomuus tuntuivat minusta terapeutinkin ahdistavilta kohdata.

8. POHDINTA

Johdannossa esittämiini pohdintoihin antaa vastauksia (tietenkin potilastyöskentelyni lisäksi) juuri hankkimani Babette Rothschildin kirja ”The Body Remembers, Casebook”, jossa hän alkusanoissa kertoo terveen järjen merkityksestä. Rothschildin mielestä terve järki on tärkein tekijä turvallisessa traumaterapiassa. Siksi on käsittämätöntä, ettei termiä juurikaan mainita alan kirjallisuudessa. Eräs Rothschildin kollega onkin sanonut ”Common sense isn't so terribly common”. Joseph Wolpe teroitti oppilailleen: ”Etsikää hoidon epäonnistumisen syitä käyttämistänne terapeuttisista menetelmistä – älkää asiakkaistanne”. Hän varoitti käyttämästä käsitteitä kuten ”vastustus” ja sekundaarinen hyöty” (Rothschild 2003).

Lähinnä ratkaisukeskeisyyteen liittämäni motto ”kaikki on hyvää mikä auttaa” on siis täysin sovellettavissa traumatisoituneiden ihmisten hoitoon.

Psykkisten traumojen hoitoon on Suomessa viime vuosikymmenellä kohdistettu yhä enemmän huomiota. Erilaisia hoitomalleja on otettu käyttöön ja ne tähtäävät suoraan trauman jälkireaktioiden lieventämiseen. Terapian fokuksena voi olla mieleen tunkeutuvat muistikuvat, ylivilpitys-, välttämisen- ja dissosiaatio-oireet. Eniten on tutkittu kognitiivis-behavioraalisia menetelmiä, joiden tehokkuus on todennettu varsinkin yksittäisten traumaattisten tapahtumien hoidossa (I- tyyppin traumat). Tällaisessa hoidossa on keskeistä joko suora tai mielikuvissa tapahtuva altistaminen. Lapsuuden traumoihin ja toistuviin traumaattisiin kokemuksiin liittyviä traumoja (II- tyyppin traumat) on ensisijaisesti hoidettu kognitiivis-konstruktivisilla menetelmillä (Siltanen 2001,122).

Tämän artikkelin kirjoittamisen aikana minulla on ollut useita trauma-asiakkaita. Tähän valitut tapaukset pyrkivät valottamaan traumatisoituneen ihmisen terapiaa kahdesta eri suunnasta lähtevästä orientaatiosta. Työskentelyotteeni on lähinnä konstruktivinen ja artikkelin fokuksena alkutilanteen sokkivaiheen rauhoittaminen. Kummankin potilaan kanssa terapiat jatkuvat ja se väistämättä näkyy tapausselesteissa.

Näiden terapioiden myötä olen tullut yhä vakuuttuneemmaksi, että yli- tai alivilpityneiden potilaiden kanssa kannattaa terapian alussa aktiivisesti soveltaa erilaisia rauhoittamistekniikoita. Sietokyvyn ikkuna tuntuu olevan käyttökelpoinen väline. Sen käyttöön aion perehtyä jatkossa paremmin. Traumaterapian mukana olen kiinnittänyt enemmän huomiota

asiakkaiden somaattiseen reagointiin ja tullut huomaamaan, että ”kehon viisaudella” on enemmän kerrottavaa kuin olen tottunut ajattelemaan.

LÄHTEET:

Andersson, K. (2005). Biostress, sokin biologinen perusta. Esitelmä Seinäjoen keskussairaalan henkisen ensiavun 10- vuotisjuhlassa 18.11.2005

Facta 2001 (1985). Porvoo: WSOY

Hautaniemi, T. & Järvenpää, A. (2003). Henkinen ensiapu keskussairaalassa. Julkaisusarja B, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

Herbert, C. (2005). Therapeutic Factors in CBT with Personality Disorders and Complex Trauma. Esitetty EABCT:n XXXV kongressin Mini-Workshopissa. Thessaloniki, Greece 24 th September 2005

Kabat-Zinn, J. (2004). Olet jo perillä. Tietoisien läsnäolon taito. Helsinki: Basam Books

Nykysuomen sanakirja (1992). Juva: WSOY

Ogden, P. & Minton, K. (2000). Sensorimotor Psychotherapy: One Method for processing Traumatic Memory. *Traumatology*, 6, , Article 3.
<http://sensorimotorpsychotherapy.org/articles.html>

Pitkänen, K. (2005). Freud kiihottaa taas. *Suomen Kuvalehti* 24/2005

Rothschild, B. (2000). *The Body Remembers. The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*. New York: Norton

Rothschild, B. (2003). *The Body Remembers Casebook. Unifying Methods and Models in the Treatment of Trauma and PTSD*, New York: Norton

Shapiro, F. (2000), *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Level I Training Manual*, printed in USA: EMDR INSTITUTE, INC.

Siltanen K. (2001). Traumaperäisen häiriön hoito. Teoksessa: S.Kähkönen, I.Karila, & N. Holmberg (toim.), *Kognitiivinen psykoterapia* (s.122-138), Helsinki: Duodecim

Turunen, T. (2006). Sensorimotoriset silmälasit, traumatisoituneen ihmisen kehonkielen havainnoinnista. Luento henkisen ensiavun päivystäjille, kevät 2006