

STPKY – Suomen traumapsykoterapiakouluttajayhdistys ry



SYVÄÄN PÄÄHÄN JA TAKAISIN

Tietoa ja ymmärrystä
traumapsykoterapeuttisista näkökulmista

SYVÄÄN PÄÄHÄN JA TAKAISIN
– tietoa ja ymmärrystä
traumapsykoterapeuttisista näkökulmista

SYVÄÄN PÄÄHÄN JA TAKAISIN

– tietoa ja ymmärrystä
traumapsykoterapeuttisista näkökulmista

STPKY – Suomen traumapsykoterapiakouluttajayhdistys ry (toim.)

© 2026 STPKY – Suomen traumapsykoterapiakouluttajayhdistys ry

Taitto ja kansi: Books on Demand

Kustantaja: BoD · Books on Demand, Mannerheimintie 12 B, 00100 Helsinki, bod@bod.fi

Kirjapaino: Libri Plureos GmbH, Friedensallee 273, 22763 Hampuri, Saksa

ISBN: 978-952-89-5102-5

Kirjoittajista:

Hanna Ahonen on psykologi ja psykoterapeuttikouluttaja (trauma). Hän tekee psykoterapeuttina töitä yksityisvastaanotollaan monen tasoisesti traumatisoituneiden ihmisten kanssa. Hän käyttää työssään kehollista otetta sensomotorisen psykoterapian opeilla sekä käyttää myös EMDR:ä. Lisäksi Hanna työnohjaa ja kouluttaa sote-alalla.

Työkokemuksen juuret ovat julkisen puolen psykologin töissä, joissa kiinnostus traumatisoitumisen vaikutuksiin alkoi jo varhain työuran alussa.

Sari Haikonen (PsL) on neuropsykologian erikoispsykologi, traumapsykoterapeutti ja kouluttajapsykoterapeutti (trauma). Hän on kouluttautunut työnohjaajaksi (STOry) ja EMDR-terapeutiksi. Hän on perehtynyt neuropsykoterapiaan, sukupuolisuuden, seksuaalisuuden ja suhteiden moninaisuuden psykoterapiaan ja hypnoterapiaan. Ennen psykoterapeutiksi valmistumista hänellä on työkokemusta lasten, nuorten ja aikuisten neuropsykologisesta tutkimuksesta ja kuntoutuksesta. Nykyinen työ omalla vastaanotolla painottuu vakavasti traumatisoituneiden asiakkaiden hoitoon ja heitä kohtaavien ammattilaisten työnohjaukseen.

Jaana Huldén on traumapsykoterapeutti, kouluttajapsykoterapeutti, kirjallisuusterapeutti ja työnohjaaja. Hänellä on yksityisvastaanotto Helsingissä. Asiakkaat ovat masentuneita, ahdistuneita ja eri tavoin traumatisoituneita. Hän ohjaa myös terapiaryhmiä. Työssään hän käyttää kirjallisuusterapian menetelmiä, EMDR:ää, sensomotorisia- ja hypnoterapian menetelmiä. "Ajattelen kirjaa ja kirjoittamista polkuna, väylänä, jota pitkin kuljen itseni kautta toisten luo" (Oksana Vasjakina)

Leea Kuusela on laillistettu psykologi, psykoanalyttikko (IFPS) ja traumapsykoterapian kouluttajapsykoterapeutti (OY) sekä hän on suorittanut tunnefokusoidun psykoanalyttisen lyhytpsykoterapian koulutuksen (SLY). Lisäksi hän on ignatiaaninen retriitinohjaaja (Hiljaisuuden ystävät ry.). Aikaisemmin hän on toiminut työelämän psykologian, urasuunnittelun ja soveltuvuustutkimuksen parissa olleen perustamassa Psykologitiimi Päämäärä Oy:tä. Tällä hetkellä hän työskentelee päätoimisesti psykoterapeuttina ja psykoterapian työnohjaajana Sastamalassa pääasiassa vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen palveluntuottajana.

Riikka Litsilä on psykologi ja traumapsykoterapeuttikouluttaja, sertifioitu sensomotorisen psykoterapian psykoterapeutti ja sertifioitu EMDR-terapeutti. Pitkä työkokemus lastensuojelussa on herättänyt kiinnostuksen ylisukupolvisen trauman ilmiöihin ja sijaistraumatisoitumiseen. Riikka on erityisen kiinnostunut ihmissuhteissa tapahtuvasta traumatisoitumisesta – sekä ihmissuhteissa tapahtuvasta toipumisesta ja kuntoutumisesta. Hän työskentelee yksityisvastaanotolla psykoterapeuttina, työnohjaajana sekä kouluttajana.

Päivi Maaranen on psykiatrian erikoislääkäri ja kouluttajapsykoterapeutti. Hän työskentelee yksityisvastaanotollaan Kuopiossa. Hän on väitellyt dissosiaatio-oireiden esiintyvyydestä yleisväestössä vuonna 2008: ”Dissosiaatio suomalaisessa yleisväestössä”. Työ jakautuu suurelta osin traumaperäisten häiriöiden arviointiin ja erotusdiagnostiikkaan, psykoterapeuttiseen työhön, koulutukseen ja työnohjaukseen. Hän on myös EMDR-terapeutti ja -työnohjaaja, lisäksi psykoterapiassa hän käyttää sensomotorista psykoterapiaa (I- ja II-taso) ja IFS-terapiaa (Internal Family Systems Therapy).

Jussi Pennanen on taustakoulutukseltaan sosionomi YAMK, traumapsykoterapeuttikouluttaja ja EMDR-terapeutti. Nykyisin työ koostuu traumapsykoterapian ja kouluttamisen lisäksi lastensuojelun erityistehtävistä. Työskentelyssä ovat näkyneet addiktiot, neurologiset häiriöt, psyykkiset sairaudet ja perhesysteemiset haasteet sekä ylisukupolvisuus. Aiempi tausta Jussilla pitää sisällään päihde- ja väkivaltatyötä, onnettomuuksien ja väkivaltatilanteiden jälkipuintia, pitkää kokemusta sosiaalipäivystyksestä, sekä lastensuojelun puolella arviointityötä, perhetyötä ja ammatillista tukihenkilötyötä. Mielenkiinnon kohteeksi ovat työn kautta noussut häiriöiden taustalla olevien syiden vaikutukset mielen rakenteisiin, jossa on havaittavissa todentamattomia tarpeita ja niiden vaikutukset ihmiseen. ”Tämä näkyy myös addiktioissa, jossa lopulta toiminnan tavoitteena on yritys ratkaista ongelma, vaikka se samalla syventää kärsimystä.”

Marko Punkanen (FT) on vaativan erityistason traumapsykoterapeutti, tanssi-liiketerapeutti ja musiikkiterapeutti, joka työskentelee traumapsykoterapeuttien kouluttajana ja työnohjaajana. Hänellä on 30 vuoden kokemus eriasteisen traumatisoitumisen hoidosta. Erityisesti hän on perehtynyt traumatisoitumisen kehollisiin oireisiin ja kehon huomioimiseen traumatisoitumisen hoidossa. Marko on myös Suomen ensimmäinen sertifioitu sensomotorinen psykoterapeutti ja sensomotorisen psykoterapian kouluttaja.

Anne Pelkonen on psykiatrian erikoislääkäri, kognitiivinen psykoterapeutti ja traumapsykoterapiasuuntauksen kouluttajapsykoterapeutti. Hänen keskeisiä kiinnostuksen kohteitaan on traumainformoitu työskentely eri aloilla ja lapsuuden haitallisten kokemusten vaikutukset aikuisuudessa. Hän on sertifioitu EMDR-terapeutti ja työnohjaaja sekä sertifioitu sensomotorinen psykoterapeutti ja työnohjaaja (koulutuksessa). Hän työskentelee yksityisvastaanotolla psykiatrina, psykoterapeuttina, työnohjaajana ja kouluttajana.

Ritva Ropponen on psykiatrinen sairaanhoitaja, kriisi- ja traumapsykoterapeutti (ET), traumapsykoterapeutti (VET), työnohjaaja, EMDR-terapeutti (sertifioitu) ja EMDR-tönohjaaja (sertifioitu). Sensomotorinen psykoterapia (taso 2). Hän on työskennellyt psykiatrian yksiköissä 1980-luvulta alkaen aina vuosituhannen vaihteeseen saakka, jonka jälkeen hän siirtyi akuuttiin kriisityöhön. Viimeiset 20 vuotta hän on yrittäjänä toiminut psykoterapeuttina, työnohjaajana ja psykoterapeuttien kouluttajana. Hän on syventänyt osaamistaan erityisesti vakavan traumatisoitumisen arviointiin ja hoitoon.

Hanna Saarela on kouluttajapsykoterapeutti, traumapsykoterapeutti, työnohjaaja, EMDR- terapeutti ja -työnohjaaja sekä sertifioitu Sensomotorisen psykoterapian psykoterapeutti. Hannalla on yli 20 vuoden kokemus psykiatrisessa erikoissairaanhoidosta työskenneltään siellä moniammatillisissa tiimeissä sairaanhoitajana enimmäkseen polikliinisessa vastaanottotyössä. Kokemusta Hannalla on myös kolmannen sektorin työstä akuutissa kriisityössä vapaaehtoisena ja kouluttajana. Tällä hetkellä hän toimii yrittäjänä tehden psykoterapiaa, työnohjausta ja toimii kouluttajana.

Jari Vainio on erikoistoimintaterapeutti, traumapsykoterapeutti VET, kriisi- ja traumapsykoterapeutti (ET), EMDR-terapeutti ja -työnohjaaja (sertifioitu), psykodraamaohjaaja ja -kouluttaja TEP. Sensomotorinen psykoterapia (taso 2). Jarilla on yli 30 vuoden monipuolinen työkokemus psykiatrisesta ja psykoterapeuttisesta työstä. Hän työskentelee yksityisenä psykoterapeuttina hoitaen vakavasti traumatisoituneita asiakkaita ja työnohjatena mm. eri alojen psykoterapeutteja. Kouluttamistehtävät hän on nyt jättänyt nuoremmille kollegoille.

Kati Värtinen on toimintaterapeutti, kuntoutuksen ohjaaja AMK, traumapsykoterapeutti ja kouluttajapsykoterapeutti (trauma). Hän työskentelee yksityisenä psykoterapeuttina. Hän on myös EMDR-terapeutti ja on käynyt sensomotorisen psykoterapian 1

ja 2 tason koulutukset. Hänellä on pitkä työkokemus psykiatrian erikoissairaanhoidosta aikuis- ja nuorisopsykiatrian poliklinikoilla, sekä psykiatrisesta osastotyöstä. Hän on työskennellyt myös projektityössä lainrikkojien, sekä alle 25- vuotiaiden syrjäytymisvaarassa olevien nuorten ESR-rahoitteisessa työllistämisprojektissa.

Sisällys

Kirjoittajista:	5
Esipuhe	11
LUKU 1: Traumapsykoterapia ja traumapsykoterapeuttikoulutus Suomessa (Marko Punkanen, Jari Vainio & Anne Pelkonen)	12
LUKU 2: Lapsuuden haitallisten kokemusten ilmeneminen aikuisuudessa ja huomioiminen traumapsykoterapiassa (Hanna Saarela)	45
LUKU 3: Kompleksisen traumatisoitumisen vaikutus toimintakykyyn ja näkökulmia hoitoon (Kati Värtinen)	68
LUKU 4: Dissosiaatiohäiriöiden arviointi ja erotusdiagnostiikka (Päivi Maaranen)	99
LUKU 5: Kiintymyssuhdetrauma ja neuropsykologinen oirekuva: erotusdiagnostiikkaa ja psykoterapiassa huomioitavaa (Sari Haikonen)	134
LUKU 6: Menetetyn lapsuuden päättymätön läsnäolo – Kirjallisuusterapian menetelmiä äitihaavan hoitamiseen traumapsykoterapiassa (Jaana Huldén)	172
LUKU 7: Mielen sisäinen systeemi ja osatyöskentely – IFS-mallin soveltaminen psykoterapiassa (Ritva Ropponen)	201
LUKU 8: Traumapsykoterapeutti terapisuhdetta tutkimassa (Riikka Litsilä)	224
LUKU 9: ”Tietysti kannattaa korjata, perustukset ovat hyvät” – tapausselostus traumapsykoterapian ja psykoanalyttisen psykoterapian valossa (Leea Kuusela)	259
LUKU 10: Takertuvuus hoitosuhteessa – näkökulmia traumatisoitumisesta (Hanna Ahonen)	286
LUKU 11: Addiktio toiminnallisena riippuvuutena ja sen vaikutus itsesäätelyyn – ilmiön näkyminen ja huomioiminen traumapsykoterapiassa (Jussi Pennanen)	307

Esipuhe

Kiintymyssuhteessa tapahtuva traumatisoituminen on ollut tutkimuksen kohteena vuosikymmeniä. Tiedetään, että vakavasti varhain traumatisoituneiden eliniän ennuste on keskimääräistä matalampi johtuen osittain jatkuvan stressin aiheuttamista sydän- ja verisuonisairauksista. Traumatisoituneet kärsivät neurologisista oireista ja mielenterveyden häiriöistä. Varhain vakavasti traumatisoituneiden yhteys omaan kehoon, omiin perustarpeisiin, tunteisiin ja muistiin on puutteellista. Kiintymyssuhteissaan traumatisoituneilla on laaja-alaisesti vuorovaikutukseen liittyviä ongelmia ja toimintatason vaihtelua, mikä vaikuttaa syvällisesti heidän selviämiseensä läheisissä ihmissuhteissa ja vanhemmuudessa.

Oireisiin pohjautuvan diagnostiikan vuoksi traumaperäiset ilmiöt jäävät monesti huomiotta ja laajan psykologisen kehitysvaurion sijaan hoidetaan vaihtelevia oireita, joita varhainen traumatisoituminen aiheuttaa.

Tämä traumapsykoterapian kouluttajakoulutuksesta valmistuneiden kokeneiden klinikoiden artikkeleihin perustuva kirja antaa kattavan läpivalaisun hyvin monimuotoiseen traumatisoitumisen ongelmakenttään. Kokeneet klinikot yhdistävät ilmiön kliinistä ymmärrystä uusimpaan aiheesta julkaistuun tutkimustietoon. Traumapsykoterapian kouluttajat ovat lähtöisin hyvin erilaisista psykoterapian viitekehyksistä, mikä rikastaa traumailmiön ymmärrystä.

Kirjoituksissa liikutaan ajalle ominaisissa traumatisoitumisen rajapinnoissa suhteessa neurologiaan, fyysisiin oireisiin ja addiktioihin. Lukija saa ajanmukaisen katsauksen tieteellisestä tutkimustiedosta liittyen kuhunkin teemaan.

Kirja kuvaa yksityiskohtaisesti tutkimustietoon perustuvan integratiivisen traumapsykoterapian perusajatuksia ja menetelmiä. Mukana on myös teemoja vakavimpien kiintymyssuhdetraumojen eli dissosiaatiohäiriöiden vaikutuksesta toimintakykyyn ja kirjoituksia hoidon erityiskysymyksistä. Erittäin hyödyllinen on myös dissosiaatiohäiriöiden arviointia käsittelevä luku, joka auttaa käytännössä mielenterveystyön ammattilaisia erotusdiagnoosissa ja kliinisen häiriötason syvyyden määrittelyssä hoitoa suunniteltaessa.

Kirjoittajien syvä ymmärrys käsittelemistään teemoista tekee kirjan helposti luettavaksi ja se on erinomainen apuväline, kun johonkin traumatisoitumisen erityiskysymykseen etsitään tarkempaa ajankohtaista tietoa.

Anne Suokas - psykologi, kouluttajapsykoterapeutti, traumaperäisten dissosiaatiohäiriöiden asiantuntija

LUKU 1: Traumapsykoterapia ja traumapsykoterapeuttikoulutus Suomessa

Marko Punkanen, Jari Vainio & Anne Pelkonen

Johdanto

Traumapsykoterapeuttikoulutusta on Suomessa toteutettu vuodesta 1998 alkaen. Nykymuotoista nelivuotista traumapsykoterapeutti koulutusta on järjestetty vuodesta 2015 lähtien Oulun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan alaisuudessa. Koulutuksen teoreettinen viitekehys on integratiivinen. Koulutus antaa valmiudet hoitaa kaikkia keskeisiä mielenterveysongelmia ja erityiset valmiudet hoitaa eri asteisesti traumatisoituneita asiakkaita. Traumapsykoterapeutti toimii asiakkaiden yksilöllisten tarpeiden mukaan. Tämä tarkoittaa sitä, että psykoterapeuttinen hoito suunnitellaan alkuarvion pohjalta niin, että se vastaa mahdollisimman hyvin asiakkaan haasteisiin ja tarpeisiin (hoidon kesto, käytettävät menetelmät ja työskentelyä ohjaavat teoreettiset painotukset). Traumapsykoterapeuttinen hoito voi olla asiakkaan tilanteen huomioiden lyhytkestoista fokusoitunutta hoitoa (esim. 10-20 kertaa) tai kompleksisessa traumatisoitumisessa pitkäkestoisempaa (esim. 3 vuotta tai pidempään).

Tässä luvussa esitellään Suomessa tällä hetkellä toteutettavan traumapsykoterapian ja traumapsykoterapeuttikoulutuksen taustaa, sisältöä, teoreettista viitekehystä ja keskeisiä menetelmiä.

Traumapsykoterapian historiaa

Tietoisuus ja ymmärrys psykologisen/emotionaalisen trauman roolista erilaisten psykiatristen ongelmien synnyssä on vahvistunut ja hiipunut läpi psykiatrian historian. Esimerkiksi psykologi, filosofi Pierre Janet'n (1859–1947) teoriat ja kliiniset oivallukset olivat vuosikymmeniä unohduksissa, kunnes nousivat uudestaan esille 1970- ja 1980-luvuilla. Abram Kardiner (1891–1981) oli psykiatri ja psykoterapeutti, joka vaikutti voimakkaimmin traumaperäisen stressihäiriön (PTSD) määrittelyyn. Hän huomasi, että trauman kokeneille potilaille kehittyi pysyvä valppaus ja herkkyyys ympäristön

edustamalle uhalle. Keskeistä Kardinerin ajattelussa Janet'n tavoin oli se, että traumatisoitunut ihminen toimii ja käyttäytyy ikään kuin alkuperäinen traumaattinen tilanne olisi edelleen akuutti ja turvautuu niihin suojeleviin keinoihin, jotka epäonnistuivat alkuperäisessä tilanteessa.

Maailmansotien ja erityisesti Vietnamin sodan jälkeen ylivoimaisten tapahtumien aiheuttaman traumatisoitumisen ymmärrys lisääntyi. Hoidossa keskityttiin ulkoisten tapahtumien aiheuttamaan mielen järkkymiseen. Näitä hoitokeinoja alettiin vähitellen käyttää myös perheen sisäisen traumatisoitumisen hoidossa. Perheissä tapahtuvat kaltoinkohtelut nähtiin väkivalta- tai seksuaalisen hyväksikäytön traumoina, joissa hoito keskitettiin traumatapahtumaan eikä niinkään sen vaikutuksiin kiintymyssuhteisiin tai muuhun persoonallisuuden kehitykseen. Pitkään jatkuneen, perheessä ja kiintymyssuhteessa tapahtuneen traumatisoitumisen monimuotoinen oirekirjo tuli näkyväksi lukuisina psykiatrisina diagnooseina. Psykiatri Judith Herman on 1980-luvulta lähtien tuonut tutkimuksissaan ja kirjoituksissaan esille erityisesti lapsiin ja naisiin kohdistuvaa kaltoinkohtelua ja sen seurauksia. Hän on omalla työllään lisännyt merkittävästi ymmärrystä inestien ja seksuaalisen hyväksikäytön seurauksista ja vaikutuksista.

Kansainvälisen tautiluokituksen uusimmassa versiossa (ICD-11) ensimmäistä kertaa diagnoosijärjestelmään tulee monimuotoisen traumaperäisen stressihäiriön diagnoosi (CPTSD), joka pitää sisällään kiintymyssuhteessa tapahtuneen kaltoinkohtelun seurauksena kehittyvän oirekuvan.

Mitä traumatisoituminen tarkoittaa?

Nykyaikainen traumapsykoterapia pohjautuu Pierre Janet'n (1859–1947) urauurtaviin kirjoituksiin ja hänen kehittämiinsä kliinisiin käytänteisiin (esim. Ellenberger 1970, 331–409). Janet'n teorial nousivat uudestaan esille Charles Myersin (1873–1946) sotatraumojen tutkimuksen yhteydessä 1940-luvulla. Hänen havaintonsa ylivoimaisten tapahtumien integroimattomuudesta ja sen seurauksista yksilön toimintakyvylle loivat pohjaa 1970-luvulla kehitetyille teorioille pitkäaikaisten kiintymyssuhteessa tapahtuneiden ylivoimaisten kokemusten aiheuttamasta integraatiokyvyn alenemisesta ja siitä seuraavasta persoonallisuuden rakenteellisesta dissosiaatiosta (Van der Hart ym., 2006; Nijenhuis, 2017; Steele ym., 2017).

Traumapsykoterapian fokus on erityisesti siinä, kuinka ihminen kykenee käsittelemään ja integroimaan stressaavat ja tunnepitoisesti voimakkaat kokemuksensa osaksi persoonallisuuttaan ja elämänhistoriaansa. Tärkeää on ymmärtää, että mitkään tapah-

tumat sinänsä eivät ole automaattisesti traumatisoivia vaan, että kysymys on siitä, millä tavoin potentiaalisesti traumatisoiva tapahtuma on vaikuttanut sen kokeneeseen ihmiseen. Silloin kun ihminen ei kykene käsittelemään tunnepitoisesti voimakasta kokemustaan ja integroimaan sitä osaksi omaelämäkerrallista tarinaansa, se jää irralliseksi ja saattaa johtaa traumatisoitumiseen. Kokemukset, jotka ylittävät yksilön sietokyvyn luovat voimakkaita, sisäisiä uhkaodotuksia, jotka alkavat hallita havaintojen tulkintaa ja kehossa aktivoituvat reaktiot (esim. nopeutunut syke ja hengitys) tulkitaan vaaran todisteiksi (Kotler ym., 2026). Traumatisoituminen voi ilmetä hyvin erilaisina oireina ja ongelmina, sekä psyykkisinä että somaattisina. Traumateoreettisesti orientoituneessa psykiatriassa ja psykoterapiassa on tärkeää selvittää tarkoin asiakkaan kokemushistoria ja löytää ymmärrystä sen kautta tässä päivässä ilmeneviin ongelmiin ja vaikeuksiin.

Trauma sanana tarkoittaa ”haavaa”, ”loukkausta”, ”vammaa” tai ”järkytystä”, joka voi luonteeltaan olla joko psyykinen tai fyysinen. Psyykkisen trauman käsitteen esitteli ensimmäisen kerran saksalainen neurologi Eulenburg vuonna 1878, viitaten sillä stressaavan kokemuksen psykologiseen vaikutukseen ihmisessä. Hermanin mukaan traumaattiset tapahtumat eivät ole epätavallisia siksi, että niitä tapahtuisi harvoin, vaan siksi, että ne ylittävät ihmisen tavanomaisen sietokyvyn (Herman 1997, 33). Toisin sanoen ”tapahtumat eivät ole traumaattisia sinänsä, vaan henkilölle niiden aiheuttaman vaikutuksen vuoksi” (Van der Hart et al., 2006; Steele et al., 2017). Trauma käsitteenä viittaa traumaattisen tapahtuman jälkeisiin stressioireisiin. Tällöin voidaan puhua akuutista stressihäiriöstä (acute stress disorder, ASD) tai traumaperäisestä stressihäiriöstä (post-traumatic stress disorder, PTSD). Traumaperäiset stressireaktiot ja -häiriöt ovat oireyhtymiä, joiden diagnostisessa luokittelussa noudatetaan tällä hetkellä ICD-11:n (Suomessa ICD-11 otetaan käyttöön 1.6.2028) ja DSM-5:n (APA) järjestelmiä. Näissä järjestelmissä on joitakin eroja oireyhtymien sisällön osalta. ICD-11 sisältää monimuotoisen PTSD:n diagnoosin. Monimuotoisen PTSD:n oirekuvaan kuuluu PTSD:n ydinkriteerien lisäksi ongelmia tunteiden säätelyssä, jatkuva kielteinen minäkäsitys ja vaikeus ylläpitää pysyviä ihmissuhteita (esim. Knefel ym., 2013; Maerker ym., 2013).

Akuutti stressihäiriö kehittyy reaktiona tapahtumaan, johon DSM-5-kriteerien mukaan liittyy kuoleman, vakavan loukkaantumisen tai fyysisen koskemattomuuden vaarantumisen uhka ja johon henkilö reagoi voimakkailla pelon, avuttomuuden tai kauhun tunteilla. ASD:n oireet voidaan jakaa neljään pääluokkaan: dissosiaatio-oireet, traumakokemuksen uudelleen elämistä kuvastavat oireet, välttämisoireet ja vireystilan säätelyyn liittyvät ongelmat. PTSD:n kehittymiseen vaikuttaa useat niin biologiset, psykologiset kuin sosiaalisetkin tekijät. PTSD:n oireet jaetaan kolmeen pääluokkaan: trauman uudelleen kokemiseen liittyvät oireet, välttämiskäyttäytyminen ja vireystilan

säätelyyn liittyvät ongelmat. Traumaperäisen stressihäiriön kanssa esiintyy samanaikaisesti yleensä muitakin psyykkisiä häiriöitä, joiden esiintyminen tai esiintymättömyys ei vaikuta PTSD:n diagnosointiin eikä tue tai estä kyseisen diagnoosin tekemistä. Yksityiskohtaisempaa tietoa diagnostisista kriteereistä, monihäiriöisyydestä ja erotusdiagnostiikasta löytyy Traumaperäisen stressihäiriön Käypä hoito suosituksesta (Traumaperäisen stressihäiriön Käypä hoito 2025). Kompleksinen traumatisoituminen tarkoittaa altistumista vakavalle kuormitukselle, joka on toistuvaa tai pitkäkestoista, sisältää vahingoittamista tai laiminlyöntiä hoitajien tai muiden vastuullisten aikuisten taholta sekä esiintyy kehityksen kannalta haavoittuvassa vaiheessa esimerkiksi varhaislapsuudessa tai nuoruusiässä (Courtois & Ford, 2020). Sille on tyypillistä oireet, jotka johtuvat trauman aiheuttamista muutoksista henkilön minäkuvassa ja stressinsietokyvyssä. Häiriön pääongelmat liittyvät tunteiden, vireystilan ja impulssikontrollin säätelyyn, vaikeuksiin ihmissuhteissa sekä traumamuistojen aiheuttamiin ongelmiin. Kompleksiseen traumaan voi liittyä useita psykiatrisia diagnooseja, kuten esimerkiksi persoonallisuushäiriö tai dissosiaatiohäiriö.

Traumatisoitumiseen näyttäisi vaikuttavan kaksi toisiinsa liittyvää tekijää; tapahtuman objektiiviset piirteet ja tapahtuman kokijan yksilölliset, luonteenomaiset piirteet, jotka määrittävät yksilön psyykkistä energiaa ja toimivuutta. Potentiaalisesti traumatisoivia tapahtumia ovat kokemukset, jotka ovat voimakkaita, yhtäkkisiä, hallitsemattomia, odottamattomia ja äärimmäisen kielteisiä (Brewin ym., 2000; Carlson, 1997). Tapahtumat, joihin liittyy ihmisten välistä väkivaltaa ja fyysinen vahingoittuminen tai hengenvaara, traumatisoivat todennäköisemmin kuin luonnonmullistusten kaltaiset muut erittäin stressaavat tapahtumat (esim. Breslau ym., 1999). Tapahtumat, jotka eivät varsinaisesti uhkaa henkeä, mutta joihin liittyy kiintymyssuhteen menetys (Waelde ym., 2001) ja se, että lapselle tärkeää kiintymyssuhdetta edustava hahmo pettää hänet, (Freyd, 1996), lisäävät myös traumatisoitumisen vaaraa. Lasten kaltoinkohtelu sisältää usein kaikki nämä tekijät. Lapsilla väkivallan kokemuksiin liittyy tavallisesti myös laiminlyönnin kokemukset (Nijenhuis ym., 2004; Steele ym., 2017). Laiminlyöntiä voi kuitenkin tapahtua myös aikuisten välisissä ihmissuhteissa. Laiminlyönti on traumatisoitumisen muoto, jossa lähimmäiset eivät tarjoa tarvittavaa fyysistä tai emotionaalista hoivaa, rauhoittamista ja vahvistavia kokemuksia. Lapsilla nämä kokemukset ovat kehityksellisesti välttämättömiä ja aikuisellekin ne ovat tärkeitä esimerkiksi potentiaalisesti traumatisoivien tapahtumien jälkeen.

Toistuvalla altistumisella merkittävälle stressitekijöille, kuten perheen sisäisellä lasten kaltoinkohtelulla, näyttäisi olevan kaikkein vahingollisimmat vaikutukset. Krooninen traumatisoituminen lisää traumaperäisten häiriöiden ja vakavampien ja laaja-alaisem-

pien oireiden kuten huumeidenkäytön (Dube ym., 2003) ja itsemurhayritysten (Dube ym., 2001) riskiä. Traumaperäisiin häiriöihin kuuluvat sekä psyykkiset että fyysiset oireet, koska aivojen kehitys ja neuroendokriininen toiminta vaarantuvat (Anda ym., 2006 ja Dube ym., 2003; Van der Hart ym. 2006; Steele ym., 2017). Krooninen traumatisoituminen on merkittävä tekijä kompleksisen traumatisoitumisen kehittämisessä. Sosiaalisen tuen puute luo myös merkittävän riskitekijän traumaperäisten häiriöiden kehittämiselle (esim. Brewin ym., 2000; Ozer ym., 2003; Van der Hart ym. 2006; Steele ym. 2017). Tämä pätee erityisesti lapsiin, koska he ovat täydellisen riippuvaisia aikuisen avusta vaikeiden kokemusten integroimisessa. Lohtu, tuki ja hoiva ovat oleellisia yksilön psyykkisen suorituskyvyn ylläpitämisessä ja parantamisessa (esim. Runtz & Schallow, 1997), koska niillä on merkittäviä fysiologisesti rauhoittavia vaikutuksia (Schore, 1994; 2003) ja suotuisia vaikutuksia immuunijärjestelmään (Uchino ym., 1996).

Monet aikuiset kokevat akuuttia stressiä ja mieleen tai kehoon tunkeutuvia aistitaikauksia ylivoimaisten tapahtumien jälkeen, mutta tavallisesti nämä ilmiöt laantuvat viikkojen tai kuukausien kuluessa eivätkä yleensä kehity traumaperäisiksi häiriöiksi. Näitä peritraumaattisia (traumatapahtumaan liittyviä) mieleen ja kehoon tunkeutuvia traumamuiston takauksia voidaan pitää väliaikaisen ja vähäisen persoonallisuuden ja kautumisen ilmentyminä ennen kuin stressaava kokemus on integroitunut kokonaan. Joillekin yksilöille kuitenkin kehittyä traumaperäisiä häiriöitä. Tutkimusten mukaan noin 10–25%:lle aikuisista, jotka altistuvat äärimmäisille stressitekijöille, voi kehittyä yksinkertainen akuutti stressihäiriö (ASD) ja traumaperäinen stressihäiriö (PTSD) (Breslau, 2001; Kessler ym., 1995).

Meta-analyyseissä on löydetty useita merkittäviä PTSD:tä ennakoivia tekijöitä, kuten aiempi (kumuloituva) traumatisoituminen, erityisesti krooninen kaltoinkohtelu lapsuudessa, aikaisempi alhainen psykologisen sopeutumiskyvyn taso, perheen psykopatooginen historia eli ns. sukurasitus (johon sisältyy mahdollinen geneettinen alttius), traumatisoitumisen aikana koettu (todellinen tai subjektiivisesti koettu) hengenvaara, peritraumaattiset (traumaattisen tapahtuman aikana ja välittömästi sen jälkeen esiintyvät) emotionaaliset reaktiot, peritraumaattinen dissosiaatio, sosiaalisen tuen puute ja ikä (mitä nuorempi henkilö on, sen suurempi traumatisoitumisen riski) (Brewin ym., 2000). Traumaperäinen stressihäiriö voi olla tavallisin mielenterveydellinen seuraamus kertaluonteisen yllättävän stressitapahtuman jälkeen, jossa ei ole syntynyt fyysisiä vammoja. Pysyvään fyysiseen vammautumiseen johtaneen tapahtuman jälkeen masennushäiriöt voivat olla tavallisimpia. Äärimmäisen, pitkäaikaisen rasituksen seurauksena voi lopulta ilmaantua persoonallisuuden muutos, jossa PTSD saattaa esiintyä välivaiheena. (Traumaperäisen stressihäiriön Käypä hoito 2025). Käytännössä kal-

Mitä tapahtuu ihmiselle, jonka varhaiset ihmissuhteet ovat olleet turvan sijaan pelon, laiminlyönnin tai väkivallan lähde? Miten nämä kokemukset muokkaavat kehoa, hermostoa, tunteita, muistia ja kykyä olla yhteydessä toisiin ihmisiin? Ennen kaikkea – miten toipuminen on mahdollista?

Syvään päähän ja takaisin kokoaa yhteen kokeneiden traumapsykoterapeuttien ajankohtaisen tiedon ja vuosikymmenten kliinisen kokemuksen. Kirjan artikkeleissa yhdistyvät uusin tutkimusnäyttö ja käytännön psykoterapiatyö tarjoten syvällisen mutta helposti lähestyttävän näkökulman traumatisoitumisen monimuotoisiin vaikutuksiin.

Kirjassa tarkastellaan muun muassa traumatisoitumisen neurobiologiaa, kehon ja mielen yhteyttä, dissosiaatiota, fyysisiä oireita, riippuvuuksia sekä integratiivisen traumapsykoterapian keskeisiä periaatteita ja hoitomenetelmiä. Erityistä huomiota kiinnitetään varhaisten kiintymyssuhdetraumojen vaikutuksiin sekä niiden tunnistamiseen, arviointiin ja hoitoon.

Teos tarjoaa ajanmukaista tietoa ja kliinistä ymmärrystä psykoterapeuteille, psykologeille, lääkäreille ja muille mielenterveysalan ammattilaisille sekä kaikille, jotka haluavat syventää ymmärrystään traumasta ja sen hoidosta. Se toimii sekä kokonaiskuvana että käytännön käsikirjana traumatyön erityiskysymyksiin.

Syvään päähän ja takaisin on kirja siitä, kuinka syvimmistäkin haavoista voi alkaa rakentua tie takaisin yhteyteen, toimintakykyyn ja toivoon.

BoD



Kirjan etukannen kuvassa Pekka Larkelan teos ”Riitänkö minä”.
Kuva Pekka Larkela, kuvan muokkaus Marko Punkanen.