



Traumatisoituminen ja olemisen sietämättömyys

Traumatisoitunut ihminen voi kokonaisvaltaisesti huonosti. Hankalia traumaperäiset oireet ovat siksi, että ne haittaavat monin tavoin normaalia päivittäistä elämää. Nykyisin vakavalla traumahoidolla on keskeinen merkitys traumatisoituneiden hoidossa. Traumapsykoterapeuttiset hoitotulokset ovat hyviä.

Traumaperäinen stressihäiriö on joukko oireita, jotka voivat ilmaantua ylivoimaisen uhkaavalta tai vaaralliselta tunteen tapahtuman tai tapahtumien jälkeen. Traumatisoiva tapahtuma voi olla onnettomuus, luonnonkatastrofi, terroriteko, sota, koulukiusaaminen, avioero, kidutus tai vakava pitkäkestoinen psyykinen ja fyysinen kaltoinkohtelu kasvuperheessä. Traumatisoivassa tapahtumassa ihminen kokee sietämätöntä avuttomuutta ja äärimmäistä hallitsemattomuutta, koska ei voi tietää etukäteen lopputulosta – käykö hyvin vai huonosti. Stressihäiriön oireet voivat ilmaantua pian traumatapahtuman jälkeen tai viiveellä. Ihmisen aiheuttamista tapahtumista on vaikeampaa toipua kuin luonnonkatastrofeista. Traumaattinen stressihäiriö voi olla kroonistunut ja kompleksinen, jolloin se useimmiten on jälkiseurausta alun perin lapsuudessa tapahtuneesta traumatisoitumisesta. Psykkisesti kehittyvä ja vielä hauras lapsen mieli traumatisoituu herkemmin kuin aikuisen. Kukaan meistä ei ole immuuni

traumatisoitumiselle vaan meistä jokaisella on yksilöllinen murtumapiste.

Puolustusreaktiot

Traumatisoitumista ja traumaperäisiä oireita on helpompi ymmärtää tarkastelemalla ensin sitä, mitä meissä tapahtuu kun olemme uhkaavalta tuntuvassa tai vaarallisessa tilanteessa. Nykyihmisen arvioidaan olevan 150 000 - 200 000 vuotta vanha laji ja tästä historialta esivanhempamme ovat enimmänsä aikaa eläneet osana karua luontoa. Heikkona, suhteellisen hitaana ja huonosti fyysisesti varusteltuna (ei raatelukynsiä tai -hampaita!) olemme olleet varsin helppoa saalista pedoille, vaikka isona ryhmänä olemme saaneet saaliiksi isojakin eläimiä. Eloönjäämisen näkökulmasta on nopeiden ja vaistonvaraisten puolustusreaktioiden kehittyminen ollut tarkoituksenmukaista.

Kukaan ei ole immuuni traumatisoitumiselle – meistä jokaisella on yksilöllinen murtumapiste.

>>

Kuin valot räpsähtäisivät päälle, eikä niitä saisi sammutettua muutoin kuin hitaasti himmentäen.

Aivomme eivät ole suuresti muuttuneet ole-massaolomme aikana. Niinpä joutuessamme äkillisesti uhkaavalta tuntuvaan tai vaaralliseen tilanteeseen, aivoissamme tapahtuu automaattisesti nopeita tilamuutoksia. Manteliumake (amygdala)

on aivojen ”hälytyspainike”, joka aktivoi ja ylläpitää kokonaisvaltaista puolustuksen tilaa aivoissa ja kehossa (1). Tämä tarkoittaa sitä, että aivojemme (hitaasta) ajattelusta ja ongelmanratkaisusta sekä tunnesäätelystä vastaavat isoivojen kuorialueet sammutetaan,

kun taas aisti- ja liiketoiminnoista vastaavat aivo-kuorialueet ovat hyvin aktiivisia. Tietoisuutemme kenttä on kapea, mutta keskittynyt. Puolustusreaktioitamme ohjataan paljolti väliaivoista käsin – toimimme vaistovaraisesti. Esimerkiksi kovan äänen kuullessamme emme ajattele vaan reagoimme: säpsähdämme, käännyimme äänen suuntaan ja kehomme valmistautuu toimintaan. Ellei näin tapahtuisi, välittömään vaaraan joutuessamme toista kertaa ei välttämättä enää tulisi. Puolustusreaktiot käynnistävät autonomisen hermoston kaikki tai ei mitään -periaatteella. Se on ikään kuin valot räpsähtäisivät päälle, eikä niitä saisi sammutettua muutoin kuin hitaasti himmentäen.

Puolustusreaktioita ovat valpastuminen (orientoituminen), pako, taistelu, jähmettyminen ja alistuminen (2). Valpastumiseen sisältyy useita uhan kohtaamiseen sopeuttavia vaiheita, mm. vireystilan kohoaminen, kehollinen valmistautuminen ja vaaran tunnistaminen. Pako ja taistelu ovat samankaltaisia neurofysiologisia tiloja, joissa keskeistä on voimien kohdistaminen ja liikkuminen – välttäminen tai lähestyminen. Jähmettymisen tilassa olemme paikoillaan ja liikkumatta, mutta toimintavalmiudessa. Hengitämme pinnallisesti ja huomaamattomasti kun keskitymme havainnoimaan ympäristöä. Edellämäinuituissa puolustuksen tiloissa vireystilamme on korkea, lihakset toimintavalmiudessa, syke korkealla ja hengitys tiuhaa.

Puolustusreaktiosta toiseen siirtyminen tapahtuu silmänräpäyksessä ja sopeuttavasti tilanteessa

tapahtuviin muutoksiin nähden. Kun emme kykene välttämään tai poistamaan uhkaa tai kun voimamme ehtyvät, olemme hengenvaarassa ja antaudumme. Antautuminen tai täydellinen alistuminen on eräänlainen kehon ja mielen sulkutila. Vireystilamme madaltuu romahdusmaisesti. Tajunnan taso heikkenee, syke hidastuu, hengitys vaimenee, voimat katoavat ja lihakset veltostuvat. Emme pysty liikkumaan emmekä tuntemaan kipua. Tekeydymme ikään kuin kuolleeksi ja vaivumme hämärän rajamaille. Jos loppu tulee, niin kohtaamme sen tuskattomasti. Pitkään jatkuessaan alistumisreaktio johtaa elintoimintojen pysähtymiseen, kuolemaan.

Uhkaavassa tilanteessa kokemus itsestämme ja ajankulusta muuttuvat. Saatamme tuntea ikään kuin leijuvamme, olevamme itsestä irrallaan tai seuraavamme tilannetta itsen ulkopuolelta. Subjektiiivisesti aika tuntuu pysähtyneen tai saatamme kokea olevamme ikään kuin hidastetussa filmissä. Puolustusreaktiot häiritsevät muistin tallennusmekanismia, minkä seurauksena emme välttämättä kaikilta osin muista tapahtumia tarkasti. Puolustautumisen aikana ehdollistumme herkästi ihmisiin ja paikkoihin sekä traumatapahtumaa edeltäviin, sen aikaisiin tai sitä seuranneisiin merkkeihin ja viitteisiin (vrt. kohta traumatisoituminen).

Toipuminen uhkaavasta kokemuksesta
Normaalisti toipuminen alkaa, kun uhka on ohitse ja koemme olevamme turvassa, toisin sanoen olemme sekä fyysisesti että ajallisesti riittävän etäällä tapahtumasta. On tervettä reagoida ja purkaa tapahtunutta psyykkisesti ja fyysisesti. Kehon ja mielen palautuminen arkitilaan ei kuitenkaan tapahdu hetkessä. Toipuminen eli psykofyysisen tilan normalisoituminen etenee vaiheittaisesti (3).

Sokkivaiheessa tapahtunut tuntuu etäiseltä, itselle vieraalta ja vahvasti epätodelta. Se ei herätä suuria tunteita. Keho on turta, vaikka elimistö on edelleen yliaktiivisessa tilassa. Tapahtumat pyörivät pakonmaisesti mielessä. Pirstaleiset muistikuvat tapahtuneesta saattavat vilistää silmissä ikään kuin pätkittynä elokuvana. Takaumat (engl. flashback) ovat hyvin todelliselta tuntuvia voimakkaita muistikuvia, aistimuksia, kehotuntemuksia ja kipuja, joiden alkuperä on traumakokemuksessa.

Esimerkiksi auto-onnettomuuden uhri voi haistaa polttoaineen tuoksun nenässään tai kuulla törmäysääniä. Nälkää ja janoa ei tunneta normaalisti, eikä nukkuminen onnistu. Kokemukset leijumisesta tai itsestä irrallaan olostä ovat tavallisia. Vaihe kestää yleensä muutamasta tunnista muutamaan päivään.

Reaktiovaiheelle tunnusomaista on tunteiden vuoristorata ja voimakkaat keholliset reaktiot. Tapahtumaa ei voi olla ajattelematta, se tunkeutuu tahdosta riippumatta mieleen. Tunteet vaihtelevat äärimmäisestä helpotuksesta sietämättömään ahdistukseen ja pelkoon. Elimistö eli autonomisen hermoston säätelytoiminnot ovat sekaisin. Silmän räpäyksessä fyysisesti helpottunut olo vaihtuu oksettavaan ja pahaan oloon. Voimakkaat kehotuntemukset – kivut, jomotus, tärinä, vapina, sydämentykytykset, palelu ja kuumotus – ovat tavallisia. Yleensä pahin oireilu lievittyy parissa päivässä, ja vaimenee muutamassa viikossa.

Käsittelyvaiheessa mieli ja keho alkavat rauhoittua. Tapahtunut tuntuu todelta, mutta sen seurauksia ei voi vielä hyväksyä tai sen aiheuttamiin muutoksiin ei ole sopeuduttu. Vaihe voi kestää muutamasta kuukaudesta useisiin vuosiin riippuen seurausten vakavuudesta. Tulevaisuuteen suuntautumisasiheessa traumaattinen tapahtuma ei enää herätä sietämättömiä tunteita tai turtaa oloa. Tapahtunut ja sen seuraukset on hyväksyty osaksi itseä ja omaa elämäntarinaa. Järkyttävä tapahtuma ei tahtomattamme tunkeudu mieleen, vaan sitä voi ajatella tai olla ajattelematta. Elämä jatkuu ja uusia asioita tapahtuu.

Traumatisoituneella normaali toipuminen on estynyt, se ei ole käynnistynyt tai on keskeytynyt.

Traumatisoituminen

Viimeisen vuosikymmen aikana on neurokuvantamisella tutkittu traumatisoitumisen hermostollisia mekanismeja ja tunnistettu lukuisia traumaperäiseen stressihäiriöön yhteydessä olevia aivoalueita, -rakenteita ja hermorakenteita. Näitä ovat jo puolustusreaktioiden käynnistäjänä mainitun manteliumakkeen lisäksi aivoturso (hippokampus), otsalohkojen etuosat (orbitofrontaalinen ja mediaalinen prefrontaalinen aivokuori), aivosääri (insula) ja aivojen keskiosien ns. limbiset rakenteet muutamia keskeisiä mainitakseni. Lisäksi traumatisoitumista ylläpitäviä neurobiokemiallisia

mekanismeja on tutkittu paljon. Vaikka traumaatisoitumisen hermostollisia mekanismeja ei vielä täysin ymmärretä, näyttäisi traumaattisesta stressihäiriöstä kärsivillä olevan toiminnallisia ja rakenteellisia muutoksia em. aivorakenteissa ja -ratayhteyksissä (4).

Traumatisoitunut kokee turvattomuutta turvallisisissa tilanteissa, koska on tiedostamattaan oppinut (ehdollistunut) yhdistämään alun perin neutraaleita asioita tai merkkejä uhkaaviin olosuhteisiin (5). Ehdollistumisen tuloksena nämä aiemmin siis neutraalit asiat ja merkit alkavat toimia traumalaukaisijoina eli herättävät alkuperäisen traumakokemuksen muiston. Ehdollistuneet traumamuistot ovat pirstaleisia muistikuvia, aistimuksia ja kehotuntemuksia pikemminkin kuin yhtenäistä muistamista. Traumamuistoille tunnusomaista on hallitsemattomuus. Ne tunkeutuvat mieleen näennäisen arvaamattomasti ja nostavat pintaan alkuperäisen traumakokemuksen kaltaisia tuskallisia reaktioita. Klassinen esimerkiksi tästä on lapsi, jota rokottaessa sattuu ja jolla kipu yhdistyy lääkärin takin valkoiseen väriin. Myöhemmin lapsi parhaita itkuun, kun valkopaitainen vanhempi ottaa lapsen syliin. Tai kun aikuisen kuuntelee musiikkia odotustilassa juuri ennen rokotusaikaansa. Rokottaminen käsivarteen sattuu. Seuraavalla viikolla samaa musiikkia kuullessaan hän ihmettelee, miksi tuntee pistävän kivun käsivarressaan, eikä enää osaa yhdistää sitä alkuperäiseen rokotustilanteeseen.

Traumatisoituminen murtumapiste muodostuu päivittäisen elämän tavoitteiden ja yliaktiivisen puolustamisen välille. Vaikka järjellä ymmärrämme, että emme ole vaarassa, niin tunne on tietoa vahvempi emmekä siksi pysty keskittymään päivittäiselämän haasteisiin. Tämän johdosta traumatisoituneet eivät luota itseensä ja alkavat pelätä omaa mieltään ja kehoaan. Turvattomuus on vahvasti kehollinen kokemus, johon liittyy paljon kielteisiä tunteita – ahdistusta, pelkoa, syyllisyyttä ja häpeää. Pelko on lamaava tunne. Emme voi yhtäkaaa

Traumatisoituminen murtumapiste muodostuu päivittäisen elämän tavoitteiden ja yliaktiivisen puolustamisen välille.

>>

Käsitys traumapsykoterapiasta hoitona, jossa vain muistellaan ikäviä asioita, on vanhentunut.

elää turvallista päivittäistä arkea ja turvattomana puolustautua. Puolustautuessa tietoisuuden kenttämme on kapeutunut, emmekä kykene todenmukaisesti havaitsemaan turvallista ympäristöä. Traumatisoituneena kehomme ja mielemme ovat juuttuneet siihen hetkeen ja turvattomaan kokemukseen, kun olimme vaarassa ja koimme äärimmäistä avuttomuutta puolustaessamme itseämme. Olemme ylivireitä, levottomia ja herkästi ärtyviä. Traumaperäiset reaktiot tekevät elämestämme tuskallisen selviytymiskamppailun.

Traumaattinen stressihäiriö

Traumaattisen stressihäiriön diagnostisissa luokituksissa (6,7) keskeisiä oireita ovat traumakokemuksen mieleen tunkeutuminen, kokemuksen tai siitä muistuttavien asioiden välttäminen ja ylivireystilat.

Tunkeutumisoireilla tarkoitetaan voimakasta traumatisoivan tapahtuman mielensisäistä uudelleen elämistä muistikuvina, aistimuksina, tunteina, ajatuksina ja kehotuntemuksina. Traumatisoituneelle ne eivät tunnu menneisyydeltä vaan ne ikään kuin tapahtuvat uudelleen juuri nyt. Tunkeutumisoireisiin kuuluvat takamuksen lisäksi painajaisunet, aistiharhat, toistuvat ahdistus- ja paniikkireaktiot sekä tunne uhkaavasta vaarasta. Nykyisistä olosuhteista irrallinen pelon tunne voi lamaanuttaa tai saa aikaan halun paeta.

Välttämisoireilla tarkoitetaan pyrkimystä olla erossa kaikesta sellaisesta, mikä voi tuoda mieleen alkuperäisen traumatapahtuman. Välttämisen seurauksena ihminen voi olla kykenemätön menemään tiettyihin paikkoihin, tapaamaan traumatisoitumiseen liittyviä ihmisiä tai tekemään tiettyjä traumasta muistuttavia asioita. Traumatisoitunut voi olla haluton keskustelemaan tapahtuneesta tai hänellä on vaikeuksia muistaa olennaisia seikkoja tapahtumasta. Välttäminen koskee tyypillisesti omia ajatuksia, tunteita, kehotuntemuksia ja -reaktioita. Traumatisoitunut saattaa eristäytyä. Traumatisoitunut saattaa olla turta, eikä pysty

nauttimaan elämästä entiseen tapaan. On vaikeaa tuntea mielihyvää ja iloa, kun on psykofyysisesti paha olla.

Ylivireysoireita ovat jatkuva varuillaan olo, jännittyneisyys, säikkyminen ja säpsähtely, vaikeudet nukahtaa ja nukkua, toistuvat yölliset heräämiset. Lisäksi keskittymisongelmat, levottomuus, ärtyneisyys ja äkilliset voimakkaat tunteenpurkaukset ovat yleisiä traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivillä.

Nykyisin ollaan sitä mieltä, että jotkut henkilöt reagoivat traumaattiseen tapahtumaan alivireysoireilla – vaikka tällä hetkellä ne eivät sisälly traumaperäisen stressihäiriön diagnostisiin kriteereihin (8). Alivireysoireista kärsivä henkilö elää ikään kuin säästöliekillä ja on eräänlaisessa pysähtyneisyyden tilassa, jolle on tunnusomaista lamaanuneisuus, tunteiden latistuneisuus, vähäenergiaisuus, kykenemättömyys ajatella tai puhua, voimaton olo ja väsymys. Usein alivireisysoireet, kuten toimintakyvyttömyys ja liiallinen nukkuminen, sekoitetaan masennukseen. Useimmilla traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivillä on selvästi nähtävissä vuorottelua ylivireys- ja alivireysoireiden välillä.

Traumatisoitunut keho ja mieli – erottamattomat

Traumaperäisen oireilun voimakkuus on sidoksissa niin sanottujen laukaisevien tekijöiden määrään elinympäristössä ja psyykkiseen energiatasoon. Oireita laukaisevat uudet tilanteet, joissa on tavalta tai toisella alkuperäisestä traumatapahtumasta muistuttavia asioita tai merkkejä. Ne herättävät traumatisoituneessa samankaltaisia psyykkisiä reaktioita kuin alkuperäinen tapahtuma. Rauhoittuminen ja iltainen nukkumaanmeno ovat tilanteita, jossa psyykinen energiataso on matala, mikä herkästi tuo käsittelemättömät traumakokemukset mieleen. Traumaattisten kokemusten toistuva uudelleen eläminen ylläpitää psykofyysistä epätasapainoa. Tyypillisiä somatoformisia (elimellismuotoisia) oireita ovat epämääräiset vatsavaivat, kipu ja epämiellyttävät kehotuntemukset, joiden kanssa on vaikea elää ja keskittyä normaaliin arkeen. Traumatisoituneet eivät välttämättä ymmärrä pitkään jatkuneen kehollisen oireilun traumaattista alkuperää, ja siksi hakeutuvat somaattiselle

puolelle vaivojensa kanssa. Jos mitään lääketieteellistä selitystä tai syytä ei oireiden taustalta löydy, niin millään lääketieteellisillä hoidoilla oireita ei voi parantaa.

Trauman hoitosuositukset

Kansainvälisten hoitosuositusten (8) mukaan traumaperäisen stressihäiriön paras hoitomuoto on psykoterapia. Käsitys traumapsykoterapiasta hoitona, jossa vain muistellaan ikäviä asioita, on vanhentunut. Traumatisoituminen on kokonaisvaltainen kehon ja mielen epätasapainotila. Trauma hoito aloitetaan vakauttavasta hoidosta, toisessa vaiheessa käsitellään traumaattisia kokemuksia ja viimeisessä käsitellään sopeutumista elämään traumaattisen tapahtuman jälkiseurauksen kanssa. Aivokuvantamismenetelmien kautta on saatua tietoa traumatisoitumisen psykobiologisia mekanismeista ja tätä hyödynnetään paljon traumahoidossa.

Ensimmäinen eli vakauttava hoitovaihe on pitkäkestoisin ja tärkein. Sen aikana luodaan edellytykset palata normaaliin päivittäiseen elämään. Traumatisoituneen toimintatasoa monesti heikentävät hallitsemattomat siirtymät yli- ja alivireystilojen välillä. Hoidossa psyykkisen ja fyysisen toimintatason kohottaminen tapahtuu harjoittelemalla esimerkiksi vireystilan ja tunnesäätelyn taitoja (2,9). Pelkkä puhuminen ei edistä toipumista. Traumatisoituminen on monin tavoin sanaton, tunteissa, aistimuksissa ja kehossa elävää, usein vaikeasti sanallistettavaa. Tämän takia traumatisoitunut hyötyy kehokeskeisestä psykoterapeuttisesta työskentelystä. Traumaperäisten oireiden hoidossa on tärkeää myös ymmärtää niiden alkuperä ja ehdollistumisen vaikutus oireita ylläpitävänä mekanismina.

Traumahoidon toiseen vaiheeseen eli traumatisoituneiden kokemusten käsittelyyn edetään, kun traumatisoitunut on oppinut keinot säädellä tunteita ja vireystilaa. Traumapsykoterapeuttiset menetelmät ovat kehittyneet paljon viimeisten vuosikymmenien aikana. Niin sanottu silmänliiketerapia eli EMDR on suosittava hoitomuoto vahvan tutkimusnäytön perusteella. Kroonistuneissa stressihäiriöissä sitä ei kuitenkaan suositella ensisijaisena hoitomuotona. Tällä hetkellä hermostopalautteen (engl. neurofeedback tai

biofeedback) käyttö on vahvasti tulossa uudelleen osaksi traumahoitoa.

Viimeisessä vaiheessa eli sopeutumisessa elämään traumaattisen tapahtuman jälkiseurauksen kanssa hyödynnetään eniten ns. perinteisen puhumiseen perustuvan psykoterapian keinoja.

Traumahoito ei ole lyhytterapiaa. Vaikeastakin traumatisoitumisesta on mahdollista toipua. Ihmisen mieli on lopulta käsittämätön joustava.

Lopuksi

Toipuminen traumasta vie aina pitkän aikaa eikä se koskaan etenee suoraviivaisesti tai ilman takapakkeja. Kun voi huonosti eikä toipuminen omin voimin suju, on avun piiriin hakeutumista turha pelätä ja pitkittää. Olen henkilökohtaisesti saanut monesti todistaa niin traumapsykoterapeuttina omalla vastaanotollani kuin suuronnettomuuksien ammatilliseen jälkihoitoon SPR:n psykologien valmiusryhmän jäsenenä osallistuneena ihmisten toipumista miltei mahdottomilta tuntuvista traumakokemuksista. ■

Viitteet

1. Van der Kolk B, McFarlane A ja Waisaeth L. (toim.). *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*. The Guildford Press 1996.
2. Ogden P, Minton K ja Pain C. *Trauma ja keho. Sensorimotorinen psykoterapia*. Traumaterapiakeskus 2009.
3. Saari S. *Kuin salama kirkaalta taivaalta*. Otava 2005.
4. Lanius U, Paulsen S ja Corrigan F (toim.). *Neurobiology and treatment of traumatic dissociation. Towards an embodied self*. Springer publishing company 2014.
5. Steele K, van der Hart O, Nijenhuis E. *Phase-Oriented Treatment of Structural Dissociation in Complex Traumatization: Overcoming Trauma-Related Phobias*. *Journal of Trauma & Dissociation* 2005; 6(3): 11-53.
6. Suomenkoski A. Leikola, Traumaterapiakeskus: http://www.estd.org/wp-content/uploads/2011/10/Kompleksiseen_traumatisoitumiseen_liittyv%C3%83%C2%A4n_rakenteellisen_dissosiaation_vaiheet.pdf
7. *Psykiatrian luokituskäsikirja, tautiluokitus ICD-10*. Rauma: STAKESin ohjeita ja luokituksia 1997:4 R2
8. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*, Fifth Edition, ISBN 978-0-89042-554-1
9. *International Practice Guidelines for Posttrauma Mental Health*. <http://www.istss.org/treating-trauma/international-practice-guidelines-for-post-trauma.aspx>.
10. Van der Hart O, Nijenhuis ERS, Steele K. *Vainottu mieli – rakenteellinen dissosiaatio ja pitkään jatkuneen traumatisoitumisen hoitaminen*. Traumaterapiakeskus 2009.

Kirjoittajalla ei ole sidonnaisuuksia.