

Riippuvuus vaikean posttraumaattisen stressihäiriön ja dissosiativisten häiriöiden hoidossa

Kathy Steele
Onno van der Hart
Ellert R.S. Nijenhuis

Yhteenveto

Riippuvuus on tärkeä ja kaikkialla läsnäoleva kysymys kroonisesti traumatisoituneiden potilaiden, kuten vaikean [complex] posttraumaattisen stressihäiriön (PTSD), traumaan liittyvän rajatilapersoonallisuushäiriön ja dissosiativisten häiriöiden, hoidossa. Näissä puitteissa riippuvuuden käsitteeseen liitetään usein halventavia laatusanoja, ja siitä tehdään kaksijakoinen ja verrataan epäedukseen riippumattomuuden toivottuun tilaan. Tässä artikkelissa tarkastellaan vallitsevia sosiokulttuurisia ja teoreettisia uskomuksia riippuvuudesta trauman kokeneiden psykoterapiassa, tarjotaan alustava määritelmä riippuvuudesta, tehdään analyysiä sen monimutkaisesta luonteesta ja kuvaillaan rakenteellisen dissosiaation teoriaa, joka auttaa valaisemaan riippuvuuden usein ristiriitaisia ilmentymiä kroonisesti traumatisoituneilla potilailla. Turvallinen ja turvaton riippuvuus erotetaan toisistaan. Lopuksi tässä artikkelissa hahmotellaan yhteistyöpohjaista terapiaprosessia, jollaista tarvitaan turvattoman riippuvuuden hallitsemiseksi vaiheittaisen hoitomallin puitteissa. Esille otetaan myös vastatransferenssireaktiot, jotka häiritsevät potilaan riippuvuuskonflikteja.

”Kaikenikäisten ihmisten on todettu olevan onnellisimpia ja kykenevimpiä käyttämään taitojaan parhaiten voidessaan olla varmoja, että heillä on taustanaan yksi tai useampi luotettu henkilö, joka tulee apuun vaikeuksien ilmetessä.” – John Bowlby (1973, s. 359)

Länsimaisissa kulttuureissa painotetaan muihin verrattuna enemmän riippumattomuutta ja varhaista irtipääsemistä riippuvuudesta, mikä on jossain määrin foobinen vastareaktio asianmukaisen riippuvuuden ja keskinäisen riippuvuuden väistämättämyydelle ja välttämättömyydelle sosiaalisella ja vuorovaikutuksellisella tasolla (Sampson, 1977). Riippuvuus on liitetty heikkouteen, tunteikkouteen, itsekkyyteen, etuisuuksiin, luonteen heikkouteen, laiskuuteen, lapsellisuuteen, manipulointiin ja toissijaiseen hyötyyn. Dalenberg (2000) raportoi, että riippuvuuteen liittyvä häpeä oli ”kaikkein yleisin häpeäteema omassa tutkimuksessani” (s. 127), koska sitä pidetään sosiaalisesti niin ei-toivottavana.

Walant (1995) uskoo, että pohjoisamerikkalainen yhteiskunta on painottanut liiaksi eriytymistä ja riippumattomuutta, ja toteaa:

Sulautumisilmiön pitkäaikainen kieltäminen läpi elämänkaaren on yhteiskunnassamme todellisuudessa lisänneet persoonallisuushäiriöiden ja addiktioiden todennäköisyyttä, ja nimenomaan siitä syystä, että itsenäisyyttä ja riippumattomuutta on pyritty edistämään kiintymyssuhdetarpeiden *kustannuksella* (s. 2)

Sukupuolieroihin riippuvuudessa ja siihen liittyvissä tarpeissa on myös kiinnitetty aivan liian vähän huomiota. Esimerkiksi Flaherty ja Richman (1989) tulivat siihen johtopäätökseen, että evoluutio on tehnyt naisista herkempiä sille, mikä on sosiaalisen tuen merkitys omalle hyvinvoinnille. Joitakin riippuvuuden piirteitä, joilla on tutkimuksissa todettu olevan yhteys hyvinvointiin ja positiiviseen emotionaaliseen toimintakykyyn naisilla, pidetään yleisesti negatiivisten sosiaalisten asenteiden vuoksi epäterveinä (Linehan, 1993; Wideger & Settle, 1987; vrt. Unger, 2001). Siten eivät ainoastaan naiset, vaan erityisesti miehet, kokevat syyllisyyttä riippuvuudesta, koska sitä pidetään feminiinisenä ja ei-toivottuna piirteenä (Osherman & Krugman, 1990).

Viime vuosikymmenen aikana Yhdysvalloissa julkinen terveydenhuolto ja lyhytterapioiden painottaminen ovat synnyttäneet menetelmiä, joissa pyritään aktiivisesti välttämään kaikenlaista potilaan riippuvuutta terapiapuitteissa. Aivan viime aikoina terapeutteja on myös haastettu oikeuteen vahingoista, joita terapeutin on väitetty aiheuttaneen edistämällä riippuvuuden syntymistä potilaassa. Yhteiskunnallinen ilmapiiri on laajan psykoterapiakirjallisuuden lisäksi selvästi kallistanut terapeuttien ajatuksia siihen suuntaan, että riippuvuus on aikuisella yksilöllä yleensä kielteinen, patologinen ja ei-toivottava tila.

Tutkimus ja kliiniset havainnot ovat osoittaneet, että riippuvuus lisääntyy traumaan ja laiminlyömiseen (neglect) liittyvissä turvattomissa kiintymyssuhteissa [tai: kiintymyssuhdetyyleissä] (Ainsworth, 1972; Barach, 1991; Birtchnell, 1997; Bornstein, 1998; Gunderson, 1996; Holmes, 1997, Sroufe, 1983; Sroufe, Carlson & Shulman, 1993; Walant, 1995). Eräs viimeaikainen tutkimus osoitti, että riippuvuus on yleisempää ja voimakkaapaa lapsuuden seksuaalisesta hyväksikäytöstä kärsineillä kuin muilla kliinisillä tai ei-kliinisillä väestoryhmillä (Hill, Gold & Bornstein, 2000).

Tutkimukset ovat johdonmukaisesti osoittaneet myös, että vahva sosiaalinen tuki trauman jälkeen (mikä viittaa jonkinasteiseen riippuvuuteen) on olennaisen tärkeä myöhempien, traumaan liittyvien häiriöiden ja vaikeuksien ennaltaehkäisemisessä (esim. King ym., 1998; Runtz & Schallow, 1997). Useimmat kroonisesti traumatisoituneet eivät kuitenkaan saa tällaista tukea, ennen kuin he aloittavat terapian. Monet tai jopa useimmat kroonisesti traumatisoituneet lapset elävät perheissä, joissa kielletään, vähätellään tai jopa edesautetaan jatkuvia väärinkäytöksiä ja laiminlyöntejä ja joissa eivät tarjoa lapselle riittävää tukea traumaattisten tapahtumien jälkeen. Tällainen suhdeympäristö johtaa turvattomaan kiintymiseen, johon kuuluu *turvaton riippuvuus* (Bowlby, 1988). Turvaton riippuvuus voi ilmetä liiallisena riippuvuutena tai liiallisena riippumattomuutena (vastafaobinen asennoituminen pelättyyn tai torjuttuun riippuvuuteen), kun turvalliseen riippuvuuteen tarvittava perusuottamus ei ole koskaan syntynyt tai on tuhoutunut.

On hyvin tunnettua, että krooniset traumapotilaat kokevat yleisesti voimakkuudeltaan keskinkertaisia tai äärimmäisiä dissosiaatiotiloja. Silti, vaikka voimakas riippuvuus on liitetty erityisesti krooniseen traumatisoitumiseen, kirjallisuutta riippuvuuden ja dissosiaation välisestä suhteesta ei ole. Turvattoman kiintymystyylin kehittyessä traumatisoituneella yksilöllä voimakasta ja tyydyttämätöntä riippuvuutta voidaan pyrkiä hallitsemaan eri tavoilla turvattoman kiintymyssuhdekuvion laadun mukaisesti (esim. Hesse, 1999). Ne, joiden kiintymyssuhdetyylistä tulee vastustava (resistant) tai jumiutunut (preoccupied) (vrt. Hesse, 1999), ilmentävät liiallista riippuvuutta. Kiintymystyylistään välttelevät (avoidant) tai itseriittoiset (dismissing) (vrt. Hesse, 1999) ilmentävät riippuvuutta välttävää tai ylettömän riippumatonta tyyliä. On arveltu, että suurimmalla osalla dissosiativisista potilais-

ta on jumiutunut tai jäsentymätön (disorganized/disoriented) kiintymystyyli (esim. Hesse, 1999; Liotti, 1995, 1999; Main & Morgan, 1996) siten, että eri persoonilla on 'laimentamaton' ja näin ollen äärimmäinen ja toisiinsa nähden ristiriitainen riippuvuustyyli. Dissosiativisten persoonien välisiin eroihin voi siten kuulua vaihtelua äärimmäisen riippuvuuden ja riippuvuuden välttämisen välillä. Nämä potilaat eivät ehkä ole myöskään tietoisia tai ovat hämmentyneitä riippuvuuteen kuuluvista tarpeistaan ja käyttäytymistavoistaan, jotka on dissosioitu. Tämä keskeinen yhteys dissosiaation ja turvattomien riippuvuustyylien välillä on olennaisen tärkeä ymmärtää hoidettaessa trauman uhreja.

Riippuvuuskonfliktien onnistunut luoviminen on välttämätön, jotta terapiapotilas saavuttaisi integroitumista ja aikuista läheisyyttä, johon kuuluu itsenäisyys ja ihmisten välinen riippuvuus. Käymme nopeasti läpi kirjallisuutta ja valaisemme riippuvuuden käsitettä, joka on oleellinen kroonisesti traumatisoituneiden ja dissosiativisten potilaiden kanssa työskennellessä. Rakenteellisen dissosiaation teorian (Nijenhuis, Van der Hart & Steele, painossa; Steele, Van der Hart & Nijenhuis, painossa; Van der Hart, Van der Kolk & Boon, 1998) panos riippuvuuskysymyksiin tuodaan esiin, koska keskitymme dissosiativisiin yksilöihin. Ehdotamme tämän teorian puitteissa, että riippuvuus ilmentää emotionaalista kiintymysjärjestelmää (Bowlby, 1969/1982; Panksepp, 1998), mutta on lisäksi läheisesti yhteydessä esimerkiksi eroitkuna näkyvään defenssiin (Panksepp, 1998; Van der Kolk, 1987). Lopuksi kuvaillaan riippuvuuskysymyksiin liittyviä terapeutisia prosesseja vaihesuuntautuneessa hoitomallissa sekä vastatransferenssireaktioita.

Lyhyt katsaus riippuvuutta koskevaan kliiniseen kirjallisuuteen

Kirjallisuuskatsaus paljastaa hämmennyksen riippuvuuden määrittelyssä. Ensimmäkin [englanninkielisessä kirjallisuudessa] on samalla määritelmällä käytössä termit 'dependence' ja 'dependency', vaikkei sitä ole aiemmin nostettu mitenkään esiin. Olemme johdonmukaisesti päättäneet käyttää termiä 'dependency'. Termiä on toisinaan käytetty tarkoittamaan regressiota, symbioosia, kiintymyssuhdetta, itsenäisyyden puutetta ja infantiilia, oraalisten ja symbioottisten tarpeiden kehitysvaihetta. On olemassa myös hyvin hajanainen joukko teoreettisia näkemyksiä riippuvuuden asianmukaisesta hoidosta, mikä enimmäkseen johtuu käsitteellisestä sekaannuksesta sekä pitkällisestä ja jatkuvasta psykoanalyttisesta kiistasta "pidättyvyyden/kohtuullisuuden säännön" ja toisaalta tyydytyksen arvosta. Valitettavasti klinikot ja kirjoittajat usein liittävät termiin halventavia laatusanoja, kuten "epäterve", "vahingollinen", "regressiivinen", "manipuloiva", "vastustava" tai "kypsymätön". Lisäksi siitä tehdään kaksijakoinen ja verrataan epäedukseen riippumattomuuden toivottuun tilaan ja annetaan samalla ymmärtää, että kaikkien riippuvuuden jälkien tulisi olla tiessään terveellä ja kypsällä aikuisella.

Täydellinen yksimielisyys vallitsee ainoastaan siitä, että potilaan riippuvuuskysymykset ovat hyvin keskeisiä potilaan terapeutisuhteen kannalta (Adler & Buie, 1998; Gunderson, 1996; Janet, 1897/98; Modell, 1963; Steele & Van der Hart, 1997). Janet (1897/98, s. 492) määritteli potilaan riippuvuuden terapiakontekstissa tarpeeksi saada terapeutti näyttämään itselleen suuntaa, tarpeeksi jota lisäsi "eristyneisyyden tauti" – tauti johon nyt viitataan nimellä puutteellinen yksinäisyyden sietokyky (esim. Gunderson, 1996). Hysterikoiden hoidossa (joista suurin osa oli naisia) Janet (1897/98) huomasi, että hoitotapauksilla riippuvuus oli vain liioiteltua *luonnollista*, inhimillistä riippuvuutta. Hän oli lujasti sitä mieltä, että tuona aikana kehittyi intensiivinen riippuvuus, että terapeuttiin kohdistuva tarvitsevuus oli välttämätöntä ja ettei se ollut lääkärin aikaansaama vaan luonnollinen tapahtuma; ei ainoastaan oire vaan *tapa* jolla paraneminen tapahtui (Janet, 1897/98; Steele & Van der Hart, 1997; Van der Hart & Friedman, 1989).

Traumatapauksissa riippuvuus vanhemmasta (ja terapiassa terapeutista) voi olla parantavaa ja suojaavaa. Havainnot ovat esimerkiksi viitanneet siihen suuntaan, että sodan kauhuille altistuneilla lapsilla psyykkiset vaikutukset ovat vakavimmat, kun vanhemmat tai ydinperhe on vahingoittunut (McCloskey & Southwick, 1996), ja mikä vielä oleellisempaa riippuvuuden kannalta, Green ja Kocijan-Hercigonja (1998) osoittivat, että äidit toimivat puskurina traumaa vastaan. Kyseisessä tutkimuksessa lapset, jotka eivät jääneet vanhemmilleen, kärsivät useammin vakavista ongelmista kuten PTSD ja syvä masennus.

Riippuvuus patologisena. Monet teoreetikot pitävät riippuvuutta patologisena, ts. varhaisena, infantilina vaiheena (0 - 18 kuukauteen), johon potilaat ovat kehityksessään pysähtyneet tai joihin he regressoituvat (Erikson, 1950; Freud, 1916/17; Mahler, Pine & Bergman, 1975). Fairbairn (1946) uskoi, että oidipaalikonfliktin sijaan syy kaikkeen psykopatologiaan oli infantilissa riippuvuudessa. Riippuvuuden ja regression välinen hämmennys on peräisin näiltä teoreetikoilta, jotka painottivat aikuisen riippuvuuden regressiivisyyttä ja patologisuuutta ja pitivät riippumattomuutta aikuisen kypsyyden yksinkertaisena ja lopullisena vaiheena. Regressio koostuu monista ilmiöistä, joista riippuvuus voi olla vain yksi, ja on olemassa muita teoreetikoita, joiden mukaan riippuvuus ei ole välttämättä jumiutumista tai taantumista johonkin kehitysvaiheeseen, joten termit 'regressio' ja 'riippuvuus' eivät ole synonyymejä.

Kehityksen pysähtymisen teorian mukaisesti useat kliinikot, erityisesti brittiläinen objektisuhde-ryhmä, ovat pitäneet kontrolloitua, terapeutista 'regressiota' – joka sisältää ajatuksen riippuvuudesta – välttämättömänä osana vakavasti häiriintyneiden yksilöiden terapiaa (Balint, 1968; Buie, 1981; Kernberg, 1975; Kohut, 1971; Little, 1987; Searles, 1955/65). Guntrip (1969) keskittyi regressiiviseen patologiaan, mutta ei pitänyt kaikkia regressioita vaarallisina: ”Taantuminen on takaisin pakoa haettaessa turvaa ja mahdollisuutta uuteen alkuun. Siitä tulee kuitenkin sairaus ilman minkäänlaista terapeutista ihmistä, jonka kanssa ja johon regressoitua.” (s. 86). Tässä hän antaa Kernbergin (1975) tavoin ymmärtää, että riippuvuus terapeutista on tärkeä osa tiettyjen potilaiden terapiaa, vaikka se onkin silti regressiota.

Toisaalta jotkut kirjoittajat ovat pyrkineet aktiivisesti välttämään regressiota, ja niin muodoin myös riippuvuutta. Freud (1916/17) varoitti, että riippuvuuden aktivoiminen lisäisi analytykkoon kohdistuvia välittömän tarpeentyydytyksen vaatimuksia, jolloin tulkitseminen olisi ainoa asianmukainen reagointitapa analysoitavan haluihin ja kaipuuseen. Van Sweden (1995) osoitti, että jotkut analytikoit rajoittivat aktiivisesti riippuvuutta Freudin varoituksen jälkeen vakuuttuneina siitä, että riippuvuus oli yhtä kuin 'acting out' ja se oli ”potilaan yritystä vastustaa analytyttistä työskentelyä” (s. 30).

Monissa tutkimuksissa on tutkittu riippuvaisia persoonallisuudenpiirteitä ja havaittu merkittävä seikka, että riippuvuuden taso ennustaa psykopatologiariskiä (Bornstein, 1992, 1995). Nämä havainnot voidaan kuitenkin sekoittaa turvattoman kiintymyssuhteen suurempaan vaikutukseen, sillä äärimmäinen riippuvuus ja äärimmäinen riippumattomuus ilmentävät turvatonta kiintymyssuhdetyyliä, jonka on johdonmukaisesti osoitettu olevan yhteydessä monenlaiseen psykopatologiaan (esim. Dozier, Chase Stovall & Albus, 1999; Slade, 1999).

Riippuvuuden de-patologisoiminen. Lukuisat kirjoittajat ovat viime aikoina yrittäneet purkaa riippuvuuden patologisuuutta selventämällä käsitettä ja tarkastelemalla empiirisen tutkimuksen tulosten ja teoreettisten uskomusten välisiä ristiriitoja (Bornstein, 1992, 1994, 1995, 1998a,b; Bornstein & Bowen, 1995; Holmes, 1997; Santor & Zuroff, 1997; Van Sweden, 1995, Walant, 1995). Erityisesti Bornstein on huomauttanut, että riippuvuus ei ole yhtä kuin passiivisuus ja alistuminen, vaan

se voi olla myös *aktiivista*, johon liittyy tietyissä tilanteissa paljon aktiivisuutta ja puolensa pitämistä (1995). Hän erottaa toisistaan *passiivisen* ja *aktiivisen* riippuvuuden, ja on sitä mieltä, että piirteet kummastakin riippuvuustyypistä voivat johtaa adaptiiviseen, terveyttä edistävään käyttäytymiseen (Bornstein, 1995). Tutkimustulokset viittaavat siihen, että riippuvuus on yhteydessä joihinkin terapeuttiseen edistymiseen liittyviin tekijöihin, kuten yhteistyökyky, mukautuminen, suggestiivisuus, avun hakeminen ja aktiivinen kanssakäyminen (Bornstein, 1995). Riippuvuus voi johtaa myös lisääntyneeseen sosiaaliseen kiintymyssuhdekäyttäytymiseen ja auttamiseen: riippuvaiset lapset eivät ainoastaan etsi aktiivisesti tukea ja ohjausta aikuisilta (Sroufe, Fox & Pancake, 1983), vaan tarjoavat muita lapsia aktiivisemmin tukea ja hoivaa muille (Hartup & Keller, 1960).

Mikä tärkeintä, Bornstein (1995) käsitteellisti sekä aktiivisen että passiivisen riippuvuuden tietoisiksi ja tiedostamattomiksi strategioiksi, joilla saavuttaa keskeinen, taustalla oleva tavoite: ”*saada aikaan ja ylläpitää hoivaavia, tukea-antavia ihmissuhteita*” (s. 71), ja liitti näin riippuvuuden lujasti yrityksiin saavuttaa turvallinen kiintymyssuhde. Kuten edellä mainittiin, Bowlby (1988) erotti toisistaan *turvallisen riippuvuuden*, joka mahdollisti turvallisuuden kokemisen kautta itsenäisyyden, ja *turvattoman riippuvuuden*, jossa itsenäisyys ja asioiden tutkiminen estyvät puutteellisen turvallisuuskokemuksen johdosta kiintymyssuhdekumppanin kanssa.

Kiistaa on ollut myös siitä, onko teorioiden mukaisilla elämänvaiheilla yhteyttä tiettyihin aikuisiällä ilmeneviin psykopatologioihin. Bowlby (1969/82) esimerkiksi sanoi, että ”on hyvin harhaanjohtavaa soveltaa lisänimeä ’regressiivinen’ jokaiseen aikuiselämän kiintymystyyliä ilmentävään käyttäytymiseen” (s. 208). Hän (esim. Bowlby, 1969/82, 1988) oli keskeinen teoreetikko, joka kuvasi turvallisen kiintymyssuhteen puutteiden seurauksia, joihin kuuluu mm. liiallista riippuvuutta ja liiallista riippumattomuutta.

Tässä, kuin myös muissa kohdin, syntyi kuitenkin sekaannusta riippuvuuden ja kiintymyssuhteen välillä. Vaikka kiintymyssuhteen ja riippuvuuden eroja onkin yritetty selventää, yritykset eivät ole olleet täysin onnistuneita (vrt. Ainsworth, 1972; Bowlby, 1969/82; Birthnell, 1997), ja niiden välinen suhde on jäänyt edelleen jokseenkin epäselväksi. Birthnell (1997) esimerkiksi teoretisoi, että riippuvuus on aikuisen versio vauvan [pikkulapsen] kiintymyssuhteesta. Kiintymyssuhteeseen kuuluu kuitenkin riippuvuuden lisäksi paljon muuta, erityisesti aikuisten suhteissa. Riippuvuus edustaa todennäköisesti yhdenlaista kiintymyssuhdetta tai sen osaa.

Kiintymyssuhde on yksi laajemmasta tunnesiteiden kirjosta. Tunnesiteillä on useita kriteerejä: (1) ne liittyvät tiettyyn henkilöön, jota kukaan muu ei voi korvata, (2) ne ovat pysyviä pikemminkin kuin ohimeneviä, (3) suhde on emotionaalisesti tärkeä, (4) läheisyyttä tai yhteyttä ko. henkilöön toivotaan ja (5) tahdonvastainen ero tuottaa ahdistusta (Cassidy, 1999, s. 12). Kiintymyssuhteeseen vaaditaan lisäksi, että henkilö hakee toiselta ensisijaisesti turvallisuuden kokemusta (Ainsworth, 1989). Riippuvuuteen kuuluvat tunteet, ajatukset ja (tietoiset ja tiedostamattomat) käyttäytymisstrategiat¹, jotka tähtäävät tähän nimenomaiseen, turvallisen kiintymyssuhteen puitteissa koetun turvallisuuden tavoitteeseen ja aktiiviseen huolenpidon saamiseen toiselta, kunnes turvallisuudentunne on saavutettu.

Riippuvuutta koskevaan näkökulmaan on yritetty saada jonkinlaista tasapainoa ilman, että se polarisoidaan itsenäisyyden kanssa. *Ihmisten välistä riippuvuutta (interdependency)* – kykyä toimia itsenäisesti ja olla samalla tasapainoisella ja vastavuoroisella tavalla riippuvainen tärkeistä ihmisistä – ovat korostaneet kliinikot, kuten Balint (1968), Guntrip (1969), ja Fairbairn (1946), ja lähempänä

¹ Tietoisuus ja tiedostamattomuus voivat viitata myös tunteisiin ja ajatuksiin (alkuperäistekstistä ei selviä). (Suom.huom.)

nykyaikaa kirjoittajat, jotka painottavat terapeutin suhteen vastavuoroisuutta sekä suhteessa olevaa minää erilliseen minään verrattuna (Jordan, 1992, 1995; Notma ym., 1986).

Monia muita teoreetikoita mukaillen (Bowlby, 1969/82, 1980, 1988; Holmes, 1997; Nesse, 1990; Panksepp, 1998) näkemyksemme on, että kiintymyssuhde on yksi monista, synnynnäisistä, psykobiologisista tunnejärjestelmistä tai *tunnejärjestelmistä*, jotka ohjaavat eläimen ja ihmisen käyttäytymistä. Nämä evoluution muokkaamat järjestelmät ovat saaneet viime vuosina yhä enemmän huomiota osakseen (esim. Cassidy, 1999; Panksepp, 1998; Siegel, 1999). Käyttäytyminen on yleensä näiden toimintajärjestelmien ohjaamaa, sekä ehdollistumattomien reaktiokuvioiden että oppimiskokemusten (trauma mukaan luettuna) ehdollistamien ja muokkaamien reaktioiden muodossa. Riippuvuus on yksi viettikäyttäytymisen muoto, jonka tarkoituksena on ylläpitää jatkuvasti tietyn tason turvallisuuden kokemusta, ja sellaisena se voi ehdollistua tavallista enemmän tai vähemmän voimakkaammaksi. Riippuvuus on yksilön ja yhteiskunnan tasapainotilan ylläpitämisessä yhtä tarpeellista kuin itsenäisyyskin. Se ei siten ole vaihespesifää, vaan sisältää kokemuksia, jotka ovat ”luonnollisesti tapahtuvia, elämänikäisiä mahdollisuuksia” (Walant, 1995, s. 61).

Riippuvuus toiveena ja tarpeena kroonisesti traumatisoituneilla potilailla. Riippuvuus on sekä toivetta että tarvetta kroonisesti traumatisoituneilla potilailla, mikä tekee hoitotyöstä erityisen haastavan, koska sen on tyydytettävä jossain määrin tarvitsevuutta (fysiologinen ja psyykinen hyvinvoinnin edellytys), mutta ei välttämättä toiveita (haluja, jotka eivät välttämättä perustu tarpeeseen). Riippuvuus vaikuttaa olevan yhteydessä aitoihin kiintymyssuhde- ja hoivatarpeisiin. Voimakkaat riippuvuuteen liittyvät toiveet näyttävät saavan alkunsa kroonisesti tyydyttämättömästä turvallisen kiintymyssuhteen tarpeesta ja ohjaavat yksilöä ”sisäisenä oppaana” kohti turvallista kiintymyssuhdetta. Tällaiset toiveet ovat kuitenkin usein täynnä kognitiivisia virheitä ja ylitsekäymättömiä tunteita ja ohjaavat siitä syystä yksilöä sellaiseen käyttäytymiseen ja sellaisten ihmisten pariin, jotka itse asiassa vähentävät turvallisen kiintymyssuhteen todennäköisyyttä.

Akhtar (1999) on ehdottanut kliinisiin havaintoihin perustuen teoreettista ajatusta, että toiveiden toteutumatta jääminen aiheuttaa dynaamisia muutoksia, mutta tarpeiden toteutumatta jääminen johtaa minän rakenteen hajoamiseen. Siten on ensiarvoisen tärkeää ymmärtää, milloin potilaan riippuvuuden elementit edustavat tarvetta ja milloin jotkut defensiiviset uskomukset ja fantasiat (toiveet) ovat turhia yrityksiä saada oikeat tarpeet tyydytetyiksi menneisyydessä, välttää aikaisemmin (ts. trauman aikana ja sen jälkimainingeissa) tyydyttämättä jääneiden tarpeiden tuskallista suremista. Kroonisesti traumatisoituneilla ihmisillä riippuvuustoiveet ovat tietenkin aina läsnä, ja niitä voidaan tuoda esiin käyttäytymisen kautta (acting out) tai torjua ja dissosoida. Tällaiset toiveet (esim. fantasia ”kultaisesta ihmisestä”, joka täyttää täydellisesti henkilön jokaisen tarpeen) ja niihin liittyvä käyttäytyminen näyttelee tärkeää osaa potilaan sisäisessä dynamiikassa ja hänen ihmissuhteissaan. Sanoisimme kuitenkin, että näiden toiveiden ja fantasioiden ja niiden käyttäytymisilmentymien taustalla on vakavasti traumatisoituneilla potilailla aito tarvitsevuus *tässä ja nyt*.

Tästä syystä meidän on otettava huomioon trauman ja laiminlyönnin vaikutus psyykkisiin ja fyysisiin perustarpeisiin. Laub ja Auerhahn (1989) painottavat tarpeen olemassaoloa vakavasti traumatisoituneiden yksilöiden psykoterapiassa ja terapeutista tarvetta sovittelevana objektina:

Kun ihmisten maailma osoittautuu mitä suuremmassa määrin pahaksi, tarvetta sovittelevan kontekstin sisäinen representaatio tuhoutuu, yksilö menettää toivelähtöisen, symbolisen toimintakykynsä (Cohen, 1985), ja toiveista tulee jälleen vaarallisia, biologisia tarpeita (s. 387)... Traumaattinen tila toimii potilaan mielessä kuin musta aukko, koska... tarpeiden tyydytystä koskevien vuorovaikutusrepresentaatioiden puuttu-

essa puuttuu myös pohja symboliselle, tavoitteelliselle käyttäytymiselle ja vuorovaikutukselle (s. 391).

Cohen (1985) painotti, että ”traumaattista tilaa ei voida representoida (sensomotorinen tunnetila) eikä näin ollen tulkita... [Sitä] voidaan ainoastaan muokata vuorovaikutuksessa tarvetta sovittelevien objektien kanssa” (s. 180). Potilaat voivat siten kokea riippuvuuden *suorassa yhteydessä eloonjäämistarpeisiin* ja käyttäytyä siitä syystä toisinaan ikään kuin heidän elämänsä olisi kiinni siitä, että terapeutti tyydyttää heti heidän tarpeensa. Kyseiset klinikot tukevat ajatusta, että vakavasti traumatisoituneiden potilaiden terapiassa tarvitaan turvallista kiintymyssuhdetta ja riippuvuutta. Mitchell (1991) on samaa mieltä ja sanoo, että terapiassa esiin tuodut, riippuvuuteen liittyvät halut voivat edustaa egon tarpeita, ei symbolisia toiveita tai fantasioita. Nuo tarpeet täytyy tyydyttää, ennen kuin terapiassa voi tapahtua mitään muuta, ja terapeutin tulisi aktiivisesti osallistua potilaan kanssa näiden tarpeiden löytämiseen ja niihin vastaamiseen asianmukaisissa terapeuttisissa rajoissa (Connors, 1997).

Jos riippuvuus edustaa traumatisoidulla potilaalla tarvetta, olettaisimme niiden edelleen olevan yhteydessä toimintajärjestelmiin, koska tarpeet ovat biologisperäisiä, vaikkakin ne voivat saada (myös) psyykkisiä ilmenemismuotoja. Kuten Laub ja Auerhahn (1989) edellä sanoivat, kohdattaessa ylitsekäymätön trauma symbolinen toive toisesta hoivan antajana korvautuu perustavanlaatuisilla eloonjäämistarpeilla.

Toipuminen tällaisesta traumasta edellyttää terapialta keskeisten tarpeiden tyydyttämistä. Ensisijaisena tarpeena on saavuttaa emotionaalinen ja fyysinen turvallisuus, toisin sanoen se, ettei ruumiillisista koskemattomuutta uhkaa mikään. Vaikka monet trauman kokeneista eivät terapiaan tullessaan ole enää keskellä traumatilannetta, heidän turvallisuudentunteensa ailahtelee johtuen traumakokemusten elämisestä yhä uudelleen, pelkoreaktioista sisäisiin, traumaan liittyviin tiloihin, itsetuhoimpulssista ja, joidenkin kohdalla, yleisestä kyvyttömyydestä selviytyä arkielämän haasteista. Toissijaisena tarpeena on turvallisen kiintymyssuhteen saavuttaminen ja lopulta koettu turvallisuus suhteessa johdonmukaisesti responsiiviseen ja välittävään ihmiseen, ts. terapeuttiin. Terapeutisessa kiintymyssuhteessa kehittynyt turvapesä (secure base) toimii katalysaattorina muiden tyydyttävien ja pysyvien kiintymyssuhteiden solmimiseen terapian ulkopuolella sekä arkielämään sopeutumiseen.

Alustava riippuvuuden määritelmä

Riippuvuuden ja itsenäisyyden välillä vallitsee läpi elämän jännite, ja itsenäisyyden perustana on jatkuva, turvallinen kiintymys. Tämän näkemyksen mukaan riippuvuus ei ole regressiivinen ilmiö. Sen sijaan *riippuvuus ilmentää kiintymystä, johon kuuluu suuri määrä erilaisia tietoisia ja tiedostamattomia käyttäytymisstrategioita (Bornstein, 1995, 1998) ja niihin liittyviä tunteita ja ajatuksia. Toisin kuin kiintymyksen yleensä, riippuvuuden tarkoituksena on erityisesti hankkia hoivaa, toisin sanoen kaivattua, suoraa tukea ja ohjausta – kiintymyshahmolta turvallisen kiintymyssuhteen puitteissa, jotta arkielämän sopeutumiseen tähtäävät, synnynnäiset tunnejärjestelmät voivat riittävässä määrin aktivoitua.* Kiintymyssuhde on laajempi käsite, niin että kiintymyskäyttäytymiseen ei välttämättä liity suoranaisesti hoivan tai huolenpidon hankkimista vaan esimerkiksi vain läheisyyttä tai kiintymyssuhteesta saatavaa sisäistä turvallisuudentunnetta. Riippuvuus ei ole sidottu mihinkään tiettyyn kehitysvaiheeseen, vaan sen luonne ja ilmaiseminen muuttuvat kehdestä hautaan. Riippuvuuden voimakkuus ja ilmenemistavat vaihtelevat tilanne- ja vuorovaikutustekijöiden mukaisesti ja sen mukaan, kuinka hyvin henkilö kulloinkin kykenee integroivaan toimintaan, joka normaalisti tasapainottaa ihmisten välistä riippuvuutta, läheisyyttä ja autonomiaa. *Turvaton riippuvuus* näyttäy-

tyy yleensä liiallisena riippuvuutena tai liiallisena riippumattomuutena. Dissosiaatiopotilailla ilmenee usein kumpaakin tyyppiä.

Riippuvuus voi olla *aktiivista* tai *passiivista* (Bornstein, 1995). Terapiassa aktiivisen riippuvuuden hyödyllisiä ilmentymiä ovat yhteistyökyky, aktiivinen avun hakeminen ja positiivinen kiintymyssuhde terapeuttiin; näin voi olla sekä turvallisessa että turvattomassa riippuvuudessa. Kielteisiin ilmentymiin kuuluvat 'olen oikeutettu kaikkeen' -tunne, äärimmäisen vaativa käyttäytyminen ja suuri tarvitsevuus, jota ei voida prosessoida tai säilöä. Kyseiset käyttäytymistavat ovat negatiivisia, koska ne eivät auta sopeutumaan ja luovat usein tilanteen, jossa kiintymyshahmot vetäytyvät pois päin. Tällaiset negatiiviset käyttäytymistavat viittaavat turvattomaan kiintymyssuhteeseen ja sitä kautta turvallisen kiintymyssuhteen tarpeeseen. *Passiivinen* riippuvuus pitää sisällään avuttomuutta, positiivista tai negatiivista alistumista, passiivisuutta, epäröintiä ja yleistä suggestioalttiutta (joskaan suggestioalttiuden laatua ei kirjallisuudessa ole täsmällisemmin määritelty ja se voi olla tärkeä riippuvuuden hoidossa huomioonotettava tekijä). Positiivisiin puoliin kuuluvat mukautuvaisuus ja positiivinen suggestioalttiisuus. Passiivisen riippuvuuden negatiivisiin puoliin kuuluvat kyvyttömyys toimia, päätöksentekovaikeudet ja laaja-alainen suggestioalttiisuus. Ehdotamme, että sekä aktiivisen että passiivisen riippuvuuden tarkoituksena olisi saada aikaan turvallista kiintymystä, joka aktivoi ja tasapainottaa yksilön arkielämän tunnejärjestelmiä ja joka aktivoituu erityisesti, kun tärkeäksi koettu suhde hoivahahmoon vaikuttaa uhatulta (Bornstein, 1995) tai kun eroahdistus muutoin iskee tuoden mukanaan paniikin tunteen ja erokutsun (Panksepp, 1998).

Varoituksia riippuvuudesta psykoterapiassa

Vaikka pyrimmekin tässä artikkelissa normalisoimaan riippuvuuden käsitettä, olemme tietoisia niistä suurista vaikeuksista, joita voi tulla eteen kroonisesti traumatisoitujen potilaiden toisinaan käyttäytyessä äärimmäisen ja haitallisen riippuvaisesti. Kirjallisuudesta löytyy aiheellisia varoituksia riippuvuuden suhteen: useimmiten ne koskevat liiallista riippuvuutta, mutta niitä voidaan myös soveltaa liialliseen riippumattomuuteen. Riippuvuuden hallinta vaatii tarkkuutta ja taituruutta, jotta haitallinen riippuvuus*käyttäytyminen* saadaan pidettyä terapeutin ja potilaan kannalta siedettävissä rajoissa. Jos näin ei tapahdu, mahdollisesti tuhoisia seurauksia voi olla monia. Esimerkiksi Balint (1968), joka suositteli hyvin ongelmaisten potilaiden kohdalla regressiota terapiassa, kysyi viisaasti ”kuinka paljon riippuvuutta tarvitaan onnistuneen terapian lähtökohdaksi, ja milloin siitä tulee este?” (s. 40). Janet (1897/98) huomautti myös, että riippuvuudessa terapeuttiin täytyy olla jonkinlainen tasapaino siten, että terapeutti ottaa aluksi aktiivisemmän, ohjaavan roolin vähentäen sitä vähitellen, kun potilas on valmis. Tämän periaatteen mukaan itse asiassa toimii moni ohjaava terapia.

Liiallinen riippuvuus ja vastariippuvuus voivat toisinaan lisätä häiriöiden syntymistä ja haitallista käyttäytymistä sekä terapiassa että sen ulkopuolella. Ne lisäävät itsemurhan vaaraa, erityisesti jos terapeutti ei kunnolla hyväksy ja käsittele potilaan turvatonta riippuvuutta (Modestin, 1987; Linehan, 1993; Modell, 1985; Van Sweden, 1995). Liiallinen turvautuminen (ja 'liiallisuus' tulee terapiassa määritellä erikseen kunkin potilas/terapeutti -parin kohdalla) voi lisätä turvatonta riippuvuus*käyttäytymistä* (Birthnell, 1997; Bornstein, 1994, 1995, 1998a,b; Klein, 1937/75) ja johtaa hetkelliseen tai olemattomaan terapeuttitseen hyötyyn (Gunderson, 1996; Janet, 1897/98; Steele & Van der Hart, 1997; Van der Hart & Friedman, 1989). Toisaalta potilas, joka ei pysty lainkaan luottamaan terapeuttiinsa, ei hänkään todennäköisesti edisty. Riippuvuuden aktivoituminen merkitsee lisääntyviä potilaan terapeuttiin kohdistamia vaatimuksia, toisinaan välittömästi tyydytyksestä, mikä johtaa voimakkaisiin vastatransferenssipaineisiin (Van Sweden, 1995). Jos terapeutti reagoi epä johdonmukaisesti, etäännyen tai sotkeutumalla vaatimusten verkkoon, riippuvuus edelleen lisääntyy pikem-

minkin kuin ratkeaa, koska arvaamaton reagointi pidentää riippuvuutta (Main, 1990). Lopuksi, terapeutin tulee olla tietoinen siitä, että ajoittain riippuvuuden ja vastariippuvuuden avulla voidaan vastustaa surutyötä ja läpityöstämistä (Kernberg, 1975, 1984; Stark, 1995; Van Sweden, 1995).

Rakenteellisen dissosiaation teoria ja riippuvuus

Rakenteellisen dissosiaation teoriaa – monenlaisten posttraumaattisten häiriöiden ymmärtämisen ja hoitamisen käsitteellistä viitekehystä – on käsitelty laajalti muualla ja on aikaa myöten uudistettu ja kehitelty eteenpäin (Brown, Schefflin & Hammond, 1998; Nijenhuis & Van der Hart, 1999; Nijenhuis ym., painossa; Steele ym., painossa; Van der Hart, 1995; Van der Hart, Van der Kolk & Boon, 1998; Van der Kolk, Van der Hart & Marmar, 1996). Käymme nopeasti läpi teoriaa sen nykymuodossa selittääksemme riippuvuuden voimaa, kroonisuutta ja vaihteluita dissosiaatiopotilaalla sekä erityisiä terapeutisia lähestymistapoja riippuvuuteen.

Integrointikapasiteetti. Mielen terveyteen kuuluu kyky integroida tapahtumia (Janet, 1889; Janet, 1919/25; Nijenhuis ym., painossa). Integrointikapasiteetti on kykyä jakaa ja käyttää psyykkistä energiaa siten, että se mahdollistaa pohdinnan ja harkitun toiminnan (Steele ym., painossa). Heikolla integrointikapasiteetilla on todennäköisesti yhteys aivojen sellaisten välittäjäaineiden vaikutuksiin, jotka vapautuvat stressitilanteessa ja jotka ovat voimakkaasti keskittyneet integroivan aivotoinnin alueille, kuten hippocampus ja otsalohkon aivokuorelle (Nijenhuis ym., painossa; kirjallisuuskatsaus: McGaugh, 1990).

Hyvän integrointikapasiteetin ansiosta voimme käyttää vapaana olevaa psyykkistä energiaa pohdintaan ja harkittuun toimintaan, mikä johtaa sopeutumiseen, integroitumiseen ja, tämän artikkelin aiheeseen liittyen, säädelyyn riippuvuuteen. Hyvää integrointikapasiteettia tarvitaan, jotta arkielämän toimintajärjestelmät pysyisivät koko ajan aktivoituna. Huono integrointikapasiteetti johtaa arkielämän toimintajärjestelmien heikkoon tai epäjohdonmukaiseen aktivaatioon ja reagointiin, joka perustuu emotionaalisuuteen ja impulsiivisuuteen, välttämiseen ja kriittisen ajattelun puuttumiseen, se johtaa oman elämän puutteelliseen integraatioon ("klassinen" rajatila- tai DID-presentaatio). Traumatisoidulla ihmisellä riippuvuus on usein yhteydessä heikkoon integrointikapasiteettiin ja siitä seuraavaan kyvyttömyyteen ajatella kriittisesti ja toimia harkitusti. Ihmisen on siitä syystä enemmän tai vähemmän turvaututtava toiseen (terapeuttiin) saadakseen ohjausta ja tukea, kunnes integrointikapasiteettia on saatu terapiassa lisättyä.

Kyvyttömyys sopeutua traumaan. Trauman käsittäminen ja integroiminen edellyttää erityisen hyvää integrointikapasiteettia (Janet, 1919/25). *Kiihkeitä tunteita* (Janet, 1909; vrt. Van der Kolk & Van der Hart, 1989), toisin sanoen ylitsekäymätöntä pelkoa, avuttomuutta, kauhua, vihaa, häpeää jne. koetaan trauman aikana tai heti sen jälkeen, eikä henkilö näin ollen kykene reagoimaan traumaan adaptiivisesti. Yksilöt voivat tulla riippuvaisemmiksi, koska kiihkeät tunteet ovat heille ylitsekäymättömiä ja vievät toimintakyvyn, ja se aktivoi hoivahenkilöön kohdistuvan kiintymyssuhdekäyttäytymisen. Posttraumaattisesta tilasta kärsivillä ihmisillä on usein pysyvästi aktivoitunut puolustusjärjestelmä, jossa eloonjäämistarpeet koetaan suunnattoman suuriksi. Se puolestaan estää arkielämän sopeutumiseen tarvittavien toimintajärjestelmien aktivoitumista. Tästä syystä näiden ihmisten on vaikeampi olla itsenäisiä ja toimia aikuisina, ja he kokevat tarvitsevansa turvallista kiintymyssuhdetta, joka lievittäisi trauman aikana koettua avuttomuutta ja vaikeuksia, joita terapiassa syntyy yritettäessä korjata traumaattista häiriötä.

Rakenteellinen dissosiaatio. Traumassa saattaa tapahtua persoonallisuuden rakenteellinen dissosiaatio, jolloin traumaa edeltävä persoonallisuus pirstoutuu joksikin, jota Myers (1940) kutsui 'normaalilta vaikuttavaksi' ja 'emotionaaliseksi' persoonallisuudeksi. Vaikka kuvailemmekin nyt rakenteellisen dissosiaation teoriaa erillisenä toimivista 'persoonallisuuksista', olemme tietoisia tämän kuvauksen vertauskuvallisesta luonteesta. Dissosioidut psyykkiset ja somaattiset sisällöt eivät kuitenkaan ole olemassa missään tyhjiössä, vaan ovat aina osa 'jotain persoonallisuutta' (Mitchell, 1922, s. 113). Tästä syystä käytämme mieluiten termiä 'persoonallisuus', vaikka se on aikaisemmin DID:ssä ymmärretty väärin ja otettu konkreettisenä. Siten termit 'normaalilta vaikuttava persoonallisuus' ja 'emotionaalinen persoonallisuus' eivät viittaa ainoastaan perinteiseen käsitykseen DID-sivupersononista, vaan myös posttraumaattisen stressioireyhtymän dissosiaatioon, jota luonnehtii vaihtelu välinpitämättömän, välttävän mutta enemmän tai vähemmän toimivan ('normaalilta vaikuttavan') persoonallisuuden ja traumaa uudelleen elävän ('emotionaalisen') persoonallisuuden välillä. Eroa on etupäässä siinä, että emotionaalisen persoonallisuuden lisäksi DID:ssä pirstoutuu myös normaalilta vaikuttava persoonallisuus, sekä autonomisuuden ja monimutkaisuuden määrässä.

Rakenteellinen dissosiaatio ei ole mielivaltaista, vaan noudattaa synnynnäisten toimintajärjestelmien linjoja, kuten edellä kuvattiin (Panksepp, 1998). 'Emotionaalista persoonallisuutta' (EP) ohjaavat erityisesti defensiiviset (ala)toimintajärjestelmät, ja sitä luonnehtivat jumiutumisen traumaan, hypermnesia², traumaan liittyvät ruumiilliset aistimukset, tietoisuuden kiinnittyminen traumaan ja traumaan liittyviin ärsykkeisiin ja heikko orientoituminen nykyhetkeen.

'Normaalilta vaikuttavaa' persoonallisuutta ('apparently normal' personality, ANP) ohjaavat arkielämään liittyvät toimintajärjestelmät, mukaan luettuina kiintymyssuhteet. ANP:n ensisijainen tehtävä on jokapäiväisessä elämässä toimiminen, joka ei olisi mahdollista integroitumattoman trauman tunkeutuessa väliin. ANP on siis jumiutunut välttämään traumaa, ottamaan etäisyyttä, olemaan jossain määrin muistamaton tai muulla tavalla ymmärtämätön, kiinnittämään tietoisuuden huomion arkielämän asioihin, jotka eivät liity traumaan tai traumaärsykkeisiin, sekä emotionaaliseen ja fyysiseen turtuneisuuteen. Yhden EP:n ja yhden ANP:n dissosiaatiota kutsutaan *ensimmäisen asteen dissosiaatioksi*, ja sitä esiintyy akuutissa stressihäiriössä ja yksinkertaisessa posttraumaattisessa stressihäiriössä. Jos trauma on pitkittynyt ja vakava, tapahtuu pirstoutumista edelleen *defensiivisiin alajärjestelmiin*, ja seurauksena on kaksi tai useampia EP:ia ja yksi ANP. Tätä ns. *toisen asteen rakenteellista dissosiaatiota* esiintyy kompleksisessa posttraumaattisessa stressihäiriössä, traumaan liittyvässä rajatilapersoonallisuushäiriössä ja määrittelemättömässä dissosiativisessa häiriössä. Lopuksi, *kolmannen asteen dissosiaatiota* esiintyy ainoastaan DID:ssä ja siinä eivät fragmentoidu ainoastaan EP:t vaan myös ANP. ANP:n dissosiaatio johtuu taakasta, jonka trauman välttäminen ja arkielämässä selviytyminen synnyttää ja joka tulee yhä ylitsekäyttämättömämmäksi trauman esiintunkeutumisen ja heikon integrointikapasiteetin vuoksi. DID-potilaat voivat luonnollisesti myös täyttää rajatilapersoonallisuushäiriön ja kompleksisen posttraumaattisen stressihäiriön diagnostiset kriteerit.

On tärkeää huomata, että ANP:t ja EP:t edustavat suurta määrää erilaisia dissosioituja sisältöjä, alkeellisista ja yksittäisistä tiloista (esim. tunne tai käyttäytyminen) paljon monimutkaisempiin ja autonomisempiin asetelmiin (esim. määrittelemättömän dissosiaatiohäiriön ja dissosiativisen identiteettihäiriön selvästi havaittavat piirteet). Niitä esiintyy rakenteellisen dissosiaation kaikilla kolmella tasolla, ja kutakin ohjaa enemmän tai vähemmän tietty toimintajärjestelmä tai joukko järjestelmiä, ja nekin erotetaan toisistaan. Alkeellisempia persoonallisuuksia, erityisesti EP:itä, kutsutaan toisinaan 'egon tiloiksi'. Mitä diagnosoitiin kuitenkin tulee, jos ANP olisi myös dissosioitu alkeellisiksi 'egon tiloiksi', jotka voivat ottaa ohjat käsiinsä, sellainen muodostelma olisi edelleen kolmannen asteen rakenteellista dissosiaatiota, ts. DID.

² *hypermnesia* menneisyyden poikkeuksellisen elävä tai täydellinen muistaminen tai mieleen palautuminen (suom. huom.)

Psyykkis-biologiset toimintajärjestelmät ja riippuvuus. Kiintymys on yksi monista, synnynnäisistä psyykkis-biologisista järjestelmistä, jotka suuntaavat ihmisten ja eläinten käyttäytymistä kohti eloonjäämistä ja jokapäiväistä selviytymistä. Nämä ns. 'toimintajärjestelmät' ovat viime aikoina saaneet osakseen yhä enemmän huomiota (esim. Cassidy, 1999; Panksepp, 1998; Siegel, 1999), mukaan luettuna niiden suhde traumaan (esim. Nijenhuis, ym., 1998; Nijenhuis ym., painossa, Steele ym., painossa). Vaikka nämä järjestelmät ovat synnynnäisiä, oppimiskokemukset (trauma mukaan luettuna) voivat ehdollistaa ja muokata niitä. Siten riippuvuus voi ehdollistua aktivoitumaan tavallista herkemmin tai heikommin reaktiona turvattomaan kiintymyssuhteeseen.

Arkielämään sopeutumista edistäviä toimintajärjestelmiä ovat *kiintymyssuhde, tutkiminen, leikkiminen, energian hallinta, sosiaalisuus, lisääntyminen ja hoivaaminen* (Panksepp, 1998). ANP:ssä riippuvuus liittyy kiintymyssuhdejärjestelmään siten, että sillä on sosiaalinen tehtävä ylläpitää vastavuoroisia ihmissuhteita, mikä normaalisti turvallisessa kiintymyssuhteessa sisältyy sosiaaliseen ja läheiseen ihmistenväliseen riippuvuuteen. Kun kuitenkin turvaton kiintymyssuhde vallitsee, ANP tulee riippuvaiseksi tavoilla, jotka eivät ole tyypillisiä turvallisesti kiintyneelle ihmiselle. Esimerkiksi puutteellinen tieto tunteista ja niiden hallinnasta loisi ANP:ssä riippuvuutta terapeutin ohjauksesta ja avusta. Tässä esimerkissä riippuvuus on tarpeen, ei ainoastaan psykologisten perusasioiden opettamiseksi tai taitojen hankkimiseksi, vaan koska turvallinen kiintymyssuhde terapeuttiin auttaa aluksi säätelemään tunteita.

Se toimintajärjestelmä, joka tehtävänä on varmistaa uhkatilanteissa yksilön eloonjääminen, on *puolustusjärjestelmä* (Fanselow & Lester, 1988). Defensiivinen toimintajärjestelmä koostuu useista alajärjestelmistä, jotka liittyvät uhkan havaittuun läheisyyteen. Niihin kuuluvat ylivalppaus, jähmettyminen, pysähtyneisyys, kiputunnottomuus, pakeneminen, taisteleminen, täydellinen alistuminen ja tuntoaistin katoaminen. Kiintymys ja riippuvuus eivät olisi asianmukaisia käyttäytymistapoja äärimmäisissä uhkatilanteissa, joten näihin puolustusasemiin jumiutuneet EP:t eivät keskittyisi riippuvuuteen ja kiintymykseen, vaan pikemminkin eloonjäämiseen sillä hetkellä.

On kuitenkin yksi erityinen kiintymykseen tähtäävä käyttäytymismuoto, jota esiintyy läheisessä yhteydessä puolustusjärjestelmiin – koska poikaset/lapset ovat yksin jätettyinä alttiimpia hyökkäykselle - ja sitä kutsutaan *eroitukseksi tai -kutsuksi* (Panksepp, 1998; Van der Kolk, 1987). Se on hyvin keskeinen riippuvuuden kannalta, ja sitä havaitaan pikemminkin EP:eillä kuin ANP:illa. Sitä ohjaa ns. paniikkijärjestelmä havaitun kiintymyssuhdeturvallisuuden eikä niinkään itse kiintymyssuhteiden menettämisen vuoksi (Panksepp, 1998). Sen jälkeen kiintymyssuhdeaktivaatio *vähenee* uhkan lisääntyessä. Eroitku on 'avunhuuto' – joka on tyypillistä kriisikäyttäytymistä – kiintymyshahmon avun ja tuen saamiseksi, kun kiintymyssuhteen menetyksen uhka on havaittu. Sen saa aikaan rauhoittavan, hoivaavan henkilön puuttuminen kohdattaessa sisäinen uhka (esim. ylitsekäymätön tunne, kipu, nälkä, yksin oleminen tilanteissa jotka voivat olla uhkaavia) tai koettaessa ulkoinen uhka (trauma) (Van der Kolk, 1987). Traumatisoituneet ihmiset kokevat jatkuvasti itsensä tällaisten sisäisten ja ulkoisten tekijöiden uhkaamiksi, ja EP:n eroitkukäyttäytyminen, kuten takertuminen, kriisipuhelut ja muut yritykset olla tiheästi yhteydessä terapeuttiin, on pyrkimystä saavuttaa turvallisuus hoivan ja kiintymyssuhteen kautta ennen muiden defensiivisten tilojen aktivoitumista. EP:t voivat jumiutua näihin epäonnistuneisiin tai kaavamaisena toistuviin pyrkimyksiin.

Kun kiintymys- ja toimintajärjestelmät joutuvat kilpailemaan keskenään tai aktivoituvat pitkän aikaa nopeasti toinen toisensa jälkeen kiintymyssuhdekumppanin käyttäessä hyväksi (tai pahoinpidellessä) tai laiminlyödessä lasta, nämä järjestelmät voivat rakenteellisessa mielessä eriytyä toisistaan, ja kumpaankin liittyy EP:ia, kun taas kiintymyssuhdejärjestelmään liittyy vain ANP:ia.

Kehityspolku rakenteelliseen dissosiaatioon ja riippuvuus. Riippuvuuden kannalta erityisen tärkeää on varhainen kehityskulku toisen ja kolmannen asteen rakenteelliseen dissosiaatioon, joka esittää luonnollista etenemistä kohti toimintajärjestelmien integraatiota (Putna, 1997; Siegel, 1999). Monet toisen ja kolmannen asteen dissosiaatiopotilaat ovat kohdanneet väkivallan (abuse) lisäksi huomattavia laiminlyöntejä ja häiriöitä kiintymyssuhteissa varhaisesta iästä lähtien (Draijer & Boon, 1993; Nijenhuis, ym., 1998; Ogawa, Sroufe, Weinfield, Carlson & Egeland, 1997; Putnam ym., 1986; Ross, Norton & Wozney, 1989). Turvallisessa kiintymyssuhteessa vauvat ja lapset alkavat kehittää, säädellä ja integroida synnynnäisiä 'erillisiä käyttäytymistiloja', joilla kullakin on oma varsin erillinen minätunne (sense of self)(Putnam, 1997; Siegel, 1999). Siten vauvan erilliset tilat, joita erilaiset toimintajärjestelmät meidän näkemyksemme mukaan ohjaavat, voivat jäädä rakenteellisesti irrallisiksi laiminlyönnin tai trauman takia. Ehdotamme, että kroonisessa traumatisoitumisessa nämä alkeelliset tilat tulevat itsenäisemmiksi ja monimutkaisemmiksi, niistä tulee ANP:ia ja EP:ia, riippuen niitä ohjaavista toimintajärjestelmistä. Jos laiminlyönti ja trauma on jatkuvasti aktivoinut lapsen puolustusjärjestelmän, on vaikea kehittää kypsiä, joustavia ja yhdenmukaisia arkielämässä toimivia järjestelmiä. Samanaikaisesti kehittyvät turvattomat kiintymyssuhdemuodostelmat, useimmiten jäsentymätön (disorganized/disoriented) tyyli (esim. Liotti, 1995, 1999; Main & Hesse, 1990; Main & Morgan, 1996). Kyseiseen kiintymyssuhdetyyliin kuuluu defensiivisten tai kiintymyssuhteeseen liittyvien toimintajärjestelmien samanaikainen tai aivan peräkkäinen vaihtelu (EP:t kuuluvat kumpaankin järjestelmään ja ANP:t kiintymyssuhdejärjestelmään), ja se näyttäytyy voimakkaana, turvattomana riippuvuutena ja erillisyyden pelkona sekä voimakkaana riippuvuuden kieltämisenä ja kiintymyssuhteen pelkona. Epäilemme, että mitä varhaisempi ja kroonisempi trauma on ja mitä suurempia ovat kiintymyssuhteen häiriöt ja pidempiaikaisia hoivahenkilön poissaolot, sitä voimakkaampaa on yksilön riippuvuus ja sitä haitallisempaa riippuvuusikäyttäytyminen. Turvallisesti kiintyneillä ihmisillä vaihtelua tapahtuu turvallisen riippuvuuden, ihmisten välisen riippuvuuden ja itsenäisyyden välillä.

Koska toimintajärjestelmien välillä on oletettavasti olemassa synnynnäinen pyrkimys kohti integroitumiseen tähtäävää joustavuutta (Siegel, 1999), meidän on tarkasteltava lyhyesti syitä, miksi rakenteellinen dissosiaatio jää krooniseksi ja miksi riippuvuuskysymykset jäävät usein traumatisoituneella potilaalla ratkaisematta.

Rakenteellisen dissosiaation ylläpitäminen. Dissosiaatio pysyy yllä pääasiassa sisäisen klassisen ehdollistumisen vuoksi (vrt. Nijenhuis ym., painossa). Kun EP tunkeutuu ANP:teen, se edustaa sisäistä klassista ehdollistumistapahtumaa, koska se altistaa ANP:n hyvin vastenmieliselle, ei-ehdolliselle ärsykkeelle (EP:n sisältämille traumaattisille muistoille). ANP tapaa reagoida tähän tunkeutumiseen välttämällä vastenmielistä ärsykettä psyykkisesti, ts. dissosioimalla itsensä EP:sta ja sen muistoista. Kyseessä on monimutkainen reaktio, jota muun muassa stressihormonien vapautuminen saattaa välittää. Siinä määrin kuin ANP ei dissosioitu uudelleen EP:sta, voi enemmän tai vähemmän tapahtua integroitumista; kyseessä on terapiaa keskeisesti ohjaava periaate. EP:n tunkeutumista heti edeltävästä tai siihen liittyvästä ärsykkeestä tulee ANP:lle ehdollinen ärsyke. Sen jälkeen nämä ehdolliset ärsykkeet käynnistävät ANP:ssä helposti välttämisreaktioita. ANP pyrkii välttämään traumaattisia muistoja, mutta ei voi onnistua siinä kokonaan, joten rakenteellinen dissosiaatio ei ole täydellistä. Tässä tilanteessa herkistyminen on sammumista todennäköisempi lopputulos. Siispä ANP herkistyy yhä enemmän EP:lle ja siihen liittyville ärsykkeille, mikä johtaa EP:n vielä pelokkaampaan välttämiseen. Sisäisten ja ulkoisten ärsykkeiden klassinen ehdollistuminen luo joukon erityisiä fobioita, joihin terapiassa täytyy kiinnittää huomiota. Useat niistä liittyvät suoraan riippuvuuteen ja sen hallintaan.

Arvioiva ehdollistuminen (Bayens, Hermans & Eelen, 1993) on voimakas assosiaatio-oppimisen muoto, jonka seurauksena arvio ärsykkeestä muuttuu siihen liittyvän ärsykkeen sävyn mukaan. Kun

lapsi esimerkiksi tehdään naurunalaiseksi, saatetaan häpeään, häntä loukataan tai laiminlyödään, kun hän kokee ja ilmaisee oikeutettua tarvetta olla riippuvainen, hänelle voi syntyä taipumus liittää samat tunnesävyt riippuvuuteensa. Siten hän kokee oman riippuvuutensa (ja ehkä muidenkin) nauruttavana, hävettävänä, tuskallisena tai kiellettävänä.

Tähän asti riippuvuutta on käsitelty teoreettisella, abstraktilla tavalla, mikä on välttämätöntä ennen käytännön tason terapiakysymyksiä. Seuraavassa käsitellään käytännönläheisemmin vaihesuuntautunutta terapiaa, jossa riippuvuutta käsitellään näiden pelkojen näkökulmasta.

Riippuvuuden vaihesuuntautunut hoito dissosiaatiopotilailla ja riippuvuusky-symykset

Monet klinikot käyttävät kompleksisen posttraumaattisen häiriön ja dissosiativisten häiriöiden hoidossa vaihesuuntautunutta lähestymistapaa (Brown ym., 1998; Courtois, 1999; Herman, 1992; Horevitz & Loewenstein, 1994; Kluft, 1993; McCann & Pearlman, 1990; Van der Hart, 1995; Van der Hart ym., 1998). Jotkut ovat sanoneet sen olevan hoitotyössä standardikäytäntö (esim. Brown ym., 1998). Strategia, joka yhdistää ongelmanratkaisun ja relationaalisen lähestymistavan asioihin, on välttämätön (Brown, ym., 1998; Steele ym., painossa). Vaiheessa 1 pyritään lievittämään oireita ja vakauttamaan tilaa, ja siinä keskitytään useiden pelkojen lievittämiseen: (1) *kiintymyssuhdeasioi-den pelko, erityisesti suhteessa terapeuttiin*, (2) *mielen sisältöjen pelko* (tunteiden, ajatusten, toiveiden, tarpeiden, fantasioiden, fyysisten tuntemusten), ja (3) *dissosiativisten persoonallisuuksien* (EP:ien ja ANP:ien) *pelko*. Vaiheessa 2 – traumaattisten muistojen käsittelyssä – keskitytään ensisijaisesti (2.1) *traumaattisten muistojen pelkoon* ja (2.2) *kiintymyssuhdepelkoon, erityisesti liittyen turvattomaan kiintymyssuhteeseen syyllisen kanssa*. Vaihe 3 koskee persoonallisuuden (uudelleen)integroimista ja kuntoutumista, ja siinä keskitytään (3.1) *läheisyyden pelkoon*, ts. kypsempiin kiintymyssuhteen muotoihin, (3.2) *arkielämän pelkoon* ja (3.3) *terveen riskinoton ja muutoksen pelkoon*. Vaihesuuntautunut terapia ei ole lineaarista, vaan jäljittelee spiraalia siten, että eri vaiheet vuorottelevat keskenään yksilön kulloisestakin integrointikapasiteetista riippuen.

Yleiset terapiastrategiat. Terapeutti voi käyttää useita erilaisia strategioita ja suhdelähestymistapoja potilaan voimakkaan riippuvuuden hallinnassa. Monet traumausten asiantuntijat näyttävät hyväksyneen lähtökohdaksi psykoanalyttisen näkemyksen riippuvuudesta patologisena ja pikemminkin toiveen kuin tarpeen synnyttämänä, joten hoito on suurelta osin analyttisten periaatteiden - terapeutin neutraalisuuden ja pidättäytymisen – ohjaamaa, ja vastariippuvaisiin potilaisiin on kiinnitetty suhteellisen vähän huomiota. Aikaa myöten kävi ilmeiseksi, että ainakin jonkinlainen muokkaus ja jousto olisi tarpeen, erityisesti kroonisesti traumatisoituneiden potilaiden kohdalla. Esimerkiksi viime aikoina on analyttisissä ryhmissä kiistely paljon Freudin varoituksesta, että riippuvuutta tulee aina tulkita eikä tyydyttää, ja jotkut valtavirtaan kuuluvat analyttikot pitävät nykyään jonkinasteista tyydytystä vakavammin häiriintyneiden ja traumatisoituneiden potilaiden kohdalla tarpeellisenä (esim. Connors, 1997; Davies & Frawley, 1994; Fox, 1984; Hamilton, 1984; Lindon, 1994; Mitchell, 1991; Schachter, 1994).

Psykoanalyttisen teorian ulkopuolella on myös edelleen paljon kiistoja siitä, missä toimenpiteissä syyllistytään mukaan menemisen (enmeshment) ja vetäytymisen vastatransferenssivirheisiin ja mitkä ovat terapeutisestisesti käyttökelpoisia (esim. Chu, 1998; Dalenberg, 2000; Kinsler, 1992; Wilson & Lindy, 1994). Useimmat kirjoittajat pitävät joustavuutta ja lämpöä välttämättömänä, mutta muistuttavat selkeiden rajojen ylläpitämisen tärkeydestä. Esimerkiksi Chu (1998) sanoo:

Erityisesti kriisiaikoina voi tuntua perustellulta, että terapeutit tulevat poikkeuksellisen pitkälle vastaan. Jokainen muutos terapian tavanomaiseen rakenteeseen tulee kuitenkin tehdä varoen. Hämärtyneet rajat ja rajojen puuttuminen saavat lähes varmuudella kokemaan jälleen potilaan vahinkoa tuottaneen lapsuudenperheen puuttuvat rajat. (s. 187)

Näkemyksemme on, että tarkka tasapaino on tarpeen ja sen tulee perustua vakaaseen, teoreettiseen käsitykseen, pohdintaan ja interventioihin, terapeutin ja potilaan läheiseen yhteistyöhön sekä kollegoiden konsultointiin. Jotkut traumaterapeuteista ovat puhuneet rajojen neuvottelun pikemminkin kuin rajojen ylläpitämisen tarpeesta (Pearlman & Saakvitne, 1995). Dalenberg (2000) on viitannut tähän terapeuttiseen hyötyyn tähtäävinä 'rajanylityksinä' verrattuna potilaalle haitallisiin 'rajaloukkauksiin' (s. 229). Uskomme myös, että terapeuttien tulee ehdottomasti olla tietoisia omista kokemuksistaan, uskomusjärjestelmistään ja kulttuurisesta kontekstistaan, jotka tulevat tietoisesti tai tiedostamattomasti mukaan terapiaan ja joilla voi olla positiivinen tai negatiivinen vaikutus traumatisoituneeseen potilaaseen.

Terapeutin tulee tunnistaa terapiasuhteen keskeinen rooli työskenneltäessä kroonisesti traumatisoituneiden ja turvattomasti kiintyneiden potilaiden kanssa (Chu, 1998; Cohen & Sherwood, 1991; Connors, 1997; Dalenberg, 2000; Davies & Frawley, 1994; Farber, Lippert & Nevas, 1995; Gunderson, 1996; Laub & Auerhahn, 1989; McCann & Pearlman, 1990; Olio & Cornell, 1993; Pearlman & Saakvitne, 1995; Steele & Van der Hart, 1997). Potilaan riippuvuuden ajoittaisen voiman, epätoivon ja tuskan, tai vastaavasti sen häpeän ja kiihkeän kieltämisen, empaattinen hyväksyminen ja ymmärtäminen on olennaisen tärkeää, koska siihen perustuu turvattoman kiintymyssuhteen ja riippuvuuden korjaaminen. Terapeutin tulee pyrkiä saamaan aikaan turvallinen kiintymyssuhde potilaan kanssa, joten terapeutin tulisi olla *luotettava* (dependable). Se edellyttää yhteistyötä, jatkuvuutta, ennustettavuutta, aitoutta, lämpöä, empatiaa sekä selkeitä ja joustavia rajoja. Se merkitsee myös, että terapeutin tulee olla johdonmukainen ja vilpittömän läheistyessään potilasta. Toisin sanoen terapeutin sanat ja teot eivät saisi olla ristiriidassa keskenään, ja kunnioitus potilasta kohtaan ihmisenä tulisi näkyä istunnon lisäksi myös silloin, kun hänestä puhutaan kollegojen kanssa. Terapeutin luotettavuus mahdollistaa sen, että potilas voi kohdata turvallisen kiintymyssuhteen haasteen, mikä lisää integrointikapasiteettia ja auttaa aktivoimaan arkielämän toimintakykyä tukevia toimintajärjestelmiä.

Tämän suhteen puitteissa riippuvuus tulla esiin eri muodoissaan, sekä adaptiivisissa että ei-adaptiivisissa. Perustarpeiden tyydyttämisen ja terveen rajojen asettamisen kanssa hienovaraisesti tasapainoillessaan terapeutin tulisi pitää mielessään, että riippuvuuden tulisi olla *tavoitesuuntautunut*, toisin sanoen siinä tulisi olla kyse muustakin kuin siitä, että potilas kokee riippuvuutta. Riippuvuuden tulisi suuntautua motivoimaan ja tukemaan potilasta osallistumaan terapiatyöhön, joka lisää integraatiota, sopeutumista ja joustavuutta jokapäiväisessä elämässä, mukaan luettuna hyvä tasapaino itsenäisyyden ja ihmistenvälisen riippuvuuden välillä.

Potilaiden on usein vaikea pukea riippuvuutta sanoiksi, joko häpeän, sanojen puuttumisen tai sen vuoksi, että kiintymyssuhdetrauma on syntynyt ennen kielellisten kykyjen kehittymistä. Riippuvuus ei ole siten useinkaan kielellisesti tulkittavissa, varsinkaan terapian alussa. Terapeutin täytyy varmistaa, että terapiasuhte ja terapiapuitteet tukevat turvallista kiintymystä ja riippuvuutta, kykenipä potilas sitten puhumaan riippuvuudesta tai prosessoimaan sitä, tai ei. On tärkeää, että alussa terapeutti auttaa potilasta selittämällä ja normalisoimalla turvallisen kiintymyssuhteen, opettamalla tunnistamaan turvatonta kiintymyssuhdekäyttäytymistä, -ajatuksia ja -tunteita ja nostamalla potilaan integrointikapasiteettia, mikä tukee potilaan kykyä pohtia voimakkaita riippuvuuteen liittyviä ristiriitoja.

Terapeutilla on velvollisuus ottaa terapiasuhte puheeksi ja se, kuinka potilas (kukin ANP ja EP mukaan luettuna) kokee sen. Kutakin persoona(lisuutta) tulisi auttaa tulemaan tietoiseksi muiden persoon(allisuuks)ien riippuvuutta koskevista näkemyksistä, ja sitä seuraavan konfliktin ratkaisemisen ansiosta potilaan pitäisi olla lähempänä integraatiota. On tärkeää olla hyvin tietoinen edellä mainituista, riippuvuuteen liittyvistä varoituksista, jotta terapeutin tietämättömyys tai vastatransferenssi ei pääse vahvistamaan haitallista riippuvuutta tai riippumattomuutta. Lopuksi, perheen sisäisiin väärintekijöihin liittyvät kiintymyssuhdekysymykset tulee ottaa esiin, jotta riippuvuuskykyä voidaan käsitellä, koska perheessä olleisiin väärintekijöihin on potilailla poikkeuksetta voimakas turvaton kiintymyssuhde. Näiden yleisten, riippuvuuteen liittyvien terapiakysymysten lisäksi kussakin terapiavaiheessa tulee pitää kiinni riippuvuuden käsittelyyn kuuluvista terapeuttisista periaatteista.

Vaihe 1: Oireiden lievittäminen ja tilan vakauttaminen. Aluksi terapiassa pyritään lievittämään joitakin potilaan voimakkaimmista ja/tai itsetuhoisimmista käyttäytymistavoista ja oireista. Ensimmäisen terapiavaiheen tavoitteita on käsitelty laajemmin toisaalla (esim. Boon, 1977; Brown ym., 1998; Chu, 1998; Courtois, 1999; Kluft, 1993, 1997; Steele ym., painossa; Van der Hart & Boon, 1997; Van der Hart, Brown & Van der Kolk, 1989). Näihin tavoitteisiin kuuluu etupäässä ANP:ien vahvistaminen, jotta potilas voisi sopeutua paremmin arkielämäänsä, (ts. integrointikapasiteetin lisääminen), palaavien traumaattisten kokemusten säilöminen, vakavien oireiden lievittäminen, suhteellisen turvallisen tilan aikaansaaminen, varhaisen, terapeutin liiton muodostaminen ANP:ien sekä usein itsetuhoisten vainoavien ja vihaisten EP:ien kanssa, sekä myös taitojen oppiminen tunteiden hallitsemisen, impulssien kontrolloimisen ja sosiaalisen tuen hankkimisen alueilla. Vähittäinen eteneminen näitä tavoitteita kohti tarjoaa lujan pohjan, jolta hallita riippuvuutta toisen ja kolmannen asteen dissosiaatioissa.

Pelot, jotka tässä ensimmäisessä terapiavaiheessa tulee voittaa, liittyvät usein riippuvuuteen. Ensimmäisenäkin *terapeuttiin kohdistuvan kiintymyssuhteen ja kontaktin pelko* on riippuvuuden kannalta keskeinen. Pelko voi näyttäytyä siten, että potilas joko maksimoi tai minimoi kiintymystä terapeuttiin sen mukaan, kumpi kiintymyssuhdetyyli on vallitsevana. Jäsentymättömässä kiintymyssuhdetyylissä esiintyy samanaikaisia tai nopeasti vaihtuvia pyrkimyksiä olla kiintymyssuhteessa ja etäännyä terapeutista. Näitä tyylejä ja turvallisempaa riippuvuuden hallitsemistyyliä on kuvailtu taulukossa 1.

Taulukko 1: Riippuvuuden ilmentymät*

Äärimmäinen riippuvuus	Vastariippuvuus	Turvallinen riippuvuus
<i>Turvaton kiintymys: vastustava tai jumiutunut tyyppi</i>	<i>Turvaton kiintymys: välttävä tai itseriittoinen tyyppi</i>	<i>Turvallinen tai sitä lähestyvä kiintymys</i>
Jäsentymätön kiintymystyyli voi näyttäytyä vuoroin äärimmäisenä riippuvuutena ja vuoroin vasta-riippuvuutena	Jäsentymätön kiintymystyyli voi näyttäytyä vuoroin äärimmäisenä riippuvuutena ja vuoroin vasta-riippuvuutena	Tunnistaa ja hyväksyy omat riippuvuustarpeensa ja –toiveensa
Heikompi integrointikapasiteetti	Heikompi integrointikapasiteetti	Parempi integrointikapasiteetti
		Hyväksyy terapian rajoitukset ja suree menetystä

<p>Kiintymyssuhteeseen liittyvien tunteiden, ajattelun ja käyttäytymisen alisäättely</p> <p>Hyperaktiivinen toiminta takaa jatkuvan mielenrauhan ja hoivan</p> <p>Haluaa koko ajan tietää, onko terapeutti saatavilla; hakee jatkuvasti saatavuutta</p> <p>Ihmissuhteiden voimakkuus ja niihin tarttuminen</p> <p>Toisinaan voimakas tunne, että minulle kuuluu kaikki</p> <p>Kyvyttömyys toimia hyvin arkielämässä</p> <p>Yrityksiä turvautua terapeuttiin arkielämän toiminnoissa pikemmin kuin saadakseen tukea terapiaan osallistumisessa</p> <p>Haluton/kyvytön hyväksymään terapian tai terapeutin asettamia rajoituksia</p> <p>Riippuvuus voi potilaan tai terapeutin puolelta erotisoitua ja jäädä tunnistamatta riippuvuudeksi</p> <p>ANP:t, joilla kiintymyssuhteeseen liittyvät toimintajärjestelmät, ja EP:t joilla eroitku</p>	<p>Kiintymyssuhteen kannalta olennaisten tunteiden, ajattelun ja käyttäytymisen ylisäättely; myönteisten ja kielteisten tunteiden estäminen</p> <p>Minimoi kiintymyssuhdehäiriöitä, joita tunteista seuraisi</p> <p>Tarpeiden ja toiveiden kieltäminen</p> <p>Kyvyttömyys pyytää apua silloin, kun se on asianmukaista</p> <p>Pseudoitsenäisyys</p> <p>Omaan tai muiden riippuvuuteen liittyvä inho ja häpeä</p> <p>Kyvytön sallimaan terapeutin riippuvuuden terapeutista, koska tarve välttää kiintymyssuhdetarpeita synnyttäviä tilanteita</p> <p>Voi erotisoitua ja jäädä tunnistamatta riippuvuudeksi, mutta ilman kiintymystä, ts. seksuaalinen addiktio</p> <p>ANP:t, joilla toimintajärjestelmät eivät suoraan liity kiintymyssuhteisiin (esim. tutkiminen, leikki, energian säättely), ja EP:t, joilla taistelemisen, pakenemisen, jähmettymisen tai alistumisen toimintajärjestelmät</p>	<p>Suhtautuu hyväksyvästi dissosiaatio- (ANP & EP), riippuvuus- ja vastariippuvuustiloihinsa</p> <p>Kontrolloi riippuvuusikäyttäytymistään tietyissä puitteissa enemmän osan aikaa</p> <p>Sallii voimakkaan riippuvuuden terapeutista mutta säilyttää silti normaalin elämänhallinnan</p> <p>Riippuvuus voidaan erottaa eroottisista tunteista</p> <p>Kykenee puhumaan riippuvuus-kysymyksistä tietoisella ja oivaltavalla tavalla</p> <p>Riippuvuus terapeutista saa lisää toimintakykyä ja kehitystä arkielämässä</p> <p>Kykenee läheisyyteen ihmissuhteissa</p> <p>Arkielämään ja defensiivisiin liittyvien tunnejärjestelmien lisääntyneeseen tai täysi integraatio</p>
---	--	---

* Lähteenä osittain Slade, 1999

Sekä äärimmäisenä kiintymyksenä tai etäännyksenä ilmenevä kiintymyssuhteen pelko vaatii ensiksi sitä, että terapeutti muodostaa pohjan yhteistyölle ANP:n/ANP:iden kanssa, jonka/joiden varassa arkielämän toiminta on. Suosittelemme aloittamaan terapian ongelmanratkaisun keinoin ja olemaan yleensä ottaen empaattisesti läsnä, jolloin potilas saa terapeutista kuvan luotettavana. Vähitellen voidaan ottaa puheeksi terapiasuhteeseen terapeutin antaessa suhdetta normalisoivaa tietoa ja suosittelee jopa kirjallisuutta niille potilaille, joille siitä on hyötyä (suositeltavia kirjoja ovat esim. Lott, 1999, ja Miller & Stiver, 1997). Tällä tavoin potilasta voidaan auttaa vähitellen tutkimaan riippuvuuteen liittyvien *mielensisältöjen* (tunteiden, toiveiden, ajatusten, fantasioiden, fyysisten tuntemusten) *pelkoa*. Kognitiivisia vääristymiä – esim. ”Riippuvuus on pahaa ja hävettävää”, ”Vain riippuvuus voi parantaa minua”, ”Jos olen itsenäinen, minulla ei ole ketään”, ”Minulla on aina oltava joku, joka pitää minusta huolta” - tulisi alinomaan korjata. Potilasta tuetaan vähitellen hyväksymään sisäiset

tilat, joita saatetaan pelätä ja hävetä. Prosessissa on periaatteessa kyse poisherkestämisestä siten, että ennaltaehkäistään välttämisen ja rakenteellisen dissosiaation lisääntyminen.

Dissosiativisten persoonallisuuksien (ANP:ien ja EP:ien) *pelko* liittyy suoraan mielensisältöjen pelkoon, koska arviointiin liittyvä ehdollistuminen on usein vaikuttanut niihin voimakkaasti ja saanut ne pelkäämään toisiaan ja koska niillä on usein voimakkaan kielteisiä tunteita toisiaan kohtaan (esim. katkeruutta, pelkoa, inhoa, häpeää). ANP:iin ja EP:iin kuuluu suuri määrä erilaista riippuvuuskäyttäytymistä ja –konflikteja. Jotkut ANP:t ja EP:t voivat olla hyvin itsenäisiä ja välttävät voimakkaasti kiintymyssuhteita. Jotkut eivät ole juurikaan tietoisia riippuvuustarpeistaan, mutta haitallista riippuvaista (esim. vaativaa, kriisisuuntautunutta) käyttäytymistä esiintyy heikon integrointikapasiteetin takia. Joillakin voi olla parempi integrointikapasiteetti ja tietoisuus, jolloin käyttäytyminen voi olla adaptiivisempaa. Eroitkuun jumiutunut EP käyttäytyisi äärimmäisen riippuvaisesti. Toisaalta taas monilla vihaisilla ja vainoavilla EP:illa (mikä liittyy ”taistelemisen” defensiiviseen alatoimintajärjestelmään) on yleensä täydellinen fobia ja kiihkeän halveksiva asenne ja inho riippuvuutta kohtaan. Dissosiativisten persoonallisuuksien välille syntyy siten ristiriita riippuvuuden ilmaisusta. Esimerkiksi taistelemaan taipuvainen EP voi rangaista eroitkuun jumiutunutta EP:tta; pakenemiseen jumiutunut EP voi tiukasti välttää toisen EP:n ilmaisemaa kiintymystä ja riippuvuutta, koska ne viittaavat läheisyyteen väärintekijän kanssa, joka on uhka. Kolmannen asteen rakenteellisessa dissosiaatiossa (DID) joillakin ANP:illa voi olla keskinäisiä, riippuvuuteen liittyviä konflikteja. Esimerkiksi kiintymyssuhteeseen omistautunut ANP voi olla ristiriidassa työhön omistautuneen ANP:n kanssa. Jotkut ANP:t voivat välttää, hävetä ja kammoksua riippuvuutta. Sisäiset, riippuvuutta ja riippumattomuutta koskevat konfliktit voivat siis olla traumatisoiduilla potilailla äärimmäisen voimakkaita ja dissosioituneita. Potilaat voivat vältellä näitä konflikteja niin pitkälle, että he ’luovuttavat’ terapeutin ’huolehdittaviksi’ riippuvaiset ANP:t ja EP:t, mitä seuraa täysin hillitsemätön riippuvuus. Tai he voivat välttää terapeuttia pitäkseen riippuvuuden loitolla.

Näiden hyvin ristiriitaisten ja dissosioituneiden riippuvuuskysymysten vuoksi on äärimmäisen tärkeää, ettei terapeutti työnnä potilasta terapian alussa kumpaankaan riippuvuuden ääripäähän. Yleensä ANP:illa sen paremmin kuin EP:illakaan ei ole riittävästi integrointikapasiteettia, jotta ne kestäisivät riippuvuuteen liittyvän tarpeen, kaipauksen, surun, pettymyksen, häpeän, raivon ja itsevihan voimaa. Sen sijaan etenemisen tulisi olla hidasta ja rauhallista, ja siihen tulisi sisältyä vähittäistä työskentelyä, joka tukee tunteiden ja impulssien säätelyä, auttaa ANP:ia ja EP:ia hyväksymään toisensa, vähentää mielensisältöjen välttämistäipumusta ja lisää kykyä verbalisoida mielensisältöjä turvallisen terapiasuhteen puitteissa. Itse suhteesta tulisi keskustella, ja terapeutin tulisi olla silloin aito ja läsnäoleva.

Voimakkaasti riippuvaisina terapiansa aloittaville potilaille täytyy olla turvallinen ja empaattinen säiliö selkeine rajoineen. Terapeuttia ei pitäisi käyttää terapeutin työn korvikkeena. Silti taustalla vaikuttavat riippuvuustarpeet on nostettava esiin, vaikka käyttäytyminen onkin haitallista ja aiheuttaa voimakkaita vastatransferenssitunteita. Terapeutti voi tehdä tämän parhaiten, kun hän pystyy yleensä ottaen ylläpitämään omaa, korkeaa integrointikapasiteettiaan, joka auttaa ankuroimaan, olemaan huomioonottava, aidosti läsnä potilaan kanssa ja ajattelemaan ja toimimaan pätevällä ja selkeällä tavalla potilaan ollessa pakottavan tarvitsevuutensa armoilla.

Eräs DID-potilas, esimerkiksi, alkoi päivittäin soittaa kriisipuheluja, toisinaan myöhään illalla. Oli selvää, että puhelujen myötä potilaan ahdistus lisääntyi. Seuraavalla istunnolla terapeutti otti puhelut esiin näin: ”Olen huomannut, että olet soittanut minulle joka päivä tällä viikolla varsin ahdistuneena. Toisinaan olet soittanut hyvin myöhään illalla, mikä kertoo siitä, että sinulla on vaikeuksia säännöllisen unen kanssa. Mieleen tulee, että mikähän sinua öisin valvottaa. Näyttäisi siltä, että sekä istunnoillamme että puhelujen aikana on sivuutettu jokin hyvin tärkeä tarve, ja olen miettinyt, mikä

se olisi, erityisesti meidän välisessä suhteessamme. Olisitko halukas työstämään sitä yhdessä ja autamaan minua ymmärtämään sitä paremmin?”

Huomaa, että tässä skenaariossa terapeutti ei aloita konfrontoimalla. Konfrontaatio voi hyvin olla asianmukaista ja tarpeellista, mutta pitäisi yleensä (ei aina) tapahtua myöhemmin, kun empaattinen ilmapiiri on saatu luotua. Dalenberg (2000) on sanonut, että terapeutin ”täytyy ’huutaa’ trauma-asiakkaalle kiintymyksensä ja ’kuiskata’ kommenttinsa asiakkaan häiritsevistä ja etäännyttävistä käyttäytymisistä (s. 230). Rajojen sovittelemisessa on kuitenkin aina otettava huomioon potilaan lisäksi terapeutin tarpeet.

Tämän jälkeen potilas pystyi puhumaan avoimemmin terapeuttiin kohdistuvasta tarvitsevuudestaan ja vaikeuksistaan sietää yksinäisyyttä, joita monet hänen ANP:istaan ja EP:istaan toivat esiin. Seurasi yksityiskohtainen keskustelu siitä, mikä kutakin persoonaa kriisipuheluissa auttoi ja ei auttanut. Potilaalle annettiin hätäpuheluista selkeät ohjeet, ja hänen terapiaistuntojensa määrää lisättiin yhdestä kerrasta kahteen kertaan viikossa kuuden viikon koeajaksi. Silloin sovittiin, että hän saisi soittaa terapeutille ei-kriisitilanteissa korkeintaan kaksi kertaa tarkistussoiton. Hän pyysi rentoutusta ja tunnetilojensa säätelyä varten terapeutilta kasetin, joka nauhoitettiin istunnolla ja joka toimi siirtymäobjektina. Sen jälkeen istunnoilla keskityttiin normalisoimaan hänen tarvitsevuuttaan terapeuttia kohtaan, lievittämään hänen riippuvuustarpeiden vuoksi tuntemaansa itsevihaa (jota monet ANP:t ja EP:t toivat esiin), parantamaan hänen kykyään rauhoittaa itseään, muodostamaan yhteistyösuhteen vainoavan EP:n kanssa, joka rankaisi häntä riippuvuuteen liittyvistä tunteista ja muihin tehokkaampiin tapoihin käsitellä yksinäisyyden tunteitaan (vrt. Gunderson, 1996). Kaksi viikottaista istuntoa olivat hyvin tehokkaita, ja hiljalleen hän pystyi lopettamaan tarkistussoittonsa (ensin soittamalla terapeutin vastaajaan, sen jälkeen kirjoittamalla päiväkirjaa soittamisen sijaan, sitten kirjoittamalla itselleen muistilappuja terapiaan mukaan otettavaksi ja terapeutin kanssa käsiteltäväksi). Kriisipuhelut vähenivät vain yhteen tai kahteen puheluun kuukaudessa, ne olivat aiheellisempia ja oli myös näyttöä siitä, että potilas oli aikaisempaa aktiivisempi osallistuja joillakin elämänsä alueilla.

Potilaita, jotka terapiaan tullessaan reagoivat riippuvuuteen kieltämällä sen (counter-phobic response), tulee auttaa kokemaan riippuvuus, haavoittuvuus ja tarvitsevuus normaaleina tunteina. Samalla terapiasuhteen luottamus edellyttää huolellista ja jatkuvaa huomiota, koska potilaan pelkona on riippuvaiseksi joutuminen ja se, ettei terapeutti ole luotettava. Kyseiset potilaat pelkäävät riippuvuutta niin paljon, että fantasioissaan he ”romahtavat”, ”tulevat hulluiksi” tai ”eivät pysty enää tekemään mitään”. Siten riippuvuus ’pieninä annoksina’ on paikallaan.

Esimerkiksi eräs hyvin toimintakykyinen mies, jolla oli kompleksinen posttraumaattinen stressihäiriö, vältteli kaikkea riippuvuutta terapeuttiin. Neljän terapiavuoden aikana hän ei kertaakaan soittanut, pyytänyt ylimääräistä tapaamista tai mitään muutakaan terapiassa asetettujen rajojen ulkopuolelta. Vallitsevana oli ANP, joka oli aleksityminen [harvasanainen?] ja tunteeton, eikä tuntunut voivan vastaanottaa lohduttavaa tai tukea-antavaa puhetta terapeutiltaan. Hän vältti uupumatta EP:iaan, vaikka terapia auttoi häntä olemaan vähemmän välttelevä. Eräällä istunnolla hän alkoi itkeä pelokkaan ja surullisen EP:n läpäistessä esiin ja yritti turhaan lopettaa itkua. Hän raivostui haavoittuvuudestaan ja kyvyttömyydestään ”pitää itsensä koossa”. Terapeutti ei rohkaissut häntä itkemään tai puhunut lohduttavasti, koska hän koki noiden interventioiden vain lisäävän ANP:n häpeän ja vihan tunteita. Sen sijaan terapeutti yksinkertaisesti istui hiljaa, katsoi potilasta silmiin, kun potilas kykeni niin tekemään, ja tuki näin epäsuorasti EP:tta. EP jatkoi itkemistään, mutta ANP ei ollut enää yhtä vihainen. Jonkin ajan kuluttua ANP pyysi nenäliinaa. Kyseessä oli ensimmäinen pyyntö, jonka hän esitti terapiassa. Useita vuosia myöhemmin, kun potilas oli oppinut hyväksymään tuskallisen, useisiin EP:iin dissosioituneen riippuvuutensa ja oli muodostanut turvallisen kiintymyssuhteen terapeuttiin, hän sanoi, että terapeutin pelkkä läsnäolo kyseisellä istunnolla oli kaikki, mihin hänen sietoky-

kynsä oli riittänyt, ja se oli ollut käännteentekevä hetki. Jos terapeutti olisi rohkaissut, lohduttanut tai rauhoitellut häntä, hän sanoisi, että ”minä [ANP] olisin juossut pois palaamatta koskaan enää takaisin. Sen sijaan minusta tuntui ensimmäistä kertaa turvalliselta tuntea noita tunteita toisen ihmisen läsnäollessa – kauempana mutta silti läsnäollessa”. Tässä integroitunut potilas toi esiin ANP:n aiemmin EP:ien kantamasta riippuvuudesta tunteen häpeän ja riippuvuuden välttämisen.

Istunnon pituus ja niiden tiheys täytyy sovittaa sen mukaan, mikä potilaan kohdalla toimii, toisin sanoen, mikä tukee parhaiten terapeutista edistymistä, joka parantaa potilaan jokapäiväisen elämän tasoa ja vähentää kriisitilanteita. Istunnon pituudeksi on yleensä hyväksytty tunti, vaikkakin monet traumapotilaat kykenevät ylläpitämään parempaa säilömis- (containment) ja toimintatasoa puolen- toista tunnin istunnoilla. Istunnon pituus ei saisi ylittää potilaan toleranssia työskentelylle, eikä liioin alittaa. Mikä tärkeintä, istuntojen pitäisi aina alkaa ja päättyä ajallaan, mikä vahvistaa kuvaa terapeutista luotettavana. Istuntojen tiheydeksi asetetaan yleensä kerta, toisinaan kaksi, viikossa, ja harvemmin kolme kertaa viikossa (esim. Chu, 1998; ISSD, 1997). Mitä tiheämmin istuntoja on, sitä enemmän riippuvuus nousee terapiasuhteen keskeiseksi piirteeksi. Monet potilaat tarvitsevat enemmän kuin yhden istunnon viikossa ylläpitääkseen ja parantaakseen toimintatasoaan. Istuntojen tiheyttä määrättäessä täytyisi siis ottaa huomioon potilaan riippuvuuden sietokyky sekä terapeutin kyky ylläpitää luotettavaa kiintymyssuhdetta ja joustavia mutta johdonmukaisia rajoja. Yleensä istuntojen tiheys ja pituus on sopiva, kun potilas pystyy vapautumaan kriisistä tehokkaampaan terapiatyöskentelyyn.

Puhelinsoittoja interventioina on tärkeä harkita. Yleensä ottaen kriisisoitot pitäisi minimoida tai eliminoida, ja mikäli soittoja tarvitaan, ne tulisi korvata tarkistussoitoilla. Tarkistussoittojen tulisi olla etukäteen suunniteltuja, ajaltaan rajoitettuja ja lyhyitä eikä niiden aikana tulisi tehdä terapiatyötä. Niitä tulisi käyttää siirryttäessä vaiheittain kohti potilaan objektipysyvyyttä ja kykyä itse lohduttaa itseään. Siinäkin tapauksessa on saavutettu, kun kriisit tulevat harvinaisemmiksi ja potilas kykenee osallistumaan paremmin terapiaan.

Tiimityöskentelystä on usein hyötyä, jos sellainen voidaan järjestää. Silloin potilaalla on kaksi tai useampi ihmistä, joihin enemmän tai vähemmän turvautua, ja hänellä on mahdollisuus saada ainakin vähimmäismäärä tukea ja kontakti, kun varsinainen terapeutti ei ole saatavilla.

Arkielämän riippuvuus on oma lukunsa. Vaikka potilaat voivatkin haluta terapeutin pitävän heistä ’huolta’, todellisuudessa potilaiden on kyettävä elämään elämänsä terapian ulkopuolella. Joillakin potilailla on kuitenkin terapiaan tullessaan niin pakottavia tarpeita, kuten kunnollisen asuinpaikan, vaatteiden, ruoan, työn ja rahan puute, fyysisiä sairauksia, vakavaa päihteiden väärinkäyttöä jne., että riippuvuus saa kirjaimellisemman sävyn. Jotkut terapeutit ovat taitavia sosiaalityössä ja voivat ennen terapiaa tukea potilasta ohjaamalla häntä avun pariin esimerkiksi yömajaan, työvoimapalveluihin, ruokapankkeihin jne. Muut terapeutit saattaisivat ohjata tällaisen potilaan mielenterveystoimiston sosiaalityöntekijän luo ja pitää sosiaali- ja terapiatyön erillisinä. Missään tapauksessa terapeutti ei kuitenkaan saa alkaa suoraan huolehtia potilaasta esimerkiksi etsimällä hänelle töitä, antamalla hänen asua terapeutin kotona, antamalla hänelle rahaa tms. Tällaiset perustarpeet täytyy olla tyydytetty, ennen kuin terapia voi alkaa.

Jonkinlainen stabiili tila ja integrointikapasiteetti tulee olla saavutettu ennen toisen terapiavaiheen työskentelyä. Vasta-aiheita toiselle terapiavaiheelle on käsitelty laajasti toisaalla (Boon, 1997; Steele & Colrain, 1990; Van der Hart & Boon, 1997; Van der Hart, Steele, Boon & Brown, 1993).

Vaihe 2: Traumaattisten muistojen käsittely. Tämä vaihe voi alkaa, kun potilaan tila on stabiili ja hänellä on riittävästi integrointikapasiteettia alkaakseen traumatyöskentelyn. Traumaattista

muistoa käsitellään monessa vaiheessa (Van der Hart ym., 1993): (1) *valmistelu*, johon kuuluu huolellinen suunnittelu; (2) *synteesi*: traumamuiston komponentteihin liittyvän dissosiaation purkaminen ja sen kertomuksen aloittaminen, joka lopulta kattaa kaikki persoonallisuudet. Tiettyjen muistojen, tai muiston osien, yhdistäminen on *suunniteltu tapahtuma* joka tapahtuu yhden tai useamman istunnon aikana; ja (3) *oivaltaminen ja integraatio*. Tämä viimeinen vaihe on paljon enemmän prosessisuuntautunut ja kestää jonkin aikaa. Tärkeintä on ottaa ANP:t, ts. arkielämän haasteisiin vastaavat persoonallisuudet, mukaan tähän työskentelyyn. Kyseinen persoonallisuus (tai DID-tapauksissa 'persoonat') välttää ja pelkää traumaa, ja terapeutti voi tehdä helposti sen virheen, että hän alkaa traumatyöskentelyn EP:ien kanssa ja jättää ANP:t siitä erilleen. Toisinaan on kuitenkin aikoja, jolloin synteesiä ja eritasoisia oivalluksia ilmaantuu EP:issa, esimerkiksi kun useita defensiivisiä alajärjestelmiä integroituu, ennen kuin ANP:n kanssa työskennellään trauman käsittämiseksi.

Riippuvuus voi tulla kyseisenä aikana paljon voimakkaammaksi. Siihen on monta syytä. Ensinnäkin on "traumapotilaan kipeä halu saada todistaja ihmistenväliselle vahingonteolle" (Dalenberg, 2000, s. 228). Jossain vaiheessa synteesin jälkeen jakamisen tarpeesta tulee pakottava, kun suhde on saatu hyvin muodostettua. Potilas tarvitsee terapeuttia todistajakseen (Laub & Auerhahn, 1989; Van der Hart & Nijenhuis, 1999), eli terapeutin täytyy olla jatkuvasti aidosti läsnä ja olla aktiivinen kuuntelija/osallistuja ei ainoastaan ajatuksineen vaan sydämineen. Sellainen kontakti tekee terapeutista "tarvetta välittävän objektin" (Cohen, 1985, s. 180), josta tulee silta trauman maailmasta, jossa tarpeet olivat hirvittäviä ja kuolemanvaarallisia, maailmaan, jossa tarpeita ei voida ainoastaan säädellä vaan myös täyttää.

Toiseksi, potilailla on krooninen taipumus kokea uudelleen traumatilanteiden avuttomuus, hämmennys ja kaaos, jolloin menetetään synteesiä tekevät ja organisoivat kyvyt. Kun traumaa lähestytään, eri EP:t tuovat esiin näitä piirteitä. Terapeutin täytyy tarjota ulkoapäin ankuri, suunta, tuki ja ohjaus, jotta tällaiset kokemukset voidaan integroida eivätkä ne enää tunkeudu irrallisina. Potilaat myöskin kokevat menneisyytensä syvät riippuvuuden ja kiintymyssuhteen tarpeet, joita usein kuvaillaan lähes sietämättömiksi ja loputtomiksi. Terapeutin täytyy olla tiukasti nykyhetkessä ollakseen todistajana ja tukeakseen potilasta tämän kokiessa, ei ainoastaan menneisyyttä, vaan nykyisyyttä, jossa nyt *on* kiintymyssuhde ja apua. Se tukee vähitellen potilasta tuskallisessa ja väistämättömässä surutyössä, joka on tehtävä mutta jota ei voida tehdä aivan yksin.

Kolmanneksi, ANP:t kieltävä kiihkeästi traumaattiset muistot sekä selvästi erottuvat, traumaan liittyvät ärsykkeet, kuten ulkoiset laukaisevat tekijät, erityisesti traumaan liittyvät mielensisällöt ja EP:t. Trauman pelkoa ja välttämistä kutsutaan *traumaattisen muiston peloksi*. Potilas kokee asiasta puhumisen äärimmäisen ristiriitaisena ja turvautuu terapeuttiin saadakseen rauhallisen ja vaiheittain etenevän lähestymistavan traumaattiseen materiaaliin.

Kun traumaattista muistoa lähestytään, ANP kokee sen uhkaavana. Uhka nostaa ensin esiin kiintymyssuhteen tarpeen, ja kiintymyssuhteen voimistuneita, turvattomia muotoja esiintyy suhteessa sekä terapeuttiin että turvattoman kiintymyssuhteen ilmenemismuotoja suhteessa väärintekijään, mikä jälleen herättää *kiintymyssuhteen pelkoja*. Voimistunut turvaton kiintymyssuhde terapeuttiin voi näyttäytyä voimakkaana hylätyksi tulemisen pelkona, pelkona että potilasta pidetään trauman paljastuttua vastenmielisenä, terapeutin 'saastuttamisen' pelkona, syytetyksi tulemisen pelkona, pelkona että jotain kauheaa tapahtuu terapeutille jne. Turvaton kiintymyssuhde väärintekijää kohtaan voi näyttäytyä horjuvana uskona tapahtuneisiin asioihin, voimakkaana syyllisyytenä väärintekijän "pettämisenä", lisääntyneenä itsevihana, häpeänä ja itsesyytöksinä väärintekijän minimoimiseksi pahana objektina, voimakkaana kertomisen pelkona, samastumisena väärintekijään, väärintekijän

idealisoiminen, voimakkaana haluna nähdä tai puhua väärintekijän kanssa (jota tulisi käsitellä mutta ei estää) ja voimakkaina fantasioina (joita jotkut EP:t voivat esittää totena) ideaaliperheestä.

Terapeutin on aloitettava työskentely traumatisoituneiden EP:ien kanssa, jotka ovat tähän asti olleet säilöttyinä (contained). On tärkeää huomata, että monet EP:t eivät ole kiintymyssuhde- vaan *defenssipohjaisia*. On äärimmäisen tärkeää, että EP:t ja ANP(t) muodostavat vähitellen turvallisemman kiintymyssuhteen toisiinsa. Muutoin fantasia terapeutista pelastajana voi voimistua rakentuvan liitoutuman myötä. Kiintymyssuhde terapeuttiin ei siten ole ensimmäinen interventio defensiivisten EP:ien kanssa. Sen sijaan EP:ia täytyy ensin auttaa luomaan yhteyden muihin EP:iin defensiivisen toimintajärjestelmän puitteissa. Esimerkiksi alistuva EP ja taisteleva EP voidaan laittaa työskentelemään yhdessä saadakseen aikaan sisäistä empatiaa kumpaakin näkökantaa kohtaan ja muokataksien toinen toistensa jyrkkää kantaa antamalla toisenlaisia taitoja. Silloin aikaisemmin jumiutuneiden EP:ien joukossa kehittyy joustoa. Kun ne suuntautuvat yhä enemmän nykyisyyteen, tarve defensiiviselle toiminnalle vähenee. Kun puolustusjärjestelmä itsellään on tullut integroituneemmaksi, riippuvuuskykyä voidaan vähitellen ottaa esiin.

Suuntautuminen nykyisyyteen, kognitiivisten vääristymien korjaaminen, itsen vahingoittamisen tunteiden ja impulssien säilyminen ja säätely, vähittäinen ja jatkuva kiintymyssuhde työskentely kaikkien EP:ien ja ANP:ien kanssa, ANP:ia, EP:ia ja väärintekijöitä koskevien hyvä/paha – lohkosten välttäminen, traumaattisen vihan työstäminen ja välttämisen ja dissosiaation ennaltaehkäiseminen ajoittamalla terapiaa potilaan sietokyvyn mukaisesti (toisinaan palaamalla vaiheeseen 1) on olennaisen tärkeää. Nämä interventiot eivät ainoastaan mahdollista turvallista ja toimivaa terapiaa, vaan vähentävät potilaan edestakaista liikettä riippuvuuden suhteen.

Traumaattisten muistojen prosessoimiseen tähtäävät erityiset interventiot jäävät tämän artikkelin aihealueen ulkopuolelle, mutta katsauksen niihin tarjoavat monet muut julkaisut (vrt. Brown, Scheflin & Hammond, 1998; Chu, 1998; Courtois, 1999; Davies & Frawley, 1994; Kluft, 1997; Steele & Colrain, 1990; Steele ym., painossa, Van der Hart ym., 1989; Van der Hart ym., 1993).

Vaihe 3: Persoonallisuuden (uudelleen)integroituminen ja kuntoutuminen. Kolmannen vaiheen alussa riippuvuus on yleensä hyvin voimakasta, ja se vähenee vähitellen potilaan kyetessä ylläpitämään korkeaa integrointikapasiteettia ja elämään normaalia elämäänsä uusien selviytymiskeinojen ja ihmissuhteiden avulla. Usein syvällisempään, vakavaan laiminlyöntiin liittyvään työskentelyyn ryhdytään tässä vaiheessa, koska vasta terapisuhteen ollessa hyvin stabiili ja turvallinen tällainen tuskallinen materiaali voi nousta esiin siedettävänä. On myös varsin yleistä, että uusia, dissosioituja traumoja tulee esiin, kun potilaan integrointikapasiteetti pysyy paremmin yllä. Tällöin on syytä palata toiseen terapiavaiheeseen.

Riippuvuus nousee esiin suhteessa erilaisiin pelkoihin, joihin kiinnitetään huomiota kolmannessa vaiheessa. Ensinnäkin, *normaalin elämän pelko*, joka johtuu voimakkaasta rajoittamisesta, mikä puolestaan liittyy traumaattisten ärsykkeiden välttämiseen ja kyvyttömyyteen sopeutua suureen määrään erilaisia, monimutkaisia kokemuksia ja integroida niitä, luo potilaalla luonnollisen halun takertua terapeuttiin sen sijaan, että hän kokisi normaalia elämää. Tässä vaiheessa puolustusjärjestelmän ja siihen liittyvien EP:ien tulisi olla vähäisemmin aktivoituneina, jolloin jää enemmän tilaa normaalien arkielämän järjestelmien aktivoitumiselle, mikä johtaa normaalimpaan ja tasapainoisempaan elämään. Terapeutin jatkuva tuki turvallisena kiintymyssuhdehahmona on suunnattoman tärkeä sallien emotionaalisen riippuvuuden, joka saa potilaan vakuuttumaan, että terapeutti on vaikeuksien tullen käytettävissä.

Potilas kamppailee terapeutin jättämisen pelkojensa kanssa, mikä nostattaa jälleen riippuvuutta. Terapeutin tulisi rohkaista potilasta altistautumaan vähitellen uusille tilanteille, joissa sopeutumista ja oppimista voi tapahtua (johon liittyy tutkimisjärjestelmän aktivoitumista), ja olla aidosti kiinnostunut potilaan kokemuksista ja vaikeuksista. Siten potilas kokee terapeutin ”jättämisen” vähitellen ja palaten turvallisesti takaisin turvapesään.

Normaalin elämän pelko liittyy *terveellisen riskinoton ja muutoksen pelkoon*. Trauman ratkeaminen on olennaista tämän pelon purkamisen kannalta, koska muutoksen alkaminen ja riskiin liittyvät tunteet usein aktivoivat puolustusjärjestelmän, jolloin muutos nähdään suurena uhkana. Tilanne voi helposti tuntua potilaasta ylitsikäymättömältä, ja hän kääntyy riippuvaisena terapeutin puoleen. Tässä vaiheessa terapiaa terapeutti tukee potilasta tämän työstäessään uhkaa ja jatkaessaan edelleen tervettä riskinottoa. Sen lisäksi korjataan muutokseen liittyviä kognitiivisia vääristymiä (esim. muutos on vaarallista, ei-siedettävissä olevaa, tekee avuttomaksi ja kyvyttömäksi). Harjoittelu, vähittäiset kokeilut, tietoisuus läpi terapian tapahtuneista, turvallisista muutoksista ja jatkuva henkisen ponnistelun tukeminen ovat tärkeitä interventioita. Potilaan hankkiessa yhä enemmän taitoja ja kompetenssia, turvaton riippuvuus väistyy vähitellen turvallisemman riippuvuuden tieltä, ja kuvaan tulee ihmisten välinen riippuvuus ja itsenäisyys, vaikkakin usein pitkän ajan kuluessa.

Lopuksi, jäljellä on vielä tarve voittaa *läheisyyden pelko*: tämä on ehkä onnistuneen terapian hui-pentuma, koska se vaatii kaikkien toimintajärjestelmien integroitumista, joustavuutta ja sopeutumista sekä korkeinta, pysyvää integrointikapasiteettia. Terveessä parisuhteessa riippuvuuden tulisi olla turvallista. Läheisyyden pelkoa on käsitelty jo pitkälti terapiasuhteen puitteissa, joissa on kehittynyt suhteellisen turvallinen kiintymys. Potilaan täytyy kuitenkin ymmärtää, että hänen kykynsä olla läheisessä suhteessa ei rajoitu ainoastaan terapeuttiin, vaan sitä voidaan käyttää muiden kanssa omassa arkielämässä, jossa riskit ja epävarmuus ovat suuremmat. Potilas voi jälleen takertua terapeuttiin ja välttää läheisyyttä muiden ihmisten kanssa. Jälleen kerran terapeutti sallii riippuvuuden ja käyttää edelleen sitä potilaan puolesta, jotta tämä voisi tuen turvin jatkaa eteenpäin.

Lopulta riippuvuuskysymysten tulisi olla ratkaistu siinä määrin, että potilas kokee riippuvuuden ainakin enimmäkseen turvallisiksi. Yleensä istuntoja on jo harvemmin, kriisipuhelut ovat loppuneet ja potilas elää täysin normaalielämäänsä. Terapeuttia saatetaan silti tarvita olemassaolevana turvapesänä. Kolmannen terapiavaiheen loppuosasta on olemassa monia variaatioita. Jotkut potilaat ovat valmiita jatkamaan matkaansa ja päättämään terapian, jotkut tarvitsevat satunnaista kontaktia ja toiset tarvitsevat säännöllistä, tukea-antavaa kontaktia terapeuttiin. Kukin niistä on mahdollinen potilaan tarpeista ja toimintatasosta riippuen.

Vastatransferenssi ja riippuvuus

Vastatransferenssia traumapotilaiden kanssa työskenneltäessä on käsitelty syvällisesti useissa loistavissa teoksissa, ja jokaisen klinikon tulisi lukea ne huolellisesti läpi (vrt. Courtois, 1999; Dalenberg, 2000; Davies & Frawley, 1994; Figley, 1995; Kluft, 1994; Loewenstein, 1993; Pearlman & Saakvitne, 1995; Tauber, 1998; Wilson & Lindy, 1994). Käytännöllisesti katsoen kaikissa traumaa, sen eri muodot mukaan luettuina (esim. kidutus, sota, raiskaus, luonnonmullistukset, työpaikkaväkivalta, kansanmurha, lapsen kokema väkivalta), koskevissa julkaisuissa mainitaan vastatransferenssi ja painotetaan sen keskeistä roolia terapiassa. On olemassa myös lukuisia ’klassisia’ teoksia transferenssista ja vastatransferenssista, jotka ovat myös hyvin suositeltavia luettavia, mutta jäävät tässä tilan puutteen vuoksi luettelematta.

Taulukossa 2 kuvaillaan terapeutin sekaantuvaa (enmeshed), etäännyvää ja tasapainoista vastatransferenssiasemaa. Nämä asennoitumiset eivät ole terapeuttien pysyviä ominaisuuksia, vaan voivat vaihdella varsin paljon samalla terapeutilla saman terapian eri vaiheissa tai eri potilaiden kanssa.

Taulukko 2: Vastatransferenssipositiot suhteessa riippuvuuteen*

Sekaantuva	Etäännyvä	Tasapainoinen
<p>Liiallinen samastuminen</p> <p>Avuttomuus, toivottomuus</p> <p>Pyrkimyksiä kontrolloida omaa sisäistä ahdistusta ”fiksoimalla” potilaan tarve</p> <p>Sääli/sympatia</p> <p>Terapeutin ratkaisemattomat riippuvuustarpeet ja sijaistyydytys potilaan tarpeiden täyttämisestä</p> <p>Refleksiivinen reagoiminen potilaan tarpeeseen sillä hetkellä</p> <p>Rajaloukkaukset</p> <p>Heikot ja epäjohdonmukaiset rajat</p> <p>Potilaan riippuvuuskonfliktien jättäminen prosessoimatta</p> <p>Kyvytön kestäämään potilaan vaatimusten voimaa ja pyrkii vastaamaan niihin</p> <p>Osallistuminen potilaan arkielämään konkreettisella tavalla (esim. lainaamalla potilaalle rahaa)</p> <p>Riippuvuuden seksualisoituminen</p> <p>Kyvttömyys asettaa riippuvuuteen liittyviä terapeutteja tavoitteita</p> <p>Edistää äärimmäisen regression syntymistä potilaalla ja toisinaan terapeutissa</p>	<p>Potilaan tarpeiden sivuuttaminen ja kieltäminen</p> <p>Avuttomuus, toivottomuus</p> <p>Inho, häpeä, pelko, viha</p> <p>Terapeutin ratkaisemattomat riippuvuustarpeet</p> <p>Terapian intellektualisoiminen</p> <p>Häpeän tuottaminen tai potilaan estäminen ilmaisemasta tarvetta</p> <p>Liiallisen jäykät ja/tai rankaisevat rajat; liikaa rajoituksia</p> <p>Välttää refleksinomaisesti potilaan tarpeen sillä hetkellä</p> <p>Potilaan riippuvuuskonfliktien jättäminen prosessoimatta</p> <p>Kyvytön kestäämään potilaan vaatimusten voimaa ja vetäytyy ja/tai rankaisee</p> <p>Ei osallistu riittävässä määrin potilaan arjen elämisen vaikeuksiin</p> <p>Riippuvaisen ottaminen seksuaalisen hyväksikäytön kohteeksi</p> <p>Kyvttömyys asettaa riippuvuuteen liittyviä terapeutteja tavoitteita</p> <p>Edistää äärimmäisen riippumattomuuden syntymistä potilaalla ja toisinaan terapeutilla (esim. ei</p>	<p>Reflektiivinen ajattelu, konsultointi ja asianmukaiset rajat ihmisten välillä</p> <p>Empatia</p> <p>Ei-hätäinen reagoiminen potilaan hätäisyyteen, silti välittäen ja empaattisesti virittäytyen potilaan ahdistukseen</p> <p>Rajojen ”ylittäminen”, ts. joustavat rajat, joita harkitaan ja prosoidaan huolellisesti ennen muuttamista</p> <p>Empaattinen virittäytyminen potilaan tiloihin</p> <p>Tietoisuus vastatransferenssiseikoista</p> <p>Sallii voimakkaan riippuvuuden ”välittämällä potilaasta” pikemminkin kuin ”välittämällä potilaan puolesta”</p> <p>Erottaa toisistaan riippuvuuden terapeutista terapiassa ja riippuvuuden terapeutista arkielämässä</p> <p>Prosessoi riippuvuuskyymyksiä potilaan kanssa puhumalla aina kun se on tarpeellista</p> <p>Kyky erottaa toisistaan turvaton ja turvallinen riippuvuus</p>

<p>Kyvytön vastaamaan potilaan tarpeisiin terapeuttien interventioiden avulla</p> <p>Kyvyyttömyys erottaa toisistaan turvaton ja turvallinen riippuvuus</p>	<p>konsultoi kollegoita tai hae tukea)</p> <p>Kyvytön vastaamaan potilaan tarpeisiin terapeuttien interventioiden avulla</p> <p>Kyvyyttömyys erottaa toisistaan turvaton ja turvallinen riippuvuus</p>	
---	--	--

* Lähteenä osittain Wilson & Lindy, 1994

On selvää, että traumatisoitujen potilaiden riippuvuuden voimakkuus ja vaatimukset tekevät prosessista terapeutille vaikean, uuvuttavan ja haastavan. Usein lähellä sydäntä olevia terapeuttisia viitekehyskäytäntöjä on muokattava. Henkilökohtaisten ja terapeuttisten rajojen risteyskohdassa on käytävä vähän väliä. Vahvinta empatiaa verotetaan rankasti, ja kärsivällisyys on koetuksella. Terapeutin kokemat voimakkaat surun, toivottomuuden, hämmennyksen, hellyyden, rakkauden, vihan, raivon ja halveksunnan tunteet täytyy säilöä ja prosessoida. Terapeutin täytyy jatkuvasti työskennellä pitääkseen integrointikapasiteettinsa mahdollisimman hyvällä tasolla. Terapeutille olennaisen tärkeää on kyky ylläpitää samanaikaisesti johdonmukaista ja luotettavaa kiintymyssuhdetta ja terapeuttisia rajoja ilman, että niissä tapahtuu suurempaa horjumista, koska epäjohdonmukaisuus lisää riippuvuutta. Sekaantuvan ja etäännyvän vastatransferenssin muodot voivat kumpikin vaikuttaa kielteisesti jatkuvuuteen/johdonmukaisuuteen ja kiintymyssuhdeturvallisuuteen. On erittäin vaikeaa ylläpitää pysyvää tasapainoa ”riittävän hyvässä” turvallisessa kiintymyssuhteessa sekaantumatta tai etäännyttä. Terapeutit ovat ihmisiä; he menettävät tasapainonsa. Olennaiset periaatteet menestykseen ovat (1) sellaisten tilanteiden varhainen tunnistaminen, jotka vievät helposti terapeuttia liian kauas suuntaan tai toiseen, (2) kyky päästä nopeasti jälleen terapeuttiseen tasapainoon, nöyränä ja rehellisenä ja (3) kyky pysyä maltillisissa rajoissa suhteessa sekaantuvaan ja etäännyvään vastatransferenssikäyttäytymiseen, ts. ettei eksy liian kauas jatkumon kumpaankaan päähän, jolloin terapialle syntyy vahinkoa, jota ei voi korjata. Sekaantuvalla ja etäännyvällä vastatransferenssilla voi kummallakin olla negatiivinen vaikutus johdonmukaisuuteen ja luotettavuuteen. Kumpikin vastatransferenssin muoto voi olla yhtä vahingollisia, jos terapeutti toimii niiden mukaisesti. Tässä yhteydessä on syytä huomauttaa, että hoitotiimeistä, työnohjauksesta ja konsultoinnista on etua. Vastatransferenssin voimakkuuden vuoksi on kuitenkin olemassa mahdollisuus, että hoitotiimi osallistuu potilaan kanssa rinnakkaisiin prosesseihin, mikä luo umpikujia. Tällaisissa tapauksissa ulkopuolinen konsultointi, joka voi objektiivisesti tarkkailla tiimin prosessia, on yleensä avuksi.

Johtopäätökset

Dalenberg (2000) on sanonut, että ”rohkaistessamme kiinteiden ja toisinaan regressiivisten ja riippuvaisten suhteiden kehittymistä helpottaaksemme transferenssin ja sitä kautta syvällisemmän muutoksen syntymistä, lupaamme tavallaan samalla kunnioittaa sen kiintymyssuhteen syvyyttä ja koetua ’hengen pelastavaa’ ominaisuutta” (s. 189-190). Tämän artikkelin tarkoituksena on ollut ymmärtää ja kunnioittaa riippuvuutta välttämättömänä osana elämää ja ymmärtää riippuvuuden ääripäitä, jotka ovat osa traumasta ja laiminlyömisestä johtuvaa turvatonta kiintymyssuhdetta, ja riippuvuuden keskeistä osaa psykoterapiassa. Huolimatta riippuvuutta ympäröivästä hämmennyksestä ja kielteisyydestä, se on selvästi läsnä kaikkialla traumatisoitujen potilaiden terapioissa. Olemme luoneet katsauksen käsitteisiin ja esittäneet erityisen metateorian, rakenteellisen dissosiaation teorian,

joka klinisen kokemuksemme mukaan auttaa ymmärtämään ja hoitamaan turvatonta riippuvuutta. Erilaisia interventioita on käsitelty vaihesuuntautuneen hoitomallin puitteissa, jota voidaan käyttää mistä tahansa teoreettisesta lähestymistavasta käsin. Erilaisia riippuvuuden ilmentymiä ja niihin liittyvää vastatransferenssia on kuvailtu.

Riippuvuus on silti edelleen jokseenkin vaikeasti määriteltävä ja heikosti ymmärretty ilmiö, eikä sen täsmällisestä määritelmästä ja suhdetta kiintymykseen ole syntynyt yksimielisyyttä. Siksi tässä artikkelissa esitettyjä käsitteellisiä määritelmiä tulisi pitää alustavina. Psykoanalyttisellä ja objektiivisuhdekirjallisuudella on riippuvuuden kannalta paljon annettavaa, mutta se ei ota huomioon rakenteellisen dissosiaation roolia kiintymyssuhteessa ja riippuvuudessa. Johtuen monien kroonisten traumapotilaiden monimutkaisesta rakenteellisesta dissosiaatiosta, siihen sisältyvine, ristiriitaisine kiintymyssuhdetyyleineen, tämä terapian dimensio on myös otettava huomioon. Tähän pyrittiin kuvailemalla rakenteellisen dissosiaation teoriaa ja vaihesuuntautunutta traumaterapiaa. Lisäksi riippuvuuden patologisoiminen suuressa osassa kliinistä kirjallisuutta estää ymmärtämästä paremmin riippuvuuden roolia ja hoitoa traumatisoituneilla potilailla. Tämä artikkeli on noudattanut sellaisen kirjallisuuden linjoja, jossa riippuvuudella katsotaan olevan sekä positiivisia että negatiivisia puolia. Toivomme, että tämä artikkeli kirvoittaa riippuvuutta koskeviin lisätutkimuksiin ja keskusteluun sekä kipeästi tarvittavan, teoreettisesti perustellun kroonisesti traumatisoituneiden potilaiden riippuvuuden hoito-ohjeiston kehittämiseen.