



## Trauman ruumiillisuudesta psykoterapiassa

Traumatisoituneen ihmisen psykoterapiassa ruumiillisuuden huomioiminen on välttämätöntä. Viime vuosina kiinnostus on ollut usein trauman hoitoon kehitetyissä tekniikoissa ja psykoanalyttinen näkemys traumasta on jäänyt taka-alalle. Psykoanalyttinen ajattelu voi kuitenkin auttaa valottamaan herkästi syrjään jääviä ja usein vaikeasti sanallistettavia ilmiöitä, jotka liittyvät traumaan ja ruumiillisuuteen. Näiden ilmiöiden ymmärtämisen tulisi olla erilaisten tekniikoiden soveltamisen perusta. Tämän katsausartikkelin tavoite on erityisesti psykoanalyttista kirjallisuutta tutkimalla etsiä teoreettisia perusteita sille, kuinka lähestyä traumaa ja siihen liittyviä ruumiin reaktioita osana psykoterapiaprosessia. Psykoanalyttisen teorian valossa pyritään arvioimaan myös tekniikan merkitystä trauman hoidossa. Psykoanalyttisessa kirjallisuudessa trauma nähdään tapahtumana, jossa ihminen on jäänyt yksin itseltäänkin ylivoimaisten kokemusten armoille. Ruumiin oireiden voidaan tällöin nähdä suojaavan suorastaan henkeä uhkaavalta hädältä. Trauma irrottaa herkästi tietoisesta mielen ruumiin tuntemuksista. Psykoterapiassa ruumiin reaktiot tarjoavat mahdollisuuden palauttaa katkennut yhteys minuuteen ja todellisuuteen, mikä on kaiken muun psykoterapiatyöskentelyn perusta. Parhaimmillaan teoria ja eri tekniikat voivat auttaa potilaan aidossa tavoittamisessa ja näin lisätä integraatiota, pahimmillaan ne taas voivat toimia älyllisenä suojana ja johtaa eristäytymisen lisääntymiseen.

**Avainsanat:** trauma, ruumiillisuus, dissosiaatio, sisällyttämiskyky, psykoanalyttinen, psykoterapia, vakauttaminen, mindfulness

### JOHDANTO

Traumaattiset kokemukset koskettavat lähes jokaista. On laskettu, että länsimaiden väestöstä 35–90 prosenttia kohtaa elämänsä aikana tilanteen, joka voidaan nähdä traumatisoivana (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä, 2020). Yksittäisten traumaattisten tapahtumien lisäksi suurimman osan ihmisistä on arvioitu altistuvan erilaisille kehityksellisille traumoille lapsuutensa ja nuoruutensa aikana (van der Kolk, 2014/2018; deMause, 2002). Tämä voi tarkoittaa esimerkiksi lapsen kohdistuvaa väkivaltaa tai laiminlyöntiä. Trauman tuhoisien seurauksien on arvioitu vaikuttavan ja kertautuvan yksilön ja yhteiskunnan

eri tasoilla vielä kauan sen jälkeen, kun ylivoimainen kokemus on ohi (Bohleber, 2010; Ikonen & Rechart, 2012; van der Kolk, 2014/2018; deMause, 2002).

Virallisissa tautiluokituksissa (DSM-5; ICD-10) on jo pidempään tunnettu traumaperäinen stressihäiriö (engl. *posttraumatic stress disorder*, PTSD) kuvaamassa ihmisen reaktiota poikkeuksellisen uhkaavaan tai katastrofaaliseen tapahtumaan (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2016). Dissosiaatiohäiriödiagnoosin (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2016) voidaan puolestaan nähdä ilmentävän pitkäaikaisen varhaisen traumatisoitumisen seurauksia (van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2009; Lauerma, 2002, 2017; Suokas-Cunliffe & van

der Hart, 2006). Dissosiaatiohäiriöissä keskeistä on tietoisuuden, muistin, identiteetin tai havaintojen integraation hajaannus (Lauerma, 2017). Aiemmin dissosiaatiohäiriöstä käytettiin hysteerinen neuroosi -nimitystä (Lauerma, 2017). Myös monien muiden psykiatristen diagnoosien takana arvioidaan usein olevan eriasteista traumatisoitumista (Ellilä, 2015; van der Kolk, 2014/2018; Leuzinger-Bohleber, 2015). Psykiatristen ongelmien lisäksi traumaattisten kokemusten on havaittu olevan yhteydessä moniin somaattisiin sairauksiin (Boscarino, 2008; Scott ym., 2013). Traumaperäisen stressihäiriön on huomattu muun muassa lisäävän riskiä kuolla sydän- ja verisuonitauteihin (Boscarino, 2008). Neurologisissa tutkimuksissa traumatisoitumisella on havaittu olevan moninaisia vaikutuksia esimerkiksi HPA-akselin, amygdalan ja hippokampuksen toimintaan (ks. esim. Ellilä, 2015; Höijer, 2015; Ogden, Minton & Pain, 2006/2009). Esimerkiksi kaltoinkohtelua tai laiminlyöntiä kokeneilla lapsilla amygdalan on huomattu olevan normaalia isompi ja aktiivisempi (Tottenham, 2012). Mitä varhaisempia ja pitkäkestoisempia nämä traumaattiset kokemukset olivat, sitä suurempia muutoksia havaittiin amygdalan koossa ja toiminnassa (Tottenham, 2012).

Trauman ja ruumiin reaktioiden yhteyksien tutkiminen juontaa juurensa 1800-luvulle, jolloin Jean-Martin Charcot tutki hysterian ja trauman välistä yhteyttä (Cassullo, 2019). Hänen oppilaitaan olivat Pierre Janet ja Sigmund Freud, jotka molemmat paneutuivat alkuun hysterian tutkimiseen (Cassullo, 2019). Janet kehitti traumasta, dissosiaatiosta, persoonallisuuden jakautumisesta ja toiminnan merkityksestä teoriaa, minkä kuvataan vaikuttaneen laajalti muun muassa nykyiseen traumapsykoterapiaviitekehykseen ja kehollisiin traumaterapioihin samoin kuin psykoanalyysiin, käyttäytymisterapiaan ja kognitiivisen terapian ajatuksiin trauman hoidosta (van der Hart, Brown & van der Kolk, 2019; van der Hart & Friedman, 2019; Heim & Bühler, 2019; Liotti & Liotti, 2019; Meares & Barral, 2019; Mucci, Craparo & Lingardi, 2019; Ogden, 2019). Myös Freud paneutui uransa alkuaikana traumaan ja näki ruumiin reaktiot symbolisena ilmaisuna liian vaikealle kokemukselle (Breuer & Freud, 1893–1895). Ruumiillisuus oli kautta linjan Freudin ajattelun

lähtökohta (ks. esim. Lehtonen, 2012). Esimerkiksi minuuden perustan Freud näki ruumiissa, mitä Freud (1923) kuvasi ruumisminä-käsitteellä. Ensimmäisen maailmansodan jälkimainingeissa trauma alkoi näkyä Freudin teksteissä yhä enemmän ja Freud (1920) kuvasi traumatisoitumisen aiheutuvan sitomattoman energian tulvasta mieltä suojaavan ärsykesuojan murtumisen seurauksena. Freud (1920) huomasi, että onnettomuus- tai sotatilanteessa syntynyt fyysinen vamma näyttää suojaavan traumatisoitumiselta sitoessaan energiaa ja antaessaan sille muodon (ks. myös Ikonen & Rechart, 2012). Myöhemmin psykoanalyttinen teoria traumasta ja sen ruumiillisuudesta on kehittynyt paljon. Esimerkiksi Winnicott (1974), Thomas H. Ogden (1989), McDougall (1989/2000) ja Leuzinger-Bohleber (2008, 2015) ovat laajentaneet ymmärrystä traumasta ja sen ruumiillisuudesta. Leuzinger-Bohleber (2008, s. 1 175) on jopa todennut ruumiin tarjoavan ”kuningastien varhaisen traumatisoitumisen ymmärtämiseen”.

Traumaa voidaan lähestyä monista viitekehyksistä käsin, ja useita tekniikoita on kehitetty trauman seurauksien hoitamiseksi. Traumaperäisen stressihäiriön Käypä hoito -suosituksissa (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä, 2020) todetaan muun muassa traumakeskeisen kognitiivisen käyttäytymisterapian, EMDR:n (*eye movement desensitization and reprocessing*) ja narratiivisen altistusterapian olevan todennäköisesti tehokkaita PTSD:n hoidossa. Pierre Janetin ajatuksiin ja persoonallisuuden rakenteellisen dissosiaation malliin pohjautuva traumapsykoterapiaviitekehys on saanut jalansijaa julkisessa terveydenhuollossa, ja laajalti käytössä on esimerkiksi vakauttamiseen pohjautuva taito-ohjelma (Boon, Steele & van der Hart, 2011; van der Hart ym., 2009; Steele, van der Hart & Nijenhuis, 2005). Sitä käytetään erityisesti pitkäaikaisen varhaisen traumatisoitumisen seurauksena syntyneiden häiriöiden hoitoon. Viime vuosina liiallinen kieleen keskittyminen psykoterapiassa on saanut osakseen kritiikkiä ja reaktiona tähän on syntynyt lukuisia kehoppainotteisia psykoterapiasuuntauksia. Tunnettuja ovat esimerkiksi Peter Levinen (1997/2008) somaattisen kokemuksen terapia, Babette Roth-

schildin (2000) somaattinen traumaterapia sekä Pat Ogdenin tutkimusryhmineen (2006/2009) kehittämä sensorimotorinen traumaterapia. Viimeksi mainittu pohjautuu persoonallisuuden rakenteelliseen dissosiaation malliin ja on näin lähellä traumapsykoterapiaviitekehystä.

Dissosiaatiohäiriön hoidosta ei ole selvää tieteilistä näyttöä (Brand, 2012; Lauerma, 2002). Sen hoitaminen on usein hyvin vaativaa (Garland, 2002a; van der Hart ym., 2009). Lauerma (2002) arvioi, että hoitomuotoa oleellisempaa hoidossa olisi potilaan luottamus terapeutiin ja terapeutin rauhallisen hyväksyvä, myötälävä ja hätäantymätön suhtautuminen. Vaikeiden häiriöiden hoidossa psykoanalyttisen psykoterapian on huomattu olevan erityisen tuloksellista (Keinänen & Takalo, 2011; Leichsenring & Rabung, 2008). Psykoanalyttisen psykoterapian hoitovaikutusten on havaittu säilyvän hoidon jälkeen ja jopa paranevan, mitä ei ole muiden hoitomuotojen osalta toistaiseksi samalla tavalla todennettu (Leuzinger-Bohleber ym., 2019; Lindfors, Knekt, Heinonen, Härkänen & Virtala, 2015; Shedler, 2010). Empiiristen tutkimusten pohjalta psykoanalyttisen viitekehksen yksi keskeinen vaikutusmekanismi näyttää olevan turvallisen kiintymyssuhteen kehittyminen, mikä mahdollistaa esimerkiksi mentalisaatiokyvyn lisääntymisen (Levy ym., 2006). Mentalisaatiolla tarkoitetaan prosessia, jossa pyritään pääsemään selville omasta ja toisen mielestä (Bateman & Fonagy, 2013). Mentalisaatiokyky mahdollistaa oman ja toisen kokemuksen pohtimisen, mitä kutsutaan myös reflektiokyvyksi (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002).

Viime vuosina huomio on kiinnittynyt herkästi trauman hoitoon kehitettyihin tekniikoihin ja psykoanalyttinen näkemys traumasta on jäänyt taka-alalle. Niin tärkeää kuin onkin saattaa trauman hoitoon liittyviä näkökohtia mahdollisimman selkeään muotoon, samalla voi kuitenkin olla vaarana trauman hoidon liiallinenkin teknistyminen traumaan liittyvien yksilöllisten sisäisten prosessien ymmärtämisen kustannuksella. MacIntosh (2016) on kritisoinut traumapsykoterapiaviitekehystä jäykkyydestä ja elävyyden puutteesta traumatisoituneiden ihmisten hoitamisessa ja hakenut tähän apua psykoanalyttisesta viitekehystä. Psykoanalyttinen ajattelu voi auttaa va-

lottamaan herkästi syrjään jääviä ja usein vaikeasti sanallistettavia ilmiöitä, jotka liittyvät trauman sisäisiin merkityksiin ja traumatisoituneen ihmisen psykoterapiaprosessiin. Näiden ilmiöiden ymmärtämisen tulisi nähdäkseni olla erilaisten tekniikoiden soveltamisen perusta. Vuoropuhelua eri viitekehysten välillä tarvitaan traumaan ja ruumiillisuuteen liittyvien moniulotteisten ja monimutkaisten ilmiöiden tavoittamiseksi ja hoitamiseksi.

Tämän työn tavoitteena on tutkia traumatisoitumisen ja ruumiin reaktioiden merkityksiä psykoterapiassa. Pyrkimyksenäni on löytää erityisesti psykoanalyttista kirjallisuutta tutkimalla teoreettisia perusteita siihen, kuinka lähestyä trauma ja ruumiin reaktioita osana psykoterapiaprosessia. Tavoitteenani on löytää samalla ymmärrystä seuraaviin kysymyksiin: Mikä on terapeutin tehtävä traumatisoituneen ihmisen psykoterapiassa? Miten suhtautua traumamuistoihin psykoterapiassa? Mikä on ruumiin reaktioiden merkitys osana psykoterapiaprosessia? Mitä kohti traumatisoituneen ihmisen psykoterapiaprosessissa pyritään? Kuinka nykyään laajalti käytössä olevat menetelmät, kuten vakauttaminen ja erilaiset mindfulness-tekniikat, trauman hoidossa olisi mahdollista nähdä psykoanalyttisen viitekehksen valossa? Tämä työ nojaa lähinnä kliinisen kokemuksen ja tapaustutkimusten perusteella kehitettyihin ja testattuihin teorioihin. Määrällisiin tai kokeellisiin tutkimuksiin tämän työn puitteissa ei ole ollut mahdollista laajemmin paneutua, mitä voidaan pitää tämän työn rajoituksena. Traumaan ja ruumiillisuuteen liittyvien epämääraisten ja sanattomien ilmiöiden tavoittaminen määrällisesti tai kokeellisesti on vaikeaa.

Käyn tässä tekstissä läpi ensin trauman ja dissosiaation käsitteitä ja niiden merkitystä ruumiin reaktioiden kannalta, traumatisoitumiselle altistavia tekijöitä sekä erilaisia yrityksiä selvittää traumasta. Tämän jälkeen pyrin kuvaamaan näkökohtia traumatisoituneen ihmisen psykoterapiasta ruumiillisuus huomioiden. Ruumiillisuuden kuvaamisessa on aina rajoituksensa, sillä se on epämääräisyydessään vaikeasti sanoitettavaa ja sitä on myös vaikea irrottaa muusta kokonaisuudesta. Keskeisenä apuna ruumiillisuuden tavoittamisessa käytän tässä tekstissä Thomas H. Ogdenin (1989) autistisen rajapinnan käsitettä, joka

tarkoittaa ihmisen ruumiillis-aistillista kivijalkaa. Ogdenin (1989) kuvaus eri kokemisen tavoista ja näiden tapojen välisistä yhteyksistä muodostaa tämän työn viitekehyksen, jonka avulla myös muita teoreettisia lähestymistapoja on mahdollista tarkastella. Käytän tässä tekstissä sanoja ruumis ja ruumiillinen, joita yleisesti käytetään psykoanalyttisessa kirjallisuudessa keho-sanan sijaan. Ruumis on keho-sanaa vanhempi termi, joka koetaan yleensä enemmän lihaa ja verta olevaksi kuin tuorempi keho-sana.

### TRAUMASTA, DISSOSIAATIOSTA JA DISINTEGRAATIOSTA

Traumalla tarkoitetaan tässä psykoanalyttisen kirjallisuuden mukaisesti sellaista mielensisäistä tapahtumaa, jossa mieleen vyöryvien ärsykkeiden määrä ja voima ylittävät egon sietokyvyn, jolloin mielen suojakerrokset rikkoontuvat ja egon kyky muodostaa symboleja ja ajatella murtuu (Freud, 1920; Garland, 2002a, 2002b; Niemi, 2014b; Schulman, 2004). Trauma voidaan Winnicottin (1974) termein nähdä romahduksena, joka tarkoittaa ei-ajateltavissa olevaa tilaa defenssi-järjestelmän pettäessä. Tällöin merkitykset katoavat ja ihminen on kielen ulottumattomissa. Tätä voidaan nykytermein kuvata myös mentalisaatiokyvyn romahtamisena, jolloin sisäinen ja ulkoinen eivät enää erotu ja jolloin käsityskyky katoaa (Bateman & Fonagy, 2013). Psykoanalyttisessa ajattelussa traumaattisen tilan aiheuttaja ei perimmänsä ole ulkoinen ärsyketulva, vaan sen käsittelemättömyys ja sitomattomuus, joka katkaisee jatkuvuuden tunteen (Ikonen & Rechart, 2012; Niemi, 2014b). Neurobiologisesti tämä voidaan nähdä neuroimpulssien kulun estymisenä amygdalasta hippokampukseen, mikä mahdollistaisi symbolisen käsittelyn (Schulman, 2002).

Ahdistuksen arvioidaan normaalisti suojaavan traumalta ja toimivan näin signaaliahdistuksena (Freud, 1926; Tähkä, 1972, 1997). Signaaliahdistuksella tarkoitetaan traumaattista ahdistusta ennakkoivaa ahdistusta, joka käynnistää egon sopeutumis- ja puolustautumismekanismit uhkaavan vaaran välttämiseksi (Freud, 1926; Tähkä, 1972). Traumaattisessa kokemuksessa ahdistuksen näh-

dään menettävän signaaliahdistusluonteensa, jolloin siitä käytetään usein nimitystä annihilaatio eli tuhoutumisahdistus tai automaattinen ahdistus (ks. Freud, 1926; Saraneva, 2008; Schulman, 2002; Tähkä, 1997). Se on nimetöntä kiihtymystä vailla muotoa tai sisältöä (Ikonen & Rechart, 2012; ks. myös Ogden, 1989). Tällöin ei ole toista eikä itseä jakamaan ylivoimaista kokemusta (Alayarian, 2011; Winnicott, 1974). Traumassa luottamus hyvän ja myötätuntoisen objektin jatkuvaan läsnäoloon katoaa (Fischmann, Russ & Leuzinger-Bohleber, 2013; Garland, 2002a, 2002b). Objektin menettämisessään trauma tulee näin lähelle psykoottista maailmaa, jonka luonteeseen kuuluu objektittomuus (ks. esim. Tähkä, 1997).

Freudin (1926) mukaan kokonaisvaltaisen ja kaiken kattavan avuttomuuden kokeminen on traumatisoitumisen ydin. Fraiberg (1982) ja Spitz (1965/1974) ovat kuvanneet traumatisoituneilla lapsilla avuttomuuteen liittyvää jähmettymistä ja luovuttamista. Traumatisoituneensa ihminen ei kykene välttämään traumaa pakenemalla tai taistelemalla (Levine, 1997/2008; Ogden ym., 2006/2009). Tuskallisinta on, kun ihmisen on luovuttava aktiivisista yrityksistä ja jäävä liikukumattomuuden tilaan (Ogden ym., 2006/2009). Tämä voi tarkoittaa jähmettymistä, jossa ihminen on vielä valppaana ja sympaattinen hermosto aktiivisena, tai sitten äärimmillään täydellistä alistumista, jossa vireystila laskee ja ihminen turtuu (Höijer, 2015; Ogden ym., 2006/2009). Viimeksi mainittua kutsutaan myös valekuolemaksi. Se lamauttaa elintoiminnot ja vähentää kivun kokemista ja voi pahimmillaan johtaa kuolemaan niin ihmisillä kuin eläimilläkin (Ogden ym., 2006/2009; Porges, 2011; ks. myös Spitz, 1965/1974). Samalla se voi kuitenkin mahdollistaa hengissä säilymisen äärimmäisissä tilanteissa. Jähmettymisen ja täydellisen alistumisen on arvioitu liittyvän aivojen varhaisimpien osien aktivoitumiseen, mitä on kuvattu muun muassa polyvagaalisessa teoriassa (Leikola, Mäkelä & Punkanen, 2016; Panksepp, 1998; Porges, 2011; Punkanen, 2015).

Traumaattisen kokemuksen ollessa ylivoimainen ja normaalien keinojen osoittautuessa riittämättömiksi tulee avuksi dissosiaatio eli egon keino hävittää traumakokemus oman minäkoke-

muksen piiristä (Schulman, 2004). Jo 1800-luvulla Pierre Janet puhui dissosiaatiosta kuvaten näin psyyken toimintojen leikkautumista erilleen (van der Hart & Friedman, 2019). Dissosiaatio-termiä käytetään nykyään hyvin monella tavalla, mikä aiheuttaa sekaannusta (ks. esim. Alayarian, 2011; Bohleber, 2010; van der Hart ym., 2009; MacIntosh, 2016). Dissosiaatiosta puhutaan muun muassa puolustusmekanismina, mielensisäisenä rakenteena, prosessina, vaillinaisuutena tai oireena. Tässä tekstissä käytän dissosiaatio-termiä kuvaamaan esikielellisen tason esisymbolista suojakeinoa, joka suojaa mieltä särkymiseltä katkomalla sisäisiä yhteyksiä (Schulman, 2004; ks. myös Schimmenti & Caretti, 2016; Schulman, 2002). Tässä yhteydessä en sisällytä dissosiaatioon kehittyneempiä torjuntaan pohjautuvia mekanismeja (vrt. Niemi, 2014b), vaan ajattelen, että dissosiaatiossa trauma pysyy symbolisoimattomana ja se eroaa näin keskeisesti torjunnasta (ks. myös Schulman, 2004). Dissosiaatio on tällöin itsen ulkopuolelle sulkemista, ja siitä käytetään myös termiä *'splitting of the ego'* (Freud, 1940/2009; Klein, 1946; Schulman, 2002). Pahaa oloa tuottavat havainnot ja affektit lohkaistaan tällöin pois mielen piiristä, eikä tapahtuma näin ollen tule omakohtaiseksi (McDougall, 1989/2000; Suokas-Cunliffe & van der Hart, 2006). Dissosiaatio voi tarkoittaa yhteyden katkeamista monilla itsekokemuksen alueilla: todellisuuteen ja sen jatkuvuuteen, toiseen ihmiseen ja omaan käyttäytymiseen, itsen tilojen välillä ja itsen tilojen sisällä (Schimmenti & Caretti, 2016). Dissosiaatio auttaa näin välttämään esimerkiksi kipua, ylivoimaisia muistoja ja voimattomuuden kokemusta (Blizard & Bluhm, 1994). Se voikin toimia myös myönteisenä ja tärkeänä mekanismina traumasta selviämisessä antaessaan mahdollisuuden paeta silloin, kun ei ole muuta pakoreittiä (Alayarian, 2011; Bohleber, 2010). Livingstone on kuvannut dissosiaatiota Luojan armollisena keinona lievittää kuoleman tuskaa (Levine, 1997/2008).

Dissosiaation voidaan ajatella yhdistävän ylivoimaisen ja sietämättömän ja liittävän näin yhteen traumaattisen tilanteen ja kestävämmän itsekokemuksen (Schimmenti & Caretti, 2016). Varhaisten traumojen seurauksena syntyy mieleen tavoittamattomia aukkoja, joihin uudemmat traumatilanteet yhdistyvät (Niemi, 2014a; Nie-

mi, 2014b). Vanhat jo haudatut kauhut heräävät tällöin henkiin kertomaan maailman epäluotettavuudesta (Garland, 2002a, 2002b). Menneisyys ja nykyisyys tulevat näin erottamattomiksi vahvistaen toinen toistaan. Schulman (2002) puhuu tässä yhteydessä kaksinkertaisesta traumasta. Kolminkertaiseksi trauma tulee silloin, kun ihminen tuhoaa vielä oman kokemuksensa piiristä tuhoutumisahdistusta kokevan osan, jolloin se ei pääse edes ajattelun piiriin (Schulman, 2002; ks. myös Alayarian, 2011; McDougall, 1989/2000). Ruumiin ja mielen voidaan nähdä toimivan yhdessä poistaakseen kivuliaat kokemukset (Alayarian, 2011). Traumaattisen tapahtuman kuolettamisesta seuraa samalla affekti- ja merkitystyhjiö (Alayarian, 2011; Schulman, 2002). Ihminen ei ikään kuin omista kokemuksiaan, ja oma elämä ei tunnu todelliselta (Suokas-Cunliffe & van der Hart, 2006). Tällöin puhutaan usein depersonalisaatiosta ja derealisaatiosta (ks. esim. van der Hart ym., 2009). Kun traumaa ei ole mahdollista sisällyttää osaksi itseä, se jää erilleen ja siten itselle vieraaksi ja siitä voi tulla suorastaan mielen sisäinen vihollinen (Alayarian, 2011; deMause, 2002; Saraneva, 2008; Suokas-Cunliffe, 2006; Winnicott, 1974). Romahduksen kauhu jää tällöin kummittelemaan erillisenä ja irrallisena kauhuna heijastaen tulevaisuuteen sen, mitä joskus on jo tapahtunut (Winnicott, 1974).

Dissosiaation seurauksena mieli pirstoutuu (ks. esim. Schulman, 2004). Mielen sisäisen hajoamisen voidaan nähdä suojaavan paradoksaalisesti samalla mieltä särkymiseltä (Alayarian, 2011; Schimmenti & Caretti, 2016). Dissosiaation pirstovasta seurauksesta rakenteellisella tasolla käytän tässä tekstissä disintegraatio-nimitystä. Minuuden kokemuksen pirstoutumiseen liittyy usein myös ruumiillisen minuuden hajoaminen osiin (Niemi, 2014a; Niemi, 2014b). Traumaattinen kokemus jää elämään irrallaan omaa elämänsä ruumiin muistissa (Arizmendi, 2008; Forester, 2007; Leuzinger-Bohleber, 2008; McDougall, 1989/2000) ja traumatakaumina (Garland, 2002b).

Kun mielen ja tunteiden tasolla ei ole mahdollista muistaa traumaa, ruumis tulee avuksi (Arizmendi, 2008; Leuzinger-Bohleber, 2008). Tällöin jopa ainoa reaktio häiritseviin kokemuksiin tai mielikuviin voi olla ruumiillinen (Ariz-

mendi, 2008; Ikonen & Rechardt, 2012; Leuzinger-Bohleber, 2008; McDougall, 1989/2000). Hysteria-nimitystä on käytetty kuvaamaan ruumiin oireita, jotka nähdään symbolisena ilmauksena ja suojana liian vaikealta kokemukselta (Breuer & Freud, 1893–1895). McDougall (1989/2000) erottelee tämän perinteisen käsityksen lisäksi arkaaisen hysterian, jossa tapahtuu taantumista vielä primitiivisempiin muotoihin ruumiin ja mielen välisessä suhteessa. Ruumiin oireet voidaan nähdä tällöin yrityksenä suojella itseä arkaaisia yllykkeitä vastaan, jotka koetaan elämää vaarantaviksi. Psykyke lähettää ruumiille primitiivisen sanattoman varoitusviestin, jota ei ole mahdollista työstää ajattelemalla tai havaita symbolisella tavalla. Ruumiin oireet tulevat tällöin suojaksi sisäisen kuoleman pelottavalta tyhjyydeltä ja ovat näin lähellä psykoottisia oireita (ks. myös Ogden, 1989). Esimerkissään potilaastaan McDougall (1989/2000) kuvaa, kuinka ruumis räjähtää vaikeasti kontrolloitavalla tavalla mielen sijaan: potilas sairastuu haavaiseen paksusuolentulehdukseen vanhempiensa ja sulhasensa kuoltua auto-onnettomuudessa. Kun kokemus jää mielen ja sanojen tavoittamattomiin, ruumis voi saada kielen tehtävän, mutta samalla ruumiin oma toiminta häiriintyy.

Traumatakaumilla eli flashbackeilla tarkoitetaan yhtäkkiä käsin kosketeltavia aistimuksia, jotka ovat yhtä tuoreita kuin mennyt (Garland, 2002b; van der Hart ym., 2009). Niitä ei voi ajatella, ne vain koetaan erilaisina sensomotorisina aistimuksina ja yllykkeinä (Garland, 2002b). Traumatakaumissa erillisyy minän ja tapahtuman välillä katoaa ja muistaminen korvaantuu uudelleen kokemisella (Garland, 2002b; Tähkä, 1997). Tällöin ihminen ei siis koe kokevansa (Tähkä, 1997). Traumatakaumat ovat ajattomia ja siinä kauhistuttavia, koska ne tuntuvat jatkuvan ikuisesti. Trauman paluu mieleen on väkivaltaiselta tuntuva tapahtuma ja merkitsee tuhoutumisahtastuksen paluuta, jolloin ihminen menettää uudestaan olemassaolonsa jatkuvuuden tunteen (Schulman, 2002). Traumatakaumia onkin kuvattu tuskallisemmiksi kuin kuolema (Saraneva, 2002; Schulman, 2002).

## TRAUMATISOITUMISELLE ALTISTAVISTA TEKIJÖISTÄ

Keskeisintä traumatisoitumisen kannalta on, minkä merkityksen traumaattinen kokemus saa ihmisen mielessä (Garland, 2002a, 2002b). Yksilölliset erot traumatisoitumisessa liittyvät toisaalta ajankohtaiseen traumatilanteeseen, aiempiin traumakokemuksiin, traumaa edeltäviin fantasioihin ja ihmisen kykyyn aktiivisesti toimia traumatilanteessa sekä toisaalta traumaa edeltävään mielen rakenteeseen. Kaikki ihmiset voivat kohdata elämässään tilanteita, jotka sillä hetkellä ylittävät heidän käsittelykykynsä (Niemi, 2014a). Traumatilanteiden luonteen ja keston merkitystä traumatisoitumiselle on kuvattu paljon (ks. esim. Levine, 1997/2008; Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä, 2020). Uhkaavat tilanteet, jotka ovat voimakkaita ja toistuvia, ja jotka tapahtuvat lähi-ihmissuhteissa, asettavat suurimmat haasteet (Suokas-Cunliffe & van der Hart, 2006). Traumatilanteessa ratkaisevaa on, kuinka paljon ihminen pystyy aktiivisesti toimimaan eli jääkö jäljelle edes jotakin omasta kyvystä suojautua ja toimia (van der Kolk, 2014/2018; Saraneva, 2002). Äärimmillään kyvyttömyys itse vaikuttaa asioiden kulkuun voi johtaa sekä elämällä että ihmisillä jähmettymiseen, luovuttamiseen ja jopa kuolemaan (ks. esim. Leikola ym., 2016; Levine, 1997/2008; Panksepp, 1998; Porges, 2011; Spitz, 1965/1974). Traumaattista kokemusta edeltävillä fantasioilla on tärkeä asema siinä, millaisen merkityksen trauma saa ihmisen mielessä (Garland, 2002a, 2002b). Muun muassa kehitysvaihe ja aikaisemmat traumakokemukset vaikuttavat tähän keskeisesti (Garland, 2002a, 2002b; Niemi, 2014b). Ajankohtainen traumakokemus saa herkästi ison merkityksen ihmisen mielessä silloin, kun se tulee todistaneeksi paikkansapitäväksi vanhat jo haudatut kauhut maailman ja objektin ennustamattomuudesta ja epäluotettavuudesta (Garland, 2002a, 2002b).

Pohjimmiltaan erot traumatisoitumisessa liittyvät varhaisen hoivan riittävyyteen ja perusluottamuksen syntyyn – tai Freudin (1920) sanoin sisäisen suojakerroksen vahvuuteen

(ks. esim. Saraneva, 2002). Neurotieteiden tutkimustulokset varhaisten kokemusten vaikutuksista muun muassa hermoverkkojen muovautumiseen vahvistavat psykoanalyttisia ajatuksia lapsuuden kokemusten merkittävydestä maailmaan suuntautumisen lähtökohtana (Lehtonen, 2012; Leuzinger-Bohleber, 2015). Vauvavaiheen kokemukset muodostavat mielen perustukset tai aistillisen lattian, jolle kaikki muu rakentuu (Lehtonen, 2012; Ogden, 1989; Tähkä, 1997). Kun ihminen saa riittävän hyvän alun, se tarjoaa ikään kuin psyykkisen kokemuksen näyttämön (Tähkä, 1997). Tämä näkyy ruumiillisena ja vitaalisen vahvana olemassaolon kokemuksena kaikessa ja antaa uskon sille, että elämä kantaa ja hyvää on tarjolla. Bick (1968) käyttää termiä psyykinen iho kuvaamaan sitä, kuinka äiti empaattisella ja eläytyvällä vuorovaikutuksella pitää vauvaa koossa ja suojaa vauvaa hajoamisen tunnoilta. Samalla tavalla kuin oikea iho tarvitaan kuoreksi eri ruumiinosille, psyykinen iho tarvitaan eri persoonallisuuden osien suojaksi, yhdistäjäksi ja sisällyttäjäksi. Lapsi voi oppia sietämään vaikeitakin tunteita, jos äiti kykenee eläytymään niihin ja auttaa lasta niiden käsittelemisessä. Kun äiti täyttää tämän tehtävän sisällyttäjänä, tehtävä on mahdollista sisäistää ja ihmisen on mahdollista alkaa toimia itselleen sisäisenä säiliönä. Jos ihminen ei saa tätä kokemusta, ihmisen on vaikea sisällyttää jatkosakaan itseensä koettua. Ogden (1989) puhuu tästä itsekokemuksen aukkona, joka on seurausta siitä, ettei äiti-lapsi-dyadi ole pystynyt antamaan vastasyntyneelle helpottavaa aistikokemusta (ks. myös Tähkä, 2005). Näistä itsekokemuksen aukoista tulee ruumiillisen erillisyyden lähde, mikä tarkoittaa psykologista kuolemaa eli tilaa, jota kuvaa ei-kokeminen, jossa merkitykset katoavat kokemuksilta (Ogden, 1989; Tähkä, 1997). Ne ovat kuin mielen tavoittamattomia mustia aukkoja, jotka imevät kadotukseen kaiken, mikä joutuu niiden vaikutuspiiriin (Niemi, 2014b). Nämä aukot itsekokemuksessa – tai Bickin (1968) termin psyykkisessä ihossa – katkaisevat jatkuvuuden tunteen ja tekevät haavoittuvaiseksi myös myöhemmille traumaattisille kokemuksille (Alayarian, 2011; Niemi, 2014b).

## YRITYKSET SELVIYTYÄ TRAUMASTA

Kaikki psykopatologian muodot ja normaalit kontrollistrategiat voidaan nähdä traumaattisen ahdistuksen välttämisenä (Winnicott, 1974). Keinot, joilla tätä kauhua pyritään välttämään, riippuvat paljolti siitä psyykkisestä tilasta ja kehitysvaiheesta, jossa ihminen on trauman kohdattessa (Niemi, 2014b). Freud (1920) kuvaa yrityksiä traumaattisen ahdistuksen sitomiseksi (*binding*), mikä tarkoittaa psyykkisen energian ohjaamista johonkin muotoon kiihtymystilan rauhoittamiseksi (ks. myös Ikonen & Rechardt, 2012). Käsittelemässä Ogdenin (1989) ajatteluun pohjautuen erilaisia yrityksiä selviytyä traumasta: pahan paikallistamista, ruumiillis-aistilliseen kokemuksen tapaan tukeutumista ja yhteyksien katkomista eri kokemuksen tapojen välillä.

### Pahan paikallistaminen

Ihminen voi pyrkiä ottamaan käyttöönsä järjestelmän, jolla voisi saada traumaan liittyneen vääryyden raameihin (Saraneva, 2008). Pahan paikallistaminen johonkin on helpottavaa, koska tällöin paha ei ole kaikessa uhkaamassa (Tähkä, 1997) – tilanne, jossa olemme nimettömien ja paikattomien vaarojen armoilla, on aina pahin (Saraneva, 2008; Tähkä, 1997). Klein (1946) puhuu skitso-paranoidisesta positioista eli kokemuksen tavasta, jossa hyvä ja paha erotetaan toisistaan (ks. myös Ogden, 1989).

Ihminen voi yrittää sijoittaa kestäättömät tunteet ja yllykkeet itsensä ulkopuolelle. Tämä voi näkyä esimerkiksi niin, että traumasta pidetään kiinni itseä kohdanneena vääryytenä, epäoikeudenmukaisuutena ja sitkeänä tunteena, ettei tule oikein kohdelluksi tai ymmärretyksi (Tähkä, 2005; Young & Gibb, 2002). Ihminen voi pyrkiä sijoittamaan pahan myös itseensä. Suokas-Cunliffe (2006) toteaa, kuinka täydellisesti hallitsemattomassa tilanteessa ihminen voi yrittää saada sen hallintaan ottamalla vastuun tapahtumasta itselleen ja suojatumaan näin täydelliseltä avuttomuuden kokemukselta: on helpompaa kokea itsensä syylliseksi kuin menettää oma itsekokemus. Syyllisyys tapahtumasta saattaa johtaa elämättömyyden elämään (Garland, 2002a; Winnicott, 1974). Elämättömyyden elämään voi sisältyä usko-

mus siitä, että mitään kamalaa ei tapahdu, jos itse pysyy passiivisena kuin kuollut. Ruumiillisella tasolla tätä on kuvattu nähdäkseni liikkumattomuutena ja täydellisenä alistumisena (Ogden ym., 2006/2009; Porges, 2011).

### **Ruumiillis-aistilliseen kivijalkaan tukeutuminen**

Trauman seurauksena ego joutuu pinnistämään voimansa äärimmilleen säilyttääkseen jatkuvuuden tunteensa. Ogden (1989) tuo esiin skitso-paranoidista kokemuksen tapaakin varhaisemman tavan pyrkiä pitämään yllä jatkuvuuden tunnetta – autistisen rajapinnan (*autistic-contiguous*, josta on käytetty myös suomenkielistä termiä autistis-kosketuksellinen positio). Tällä Ogden (1989) tarkoittaa esisymbolista aistivaraista kokemusmaailmaa, joka on kaiken muun pohja, ruumiillis-aistillinen kivijalka. Vauva hahmottaa hoi- van aistillisten kokemustensa kautta. Tässä kokemisen tavassa ulkoinen ei ole erotettavissa sisäisestä eikä siten myöskään objekti itsestä. Jos varhainen ahdistus on ollut ylenmääräistä esimerkiksi rakenteellisista tai ympäristötekijöistä johtuen, tähän organisaatioon liittyvät defenssit ylikasvavat ja jäykistyvät johtaen kääntymiseen pois ihmisistä fyysisiin aistimuksiin jatkuvuuden tunteen turvaamiseksi (Ogden, 1989). Tämä voi tarkoittaa moninaisia autistisia muotoja patologisesta lapsuusiän autismista autistisiin piirteisiin niillä, jotka ovat muuten neuroottisia rakenteeltaan (Ogden, 1989). Ihmisellä on ehdoton kontrolli autistiseen aktiivisuuteensa, mutta samaan aikaan kyseessä oleva aktiivisuus voi tyrannisoida koko ihmisen pakottavuudessaan. Aistikokemuksiin kiinni jääminen voi toimia suojana ja eristyksenä objektimaailmalta ja vieraannuttaa samalla omasta tunneytimeistä, mikä pysäyttää itsen kehityksellisen edelleen representoitumisen (Ogden, 1989). Esimerkiksi aistikokemusten tuottaminen itse hyräilemällä, liikehtimällä, masturboimalla tai äärimmillään viiltelemällä voi olla pyrkimystä suojata itsen haurasta pintaa, jotta edes ruumiintuntemusten kautta oleminen jatkuisi (Ogden, 1989). Muita autistisen rajapinnan suojakeinoja ovat esimerkiksi ruumiin toimintoihin kiinnittyminen tai somatisointi (Ogden, 1989).

Ogdenin ajatteluun autistisesta rajapinnasta sopien muun muassa Bick, Winnicott, McDougall ja Brummer ovat tuoneet esiin, kuinka ruumiin oireet voivat tarjota jatkuvuuden tunnetta, jos hajoaminen uhkaa. Bick (1968) kuvaa, kuinka ihminen pyrkii välttämään epäjatkuvuuden ja hajoamisen tunnetta luomalla ikään kuin keinotekoisen kuoren eli ”toisen ihon” pitääkseen sisäisiä osia yhdessä. Tästä merkkeinä voivat olla esimerkiksi lihasten panssarimainen jäykkyys, liikerituaalit tai jäykät rutiinit (Bick, 1968; ks. myös Amir, 2016; Ogden, 1989). Winnicott (1974) näkee psykosomaattiset oireet yrityksenä pitää ruumis kasassa silloin, kun vaarana on hajoaminen. McDougall (1989/2000) kuvaa, kuinka ruumiin oireet auttavat määrittelemään ruumiin rajat suojaten esimerkiksi sulautumisen pelolta. Tuhoavuudessaankin psykosomaattiset oireet edustavat näin yritystä jäädä henkiin. Minä saa tällöin vahvistusta sisäistä kuoleman tunnetta vastaan. Tätä kuvaa Brummerin (2005) potilaan tokaisu ”kun mun ruumiissa on joku paikka kipeä, mua ei ahdistu yhtään”. Ohimenevä ruumiillinen oirehdinta voi olla joskus arvokas psykologinen kyky säädellä ylivoimaisia tunnetiloja ja saada tarpeen vaatiessa psykologista työaikaa (Brummer, 2005) ja auttaa näin yhteyden säilymisessä ulkomaailmaan (McDougall, 1989/2000).

Tietty tapa reagoida ruumiillisesti pyrkii toistumaan aina, kun jokin asia muistuttaa traumas- ta (Leuzinger-Bohleber, 2008, 2015). Trauman yhteydessä puhutaan usein toistamispakosta, jolla kuvataan sitä, kuinka trauma pyritään lavastamaan uudestaan ja uudestaan. Tällaisen pakonomaisen toistamisen tarkoitukseksi nähdään yleensä pyrkimys hallita trauman ajankohtaa ja voimakkuutta sekä näin suojautua traumaan liittyvältä avuttomuudelta (Freud, 1914; deMause, 2002). Nähdäkseni tätä toistamispakkoa voidaan tarkastella myös autistisen rajapinnan avulla (Ogden, 1989) ja Bickin (1968) termin keinotekois- sen ihon luomisena, jolloin toistaminen kaikessa rankkuudessaankin voi vahvistaa tunnetta omasta jatkuvuudesta ja antaa ikään kuin toisen ihon (ks. myös Amir, 2016). Takertuminen tuttuuteen voi näin toimia yhtenä tällaisena yrityksenä luoda toinen iho, mihin sopii myös usein käytetty toteamus ”tuttu helvetti on parempi kuin tuntematon taivas”.

### Yhteyksien katkeaminen eri kokemuksen tapojen välillä

Ogden (1989) näkee inhimillisen kokemuksen muodostuvan eri kokemuksen tapojen välisen dialektisen vuorovaikutuksen seurauksena. Kokemuksen tapoja ovat Ogdenin (1989) ajattelussa autistisen rajapinnan ja skitso-paranoidisen position lisäksi depressiivinen positio. Depressiivinen kokemuksen tapa tarkoittaa kehitysaskelta, jossa symbolin muodostus ja erillisyyks on saavutettu ja jossa on mahdollista kokea ja ajatella omia ajatuksia ja tunteita (Ogden, 1989). Se on alun perin Kleinin kehittämä käsite ja tulee nähdäkseni lähelle mentalisaation käsitettä. Ogdenin (1989) mukaan ongelmia ei aiheudu vain skitso-paranoidista tai autistista rajapintaa koskevien defenssien ylikorostumisesta, vaan keskeisintä on eri kokemuksen tapojen yhteys toisiinsa. Depressiivinenkin kokemuksen tapa voi Ogdenin (1989) mukaan muodostua ongelmaksi, mikäli se kadottaa yhteyden aistimaailmaan ja ruumiillisuuteen. Jos yhteys katkeaa tai toisin sanoen dissosioituu, ollaan toisaalta kiinni pelkässä aistimaailmassa, jossa ei ole merkityksiä, tai toisaalta pelkässä symbolien maailmassa, jolta puuttuu fyysinen perustus ja jolloin tapahtuu vieraantuminen aistikokemuksista. Tämä voi näkyä elävyyden katoamisena ja pysähtyneisyytenä. Symboleista voi tulla tällöin todellisen maailman korvike, jolloin sekä depressiivinen että autistinen maailma ovat olemassa, mutta niiden välinen yhteys on katkennut. Mikään positio ei siis voi olla irrallaan toisesta. Jonkin position ylikorostuminen johtaa erilaisiin psykopatologian muotoihin.

Traumatisoitumiseen liittyy usein kivettynyt kertomus traumatapahtumasta vailla yhteyttä kokemuksen ylivoimaisuuteen (ks. esim. Saraneva, 2002), mikä kuvaa osaltaan yhteyden katkeamista depressiivisen ja autistisen rajapinnan väliltä. Psykoanalyttisessa kirjallisuudessa *false self*-nimitystä käytetään rakenteesta, jossa ihminen on joutunut etäälle alkuperäisestä ruumiillisesta minästään ja on kehittänyt sen sijaan ulkoisesti ohjautuvan ja alistuvan itsen (Winnicott, 1965; ks. myös Alayarian, 2011). McDougall (1989/2000) kuvaa näennäisen normaalia vuorovaikutusta ulkomaailman kanssa, missä pyritään riistämään sanoilta niiden emotionaalinen vastaavuus ja näin

estämään primitiivisten psykoottisten vivahteiden sävyttämien ahdistuksen tunteiden havaitseminen. Vastaavasti traumaterapiaviitekehityksessä puhutaan persoonallisuuden jakautumisesta näennäisen normaaliin persoonallisuuden osaan sekä emotionaaliseen persoonallisuuden osaan tai osiin (van der Hart ym., 2009; Steele ym., 2005). Näennäisen normaalista vuorovaikutuksesta tai *false self*-rakenteesta käytetään nykyään yleensä nimitystä dissosiaatiohäiriö (Huopainen, 2002).

Mikäli vauva jää vaille ruumiinjäsentensä, ruumiillisten tarpeidensa ja tuntemustensa huomiointia ja niiden empaattista peilaamista, hän altistuu kehitykselliselle hauraudelle (Fonagy ym., 2002; Hautala, 2001). Tämä saattaa johtaa siihen, että ruumis ja sen tuntemukset jäävät jäsentymättömiksi ja symbolisoimattomiksi. Tyypillisiä tällöin ovat mielikuvat siitä, ettei ikään kuin omistaisi ruumistaan tai olisi vastuussa sen tarpeiden täyttämisestä (McDougall, 1989/2000). Ruumiin ollessa mielen tavoittamattomissa ruumiin viestit yksinkertaisesti sivuutetaan, joskus jopa kohtalokkain seurauksin (McDougall, 1989/2000). Kun ruumis ei ole representaationa mielen tasolla olemassa, ruumis pyrkii tulemaan esiin eri toimintaoireiden kuten ahmimisen tai viiltelemisen avulla, jolloin ihmisen voi olla edes hetkellisesti mahdollista tavoittaa jotakin todellista (Kristmannsdottir, 2012).

### TRAUMA JA RUUMIILLISUUS PSYKOTERAPIAPROSESSISSA

#### Terapeutin tehtävästä traumatisoituneen ihmisen psykoterapiassa

Psykoanalyttisessa ajattelussa traumaattisen kokemuksen nähdään vievän olemisen ja olemattomuuden reunoille, sellaisille alueille, missä ei vielä ole itseä eikä toista (Alayarian, 2011; Tähkä, 1997; Winnicott, 1974). Traumakokemus on samalla rikkonut uskon sisäisen hyvän objektin läsnäoloon (Fischmann ym., 2013; Garland, 2002a). Ruumiin oirehinnan voidaan itsessään nähdä kertovan siitä, kuinka ihminen on jäänyt yksin vaille apua (Brummer, 2005). Kokemus avun riittämättömyydestä ja epäluotettavuudesta on saanut viimeisessä hädässä ihmisen turvautu-

maan omaan apuunsa eli ruumiin kärsimykseen (Brummer, 2005). Tämä lähtökohta tekee erityisen haastavaksi ja pitkälliseksi traumatisoituneen, ruumiillisesti oireilevan ihmisen psykoterapian. Keskeistä tällöin on, miten terapeutti voisi tulla toiseksi ihmiseksi potilaalle myös näille alueille, joissa ei ole vielä ketään (Tähkä, 1997; ks. myös Alayarian, 2011).

Luottamuksellisen ja turvallisen suhteen luominen ja ylläpitäminen on traumatisoituneen potilaan hoidon perusta (Lauerma, 2002; Leuzinger-Bohleber, 2015; Niemi, 2014a; Saraneva, 2002). Olennaista on, miten palauttaa menetetty perusluottamus ja usko hyvään. Samalla tärkeää on, kuinka säädellä ahdistusta niin, ettei se käy ylivoimaiseksi, lamaannuta potilasta ja kiinnitä näin häntä entistä lujemmin alkuperäiseen traumaan (Lauerma, 2002; Schulman, 2002). Riittävä turvan ja suojan luominen mahdollistaa sen, ettei traumasta kärsivä ajaudu uudestaan itsen menettämisen mustaan aukkoon, pala poroksi tai sinkoudu ulkoavaruuteen, kuten Levine (1997/2008) asiaa kuvaa (ks. myös Leuzinger-Bohleber, 2015). Neurologisella tasolla tätä ilmiötä on kuvattu polyvagaalisella teorialla, jonka mukaan turva ja suoja toimivat vagaalisena jarruna estäen hermostolisten uhkajärjestelmien aktivoitumisen (Leikola ym., 2016; Porges, 2011; Punkanen, 2015). Polyvagaalista teoriaa on sovellettu paljon kliiniseen työhön erityisesti traumaterapiaviitekehuksesta käsin (esim. Punkanen, 2015). Teoriaa on kuitenkin kritisoitu muun muassa siitä, että se perustuu psykofysiologisten tutkimusten perusteella tehtyihin johtopäätöksiin, jotka ovat yksioikoisia ja osin suorastaan epäpäteviä (Grossman & Taylor, 2007).

Terapeutin tehtävänä on muuttaa sietämätön ajateltavissa olevaksi, mielensisäisesti kohdattavaksi (Garland, 2002b). Tästä voidaan puhua sisällyttämiskyvyn (Schulman, 2002) tai ”psykkisen ihon” luomisena (Bick, 1968), jolloin tavoitteena on, että potilas alkaisi kestää ja ymmärtää omat aistimukset, tunteet ja yllykkeet ilman, että niitä tarvitsee ulkoistaa (Schulman, 2002). Tämä tulee lähelle myös ajatuksia mentalisaatiokyvyn kohenemisesta (Bateman & Fonagy, 2013; Fonagy ym., 2002). Ilman sisällyttämistä tai mentalisaatiokykyä muistaminen korvautuu uudelleen kokemisella tai toistamisella, jolloin erillisyy-

minän ja tapahtuman välillä katoaa (Bateman & Fonagy, 2013; Garland, 2002b; Freud, 1914; ks. myös Tähkä, 2005). Kun ei ole itseä eikä toista, kokeminen ei tarkoita mitään potilaan luomaa tai valitsemaa, vaan siitä voi tulla pelkkää todellisuuden tapahtumaa, seurausta ulkomaailman toiminnasta vailla symbolista tasoa (Ogden, 1989; ks. myös Tähkä, 2005). Bateman ja Fonagy (2013) puhuvat tästä psyykkisenä ekvivalenssina eli vastaavuutena. Tällöin tunteiden merkitystä ja historiaa ei ole mahdollista tutkia tai ymmärtää (Tähkä, 2005). Jos tällaista kokemusmaailmaa lähestyy edellyttäen, että potilaan olisi mahdollista tutkia sisäistä todellisuuttaan, potilas jää vaille vastavuoroisuutta (Tähkä, 2005). Tämä voi tarkoittaa potilaalle yksin jäämistä ylivoimaisten kokemusten armoille ja toistaa näin potilaan aiempaa deprivaatiotraumaa, jota trauma myös aina on (Schulman, 2002). Liian varhaista mentaaliin suuntaa kiirehtimistä on siis vältettävä, ettei potilas jää yksin pulaan. Brummer (2005) toteaa, että mikäli psykoterapeutti ”psykologisoii” liian varhaisessa vaiheessa, sitä voisi verrata pyörätuolin riistoon potilaalta, joka ei kykene liikkumaan ilman pyörätuolia.

Traumapotilaan psykoterapia voidaan nähdä pitkälti kannatteluna, jotta egon hallintakyvyn ylittäneet kokemukset voisivat tulla vähitellen egon sisällyttämiskyvyn – tai psyykkisen ihon – piiriin ja näin ikään kuin olemassa oleviksi tai koettaviksi (Alayarian, 2011; Schulman, 2002). Alun perin Winnicott (1960) on tarkoittanut kannattelulla paitsi vauvan fyysistä kantamista, myös sellaisen ilmapiirin luomista, jossa äiti omistautuu kaikin tavoin vauvan tarpeille. Äidillinen tunkeilematon läsnäolo ja uppoutuminen vauvan maailmaan mahdollistaa tilan, jossa vauva voi aina uudelleen koostua sekä fyysisesti että psyykkisesti (Veikkolainen & Pohjamo, 2016; ks. myös Bick, 1968). Tämä tekee mahdolliseksi olemassaolon jatkuvuuden kokemuksen, joka on lähtökohta muun muassa perusluottamuksen syntymiselle (Veikkolainen & Pohjamo, 2016). Terapiassa tällainen virittäytynyt läsnäolo luo ilmapiirin kaiken kyllästävästä hyvästä olost, lämmöstä ja turvallisuudesta (Tähkä, 2005; Tähkä, 1997). Tämän omistautumisen avulla potilas voi löytää uudestaan yhteyden omaan ruumiiseensa ja mieleensä (Ogden, 1989). Samaan tapaan kuin äiti

tuntee ensin lapsensa puolesta, myös terapeutin tulisi tuntea potilaansa puolesta ja vasta sitten potilaansa kanssa, jolloin potilas voi alkaa kokea tunteet omikseen (Furman, 2001; Tähkä, 1997). Vastaavasti Schulman (2002) kuvaa kirjallisuuden pohjautuen, kuinka potilas joutuu ikään kuin tietämättään kierrättämään ongelmaansa terapeutin mielen kautta: terapeutin mieli toimii kuin ongelmajätteen käsittely- ja kierrätyslaitos poistaen myrkyllisyyden ja palauttaen sen siedettävämässä muodossa potilaalle, joka voi vähitellen omaksua terapeutilta tämän sietämis- ja desinfiointikykyä. Keskeistä tässä prosessissa on, kuinka terapeutti kykenee kannattelemaan itsessään niitä puolia, joita potilaan ei ole mahdollista itse kestää, ja palauttaa niitä sopivalla tavalla potilaalle vasta sitten, kun potilas on siihen valmis (Schulman, 2002; Tähkä, 2005; Tähkä, 1997).

Tärkeänä kannatteluapuna traumatisoituneen ihmisen psykoterapiassa ovat empaattiset kuvaukset (Tähkä, 2005; Tähkä, 1997). Empaattinen kuvaus voi tarjota potilaalle kokemuksen siitä, että hänen sisäinen maailmansa on merkityksellinen ja jaettavissa toisen ihmisen kanssa (Tähkä, 2005). Empaattinen kuvaus tarkoittaa potilaan subjektiivisen kokemuksen tavoittamista samastumisen avulla ja tämän seurauksena saavutetun ymmärryksen adekvaattia välittämistä potilaalle tämän autonomiaa kunnioittaen (Tähkä, 1997, s. 447). Potilaan kokemuksen täytyy siis tuntua ensin terapeutissa ennen kuin sitä on mahdollista sanoittaa (Tähkä, 2005). Tämä tarkoittaa myös ruumiintuntemusten tavoittamista todellisen kohtaamisen mahdollistamiseksi (Forester, 2007; Kristmannsdottir, 2012). Jos terapeutti ei pysty tunteiden ja ruumiin kokemuksen tasolla menemään sinne, missä potilas on, potilas jää yksin vaikeiden tuntemustensa kanssa. Empaattinen kuvaus voi toimia parhaimmillaan elävöittävänä (Tähkä, 2005) ja näin Ogdenin (1989) termein eri kokemuksen tapoja yhdistävänä siltana.

Terapiassa on haasteellista, kuinka terapeutti kykenee sietämään potilaan hyvin intensiivisetkin tunteet (Garland, 2002a; Leuzinger-Bohleber, 2015). Traumapotilaan hoidossa terapeutilta vaaditaan melkoista sisällyttämiskykyä (Garland, 2002a, 2002b; Schulman, 2002), mikä tarkoittaa myös ruumiillista kestäkykyä ja kehotietoisuutta (Forester, 2007; Kristmannsdottir, 2012). Poti-

laat, joilla on paljon traumaattisia kokemuksia, kommunikoivat usein ruumiillisten kokemustensa kautta (Leuzinger-Bohleber, 2008, 2015; Ogden, 1989). Näiden kokemusten tavoittamiseksi terapeutin olisi tärkeää kuulla oman ruumiinsa reaktioita (Arizmendi, 2008; Forester, 2007; Leuzinger-Bohleber, 2015; Ogden, 1989). Forester (2007) pitääkin olennaisena, että terapeutti uskaltautuu ruumiilliseen kokemukseen eikä kiirehdi siitä pois esimerkiksi tulkiten tai nimeten liian nopeasti reaktioitaan. Terapeutin on myös kyettävä refleктоimaan omia tapojaan suojautua siltä ylivoimaisuudelta, jota traumatisoitunut potilas hänessä herättää, ja hoitosuhteen valossa pyrkiä ymmärtämään ylivoimaisuutta traumatisoituneen ihmisen elämäntarinasta käsin (Leuzinger-Bohleber, 2015). Teoreettinen ymmärrys, työnohjaus ja terapeutin oma psykoterapia ovat tärkeitä terapeutin kannattelijoina auttaen terapeuttia kannattelemaan potilaan eri puolia (Garland, 2002a).

### **Traumamuistoihin suhtautumisesta psykoterapiassa**

Yhä enenevä määrä klinisiä havaintoja osoittaa, että traumojen unohtaminen ei onnistu ja että ainoa tie on muistaminen (Garland, 2002a, 2002b; Leuzinger-Bohleber, 2008, 2015). Jos tähän ei päästä, ihminen jatkaa kauhunsa pakonomaisesta etsimistä tulevaisuudesta (Winnicott, 1974), mikä tulee esiin trauman uudelleen kokemisena esimerkiksi ruumiin aistimusten, oireiden tai toiminnan muodossa (Leuzinger-Bohleber, 2008, 2015). Toisaalta Levine (1997/2008) korostaa traumamuistojen etsimisen ja katarsiksen voivan uudelleen traumatisoida ihmistä. Muistaminen ei olekaan vaihtoehto silloin, kun itseä ei vielä ole olemassa muistamaan (Winnicott, 1974). Tulkinta ei tällöin johda mihinkään, sillä se ei ylitä dissosiaation esteitä, vaan jättää ihmisen eri puolineen yksinäisyyteen ja voi päinvastoin altistaa uudestaan traumalle (Tähkä, 1997; ks. myös MacIntosh, 2016).

Winnicott (1974) korostaa, että mennyt voidaan muistaa ainoastaan nykyisyydestä käsin – siis transferenssissa. Transferenssilla tarkoitetaan psykoanalyttisessa ajattelussa reagoimista nykyhetken objekteihin ja tilanteisiin, ikään kuin

nämä olisivat yksilön aikaisempaan elämään kuuluneita objekteja ja tilanteita (Tähkä, 1972, s. 79). Sen tutkimista, kuinka trauma tulee transferenssisuhteessa ihmissuhdetasolle, on paljon tuotu esiin psykoanalyttisessa psykoterapiassa (esim. Blizard & Bluhm, 1994; Garland, 2002a; Leuzinger-Bohleber, 2015; Saraneva, 2002; Schulman, 2002; Winnicott, 1974). Vakavasti traumatisoituneen on vaikea rakentaa luottamuksellista suhdetta terapeuttiin, ja psykoterapiassa joudutaankin tällöin jatkuvasti työskentelemään traumaattisen transferenssin kanssa tässä ja nyt. Mikä tahansa poikkeama idealisoidusta tuo esiin primaaria hoitajaa koskevan negatiivisen mielikuvan, joka heijastuu kaltoinkohtelijasta terapeuttiin (Blizard & Bluhm, 1994; ks. myös Winnicott, 1974). Mennyt tulee näin eläväksi ja työstettäväksi transferenssissa (Leuzinger-Bohleber, 2008, 2015; Winnicott, 1974). Tämä ei tarkoita transferenssin tulkittamista menneisyyteen kuuluvaksi, mikä voi olla terapeutin defensiivinen yritys suojautua esimerkiksi vainoajan osaltaan ja voi jättää potilaan yksin kauhujensa kanssa (Saraneva, 2008; Schulman, 2002). Tulkintojen sijaan potilas tarvitsee kokemusta, että terapeutti kestää hänen tuskansa ja että hänen tunteensa ovat todellisia (Saraneva, 2008).

Muistamisen yhteydessä keskeistä on puhua edellytysten luomisesta muistamiselle. Jotta pääsee siirtymään trauman läpi, tarvitaan hiljaisuutta, turvallisuutta ja suojaa (Levine, 1997/2008). Freudin teoriassa läpi hänen koko tuotantonsa merkittävä käsite on Nachträglichkeit-ilmiö, joka on suomennettu muun muassa jälkikäteisyysenä (Leuzinger-Bohleber, 2008; Saraneva, 2008). Se kuvaa kokemusten uudelleenmuokkauksen kaksisuuntaista aktiivisuutta tai takauman vastavuoroista uudistumista nykyhetkestä käsin (Saraneva, 2008). Tämä mahdollistaa traumatyöskentelyn, jossa turvallisissa olosuhteissa tässä ja nyt on mahdollista muistaa ja symbolisoida salaiseksi ja oudoksi jäänyt kauhea, kuolemaa sisältävä kokemus (Leuzinger-Bohleber, 2008, 2015; Saraneva, 2008). Myös Veikko Tähkä (1997) on kuvannut sitä, kuinka riittävän turvan varassa potilas voi altistaa itsensä traumaattisen kokemuksen mieleen palautumiselle pala palalta sietäen sitä vastaavat itsen tilat. Apuna tässä voi olla esimerkiksi yhteisen kuvakielen löytäminen, joka ei ole samalla ta-

valla uhkaava kuin itse alkuperäisen tapahtuman läpikäyminen (Fischmann ym., 2013).

Sekä potilailla että terapeuteilla on herkästi tarve vähätellä, kieltää ja suorastaan dissosioida traumoja kaikessa niiden kauheudessa ja ylivoimaisuudessa (Blizard, 2003; Bohleber, 2010; Leuzinger-Bohleber, 2015). Tämä voi johtaa todellisuuden vääristymiseen. Silloin kun traumaattinen tapahtuma on jäänyt vaille vahvistusta, terapeutin onkin tärkeä vahvistaa kokemusta realiteetista (Leuzinger-Bohleber, 2008; Tähkä, 2005). Pääpaino on silloin sen todentamisessa, että potilaan kokemus ja havainnot ovat vastauksia johonkin todella tapahtuneeseen eivätkä hänen kuvittelemiaan (Tähkä, 2005). Traumaattisen kokemuksen uudelleen rakentaminen on näin välttämätöntä ja perusteltua todellisuuden ja fantasian erottamiseksi sekä oman elämän tarinan luomiseksi (Leuzinger-Bohleber, 2008, 2015; Niemi, 2014a). Vailla kosketusta omiin reaktioihin tämä ei kuitenkaan yksin auta potilasta eteenpäin (Leuzinger-Bohleber, 2008; Niemi, 2014a). Jos psykoterapiassa fokusoidaan traumaattiseen tapahtumaan, yhteyden luominen omaan itseen jää helposti ohueksi (Niemi, 2014a). Pulmalliseksi voi muodostua esimerkiksi yksioikoinen kiinnittyminen trauman vääryyteen ja suojautuminen samalla trauman herättämillä vaikeammilla ja varhaisemmillä tunteilla (Young & Gibb, 2002). Menneisyydessä koettu trauma tulisi kohdata sellaisena, joka vie kohti yhteyttä omiin tuntemuksiin ja tunteisiin sekä samalla kohti tulevaisuutta, kehitystä ja vastuuta omista valinnoista eikä kohti regressiota, johon traumaan liittyvä ajattomuus herkästi houkuttelee (Lombardi, 2010).

### **Ruumiin reaktioiden merkityksestä osana psykoterapiaprosessia**

Ajattelun ja mielen kehittymisen perusta on ruumiillisessa kokemisessa (Freud, 1923; Hautala, 2001; Lehtonen, 2012). Mentalisaatiokyvyn ja reflektiokyvyn voidaan nähdä pohjautuvan ruumiintuntemusten tavoittamiseen (Fonagy ym., 2002). Kyky huolehtia omasta itsestä edellyttää, että ihmisellä on kosketus oman ruumiinsa tuntemuksiin ja aistimuksiin (Lehtonen, 2012; Ogden ym., 2006/2009). Ruumiin tuntemusten tule-

minen eläviksi tässä ja nyt vastaanotolla tarjoaa ainutlaatuisen mahdollisuuden tavoittaa jotakin varhaista ja symbolisoimatonta, jota muuten voi olla mahdotonta lähestyä (ks. esim. Arizmendi, 2008; Kristmannsdottir, 2012; Leuzinger-Bohleber, 2008, 2015; Ogden, 1989). Jos ruumiillisuutta ei psykoterapiassa huomioida, voi kärjistetyksi käydä niin, että terapeutti tulee osallistuneeksi potilaan dissosiativiseen prosessiin, jossa yhteys ruumiiseen katoaa (Forester, 2007).

Lähtökohtaisesti on tärkeää olla kiinnostunut ruumiillisesta oireesta ruumiillisena oireena eikä arvuutella sen mahdollisia yhteyksiä psyykkisiin tekijöihin (Brummer, 2005). Ruumiin oireet suojaavat usein suorastaan henkeä uhkaavasta hädästä (McDougall, 1989/2000), joten niitä on syytä kunnioittaa. Ruumiin oire tulisi nähdä ensisijaisesti mahdollisuutena luoda yhteys ruumiiseen, johon yhteys muuten voi olla kadonnut (Brummer, 2005). Ruumis voi tarjota joskus jopa ainoan väylän todelliseen itseän (Ogden, 1989). Ikonen ja Rechartt (2012) puhuvat arkaaisesta läpityöskentelystä, jolloin pyrkimyksenä on löytää kosketus itseän sellaisena kuin se sillä hetkellä on. Tämä arkaainen läpityöskentely ruumiin tuntemusten tasolla mahdollistaa minuuden ruumiillisen perustan vahvistamisen. Kristmannsdottir (2012) puolestaan kuvaa kirjallisuuteen pohjautuen, kuinka välittömän ruumiillisen kokemuksen tavoittaminen kielellisesti mahdollistaa sen, että sanat kiinnittyvät kokemukseen. Jos potilas sanallistaa terapeutin avulla sitä, mitä hänen ruumiissaan tapahtuu ajankohtaisesti, ja terapeutti suhtautuu näihin kokemuksiin hyväksyvästi ja empaattisesti, ruumiiseen on mahdollista luoda kosketus. Tämä kokemus- ja sanallistamisprosessi muodostaa psyykkisiä representaatioita kehon tuntemuksista ja kokemuksista, jotka voivat toimia kuin liima, joka pitää mieltä ja kehoa yhteydessä toisiinsa (Kristmannsdottir, 2012; ks. myös Fonagy ym., 2002).

Ruumiillisia kokemuksia luonnehtii usein sellainen kokonaisvaltaisuus, jota on vaikea lähestyä sanoin. Tällöin merkityksellisempää voi olla terapeutin ja potilaan välinen sanaton vuorovaikutus, jonka terapeutti mahdollistaa kokonaisvaltaisella läsnäolollaan (Ogden, 1989; Veikkolainen & Pohjamo, 2016). Tärkeää tällöin on se, miten terapeutti tavoittaa ja ymmärtää itsessään oman

ruumiinsa reaktioita (Arizmendi, 2008; Forester, 2007; Leuzinger-Bohleber, 2015; Ogden, 1989). Ogden (1989) puhuu autistisen rajapinnan defenssien muuntumisesta ruumiillis-aistilliseksi kokemukseksi terapeutin ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa. Tällöin aistikokemuksiin kiinnijääminen, jota kuvaa ei-kokeminen, voi muuntua osaksi oman itsekokemuksen aistillista perustusta. Unet, mielikuvat ja metaforat voivat olla apuna tässä prosessissa antamassa hahmoa sisäisen todellisuuden sisällöille, joita tavalliset sanat eivät tavoita (Fischmann ym., 2013; Ogden, 1989; Tähkä, 2005). Kun potilas alkaa vähitellen löytää tunnepitoisia mielikuvia, kuilu mielen ja ruumiin välillä alkaa umpeutua ja hajaannuksen uhka vähenee (Hautala, 2001). Yhteys ruumiiseen saa tuntemaan itsensä aiempaa luonnollisemmaksi, ja samalla se palauttaa kokemukseen elinvoimaa (Levine, 1997/2008).

Trauman eläminen ruumiin muistissa voi avata tien traumaattisen kokemuksen tavoittamiseen (Leuzinger-Bohleber, 2008, 2015). Trauman lähestyminen ruumiillisuuden avulla mahdollistaa alustavan erillisyyden traumatapahtumasta kohdistuessaan huomion ihmisen omiin reaktioihin (ks. esim. Ogden ym., 2006/2009; Tähkä, 2005). Traumaperäiset ruumiin reaktiot näkyvät usein nykyhetkeen epäsovivina yhtäkkisinä reagointitapoina (Leuzinger-Bohleber, 2008). Dissosioituneet kokemukset ottavat äkkinäisesti vallan tiedostamattoman ärsykkeen muistuttaessa vanhasta traumakokemuksesta. Jotta ruumiin kielelle tulee mieli ja merkitys, tarkka elämäkerrallisen trauman uudelleenrakentaminen on välttämätöntä (Leuzinger-Bohleber, 2008). Tärkeää on tavoittaa, miten erilaiset aistimukset ja motoriset reaktiot liittyvät alkuperäiseen traumakokemukseen, jota ei ole ollut mahdollista jäsentää mielen tasolla. Myös monissa kehopainotteisissa psykoterapioissa pidetään tärkeänä traumatilanteeseen liittyneiden ruumiin tuntemusten ja reaktioiden jäljittämistä (Levine, 1997/2008; Ogden, 2019; Ogden ym., 2006/2009). Olennaisena tällöin pidetään sitä, että ihminen tulee ensin uteliaaksi omaa kokemusmaailmaansa kohtaan, oppii tavoittamaan ja sietämään alati muuttuvia ruumiin tuntemuksiaan ja aistimuksiaan tässä ja nyt sekä löytämään ruumiistaan voimanlähteitä, jotka voivat olla esimerkiksi kykyjä tai taitoja, jotka anta-

vat hallinnan tunnetta (Ogden ym., 2006/2009). Kun traumakokemus palautuu mieleen, ruumiin ylläkkeiden ja impulssien avulla voi mahdollistua kesken jääneiden aktiivisten puolustustoimintojen löytyminen ja loppuun saattaminen, jotta ne näin voivat kehittyä nykyhetken kannalta joustaviksi puolustustoimiksi (Ogden, 2019; Ogden ym., 2006/2009). Tämä voi tarkoittaa esimerkiksi uskallusta pitää puolensa ja saada näin voimansa omaan käyttöön, mikä voidaan nähdä myös yhdeksi psykoanalyttisen psykoterapian päämääräksi.

### Kohti ruumiin ja mielen integraatiota

Traumatisoituneen ihmisen psykoterapiassa keskeistä on pyrkimys integraatioon (Garland, 2002a, 2002b; Leuzinger-Bohleber, 2008; Niemi, 2014a; Niemi, 2014b). Terapeutin tehtävänä on toimia suhteita luovana siltana potilaan dissosioituun osaan tai osiin (Blizard, 2003; Leuzinger-Bohleber, 2008, 2015). Potilaan rakentumisen tasosta riippuu, minkälainen tunneyhteys auttaa potilasta rakentumaan (Tähkä, 2005; Tähkä, 1997). Jos terapeutti hoidon kuluessa pystyy saamaan kehityspysähtymän ajankohtaa vastaavan kehitysobjektin merkityksen, se voi elvyttää uudelleen pysähtyneet ja häiriintyneet mielen rakentumisen alueet (Tähkä, 1997). Terapeutin ymmärrys on se lähtökohta, joka tekee mahdolliseksi pukea sanoiksi ja liittää itseensä kuuluvaksi sellaista, mikä ei aiemmin ole ollut näkyvissä, ymmärrettävissä, puhuttavissa eikä itseen yhdistettävissä (Tähkä, 2005; Tähkä, 1997). Tämän ymmärryksen sisäistyessä syntyy integratiivinen kokemus. Integraatio tarkoittaa Ogdenin (1989) kielellä eri positioiden välistä yhteyttä, esimerkiksi sitä, kuinka hyvin tietoinen mieli havaitsee ruumiilliset tuntemukset ja tarpeet sekä biorytmien aiheuttamat muutokset välittömästi ilman sanoja. Todellista integraatiota ei tapahdu, jos ruumiillisuutta ei huomioida (Ogden, 1989).

Ennen kuin traumatapahtuma on integroitunut potilaan mielessä, sitä on mahdotonta surra (Suokas-Cunliffe, 2006). Psykoanalyttisessa psykoterapiassa tavoitteena on, että trauma alkaisi sisältyä ihmisen historiaan (Garland, 2002a; Leuzinger-Bohleber, 2008, 2015; Sarane-

va, 2008). Analyyttinen prosessi antaa mahdollisuuden siirtyä toistamispakosta historian luomiseen etsimällä tapahtumien henkilökohtainen merkitys, jolloin traumaan liittyvät reaktiot tulevat ihmiselle itselleen ymmärrettäviksi (Fischmann ym., 2013; Garland, 2002a, 2002b; Leuzinger-Bohleber, 2008, 2015; Saraneva, 2008). Traumasta toipuminen ei ole niinkään jostakin yli pääsemistä, vaan tulemista enemmän omaksi itseksi trauman kanssa (Garland, 2002a, 2002b). Tämä tarkoittaa esimerkiksi omaan varhaiseen traumatisoitumiseen liittyvän haavoittuvuuden havaitsemista ja hyväksymistä osaksi itseä, jotta sen kanssa olisi mahdollista elää kieltämisen sijaan (Leuzinger-Bohleber, 2008, 2015). Perusedellytys traumasta ja sen toistamisesta vapautumiselle on, että potilas hyväksyy sen itsensä kohdanneeksi ansaitsemattomaksi todellisuudeksi, jonka herättämien tunteiden työstäminen on hänen vastuullaan (Tähkä, 2005; ks. myös Lombardi, 2010). Jos näin ei tapahdu, jää voimaan kaikkivoipa yritys kontrolloida ympäröivää objektimaailmaa, mikä samalla suojaa itseä traumaattiselta avuttomuudelta ja suojattomuudelta (Tähkä, 2005). Tähkä (2005) toteaa näin käyvän herkästi kaikilla trauman kokeneilla, mutta erityisesti niillä, joilla mielen rakenne ei ole yksilöitynyt. Suremisen esteenä voi tällöin olla pelko siitä, että tapahtuman hyväksyminen voisi samalla tarjota mahdollisuuden sen toistumiselle (Saraneva, 2002). Sureminen on kuitenkin ainoa keino, jolla ihminen voi jatkaa elämäänsä ja löytää itsestään sen, joka luo uusia merkityksiä – löytää sisäisen maailmansa, jota mikään ei ole voinut tuhota (Niemi, 2014a, s. 21).

### Tekniikan merkityksestä osana traumatisoituneen ihmisen psykoterapiaa

Viime vuosina trauman hoidosta on alettu puhua yhä enemmän erilaisten tekniikoiden kautta. Esimerkiksi vakauttaminen, mindfulness ja EMDR ovat laajalti tunnettuja. Silloin kun taustalla on yksittäinen traumaattinen tapahtuma, erityisillä lyhyillä altistukseen pohjaavilla tekniikoilla kuten EMDR:llä voi olla mahdollista tavoittaa traumakokemus ja integroida se osaksi elämänhistoriaa (Niemi, 2014a; Suokas-Cunliffe, 2006). Pitkäaikaisen varhaisen traumatisoitumisen seurauksena

syntyneiden häiriöiden, kuten dissosiaatiohäiriön, hoidossa tällainen traumaan fokusoitunut lähestymistapa ei kuitenkaan onnistu. Niiden kohdalla puhutaan nykyään usein vakauttamisesta hoidon lähtökohtana (ks. esim. Uotinen, 2015). Mindfulness voidaan nähdä osana vakauttavaa hoitoa (Ogden ym., 2006/2009; Punkanen, 2015). Dissosiaatiohäiriön hoitamisesta psykoterapeuttisesti ei ole käytettävissä luotettavia vaikuttavuustutkimuksia (Brand, 2012; Lauerma, 2002). Dissosiaatiohäiriön vaatima pitkälinen hoito tekee sen tutkimisesta hankalaa (International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISSTD), 2011). Tarkastelen tässä tarkemmin vakauttamista ja mindfulnessia osana trauman hoitoa ja pohdin niiden merkitystä psykoanalyttisen teorian valossa.

Persoonallisuuden rakenteellisen dissosiaation malliin pohjaavassa traumapsykoterapiassa lähestytään kehityksellisiä traumoja strukturoidusti kolmivaiheisen mallin avulla, jossa ensimmäistä vaihetta kutsutaan vakauttamisvaiheeksi (van der Hart ym., 2009; ISSTD, 2011; Ogden ym., 2006/2009; Steele ym., 2005). Muita vaihteita ovat trauman käsittelyvaihe ja uudelleen-suuntautumisvaihe. Vakauttamisella tarkoitetaan traumapsykoterapiassa sitä, että potilasta autetaan saavuttamaan tasapaino mielen sisäisen ja ulkoisen toiminnan välillä (van der Hart ym., 2009; ISSTD, 2011; Ogden ym., 2006/2009). Keskeistä tällöin on potilaan turvallisuuden tunteen lisääminen nykyhetkessä sekä sisäisesti että ulkoisesti (ISSTD, 2011; Punkanen, 2015). Tavoitteena on vakauttaa psykofysiologista vireystilaa, vähentää oireita, vahvistaa ihmisen kykyä huolehtia itsestään ja selviytyä arjessa sekä vähentää sisäisiin kokemuksiin liittyviä pelkoja (van der Hart ym., 2009; Steele ym., 2005; Suokas-Cunliffe & van der Hart, 2006). Potilaalle annetaan tarvittaessa tietoa näistä teemoista, mitä kutsutaan psykoedukaatioksi (ISSTD, 2011; Steele ym., 2005). Hoitosuhteessa keskeistä on luottamus pohjan rakentaminen (ISSTD, 2011; Steele ym., 2005; Suokas-Cunliffe & van der Hart, 2006). Vakauttamisvaiheessa autetaan traumatisoitunutta erottamaan menneisyyden tapahtumat nykyhetkestä ja palauttamaan itseä nykyhetkeen (van der Hart ym., 2009; Uotinen, 2015). Menneisyyden tapahtumia ei tässä vaiheessa lähdetä tutkimaan, mitä

pidetään tärkeänä hoidon periaatteena (Ogden ym., 2006/2009; Uotinen, 2015).

Traumapsykoterapiassa keskeinen käsite on vireystila. Traumatisoitunut on altis yli- ja alivireystiloille, mikä tarkoittaa liiallista tai liian vähäistä aktivoitumista (Ogden ym., 2006/2009; Steele ym., 2005). Yli- ja alivireystilat liittyvät trauman hetkellä käytettyihin puolustuskeinoihin, joissa ihminen pyrkii kiivaasti pakenemaan tai taistelemaan tai vaihtoehtoisesti joutuu liikkumattomuuden tai lamaantumisen tilaan (Ogden ym., 2006/2009; Punkanen, 2015). Kun vireys on liian korkea tai matala, traumaattisia kokemuksia on mahdoton yhdistää osaksi itseä (Ogden ym., 2006/2009; Steele ym., 2005). Traumatisoitunutta opetetaan tunnistamaan autonomisen hermoston toimintaansa ja säätelemään vireystilaansa, jotta se pysyisi niin kutsutussa siedettävyyden ikkunassa (Ogden ym., 2006/2009; Punkanen, 2015; Uotinen, 2015). Tähän liittyen keskeistä on yhteyden saaminen ruumiin tuntemuksiin (Ogden ym., 2006/2009). Laajalti käytettyjä ovat muun muassa harjoitukset, joissa opetellaan läsnäoloa tässä hetkessä eri aisteihin keskittymällä, rauhoitetaan hengittämistä tai fyysisen tekemisen avulla pyritään rauhoittamaan olotiloja (Boon ym., 2011; Ogden ym., 2006/2009; Punkanen, 2015). Psykoanalyttisessa viitekehyksessä puhutaan tässä yhteydessä nähdäkseni psyykkisen energian sitomisesta kiihtymystilan tasaamiseksi (Freud, 1920; Ikonen & Rechardt, 2012). Psykoanalyttisessa ajattelussa rauhoittumisen ajatellaan helpottuvan sen mukaan, mitä kehittyneempiä muotoja tai keinoja sitomiseen löytyy (Ikonen & Rechardt, 2012). Voidaan nähdä, että alkeellisimpia sitomisen muotoja edustavat esimerkiksi autistiseen rajapintaan liittyvät jäykät rituaalit ja ruumiin toimintoihin keskittyminen (Ogden, 1989). Tätä hiukan kehittyneempänä sitomisen muotona voidaan pitää ehdottomia selitysmalleja asioille, mitä kuvaa skitso-paranoidinen kokemuksen tapa (ks. Ikonen & Rechardt, 2012; Ogden, 1989). Elävyys, vapaavalintaisuus ja spontaanisuus edustavat puolestaan kehittyneimpiä vapaammin liikuteltavia sitomisen muotoja (Ikonen & Rechardt, 2012), mikä tulee lähelle Ogdenin (1989) ajatuksia eri kokemuksen tapojen välisien yhteyksien tärkeydestä. Vakauttamisvaiheessa pyritään nähdäkseni käyttämään erityises-

ti autistisen rajapinnan keinoja ahdistuksen sitomiseksi ja vireystilan tasaamiseksi, jotta muu työskentely voisi tulla mahdolliseksi.

Vakauttaminen on laaja käsite, joka kattaa hyvin moninaisia puolia traumatisoituneen hoitoon liittyen, eikä sitä näin ollen voi pitää yksittäisenä tekniikkana. Vakauttamiseen liittyvä teoria nostaa esiin käytännön tasolla monia tärkeitä asioita, jotka ovat usein jääneet liian vähälle huomiolle. Esimerkiksi psykoterapiassa voi olla vaarana irtautua ihmisen elämän tavallisesta arjesta ja kyvystä huolehtia itsestä, vaikka ilman näiden sujumista on turhaa lähteä tutkimaan muitakaan asioita. Traumapsykoterapia nostaa esiin myös psykoedukaation merkityksen vakauttamisvaiheessa, mikä voi auttaa traumatisoitunutta ymmärtämään ensin älyllisellä tasolla itseään ja hulta tuntuvia oireitaan.

Traumapsykoterapiaviitekehys ja psykoanalyttinen ajattelu eroavat toisistaan erityisesti strukturoinnin asteessa (MacIntosh, 2016). Traumapsykoterapiaviitekehys tarjoaa selkeitä ohjeita siihen, kuinka lähestyä traumatisoituneen eri puolia missäkin vaiheessa ja miten pyrkiä lisäämään integraatiota. Apuna tässä ovat muun muassa erilaiset taitoharjoitukset. Näyttää siltä, että terveydenhuollossa vakauttaminen herkästi käsitetään yksipuolisesti juuri näiden harjoitusten kautta ahdistuksen hallinnaksi (ks. esim. Tikkanen, 2013). Tällöin vaarana on, että harjoitukset nousevat itsetarkoitukseksi ja jalkoihin jää ihmisen yksilöllisen todellisuuden ymmärtäminen. Psykoanalyttisessa ajattelussa korostetaan terapian fokuoimattomuutta, jonka ajatellaan mahdollistavan kaikkein varhaisimmankin aineksen pääsemisen käsittelyyn terapiasuhteessa (ks. esim. Niemi, 2014a). Keskeisellä sijalla on tällöin terapeutin oma arvio siitä, mikä potilasta hyödyttää milläkin hetkellä tämän yksilöllisestä todellisuudesta käsin (ks. esim. Ogden, 1989; Tähkä, 2005; Tähkä, 1997). Tässä suhteessa psykoanalyttinen viitekehys onkin melkoisen vaativa terapeutin kannalta. Strukturoidun otteen voi ajatella tuovan terapeutille turvaa ja jäsenystä vaikeaan tehtävään (ks. esim. MacIntosh, 2016). Äärimmillään se voi kuitenkin johtaa ihmisen yksilöllisen todellisuuden kadottamiseen ja jäykkien sitomisen muotojen korostumiseen elävyyden kustannuksella (ks. Ikonen & Rechardt, 2012).

Vakauttamiseen liittyvässä teoriassa nostetaan esille monia samoja asioita kuin mitkä ovat psykoanalyttisen teorian kulmakiviä. Esimerkiksi turvallisen ja luottamuksellisen terapiasuhteen korostaminen on molemmissa teorioissa keskiössä (van der Hart ym., 2009; Leuzinger-Bohleber, 2015; Niemi, 2014a; Saraneva, 2002; Steele ym., 2005). Molemmissa viitekehyksissä pidetään tärkeänä myös sitä, että traumatisoitunutta autetaan erottamaan menneisyys nykyhetkestä (ks. esim. van der Hart ym., 2009; Leuzinger-Bohleber, 2008, 2015; Saraneva, 2008; Uotinen, 2015; Winnicott, 1974). Vakauttamisvaiheessa korostetaan, ettei tällöin lähdetä tutkimaan yksittäisiä traumaattisia tapahtumia (Ogden ym., 2006/2009; Uotinen, 2015). Vakauttamiseen liittyvä ajattelu on tuonut yleiseen tietoisuuteen sen, että traumamuistojen suhteen on oltava varovainen ja että sietämättömien affektien ennen aikainen tai liiallinen aktivoituminen kiinnittää potilaan ennistä lujemmin alkuperäiseen traumaan (ks. esim. Uotinen, 2015). Äärimmillään ajatus siitä, että traumaattisia tapahtumia ei kuulu työstää hoidon alkuvaiheessa, voi kuitenkin johtaa potilaan yksin jättämiseen kauhujen kanssa ja näin muistoihin liittyvien pelkojen lisääntymiseen, mikäli terapeutti suhtautuu torjuvasti muistojen esiin nousemiseen. Taustalla voi olla esimerkiksi se, että trauma on terapeutillekin liikaa (ks. esim. Blizard, 2003; Bohleber, 2010). Trauman aiheuttama affektiivinen sisältö on kyettävä kohtaamaan ja kannattelemaan hoitosuhteessa (Niemi, 2014a; Schulman, 2002). Samalla on toki koko ajan arvioitava, mikä on potilaalle mahdollista missäkin hetkessä kestää (Schulman, 2002; Tähkä, 2005; Tähkä, 1997). Potilaan ja terapeutin kestäkyky voivat kuitenkin herkästi mennä sekaisin, mitä joskus myös teoria voi tukea, jos se antaa tarkkoja sääntöjä asioiden käsittelyn ajankohdasta.

Vakauttamiseen liitetään yhtenä osana erilaisen tuntemusten, aistimusten, tunteiden ja ylläkkeiden läsnä oleva huomioiminen (van der Hart ym., 2009; Ogden ym., 2006/2009). Tätä voidaan kutsua sanalla *mindfulness*, joka suomennetaan useimmiten tietoisuustaidoksi tai tietoiseksi läsnäoloksi. *Mindfulness* tarkoittaa huomion suuntaamista nykyhetkeen hyväksyvästi ilman arvostelua (Kabat-Zinn, 2012/2017). Keskeistä siinä on alati vaihtuvien omien aistimusten ja

kokemusten havainnointi ilman, että niitä pyritään millään tavoin muuttamaan (Kabat-Zinn, 2012/2017; Siegel, 2010). Tietoisuustaidot pohjautuvat buddhalaiseen meditaatioperinteeseen (Väänänen, Saari & Kortelainen, 2014). Tietoisuustaidot poikkeavat kuitenkin buddhalaisesta meditaatiosta siinä, että niissä ei pyritä mielen tyhjentämiseen (Aulankoski, 2019). Tietoisuustaitoja käytetään nykyään laajalti osana eri psykoterapioita (Väänänen ym., 2014). Ne nähdään keskeisenä osana trauman hoitoa monissa eri teorioissa. Sensorimotorisessa psykoterapiassa tietoisuustaidoista käytetään termiä huomioiva läsnäolo (Ogden ym., 2006/2009). Somaattisen kokemuksen terapiassa puhutaan tässä yhteydessä kehotuntumasta (Levine, 1997/2008) ja somaattisessa traumaterapiassa puolestaan kehotietoisuudesta (Rothschild, 2000). Nämä kehopainotteiset terapiat korostavat määritelmässään näin tietoisuustaitoihin liittyvää ruumiin tuntemusten havainnointia. Psykoanalyttisen viitekehyksen keskeinen päämäärä, sisäinen totuudellisuus ja avoimuus kosketukselle itsen, tulee lähelle edellä kuvattua tietoisuustaitojen määritelmää (Ikonen & Rechardt, 2012). Ikonen ja Rechardt (2012) puhuvat tässä yhteydessä arkaaisesta läpityöskentelystä, jossa on tarkoitus löytää kosketus itsen ja omaan ruumiillisuuteen sellaisena kuin se sillä hetkellä on. Arkaaisella läpityöskentelyllä ei tarkoiteta kuitenkaan erillisiä harjoituksia, mihin tietoisuustaidoilla yleensä viitataan (vrt. Väänänen ym., 2014). Keskeinen osa arkaaista läpityöskentelyä on sen sijaan terapeutin kiinnostuneisuus ja kyky tehdä tilaa eri puolien läsnä olevalle huomioimiselle (Ikonen & Rechardt, 2012).

Tietoisuustaitojen voidaan nähdä olevan olennainen osa vakauttamisvaiheen työskentelyä toimiessaan vireystilan säätelyn ja nykyhetkeen palautumisen edellytyksenä (Ogden ym., 2006/2009). Keskittyminen ruumiin tuntemuksiin vakauttaa vireystilaa ja auttaa palaamaan traumatakaumasta nykyhetkeen (Ogden ym., 2006/2009). Tässä yhteydessä puhutaan usein kaksoistietoisuudesta, jolla tarkoitetaan yhtäaikaista läsnäoloa traumatapahtuman ja nykyhetken välillä (Ogden ym., 2006/2009; Suokas-Cunliffe, 2006). Tietoisuustaitojen voidaan nähdä olevan keskeisellä sijalla myös persoonallisuuden eri osien tunnistamisessa (Punkanen, 2015).

Ogden (2019) ja Levine (1997/2008) korostavat tietoisuustaitojen – tai huomioivan läsnäolon ja somaattisen kokemuksen – merkitystä kesken jääneiden aktiivisten puolustustoimintojen loppuun saattamisen edellytyksenä. Kun ihminen oppii ensin tavoittamaan ja sietämään alati muuttuvia ruumiin tuntemuksiaan, on mahdollista löytää uudestaan ne hylätyt, voimaa antavat ja aktiiviset puolustustoiminnot, jotka traumatisoitumisen hetkellä jäivät tehottomiksi (Levine, 1997/2008; Ogden, 2019; Ogden ym., 2006/2009).

Tietoisuustaidoissa keskittyminen nykyhetkeen ja ihmisen omiin tuntemuksiin, aistimuksiin ja reaktioihin on olennaista. Tämä on myös psykoanalyttisen psykoterapian kulmakivi (ks. esim. Ikonen & Rechardt, 2012; Tähkä, 1997; Winnicott, 1974). Vain nykyhetkessä tapahtuvan vuorovaikutuksen kautta on mahdollista saattaa kehitys uudelleen liikkeelle (Tähkä, 1997; Winnicott, 1974). Ajatus kaksoistietoisuudesta tulee lähelle *Nachträglichkeit*-käsitettä, jossa nykyhetki ja menneisyys ovat samanaikaisesti läsnä, mikä mahdollistaa muutoksen (Saraneva, 2008). Ainoastaan nykyhetkestä käsin koetun on mahdollista tulla eläväksi tässä ja nyt (Saraneva, 2008; Winnicott, 1974). Tämä on keskeinen ajatus muun muassa transferenssissa ja sen työstämisessä.

Psykoanalyttisesta viitekehyksestä käsin voidaan ajatella, että tietoisuustaidot voivat vahvistaa minuuden ruumiillis-aistillista perustaa silloin, kun ihmisen on mahdollista löytää aito yhteys ruumiinsa tuntemuksiin (ks. esim. Ogden, 1989). Kosketuksen saaminen itsen sellaisena kuin se kullakin hetkellä on mahdollista itsen löytämisen ja oman itsen haltuun ottamisen lujittumisen (Ikonen & Rechardt, 2012). Tätä ajatusta tukevat myös tutkimukset siitä, kuinka ruumiin tuntemuksiin keskittymisen on todettu aiheuttavan aivojen harmaan alueen paksuuntumista ja tiheyttymistä niillä alueilla, jotka liittyvät tunteiden säätelyyn, oppimiseen, tietoisuuteen itsestä sekä ajatusten ja kehollisten kokemusten integrointiin (Hölzel ym., 2011; Lazar ym., 2005; Tang, Hölzel & Posner, 2015).

Useiden tutkimusten perusteella näyttäisi olevan viitteitä siitä, että tietoisuustaidot lievittävät traumaperäisen stressihäiriön oireita osana muuta hoitoa (Gallegos, Crean, Pigeon & Heffner, 2017). Tietoisuustaitojen merkityksestä dissosi-

aatiohäiriön hoidossa on sen sijaan niukemmin näyttöä (Forner, 2019). Tämän voidaan nähdä olevan kytköksissä dissosiaatiohäiriön keskeiseen ongelmaan. Kun kaikille tuntemuksille, aistimuksille ja ajatuksille ei ole sijaa, avoimen hyväksyvästi omiin kokemuksiin suhtautuminen – eli tietoisuustaitojen harjoittaminen – on mahdotonta (Forner, 2019). Dissosiaatiohäiriössä tarvitaankin paljon myös muuta apua, jotta omien ajatusten, tuntemusten ja aistimusten hyväksyvä huomioiminen tulisi mahdolliseksi. Psykoanalyttisesta viitekehyksestä käsin ajateltuna tässä prosessissa keskeistä on terapeutin virittäytynyt läsnäolo ja kyky toimia potilaan puolesta ikään kuin sisäisenä säiliönä, joka kestää potilaan kertoman eikä palauta sitä potilaalle ennen kuin tämä on siihen valmis (Schulman, 2002; Tähkä, 2005). Tämä tarkoittaa terapeutin kannalta usein äärimmäisten tunteiden ja ruumiillisten tuntemusten sietämistä (Forester, 2007; Garland, 2002a, 2002b). Terapeutin omistautuneisuuden avulla potilaan on mahdollista löytää yhteys omaan ruumiiseensa ja mieleensä (Ogden, 1989; Tähkä, 2005). Nykyään puhutaankin usein terapeutin omien tietoisuustaitojen tärkeydestä psykoterapiaprosessissa (Siegel, 2010). Terapeutin oma kyky tietoiseen läsnäoloon näyttää olevan merkittävä asia psykoterapian tulokellisuuden kannalta (Grepmaier ym., 2007).

Laajasti ottaen sekä tietoisuustaitojen että vakauttamisvaiheen tavoitteena voidaan psykoanalyttisesta viitekehyksestä käsin nähdä olevan se, että ihminen alkaisi vähitellen sietää omia aistimuksiaan, tunteitaan ja ajatuksiaan. Psykoanalyttisessa teoriassa tämän voi ajatella tarkoittavan sisällyttämiskyvyn tai ”psykkisen ihon” luomista, jolloin potilas alkaa vähitellen kestää ja ymmärtää omat aistimukset, tunteet ja yllykkeet ilman, että niitä tarvitsee ulkoistaa (Bick, 1968; Garland, 2002a, 2002b; Ogden, 1989; Schulman, 2002). Traumapsykoterapiaviitekehyksestä käsin puhutaan tässä yhteydessä nähdäkseni vireystilaan liittyvän sietoikkunan laajenemisesta, mikä mahdollistaa kokemusten jäsentämisen ilman viireiden säätelyhäiriöitä (Ogden ym., 2006/2009; Punkanen, 2015).

Viime vuosia leimannut erilaisten trauman hoitoon tähtäävien tekniikoiden runsaus on nostanut esiin monia tärkeitä ja huomioitavia asioita.

Psykoanalyttisen viitekehyksen on väitetty liiaksi jättävän terapeutin vaille selkeitä työkaluja, miten traumaan liittyvää sirpaleista maailmaa kohdata (MacIntosh, 2016), ja eri tekniikoiden voidaankin ajatella vastanneen tähän puutteeseen. Samalla voi kuitenkin miettiä, kuinka paljon tämä tekniikkakeskeisyys liittyy itsessään siihen äärimmäiseen avuttomuuteen, mitä trauma aina pohjimmiltaan on. Avuttomuus voi johtaa sekä potilaan että terapeutin pyrkimykseen suojautua tältä kokemukselta eri keinoin. Yrityksenä voi tällöin olla esimerkiksi kääntää liiallisella aktiivisuudella selkänsä tälle tuhoisalta tuntuvalle kokemukselle. Terapeutina on vaarana alkaa tällöin auttaa potilasta mekanistisesti eteenpäin eri keinoin kuten vakauttaen, tietoisuustaitoharjoituksin, tulkiten tai empaattisesti kuvaten. Tähän liittyen potilaalle voi tulla kuva, että terapeuttikään ei kestä hänen kokemuksiaan. Potilas voi jäädä näin hyvää tarkoittavien hoitotoimenpiteiden jalkoihin yhä enemmän irti itsestään ja entistä enemmän yksin ylivoimaisten kokemustensa kanssa. Tällöin nämä erilaiset keinot voivat toimia itsessään kannattelun ja integraation esteenä. Aktiivisuus traumatoituneen ihmisen auttamiseksi on toki hetkittäin välttämätöntä psyykkisen tilan turvaamiseksi, mutta vaatii terapeutilta samalla herkkyyttä tavoittaa itsessä heräviä tunteita potilaaseen liittyen ja itsereflektiokykyä. Psykoanalyttisesta viitekehyksestä käsin ajateltuna empaattinen kuvaus voi olla spesifi tie ihmisen tavoittamiseen sieltä, missä ei ole itseä eikä toista jakamaan ylivoimaista kokemusta (Tähkä, 2005; Tähkä, 1997). Jotta tällainen aito tavoittaminen mahdollistuisi, terapeutin on kyettävä itse kokemaan ruumiissaan se kestäättömyys, jota trauma potilaalle on merkinnyt. Parhaimmillaan teoria ja eri tekniikat voivat Thomas Ogdenin (1989) termin auttaa luomaan yhteyksiä depressiivisestä positioista muihin kokemuksen tapoihin tavoittaessaan jotakin todellista tai pahimmillaan jäädä älylliseksi suojaksi ja johtaa näin vieraantuneisuuden ja eristäytymisen lisääntymiseen.

## POHDINTA

Olen pyrkinyt tässä tekstissä tuomaan esiin psykoanalyttiseen kirjallisuuteen pohjautuen sitä

moninaisuutta, jolla traumatisoituminen ja ruumiin reaktiot liittyvät toisiinsa. Ruumiillisuus on aina läsnä tavalla tai toisella kaikissa psyykkisissä prosesseissa enemmän tai vähemmän integroituneesti. Itse traumakokemukseen ruumis voi tarjota ikkunan muistaessaan ja toistaessaan sitä, mitä mielen tasolla ei ole ollut mahdollista kestää. Ruumiin reaktiot voivat tällöin kuvata taantumista varhaisempaan kokemiseen, jossa tunteet lakkaavat olemasta, psyykkinen tila katoaa ja merkitykset katoavat kokemuksilta. Kokemus ei tällöin ole jaettavissa, ei edes oman itsen kanssa, jolloin yksinäisyys on yksinäisyyttä jopa omalta itseltä. Ruumis voi tarjota tällöin väylän olla edes ruumiin tuntemusten kautta olemassa, jotta oleminen jatkuisi. Trauma irrottaa herkästi tietoisien mielen ruumiin tuntemuksista, ja ruumiin reaktiot voivat alkaa näyttäytyä tällöin jopa suoranaishana uhkana. Yhteyden katkeamisella mielen ja ruumiin välillä on kova hinta, sillä samalla elintärkeät ruumiin viestit voivat jäädä kuulematta. Psykoterapiassa turvallisen hoitosuhteen avulla voi olla mahdollista löytää yhteys omaan ruumiillisuuteen ja sen avulla omaan itseen ja todellisuuteen. Yhteyden luominen ruumiiseen voi tarjota samalla elämään rakennetta, tyydytystä, elinvoimaa ja aistillisuutta. Itse traumatapahumaan ruumiin reaktiot voivat olla joskus jopa ainoa väylä. Niiden avulla voi löytyä merkitys aiemmin tavoittamattomissa olleille kokemuksille. Tämä ei kuitenkaan tarkoita ruumiin oireiden selittämistä traumakokemuksilla, missä on kyse usein liiasta psykologisoinnista, etääntymisestä omasta kokemuksellisuudesta sekä yrityksestä hallita elämää ja suojautua näin elämän uhanalaisuudelta ja haavoittuvuudelta. Ruumiin reaktiot ovat aina myös ihmisen psyykkisen hallintavallan ulkopuolella. Keskeistä psykoterapiassa sen sijaan on olla rakentamassa kokemisen ja ajattelun tilaa, jotta yhteys itseen ja maailmaan voisi löytyä merkityksiä luovana ihmisenä.

## Lähteet

- Alayarian, A. (2011). *Trauma, torture and dissociation. A psychoanalytic view*. London: Karnac.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. painos). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Erilaisten kehopainotteisten terapiamuotojen runsaus nykyisin kertonee ihmisen kaipuusta ruumisyhteyteen ja tarpeesta vahvistaa ruumiillis-aistillista kivijalkaa. Yhteyden luominen ruumiiseen eri tekniikoin voi olla perusteltua tukiessaan näin minuuden vahvistumista ja toimiessaan mentalisaatiokyvyn edellytyksenä. Olennaista tällöin on, että ihminen itse löytää aidon yhteyden omaan ruumiillisuuteensa. Traumapsykoterapia-viitekehiksellä ja psykoanalyttiselle teorialle yhteisenä pyrkimyksenä voidaan nähdä kosketuksen saaminen mielen ja ruumiin tuntemuksiin, sisällyttämiskyvyn lisääminen sekä integraation mahdollistaminen turvallisesta hoitosuhteesta käsin. Yhteyden saaminen ihmisen kadoksissa oleviin puoliin vaatii terapeutin taholta melkoista viritäytyneisyyttä niin ruumiin kuin mielen tasolla, kykyä kannatella omia tuntemuksia sekä itsereflektiokykyä. Vaarana voi olla traumatisoituneelle tyypillisen näennäisesti normaalin vuorovaikutuksen tukeminen myös psykoterapiassa, jolloin ollaan tekevinään oikeita asioita mutta ollaan kuitenkin vailla kosketusta todelliseen kokemukseen. Traumaan liittyvä äärimmäinen avuttomuuden tunne herättää herkästi työntekijässä tarpeen aktiiviseen toimintaan, mikä voi kuitenkin johtaa siihen, että potilas jää yhä enemmän yksin ylivoimaisten kokemustensa kanssa. Parhaimmillaan teoria ja eri tekniikat voivat auttaa potilaan aidossa tavoittamisessa tai pahimmillaan jäädä älylliseksi suojaksi ja johtaa näin eristäytymisen ja yksinäisyyden lisääntymiseen.

Artikkeli on saatu toimitukseen 7.9.2019 ja hyväksytty julkaistavaksi 26.2.2021.

## Kiitokset

Kiitän Tampereen Psykoterapiayhdistystä ja Gyllenbergin säätiötä saamastani tuesta työlleni.

- Amir, D. (2016). The metaphorical, the metonymical and the psychotic aspects of obsessive symptomatology. *International Journal of Psychoanalysis*, 97, 259–280.
- Arizmendi, T. G. (2008). Nonverbal communication in the context of dissociative processes. *Psychoanalytic Psychology*, 25, 443–457.

- Aulankoski, S. (2019). *Aistiva ja tiedostava mieli. Meditaation näkökulma tietoisuuteen ja psyykeen*. Helsinki: Duodecim.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2013). Mentalization-based treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 33, 595–613.
- Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object-relations. *The International Journal of Psychoanalysis*, 49, 484–486.
- Blizard, R. A. (2003). Why was dissociation dissociated in psychoanalysis? *Journal of Trauma and Dissociation*, 4, 27–50.
- Blizard, R. A. & Bluhm, A. M. (1994). Attachment to the abuser: Integrating object-relations and trauma theories in treatment of abuse survivors. *Psychotherapy*, 31, 383–390.
- Bohleber, W. (2010). *Destructiveness, intersubjectivity and trauma: The identity crisis of modern psychoanalysis*. London: Karnac.
- Boon, S., Steele, K. & van der Hart, O. (2011). *Traumaperäisen dissosiaatiohäiriön vakauttaminen: taito-ohjelma potilaille ja terapeuteille* (suom. P. Holländer). Helsinki: Traumaterapiakeskus.
- Boscarino, J. (2008). A prospective study of PTSD and early-age heart disease mortality among vietnam veterans: Implications for surveillance and prevention. *Psychosomatic Medicine*, 70, 668–676.
- Brand, B. (2012). What we know and what we need to learn about the treatment of dissociative disorders. *Journal of Trauma & Dissociation*, 13, 387–396.
- Breuer, J. & Freud, S. (1893–1895). Studies on hysteria. Teoksessa J. Strachey (toim.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud vol. 2*. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis.
- Brummer, M. (2005). Psykosomatiikka. Teoksessa M. Brummer & H. Enckell (toim.), *Lasten ja nuorten psykoterapia* (s. 255–263). Juva: WSOY.
- Cassullo, G. (2019). Janet and Freud: Long-term rivals. Teoksessa G. Craparo, F. Ortu & O. van der Hart (toim.), *Rediscovering Pierre Janet: Trauma, dissociation, and a new context for psychoanalysis* (s. 43–52). London: Routledge.
- Ellilä, A. (2015). Trauma, psykoosi ja dissosiaatio. Teoksessa A. Suokas-Cunliffe (toim.), *Häpeästä myötätuntoon: näkökulmia vakavaan traumatisoitumiseen* (s. 99–117). Helsinki: Traumaterapiakeskus.
- Fischmann, T., Russ, M. O. & Leuzinger-Bohleber, M. (2013). Trauma, dream, and psychic change in psychoanalyses: A dialog between psychoanalysis and the neurosciences. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 1–15.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other.
- Forester, C. (2007). Your own body of wisdom: Recognizing and working with somatic countertransference with dissociative and traumatized patients. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 2, 123–133.
- Forner, C. (2019). What mindfulness can learn about dissociation and what dissociation can learn from mindfulness. *Journal of Trauma & Dissociation*, 20, 1–15.
- Fraiberg, S. (1982). Pathological defenses in infancy. *Psychoanalytic Quarterly*, 51, 612–635.
- Freud, S. (1914). Remembering, repeating and working-through. Teoksessa J. Strachey (toim.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud vol. 12* (s. 147–156). London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis.
- Freud, S. (1920). Beyond the pleasure principle. Teoksessa J. Strachey (toim.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud vol. 18* (s. 7–64). London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis.
- Freud, S. (1923). The ego and the id. Teoksessa J. Strachey (toim.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud vol. 19* (s. 3–59). London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis.
- Freud, S. (1926). Inhibition, symptoms and anxiety. Teoksessa J. Strachey (toim.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud vol. 20* (s. 77–175). London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis.
- Freud, S. (1940/2009). Splitting of the ego in the process of defence. Teoksessa T. Bokanowski & S. Lewkowicz (toim.), *On Freud's "Splitting of the ego in the process of defence"* (s. 3–6). London: Karnac.
- Furman, E. (2001). *On being and having a mother*. Madison CT: International Universities Press.
- Gallegos, A., Crean, H., Pigeon, W. & Heffner, K. (2017). Meditation and yoga for posttraumatic stress disorder: A meta-analytic review of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 58, 115–124.
- Garland, C. (2002a). Introduction: Why psychoanalysis? Thinking about trauma. Teoksessa C. Garland (toim.), *Understanding trauma* (s. 3–31). London: Karnac.
- Garland, C. (2002b). Issues in treatment: A case of rape. Teoksessa C. Garland (toim.), *Understanding trauma* (s. 108–122). London: Karnac.
- Grepmaier, L., Mitterlehner, F., Loew, T., Bachler, E., Rother, W. & Nickel, M. (2007). Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: A randomized, double-blind, controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 332–338.

- Grossman, P. & Taylor, E. (2007). Toward understanding respiratory sinus arrhythmia: Relations to cardiac vagal tone, evolution and biobehavioral functions. *Biological Psychology*, 74, 263–285.
- van der Hart, O., Brown, P. & van der Kolk, B. (2019). Pierre Janet's treatment of posttraumatic stress. Teoksessa G. Craparo, F. Ortu & O. van der Hart (toim.), *Rediscovering Pierre Janet: Trauma, dissociation, and a new context for psychoanalysis* (s. 164–177). London: Routledge.
- van der Hart, O. & Friedman, B. (2019). A reader's guide to Pierre Janet: A neglected intellectual heritage 1. Teoksessa G. Craparo, F. Ortu & O. van der Hart (toim.), *Rediscovering Pierre Janet: Trauma, dissociation, and a new context for psychoanalysis* (s. 4–27). London: Routledge.
- van der Hart, O., Nijenhuis, E. & Steele, K. (2009). *Vainottu mieli, rakenteellinen dissosiaatio ja pitkään jatkuneen traumatisoitumisen hoitaminen* (suom. P. Holländer). Oulu: Traumaterapiakeskus.
- Hautala, A. (2001). Anoreksia – tytön epätoivoinen kamppailu minuutensa puolesta. Teoksessa T. Niemi (toim.), *Nuorisopsykoterapian erityiskysymyksiä 5* (s. 7–59). Helsinki: Nuorisopsykoterapia-säätiö.
- Heim, G. & Bühler, K. (2019). Pierre Janet's views on the etiology, pathogenesis, and therapy of dissociative disorders. Teoksessa G. Craparo, F. Ortu & O. van der Hart (toim.), *Rediscovering Pierre Janet: Trauma, dissociation, and a new context for psychoanalysis* (s. 178–199). London: Routledge.
- Huopainen, H. (2002). Freud's view of hysteria in light of modern trauma research. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 25, 92–102.
- Höijer, I. (2015). Traumaperäisten häiriöiden neurobiologisesta tutkimuksesta. Teoksessa A. Suokas-Cunliffe (toim.), *Häpeästä myötätuntoon: näkökulmia vakavaan traumatisoitumiseen* (s. 141–162). Helsinki: Traumaterapiakeskus.
- Hölzel, B., Lazar, S., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 537–559.
- Ikonen, P. & Rechart, E. (2012). *Thanatos, häpeä ja muita tutkielmia* (1. painos, korjattu laitos). Tallinna: Prometheus.
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISSTD) (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12, 115–187.
- Kabat-Zinn, J. (2012/2017). *Mindfulness, tietoisien läsnäolon perusteet* (suom. T. Hartikainen, alkuteos *Mindfulness for beginners*, 2012). Helsinki: Viisas Elämä.
- Keinänen, M. & Takalo, A. (2011). Psykoanalyttisella psykoterapialla on perustanaan kiistaton tieteellinen näyttö. *Tieteessä tapahtuu*, 29(2). Haettu 7.9.2020 osoitteesta <https://journal.fi/tt/article/view/4012>.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *The International Journal of Psychoanalysis*, 27, 99–110.
- van der Kolk, B. (2014/2018). *Jäljet kehossa. Trauman parantaminen aivojen, mielen ja kehon avulla* (suom. T. Hartikainen, alkuteos *The body keeps the score*, 2014). Helsinki: Viisas Elämä.
- Kristmannsdóttir, G. (2012). Kehon ja liikkeen merkitys keskusteluterapiassa. Teoksessa S. Eronen & P. Lahti-Nuutila (toim.), *Mikä psykoterapiassa auttaa? Integratiivisen lähestymistavan perusteita* (s. 322–345). Helsinki: Edita.
- Lauerma, H. (2002). Dissosiaatiohäiriöt ja niiden hoito. *Duodecim*, 118, 2199–2205.
- Lauerma, H. (2017). Dissosiaatiohäiriöt. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Marttunen, M. Henriksson & T. Partonen (toim.), *Psykiatria* (12. painos, s. 345–356). Helsinki: Duodecim.
- Lazar, S. W., Kerr, C. E., Wasserman, R. H., Gray, J. R., Greve, D. N., Tredway, M. T., ... & Fischl, B. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*, 16, 1893–1897.
- Lehtonen, J. (2012). Ruumiillisuus tietoisuuden alustana. *Tiede & edistys*, 3, 230–236.
- Leichsenring, F. & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 300, 1551–1565.
- Leikola, A., Mäkelä, J. & Punkanen, M. (2016). Polyvagaa-linen teoria ja emotionaalinen trauma. *Duodecim*, 132, 55–61.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2008). Biographical truths and their clinical consequences: Understanding embodied memories in a third psychoanalysis with a traumatized patient recovered from severe poliomyelitis. *International Journal of Psychoanalysis*, 89, 1165–1187.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2015). *Finding the body in the mind: Embodied memories, trauma, and depression*. London: Karnac.
- Leuzinger-Bohleber, M., Kaufhold, J., Kallenbach, L., Negele, A., Ernst, M., Keller, W., ... & Beutel, M. (2019). How to measure sustained psychic transformations in long-term treatments of chronically depressed patients: Symptomatic and structural changes in the LAC Depression Study of the outcome of cognitive-behavioural and psychoanalytic long-term treatments. *International Journal of Psychoanalysis*, 100, 99–127.

- Levine, P. A. (1997/2008). *Kun tiikeri herää: trauma ja toipuminen* (suom. I. Pekkarinen, alkuteos *Waking the tiger – Healing trauma*, 1997). Oulu: Traumaterapiakeskus.
- Levy, K., Meehan, K., Kelly, K., Reynoso, J., Weber, M., Clarkin, J. & Kernberg, O. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1027–1040.
- Lindfors, O., Knekt, P., Heinonen, E., Härkänen, T. & Virtala, E. (2015). The effectiveness of short- and long-term psychotherapy on personality functioning during a 5-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 173, 31–38.
- Liotti, G. & Liotti, M. (2019). Reflections on some contributions to contemporary psychotraumatology in the light of Janet's critique of Freud's theories. Teoksessa G. Craparo, F. Ortu & O. van der Hart (toim.), *Rediscovering Pierre Janet: Trauma, dissociation, and a new context for psychoanalysis* (s. 95–105). London: Routledge.
- Lombardi, R. (2010). Flexibility of the psychoanalytic approach in the treatment of a suicidal patient: Stubborn silences as "playing dead". *Psychoanalytic Dialogues*, 20, 269–284.
- MacIntosh, H. B. (2016). Structure with engagement: Toward an integration of trauma and relational psychoanalytic models in the treatment of dissociative disorders. *Psychoanalytic Social Work*, 20, 26–49.
- deMause, L. (2002). Traumat politiikan ja historian näyttämöillä. Psykogeenninen historianteoriat. Teoksessa S. Haaramo & K. Palonen (toim.), *Trauman monet kasvot* (s. 97–161). Pieksämäki: Therapie-säätiö.
- McDougall, J. (1989/2000). *Ruumiin näyttäjä: psykoanalyttinen näkökulma psykosomaattiseen sairastamiseen* (suom. M. Arppo & R. Levä, alkuteos *Theatres of the body: A psychoanalytical approach to psychosomatic illness*, 1989). Helsinki: Therapie-säätiö.
- Meares, R. & Barral, C. (2019). The holistic project of Pierre Janet: Part one: Disintegration or désagrégation. Teoksessa G. Craparo, F. Ortu & O. van der Hart (toim.), *Rediscovering Pierre Janet: Trauma, dissociation, and a new context for psychoanalysis* (s. 106–115). London: Routledge.
- Mucci, C., Craparo, G. & Lingardi, V. (2019). From Janet to Bromberg, via Ferenczi: Standing in the spaces of the literature on dissociation. Teoksessa G. Craparo, F. Ortu & O. van der Hart (toim.), *Rediscovering Pierre Janet: Trauma, dissociation, and a new context for psychoanalysis* (s. 75–92). London: Routledge.
- Niemi, M. (2014a). Traumoista ja niiden psykodynaamisesta hoitamisesta. Teoksessa M. Häkkinen (toim.), *Sanojen tuolla puolen – trauman, häpeän ja väkivallan psykodynaamikasta*. Nuorisopsykoterapian erityiskysymyksiä 15 (s. 9–40). Helsinki: Nuorisopsykoterapia-säätiö.
- Niemi, T. (2014b). Eräitä näkökohtia traumasta. Teoksessa M. Häkkinen (toim.), *Sanojen tuolla puolen – trauman, häpeän ja väkivallan psykodynaamikasta*. Nuorisopsykoterapian erityiskysymyksiä 15 (s. 42–63). Helsinki: Nuorisopsykoterapia-säätiö.
- Ogden, P. (2019). Acts of triumph: An interpretation of Pierre Janet and the role of the body in trauma treatment. Teoksessa G. Craparo, F. Ortu & O. van der Hart (toim.), *Rediscovering Pierre Janet: Trauma, dissociation, and a new context for psychoanalysis* (s. 200–209). London: Routledge.
- Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2006/2009). *Trauma ja keho: sensomotorinen psykoterapia* (suom. I. Pekkarinen, alkuteos *Trauma and the body. A sensorimotor approach to psychotherapy*, 2006). Oulu: Traumaterapiakeskus.
- Ogden, T. H. (1989). *The primitive edge of experience*. London: Karnac.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press.
- Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, self-regulation*. New York: Norton.
- Punkanen, M. (2015). Kehomenetelmien käyttö traumahoidon vakauttamisvaiheessa. Teoksessa A. Suokas-Cunliffe (toim.), *Häpeästä myötätuntoon: näkökulmia vakavaan traumatisoitumiseen* (s. 163–183). Helsinki: Traumaterapiakeskus.
- Rothschild, B. (2000). *The body remembers: The psychophysiology of trauma and trauma treatment*. New York: Norton.
- Saraneva, K. (2002). Trauma ja pakolaisuus. Teoksessa S. Haaramo & K. Palonen (toim.), *Trauman monet kasvot* (s. 49–96). Pieksämäki: Therapie-säätiö.
- Saraneva, K. (2008). Freudin traumateoria ja Nachträglichkeit-periaatteen merkitys psykoanalyysissa. *Psykotopia*, 27, 168–188.
- Schimmenti, A. & Caretti, V. (2016). Linking the overwhelming with the unbearable: Developmental trauma, dissociation, and the disconnected self. *Psychoanalytic Psychology*, 33, 106–128.
- Schulman, G. (2002). Sietämättömyyden kestämisestä eheytymiseen. Teoksessa S. Haaramo & K. Palonen (toim.), *Trauman monet kasvot* (s. 162–187). Pieksämäki: Therapie-säätiö.
- Schulman, G. (2004). Väkivalta ja sietämättömyyden tunteiden kierrätys. *Suomen Lääkärilehti*, 3, 149–155.

- Scott, K. M., Koenen, K. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Benjet, C., ... & Kessler, R. (2013). Associations between lifetime traumatic events and subsequent chronic physical conditions: A cross-national, cross-sectional study. *PLoS ONE*, 8, 1–11.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65, 98–109.
- Siegel, D. J. (2010). *The mindful therapist: A clinician's guide to mindfulness and neural integration*. New York: Norton.
- Spitz, R. (1965/1974). *Elämän ensimmäinen vuosi* (suom. K. Appelqvist & O. Appelqvist, alkuteos *The first year of life*, 1965). Jyväskylä: Gummerus.
- Steele, K., van der Hart, O. & Nijenhuis, E. (2005). Phase-oriented treatment of structural dissociation in complex traumatization: Overcoming trauma-related phobias. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6, 11–53.
- Suokas-Cunliffe, A. (2006). Trauma – omaan elämäntarinaa yhdistymätön mielen loinen. *Yleislääkäri*, 21, 19–23.
- Suokas-Cunliffe, A. & van der Hart, O. (2006). Dissosiaatiohäiriö – varhaisen, jatkuvan traumatisoitumisen pitkäaikaisseuraamus. *Duodecim*, 122, 2001–2007.
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä (2020). Traumaperäinen stressihäiriö. Käypä hoito -suositus. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Haettu 2.9.2020 osoitteesta <https://www.kaypahoito.fi/hoi50080>.
- Tang, Y.-Y., Hölzel, B. K. & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16, 213–225.
- Tikkanen, T. (2013). *Ruumiinkuvan vakauttamisryhmä traumaperäisistä oireista kärsiville* (opinnäytetyö, Tampereen ammattikorkeakoulu). Haettu 8.10.2020 osoitteesta <https://www.theseus.fi/handle/10024/68305>.
- Tottenham, N. (2012). Human amygdala development in the absence of species-expected caregiving. *Developmental Psychobiology*, 54, 598–611.
- Tähkä, R. (2005). Erillisyydestä ja vastavuoroisuudesta. Teoksessa P. Saarinen, K. Lehtonen, S. Miettinen & R. Rajala (toim.), *Pintaa syvemmältä: Itä-Suomen Psykoterapiayhdistyksen 25-vuotisjuhlakirja* (s. 139–160). Helsinki: Yliopistopaino.
- Tähkä, V. (1972). *Psykoterapian perusteet* (2. painos). Porvoo: WSOY.
- Tähkä, V. (1997). *Mielen rakentuminen ja psykoanalyttinen hoitaminen* (2. painos). Juva: WSOY.
- Uotinen, M. (2015). Vakavasti traumatisoituneen potilaan vakauttavan psykiatrisen hoidon erityispiirteitä. Teoksessa A. Suokas-Cunliffe (toim.), *Häpeästä myötätuntoon: näkökulmia vakavaan traumatisoitumiseen* (s. 118–140). Helsinki: Traumaterapiakeskus.
- Veikkolainen, M. & Pohjamo, R. (2016). *Tunteiden syvät vedet* (2. painos, 1. korjattu laitos). Tallinna: Prometheus.
- Väänänen, M., Saari, A. & Kortelainen, I. (2014). Johdanto. Teoksessa A. Saari, M. Väänänen & I. Kortelainen (toim.), *Mindfulness ja tietee: tietoisuustaidot ja kehotietoisuus monitieteisen tutkimuksen kohteena* (s. 9–24). Tampere: University Press.
- Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 585–595.
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-analysis.
- Winnicott, D. W. (1974). Fear of breakdown. *International Review of Psycho-Analysis*, 1, 103–107.
- World Health Organization (2016). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10. painos). Haettu 28.9.2020 osoitteesta <https://icd.who.int/browse10/2016/en>.
- Young, L. & Gibb, E. (2002). Trauma and grievance. Teoksessa C. Garland (toim.), *Understanding trauma* (s. 81–95). London: Karnac.

---

**VAALAMO, I.**

**Embodied trauma in psychotherapy**

Psykologia 56 391–413  
Tallinn ISSN 0355-1067 (printed)  
ISSN 2670-322X (online)

Bodily reactions should be considered an integral part of the psychotherapy of a traumatized person. During recent years various techniques for trauma therapy have been emphasized, with psychoanalytic theory being secondary. However, psychoanalytic understanding can help shed light on obscure and difficult-to-express phenomena, which relate to trauma and the body. The purpose of this review article is, using psychoanalytic theory, to find grounds for how to approach trauma and bodily reactions during the psychotherapeutic process. In addition, the meaning of different techniques for trauma is examined from the psychoanalytic point of view. In psychoanalytic theory trauma is considered to be an event where one is left alone even from oneself by an overwhelming experience. Consequently, bodily reactions can be viewed as one's desperate attempt to save oneself from a life-threatening distress. Trauma easily dissociates the conscious mind from bodily sensations. In psychotherapy, bodily reactions offer the pos-

sibility to find a connection to one's self and to reality, which is the foundation of all psychotherapeutic work. At best, theories and techniques can help the therapist to reach the patient authentically and thus enhance integration; at worst they can work as an intellectual defence and worsen separation.

**Keywords:**

trauma, body, dissociation, containment, psychoanalytic, psychotherapy, stabilization, mindfulness

**Author:**

Inka Vaalamo, Lic. Psych,  
special psychologist in health  
psychology,  
psychotherapist,  
City of Tampere,  
Finland,  
inka.vaalamo@gmail.com