

Vakauttava perheterapia

Artikkelissa esitellään sovellusta, jossa perheterapeuttiseen työskentelyyn integroidaan traumaterapian, kiintymyssuhdeterapian, sensorimotorisen terapian, EMDR-terapian, interpersoonallisen neurobiologian ja psykofyysisen hengitysterapian näkökulmia ja menetelmiä. Sovellusta nimitetään vakauttavaksi perheterapiaksi, koska traumaterapeuttisten hoitomallien vakauttavia menetelmiä on siirretty yksilöterapiakontekstista perheterapiaan. Työskentellessä parien tai vanhemmuuden kanssa, puhutaan myös vakauttavasta pariterapiasta tai vakauttavasta vanhemmuuden terapiasta. Vakauttavan perheterapian sovellus ei ole traumaterapiaa, vaan perheterapiaa. Ja kun tässä yhteydessä puhutaan traumatisaatiosta, ei puhuta traumadiagnostiikan pohjalta tehtävästä perheterapiasta vaan terapeuttisessa vuorovaikutuksessa tunnistettavista traumatisoitumisen vaikutuksista suhteessa oloon. Sovelluksen taustalla on avoimen dialogin hoitomallin ja reflektiivisen työotteen lailla näkemys kielen ruumiillisuudesta, vuorovaikutustilanteiden ”tässä ja nyt” -tapahtumisen ensisijaisuudesta, turvallisen ja arvostavan yhteistyösuhteen rakentamisesta sekä perheenjäsenten resurssien vahvistamisesta. Traumatisaation vaikutuksia perheen vuorovaikutukseen, terapiasuhteeseen, kertomuksen kehkeytymisen periaatteisiin sekä muistamisen ja muutoksen luonteeseen huomioidaan. Menetelmällisesti painotus näkyy liikkeen ja toiminnan lisääntymisenä perhetapaamisissa sekä tapaamisissa ja tapaamisten välillä tehtävinä säätelyharjoituksina.

Avainsanat: Perheterapia, traumatisaatio, vakauttaminen, interpersoonallinen neurobiologia, dialogisuus, reflektiivisyys

Aino Maija Rautkallio Vaativan erityistason pari- ja perheterapeutti, psykiatrian erikoissairaanhoitaja, teatteritieteen maisteri, EMDR-terapeutti, psykofyysinen hengitysterapeutti. Koulutus- ja psykoterapiapalvelut Aino Maija Rautkallio, aino.rautkallio@kolumbus.fi

VAKAUTTAVAN PERHETERAPIAN TAUSTAA

Vakauttavan perheterapian idea alkoi kehittyä vuonna 2011 kun kouluttajaperheterapeutit Sisko Karinen, Minna Koskinen ja tämän artikkelin kirjoittaja huomasivat, että traumatisaation tunnistami-

nen, sen vaikutusten huomioon ottaminen sekä kehomenetelmien käyttö perheterapiassa oli suhteellisen vähäistä, vaikka traumatietaoisuus oli lisääntynyt ja traumahoitomalleja kehitetty 2000-luvulle tultaessa.

Traumaterapiakeskuksen ansiokkaiden koulutusten tiesimme olevan perheterapeuttien suosiossa

ja perheterapeutteja pätevätyi myös EMDR-terapeuteiksi. Lasten psykoterapiassa ja lastenpsykiatriassa oli huomioitu kiintymyssuhdetraumojen perhekeskeinen hoito. Mutta nuorten ja aikuisten perheterapioissa, perhekeskeisissä hoidoissa tai psykiatrian tarjoamissa hoitopoluissa traumanäkökulmainen keho-orientoitunut perhekeskeinen työote oli ollut enemminkin paikallista kuin yleistä.

Perheterapian erilaisista toimintaympäristöistä ja kulttuureista tuntui nousevan keskenään samankaltaisia kysymyksiä; miten ottaa huomioon traumatisaation vaikutukset dialogiin, luottamuksen syntymiseen, kertomuksen kehkeytymiseen, elämäkerrallisten tapahtumien muistamiseen tai muistamattomuuteen? Miten rakentaa yhteistyötä silloin, kun keskustelemalla ei saavuteta riittävän merkityksellistä muutosta ja haitallinen vuorovaikutus perheessä jatkuu monitoimijaisista ponnisteiluista huolimatta?

Perhetyön työnohjauksissa nousi usein esiin kysymys, miten reagoida rakentavasti perheenjäsenen tulvivaan puheeseen, yhtäkkiseen kiihtymiseen tai äkilliseen vetäytymiseen loukkaamatta ja katkaisematta yhteistyötä. Tai miten sekä lohduttaa että voimauttaa lapsuudestaan asti traumatisoitunutta, lapsiaan tai puolisoaan kaltoin kohtelevaa vanhempaa? Tai mistä tietää, milloin puhua näkemästään ja milloin vaieta ja millä kokoonpanolla on kulloinkin viisasta tavata? Tai miten perhetapaamisessa toimivaksi koettu vuorovaikutuksen laatu siirtyisi perheen arkeen?

Keskusteluja käytiin myös työntekijöiden turhautumisen ja uupumisen vaikutuksista prosesseissa, joissa työtä on tehty paljon, mutta perheiden ongelmat eivät ratkea, eikä perheenjäsenten elämänhallinta kehity eivätkä kiintymyssuhteet korjaudu. Työntekijöiden jaksamisen kysymykset nousivat esiin sijaistraumatisaation näkökulmasta.

Yksi oivalluksistamme syntyi EMDR-koulutuksessa, kun olimme valmistelevaan asiakasta EMDR-sessioon antamalla hänelle käytettäväksi käsimerkin, jolla hän voi viestittää terapeutille prosessoinnin keskeyttämisen tarpeesta. Tällöin terapeutin tulee keskeyttää prosessointi ja kiittää asiakasta keskeytyksen tarpeen tunnistamisesta ja sen ilmaisemisesta. Prosessoinnin jatkamisen mahdollisuuksia tuli tunnustella asiakkaan kehollisen tapahtumisen ja emotionaalisen kokemuksen

suunnalta. Havahduimme miettimään, sosisiko perheterapiaistunnon aloitusprotokollaan ääneen lausuttu mahdollisuus säädellä istunnon kulkua emotionaalisen tai kehollisen kokemuksen pohjalta perheenjäsenen toimesta. Sanalliseen säätelyyn toki rohkaistiin, mutta se on vaikeaa kenelle hyvänsä ja erityisesti niille ihmisille, joilla on kokemusta väärinymmärretyksi tai sivuutetuksi tulemisesta omia tarpeitaan puolustaessaan. Vaikeaa se on myös silloin, kun perheenjäsenet huomaavat, miten kuormittuneita tai keskenään erimielisiä työntekijät ovat. Perheenjäsenet tuntuvat siis säätelevän tapaamisten kulkua puhumalla liikaa tai liian vähän, katoamalla psyykkisesti tai fyysisesti paikalta, sopeutumalla, hermostumalla, suuttumalla tai laamantumalla.

Päätimme viedä idean "säätelyeleestä" pari- ja perheterapiaprosesseihimme asiakkaidemme kokeiltavaksi. Haimme lisää vakauttamiseen liittyvää ymmärrystä ja menetelmiä traumaterapian, kiintymyssuhdeterapian, sensorimotorisen terapian, EMDR-terapian ja psykofyysisen hengitysterapian hoitomalleista sekä neurotieteiden tuottamasta tiedosta sovellettavaksi perheterapiaprosesseihin. Minna Koskinen ja tämän artikkelin kirjoittaja käynnistivät myös klinisen pilotoinnin vuonna 2011.

Samana vuonna käynnistimme vuoden pituiset pari- perheterapeuteille suunnatut "Vakauttava hoito perheterapiassa"-koulutukset. Koulutuksissamme on asiantuntijaluennointisijana kouluttajaperheterapeutti ja psykiatrian erikoislääkäri, dosentti Markus Heinimaa. Heinimaan koulutus käsittelee vakavia mielenterveyshäiriöitä ja traumatisaatiota sekä EMDR-työskentelyn integroimista perheterapiaan. Sisko Karinen oli mukana kehittämis- ja koulutustyössä vuoteen 2014.

Kouluttajaperheterapeutti Virve Nousiainen oli 2000-luvun alussa uranuurtajana Suomessa alkanut integroida traumateoriaa perheterapiaan ja myöskin kouluttamaan traumatisaation vaikutuksista perheeseen ja perheterapiaprosessiin. Jäädessään eläkkeelle Nousiainen evästi ja rohkaisi meitä jatkamaan eteenpäin. Hänen kannustuksensa ja karttalehtensä olivat ratkaisevia sille, että rohkenimme lähteä matkaan aika lailla tuntemattomille reiteille.

Tähän mennessä on jo yli sata perheterapeut-

**” Miten ottaa
huomioon traumatisaation
vaikutukset dialogiin,
luottamuksen
syntymiseen, kertomuksen
kehkeytymiseen,
elämäkerrallisten
tapahtumien
muistamiseen tai
muistamattomuuteen? ”**

tia kouluttautunut vakauttavaksi perheterapeutiksi yhdeksässä koulutusryhmässä. Olemme myös kouluttaneet satoja sosiaali- ja terveystoimen ammattilaisia eri pituisissa koulutuksissa eri puolilla Suomea. Koulutustyömme jatkuu sekä pidempien täydennyskoulutusten että lyhyempien prosessien ja seminaaripäivien muodossa.

MIHIN YHTEYKSIIN VAKAUTTAVA TYÖOTE PERHETERAPIASSA ASETTUU?

Dialogiset ja reflektiiviset prosessit ovat vakauttavan perheterapian sovelluksen kehittäjien perheterapeuttinen viitekehys. Sovelluksen taustalla ovat lisäksi näkemykset kielen ruumiillisuudesta, vuorovaikutustilanteiden ”tässä ja nyt”- tapahtumisen ensisijaisuudesta, turvallisen ja arvostavan yhteistyösuhteen rakentamisesta sekä perheenjäsenten resurssien vahvistamisesta.

Reflektiivisen tiimin kehittäjä Tom Andersen puhui jo 1980-luvulla kehollisuuden ja erityisesti hengityksen ja äänen säätelyn merkityksestä ymmärrystä synnyttävässä ja parantavassa vuorovaikutuksessa. Hän korosti myös näkemisen merkitystä kuuntelemisen rinnalla ymmärryksen synnyttämisessä. Dialogisen työmallin taustalla on ajatus sanan ruumiillisuudesta ja dialoginen ihmiskuva perustuu suhteissa elämiseen ja toinen toisissamme resonointiin (Rautiainen, 2017).

Avoimen dialogin hoitomallin uranuurtaja professori Jaakko Seikkula on puhunut viime vuosina enenevässä määrin dialogisuudesta ruumiillisena kokemuksena, ruumiin puheena ja osaamisena. Hänen mukaansa kaikki tunnekokemukset ovat ruumiin aistimuksia, jotka liittyvät vuorovaikutukseen. (Suomen Mielenterveysseura, 2018) Seikkulan mukaan ajankohtaiset dialogisuuden tutkimukseen liittyvät painopisteet ovat, mitä vuorovaikutustilanteessa tapahtuu tässä ja nyt sekä tunteiden ja ruumiillisten kokemusten yhteydet. Seikkulan johtamassa Suomen Akatemian Relationaalinen mieli -monitoimijaisen terapiadialogien muutoshetkissä -hankkeessa tutkitaan asiakkaiden ja terapeuttien toinen toiseensa virittäytymistä ja vastavuoroista yhteen sovittautumista (Kykyri, 2017).

Dialogisen työmallin ja reflektiivisten prosessien alkuperäiset yhteydet kehollisuuteen, hengitykseen ja katseen suuntiin, yhteen virittymiseen, taukojen merkitykseen ja puheen rytmytykseen olisi tärkeää saada jälleen vahvistumaan perheterapiassa. Vakauttavan perheterapian sovelluksen pyrkimys on omalta osaltaan tuoda keholähtöisyyttä perheterapiaan. Interpersoonallinen neurobiologia on tuonut lisää käsitystä traumatisaation vuorovaikutusilmiöistä ja sen pitkäaikaisista jälkiseurauksista, mikä voi auttaa suuntaamaan myös perheterapiaa täsmällisemmin.

PERHE JA TRAUMATISAATION MÄÄRITTELY

Samalla tavoin kuin yksilöiden traumatisoitumisen, voi perheiden traumatisoitumisen ajatella jakautuvan eri kategorioihin vakavuusasteen perusteella. Yhtäältä traumassa on kyse yksilön traumatisoitumisesta, toisaalta koko perheen vuorovaikutuksen traumaorganisoituneisuudesta. Virve Nousiainen on muokannut perheen traumatisaation asteet yksilöpsykologisten vakiintuneiden määritelmien pohjalta perheterapiatyöskentelyn käyttöön.

Ensimmäisen asteen traumassa jokin ulkopuolinen tekijä on aiheuttanut perheelle trauman. Vakavien kriisien, onnettomuuksien ja väkivalta tapahtumien lisäksi ulkopuoliseksi tässä yhteydessä määritellään perheenjäsenen vakava sairaus. Toisen asteen traumoja on kahdenlaisia. Perhe voi kohdata poikkeuksellisen voimakkaan yllättävän kuoleman tai tuhoutumisen uhkan, perheenjäsenen vakavan vahingoittumisen tai kuoleman, joiden seurauksena voimakkaita post-traumaattisia stressioireita (PTSD) ja dissosiaatiota ilmenee yhdellä tai useammalla perheenjäsenellä. Vaihtoehtoisesti kyse voi olla perheen sisäisestä traumatisoitumisesta eli kiintymyssuhdetraumatisoitumisesta, jolloin trauma tapahtuu lapsen ja vanhemman välisessä kiintymyssuhteessa. Traumatisaatiota voi tapahtua myös sisarusten välisissä suhteissa tai ylisukupolisesti.

Perheensisäinen traumatisaatio on aina laadultaan tuhoisaa kiintymyssuhteille ja pitkään jatkueksaan on keskeinen tekijä rakenteellisen dissosiaation kompleksisten muotojen kehittymiselle (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2009).

Perhe-elämässä voidaan puhua myös sekundaaritraumatisaatiosta, sillä yhden kokema trauma sekä eläminen traumatisoituneessa ilmapiirissä vaikuttaa toisiin. Tätä sanotaan myös ”välittämisen hinnaksi”. Trauman vaikutuksesta perheen sisäinen vuorovaikutus ja suhde perheen ulkopuoliseen maailmaan muuttuu lyhytaikaisesti tai pysyvämmiin. Vaikka vakauttaminen ja vuorovaikutuksen säätely perheterapiassa perustuu ensisijaisesti traumaperäisten merkkien havaitsemiseen ja tunnistamiseen vuorovaikutuksessa eikä edellytä perheen traumahistorian tuntemista, voi olla hyödyllistä olla tietoinen eroista ulkopuolisen ja sisäisen trauman aiheuttajan vaikutuksissa perhe-elämän kannalta.

TRAUMATISAATION VAIKUTUKSISTA KOKEMISEEN, MUISTAMISEEN JA KERTOMISEEN

Perheterapian kaanonissa edelleen vaikuttava Martti Siiralan kiteytys 1960-luvulta, ”mikä ei tule jaetuksi jää jonkun kannettavaksi”, saa valotusta intersubjektiivisen neurobiologian havainnoista. Van der Kolkin (2017) mukaan kehon sanotaan kirjaavan kaiken koetun ylös, mutta mieli on usein tietämätön kehon aistinvaraisista ja liikunnallisista tiloista. Traumaattiset muistot ovat pohjimmiltaan erilaisia kuin menneisyyttä koskevat tarinat. Ne ovat dissosiativisia. Implisiittisen muiston synty liittyy huomion kohdentamiseen traumaattisen tapahtuman hetkellä. Kun pako tai taistelu ei ole mahdollista, siirtyy huomio perifeerisiin, ei-traumaattisiin ärsykkeisiin. Näin välttyään kokemasta tuskaa ja ahdistusta, pelkoa ja kipua kaikessa voimassaan. Perifeeriset havainnot tallentuvat eksplisiittiseen muistiin ja kokemuksen sietämättömät osat implisiittiseen muistiin. (Siegel, 2012, van der Kolk, 2017)

Kun pako tai taistelu ei ole mahdollista, siirtyy huomio perifeerisiin, ei-traumaattisiin ärsykkeisiin.

Tuntemukset, jotka saapuvat aivoihin traumaattisen tapahtuman aikana, eivät ole punoutuneet eheäksi tarinaksi ja osaksi ihmisen omaelämäkertaa. On kokemuksia, joita ei edes voi jakaa, koska niille ei ole olemassa sanoja. On vain kokemukseen liittyviä vahvoja mielikuvia, kehollisia taksia, paniikkia, painajaisia, jäätymistä tai jähmettymistä. Aivokuvantamisella on havaittu, että takaumien aikana Brocan alue, joka osallistuu puheen muodostamiseen, vaimenee. Sen sijaan näköaivokuorella olevia alueita aktivoituu, ikään kuin trauma tapahtuisi juuri nyt vaikka siitä saattaa olla vuosia aikaa (van der Kolk, 2017).

Ogdenin (2009) mukaan traumaperäiset tilat ovat täynnä jäykkyyden tai kaaoksen kokemuksia, jotka pitävät yllä trauman tuhoisia vaikutuksia kauan sen jälkeen, kun varsinainen ylivoimainen kokemus on ohi. ”Mikä ei tule jaetuksi, jää jonkun kannettavaksi”, mutta ei aina edes hänen itsensä sisäisesti omistamaksi. Kuitenkin yksi ja sama keho kantaa niin tiedostettua kuin dissosioituakin kokemusta.

Neurotieteellisten tutkimusten mukaan ihmisellä on kaksi toisistaan poikkeavaa minätietoisuutta; toinen on yhteydessä itseen ajan jatkumossa ja toinen havainnoi itseä nykyhetkessä. Ensimmäinen, elämäkerrallinen itse, synnyttää kokemusten välille yhteyksiä ja kokoaa ne johdonmukaiseksi tarinaksi. Tarinat muuttuvat sitä mukaa kun niitä kerrotaan. Toinen järjestelmä on hetkestä toiseen elävä itse. Se perustuu ensisijaisesti ruumiillisiin tuntemuksiin, mutta turvallisessa kiireettömässä vuorovaikutuksessa sitäkin kuvaamaan voi löytyä sanoja. Nämä sanat ovat ennemminkin kuvia, kuin johdonmukaisia ehyitä kertomuksia (van der Kolk, 2017).

Van der Kolkin (2017) mukaan kieli on alun perin kehittynyt ensisijaisesti kuvaamaan jotain, joka on ulkopuolella, ei sitä, mikä on sisäpuolella. Aivojen kielikeskus on kaukana minuuden kokemisen keskuksesta, mediaanisesta otsalohkosta. Nämä kaksi tietämisen tapaa sijaitsevat siis aivojen eri osissa ja ovat suurelta osin irti toisistaan. Tämä irrallisuus havainnollistuu, kun traumaattisesta tapahtumasta kerrotaan kuin mistä tahansa arkisesta tapahtumasta tai kun onnellista lapsuutta muistellaan kasvot jähmeinä tai katse sammuneena. Trauman kokeneen kohdalla voidaan kuvata, että toinen järjestelmä kertoo ”julkaisukelpoisen tarinan” (itselle, että kestää ja toisille, ettei luhistu häpeäs-

tä). Kun tätä tarinaa kertoo riittävän usein, se alkaa tuntua totuudelta.

Pierre Janet'n mukaan muistoon liittyvän tunnetilan intensiteetti on kääntäen verrannollinen kapasiteettiin prosessoida sitä kielellisesti (Leikola, Mäkelä & Punkanen, 2016).

Perhe ja ystävät uupuvat kuulemaan traumakokemuksen emotionaalisia puolia ja tarina siistiytyy aiheuttaakseen mahdollisimman vähän torjuntaa. Hoitojärjestelmä myös vahvistaa tahtomattaan emotionaalisen ja kehollisen puolen eriyttämistä, jos se odottaa anamneesin teon vaiheessa loogista kertomusta. Hoitokertomuksissa dominoivaksi kertomukseksi valikoituu usein viestin sanallinen puoli, ei niinkään kehollinen ilmaisu. Onkin vaativa tehtävä kuvata niiden välistä epäsuhtaa sortumatta tulkintaan tai epäilyyn jommankumman viestinnän muodon tarkoitushakuisuudesta tai vilpillisyydestä. Tavanomainen tunnusmerkki ”julkaisukelpoiselle tarinalle” on liian ehyen tuntuinen kertomus, joka kerrotaan vailla tunteita. Implisiittinen järjestelmä, jonne traumakokemukset tallentuvat, kuitenkin rekisteröi erilaista totuutta eli sitä, miltä tilanne tuntuu syvällä sisällä. Juuri tämä järjestelmä on se, joka olisi hoidossa löydettävä, jonka kanssa ihmisen itsensä olisi ystävystyttävä ja tehtävä sovinto (van der Kolk, 2017).

VAKAUTTAVAN PERHETERAPIAN MONINAINEN TEORIAUSTA

Tietoisuus siitä, ettei traumaterapian teorian kenttä ole yhtenäinen, vaan monimuotoinen ja kehittyvä, on asettanut omanlaisensa vaatimukset vakauttavan perheterapian sovelluksessa käytettyjen teorioiden ja mallien kuvaamiselle. Traumateoriat ovat luonteeltaan yksityiskohtaisia ja mutkikkaita, joten kirjoittaminen on ollut haastavaa. Lisäksi niiden teoreettinen ja historiallinen suhde toisiinsa ei aina ole perheterapeuttikirjoittajalle avautunut. On vaatinut rohkeutta lähteä integroimaan traumaterapian työmalleja perheterapiaan. Sen vuoksi on tuntunut rohkaisevalta, että traumaterapian suunnalla nähdään pari- ja perheterapian hyödyt muun muassa siten, että ne mahdollistavat toimimattomien vuorovaikutuskuvioiden tutkimisen ja purkamisen sekä terapeuttisen yhteistyösuhteen ja hoitosyste-

min laajentamisen kautta ihmissuhteiden luomisen parantavaksi kontekstiksi ja siten korkeampien toimintatapumusten saavuttamisen (Kaura, 2015).

Sovelluksen taustalla olevia teorioita ja työmalleja ovat persoonallisuuden rakenteellinen dissosiaatioteoria (PRD-teoria), toiminnan psykologia, polyvagaalinen teoria ja niiden pohjalta laadittu trauman kolmivaiheinen hoitomalli, sensorimotorinen terapia, kiintymyssuhdeteoriat- ja terapia, peilisoluteoria, mielitajuteoria, moniteoriapohjainen psykofyysinen hengitysterapia ja EMDR-terapia AIP-teorioineen. Ne on kuvattu peräkkäin, vaikka ne todellisuudessa limittyvät toisiinsa.

PERSOONALLISUUDEN RAKENTEELLINEN DISSOSIAATIOTEORIA

Persoonallisuuden Rakenteellinen Dissosiaatioteoria (PRD-teoria) muodostaa trauman metateorian ja se on sovellettavissa kaikenlaiseen traumatisoitumiseen sen erilaisissa muodoissa ja vakavuusasteissa (Leikola, 2014).

PRD-teorian ovat kehittäneet Hollannissa Otto van der Hart, Kathy Steele ja Ellert Nijenhuis ja se pohjautuu englantilaisen psykiatrin Charles Meyersin ensimmäisen maailmansodan aikaisiin havaintoihin sotilaiden persoonallisuuden jakautumisesta traumaa kokeviin osiin ja traumaa vältteleviin osiin, ranskalaisen Pierre Janetin toiminnan psykologiaan, virolaisen Jan Pankseppin teorioihin affektiivisesta neurotieteestä ja amerikkalaisen Stephen Porgesin polyvagaaliseen teoriaan autonomisen hermoston rakenteesta ja toiminnasta. Teoria persoonallisuuden rakenteellisesta dissosiaatiosta on tärkeä avain emotionaalisen trauman ymmärtämiseen ja sen psykoterapeuttiseen hoitamiseen (van der Hart, Steele & Nijenhuis, 2009; Leikola, 2014).

PRD-teorian mukaan persoonallisuuden psykobiologiset alajärjestelmät ovat jäykkiä ja toisiltaan suljettuja. Tämä aiheuttaa sen, että persoonallisuus on epäyhtenäinen ja sen koordinaatio vaillinaista. Traumaattisia kokemuksia ei pystytty sisällyttämään omiin kokemuksiin. Emotionaaliset persoonan osat (EP, emotional parts) kantavat traumamuistoja ja kokevat liikaa, kun taas näennäisen normaali persoonan osa (ANP, apparently nor-

mal parts) muistaa traumatapahtumasta vähän tai ei ollenkaan, mahdollistaen siten arjen toimintakyvyn. Traumamuistot ovat tunkeutuvia, aistimuksellisia ja affektiivisia, eivät tarinallisia. Tietyt ärsykkeet laukaisevat traumamuistot. Rakenteellista dissosiaatiota syntyy, kun kohdataan ylitsekäymättömiä tapahtumia psyykkisen suorituskyvyn ollessa heikko. Lapsuudenaikainen traumatisoituminen on keskeinen tekijä lasten ja aikuisten traumaperäisissä häiriöissä (van der Hart ym., 2009).

Pierre Janetin (1859–1947) 1800-luvun lopulla kehittämässä toiminnan psykologiassa hahmotetaan toimintataipumusten hierarkiaa kuvaamaan psyykkisen toiminnan tasoja. Alemman tason toimintataipumukset ovat refleksiivisiä, korkeamman tason toimintataipumukset perustuvat harkintaan, pohtimiseen ja päätöksentekoon ja ovat sopeutumisen kannalta hyödyllisiä. Trauman kokeneiden on vaikeaa muun muassa käynnistää tai lopettaa toimintaa. He voivat suunnitella, mutta eivät aloitaa tai he voivat aloittaa, mutta eivät lopettaa. Heiltä puuttuu tarvittava psyykinen energia prosesseihin. Traumatisoituminen merkitsee joidenkin persoonallisuuden osien juuttumista alemmille toimintatasoille, koska trauman kokeneen ihmishuhtedatidot ja tunne-elämän säätelyvälineet ovat puutteellisia (van der Hart ym., 2009).

PRD-teorian pohjalta on kehitetty trauman kolmivaiheinen hoitomalli, joka alkaa vakauttamisesta ja etenee spiraalinomaisesti trauman käsittelyvaiheen kautta uudelleensuuntautumisvaiheeseen (Suokas-Cunliffe, 2015).

Kolmivaiheisen hoitomallin vakauttavan vaiheen menetelmiä on sisällytetty vakauttavan perheterapian sovellukseen. Vakauttamisessa työskennellään oireiden vähentämiseksi ja erityisesti psyykkisen energian lisäämiseksi, jotta toimintataso kohentuisi. Vakauttavan vaiheen keskiössä on lisätä sisäisen ja ulkoisen maailman eron havainnoinnisen ja nykyhetkessä pysymisen taitoja. Perheen arkielämän yksinkertaistaminen, levon ja tekemisen tasapainottaminen luovat vakautumisen edellytyksiä. Energian säätelystä, nukkumisesta, liikkumisesta ja ruokavaliosta rohkaistaan pitämään huolta. Autetaan perheenjäseniä tunnistamaan, mikä kutakin energisoi ja mikä taas syö voimavaroja, karsimaan tarpeetonta energiankulutusta, tekemään rajanvetoa sellaisten ihmissuhteiden ja

toimintojen suhteen, jotka syövät voimavaroja ja tunnistaman voimauttavia ja kannattelevia suhteita. Vakauttavan vaiheen toimia on myös tekemisen aloittamisen ja loppuun saattamisen kanssa työskentely. Vakauttavassa vaiheessa tapahtuu silmien avaamista yhdessä oireiden mielekkyydelle suhteessa elämänhistoriallisiin tapahtumiin ja vaihe sisältää oireiden normalisointia ja siten häpeän taakan keventämistä. Lisääntyvä tieto oman kehon ja mielen toiminnasta mahdollistaa rakentavampien toimintojen hallitsemisen reaktiivisuuden sijaan (van der Hart ym., 2009).

PORGESIN POLYVAGAALINEN TEORIA

Vakauttavan perheterapian sovelluksen keskeinen teoria on amerikkalaisen neurofysiologin Stephen Porgesin (1945–) kehittämä polyvagaalinen teoria, joka hahmottaa uudella tavalla autonomisen hermoston rakennetta, luonnetta ja toimintaa. Teoria liittyy monien biologisten prosessien säätelyyn osallistuvan vagushermon toimintaan. Kiertäjähiermon säikeistä peräti 80 % välittää tietoa elimistön tilasta keskushermostoon ja 20 % säikeistä on aivoista kehoon kulkevia motorisia ja autonomisen hermoston säikeitä (Porges, 2011, Leikola, Mäkelä, Punkanen, 2016).

Porgesin hierarkkisen teorian mukaan autonomisessa hermostossa on kolme tasoa, joista kaksi (dorsaalivagus ja sympaticus) liittyy puolustukseen ja kolmas (ventraalivagus) sosiaaliseen liittymiseen. Ventraalinen vagus on kehityksellisesti myöhäisin vagushermon haara. Sen tehtävänä on säädellä sympaattista hermostoa niin, että sympaattisen systeemin energia pysyy korkeana, mutta siihen defensiivisessä tilassa liittyvä vihamielisyys on poissa. Tätä Porges kutsuu vagaaliseksi jarruksi. Kun puhutaan itsesäätelystä, puhutaan fysiologisesti vagaalisen jarrun vahvistamisesta. Kun vagaalinen jarru alkaa toimia, mahdollistuu leikkisä aktiivisuus ja liikkumattomuus ilman pelkoa (Porges, 2011; Punkanen, 2015).

Porgesin käsite neuroseptio tarkoittaa hermoston kykyä arvioida uhkaa ja turvaa. Suurimmalla osalla neuroseptio toimii tarkoituksenmukaisesti, mutta vakava traumatisoituminen voi johtaa

**”Trauman kokeneen
kohdalla voidaan kuvata,
että toinen järjestelmä
kertoo ”julkaisukelpoisen
tarinan”; itselle, että
kestää ja toisille, ettei
luhistu häpeästä.”**

neuroseption häiriintymiseen. Tällöin turvallinen tilanne voidaan tulkita uhkaavaksi ja uhkaava tilanne turvalliseksi. Molempiin suuntiin tapahtuvat virheelliset arviot voivat muodostua ongelmalliseksi traumatisoituneelle ja hänen suhteilleen (Porges, 2011; Punkanen, 2015). Tämä voi näyttäytyä selittämättömän tuntuksena epäluuloisuutena esimerkiksi hoitosuhteessa ja toisaalta käsittämättömän tuntuksena riskin ottona ilmiselvästi uhkaavissa tilanteissa.

Van der Hart ym. (2006) olettavat, että traumatisoitumisessa kiintymyssuhdetta ja sen menetystä koskevat fobiat sulkevat ventraalisen vagaalijärjestelmän. Poikkeava vagaalinen säätely on yhteydessä sosiaalisen käyttäytymisen vaikeuksiin ja vaikeuksiin oman tilan säätelyssä. Porges on tutkinut myös kasvatusmenetelmien vaikutusta vagaalisen hermoston kehittymiseen. Hän on todennut muun muassa liian ankaran, kriittisen ja vaativan kasvatuksen vaikuttavan epäsuotuisasti vagaalisen säätelyn kehittymiseen. Vagaalisen jarruttamisen opettelulla on vakauttavassa perheterapeuttisessa työskentelyllä keskeinen rooli ja siihen perustuvat monet tapaamisissa ja kotona tehtävät keholliset harjoitteet. Ne liittyvät hengityksen, äänen ja liikkeiden käyttöön erityisesti vanhemmuuden hermostollisessa säätelyssä.

Polyvagaalinen teoria auttaa ymmärtämään, kuinka terapeutin terapeuttinen läsnäolo edesauttaa terapian toimivuutta vahvistamalla suhdetta ja asiakkaan turvallisuuden kokemusta hermoston tasolla (neurosepsio). Turvallisuuden kokemus on koko vakauttamisvaiheen työskentelyn lähtökohta. Ventraalivagussysteemiä säätelee aivojen etuotsalohko, jossa sosiaalinen kiinnittyminen ja empatian kyky kehittyy, (Porges, 2011).

Turvallisuuden kokemus on koko vakauttamisvaiheen työskentelyn lähtökohta.

Vakauttamisen vaikuttavuus pohjaa laadukkaaseen dialogiin ja terapeutin kykyyn käyttää työssään kehollisen vuorovaikutuksen elementtejä. Ne muodostuvat terapeutin liikkeiden, hengityksen, asentojen, ilmeiden, eleiden ja puheen prosodisten elementtien, kuten äänensävyyn, äänen korkeuden, sävelkulun ja intonaation säätelystä sekä peilauksesta ja sen purkamisesta. Kehon avoin asento ja pehmeä katsekontakti, rauhalliset eleet, lyhyet lauseet ja rauhallinen tasapainoinen hengitys viestittävät turvallisuudesta. Punkasen (2015) mukaan terapeutti voi auttaa vuorovaikutuksellisen säätelyn kautta asiakasta säätelemään autonomisen hermostonsa stressireaktioita. Vakauttava perheterapeutti on koulutuksessa useiden toistojen myötä harjaantunut säätelemään ventraalivagussysteemiään terapeuttisessa vuorovaikutuksessa ja käyttämään tätä säätelyä olennaisena osana työskentelyä. Terapia on ruumiillista työtä.

SIEGELIN SIETOIKKUNA JA AIVOJEN KÄSIMALLI

Amerikkalainen psykiatrian professori ja psykoterapeutti Daniel Siegel (1957–) on vaikuttanut paljon vakauttavan perheterapian sovellukseen. Hän on kehittänyt ”mielitajun” (Siegel, 2015) käsitteen, jossa yhdistetään neurotieteiden ja kasvatustieteiden teorioita ja käytäntöjä menetelmiksi, joilla voi kehittää kykyä säädellä tunnereaktioista vastaavia aivojen osa-alueita. Hänen kehittämällään ”aivojen käsिमallilla” tarkoitetaan yksinkertaistettua kämmenen avulla toteutettavaa demonstraatiota aivojen kolmikerroksisuudesta ja bilateralisuudesta sekä trauman vaikutuksista yhteyksien katkeamiseen ja keho-orientoituneen terapian lähestymistavasta niiden korjaamiseen. Siegelin ”aivojen käsिमallista” on tullut jokaisen vakauttavan perheterapeutin vakiotyökalu.

Kyetäkseen työstämään asioita terapiassa ja olemaan sopivalla tavalla osallisena perhe-elämässä on perheenjäsenten opittava säätelemään hermostollista aktivaatiota eli pysymään ”sopivassa vireysvyöhykkeessä” (Siegel, 1999). Tämä Siegelin sietoikkunaksi nimeämä vyöhyke jää ääripäiden – ylivireystilan ja alivireystilan – väliin.

Traumasta kärsiville on ominaista epätavall-

lisen matala tai epätavallisen korkea reaktiokyn-
nys. Kun työskennellään sietoikkunassa, voidaan
yhdistää sisäisestä ja ulkoisesta ympäristöstä tu-
levaa informaatiota. Vakauttavassa perheterapi-
assa tavoitellaan muun muassa sitä, että jokainen
perheenjäsen saa tutustua omaan sietoikkunaan
ja opetella sen laajentamista. Teoreettisena ja käy-
tännöä ohjaajavana lähtökohtana pidetään sitä, ettei
terapia ole auttavaa, elleivät asiakkaat ole sietoik-
kunassa. Sietoikkunan mallin voi vaikka piirtää, as-
karella tai jopa tehdä lasimaalauksena, kuten eräs
vakauttava perheterapeuttikollega on tehnyt.

PEILISOLUTEORIA

Viimeaikaiset kognitiivisen neurotieteen löydök-
set viittaavat siihen, että peilisolut ovat sanattoman
vuorovaikutuksen tärkeä elementti. Peilisoluteoria
selittää mekanismia. Empatian neurofysiologian
taustalla on aivosoluja, jotka peilaavat toisen olen-
non aivosolujen toimintaa (Iacoboni, 2008). Perhe-
terapiatilanteessa peilaamalla on saatavissa emo-
tionaalista ”esitietoa” toisen järjestelmän tiloista ja
reflektoimalla ne ovat parhaimmillaan saatettavis-
sa sanalliseen muotoon. Peilauksen purkua puoles-
taan on Rotschildin (2010) mukaan tärkeää oppia
käyttämään terapeutin emotionaalisen kuormituk-
sen purkamiseen. Vakauttavan perheterapian kou-
lutusten työnohjausprosessit rakentuvat peilauk-
selle ja reflektiivisille prosesseille.

SENSORIMOTORINEN TERAPIA

Sensorimotorisen psykoterapian kehittäjät, amerik-
kalaiset Pat Ogden, Kekuni Minton ja Clare Pain läh-
tevät myöskin siitä ajatuksesta, että valtaosa trau-
matisoitumisesta tapahtuu ihmissuhteissa ja se
vaikuttaa syvästi kehoon ja hermojärjestelmän
toimintaan. Sensorimotorinen psykoterapia raken-
tuu perinteisen psykoterapeuttisen tiedon varaan,
mutta pitää keskiössä kehotietoisuutta ammentaen
kiintymyssuhdeteorioiden, traumateorioiden, neu-
rotieteiden, kognitiivisbehavioraalisen terapian sekä
psykodynaamisen psykoterapian teorioista ja mene-
telmistä. Siinä hyödynnetään kehoterapeuttien so-
veltamia kehollisia väliintuloja, työtetään kehoais-

timuksia ja liikkeitä (Ogden, Minton & Pain, 2009).

Merkittävä osa vakauttavassa perheterapias-
sa käytettävistä kehoharjoitteista on sensorimotori-
sen psykoterapian sovelluksia. Niiden käytön tulee
perustua perheterapeutin sensitiivisiin huomioi-
hin perheenjäsenten liikkeistä ja niiden luonteesta
tai havaintoihin suhteessa olemisen suunnista, voi-
makkuudesta, tahdistä. Harjoitteita tehdään tapaa-
misissa ja niitä kannustetaan jatkamaan arjen vuo-
tovaikutussuhteissa.

KIINTYMYSSUHDETEORIAT- JA TERAPIA

Kolmen sukupolven näkökulma kiintymyssuhdet-
raumatisaation ymmärtämiseksi on keskeinen.
Ensimmäiset kiintymyssuhteet ovat elintärkei-
tä suhteita ja niillä on suuri merkitys lapsen myö-
hempään psyykkiseen vointiin. Mentalisaatioky-
vyn kehittyminen on suhteessa kiintymyssuhteen
laatuun. Koska traumatisoituneen vanhemman
kyky mentalisoida ja luoda turvallinen kiintymys-
suhde on usein alentunut tai jopa olematon, lapsi
jää usein emotionaalisesti yksin ja itsensä varaan.
Jäsentymätön kiintymyssuhde voi altistaa dissos-
iaatiiviselle persoonallisuudenrakenteelle. Jos kiin-
tymyskohde aikaansaa lapsessa ylikuormittavia
tunteita, on kiintymyssuhdetrauman riski suuri
(Ahlström, 2014).

Kiintymyssuhtenäkökulma on vakauttavan
perheterapian ytimessä ja sovellus sisältää mene-
telmiä ja harjoituksia, joilla voidaan pyrkiä korjaa-
maan kiintymyssuhdekatkoksia.

EMDR-MENETELMÄ

EMDR-menetelmä (Eye Movement Desensitization
and Reprocessing) on Francine Shapiron (1948–)
USA:ssa 1980-luvun lopulla kehittänyt adaptiivi-
sen informaation prosessoinnin (AIP-teoria) mene-
telmä traumaattisten kokemusten käsittelemiseksi.
Vakauttavan perheterapian sovelluksessa on vai-
kutteita EMDR-protokollan valmistelevalta osasta
sekä resurssoinnin merkityksestä trauman kanssa
työskentelyn edellytyksenä.

**” Ensimmäiset
kiintymyssuhteet ovat
elintärkeitä suhteita ja
niillä on suuri merkitys
lapsen myöhempään
psykkiseen vointiin. ”**

PSYKOFYYSINEN HENGITYSTERAPIA

Psykofyysinen hengitysterapia on suomalainen hoitomalli, jonka kehittäjiä useamman vuosikymmenen ajanjaksolla ovat turkulaiset Maila Seppä, Minna Martin, Päivi Lehtinen ja Tiina Törö. Menetelmä koostuu lukuisista toisiinsa kietoutuvista psykologian ja neurotieteiden teoreettisista ja kliinisistä näkökulmista (Martin ym., 2014).

Vakauttavan perheterapian sovelluksen kanalta moninäkökulmainen lähestymistapa hengityksen psykofyysiseen säätelyyn on merkittävä. Kyse on tasapainoisen hengityksen merkityksestä psyykkiselle ja fyysiselle hyvinvoinnille sekä varhaisen vuorovaikutuksen vaikutuksen ymmärtämisestä hengitystapojen oppimisessa ja stressisäätelyjärjestelmän kehittämisessä. Hengityksen tavat kehittyvät suhteessa toisiin ihmisiin ja sen vuoksi hengityksen ongelmat ilmentyvät myös suhteessa muihin (Martin ym., 2014).

Kannatelluksi tulemisen, antamisen ja vastaanottamisen, oman tilan ja omien rajojen tuntemisen kokemukselliset harjoitukset tarjoavat mahdollisuuden itsehavainnointiin ja myöskin korjaaviin kokemuksiin perheenjäsenten vuorovaikutuksellisessa säätelyssä. Traumatisoitumiseen liittyy usein pelkoa kääntää huomiota kehon sisäisiin tapahtumiin, joten hengitysharjoitusten käyttöä vakauttavan vaiheen alussa annostellaan huolellisesti. Mielikuva hellittävästä uloshengittelystä on usein riittävä. Vakauttavan perheterapian koulutuksessa ja kliinisessä käytännössä on psykofyysisen hengitysterapian harjoituksilla merkittävä rooli.

VAKAUTTAVIA MENETELMIÄ

Vakauttavan perheterapian sovelluksessa säätelyharjoituksia kohdennetaan nykyhetkessä pysymiseen, sisäisen ja ulkoisen tapahtumisen eron huomaamiseen, traumatisoivien aistiärsykkeiden tunnistamiseen ja reaktion säätelyyn, etäisyyden ja läheisyyden säätelyyn, äänen käytön ja liikkeiden säätelyyn, tekemisen aloittamiseen ja loppuunsaattamiseen sekä näihin toimiin tarvittavien resurssien löytämiseen. Resurssia etsitään kehosta, mielestä, perheestä, suvusta, ystävistä, lemmikkieläimistä kuten myös kannustetaan etsimään niitä

esimerkiksi musiikin ja muiden taiteiden, liikunnan ja muun voimauttavan toiminnan parista.

Vakauttavina menetelminä on muun muassa itsehavainnointi ja vuorovaikutushavainnointi, maadoittavat harjoitukset, tasapainoisen hengityksen edistämisharjoitteet, liikkeeseen, pyhäytymiseen ja äänen käyttöön, kannatteluun ja lohduttamiseen sekä rajojen tunnistamiseen ja rajanvetoon liittyvät keholliset harjoitteet, valokuvatyöskentely kehotuntumassa, resurssisukupuu ja muut fokusoidut sukupuut, resurssielämänjana sekä kiintymyssuhdehistorian tutkiminen. Myöskin oksitosiinin vapauttamista edesauttavia harjoituksia tarjotaan perheen kokeiltavaksi (Uvnäs Moberg, 2007). Aloittamiseen, lopettamiseen ja säätelyyn liittyviä harjoituksia tehdään ensin yhdessä perhetapaamisissa mielikuvia ja liikettä yhdistäen. Tapaamisissa kokeiltuja havainnointi- ja säätelyharjoituksia annetaan kotiin arjen haasteiden keskelle koeltavaksi.

VAKAUTTAVA PERHETAPAAMINEN

Turvallisen terapiasuhteen ja terapiapuitteiden luominen ja ylläpitäminen on välttämätön edellytys psykoterapiassa. Eri terapiamuotoja integroivissa terapeutin muutoksen malleissa jaetaan näkemys psykoterapiasta terapeutin ja asiakkaan/asiakkaiden yhteistoimintana, jonka keskeisimpiä tekijöitä ovat terapeutin yhteistyösuhde, asiakkaiden ilmaisun yhteinen havainnointi ja asiakkaiden itsehavainnoinnin tukeminen (Leiman, 2005; Kaura, 2014). Vakauttavassa perheterapiassa huomioidaan yhdessä perheenjäsenten kanssa kunkin vireystiloja ja vaalitaan turvallisuuden kokemusta sekä tarpeen mukaan kannatellaan, jarrutellaan, hengitellään, liikutaan tai toimitaan.

Vakauttavan perheterapeutin taitoa on loukaamatta jarrutella perheenjäsenten tulvivaa puhumista tai raastavien tunteiden ilmaisua, kunnes näillä on riittävästi taitoja vakauttaa itse oma kokemuksensa. Vakauttava asenne tarkoittaa myös terapeuttiparin tai työryhmän taitoa jarrutella toisen toisensa puhetta perheen emotionaalisten tarpeiden niin edellyttäessä. Perheenjäsenen tai työtoverin puheen tarpeenmukainen keskeyttäminen edellyttää vakauttavan säätelevän näkökulman si-

säistämistä ja perheenjäsenten emotionaalisen turvallisuuden tarpeen asettamista muun edelle.

Seuraavassa esitellään vakauttavan perhetapaamisen elementtejä sekä suosituksia toimista perheterapeutin sijaistraumatisoitumisen riskin vähentämiseksi. Perhetapaaminen on kuvauksessa selkeyden vuoksi jaoteltu vaiheisiin.

ENNEN PERHEEN SAAPUMISTA

Vakauttava perhetapaaminen alkaa jo ennen perheen saapumista, kun terapeutti havainnoi psykisen ja fyysisen vireystasonsa. Huomatessaan edellisen tapaamisen tai kokouksen ”jäämiä” kehossaan tai mielessään terapeutti voi ”huuhdella” niitä kehollisin menetelmin. Rotschildin (2010) mukaan terapeutin on ennen tapaamista tärkeää varmistaa, että hänellä on tuntuma omiin psyykkisiin ja fyysisiin rajoihinsa. Niitä voi vahvistaa mielikuva- ja kehoharjoittein. Mielikuvat tunnetartunnoilta suojaavasta kilvestä ja ”muistuttajasta”, joka huolehtii tässä ja nyt -tilassa pysymisestä, on myös koettu hyödyllisiksi. Näillä toimilla voi varmistella, etteivät tunnetartunnat siirry perheestä toiseen terapeuttien välityksellä. Autonomisen hermoston synkronia on somaattisen empatian keskeinen osatekijä. Se auttaa tunnistamaan asiakkaan tunnetiloja ja säätelemään niitä terapeutin omalla säätelyllä. Sen mekanismien ymmärtäminen on tärkeää myös sijaistraumatisoitumisen ehkäisemisen kannalta.

Ennen tapaamista terapeutti huolehtii myös, että huoneessa on vesilasit ja raikasta vettä sekä muistiinpanovälineet. Veden juomisen mahdollisuus on tärkeää vireystilojen säätelyssä sekä ojentavan liikkeen että nielemisrefleksin vuoksi. Muistiinpanovälineistä voi olla vakauttamisen kannalta hyötyä siten, että perheenjäseniä rohkaistaan tekemään muistiinpanoja itselleen sekä tapaamisissa että niiden välillä, koska traumatisaatiolla saattaa olla muistitoimintoja heikentäviä vaikutuksia.

PERHETAPAAMISEN ALOITUSVAIHE

Koska trauman keskeinen vahingoittavuus liittyy hallinnan menettämisen tunteeseen, sen ei soisi toistuvan perhetapaamisissa. Vakauttava perhe-

tapaaminen sisältää alkuvalmisteluja, joihin kuluu vain vähän aikaa ja joiden merkitys voi olla suuri turvallisuuden kokemuksen kannalta. Tapaamisessa on huolehdittava hyvästä rakenteesta ja rauhallisesta keskusteleavasta ilmapiiristä.

Esittelyvaihe on tärkeä. Turvallisuudentunnetta ei synnytetä ilman nimiä. Terapeutti kääntyy jokaisen perheenjäsenen puoleen, ainakin pyrkii saamaan katsekontaktin ja toivottaa henkilökohtaisesti tervetulleeksi. Näin sosiaalisen sitoutumisen järjestelmä voi aktivoitua ja puolustuksen järjestelmät inaktivoitua. Samalla terapeutin rauhallinen hengitys hellittävine uloshengityksineen tulee perheenjäsenten resurssiksi aktivoiden neuroseption kautta ventraalivagusta. Vuorovaikutukseen voidaan näin lisätä turvallisuutta ensi minuuteilla.

Ajan jäsenitys on työmme tärkeimpiä osa-alueita. Ellei tapaamisen alussa ole sovittu, kauanko tapaamiseen on varattu aikaa, saattaa laadukaskin dialogi tapaamisen loppuvaiheilla muuttua kaoottiseksi. Terapeutti ottaa vastuulleen ajankulun ja kertoo, kun tapaaminen on kääntymässä kohti loppua.

Perheenjäsenille kerrotaan myös mahdollisuudesta suojata itseään liian kivuliaiden asioiden käsittelyltä tai liian nopealta etenemistahdilta käyttämällä säätelylettiä. Jonkun käyttäessä säätelylettiä, terapeutti pysäyttää keskustelun, kiittää asianomaista itsensä suojaamisesta ja tilanteesta keskustellaan yhdessä ja tarvittaessa vakautetaan. Keskustelu jatkuu joko samasta aiheesta, mutta eri tavoin, tai aihetta vaihdetaan. Joskus vaihdetaan myös kokoonpanoa.

Säätelyleen käyttämisen mahdollisuuden kerrotaan olevan myös työntekijöillä. Terapeutti voi tunnistaa jarruttamisen tarpeen kehollisista vihjeistä kuten perheenjäsenten liikkeiden tai hengityksen rytmin tai syvyyden muutoksista, ihon väri vaihteluista, puheen tuottamisen tavasta tai katseen muutoksista. Myöskin terapeutin oman autonomisen hermoston muutosten tai kehopeilauksen kautta saama informaatio voi vihjata hänelle jarrutuksen tarpeesta.

Ennen keskustelun käynnistymistä terapeutti ohjaa vielä läsnäoloharjoituksen. Harjoitus tehdään istuen tai seisten ja yhdessä perheen kanssa. Pyydetään ensin huomaamaan kunkin oma suhde kannattelevaan alustaan, lattiaan ja tuoliin. Perheenjäseniä voi pyytää painamaan jalkapohjia maahan eli

**” Vakauttavan
perheterapeutin taitoa on
jarrutella perheenjäsenten
tulvivaa puhumista tai
raastavien tunteiden
ilmaisua, kunnes näillä
on riittävästi taitoja
vakauttaa itse oma
kokemuksensa. ”**

maadottumaan tai tuntemaan tuolin kyvyn kannatella omaa painoa. Perheenjäseniä voi sen jälkeen pyytää huokaisemaan kerran tai pari. Tämä on turvallinen ja hienovarainen tapa kutsua perheenjäseniä kehotuntumaan.

Harjoitus voi kohdentua käsien ja jalkojen asennon ja liikkeen huomaamiseen ja/tai hengitykseen. Asiakkaan kehosta voi etsiä myös ”sisäisiä turvallisuusaarekkeitä” eli kehonosia, asentoja tai liikkeitä, joihin voi tukeutua ali- tai ylivireyden koitaessa. Turvallisuusaarekkeet on yleensä hyvä haakea kiertäjähieron ulottumattomista, koska se vähentää hätäviestit rintaan, vatsaan ja kurkkuun. Niitä voi ainakin alkuun etsiä käsistä, jaloista, istumalihaksista ja selästä. Yhteistyön edetessä voi siirtyä hengityksen huomaamiseen ja sen kanssa työskentelyyn. Kokeilemalla yhdessä löytyy kullekin perheelle ja perheenjäsenelle sopivat harjoitukset lisäämään maadottumisen kokemusta, nykyhetkessä läsnäoloa, kahtaalle suuntaavaa orientaatiota ja viireystilojen säätelyä.

Kaikki toiminnalliset harjoitteet toteutetaan aina yhdessä terapeutin kanssa tai terapeutin ohjauksessa. Terapeutti ei siis havainnoi perhettä etäämmältä toiminnallisten osioiden aikana.

PERHETAPAAMISEN TYÖSKENTELYVAIHE

Tapaaminen etenee dialogisen keskustelun, vuorovaikutuksellisen säätelyn, kehoharjoitteiden ja reflektioiden vuorotellessa. Perheterapeutti on tarpeen mukaan aktiivinen kertomaan huomioistaan, joita tekee katsoen, kuunnellen ja kehollaan peilaen. Hän tekee huomioita perheenjäsenten viireystiloista, säätelytarpeista, liittymisen, kannattelun ja lohdun tarpeista tai vetäytymisen, poistyyntämisen, irti päästämisen tai -pääsemisen tarpeista. Jokaisen kehollisen harjoitteen ehdotuksen suhteen terapeutti kysyy, sopiiko se perheenjäsenille ja kuuntelee aidosti vastauksen. Arvostusta ilmaistaan, kun kukin kuuntelee itseään ja huomaa, mikä itselle olisi tai ei olisi hyväksi. Turvallisuuden kokemus terapiaistunnossa mahdollistaa sielotuksellisuuden pysymisen ja se estää puolustuksen toimintajärjestelmien aktivoitumisen. Se taas mahdollistaa prosessoitumisen, oppimisen ja integraation. Toi-

saalta, koska sielotuksellisuus laajenee vain silloin, kun hetkittäin työskennellään sen rajoilla, on tärkeää neuvotella myös edellytyksistä rohkaistua kokeilemaan jotain uutta.

PERHETAPAAMISEN PÄÄTÖSVAIHE

Tapaamisen loppupuolella terapeutti tekee yhteenvedon, kysyy kunkin perheenjäsenen tässä ja nyt -olosta ja pyytää palautetta kysymisen puhuttiinko niistä asioista, joista pitikin puhua ja tavalla, joka oli kullekin sopivaa. Seuraavan tapaamisen kokoonpano ja ajankohta sovitaan. Tapaaminen päättyy lyhyeen keholliseen läsnäoloharjoitukseen.

PERHETAPAAMISEN JÄLKEEN

Tapaamisen jälkeen terapeutti tunnustelee vielä viireystilansa ja tekee ”kehokannauksen” vertaillakseen tuntemuksiaan ennen ja jälkeen tapaamisen. Terapeutti kirjaa huomioit ylös ja tarvittaessa purkaa tunnetartunnat kehostaan ja mielestään siihen soveltuvien harjoitteiden. Kehollisten tapahtumien kirjaaminen mahdollistaa terapeutille sanattoman prosessin kuvaamisen ja seuraamisen.

Oleellinen osa vakauttavan perheterapian sovellusta on sijaistraumatisaation mekanismien tunnistaminen ja purkaminen. Tunnetartuntojen ja peilauksen purku suojelevat terapeuttia uupumukselta ja koulutuksissamme on runsaasti erilaisia kehollisia menetelmiä ja harjoitteita myöskin sijaistraumatisaation purkamiseksi.

Jos aikoja peruuntuu usein, tai joku perheenjäsen ei osallistu tapaamisiin lupauksistaan huolimatta, voidaan pyytää kiinnostumaan perumisen hetkestä ja kirjaamaan siitä jotain ylös. Tämä kuvaus pyydetään joko itse tuomaan seuraavaan tapaamiseen tai kirjallisena jonkun perheenjäsenen mukana. Näin syntyy tietoa siitä, mikä on ehkä vaikeaa, hankalaa tai pelottavaa perhetapaamisissa ja mikä olisi hyvä ottaa huomioon jatkossa. Lähestymistavan on kerrottu jossain määrin vähentäneen peruutuksia ja poisjäänteitä.

TRAUMAN KOKENEIDEN IHMISTEN ELÄMÄÄ KYNNYKSILLÄ

Mihail Bahtin (1895–1975) määrittelee Dostojevskin romaanien henkilöiden elävän ”kynnyksillä”, joilla eletään kriisiaikaa, eikä juurikaan ”huoneissa ja saleissa”, joissa eletään elämäkerrallista aikaa. Kynnyksellä voi Bahtinin mukaan kokea vain kriisin, tehdä ratkaisuja, kuolla tai syntyä uudeleen. Kynnyksellä on mahdollista vain kriisiaika, jossa silmänräpäys on yhtä pitkä kuin vuodet tai kuin ”biljoona vuotta”. Kriisiajan elämä vertautuu Dostojevskin tuotannossa rulettiin tai pakkotyöleiriin, jopa manalaan. Pelureiden tai pakkotyövankien elämä on sisäisistä eroavaisuuksistaan huolimatta ”elämän ulkopuolelle siirrettyä elämää” (Bahtin, 1991). Mielikuva vertautuu kirjoittajan mielessä traumatisoituneiden ihmisten elämään, joka koetaan ja näyttäytyy kriisistä toiseen elämisenä. Se kuvautuu toistuvana trauma-ajan astumisena elämään ja kokemuksena oman elämän ja oman kehon ulkopuolella elämisestä.

Elämäkerrallisessa sisätilassa elävien ihmisten kuvausta Dostojevski ei harrastanut, koska niissä eletään järjestäytynyttä ja kestäväää elämää ja sen kuvaaminen ei Bahtinin mukaan kiinnostanut Dostojevskiä. Asutussa sisätilassa ihmiset elävät elämäkerrallista elämäänsä elämäkerrallisessa ajassa, syntyvät, elävät lapsuutensa, nuoruutensa, aikuisuutensa, vanhemmuutensa, vanhuutensa ja lopulta kuolemansa (Bahtin, 1991). Elämäkerrallinen elämä kuvautuu ehkä mielenkiinnostomampana, mutta turvallisena. Sitä voi elää sisällä huoneissa, yhteydessä toisiin ja kokea menneen menneeksi, nykyisyyden nyt ja suunnitella tulevaa.

Vakauttavassa perheterapeuttisessa työskentelyssä perheenjäseniä rohkaistaan astumaan ulkoa tai eteisestä oman kokemisensa kynnyksille ja siirtymään peremmälle yhteydessä olemisen ja luottamuksen huoneisiin, ehkä tylsään, mutta järjestäytyneempään arkeen. Heitä kutsutaan astumaan oman sisäisen maailmansa kynnyksille ja siirtämään huomionsa myös oman kehonsa sisätiloihin. Perheenjäsenet voivat esimerkiksi hakea kehotuntumaa ensin nykykokemuksestaan ja sitten mielikuvien avulla tavoittelemastaan muutoksesta kohti omaa kasvuaan. Sen jälkeen he voivat astua yhdes-
sä terapiahuoneen kynnyksen yli terapeutti rinnal-

laan, kokea muutoksen kehossaan ja lopulta jakaa kokemuksiaan sanottaen. Koska trauman tiedetään katkovan yhteyksiä mielen ja kehon yhteistoiminnassa, mielikuvien ja niihin liitetyn kehotuntuman kautta perheenjäsenet voivat siirtää muutosta arkeensa, elämäkerrallisiin huoneisiinsa.

Vakauttavia harjoituksia tehdään kynnyksillä lähtemisten ja tulemisten, läheisyyden kaipuun ja vetäytymisen tarpeen, tarvitsemisen, pärjäämisen ja lohdutuksen tarpeen ympärille syntyvien jännitteiden huomaamiseen ja helpottamiseen.

LOPUKSI

Vakauttavan perheterapian sovellus on eräänlainen ehdotus toimijuuden kokemuksen hetkien lisäämiseen mutkikkaissa, raskaissa ja hämmentävissä perhekeskeisen työskentelyn prosesseissa sekä perheenjäsenille että perheiden kanssa työskenteleville. Se voi myös auttaa kannattelevampien ja myötätuntoisempien vuorovaikutussuhteiden viriämistä perheissä perheterapian keinoin. Tärkeää on virittäytyä huomaamaan, maadoittamaan ja hengittämään. Ja tärkeää on kääntyä toisen puoleen yhteyttä vaalien. Vanhemman katseesta välittyvä ilo tämän katsoessa lastaan voi korjata enemmän kuin tuhat sanaa.

Rohkaisevia kokemuksia vakauttavien menetelmien käytöstä perheterapiassa ja perhekeskeisessä työssä on kertynyt vuosien varrella runsaasti niin omien pari- ja perheterapiaprosessiemme ja vanhemmuudenterapioidemme pohjalta, kuin kollegoiden ja heidän asiakkaidensa raportoina lastensuojelun, perheneuvolatyön, kirkon perheneuvonnan, yksityisvastaanottojen, hankkeiden, lastenpsykiatrian, nuorisopsykiatrian ja aikuispsykiatrian työmailta. Toisaalta kokemuksia on saatu myös sovelluksen toimimattomuudesta tai hankaluudesta yhdistää sitä muihin lähestymistapoihin.

Kehitämme edelleen vakauttavan pariterapian, vakauttavan vanhemmuudenterapian ja vakauttavan verkostokokouksen sovelluksia. Mielienkiintoista olisi tutkia, miten perhetapaamisissa tapahtuva siirtyä perheiden arkeen ja miten vakauttavan perheterapian käytännön sovellukset asettuvat koulutettujen vakauttavien perheterapeuttien työn arkeen.

LÄHTEET

Ahlström, N. (2015). Kiintymyssuhteen merkitys trauman siirtymisessä yli sukupolvien. Teoksessa Häpeästä myötätuntoon. Helsinki: Kopio Niini Oy.

Bahtin, M. (1991). Dostojevskin poetiikan ongelmia. Helsinki: Kustannus Oy Orient Express.

Hästbacka, K. (2012). Kohti vakautuvaa vanhemmuutta. Traumaperäisen dissosiaatiohäiriön vakauttaminen Suomessa projektiraportti 2009-2012.

Karinen, S. (2012). Dissosiaation tunnistaminen ja huomiointi pari- ja perheterapiassa. Perheterapialehti, 28(3) 6-17.

Kaura, A. (2015). Psykoterapia (tutkimus), paradigmat, yhteiset tekijät ja traumapsykoterapia. Teoksessa Häpeästä myötätuntoon. Helsinki: Kopio Niini Oy.

Van Der Kolk, B. (2017). Jäljet kehossa. Helsinki: Viisas Elämä.

Koskinen, M. Luentomateriaali ja suullinen tiedonanto

Kuhn, T. S. (2012). The structure of scientific revolutions. 50th Anniversary. 4th edition. Chicago: University of Chicago Press.

Kykyri, V-L. (2017). (<https://thl.fi/documents/605877/3690153/Kykyri>)

Leikola, A. (2014). Katkennut totuus. Espoo: Prometheus.

Leikola, A., Mäkelä, J., Punkanen, M. (2016). Polyvagaalinen teoria ja emotionaalinen trauma. Duodecim, 132, 55-61.

Martin, M., Seppä, M., Lehtinen, P. & Törö, T. (2014). Hengitys itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Mediapinta Oy.

Nousiainen, V. Luentomateriaali.

Ogden, P. (2016). Sensomotorinen psykoterapia. Helsinki: Kopio Niini Oy.

Ogden, Pat & Minton, Kekuni & Pain, Klare. (2009). Trauma ja keho. Oulu: Kalevaprint.

Porges, S. (2011). The Polyvagal Theory. New York: Norton & Company.

Punkanen, M. (2015). Kehomenetelmien käyttö traumahoidon vakauttamisvaiheessa. Teoksessa Häpeästä myötätuntoon. Helsinki: Kopio Niini Oy.

Rautiainen, E-L. (2017). Voimavarakeskeinen pariterapia masennuksen hoidossa. Ratkes-lehti 3-4/2017

Rotschild, B. (2010). Apua auttajalle. Oulu: Kalevaprint.

Seikkula, J. (2018). Suomen Mielenterveysseuran vuosijulkaisu 2018, <https://www.mielenterveysseura.fi/>

Siegel, D. (2012). Mindsight. Helsinki: Basam Books.

Suokas-Cunliffe, A. (2015). Vakava varhainen trumatisaatio ja persoonallisuuden rakenteellinen dissosiaatio. Teoksessa Häpeästä myötätuntoon. Helsinki: Kopio Niini Oy.

Uvnäs Moberg, K. (2007). Rauhoittava kosketus. Helsinki: Edita Prima.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. & Steele, K. (2009). Vainottu mieli. Oulu: Kalevaprint.

Perheterapia
3/2018
ilmestyy syyskuussa 2018