

PTSD: Sotaveteraanien tabusta ensilinjan auttajien diagnoosiksi

Traumaperäinen stressihäiriö, mikä se on ja kuinka sitä hoidetaan?

Miika Laukkanen ja Jussi Länsivuori

05/2023

TIIVISTELMÄ

Miika Laukkanen & Jussi Länsivuori: PTSD: Sotaveteraanien tabusta ensilinjan auttajien diagnoosiksi

Opinnäytetyön muoto: Tutkimuksellinen opinnäytetyö

Julkisuusaste: Julkinen

Ohjaaja: Satu Tiainen & Jari Hyyti

Tutkinto: Poliisi (AMK)

Opinnäytetyömme käsittelee traumaperäistä stressihäiriötä, sen hoitoa sekä diagnoosin muutoksia lähitulevaisuudessa, siihen vahvasti liittyviä käsitteitä ja ottaa mukaan poliisinäkökulman. Halusimme tehdä traumaperäisestä stressihäiriöstä (PTSD) selkeän ja helposti lähestyttävän kokonaisuuden, joka auttaa lukijaa ymmärtämään esimerkiksi traumaperäistä stressihäiriötä sairastavaa kollegaa tai tunnistamaan oireita itsessään ja samalla pienentää avun hakemisen stigmaa.

Traumaperäinen stressihäiriö on diagnoosina melko uusi ja avun hakeminen voidaan kokea heikokoutena, vaikka tosiasiaassa traumaperäinen stressihäiriö on suhteellisen yleinen sairaus väestössä ja korostuu etenkin ensilinjan auttajien ammattikunnassa. Traumaperäinen stressihäiriö voi muodostua kenelle tahansa, kun henkinen kuormitus ylittää psyykkiset voimavarat, jotka eivät riitä kokemuksen käsittelyyn. On tärkeä ymmärtää, että traumaperäinen stressihäiriö voi nimensä mukaisesti muodostua yhdestä koetusta traumasta tai esimerkiksi stressin ja kriittisten tilanteiden kumuloiduessa työuran tai elämän aikana liian suureksi.

Tutkimusmenetelmäksi valikoitui kirjallisuuskatsaus, jonka aineisto on valittu siten, että tutkimuksen pääpaino on diagnoosin ja sen hoidon avaamisessa, sairauden esiintyvyydessä, sekä siinä, miten tauti voi vaikuttaa ensilinjan auttajiin pitkän työuran aikana. Lisäksi käsittelemme lyhyesti aiheen historiaa ja käsitteen muodostumista suomalaisessa viitekehyksessä.

Sivumäärä: 51 + 5

Tarkastuskuukausi ja vuosi: Toukokuu / 2023

Avainsanat: PTSD, traumaperäinen stressihäiriö, kumulatiivinen stressi, trauma, mielenterveys, kriisi, työterveys, kognitiivinen psykoterapia, Tetris, EMDR

SISÄLLYS

SISÄLLYS.....	3
1 JOHDANTO	6
2 TOTEUTUS	7
2.1 Tutkimuskysymykset	8
3 TRAUMAPERÄISEN STRESSIHÄIRIÖN HISTORIAA SUOMESSA.....	8
3.1 Mielenterveydellisten vammojen käsittely suomalaisessa sotapsykiatriassa.....	8
3.1.1 Suojaavat tekijät.....	9
3.1.2 Somaattiset oireet ja sotapsykiatria.....	10
3.1.3 Sokkihoidot	11
3.1.4 Sotapsykiatria vs. sotapsykologia	11
3.2 Traumaperäinen stressihäiriö -käsitteen muodostuminen.....	12
4 KRIISI JA TRAUMA	13
4.1 Kriisi ja sen eri vaiheet.....	14
4.1.1 Sokki.....	15
4.1.2 Reaktio	16
4.1.3 Käsittely- ja sopeutumisvaiheet.....	16
5 Kuinka kriisit SEKÄ TRAUMAT liittyvät poliisin työhön?	16
5.1 Trauma.....	17
5.1.1 1-tyyppin trauma, eli yksittäinen traumatisoiva tapahtuma	18
5.1.2 2-tyyppin trauma, eli jatkuva traumatisoivalle kokemukselle altistuminen.....	18
5.1.3 Traumatisoituminen ja dissosiaatio	18
5.2 Traumatisoituminen työtehtävää suorittaessa.....	19
5.3 Primaari- ja sekundaaritraumatisoituminen	20
6 TRAUMAPERÄISET STRESSIREAKTIOT JA -HÄIRIÖT.....	20
6.1 Tautiluokitukset ja diagnostiset kriteerit	22
6.1.1 DSM – The Diagnostic and Manual of Mental Disorders	23
6.1.2 ICD – The International Classification of Diseases.....	23
6.2 Akuutti stressireaktio	24

6.3	Akuutti stressihäiriö (ASD)	24
6.4	Traumaperäinen stressihäiriö (PTSD)	26
6.4.1	Traumaperäisen stressihäiriön diagnosointikriteerit	27
6.4.2	Traumaperäisen stressihäiriön oireet	28
6.5	Monimuotoinen traumaperäinen stressihäiriö (complex PTSD)	29
6.6	PTSD & cPTSD kansainvälinen kyselylomake ITQ	30
6.7	Traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyys väestössä	31
6.8	Traumatisoivien onnettomuuksien ja rikosten tilastoja Suomessa	31
6.9	Traumatisoituneet pakolaiset	32
7	Traumaperäisten reaktioiden- ja häiriöiden hoito	33
7.1	Ensisijaiset hoitomuodot traumaperäisen stressihäiriön hoidossa	34
7.1.1	Kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT)	34
7.1.2	Kognitiivinen terapia (KT)	34
7.1.3	Pitkitetyn altistuksen terapia (PA)	35
7.1.4	Kognitiivinen prosessointi terapia (KPT)	36
7.2	Toissijaiset hoitomuodot traumaperäisen stressihäiriön hoidossa	37
7.2.1	Lyhyt eklektinen psykoterapia (BEP)	37
7.2.2	EMDR terapia	38
7.2.3	Narratiivinen altistusterapia (NET)	39
7.2.4	Psykelääkitys	39
7.3	Koska ammattilainen itse tarvitsee ammattiauttajaa?	40
8	TRAUMAPERÄISEN STRESSIHÄIRIÖN MERKITYS POLIISIALALLA	40
8.1	Alttius henkiselle kuormitukselle, sekä sen hinta	40
8.2	Jälkitoimet poliisin organisaatiossa	42
8.2.1	Puhumisen merkitys	43
8.2.2	Avun hakemisen stigma	44
9	POHDINTA	44
	LÄHTEET	47
	LIITE 1	52

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme käsittelee traumaperäistä stressihäiriötä ja siihen liittyviä seikkoja sekä käsitteitä, jotka mielestämme liittyvät nimenomaan poliisin tehtäväkentän haasteisiin.

Jo opinnäytetyön toteutusta miettiessämme, kumpikin kirjoittajista halusi käsitellä opinnäytetyössä jotakin, joka liittyy ihmismieleen ja sen koukeroihin kaikkine monimuotoisuuksineen. Lopulta löysimme aiheen, jota ei ollut vielä käsitelty poliisiammattikorkeakoulun opinnäytetöissä kattavasti. Tämän lisäksi aineistoon tutustuessamme huomasimme, että opinnäytetyömme käsitteiden ymmärtämisestä on varmuudella meille hyötyä tulevassa työssämme sekä ylipäättään itsemme ymmärtämisessä.

Koemme aiheen olevan myös tärkeä ja ajankohtainen nyt, kun mielenterveydestä puhumisen stigman työhyvinvoinnissa ollaan viimein luopumassa. Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen myös, koska kirjoitushetkellä on Suomeen tullut poikkeuksellisen paljon Ukrainasta sotaa pakenevia ihmisiä, jotka voivat kärsiä traumaperäisestä stressihäiriöstä jossakin kohtaa elämäänsä. Traumaperäisen stressihäiriön merkityksen ymmärtäminen ensilinjan auttajan ammatissa on siis ajankohtainen auttajan oman hyvinvoinnin vuoksi, mutta myös tärkeää onnistuneiden asiakaskohtaamisten kannalta.

Puhuttaessa traumaperäisestä stressihäiriöstä, on kyseessä ahdistuneisuushäiriöihin lukeutuva mielenterveyshäiriö, jonka yleensä laukaisee jokin mieltä järkyttävä tapahtuma; joko kokemalla jotakin itse tai näkemällä jotakin traumatisoivaa. Oireiden on tullut jatkua ihmisellä yli kuukauden, jotta voidaan puhua nimenomaan traumaperäisestä stressihäiriöstä. Kyseessä on suhteellisen uusi diagnoosi, eikä välttämättä Suomessa niinkään tunnettu sairaus. Tämän lisäksi kirjoitamme opinnäytetyössämme monimuotoisesta traumaperäisestä stressihäiriöstä, joka on lisätty tuoreimpaan ICD-11 tautiluokitukseen, jota ei vielä kuitenkaan käytetä Suomessa, sillä siirtymisprojekti on iso ja kallis. Monimuotoinen traumaperäinen stressihäiriö on lähtökohtaisesti pitkällä aikavälillä useiden traumaattisten tapahtumien kokemisen seurauksena muodostuva sairaus, joka esimerkiksi amerikkalaisten tutkijoiden mielestä on nimenomaan ensilinjan auttajien, etenkin poliisien, sairaus.

Vaikka tietoisuus psyykkisten sairauksien, mukaan lukien traumaperäisten mielenterveysongelmien, olemassaolosta on parantunut vuosien saatossa, ei välttämättä taito tai ymmärrys silti ole riittävällä tasolla. Myös poliisin tietoisuus erilaisista mielenterveyden häiriöistä on tärkeää ja tätä tietoisuutta haluamme työllämme lisätä. Opinnäytetyömme pääasiallisena tarkoituksena onkin lisätä tietoisuutta traumaperäisistä stressihäiriöistä sekä -reaktioista ja siten pienentää avun hakemisen stigmaa. Tämän lisäksi opinnäytetyöstä voi olla apua esimerkiksi työtehtävillä tapahtuvista kohtauksista traumatisoituneiden ihmisten kanssa.

Opinnäytetyön lopusta löytyy liitteenä laatimamme taulukko, josta käy ilmi tehtäväluokituksen mukaiset poliisitehtävät. Tässä on kuitenkin erityisen tärkeää huomioida se, että esimerkiksi suurimassa osassa tapahtuneista henkirikoksista on poliisi saanut tehtävän jollakin muulla tehtäväluokituksella. (LIITE 1)

Toinen liitteistä on kansainvälisesti käytetty, professori Philip Hylandin laatima ITQ-lomake (International Trauma Questionnaire), joka on yksinkertainen itsearviomittari traumaperäisen sekä monimuotoisen traumaperäisen stressihäiriön hoitoon. Diagnosoinnissa käytetään IDC-11 tautiluokitusjärjestelmää. Traumaterapiakeskus on kääntänyt kyseisen lomakkeen suomen kielelle. (LIITE 2)

2 TOTEUTUS

Opinnäytetyömme muodoksi valikoitui kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tavoite on luoda aiheesta laaja-alainen ja helppolukuinen lopputulos löytämällä riittävästi lähteitä, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiin. Tavoitteena ei ole kaikkien löydettyjen relevanttien lähteiden tiivistäminen, vaan tiedon kuvaileminen ilmiölähtöisesti. (Salminen 2011, 7–8.)

Traumaperäisen stressihäiriön oirekuvan avaamiseen on käytetty ICD-11 tautiluokitusta, joka ei kuitenkaan ole vielä Suomessa käytössä mittavan käännöstyön ja resurssien puutteiden vuoksi. Suomessa terveydenhuollon ammattilainen käyttää sairauksia diagnosoidessaan edelleen ICD-10 järjestelmää sekä DSM-5 julkaisua.

Opinnäytetyössä pyrimme valottamaan traumaperäisten ahdistuneisuushäiriöiden syntyä, esiintyvyyttä, historiaa ja hoitomuotoja suomalaista turvallisuusalan ammattilaista hyödyttävällä tavalla. Tämän lisäksi opinnäytetyö sivuaa kriisiä ja traumaa käsitteinä, sillä niiden ymmärtäminen pääaiheen kannalta on mielestämme hyvin tärkeää.

Tutkimuskysymykset ovat syntyneet materiaaliin tutustumisen ohessa ja valikoituneet tukemaan valitsemaamme tutkimuksen näkökulmaa. Käytettyä aineistoa on mahdollista soveltaa sellaisenaan poliisityöhön, joka tuntuu myös luonnolliselta siksi, että kyseissä ammatissa on hyvinkin mahdollista kohdata työtehtävillä poikkeuksellisen järkyttäviä tapahtumia.

Tutustuessamme traumaperäisestä stressihäiriöstä julkaistuun materiaaliin, löysimme ITQ-lomakkeen, jota käytetään sekä traumaperäisen, että monimuotoisen traumaperäisen stressihäiriön mittaamiseen ihmisellä. Halusimme selvittää, onko lomaketta mahdollista käyttää liitteenä opinnäytetyössämme ja lähetimme kyselyn lomakkeen suomentaneelle Traumaterapiakeskukselle. Seuraavaksi olimme sähköpostitse yhteydessä lomakkeen alkuperäiseen laatijaan, professori Philip Hylandiin. Molemmat tahot näyttivät meille vihreää valoa lomakkeen käytön suhteen. Lomakkeen suomentamisesta ovat vastanneet psykologit Lisa Friberg sekä Marjo Ruismäki (LIITE 2).

2.1 Tutkimuskysymykset

Lopulta opinnäytetyötämme tukemaan valikoitui tutkimuskysymyksiksi kaksi alla olevaa tutkimuskysymystä, jotka tuntuivat kaikkein oleellisimmilta poliisityön näkökulmasta.

1. Mikä on traumaperäinen stressihäiriö ja miten sitä hoidetaan?
2. Millaiset asiat voivat vaikuttaa traumaperäisen stressihäiriön kehittymiseen poliisina työskentelevälle ja kuinka tätä pyritään ennaltaehkäisemään sekä hoitamaan Suomen Poliisissa?

3 TRAUMAPERÄISEN STRESSIHÄIRIÖN HISTORIAA SUOMESSA

3.1 Mielenterveydellisten vammojen käsittely suomalaisessa sotapsykiatriassa

Tutkimuksessaan ”Murtuneet mielet, 2013” Ville Kivimäki käsittelee Suomen sodissa traumatisoituneita, silloisessa puhekielessä ”tärähtäneiksi”, kuvailtuja sotilaita, joiden saamia oireita kuvailtaisiin epäilemättä nykyään lääketieteellisemmin termein. Tuohon aikaan traumaperäistä stressihäiriötä ei kuitenkaan ollut tutkittu tai edes keksitty, koska tauti määriteltiin vasta Yhdysvaltojen Vietnamissa käymän sodan jälkeen. Kivimäki käyttää tutkimuksessaan termejä ”sotapsykologia” ja ”sotapsykiatria”, joiden nykyaikaisemmat vastineet olisivat sotilaspsykologia ja -psykiatria, mutta tässä kappaleessa käytämme paljon muitakin Kivimäen käyttämiä ilmauksia, jotka ilmentävät Kivimäen tutkimusmateriaalina käyttämien Suomen sotien aikaisia dokumentteja.

Suomalainen sotapsykiatria päätyi rintamalla ”hermonsa menettäneitä” sotilaita hoitaessaan erilaisiin diagnooseihin kuten psykogeeninen, psykopaattinen reaktio, neurasthenia, sielusyntyinen reaktio ja hysteria. Koska psykologia on tuohon aikaan ollut Suomessa vielä lapsen kengissä, psykiatria käsitteli sotilaiden oireita hermostollisina sairauksina. Sotilaat kertoivat esimerkiksi määrittelemättömistä rintakivuista, vatsavaivoista ja muista somaattisista oireista, vaikka mitään objektiivisia syitä ei voitu löytää. Kivimäen mukaan onkin todennäköistä, että ankara taistelustressi on ilmentynyt psykosomaattisina oireina. (Kivimäki 2013, 39.)

Sodan ollessa käynnissä on otettava huomioon myös tilanteen jatkuvuus. Kivimäki on sisällyttänyt tutkimukseensa kirjeen, jonka armeijakuntansa esikunnalle kirjoittanut psykiatri ja lääkintämajuri Yrjö K. Suomalainen ilmaisee ristiriidan, jossa sotilaslääkärit joutuivat tasapainoilemaan armeijan käytännöllisten intressien ja omien lääketieteellisten käsitystensä välillä määrätessään vain osittain toipuneita sotilaita takaisin palvelukseen. Suomalaisen mukaan sielusyntyisiä reaktioita oli pakko käsitellä tottelemattomuutena niiden leviämisen estämiseksi. Taistelujoukoissa rintamakarkuus

oli sietämätön ilmiö ja sodan kauhujen kestäminen miellettiin suomalaisen sotilaan kansallisvelvollisuudeksi. (Kivimäki 2013, 71–72.)

Toisen maailmansodan aikana Saksan armeijassa noudatettiin linjaa, jonka mukaan sotilaiden psyykkisiä oireita pyrittiin ehkäisemään kieltämällä niiden olemassaolo ja puhumalla niistä heikkouksina. Otetun linjan vuoksi sotilailla tavattiin paljon psykosomaattisia oireita, joihin taistelustressin aiheuttamat henkiset oireet sekoittuivat. Kivimäen tutkimuksen mukaan suomalaiset sotilaat valittivat myös selvästi henkisten oireiden lisäksi erilaisia fyysisiä vaivoja ja monet heidän psyykkisistä vaivoistaan ilmenivät kehollisesti. Keholliset oireet vahvistivat osaltaan sotapsykiatrian käsitystä hermostollisista vaivoista. (Kivimäki 2013, 125.)

Kivimäki on pyrkinyt selvittämään, löytyykö henkisen oireilun taustalta selittäviä yhtäläisyyksiä koulustaustasta, iästä, aiemmista sotakokemuksista tai siviilisäädystä. Vaikka joitain yhtäläisyyksiä on kyetty Kivimäen käyttämästä aineistosta tulkitsemaan, on pätevien johtopäätösten tekeminen ollut vaikeaa tai mahdotonta muun muassa sotälääkäreiden käyttämien diagnoosien kirjon sekä sota-ajan, täysin ymmärrettävistä syistä, epätäydellisenä säilyneen arkistomateriaalin vuoksi. Yksi selvimmistä yhdistävistä tekijöistä sotasairaaloiden psykiatrisilla osastoilla hoidettujen potilaiden välillä on ikä. Kivimäen mukaan vanhemmat sotilaat ovat olleet alttiimpia tarvitsemaan psykiatrista hoitoa. Kivimäki selittää tätä muun muassa vanhempien sotilaiden perhehuolilla sekä sillä, että vanhemmissa ikäluokissa on enemmän miehiä, jotka ovat joutuneet taistelemaan rintamalla useammin, kuin kerran. Vaikka jermu olisi ensimmäisestä sodasta kunnialla selviytynytkin, on todennäköistä, että toista kertaa rintamalle joutuminen ollut liikaa sotilaan mielelle. (Kivimäki 2013, 129–144.)

3.1.1 Suojaavat tekijät

Henkisiltä vaurioilta suojaavina tekijöinä Kivimäki mainitsee ryhmäytymisen ja aseveljeyden. Taisteluiden jatkuessa rintamamiehet kokivat myös katkeruutta ja propagandakoneiston luoma kuva sodankäynnin uljaudesta nähtiin naiivina. Aseveljeys koettiin oman pienryhmän kautta sosiaalisena yhteenkuuluvuutena. Kivimäki lainaa tutkijapari Shils & Janowitz, "Cohesion and Disintegration"-tutkimusta, jonka mukaan poliittisilla, eettisillä tai sosiaalisilla tekijöillä ei juuri ole merkitystä sen suhteen, että sotilas päättää taistella yksikkönsä kanssa loppuun saakka. Tutkituille saksalaisotilaille tärkeintä oli kuulua ryhmään, joka pysyi muuttumattomana ja noudatteli suuremman kokonaisuuden, eli sotajoukon, normeja. (Kivimäki 2013, 154–155.)

Etulinjassa aikansa sotineet rintamamiehet loivat muiden selviämiskeinojen ohella itselleen identiteettiä ja tietynlaista muuria sodan julmuuksia vastaan esimerkiksi kasvattamalla "jermuparran" ja keräämällä muistoja kuolleilta vihollisilta. Rintamamiehen olemus oli resuinen, osaksi tietenkin rin-

tamalla huonojen hygienian ylläpitoon olevien mahdollisuuksien vuoksi, mutta myös, koska rintamamiehet halusivat erottua linjojen takaisista paraatisotilaista. Rintamamiehet olivat sodan likaisia ja ronskeja työmiehiä, joiden huumori oli mustaa ja varusteet olivat muokattu tarpeita vastaaviksi. Rintamamiehet pyrkivät hallitsemaan pelkojaan samaistumalla pelkojen aiheuttajaan ja ottamalla aggression haltuunsa voitonmerkkien keräämisellä ja omaksumalla sodan fyysisen sekä moraalisuuden. (Kivimäki 2013, 214–216.)

Rintaman likaisuuteen ja moraaliseen mädäntymiseen peilattuna saunan merkitys oli sotilaille suuri. Sauna rakennettiin aina, kun oli tiedossa, että paikalla tullaan olemaan vähänkin pidempi aika. Sauna koettiin puhdistumisen paikkana niin fyysisestä, kuin henkisestäkin ja jopa hengellisestä liasta. Sauna on epäilemättä ollut siviili- ja sotilasidentiteetin välillä kamppaileville rintamamiehille yhteys siviiliminään, hetkellinen sodan kuorman helpotus ja lähes synninpäästömäinen rituaali. (Kivimäki 2013, 217–218.)

Yksi merkityksellinen selviämiskeino sodassa on ollut alkoholi. Alkoholia on käytetty selviämiskeinona rakentamaan rintamatoveruutta ja lieventämään koettua stressiä. Humaltumista pidettiin miehekkäänä ja se loi kanavan purkaa niitä tunteita, joita muuten ei koettu mielekkäänä näyttää. Sotilaiden kekseliäisyys alkoholin hankkimiseen ja tekemiseen aiheuttikin paljon vaivaa armeijalle. Alkoholin käyttö oli sodan jälkeen suuri ongelma entisten rintamamiesten keskuudessa ja se on lähinnä syventänyt niitä mielenterveydellisiä ongelmia, joiden kanssa entiset sotilaat painivat. (Kivimäki 2013, 218–220.)

3.1.2 Somaattiset oireet ja sotapsykiatria

Kivimäki katsoo voimakkaan kehollisen oireilun johtuneen psyykkisen oireilun stigmasta, siitä, että psyykkisen oireilun katsottiin olevan mielen heikkoutta tai sen kieltämisestä sotatoimiin osallistumisen varjolla. Nykyaikainen lääketiede ei ole onnistunut psyykkisen oireilun vakavuutta selittämään, mutta nykyään, kun ilmiölle on löytynyt kelvollinen diagnoosi ja psyykinen oireilu on hyväksyttävämpää, ”hysteriset” oireet ovat käytännössä kadonneet. Toisin sanoen, traumatisoituneen sotilaan ei enää tarvitse verhota psyykkistä tilaansa jonkin kehollisen oireen muotoon. (Kivimäki 2013, 248).

Traumaattisten tapahtumien vaikutus ihmisen mielenterveyteen tunnistettiin vasta 1980-luvulla Vietnamin sodan jälkimainingeissa, joten suomalaisen sotapsykiatrian ei ole ollut herkästyntä havaitsemaan yhteyttä kuukausia jatkuneiden oireiden ja sotilaiden traumaattisten kokemusten välillä. Tätä ennen oireiden pääteltiin olevan neurologisia, koska usein akuutit oireet olivat alkaneet lähellä räjähtäneen tykistön ammuksen luomasta aivotärähdystä muistuttavasta tilasta, jolle ensimmäisessä maailmansodassa oli keksitty tilaa kuvaava ”shell shock” -nimitys. Kivimäki kertookin useaan otteeseen törmänneensä tapauksiin, joissa sotilas on toipunut oireistaan lyhyellä levolla tai

lääkitsemisellä sellaiseen kuntoon, että hänet on voitu lähettää takaisin rintaman takaiseen palvelukseen (Kivimäki 2013, 66–69).

3.1.3 Sokkihoidot

Kivimäki kuvailee kolmeksi yleisimmäksi hoitomuodoksi sotapsykiatriassa insuliinisokkihoitoa, Cardiazol-sokkihoitoa sekä sähkösokkihoitoa. Hoitomuodot tähtäsivät eri tavoin potilaan lyhyeen tiedottomuuteen, jonka arveltiin parantavan psyykkisiä oireita. Insuliinisokkihoito oli oikeammin lyhyeen insuliinikoomaan vaivuttamista, joka aiheutettiin piikittämällä potilaaseen insuliinia ja katkaistiin juottamalla tälle letkulla sokerivettä. Kouristukset ja lyhyt tiedottomuus lievensi sotapsykiatrien mukaan kehollisia sekä psyykkisiä oireita hoitamissaan potilaissa. Insuliinin sekä sokerin hinta ja vaikea saatavuus sota-aikana oli perusteena verenkiertoon vaikuttavan Cardiazol-lääkkeen avulla tehtävään samankaltaiseen sokkihoitoon. Lääkettä pistettiin potilaaseen ja vaikutus oli nopeampi sekä väkivaltaisempi, kuin insuliinin kanssa. Cardiazol aiheutti potilaissa voimakasta kauhun tunnetta ennen voimakkaita, jopa luita murtaneita, kouristuksia sekä tiedottomuutta. Hoito oli ajallisesti lyhyempi ja vaati siten vähemmän hoitohenkilökuntaa. 1940-luvun alkupuolella yleistyneet sähkösokkihoito antoivat sotapsykiatrialle uuden taloudellisen hoitokeinon, jonka koettiin myös lieventävän potilaiden oireita. Sähkösokkihoitoon elektrodit kiinnitettiin potilaan ohimoihin ja niiden läpi johdettiin lyhyt virta, joka aiheutti potilaassa kouristuskohtauksen. (Kivimäki 2013, 338–357.)

Hoitojen vaikutusmekanismit ovat jääneet hämäräksi, mutta hoitomuodoilla nähtiin olleen jopa pysyviä vaikutuksia (Kivimäki 2013, 356). Psyykkisten oireiden kohdalla oli usein epäily simuloinnista tai ”heikkojen yksilöiden” kohdalla oireisiin kiinni jäämisestä. Potilaiden kuvailtiin hoitojen avulla päässeen irti oireistaan, joka ilmentää sota-ajan psykiatrian kuvaa oireiden liittymästä heikkohermoisuuteen, sosiologiseen asemaan ja vähä-älyisyyteen. Sodan kauhujen kestäminen katsottiin tavallisen miehen velvollisuudeksi ja psyykinen oireilu henkiseksi, neurologiseksi ja fyysiseksi heikkoudeksi. (Kivimäki 2013, 357–358, 401.)

3.1.4 Sotapsykiatria vs. sotapsykologia

Sotapsykologiassa Suomi on sotien aikana ollut jälkijunassa ja sotaneuroosien hoitoa katsottiin vain psykiatrian linssin läpi, joten sotilaiden psyykkisen murtumisen käsittelylle oli olemassa lähinnä vain psykiatriset, kurinpidolliset ja sotilasoikeudelliset menettelytavat. (Kivimäki 2013, 401.)

Jatkosodan aikana sotapsykiatrit heräsivät siihen, että sotasairaaloitten psykiatrisilla osastoilla, aivovammaisten kuntoutuksessa ja hermotoipilaiden työyksiköissä voisi olla hyötyä psykologiasta kiinnostuneista lääkintäupseereista, mutta vasta kesäkuussa 1944, suomalaisotilaiden rintamakaruruuden ja erilaisten paniikki-ilmiöiden kasvettua ennen näkemättömiin mittasuhteisiin, perustettiin

ensimmäinen sotilaspsykologinen työryhmä. Kuitenkin jo heinäkuussa 1944 puna-armeijan suurhyökkäyksen hiipuessä ja joukkojen valmistautuessa kotiutukseen, ei sotapsykologiset toimet ehtineet vaikuttaa. (Kivimäki 2013, 360.)

Länsimaissakin on Suomen sotien aikana ollut vallalla, joskaan ei niin tiukkana, etenkin Saksassa ja Neuvostoliitossa äärimmäisessä muodossaan ylläpidetty kansalaisihanne stoalaisesta sotilasmiehestä, jota vastoin sotilaan mielenhäiriöt viittasivat henkilökohtaisiin vikoihin, kansakunnan pelättyyn degeneraatioon ja epämiehistymiseen. (Kivimäki 2013, 363.)

3.2 Traumaperäinen stressihäiriö -käsitteen muodostuminen

Sotilaiden psyykkisiä häiriöitä on katsottu 1800-luvun loppupuolelta alkaen sotapsykiatriassa liittyneen muun muassa sotilaiden perinnöllisiin heikkouksiin, luonteenlaatuun, piileviin psyykkisiin sairalloisuuksiin, moraalien vajavaisuuksiin ja oikeanlaisen johtajuuden puutteisiin armeijassa. Sotaneurooseja pidettiin pelkuruutena ja tekosairauksina. (Kiviniemi 2013, 357–358, 363, Hannikainen ym. 2018, 98.)

Vasta 1960-luvulla länsimainen yhteiskunnallinen ja kulttuurillinen ilmapiiri muuttui suvaitsevampan suuntaan. Tähän vaikutti osaltaan Vietnamin sodan kokemus Yhdysvalloissa, jonka seurauksena traumatisoituneesta sotaveteraanista tuli sodan turhuuden ja väkivallan uhri. Nykyinen traumaperäisen stressihäiriön diagnoosi on paljolti seurausta tästä muutoksesta; psyykkinen trauma on yleinen ja normaali reaktio sodan moraalittomaan ja tuhoavaan väkivaltaan. (Kivimäki 2013, 364.)

”Lääketieteellisen elementin lisäksi traumaperäiseen stressihäiriöön sisältyykin vahva moraalinen aspekti: nostamalla esiin sotien aiheuttamat pitkät ja musertavat psyykkiset vammat diagnoosi vei pohjaa sodankäynnin sekä sotaisuutta korostavien mies- ja kunniakäsitteiden ihannoimiselta.”

-Kivimäki V. (Hannikainen ym. 2018, 99.)

Suomessa keskustelu posttraumaattisesta stressihäiriöstä alkoi vasta 1970–80-luvuilla ja vielä 1990-luvulla keskustelu sotaveteraanien psyykkisten häiriöiden korvaamisesta on ollut välttelevää ja siinä on ollut värejä vanhanaikaisesta näkökulmasta, jonka mukaan psyykkiset häiriöt ovat häpeällisiä henkilökohtaisia vajaavaisuuksia niistä kärsivissä veteraaneissa. Kivimäen mukaan peluruuden ja mielenvikaisuuden leima on ollut vahvana myös Sotainvalidien Veljesliitossa, vaikka liiton yksi tärkeimmistä tarkoituksista oli ajaa sotainvalidien asiaa myös korvausasioissa. (Kivimäki 2013, 364, 376–380.)

Vaikka traumaperäinen stressihäiriö ja mielenterveyden teemat ovat tulleet osaksi julkista keskustelua ja virallisia diagnooseja, on vielä 90-luvulla ollut kuultavissa kaikuja ensimmäisen maailmansodan jälkimainingeissa esiin nousseesta korvausneuroosin torjumisesta. Pelättiin, että sotainvalidiin psyykkisten häiriöiden lakea diagnosointi, ja niistä korvausten maksaminen, olisi voinut hukuttaa köyhän, vielä 1950-luvulla sotakorvauksia maksaneen kansan alleen. (Kivimäki 2013, 364, 376–380.)

Nykyaikaisessa puheessa traumasta on tullut niin arkinen termi, että sen tuoreus lääketieteellisenä kategoriana voi yllättää. Psykiatrisena diagnoosina *post traumatic stress disorder* (PTSD) virallistui vasta 1980-luvulla, kun se nimettiin ja määriteltiin yhdysvaltalaisessa tautiluokituksessa. Suomalaiseen psykiatrian tautiluokitukseen diagnoosi tuli vuonna 1987 nimessä *traumaperäinen stressireaktio*. Tämän jälkeen diagnoosi sekä diagnosikriteerit ovat tarkentuneet useasti ja tällä hetkellä PTSD tunnetaan Suomessa nimellä *traumaperäinen stressihäiriö*. (Hannikainen ym. 2018, 96–115.)

4 KRIISI JA TRAUMA

Opinnäytetyömme aiheen ollessa traumaperäinen stressihäiriö, ei ole mielestämme tarkoituksenmukaista käsitellä kriisiä tai traumaa termeinä sen syvällisemmin, sillä molemmista voisi kirjoittaa oman opinnäytetyön. Tämän lisäksi näitä edellä mainittuja käsitteitä on käsitelty Poliisiammattikorkeakoulun opinnäytteissäkin yllättävän paljon ja mikäli lukijaa kiinnostaa perehtyä näihin aiheisiin syvemmin, löytyy Theseuksesta esimerkiksi Annika Rantamäen kirjoittama opinnäytetyö ”Trauma ja traumainformoitu kohtaaminen poliisityössä” vuodelta 2022 sekä Petteri Kivilahden opinnäytetyö ”Poliisin kenttäpartion kuormituskokemukset ja niiden purkaminen : Poliisien näkemyksiä ja kokemuksia kenttätöiden kuormittavuudesta valvonta- ja hälytystoimintasektorilla Pirkanmaan kenttäjohtovalvonnalla” vuodelta 2019. Koska kyseisiä aiheita on käsitelty erittäin kattavasti edellä mainituissa opinnäytetöissä, käsittelemme kriisiä ja traumaa käsitteinä tässä opinnäytetyössä ainoastaan pintaraapaisuna, emmekä perehdy niihin sen syvemmin, vaikka ne sivuavatkin opinnäytetyömme aiheita hyvin läheltä.

Käsitteet ovat hyvin olennainen osa opinnäytetyötämme siksi, että on ymmärrettävä, mitä tapahtuu ennen kuin ihmismielessä kehittyä jonkinasteista traumaperäistä ahdistusta tai stressireaktio. Poliisissa on tärkeä ymmärtää, että traumaattinen tilanne tai kriisi voi olla edessä jo seuraavalla työtehtävällä: kriisi ja traumaattinen tapahtuma voi koskettaa poliisia itseään, tämän lähimmäistä, kollegaa tai asiakasta ja pahimmassa skenaariossa kaikkia edellä mainittuja, jotka ovat edes jollakin tapaa olleet osallisina ihmismieltä järkyttävään tapahtumaan. Esimerkkinä vaikkapa työtehtävä, jossa poliisipartio saapuu liikenneonnettomuuspaikalle, jossa alakouluikäinen lapsi on saanut surmansa

jäädessään suojatiellä auton alle. Kokemus on varmasti traumaattinen ensipartiolle, liikenneonnettomuuden toiselle osapuolelle, lapsen vanhemmille sekä muille tapahtuman nähneille. Poliisi on kuitenkin se viranomainen, joka kuolinviestin vie ja samalla se, joka on läsnä, kun vanhempien elämä hajoaa.

On ymmärrettävä, että traumaattinen kokemus ei ole suoraan sidoksissa siihen, millaisen jäljen se jättää ihmisessä. Niin kutsutun traumajäljen laatu riippuu sen kokijasta, ihmisestä, yksilöstä. (Maanmieli & Sarvela 2022, 43.)

4.1 Kriisi ja sen eri vaiheet

Kriisillä tarkoitetaan tilannetta, jossa ihminen kokee uuden, poikkeuksellisen tilanteen, joka herättää ihmisessä epävarmuuden tunteen tai esimerkiksi epäilyksen siitä, onko tästä tilanteesta ylipäätään mahdollista selvitä. Ikäkriisillä ei taas ole mitään tekemistä tällaisen kriisin kanssa ja se on hyvä ymmärtää heti alkuvaiheessa. Mieltä järkyttäviä, poikkeuksellisia tilanteita voi tapahtua kenelle tahansa, koska tahansa ja missä tahansa. Esimerkkejä tällaisista tapahtumista voivat olla esimerkiksi erilaiset luonnonkatastrofit tai onnettomuudet, seksuaalisen, fyysisen tai henkisen väkivallan tai jonkin muun rikoksen kohteeksi joutuminen, oma vammautuminen tai sairastuminen, toisen ihmisen kärsimyksen seuraaminen vierestä, lähimmäisen menettäminen joko äkillisesti tai pitkäaikaisen sairauden uuvuttamana, oman kodin palaminen tai työpaikan menettäminen. Listaa voisi jatkaa loputtomiin, sillä ihmiset ovat yksilöllisiä ja kokevat erilaisia asioita ja tilanteita järkyttävinä. (Hedrenius & Johansson, 2016, 25.)

Yleisesti maailmalla ajatellaan tai on ajateltu, että kriisi etenee ihmisessä vaiheittain. Johan Cullbergin laatima kriisin nelivaihemalli on edelleen Suomessa käytössä kriisityötä koskevissa Sosiaali- ja terveysministeriön laatimissa suosituksissa (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2019). Kuitenkaan kaikki maat eivät enää vastaavanlaisissa suosituksissa käytä nelivaihemallia, sillä osassa maista koetaan, että ihminen on yksilö eikä tämän paraneminen tai asioiden käsittely etene minkään virallisen kaavan mukaan. Tämän lisäksi kriisistä toipuminen mielletään yksilölliseksi paranemisprosessiksi muun muassa yksilöllisen stressiresistanssin sekä resilienssin vuoksi. Cullbergin nelivaihemalli on kuitenkin osassa maailmaa pitänyt tiukasti pintansa 1970-luvulta asti. Kyseinen nelivaihemalli pitää sisällään nimensä mukaisesti neljä eri vaihetta; sokki, reaktio, läpityöskentely ja sopeutuminen. Vaikka reaktioita on neljä, eivät ne silti aina etene tietyn kaavan mukaan tai ylipäätään järjestelmällisesti. Sokkitila voi esimerkiksi palata, vaikka prosessissa olisikin jo päästy seuraavaan vaiheeseen. Yleensä tämän saa aikaan jokin tietty dissosioitunut muisto tai ärsyke, esimerkiksi ääni, haju tai näky. (Palosaari 2008, 54–62.)

Esimerkkitalanne poliisitehtävästä, jossa kriisi on läsnä, on kuolinviestin vieminen. Omaiset, joille kuolinviestiä viedään, kokevat enemmän tai vähemmän mielen normaalitilaa järkyttävän tilanteen ja

usein ihmisen ensireaktio on sokki. Näissä tilanteissa on silmin- ja käsinkosketeltavaa, kun ihmisen mieli murenee ja epätodellisuuden tunne valtaa edessä olevan ihmisen. Osa ihmisistä haukkoo henkeään ja sanan varsinaisessa merkityksessä romahtaa saadessaan tiedon oman läheisen poismenosta, varsinkin, jos kyseessä on äkillinen ja odottamaton poismeno. On myös ihmisiä, jotka alkavat sokkitilan vuoksi toimia järjestelmällisesti, kuten kone tai robotti: ensimmäisenä mietitään, kuinka kaikki asiat saadaan järjestettyä ja tämä asia hoidetuksi alta pois. On tärkeää ottaa huomioon ihmisen yksilöllisyys, kun puhutaan ihmisen selviytymisestä kriisitilanteesta.

“Järkyttävän tapahtuman akuuttivaiheessa esiin tulevat reaktiomallit eivät eroa sen mukaan, sattuuko tapahtuma itselle vai kuuluuko omaan ammattiin auttaa auto-onnettomuuden tai terroriteon uhreja tai vaikeaan leikkaukseen joutuvia. Muita olennaisia eroja kuitenkin on: ne, jotka ovat päättäneet auttavansa, eivät ole itse uhreja. He ovat valinneet ammattinsa ja tehtävänsä. Järkyttävissä tapahtumissa auttajat joutuvat toistuvasti äärimmäisen paineen alaisiksi” (Hedrenius & Johansson, 271.)

Kriisituen antamisen sekä ylipäättään kriisitietoisuuden merkitys korostuu etenkin ammattiryhmässä, johon kuuluvat myös esimerkiksi poliisit. Työtilanteet, joissa joutuu työskentelemään traumatisoivien kokemusten akuuttivaiheessa olevien lasten ja aikuisten kanssa, ovat todella haastavia. Useimmiten tilanteet tulevatkin vastaan ilman mitään varsinaista valmistautumista työtehtävään tai valmiuksia siihen, kuinka tilanteesta parhaiten selvittäisiin. Tähän ammattiryhmään kuuluvat altistuvat järkyttävillä tapahtumilla kaikista eniten ja heillä tulisikin olla eniten tietoa kriisituesta. (Hedrenius & Johansson, 275.)

4.1.1 Sokki

Sokkitilan tarkoituksena on viedä ihmisen mieli suojaan käsillä olevasta tilanteesta, jossa asian käsittely vaatii ihmiseltä enemmän voimavaroja, kuin yksittäisellä ihmisellä on käytettävissä. Sokkitila on ohi menevä ihmisen biologinen suojamekanismi, joka kuitenkin pitkittyessään liittyy hyvin useasti vakavaan traumatisoitumiseen sekä hyvin voimakkaisiin trauman aiheuttajiin. (Palosaari 2008, 54–63.)

Sokkireaktio on varmasti poliisin kohtaamista kriisireaktioista yleisin, juuri siksi, että poliisi on yleensä ensimmäisten joukossa paikalla, kun jotain järkyttävää tapahtuu. Esimerkki tällaisesta tapauksesta voisi olla, kun äiti löytää oman poikansa hirttäytyneenä tämän kotoa. Poliisipartion saapuessa paikalle, saattaa pojan äiti hokea ”Tämä ei ole totta, sanokaa, että tämä ei ole totta” tai vastaavasti sokkireaktio voi olla täysin poikkeuksellinen, ja äiti suunnittelee jo poikansa hautajaisiin liittyviä järjestelyitä, esimerkiksi arkkua tai kukkalaitteita.

Ihmisen mennessä sokkiin, voi myös paniikinomainen, jopa toivoton käytös tulla kyseeseen. Esimerkiksi WTC:n terrori-iskujen yhteydessä ihmiset saattoivat yrittää pelastautua hyppäämällä ylimmän kerroksen ikkunoista, jotka tässä tapauksessa olivat yli 400 metrin korkeudessa. (Palosaari 2008, 58.)

4.1.2 Reaktio

Reaktiovaiheessa sokkitilan turruttamat sekä lukitsevat tunteet pääsevät ihmisessä valloilleen. Ihmisessä käynnistyy prosessi, jossa ihminen askel askeleelta integroituu takaisin arkeen ja kääntää uuden sivun elämässään. (Nurmi 2006, 161.)

Reaktiovaiheessa ihminen tajuaa ja sisäistää, mitä todellisuudessa on tapahtunut. Reaktiovaiheessa **takaumat** eli flashbackit tunkeutuvat ihmisen mieleen. Takaumat liittyvät myös vahvasti traumaperäisen stressihäiriön oirekuvaan. Reaktiovaiheessa myös ihmisen keho reagoi sokkitilan laukeamiseen erinäisin oirein, esimerkiksi vapinana tai yleisenä pahoinvointina. Lähtökohtaisesti tällainen kehon reagointi on kuitenkin ohimenevää. Reaktiovaiheen pituudeksi arvioidaan sokkitilan jälkeen noin 2 viikkoa, mutta yksilölliset erot voivat jälleen olla huomattavia. Reaktiovaiheessa ihminen pyrkii kieltämään ja estämään tunteitaan, joka voi saada aikaan ihmisessä kyynisyyttä. (Palosaari 2008, 63–64.)

4.1.3 Käsittely- ja sopeutumisvaiheet

Käsittelyvaiheessa ihmiselle on tyypillistä ymmärtäminen ja luopuminen, ihminen käsittelee asioita ja palautuu tälle tapahtuneesta kriisistä. Suru kuuluu käsittelyvaiheeseen (Palosaari 2008, 63–65). Sopeutumisvaiheessa ihminen integroituu takaisin arkeen. Hän hyväksyy käsillä olevan uuden arjen. Ihminen palautuu pikkuhiljaa takaisin kriisiä edeltäneeseen tilaan. (Nurmi 2006, 167.)

5 KUINKA KRIISIT SEKÄ TRAUMAT LIITTYVÄT POLIISIN TYÖHÖN?

Yhteiskunnan erilaisille toimijoille sekä etenkin viranomaisille on tärkeää kyetä ymmärtämään, luokittelemaan sekä erottelemaan toisistaan erilaiset ilmiöt, kuten kriisit, katastrofit sekä äkilliset traumatisoivat tilanteet. Kaikissa näissä on kuitenkin huomioitava, että ihmiset ovat yksilöllisiä ja reagoivat tilanteisiin eri tavalla. On myös ymmärrettävää, että tapahtumat voivat koskettaa kerralla yhtä tai useampaa ihmistä, jopa satoja tai tuhansia ihmisiä kerralla. Tästä esimerkkinä vaikkapa 2004 Tapaninpäivänä tapahtunut todella voimakas tsunami, joka iski Indonesian, Sri Lankan sekä Thaimaan rannikoille saaden aikaan mittavia vahinkoja sekä vieden mukanaan WHO:n arvioiden mukaan jopa 300 000 ihmisen hengen, joista suomalaisia oli peräti 179. On kuitenkin kyllä arvoista sisäistää ajatus siitä, että kriisin keskelle voi joutua yksittäinen ihminen keskellä omaa arke-

aan, esimerkiksi lähimmäinen ihminen kuolee traagisesti oman kätensä tai jonkun muun ulkopuolisen sattuman kautta. Tällöin voidaan puhua henkilökohtaisesta katastrofista, mutta myös äkillisestä traumaattisesta tapahtumasta. (Hedrenius & Johansson 2016, 24.)

Edellä mainittu tsunami vaati poikkeuksellisia suorituksia myös suomalaisilta poliiseilta: Oli matkustettava paikanpäälle keskelle täyttä katastrofia tunnistamaan suomalaisia tsunamin uhreja. Myös esimerkiksi matkustaja-autolautta M/S Estonian uppoaminen oli laajuudessaan käsittämättömän suuri onnettomuus, joka asetti myös suomalaiset viranomaiset täysin poikkeuksellisen tilanteen eteen.

5.1 Trauma

Traumasta puhutaan silloin, kun ihmisen voimavarat eivät riitä kriisin käsittelyyn eikä paranemisprosessi lähde etenemään ihmisessä, kuten sen tavallisesti kuuluisi. Ihmismieleen muodostuu solmu tai lukko, joka hidastaa tai estää ihmistä ja tämän mieltä paranemasta. Trauma koetaan ilmiönä, joka voi liittyä mihin tahansa ihmisen kokemaan asiaan tai tapahtumaan. Traumasta puhuttaessa on kuitenkin hyvä tiedostaa, että sen seurauksena koetut oireet eivät suinkaan rajoitu trauman kokeneeseen ihmiseen, vaan useasti myös ympärillä oleviin. (Maanmieli, Sarvela 2022, 44.) Trauma voi koskettaa yhtä ihmistä, kokonaista perheittä tai vaikka työ- tai uskonnollista yhteisöä. Sen vaikutusta ei siis ole rajattu millään tavoin. Esimerkiksi 22. lokakuuta 1997 Helsingissä tapahtuneet poliisimurhat järkyttivät yksittäisiä ihmisiä, poliisimiesten perheitä, koko Suomen poliisia sekä myös koko Suomen kansaa.

Traumaattiset kokemukset ovat ihmismielelle hyvin poikkeuksellisia siksi, että ne tallentuvat ihmismielen kovalevylle huomattavasti tarkemmin sekä seikkaperäisemmin, kuin esimerkiksi täysin arkiiset asiat. Tämä kyetään ainakin osittain selittämään sillä, että kuormittavassa tilanteessa alkaa ihmisen keho tuottamaan stressihormoneita, jotka taas vahvistavat tunnetilan voimakkuutta ja sitä kautta sen jättämää muistijälkeä. Traumaattisen kokemukset tallentuvat ihmismieleen erilaisissa muodoissa, esimerkiksi näkyinä, hajuina tai vaikkapa tunteina. (EDMR, 2019.)

Trauma vaikuttaa negatiivisesti ihmisen kykyyn luoda ja ylläpitää ihmissuhteita, se näyttäytyy yliviireytenä sekä esimerkiksi saa aikaan ongelmia tunteiden säätelyssä. Kirjassa kuvaillaan hieman jopa leikkisästi, että traumatisoituneen ihmisen elämä voi olla elämistä miinakentällä, jota ulkopuoliset ihmiset eivät näe. Tottahan se on, sillä ihminen pyrkii välttämään asioita, jotka muistuttavat tätä traumakokemuksesta ja toimii vain alueella, joka on turvallinen. Ajan myötä kuitenkin turvallinen alue vain jatkaa kaventumistaan ihmisen välttellessä niin kutsuttuja miinoja. Miinojen välttäminen myös näyttäytyy yliviireystilana, joka kuormittaa ihmistä valtavasti. Ihmisen kyky säädellä omia mielialoja ja tunteita heikkenee merkittävästi. (Maanmieli, Sarvela, 45-46, 88.)

5.1.1 1-tyyppin trauma, eli yksittäinen traumatisoiva tapahtuma

Yksittäinen ihmismieltä järkyttävä kokemus, jonka käsittelyyn ihmisen voimavarat eivät riitä. Tällainen tapahtuma voi olla esimerkiksi aseellisen ryöstön tai raiskauksen uhriksi joutuminen, taikka läheisen äkillinen poismeno. (EDMR, 2019.)

5.1.2 2-tyyppin trauma, eli jatkuva traumatisoivalla kokemukselle altistuminen

Kun ihminen altistuu useita kertoja mieltä järkyttävälle tapahtumalle, traumatisoituminen on jatkuvaa sekä pitkäkestoista. 2-tyyppin traumasta voidaan puhua silloin, kun ihminen on esimerkiksi joutunut lapsisotilaaksi, tätä on kiusattu koulussa pitkään tai hän on joutunut läheisensä henkisen-, psyykkisen- tai seksuaalisen väkivallan uhriksi toistuvasti. (EDMR, 2019.)

5.1.3 Traumatisoituminen ja dissosiaatio

Ihmisen traumatisoituminen tapahtuu, kun yksi tai useampi ihminen joutuu sellaiseen tilanteeseen, jossa kokijan omat voimavarat eivät yksinkertaisesti riitä käsittelemään käsillä olevaa tapahtumaa. Tilanne saa kokijassa aikaan erilaisia tunteita ja reaktioita, esimerkiksi pelkoa, tunteen avuttomuudesta sekä turvattomuudesta. Ihmisen keho alkaa erittämään niin kutsuttua stressihormonia. (Maanmieli & Sarvela 2022, 44) Traumaattiset ja järkyttävät tapahtumat koskettavat eri ihmisiä eri tavoilla. Se, kuinka vaikeasti ihminen traumatisoituu, riippuu lukuisista asioista. Traumaattisen tapahtuman kesto, sen laatu tai esimerkiksi uhrin ja traumaattisen tapahtuman muiden osallisten perhesuhteet voivat vaikuttaa traumatisoitumisen vakavuuteen. (Nurmi 2006, 162.)

On olemassa tilanteita, joissa ihmisen biologinen suojajärjestelmä kytkeytyy päälle ja pyrkii suojaamaan ihmistä ja tämän mieltä. Kun psyykinen kipu on yksinkertaisesti ylittämättömän, eivät kriisireaktion lähde etenemään ihmisessä, kuten niiden kuuluisi vaan tapahtuma tai jotkin sen osat jäävät mieleen kuin purkka hiuksiin. Tällöin puhutaan traumasta ja traumatisoitumisesta sekä niiden yhteydessä ilmiöstä nimeltä dissosiaatio (Palosaari 2008, 26.)

Yksinkertaisuudessaan ja kaikessa kauheudessaan voidaan puhua persoonan jakautumisesta arkielämän persoonan osaan sekä tunteita käsittelevään persoonan osaan. Tämä biologinen mielen suojaksi tarkoitettu ilmiö liittyy ihmislajin synnynnäisiin toimintatapoihin, jonka tarkoituksena on lajin säilyminen sekä eloonjääminen. Kun ihminen kokee vakavan uhan, kytkeytyvät päälle ihmisessä primitiiviset, eloonjäämistä turvaavat toimintarakenteet, esimerkiksi taisteleminen ja pakeneminen. Kun kyseessä on poikkeuksellisen järkyttävä tapahtuma, ja voidaan puhua traumatisoitumisesta, voi ihmisessä tapahtua dissosiaatio näiden kahden edellä kuvatun toimintarakenteen välillä. Tämän seurauksena ihminen päätyy tilanteeseen, jossa yksi osa ihmisestä jatkaa lajin säilymiseen

liittyviä tehtäviä ja suoriutuu arkipäivän haasteista. Tämä käytännön toimiin keskittyvä osa ihmisestä vaikuttaakin näennäisesti hyvältä ja hänen arkensa voi vaikuttaa toimivalta. Samalla kuitenkin ihmisen toinen persoonanosa, niin kutsuttu emotionaalinen osa, ottaa kantaakseen traumatisoivaan muistoon liittyvän stressin, sekä kaiken psyykkisen kuorman. (Palosaari, 2008, 26–28.)

Ihmisen näennäinen, arjessa selviytyvä osa saattaa todeta, että kävipä toipuminen yllättävän nopeasti ja vaivattomasti, mutta ajan kuluessa nämä toisen puolen kantamat traumamuistot saattavat tunkeutua arkisen, normaali persoonan puolelle. Tämä saa ihmisessä aikaan ristiriidan: ihmisen toipuessa ja sopeutuessa normaaliin elämään, tunkeutuu traumaattisia muistoja arkiseen persoonaan, jotka hidastavat sekä estävät paranemisprosessin etenemistä. Joskus ihmisen dissosioituminen voikin olla niin voimakas, että tämä näennäisesti normaali persoonan osa unohtaa käytännössä traumaattisen kokemuksen. Erittäin vakavissa dissosioitumisissa emotionaalinen persoonan osa voi taas toimia arkisen persoonan osan tietämättä tästä lainkaan. On olemassa esimerkiksi tilanteita, jossa arkipersonalta saa tietää olleensa jossakin toisessa kaupungissa, vaikka ei itse ole ollut matkasta lainkaan tietoinen. Ajan myötä alkavat lukitut traumamuistot kuluttamaan ihmistä ja tämän näennäisesti normaali persoonan osa alkaa kapeutua ja emotionaalinen persoonan osa alkaa ottaa vallan. (Palosaari, 2008, 26–28.)

Traumaattisesti meihin vaikuttaneet kokemukset virittävät tunneivomme, jolloin pienikin ulkoinen laukaisija saa kehomme stressaantumaan, eli kehomme alkaa jälleen tuottamaan stressihormonia. Traumatisoituneelle ihmiselle tyypillistä käyttäytymistä on se, että tämä pakenee itse omaa haavoittuvuuttaan, eli pyrkii välttämään kaikkea, joka tätä muistuttaa koetusta. (Maanmieli & Sarvela 2022, 88–89.) On tärkeää huomioida, että tapahtuman välttely on yksi traumaperäisen stressihäiriön diagnosointikriteereistä.

5.2 Traumatisoituminen työtehtävää suorittaessa

Miksi koemme, että poliisin on tärkeää ymmärtää ihmisten ja ennen kaikkea itsensä käyttäytymistä traumaattisen tilanteen sattuessa kohdalle? Muun muassa poliisin työnkuvan yhtenä keskeisenä elementtinä on poikkeuksellisten asioiden näkeminen, vaikeasti vammautuneiden ihmisten auttaminen tai järkyttyneiden ihmisten kanssa keskusteleminen. Poliisin ammatissa kuolema tulee työtehtävillä vastaan eri muodoissaan ja muillakin työtehtävillä voi tulla eteen tilanteita, joissa psyykkisiä voimavaroja koetellaan. Poliisitehtävien yhteydessä tavattavat autettavat ihmiset tai rikoksen uhriksi joutuneet saattavat olla tuttuja tai poliisin omien lasten kanssa saman ikäisiä lapsia tai rikos on tapahtunut omalla turvalliseksi mielletyllä kotiseudulla. Nämä kuplat voivat puhjeta ja todellisuus voi satuttaa. Täytyy muistaa olevansa ihminen virkavaatteiden alla ja hyväksyä se tosiasia, että olemme vain ihmisiä, jotka tuntevat ja voivat haavoittua siinä missä muutkin, vaikka koulutukseen

valittaessa pyritäänkin valitsemaan ne, joilla henkinen kantti kestää keskivertoa paremmin ja päätöksentekokyky sekä kyky toimia säilyvät haastavissakin olosuhteissa. (Nurmi 2006, 74–78, 169.)

Esimerkkejä traumatisoivimmista tilanteista, joita poliisi voi kohdata työssään:

- Oma loukkaantuminen työtehtävää suorittaessa
- Partiokaverin menehtyminen työtehtävällä
- Poikkeuksellisen raaka henkirikos
- Asiakkaan haavoittaminen tai se, että asiakas kuolee poliisitoiminnan seurauksena
- Kun omaa perhettä tai perheenjäsentä kohtaan esitetään jokin henkeen kohdistuva uhkaus
- Rikoksen uhrina kuolleen lapsen näkeminen tai sen tutkiminen
- Lapseen kohdistuneen seksuaalisen teon tutkiminen

(Niemi 2006, 169–170.)

5.3 Primaari- ja sekundaaritraumatisoituminen

Primaaritraumatisoitumisessa ihminen itse kokee mieltä järkyttävän tapahtuman ja/tai heidän läheisensä on ollut mukana kyseisessä järkyttävässä tapahtumassa. Sekundaaritraumatisoitumisella taas tarkoitetaan sellaista traumatisoitumista, jossa ihminen joutuu esimerkiksi keskelle tilannetta, jossa muut ihmiset joutuvat kohtaamaan järkyttäviä näkymiä tai tilanteita ja hän joutuu auttamaan näitä. Toinen esimerkki sekundaaritraumatisoitumisesta on tilanne, jossa ihminen joutuu keskustelemaan traumatapahtumassa osallisena olleen kanssa syvällisesti. (Nurmi 2006, 162.)

Trauma kuitenkin tarttuu. Tämä tarkoittaa sitä, että yksilön traumatisoituessa, sen oireet tai ainakin osa niistä voi tarttua muihin ihmisiin sekä yhteisöihin. Tarttuminen toimii myös toiseen suuntaan, eli yhteisö voi traumatisoida siinä olevia ihmisiä ja yksilöitä. Trauma ei koskaan kosketakaan ainoastaan yhtä ihmistä, vaan se leviää tämän lähisuhteisiin, perheisiin, työpaikkoihin, organisaatioihin sekä koko yhteiskuntaan. Traumaattinen stressihäiriö voi tarttua vuorovaikutustilanteissa. Ihminen voi alkaa kärsiä traumaperäisen stressihäiriön oireista, vaikka ei itse olisi ollut paikan päällä todistamassa kyseistä tapahtumaa. Erilaiset tarinat traumaattisista tapahtumista voivat ikään kuin tarttua toisen mieleen ikään kuin nämä olisivat tämän itsensä kokemia. Tämän kaltaisia, tarttuneita traumaoireita kutsutaan sekundaarisiksi traumatisoitumiseksi. (Maanmieli & Sarvela 2022, 95.)

6 TRAUMAPERÄISET STRESSIREAKTIOT JA -HÄIRIÖT

On olemassa niin kutsuttua normaalia stressiä, joka sopivassa määrin kuuluukin elämään. Tämän lisäksi on kuitenkin olemassa myös stressiä, joka vaikeuttaa ihmisen kykyä toimia. Tällaista kutsutaan toksiseksi stressiksi. Toksinen stressi voi pitkäkestoisena tuhota ihmisen fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen sekä henkisen hyvinvoinnin. Tällaisen suojausmekanismi ovat evoluution seurausta ja ihmisen biologinen keino selvitä elämässä. Pyrkii välttämään asioita, joiden seurauksena voi loukkaantua. (Maanmieli & Sarvela 2022, 45–46.)

Ongelmat stressistä ilmaantuvat silloin, kun stressistä palautumiseen ei löydy keinoja. Tällöin kuormitus on jatkuvaa ja kestoaltaan liian pitkää, jolloin ihmisen voimavarat eivät riitä stressin käsittelyyn. Tämä saa ihmisen kehossa aikaan monenlaisia fysiologisia muutoksia ja pitkittynyt stressi voi saada ihmiskehossa aikaan merkittäviä haittoja. Ei ainoastaan mielenterveydessä, vaan myös fyysisiä haittoja, esimerkiksi sydän- sekä verisuonisairauksien riski kasvaa toksisen stressin seurauksena. (Karlsson, 2022)

“Onnettomuuden, aseellisen konfliktin tai luonnonkatastrofin seurauksien näkeminen on jotain aivan muuta kuin arkipäiväinen stressi, jota tulee esimerkiksi liian paljosta tekemisestä. Kyse on valtavan tuhon todistamisesta: kohtaamisista omaisensa menettäneiden lasten ja aikuisten, vaikeasti loukkaantuneiden ja niiden kanssa, jotka eivät enää tiedä, mitä heille tulevaisuudessa käy. Se, mikä normaalisti näkyy lehtien otsikoina, on nyt lähellä kaikkine haju-, näkö-, kuulo- ja tuntoaistimuksineen”

(Hedrenius & Johansson 2016, 271.)

Merkittävä osa poliisin työstä on kohdata ihmisiä, jotka ovat jollakin tavalla akuutissa kriisissä. Jostakin syystä monet niin kutsutuista tavallisista ihmisistä ajattelevat, että auttajien (tässä tapauksessa poliisin) tulisi kyetä toimimaan kaikista vaikeimmissakin tilanteissa niin, etteivät tapahtumat vaikuttaisi heihin. Merkkejä kumulatiivisesta, eli kasaantuneesta stressistä:

- Yliväsyneisyys, muutokset ruokahalussa, selittämätön päänsärky sekä vatsan oireilu
- Turhautuminen, syyllisyyden kokeminen, vaihtelut emootioissa, selittämättömät itkukohtaukset
- Asioiden unohtelu, epäsosiaalinen käyttäytyminen, yleinen negatiivisuus
- Yliaktiivisuus
- Riskikäyttäytyminen
- Kyynisyys
- Tyhjyyden tunne
- Itsensä sekä oman elämänsä epäileminen

(Hedrenius & Johansson 2016, 280.)

Traumaperäiset stressireaktiot ja -häiriöt ovat nykyisin jo melko yleisiä mielenterveyden häiriöitä, joita voi esiintyä kaikenlaisilla ihmisillä iästä, elämäntilanteesta, koulutuksesta tai sukupuolesta huolimatta. On kuitenkin todettu, että traumaperäinen stressihäiriö on yleisempi naisilla kuin miehillä. Käsittelemme tässä kappaleessa traumaperäistä stressihäiriötä seikkaperäisesti, mutta siinä sivussa myös muita traumaperäisiä ahdistushäiriöitä. Kirjallisuutta ja verkkojulkaisuja tutkiessamme saimme huomata, että myös traumaperäisten stressireaktioiden- ja häiriöiden diagnosointiin on laadittu hyvin tarkat kriteerit, joiden tulee täytyä, kun ihmiselle laaditaan diagnoosia. (Pubmed, 2015)

6.1 Tautiluokitukset ja diagnostiset kriteerit

Terveydenhuollon ammattilaisille on olemassa ICD sekä DSM järjestelmät, joita voisi leikkimielisesti kuvailla diagnostiikkatyökaluiksi. Kyseessä ovat siis Maailman Terveys Organisaation, eli WHO:n, ylläpitämä ICD-11 tautiluokitus, sekä Amerikan psykiatriayhdistys APA:n laatima DSM-5 julkaisu. Traumaperäisen stressihäiriön osalta diagnosoinnissa käytettävien kriteerien osalta näiden kahden julkaisun välillä ei ole merkittävää eroa, joten häiriön diagnosoinnissa voi terveydenhuollon ammattilainen käyttää toista tai molempia. Järjestelmien lisäksi traumaperäisten psyykkisten häiriöihin liittyvää kirjallisuutta on vuosikymmenien takaa ja osaaminen sekä tietotaito häiriöiden hoitoon on kehittynyt ajan mittaan huomasti.

Suomessa on käytössä edelleen ICD-10, joka on ICD tautiluokituksen kymmenes julkaisu ja Suomessa lääkärit eivät siis vielä huomioi diagnoosia tehdessään tuoreinta ICD-11 julkaisua. Suomella on kuitenkin velvollisuus WHO:n jäsenmaana siirtyä käyttämään tuoreinta ICD-11 järjestelmää, joka on julkaistu vuonna 2022. Uusi ICD-11 järjestelmä tullaan ottamaan käyttöön ympäri maailmaa, joskin uuteen järjestelmään siirtyminen on hidasta ja kallista. Suomessa on käynnistetty keskustelut sosiaali- ja terveystieteiden kanssa, mutta siirtymisprojektia ei kuitenkaan ole vielä saatu aloitettua. Siirtyminen uuden tautiluokituksen järjestelmään vaatii myös mittavan ja perusteellisen käännöstyön Suomeksi. (Nummela 2022)

Miksi sitten käytämme opinnäytetyössämme ICD-11 julkaisua, jos se ei vielä ole käytössä Suomessa? Haluamme tehdä opinnäytetyöstämme mahdollisimman tarkan ja selvän kokonaisuuden, jossa kirjoitettu tieto on tätä päivää sekä opinnäytetyöstämme voi olla hyötyä myös tulevaisuudessa sen sijaan, että kirjoittamamme tieto vanhenisi jo sitä kirjoittaessa. ICD-11 on järjestelmänä helposti saatavissa ja kaikkien luettavissa, tieto on ajantasaisista ja selkeää. Näemme ICD-11 järjestelmän käytön ja sen pohjalta kirjoittamisen myös kauaskantoisempaan, kuin sen, että käyttäisimme järjestelmää, jonka tiedetään vanhenevan Suomessakin jo lähitulevaisuudessa.

Ehkä olennaisin muutos suomessa käytössä olevan ICD-10 tautiluokituksen ja tuoreemman julkaisun välillä on, että ICD-11 tautiluokituksen on lisätty monimuotoinen traumaperäinen stressihäiriö, eli complex PTSD (cPTSD), jota pidämme erittäin oleellisena tarkastellessamme traumaperäistä stressihäiriötä nimenomaan poliisin silmin. Kuinka monimuotoinen traumaperäinen stressihäiriö sitten poikkeaa siitä tavallisesta? Monimuotoinen traumaperäinen stressihäiriö kehittyy pitkällä aikavälillä ja tavallisten oireiden lisäksi vaikuttaa kielteisesti muun muassa ihmisen tunteiden säätelyyn, kielteiseen minäkäsitykseen, sekä vaikeuttaa pysyvien ihmissuhteiden ylläpitoa. 2017 amerikkalaisen rikosoikeuden professori Michelle Beshears on kirjoittanut artikkelin, joka kertoo nimenomaan

traumaperäisen stressihäiriön yleisyydestä poliisien keskuudessa sekä etenkin poliiseille kehittyvästä kumulatiivisesta traumaperäisestä stressihäiriöstä, joka voi kehittyä poliisina työskenteleville pitkällä aikavälillä. Käsittelemme kyseistä artikkelia opinnäytetyömme kappaleessa 6.5.

6.1.1 DSM – The Diagnostic and Manual of Mental Disorders

American Psychological Association (APA) on maailman suurin virallinen psykiatrinen järjestö, jonka julkaisut perustuvat tehtyihin tutkimuksiin ja sitä kautta saatuihin tuloksiin. APA on laatinut DSM-5 järjestelmän. Numero viisi viittaa tässä tapauksessa julkaisunumeroon, eli kyseessä on järjestelmän viides julkaisu. Tämä on julkaistu vuonna 2013 ja on voimassa edelleen. DSM-5 sisältää oirekriteerit yli 70 erilaiselle mielenterveyden häiriölle. Julkaisuun on koottu yli kahdensadan asiaan perehtyneen ammattilaisen lausuntoja, näkemyksiä ja kokemuksia mielenterveyden häiriöistä. DSM-5 luokituksessa käsitellään muun muassa Akuuttia stressihäiriötä (Acute Stress Disorder – ASD), jonka määritelmä poikkeaa ICD-11 luokituksen akuutista stressireaktiosta. Käsittelemme näistä oirekuvista molemmat opinnäytetyössämme. Tämän lisäksi APA ylläpitää verkkosivua, joka on keskittynyt mielenterveyteen koskeviin artikkeleihin sekä tutkimuksiin. (APA)

Alkuperäisen DSM-5 julkaisun saatavuudessa ilmeni opinnäytetyötämme tehdessä hankaluuksia, sillä julkaisu on maksullinen ja tarkoitettu lähinnä terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön ja avuksi. Onneksemme Psykiatrian Tutkimussäätiö on kääntänyt julkaisun suomen kielelle ja saimme Psykiatrian Tutkimussäätiöltä luvan käyttää suomen kielistä julkaisua opinnäytetyössämme, ja he toimittivat meille myös tarvitsemme aihealueen sivut kirjasta.

6.1.2 ICD – The International Classification of Diseases

ICD on terveydenhuollon ammattilaisille laadittu järjestelmä, jota ylläpitää Maailman Terveys Organisaatio WHO. Tuorein julkaisu ICD-11 on astunut voimaan 11. helmikuuta vuonna 2022. (WHO,2022)

Kyseessä oleva järjestelmä mahdollistaa jaettavaksi maailmanlaajuisesti standardisoitua tietoa terveydenhuollon ammattilaisille yhteisellä kielellä, joka tässä tapauksessa on englanti. Selain on suoraan valikosta käännettävissä myös yleisimmille kielille maailmassa ja nämä ovat arabian-, espanjan-, ranskan- sekä kiinan kieli. ICD-11 on nimensä mukaisesti yhdestoista julkaisu tästä järjestelmästä, joka kattaa noin 17 000 erilaista uniikkia koodia vammoille, sekä yli 120 000 koodattavaa termiä. ICD-11 järjestelmä on nyt täysin digitaalinen ja se on julkaistu 11.2.2022. Nykyisen järjestelmän käyttötapoja on monia. Järjestelmää voi esimerkiksi käyttää apuna kuolemansyyn toteamiseen tai vaikkapa ensisijaisen hoidon määrittämiseen. Tämän lisäksi järjestelmästä löytyy muun muassa syöpärekisteri, kliinisiä dokumentointeja sekä esimerkiksi potilasturvallisuutta koskevia asioita. Lista on liki loputon ja voisimmekin kuvailla kyseistä järjestelmää terveydenhuollon lähes kaikkiäitäväksi hakukoneeksi. (WHO, 2022)

ICD järjestelmän historia juontaa juurensa 1800-luvulle asti. 1855 epidemiologi William Farr:en ehdotus kansainvälisestä kuolinsyyluokituksesta sai hyväksynnän Kansainvälisessä tilastokonferenssissa ja tämän pohjalta myöhemmin kehittyi nykyinen ICD-luokitus. Maailma Terveystieteiden Organisaatio (WHO) hyväksyi ensimmäisenä virallisena versiona järjestelmästä ICD-6 version, jossa oli jo 952 erilaista koodia taudeille ja sairauksille. Nykyisin Suomessa käytettävä ICD-10 tautiluokitus otettiin Suomessa käyttöön vuonna 1996. (Nummela, 2022)

6.2 Akuutti stressireaktio

Akuutti stressireaktio on poistettu ICD-11 tautiluokituksesta, sillä sitä pidetään nykyään turhana diagnoosina. Se sekoitetaan helposti tavanomaiseen kriisireaktioon (sokki), joka taas ei ole lääketieteellinen diagnoosi ja on täysin järjellä ymmärrettävä reaktio, kun ihminen kokee tapahtuman, jota tämä ei voi käsittää. Suomen käyttäessä edelleen ICD-10 tautiluokitusta, voidaan täällä hoidettavalla potilaalla edelleen diagnosoida akuutti stressireaktio. Akuutilla stressireaktiolla tarkoitetaan traumaattisen tilanteen jälkeistä tilaa, joka kestää yleensä muutamasta tunnista korkeintaan kolmeen päivään. Oireiden voimakkuus on vaihtelevaa, mutta ne voivat olla erittäin voimakkaita. Tutkimusten valossa voidaan osoittaa, että traumaattisen kokemuksen jälkeen 10–60 %:lla ihmisistä ilmenee akuutti stressireaktio. (Kähkönen ym., 269.)

6.3 Akuutti stressihäiriö (ASD)

DSM-5 julkaisussa on määritelty traumaperäisenä häiriönä akuutti stressihäiriö. Akuutin stressihäiriön oireissa on huomattavan paljon samankaltaisuutta, kuin diagnosoidessa traumaperäistä stressihäiriötä, mutta oireet ja traumaattisen kokemuksen laatu eivät ole yhtä vakavia. Akuutti stressihäiriö on kuitenkin tila, joka on kestoaltaan kolmesta vuorokaudesta yhteen kuukauteen traumaattisen tapahtuman kokemisesta. Tällöin voidaankin puhua ainakin useimmissa tapauksissa traumaattista stressihäiriötä edeltävästä tilasta. (DSM-5, 159)

Akuutin stressihäiriön esiintyvyys traumaattisen tilanteen kokeneilla ihmisillä vaihtelee 6–33 % välillä, riippuen traumakokemuksen vakavuudesta. Esimerkiksi luonnonkatastrofeista puhuttaessa on akuutin stressihäiriön ilmaantuvuus huomattavasti matalampi, kuin ihmisiin kohdistuvien väkivaltarikosten kohdalla. (Veteran Affairs)

Akuutilla stressihäiriöllä tarkoitetaan tilaa, jossa ihminen on altistunut traumaattiselle tapahtumalle ja sen seurauksena ihmisellä ilmenee vähintään yhdeksän seuraavista oireista:

1. Uusiutuvat, vasten tahtoa mieleen tunkeutuvat ahdistavat muistot tapahtumasta.
2. Toistuvat epämiellyttävät unet tapahtumasta.
3. Dissosiativiset reaktiot ihmisessä.

4. Voimakas tai jatkuva ahdistuneisuus, poikkeukselliset toiminnalliset reaktiot, kun ihminen joutuu tekemisiin traumaattisesta tapahtumasta muistuttavien asioiden kanssa.
5. Pitkittynyt kykenemättömyys ilmaista myötämielisiä tunteita, esimerkiksi onnellisuutta, rakkautta tai tyytyväisyyttä.
6. Muutoksia todellisuudentajussa suhteessa käsillä olevaan ympäristöön tai itseensä.
7. Ihminen ei kykene muistamaan keskeisiä tapahtumia mieltä järkyttäneestä tapahtumasta.
8. Ihminen pyrkii kaikin mahdollisin keinoin välttämään kyseiseen traumaattiseen tapahtumaan liittyviä negatiivisia ajatuksia, muistoja tai tunteita.
9. Ihminen pyrkii välttämään esimerkiksi ihmisiä, paikkoja ja ylipäätään tilanteita, jotka muistuttavat jollakin tavalla tapahtumasta.
10. Ihmisen kyky nukkua heikentyy, esimerkiksi nukahtamisvaikeudet ja unen laatu.
11. Ihminen on ärtynyt ja käytös on aggressiivista ihmisiä tai esineitä kohtaan.
12. Ihminen on poikkeuksellisen varautunut.
13. Ihmisen kyky keskittyä on heikentynyt.
14. Poikkeuksellinen säikkyminen (DSM-5, 159–160)

Kuten olettaa saattaa, akuutti stressihäiriö haittaa ihmisen työ- sekä toimintakykyä merkittävästi. Myös sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen hankaloituu oireiden seurauksena.

Jos ihmisellä on todettu akuutti stressihäiriö, on hyvin todennäköistä, että oireilu jatkuu ja häiriö kehittyy traumaperäiseksi stressihäiriöksi. Traumaperäistä stressihäiriötä, sekä sen ympärillä olevia muita traumaperäisiä sairauksia tai reaktioita on tutkittu hyvin paljon Yhdysvalloissa. Tämä selittyy ainakin osittain sillä, että Yhdysvalloissa on muuhun maailmaan verrattuna poikkeuksen paljon kokemusta sotaveteraaneista, sekä näiden hoidosta sekä integroitumisesta yhteiskuntaan operaatioiden jälkeen.

Yhdysvalloissa tehdyt tutkimukset osoittavat, että yli 80 %:lla ihmisistä, joilla on todettu akuutti stressihäiriö, on kuuden kuukauden kuluttua toteamisesta diagnosoitu traumaperäinen stressihäiriö. Tutkimukset osoittavat myös, että 4–13 %:lla ihmisistä, joilla ei ole todettu akuuttia stressihäiriötä, on kuukausien tai vuosien kuluttua diagnosoitu traumaperäinen stressihäiriö. Ensisijainen hoito akuutissa stressireaktiossa on ihmisen rauhoittelu sekä turvalliseksi koettu hoitosuhde hoitavaan tahoon. Ihmisen oma tukiverkosto on merkittävässä roolissa ja ihmisen saattaminen paikallisten auttavien järjestöjen piiriin on tärkeää. Tutkimukset osoittavat, että kognitiivisella käyttäytymisterapialla on myönteisiä vaikutuksia akuutin stressihäiriön hoidossa. Kun ihmisellä on todettu akuutti stressihäiriö, voi myös purkukeskustelu tulla kyseeseen, mutta on erityisen tärkeää huomata, että traumaattisen kokemuksen ollessa vakavampi ja oireilu viittaa enemmän traumaperäiseen stressihäiriöön, purkukeskustelua ei suositella. (Veteran affairs)

Akuutti stressihäiriö ja sille altistuminen on myös vahvasti läsnä poliisina työskentelevälle. Esimerkiksi DSM-5 julkaisussa nostetaan esiin se, että akuutin stressihäiriön voi laukaista myös ammatilliset toistuvat tai äärimmäiset altistumiset poikkeuksellisen järkyttävillä tapahtumilla. Esimerkiksi poliisinpartio voi joutua kokoamaan junan alle jääneen ihmisen jäänteitä tai lapsirikostutkija voi joutua katsomaan materiaalia lasten seksuaalisesta hyväksikäytöstä. (DSM-5, 159.)

6.4 Traumaperäinen stressihäiriö (PTSD)

Traumaperäisen stressihäiriön diagnosointiin käytettävät kriteerit ovat hyvin samanlaisia molemmissa edellä mainituissa julkaisuissa. Käytämme pääosin lähteenä kuitenkin ICD-11 tautiluokitusta, sillä kyseinen julkaisu on tuorein, vuodelta 2022.

Traumaperäinen stressihäiriö voi saada alkunsa, kun ihminen kokee jonkin poikkeuksellisen uhkaavan tai mieltä järkyttävän tapahtuman, tapahtumaketjun tai useita yksittäisiä, toisista erillään olevia traumaattisia tapahtumia. Jotta ihmisellä voidaan diagnosoida ICD-11 tautiluokituksen mukaan traumaperäinen stressihäiriö, on oireiden keston oltava useita viikkoja ja ihmisellä täytyy esiintyä ainakin seuraavat oireet: traumaattisen tilanteen uudelleen kokeminen nykyhetkessä, traumaattisesta kokemuksesta muistuttavien asioiden välttely sekä ylivireystila. On todettu, että traumaperäinen stressihäiriö on yleisempi naisilla kuin miehillä, sekä naisilla oireet ovat voimakkaampia sekä pitkäkestoisempia. Tutkimukset osoittavat, että puolet diagnosoiduista traumaperäisestä stressihäiriöstä paranevat täysin 3 kuukauden sisällä oireiden alkamisesta. (ICD-11 6B40)

Altistuminen traumaattiselle kokemukselle voi tapahtua missä vaiheessa elämää tahansa. Traumaattisen kokemuksen kohtaaminen ei kuitenkaan automaattisesti tarkoita sitä, että ihmiselle kehittyisi jonkinasteinen traumaperäinen häiriö tai –reaktio, sillä ihmiset kokevat uhkaavia tai kauhistuttavia stressitekijöitä elämässään myös ilman, että heillä kehittyi arkeen tai elämään vaikuttava häiriötä niistä. Taas päästään siihen, että ihmiset ovat yksilöitä ja reagoivat stressitekijöihin eri tavalla. Lähtökohtaisesti traumaperäisen stressihäiriön oireet ilmenevät kuitenkin kolmen kuukauden sisällä tapahtuneesta. On kuitenkin otettava huomioon, että oireiden ilmeneminen on vaihtelevaa ja traumaperäinen stressihäiriö voi ilmestyä koska tahansa ihmisen elämän aikana, jos tämä on elämänsä aikana altistunut poikkeuksellisen traumaattiselle tapahtumalle. Oireet voivat myös palata vuosien kuluttua, mikäli elämässä tapahtuu jotakin joka muistuttaa tapahtumista. Tiedetään myös, että traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivien oireet voivat jatkua yhtämittaisesti jopa vuosia. (ICD-11 6B40)

Traumaperäinen stressihäiriö voi ilmetä kaikenikäisillä, mutta reagointi traumaattiseen kokemukseen ilmenee eri tavalla ihmisen iän sekä kehitysvaiheen mukaan. Kun puhutaan pienistä lapsista, ovat lapsen kognitiiviset toiminnot sekä esimerkiksi kyky ilmaista itseään rajallinen, joten oireiden

tunnistaminen on näissä tapauksissa hankalampaa. Tällaisissa tapauksissa diagnosoiminen ei tulisi-kaan yksin perustua lapsen kertomiin oireisiin, vaan diagnosoimista varten tulee seurata, ilmeneekö lapsessa käyttäytymishäiriöitä, jotka ovat ilmenneet vasta traumaattisen kokemuksen jälkeen (ICD 6B40).

Tunneskaala traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivällä on laaja. Yleensä kuitenkin on kuvailtu, että ihmisen tuntemukset koostuvat pääpiirteittäin vihasta, häpeästä, surusta, nöyryytetyksi tulemisestä sekä syyllisyyden tunteesta. Ihminen saattaa kokea syyllisyyttä siitä, että hän on selviytynyt tilanteesta ja joku toinen ei. On myös todettu, että traumaperäisen stressihäiriön ilmaantuvuus vaihtelee ihmisten kulttuurien välillä. Esimerkiksi joissakin ryhmissä vihan koetaan olevan merkittävin traumaattiseen altistumiseen liittyvä oire ja sitä pidetään kulttuurissa sopivana tapana ilmaista ahdistusta. Joissakin kulttuureissa myös jatkuva päänsärky saatetaan kokea visuaalisena aurana, joka taas liittyy hengellisiin asioihin. Myös esimerkiksi unilla ja nimenomaan painajaisilla voi olla hyvinkin monimutkainen kulttuurinen merkitys. Ongelmaksi joissakin kulttuureissa muodostuukin se, että kulttuurillisia ilmaisuja ei välttämättä osata tunnistaa kaikissa traumaperäistä stressihäiriötä hoitavissa laitoksissa. Kulttuuriset erot traumaperäisen stressihäiriön kehityksessä ovat siis merkittävä tekijä, sillä esimerkiksi uskonnollisen symbolin tuhoaminen tai häpäisy voi olla ihmiselle erittäin traumaattinen kokemus. (ICD-11 6B40)

On myös otettava huomioon, että traumaperäinen stressihäiriö altistaa hoitamattomana ihmisen masennukseen sairastumiselle. (Hedrenius & Johansson 2016, 107.)

6.4.1 Traumaperäisen stressihäiriön diagnosointikriteerit

Jotta terveydenhuollon ammattilainen kykenee diagnosoimaan ihmisellä traumaperäisen stressihäiriön, tulee hänellä tautiluokituksen mukaan täytyä seuraavanlaiset tarkkaan määritellyt kriteerit, joita pidetään myös traumaperäisen stressihäiriön niin kutsuttuina kulmakivinä:

- Ihminen on altistunut jollekin lyhyt- tai pitkäkestoiselle tapahtumalle tai tilanteelle, joka on luonteeltaan poikkeuksellisen uhkaava tai kauhistuttava. Tällaisia tapahtumia voivat olla esimerkiksi luonnon- tai ihmisen aiheuttamat katastrofit, vakavat onnettomuudet, sodankäynti, kidutus, seksuaalinen väkivalta, terrorismi, väkivallan kohteeksi joutuminen tai jokin akuutti henkeä uhkaava sairaus, esimerkiksi sydänkohtaus. Ihminen voi altistua traumaattiselle kokemukselle myös niin, että tämä näkee jonkin toisen ihmisen äkillisen vammautumisen tai kuoleman. Esimerkiksi läheisen ihmisen itsemurha voi olla tällainen kokemus.
- Traumaattisen tapahtuman tai tapahtumien uudelleenkokeminen nykyhetkessä esimerkiksi takaumina, joiden laatu vaihtelee helpoista takaumista erittäin vaikeisiin. Toistuvat unet tai painajaiset, jotka liittyvät traumaattiseen kokemukseen.

- Ihminen pyrkii välttelemään kaikkea, joka muistuttaa jollakin tavalla tapahtumista. Ihminen esimerkiksi pyrkii välttämään ajatuksia, ihmisiä, tietyn tyyppisiä keskusteluja, aktiviteetteja tai ylipäätään tilanteita, jotka liittyvät millään tapaa traumaattiseen kokemukseen. Erityisen haastavissa tilanteissa ihminen pyrkii muuttamaan omaa ympäristöään, esimerkiksi muuttamalla toiseen kaupunkiin tai kouluttautumalla kokonaan uuteen ammattiin.
- Ihmisellä on todettavissa ylivireystila. Ihminen on epänormaalin säikky esimerkiksi erilaisille äänille ja varautunut erilaisiin vaaroihin. Ihminen saattaa opetella tämän vuoksi uusia toimintatapoja, esimerkiksi lentokoneessa suostuu istumaan ainoastaan lähimpänä uloskäyntiä. (ICD-11 6B40)

Varmasti jokainen Poliisiammattikorkeakoulussa poliisiksi opiskeleva, työharjoittelussa oleva tai jo vuosia poliisissa työskennellyt ymmärtää sen tosiseikan, että poliisin tehtäväkentällä altistuminen traumaattisille tapahtumille on erittäin todennäköistä jossain vaiheessa virkauraa. DSM-5 julkaisu on muuten hyvin yhteneväinen ICD-11 julkaisun diagnosointikriteerien kanssa, mutta DSM-5 julkaisussa nostetaan esiin vielä ammatillinen toistuva tai äärimmäinen altistuminen järkyttävän tapahtuman yksityiskohdille, esimerkiksi se, että joutuu kokoamaan ihmisruumiin jäänteitä. Tällainen työtehtävä voi olla edessä jo työharjoittelun aikana, kun ihminen on tehnyt itsemurhan jättäytymällä junan alle. Toinen julkaisussa tehty nosto ammatillisesta altistumisesta on se, että joutuu yksityiskohtaisesti tutkimaan lapsiin kohdistuvia seksuaalirikoksia. (DSM-5, 154)

6.4.2 Traumaperäisen stressihäiriön oireet

- Traumaattisen tapahtuman tai tapahtumien uudelleen kokeminen nykyhetkessä mieleen tunkeutuvina muistoina, takaumina tai painajaisina. Uudelleen kokeminen voi tapahtua yhden tai useamman aistin kautta ja siihen liittyy hyvin usein poikkeuksellisen voimakkaita tai jopa ylitsempääsemättömiä tunteita, eritoten pelkoa tai kauhua. Näiden lisäksi myös voimakkaat keholliset tuntemukset kuuluvat oireisiin.
- Pyrkimys välttää ajatuksia sekä muistoja tapahtumasta tai tapahtumista tai toimien, tilanteiden sekä ihmisten välttäminen, jotka muistuttavat traumatisoineesta kokemuksesta.
- Jatkuva ylivireystila ja sen sisältämä pelko jostakin uhkaavasta, unettomuus ja poikkeukselliset reaktiot erilaisiin ärsykkeisiin, esimerkiksi yllättäviin ääniin. (ICD-11, 6B40)

Edellä mainitut oireet jatkuvat useita viikkoja ja häiritsevät merkittävästi ihmisen yleistä elämänhallintaa sekä arjesta selviytymistä. Tämän lisäksi traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivällä ihmisellä voi esiintyä myös seuraavanlaisia oireita: dysforiaa, dissosiaation oireita, itsetuhoisia ajatuksia sekä käyttäytymistä, eristäytyminen sosiaalisista tilanteista sekä verkostosta, liiallinen alkoholin tai huumausainien käyttö sekä lukuisia erilaisia fyysisiä oireita: kohonnut verenpaine, korkea pulssi, uupumus, lihasjännitys, yleinen pahoinvointi, toistuvat selittämättömät päänsärkykohtaukset sekä muunlaiset

kipuoireet, esimerkiksi selkäkipu. Useimmiten kuitenkin ihmiset eivät näe yhteyttä fyysisellä kivulla ja traumaattisella kokemuksella, mutta todellisuudessa fyysiset oireet voivat olla seurausta psyykkisestä mielen järkkymisestä. (ICD-11, 6B40)

Dysforialla tarkoitetaan poikkeuksellisen voimakasta epämukavuuden tunnetta. Dysforian vastakohtana on varmasti monelle tutumpi käsite euforia. (Cambridge Dictionary)

6.5 Monimuotoinen traumaperäinen stressihäiriö (complex PTSD)

“Se on kuin kasaisi tiiliä telineelle. Lopulta yksi niistä on liikaa ja koko rakennelma sortuu.” (Ramsland, 2021.)

ICD-11 tautiluokituksen mukaan monimuotoinen traumaperäinen stressihäiriö voi kehittyä, kun ihminen altistuu toistuvia kertoja traumatisoiville tapahtumille tai tapahtumaketjuille, joista tällä ei ole mahdollisuutta poistua niin halutessaan. Tämä on oman ammattikuntamme kannalta tärkeä ymmärtää ja tiedostaa, sillä kuten tiedämme, poliisi on yleensä se, joka menee paikkoihin, joista muut haluavat pois ja useimmiten pystyy poistumaan paikalta vasta tehtävän hoidettuaan. Puhuttaessa monimuotoisesta traumaperäisestä stressihäiriöstä ilmenee oirekuvassa tavallisen traumaperäisen stressihäiriön oireiden lisäksi ongelmia itsesäätelyssä. Tällä tarkoitetaan ongelmia esimerkiksi tunteiden säätelyssä, jatkuvana kielteisenä minäkäsityksenä sekä vaikeutena ylläpitää pysyviä suhteita toisiin ihmisiin. Monimuotoinen traumaperäinen stressihäiriö on vaikeampaa tunnistaa, sillä traumalle altistuminen ja psyykkeeseen vaikuttavat oireet ovat laaja-alaisempia sekä diagnosoiminen on haastavampaa. (Laukkala ym. 2022.)

Lähtökohtana monimuotoiselle traumaperäiselle stressihäiriölle pidetään toistuvaa ja jatkuvaa traumatisoitumista, jonkin sellaisen kokemista toistuvalla syötöllä, jota ihmismielen ei ole tarkoitettu kokea. On myös kuitenkin mahdollista, että monimuotoinen traumaperäinen stressihäiriö ilmenee yhdenkin vakavan traumaattisen kokemuksen seurauksena. Tutkimukset osoittavat, että monimuotoisen traumaperäinen stressihäiriö on esiintyvyydeltään vähintään yhtä yleinen tai yleisempi, kuin niin kutsuttu tavallinen traumaperäinen stressihäiriö. Monimuotoisen traumaperäisen stressihäiriön, sekä 2- tyypin trauman kokeneilla on todettu toimivan samat hoitomenetelmät, kuin traumaperäisen stressihäiriön hoidossa. Monimuotoisessa traumaperäisessä stressihäiriössä unettomuuteen liittyvät ongelmat ovat vakavampia, kuin traumaperäisessä stressihäiriössä. (Laukkala ym. 2022.)

Michelle Beshears on kirjoittanut vuonna 2017 artikkelin, jossa hän puhuu kumulatiivisesta, eli kasaantuvasta traumaperäisestä stressihäiriöstä nimenomaan poliisien kohtaamana sairautena. Traumaperäisen stressihäiriön tiedetään olevan yleinen konstaapelien keskuudessa ja sen tiedetään myös vaikuttavan näiden arkeen sekä ympärillä oleviin ihmisiin merkittävästi. Beshears vertaakin poliisien ja sotilaiden traumaperäisen stressihäiriön eroavaisuuksiin: useimmiten sotilaat

ovat traumatisoituneet yksittäisestä poikkeuksellisen häiritsevästä kokemuksesta, kun taas poliiseilla todettu traumaperäinen stressihäiriö on jatkuvaa altistumista useille traumatisoiville kokemuksille. Monimuotoista traumaperäistä stressihäiriötä pidetäänkin yksilölle vaarallisempana, sillä se usein jää huomaamatta ja sitä kautta myös hoitamatta. On totta, että useasti henkisesti rankkojen poliisin työtehtävien katsotaan vain kuuluvan poliisin työhön ja purkukeskusteluista huolimatta ei niihin välttämättä kiinnitetä riittävää huomiota yksittäisenä tapahtumana tai kokemuksena. Hoitamattomana traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivä ihminen voi lopulta olla vaarallinen niin itselleen, kuin myös muille. (Beshears 2017)

Myös Katherine Ramsland on kirjoittanut artikkelin vuonna 2021 monimuotoisesta traumaperäisestä stressihäiriöstä poliisien sairautena. Artikkelin mukaan on huomattu, että monimuotoinen traumaperäinen stressihäiriö on kasvava ongelma nimenomaan ensilinjan auttajien keskuudessa. Miksi? Kyseessä oleva ammattiryhmä on se, joka joutuu toistuvasti altistumaan erittäin stressaaville sekä tilanteille, jotka ovat poikkeuksellisen riskialttiita. Tämän lisäksi todettakoon, että monimuotoista traumaperäistä stressihäiriötä ei kyetä tunnistamaan organisaatioissa oikein. Varmastikin yksi suuri este pyytää apua on sen mukana tuleva häpeä, se, että pitää itseään toisia heikompana. Ramsland korostaakin koulutuksen merkitystä poliiseille monimuotoisesta traumaperäisestä stressihäiriöstä sekä ennaltaehkäiseviä toimintoja, joista varmasta hyötyisi koko poliisiorganisaatio. Artikkelia varten haastateltu konstaapeli kertoo omakohtaisen kokemuksensa siitä, kuinka lopulta jatkuvat traumaattiset kokemukset veivät häneltä työkyvyn, eikä hän enää tunnistanut itseään. Hän koki olevansa vain varjo siitä entisestä sankarista, joka hän joskus oli. (Ramsland 2021)

6.6 PTSD & cPTSD kansainvälinen kyselylomake ITQ

Kyseessä on ICD-11 tautiluokituksessa määriteltyjen traumaperäisen stressihäiriön sekä monimuotoisen traumaperäisen stressihäiriö tunnistamiseen laadittu täsmällinen sekä luotettava "mittari" edellä mainittujen sairauksien tunnistamiseen. Lomakkeen on alun perin laatinut professori Philip Hyland ja lomaketta päivitetään sekä ylläpidetään sitä mukaa, kun uutta tietoa on saatavilla. Opinnäytetyötä kirjoittaessamme on ITQ-lomake käännetty 34 eri kielelle ja suomenkielisestä käännöstyöstä on vastannut Traumaterapiakeskus. Kyseistä lomaketta ei voida käyttää mitattaessa lapsen tai nuoren traumaperäistä stressihäiriötä, vaan näille on laadittu oma versio kyseessä olevasta lomakkeesta. (The International Trauma Consortium)

Halusimme käyttää ITQ-kyselylomaketta opinnäytetyössämme liitteenä, jotta lukija voi halutessaan tutustua ja kokeilumielessä täyttää lomakkeen. Lukijan on kuitenkin tärkeää huomata, ettei traumaperäistä stressihäiriötä voi itse diagnosoida, vaan sen tekee terveydenhuollon ammattilainen. Kyseinen lomake löytyy opinnäytetyömme lopusta liitteenä (Liite 2).

6.7 Traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyys väestössä

Traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyys yllätti meidän molemmat, sillä kyseessä on huomattavasti yleisempi psykiatrinen häiriö, kuin olisimme ikinä voineet kuvitellakaan. Traumaperäisen stressihäiriön kehittymisessä ihmiselle on myös sukupuolisia eroja, sillä tutkitusti naisilla traumaperäinen stressihäiriön yleisyys on kaksinkertainen verrattuna miehiin. (PubMed).

Laajat kansainväliset tutkimukset osoittavat, että 5,6 % aikuisista ihmisistä kärsii traumaperäisestä stressihäiriöstä jossakin kohti elämäänsä. Mikäli ihminen kuitenkin kokee elämänsä aikana jotakin poikkeuksellisen järkyttävää, on traumaperäisen stressihäiriö paljon yleisempi. Esimerkiksi elämänsä aikana kidutetuksi tulleista ihmisistä yli puolet sairastuvat traumaperäiseen stressihäiriöön. On kuitenkin arvioitu, että länsimaisissa yhteiskunnissa 35–90 %:a ihmisistä kokee elämänsä aikana niin järkyttävän tilanteen, että se täyttää traumaperäisen stressihäiriön diagnosointiin vaadittavan kriteerin. Varovaisesti arvioiden Suomessa tapahtuu tällaisia tilanteita vuositasolla 100 000 ihmiselle. Tällaisista tilanteista noin joka neljännessä ihmiselle kehittyy traumaperäinen stressihäiriö. Näin ollen, tätä kaavaa käyttäen, traumaperäistä stressihäiriötä ilmenee Suomen väestössä vuoden aikana noin puolelle prosentille. (Käypä Hoito, 2022)

6.8 Traumatisoivien onnettomuuksien ja rikosten tilastoja Suomessa

On selvää, että poliisi kohtaa työssään ja uransa aikana mahdollisesti useita kriittisiä tilanteita, jotka voivat altistaa eri asteisille traumaolle. Liitteenä (Liite 1) olevaan taulukkoon olemme keränneet Poliisin julkaisemia tilastoja koskien vuonna 2022 suomessa tapahtuneiden rikoksien määriä, joissa traumaattisten kokemusten mahdollisuus on kohonnut hälytykseen reagoivan ensipartion näkökulmasta. Taulukolla haluamme tuoda valoa siihen, miten paljon poliisi kohtaa työssään mahdollisesti traumatisoivia tehtäviä. (Poliisin hälytystehtävät tehtäväluokittain 2022).

Taulukko ei ole tyhjentävä, koska traumaattista materiaalia voi nähdä myös esitutkinta-aineistoa läpikäydessä ja kriittisiä tapahtumia voi kohdata työelämän ulkopuolella. Taulukko on koottu niiden tehtäväkoodien mukaan, joilla tehtävät on hätäkeskuksessa käsitelty, eikä ota huomioon mitä kaikkea muuta tehtävään voi liittyä. Karkeana esimerkkinä voidaan käyttää tieliikenneonnettomuus-tehtäviä, joissa voi tulla vastaan mitä tahansa pienistä peltikolareista useisiin silpoutuneisiin ruumisiin.

Taulukosta on jätetty pois tarkoituksella omaisuuden suojaan kohdistuvat tehtävät, metsästys- ja kalastusrikokset, tarkastus- ja etsintätehtäviä sekä suuri määrä erityistehtäviä, koska edellä mainitut ovat epätodennäköisimpiä sisältämään traumaattisia tapahtumia, vaikka sitäkään mahdollisuutta ei voida täysin pois rajata. Taulukosta on karsittu tarkoituksella paljon tehtäviä, koska se osoittaa, että karsinnasta huolimatta poliisi suorittaa vakavia työtehtäviä erittäin paljon vuositasolla. Poliisilla oli tehtäväluokkien mukaisia tehtäviä vuonna 2022 yhteensä 926037 kappaletta, joista

avokätisen karsinnankin jälkeen mahdollisesti traumaattisia tapahtumia sisältäviä tehtäviä tehtäväluokituksensa mukaan on yli puolet, 561 034 kappaletta (Liite 1).

6.9 Traumatisoituneet pakolaiset

Suomessa on vuonna 2018 laadittu erittäin kattava tutkimus Suomeen saapuneiden turvapaikanhakijoiden terveydestä ja hyvinvoinnista. Raportista käy ilmi lukuja, jotka antavat osviittaa siihen, kuinka yleisiä mielenterveydelliset ongelmat turvapaikanhakijoiden keskuudessa todellisuudessa ovat. 2000-luvulla turvapaikanhakijoiden määrä on raportin mukaan ollut lähtökohtaisesti 1500–6000 henkilön välillä lukuun ottamatta vuotta 2015, jolloin Suomeen saapui poikkeuksellisen suuri määrä, yli 32 500 ihmistä hakemaan turvapaikkaa. Maahanmuuttoviraston mukaan suurin määrä turvapaikanhakijoita Suomeen tulee Afganistanista, Irakista, Somaliasta sekä Syyriasta. Raportissa kerrotaan myös, että kansainvälisten tutkimusten mukaan masennus- ja ahdistuneisuusoireet sekä traumaperäiset stressireaktion ovat yleisiä turvapaikanhakijoilla. Aiemmissa ulkomaalaistaustaisten terveyttä ja hyvinvointia mittaavissa tutkimuksissa pakolaistaustaisten ihmisten terveyden on havaittu olevan huomattavasti heikompaa, kuin muun väestön. Esimerkiksi Lähi-idästä kotoisin olevilla ovat mielenterveydelliset ongelmat moninkertaisesti yleisempiä, kuin koko Suomen muulla väestöllä. (Tutkimus turvapaikanhakijoiden terveydestä ja hyvinvoinnista, 2018)

Useat pakolaistaustaiset ihmiset ovat lähtömaassaan joutuneet kokemaan traumaattisia tapahtumia. Tutkimuksen mukaan traumaattisia kokemuksia on pakolaistaustaisista miehistä 89 %:lla, naisista 74 %:lla ja lapsista 71 %:lla. Voidaankin todeta, että pakolaistaustaisista Suomeen tulleista ihmisistä lähes neljä viidestä on kokenut kotimaassaan jonkin järkyttävän tapahtuman tai tapahtumia. Pakolaistaustaisilla nämä järkyttävät tapahtumat ovat useimmiten sodan keskellä eläminen, kidutuksen uhriksi joutuminen, seksuaalinen väkivalta, jonkin läheisen ihmisen menettäminen, vapaudenriisto tai jonkin toisen ihmisen kuoleman todistaminen vierestä. Useimmiten käykin niin, että traumaperäisen stressihäiriön oireet ilmenevät pakolaisilla vasta vuosien viiveellä tapahtumista ja tämän vuoksi pakolaisten kokemien traumaattisten tapahtumien tunnistamiseen sekä hoitoon tulisi terveydenhuollossa kiinnittää poikkeuksellista huomiota. (Skogberg ym, 2018)

Vallitsevan maailmantilanteen vuoksi, olemme sen edessä, että Suomeen tulee Ukrainaista sotaa pakenevia ihmisiä poikkeuksellisen paljon. On siis vähintäänkin todennäköistä, että sodan keskellä eläneet ja sitä paenneet ukrainalaiset pakolaiset ovat myös kokeneet ennen kotimaastaan poistumista jotakin traumaattista ja kokemuksen sekä tiedon perusteella on myös todennäköistä, että nämä ihmiset oireilevat traumakokemustensa vuoksi. Suomen Pakolaisavun verkkosivun mukaan, sotaa paenneita ukrainalaisia on tällä hetkellä noin 14 miljoonaa, joista 7 miljoonaa on paennut so-

taa maan rajojen yli joko Eurooppaan tai Venäjälle. Osa sotaa paenneista onkin tullut Suomeen turvaan ja opinnäytetyötä kirjoittaessamme jo lähes 40 000 ukrainalaista on jättänyt turvapaikkahakemuksen tai hakemuksen tilapäisestä suojelusta. (Suomen Pakolaisapu)

Poliisin kannalta onkin tärkeää tiedostaa seikka, että mikäli poliisitehtävän yhteydessä tulee tietoon, että tehtävään liittyy jollakin tavalla sotaa paenneita ja suomesta turvaa hakevia ihmisiä, on hyvinkin todennäköistä, että nämä ihmiset ovat kokeneet traumaattisen tapahtuman aikaisemmassa kotimaassaan tai Suomessa. Tieto voi olla tehtävää suorittavalle poliisipartiolle tärkeää monestakin syystä, esimerkiksi työturvallisuuden kannalta. Opinnäytetyötä kirjoittaessamme meistä molemmat ovat suorittaneet työharjoittelujaksolla valvonta- ja hälytystehtävien harjoittelujakson ja toinen meistä on ollut useammalla työtehtävällä, joissa on ollut sotaa paenneita ihmisiä Ukrainasta, jotka ovat ensisijaisesti kuitenkin tarvinneet terveydenhuollon tarjoamia palveluita.

7 TRAUMAPERÄISTEN REAKTIOIDEN- JA HÄIRIÖIDEN HOITO

Olipa kyseessä sitten aikuinen, nuori tai lapsi, pidetään traumaperäisen stressihäiriön ensisijaisena hoitomuotona psykoterapiaa. Aikuisella potilaalla kyseeseen voi myös tulla psyykellääkitys, joko yhdessä psykoterapian kanssa tai ilman sitä. Oleellista on hoitoa valittaessa potilaan yksilöllinen tarve sekä kokonaiskuvan arviointi: oireiden vakavuus, kesto sekä potilaan itsensä esittämien toiveet hoidosta. Lieväoireista ja lyhytkestoista traumaperäistä stressihäiriötä kyetään hoitamaan perusterveydenhuollossa, johon lasketaan mukaan myös työterveydenhoito sekä opiskelijoille tarkoitettu terveydenhoito. Kuitenkin puhuttaessa vaikeasta traumaperäisestä stressihäiriöstä, tulisi se tällöin hoitaa psykiatriaan erikoistuneessa sairaanhoidon yksikössä tai psykiatrin konsultaation turvin. Tutkimukset ja kokemukset osoittavat, että psykoterapian eri muodot ovat toimiva hoitomenetelmä traumaperäisen stressihäiriön hoitoon. On olemassa erilaisia psykoterapioita, joista terveydenhuollon ammattilainen pyrkii valitsemaan oikean juuri kyseisen potilaan tarpeisiin sopivan. Nykyään traumaperäisen stressihäiriön hoito toteutetaan lähes poikkeuksetta avohoitona, jota kyetään tukemaan erilaisilla tietokoneelle tai älypuhelimelle asennettavilla sovelluksilla. Potilaan ja psykoterapeutin tapaamiset kyetään nykyään myös suorittamaan etävastaanottona, eli esimerkiksi perinteisesti soittamalla tai vaikkapa videoyhteyden välityksellä. (Terveyskirjasto, 2018)

Käymme seuraavissa kappaleissa lävitse traumaperäisen stressihäiriön hoitoon suositellut hoitomuodot. APA:n suosittelimia hoitomuotoja on yhteensä kahdeksan, jotka järjestö jaottelee ensisijaisiin sekä toissijaisiin hoitomuotoihin. Käymme seuraavaksi läpi ensisijaiset- sekä toissijaiset hoitomuodot, mutta on tärkeää ymmärtää, ettei niitä ole järjestetty paremmuusjärjestykseen, sillä jälleen kerran on huomioitava ihmisten yksilölliset tarpeet.

Hoitosuhde alkaa sillä, että terapeutti sekä potilas kartoittavat yhdessä lähtötilanteen ja sen mukaan he pyrkivät valitsemaan sopivimman terapiamuodon, jolla hoidot aloitetaan. (Kähkönen ym, 271)

7.1 Ensisijaiset hoitomuodot traumaperäisen stressihäiriön hoidossa

7.1.1 Kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT)

Kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta puhuttaessa voidaan tavallaan puhua yleismallisesta psykoterapiasta, jossa terapeutilla on käytössään useita erilaisia menetelmiä ja harjoituksia. Esimerkkejä käytetyistä menetelmistä on traumalle altistaminen sekä toivottujen käyttäytymismallien aktivointi potilaassa. Kognitiivisen käyttäytymisterapian perimmäisenä tarkoituksena on pyrkiä vahvistaa potilaan myönteistä ajattelutapaa sekä vähentää oireita, jotka vaikuttavat arkeen. Tämän lisäksi tavoitteena on parantaa potilaan kykyä ymmärtää traumakokemusta ja itseään paremmin sekä parantaa kykyä selviytyä vastoinkäymisistä elämässä. (APA CBT, 2017)

Kognitiivinen käyttäytymisterapia keskittyy ihmisen ajatusten, tunteiden sekä käyttäytymismallien välillä vallitseviin suhteisiin. Kyseisessä terapiassa keskitytään tähän hetkeen, eli potilaan tämänhetkisiin ongelmiin sekä tämän oireisiin, jotka vaikuttavat ihmiseen negatiivisesti. Näitä pyritään hoitamaan esimerkiksi muuttamalla ihmisen käyttäytymismalleja, tunteita ja ajattelutapoja. Tutkimukset myös osoittavat, että yhdellä osa-alueella myönteinen kehitys vaikuttaa myös positiivisesti muihin osa-alueisiin. Lähtökohtaisesti hoitjakson pituus on 12–16 terapiaistuntoa. Terapiakertojen välissä potilaan on tarkoitus tehdä itseopiskelua sekä terapeutin ohjeistamia harjoitteita. (APA CBT, 2017)

7.1.2 Kognitiivinen terapia (KT)

Kognitiivinen terapia on johdettu kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta erilliseksi terapiamuodoksi, mutta niissä on hyvin paljon samoja keskeisiä elementtejä ja tekniikoita, mutta niitä painotetaan ja sovelletaan eri tavalla. Kuitenkin esimerkiksi Sokraattinen menetelmä toimii kivijalkana sekä kognitiivisessa terapiassa, että kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa. (APA CT, 2017)

Kognitiivisessa terapiassa potilasta autetaan lopettamaan käytös- ja ajattelumallit, joiden avulla potilas kokee hetkellistä turvaa, mutta jotka todellisuudessa ruokkivat traumaperäisen stressihäiriön oireita. Tällaisia ovat esimerkiksi turvallisuutta tavoitteleva käyttäytyminen ja pyrkimykset tukahduttaa omat ajatukset. Kognitiivisen käyttäytymisterapian keskeisimpänä tarkoituksena on ”istuttaa” potilaan mieleen uusi ja erilainen tapa arvioida traumaan liittyviä asioita. Potilasta ohjataan myös laatimaan narratiivinen kertomus, joka alkaa ennen kuin ihminen on kokenut tämän traumatisoineen tapahtuman ja päättyy siihen, kun potilas tuntee olonsa jälleen turvalliseksi ja selvinneeksi.

Jotta potilas voi lähestyä niin kutsuttua maaliviivaa, voi potilas terapeutin ohjauksessa kirjoittaa kattavan selvityksen koetusta traumasta, elämällä kyseinen tilanne uudestaan erilaisten mielikuvaharjoitteiden avulla tai käydä paikassa, jossa trauma on tapahtunut. Vaikka kyseessä onkin altistamisterapiaan liittyviä elementtejä, on niistä apua kognitiivisessa terapiassa ja niiden avulla voidaan tunnistaa niin kutsuttuja muistipisteitä, joilla näyttää olevan yhteys voimakkaisiin reaktioihin potilaassa ja näin ollen niistä on apua, kun potilaan arviointi- sekä ajattelutapaa yritetään uudelleenohjelmoida. Kun potilas haastetaan kertomaan ja kirjoittamaan muistin pohjalta myös ikäviä asioita, on sen todettu vähentävän esimerkiksi takaumia sekä edesauttavan myönteistä ajattelutapaa. Hoitojakso on kestoltaan vähintään 12 viikkoa ja se voidaan toteuttaa itsenäisesti tai ryhmäterapiana. Terapeutin ja potilaan välinen suhde on tasavertainen, joka poikkeaa monista muista terapian suuntauksista. (APA CT, 2017)

7.1.3 Pitkitetyn altistuksen terapia (PA)

Terapia perustuu nimensä mukaisesti potilaan pitkäaikaiselle altistamiselle esimerkiksi mielikuvien kautta. On todettu, että PA terapialla on saatu myönteisiä tuloksia hoidettaessa traumaperäistä stressihäiriötä ja tämän vuoksi kyseistä terapiamuotoa suositellaan. Koetaan, että traumaattiselle kokemukselle altistamisen myötä ihmiseen negatiivisesti vaikuttavat mielikuvat ja tunteet muuttuvat asteittain myönteisimmiksi. Tavoitteena terapiassa on vähentää kielteisiä tunteita, sekä lisätä yksilön kokemaa turvallisuuden tunnetta. Ihmisessä pyritään myös lisäämään kontrollin tunnetta, eli sitä, että hän itse hallitsee omaa arkeaan. (Kähkönen ym. 2020, 271.)

PA terapia perimmäisenä tarkoituksena on opettaa potilasta vaiheittain saavuttamaan traumaan liittyvät muistot, vallinneet olosuhteet sekä tunteet. Useimmat ihmisistä haluavat välttää kaikkea, joka jollakin tapaa muistuttaa heitä koetusta traumaattisesta tapahtumasta, mutta sitä kautta kuitenkin vain vahvistavat omia pelkojaan. PA terapian tarkoituksena onkin opettaa potilaalle, että kyseiset muistot tai merkit siitä eivät ole vaarallisia, eikä niitä tarvitse vältellä. Terapia tavoitteena on auttaa ihmistä kohtaamaan omat pelkonsa. PA terapian kesto on useimmiten kolme kuukautta, joka sisältää yhteensä kahdeksasta viiteentoista hoitokertaa. Nykytutkimusten valossa yhden hoitokerran pituudeksi on linjattu tunnista kahteen, jotta hoidolla saan aikaan tuloksia ja paranemisprosessi saadaan etenemään toivotulla tavalla. (APA PE, 2020)

Hoitosuhde aloitetaan sillä, että ensimmäisellä istunnolla terapeutti arvioi kokonaiskuvaa sekä potilaan menneisyyttä, traumatapahtuman laatua. Tämän lisäksi potilaalle voidaan antaa psykoedukaatiota, sekä opetella esimerkiksi hengitystekniikoita, joiden avulla voidaan säädellä ahdistuneisuutta. Useimmiten potilaan altistaminen aloitetaan jo heti toisella hoitokerralla. Tätä ennen terapeutin on kuitenkin varmistuttava siitä, että potilas kokee hoitosuhteen olevan turvallinen, sillä altistaminen näin voimakkaille ihmismielen ärsykkeille on potilaalle erittäin ahdistavaa. Hoitojakso

pyritäänkin toteuttamaan potilaan ehdoilla, niin että eteneminen ei ole liian nopeaa. Pitkistetyn altistuksen terapiassa potilas kuvailee terapeutin ohjauksessa omaa traumakokemustaan yksityiskohtaisesti. Kuvitteellisessa altistuksessa hoidon kohteena oleva potilas kuvailee tapahtumaa yksityiskohtaisesti terapeutin ohjauksessa nykyhetkessä. Potilas ja terapeutti keskustelevat sekä käsittelevät kuvitteellisen altistumisen aikaansaamia tuntemuksia potilaassa. Pitkistetyn altistuksen terapia ei suinkaan rajoitu huoneeseen, jossa terapeutti ja potilas kohtaavat. Kyseisessä terapiassa terapeutti antaa potilaalleen kotitehtäviä, jotta tämä oppii käsittelemään pelkoa sekä negatiivisia tunteita myös arjessa. (APA PE, 2020)

Usein altistukset ja keskinäiset keskustelut pyritään nauhoittamaan, jotta potilas voi kuunnella nauhoitusta hoitokertojen välissä. Näin potilas kykenee hoitokertojen välissä käsittelemään omia tunteitaan sekä harjoittaa aiemmin opeteltuja hengitystekniikoita. Terapeutti ja potilas pyrkivät istuntojen aikana tunnistamaan erilaisia ärsyksiä ja tilanteita, jotka muistuttavat potilasta traumakokemuksesta. Nämä ärsykkeet voivat olla esimerkiksi tiettyjä paikkoja tai ihmisiä. Terapeutti rohkaisee potilasta haastamaan itseään sekä pelkojaan, mutta kuitenkin asteittain, jotta potilas saa kokea onnistumisen tunteita kohdatessaan pelottavia asioita ja oppiessaan käsittelemään niihin liittyviä tunteita sekä tuntemuksia. Hoitokertojen välissä potilaalle annetaan myös kotitehtäväksi kohdata pelättyjä ärsyksiä arjessa, terapian ulkopuolella. (APA PE, 2020)

7.1.4 Kognitiivinen prosessointi terapia (KPT)

KPT:N keskeisimpänä ideana on opettaa potilasta itseään muovaamaan sekä tunnistamaan sellaisia traumakokemukseen liittyviä ajatuksia, jotka vaikuttavat tähän negatiivisesti. Tarkoitus on saada potilas käsittämään sekä sisäistämään uudella, "paremmalla tavalla" hänen traumansa ja tätä kautta saada negatiiviset oireet vähenemään potilaassa. APA pitää kyseistä kognitiivista terapiaa erityisen tehokkaana silloin, kun potilas on lapsuudessaan joutunut hyväksikäytetyksi, tämä on kokenut jonkin väkivaltaisen tilanteen, tullut raiskatuksi tai joutunut keskelle luonnonkatastrofia. KPT:ssä terapeutti keskittyy kehittämään erityisesti sellaisia tunnealueita, joihin traumaperäinen stressihäiriö eniten vaikuttaa, esimerkiksi turvallisuudentunnetta, luottamusta, tehokkuutta, kontrollia, arvostusta sekä läheisyyttä. KPT:ssä hoitjakson pituutta ole varsinaisesti määritelty, ainoastaan, että hoitokertoja on vähintään 12. Terapia voidaan toteuttaa yhdelle potilaalle tai ryhmäkoossa. (APA CPT, 2017)

KPT:ssä potilaalle annetaan psykoedukaatiota liittyen traumaperäiseen stressihäiriöön, omiin ajatuksiinsa sekä tunteisiinsa. Pyrkimyksenä on saada potilas tietoisemmaksi omien tunteiden sekä ajatusten välisestä suhteesta, sekä saada potilas itse tunnistamaan sellaiset seikat, jotka ylläpitävät traumaperäisen stressihäiriön oireita. Ensimmäisellä hoitokerralla potilas myös kirjoittaa tera-

peutilleen miksi hänen mielestään traumaattinen kokemus tapahtui ja kuinka se on muuttanut hänen ajatteluaan hänestä itsestään, muista sekä maailmasta ylipäätään. Kun tämä on tehty, alkaa potilas työstämään itse itsessään prosessia, jossa terapeutti on tukena. Ennen toista hoitokertaa potilas kirjoittaa terapeutilleen kirjeen, jossa tämä kuvaa kauheinta kokemusta omassa elämässään. Tällä tavoin pyritään rikkomaan niin kutsuttu kaava, jossa potilas välttelee tunteitaan sekä ajatuksiaan, jotka liittyvät traumaan. Kaavan rikkomisella taas pyritään potilaassa saamaan aikaan se, että tämä itse kyseenalaistaa oman huonot ja negatiiviset ajatuksensa, jotka ylläpitävät tämän oireita. Kun lopulta potilas on hoidon myötä edennyt siihen pisteeseen, että tämä itse kykenee tunnistamaan itsessään ne ajattelumallit, jotka tähän vaikuttavan negatiivisesti, pyritään pääsemään askel askeleelta lähemmäs ja vaikeampiin traumaan liittyviin ajatuksiin. Tarkoituksena on myös, että potilas kykenee käyttämään terapiassa oppimaansa tunnistuskykyä myös hoitojen ulkopuolella, arkielämässä. Kun tämä saavutetaan, alkaa potilaan toimintakyky sekä elämänlaatu parantua. (APA CPT, 2017)

7.2 Toissijaiset hoitomuodot traumaperäisen stressihäiriön hoidossa

Edellä mainittujen ensisijaisten ja APA järjestön vahvasti suosittelmien hoitomenetelmien lisäksi on olemassa muitakin hoitomenetelmiä traumaperäisen stressihäiriön hoitoon. APA on listannut toimiviksi todetuiksi hoidoiksi lyhyen eklektisen psykoterapia, EMDR-terapian, narratiivisen altistus-terapian sekä muista hoitomuodoista poikkeavana lääkityksen traumaperäisen stressihäiriön hoitona. Käymme seuraavaksi lyhyesti läpi nämä vaihtoehtoiset hoitomuodot ja jälleen kerran on muistettava, etteivät ne ole paremmuusjärjestyksessä ja aina hoitomenetelmää valittaessa on kyse yksilön taustoista sekä tarpeista.

7.2.1 Lyhyt eklektinen psykoterapia (BEP)

BEP on erityinen lähestymistapa traumapotilaan hoidossa. Siinä yhdistetään erilaisia kognitiivisen käyttäytymisterapian muotoja psykodynaamiseen lähestymistapaan. Psykodynaamisen terapian mukaan psyykkiset ongelmat sekä sen myötä ilmenevien oireiden tausta johtaa juurensa lapsuudessa, nuoruudessa sekä aikuisuudessa koettuihin kehityshaasteisiin. (Lääkärikeskus Aava)

BEP:ssä keskitytään muuttamaan häpeän ja syyllisyyden tuntemuksia sekä samalla korostamaan potilaan ja terapeutin välistä vuorovaikutussuhdetta. Traumaperäistä stressihäiriötä hoidettaessa pyritään muuttamaan kipua tuottavia ajatuksia sekä tuntemuksia, jotka ovat seurausta traumaattisesta kokemuksesta. Lyhyt eklektinen psykoterapia on tutkimusten valossa tehokkaimmillaan niin, että hoitajakso sisältää 16 yksittäistä terapiaistuntoa, jotka ovat kestoltaan 45 minuutista yhteen tuntiin. Hoidot pyritään toteuttamaan kerran viikossa ja niin, että jokaisella istunnolla on oma niin kutsuttu teema, johon keskitytään. (APA BEP, 2017)

7.2.2 EMDR terapia

Lyhenne EMDR tulee sanoista Eye Movement Desenzation and Reprocessing. Tämä terapia perustuu nimensä mukaisesti ja kaikessa yksinkertaisuudessaan silmien liikutteluun. Terapeutti pyytää potilasta keskittymään ja miettimään hänet traumatisoinutta kokemusta, jolloin muisto siirtyy pitkäaikaisesta muistosta lyhytaikaiseen muistiin. Potilaan tulisi keskittyä kyseiseen tapahtumaan ja samalla seurata terapeutin sormen liikkeitä niin tarkasti ja hyvin, kuin koskaan kykenee. Tämän lisäksi terapeutti saattaa käyttää hoidossa työkaluinaan esimerkiksi taputuksia tai värinää. Hoidon tehokkuus perustuu työmuistin käsittelyyn, jota on käsillä olevassa hetkessä liikaa. Tällä saadaan aikaan se, että muisto heikkenee, sekä se menettää niin kutsutun tunnesisältönsä. Muiston tunnesisällön vähentyessä, tulee kyseisen tapahtuman käsittelystä potilaalle helpompaa. (EMDR, 2019)

EMDR hoitajakso on kestoltaan verrattain lyhyt, sillä hoitokertoja on 6–12 ja niitä pyritään järjestämään kerran tai kaksi viikkoon. Joillakin ihmisillä vähemmätkin hoitokerrat riittävät. (APA EMDR, 2017)

TETRIS osana EMDR terapiaa

Suomen poliisissa muun muassa lapsirikostutkijat käyttävät tietokonepeli Tetristä tai muita vastaavia silmän liikkeitä aiheuttavia pelejä vähentääkseen rankkojen kuvien ”syöpymistä aivoihin” (Grönroos, Aarnio 2021). Poliisiasemilla onkin jo pelikonsoleita, joilla tutkijat voivat pelata Tetristä tai muita visuospatiaalista kykyä vaativia pelejä mahdollisimman pian, viimeistään 5–6:n tunnin kuluttua traumaattiselle materiaalille altistumisen jälkeen (Lehtinen & Rossi 2022, 62).

Tetriksen pelaaminen liittyy teoriaan, jonka mukaan aivoissa on olemassa kuuden tunnin aikakuna, jonka sisällä muistojen varastoitumiseen voidaan henkilön omalla toiminnalla vaikuttaa. Teorian keskeinen teema on, että traumaattisten muistojen ylläpitäminen sekä käsittely mielessä vaatii visuospatiaalista kapasiteettia, joka tarkoittaa avaruudellisen hahmottamisen kapasiteettia. Mikäli aivojen pyydetään suoriutumaan kahdesta samoja resursseja vaativasta tehtävästä yhtäaikaaisesti, ei aivojen kapasiteetti riitä suoriutumaan molemmista tehtävistä. Tetriksen pelaaminen vaatii aivoilta juuri tätä avaruudellista hahmottamiskykyä ja sen kuormittaminen traumaattisten kokemusten jälkeen luo hyvänlaatuisen vaikutuksen traumamuiston kehittymiseen. Vastaavanlaista hyvänlaatuista vaikutusta traumamuiston kehittymiseen, tai tässä tapauksessa kehittämättömyyteen, ei saavutettu koehenkilöillä, jotka osallistuivat tietovisaan Tetriksen sijaan. (Hedrenius & Johansson 2016, 105.)

Aihetta on tutkittu maailmalla rohkaisevin tuloksin Karoliinisen Instituutin tekemän tutkimuksen pohjalta, joka paneutui ensiavussa tavattuihin traumapotilaisiin ja heidän intrusiivisten traumamuistojen

vähentymiseen Tetriksen pelaamisen seurauksena (Karolinska Institutet 2017). Tutkimuksia Tetriksen pelaamisen vaikutuksista on tehty myös Karoliinisen Instituutin tutkimuksen vahvistamiseksi satunnaistetulla testiryhmällä ensiavussa (Iyadurai ym. 2018), traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivien potilaiden hoidossa (Kessler ym. 2018) sekä taisteluihin liittyvästä traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivien potilaiden hoidossa (Butler ym. 2020).

7.2.3 Narratiivinen altistusterapia (NET)

Narratiivisessa altistusterapiassa tavoitteena on saada potilas luomaan itselleen johdonmukainen kertomus omasta elämästään, jossa traumaattisen kokemukset saavat asiayhteyden, eli kontekstin. Tarkoituksena on saada muistojen sirpaleista kasattua ehyt kertomus, jotta ihminen ymmärtää matkan, joka on kuljettu tähän hetkeen mennessä. Kyseistä terapiamuotoa käytetään etenkin sotaa paenneiden ihmisten hoidossa sekä monimuotoisen traumaperäisen stressihäiriön hoidossa. Kuten varmasti muistat, monimuotoinen traumaperäistä stressihäiriötä esiintyy nimenomaan poliiseilla. Usein narratiivista altistusterapiaa käytetään pienissä ryhmissä ja hoitokertoja yhdessä on neljästä kymmeneen. Tällaisen vertaistuen kautta haetaan yhteenkuuluvuuden tunnetta sekä sitä, että yksilö ei koe olevansa yksin kokemiensa traumojen kanssa. (APA NET, 2017)

7.2.4 Psykelaäkitys

Tietynlaista toiveajattelua on se, että tulevaisuudessa löydettäisiin keinot, joilla kyettäisiin ehkäisemään traumaattisten muistojen syntyminen näille altistuneen mielessä jo silloin, kun tilanne on akuutti. Toistaiseksi ei kuitenkaan ole löydetty keinoa, jolla kyettäisiin täysin ehkäisemään traumatisoituminen. Lääkkeiden tehokkuudesta akuuttivaiheessa on saatu näyttöä traumaperäisen stressireaktion heikentymisestä, kun potilaalla on aloitettu varhainen morfiinipohjainen lääkitys. Tutkimukset ovat osoittaneet, että tuloksia on saatu sekä aikuisilla, että lapsilla. (Hedrenius & Johansson 2016, 105.)

Tutkimusten valossa traumaperäisen stressihäiriön hoidossa tehokkaimpia lääkkeitä ovat sertraliini, paroksetiini, fluoksetiini sekä venlafaksiini. Kaikki edellä mainitut lääkkeet ovat lähtökohtaisesti masennuksen hoidossa käytettäviä lääkkeitä, mutta on todettu, että ne lievittävät myös traumaperäisen stressihäiriön oireita. Lääkehoitoa suunniteltaessa on jälleen kerran huomioitava yksilötarpeet. (APA MED, 2017)

Aiemmin traumaperäisen stressihäiriön hoidossa on käytetty myös bentsodiatsepiineja, mutta niitä ei kuitenkaan nykytiedon valossa suositella niiden korkean riippuvuuspotentiaalinsa vuoksi. Kontrolloidun tutkimuksen mukaan traumaperäisen stressihäiriön kehittymistä on myös kyetty estämään 1–2 viikon mittaisella kuurilla propranololia. Lääkeaineiden tehokkuutta traumaperäisen stressihäiriön

riön hoidossa on tutkittu 12–24 viikkoa kestäneissä kontrollitutkimuksissa ja on todettu, että potilainen oireet ovat lievittyneet hitaammin, kuin masennuksen hoidossa. Tämän vuoksi lääkkeiden toimivuudesta ei kuitenkaan kyetä tekemään täysin varmoja johtopäätöksiä ennen kuin hoitoa on jatkettu 3–6 kuukautta. On myös todettu, että merkittävän suurella osalla lääkkeillä hoidetuista potilaista ovat oireet palanneet lääkehoidon loputtua. Tämän perusteella voidaan siis todeta, että ainakin osa potilaista hyötyy säännöllisestä ja pitempiaikaisesta lääkehoidosta. (Huttunen 2008, 169–172.)

7.3 Koska ammattilainen itse tarvitsee ammattiauttajaa?

Järkyttävän tapahtuman jälkeen, ammattilainen tulisi asettaa seurantaan. Seurannan avulla kyetään tunnistamaan altistuneista ne, jotka osoittavat jonkin asteisia merkkejä stressireaktiosta ja näihin tulisi kiinnittää erityistä huomiota. Mikäli reaktiot ja niiden oireet eivät katoa seuraavan kahden viikon aikana, olisi ehdottomasti otettava yhteyttä ammattimaiseen tukeen. Useimmiten tämä on oma työterveyshuolto, jossa kyetään tekemään alustava arviointi ja mahdollinen hoitoonohjaus.

Ammattilainen tarvitsee lähtökohtaisesti apua, kun:

- Stressireaktiot ovat vaikeita ja eivät lopu 2–3 viikon kuluessa tapahtuneesta.
- Stressireaktioiden voimakkuus pahenee ja ne vaikuttavat arjesta selviytymiseen. Esimerkiksi vaikutukset uneen, keskittymiskykyyn sekä sosiaalisiin tilanteisiin.
- Kun työntekijä itse kokee levottomuutta tilanteestaan tai kun hän itse kyseenalaistaa oman hyvinvointinsa.

(Hedrenius & Johansson 2016, 293.)

8 TRAUMAPERÄISEN STRESSIHÄIRIÖN MERKITYS POLIISIALALLA

8.1 Alttius henkiselle kuormitukselle, sekä sen hinta

Juha Järvelin avaa väitöskirjassaan (2011) työsuojelun merkitystä poliisin kohtaamissa kriisitilanteissa. Järvelinin mukaan Yhdysvalloissa on tutkittu, että uuden poliisin kouluttaminen maksaa moninkertaisesti verrattuna posttraumaattisen stressioireen välittömään hoitamiseen ja yli kaksinkertaisesti, vaikka stressihäiriön hoito olisi viivästynyt. Kanadassa tehdyssä tutkimuksessa huomattiin, että asianmukaisella trauman jälkihoidolla saavutettiin 7,06 dollarin säästö jokaista siihen käytettyä dollaria kohden. Säästö muodostui sairaslomien vähentymisestä ja eläköitymisten sekä henkilöstön vaihtuvuuden vähenemisestä. On otettava huomioon, että tutkimukset, joihin Järvelin on viitannut

ovat jo väitöskirjan tekemisen aikaan olleet yli kymmenen vuotta vanhoja. Suomessa tällaista tutkimusta ei Järvelinin mukaan ole tehty, mutta esimerkiksi 40-vuotiaana alkaneen työkyvyttömyyseläkkeen kustannukset ovat olleet keskimäärin noin 235 000 euroa. (Järvelin 2011, 13.)

Poliisi on ammatissaan alttiina fyysiselle ja henkisellet kuormitukselle sekä äärimmillään vahvasti näille molemmille yhtäaikaisesti. Onnettomuudet, kuoleman sekä väkivallan kohtaaminen, fyysisten voimakeinojen käyttö ja henkeä uhkaavat tilanteet ovat esimerkkejä tilanteista, jotka voivat poliisin työssä traumaa aiheuttaa. Järvelin käyttää väitöskirjassaan äärimmäisinä esimerkkeinä ihmisen aiheuttamista katastrofeista kouluampumisista. (Järvelin 2011, 13–15.)

Yhdysvaltalainen John Violanti Ph.D. on tutkinut traumaperäistä stressihäiriötä auttajissa kattavasti ja toteaa, että poliisilla, pelastajilla ja ensihoitajilla on mahdollisuus kohdata useita traumaattiselle stressihäiriölle altistavia kriittisiä tapahtumia jopa kymmeniä vuosia jatkuvan uransa aikana (Violanti 2014, 126). Haastavien tilanteiden jatkuva kohtaaminen ilman, että niistä aiheutuva kortisolitaso ja stressi pääsevät välillä palautumaan normaalille tasolle stressaavan tilanteen jälkeen voivat vaikuttaa henkilön terveyteen sekä altistaa kumulatiiviselle eli kasautuvalle stressille. Poliisin työssä on muita vertailuryhmiä korkeampi riski sairastua fyysisesti ja psyykkisesti (Violanti 2010, 20–21, viitattu Kivilahti 2019, 15).

Hankilanoja työturvallisuutta ja vastuun kohdentumista poliisihallinnossa käsittelevässä julkaisussaan ilmaisee valaisevasti, että poliisin työtehtäviä ei ole aina mahdollista hoitaa ottamatta suurta riskiä. Tämä on totta etenkin vaativissa poliisitoiminnallisissa tilanteissa, joissa suojeltavina arvoina ovat henki ja terveys (Hankilanoja 2007, 40). Menemättä sen syvemmin traumojen syihin, voidaan todeta, että ihminen voi kohdata traumaperäisiä stressioireita aiheuttavia tilanteita myös työnsä ulkopuolella. Järvelin onkin väitöskirjassaan listannut esimerkkejä, jotka voivat altistaa yksittäisen poliisin akuuteille stressireaktioille, jotka voivat hoitamattomina kehittyä traumaperäiseksi stressihäiriöksi. Järvelinin antamat esimerkit ovat yksinkertaistettuna kriittisiä tilanteita, jotka ylittävät yksilön selviytymismekanismien kyvyn käsitellä kohdattua traumaattista tilannetta (Järvelin 2011, 79).

Myös poliisin työssä on nähty tärkeäksi kannustaa työtovereita tukemaan toisiaan (Dyregrov 1994, 232–235). Järvelin (2011) kuvailee väitöskirjassaan työyhteisön ymmärrystä ja vertaistukea ensiarvoisen tärkeäksi ja täysin korvaamattomaksi kriisitilanteiden jälkeen. Muiksi tärkeiksi tavoiksi tukea kriisitilanteissa työskennelleitä Järvelin kertoo hyväksyvän ilmapiirin luominen kriisitilanteessa työskennelleiden ympärille, perheille tuen järjestäminen ja tukeminen sekä välitön työn lopettamisen jälkeen tapahtuva kokemuksia purkava keskustelu (Järvelin 2011, 100). Tässä on tunnistettavissa, nykyaikaan ja tiiviiseen ammattiyhteisöön peilattuna, Kivimäen (2013) kuvailema sodissa koettu aseveljeyden kokemus, joka on auttanut selviytymään sodassa koetuista kauhuista. (Kivimäki 2013, 154–155).

8.2 Jälkitoimet poliisin organisaatiossa

Poliisi on organisaationa ja työnantajana sitoutunut työntekijöidensä hyvinvointiin omissa arvoissaan. Täten työnsuojelulainsäädännön ja Poliisin arvojen mukaisesti Poliisilla on lainmukainen, eettinen ja moraalinen vastuu huolehtia työntekijöidensä henkisestä hyvinvoinnista vaativien tilanteiden jälkimainingeissa. Työhyvinvointia on Suomessa tutkittu paljon, mutta poliisin kohtaamien traumaattisten tilanteiden jälkihoitoa hyvin vähän. Maailmalla tutkimuksia kuitenkin on tehty kattavasti (Järvelin 2011, 17–22).

Poliisihallitus on antanut poliisihallinnon jälkitoimista kohdatessa kriittisiä tilanteita. Määräys kuvaillee työnantajan vastuun tilanteissa, milloin jälkitoimia käynnistetään ja millaisia ne ovat. Määräyksessä on huomioitu kriittisiin tilanteisiin reagoimisen yksilöllisyys ja siinä luetellaan tiettyjä tilanteita, joiden kohdalla jälkitoimet on käynnistettävä. Ensisijaisina jälkitoimina mainitaan kokemukselliset purkukeskustelut koulutetun vetäjän kanssa ja muina jälkitoimina mainitaan työterveyden tarjoama psykososiaalinen ja somaattinen tuki, seurakunnan antama tuki ja valtakunnalliset posttraumatyöpajat. Määräyksessä on otettu huomioon myös kumulatiivisen stressin purku, jonka seuraamisesta vastuutetaan esimiehiä ja jos kuormituksen vähentäminen ei työnjohdollisilla toimilla onnistu, työterveyshuoltoa. (POL-2019-14546).

Järvelin on väitöskirjassaan (2011, 16) tutkinut kouluampumisten (Virginia Tech 4/2007, Jokela 11/2007 ja Kauhajoki 9/2008) jälkeen tapahtunutta jälkihoitoa ja työsuojelun johtamista. Kauhajoen tapahtumien jälkeen jälkitoimet ovat olleet mittavat ja niiden hoitamiseen on saatu lisäresursseja sisäministeriöltä. Vaikka suurin osa kriittisessä tapahtumassa työskennelleistä olivat toipuneet kokemuksistaan työsuojelullisten toimenpiteiden avulla, oli tapahtuma vaikuttanut muutamaankin henkilöön niin, että heidät ohjattiin ammattimaisen avun piiriin. Kaksi henkilöä ohjattiin kriisipsykologille. (Järvelin 2011, 135–140.) Tämä tukee ajatusta siitä, että jotkut ihmiset ovat alttiimpia sairastumaan traumaperäiseen stressihäiriöön, kuin toiset. On osoitettu myös, että aiemmat koetut traumat altistavat traumaperäiselle stressihäiriölle kohdattaessa uusi kriittinen tapahtuma. (Dyregrov 1994, 45; McFarlane & Raphael 1984, viitattu Dyregrov 1994, 45.)

Järvelinin väitöskirjaansa varten tekemissä haastatteluissa selvisi, että haastatelluista iso osa piti traumaattiseen stressiin liittyvää koulutusta välttämättömänä ja, että tietoisuutta traumaista sekä niiden käsittelystä pitäisi lisätä (Järvelin 2011, 180). Kirjoitushetkellä voimassa oleva poliisihallituksen määräys kriittisten tilanteiden jälkihoidosta antaakin poliisiyksiköille tehtäväksi järjestää henkilöstölleen valmennusta kriittisten tilanteiden kohtaamiseen ja poliisiammattikorkeakoululle perehdyttää opiskelijat kriittisten tilanteiden jälkipuintiin (POL-2019-14546).

Psykologiseen jälkipuintiin koulutetuilla poliiseilla on suuri merkitys vertaistuen kannalta. Poliisissa kenttätöitä tehdään pääsääntöisesti pareina, jolloin jonkinlainen vertaiskeskustelu on mahdollista

jatkuvasti, mutta etenkin psykologista osaamista ja jälkipuintiin koulutettua henkilöstöä tulisi käyttää hyödyksi kriisien jälkipuinneissa. Myös jälkipuintien vetäjien jaksamiseen ja heidän purkutilaisuuksiinsa tulisi kiinnittää huomiota. (Järvelin 2011, 217.)

8.2.1 Puhumisen merkitys

Kriittisten tilanteiden jälkipuintiin liittyen toisella kirjoittajalla on työharjoittelusta kokemus, jolloin kenttärhymässä toimiessaan hän joutui liikenneonnettomuuspaikalle, jossa myös poliisipartio oli osallisena. Onnettomuus ei ollut vakava, eikä omiaan aiheuttamaan välittömiä stressireaktioita kummempia tuntemuksia, mutta ryhmänjohtaja ilmoitti tapahtuman jälkeen, että purkukeskustelu järjestetään, jos asia jää vaivaamaan. Kirjoittaja koki huomautuksen tärkeänä lähinnä sen vuoksi, että se loi tunteen siitä, että ainakin kirjoittajan harjoittelun aikaisessa organisaatiossa on tunnustettu mahdollinen jälkitoimien merkitys jopa vähäisemmissä kriittisissä tapahtumissa. Poliisihallituksen määräys ottaakin tähän kantaa vastuuttamalla esimiehiä ottamaan huomioon opiskelijoiden, työuransa alussa olevien tai muuten kokemattomien työntekijöiden työkyvyn tukemisen kriittisten tilanteiden jälkeen ja järjestämällä purkukeskusteluja tällöin matalalla kynnyksellä (POL-2019-14546, 2).

Järvelinin (2011) väitöskirjaansa tehtyjen haastattelujen perusteella sanookin, että kriittisten tilanteiden jälkipuinnissa tärkeintä on puhuminen. Kauhajoen ampumistapauksen jälkeen järjestetyt defusing- ja debriefing-keskustelut eivät noudattaneet CISM-mallin tiukasti määriteltyjä malleja, mutta toimivat silti henkilöstölle tärkeinä paikkoina, joissa tapahtumista pääsi puhumaan. (Järvelin 2011, 207.)

Järvelinin mainitsema CISM-malli (Critical Incident Stress Management) on yhdysvaltalaisen Jeffrey T. Mitchellin luoma kriittisistä tilanteista johtuvan stressin hallinnan skeema, joka ohjeistaa kaikkiin jälkitoimiin, joiden kriittisen tilanteen jälkeen tulisi käynnistyä. Suomessa Poliisi on omaksunut CISM-mallista johdetun CISD-mallin (Critical Incident Stress Debriefing), joka keskittyy välittömästi kriittisen tilanteen jälkeen tapahtuvaan purkukeskusteluun (defusing) ja sen jälkeen tapahtuvaan psykologiseen jälkipuintiin (debriefing). (Nurmi 2006, 180).

John Violanti on huomannut tutkimuksessaan (2014), että psykologisella jälkipuinnilla (psychological debriefing) ei ollut suoraa vaikutusta traumaperäisen stressihäiriön muodostumiseen, vaan hyöty saavutettiin lisäämällä osallistujien ymmärrystä kriittisen tilanteen herättämien tunteiden tunnistamisesta ja niiden hyväksymisestä. Violanti kuvaa purkukeskusteluja harjoituksina, jotka voivat johtaa parempiin sosiaalisiin taitoihin, jotka puolestaan parantavat yksilön perheen sisäisiä suhteita. Perhesuhteet ja työyhteisön tuki on nähty merkittävänä tekijöinä traumanperäisistä oireista selviämisessä. (Violanti 2014, 128–130.)

8.2.2 Avun hakemisen stigma

Lainvalvojan identiteetti, terapiaan kohdistuvat ennakkoluulot ja työtehtävistä sivuun joutumisen pelko voivat vaikuttaa avun hakemisen lykkäämiseen, vaikka poliisit kohtaavat vaarallisia, vaikeita ja stressiä aiheuttavia tilanteita rutiininomaisesti. Hyvän poliisin odotetaan olevan luotettava, kontrollin säilyttävä ja emotionaalisesti etäinen kohtaamisissaan tilanteissa ja nämä odotukset voivat vaikuttaa avun hakemiseen negatiivisesti, koska hoitomuodoista monessa potilaan tulisi olla avoin, luopua kontrollista ja kohdata traumansa ammattilaisen ohjauksessa. (Violanti 2014, 179–180.)

”7 % ”Väkivalta poliisityössä-” raporttiin vastanneesta yli 2000 poliisista vastasi: olisin tarvinnut apua, mutta en ole sitä hakenut”

-Järvelin J. (Järvelin 2011, 211.)

Muutos avoimempaan ja hyväksyvämpään suuntaan mielenterveyspalveluiden suhteen poliisin työ-
kulttuurissa ja koulutuksessa voi auttaa poliiseja lisäämään omaa kapasiteettiaan kohdata kriittisiä tilanteita ja tulla paremmiksi poliiseiksi (Violanti 2014, 180.)

9 POHDINTA

Traumaperäinen stressihäiriö on vain yksi monista mielenterveyden häiriöistä, joita ihminen voi elämänsä ja työuransa aikana kokea. Ensilinjan auttajissa se voi kuitenkin hoitamattomana vaikuttaa työuran pituuteen suuresti. Niin kuin muissakin mielenterveyden häiriöissä, myös traumaperäisen stressihäiriön vaikutuksia työuriin sekä henkilökohtaiseen elämään on kuitenkin mahdollista vähentää ennaltaehkäisyllä ja asianmukaisella hoidolla. Tavoitteenamme opinnäytetyötä tehdessämme oli parantaa ennen kaikkea omaa ymmärrystämme, mutta saada opinnäytetyöstämme aikaan kattava tietopaketti, jonka avulla myös lukija parantaa omaa tietoisuuttaan traumaperäisistä mielenterveyshäiriöistä sekä mahdollisista syy-yhteyksistä.

Tutkimuskysymyksiin löysimme vastauksia kattavasti ja pyrimmekin tiivistämään lähteistä keräämämme oleellisen tiedon helposti sisäistettävään muotoon. Maailmalla, etenkin Yhdysvalloissa, aiheuttamme on tutkittu paljon lääketieteellisestä- sekä poliisinäkökulmasta, joten osa tutkimuskysymyksiin vastaavasta materiaalista oli englanninkielistä. Oman näkemyksemme mukaan lähdemateriaalin tietopohja on kuitenkin sovellettavissa myös suomalaisen poliisityön haasteisiin ammatin kansainvälisten samankaltaisuuksien vuoksi. Mielestämme onnistuimme opinnäytetyössämme vastaamaan valikoituihin tutkimuskysymyksiin hyvin ja selkeästi. Tietolähteitä tutkiessamme havahduimme kuitenkin siihen, että suomalaista tutkimustietoa tarvittaisiin selvästi enemmän.

Traumaperäinen stressihäiriö diagnosoituna on muuttumassa suuresti terveydenhoidon ammattilaisten siirtyessä Suomessakin ICD-10 mukaisesta taudinmäärittelystä ICD-11 mukaiseen määrittelyyn. Kumulatiivisen stressin merkitys traumaperäisen stressihäiriön muodostumiseen tullaan virallisesti tunnistamaan entistä paremmin ja tällä tulee olemaan suuri vaikutus ensilinjan auttajien diagnosoinnissa.

Suomen sotien kollektiivisia sotapsykiatrian kokemuksia tutkimalla Kivimäki on löytänyt sotilaiden kokemista oireista samankaltaisuuksia nykyaikaiseen traumaperäiseen stressihäiriöön. Kivimäen tavoitteena ei tietenkään ole ollut osoittaa virheitä sotien aikaisessa psykiatriassa, vaan tutkia asioita vallinneen ajan lähtökohdista. Kivimäen tutkimus luo kuitenkin yhteyden ainakin kirjoittajien mielissä muun muassa jermujen veljeyden ja jermuidentiteetin sekä poliisin ammatin työoveruuden ja poliisin identiteetin välille. Rintamajermujen luoman identiteetin rinnastaakin vaivatta ”kentsiaksi” itseään kuvailevaan valvonta- ja hälytyssektorin parkkiintuneeseen ammattilaiseen. Kivimäen löytämät suojaavat tekijät kuulostavat kirjoittajille tutuilta poliisin työssä tutuksi tulleen yhteisöllisyyden kokemuksen pohjalta. (Kivimäki, 2013.)

Suomen Poliisissa on kirjoittajien omien kokemusten ja kollegoiden kanssa käytyjen keskustelujen perusteella edelleenkin puhumattomuutta liittyen mielenterveyden ylläpitoon ja sen häiriöihin. Työnantajan tarjoamat posttraumatyöpajat ovat askel oikeaan suuntaan, tosin vaikutus koko työyhteisön tasolla on marginaalinen, koska osallistujista vain harva puhunee osallistumisestaan avoimesti. Tällä tutkimuksella kirjoittajat halusivat itse oppia lisää mielenterveyden häiriöistä ammattikunnassaan ja osaltaan tuoda asiaa esiin tavalla, joka vähentäisi asiasta puhumisesta koettua epämielkkyyttä.

Ainakin operatiivisella portaalla poliisissa työskennellessämme olemme huomanneet, että tietoisuus traumaperäisistä mielenterveyshaitoista on parantunut ja niiden vakavuutta on alettu ymmärtämään aikaisempaa paremmin. On ollut ilo huomata työelämässä, että vastapainona kaikelle ikävälle on löydetty myös asioita, jotka tuottavat mielihyvää työyhteisössä. Oma asenne, ryhmähenki sekä huumori ovat keinoja, jotka ainakin osakseen auttavat poliisissa työskenteleviä käsittelemään tunteitaan. Mielestämme ei kuitenkaan sovi unohtaa, että nämä työkalut eivät auta läheskään jokaisessa tilanteessa, eikä kaikkia koettuja ikäviä asioita voi eikä pidä omassa mielessään lakaista maton alle, vaan havahtua tilanteeseen ajoissa.

Opinnäytetyötämme kirjoittaessa oli suorastaan mielenkiintoista huomata, kuinka suuri edelläkävijä Yhdysvallat on traumaperäisten stressihäiriöiden ja –reaktioiden hoidossa ja tutkimisessa. Tämä varmasti johtuu suurilta osin siitä, että käytyjen sotien ja sotilasoperaatioiden myötä vakavasti mieltään sairastuneet veteraanit ovat olleet todella iso kulu ja rasite amerikkalaiselle terveydenhuol-

lolle. On kuitenkin hienoa, että tutkimustuloksia ja kokemusta sairastuneiden hoidosta on saatu ja-
lostettua myös poliisien sekä muiden ensilinjan auttajien hoitoon ja diagnosointiin. Etenkin John
Violantin tekemä tutkimustyö poliisityön vaaroista on vaikuttanut kirjoittajien ymmärrykseen asiasta
suuresti.

Opinnäytetyömme aineistoa kasatessa ja siihen perehtyessämme törmäsimme myös traumaperäi-
sen stressihäiriön hoitokeinoihin, jotka ainakin poliisia edustavien mielestä voivat olla kyseenalai-
sia. Esimerkiksi Australiassa astuu vuoden 2023 heinäkuussa voimaan laki, joka mahdollistaa lu-
vanvaraisen MDMA:ta sisältävien lääkkeiden sekä psilosybiinien käytön osana traumaperäisen
stressihäiriön hoitoa. Tämä voi kuulostaa hurjalta, mutta myönteisiä tuloksia on kuitenkin saatu pit-
källä aikavälillä tehdyissä tutkimuksissa. Mielestämme on hienoa, että vaihtoehtoisia hoitokeinoja
tutkitaan ja kehitetään, mutta ajatus kuulostaa hurjalta pohjoismaassa asuvalle, koska ainakin tois-
taiseksi täällä on nollatoleranssi huumausaineisiin. Mikäli aihe opinnäytetyön lukijaa kiinnostaa, löy-
tyy artikkeli lähdeluettelostamme. (ADF, 2023)

Marko Kilpi kertoo kolumnissaan (Yle 2017), että posttraumatyöpajoihin osallistuneet poliisit ovat
kertoneet olleensa jopa kyllästyneitä asioiden läpikäymiseen, mutta kokeneet kuitenkin työpajaan
osallistumisen hyvänä ja vapauttavana kokemuksena (Kilpi, 2017). Osalla jopa vuosikymmeniä
vanhat traumat ovat voineet juurtua osaksi identiteettiä ja voisi kuvitella, että tästä on kyse silloin,
kun kuulee virkaiältään vanhempien kollegoiden puhuvan siitä, että kokemuksen myötä mikään ei
tunnu enää miltään. Tästä mieleen tuleekin ajatus, että asioihin tulisi puuttua ja niille tehdä jotain,
ennen kuin ihminen ajautuu pisteeseen, jossa tästä huokuu ulospäin se, että psyyke ei välttämättä
ole kunnossa.

Kirjoittaja on myös kuullut työvuoron päätteeksi huolettoman heiton "sinne se trauma häviää mui-
den sekaan", joka kuitenkin omalta osaltaan kertoo siitä, että huumori on keino selviytyä arjesta,
mutta se kuitenkin verhoaa taakseen totuuden, ettei traumatietoisuutta välttämättä vieläkään oteta
työyhteisössä riittävällä vakavuudella. Tämän lisäksi monesti poliisissa työskentelevien kollegoiden
kuulee töissä sanovan: "Odota vaan, niin sinäkin kynnistyt tälle kaikelle, mitä täällä kokee ja näkee,
eikä mikään enää tunnu miltään." Usein kynnisyys suorastaan huokuu vuosikymmeniä poliisina
työskennelleistä hopeaketuista, jotka kertovat nähneensä ja kokeneensa uransa aikana likimain
kaiken. Voidaanko tässä kohtaa siis puhua enää väliaikaisesta mielen suojamekanismista, vai mitä
todellisuudessa tapahtuu ihmiselle ja tämän mielelle, kun tämä työskentelee lähtökohtaisesti ikä-
vien asioiden parissa koko työuransa?

LÄHTEET

American Psychiatric Association 2013, DSM-5 – Diagnostiset Kriteerit 5. painos, suom. Psykiat-
rian Tutkimussäätiö, 2013, Psykiatrisen Tutkimussäätiö sr

Alcohol and Drug Foundation 2023, Australia to allow MDMA-assisted therapy for PTSD. Luetta-
vissa: <https://adf.org.au/insights/mdma-ptsd/>. Luettu: 23.4.2023

American Psychiatric Association 2017, Brief Eclectic Psychotherapy (BEP). Luettavissa:
<https://www.apa.org/ptsd-guideline/treatments/brief-eclectic-psychotherapy>. Luettu: 13.3.2023

American Psychiatric Association 2017, Cognitive Behavioral Therapy (CBT). Luettavissa:
<https://www.apa.org/ptsd-guideline/treatments/cognitive-behavioral-therapy>. Luettu: 9.3.2023

American Psychiatric Association 2017, Cognitive Processing Therapy (CPT). Luettavissa:
<https://www.apa.org/ptsd-guideline/treatments/cognitive-processing-therapy>. Luettu: 9.3.2023

American Psychiatric Association 2017, Cognitive Therapy (CT). Luettavissa:
<https://www.apa.org/ptsd-guideline/treatments/cognitive-therapy>. Luettu: 9.3.2023

American Psychiatric Association 2020, Prolonged Exposure (PE). Luettavissa:
<https://www.apa.org/ptsd-guideline/treatments/prolonged-exposure> Luettu: 8.3.2023

American Psychiatric Association 2017, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)
Therapy. Luettavissa: <https://www.apa.org/ptsd-guideline/treatments/eye-movement-reprocessing>.
Luettu: 13.3.2023

American Psychiatric Association 2017, Medications for PTSD. Luettavissa:
<https://www.apa.org/ptsd-guideline/treatments/medications>. Luettu: 13.3.2023

American Psychiatric Association 2017, Narrative Exposure Therapy (NET). Luettavissa:
<https://www.apa.org/ptsd-guideline/treatments/narrative-exposure-therapy>. Luettu: 13.3.2023

Beshears M. 2017: Police Officers face cumulative PTSD. Luettavissa: [https://www.po-
lice1.com/health-wellness/articles/police-officers-face-cumulative-ptsd-tgd6zLqtGwdG3wg2/](https://www.police1.com/health-wellness/articles/police-officers-face-cumulative-ptsd-tgd6zLqtGwdG3wg2/) . Lu-
ettu: 19.3.2023

Butler O., Herr K., Willmund G., Gallinat J., Kühn S., Zimmermann P. Trauma, treatment, and
Tetris: video gaming increases hippocampal volume in male patients with combat-related posttrau-
matic stress disorder. J Psychiatry Neuroscience 2020, 45 (4) 279–287. Luettavissa:
<https://doi.org/10.1503/jpn.190027>. Luettu 19.3.2023

Cambridge Dictionary 2023, Dysphoria. Luettavissa: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/dysphoria> . Luettu 14.4.2023

Dyregrov A. 1994: Katastrofipsykologian perusteet, Vastapaino, Tampere

Grönroos R., Aarnio J. 2021. Lapsiin kohdistuvia seksuaalirikoksia selvittävät poliisit kaipaavat lisää työnohjausta – Kokenut tutkija: "Olen onnellinen, että suurin osa kansalaisista ei näe tätä materiaalia". Yle.fi. Luettavissa: <https://yle.fi/a/3-12111907>. Luettu 18.3.2023

Hankilanoja A. 2007: Työturvallisuus ja vastuun kohdentuminen poliisihallinnossa, Poliisiammattikorkeakoulu, Tampere

Hannikainen M, Danielsbacka M, Tepora T. 2018: Menneisyyden rakentajat, Gaudeamus, Tallinna

Hedrenius S., Johansson S. 2013: Kriisituki – Ensiapua onnettomuuksien, katastrofien ja järkyttävien tapahtumien käsittelyyn, suom. Strellman U., Helsinki, Tietosanoma.

Huttunen M. 2008: Psykenlääkeopas 2.painos, Helsinki, Kustannus Oy Duodecim

Iyadurai, L., Blackwell, S., Meiser-Stedman, R. *et al.* Preventing intrusive memories after trauma via a brief intervention involving Tetris computer game play in the emergency department: a proof-of-concept randomized controlled trial. *Molecular Psychiatry* **23**, 674–682 (2018). Luettavissa <https://doi.org/10.1038/mp.2017.23>. Luettu 18.3.2023

Järvelin J. 2011: Poliisin työturvallisuudenjohtamisen toimivuus kriisitilanteiden yhteydessä, Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print

Karlsson L. 2022: Toksinen stressi: miten suojata ja suojautua sen aiheuttamilta haitoilta?. Luettavissa <https://vsj.fi/toksinen-stressi-miten-suojata-ja-suojautua-sen-aiheuttamilta-haitoilta/>. Luettu: 19.3.2023

Karolinska Institutet 2017; Post-traumatic stress symptoms can be prevented by using Tetris in the emergency department. Luettavissa: <https://news.cision.com/karolinska-institutet/r/post-traumatic-stress-symptoms-can-be-prevented-by-using-tetris-in-the-emergency-department,c2216455>. Luettu 18.3.2023

Kessler, H., Holmes, E. A., Blackwell, S. E., Schmidt, A.-C., Schweer, J. M., Bücker, A., Herpertz, S., Axmacher, N., & Kehyayan, A. (2018). Reducing intrusive memories of trauma using a visuospatial interference intervention with inpatients with posttraumatic stress disorder (PTSD). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(12), 1076–1090. Luettavissa: <https://doi.org/10.1037/ccp0000340>. Luettu 18.3.2023

Kivilahti P. 2019: Poliisin kenttäpartion kuormituskokemukset ja niiden purkaminen, Poliisiammatti-
korkeakoulu, Tampere

Kivimäki V. 2013: Murtuneet mielet, WSOY Helsinki

Laukkala T, Tuisku K, Garoff F., Haravuori H., Jylhä P. 2022: Monimuotoinen traumaperäinen
stressihäiriö – muuttuvat käsitteet ja vaikutus hoitoon. Luettavissa: [https://www.duodecim-
lehti.fi/duo16842](https://www.duodecim-lehti.fi/duo16842). Luettu: 13.3.2023

Lehtinen M., Rossi M. 2022: Käsikirja lapsiin kohdistuvien väkivalta- ja seksuaalirikosten tutkintaan.
Grano Oy, Helsinki. Luettavissa: <https://poliisi.fi/seksuaalirikokset>. Luettu 30.3.2023

Lääkärikeskus Aava: Psykodynaaminen psykoterapia. Luettavissa: [https://www.aava.fi/palve-
lut/mielenterveys/terapiapalvelut/psykoanalyttinen-psykodynaaminen-psykoterapia/](https://www.aava.fi/palve-lut/mielenterveys/terapiapalvelut/psykoanalyttinen-psykodynaaminen-psykoterapia/). Luettu:
12.3.2023

Maanmieli K., Sarvela K., 2022: YHTEINEN MIELI - Traumatietautia mielenterveystyöhön, Helsinki,
Basam Books Oy

Marko Kilven kolumni: Rikotut poliisit, 2017; Luettavissa: <https://yle.fi/a/3-9469331>, luettu 4.4.2023

Beshears M. 2017: Police officers face cumulative PTSD. Luettavissa: [https://www.po-
lice1.com/health-wellness/articles/police-officers-face-cumulative-ptsd-tgd6zLqtGwdG3wg2/](https://www.police1.com/health-wellness/articles/police-officers-face-cumulative-ptsd-tgd6zLqtGwdG3wg2/). Luettu
4.4.2023

Nummela M. 2022, ICD-11 on julkaistu. Luettavissa: [https://www.laakarilehti.fi/terveydenhuolto/icd-
11-on-julkaistu/](https://www.laakarilehti.fi/terveydenhuolto/icd-11-on-julkaistu/) Luettu: 14.3.2023

Nurmi L. 2006: Kriisi, pelko, pakokauhu, Helsinki, Edita Prima Oy

Violanti J.M 2014: Dying for the job: Police Work Exposure and Health, Charles C. Thomas Pub-
lisher, Ltd

Palosaari E 2008: Lupa särkyä – Kriisistä elämään, 2.painos, Helsinki, Edita Prima Oy

Poliisihallitus 2019: Kriittisten tilanteiden jälkitoimet poliisihallinnossa. Määräys. POL 2019-2019-
14546

Poliisin hälytystehtävät tehtäväluokittain 2022; Poliisi.fi, toimintaympäristö ja tilastot. Luettavissa:
[https://poliisi.fi/documents/25235045/31329635/VH-tilasto-teht%C3%A4v%C3%A4t-
fi.xlsx/b3d8e9d9-5f31-5541-c483-8c8ab6cecc9c?t=1676558340277](https://poliisi.fi/documents/25235045/31329635/VH-tilasto-teht%C3%A4v%C3%A4t-fi.xlsx/b3d8e9d9-5f31-5541-c483-8c8ab6cecc9c?t=1676558340277). Luettu 10.3.2023.

PubMed: Yhdysvaltojen hallituksen virallinen terveyskirjasto. Luettavissa: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27189040/> Luettu: 10.3.2023

Ramsland K. 2021, Cops and Cumulative PTSD. Luettavissa: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/shadow-boxing/202110/cops-and-cumulative-ptsd> Luettu: 4.4.2023

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallinto-tieteellisiin sovelluksiin. Opetusjulkaisuja 62. Julkisohtaminen 4. Vaasan yliopisto. Vaasa. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-476-349-3> Luettu: 23.4.2023

Seppo Kähkönen, Irma Karila, Maaria Koivisto & Nils Holmberg 2020, Kognitiivinen Psykoterapia, Kustannus Oy Duodecim

Suomen Pakolaisapu, Luettavissa: <https://pakolaisapu.fi/ukraina/> Luettu: 13.3.2023

Suomen EMDR-yhdistys 2019; EMDR-terapiasta suomeksi. Luettavissa: <https://emdr.fi/>. Luettu 13.3.2023 (Videon katsottavissa: <https://www.youtube.com/watch?v=X8DqZ0W55Z8>)

Terveyskirjasto: Traumaperäinen stressihäiriö, 2018. Luettavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00526#s5> Luettu 8.3.2023

The International Trauma Consortium: INTERNATIONAL TRAUMA QUESTIONNAIRE. Luettavissa: <https://www.traumameasuresglobal.com/itq> . Luettu: 16.4.2023

Traumaterapiakeskus: ITQ (International Trauma Questionnaire) Luettavissa: <https://traumaterapia-keskus.com/wp-content/uploads/2021/02/ITQ-suomenkielinen-versio.pdf> Luettu: 16.4.2023

Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä Hoito –suositus, 2022. Luettavissa: <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi50080> Luettu: 15.2.2023

Tutkimus Suomeen tulleista turvapaikanhakijoiden terveydestä ja hyvinvoinnista, 2018 (Natalia Skogberg Katri-Leena Mustonen, Päivikki Koponen, Paula Tiittala, Eero Lilja, Awa Ahmed, Haji Omar, Olli Snellman, Anu E Castaneda) Luettavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138298/URN_ISBN_978-952-343-351-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y Luettu: 2.2.2023

Veteran Affairs : U.S. Department of Veteran Affairs. Luettavissa: https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/type/debrief_after_disasters.asp Luettu: 16.3.2023

World Health Organization: ICD-11 2022 release, 2022. Luettavissa: <https://www.who.int/news/item/11-02-2022-icd-11-2022-release> Luettu: 16.2.2023

Yhdysvaltain veteraaniasiain osasto. Luettavissa: https://www.ptsd.va.gov/understand/related/acute_stress.asp Luettu: 31.1.2023

Ziemann M., 2019: Asiantuntija: hätäkeskuspäivystäjätkin kärsivät traumaperäisestä stressihäiriöstä – ”Olen odottanut, että joku toisi ilmiön Suomessakin oikeasti esille”. Luettavissa: <https://yle.fi/a/3-11113735> Luettu: 14.3.2023

LIITE 1

Poliisin tehtävät 2022; kaikki yhteensä	926 073
Hengen ja terv. suojaan kohd. tehtävä yhteensä	51 718
Henkirikos	37
Ryöstö	1 586
Pahoinpitely, tappelu	20 146
Seksuaalirikos	1 947
Pommiuhkaus	58
Viranomaisen uhattuna	446
Huumausainerikos	8 072
Kaappaustilanne	61
Muu hengen ja terveyden suojaan kohdistuva tehtävä	19 365
Liikenneonnettomuudesta tai liikenteestä aiheutuva tehtävä yhteensä	261 154
Liikenneonnettomuudesta tai liikenteestä aiheutuva tehtävä	2
Tieliikenneonnettomuus	49 439
Raideliikenneonnettomuus	409
Vesiliikenneonnettomuus	161
Ilmaliikenneonnettomuus tai vaara	108
Yksilön suojaan kohdistuva tehtävä yhteensä	242 252
Mielenterveys	2 519
Päihtynyt henkilö	41 092
Häiriökäyttäytyminen ja ilkivalta	71 892
Kotihälytys	64 629
Kuollut henkilö	9 285
Onnettomuus tai vaarallinen tilanne yhteensä	5 910
Rakennuspalo	2 905
Liikennevälinepalo	1 007
Maastopalo	469
Muu tulipalo	497
Räjähdys	62
Vaarallisten aineiden tai ympäristöonnettomuus	156
Ihmisen pelastaminen	493

Lähde: Poliisi.fi, toimintaympäristö ja tilastot; Poliisin hälytystehtävät tehtäväluokittain. Luettu 10.3.2023

THE INTERNATIONAL TRAUMA QUESTIONNAIRE (ITQ)

JOHDANTO

Oheinen lomake on lyhyt, selkeäsanaainen itsearviomittari, joka sisältää PTSD:n ja monimuotoisen PTSD:n (complex post traumatic stress disorder, CPTSD) keskeiset piirteet ja jossa käytetään yksinkertaisia diagnostisia sääntöjä. ITQ kehitettiin Maailman terveysjärjestö WHO:n ICD-11:lle asettamien periaatteiden mukaiseksi. Näitä ovat: kliinisen käytettävyyden maksimointi sekä kansainvälisen soveltuvuuden varmistaminen keskittymällä kunkin häiriön ydinoireisiin. ITQ on vapaasti saatavilla kaikkien kiinnostuneiden osapuolien käyttöön. ITQ:n arviointi on käynnissä liittyen erityisesti toimintakyvyn alenemista kuvaaviin määrittelyihin PTSD:n kuin CPTSD:n osalta sekä mahdollisesti eri osioiden sisällön ennustearvoon hoitotulosten suhteen.

DIAGNOSTISET KRITTEERIT

PTSD-diagnoosi edellyttää, että esiintyy vähintään yksi kahdesta oireesta jokaisessa oireryhmässä, joita ovat (1) uudelleen kokeminen, (2) välttely ja (3) nykyinen uhattuna olemisen tunne sekä lisäksi esiintyy toimintakyvyn heikentymistä vähintään yhdessä PTSD-oireisiin liittyvässä osiossa. Oireen esiintyminen tai toimintakyvyn heikentyminen on määritelty toteutuvaksi, kun osion pistemäärä on ≥ 2 .

CPTSD-diagnoosi edellyttää, että esiintyy vähintään yksi kahdesta oireesta kussakin kolmessa PTSD:n oireryhmässä (uudelleen kokeminen, välttely ja nykyinen uhattuna olemisen tunne), ja lisäksi esiintyy yksi kahdesta oireesta kussakin kolmessa Minän jäsentymisen häiriöiden oireryhmässä (engl. *Disturbances in Self-Organization*, DSO): (1) tunnesäätelyn häiriö, (2) kielteinen minäkäsitys ja (3) häiriöt ihmissuhteissa. Toimintakyvyn tulee olla heikentynyt siten, että vähintään yksi toimintakyvyn heikentymisen osio PTSD:n osalta SEKÄ yksi toimintakyvyn heikentymisen osio minän jäsentymisen häiriöiden osalta saa arvon ≥ 2 .

Henkilö voi täyttää joko PTSD:n tai CPTSD:n kriteerit, mutta ei samanaikaisesti molempien. Jos henkilö täyttää CPTSD:n kriteerit hän ei saa samanaikaista PTSD-diagnoosia. Huomaa, että diagnoosia ei voida asettaa yksinomaan itsearviolomakkeen perusteella, vaan arviointia tulee täydentää kliinisellä haastattelulla ja anamneesilla.

Pisteytysohjeet tämän lomakkeen lopussa.

VIITE lomakkeen alkuperäiseen, englanninkieliseen, versioon: Cloitre, M., Shevlin M., Brewin, C.R., Bisson, J.I., Roberts, N.P., Maercker, A., Karatzias, T., Hyland, P. The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD. (2018). *Acta Psychiatrica Scandinavica*. doi: 10.1111/acps.12956

Suomenkielisen lomakkeen viite: Friberg, L., Ruismäki, M. (2020) International Trauma Questionnaire (ITQ) Suomenkielinen versio. Helsingin ja Oulun Traumaterapiakeskus ry. www.traumaterapiakeskus.com.

JULKAISUJA:

Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., ... Reed, G. M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 58, 1-15. doi: 10.1016/j.cpr.2017.09.001

Karatzias T., Shevlin M., Fyvie C., Hyland P., Efthymiadou E., Wilson D., ... Cloitre M. (2017). Evidence of distinct profiles of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 trauma questionnaire (ICD-TQ). *Journal of Affective Disorders*, 207, 181-187. doi: 10.1016/j.jad.2016.09.032

Hyland, P., Shevlin M., Brewin C.R., Cloitre M., Downes A.J., Jumbe, S., ... Roberts, N.P. (2017). Validation of post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 136, 313-322. doi: 10.1111/acps.12771

Shevlin, M., Hyland, P., Roberts, N. P., Bisson, J. I., Brewin, C. R. & Cloitre, M. (2018). A psychometric assessment of Disturbances in Self-Organization symptom indicators for ICD-11 Complex PTSD using the International Trauma Questionnaire, *European Journal of Psychotraumatology*, 9:1, doi: 10.1080/20008198.2017.1419749

INTERNATIONAL TRAUMA QUESTIONNAIRE

OHJEET: Ole hyvä ja kirjoita tähän, mikä kokemasi tapahtuma häiritsee sinua eniten, ja vastaa seuraaviin kysymyksiin suhteessa tähän kokemukseen.

Tapahtuman lyhyt kuvaus: _____

Milloin koit kyseisen tapahtuman? (ympyröi sopivin)

- alle 6 kuukautta sitten
- 6–12 kuukautta sitten
- 1–5 vuotta sitten
- 5–10 vuotta sitten
- 10–20 vuotta sitten
- yli 20 vuotta sitten

Alla on lueteltu vaikeuksia, joista traumaattisia tai kuormittavia tapahtumia kokeneet henkilöt joskus kertovat. Ole hyvä ja lue jokainen kohta huolellisesti ja ympyröi sen jälkeen oikealla olevista numeroista se, joka kuvaa parhaiten kuinka paljon kyseinen vaikeus on häirinnyt sinua viimeisen kuukauden aikana

	<i>Ei lainkaan</i>	<i>Vähän</i>	<i>Kohta- laisesti</i>	<i>Melko paljon</i>	<i>Erittäin paljon</i>
P1. Näet häiritseviä unia, joissa toistuu osia tapahtumasta tai jotka selkeästi liittyvät tapahtumaan?	0	1	2	3	4
P2. Sinulla on voimakkaita mielikuvia tai muistoja, jotka toisinaan tulevat mieleesi ja saavat sinut kokemaan ikään kuin tapahtuma toistuisi tässä ja nyt?	0	1	2	3	4
P3. Välttelet tapahtumasta muistuttavia sisäisiä kokemuksia (esimerkiksi ajatuksia, tunteita tai fyysisiä tuntemuksia)?	0	1	2	3	4
P4. Välttelet tapahtumasta muistuttavia ulkoisia kokemuksia (esimerkiksi ihmisiä, paikkoja, keskusteluja, esineitä, toimintaa, tekemistä tai tilanteita)?	0	1	2	3	4
P5. Olet ylivalpas, ylivireä tai varuillasi?	0	1	2	3	4
P6. Olet säpsähtelevä tai säikähdät helposti?	0	1	2	3	4

Ovatko yllämainitut vaikeudet viimeisen kuukauden aikana:

	<i>Ei lainkaan</i>	<i>Vähän</i>	<i>Kohta- laisesti</i>	<i>Melko paljon</i>	<i>Erittäin paljon</i>
P7. Vaikuttaneet ihmissuhteisiisi tai sosiaaliseen elämääsi?	0	1	2	3	4
P8. Vaikuttaneet työhösi tai työkykyysi?	0	1	2	3	4
P9. Vaikuttaneet mihinkään muuhun tärkeään elämäsi osa-alueeseen, kuten vanhemmuuteen, koulutyöhön tai opiskeluun tai muuhun sinulle tärkeään toimintaan?	0	1	2	3	4

Alla on lueteltu vaikeuksia, joista traumaattisia tai kuormittavia tapahtumia kokeneet henkilöt joskus kertovat. Kysymyksillä pyritään selvittämään, miltä sinusta tavallisesti tuntuu, miten tavallisesti ajattelet itsestäsi ja millainen tavallisesti olet ihmissuhteissasi. Vastaa seuraaviin pohtien, kuinka tosi kukin väittämä on sinun kohdallasi.

<i>Kuinka totta tämä on sinun kohdallasi</i>	<i>Ei lainkaan</i>	<i>Vähän</i>	<i>Kohtalaisesti</i>	<i>Melko paljon</i>	<i>Erittäin paljon</i>
C1. Kun olen poissa tolaltani, minulla kestää kauan rauhoittua.	0	1	2	3	4
C2. Koen olevani turta tai vailla tunteita.	0	1	2	3	4
C3. Koen olevani epäonnistuja.	0	1	2	3	4
C4. Koen olevani arvoton.	0	1	2	3	4
C5. Tunnen olevani etäällä tai irrallaan muista ihmisistä.	0	1	2	3	4
C6. Minun on vaikea säilyttää läheinen tunneyhteys muihin ihmisiin.	0	1	2	3	4

Ovatko yllä mainitut vaikeudet tunne-elämässäsi, käsityksissäsi omasta itsestäsi ja ihmissuhteista viimeisen kuukauden aikana:

	<i>Ei lainkaan</i>	<i>Vähän</i>	<i>Kohtalaisesti</i>	<i>Melko paljon</i>	<i>Erittäin paljon</i>
C7. Aiheuttaneet huolta tai ahdistusta liittyen ihmissuhteisiin tai sosiaaliseen elämääsi?	0	1	2	3	4
C8. Vaikuttaneet työhösi tai työkykyysi?	0	1	2	3	4
C9. Vaikuttaneet mihinkään muuhun tärkeään elämäsi osa-alueeseen, kuten vanhemmuuteen, koulutyöhön tai opiskeluun tai muuhun sinulle tärkeään toimintaan?	0	1	2	3	4

1. PTSD:n ja CPTSD:n diagnostinen pisteytys

PTSD

Mikäli P1 tai P2 ≥ 2 , Uudelleen kokemisen (Re_dx) kriteerit täyttyvät.

Mikäli P3 tai P4 ≥ 2 , Välttelyn (Av_dx) kriteerit täyttyvät.

Mikäli P5 tai P6 ≥ 2 , Uhattuna olemisen tunteen (Th_dx) kriteerit täyttyvät.

JA

Vähintään yksi osioista P7, P8 tai P9 ≥ 2 , jolloin toimintakyvyn heikentymisen (PTSDFI) kriteerit täyttyvät PTSD:n osalta.

Mikäli kriteerit 'Re_dx', JA 'Av_dx' JA 'Th_dx' JA 'PTSDFI' täyttyvät, PTSD:n kriteerit täyttyvät.

CPTSD

Mikäli C1 tai C2 ≥ 2 , Tunnesäätelyhäiriön (AD_dx) kriteerit täyttyvät.

Mikäli C3 tai C4 ≥ 2 , Kielteisen minäkäsityksen (NSC_dx) kriteerit täyttyvät.

Mikäli C5 tai C6 ≥ 2 , Ihmissuhdehäiriöiden (DR_dx) kriteerit täyttyvät.

JA

Vähintään yksi osioista C7, C8 tai C9 ≥ 2 , jolloin toimintakyvyn heikentymisen (DSOFI) kriteerit täyttyvät Minän jäsentymisen häiriön (DSO) osalta.

Mikäli kriteerit 'AD_dx' JA 'NSC_dx' JA 'DR_dx' JA 'DSOFI' täyttyvät, minän jäsentymisen häiriöiden (DSO) kriteerit täyttyvät.

PTSD voidaan diagnosoida, mikäli PTSD:n kriteerit täyttyvät, mutta minän jäsentymisen häiriöiden (DSO) kriteerit eivät täyty.

CPTSD voidaan diagnosoida, mikäli sekä PTSD:n että DSO:n kriteerit täyttyvät.

Mikäli PTSD:n kriteerit eivät täyty tai pelkästään kriteerit minän jäsentymisen häiriöiden (DSO) osalta täyttyvät, minkään diagnoosin kriteerit eivät täyty.

2. PTSD:n ja CPTSD:n ulottuvuuksien pisteytys

PTSD:n ja DSO:n pisteet voidaan laskea yhteen oireryhmittäin, jolloin summat edustavat erillisiä PTSD- ja DSO-pistemääriä.

PTSD

Osioiden P1 ja P2 pisteiden summa = Uudelleen kokemisen pistemäärä (Re)

Osioiden P3 ja P4 pisteiden summa = Välttelyn pistemäärä (Av)

Osioiden P5 ja P6 pisteiden summa = Nykyinen uhattuna olemisen tunne (Th)

PTSD-pistemäärä = Re, Av ja Th -pisteiden summa.

DSO

Osioiden C1 ja C2 pisteiden summa = Tunteiden säätelyhäiriö (AD)

Osioiden C3 ja C4 pisteiden summa = Kielteinen minäkäsitys (NSC)

Osioiden C5 ja C6 pisteiden summa = Häiriöt ihmissuhteissa (DR)

DSO-pistemäärä = AD, NSC ja DR -pisteiden summa.