



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Traumaperäisen stressihäiriön ehkäisy, hoito ja hoidon teho Kirjallisuuskatsaus

Iiskola, Atte

2017 Laurea Lohja

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

Traumaperäisen stressihäiriön
ehkäisy, hoito ja hoidon teho
Kirjallisuuskatsaus

Iiskola, Atte
Hoitotyön koulutusohjelma
Huhtikuu, 2017

Laurea-ammattikorkeakoulu

Laurea Lohja

Hoitotyön koulutusohjelma

Tiivistelmä

Atte liskola

Traumaperäisen stressihäiriön ehkäisy, hoito ja hoidon teho – kirjallisuuskatsaus

Vuosi 2017

Sivumäärä

46

Ahdistuneisuushäiriöiden ja stressihäiriöiden esiintyvyys ja merkitys on parantuneen diagnosoinnin takia korostunut. Vaikka elämä on tilastollisesti turvallisempaa, se on muuttunut ihmisille henkisesti hajanaisemmaksi ja synnyttänyt uudenlaisia haasteita arkipäiväiseen selviytymiseen. Toisaalta turvallisuuden tunne on myös etäännyttänyt ihmiset onnettomuuden vaaroista ja tehnyt heistä tottumattomampia käsittelemään siitä aiheutuvia tunteita.

Tämän opinnäytetyönä toteutettavan kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on kuvata tutkitun tiedon näkökulmasta trauman jälkeisten oireiden pitkittymisen ehkäisyyn vaikuttavia tekijöitä, käydä läpi länsimaissa normaaliksi toimintatavaksi muodostunutta tapaa käsitellä onnettomuuden jälkeisen stressihäiriön eli traumaperäisen stressihäiriön (englanniksi Post Traumatic Stress Disorder, lyhenne PTSD) riskiä. Tavoitteena on ollut tuottaa tietopaketti aiheesta. Työ toteutettiin integroituna kirjallisuuskatsauksena, jossa sisältöä analysoitiin kuvailevalla teemoittelulla. Menetelmä valittiin sen joustavuuden takia. Kirjallisuuskatsaus käy läpi usean tutkimuksen lopputulokset ja avaa aiheen laajemmin pohdittavaksi ja kartoitettavaksi.

Katsaukseen valikoituneiden tutkimusten perusteella henkisellä kriisiavulla on tarkoitus ehkäistä pysyvien stressihäiriöiden synty traumaattisen tapahtuman jälkeen. Muuttujia on tässä yhtälössä kuitenkin monta ja ne on puutteellisesti kartoitettu optimaalisen auttamiskeinon valitsemiseksi. Uhrien yksilökohtaiset erot ja auttajien koulutuserot vaikuttavat stressihäiriöiden syntyyn, kuten myös valittu ehkäisy- tai hoitokeino. Molempien toimivuuden kyseenalaistaminen on tieteellisesti haasteellista eikä yleispäteviä ohjeita ole helppo antaa.

Kirjallisuuskatsauksessa kartoitettujen tulosten mukaan on kyseenalaista jatkaa onnettomuuden jälkeisen psykologisen kriisiavun toteuttamista samalla tavalla kuin mitä sitä useissa paikoissa on käytetty. Johtopäätös on, että perinteinen, päälimmäiseksi keinoksi muodostunut yhden käyntikerran arviointitapaaminen lyhyen ajan sisään traumaattisesta kokemuksesta on joko tarpeeton, jos yksilö ei ole taipuvainen stressihäiriön synnyttämiseen tai riittämätön, jos yksilö on traumatisoitunut tapahtumasta. Metodiat voinee käyttää korkeintaan kartoittamaan jatkohoidon tarvetta, siinä missä sitä on kenties aiemmin käytetty metodina varmistaa, että edes jotain on tehty. Varsinkin suuronnettomuuksien yhteydessä on tärkeää tarkastella nykymetodien tehokkuutta ja toimivuutta ja varmistaa vapaaehtoisvoimien riittävä ohjeistus ja opastus.

Avainsanat: Stressihäiriö, ahdistuneisuushäiriöt, kriisipalvelut, onnettomuudet, traumaperäinen stressihäiriö, psyykinen kuormittavuus.

Laurea University of Applied Sciences

Laurea Lohja

Health care

Nursing

Atte liskola

Abstract

Post Traumatic Stress Disorder; prevention, treatment and treatment efficacy – a literature review

Year 2017

Page count 46

Anxiety and stress disorder occurrences and significance have, through the advances in diagnosing them, become more important in the modern western world. Even though life is statistically safer, it has changed to a point where it is mentally more scattered and it has brought new challenges to the day-to-day survival. Then again feeling constantly safe and unthreatened has made people emotionally unequipped to deal with emotions caused by trauma and crisis.

The goal of this literature review is to go through the traditional ways of dealing with accident and crisis-induced PTSD within the western world. To critically review the methods of mental first aid and their efficiency and to answer the question whether we got the right tools for the job. The material is based on international research papers and articles. The searches were carried out in both English and Finnish but only English material ended up in the actual review. The chosen material was reviewed by the critical review checklists.

The research selected for the review state that mental first aid and crisis support are meant to prevent permanent stress disorders from occurring after a traumatic event. But there are so many variables in the equation and they are insufficiently mapped out to determine an optimal treatment method. The differences in the victims' situations and in the helpers standards of education have an effect, as well as the chosen method of prevention and treatment method. To question the efficacy of both sides is scientifically hard and, as such, it is hard to come up with general rules or guidelines to follow in all possible situations.

According to the research reviewed in this review it is unsubstantiated to continue to use some of the methods commonly used as psychological first aid in traumatic situations. The end result is that the traditional one meeting-based evaluation after a traumatic event is either unnecessary, if the individual is prone stress disorders, or not sufficient, if the victim has been traumatized by an event. This method should probably only be used as an evaluation tool to determine if further treatment is needed, whereas it has been used only as method to assure that at least something has been done. Especially in the case of major accidents, it is important to review the methods used and to make sure that the voluntary helpers have been sufficiently educated for the task at hand.

Key words: Stress disorder, crisis counseling, accident, trauma based.

Sisällys

1	Johdanto	7
2	Kirjallisuuskatsauksen aiheen teoretieto.....	8
	2.1. Kirjallisuuskatsauksen keskeisiä käsitteitä ja niiden kuvaus.....	8
	2.2 Traumaperäisen stressihäiriön oireet	10
	2.3. Altistavat tekijät	11
	2.4 Traumaperäisen stressihäiriön diagnosointi ja esiintyvyys.....	14
	2.5 Traumaperäisen stressihäiriön hoito Suomessa	16
	2.6 Suuronnettomuuden aiheuttamat stressihäiriöt	20
	2.7 Kuntoutustarpeen ja työkyvyn arviointi	22
3	Kirjallisuuskatsauksen toteutus	24
	3.1 Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	24
	3.2 Kirjallisuuskatsaus	24
	3.3 Sisällön erittely.....	25
	3.4 Aiheen rajaus	25
	3.5 Kirjallisuuden hakeminen	26
4	Tulokset.....	27
	4.1 Ennaltaehkäisy	27
	4.2 Hoitokeinot.....	28
	4.3 Kriittisiä arvioita	28
	4.4 Hoidon tehoa vaikea mitata	30
	4.5 Esimerkkejä PTSD:n ehkäisystä.....	30
5	Tulosten tarkastelu ja teemoittelu.....	32
	5.1 Teema 1: Traumaperäisen stressihäiriön ehkäisy.....	32
	5.2 Teema 2: Traumaperäisen stressihäiriön hoitokeinot.....	33
	5.3 PTSD - hoitojen ristiriitaisuudet ja kiistellyt aiheet.....	34
6	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	36
7	Jatkotutkimusehdotukset ja pohdinta.....	37
	Lähteet	39
	Taulukot.....	43
	Liitteet.....	45

1 Johdanto

Traumaperäinen stressihäiriö (englanniksi Post Traumatic Stress Disorder, PTSD) esiintyy ensimmäisen kerran WHO:n (World Health Organisation) julkaiseman kansainvälisen tautiluokituksen (International Classification of Disease, ICD) kolmannessa painoksessa vuodelta 1980 (Marlowe ja Adamson 2011). Englanninkielisessä tiedemaailmassa on runsaasti PTSD:tä koskevia tutkimuksia. Suomessa tutkimuksia on tehty vähän, mutta ongelmaa on selvitetty monissa luennoissa ja tilaisuuksissa.

Traumaperäinen stressihäiriö kehittyy joillekin ihmisille vakavan traumaattisen kokemuksen jälkeen. Tällaisia kokemuksia voivat olla esimerkiksi jonkun toisen ihmisen tai ihmisten kuolema, vakava loukkaantuminen tai sen uhka tai oman tai toisen fyysisen koskemattomuuden vaarantuminen. Tilanne aiheuttaa kokijassa voimakasta pelkoa, kauhua tai avuttomuutta. (Huttunen 2015.)

Fyysisten vammojen onnettomuuteen joutunut potilas on aina jollain tavoin loukkaantunut myös henkisesti, joskaan tämän henkisen vamman vakavuus ei välttämättä ole heti kartoitettavissa tai edes havaittavissa. Ilman näkyvää vammaa uhrilla on riski jäädä ilman hoitoa tai seurantaa, joka on otollisin maaperä stressihäiriöiden kehittymiselle. Suomessa pelastus- ja terveydenhuoltolaki ohjaavat useita toimia, jotka ovat avainasemassa traumojen syntymisen ehkäisyssä ja niiden hoidossa, mutta mitkä ovat tähän valikoituneet keinot ja mikä on niiden toimivuuden tae.

Traumaperäisen stressihäiriön ennaltaehkäisystä ja hoidosta on useita toisistaan poikkeavia tutkimustuloksia, joihin perehdytään tässä opinnäytetyössä. Katsausta varten on kerätty tutkimuksia ja artikkeleita, jotka käsittelevät niin kansainvälisten onnettomuuksien kriisihoitoa, kuin yleisesti käyttöön päätyneitä keinoja, joilla hoitaa ja ehkäistä PTSD:n esiintyvyyttä. Työssä käydään läpi lähihistorian yritysten ja erehdysten kautta toimivia ja toimimattomia keinojakin PTSD:n ehkäisyssä ja muodostaa käsitys PTSD:n hoidon nykytasosta niin Suomessa kuin kansainvälisestikin, johon tutkittavat materiaalit tarjosivat hyvän mahdollisuuden.

Tarkoitus on kuvata tutkitun tiedon näkökulmasta trauman jälkeisten oireiden pitkittymisen ehkäisyyn vaikuttavia tekijöitä. Tavoitteena on ollut tuottaa tietopaketti aiheesta ja tarjota lähtökohtia kriittiseen pohdiskeluun. Oireiden ennaltaehkäisystä ja hoidosta ei vallitse vahvaa konsensusta. Toisenlaiseen toimintaan tarkoitettavat tavat ovat levinneet uhrien auttamisen puolelle ja luovat tutkimusten mukaan osin virheellisen kuvan trauman jälkeisen hoidon toimivuudesta ja riittävydestä. Kirjallisuuskatsaus käy läpi usean tutkimuksen lopputulokset ja avaa aiheen laajemmin pohdittavaksi ja kartoitettavaksi.

2 Kirjallisuuskatsauksen aiheen teorian tietoa

2.1 Kirjallisuuskatsauksen keskeisiä käsitteitä ja niiden kuvaus

2.1.1 Traumaperäinen stressihäiriö

Post Traumatic Stress Disorder, ahdistuneisuushäiriö, syntyy henkilölle hänen kokemansa dramaattisen tapahtuman seurauksena, tapahtuman, joka uhkaa henkilön henkistä tai fyysistä koskemattomuutta ja jonka kohteena tai todistajana henkilö on. Kyseessä voi olla esimerkiksi onnettomuus, sota, luonnonkatastrofi, väkivalta tai seksuaalinen väkivalta. (Terveyskirjasto 2015.)

Esimerkin mukaisen tapahtuman jälkeen on luonnollista, että henkilöllä esiintyy stressioireita, jotka useimmiten laantuvat ja poistuvat ajan myötä. Joskus näin ei kuitenkaan käy ja henkilölle kehittyy traumaperäinen stressihäiriö, kun stressioireet toistuvat uudelleen ja mahdollisesti jopa kasvavat voimakkuudeltaan. (Soisalo 2012.)

PTSD:n syyt ovat moninaiset ja hyvin yksilölliset. Tarkkojen syiden kartoittaminen tapauskohtaisesti voi olla vaikeaa ja epäolennaista, mutta yleisesti voidaan nimetä useita PTSD:n syntymiseen altistavia tekijöitä, jotka voidaan käytännössä jakaa itse tapahtumasta ja sen luonteesta johtuviin, ja kokijan ja hänen taustastaan johtuviin. PTSD:n syntymisen todennäköisyys vaihtelee tilastollisesti 5 – 50 % välillä koetusta traumasta riippuen. Elämänsä aikana keskimäärin 50 – 60 % ihmisistä kokee jonkin traumaattisen tapahtuman ja näistä 5 – 10 % kehittyy PTSD - tapahtuman seurauksena. (Käypä hoito 2009.)

PTSD:lle on olemassa omat diagnostiset määritelmänsä DSM-IV mielenterveyshäiriöjärjestelmän mukaisesti. Usein PTSD:hen liittyy itsehoitona päihteiden käyttöä, joka tekee tilasta entistä vakavamman (Trauma ja dissosiaatiofoorumi 2017). PTSD:n jonkinlaisena synonyyminä voidaan käyttää termejä henkinen trauma (Mental/psychological trauma), jonka yleinen määritelmä on vahinko, joka tapahtuu mielelle / psyykeelle vaikean ja vaikuttavan tapahtuman seurauksena (SAMHSA 2012). PTSD:n läheinen erotusdiagnoosin kannalta olennainen sukulainen on akuutti stressihäiriö (Acute Stress Disorder, ASD), jonka oireet voivat muuten vastata täysin myös PTSD:n oireita, mutta menevät ohi määritelmän mukana 3 kuukauden sisällä. Vasta kun oireet pitkittyvät, moninaistuvat ja vaikeutuvat, voidaan puhua PTSD:stä (Härkönen 2016).

2.1.2 Kriisi ja psykologinen jälkipuinti

Kriisi on emotionaalisesti merkittävä tapahtuma ihmisen elämässä. Kriisillä tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä yllättävää, negatiivista kokemusta. Psykologinen jälkipuinti, Psychological debriefing, on osa Critical Incident Stress Management -oppia, jonka on tarkoitus ehkäistä traumaperäisen stressihäiriön (PTSD) syntyä. Kyseessä voi olla ryhmä- tai yksilöterapiaistunto, joka pidetään kohtuullisen lähellä varsinaista kriisiksi luokiteltua tapahtumaa. (Mitchell 2003.)

2.1.3 Kertaistuntona toteutettava psykologinen jälkipuinti, Critical Incident Stress Debriefing (CISD)

Kertaistuntona toteutettava psykologinen jälkipuinti (Critical Incident Stress Debriefing, CISD tai toiselta nimeltään single-session psychological intervention) on alun perin sotilashenkilökunnan ja auttavien viranomaisten stressioireiden kartoittamiseen ja ehkäisyyn luotu metodi, joka on levinnyt laajalle ja se palvelee auttajien lisäksi traumaattisten tapahtumien uhreja. CISD on pienryhmäistuntopohjainen, seitsenkohtainen jälkipuintiohjelma, joka ei ole terapiaa, ja jonka tarkoitus on ollut antaa vertaistukea ja läpikäyntiä tapahtumassa työnsä puolesta auttaneille henkilöille. Tavoitteena on vähentää koettua stressiä ja palauttaa ryhmän yhtenäisyys ja toimivuus kentällä. Tekstikirjan mukaisen esimerkin mukaan CISD - istuntoa vetää aina vähintään kaksi aiheeseen koulutettua ammattilaista, joista toinen on mielenterveysalan ammattilainen ja toinen ryhmän ammattia vastaava vertaistukihenkilö. Kyseessä ei ole kertaratkaisu, jonka on tarkoitus toimia yksinään, vaan CISD on psykologista ensiapua, jonka on tarkoitus mahdollistaa nopea palautuminen henkisestä stressistä eri alojen (sotilaat, poliisit, palomiehet, kriisityöntekijät, hoitoalan työntekijät) ammattilaisille. CISD on osa laajempaa CISM (Critical Incident Stress Management / Kriittisten tilanteiden stressinhallintamalli) - kokonaisuutta ja soveltuu ainoana keinona varsin huonosti stressioireiden ehkäisyyn, vaikka mallia on ruvettu siihen käyttämään kansainvälisesti. Usein käytettyä metodia kutsutaan CISD:ksi, mutta käytännössä se ei vastaa CISD:n kehittäjän ohjeita toimintatavoista ja kohderyhmästä, vaan kyseessä on esimerkiksi onnettomuuden uhrien pienryhmäkeskustelu, joskus jopa kouluttamattoman vapaaehtoisen vetämänä. (Mitchell 2006.)

2.1.4 Lyhytaikainen psykologinen avustamisprosessi

Critical Incident Stress Management (CISM) on mukautuva, lyhytaikainen psykologinen avustamisprosessi, joka keskittyy vain välittömään, tunnistettavaan ongelmaan tai trauman riskiin. Tarkoituksena on varmistaa vastaanottajan työkykyisyys ja vähentää PTSD:n syntymisen todennäköisyyttä. Tutkimusten mukaan menetelmä on tehoton ensisijaisille autettaville ja se onkin luotu toissijaisten kokijoiden, tässä tapauksessa auttajien ja kriisityöntekijöiden stressin läpikäymiseen. (Mitchell 2003.)

2.1.5 Kognitiivinen psykoterapia

Kognitiivis-behavioraalinen terapia (Cognitive behavioral therapy) on monimuotoinen psykoterapia, jossa on samasta lähteestä olevia metodeja. Keskittymisen kohteena kognitiivisessa psykoterapiassa ovat hoidettavan henkilön haitalliset käyttäytymismallit ja uskomukset, ja näihin liittyvät tuntemukset. Tavoitteellisen yhdessä tutkimisen kautta pyritään muuttamaan vahingollisia käyttäytymis- ja ajattelumalleja joustavamiksi. Samalla opetellaan läpikäymisen ja konkreettisen harjoittelun kautta uusia tapoja ajatella ja toimia. Kognitiivinen psykoterapia on äärimmäisen henkilökohtainen ja yksilölähtöinen terapiamuoto, jossa ongelman kartoittaminen saattaa viedä yhtä paljon aikaa kuin sen käsittely. Terapian kesto vaihtelee 6 - 8 kerrasta jopa vuosiin, vaikka alun perin se on luotu lyhytkestoiseksi terapiamuodoksi. Kognitiivisella psykoterapialla on tutkimusten mukaan hyvä vaste laajakirjoiisiin mielenterveyden häiriöihin, esimerkiksi masennukseen ja ahdistuneisuushäiriöihin. (Kognitiivisen Psykoterapian Yhdistys 2017.)

2.2 Traumaperäisen stressihäiriön oireet

2.2.1 Oireiden kolme pääryhmää

Traumaperäisen stressihäiriön oireet jakautuvat kolmeen pääryhmään: traumaattisten tapahtumien uudelleen kokeminen, tapahtuman ja sen aiheuttamien muistojen kieltäminen ja kolmantena jatkuva valppaus, joka ilmenee monella tavalla (Sidran Institute 2016). Traumaattisen tapahtuman kokeminen aina uudestaan voi synnyttää ahdistusta, joka esiintyy muisti- ja mielikuvina, tuntemuksina tai unina. Traumaattisen kokemuksen mieleen palauttavat tapahtumat, asiat tai mielikuvat herättävät uhrilla voimakasta ahdistusta ja tästä syystä aiheuttavat myös autonomisen hermoston kautta ruumiillisia oireita (Terveyskirjasto 2015).

Henkilö välttelee usein traumaattisesta tapahtumasta muistuttavia asioita, keskusteluja, paikkoja, toimintoja jne. ja kieltää tapahtuneeseen liittyneet muistot mielestään. Tuloksena henkilö saattaa sosiaalisesti eristäytyä; hänen kykynsä kokea ja ilmaista tunteitaan voi huonontua merkittävästi. (Sidran Institute 2016.)

Jatkuva valppaus taas aiheuttaa usein nukahtamisvaikeuksia, heräilyä, ärtyneisyyttä, keskittymisongelmia ja säikkyyttä. Näiden oireiden vahvuus vaihtelee paljon. Joskus oireet ovat niin merkittäviä, että ne aiheuttavat työkyvyttömyyttä ja jopa ammatin vaihdon tarpeen. (Terveyskirjasto 2015.)

Traumahäiriö saattaa aiheuttaa myös dissosiaatiohäiriöitä, jolloin kokija ei ole hyvin yhteydessä itseensä, tunteisiinsa, tai käsitä tekojaan kunnolla itsensä tekemäksi. Mitä nuorempana traumatisoituu, sitä todennäköisempää dissosiaatiohäiriön kehittyminen on. (Terveyskirjasto 2015.)

Erotusdiagnoosina PTSD: n akuutin stressihäiriön (ASD) välillä toimii kesto. PTSD:n tulee määritelmän mukaan kestää vähintään kuukauden ja aiheuttaa pitkäaikaista haittaa normaalille elämälle ja jokapäiväiselle toiminnalle. Jos oireet ovat lyhytaikaisempia ja loppuvat alle kuukaudessa, kyseessä on ASD. PTSD - oireet saattavat alkaa vasta pidemmänkin ajan kuluttua. Tällöin käytetään termiä viivästyneesti alkanut trauman jälkeinen stressihäiriö. (Sidran Institute 2016.)

2.2.2 Trauman uudelleen eläminen

Potilas saattaa kokea traumaa uudelleen monin tavoin. On tavallista, että potilaalla on ahdistavia muistoja, jotka laukaisevat reaktion arkipäiväisistä syistä: traumasta muistuttava haju, ääni, tai uutinen traumasta muistuttavasta tapahtumasta saattaa laukaista ahdistuksen muistojen kautta. Aina muiston pintaan tulemiselle ei löydy selkeää syytä. Potilas saattaa myös nähdä painajaisia traumastaan. Takautumat eli flashbackit ovat muistoja, jotka ovat niin eläväisiä, että henkilöstä tuntuu kuin hän eläisi muistoa ensimmäistä kertaa. Muistot voivat myös aiheuttaa psyykkisiä (pelko, kauhu, avuttomuus) ja fyysisiä aistimuksia (kiihtynyt syke, kipu, hikoilu, pahoinvointi, tihentynyt hengitys), jotka ovat samankaltaisia kuin tapahtumaa ensimmäisen kerran koettaessa. (Huttunen 2015.)

2.2.3 Turtumus ja välttäminen

Turtumisoireet aiheuttavat kokijalle tunteettomuutta, irrallisuutta itsestään ja huonoa ilmaisukykyä. Tällä tavoin kokija pyrkii suojaamaan itseään trauman aiheuttamilta muilta oireilta. Hänestä tulee emotionaalisesti turtunut. Oireet muistuttavat masentuneesta ihmisestä; aiemmin kivat asiat eivät enää tuota mielihyvää ja traumasta avautuminen tai sen käsitteleminen saatetaan kokea miltei mahdottomaksi. Kokija saattaa nähdä tulevaisuutensa synkempänä tai ei pysty edes ajattelemaan asiaa. (Huttunen 2015.)

Välttämisoireet kuvastavat sitä, mitä kokija tekee välttääkseen trauman ajattelua. Vältettäviin asioihin saattavat lukeutua uutiset, tapahtumapaikka, ihmiset, asiat tai esineet. Pelkästään eri aistimukset, kuten maut, äänet ja hajut, saattavat laukaista ahdistuksen ja saada tämän välttämään näitä. Myös muistot tapahtumasta tai siihen liittyvistä asioista saattavat heikentyä tai hän saattaa unohtaa laukaisevia asioita kokonaan. Kokija saattaa myös keskittää kaiken energiansa johonkin toimeen, jotta ei ajattelisi trauman syytä. Kyseessä voi olla koulu tai työpaikka tai jokin projekti. (Huttunen 2015.)

2.2.4 Kohonnut vireystila

Varuillaan oleminen on tyypillinen oire trauman kokeneella henkilöllä. Kohonnut vireystila saattaa aiheuttaa uni- ja keskittymisvaikeuksia. Tätä kautta henkilöstä saattaa myös tulla ärtynyt ja hän saattaa kiukustua helposti. Hän voi säikähtää asioita helposti ja pyrkii koko ajan vahtimaan ympäristöään mahdollisen vaaran uhalta. (Huttunen 2015.)

2.2.5 Trauman jälkeisen stressihäiriön vaikutukset elämään

Yleisimmät PTSD: n kanssa samaan aikaan kärsittävät tai siitä aiheutuneet mielenterveysongelmat ovat masennustilat, ahdistushäiriöt ja laillisten ja laittomien päihteiden liikakäyttö, jota esiintyy puolella PTSD - miehistä. Naisilla yleisin ongelma on masennus ja erilaiset pelkotilat, kuten sosiaalisten tilanteiden pelko. (Huttunen 2015.)

PTSD – potilaiden yleinen toimintakyky on varsin usein matala. Tämä aiheuttaa kärsijöissään työttömyyttä ja ihmissuhdeongelmia (perheväkivalta, avioerot). Yhdysvaltalainen tutkimus sotaveteraaneista kuvaa hyvin dysfunktionaalista joukkoa ihmisiä, joilla sosiaalisen- ja työelämän haasteet ovat hyvin moninaisia ja hankalia. Myös aggressiivinen käytös oli varsin yleistä. (Käypä hoito 2009.) (Taulukko 2)

Fyysiset ongelmat, jotka saattavat syntyä PTSD:n henkisten oireiden seurauksena, ovat tyypillisimmillään vatsavaivoja, rytmihäiriötuntemuksia, hengenahdistusta ja moninaisia kiputiloja. Jo ennestään olleet tai trauman jälkeen saadut somaattiset tilat saattavat pitkittyä ja kroonistua PTSD:n seurauksena. Fyysiset oireilut ja tilojen pitkittymiset liittyvät myös PTSD:n kumppanitiloihin; masennukseen ja ahdistukseen. (Huttunen 2015.)

2.3 Altistavat tekijät

2.3.1 Henkilökohtaiset tekijät

Virallisen määritelmän tulkinta on, ettei stressiperäisen traumahäiriön syntyminen edellytä minkäänlaista alttiutta. Tilastojen valossa on kuitenkin voitu huomata, että jotkut tekijät lisäävät todennäköisyyttä sille (Taulukko 3), että häiriö syntyy. Esimerkiksi aiempi mielenterveyshäiriö, joka vaikeuttaa stressiin sopeutumisesta yleisesti, aiempi stressihäiriö tai aiempi traumaattiseksi luokiteltavan tapahtuman kokeminen (ilmankin stressioireiden syntymistä) tai vastaavat elämäkokemukset altistavat häiriön syntymiselle. (Käypä hoito 2009.)

Traumaan liittyvät tekijät	Yleinen elämäntilanne
Suora altistus tapahtumalle	Nuori ikä
Merkittävä vamma	Oma tai läheisen mielenterveysongelma
Pitkällinen tai toistuva tapahtuma	Aiemmat traumakokemukset
Pelko itsestä tai läheisestä	Ei tukiverkkoa
Välitön vahva reaktio tapahtuneeseen	Elämänmuutokset
Avuttomuuden tunne	Päihdeongelma
Eristäytyminen tapahtuman jälkeen	Matala koulutustaso
Tapahtuneen salailu tai häpeä	Naissukupuoli
	Läheisen yllättävä menetys hiljan

Taulukko 3: Traumalla altistavat uhrikohtaiset tekijät
(Trauma ja dissosiaatio – foorumi 2017)

2.3.2 Traumaattisen tapahtuman stressaavuuteen vaikuttavat tekijät

Suurin todennäköisyys, tilastojen mukaan, stressihäiriölle syntyä on pitkittynyt hyvin stressaava tilanne tai tapahtuma. Tällaisia ovat esimerkiksi kidnappaukset, epävirallinen vankeus, loukkuun jäämiset (kaivosonnettomuus, haaksirikko) ja yleisesti tilanteet, jossa henkilön pelastaminen viivästyy. Vakava, jatkuva hengenvaara aiheuttaa voimakkaan psyykkisen ja fyysisen stressitilan, joka toimii vahvasti altistavana tekijänä PTSD:n syntymiselle myöhemmin (Taulukko 4). Yksi esimerkki on myös luonnonkatastrofien aiheuttamien tuhojen ja infrastruktuurin korjaamisen viivästyminen tapahtuneen jälkeen. Tällöin kokijat joutuvat elämään pitkiä aikoja puutteellisessa, aiemmasta selkeästi poikkeavassa ympäristössä huonossa tilanteessa. (Käypä hoito 2009.)

Kaakkois-Aasian vuoden 2004 tsunami tai New Yorkin syyskuun 11. päivän iskut vuonna 2001 eivät aiheuttaneet kansainvälisten tutkimusten mukaan merkittävää lisääntymistä PTSD:n esiintyvyydessä väestötasolla. Merkittävistä esiintyvyyden riskin lisääntymistä aiheuttavista tekijöistä mainitsemisen arvoinen on myös sota ja sen alailmiöt.

Kokemukset sodasta tai sotavankeudesta saattavat lisätä PTSD:n esiintyvyyttä jopa yli 50 % sellaisissa pienemmissä ryhmissä, jotka ovat kärsineet paljon. Suomalaisten sotavankeudessa aikaa viettäneiden veteraanien traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyyden arvioidaan olleen noin 10 – 20 % ryhmästä, elinikänsä aikana. Tutkimustietoa ei kuitenkaan kotimaisista sotajärkytyksistä juurikaan ole saatavilla. (Käypä hoito 2009.)

Traumaattisen tapahtuman stressaavuuteen vaikuttavat tekijät (ei henkilölähtöinen)
Järkyttävyyden aste:
Läheisen väkivaltainen kuolema, itsemurha tai vahingoittuminen
Lapsen väkivaltainen kuolema tai vahingoittuminen
Suuri uhrien määrä
Vammojen luonne ja vakavuus
Uhkatilanteissa kuoleman vaaran todennäköisyys
Stressitilanteen luonne:
Vaikutusvaiheen pitkä kesto
Suuronnettomuuden laajuus
Stressitapahtuman yllätyksellisyys
Jatkoseuraamusten heikko ennustettavuus
Stressitapahtuman tyyppi:
Ihmisen toiminnasta aiheutunut tahallinen teko, kuten terrorismi tai tuottamuksellinen onnettomuus
Sota, erityisesti siviileihin kohdistuvilta vaikutuksiltaan
Eryityisesti henkilökohtaista koskemattomuutta ja ihmisarvoa loukkaava teko, kuten raiskaus, pahoinpitely tai kidutus
Varoitusjärjestelmän pettäminen ennen tapahtumaa

Taulukko 4: Traumalla altistavat ulkoiset tekijät (Käypä hoito 2009)

2.3.3 Traumoja ja traumaperäisen stressihäiriön todennäköisyys

Suurimmat todennäköisyydet saada traumaperäinen stressihäiriö ns. arkisessa maailmassa liittyvät seksuaaliseen väkivaltaan, raiskaukseen tai jatkuvaan häirintään (Taulukko 5). Näistä asioista naiset kärsivät huomattavasti useammin kuin miehet. Naisilla esiintyy myös enemmän väkivallan uhkaa, varsinaista väkivaltaa ja vastaavien tilanteiden jatkuvaa toistumista elämässään. (Sidran Institute 2016.)

Tapahtuma	Todennäköisyys
Raiskaus	49 %
Vakava pahoinpitely tai fyysinen hyökkäys	31,9 %
Muu seksuaalinen hyökkäys	23,7 %
Vakava onnettomuus tai vamma, esim. auto- tai junaonnettomuus	16,8 %
Ampuminen tai puukotus	15,4 %
Yllättävä läheisen kuolema	14,3 %
Lapsen hengenvaarallinen sairastuminen	10,4 %
Tapon tai vakavan loukkaantumisen todistaminen	7,3 %
Luonnonkatastrofi	3,8 %

Taulukko 5: Trauman todennäköisyys eri tapahtumissa (Sidran Institute 2016)

2.3.4 Yleisyys ja ilmeneminen

Kymmenesosa kaikista ihmisistä kokee tai on joskus kokenut trauman jälkeisen stressihäiriön oireita. Tapahtumat, jotka luokitellaan traumaattisiksi, eivät myöskään ole harvinaisia; puolet naisista ja 60 % miehistä kokee traumaattisen tapahtuman jossain vaiheessa elämäänsä. Akuutteja traumaatioita saaneista 10 % naisista ja 5 % miehistä kehittävät itselleen trauman jälkeisen stressihäiriötilan. (Trauma ja dissosiaatio – foorumi 2017.)

PTSD:n yleisyydestä on erilaisia käsityksiä. Mutta arviota siitä, että 5 % kärsii siitä jossain elämänsä vaiheessa, voidaan pitää luotettavana tutkimusten perusteella. Merkittävän traumaattisen tapahtuman jälkeen häiriön syntyminen on kuitenkin huomattavasti yleisempää. Esimerkiksi kidutuksen uhreista yli puolet on kärsinyt pitkäkestoisesta ja haasteellisesta traumaperäisestä stressihäiriöstä. (Huttunen 2015.)

Tyypillisesti PTSD ilmaantuu useimmiten kolmen kuukauden aikana itse tapahtumasta. Suurimmalla osalla näistä kokijoista on ilmennyt akuutti versio stressihäiriöstä välittömästi onnettomuuden tai tapahtuman jälkeen. Satunnaisesti oireet saattavat ilmaantua kuukausi myöhemmin, joskus jopa vuosien päästä. Noin puolella, jotka oireita saavat, oireet lieventyvät itsestään parin kuukauden kuluessa ja katoavat kokonaan muutaman vuoden aikana. Kolmasosalla oireet kuitenkin jatkuvat, osalla näistä hyvinkin pitkään, joskus useiden vuosien ajan. Tämänkaltainen pitkittynyt PTSD kasvattaa muiden psykiatristen häiriöiden, kuten masennustilojen, unihäiriöiden ja päihteiden väärinkäytön, riskiä. (Ahvenus 2014.)

Aiemmat koetut traumaattiset tapahtumat, alttius ahdistukselle, masennukselle ja tukiverkoston puutteellinen toiminta lisäävät niin PTSD - alttiutta kuin PTSD:n oireiden keston pituuttakin. Joillain voi olla myös fysiologinen herkkyys PTSD:lle, jos heidän lisämunuaisensa (autonomisen hermoston osana) rakenteellinen reaktiotapa yllättävään stressitilanteeseen on poikkeuksellinen. PTSD voi kuitenkin kehittyä kenelle vaan tarpeeksi voimakkaan traumaattisen kokemuksen seurauksena. (Käypä hoito 2009.)

2.4 Traumaperäisen stressihäiriön diagnosointi ja esiintyvyys

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja yhdysvaltalaisen DSM-IV -mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden diagnosijärjestelmän mukaiset oireet on listattu taulukossa 6.

2.4.1 DSM-IV määritelmän kriteerit traumaperäiselle stressihäiriölle

A. Henkilö on altistunut traumaattiselle tapahtumalla jossa molemmat seuraavista olivat läsnä:

1.) Henkilö koki, todisti tai kohtasi tapahtuman tai tapahtumia, joihin liittyi kuolema, kuolemanvaara, vamman vaara tai uhka omalle tai muiden fyysiselle koskemattomuudelle.

2.) Henkilön reaktio sisälsi pelon, avuttomuuden ja kauhun tunteita. Lapsilla tämä voi esiintyä epäjärjestelmällisenä tai kiihtyneenä käytöksenä.

B. Traumaattinen tapahtuma koetaan yhä uudelleen seuraavilla tavoilla:

3.) Toistuvia, voimakkaita muistikuvia tapahtumasta, pitäen sisällään kuvia, ajatuksia ja havaintoja. Lapsilla saattaa esiintyä toistuvaa leikkiä tapahtuneen teemoja mukailleen.
4.) Toistuvia, häiritseviä unia tapahtumasta. Lapsilla unet voivat olla pelottavia, vailla tunnistettavaa sisältöä.
5.) Käyttäytyen tai tuntien kuin tapahtuma tapahtuisi taas (uudelleen elämisen tunne, illuusiot, hallusinaatiot, dissosiativiset takautumajaksot, heräämisen tai päihtyneisyyden aikana). Lapsilla tapahtumien uudelleen näyttelyä voi esiintyä.
6.) Voimakas psyykkinen ahdistus, joka aiheutuu ulkoisista tai sisäisistä asioista, jotka edustavat tapahtunutta.
7.) Fyysinen voimakas reagointi ulkoisille tai sisäisille asioille, jotka edustavat tapahtunutta.
C. Sitkeä tapahtuneeseen liittyvien ärsykkeiden välttely ja yleisen vuorovaikutteisuuden turtuminen (verrattuna traumaa edeltäneeseen tilaan), joita kuvaa kolme tai useampi seuraavista:
8.) Yritys vältellä ajatuksia, tunteita ja keskusteluja liittyen traumaan.
9.) Yritys vältellä tehtäviä, paikkoja ja ihmisiä, jotka muistuttavat traumasta.
10.) Kykenemättömyys muistaa olennaisia asioita tapahtuneesta.
11.) Merkittävä vähentyminen mielenkiinnossa tai osallistumisessa olennaisiin toimiin.
12.) Irrallisuuden ja etäännyksen tunne muista.
13.) Rajoittunut tunnemaailma (esim. kykenemättömyys rakastaviin tunteisiin).
14.) Tunne tulevaisuuden näkymien heikentymisestä.
D. Jatkuvan valppauden oire traumaa edeltäneestä tilasta poiketen, joita kuvastaa kaksi tai useampi seuraavista:
1.) Vaikeus nukahtaa tai pitää yllä unta.
2.) Ärsyyntyvyys ja kiukuttelu.
3.) Keskittymisvaikeudet.
4.) Liiallinen ympäristön vahtiminen ja valppaus.
5.) Voimakas säikähtämisreaktioherkkyys.
E. Häiriöiden kesto (oireet kohdissa B, C ja D) on pidempi kuin 1 kk.
F. Häiriöt aiheuttavat selkeää ahdistusta ja haittaavat sosiaalista -, työ- tai muuta elämää merkittävästi.
Lisämääreet:
Akuutti (ASD), jos oireiden kesto alle 3 kuukautta.
Krooninen (PTSD), jos oireiden kesto yli 3 kuukautta.
Myöhään alkanut, jos oireet ilmenevät vasta 6 kuukauden kuluttua tapahtuneesta.

Taulukko 6 (THL 2012)

2.4.2 PTSD:n epidemiologia Suomessa ja muualla

Kansainvälisten tilastoarvioiden mukaan länsimaalainen ihminen kokee elämänsä aikana 35 – 90 % todennäköisyydellä tapahtuman, joka on niin traumaattinen, että PTSD:n etiologinen kriteeri täyttyy. Yksittäiset tapahtumat ovat mahdollisesti traumatisoivia myös muille kuin ensisijaisille uhreille. Kaikki tapahtumat eivät kuitenkaan täytä PTSD:n kehittymisen edellytyksiä diagnostisesti. (Keane et. al. 2006.)

Tilastoihin perustuvien arvioiden mukaan Suomessa tapahtuu vuosittain noin 10 000 ihmiselle traumaperäisen stressihäiriön etiologisen kriteerin täyttävä stressitilanne. Vuosittain eriteltävissä on 40 000 fyysiseen koskemattomuuteen liittyvää rikosta, liikenteessä loukkaantuu tai kuolee noin 7 000 ihmistä ja 50 000 henkeä pitää työtapaturman johdosta vähintään neljän päivän sairausloman. Arvioiden mukaan 20 – 30 % :lle stressitapahtuman kokeneista kehittyy traumaperäinen stressihäiriö. Näin ilmaantuvuus Suomessa PTSD:n kohdalla olisi 12 kuukauden aikana noin 0,5 %. (Käypä hoito 2009.)

Yllättävän laajamittaisen onnettomuuden kohdalla akuutin stressireaktion oireita ilmenee 50 – 90 % osallisista. Suurimmalla osalla nämä oireet katoavat itsestään muutamassa päivässä. 1990 - luvun yhdysvaltalaisen väestötutkimuksen perusteella PTSD esiintyy jossain vaiheessa elämää 10,4 % naisista ja 5,0 % miehistä, esiintyvyyden keskiarvon ollessa 7,8 %. Kymmenen vuotta uudempi, vastaava tutkimus, saa keskiarvoksi 6,8 %. Suomen kohdalla tilanne on valoisampi. Osuudet ovat selvästi kansainvälistä tasoa pienempiä. Ilmaantuvuus PTSD:n kohdalla on vuoden aikana ollut 1,1 - 1,3 %, eurooppalais-australialaisen tutkimuksen tietojen mukaan. Poikkeusryhmiä keskiarvostakin löytyy. Esimerkiksi laajan tutkimuksen mukaan Suomessa 57 – 78 %:lla maahanmuuttajista esiintyi traumatapahtumia. Tämä oletusarvoisesti suurentaa myös ilmaantuvuutta. (Käypä hoito 2009.)

Arvioiden mukaan PTSD:n pisteprevalenssi on kanssaihmissen tuottaman laajan stressaavan tapahtuman jälkeen (6 - 12 kk) 30 - 40 %. Suuren luonnononnettomuuden kohdalla vastaava on 10 – 30 %. Kolmasosalla jossain vaiheessa oireita saaneista oireyhtymä saattaa pitkittyä ja olla havaittavissa diagnostisesti vielä vuosienkin päästä. Keskimääräisestä esiintyvyydestä poiketaan kuitenkin harvinaisten, erityisesti vaikeiden stressitapahtumien kohdalla, jolloin esiintyvyys voi olla suurempi. (Käypä hoito 2009.)

Suurimmat riskiarvot PTSD:n kehittymiselle kartoitettiin eurooppalaisessa monikeskustutkimuksessa. Vuoden sisään traumaattisesta tapahtumasta kerättiin tietoa ja kokijoiden mielipiteitä siitä, mikä olisi todennäköisesti traumatisoivinta, pisteyttäen tapahtumat välille 10 - 5. Suurimmasta pienimpään, todennäköisesti traumatisoiviksi määritettiin kidnappaus, raiskaus, joutuminen puolison pahoinpitelemäksi, tarkemmin määrittämätön yllättävä yksittäinen tapahtuma, tapaturmainen loukkaantuminen tai kuolema ja lapsen vakava sairaus. Kyseessä oli kuitenkin suurelta osin aika harvinaisia tapahtumia. (Käypä hoito 2009.)

Mahdollisesti tavallisin traumatisoiva tapahtuma on läheisen ihmisen yllättävä kuolema (24,6 % tapahtumista, PTSD:n riskisuhde 2,9) ja toiseksi yleisin kuolleen tai vakavasti loukkaantuneen henkilön näkeminen (20,6 % tapahtumista, riskisuhde 1,1). PTSD:n kehittymisen riskisuhde luonnononnettomuuksissa oli 1,0 tutkimuksen mukaan. Useiden lähteiden mukana huomattavin riski saada PTSD on raiskauksen yhteydessä. Myös monihäiriöisyys on varsin yleistä PTSD:n kohdalla. (Käypä hoito 2009.)

2.5 Traumaperäisen stressihäiriön hoito Suomessa

2.5.1 Suomessa ongelmat tunnetaan

Kunnolla tehty alkuarviointi ensimmäisen tilaisuuden siihen tullessa, usein fyysisten vammojen tarkastamisen ja hoitamisen ohessa, on jo itsessään psykososiaalinen tukitoimenpide myös psyykkiseltä kannalta. Kotimaisten hoito-ohjeiden mukaan potilaan alkuselvittelyihin tulee varata riittävästi aikaa. Näin kokemus voidaan käydä kunnolla läpi uhrin kanssa. Jos kuitenkin uhrin ei ole sillä hetkellä mahdollista (haluttomuus tai muu kykenemättömyys) puhua kokemuksesta, tämä tulee hyväksyä. Lieviä ja lyhytkestoisia (1-2 kk) stressihäiriöitä voidaan hoitaa perinteisissä terveydenhuollon toimipisteissä, työterveyshuollossa, opiskelijaterveydenhuollossa tai fyysisten vammojen tarkastamisen ja hoidon yhteydessä suoritettulla psykiatrisella konsultaatiolla. (Saari 2016.)

Henkisen toipumisen alkuhoidon osana toimii kunnollinen fyysisten vammojen hoito ja kuntoutus. Myös mahdollisuuksien mukaan turvallinen ja rauhoittava hoitoympäristö taataan ja uhrille järjestetään mahdollisuus olla yhteydessä läheisiinsä. Perustarpeista huolehtiminen välittömästi tapahtuneen jälkeen on avainasemassa myös pidemmän hoidon kannalta. (Henriksson & Lönnqvist 2013.)

Tarpeellinen seuranta ja keskustelumahdollisuudet voidaan järjestää terveyskeskuksen, työterveyshuollon tai vaikka seurakunnan kriisiryhmän kautta, kunhan se toteutuu ja tapahtuu kriisiapuun koulutetun henkilöstön kanssa. Näillä keinoilla on todettu olevan vaikutusta siihen, kehittykö akuutti stressihäiriö pitkittyneemmäksi traumanjälkeiseksi stressioireyhtymäksi. Toki lievienkin oireiden poistaminen tukitoimilla on olennaista. (THL 2015.)

Stressihäiriöt, jotka vastaavat huonosti hoitoihin, alentaen toimintakykyä ja pitkittyvät entisestään, pitää ohjata psykiatriseen erikoissairaanhoidon. Suurin osa näistä hoidoista toteutetaan avohoitona, mutta jos kyseessä on monihäiriöinen tai toimintakyvyn laskultaan vakavassa tilassa oleva potilas, mahdollisesti vielä vaikeilla lisätiloilla (dissosiativinen häiriö, psykoottiset oireet), voidaan tutkimukset ja hoito ainakin käynnistää myös sairaalajaksolla. (Henriksson & Lönnqvist 2013.)

Jos potilaalla on todettu aiemmin muita mielenterveyshäiriöitä tai niitä on ilmaantunut samanaikaisesti stressihäiriön kanssa, kuten masennusta tai päihderiippuvuutta, tulee tilanne huomioida. Aiempi psyykinen häiriö ennen traumaa pysyy useimmiten etusijalla hoidossa, ennen PTSD:hen kohdennettua psykoterapiaa. Tärkeintä on hoitosuhde, jossa on psykoterapeuttinen osuus. Tarvittaessa terapian ja lääkkeiden yhdistelmähoitoja kartoitetaan ja otetaan käyttöön, yksilöllisten tarpeiden ja rajoitusten mukaan. Potilaan toiveetkin tulee huomioida mahdollisuuksien mukaan. (Ponteva 2014.) (Itsehoito-ohjeita on liitteessä 1.)

2.5.2 Terapiaan hakeutuminen

Jos traumaattisen tapahtuman jälkeen stressioireet ovat jokseenkin voimakkaita ja pitkittyvät, on tarpeen muutaman viikon sisään kääntyä ammattiavun puoleen. Psykologi, psykiatri tai traumaperäisten stressihäiriöiden hoitoon erikoistunut hoitoyksikkö on sopiva kohde avun hakemiselle. Hoidoissa näissä kohteissa hyödynnetään erilaisia psykoterapiamuotoja. Potilaalle pyritään löytämään parhaiten toimiva menetelmä ja pitämään täten myös hoitomyöntyyvyys kohdallaan. Myös erikoistekniikat, kuten hypnoosi tai EMDR - terapia (Eye Movement Desensitization and

Reprocessing) saattavat tulla kysymykseen. Erilaisten psykoterapeuttisten hoitojen tehokkuudesta on vielä toistaiseksi vähänlaisesti luotettavaa tutkimusta ja toki myös uusia muotoja kehitetään koko ajan, mutta niitä ei ole ehditty tutkimaan vielä riittävästi. Vasta nyt osan hoitokeinoista, kuten välittömästi trauman jälkeen toteutettu jälkipuintikeskustelu (debriefing), on todettu mahdollisesti jopa pitkittävän PTSD:n kesto. (Huttunen 2015.)

2.5.3 Lääkehoito

Pitkällisten ja vaikeiden oireiden hoidossa käytetään tarvittaessa lääkkeitä. Lääkehoito tulee PTSD:n kohdalla kysymykseen, kun potilas ei ole halukas psykoterapiaan, tai terapian toimivuus on ollut puutteellista. Lääkehoitoa voi käyttää yksinäänkin, mutta hoidon monimuotoisuus on suositeltavaa. Lääkitystä määrättäessä tulee ottaa huomioon potilaan mahdolliset muut psyykkiset ja fyysiset sairaudet ja niiden hoitosuunnitelmat. Lääkehoidon tavoitteena on vähentää potilaan oireita ja parantaa toimintakykyä normaaliin elämään palaamista varten. (Käypä hoito 2009.)

Ensisijaisesti stressihäiriöiden hoitoon käytetään lääkkeitä masennuslääkkeitä. Nämä voivat lievittää oireita, jos vaste on hyvä. Serotoninergiset masennuslääkkeet saattavat auttaa stressioireisiin, vaikka potilaalla ei olisikaan masennusoireita. Lääkeannoksen titraus pienemmästä annoksesta suurempaan, tarpeen mukaan, tapahtuu masennuksen hoidon ohjeistuksen mukaisesti ja mahdolliset haittavaikutukset kartoitetaan normaalisti. Satunnaistetuissa lumekontrolloiduissa tutkimuksissa on näytetty toteen SSRI – lääkkeiden, paroksetiin ja sertraliinin, toimivuus PTSD:n hoidossa. Lisäksi on mahdollista käyttää rauhoittavia lääkkeitä (bentsodiatsepiini) tai oirekuvan mukaisia (sydämentykytys, hikoilu) betasalpaajia, ainakin tilapäisesti, oireiden jatkuessa. (Huttunen 2015.)

Jos masennuslääkkeisiin hoidossa päädytään, tulisi lääkehoitoa jatkaa vähintään vuoden ajan, kun ensin lääkitysvaste (ja mahdolliset haittavaikutukset) on todettu. Lääkitys tulee myös lopettaa asteittain annosta pienentäen, kuten masennuksenkin tapauksessa. PTSD:n hoidossa unettomuutta tulee normaalisti hoitaa yleisten unettomuushoitojen periaatteiden mukaan. Pratsosiinia on tutkittu PTSD:n yhteydessä lääkkeenä huonounisuuteen ja painajaisiin liittyen, mutta tulosten mukaan vaste on ollut vaihteleva. Psykoosilääkkeet saattavat, joku yksinään tai muun lääkityksen kanssa, auttaa hillitsemään stressihäiriöoireita. Vähäisen tutkitun näytön vuoksi psykoosilääkkeitä ei kuitenkaan suositella ensisijaisesti käytettäväksi lääkkeeksi tässä tapauksessa. (Käypä hoito 2009.)

2.5.4 Psykososiaalinen tuki

Suurin osa ihmisistä on koko ajan osa omaa, jokapäiväistä psykososiaalista verkkoaan, johon kuuluvat perhe, läheiset ja muut, joiden kanssa ihminen on usein tekemisissä. Tämä on myös traumaattisen kokemuksen kohdalla psykososiaalisen tuen ensimmäinen taso. Seuraavat portaat määräytyvät tapahtuneen ja ilmaantuvien oireiden perusteella. Suuronnettomuuksien kohdalla useita portaita hypätään usein kerralla, ja ammattiauttajat otetaan kuvioon heti mukaan. Tämä on toki mahdollista yksilön kohdallakin, olosuhteista riippuen. Kohtuullisen pieni osa altistuneille oikeasti tarvitsee kriisipsykiatrisia - ja psykologisia palveluita. Välittömästi aloitetun hoidon jatkumisen

varmistuminen, tarpeen vaatiessa, kuuluu kunnan tai kaupungin psykososiaalisiin tukivelvollisuuksiin. Jo aloitettu lääketieteellinen hoito ei myöskään poista tuen tarvetta tai velvollisuutta siihen. Monitahoisella hoidolla ja tuella pyritään ehkäisemään PTSD:n oireiden syntyminen, vaikeutuminen ja pitkittyminen. (STM 2009.)

Suuronnettomuuden kohdalla psykososiaalinen tuki kunnallisella tasolla pitää sisällään myös perinteisen infrastruktuurin takaamisen, sen korjaamisen tarvittaessa ja siitä ajantasaisen ja rehellisen tiedottamisen. Poikkeusjärjestelyistä saatavilla olevista ja muuttuneista palveluista tulee tiedottaa selkeästi ja riittävän laajasti. Myös tiedon tarjotuista lisähoitopalveluista tai tukipalveluista tulee tavoittaa mahdolliset uhrat. Vapaaehtoisten kerääminen ja heidän tekemiensä toimien suunnittelu ja ohjaaminen on sitä tärkeämpää, mitä suurempi poikkeuksellinen tapahtuma on kyseessä. Kansalaisten jokapäiväisen elämän turvaaminen ja yhteisön normaalien toimintojen nopea palauttaminen tarjoavat paremman ympäristön ehkäistä mahdollisten traumaoireiden syntymistä. (STM 2009.)

Lääketieteellisen tutkimuksen menetelmin ei voida arvioida psykososiaalisen tuen merkitystä, mutta havainnoivien tutkimusten kautta on saatu tietoa, että ilmenevät mielenterveysongelmat ovat usein yhteydessä sosiaalisten tukitoimien vähäisyyteen, mahdollisten pelastustoimien hankaluuteen ja asukkaiden mahdollisiin laajoihin evakointeihin. (STM 2006.)

2.5.5 Psykoterapeuttinen hoito

Useat psykoterapian muodot ovat käytössä traumaperäisen stressihäiriön hoidossa. Laatukriteereiltään hyvissä tutkimuksissa on tutkittu niin traumakeskeistä kuin ei-traumakeskeistäkin kognitiivista käyttäytymispsykoterapiaa (englanniksi Cognitive Behavioural Therapy, CBT. Suomeksi kognitiivis-behavioraalinen terapia, KBT). Myös hypnoosihoidoa, potilasta tukevaa neuvontaa, stressinhallintaan pyrkiviä psykoterapioita ja psykodynaamista psykoterapiaa on tutkittu. (Ponteva 2013.)

Keskimäärin traumakeskeisen psykoterapian on todettu olevan vaikuttavampi kuin traumaan keskittymättömät terapiat. Traumakeskeisen terapian voi toteuttaa myös ryhmäkeskeisenä näissä tapauksissa. Traumakeskeisistä terapioista kognitiivinen käyttäytymispsykoterapia (KBT) ja lyhykestoinen psykoterapian muoto EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) toimivat verrattain hyvin, kun oireet ovat jatkuneet yli kolme kuukautta. (Ponteva 2013.)

EMDR on hoitomenetelmä, joka nopeuttaa stressioireiden poistumista. Traumapsykoterapeutti ja EMDR - työnohjaaja Päivi Saarisen mukaan kontrolloidut tutkimukset erilaisten onnettomuuksien uhreista osoittavat, että EMDR - menetelmää käyttäen saadaan traumaattiset muistot nopeasti pois. Tämä terapiamuoto auttaa kokemaan traumaattisen tapahtuman uudelleen ja siten se vähentää henkilön kokemaa tunneperäistä stressiä, piinaavia ajatuksia, muistoja ja painajaisia. (Saarinen 2015.)

Tutkittu tieto tukee huonosti, vähäisestä määrästäan johtuen, hypnoosin, psykodynaamisen psykoterapian tai tukea antavan neuvonnan käyttöä PTSD - oireiden hoidossa. Tämä ei sulje niiden käyttöä kuitenkaan pois, koska haittaakaan ei ole toteen näytetty. On tärkeää, että stressihäiriöstä kärsivälle tarjotaan vaikuttavia

psykoterapiamuotoja, jos alkuvaiheen arviointivaiheen hoito ei ole riittänyt ja oireet pitkittyvät. (Ponteva 2013.)

2.5.6 Nykyhetkeen keskittyvä psykoterapia

Nykyhetkeen keskittyvää psykoterapiaa (present-centered psychotherapy) on myös käytetty traumaperäisen stressihäiriön hoitamiseen etenkin ryhmäterapian yhtenä keinona. Niissä kiinnitetään huomiota tämänhetkisiin tunteisiin, tarpeisiin ja käyttäytymiseen ja ohjataan ryhmän jäseniä kohti parempaa selviytymistä. Kyseessä on kontrasti traumakeskeiselle psykoterapialle, nämä terapiat lähestyvät ongelmaa eri suunnilta. (Foy, Unger & Wattenberg 2004.)

2.5.7 Työterveyshuolto

Työterveyshuollon merkitys PTSD:n ehkäisyssä korostuu luonnollisesti poliisien, palo- ja pelastusalan ja hoitoalan suunnilla. Myös yksityinen turvallisuusala ja työmaaympäristöt ovat arviolta kohonneiden riskien piirissä sen suhteen, että työntekijät joutuvat useammin traumaattisiin tilanteisiin. Työterveyshuollon tulee olla valmis kartoittamaan hoidon tarvetta, järjestämään tukitoimia ja lääketieteellistä hoitoa tarpeen mukaan. Myös konkreettisen vertaistuen organisointi ja yhdistelminä toteutettavien tukitoimien kohdalla työterveyshuolto voi olla päätekijän asemassa. Aikaisesta puuttumisesta traumaoireisiin on toistaiseksi esimerkiksi poliisityössä hyvin vähän tutkimustietoa. (Haikonen ja Kataja 2004.)

2.6 Suuronnettomuuden aiheuttamat stressihäiriöt

2.6.1 Suuronnettomuuden uhrin

Keskimäärin, kattavan, yli 20 vuoden ajalta kerätyn tutkimustiedon mukaan, PTSD:n esiintyvyys vuoden sisään tapahtuneesta on ollut aikuisilla ensisijaisilla uhreilla muiden ihmisten aiheuttamissa onnettomuuksissa noin 30 - 40 % ja luonnon aiheuttamissa onnettomuuksissa 10 – 30 %. Toissijaisilla uhreilla trauman jälkeisen stressihäiriön esiintyvyys taas on ollut ensimmäisen vuoden aikana 5 - 10 %. Kokonaisuutena 20 – 30 % onnettomuudessa jotenkin osallisena olleista saattaa kärsiä vuoden kuluttua tapahtumasta PTSD – oireista. Tästä ryhmästä noin kolmanneksella oireyhtymä voidaan havaita vielä vuosienkin jälkeen oirekuvan perusteella. Vanhemmista suomalaisista suuronnettomuuksista on vain vähän tilastotietoa. Esimerkiksi Lapuan patruunatehtaan räjähdys (vuonna 1976) uhriperheistä 24 % lapsista ja 26 % aikuisista ohjattiin psykiatriin tutkimuksiin, mutta tulokset tai diagnoosit eivät ole saatavilla olevaa tietoa. (Castrén, Ekman, Martikainen, Sahi ja Söder 2006.)

Kaakkois - Aasian tsunamista takaisin Suomeen evakuoitujen uhrien tarve mielenterveyspalveluihin kasvoi, verrattuna rivikansalaiseen, onnettomuutta seuranneen vuoden aika noin kymmenyksen verran. PTSD:n osuus tästä ryhmästä ei kuitenkaan ole tiedossa. Suuronnettomuuksissa ja niiden jälkipyykeissä psykososiaalisen tuen, palveluiden ja varsinkin vapaaehtoisten auttajien osallisuutta päädytään korostamaan siitä yksinkertaisesta syystä, että ammatillisesti koulutettuja auttajia ei välttämättä ole tarpeeksi tarjolla. Jos tukitoimet laiminlyödään, syntyy enemmän mielenterveyshaittoja kuin jos tukitoimet olisivat vapaaehtoisilla toteutettuja tai

kiireellisesti organisoituja. Psykososiaalisten tukitoimien vaikuttavuutta on tutkittu liian vähän. Käytännön kokemusten mukaan ne on kuitenkin todettu todennäköisesti auttaviksi toimiksi uhreille. (Kuntoutusportti 2012.)

2.6.2 Turvapaikanhakijat, pakolaiset ja kidutetut

Turvapaikanhakijoilla ja pakolaisilla on usein paljon traumaattisia kokemuksia sodasta ja erilaisista vainoista. Väkivaltaisen kuoleman on suomalaisen tutkimuksen mukaan joutunut todistamaan 41 – 57 % pakolaistaustaisista maahantulijoista. PTSD:n esiintyvyys aikuisilla turvapaikanhakijoilla on keskimäärin 11 - 56 % ja aikuisilla pakolaisilla 9 – 31 % kansainvälisten tutkimusten mukaan. Erilaiset kognitiiviset psykoterapiat (traumakeskeinen kognitiivinen käyttäytymispsykoterapia, KBT ja narratiivinen altistusterapia, NET) saattavat vähentää PTSD:n vakavuutta aikuisilla pakolaisilla. Myös tulkin välityksellä annettu psykoterapia on toimivaa. (Castaneda et. al. 2012.)

Kidutuksen tarkoitus on pelon ilmapiirin levittäminen, psykologinen sodankäynti, tiedonkeruu ja puhdas sadismi fyysisen ja psyykkisen kivun muodossa. Kansainväliset sopimukset kieltävät miltei kaiken mahdollisen kidutuksen, mutta silti kidutusta esiintyy noin sadassa eri maassa. Järjestelmällinen kidutus lisää PTSD:n esiintyvyyttä, mutta tilastollinen todistaminen on tässä tapauksessa hankalaa, johtuen vaihtelevien kulttuurien ja mittaustapojen mukaan poliittisten vankien kohdalla. (Palic ja Elklit 2011.)

YK (Yhdistyneet Kansakunnat) kokoaa suosituksia uhrien tutkimisesta ja tietojen kirjaamismuodoista. Kognitiivinen käyttäytymispsykoterapia (kulttuurisensitiivinen psykoterapia ja narratiivinen altistusterapia, NET) saattaa vaikuttaa vähentävät PTSD - oireisiin kidutuksen uhreilla. Luotettavia tutkimustuloksia moniammatillisten yhdistelmähoito-ohjelmien tuloksista ei kuitenkaan ole saatavilla, johtuen olosuhteista, joissa ne pitäisi kerätä, ja muista tutkimushaasteista. (Punamäki 2013.)

Suomalaisille rauhanturvaajille, jotka palvelivat aikavälillä 1969 - 1996 tehtiin PTSS-10 (Post-Traumatic Stress Syndrome-10) - kysymyslomakkeella testi, josta selvisi, että 1,3 %:lla komennuksensa loppuun asti palvelleista ja 2,7 %:lla komennuksensa jostain syystä keskeyttäneistä, oli selkeä diagnosoitavissa oleva PTSD, oireiden kartoituksen ulottuessa kuukauden taaksepäin. Suurin osa näistä rauhanturvaajista yhdisti oireensa kuitenkin stressitapahtumaan, joka oli heidän mukaansa tapahtunut vasta palveluksen jälkeen. Näistä kahdesta PTSD - diagnosoidusta ryhmästä, mielenterveyspalveluita, yleislääkäritasoiset palvelut mukaan luettuna, oli käyttänyt loppuun asti palvelleista 4,4 % ja keskeyttäneistä 8,0 %. Skandinaavisten rauhanturvaajien tilastotietojen valossa PTSD:n esiintyvyys on suomalaisilla rauhanturvaajilla ollut hyvin pieni. Komennuksen päättyessä järjestetyllä jälkipuinnilla, debriefingillä, ei vaikuttanut olevan oikeastaan mitään tekemistä PTSD:n toissijaisessa estämisessä. Lyhyellä interventiolla komennuksen päättyttyä on kuitenkin katsottu olevan mahdollisuus vähentää myöhempiä psyykkisiä oireita, jos vastaanottaja jatkaa samoissa tai samantyyllisissä työtehtävissä eikä interventio myöskään lisää stressioireita. Kriisinhallintatehtävissä nopea reagointi hoidon ja tuen tarpeeseen on koettu tärkeäksi purkukeskustelujen ja tarvittaessa pidemmänkin keskustelutuen muodossa. Myös palveluksen päättyttyä tulisi olla mahdollisuus saada terapiapalveluita tai tukipalvelua henkilöltä, joka tuntisi palveluolosuhteet mahdollisimman hyvin. Samalla läheisten hoitotuki tulisi huomioida.

Palveluksen aikana on mahdollista joutua tilanteeseen, jossa ammattiapua ei ole omalla äidinkielellä saatavilla. Tunteista ja oireista pitäisi saada kertoa omalla kielellään. (Käypä Hoito 2009.)

2.7 Kuntoutustarpeen ja työkyvyn arviointi

2.7.1 Yleisiä näkökohtia

Psykososiaalisen ja lääketieteellisen kuntouttamisen tehosta ei ole vahvaa tutkimusnäyttöä. Kuntoutuksen sekä hoidon ajoitus on PTSD:n kohdalla joustava ja vaikeasti määriteltävä, mutta terapioiden lyhytkestoisuuden takia saattaa olla aiheellista tehdä kuntoutussuunnitelma kolmen kuukauden sisällä siitä, kun PTSD:n oireet ilmenevät. Psykososiaaliseen kuntoutukseen voi psykososiaalisen tuen lisäksi kuulua sopeutumisvalmennus, erityiset perhetukijärjestelyt ja ammatillinen kuntoutus, jos traumaperäiseen stressihäiriöön liittyvä välttämiskäyttäytyminen työtehtävissä ei parane. Kuntoutuksen toteuttamisessa seurataan kuntouttamisen normaaleja periaatteita, koska PTSD:hen kohdistuvaa spesifistä kuntoutusta ei ole yleisesti saatavilla. (Pirkola 2016.)

2.7.2 Vakuutuslääketieteellisiä kysymyksiä

Yksinkertainen akuutti stressireaktio edellyttää yleensä korkeintaan parin päivän sairausloman. Akuutissa stressihäiriössä työkyky heikkenee oireiden keston ajaksi, mutta ei useimmiten edellytä pitkiä sairauslomia. Arkeen ja töihin palaaminen on osa häiriöstä toipumista. Voimakkaasti oireileva PTSD voi vähentää työkykyä merkittävästi, jolloin sairausloma saattaa olla erityisterapian aikana pakollista. Näissäkin tapauksissa työhön paluuseen tukeminen on kuitenkin hoidollisesti merkittävässä asemassa. Potilaan rahalliset korvaukset olisi hyvä kohdistaa hoitoihin, kertaluonteisten korvausten sijaan. (Henriksson & Lönnqvist 2013.)

Monihäiriötilanteessa työkyvyn takaisin saaminen on monimutkaisempaa, koska tietyn häiriön hoito saattaa riippua toisen häiriön hoidon onnistumisesta. Lausunnoissa tulee olla kaikki potilaan sairaudet ja kanta siitä, kuinka nämä vaikuttavat potilaan työkykyyn ja miten, ja kuinka todennäköisesti ne ovat syy-yhteydessä traumatisoineeseen kokemukseen. PTSD:n diagnoosin kriteerien tulee täytyä lausunnoissa, jotta korvattavuus toteutuu. Trauman aiheuttaneen tapahtuman tulee olla poikkeukselliseksi määriteltävä. (Käypä hoito 2009.)

2.7.3 Suuronnettomuuskokemusten kuntoutus

Suomessa on järjestetty kunnallinen pelastus- ja terveystalvetoiminta niin, että sillä on lakisääteinen velvoite organisoida kriisiapua eli ns. psykososiaalista tukea niin ensisijaisille uhreille kuin toissijaisille kokijoillekin dramaattisen tapahtuman sattuessa. Lehdissä lukeekin usein, että uhreille on järjestetty kriisiapua. Helsingin Sanomien arkistojen mukaan vuodesta 1990 lähtien on ollut yhtenä 608 artikkelia, joissa kriisiapu mainitaan. Keskimäärin on siis 30 mainintaa vuodessa. Määrä on ollut vuosikohtaisesti hyvin tasainen lukuunottamatta vuoden 2005 piikkiä, koska loppuvuodesta 2004 tapahtui Aasiassa tsunami, joka kosketti myös suomalaisia. Tämä aiheutti vuodelle 2005

yli sata kriisiapuartikkelia ja vuoden 2004 puolellekin jäi kymmenkunta mainintaa. (Kuntoutusportti 2016.)

Molemmat, sekä terveydenhuoltolaki että pelastuslaki, ovat hiljattain päivittyneet. Terveydenhuoltolaissa määritetään yhtenä osana mielenterveystyötä kaupungin tai kunnan vastuu hoitaa ”yksilön ja yhteisön psykososiaalisen tuen yhteensovittaminen äkillisissä järkyttävissä tilanteissa”. Lisäksi määrätään, että kaupungin tai kunnan on organisoitava tarpeen mukaiset ”mielenterveyspalvelut, joilla tarkoitetaan mielenterveydenhäiriöiden tutkimusta, hoitoa ja lääkinnällistä kuntoutusta”. (Terveydenhuoltolaki 2010.)

Uuden pelastuslain pykälät taas sanovat, että ”sosiaali- ja terveysviranomaiset ja hallinnonalan laitokset vastaavat niitä koskeissa säädöksissä määrätyn työnjaon mukaisesti ensihoitopalvelun järjestämisestä sekä psykososiaalisen tuen palveluista ja onnettomuuden johdosta hätään joutuneiden huollosta ja majoituksesta”. (Pelastuslaki 2011.)

Laki määrittää myös suuronnettomuuden kriteerit, jotka ovat sanallisesti seuraavat: ”(onnettomuus) on kuolleiden tai loukkaantuneiden taikka ympäristöön tai omaisuuteen kohdistuneiden vahinkojen määrän taikka onnettomuuden laadun perusteella pidettävä erityisen vakavana” (Pelastuslaki 2011). Viranomaiset ovat tulkintoineen avainasemassa sen suhteen, mitä kunnallisia palveluita laitetaan käytäntöön milloin minkäkinlaisen onnettomuuden seurauksena. Myöhemmin myös julkisuustekijät ja uutisointi määrittävät ja värittävät onnettomuuden määritelmää ja täten myös jälkihoitoa kohtaan suunnattujen resurssien mitoitusta. (Kuntoutusportti 2016.)

Yksi suuronnettomuuksien ristiriitaisuuksista on ns. kriisiavun järjestäminen, vaikka tarvetta ei välttämättä olisikaan tai se olisi hyvin pientä. Tilanne vaatii toimenpiteisiin ryhtymistä, ennen kuin uhreja ja kärsijöitä voidaan kartoittaa kunnolla. Trauman jälkeinen stressihäiriö tai post-traumaattinen stressihäiriö (PTSD) on ahdistuneisuushäiriö, joka nimenomaan saattaa kehittyä tällaisten suuronnettomuuksien seurauksena, mutta varsinaisesti trauma ja sen jälkeinen aika on suuronnettomuuksien tapauksissa ulkopuolelta tuleva määritelmä, jonka tekevät viranomaiset paikan päällä ja seuraavien lähipäivien kuluessa. Uhri ei välttämättä tarvitse määritelmää eikä trauma – diagnoosin saaneita edes riittävästi kartoiteta. Palveluita ja hoitoja järjestetään, vaikka tarvetta ei olisikaan, koska tilanne on luokiteltu yleisten normien mukaan vakavaksi. Oireiden ilmaantumisesta ei jäädä tilanteen vakavuuden takia odottamaan. Tällöin myös ihmiset, jotka eivät hoitoa tarvitse, saattavat sitä saada. Periaatteessa ongelma on pieni, mutta tutkimustieto turhan hoidon haitoista ja korrelaatioista mahdollisen oireen syntymiseen, sen sijaan että saisi vain toipua rauhassa, on vähäistä. Pahimmillaan voidaan pitää mahdollisena, että puoliväkisin tuputettu hoito voi, varsinkin kiireessä toteutettuna, aiheuttaa enemmän haittaa kuin hyötyä vastaanottajalleen. (Kuntoutusportti 2016.)

Suomessa suuronnettomuuksien kriisivalmiuteen valtion ja kunnan taholta ovat vaikuttaneet vuosikymmenten mittaan saadut kokemukset erilaisista suuronnettomuuksista. On ollut liikenneturmia (esim. Konginkangas), kouluampumisia (Jokela, Kauhajoki), pommi-isku (Myyrmäen ostoskeskuksen räjähdys), Estonian uppoaminen, Kaakkois-Aasian tsunami ja jopa syyskuun 11. päivän iskut USA:ssa

koskettivat suomalaisia ja kehittivät kriisiapuorganisaatioiden valmiutta toimia. (Kuntoutusportti 2016.)

3 Kirjallisuuskatsauksen toteutus

3.1 Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyönä toteutettavan kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on kuvata tutkitun tiedon näkökulmasta trauman jälkeisten oireiden pitkittymisen ehkäisyyn vaikuttavia tekijöitä. Tavoitteena on tuottaa tietopaketti aiheesta. Oireiden ennaltaehkäisystä ja hoidosta ei vallitse vahvaa konsensusta. Toisenlaiseen toimintaan tarkoitettavat tavat ovat levinneet uhrien auttamisen puolelle ja luovat tutkimusten mukaan osin virheellisen kuvan trauman jälkeisen hoidon toimivuudesta ja riittävydestä. Kirjallisuuskatsaus käy läpi usean tutkimuksen lopputulokset ja avaa aiheen laajemmin pohdittavaksi ja kartoitettavaksi. Kirjallisuuskatsauksen toteuttamiseksi kysymykset määriteltiin näin:

1. Miten traumaperäisen stressihäiriön syntyminen ehkäistään?
2. Millaisia hoitokeinoja traumaperäisessä stressihäiriössä käytetään?

Ensimmäisen kysymyksen avulla hahmotetaan traumaperäisen stressihäiriön syntyä ja sen ehkäisyä. Keinot ovat länsimaissa globaalisesti varsin samankaltaiset ja samoihin oppeihin perustuvia, samoin hoidot, kuten toisen kysymyksen vastauksista selviää. Kysymyksenasettelu onkin enemmän kirjallisuuskatsauksen tekijän halua pohtia aihetta lähteiden tukemana. Opinnäytetyön tekijä pitää tärkeänä käydä läpi syitä, miksi hoitoalalla päädytään käyttämään tehottomia tai jopa haitallisia keinoja ilman, että niitä asianmukaisesti tutkitaan tai testataan etukäteen.

3.2 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus on akateemisten töiden, tutkimusten, artikkeleiden, kirjojen ja papereiden kokonaisuuden tutkimista. Samasta aiheesta valituilla kriteereillä kokoon kerätyt tiedot kootaan yhteen ja analysoidaan valitun metodin mukaan, joka voi olla systemaattinen, meta-analyttinen, narratiivinen tai kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Tarkoituksena on vastata runsaan tiedon myötä aiheesta esitettyihin tutkimuskysymyksiin, käyttäen suurehkoa määrää jo kerättyä tietoa hyväksi. (Johansson 2007.)

Tämä opinnäytetyö tehdään kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kyseistä metodologia voidaan käyttää omana irrallisena katsaustapanaan tai alustavana, lisää tutkimuskohteita avaavana metodina, josta jatketaan systemaattisemman katsauksen avulla. Kuvaileva katsaus jakautuu usein integroivaan ja narratiiviseen tapaan työstää tietoa. Kuvaileva, narratiivinen kirjallisuuskatsaus, joka on tämän katsauksen valittu tapa, tarjoaa laajemman kuvan käsiteltävästä aiheesta, menemättä muiden katsausten tapaan syvemmälle informaation yksityiskohtiin. Kuvailevaa, narratiivista kirjallisuuskatsausta pidetään metodisesti kevyempänä kirjallisuuskatsauksen muotona ja sen voi vielä halutessaan jakaa kolmeen eri alaan; toimitukselliseen, kommentoivaan

tai yleiskatsaukseen. Tämä työ kuuluu toimituksellisen ja kommentoivan välimaastoon. Tarkoitus on herättää ajatuksia ja luoda kuva aiheesta, josta kerätty aineisto on toistaiseksi kohtuullisen suppea ja vailla yksiselitteisiä tuloksia. (Johansson 2007).

3.3 Sisällön erittely

Tämän kirjallisuuskatsauksen sisällön erittely toteutetaan teemoittelemalla. Teemoina käytetään tutkimuskysymyksiä. Nämä muodostavat teemoiksi siis PTSD:n syntymisen ehkäisyn ja jos PTSD pääsee syntymään, sen hoitokeinot. Kolmanneksi teemaksi muodostuu vastakkainasettelu, koska tutkitut kirjalliset lähteet ja kerätty teoretietoa tarjoavat osin ristiriitaisia tietoja toisiinsa verraten. Ristiriitojen alle teemoiteltujen sitaattien ja löydösten ei tarvitse olla täysin vastakkaisia, vaan riittävä poikkeavuus saman aiheen sisällä lopputuloksesta tarjoaa mahdollisuuden tuoda esiin aiheesta tehtyjen tutkimusten poikkeavuuksia ja kuvaa omalta osaltaan myös sitä, kuinka paljon on vielä tehtävää ennen kuin tieteellisesti voimme oikeasti sanoa ymmärtävämmme stressihäiriöiden syntymekanismia. (Latvala & Vanhala 2001.)

Teemat sisällön erittelyä varten ovat löytyneet lukemalla lähdemateriaalia. Osin tämä prosessi on ollut käänteinen, sillä materiaalista on löytynyt hoito- ja ehkäisykeinoja, joiden toimivuuden tieteellinen näyttö on hyvin puutteellinen, joten nämä ovat käänteellisesti päätyneet tutkimuskysymysten teemojen alle ja osin täydentäneet ristiriitojen teemaa. (Latvala & Vanhala 2001.)

Teemoittelu on valittu kirjallisuuskatsauksen sisällön erittelyn tavaksi kahdesta syystä. Ensimmäinen on tutkittavan materiaalin monimuotoisuus. Valitut materiaalit on koottu puhtaasti aiheen ja luotettavuuden mukaan, ei rakenteen, joten niiden vertaaminen keskenään on epämielikästä ja hedelmätöntä. Teemoittelu asettaa materiaalit paremmin samalle viivalle. Toinen syy on kevyesti päällekkäinen ensimmäisen kanssa, eli joustavuus. Teemoittelulla on haluttu saavuttaa mahdollisuus käsitellä materiaalia vapaammin niin sen keräämisvaiheessa kuin sitä analysoidessakin. Tehdä mielenkiintoisia nostoja materiaalista ja tarjota enemmänkin lähtökohtia kriittiselle ajattelulle kuin valmiita ratkaisuja. Teemoittelu on mahdollistanut paremmin pohdintojen, jatkokysymysten ja jatkotutkimusehdotuksien löytämisen, niin tekijälle kuin lukijallekin.

3.4 Aiheen rajaus

Aineiston hyväksymiskriteerit määriteltiin koehakujen perusteella. Samalla koehaut loivat tutkimuskysymykset ja ohjasivat työn tarkoituksen kohdentumista. Ensimmäinen tutkimuskysymys pysyi koko ajan samana, mutta toinen tarkentui materiaalin mukaan ennen lopullisia hakuja ja se esitti mielenkiintoisen dilemman, kuinka auttamiskeinot on otettu käyttöön maailmanlaajuisesti, vaikka niiden toimivuutta ei ole perusteellisesti testattu. Aineiston tuli koostua lääketieteellisistä julkaisuista ja käsitellä traumaperäistä stressihäiriötä tai kriisien jälkeistä psykologista ensiapua ja jälkihoitoa. Sisänoton ja poissulun kriteerit olivat seuraavat:

Sisäänottokriteerit:

- Tutkimuksen tai artikkelin tulee koskea traumaperäisen stressihäiriön hoitoa ja/tai kriisien jälkeistä psykologista ensiapua ja/tai jälkihoitoa.

- Aineiston tulee koostua lääke- tai hoitotieteellisistä tutkimuksista tai artikkeleista.
- Kerätyn aineiston tulee vastata tai sivuta ainakin toista esitetystä tutkimuskysymyksistä.
- Aineiston tulee koskea kriisin uhreja, ei ammattiauttajia.
- Aineiston tulee koskea aikuisia.
- Aineiston tulee olla julkaistu vuosina 2000 - 2016.
- Aineiston kieli tulee olla suomi tai englanti.

Poissulkukriteerit:

- Tutkimukset tai artikkelit, jotka eivät koske traumaperäistä stressihäiriötä ja/tai kriisin jälkeistä hoitoa.
- Tutkimus tai artikkeli koskee muita kuin aikuisia uhreja.
- Maksulliset tietokannat.
- Tutkimukset tai artikkelit, joiden kieli on muu kuin suomi tai englanti.

3.5 Kirjallisuuden hakeminen

Kirjallisuutta haettiin opinnäytetyöhön pääasiassa kahdesta suuresta tietokannasta; Medicistä ja EBSCOhostista. Näistä Medicistä etsittiin suomenkielisiä tutkimuksia ja EBSCOhostista englanninkielisiä. EBSCOhostista löytyi yhteensä yhdeksän tutkimusta, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin tai sivusivat niitä merkittävällä tavalla lisäten kirjalliseen pohdintaan materiaalia.

Haut suoritettiin syksyllä 2016 Nelli -portaalin oikeuksien kautta. Hakusanoina käytettiin kokonaisuksia, kuten "crisis mental first aid", "crisis debriefing catastrophe", "mental debriefing after crisis", "critical incident stress debriefing" ja "psychological debriefing for preventing PTSD". Yksittäisiä sanoja ja lyhyempiä kokonaisuksia kokeiltiin niin EBSCOhostissa kuin Medicissäkin (Taulukko 6). Suurimmaksi esteeksi muodostui kokonaisen tekstin saatavuus aiheesta. Tämä rajoitti jonkin verran tutkimuksen materiaalin laatua ja laajuutta. (Tähtinen 2007.)

Tietokanta	Hakusanat	Tulos	Valinnat	Hyväksytyt
EBSCOhost*	Crisis mental first aid	81	0	0
EBSCOhost*	Crisis debriefing catastrophe	1	0	0
EBSCOhost*	Mental debriefing after crisis	17	4	4
EBSCOhost*	Critical Incident Stress Debriefing	215	5	5
EBSCOhost*	Psychological debriefing for preventing PTSD	2	2	2

Taulukko 6: Käytetyt hakusanat ja tulokset *2000-2016, full text, academic journal

Tutkimuksessa on lisäksi käytetty internetistä yleisesti löytyviä tutkimustuloksia osittain varsinaisessa hakumenettelyssä saavutettujen tulosten kapea-alaisuuden ja suomenkielisten tutkimusten vähäisyyden takia. Vapaa internet - haku tuotti muutaman

lisätutkimuksen opinnäytetyön käyttöön. Itse artikkelit käytiin läpi lukemalla niiden tiivistelmät ja avainsanat lävitse. Osasta sopivuus tai epäsopivuus kirjallisuuskatsaukseen kävi ilmi vasta lukemalla koko teksti. Muutama jätettiin katsauksen ulkopuolelle, koska julkaisuvuodesta huolimatta ne käsittelivät yksinomaan vuosikymmeniä vanhoja asioita, jotka olivat liian vanhoja tämän kirjallisuuskatsauksen käyttöön. Tutkitut tutkimukset ja artikkelit on listattu taulukossa 7 liitteissä.

4 Tulokset

4.1 Ennaltaehkäisy

Traumaattisia kokemuksia ovat mm. vakava auto-onnettomuus, tieto omaa henkeä uhkaavasta sairaudesta, joutuminen väkivallan kohteeksi (ryöstö, raiskaus, pahoinpitely), luonnonkatastrofi, panttivankeus, kidutus, haavoittuminen sodassa jne. Traumaperäisen stressireaktion kehittyminen ei välttämättä edellytä kokemusta omasta hengenvaarasta, vaan myös toiseen ihmiseen kohdistuvan traumaattisen kokemuksen näkeminen tai tieto läheisen tai tuttavien henkeä uhkaavasta äkillisestä onnettomuudesta voi olla traumaperäisen stressireaktion taustalla. (McNally, Bryant ja Ehlers 2003.)

Traumaattisten tilanteiden uhrien enemmistön psyykkistä ennustetta parantanevat eniten jo alusta alkaen tehokkaasti järjestetty laaja-alainen psykososiaalinen tuki ja siihen liittyvät palvelut. Altistusta sisältävä kognitiivinen lyhyt käyttäytymispsykoterapia saattaa vähentää traumaperäisen stressihäiriön ilmaantumista. (Wahlbeck 2014.)

Kertaistuntona toteutettava psykologinen jälkipuinti ei ehkäise traumaperäistä stressihäiriötä. Hoidon kannalta se on myös riittämätön ja saattaa johtaa stressioireiden lisääntymiseen. Traumaperäisen stressihäiriön oireiden kehittymisen estämiseksi tai lievittämiseksi on tärkeää, että trauman tapahduttua eri toimenpiteillä pyritään tilanteen rauhoittamiseen ja turvallisuuden tunteen lisäämiseen. Välittömästi trauman jälkeen lepo, konkreettinen apu ja mahdollisten fyysisten vammojen hoito on tärkeintä. Tapahtumien selkeyttävä jäsentäminen vähentää sen herättämää ahdistuneisuutta, mutta yksityiskohtaisemmat keskustelut trauman herättämisestä ahdistavista tunteista saattaa olla viisasta jättää myöhäisemmäksi, varsinkin jos akuutissa vaiheessa luonnostaan ilmenevät oireet eivät ala lievittyä. Joillakin ihmisillä heti onnettomuuden jälkeen tapahtuva yksityiskohtaisempi jälkipuinti saattaa jopa lisätä traumaperäisen stressihäiriön kehittymisen riskiä. (Deahl 2000.)

Traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivän ja hänen läheistensä on tärkeä ymmärtää, että oireet eivät ole tahdonalaisia ja että ne ovat tietyllä lailla luonnollisia mielen ja elimistön reaktioita elämää tai ruumiillista koskemattomuutta uhanneeseen tapahtumaan. Noin puolella oireet lievittyvät ja häviävät muutamassa kuukaudessa itsestään. Rauhallinen ja ymmärtävä suhde oireiden ilmenemiseen ja jatkumiseen vähentää sosiaalisen eristäytymisen ja vieraantumisen vaaraa. Erilaiset rentoutusharjoitukset ja säännöllinen kuntoilu saattavat nopeuttaa oireiden häviämistä. Traumasta muistuttavien tilanteiden kohtaamisen harjoittelu tulee tapahtua asteittain

samaan tapaan kuin muissakin sosiaalisten tilanteiden peloissa. Rauhallinen keskustelu traumasta ja sen synnyttämien oireiden itsepäisyydestä edesauttaa oireista toipumista, mutta keskustelun ja ahdistavien tilanteiden kohtaamisen harjoittelun tulee tapahtua patistamatta ja oireista kärsivän tahdissa. (Johnstone 2007.)

4.2 Hoitokeinot

Läpikäytyjen tutkimusten perusteella hoitokeinoina käytetään lyhytkestoista psykologista jälkipuintia ja sen perusteella tai erillisenä toimena psykoterapiaa, eli kognitiivis-behavioraalista terapiaa (KBT). Aikaisessa vaiheessa toteutettu kertaluonteinen jälkipuinti on myös pääasiallinen hoitoreaktio maailmalla keskimäärin. (Harvard Mental Health Letter 2003.)

Psykologisesta jälkipuinnista (Psychological debriefing) on monia käsityksiä ja sitä on montaa lajia. Monet niistä eivät lainkaan kohtaa kertaistuntona toteutettavaa jälkipuintia (Critical Incident Stress Debriefing, CISD) (Mitchell 2003).

Kertaistuntona toteutettavaa jälkipuintia (Critical Incident Stress Debriefing, CISD) on erityinen, seitsenkohtainen pienissä ryhmissä annettava tukiterapia kriisin aikana. Se on yksi niistä terapioista, jotka sisältyvät lyhytaikaiseen psykologiseen avustamisprosessiin (Critical Incident Stress Management, CISM). CISD - lyhytterapia ei sisällä edes osia psykoterapiasta eikä sitä pitäisi koskaan käyttää varsinaisen psykoterapian korvikkeena. Se on tukea antava, kriisiin keskittyvä keskusteluterapia, jota käytetään ensihoitona vakavan trauman jälkeen. Se kehitettiin alun perin pieniä, saman kokoneista ihmisistä muodostuvia ryhmiä varten. Sen tarkoitus on vähentää stressiä ja parantaa ryhmään kuuluvien ihmisten toimintakykyä ja ryhmän yhtenäisyyttä. (Mitchell 2003.)

Kertaluonteista jälkipuintia voi parhaiten kuvailla psykokasvatuksellisena ryhmäprosessina. Se on tarinankerrontaprosessi, joka on yhdistetty käytännön tietoon ja jolla pyritään normalisoimaan ryhmän jäsenten reaktioita kriittisen tapahtuman jälkeen ja edistämään siitä toipumista. Lyhytkestoista jälkipuintia voidaan käyttää vain vahvoja reaktioita nostattavien traumaattisten kokemusten jälkeen silloin kun kysymyksessä on saman kokenut ryhmä. Se tarkoittaa, että jotain sellaista pahaa on tapahtunut, joka ylittää ryhmän jäsenten normaalit selviytymiskeinot, ja ryhmän jäsenet kärsivät ahdistuksesta, vammasta ja toimintahäiriöstä. (Mitchell 2003.)

Kertaistuntona toteutettavan psykologisen jälkipuinnin kehitti psykiatri Jeffrey T. Mitchell vuonna 1974 niiden ensihoitajien, palomiesten ja viranomaisten käyttöön, jotka olivat kokeneet yhdessä jonkin erityisen vaikean tapahtuman. Ensimmäinen tieteellinen artikkeli CISDistä ilmestyi vuonna 1983 Journal of Emergency Medical Servicesissä. Sittemmin CISD on levinnyt myös muiden vakavasta traumasta kärsivien käyttöön ja siitä onkin tullut suosituin menetelmä kaikenlaisten traumojen ensihoidossa. (Deahl 2000.)

4.3 Kriittisiä arvioita

Joissakin tutkimuksissa ja kirjoituksissa on asetettu kyseenalaiseksi traumaperäisen stressihäiriön ennaltaehkäisy lyhyen keskusteluterapian (psychological debriefing) avulla. On havaittu, että yleisesti käytetty tapa houkuttaa trauman kokeneet puhumaan kauhistuttavasta tapahtumasta jälkeensä tai keskustelemaan siitä, saattaa olla

tehoton tai jopa pahentaa traumaperäisen stressihäiriön syntyä (Harvard mental health letter 2003). Kognitiivinen psykoterapia ja lääkehoito sen sijaan saattavat ehkäistä tulevia ongelmia.

Kertaistuntona toteutettava psykologinen jälkipuinti (Critical Incident Stress Debriefing) on muodostunut monissa hoitoyksiköissä rutiiniksi. Menetelmä kehitettiin alun perin palomiesten ja sotilaiden traumaperäisen stressihäiriön ennaltaehkäisyyn, mutta sen käyttö on levinnyt myös muille alueille. Usein se on ainoa psykologinen apu, jota voidaan tarjota trauman jälkeen. Sen tarkoitus on vähentää välitöntä stressiä, estää traumaperäistä stressihäiriötä ja pystyä erottelemaan ne potilaat, jotka tarvitsevat psyykkistä jatkohoitoa. (Deahl 2000.)

Kertaluontoisen psykologisen jälkipuinnin tarkoitus on saada trauman kokenut puhumaan tunteistaan ja peloistaan ja osoittaa hänelle, että hänen tunteensa ja pelkonsa ovat aivan normaaleja vakavan trauman jälkeen. Näin uskotaan voitavan välttää traumaperäisen stressihäiriön myöhempiä oireita. (Deahl 2000.)

Tutkimuksissa on osoitettu se, mikä on kokemuseräisesti tiedetty jo jonkin aikaa, että kertaluontoinen psykologinen jälkipuinti ei varsinkaan yksinään toimi eikä riitä. Yhdessätoista (11) tutkimuksessa on verrattu 2 000 potilaan saamaa lyhytterapiaa pitempiketoisiin hoitomuotoihin (Rose S. et al. 2003). Kolmessa (3) tutkimuksessa kertaluonteinen psykologinen jälkipuinti oli muita hoitoja tehokkaampaa, kuudessa (6) tutkimuksessa ei löytynyt eroja ja kahdessa (2) tulos oli huonompi. Seuranta-aika oli kolme kuukautta, pitemmältä ajalta ei saatu tuloksia.

On esitetty näkemys, että kaikki eivät ole valmiita kertaluonteiseen psykologiseen jälkipuintiin, vaan heidän pelkonsa ja traumaan liittyvät tunteensa saattavat nousta vielä enemmän pintaan. Joillekin trauman kokeneille sopii paremmin se, että he käsittelevät ahdistuksiaan ja traumaan liittyviä tunteita kaikessa rauhassa oman jaksamisensa mukaan. (Harvard Mental Health Letter 2003.)

Kognitiivisesta psykoterapiasta saattaa olla enemmän apua. Tosin on myös tutkimuksia, joissa sen teho on ollut sama kuin ei minkäänlaisen terapian tai samantasoinen kuin pitkäkestoisen tavanomaisen keskusteluterapian kerran viikossa pitkäköön aikaa (Ehlers ja Clark 2003). Tutkimuksessa seurattiin potilaita neljän vuoden ajan.

Osa tutkijoista on sitä mieltä, että suurissa katastrofeissa uhreja pitää jopa suojella niiltä henkilöiltä, jotka haluavat tarjota heille apuaan. Apua tarjoavan hoitohenkilökunnan laatua pitäisi valvoa ja koulutusta pitäisi lisätä. Psyykkistä apua antavien ammattilaisten tulisi olla hyvin perillä traumaattisen tapahtuman vaikutuksista ja heidän tulisi pystyä säilyttämään inhimillinen ja osaaottava lähestymistapa. Sellaiset järkyttävät tapahtumat kuin Columbinen kouluampuminen, Turkin tuhansia ihmisiä vaatinut maanjäristys ja Kosovon sota ovat aikanaan muokanneet käsitystä välttämättömän ja välittömän psyykkisen avun tarpeesta, johon sekä julkisen että yksityisen sektorin täytyy osallistua. (Wilson et al. 2000.)

CISD:n (Critical Incident Stress Debriefing) kehittäjän käsitys esimerkiksi New Yorkin syyskuun 11. päivän terroriteon kriisihoidosta on päinvastainen kuin monien muiden tutkijoiden. Professori Mitchellin tietojen mukaan ryhmä, joka sai tapahtuman jälkeen

kertaluonteista lyhytaikaista psykologista jälkipuintia, selvisi terroriteosta paremmin kuin muut. Ryhmän alkoholinkäyttö esimerkiksi on pienempi, kiihkoa, samoin kuin muita PTSD - oireita on vähemmän ja myös masennusta on vähemmän niiden joukossa, jotka ovat saaneet CISM – palveluita (Critical Incident Stress Management) kuin niillä, jotka eivät ole saaneet minkäänlaista psykologista apua. (Richards 2001.)

4.4 Hoidon tehoa vaikea mitata

Laajassa amerikkalaisessa kirjallisuuskatsauksessa (Arendt ja Elklit 2001) on koottu yksityiskohtaiset tiedot 25 tutkimuksesta, lisäksi on käyty läpi 42 tutkimusta. Yhteenvedossa kirjoittajat toteavat, ettei traumaattisten tapahtumien psykologinen jälkipuinti (psychological debriefing, PD) estä esimerkiksi traumaperäisen stressihäiriön kehittymistä tai vähennä traumaattista stressiä, vaikkakin jälkipuinnin kohteet saattavat tuntea helpotusta traumaattisen kokemuksen läpikäymisestä. Perinteisiin hoitoihin, kuten ryhmäterapiaan, verrattuna hoidon tulokset ovat vähäisiä ja vähintäänkin ongelmallisia.

Monista kielteisistä tutkimuslöydöksistä ja epävarmoiksi todetuista tuloksista huolimatta kertaluontoinen psykologinen jälkipuinti on hallitseva hoitomuoto traumaattisten tapahtumien jälkeen. Tutkijat mainitsevat seitsemän (7) laajaa tutkimusta, joista viidessä (5) suhtauduttiin kriittisesti lyhytkestoiseen ja kertaluontoiseen psykologiseen jälkipuintiin. Tarkastelukohteet valittiin 29 tutkimuksen joukosta, pois suljettiin 22 tutkimusta, joissa oli ollut useampi kuin yksi hoitokerta (3 tutkimusta), seurantajakso oli enemmän kuin kuukausi (6 tutkimusta), tutkimus liittyi yksinomaan lääkintään (1 tutkimus), hoidon tehoa ei ollut mitattu (9 tutkimusta) tai tulosten mittaaminen ei ollut verrannollista (3 tutkimusta). (Emmerik et al. 2002.)

4.5 Esimerkkejä PTSD:n ehkäisystä

4.5.1 Balin terrori-iskujen opetukset – hoidon esimerkki

Suuronnettomuudet ja vakavat traumat, kuten pommitukset, ovat muuttaneet käsityksiä trauman jälkeisestä stressioireistosta. Näin tapahtui esimerkiksi Royal Darwinin sairaalassa Australiassa Balin terroriteon jälkeen vuonna 2002. Itsemurhapommittajan tekemässä terroriteossa kuoli 202 ihmistä, joista 88 oli australialaisia. Sadat muut loukkaantuivat ja saivat pahoja vammoja. Hoitohenkilökunnalla ei ollut aikaisempaa kokemusta suuronnettomuuksista tai terroriteoista. Fyysisten vammojen hoitamisen lisäksi sairaalassa ymmärrettiin pian, että tarvittaisiin myös psyykkistä kuntoutusta. Psykiatri ohjasi hoitohenkilökuntaa käsittelemään trauman jälkeistä ongelmistoa ja opetti seuraamaan mahdollisesti myöhemmin ilmeneviä oireita, jotta niihin voitaisiin puuttua ajoissa. Sairaalaan perustettiin osa-aikainen virka kolmelle psykiatrille ja muodostettiin konsultaatioryhmä, joka olisi koska tahansa valmis auttamaan uusien traumojen hoidossa. (Guscott et al. 2007.)

Trauman hoitoon keskittynyttä kansallista ryhmää on alusta asti johtanut professori Beverley Raphael. Hän on kirjoittanut kirjan Traumanhoidon psyykinen käsikirja. Australian valmius traumaperäisen stressihäiriön käsittelemiseen ja hoitamiseen on nykyään hyvällä tasolla, mikä on nähty mm. Intian valtameren tsunamin yhteydessä 2004 ja hirmumyrsky Ingridin koettellessa Australian eteläosia. (Guscott et al. 2007.)

Toisen itsemurhapommittajan iskiessä Balilla vuonna 2005 valmius terroriteon psyykkiseen käsittelemiseen oli huomattavasti parempi kuin kolme vuotta aikaisemmin. Terroriteossa kuoli 20 ihmistä ja 129 haavoittui. Kuolleista neljä ja haavoittuneista 19 oli australialaisia. Haavoittuneiden psyykkisestä ensihoidosta vastasi kaksi kokenutta psykiatrista sairaanhoitajaa, jotka päivystivät puhelimesta vuorokauden ympäri ja olivat heti paikalla ensimmäisten traumapotilaiden tullessa sairaalaan. (Guscott et al. 2007.)

Traumaperäisen stressihäiriön oireet ilmenivät monin tavoin. Suurin osa potilaista oli pommin jälkeen lähes kuuroja, mutta silti he kuulivat terroriteon äänet vaikka ympärillä olisi ollut hiljaista. Isku tapahtui ruoka-aikaan ja monilla potilailla oli vaikeuksia syödä samaan aikaan tai syödä ylipäätään. Pommi-iskusta selvinneille oli yleistä itsensä vieraaksi tunteminen, persoonallisuuden jakautuminen, epäuskoisuus, viha ja kontrolliongelmät. Jotkut puhuivat kivuista, joita he olisivat voineet kokea, useat surivat joko todellisia tai kuviteltuja menetyksiään ja sitä, mitä vielä pahempaa olisi voinut sattua. (Guscott et al. 2007.)

Kaikkia potilaita tuettiin käsittelemään tuntemuksiaan ja antamaan kauhulle ja epätoivolle todelliset kasvot. Kun potilaat saivat vapaasti puhua pahasta olostaan ja peloistaan, heidän itseluottamuksensa parani, puheensa vapautui ja epätoivo väheni. Myös pelot tuntuivat pienemmiltä. (Guscott et al. 2007.)

Australian esimerkin mukaan henkilökunnan oikeanlainen osallistuminen ja välitön läsnäolo vähentävät trauman jälkeisiä stressioireita. Balin ensimmäisen itsemurhapommin jälkeen hoitohenkilökunnan valmiudet potilaiden psyykkiseen kohtaamiseen olivat paljon heikommät kuin toisen, kolmen vuoden päästä tulleen iskun jälkeen. Darwinin sairaalan kokemusten mukaan suuronnettomuuksissa psyykkistä apua pitää olla saatavissa heti ja kaikkien sairaalaan tuotujen on päästävä siitä osalliseksi. (Guscott et al. 2007.)

Tutkimuksessa on seurattu terroriteon ja suuronnettomuuden ensimmäisten tuntien tapahtumia ja nopean puuttumisen merkitystä potilaille. Pitkäaikaisseuranta puuttuu. Traumaperäisen stressihäiriön kehittymisestä ei tässä tutkimusselonteossa ole mainintaa. (Guscott et al. 2007.)

4.5.2 World Trade Centerin terrori-isku

World Trade Centerin terrori-iskun jälkeen vuonna 2001 yhteensä 9 000 terapeuttia meni New York Cityyn auttaakseen iskussa trauman kokeneita pelastustyöntekijöitä, perheitä ja uhreja. Nämä mielenterveystyön asiantuntijat olettivat, että monilla kaupunkilaisilla ja trauman uhreilla olisi suuri riski sairastua trauman jälkeiseen stressihäiriöön (PTSD). Muun muassa kriisinhallintaan erikoistunut yritys Crisis Management International lähetti paikalle 350 terapeuttia ja varasi tarkoitukseen kaikki vapaat hotellihuoneet. Scientologikirkko lähetti 800 vapaaehtoista. Kriisinhoidon valmiudet olivat hyvät, ainoastaan asiakkaat puuttuivat. Vain osa tämän trauman jollakin tavalla kokeneista ilmoittautui. Tätä taas monet terapeutit pitivät PTSD:n oireena. Yhden selityksen mukaan uhreilla oli niin kiire etsiä sukulaisia ja muita selviytyneitä, että he eivät ehtineet terapiaan. (McNally, Bryant ja Ehlers 2003.)

Toisen selityksen mukaan terapeutit eivät ottaneet huomioon kaupunkilaisten vahvaa selviytymistähtoa ja psykologista kestävyyttä. Monet turvautuvat mieluummin perheen, ystävien ja esimerkiksi kirkon apuun kuin etsivät ammattiapua. Kaikki eivät tarvitse eivätkä halua ammattilaisten palveluja. Joillekin oireet kehittyvät vasta kuukausien kuluttua, eivätkä he tiedä tarvitsevänsä apua heti trauman jälkeen. Vaikka virallisesti arvioitiin, että joka neljäs newyorkilainen tarvitsisi apua ja tähän tarkoitukseen varattiin myös rahat, vain 643 710 ihmistä käytti hyväkseen terapeuttien palveluja 2,5 miljoonasta. Rahaa jäi käyttämättä 90 miljoonaa dollaria. (McNally, Bryant ja Ehlers 2003.)

5 Tulosten tarkastelu ja teemoittelu

5.1 Teema 1: Traumaperäisen stressihäiriön ehkäisy?

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksistä ensimmäiseen, eli traumaperäisen stressihäiriön (PTSD:n) syntymisen ehkäisyyn, löytyy tämän kirjallisuuskatsauksen lähteistä monenlaista, ristiriitaistakin, tietoa. PTSD:n syntymisen ehkäisyä on vaikea mitata. Mikä asia aiheutti sen, ettei pitkäaikaista stressiä syntynyt? Sitä eivät tutkijatkaan välttämättä tiedä. On huomattu, että ihmisten luonne ja oma elämäntilanne yms. seikat vaikuttavat siihen, miten ihminen kokee näkemänsä, kuulemansa (eli tietoonsa tulleen yllättävän negatiivisen asian) tai kokemansa tilanteen, jotka kaikki voivat aiheuttaa traumaperäisen stressihäiriön. Siten myös stressitilanteen ehkäisy toimii eri ihmisten kohdalla eri tavalla. On ihmisiä, jotka haluavat rauhassa toipua itsekseen tapahtuman jälkeen, ja on ihmisiä, jotka tarvitsevat muiden apua, esim. psykologista jälkipuintia. (Harvard Mental Health Letter 2003.)

Kaikkien PTSD - ensiapua antavien olisi syytä olla mieluiten koulutettuja ammattilaisia. Tutkimuksissa on havaittu, että annettu apu voi olla hyödytöntä tai jopa vahingollista, jos sitä annetaan ”ei toivotulla” - tavalla. (Deahl 2000.) Tehokas lääkinällinen ja henkinen ensiapu voi olla todella arvokas keino PTSD:n ehkäisyyn. (Harvard Mental Health Letter 2003.)

Psykologinen jälkipuinti on koettu yhtenä keinona PTSD:n ehkäisyyn ja sitä käytetään sekä yksilö- että ryhmäterapiaistuntoina. Tunnetuin näistä on CISD -menetelmä, joka alun perin kehitettiin pelastusalan ammattilaisille, mutta jota alettiin käyttää myös muille. Se on kertaistunto, jossa saman traumaattisen tilanteen läpikäyneet ihmiset keskustelevat tapahtumasta. (Mitchell 2003.) CISD -menetelmä on kuitenkin jossain määrin kiistelty ja sitä käsitellään lisää kolmannen teeman alla. Tässä kohtaa todetaan kuitenkin se, että professori Mitchellin mukaan New Yorkin syyskuun 11. päivän terrori-iskun jälkeen ryhmä, joka sai tapahtuman jälkeen kertaluonteista lyhytaikaista psykologista jälkipuintia, selvisi paremmin kuin muut. (Richards 2001.)

Jos tukitoimet laiminlyödään, syntyy enemmän mielenterveyshaittoja kuin jos tukitoimet olisivat vapaaehtoisten toteuttamia tai kiireessä organisoituja. Psykososiaalisten tukitoimien vaikuttavuutta on selvästi tutkittu liian vähän. Käytännön kokemusten

mukaan ne on kuitenkin todettu todennäköisesti auttaviksi toimiksi uhreille (Kuntoutusportti 2016).

Myös sosiaali- ja terveysministeriön käytännön havaintojen perusteella on huomattu, että mielenterveysongelmien syntyminen on yhteydessä traumatilanteiden tukitoimien vähäisyyteen. Monitahoisilla psykososiaalisilla tukitoimilla pyritään ehkäisemään PTSD -oireiden syntymistä ja niiden pitkittymistä. (STM 2009.)

Traumaperäisen stressihäiriön oireiden kehittymisen estämiseksi tai lievittämiseksi on tärkeää, että trauman tapahduttua eri toimenpiteillä pyritään tilanteen rauhoittamiseen ja turvallisuuden tunteen lisäämiseen. Välittömästi trauman jälkeen lepo, konkreettinen apu ja mahdollisten fyysisten vammojen hoito on tärkeintä. Tapahtumien selkeyttävä jäsentäminen vähentää sen herättämää ahdistuneisuutta, mutta yksityiskohtaisemmat keskustelut hoidetaan myöhemmin. (Deahl 2000.)

Käytännön esimerkkinä kehittyvästä, ennalta ehkäisevästä hoidosta on Balin terrori-isku ja australialainen menetelmä, joka luotiin ensimmäisen terrori-iskun jälkeen, eli kokemuksesta kehitettiin toimiva menetelmä vastaavia tilanteita varten. Psykiatri alkoi ohjata hoitohenkilökuntaa ja Darwinin sairaalaan perustettiin traumaattisten tapahtumien hoitoa varten uusia virkoja ja konsultaatioryhmä, joka oli heti valmiina auttamaan. Seuraavassa samanlaisessa tilanteessa oltiin valmiita tehokkaaseen ensihoitoon. Näin seuraavan iskun uhrit saivat parempaa hoitoa alusta lähtien (Guscott et al. 2007). Myös Wahlbeckin mukaan tehokas psykososiaalinen tuki alusta alkaen ehkäisee tai saattaa vähentää traumaperäisen stressihäiriön syntyä (Wahlbeck 2014). Kuten edellä jo mainittiin, niin myös Suomessa sosiaali- ja terveysministeriön mukaan havainnoivien tutkimusten perusteella tiedetään, että mielenterveyden ongelmat ovat yhteydessä muun muassa sosiaalisten tukitoimien vähäisyyteen. (STM 2006.)

5.2 Teema 2: Traumaperäisen stressihäiriön hoitokeinot

PTSD:n tunnettuja hoitokeinoja ovat psykososiaalinen ja lääketieteellinen kuntoutus, mutta niistä ei ole vahvaa tutkimusnäyttöä. Kuntoutussuunnitelman teko kolmen kuukauden sisällä PTSD:n ilmenemisoireista saattaa olla aiheellista. Kuntoutukseen voi kuulua sopeutumisvalmennusta, perhetukea ja ammatillista kuntoutusta. (Pirkola 2016.)

Useat psykoterapian muodot ovat käytössä PTSD:n hoidossa. Laatukriteereiltään hyvissä tutkimuksissa on tutkittu niin traumakeskeistä kuin ei - traumakeskeistäkin kognitiivista käyttäytymispsykoterapiaa (KBT). Myös potilasta tukevaa neuvontaa, stressinhallintaan pyrkiviä psykoterapioita ja psykodynaamista psykoterapiaa on tutkittu. (Ponteva 2013.)

Traumakeskeisen psykoterapian on todettu olevan keskimäärin vaikuttavampi terapiamuoto kuin traumaan keskittymättömät. Traumakeskeisen terapian voi toteuttaa myös ryhmäkeskeisenä. Traumakeskeisistä terapioista kognitiivinen käyttäytymispsykoterapia (KBT) ja lyhytkestoinen psykoterapian muoto EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) toimivat verrattain hyvin, kun oireet ovat jatkuneet yli kolme kuukautta. (Ponteva 2013.)

Kognitiivinen psykoterapia, joka on yksilölähtöinen ja jossa kartoitetaan sekä ongelma että autetaan sen käsittelyssä, on ollut monille tehokas apukeino, mutta sen kesto on

vaihdellut 6 - 8 kerrasta vuosiin, vaikka alun perin se on luotu lyhytkestoiseksi terapiamuodoksi. Kognitiivisella psykoterapialla on tutkimusten mukaan hyvä vaste laajakirjoiisiin mielenterveyden häiriöihin, esimerkiksi masennukseen ja ahdistuneisuushäiriöihin. (Kognitiivisen Psykoterapian Yhdistys 2017.)

Nykyhetken keskittynyttä psykoterapiaa (present-centered psychotherapy) on käytetty traumaperäisen stressihäiriön hoitamiseen. Tässä ryhmäterapiassa kiinnitetään huomiota tämänhetkisiin tunteisiin, tarpeisiin ja käyttäytymiseen ja ohjataan ryhmän jäseniä kohti parempaa selviytymistä. Kyseessä on kontrasti traumakeskeiselle psykoterapialle, nämä terapiat lähestyvät ongelmaa eri suunnilta. (Foy, Unger & Wattenberg 2004.)

Käypä hoito – suositusten mukaan käytetään pitkällisten ja vaikeiden oireiden hoidossa tarvittaessa lääkkeitä. Lääkehoito tulee PTSD:n kohdalla kysymykseen, kun potilas ei ole halukas psykoterapiaan tai terapian toimivuus on ollut puutteellista. Lääkehoitoa voi käyttää yksinäänkin, mutta hoidon monimuotoisuus on suositeltavaa. Käytettävät lääkkeet ovat serotoninergetiset masennuslääkkeet (SSRI), rauhoittavat ja beetasalpaajat. (Käypä hoito 2009.)

5.3 Teema 3: PTSD - hoitojen ristiriitaisuudet ja kiistellyt aiheet

Kertaistuntona toteutettavan jälkipuinnin (Critical Incident Stress Debriefing), CISD:n kehitti psykiatri J. T. Mitchell vuonna 1974. CISD on toiselta nimeltään single – session psychological intervention ja se on alun perin sotilashenkilökunnan ja auttavien viranomaisten stressioireiden kartoittamiseen ja ehkäisyyn luotu metodi. Kyseessä ei ole kertaratkaisu, jonka on tarkoitus toimia yksinään, vaan osa laajempaa CISM (Critical Incident Stress Management) kokonaisuutta. CISD on psykologista ensiapua, jonka on tarkoitus mahdollistaa nopea palautuminen henkisestä stressistä onnettomuuksien parissa työskenteleville. Sittemmin CISD on levinnyt myös muiden vakavasta traumasta kärsivien käyttöön ja siitä onkin tullut suosittu menetelmä kaikenlaisten traumojen ensihoidossa. (Deahl 2000.)

Miksi CISD -menetelmää käytetään trauman jälkeen, vaikkei sitä ole siihen tarkoitettu, eikä se ole tehokas keino ehkäistä tai hoitaa traumaperäisen stressihäiriön syntyä? Tutkimukset ovat osoittaneet, ettei CISD toimi eikä riitä, varsinkaan yksinään. Tämä asia oli jo todettu käytännössä, mutta myös tutkimukset osoittivat sen. Yhdessätoista (11) tutkimuksessa on verrattu 2 000 potilaan saamaa lyhytterapiaa pidempikestoisiin hoitomuotoihin (Rose S. et al. 2003). Kolmessa (3) tutkimuksessa kertaluonteinen psykologinen jälkipuinti oli muita hoitoja tehokkaampaa, kuudessa (6) tutkimuksessa ei löytynyt eroja ja kahdessa (2) tulos oli huonompi. Seuranta-aika oli kolme kuukautta, pidemmältä ajalta ei saatu tuloksia.

On esitetty näkemys, että kaikki eivät ole valmiita kertaluonteiseen psykologiseen jälkipuintiin, vaan heidän pelkonsa ja traumaan liittyvät tunteensa saattavat nousta vielä enemmän pintaan. Joillekin trauman kokeneille sopii paremmin se, että he käsittelevät ahdistuksiaan ja traumaan liittyviä tunteitaan kaikessa rauhassa oman jaksamisensa mukaan. (Harvard Mental Health Letter 2003.)

CISD:n (Critical Incident Stress Debriefing) kehittäjän käsitys esimerkiksi New Yorkin syyskuun 11. päivän terroriteon kriisihoidosta on päinvastainen kuin monien muiden tutkijoiden. Professori Mitchellin tietojen mukaan ryhmä, joka sai tapahtuman jälkeen kertaluonteista lyhytaikaista psykologista jälkipuintia, selvisi terroriteosta paremmin kuin muut. PTSD - oireita ja masennusta oli vähemmän niiden joukossa, jotka olivat saaneet CISM – palveluita (Critical Incident Stress Management) kuin niillä, jotka eivät olleet saaneet minkäänlaista psykologista apua. (Richards 2001.)

Myös Suomessa on todettu, että jälkipuintikeskustelu ei ole tehokas menetelmä PTSD:hen. Huttunen on todennut, että vasta nyt osa hoitokeinoista, kuten välittömästi trauman jälkeen toteutettu jälkipuintikeskustelu (debriefing), on todettu jopa mahdollisesti pitkittävän PTSD:n kestoja. (Huttunen 2015.)

Deahlin mukaan traumaperäisen stressihäiriön oireiden kehittymisen estämiseksi tai lievittämiseksi on tärkeää rauhoittaa tilanne. Turvallisuuden lisäksi lepo, konkreettinen apu ja mahdollisten fyysisten vammojen hoito on tärkeintä. Tapahtumien selkeyttävä jäsentäminen vähentää ahdistuneisuutta, mutta yksityiskohtaiset keskustelut trauman herättämistä tunteista saattaa olla viisasta hoitaa myöhemmin, varsinkin jos akuutissa vaiheessa luonnostaan ilmenevät oireet eivät ala lievittyä. Joillakin ihmisillä heti onnettomuuden jälkeen tapahtuva yksityiskohtaisempi jälkipuinti saattaa jopa lisätä traumaperäisen stressihäiriön kehittymisen riskiä. (Deahl 2000.)

Nykyhetken keskittävää psykoterapiaa (present - centered psychotherapy) on myös käytetty traumaperäisen stressihäiriön hoitamiseen. Tässä ryhmäterapiassa kiinnitetään huomiota tämänhetkisiin tunteisiin, tarpeisiin ja käyttäytymiseen ja ohjataan ryhmän jäseniä kohti parempaa selviytymistä. Kyseessä on kontrasti traumakeskeiselle psykoterapialle, nämä terapiat lähestyvät ongelmaa eri suunnilta. (Foy, Unger & Wattenberg 2004.)

Kognitiivisesta psykoterapiasta saattaa myös olla apua. Tosin on myös tutkimuksia, joissa sen teho on ollut sama kuin ei minkäänlaisen terapian tai samantasoinen kuin pitkäkestoisen tavanomaisen keskusteluterapian. (Ehlers ja Clark 2003.)

Erikoistekniikat, kuten hypnoosi tai EMDR - terapia (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) saattavat olla hyviä hoitokeinoja. Erilaisten psykoterapeuttisten hoitojen tehokkuudesta on kuitenkin toistaiseksi vielä vähänlaisesti luotettavaa tutkimusta ja uusia hoitomuotoja kehitetään koko ajan, mutta niitä ei ole ehditty tutkimaan vielä riittävästi. (Huttunen 2015.)

Osa tutkijoista on sitä mieltä, että suurissa katastrofeissa uhreja pitää jopa suojella niiltä henkilöiltä, jotka haluavat tarjota heille apuaan. Apua tarjoavan hoitohenkilökunnan laatua pitäisi valvoa ja koulutusta pitäisi lisätä. Psykkistä apua antavien ammattilaisten tulisi olla hyvin perillä traumaattisen tapahtuman vaikutuksista ja heidän tulisi pystyä säilyttämään inhimillinen ja osaaottava lähestymistapa. Välttämätön ja välitön psyykinen apu on tarpeen, ja sekä julkisen että yksityisen tahon tulee siihen osallistua. (Wilson et al. 2000.)

Kuntoutusportti – julkaisu puolestaan toteaa, että vapaaehtoisia auttajia tarvitaan, koska ammatillisesti koulutettuja auttajia ei välttämättä ole tarjolla tarpeeksi. Jos

tukitoimet laiminlyödään, syntyy enemmän mielenterveyshaittoja kuin jos tukitoimet hoidetaan vapaaehtoisten avulla tai muuten organisoidaan ne kiireellä. Psykososiaalisten tukitoimien vaikuttavuutta on tutkittu liian vähän. Kuntoutusportin lausunnon mukaan ne on kuitenkin todettu todennäköisesti auttaviksi toimiksi uhreille. (Kuntoutusportti 2012.)

6 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Yhtenä luotettavuuskriteerinä kirjallisuuspohjaisessa tutkimuksessa on löytää laadukkaista kirjallisuuslähteistä käsiteltävää tietoa tutkimukseen. Lähdekirjallisuuden aineisto analysoidaan seurausten ja aiheiden perusteella. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001.)

Tutkittavasta ilmiöstä saadaan lisää tietoa ja parempi kokonaiskuva opinnäytetyön käsitteistöä koskevaa aineistoa läpikäymällä. Tämä lisää myös omalta osaltaan tutkimuksen luotettavuutta, samoin kuin myös monipuolinen aineiston keruu ja jatkuva vertailun käyttö analyysissä. Opinnäytetyön luotettavuus on yhteydessä tekijän näkökulman selkeyteen ja siihen, että lopputulos vastaa todellista asian tilaa. Luotettavuus edellyttää myös sitä, ettei tuloksia falsifioida. (Krause & Kiikkala 1996.)

Lähdekritiikki on osa laadukasta työskentelyä ja valmista työtä kirjallisuuspohjaisissa tutkimuksissa. Käytännön järjellä ja fiksiilla lähtökohdilla voidaan määrittää pintapuolisesti ja nopeasti lähteiden luotettavuus ennen syvempää tarkastelua. Kirjallisuuspohjaisissa tutkimuksissa tulisi käyttää mahdollisimman tuoreita lähteitä. Tutkimustieto myös kertyy ja muuttuu nopeasti ajan myötä. Arvovaltainen julkaisija voi olla myös yksi luotettavuustekijöistä ja jos lähde on lainattu paljon eri paikoissa, se on osaltaan myös merkki sen luotettavuudesta. (Hirsjärvi et al. 2000.) Opinnäytetyössä on pyritty käyttämään varsinkin teoriaosuudessa mahdollisimman tuoreita julkaisuja, samoin kuin myös tutkittavissa tutkimuksissa, joskin tuoreimmat tutkimukset olivat taloudellisesti saavuttamattomissa.

Valittaessa lähteitä tutkittavaksi ja teorian taakse tulisi aina painottaa ensikäden tietoa eli tiedon alkuperäistä kirjallista lähdetä. Toisen käden lähteissä, eli käännöksissä, uutisoinneissa, referaateissa, tiivistelmissä jne., on riskinä, että referoija on tuonut omia ajatuksiaan ja mielipiteitään tekstiin tahallaan tai vahingossa. Käytännössä puhtaiden kansainvälisten lähteiden löytäminen on kuitenkin tässä kirjallisuuskatsauksessa ollut haastavaa, koska monet materiaaleistakin ovat meta-analyyseja ja koosteita aiemmasta tiedosta. (Hirsjärvi et al. 2000.)

Eettisyys liittyy rehellisyyteen, tutkittavaan aineistoon ja tulosten luotettavuuteen yleisesti. Tekijän etiikka saattaa vaikuttaa tutkimustuloksiin vahvistavastikin, joten tekijän objektiivisuutta tulee korostaa. Tutkijat kuljettavat aina mukanaan omaa arvomaailmaansa, joka tavalla tai toisella saattaa vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin. Jos näin pääsee käymään, on kyseessä epäeettinen tutkimustoiminta. Varsinaisen tieteen etiikka on kiinnostunut vain siitä, miten tutkimusaiheet valitaan ja mitä pidetään oleellisena. (Krause & Kiikkala 1996.)

Tässä työssä eettiset vaatimukset koskevat aikaisempien tutkimusten tuloksia ja niiden tulkitsemista ja niistä johtopäätösten tekemistä tähän opinnäytetyöhön. Huomiota kiinnitettiin muiden tekstien plagioinnin välttämiseen, koska opinnäytetyö perustuu jo julkaistuihin kirjallisuusmateriaaleihin. Lähteet on pyritty määrittämään ja esittämään selkeästi, ettei tiedon alkuperästä tulisi epäselvyyksiä. Tutkimusetiikkaan kuuluu, että lukijan tulisi pystyä havaitsemaan, mistä tutkimuksessa käytetty tieto on peräisin ja toisaalta lukijalla tulee olla pelkästään lukemansa perusteella käytössä riittävä määrä tietoa ymmärtääkseen tutkimuksen taustat (Hirsjärvi et al. 2000).

Tässä opinnäytetyössä käsiteltävät tutkimukset ovat tiedoiltaan hieman vanhoja ja kuvaavat paremmin traumaattisen tapahtumien ensihoidon noin 20 vuotta kestänyttä harha-askelta kuin tarkemmin sitä, mikä tämän hoidon tila on tällä hetkellä Suomessa tai kansainvälisesti. Syynä tähän oli sopivien tutkimusten rajoitettu saatavuus ja löydetyn ilmiön mielenkiintoisuus. Työ pyrkii myös kuvaamaan PTSD:n mahdollisimman kattavasti, tarjoamaan nykyaikaisen näkemyksen sen hoitoon ja ilmiönä raottamaan sen hoidon onnistumisia ja epäonnistumisia merkittävien tapausten yhteydessä.

Tämän opinnäytetyön tiedot perustuvat kirjallisiin lähteisiin ja niissä annettujen analyysien vertaamiseen keskenään. Tarkoituksena on ottaa kantaa siihen, mikä toimii PTSD:n hoidossa ja ehkäisyssä ja mikä ei. Käytännön kenttätystä tai tarjottujen oppien soveltamisesta käytäntöön tutkimus ei anna eheää kuvaa. Kirjallisten lähteiden kautta on hankalaa, ellei mahdotonta, määrittää yksittäisen auttajan tai autettavan henkilökohtaista emotionaalista kokemusta opittujen taitojen käyttämisen tai trauman suhteen.

7 Jatkotutkimusehdotukset ja pohdinta

Yleisesti hoitojen tehoon tai tehottomuuteen ei saada valituista tutkimuksista yksiselitteistä vastausta, mutta sellainen voidaan muodostaa teorian tietojen ja suositusten pohjalta. Syytä tiettyjen huonosti toimivien tai toimimattomien keinojen käytölle ei materiaaleja tai tapauksia läpikäymällä löydy.

Psykologi ja psykoterapeutti Päivi Saarinen kirjoittaa traumasta toipumisesta seuraavaa: "Jotta ihminen toipuisi traumaattisesta tapahtumasta, hänen täytyy kyetä yhdistämään traumaattinen tapahtuma osaksi omaa koettua elämäänsä. Se tulee mahdolliseksi, kun tapahtuma alkaa tuntua todelta, itselle sattuneelta ja kun kaikki tapahtuman eri osat alueet yhdistyvät kokonaisuudeksi."

Jatkotutkimuksissa pitäisi kartoittaa tarkemmin suomalaisessa traumaperäisen stressihäiriön ehkäisyssä ja hoidossa tapahtuneet muutokset ja seurata, miten nykyiset suositukset ovat tehonneet. Suomen kaltaisissa maissa tehdyt tutkimukset ja niiden analysointi voisi toimia tulevaisuuden suosituksissa avainasemassa.

Varsinkin kun useita uhreja vaatineet terroriteot ovat viime vuosina olleet paljon otsikoissa. Iskuja on tapahtunut myös länsimaissa, tuorein Ruotsissa jossa kuorma-auto

ajettiin tahallaan väkijoukkoon ja useita kuoli. Tarve hyvälle, tieteellisesti tutkitulle, psykologiselle ensiavulle ei tule ainakaan vähentämään lähitulevaisuudessa.

Lähteet

Castaneda, A. E., Rask, S, Koponen, P. ym. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi - tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2012. Raportti: 2012_061

Castrén, M., Ekman, S., Martikainen, M., Sahi, T., Söder, J. Suuronnettomuusopas. Helsinki: Duodecim 2006

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset – huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digipaino-Turun yliopisto, 3.

Henriksson, M, Lönnqvist, J. Psykkiset kriisit, sopeutumishäiriöt ja stressireaktiot. Kirjassa: Lönnqvist, J, Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 9-10 uudistettu painos. Keuruu: Kustannus Oy Duodecim 2013

Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. Tutki ja kirjoita. 2000. Helsinki.

Huttunen, M. Traumaperäinen stressihäiriö. Lääkärikirja Duodecim 2015.

Keane Terence M., Marshall, Amy D. and Taft Casey T. Posttraumatic Stress Disorder: Etiology, Epidemiology, and Treatment Outcome. Annual Review of Clinical Psychology, vol. 2, 2006.

Krause K. & Kiikkala I. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. 1996. Helsinki.

Latvala E. & Vanhanen-Nuutinen I. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. 2001. WSOY.

Palic, S., Elklit, A. Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder in adult refugees: a systematic review of prospective treatment outcome studies and a critique. J Affect Disord 2011; 131: 8-23

Pelastuslaki 379/2011 Finlex 29.4.2011.

Ponteva, M. Äkillinen stressireaktio ja traumaperäinen stressihäiriö. Kirjassa: Jousimaa, JP., Alenius, H., Atula, S. ym. (toim.) Lääkärin käsikirja, 11. uudistettu painos. Porvoo, Duodecim 2014.

Ponteva, M. Psykososiaalinen tuki. Kirjassa: Castrén, M., Ekman, S., Martikainen, M., Sahi, T., Söder, J. (toim.) Suuronnettomuusopas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2006.

Ponteva, M. Ryhmäterapien tehokkuus traumaperäisen stressihäiriön hoidossa 2013 Psykiatrian luokituskäsikirja, tautiluokitus ICD-10. Rauma: STAKESin ohjeita ja luokituksia 1997: 4 R2

Punamäki, R-L. Psykoterapia ja moniammatillinen yhdistelmähoito traumaperäisen stressihäiriön hoidossa kidutuksen uhreilla. 2013.

Tähtinen, H. Systemaattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen.

STM, Sosiaali- ja terveysministeriö. Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut. Opas kunnille ja kuntayhtymille. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009: 16.

STM, Sosiaali- ja terveysministeriö. Psykososiaalinen tuki ja palvelut suuronnettomuudessa. Asiantuntijatyöryhmän muistio. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006: 81.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010 Finlex 30.12.2010.

Internet - lähteet

Ahvenus E. Traumat ja traumatisoituminen – luento. 2014.
<http://docplayer.fi/306833-Traumat-ja-traumatisoituminen.html>

Foy, D., Unger, W., Wattenberg, M. Group Interventions For Treatment of Psychological Trauma Module 4: an Overview of Evidence-based Group Approaches to Trauma with Adults. 2004.
<http://www.agpa.org/docs/default-source/practice-resources/4-adults-ebt.pdf?sfvrsn=0>

Haikonen, M. ja Kataja, H. Traumaperäinen stressihäiriö (PTSD) – Työterveyshuollon näkökulma. 2004 http://www.ebm-guidelines.com/dtk/hpt/avaa?p_artikkeli=ttl00143

Härkönen L. Akuutti stressireaktio ja traumaperäinen stressihäiriö –esitelmä. 2016.
<http://docplayer.fi/4954617-Akuutti-stressireaktio-ja-traumaperainen-stressihairio.html>

Kognitiivisen Psykoterapian Yhdistys. Mitä on kognitiivinen psykoterapia? 2017.
http://www.kognitiivinenpsykoterapia.fi/?page_id=4#1

Kuntoutusportti. Suuronnettomuuksien kuntoutus. 2016.
<https://kuntoutusportti.fi/suuronnettomuuskokemusten-kuntoutus/>

Käypä hoito. 2009. Traumaperäinen stressihäiriö
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50080>

Mitchell, J. T. Critical Incident Stress Debriefing (CISD). 2006.
<http://www.info-trauma.org/flash/media-f/mitchellCriticalIncidentStressDebriefing.pdf>

Mitchell, J. T. Crisis Intervention & CISM: A Research Summary. 2003.
<https://www.icisf.org/wp-content/uploads/2013/04/Crisis-Intervention-and-CISM-A-Research-Summary.pdf>

Pirkola, S. Traumaperäinen stressihäiriö – synty, käypä hoito ja työkyvyn arvio. 2016.
<http://docplayer.fi/4127781-Traumaperainen-stressihairio.html>

Saari, S. Miten kriisityön menetelmät ovat kehittyneet? Mitä se on nyt? 2016.
<http://docplayer.fi/18269461-Miten-kriisityon-menetelmat-ovat-kehittyneet-mita-se-on-nyt-salli-saari-dosentti-psykologi-kriisityon-paivat-2016.html>

Saarinen, P. EMDR eli Eye movement desensitization and reprocessing. 2015.
http://www.traumaterapiasarastus.fi/?page_id=18

Sidran Institute. Post Traumatic Stress Disorder Fact Sheet. 2016.
<https://www.sidran.org/resources/for-survivors-and-loved-ones/post-traumatic-stress-disorder-fact-sheet-2/>

Soisalo, R. Särkyvä mieli – lasten ja nuorten psyykkinen oireilu. 2012.
<http://docplayer.fi/2520563-Sarkyva-mieli-lasten-ja-nuorten-psykkinen-oireilu-raul-soisalo.html>

SAMHSA, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Trauma Definition. 2012.
<https://web.archive.org/web/20140805161505/http://www.samhsa.gov/traumajustice/traumadefinition/definition.aspx>

Terveyskirjasto. Traumaperäinen stressihäiriö. 2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00526

Trauma ja dissosiaatio – foorumi. Traumaperäinen stressihäiriö (PTSD). 2017.
<http://traumajadissosiaatio.fi/traumanjalkeinen-stressihairio-ptsd-2/>

THL, Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos. Psyykkiset kriisit sekä trauma- ja stressireaktiot. 2015.
<https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/keinoja-mielenterveyden-edistamiseen/time-out-aikalisa-elama-raiteilleen/aikalisaohjaajien-materiaalipaketti/mielenterveys/psyykkiset-kriisit-seka-trauma-ja-stressireaktiot>

Analysoidut tutkimukset

Arendt, M., Elklit, A. Effectiveness of psychological debriefing. 2001. Acta Psychiatr Scand 2001; 104: 423–437.

Deahl, M. Psychological debriefing: controversy and challenge. 2000. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2000; 34: 929 – 939.

Ehlers, A., Clark, D., Early Psychological Interventions for Adult Survivors of Trauma: A Review. 2003. Biological Psychiatry.

Emmerik A. A., Kamphuis J. H., Hulsbosch A. M. ja Emmelkamp P. M. Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. Lancet 2002.

Guscott, W. M., Guscott, A. J., Malingambi, G. & Parker, R. The Bali bombings and the evolving mental health response to disaster in Australia: lessons from Darwin. 2007.

Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 14, 239 – 242

Harvard mental health letter. After the trauma: What doesn't help and what may. 2003.
www.health.harvard.edu

Johnstone, M. Disaster Response and Group Self-Care. 2007. Perspectives in Psychiatric Care Vol. 43, No. 1, February, 2007.

Marlowe, J., Adamson, C. Teaching Trauma: Critically Engaging a Troublesome Term 2011. Social Work Education Vol. 30, No. 6, September 2011, pp. 623 – 634.

McNally, R. J., Bryant, R. A., Ehlers, A. Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? 2003. Psychological science in the public interest, VOL. 4, No. 2, November 2003.

Richards, D. A field study of critical incident stress debriefing versus critical incident stress management. 2001. Journal of Mental Health 10, 3, 351 – 362.

Rose, S., et al. A Systematic Review of Single-Session Psychological Interventions (Debriefing) Following Trauma, Psychotherapy and Psychosomatics. 2003

Wahlbeck, K. Lyhytpsykoterapia akuutissa stressireaktiossa ja akuutissa traumaperäisessä stressihäiriössä. 2014.

Wilson, J. P., Raphael, B., Meldrum, L., Bedosky, C., Sigman, M. Preventing PTSD in trauma survivors. 2000. Bulletin of the Menninger Clinic, Vo. 64, No. 2 spring 2000.

Taulukko 1

Traumaattisten tilanteiden jälkeisten mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys	
Traumaattinen tilanne	Mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys (%)
"Tavallinen" onnettomuus, ei fyysistä vammaa	alle 1
Vakava järkytystilanne (ei fyysistä vammaa) vuoden kuluessa	2–10
Luonnon aiheuttama suuronnettomuus	10–30
Ihmisen toiminnasta aiheutunut suuronnettomuus	15–40
Psyykkisen sairastavuuden lisäys noin yhden vuoden aikana luonnon aiheuttaman suuronnettomuuden jälkeen	17
Sotakokemukset (Yhdysvallat, Vietnam)	15–35
Erittäin vaikeat sotakokemukset, sotavankeus	50–80
E erityisen vaikea onnettomuus, jossa myös pitkäkestoinen fyysinen stressi (esimerkiksi kaivossortuma, haaksirikko)	80–90
Pitkäaikainen keskitysleirivankeus	100

Traumaperäinen stressihäiriö voi olla tavallisin mielenterveydellinen seuraamus kertaluonteisen yllättävän stressitapahtuman jälkeen, jossa ei ole syntynyt fyysisiä vammoja. Pysyvään fyysiseen vammautumiseen johtaneen tapahtuman jälkeen masennushäiriöt ovat tavallisimpia. Äärimmäisen, pitkäaikaisen rasituksen seurauksena voi lopulta ilmaantua persoonallisuuden muutos, jossa PTSD saattaa esiintyä välivaiheena. (Käypä hoito, 2009)

Taulukko 2

Traumaperäinen stressihäiriö Käypä hoito -suosituksessa (2009)

Traumaperäiset stressireaktiot ja -häiriöt ovat melko tavallisia, kaikenikäisillä esiintyviä mielenterveyden häiriöitä, jotka tulee tunnistaa kaikkialla terveydenhuollossa.

Trauman jälkeen jatkuvasti oireilevat tulee tutkia perusterveydenhuollossa asianmukaisesti ja ohjata tarvittaessa hoitoon. Hoidon tarpeen, hoitomuodon ja häiriöstä aiheutuvan haitan asianmukaiseksi arvioimiseksi on tärkeää, että akuutin stressireaktion ja -häiriön (ASR:n ja ASD:n) sekä traumaperäisen stressihäiriön (PTSD:n) diagnosoimissa noudatetaan niille määritettyjä diagnostisia kriteerejä.

PTSD:n osalta ei ole käytännössä merkittävää eroa siinä, käytetäänkö WHO:n (ICD-10) vai APA:n (DSM-5) kriteerejä. Traumaperäisten häiriöiden kanssa samanaikaisesti esiintyy usein muitakin psyykkisiä häiriöitä.

Monihäiriöisyys voi vaikuttaa hoidon onnistumiseen, mikä tulee ottaa huomioon hoidon tarpeen arvioinnissa ja järjestyksen suunnittelussa.

ASD:n ja lyhytkestoisen PTSD:n (alle 3 kuukautta) ensisijaisena hoitona ovat rauhoittava ja turvallinen hoitokontakti ja seuranta sekä avun järjestäminen arkielämän ongelmiin. Toissijaisena ja vaikeista oireista kärsivien ensisijaisena hoitona ovat kognitiivinen, altistusta sisältävä käyttäytymisterapia ja tarvittaessa oireenmukainen lääkitys.

PTSD saattaa kroonistua ja johtaa huomattavaan kärsimykseen sekä toiminnalliseen haittaan, mutta sitä voidaan hoitaa tehokkaasti.

PTSD:tä ei ole mahdollista ehkäistä trauman jälkeisellä kertaluonteisella jälkipuinnilla.

Pitkäkestoisen PTSD:n ensisijaisena hoitona on psykoterapia (traumakeskeinen käyttäytymispsykoterapia, KBT, tai silmänliikkeillä pois herkistäminen ja uudelleen prosessointi, EMDR-psykoterapiamenetelmä). Toissijaisena hoitona on lääkitys SSRI-tyyppisillä masennuslääkkeillä tai psykoterapian ja lääkityksen yhdistelmä.

Taulukko 3: Traumalla altistavat uhrikohtaiset tekijät

Taulukko 4: Traumalla altistavat ulkoiset tekijät

Taulukko 5: Trauman todennäköisyys eri tapahtumissa

Taulukko 6: Käytetyt hakusanat ja tulokset

Taulukko 7: Tutkitut tutkimukset ja artikkelit

Kirjoittaja ja vuosi	Tutkimus	Tutkimuksen tarkoitus		Keskeiset tulokset
Arendt, M., Elklit, A. 2001.	Effectiveness of psychological debriefing.	Psykologisen jälkipuinnin tehon arviointi.		Yksittäinen sessio ei ole riittävä.
Deahl, M. 2000.	Psychological debriefing: controversy and challenge.	Psykologisen jälkipuinnin tehon arviointi.		Yksittäinen sessio ei ole riittävä.
Ehlers, A., Clark, D. 2003.	Early Psychological Interventions for Adult Survivors of Trauma: A Review.	Psykologisen jälkipuinnin tehon arviointi.		Yksittäinen sessio ei ole riittävä.
Emmerik A. A., Kamphuis J. H., Hulsbosch A. M. ja Emmelkamp P. M. 2002.	Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis.	Psykologisen jälkipuinnin tehon arviointi.		Yksittäinen sessio ei ole riittävä.
Guscott, W. M., Guscott, A. J., Malingambi, G. & Parker, R. 2007.	The Bali bombings and the evolving mental health response to disaster in Australia: lessons from Darwin.	Eri toimien vaikutus uhrin trauman syntymättömyyteen		Monet asiat vaikuttavat, mutta ennakoitavuus on vaikeaa
Harvard mental health letter. 2003.	After the trauma: What doesn't help and what may.	Eri toimien vaikutus uhrin trauman syntymättömyyteen		Monet asiat vaikuttavat, mutta ennakoitavuus on vaikeaa
Johnstone, M. 2007.	Disaster Response and Group Self-Care.	Eri toimien vaikutus uhrin trauman syntymättömyyteen		Monet asiat vaikuttavat, mutta ennakoitavuus

				on vaikeaa
Marlowe, J., Adamson, C. 2011.	Teaching Trauma: Critically Engaging a Troublesome Term.	Eri hoitokeinojen nimien määritelmiä ja tehoa.		Termit menevät osin ristiin.
McNally, R. J., Bryant, R. A., Ehlers, A. 2003.	Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress?	Psykologisen jälkipuinnin tehon arviointi.		Yksittäinen sessio ei ole riittävä.
Richards, D. 2001.	A field study of critical incident stress debriefing versus critical incident stress management.	Psykologisen jälkipuinnin tehon arviointi.		Yksittäinen sessio ei ole riittävä.
Rose, S., et al. A 2003	Systematic Review of Single- Session Psychological Interventions (Debriefing) Following Trauma, Psychotherapy and Psychosomatics.	Psykologisen jälkipuinnin tehon arviointi.		Yksittäinen sessio ei ole riittävä.
Wahlbeck, K. 2014.	Lyhytpsykoterapia akuutissa stressireaktiossa ja akuutissa traumaperäisessä stressihäiriössä.	Psykoterapian toimivuus stressihäiriöiden hoidossa.		Psykoterapiasta saattaa olla apua.
Wilson, J. P., Raphael, B., Meldrum, L., Bedosky, C., Sigman, M. 2000.	Preventing PTSD in trauma survivors.	Eri toimien vaikutus uhrin trauman syntymättömyyteen		Monet asiat vaikuttavat, mutta ennakoitavuus on vaikeaa.

LIITE 1

Itsehoito-ohjeita

Puhu muille kokemuksistasi. Kerro mitä tunsit onnettomuuden/ tapahtuman aikana ja sen jälkeen. Puhumalla työstät ikävää kokemustasi.

Jatka työntekoa rutiinien avulla. Jos vaativiin tehtäviin keskittyminen on vaikeaa, kerro tapahtuneesta myös esimiehellesi ja työtovereillesi, jotta he ymmärtäisivät.

Tapaa kohtalotovereitasi, sillä vertaistuki on tärkeää. Kuuntele mitä läheisesi tuntevat ja ajattelevat. Tapahtuma on vaikuttanut myös heihin.

Muista, että reaktiosi ovat normaaleja ja ne kuuluvat asiaan. Pelottavat ja omituisetkin tunteukset kannattaa ilmaista.

Itkeminen voi helpottaa.

Liikunta rentouttaa.

Vältä alkoholia ja rauhoittavia lääkkeitä.

Joskus on helpompi ilmaista tunteitaan tekemällä kuin puhumalla. Piirrä, maalaa, kirjoita, kuuntele musiikkia tai anna luonnon lohduttaa.

Kun ihminen on kohdannut jotakin järkyttävää, huolehdi ensisijaisesti hänen perustarpeistaan ja auta häntä saamaan yhteys läheisiin. Vie ihminen rauhalliseen paikkaan ja ole tukena. Keskity ensisijaisesti kuuntelemaan, kysymysten aika on myöhemmin.

(Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen – Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille 2015)

Ponteva M. Äkillinen stressireaktio ja traumaperäinen stressihäiriö. Kirjassa: Jousimaa JP., Alenius H., Atula S. ym. (toim.) Lääkärin käsikirja, 11. uudistettu painos. Porvoo, Duodecim 2014: 1303 - 1306