



Aikuisen traumataustan tunnistaminen ja hoitomenetelmät psykiatrisessa hoitotyössä - Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Alina Fröjd

2022 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Aikuisen traumataustan tunnistaminen ja hoitomenetelmät psykiatrisessa hoitotyössä - Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Fröjd Alina
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Elokuu 2022

Alina Fröjd

Aikuisen traumataustaisen potilaan tunnistaminen ja hoitomenetelmät psykiatrisessa hoitotyössä - Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Vuosi

2022

Sivumäärä

44

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, miten traumataustainen potilas voidaan tunnistaa ja mitkä ovat traumaperäisen stressihäiriön keskeiset hoitomuodot. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä psykiatrisen hoitotyön asiantuntijoiden tietoa traumataustaisen potilaan tunnistamisesta käytettävissä olevista hoitomuodoista. Opinnäytetyö toteutettiin Otaniemen Laurea-ammattikorkeakoulussa.

Opinnäytetyö toteutettiin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena ja sisällön käsittelyyn käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään trauman kehittymiseen liittyviä tekijöitä, oireita ja olemassa olevia hoitomuotoja. Keskeisten tulosten mukaan traumakeskeinen kognitiivinen käyttäytymisterapia ja EMDR-terapia ovat molemmat yksinään tehokkaita hoitomuotoja traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivän oireisiin. Tutkimukset osoittivat, että merkittävimmät tulokset saatiin kuitenkin EMDR-terapian ja traumakeskeisen terapian yhdistelmähoidosta. Kroonistuneen ja hoitoresistentin traumaperäisen stressihäiriön hoitoon kehitteillä olevaa ja paikkaansa vielä toistaiseksi vakiinnuttavaa MDMA-avusteista psykoterapiahoitoa on myös tarkasteltu opinnäytetyössä. MDMA-avusteisella psykoterapialla on saatu tutkimuksissa merkittäviä vaikutuksia PTSD:n oireisiin. Tutkimusten mukaan MDMA-avusteinen psykoterapia lieventää PTSD:n monimuotoisia oireita kokonaisvaltaisesti.

Tutkimusaineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Tulokset jaettiin traumakeskeisen kognitiivisen käyttäytymisterapian, EMDR-terapian ja MDMA-avusteisen psykoterapian vaikutuksiin traumaperäisen stressihäiriön hoidossa. Johtopäätöksenä voitiin todeta, että traumataustaisen potilaan tunnistaminen ja tarkoituksenmukainen hoitoon ohjaus ovat tärkeitä hoidon onnistumisen kannalta. Jatkotutkimusaiheina opinnäytetyössä ehdotettiin samanaikaisien häiriöiden, kuten persoonallisuushäiriöiden vaikutuksia traumakeskeisen terapian onnistumiselle.

Asiasanat: traumaperäinen stressihäiriö, potilas, EMDR-terapia, traumakeskeinen psykoterapia, MDMA-avusteinen psykoterapia

Alina Fröjd

**Identification of adult trauma patient and treatment methods in psychiatric nursing -
Systematic literature review**

Year

2022

Pages

44

The purpose of the thesis is to describe how a patient with a post-traumatic background can be identified and what are the key treatments for post-traumatic stress disorder. The aim of the thesis is to increase the knowledge of psychiatric nursing experts on the identification and treatment methods of a patient with a trauma background. The thesis was carried out at Laurea University of Applied Sciences in Otaniemi.

The thesis was carried out as a systematic literature review, and material-based content analysis was used to process the content. The theoretical framework deals with factors, symptoms and treatments related to the development of trauma. According to key results, trauma-oriented cognitive behavioral therapy and EMDR therapy are both, on their own, effective treatments for the symptoms of those suffering from post-traumatic stress disorder. The studies showed that the most significant results were obtained from the combination of EMDR therapy and trauma-focused therapy. MDMA-assisted psychotherapy treatment, which is being developed for the treatment of chronic and treatment-resistant post-traumatic stress disorder and is still being established for the time being, has also been examined in the thesis. Research has shown that MDMA-assisted psychotherapy has had significant effects on the symptoms of PTSD holistically.

The research data was analyzed using data-driven content analysis. The results were shared with the effects of trauma-oriented cognitive behavioral therapy, EMDR therapy and MDMA-assisted psychotherapy in the treatment of post-traumatic stress disorder. In conclusion, the identification of a patient with a traumatic background and appropriate guidance for treatment are important for the success of treatment. Further research topics in the thesis suggested the effects of concomitant disorders, such as personality disorders, on the success of trauma-focused therapy.

Keywords: traumatic stress disorder, patient, EMDR-therapy, trauma-focused psychotherapy, MDMA-assisted psychotherapy

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Trauman määritelmä	8
3	Post-traumaattisen stressireaktion kehittyminen	9
3.1	Akuutti stressihäiriö	10
3.2	Traumaperäinen stressihäiriö: PTSD.....	11
3.2.1	Kompleksinen post-traumaattinen stressihäiriö: C-PTSD	12
3.2.2	Dissosiaatio	13
4	Traumatisoituneen potilaan hoitoon ohjaus ja hoitomenetelmät	15
4.1	Traumakeskeinen psykoterapia	15
4.2	MDMA-avusteinen psykoterapia	17
4.3	EMDR-terapia	18
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	18
6	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	19
6.1	Aineiston valinta	20
6.2	Sisällönanalyysi	23
7	Tulokset	34
7.1	Kognitiivinen traumakeskeinen terapia traumaperäisen stressihäiriön hoidossa..	34
7.2	EMDR-terapia traumaperäisen stressihäiriön hoidossa	35
7.3	MDMA-avusteinen psykoterapia hoitoresistentin traumaperäisen stressihäiriön hoidossa.....	36
8	Pohdinta	36
8.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	37
8.2	Johtopäätökset	38
8.3	Kehittämissuhteet ja jatkotutkimusaiheet	38
9	Lähteet	40
	Taulukot	44

1 Johdanto

Opinnäytetyö toteutettiin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena ja sisällönkäsittelyyn käytettiin tutkimuksessa aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Kirjallisuuskatsauksen aiheena oli traumatisoituneen potilaan tunnistaminen ja hoitomenetelmät psykiatrisessa hoitotyössä. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä psykiatrisen hoitotyön asiantuntijoiden tietoa koskien traumatisoituneita potilaita ja traumaperäisen stressihäiriön (PTSD, Post Traumatic Stress Disorder) mahdollisia hoitomuotoja. Motivaationa aiheen käsittelyyn toimi oma ammatillinen kiinnostukseni psykiatrista hoitotyötä ja erityisesti mielialahäiriöiden hoitoa kohtaan.

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää olemassa olevien tutkimusten ja kirjallisen aineiston avulla, miten hoitoalan asiantuntijat voivat tunnistaa traumatisoituneen potilaan ja millä hoitomuodoilla on saatu myönteisiä vaikutuksia PTSD:n oireisiin. Kirjallisuutta traumaperäisen stressihäiriön hoidosta löytyi runsaasti, mutta saatavilla olevasta ja ajankohtaisesta tutkimustiedosta oli puutetta. PTSD:n yksittäisistä hoitomuodoista löytyi tietoa, mutta hoitojen yhdistämisestä ja PTSD:n kokonaihoidosta tutkimustietoa löytyi niukasti.

Traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivillä potilailla on usein taustallaan vaikeita elämänvaiheita ja sellaisia traumatisoivia tapahtumia omassa elämänkaarensa, jotka ovat muokanneet heidän persoonansa rakenteita ja aiheuttaneet elämää häiritseviä oireita ja heikentynyttä psykososiaalista toimintakykyä (Suokas-Cunliffe & Maaranen 2014). Keskeisinä oireina PTSD:ssä ovat traumatisoituneen tapahtuman kaltaisten tilanteiden vältteleminen, ahdistuneisuus ja masentuneisuus sekä toistuvat traumatapahtuman mieleen palautumiset ja dissosiatiiiviset oireet (Käypä hoito 2020). Lisäksi traumaperäisen stressihäiriön oireisiin kuuluu usein unihäiriöitä. Unihäiriöt voivat näkyä potilailla esimerkiksi vaikeutena nukahtaa, nukahtamisen jälkeisenä pitkänä hereillä olo aikana ja unen kokonaismäärän vähäisyytenä. PTSD:n oireisiin liittyy usein myös samanaikaisesti muita psykiatrisia häiriöitä, kuten persoonallisuushäiriöitä. Lisäksi potilailla voi esiintyä samanaikaista päihteiden väärinkäyttöä, joka saattaa osittain johtua esimerkiksi potilaan pyrkimyksestä lievittää voimakkaita PTSD:n oireita. (Trauma ja dissosiaatio 2019.)

Traumaperäisen stressihäiriön ensilinjan hoitomuoto on pitkään ollut traumakeskeinen kognitiivinen käyttäytymisterapia, jonka tarkoituksena on luoda turvalliset olosuhteet altistaa potilas uudelleen traumaattiselle tilanteelle ja siten mahdollistaa traumaattisen tapahtuman käsitteleminen. (Käypä hoito 2020). Traumaperäisen stressihäiriön hoidossa hyödynnetään lisäksi silmänliiketerapiaa (EMDR, Eye Movement Desensitization and Reprocessing), jota käytetään etenkin trauman käsittelyvaiheessa (EmdrEurope 2019). Opinnäytetyössä on käsitelty myös MDMA-avusteisen psykoterapian mahdollisia suotuisia vaikutuksia PTSD:n oirekuvaan. MDMA-avusteisella psykoterapialla on pyritty hoitamaan erityisesti kroonistuneita ja

hoitoresistenttejä traumaperäisiä stressihäiriöitä (Ventilä & Hupli 2021). PTSD:n oireita voidaan yrittää lievittää myös mielialalääkkeillä, kuten esim. paroksetiinilla, sertraliinilla, venlafaksiinilla ja mirtatsapiinilla (Käypä hoito 2020).

2 Trauman määritelmä

EmdrEurope (2019) määrittelee trauman henkiseksi haavaksi, jonka aiheuttaa stressivaste traumaattisessa tilanteessa. Traumaattiseksi tapahtumaksi kutsutaan mitä tahansa ihmisen uhkaavaksi kokemaa tilannetta, joka aiheuttaa normaalia elämää häiritseviä epätyypillisen voimakkaita psyykkisiä tai fyysisiä reaktioita. Ventilän & Huplin (2021) mukaan traumaattinen tapahtuma voidaan kuvata poikkeuksellisen uhkaavaksi tai tuhoisaksi kokemukseksi, joka on yksilön stressin säätelykyvyille ylivoimainen.

Traumatisoiva tapahtuma voi koskettaa yksittäistä ihmistä tai kokonaista perhettä, yhteisöä tai ryhmää (EmdrEurope 2019). Traumaattisia tilanteita voivat olla esimerkiksi läheisen menehtyminen, töistä irtisanominen, yllättävä avioero, väkivallan uhriksi joutuminen, liikenneonnettomuudet tai niiden todistaminen. Äkillisen stressireaktion aiheuttama kriisitilanne voi luoda ihmiselle turvattoman olon, kun ympärillä olevia asioita tai omia reaktioita ei kykene hallitsemaan. Äkillisessä kriisitilanteessa on tavallista, että ihminen kokee erilaisia tunteita, kuten vihaa, ärtymystä, avuttomuutta, häpeää tai syyllisyyttä. (Mielenterveystalo 2022.)

Äkillisen traumatisoivan tapahtuman käsittelyprosessi on usein vaihteista, jonka vuoksi myös psykososiaalisen tuen tulee perustua vaiheittaisen psykologisen sopeutumisprosessin ymmärtämiseen (Valtioneuvosto 2019). Useiden lähteiden mukaan vaiheet ovat: 1. sokkivaihe, 2. reaktiovaihe, 3. käsittely- ja työstämävaihe ja 4. uudelleen suuntautumisen vaihe. (Aivotalo 2022, EmdrEurope 2019, Hämäläinen, Kanerva, Kuhanen, Schubert & Seuri 2017, 232.)

Hämäläinen ym. (2017, 232) kuvaavat kirjassa Mielenterveyshoitotyö psyykkisen sokin suojareaktioksi, joka alkaa välittömästi kriisitilanteen jälkeen ja kestää tyypillisesti muutaman vuorokauden. Sokkivaiheessa ihminen ei vielä pysty käsittelemään tilannetta ja tapahtunut voi tuntua epätodelliselta. Sokkivaiheen on tarkoitus suojata ihmistä sellaisilta kokemuksilta ja tunteilta, joita ihminen ei vielä pysty käsittelemään. Sokkivaiheessa voi esiintyä myös tunteiden ja kivun tunteen puuttumista. Sokkivaiheessa ihmisen aistit voimistuvat ja kohde, johon aistit sokkivaiheessa keskittyvät, jää yksityiskohtaiseksi ja selkeäksi mielikuvaksi. Sokkivaiheessa usein kyky tehdä päätöksiä on puutteellinen, vaikka ihminen toimiikin tarkoituksenmukaisesti.

Hämäläisen ym. (2017) mukaan reaktiovaihe kestää tyypillisesti muutamasta päivästä muutama kuukauteen ja siihen siirrytään vähitellen sokkivaiheen jälkeen. Aivotalon (2022) mukaan reaktiovaiheessa ihminen alkaa pienin askelin kohdata tapahtunutta ja yrittää muodostaa käsitystä tapahtuneesta sekä sen merkityksestä omaan elämään. Hämäläinen ym. (2017) tuovat esiin kirjassaan, että surun ja tyhjyyden tunne, sekä ahdistus ja syyllisyyden tunteet ovat tyypillisiä reaktiovaiheessa. Lisäksi tavanomaisesti reaktiovaiheeseen liittyy somaattisia reaktioita, kuten sydämen tykytystä, vapinaa, pahoinvointia, kuvotusta, huimausta ja väsymystä. Lisäksi voi esiintyä raivoa, vihaa, itkuisuutta ja heti seuraavassa hetkessä helpottuneisuutta. Ihminen

voi kokea, että menetetty läheinen ihminen on jossain lähistöllä sekä kuulla esimerkiksi menehtyneen läheisen äänen. (Aivotalo 2021.)

Reaktiovaiheen jälkeen tulee tyypillisesti kriisin käsittelyvaihe, joka kestää tyypillisesti muutamista kuukausista muutamaan vuoteen ja jonka aikana kriisi aletaan hyväksyä (Hämäläinen ym. 2017, 233). Tapahtunutta ei enää kielletä, vaan sen ymmärretään olevan totta menetyksiin ja muutoksineen. Käsittelyvaiheessa ihmiselle tulee usein tarve sanoittaa tunteitaan. Tapahtuneen tarkka läpikäyminen esimerkiksi muistelemalla, kirjoittamalla tai puhumalla läheisten ihmisten kanssa voi edistää toipumista. Käsittelyvaiheessa on tavallista, että ihmisellä esiintyy keskittymisvaikeuksia, ärtyneisyyttä ja vetäytyneisyyttä sosiaalisista kontakteista. (Aivotalo 2021.)

Uudelleensuuntautumisen vaihe seuraa reaktiovaihetta ja se kestää Hämäläisen ym. (2017, 234) mukaan 1-2 vuotta. Uudelleensuuntautumisen vaiheessa ihminen löytää tasapainon kriisin jälkeen (Aivotalo 2021). Tapahtunut alkaa muodostumaan ihmisen mielessä osaksi elämää ja kokemukseksi omasta itsestä. Tapahtuma jää ihmiseen kuin arveksi, joka ei kuitenkaan estä saamasta uutta otetta elämästä. Tässä vaiheessa suru ja ahdistus eivät enää hallitse jokaista hetkeä, vaan luottamus sekä usko elämään palautuu (Mielenterveystalo 2022).

Traumatisoitumisen vaikutukset ovat riippuvaisia traumatapahtuman luonteesta. Oireet voivat olla hyvin monimuotoisia riippuen siitä, onko traumatisoituminen tapahtunut esimerkiksi toisen ihmisen aiheuttamana, luonnonkatastrofin seurauksena, lapsuuden kehitysvaiheissa vai aikuisuudessa. Lisäksi oireiden laatuun vaikuttaa, onko kyseessä perheen sisäinen vai ulkopuolinen traumaattinen tapahtuma. (Suokas-Cunliffe & Maaranen 2014.)

3 Post-traumaattisen stressireaktion kehittyminen

Juvan ym. (2021, 147-148) mukaan stressi-termillä tarkoitetaan ihmisen elimistössä tapahtuvaa fyysistä vireystilan voimistumista, joka koetaan kielteiseksi ja hallitsemattomaksi. EmdrEurope (2019) kuvaa stressin paineeksi tai rasitukseksi, joka syntyy voimakkaan fyysisen tai psyykkisen rasituksen seurauksena. Stressi koetaan ahdistuksena, jonka aiheuttaa mahdollisen uhkan havaitseminen. Ahdistus voidaan havaita esimerkiksi fyysisinä oireina, käyttäytymisen muuttumisena ja/tai tunnereaktioina.

Sympaattisen tonuksen eli automaattisen lihasjännityksen nopea käynnistyminen saa ihmisessä niin kutsutun *taistele tai pakene* -reaktion aikaan. Stressin käsittely ja sen säätely tapahtuvat ihmisen aivoissa, joissa keskeisimpiä alueita stressin kannalta ovat; manteliumake, aivojen kuorikerros ja hippokampus. Stressi saa ihmisen aistitoiminnot virittymään ja samalla tarkkaavuus paranee. (Juva ym. 2021, 147-148.)

Stressiksi kuvataan Juvan ym. (2021, 147-148) mukaan tavallista pidempää virittyneisyyden tilaa, josta tavallisesti kuitenkin toivutaan hyvin. Riippuen kuitenkin ihmisen olemassa olevista voimavaroista ja riskitekijöistä, voi stressin myötä myös sairastua (Juva ym. 2021, 147-148). EmdrEurope (2019) kertoo stressaavan tilanteen aiheuttavan ihmisen elimistössä endogeenisten hormonien eli niin kutsuttujen stressihormoneiden erittymisen. Stressi saa elimistössä aikaan sympaattisen hermoston aktivoitumisen, jolloin lisämunuaisen erittämien välittäjäaineiden; adrenaliinin ja noradrenaliinin pitoisuudet lisääntyvät elimistössä (Juva ym. 2021, 147-148). Adrenaliini ja noradrenaliini tehostavat sydämen sykettä, lisäävät sydänlihaksen supistumista, laajentavat pupilleja, hidastavat ruuansulatusta ja lisäävät sokeriaineenvaihduntaa, jolloin maksasta erittyy glukoosia lihasten käyttöön (Pentinpuro 2017). EmdrEuropen (2019) mukaan stressihormonit myös tehostavat traumaattisen tilanteen muistiin tallentumista.

EmdrEuropen (2019) mukaan traumaattiset stressitilanteet tallentuvat ihmisen mieleen usein aistien kautta hajuina, visuaalisesti, tunteina tai ääninä. Akuutissa stressitilanteessa stressimekanismi ja stressihormonit saavat ihmisen toimimaan tehokkaammin ja edistävät tilanteesta selviytymistä. Stressin jatkuessa pitkään ihmisen elimistö alkaa sopeutumaan ulkoiseen oletettuun uhkaan tai kuormittavaan ympäristöön. Stressivasteen kannalta olennaisia ovat kuormituksen suuruus, kesto ja koettu aiheellisuus olosuhteisiin nähden. Pitkään jatkunutta stressiä voidaan verrata maratonjuoksuun pikajuoksunopeudella. (Juva ym. 2021, 147-148.)

Pitkään jatkunut stressi vaikuttaa ihmisen elimistöön. Pitkään jatkunut stressi voi aiheuttaa päänsärkyä, huimausta, sydämentykytystä, pahoinvointia, vatsa- ja selkävaivoja sekä esimerkiksi flunssakierteen (Aava 2022). Fysiologisten muutosten on katsottu liittyvän stressistä pitkään kärsineen ihmisen ehdollistumiseen, ahdistukselle herkistymiseen ja kyvyttömyyteen hillitä pelon tunteita. Poikkeavuudet aivojen harmaan aineen tilavuudessa ja valkoisen aineen yhteyksissä aivotoinnoissa liittyvät aivojen henkeä suojeleviin mekanismeihin. Henkeä suojelevia mekanismeja ovat esimerkiksi uhan arviointi, pelkoperusteinen oppiminen, toiminnanohjaus, tunteiden säätely ja tilannesidonnainen tiedon käsitteleminen. (Juva ym. 2021, 148.)

3.1 Akuutti stressihäiriö

Akuutti stressireaktio saattaa syntyä, mikäli ihminen kokee äkillisen tapahtuman, johon liittyy esimerkiksi kuolema, vakava loukkaantuminen tai niiden uhka. Traumaattisen tapahtuman jälkeen voi esiintyä erilaisia oireita, jotka pyrkivät estämään ahdistavien mielikuvien pääsemisen tietoisuuteen. Tällaisia oireita kutsutaan usein dissosiativisiksi oireiksi ja ne voivat esiintyä irrallisuuden tunteina, tunnereaktioiden puuttumisena, vähentyneenä tietoisuutena ympäristöstä ja ympäristön vieraaksi kokemisena. (Terveyskirjasto 2018.)

Akuutin stressin kestoksi on määritelty enintään yksi kuukausi. Akuutin stressin laukaisevana tekijänä voi olla esimerkiksi läheisen ihmisen menetys tai läheisen joutuminen kuolemanvaaraan. Lisäksi akuutin stressihäiriön voi laukaista väkivallan kohteeksi joutuminen tai väkivallan

merkittävä uhka, ryöstetyksi tuleminen, luonnon katastrofi tai muu poikkeava tapahtuma elämässä. (Juva ym. 2021.)

Akuuttiin stressihäiriöön voi liittyä painajaisunia, muistikuvien tai uhkakuvien toistuvaa mieleen palautumista, dissosiaatiota ja pessimismia. Lisäksi stressihäiriö voi aiheuttaa ihmisessä impulsiivista käyttäytymistä, vaikka se ei muuten olisi yksilölle tyypillistä. Osa akuutin stressireaktion oireista esiintyy liikenneonnettomuuksien jälkeen 50-90 %:lla uhreista. Tavallisesti oireet lieviytyvät ja hälvenevät parin vuorokauden aikana niiden alkamisesta. Naissukupuoli ja negatiivisen affektiivisuuden persoonallisuuden piirteet (ahdistus, masennus, neuroottisuus, tunneelämältään epävakaa persoonallisuushäiriö (Haravuori, H. 2019).) ovat riskitekijöitä akuutille stressihäiriölle. (Juva ym. 2021, 146.)

3.2 Traumaperäinen stressihäiriö: PTSD

Käypä hoidon vuonna 2020 julkaistussa suosituksessa traumaperäinen stressihäiriö kuvataan poikkeuksellisen voimakkaan tai katastrofaalisen tilanteen aiheuttamaksi. Suosituksen mukaan tällainen äkillisen tilanteen kohtaaminen aiheuttaisi todennäköisesti voimakasta ahdistuneisuutta kenelle tahansa. Oireina traumaperäisessä stressihäiriössä potilaalla esiintyy jatkuvia muistikuvia tilanteesta, hetkellisiä voimakkaita takauksia, painajaisunia ja ahdistuneisuutta, jotka muistuttavat traumatilanteesta. Lisäksi potilas usein pyrkii välttämään traumamuistoja aktivoivia tilanteita ja potilailla voi olla vaikea muistaa tai palauttaa mieleen tapahtumaan liittyviä keskeisiä asioita. Lisäksi oireina ovat jatkuvat ylivireyden ja psyykkisen herkistymisen oireet. (Käypä hoito 2020.)

Juvan (2021, 146-148) mukaan traumaperäinen stressihäiriö voi olla seurausta esimerkiksi altistumisesta kuolemanuhkalle, vakavalle loukkaantumiselle tai seksuaaliselle väkivallalle. EmdrEuropen (2019) artikkelin mukaan yksittäinen traumaattinen tilanne aiheuttaa niin sanotun I-tyyppin trauman (aseellinen ryöstö, väkivaltatilanne jne.). Ihminen voi esimerkiksi joutua itse asianosaiseksi tilanteeseen tai olla todistamassa altistavan tilanteen tapahtumista jollekin toiselle. Traumaperäinen stressihäiriö voi olla seurausta myös esimerkiksi läheistä ihmistä koskevan tiedon vastaanottamisesta. (Juva ym. 2021, 146-147.)

Traumaperäisen stressihäiriön kestoksi on määritelty enimmillään yksi kuukausi ja se alkaa puolen vuoden sisällä traumaattisesta tapahtumasta tai traumaattisen elämäntilanteen päättymisestä. Traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivälle saattaa nousta toistuvasti tapahtunut mieleen uni- ja/tai valvetilassa. Oireisiin voi liittyä myös dissosiativisia oireita ja tunnetta tilanteen toistumisesta uudelleen. Tilanteen palautuminen mieleen aiheuttaa tyypillisesti ahdistusta, johon liittyy ihmisen elimistön fysiologisia muutoksia. (Juva ym. 2021, 146-147.)

Traumaperäisessä stressihäiriössä on havaittu poikkeavaa toimintaa sydämen sykevaihteluissa ja ihon toiminnassa, joka näkyy esimerkiksi kämmenien hikirauhasten toiminnan muutoksina.

Lisäksi stressihäiriöön voi liittyä poikkeavaa toimintaa ihmisen sähköisissä hermovasteissa aistiärsykkeille. Tutkimuksissa on huomattu, että myös hippokampuksen tavallista pienemmällä koolla on yhteyttä pitkään jatkuneeseen stressiin. (Juva ym. 2021, 146-147.)

Traumaattisen tapahtuman kokenut voi alkaa välttelemään tunteita herättäviä tilanteita ja vetäytymään sosiaalisista kontakteista. Lisäksi ihminen voi kokea syyllisyyden tunteita, mielentilat vaihtelevat ja ajatukset muuttuvat sisällöltään kielteisemmiksi. Tapahtuman kokenut ei välttämättä itse muista kaikkea tapahtuneeseen liittyvää. Asianomainen voi kokea ärtyneisyyttä, impulsiivisuutta, välinpitämättömyyttä tai itsetuhoisia ajatuksia. Lisäksi ihmisellä voi esiintyä dissosiativisia oireita, kuten derealisaatio- ja depersonalisaatio-oireita. (Juva ym. 2021, 146-147.)

3.2.1 Kompleksinen post-traumaattinen stressihäiriö: C-PTSD

Kompleksinen post-traumaattinen stressihäiriö kuvaa Trauma ja dissosiaation (2022) mukaan oireyhtymää, joka liittyy pitkään jatkuneessa traumaattisissa olosuhteissa elämiseen. C-PTSD voi olla seurausta syvästä I-tyyppin traumasta (aseellinen ryöstö, väkivaltatilanne jne.) tai II-tyyppin traumasta (pitkään jatkunut seksuaalinen väkivalta, insesti, kiusaaminen). Syvä I-tyyppin ja II-tyyppin trauma voivat johtaa pysyviin persoonallisuuden muutoksiin. (EmdrEurope 2019.) Häiriö ei ole virallinen diagnoosi, vaan sitä käytetään kuvaamaan traumaattisten olosuhteiden aiheuttamia jälkivaikutuksia ja sen aiheuttajana on lähes aina ihminen. Traumaattinen tilanne voi olla esimerkiksi toisen ihmisen vallan alla oleminen, kuten kotiväkivaltatilanteissa, kaltoinkohdelluilla lapsilla, prostituoiduilla tai vangeilla. (Trauma ja dissosiaatio 2022.)

Oireyhtymälle tyypillisiä oireita ovat traumaattisissa olosuhteissa elämisen aiheuttamat minäkuvan muutokset, eli muutokset käsityksessä omasta itsestään ja stressin sietokyvyn heikentyminen. Pääoireina pidetään ihmisen impulssikontrollin säätelemisen vaikeuksia, jotka saattavat johtaa vaikeuksiin ylläpitää ihmissuhteita. Lisäksi ihmisellä usein esiintyy muita psykiatrisia häiriöitä samanaikaisesti, kuten vakavia dissosiaatio-oireita ja erityyppisiä persoonallisuushäiriöitä. (Trauma ja dissosiaatio 2022.)

Traumaattisen häiriön vaikeusaste voi olla riippuvainen siitä, kuinka läheinen trauman aiheuttanut henkilö on uhrille ollut ja kuinka paljon uhri on saanut osakseen hyväksyntää sekä tukea. Kaikkein ongelmallisin vaikutus on esitetty olevan lapsuuden aikaisilla pitkään jatkuneilla traumaattisilla olosuhteilla, vaikkakin aiemmin psyykkisesti terve ja eheä aikuinenkin voi kärsiä kompleksisen traumaperäisen stressihäiriön oirekuvasta. (Trauma ja dissosiaatio 2022.)

Vakava varhaisiän traumatisoituminen on tyypillisesti aiheutunut vanhempien lapseensa kohdistamasta seksuaalisesta väkivallasta, kaltoinkohtelusta tai väkivallasta. Kiintymyssuhteessa tapahtuvat traumaattiset kokemukset aiheuttavat lapselle jatkuvaa ali- ja yliviritteisyyden tilaa, johon lapsi ei välttämättä pysty hakemaan tukea ja turvaa rauhoittavalta aikuiselta. Lapsi

ei kykene erottamaan traumatisoivia tilanteita toisistaan, vaan elää jatkuvassa uhan aktivoimassa tilassa. Vaurioittavinta on, kun vanhempi ei ole turvan, vaan uhan lähteenä, eikä vanhempi pysty tällöin myöskään olemaan läsnä lapselle traumaattisten kokemusten yhdistämisessä tai niiden ymmärtämisessä. (Suokas-Cunliffe & Maaranen 2014.)

Kaltoinkohdeltu lapsi voi oppia säätelemään kielteisiä tunteita esimerkiksi itsetuhoisen käytöksen kautta. Sietämätön psyykkinen kokemus voi muuttua fyysiseksi itsensä vahingoittamisen kautta. Kaltoinkohtelua kohdannut lapsi voi oppia korvaamaan turvaa antavan sylin mm. kivun kautta saavutetun endorfiinin tuomalla rauhalla. (Suokas-Cunliffe & Maaranen 2014.) Endorfiini on hypotalamuksen ja aivolisäkkeen erittämä hormoni, joka rakenteeltaan muistuttaa morfiinia. Endorfiinia pidetään luonnon omana kipulääkkeenä, sillä se aktivoi kipua lievittäviä opioidireseptoreja sekä saattaa aiheuttaa hyvinolontunnetta ja euforiaa. (Domonell 2016.) Mikäli traumatisoituneen eriytyneillä persoonanosilla on erilliset minäkokemukset, voi itsetuhoisen persoonanosan takana olla kaltoinkohtelijan jäljittelemä persoonanosa. Kaltoinkohtelijaa jäljittelevä osa on usein vastuussa psykosomaattisista oireista, kuten kivuista ja tuntepuutoksista. (Suokas-Cunliffe & Maaranen 2014.)

Varhainen traumatisoituminen vaikuttaa henkilön tapoihin käsitellä omaelämäkerrallisia tapahtumia ja niiden aiheuttamia tunteita sekä tapaa kokea. Henkilön voi olla myös vaikea tunnistaa traumatisoitumisen vaikutuksia itsessään. Lääkärin vastaanotolle varhain traumatisoituneet hakeutuvatkin tavallisesti fyysisten oireiden, ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden vuoksi, jotka voivat olla seurausta varhaisesta traumatisoitumisesta. Traumatisoitumisen luonteen ymmärtäminen helpottaa ammattilaista huomaamaan mahdollisen varhaisen traumatisoitumisen ja ohjaamaan potilaan oikeaan hoitoon sekä katkaisemaan turhan hoito- ja tutkimuskierteen. (Suokas-Cunliffe & Maaranen 2014.)

Varhaislapsuudessa traumatisoituminen vaikuttaa persoonallisuuden kehittymiseen ja voi aiheuttaa tunteiden säätelyn ja tietoisuuden häiriöitä, identiteettiongelmia sekä monenlaisia ruumiillisia oirekuvia. Traumatisoitumisen tunnistamisen avulla pystytään hoito kohdistamaan oireiden sijaan persoonallisuuden rakenteisiin liittyviin ongelmiin. Erityisesti vakavimmin traumatisoituneilla perusteellinen häiriön arvioiminen on tarpeen, sillä vakavasti traumatisoituneilla oirekuvaan voi liittyä sellaisia oireita, jotka muistuttavat skitsofrenialle tyypillisiä oireita. Tällaisia oireita voivat olla esimerkiksi ääniharhat ja hallusinaatiot. Vakavista oireista huolimatta psykoterapia on keskeinen hoitomuoto dissosiaatiohäiriöissä. (Suokas-Cunliffe & Maaranen 2014.)

3.2.2 Dissosiaatio

Psykologiassa dissosiaatiolla tarkoitetaan normaalin tajunnan, muistojen, identiteetin ja havaintojen yhdistymisen häiriintymistä. Dissosiaatio on tärkeä osa traumaattisia kokemuksia, sillä se ehkäisee ihmisen psyykkistä ylikuormitusta. Dissosiaation avulla trauma jaetaan pieniin,

helpommin käsiteltäviin osiin. Traumaattisen kokemuksen jälkeen dissosiaatio alkaa purkautumaan, jolloin ihminen alkaa yhdistelemään palasia toisiinsa. Dissosiaation purkaminen edellyttää, että ihminen kokee olonsa riittävän turvalliseksi. (Trauma ja dissosiaatio 2022.)

Dissosiaatio tapahtuu, kun henkilölle tapahtuu liian uhkaava tai ylivoimainen kokemus, jota ei tilanteen voimakkuuden vuoksi pystytä sillä hetkellä käsittelemään ja integroimaan omaan elämäänsä. Näin voi erityisesti käydä silloin, kun uhkaavan tai ylivoimaisen kokemuksen kokenut ei saa riittävää emotionaalista tukea tilanteen jälkeen. Pysyväisluonteinen persoonallisuuden ja minäkuvan osittuminen voi olla varhaislapsuudessa traumaattisia tilanteita kokeneen selviytymisstrategia. Dissosiaation avulla traumatisoitunut kykenee jatkamaan elämäänsä siten, että henkilö pystyy välttämään jatkuvia ylivoimaisia nykyisyyteen ja menneisyyteen liittyviä kokemuksia. Kuitenkin tämän persoonallisuuden osittumisen vuoksi ainakin yksi persoonallisuuden osa juuttuu käsittelemättömiin muistoihin ja toinen osa yrittää ikuisesti jatkaa normaalia elämää ilman näitä integroitumattomia kokemuksia. (Boon, Steele, Van Der Hart 2011.)

Trauma ja dissosiaatio (2022) tuo esiin, että mikäli ihminen ei pääse traumaattisen kokemuksen jälkeen purkamaan dissosiaatiota, se saattaa aiheuttaa psyykkisiä ongelmia, kuten akuutin- tai traumaperäisen stressihäiriön. Lapsuudessa runsas dissosiaatio aiheuttaa minäkuvan muutoksia ja minäkuvan osioiden erkaantumista toisistaan persoonallisuuden kehityksen ollessa vielä kesken. Kun minäkuvan osiot eivät ole yhdistyneet, voi ihmisen käyttäytyminen olla impulsiivista ja mielialat voivat aihdella nopeasti (Trauma ja dissosiaatio 2022). Myös Minduu (2022) tuo esille, että vakavimmin traumatisoituneilla dissosiaatiohäiriöistä kärsivillä persoonan ajatellaan pilkkoutuneen traumaan kiinnittyneisiin erillisiin osiin ja dissosiaatiohäiriöstä kärsivän toimintakyky voi vaihdella lyhyellä aikavälillä paljon. Dissosiaatiohäiriöt voivat näyttäytyä esimerkiksi muistikatkoksina nykyisyydessä ja menneisyydessä. Lisäksi vakavasta dissosiaatiohäiriöstä kärsivä voi kuulla traumataustasta peräisin olevia ääniä.

Dissosiaatiohäiriöihin kuuluva derealisaatio tarkoittaa ympäristön epätodelliseksi tuntemista, jolloin ihminen voi tuntea ympäristön vieraaksi, unenomaiseksi tai muotoaan muuttavaksi. Dissosiaatiohäiriöihin voi liittyä myös depersonalisaation oire, joka tarkoittaa kokemusta, jolloin ihminen tuntee persoonallisuutensa, ruumiinsa tai identiteettinsä epätodellisiksi tai muuttuneiksi suhteessa ympäristöön. Depersonalisaatio on tavallinen oire traumaattisessa stressihäiriössä, jolloin se toimii reaktiona tai hallintakeinona traumaattisten kokemusten aiheuttamille tunteille ja muistoille. Äkillinen siirtyminen toiseen persoonan tilaan saattaa olla reaktio alkuperäistä traumaattista tapahtumaa muistuttavissa tilanteissa. (Trauma ja dissosiaatio 2022.)

4 Traumatisoituneen potilaan hoitoon ohjaus ja hoitomenetelmät

Kompleksisen traumaperäisen stressihäiriön ja varhaisen traumatisoitumisen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus on kuvattu Suokas-Cunliffen ja Maaranen (2014) katsauksessa haasteelliseksi. Varhaisiän kiintymyssuhteessa traumatisoituneen traumapsykoterapian perusajatuksena on, että pitkään jatkunut kaltoinkohtelu kiintymyssuhteessa saattaa aiheuttaa monitahoisien kehityshäiriön, jonka oireistoon voivat kuulua tunnetilojen säätelyn häiriöt, impulssikontrollin puute, itsensä vahingoittaminen, identiteettiongelmat, ihmissuhdeongelmat ja dissosiaatio-oireet. Lisäksi oman haasteensa traumapsykoterapiaan lähettämiseen tuo se, että potilaan luottamus ammattiapuun voi olla vähäistä, sillä takana saattaa olla lukuisia hoitoyrityksiä ja diagnooseja. (Suokas-Cunliffe & Maaranen 2014.)

Traumatisoitumisen tunnistamista vaikeuttaa se, että traumatisoituneen persoonallisuudet ovat voineet jakautua traumatisoituneeseen persoonallisuuden osaan sekä traumasta erillään oleviin persoonallisuuden osiin. Nämä osat eivät välttämättä ole tietoisia toisistaan ja niiden vaihtelu saattaa aiheuttaa hallitsemattomia muutoksia toimintakyvyssä. Vakavasti traumatisoituneen persoonan osat voivat olla hyvin eriytyneitä toisistaan, joka aiheuttaa isoa vaihtelua toimintakykyyn eri vuorokauden aikoina. Vaihtelu voi näkyä esimerkiksi siten, että henkilö pysyy päiväsaikaan toimimaan hyvin jäsenytneesti sekä korkeatasoisesti traumasta irti olevassa persoonallisuuden osassa, mutta ilta- ja yöaikaan toimintakyky voi äkillisesti romahtaa. (Suokas-Cunliffe & Maaranen 2014.)

Lääkeaineista traumaperäinen stressihäiriö on virallisena käyttöaiheena sertraliinissa ja paroksetiissa (Ventilä & Hupli 2021).

4.1 Traumakeskeinen psykoterapia

Traumakeskeinen terapia on ensisijainen traumaperäisen stressihäiriön hoitomuoto (Käypä hoito 2019). Traumakeskeinen kognitiivinen käyttäytymisterapia eroaa tavanomaisesta kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta. Traumakeskeisessä terapiassa käytetään tavanomaisen kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmien lisäksi ärsykkeiden yhdistämistä, joiden avulla potilas voi käydä traumaattisen tilanteen uudelleen läpi kuvitteellisesti tai oikeassa elämässä. Traumaterapiassa voidaan hyväksikäyttää esimerkiksi kotitehtäviä, jotka voivat sisältää esimerkiksi traumaattisen tilanteen uudelleen kuuntelemista kotitöiden ohella tavoitteena saavuttaa traumalle herkistyminen ja altistuminen. (Green 2013.)

Traumakeskeinen hoito perustuu kolmeen vaiheeseen, jonka alkuvaiheissa vakautetaan potilasta nykyhetkeen, käsitellään traumaa potilaan sietokyvylle sopivissa rajoissa ja sietokyvyn määräämällä tahdilla. Terapian lopussa autetaan potilasta suuntautumaan tulevaisuuteen. Vaiheet eivät tavallisesti seuraa tarkkarajaisesti toinen toistaan, vaan vaiheiden välillä siirrytään joustavasti. Traumapsykoterapia on saanut vaikutteita evoluutiopsykologiasta sekä

psykoanalyttisesta ja kognitiivisesta teoriasta, kiintymyssuhdeteorioista, psykobiologiasta ja neurotieteistä. (Suokas-Cunliffe & Maaranen 2014.)

Ventilä ja Hupli (2021) tuovat tieteellisessä katsauksessa esille, että traumatyöskentelyssä tärkeintä on turvallinen uudelleen altistuminen. Esteeksi terapian onnistumiselle voi kuitenkin muodostua henkilön voimakas ahdistuneisuus, yli- ja alivirittyneisyyden tilat tai taipumus dissosiaatioon, jolloin henkilön minäkuva, kokemukset ja tunteet eivät muodosta johdonmukaisesti jatkuvaa kokonaisuutta. Arviolta 30 %:lla traumaperäisen stressihäiriöstä kärsivän psykoterapia jää kesken. (Ventilä & Hupli 2021.)

Traumaattisia tapahtumia on tarkoitus käsitellä traumaterapiassa kokonaisvaltaisesti kehon ja mielen kautta. Traumaterapiassa traumatisoitunutta kannustetaan kiinnittämään huomiota kehonsa reaktioihin ja autonomisen hermostonsa säätelyyn. Hoidossa keskeistä on pelon vähentäminen ja kiinnostuksen lisääminen omaa psyykkistä vointia kohtaan. Traumaterapiassa pyritään vähitellen lisäämään yhteyksiä ja yhteistietoisuutta traumasta erillään olevien sekä siihen kiinnittyneiden persoonallisuuksien välissä. (Suokas-Cunliffe & Maaranen 2014.)

Traumaterapian alkuvaiheilla on tärkeää tehdä arvio persoonallisuuden rakenteista ja vakavan kaltoinkohtelun aiheuttamasta mahdollisesta dissosiaatiohäiriöstä. Arvion tekeminen voi kuitenkin olla haasteellista, sillä traumasta erillään olevat persoonallisuudet voivat antaa vastaanotolla hyvin yksipuolisen kuvan henkilön toimintakyvystä. Traumatisoituneen kykyä toimia vanhempana tulee myös arvioida, koska päiväsaikaan korkeatasoisen persoonallisuuden omaava henkilö voi ilta- ja yöaikaan olla toimintakyvyltään selvästi heikompi kuin päiväsaikaan. Traumatisoitunut persoonallisuus voi aktivoitua esimerkiksi omien lapsien tarpeiden esille tulemisen jälkeen tai lapsen itkiessä, jolloin kaltoinkohtelua voi tapahtua, ilman että ihminen on edes traumatisoituneen persoonallisuuden kaltoinkohtelusta tietoinen. (Suokas-Cunliffe & Maaranen 2014.)

Vakauttamisvaiheessa traumatisoitunutta ohjataan tunnistamaan ja säätelemään autonomisen hermostonsa yli- ja alivirittyneisyyden tiloja sellaiselle tasolle, jolla havainnointi ja ajattelu on mahdollista. Autonomisen hermoston voimakas ylivirittyneisyyden tila aktivoi elimistössä ”taistele tai pakene” -reaktion ja hyvin alivirittynyt virittyneisyyden tila saattaa aiheuttaa lamaan- tumista ja liikkumattomuutta. Vakauttamisvaiheen jälkeen siirrytään trauman käsittelyvaiheeseen. (Suokas-Cunliffe & Maaranen 2014.)

Käsittelyvaiheessa on tärkeää, että traumatisoitunut on oppinut tunnistamaan persoonallisuutensa rakenteita ja erillään olevia osia. Lisäksi traumatisoituneen täytyy pystyä olemaan samanaikaisesti traumamuistossa ja nykytilassa. (Suokas-Cunliffe & Maaranen 2014.)

Kolmanteen hoitovaiheeseen, eli uudelleen suuntautumisen vaiheeseen kuuluvat menneisyyden todentuminen, jossa traumaattiset tapahtumat liittyvät osaksi ihmisen elämänkaarta.

Traumatisoituneella voi olla heikentynyt toimintakyky ja sosiaalinen elämä, joka voi olla seurausta välttämiskäyttäytymisestä. Psykoterapeutti on uudelleen suuntautumisen vaiheessa ikään kuin valmentaja, joka kannustaa ja rohkaisee traumatisoitunutta ottamaan askelia eteenpäin ja astumaan tuntemattomaan, esimerkiksi ottamaan riskejä ihmissuhteissa, joita traumatisoitunut on voinut siihen asti vältellä. Lisääntynyt toimintakyky ja kyky olla läsnä nykyhetkessä lisäävät elämän mielekkyyttä sekä psyykkistä ja fyysistä toimintakykyä. (Suokas-Cunliffe & Maaranen 2014.)

4.2 MDMA-avusteinen psykoterapia

Ennen kuin MDMA:ta alettiin käyttämään piristävänä lääkeaineena, sitä käytettiin psykoterapian lisäaineena jo 1970- ja 1980-luvuilla. Piristeiden käyttämisellä on pitkä historia PTSD:n psykoterapiahoidossa. Teoria MDMA:n hyödyistä psykoterapiahoidossa perustuu aineen pelkoa lievittävään vaikutukseen, jonka avulla pystytään luomaan luottamukselliset olosuhteet altistusterapialle. MDMA:lla on myös vaikutuksia aivoalueisiin, joista PTSD:n oireistot ovat peräisin. MDMA:n annos terapiassa on tyypillisesti 50-125 mg. Aineen tajuntaa laajentavan vaikutuksen avulla potilas voi siirtyä joustavasti muistoista nykyhetkeen ja takaisin. MDMA-avusteisessa psykoterapiassa kannustetaan kokemaan ja tuntemaan vapaasti samalla kun vältetään rajoittamista, välttämistä tai ajatusten ja tunteiden tukahduttamista. (Green 2013.)

Ventilän ja Huplin (2021) tieteellisessä artikkelissa käsitellään MDMA-avusteisen psykoterapian vaikuttavuutta hoitoresistentin traumaperäisen stressihäiriön hoidossa. Traumaattinen tilanne horjuttaa elimistön hypotalamus-aivolisäke-lisämunuaisakselin (HPA-akselin) tasapainotilaa ja asettaa yksilön psykologisen luottamuksen ympäröivää maailmaa kohtaan kyseenalaiseksi (Ventilä & Hupli 2021).

3,4-metyleenidioksimetamfetamiini (MDMA) on vuonna 1912 lääketehdas Merckin syntetisoima fenetyyliamiini. Se vaikuttaa keskushermostossa lisäten serotoniinin, dopamiinin ja noradrenaliinin määrää hermosolujen synapsiraoissa. Vaikutus perustuu hermoston välittäjäaineiden takaisinotonestoon, lisääntyneeseen vapautumiseen ja vaikutusajan pidentymiseen. MDMA:n laaja serotonerginen, dopaminerginen ja noradrenerginen vaikutus keskushermostossa lisää epäsuorasti hermosolujen hormonipitoisuutta, joista keskeisimpinä voidaan pitää oksitosiinia, vasopressiinia, kortisolia ja prolaktiinia. Näiden hormonien vapautuminen mahdollistaa HPA-akselin häiriintyneen säätelytoiminnan palauttamisen. MDMA:n vaikutus alkaa 30-60 minuutissa ja vaikutus kestää noin 3-6 tuntia. Puoliintumisaikana pidetään 7-9 tuntia. (Ventilä & Hupli 2021.)

Tutkimusten mukaan MDMA:n vaikutuksesta ihmisistä tulee luottavaisempia, sosiaalisempia ja avoimempia. Se myös kohottaa henkilön mielialaa ja vaimentaa mantelitumakkeen toimintaa, jolloin reagointi uhkasignaaleille lievittyy. MDMA helpottaa ahdistavien muistojen sekä tunteiden käsittelyä. MDMA-avusteinen psykoterapia sisältää tyypillisesti kolme 90 minuuttia kestävä

valmistelevaa terapiakertaa, kaksi tai kolme 6-8 tunnin MDMA-avustettua terapiaistuntoa sekä niiden lisäksi kuusi tai yhdeksän 90 minuutin pituista hoitokertoja yhdistävää tapaamista, joissa pystytään siirtämään terapiaistuntojen tuottamat näkökulmat onnistuneesti osaksi potilaan elämää. Onnistunut terapiaistunto perustuu terapeuttien kykyyn tukea sellaisia olosuhteita, jotka mahdollistavat traumaattisten kokemusten uudelleen kohtaamisen. (Ventilä & Hupli 2021.)

4.3 EMDR-terapia

Heinimaa, Häkkänen-Nyholm ja Solomon (2020) kirjoittavat EMDR-hoitoa käsittelevässä katsauksessaan, että silmänliiketerapia (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) on 1996 vuodesta käytössä ollut psykoterapeuttinen menetelmä. Menetelmä on ollut alun perin käytössä traumaperäisen stressihäiriön hoidossa ja myöhemmin sen käyttöä on laajennettu mm. komplisoituneen, eli pitkittyneen surun hoitoon. Silmänliiketerapian avulla kohdistetaan molemminpuolista ärsykettä ihmistä häiritsevien muistojen ja niihin liittyvien kognitioiden, aistien ja tunteiden käsittelyyn samanaikaisesti. Terapian tavoitteena on käynnistää estynyt surutyö ja samalla edistää tunteiden ja kognitioiden sopeutumista. (Heinimaa, Häkkänen-Nyholm & Solomon 2020).

EMDR-hoito perustuu teoriaan, jonka mukaan aivojen kognitiivisia toimintoja häiritseviä traumaattisia tapahtumia ei pystytä käsittelemään kunnolla, mikä luo toimintahäiriöitä aiheuttavia muistijärjestelmiä, jotka näyttäytyvät traumaperäisen stressihäiriön oireina. Silmänliiketerapialla stimuloidaan aivoja käyttämällä hyväksi silmänliikkeitä, ääniä tai kosketusta samalla kun potilaalle herätetään mielikuvia ja muistoja traumaattisesta kokemuksesta, joka voidaan siirtää traumaattisesta menneisyydestä turvallisempaan nykyhetkeen. (Green 2013.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, mitkä ovat aikuisen traumataustaisen potilaan tehokkaat hoitomenetelmät psykiatrisessa hoitotyössä. Työn tavoitteena oli lisätä asiantuntijoiden tietoa aikuisen traumataustaisen potilaan hoitomuodoista psykiatrisessa hoitotyössä.

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä HUS psykiatrian kanssa. HUS:n aikuispsykiatrialla hoidetaan yli 12-vuotiaita potilaita, joilla on tarve psykiatrian erikoissairaanhoidolle. HUS:n psykiatrinen erikoishoito painottuu avohoitoon ja suurin osa potilaista hoidetaan poliklinikoilla. Avohoidon tukena toimivat sairaalaosastot sijaitsevat Uudenmaan alueella.

Opinnäytetyössä haettiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

Mitkä ovat tehokkaat PTSD:n oireiden psykiatriset hoitomuodot?

Miten traumaperäinen stressihäiriö voidaan tunnistaa psykiatrisessa hoitotyössä?

6 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksella on menetelmänä tärkeä rooli, kun muodostetaan kokonaiskuvaa tietystä aihealueesta. Hoitotieteessä kirjallisuuskatsauksia käytetään tyypillisesti kuvaamaan jonkin aihealueen tutkimustarvetta tai sen avulla laaditaan synteesi aiempien tutkimusten tuloksista. (Stolt, Axelin & Suhonen 2015, 6.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on parhaiten tunnettu katsausten laji. Systemaattisessa katsauksessa pyritään löytämään järjestelmällisesti aihetta käsittelevä tutkimuskirjallisuus, arvioimaan olemassa olevien tutkimusten laatua ja analysoimaan sekä saattamaan aiempien tutkimusten tuloksia synteesiin. Katsaus pureutuu erityisesti esittämään joidenkin menetelmien vaikuttavuutta. Lähtökohtana systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa on määritellä tarkasti käytettävät menetelmät ja käyttää kattavaa hakumenettelyä aiempien aihetta käsiteltävien tutkimusten löytämiseen. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa keskeisintä lienee vastata tarkasti määriteltyyn tutkimuskysymykseen aiempia tutkimustuloksia yhdistämällä. (Stolt, Axelin & Suhonen 2015, 14.)

Tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aineistot haettiin tietokannoista käyttämällä pääsääntöisesti hakusanoja: traumaperäinen stressihäiriö/posttraumatic stress disorder, aikuinen/adult, hoito/treatment. Rajauksina tietokantahauissa on käytetty rajausta vuosiin 2012-2022, jotta on pystytty hyödyntämään mahdollisimman tuoretta ja uutta tietoa käsiteltävästä aiheesta. Lisäksi aineistosta on rajattu pois ne aineistot, jotka ovat keskittyneet ainoastaan nuorten ja lasten hoitotyöhön, kansainvälisiin sotien veteraaneihin ja sotilaisiin sekä yksittäisiin luonnollisiin mutta samalla traumaattisiin tilanteisiin, kuten synnytykseen. Lisäksi aineistoa haettiin manuaalisella haulalla, eli etsittiin tietokantojen tieteellisten artikkeleiden lähteistä sopivia tutkimusaineistoja. (Taulukko 1.)

Tietokannoissa on rajattu aineistojen kieli englannin- ja suomenkielisiin aineistoihin sekä rajattu pois AMK-tasoiset opinnäytetyöt. Lisäksi hakukannan mukaan on käytetty rajausta, jonka avulla on pystytty rajaamaan vain vertaisarvioidut tutkimukset hakutuloksiin. Hakukannoista, josta ei ole saatu suoraan rajattua vertaisarvioituja tutkimuksia, aiheeseen sopivat aineistot on käyty läpi ja todettu vertaisarvioiduiksi ja siten kriteerit täyttäväiksi manuaalisesti. Lisäksi resurssien rajallisuuden ja kustannusten vuoksi on rajattu pois aineistot, jotka ovat maksumuurin takana tai vaativat kirjautumisen sivustoille. (Taulukko 2.)

6.1 Aineiston valinta

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Tulokset	Otsikon perusteella hyväksytyt	Tiivistelmän perusteella hyväksytyt	Lopullisesti hyväksytyt
Finna.fi	Trauma* AND stressihäiriö*	Suomi, englantti, verkossa saatavilla, 2012-2022, gradu, väitöskirja, muu, YAMK-opinnäyte-työ,	16	2	0	0
Medic	Traumape- räi* AND stressihäiriö*	Vain koko tekstit, suomi, eng- lanti, 2012- 2022	25	4	3	0

ProQuest	Post-traumatic AND stress AND disorder AND psychiatric nursing AND adult AND treatment AND maltreatment AND neglect	Full text, peer reviewed, article, (adults OR adult) NOT (veterans AND traumatic brain injury AND severe acute respiratory syndrome coronavirus), 2012-2022	28	4	0	0
Pubmed	traumatic stress disorder intervention AND traumatic stress disorder treatment AND traumatic stress AND maltreatment OR neglect	1/1/2012-31/12/2022, english, finnish, free full text,	46	10	2	0

Google scholar	"post-traumatic stress disorder" treatment adult healthcare "trauma focused" psychotherapy emdr mdma	2012-2022, arvostelutikkelit	55	21	8	1
Yhteensä			115	20	5	1

Taulukko 1: Tietokantahaku

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
*Aineisto, joka vastaa tutkimuskysymyksiin	*Ammattikorkeakoulutasoiset aineistot
*Julkaisut suomen, ruotsin tai englannin kielellä	*Lasten- ja nuorten hoitoon keskittyvät tutkimusaineistot
*Luotettavissa lähteissä julkaistut aineistot	*Ennen vuotta 2012 julkaistut aineistot
*Tutkimuksen aineisto soveltuu suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmään	*Aineistot, jonka tutkimuskohteena on yksittäinen traumaattinen tilanne ja sen hoitosuositus, kuten synnytys
*Aineisto täyttää tieteellisen tutkimuksen/artikkelin kriteerit	*Ulkomaalaiset sotien veteraaneja koskevat tutkimukset

Taulukko 2: Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

6.2 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on laadullisessa tutkimuksessa käytettävä aineiston käsittelytapa. Sisällönanalyysiä voidaan käyttää tekstien ja tekstimuotoon saatettujen aineistojen analysoimiseen.

Tutkittavan aiheen aineistosta pyritään sisällönanalyysin avulla saamaan esille merkityksiä ja pyritään tuomaan sisällöstä esiin yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia sekä kuvata niitä sanallisesti.

Tutkimuksen lähde	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmät ja osallistujamäärät	Keskeiset tulokset
1. Akbarian, F., Bajoghli, H., Haghghi, M., Kalak, N., Holsboer-Trachsler, E. & Brand, S. 2015. The effectiveness of cognitive behavioral therapy with respect to psychological symptoms and recovering autobiographical memory in patients suffering from post-traumatic stress disorder.	Kognitiivisen psykoterapian tehokkuus psyykkisten oireiden lievittämisessä ja omaelämäkerrallisen muistin palauttamisessa post-traumaattisesta stressihäiriöstä kärsivillä.	40 PTSD:stä kärsivää psyykelääkkeitä käyttävää potilasta valittiin satunnaisesti tutkimukseen. 10 Hengen ryhmät CBT:ssä, 60-90 min/viikossa. Tutkimuksen tulokset kysymyssarjoilla: itsearviointi ja asiantuntijakysymykset	Tutkimuksen mukaan hyvin vakioidulla kognitiivisella käyttäytymisterapialla on suotuisia vaikutuksia traumaperäisen stressihäiriön, ahdistuksen ja masennuksen hoidossa sekä omaelämäkerrallisen muistin palauttamisessa verrattaessa verrokkiryhmään, jossa hoitomuotona oli vain lääkehoito.
2. Bont, P., Van der Vleugel, B., Van den Berg, D., de Roos, C., Lokkerbol, J., Smit, F., Jongh, A., Van der Gaag, M. & Van Minnen, A. 2019. Health-economic benefits of treating trauma in psychosis.	Terveys-taloudelliset hyödyt samanaikaisen traumaperäisen stressihäiriön ja psykoosin hoidossa.	Satunnaisesti valittu 155 potilasta, joilla samanaikainen psykoosisairaus ja PTSD-diagnoosi. Verrokkitutkimus.	PTSD:n samanaikainen hoito psykoosisairauden kanssa on tutkimuksessa todettu kustannustehokkaammaksi kuin pelkkä psykoosin perinteinen hoito molemmista kärsivistä potilailla, mikä puoltaa täytäntöönpanoa.
3. Difene, J., Cukor, J., Wyka, K., Olden, M., Hoffman, H., Lee, f. & Altemus, M. 2014. D-	Tutkimuksessa tarkastellaan kognitiivisesti tehostavan D-sykloseriinin	25 kroonistuneesta PTSD:stä kärsivää potilasta. Ensijainen	Kun pelko häviää DSC:n vaikutuksen aikana, neuroplastiisuus lisääntyy

<p>Cycloserine Augmentation of Exposure Therapy for Post-Traumatic Stress Disorder: A Pilot Randomized Clinical Trial.</p>	<p>virtuaalialtistusterapiaa tehostavaa vaikutusta PTSD:n hoidossa, jota tutkimuksessa kuvattu tunne-elämän häiriiksi.</p>	<p>tulosten mittaustapa oli CAPS-seula. Lisäksi käytettiin BDI-2 ja STAXI-2.</p>	<p>(=solujen uudistuminen lisääntyy). 100 mg DSC:tä ennen 90 min VRE-istuntoa. CAPS-erot lisääntyivät DSC:tä saaneiden ja plasebo-ryhmien välillä hoitojakson edetessä. Hoitojakson lopulla ero oli merkittävä. Samanlainen malli huomattiin unen, vihan ja masennuksen suhteen.</p>
<p>4. Meysner, L., Cotter, P. & W. Lee, C. 2016. Department of Psychology and Exercise Science, Murdoch University, Perth, Australia. Evaluating the Efficacy of EMDR With Grieving Individuals: A Randomized Control Trial.</p>	<p>Silmänliiketerapian (EMDR) ja kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikutukset ja tehokkuus surun hoitoon.</p>	<p>19 Osallistujaa (n=12, m=7). Osallistujat, jotka ilmoittaneet kärsivänsä surusta, valittiin satunnaisesti. Kaikki osallistujat odottivat hoitoa 7 viikkoa ja saivat sen jälkeen 7 viikon hoitojakson.</p>	<p>Tutkimuksen mukaan EMDR-hoito yhdistettynä KKT:aan on tehokas hoitomuoto surun hoidossa. Lisäksi hoitojen yhdistämisestä saattavat hyötyä potilaat, joilla on korkea stressitaso ja heikentynyt toimintakyky.</p>

<p>5. Mithoefer, M., Wagner, M., Mithoefer, A., Jerome, L., Martin, S., Yazar-Klosinski, B., Michel, Y., Brewerton, T. & Doblin, R. 2013. Durability of improvement in post-traumatic stress disorder symptoms and absence of harmful effects or drug dependency after 3,4-methylenedioxymethamphetamine-assisted psychotherapy: a prospective longterm follow-up study</p>	<p>PTSD:n oireiden lievittyminen MDMA-avusteisen psykoterapian ansiosta ja terapian jälkeisten haitallisten huumeriippuvuuksien absenssi.</p>	<p>19 osallistujaa, joista 16 osallistujaa käynyt koko tutkimuksen prosessin läpi. Osallistujia seurattu 17-74 kk alkuperäisen tutkimuksen viimeisen MDMA-avustetun terapian jälkeen. Käytössä CAPS-seula, IES-R, NEO-PI-R.</p>	<p>Tutkimukseen osallistuneiden lopulliset CAPS-pisteet pysyivät tilastollisesti lähes samana kuin alussa.</p> <p>Tutkimuksessa kuitenkin havaittiin kliinisesti ja tilastollisesti merkityksellistä lievitystä oireisiin, myös niillä potilailla, joilla aiemmat hoitomuodot eivät olleet tuottaneet tulosta. Hoidon haittavaikutuksia ei kukaan osallistujista tuonut esiin.</p>
<p>6. Ot´Alora, M., Grisby, J., Poulter, B., Van Derveer III, J., Gael Giron, S., Jerome, L., Feduccia, A., Hamilton, S., Yazar-Klosinski, B., Emerson, A., Mithoefer, M. & Doblin, R. 2018. 3,4-Methylenedioxymethamphetamine-assisted psychotherapy for treatment of chronic post-traumatic stress disorder: A randomized phase 2 controlled trial.</p>	<p>MDMA-avusteisen psykoterapian hyötyjä kroonisen post-traumaattisen stressihäiriön hoidossa.</p>	<p>23 satunnaisesti valittua kroonistuneesta PTSD:stä kärsivää osallistujaa. Osalle potilaista aktiiviset 125 mg ja 100 mg sekä osalle potilaista 40 mg 8 tunnin psykoterapiaistuntojen aikana.</p>	<p>Aktiivisen hoitoannoksen 100 & 125 mg MDMA:ta ottaneilla havaittiin merkittävä lasku PTSD:n oireasteikossa. PTSD:n oireet vähenivät 12 kk seurantajakson aikana siten, etteivät PTSD:n diagnostiset kriteerit enää täyttyneet. Tutkimuksessa ei havaittu huumeaineeseen liittyviä</p>

			epäsuotuisia vakavia vaikutuksia.
7. Talbot, L., Maguen, S., Metzler, T., Schmitz, M., McCaslin, S., Richards, An., Perlis, M., Posner, D., Weiss, B., Ruoff, L., Varbel, J., Neylan, T. 2014. Cognitive behavioral therapy for insomnia in posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial.	Kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikutukset unettomuuteen PTSD:stä kärsivillä potilailla.	Kontrolloitu satunnaistettu tutkimus. 45 potilasta. CAPS-seula. 6 kk seuranta-aika.	Kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta on tutkimuksen mukaan hyötyä PTSD:stä kärsivien unenlaatuun ja siitä voi olla hyötyä myös painajaisten näkemiseen.
8. Yasar, A., Usta, D., Eroglu, M., Kavacki, O., Abamor, A. & Tavaciouglu, E. 2017. Rapid efficacy of the eye movement desensitization and reprocessing in treatment of persistent complex bereavement disorder: report of two cases.	EMDR-terapian nopeat hoitotulokset pitkittyneen komplisoituneen läheisen menetyksestä aiheutuneen surun hoidossa.	Raportissa käydään kahden potilastilanteen kautta läpi EMDR-hoitojakson tehokkuutta pitkittyneen surun hoidossa. Tutkimuksessa käytetty kyselyseuloina ennen ja jälkeen (2kk) EMDR-hoidon: BDI, BAI, CAPDS, SUoD.	Tutkimuksen raportissa tuodaan esille, että lyhytaikaisella EMDR-hoidolla on merkittäviä vaikutuksia pitkittyneen surun hoidossa. Lisäksi on havaittu mielialan kohentumista, ongelmien vähenemistä ihmissuhteissa ja fyysisessä toimintakyvyssä.

Taulukko 3: Valitut aineistot

Kognitiivisen käyttäytymisterapian hyödyt traumaperäisen stressihäiriön hoidossa

Sekä Akbarian ym. (2015) että Talbot ym. (2014) ovat vertailleet tutkimuksissaan kognitiivisen psykoterapian vaikutuksia ja hyötyjä traumaperäisen stressihäiriön oireiden hoidossa. Akbarianin ym. (2015) tutkimuksessa on erityisesti keskitytty tarkastelemaan traumaperäisen stressihäiriön oireista ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden lieventymistä sekä tapahtumamuistin palautumista psykoterapiajakson avulla. Talbot ym. (2015) ovat tarkastelleet tutkimuksissaan, miten kognitiivinen käyttäytymisterapia vaikuttaa PTSD:stä kärsivän potilaan unettomuuteen unihäiriöiden ollessa tavallinen PTSD:n oire. Lisäksi tutkimuksessa tarkasteltiin terapian vaikutuksia potilaiden psykososiaaliseen toimintakykyyn, painajaisuniin ja masennuksen oireisiin. (Talbot 2015.)

Akbarian ym. (2015) vertailivat tutkimuksissaan kahta potilasryhmää, joista toisen ryhmän potilaat saivat PTSD:n oireisiin hoitona pelkästään lääkehoitoa ja toinen ryhmä sekä lääkehoitoa että psykoterapiaa. Talbot ym. (2015) toteuttivat myös tutkimuksen jakamalla potilaat aktiivisen terapiahoiton ryhmään, ja osa potilaista jäi odotuslistalle odottamaan terapiahoitoa.

Akbarianin ym. (2015) tutkimusten tulosten mukaan kognitiivinen käyttäytymisterapia on hyödyllinen ja tehokas hoitomuoto PTSD:n oireiden vähentämiseksi. PTSD:n oireet lieventyivät myös verrokkiryhmällä pelkän lääkehoidon avulla, vaikkakin vaste oli suurempi terapiajaksoon yhdistetyllä lääkehoidolla. Tutkimuksessa PTSD:n oireet lieventyivät kokonaisvaltaisesti tutkimukseen osallistuneiden potilaiden lähtötilanteesta terapiaistuntojen päättymiseen ja edelleen seuranta-ajalla. Myös Talbot ym. (2014) saivat tutkimukseensa suotuisia tuloksia terapiajakson hyödyistä. Terapiajakson avulla saatiin parannettua potilaiden psykososiaalista toimintakykyä ja unettomuutta. Lisäksi tulokset painajaisunien vähenemiseen ovat lupaavia, joskin lisätutkimuksia aiheesta tarvitaan.

Akbarianin ym. (2015) tutkimuksessa havaittiin kokonaisvaltaisia muutoksia potilaiden välttämiskäyttäytymisessä, muistojen toistuvassa mieleen palaamisessa ja stressivasteen herkkyydessä. Myös muistin suorituskyky parani kaikilla potilailla, joskin tulokset olivat merkittävämpiä aktiivisella terapiaryhmällä. Yhteispisteet CAPS-seulalla olivat potilailla ennen terapian alkua noin 66,5 pistettä ja terapian päätyttyä ne olivat laskeneet 55,5 pisteeseen. Pelkästään lääkehoitoa saaneilla potilailla CAPS-seulan yhteispisteet olivat tutkimuksen alussa 64 ja ne laskivat vain 63.5:en pisteeseen. Vastaavasti pelkän lääkehoidon seurantarivillä pisteet olivat laskeneet hieman, pysyneet samalla tasolla tai jopa nousseet seurantajakson jälkeen. Erityisesti stressivasteessa havaittiin merkittävä lasku interventioryhmällä suhteessa verrokkeihin. (Akbarian ym. 2015)

Talbot ym. (2014) havaitsivat vertaillen hoitomuotoja, että kognitiivisella käyttäytymisterapialla saatiin kestäviä tuloksia kuuden kuukauden seurantajaksolla. Tehokas vaste todettiin etenkin unen tehokkuuteen, eli nukkumiseen käytettyyn aikaan prosentteina sängyssä vieteystä kokonaisajasta, sekä nukahtamisaikaan ja nukahtamisen jälkeiseen yön hereillä olo aikaan. Esimerkiksi unen määrä oli tunteina potilailla keskimäärin ennen terapiajakson alkua 6,5 h, kun terapiajakson jälkeen kokonaisunen määrä oli noussut keskimäärin reiluun seitsemään tuntiin. Lisäksi yöaikainen hereillä olo aika väheni merkittävästi terapiajakson avulla noin 53 minuutista keskimäärin 14 minuuttiin. Nukahtamisaika laski terapiaan osallistuneilla potilailla keskimäärin noin 49 minuutista 14 minuuttiin, josta se 6 kk seurantajaksolla laski edelleen noin 13 minuuttiin. (Talbot 2014.)

Kuten Akbarianin ym. (2015) tutkimuksessakin, myös Talbot ym. (2014) saivat myönteisiä tuloksia terapian vaikutuksesta masennusoireisiin. Muutoksia masennusoireisiin arvioitiin Talbotin (2014) tutkimuksen aikana BDI-seulan avulla. Potilaiden pisteet tutkimuksen lähtötilanteessa olivat keskimäärin noin 18,5 pistettä, kun terapiajakson päätyttyä ne olivat enää 13,5 pistettä, jonka jälkeen ne vielä seuranta-ajalla laskivat noin 12 pisteeseen. (Talbot 2014.)

Tutkimuksen tulosten perusteella voidaan päätellä, että kognitiivinen käyttäytymisterapia yhdistettynä lääkehoitoon on tehokkaampi traumaperäisen stressihäiriön oireiden ja muistin suorituskyvyn parantamisen hoitomuoto kuin lääkehoito yksinään. (Akbarian ym. 2015.)

Lapsuudenaikaisen muistin palautumiselle ei todettu olevan merkittävää eroa ryhmien välisessä vertailussa. Sen sijaan lähimuistin ja aikuisiän episodisen, eli oman elämänaikaisen tapahtumamuistin ja semanttisen, eli tietomuistin palautumiselle todettiin vaste molemmilla ryhmillä, joskin suurempi vaste todettiin terapiainterventioon osallistuvalla ryhmällä (Akbarian ym. 2015). Tutkimuksen tulokset osoittavat, että traumaperäisen stressihäiriön tehokas ja vaikuttava hoito tulisi sisältää myös unen parantamiseen liittyvää toiminnallista lääkehoitotiedettä. (Talbot ym. 2014)

Tutkimukseen valittiin satunnaisesti 40 psykiatriäkäyttävää potilasta (N78%), jotka kärsivät traumaperäisestä stressihäiriöstä. Lopulliseen tutkimukseen osallistui 28 (n=22, m=6) potilasta. Tutkimukseen osallistuneet jaettiin satunnaisesti kahteen ryhmään, joista toinen ryhmä osallistui psykoterapiainterventioon ja toinen ryhmä oli pelkän lääkehoidon vaikutuksen verrokiryhmä. Hoitojakso koostui kymmenestä 60-90 minuutin terapiaistunnosta, joita järjestettiin kerran viikossa. Ennen hoitojakson aloitusta ja hoitojakson päättyessä osallistuneet potilaat täyttivät itsearviointi- ja asiantuntijakysymyslomakkeet. (Akbarian ym. 2015)

Tutkimukseen osallistumisen kriteerinä oli DSM-5:ssä määriteltyjen oireiden perusteella diagnosoitu PTSD ja 18-45 vuoden ikä. Vasta-aiheet tutkimukseen osallistumiselle oli samanaikaiset päihdehäiriöt, persoonallisuushäiriöt, psykoosisairaudet sekä raskaana oleminen. Lisäksi tutkimukseen osallistuvilla potilailla ei saanut olla tiedettyä sydänsairautta tai jo meneillään olevaa

psykoterapiahoitoa. Myös osallistumisen peruuttaminen oli tutkimuksesta poisjättämiskriteeri. Terapiaistuntoihin osallistuvien ryhmän ja verrokkiryhmän välillä ei havaittu eroavaisuuksia sosiodemograafisissa tekijöissä tai lääkkeiden määrässä ja käyttötarkoituksessa. (Akbarian ym. 2015.)

Talbot ym. (2014) mittasivat muutoksia potilaiden energian määrässä asteikolla 0-100. Potilaiden keskimääräinen energiamäärä oli tilastojen mukaan ennen terapiaistuntoja keskimäärin 41.94, keskivaiheilla 40.05 ja terapiajakson jälkeen 55.84, josta se oli kuuden kuukauden seurantajakson aikana laskenut hieman 53.89:än. Potilaat arvioivat itse ja raportoivat tutkimuksen alkuvaiheilla ennen terapiaistuntojen alkamista unettomuuden vakavuusastetta ISI- (The Insomnia Severity Index) -seulan avulla. Lisäksi potilaat itsearvioivat Uneliaisuuskyselyn (ESS, Epworth sleepiness scale) avulla hereillä oloajan aikaisia PTSD:n oireita, painajaisien esiintyvyyttä PTSD:n oireita mittaavan CAPS-seulan avulla ja masennusoireita BDI- (Beck Depression Inventory) seulan avulla. (Talbot 2014.)

Ennen terapiaistuntoja potilaat olivat ilmoittaneet unettomuuden vakavuusasteeksi ISI-seulassa keskimäärin 18.58. Terapiahoidon jälkeen luku oli laskenut 8:an ja vielä kuuden kuukauden seuranta-ajan jälkeen luku oli enää vain 8.17. Uneliaisuuskyselyn tulokset olivat ennen terapiaistuntoja keskimäärin 7.69 ja uneliaisuuskyselyn tulokset laskivat keskimäärin 6.13 terapiaistuntojen päättymisen jälkeen. Seuranta-ajan jälkeen luku oli edelleen laskenut 5.04:än. Hereillä olon aikaiset PTSD-oireet olivat tulosten perusteella ennen terapiajakson alkua keskimäärin 43.69 ja ne olivat laskeneet terapiajakson päätyttyä 32.69:än. Kuuden kuukauden seuranta-ajan jälkeen luku oli lähes sama: 32.59. (Talbot 2014.)

Painajaisunien määrät olivat laskeneet tilastojen mukaan terapiajaksoja edeltävältä ajalta 4.83:sta 1.48:an. Painajaisunet olivat hieman lisääntyneet seurantajakson aikana terapian päättymisestä 2.23:en. Masennusoireet olivat ennen terapiajakson alkua BDI:n mukaan keskimäärin 18.55 ja terapiajakson loputtua 13.51. Tulos oli edelleen masennusoireiden kohdalla laskenut kuuden kuukauden seurantajaksoilla lukuun 11.82. (Talbot 2014.)

EMDR

Vuonna 2016 julkaistussa tieteellisessä artikkelissa Meysner ym. ovat tutkineet silmänliiketerapian vaikutuksia komplisoituneen, eli pitkittyneen surureaktion hoitoon. Lisäksi vuonna 2017 on julkaistu tutkimus, jossa tutkimusryhmä Yasar ym. ovat vertailleet silmänliiketerapian hyötyjä suhteessa kognitiivisen käyttäytymisterapian tuloksiin pitkittyneen surun hoidossa. DSM-5 luokittelee surun pitkittyneeksi, mikäli surureaktio, joka on aiheutunut esimerkiksi läheisen ihmisen menetyksestä, ei 12 kuukauden sisällä lievenny (Yasar ym. 2017). Lisäksi diagnoosiin liitetään erillinen merkintä, mikäli läheinen ihminen on menetetty traumaattisen tapahtuman

seurauksena (Yasar ym. 2017). Pitkittyneen komplisoituneen surun oireita voivat olla esimerkiksi alentunut toimintakyky, unihäiriöt, masennusoireet, häpeän tai syyllisyyden tunteet, somaattiset sairaudet ja kuoleman kieltäminen (Yasar ym. 2017). Meysnerin ym. (2016) tutkimus myös osoittaa yhdessä muun surua käsittelevän kirjallisuuden kanssa surureaktion ja siihen liittyvän psykososiaalisen ahdistuneisuuden vaikuttavan potilaan kokonaisvaltaiseen toimintaan.

Sekä Meysner ym. (2016) että Yasar ym. (2017) ovat saaneet myönteisiä tuloksia EMDR-terapiahoidosta pitkittyneen surun hoidossa. Meysnerin ym. (2016) tutkimuksen mukaan kaikista suurin hyöty EMDR-terapiasta on mahdollista saada potilailla, joilla on raportoitu korkea ahdistuneisuus ja matala toimintakyvyn aste. Yasarin ym. (2017) mukaan EMDR-terapia sopii sekä niille potilaille, jotka käyttävät lääkettä saman aikaisesti, että niille potilaille, joille ei jostain syystä sovi lääkehoito.

EMDR-terapian jälkeen järjestetyillä seurantakäynneillä potilaat raportoivat, että heidän traumakokemuksiensa liittyvät kokemukset, jotka olivat ennen hoitoa ahdistaneet ja olleet häiritseviä, eivät olleet enää niin voimakkaita kuin aiemmin. Potilaiden toimintakyky parani EMDR-terapian jälkeen ja heidän kokemansa oireet lieventyivät lyhyessä ajassa. Tämän tutkimuksen mukaan EMDR-terapia voi olla jopa tehokkaampi hoitomuoto komplisoituneen surun hoitoon, kuin sen toinen hoitomuoto Guided Mourning, eli opastettu suruaika. (Yasar ym. 2017.)

Vertailtaessa EMDR-terapian tuloksia kognitiivisen käyttäytymisterapian ja Guided Mourning -hoitojen tuloksiin, EMDR-terapialla saadaan tuloksia hyvin paljon nopeammin. Lisäksi EMDR-terapialla on vaikutuksia ahdistuneisuuteen, ihmissuhdeongelmiin ja fyysisiin vaivoihin sekä yleisvoinnin kohenemiseen. (Yasar ym. 2017.)

Myös Meysnerin ym. (2016) tutkimuksen tuloksista ilmenee, että suurin osa tutkimukseen osallistuneista potilaista, jotka täyttivät komplisoituneen surun diagnostiset kriteerit, hyötyivät hoitajaksosta luotettavien ja kliinisesti merkittävien mittareiden perusteella (Meynsner ym. 2016). Meysnerin ym. (2016) tutkimus yhdessä muun surua käsittelevän kirjallisuuden kanssa on todennut surureaktion ja siihen liittyvän psykososiaalisen ahdistuneisuuden vaikuttavan potilaan kokonaisvaltaiseen toimintaan. Tutkimuksessa kuitenkin todetaan, että lisää näyttöä EMDR-tutkimuksista tarvitaan jatkossa.

Tutkimus raportoitiin kahden potilasesimerkin kautta. Ensimmäinen potilastapaus oli 22-vuotias nainen, jolla oli oireina pahoinvointia, oksentelua, vatsakrampeja, voimakasta stressiä ja unihäiriötä, kuten vaikeuksia nukahtaa sekä unettomuutta. Potilaan oireet olivat alkaneet kouluun liittyvän tentin ja kesäloman alkamisen jälkeen ja kestäneet noin kolme kuukautta. Ensimmäisen käynnin aikana selvisi, että potilas oli menettänyt siskonsa noin 10 vuotta sitten liikenneonnettomuudessa ollessaan 12-vuotias. Hoidon vasteen arviointiin käytettiin seuloja: BDI, BAI, CAPS, SUD ja PDS. (Yasar ym. 2017.)

Tutkimus toteutettiin satunnaistettuna kontrolloituna tutkimuksena. Osallistuvia potilaita oli 19 (n=12, m=7), jotka olivat ilmaisseet kärsivänsä surun kanssa, johon on kohdennettu satunnaisesti hoitoa. Jokainen osallistuvista potilaista oli tutkimuksen aikana 7 viikkoa odotuslistalla, jonka jälkeen he kävivät läpi 7 viikon mittaisen hoitojakson. Odotuslistalla olon aikana ei havaittu potilailla merkittäviä muutoksia tutkimuksessa mitattavissa arvoissa. Molempien hoitoryhmien potilaat raportoivat aktiivisen hoidon vaikutuksesta suruun, traumaoireisiin ja ahdistuneisuuteen. Tutkimuksessa ei havaittu myöskään merkkejä elämäntilanteen muutosten vaikutuksesta mitattaviin arvoihin. Kumpikaan hoitomuodoista ei saanut toistaan parempia tuloksia tutkimuksessa. (Meysner ym. 2016.)

MDMA-avusteinen terapia PTSD:n hoidossa

Ot´Aloran ym. (2018) tutkimuksessa ja Mithoeferin (2013) tehdyssä pitkäaikaisessa tutkimuksessa tarkasteltiin MDMA-avusteisen psykoterapian vaikutuksia kroonistuneen ja hoitoresistentin traumaperäisen stressihäiriön hoitoon. Sekä Ot´Aloran ym. (2018) ja Mithoeferin (2013) tutkimusten tulosten mukaan MDMA-avusteisella terapialla voidaan saavuttaa merkittäviä vasteita traumaperäisen stressihäiriön hoidossa.

Mithoefer ym. (2013) ennakoivat tutkimuksessaan, että MDMA-avusteisesta terapiasta voi tulla tärkeä hoitovaihtoehto haastavaan kliiniseen ja julkisen terveydenhuollon nykyiseen tilanteeseen. Mithoeferin ym. (2013) seurantatutkimuksen mukaan MDMA-avusteisella psykoterapialla on saavutettu pitkäaikainen suotuisa riskihyötysuhde PTSD:n hoidossa. MDMA-avusteisesta psykoterapiasta voi hyötyä etenkin ne potilaat, jotka kärsivät monesta samanaikaisesta häiriöstä. Myös Ot´Aloran ym. (2018) tutkimuksen tulokset osoittavat samaan suuntaan kuin edelliset aiheesta tehdyt tutkimukset, joiden mukaan MDMA-avusteinen psykoterapia on innovatiivinen ja tehokas hoitomuoto traumaperäiseen stressihäiriöön.

Tutkimus toteutettiin valitsemalla 28 (n=19, m=9) kroonisesta post-traumaattisesta stressihäiriöstä kärsivää potilasta, jotka jaettiin satunnaisesti vertailuryhmiin. Tutkimukseen osallistuneet olivat kokeneet ainakin kaksi traumaattista tapahtumaa, joita saattoivat olla esimerkiksi lapsuudessa tapahtunut seksuaalinen tai henkinen väkivalta, taistelu, rituaaliin perusteltu väkivalta, pahoinpitely, onnettomuus tai jonkun edellä mainitun tilanteen todistaminen. Kaikki tutkimukseen osallistuneet potilaat olivat käyneet ainakin yhden suuntauksen psykoterapiassa aiemmin. Ennen tutkimuksen aloitusta 10 %:lla potilaista olivat ilmoittaneet itsetuhoisesta käyttäytymisestä. Ryhmien välillä vertailtiin kahta aktiivista MDMA:n annosta (100 ja 125 mg) matalampaan annokseen (40 mg) kahdeksan tunnin psykoterapiaistuntojen aikana. Aktiivisen annoksen saaneella ryhmällä oli yksi avoin istunto ja matalamman annoksen saanut ryhmä kävi läpi kolme avointa istuntoa. (Ot´Alora ym. 2018.)

Hoidon vaikutusta oireisiin mitattiin post-traumaattisen stressihäiriön oireita mittaavan CAPS-seulan avulla noin kuukausi kahden terapiaistunnon jälkeen. Aktiivisen annoksen saaneen ryhmän poti-lailla havaittiin suurin yhteispisteiden väheneminen CAPS-seulassa. PTSD:n oireet myös pysyivät lähtötasoa matalampana 12 kuukauden seuranta-ajalla. Tutkimuksen tulosten mukaan MDMA:n käyttö psykoterapiaistunnoissa ei johtanut vakaviin haittavaikutuksiin tai päihderiippuvuuksiin (Ot´Alora ym. 2018.)

Ot´Aloran ym. (2018) tutkimuksessa ei havaittu MDMA-avusteisen psykoterapiahoidon johtaneen vakaviin haittavaikutuksiin tai päihderiippuvuuteen. Saman suuntaisen tuloksen olivat saaneet myös Mithoefer ym. (2013), jossa LTFU-kyselyllä mitattuna ei havaittu MDMA-avusteisen psykoterapian aiheuttavan päihderiippuvuuden kehittymistä. Tämä tulos on yhdenmukainen myös Mithoefer ym. (2013) tutkimuksen kohteena olleiden henkilöiden palautteiden kanssa. Vaikka useilla PTSD:stä kärsivällä on samanaikainen taipumus päihteiden väärinkäyttöön, tutkimuksissa on havaittu, että kun MDMA-avusteisella psykoterapialla saadaan PTSD:n oireita vähenemään, myös sen oireisiin aiemmin käytetyt väärinkäytetyt itsehoitolääkkeet ja kadulta ostettujen lääkkeiden käyttämisen tarve vähenee. (Mithoefer ym. 2013.)

Alkuperäisessä tutkimuksessa vuonna 2011 arviointimittarina käytettiin CAPS-seulaa ja IES-R-seulaa. Alkuperäisessä tutkimuksessa saatiin hyviä vaikutuksia MDMA-avusteisesta psykoterapiasta PTSD:n oireiden hoitoon. Vuonna 2011 tutkimukseen osallistui 19 potilasta, jotka jaettiin kahteen ryhmään. Osa potilaista sai kaksi MDMA-avusteista psykoterapiaistuntoa ja osa sai lumelääkettä terapiaistuntojen ajaksi, eli pelkästään psykoterapiahoitoa. Kaksi kuukautta MDMA-avustettujen psykoterapiaistuntojen jälkeen potilaille tehtiin vaikutusten arvioimiseksi CAPS-seula ja IES-R-seula. (Mithoefer ym. 2013.)

Seurantaan käytettiin noin 17-74 kk viimeisen MDMA-avustetun psykoterapian jälkeen erikseen tutkimukseen kehitettyä LTFU-kyselylomaketta, jolla mitattiin tuloksia MDMA-avusteisesta psykoterapiasta. LTFU-mittari luotiin siten, että se tuo MDMA-avusteisen psykoterapian mahdolliset hyödyt tai haitat esiin sekä muutokset sellaisilla elämän osa-alueilla, joihin ei hoidolla ole pyritty vaikuttamaan, kuten ihmissuhteisiin tai luovuuteen. Kyselylomakkeiden perusteella ei havaittu juurikaan vaihtelua alkuperäisestä tutkimuksesta saatujen tulosten ja seurannasta saatujen tulosten välillä. Tulokset olivat siis pysyneet suhteellisen samana. (Mithoefer ym. 2013.)

7 Tulokset

7.1 Kognitiivinen traumakeskeinen terapia traumaperäisen stressihäiriön hoidossa

Traumakeskeisellä terapialla saavutettiin tutkimuksissa merkittäviä tuloksia PTSD:stä kärsivien potilaiden kokonaisvaltaisiin oireisiin (Akbarian ym. 2014, Talbot ym. 2015). Akbarianin ym. (2014) tutkimuksen mukaan psykoterapiahoidolla saatiin myönteinen vaste etenkin trauman

aiheuttamaan välttämiskäyttäytymiseen, mielialaoireisiin ja episodisen muistin palautumiseen. Myös Talbotin ym. (2015) tutkimuksen tulosten mukaan traumakeskeisellä kognitiivisella käyttäytymisterapialla havaittiin olevan myönteisiä vaikutuksia masennusoireiden ja ahdistuneisuuden vähenemiseen, jonka lisäksi Talbot ym. (2015) saivat lupaavia tuloksia myös PTSD:stä kärsivien potilaiden unihäiriöiden hoidossa. Lisäksi terapialla saatiin parannettua potilaiden muistitoimintojen suorituskykyä, psykososiaalista toimintakykyä ja vähennettyä traumamuistojen toistuvaa mieleen palautumista (Akbarian ym. 2014). Traumakeskeisellä terapiahoidolla saatiin molempien tutkimusten mukaan PTSD:n oirekuvaa kokonaisvaltaisesti lieventymään ja sen avulla pystyttiin vaikuttamaan ihmisen elämän laatuun sekä psykososiaaliseen toimintakykyyn (Akbarian 2015, Talbot 2014).

Kuten Akbarian ym. (2014) tutkimuksessakin, myös Talbot ym. (2015) saivat myönteisiä tuloksia terapian vaikutuksesta masennusoireisiin. Muutoksia masennusoireisiin arvioitiin Talbot (2015) tutkimuksen aikana BDI-seulan avulla. Yhteensä BDI-seulan pisteet laskivat tutkimuksen lähtötilanteesta keskimäärin 6,5 pistettä. Potilaiden pisteet tutkimuksen lähtötilanteessa olivat keskimäärin noin 18,5 pistettä, terapiajakson päätyttyä ne olivat enää 13,5 pistettä ja 6 kk seuranta-ajan jälkeen ne laskivat keskimäärin 12 pisteeseen. (Talbot 2015.)

Talbot ym. (2015) havaitsivat tutkimuksessaan, että kognitiivisen psykoterapian avulla pystyttiin vaikuttamaan lisäksi PTSD:stä kärsivän potilaiden unihäiriöihin. Vaikutuksia hoidolla oli erityisesti potilaiden unettomuuteen, kokonaisunen määrään, nukahtamisaikaan ja nukahtamisen jälkeiseen hereillä olo aikaan. Tutkimuksessa vertailtiin psykoterapian ja lääkkeiden yhdistelmähoidon vaikutuksia pelkän lääkehoidon vaikutuksiin. Lääkehoidolla yksinään pystyttiin myös saavuttamaan myönteisiä tuloksia, mutta merkittävimmät muutokset oireisiin saavutettiin lääkehoidon ja psykoterapian yhdistelmällä. Tutkimuksen mukaan potilaiden keskimääräinen kokonaisunen määrä kasvoi terapiahoitojakson aikana ja sen jälkeen 6,5 tunnista reiluun seitsemään tuntiin. Potilaiden yöaikainen hereillä olo aika väheni terapiajakson myötä keskimäärin 53 minuutista noin 14 minuuttiin. Nukahtamisaika laski terapiaan osallistuneilla potilailla keskimäärin terapiajakson avulla 49 minuutista 14 minuuttiin. (Talbot ym. 2015.)

7.2 EMDR-terapia traumaperäisen stressihäiriön hoidossa

Meysner ym. julkaisivat vuonna 2016 tutkimuksen, jossa he tutkivat silmänliiketerapian vaikutuksia komplisoituneen eli pitkittyneen surureaktion hoitoon. Vuonna 2017 on myös julkaistu tutkimus, jossa Yasar ym. vertailivat silmänliiketerapian ja kognitiivisen käyttäytymisterapian tuloksia pitkittyneen surun hoidossa. Meysnerin ym. (2016) tutkimus osoitti yhdessä muun surua käsittelevän kirjallisuuden kanssa surureaktion ja siihen liittyvän psykososiaalisen ahdistuneisuuden vaikuttavan potilaan kokonaisvaltaiseen toimintakykyyn.

Sekä Meysner ym. (2016) että Yasar ym. (2017) ovat saaneet myönteisiä tuloksia EMDR-terapiahoidosta pitkittyneen surun hoidossa. Meysnerin ym. (2016) tutkimuksen mukaan

merkittävimmin hoidosta hyötyivät potilaat, joilla oli raportoitu korkea ahdistuneisuus ja matala toimintakyvyn aste. Yamarin ym. (2017) mukaan EMDR-terapia sopii yhdistelmähoidoksi lääkkeen kanssa ja myös potilaille, joille ei lääkehoito sovi.

Yamarin ym. (2017) tutkimuksen tuloksista selvisi, että silmänliiketerapian jälkeisillä seuranta-käynneillä potilaat raportoivat, että heidän traumakokemukseensa liittyvä ahdistus ei ollut enää yhtä voimakasta kuin aiemmin. Potilaiden toimintakyky parani merkittävästi terapian jälkeen ja oireet lievenivät lyhyessä ajassa. Tämän tutkimuksen mukaan EMDR-terapia voi olla jopa tehokkaampi hoitomuoto komplisoituneen surun hoitoon, kuin sen toinen hoitomuoto *Guided Mourning*, eli opastettu suruaika. (Yasar ym. 2017.)

Vertailtaessa EMDR-terapian tuloksia kognitiivisen käyttäytymisterapian ja Guided Mourning -hoitojen tuloksiin, EMDR-terapialla saatiin tuloksia huomattavasti nopeammin. Lisäksi EMDR-terapialla havaittiin vaikutuksia ahdistuneisuuteen, ihmishuuhdeongelmiin ja fyysisiin vaivoihin sekä yleisvoinnin kohenemiseen. (Yasar ym. 2017.)

7.3 MDMA-avusteinen psykoterapia hoitoresistentin traumaperäisen stressihäiriön hoidossa

Ot'Aloran ym. (2018) tutkimuksessa ja Mithoeferin (2013) tehdyssä pitkäaikaisessa tutkimuksessa tarkasteltiin MDMA-avusteisen psykoterapian vaikutuksia kroonistuneen ja hoitoresistentin traumaperäisen stressihäiriön hoitoon. Sekä Ot'Aloran ym. (2018) että Mithoeferin (2013) tutkimusten tulosten mukaan MDMA-avusteisella terapialla saavutettiin merkittäviä vasteita hoitoresistentin traumaperäisen stressihäiriön hoidossa.

Mithoefer ym. (2013) ennustavat tutkimuksessaan, että MDMA-avusteisesta terapiasta voi tulla tärkeä hoitovaihtoehto haastavaan kliiniseen ja julkisen terveydenhuollon nykyiseen tilanteeseen. Mithoeferin ym. (2013) seurantatutkimuksen mukaan MDMA-avusteisella psykoterapialla saavutettiin pitkäaikainen suotuisa riskiyötysuhde PTSD:n hoidossa. MDMA-avusteisesta psykoterapiasta hyötyivät etenkin ne potilaat, jotka kärsivät monesta samanaikaisesta häiriöstä. Myös Ot'Aloran ym. (2018) tutkimuksen tulokset osoittavat samaan suuntaan kuin edelliset aiheesta tehdyt tutkimukset, joiden mukaan MDMA-avusteinen psykoterapia on innovatiivinen ja tehokas hoitomuoto traumaperäiseen stressihäiriöön.

8 Pohdinta

Traumaperäinen stressihäiriö voi aiheuttaa useita elämää häiritseviä oireita ja elämänlaatuun vaikuttavaa toimintakyvyn laskua. Useimmiten traumatisoituneet saapuvat lääkärin tai hoitajan tapaamiseen fyysisten oireiden vuoksi. Fyysisiä oireita voivat olla esimerkiksi sydämen tykytys, hengitysvaikeudet, erilaiset toiminnalliset kiputilat ja kohtaukset. Lisäksi potilaalla voi olla samanaikaista ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta.

Sekä psykiatrisen hoidon asiantuntijat että muut hoitoalan ammattilaiset tarvitsevat riittävästi tietoa traumatisoitumisesta ja traumatisoituneen ihmisen hoitomuodoista, jotta potilaat tunnistetaan ja voidaan ohjata tarkoituksenmukaiseen hoitoon.

Traumaperäisen stressihäiriön tunnistaminen ei vastaanotolla ole aina lyhyellä tapaamisella mahdollista, koska traumatisoituneen ihmisen persoona on voinut jakaantua hyvin erinäisiin osiin ja heikentynyt toimintakyky ei välttämättä näy sen hetkessä vuorovaikutuksessa. Kuitenkin traumaattinen stressihäiriö on laajasti elämään vaikuttava oireyhtymä, johon liittyy usein samanaikaisesti pähteiden väärinkäyttöä ja muita psykiatrisia sairauksia, kuten erilaisia persoonallisuushäiriöitä. Vastaanotolle saapuneen vakavasti traumatisoituneen potilaan oireet voivat myös kuvautua psykoottisina oireina, kuten esimerkiksi äänien kuulemisena tai hallusinaatioina. Tämän vuoksi traumatisoituneen potilaan tunnistaminen ja riittävä tieto traumatisoitumisesta on tarpeellista hoitoalan ammattilaisilla.

8.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Ammattikorkeakoulun opinnäytetyössä noudatetaan hyvän tieteellisen käytännön periaatteita. Eettiset linjaukset ja suositukset perustuvat Suomen lakiin ja tiedeyhteisön periaatteisiin. Tiedeyhteisössä on yhteinen ohje, joka käsittelee hyvää tieteellistä käytäntöä ja sen loukkausepäilyjen käsittelemistä. (Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset 2020.)

Hyvän tieteellisen käytännön mukainen tutkimus toteutetaan rehellisesti ja yleistä huolellisuutta sekä tarkkaavaisuutta noudattaen. Tutkijan tulee viitata alkuperäisiin lähteisiin ja siten kunnioittaa toisten tutkijoiden saavutuksia sekä tutkimuksia. Tutkimus tulee suunnitella, toteuttaa ja raportoida tieteelliselle tiedolle annettujen ohjeiden sekä vaatimusten mukaisesti. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluvat myös mahdollisten tutkimuslupien hankinta ja tarvittaessa tutkimuksen eettinen ennakoarviointi. (Hyvä tieteellinen käytäntö 2020, 6-7.)

Opinnäytetyö toteutetaan hyvän tieteellisen käytännön vaatimalla tavalla, jotta tutkimus on tieteellisesti hyväksyttävää ja luotettavaa (Hyvä tieteellinen käytäntö 2020, 6). Tutkimukseen osallistuvilta hankitaan tutkimuslupa Hyvän tieteellisen käytännön (Hyvä tieteellinen käytäntö 2020, 7) mukaisesti. (Opinnäytetyön eettiset ohjeet 2020.)

Opinnäytetyö suunniteltiin ja toteutettiin hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Työhön valittu aineisto valittiin luotettavista lähteistä ja niihin pyrittiin löytämään alkuperäiset lähteet niin lähdeluetteloon kuin myös tekstiviitteisiin. Lähdeluetteloon ja tekstiviitteisiin on merkitty kaikki työssä käytetyt lähteet. Opinnäytetyössä aineistoa etsittiin ja analysoitiin mahdollisimman objektiivisesti sekä monipuolisesti, joka lisäsi luotettavuutta. Opinnäytetyössä tulokset raportoitiin selkeään muotoon ja tarkoituksenmukaisesti, ilman että mitään oleellista seikkaa olisi jätetty pois.

8.2 Johtopäätökset

Tutkimusten tulosten mukaan tehokkaalla PTSD:n tunnistamisella ja potilaan hoitoon ohjaamisella on potilaan elämään merkittävä vaikutus pitkällä tähtäimellä. Hoitomuodoilla saatiin erittäin merkittäviä tuloksia kokonaisvaltaisesti PTSD:stä kärsivien potilaiden psykososiaaliseen toimintakykyyn, mielialaoireisiin ja unettomuuteen.

Ensisijaisena hoitona traumaperäisen stressihäiriön oireiden lieventämiseen käytettiin traumakeskeistä psykoterapiaa. Traumakeskeisen kognitiivisen psykoterapian tarkoituksena on mahdollistaa turvallinen ympäristö traumalle uudelleen altistumiselle. Potilas voidaan uudelleenaltistaa terapiaistunnoilla traumaattiselle kokemukselle, jonka lisäksi potilas voi esimerkiksi kotiaskareiden lomassa altistaa itseään traumamuistolle kuuntelemalla sitä.

EMDR-terapialla on psykoterapian tavoin saavutettu myönteisiä tuloksia traumatisoituneen potilaan oireiden lieventymiseen. Tutkimusten mukaan silmänliiketerapia voi olla jopa nopeampi ja tehokkaampi traumatisoituneen potilaan oireiden hoitomuoto kuin kognitiivinen traumakeskeinen psykoterapia.

MDMA-avusteisesta psykoterapiasta on saatu erittäin myönteisiä ja tehokkaita tuloksia PTSD:stä kärsivän oireisiin. MDMA-avusteisesta terapiasta näyttävät hyötyvän vaikeimmin oireilevat potilaat, joiden traumaperäinen stressihäiriö on kroonistunut ja vastetta ei ole saavutettu muiden ensisijaisten hoitomuotojen avulla.

8.3 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimuksia ja lisääaineistoa kaivattaisiin EMDR-terapian yhdistämisestä muihin hoitomuotoihin, esimerkiksi osaksi kognitiivista käyttäytymisterapiaa. Yhdistelmähoidoista ei juurikaan ole tuoreita tutkimuksia post-traumaattisen stressihäiriön hoidossa.

Lisäksi lääkehoidosta löytyi vähän tietoa, joka oli ristiriitaista eri aineistojen välillä. Paroksetiini on havaittu hyödylliseksi traumaperäisen stressihäiriön hoidossa, mutta sertraliinista ei juurikaan löytynyt myönteisiä tutkimuksia, vaikka traumaperäinen stressihäiriö on molemmissa lääkkeissä virallisena käyttöaiheena.

MDMA-avusteisen psykoterapian tutkiminen kroonistuneen ja hoitoresistentin traumaperäisen stressihäiriön hoidossa olisi hyvä jatkotutkimusaihe. Tämänhetkisten tutkimusten perusteella MDMA-avusteisesta psykoterapiasta on saatu lupaavia tuloksia, mutta koska aihe herättää paljon mielipiteitä ja keskustelua, näyttöön perustuvaa tutkimustietoa tarvitaan lisää, jotta hyötyhaittasuhde voidaan varmentaa.

Lisäksi olisi traumatyöskentelyn onnistumisen kannalta tärkeää tutkia esimerkiksi erilaisten persoonallisuushäiriöiden ja päihderiippuvuuksien samanaikaisesiintyvyyden vaikutuksia traumaskeitsen terapian onnistumiselle.

9 Lähteet

Painetut

Boon, S., Steele, K. & Van Der Hart, O. 2011. Traumaperäisen dissosiaatiohäiriön vakauttaminen. Taito-ohjelma potilaille ja terapeuteille. Oulu: Kalevaprint Oy.

Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri T. 2017, 232-234. Mielenterveyshoitotyö. 5. Painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä, 7-14, 14. Turku: Juvenes Print.

Juva, K., Hublin, C., Kalska, H., Korkeila, J., Sainio, M., Tani, P. & Vataja, R. 2021. Kliininen neuropsykiatria, 146-149. 2. Painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Sähköiset

Aava 2022. Pitkittyneen stressin vaikutukset ovat fyysisiä. <https://www.aava.fi/artikkelit-ja-tiedotteet/artikkelit/pitkittyneen-stressin-vaikutukset-ovat-fyysisia/>

Aivotalo 2021. Vinkkejä kriisistä selviytymiseen. Viitattu 29.4.2022. <https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/apuakriisiin/el%C3%A4m%C3%A4-kriisiss%C3%A4/vinkkej%C3%A4-kriisist%C3%A4selviytymiseen>

*Akbarian, F., Bajoghli, H., Haghghi, M., Kalak, N., Holsboer-Trachsler, E. & Brand, S. 2015. The effectiveness of cognitive behavioral therapy with respect to psychological symptoms and recovering autobiographical memory in patients suffering from post-traumatic stress disorder. Viitattu 28.5.2022. https://www.researchgate.net/publication/270583604_The_effectiveness_of_cognitive_behavior_therapy_CBT_with_respect_to_psychological_symptoms_and_recovering_autobiographical_memory_in_patients_suffering_from_Posttraumatic_Stress_Disorder_PTSD

Arene 2018. Opinnäytetyöprosessin eettiset suositukset ja muistilistat opiskelijalle ja ohjajalle. Viitattu 26.8.2021. <http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2018/arene->

[opinnaytetyoprosessin-eettiset-suositukset_muistilistat-opiskelijalle-ja-ohjaajalle.pdf?t=1526903222](#)

Arene 2018. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Viitattu 8.5.2022. <https://www.arene.fi/julkaisut/raportit/opinnaytetoiden-eettiset-suositukset/>

Bogat, A., Garcia, A. & Levendosky A. 2013. Assessment and Psychotherapy with Women Experiencing Intimate Partner Violence: Integrating Research and Practice. Viitattu 8.5.2022. <https://www.proquest.com/central/docview/1355703279/F42A82C94B04E9FPQ/4?accountid=12003>

Bont, P., Van der Vleugel, B., Van den Berg, D., de Roos, C., Lokkerbol, J., Smit, F., Jongh, A., Van der Gaag, M. & Van Minnen, A. 2019. Health-economic benefits of treating trauma in psychosis. Viitattu 28.5.2022. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6346719/pdf/ZEPT_10_1565032.pdf

Difene, J., Cukor, J., Wyka, K., Olden, M., Hoffman, H., Lee, f. & Altemus, M. 2014. D-Cycloserine Augmentation of Exposure Therapy for Post-Traumatic Stress Disorder: A Pilot Randomized Clinical Trial Viitattu 28.5.2022. <https://www.nature.com/articles/npp2013317.pdf>

Domonell, K. 2016. Why endorphins (and exercise) make you happy. CNNhealth. <https://edition.cnn.com/2016/01/13/health/endorphins-exercise-cause-happiness/index.html>

Fonzo, G., Federchenco, V. & Lara, A. 2020. Predicting and Managing Treatment Non-Response in Posttraumatic Stress Disorder. Viitattu 28.5.2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7748158/>

Green, B. 2013. Post-traumatic stress disorder: new directions in pharmacotherapy. Viitattu 28.5.2022. <https://www.cambridge.org/core/journals/advances-in-psychiatric-treatment/article/posttraumatic-stress-disorder-new-directions-in-pharmacotherapy/EEE0548F71807F94F518D354FA524AE2>

EmdrEurope 2019. Trauma. Viitattu 15.5.2022. <https://emdr.fi/trauma/>

Haravuori, H. 2019. Nuoren kehittyvä persoonallisuus ja päihteet. HUS. https://bin.yhdistysavain.fi/1587734/wF26hPVEsCdgeKmlousPORWZGy/Haravuori_Nuoren%20kehittyv%C3%A4%20persoonallisuus%20ja%20p%C3%A4ihteet.pdf

Huttunen, M. 2018. Akuutti stressireaktio. Terveyskirjasto. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00191>

Häkkinen-Nyholm, H., Heinimaa, M. & Solomon, R. 2020. Silmänliiketerapian käyttö läheisen menetyksestä aiheutuneen komplisoituneen surun hoitoon. Viitattu 8.5.2022. <https://www-duodecimlehti-fi.nelli.laurea.fi/xmedia/duo/duo15751.pdf>

Maher, A., Apaydin, E., Hilton, L., Chen, C., Troxel, W., Hall, O., Azhar, G., Larkin, J., Motasa, A. & Hempel, S. 2021. Sleep Management in Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review and MetaAnalysis. Viitattu 28.5.2022. <https://cleversleep.com/wp-content/uploads/2021/11/Sleep-management-in-posttraumatic-stress-disorder-a-systematic-review-and-meta-analysis.pdf>

*Meysner, L., Cotter, P. & W. Lee, C. 2016. Department of Psychology and Exercise Science, Murdoch University, Perth, Australia. Evaluating the Efficacy of EMDR With Grieving Individuals: A Randomized Control Trial. Viitattu 28.5.2022. <https://connect.springerpub.com/content/sgremdr/10/1/2.full.pdf>

Michael, T., Schanz, C., Mattheus, H., Issler, T., Frommberg, U., Köllner, V. & Equit, M. 2019. Do adjuvant interventions improve treatment outcome in adult patients with posttraumatic stress disorder receiving trauma-focused psychotherapy? A systematic review. Viitattu 28.5.2022. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20008198.2019.1634938>

Minduu 2022. Kriisi- ja traumaterapia. Viitattu 4.5.2022. <https://minduu.fi/fi/psykoterapian-abc/psykoterapiasuuntaukset/kriisi-ja-traumapsykoterapia/>

*Mithoefer, M., Wagner, M., Mithoefer, A., Jerome, L., Martin, S., Yazar-Klosinski, B., Michel, Y., Brewerton, T. & Doblin, R. 2013. Durability of improvement in post-traumatic stress disorder symptoms and absence of harmful effects or drug dependency after 3,4-methylenedioxymethamphetamineassisted psychotherapy: a prospective longterm follow-up study. Viitattu 28.5.2022. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3573678/pdf/10.1177_0269881112456611.pdf

National Institute of health and care Excellence. 2018. Posttraumatic stress disorder. Evidence reviews for pharmacological interventions for the prevention and treatment of PTSD in adults. Viitattu 28.5.2022. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560211/pdf/Bookshelf_NBK560211.pdf

*Ot'Alora, M., Grisby, J., Poulter, B., Van Derveer III, J., Gael Giron, S., Jerome, L., Feduccia, A., Hamilton, S., Yazar-Klosinski, B., Emerson, A., Mithoefer, M. & Doblin, R. 2018. 3,4-Methylenedioxymethamphetamineassisted psychotherapy for treatment of chronic posttraumatic stress disorder: A randomized phase 2 controlled trial. Viitattu 28.5.2022. https://www.researchgate.net/publication/328592386_34-Methylenedioxymethamphetamine-

[assisted psychotherapy for treatment of chronic posttraumatic stress disorder A randomized phase 2 controlled trial](#)

Pentinpuro, A-R. 2017. Stressi, stressihormonit ja niiden vaikutus ihmisen kehoon. <http://jultika.oulu.fi/files/nbnfioulu-201705312265.pdf>

Valtioneuvosto 2019. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita. Äkillisiin traumaattisiin tilanteisiin liittyvän psykososiaalisen tuen kehittäminen. Viitattu 5.8.2022. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161634/R_46_19_Psykososiaalisen_tuen_loppuraportti.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Suokas-Cunliffe, A. & Maaranen, P. 2014. Traumapsykoterapia auttaa varhaisiän kiintymyssuhteissa traumatisoituneita. Viitattu 8.5.2022. <https://www-laakarilehti-fi.nelli.laurea.fi/tieteessa/katsausartikkeli/traumapsykoterapia-auttaa-varhaisian-kiintymyssuhteessa-traumatisoituneita/>

*Talbot, L., Maguen, S., Metzler, T., Schmitz, M., McCaslin, S., Richards, An., Perlis, M., Posner, D., Weiss, B., Ruoff, L., Varbel, J., Neylan, T. 2014. Cognitive behavioral therapy for insomnia in posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. Viitattu 29.5.2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24497661/>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2020. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 8.5.2022. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Trauma ja dissosiaatio 2022. Kompleksinen PTSD. Viitattu 4.5.2022. <https://traumajadissosiaatio.fi/kompleksinen-ptsd/>

Käypä hoito 2020. Traumaperäinen stressihäiriö. Viitattu 4.6.2022. <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi50080#s8>

*Yasar, A., Usta, D., Eroglu, M., Kavacki, O., Abamor, A. & Tavaciouglu, E. 2017. Rapid efficacy of the eye movement desensitization and reprocessing in treatment of persistent complex bereavement disorder: report of two cases. Viitattu 28.5.2022. https://arsiv.dusunenadamdergisi.org/ing/DergiPdf/DUSUNEN_ADAM_DERGISI_6196608babc1496b9831d21dba8c1a52.pdf

*Merkittyyä lähteitä käytetty aineistona kirjallisuuskatsauksen sisällönanalyysivaiheessa.

Taulukot

Taulukko 1: Tietokantahaku	23
Taulukko 2: Sisäänotto- ja poissulkukriteerit.....	23
Taulukko 3: Valitut aineistot.....	29