

# 14. Psykkiset kriisit, sopeutumishäiriöt ja stressireaktiot

Markus Henriksson, Jouko Lönnqvist

Psykkiset kriisit	278	Äkillinen stressireaktio	290
Työuupumus	284	Traumaperäinen stressireaktio	294
Sopeutumishäiriöt	285		

**A**rkipäivä muodostaa jokaiselle ihmiselle sopeutumishaasteen, joka voiteetaan yleensä melko automaattisesti tutuilla, yksilöllisillä sopeutumis- ja hallintakeinoilla. Kun elämäntapahtumien aiheuttama psyykinen kuorma kasvaa, ihmisen on aktiivisesti ponnistettava omin voimin tai ympäristön tuella psyykkisen tasapainon ja elämänhallinnan tunteen säilyttämiseksi.

Psyykinen *stressi* voidaan määritellä epätasapainoksi ulkoisten haasteiden ja omien voimavarojen välillä. Uusi tasapaino, *stressin hallinta*, voi syntyä joko ulkoisia tapahtumia muuttamalla kuten tehtävien rajaamisella silloin kun se on mahdollista, tai lisäämällä käytettävissä olevia ulkoisia tai sisäisiä voimavaroja. Siedettävissä rajoissa oleva psyykinen stressi johtaakin usein myönteisiin tapahtumiin tai edistää uusien taitojen oppimista. Pääosa elämän stressitekijöistä liittyy muutoksiin tai niiden uunkiin läheisissä ihmissuhteissa, terveydessä ja työssä. Stressitekijöitä voidaan jossakin määrin ennakoida ja säädellä, mikä edistää omaa sopeutumista. Sopeutumisen kannalta on yleensä keskeistä, onko yksilön käytössä ympäristön antamaa sosiaalista tukea. Viime vuosina on hyvin yleisesti käytetty käsitettä *työuupumus* (burn out) kuvaamaan työelämään liitettyä pitkittynyttä

stressiä ja sen työntekijässä aiheuttamaa uupumustilaa.

Osa elämäntapahtumista on luonteeltaan siinä määrin järkyttäviä, psyykkisesti traumaattisia, että äkillistä elämäntapahtumastressiä voidaan kutsua *psyykkiseksi traumaksi*. Traumaattisiin elämäntapahtumiin liittyy vakava uhka elämälle tai fyysiselle koskemattomuudelle. Psyykinen trauma on tyypillisesti arkipäivän stressistä selvästi poikkeava ja ennakoimaton tapahtuma.

Useimmat ihmiset altistuvat ainakin josakin vaiheessa elämäänsä psyykkisille traumoille joutuessaan kohtaamaan esimerkiksi oman vakavan sairastumisen tai läheisen odottamattoman kuoleman. Psyykkisiä traumoja syntyy tyypillisesti onnettomuustilanteissa ja rikostapahtumissa sekä varsinaisille uhreille että myös silminnäkijöille ja muille mukanaolijoille, joskus myös auttajille. Joukkotiedotuksen välityksellä psyykkisesti traumaattinen tapahtuma voi levitä laajemminkin väestöön. Traumaattiset tapahtumat ovat hätkähdyttävän yleisiä: National Comorbidity Survey -tutkimuksessa 61 % miehistä ja 51 % naisista oli kohdannut elämässään selvästi traumaattisen tilanteen. Miehet olivat naisia enemmän joutuneet onnettomuuksiin ja aseella uhatuksi, naiset taas enemmän seksuaalisen



Helene Schjerfbeck: Kuvakudos, 1914–1916. Kuva: Kuvataiteen Keskusarkisto. – Tämä maalaus on ainoita Schjerfbeckin tuotannossa, jossa näemme sekä naisen että miehen hahmon samassa teoksessa. Useimmin Schjerfbeckin ihminen on autio saari. Siksi naisten ja miesten maailmat olivat hänen maalauksissaan aina täysin erillään, mutta kuvakudelman unenomaisessa utopiassa kohtaaminen on mahdollista.

väkivallan uhreiksi. Sekä tämän että aiempien tutkimusten mukaan traumaattisiin tilanteisiin joutumisen todennäköisyyttä lisäävät kodin ja asuinympäristön köyhyys ja epävakaisuus, vanhempien mielenterveyden häiriöt ja päihdeongelmat sekä myös henkilön omaan käyttäytymiseen ja päih-

teiden käyttöön liittyvät ongelmat. Suomesta tai muista pohjoismaista ei ole olemassa kattavia väestötutkimustietoja traumaattisista elämäntapahtumista. Sodasta tai toistuvista luonnonmullistuksista kärsivissä maissa traumaattiset tapahtumat kohtaavat koko väestöä. Mielenterveyden häiriöiden

kannalta lapsuudessa ja nuoruudessa tapahtuneiden psyykkisten traumojen merkitys on erityisen suuri.

Kuormittavat elämäntapahtumat voivat laukaista tai pahentaa hyvin monenlaisia mielenterveyden häiriöitä ja vaikuttaa käytännöllisesti katsoen kaikkien mielenterveyden häiriöiden kulkuun. *Sopeutumishäiriöillä* eli elämäntilanteisiin liittyvillä reaktiivisilla häiriöillä tarkoitetaan psyykkisiä tiloja, joissa elämäntapahtumilla katsotaan olevan erityisen voimakas vaikutus oireilun syntyyn, mutta joissa ei ole kyse vaikeista tai pitkäkestoisista häiriöistä. Sopeutumishäiriöiden kliininen kuva vaihtelee siitä riippuen, korostuvatko oireissa masennus, ahdistuneisuus vai käyttäytymisen muutokset.

Psykiatrisissa diagnoosiluokituksissa on lisäksi kaksi häiriötä, joiden syntyyn vaikuttavat traumaattiset, poikkeuksellisen voimakkaat ja järkyttävät elämäntapahtumat. Nämä ovat *äkillinen stressihäiriö* ja *traumaperäinen stressihäiriö*, joista ensimmäisellä tarkoitetaan voimakkaan psyykkisen järkytyksen aiheuttamaa lyhytaikaista tilaa ja jälkimmäisellä pidempiaikaista järkytysoireyhtymää.

Elämäntapahtumiin liittyvät häiriöt voidaan ymmärtää *psyykkisiksi kriiseiksi* ja niiden hoidossa ja ennaltaehkäisyssä voidaan noudattaa psykiatrisen *kriisi-intervention* periaatteita. Psyykinen kriisi itsessään ei ole oireenmukainen diagnoosi, vaan yleiskäsite, joka kuvaa mielenterveyden reaktiivisia epätasapainotiloja ja niiden kulkua.

## Psyykkiset kriisit

**K**ukin pyrkii ylläpitämään mielenterveytensä tasapainoa kehityksensä myötä omaksumillaan selviytymiskeinoilla. Ne antavat yksilölle mahdollisuuden elää ristiriitaisten ulkoisten vaatimusten ja sisäisten pyrkimysten voimakentässä. Psyykinen tasapainotila järkkyy, kun syntyy

jokin sellainen odottamaton tilanne, jonka hallitsemiseksi tavanomaisesti käytössä olevat sopeutumiskeinot eivät riitä. Psyykinen kriisi kehittyä, kun aiemmin omaksuttu ulkoiseen toimintaan tai mielen sisäisiin tapahtumiin liittyvät ratkaisutavat eivät johda tasapainon nopeaan palautumiseen. Kriisitilanteelle on tunnusomaista epävarmuus tulevaisuudesta. Turvallisuudentunteen kannalta tärkeä tulevaisuuden ennakoitavuus häviää.

Kriisitilanteeseessa sekä ulkoiset että mielensisäiset ärsykkeet lisääntyvät suuresti, eikä kriisissä oleva pysty riittävästi jäsentämään näitä ärsykejä. Mielenterveyden voimavaroja voidaan verrata säiliöön, joka ”vuotaa yli”, kun ärsykkeiden määrä ylittää käsittelykyvyn rajat. Psyykkisten hallintakeinojen riittämättömyys alkaa näkyä lisääntyvänä ahdistuneisuutena, motorisena levottomuutena, ärtyneisyytenä tai unettomuutena, usein myös ruumillisina oireina. Oireet voivat lopulta johtaa myös mielialahäiriöjaksoon tai ahdistuneisuushäiriöön. Hauraiden hallintakeinojen tai hyvin suuren ärsykemäärän seurauksena voi esiintyä psykoottistasoisia oireita kuten lyhykestoinen reaktiivinen psykoosi tai pidempiaikaisen psykoottisen oireyhtymän akuutti vaihe. Kun aiempi mielenterveyden tasapainotila on ollut hyvä, eikä altistavia tekijöitä vaikeammille häiriöille ole ollut, kriisiin liittyvät oireet ovat tyypillisesti sopeutumishäiriöitä tai äkillisiä stressireaktioita.

Eri ihmisten kyky kestää ärsykekuormitusta on hyvin erilainen; monilla ihmisillä on hämmästyttävän hyviä mielenterveyden voimavaroja vaikeiden elämäntilanteiden keskellä. Kaikkien kuormituksen kestävyys on kuitenkin rajallinen. Elämän jatkuvuutta kokonaisvaltaisesti uhkaavat tilanteet voivat murtaa jokaisen ihmisen psyykkisen tasapainon ainakin hetkellisesti.

Mielenterveyden tasapainoa uhkaavat muutostilanteet voidaan jakaa *epäspesifisiin ja spesifisiin*. *Epäspesifinen kuormitus* välittyy

elämäntapahtumien summavaikutuksena: mitä enemmän ja mitä nopeampia muutoksia tapahtuu, sitä enemmän myös syntyy rasitetta sopeutumiskyvyille. Voimakkaan psyykkisen kuormituksen tai useiden peräkkäisten kuormitusilanteiden jälkeen ihminen saattaa joutua tilaan, jossa pienikin ärsykelisä johtaa äkilliseltä vaikuttavaan voimavarojen loppumiseen ja oireiden ilmaantumiseen.

Osa ulkoisista muutostekijöistä voi merkitä yksilölle aivan erityistä sopeutumis- haastetta, koska niillä on hänelle tietty *spesifinen* haavoittava psykologinen *merkitys*. Tällaiset spesifiset merkitykset voivat olla myös tiedostamattomia, ainakin ennen kyseisen muutoksen tapahtumista. Tapahtumat, jotka sisältävät jonkinlaisen tärkeän menetyksen tai jotka uhkaavat itsetunnon säätelyä ja identiteetin jatkuvuutta, ovat erityisen haavoittavia.

Elämä altistaa ihmiset väistämättä monille tärkeille sopeutumiskykyä koetteleville muutoksille. Kasvuun ja vanhenemiseen liittyvät elämänmuutosvaiheet tuovat mukanaan *kehityskriisejä* eli normatiivisia kriisejä, joihin ei yleensä liity haitallisia oireita ja joiden hallinta johtaa persoonallisuuden kasvuun ja edelleen parempiin mahdollisuuksiin kohdata uusia ongelmatilanteita. Kun kriisin aiheuttanut uhkaava tai vaarallinen tapahtuma, psyykkinen trauma, selvästi poikkeaa tavallisesti odotettavissa olevista elämänkaaren muutoksista, voidaan puhua *traumaattisesta psyykkisestä kriisistä*. Tilanteeseen liittyvä sopeutumishaaste on erityisen vakava, jos traumaattinen kriisi osuu keskelle kehityskriisin läpikäymisvaihetta.

Epäonnistuminen traumaattisen kriisin käsittelyssä voi johtaa akuuttien oireiden lisäksi erilaisiin pitkäkestoisiin oireyhtymiin, joista tunnusomaisin on traumaperäinen stressihäiriö. Lapsuuteen ja nuoruuteen osuvat hyvin vakavat tai toistuvat traumaattiset tapahtumat ovat tärkeitä etiologisia osatekijöitä mielenterveyden häi-

riöissä, erityisesti osassa mielialahäiriöitä, dissosiativisia häiriöitä sekä persoonallisuus- ja käytöshäiriöitä. Toisaalta traumaattisten kriisien onnistuneeseen läpikäymiseen liittyy mielenterveyden vahvistumisen mahdollisuus.

## Traumaattisen psyykkisen kriisin kulku ja hoidon periaatteet

Traumaattiset psyykkiset kriisit noudattavat suurimmalla osalla ihmisistä tiettyä luonnollista kulkua. Kriisin kulussa voidaan liukuvin rajoin erottaa *sokkivaihe*, *reaktiovaihe*, *käsittelyvaihe* ja *uudelleen suuntautumisen vaihe*. Jos poikkeuksellinen tilanne ei kehity aivan äkillisesti, voidaan puhua myös sokkivaihetta edeltävästä *uhkavaiheesta*, jossa aletaan kokea lisääntyvää ahdistusta.

Uhkaavaan tapahtumaan liittyvä ahdistus pyritään hallitsemaan suojautumiskeinoilla, jotka voivat lisätä toimintakykyä tai haitata sitä vakavasti. Ahdistusta voidaan sitoa osittaisen torjunnan ja aktiivisen rakentavan toiminnan puolustuskeinoilla, jolloin tilanteen mukainen toimintakyky säilyy. Sen sijaan uhan kieltämisen puolustuskeino muuttuu helposti haitalliseksi, kun uhkaava tilanne toteutuu ja traumaattinen stressi joudutaan kohtaamaan valmistautumattomana.

*Sokkivaihe* alkaa heti laukaisevan tilanteen tapahduttua ja kestää muutamista hetkistä muutamaan vuorokauteen. Tällöin ihminen ei kykene vielä käsittämään tapahtunutta tai jopa kieltää sen. Välitön sokkivaiheen reagointi on usein eräänlaista lamautumista, joka ulospäin näyttäytyy tilanteeseen nähden hämmentävänä tyyneytenä. Osa ihmisistä joutuu lyhytaikaiseen kaoottiseen kiihtymystilaan, joka ilmenee huutamisena, raivona, itkuna tai kontrolloimattomana motorisena levottomuutena. Kuitenkin vaikeankin traumaattisen stressin kohdatessa vain hyvin pieni osa ihmisistä joutuu suorastaan psykoosiasteiseen

tilaan. Osa lamautuneista ihmisistä voi tilapäisesti käyttäytyä ”robottimaisen normaalisti” ikään kuin mitään ei olisi tapahtunut, mikä saattaa lyhyessä seurannassa johtaa heidän tilansa ja toimintakykynsä kehityksen väärinarvioon. Osalla apatia ja levottomuus voivat vaihdella nopeasti. Jälkeenpäin monet eivät ainakaan täsmällisesti pysty muistamaan sokkivaiheen tapahtumia tai sen aikana annettuja ohjeita. Tämän vuoksi esimerkiksi vakavien somaattisten sairauksien diagnoosit tai hoito-ohjeet on annettava sokkivaiheessa vain mahdollisimman yksinkertaisessa ja helposti käsiteltävissä muodossa, ja ne on kerrattava myöhemmin uudelleen. Sokkivaiheessa esiintyvät voimakas torjunta tai kieltäminen ovat usein hyvin tarpeellisia ja selviämistä edistäviä sopeutumiskeinoja, kunhan ne eivät jatku liian kauan.

Sokkivaiheessa olevan keskeisin tarve on saada konkreettista turvallisuutta ja suojaa sekä kokea, että auttajat hallitsevat tilanteen. Esimerkiksi onnettomuustilanteissa annettava asianmukainen somaattinen ensihoito, konkreettiset toimenpiteet kuten esimerkiksi tarvittaessa lämpimän huovan antaminen, selkeä yksinkertainen tiedotus ja ylipäättään pelastushenkilöstön asianmukainen toiminta ovat itsessään myös sokkivaiheen psyykkistä hoitamista.

*Reaktiovaihe* kestää muutamasta viikosta muutamaan kuukauteen. Reaktiovaiheessa ihminen vähitellen kohtaa muuttuneen todellisuuden ja yrittää muodostaa käsitystä siitä, mitä oikeastaan on tapahtunut.

Psyykkisesti kipeitä kokemuksia voidaan aluksi käydä läpi vain vähän kerrallaan ja alkuun voimakkaiden psyykkisten puolustuskeinojen avulla, mutta sitten asteittain aktiivisemmin ja suoremmin todellisuutta kohdaten. Reaktiovaiheen alussa ihmisen mieli tarvitsee tapahtuneen merkityksen kieltämistä ja tunteiden eristämistä. Usein esiintyy myös erilaisia taantumia ja tyydytyksen saamisen tapoja, joskus alkoholin käyttöä. Osa siirtää sisäisen ahdistuksen

ulkoisiin kohteisiin eli on kyseessä projektiio, mikä voi ilmetä esimerkiksi terveydenhuoltohenkilöstön syyttämisen oireina.

Reaktiovaiheessa voi joskus esiintyä aistiharhaa muistuttavia hetkellisiä, ohimeneviä kokemuksia, kuten tunne, että menetetty ihminen on yöllä vierellä tai että hänen äänensä kuuluu jostakin. Nämä ilmiöt liittyvät reaktiovaiheessa käytettäviin psyykkisiin puolustuskeinoihin, eikä niitä ole syytä liian nopeasti tulkita varsinaisiksi psykoottisiksi tai dissosiaatiohäiriön oireiksi.

Reaktiovaiheessa alkavat traumaattiseen tapahtumaan liittyvät *toistumis-* eli *repetitio-ilmiöt*. Tapahtunut toistuu muistikuvina, unissa ja keskusteluissa muiden kanssa, joskus myös autonomisen hermoston oireina sydämentykytyksenä, hikoiluna, vapinana ja pyöräytyksenä tapahtumasta muistuttavien asioiden laukaisemina. Toistuvat mielikuvat saavat vähitellen vähemmän pelottavia ja vähemmän avuttomuuden sävyttämiä sisältöjä. Aluksi tapahtuma toistuu painajaisunina, joihin ihminen herää ahdistuneena, mutta vähitellen unet muuttuvat vähemmän häiritseviksi ja saavat uusia juonia, joissa käydään läpi tapahtuneeseen liittyvien mielikuvasisältöjen eri puolia.

Kriisin reaktiovaihetta elävän ihmisen keskeinen psykologinen tarve on löytää omiin voimavaroihin nähden sopiva, toimimisen myötä aktiivisesti muuttuva tasapaino traumaattisten kokemusten läpikäymisen ja sietämättömältä kokemiselta suojautumisen välillä. Reaktiovaiheessa oleva ihminen tarvitsee toistuvaa kuunnelluksi ja välitetyksi tulemisen kokemista. Joskus reaktiovaiheeseen liittyvät ilmiöt kuten esimerkiksi kohtuuton syyttäminen saattavat yllyttää hoitavia henkilöitä tai viranomaisia käyttäytymään loukkaavasti akuuttia kriisiä elävää ihmistä kohtaan, vaikka hän juuri silloin tarvitsisi kärsivällisyyttä ja ymmärtävää kohtelua ja on itse usein myöhemmin pahoillaan omasta käyttäytymisestään. Reaktiovaihetta elävälle ihmiselle

on myös tärkeää antaa selkeää, käytännönläheistä ja toistettua tietoa tilanteesta, esimerkiksi mahdollisen sairauden tai vammahan hoitosuunnitelmasta, konkreettisen avun saamisesta päivittäiseen elämään tai toimeentuloturvasta. Työntekijän on keskeistä jatkuvasti arvioida, mikä on kulloinenkin sopiva annos tietoa, jonka ihminen pystyy vastaanottamaan ja käsittelemään. Tiedon antamisella ei tule estää potilaan puhumista ja tilaisuutta tulla kuunnelluksi. Potilaan aktiivinen kuunteleminen ja psyykkisen kivun ymmärtäminen voivat sinänsä tapahtua varsin lyhyenkin potilas-kontaktin aikana, mutta muutaman pidemmän vastaanottoajan antaminen edistää huomattavasti kriisihoidon onnistumista. Raskaiden kokemusten kuuntelu edellyttää yleensä hoitavalta henkilöltä riittävän hyvää omaa tasapainotilaa ja kosketusta mahdollisten omien traumaattisten kriisien läpikäymiseen.

*Kriisin käsittelyvaihe* eli läpityöskentelyn ja korjaamisen vaihe kestää muutamista kuukausista noin vuoteen. Tällöin tapahtumat aletaan hyväksyä. Tapahtunutta ei enää kielletä, voimakkaasti torjuta tai muuten suljeta pois psyykkisestä työstä, vaan myönnetään menetyksineen ja muutoksineen väistämättä tapahtuneeksi. Tätä vaihetta voidaan kutsua myös varsinaisen surutyön vaiheeksi, jossa ihminen käy läpi tapahtunutta sekä tunne- että asiasisältöjen tasolla ja luo uutta kuvaa itsestään ja elämästään. Keskeinen osa surutyötä on tapahtuneeseen liittyvän syyllisyyden, omavastuun ja mahdollisen oikeutetunkin vihan käsittely. Hoidon kannalta potilaan tilaisuus tulla kuunnelluksi on edelleen tärkeää, mutta hoitoasenteessa korostuu potilaan itsenäisyyden ja eteenpäin suuntautumisen tukeminen.

*Kriisin uudelleen suuntautumisen* eli uudelleen jäsentämisen ja integraation vaiheessa tapahtuu toipuminen traumaattisesta tapahtumasta ja sen käytännön jälkiseurauksista riippuen noin 1–2 vuodessa. Kriisi-

tapahtumat jäsentyvät osaksi elämää ja minuuden kokemista. Kriisi ei enää kuluta mielenterveyden voimavaroja, vaan on jopa saattanut tuoda niitä lisää. Toipuminen ei ole suoraviivaista. Uudet menetykset esimerkiksi vaikean sairauden paheneminen tai alkuperäisestä traumaattisesta tapahtumasta muistuttavat tilanteet voivat aktivoida aiemman reaktiovaiheen ilmiöitä ja oireita. Hoitavalta henkilöltä edellytetään silloin pitkäjännitteisyyttä, rauhallista rohkaisua ja pessimistisen asenteen välttämistä.

*Kriisi-interventiolla* tarkoitetaan kaikkia sellaisia kriisissä olevan auttamiseen tähtäviä toimia, joilla voidaan tukea mahdollisimman hyvän tasapainon saavuttamista. Kriisiväliintulossa käytetään sekä kriisipsykoterapiaa että konkreettista tilanteenmukaista käytännön auttamista. Kriisipsykoterapeuttisten yleisperiaatteiden (taulukko 14.1) noudattaminen kriisissä olevan potilaan kohtaamisessa on tärkeä työtapo jokaiselle terveydenhuoltoalan ja sen lähialojen ammatti-ihmiselle ja luonnollinen osa esimerkiksi lääkärin työtä, koska vakava sairastuminen ja vammautuminen ovat tavallisimpia traumaattisia kriisejä aiheuttavia tilanteita.

Kriisin hoitoon liittyvät tapaamiset eivät edellytä psykoterapeuttista erityiskoulutusta, mutta työnohjauksesta ja aiheeseen liittyvästä täydennyskoulutuksesta voi toki olla huomattavaa hyötyä. Käytännössä kriisi-interventio toteutetaan usein moniammatillisena työryhmätyönä, jossa esimerkiksi sosiaalityöntekijällä on oma osuutensa. *Kriisipsykoterapiaksi* kriisihoito voidaan nimetä silloin, kun kriisihoitoperiaatteet suunnitelmallisesti ja tavoitteellisesti toteutetaan useissa erillisissä tapaamisissa.

Akuutit hoito- ja tukipalvelut ovat voimakkaasti kehittyneet sekä Suomessa että monissa muissa maissa poikkeuksellisen järkyttävien suuronnettomuuksien, terroritekojen ja luonnonkatastrofien yhteydessä saatujen kokemusten myötä. Lähes kaikkiin terveyskeskuksiin ja monille työterve-

**Taulukko 14.1.** Kriisipsykoterapeuttisia yleisperiaatteita.

- Kriisissä oleva tarvitsee kuunnelluksi ja ymmärretyksi tulemista: hänen on saatava kertoa kokemansa tapahtumat asialliselle ja rauhalliselle kuuntelijalle. Kriisiterapeutti edustaa kriisissä olevalle inhimillistä lämpöä sekä toivon ja tulevaisuuteen suuntautumisen säilyttämistä.
- Kriisihoito ei voi antaa takaisin sitä, mitä ihminen on menettänyt, mutta siinä annetaan tilaisuus traumaattisen kokemuksen kohtaamiseen siten, että kokemukseen liittyvä psyykinen kipu ei olisi sietämätöntä.
- Kriisihoitoa tulisi antaa nopeasti ja lähellä. Sen tulisi toteutua riittävän aikaisessa kriisin vaiheessa ja intensiivisesti mahdollisimman lähellä potilaan asuinpaikkaa ja mieluiten mahdollisimman hyvin yhdistyneenä muuhun tarvittavaan hoitoon. Sen tulisi yleensä toteutua siinä hoitoyksikössä ja esimerkiksi samassa yleissairaalassa, jossa potilas on sairautensa tai vammautumisen vuoksi hoidossa.
- Kriisihoidossa keskitytään kriisin aiheuttaneen tapahtuman ja sen seurausten käsittelyyn; tavoitteena ei ole pidempiaikainen tai laajempiin psyykkisen kehityksen ongelmiin kohdistuva psykoterapia. Siinä kunnioitetaan ihmisen omia voimavaroja kriisin luonnollisen kulun läpikäymisessä.
- Kriisihoidossa otetaan jatkuvasti huomioon käytännön ongelmien ratkaisujen tarve ja ollaan mahdollisimman tiiviissä yhteistyössä muiden kriisi-interventioon ja potilaan hoitoon osallistuvien kanssa. Kriisissä olevan perhe otetaan tarvittaessa hoitoon mukaan.
- Kriisi-interventioon osallistuvalla hoitohenkilöllä on oltava valmius tilanteen jatkuvaan uudelleenarviointiin sen varalta, että tarvitaan konkreettisia suojaavia toimenpiteitä kuten lääkehoitoon jtai sairaalahoidon tarpeen arviota vakavien oireiden esiintyessä.
- Lopuksi on arvioitava, tarvitseeko kriisissä ollut pidempiaikaista laajempiin tavoitteisiin kuten esimerkiksi kriisiä edeltäneihin mielenterveyden häiriöihin tai ongelmiin liittyvää jatkohoitoa.

ysasemille on perustettu kriisiryhmiä erityisesti onnettomuustilanteiden tai muiden poikkeuksellisen järkyttävien tilanteiden akuuttia psykososiaalista hoitoa varten. Lisäksi erityisesti suuronnettomuuksien uhrien hoitoa varten on useimpien sairaanhoitopiirien keskeisiin sairaaloihin perustettu kriisi- ja katastrofipsykiatrisia työryhmiä. Suuronnettomuuksissa on erityisen tärkeä myös Suomen Punaisen Ristin valtakunnallinen psykologien valmiusryhmä, joka antaa asiantuntija-apua ja tarvittaessa täydentää paikallisten kriisiryhmien työtä. Myös seurakuntien ja eräiden vapaaehtoisjärjestöjen merkitys kriisipalvelujen tarjoajina on tärkeä.

*Psykososiaalisella tuella* tarkoitetaan kokonaisuutta, joka muodostuu ihmisten auttamiseksi tarkoitetuista psyykkisen, sosiaalisen ja hengellisen tuen palveluista. Niiden tavoitteena on ehkäistä ja lieventää traumaattisen tapahtuman psyykkisiä ja sosiaalisia seurauksia.

*Kriisityöllä* tarkoitetaan kaikkia niitä palveluita, joilla pyritään edistämään järkyttävistä kokemuksista selviytymistä sekä tor-

jumaan ja lievittämään onnettomuuksien ja muiden äkillisten järkyttävien tapahtumien aiheuttamaa psyykkistä stressiä ja sen seuraamuksia.

### Traumaattisten tapahtumien psykologinen jälkipuinti

Äkillisten kriisien hoitamiseksi ja ennaltaehkäisemiseksi onkin kehitetty *ryhmämuotoisia interventioita*, joista tärkein on *psykologinen jälkipuintitilaisuus, debriefing* (psychological debriefing, critical incident stress debriefing). Jälkipuinnin tavoitteena on järjestää jäsentynyt, ammatillisesti ohjattu tilaisuus poikkeuksellisen tapahtuman läpikäyntiin, edistää normaalin surutyön käynnistymistä, tukea omien ja toisten reaktioiden ymmärtämistä ja vahvistaa ryhmän keskinäistä tukea.

Jälkipuinnin suositeltavin ajankohta on vasta muutaman vuorokauden kuluttua tapahtumasta. Tilaisuutta ei järjestetä heti ensimmäisten vuorokausien aikana, koska ihmiset eivät tuolloin mahdollisessa sokkivaiheessaan kykene hyötymään siitä. Jo sa-

mana päivänä tapahtuman jälkeen on ryhmän kanssa sovittava tapaamisesta, mikä samalla varmistaa, ettei kukaan tunne joutuvansa jäämään yksin. Poikkeustilanteen hoitamisesta vastaavan tulisi antaa ohjeet tarpeenmukaisen jälkipuinnin järjestämisestä ja sopivan puheenjohtajan valitsemisesta.

Jälkipuintiryhmän suositeltava koko on 5–15 henkilöä, suuremmat ryhmät on syytä jakaa pienemmiksi. Ryhmän jäsenillä olisi mielellään oltava poikkeustapahtumaan nähden jokin ”yhteinen nimittäjä” kuten sama työpaikka tai samanlainen rooli onnettomuustilanteessa. Ketään tapahtumaan oleellisesti liittynyttä ihmistä ei tulisi epäasianmukaisesti sulkea pois tai unohtaa jälkipuintikokouksesta. Tilaisuus on pidettävä sille erikseen varatulla ajalla, 2–4 tuntia ilman taukoja, rauhoitetussa tilassa, jossa osallistujia ei häiritä. Ryhmällä on oltava ennalta sovittu selkeä puheenjohtaja–vetäjä: mieluiten terveydenhuolto- tai mielen-terveystyöhenkilöstöön kuuluva ammattihenkilö, jolla on ryhmätilanteiden ja stressireaktioiden tuntemusta esimerkiksi terveyskeskuksen kriisityöryhmän jäsenenä. Asiantuntemuksen ja lisäkoulutuksen hankkiminen ei välttämättä edellytä laajaa psykiatrian tai kliinisen psykologian peruskoulutusta, vaan esimerkiksi kokenut yleislääkäri voi olla hyvä debriefingvetäjä. Mahdollisuuksien mukaan puheenjohtajalla olisi hyvä olla 1–2 avustajaa tai varavetäjää. Työryhmien esimiesten ei ole syytä olla jälkipuintiryhmien vetäjiä, koska he voivat joutua rooliristiriitaan ja jäädä vaille itse tarvitsemaansa jälkipuintia; lisäksi osallistujien ei tulisi kokea tilaisuutta työnjohdolliseksi palautekeskusteluksi. Jälkipuinnin vetäjä on yleensä kyseessä olevan ryhmän tai työyksikön kannalta ulkopuolinen; vetäjän olisi kuitenkin ainakin jossakin määrin tunnettava niitä työ- tai tapahtumaoloja, joihin jälkipuinti liittyy, jotta tilaisuus sujuisi luontevalla tavalla.

Jälkipuintikokous jaetaan yleensä liuku-

vin rajoin *aloitusvaiheeksi, faktavaiheeksi, kognitiiviseksi vaiheeksi, tunnevaiheeksi, normalisointivaiheeksi ja päätös vaiheeksi*.

*Aloitusvaiheessa* tilaisuuden vetäjä esittelee itsensä sekä selvittää tilaisuuden tarkoituksen ja menettelytavat. Osallistujille on tärkeää korostaa, että kyseessä ei ole tekninen arvostelukokous eikä vastuu- tai syyllisyyskysymysten kuulustelu, vaan tilaisuudessa käydään yhdessä läpi kokemuksia ja ajatuksia. Osallistujilla ei ole arvojärjestystä, kaikkien näkemykset ovat yhtä arvokkaita. Ketään ei pakoteta puhumaan, mutta osallistujia rohkaistaan esittämään omia kokemuksiaan. Osallistujat ovat vaitiolovelvollisia kokouksen jälkeen sen suhteen, mitä toisilta osallistujilta kuulivat, vaikka voivat tietenkin kertoa omista kokemuksistaan. Tilaisuudessa ei tehdä muistiinpanoja eikä sitä nauhoiteta.

*Faktavaiheessa* vetäjä pyytää osallistujia vuorollaan esittelemään lyhyesti itsensä ja suhteensa kyseessä olevaan traumaattiseen tapahtumaan: missä oli tai miten sai tiedon yms.

*Kognitiivisessa vaiheessa* osallistujia pyydetään kuvaamaan tapahtumaan liittyviä ajatuksia: ”Mikä oli ensimmäinen ajatussi tultuasi paikalle?”. Samalla tulevat esille mahdolliset väärät tai yksipuoliset käsitykset tapahtumien kulusta, kun tilanne valottuu useamman henkilön näkökulmasta.

Vähitellen tulee itsestään esille tunnepiitaisia vastauksia, jolloin jälkipuinti siirtyy *tunnevaiheeseen*, jossa puheenjohtajan ei yleensä tarvitse olla niin aktiivinen. Osallistujat alkavat kertoa tilanteesta ja sen jälkeen heränneistä pelon, avuttomuuden, vihan, turhautumisen tai itsesyytöksen tunteistaan. Joku ryhmän jäsenistä saattaa murtua itkemään, mikä yleensä kertoo siitä, että on syntynyt luottamuksellinen ilmapiiri, jossa usein vierellä istuja tai koko ryhmä on tukena. Tunnereaktioiden läpikäynti seuraa yleensä tapahtuman aikataulua eli miltä tuntui ensin tapahtumapaikalla välittömän tilanteen lauettua, kotiin palatessa, ensimmäi-

senä yönä, seuraavana päivänä tai tällä hetkellä. Yleensä osallistujille on helpottavaa kokea, miten samankaltaisia tunteita muissakin kuin itsessä on ilmennyt. Jos joku osallistuja yhtäkkiä ahdistuneena poistuu tilaisuudesta, seuraa varavetäjä perässä.

*Normalisointivaiheessa* vetäjä on jälleen aktiivisemmassa roolissa, kertoo rauhallisesti esille tulleita mielikuvia ja tunteita, totea näiden ”normaaliuden” ja odotettavuuden. Sitten siirrytään käsittelemään käytännön arjen kohtaamista, esimerkiksi työhön palaamista sekä perheen ja muiden ihmisten kohtaamista.

*Päättövaiheessa* tehdään tilaisuudesta yhteenveto, annetaan vielä tilaisuus kysymyksille ja sovitaan, pidetäänkö jatkotilaisuus. Jos jälkipuintikokouksen ilmapiiri on ollut avoin ja tapahtumaan liittyvät oleelliset seikat on onnistuttu käymään läpi, ei jatkotilaisuutta tarvita; muutoin kannattaa järjestää seurantakokous muutaman viikon päästä. Ennen kokouksen päättymistä on osallistujille annettava vetäjien yhteydenottotiedot ja todettava, että yhteyttä kannattaa ottaa, mikäli haitalliset tunnereaktiot eivät tunnu lähiviikkojenkaan jälkeen laantuvan tai jos toimintakyky ei pala. Jälkipuinnin merkityksestä ei tule antaa epärealistisia odotuksia – se ei automaattisesti vähennä yksilöllisen kriisihoidon tarvetta.

Jälkipuintia ei ole tarkoitettu psyykkisen häiriön hoitoa varten, vaan pikemminkin tavanomaisten ja odotettavissa olevien, ”normaalien” akuuttien kokemusten ja tunteiden läpikäymiseksi. Yleensä jälkipuinteihin osallistuneet henkilöt ja yhteisöt ovat olleet niihin varsin tyytyväisiä. Jälkipuinnin tehokkuutta traumaperäisten stressioireiden kehittymisen ehkäisyn suhteen ei ole kuitenkaan voitu osoittaa kontrolloiduissa seurantatutkimuksissa. Eräissä tutkimuksissa jälkipuinnista on ollut hyötyä, mutta joissakin ei lainkaan. Ilmeistä on, että joissakin tapauksissa siitä voi myös olla haittaa ja että toiminnan laadunvalvontaa ei saa unohtaa. Jälkipuinnin tulee perustua

asianmukaisen tiedon antamiseen ja ihmisen suostumukseen. Siihen ei saisi missään oloissa pakottaa osallistumaan. Jälkipuinti ei korvaa mielenterveyspalveluja tai muita terveydenhuollon toimintoja, vaan täydentää niitä.

Erityisesti suuronnettomuuksien pelastushenkilöstöä varten on järjestetty myös jälkipuintikokouksia lyhyempiä, yleensä enintään tunnin kestäviä, heti pelastustoimenpiteiden päättymistä tai keskeytymistä seuraavia *purkamiskokouksia*. Niiden tarkoituksena on, että auttajat saavat heti keskustella tapahtuneesta ja purkaa kokemustaan omassa ohjatussa työryhmässään ennen lepojaksonsa alkua. Purkamiskokouksia on myös järjestetty ilmeisen menestyksekkäästi suuronnettomuuksissa, joissa eloonjääneiden uhrien tai muiden tapahtumaan liittyvien ihmisten kokoaminen debriefingtilaisuuksiin on ollut käytännössä mahdotonta esimerkiksi junaonnettomuuksissa tai jos on kyseessä eri seuduilta kotoisin olevat fyysisesti vahingoittumattomat ihmiset.

## Työuupumus

**T**yöuupumus, burn out, on työhön liittyvien stressitekijöiden yhteydessä asteittain kehittyvä tila, jolle on ominaista kokonaisvaltainen väsymys, työn mielekkyyden tunteen katoaminen, kyynistyminen ja ammatillisen itsetunnon heikkeneminen. Väsymys on jatkuvaa. Se ei liity vain yksittäisiin työn kuormitushuippuihin eikä lieyty vapaa-aikana. Työtilanteen vaatimukset ovat ylittäneet ihmisen voimavarat. Työuupumus itsessään ei yleensä synny äkillisesti, mutta usein jokin yksittäinen tapahtuma ”viimeisenä pisarana” joko työssä tai sen ulkopuolella laukaisee äkilliseltä näyttävän psyykkisen kriisin. Työuupumuksen riski on suurentunut tunnollisilla ja ahkerilla työntekijöillä.

Suomalaisesta työikäisestä väestöstä vuo-

sina 2000–2001 tehdyssä tutkimuksessa neljäsosa koki jonkinasteista työuupumusta, mutta vain 2,5 %:lla se oli vaikea-asteista. Työuupumusta esiintyy enemmän naisilla kuin miehillä, ja sen kokonaistaso voimistuu iän mukana. Työuupumus ei ole suorassa suhteessa tehdyn työn määrään, vaan enemmänkin työntekijän asemaan työmarkkinoilla ja osin hänen mielenterveyden tilaansa. Työuupumus on selvässä yhteydessä masennukseen ja alkoholiongelmiin.

Työuupumukseen vaikuttavat monet työhön liittyvät tekijät kuten työn suuri kokonaisuus, epävarmuus työpaikan säilymisestä, työntekijän puutteelliset mahdollisuudet vaikuttaa omaan työhönsä, työntekijään kohdistuvat ristiriitaiset odotukset, vastualueiden ja tavoitteiden epäselvyys, työn kaavamaisuus, työpaikan toimintatapoihin liittyvät epäkohdat, esimiesten ja työtoverien tuen puute sekä työyhteisön ihmissuhderistiriidat. Työuupumuksen kehittyessä nämä tekijät usein noidankehämäisesti vahvistavat toisiaan. Työuupumukseen liittyvä psyykinen huonovointisuus lisää myös työn ulkopuolisten ongelmien, kuten perheristiriitojen ja alkoholin käytön lisääntymisen riskiä. Toisaalta työn ulkopuoliset kuormitustekijät, ongelmat ja sairaudet pahentavat työuupumusta ja heikentävät siitä selviytymisen keinoja.

Työuupumus ei ole diagnostinen käsite. Työuupumus voi olla merkittävä osatekijä esimerkiksi monissa masennustiloissa. Se voi olla myös osatekijänä fyysisiin sairauksiin liittyvässä työkyvyn alentumisessa. Joskus työuupumus on henkilön tapa kuvata masennustilaansa tai muuhun häiriöön liittyvää huonovointisuutta ja työkyvyn laskua silloinkin, kun työkuormitus ei ole ollut keskeinen häiriötä aiheuttava tekijä.

Pitkittyneellä työstressillä on merkittävä vaikutus terveyteen ja erityisesti mielenterveyteen sekä yksilön että koko väestön kannalta. Asiaa tulisi lähestyä sekä kliinistä potilaan yksilöllisen hoidon että myös

työympäristön kehittämisen näkökulmasta. Mielenterveys kehittyi myönteisemmin ja työstressiä on vähemmän työolosuhteissa, joissa työntekijöillä on itsenäisempi suhde omaan työhönsä (job control), työn kohdistamat vaatimukset työntekijään (job demand) ovat kohtuulliset ja työhön liittyvää sosiaalista tukea (work related social support) on saatavilla työtovereilta ja esimiehiltä. Taitamaton työnteko ja taitamaton johtaminen ovat vakavia päivittäisiä stressitekijöitä monille ihmisille.

Työuupumuksen ennaltaehkäisyssä ja hoidossa ovat keskeisiä kaikki ne työpaikkaan kohdistuvat toimet, joilla voidaan vaikuttaa työn määrän ja laadun kuormittavuuteen. Jokaisen vakavasti uupuneen potilaan kohdalla on tärkeää tutkia terveydenhuollossa, mikä on se psyykkisen huonovointisuuden yksilöllinen ilmenemistapa, johon mahdollinen työuupumus osataan on johtanut. Potilaan hoidon ja sairausloman tarve arvioidaan todetun sairauden tai häiriön perusteella. Jos työuupumus on esimerkiksi osa vakavaa masennustilaa tai ilmenee sopeutumishäiriönä, suunnitellaan ensisijainen hoito kuten näissä häiriöissä yleensäkin. Työtilanteeseen kohdistuvat toimenpiteet ovat keskeisen tärkeitä välittömän hoidon jälkeisessä kuntoutumisessa ja uupumustilan uusiutumisen ehkäisemisessä. Työuupumusta ei tule käyttää sairausloman ainoana tai ensisijaisena diagnoosiperusteena.

## Sopeutumishäiriöt

**S**opeutumishäiriöillä tarkoitetaan yleensä lyhyitä ahdistus-, masennus- tai käyttäytymisoireina ilmeneviä tiloja, jotka syntyvät merkittävän elämänmuutoksen tai rasisustekijän jälkeen. DSM-IV-luokituksen suomennoksessa tämä häiriöluokka (adjustment disorders) on nimetty *elämäntilanteisiin liittyviksi reaktiivisiksi häiriöiksi*, koska ei ole haluttu antaa näille häi-

riöille usein kielteiseksi koettua leimaa sopeutumattomuudesta.

Vaikka sopeutumishäiriöt ovat varsinkin perusterveydenhuollon ja psykiatrisen avohoidon potilailla yleisiä, niiden diagnosointi on muiden häiriöiden poissulkua. Sopeutumishäiriöstä ei ole kysymys silloin, kun oireet täyttävät jonkin muun mielen­terveyden häiriön, esimerkiksi masennus­jakson, yleistyneen ahdistuneisuuden tai minkä tahansa psykoottisen häiriön kri­teerit. Erilaiset stressitekijät ovat usein lau­kaisemassa ja osaltaan aiheuttamassa mo­nenlaisia häiriöitä, varsinkin vakavia ma­sen­nustiloja. Rastustekijän olemassaolo ei siis mitenkään automaattisesti merkitse so­peutumishäiriön diagnoosia. Sopeutumis­häiriöt ovat siinä mielessä ”lieviä” kriisi­reaktiodiagnooseja, että niiden oirekuvassa ei ole kyse vaikeammasta tai pitkäkestoi­semmasta häiriöstä. Toisaalta näitä ”lieviä” häiriöitä ei tulisi vähätellä: ne voivat kehity­tyä vakavammiksi tiloiksi ja liittyä varsin­kin nuorilla itsetuhoiseen käyttäytymiseen. Sopeutumishäiriöistä on niiden yleisyy­teen nähden varsin vähän tutkimusnäyt­toon perustuvaa tietoa.

## Diagnoosi ja erotusdiagnoosi

Sopeutumishäiriön oireet alkavat melko pian selvän stressitekijän ilmaantumisen jälkeen: ICD-10:n mukaan yhden kuu­kauden ja DSM-IV:n mukaan kolmen kuukauden kuluessa. Tavallisimpia sopeu­tumishäiriöön ja avun hakemiseen johta­via stressitekijöitä ovat läheisen kuolema tai vaikea sairaus, oma sairastuminen tai vammautuminen, onnettomuudet ja tapa­turmat, tärkeän ihmissuhteen päättymisen, avioero, taloudelliset vaikeudet, työttö­myys, köyhyys tai erilaiset suuret elämän­muutokset. Sopeutumishäiriö voi joskus liittyä myös ulkoisesti katsoen myönteis­seen elämänmuutokseen. Häiriö voi liittyä joko yksittäiseen tapahtumaan tai useiden tapahtumien summavaikutukseen. Stressi­tekijä on voinut kohdistua yksittäiseen henkilöön tai yhtä aikaa suurempaan ih­misjoukkoon, kuten joissakin onnetto­muustilanteissa tai joukkoirtisanomisissa.

Sopeutumishäiriö on määritelmänsä mukaisesti suhteellisen lyhytkestoinen tila: sen oireiden ei tulisi kestää yli puolta vuot­ta kauempaa kuormitustilanteesta tai sen

### Ahdistuneisuutena, masentuneisuutena ja nukahtamisvaikeuksina ilmenevä sopeutumishäiriö

48-vuotias pankkivirkailija tuli terveyskeskuksen päivystävän lääkärin vastaanotolle ja toivoi saavan­sa apua noin viikon kestäneeseen unettomuuteen. Hän kertoi jääneensä kaksi viikkoa sitten työttö­mäksi tultuaan henkilöstövähennyksen vuoksi irti­sanotuksi pitkästä työsuhteesta. Pari kuukautta ai­emmin hänen yksityisyrittäjämiehensä oli sairastu­nut sydäninfarktiin ja nyt työkyvyttömänä odotti sydämen ohitusleikkausta. Pariskunnan toisen lap­sen elämässä oli hiljattain ollut vastoinkäymisiä. Potilas oli aiemmin auttanut miestään tämän yri­tyksen kirjanpidossa, mutta viime päivinä ei pysty­nyt lainkaan keskittymään tähän. Aiemmin potilas oli ollut terve. Hän oli aina juonut alkoholia ja kah­via vain hyvin vähän, viime päivinä ei lainkaan.

Hän kertoi haastattelussa kärsivänsä nukahta­misvaikeuksista. Unta lopulta saatuaan hän nuk­kui yhtäjaksoisesti aamuun asti. Hän koki vointin­sa ahdistuneeksi, väsyneeksi ja jonkin verran ma-

sentuneeksi. Toivottomuutta tai itsemurha-aja­tuksia ei ollut esiintynyt. Eräät asiat kuten yh­teydenpito entisten työtoverien kanssa tuottivat edelleenkin mielihyvää. Ruokahalu oli normaali. Potilas koki asioistaan puhumisen selvästi hel­pottavana ja rauhoittui keskustelun kuluessa. Terveystieteiden lääkäri kirjoitti 10 tablettin reseptin lyhytvaikutteista unilääkettä (1 tabletti tarvitaessa yöksi) ja varasi ajan viikon kuluttua ta­pahtuvaan lääkärisäkäyntiin. Tällä käynnillä potilas kertoi voivansa paremmin ja oli pirteämpi. Hän oli ottanut unilääkettä kahdeksi yöksi ja sitten pystynyt nukkumaan hyvin ilmankin lää­kettä. Keskittymiskyky oli palannut ennalleen. Potilaan mies oli saanut leikkausajan, mikä oli vähentänyt perheessä vallitsevaa epävarmuu­den tunnetta. Potilas koki, että hän ei tarvitse enää lääkärisä käyntejä, mutta häntä kehoitetiin ottamaan tarvittaessa yhteyttä uudelleen.

seurauksista (taulukko 14.2). Jos oireet ovat kestäneet tapahtuman jälkeen yli kuusi kuukautta, on kyse jostakin muusta häiriöstä. Suurin osa sopeutumishäiriöistä on akuutteja reaktioita.

Sopeutumishäiriöt nimetään ja ryhmitellään tarkemmin hallitsevan oireityypin mukaan kuten esimerkiksi *masentuneisuutena ilmenevä sopeutumishäiriö* eli elämäntilanteeseen liittyvä reaktiivinen masennus tai *masennusreaktio*. Usein oireyhtymässä on mukana sekä ahdistuneisuutta että masentuneisuutta. Oireisiin liittyy selvä toimintakyvyn lasku ja usein myös inihäiriöitä. Oireiden voimakkuus vaihtelee, mutta lyhyen ajan; muutamien päivien ajan oireet voivat olla hyvinkin voimakkaita. Oireilu voi ilmentyä myös käytöshäiriönä, siis haitallisena tai vaarallisena käyttäytymisenä, joka ei yleensä ole ollut henkilölle luonteenomaista.

Keskeisintä erotusdiagnostiikassa on muiden häiriöiden poissulku. Jokaisen po-

tilaan kohdalla on tärkeää selvittää stressitekijöiden merkitystä. Joskus tämä voi kuitenkin johtaa potilaan tilan aliarviointiin ja sopeutumishäiriöiden yli diagnostiikkaan. Esimerkiksi fyysisesti sairastunutta masentunutta potilasta voidaan pitää masentuneisuutena ilmenevästä sopeutumishäiriöstä kärsivänä vasta sitten, kun on selvitetty, että potilas ei kärsi vakavasta tai elimellisestä mielialahäiriöstä. Sopeutumishäiriöihin ei kuulu myöskään psykoottisia oireita: elämäntapahtumiin liittyvät lyhytkestoiset psykoottiset oireet luokitellaan reaktiivisiksi psykooseiksi.

Tavalliselle surureaktiolle ei tulisi antaa sopeutumishäiriön diagnoosia. Useita viikkoja jatkuva ahdistuneisuus, inihäiriöt tai jatkuva toimintakyvyn alentuminen eivät yleensä kuulu tavanomaiseen surureaktioon, vaan ovat merkki sopeutumishäiriöstä tai sitä vakavammasta tilasta. Sopeutumishäiriöiden diagnosointi on erityisen haastavaa silloin, kun potilas edustaa toista kult-

**Taulukko 14.2.** Elämäntilanteisiin liittyvien reaktiivisten häiriöiden, sopeutumishäiriöiden, diagnostiset kriteerit DSM-IV:n mukaan.

1. Emotionaalisten tai käyttäytymisoireiden kehittyminen stressitekijän tai useiden stressitekijöiden vaikutuksesta kolmen kuukauden kuluttua stressitekijän ilmaantumisesta.
  2. Oireet tai käyttäytymisen piirteet ovat kliinisesti merkittäviä, mitä osoittaa jompikumpi seuraavista:
    - stressitekijä aiheuttaa odotettua enemmän kärsimystä
    - sosiaalisessa tai ammatillisessa toiminnassa ilmenee merkittävää haittaa.
  3. Häiriö ei täytä muun ajankohtaisen mielenterveyden häiriön kriteerejä eikä ole vain paheneva aiempi muu häiriö.
  4. Oireet eivät ole menetyksestä aiheutuvaa surua.
  5. Kun stressitekijä tai sen seuraukset on lakannut vaikuttamasta, oireet eivät jatku kuutta kuukautta kauempaa.
    - *Akuutti häiriö*: kesto alle 6 kuukautta.
    - *Krooninen häiriö*: kesto 6 kuukautta tai kauemmin. Määritettä krooninen voidaan käyttää vain silloin, kun stressitekijä on krooninen tai sillä on jatkuvia seurauksia.
- Ryhmän häiriö luokitetaan hallitsevan oireen mukaan:
- Reaktiivinen masennus, masennuksena ilmenevä sopeutumishäiriö: hallitsevia oireita ovat sellaiset kuin masennus, itkuisuus tai toivottomuus.
  - Reaktiivinen ahdistuneisuus, ahdistuneisuutena ilmenevä sopeutumishäiriö: hallitsevia oireita ovat sellaiset kuin hermostuneisuus tai huoli, lapsilla pelko joutumisesta eroon läheisistä.
  - Reaktiiviset käytöshäiriöt, käytöshäiriönä ilmenevä sopeutumishäiriö: hallitsevana oireena käytöshäiriöt kuten iänmukaisten sosiaalisten normien ja sääntöjen ja muiden oikeuksien rikkominen; esimerkiksi laiminlyönnit, vandalismi, holtiton ajaminen tai tappeleminen.
  - Reaktiivinen tunne- ja käytöshäiriö: ilmenee sekä emotionaalisia oireita kuten masennusta tai ahdistuneisuutta että käytöshäiriöitä.

tuuria tai etnistä ryhmää kuin arvioiva henkilö; stressitekijöiden psykologinen merkitys on eri kulttuureissa erilainen.

Päihdeongelmista ja persoonallisuushäiriöistä kärsivien elämässä on osin heidän oman käyttäytymisensä vuoksi paljon kuormittavia tapahtumia. Stressitekijät voivat selvästi pahentaa tällaisen potilaan tilaa. Tällöin voidaan asettaa sopeutumishäiriön diagnoosi päihde- tai persoonallisuushäiriöpotilaan akuuttia tilaa kuvaavaksi rinnakkaisdiagnoosiksi.

## Kulku ja ennuste

Yleensä sopeutumishäiriöstä toivutaan muutamien viikkojen tai viimeistään muutamien kuukausien kuluessa. Sopeutumishäiriö merkitsee psyykkisen kriisin tilapäistä reaktiovaiheen lukkiutumista, jonka jälkeen ihminen pääsee eteenpäin kohti uudelleensuuntautumisen vaihetta. Toipumisen nopeuteen vaikuttavat monet sekä kuormittavaan tapahtumaan että yksilöllisiin voimavaroihin liittyvät tekijät.

Hoidon lähtökohtana on odotus hyvästä ennusteesta. Toisaalta terveydenhuollosta apua hakeneiden sopeutumishäiriöstä kärsivien ennustetta koskevaa tutkimustietoa on vain vähän. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilailla sopeutumishäiriödiagnoosien pysyvyys on osoittautunut varsin huonoksi: seurannassa suuri osa heistä, jopa yli 60 %, onkin osoittautunut vakavasta mielialahäiriöstä, päihteiden väärinkäytöstä tai pidempiaikaisesta käyttäytymishäiriöstä kärsiviksi. Ikääntyneemmällä ja fyysisiin sairauksiin liittyvissä sopeutumishäiriöissä diagnoosi on ollut luotettavampi. Masentuneiden potilaiden hoidossa on kuitenkin aina huomattava, että masentuneisuutena ilmenevä sopeutumishäiriö voi pahentua masennusoireyhtymäksi: lievät masennusoireyhtymät on todettu vakavampien mielialahäiriöiden kehittymisen riskitekijöiksi.

Sopeutumishäiriöihin liittyy myös itsetuhoista käyttäytymistä. Merkittävä osa,

10–40 %, itsemurhaa lääkeaineilla yrittäneistä potilaista on saanut sopeutumishäiriön diagnoosin. Erityisesti pojilla ja nuorilla miehillä sopeutumishäiriöiden on todettu liittyvän myös toteutuneisiin itsemurhiin. Sopeutumishäiriöoireilu tulee siis ottaa vakavasti.

## Epidemiologia

Sopeutumishäiriöiden esiintyvyydestä väestössä on olemassa vain vähän tietoa, koska häiriön epidemiologinen tutkiminen ei ole helppoa. Yksittäisissä haastatteluisissa on vaikea arvioida häiriön aikakriteerejä ja vetää rajaa tavallisen surureaktion ja varsinaisen häiriön välille. Epäsuorien poissulkevatelmien perusteella sopeutumishäiriöiden vuosittaiseksi esiintyvyydeksi on arvioitu 5–10 %. Yleislääkäreiden ja yleissairaaloiden potilaista 15–30 %:n on arvioitu kärsivän näistä häiriöistä, vaikka suurin osa jääkin diagnosoimatta. Aikuis-ten psykiatrisessa avohoidossa 10–20 %:lla potilaista on sopeutumishäiriö, mutta nuorilla ja lapsipotilailla osuus on 20–40 %. Lasten- ja nuorisopsykiatriassa on ilmeisesti ollut sopeutumishäiriöiden yliagnostiikkaa, koska on haluttu välttää vakavampiin diagnooseihin liittyvää leimautumisen vaaraa.

Paljon kuormitustekijöitä sisältävissä erityisoloissa sopeutumishäiriöiden esiintyvyys ja osuus kaikista häiriöistä on luonnollisesti suurempi kuin muulloin. Yleisväestössä sopeutumishäiriöitä esiintyy yhtä paljon miehillä ja naisilla, mutta naisilla ilmenee enemmän reaktiivista masennusoireilua ja miehillä enemmän käyttäytymis- oireita. Hoitoon hakeutuneissa sopeutumishäiriöpotilaissa on noin kaksi kertaa enemmän naisia kuin miehiä.

## Etiologia

Sopeutumishäiriöt ovat stressitekijöihin liittyviä reaktiivisia tiloja. Stressitekijöiden

ja sopeutumishäiriöiden välinen syy-seuraussuhde ei kuitenkaan ole suoraviivainen. Psykkisten kriisien kulkuun ja sopeutumishäiriöiden syntyyn vaikuttavat oireilulle altistavat tai siltä suojaavat yksilölliset tekijät. Stressitekijöillä on erilainen merkitys eri ihmisille tai saman ihmisen eri elämänvaiheissa. Sopeutumishäiriöissä on usein kyse kasautuneista stressitekijöistä, ja potilaan kuvaama helpoimmin tunnistettava tapahtuma onkin ollut vain ”viimeinen pisara” pidempään jatkuneessa kuormituksessa. Monet kuormittavat elämäntapahtumat riippuvat myös henkilön omasta käyttäytymisestä, johon ovat vaikuttamassa pitkäaikaiset biologiset ja psykososiaaliset taustatekijät. Yksittäiset stressitekijät ovat siis keskeinen ja välttämätön, mutta harvoin ainoa syy sopeutumishäiriöiden syntyyn.

## Hoito

Sopeutumishäiriöiden hoidossa noudetaan kriisipsykoterapeuttisia periaatteita. Potilas tarvitsee kuunnelluksi ja ymmärretyksi tuleamista. Hoitavan henkilön on yhtä aikaa hyväksyttävä potilaan elämäntilanteeseen liittyvä psyykinen huonovointisuus ja samalla rauhallisesti tuettava asennetta, että tilanteesta voidaan selvittää tai että sitä voidaan helpottaa. Tukea antavissa tapaamisissa selvitetään, mitä on tapahtunut ja mitä se merkitsee potilaalle tällä hetkellä sekä tunteiden että elämän käytännön tasolla. Tyypillisesti jo 1–2 tapaamista selvästi helpottaa potilaan vointia, ja hän alkaa itse hahmottaa, miten toimia muuttuneessa elämäntilanteessa. Hoitavan henkilön ei niinkään tule tehdä käytännön ratkaisuja potilaan puolesta, vaan jäsentää hänen kanssaan niitä ratkaisujen vaihtoehtoja, jotka ovat käytettävissä. Tarvittavien kriisitapaamisten määrä riippuu monista sekä kyseessä oleviin tapahtumiin että potilaan voimavaroihin liittyvistä tekijöistä. Peruseriaatteena on, että sopeutumishäiriöiden

hoidossa pyritään ajallisesti rajattuun hoitoon, yleensä ei yli kymmeneen tapaamiseen. Joskus vain yksi hyvä kriisipsykoterapeuttinen tapaaminen riittää hoidoksi. Sopeutumishäiriöihin liittyy usein käytännön ongelmia, joiden selvittämisessä moniammatillinen, erityisesti lääkärin ja sosiaalityöntekijän yhteistyö potilaan hoidossa on tärkeää.

Potilaan sairasloman tarve riippuu monista tekijöistä. Jos työkyky on selvästi alentunut tai jos häiriö selvästi liittyy työkuormitukseen, on sairausloma aiheellinen. Sopeutumishäiriöissä sairasloman kesto on yleensä vain muutamista päivistä muutama viikkoihin. Useiden kuukausien tai tiheästi toistuvien monien sairaslomien tarve on merkki siitä, että kyse on jostakin muusta kuin vain sopeutumishäiriöstä. Vakava fyysinen sairaus saattaa tietenkin lisätä sairasloman tarvetta. Jos sopeutumishäiriö ilmenee haittaavin käyttäytymisoirein, on potilaalle selvennettävä, että kyseinen käyttäytyminen saattaa olla ymmärrettävää mutta sekä potilaalle että muille vahingollista. Käyttäytymisoireen ymmärtäminen ei tarkoita oikeen jatkamisen tukemista. Tyypillisessä sopeutumishäiriössä potilaan tilaisuus tulla myötätuntoisesti kuunnelluksi lievittääkin nopeasti käyttäytymisoireita.

Lääkehoidon asema on sopeutumishäiriöiden hoidossa selvästi toissijainen. Lääkkeiden määrääminen saattaa olla haitallista, jos niiden ajatellaan korvaavan tarpeenmukaista psykososiaalista hoitoa. Arviolta ainakin noin kolmasosa lääkärin vastaanotolle hakeutuneista sopeutumishäiriöpotilaista kuitenkin saa lääkehoitoa. Toimintakykyä selvästi lamaavaa tai sietämättömäksi koettua ahdistusta voidaan lievittää tilapäisellä bentsodiatsepiinihoidolla, joka yleensä auttaa myös ahdistukseen liittyvään unettomuuteen. Jos nukahtamisvaikeudet ovat jatkuneet hankalina useita öitä ilman hyvin voimakasta ahdistuneisuutta, voidaan potilaalle määrätä tilapäiseen käyttöön lyhytvaikutteisia unilääkkeitä kuten

tsopikloni, tsolpideemi, tsaleploni, tai tematsepaami. Jos univaikeudet jatkuvat pidempään unessa pysymisen vaikeuksina, voidaan potilaalle määrätä rauhoittavaa depressiolääkettä. Sellaisilla masentuneilla sopeutumishäiriöpotilailla, joilla aiemmin on ollut masennusjaksoja, saattaa depressiolääkehoito olla aiheellinen vakavamman masennustilan kehittymisen estämiseksi. Kestoltaan rajattua antipsykoottihoitoa tai hoitoa ei-bentsodiatsepiiniansiolyeilla kuten buspironi ja diksyratsiini voidaan harkita sellaisissa sopeutumishäiriöissä, joihin liittyy voimakasta ahdistusoireilua, mutta joissa potilaalla voidaan arvioida olevan bentsodiatsepiinien suhteen väärinkäyttöriskiä, esimerkiksi päihdeongelmanamneesi tai persoonallisuuden riippuvaiset piirteet. Sopeutumishäiriöiden kaikessa lääkehoidossa tulisi aina pyrkiä lyhyeen keston, mieluummin vain joihinkin viikkoihin eikä useisiin kuukausiin.

## Äkillinen stressireaktio

**Ä**killisellä stressireaktiolla eli äkillisellä stressihäiriöllä tarkoitetaan ohimenevää, mutta varsin vaikea-asteista häiriötä, joka syntyy reaktionä poikkeuksellisen voimakkaaseen stressiin. Se on oireiltaan vakavampi ja liittyy vaikeampiin traumaattisiin tilanteisiin kuin sopeutumishäiriö. Äkillisen stressireaktion oireyhtymä on kuvattu ja tunnettu jo useita vuosikymmeniä sitten, mutta välillä tämä diagnoosi puuttui kokonaan diagnoosiluokituksesta. DSM-IV:ssä se on sijoitettu ahdistuneisuushäiriöiden ryhmään, ICD-10:ssä yhteen sopeutumishäiriöiden kanssa. Akuutti stressireaktio vastaa voimakasta traumaattisen psyykkisen kriisin sokkivaihetta ja reaktiovaiheen alkua.

## Diagnoosi ja erotusdiagnoosi

Äkillisen stressireaktion laukaisee hyvin voimakas, psyykkisesti traumaattinen tapahtuma, johon liittyy oman tai läheisen ihmisen vakava turvallisuuden menetys, fyysinen vammautuminen tai sen uhka. Yleensä kyse on äkillisestä tapahtumasta, esimerkiksi vakavasta onnettomuudesta, yllättävästä kuolemantapauksesta lähipiirissä tai rikoksen uhriksi joutumisesta. Oirekuva voi olla varsin monimuotoinen, mutta keskeisimpiä oireita ovat akuutit ahdistusoireet ja dissosiativiset oireet. Välittömästi traumaattisen tapahtuman jälkeen henkilön tilaa usein hallitsee huumaantuneisuus, vahva turtumus ja huomiokyvyn kaventuminen, jopa lyhytaikainen elimellistä sekavuustilaa muistuttava ajan ja paikan tajun hämärtymä.

Varsinkin DSM-IV-kriteerit korostavat häiriöön kuuluvia dissosiativisia oireita, kuten voimakasta psyykkistä turtumusta ja depersonalisaatiota (taulukko 14.3). Äkillisestä stressireaktiosta kärsivä voi joko vetäytyä ja olla tunteiltaan lamautunut tai voimakkaasti kiihtynyt ja käyttäytyä yliaktiivisesti. Tilaan liittyy heti tai alkuturtumuksen jälkeen autonomisen hermoston yliaktiivisuuden kautta välittyviä ahdistuneisuusoireita kuten sydämentykytystä, hikoilua ja vapinaa. DSM-IV:n kriteerit korostavat myös toisin kuin ICD-10:ssä häiriöön liittyviä traumaattisen tapahtuman kertautumisilmiöitä kuten tapahtumaan liittyviä toistuvia pakonomaisia mielikuvia tai painajaisunia.

ICD-10:n luokituksessa korostetaan äkillisen stressireaktion oireiden nopeaa alkua järkyttävän tapahtuman jälkeen tunnin kuluessa tapahtumasta ja vaimentumista muutamien tuntien tai viimeistään kahden vuorokauden kuluessa. DSM-IV:ssä akuutin stressihäiriön alku ja kesto on määritelty eri tavalla: se voi alkaa neljän viikon sisällä tapahtumasta, ja oireet kestävät vähintään kaksi päivää. Jos oireet kestä-

**Taulukko 14.3.** Akuutin stressihäiriön diagnostiset kriteerit: DSM-IV.

1. Henkilö on joutunut traumaattiseen tilanteeseen, jossa tapahtui kumpikin seuraavista asioista:
  - henkilö koki, näki tai joutui vastakkain sellaisen tapahtuman tai tapahtumien kanssa, joihin liittyi kuolema tai vakava loukkaantuminen tai niiden uhka tai oman tai muiden fyysisen koskemattomuuden vaarantuminen
  - henkilön reaktio oli voimakas pelko, avuttomuus tai kauhu.
2. Kokiessaan tai koettuaan ahdistavan tapahtuman henkilöllä ilmeni vähintään kolme seuraavista dissosiativisista oireista:
  - subjektiivisen turtumuksen tai irrallisuuden tunne tai tunneherkkyyden puute
  - vähentynyt tietoisuus ympäristöstä
  - derealisaatio
  - depersonalisaatio
  - dissosiativinen muistihäiriö eli kyvyttömyys muistaa jotain traumaan keskeisesti liittyntä seikkaa.
3. Traumaattinen tapahtuma koetaan yhä uudelleen vähintään yhdellä seuraavista tavoista: toistuvat mielikuvat, ajatukset, unet, illuusiot, palaumat (flashback), tunne tapahtumien elämisestä uudelleen tai ahdistus jonkin seikan muistuttaessa traumaattisesta tapahtumasta.
4. Huomattava pyrkimys välttää traumasta muistikuvia herättäviä ärsykejä, esimerkiksi ajatuksia, tunteita, keskustelua, toimintaa, tapahtumapaikkaa, ihmisiä.
5. Merkittäviä ahdistuneisuuden tai kohonneen vireystilan oireita, esimerkiksi univaikeuksia, ärtyneisyyttä, huono keskittymiskyky, liiallista varuillaanoloa, säikkymistä ja motorista levottomuutta.
6. Häiriö aiheuttaa kliinisesti merkittävää kärsimystä tai haittaa sosiaalisella, ammatillisella tai muulla tärkeän toiminnan alueella tai heikentää henkilön kykyä suoriutua jostakin tärkeästä tehtävästä kuten tarpeellisen avun hankkimisesta, tai kykyä mobilisoida henkilökohtaisia voimavaroja kertomalla läheisille traumaattisesta kokemuksesta.
7. Häiriö kestää vähintään kaksi päivää ja enintään neljä viikkoa ja esiintyy neljän viikon sisällä traumaattisesta tapahtumasta.
8. Häiriö ei johdu minkään kemiallisen aineen, esimerkiksi huumeen tai lääkkeen, suorasta fysiologisesta vaikutuksesta tai ruumiillisesta häiriöstä, ei selity paremmin lyhytkestoisella psykoottisella häiriöllä eikä ole vain pahentunut muu häiriö.

vät yli kuukauden, kyse on traumaperäisestä stressihäiriöstä, joka kuvaa pidempiaikaista, yleensä ainakin useiksi kuukausiksi lukkiutunutta traumaattista reaktiota.

Diagnostiikassa on tärkeää selvittää, mitä potilaalle oikeastaan on tapahtunut. Osa ei pysty tätä itse kertomaan, ja tietolähteeksi tarvitaan silminnäkijöitä tai tapahtumapaikalle tullutta pelastus- tai poliisihenkilökuntaa. Äkillisen stressireaktion oireet ovat lievinä yleisiä lähes kaikilla järkyttävän tapahtuman kokeneilla ihmisillä. Varsinaisesta häiriöstä on kysymys silloin, kun tilaan liittyy selvä toimintakyvyn alentuminen, joka voi ilmetä esimerkiksi kyvyttömyytenä hakea apua fyysisiin vammoihin tai kertoa omaisille tapahtumasta.

Erotusdiagnostiikassa on keskeisintä traumaattisessa tapahtumassa mahdollisesti saatujen akuuttien aivovammojen neurologi- nen tutkiminen. Aivovammoihin saattaa

liittyä äkillistä stressireaktiota muistuttavia käyttäytymisoireita, ja toisaalta häiriöön liittyvät dissosiaatio-oireet, kuten esimerkiksi psykogeeniset muistihäiriöt, muistuttavat aivovammaoireita. Lisäksi monilla potilailla aivovammatilanne on psyykkisesti järkyttävä, ja heillä on sekä aivojen kudonvaurioon että psyykkiseen järkytykseen pohjautuvia oireita yhtä aikaa. Kliinistä kuvaa saattaa lisäksi sekoittaa potilaan päihetyntymistä. Päihteet tai niiden vieroitustila voivat aikaansaada äkillistä stressihäiriötä muistuttavia oireita. Äkillinen stressihäiriö ei ole psykoottinen tila; voimakkaan järkytyksen esiinlaukaisema lyhytkestoinen psykoosioireilu luokitellaan *reaktiiviseksi psykoosiksi*. Voimakkaaseen äkilliseen stressireaktioon liittyvän dissosiativisen oireilun ja akuutin psykoosin erottaminen ei aina ole helppoa. Äkillisen stressireaktion, neurologisten tilojen, päihteiden vaikutusten

ja akuutin psykoosin erotusdiagnostiikassa tarvitaan monissa tapauksissa potilaan valvottua seuranta useiden tuntien, joskus 1–2 vuorokauden ajan.

## Epidemiologia, kulku ja ennuste

Äkillinen stressihäiriö kehittyy sitä todennäköisemmin, mitä järkyttävämmästä tapahtumasta on kyse. Traumaattista tapahtumaa edeltävät psyykkiset ongelmat, aiemmat järkytykset tai uupumus altistavat häiriön synnylle. Erittäin järkyttävät tilanteet voivat kuitenkin aiheuttaa tämän akuutin

tilan kenelle tahansa. Rauhanaikaisissa onnettomuustilanteissa on raportoitu 10–60 %:n suuruisia akuutin stressireaktion tai sitä muistuttavien häiriöiden ilmaantumislukuja. Yhdysvalloissa on arvioitu, että äkillistä stressihäiriötä esiintyy eniten niissä väestöosissa, joissa on suurin riski joutua väkivaltarikollisuuden uhriksi. Vahva sosiaalinen tuki perheessä tai työpaikalla ja esimerkiksi pelastusviranomaisten ja terveydenhuoltohenkilöstön hyvä koulutus poikkeuksellisten tilanteiden kohtaamiseen vähentävät alttiutta äkilliselle stressihäiriölle.

### Akuutti stressihäiriö

Poliisit toivat 22-vuotiaan hyvin levottomasti käyttäytyvän ja epäselvästi puhuvan opiskelijan keskussairaalan päivystyspoliklinikalle. Poliisit kertoivat, että potilas oli aiemmin samana päivänä mennyt tapaamaan isäänsä ja löytänyt tämän vajasta hirttäytyneenä. Potilaan isä oli ilmeisesti ollut vaikeasti masentunut vuosi sitten tapahtuneen vaimonsa kuoleman jälkeen, mutta ei ollut hakenut mitään apua eikä ollut puhunut itsemurha-ajatuksesta lapsilleen. Potilas oli aiemmin riitaantunut isänsä kanssa ja oli nyt mennyt tapaamaan häntä välejä sovitellakseen. Potilas oli poliisin mukaan ensin käyttäytynyt täysin normaalisti, mutta sitten muuttunut kiihtyneeksi ja avuttoman tuntuiseksi.

Potilaan tajunnan taso oli normaali, eikä hän ollut alkoholin vaikutuksen alainen. Hän ei aluksi pystynyt ymmärtämään, missä hän nyt oli, ja liikkui potilashuoneessa edestakaisin ahdistuneena. Konsultoiva psykiatri pyydettiin tutkimaan potilasta ja arvioimaan tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalatarkkailuun lähettämisen perusteita. Psykiatrin kanssa keskustellessaan potilas rauhoittui jonkin verran ja pystyi vähitellen kertomaan päivän aiemmista tapahtumista. Hän kertoi näkevänsä mielessään koko ajan kuolleen isänsä ja koki, että ei pysty erottamaan valvetilaa painajaisunesta ja että ei voi koskaan selvittää tästä tilanteesta. Potilaalle annettiin 10 mg diatsepaamia. Hänen vanhemmat veljensä saapuivat päivystyspoliklinikalle, mikä rauhoitti potilasta lisää. Potilaalla ei esiintynyt psykoottisia oireita. Yhteista paamisessa sekä potilas että hänen veljensä olivat järkyttyneitä isän kuolemasta mutta kokivat helpottavana tilaisuuden käydä läpi tapahtumia. Potilas pystyi nyt muistamaan poliklinikalle tulonsa. Psykiatriseen sairaalaan lähettämisen tarvetta ei

todettu. Potilasta ei voitu lähettää yksin omaan kotiinsa, mutta hän lähti mielellään veljensä perheen luo seuraaviksi päiviksi. Potilaalle varattiin seuraavaksi päiväksi aika keskussairaalan psykiatriselle poliklinikalle, ja hänelle annettiin mukaan yksi 10 mg:n diatsepaamitabletti yötä varten. Psykiatri otti yhteyttä terveyskeskuspsykologiin, jonka kanssa sovittiin, että itsemurhan tehneen kaikkien lähiomaisten yhteinen jälkipuintilaisuus pidetään kahden päivän kuluttua terveyskeskuksessa.

Seuraavana päivänä potilas oli edelleen ahdistunut mutta täysin orientoitunut. Hän oli lääkkeen turvin pystynyt nukkumaan, mutta koki olonsa epätodelliseksi ja kertoi näkevänsä pakonomaisesti toistuvana muistikuvana kuolleen isänsä löytymisen. Potilas sanoi, että ei pysty menemään hautajaisiin eikä auttamaan vainajan tavaroiden järjestyksessä. Potilas oli kuitenkin valmis menemään omaisten yhteiseen jälkipuintilaisuuteen. Lääkehoidoksi määrättiin diatsepaamia 10 mg/vrk. Seuraavan päivän jälkipuintilaisuuden potilas koki tilannetta selventävänä. Potilas jatkoi psykiatrian poliklinikalla kriisipsykoterapeuttisia käyntejä seuraavan kuukauden kerran viikossa, sitten kaksi kuukautta kerran kuussa. Diatsepaamihoido- lopetettiin ensimmäisten kolmen viikon kuluessa. Potilas pystyi aloittamaan uudelleen opintonsa kahden viikon sairasloman jälkeen ja osallistumaan isänsä hautajaisiin. Kriisihoidon päättyessä potilas oli surullinen isänsä kuolemasta, mutta ahdistuneisuus, muistikuvien pakonomainen toistuvuus ja epätodellisuuden tunne olivat loppuneet. Vuoden kuluttua potilaan ahdistuneisuus lisääntyi uudelleen isän itsemurhan vuosipäivän lähestyessä, mutta sisarusten tukieksa potilas ei tarvinnut tuoloin hoitoa.

Vaikka äkillisen stressireaktion diagnostiset kriteerit viittaavatkin häiriön lyhytaikaisuuteen ja hyvään ennusteeseen, se toisaalta ennustaa pitkäkestoisemman häiriön, traumaperäisen stressihäiriön kehittymistä. Akuutista stressihäiriöstä kärsivien pitkäkestoisemman oireyhtymän riski on moninkertainen verrattuna niihin saman traumaattisen tapahtuman kokeneisiin henkilöihin, joille akuuttia häiriötä ei ilmaannu. Erityisesti äkillisen stressireaktion dissosiativisten oireiden on joissakin tutkimuksissa havaittu ennustavan pitkäaikaisemman traumaperäisen oireyhtymän kehittymistä. Perheen tai muun lähiyhteisön antaman tuen puuttuminen tai menettäminen lisää myös oireilun kroonistumisen riskiä. Äkillisen stressireaktion yksilöllisellä hoidolla voidaan vähentää pidempikestoisen oireilun riskiä.

## Hoito

Äkillisen stressireaktion hoidossa noudetaan *kriisihoidon yleisperiaatteita*. Osalla potilaista oireilu lievenee hyvinkin nopeasti, ja he tarvitsevat vain muutamia tilaisuuksia traumaattisen tapahtuman läpikäyntiin ja jäsentämiseen. Useimmat tarvitsevat lyhytaikaista lepoa ja traumaattiseen tapahtumaan liittyvää konkreettista apua, jota on myös mahdollisten fyysisten vammojen hoito. Potilasta ei tule jättää ensimmäisen vuorokauden aikana yksin, ja hyvin voimakkaasti oireilevat on otettava sairaalahoitoon tai muuhun tiiviiseen seurantaan 1–3 vuorokaudeksi. Vaikka äkillinen stressireaktio usein lieveneekin nopeasti, olisi potilas suotavaa tavata 1–2 seurantakäynnillä seuraavien 3–6 viikon aikana, jotta voitaisiin tunnistaa mahdollinen kehittyvä pidempiaikainen traumaperäinen stressioireyhtymä. Joissakin tutkimuksissa on saatu hyviä tuloksia *kognitiivisesta psykoterapiasta*, joka on aloitettu akuutissa stressireaktiossa jo ennen pidempikestoisen traumaperäisen oireyhtymän kehittymistä.

Potilaan olisi oltava varsin nopeasti yhteydessä perheeseensä tai muihin omaisiinsa; monesti potilas on enemmän huolissaan läheistensä tilasta kuin omastaan. Tapahtumien rauhallisesta ja tietoa lisäävästä läpikäymisestä myös omaisten kanssa on yleensä merkittävää hyötyä.

Silloin kun traumaattinen tapahtuma on koskettanut useampia henkilöitä, kriisi-interventio voidaan toteuttaa debriefingtilaisuutena. Voimakkaimpien äkillisen stressireaktion oireiden tulisi olla kuitenkin ensin lieventyneitä, varsinaisessa sokkivaiheessa ihminen ei vielä kykene jälkipuintiin. Jälkipuinti on tarkoitettu traumaattisen tapahtuman kokeneille riippumatta siitä, onko heille kehittynyt varsinainen äkillisen stressireaktion oireyhtymä. Ne, joille tällainen oireyhtymä on syntynyt, ja varsinkin ne, joiden oireilu ei nopeasti muutaman päivän kuluessa lievene, tarvitsevat yleensä ryhmässä tapahtuvan jälkipuinnin lisäksi kriisihoidollisia yksilötapeamia. Jos oireilu kestää useita viikkoja, on hyvin todennäköisesti kyseessä alkamassa oleva pidempiaikainen traumaperäinen stressioireyhtymä, jonka hoitoa käsitellään erikseen. Hypnoosihoitoa on käytetty yksittäistapauksissa hyvin tuloksin traumaattisen kokemuksen läpityöskentelymuotona, mutta tällaisen hoidon antaminen vaatii erityiskoulutusta ja kokemusta.

Lääkehoidon merkitys on rajallinen ja psykososiaaliseen kriisi-interventioon nähden toissijainen. Lääkehoidossa noudetaan samoja periaatteita kuin sopeutumishäiriöissä. Hyvin voimakkaaseen ahdistukseen ja useita päiviä jatkuvaan unettomuuteen voidaan tarvittaessa käyttää bentsodiatsepiinejä, mutta hoito olisi lopetettava mielellään ensimmäisen viikon kuluessa. Pienellä osalla ahdistuneisuus ja kiihtyneisyys saattavat olla niin voimakkaita, että bentsodiatsepiinit eivät auta, vaan muutamiksi päiviksi tarvitaan psykoosilääkitystä. Antidepressiivisiä lääkkeitä ei tarvita ensivaiheen hoidossa, mutta ne ovat tärkeitä,

jos häiriö alkaa pitkittyä traumaperäiseksi stressihäiriöksi. Joillakin potilailla esiintyy äkillisen reaktion yhteydessä ja myös jälki-oireena kiusallista sydämentykytystä tai tiheälyöntisyyttä. He voivat hyötyä lyhytaikaisesta tai tarvittaessa käytettävästä beetasalpaajahoidosta esimerkiksi propranololista, 20–80 mg/vrk, mikäli tälle hoidolle ei ole somaattisten sairauksien tai lääkeinteraktioiden osalta vasta-aiheita.

## Traumaperäinen stressireaktio

**T**avallisin ja tunnusomaisin psyykkistä traumaa seuraava oireyhtymä on traumaperäinen stressireaktio ICD-10:n mukaan tai traumaperäinen häiriö DSM-IV:ssä (post-traumatic stress disorder, PTSD). Aiempina vuosikymmeninä oireyhtymää kutsuttiin yleensä traumaattiseksi neuroosiksi. ICD-10:ssä traumaperäinen stressireaktio kuuluu samaan diagnoosiryhmään äkillisen stressireaktion ja sopeutumishäiriöiden kanssa. DSM-IV:ssä traumaperäinen stressihäiriö yhdessä akuutin stressihäiriön kanssa on luokiteltu ahdistuneisuushäiriöihin. DSM-IV-luokitus sopii siihen tutkimustietoon, jonka mukaan häiriön etiologiaan liittyvät muutkin kuin yksinomaan traumaattisen tapahtuman reaktiiviset vaikutukset.

### Diagnoosi ja erotusdiagnoosi

Traumaperäinen stressihäiriö kehittyä pitkittyneenä vasteena poikkeuksellisen voimakkaaseen tapahtumaan tai tilanteeseen, joka todennäköisesti aiheuttaisi voimakasta ahdistuneisuutta tai muuta psyykkistä kärsimystä melkein kenelle tahansa. Koska on mahdotonta määritellä minkälaiset tilanteet eri kulttuureissa ja eri ajankohtina kuuluvat ”normaalisti” odotettavissa olevaan kokemuspieriin, on traumaattisen ta-

pahtuman kuvausta DSM-IV:ssä jonkin verran muutettu aiempaan nähden (taulukko 14.4). Järkytystilanteella tarkoitetaan nyt mitä tahansa tapahtumaa, joihin liittyy kuolema, vakava loukkaantuminen tai niiden uhka ja samalla henkilökohtaisesti koettu voimakas pelon, avuttomuuden tai kauhun tunne. Henkilön omaa fyysistä vahingoittumista ei siis välttämättä edellytetä; myös läheltä piti -tilanteet voivat muodostua pitkäaikaisesti traumaattisiksi. Ensivaiheen subjektiivisen järkytyksen kokemisen kriteeriä ei tule tulkita liian ahtaasti. On mahdollista, että ihminen oli itse tilanteessa täysin toimintakykyinen.

Tavallisessa kliinisessä arvioissa stressin kriteeri ei yleensä aiheuta ongelmia, kunhan potilaan kokemuksista kysytään; hän ei aina itse pysty oma-alotteisesti kertomaan niistä. Lähes aina traumaperäisen stressireaktion oireyhtymässä on ollut kyse yksiselitteisesti poikkeuksellisen uhkaavasta tai tuhoisasta tapahtumasta: vakavasta onnettomuudesta, äkillisestä kuoleman näkemisestä tai väkivallan uhriksi joutumisesta. Oikeudellisissa ja vakuutuslääketieteellisissä arvioissa erilaiset stressin kriteeriä koskevat käsitykset ja määritelmät ovat joskus ongelmallisia, koska viime kädessä on mahdotonta täsmällisesti määritellä, minkälaisia tapahtumia eri ammattissa kuten esimerkiksi lääkärinä tai poliisina tai erilaisissa olosuhteissa, esimerkiksi sotatilan aikana, on pakko harjaantua kohtaamaan ilman tapahtuman kokemista poikkeuksellisen järkyttäväksi.

Traumaperäisen stressireaktion oireyhtymässä on kolme oireiden pääryhmää:

1. traumaattisen tapahtuman psykologisen uudelleen toistumisen (repetition, re-experiencing) oireet
2. traumaan liittyvä välttämisoireilu (avoidance) ja reagointiherkkyiden turtuminen (numbing)
3. kohonneen viireystilan oireet (hyperarousal).

**Taulukko 14.4.** Traumaperäisen stressihäiriön diagnostiset kriteerit DSM-IV:n mukaan.

1. Henkilö on joutunut traumaattiseen tilanteeseen, jossa tapahtui kumpikin seuraavista:
  - henkilö koki, näki tai joutui vastakkain sellaisen tapahtuman tai tapahtumien kanssa, johon liittyi kuolema tai vakava loukkaantuminen tai niiden uhka tai oman tai muiden fyysisen koskemattomuuden vaarantuminen
  - henkilön reaktio oli voimakas pelko, avuttomuus tai kauhu (lapsilla voi näkyä vain hajanaisena käyttäytymisenä tai levottomuutena).
2. Traumaattinen tapahtuma koetaan jatkuvasti uudelleen yhdellä tai useammalla seuraavista tavoista:
  - toistuvia, tietoisuuteen tunkeutuvia ja ahdistavia mielikuvia tapahtumasta, esim. mielikuvia, ajatuksia tai havaintoja (lapsilla voi esiintyä toistuvia leikkejä traumaan liittyvistä aiheista)
  - toistuvia ja ahdistavia unia tapahtumasta (lapsilla voi esiintyä pelottavia unia, joiden sisältö ei ole tunnistettavissa)
  - käyttäytyminen tai tuntemukset, jotka heijastavat ikään kuin traumaattisen tapahtuman toistumista: kokemuksen uudelleen eläminen, illuusiot, aistiharhat ja dissosiativiset palaumat (flashback) mukaan luettuina heräämisvaiheessa tai päihtymistilassa esiintyvät (pienillä lapsilla voi esiintyä käyttäytymistä, joka jäljittelee traumaattisen tapahtuman aikaista toimintaa)
  - voimakas ahdistus jouduttaessa tekemisiin traumaattista tapahtumaa muistuttavien tai symboloivien sisäisten tai ulkoisten asioiden kanssa
  - fysiologiset reaktiot traumaattista asiaa muistuttaviin tai symboloiviin sisäisiin tai ulkoisiin asioihin.
3. Traumaan liittyvien asioiden jatkuva välttäminen ja yleisen reagoittherkkyyden turtuminen (ei esiintynyt ennen traumaata), jotka ilmenevät vähintään kolmella seuraavista tavoista:
  - pyrkimys välttää traumaata koskevia ajatuksia, tunteita tai keskusteluja
  - pyrkimys välttää toimintoja, paikkoja tai ihmisiä, jotka muistuttavat traumasta
  - kykenemättömyys muistaa trauman keskeisiä seikkoja
  - kiinnostus tai osallistuminen tärkeisiin toimintoihin on vähentynyt merkittävästi
  - muista etäännyttämisen tai vieraantumisen tunne
  - affektien laimentuminen, esimerkiksi lämpimien tunteiden puuttuminen
  - tulevaisuuden näkyminen kapeutumisen; henkilö ei odota saavansa osakseen ammattiuraa, avioliittoa, lapsia tai normaalia elämäntahtia.
4. Jatkuvia kohonneen vireystilan oireita (eivät esiintyneet ennen traumaata), jotka ilmenevät vähintään kahdella seuraavista tavoista:
  - nukahtamis- ja unessapysymisvaikeudet
  - ärtyneisyys tai vihanpurkaukset
  - keskittymisvaikeudet
  - korostunut varuillaanolo
  - säikkyminen.
5. Häiriö, kriteerien 2, 3 ja 4 oireet, on kestänyt yli kuukauden.
6. Häiriö aiheuttaa kliinisesti merkittävää kärsimystä tai haittaa sosiaalisella, ammatillisella tai muulla tärkeällä toiminnan alueella.

*Akuutti häiriö:* oireet ovat kestäneet vähemmän kuin kolme kuukautta.

*Krooninen häiriö:* oireet ovat kestäneet kolme kuukautta tai kauemmin.

*Viivästyneenä alkanut häiriö:* oireet ovat alkaneet vähintään kuusi kuukautta stressitekijän esiintymisen jälkeen.

*Uudelleen toistumisen ja kokemuksen* oireet ovat häiriölle kaikkein tunnusomaisimpia, varsinkin kun sen muut oireet muistuttavat monien ahdistuneisuushäiriöiden ja osin mielialahäiriöidenkin kliinistä kuvaa. Järkytyskokemus voi toistua mielessä monilla tavoilla, tyypillisimpiä ovat tapahtumaan liittyvät toistuvat painajaisunet. Tavallista on myös ahdistuksen lisääntyminen henkilön joutuessa tekemisiin traumasta muistuttavien asioiden kanssa, mikä sitten osal-

taan on altistamassa välttämiskäyttäytymis-oireille. Joillakin traumaattinen tapahtuma voi toistua voimakkaina dissosiativisina ilmiöinä (flashback-tilat eli dissosiativiset palaumat) ikään kuin pakonomaisena sisäisenä elokuvana; tällainen oireilu voi muistuttaa lyhytaikaista psykoottista aistiharhaista tilaa. Itsepintaisesti toistuvat traumamielikuvat voivat myös muistuttaa pakko-oireiseen häiriöön kuuluvia pakkoajatuksia.

*Välttämiskäyttäytymiseen* liittyvät oireet ovat keskeisiä työ- ja toimintakyvyn enusteen kannalta. Vaikeassa traumaperäisessä stressihäiriössä pyrkimys välttää järkyttävästä tapahtumasta muistuttavia toimintoja, paikkoja ja ihmisiä johtaa toimintakyvyn menetykseen ja erittäin huomattavaan elämän kapeutumiseen. Välttämisoireilu voi ilmetä myös psykoogeenisenä amnesiaa, kykenemättömyytenä muistaa traumaattisen tapahtuman keskeisiä seikkoja, vaikka jotkin toiset seikat pakonomaisesti tunkisivatkin tietoisuuteen. Välttämisoireiluun liittyy yleensä ainakin jonkin asteista yleistä turtumusta, kiinnostuksen vähenemistä ja näköalattomuuden tunnetta, jotka muistuttavat masennusoireita. Nämä eräänlaiset ”puutosoireet” voivat olla vaikuttamassa siihen, että ihminen hakeutuu hoitoon viiveellä eikä hän itse tunnista trau-

maattisen tapahtuman ja huonovointisuutensa välistä yhteyttä.

*Kohonneeseen vireystilaan* liittyvistä oireista tärkeimpiä ovat unihäiriöt, joita esiintyy ainakin jossakin vaiheessa kaikilla traumaperäisestä stressioireyhtymästä kärsivillä ihmisillä. Sekä nukahtamis- että unessapysymisvaikeudet ovat tavallisia. Jälkimmäisiin liittyvät tyypillisesti traumasta muistuttavat painajaisunet. Sekä kohonneeseen vireystilaan että traumamielikuvien toistumiseen liittyy usein monimuotoista autonomisen hermoston oireilua kuten sydämentykytystä. Joskus häiriö tunnistetaan sydämen rytmihäiriöitä tutkittaessa. Autonomisen hermoston oireet voivat myös esiintyä paniikkikohtausten kaltaisina kohtauksellisina tiloina.

Diagnostisten kriteerioireiden lisäksi traumaperäiseen stressihäiriöön voi liittyä mo-

### Traumaperäinen stressihäiriö

40-vuotias kiinteistöväylittäjä tuli työterveysasemalle keskittyemisvaikeuksien ja unettomuuden vuoksi. Potilas oli kolme kuukautta aiemmin ollut liikenneonnettomuudessa, jossa hänen autoonsa törmäsi vastaan tullut varomattomaan ohitukseen lähtenyt ajoneuvo. Vieressä istunut työtoveri ja vastaan tullut auton ajaja kuolivat. Potilas oli ollut vain pari minuuttia tajuttomana, mutta hänen alaraajansa murtuivat useasta kohdasta, ja hän jäi noin tunniksi puristuksiin autoonsa. Keskussairaalan kirurgisella osastolla kuukauden kestäneen hoidon aikana hänen psyykinen vointinsa oli tuntunut hyvältä, joskin hän oli saanut sairaalassa unilääkkeitä kipulääkkeiden ohella. Kotiutuksen jälkeen hän alkoi nukkua katkonaisesti heräten sydän tykyttäen painajaisiin, joissa onnettomuustapahtuma ja autossa puristuksissa olemisen toistuivat samanlaisina joka yö. Sairaalaista määrätty lyhytvaikutteinen unilääke ei auttanut unihäiriöön, vaan tuntui vain pahentavan sitä. Potilasta alkoi päivittäin vaivata syällisyys siitä, että ei ollut pystynyt väistämään vastaan tullutta autoa. Potilas ei pystynyt kertomaan onnettomuustapahtumasta tai voinnistaan omaisilleen, koska nämä tuntuivat vain ahdistuvan tästä. Alaraajamurtumat paranivat hyvin, mutta työhönpaluu epäonnistui suurten keskittyemisvaikeuksien vuoksi.

Kolmella ensimmäisellä käynnillä työterveyslääkärin vastaanotolla käytiin läpi onnettomuustapah-

tumia. Potilas koki tämän helpottavana, mutta nukkui edelleen huonosti heräten aamuyöllä. Hänen mielialansa laski ja murtumakohtiin liittyvä kipuilu yltyi uudelleen. Työterveyslääkäri totesi, että potilaalla on sekä traumaperäinen stressireaktio että keskivaikea masennustila. Potilaalle aloitettiin psykiatrin puhelinkonsultaatioiden tuella lääkehoito mirtatsapiinilla annoksella 30 mg/vrk; unilääkkeestä luovuttiin. Tukea antavissa keskusteluissa käytiin uudelleen läpi sekä onnettomuutta että siitä toipumista. Potilasta kannustettiin jatkamaan myös fysikaalista kuntoutustaan. Potilaan unihäiriö korjaantui viikon kuluessa ja mieliala parani selvästi kolmen viikon kuluttua. Hän pystyi palaamaan työhön seuraavan kuukauden kuluttua, mutta ei uskaltanut ajaa autolla, mikä aiheutti työlle selvää haittaa. Työterveyslääkäri suunnitteli yhdessä potilaan kanssa varovaisen harjoittelunohjelman, jossa potilas aloitti autolla ajon hyvin vähitellen ensin kotipihallaan ja sitten muun liikenteen mukana. Potilaan työkyky palasi ennallaan, joskin hitaasti. Antidepressiivinen lääkehoito lopetettiin vuoden kuluttua. Jos potilas ei olisi alkanut toipua muutamien, hoidon ensimmäisten kuukausien kuluessa, olisi työterveyslääkäri lähettänyt hänet psykiatrilta vakuutusyhtiön tukeman tiiviin psykoterapian järjestämisestä ja toisen masennuslääkkeen hoitokokeilua varten.

nia muitakin oireita, joilla on erityinen yhteys traumaattiseen tapahtumaan. Useampaa ihmistä kohdanneessa onnettomuudessa eloonjäänelle tai vähäisin fyysisin vammoin selvinneelle ihmiselle saattaa jäädä pitkäaikaisesti mieltä kalvava syyllisyydentunne (survivor guilt), vaikka tähän ei olisi mitään rationaalista aihetta. Raiskauksen tai kidutuksen uhrin traumaperäiseen stressihäiriöön voi liittyä myös omaan kehoon kohdistuva inhon tai häpeän tunne.

Lievinä ja nopeasti ohimenevinä useimmat traumaperäisen stressireaktion oireet ovat normaaleja, odotettavissa olevia psyykkiseen järkytykseen liittyviä ilmiöitä. Varsinainen traumaperäinen stressireaktio on kyseessä vasta sitten kun oireyhtymä kaikkien kolmen oirepääryhmän osalta on kestänyt selvästi haittaavalla tavalla yli kuukauden, DSM-IV:n mukaan. Traumaperäinen stressihäiriö voi alkaa heti traumaattisen tapahtuman jälkeen äkillisenä stressireaktiona, mutta myös ilman sitä joidenkin viikkojen tai kuukausien kuluessa. Yleensä oireyhtymä kehittyy kuuden kuukauden sisällä traumasta. On kuitenkin mahdollista, että häiriö kehittyy viivästyneesti jopa vuosia tapahtuman jälkeen. Tämä on aiheuttanut ongelmia vakuutuspsykiatrisissa arvioinneissa.

Keskeistä häiriön diagnostiikassa on selvittää, mitä potilaalle on tapahtunut ja miten hänen vointinsa on muuttunut traumaattisen tapahtuman jälkeen. Potilas ei yleensä oma-aloitteisesti kuvaa oireyhtymän kokonaisuutta, vaan hakee apua esimerkiksi unihäiriöön tai elimellistyyppisiin ahdistusoireisiin. Erotusdiagnoosiikassa on huomattava traumaattisessa tapahtumassa saatujen fyysisten vammojen merkitys. Osa oireista kuten reagointaherkkyuden turtuminen ja keskittymisvaikeudet voi johtua myös mahdollisesta aivovammasta.

Jos potilas on kärsinyt jo ennen trauma mielen terveyden häiriöstä, voi kyseessä olla tapahtuman aiheuttama aiemman häiriön paheneminen ilman traumaperäisen

stressihäiriön oireyhtymän syntymistä. Monihäiriöisyys on kuitenkin hyvin yleistä: potilaalla saattaa olla esimerkiksi sekä aiempi paniikkihäiriö että myöhemmin syntynyt traumaperäinen oireyhtymä. Tällöin tulisi asettaa molemmat diagnoosit. Aiempi tai toinen häiriö ei saisi olla kliininen tai vakuutuslääketieteellinen este sille, että traumaperäinen stressihäiriö tunnistetaan. Puolella traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivistä voi ilmentyä myös *vakava masennusoireyhtymä*. Päihdeongelmat voivat altistaa traumaperäisille oireyhtymille, mutta olla myös runsaana alkoholin käytönä ilmenevän ”itsehoidon” komplikatioita; tällöinkin potilaan tilan arvioissa ja hoidon suunnittelussa monihäiriöisyyden tunnistaminen on tärkeää.

Traumaperäisten stressireaktioiden diagnostiikka on tärkeä osa tapaturmien, onnettomuuksien ja rikosten psyykkisten seurausten vakuutuslääketieteellistä ja oikeudellista arviointia. Arvioinneissa on otettava huomioon myös se harvinainen mahdollisuus, että kyseessä onkin lähinnä taloudellisen tai muun hyödyn tavoittelemiseen liittyvä häiriytyneeksi tekeytyminen (malingering). Tällöin ihminen hakee korvauksia häiriön oireita teeskennellen tai antamalla väärää tietoa traumaattisesta tapahtumasta.

Aiemmin psykiatriassa on käytetty varsin yleisesti myös *korvausneuroosin* (compensation neurosis) käsitettä silloin, kun itsepintainen korvaushakuisuus on ollut keskeinen ihmisen mielen ja käyttäytymisen sisältö. Tämän diagnoosin käyttöön tulisi kuitenkin suhtautua varauksellisesti monestakin syystä. Ensinnäkin ihmisellä saattaa todella olla korvausvaatimuksiinsa sellaisia perusteita, joiden leimaaminen korvausneuroottiseksi on epäasianmukaista. Toiseksi hänellä saattaa olla yhtä aikaa sekä traumaattisen tapahtuman aiheuttama todellinen fyysinen tai psyykinen vamma että sellaisia persoonallisuuden piirteitä, jotka altistavat korostuneelle korvaushakuisuudelle. Lisäksi on huomattava, että

ihmisellä saattaa olla sellainen muu mielen-terveyden häiriö kuten esimerkiksi paranoideinen psykoosi, joka selittää epäasianmukaisen korvaushakuisuuden. Korvausneuroosin diagnoosia ei ole lainkaan DSM-IV:ssä. Sen sijaan ICD-10 sisällyttää korvausneuroosin persoonallisuus- ja käytöshäiriöryhmässä itseaiheutettuihin häiriöihin.

## Epidemiologia, kulku ja ennuste

Traumaperäisen stressireaktion elämänaikainen esiintyvyys väestössä arvioitiin 1980-luvulla tehdyissä yhdysvaltalaisissa tutkimuksissa 1–3 %:ksi. Osittaista oireyhtymää esiintyi lisäksi 5–15 %:lla. Uudemmissa amerikkalaisissa epidemiologissa tutkimuksissa häiriön elinaikaprevalenssi on arvioitu huomattavasti suuremmaksi, esimerkiksi National Comorbidity Survey-tutkimuksessa noin 8 %:ksi. Naisilla esiintyvyys on kaksi kertaa suurempaa kuin miehillä. Merkittävä osa tästä selittyy sillä, että naiset altistuvat miehiä enemmän seksuaaliselle väkivallalle. Yhdysvalloissa tavallisista häiriöön liittyvä traumaattinen tapahtuma on naisilla seksuaalisen väkivallan kohteeksi joutuminen, miehillä taas sotakokemukset ja yleensä väkivaltaisten tapahtumien silminnäkijänä oleminen. Äkillinen odottamaton tapahtuma, joka on sisältänyt läheisen omaisen kuoleman, liittyy molemmilla sukupuolilla usein traumaperäiseen stressireaktioon. Häiriö voi ilmaantua missä iässä tahansa. Kanadasta, Australiasta ja Euroopasta on raportoitu selvästi alhaisempia arvioita traumaperäisen stressireaktion elämänaikaisesta sairastavuudesta, 1–3 %.

Väestöissä tai väestöryhmissä, jotka ovat joutuneet kokemaan erityisen paljon voimakkaita traumaattisia tapahtumia esimerkiksi sodan, luonnonmullistusten, poliittisen vainon tai pakolaisuuden yhteydessä, häiriön esiintyvyys on luonnollisesti vielä paljon suurempi: 15–90 %. Yli puolet ki-

dutuksen uhreista ja lähes kaikki entiset keskitysleirivangit ovat kärsineet pitkäaikaisesta traumaperäisestä stressihäiriöstä.

Ainakin 80 %:lla traumaperäisestä stressireaktiosta kärsivistä on elinaikanaan myös jokin muu mielen-terveyden häiriö. Tavallimpia näistä ovat mielialahäiriöt ja alkoholismi. Mitä vaikeammasta traumasta on kysymys, sitä todennäköisempää on, että muu häiriö on syntynyt traumaperäisen stressihäiriön jälkeen. Tällöin muu häiriö on pikemmin traumaperäistä stressireaktiota pahentava kuin sille altistava tekijä.

Traumaperäisen stressireaktion kulku ja ennuste ovat hyvin vaihtelevia. Häiriö voi olla vain muutamia kuukausia kestävä hyväennusteinen tila tai jatkua vuosikymmeniä kestävä, vaikeasti invalidisoivana oireyhtymänä. Häiriö alkaa usein äkillisenä stressireaktiona, ja erityisesti akuutit voimakkaat dissosiativiset oireet ennakoivat pidempiaikaista oireyhtymää. Noin puolella traumaperäisestä stressireaktiosta kärsivistä oireet selvästi lievittyvät itsestään ensimmäisten kolmen kuukauden aikana ja häviävät lähes kokonaan 1–3 vuoden aikana. Ainakin kolmasosalle jää kuitenkin useita vuosia kestävä krooninen oireyhtymä. Useimmilla häiriöstä kärsivillä oireilun vaikeusaste vaihtelee suuresti uusien ajankohtaisten stressitekijöiden mukaan. Väestössä häiriön kesto näyttäisi olevan hoitoa saaneilla selvästi lyhyempi kuin ilman hoitoa jääneillä. Voimakas välttämiskäyttäytymisoireilu, samanaikaiset päihdeongelmat ja persoonallisuushäiriöt liittyvät huonoon ennusteeseen.

Osalle vaikeista traumaperäisistä stressireaktioista kärsivistä voi kehittyä kokonaisvaltainen persoonallisuuden muuttuminen. ICD-10:n luokitukseen sisältyykin tuhoisaa kokemusta seuraavan *persoonallisuuden muutoksen diagnoosi*. Ennen tällaisen diagnoosin asettamista on tutkittava huolellisesti potilaan oireilun kehitys ja arvioitava hoidon mahdollisuudet.

## Etiologia

Voimakas traumaattinen tapahtuma on välttämätön, mutta harvoin riittävä edellytys traumaperäisen stressireaktion syntymiselle. Suuronnettomuudet ja voimakkaat tapahtumat voivat aiheuttaa häiriön kenelle tahansa ilman muita etiologisia tekijöitä. Toisaalta valtaosa monien suuronnettomuuksien uhreista on toipunut psykisesti hyvin. Rauhan aikaa elävissä länsimaissakin yli puolet väestöstä joutuu joskus elämänsä aikana kohtamaan vakavia onnettomuuksia tai rikoksia. Suurimmalle osalle heistä ei kuitenkaan synny pitkäaikaista traumaperäistä stressioireyhtymää.

Traumaperäisen stressihäiriön syntymisen ja kroonistumisen riskiä voivat lisätä traumaan liittyvät, sitä edeltävät ja sen jälkeiset tekijät. Ihmisarvoa alentavat tai voimakkaasti nöyryyttävät tapahtumat kuten kidutuksen uhriksi joutuminen, ovat erityisen traumaattisia, samoin massiiviset onnettomuudet, jotka hävittävät ihmisen koko aiemman elinympäristön ja siihen liittyvän jatkuvuuden tunteen. Suuronnettomuuteen liittyvä monien ruhjoutuneiden ruumiiden ja hyvin vaikeiden palovammojen käsittely altistaa myös *pelastushenkilön* traumaattisille reaktioille. Tapahtumassa mahdollisesti saadut fyysiset vammat, erityisesti aivovammat ja niiden puutteellinen hoito, lisäävät altistumista traumaperäisille häiriöille. Toisaalta onnettomuuden tai rikoksen uhrin fyysinen vahingoittomuuskin voi olla riskitekijä silloin, kun se johtaa hoidon tai muun tuen ulkopuolelle jäämiseen. Toistuvat aiemmat ja erityisesti lapsuudenaikaiset traumaattiset tapahtumat lisäävät häiriön riskiä myöhempien järkytyskokemusten yhteydessä.

Traumaattista tapahtumaa edeltävät mielenterveyden häiriöt kuten masennusoireyhtymät, ahdistuneisuushäiriöt, päihdeongelmat tai persoonallisuushäiriöt ovat traumaperäisen stressihäiriön ja sen kroonistumisen riskitekijöitä. Traumaa edeltävät

häiriöt voivat altistaa traumaperäiselle stressireaktiolle paitsi vaikeuttamalla järkytyksestä toipumista myös altistamalla traumaperäiselle tapahtumalle itselleen. Persoonallisuuden aleksityymiset piirteet, joilla tarkoitetaan ihmisen vaikeutta hahmottaa ja pukea sanoiksi tunteita, ovat myös häiriön riskitekijä. Sosiaalisen tuen vähäisyys on myös osoitettu riskitekijäksi. Lisäksi traumaattisia tapahtumia kokeneisiin kohdistuva kielteinen yhteiskunnallinen asenne voi olla selittävä tekijä traumaperäisen stressireaktion huonolle ennusteelle. Toisaalta sosiaalinen tuki ja yhteisön myötätunto voivat suojata häiriöltä ja edistää toipumista.

Traumaperäisestä stressireaktiosta kärsivillä on todettu matalampia plasman, virtsan ja syljen kortisolitasoja kuin samanlaisen tapahtuman kokeneilla vertailukäytännöllä, joille ei ole kehittynyt traumaperäistä stressireaktiota. Myös välittömästi traumaperäisen tapahtuman jälkeen mitatut kortisolieritysvasteet ovat matalampia niillä, joille häiriö seurannassa kehittyy verrattuna muihin samanlaisen tapahtuman kokeneisiin. Valkosolujen glukokortikoidireseptorien määrä ja sensitiivisyys on traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivillä todettu suuremmaksi kuin muista mielenterveyden häiriöistä kärsivillä tai samanlaisessa traumatapahtumassa olleilla. Deksametasonikokeessa on todettu lisämunuaisen kortisolierityksessä poikkeavan voimakasta vaimentumista eli hypersuppressiota. Löydös on päinvastainen kuin merkittävällä osalla masennuspotilaista. Myös ACTH- ja CRF-erityksessä sekä kortisolin vuorokausivaihtelussa on havaittu löydöksiä, jotka viittaavat siihen, että stressihormonijärjestelmän sisäinen säätely on traumaperäisessä stressireaktiossa tunnusomaisella tavalla poikkeava. Käytännön kliinisessä työssä näitä laboratoriotutkimuksia ei kuitenkaan voida käyttää diagnostiikan apuna, koska niihin liittyy runsaasti potilaskohtaisia sekoittavia tekijöitä.

Fysiologiset tutkimukset ovat osoittaneet, että traumaperäisestä stressireaktiosta kärsivillä on myös tunnusomaisia, autonomisen hermoston toiminnan piirteitä, muun muassa suurempi sydämen lyöntitiheys, korkeampi verenpaine ja ylipäättään lisääntynyt sympaattisen hermoston aktiivisuus sekä lepotilassa että stressivasteena. On arvioitu, että samanaikainen keskimääräistä pienempi lisämunuaisen kortisolivaste ja suurempi sympaattisen hermoston toiminta aiheuttaisivat traumaattisen kokemuksen biologisen lukkiutumisen.

Traumaperäiseen stressireaktioon näyttäisi liittyvän samanlaisia noradrenergisen järjestelmän sensitiivisyyden muutoksia kuin paniikkihäiriöön. On myös viitteitä siitä, että häiriö voisi jakautua alatyyppeihin noradrenergisen ja serotonergisen sensitiivisyyden suhteen. Myös muiden välittäjäainejärjestelmien hypersensitiivisyyteen viittaavia löydöksiä on todettu.

Aivojen kuvantamistutkimuksissa on osalla traumaperäisestä stressireaktiosta kärsivistä todettu hippokampuksen alueen merkittävää pienentymistä. PET-tutkimuksissa on havaittu, että traumasta muistuttavien ärsykkeiden ja mielikuvatehtävien aikana oikeaan aivopuoliskoon painottuva limbisten ja paralimbisten alueiden sekä näköaivokuoren aktiivisuus lisääntyy ja vasemman aivopuoliskon aivokuoren temporaalialueiden sekä frontaalisen Brocan alueen aktiivisuus vähenee. On kuitenkin epäselvää, mitkä aivojen rakenteelliset tai toiminnalliset muutokset ovat syntyneet traumaattisen kokemuksen tai traumaperäisen stressireaktion alkamisen jälkeen ja mitkä jo ennen traumaa. Kaksostutkimusten mukaan traumaperäisten oireiden kehittymiseen vaikuttavat myös perinnölliset tekijät.

## Hoito

Pitkäaikaisesta tai vaikeasta traumaperäisestä stressireaktiosta kärsivät tulisi ohjata psykiatriseen erikoissairaanhoidon. Lieviä

ja lyhytkestoisia, 1–2 kuukautta kestäneitä, oireyhtymiä voidaan hoitaa psykiatristen konsultaatioiden tuella myös perusterveydenhuollossa, työterveyshuollossa tai mahdollisten fyysisten vammojen hoidosta ja kuntoutuksesta vastaavassa yksikössä, jos hoitava lääkäri ja työryhmä hankkivat asiaan liittyvää lisäkoulutusta. Hoito voi yleensä olla avohoitoa, ellei monihäiriöisyys tai hyvin voimakas toimintakyvyn lasku edellytä tutkimusta ja hoidon aloitusta sairaalassa. Monissa maissa on vaikeiden traumaperäisten stressireaktioiden hoitoon perehtyneitä avohoidon erikoisyksiköitä kuten Suomessa kidutettujen kuntoutuskeskus Helsingin Diakonissalaitoksella.

Traumaperäisen stressireaktion huolellinen diagnostiikka ja myös asianmukainen fyysisten vammojen ja sairauksien tutkiminen ovat sinänsä hoitoa. Traumaattisen kokemuksen kärsivällinen ja myötäelävä läpikäynti on välttämätöntä sekä häiriön tunnistamista että hoidon aloitusta varten. Tältä osin häiriön hoidossa noudatetaan akuutin kriisihoidon periaatteita myös silloin, kun hoitoon tulo on viivästynyt ja traumaattisesta tapahtumasta on kulunut pidempi aika. Monet pelkäävät, että hoitava henkilö ei ehdi tai ei pysty riittävästi kuuntelemaan niitä järkyttäviä kokemuksia, joista oireilu on saanut alkunsa. Alkuelvitykseen onkin varattava riittävästi aikaa.

Traumaattiseen tapahtumaan mahdollisesti liittyvien fyysisten vammojen huolellinen tutkiminen, hoitaminen ja kuntouttaminen sekä potilaalle annettava asianmukainen tieto vammoihin liittyvistä löydöksistä antaa turvallisuudentunnetta, joka edistää traumaperäisestä stressihäiriöstä toipumista. Tietyille potilasryhmille kuten esimerkiksi kidutuksen uhreille on kehitetty fysiatria kuntoutusmuotoja, jotka ovat osoittautuneet hyödyllisiksi myös psyykkiselle toipumiselle.

Samanaikaisten muiden psyykkisten häiriöiden tunnistaminen on tärkeää: erityisesti traumaperäiseen stressihäiriöön koh-

distuvaa psykoterapiaa ei voida toteuttaa, jos potilas kärsii vaikeasta masennustilasta tai päihderiippuvuudesta. Tällaiset tilat onkin yleensä arvioitava hoidollisesti ensisijaisiksi traumaperäiseen stressireaktioon nähden.

Kriisipsykoterapia ja myös *psykodynaamisen lyhytpsykoterapia*, jossa käydään läpi traumaattista tapahtumaa ja sen merkitystä ihmisen psykiksessä kokonaiskehityksessä, on todettu muutamissa kontrolloiduissa tutkimuksissa tehokkaiksi äkillisessä, vain muutamia kuukausia kestäneessä traumaperäisessä stressireaktiossa. Pitkäaikaisemmissä ja vaikeammissa oireyhtymissä kriisi-interventiohoito ei ole yleensä riittävä, eikä psykodynaamisen psykoterapian tehokkuudesta ole vakuuttavaa näyttöä. Yksittäisissä tutkimuksissa on saatu hyviä tuloksia hypnoosihoidolla, jossa traumaattisiin muistikuviin yhdistetään suggestion avulla rentoutumistekniikoita.

Kroonisten, vuosia kestäneiden traumaperäisten stressihäiriöiden hoidossa kognitiivis-behavioraalista lähestymistapaa käytävän psykoterapian tehokkuus on osoitettu jokseenkin kiistattomasti. Hyviä tuloksia on saatu useilla erilaisilla kognitiivis-behavioraalisilla hoitomuodoilla, joissa kaikissa on yhtenä hoidon osana aktiivinen vähittäinen uudelleen altistuminen traumaattiselle tapahtumalle joko mielikuviissa, mielleyhtymiä tuottavien ärsykkeiden avulla tai esimerkiksi menemällä yhdessä terapeutin kanssa tapahtumapaikalle. Tähän altistumiseen yhdistetään syntyneiden ajatus- ja tunnereaktioiden jäsentämistä ja erilaisia oireherkkyyttä vähentäviä eli desensitisoivia rentoutumistekniikoita. Hoidon määrätietoisenä tavoitteena on, että potilas pystyy aktiivisen harjoittelun avulla vähitellen voittamaan välttämisoireensa ja hallitsemaan traumaattisiin muistikuviin liittyvää ahdistuneisuuttaan. Samanlaisen trauman kokeneilla potilailla hoito voidaan toteuttaa myös ryhmässä. Kognitiivis-behavioraalisen lähestymistavan puitteissa on kehitetty myös

joitakin melko suurta huomiota saaneita erityistekniikoita kuten silmänliikkeiden ja poishermostamisen yhdistämistä hyväksikäyttävä EMDR (eye movement desensitization and reprocessing). Niiden käyttökelpoisuudesta ja pitkäaikaisesta tehokkuudesta tarvitaan lisää tutkimustietoa. Traumaattisen kokemuksen psykodynaaminen ymmärtäminen ja kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia eivät ole ristiriidassa keskenään, vaan pikemminkin potilaan kokemus ymmärretyksi tulemisesta on edellytys aktiiviselle hoitoyhteistyölle. Kaikissa psykoterapiamuodoissa on syytä ottaa huomioon traumaattisen tilanteen muistikuviin mahdollisesti liittyvät häpeän- ja syyllisyydentunteet ja tukea potilaan itsearvostusta.

Merkittävä osa, 10–20 %, kroonisesta traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivistä ei pysty hyötymään kognitiivis-behavioraalista psykoterapiasta eikä muustakaan tiiviistä psykoterapiasta. Heitä voidaan kuitenkin merkittävästi auttaa tukea antavalla hoitosuhteella, toiminnallisella psykiatrisella kuntoutuksella ja lääkehoidolla.

Lääkehoito on traumaperäisen stressireaktion hoidossa toissijainen psykososiaaliseen hoitoon nähden. Lääkehoidosta voi olla jopa huomattavaa psykologista haittaa, jos henkilö kokee lääkemääräyksen vain lääkärin keinona välttää traumaattisen kokemuksen myötätuntoista kuuntelemista. Lääkehoito on kuitenkin aiheellinen ainakin niille potilaille, joilla on itsepintaista, hyvin voimakasta oireilua tai toimintakyvyn jatkuvaa alentumista tai vain osittainen hoitovaste psykoterapeuttiseen hoitoon. Osalla oireyhtymään liittyvä vakava psyykkisten voimavarojen vähentyminen, että he eivät pysty aktiiviseen psykoterapiaan ennen kuin tilaa on lievitetty lääkehoidon avulla. On erityisen tärkeää kertoa potilaalle lääkehoidon tavoitteista ja perusteista: lääkehoidon tavoitteena ei ole traumaattisen kokemuksen kieltäminen tai sammuttaminen vaan oireiden hallinnan lisääminen psyykkistä työtä varten.

Depressiolääkkeillä saadaan kliinisesti merkittävä hoitovaste noin puolelle vaikeasta kroonisesta häiriöstä kärsivistä, vaikka potilas ei kärsisikään samanaikaisesta masennustilasta. Depressiolääkkeillä, amitriptyliinillä, impramiinilla tai MAO:n estäjillä, voidaan vaikuttaa lumelääkettä paremmin kaikkiin sairauden eri oireiryhmiin, mutta oireilun niin voimakas lieveneminen, että häiriön diagnoosia ei enää voida asettaa, on ollut harvinaista. MAO:n estäjähoidolla on saatu myönteisiä tuloksia myös joillekin sellaisille potilaille, joille trisyklinen depressiolääke ei ole antanut vastetta.

Viime vuosina on valmistunut uusia, korkeatasoisia lumekontrolloituja tutkimuksia selektiivisistä serotoniin takaisinoton estäjistä eli SSRI-lääkkeistä traumaperäisen stressireaktion hoidossa. Fluoksetiini annoksella 20–60 mg ja sertraliini annoksella 50–200 mg on osoitettu selvästi tehokkaiksi näissä tutkimuksissa, joissa potilaat olivat sekä miehiä että naisia ja he olivat kohdanneet siviilielämään liittyviä traumaattisia tilanteita ja kärsineet myös vähemmän kroonisista häiriöistä. Noin kaksi kolmasosaa potilaista on kliinisesti erittäin merkittävästi hyötynyt SSRI-hoidosta sekä itse traumaperäisessä stressioireyhtymässä että samanaikaisissa muissa häiriöissä. Myös muista selektiivisistä serotoniinin takaisinoton estäjistä kuten paroksetiinista sekä muista uudemmista masennuslääkkeistä on saatu hyviä tuloksia avoimissa tutkimuksissa, ja niistäkin on valmistumassa ilmeisesti hyvää tehokkuutta osoittavia kontrolloituja tutkimuksia. Nykytiedon valossa SSRI-hoitoa on pidettävä traumaperäisen stressireaktion lääkehoidon ensisijaisvalintana.

Depressiolääkkeen vaste traumaperäisen stressireaktion oireille tulee hitaammin kuin keskimäärin masennustiloissa, vasta neljän viikon hoidon jälkeen. Depressiolääkkeen todellinen hoitovaste voidaan tässä häiriössä arvioida aikaisintaan vasta 6–8

viikon kuluttua hoidon aloittamisesta. Lääkehoidon toteuttaminen edellyttää siis hyvää tukeaa antavaa hoitosuhdetta. Lääkeannoksen tulee olla vähintään yhtä suuri kuin masennustilojen hoidossa. Jos jollekin masennuslääkkeelle kuten esimerkiksi fluoksetiinille ei saada hoitovastetta, on perusteltua tehdä hoitokokeilu ainakin yhdellä tai kahdella toisen ryhmän lääkkeellä esimerkiksi amitriptyliinillä, moklobemidillä tai nortriptyliinillä ennen kuin läkehoidosta luovutaan. Sekä tutkimusnäyttö että kliiniset kokemukset viittaavat siihen, että asianmukainen depressiolääkehoito edesauttaa traumaperäisen stressihäiriön psykoterapian toteuttamista.

Vaikka traumaperäisestä stressireaktiosta kärsivä on joko ajoittain tai jatkuvasti ahdistunut, ei ahdistuksen lieventäminen bentsodiatsepiinihoidolla ole riippuvuusriskin vuoksi yleensä suositeltavaa. Bentsodiatsepiineillä ei ole todettu hoitovastetta trauman uudelleen kokemisen oireisiin tai välttämiskäyttäytymiseen. Bentsodiatsepiinihoitoa tulisi mieluummin käyttää vain ajoittain tarvittaessa tai lyhytaikaisesti. Jatkuvampaan bentsodiatsepiinihoitoon tulisi mennä vain, jos potilas kärsii jatkuvasta sietämättömästä tuskaisuudesta, joka ei lieviyty psykososiaalisella hoidolla tai depressiolääkkeillä. Pitkävaikutteinen bentsodiatsepiini, esimerkiksi klonatsepaami, saattaa olla tällöin parempi vaihtoehto kuin lyhytvaikutteinen lääke, esimerkiksi alpratsolaami, josta vierottautuminen traumaperäisessä stressireaktiossa on osoittautunut hankalaksi. Buspironi on avoimissa tutkimuksissa lievittänyt häiriöön liittyviä kohonneen vireystilan oireita osalla potilaista, mutta kontrolloitua näyttöä tämän lääkkeen tehosta ei vielä ole. Useissa avoimissa tutkimuksissa on saatu hyviä tuloksia propranololista ja klonidiinista häiriöön liittyvien autonomisen hermoston oireiden hoidossa. Propranololia annoksella 20–80 mg/vrk voidaan suositella häiriöön liittyvän sydämentykytyksen ja vapinan hoitoon tarvit-

taessa tai määräaikaisesti. Joidenkin potilaiden painajaisunia propranololi voi kuitenkin pahentaa.

Avoimissa tutkimuksissa, tapauselostuksissa ja joissakin pieniä aineistoja käyttäneissä kontrolloiduissa tutkimuksissa on kuvattu myönteisiä vasteita lukuisille muillekin lääkeaineille, joista erityisesti karbamatsepiini, valproaatti ja lamotrigiini saattavat olla hyödyllisiä, mikäli oireisiin yhdistyy impulssikontrollin ongelmia, rai-vonpuuskia tai voimakasta mielialan vaihtelua. Epilepsialääkkeet saattavat olla hyödyllisiä myös vaikeiden dissosiativisten palamaoireiden eli flashback-tilojen hoidossa. Antipsykootit eivät yleensä kuulu traumaperäiseen stressihäiriön hoitoon, ellei potilaalla ole myös samanaikainen psykoottinen häiriö tai voimakasta vihamielistä käytöstä.

Toipumisen kannalta olisi suositeltavaa, että potilas voisi palata mahdollisimman nopeasti työhönsä tai muihin järkytyskokemusta edeltäviin normaaleihin toimintoihinsa. Tämä olisi otettava huomioon jo äkillisessä stressireaktiossa, koska pitkään jatkuva sairausloma altistaa välttämiskäyttäytymisen urautumiselle. Useissa työpaikoissa on saatu hyviä kokemuksia työterveysaseman valvomasta nopeasta ja parin viikon aikana asteittain tapahtuvasta palaamisesta työpaikalle, jossa ei aivan heti edellytetä täyttä työpanosta voimakkaiden traumaattisten tapahtumien jälkeen. Tapahtumassa mahdollisesti syntyneet fyysiset vammat saattavat tietenkin pitkittää työkyvyttömyyttä ja vaikeuttaa myös psyykkisen työkyvyn palautumista. Traumaperäisestä stressireaktiosta kärsivien kohdalla olisi pyrittävä siihen, että potilas saisi tapahtumaan liittyvän mahdollisen rahoituksen korvauksen aktiivisen hoidon ja

kuntoutuksen korvauksena eikä niinkään pysyvänä haitta-astepäivärahana. Joillakin häiriö voi johtaa hyvin pitkään työkyvyttömyyteen. Tehokkaan hoidon lisäksi olisi tutkittava myös työtehtävien muuttamisen tai uudelleen koulutuksen mahdollisuudet. Vakuutusosoikeudellisen käsittelyn venyminen haittaa hoitoa ja valitettavan usein edistää tilan kroonistumista.

## Ennaltaehkäisy

Traumaattisen tapahtuman jälkeen nopeasti toteutettavan ryhmämuotoisen psykologisen jälkipuinnin (debriefing) on esitetty voivan ennalta ehkäistä traumaperäistä stressireaktiota. Toistaiseksi tästä on vain niukasti kontrolloiduista tutkimuksista saatu näyttöä – tosin asian tutkimiseen liittyy monia menetelmällisiä ongelmia. Nykytiedon perusteella jälkipuinti ei kovin tehokkaasti estä traumaperäisen stressireaktion syntyä, koska häiriön etiologiaan vaikuttavat muutkin tekijät kuin psyykkisen järkytyksen välittömät vaikutukset. Äkillisen stressireaktion hyvällä yksilötason hoidolla ilmeisesti on pidempikestoista oireilulta ennaltaehkäisevää vaikutusta.

Pelastushenkilöstön sekä terveydenhuoltoalan työntekijöiden hyvä ammattitaito sekä työyksiköiden asianmukainen koulutus, harjoittelu ja muu varautuminen poikkeustilanteiden hoitoon ovat omiaan ehkäisemään työstä johtuvia traumaperäisiä stressireaktioita. Poikkeustilanteita koskeva koulutus ja valmiussuunnittelu onkin myös osaltaan ennaltaehkäisevää mielensterveystyötä, samoin myös kaikki se yhteiskunnan turvallisuutta lisäävä toiminta, jolla pyritään estämään onnettomuuksia ja muita traumaattisia tapahtumia.

## Kirjallisuutta

- Achté K, Henriksson M, Ponteva M, Hietanen S, Hares J toim. Traumatic stress – psychology and psychopathology. *Psychiatria Fennica* 1992; 23 Suppl.
- Adshead G. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 144–8.
- Ahola K, Honkonen T, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri R, Aromaa A, Lönnqvist J. The relationship between job-related burnout and depressive disorders – results from the Finnish Health 2000 Study. *J Affect Disord* 2005; 88: 55–62.
- Ahola K, Honkonen T, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri R, Koskinen S, Aromaa A, Lönnqvist J. Burnout in the general population. Results from the Finnish Health 2000 Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41: 11–17.
- Ahola K, Honkonen T, Kivimäki M, Virtanen M, Isometsä E, Aromaa A, Lönnqvist J. Contribution of burnout to the association between job strain and depression: the health 2000 study. *J Occup Environ Med* 2006; 48: 1023–30.
- Ahola K, Honkonen T, Pirkola S, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E, Aromaa A, Lönnqvist. Alcohol dependence in relation to burnout among the Finnish working population. *Addiction* 2006; 101: 1438–43.
- Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 2: CD003388.
- Bisson JI, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. *Br J Psychiatry* 2007; 190: 97–104.
- Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 214–27.
- Charney D S. Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 195–216.
- Dyregrov A. Katastrofipsykologian perusteet. 2. painos. Tampere: Vastapaino, 1995.
- ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109 (suppl. 420): 21–7.
- Foa E B. Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 Suppl 5: 43–8.
- Frans Ö, Rimmö P A, Åberg L, Fredrikson M. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 111: 291–9.
- Galea S, Nandi A, Vlahov D. The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epid Rev* 2005; 27: 78–91.
- Grieger T A, Cozza S J, Ursano R J, Hoge C, Martinez P E, Engel C C, Wain H J. Posttraumatic stress disorder and depression in battle-injured soldiers. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1777–83.
- Honkonen T, Ahola K, Pertovaara M, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E, Aromaa A, Lönnqvist J. The association between burnout and physical illness in the general population – results from the Finnish Health 2000 Study. *J Psychosom Res* 2006; 61: 59–66.
- Horowitz M J. Stress response syndromes, 3. painos. Northvale, NJ: Jason Aronson, 1997.
- Kalimo R, Toppinen S. Työuupumus Suomen työikäisellä väestöllä. Helsinki: Työterveyslaitos, 1997.
- Karl A, Schaefer M, Malta LS, Dörfel D, Rohleder N, Werner A. A meta-analysis of structural brain abnormalities in PTSD. *Neurosci Biobehav Rev* 2006; 30: 1004–31.
- Kessler R C, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson C B. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 1048–60.
- Kessler R C. Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 Suppl 5: 4–12.
- Kivimäki M, Vahtera J, Pentti J, Ferrie J. Factors underlying the effect of organisational downsizing on health of employees: longitudinal cohort study. *BMJ* 2000; 320: 971–5.
- Koponen S, Taiminen T. Psykologisen jälkipuinnin tuloksellisuus. *Duodecim* 1999; 115: 258–63.
- Marttunen M, Aro H M, Henriksson M M, Lönnqvist J K. Adolescent suicides with adjustment disorders or no psychiatric diagnosis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1994; 3: 101–10.
- Mills K L, Teesson M, Ross J, Peters L, Trauma, PTSD, and substance use disorders: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 651–8.
- Murtomaa M, Narumo R, Poijula S, Ponteva M, Rousu S, Saari S. Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1998:1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 1998.
- National Collaborating Centre for Mental Health. Post-traumatic stress disorder: the management of PTSD in primary and secondary care. London: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2005.
- Piirainen H, Elo A-L, Hirvonen M ym. Työ ja terveys – haastattelututkimus v. 2000. Helsinki: Työterveyslaitos, 2000.
- Punamäki R L, Komproe I H, Qouta S, Elmasri M, de Jong J T V M. The role of peritraumatic dissociation and gender in the association between trauma and mental health in a Palestinian community sample. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 545–51.
- Rose S, Bisson J, Wessely S. A systematic review of single-session psychological intervention (“debriefing”) following trauma. *Psychother Psychosom* 2003; 72: 176–84.
- Rosenman S. Trauma and posttraumatic stress disorder in Australia: findings in the population sample of the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *A & NZ J Psychiatry* 2002; 36: 515–20.

- Schlenger W E, Caddel J M, Ebert L, Jordan B K, Rourke K M, Wilson D, Thalji L, Dennis JM, Fairbank J A, Kulka R A. Psychological reactions to terrorist attacks. Findings from the National Study of Americans' Reactions to September 11. *JAMA* 2002; 288: 581–8.
- Seidler G H, Wagner F E. comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychol Med* 2006; 36: 1515–22.
- STM. Psykososiaalinen tuki ja palvelut suuronnettomuudessa. Asiantuntijatyöryhmän muistio. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, 2006:81.
- Stein D J, Ipser J C, Seedat S. Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 1: CD002795.
- Strain J J, Newcorn J, Mezzich J, Kirisci L. Adjustment disorder: the McArthur reanalysis. Kirjassa: Widiger T A, Frances A J, Pincus H A ym., toim. *DSM-IV Sourcebook*, osa 4. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1998.
- Summerfield D. War and mental health: a brief overview. *BMJ* 2000; 321: 232–5.
- Taiminen T J, Tuominen T. Psychological responses to a marine disaster during a recoil phase: experiences from the Estonia shipwreck. *Br J Med Psychology* 1996; 69: 147–53.
- Van Etten M L, Taylor S. Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Psychother* 1998; 5: 125–44.
- Virtanen M, Honkonen T, Kivimäki M, Ahola K, Vahtera J, Aromaa A, Lönnqvist J. Work stress, mental health and depressant medication findings from Health 2000 Study. *J Affect Disord* 2007; 98: 189–97.
- Väisänen L. Family grief and recovery when a baby dies. *Acta Universitatis Ouluensis D* 298. Oulu: Oulu University Press, 1997.
- Wahlbeck K. Onko varhaisesta jälkipuinnista hyötyä vai haittaa? *Duodecim* 2005; 121: 241–3.
- Weinberg A, Creed F. Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. *Lancet* 2000; 355: 533–7.
- Wessely S, Rose S, Bisson J. Brief psychological interventions ("debriefing") for trauma-related symptoms and the prevention of post traumatic stress disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2): CD000560, 2000.
- Yehuda R, toim. *Psychological trauma*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1998.
- Yehuda R. Biology of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 Suppl 7: 14–21.
- Yehuda R. Post-traumatic stress disorder. *NEJM* 2002; 347: 393–403.