



ONNETTOMUUDEN JÄLKEISET PSYKOSOSIAALISET INTERVENTIOT



Onnettomuuden jälkeiset interventiot

Euroopan unionin vuosina 2007-09 rahoittama Euroopan Traumaverkosto (The European Network for Traumatic Stress, TENTS) pyrkii ammatillisesti kehittämään onnettomuuksien ja katastrofien uhrien psykososiaalista hoitoa ja avunsaantia. Tavoitteena on lisätä mielenterveyspalveluiden tehokkuutta traumauhrien hoidossa rohkaisemalla näyttöön perustuvien hoitomuotojen käyttöä. Näistä lähtökohdista TENTS esittää onnettomuuden jälkeistä psykososiaalista hoitoa koskevia suosituksia. <http://www.tentsproject.eu/>

TENTS-Suosituksukset perustuvat tieteellisiin tutkimuksiin ja ovat suurelta osin yhdenmukaisia aikaisempien suositusten kanssa (esim. NICE, 2005). Onnettomuuksien ja katastrofien uhreille tarkoitettuja interventioita ovat yhteisö-pohjaiset interventiot, traumaan kohdistuvat psykologiset hoitomenetelmät ja lääkehoito traumaperäisistä stressioireista (PTSD) kärsivillä aikuisilla sekä traumatisoitujen lasten ja nuorten interventiot.

Tämä esite on kehitetty Amsterdamissa AMC-keskuksen psykiatrian osastolla (Division of Psychiatry of the Academic Medical Center). Tekijät ovat A.B. Witteveen ja M. Olf ja yhteistyökumppaneina F. Orengo-Garcia, K. Bergh-Johannesson, C. Freeman ja J. Bisson sekä muut The European Network for Traumatic Stress-verkoston jäsenet.

Osallistujat

Academic Medical Center, Amsterdam, Hollanti: M. Olf & A.B. Witteveen
Cardiff University, Wales (UK): J. Bisson & B. Tavakoly
Catholic University of Applied Social Sciences, Berliini, Saksa: N. Gurriss
Haukeland University – RVTS West, Bergen, Norja: D. Nordanger & V. Johansen
Uppsala University – NCDP, Uppsala, Ruotsi: K. Bergh-Johannesson
Tampereen yliopisto, Tampere, Suomi: R. Punamaki
SEPET + D, Madrid, Espanja: F. Orengo Garcia
Zagreb University, Kroatia: D. Ajdukovic
Turkish Psychological Association, Istanbul, Turkki: U. Sezgin

Yhteistyökumppanit

University of Warsaw, Puola: M. Lis-Turlejska
Edinburgh Traumatic Stress Centre, Skotlanti (UK): C. Freeman
University of Zurich, Sveitsi: U. Schnyder & L. Wittmann
Centre Hospitalier Universitaire Tenon, Pariisi, Ranska: L. Jehel
University of Vienna, Itävalta: B. Lueger-Schuster
University of Aarhus, Tanska: A. Elklit
WHO Europe, Kööpenhamina, Tanska: Matt Muijen

Yhteisöpohjaiset psykososiaaliset interventiot

Yhteisöpohjaisiksi interventioiksi luetaan kaikki toiminta, joka helpottaa yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen psykososiaalista sopeutumista onnettomuuden ja katastrofin jälkeen. Yhteisöpohjaiset interventiot pyrkivät palauttamaan turvallisuuden tunteen, edistämään yksilöiden ja yhteisön vaikutusmahdollisuuksia ja lisäämään yhteenkuuluvuuden tunnetta. Interventioihin kuuluvat myös kärsivien avustaminen ja rauhoittaminen, sekä toivon ylläpitäminen katastrofista selviytymisestä.

Yhteisöpohjaisia interventioita ovat

- Empaattinen käytännön apu, emotionaalinen tuki ja ahdistuneiden ja kärsivien henkilöiden rauhoittaminen
- Tiedottaminen mm. seuraavista asioista: perheenjäsenten etsiminen, väliaikais-majoituksen järjestäminen, sosiaalisten tukimuotojen, terveystalveluiden ja lainopillisen neuvonnan tarjoaminen sekä psykologisen hoidon ja avun saatavuus
- Materiaalinen tuki, esimerkkeinä majoitus, lääkehoito ja taloudelliset tukitoimet sekä jälleenrakentamisen aikataulu ja suunnitelmat
- Työllisyys (esim. uudelleen koulutus työllistymisen ja itsenäisyyden lisäämiseksi)
- Muistotilaisuuksien järjestäminen ja muistomerkkien rakentaminen yhdessä onnettomuuden uhrien ja muiden asianomaisten kanssa
- Molemminpuolisen tuen rohkaiseminen ja vertaisryhmien tukeminen
- Psykososiaalisten interventioiden tarjoaminen onnettomuudesta kärsineille ryhmille

Yhteisöllisten interventioiden kohderymiä ovat henkilöt, jotka ovat suoraan kokeneet traumaattisen tapahtuman ja heidän perheensä, silminnäkijät sekä pelastus- ja hoitotoimenpiteisiin osallistuneet henkilöt. Altistuneille henkilöille tulisi olla tarjolla useita psykososiaalisia hoitointerventioita.

Varhainen käytännöllinen ja sosiaalinen tuki sekä psykososiaalinen hoito voivat toimia ennaltaehkäisevästi ja estää pidempiaikaisten psykologisten ongelmien kehittymisen.

Psykososiaaliseen hoitoon sisältyvät emotionaalinen ja käytännöllinen auttaminen. Siihen kuuluvat välitön käytännöllinen apu, huolenpito, pitkäkestoinen psykologinen tuki ja erikoistunut traumahoito. Perhe, ystävät ja yhteisö tarjoavat onnettomuuden uhreille tukea, ja virallisten toimenpiteiden tarkoitus on täydentää tätä tukea. Psykososiaalisen hoidon tarjoamisessa tulee aina huomioida yksilön laajempi sosiaalinen ympäristö ja sen vahvuudet ja puutteet.

Jatkuvan ja pitkäkestoisen psykososiaalisen hoidon tarve tulisi tunnistaa alusta lähtien. Suurin osa onnettomuuden uhreista saattaa tarvita apua vain pelastusvaiheessa tai välittömästi onnettomuuden jälkeen. Siitä huolimatta lienee hyvä perustaa tukiryhmä, tarjota tietoa ja erilaisia palvelumahdollisuuksia, sillä tuen ja hoidon tarvetta esiintyy jopa kolmen vuoden viiveellä. Siksi on tärkeää, että toimenpide- ja rahoitussuunnitelmat tehdään alusta alkaen pitkäjänteisesti.

Yhteisöpohjaisia psykososiaalisen avun keinoja ovat

- Psykososiaalisen avun tarjoaminen hienovaraisesti esim. uusien viestintä-välineiden, sanomalehtien, television, radion ja internetin kautta
- Emotionaalista tukea tarjoavan puhelinlinjan avaaminen sekä psykososiaalisista selviytymisestä tiedottavan internetsivun perustaminen
- Ihmisten kertomusten ja kokemusten aktiivinen kuuntelu ja auttaminen onnettomuuskokemuksen jäsentämiseksi
- Esitteiden ja lehtisten laatiminen, jotka antavat tietoa traumaan liittyvistä reaktioista ja selviytymistä edistävästä ja estävästä tekijöistä. Niissä kuvataan tunteita, ajatuksia ja käyttäytymistapoja joita yleisesti esiintyy onnettomuuksien ja katastrofien jälkeen, sekä tarjotaan selviytymistä ja sopeutumista edistäviä keinoja. Tieto psykososiaalisen hoidon järjestämisestä ja yhteyshenkilöistä kuuluu myös esitteisiin.
- Asiat joista tarjotaan tietoa ovat mm. kuoleman kokeminen, voimakkaat ja hallitsemattomat tunteet, trauman vaikutukset perhesuhteisiin, pelot, masennus, ahdistuneisuus, traumaperäisten stressioireiden tunnistaminen, unettomuus ja työssä ilmenevät ongelmat
- Huolehditaan siitä että paikallinen terveys-, sosiaali- ja koulutuspalveluiden henkilökunta tuntee trauman mahdollisesti aiheuttamia psykopatologisia seurauksia ja on perehtynyt psykososiaalisen hoidon yhteisömalliin
- Psykososiaalisista ongelmista kärsivien henkilöiden tunnistaminen ja heidän hoidon ja avuntarpeiden arvioiminen
- Varmistetaan että onnettomuuden kokeneilla on mahdollista saada erityistason psykologinen ja farmakologinen arviointi
- Näyttöön perustuvan terapiahoidon järjestäminen ja riittävästi ja asianmukaisesti koulutetun henkilöstön saatavuus
- Ennakoiva ja aktiivinen yhteydenpito onnettomuuden uhreihin ja heidän perheisiinsä (esim. emotionaalista tukea tarjoavan puhelinlinjan tai traumatyöntekijöiden välityksellä)
- Kehitetään paikallisia ja yhteisöllisiä voimavaroja pitkäkestoisten psyko-sosiaalisten palveluiden tarjoamiseksi

Riskialttiit ryhmät

Onnettomuuden jälkeen erityisen haavoittuviin ryhmiin kuuluvat:

- Lapset ja nuoret, jotka tarvitsevat enemmän tukea, ohjausta, lohdutusta ja huomiota onnettomuuden tai katastrofin aikana ja sen jälkeen
- Vanhukset, raskaana olevat naiset ja yksinhuoltajaperheet, jotka ovat usein riippuvia toisista ihmisistä tai joita palvelut eivät tavoita. Heidän erityistarpeensa tulee huomioida onnettomuuden aikana ja sen jälkeen
- Kroonisista sairauksista kärsivät ja eritysravintoa tarvitsevat henkilöt saattavat tarvita erityistä lääketieteellistä apua ja lääkityksestä huolehtimista
- Vieraskieliset onnettomuuden uhrin ja henkilöt, jotka eivät tunne viranomaiskäytäntöjä ja heille kuuluvia laillisia oikeuksia (esim. maahanmuuttajat, vähemmistöryhmien edustajat)

Psykososiaalinen apu onnettomuustyöntekijöille

Työskentely onnettomuus- ja katastrofitilanteissa aiheuttaa suuria paineita hoito- ja pelastushenkilökunnalle. Suuri työkuorma, vaativat työskentelyolosuhteet ja toisten kärsimyksen näkeminen vaatii erikoistoimenpiteitä jotta estetään työntekijöiden loppuun palaminen ja sijaistraumatisoituminen. Toimintatapoihin kuuluvat säännöllinen työtehtävien vaihtaminen, tekninen jälkipuinti työvuorojen jälkeen ja säännöllinen työnohjaus ja valvonta. Tärkeitä keinoja ovat myös ammattitovereiden ja ulkopuolisten suorittamat konsultaatiot sekä ryhmähengen ja koheesion ylläpitoon tähtäävät toimet.

Psykologiset interventiot traumaperäisistä stressioireista (PTSD) kärsiville aikuisille

Terapiamuotoina PTSD:n hoidossa suositellaan Traumaan kohdistuvaa kognitiivista käyttäytymisterapiaa (TF-CBT), EMDR-terapiaa (Eye Movement Desensitization) ja Lyhyttä eklektistä psykoterapiaa (Brief Eclectic Psychotherapy, BEP), jotka kaikki sisältävät traumaattisen tapahtuman uudelleen prosessointia ja muistojen työstämistä. Näiden terapioiden tehokkuudesta on tutkimustietoa, ja niitä suositellaan yleisesti traumaan kohdistuvina psykologisina hoitomenetelminä (NICE, 2005).

Traumaan kohdistuvien psykologisten hoitomenetelmien kohteet

- Aikuiset ja nuoret aikuiset jotka kärsivät traumoihin ja onnettomuuksiin liittyvästä akuutista tai kroonisesta traumaperäisistä stressihäiriöistä (PTSD)
- Traumakeskeisiä psykologisia hoitoja voidaan käyttää myös, jos asiakkaalla on useita traumaattisia tapahtumia ja/tai hänellä on muita psyykkisiä häiriöitä kuten masennusta tai sosiaalisia ongelmia. Tällöin hoidetaan myös muita häiriöitä ja hoitoa tarjotaan pidempään.

Esteet traumaan kohdistuvien psykologisten hoitojen käytölle aikuisilla

Traumaan kohdistuvia psykologisia hoitoja kuten CBT, EMDR ja BEP ei tulisi aloittaa (vielä), jos asiakas kärsii seuraavista ongelmista:

- vakava masennus
- vakava päihderippuvuus
- PTSD:n liittyvät muut vakavat ahdistushäiriöt (esim. agorafobia, paniikkihäiriö)
- vakavat persoonallisuushäiriöt
- psykoottiset häiriöt
- vakavat dissosiatiiiviset häiriöt
- itsemurhariski

Hoitoon liittyviä ohjeita ja sääntöjä

- Terapiatapaamiset ovat säännöllisiä, esim. viikottaisia ja jatkuvia
- Sama terapeutti suorittaa koko hoitajakson
- Yksilöterapiaa suositellaan, mutta kognitiivisessa käyttäytymisterapiaa ja EMDR-terapiaa sovelletaan myös ryhmähoitoina
- Terapeutti soveltaa hoitoon kaikkia terapiamenetelmiin kuuluvia strukturoituja toimenpiteitä, ohjeita ja harjoituksia
- Hoitoa tarjoavat henkilöt ovat päteviä ja asianmukaisen koulutuksen saaneita ja he saavat asianmukaista työnohjausta
- Yleensä traumaan kohdistuviin psykologisiin interventioihin ei yhdistetä lääkehoitoa, poikkeuksena ovat yhteisesiintyvät häiriöt tai psykopatologia

Kognitiivinen käyttäytymisterapia PTSD:n hoidossa

Kognitiivinen käyttäytymisterapian (CBT) tavoitteena on trauma-altistuksen avulla vähentää PTSD-oireiluun liittyvää välttämiskäyttäytymistä. CBT:n strukturoituihin interventioihin kuuluvat mm. ahdistuksen säätely, rentouttaminen, kognitiivis-emotionaalinen prosessointi, sekä elämyksellisiä ja tiedollisia elementtejä. PTSD:n hoidossa suositellaan myös kognitiivisen käyttäytymisterapian piiriin kuuluvia altistusterapioita kuten Pitkitetty altistus (Prolonged Exposure, PE; Foa & Rothbaum, 1998; Creamer ym., 2007). Ne keskittyvät ensisijaisesti trauman herättämien pelkojen kohtaamiseen kunnes ahdistuneisuus vähenee. Kognitiivinen prosessointiterapia (Cognitive Processing Therapy, CPT; Resick & Schnicke, 1993) puolestaan tunnistaa ja kohdentaa hoidon trauman vääristämiin ajattelu- ja toimintamalleihin. Traumakokemusta käsitellään mielikuvissa, joihin yhdistetään uusia sopeuttavia ja voimaannuttavia elämyksiä.

Tehokkuus

Traumaan kohdistuvan kognitiivisen käyttäytymisterapian (Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy, TF-CBT) on todettu vähentävän kliinisesti merkittävästi PTSD oireita, verrattuna stressin epäsystemaattisiin hoitoihin ja tukea antaviin terapioihin (NICE, 2005; Bisson ym., 2007). Traumaan kohdistuvaa CBT suositellaan ensisijaisena hoitona akuutista tai kroonisesta traumaperäisestä stressireaktiosta (PTSD) kärsivillä onnettomuuden uhreilla.

Hoidon kesto

- 8-12 tapaamiskertaa, 45–60 minuuttia kerta kun PTSD:n taustalla on yksi traumaattinen tapahtuma
- Trauma-altistuksen sisältämät tapaamiskerrat ovat pidempiä (90 min)

Terapian sisällöt

Ensimmäisillä tapaamiskerroilla seuraavat tekijät ovat tärkeitä

- Terapeuttisen yhteistyösuhteen rakentaminen ja psykoedukatiivisen tiedon jakaminen traumaan liittyvistä yleisistä reaktioista
- Rentoutumistekniikoiden esitleminen ja opettaminen, esimerkiksi hengitys-harjoitukset
- Altistusterapioiden teoreettisten perusteiden esittely

Altistaminen toteutetaan yleensä kahdella tavalla

(1) Altistaminen mielikuvissa tai traumakertomuksesta kirjoittaminen ja emotionaalisesti merkityksellisten yksityiskohtien kertominen

- a. Traumamuisto ja traumaan liittyvät tapahtumat esitetään ajallisessa järjestyksessä
- b. Ajatukset ja tunteet mielikuvissa joita tapahtumasta kertominen ja kirjoittaminen asiakkaassa herättävät

Traumasta kertomista tulisi jatkaa kunnes se ei enää aiheuta suurta ahdistusta ja traumamuistot koetaan muistoina pikemminkin kuin jatkuvasti toistuvina tapahtumina

(2) In vivo –altistus. Traumaan liittyvien tilanteiden kohtaaminen, joita asiakas välttelee ja jotka aiheuttavat vahvoja tunteita ja fyysisiä reaktioita (esim. autolla ajaminen auto-onnettomuuden jälkeen). Tavoitteena on, että

- a. Asiakas käsittää, että pelätty tilanne ei ole enää vaarallinen ja tuntee että siihen liittyvää ahdistusta voi hallita ja trauman seurausten kesto voi vaikuttaa (Foa & Kozak, 1986)
- b. Auttaa asiakasta tunnistamaan ja muokkaamaan kielteisiä ja vääristyneitä ajattelutapojaan, jotka estävät traumaan sopeutumista

Kognitiivinen uudelleenstrukturointi toteutetaan seuraavilla tavoilla

- Tunnistetaan ja muokataan traumaan liittyviä vinoutuneita tulkintoja, jotka saattavat hoitamattomina saada asiakkaan yliarvioimaan uhkan todennäköisyyden
- Käsitellään tulkintoja ja tuodaan uudenlaisia näkökulmia ja kokemuksia
- Pyritään joustaviin johtopäätöksiin ja realistisiin ja positiivisiin tulkintoihin traumakokemuksista
- Kannustetaan asiakasta sellaisiin toiminta- ja ajattelumalleihin, joiden avulla on mahdollista hylätä kielteiset ja vahingoittavat trauman tulkintatavat
 - Kotitehtävin kuuluvat lihasrentoutuksen tai hengitystekniikoiden harjoittelu sekä mielikuvalliset altistusharjoitukset
- Lopuksi summataan terapian aikana käytettyjä tekniikoita ja arvioidaan niiden toimivuutta

EMDR -terapia (Eye Movement Desensitization) ja uudelleenprosessointi

EMDR on psykoterapeuttinen lähestymistapa, joka pyrkii trauman aiheuttaman ahdistuksen vähentämiseen. Psykkistä toimintaa häiritsevät traumamuistot muutetaan siten että ne osaltaan edistävät psyykkistä tervehtymistä. EMDR:n avulla aktivoidaan mielen parantavat prosessit ja vähitellen häiritsevät ajatukset ja tunteet laantuvat. Asiakas suhtautuu siten uudella tavalla traumaattisiin muistoihin.

Tehokkuus

EMDR on tutkimukselliseen näyttöön perustuva menetelmä PTSD:n hoidossa (NICE, 2005). Se on ensisijainen psykologinen hoitomenetelmä kroonisen PTSD:n hoidossa (Bisson et al., 2007) ja se on yhtä tehokas kuin traumaan kohdistuva kognitiivinen käyttäytymisterapia (Spates et al., 2009).

Hoidon kesto

Yksittäisestä traumatapahtumasta aiheutuvan PTSD:n hoidossa käytettävän keskimäärin 6 EMDR – terapiakertaa. Hoidon pituus riippuu luonnollisesti oireiden vakavuudesta.

Terapian sisältö

EMDR-prosessointi on erittäin strukturoitu, ja se sisältää 3 peruselementtiä, joita ovat poisherkeistäminen (desensibilization), juurruttaminen (installation) ja kehon tarkistaminen (body scan) (Spates ym., 2009). Asiakas vastaa bilateraalisiin ärsykeisiin samanaikaisesti kun hän muistelee ja käsittelee ahdistusta tuottavaa tapahtumaa. Trauma palautetaan mieleen assosiaatioiden avulla.

EMDR-työskentely etenee seuraavasti

- Asiakas keskittyy spesifiin traumaattiseen muistoon
- Tunnistaa muistoissa ahdistavan mielikuvan ja siihen liittyviä kielteisiä ajattelumalleja sekä etsii vaihtoehtoisia ja myönteisiä ajatuksia ja tunteita
- Asiakas tunnistaa traumaattiseen muistoon liittyvät tunteet
- Tunnistaa traumaan liittyvät fyysiset tuntemukset ja niiden keholliset vastaavuudet
- Asiakas arvioi ajatuksiaan ja kokemiaan tunteita määrällisin osoittimin ja huomaa subjektiivisia muutoksia
- Käytetään bilateraalisia ärsykeitä. Asiakasta pyydetään pitämään ahdistava mielikuva mielessään yhdessä kielteisten kognitioiden ja ruumiillisten tuntemusten kanssa samanaikaisesti kun hän seuraa terapeutin sormien edestakaista rytmistä liikettä näkökentässään noin 20 – 40 sekunnin ajan (bilateraalista taktillista stimulaatiota tai ääniä voidaan käyttää vaihtoehtoina silmänliikkeille)
- Asiakasta pyydetään stimulaation jälkeen ottamaan pieni tauko ja hengittämään syvään. Sen jälkeen häntä pyydetään antamaan lyhyt palaute terapeutille kaikista muutoksista mielikuvissa, tunteissa, ajatuksissa ja kehollisissa tuntemuksissa
- Tämä prosessi toistetaan ja jatketaan kunnes asiakas ei enää tunne lainkaan ahdistusta liittyen traumaattiseen muistoon

Lyhyt eklektinen psykoterapia (Brief Eclectic Psychotherapy, BEP),

Lyhyt eklektinen psykoterapia (BEP) on ongelmakeskeinen terapia jonka menetelmät perustuvat psykodynaamiseen, kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja ratkaisukeskeisiin menetelmiin. Tavoitteena on traumaperäisten stressioireiden vähentäminen palauttamalla traumauhrin kontrollin tunne ja eheyttämällä traumamuistot osaksi hänen henkilöhistoriaansa. BEP-terapian on kehittänyt Gersons ryhmineen(1989;1992;1994).

Tehokkuus

BEP terapian tehokkuuteen kohdistuneet tutkimukset osoittavat sen vähentävän PTSD oireita erilaisissa traumatisoituneissa ryhmissä (Gersons et al. 2000, Lindauer et al., 2005). Terapian on havaittu vaikuttavan tehokkaasti PTSD:n biologisiin haavoittuvuustekijöihin, joita ovat sydämenlyöntitiheys, kortisonitasot ja neurofysiologinen aktiviteetti (Lindauer ym., 2003, Olf ym., 2007).

Hoidon kesto

- 16 hoitokertaa, 45-60 minuuttia kerta

Terapian sisältö

Menetelmään kuuluvat seuraavat osiot:

•Psykoedukaatio (istunnot 1-2): Asiakkaalle ja hänen läheisilleen kerrotaan PTSD oireista ja niiden yhteydestä traumaattiseen tapahtumaan

•Mielikuva-altistus muistikuvia käyttäen (istunnot 2-6): Mielikuva-altistus keskittyy vahvoihin torjuttuihin tunteisiin, jotka liittyvät traumatilanteeseen. Altistuksen tavoite on vapauttaa traumaan liittyviä voimakkaita tunteita. Asiakkaat altistetaan trauman eri osiin erillisissä istunnoissa. Muistoja käytetään apuna traumaattisen tapahtuman stimuloinnissa.

•Kirjeen kirjoittaminen, tunteiden ja ajattelun eheyttäminen ja merkitysten uudelleenpuntarointi (istunnot 7-12): Kirje kirjoitetaan traumaan liittyvälle henkilölle, viranomaiselle tai trauma aiheuttajalle. Kirjeen avulla helpotetaan erityisesti aggressiivisten tunteiden ilmaisua. Tässä vaiheessa on mahdollista käsitellä myös eksistentiaalisia kysymyksiä ja analysoida trauman aiheuttamia muutoksia asiakkaan maailmankuvassa ja käsityksissä itsestä.

•Hyvästijätö-rituaali (istunnot 13–16): Hoito päättyy kumppanin kanssa tehtävään jäähyväisrituaaliin, jossa esimerkiksi kirje tai muistoesineet voidaan polttaa. Rituaalin tarkoituksena on jättää tapahtunut taakse ja suuntautua elämään ja tulevaisuuteen. Tapahtunutta ei koskaan unohdeta, mutta se ei terapian onnistuttua enää vaikeuta asiakkaan jokapäiväistä elämää.

Lääkehoito PTSD:n hoidossa

Lääkehoito ei ole traumaperäisen stressioireiden ensisijainen hoito, vaan traumaan kohdistuva kognitiivinen käyttäytymisterapia (NCCMH, 2005). Lääkehoitona käytetään antidepressiivisiä lääkkeitä; suositellaan paroxetinea, mirtazepinea, phenelzinea ja amytriptilinea (NCCMH, 2005). Vakavissa unihäiriöissä voidaan lyhytaikaisesti käyttää unilääkkeitä (esim. bentodiatsepaa-meja, mutta ei bentsodiatsepaameja).

PTSD:n lääkehoidossa tulee huomioida

Lääkitys tulee kysymykseen: :

- PTSD-potilas ei halua psykoterapiaan
- PTSD-potilas ei voi osallistua psykoterapiaan jatkuvan uhkan vuoksi (esim. perheväkivalta)
- Traumaan kohdistuva kognitiivinen käyttäytymisterapia ei ole ollut tehokas
- Potilaan mahdollisuudet hyötyä psykoterapiasta ovat heikentyneet vakavan depression, rauhattomuuden tai ylivirttyneisyyden vuoksi

Lääkehoidosta vastaavat erikoislääkärit (SSRI ja mirtazepine terveyskeskuslääkäriin valvonta ja amitriptyline ja phenelzine mielenterveysshoito)

Hoidon kesto

Antidepressiivinen lääkitys vaikuttaa PTSD -oireisiin noin 8-12 viikossa, ja oireet vähennevät hoidon 6. kuukauteen saakka (Marshall et al., 2007). Hoitotulos on osoitettu kestäväksi vuoden seurannassa (Kim et al., 2008). Lääkehoidon suositellaan kestävän vähintään 6 kuukautta, ja kliinisen näkemyksen mukaan hoitoa tulisi jatkaa antidepressiivisillä lääkkeillä 12 kuukauden ajan.

Lääkehoidon kulku

Antidepressiivisen lääkehoidon alkuvaiheessa

•PTSD-asiakkaat, joilla on kohonnut itsemurhariski ovat tiiviissä seurannassa, esim. viikon kuluttua lääkityksen aloittamisesta ja säännöllisesti sen jälkeen kunnes vaara ei ole enää merkittävänä

•Nuoret (18-29 –vuotiaat) PTSD potilaat ovat myös säännöllisessä seurannassa siten, että ensimmäinen tapaaminen on viikon kuluttua lääkityksen aloittamisesta

•PTSD-asiakkaat joilla ei ole kohonnutta riskiä, tulee tavata kahden viikon kuluttua lääkityksen aloittamisesta ja sen jälkeen 2-4 viikon välein ensimmäisten 3 kuukauden ajan. Sen jälkeen seuranta harvemmin jos hoito soveltuu hyvin

•PTSD-asiakkaille tiedotetaan mahdollisista sivuvaikutuksista ja hoidon lopettamiseen liittyvistä riskeistä ja vieroitusoireista

Antidepressiivisen lääkehoidon lopettaminen

•Tehdään yleensä asteittain vähentäen annosta neljän viikon ajan

•Jos lopettamis-/vieroitusoireet ovat vakavia, on harkittava alkuperäisen antidepressiivisen lääkkeen palauttamista ja sen vähentämistä asteittain oireilun mukaan

Antidepressiivisen lääkityksen sietäminen

- Tarkkaillaan aktiivisesti ahdistus- ja rauhattomuusoireiden esiintymistä, sekä itsemurha-ajatusten ja lisääntyneen ylivilittynyyden ilmenemistä
- Tiedotetaan yllälueteltujen oireiden riskeistä hoidon varhaisessa vaiheessa ja neuvotaan avun hakemisessa

Traumatisoituneiden lasten ja nuorten interventiot

Traumaattisille tapahtumille ja onnettomuuksille altistuneisiin lapsiin ja nuoriin kiinnitetään erityistä huomiota. Akuutin vaiheen tukitoimet, riskiryhmiin kohdistettu seulonta ja diagnoosi tulee toteuttaa yhdessä vanhempien kanssa. Tiedottamisen, avun ja hoidon on otettava huomioon eri ikäisten lasten tavat havaita, ymmärtää ja tulkita traumaattisia kokemuksia.

Lasten kroonisten PTSD:n oireiden hoitoon suositellaan

- Traumaan kohdistuvaa kognitiivista käyttäytymisterapiaa (TF-CBT) sovellettuna lapsen ikään ja trauman erityispiirteisiin
- EMDR –terapiaa yli 7-vuotiaille lapsille. Lasten EMDR–terapia aloitetaan luomalla turvallisuuden tunne, joka mahdollistaa myönteisiä tunteita ennen traumaattisen tapahtuman käsittelyä.

Tehokkuus

Strukturoitu terapia on tehokkaampaa lasten PTSD -oireiden vähentämisessä kuin yleisluontoinen sosiaalinen tuki. Traumaan kohdistuvan kognitiivisen käyttäytymisterapian ja EMDR-terapian tehokkuudesta on näyttöä.

Hoidon kesto

- 8-12 tapaamiskertaa, 90 minuuttia, säännöllisesti saman terapeutin kanssa
- Vanhempia ja lapsia informoidaan hoidon kulusta, sisällöistä ja tehokkuudesta

Psykologisten hoitomenetelmien sisältöjä

- Psykoedukaatio eri ikäisten lasten tyypillisistä vastaustavoista traumatilanteissa
- Ohjataan vanhempia oireiden ja käytösmuutosten tarkkailuun (esim. päiväkirjat kehityksellistä taantumista, painajaisista, peloista ja yleistyneestä ahdistuksesta)
- Etsitään keinoja joiden avulla on mahdollista palata arkirutiineihin ja edistää turvallisuuden tunnetta
- Selviytymiskeinojen ja emootioiden säätelyn harjoittelu
- Asteittainen altistus traumamuistoille ja niiden herättämiin tunteisiin, kunnes sopeutuminen on mahdollinen

Oireilun luonne ja kehityskulku lapsilla

- Lähes kaikilla lapsilla on voimakkaita pelkoja, takertumista vanhempiin ja häiritseviä oireita välittömästi traumalle altistumisen jälkeen
- Suurimmalla osalla (~75 %) oireet vähenevät asteittain ensimmäisten kuukausien aikana
- Noin 13–25% lapsista kärsii traumaperäisistä stressioireista (PTSD) 3-6 kuukauden kuluttua katastrofien tai onnettomuuksien jälkeen, jos apua ei ole tarjolla
- Masennusoireita saattaa ilmetä myöhemmin, 6-9 kuukauden kuluttua
- Trauma vaikuttaa kokonaisvaltaisesti psykologiseen kehitykseen, ja seurauksena voivat olla esim.
 - Patologinen suru
 - Liialliset pelot ja painajaiset
 - Vääristymiä fantasioissa ja leikeissä

- Keskittymisvaikeuksia
- Kehitystaantumia

Psykopatologisia oireita ennustavat riskitekijät

- Perheen mielenterveys- ja ihmissuhdeongelmat
- Aikaisempi altistuminen vakavalle traumalle
- Trauman aikana koettu avuttomuus ja voimakas pelko perheen turvallisuudesta
- Trauman aiheuttama häiriintynyt suhde vanhempiin ja ero perheestä
- Välttelevien selviytymisstrategioiden käyttäminen

Kehityksellisiä näkökulmia

- Lapset voivat kärsiä PTSD oireista ja kehitystaantumista kaikissa ikävaiheissa.
- Trauman merkitys ja sen syiden ja seurausten tulkinta, surun kokeminen ja oireiden ilmeneminen vaihtelevat iän mukaan:
 - o Varhaislapsuus: ylivirittyneisyys ja vaikeus rauhoittua
 - o Taapero- ja leikki-ikä: vaikeudet tunteiden säätelyssä, liialliset pelot, kielenkehityksen ja unirytmien häiriintyminen
 - o Esikouluikä: toistava ja ritualistinen leikki, vaikeudet aggression hallinnassa, yölliset kauhukokemukset
 - o Keski-lapsuus: keskittymisongelmat, somaattiset oireet ja lamaannuttavat pelot
 - o Nuoruusikä: lyhentynyt tulevaisuusperspektiivi, hakeutuminen vaaratilanteisiin, vaikeuksia intiimisuhteissa ja masennusoireet
- Kiintymyssuhde ja turvallisuushakuinen käytös aktivoituu kaiken ikäisillä vaaratilanteissa
- Vakavasti traumatisoituneet lapset voivat menettää kehityssaavutuksiaan esim. änktyystä esikouluikässä ja riippuvaisuutta nuoruudessa

Lähteet

- Ajdukovic D., Ajdukovic M. (2000). Community based programme in meeting the psychosocial needs of children in resettlement process. In: L. van Willigen (Ed.) Health hazards of organized violence in children (II). Utrecht: Pharos, 169-177.
- Ajdukovic D., Ajdukovic M. (2003). Systemic approaches to early interventions in a community affected by organized violence. In: R. Orner and U. Schnyder (Eds.) Reconstructing early interventions after trauma. Oxford: Oxford University Press, 82-92.
- Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder, Institute of Medicine (2008). Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Assessment of the Evidence. Washington, DC: National Academies Press.
- Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) (2007). Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3.
- Blanchard E.B., & Hickling E.J. (2004). After the Crash: Psychological Assessment and Treatment of Survivors of Motor Vehicle Accidents (2nd ed.) Washington DC: American Psychological Association.
- Foa E.B. & Rothbaum B.O. (1998). Treating the Trauma of Rape; Cognitive Behavioral Therapy for PTSD. New York: Guildford Press.
- Gersons B.P.R. (1989). Patterns of Posttraumatic Stress Disorder among Police Officers following Shooting Incidents; the Two-Dimensional Model and Some Treatment Implications. *Journal of Traumatic Stress*, 2 (3), 247-257.
- Gersons B.P.R., Carlier, I.V.E., Lamberts, R.D., & Van der Kolk, B.A. (2000). Randomized Clinical Trial of Brief Eclectic Psychotherapy for Police Officers with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 13 (2), 333-347.
- Kim Y, Asukai N, Konishi T, et al., (2008). Clinical evaluation of paroxetine in post-traumatic stress disorder (PTSD): 52-week, non-comparative open-label study for clinical use experience. *Psychiatry Clin Neurosci*. 62(6):646-52
- Lindauer, R.J.L., Gersons, B.P.R., van Meijel E.P.M., Blom K., Carlier I.V.E., Vrijlandt I., & Olf M. (2005). Effects of Brief Eclectic Psychotherapy in Clients with Posttraumatic Stress Disorder: Randomized Clinical Trial. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (3), 205-212.
- Lindauer R.J.L. , Vlieger, E.J., Jalink, M., Olf, M., Carlier, I.V.E., Majoie, C.B.L.M., Heeten, den G.J., & Gersons, B.P.R. (2004). Smaller Hippocampal Volume in Dutch Police Officers with Posttraumatic Stress Disorder. *Biological Psychiatry*, 56 (5), 356-363.
- Marshall R.D., Beebe K.L., Oldham M., Zaninelli R. (2001). Efficacy and safety of paroxetine treatment for chronic PTSD: a fixed-dose, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry*, 158(12): 1982-8.
- Marshall RD, Lewis-Fernandez R, Blanco C, et al., (2007). A controlled trial of paroxetine for chronic PTSD, dissociation, and interpersonal problems in mostly minority adults. *Depress Anxiety*, 2007;24(2):77-84.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2005). Post-traumatic Stress Disorder; the Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care. Gaskell and the British Psychological Society.
- Norris H. H., Stevens S.P. (2007) Community resilience and the principles of mass trauma intervention. *Psychiatry*, 70 (4), 320-328.
- Olf M., de Vries G.J., Güzelcan Y., Assies J., Gersons B.P. (2007). Changes in cortisol and DHEA plasma levels after psychotherapy for PTSD. *Psychoneuroendocrinology*. 32(6): 619-26.
- Resick P.A., & Schnicke M.K. (1993). Cognitive processing therapy for sexual assault victims: A treatment

manual. Newbury Park CA: Sage Publications.

Rooze M., De Ruyter A., Ajdukovic D., Fundter N., Hövels J. (2006) The healing community: the importance of community-based interventions. In: J. Griffiths and T. Ingleton (Eds.) Real risk. Leicester: Tudor Rose, 103-106.

Shapiro F. (2001). Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Shapiro F. (2007) EMDR and Case Conceptualization from an Adaptive Information Processing Perspective. In F. Shapiro, F. Kaslow, & L. Maxfield (Eds.), Handbook of EMDR and Family Therapy Processes (3-36). New York: Wiley.

Solomon R. M., & Shapiro F. (2008). EMDR and the Adaptive Information Processing Model. Journal of EMDR Practice and Research, 2 (4), 315-325.

Somasundaram D., Norris F.H., Asukai N., Murthy R.S. (2003). Natural and technological disasters. In: B. L. Green, M. J. Friedman, J. V.

M. T. de Jong, S. D. Solomon, T. M. Keane, J. A. Fairbank, B. Donelan and E. Frey-Wouters (Eds.) Trauma interventions in war and peace. New York: Kluwer Academic Plenum Publishers, 291-318.

Spates C.R., Koch E., Cusack K., Pagoto S. & Waller S. (2009). In Foa, E.B., Keane, T.M., & Friedman, M.J., (eds.), Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines of the International Society for Traumatic Stress Studies (279-305). New York: Guilford Press.

© Copyright Academic Medical Center University of Amsterdam February 2009

