

Helinä Häkkänen-Nyholm, Markus Heinimaa ja Roger Solomon

Silmänliiketerapian käyttö läheisen menetyksestä aiheutuneen komplisoituneen surun hoitoon

Moni ihminen menettää elämänsä aikana läheisen, mistä aiheutuu surua. Läheisen kuoleman laukaise- ma suru voi kehittyä komplisoituneeksi suruksi. Silmänliiketerapia (eye movement desensitization and reprocessing, EMDR) on psykoterapeuttinen hoitomenetelmä ja viitekehys, joka on ollut Suomessa käytössä vuodesta 1996 alkaen. Menetelmää on käytetty alun perin traumaperäisen stressihäiriön hoitoon. Sen käyttöala on sittemmin laajentunut monien häiriöiden, myös komplisoituneen surun hoitoon. Silmänliiketerapia kohdistuu ihmistä häiritsevien muistojen ja niihin liittyvien kognitioiden, tunteiden ja kehon aistimusten käsittelyyn samanaikaisesti, kun potilaalle annetaan käsittelemään edistävää molemminpuolista eli bilateriaalista ärsykettä. Terapian tavoitteena on estyneen surutyön käynnistyminen sekä menetykseen liittyvien tunteiden ja kognitioiden sopeutumista edistävä käsitteily lopputulokseen asti.

Läheisen menetykseen liittyvä suru on luonnollinen ihmiselämään kuuluva kokemus, josta suurin osa ihmisistä selviää ajan myötä mutta johon voi myös liittyä voimakasta psyykkisille ja fyysisille terveysongelmille altistavaa tuskaa (1,2). Läheisen menetys voi olla äkillinen ja yllättävä tai pitkän kivuliaan sairastamisen odotettu päätös. Prosessina etenevä suru on hyvin henkilökohtainen kokemus, jonka määrää, laatua tai kestoa ulkopuolisen on vaikea arvioida. Komplisoituneeksi tai pitkittyneeksi se määritellään silloin, kun se on tavallista surureaktiota pitkäkestoisempi ja voimakkaampi (3–9).

Komplisoituneessa surureaktiossa menetys vaikuttaa haittaavasti emotionaaliseen, kognitiiviseen, fyysiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Oireet ja häiritsevät mielikuvat voivat jatkua kuukausia tai vuosia läheisen kuoleman jälkeen (10). Komplisoitunut suru ei toistai-

seksi ole itsenäinen oireyhtymä virallisissa tautiluokituksissa, mutta se on mainittu DSM-5:n luvussa, jossa määritellään lisätutkimuksia edellyttäviä taudinkuvia käsitteellä ”persistent complex bereavement disorder” (11).

Häiriö voidaan diagnosoida, kun oireet ovat kestäneet aikuisilla kaksitoista kuukautta tai lapsilla kuusi kuukautta (**TAULUKKO 1**). Pitkittyneen surun häiriön diagnoosi on tulossa myös WHO:n ICD-11-tautiluokitusjärjestelmään (12,13). Samalla on esitetty huolta siitä, että surun medikalisointi johtaa yli diagnostiikkariskiä tai voi vaikeuttaa entisestään läheisen menettäneiden sopeutumista elämään (14).

Komplisoituneen surun riskitekijöitä ovat menetykseen liittyvät tilannetekijät (muun muassa kuolinsyy, vuorovaikutussuhteen tyyppi ja laatu sekä sekundaariset menetykset), henkilötekijät (esimerkiksi kiintymyssuhdetyyli, persoonallisuus, ikä, sukupuoli),

Pitkittyneen surun diagnoosi on tulossa tautiluokitukseen

TAULUKKO 1. Komplisoituneen ja pitkittyneen suru-
häiriön diagnostiset kriteerit DSM-5:n mukaan.

A. Läheisen menetyks
B. Läheisen kuoleman jälkeen vähintään yksi seuraavista oireista useimpina päivinä ja kliinisesti merkittävässä määrin. Oire kestänyt aikuisella yli 12 kk ja lapsella yli 6 kk menetyksen jälkeen. <ol style="list-style-type: none"> 1. Sinnikäs kuolleen kaipaus 2. Voimakas suru ja emotionaalinen tuska reaktiona kuolemaan 3. Ajatusten pakonomainen kiinnittyminen vainajaan 4. Ajatusten pakonomainen kiinnittyminen kuoleman olosuhteisiin
C. Läheisen kuoleman jälkeen vähintään kuusi seuraavista oireista useimpina päivinä ja kliinisesti merkittävässä määrin. Oireet kestäneet aikuisella yli 12 kk ja lapsella yli 6 kk menetyksen jälkeen. <p>Reaktiivinen stressi läheisen kuoleman jälkeen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vaikeus hyväksyä kuolema tosiasiana 2. Menetykseen liittyvä epäusko tai emotionaalinen turtuneisuus 3. Vaikeus muistella kuollutta myönteisesti 4. Menetykseen liittyvä katkeruus tai viha 5. Huonosti sopeutuvia arviointeja itsestä suhteessa kuolleeseen (esimerkiksi itsesyytöksiä) 6. Liiallista menetyksestä muistuttavien asioiden välttämistä <p>Sosiaalinen tai identiteetin häiriö</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Halu kuolla, jotta voi olla kuolleen kanssa 8. Vaikeus luottaa muihin menetyksen jälkeen 9. Yksinäisyyden tai muista erillisyyden tunne menetyksen jälkeen 10. Tunne siitä, että elämä on merkityksetöntä tai tyhjää ilman kuollutta henkilöä tai tunne siitä, ettei kykene toimimaan ilman häntä. 11. Hämmennys omasta roolista elämässä tai heikentynyt käsitys omasta identiteetistä. 12. Vaikeus tai haluttomuus toimia kiinnostusten mukaan tai tulevaisuuden suunnitelmien puute
D. Häiriö (oireet) aiheuttaa merkittävää toimintahäiriötä sosiaalisella, ammatillisella tai muulla tärkeällä elämänalueella.
E. Surureaktio on liiallinen tai epäjohdonmukainen suhteessa kulttuurisiin, uskonnollisiin tai iänmukaisiin normeihin.

sosiaaliset suhteet ja selviytymisstrategiat. Sen esiintyvyys vaihtelee muun muassa käytettyjen diagnostisten kriteerien ja otosten mukaan (15–18). DSM-5:ssä sen esiintyvyydeksi on arvioitu 2,4–4,8 % (11). Komplisoitunut suru lisää sairastumisriskiä ja liittyy itsetuhoisuuteen, masennukseen, univaikkeuksiin sekä hyvinvoinnin ja toimintakyvyn huononemiseen (18–23).

Surun käsittely silmänliiketerapiassa

Kahden meta-analyysin tulokset viittaavat siihen, että komplisoituneen surun oireita voidaan merkittävästi vähentää psykoterapialla (24,25). Silmänliiketerapiassa menetyksen aiheuttaman surun käsittelyyn käytetään tiettyä, tähän tarkoitukseen sovellettua protokollaa (26). Silmänliiketerapia perustuu sopeutumista edistävän tietojenkäsittelyn (adaptive information processing, AIP) malliin (27). Tämän mallin mukaan ajankohtaiset ongelmat ovat seurausta sellaisista menneisyyden kielteisistä kokemuksista, jotka ovat varastoituneet muistiverkostoihin epätarkoituksenomaisella tavalla.

Silmänliiketerapian kahdeksan vaiheen mallissa potilaan ongelman taustalla oleva muisto valitaan uudelleenkäsittelyn kohteeksi. Kun tiedonkäsittelyjärjestelmää stimuloidaan bilateraalisen ärsykkeen avulla (yleensä silmänliikesarjoilla, mutta myös kuulo- tai tuntoärsykeitä voidaan käyttää), häiritsevä muisto integroituu osaksi laajempaa, sopeutumista edistävää muistiverkostoa. Onnistuneella silmänliiketerapialla on sekä neurobiologisia että psykologisia vaikutuksia, se muuttaa ahdistavaksi ja häiritseväksi koetun muiston tunnetasolla neutraaliksi sekä sitoo siihen samalla myönteisen uskomuksen henkilöstä itsestään.

Silmänliiketerapia etenee kahdeksassa vaiheessa (TAULUKKO 2) (27). Sen käytöstä komplisoituneen surun hoidossa on julkaistu muutamia tutkimuksia ja tapausselostuksia. Tapaus tutkimuksessa silmänliiketerapiaa käytettiin menestyksellisesti komplisoituneen surun hoidossa kahdessa tapauksessa, hoitokertojen lukumäärä vaihteli vain yhdestä kahteen (28). Hollantilaisaineistoon perustuvassa tutkimuksessa osoitettiin, että silmänliikesarjat vähensivät merkittävästi enemmän häiritsevään menetykseen liittyvän muistikuvan tunnepitoisuutta ja kykyä keskittyä siihen kuin musiikkiärsyke (29).

Läheisen kuoleman aiheuttamien oireiden takia psykiatrian klinikassa hoidetut 50 potilasta osallistuivat kahden vuoden seurantatutkimukseen, jossa osalle annettiin silmänliiketerapiaa ja osalle ohjattua surutyöhoitoa (guided mourning). Kummassakin ryhmässä intrusiivi-

set oireet (muistojen tunkeutuminen mieleen), ruminaatio-oireet (ajatusten junnaaminen samassa asiassa), painajaiset ja uudelleen kokemisen oireet vähenivät merkittävästi seurantajaksoilla. Silmänliiketerapiaa saaneiden ryhmässä ne vähenivät merkittävästi nopeammin (keskimäärin 6 vs 11 hoitokerralla). Vain silmänliiketerapiaa saaneiden joukossa menetettyyn henkilöön liittyvät myönteiset muistot lisääntyivät merkittävästi hoidon vaikutuksesta (30).

Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus on terveydenhuollossa käytettyjen interventioiden tehon osoittamisen kultastandardi (31). Silmänliiketerapian tehosta komplisoituneen surun hoidossa on julkaistu kaksi tutkimusta, joiden tutkimusasetelma oli satunnaistettu.

Australiassa toteutettiin satunnaistettu kontrolloitu tutkimus, jossa tutkittiin läheisen menettämiseen liittyvästä surusta kärsivän 19 henkilön psyykkisiä oireita (vastemmittareina muun muassa traumaperäisen stressihäiriön, masennuksen ja komplisoituneen surun mitta-reita) seitsemän viikon hoitajakson aikana. Osa sai jakson aikana kerran viikossa kognitiivista käyttäytymisterapiaa ja osa silmänliiketerapiaa. Kummassakin ryhmässä kliininen oireisto väheni merkittävästi, eikä ryhmien välillä ilmennyt merkittäviä eroja (32). Voimakkaasti oirehtivien ryhmässä 67 %:lla todettiin hoidon jälkeen komplisoituneen surun osalta kliinisesti merkittävä tulos.

Toisessa satunnaistetussa tutkimusasetelmasa tutkittiin näiden kahden edellä mainitun psykoterapian yhteisvaikutusta komplisoituneeseen suruun ja traumaperäiseen stressihäiriöön kahdeksan viikon aikana. Tutkittavina oli henkiri-koksessa kuolleiden henkilöiden 85 omaista. Lisäksi selvitettiin hoidon vaikutusten pysyvyyttä kuuden kuukauden seurantajakson aikana. Hoi-detuista 46 %:lla todettiin hoidon vaikutuksesta kliinisesti merkittävä tulos komplisoituneen su-run osalta kahdeksan hoitokerran jälkeen (33). On selvää, että jatkossa tarvitaan lisää tutkimuk-sia silmänliiketerapian pitkäkestoisista vaikutuk-sista komplisoituneen surun hoidossa.

Kuvaamme esimerkkitapauksen, jossa sil-mänliiketerapiaa käytettiin läheisen menetyk-sestä aiheutuneen komplisoituneen surun ja traumaperäisen stressihäiriön hoitoon.

TAULUKKO 2. Silmänliiketerapian kahdeksan vaihetta.

1. Potilaan historia ja hoidon suunnitteleminen.
2. Valmisteluvaihe: potilaalle esitellään silmänliiketerapian mekanismit ja toimintatavat, ja hänen psyykkisiä voimavarojaan vahvistetaan.
3. Traumataapahtuman subjektiivinen arviointi, joka etenee vaiheittain seuraavasti: Potilas valitsee työs-tettävän kohdemuiston (tapahtuman) ja siihen liittyvän mielikuvan, joka parhaiten edustaa kohde-muistoon liittyvää häiritsevyyttä. Yhdessä terapeutin kanssa potilas etsii mielikuvaan sopivan negatiivisen kognition, joka ilmaisee kielteistä irrationaalista uskomusta itsestä suhteessa kyseiseen tapahtumaan (esimerkiksi "olen haavoittuvainen"). Potilas etsii mielikuvaan sopivan positiivisen kognition, joka on positiivisempi ja realistisempi kokemus itses-tä suhteessa kyseiseen tapahtumaan (esimerkiksi "olen vahva"). Potilas arvioi positiivisen kognition todenmukaisuuden affektitasolla suhteessa mieli-kuvaan asteikolla 1–7, jossa 1 = ei lainkaan totta ja 7 = täysin totta. Potilas arvioi tapahtumaan liittyvän häiritsevyyden tunteen voimakkuutta subjektiivisen häiriöyksikön skaalalla 0–10, jossa 10 = suurin mah-dollinen häiritsevyys ja 0 = neutraali. Lisäksi potilas kertoo, missä kohtaa kehoaan hän tunnistaa häiritse-vyyden (esimerkiksi "rintaa painaa").
4. Poisherkistäminen: potilaan pitäessä yhtäaikaisesti mielessään mielikuvaa tapahtumasta, negatiivista kognitiota ja kehon tuntemuksia, tunnistettua häi-riötä poisherkistetään bilateraalilla ärsykesarjoilla, kunnes mielikuvan häiritsevyys on pienentynyt nollaan.
5. Juurruttaminen: potilaan positiivinen kognitio juur-rutetaan käsiteltävään muistoon pitämällä samanai-kaisesti mielessä kohdemuistoa ja positiivista kog-nitiota sekä antamalla bilateraalista ärsykettä siihen asti, kunnes hän tuntee positiivisen kognition olevan asteikolla 1–7 täysin totta suhteessa tapahtumaan.
6. Kehon tarkistaminen: potilasta pyydetään pitämään mielessä kohdemuisto ja positiivinen kognitio sekä käymään mielessään läpi kehonsa tarkistaakseen, onko kehossa vielä jäljellä jännitystä ruumiin ais-timusten muodossa. Mahdollisesti jäljellä olevia kehollisia tuntemuksia käsitellään silmänliikkeiden avulla.
7. Lopettaminen: terapiaistunto päätetään, potilas ja terapeutti keskustelevat istunnosta (esimerkiksi siitä, mitä sillä saavutettiin), ja potilas eväitetään tunnis-tamaan ja käsittelemään mahdollinen jälkikäsitely.
8. Uudelleenarviointi: hoidon tulosten arviointi, jolloin arvioidaan potilaan kokonaisvaltainen edistyminen, uudelleenkäsitellyn tuloksina saavutetut muutokset sekä hoidon tulosten pysyvyys.

Esimerkkitapaus

Neljäkymmentäkolmevuotias nainen oli kaksi vuotta ennen hoitoon tuloaan menettänyt aviomiehensä nopeasti kahden kuukauden kuluessa edenneeseen sairauteen. Pariskunnan lapset olivat puolison kuollessa olleet alle kouluikäisiä. Potilaalla oli komplisoituneen surun oireita siten, että hän muun muassa koki olevansa emotionaalisesti turta menetyksensä, sulkeneensa puolisonsa kuoleman mielestään ja torjuneensa menetyksen synnyttämät tunteet. Hänellä oli vaikeuksia menetyksen hyväksymisessä ja muihin ihmisiin luottamisessa, ja hän koki katkeruutta sekä elämän merkityksettömyyttä. Potilaalla oli myös useita traumaperäisen stressihäiriön oireita.

Silmänliiketerapian ensimmäisen ja toisen vaiheen jälkeen edettiin kolmanteen vaiheeseen, jossa potilas valitsi kohdemuistoksi tapahtuman, jossa hän haki puolison kuoleman jälkeen esikoisensa tarhasta ja kertoi hänelle isän kuolemasta. Tähän muistoon liittyvä kielteinen kognitio oli ”olen riittämätön” ja myönteinen oli ”olen riittävä”. Kognition todenmukaisuus oli kaksi (asteikolla yhdestä seitsemään). Tapahtumaan liittyvät tunteet olivat viha, halveksunta itseä kohtaan ja suru. Muiston häiritsevyyttä oli kymmenen (asteikolla nolasta kymmeneen), ja hän tunsikin kehossaan sykkeen tihentymisenä ja hengitysvaikeutena.

Muistoa käsiteltiin vaiheittain silmänliiketerapian perusprotokollan mukaisesti, ja potilas kuvasi kokemustaan muun muassa seuraavasti: ”Tuntui aluksi tosi pahalta rinnassa, mutta sitten tuli ajatus, että olisihan tämä huonomminkin voinut mennä, pidin sitä lasta kuitenkin sylissä... helpottaa, en olisi voinut tehdä paremmin... se mielikuva menee kauemmaksi... se häipyy, muuttuu tapahtumaksi... joku taakka lähti ja tuli voimakkaana mieleen ajatus: ei-

hän tämä ollut minun syy.” Käsitelyn seurauksena tapahtuman häiritsevyyttä pieneni yhteen ja positiivisen kognition todenmukaisuus juurruttamisen seurauksena suureni kuuteen.

Seuraavalla tunnin mittaisella hoitokerralla potilas totesi edellisen hoitokerran uudelleenarvioinnissa, että edellisellä kerralla työstetty kohdemuisto oli pysynyt ei-häiritsevänä ja että hän halusi työstää syyllisyyden kokemustaan siitä, että hän oli täyttänyt miehensä kuoleman jälkeisen arkensa erilaisilla kotiöillä eikä kokenut antaneensa lapsilleen tai itselleen aikaa tai tilaa surra.

Häiritsevin tähän aikaan liittyvä muisto oli hänen siivousintonsa, jonka häiritsevyyttä oli kahdeksan ja johon liittyvä negatiivinen kognitio oli ”olen huono äiti” ja positiivinen ”olen riittävän hyvä äiti”. Positiivisen kognition todenmukaisuus oli viisi, ja hän koki surua ja katumusta kyseisistä tapahtumista. Muistoa käsiteltiin vaiheittain perusprotokollan mukaisesti, ja tänä aikana potilas kuvasi sitä muun muassa seuraavasti: ”Mitään pahaa ei kuitenkaan tapahtunut... se liittyy niihin tilanteisiin, oli minun tapa selvittää... nyt alkoi tulla mielikuvia tilanteista, joissa leikin lasten kanssa... toi oli aika pieni osa sitä kokonaisuutta.”

Käsitelyn seurauksena tapahtuman häiritsevyyttä pieneni nollaan ja juurruttamisen seurauksena positiivisen kognition todenmukaisuus suureni kuuteen. Kolmen hoitokerran jälkeen potilas koki sopeutuneensa uudella tavalla puolisonsa menetykseen. Hän koki saaneensa psyykkisiä resursseja suremiseen ja tilaa muistaa yhteisestä elämästä myös hyviä asioita. Työstetyt mielikuvat eivät enää palanneet häiritseviksi. Viiden kuukauden kuluttua hoidosta potilaalla ei ollut lainkaan traumaperäisen stressihäiriön oireita.

Tässä esimerkkitaapauksessa läheisen menetyksestä oli jo kulunut aikaa. On myös tilanteita, joissa menetys on edessäpäin (läheinen on esimerkiksi saattohoidossa) tai vastikään tapahtunut, ja odotettavissa ovat hautajaiset. Tällöin potilasta voidaan auttaa kohtaamaan tuleva tilanne erilaisilla resurssiharjoituksilla ja tulevaisuusmalleilla, joissa käsitellään tulevaisuuteen sijoittuvien mielikuvien häiritsevyyttä (esimerkiksi ”arkku kannetaan ulos kirkosta”) ja liitetään näihin mielikuviin positiivisia kognitioita (esimerkiksi ”selviän siitä”).

Lopuksi

Vaikuttavuustutkimuksissa on osoitettu silmänliiketerapian tuloksellisuus trauman hoidossa ja erityisesti se, että muihin hoitoihin verrattuna tuloksellisuus saavutetaan tilastollisesti merkittävästi nopeammin (30,34,35). Silmänliiketerapia auttaa ihmistä näkemään traumaattiseen menetykseen koskevaan muistoon liittyvän kokemuksen laajemmasta näkökulmasta, ilman siihen aiemmin liittyneitä kielteisiä tunteita, mikä eheyttää traumaattisen mielen sisällön.

Silmänliiketerapian tuloksellisuus menetykseen liittyvien häiritsevien tapahtumien osalta osoittaa myös, että suruprosessissa voidaan päästä eteenpäin terapiatyöskentelyllä, joka keskittyy enemmän mielikuvien työstämiseen kuin puhumiseen. Toisaalta kaikki eivät hyödy psykoterapiasta, ja sillä voi olla haittavaikutuksiakin (36).

Silmänliiketerapian onnistumisen edellytyksiä ovat kyky ja halu työstää menetykseen liittyviä tunteita. Läheisensä menettäneitä psykoterapiaan ohjaavilla lääkäreillä ja silmänliiketerapiaa tekeville psykoterapeuteilla tulee olla kykyä arvioida, koska ja miten silmänliiketerapiaa voidaan mahdollisesti käyttää menetyksen aiheuttaman kompleksisen surun hoitamiseen. Kun huomioidaan silmänliiketerapian tuloksellisuus kompleksisen surun hoidossa sekä psykoterapian yhteiskunnalle

Ydinasiat

- ▶ Läheisen menetykseen liittyvä suru voi komplisoitua ja lisätä sairastumisriskiä.
- ▶ Silmänliiketerapia neutralisoi läheisen kuolemaan liittyviä kielteisiä tunteita.
- ▶ Silmänliiketerapian tuloksellisuus vaikuttaa lupaavalta, mutta pitkäaikaisten vaikutusten selvittämiseksi tarvitaan lisää tutkimusta.

tuottamat kustannukset ja yksilön sopeutumiseen kohdistuvat vaatimukset, saattaa silmänliiketerapiaan ohjaaminen olla mielekkäämpää kuin potilaan ohjaaminen monivuotiseen keskusteluterapiaan. ■

HELINÄ HÄKKÄNEN-NYHOLM, PsT, oikeuspsykologian dosentti, psykoterapeutti, sertifioitu EMDR-terapeutti
EMDR-terapiakeskus Mementos
Helsingin yliopisto
Twitter: @hhakkanennyholm

MARKUS HEINIMAA, LT, MA, kliininen opettaja, EMDR-fasilitaattori
Turun yliopisto

ROGER SOLOMON, PhD, ohjelmajohtaja
EMDR Institute

VASTUUTOIMITTAJA
Jaana Suvisaari

SIDONNAISUUDET

Helinä Häkkänen-Nyholm: Luottamustoimet (Suomen EMDR-yhdistys ry:n hallituksen jäsen)

Markus Heinimaa: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Vuorovaikutuksen tutkimuskeskus, Psykoterapiakeskus Via), luottamustoimet (Suomen EMDR-yhdistys ry:n puheenjohtaja)

Roger Solomon: Ei sidonnaisuuksia

SUMMARY

Utilization of EMDR therapy (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) for treatment of complicated grief caused by the loss of a loved one

Almost every person at some point in lifetime experiences a death of a loved one, which creates grief. When prolonged, such grief can lead to complicated grief. EMDR therapy is a therapeutic treatment method and framework, which has been in use in Finland since 1996. It has originally been used for treating patients with post-traumatic stress disorder, but its use has extended to the treatment of various disorders including complicated grief. EMDR therapy focuses on processing the disturbing memories and related cognitions, emotions and bodily sensations while enhancing this processing with bilateral stimulation. The target of the therapy work is to enable the beginning of a normal grief process and processing emotions and cognitions related to the loss to an adaptive resolution.

KIRJALLISUUTTA

1. Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Health outcomes of bereavement. *Lancet* 2007;370:1960–73.
2. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res* 1967;11:213–8.
3. Pöijula S. *Surutyo*. Helsinki: Kirjapaja 2002.
4. Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF III, ym. Inventory of complicated grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res* 1995;59:65–79.
5. Holland JM, Neimeyer RA, Boelen PA, ym. The underlying structure of grief: a taxometric investigation of prolonged and normal reactions to loss. *J Psychopathol Behav Assess* 2009;31:190–201.
6. Dillen L, Fontaine JR, Verhofstadt-Deneve L. Are normal and complicated grief different constructs? A confirmatory factor analytic test. *Clin Psychol Psychother* 2008;15:386–95.
7. Boelen PA, van den Bout J. Complicated grief and uncomplicated grief are distinguishable constructs. *Psychiatry Res* 2008;157:311–4.
8. Averill JR. Grief: its nature and significance. *Psychol Bull* 1968;70:721–48.
9. Middleton W, Burnett P, Raphael B, ym. The bereavement response: a cluster analysis. *Br J Psychiatry* 1996;169:167–71.
10. Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV, ym. Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *Am J Psychiatry* 1997;154:616–23.
11. Persistent complex bereavement disorder. Kirjassa: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Virginia: American Psychiatric Association 2013, s. 789–92.
12. Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, ym. Prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSMV and ICD-11. *PLoS Med*, julkaistu verkossa 4.8.2009. DOI:10.1371/journal.pmed.1000121.
13. Prigerson HG, Vanderwerker LC, Maciejewski PK. A case for the inclusion of prolonged grief disorder in DSM-V. Kirjassa: Stroebe MS, Hansson RO, Schut H, ym toim. *Handbook of bereavement research and practice: 21st century perspectives*. Washington: American Psychological Association Press 2008, s. 165–86.
14. Dielt L, Wagner B, Fudrich T. User acceptability of the diagnosis of prolonged grief disorder: how do professionals think about inclusion in ICD-11? *J Affect Disord* 2018;229:306–13.
15. Raphael B, Minkov C, Dobson M. Psychotherapeutic and pharmacological intervention for bereaved persons. Kirjassa: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, ym. toim. *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care*. Washington: American Psychological Association 2001, s. 587–612.
16. Prigerson H, Jacobs S. Traumatic grief as a distinct disorder: a rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. Kirjassa: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, ym. toim. *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care*. Washington: American Psychological Association 2001, s. 613–45.
17. Byrne G, Raphael B. A longitudinal study of bereavement phenomena in recently widowed elderly men. *Psychol Med* 1994;24:411–21.
18. Dyregrov K, Nordanger D, Dyregrov A. Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. *Death Stud* 2003;27:143–65.
19. Gallagher-Thompson D, Futterman A, Farberow N, ym. The impact of spousal bereavement on older widows and widowers. Kirjassa: Stroebe W, Hansson RO, toim. *Handbook of bereavement: theory, research and intervention*. New York: Cambridge Press 1993, s. 227–39.
20. Latham AE, Prigerson HG. Suicidality and bereavement: complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide Life Threat Behav* 2004;34:350–62.
21. Germain A, Caroff K, Buisse DJ, ym. Sleep quality in complicated grief. *J Trauma Stress* 2005;18:343–6.
22. McDermott OD, Prigerson HG, Reynolds CF, ym. Sleep in the wake of complicated grief symptoms: an exploratory study. *Biol Psych* 1997;41:710–6.
23. Ott CH. The impact of complicated grief on mental and physical health at various points in the bereavement process. *Death Studies* 2003;27:249–72.
24. Currier JM, Neimeyer RA, Berman JS. The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons: A comprehensive quantitative review. *Psych Bull* 2008;134:648–61.
25. Wittouck C, Van Autevre S, De Jaegere E, ym. The prevention and treatment of complicated grief: a meta-analysis. *Clin Psych Rev* 2011;31:69–78.
26. Luber M. Protocol for excessive grief. *J EMDR Pract Res* 2012;6:129–35.
27. Shapiro F. *Eye movement desensitization and reprocessing: basic principles, protocols and procedures*. New York: Guilford Press 2018.
28. Yasar AB, Usta D, Zengin-Eroglu M, ym. Rapid efficacy of the eye movement desensitization and reprocessing in treatment of persistent complex bereavement disorder: report of two cases. *J Psychiatry Neurol Sci* 2017;30:154–9.
29. Hornsveid HK, Landwehr F, Stein W, ym. Emotionality of loss-related memories is reduced after recall plus eye movements but not after recall plus music or recall only. *J EMDR Pract Res* 2010;4:106–12.
30. Sprang G. The use of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of traumatic stress and complicated mourning: psychological and behavioral outcomes. *Res Soc Work Pract* 2001;11:300–20.
31. Komulainen J, Vuorela P, Malmivaara A. Satunnaistetun kontrolloidun tutkimuksen periaatteita ja sudenkuoppia. *Duodecim* 2014;130:1439–44.
32. Meysner L, Cotter P, Lee C. Evaluating the efficacy of EMDR with grieving individuals: a randomized control trial. *J EMDR Pract Res* 2016;10:2–12.
33. van Denderen M, de Keijser J, Stewart R, ym. Treating complicated grief and post-traumatic stress in homicidally bereaved individuals: a randomized controlled trial. *Clin Psychol Psychother* 2018;25:497–508.
34. Ironson G, Freund B, Strauss JL, ym. Comparison of two treatments for traumatic stress: a community-based study of EMDR and prolonged exposure. *J Clin Psych* 2002;58:113–28.
35. de Bont PA, van der Vleugel BM, van den Berg DB, ym. Health-economic benefits of treating trauma in psychosis. *Eur J Psychotraumatol* 2019;10:1565032.
36. Sailas E, Heimola M, Stenberg JH. Psykoteraapian haitat – ei vain ruusutarhaa. *Duodecim* 2019;135:1377–84.