

Tanja Laukkala, Katinka Tuisku, Ferdinand Garoff, Henna Haravuori ja Pekka Jylhä

Monimuotoinen traumaperäinen stressihäiriö – muuttuvat käsitteet ja vaikutus hoitoon

Traumaperäisen stressihäiriön (post-traumatic stress disorder, PTSD) diagnosointi ja hoitokäytännöt ovat melko vakiintuneet, joskin tehokkaampia hoitoja tarvitaan lisää ja psykoterapeuttisia erityisinterventioita on rajallisesti saatavana. ICD-11:n kuvaaman monimuotoisen PTSD:n osalta altistus ja psyykkiset oireet ovat laaja-alaisempia ja erotusdiagnostiikka vaativampaa. Psykkinen traumatausta on päivystysyksiköissä ja psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa usein esiin tuleva asia. Psykososiaalisen tuen järjestäminen ja aktiivinen seuranta ovat ensisijaisia interventioita, jos psyykkisiä oireita ei ole tai ne ovat lieviä. On tärkeää kysyä uniongelmista ja hoitaa niitä samanaikaisesti. Vaikeat ja pitkittyvät traumaperäiset häiriöt hoidetaan erikoissairaanhoidon ohjauksessa tai erikoissairaanhoidossa.

Diaagnostiset käsitteet psykiatriassa ovat kliiniseen kenttätööhön ja tutkimukseen perustuvia sopimuksia (1). Hoidon sekä spesifisten psykoterapeuttisten ja lääkkeellisten erityisinterventioiden oikein kohdentaminen edellyttää huolellista diagnosointia. Oireet, niiden aiheuttama haitta ja vaikutus toimintakykyyn ovat luokituksesta riippumatta hoidon suunnittelun pohjana (1). Mikään traumatapahtuma ilman siihen liittyviä psyykkisiä oireita ei aiheuta hoidon tarvetta, vaikka kyseinen tapahtuma voikin olla psykososiaalisen tuen piirissä tarjottavan seurannan peruste (2).

Traumaperäisten psyykkisten sairauksien luokittelu muuttuu

ICD-11-tautiluokituksen tarkka käyttöönootaika Suomessa ei ole tiedossa, mutta sen kansainvälisestä käytöstä on jo tutkimustietoa. Traumaperäisten psyykkisten sairauksien luokittelu muuttuu ICD-11:ssä. Akuutti stressireaktio poistuu sairauksien joukosta. Tuhoisaa kokemusta seuraava persoonallisuuden muutos (F62.0) ei ole mukana ICD-11-tautiluokituksessa, ja monimuotoinen traumaperäinen stressihäiriö (complex post-traumatic stress disorder, cPTSD) korvaa sen käsitteenä. Toisaalta

cPTSD ei ole mukana Yhdysvaltojen psykiatriyhdistyksen DSM-5-luokituksessa (3).

PTSD:n ja cPTSD:n kriteerit esitetään **TAULUKOSSA 1**. ICD-10:n ja ICD-11:n mukaan traumaperäisessä stressihäiriössä poikkeuksellisen järkyttävä tapahtuma koetaan jollain tavoin uudelleen nykyhetkessä ja kehittyi tapahtumaan liittyvää välttämiskäyttäytymistä ja ylivireyttä. Yksittäinen traumatapahtuma kuvataan usein tyyppin 1 traumana ja toistuva traumatisoituminen tyyppin 2 kompleksisena traumana.

ICD-11 ei kuvaa ylivireyden vaihtoehtona psykogeenista amnesiaa, kuten ICD-10. Oireisiin voi liittyä voimakasta ahdistusta, jonka erottaa muista ahdistuneisuushäiriöistä anamneesin ja ajallisen yhteyden avulla. cPTSD:ssä esiintyy lisäksi itsesätelyn ongelmia. Näitä ovat ongelmat tunteiden säätelyssä, jatkuva kielteinen minäkäsitys ja vaikeus ylläpitää pysyviä ihmissuhteita (disturbances in self-organization, DSO). Lisäksi cPTSD:n oirekuvan pitää täyttää PTSD:n ydinkriteerit.

Toistuvan traumatisoitumisen lisäksi myös vakavasta yksittäisestä traumatapahtumasta saattaa seurata cPTSD (**TAULUKKO 1**) (4–7). Toistuvat ja pitkäkestoiset traumaattiset kokemukset, etenkin lapsuuden aikana koettu hyväksikäyttö, lisäävät kuitenkin cPTSD:n

TAULUKKO 1. Traumaperäisen stressihäiriön (PTSD) ja monimuotoisen traumaperäisen stressihäiriön (cPTSD) oirekriteerit ICD-11:n mukaan poikkeuksellisen kuormittavan traumatapahtuman tai tapahtumien jälkeen vapaasti suomennettuna ja hieman lyhennettynä¹.

PTSD	cPTSD
	Uudelleenkokeminen nykyhetkessä: hyvin todentuntuisten muistojen, muistikuvien tai takamien kokeminen tai traumaattisiin tapahtumiin liittyvien painajaisten näkeminen toistuvasti
	Välttämiskäyttäytyminen, joka kohdistuu traumaattisista tapahtumista muistuttaviin tilanteisiin sekä ajatuksiin, muistoihin tai asioihin
	Ylivireys jatkuvana ylivalppautena tai ylikorostuneena säikähtämisreaktiona
–	Tunnesäätelyn vaikeudet liiallisina reaktioina vähäisiin kuormitustekijöihin ja vaikeutena rauhoittua tai väkivaltaisena tai tuhoisana käytöksenä tai tunteiden turtumisena
–	Jatkuva negatiivinen minäkäsitys: kokemus siitä, että on arvoton, kukistettu tai epäonnistuja, sekä tähän yhdistyviä laaja-alaisia häpeän tai syyllisyyden kokemuksia, jotka liittyvät traumaattiseen tapahtumaan
–	Ihmissuhdehäiriö, joka ilmenee vaikeutena muodostaa tai pitää yllä pysyviä läheisiä ihmissuhteita. Liittyy vaikeuteen kokea läheisyyttä muiden kanssa tai kokemukseen irrallisuudesta muista.
Oireet aiheuttavat haittaa jollain merkityksellisellä elämänalueella ja kaikki oireet kestävät useita viikkoja	Oireet aiheuttavat haittaa jollain merkityksellisellä elämänalueella, PTSD:n ydinoreet kestävät useita viikkoja ja itsesäätelyn vaikeudet ovat laaja-alaisia ja pitkään jatkuvia

¹Lisätietoa: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

todennäköisyyttä. Verrattuna epävakaaseen persoonallisuushäiriöön cPTSD:tä luonnehtii ailahtelun sijaan vakaampi negatiivinen käsitys itsestä ja ihmissuhteista. Lisäksi impulsiivinen itsetuhoisuus ja vihanpurkaukset saattavat olla harvinaisempia cPTSD:ssä.

Nämä häiriöt eivät kuitenkaan sulje toisiaan diagnostisesti pois, ja samanaikainen diagnoosien käyttö perustuu huolelliseen kliiniseen harkintaan. Dissosiaatio-oireet, esimerkiksi depersonalisaatio tai derealisaatio (kokemus itsen tai ympäristön muuttumisesta epätodelliseksi, unen kaltaiseksi tai vääristyneeksi) traumaoireiden yhteydessä voivat muistuttaa psykoottisia oireita.

Epidemiologissa tutkimuksissa PTSD:n ilmaantuvuus ja esiintyvyys vaihtelevat suuresti. Elämänaikaisen PTSD:n esiintyvyys aikuisilla, jotka ovat altistuneet poikkeuksellisen järkyttävälle tapahtumalle, oli laajassa World Mental Health Survey -tutkimuksen koko aineistossa 3,9 % ja altistuneiden osalta 5,6 % (8). Vastajista 70 % oli kokenut jonkin PTSD:n diagnostisissa kriteereissä tarkoitettua traumaattisen tapahtuman. Toisaalta PTSD:n piste-esiintyvyys on ihmisen aiheuttaman laajan stressitapahtuman jälkeen 30–40 % (9).

PTSD:n kehittymiseen vaikuttavat trau-

maattisen kokemuksen järkyttävyyden lisäksi ympäristötekijöinä esimerkiksi aiemmat muut erityisen rasittavat elämäkokemukset, turvotomaan kiintymyssuhteeseen liittyvät tekijät, sosiaalisten tukea antavien verkostojen puutteellisuus ja taloudellisten resurssien niukkuus (6,7,9). Periytyvyyden merkitys vaihtelee tutkimusten välillä.

Epidemiologisissa tutkimuksissa cPTSD on ollut yhtä yleinen tai yleisempi kuin PTSD (5,7). Osa nyt asetettavista PTSD-diagnooseista muuttuu ICD-11:n myötä cPTSD:iksi. Aikuisten ja varttuneempien nuorten cPTSD:n oireiden tunnistamisessa voidaan käyttää useilla kielillä saatavana olevaa ITQ-kyselylomaketta (10).

cPTSD:n psykoterapeuttinen hoito

cPTSD:n hoito voidaan potilaan oireiden, voimavarojen ja tarpeiden mukaan aloittaa esimerkiksi lyhytpsykoterapeuttisilla interventioilla, toiminnallisilla ryhmillä tai fysioterapeuttisia menetelmiä hyödyntämällä. Nämä yhdistetään tarvittaessa oireenmukaiseen lääkehoitoon tai kun tilanne niin edellyttää, vaativampiin psykoterapeuttisiin interventioihin. Sotatraumatoituneiden osalta voidaan konsultoida Psyko-

TAULUKKO 2. Painajaisten hoito mielikuvaharjoitteluterapialla (image rehearsal therapy, IRT) (40).

Menetelmät	Painajaisten hoito
1. Psykoedukaatio	Potilaalle annetaan tietoa painajaisunista sekä siitä, miten ne vaikuttavat uneen ja kroonistuvat. Huomion kohteena ovat painajaisunet itsessään eikä niitä aiheuttanut trauma.
2. Rauhoittaviin mielikuviin ohjaus	Ohjataan potilasta miellyttävien, rauhoittavien mielikuvien harjoitukseen, jota tulisi tehdä 5–20 min päivittäin.
3. Hallinnan tunteen vahvistaminen	Muokataan potilaan kertomusta itsestään painajaisunista kärsivänä uhrina kertomukseksi aktiivisesta toimijasta.
4. Unisällön muokkaus	Potilas valitsee toistuvan painajaisunensa ja kirjoittaa sen sisällön uusiksi. Häntä neuvotaan muokkaamaan unisältöään siedettävämpään muotoon oman toiveensa mukaisesti sekä käymään läpi muokattua, uutta unitarinaansa päivittäin muutaman minuutin ajan. Valitaan uusi uni muokattavaksi 3–7 päivän kuluttua. Enintään kahta unta muokataan yhtäikaa. Edetään kohti vaikeinta painajaisunta.

traumatologian keskusta (Diakonissalaitos) tai oman alueen psykiatrasta erikoissairaanhoidon. Samat periaatteet, joita käytetään traumaperäisen stressihäiriön hoidossa, soveltuvat myös cPTSD:n ja kompleksisen trauman (tyypin 2 trauma) kokeneiden oireilevien henkilöiden hoitoon. Näitä menetelmiä ovat traumakeskeinen kognitiivinen käyttäytymisterapia, kognitiiviset terapiat, silmänliiketerapia (eye movement desensitization and reprocessing, EMDR eli silmänliikkeillä poisherkestäminen ja uudelleen prosessointi) ja erilaiset altistusterapiat (9).

Manualisoitujen lyhytkestoisten (4–20 tapaamista) psykoterapioiden tapaamiskertojen käyntiajat voivat erityisesti altistushoidoissa olla tavanomaista pidempiä. Myös intensiivisiä altistushoitojaksoja on kehitetty traumaperäisiin oireisiin, mutta niiden toteutus voi vaatia erityisjärjestelyjä (11–13).

Alkuvaiheen hoidon jälkeen pidempi esimerkiksi kuntoutuspsykoterapia soveltuu potilaille, joiden oireita aktiivinen alkuvaiheen hoito ei ole riittävästi lievittänyt ja joiden osalta kuntoutuspsykoterapian muut kriteerit täyttyvät. Joissain tilanteissa pitkä psykoterapia vaativana kuntoutuksena voi myös tulla kyseeseen. Ryhmäkuntoutusta tulisi todennäköisesti käyttää nykyistä aktiivisemmin myös pidemmissä kuntouttavissa hoidoissa.

Vaiheittaisessa traumaoireiden hoitomallissa pyritään ensin vakauttamisvaiheessa lisäämään taitoja, jotka edistävät toimintakykyä arjessa, ja sen jälkeen edetään käsittelemään traumamuistoja. Esimerkiksi kompleksisen trauman hoidossa voi olla ensin vakauttava vaihe, jossa

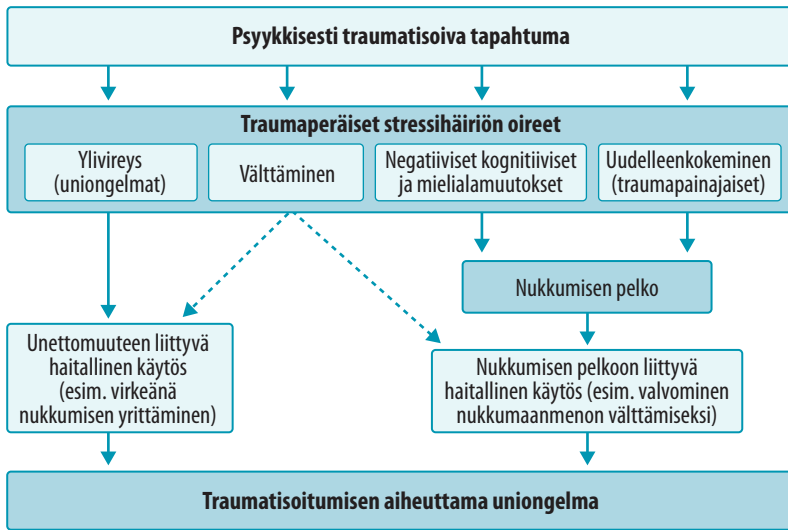
pyritään luomaan turvallinen terapeutin suhde, oppimaan erilaisia vakauttavia taitoja ja valmistaudutaan trauman käsittelyyn. Toisena on käsittelyvaihe, jossa käsitellään traumaattisia muistoja hyödyntämällä altistusta tai muilla keinoilla, ja kolmantena integraatiovaihe, jossa pyritään vahvistamaan pystyvyyden kokemuksia eri elämän alueilla ja vahvistamaan suhteet itseän, läheisiin ja ympäristöön. Vaihtoehtoisesti psykoterapiassa voidaan siirtyä nopeasti trauman käsittelyyn ilman erillistä vakauttamisvaihetta (12–15).

Käytännössä monet vaikuttavista traumakeskeisistä hoitomalleista sisältävät erilaisia modulaarisia osia, joita voidaan toteuttaa vaiheittaisesti tai lomittain potilaan kokonaistilanteen mukaan (16). Sekä vaiheittaiset että vain trauman käsittelyyn keskittyvät hoitomuodot vaikuttavat tehokkailta traumatisoituneiden potilaiden hoidossa (17–18). PTSD ja cPTSD:n ydinoireiden osalta hoidon vaikuttavuutta lisää aktiivinen trauman käsittely osana hoitoprosessia (19,20).

DSO-oireiden hoitoa on tutkittu vähemmän kuin PTSD:n ydinoireita. Nämä oireet on kuitenkin tärkeää käsitellä terapiassa, ja psykoterapiassa myös samanaikaiset muut psyykkiset oireet voivat vaatia huomiota (21–25).

Unen häiriytyminen vaikeaa cPTSD:ssä

Ylivire- ja traumatakaumat kuuluvat sekä PTSD:n että cPTSD:n oireistoon (**TAULUKKO 1**). Unettomuus ja traumojen uudelleen eläminen painajaisten muodossa ovat keskei-



KUVA. Psyykkisen traumatisoitumisen kielteiset vaikutukset uneen (31).

siä PTSD:n oireita (9). Unettomuutta esiintyy suurimmalla osalla PTSD-potilaista, painajaisunia noin puolella, ja molemmat unihäiriöt ennustavat PTSD-oireiden pitkittymistä (25). cPTSD:hen näyttäisi liittyvän vaikeammat unettomuusoireet kuin PTSD:hen. Ylivireys ja itsesäätelyoireista ihmissuhteiden häiriöt ovat yhteydessä unettomuuteen (26).

Traumaattisen tapahtuman jälkeen unettomuus on tavallista välittömänä reaktiona kuormittavaan tilanteeseen ja osana ylivireoireistoa, ja sitä esiintyy myös henkilöillä, joille ei kehity traumaperäistä stressihäiriötä. Painajaisunet voivat ilmestyä välittömästi tai viiveellä. Unihäiriö näyttäisi edeltävän PTSD:n kehittymistä ja olevan osa sen patogeneesia (27). Painajaiset ovat tyypillisimmin vilkeudessa esiintyviä intensiivisiä pelottavia unia, joihin herätään ahdistuneena ja jotka muistetaan heräämisen jälkeen. Traumaperäisissä painajaisissa toistuu traumasäältä tai traumaan liittyviä elementtejä. PTSD:ssä ja cPTSD:ssä painajaiset kroonistuvat sekä voivat jatkua vuosikymmeniä ja aiheuttaa merkittävää kärsimystä (28).

Vilkeudessa aivojen sähköinen toiminta on nopeaa, ja silloin voi esiintyä valveen kaltaista ajattelua sekä hyvin todentuntuisia, kerronnallisia unisisältöjä. Vilkeudesta myös havahdutaan herkemmin ja sen unisisällöt muistetaan

paremmin kuin perusunesta herättäessä (29). Rikkonainen vilkeuni ei täytä tunnesäätelytehtäväänsä. Se ei vaimenna ehdollistuneita pelko-reaktioita eikä sammuta stressivasteen aktivoimaa mantelitulmaketta (27,30).

Vilkeuden aikana aivojen toimintaa hillitsevät unitumakkeet sammuttavat noradrenergisen sinertävän aivotäplän (locus caeruleus), jolloin pelkoa ja stressireaktioita voidaan vaimentaa synapsiyhteyksiä estämällä. Varhain traumatisoituneiden PTSD-potilaiden ja unettomuuspotilaiden locus caeruleus ei sammukaan vilkeudessa vaan voimistaa pelko- ja ahdistusreaktioita. Traumaperäisen stressihäiriön ja uniongelmien yhteyksiä havainnollistetaan KUVASSA.

PTSD-potilaiden unettomuusoireet ovat pitkäkestoisempia kuin muut oireet, ja ne näyttäisivät pitkittävän PTSD:n hoidosta huolimatta, kun taas painajaisunioireet saattavat reagoida paremmin muuhun PTSD:n hoitoon (26). PTSD- ja cPTSD-potilaiden unettomuutta kannattaa hoitaa aktiivisesti, sillä unettomuus heikentää PTSD:n ennustetta ja cPTSD-potilaan tunnesäätelyä sekä estää traumatisoitumiseen liittyvien pelkoreaktioiden ja ahdistuksen vaimenemista (26,27,30). Lisäksi pitkäaikainen unettomuus altistaa muille psykiatrisille häiriöille sekä saattaa johtaa haital-

liseen itselääkintään ja siten riippuvuuksiin (32,33).

Unettomuuden keskeinen ja pitkällä aikavälillä vaikuttavin hoitomuoto on kognitiivinen käyttäytymisterapia. Melatoniinia voidaan käyttää edistämään nukahtamista, ja väsyttäviä masennuslääkkeitä, kuten doksepiinia ja mirtatsapiinia, voidaan käyttää pieninä annoksina unessa pysymisen edistämiseen (34).

Tehokkain traumaperäisten painajaisten lääkkeetön hoitomuoto on mielikuvaharjoitteluterapia (imagery rehearsal therapy, IRT), josta käytetään myös suomennosta luova unityöskentely. Sen toteutus kuvataan lyhyesti **TAULUKOSSA 2** (35,36). Jonkin verran näyttöä on myös desensitisaatio-, rentoutus- ja selko-unimenetelmistä. Traumaperäisten painajaisten lääkehoitona voidaan harkitusti käyttää pratsosiinia (9,37).

cPTSD:n lääkehoito

Masennuslääkkeet, erityisesti sertraliini, paroksetiini ja fluoksetiini, ovat ensisijainen traumaperäisen stressihäiriön lääkehoito (9). Niitä on tutkittu cPTSD:n hoidossa vähemmän kuin PTSD:n.

Psykoosilääkkeiden käytöstä cPTSD:n hoidossa on niukasti tutkimuksia. Viiteen satunnaistettuun lumekontrolloituun tutkimukseen, joissa hoidettavat olivat sotaveteraaneja, perustuvassa systemaattisessa katsauksessa ja meta-analyysissä kompleksisten traumojen hoidosta tutkittiin psykoosilääkkeiden tehoa PTSD:n oireisiin (16). Samat viisi tutkimusta olivat mukana myös toisessa systemaattisessa katsauksessa (20). Neljässä näistä tutkimuksista jo olemassa olleeseen lääkitykseen lisättiin risperidoni, yhdessä olantsapiini. Psykoosilääkkeet vähensivät kohtalaisesti PTSD-oireita, kahdessa tutkimuksessa PTSD:hen liittyviä psykoosioireita sekä yksittäisissä tutkimuksissa myös masennusta, ärtyneisyyttä ja pakkoajatuksia.

Pratsosiinia on käytetty traumaperäistä stressihäiriötä sairastavien potilaiden unihäiriöiden ja painajaisten hoidossa, mutta tutkimusnäyttö on ollut ristiriitaista (9). Systemaattisessa katsauksessa ja meta-analyysissä oli

Ydinasiat

- ▶ ICD-11-tautiluokitus muuttaa traumaperäisten psyykkisten oireiden diagnosointia, kun traumaperäisen stressihäiriön (PTSD) lisäksi kuvataan monimuotoinen traumaperäinen stressihäiriö (cPTSD).
- ▶ Akuutti stressireaktio poistuu sairauskoo- deista.
- ▶ Psykoterapeuttiset interventiot ovat hoidossa keskeisiä, ja unen tukemiseen on syytä kiinnittää huomiota.
- ▶ Masennuslääkkeiden tehosta cPTSD:n hoidossa on niukasti tutkimustietoa.

kolme satunnaistettua lumekontrolloitua tutkimusta, joissa 110:tä sotaveteraania lääkittiin pratsosiinilla (16). Pratsosiiniannos oli melko suuri, aamulla 0–4 mg ja illalla 15 mg, naiset saivat yleensä noin puolta pienemmän annoksen.

Pratsosiini oli hyvin siedetty, eivätkä verenpainemuutokset eronneet lumelääkityksen aiheuttamista. Pratsosiinin todettiin lieventävän kohtalaisesti PTSD-oireita. Lisäksi meta-analyysissä mukana olleissa tutkimuksissa todettiin pratsosiinin parantaneen unenlaatua sekä vähentäneen unihäiriötä ja painajaisia. Nykyisin tehokkain fokusoitu lääkehoito traumapainajaisiin on pratsosiini, jonka vaste välittyy alfa₁-salpauksen kautta. Muita mahdollisia lääkehoidoja ovat muun muassa tratsodoni, klonidiini, trisykliset masennuslääkkeet tai toisen polven psykoosilääkkeet pieninä annoksina (37).

Mielialantasaajat. Tutkimusnäyttöä cPTSD:n tai kompleksisen trauman seurausten hoidosta mielialantasaajilla ei ole (16). cPTSD:n hoidossa voitaneen noudattaa Traumaperäisen stressihäiriön Käypä hoito -suositusta, jossa mielialantasaajia ei niukan näyttönsä ja mahdollisten haittojensa vuoksi suositella ensisijaisiksi hoitovalmisteiksi (9).

Neuromodulaatiohoidoista magneettistimulaatiota (transcranial magnetic stimulation, TMS) on tutkittu etenkin hoidettaessa sotaveteraaneja, joilla on ollut pitkäaikaista PTSD-

oireilua. Magneettistimulaatiolla on saatu lupaavia tuloksia, ja se lievittää ainakin lyhytaikaisesti PTSD-oireita (38–40). Muista neuromodulaatiohoidoista, kuten sähköhoidosta (electroconvulsive therapy, ECT) ja aivojen tasavirtastimulaatiosta (transcranial direct current stimulation, tDCS), ei vielä ole riittävästi tutkimustietoa (9).

TANJA LAUKKALA, dosentti, psykiatrian ja terveydenhuollon erikoislääkäri, vs. osastonylilääkäri
HUS, akuutti- ja konsultaatiopsykiatria

KATINKA TUISKU, dosentti, psykiatrian erikoislääkäri, unilääketieteen erityispätevyys, osastonylilääkäri
Keskitetyt psykiatrian poliklinikat, HUS, akuutti- ja konsultaatiopsykiatria

FERDINAND GAROFF, psykologian väitöskirjatutkija, psykoterapeutti, psykologi, vieraileva tutkija
Traumatераpiakeskus
THL

HENNA HARAVUORI, dosentti, nuorisopsykiatrian erikoislääkäri, vieraileva tutkija, asiantuntijalääkäri
THL, mielenterveystiimi
Kela

PEKKA JYLHÄ, dosentti, psykiatrian erikoislääkäri, linjajohtaja
HUS, akuutti- ja konsultaatiopsykiatria

VASTUUTOIMITTAJA
Jaana Suvisaari

Lopuksi

Jotta erityisinterventioista hyötyvät psyykkisesti eriasteisesti traumatisoituneet potilaat voivat käytännössä myös saada niitä, tarvitaan pitkien psykoterapioiden osaamisen lisäksi selkeitä hoitopolkuja ja koulutusta vaikuttaviin lyhytterapia menetelmiin. ■

SIDONNAISUUDET

Tanja Laukkala: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (FINE, tapaturmasioiden muutoksenhakulautakunta), luottamustoimet (Toimialaverkosto, Itsemurhien ehkäisyverkosto, THL), hankkeet (Käypä hoito, Duodecim), muut sidonnaisuudet (Palveluvalikoimaneuvosto, Kela)

Katinka Tuisku: Apuraha (Työsuojelurahasto), luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Orion, Lundbeck, Työterveyslaitos, Kuntien eläkevakuutus, sosiaali- ja terveysministeriö)

Ferdinand Garoff: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Terveystalo), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Terveystalo), luottamustoimet (Maahanmuuttoviraston mielenterveystyöryhmän jäsen, Maahanmuuttoviraston Lapset puheeksi -hankkeen ohjausryhmän jäsen, Sosiaalipedagogiikan säätöön hallituksen jäsen, Punaisen Ristin federaation tutkimusverkoston ohjausryhmän jäsen, SPR:n psykologien valmiusryhmän johtoryhmän jäsen, Psykologien Sosiaalinen Vastuu ry:n hallituksen puheenjohtaja), hankkeet (TERTTU-hanke, projektipäällikkö, THL)

Henna Haravuori: Luottamustoimet (Suomen Psykiatriyhdistys ry, koulutustoimikunnan jäsen; UEMS-CAP-sektio, Suomen edustaja), hankkeet (STM:n Äkillisten traumaattisten tilanteiden psykososiaalisen tuen kehittämisen työryhmä 2018–2019, Vaikuttavat mielenterveysinterventiot lapsilla ja nuorilla -hanke 2018–2020, Kuopion kaupunki: Jälkihoidon moniammatillinen asiantuntijaverkosto -ohjausryhmä 2019–2020, NEET-nuorten perustason mielenterveyspalvelut -hanke 2021–2022)

Pekka Jylhä: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Orion, Jansen-Cilag)

KIRJALLISUUTTA

1. Korkeila J. Miten psykiatrin tautiluokitus kehittyi? ICD-11 ja DSM-5 vertailussa. *Suom Lääkäril* 2019;74:383–7.
2. Äkillisiin traumaattisiin tilanteisiin liittyvän psykososiaalisen tuen kehittäminen. Työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:46. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4090-1>.
3. Diagnostic and statistical manual, DSM-5. Washington D.C.: American Psychiatric Association 2013.
4. Brewin CR, Cloitre M, Hyland P, ym. A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clin Psychol Rev* 2017;58:1–15.
5. Cloitre M, Hyland P, Bisson JI, ym. ICD-11 posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in the United States: a population-based study. *J Trauma Stress* 2019;32:833–42.
6. Berliner L, Bisson J, Cloitre M, ym. ISTSS Guidelines position paper on complex PTSD in adults. Oakbrook Terrace (IL): International Society for Traumatic Stress Studies 2019. <https://istss.org/clinical-resources/treating-trauma/new-istss-prevention-and-treatment-guidelines>.
7. Karatzias T, Hyland P, Bradley A, ym. Risk factors and comorbidity of ICD-11 PTSD and complex PTSD: findings from a trauma-exposed population based sample of adults in the United Kingdom. *Depress Anxiety* 2019;36:887–94.
8. Koenen KC, Ratanatharathorn A, Ng L, ym. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychol Med* 2017;47:2260–74.
9. Traumaperäinen stressihäiriö. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2020 [päivitetty 9.1.2020]. www.kaypahoito.fi.
10. Cloitre M, Hyland P, Prins A, ym. The international trauma questionnaire (ITQ) measures reliable and clinically significant treatment-related change in PTSD and complex PTSD. *Eur J Psychotraumatol*, julkaistu verkossa 22.6.2021. DOI: 10.1080/20008198.2021.1930961.
11. Philipps A, Silbermann A, Morawa E, ym. Effectiveness of a multimodal, day clinic group-based treatment program for trauma-related disorders: differential therapy outcome for complex PTSD vs. non-complex trauma-related disorders. *Front Psychiatry*, julkaistu verkossa 7.11.2019. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00800.
12. Van Woudenberg C, Voorendonk EM, Bongaerts H, ym. Effectiveness of an intensive treatment programme combining prolonged exposure and eye movement desensitization and reprocessing for severe post-traumatic stress disorder. *Eur J Psychotraumatol*, julkaistu verkossa 10.7.2018. DOI: 10.1080/20008198.2018.1487225.
13. Voorendonk EM, De Jongh A, Rozen-daal L, ym. Trauma-focused treatment outcome for complex PTSD patients: results of an intensive treatment programme. *Eur J Psychotraumatol*, julkaistu verkossa 23.7.2020. DOI: 10.1080/20008198.2020.1783955.

14. De Jongh A, Resick PA, Zoellner LA, ym. Critical analysis of the current treatment guidelines for complex ptsd in adults. *Depress Anxiety* 2016;33:359–69.
15. De Jongh A, Bicanic I, Matthijssen S, ym. The current status of EMDR therapy involving the treatment of complex post-traumatic stress disorder. *J Emdr Pract Res* 2019;13:284–90.
16. Coventry PA, Meader N, Melton H, ym. Psychological and pharmacological interventions for posttraumatic stress disorder and comorbid mental health problems following complex traumatic events: systematic review and component network meta-analysis. *PLoS Med*, julkaistu verkossa 19.8.2020. DOI:10.1371/journal.pmed.1003262.
17. Corrigan J-P, Fitzpatrick M, Hanna D, ym. Evaluating the effectiveness of phase-oriented treatment models for PTSD – a meta-analysis. *Traumatology* 2020;26:447–54.
18. Hoeboer CM, de Kleine RA, Oprel DAC, ym. Does complex PTSD predict or moderate treatment outcomes of three variants of exposure therapy? *J Anxiety Disord*, julkaistu verkossa 22.3.2021. DOI: 10.1016/j.janxdis.2021.102388.
19. Mahoney A, Karatzias T, Hutton P. A systematic review and meta-analysis of group treatments for adults with symptoms associated with complex post-traumatic stress disorder. *J Affect Disord* 2019;243:305–21.
20. Melton H, Meader N, Dale H, ym. Interventions for adults with a history of complex traumatic events: the INCITE mixed-methods systematic review. *Health Technol Assess* 2020;24:1–312.
21. Mills KL, Teesson M, Back SE, ym. Integrated exposure-based therapy for co-occurring posttraumatic stress disorder and substance dependence: a randomized controlled trial. *JAMA* 2012;308:690–9.
22. Karatzias T, Murphy P, Cloitre M, ym. Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2019;49:1761–75.
23. Karatzias T, Cloitre M. Treating adults with complex posttraumatic stress disorder using a modular approach to treatment: rationale, evidence, and directions for future research. *J Trauma Stress* 2019;32:870–6.
24. Fyvie C, Easton P, Moreton G, ym. The Rivers Centre in Scotland: an attachment-based service model for people with complex posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 2019;32:864–9.
25. Pigeon WR, Campbell CE, Possemato O, ym. Longitudinal relationships of insomnia, nightmares, and PTSD severity in recent combat veterans. *J Psychosom Res* 2013;75:546–50.
26. Grossman ES, Hoffman YASG, Shrira A, ym. Preliminary evidence linking complex-PTSD to insomnia in a sample of Yazidi genocide survivors. *Psychiatry Res* 2019;271:161–6.
27. Sinha SS. Trauma-induced insomnia: a novel model for trauma and sleep research. *Sleep Med Rev* 2016;25:74–83.
28. Sandman N. Painajaiset – psyykkinen yleisoire. *Duodecim* 2019;135:2073–8.
29. Tuisku K, Sandman N, Partinen M, ym. Dreaming and parasomnias – a case with severe parasomnia overlap disorder and its treatment. *Psychiatria Fennica* 2020;51:92–107.
30. Wassing R, Lakkila-Kamal O, Ramautar JR, ym. Restless REM sleep impedes overnight amygdala adaptation. *Curr Biol* 2019;29:2351–8.
31. Werner GG, Riemann D, Ehring T. Fear of sleep and trauma-induced insomnia: a review and conceptual model. *Sleep Med Rev*, julkaistu verkossa 8.9.2020. DOI: 10.1016/j.smrv.2020.101383.
32. Hertenstein E, Feige B, Gmeiner T, ym. Insomnia as a predictor of mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev* 2019;43:96–105.
33. Partonen T, Tuisku K, Nikolakaros G, ym. Mistä unettomuushäiriössä on kyse? *Duodecim* 2020;136:2470–7.
34. Partinen M, Tuisku K, Raaska K, ym. Unettomuushäiriön nykyhoito – uni-lääkkeitä vai lääkettä? *Duodecim* 2020;136:2361–70.
35. Üçel DE, van Emmerik AAP, Souama C, ym. Comparative efficacy of imagery rehearsal therapy and prazosin in the treatment of trauma-related nightmares in adults: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep Med Rev*, julkaistu verkossa 28.11.2019. DOI: 10.1016/j.smrv.2019.101248.
36. Casement MD, Swanson LM. A meta-analysis of imagery rehearsal for post-trauma nightmares: Effects on nightmare frequency, sleep quality and posttraumatic stress. *Clin Psychol Rev* 2012;32:566–74.
37. Arnulf I. Nightmares and dream disturbances. Kirjassa: Kryger M, Roth T, Dement WC, toim. Principles and practices of sleep medicine. Philadelphia: Saunders 2017.
38. Cirillo P, Gold AK, Nardi AE, ym. Transcranial magnetic stimulation in anxiety and trauma-related disorders: a systematic review and meta-analysis. *Brain Behav*, julkaistu verkossa 7.5.2019. DOI:10.1002/brb3.1284.
39. Philip N, Barredo J, Aiken E, ym. Theta-burst transcranial magnetic stimulation for posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 2019;176:939–
40. Avidan AY, Zee PC. Handbook of sleep medicine. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2011.