

Tanja Laukkala, Sami Pirkola ja Pekka Jylhä

Traumatapahtumille altistuminen ei ole sairaus – hoidetun traumaperäisen stressihäiriön (PTSD) ennuste on hyvä

Elämän epävarmuuden ja epäoikeudenmukaisuuden sietäminen on vaikeaa. Lähes kaikessa lääkärin työssä kohdataan ihmisiä, jotka ovat kokeneet äkillisiä, mielen ”rikkovia” ja mielen sietokyvyn ylittäviä poikkeuksellisia traumatapahtumia. Suurin osa ihmisistä selviytyy läheisten tuella poikkeuksellisen järkyttävistä kokemuksista, joihin liittyy tyyppisesti äkillinen ja yllättävä hengenvaaran uhka. Alkuvaiheen hyvä fyysisten vammojen tutkiminen ja hoito tukee myös psyykkistä toipumista. Traumatapahtuman jälkeen psyykkistä toipumista tuetaan sosiaali- ja kriisipäivystysten kautta, joista saa käytännön apua ja maksutonta keskustelutukea myös päivystysaikaan (1,2). Psykososiaalinen tuki on lakisääteistä toimintaa (1). Psykososiaalista tukea tulee tarjota aktiivisesti ja selkeästi, järkyttynyt ihminen ei välttämättä muista suullisia ohjeita. Sosiaali- ja kriisipäivystysten koordinoivaa roolia ja tukitoimien prosessia on järjestelmällisesti kehitetty viime vuosina (2).

Terveystieteiden tutkimuskeskus vastaa fyysisen vammautumisen vuoksi sairaalahoidossa olevien psykososiaalisesta tuesta yleensä yleissairaallapsykiatrisen konsultaatiotoiminnan kautta. Seksuaaliväkivaltatilanteissa SERI-keskus tutkii yli 16-vuotiaat ja järjestää psyykkistä tukea, kolmannella sektorilla toimii myös useita muita erityyppisten traumatapahtumien jälkitukeen suuntautuneita yhteistyötahoja. Jos traumape-

räiset psyykkiset oireet pitkittyvät, niitä hoidetaan vaikeusasteen mukaan kaikilla terveydenhuollon tasoilla.

Seurannan järjestämisen ohella normaalielämään paluun tukeminen on alkuvaiheessa viisasta. Psykiatrinen hoito suunnitellaan oi-

reiden, ei altistavan traumatapahtuman mukaan (3). Hoitojen oikea-aikaisuutta joudutaan joskus arvioimaan ja intensiivisyyttä muokkaamaan suhteessa muihin psyykkisiin samanaikaissairauksiin, sillä samanaikaissairastavuus on PTSD:n yhteydessä yleistä.

Väestötasolla poikkeuksellisia traumatapahtumia kokeneista

25–30 %:lle kehittyy nopeasti, kuukausien kuluessa PTSD. Sen elämänaikainen esiintyvyys on 5,6 % (3). PTSD:n ydinoireita ovat uudelleenkokeminen, välttäminen ja ylivireys. Suurin osa sairastuneista toipuu kokonaan, noin kolmannes ensikuukausina ja toinen kolmannes muutamassa vuodessa. Yksi kolmasosa tarvitsee pidempiä hoitoja ja kuntoutusta (3). Hoidolla voidaan tehostaa toipumista sekä vähentää kärsimystä ja sairaudesta aiheutuvia kuluja. PTSD:n aiheuttamat kulut vuonna 2022 Yhdysvalloissa on arvioitu noin 20 000 dollariksi potilasta kohden ja 19 000–26 000 dollariksi sotilastehtävissä (4). PTSD:tä hoidetaan sekä psykoterapeuttisilla että lääkehoidoilla tai niiden yhdistelmällä, yleensä psykoterapeuttiset hoidot ovat tehokkaimpia (3).

Jos PTSD on kehittynyt, psykoterapeuttinen hoito kannattaa toteuttaa riittävän intensiivise-

Traumaperäisen stressihäiriön hoidon paradigma on muuttunut aktiivisemmän, nopeammin saatavan ja tiiviimmän hoidon suuntaan.

nä ja altistusta sisältävänä. Altistusta sisältävä nettiterapia ja altistusta sisältävä lyhytpsykoterapia, esimerkiksi pitkitettyä altistusta sisältävä traumafokusoitu kognitiivinen käyttäytymisterapia, sekä silmänliiketerapia (EMDR) ovat jo melko hyvin saatavilla olevia tehokkaita hoitoja. EMDR on myös arvioitu kustannusvaikuttavaksi (3,5,6). Altistushoitoja annetaan hyvin tiiviisti jo monissa Euroopan maissa. Liikunta sopii osaksi hoidon kokonaisuutta. Se lievittää hyvin ylivireyttä, ahdistunutta oloa ja uniongelmia (3). Lääkkeistä serotoniinin takaisinoton estäjät ovat ensisijaisia. Uutta on yhdistelmävalmisteiden, kuten sertraliinin ja brekspipratsolin yhdistelmän käyttö ensilinjan hoitona (7). MDMA-psykoterapia ei ole toistaiseksi lunastanut lupauksiaan, erityisesti koska pitkäaikaiset seurantatutkimukset puuttuvat (8).

ICD-11-tautiluokitus ei sisällä akuuttia stressireaktiota sairautena, vaan siitä on tulossa terveyspalvelujen käytön syy työuupumus-käsitettä vastaavasti. ICD-11-tautiluokituksessa traumaperäisen stressihäiriön ydinoireita ovat edelleen uudelleenkokeminen, välttäminen ja ylivireys. Uutena ICD-11-tautiluokituksessa on monimuotoinen, kompleksinen traumaperäinen stressihäiriö, cPTSD. Siinä PTSD:n ydinoireiden lisäksi esiintyvät vaikeus hallita tunteita, negatiivinen käsitys itsestä ja vaikeus muodostaa pysyviä ihmissuhteita (Janne Vuononvirta ym. tässä numerossa). Sotakokemusten aiheuttamasta PTSD:stä toivutaan ryhmätasolla hitaammin (Tero Levola ja Tanja Laukkala tässä numerossa). Vaativaa psykiatriasta erotusdiagnoosiikkaa on psykoosioireiden ja dissosiativisten oireiden tutkominen, ja nämä oireet voivat myös esiintyä samanaikaisesti (Henna Haravuori ym. tässä numerossa). Päihdeongelma PTSD:n yhteydessä voi kehittyä esimerkiksi ylivireysoireiden itsehoitoyrityksestä (Jonna Levola ym. tässä numerossa).

Neuromodulaatiohoitojen alueella sarjamagneettistimulaatio (rTMS) ja ketamiini vaatisivat lisätutkimuksia (9–11), ja psykofyysisen fysioterapian osaa hoitokokonaisuudessa on myös tarpeen selkeyttää.

HUS:n psykiatria on vuonna 2024 avannut Suomen ensimmäisen julkisen sektorin trau-

mopsykiatrian yksikön, jonka tehtävänä on traumaperäisen stressihäiriön hoidon koordinoiminen ja kehittäminen. Samalla on koottu aiempaa kehittämistyötä yhteiseen verkostoon psykiatrian alalla. Yksikkö tutkii ja hoitaa myös erityisammattiryhmiä, kuten kriisinhallinta-tehtävissä olleita. Ukrainassa vapaaehtoisina taistelleita voidaan tutkia erikoissairaanhoidon valinnanvapauden puitteissa (12).

Traumaperäisten häiriöiden hoidon osamista on tärkeä lisätä kaikilla terveydenhuollon tasoilla. Vaativan erityisosaamisen tarjoaminen sekä tertiarisissa palveluissa että konsultaatioiden ja koulutuksen kautta jalkauttamalla voi olla laajemminkin hyödynnettävä toimintamalli. Traumaperäisen stressihäiriön hoidon paradigma on muuttunut aktiivisemmän, nopeammin saatavan ja tiiviimmän hoidon suuntaan. ■



TANJA LAUKKALA, ylilääkäri
Traumapsykiatrian vastaanotto, HUS
psykiatria ja Helsingin yliopisto

SAMI PIRKOLA, sosiaalipsykiatrian professori
Tampereen yliopisto

PEKKA JYLHÄ, linjaohjaja, ylilääkäri
Mielialahäiriöiden ja yleispsykiatrian linja, HUS psykiatria ja Helsingin yliopisto

TEEMAN ERIKOISTOIMITTAJAT
Henna Haravuori, Tanja Laukkala ja Jaana Suvisaari

SIDONNAISUUDET

Tanja Laukkala: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (FINE, Tapaturma-asioiden muutoksenhakulautakunta, LIIPO, Suomen Psykiatriyhdistys, Suomen psykotraumayhdistys, Suomen neuropsykoterapiayhdistys ry), luottamustoimet (Kuntoutuksen erityispätevyystoimikunnan psykiatrijäsen, THL:n Itsemurhien ehkäisyverkoston jäsen, Suomen psykiatriyhdistyksen traumapsykiatrian jaoksen puheenjohtaja), hankkeet (Käypä hoito)

Sami Pirkola: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Oy Lundbeck Ab, Addiktum koulutus Oy), luottamustoimet (Kansallisen mielenterveysstrategian seurannan ohjausryhmä)

Pekka Jylhä: Luottamustoimet (HUS:n edustaja Valtiokonttorin sotilastapaturma-asiain neuvottelukunnassa)

KIRJALLISUUTTA

1. Henriksson M, Laukkala T. Traumaattisten tilanteiden jälkeinen psykososiaalinen tuki on moniammatillista yhteistyötä. *Duodecim* 2010;126:2643–4.
2. Äkillisiin traumaattisiin tilanteisiin liittyvän psykososiaalisen tuen kehittäminen Työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:46. Helsinki: STM 2019.
3. Traumaperäinen stressihäiriö. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2025 [viitattu 14.4.2025]. www.kaypahoito.fi.
4. Davis LL, Schein J, Cloutier M, ym. The economic burden of posttraumatic stress disorder in the United States from a societal perspective. *J Clin Psychiatry* 2022;83:21m14116.
5. Mavranzezouli I, Megnin-Viggars O, Grey N, ym. Cost-effectiveness of psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults. *PLoS One* 2020;15:e0232245.
6. Milligan T, Smolenski D, Lara-Ruiz J, ym. Loss of PTSD diagnosis in response to evidence-based treatments: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2025;82:718–27.
7. Davis LL, Behl S, Lee D, ym. Brexpiprazole and sertraline combination treatment in posttraumatic stress disorder: a phase 3 randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2025;82:218–27.
8. Elsilä L, Korpi ER. MDMA-avusteinen psykoterapia vastatuudessa. *Suom Lääkäril* 2025;80:e42975.
9. Philip NS. Transcranial magnetic stimulation in Ukraine. *JAMA Psychiatry* 2025;82:551–2.
10. Feder A, Costi S, Rutter SB, ym. A randomized controlled trial of repeated ketamine administration for chronic post-traumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 2021;178:193–202.
11. Feder A, Brown O, Rutter SB, ym. Combining ketamine infusions and written exposure therapy for chronic PTSD: an open-label trial. *J Clin Psychiatry* 2025;86:24m15622.
12. Traumapsykiatrian läheteohje. Helsinki: HUS 2025. www.hus.fi/ammattilaiselle/ammattilaisten-palvelut-ja-ohjeet/traumapsykiatrian-laheteohje.