

Janne Vuononvirta, Jan Nyberg, Kenny Köysti, Karri Budde ja Mia Huolman

Mitä tiedetään monimuotoisen traumaperäisen stressihäiriön hoidosta?

Monimuotoinen traumaperäinen stressihäiriö (cPTSD) kehittyy tyypillisesti vakavien, toistuvien tai pitkittyneiden traumatapahtumien seurauksena. Häiriön hoitoa koskeva tutkimusnäyttö on toistaiseksi rajallista, mutta alustavasti tehokkaita hoitomuotoja ovat pitkitetyn altistuksen terapia (PE), silmänliiketerapia (EMDR) ja strukturoidut vaiheistetut hoitomallit. Samoja menetelmiä voidaan soveltaa myös lasten ja pakolaisina tai turvapaikanhakijoina maahan tulleiden hoitoon, tarvittaessa yksilöllisesti mukautettuna. Traumamuistojen terapeuttinen käsittely lienee hoidon onnistumisen kannalta oleellista. Ei tiedetä, missä määrin oireyhtymään liittyviä minän jäsentymisen häiriöön liittyviä oireita tulisi hoitaa erikseen. Hoidossa on totutusti suositeltu kolmivaiheista mallia (vakauttaminen, traumatyöskentely, integraatio), mutta tutkimusnäyttö ei tue sen paremmuutta yksivaiheiseen lähestymistapaan verrattuna. Dissosiaatio on yleinen ilmiö cPTSD:n yhteydessä, mutta vakavakaan dissosiaatio ei estä hoitoa.

CD-11-tautiluokituksen suomenkielistä käännöstä valmistellaan, ja se on tarkoitus ottaa käyttöön lähivuosina (1). Päivitetty tautiluokitus tuo mukanaan uuden diagnosiin: monimuotoinen traumaperäinen stressihäiriö (complex post-traumatic stress disorder, cPTSD). Se on tavanomaista tyyppin 1 traumaperäistä stressihäiriötä (PTSD) laaja-alaisempi oireyhtymä, jonka kehittyminen edellyttää altistumista joko toistuville traumatapahtumille tai pitkittyneelle tai vakavuudeltaan poikkeukselliselle traumatapahtumalle. Näitä ovat esimerkiksi kidutuksen, kansanmurhan tai muun järjestäytyneen väkivallan uhriksi joutuminen taikka altistuminen pitkäkestoiselle perheväkivallalle tai toistuvalla fyysisellä tai seksuaalisella väkivallalla.

cPTSD:n ydinoireet ovat samat kuin PTSD:n: traumatapahtuman uudelleen kokeminen mieleen tunkeutuvina takaumina tai painajaisina, jatkuva kokemus suurentuneesta uhasta nykyhetkessä, mikä voi ilmetä esimerkiksi ylivireystilana tai voimistuneena säpsähdysreaktiona yllättäviin ärsykkeisiin kuten odottamattomiin ääniin (cPTSD:ssä säpsähdysreaktio voi olla myös heikentynyt), ja traumasta muistuttavien tekijöiden välttely.

cPTSD:ssä nämä oireet saattavat olla voimakkaampia kuin PTSD:ssä.

Näiden ydinoireiden lisäksi cPTSD:hen liittyy minän jäsentymisen häiriö, johon kuuluu kolme oireulottuvuutta: tunteiden säätelyn vaikeudet, kielteinen minäkuva ja vaikeudet sosiaalisissa suhteissa. Minän jäsentymisen häiriön olemassaolo erottelee PTSD:n ja cPTSD:n, jonka diagnosoimiseksi oireiden tulee kestää vähintään useita viikkoja ja heikentää toimintakykyä merkittävästi (2). Aikakauskirjassa vuonna 2022 julkaistussa katsausartikkelissa tarkasteltiin cPTSD:n diagnostisia kriteereitä, erotusdiagnostiikkaa, psykoterapeuttista hoitoa ja lääkehoitoa (3). Tässä artikkelissa päivitämme tietoja ja painotamme psykoterapeuttista hoitoa, joka on cPTSD:n ensisijainen hoitomuoto.

Esiintyvyys

cPTSD:n esiintyvyyttä ei tarkalleen tunneta. Suomessa esiintyvyyttä ei ole tutkittu. Eri tutkimuksissa vaihteluvälit ovat olleet suuria muun muassa tutkittavan väestön erilaisen traumatapahtumille altistumisen mukaan. Yleisväestössä esiintyvyys lapsilla ja aikuisilla on itsear-

Ydinasiat

- ▶ Monimuotoinen traumaperäinen stressihäiriö (cPTSD) on tavanomaista traumaperäistä stressihäiriötä (PTSD) laajempi oirekokonaisuus, johon liittyy klassisten traumaoireiden lisäksi vaikeuksia tunteidensäätelyssä, minäkuvassa ja sosiaalisissa suhteissa.
- ▶ Psykoterapeuttinen hoito on ensisijaista.
- ▶ PTSD:n hoitoon käytetyt terapeuttiset menetelmät ovat hyödyllisiä myös cPTSD:n hoidossa, mutta hoito on pitkäkestoisempi.
- ▶ Yksilöllinen oirekuvan arviointi ja hoidon suunnittelu on keskeistä.

vioiduissa oirekyselyissä ollut 0,5–14 % (4,5). Lasten ja nuorten osalta cPTSD:n todennäköisyyttä PTSD:hen verrattuna lisäävät muun muassa seksuaaliväkivaltakokemukset, kiusaamiskokemukset, yksinäisyys ja vähäinen sosiaalinen tuki (6–9).

Pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden joukossa cPTSD:n esiintyvyys on vaihdellut huomattavasti, 2 %:sta jopa 86 %:iin (10). Hiljattain tehdyssä tutkimuksessa cPTSD:n esiintyvyys Tanskaan paenneiden ukrainalaisten joukossa oli 13,5 % lähes 7 000 henkilön otoksessa (11). Pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden osalta esiintyvyyden vaihtelua selittää se, kuinka paljon tutkitussa ryhmässä on ollut pitkittyneitä ja toistuvia traumatapahtumia sekä useita maahanmuuton jälkeisiä haasteita kokeneita (10).

Psykiatrinen oheissairastavuus ja erotusdiagnoosi

Samanaikainen psykiatrinen ja somaattinen oheissairastavuus on tavallista cPTSD-potilailla (12). Valtaosa potilaista kärsii myös mieliala-, ahdistus- ja päihdehäiriöistä (12). Myös uni-
häiriöt ovat hyvin tavallisia. Ryhmässä cPTSD-potilaita, jotka olivat joutuneet terroristien kaappaamiksi, uni-
häiriöiden esiintyvyys oli jopa 95 % (13). Epävakaan persoonallisuuden erottaminen cPTSD:stä voi olla vaikeaa, eivätkä ne sulje pois toisiaan.

Tuoreessa brittitutkimuksessa, jossa tutkittiin perustason ja erikoissairaanhoidon psykiatrisissa yksiköissä hoidettuja potilaita, joilla epäiltiin persoonallisuushäiriötä, jopa 50 %:lla potilaista arvioitiin olevan molemmat häiriöt samanaikaisesti (14). Oirekuvassa on myös eroja. cPTSD:hen ei tavallisesti liity itsetuhoisuutta, ja tunne-elämää leimaa paremminkin pelokkuus kuin ailahtelevuus (9). Minäkuva on jatkuvasti kielteinen mutta stabiili, ja ihmissuhteita on vaikeaa muodostaa ja ylläpitää pelon ja turvattomuuden vuoksi.

Elämänaikaiset ja ajankohtaiset kuormittavat tekijät myötävaikuttavat lukuisten psykiatristen häiriöiden kehittymiseen ja puhkeamiseen (15). Kliinikon haasteena on tunnistaa ero traumataustan ja ajankohtaisten traumaoireiden välillä. cPTSD-diagnoosi edellyttää, että kaikki oirekriteerit täyttyvät. Erotusdiagnoosiin vaatii riittävästi tietoa potilaan elämäntapahtumista ja ajankohtaisista oireista, ja tämän tiedon kerääminen vie joskus aikaa. Esimerkiksi masennuspotilas saattaa murehtia kokemiaan menneisyyden kuormittavia kokemuksia ilman, että niihin liittyy tapahtumien uudelleen kokemista kuten PTSD:ssä (2).

cPTSD:tä sivuaa myös joukko käsitteitä, jotka saattavat sekoittaa kliinikkoa. cPTSD ei ole sama asia kuin niin sanottu kiintymyssuhdetrauma tai lapsuuden kehityksellinen trauma, vaikkakin turvattomilla kiintymyssuhteilla on merkitystä monien psykiatristen häiriöiden psykopatologiassa (16). cPTSD:n tunnistamisessa ja diagnosoinnissa käytettäviä kyselylomakkeita ja klinisiä haastatteluja esitellään **TAULUKOSSA 1**.

cPTSD:n hoito

Aikuisten psykoterapeuttinen hoito. cPTSD:n psykoterapeuttinen hoito on kehittynyt tutkimusalue. Tutkittuja terapeuttisia hoitomalleja on koottu **TAULUKKOON 2**. Suurin osa tutkimustiedosta koskee potilaita, joilla ei ole ollut kliinisellä haastattelulla varmennettua cPTSD-diagnoosia. Tutkittavat ovat yleensä kokeneet toistuvia traumatapahtumia, eritoten lapsuutensa aikana, ja kärsivät monimuotoisesta psykiatrisesta oirekuvasta, mukaan lukien

TAULUKKO 1. Monimuotoisen traumaperäisen stressihäiriöön kehitetyt strukturoidut kliiniset haastattelut ja oiremittarit (14,17,40–42).

Kohderyhmä	Arviointimenetelmät	Kuvaus
Aikuiset	International Trauma Questionnaire (ITQ)	PTSD:n ja cPTSD:n seulontaan ja tunnistamiseen kehitetty oiremittari
	International Trauma Interview (ITI)	Strukturoitu kliininen haastattelu, jolla tunnistetaan ICD-11-tautiluokituksen mukaiset PTSD- ja cPTSD-oireet
	Complex PTSD Item Set additional to the CAPS (COPISAC)	DSM-5-luokitukseen perustuvan CAPS-5-haastattelun (Clinician Administered PTSD Scale for DSM-5) lisäosa, jolla arvioidaan minuuden jäsentymisen häiriötä
Lapset ja nuoret	Child and Adolescent Trauma Screening (CATS-2)	Lasten ja nuorten traumaattisten kokemusten ja oireiden arviointiin
	International Trauma Questionnaire – Child and Adolescent Version (ITQ-CA)	Lasten ja nuorten versio ITQ-kyselystä
	Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS-pl)	Puolistrukturoitu kliininen haastattelu lasten ja nuorten psykiatristen häiriöiden arviointiin
	Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 – Child/Adolescent Version (CAPS-CA-5)	Kliininen haastattelu, jolla arvioidaan lasten ja nuorten PTSD-oireita DSM-5-luokituksen mukaisesti

PTSD:n ydinoireista (9,17). Näiden potilaiden kannalta tavanomaiset PTSD:n hoidot, siis traumafokusoidut kognitiiviset käyttäytymisterapiat (TF-KKT, PE ja CPT), EMDR ja pakolaisten osalta luultavasti myös narratiivinen altistusterapia (NET), näyttävät tehokkailta, joskin PTSD:n hoitoon verrattuna tarvittaneen enemmän hoitokertoja (9,17).

Ammattilaisjärjestöjen suositukset ovat pitkään tukeneet cPTSD:n kolmivaiheista hoito-mallia, jossa altistushoitoa edeltää vakauttavan hoidon vaihe ja näitä seuraa integroitumisen vaihe (18). Vaihemaalilla on kritisoitu näytön puutteesta ja siitä, että se voi viivästyttää hoidos-oleellista altistamista (19). Mallin kannattajat ovat todenneet vakautuksen joillekin, esimerkiksi dissosioiville potilaille, tarpeelliseksi, jotta he voivat sietää altistavaa hoitoa ja hyötyä siitä (18). On huomautettu, että myös traumafokusoidut hoidot sisältävät vakauttavia elementtejä eikä hoitomallien ero olisikaan kliinisessä työs-sä välttämättä järin suuri (20). Strukturoituja vaihemallin hoitoja on kehitetty, muun muassa SNT ja dialektisen käyttäytymisterapian sovel-lus DKT-PTSD (TAULUKKO 2) (9).

Satunnaistetuissa vertailututkimuksissa on pyritty selvittämään hoitomuotojen mahdol-lisia tehoeroja ja vaihemallien tehokkuutta. Norjalaisessa 92 henkilön tutkimuksessa PE oli vaihemallia edustavaa SNT:tä tehokkaam-pi hoitomuoto (21). Yllättäen ryhmämuotoi-

nen pelkkä vakauttavan vaiheen STAIR-hoito oli samaten SNT:tä tehokkaampi, joskaan ei aivan yhtä tehokas kuin PE. Pienessä, vajaan 50 henkilön tutkimuksessa Alankomaista kah-den vaihemallin SNT:n ja STAIR + EMDR:n välille ei löydetty merkittävää tehoeroa (22). Molemmissa hoitomalleissa tunnesäätelyoireet lievittyivät merkittävästi vasta altistusvaiheessa.

Toisessa hollantilaisessa tutkimuksessa (n = 149) PE, tiiviimmin ja lyhyemmässä ajassa toteutettu intensiivi-PE sekä vakauttava hoito yhdistettynä pitkitettyyn altistukseen (STAIR+PE) olivat yhtä tehokkaita hoitoja (23). Intensiivi-PE-ryhmässä oireet väheni-vät nopeimmin. STAIR + PE ei ollut vuoden seurannassa muita hoitoja tehokkaampi tun-nesäätelyn, itsetunnon tai sosiaalisten suhteiden ongelmien vähentämisessä. Samaa popu-laatiota tutkittaessa cPTSD:hen yhdistyivät vaikeammat PTSD-oireet ja suurempi ko-morbiditeetti kuin PTSD:ssä, mutta cPTSD ei ennustanut tai moderoinut hoitovasteen suuruutta (24).

Hollantilaisessa vajaan sadan henkilön tutkimuksessa STAIR + EMDR:n ja pelkän EMDR:n välillä ei ollut tehoeroa (25). Saksa-laistutkimuksessa, jossa naisilla (n = 193) oli lapsuuden kaltoinkohteluun liittyvä PTSD ja merkittävä määrä tunne-elämän epävakauden piirteitä, sekä DKT-PTSD että kognitiivinen prosessointiterapia (CPT) olivat tehokkaita

TAULUKKO 2. Yleisimmät vertailevissa tutkimuksissa käytetyt cPTSD:n terapeutiset hoitomallit (27,32,43,44).

Psykotterapia	Sisältö lyhyesti kuvattuna
Traumafokusoidut hoidot	
Pitkitetty altistus (prolonged exposure, PE)	Manualisoitu terapia, johon sisältyy psykoedukaatiota, hengitysharjoituksia, mielikuva- ja in vivo -altistamista sekä harjoitusten herättämien ajatusten ja tunteiden käsittelyä.
Kognitiivinen prosessointiterapia (cognitive processing therapy, CPT)	Manualisoitu kognitiivisen käyttäytymisterapian sovellus, jossa keskitytään työstämään traumakokemuksen aiheuttamia ydinuskomuksia, jotka liittyvät esimerkiksi turvallisuuteen, luottamukseen, kontrolliin, itsetuntoon, syllisyyteen, häpeään ja läheisyyteen. Yleensä traumamuistoille myös altistetaan kirjoittamalla traumatapahtumasta ja lukemalla kirjoitus ääneen.
Traumafokusoitu kognitiivinen käyttäytymisterapia (TF-KKT)	Kognitiivisen käyttäytymisterapian yleisiä periaatteita, mm. psykoedukaatiota ja trauma-muistoon liittyvien tulkintojen tutkimista hyödyntävä terapia, johon on yhdistetty narratiivista, mielikuva- tai in vivo -altistusta. Myös välttämisen ja turvakäyttäytymiseen pyritään puuttumaan.
Silmänliiketerapia (eye movement desensitization and reprocessing, EMDR)	Manualisoitu terapia, jossa altistetaan traumamuistoille ja samanaikaisesti kuormitetaan työmuistia edellyttämällä bilateraalaisia silmänliikkeitä tai kehon taputtelua. EMDR:ään sisältyvät poishermostamisen, kognitiivisen uudelleenstruktuuroinnin ja traumaan yhdistyvien kehontuntumusten työstämisen vaiheet.
Narratiivinen altistusterapia (narrative exposure therapy, NET)	Manualisoitu PE:n ja TF-KKT:n sovellus, jossa keskitytään henkilön elämäntarinan sekä traumaattisiin että hyviin tapahtumiin. Sisältää altistamista. Tavoitteena on eheän elämäntarinan ja identiteetin rakentuminen.
Vaihemallin hoidot	
Taitoharjoittelu tunnesäätelyn ja ihmissuhteiden ongelmiin sekä narratiivinen terapia (skills training in affective and interpersonal regulation, STAIR, and narrative therapy, NT. STAIR + NT = SNT)	SNT on kognitiivisen käyttäytymisterapian muoto, jossa keskitytään ihmissuhteisiin ja kiintymyssuhteisiin traumamuistoille altistamisen lisäksi. Sen perusmalliin sisältyy 16 käyntiä. Ensimmäisessä vaiheessa työstetään tunnesäätelyä ja ongelmallisia ihmissuhteita (taitoharjoittelu). Toisessa vaiheessa edetään trauma-altistamiseen, jossa potilas kertoo traumakokemuksistaan yksityiskohtaisesti. Taitoharjoitteluun ja trauma-altistamiseen käytettävien käyntien määrä räätälöidään yksilöllisesti tapausjäsenyyksen ja terapian etenemisen perusteella.
Dialektinen käyttäytymisterapia PTSD:n hoidossa, DKT-PTSD (dialectical behavioural therapy for PTSD, DBT-PTSD)	Kyseessä on 7 eri vaihetta sisältävä, DKT:n perusperiaatteita ja trauma-altistamista yhdistävä hoitomalli vaikeista tunnesäätelyn ongelmista ja (c)PTSD:stä kärsiville potilaille. Lisäksi hoitomallissa on menetelmiä myötätuntesäätelyä ja hyväksymisen ja omistautumisterapiasta. Hoito voidaan toteuttaa asasto-olosuhteissa 12 viikon tai avohoidossa noin vuoden kestoisena.
Muut hoidot	
Korjaava mielikuvatyöskentely (imagery rescripting, ImRs)	Menetelmää testataan ensin neutraaliin kokemukseen. Traumakokemuksen (usein lapsuudessa tapahtunut) työstäminen aloitetaan niin, että potilas kuvittelee tilanteen alusta lähtien mahdollisimman elävästi silmät kiinni. Kun selkeä traumaan liittyvä tunnereaktio viriää, potilas ohjataan tulemaan mielikuvaan mukaan aikuisena todistaakseen, mitä tapahtuu ja puuttuakseen tilanteeseen siten, että mielikuvan lapselle tulee turvallinen ja hyvä olo. Työskentelyn keskiössä on turvallisuuden ja mahdollisten muiden tärkeiden tarpeiden ilmaisu ja näihin tarpeisiin vastaaminen.

cPTSD:n hoitoja, ja näistä tutkijoiden kehittämä DKT-pohjainen hoito näytti hieman tehokkaammalta (26). Pienessä hollantilaistutkimuksessa korjaava mielikuvatyöskentely näytti yhtä tehokkaalta yksin kuin yhdistettynä sitä edeltävään STAIR-hoitoon (27).

Näyttää siis siltä, että vaiheistetut hoitomallit ovat tehokkaita mutteivät parempia kuin traumafokusoidut cPTSD:n hoidot. Tutkimuksista pois jääneiden määrissä ei ole ollut merkittäviä eroa hoitomallien välillä. Kliinissä työssä vakauttavan työskentelyn tarve

tulee arvioida yksilöllisesti osana potilaan hoidon suunnittelua niin, että muun muassa persoonallisuushäiriö, dissosiaatio, päihteiden käyttö ja itsetuhoisuus huomioidaan. Monimuotoisen oirekuvan vuoksi hoito-ote voi olla joustava ja eri terapiamenetelmiä tai -suuntauksia integroiva (28). Terapeuttiseen yhteistyösuhteeseen on syytä panostaa: on tärkeää pitää yllä yhteistä näkemystä hoidon tavoitteista ja hoidossa käytettävistä menetelmistä sekä pyrkiä luomaan lämmin ja turvallinen tunneside.

TAULUKKO 3. Tyypilliset dissosiaatio-oireet PTSD:ssä.

Oirekuva	Määritelmä
Hetkellinen voimakas takama	Reaktio, jossa henkilö kokee tai toimii kuin traumaattinen tilanne tapahtuisi nykyhetkessä (menettäen osittain tai täydellisesti tiedostuksen ympäristöstään). Oire voi ilmetä myös aistiharhana.
Depersonalisaatio	Itsen ja oman kokemusmaailman kokeminen etäisenä tai vieraana.
Derealisaatio	Ympäristön todellisuuden kokeminen epätodellisenä tai vääristyneenä.
Dissosiatiiivinen muistinmenetys	Kyvyttömyys palauttaa mieleen asioita, kuten tärkeitä tapahtumia, ajanjaksoja tai henkilökohtaista tietoa, mikä ei selity heikolla muistilla.

Lasten ja nuorten cPTSD:n hoitoon soveltuvia hoitomuotoja ovat TF-KKT, CPT, KID-NET, PE-A ja EMDR (**TAULUKKO 2**) (14,17). Hoidon tuloksellisuutta arvioivaa tutkimusta on kuitenkin tehty vasta vähän.

Kahden vuoden seurantatutkimuksessa selvitettiin 12–16-vuotiaiden liettualaisten cPTSD:stä toipumista sekä oireiden pitkittymiseen vaikuttavia tekijöitä (29). Tutkimukseen osallistuneista 54 % oli kahden vuoden kuluttua toipunut, 10 % täytti PTSD:n kriteerit ja 36 %:lla oli pitkittynyt cPTSD. Pitkittyneen cPTSD:n riskiä lisäsivät lähtötilanteen suuremmat vaikeudet minäkäsityksessä, tunteidensäätelyssä ja ihmissuhteissa, uusille traumatisoitaville ja muutoin kuormittaville elämäkokemuksille altistuminen seurannan aikana, heikko sosiaalinen verkosto, vähäinen sosiaalinen tuki, yksinäisyys sekä pitkäkestoinen somaattinen oireilu (29).

Pakolaisille ja turvapaikanhakijoille tehokkaita cPTSD:n hoitomuotoja ovat alustavan näytön mukaan TF-KKT, EMDR ja NET (30). Pakolaistaustaisten potilaiden hoitoa saatetaan arastella muun muassa tulkin tarpeen ja potilasta lähtömaassa traumatisoineiden tapahtumien, esimerkiksi sodan, jatkumisen vuoksi. Kokemuksemme mukaan kotimaan tilanteesta aiheutuva kuormitus tai tulkkivälitteinen asiointi ei kuitenkaan estä psykiatrisesta hoidosta hyötymistä. Turvapaikanhakijan elämäntilanteen vakauteen ja ennustettavuuteen tulee kiinnittää huomiota hoidon suunnittelussa.

Dissosiaatio cPTSD:ssä

PTSD- ja cPTSD-potilailla on usein dissosiaatio-oireita ja dissosiaatiohäiriöitä, mikä liittyyne jättuihin etiologioihin, esimerkiksi lapsuuden traumakokemuksiin (14). Samaan

aikaan dissosiaatio saattaa olla lapsuuden traumakokemusten ja cPTSD-oireiden välittävä tekijä (31). Dissosiaatio-oireiden esiintyvyys on PTSD-potilailla 12–44 % ja cPTSD-potilailla 29–77 % (31,32).

Traumaperäisessä dissosiaatiossa yksilö suojautuu liian uhkaavilta tai kuormittavilta psyykkisiltä kokemuksilta. PTSD:hen liittyy myös dissosiaatio-oireita, joita esitetään **TAULUKKOSSA 3**. PTSD-ydinoireena hetkellisiä voimakkaita takamia pidetään dissosiatiiivisinä (33), ja häiriöön usein liittyy depersonalisaatio, derealisaatio tai dissosiatiiivisen muistinmenetyksen oireita. Traumamuistuttajien kohtaamisen ajatellaan aiheuttavan dissosioiville yksilöille tunteiden ylisäätelyä, tunteiden turtumista, tunnepohjaisen oppimisen ongelmia sekä rajoittunutta pääsyä pelkoa aktivoiviin traumamuistoihin (32,34,35).

Dissosiaatiota on pidetty traumafokusoidun altistushoidon vasta-aiheena, sillä sen on oletettu heikentävän hoidon tehokkuutta ja lisäävän jättäytymistä hoidosta, jossa pelkojärjestelmän aktivoiminen on keskeistä (34). Vaihtoehtoksi on suositeltu vakauttamista ja säätelytaitojen vahvistamista (erityisesti viireystilan säätely), kuten kolmivaiheisessa mallissa suositetaan (19).

Viimeaikainen tutkimusnäyttö viittaa kuitenkin siihen, että dissosiaatio-oireilu voi olla huomattavasti vähemmän haitallista altistushoidossa kuin on oletettu. Vaikka PTSD:tä koskevassa katsauksessa joissakin tutkimuksissa dissosiaatio-oireet heikensivät hoidon tehoa, toisissa ei havaittu niiden yhteyttä hoidon tehoon, haittoihin tai hoidon keskeyttämiseen (32). Lisäksi meta-analyyseissä ei havaittu dissosiaatio-oireiden vaikuttavan PTSD:n hoidon tuloksellisuuteen (34), ja systemoidussa katsauksessa dissosiaatio-oireet vähenivät PTSD:n hoidon myötä eikä haittoja todettu (33).

Tuoreessa satunnaistetussa vertailututkimuksessa todettiin, että dissosiaatio-oireet heikensivät lapsuudessaan kaltoinkohtelua kokeneiden naisten hoidon (DKT-PTSD tai CPT) tehokkuutta, mutta dissosiaatio-oireiden väheneminen hoidon alussa ennusti toisaalta merkittävämpää kokonaishyötymistä, eikä kummankaan hoidoista todettu aiheuttavan haittaa (35). Dissosiaatio-oireet eivät siis näyttäyty vasta-aiheena traumafokusoidulle hoidolle (19).

Dissosiaatio-oireita tulee kuitenkin seuloa ja huomioida kliinisessä hoitotyössä, erityisesti jos potilaalla on lapsuuden traumakokemuksia ja mahdollisia cPTSD-oireita (31). Mikäli dissosiaatio-oireet hankaloittavat altistusta, voidaan käyttää apuvälineitä ja tekniikoita parantamaan läsnäoloa nykyhetkessä, esimerkiksi esineitä (muun muassa tasapainolautaa, stressipallo), aistikokemuksia, silmien jatkuvaa auki pitämistä, terapeutin puhetta tai narratiivin käyttöä mielikuvien sijaan (36).

Pidempikestoisten dissosiativisten tilojen yhteydessä suositellaan etsittävän dissosiaatio-oireita laukaisevat tekijät arjessa ja harjoitellaan tekniikoiden käyttöä esioireiden ilmaantuessa. Lisäksi on alustavaa näyttöä ryhmämuotoisesta dissosiaatioon keskittyneestä kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta, jossa dissosiaation väheneminen liitettiin tunnesäätelyn parantumiseen, negatiivisten uskomusten vähenemiseen ja tietoisien läsnäolon lisääntymiseen (37). Altistushoidon tukena voidaan käyttää myös muita terapeutisia tukikeinoja, kuten tietoista läsnäoloa ja taitoharjoittelua (35).

Voimakkaiden dissosiaatio-oireiden osalta on olennaista sulkea pois muu etiologia, esimerkiksi uni-, päihde-, neurologinen tai psykoottinen häiriö. Potilaan kohtaamisessa on tärkeää pysyä itse rauhallisena. Potilaan tietoisien läsnäolevuuden tueksi voidaan käyttää aistimaadoitus- ja orientaatiotekniikoita (esimerkiksi pyytää kuvailemaan eri aistein havaintoja huoneesta, pyytää kertomaan oma nimi, ikä, aika, paikka jne.). Kohtaamisessa uuden potilaan kanssa on hyvä validoida dissosiativisten oireiden aitoutta mutta myös antaa psykoedukaatiota psyykkisen ja henkisen stressin vaiku-

tuksesta kehoon ja siitä, ettei dissosioiminen ole merkki vaarasta (38).

Lopuksi

Varhaiset traumakokemukset ja kaltoinkohtelu voivat toisaalta vaikuttaa yksilön tavanomaiseen psykososiaaliseen kehitykseen, jolloin myönteistä ja eheää minäkuvaa ei välttämättä rakennu ja tunnesäätely- ja sosiaalisien taitoihin jää merkittäviä puutteita. Persoonallisuushäiriöiden vaikutuksesta cPTSD:n hoitoon onkin vain vähän tutkimustietoa. PTSD:n hoidon osalta samanaikainen persoonallisuushäiriö näyttää pienentävän hoitovastetta verrattuna potilaisiin, joilla ei ole persoonallisuushäiriötä, joskin hoito on silti tehokasta (39). Yksilöllinen oirekuvan arviointi ja hoidon suunnittelu on siis cPTSD:n osalta ensiarvoisen tärkeää.

Vaikka ymmärrys cPTSD:stä on vielä rajallista, vaikuttaa siltä, että PTSD:n hoitoon käytettävät terapeutitiset menetelmät toimivat myös cPTSD:n hoidossa. Traumamuistojen käsittely on keskeistä useimmissa vaikuttaviksi havaitussa terapeuttisissa menetelmissä. Lienee mahdollista, että mieleen tunkeutuvien traumamuistojen ja niihin liittyvien haitallisten ydinuskomusten jäsentyminen ja lievittyminen itsessään alkaa lievittää myös minän jäsentymisen häiriötä: toimintakyvyn kohentuessa ihminen voi saada enemmän korjaavia kokemuksia itsestään ja muista. ■

JANNE VUONONVIRTA, LL, psykiatrian erikoislääkäri, psykoterapeutti, apulaisylilääkäri
HUS Psykiatria, Tikkurilan mielialahäiriövastaanotto ja traumapsykiatrian vastaanotto

JAN NYBERG, LL, psykiatrian erikoislääkäri, psykoterapeutti, osastonlääkäri
HUS Psykiatria, konsultaatiiovastaanotto ja traumapsykiatrian vastaanotto
Yksityisvastaanotto, PlusTerveys Tunne Psykiatriakeskus

KENNY KÖYSTI, PsM, kliinisen mielenterveyspsykologian erikoispsykologi
HUS Psykiatriakeskuksen osasto P9 ja traumapsykiatrian vastaanotto

KARRI BUDDE, PsM, psykologi
HUS Psykiatria, traumapsykiatrian vastaanotto sekä digitaaliset ja psykososiaaliset hoidot

MIA HUOLMAN, PsM, lasten ja nuorten erikoispsykologi, kliinisen mielenterveyspsykologian erikoispsykologi
HUS Barnahus -hanke

KIRJALLISUUTTA

1. ICD-11-käyttöönottohanke. Helsinki: THL 2024. <https://thl.fi/tutkimus-jakehittaminen/tutkimukset-jahankkeet/icd-11-kayttoonottohanke>.
2. ICD-11 for mortality and morbidity statistics. Geneva: World Health Organization 2025. <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#585833559>.
3. Laukkala T, Tuisku K, Garoff F, ym. Monimuotoinen traumaperäinen stressihäiriö – muuttuvat käsitteet ja vaikutus hoitoon. *Duodecim* 2022;138:903–9.
4. Maercker A, Hecker T, Augsburger M, ym. ICD-11 prevalence rates of posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in a German nationwide sample. *J Nerv Ment Dis* 2018;206:270–6.
5. Frewen P, Zhu J, Lanius R. Lifetime traumatic stressors and adverse childhood experiences uniquely predict concurrent PTSD, complex PTSD, and dissociative subtype of PTSD symptoms whereas recent adult non-traumatic stressors do not: results from an online survey study. *Eur J Psychotraumatol* 2019;10:1606625.
6. Kazlauskas E, Jovarauskaite L, Abe K, ym. Trauma exposure and factors associated with ICD-11 PTSD and complex PTSD in adolescence: a cross-cultural study in Japan and Lithuania. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2022;31:e49.
7. Ferrajão P, Frias F, Elkliit A. Exploring independent and cumulative effects of adverse childhood experiences on PTSD and CPTSD: a study in Ugandan Adolescents. *Children* 2024;11:517.
8. Lofthouse K, Beeson E, Dalglish T, ym. Characteristics of complex posttraumatic stress disorder (PTSD) in young people with PTSD following multiple trauma exposure. *J Child Psychol Psychiatry* 2024;65:822–31.
9. Maercker A, Cloitre M, Bachem R, ym. Complex post-traumatic stress disorder. *Lancet* 2022;400:60–72.
10. Mellor R, Werner A, Moussa B, ym. Prevalence, predictors and associations of complex post-traumatic stress disorder with common mental disorders in refugees and forcibly displaced populations: a systematic review. *Eur J Psychotraumatol* 2021;12:1863579.
11. Karatzias T, Shevlin M, Ben-Ezra M, ym. War exposure, posttraumatic stress disorder, and complex posttraumatic stress disorder among parents living in Ukraine during the Russian war. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2023;147:276–85.
12. 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.
13. Grossman ES, Hoffman YSG, Shira A, ym. Preliminary evidence linking complex-PTSD to insomnia in a sample of Yazidi genocide survivors. *Psychiatry Res* 2019;271:161–6.
14. McBride S, Goulden N, Barnicot K, ym. Mental health and personality functioning of people with probable personality disorder who have coexisting complex post traumatic stress disorder. *Personal Ment Health* 2025;19:e70010.
15. Danielsdóttir HB, Aspelund T, Shen Q, ym. Adverse childhood experiences and adult mental health outcomes. *JAMA Psychiatry* 2024;81:586–94.
16. Mikulincer M, Shaver PR. An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry* 2012;11:11–5.
17. Mijaljić G, Bäärnhielm S, Theunis E, ym. Utredning, handläggning och behandling av PTSD och CPTSD. *Läkartidningen* 2024;121:1–7.
18. Hyland P, Shevlin M, Brewin CR. The memory and identity theory of ICD-11 complex posttraumatic stress disorder. *Psychol Rev* 2023;130:1044–65.
19. 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.
20. Dyer KFW, Corrigan JP. Psychological treatments for complex PTSD: a commentary on the clinical and empirical impasse dividing unimodal and phase-oriented therapy positions. *Psychol Trauma* 2021;13:869–76.
21. Sele P, Hoffart A, Cloitre M, ym. Comparing phase-based treatment, prolonged exposure, and skills-training for complex posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *J Anxiety Disord* 2023;100:102786.
22. Wigard I, Meyerbröcker K, Ehrling T, ym. Skills training followed by either EMDR or narrative therapy for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse: a randomized controlled trial. *Eur J Psychotraumatol* 2024;15:2332104.
23. Wigard I, Meyerbröcker K, Ehrling T, ym. Skills training followed by either EMDR or narrative therapy for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse: a randomized controlled trial. *Eur J Psychotraumatol* 2024;15:2332104.
24. 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* 2021;80:102388.
25. van Vliet N, Huntjens RJC, van Dijk MK, ym. Phase-based treatment versus immediate trauma-focused treatment for post-traumatic stress disorder due to childhood abuse: randomised clinical trial. *BJPsych Open* 2021;7:E211.
26. Bohus M, Kleindienst N, Hahn C, ym. Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder (DBT-PTSD) compared with cognitive processing therapy (CPT) in complex presentations of PTSD in women survivors of childhood abuse: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2020;77:1235–45.
27. Raabe S, Ehrling T, Marquenie L, ym. Imagery rescripting as a stand-alone treatment for posttraumatic stress disorder related to childhood abuse: a randomized controlled trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2022;77:101769.
28. Horesh D, Lahav Y. When one tool is not enough: an integrative psychotherapeutic approach to treating complex PTSD. *J Clin Psychol* 2024;80:1689–97.
29. Kazlauskas E, Kairiye A, Zelviene P. Complex posttraumatic stress disorder in adolescence: a two-year follow-up study. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2024;29:466–78.
30. Niemeyer H, Lorbeer N, Mohr J, ym. Evidence-based individual psychotherapy for complex posttraumatic stress disorder and at-risk groups for complex traumatization: a meta-review. *J Affect Disord* 2022;299:610–9.
31. Fung HW, Chien WT, Lam SKK, ym. The relationship between dissociation and complex post-traumatic stress disorder: a scoping review. *Trauma Violence Abuse* 2023;24:2966–82.
32. Burbach L, Brémault-Phillips S, Nijdam MJ, ym. Treatment of posttraumatic stress disorder: a state-of-the-art review. *Curr Neuropsychopharmacol* 2024;22:557–635.
33. Atchley R, Bedford C. Dissociative symptoms in posttraumatic stress disorder: a systematic review. *J Trauma Dissociation* 2020;22:69–88.
34. Hoeboer CM, de Kleine RA, Molendijk ML, ym. Impact of dissociation on the effectiveness of psychotherapy for posttraumatic stress disorder: meta-analysis. *BJPsych Open* 2020;6:e53.
35. Kleindienst N, Steil R, Priebe K, ym. Is dissociation predicting the efficacy of psychological therapies for PTSD? Results from a randomized controlled trial comparing dialectical behavior therapy for PTSD (DBT-PTSD) and cognitive processing therapy (CPT). *Psychol Med* 2025;55:e59.
36. Murray H, Grey N, Warnock-Parkes E, ym. Ten misconceptions about trauma-focused CBT for PTSD. *Cogn Behav Therap* 2022;15:1754470x22000307.
37. Vancappel A, Chavigny C, Chami L, ym. Group dissociation-focused cognitive behavioral therapy (DF-CBT) in patients suffering from a dissociative subtype of PTSD: an exploratory study. *J Trauma Dissociation* 2025;26:99–114.
38. Kedare JS, Baliga SP, Kadiani AM. Clinical practice guidelines for assessment and management of dissociative disorders presenting as psychiatric emergencies. *Indian J Psychiatry* 2023;65:186–95.
39. Snoek A, Nederstigt J, Ciharova M, ym. Impact of comorbid personality disorders on psychotherapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol* 2021;12:1929753.
40. 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* 2021;12:1930961.
41. Roberts N, Cloitre M, Bisson J, ym. STAIR Trauma Interview (ITI) for ICD-11 PTSD and Complex PTSD 2019.
42. Lechner-Meichner F, Steil R. A clinician rating to diagnose CPTSD according to ICD-11 and to evaluate CPTSD symptom severity: complex PTSD item set additional to the CAPS(COPISAC). *Eur J Psychotraumatol* 2021;12:1891726.
43. Cloitre M, Lovelund AA, Jackson C, ym. STAIR Narrative Therapy for complex posttraumatic stress disorder: Treating sexual and gender minority trauma. *J Clin Psychol* 2024;80:836–54.
44. Bohus M, Schmahl C, Fydrich T, ym. A research programme to evaluate DBT-PTSD, a modular treatment approach for Complex PTSD after childhood abuse. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 2019;6:7.

TEEMAN ERIKOISTOIMITTAJAT

Henna Haravuori, Tanja Laukkala ja Jaana Suvisaari

SIDONNAISUUDET

Janne Vuononvirta: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Hedco Oy)

Jan Nyberg: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Helsingin kaupunki, OYS Psykiatria), luottamustoimet (Psykiatriyhdistyksen eettisen neuvoston sihteeri ja transkulttuurisen jaoksen jäsen), muut sidonnaisuudet (Otsuka/Lundbeck: majoituskorvaus)

Kenny Köysti: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Hogrefe Psykologien Kustannus, Helsingin yliopisto, Etelä-Savon hyvinvointialue, Helsingin kaupungin SOTEPE)

Karri Budde: Ei sidonnaisuuksia

Mia Huolman: Apuraha (Helsingin Diakonissalaitoksen säätiö sr, Suomen Punainen Risti), luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Suomen Traumaterapiakeskus), luottamustoimet (Suomen Psykologiliitto: Yhteiskunta- ja yhdenvertaisuusjaoksen jäsen, kriisi- ja traumapsykologian ammatillisen työryhmän jäsen, liittovaltuutettu; ESTSS (European society for traumatic stress studies): future international leadership group -jäsen; Suomen Psykotraumayhdistys: hallituksen jäsen; Kanta-Hämeen psykologiyhdistys: hallituksen jäsen; Kliinisen mielenterveyspsykologian erikoispsykologit ry:n hallituksen jäsen)