

**NARRATIIVINEN ALTISTUSTERAPIA LASTEN JA NUORTEN TRAUMAPERÄISEN
STRESSIHÄIRIÖN HOIDOSSA: ONKO DISSOSIAATIO-OIREILULLA MERKITYSTÄ
HOIDON VAIKUTTAVUUTEEN?**

Eero Saarikoski
Psykologian pro gradu -tutkielma
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Tampereen Yliopisto
Kesäkuu 2018

SAARIKOSKI, EERO: Narratiivinen altistusterapia lasten ja nuorten traumaperäisen stressihäiriön hoidossa: Onko dissosiaatio-oireilulla merkitystä hoidon vaikuttavuuteen?

Pro gradu -tutkielma, 34s

Ohjaaja: Kirsi Peltonen

Psykologia

Kesäkuu 2018

Traumaperäisen stressihäiriön eli PTSD:n hoidossa parhaita tuloksia on saatu aikaan altistamiseen pohjautuvilla terapioilla. Narratiivinen altistusterapia on kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjautuva traumaterapian muoto. Sitä on tutkittu traumaperäisen stressihäiriön hoidossa lähinnä aikuisilla ja lasten ja nuorten traumojen hoidossa siitä on olemassa vasta alustavaa näyttöä. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, onko narratiivisen altistusterapian ja tavanomaisen hoidon vaikuttavuudessa eroa useita traumaattisia tapahtumia kokeneiden lasten ja nuorten traumaoireiden hoidossa. Traumaperäiseen stressihäiriöön liittyy usein myös muuta vakavaa oireilua kuten dissosiaatiota ja sen on havaittu heikentävän joidenkin hoitojen vaikuttavuutta. Tästä syystä tutkimuksessa tarkasteltiin myös muuttaako dissosiaatio-oireilu traumahoidon vaikuttavuutta.

Tutkimus oli osa laajempaa pitkittäistutkimusta, joka toteutettiin vuosina 2015-2018 kliinisenä monikeskustutkimuksena. Mukana oli yksiköitä Tampereelta, Turusta ja Helsingistä. Tutkittavat olivat vakavasti traumatisoituneita 9-17-vuotiaita lapsia ja nuoria ja aineisto kerättiin osana heidän traumahoitoaan. Tutkimus oli satunnaistettu kontrolloitu tutkimus (randomized controlled trial, RCT), jossa verrataan narratiivista altistusterapiaa sekä tavanomaista hoitoa kolmen kuukauden ajalla. PTSD-oireiden määrää kartoitettiin itsearviona The Children's Impact of Event Scale -oirekyselyllä hoidon alussa sekä välittömästi hoidon jälkeen. Dissosiaatio-oireideita arvioitiin lasten ja nuorten vanhemmilta tai omahoitajalta niiden arviointiin tarkoitettulla Child dissociative checklist -kyselyllä hoidon alussa.

Narratiivisen altistusterapian ja tavanomaisen hoidon vaikuttavuutta tutkittiin toistomittausten varianssianalyysillä. Dissosiaation vaikutusta hoitoon tutkittiin Hayesin Process-mallilla. Tulokset osoittivat, että narratiivinen altistusterapia sekä tavanomainen hoito olivat yhtä vaikuttavia hoitomuotoja traumaoireiden lieventämisessä. Lisäksi tulokset osoittivat, että dissosiaatio ei heikennä narratiivisen altistusterapian tai tavanomaisen hoidon vaikuttavuutta. Tämän perustella dissosiaatio ei näytä olevan este narratiiviselle altistusterapialle eikä tavanomaiselle hoidolle.

Sisällysluettelo

1. JOHDANTO	1
1.1. TRAUMAPERÄINEN STRESSIHÄIRIÖ.....	2
1.2. TRAUMAMUISTOT	3
1.3. DISSOSIAATIO.....	4
1.4. DISSOSIAATIO TRAUMAN HOIDOSSA	5
1.5. NARRATIIVINEN ALTISTUSTERAPIA	7
1.6. TRAUMATISOITUNEIDEN LASTEN JA NUORTEN HOITO SUOMESSA	8
1.7. TUTKIMUSKYSYMYKSET JA HYPOTEESEIT	8
2. MENETELMÄT	9
2.1. TUTKITTAVAT JA TUTKIMUKSEN ETENEMINEN.....	9
2.2. MITTARIT JA MUUTTUJAT	11
2.3. ANALYYSIT.....	13
3. TULOKSET	14
3.1. INTERVENTION VAIKUTUS.....	15
3.2. MODERAATIOVAIKUTUS	17
4. POHDINTA	19
4.1. TUTKIMUSTULOKSET JA AIEMPI TUTKIMUS.....	19
4.2. TUTKIMUKSEN MERKITTÄVYYS	21
4.3. RAJOITUKSET JA JATKOTUTKIMUSTARPEET.....	22
4.4. NARRATIIVINEN ALTISTUSTERAPIA KÄYTÄNNÖSSÄ.....	23
5. JOHTOPÄÄTÖKSET	23
LÄHTEET	24

1. JOHDANTO

Uusimpien kansainvälisten tutkimusten mukaan jopa 70% ihmisistä kokee traumaattisen tapahtuman elämänsä aikana (Benjet ym., 2016). Traumaattiset tapahtumat voidaan jakaa kahteen tyyppiin. Ensimmäisen tyypin trauma tarkoittaa hetkellistä henkeä uhkaavaa tapahtumaa, joka on yllättävä ja odottamaton (Terr, 1991). Ensimmäisen tyypin traumalle on tyypillistä voimakas virittyminen, avuttomuuden kokemukset ja normaalien selviytymiskeinojen toimimattomuus. Toisen tyypin traumalla eli kompleksilla traumalla tarkoitetaan toistuvaa henkeä uhkaavaa ulkoista tapahtumaa (Terr, 1991). Sille tyypillistä on uuden traumaattisen tapahtuman odottaminen sekä pitkän aikavälin reaktiot näihin tapahtumiin. Näitä voi olla esimerkiksi dissosiaatio, tunteiden latistuminen, taantuminen tai aggressio. Toisen tyypin trauma kuvastaa siis vakavampaa traumatisoitumisen muotoa, jolloin sen seuraukset voivat olla ensimmäisen tyypin traumaa vakavampia.

Kaikki eivät oireile traumaattisen tapahtuman seurauksena, mutta osalla oireet voivat haitata päivittäistä elämää. Lasten kohdalla traumaattisten kokemusten merkitys voi korostua, sillä lasten ymmärrys ja selviytymiskeinot ovat vielä kehittymässä (Terr, 1991). Traumaattiset kokemukset ja niistä aiheutuva stressi lapsuusaikana voivat haitata aivojen kehittymistä ja altistaa erilaisille psyykkisille häiriöille kuten traumaperäiselle stressihäiriölle (Famularo, Kinscherff, & Fenton, 1992; Heim & Nemeroff, 2001; Teicher, Anderson, & Polcari, 2012; Nanni, Uher, & Danese, 2012). Traumaperäiseen stressihäiriöön on kehitetty vaikuttavia hoitomuotoja ja tällaisilla hoitomuodoilla tarkoitetaan traumaperäisen stressihäiriön oireiden lieventämistä.

Traumaperäisen stressihäiriön hoidossa vaikuttavimmiksi hoitomuodoiksi ovat osoittautuneet traumaattiselle tapahtumalle altistamiseen pohjautuvat hoitomuodot (Keane & Kaloupek, 1982; Schnurr, 2017; National Institute of Mental Health, 2018; World Health Organization, 2013). Narratiivinen altistusterapia on yksi altistamiseen perustuva traumaperäisen stressihäiriön hoitomuoto. Narratiivista altistusterapiaa on tutkittu pääasiassa aikuisilla, mutta lasten ja nuorten kohdalla tutkimusta on tehty vasta vähän (ks. katsaus Robjant & Fazel, 2010). Tässä tutkimuksessa tarkoituksena on selvittää, onko narratiivisen altistusterapian ja tavanomaisen hoidon vaikuttavuudessa eroa kompleksista traumasta kärsivien lasten ja nuorten traumaoireiden lieventämisessä. Lisäksi tutkimuksessa selvitetään muuttaako dissosiaatio-oireilu hoidon vaikuttavuutta.

1.1. Traumaperäinen stressihäiriö

Traumaperäinen stressihäiriö (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD) voi seurata sekä 1-tyyppin traumasta, että kompleksista 2-tyyppin traumatisoitumisesta. Trauman jälkeen PTSD kriteerit täyttävää oireilua on arveltu esiintyvän 10-40%:lla trauman kokeneista lapsista (Alisic ym. 2014; Fazel, Wheeler & Danesh 2005; Margolin & Vickerman, 2007). PTSD:n diagnoosikriteereitä ovat DSM-5 järjestelmän mukaan vakava terveyteen kohdistuva haitta tai haitan uhka, traumaattisen tapahtuman uudelleenkokeminen, traumaan liittyvien asioiden välttely, negatiiviset tunnetilat trauman jälkeen ja traumaattiseen tapahtumaan liittyvä virittyminen (American Psychiatric Association, 2013). Diagnoosikriteerien täyttymiseksi oireilun tulee kestää ainakin kuukauden. PTSD:hen liittyy ainakin yksi trauma, mutta monesti traumaattiset tapahtumat kasautuvat (Green ym. 2000) ja traumaattisen tapahtuman kokeneista monilla kyse on useammasta kuin yhdestä traumaattisesta tapahtumasta (Kessler, 2000).

Kasautuvien traumaattisten kokemusten merkitystä voidaan tarkastella haavoittuvuus-stressimallin avulla. Malli pyrkii selittämään PTSD:n kehittymistä altistavien tekijöiden sekä akuuttien stressitekijöiden kautta (McKeever & Huff, 2003). Aiemmat traumaattiset tapahtumat voidaan nähdä haavoittuvuus-stressimallin mukaan altistavina tekijöinä sekä uudet traumaattiset tapahtumat sen hetkisenä akuuttina stressitekijänä. Tästä seuraa, että kasautuvat traumaattiset tapahtumat kasvattavat lapsen ja nuoren riskiä PTSD-oireisiin lisäämällä haavoittuvuustekijöiden määrää. Kasautuvat traumaattiset kokemukset onkin yhdistetty tutkimuksissa lisääntyneeseen PTSD:n riskiin elämän aikana (Catani, Jacob, Schauer, Kohila & Neuner, 2008; Kolassa ym., 2010).

Kasautuvat traumaattiset kokemukset on liitetty PTSD:n lisäksi dissosiaatioon, PTSD:n heikompaan spontaaniin toipumiseen, toimintakyvyn heikentymiseen sekä masennusoireiden ja fyysisten ongelmien lisääntymiseen (Briere, Dietrich & Semple, 2016; Kolassa ym., 2010; Schauer & Elbert, 2010). PTSD:n oireet voidaan jakaa neljään kategoriaan: välttämiskäyttäytyminen, virittyminen, negatiiviset tunnetilat ja takaumat. Välttämiskäyttäytyminen tarkoittaa traumaan liittyvien vihjeiden tai ajatusten välttämistä. Virittyneisyydellä viitataan keskittymis- ja nukkumisvaikeuksiin sekä reaktiiviseen ja aggressiiviseen käytökseen. Negatiiviset tunnetilat tarkoittavat positiivisten asioiden ja kiinnostuksen vähentymistä sekä yleistä negatiivista mielialaa ja käsitystä itsestä.

Yksi merkittävimmistä PTSD:n oireista ovat takaumat, joiden aikana henkilö menettää käsityksen sen hetkisen muiston kontekstisidonnaisuudesta (Schauer, Neuner & Elbert, 2011). Tällaisessa tilanteessa henkilö palaa mielikuvissaan takaisin traumaattiseen tilanteeseen olematta täysin tietoinen siitä, että kyseessä on muisto aikaisemmista kokemuksista. Lisäksi henkilö voi tuntea

voimakkaita aistikokemuksia trauman ajalta, mutta kokemuksen sanoittaminen ei onnistu. Takaumien aikaista kokemusta on selitetty traumamuistojen erilaisella jäsentymisellä verrattuna muihin itselle keskeisiin muistoihin (Brewin, 2001; Brewin, Dalgleish, & Joseph, 1996; Ehlers & Clark, 2000).

1.2. Traumamuistot

Traumamuistojen ja muiden itselle keskeisten muistojen välisiä suhteita voidaan tarkastella muun muassa deklaratiiivisen ja nondeklaratiiivisen muistijärjestelmän avulla. Deklaratiiivinen muisti sisältää tietoisesti saatavilla olevia muistoja ja liittyy elämäkerralliseen, autobiografiseen muistiin, jota voidaan kutsua myös kylmäksi muistiksi (cold memory). Nondeklaratiiivinen muisti sisältää muistoja, jotka eivät ole tietoisesti saatavilla. Nondeklaratiiivisiin muistoihin kuuluu myös sensorinen muisti, jota voidaan kutsua kuumaksi muistiksi (hot memory). Näiden kahden muistijärjestelmän toimintaa pyritään selittämään PTSD:tä kuvaavissa teorioissa.

Kaksoisrepresentaatioteoria (Dual Representation Theory) mukaan muistot tallentuvat PTSD:ssä kahteen muistisysteemiin: verbaaliseen (VAM) tai tilannekohtaiseen (SAM) (Brewin, Dalgleish, & Joseph, 1996). Verbaalisten muistojen (VAM) ajatellaan kuuluvan autobiografiseen muistiin ja niiden avulla ihminen voi luoda elämästään kertomusta sekä liittää muistot aikaan ja paikkaan. Tilannekohtaiset muistot (SAM) sen sijaan liittyvät sensoriseen muistiin eivätkä ole verbaalisesti saatavilla tai muutu verbaalisen tiedon avulla. Tilannekohtaisiin muistoihin liittyy usein kyseisessä tilanteessa virittynyt tunne. Näiden tilannekohtaisten tunteiden ajatellaan aktivoituvan takaumien aikana sekä näitä pyritään aktivoimaan altistamisen aikana. Liittäminen verbaaliseen muistoon voidaan teorian mukaan saada aikaan, kun muisto sekä siihen liittyvät tunteet aktivoidaan ja liitetään aikaan ja paikkaan.

Kognitiivisen mallin mukaan PTSD:ssä uhan tunne jatkuu vielä traumaattisen kokemuksen jälkeenkin. Uhan tunne trauman jälkeen ajatellaan johtuvan traumaan liittyvistä negatiivisista mielikuvista ja autobiografisen muistin ongelmista (Ehlers & Clark, 2000). Autobiografiset muistot voi olla heikosti integroituneita, joka aiheuttaa muistojen yksityiskohtien puuttumista ja heikentää niiden sitomista tiettyyn aikaan ja paikkaan. Tästä seuraa, että tapahtumista puuttuu kronologinen järjestys. Tapahtumien kronologisen järjestyksen puuttuminen voi aiheuttaa vaikeuksia integroida traumaa edeltäviä ja seuraavia tapahtumia traumaattiseen tapahtumaan. Toisaalta tätä näkemystä vastaan on esitetty myös kritiikkiä (Berntsen & Rubin, 2007).

PTSD:tä käsittelevät teoriat traumamuistoista luovat pohjan traumahoidoille, kuten narratiiviselle altistusterapialle. Näissä teorioissa keskeistä on autobiografisten muistojen heikko integraatio ja muun muassa takaumien aikana ajatellaan näkyvän muistijärjestelmien integraation puute. Muistojen integraation ongelmiin voi liittyä myös dissosiaatio, sillä se voi heikentää sensoristen muistojen yhdistämistä autobiografiseen muistiin (Ehlers & Clark, 2000). Dissosiaation merkitys on tärkeä huomioida, sillä sitä esiintyy usein yhdessä PTSD-oireilun kanssa (Keane, Marx, Sloan & DePrince, 2012) ja dissosiaation sekä PTSD:n yhteisesiintyminen voi viitata vakavampaan traumatisoitumisen muotoon (Van der Kolk, Pelcovitz, Roth & Mandel, 1996; Putnam et al, 1996; Zatzick, Marmar, Weiss, & Metzler, 1994).

1.3. Dissosiaatio

Dissosiaatio voi johtua traumaattisista tapahtumista (Dalenberg ym., 2012; Frewen & Lanius, 2014) ja se voi toimia suojaavana reaktiona voimakasta pelkoa aiheuttavassa tilanteessa. Dissosiaatiolla tarkoitetaan muutoksia tietoisuudessa ja se liittyy erityisesti tilanteisiin, josta pakoon pääseminen ei vaikuta mahdolliselta (American Psychiatric Association, 2013). Dissosiaatio voidaan ymmärtää myös traumasta aiheutuvan normaalin tietoisuuden, muistin, emootioiden, identiteetin ja motorisen kontrollin välisen integraation hajoamisena (American Psychiatric Association, 2013). Tämä voi heikentää elämäkerrallisten tapahtumien jäsentymistä eheäksi kokonaisuudeksi. Dissosiaatio onkin havaittu häiritsevän muistojen jäsentymistä esimerkiksi tutkimuksessa, jossa verrattiin PTSD:stä ja dissosiatiiivisesta identiteettihäiriöstä (DID) kärsiviä potilaita (Van der Hart, Bolt & Van Der Kolk, 2005; Van der Kolk & Fisler, 1995). Tutkimuksessa PTSD-potilaat saivat DID-potilaita useammin kuvattua traumaattisen tapahtuman kokonaisena tarinana, kun taas DID-potilailla oli vaikeuksia tuottaa kokonainen tarina traumaattisesta tapahtumasta.

Dissosiaatio on moniulotteinen käsite (Van Der Hart, Nijenhuis, Steele & Brown, 2004) ja siihen liittyviä tekijöitä voidaan tarkastella yhdessä esimerkiksi psykobiologisen lähestymistavan kautta (Chu, Frey, Ganzel & Matthews, 1999; Schauer & Elbert, 2010b; Van der Kolk & Van der Hart, 1989). Psykobiologisen lähestymistavan mukaan fysiologinen virittyminen on dissosiaatiossa keskeinen tekijä. Uhkaavassa tilanteessa psykobiologiset toiminnot virittävät ihmisen fyysisesti joko pakenemaan tai taistelemaan uhkaa vastaan. Mikäli taistelu tai pakeneminen ei ole mahdollista, nousee vireystila edelleen. Vireystilan voimakas nousu johtaa ylivireystilaan, jolloin keho lamaantuu (Schauer & Elbert, 2010b). Tämä kehon sammumisreaktio ajatellaan kuvaavan dissosiaatiota ja se voi toimia selviytymistä parantavana keinona silloin kun pakeneminen tai taistelu ei ole mahdollisia.

Dissosiaatioissa voimakas virittyminen trauman aikana aiheuttaa siis ylivireystilan (Schauer & Elbert, 2010b) ja ylivirittymisen läpikäynti trauman aikana voi latistaa fysiologista reaktiivisuutta. Tutkimuksissa on havaittu, että trauman aikainen dissosiaatio latisti fysiologista reaktiivisuutta ainakin tietyn tyyppisessä traumassa (raiskaus) (Griffin, Resick & Mechanic 1997). Toisaalta tätä näkemystä vastaan on esitetty tuloksia, jossa trauman tyyppi oli moottoriajoneuvo-onnettomuus sekä fyysinen pahoinpitely (Nixon, Bryant, Moulds, Felmingham & Mastrodomenico, 2005). Vaikuttaa siis siltä, että ylivirittymisen aiheuttama fysiologinen reaktiivisuus latistuu tietyn tyyppisissä traumaissa.

Dissosiaatioreaktio voi ehdollistua ja samanlainen hermostollinen ylivirittyminen voi tapahtua, kun traumaattinen tapahtuma aktivoituu hoidon aikana. Voimakasta kokemusta säätelevä dissosiaatioreaktio hoidon aikana voi heikentää hoidon tehoa heikentämällä sensoristen muistojen yhdistämistä autobiografiseen muistiin (Ehlers & Clark, 2000). Terapian aikana terapeutti pyrkii ohjaamaan kivuliaiden muistojen aktivointiin ja yhtä aikaa estämään traumatisoitumiselle tyypillisten reaktioiden ilmenemistä kuten dissosiaatiota (Schauer, Neuner & Elbert, 2011). Dissosiaatio voi siis olla myöhemmin tapa reagoida traumamuistojen mieleen palaamiseen ja toimia tunteiden säätelykeinona terapiassa, kun vireystila nousee (Cook ym., 2005; Dalenberg ym. 2012; Lanius ym., 2010; Bedard-Gilligan & Zoellner, 2012; Schauer, Neuner & Elbert, 2011).

1.4. Dissosiaatio trauman hoidossa

Aiemmissä tutkimuksissa on esitetty, että PTSD:n hoidossa tulisi kiinnittää erityistä huomiota dissosiaation määrään (Armour, Karstoft & Richardson, 2014). Dissosiaatio voi pienissä määrin olla normaali reaktio esimerkiksi silloin, kun ihminen vaipuu omiin mielikuviin hetkellisesti (Dell & O'Neil, 2009). Suuremmissa määrissä dissosiaatio voidaan kuitenkin nähdä patologisena toimintatapana (Putnam ym. 1996; Waller, Putnam & Carlson, 1996). Tutkijat ovatkin esittäneet, että nimenomaan patologista dissosiaatiota olisi hyvä tutkia (Wolf ym., 2012).

Dissosiaatio on tutkimuksissa liitetty heikompaan psyykkiseen vointiin, vakavaan psykopatologiaan sekä mielenterveyshäiriöihin (Demitrack, Putnam, Brewerton, Brandt & Gold, 1990; Hunter, Sierra & David, 2004; Saxe ym., 1994; Steuwe, Lanius & Frewen, 2012; Van der Kolk, Perry & Herman, 1991). Tutkimusten mukaan oireiden vakavuudella on havaittu pieni vaikutus psykoterapeuttisen hoidon keskeyttämiseen (Shaft, 2008). Ei ole kuitenkaan täysin selvää altistaako dissosiaatio hoidon keskeyttämislle (Cloitre, Petkova & Wang, 2012; Rufer ym., 2006), sillä tulokset

ovat erilaisia riippuen siitä, millaista hoitoa on annettu. Altistusterapioissa dissosiaatio ei näytä lisäävän hoidon keskeyttämistä (Hagenaars, van Minnen & Hoogduin, 2010).

Dissosiaatio on aiemmissa tutkimuksissa esitetty olevan hoitoa heikentävä tekijä (Steuwe, Lanius & Frewen, 2012) ja tutkimusten mukaan dissosiaatio heikentää joidenkin hoitojen tulosta. Tästä esimerkkinä epävakaa persoonallisuushäiriötä hoidettaessa Dialektisella käyttäytymisterapialla potilaan dissosiaatio heikensi hoidon vaikuttavuutta (Kleindienst ym., 2011). Kognitiiviseen terapiaan pohjautuvissa menetelmissä dissosiaatiosta kärsivät eivät hyötynet hoidosta yhtä paljon kuin, kun hoidettavana oli paniikkihäiriö ja agorafobia (Michelson, June, Vives, Testa & Marchione, 1998). Lisäksi dissosiaatio heikensi hoidon vaikuttavuutta myös psykodynaamisesti suuntautuneessa terapiassa (Spitzer, Barnow, Freyberger & Grabe, 2007). Dissosiaatio näyttää siis heikentävän useiden hoitojen vaikuttavuutta, mutta PTSD:n hoitoa koskevassa tutkimuksessa dissosiaation vaikutus ei ole yhtä selvä.

Altistusterapiasta näyttää tutkimusten mukaan hyötyvän aikuiset, vaikka dissosiaatiota esiintyisi (Burton, Feeny, Connell & Zoellner, 2018; Hagenaars, Minnen & Hoogduin, 2010; Zoet, Wagenmans, van Minnen & de Jongh, 2018). Toisaalta tutkimustuloksia on saatu myös sen puolesta, että dissosiaatio heikentää altistusterapian vaikuttavuutta (Bae, Kim & Park, 2016; Price, Kearns, Houry & Rothbaum, 2014). Yhdessä tutkimuksessa dissosiaation hoitoa heikentävä vaikutus on löydetty altistusterapissa naisilla (Wolf, Lunney & Schnurr, 2016). Kyseisessä tutkimuksessa dissosiaatio-oireista kärsivät hyötyivät kuitenkin hoidosta sekä dissosiaatio-oireet lievittyivät hoidon myötä. Narratiivisen altistusterapian tutkimuksessa dissosiaation hoitoa heikentävää vaikutusta ei ole kuitenkaan löydetty aikuisilla (Halvorsen, Stenmark, Neuner & Nordahl, 2014). Tutkimusten perusteella näyttää siltä, että dissosiaation vaikutus altistusterapiaan on vielä epäselvä.

Yleisesti traumahoidot pohjautuvat kognitiivis-behavioraaliseen terapiaan ja liittyvät yhdelle tapahtumalle altistamiselle. Näistä on saatu tutkimuksissa näyttöä (Keane & Kaloupek, 1982; Schnurr, 2017), mutta kompleksin trauman hoitaminen voi vaatia erilaista lähestymistapaa (Cloitre, 2009; Mørkved ym., 2014). Kompleksin trauman spontaanin toipumisen heikompi vaikutus lisää tarvetta tutkimukseen perustuvan hoidon kehittämiseen (Kolassa ym., 2010). Narratiivinen altistusterapia voi tuoda tarpeellisen lisän kompleksin trauman hoitoon, sillä sitä voidaan käyttää erityisesti silloin kun traumaattisia tapahtumia on useampia (Crumlish & O'rouke, 2010; Mørkved ym., 2014; Robjant & Fazel, 2010; Schauer, Neuner & Elbert, 2011).

1.5. Narratiivinen altistusterapia

Narratiivinen altistusterapia (Narrative exposure therapy, NET) on PTSD:n hoitoon kehitetty lyhytkestoinen hoito (Schauer, Neuner & Elbert, 2011), joka pohjautuu altistusterapioille sekä todistusterapioille (Cienfuegos & Monelli, 1983; Foa, Chrestman & Gilboa-Schechtman, 2008). Altistusterapioiden periaatteiden mukaan Narratiivisen altistusterapian avulla pyritään saamaan aikaan tottumisen voimakkaita tunteita herättäviin tapahtumiin (Schauer, Neuner & Elbert, 2011). Tottumisen ajatellaan perustuvan vireystilan hetkelliseen nousuun hoidon aikana (Jaycox, Foa & Morral, 1998; Foa & Kozak, 1986) ja tämä vireystilan nousu ajatellaan altistusterapian vaikuttavana mekanismina. Samaan aikaan todistusterapian periaatteiden mukaan traumaattisesta tapahtumasta pyritään luomaan kertomus, jonka avulla ajatellaan tapahtuvan traumamuistojen jäsentyminen autobiografiseen muistiin. Muistojen integroituminen pyritään saamaan aikaan yhdistämällä kuumat (sensoriset, nondeklaratiiviset) ja kylmät (autobiografiset, deklaratiiviset) muistot aktivoimalla näitä yhtä aikaa hoidon aikana. Tämä voi tapahtua muun muassa kuvailemalla trauman aikaisia tunteita, sanoittamalla traumakokemuksia sekä liittämällä ne aikaan ja paikkaan. Narratiivisen altistusterapian tehon ajatellaan teorian mukaan vaikuttavan erityisesti PTSD:n intrusiivisiin oireisiin eli takamuistiin.

Narratiivisessa altistusterapiassa merkittävät elämäntapahtumat asetetaan janelle kronologiseen järjestykseen ja käydään läpi yksi kerrallaan (Schauer, Neuner & Elbert, 2011). Toisin kuin altistusterapiassa yleisesti, narratiivisessa terapiassa käydään läpi sekä positiivisia että negatiivisia tapahtumia siinä järjestyksessä, kun ne ovat tapahtuneet. Narratiivisesta altistusterapian tehosta on jo olemassa useita tutkimuksia ja se vaikuttaa olevan tavanomaista hoitoa tehokkaampi PTSD:n hoito aikuisilla (Neuner, Schauer, Klaschik, Karunakara & Elbert, 2004; Robjant & Fazel, 2010). Kuitenkin lasten ja nuorten kohdalla tutkimusta on toistaiseksi vasta vähän.

Kidnet on nuoremmille muokattu versio narratiivisesta altistusterapiasta ja siitä on alustavaa näyttöä lasten ja nuorten PTSD:n hoidossa (Catani ym., 2009; Ertl, Pfeiffer, Schauer, Elbert & Neuner, 2011; Ruf ym., 2010; Schaal, Elbert, & Neuner, 2009). Ruf ja kumppanit (2010) löysivät tutkimuksissaan NET:in odotuslistaa tehokkaammaksi hoitomuodoksi lapsilla ja nuorilla. Kidnet-tutkimuksissa on saatu alustavaa näyttöä vaikuttavuudesta myös masennukseen, yleiseen toimintakykyyn ja itsetuhoisuuteen (Neuner ym., 2008; Robjant & Fazel, 2010).

1.6. Traumatisoituneiden lasten ja nuorten hoito Suomessa

Suomessa hoitomuodot vaihtelevat hoitoa tarjoavien yksiköiden välillä riippuen siitä, mitä lisäkoulutuksia henkilöstöllä on. Henkilöstöön kuuluu usein lääkäri, psykologi, sosiaalityöntekijä ja sairaanhoitaja. Hoito toteutetaan perhekeskeisesti koko perhe huomioiden ja käytössä olevia menetelmiä pyritään käyttämään joustavasti. Käypähoitosuosituksissa painottuvat kognitiivis-behavioraaliset altistamiseen tähtäävät menetelmät (Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus, 2014), mutta tämän lisäksi yksiköissä käytetään myös supportiivisia menetelmiä. Altistamiseen perustuvista ja supportiivisista menetelmistä on saatu tutkimukseen perustuvaa näyttöä traumojen hoidossa (Ehlers ym., 2010; Cloitre ym., 2011).

1.7. Tutkimuskysymykset ja hypoteesit

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, onko narratiivisen altistusterapian ja tavanomaisen hoidon vaikuttavuudessa eroa kompleksista traumasta kärsivien lasten ja nuorten traumaoireiden lieventämisessä. Lisäksi tutkimuksessa selvitetään muuttaako dissosiaatio-oireilu hoidon vaikuttavuutta. Hoidon vaikuttavuutta tutkitaan PTSD-oireiden kokonaispistemäärän sekä erityyppisten PTSD-oireiden (intruusio, välttely, virittyminen) suhteen. Yleinen konsensus on, että kognitiiviseen terapiaan perustuvat altistusmenetelmät ovat toimivia trauman hoidossa (Keane & Kaloupek, 1982; Schnurr, 2017; NIMH, 2018; WHO, 2013). On kuitenkin näyttöä siitä, että dissosiaatio heikentää joidenkin hoitojen vaikuttavuutta (Kleindienst ym., 2011; Michelson ym., 1998; Spitzer ym., 2007). Teoriaan pohjautuen dissosiaatio voi olla hoitoa heikentävä tekijä altistusterapiassa muun muassa sen vuoksi, että se voi heikentää fysiologista virittyneisyyttä (Griffin, Resick & Mechanic 1997) ja altistusterapian vaikuttava komponentti on osaltaan vireystilan nousu (Jaycox, Foa & Morral, 1998; Foa & Kozak, 1986). Dissosiatiiivisella oireilulla on joissain tutkimuksissa löydetty hoitoa heikentävä vaikutus altistusterapiassa (Bae, Kim & Park, 2016; Price ym., 2014; Wolf, Lunney & Schnurr, 2016). Toisaalta on myös esitetty tuloksia, joissa hoitoa heikentävää vaikutusta ei ole löydetty (Burton ym., 2018; Hagenars, Minnen & Hoogduin, 2010; Halvorsen ym., 2014; Zoet ym., 2018). Tulokset eivät siis ole täysin selviä sen suhteen, heikentääkö dissosiaatio hoidon vaikuttavuutta. Tästä syystä tarkastelen, onko dissosiaatiolla merkitystä lasten ja nuorten traumojen hoidossa. Hypoteesini ovat:

1. Narratiivinen altistusterapia on tehokkaampi kuin tavanomainen hoito lapsilla ja nuorilla.
2. Dissosiaatio heikentää narratiivisen altistusterapian vaikuttavuutta lapsilla ja nuorilla.

2. MENETELMÄT

2.1. Tutkittavat ja tutkimuksen eteneminen

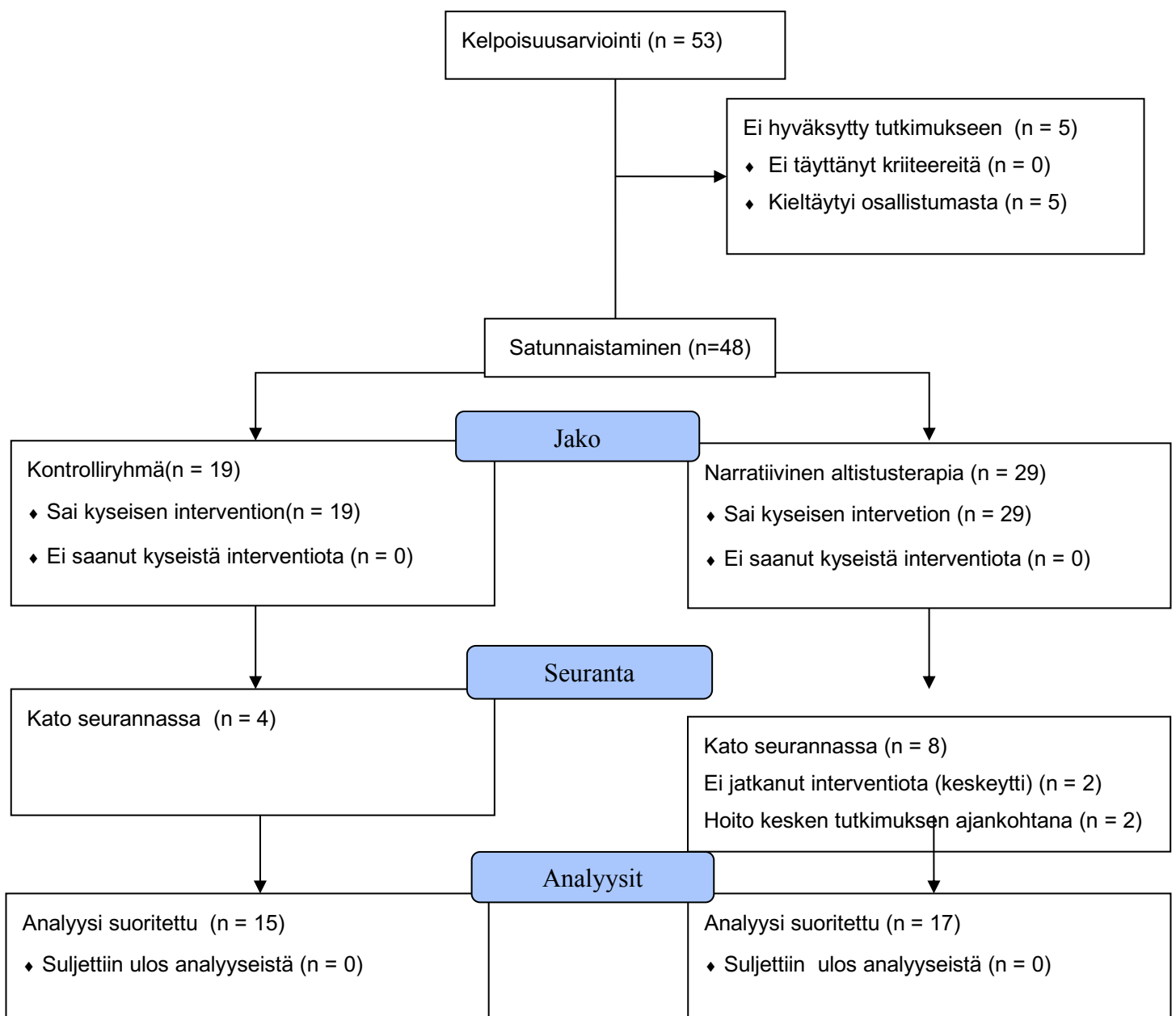
Tutkimuksen aineisto on osa laajempaa Tampereen yliopistossa toteutettua pitkittäistutkimusta (Kangaslampi, Garoff & Peltonen, 2015). Tutkimus toteutettiin vuosina 2015-2018 kliinisenä monikeskustutkimuksena. Tutkimusyksiköinä oli perusterveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon yksiköt Tampereella, Turussa ja Helsingissä. Tutkimukseen osallistui 48 lasta ja nuorta, joista tyttöjä oli 19 ja poikia 29. Tutkittavien ikä oli 9-17-vuoden välillä ja tutkimukseen osallistuneiden keskimääräinen ikä tutkimusajankohtana oli 13-vuotta (kh = 3). Tutkittavat olivat pakolaistaustaisia (n = 36) tai suomalaisia perheväkivaltaa kokeneita (n = 12). Pakolaistaustaiset olivat Irakista (n = 14), Afganistanista (n = 15) sekä Etiopiasta, Somaliasta, Kongosta, Angolasta, Syyriasta, Iranista ja Kosovosta (n = 8).

Aineisto kerättiin osana lapsen tai nuoren traumahoitoa. Osallistujille annettiin kirjallinen tiedote tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimukseen pyydettiin osallistumaan kaikkia tutkimusajankohtana tutkimusyksiköissä hoidettavana olevia lapsia ja nuoria. Kaikille lapsille ja nuorille suoritettiin kliininen arviointi traumaoireilun osoittamiseksi. Edellytyksenä tutkimukseen osallistumiseen oli ajankohtaiset traumaoireet hoitavan henkilön arvioimana sekä perustuen CRIES-oirekyselyyn, mutta PTSD-diagnoosi ei ollut välttämätöntä tutkimukseen osallistumiseen. Lasten ja nuorten terapeutit toteuttivat arvioinnin sekä keräsivät tutkimukseen vaadittavan datan. Vakavat terveysongelmat, kuten akuutti psykoosi, itsetuhoisuus sekä kehitysvammaisuus olivat poissulkukriteereitä. Sen sijaan komorbidit häiriöt, kuten masennus ja ahdistus, eivät olleet esteenä tutkimukseen osallistumiselle.

Tutkimus oli satunnaistettu kontrolloitu tutkimus (randomized controlled trial, RCT) kahden ryhmän välillä, jossa oli mukana koeinterventioryhmä (Narratiivinen altistusterapia, Narrative exposure therapy, NET) sekä kontrolli-interventioryhmä (Tavanomainen hoito, Treatment as usual, TAU). Lapset ja nuoret satunnaistettiin joko tavanomaiseen hoitoon (n=19) tai narratiiviseen altistusterapiaan (n=29). Satunnaistaminen tapahtui kirjoittamalla erillisille papereille NET ja TAU ryhmien nimet. Nämä paperit laitettiin suljettuihin kirjekuoriin siten, että yksi kirjekuori sisälsi yhden menetelmän nimen. Kirjekuoret jaettiin hoitaville henkilölle tutkimuksen järjestäjien toimesta sitä mukaa, kun tutkimukseen saatiin osallistujia. Kun kirjekuori oli jaettu, pyydettiin vanhemmalta ja lapselta suostumus tutkimukseen osallistumiseen. Tämän jälkeen kirjekuori avattiin ja se määrittä, onko osallistuja NET vai TAU ryhmässä. Tutkimuksessa oli viisi mittauskertaa noin kolmen

kuukauden välein. Ensimmäinen mittaus (T0) oli 3kk ennen intervention alkua ja se suoritettiin vain osalle lapsista, sillä suurin osa pääsi aloittamaan hoidon heti. Toinen mittaus (T1) oli intervention alussa ja kolmas mittaus (T2) intervention puolivälissä. Heti intervention lopuksi oli yksi mittaus (T3) ja 3kk intervention jälkeen yksi mittaus (T4). Tässä tutkimuksessa käytetään mittauskertoja T1 ja T3. Kuvassa 1 on esitetty consort-flow -diagrammi tutkimuksen kulusta.

Kuva 1.



Interventioryhmässä koehenkilöitä hoidettiin lapsille ja nuorille suunnatulla narratiivisella altistusterapialla. Terapeutit saivat kolmen päivän koulutuksen narratiiviseen altistusterapiaan ja manuaalin toteuttamista seurattiin hoidon aikana. Terapeuttien pohjakoulutuksena oli psykiatrinen sairaanhoitaja (n=16), sosiaalityöntekijä (n=3), psykologi (n=24), psykiatri (n=4) ja muu (n=1). Interventio kesti noin 3kk ja piti sisällään noin 10 käyntiä. Hoitokerran kesto oli 60-90 minuuttia ja se suoritettiin NET-manuaalin mukaisesti (Schauer, Neuner & Elbert, 2011). Ensimmäisillä tapaamiskerroilla kerättiin taustatietoa sekä annettiin psykoedukaatiota traumatisoitumiseen ja NET-menetelmään liittyen. Sen jälkeen elämäntapahtumia käytiin läpi 6-9 kertaa. Traumaattiset ja positiiviset tapahtumat asetettiin janalle, jossa kivet kuvastivat traumaattista tapahtumaa ja kukat positiivista tapahtumaa. Traumaattiset ja positiiviset elämäntapahtumat käytiin läpi kronologisessa järjestyksessä. Yhdellä kerralla käsiteltiin yksi merkittävä tapahtuma, jonka jälkeen terapeutti kirjoitti siitä kertomuksen. Tämä kertomus käytiin läpi seuraavalla kerralla ja asiakkaalla oli mahdollisuus korjata kertomusta tarvittaessa.

Kontrolliryhmässä oleville annettiin tavanomaista hoitoa, jota psykiatrian yksiköissä normaalisti annetaan. Tavanomaisen hoidon toteuttaminen näin mahdollistaa narratiivisen altistusterapian vaikuttavuuden tarkastelun suhteessa jo käytössä olevaan hoitoon. Tavanomaiseen hoitoon ei annettu tarkempia ohjeita, vaan hoitavia henkilöitä pyydettiin toimimaan kuten yleensäkin. Tuki oli pääasiassa lapsen tai nuoren sen hetkistä toimintakykyä tukevaa, mutta yksiköissä on osaamista myös perheterapeuttisiin menetelmiin sekä altistamismenetelmiin kuten EMDR-terapiaan (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) ja Traumakeskeiseen kognitiivis-behavioraaliseen psykoterapiaan. Tyypillisesti tavanomainen hoito sisälsi perheterapeuttisia menetelmiä. Lisäksi siihen liittyi vakauttamista, supportiivisia keskusteluja sekä psykoedukaatiota. Traumatapahtumalle altistamista käytettiin vain yhdessä kontrolli-interventiossa. Hoito saattoi kestää kauemman kuin 3kk, mutta oireet mitattiin 3kk:n jälkeen kuten NET-ryhmässäkin.

2.2. Mittarit ja muuttujat

Traumaperäistä stressihäiriötä mitattiin The Children's Impact of Event Scale -mittarilla (CRIES-13; Perrin, Meiser-Stedman, & Smith, 2005; Smith, Perrin, Dyregrov & Yule, 2003). CRIES-13 on itsearviointikysely, joka kartoittaa oireilua edeltävän seitsemän päivän aikana ja kattaa kolme PTSD-oireiden alaskaalaa, joita ovat intrusiiiviset oireet, välttämisoireet sekä virittyneisyysoireet. Intrusio-oireita mitattiin neljällä väittämällä (esimerkiksi ”Ajatteletko sitä, vaikka sinun ei olisi tarkoitus?”). Välttämisoireita mitattiin neljällä väittämällä (esimerkiksi ”Yritätkö olla puhumatta siitä?”).

Virittyneisyysoireita mitattiin viidellä väittämällä (esimerkiksi ”Onko sinulla uniongelmia?”). Tässä tutkimuksessa tarkastellaan T1 ja T3 mittauksia. CRIES-13 on tarkoitettu käytettäväksi yli 8-vuotiailla lapsilla ja sen väittämät arvioidaan neliportaisella skaalalla, jossa 0 = ei yhtään, 1 = harvoin, 3 = Joskus ja 5 = usein. Kokonaispistemäärä vaihtelee välillä 0-65 ja suurempi määrä pisteitä kuvaa vakavampaa oireilua. PTSD-diagnoosi on todennäköinen, mikäli pistemäärä ylittää 17 kahden alaskaalan yhteenlasketulla pistemäärällä (intrusiot ja välttäminen). Summamuuttajat muodostettiin tässä tutkimuksessa koko mittarista sekä kaikista kolmesta mainitusta alaskaalasta (Perrin, Meiser-Stedman, & Smith, 2005). Cronbachin alphas ovat aiemmissä tutkimuksissa olleet koko mittarille .80, intrusioille .70, välttämiseksi .73 ja virittyneisyydelle .60 (Smith ym., 2003). Tämän tutkimuksen cronbachin alphas olivat T1 ajankohdassa kokonaisuudessaan .81, intrusioille .57, välttämiseksi .74 ja virittyneisyydelle .83. T3 ajankohdassa cronbachin alphas olivat kokonaisuudessaan .86, intrusioille .81, välttämiseksi .79 ja virittyneisyydelle .76.

Dissosiaatiota mitattiin Child Dissociative Checklist -kyselyllä, joka on vanhemmille tai primäärille hoitajalle kehitetty kyselylomake (CDC; Putnam, Helmers, & Trickett, 1993). Koehenkilöiden hoitajat vastasivat kysymyksiin ajankohdassa T1. CDC mittaa dissosiaatiota viimeisen kahdentoista kuukauden aikana (Putnam, Helmers, & Trickett, 1993). Se koostuu 20:stä väittämästä, jotka arvioidaan kolmiportaisella asteikolla 0 (ei totta), 1 (osittain totta) ja 2 (täysin totta). Esimerkki väittämästä on: ”Lapsi ei muista tai kieltää traumaattisen kokemuksen, jonka tiedetään tapahtuneen.” Näistä muodostetaan summamuuttuja ja yli 12 pisteen määrä luokitellaan patologiseksi dissosiaatioksi. Summamuuttujan pisteet on luokiteltu hyväksi tavaksi havaita patologista dissosiaatiota (Putnam, Helmers & Trickett, 1993). Patologisen dissosiaation määritelmä CDC:n mukaan on muodostettu tutkimalla dissosiativisesta identiteettihäiriöstä kärsiviä lapsia. Dissosiativinen identiteettihäiriön kriteerit täyttävillä lapsilla (DDNOS ja MPD) CDC:n pisteet olivat >12 suurimmalla osalla (96%). Summamuuttuja muodostettiin koko mittarista ja summamuuttujan cronbachin alpha oli tässä tutkimuksessa .93.

Altistumisista traumaattisille tapahtumille mitattiin lomakkeella, jonka tarkoituksena oli kartoittaa tyypillisimpiä väkivaltaisia tapahtumia sodassa ja pakolaisuudessa (9 väittämää), sekä perheväkivallassa (4 väittämää). Lista koottiin kyseistä tutkimusta varten ja se perustui Event Checklist for War, Detention and Torture experiences (Schauer, Neuner & Elbert, 2011) sekä Adverse Childhood Experiences (ACE) tutkimuksiin (Dong, ym., 2004; Duke, Pettingell, McMorris, & Borowsky, 2010).

2.3. Analyysit

Intervention vaikuttavuutta koskevassa tutkimuksessa tarkasteltiin koko aineistoa eli tavanomaista hoitoa sekä interventiohoitoa saaneita lapsia. Analyyseihin otettiin mukaan henkilöt, jotka olivat vastanneet tutkimuksen kohteena oleviin kyselyihin molemmissa tutkimuksen ajankohdissa. Moderaatioanalyyseihin otettiin mukaan vain henkilöt, jotka olivat PTSD-mittarin lisäksi vastanneet dissosiaatiota koskevaan mittariin. Littlen satunnaisten puuttuvien arvojen -testi ei osoittanut aineistossa olevan systemaattista katoa PTSD T1:n, PTSD T3:n tai dissosiaatio T1:n osalta [$\chi^2(48) = 47.530, p = .492, \chi^2(24) = 22.939, p = .523, \chi^2(74) = 76.384, p = .402$], joten yksittäiset puuttuvat arvot korvattiin vastausten moodilla. CRIES ja CDC mittareista muodostettiin summamuuttujat ja ne olivat normaalisti jakautuneita (Shapiro-Wilk, $p > .05$).

Ryhmien välisiä eroja tarkastellaan kahtena eri ajankohtana, joten intervention vaikuttavuutta suhteessa tavanomaiseen hoitoon tutkittiin toistomittausten varianssianalyysillä (ANOVA). Toistomittausten varianssianalyysissä ryhmittelevänä muuttujana käytettiin hoitomuotoa. Riippuvan muuttujan osalta satunnaistamisen onnistumista tarkasteltiin riippumattomien otosten t-testin avulla. Toistomittausten varianssianalyysin tulokset ovat esitetty taulukoissa 3 ja 4. Tämän lisäksi regressioanalyysin avulla tarkasteltiin, onko dissosiaatio-oireilu hoidon vaikuttavuutta moderoiva tekijä. Regressioanalyysissä käytettiin Hayesin (2017) kehittämää PROCESS-kaaviota, jonka avulla moderaatiovaikutuksia on mahdollista tutkia. Analyyseihin ei otettu mukaan taustamuuttujia pienen otoskoon takia. Outliereita ei myöskään poistettu pienen otoskoon takia kummassakaan testissä. Lisäksi tehtiin katoanalyysit, joiden avulla tarkasteltiin pudokkaiden ominaisuuksia suhteessa hoidossa pysyneisiin. Katoanalyysissä käytettiin χ^2 -testiä ja riippumattomien otosten t-testiä. Suuresta kadosta johtuen toisessa katoanalyysissä tarkasteltiin dissosiaatio-kyselyyn vastanneiden eroja suhteessa koko otokseen sekä koehenkilöihin, joilta oli saatavilla PTSD-mittaukset molemmista ajankohdista. Taulukossa 5 on esitetty katoanalyysien tulokset ja taulukossa 6 moderaatioanalyysien tulokset. Tilastolliset analyysit ja aineiston hallinta suoritettiin IBM SPSS 25 -ohjelmalla.

3. TULOKSET

Taulukossa 1 on esitetty ryhmien väliset erot koko aineistossa merkittävimpien demografisten tietojen suhteen. Lisäksi taulukossa on esitetty ryhmien väliset vertailut edellä mainittujen muuttujien suhteen. Ryhmät eivät poikenneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi minkään muuttujan osalta. Taulukkoon 2 on koottu koko aineistossa esiintyviä traumaattisten tapahtumien tyyppejä. Lisäksi traumaattisten tapahtumien tyypit on esitetty ryhmissä hoitoon hakeutuneiden traumataustan perusteella.

Taulukko 1. Aineiston kuvailevat tunnusluvut (N= 48).

		NET (n= 29)	TAU (n= 19)	Tilastollisesti merkitsevät erot
Demografiset tekijät				
Sukupuoli				
Tyttö	N (%)	11 (38%)	8 (42%)	n. s.
Poika	N (%)	18 (62%)	11 (58%)	
Ikä	M (SD)	13.6 (2.7)	12.6 (3.3)	n. s.
Kansalaisuus				
Suomi	N (%)	6 (21%)	5 (26%)	n. s.
Afganistan	N (%)	9 (31%)	6 (32%)	
Irak	N (%)	8 (27%)	6 (32%)	
Muu	N (%)	6 (21%)	2 (10%)	
Tulkin käyttö	N (%)	15 (52%)	10 (53%)	n. s.
Kokenut kaltoinkohtelua:				
Fyysinen kaltoinkohtelu	N (%)	17 (59%)	13 (45%)	n. s.
Psyykinen kaltoinkohtelu	N (%)	15 (52%)	10 (34%)	
Seksuaalinen kaltoinkohtelu	N (%)	3 (7%)	4 (14%)	
Jäänyt vaille perustarpeita	N (%)	9 (31%)	6 (21%)	
PTSD-kokonaispistemäärä (n=32)	M (SD)	38.35 (13.00)	35.40 (12.29)	n. s.
Kokonaan hoidon käyneet	N (%)	17 (59%)	15 (79%)	

n. s. = not significant, $p > .05$

Taulukko 2. Traumaattisten tapahtumien frekvenssit eriteltynä sota ja perheväkivaltaa kokeiden ryhmien perusteella (N=48).

	Pakolaistausta (n = 36)	Perheväkivalta (n = 12)
Ollut pakolaisleirillä	6 (17%)	
Ollut vangittuna	11 (31%)	
Kokenut väkivaltaa vieraan ihmisen taholta	17 (47%)	
Perheenjäseniä vangittu	16 (44%)	
Perheenjäsenet kokeneet väkivaltaa tai heitä on kidutettu	22 (61%)	
Ollut todistamassa väkivaltatilannetta	13 (36%)	
Perheenjäseniä kuollut aseellisen konfliktin seurauksena	13 (36%)	
Perheenjäseniä loukkaantunut aseellisen konfliktin seurauksena	9 (25%)	
Joutunut eroon perheestään aseellisen konfliktin seurauksena	18 (50%)	
Perheenjäseniä ollut kadoksissa (ei tällä hetkellä)	13 (36%)	
Fyysistä kaltoinkohtelua	18 (50%)	12 (100%)
Psyykkistä kaltoinkohtelua	18 (50%)	7 (58%)
Seksuaalista kaltoinkohtelua	5 (14%)	2 (17%)
Jäänyt vaille perustarpeita	9 (25%)	6 (50%)

3.1. Intervention vaikutus

Taulukossa 3 on esitetty ryhmien keskiarvot ja hajonnat PTSD kokonaispistemäärän osalta, sekä alaskaalojen osalta. Lisäksi kuvassa 2 on esitetty NET ja TAU ryhmien pistemäärät ajankohdissa T1 ja T3. NET ja TAU ryhmät eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi PTSD-oireiden osalta ajankohdassa T1 [$t(30) = -0.658, p = 0.516$], joten satunnaistamisen voi ajatella onnistuneen hyvin.

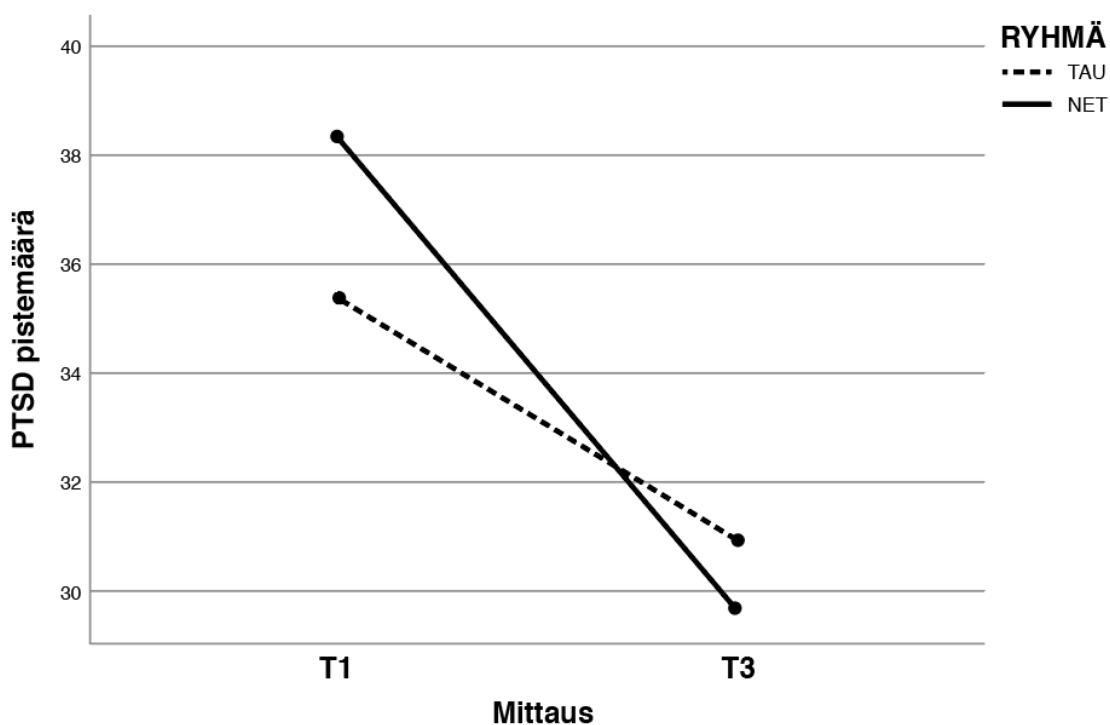
Molemmissa ryhmissä PTSD-kokonaispistemäärä laski hoidon seurauksena tilastollisesti merkitsevästi [$F(1, 30) = 10.017, p < 0.01, \eta^2 = 0.250$]. NET ja TAU-hoitojen välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa hoidon vaikuttavuudessa [$F(1, 30) = 0.038, p = 0.317, \eta^2 = 0.033$] (Taulukko 4, kuva 2). PTSD:n alaskaaloista intruusio [$F(1, 30) = 13.919, p < 0.01, \eta^2 = 0.317$] ja virittymisoireet [$F(1, 30) = 5.911, p < 0.05, \eta^2 = 0.165$] laskivat tilastollisesti merkitsevästi molemmissa ryhmissä, mutta välttelyoireet eivät laskeneet tilastollisesti merkitsevästi [$F(1, 30) = 0.548, p = 0.465, \eta^2 = 0.018$] kummassakaan ryhmässä. Efektien koot on esitetty taulukossa 4. Efektin koko Cohen's D:n mukaan oli suuri PTSD:n kokonaispistemäärälle, intruusio-oireille sekä virittymisoireille.

Taulukko 3. NET ja TAU ryhmien keskiarvot ja keskihajonnat PTSD:n kokonaispistemäärän suhteen sekä alaskaalojen suhteen molemmilla mittauskerroilla niiden osalta, jotka olivat suorittaneet hoidon loppuun.

Mittari	NET (n=17)		TAU (n=15)		NET Ja TAU (n=32)	
	Ka. (vaihteluväli)	Kh.	Ka. (vaihteluväli)	Kh.	Ka. (vaihteluväli)	Kh.
PTSD T1	38.35 (31.66-45.04)	13.00	35.40 (28.60-42.20)	12.29	36.97 (32.44-41.50)	12.56
PTSD T3	29.65 (22.38-36.92)	14.14	30.93 (23.05-38.82)	14.24	30.25 (25.21-35.29)	13.97
Intruusio T1	12.18 (10.16-14.19)	3.90	11.13 (8.37-13.89)	4.98	11.69 (10.10-13.28)	4.41
Intruusio T3	8.18 (5.64-10.71)	4.90	8.47 (5.05-11.88)	6.16	8.31 (6.35-10.28)	5.45
Välttely T1	12.82 (10.26-15.38)	4.98	12.67 (9.38-15.95)	5.92	12.75 (10.82-14.68)	5.35
Välttely T3	10.76 (7.67-13.86)	6.02	13.20 (9.92-16.50)	5.93	11.91 (9.74-14.07)	6.01
Virittyminen T1	13.35 (9.81-16.90)	6.90	11.60 (8.48-14.72)	5.63	12.53 (10.26-14.80)	6.30
Virittyminen T3	10.71 (7.31-14.11)	6.61	9.27 (6.02-12.51)	5.85	10.03 (7.79-12.27)	6.21

Ka = keskiarvo, Kh = keskihajonta, Vaihteluväli = 95% luottamusväli

Kuva 2. PTSD-kokonaispistemäärä interventio ja kontrolliryhmällä ajankohdissa T1 ja T3 (n = 32).



Taulukko 4. Toistomittausten varianssianalyysi tulosmuuttujan kokonaispistemäärän sekä alaskaalojen perusteella niiden osalta, jotka olivat suorittaneet hoidon loppuun.

Muuttujat	ANOVA (n= 32)		Efektin koko (ryhmän sisäinen)	
		<i>p</i>	η^2	Cohen's D
PTSD(kokonaispistemäärä)				
Aika	F (1,30) = 10.017	.004**	0.250	1.15
Hoito	F (1,30) = 0.038	.847		
Aika*Hoito	F (1,30) = 1.037	.317		
Intruusio				
Aika	F (1,30) = 13.919	.001**	0.317	1.36
Hoito	F (1,30) = 0.060	.808		
Aika*Hoito	F (1,30) = 0.557	.461		
Välttely				
Aika	F (1,30) = 0.548	.465		
Hoito	F (1,30) = 0.427	.518		
Aika*Hoito	F (1,30) = 1.583	.218		
Virittyminen				
Aika	F (1,30) = 5.911	.021*	0.165	0.89
Hoito	F (1,30) = 0.647	.427		
Aika*Hoito	F (1,30) = 0.023	.879		

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

3.2. Moderaatiovaikutus

Taulukossa 5 on esitetty keskeiset tunnusluvut dissosiaatiokyselyyn (CDC) vastanneista suhteessa koko otokseen, sekä hoidon loppuun suorittaneisiin. Lisäksi taulukossa 5 on merkitty katoanalyysin tulokset suhteessa koko aineistosta ($n = 48$), PTSD:n molemmissa ajankohdissa vastanneisiin ($n = 32$) sekä dissosiaatiokyselyyn (CDC) vastanneista henkilöistä ($n = 15$). Koko aineisto ei eronnut tilastollisesti merkitsevästi minkään demografisen muuttujan suhteen verrattuna analyysihin päätyneisiin henkilöihin. PROCESS-mallissa tarkasteltiin PTSD-kokonaispistemäärän ennustavuutta ajankohdassa T1 ajankohtaan T3 käyttämällä kahta moderaatiotekijää, jotka olivat hoito sekä dissosiaatio. Dissosiaatio oli kategorisena muuttujana jaettu kahteen ryhmään patologisen dissosiaation katkaisupistemäärän mukaan. Ryhmät muodostuivat lievistä dissosiaatiosta ($n = 8$) ja patologisesta dissosiaatiosta ($n = 7$). Dissosiaatio ei moderoinut traumahoidon vaikuttavuutta, kuten taulukosta 6 voidaan nähdä. PROCESS-malli ei ollut tilastollisesti merkitsevä [$R^2 = 0.66$, $F(7, 7) = 1.9212$, $p = 0.20$].

Taulukko 5. Keskeiset tunnusluvut dissosiaatio-kyselyyn vastanneista suhteessa koko otokseen, sekä hoidon loppuun suorittaneisiin.

		Koko aineisto (N=48)	Hoidon käyneet (n= 32)	Dissosiaatio-kyselyyn vastanneet (n= 15)	Tilastolisesti merkitsevät erot
Hoito					n. s.
NET	N (%)	29 (60%)	17 (53%)	7 (47%)	
TAU	N (%)	19 (40%)	15 (47%)	8 (53%)	
Sukupuoli					n. s.
Tyttö	N (%)	19 (40%)	13 (41%)	7 (47%)	
Poika	N (%)	29 (60%)	19 (59%)	8 (53%)	
Ikä	M (SD)	13,2 (3)	13,2 (3,2)	12,6 (2,8)	n. s.
Kansalaisuus					n. s.
Suomi	N (%)	11 (23%)	7 (22%)	5 (33%)	
Afganistan	N (%)	15 (31%)	10 (31%)	4 (26%)	
Irak	N (%)	14 (29%)	10 (31%)	3 (20%)	
Muu	N (%)	8 (17%)	5 (16%)	3 (20%)	
Tulkin käyttö	N (%)	25 (54%)	15 (47%)	4 (27%)	n. s.
Kokenut kaltoinkohtelua					n. s.
Fyysistä	N (%)	30 (63%)	21 (66%)	10 (67%)	
Psykkistä	N (%)	25 (52%)	18 (56%)	7 (47%)	
Seksuaalista	N (%)	7 (15%)	5 (16%)	4 (26%)	
Jäänyt vaille perustarpeita	N (%)	15 (31%)	13 (41%)	6 (40%)	

n. s. = not significant, $p > 0.05$

Taulukko 6. PROCESS-tulokset (n=15).

	B	SE	<i>t</i>	<i>p</i>
Vakio	31.74	37.27	0.85	0.44
Aika(PTSD)	-0.21	1.20	-0.17	0.87
Hoito	-59.80	56.64	-1.06	0.33
Aika(PTSD)*Hoito	2.06	1.56	1.32	0.23
Dissosiaatio	-22.85	29.38	-0.78	0.46
Aika(PTSD)*dissosiaatio	0.65	0.87	0.75	0.48
Ryhmä*Dissosiaatio	45.77	40.04	1.14	0.29
Aika(PTSD)*Dissosiaatio*Hoito	-1.54	1.09	-1.41	0.20

PTSD = Children Impact of Event Scale (CRIES-13), Hoito = NET ja TAU, Dissosiaatio = Child Dissociative Checklist (CDC), B = Standardoimaton regressiokerroin, SE = Keskiarvo.

4. POHDINTA

4.1. Tutkimustulokset ja aiempi tutkimus

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, onko narratiivisen altistusterapian ja tavanomaisen hoidon vaikuttavuudessa eroa kompleksista traumasta kärsivien lasten ja nuorten traumaoireiden lieventämisessä. Lisäksi tutkimuksessa haluttiin selvittää muuttaako dissosiaatio-oireilu traumahoidon vaikuttavuutta. Ensimmäisen päätuloksen mukaan narratiivinen altistusterapia (NET) ja tavanomainen hoito (TAU) olivat yhtä vaikuttavia lasten ja nuorten traumojen hoidossa. PTSD-oireiden muutosta kuvaava efektin koko oli tämän tutkimuksen mukaan molemmilla hoidoilla suuri (1). Se kuitenkin jäi hieman aiempia tutkimuksia pienemmäksi, joissa efektin koko on ollut noin 1.7 (ks. katsaus Robjant & Fazel, 2010). Hypoteesin vastaisesti narratiivinen altistusterapia ei osoittautunut tavanomaista hoitoa vaikuttavammaksi. Tulos on linjassa aiemman tutkimuksen kanssa sen suhteen, että narratiivinen altistusterapia on vaikuttava hoitomuoto. Tulos ei kuitenkaan ole linjassa aiemman tutkimuksen kanssa, kun verrataan hoitojen tehoa. Narratiivinen altistusterapia ja tavanomainen hoito havaittiin tässä tutkimuksessa yhtä vaikuttaviksi, mutta aiemmissa tutkimuksissa aikuisilla narratiivinen altistusterapia on havaittu tavanomaista hoitoa tehokkaammaksi (Halvorsen ym., 2014; Robjant & Fazel, 2010). Yhdessä tutkimuksessa meditaatio-rentoutus aktiivisena kontrolli-interventiona on päässyt kuitenkin vaikuttavuudessa samoihin tuloksiin kuin NET (Catani ym., 2009), joten kontrolli-intervention sisällöllä voi olla merkitystä hoidon vaikuttavuuteen.

Kansainvälisten suositusten mukaan traumasuuntautuneet eli traumaattista tapahtumaa käsittelevät menetelmät ovat tehokkaimpia hoitoja tosin suosituksissa on maininta myös supportiivisiin hoitoihin (NIHM, 2018; WHO, 2013). PTSD:n hoidossa on saatu tuloksia myös muiden kuin traumasuuntautuneiden hoitojen vaikuttavuudesta, mutta traumaan keskittyneet hoidot näyttäisivät toimivan hieman paremmin (ks. katsaus Ehlers ym., 2010). Tämän tutkimuksen osalta traumasuuntautunutta menetelmää (NET) ei havaittu tehokkaammaksi, kuin tavanomaista hoitoa ja se voi selittyä esimerkiksi sillä, että tutkimuksen pieni otoskoko ei ole riittävän tarkka havaitsemaan hoitojen välillä olevia pieniä eroja. NET sisältää altistamisen lisäksi myös supportiivista työskentelyä, joten se voi selittää hoitojen samankaltaisia tuloksia. Menetelmien samankaltaisia tuloksia voi selittää myös seurannan pituus, sillä narratiivisen altistusterapian parempi vaikuttavuus suhteessa interpersoonalliseen terapiaan on tullut yhdessä tutkimuksessa esiin vasta pidemmässä 6kk seurannassa (Schaal, Elbert, & Neuner, 2009).

Tavanomaiseen hoitoon liittyi tässä tutkimuksessa pääasiassa supporttiivinen ote, vaikka altistamiseen tähtäävien menetelmien käyttö oli sallittu ja henkilökunnalla oli osaamista altistamisesta. Tavanomaisen hoidon altistusmenetelmien käytön puuttumista voi selittää se, että lasten ja nuorten traumausten hoidossa on suositeltu käytettävän monia menetelmiä joustavasti (Cloitre ym., 2011; Cook ym., 2005), eikä pelkkää traumaattisen tapahtuman prosessointia kannatettu ammattilaisten kokemuksen mukaan ensimmäisenä hoitona (Cloitre ym., 2011). Tavanomaisessa hoidossa oli käytössä perheterapeuttiset, edukatiiviset ja vakauttamiseen tähtäävät supporttiiviset keinot. Ne ovat ammattilaisten kokemuksen mukaan turvallisimpia ja potilaiden kannalta hyväksytyjä hoitomuotoja (Cloitre ym., 2011). Kuitenkin narratiiviset traumamuiston prosessointiin tähtäävät menetelmät yhdessä tunteidensäätelytaitojen opetuksen kanssa olivat saman tutkimuksen mukaan koettu tehokkaimmiksi. Tämän tutkimuksen mukaan sekä supporttiiviset, että narratiiviset traumamuiston prosessointiin tähtäävät menetelmät näyttäisivät toimivan jo hoidon alkuvaiheessa traumaoireiden lieventämiseen.

Molemmat traumahoidot näyttävät tulosten perustella vaikuttavan erityisesti intrusiivisiin sekä virittymisoireisiin. Virittymisoireiden ja intrusiivisten oireiden yhtäaikaista lievittymistä voi selittää näiden käsitteiden osittainen päällekkäisyys (Smith ym., 2003). Tämän tutkimuksen osalta narratiivisessa altistusterapiassa intrusiiviset oireet laskivat niin kuin teorian mukaan kuuluu tapahtua (Schauer, Neuner & Elbert, 2011). Teorian mukaan narratiivinen altistusterapia auttaa nimenomaan intrusiivisiin oireisiin, mutta TAU:ssa ei ollut tällaista teoreettista viitekehystä. Narratiivisen altistusterapian ja tavanomaisen hoidon samansuuntaiset tulokset kyseenalaistavat altistamisen erityistä merkitystä intrusiivisten oireiden lievittäjänä. Aikaisemmissa tutkimuksissa narratiivinen altistusterapia on lapsilla ja nuorilla auttanut intrusiivisiin oireisiin, välttelyyn sekä virittyneisyyteen (Catani, Kohiladevy, Ruf, Schauer, Elbert & Neuner, 2009; Ruf, Schauer, Neuner, Catani, Schauer & Elbert, 2010) eli oireet ovat lievittyneet useammalla osa-alueella kuin tässä tutkimuksessa. Tutkimusta narratiivisen altistusterapian oirekohtaisesta lievittämisestä on vasta vähän ja vaikuttaa siltä, että siitä ei ole vielä selkeää kuvaa.

Toisena päätuloksena hypoteesien vastaisesti dissosiaatio ei heikentänyt narratiivisen altistusterapian vaikuttavuutta. Tämä ei ole linjassa dissosiaation psykobiologisen teorian kanssa (Schauer & Elbert, 2010b; Schauer, Neuner & Elbert, 2011; Lanius ym., 2010; Steuwe, Lanius & Frewen, 2012), mutta on linjassa joidenkin aikuisilla tehtyjen tutkimusten kanssa (Hagenaars, Minnen & Hoogduin, 2010; Halvorsen ym., 2014). Tämän tutkimuksen perusteella vaikuttaa siltä, että dissosiaatio ei heikennä altistusterapian vaikuttavuutta, vaikka se näyttää heikentävän joidenkin muiden hoitojen vaikuttavuutta (Kleindienst ym., 2011; Michelson, ym., 1998; Spitzer ym., 2007). Huomioitavaa on, että dissosiaatio ei heikentänyt myöskään tavanomaisen hoidon vaikuttavuutta.

Samankaltaisia tuloksia on saatu ainakin yhdessä aikuisilla tehdyssä tutkimuksessa (Halvorsen ym., 2014).

Voi olla, että dissosiaation hoitoa muokkaavaa vaikutusta ei ole löydetty koska dissosiaation käsitteeseen liittyy epäselvyyksiä (Van Der Hart ym., 2004). Dissosiaatiota kuvaavat mittarit voivat käsitteen ongelmien vuoksi olla liian epätarkkoja havaitsemaan haluttua ilmiötä. Voi myös olla, että voimakkaankin dissosiaation vaikutus hoitoon on pientä, eikä se tule tutkimuksissa esille. Dissosiaatiota koskevan tutkimuskysymyksen tulokset voivat selittyä sillä, että katoa esiintyi huomattavan paljon ja aineisto jäi liian pieneksi (n=15) tilastollisesti luotettavaan moderaatioanalyysiin.

4.2. Tutkimuksen merkittävyys

Tutkimuksen vahvuutena on kliininen aineisto, jonka ajatellaan kuvaavan hyvin sellaista populaatiota, joka hoitoon yleisesti hakeutuu. Tutkimukseen hyväksyttiin, vaikka komorbideja häiriöitä oli, joten muita häiriöitä todennäköisesti esiintyy. Pienestä aineiston koosta johtuen tulokset voidaan yleistää varauksella koskemaan vakavasti traumatisoituneita lapsia ja nuoria Suomessa.

Tulokset lisäävät ymmärrystä lasten ja nuorten traumahoidon vaikuttavuudesta Suomessa. Asetelmana satunnaistettu kontrolloitu tutkimus (randomized controlled trial, RCT) on tällä hetkellä paras mahdollinen hoitojen vaikuttavuuden arviointiin, sekä syy-seuraus välisten suhteiden arviointiin (Areán & Kraemer, 2013). Narratiivista altistusterapiaa on aiemmin tutkittu enemmän aikuisilla (ks. katsaus Robjant & Fazel, 2010). Tämän tutkimuksen perusteella näyttää siltä, että tavanomainen traumahoito sekä narratiivinen altistusterapia ovat vaikuttavia hoitomuotoja lapsilla ja nuorilla. Tämän tutkimuksen perusteella näyttää myös siltä, että NET voi toimia monenlaiseen traumataustaan yhtä hyvin kuin tavanomainen hoito. Tämä voi tuoda lisää välineitä lasten ja nuorten traumahoitoon sekä vahvistaa altistamiseen liittyvien menetelmien asemaa lasten ja nuorten traumahoidossa.

Dissosiaation merkitystä traumojen hoidossa on tutkittu lähinnä aikuisilla (Burton ym., 2018; Hagens, Minnen & Hoogduin, 2010; Halvorsen ym., 2014; Wolf, Lunney & Schnurr, 2016; Zoet ym., 2018). Tässä tutkimuksessa pyrittiin tietävästi ensimmäistä kertaa tarkastelemaan dissosiaation hoitoa muokkaavia vaikutuksia lapsilla ja nuorilla narratiivisessa altistusterapiassa sekä tavanomaisessa hoidossa. Tulokseen dissosiaation vaikuttavuudesta hoitoon tulee suhtautua suuntaa antavana metodologisten ongelmien vuoksi. Juuri julkaistut tutkimukset tukevat kuitenkin tämän

tutkimuksen tulosta sen suhteen, että dissosiaatio ei ole este altistusterapialle (Burton ym., 2018; Zoet ym., 2018).

4.3. Rajoitukset ja jatkotutkimustarpeet

Yhtenä merkittävimpana rajoituksena tutkimuksessa oli pieni otoskoko. Pienessä otoskoossa yksittäisten henkilöiden vastaukset voivat saada liian suuren painoarvon ja vaikuttaa huomattavasti tutkimuksen lopputulokseen. Pienen otoskoon takia ei myöskään päästy tarkastelemaan taustamuuttujien tai muiden tulosmuuttujien merkitystä hoidon vaikuttavuuteen, sillä tämä olisi entisestään pienentänyt käytettävissä olevaa aineistoa. Muita tulosmuuttujia olisi voinut olla masennus tai yleinen toimintakyky, sillä niiden on havaittu parantuvan hoidon myötä (Neuner ym., 2008; Robjant & Fazel, 2010). Seuraavissa tutkimuksissa tulisi tarkastella alaryhmiä isommalla otoskolla, koska se mahdollistaisi taustamuuttujien ja tulosmuuttujien ottamisen mukaan analyyseihin. Tämä voi myöhemmin luoda mahdollisuuksia yksilöllisempään hoitoon. Mahdollisiksi taustamuuttujiksi on ehdotettu muun muassa tulkin käyttöä, sukupuolta ja kotimaata (ks. katsaus McPherson, 2012).

Pienen otoskoon lisäksi tutkimuksessa esiintyi katoa. Aiemmissa tutkimuksissa narratiivisessa altistusterapiassa on ollut huomattavasti vähemmän katoa kuin tässä tutkimuksessa (ks. katsaus Mørkved ym., 2014). Tässä tutkimuksessa ei löydetty sellaisia tekijöitä, joiden suhteen pudonneet olisivat eronneet hoidossa pysyneistä. On mahdollista, että tutkittaessa vakavasti traumatisoituneita lapsia ja nuoria, jotkut ovat voineet saada negatiivisia vaikutuksia hoidosta ja jättäneet hoidon kesken. Erityisesti dissosiaatioryhmässä kato oli suuri, mutta dissosiaation ei ole havaittu vaikuttavan hoidon keskeyttämiseen altistusterapioissa (Hagenaars, van Minnen & Hoogduin, 2010). Katoa selittää lomakkeiden puute, sillä osalta tutkittavista oli saatavilla dataa vain yhdestä mittausajankohdasta. Tutkimuksen ajankohtana kaikki terapeutit eivät olleet vielä toimittaneet lomakkeita. Lomakkeita oli koko tutkimuksessa suhteellisen paljon eivätkä terapeutit saaneet kaikkia lomakkeita täytettyä. Jatkossa tulisikin kiinnittää erityistä huomiota terapeuttien sitouttamiseen lomakkeiden täyttämiseen ja lomakkeiden pienempään määrään.

Hoidon arvioijina toimi hoitava henkilökunta, joka voi osaltaan vaikuttaa tuloksiin. Dissosiaation mittauksessa käytettiin vain yhden henkilön arviota ja se voi osaltaan vääristää tuloksia. Aiemmissa tutkimuksissa on havaittu, että eri ihmisten antamat pisteet CDC-mittarista voi vaihdella suuresti (Paasioksa, Erkolahti, Ilonen & Saarijärvi, 2003). Toisen arvioijan tai vaihtoehtoisen arviointimenetelmän puuttuminen voi heikentää dissosiaation mittaamisen luotettavuutta.

Odotuslista pyrittiin muodostamaan, mutta hoito oli aloitettu heti, joten odotuslistan avulla ei saatu kontrolloitua placebovaikutusta. Tämä vaikeuttaa kliinisen merkitsevyyden arviointia, sillä ei tiedetä, paljonko oireiden lievittymistä olisi näissä olosuhteissa tapahtunut ilman hoitoa. Aiemmissä tutkimuksissa NET on kuitenkin havaittu odotuslistaa tehokkaammaksi hoidoksi lapsilla ja nuorilla (Ruf ym., 2010). Tulostamiseksi toteutettiin tässä tutkimuksessa heti terapian lopuksi, vaikka toipumista on havaittu tapahtuvan vielä ensimmäisen vuoden aikana hoidon jälkeen (ks. katsaus Robjant & Fazel, 2010). Kyseisessä tutkimusprojektissa on tulossa vielä yksi seuranta, joka on 3kk hoidon jälkeen. Sitä ei voitu käyttää tässä tutkimuksessa, sillä se ei ehtinyt täysin valmistua tämän tutkimuksen puitteissa ja myös siinä oli huomattavasti katoa T3 ajankohtaan verrattuna. Tutkimusprojekti (Kangaslampi, Garoff & Peltonen, 2015) jatkuu edelleen ja voi myöhemmin tarjota tarkempaa tietoa tulosten pysyvyydestä sekä moderaatio- ja meditaatiovaikutuksista.

4.4. Narratiivinen altistusterapia käytännössä

Vertailu suomalaisen tavanomaiseen hoitoon antaa hyvän kuvan narratiivisen altistusterapian toimivuudesta. Narratiivinen altistusterapia on mahdollista viedä tavanomaisen hoitokontekstin ulkopuolelle ja opettaa henkilöille, jotka eivät ole sosiaalialan ammattilaisia (ks. katsaus Gwozdziwycz, & Mehl-Madrona, 2013). Se voi olla siis vaikuttava hoitomuoto, jota voidaan käyttää myös muissa kuin sairaalaympäristöissä. Tällä hetkellä Tampereen yliopistossa on käynnissä pilottiprojekti, jossa narratiivista altistusterapiaa pyritään hyödyntämään alaikäisten turvapaikanhakijoiden ja pakolaisten asumisyksiköissä Suomessa. Asumisyksiköiden lisäksi narratiivinen altistusterapia voi olla käyttökelpoinen myös lastenkodeissa ja muissa paikoissa, joissa majoittuu traumatisoituneita lapsia ja nuoria.

5. JOHTOPÄÄTÖKSET

Tulokset ovat rohkaisevia lasten ja nuorten traumahoidon kannalta. Tutkimustulokset osoittavat narratiivisen altistusterapian ja suomalaisen traumahoidon tehokkuuden vakavasti traumatisoituneiden lasten ja nuorten PTSD:n hoidossa. Narratiivisen altistusterapian tulokset vaikuttavat lupaavilta, koska se on käytännöllinen ja helppo toteuttaa myös sairaanhoidon ulkopuolella. Tämän tutkimuksen perusteella dissosiaatio ei näytä muuttavan hoidon tehoa, mutta tästä voidaan tehdä vasta alustavia johtopäätöksiä. Dissosiaatio on kuitenkin yleistä vakavasti traumatisoituneiden keskuudessa, joten se tulee ottaa huomioon traumahoidossa sekä tulevaisuuden tutkimuksissa.

LÄHTEET

- Alisic, E., Zalta, A. K., Van Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K., & Smid, G. E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, *204*(5), 335-340.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Areán, P. A., & Kraemer, H. C. (2013). *High quality psychotherapy research: From conception to piloting to national trials*. Oxford University Press.
- Armour, C., Karstoft, K. I., & Richardson, J. D. (2014). The co-occurrence of PTSD and dissociation: differentiating severe PTSD from dissociative-PTSD. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *49*(8), 1297-1306.
- Bae, H., Kim, D., & Park, Y. C. (2016). Dissociation predicts treatment response in eye-movement desensitization and reprocessing for posttraumatic stress disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, *17*(1), 112-130.
- Bedard-Gilligan, M., & Zoellner, L. A. (2012). Dissociation and memory fragmentation in post-traumatic stress disorder: An evaluation of the dissociative encoding hypothesis. *Memory*, *20*(3), 277-299.
- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., ym., (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological medicine*, *46*(2), 327-343.
- Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2007). When a trauma becomes a key to identity: Enhanced integration of trauma memories predicts posttraumatic stress disorder symptoms. *Applied Cognitive Psychology*, *21*(4), 417-431.
- Blattman, C., & Annan, J. (2010). The consequences of child soldiering. *The review of economics and statistics*, *92*(4), 882-898.

- Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological review*, *103*(4), 670.
- Brewin, C. R. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behaviour research and therapy*, *39*(4), 373-393.
- Briere, J., Dietrich, A., & Semple, R. J. (2016). Dissociative complexity: Antecedents and clinical correlates of a new construct. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *8*(5), 577.
- Burton, M. S., Feeny, N. C., Connell, A. M., & Zoellner, L. A. (2018). Exploring evidence of a dissociative subtype in PTSD: Baseline symptom structure, etiology, and treatment efficacy for those who dissociate. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *86*(5), 439.
- Catani, C., Jacob, N., Schauer, E., Kohila, M., & Neuner, F. (2008). Family violence, war, and natural disasters: A study of the effect of extreme stress on children's mental health in Sri Lanka. *BMC psychiatry*, *8*(1), 33.
- Catani, C., Kohiladevy, M., Ruf, M., Schauer, E., Elbert, T., & Neuner, F. (2009). Treating children traumatized by war and Tsunami: a comparison between exposure therapy and meditation-relaxation in North-East Sri Lanka. *BMC psychiatry*, *9*(1), 22.
- Chu, J. A., Frey, L. M., Ganzel, B. L., & Matthews, J. A. (1999). Memories of childhood abuse: Dissociation, amnesia, and corroboration. *American Journal of Psychiatry*, *156*(5), 749-755.
- Cienfuegos, A. J., & Monelli, C. (1983). The testimony of political repression as a therapeutic instrument. *American Journal of Orthopsychiatry*, *53*(1), 43.
- Cloitre, M. (2009). Effective psychotherapies for posttraumatic stress disorder: a review and critique. *CNS spectrums*, *14*(1), 32-43.

- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of traumatic stress, 24*(6), 615-627.
- Cloitre, M., Petkova, E., & Wang, J. (2012). An examination of the influence of a sequential treatment on the course and impact of dissociation among women with PTSD related to childhood abuse. *Depression and Anxiety, 29*(8), 709-717.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liataud, J., Olafson, E., Malla, K. & van der Kolk, B., (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric annals, 35*(5), 390.
- Crumlish, N., & O'Rourke, K. (2010). A systematic review of treatments for post-traumatic stress disorder among refugees and asylum-seekers. *The Journal of nervous and mental disease, 198*(4), 237-251.
- Dalenberg, C. J., Brand, B. L., Gleaves, D. H., Dorahy, M. J., Loewenstein, R. J., Cardena, E., ... & Spiegel, D. (2012). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychological bulletin, 138*(3), 550.
- Daruy-Filho, L., Brietzke, E., Lafer, B., & Grassi-Oliveira, R. (2011). Childhood maltreatment and clinical outcomes of bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 124*(6), 427-434.
- Demitrack, M. A., Putnam, F. W., Brewerton, T. D., Brandt, H. A., & Gold, P. W. (1990). Relation of clinical variables to dissociative phenomena in eating disorders. *The American journal of psychiatry, 147*(9), 1184.
- Dong, M., Anda, R. F., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T. J., Loo, M., & Giles, W. H. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child abuse & neglect, 28*(7), 771-784.
- Duke, N. N., Pettingell, S. L., McMorris, B. J., & Borowsky, I. W. (2010). Adolescent violence perpetration: associations with multiple types of adverse childhood experiences. *Pediatrics, peds-2009*.

- Ehlers, A., Bisson, J., Clark, D. M., Creamer, M., Pilling, S., Richards, D., Schnurr, P. P., Turner, S. & Yule, W. (2010). Do all psychological treatments really work the same in posttraumatic stress disorder? *Clinical psychology review*, 30(2), 269-276.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(4), 319-345.
- Ertl, V., Pfeiffer, A., Schauer, E., Elbert, T., & Neuner, F. (2011). Community-implemented trauma therapy for former child soldiers in Northern Uganda: a randomized controlled trial. *Jama*, 306(5), 503-512.
- Famularo, R., Kinscherff, R., & Fenton, T. (1992). Psychiatric diagnoses of maltreated children: preliminary findings. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(5), 863-867.
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*, 365(9467), 1309-1314.
- Foa, E. B., Chrestman, K. R., & Gilboa-Schechtman, E. (2008). Prolonged exposure therapy for adolescents with PTSD emotional processing of traumatic experiences, therapist guide. Oxford University Press.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological bulletin*, 99(1), 20.
- Frewen, P. A., & Lanius, R. A. (2014). Trauma-related altered states of consciousness: Exploring the 4-D model. *Journal of Trauma & Dissociation*, 15(4), 436-456.
- Ginzburg, K., Butler, L. D., Saltzman, K., & Koopman, C. (2009). Dissociative reactions in PTSD. In P. F. Dell & J. A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 457-469). New York: Routledge/Taylor & Francis Group.

- Ginzburg, K., Ein-Dor, T., & Solomon, Z. (2010). Comorbidity of posttraumatic stress disorder, anxiety and depression: a 20-year longitudinal study of war veterans. *Journal of affective disorders*, 123(1), 249-257.
- Green, B. L., Goodman, L. A., Krupnick, J. L., Corcoran, C. B., Petty, R. M., Stockton, P., & Stern, N. M. (2000). Outcomes of single versus multiple trauma exposure in a screening sample. *Journal of traumatic stress*, 13(2), 271-286.
- Griffin, M. G., Resick, P. A., & Mechanic, M. B. (1997). Objective assessment of peritraumatic dissociation: Psychophysiological indicators. *American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1081-1088.
- Gwozdziwycz, N., & Mehl-Madrona, L. (2013). Meta-analysis of the use of narrative exposure therapy for the effects of trauma among refugee populations. *The Permanente Journal*, 17(1), 70.
- Halvorsen, J. Ø., Stenmark, H., Neuner, F., & Nordahl, H. M. (2014). Does dissociation moderate treatment outcomes of narrative exposure therapy for PTSD? A secondary analysis from a randomized controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 57, 21-28.
- Hagenaars, M. A., van Minnen, A., & Hoogduin, K. A. (2010). The impact of dissociation and depression on the efficacy of prolonged exposure treatment for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 48(1), 19-27.
- Hayes, A. F. (2017). Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach. Guilford Publications.
- Heim, C., & Nemeroff, C. B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biological psychiatry*, 49(12), 1023-1039.
- Hunter, E. C., Sierra, M., & David, A. S. (2004). The epidemiology of depersonalisation and derealisation. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39(1), 9-18.

- Jaycox, L. H., Foa, E. B., & Morral, A. R. (1998). Influence of emotional engagement and habituation on exposure therapy for PTSD. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(1), 185.
- Kangaslampi, S., Garoff, F., & Peltonen, K. (2015). Narrative exposure therapy for immigrant children traumatized by war: study protocol for a randomized controlled trial of effectiveness and mechanisms of change. *BMC psychiatry*, 15(1), 127.
- Keane, T. M., & Kaloupek, D. G. (1982). Imaginal flooding in the treatment of a posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(1), 138.
- Keane, T. M., Marx, B. P., Sloan, D. M., & DePrince, A. (2014). Trauma, Dissociation, and Post-traumatic Stress Disorder. In D. H., Barlow (Eds.), *The Oxford Handbook of Clinical Psychology Updated Edition* (pp. 364-391). Oxford University Press.
- Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Kleindienst, N., Limberger, M. F., Ebner-Priemer, U. W., Keibel-Mauchnik, J., Dyer, A., Berger, M., Schmahl, C., & Bohus, M. (2011). Dissociation predicts poor response to dialectical behavioral therapy in female patients with borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 25(4), 432-447.
- Kolassa, I. T., Ertl, V., Eckart, C., Kolassa, S., Onyut, L. P., & Elbert, T. (2010). Spontaneous remission from PTSD depends on the number of traumatic event types experienced. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2(3), 169.
- Traumaperäinen stressihäiriö. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 15.06.2018). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D., & Spiegel, D. (2010). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *American Journal of Psychiatry*, 167(6), 640-647.

- Margolin, G., & Vickerman, K. A. (2007). Posttraumatic stress in children and adolescents exposed to family violence: I. Overview and issues. *Professional Psychology: Research and Practice, 38*(6), 613.
- McKeever, V. M., & Huff, M. E. (2003). A diathesis-stress model of posttraumatic stress disorder: Ecological, biological, and residual stress pathways. *Review of General Psychology, 7*(3), 237.
- McPherson, J. (2012). Does narrative exposure therapy reduce PTSD in survivors of mass violence? *Research on Social Work Practice, 22*(1), 29-42.
- Michelson, L., June, K., Vives, A., Testa, S., & Marchione, N. (1998). The role of trauma and dissociation in cognitive-behavioral psychotherapy outcome and maintenance for panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 36*(11), 1011-1050.
- Mørkved, N., Hartmann, K., Aarsheim, L. M., Holen, D., Milde, A. M., Bomyea, J., & Thorp, S. R. (2014). A comparison of narrative exposure therapy and prolonged exposure therapy for PTSD. *Clinical Psychology Review, 34*(6), 453-467.
- Nanni, V., Uher, R., & Danese, A. (2012). Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 169*(2), 141-151.
- National Institute of Mental Health (2018), Post-traumatic Stress Disorder (PTSD). Haettu 9.5.2018 <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/post-traumatic-stress-disorder-ptsd>
- Nijenhuis, E. R., & Van der Hart, O. (2011). Dissociation in trauma: A new definition and comparison with previous formulations. *Journal of Trauma & Dissociation, 12*(4), 416-445.
- Nixon, R. D., Bryant, R. A., Moulds, M. L., Felmingham, K. L., & Mastrodomenico, J. A. (2005). Physiological arousal and dissociation in acute trauma victims during trauma narratives. *Journal of Traumatic Stress, 18*(2), 107-113.
- Neuner, F., Catani, C., Ruf, M., Schauer, E., Schauer, M., & Elbert, T. (2008). Narrative exposure therapy for the treatment of traumatized children and adolescents (KidNET): from

neurocognitive theory to field intervention. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 17(3), 641-664.

Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U., & Elbert, T. (2004). A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an african refugee settlement. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(4), 579.

Paasioksa A., Erkolahti, R., Ilonen, T. & Saarijärvi, S., (2003) Dissosiatiiivinen oireilu tavallista psykiatrisessa hoidossa olevilla lapsilla - traumat taustalla. Lainattu 24.5.2018, saatavilla: <http://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/dissosiatiiivinen-oireilu-tavallista-psykiatrisessa-hoidossa-olevilla-lapsilla-traumat-taustalla/?public=706fd5f6bce941d435993d5b30d7577e#reference-24>

Perrin, S., Meiser-Stedman, R., & Smith, P. (2005). The Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES): Validity as a screening instrument for PTSD. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33(4), 487-498.

Price, M., Kearns, M., Houry, D., & Rothbaum, B. O. (2014). Emergency department predictors of posttraumatic stress reduction for trauma-exposed individuals with and without an early intervention. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(2), 336.

Putnam, F. W., Carlson, E. B., Ross, C. A., Anderson, G., Clark, P., Torem, M., Bowman, E. S., Coons P., Chu, J. A., Dill, D. L, Loewenstein, R. J., & Braun, B. G. (1996). Patterns of dissociation in clinical and nonclinical samples. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(11), 673-679. DOI: [10.1097/00005053-199611000-00004](https://doi.org/10.1097/00005053-199611000-00004)

Putnam, F. W., Helmers, K., & Trickett, P. K. (1993). Development, reliability, and validity of a child dissociation scale. *Child Abuse & Neglect*, 17(6), 731-741.

Robjant, K., & Fazel, M. (2010). The emerging evidence for narrative exposure therapy: A review. *Clinical psychology review*, 30(8), 1030-1039.

- Ruf, M., Schauer, M., Neuner, F., Catani, C., Schauer, E., & Elbert, T. (2010). Narrative exposure therapy for 7-to 16-year-olds: A randomized controlled trial with traumatized refugee children. *Journal of traumatic stress, 23*(4), 437-445.
- Rufer, M., Held, D., Cremer, J., Fricke, S., Moritz, S., Peter, H., & Hand, I. (2006). Dissociation as a predictor of cognitive behavior therapy outcome in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychotherapy and psychosomatics, 75*(1), 40-46.
- Saxe, G. N., Chinman, G., Berkowitz, R., Hall, K., Lieberg, G., Schwartz, J., & Kolk, B. A. V. D. (1994). Somatization in patients with dissociative disorders. *American Journal of Psychiatry, 151*(9), 1329-1334.
- Schaal, S., Elbert, T., & Neuner, F. (2009). Narrative exposure therapy versus interpersonal psychotherapy. *Psychotherapy and psychosomatics, 78*(5), 298-306.
- Schauer, E., & Elbert, T. (2010). The psychological impact of child soldiering. In E. Martz (Ed.), *Trauma rehabilitation after war and conflict: Community and individual perspectives* (pp. 311-360). Springer Science & Business Media
- Schauer, M., & Elbert, T. (2010b). Dissociation following traumatic stress: Etiology and treatment. *Zeitschrift für Psychologie/Journal of Psychology, 218*(2), 109.
- Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2011). Narrative exposure therapy: A short-term treatment for traumatic stress disorders. *Hogrefe Publishing*.
- Schnurr, P. P. (2017). Focusing on trauma-focused psychotherapy for posttraumatic stress disorder. *Current opinion in psychology, 14*, 56-60.
- Shaft, J. (2008) Psychotherapy dropout: A meta-analytic review of premature termination. Väitöskirja. *ProQuest Information & Learning*
- Smith, P., Perrin, S., Dyregrov, A., & Yule, W. (2003). Principal components analysis of the impact of event scale with children in war. *Personality and individual differences, 34*(2), 315-322.

- Spitzer, C., Barnow, S., Freyberger, H. J., & Joergen Grabe, H. (2007). Dissociation predicts symptom-related treatment outcome in short-term inpatient psychotherapy. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(8), 682-687.
- Steuwe, C., Lanius, R. A., & Frewen, P. A. (2012). Evidence for a dissociative subtype of PTSD by latent profile and confirmatory factor analyses in a civilian sample. *Depression and anxiety*, 29(8), 689-700.
- Teicher, M. H., Anderson, C. M., & Polcari, A. (2012). Childhood maltreatment is associated with reduced volume in the hippocampal subfields CA3, dentate gyrus, and subiculum. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(9), E563-E572.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *Focus*, 1(3), 322-334.
- Van der Hart, O., Bolt, H., & Van Der Kolk, B. A. (2005). Memory fragmentation in dissociative identity disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(1), 55-70.
- Van Der Hart, O., Nijenhuis, E., Steele, K., & Brown, D. (2004). Trauma-related dissociation: Conceptual clarity lost and found. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(11-12), 906-914.
- Van der Kolk, B. A., & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of traumatic stress*, 8(4), 505-525.
- Van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., & Mandel, F. S. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation. *The American journal of psychiatry*, 153(7), 83.
- Van der Kolk, B. A., Perry, J. C., & Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *The American journal of psychiatry*, 148(12), 1665.
- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of traumatic stress*, 18(5), 389-399.

- Van der Kolk, B. A., & Van der Hart, O. (1989). Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *The American journal of psychiatry*, *146*(12), 1530.
- Waller, N., Putnam, F. W., & Carlson, E. B. (1996). Types of dissociation and dissociative types: A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological methods*, *1*(3), 300.
- World Health Organization. (2013). Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. Geneva: WHO.
- Wolf, E. J. (2013). The dissociative subtype of PTSD: Rationale, evidence, and future directions. *PTSD Research Quarterly*, *24*(4), 1-8.
- Wolf, E. J., Lunney, C. A., & Schnurr, P. P. (2016). The influence of the dissociative subtype of posttraumatic stress disorder on treatment efficacy in female veterans and active duty service members. *Journal of consulting and clinical psychology*, *84*(1), 95.
- Zoet, H. A., Wagenmans, A., van Minnen, A., & de Jongh, A. (2018). Presence of the dissociative subtype of PTSD does not moderate the outcome of intensive trauma-focused treatment for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, *9*(1).