



Traumaperäiset stressireaktiot ja -häiriöt

Päivitetty 5.2.2020

Traumaperäiset stressireaktiot ja -häiriöt ovat mielenterveyden häiriöitä, joita esiintyy järkyttävien kokemusten jälkeen. Ne ovat melko tavallisia, ja niitä esiintyy kaikenikäisillä. Traumaperäisen stressihäiriön hoitona on sekä aikuisilla että lapsilla ja nuorilla ensisijaisesti psykoterapia. Aikuisilla muita hoitovaihtoehtoja ovat masennuslääkkeet tai psykoterapian ja lääkityksen yhdistelmä.

Poikkeukselliset tapahtumat saattavat järkyttää, olipa henkilö itse vahingoittunut tilanteessa tai ei. Vaikutusta on lisäksi sillä, kuinka vakava ja millainen järkyttävän tapahtuman luonne on ollut (esim. läheisen tai lapsen kuolema, väkivaltakokemus ja seksuaalinen väkivalta, suuronnettomuus, kidutus tai sota).

Tietyt ihmisryhmät altistuvat traumataapahtumille muita enemmän ammattinsa (pelastajat, poliisit, sotilaat ja rauhan- turvaajat, terveydenhoitohenkilöstö) tai olosuhteidensa vuoksi (pakolaiset, turva- paikanhakijat, kidutetut).

Määritelmiä

Akuutissa stressireaktiossa henkilö on altistunut merkittävälle fyysiselle tai henkiselle rasitukselle. Fyysisiä oireita ovat vetäytyminen tavallisista sosiaalisista tilanteista, huomiokyvyn kaventuminen, suuttumus tai sanalliset vihamieliset ilmaukset, epätoivo tai toivottomuus, sopimaton tai tarkoitukseton yliaktiivisuus sekä liiallinen tai hallitsematon suru. Oireet alkavat yleensä 1 tunnin kuluessa tapahtuneesta ja lievittyvät muutamassa päivässä.

Traumaperäisestä stressihäiriöstä puhutaan silloin, kun henkilö on kokenut poikkeuksellisen uhkaavan tai järkyttävän tapahtuman, joka todennäköisesti aiheuttaisi voimakasta ahdistusta kenelle tahansa. Oireita ovat esimerkiksi jatkuvat ja ahdistavat muistikuvat tapahtumasta, voimakkaat takaumat ja painajaisunet. Henkilö voi pyrkiä kaikkiin keinoihin välttämään tilanteita, jotka muistutavat tapahtumasta. Diagnoosin asettaminen edellyttää kaikkien kriteerien täyttymistä.

Potilaan tutkiminen

Traumaattisen tilanteen jälkeen jatkuvasti voimakkaasti oireileva henkilö tutkitaan perusterveydenhuollossa.

Akuutissa stressireaktiossa tilanteen kartoitus aloitetaan lääkärin tekemällä haastattelulla. Potilasta kuunnellaan, mikäli hän haluaa puhua tapahtuneesta, ja toipumisen seuranta järjestetään tarpeen mukaan.

Traumaperäisessä stressihäiriössä lääkärin haastattelun laajuus ja syvyys riippuvat potilaan oireista. Haastattelussa käydään läpi koetut oireet ja niiden kehittyminen. Apuna voidaan käyttää oirekartoituslomakkeita.

Tarkemmat ja pidempiaikaiset hoitoratkaisut on kuitenkin syytä tehdä vasta reilun kuukauden kuluttua tapahtumasta.

Akuutin stressireaktion hoito

Akuutista stressireaktiosta kärsivän stressireaktioita pyritään rauhoittelemaan. Tärkeää on inhimillinen ja turvallinen kontakti hoitohenkikuntaan. Samalla varmistetaan, että henkilöllä on yhteydet perheeseen, sosiaaliseen tukiverkostoon ja paikallisiin auttamisjärjestelmiin. Lisäksi tarjotaan tietoa stressireaktioista ja -häiriöistä, psykososiaalista tukea ja suunnitellaan toipumisen seuranta.



Lääkehoitoon suhtaudutaan tässä vaiheessa pidättäytyvästi, mutta joskus voi aikuisilla uni- tai psyykkisiä traumaoireita lievittävä masennuslääkitys olla tarpeen.

Traumaperäisen stressihäiriön hoito

Lieviä ja 1–2 kuukauden kestoisia traumaperäisiä stressihäiriöitä voidaan hoitaa opiskelu-, työterveys- tai perusterveydenhuollossa. Vaikeat, toimintakykyä haittaavat ja pitkäaikaiset stressihäiriöt hoidetaan psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa tai psykiatrin konsultaation turvin.

Hoito toteutetaan pääasiassa avohoitona, ja sitä voidaan tukea erilaisilla älypuhelin- tai nettisovelluksilla. Hoito tulee valita yksilöllisesti, ja siinä tulee ottaa huomioon oireiden vaikeusaste ja kesto sekä potilaan toiveet.

Hoitomuotona on yleensä psykoterapia, joista vaikuttavimpia ovat traumakeskeinen kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT) ja EMDR-psykoterapia (silmänliikkeillä poishermostaminen ja uudelleen prosessointi).

Psykoterapia ja lääkehoito täydentävät toisiaan. Mikäli psykoterapian vaikutus ei ole riittävä, voidaan aloittaa aikuisilla masennuslääkehoito. Hoito aloitetaan pienellä lääkeannoksella, ja annostusta lisätään asteittain. Käyttöä jatketaan hoitovasteen saavuttamisen jälkeen 6–12 kuukautta, ja lääkkeen käyttö lopetetaan annosta maltillisesti pienentäen.

Liikunta tai tietoisuustaitojen harjoittelu (mindfulness) voivat sopia täydentämään hoitoa osalla potilaista.

Lapset ja nuoret

Traumaperäinen stressihäiriö voidaan todeta kaikenikäisillä, myös lapsilla ja nuorilla.

Lapsilla oireita voivat olla muun muassa itkuisuus, pelot, käytösongelmat, levottomuus ja keskittymisvaikeudet, kehityksen taantuminen ja eroahdistus. Nuorilla oireet ovat pääasiassa samantyyppisiä kuin aikuisilla.

Lasten ja nuorten hoidossa ensisijaisia hoitomuotoja ovat traumakeskeiset psykoterapiat.

Lääkehoitoa harkitaan yleensä vain erityistapauksissa: silloin, kun oireyhtymä on vaikea, psykoterapia ei ole tuottanut tulosta tai se ei ole esimerkiksi elämäntilanteen vuoksi mahdollista. Lääkehoidosta vastaa lasten- ja nuorisopsykiatrisen erikoislääkäri tai erikoissairaanhoido.

Lasten ja nuorten kohdalla tehdään yhteistyötä heidän vanhempinsa kanssa.

Työkyky ja kuntoutus

Akuutti stressireaktiossa saattaa olla yleensä enintään muutaman päivän sairauspoissaolo tarpeen, mutta vaikea traumaperäinen stressihäiriö saattaa heikentää työkykyä pitkäaikaisesti ja huomattavasti.

Sairauspoissaoloista on olemassa erillinen potilasversio [Sairauslomalleko?](#)

Kuntoutusta voidaan käyttää hoidon tukena. Se toteutetaan samoin periaattein kuin muissakin psykiatrisissa sairauksissa.

Yleisyys

Länsimaissa väestöstä 35–90 prosenttia joutuu elämänsä aikana niin järkyttävään tilanteeseen, että se voi aiheuttaa stressihäiriön, mutta vain osalle heistä kehittyy traumaperäinen stressihäiriö.



Stressaavia tilanteita tapahtuu Suomessa joka vuosi arvioiden mukaan ainakin 100 000 henkilölle: vuosittain tapahtuu lähes 40 000 fyysiseen koskemattomuuteen kohdistuvaa rikosta ja liikenneonnettomuuksissa kuolee tai loukkaantuu noin 6 000 henkeä.

Traumaperäiseen stressihäiriöön sairastuneista noin 30 prosenttia toipuu puolessa vuodessa, puolet 2 vuoden ja kaksi kolmesta 10 vuoden sisällä.

Tekijät

Potilasversion tekstin on Lääkäriseura Duodecimin [Käypä hoito -suosituksen](#) pohjalta laatinut potilasversioista vastaava toimittaja **Kirsi Tarnanen**.

Tekstin ovat tarkistaneet Käypä hoito -suosituksen laatineen työryhmän puheenjohtaja ja kokoava kirjoittaja, psykiatrian erikoislääkäri, Käypä hoito -toimittaja **Tanja Laukkala** Suomalaisesta Lääkäriseurasta Duodecimista ja nuorisopsykiatrian erikoislääkäri, vs. osastonylilääkäri **Henna Haravuori** Helsingin yliopistollisen sairaalan nuorisopsykiatriasta ja THL:n Mielenterveysyksiköstä.

Vastuun rajaus

Käypä hoito - ja Vältä viisaasti -suositukset ovat asiantuntijoiden laatimia yhteenvetoja yksittäisten sairauksien diagnostiikan ja hoidon vaikuttavuudesta. Ne eivät korvaa lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattilaisen omaa arviota yksittäisen potilaan parhaasta mahdollisesta diagnostiikasta, hoidosta ja kuntoutuksesta hoitopäätöksiä tehtäessä.