

**NARRATIIVISEN ALTISTUSTERAPIAN (NET) VAIKUTUS KOGNITIIVISIIN  
PROSESSEIHIN JA MIELENTERVEYTEEN: TAPAUSTUTKIMUS**

**Pauliina Isoaho**  
**Psykologian pro gradu -tutkielma**  
**Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö**  
**Tampereen yliopisto**  
**Marraskuu 2014**

ISOAHO, PAULIINA: Narratiivisen altistusterapian (NET) vaikutus kognitiivisiin prosesseihin ja mielenterveyteen: Tapaustutkimus

Pro gradu -tutkielma, 39 s.

Ohjaaja: Kirsi Peltonen

Psykologia

Marraskuu 2014

---

Traumaattinen tilanne on tapahtuma, johon liittyy kuolema tai vakava loukkaantuminen, niiden uhka tai fyysisen koskemattomuuden vaarantuminen. Arvioidaan, että suurin osa ihmisistä kokee jossakin elämänsä vaiheessa traumaattisen tilanteen. Useille traumaattisille tilanteille altistuminen eli kompleksinen traumatisoituminen lisää erilaisten mielenterveysongelmien, kuten masennuksen, ahdistuneisuushäiriöiden ja traumaperäisen stressihäiriön todennäköisyyttä. Useiden vallalla olevien traumateorioiden (kts. esim. Brewin ym., 1996; Conway & Pleydell-Pearce, 2000; Dalgleish ym., 2005; Ehlers & Clark, 2000) mukaan traumaattinen tilanne johtaa mielenterveysongelmiin kognitiivisten prosessien vääristymisen kautta eli trauman muokkaama tiedonkäsittely toimii välittävänä mekanismina. Traumaattisen tilanteen seurauksena henkilön käsitykset traumasta, itsestä ja maailmasta eivät vastaa todellisuutta, hänen tulkintansa uudesta tiedosta ja kokemuksista ovat trauman värittämiä ja hänen traumaa koskevat muistonsa eroavat perustavalla tavalla muista muistoista. Trauman hoidossa mielenkiintoa on viime aikoina herättänyt narratiivinen altistusterapia, joka perustuu altistukseen ja yhtenäisen elämäntarinan luomiseen traumoineen kaikkineen.

Tämän tutkielman ensimmäisenä tarkoituksena oli selvittää tapaustutkimuksen keinoin trauman kokeneen nuoren psyykkistä oireilua, traumamuistojen laatua, traumakognitioita sekä semanttisen autobiografisen muistin mahdollista heikkoutta, joihin kaikkiin traumatisoituminen vallalla olevien traumateorioiden mukaan todennäköisesti vaikuttaa. Toisekseen tutkittiin, muuttuivatko traumamuistot ja -kognitiot narratiivisen altistusterapian aikana, paraniko autobiografinen muisti ja seurasiko näitä muutoksia psyykkisen oireilun lieventyminen. Tutkittavaksi valikoitui 17-vuotias tyttö, joka oli kokenut lapsuuden kaltoinkohtelua, koulukiusaamista sekä ahdistuksen seurauksena tapahtuneen vakavan onnettomuuden.

Tutkielman tulosten perusteella voidaan sanoa, että tässä tapauksessa traumaattiset kokemukset aiheuttivat traumaperäisen stressihäiriön puhkeamisen ja huoltajan raportoinnin mukaan myös muita psyykkisiä oireita, kuten käytösoireita, ylivilkkautta sekä kaverisuhteiden ongelmia. Masennusta tutkittavalla ei todettu. Traumamuistot olivat hajanaisia ja tallentuneet ennemminkin aistimuistiin kuin kielelliseen muistiin. Autobiografisessa muistissa oli heikkoutta ja traumakognitiot olivat vääristyneitä eivätkä vastanneet todellisuutta. Sekä traumamuistoissa, autobiografisessa muistissa että traumakognitioissa tapahtui muutosta parempaan narratiivisen altistusterapian aikana. Ajallisesti näitä muutoksia seurasi traumaperäisen stressihäiriön ja huoltajan raportoiman muun psyykkisen oireilun lieventyminen. Tulokset olivat samansuuntaisia vallitsevien traumateorioiden kanssa ja tukevat narratiivisen altistusterapian käyttöä traumojen hoitamisessa, vaikkakin sitä pitäisi Suomessa tutkia suuremmillakin otoksilla ja verrata muihin käytössä oleviin, todistetusti toimiviin ja tehokkaisiin traumaterapioihin.

Avainsanat:

mielenterveys, narratiivinen altistusterapia, traumakognitiot, traumamuistot, traumaperäinen stressihäiriö

# SISÄLTÖ

1. JOHDANTO.....	1
1.1. Kompleksinen trauma.....	1
1.2. Trauman vaikutus tiedonkäsittelyyn ja muistiin.....	3
1.3. Trauma ja mielenterveys.....	6
1.4. Narratiivisuus.....	8
1.5. Traumainterventiot ja narratiivinen altistusterapia (NET).....	9
1.6. Tutkimuskysymykset.....	11
2. MENETELMÄT.....	12
2.1. Tutkittava.....	12
2.2. Menetelmät ja muuttujat.....	12
2.3. Tutkimuksen eteneminen.....	14
3. TULOKSET.....	17
3.1. Traumatisoivien tapahtumien yhteys psyykkiseen oireiluun.....	17
3.2. Traumaan liittyvät kognitiot ja muisti.....	17
3.3. Muutokset muistissa ja kognitioissa intervention aikana ja sen jälkeen.....	18
3.4. Traumamuistojen ja -kognitioiden muutosten yhteys psyykkiseen oireiluun.....	20
4. POHDINTA.....	24
4.1. Päätulokset ja niiden suhde traumateorioihin.....	24
4.2. Tutkielman vahvuudet ja heikkoudet.....	27
4.3. Tutkimustulosten merkitys ja jatkotutkimushaasteet.....	30
5. LÄHTEET.....	31



# 1. JOHDANTO

Arvioiden mukaan noin 75 % ihmisistä on joskus kokenut ainakin yhden traumaksi luokiteltavan tilanteen (Green, 1994). Traumaattinen tilanne määritellään tapahtumaksi, johon liittyy kuolema tai vakava loukkaantuminen, niiden uhka tai fyysisen koskemattomuuden vaarantuminen (American Psychiatric Association, 2000). Tällainen kokemus voi vaikuttaa ihmisen kognitiivisiin toimintoihin kuten havaitsemiseen, ajatteluun ja muistiin, mikä muokkaa käsitystä nykyhetkestä (Dalgleish, Meiser-Stedman, & Smith, 2005). Kognitiot vääristyvät siten, että henkilö kokee itsensä jatkuvasti uhatuksi tässä ja nyt, vaikka trauma on tapahtunut joskus menneisyydessä (Ehlers & Clark, 2000). Lisäksi seurauksena on usein erilaisten mielenterveysongelmien, esimerkiksi traumaperäisen stressihäiriön, puhkeaminen. Jo yksittäinen traumaattinen tilanne saattaa aiheuttaa mielenterveyden järkkymisen, mutta vielä vakavammat ja moninaisemmat seuraukset on pitkään jatkuneella traumaattiselle kokemukselle altistumisella eli kompleksisella traumalla (Terr, 1991). On arveltu, että kompleksisesta traumasta kärsivät saattavat muodostaa oman ainutlaatuisen ryhmänsä traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivien joukossa (Robjant & Fazel, 2010; Ruf ym., 2010; Terr, 1991). He eivät esimerkiksi välttämättä hyödy perinteisistä traumainterventioista yhtä paljon kuin vain yhdelle traumaattiselle tilanteelle altistuneet (Robjant & Fazel, 2010).

## 1.1. Kompleksinen trauma

DSM-IV-TR-tautiluokitus (American Psychiatric Association, 2000) kuvaa altistumista yhdelle arkielämästä poikkeavalle traumaattiselle tilanteelle, josta seuraa mielenterveyshäiriöön sairastuminen. On kuitenkin todennäköistä, että suurin osa traumaattisen tilanteen kokeneista on joutunut elämänsä aikana kohtamaan useamman kuin yhden traumatilanteen (Green ym., 2000; Kessler, 2000). Greenin ja kumppaneiden (2000) tutkimuksessa jopa 80–85 % trauman kokeneista ihmisistä raportoi vähintään kaksi traumaattista tilannetta. Terrin (1991) mukaan lapsuudessa koetut traumat voidaan jakaa kahteen eri luokkaan: tyyppin 1 ja tyyppin 2 traumoihin. Tyyppin 1 traumat ovat tautiluokituksessa kuvattuna kaltaisia yllättäviä, yksittäisiä traumaattisia tapahtumia, esimerkiksi liikenneonnettomuuksia tai luonnonkatastrofeja. Tyyppin 2 eli kompleksinen trauma tarkoittaa

pitkään kestävää tai toistuvaa altistumista traumaattiselle kokemukselle, esimerkiksi lapsuuden kaltoinkohtelua, perheväkivaltaa tai seksuaalista hyväksikäyttöä. Jatkuvasti toistuvat traumaattiset tilanteet saavat aikaan sen, että henkilö alkaa ennakoida, odottaa ja valmistautua näihin tilanteisiin yrittäen suojella itseään niiltä. Olosuhteista selvitäkseen hän ottaa käyttöön suuren määrän minän puolustus- ja hallintakeinoja, joita ovat esimerkiksi kieltäminen, ahdistavien tunteiden ja ajatusten torjuminen, dissosiaatio ja itseen kohdistuva aggressio. Nämä puolustusmekanismit tarjoavat hetkellisen helpotuksen ahdistukseen, mutta ovat pitkään jatkuessaan haitallisia kehitykselle ja mielenterveydelle.

Vaikka tyyppin 1 traumakin voi johtaa traumaperäiseen stressihäiriöön, monet häiriön äärimmäisistä oireista ilmenevät pääsääntöisesti vain tyyppin 2 traumasta kärsivillä (Terr, 1991). Näitä oireita ovat esimerkiksi pitkäaikainen kieltäminen, itsen kokeminen vieraaksi (depersonalisaatio), kyvyttömyys yhdistää ajatukset, tunteet ja muistot mielekkääksi kokonaisuudeksi (dissosiaatio) sekä tunteiden turtuminen. Kompleksisen trauman kokeneiden tyypillisiä tunnetiloja ovat pelko, suru ja itseen tai ulospäin suunnattu viha sekä mahdollisesti tunteiden puuttuminen kokonaan. Monet toistuvia traumoja lapsuudessa kokeneet saavat jo nuorena käytöshäiriö-, ADHD-, masennus- tai dissosiaatiohäiriödiagnoosin ja aikuisena persoonallisuushäiriödiagnoosin. Lisäksi kompleksisesta traumasta kärsivillä on suurempi riski sairastua traumaperäiseen stressihäiriöön kuin yksittäisen trauman kokeneilla (Garieballa ym., 2006).

Myös itsetuhoisuus ja itsemurhayritykset voivat olla seurausta kompleksisesta traumasta. Belik, Stein, Asmundson ja Sareen (2009) tutkivat kanadalaisia sotilaita ja huomasivat, että itsemurhayritysten todennäköisyys kasvaa sitä mukaa, mitä useammalle traumaattiselle tilanteelle henkilö on elämänsä aikana altistunut. Traumaattisten kokemusten lukumäärän ja itsemurhayrityksen todennäköisyyden välinen yhteys säilyi merkitseväenä silloinkin, kun kontrolloitiin yksittäisten ja komorbidien diagnosoitujen mielenterveyshäiriöiden vaikutukset. Myös Brezon ja muiden (2008) tutkimuksen mukaan lapsuuden seksuaalinen hyväksikäyttö lisäsi itsemurhariskiä siten, että toistuva hyväksikäyttö lisäsi itsemurhayrityksen todennäköisyyttä enemmän kuin yksittäinen hyväksikäyttötapaus.

## 1.2. Trauman vaikutus tiedonkäsittelyyn ja muistiin

Trauman vaikutukset kognitioihin, muun muassa havaitsemiseen, ajatteluun ja muistiin, ovat moninaisia. Dalgleishin ja muiden (2005) mukaan traumasta seuraa kognitiivisten prosessien vääristymistä, joka johtaa kolmenlaisiin ongelmiin. Ensinnäkin käsitykset traumasta, itsestä ja maailmasta ylipäänsä eivät vastaa todellisuutta. Toisekseen uusi informaatio ja kokemukset tulkitaan vääristyneesti. Kolmanneksi traumamuistot eroavat muista muistoista siten, että ne ovat enemmänkin tiedostamattomia sensorisia muistoja kuin tietoisia kielellisiä muistoja (Brewin, Dalgleish, & Joseph, 1996).

Ehlers ja Clark (2000) ovat kehittäneet kognitiivisen mallin selittämään traumaperäisen stressihäiriön (posttraumatic stress disorder eli PTSD) syntyä ja niitä mekanismeja, jotka ylläpitävät oireita. Traumaperäinen stressihäiriö on yleinen trauman kokeneilla esiintyvä mielenterveyshäiriö ja sitä käsitellään tarkemmin seuraavassa luvussa. Kognitiivisen mallin mukaan traumaperäisen stressihäiriön syy on henkilön taipumus käsitellä traumaattista kokemusta tavalla, joka saa hänet tuntemaan itsensä jatkuvasti uhatuksi. Uhka tuntuu todelliselta nykyhetkessä ja turvallisissakin tilanteissa siitä huolimatta, että traumaattinen tilanne on jo ohi. Uhan tunne johtuu siitä, että henkilön käsitykset traumasta ja sen seurauksista ovat hyvin kielteisiä ja että traumaattinen kokemus on irrallaan muusta elämäkerrallisesta muistista eikä siis integroidu osaksi elämäntarinaa. Tästä on seurauksena erilaisia haitallisia tiedonkäsittely- ja käyttäytymismalleja, jotka lyhyellä tähtäimellä vähentävät ahdistusta, mutta pitkällä aikavälillä estävät traumaattisen kokemuksen käsittelyn ja ylläpitävät traumaperäistä stressihäiriötä.

Tyypillistä trauman kokeneille on kyvyttömyys nähdä trauma ajallisesti rajattuna tapahtumana, joka ei sinällään lisää tulevien katastrofien todennäköisyyttä (Ehlers & Clark, 2000). Henkilö saattaa tehdä traumasta yleistyksiä, jolloin hän kokee aivan tavalliset tapahtumatkin vaarallisina. Yleistä on myös traumaattisen tilanteen aikaisten reaktioiden ja traumaperäisen stressihäiriön oireiden tulkitseminen väärin. Muistojen mieleentunkeutuminen ja ylivirittyneisyys voivat näyttää merkeiltä hulluksi tulemisesta, kontrollin menettämisestä tai vaaratilanteesta, jos niistä kärsivällä ei ole tarpeeksi tietoa traumaperäisestä stressihäiriöstä. Tällainen tulkinta luonnollisesti lisää ylivirittyneisyyttä eli oireet pahenevat. Yksi esimerkki haitallisesta käyttäytymismallista on

traumaattisen kokemuksen tapahtumapaikan välttäminen, jolloin henkilö ei saa korvaavia kokemuksia siitä, että kyseinen paikka ei itsessään ole vaarallinen. Traumaattisen tapahtuman kokeneilla on taipumus yrittää vältellä tapahtuman ajattelua, mistä seurauksena onkin itse asiassa traumamuiston mieleentunkeutuminen tahtomatta ja myös muiden kielteisten elämäntapahtumien korostunut muistaminen (Dalgleish, Hauer, & Kuyken, 2008).

Traumaattinen kokemus vaikuttaa muistiin monitahoisesti. Muistijärjestelmät voidaan jakaa lyhytkestoiseen sensoriseen muistiin, lyhytkestoiseen työmuistiin ja pitkäkestoiseen säilömuistiin (Posner & Raichle, 1994). Pitkäkestoiseen muistiin kuuluvat proseduraalinen muisti (motorinen muisti ja ehdollistuminen) ja deklaratiiivinen muisti, joka puolestaan jakautuu semanttiseen muistiin (faktatiedot) ja episodiseen eli elämäkertamuistiin (Tulving, 1983). Trauman pitkäaikaisvaikutusten kannalta olennaisin muistijärjestelmä lienee elämäkertamuisti. Elämäkertamuisti tarkoittaa sellaisia henkilökohtaisia, aikaan ja paikkaan sidottuja muistikuvia, jotka ovat jollakin tavalla merkittäviä elämänhistorian kannalta (Conway & Pleydell-Pearce, 2000). Tällaisia ovat erilaisiin elämänvaiheisiin liittyvät muistot (esimerkiksi muistot kouluajoilta tai tietyssä työpaikassa työskennellessä), toistuvat tapahtumat (tietyn työmatkan kulkeminen tai jokakesäiset mökkireissut) tai tietyt yksittäiset tapahtumat (rippijuhlat tai ensitapaaminen kumppanin kanssa). Monien tutkijoiden mukaan traumatisoituminen heikentää yleisesti kykyä muodostaa elämäkerrallisia muistoja (Dalgleish ym., 2008; Meesters, Merckelbach, Muris, & Wessel, 2000; Williams ym., 2007). Traumaperäinen stressihäiriö johtuukin siis ainakin osittain siitä, että traumamuistoa ei kyetä liittämään osaksi muuta elämäkertamuistia (Brewin ym., 1996; Conway & Pleydell-Pearce, 2000; Ehlers & Clark, 2000). Tällaista irrallista muistoa on vaikea palauttaa mieleen tietoisesti, vaikka traumaattiseen tapahtumaan liittyvät sensoriset aistimukset tunkeutuvatkin usein tahattomasti mieleen.

Brewinin (1989) sekä Brewinin ja kumppaneiden (1996) mukaan traumamuistojen mieleentunkeutuminen johtuu siitä, että traumaattisesta tilanteesta syntyy kahdenlaisia muistoja: kielellisesti saavutettavia (verbally accessible memory eli VAM) ja tilannekohtaisesti virittyviä muistoja (situationally accessible memory eli SAM). Kielellisesti saavutettavat muistot sisältävät tietoa aistimuksista ja omista reaktioista tilanteen aikana sekä tilanteen koetun merkityksen. Niiden syntyminen vaatii tapahtuman tietoista käsittelyä, jolloin ne tulevat osaksi elämäkertamuistia. Tällaisten muistojen syntyminen jossain määrin estyy traumaattisessa tilanteessa, koska järkyttävän



kokemuksen aiheuttamat hormonaaliset muutokset heikentävät tietoiseen prosessointiin liittyvien aivoalueiden toimintaa (Jacobs & Nadel, 1985). Tällöin traumaattisesta tilanteesta syntyy tilannekohtaisesti virittyviä muistoja, joiden mieleenpalautumisen laukaisee esimerkiksi traumaattisen tilanteen tapahtumapaikkaa muistuttava ympäristö, samanlainen tunnetila kuin trauman tapahtuessa tai vastaavanlaisesta traumasta kuuleminen (Brewin ym., 1996). Nämä muistot eivät ole osa elämäkertamuistia eikä niitä useinkaan voida palauttaa mieleen tietoisesti, sillä niitä on edeltänyt tiedostamaton ja pinnallinen prosessointi. Tällaiset muistot sisältävät traumaattiseen tilanteeseen liittyviä aistimuksia kuten näkö- ja kuulohavaintoja tai fyysisiä ja motorisia muistikuvia ja ne ovat epäorganisoiduneita, sirpaloituneita ja irrallaan kontekstista. Tilannekohtaisesti virittyvän muiston palautuessa mieleen trauman kokenut voi tuntea elävänsä traumaattista tilannetta uudelleen.

Osa tutkijoista kyseenalaistaa oletuksen siitä, että traumamuistot olisivat liittyneet heikosti osaksi elämäkertamuistia. Berntsenin ja Rubinin (2007) mukaan traumamuistot ovat integroituneet siihen liiankin tehokkaasti. Tästä seuraa se, että muisto traumaattisesta tapahtumasta on liian keskeinen elämäntarinassa ja että traumaan liittyvä kielteinen emotionaalinen sävy siirtyy myös muihin, positiivisiin tai neutraaleihin, tapahtumiin. Traumamuisto on helposti palautettavissa mieleen, jolloin sitä käytetään vertauksena siitä, miten asiat yleensä menevät. Toiseksi trauma edustaa käännekohtaa elämässä, ja sitä edeltävätkin tapahtumat nähdään traumaattisen kokemuksen sävyttiminä. Kolmanneksi trauman kokenut henkilö voi ottaa trauman osaksi identiteettiään. Uhritumiseen perustuva identiteetti taas laskee hyvinvointia ja johtaa leimautumiseen ja muista eristäytymiseen. Berntsen ja Rubin (2007) väittävät traumaperäisen stressihäiriön syyn olevan tällaisissa traumamuistoissa. Myös O'Kearney, Hunt ja Wallace (2011) päättelivät traumakertomuksia analysoimalla, että traumamuistot ovat paremmin integroituneita kuin muut emotionaalisiin, ei traumaattisiin tapahtumiin liittyvät muistot. Tämä johtuu tutkijoiden mukaan traumaattisen tilanteen keskeisyydestä oman elämän kannalta. Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan havaittu yhteyttä traumamuiston integraation ja traumaperäisen stressihäiriön oireiden väliltä. Sen sijaan yhteys löytyi traumaperäisten oireiden vakavuuden ja itsearvioidun traumamuistojen organisoituneisuuden välillä. Tässä yhteydessä organisoituneisuus tarkoittaa kerrotun muiston kausaalista johdonmukaisuutta ja yhtenäisyyttä. Tutkittavat raportoivat sitä vakavampia oireita, mitä epäorganisoiduneimmiksi he itse traumamuistonsa kuvasivat. Samanlaista yhteyttä ei löytynyt silloin, kun traumamuistojen organisoituneisuutta arvioi ulkopuolinen arvioija.

### 1.3. Trauma ja mielenterveys

Traumaattisille kokemuksille kuten sotilaalliselle ja muulle väkivallalle, seksuaaliselle hyväksikäytölle, kaltoinkohtelulle, luonnonkatastrofeille tai onnettomuuksille altistuneet ihmiset voivat sen seurauksena kärsiä monenlaisista mielenterveysongelmista. Traumaperäistä stressihäiriötä pidetään ensisijaisena traumaattisesta kokemuksesta johtuvana mielenterveysongelmana, mutta trauma voi johtaa myös masennukseen ja ahdistuneisuushäiriöihin (Ginzburg, Ein-Dor, & Solomon, 2010), paniikkihäiriöön (Wood, Salguero, Cano-Vindel, & Galea, 2013), fobioihin (Meewisse, Ollf, Kleber, Kitchiner, & Gersons, 2011) tai päihteiden väärinkäyttöön (Solomon, Gerrity, & Muff, 1992). Näiden lisäksi trauman kokeneet raportoivat tutkimuksissa huomattavasti enemmän fyysisiä terveysongelmia kuin ne, jotka eivät ole koskaan kokeneet traumaattisia tilanteita (Pérez, Abrams, López-Martínez, & Asmundson, 2012).

Traumaattisen tilanteen kokeneista ihmisistä noin 30–40 prosenttia sairastuu traumaperäiseen stressihäiriöön (Neria, Nandi, & Galea, 2008). DSM-IV-TR-tautiluokituksen (American Psychiatric Association, 2000) mukaan traumaperäisen stressihäiriön puhkeamista edeltää jokin traumaattinen tilanne, johon on liittynyt kuolema tai vakava loukkaantuminen, niiden uhka tai fyysisen koskemattomuuden vaarantuminen, ja henkilö on reagoinut tilanteeseen tuntemalla pelkoa, avuttomuutta tai kauhua. Traumaperäisen stressihäiriön oireet voidaan jakaa kolmeen luokkaan. Ensinnäkin traumaattiseen tapahtumaan liittyvät muistot tunkeutuvat ajatuksiin ja henkilö kokee elävänsä tapahtuman uudestaan sekä valveilla että unessa. Tällainen mieleen tunkeutuva muisto on yleensä ennemminkin sensorinen vaikutelma tapahtumasta kuin tietoinen kielellinen muisto ja sen laukaisee usein joku traumaattiseen tilanteeseen liittynyt aistihavainto tai tunnetila (Brewin ym., 1996; Ehlers & Clark, 2000). Toiseksi trauman kokenut yrittää vältellä tapahtuneen ajattelemista ja kaikkea sellaista, mikä saattaa muistuttaa häntä traumaattisesta tilanteesta (American Psychiatric Association, 2000). Kolmanneksi oireisiin kuuluu poikkeuksellinen vireystila eli jatkuva valmius reagoida uhkaaviin ärsykkeisiin. Kliinisestä häiriöstä on kyse silloin, kun edellä mainitut oireet esiintyvät yli kuukauden ajan ja aiheuttavat merkittävää kärsimystä tai haittaa jollakin tärkeällä toiminnan alueella.

Traumaperäisen stressihäiriön syntymistä ennustavat vahvimmin traumaattiseen tilanteeseen

liittyvät tekijät, kuten kuolemanvaaran kokeminen, omat kielteiset emotionaaliset reaktiot ja tajunnantilan muutokset, esimerkiksi itsestään irrallaan oleminen tai unenomainen olotila trauman aikana, sekä trauman jälkeisen sosiaalisen tuen puute (kts. meta-analyysit: Brewin, Andrews, & Valentine, 2000; Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003). Jossain määrin traumaperäisen stressihäiriön puhkeamisen mahdollisuutta lisäävät myös aiemmat traumakokemukset, psyykkiset häiriöt ja perheessä esiintyvät mielenterveysongelmat. Myös traumaattisen tapahtuman luonteella on todettu olevan merkitystä. Toisen ihmisen tekemä tarkoituksellinen väkivalta, esimerkiksi raiskaus tai pahoinpitely, johtaa traumaperäiseen stressihäiriöön todennäköisemmin kuin esimerkiksi luonnonkatastrofin tai onnettomuuden kokeminen (Copeland, Keeler, Angold, & Costello, 2007; Green ym., 2000).

Trauman kokeneiden keskuudessa komorbiditeetti, eli kahden tai useamman mielenterveysongelman esiintyminen yhtäaikaaisesti, on hyvin tyypillistä. Arviot traumaperäisen stressihäiriön ja jonkun muun mielenterveysongelman komorbiditeetista vaihtelevat 63,2 prosentista (Meewisse ym., 2011) jopa 80 prosenttiin (Ginzburg, Ein-Dor, & Solomon, 2010). Toisin sanoen traumaperäinen stressihäiriö esiintyy useammin yhdessä jonkun toisen mielenterveysongelman kanssa kuin yksinään. Toimintakyky on heikoin niillä, jotka kärsivät useammasta häiriöstä yhtä aikaa (Ginzburg ym., 2010). Komorbiditeetti lisää traumaperäisen stressihäiriön oireiden vakavuutta sekä itsemurha-ajatusten todennäköisyyttä (Galatzer-Levy, Nickerson, Litz, & Marmar, 2013). Traumaperäisen stressihäiriön kanssa tyypillisimmin komorbidisti esiintyviä mielenterveysongelmia ovat masennus, päihdeongelmat ja ahdistuneisuushäiriöt (Brady, Killeen, Brewerton, & Lucerini, 2000). Masennuksesta kärsii jopa 52 % traumaperäistä stressihäiriötä sairastavista (Rytwinski, Scur, Feeny, & Youngstrom, 2013) ja traumaperäinen stressihäiriö lisää päihdeongelmaan sairastumisen riskiä 1,4–4,5-kertaiseksi (Ford, Russo, & Mallon, 2007). Muita mahdollisia komorbideja mielenterveysongelmia ovat mm. syömishäiriöt (Brewerton, 2007) sekä kipuoireyhtymät (Shipherd ym., 2007). Traumaperäinen stressihäiriö on lisäksi yhteydessä erilaisiin fyysisiin sairauksiin, esimerkiksi nivelreumaan ja mahahaavaan (Qureshi, Pyne, Magruder, Schulz, & Kunik, 2009), sekä suurempaan terveydenhuoltopalveluiden käyttöön (Stein, McQuaiad, Pedrelli, Lenox, & McCahill, 2000).

## 1.4. Narratiivisuus

Traumatisoitumista ja elämäkertamuistia voidaan tarkastella paitsi kognitiivisten mallien myös narratiivisen tutkimustradition avulla. Elämäkertamuisti on jäsentynyt kertomusten eli narratiivien muotoon (Ricoeur, 1984). Narratiivit ovat siis henkilön kuvauksia omasta elämästään tai niistä tapahtumista ja asioista, jotka hän näkee tärkeinä osina elämäänsä (Titon, 1980). Näihin kertomuksiin vaikuttavat paitsi eletty elämä, myös kulttuurilliset ja vuorovaikutukselliset ainekset: millaisista tarinamalleista ihminen pystyy ammentamaan luodessaan omaa minuuttaan ja tarinaansa (Bruner, 1987). Esimerkiksi vakavan sairastumisen tarinamallit voidaan jakaa toipumis-, kaaos- ja kilvoituskertomuksiin (Frank, 1995). Toipumistarina on nimensä mukaisesti kertomus parantumisesta. Sen vastakohta on kaaostarina, jonka kertoja ei usko elämänsä koskaan muuttuvan paremmaksi. Kilvoitustarinassa taas pääosassa on se, mitä kertoja on sairastumisensa kautta oppinut itsestään tai elämästä yleensä. Kilvoitustarinassa sairaus lopulta muuttaa ihmistä parempaan suuntaan eikä hän vain palaa terveeksi kuten toipumistarinassa.

Hännisen (1999, s. 36) mukaan ”tarinaa voidaan pitää ihmiselämän jäsentämiseen ja toiminnan ohjaamiseen erikoistuneena kulttuurillisena välineenä”. Titon (1980) kuvaa elämäntarinaa fiktiivisenä kertomuksena, jota ihminen kertoo itselleen omasta elämästään. Elämän ja narratiivin välinen suhde voidaan nähdä kaksisuuntaisena (Bruner, 1987). Elämä ja kokemukset vaikuttavat siihen, millainen narratiivista muodostuu, mutta myös narratiivi, jota ihminen elää, vaikuttaa hänen toimintaansa ja valintoihinsa. Tällöin ei ole lainkaan yhdentekevää, millaista narratiivista ihminen elämästään kertoo. Kertomukset omasta elämästä eivät ole pysyviä, vaan alati muuttuvia ja epävakaita (Bruner, 1987), joten elämäänsä on mahdollista muuttaa muuttamalla narratiiviaan. Vaikka kertomukset itsessään ovatkin muuttuvia, niissä on myös suhteellisen vakaita piirteitä. Näitä ovat esimerkiksi narratiivien emotionaalinen sävy, toimijuus, henkilökohtainen kasvu sekä narratiivien monimutkaisuus (McAdams ym., 2006).

Traumainterventioista narratiivinen altistusterapia keskittyy yhtenäisen elämäntarinan luomiseen siten, että traumaattiset tapahtumat voidaan hyväksyä osaksi omaa tarinaa (Schauer, Neuner, & Elbert, 2005). Asiantuntija-arvioiden mukaan traumaattisesta tilanteesta kertominen auttaa moniin traumasta johtuviin oireisiin kuten trauman uudelleen elämiseen, välttelyyn, poikkeukselliseen

vireystilaan, tunteidensäätelyn vaikeuksiin, ihmissuhdeongelmiin, vääristyneisiin ajatuksiin trauman merkityksestä, keskittymisvaikeuksiin, somaattisiin oireisiin sekä dissosiaatio-oireisiin (Cloitre ym., 2011). Foan, Molnarin ja Cashmanin (1995) sekä van Minnenin, Wesselin, Dijkstran ja Roelofsin (2002) tutkimusten valossa näyttäisi siltä, että onnistunut terapia on yhteydessä traumanarratiivien jäsenyntyneisyyteen. Näyttäisi siis siltä, että traumanarratiivin jäsenyminen saattaisi ainakin osaltaan helpottaa traumaperäisen stressihäiriön oireita sekä ahdistus- ja masennusoireita trauman kokeneilla.

### **1.5. Traumainterventiot ja narratiivinen altistusterapia (NET)**

Asiantuntijoiden haastatteluiden mukaan tehokas kompleksisen trauman hoidossa käytettävä interventio on sellainen, joka kohdennetaan yksilöllisesti oireiden perusteella (Cloitre ym., 2011). Samaan lopputulokseen päätyivät meta-analyysissään Roberts, Kitchiner, Kenardy ja Bisson (2009). Useissa meta-analyyseissä traumaan keskittyvä kognitiivis-behavioraalinen terapia (trauma-focused cognitive-behavioral therapy eli TF-CBT) on osoittautunut tehokkaaksi interventioksi traumatisoituneiden lasten ja aikuisten hoidossa (Bisson & Andrew, 2007; Gillies, Taylor, Gray, O'Brien, & D'Abrew, 2012; Peltonen & Punamäki, 2010; Roberts, ym. 2009). Sen on todettu lieventävän traumaperäisen stressihäiriön oireiden lisäksi myös masennus- ja ahdistusoireita (Bisson & Andrew, 2007; Smith ym., 2007). Toinen tehokkaaksi osoittautunut interventio on EMDR-tekniikka (eye movement desensitisation and reprocessing), jonka olennaisena osana on kognitiivis-behavioraalisen terapian tavoin traumamuistoille altistaminen (Bisson & Andrew, 2007).

Suurin osa kognitiivis-behavioraalista terapiasta sisältää seuraavat osa-alueet: psykoedukaatio ja normalisointi, kognitioiden muuttaminen, altistaminen sekä stressin ja ahdistuksen hallintakeinot (Pine & Cohen, 2002). Psykoedukaation ja normalisoinnin tarkoituksena on saada trauman kokenut huomaamaan, että hänen reaktionsa traumaan eivät ole poikkeavia tai harvinaisia (Dalglish ym., 2005). Kognitioiden muuttamiseksi on ensin selvitettävä, millaisia vääristyneitä ajatuksia ja uskomuksia henkilöllä on traumatilanteesta ja omista reaktioistaan siihen. Sen jälkeen nämä haitalliset ajatusmallit pyritään korvaamaan hyödyllisemmillä ja toipumista tukevilla ajattelutavoilla. Altistaminen voi tapahtua esimerkiksi traumaattista kokemusta ajattelemalla tai käymällä sen tapahtumapaikalla. Erityisen tärkeää on altistaa henkilö niille muistoille, jotka ovat emotionaalisesti

vaikeimpia, koska juuri ne ovat yleensä jääneet käsittelemättä tietoisesti (Nijdam, Baas, Olf, & Gersons, 2013). Vaikeimmat tapahtumat tunnistaa siitä, että niihin liittyvät aistimukset tunkeutuvat herkimmin mieleen ja niiden ajattelu herättää usein voimakkaita tunteita, kuten vihaa, surua, häpeää ja syyllisyyttä (Grey, Holmes, & Brewin, 2001; Grey, Young, & Holmes, 2002). Altistamisen tarkoitus on vähitellen lievittää näitä tunteita sekä yleisemmin traumaan liittyvää ahdistusta (Bichescu, Neuner, Schauer, & Elbert, 2007). Myös stressinhallinnan opettelu tähtää epämiellyttävien tunteiden vähentämiseen muun muassa rentoutus- ja tietoisuustaitoharjoitusten avulla (Dalglish ym., 2005).

Narratiivinen altistusterapia (narrative exposure therapy eli NET) perustuu traumaan keskittyvään kognitiivis-behavioraaliseen terapiaan (Schauer ym., 2005). Narratiivisen altistusterapian on todettu vähentävän traumaperäisen stressihäiriön oireita useissa sellaisissa ihmisryhmissä, jotka ovat joutuneet kohtaamaan joko yksittäisiä tai useita traumaattisia tilanteita. Näitä ovat muun muassa luonnonkatastrofeja kokeneet (Yinyin, Hunt, & Cox, 2013), sodan ja kidutuksen uhrit kuten pakolaiset ja turvapaikanhakijat (Halvorsen & Stenmark, 2010; Neuner ym., 2010; Neuner, Schauer, Klaschik, Karunakara, & Elbert, 2004; Onyut ym., 2005; Ruf ym., 2010) sekä entiset poliittiset vangit (Bichescu ym., 2007). Tässä tutkielmassa mielenkiinnon kohteena on edellisistä hieman poiketen lapsuuden kaltoinkohtelun ja myöhempien elämäntapahtumien seurauksena traumatisoitunut nuori. Monissa tutkimuksissa narratiivinen altistusterapia on vähentänyt traumaperäisen stressihäiriön oireiden lisäksi myös masennus- ja ahdistusoireita (Bichescu ym., 2007; Halvorsen & Stenmark, 2010; Onyut ym., 2005; Yinyin ym., 2013) sekä somaattisia oireita (Neuner ym., 2010; Neuner, Onyut ym., 2008) ja lisännyt psyykkistä hyvinvointia (Neuner ym., 2004).

Kognitiivis-behavioraalisesta terapiasta poiketen narratiivisessa altistusterapiassa käsitellään yksittäisen traumaattisen tilanteen sijaan kaikkia niitä traumaattisia kokemuksia, joille henkilö on elämänsä aikana altistunut (Schauer ym., 2005). Lisäksi käsitellään mahdollisuuksien mukaan myös elämän merkittävimmät myönteiset tapahtumat, jotta vältettäisiin kielteisten traumamuistojen korostuminen liikaa elämäntarinassa (vrt. Berntsen & Rubin, 2007). Narratiivisen altistusterapian tehokkuus perustuu kahteen elementtiin: yhtenäisen narratiivin luomiseen ja altistukseen (Neuner, Schauer, Roth, & Elbert, 2002; Schauer ym., 2005). Ensinnäkin traumaattisista tapahtumista pyritään luomaan johdonmukainen kertomus, jolloin niiden kognitiivinen ja emotionaalinen

käsittely on mahdollista (Neuner ym., 2002). Lisäksi traumaattiset kokemukset kerrotaan osana laajempaa elämäntarinaa, jolloin traumasta tulee vain yksi tapahtuma muiden joukossa eikä se enää määrittele koko elämää tai ihmistä. Elämäntarinan kertomisen toinen tarkoitus on altistaa henkilö omille traumatisoitumisesta johtuville emotionaalisille ja fyysisille reaktioilleen siten, että hän lopulta tottuu niihin ja niiden vaikutukset lieventyvät eivätkä enää aiheuta kärsimystä (Bishescu ym., 2007). Tällöin traumaperäistä stressihäiriötä ylläpitävä välttämiskäyttäytyminen käy tarpeettomaksi. Narratiivisesta altistusterapiasta on kehitetty myös lapsille sopiva muoto KIDNET (Neuner, Catani ym., 2008; Ruf ym., 2008). KIDNET'in protokollan mukaan terapiatapaamisia on kerran viikossa yhteensä kahdeksan viikon ajan (Ruf ym., 2010). Yhden tapaamisen pituus on 90–120 minuuttia.

## 1.6. Tutkimuskysymykset

Traumaattisiin kokemuksiin liittyvät muistot ovat usein organisoitumattomia ja niihin on vaikea päästä käsiksi kielellisesti (Ehlers & Clark, 2000). Traumaperäinen stressihäiriö on seurausta siitä, että tällaisia muistoja ei pystytä liittämään osaksi elämäkertamuistia (Conway & Pleydell-Pearce, 2000; Ehlers & Clark, 2000). Narratiivisessa altistusterapiassa pyritään muuttamaan traumamuistot kielelliseen muotoon, jolloin ne tulevat osaksi elämäkertamuistia. Tämän tutkielman tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Onko tutkittavalla psyykkisiä oireita (masennus, traumaperäinen stressihäiriö ym.) johtuen hänen kokemistaan traumaattisista tapahtumista?
2. Millaisia traumamuistot ovat ja miten traumatisoituminen vaikuttaa muiden elämäkerrallisten muistojen muodostumiseen?
3. Miten trauma vaikuttaa tiedonkäsittelyyn?
4. Esiintyvätkö traumateorioiden mukaiset traumamuistot ja -kognitiot yhdessä traumaperäisen stressihäiriön kanssa?
5. Tapahtuuko narratiivisen altistusterapian aikana muutoksia elämäkertamuistissa, traumamuistoissa ja traumaan liittyvissä kognitioissa?
6. Seuraako traumamuistojen ja -kognitioiden muutosta ajallisesti traumaperäisen stressihäiriön oireiden ja muun psyykkisen oireilun lieventyminen?

## 2. MENETELMÄT

### 2.1. Tutkittava

Interventioon osallistunut nuori oli 17-vuotias tyttö. Interventioon osallistumisen perusteena oli kompleksi traumatisoituminen johtuen varhaisesta huostaanotosta sekä lastensuojelulaitoksessa tapahtuneesta kaltoinkohtelusta. Nuori sijoitettiin perheeseen 8-vuotiaana. Kouluajana kielteisiä kokemuksia olivat muun muassa kiusatuksi tuleminen ja uuteen ympäristöön sopeutumisen vaikeudet. Traumatisoivimpana tapahtumana nuori koki noin vuosi ennen intervention alkua tapahtuneen vakaviin fyysisiin vammoihin johtaneen onnettomuuden, joka sai alkunsa voimakkaasta ahdistuneisuudesta. Tutkimukseen osallistumiseen pyydettiin suostumus sekä tutkittavalta itseltään että hänen huoltajaltaan.

### 2.2. Menetelmät ja muuttujat

Traumaperäinen stressihäiriö. Traumaperäistä stressihäiriötä mitattiin CRIES-8: PTSD -oirekartoituskyselyllä (The Children's Impact of Event Scale; Dyregrov, Kuterovac, & Barath, 1996; Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979; Yule, Ten Bruggencate, & Joseph, 1994), jonka on todistettu toimivan hyvin lapsilla (Smith ym., 2003). Siinä on kahdeksan osiota, joissa eri oireiden esiintymistä viimeisten seitsemän päivän aikana arvioidaan asteikolla 0 (= ei ollenkaan) – 4 (= usein). Oireet jakautuvat kahteen eri osa-alueeseen, jotka ovat 1) traumaattisen tapahtuman tunkeutuminen ajatuksiin (esim. ”Ajatteletko sitä, vaikka sinun ei ole tarkoitus tehdä niin?” ja ”Tulevatko kuvat siitä yhtäkkiä mieleesi?”), 2) traumaattisen tapahtuman ajattelun vältteleminen (”Yritätkö poistaa sen muististasi?” ja ”Pysytteletkö poissa siitä muistuttavista asioista, esim. paikoista tai tilanteista?”). Molempia osa-alueita mittaa neljä kysymystä. Pistemäärä tässä kyselyssä voi vaihdella välillä 0–40 ja kliininen raja-arvo on 17 pistettä. Tätä suuremmat pistemäärät tarkoittavat, että kyseessä on diagnosoitavissa oleva PTSD. CRIES-8-mittarin reliabiliteetti ja validiteetti ovat hyviä (Perrin, Meiser-Stedman, & Smith, 2005; Yule, 1997).



Masennus. Masennusta mitattiin CDI-kyselylomakkeella (Children's Depression Inventory; Kovacs, 1992). Lomakkeessa on 28 kohtaa, jotka mittaavat alhaista mielialaa, ongelmia ihmissuhteissa, tehottomuutta, ilottomuutta ja huonoa itsetuntoa. Jokaisessa kohdassa valitaan kolmesta lauseesta parhaiten omaa tilannetta kuvaava vaihtoehto (esimerkiksi ”olen joskus surullinen”, ”olen useasti surullinen” tai ”olen aina surullinen”). Pistemäärä voi vaihdella välillä 0–56 ja kliiniseksi raja-arvoksi eli katkaisukohdaksi suositellaan 16:tta pistettä (Timbremont, Braet, & Dreesen, 2004). CDI:n reliabiliteetti (Kovacs, 1991) ja validiteetti (Craighead, Curry, & Ilardi, 1995; Timbremont ym., 2004) ovat pääsääntöisesti todettu hyväksi, mutta jonkin verran ongelmia on havaittu käsitevaliditeetissa (Cole, Hoffman, Tram, & Maxwell, 2000).

Yleinen psyykinen oireilu. Yleistä psyykkistä oireilua mitattiin SDQ-kyselyllä (Strengths and Difficulties Questionnaire; Goodman, 1997). Mittarin 25 kysymystä koskevat tunneoireita (”Murehdin monia asioita.”), käytösoireita (”Saatan vihastua kovasti ja menetän usein malttini.”), yliaktiivisuutta, (”Olen levoton, en pysty olemaan kauan hiljaa paikoillani.”) kaverisuhteiden ongelmia (”Olen muiden lasten tai nuorten silmätikku tai kiusaamisen kohde.”) ja prososiaalista käyttäytymistä (”Olen kiltti pienempiäni kohtaan.”). Kysymyksiin vastataan 3-portaisella asteikolla (”ei päde”, ”pätee jonkin verran” tai ”pätee varmasti”). Kokonaisoireiden pisteet voivat vaihdella välillä 0–40 ja prososiaalisen käyttäytymisen pisteet välillä 0–10. Tässä tutkimuksessa kyselylomakkeen täyttivät sekä nuori itse että hänen huoltajansa. SDQ-lomakkeen reliabiliteetti ja validiteetti vaikuttaisivat olevan hyviä (Goodman, 2001; Mellor, 2004; Muris, Meesters, & van den Berg, 2003), mikä pätee myös suomalaiseen aineistoon (Koskelainen, Sourander, & Vauras, 2001).

Autobiografinen muisti. Semanttista autobiografista muistia mitattiin SAMT-kyselylomakkeella (Semantic Autobiographical Memory Test; Meesters ym., 2000), jonka 22 kysymystä kartoittavat elämäntapahtumiin liittyviä muistikuvia ajalta, jolloin vastaaja oli 8-vuotias (esim. ”Muistatko alakoulusi nimen?” ja ”Muistatko, mikä oli lempiaineesi koulussa?”). Oikeiden vastausten lukumäärä suhteutetaan kysymysten määrään, jolloin pistemäärä vaihtelee välillä 0–1. SAMT-kyselystä ei ole olemassa sellaista aineistoa, jonka perusteella sen psykometrisiä ominaisuuksia voitaisiin luotettavasti arvioida (Meesters ym., 2000).

Traumamuistot. Traumamuistojen laatua kartoitettiin TMQQ-kyselylomakkeella (Trauma Memory Quality Questionnaire; Meiser-Stedman, Smith, Yule, & Dalgleish, 2007), jossa on 11 kysymystä

(esim. ”Muistoni pelottavasta tapahtumasta ovat suurimmaksi osaksi kuvia tai mielikuvia.” ja ”En pysty pukemaan pelottavaa tapahtumaa sanoiksi.”). Väittämien paikkansapitävyyttä arvioidaan 4-portaisella asteikolla (1 = en ole lainkaan samaa mieltä, 4 = olen täysin samaa mieltä). TMQQ:sta voi saada pisteitä välillä 11–44. TMQQ:n reliabiliteetti ja validiteetti ovat hyviä, vaikkakaan sen toistettavuudesta eri testauskertojen välillä ei ole tietoa (Meiser-Stedman ym., 2007).

Traumakognitiot. Traumaan liittyviä kognitioita selvitettiin C-PTCI-mittarilla (Child Post-Traumatic Cognitions Inventory; Meiser-Stedman ym., 2009), joka koostuu 25 kysymyksestä. Tällä kyselylomakkeella kartoitetaan traumatilanteen jälkeisiä tunteita ja ajatuksia (esim. ”Kuka tahansa voi vahingoittaa minua.” ja ”Minulle ei tule enää koskaan tapahtumaan mitään hyvää.”). Väittämiin vastataan neliportaisella asteikolla (1 = en ole lainkaan samaa mieltä, 4 = olen täysin samaa mieltä). C-PTCI:n kokonaispistemäärä vaihtelee välillä 25–100. C-PTCI-mittarin psykometriset ominaisuudet vaikuttaisivat olevan hyviä sekä reliabiliteetin että validiteetin osalta ja se toimii yhtä hyvin eri-ikäisillä nuorilla (Meiser-Stedman ym., 2009).

### **2.3. Tutkimuksen eteneminen**

Tässä tutkielmassa intervention arviointiin käytettiin tapaustutkimuksen kokeellista tutkimusasetelmaa, joka noudatti muotoa A-B-seuranta (Barlow & Hersen, 1984). Aineisto kerättiin neljänä eri ajankohtana: alkumittauksessa ennen intervention alkamista (T1), traumatisoivimman tapahtuman käsittelyn jälkeen (T1,5), terapian lopussa (T2) sekä neljä kuukautta terapian loppumisen jälkeen (T3). Ensimmäisellä, kolmannella sekä neljännellä mittauskerralla selvitettiin traumaperäisen stressihäiriön oireita, masennusoireita, yleistä psyykkistä oireilua, semanttista autobiografista muistia, traumamuistojen laatua sekä traumaan liittyviä kognitioita. Välimittauksessa (T1,5) tutkittava täytti ainoastaan traumakognitioita kartoittavan C-PTCI-kyselyn sekä traumamuiston laatua mittaavan TMQQ:n, koska näin voitiin tarkastella sitä, tapahtuuko psyykkisen oireilun lieveneminen mahdollisesti kognitiivisten ja muistiin liittyvien mekanismien seurauksena. Interventio ajoittui kevääseen ja kesään 2013 ja sen toteutti traumoihin erikoistunut psykologi. Interventio sisälsi 9 tapaamiskertaa, jotka olivat käytännön syistä kahden viikon välein. Näiden tapaamisten lisäksi tutkittava kävi seurantakäynnillä neljä kuukautta viimeisen tapaamisen

jälkeen. Intervention kulku esitetään kokonaisuudessaan taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Intervention kulku.

1. tapaaminen	2. tapaaminen	3.–8. tapaaminen	9. tapaaminen	10. tapaaminen
<p>– Intervention kuvaus ja perustelu</p> <p>– Psykoedukaatio tutkittavalle ja huoltajalle</p> <p>– Tiedote tutkittavalle ja huoltajalle</p> <p>– Suostumus tutkittavalta ja huoltajalta</p> <p>LOMAKKEET: – SDQ sekä tutkittavan että huoltajan täyttämänä</p> <p>– CDI</p> <p>– SAMT</p>	<p>– Elämänviivan piirtäminen</p> <p>– Psykoedukaatio</p> <p>– SUDS tapaamisen alussa, puolivälissä ja lopussa</p> <p>LOMAKKEET: – CRIES</p> <p>– TMQQ</p> <p>– C-PTCI</p>	<p>– Elämäntapahtumien läpikäyminen</p> <p>– SUDS tapaamisen alussa, puolivälissä ja lopussa</p> <p>LOMAKKEET: – 5. tapaamiskerralla myös C-PTCI ja TMQQ</p>	<p>– Intervention päätös: koko tarinan lukeminen ja allekirjoittaminen (sekä tutkittava että huoltaja)</p> <p>– SUDS tapaamisen alussa, puolivälissä ja lopussa</p>	<p>– Seuranta</p> <p>LOMAKKEET: – CRIES</p> <p>– TMQQ</p> <p>– C-PTCI</p> <p>– SDQ sekä tutkittavan että huoltajan täyttämänä</p> <p>– CDI</p> <p>– SAMT</p>

Terapian tarkoituksena oli siis luoda tutkittavan elämästä yhtenäinen kertomus, johon sisältyivät myös traumatisoivat kokemukset. Yksittäisissä tapaamisissa yhdistyivät traumatisoiville tapahtumille altistaminen, ahdistuksen säätely rentoutuskeinojen avulla sekä yhtenäisen narratiivin rakentaminen elämästä siten, että traumatisoivat tapahtumat muodostuivat osaksi sitä. Tapaamisten rakenne oli pääsääntöisesti seuraava:

1. Kuulumisten kertominen
2. Mielikuvarentoutus (safe place, luontokuva)
3. Edellisessä tapaamisessa kerrotun tarinan lukeminen ja korjaaminen
4. Tarinan jatkaminen/traumaattisen tapahtuman käsittely
5. Välipala
6. Tarinan lukeminen ja korjaaminen
7. Mielikuvarentoutus

Tapaamiskerroilla 2-9 tutkittavaa pyydettiin myös täyttämään SUDS-lomake (Subjective Units of Distress Scale; Wolpe, 1969) tapaamisen alussa, puolivälissä ja lopussa. SUDS-lomakkeella tutkittava arvioi omaa ahdistustaan kullakin hetkellä asteikolla 0–10. Lomakkeen käyttöön narratiivisessa altistusterapiassa on kaksi syytä (Schauer ym., 2005). Ensinnäkin trauman kokenut saattaa uskoa, että trauman läpikäymisen aiheuttama ahdistus lisääntyy loputtomasti ja hallitsemattomasti. SUDS-lomakkeen käytön avulla hänelle voidaan näyttää, että näin ei tapahdu ja että ahdistus aina lopulta vähenee. Toiseksi sen avulla voidaan varmistaa, ettei tapaamista lopeteta ennen kuin ahdistustaso on laskenut takaisin alas trauman läpikäymisen jälkeen.

### **3. TULOKSET**

#### **3.1. Traumatisoivien tapahtumien yhteys psyykkiseen oireiluun**

Traumatisoivat tapahtumat vaikuttaisivat tutkittavan kohdalla olevan yhteydessä psyykkiseen oireiluun. Tutkittavalla todettiin alkumittauksessa (T1) traumaperäinen stressihäiriö. Hänen CRIES-8-testin pistemääränsä oli 31 (kliininen raja-arvo 17 pistettä) ja hän kärsi sekä traumaattisen tapahtuman tunkeutumisesta ajatuksiin että välttämiskäyttäytymisestä. Masennusta tutkittavalla ei havaittu alkumittauksen CDI-kyselyssä, josta hän sai 10 pistettä (kliininen raja-arvo 16 pistettä). Tutkittavan muuta psyykkistä oireilua arvioivat sekä nuori itse että hänen huoltajansa SDQ-kyselylomakkeella. Arviot poikkesivat toisistaan merkittävästi. Tutkittavan raportoinnin mukaan hänellä ei ollut raja-arvoja ylittäviä oireita millään mittauskerralla, kun taas huoltajan arvion mukaan vaikeuksia oli ennen interventiota käytösoireiden (4 pistettä), ylivilkkauden (7 pistettä) sekä kaverisuhteiden (8 pistettä) kanssa. Huoltajan raportoimana kliiniset raja-arvot ylittyivät edellä mainituilla alaskaaloilla sekä kokonaisuireilun suhteen. Huoltajan arvion mukaan tutkittava sai kokonaisuireilun pistemääräksi 22 (kliininen raja-arvo 15 pistettä).

#### **3.2. Traumaan liittyvät kognitiot ja muisti**

Traumatisoivat kokemukset näyttäisivät liittyvän myös sekä traumamuistoissa että elämäkerrallisten muistojen muodostumisessa tapahtuneisiin muutoksiin. Ensimmäisellä mittauskerralla (T1) tutkittavan traumamuistot olivat TMQQ-kyselylomakkeen tulosten (36 pistettä) perusteella hajanaisia ja ennemminkin aistimuistiin kuin kielelliseen muistiin tallentuneita. Semanttisessa autobiografisessa muistissa oli myös heikkoutta (0,36/1 pistettä).

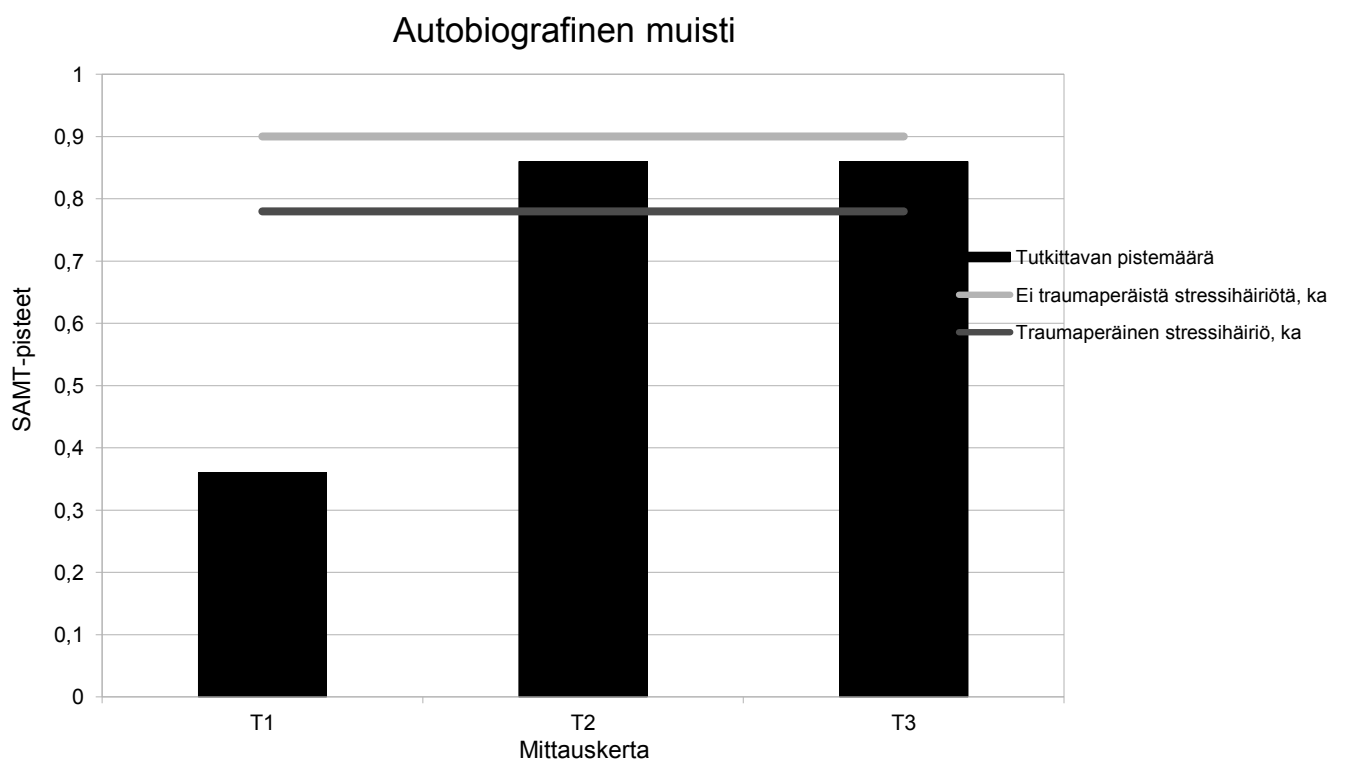
Alkumittauksessa (T1) tutkittavan traumakognitiot olivat C-PTCI-kyselyn tulosten (53 pistettä) mukaan vääristyneitä eivätkä vastanneet todellisuutta. Trauman kokeminen muuttaa käsityksiä itsestä, muista ja maailmasta (Dagleish ym., 2005). Tutkittava muun muassa yliarvioi tulevien

katastrofien todennäköisyyden, piti muita ihmisiä epäluotettavina ja tulkitsti omat reaktionsa tapahtumaan merkiksi siitä, että hänessä oli jotakin vialla.

Tutkittavalla todettiin intervention alussa (T1) siis sekä traumaperäinen stressihäiriö että traumaan liittyviä vääristyneitä kognitioita, traumamuistojen hajanaisuutta ja elämäkerrallisten muistojen mieleenpalauttamisen heikkoutta (kts. tutkimuskysymys 4).

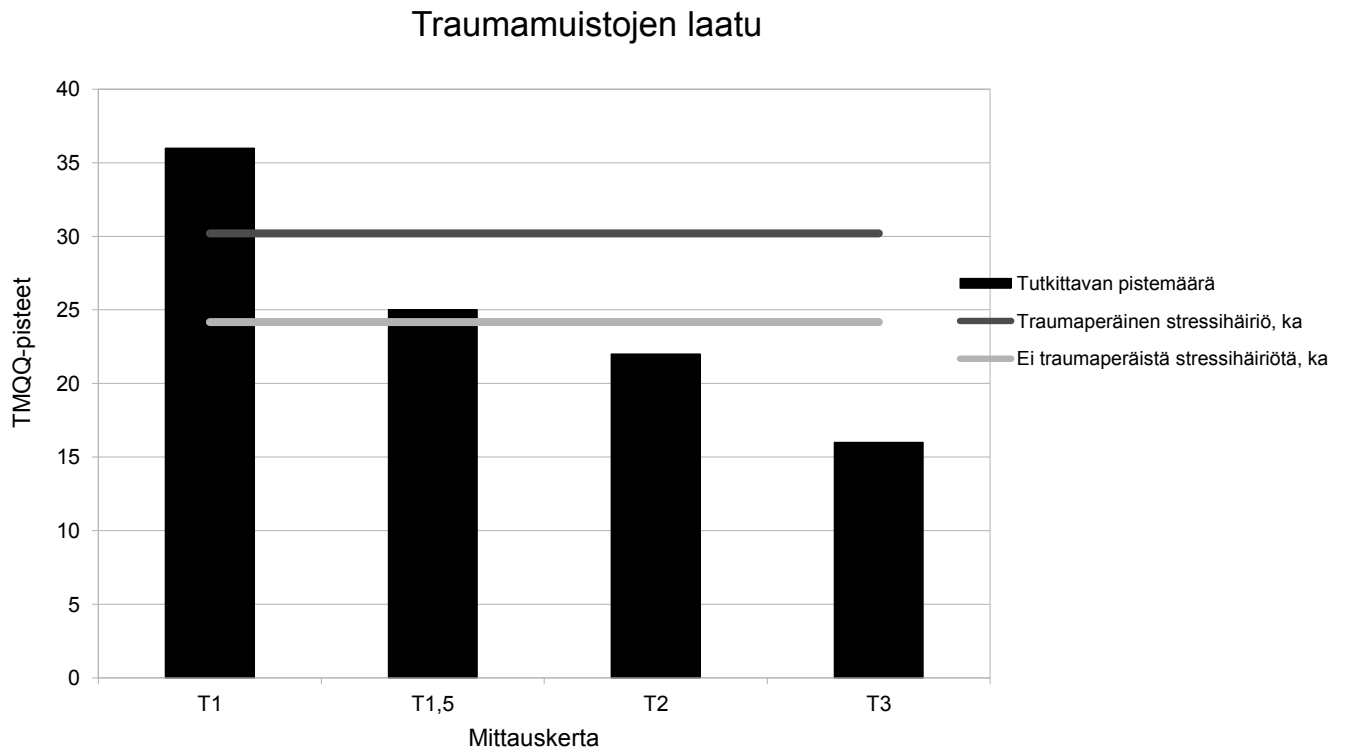
### 3.3. Muutokset muistissa ja kognitioissa intervention aikana ja sen jälkeen

Narratiivisen altistusterapian aikana tapahtui muutosta tutkittavan elämäkerrallisissa muistoissa sekä traumamuistoissa. Elämäkerrallisten muistojen mieleenpalauttaminen parantui intervention aikana ja pysyi saavutetulla tasolla myös seuranta-aikana (kts. Kuvio 1).



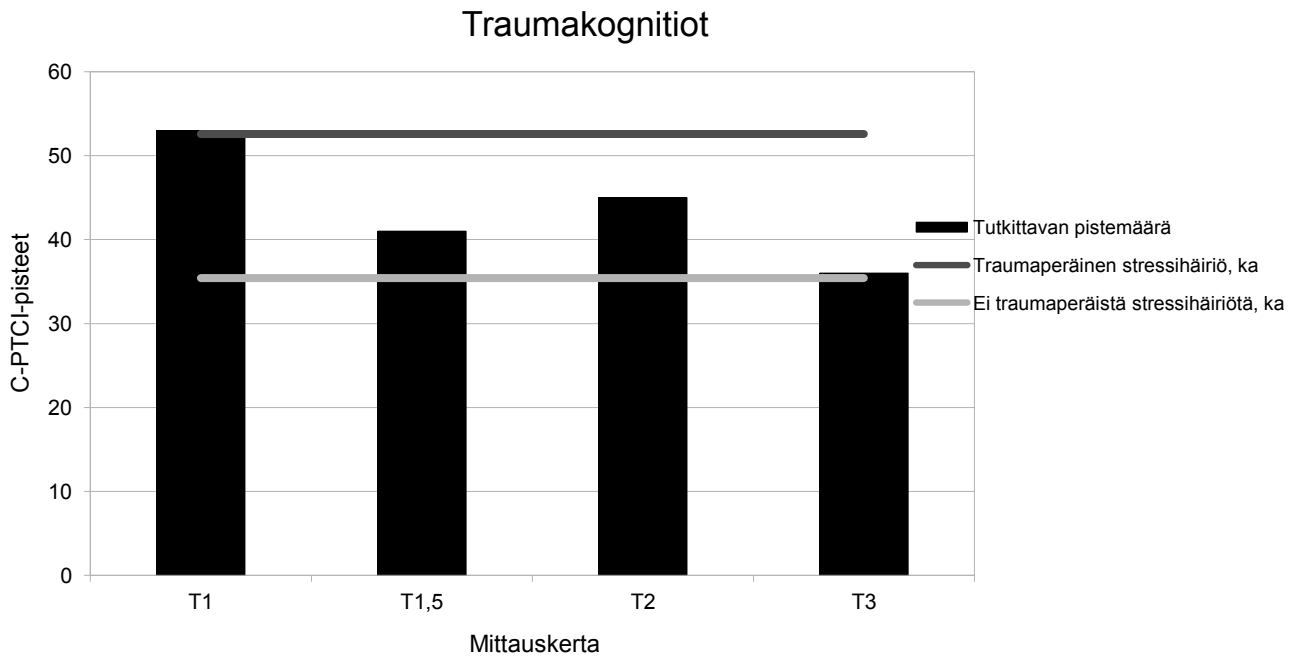
KUVIO 1. Autobiografisten muistojen mieleenpalautus. Viivoilla on kuvattu traumaperäistä stressihäiriötä sairastaneiden ja terveiden verrokkien SAMT-pisteiden keskiarvoja Meestersin ja muiden (2000) tutkimuksessa.

Traumamuistojen laadussa tapahtui parannusta intervention aikana ja vielä sen jälkeenkin. Korkea TMQQ-pistemäärä viittaa traumamuiston hajanaisuuteen ja aistinvaraisuuteen. Alkumittauksessa (T1) tutkittava sai TMQQ-kyselystä 36 pistettä, välimittauksessa (T1,5) traumatisoivimman tapahtuman käsittelyn jälkeen 25 pistettä, intervention lopussa (T2) 22 pistettä ja seurannassa (T3) 16 pistettä. Tämä muutos on havainnollistettu kuviossa 2.



KUVIO 2. Traumamuistojen laatu. Viivoilla on kuvattu traumaperäistä stressihäiriötä sairastaneiden ja terveiden koehenkilöiden TMQQ-pistemääriä Meiser-Stedmanin ja muiden (2007) tutkimuksessa.

Myös traumakognitiot muuttuivat parempaan suuntaan intervention aikana ja sen jälkeen. C-PTCI-kyselyssä korkea pistemäärä viittaa haitallisiin traumakognitioihin. Tutkittava sai ensimmäisellä mittauskerralla (T1) 53 pistettä, välimittauksessa (T1,5) 41 pistettä, intervention lopussa (T2) 45 pistettä ja seurannassa (T3) 36 pistettä (kts. Kuvio 3).

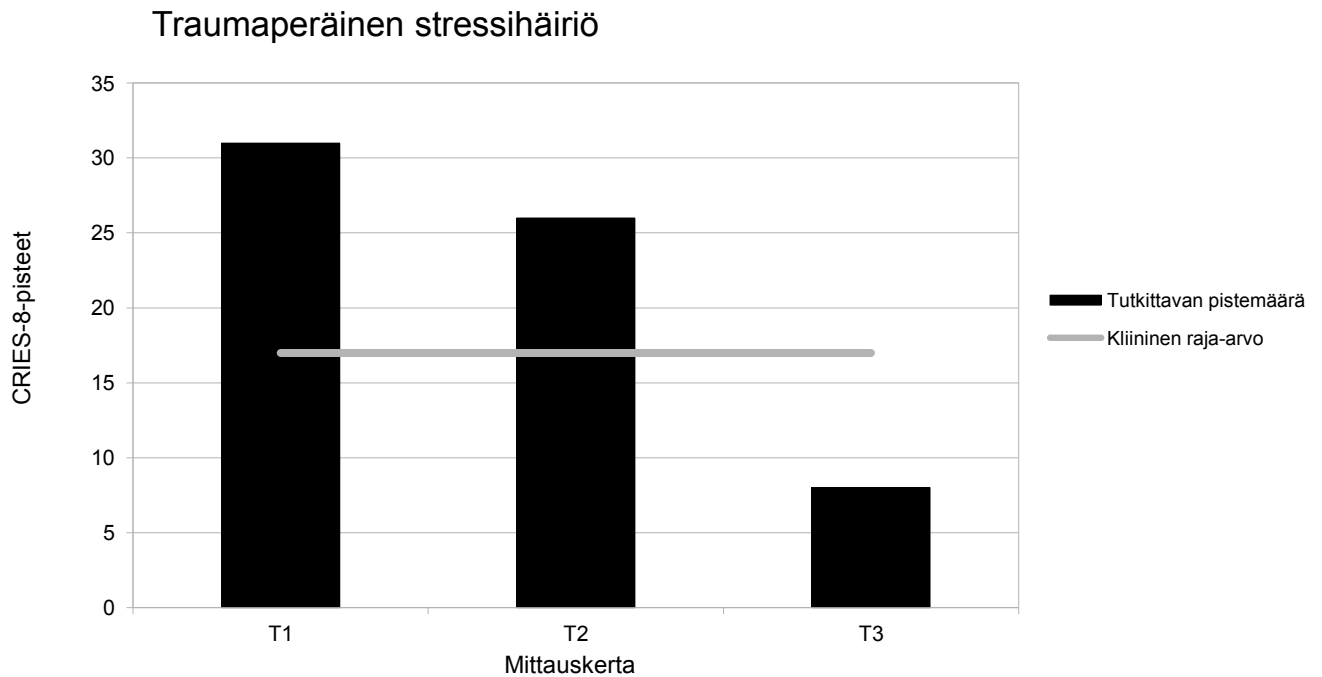


KUVIO 3. Traumakognitiot. Viivoilla on kuvattu traumaperäistä stressihäiriötä sairastaneiden ja terveiden koehenkilöiden C-PTCI-pistemääriä Meiser-Stedmanin ja muiden (2009) tutkimuksessa.

### 3.4. Traumamuistojen ja -kognitioiden muutosten yhteys psyykkiseen oireiluun

Elämäkerrallisissa muistoissa, traumamuistoissa ja -kognitioissa tapahtui hidasta kehitystä koko intervention ajan sekä myös seuranta-aikana. Tästä poiketen traumaperäisen stressihäiriöiden oireet lievenivät huomattavasti vasta terapian päättymisen jälkeen. Terapian lopussa (T2) tutkittavan CRIES-8-testin pistemäärä oli pudonnut 31:stä 26:een, joka ylitti edelleenkin traumaperäisen stressihäiriön kliinisen rajan. Traumaperäisen stressihäiriön oireet olivat kuitenkin lieventyneet jo näiden 11 viikon aikana. Seurannassa (T3) neljä kuukautta intervention päättymisen jälkeen tutkittava sai kyselylomakkeesta vain 8 pistettä. Traumaperäisen stressihäiriön oireiden muutos on kuvattu kuviossa 4.

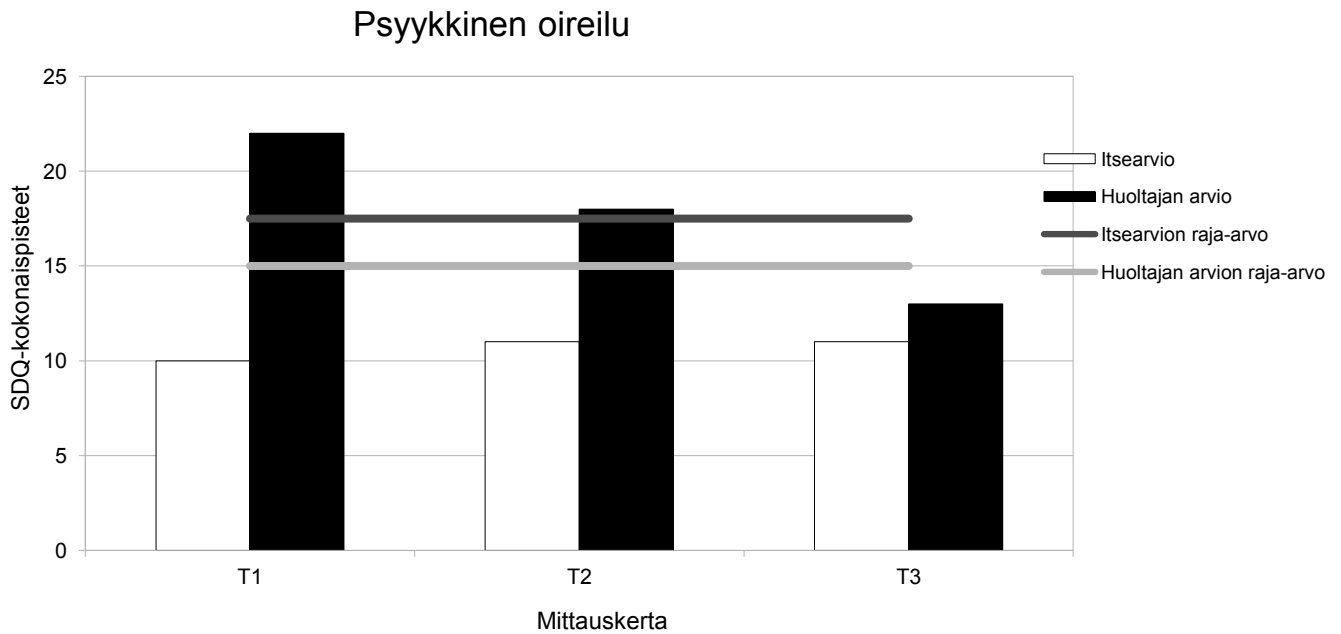




KUVIO 4. Traumaperäisen stressihäiriön oireiden muutos.

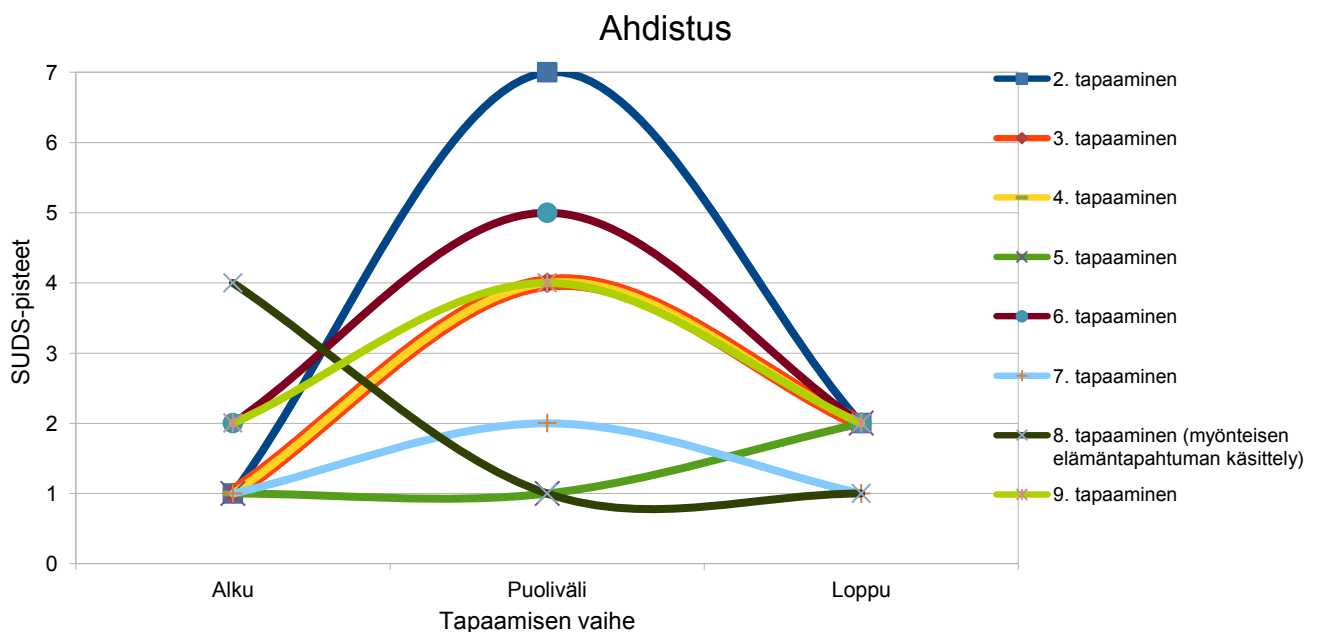
Kliinisen rajan alapuolelle jäävä masennusoireilukin väheni hieman intervention aikana pudoten 10:stä 6:een pisteeseen. Myös seurannassa pistemäärä pysyi 6:ssa.

SDQ-kyselylomakkeessa kokonaisuireilu oli tutkittavan itsensä raportoimana normaalilla tasolla kaikkina mittauskertoina. Huoltajan raportoimana psyykkinen oireilu oli poikkeavaa intervention alussa (T1) sekä lopussa (T2), mutta ei enää seurannassa (T3) (kts. Kuvio 5). SDQ-kyselyn skaaloista tutkittava arvioi käytösongelmien sekä kaverisuhteiden ongelmien nousseen hieman alkumittaukseen (T1) verrattuna intervention lopussa (T2) sekä seurannassa (T3). Huoltajan mukaan muutosta oli tapahtunut terapian loppuun mennessä (T2), jolloin käytösoireet olivat laskeneet normaalille tasolle. Terapian lopussa (T2) koholla olivat huoltajan arvion mukaan yliaktiivisuus, kaverisuhteiden ongelmat sekä kokonaisuireilu ja seuranta-ajankohtana (T3) enää vain kaverisuhteiden ongelmat. Käytösoireet, yliaktiivisuus ja kokonaisuireet olivat siis pudonneet normaalille tasolle.



KUVIO 5. Psyykinen kokonaisoireilu tutkittavan itsensä ja huoltajan arvioimana.

Traumaperäisen stressihäiriön ja muiden psyykkisten oireiden lieveneminen on osittain selitettävissä altistuksella, jonka onnistumista arvioitiin ahdistusta mittaavalla SUDS-lomakkeella (kts. Kuvio 6).



KUVIO 6. Ahdistuksen määrä terapiatapaamisten alussa, puolivälissä ja lopussa. 8. tapaamiskerralla käsiteltiin myönteistä elämäntapahtumaa.

Tutkittavan kliinisesti merkittävät oireet näyttäisivät siis lieventyneen kaikilta osin ja myönteinen kehitys on jatkunut tai pysynyt yllä myös seuranta-aikana. Taulukossa 2 on kuvattu tutkittavan pistemäärät kaikilla mittareilla eri mittauskerroilla.

TAULUKKO 2. Tutkittavan pistemäärät ja lopputulos. Lopputulos-sarakkeessa + -merkki tarkoittaa, että oireilu vähentyi tai tapahtui parannusta alkumittauksen ja seurannan välillä, ja – -merkki tarkoittaa, että oireilu lisääntyi tai tapahtui heikennystä alkumittauksen ja seurannan välillä.

	T1	T1,5	T2	T3	lopputulos
PTSD (CRIES-8)	31		26	8	+
Masennus (CDI)	10		6	6	+
Psyykinen oireilu, itsearvio (SDQ)	10		11	11	–
Psyykinen oireilu, huoltajan arvio (SDQ)	22		18	13	+
Autobiografinen muisti (SAMT)	0,36		0,86	0,86	+
Traumamuistojen laatu (TMQQ)	36	25	22	16	+
Traumakognitiot (C-PTCI)	53	41	45	36	+

## 4. POHDINTA

### 4.1. Päätulokset ja niiden suhde traumateorioihin

Tutkielmassa tarkasteltiin tapaustutkimuksen keinoin trauman kokeneen nuoren traumamuistojen laatua, autobiografista muistia, traumakognitioita ja mielenterveyttä sekä näiden muutoksia narratiivisen altistusterapian aikana ja sen jälkeisessä seurannassa. Tarkoituksena oli selvittää, miten vallalla olevat teoriat traumatisoitumisesta soveltuvat tämän yksittäistapauksen selittämiseen. Tutkittava oli kärsinyt lapsuuden kaltoinkohtelusta, koulukiusaamisesta ja ahdistuksensa aiheuttamasta vakavasta onnettomuudesta. Hänellä todettiin ennen interventiota traumaperäinen stressihäiriö ja huoltajan raportoimia käytösoireita, yliaktiivisuutta, kaverisuhteiden ongelmia sekä yleistä psyykkistä oireilua, mutta ei kliinisesti merkittävää masennusoireilua. Tutkittava itse ei raportoinut muita psyykkisiä oireita kuin traumaperäisen stressihäiriön, joka on melko yleinen seuraus traumaattisista tapahtumista (Neria ym., 2008).

Tutkielman tulokset näyttäisivät tukevan vallalla olevien traumateorioiden näkemyksiä traumaattisten kokemusten vaikutuksista tiedonkäsittelyyn ja siitä, miten tiedonkäsittelyn muutokset johtavat traumaperäiseen stressihäiriöön. Tutkittavan traumaan liittyvät kognitiot olivat vääristyneitä ja hänen käsityksensä traumaattisesta tapahtumasta, itsestä ja maailmasta olivat trauman värittämiä eivätkä vastanneet todellisuutta, mikä on Dalgleishin ja muiden (2005) mukaan tyypillinen seuraus trauman kokemisesta. Tutkittava näki maailman vaarallisena, muut ihmiset epäluotettavina ja itsensä kelvottomana. Myös Ehlersin ja Clarkin (2000) teoria traumaperäisen stressihäiriön kehittymisestä sai tukea. Tutkittava koki uhan tunnetta nykyhetkessä ajatellessaan traumaattista kokemustaan, vaikka se olikin tapahtunut menneisyydessä. Hänellä oli siis vaikeuksia hahmottaa kokemustaan ajallisesti rajallisena tapahtumana. Oletettavasti tutkittava yleistä traumaattiset kokemuksensa nykyhetkeen, jolloin hän yliarvioi pahojen asioiden tapahtumisen todennäköisyyden sekä nyt että tulevaisuudessa. Hän uskoi, että pahoja asioita tapahtuu aina eikä hän voi estää niitä tapahtumasta itselleen. Uhan tunteen kokeminen nykyhetkessä lisää ylivirittyneisyyttä, koska se saa ihmisen olemaan jatkuvasti valppaana reagoidakseen vaaraan. Lisäksi tutkittava tulkitse reaktioitaan traumatisoivimpaan kokemukseensa tavalla, joka saattoi

ylläpitää traumaoireita. Hän muun muassa ajatteli reaktioidensa tarkoittavan, että hänessä on jotakin vialla. Hän yritti myös hallita traumaan liittyviä ajatuksiaan estääkseen jotain pahaa tapahtumasta. Ajatusten välttelyn on todettu paradoksaalisesti lisäävän häiritsevien ajatusten mieleentunkeutumista (Dalglish ym., 2008), jota tutkittavallakin esiintyi.

Traumaperäinen stressihäiriö esiintyi tässä tutkielmassa yhdessä hajanaisten ja huonosti organisoituneiden traumamuistojen kanssa. Tutkittavan traumamuistot olivat ennemminkin vahvasti sensorisia kuin kielellisiä, mikä sopii yhteen Brewinin (1989) sekä Brewinin ja muiden (1996) traumateorian kanssa. Koska elämäkertamuisti on kielellistä ja se on tallennettu muistiin narratiivien eli kertomusten muodossa (Ricoeur, 1984), voidaan olettaa, että aistihavaintoihin perustuvat traumamuistot eivät olisi tallentuneet muistiin osana muuta elämäkerrallista muistia. Tutkittavalla oli ennen interventiota vaikeuksia palauttaa mieleen autobiografisia muistoja ylipäänsä, mikä voisi viitata traumatisoitumisen heikentämään kykyyn muodostaa elämäkerrallisia muistoja. Tämäkin tulos on yhdenmukainen vallitsevien traumamuistiteorioiden kanssa (Dalglish ym., 2008; Meesters ym., 2000; Williams ym., 2007).

Toisaalta tulokset traumakognitioista voisivat viitata myös siihen, että traumaattinen kokemus oli liian keskeinen tutkittavan elämäntarinassa, kuten Berntsen ja Rubin (2007) ehdottavat. Tämäkin selitysmalli olisi yhdenmukainen sen kanssa, että tutkittava näki maailman kielteisessä valossa. Traumamuisto olisi silloin liian helposti palautettavissa mieleen ja edustaisi sitä, miten asiat yleensä menevät. Tutkittava koki myös olevansa eri ihminen traumaattisen kokemuksensa jälkeen, mikä voisi kertoa tapahtuman keskeisyydestä hänen elämälleen. Tämän tutkielman perusteella on mahdotonta aukottomasti sanoa, oliko tutkittavan traumamuisto irrallaan muusta elämäntarinasta vai liian keskeinen osa sitä.

Narratiivisen altistusterapian aikana tutkittavan traumamuistoissa ja -kognitioissa sekä autobiografisessa muistissa tapahtui muutosta parempaan. Ajallisesti traumamuistojen ja -kognitioiden sekä autobiografisen muistin parantumista seurasi itse raportoidun ja huoltajan raportoiman traumaperäisen stressihäiriön oireiden sekä huoltajan raportoimien käytösoireiden, ylivilkkauksen ja kokonaisuoireilun lieventyminen normaalitasolle. Huoltajan raportoimat kaverisuhteiden ongelmat jäivät kuitenkin hieman koholle myös seurannassa. Johdannossa esiteltyjen teorioiden (esim. Brewin ym., 1996; Conway & Pleydell-Pearce, 2000; Dalglish ym.,

2005; Ehlers & Clark, 2000) perusteella nimenomaan trauman vääristämä tiedonkäsittely toimii välittävänä mekanismina trauman ja traumaperäisen stressihäiriön oireiden välillä. On mahdollista, että niin tapahtui tämänkin tutkittavan tilanteessa. Lisäksi traumanarratiivin jäsentyminen voi osaltaan vähentää traumaperäisen stressihäiriön oireita (Foa ym., 1995; van Minnen ym., 2002). Tässä tutkielmassa narratiivi jäsenyi, kun se muutettiin kielelliseen muotoon kerronnan avulla. Muutos traumaperäisen stressihäiriön oireissa oli odotettua dramaattisempi, mikä saattaisi intervention lisäksi osaltaan selittyä sillä, että tutkittava muutti ennen seurantatapaamista toiselle paikkakunnalle opiskelemaan. Hän siis lähti siitä ympäristöstä, jossa oli joutunut koulukiusatuksi ja jossa traumatisoivien kokemus oli tapahtunut.

Tutkittava pystyi terapian edetessä kuvailemaan tapahtumia kielellisesti ja kertomaan traumaattisetkin kokemukset koko elämäntarinan kontekstissa. Brewinin ja muiden (1996) mukaan tällainen tietoinen prosessointi edistää traumamuistojen organisoitumista ja auttaa muuttamaan ne tilannekohtaisesti virittyvästä muodosta (SAM) kielellisesti saavutettavaan muotoon (VAM), mikä taas puolestaan vähentää pienimmänkin traumasta muistuttavan asian aiheuttamaa muistojen mieleentunkeutumista. Lisäksi trauman kognitiivinen ja emotionaalinen käsittely tulee mahdolliseksi, kun traumamuistot ovat tietoisesti ja kielellisesti saavutettavissa (Neuner ym., 2002). Tilannekohtaisesti virittyvät, aistimuksia sisältävät muistot saavat ihmisen tuntemaan, että hän elää traumaattista tilannetta uudelleen. Tällöin niiden muuttaminen kielellisesti saavutettavaan muotoon ja liittäminen osaksi elämäntarinaa vähentää uhan kokemista nykyhetkessä, joka osaltaan aiheuttaa traumaperäisen stressihäiriön oireita (Ehlers & Clark, 2000).

Vaikka trauman kokeneen altistaminen traumaattisille tapahtumille voi kuulostaa julmalta toimenpiteeltä, siitä on tutkimusten mukaan paljon hyötyä (Bisson & Andrew, 2007; Gillies ym., 2012; Roberts ym., 2009). Narratiivisessa altistusterapiassa asiakas joutuu käymään yksityiskohtaisesti läpi elämänsä pahimpia kokemuksia, mikä hetkellisesti lisää ahdistusta. Näin kävi myös tämän tutkielman puitteissa tehdyssä terapiassa, jossa tutkittavan ahdistustaso kohosi SUDS-lomakkeen mukaan korkeimmilleen tapaamisten puolivälissä yhtä traumatapahtumaa koskevaa tapaamiskertaa lukuun ottamatta (kts. Kuvio 6). Poikkeuksen teki luonnollisesti myös se tapaamiskerta, jonka aikana käsiteltiin myönteistä elämäntapahtumaa. Ahdistustaso palasi kuitenkin aina matalalle tasolle tapaamisen loppuun mennessä, mikä todisti tutkittavalle sen, ettei ahdistunut olo jatku ikuisesti ja että sitä on mahdollista kestää (Schauer ym., 2005). Pidemmällä aikavälillä

altistaminen on siitä aiheutuvan kärsimyksen arvoista, sillä se vähentää traumaan liittyviä kielteisiä tunteita ja helpottaa ahdistusta (Bichescu ym., 2007). Ahdistuksen vähentyessä traumaperäistä stressihäiriötä ylläpitävään välttämiskäyttäytymiseen ei ole enää tarvetta, mikä lieventää esimerkiksi traumamuiston mieleentunkeutumista (Dalglish ym., 2008). Omien traumaan liittyvien emotionaalisten ja fyysisten reaktioiden lieventymisestä seuraa uhan tunteen väheneminen (Dalglish ym., 2005). Narratiivisessa altistusterapiassa, kuten monissa muissakin terapiamuodoissa, asiakkaalle opetetaan altistuksen rinnalla erilaisia rentoutuskeinoja, joiden avulla altistamisesta seuraavaa ahdistusta on mahdollista sietää (Dalglish ym., 2005; Schauer ym., 2005).

#### **4.2. Tutkielman vahvuudet ja heikkoudet**

Narratiivinen altistusterapia kehitettiin alun perin sodasta ja kidutuksesta seuranneiden traumojen hoitoon (Schauer ym., 2005) ja sen tehokkuus onkin voitu todistaa jo niistä ja luonnonkatastrofeihin liittyvistä traumoista kärsivillä (esim. Bichescu ym., 2007; Halvorsen & Stenmark, 2010; Neuner ym., 2004; Neuner ym., 2010; Onyut ym., 2005; Ruf ym., 2010; Yinyin ym., 2013). Narratiivisen altistusterapian toimivuusalueita on edelleenkin hyvä laajentaa, koska sen mahdollisuudet eivät rajoitu pelkästään noiden tiettyjen ihmisryhmien hoitamiseen. Tässä tutkielmassa haluttiinkin tarkastella, soveltuuko se myös muunlaisten traumaattisten kokemusten hoitoon. Tätä terapiamuotoa ei ole ilmeisesti ole Suomessa vielä tutkittu eikä se ole myöskään kovin yleisesti käytössä, jolloin yksilötutkimus on hyvä tapa lähteä liikkeelle. Sen etu on siinä, että sillä voidaan kartoittaa vähemmän tutkittuja aiheita ja näin ohjata jatkotutkimusta hyödylliseen suuntaan (Stanovich, 2007). Tämän tutkielman tulokset ovatkin lupaavia ja niiden perusteella voisi olettaa, että NET toimisi hyvin myös Suomessa ja muista kuin sotakokemuksista traumatisoituneille.

Yksilötutkimusta kohtaan on esitetty jonkin verran kritiikkiä. Aineiston pienuuden takia tällaisesta tutkimuksesta ei voi vetää liian vahvoja johtopäätöksiä suuntaan eikä toiseen. Yksilötutkimuksella ei siis varsinaisesti voi todistaa mitään, koska sen avulla ei pystytä sulkemaan pois vaihtoehtoisia selityksiä tuloksille. Kontrolliryhmän puuttuessa on käytännössä mahdotonta rajata pois esimerkiksi sattuman tai plasebo-efektin vaikutusta. Tämän tutkimuksen tulokset eivät myöskään ole sellaisenaan yleistettävissä laajempiin ihmisryhmiin, mutta yksilötutkimuksen tarkoituksena on

ennemminkin laajentaa ja yleistää teorioita kuin tehdä tilastollisia yleistyksiä (Yin, 1994) Lisäksi tämä tutkielma oli pitkälti teoria- eikä aineistolähtöinen, joten sen yleistettävyyden voidaan ajatella olevan parempi vankan teoriapohjansa ansiosta. Vahva teoriatausta ja tulosten yhteensopiminen sen kanssa antaisivat ymmärtää, että kyse ei ole mistään poikkeuksellisesta tapauksesta.

Tulosten luotettavuutta heikentää se, että tässä tutkielmassa ei käytännön syistä ollut mahdollista ottaa mukaan toista tutkittavaa, jonka kanssa olisi voitu käyttää niin kutsuttua porrastettua aloitusta. Silloin toinen tutkittava olisi aloittanut intervention vasta siinä vaiheessa, kun ensimmäisen tutkittavan oireissa olisi tapahtunut muutosta parempaan (Barlow & Hersen, 1984). Tällöin olisi voitu paremmin sulkea pois se mahdollisuus, että tutkittavan oireet helpottuivat itsestään ajan kuluessa eikä interventiolla ollut osuutta asiaan.

Itsearviointiin perustuvien mittareiden käyttö on siinä mielessä ongelmallista, että vastaaja voi mahdollisesti ymmärtää kyselylomakkeiden kysymykset väärin. Lisäksi tutkittava on saattanut yrittää vastata kysymyksiin sosiaalisesti suotavalla tavalla, jolloin vastaukset eivät heijasta hänen todellisia oireitaan. Etenkin viimeisellä mittauskerralla tutkittava on voinut ajatella, että terapiassa käymisen jälkeen häneltä odotetaan oireiden lieventymistä tai katoamista. Toisaalta esimerkiksi CRIES-8-kyselyn käyttöä voi perustella sillä, että lyhyetkin itsearviointiin perustuvat kyselylomakkeet ovat yleensä riittävän luotettavia traumaperäisen stressihäiriön tunnistamiseksi (Brewin, 2005). Siten oli perusteltua myös valita CRIES-kyselyistä tämä lyhyempi lomake 13 kysymystä sisältävän kyselyn sijaan, vaikka CRIES-8:sta puuttuvatkin kohonnutta vireystilaa mittaavat kysymykset. Tutkittava joutui muutenkin täyttämään niin monta kyselylomaketta, että lyhyemmän version käytöllä pystyttiin edes hieman vähentämään hänen työmääräänsä. Lisäksi CRIES-8 vaikuttaisi toimivan ihan yhtä hyvin kuin CRIES-13, koska viisi ylimääräistä kysymystä eivät välttämättä edes mittaa muista oireista erillistä ylivirittyneisyyttä (Perrin ym., 2005).

CDI-kyselyä kohtaan on esitetty jonkin verran kritiikkiä. Leen, Krishnanin ja Parkin (2012) mukaan se ei erottele toisistaan tarpeeksi tarkasti lievistä ja keskivaikeista masennusoireista kärsiviä. Tässä tutkielmassa se ei tosin näyttäisi olevan ongelma, koska tutkittava sai CDI-kyselystä hyvin matalat pisteet eikä muutenkaan tuonut esille masennusoireilua.

Goodmanin (2001) sekä Murisin ja muiden (2003) mukaan SDQ-kyselyssä nuoren ja vanhemman



arvioiden pitäisi korreloida vahvasti keskenään. Tässä tutkielmassa niin ei kuitenkaan ollut, vaan vanhemman arvion mukaan tutkittavalla oli paljonkin sellaisia oireita, joita hän itse ei raportoinut. Vanhemmille on tosin tyypillistä raportoida nuorta enemmän käytösoireita (Becker, Hagenberg, Roessner, Woerner, & Rothenberger, 2004). Itsearviot näyttäisivät ennustavan monien kliinisten diagnoosien asettamista paremmin kuin vanhempien arviot. Poikkeuksena tästä vanhempien arviot korreloivat voimakkaammin yliaktiivisuus- tai tarkkaamattomuushäiriöiden diagnoosien kanssa.

Meestersin ja muiden (2000) mukaan omat ongelmansa on myös SAMT-kyselylomakkeessa, jolla kartoitetaan elämäntapahtumiin liittyviä muistikuvia ajalta, jolloin vastaaja on 8-vuotias. Ensinnäkin tietoa sen psykometrisistä ominaisuuksista ei ole saatavilla. Toiseksi se ei erottele toisistaan kovin hyvin niitä nuoria, jotka eivät ole altistuneet traumaattisille kokemuksille. Kolmanneksi kysymykset koskevat vain yhtä ajanjaksoa vastaajan elämässä, jolloin se mittaa vain kapeaa osaa autobiografisesta muistista. Neljänneksi tässäkin tutkielmassa osa kysymyksistä oli sellaisia, joiden vastaus ei ollut muuttunut sen jälkeen, kun tutkittava oli 8-vuotias. Hän esimerkiksi asui edelleen samassa talossa kuin 8-vuotiaana. Alkumittauksessa tutkittavan pistemäärä SAMT-kyselystä oli huomattavasti alhaisempi kuin traumaperäistä stressihäiriötä sairastaneiden keskiarvo Meestersin ja muiden (2000) tutkimuksessa. Hänen pistemääränsä myös nousi hyvin voimakkaasti seuraavilla mittauskerroilla. On mahdollista, että tutkittava esimerkiksi keskusteli vastauksista huoltajansa kanssa mittauksen välillä, mikä selittäisi selkeän eron pistemäärissä.

TMQQ-kyselyn toistettavuudesta ei ole tutkimustietoa (Meiser-Stedman ym., 2007). On siis periaatteessa mahdollista, että tutkittavan pistemäärien vaihtelu eri mittauskerroilla ei kuvastaisikaan traumamuistojen laadun muutosta vaan olisi kyselyn ominaisuus. TMQQ saattaa vaikuttaa mittaavan pelkästään trauman uudelleen kokemista, mutta Meiser-Stedmanin ja muiden (2007) tutkimuksen mukaan se ei pidä paikkaansa. TMQQ tavoittaa laajemmin traumamuistojen laatua kuin trauman uudelleen kokemista mittaavat kyselyt.

C-PTCI-kyselyn toimivuutta ei ole tutkittu sellaisilla lapsilla ja nuorilla, jotka ovat altistuneet pitkäkestoisille tai toistuville traumaattisille tilanteille (Meiser-Stedman ym., 2009). Se ei välttämättä ole ongelmallista tässä tutkielmassa, koska vaikka tutkittava olikin kokenut lapsuuden kaltoinkohtelua, hänen traumatisoivien kokemuksensa oli kuitenkin yksittäinen onnettomuus.

### 4.3. Tutkimustulosten merkitys ja jatkotutkimushaasteet

Tulokset herättävät toiveikkuutta siitä, että narratiivinen altistusterapia voisi olla tehokas interventio erilaisten traumojen hoitoon myös Suomessa. Tässä tutkielmassa tutkittavan oireet lievenivät jo yhdeksän tapaamiskerran jälkeen, mikä tarkoittaa sitä, että NET on hyvin kustannustehokas interventio. Muissa näyttöön perustuvissa traumaterapioissa tapaamiskertoja on yleensä useampia. Traumaan keskittyvässä kognitiivis-behavioraalisisessa terapiassa tapaamisia on 12–16 (Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006) ja EMDR-terapiassa käyntikertojen määrä vaihtelee muutamasta yli 12:een riippuen trauman tyypistä ja kestosta (Shapiro & Maxfield, 2002). Tässä tutkielmassa intervention toteutti kokenut psykologi, mutta Schauerin ja muiden (2005) mukaan intervention läpiviemisen voisi tehdä myös joku muu terveydenhoitoalan ammattilainen. Näin traumojen hoidon kustannuksia voitaisiin vähentää ja NET olisi paremmin sitä tarvitsevien saatavilla. NET on senkin takia lupaava traumaterapian muoto, että terapiaan osallistuvalta ei vaadita muita taitoja kuin kyky kommunikoida kielellisesti ja kertoa elämäntarinansa (Schauer ym., 2005). Narratiivisen altistusterapian pitäisi toimia hyvin riippumatta asiakkaan koulutus- tai kulttuuritaustasta. Toisaalta vaatimuksena on se, että terapian aikana asiakkaaseen ei kohdistu todellista uhkaa tai vaaraa, mikä rajaa pois esimerkiksi väkivaltaisissa perheissä asuvat.

Tutkielman tulokset olivat lupaavia, mutta koska aineisto koostui vain yhdestä tutkittavasta, olisi narratiivisen altistusterapian vaikutuksia, toimivuutta ja tehokkuutta hyvä tutkia myös suuremmilla aineistoilla. Tällainen laajempi tutkimus onkin käynnistymässä Tampereella syksyllä 2014. Narratiivista altistusterapiaa tulisi jatkossa verrata myös muihin, jo asemansa traumojen hoidossa vakiinnuttaneisiin, interventiomuotoihin.

## 5. LÄHTEET

- Barlow, D. H., & Hersen, M. (1984). *Single case experimental designs: Strategies for studying behaviour change*. Oxford: Pergamon Press.
- Becker, A., Hagenberg, N., Roessner, V., Woerner, W., & Rothenberger, A. (2004). Evaluation of the self-reported SDQ in a clinical setting: Do self-reports tell us more than ratings by adult informants? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13 (2), 17–24.
- Belik, S-L., Stein, M. B., Asmundson, G. J. G., & Sareen, J. (2009). Relation between traumatic events and suicide attempts in Canadian military personnel. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54 (2), 93–104.
- 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, 417–431.
- Bichescu, D., Neuner, F., Schauer, M., & Elbert, T. (2007). Narrative exposure therapy for political imprisonment-related chronic posttraumatic stress disorder and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 45 (9), 2212–2220.
- Bisson, J., & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3.
- Brady, K. T., Killeen, T. K., Brewerton T. D., & Lucerini, S. (2000). Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (Supplement 7), 22–32.
- Brewerton, T. D. (2007). Eating disorders, trauma, and comorbidity: Focus on PTSD. *Eating Disorders*, 15, 285–304.
- Brewin, C. R. (1989). Cognitive change processes in psychotherapy. *Psychological Review*, 96, 379–394.
- Brewin, C. R. (2005). Systematic review of screening instruments for adults at risk of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 53–62.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for

- posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (5), 748–766.
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103 (4), 670–686.
- Brezo, J., Paris, J., Vitaro, F., Hébert, M., Tremblay, R. E., & Turecki, G. (2008). Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse. *British Journal of Psychiatry*, 193, 134–139.
- Bruner, J. (1987). Life as narrative. *Social Research*, 54, 11–32.
- 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.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents. New York: The Guilford Press.
- Cole, D. A., Hoffman, K., Tram, J. M., & Maxwell, S. E. (2000). Structural differences in parent and child reports of children's symptoms of depression and anxiety. *Psychological Assessment*, 12, 174–185.
- Conway, M. A., & Pleydell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107, 261–288.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64, 577–584.
- Craighead, W. E., Curry, J. F., & Ilardi, S. S. (1995). Relationship of Children's Depression Inventory factors to major depression among adolescents. *Psychological Assessment*, 7, 171–176.
- Dalgleish, T., Hauer, B., & Kuyken, W. (2008). The mental regulation of autobiographical recollection in the aftermath of trauma. *Current Directions in Psychological Science*, 17 (4), 259–263.
- Dalgleish, T., Meiser-Stedman, R., & Smith, P. (2005). Cognitive aspects of posttraumatic stress reactions and their treatment in children and adolescents: An empirical review and some recommendations. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 459–486.

- DSM-IV-TR (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4. uudistettu painos. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Dyregrov, A., Kuterovac, G., & Barath, A. (1996). Factor analysis of the Impact of Event Scale with children in war. *Scandinavian Journal of Psychology*, 36, 339–350.
- Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319–345.
- Foa, E. B., Molnar, C., & Cashman, L. (1995). Change in rape narratives during exposure therapy for posttraumatic disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 675–690.
- Ford, J. D., Russo, E. M., & Mallon, S. D. (2007). Integrating treatment of posttraumatic stress disorder and substance use disorder. *Journal of Counseling and Development*, 85, 475–489.
- Frank, A. W. (1995). *The wounded storyteller: Body, illness, and ethics*. Chicago: University of Chicago Press.
- Galatzer-Levy, I. R., Nickerson, A., Litz, B. T., & Marmar, C. R. (2013). Patterns of lifetime PTSD comorbidity: A latent class analysis. *Depression and Anxiety*, 30 (5), 489–496.
- Garieballa, S. S., Schauer, M., Neuner, F., Saleptsi, E., Kluttig, T., Elbert, T., Hoffmann, K., & Rockstroh, B. S. (2006). Traumatic events, PTSD, and psychiatric comorbidity in forensic patients – assessed by questionnaires and diagnostic interview. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2: 7.
- Gillies, D., Taylor, F., Gray, C., O'Brien, L., & D'Abrew, N. (2012). Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12.
- 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 (1–3), 249–257.
- Goodman, R. (1997). The strengths and difficulties questionnaire: A research note. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581–586.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1337–1345.
- Green, B. L. (1994). Psychosocial research in traumatic stress: An update. *Journal of Traumatic*

- Stress*, 7, 341–362.
- 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, 271–286.
- Grey, N., Holmes, E., & Brewin, C. R. (2001). Peritraumatic emotional “hot spots” in memory. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29 (3), 367–372.
- Grey, N., Young, K., & Holmes, E. (2002). Cognitive restructuring within reliving: A treatment for peritraumatic emotional “hotspots” in posttraumatic stress disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 37–56.
- Halvorsen, J., & Stenmark, H. (2010). Narrative exposure therapy for posttraumatic stress disorder in tortured refugees: A preliminary uncontrolled trial. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51 (6), 495–502.
- Horowitz, M. J., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209–218.
- Hänninen, V. (1999). *Sisäinen tarina, elämä ja muutos*. Tampere: Tampere University Press.
- Jacobs, W. J., & Nadel, L. (1985). Stress-induced recovery of fears and phobias. *Psychological Review*, 92, 512–531.
- Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to society. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (5), 4–14.
- Koskelainen, M., Sourander, A., & Vauras, M. (2001). Self-reported strengths and difficulties in a community sample of Finnish adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10 (3), 180–185.
- Kovacs, M. (1991). *The Children's Depression Inventory (CDI)*. New York: Multi-Health Systems, Inc.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory (CDI) manual*. New York: Multi-Health Systems, Inc.
- Lee, Y-S., Krishnan, A., & Park, Y. S. (2012). Psychometric properties of the Children's Depression Inventory: An item response theory analysis across age in a nonclinical, longitudinal, adolescent sample. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 45 (2), 84–

- McAdams, D. P., Bauer, J. J., Sakaeda, A. R., Anyidoho, N. A., Machado, M. A., Magrino-Failla, K., White, K. W., & Pals, J. L. (2006). Continuity and change in the life story: A longitudinal study of autobiographical memories in emerging adulthood. *Journal of Personality, 74* (5), 1371–1400.
- Meesters, C., Merckelbach, H., Muris, P., & Wessel, I. (2000). Autobiographical memory and trauma in adolescents. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry, 31*, 29–39.
- Meewisse, M-L., Olf, M., Kleber, R., Kitchiner, N. J., & Gersons, B. P. R. (2011). The course of mental health disorders after a disaster: Predictors and comorbidity. *Journal of Traumatic Stress, 24* (4), 405–413.
- Meiser-Stedman, R., Smith, P., Bryant, R., Salmon, K., Yule, W., Dalgleish, T., & Nixon, R. D. V. (2009). Development and validation of the Child Post-Traumatic Cognitions Inventory (CPTCI). *The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*, 432–440.
- Meiser-Stedman, R., Smith, P., Yule, W., & Dalgleish, T. (2007). The Trauma Memory Quality Questionnaire: preliminary development and validation of a measure of trauma memory characteristics for children and adolescents. *Memory, 15* (3), 271–279.
- Mellor, D. (2004). Furthering the use of the Strengths and Difficulties Questionnaire: Reliability with younger child respondents. *Psychological Assessment, 16* (4), 396–401.
- Muris, P., Meesters, C., & van den Berg, F. (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry, 12*, 1–8.
- Neria, Y., Nandi, A., & Galea, S. (2008). Post-traumatic stress disorder following disasters: a systematic review. *Psychological Medicine, 38*, 467–480.
- 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*, 641–664.
- Neuner, F., Kurreck, S., Ruf, M., Odenwald, M., Elbert, T., & Schauer, M. (2010). Can asylum-

- seekers with posttraumatic stress disorder be successfully treated? A randomized controlled pilot study. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39 (2), 81–91.
- Neuner, F., Onyut, P. L., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, E., & Elbert, T. (2008). Treatment of posttraumatic stress disorder by trained lay counselors in an African refugee settlement: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 686–694.
- 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), 579–587.
- Neuner, F., Schauer, M., Roth, W., & Elbert, T. (2002). A narrative exposure treatment as intervention in a refugee camp: A case report. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 205–209.
- Nijdam, M. J., Baas, M. A. M., Olf, M., & Gersons, B. P. R. (2013). Hotspots in trauma memories and their relationship to successful trauma-focused psychotherapy: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 38–44.
- O'Kearney, R., Hunt, A., & Wallace, N. (2011). Integration and organization of trauma memories and posttraumatic symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 24 (6), 716–725.
- Onyut, L., Neuner, F., Schauer, E., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, M., & Elbert, T. (2005). Narrative exposure therapy as a treatment for child war survivors with posttraumatic stress disorder: Two case reports and a pilot study in an African refugee settlement. *BMC Psychiatry*, 5: 7.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129 (1), 52–73.
- Peltonen, K., & Punamäki, R-L. (2010). Preventive interventions among children exposed to trauma of armed conflict: A literature review. *Aggressive Behavior*, 36, 95–116.
- Pérez, L. G., Abrams, M. P., López-Martínez, A. E., Asmundson, G. J. G. (2012). Trauma exposure and health: The role of depressive and hyperarousal symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 641–648.
- 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.
- Pine, D. S., & Cohen, J. A. (2002). Trauma in children and adolescents: risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biological Psychiatry*, 51, 519–531.
- Posner, M. I., & Raichle, M. E. (1994). *Images of mind*. New York: Scientific American Library.
- Qureshi, S. U., Pyne, J. M., Magruder, K. M., Schulz, P. E., & Kunik, M. E. (2009). The link between post-traumatic stress disorder and physical comorbidities: A systematic review. *Psychiatric Quarterly*, 80, 87–97.
- Ricoeur, P. (1984). *Time and narrative*. Chicago: University of Chicago Press.
- Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., & Bisson, J. I. (2009). Systematic review and meta-analysis of multiple-session early interventions following traumatic events. *American Journal of Psychiatry*, 166, 293–301.
- Robjant, K., & Fazel, M. (2010). The emerging evidence for Narrative Exposure Therapy: A review. *Clinical Psychology Review*, 30, 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.
- Ruf, M., Schauer, M., Neuner, F., Schauer, E., Catani, C., & Elbert, T. (2008). KIDNET – Narrative Expositionstherapie (NET) für Kinder [KIDNET – narrative exposure therapy (NET) for children]. Teoksessa M. Landolt & T. Hensel (toim.), *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen [Trauma therapy in children and youth]*. (s. 84–110). Göttingen: Hogrefe & Huber.
- Rytwinski, N. K., Scur, M. D., Feeny, N. C., & Youngstrom, E. A. (2013). The co-occurrence of major depressive disorder among individuals with posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 299–309.
- Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2005). *Narrative Exposure Therapy (NET). A short-term intervention for traumatic stress disorders after war, terror, and torture*. Göttingen: Hogrefe & Huber.
- Shapiro, F., & Maxfield, L. (2002). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR):*

- Information processing in the treatment of trauma. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (8), 933–946.
- Shipherd, J. C., Keyes, M., Jovanovic, T., Ready, D. J., Baltzell, D., Worley, V., Gordon-Brown, V., Hayslett, C., & Duncan, E. (2007). Veterans seeking treatment for posttraumatic stress disorder: What about comorbid chronic pain? *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 44 (2), 153–166.
- 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, 315–322.
- Smith, P., Yule, W., Perrin, S., Tranah, T., Dalgleish, T., & Clark, D. M. (2007). Cognitive-behavioral therapy for PTSD in children and adolescents: A preliminary randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46 (8), 1051–1061.
- Solomon, S., Gerrity, E. T., & Muff, A. M. (1992). Efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: An empirical review. *Journal of the American Medical Association*, 268, 633–638.
- Stanovich, K. E. (2007). *How to think straight about psychology*. Boston: Allyn & Bacon.
- Stein, M. B., McQuaiad, J. R., Pedrelli, P., Lenox, R., & McCahill, M. E. (2000). Posttraumatic stress disorder in the primary care medical setting. *General Hospital Psychiatry*, 22, 261–269.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10–20.
- Timbremont, B., Braet, C., & Dreesen, L. (2004). Assessing depression in youth: Relation between the Children's Depression Inventory and a structured interview. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33 (1), 149–157.
- Titon, J. T. (1980). The life story. *Journal of American Folklore*, 93 (369), 276–292.
- Tulving, E. (1983). *Elements of episodic memory*. New York: Oxford University Press.
- Van Minnen, A., Wessel, I., Dijkstra, T., & Roelofs, K. (2002). Changes in PTSD patients' narratives during prolonged exposure therapy: A replication and extension. *Journal of Traumatic Stress*, 15 (3), 255–258. XXX
- Williams, L. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., Hermans, D., Raes, F., Watkins, E., & Dalgleish, T.

(2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, 133, 122–148.

Wolpe, J. (1969). *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon Press.

Wood, C. M., Salguero, J. M., Cano-Vindel, A., & Galea, S. (2013). Perievent panic attacks and panic disorder after mass trauma: A 12-month longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 338–344.

Yin, R. K. (1994). *Case study research: design and methods*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Yinyin, Z., Hunt, N., & Cox, T. (2013) A randomized controlled pilot study: The effectiveness of narrative exposure therapy with adult survivors of the Sichuan earthquake. *BMC Psychiatry*, 13 (1), 1–11.

Yule, W. (1997). *Anxiety, depression and post-traumatic stress in childhood*. Teoksessa I. Sclare (toim.), *Child Psychology Portfolio*. Windsor: NFER-Nelson.

Yule, W., Ten Bruggencate, S., & Joseph, S. (1994). Principal components analysis of the Impact of Events Scale in children who survived a shipping disaster. *Personality and Individual Differences*, 16, 685–691.