

## Raiskaustrauma I: Raiskauksen kokeminen altistaa psyykkisille ongelmille

### Tärkein tieto

- Raiskauksen uhreilla on suurentunut riski sairastua masennukseen ja traumaperäiseen stressihäiriöön (PTSD), ja he kärsivät vakavista psykososiaalisista ongelmista. Psyykkisistä oireista kärsivät raiskauksen uhrin eivät kuitenkaan hakeudu mielenterveys- ja kriisihoitoon, mutta he käyttävät runsaasti muita terveydenhuollon palveluja.
- Raiskauksen kokonaisvaltainen vaikutus uhrien elämään ilmenee informaation prosessoinnin muutoksina kognitiivisissa, emotionaalisissa ja neurofysiologisissa toiminnoissa. Muutosten tunteminen on tärkeää suunniteltaessa interventioita raiskauksen uhreille.
- Traumaattisesta kokemuksesta vaikeneminen ja siihen liittyvien ajatusten välttely ja tunteiden puuduttaminen lisäävät mielenterveysongelmien riskiä ja ennustavat paranemisen hidastumista. Tutkimustietoon perustuvat interventiot ja lääketieteellinen hoito edistävät psyykkistä cheytymistä.

**T**rauma on ihmisen sietokyvyn ylittävä järkyttävä kokemus, johon liittyy kuolemanpelkoa ja syvä avuttomuuden tunne. Raiskaus erityisenä seksuaaliväkivallan muotona on traumaattinen myös siksi, että uhri kokee menettäneensä ihmisarvonsa ja oman elämänsä kontrollin. Hän tuntee syvää häpeää ja syyllisyyttä. Raiskauskokemus voi muodostaa vakavan vaaran yksilön terveydelle ja psykososiaaliselle hyvinvoinnille. Tässä artikkelissa käsitellään raiskauksen vaikutuksia uhrin terveyteen ja toimintakykyyn. Lisäksi siinä tarkastellaan mielenterveysongelmien riskitekijöitä sekä analysoidaan traumanperäisiä psykologisia ja neurofysiologisia prosesseja. Tieto trauman aiheuttamista muu-

toksista on tärkeä kehitettäessä tutkimukseen perustuvia hoitomuotoja ehkäisemään raiskaustrauman negatiivisia vaikutuksia. Artikkelin keskittyy aikuisten ja nuorten naisten raiskaustraumaan.

### Raiskauksen yleisyys

Tutkimustulokset raiskauksen yleisyydestä vaihtelevat riippuen siitä kuinka kattavasti ja tarkasti seksuaalinen väkivalta ja raiskaus ovat määritelty ja miten tutkimusjoukko on valittu. Rikoslain (L563/1998; RL20:1–3) määritelmän mukaan teko voi olla sukupuoliyhdyntään pakottaminen, raiskaus tai törkeä raiskaus.

Suomalaiseen edustavaan otokseen perustuvan tutkimuksen mukaan lähes 15 % yli 15-vuotiaista naisista oli kokenut seksiin pakottamisen tai pakottamisen yrityksen, ja 1,2 % heistä oli kokenut sen viimeksi kuluneen vuoden aikana. Väestöön yleistettynä tämä tarkoittaa, että noin 4 000 naista oli pakotettu ja 18 500 naista yritetty pakottaa sukupuoliyhteyteen (1). Laajan yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan 15 % naisista oli kokenut raiskauksen ja 3 % raiskausyrityksen jossain elämänsä vaiheessa (2). Englannissa ja Walesissa tehdyn tutkimuksen mukaan kuitenkin vain 5 % yli 16-vuotiaista naisista oli joutunut ainakin kerran seksuaalisen väkivallan (raiskaus tai seksuaalinen pahoinpitely) uhriksi (3). Ruotsalaisnaisten vastaavassa edustavassa otoksessa noin kolmannes (34 %) yli 15-vuotiaista naisista raportoi kokeneensa seksuaalista väkivaltaa (4). Ruotsalaistutkimus koskee kaikkea seksuaalista väkivaltaa, eikä raiskauksen vakavuutta ole eritelty, mikä selittää suuren altistumisosuuden.

Raiskauksen yleisyyden arviointia vaikeuttaa se, että huomattava osa uhreista ei tee ilmoitusta poliisille. Suomessa poliisille ilmoitetaan keskimäärin 515 raiskausta vuosittain ja niistä 16 %:ssa nostetaan syyte (5). Kyselytutkimuksen mukaan suomalaisista raiskauksen kokeneista naisista ainoastaan 8 % oli tehnyt ilmoituksen poliisille (1), eli raiskausten todellisen määrän voidaan arvioida olevan moninkertainen

poliisitalaston lukuun verrattuna. Vertailuna voidaan todeta, että raiskauksen hoitoon erikoistuneeseen Tukinainen-kriisikeskukseen tulee vuosittain yli 10 000 soittoa uhreilta, joista tosin osa on kokenut raiskaustrauman vuosia sitten (6).

Suomalaisten poliisitalastojen mukaan on tavallista, että raiskauksen uhri ja tekijä tuntevat toisensa, ja tekopaikkana on uhrin tai tekijän koti. Lähes puolet raiskauksista tapahtuu tuttavien kesken tai tutustumistilanteissa, ja 13 % raiskauksista tapahtuu läheisissä perhe- ja seurusteluolosuhteissa. Joka neljännessä raiskaustapauksessa kyseessä on tuntemattoman miehen päällekkäisyys (5).

**Raiskauksen psykososiaaliset ja terveydelliset seuraukset**

Tieto raiskaustrauman vaikutuksista naisten psykososiaaliin hyvinvointiin ja terveyteen perustuu yhdysvaltalaisiin epidemiologisiin tutkimuksiin (7,8) ja diagnostisiin eroihin raiskausuhrin ja vertailtavien ryhmissä (9,10). Raiskaustrauman uhrin kärsivät erityisesti mielialahäiriöistä, kuten masennuksesta ja ahdistuneisuudesta (11,12) sekä päihdeongelmista (7,10). Itsemurha-ajatukset ja yritykset ovat huomattavan yleisiä ja heillä esiintyy itseä vahingoittavaa käyttäytymistä, kuten viiltelyä (13). Erään tutkimuksen mukaan raiskauksen kokeneilla naisilla oli kolminkertainen elinikäinen riski sairastua depression ja kaksinkertainen riski sairastua mielialahäiriöön kuin muilla naisilla (13).

Traumaperäinen stressihäiriö on raiskauksen uhreilla huomattavan yleistä. Häiriölle on tunnusomaista tapahtuman hallitsematon tunkeutuminen mielikuviin ja uniin, tapahtuman välttely ja siihen liittyvien tunteiden puuduttaminen. Uhri on jatkuvassa kiihtymystilassa ja varuillaan, mikä ilmenee mm. univaikeuksina ja ärtyneisyytenä (14). Traumaperäistä stressihäiriötä esiintyy 54–94 %:lla raiskauksen uhreista, kun taas esimerkiksi sotatraumojen naisuhreista sitä esiintyy

25–35 %:lla (15). Yhdysvaltalaisen prospektiivisen tutkimuksen mukaan raiskauksen ilmoittaneista naisista lähes kaikilla oli traumaperäisen stressihäiriön oireita kaksi viikkoa tapahtumasta ja puolella vielä kolmen kuukauden kuluttua (16). Traumaperäiset oireet yleensä vähenevät jyrkästi vuoden kuluttua tapahtumasta, mutta väkivaltaa kokeneiden naisten oireet kestävät huomattavasti pidempään, jopa neljä vuotta (17). Raiskaus saattaa johtaa useammin krooniseen traumaperäiseen stressihäiriöön kuin muut traumat.

Raiskauksen uhrin kärsivät lukuisista toimintaa rajoittavista oireista, kuten univaikeuksista, paniikkikohtauksista ja lamaannuttavista peloista (11). Voimakkaat itsesyytökset ja itsetunnon heikkeneminen ovat tavallisia (18). Sosiaaliset suhteet huonontuvat, sillä sekä uhri itse että ystävät saattavat kammoksua tapahtunutta ja välttää läheisyyttä (19). Seksuaalinen hyvinvointi on erityisen ongelmallista (18) ja riskikäyttäytyminen, kuten päihteiden suurkulutus, suojaamaton seksi ja onnettomuusalttius lisääntyvät (20). Raiskaus aiheuttaa uhrille samanlaisia vakavia sosiaalisia ja mielenterveydellisiä ongelmia kuin väkivalta ja kidutus. Tällaiset ihmisen toiselle tahallisesti aiheuttamat kärsimykset johtavat vakavampiin seurauksiin kuin luonnonkatastrofit (21).

Raiskauksen uhreilla on suurentunut somaattisten sairauksien riski (19,22), ja erityisesti gynekologiset häiriöt ja sairaudet ovat yleisiä (23). Raiskauksen ja somaattisten sairauksien yhteyttä on selitetty stressimallien avulla. Niiden mukaan immunologiset ja hormonaaliset muutokset sekä riskikäyttäytyminen johtavat vastustuskyvyn heikkenemiseen ja sairastumiseen (24). Raiskaus vahingoittaa syvästi omaa ruumiinkuvaa ja itsemääräämistä, mikä seurauksena uhrin tulkinnat ruumiillisista ja psyykkisistä tuntemuksista voivat vääristyä, ja he tulkitsevat tuskaiset tunteensa somaattisina oireina.

Tutkimusten mukaan psyykkisistä oireista kärsivät raiskauksen uhrin eivät hakeudu mielenterveys- ja kriisihoitoon, mutta he käyttävät runsaasti muita terveydenhuollon palveluja (12). Suomalaisen tutkimuksen mukaan naisista, jotka olivat kokeneet seksiin pakottamisen, yli neljännes ei ollut keskustellut asiasta kenenkään kanssa (1). Vain joka kymmenes raiskaustrauman kokeneista oli hakenut apua terveyspalveluista, vaikka lähes puolet raportoi saaneensa jonkinasteisia vammoja (1).

**Mielenterveyttä haavoittavat ja suojaavat tekijät**

Raiskaustrauman aiheuttamien psyykkisten ja somaattisten oireiden vakavuus ja kroonisuus voivat vaihdella huomattavasti. Selviytymisen kannalta on tärkeää, miten uhri prosessoi kokemusta tapahtuman aikana, välittömästi sen jälkeen ja myöhemmin. Trauma voi aktivoida muita varhaisiin kokemuksiin liittyviä kielteisiä prosesseja, mikä saattaa syventää raiskauksen negatiivisia seurauksia. Taulukossa 1 esitetään raiskaustraamaan liittyviä haavoittavia ja suojaavia tekijöitä.

Aikaisempi altistuminen traumalle lienee tärkein haavoittava tekijä, joka ennustaa mielenterveysongelmia. Erityisesti lapsuudenaikainen seksuaalinen hyväksikäyttö vaikeuttaa traumasta selviytymistä (22,25). Varhaisen hyväksikäytön uhrin havainto-, muisti- ja tulkintaprosessit ovat vääristyneet,

**Taulukko 1.**

Raiskaustrauman uhrin mielenterveyttä haavoittavat ja suojaavat tekijät.

	Haavoittavat tekijät	Suojaavat tekijät
Raiskaus-uhri	Varhaiset trauma-kokemukset Ristiriita hyvän maailmankuvan ja pahan todellisuuden välillä Traumanaikainen ja välitön dissosiaatio Passiivisuus ja itsesyytely	Usko selviytymisen mahdollisuuteen Pyrkimys ymmärtää ja jakaa kokemuksia Ajan, paikan ja kehotajun nopea palautuminen Aktiiviset selviytymiskeinot
Raiskaus-tapahtuma	Väkivalta ja vakava nöyryytys Tekijä tuntematon Kuolemanpelko ja kontrollin menetys Lamaantuminen ja vastustelun puute	Pelastautumisen tunne Vastaa taistelu
Trauman jälkihoito	Kokemuksen salaaminen Yksinäisyys ja puhumattomuus  Hoitohenkilökunnan välillä välittämättömyys	Raiskauksesta ilmoittaminen Traumasta puhuminen, mahdollisuus luoda eheä kertomus Asiallinen hoito, tiedon saaminen ja kunnioitus

mikä vaikeuttaa uhkan realistista tulkintaa ja estää varoittavien pelkomekanismien aktivoitumisen. Suomalaisen tutkimuksen mukaan yli neljännes lapsuudessaan fyysistä tai seksuaalista väkivaltaa kokeneista naisista oli joutunut väkivallan tai uhkailun kohteeksi viimeksi kuluneen vuoden aikana. Vastaava osuus oli 11 % niistä naisista, jotka eivät olleet kokeneet lapsuudenaikaista seksuaalista traumaa (1).

Peritraumaattiselle dissosiaatiolle on luonteenomaista ajan-, paikan- ja kehontajun häviäminen, aistitoimintojen osittuminen sekä voimakas epätodellisuuden ja vierauden tunne: 'kuin kaikki tapahtuisi jollekin toiselle' (26). Dissosiaatio on tavallista trauman aikana; raiskauksen uhreista 60 % raportoi peritraumaattisia mielentiloja (27). Trauman aikaisen dissosiaation, 'sokkitilan', on uskottu toimivan psyykkisenä puolustuskeinona, jonka avulla uhri säästää itseään kauheuden tajuamiselta. Prospektiivisten tutkimusten mukaan peritraumaattinen dissosiaatio ennustaa kuitenkin vakavia mielenterveysongelmia, kuten traumaperäistä stressihäiriötä (26,28). Retrospektiivisten tutkimusten mukaan väkivallan ja raiskauksen uhrien peritraumaattinen dissosiaatio on yhteydessä myös masennukseen ja somatisaatioon (27). Myös traumaan liittyvien muistikuvien sekavuuden on todettu ennustavan vakavaa oireilua (9).

Raiskaustilanteeseen liittyy tekijöitä, jotka lisäävät vakavien traumaperäisten stressioireiden riskiä. Tällaisia ovat tekijän tuntemattomuus, tapahtuman odottamattomuus, teon törkeys ja yöllinen tapahtuma-aika (11,29). Uhrin lamaantumisen ja alistuminen raiskaustilanteessa johtavat usein itsesyytöksiin ja häpeäntuntemuksiin sekä kokemuksen salaamiseen (30).

Epidemiologiset tutkimukset osoittavat – ehkä yllättäen – että trauman objektiiviset piirteet selittävät huomattavasti vähemmän traumaperäisten stressioireiden vakavuutta kuin uhrin subjektiiviset selitysmallit ja arviot omista selviytymismahdollisuuksista sekä avun saamisesta (31). Negatiiviset selitysmallit ja uskomukset trauman syistä sekä syytely ja syyllisyyden tunteet muodostavat vakavan mielenterveysuhkan raiskauksen uhreille (32,33). He saattavat tuntea, että ennen turvalliseksi koettu maailma on muuttunut ennustamattomaksi ja muut ihmiset pahansuoviksi. He kokevat itsensä arvottomiksi ja häväistyiksi. Muutosta on kuvattu mentaalisen luopumisena, periksiantamisena ja syvänä avuttomuuden tilana. Mielenterveydellinen riski liittyy uhrin kokemukseen, että hän on täysin toisen armoilla, ilman ihmisarvoa, identiteettiä ja tahdonvoimaa (9,28).

Riittävä, oikein ajoitettu ja tarpeen mukainen sosiaalinen tuki on merkittävä tekijä traumaperäisen stressihäiriön ehkäisyssä ja siitä paranemisessa. Esimerkiksi Brewinin (34) analyysin mukaan 14 erillisen riskitekijän joukosta sosiaalisen tuen puuttuminen ja kielteiset hoitokokemukset selittivät parhaiten traumaperäisen stressihäiriön syntyä. Campbell ja ryhmä (12) selvittivät raiskauksen uhrien psykososiaalisen tuen ja oikeusavun merkitystä toipumisessa. Tulosten mukaan puutteellinen oikeusapu ja vähäinen terveyspalvelujen käyttö sekä hoitohenkilökunnan syyllistävät asenteet ennustivat traumaperäisen stressihäiriön syntyä. Kielteisten kokemusten jälkeen luotu luottamussuhde mielenterveyspalveluun puolestaan vähensi psykopatologian riskiä.

Sosiaalisen tuen tärkeys liittyy siihen, että tunteiden jakaminen luo turvallisuuden tunteen, ja tunteiden tuulettaminen mahdollistaa fysiologisen yliviritystilaukauttamisen. Traumakokemuksen saattaminen kertomuksen muotoon puolestaan estää kontrolloimattomien mielikuvien syntymisen (35).

Traumatutkijat ovat kiinnostuneita resilienssitekijöistä, jotka lisäävät ihmisen psyykkistä kestävyyttä vaikeuksissa. Ne eivät ainoastaan suojaa uhrin mielenterveyttä, vaan saattavat mahdollistaa henkisen kasvun ja kokonaisvaltaisen paranemisen. Raiskaustrauhasta selvinneiden resilienssitekijöistä on vähän tutkimusta, mutta on ilmeistä, että usko paranemiseen ja mahdollisuus vaikuttaa omaan ja kollektiiviseen turvallisuuteen toimivat suojaavina tekijöinä. Mahdollisuus ilmaista tunteita ja jakaa kokemus toisten kanssa ennustaa henkistä kasvua (31,35). Lisäksi vastaan taistelu raiskaustilanteessa ja aktiiviset selviytymiskeinot tapahtuman jälkeen ennustavat toipumista (32).

## Traumakokemuksen emotionaalis-kognitiiviset prosessit

Taulukko 2 esittelee kognitiivisia, emotionaalaisia ja psykofysiologisia mekanismeja, jotka osaltaan selittävät miten ja

**Taulukko 2.**

Raiskauskokemuksen aiheuttamat kognitiiviset, emotionaaliset ja neurofysiologiset muutokset, jotka altistavat mielenterveysongelmille.

Prosessit	Trauman aiheuttamat muutokset
<b>Kognitiiviset</b>	
Havaitseminen	Kieltäminen estää ennakoivan varoituskon mekanismin virittymisen Korostunut uhkan ja vaaran havaitseminen
Muistaminen	Kontrolloimaton mieleen palautuminen Aistipohjaiset muistot korostuvat (haju, maku, kinesteettinen) Muisto säilyy muuttumattomana ja hyvin todellisena Tunnemuisti aktivoituu ilman näkyvää yhteyttä traumaan
Ajattelu ja selitysmallit	Itsesyytökset ja toisten syytely Vinoutunut selitysmalli: sairastumisen syy itsessä, selviytymisen selitys muualla Automatisoituja ja hallitsemattomia ajatuksia ja mielikuvia
Kokemusten tulkinta	Uhkan ja vaaran tunteen yleistymisen neutraaleihin kohteisiin Negatiivinen tulkinta toisten motiiveista Odottaa ihmisten olevan pahoja
<b>Emotionaaliset</b>	
Tunteiden ilmaisu	Tunteiden puuduttamisen, kieltäminen tai halkominen Syvä ja yleistävä avuttomuuden tunne
Tunteiden tunnistaminen	Psyykkisesti tuskaiset tunteet koetaan fyysisinä kipuina Vaikeus tunnistaa omia ja toisten tunteita
Tunteiden sisältö	Voimakas pelko, viha, syyllisyys ja inho Viha kohdistuu itsen (depressio) ja toisiin (aggressio)
<b>Neurofysiologiset</b>	
	Pienentynyt hippokampuksen tilavuus Limbisen järjestelmän toiminta: Mantelitalmakkeen aktiivisuus ja kommunikointi toimintaa ohjaavien etuotsalohkon aivoalueiden välillä häiriintynyt Aivosähköisiä herätepotentiaalimuutoksia: Häiritsevien ja epärelevanttien ärsykkeiden valikointi epäonnistuu HPA- akselin säätelyhäiriöt, sensitiivisyys ja kortisolitasen epänormialudet Kohonnut sydämensyke ja voimakas säikähdysreaktio Vaikeutunut reaktioiden tasaantuminen

miksi raiskaustrauma johtaa mielenterveysongelmiin. Ongelmat ovat seurausta vikaan menneestä, kaventuneesta ja osittuneesta trauman kognitiivis-emotionaalisesta käsittelystä sekä vastaavien neurofysiologisten prosessien muutoksista (9,34). Traumauhreille suunnatut interventiot ja psykoterapia pyrkivät muutoksiin, jotka edistävät trauman kognitiivis-emotionaalista uudelleenprosessointia ja sitä kautta paranemista.

Traumakokemukseen liittyvät kognitiiviset muutokset ilmenevät mm. havaitsemisessa, muistin toiminnassa, kokemusten selitysmalleissa ja tulkinassa. Traumaattisen kokemuksen muistaminen eroaa normaalista muistamisesta mieleen painamisen, keston ja muistiin palauttamisen suhteen (36). Traumamuistolle on luonteenomaista pitkäkestoisuus, muuttumattomuus, todentuntuisuus, sekä kontrolloimaton visuaalinen mieleenpalautuminen. Traumamuistot ovat pitkälti aistipohjaisia ja liittyvät hajuun, väreihin, kosketukseen ja kehonasentoihin. Ne ovat voimakkaan ruumiillisia ja tunteväärityneitä, mikä osaltaan selittää uhrin elämyksen siitä, että trauma ikään kuin tapahtuisi uudestaan nykyhetkessä. Traumaattista kokemusta on vaikea kuvata tavallisin sanoin, mikä vaikeuttaa sen jakamista muiden kanssa. On myös mahdollista, että raiskauksen uhrin eivät pysty muistamaan tapahtuman kulkua tai muistavat sitä vain osittain. Prospektiivisen tutkimuksen mukaan tällaisia muistivääristymiä esiintyi runsaalla kolmanneksella raiskauksen urheista (37).

Raiskaustrauman kokeneilla tunteet ovat joko oudosti poissa tai kontrolloimattomasti läsnä. Tunteiden puuttumista on joskus pidetty merkinä trauman 'unohtumisesta' ja siihen liittyvän tuskan häipymisestä. On myös uskottu, että traumaan liittyvät painajaiset ja miellehytyvät lakkaavat vähitellen, kun tapahtumasta ei puhuta eikä siihen kiinnitetä huomiota. Tutkimukset osoittavat päinvastoin, että vaikeneminen, tunteiden puuduttaminen ja muistojen vältteleminen ennustavat mielenterveyshäiriöitä (15,28). On ilmeistä, että yritykset painaa negatiiviset ajatukset pois tietoisuudesta eivät ainoastaan epäonnistu, vaan vaiennetut muistot palaavat yhä voimakkaampina (38).

### Seksuaaliseen väkivaltaan liittyvät fysiologiset muutokset

Erityisesti traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivillä on spesifejä psykofysiologisia ja aivojen rakenteellisia sekä neurokemiallisia muutoksia. Traumauhrien kroonistuneet oireet voidaan ymmärtää epänormaaleina pelkoreaktioina ja epäonnistuneina stressireaktioina, joiden eräänä osoittimena on elimistön kortisolitasoa säätelevän HPA-akselin toiminnan häiriintyminen (32). Normaalisti kortisolitaso vaihtelee vuorokauden aikana siten, että se on korkein aamulla heräämisen jälkeen ja laskee vähitellen. Kortisolin tehtävänä on mm. elimistön immuunivasteen takaaminen, stressin aiheuttamien pelkoreaktioiden vaimentaminen ja hippokampuksen toiminnan tasapainottaminen. Erityisesti lapsuuden trauman kokeneilla ja traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivillä on havaittu kortisolin erityshäiriöitä sekä perustasolla että stressivasteissa, minkä seurauksena heillä esiintyy tunne-elämän ja elimistön säätelyhäiriöitä ja kuormitusta (39,40).

Vakavasti traumatisoituneilla aikuisilla on todettu hippokampuksen volyymin pienentyminen (41,42). Hippokampuksen normaali toiminta mahdollistaa tietoisten ja eheidien mielikuvien syntymisen, sillä se välittää aisti-informatiota mantelitulmakkeeseen, emootioiden prosessointikeskukseen. Hippokampus liittyy muistin toimintaan mm. yhdistämällä muistikuvan eri ulottuvuudet ja sijoittamalla muistikuvat paikkaan, aikaan ja asiayhteyteen. Vasemmanpuoleinen hippokampus prosessoii kielellistä ja oikeanpuoleinen visuaalista informaatiota (41). Traumakokemuksen on osoitettu tallentuvan muistiin myös muita kuin hippokampuksen välittäviä reittejä pitkin (43), mikä osaltaan selittäisi intrusiiviset oireet hoitamattoman trauman seurauksena. Tuore katsausartikkeli osoittaa, että hippokampuksen koon muutokset heijastavat traumaperäisen stressihäiriön vakavuutta ja kestoa, ja että sen volyymin pienentyminen tulee ilmi vasta aikuisuudessa, vakavan traumatisoitumisen kasaantumisen myötä (42).

Traumauhreilla ja traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivillä potilailla on havaittu muutoksia mantelitulmakkeen toiminnassa, kommunikaatiossa eri aivo-osien välillä sekä poikkeamia kuulo- ja näköhavaintojen aivosähköisissä vasteissa, herätepotentiaaleissa. Mantelitulmakkeen tehtävä on mm. mahdollistaa aktiivinen reagointi pelon aiheuttajaan akuutissa uhkatilanteessa. Psykkisen tasapainon ja toiminnan kannalta on tärkeää, että aivoprosessit karsivat ja estävät epärelevanttien ja häiritsevien havaintojen pääsyn tietoisuuteen. Herätepotentiaalitutkimukset osoittavat, että traumatisoituminen aiheuttaa muutoksia aistiärsykkeiden vastaanoton ajoittumisessa, paikantumisessa sekä reaktioiden voimakkuudessa ja vaimenemisessa (44). Traumaperäiset erityispiirteet aivojen sähköisessä toiminnassa saattavat ilmentää pakonomaisia mielikuvia, ylireagoitua emotionaalisiin muistikuviin ja pelkoreaktioiden hallitsematonta siirtymistä neutraaleihin kohteisiin, jotka ovat tavallisia raiskausuhreilla.

### Lopuksi

Voidaan päätellä, että raiskausuhrit kuuluvat mielenterveyden riskiryhmään, mikäli kokemusta leimaavat mentaalinen luopuminen, voimakkaat vihan, häpeän ja syyllisyyden tunteet sekä negatiiviset uskomukset. Muita riskiä lisääviä tekijöitä ovat dissosiativiset oireet, tapahtuman kieltäminen, passiiviset selviytymiskeinot ja tunteiden puuduttaminen sekä sosiaalisen tuen puuttuminen. Raiskaustrauman kokeminen ja traumaperäinen stressihäiriö aiheuttavat huomattavia muutoksia kognitiivis-emotionaalisissa ja neurofysiologisissa informaation prosesseissa. Tutkimustietoon perustuvat interventiot ja lääketieteellinen hoito voivat merkittävästi edistää raiskausuhrien paranemista ja ehkäistä oireiden kroonistumista.

### Kirjallisuutta

- 1 Heiskanen MP. Usko, toivo hakkaus – Kyselytutkimus miesten naisille tekemästä väkivallasta. Helsinki: Tilastokeskus 1998.
- 2 Tjaden PTN. Full report of the prevalence, incidence and consequences of violence against women. Washington, DC: National Institute of Justice, Office of Justice Programs 2000.
- 3 Myhill A, Allen J. Rape and sexual assault of women: the extent and nature of the problem – findings from the British crime survey. Home Office Research Study 237. London 2002.

- 4 Lundgren E. Captured queen: Men's violence against women in "equal" Sweden – a prevalence study. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer 2002.
- 5 Kainulainen H. Raiskattu? Tutkimus raiskausten käsittelemisestä rikosprosessissa. Oikeus 2004. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 212. Helsinki: Tilastokeskus 2004.
- 6 Tukinainen: Vuosikertomus. Helsinki: Raiskauskriisikeskus Tukinainen 2005.
- 7 Kilpatrick DG, Acierno R, Schnurr P, Resnick HS, Saunders BE, Best CL. Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: Data from a national sample. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:19–30.
- 8 Kessler RC, Sonuga-Barke E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:1046–60.
- 9 Dunmore E, Clark DM, Ehlers A. A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behav Res Ther* 2001;39:1063–84.
- 10 Brener ND, McMahon PM, Warren CW, Douglas KA. Forced sexual intercourse and associated health-risk behaviors among female college students in United States. *J Consult Clin Psychol* 1999;67:252–9.
- 11 Resick PA. The psychological impact of rape. *J Interpers Violence* 1993;8:223–55.
- 12 Campbell R, Sefi T, Barnes HE, Ahrens CE, Wasco SM, Zaragoza-Diesfeld Y. Community services for rape survivors: Enhancing psychological well-being or increasing trauma? *J Consult Clin Psychol* 1999;67:847–58.
- 13 Dickinson LM, de Gruy FV, Dickinson WP, Candib LM. Health-related quality of life and symptom profiles of female survivors of sexual abuse in primary care. *Arch Fam Med* 1999;8:35–43.
- 14 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4. painos. DSM-IV. Washington, DC: Psychiatric Press 1994.
- 15 Ullman SE, Brecklin LR. Sexual assault history and health-related outcomes in a national sample of women. *Psychol Women Q* 2003;27:46–57.
- 16 Rothbaum BO, Foa EB, Riggs DS, Murdock T, Walsh W. A prospective evaluation of post-traumatic stress disorder in rape victims. *J Trauma Stress* 1992;5:455–75.
- 17 Breslau N. Outcomes of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 2001;62(suppl):17:55–9.
- 18 Koss MP, Figueredo AJ. Change in cognitive mediators of rape's impact on psychosocial health across 2 years of recovery. *J Consult Clin Psychol* 2004;72:1063–72.
- 19 Kimerling R, Calhoun KS. Somatic symptoms, social support, and treatment seeking among sexual assault victims. *J Consult Clin Psychol* 1994;62:333–40.
- 20 Campbell R, Self T, Ahrens CE. The impact of rape on women's sexual health risk behaviors. *Health Psychol* 2004;23:67–74.
- 21 Basoglu M, Parker M, Özmen E ym. Appraisal of self, social environment, and state authority as a possible mediator of posttraumatic stress disorder in tortured political activists. *J Abnorm Psychol* 1996;105:232–6.
- 22 Resick PA, Holmes MM, Kilpatrick DG ym. Predictors of post-rape medical care in a national sample of women. *Am J Prev Med* 2000;19:214–9.
- 23 Koss MP, Koss PG, Woodruff WJ. Relation between criminal victimization to health perceptions among women medical patients. *J Consult Clin Psychol* 1991;58:147–52.
- 24 Taylor SE, Klein L, Lewis BP, Gruenewald TL, Gurung RAR, Updegraff JA. Biobehavioral responses to stress in females: Tend and befriend, not fight or flight. *Psychol Rev* 2000;107:411–29.
- 25 Sandberg DA, Matorin AI, Lynn SJ. Dissociation symptomology, and sexual revictimization: A prospective examination of mediator and moderator effects. *J Trauma Stress* 1999;12:127–38.
- 26 Shalev AY, Freedman S, Peri T, Brandes D, Sahar T. Predicting PTSD in trauma survivors: prospective evaluation of self report and clinician-administered instruments. *Br J Psychiatry* 1997;170:558–64.
- 27 Foa EB, Hearst-Ikeda D. Emotional dissociation in response to trauma. Kirjassa: Michelson JRW, toim. *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives*. New York: Plenum Press 1996.
- 28 Ehlers A, Maercker A, Boos A. Posttraumatic stress disorder following political imprisonment: The role of mental defeat, alienation, and perceived permanent change. *J Abnorm Psychol* 2000;109:45–55.
- 29 Ullman SE, Knight RA. A multivariate model for predicting rape and physical injury outcomes during sexual assaults. *J Consult Clin Psychol* 1991;59:724–31.
- 30 Resnick PA. Reactions of female and male victims of rape or robbery. National Institute of Mental Health. Washington, DC 1988.
- 31 Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults. *Psychol Bull* 2004;129:52–73.
- 32 Olf M, Langelanda W, Gersons BPR. Effects of appraisal and coping on the neuroendocrine response to extreme stress. *Neurosci Biobehav Rev* 2006;29:457–67.
- 33 Frazier P. Perceived control and distress following sexual assault: A longitudinal test of a new model. *J Pers Soc Psychol* 2003;84:1257–69.
- 34 Brewin CR, Holmes EA. Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clin Psychol Rev* 2003;23:339–76.
- 35 Foa EB, Feske U, Molnar C, Cashman L. Change in rape narratives during exposure to therapy for posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 1995;8:675–90.
- 36 van der Kolk BA, Fisher R. Dissociation and fragmented nature of traumatic memories: overview and exploratory study. *J Trauma Stress* 1995;8:505–25.
- 37 Mechanic MB, Resick PA, Griffin MG. A comparison of normal forgetting, psychopathology, and information-processing models of reported amnesia for recent sexual trauma. *J Consult Clin Psychol* 1998;66:948–57.
- 38 Litz BT, Orsillo SM, Kaloupek D, Weathers F. Emotional processing in posttraumatic stress disorder. *J Abnorm Psychol* 2000;109:26–39.
- 39 Gunnar M, Donzella B. Social regulation of the cortisol levels in early human development. *Psychoneuroendocrinology* 2002;27:199–220.
- 40 van der Kolk BA. The psychobiology of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 1997;58:16–24.
- 41 Bremner JD, Narayan M. The effects of stress on memory and the hippocampus throughout the life cycle: Implications for childhood development and aging. *Dev Psychopathol* 1998;10:871–85.
- 42 Karl A, Schaefer M, Malta LS, Dürfel D, Rohleder N, Werner A. A meta-analysis of structural brain abnormalities in PTSD. *Neurosci Biobehav Rev* 2006;30:1004–31.
- 43 Yehuda R, McEwen BS. Protective and damaging effects of the biobehavioral stress response: cognitive, systemic and clinical aspects: ISPNE XXXIV meeting summary. *Psychoneuroendocrinology* 2004;29:1212–22.
- 44 Karl A, Malta LS, Maercker A. Meta-analytic review of event-related potential studies in post-traumatic stress disorder. *Biol Psychol* 2006;71:123–42.

## English summary

## Rape trauma I: Prevalence and risk factors and psychopathological processes

Rape is a serious trauma involving life threat, humiliation and deliberate harming. This article analyses the prevalence of symptoms and psychopathological distress among rape victims. It further examines factors that either protect the victims' mental health or make them more vulnerable, and analyses cognitive, emotional, social and psychophysiological processes that contribute to either successful or failed recovery. Reports show that approximately 15% of women in Western cultures experience rape in their lifetime. PTSD, depression and somatoform disorders are common among the victims; raped women have been found to be three times more vulnerable to depression and twice as vulnerable to other psychiatric disorders than other women. There is evidence that almost all rape victims show acute symptoms of PTSD, and about a third may develop chronic distress. Three factors predict risks for psychiatric distress: earlier trauma, especially childhood sexual abuse, peritraumatic dissociation involving loss of sense of time and space and inappropriate emotional reactions during the trauma, and lack of professional help, social support and respect after the event. Psychiatric disorders are more likely if victims' memories are predominantly sensory-based and rigid, emotions numbed and causal attributions self-accusing. Elevated heart-rate, startle responses and stress hormonal dysfunction also contribute to distress. This knowledge is important for recognizing consequences of rape in primary health care and planning effective interventions.

*Raija-Leena Punamäki*

Professor

University of Tampere, Department of Psychology  
raija-leena.punamaki@uta.fi

*Riitta Ylikomi*

*Raija-Leena Punamäki*

FT, KTK, professori

Tampereen yliopisto, Psykologian laitos  
raija-leena.punamaki@uta.fi

*Riitta Ylikomi*

PsM, psykologi

YTHS, Tampere

Raiskauskriisikeskus Tukinainen ry