

Raiskaustrauma II: Raiskauksen uhrin psyykinen akuuttihoito ja hoitopolun rakentaminen

Tärkein tieto

- › Suuri osa raiskauksen uhreista ei toivu itsestään vaan tarvitsee ammatillista hoitoa, jotta vakavat psyykkiset, somaattiset ja sosiaaliset pitkäaikaisseuraukset voidaan välttää.
- › Oikein suunnatun ja oikea-aikaisen psykososiaalisen tuen avulla voidaan vahvistaa uhrin voimavaroja, ehkäistä ongelmien syntymistä ja monimutkaistumista sekä estää syrjäytymiskehitys.
- › Traumafokusoitu lyhytterapia on tehokas hoito raiskauksen uhrin traumaperäisiin oireisiin ensimmäisten kuukausien aikana ja vielä vuosien kuluttua tapahtuneesta.
- › Hoidon suunnittelussa tulee ottaa huomioon uhrin kokonaistilanne. Joskus psykiatrinen hoito tai pitkä psykoterapia on tarpeen.

Raiskaus on traumaattinen tapahtuma, jonka psyykkiset ja somaattiset seuraukset ovat vakavat. Traumakokemus aiheuttaa inhimillistä kärsimystä ja voi hoitamattomana johtaa psyykkiseen tai somaattiseen sairastavuuteen ja niiden myötä terveyspalvelujen runsaaseen käyttöön. Lehden edellisessä numerossa ilmestyneessä kirjoituksessamme Raiskaustrauma I: Raiskauksen kokeminen altistaa psyykkisille ongelmille (1) analysoimme raiskaustrauman seurauksena ilmenevää psykopatologiaa ja siihen altistavia kognitiivis-emotionaalisia prosesseja. Raiskauksen uhreja auttavat interventiot pyrkivät edistämään mielekästä, oikein ajoitettua ja kokonaisvaltaista traumakokemuksen prosessointia siten, että

psykopatologia estyy. Tässä artikkelissa arvioidaan raiskauksen uhrien saaman psykososiaalisen akuuttihoitoon ja terapian tehokkuutta sekä ehdotetaan terveydenhoitoon akuuttihoitoon malli ja hoitoonohjaukseen käytäntö.

Raiskaustrauman akuuttihoito ja traumafokusoitu terapia

Raiskaustrauman akuuttihoito tarkoittaa välittömästi tapahtuman jälkeen toteutettua hoidollista vuorovaikutusta ja interventioita, joiden päämääränä on estää myöhempi psykopatologinen kehitys. Terapialla tarkoitamme tässä artikkelissa traumafokusoitua terapiaa tai psykoterapiaa, joka toteutetaan lyhyen seurannan jälkeen, kun on voitu todeta asiakkaan oireiden sitä vaativan. Se voidaan myös toteuttaa kuukausia tai vuosia tapahtuneen jälkeen, kun trauma edelleen haittaa elämää. Terapian tarkoituksena on estää raiskaustrauman seurauksena ilmenevien oireiden kroonistuminen, kun raiskauksesta on alle kuukausi. Tarkoituksena on myös hoitaa jo kroonistuneen traumaperäisen stressihäiriön, masennuksen ja muiden psykiatristen häiriöiden oireita, kun tapahtuneesta on kulunut jo kuukausia tai vuosia. Kuten kriisihoidossa yleensä, tavoitteena on palauttaa traumaa edeltänyt tasapainotila.

Akuuttihoitoon vaikuttavuudesta on vähän tutkimustietoa, mutta traumafokusoidun terapian tehokkuutta on tutkittu jonkin verran. Analyysimme akuuttihoitosta perustuu neljään, ja terapiahoitosta kuuteen tutkimusraporttiin. Katsauksessa esitellyt akuuttihoitot on toteutettu raiskausta seuranneiden vuorokausien aikana tai viimeistään kuukauden kuluttua siitä. Terapiahoitot on toteutettu kuukausien ja vuosien kuluttua tapahtuneesta. Taulukko 1 sisältää yhteenvetona raiskaustrauman akuuttihoitoon ja terapian vaikuttavuustutkimuksista. Analyysi perustuu PsycINFO ja Medline 1990–2005 kirjallisuustiedoston tutkimuseloituksiin.

Akuuttihoidon tehokkuus

Resnick ja ryhmä (2) ovat kehittäneet systemaattisen psykologisen intervention, joka tehdään raiskauksen uhrien oikeuslääketieteellisen tutkimuksen yhteydessä. Interventiossa uhrille näytetään psykoedukatiivinen video, jonka tarkoituksena on lieventää tutkimuksen herättämää pelkoa ja ahdistusta sekä edesauttaa tapahtuneen trauman käsittelyä.

Raiskauksen uhrin lakisääteisen tutkimuksen suorittaa henkilö, joka on erikoistunut raiskaustrauman lääketieteellisiin ja psykologisiin seurauksiin. Psykologisen intervention sitomista lääketieteelliseen tutkimukseen perustellaan sillä, että raiskauksen uhreilla on suuri myöhempien mielenterveyshäiriöiden riski ja että he käyttävät runsaasti terveystalveta. Tutkijoiden mukaan jo vähäisellä hoidollisella panostuksella voitaisiin auttaa uhreja ja vähentää heidän inhimillistä kärsimystään.

Taulukon 1 tulokset osoittavat kuitenkin, että raiskaustrauman akuuttihoito lyhyiden kognitiivis-behavioraalisten interventioiden avulla ei ole tehokasta, kun kriteerinä on psykiatristen häiriöiden ennaltaehkäisy. Resnickin ja ryhmän (2) tulokset osoittavat, että kognitiivis-emotionaalinen video-interventio ei vähentänyt raiskauksen uhrien traumaperäisen stressihäiriön tai masennusoireiden todennäköisyyttä. Ainoastaan lievien huumeiden käyttö väheni lyhytaikaisesti. Myöskään Foan ja ryhmän (3) psykoedukatiivinen, mieluukuva-altistumista ja kognitiivisia tekniikkoja sisältävä akuuttihoito ei ehkäissyt traumaperäisen stressihäiriön, depression ja ahdistusoireiden kehittymistä. Terapia nopeutti paranemista tukemalla toimintakykyä, mutta havaittua positiivista vaikutusta ei ilmennyt enää puolen vuoden kuluttua.

Tulos on yhdenmukainen trauman jälkipuinnin (debriefing) tehokkuutta koskevan tutkimuksen kanssa (4). Tutkimus on osoittanut yksilöön kohdistuvan ja terapeuttisia elementtejä sisältävän yhden istuntokerran jälkipuinnin olevan tehokasta ja jopa vahingollista, kun kriteerinä ovat myöhemmin ilmaantuvat psyykkiset oireet (5,6). Suomalaisen käytännön mukaan debriefing sisältää yhden istuntokerran ryhmässä kaikille välittömästi trauman jälkeen ja keskittyy tiedon jakamiseen, traumaa koskeviin tosiasioihin ja sen herättämiin ajatuksiin ja tunteisiin. Psykososiaalisen ensiavun tulisi olla osa hoitoketjua, jossa suunnitellaan uhrin seuranta ja oikein ajoitettu sekä tutkimukseen perustuva hoito (7,8,9).

Syyt kuvattujen akuuttihoitojen tehostomuuteen saattavat liittyä intervention kaavamaisuuteen verrattuna todellisuuden monimutkaisuuteen ja raiskaustrauman erityiseen haavoittavuuteen. Psykoedukatiivinen painotus ei ota riittävästi huomioon yksilöllisiä eroja uhrien kokemuksissa ja reagoinnissa. Lisäksi kognitiivis-emotionaalisen työskentelyn, varsinkin altistusharjoituksen ajoitus akuuttivaiheeseen on trauman prosessoinnin kannalta vielä liian aikainen. Kiinnostavaa onkin, että mainittu Foan ja ryhmän kehittämä akuutti-interventio, joka ei hyödyttänyt raiskaustrauman uhreja, ehkäisi tehokkaasti liikenneonnettomuuden uhrien traumaperäisiä stressioireita (10).

Raiskaustrauma on erityisen vaikea käsitellä verrattuna muihin traumoihin, koska siihen liittyy fyysisen ja psyykki-

sen itsemääräämisen loukkaus, jonka toinen ihminen on tahallisesti aiheuttanut. Raiskaus ravistaa uhrin minuuden kokemuksen perustuksia, ja hän voi kokea psyykkisen hajoamisen uhkaa. Elämää ohjaavat merkitysrakenteet saattavat muuttua dramaattisesti, ja uhri saattaa kokea aiemmin turvallisen ympäristön ja toiset ihmiset vaarallisiksi (11).

Tutkimus osoittaa huomattavia yksilöllisiä eroja raiskaustrauman merkityksessä, kehollisissa ja kognitiivis-emotionaalisissa reaktioissa sekä sosiaalisen tuen hakemisessa ja vastaanottamisessa (1). Kliinisen kokemuksen mukaan erot korostuvat juuri akuuttivaiheessa ja vaikuttavat voimakkaasti uhrin valmiuteen hakea tai ottaa vastaan apua. Akuuttihoitodossa yksilöllisen psykososiaalisen tuen suunnittelu on tärkeää, sillä keskeneräinen ja vinoutunut traumakokemuksen prosessointi johtaa tyypillisiin masennus- ja ahdistusoireisiin sekä traumaperäiseen stressihäiriöön. Trauman aiheuttamat akuutit muutokset käyttäytymisessä, tunteissa ja ajattelussa pysyvät varsin muuttumattomana vuosia ja jopa vuosikymmeniä, jos uhri ei saa hoitoa (12).

Lyhytterapian tehokkuus

Taulukossa 1 on analysoitu traumafokusoitujen lyhytterapioiden tehokkuutta raiskaustrauman uhrien hoidossa. Toisin kuin akuuttihoitoon kohdalla, tulokset osoittavat kognitiivis-behavioraalisen lyhytterapian olevan tehokasta kun kriteerinä ovat psykiatriset häiriöt, kuten traumaperäinen stressihäiriö, masennus ja ahdistusoireet. Esimerkiksi Resick ja Schnicke (13) sovelsivat 12 terapiakerran kognitiivisen prosessoinnin terapiaa (CPT) ja osoittivat sen vähentävän tehokkaasti raiskauksen uhrien traumaperäisiä stressi- ja masennusoireita. Krakov ym. (14) raportoivat varsin lyhyen ja yhteen tekniikkaan eli mielikuvatyöskentelyyn perustuvan intervention olleen tehokas raiskauksen uhrien traumaperäisten stressioireiden hoidossa. Foan ym. (15) altistusterapia on todettu tehokkaaksi traumaperäisen stressihäiriön ja masennuksen hoidossa.

Raiskaustraumaan kohdistuvat kognitiiviset lyhytterapiat sisältävät mm. psykoedukatiivista tietoa raiskauksen psykososiaalisista seurauksista, uhrin altistamista traumamuistolle käymällä niitä läpi, kokemuksen kognitiivista raamittamista ja tunnetyöskentelyä (13). Terapiatekniikat perustuvat tutkimustuloksiin trauman aiheuttamista mielenterveyden riskitekijöistä, ja niiden avulla pyritään kognitiivis-emotionaaliin muutoksiin uhrin tavassa prosessoida raiskauskokemusta. Terapiassa pyritään esimerkiksi herättämään eloon tukahdutetut pelon, vihan, syyllisyyden tunteet ja vinoutuneet selitysmallit turvallisessa mielentilassa, jolloin ne neutralisoituvat ja korvautuvat elämyksellisesti uusilla selitysmalleilla ja tunteilla (16,17).

Tutkijat ovat pyrkineet vastaamaan kysymykseen, mitkä elementit raiskauksen uhrien terapiassa selittävät oireiden kliinisesti merkittävää vähenemistä eli hoidon tehokkuutta. Esimerkiksi Foan ym. (15) vertasi altistusterapian (traumatilanteen mielikuvien uudelleenkokeminen), kognitiivisen raamittamisen ja stressinhallintakeinojen merkitystä raiskauksen uhrien oireiden paranemisessa. Tulosten mukaan kaikki kolme terapiamenetelmää vähensivät tehokkaasti

traumaperäisiä stressi- ja depressio-oireita vuoden seurannassa. Hypoteesi, jonka mukaan kolmen menetelmän yhdistelmä olisi tehokkain trauman uhrien kokonaisvaltaisessa paranemisessa, ei toteutunut. Tulokset viittaavat terapiamenetelmien jonkinasteiseen spesifisyyteen ja intervention ajoituksen tärkeyteen: Stressinhallintatekniikat voivat olla tehokkaita trauman akuuttivaiheessa tuoden nopean ja ohimenevän helpotuksen. Altistusmenetelmät puolestaan muuttavat emotionaalista prosessointia, mikä johtaa oireiden vähenemiseen ja psyykkisen toimintakyvyn paranemiseen pitkällä aikavälillä (18).

Kun Foa ja ryhmä (19) vertasivat pitkitetyn altistusterapian ja altistusterapian ja kognitiivisen uudelleen raamittamisen yhdistelmää, tulokset osoittivat, ettei kognitiivinen raamittaminen lisännyt hoidon tehokkuutta. Molemmat tekniikat ja niiden yhdistelmä vähensivät traumaperäisen stressihäiriön ja depression todennäköisyyttä ja niiden yhdistelmä paransi myös raiskauksen uhrien sosiaalista toimintakykyä.

Hoitoon ohjauksen ja hoitoketjun tehokkuus

Raiskauksen kokeneilla naisilla on suuri mielenterveyden häiriöiden riski, ja he saavat vain vähän psykologista hoitoa. Tilanne on ristiriitainen kun oivalletaan, miten lyhyen ja tehokkaan kognitiivis-behavioraalisen terapian avulla on mahdollista estää uhrien mielenterveysongelmien kehittyminen ja miten tehokkaita hoitoja kroonistuneista traumaperäisistä oireista kärsivien raiskauksen uhrien hoitoon on olemassa. Terapian osoitettu tehokkuus korostaa hoitoonohjauksen tärkeyttä, mutta myöhempi terapia ei ole vaihtoehto tukea antavalle ja kunnioittavalle ensiavulle oikeuslääketieteellisen tutkinnan yhteydessä. Molemmat tukevat toisiinsa ja niillä on trauman uhrin hoidossa erilainen tehtävä. Apua on tarjottava aktiivisesti, sillä traumareaktioiden, häpeän ja syyllisyyden takia uhri on altis vetäytymään ja vakenemaan tapahtuneesta.

Erityisen suuri riski koskee nuoria uhreja, joiden hoitama-

Taulukko 1.

Tutkimuksia raiskaustrauman akuuttihoitoon ja terapian tuloksellisuudesta. Kaikissa tutkimuksissa uhreilla oli traumaperäinen stressireaktio (PTSD) ja osassa lisäksi masennus, pelko- ja ahdistusoireita sekä huumeiden ja alkoholin käyttöä.

Tutkimusryhmä	Tutkittavat ja asetelma	Terapian sisällöt	Tulokset
Akuuttihoito			
Kilpatrick, Veronen, 1984	49 uhria, raiskauksesta enintään 1 kk Mittaus 3 kk kuluttua	Sos. tuki, psykoedukatiivinen tieto, kognitiivinen harjoitus, syyllisyyden vähentäminen, selviytymiskeinot	Akuutti-interventio ei ollut tehokas: ei tapahtunut oireiden vähenemistä.
Foa, Hearst-Ikeda, Perry, 1995	20 uhria, raiskauksesta noin 1 kk Lyhytterapia vs. verrokkit Mittaus 5,5 kk kuluttua	Psykoedukatiivinen tieto, mielikuva-altistuminen, kognitiivinen raamitus, kotitehtävät	Stressireaktio väheni 90 %:sta 10 %:iin, ryhmissä ei eroa 5,5 kk:n kuluttua.
Foa, Zoellner, Feeny Meadows, Jaycox, 2000 (3)	56 uhria, raiskauksesta n. 1 kk Lyhytter./sos. tuki/verrokkit Mittaukset 3 ja 6 kk kuluttua	Psykoedukatiivinen tieto, mielikuva-altistuminen, kognitiivinen raamitus, kotitehtävät	Ryhmissä ei eroa 6 kk jälkeen, terapiaryhmän toimintakyky parempi 3 kk:n, mutta ei enää 6 kk:n kohdalla.
Resnick, Acierno, Kilpatrick, Holmes, 2005 (2)	205 uhria, raiskauksesta enintään 72 tuntia Mittaus 6 viikon kuluttua	Rikoslääket. tutkimus ja interventio, psykoedukatiivinen tieto, ahdistuksen vähentäminen; altistusharjoitusohjeet, päihdepreventio; videointerventio	Ryhmissä ei eroa PTSD:ssä, masennuksessa, kovien huumeiden ja alkoholin käytössä. Lievien huumeiden käyttö väheni interventioryhmässä.
Terapia			
Resick, Schnicke, 1992 (14)	19 uhria vs. 20 raiskauksen kokenutta odotuslistalta Raiskauksesta keskim. 6,4 v Mittaukset 3 ja 6kk	Kognitiivinen prosessointi vs. ryhmäterapia 12 istuntoa Pitkitetty altistusterapia, stressinhallinta, tukea antava konsultaatio	Terapiaryhmässä ei yhtään PTSD- tai vakavan depression diagnoosia 3 kk:n ja 6 kk:n kuluttua. Odotuslistan ryhmässä ei muutosta.
Foa, Rothbaum, Riggs, Murdock, 1991 (19)	45 uhria, raiskauksesta n. 6,3 v Mittaus 9 kk kuluttua	Pitkitetty altistusterapia vs. stressinhallinta, tukea antava konsultaatio ja odotuslista	Kaikissa ryhmissä pelot, ahdistus ja depressio vähenivät välittömästi. PTSD:n stressinhallinta tehokkainta. Tuloksissa ei muutosta 3 kk:n kuluttua.
Foa, Dancu, Hembree ym., 1999	96 uhria, puolella monia raiskauksia aikuisena Mittaukset 6,6 ja 12 kk	Pitkitetty altistusterapia vs. stressinhallinta ja edellisten yhdistelmä vs. odotuslista	Terapiat vähensivät PTSD- ja depressio-oireita verrattuna odotuslistaan. Altistusterapia tehoi ahdistukseen, muut terapiat PTSD- ja depr.-oireisiin.
Krakow ym. 2001 (15)	168 uhria, useita raiskauksia 8 v aikana. Oireina painajaisia Mittaukset 3 ja 6 kk kuluttua	Satunnaistettu vertailu: terapia, 3 mielikuvaharjoitus-istuntoa	Painajaiden määrä väheni, unen laatu parani ja PTSD-oireet vähenivät terapiaan satunnaistettujen ryhmässä. Myös jonkin verran verrokkien ryhmässä.
Resick, Nishih, Weaver, Astin, Feuer, 2002	121 uhria, raiskauksesta n. 8,5 v Neljä mittausta, seurannat 3 ja 9 kk kuluttua	Satunnaistettu vertailu: kognitiivinen prosessointi, pitkittynyt altistus ja yksilöterapia, 12 istuntoa	Terapiaryhmän PTSD- ja depressio-oireet vähenivät, verrokeilla ei muutosta 3 kk:n ja 9 kk:n seurannassa. Terapiat tehokkaita PTSD- ja depressio-oireisiin.
Foa, Hembree, Cahill, Rauch ym. 2005 (20)	171 uhria, raiskauksesta n. 9 v Mittaukset 3, 6 ja 12 kk kuluttua	Satunnaistettu vertailu: pitkittynyt altistus ja yhdistetty ja kogn. prosessointi sekä odotuslista. 9–12 terapiaistuntoa	Pitkittynyt altistus yksin ja yhdistettynä kognitiiviseen prosessointiin vähensivät PTSD- ja depressio-oireita ja edistivät toimintakykyä. Tulokset pysyivät 12 kk asti.

ton raiskaustrauma vaikuttaa vahingollisen kokonaisvaltaisesti psykofyysiseen ja sosiaaliseen kehitykseen. Traumaperäiset psyykkiset oireet ja sosiaaliset vaikeudet voivat heikentää nuoren mahdollisuuksia opiskella ja oppia, ja esimerkiksi keskittymisvaikeudet ovat tavallisia (20). Vaikeat tunteet ja itseen sekä yhteisöön liittyvät negatiiviset uskomukset aiheuttavat toivottomuutta ja näköalattomuutta, mikä puolestaan toimii syrjäytymiskiirteen laukaisijana. Kuitenkin nuorten traumauhrien hoitoon ohjaus toimii huonosti, Makosen ja ryhmän (21) selvitys osoitti, että Hus-piirin alueella vuosina 1999–2002 raiskauksen tai seksuaalisen hyväksikäytön epäilyn vuoksi tutkimuksiin tulneiden nuorten uhrien (12–17 v) akuuttihoito ja hoitoon ohjaus on puutteellista. Somaattiseen tai psykiatriseen jatkohoitoon ohjattiin vain osa nuorista, ja monilla jatkohoitoon ohjautuminen jäi kokonaan oman aktiivisuuden varaan. Alaikäisten lakisääteisiä lastensuojeluilmoituksia tehtiin vain harvoin.

Raiskauksen uhria hoidettaessa tulee muistaa, että hän ei välttämättä kärsi vain raiskaustraumasta, vaan hänellä saattaa olla muita aikaisempia traumoja tai monisyisiä psyykkisiä vaikeuksia. Saattaa olla, että hoidon tarve tulee ilmi raiskaustrauaman myötä, mutta asiakas tarvitsee pikemminkin psykiatrista hoitoa tai pitkää psykoterapiaa. Akuuttiavun jälkeen traumafokusoitu hoito voidaan toteuttaa ennen tai jälkeen näitä hoitoja, niiden rinnalla tai integroituna osaksi kyseistä hoitoa.

Suosituksia hoitoon ohjauksen ja hoidon malliksi

Raiskaustrauaman akuuttihoito ja lyhytterapia osoittautuivat analyysissämme tuloksellisiksi. Näiltä osin raiskaustrauaman hoitoon soveltuvat samat hoitosuosituksiset kuin brittiläinen hoitosuositusorganisaatio National Institute for Clinical Excellence (NICE) on antanut traumaperäisen stressihäiriön hoidosta (22). Sen mukaan varhaisessa vaiheessa yksilöön kohdistuva terapeutista materiaalia sisältävä akuuttihoito, joka ei kohdistu traumaan, on tehoton. Kognitiivis-behavioraalisen terapian on sen sijaan todettu vähentävän tehokkaasti traumaan liittyviä oireita ja siten ehkäisevän mahdollista psykopatologiaa. NICE suosittelee ensimmäisen kuukauden aikana lyhyttä, noin viisi kertaa käsittävää kognitiivis-behavioraalista lyhyttöä. Kuukauden kuluttua ja sitä myöhemmin suositellaan 8–12 istuntoa käsittävää traumafokusoitua kognitiivis-behavioraalista hoitoa tai silmänliiketerapiaa (Eye movement desensitization and reprocessing, EMDR).

Silmänliiketerapiaa suositellaan sen käytöstä saatujen hyvin tulosten perusteella (22,23). Silmänliiketerapia on traumahoitotekniikka, jossa silmänliikkeiden, kosketus- ja/tai kuuloärsykkeiden avulla stimuloidaan molempia aivopuoliskoja samalla kun tietoisuus kohdistetaan traumaan liittyviin tunteisiin, aistimuksiin ja kognitioihin. Menetelmä edesauttaa tehokkaasti traumakokemuksen elämyksellistä muistamista, monitasoista läpityöskentelyä ja kognitiivis-emotionaalista eheytymistä (24).

NICE:n suositusten (4) mukaan psykologinen hoito on ensisijaista traumaperäisen stressihäiriön hoidossa ja lääkehoito toissijaista, sillä sen hyödyistä ei ole riittävää näyttöä.

Akuuttivaiheessa lääkitys voi olla tarpeen unihäiriöiden hoitoon. Traumakokemuksen myöhemmässä vaiheessa lääkehoitoa voidaan harkita siinä tapauksessa, ettei uhri halua traumafokusoitua psykologista hoitoa. Suositellut lääkkeet ovat paroksetiini, mirtatsapiini, amitriptyliini ja feneltsiini. Yhdysvaltain psykiatriyhdistys (American Psychiatric Association, APA) (25) suosittelee traumaperäisen stressihäiriön (PTSD) akuuttihoitoksi ensimmäisten tuntien ja päivien aikana tukea-antavaa psykoterapeuttista hoitoa ja psykoedukaatiota. Myös lääkehoitoa suositellaan, mikäli oireet ovat hyvin voimakkaita. Hoitosuosituksessa todetaan, että supportiivinen akuuttihoito on tärkeää hoitojatkumoon sitoutumisen ja myöhemmin psykoterapeuttiseen hoitoon ohjautumisen kannalta. Myöhemmässä vaiheessa suositellaan psyykenlääkkeiden, psykoterapian ja psykoedukaation yhdistelmää. Akuutin ja pitkäaikaisen traumaperäisen stressihäiriön hoidossa suositellaan useita menetelmiä, kuten kognitiivinen käyttäytymisterapia, silmänliiketerapia, stressinhallintatekniikat, mielikuvaharjoittelu ja pitkittynyt altistusterapia. Myös psykodynaamisesta psykoterapiasta, supportiivisista tekniikoista ja traumafokusoidusta ryhmäterapiasta voi olla hyötyä oireiden lievittämisessä.

NICE:n ja APA:n traumaperäistä stressihäiriötä koskevat hoitosuosituksiset koskevat yhtä lailla luonnonkatastrofien, onnettomuuksien kuin väkivallankin seurauksena ilmenevien traumaoireiden hoitoa. Raiskaustrauma on kuitenkin erilainen verrattuna muihin traumoihin. Näyttöön perustuvien hoitosuositusten soveltamisessa on otettava huomioon terapian tuloksellisuustutkimusten monet rajoitukset, paikallisten olosuhteiden realiteetit sekä asiakkaiden suuret yksilölliset erot. Hyvän hoitosuosituksen on oltava yksityiskohtainen, jotta se voisi toimia kliinisen päätöksenteon tukena eri vaiheissa raiskaustrauamasta toipumisen prosessia, paikallisesti vaihtelevissa olosuhteissa. Raiskaustrauaman akuuttihoitossa, seurannan ja terapian järjestämisessä ratkaisevassa asemassa on useimmiten terveyskeskuslääkäri, jonka vastaanotolle erityisesti pienillä paikkakunnilla raiskauksen uhri saattaa osua hyvin harvoin.

Taulukossa 2 esitämme hoitoonohjauksen ja hoidon mallin, joka perustuu ajatukseen, että akuuttivaiheen hoidon ja ohjauksen avulla ehkäistään trauman negatiivisia psykososiaalisia pitkäaikaisvaikutuksia ja taataan mahdollisuus hakeutua hoitoon myöhemmässä vaiheessa. Akuuttihoitossa luodaan toipumiselle otolliset olosuhteet ottamalla huomioon myös sosiaalinen ja oikeudellinen näkökulma. Uhrin fyysisen terveyden ja oikeusturvan toteutumisen kannalta asianmukaiset tutkimus- ja hoitotoimenpiteet ovat hyvin tärkeitä. Pätevä rikostutkinta edesauttaa uhrin luottamuksen palautumista yhteisöllisesti tuotettuun ja ylläpidettyyn turvaan ja järjestykseen.

Akuuttihoiton toteutus, arviointi ja hoitopolun rakentaminen

Terveyskeskusten ja päivystyspoliklinikoiden työntekijöillä on käytössään ohjeistus raiskauksen uhrin tutkintaa varten, Raikatun akuuttiapukansio (RAP). Ohjeistuksen on laatinut Raikauksen kriisikeskus Tukinainen, Väestöliiton, Terveyden-

huollon oikeusturvakeskuksen ja Hyksin asiantuntijoista koostunut työryhmä ja sen on rahoittanut Stakes. Kansio sisältää yksityiskohtaiset ohjeet raiskauksen uhrin lääketieteellisestä tutkimisesta ja hoidosta sekä opastaa psyykkisen tuen antamista akuutti-tilanteessa. Se on tulostettavissa internetistä, mm. osoitteesta <http://www.tukinainen.fi>. Myös terveysportin lääkärin käsikirjasta löytyy linkki RAP-kansioon. Helsingin Oikeuslääketieteen laitos antaa päivystysluntee- sesti neuvontaa numerossa (09) 1912 7458 (24 h/vrk).

Lääketieteellisen tutkimuksen suorittajan ja/tai hoitavan lääkärin tehtävänä on hoitaa usein sokkitilassa olevaa uhria, koordinoida psykososiaalisen tuen ja terapian järjestäminen ja toteuttaa seuranta. Fyysisen tutkimuksen yhteyteen kuuluu myös henkinen ensiapu, psyykkisen tilan arviointi, seurannasta sopiminen ja jatkohoidon järjestäminen. Akuutti- hoidossa turvallinen läsnäolo, tuki ja rauhoittelu, uhrin turvallisuuden varmistaminen, psykososiaalisen historian ja selviytymisen arviointi sekä hoitopolkujen hahmottelu ovat keskeisiä. Uhrin kertomuksen aktiivinen ja empaattinen vastaanotto on erityisen tärkeää, sillä se mahdollistaa tervehdyttävän prosessin käynnistymisen.

Tutkimusten mukaan traumaattisen kokemuksen salaaminen ja raiskaukseen liittyvien tunteiden sekä ajatusten tukahduttaminen vaarantavat uhrin mielenterveyttä (1,16). Uhrin välinpitämätön kohtelu, tapahtuneen vähättely ja seurannan sekä hoidon puuttuminen altistavat myöhemmille somaattisille ja psykiatrisille oireille. Raiskauksen uhrin lääketieteellinen tutkimus ajoittuu tilanteeseen, jossa uhri on

kohdannut toisen ihmisen tuhoavuutta, ja siksi inhimillisyyttä, kunnioitus ja luotettavuus ovat tärkeitä paranemista edistäviä elementtejä.

On tärkeää vakuuttaa, että tapahtuneesta voi toipua ja että on olemassa tukiverkosto, jonka puoleen tulee kääntyä. Usko selviytymiseen ennustaa raiskaustrauhasta toipumista. Uhri tulee auttaa oman sosiaalisen verkostonsa tuen piiriin. Uhrin kanssa tulee keskustella siitä, keitä ihmisiä hänellä on lähellään, ja kuka tai ketkä voisivat tässä tilanteessa olla hänen tukenaan. Myös yhteiskunnan tarjoama psykososiaalinen tuki voi olla tärkeä kriisitilanteissa. Esimerkiksi kuntien järjestämät sosiaalipalvelut, kuten lastenhoito ja perhetyö auttavat alkuun epätoivoisessa tilanteessa. Yhdistysten tarjoama apu, kuten Tukinaisen kriisi- ja juristipalvelut, Rikosuhripäivystyksen tukihenkilö- ja juristipalvelut tai Suomen mielenterveysseuran kriisikeskusten tarjoama apu voidaan integroida osaksi hoitopolkua.

Tukitoimenpiteillä pyritään huolehtimaan uhrin perustarpeista ja turvallisuudesta. Turvallisuus tulee kartoittaa selvittämällä mm., onko uhrilla väkivallan uhkaa kotonaan tai onko hän vaaraksi itselleen. Mikäli hänen turvallisuutensa on vaarassa, tilanteeseen tulee puuttua esimerkiksi ohjaamalla uhri turvakotiin tai tarvittaessa osastohoitoon. Alaikäisen kohdalla lastensuojelulain (26) edellyttämät toimenpiteet on lähtökohtaisesti toteutettava lain ja tarkempien ohjeistusten edellyttämällä tavalla (27). Lastensuojelun sosiaalityöllä on oma tärkeä lakisäätäinen tehtävänsä psykososiaalisen tuen ketjussa.

Taulukko 2.

Ehdotus raiskauksen uhrin psykososiaalisen tuen, seurannan ja traumahoidon järjestämiseksi.

Kriisin vaihe	Arviointi	Toimenpiteet ja tavoitteet
Akuuttivaihe Ensimmäiset tunnit ja päivät tapahtuneen jälkeen – kuukausi tapahtuneen jälkeen.	Mitä on tapahtunut? Tapahtumakuvaus. Fyysinen tila, hoidon ja jatkohoidon tarve. Psyykinen tila, oireiden ja riskien kartoitus, (aiemmat traumat, päihdeongelmat, psyykinen sairastavuus, itsetuhoisuus). Välittömän psykologisen ja psykiatrisen hoidon tarpeen arvio. Toimintakyky, sosiaaliset verkostot ja turvallisuusriskien kartoittaminen. Mahdollinen välittömän avun tai turvapaikan tarve.	Oikeuslääketieteellinen tutkimus, somaattinen tutkimus ja hoito. Jatkohoidon ja seurannan sopiminen, ohjeet ja vastaanottoajat kirjallisina. Psyykinen akuuttiapu, tuki ja turva, huolenpito ja rauhoittelu. Psykoedukatiivinen tieto traumareaktioista ja itsehoitosta kirjallisena. Psykiatrin konsultaatiosta sopiminen, luottamussuhteen luominen, seurantakäynti lähipäivinä tai -viikkoina, viimeistään 1 kk:n kuluttua. Matalan kynnyksen mahdollisuus yhteydenottoon tällä välillä. Kriisihoidon puitteista ja toteutuksesta päättäminen. Kognitiivis-behavioraalinen hoito, 90 min 5 kertaa, kun alle 1 kk tapahtumasta. Sosiaalisen tuen ja turvan tarpeen kartoitus ja avun järjestäminen (uhrin omat verkostot, kuntien ja yhdistysten palvelut). Keskustelu rikosilmoituksen teosta, tuki. Informointi lakisäätisestä oikeudesta ilmaiseen oikeusavustajaan ja tukihenkilöön. Alaikäisten kohdalla lastensuojelulain edellyttämät toimet.
Noin kuukauden kuluttua tapahtuneesta	Psyykkiset oireet: uudelleenkokeminen, välttäminen, vireystiloireet, dissosiaatio, masennus, ahdistuneisuus, univaikeudet, syömishäiriöt, itsetuhoisuus, päihteiden käyttö. Sosiaalinen tilanne: turvallisuus, sosiaalinen tuki, toimintakyky arjessa.	Akuuttivun toimenpiteiden toteutumisen ja vaikuttavuuden arviointi. Hoitosuunnitelma, jossa mukana: psykoedukaatio ja tukitoimet: trauma-reaktiot ja niiden hallinta sekä ammatillinen, traumaan keskittyvä apu. Lyyhytterapia: kognitiivis-behavioraalinen hoito (8–12 kertaa) tai muu traumaan keskittyvä psykoterapeuttinen hoito, paikkakuntakohtaisista resursseista riippuen. Silmäliiketrappia, EMDR. Tarvittaessa psykiatrinen hoito, päihdehoito, muu psykososiaalinen apu Hoidon ja avun toteutumisen koordinointi ja seuranta. Vaikuttavuusarviointi.
Vähintään kolmen kuukauden kuluttua tapahtuneesta	Psyykkiset ja sosiaaliset seuraukset PTSD, masennus, ahdistuneisuus, univaikeudet, dissosiaatio, päihde- ja psykiatriset ongelmat. Toimintakyky ja selviytyminen arjessa, sosiaaliset suhteet ja sosiaaliset verkostot.	Hoitosuunnitelma, jossa traumakeskeinen psykologinen hoito. Kognitiivinen tai behavioraalinen yksilö- tai ryhmähoito. EMDR, mikäli tarkoituksenmukaista. Muu psykoterapiahoito kokonaistilanteen mukaan. Tarvittaessa psykiatrinen hoito, päihdehoito, muu psykososiaalinen apu. Hoidon toteutumisen ja tuloksellisuuden seuranta ja arviointi.

Rikosilmoituksen teosta tulee keskustella, mikäli asiakas ei ole jo ottanut yhteyttä poliisiin. Rikosilmoitus ei saa kuitenkaan olla edellytys asianmukaisille tutkimus- ja hoitotoimenpiteille, sillä uhrin oikeusturvan ja toipumisen kannalta ne ovat joka tapauksessa välttämättömiä. Uhri on usein valmis rikosilmoituksen tekoon vasta akuuttivaiheen jälkeen, toivuttuaan jonkin aikaa. Hänelle tulee kertoa lakisäätisestä oikeudesta maksuttomaan oikeusavustajaan ja tukihenkilöön. Lisätietoa saa esimerkiksi Tukinaisen valtakunnallisesta, maksuttomasta juristineuvonnasta, puh. 0800 97895.

Uhri tarvitsee oireenmukaisen hoidon univaikeuksiin ja joissain tilanteissa myös psyykkisten ja fyysisten reaktioiden pitämiseen siedettävällä tasolla. Usein kriisissä oleva tarvitsee lyhyen sairausloman selviytyäkseen. Uhrille tulee järjestää yksilöllinen tuki, hoito ja seuranta. Traumaattisessa kriisissä tilanne voi muuttua hyvin nopeasti, joten asiakkaalle tulisi taata päivystysluonteisen yhteydenoton mahdollisuus. Tieto palveluista ja seurannasta tulee antaa kirjallisessa muodossa selkeiden ohjeiden kera.

Mielenterveyden riskitekijöiden arviointi tähtää siihen, että erityisen suuret riskit voidaan ottaa huomioon tuen järjestämisessä. Osa uhreista selviytyy suurelta osin oman sosiaalisen verkostonsa tuella, mutta mitä enemmän riskitekijöitä ilmenee, sitä korostuneempi on psykososiaalisen tuen ja hoidon tarve. Arvioinnissa tulee kartoittaa uhrin aiempi traumahistoria, psyykkisen ja fyysisen terveyden osalta anamneesi ja pähteidenkäytön historia. Riskin osoittimia ovat voimakas dissosiaatio, aiempi traumahistoria, erityisesti seksuaalisen väkivallan traumat, voimakkaat fysiologiset reaktiot (sydämen syke), aiempi psyykinen sairastavuus tai päihdeongelmat, yksinäisyys, eristyneisyys ja sosiaalisen tuen puute sekä nuori ikä (1). Arvioinnin perusteella tehdään päätelmiä myös psykologisen ja psykiatrisen hoidon tarpeesta, kiireellisyydestä, menetelmistä, puitteista ja hoidon ennakkoidusta kestosta. Esimerkiksi aiempi psykiatrisen sairastavuus saattaa antaa aihetta lyhyeen osastohoitoon akuuttitilanteessa tai kriisin myöhemmässä vaiheessa. Psyykinen haavoittuvuus voi vaatia tiiviin ja yleisiä suosituksia pidemmän traumahoidon ja edellyttää hoidon puitteiden ja menetelmien tarkkaa harkintaa.

Parhaimmillaan akuuttihoidon avulla voidaan palauttaa turvallisuudentunne ja ihmisarvon kokemus sekä käynnistää raiskaustraumaan liittyvä psykososiaalinen ja kognitiivis-emotionaalinen prosessointi. Vetäytyvää uhria rohkaistaan varovasti kohtaamaan tuskainen kokemus ja vähentämään traumaan liittyvien asioiden välttämistä. Jos taas uhri on täydellisesti trauman virittämien mielikuvien vallassa ja kärsii intrusiivisista oireista, häntä on autettava tasapainoon rohkaisemalla tapahtuman raamittamista.

Akuuttivaiheen jälkeinen traumahoito

Akuuttivaiheen jälkeen tulee tarjota mahdollisuutta lyhytterapiaan, jolla pyritään ehkäisemään myöhempiä seurauksia. Lyhytterapia tässä vaiheessa on traumafokusoitua, mutta sen painotus on vakauttava, eikä traumamuistolle altistavia tekniikoita käytetä. Seurantakäyntejä tulee olla vähintään kaksi, joissa arvioidaan miten raiskauksen uhri on selviytynyt

tapahtuneesta: viimeistään kuukauden kuluttua ja noin kolmen, neljän kuukauden kuluttua. Esimerkiksi lisääntynyt pähteidenkäyttö, edelleen jatkuvat dissosiaatio- ja masennusoireet, ahdistuneisuus ja traumaperäiset oireet ovat hälytysmerkkejä. Arvioinneissa voidaan käyttää apuna Suomessa validoituja oiremittareita, kuten Beckin masennusmittari, IES (Impact of Events Scale) mittaamaan aikuisten ja lasten traumaperäisiä stressioireita ja DES (Dissociative Experiences Scale), dissosiaatio-oireiden mittari.

Mikäli traumaperäisiä, masennuksen ja ahdistuneisuuden oireita ilmenee pitkään, tulee uhrille tarjota traumafokusoitua psykoterapeuttista hoitoa. Kognitiiviset tai kognitiivis-behavioraaliset lyhytpsykoterapiat ovat tuloksellisia raiskaustrauman hoidossa. Suomessa on käytössä mm. Resickin ja Schicken kognitiivisen prosessoinnin menetelmä, johon on saatavissa myös koulutusta. Suositusten mukaan silmänliiketerapia on käypä traumahoitomenetelmä, jota tulee kuitenkin käyttää vain osana psykoterapeuttista hoitoa. Viitekehystä riippumatta traumahoito on järjestettävä siten, että hoidossa otetaan huomioon trauman seurauksena ilmenevät kognitiiviset, emotionaaliset ja sosiaaliset seuraukset sekä kehollisuus. Ryhmämuotoinen hoito tulee kyseeseen, mikäli asiakas on siihen motivoitunut. Esimerkiksi kognitiivisen prosessoinnin menetelmä on käyttökelpoinen myös ryhmäterapiana. Vertaisryhmäkokemus on tehokkaan hoidollinen, sillä se lisää itseyttä, itsearvostusta ja antaa parhaimmillaan voimakkaan kokemuksen kuulluksi, ymmärretyksi ja hyväksytyksi tulemisesta. Ryhmäterapiassa erityistä huomiota tulisi kiinnittää muiden ryhmäläisten traumakoemuksille altistumisen aiheuttamien riskien minimoimiseen.

Mikäli akuuttivaiheessa tapahtuneen prosessointi on estynyt vaikenemisen tai ympäristön välinpitämättömyyden ja tuomitsevuuden vuoksi, tulee raiskauksen käsittely mahdolliseksi vasta myöhemmin. Asia voi tulla esiin terveydenhuollossa vasta vuosien kuluttua esimerkiksi somaattisten tutkimusten yhteydessä. Terapiamahdollisuutta tulee tarjota, vaikka tapahtuneesta olisi kulunut pitkä aika. Mikäli ongelmat ovat pääsääntöisesti traumaperäisiä ja liittyvät selvästi yhteen tai kahteen traumaattiseen tilanteeseen, traumafokusoitu lyhytpsykoterapia usein riittää hoidoksi. Mitä monimuotoisempia ongelmia, mitä pidempään jatkunut traumatisoituminen tai mitä varhaisemmassa iässä trauma on koettu, sitä todennäköisemmin pitkä psykoterapia on tarpeen.

Työntekijän saama konsultaatio ja työnohjaus on tärkeää erityisesti silloin, jos koulutusta traumahoitoon tai aiempaa kokemusta seksuaalisen väkivallan traumojen kanssa työskentelystä ei ole. Raiskauskriisikeskus Tukinaisesta saa ammatillista konsultaatiota ja koulutusta valtakunnallisesti mm. arviointiin, kriisiavun ja hoidon järjestämiseen ja hoitoon liittyvissä kysymyksissä. Yhteyttä voi ottaa numeroihin (09) 5860 360 (ma-to toimisto) ja 0800 97899 (pe-su päivystys).

Psykoterapiamuotojen vertailussa on todettu, ettei hoitomuotoa voida erottaa sitä käyttävästä psykoterapeutista. Terapeutin teoreettinen tietämys, menetelmällinen asiantuntemus ja ammatillinen kokemus sekä erityisesti kyky asettua aitoon vuorovaikutukseen ja rakentaa hyvä yhteistyösuhte potilaan kanssa on hoidon tuloksellisuuden kannalta kes-

keistä. Sama pätee lääkärin työhön raiskauksen uhrin auttamiseksi. Hyvä vuorovaikutus ja yhteistyösuhteen syntyminen takaavat traumauhrien hoidon tehokkuuden.

Kirjallisuutta

- Punamäki RL, Ylikomi R. Raiskaustrauma I: Raiskauksen kokeminen altistaa psyykkisille ongelmille. *Suom Lääkäril* 2007;62:757–61.
- Resnick H, Acierno R, Kilpatrick DG, Holmes M. Description of an Early intervention to prevent substance abuse and psychopathology in recent rape victims. *Behav Modif* 2005;29:156–88.
- Foa EB, Zoellner L, Feeny NC, Meadows E, Jaycox L. Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. Kokousesitelmä. 34 th Annual Convention of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, New Orleans, LA 2000.
- British National Institute for Good Practices. The National Guideline Clearinghouse, U.S. http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=6850&nbr=4204. 2005.
- Bisson JI, Jenkins P, Alexander J, Bannister C. Randomized controlled trial of psychological debriefings for victims of acute burn trauma. *Br J Psychiatry* 1997;171:78–81.
- van Emmerik AA, Kamphuis JH, Hulsbosch AM, Emmelkamp PM. Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *Lancet* 2002;360(9335):766–71.
- Henriksson M. Psykkiseen selviytymiseen on monta tietä. *Suom Lääkäril* 2005;60:3355.
- Pojula S. Kriisityöstä psyykkisen trauman hoitoon. *Suom Lääkäril* 2005;60:1587–9.
- Saari S. Kriisityö perustuu todelliseen tarpeeseen. *Suom Lääkäril* 2005;60:3353.
- Bryant A, Sackville T, Dang ST, Moulds M, Guthrie R. Treating acute stress disorder: An evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counseling techniques. *Am J Psychiatry* 1999;156:1780–6.
- Kimerling R, Calhoun KS. Somatic symptoms, social support, and treatment seeking among sexual assault victims. *J Consult Clin Psychol* 1994;62:333–40.
- Breslau N. Outcomes of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 2001;62(suppl):17:55–9.
- Resick PA, Schnicke MK. Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *J Consult Clin Psychol* 1992;60:748–56.
- Krakow B, Hollifield M, Johnston L ym. Imagery rehearsal therapy for chronic nightmares in sexual assault survivors with posttraumatic stress disorder. *JAMA* 2001;286:537–45.
- Foa EB, Dancu CV, Hembree EA, Jaycox LH, Meadows EA, Street GP. A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *J Consult Clin Psychol* 1999;67:194–200.
- 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.
- Foa EB, Steketee G, Rothbaum BO. Behavioral/cognitive conceptualisation of post-traumatic stress disorder. *Behav Ther* 1989;20:155–76.
- Foa EB, Rothbaum BO, Riggs DS, Murdock TB. Treatment of post-traumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *J Consult Clin Psychol* 1991;59:715–23.
- Foa EB, Hembree EA, Cahill SP ym. Randomized trial of prolonged exposure for traumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. *J Consult Clin Psychol* 2005;75:953–64.
- Qouta S, Punamäki RL, El Sarraj E. Relations between traumatic experiences, activity and cognitive and emotional responses among Palestinian children. *Int J Psychol* 1995;30:289–304.
- Makkonen K, Mäkelä-Bengs P, Sajantila A, Salo E. Millaista akuutti- ja jatkohoitoa saa seksuaalisesti hyväksikäytetty nuori? *Suom Lääkäril* 2005;60:4639–43.
- Post-traumatic stress disorder (PTSD) The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=248114>. Julkaisussa: Clinical Guideline 26, March 2005. London: National Institute for Clinical Excellence 2005.
- Treating patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. A Quick reference guide. American Psychiatric Association. http://www.psych.org/psych_pract/treatg/quick_ref_guide/PTSD_ASD_QRGStandalone.pdf. 2004.
- Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures. New York: Guilford Press 1998.
- Association AP. Treating patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. A quick reference guide. Julkaisussa: Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder 2004.
- Lastensuojelulaki 5.8.1983/683. www.finlex.fi.
- Taskinen S, toim. Lapsen seksuaalisen hyväksikäytön ja pahoinpitelyn selvittäminen. Asiantuntijaryhmän suositukset sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle. Stakes Oppaita 55, Helsinki 2003.

Riitta Ylikomi

PsM, psykologi

YTHS, Tampere

Raiskauskriisikeskus Tukinainen

riitta.ylikomi@yths.fi tai riitta.ylikomi@luukku.com

Raija-Leena Punamäki

FT, KTK, professori

Tampereen yliopisto, Psykologian laitos

English summary

Rape trauma II: acute treatment, follow-up and therapy

Rape is a devastating traumatic event that has serious effects on the victim's physical and somatic well-being. If untreated, rape can lead to long suffering and psychopathology. We reviewed studies and analyzed the effects of acute treatments and short-term therapy for rape victims. No structured acute intervention has proved effective in preventing PTSD or other disorders after rape. Instead, short-term cognitive and behavioural treatments are very effective, even years after rape. We concluded that rape victims' reactions vary so much in the acute situation that structured interventions do not essentially meet the individual needs of the victim. Structured therapy works well later on because later in the process victims' disorders and symptom patterns have much more in common. On the basis of reviews we have proposed the establishment of practices for acute psychosocial treatment and therapy in Finland. In the acute phase needs for safety, respect, trust, care, social support and justice must be considered and met professionally. Interventions need to be planned on the basis of careful assessment and monitoring of the victim's psychosocial situation, past and present. A continuum of care is essential. Brief cognitive behavioural treatment during the first month and short-term cognitive or behavioural treatments after a period of one month to years are evidence based treatments. EMDR is also recommended. If recommended treatments are not available or if they are not the victim's choice, other forms of psychotherapy may be used. Any psychotherapy must, however, take into account knowledge of traumatic cognitive-emotional processes to be effective. A good therapeutic alliance is the basis for all recovery.

Riitta Ylikomi

Psychologist, MPsych

Rape Crisis Centre Tukinainen, Helsinki

riitta.ylikomi@luukku.com

Raija-Leena Punamäki