

Kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuus aikuisten pitkittyneen suruhäiriön hoidossa

Kandidaatintutkielma
Anni Halminen ja Ella Lehtonen
Ohjaaja: Mika Koivisto
Turun yliopisto
Psykologian ja logopedian laitos
Psykologia
10.5.2024

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.

TURUN YLIOPISTO
Psykologian ja logopedian laitos

HALMINEN, ANNI; LEHTONEN, ELLA: Kognitiivisen käyttäytymisterapian
vaikuttavuus aikuisten pitkittyneen
suruhäiriön hoidossa

Kandidaatintutkielma, 20 s., 1 liites.
Psykologia
Toukokuu 2024

Systemaattisen katsauksen tavoitteena oli selvittää, onko kognitiivinen käyttäytymisterapia vaikuttava hoitomuoto aikuisten pitkittyneen suruhäiriön oireisiin. Pitkittänyt suruhäiriö on läheisen kuoleman seurauksena syntyvä psyykinen häiriö, jossa oireileva kokee alituista, läpitunkevaa ja toimintakykyä lamaannuttavaa surua menetyksestä. Pitkittyneen suruhäiriön yleisyydestä ja vakavuudesta johtuen ajankohtaisen katsauksen tekeminen on mielekästä. Mitä paremmin pitkittyntä suruhäiriötä ymmärretään, sitä tehokkaampaa hoitoa kyetään tarjoamaan. Katsauksemme antaa yleisnäkemyksiä kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuudesta pitkittyneen suruhäiriön hoidossa.

Hypoteesina oli aiemman kirjallisuuden pohjalta, että kognitiivinen käyttäytymisterapia lievittää pitkittyneen suruhäiriön oireita. Kaksi toisistaan riippumatonta tutkijaa päättivät katsaukseen sisällytettävistä tutkimusartikkeleista. Katsaukseen sopivia artikkeleita etsittiin neljästä eri psykologian alan tietokannasta. Systemaattisen haun hakulauseke muodostettiin englanninkielisistä avainsanoista, ja muokattiin jokaiseen tietokantaan sopivaksi. Artikkelien valinnassa noudatettiin tarkkoja etukäteen määritettyjä sisäänotto- ja poissulkukriteerejä. Aineisto luokiteltiin artikkelin tekijöiden, julkaisuvuoden, maantieteellisen sijainnin, tutkimusasetelman, otoskoon, tutkittavien demografisten tietojen, käytettyjen mittareiden, verrokkiryhmän, hoitomuodon ja tulosten mukaan. Systemaattiseen katsaukseen sisällytettiin 17 artikkelia yhteensä seitsemästä eri maasta, ja tutkittavana oli yhteensä 679 henkilöä. Tutkittavista selvä enemmistö oli naisia.

Systemaattinen katsauksemme antoi selvää näyttöä kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuudesta pitkittyneen suruhäiriön oireiden hoidossa. Katsaukseen otettiin laadukkaiden satunnaistettujen kontrolloitujen tutkimusten lisäksi mukaan heikkolaatuisempiakin pieniä tutkimuksia. Kaikki tutkimukset viittasivat samaan suuntaan ja antoivat tukea hypoteesillemme. Jatkotutkimuksia tarvittaisiin psyykenlääkkeiden sekä kulttuurierojen vaikutuksesta intervention vaikuttavuuteen. Lisäksi jatkotutkimuksissa voitaisiin selvittää erilaisten pitkittyneelle suruhäiriölle spesifien hoitomuotojen vaikuttavuutta.

Asiasanat: Pitkittänyt suruhäiriö, kognitiivinen käyttäytymisterapia, komplisoituneen surun hoitomuoto, läheisen menetys, systemaattinen katsaus

Sisällys

1 Johdanto	4
1.1 Pitkittynyt suruhäiriö	4
1.2 Teoriapohjaa pitkittyneelle suruhäiriölle	5
1.3 Pitkittyneen suruhäiriön hoito	6
1.3.1 Kognitiivinen käyttäytymisterapia	6
1.3.2 PGD-keskeiset hoitomuodot	7
1.4 Aiempaa kirjallisuutta	7
1.5 Tutkimuskysymykset	8
2 Menetelmät	8
2.1 Aineiston hankinta	8
2.2 Aineiston luokittelu.....	9
3 Tulokset.....	10
3.1 Tutkimuksen aineisto	10
3.2 Pitkittyneen suruhäiriön arvioinnissa käytetyt mittarit	13
3.3 Kognitiivinen käyttäytymisterapia pitkittyneen suruhäiriön hoitomuotona	14
4 Pohdinta	19
Lähteet.....	24
Liitteet	32

1 Johdanto

Läheisen kuolema on lähes aina vaikeasti käsiteltävä elämäntapahtuma, ja usein menetykseen liittyy paljon negatiivisia tunteita. Normaalissa suruprosessissa negatiiviset tunteet ja kaipaus hellittävät ajan myötä, ja menetyksen kanssa opitaan elämään (Reynolds & Grün, 2023). Joissain tapauksissa suruprosessi häiriintyy, ja tällöin voidaan puhua pitkittyneestä suruhäiriöstä. 2010-luvulla tehdyssä meta-analyysissä (Lundorff ym., 2017) pitkittyneen suruhäiriön prevalenssin arvioitiin olevan 9.8 % kaikista surevista aikuisista (95 % luottamusväli 6.8 % – 14.0 %). Tämä tarkoittaa, että noin joka kymmenes läheisensä menettävä aikuinen kokee kliinisesti merkittäviä pitkittyneen suruhäiriön oireita. Samassa meta-analyysissä lisäksi todettiin korkeamman iän lisäävän riskiä altistua suruhäiriölle (Lundorff ym., 2017). Tämän katsauksen tarkoitus on selvittää kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuutta aikuisten pitkittyneen suruhäiriön hoidossa.

1.1 Pitkittynyt suruhäiriö

Pitkittynyt suruhäiriö (engl. *prolonged grief disorder*, PGD) tarkoittaa läheisen, kuten lapsen, vanhemman tai elämänkumppanin, kuoleman jälkeistä alituista, läpituunkevaa sekä toimintakykyä lamaannuttavaa surua (Lahti ym., 2022). PGD:n oireita kuvaavat kyvyttömyys hyväksyä menetystä, jatkuva ja arkea haittaava menehtyneen kaipaaminen sekä kuolemaan liittyvien ajatusten ja asioiden vältteleminen (Boelen, 2006). PGD-diagnoosin edellytyksenä on vähintään kuusi kuukautta kestäneet oireet. Tällä kriteerillä pyritään erottelemaan luonnolliset surureaktiot kliinistä huomiota vaativasta häiriöstä. Menetykset yleisesti altistavat psyykkiselle kuormitukselle. Esimerkiksi työpaikan tai parisuhteen menetys sekä keskenmeno ovat riskitekijöitä psyykkisten häiriöiden puhkeamiselle (Cuenca, 2023; McKee-Ryan ym., 2005). PGD:n yhteydessä menetyksestä puhuttaessa tarkoitetaan kuitenkin aina läheisen kuolemaan liittyviä negatiivisia tuntemuksia.

PGD on vasta viime aikoina saanut paikkansa kansainvälisissä diagnoosiluokituksissa. Diagnoosi lisättiin DSM-5-TR vuonna 2022 (American Psychiatric Association, 2022) ja ICD-11-tautiluokitukseen vuonna 2018 (World Health Organization, 2022). Häiriössä on traumaperäisen stressihäiriön (engl. *post-traumatic stress disorder*, PTSD) kanssa paljon samanlaisia oireita, kuten intrusiivisia ajatuksia kuolemasta. PGD on usein komorbidi PTSD:n ja masennuksen kanssa. Häiriöt kuitenkin eroavat toisistaan oirekuviltaan; PTSD:ssä pelko on hallitseva olotila, kun taas PGD:ssä hallitsevat kaipaus ja suru. PGD:hen ja masennukseen liittyvät negatiiviset ajatukset eroavat luonteeltaan. Esimerkiksi miete ”kuoleman ajatteleminen ajaisi minut hulluksi” sisältyy PGD:n oirekuvaan, muttei masennuksen (Szuhany ym., 2021). Masennuksesta ja PTSD:stä erillinen diagnoosi on tärkeää erityisesti tehokkaan hoidon kannalta (Prigerson ym., 2009). PGD:n virallinen

diagnoosi mahdollistaa asiantuntijoiden laadukkaan ja ajankohtaisen osaamisen, kansallisen tietoisuuden lisääntymisen, ja tarjoaa paremmat lähtökohdat tulevalle tutkimukselle.

Pitkittynyt suruhäiriö (engl. *prolonged grief disorder*; PGD) on vakiintunein nimitys häiriölle, ja se on kirjattu molempiin tautiluokituksiin samalla diagnoosinimikkeellä. Oireenkuva tunnetaan englanniksi monilla nimityksillä: ”traumatic grief”, ”persistent complex bereavement disorder” sekä ”complicated grief”, jolle on myös vakiintunut suomennos, komplisoitunut suru. PGD:n oireita kuvataan eri termeillä samankaltaisesti, ja toisinaan nimityksiä käytetään toistensa synonyymeinä. Esimerkiksi Boelen (2011) rinnastaa PGD:n ja komplisoituneen surun yhdeksi häiriöksi. Kirjallisuudessa on kuitenkin myös esitetty, ettei komplisoitunut suru olisi diagnostisesti yhtenevä PGD:n kanssa (Maciejewski ym., 2016). Nimitykset tuntuvat kuvaavan samaa ilmiötä, mutta selkeyden vuoksi on mielekkäintä puhua pitkittyneestä suruhäiriöstä eli PGD:stä. Vakiintunut diagnoosi on siis selventänyt käsitteiden epäselvyyttä.

PGD on olennainen riskitekijä erilaisille terveysongelmille. Prigersonin tutkimuksessa (1997) oireilevien todettiin kärsivän fyysisen terveyden ongelmista, kuten korostuneesta riskistä syöpään, korkeaan verenpaineeseen sekä sydänvaivoihin. Lisäksi oireilevat ajattelivat itsemurhaa verrokkeja enemmän ja olivat alttiimpia masennukselle sekä ahdistuneisuudelle. PGD voi olla myös enneaikaisen kuoleman riskitekijä.

1.2 Teoriapohjaa pitkittyneelle suruhäiriölle

PGD:lle on esitetty monia selitysmalleja, mutta erityisesti Boelenin (2006) kognitiivis-behavioraalinen komplisoituneen surun teoria (engl. *cognitive-behavioral conceptualization of complicated grief*) on kirjallisuudessa yleisesti hyväksytty, ja sitä on sovellettu laajasti. Malli selittää, miksi suru komplisoituu, ja toisaalta sen, miksi joitain piirteitä painottavat hoitomuodot tehoavat toisia paremmin. Malli esittää kolme prosessia: 1) vaikeus integroida menetystä osaksi omaelämäkerrallista tarinaa, 2) negatiiviset uskomukset ja katastrofijattelu surureaktioihin liittyen, sekä 3) ahdistuneet ja masentuneet välttelystrategiat. Nämä kolme prosessia vaikuttavat siihen, että haalistumisen sijaan suruoireet pysyvät voimakkaina tai jopa pahenevat ajan myötä. Prosessit yhdessä näyttäisivät selittävän PGD:n oireita.

Ensimmäiseen prosessiin liittyvä integroinnin epäonnistuminen selittää, miksi PGD:stä kärsivät kokevat kuoleman etäisenä ja menetyksen hyväksymisen vaikeana. Tunneyhteyden muodostaminen menetykseen on haastavaa, mikä voi näkyä esimerkiksi ajatuksina vainajan palaamisesta. Kuolemaa

ei siis hyväksyttyä lopullisena, vaan sen ajatellaan olevan jotenkin peruutettavissa, mikä johtaa häiritseviin ajatuksiin kuolemasta sekä vainajasta. Toisen prosessin negatiiviset uskomukset johtavat menetyksen ruminointiin ja laskevat motivaatiota terveellisempiin toimintatapoihin, jotka voisivat helpottaa suruoireita. Uskomukset ovat syvälle juurtuneita ja vaikuttavat kaikkeen toimintaan. Negatiivisten uskomusten lisäksi PGD:ssä esiintyy usein katastrofijattelua ja omien surureaktioiden väärintulkintaa. Viimeisessä prosessissa PGD:stä kärsivällä on hyvin voimakas kokemus siitä, ettei hän kykene käsittelemään surua ja menetystä. Tämä johtaa esimerkiksi menetykseen liittyvien paikkojen, ihmisten tai toimintojen voimakkaaseen välttelyyn. Masentuneissa välttelystrategioissa saatetaan negatiivisten odotusten takia pidättäytyä surua helpottavasta toiminnasta. Ajatusmallit, kuten ”*mikään ei voisi saada minua paremmalle tuulelle*”, estävät positiiviseen toimintaan ryhtymistä. Edellä esitetyt kolme prosessia ovat osittain päällekkäisiä ja tiivistä yhteydessä toisiinsa, mikä tekee PGD:n hoitamisesta haastavaa. Boelenin (2006) mallin vahvuudet ovat näiden kolmen prosessin tunnistaminen ja ratkaisumahdollisuudet tehokkaaseen hoitoon.

Boelen ja Smid (2017) ovat perustelleet psykologisia interventioita PGD:n hoitoon. Interventioissa yhdistyy kognitiivinen ja behavioraalinen näkökulma. Kognitiivisissa interventioissa pyritään tunnistamaan ja muokkaamaan menetykseen liittyviä haitallisia kognitioita. Behavioraalisessa aktivaatiossa puolestaan mahdollistetaan aktiivinen sopeutuminen menetykseen ja uusiin rooleihin. Altistusinterventiot on suunniteltu vähentämään menetykseen liittyvien tilanteiden, ajatusten ja muistojen välttelemistä. Interventioon voi liittyä kirjoitustehtäviä, altistustilanteita ja mielikuva-altistusta.

1.3 Pitkittyneen suruhäiriön hoito

1.3.1 Kognitiivinen käyttäytymisterapia

Kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT; engl. *cognitive behavioral therapy*), on yleisnimitys psykoterapeuttisille menetelmille, joilla pyritään vähentämään psyykkistä kärsimystä kognitiivisia prosesseja muovaamalla (Karila ym., 2021). Karilan ja kumppaneiden (2021) mukaan yhteistä eri suuntauksille on tavoitteellisuus sekä tutkiva, aktiivinen ja tasavertainen asiakkaan ja terapeutin vuorovaikutussuhde.

Tavoitteellisuus käsittää terapeutin ja asiakkaan yhdessä asettamat selkeät tavoitteet, joita terapialla pyritään saavuttamaan. Tavoitteellisuuden ansiosta KKT on hyvä vaihtoehto PGD:n hoitoon. Häiriön oireille on löydettävissä selkeä aiheuttaja, joten terapian tavoitteiden asettaminen on yksinkertaista. KKT on helppo muovata asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin. KKT on tarkoitus integroida osaksi

asiakkaan arkea, jolloin se toimii PGD:n kaltaisten intrusiivisten häiriöiden hoidossa. KKT:ssä hyödynnetään esimerkiksi erilaisia kotitehtävinä toteutettavia kirjoitustehtäviä. KKT:n työkalut kohdistuvat hyvin PGD:n oireisiin. KKT on laajasti käytetty myös masennuksen, ahdistuneisuuden sekä PTSD:n hoidossa (Karila ym., 2021).

Viime vuosina KKT:n kentällä erityisesti internet-pohjaiset interventiot ovat olleet kiinnostuksen kohteena. Internet-pohjaisissa muodoissa voidaan hyödyntää esimerkiksi internetin välityksellä tapahtuvia liveistuntoja, videotallenteita tai itsenäisiä kirjoitustehtäviä, joihin ammattilainen antaa palautetta. Useat tutkimukset ovat todenneet internet-pohjaisten terapiainterventioiden olevan yhtä tehokkaita kasvokkain tapahtuvaan terapian kanssa (esim. Carlbring ym., 2018; Musiat & Tarrier, 2014).

1.3.2 PGD-keskeiset hoitomuodot

PGD:lle on kehitetty KKT:n pohjalta spesifejä hoitomuotoja. Näitä ovat esimerkiksi komplisoituneen surun hoitomuoto (engl. *complicated grief treatment*, CGT), komplisoituneen surun ryhmähoitomuoto (engl. *complicated grief group therapy*, CGGT), ja kognitiivinen käyttäytymisterapia pitkittyneelle suruhäiriölle (engl. *cognitive behavioural therapy for prolonged grief*, PG-CBT). Spesifit hoitomuodot pohjaavat KKT:hen, mutta niiden on mahdollista sisältää hyödyllisiä piirteitä myös muista terapiasuuntauksista mahdollisimman vaikuttavan terapian rakentamiseksi. PGD:lle keskeisten hoitomuotojen etuna on niiden kyky vastata suoraan häiriön oireisiin.

1.4 Aiempaa kirjallisuutta

KKT:n vaikuttavuudesta PGD:n hoidossa on tehty aiempia systemaattisia katsauksia. Tuorein näistä on Saladinon ja kumppaneiden (2024) katsaus, joka antaa vahvaa tukea KKT:lle lasten ja nuorten PGD:n hoidossa. Vastaavia katsauksia aikuisten osalta ei ole kuitenkaan pitkään aikaan tehty. Eräs meta-analyysi on löydettävissä, mutta tutkimus on julkaistu yli kymmenen vuotta sitten, tutkimuksen kokotekstiä ei ole saatavilla, ja löydetyt abstraktin perusteella tutkimuksen tulokset olivat ristiriidassa muun kirjallisuuden kanssa (Nagy & Szamosközi, 2013). Meta-analyysin abstraktissa esitettiin, ettei KKT olisi varteenotettava PGD:n hoidossa.

Uuden systemaattisen katsauksen tekeminen on siis tarpeen, sillä aiemmat aiheesta tehdyt katsaukset (Nagy & Szamosközi, 2013; Saladino ym., 2024) joko keskittyvät eri kohderyhmään, antavat kirjallisuuden kanssa ristiriitaisia tuloksia tai ovat vanhentuneita. PGD on hiljattain saanut oman

diagnoosinsa Suomessakin pian käyttöön otettavassa ICD-11-luokituksessa, joten katsauksen tekeminen on tarkoituksenmukaista. PGD:n vakavuus tunnustetaan enenevässä määrin, joten vaikuttavan hoitomuodon tunnistaminen on entistä tärkeämpää. Parempi ymmärrys PGD:stä ja sen tehokkaasta hoidosta on välttämätöntä oirekuvan vakavuuden, pitkäaikaisten haittavaikutusten, ja tiedetyn yleisyyden vuoksi.

1.5 Tutkimuskysymykset

Kandidaatintutkielman tavoitteena on koota tietoa aikuisten PGD:n hoidosta systemaattisen kirjallisuuskatsauksen muodossa. Katsauksessa pyritään selvittämään, onko KKT vaikuttava hoitomuoto PGD:n oireisiin. Tutkimuskysymys siis on: *Vaikuttaako kognitiivinen käyttäytymisterapia aikuisten pitkittyneen suruhäiriön oireisiin?* Hypoteesina on, että KKT lievittää aikuisten PGD:n oireita. Vastaavanlaisia tuloksia on saatu tutkittaessa lasten ja nuorten PGD:n oireita (Saladino ym., 2024).

2 Menetelmät

2.1 Aineiston hankinta

Toteutimme tutkimuksen systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Käytimme katsauksessa seuraavia tietokantoja: APA PsycINFO, APA PsycArticles, Pubmed ja Scopus. Muodostimme hakulausekkeen englanninkielisistä avainsanoista:

("prolonged grief disorder" OR PGD OR "complex bereavement disorder" OR "complicated grief" OR "complicated grief disorder" OR "complicated bereavement disorder" OR "traumatic grief" OR "traumatic bereavement" OR "prolonged grief" OR "persistent complex bereavement disorder") AND ("cognitive behavioral therapy" OR CBT OR "cognitive behavioural therapy" OR "cognitive-behavioral therapy" OR "cognitive-behavioural therapy")

Muokkasimme hakulausekettä eri tietokantoihin sopivaksi. Tarkat hakulausekkeet löytyvät Liitteestä 1. Systemaattinen haku toteutettiin 22.1.2024. Aineistoa läpikäydessä kohtasimme monesti komplisoituneen surun hoitomuodon (engl. *complicated grief treatment*, CGT). CGT sisältää sekä kognitiivisen että behavioraalisen komponentin, joten katsoimme sen täyttävän asettamamme ehdot interventiolle. Täydensimme siis alkuperäistä hakua myöhemmin sisältämään myös CGT:n. Täydentävä CGT-haku toteutettiin 19.2.2024.

Sisällytimme katsaukseen tutkimuksia, joissa a) mukana on läheisensä menettäneitä aikuisia eli yli 18-vuotiaita, b) tutkittavilla on diagnostiset kriteerit täyttävä ja määrällisillä mittareilla mitattu PGD,

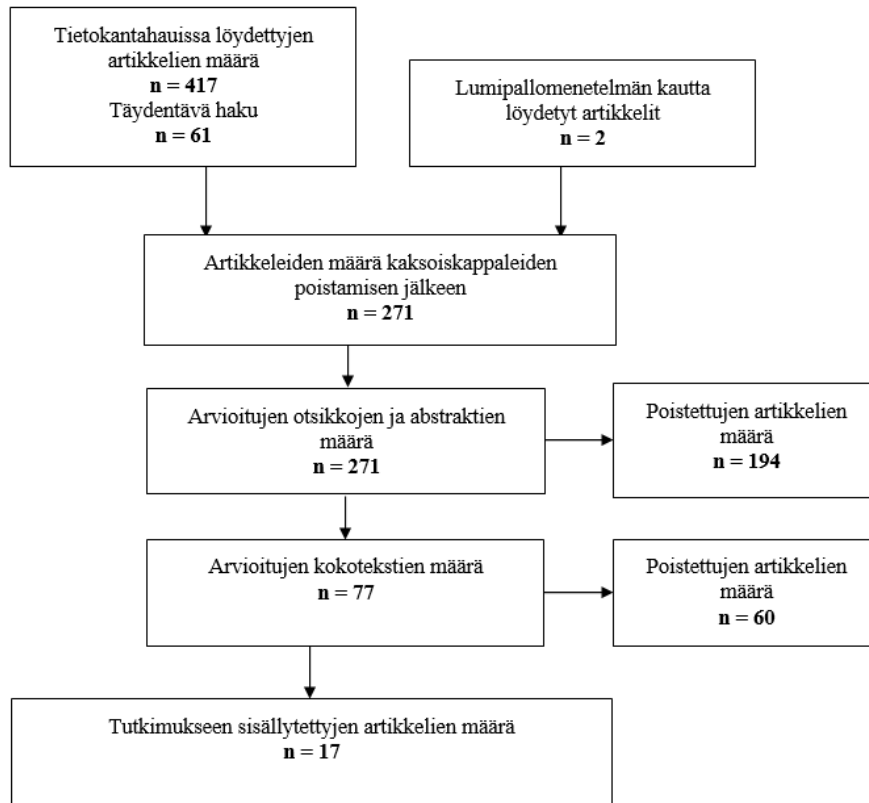
c) tutkittu hoitomuoto sisältää sekä kognitiivisen että behavioraalisen näkökulman, d) interventiosta saatu data on raportoitu, e) interventio tapahtuu kasvotusten tai internetin (esim. sähköpostin tai mobiilisovelluksen) välityksellä, ja f) terapiaa antaa sosiaali- ja terveysalan ammattilainen (esim. psykoterapeutti, psykologi tai lääkäri). Lisäksi tutkimusten tulee olla g) julkaistuja vertaisarvioidussa lehdessä, h) alkuperäisiä, i) 2000-luvulla julkaistuja, ja j) saatavilla kokotekstinä englannin kielellä. CGT-haun yhteydessä lisäsimme sisäänottokriteerin k) interventio voidaan toteuttaa myös käyttämällä KKT:hen pohjautuvaa komplisoituneen surun hoitomuotoa.

Poissulkukriteereitä ovat a) otokset, jotka sisältävät lapsia tai nuoria osallistujia eli alle 18-vuotiaita, b) otokset aikuisista, jotka eivät ole menettäneet läheisiään, c) muut interventiomuodot kuin KKT (esim. muut psykoterapiamuodot, lääkehoidot, akupunktio ja hieronta), d) sote-alan ammattilaisiin kohdistuvat interventiot, ja e) ei-alkuperäiset tutkimukset, kuten katsaukset, ja oppaat. Lisäksi poissuljetaan tilanteet, joissa f) on kyseessä keskenmeno tai muut menetykset, kuten lemmikki tai työ, g) PGD:n diagnostiset kriteerit eivät täyty, h) interventio keskittyy ennaltaehkäisemään suruhäiriötä, ja i) interventio painottuu muihin surureaktioihin (esim. masennus ja PTSD).

Tutkimukseen sisällytettyjen artikkelien valinta on esitetty vuokaaviona Kuvassa 1. Tietokantahaut tuottivat yhteensä 478 artikkelia. Käytimme myös ns. lumipallomenetelmää (engl. *snowballing*) eli etsimme lähteitä mukaan otettujen artikkelien lähdeluetteloista parantaaksemme katsauksen laajuutta. Menetelmä tuotti katsaukseen kaksi uutta tutkimusta, joista toinen täytti kriteerit. Siirsimme tietokantahauista saadut tulokset Rayyan-ohjelmaan (Ouzzani ym., 2016), jossa poistimme kaksoiskappaleet, minkä jälkeen artikkeleita jäi käsiteltäväksi 271. Sokkoutimme arviointiprosessin, jotta arviointi olisi mahdollisimman luotettavaa. Ensin kävimme itsenäisesti läpi artikkelien otsikot ja abstraktit. Tämän jälkeen päätimme yhdessä artikkelit, jotka luimme kokonaisuudessaan. Otsikoiden ja abstraktien perusteella poistimme 194 artikkelia. Neljä artikkelia jouduimme poistamaan, sillä emme saaneet niihin lukuoikeuksia. Loput poistetuista artikkeleista eivät täyttäneet sisäänottokriteereitä. Arvioitavia kokotekstejä jäi siis 77. Toteutimme myös kokotekstien lukuvaiheen sokkoutettuna. Katsaukseen sisällytettyjen artikkelien lopullinen määrä oli 17.

2.2 Aineiston luokittelu

Ryhmittelimme haussa saadun aineiston työskentelytaulukkoon artikkelien tekijöiden, julkaisuvuoden, maantieteellisen sijainnin, tutkimusasetelman, otoskoon, tutkittavien demografisten tietojen, käytettyjen mittareiden, verrokkiryhmän, hoitomuodon ja tulosten mukaan.



Kuva 1. Vuokaavio artikkelien sisällyttämisestä systemaattiseen katsaukseen

3 Tulokset

3.1 Tutkimuksen aineisto

Otimme katsaukseen mukaan yhteensä 17 artikkelia. Tutkimusaineisto on esitelty Taulukossa 1. Tutkimuksia on toteutettu neljässä maanosassa, seitsemässä maassa: Alankomaissa (3), Australiassa (2), Espanjassa (2), Etelä-Koreassa (1), Saksassa (3), Tanskassa (1) ja Yhdysvalloissa (5). Tutkimukset on julkaistu vuosina 2001–2023. Suuri osa (11/17) artikkeleista on julkaistu viimeisten kymmenen vuoden aikana.

Tutkittavana oli yhteensä 679 henkilöä. Tutkimuksissa pudokkaita oli huomattava määrä, yhteensä 128 henkilöä. Ilman pudokkaita tutkittavien kokonaismäärä olisi siis ollut yli 800. Tutkittavien ikä vaihteli oletettavasti ikävuosien 19–91 välillä – kaikista tutkimuksista ei ollut vaihteluväliä saatavilla. Neljässä tutkimuksessa mielenkiinnonkohteena oli vanhempi väestö. Tutkittavista selvä enemmistö (93 %) oli naisia. Naisten osuus tutkittavista vaihteli tutkimusten välillä asteikolla 51.7–100 %. Muunsukupuolisia tutkittavia oli yksi (Kaiser ym., 2022). Tutkittavien psyykenlääkkeiden käyttöä tarkkailtiin useimmissa tutkimuksissa. Lääkityksen muutosta ei sallittu intervention aikana. Lääkeannos ei saanut muuttua myöskään interventiota edeltävien 4–6 viikon aikana.

Taulukko 1. Tutkimuksen aineisto

Tekijät, vuosi ja maa	Lopullinen otoskoko (pudokkaiden määrä) ¹	Ikä vuosissa, ka (s)	Naisten osuus tutkittavista	Aika menetyksestä, ka (s)	Aineiston erityispiirteet
Boelen, 2006 Alankomaat	n = 2	49 (18.38) tutkittavien iät 62 ja 36	n = 1 (50 %)	4.5 v (0.71)	tapaustutkimus
Boelen ym., 2007 Alankomaat	n = 39 (15) CR ² +ET ³ : n = 16 (7) ET+CR: n = 16 (4) SC ⁴ : n = 7 (4)	43.63 (13.14) CR+ET: 45.35 (13.12) ET+CR: 42.35 (14.14) SC: 42.36 (12.00)	n = 40 (74.1 %) CR+ET: n = 19 (82.6 %) ET+CR: n = 14 (70 %) SC: n = 7 (63.6 %)	44.58 kk (79.04) Md = 25 CR+ET: 41.36 (55.13) ET+CR: 33.95 (30.85) SC: 70.36 (152.68)	ryhmien välillä huomattava ero menetyksestä kuluneessa ajassa
Botella ym., 2008 Espanja	n = 1	24	n = 1 (100 %)	2–4? v	tapaustutkimus
Bryant ym., 2014 Australia	n = 61 (19) KKT ⁵ /altistus: n = 31 (10) KKT: n = 30 (9)	KKT/altistus: 51 (14.4) KKT: 54.8 (9)	KKT/altistus: n = 37 (90 %) KKT: n = 32 (82 %)	KKT/altistus: 4.00 v (3.39) KKT: 3.62 v (3.10)	
Kaiser ym., 2022 Saksa	n = 81 (6) IG ⁶ : n = 39 (5) WG ⁷ : n = 42 (1)	47.32 (14.01) IG: 47.80 (13.39) WG: 46.84 (14.76)	n = 72 (83 %) IG: n = 36 (82 %) WG: n = 36 (84 %)	28.73 kk (40.3) Md = 16.93 IG: 31.19 (50.65) WG: 25.47 (26.02)	vain läheisensä syöväälle menettäneitä
Kalakovic ym., 2023 Yhdysvallat	n = 2	45.5 (4.95) tutkittavien iät 42 ja 49	n = 1 (50 %)	3.5 v	tapaustutkimus, tutkittavat aviopari; molemmat kertoivat kannabiksen käytöstä itsehoitona ahdistuksen ja vaikeiden tunteiden lievittämiseen
Komischke- Konnerup ym., 2023 Tanska	n = 8 (3)	67.75 (1.83) vaihteluväli 65–70.	n = 8 (100 %)	17 kk (12.08)	tutkittavat iäkkäitä; neljällä ainoastaan PGD-oireita, kolmella PGD-, PTSD- ja masennusoireita, yhdellä ainoastaan masennusoireita
Lenferink ym., 2023 Alankomaat	n = 40 KKT: n = 19 WG: n = 21	52.75 (9.51) KKT: 52.32 (9.24) WG: 53.14 (9.95)	n = 30 (75 %) KKT: n = 15 (79 %) WG: n = 15 (71 %)	4.38 v (6.18) KKT: 4.68 (4.85) WG: 4.10 (7.29)	vain läheisensä liikenneonnettomuudessa menettäneitä; koko otos analysoitu, vaikka pudokkaita 12 (KKT: n = 8, WG: n = 4)
Maccallum & Bryant, 2011 Australia	n = 20	52.30 (11.69)	n = 17 (85 %)	3.36 v (2.48)	ei pudokkaita
Nam, 2016 Etelä-Korea	n = 80 (9) CGT ⁸ : n = 40 (5)	67.45 (2.79) CGT: 67.18 (2.81)	n = 46 (51.7 %) CGT: n = 25 (55.6 %)	465.22 pv (20.62) CGT: 469.51 (19.85)	intervention kohteena vanhempi väestö; sukupuolijakauma muista tutkimuksista poiketen hyvin tasainen

	SC: n = 40 (4)	SC: 67.73 (2.77)	SC: n = 21 (47.7 %)	SC: 460.84 (20.86)	
Rosner ym., 2014 Saksa	n = 42 (9) PG-CBT ⁹ : n = 19 (5) WG: n = 23 (4)	47.53 (14.72) vaihteluväli 20–78. PG-CBT: 43.0 (13.0) WG: 51.56 (15.33)	n = 44 (86 %) PG-CBT: n = 20 (83 %) WG: n = 24 (89 %)	4.93 v (7.08) PG-CBT: 7.10 (9.43) WG: 3.01 (3.10)	tutkittavilla keskimäärin 2.5 komorbidia diagnoosia; ryhmien välillä tilastollisesti merkitsevät (p < .05) erot iän ja menetyksestä kuluneen ajan kohdalla; hoidon suorittaneilla (ka = 8.67, s = 10.06) tilastollisesti merkitsevästi (p = .005) enemmän aikaa kulunut menetyksestä kuin keskeyttäneillä (ka = 1.17, s = 0.85)
Shear ym., 2001 Yhdysvallat	n = 13 (8)	51.4 (15.8) vaihteluväli 22–71.	n = 9 (69 %)	2.9 v vaihteluväli 0.25–9.	useat tutkimukseen osallistuneista käyneet aiemmin terapiassa; pudokkaiden joukossa väkivaltaisia menetyksiä surevia, ja pudokkaat selvästi nuorempia (ka = 39.4) kuin hoidon loppuun suorittaneet (ka = 58.8)
Shear ym., 2005 Yhdysvallat	n = 69 (26) CGT: n = 35 (14) IPT ¹⁰ : n = 34 (12)	CGT: 49.4 (13.9) IPT: 47.3 (11.3)	CGT: n = 43 (88 %) IPT: n = 40 (87 %)	CGT: Md = 2.1 v vaihteluväli 0.5–36.6. IPT: Md = 2.5 v vaihteluväli 0.5–22.3.	tutkittavina afroamerikkalaisia; lääkettä ei kontrolloitu riittävästi, mikä vaikutti selkeästi tuloksiin
Shear ym., 2014 Yhdysvallat	n = 133 (18) CGT: n = 65 (9) IPT: n = 68 (9)	66.1 (8.9), vaihteluväli 50–91. CGT: 65.7 (9.0) IPT: 66.5 (8.8)	n = 123 (81,5 %) CGT: n = 62 (83.8 %) IPT: n = 61 (79.2 %)	Md = 3.2 v vaihteluväli 0.5–45.3. IPT: Md = 2.7 (0.5–38.1) CGT: Md = 3.9 (0.5–45.3)	intervention kohteena vanhempi väestö; menetyksestä kulunut aika ei normaalisti jakautunut
Supiano & Luptak, 2014 Yhdysvallat	n = 26 (13) CGGT ¹¹ : n = 12 (8) TAU ¹² : n = 14 (5)	CGGT: 67.9 (7.87) TAU: 67.4 (5.98)	CGGT: n = 16 (80 %) TAU: n = 17 (89.5 %)	CGGT: 3.1 v TAU: 3.2 v	intervention kohteena vanhempi väestö (yli 60-vuotiaita)
Treml ym., 2021 Saksa	n = 58 IG: n = 30 WG: n = 28	44.47 (14.25) vaihteluväli 22–79. IG: 43.93 (15.31) vaihteluväli 23–79. WG: 45.04 (13.26) vaihteluväli 22–71.	n = 50 (86.2 %) IG: n = 26 (86.7 %) WG: n = 24 (85.7 %)		koko otos analysoitu, vaikka pudokkaita viisi
Tur ym., 2022 Espanja	n = 4 (2)	29.5 (8.19) vaihteluväli 19–44.	n = 5 (83 %)	50 % tutkittavista menettänyt läheisen 6–12kk sisään, 50 % tutkittavista menettänyt läheisen yli 12kk sitten	pieni otoskoko

¹ Iopullinen otoskoko + pudokkaiden lukumäärä = alkuperäinen otoskoko; tutkimukseen mukaan otettujen lukumäärä; ² CR = kognitiivinen uudelleenstrukturointi, engl. *cognitive restructuring*; ³ ET = altistusterapia, engl. *exposure therapy*; ⁴ SC = tukea antava ohjaus, engl. *supportive counseling*; ⁵ KKT = kognitiivinen käyttäytymisterapia; ⁶ IG = interventioryhmä, engl. *intervention group*; ⁷ WG = odotuslistaryhmä, engl. *waitlist group*; ⁸ CGT = komplisoituneen surun hoitomuoto, engl. *complicated grief treatment*; ⁹ PG-CBT = KKT pitkittyneelle suruhäiriölle, engl. *cognitive behavioural therapy for prolonged grief*; ¹⁰ IPT = interspesoonallinen terapia; ¹¹ CGGT = complicated grief group therapy; ¹² TAU = tavallinen hoitomuoto, engl. *treatment as usual*

3.2 Pitkittyneen suruhäiriön arvioinnissa käytetyt mittarit

Tutkimuksissa pitkittynyttä surua arvioitiin erilaisilla mittareilla. Esittelemme vain tutkimuskysymyksen kannalta keskeiset mittarit. Monissa tutkimuksissa on näiden lisäksi voitu hyödyntää muitakin mittareita esimerkiksi seulontavaiheessa.

ICG (engl. *Inventory of Complicated Grief*; Prigerson ym., 1995) oli tutkimuksissa eniten käytetty mittari. ICG on 19-kohtainen, viisiportaisella Likert-asteikolla pisteytetty itsearviointikysely, jolla kartoitetaan PGD:n oireita. Testistä on mahdollista saada 0–76 pistettä. 25 pisteen testitulosta on määritetty rajaksi kliinisesti relevanteille PGD-oireille. ICG:n reliabiliteetin on havaittu olevan korkea, Cronbachin $\alpha = .94$ (Prigerson ym., 1995). Yhteensä 11:ssä katsauksen tutkimuksessa hyödynnettiin ICG-mittaria tai siihen pohjautuvaa variaatiota, kuten CGA (engl. *Complicated Grief Assessment*; Zhang ym., 2006). CGA on sovellettu ICG:n pohjalta ammattilaisen toteutettavaksi puolistrukturoiduksi haastatteluksi PGD:n arviointiin.

PG-13-mittaria (engl. *The Interview for Prolonged Grief-13, Prolonged Grief Disorder Scale*; Prigerson ym., 2009) käytettiin kolmessa katsauksen tutkimuksessa. Mittari voidaan nähdä ICG:n yhtenä versiona (Supiano & Luptak, 2014). PG-13 on validoitu itsearviointiin perustuva asteikko. PG-13 sisältää 13 itemiä, jotka vastaavat pääpiirteittäin Prigersonin ja kumppaneiden (2009) esittämiä kriteereitä PGD:lle. Itemit kuvaavat häiriöön liittyvää emotionaalista, kognitiivista tai behavioraalista tilaa. Vastajat arvioivat viisiportaisella Likert-asteikolla jokaisen oireen esiintymistä. PGD-oireiden vaikeusasteen voi selvittää laskemalla yhteen 11:n oireita mittaavan itemin pisteet yhteen, jolloin vaihteluväli on 11–55 pistettä. Pistemäärää 29 pidetään rajana kliinisesti relevanteille oireille (Lundorff ym., 2019). Mittarin psykometrisessa arvioinnissa Cronbachin alfa on esitetty erilaisia arvoja. Schaal kollegoineen (2009) ilmoitti arvoksi $\alpha = .76$, Vang ja kumppanit (2022) $\alpha = .91$, ja Supiano ja Luptak (2014) $\alpha = .94$. Yhdessä katsauksen artikkelissa (Rosner ym., 2014) mittarin luotettavuus on huomattavasti matalampi ($\alpha = .53$), mikä johtunee homogeenisen otoksen tutkimisesta.

BGQ (engl. *Brief Grief Questionnaire*; Shear & Essock, 2002) on itsearviointikysely suruoireista. Oireita mitataan viisiportaisella Likert-asteikolla. Pisteasteikko on 0–10, ja kokonaispisteistä 5 tai enemmän merkitsee PGD:tä. Iton ja kumppaneiden (2012) mukaan BGQ-mittarin $\alpha = .75$. Mittaria käytettiin PG-13:n rinnalla Supianon ja Luptakin (2014) tutkimuksessa, jossa BGQ:ta hyödynnettiin alun seulonnassa ja kuuden viikon seurantamittauksessa.

TGI-SR+ (engl. *Traumatic Grief Inventory-Self Report plus*; Lenferink ym., 2022) on 22:n kohdan viisiportainen Likert-asteikkoinen itsearviointikysely, joka kartoittaa DSM-5-TR:n mukaisia oireita. Mittari on laajennettu versio TGI-SR-mittarista (Boelen ym., 2019). Mittarilla arvioidaan olevan hyvä sisäinen yhtenäisyys, validiteetti sekä reliabiliteetti (Lenferink ym., 2022).

3.3 Kognitiivinen käyttäytymisterapia pitkittyneen suruhäiriön hoitomuotona

Hypoteesinamme oli, että KKT lievittää PGD:n oireita. Tutkimuksen tuloksia on koottu Taulukkoon 2. Katsauksen jokaisessa tutkimuksessa tutkittavien oireipistemäärät laskivat KKT:n avulla. Tilastollisessa merkitsevyydessä ja efektikoossa oli vaihtelua tutkimusten välillä. Tapaustutkimukset eivät ole laadukkaita tutkimuksia, sillä niiden tilastollinen voima on heikko. Niillä on kuitenkin ollut merkittävä asema aiheen tutkimuksen alkuvaiheissa. Katsaukseen sisällytetyissä tapaustutkimuksissa (Boelen, 2006; Botella ym., 2008; Kalakovic ym., 2023) tutkittavien ICG-pistemäärät laskivat merkittävästi. Muissa pienemmän otoskoon ($n \leq 20$) tutkimuksissa (Komischke-Konnerup ym., 2023; MacCallum & Bryant, 2011; Shear ym., 2001; Tur ym., 2022) havaittiin sama muutos.

Katsauksessa on neljä satunnaistettua kontrolloitua tutkimusta, joissa verrataan interventioryhmää odotuslistaryhmään (Kaiser ym., 2022; Lenferink ym., 2023; Rosner ym., 2014; Treml ym., 2021). Tutkittavia olisi tärkeää verrata ainakin odotuslistaan, sillä surun on todettu vähenevän ajan kuluessa (esim. Reynolds & Grünh, 2023). Kaikissa näissä tutkimuksissa interventio osoittautui suurella efektillä ($d \geq 0.80$) ja tilastollisesti merkitsevästi ($p < .05$) vaikuttavammaksi kuin odotuslista. Rosnerin ja kumppaneiden (2014) tutkimuksen hoitoaieryhmässäkin (engl. *intention-to-treat*, ITT) PGD-oireet laskivat erittäin merkittävästi ja suurella efektillä ($t(23) = 5.22$, $p < .001$, $d = 1.26$). On kliinisesti merkittävää, että interventioryhmissä (Kaiser ym., 2022; Rosner ym., 2014) diagnostiset kriteerit täytti hoidon päätyttyä enää 56–58 %, kun sama vaihteluväli odotuslistaryhmän kohdalla on 86–96 %. Odotuslistalla kliinisesti merkitsevää kehitystä havaittiin vain 2–4 %:lla tutkittavista. Huomioitavaa on myös, että interventioryhmissäkin yli puolet täyttää diagnostiset kriteerit yhä hoidon päätyttyä. Kahdella tutkittavalla oli jo alkumittauksessa alhainen pistemäärä (Rosner ym., 2014), joten merkittävää muutosta ei ollut mahdollista saavuttaa siitä huolimatta, etteivät diagnostiset kriteerit lopulta enää täyttyneet.

Taulukko 2. Tutkimusten tulokset

Tekijä ja vuosi	Hoitomuoto	Tutkimusasetelma	PGD:n arvioinnissa käytetty mittari	Tulokset	Seuranta-ajankohdat
Boelen, 2006	KKT ¹ 12–14 istuntoa	tapaustutkimus (n = 2)	ICG-R ²	Hoito vaikutti merkittävästi tutkittavien oireisiin, eikä kumpikaan enää hoidon lopuksi täyttänyt CG ³ :n diagnostisia kriteerejä. Herra A (ennen 95, jälkeen 62), Neiti B (ennen 101, jälkeen 55). Oireipistemäärien lasku jatkui samansuuntaisena myös seuranta-ajankohtina.	6 vko ja 6 kk
Boelen ym., 2007	KKT-ryhmät jaettiin kahteen: CR ⁴ +ET ⁵ ja ET+CR 12 x 45 min istuntoa (noin kerran viikossa), joista kuusi istuntoa altistusterapiaa ja kuusi istuntoa kognitiivista uudelleenstrukturointia	vertailu KKT:n ja tukea antavan ohjauksen ⁶ välillä (n = 39)	ICG-R	Molemmat KKT-interventiot johtivat suurempaan muutokseen pitkittyneessä surussa kuin tukea antava ohjaus sekä intervention läpikäyneiden analyysissä että hoitoaieanalyysissä. "Puhdas" altistus todettiin vaikuttavammaksi kuin "puhdas" kognitiivinen uudelleenstrukturointi. Tutkittavat, joilla diagnostiset kriteerit eivät hoidon jälkeen enää täytyneet, jakautuivat ryhmien välillä seuraavasti: CR+ET: n = 5 (31 %), ET+CR: n = 8 (50 %) ja SC ⁷ : n = 0. Erot ovat tilastollisesti merkitseviä ($\chi^2(2, N = 54) = 7.85, p = .02$) suurella efektilä $d_{ppc2} = 0.81$.	6 kk
Botella ym., 2008	EMMA's World -virtuaaliympäristö, jonka pohjalla CGT ⁸ ; 8 x 60 min istuntoa kerran viikossa; tutkittava kuunteli istuntojen ääninauhat ainakin kerran sessioiden välissä	tapaustutkimus (n = 1)	ICG ⁹	ICG:llä mitatut PGD ¹⁰ -oireet laskivat huomattavasti. Oireipistemäärät olivat ennen interventiota 57, intervention jälkeen 26, 2 kk interventiosta 18, 6 kk interventiosta 6, ja 12 kk interventiosta 7.	2 kk, 6 kk ja 12 kk
Bryant ym., 2014	KKT 10 ryhmäkertaa (kesto 120 min, kerran viikossa) ja 4 yksilökertaa (kesto 60 min, kerran viikossa); altistusryhmän tutkittavia pyydettiin altistamaan itsensä kotiläksynä vähintään kerran käyntien välillä	satunnaistettu kliininen tutkimus ¹¹ (n = 61) yksilöistunnoissa tutkittavat satunnaistettu joko altistusterapian tai tukea antavan ohjauksen ryhmään	ICG	Altistushoidon lisääminen interventioon johti merkitsevästi suurempaan suruoireiden vähenemiseen kuin pelkkä KKT (B [SE], -1.57 [0.39]; t (122.92) = -4.00; p < .001). Myös KKT yksinään todettiin vaikuttavaksi hoitomuodoksi. Alkutilanteen ja seuranta-ajankohdan välillä tapahtuneessa ICG-pisteiden muutoksessa havaittiin suuri efekti (d = 1.77).	6 kk erillinen seuranta-artikkeli 2 v kuluttua (Bryant ym., 2017)
Kaiser ym., 2022	online grief therapy, joka on internet-pohjainen KKT 10 strukturoitua kirjoitustehtävää viikon aikana kaksi omaan aikatauluun sopivaa 45 min istuntoa, joihin terapeutti antaa yksilöllistä palautetta 24 tunnin kuluessa palautuksesta	RCT ¹² (n = 81) interventoryhmää verrattu odotuslistaan	ICG	Internet-pohjainen KKT-interventio on vaikuttavampi PGD-oireiden vähentämisessä kuin odotuslista (hoitoaierymä: p < .001; F (1, 80.4) = 40.7; d = 0.80). Kliinisesti merkitseviä muutoksia 17/39 (44 %) interventoryhmästä, kun taas vain 1/42 (2 %) odotuslistaryhmästä.	3 kk, 6 kk ja 12 kk

Kalakovic ym., 2023	CGT 16 istuntoa	tapaustutkimus (n = 2)	ICG	Molempien tutkittavien ICG-pisteet laskivat merkittävästi, eikä kumpikaan täyttänyt PGD:n diagnostisia kriteerejä hoidon lopulla. Anna (ennen 38, jälkeen 19), John (ennen 36, jälkeen 14).	
Komischke-Konnerup ym., 2023	CBTgrief 12 x 60 minuutin istuntoa viikoittain	yhden ryhmän koeasetelma (n = 8), jossa verrattu alku- ja loppumittauksia	PG-13 ¹³	Hoidon lopulla 5/7 tutkittavasta, joilla oli kliinisesti merkitseviä PGD-oireita tutkimuksen alussa, eivät enää täyttäneet PGD:n diagnostisia kriteerejä (71.4 %). Oirepistemäärät ennen interventiota: ka = 35, luottamusväli (95 %): [31.10; 38.90], ja intervention jälkeen ka = 25.75, luottamusväli [21.83; 29.67].	3 kk
Lenferink ym., 2023	internet-pohjainen KKT ¹⁴ kahdeksan verkkoistuntoa 12:n viikon aikana, ja tutkittavat saivat suorittaa istuntoja haluaminaan aikoina, haluamassaan tahdissa	RCT (n = 40) interventoryhmää verrattu odotuslistaan	TGI-SR+ ¹⁵	Interventoryhmän tutkittavien PGD-oireet laskivat voimakkaammin kuin odotuslistan tutkittavien oireet, suurella efektilä (d = -1.26). Myös seuranta-ajankohtaan efekti oli pysynyt suurena (d = -1.18).	8 vko
Maccallum & Bryant, 2011	KKT 10 viikkoa kestävä ryhmäpohjainen KKT-ohjelma, jonka lisäksi neljä yksilöllistä tapaamista	yhden ryhmän koeasetelma (n = 20), jossa verrattu alku- ja loppumittauksia	CGA ¹⁶	Tutkittavien oireet laskivat merkitsevästi intervention seurauksena (ennen hoitoa ka = 32.45, s = 4.17; hoidon jälkeen ka = 21.85, s = 8.22; t (19) = 5.67, p < .001). Hoidon jälkeen 11/20 tutkittavista ei enää täyttänyt diagnostisia kriteerejä.	
Nam, 2016	CGT 8 x 120 min, tapaamisia viikoittain	satunnaistettu tutkimusasetelma ¹⁷ (n = 80) interventoryhmää verrattu SC-ryhmään	ICG	CGT-interventio tuotti merkitsevän eron ICG-pisteissä verrattuna SC-ryhmään, (B = -2.66, p < .001), suurella efektikoolla d _{ppc2} = 0.86. Tulokset pysyivät samansuuntaisina myös seuranta-ajankohtana.	4 vko
Rosner ym., 2014	PG-CBT ¹⁸ 25 hoitokertaa, joista 5 vapaaehtoista (ka = 24.42, s = 1.71) istuntojen kesto 50 min lukuun ottamatta kahta 90 min istuntoa (hoidon keston Mo = 9 kk, ka = 11.53, s = 2.89)	RCT (n = 42) interventoryhmää verrattu odotuslistaan tutkimus toteutettiin luonnollisessa kliinisessä asetelmassa	PG-13 ¹⁹	PG-13:lla mitatut PGD-oireet laskivat interventoryhmällä erittäin merkitsevästi ja suurella efektilä (t (18) = 6.35, p < .001, d = 1.65). Odotuslistalla ei tilastollisesti merkitsevää muutosta (t (22) = 0.65, p = .522, d = 0.12). PG-CBT-ryhmästä 42 % (n = 8) katsottiin toipuneeksi intervention jälkeen. Vastaava luku odotuslistalla oli 4 % (n = 1).	erillinen seuranta-artikkeli (Rosner ym., 2015)
Shear ym., 2001	traumaattisen surun hoitomuoto ²⁰ 16 tapaamista toteutettuna neljän kuukauden aikana	pilottitutkimus (n = 13)	ICG	Sekä pudokkailla että hoidon loppuun suorittaneilla oli merkitseviä muutoksia oirepistemäärissä; hoidon loppuun suorittaneet (ka = 22.79, s = 13.14, z = -3.11, p = .002), pudokkaat (ka = 16.91, s = 14.99, z = -3.51, p < .001).	
Shear ym., 2005	CGT 16 tapaamista 16–20 viikon aikana	RCT (n = 69) interventoryhmää verrattu IPT ²¹ -ryhmään	ICG	CGT:n hoitovaste oli IPT:tä parempi. CGT-ryhmässä hoitovaste oli 51 %, kun vastaava luku IPT-ryhmässä oli 28 %. CGT-hoidolla saavutettiin keskisuurella efektilä (d _{ppc2} = 0.71) parempia tuloksia verrattuna IPT. Pistemäärien muutos hoidon alusta loppuun: CGT ka = 20.6, s = 15.0 ja IPT ka = 12.8, s = 10.7.	

Shear ym., 2014	CGT 16 istuntoa, suunnilleen viikoittain	RCT (n = 133) interventoryhmää verrattu kontrolliryhmään, joka osallistuu surukeskeiseen ²² interpersoonalliseen terapiaan	ICG	Molemmissa terapiamuodoissa CG-oireet vähenivät. CGT johti tilastollisesti merkitsevästi suurempaan muutokseen sairauden vakavuudessa (vähintään keskivaikkeen diagnoosin omaavien määrä CGT-ryhmässä 35.2 %, kun taas IPT-ryhmässä 64.1 %). ICG-pisteiden keskiarvoinen lasku oli CGT-ryhmässä 21.10 pistettä, kun taas IPT-ryhmässä 15.00 pistettä. Keskiarvoisilla ICG-pisteillä viikon 20 arvioinnissa on tilastollisesti merkitsevä ero (t (633) = 2.58, p = .01) keskisuurella efektillä $d_{ppc2} = 0.55$. CGT on siis sekä tilastollisesti että kliinisesti vaikuttavampi kuin IPT.	
Supiano & Luptak, 2014	CGGT ²³ 120 min istunto kerran viikossa 16 viikon ajan	RCT (n = 26) interventoryhmää verrattu kontrolliryhmään, joka osallistuu tavalliseen ryhmäterapiaan ²⁴	The BGQ ²⁵ ja PG-13 ²⁶	CGGT-ryhmään osallistuneet osoittivat korkeampaa hoitoresponsia kuin TAU ²⁷ -ryhmään osallistuneet (F (3, 22) = 11.52, p < .001, d = 1.34). Molemmissa ryhmissä tapahtui kehitystä CG-oireiden osalta, mutta CGGT-ryhmässä merkitsevästi suurempaa muutosta. Melkein puolilla (41 %) CGGT-osallistujilla kliinisesti merkitsevä ²⁸ kehitystä. CGGT-ryhmän oireet tasaisesti vähenivät, kun taas TAU-ryhmän pisteet heittelivät vuoristoratamaisesti mittauskertojen välillä.	6 vko
Treml ym., 2021	ICBT ²⁹ 10 kirjoitustehtävää kolmessa vaiheessa, viiden viikon aikana	RCT (n = 58) interventoryhmää verrattu odotuslistaan	ICG	ICG:llä mitatut PGD-oireet laskivat interventoryhmällä merkitsevästi verrattuna kontrolliryhmään (F (1,53.69) = 24.89, p < .001), suurella efektikoolla $d_{ppc2} = 0.97$. ICG:n pistemäärät laskivat ajan myötä seuranta-ajankohdissa.	3 kk, 6 kk ja 12 kk
Tur ym., 2022	iCBT ³⁰ GROw-ohjelma 8 moduulia, jotka on tarkoitettu suorittaa 8–10:n viikon sisään	yhden ryhmän koeasetelma (n = 4), jossa verrattu alkua- ja loppumittauksia	ICG	Hoidon suorittaneista tutkittavista 50 %:n oireet laskivat kliinisesti merkittävästi siten, että heitä voitiin pitää parantuneina.	

¹ KKT = kognitiivinen käyttäytymisterapia; ² IGC-R = Inventory of Complicated Grief-Revised; ³ CG = komplisoitunut suru, engl. *complicated grief*; ⁴ CR = kognitiivinen uudelleenstrukturointi, engl. *cognitive restructuring*; ⁵ ET = altistusterapia, engl. *exposure therapy*; ⁶ engl. *supportive counseling*; ⁷ SC = tukea antava ohjaus, engl. *supportive counseling*; ⁸ CGT = komplisoituneen surun hoitomuoto, engl. *complicated grief treatment*; ⁹ Inventory of Complicated Grief; ¹⁰ PGD = pitkittynyt suruhäiriö, engl. *prolonged grief disorder*; ¹¹ engl. *randomized clinical trial*; ¹² RCT = satunnaistettu kontrolloitu tutkimus, engl. *randomized controlled trial*; ¹³ PG-13 = Prolonged Grief-13 Scale; ¹⁴ engl. *Online Cognitive Behavioral Therapy*; ¹⁵ TGI-SR+ = Traumatic Grief Inventory-Self Report plus; ¹⁶ CGA = Complicated Grief Assessment; ¹⁷ engl. *randomized trial design*; ¹⁸ PG-CBT = KKT pitkittyneelle suruhäiriölle, engl. *cognitive behavioural therapy for prolonged grief*; ¹⁹ PG-13 = Interview for Prolonged Grief-13; ²⁰ engl. *Traumatic Grief Treatment*; ²¹ IPT = interpersoonallinen terapia; ²² engl. *grief-focused*; ²³ CGGT = complicated grief group therapy; ²⁴ engl. *standard group therapy*; ²⁵ BGQ = the Brief Grief Questionnaire; ²⁶ PG-13 = prolonged Grief Disorder Scale; ²⁷ TAU = tavallinen hoitomuoto, engl. *treatment as usual*; ²⁸ yli 50 % lasku PG-13 pisteissä; ²⁹ ICBT = Internet-based cognitive-behavioural therapy; ³⁰ iCBT = internet-välitteinen KKT, engl. *internet-delivered cognitive-behavioral therapy*

Katsauksessa on kolme satunnaistettua kontrolloitua tutkimusta, joissa interventioryhmää verrataan aktiiviseen kontrolliryhmään (Shear ym., 2005, 2014; Supiano & Luptak, 2014). Vaikka interpersoonallinen terapia (IPT) on havaittu vaikuttavaksi interventioksi PGD:n hoidossa, on CGT saanut aikaan paremman hoitovasteen (Shear ym., 2005, 2014). Shearin ja kumppaneiden (2005) tutkimuksen hoitoaieanalyysissä CGT johti suurempaan oirepistemäärien laskuun kuin IPT, joskaan ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p = .18$). Hoitomuotojen välinen ero näkyy sekä kliinisessä vaikuttavuudessa että tilastollisessa merkitsevyydessä. Ryhmämuotoinen CGT havaittiin vaikuttavammaksi hoitomuodoksi kuin tavallinen ryhmäterapia (Supiano & Luptak, 2014).

KKT:n eri osa-alueiden vaikuttavuutta verrattiin joissain tutkimuksissa. Altistusharjoitteiden todettiin parantavan hoitovastetta (Boelen ym., 2007; Bryant ym., 2014). Boelenin ja kumppaneiden (2007) tutkimuksessa sekä kognitiivisen uudelleenstrukturoidin (engl. *cognitive restructuring*, CR) ja altistusterapian (engl. *exposure therapy*, ET) että ET:n ja CR:n ryhmien oirepistemäärät laskivat suurella efektillä ($d_{CR+ET} = 1.36$, $d_{ET+CR} = 1.80$), kun taas tukea antavan ohjauksen (engl. *supportive counseling*, SC) ryhmässä oirepistemäärät laskivat vain keskisuurella efektillä ($d_{SC} = 0.56$). Pistemäärien muutos oli CR+ET-ryhmässä ($ka = 14.43$) ja ET+CR-ryhmässä ($ka = 16.82$) huomattavasti suurempi kuin SC-ryhmässä ($ka = 7.43$). Tilastollisen eron lisäksi ryhmät eroavat kliiniseltä merkitsevyydeltään. Sekä KKT:n että CGT:n on todettu olevan vaikuttavampia hoitumuotoja PGD:lle kuin SC (Boelen ym., 2007; Nam, 2016). Boelenin ja kollegoiden (2007) tutkimuksen hoitoaieanalyysissä löydettiin MANOVAlla tilastollisesti merkitsevä päävaikutus ajalle ($F(2, 50) = 23.99$, $p < .001$). Hoitomuodolla oli tilastollisesti ei-merkitsevä päävaikutus ($F(2, 51) = 0.54$). Lisäksi ajan ja hoitomuodon yhdysvaikutus oli tilastollisesti merkitsevä ($F(4, 102) = 4.61$, $p < .01$).

Shear kollegoineen (2005) ei havainnut tilastollisesti merkitseviä eroja vasteessa perustuen ikään, sukupuoleen tai menetyksestä kuluneeseen aikaan. Eroja vasteessa löytyi kuitenkin masennuslääkkeitä käyttävien ja ei-käyttävien välillä – lääkkeitä käyttävien hoitovaste oli parempi. Bryant ja kumppanit (2014) puolestaan eivät havainneet eroa PGD-kriteerien täyttymisessä niiden välillä, jotka käyttivät ja eivät käyttäneet masennuslääkkeitä hoidon jälkeen ($\chi^2 = 0.19$, $p = .66$, $OR = 0.77$). Eroa ei myöskään havaittu siinä, oliko läheinen menetetty yllättäen vai kroonisen sairauden seurauksena ($\chi^2 = 0.02$, $p = .88$, $OR = 0.92$). Toisaalta ero löydetään Shearin ja kollegoiden (2005) tutkimuksessa, jossa hoitovaste CGT-interventioon oli yllättävien kuolemien kohdalla 56 % ja luonnollisten kuolemien kohdalla 47 %. IPT-intervention hoitovaste oli yllättävissä kuolemissa 13 %, ja luonnollisissa kuolemissa 35 %.

Internet-pohjaisia tutkimuksia katsauksessa on viisi (Botella ym., 2008; Kaiser ym., 2022; Lenferink ym., 2023; Treml ym., 2021; Tur ym., 2022), joista kolme (Kaiser ym., 2022; Lenferink ym., 2023; Treml ym., 2021) on RCT-tutkimuksia. Näissä KKT-interventio havaittiin suurella efektillä vaikuttavammaksi kuin odotuslistalla oleminen. Samoin kahdessa muussa tutkimuksessa PGD-oireipistemäärät laskivat intervention seurauksena.

Pidemmän aikavälin tarkasteluissa (Boelen, 2006; Boelen ym., 2007; Botella ym., 2008; Bryant ym., 2014; Kaiser ym., 2022; Komischke-Konnerup ym., 2023; Nam, 2016; Supiano & Luptak, 2014; Treml ym., 2021) ja jatkotutkimuksissa (Bryant ym., 2014; Rosner ym., 2015) KKT-intervention tulokset säilyivät, ja usein oireipistemäärien lasku jatkui samansuuntaisena myös intervention jälkeen.

4 Pohdinta

Katsauksemme tarjoaa selvää näyttöä KKT:n vaikuttavuudesta PGD:n hoidossa. Katsauksen jokaisen tutkimuksen tulokset tukevat hypoteesiamme, jonka mukaan KKT lievittää PGD:n oireita. KKT on katsauksen mukaan hoitomuotona vaikuttava kuitenkin vain osalle tutkittavista. Heikompaan hoitovasteeseen näyttävät liittyvän matala koulutustaso, suhde menetettyyn läheiseen (kumppani tai lapsi), hoidon varhainen keskeyttäminen, matala motivaatio ja ennen hoitoa mitatut vaikeat pitkittyneen surun oireet (Boelen ym., 2011). Kaiser tutkimusryhmineen (2023) puolestaan esittää, että ennen hoitoa mitatut vaikeat pitkittyneen surun oireet olisivat yhteydessä parempaan oireiden muutokseen. Myös terapeutin allianssi nostetaan keskeiseksi tekijäksi hoidon onnistumisessa. Vähäisen sosiaalisen tuen ja vähäisen posttraumaattisen kasvun todettiin olevan yhteydessä suurempaan PGD-oireiden muutokseen (Kaiser ym., 2023), joskin tutkimusryhmä totesi näiden löydösten kaipaavan jatkotutkimusta. Boelenin ja kumppaneiden (2011) mukaan suurempi oireiden väheneminen on tilastollisesti merkitsevästi ($p < .001$) yhteydessä negatiivisten kognitioiden ja välttelykäyttäytymisen vähenemiseen.

Boelenin teorian (2006) kognitiivis-behavioraalisen luonteen takia Boelen esittää tehokkaimmaksi PGD:n hoidoksi juuri KKT:ta. Myös katsauksemme perusteella KKT on vaikuttava hoitomuoto, joten hypoteesimme lisäksi Boelenin teoria saa tukea. Boelen korostaa KKT:n työkaluista erityisesti psykoedukaatiota, mielikuvaharjoittelua, kognitiivista uudelleenstrukturointia ja käyttäytymisen aktivoinnin merkitystä oireiden hoidossa. Menetys tulee integroida osaksi omaelämäkerrallista tarinaa. Lisäksi epäadaptiivisia uskomuksia ja tulkintoja pitää tunnistaa ja muuttaa, sekä ahdistuneet ja masentuneet välttelystrategiat korvata paremmilla toimintatavoilla.

Katsauksen artikkelit antoivat tukea myös altistusterapian hyödyllisyydelle (Boelen ym., 2007; Bryant ym., 2014). Altistusterapia mahdollistaa menetyksen emotionaalisen prosessoinnin, mikä puolestaan auttaa maladaptiivisten kognitioiden muuttamisessa. Altistusterapia näyttää kuuden kuukauden kuluttua hoidon loppumisesta johtavan parempaan elämänlaatuun, joka vaikuttaa myös psykologiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn (Bryant ym., 2014). Altistushoito ennen kognitiivista uudelleenstrukturointia (CR) näytti johtavan parempaan kognitiiviseen muutokseen kuin pelkkä CR, kun kaikki potilaat saivat saman määrän kognitiivista uudelleenstrukturointia (Bryant ym., 2014). Vaikka altistusterapia on havaittu vaikuttavaksi, on näyttöä myös siitä, että kliinikot harvoin haluavat hyödyntää altistusterapiaa, sillä sen on huomattu pahentavan kliinikoiden ahdinkoa (esim. Becker ym., 2004).

Internet-pohjaiset hoitomuodot tarjoavat joustavan sekä yhtä vaikuttavan ja anonymimman lähestymistavan mielenterveyden haasteiden hoitamiseen kuin perinteiset kasvokkain tapahtuvat hoitomuodot (esim. Aboujaoude ym., 2015; Carlbring ym., 2018). Wagner ja kumppanit (2020) totesivat systemaattisessa katsauksessaan, että internet-pohjaisilla KKT-interventioilla suruun on joko suuri tai keskisuuri efektikoko ($.54 < g < .86$). Mikäli mielenterveyshaasteet aiheuttavat häpeää, voi etäyhteyksin tapahtuva hoito tuntua helpommalta ja turvallisemmalta asiakkaalle. Lisäksi internet-hoitomuodot ovat usein taloudellisempi vaihtoehto, sillä esimerkiksi niiden kesto on yleensä lyhyempi.

PGD:n kohdalla KKT-hoitomuotoa on tutkittu sekä preventiona että interventiona. On mielenkiintoista, kuinka interventioissa KKT on vaikuttava, mutta samaa ei havaita preventioissa (esim. de Groot ym., 2007). Olisikin tärkeää löytää keinoja, joilla voidaan tehokkaasti ehkäistä PGD:n kehittymistä.

Katsaus on toteutettu noudattaen HTK-ohjeessa kuvattuja hyvän tieteellisen käytännön menettelytapoja (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2023). Katsauksen reliabiliteetti on hyvä, sillä artikkeleita läpikäydessä olimme eri mieltä vain viiden artikkelin sisänotosta. Toistettavuuden kannalta tämä on tärkeää, jotta jatkossakin tutkijat voisivat päätyä samaan lopputulokseen. Uskomme myös katsauksen sisältävän aiheeseen liittyvän olennaisen tutkimuksen, eli validiteettikin on hyvä. Käytimme psykologian alalle keskeisiä tietokantoja artikkelien etsimiseen, ja hakulauseke oli kattava. Tarkat sisänotto- ja poissulkukriteerit mahdollistivat katsaukseen sopivan määrän asianmukaisia tutkimuksia. Toisaalta muutamaamme haluamaamme artikkeliin ei saatu pääsyä.

Katsaukseen sisällytettyjen artikkelien laatu vaihteli huomattavasti. Tapaustutkimuksissa tilastollinen voima on heikko, joten näille tutkimuksille ei voitu antaa suurta painoarvoa. Halusimme kuitenkin ottaa ne mukaan katsaukseen, sillä niillä on ollut tärkeä rooli tutkimuksen alkuvaiheilla, ja muut sisäänottokriteerit joka tapauksessa täyttyivät. Satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia (RCT) oli seitsemän, ja näiden tuloksilla onkin katsauksessa suurempi painoarvo. Myös muita satunnaistettuja ja/tai kontrolloituja tutkimuksia oli kolme – nämäkin ovat laadultaan parempia kuin tapaustutkimukset ja yhden ryhmän koeasetelmat. Kaikki tutkimukset laadusta riippumatta tukivat hypoteesia ja puolsivat KKT:n vaikuttavuutta PGD:n hoidossa.

Tayn ja kumppaneiden (2023) RCT-tutkimuksessa verrattiin KKT-ryhmää integratiiviseen sopeutumisterapiaan (engl. *integrative adapt therapy*, IAT). Tämä tutkimus oli tarkoitus ottaa mukaan katsaukseen, mutta sitä ei kuitenkaan hyväksytty muun muassa siksi, että pääpaino ei ollut PGD:ssä, vaan muissa mielenterveyden häiriöissä. Tutkimuksessa ei myöskään edellytetty, että tutkittavat olisivat menettäneet läheisen. Tulokset olivat kuitenkin mielenkiintoisia, sillä IAT-interventio johti suurempaan yleisten mielenterveyshäiriöiden (engl. *common mental disorders*, CMD) oireiden laskuun ja suurempaan efektikokoon kuin KKT. Toisaalta PGD:n kohdalla tilastollisesti merkitsevää eroa ei löydetty ($p = .65$). Olisi kuitenkin tarpeen verrata tulevissa tutkimuksissa KKT:ta ja IAT:ta nimenomaan PGD:n hoidossa, jotta voitaisiin varmistua siitä, että KKT on vaikuttavin hoitomuoto.

Katsauksemme tutkittavista selvä enemmistö oli naisia. Naiset leskeytyvät miehiä useammin (Tilastokeskus, 2023). Koska kumppanin kuolema voi altistaa PGD:lle, häiriö on ymmärrettävästi yleisempää naisilla. Lisäksi naisille saattaa olla miehiä ominaisempaa omaksua sairastuneiden sukulaisten hoitajan rooli, jolloin heistä tulee haavoittuvampia kuoleman kohtaamisessa. Naisten voi toisaalta olla helpompi hakea apua ongelmiinsa ammattilaisilta, sillä miesten mielenterveysongelmiin liittyy edelleen vahva stigma.

Katsauksen tutkimuksista valtaosa toteutettiin länsimaissa, jotka edustavat individualistista kulttuuria (Heinrichs ym., 2006). Herääkin kysymys tulosten yleistettävyydestä kollektivistisiin kulttuureihin. Katsauksessa on mukana yksi Aasiassa toteutettu tutkimus (Nam, 2016), jonka tutkittavat eroavat muiden tutkimusten tutkittavista huomattavasti. Kyseisessä tutkimuksessa sukupuolijakauma on miltei täysin tasainen vastoin muiden tutkimusten naisenemmistöä. Sama ilmiö on jopa vahvemmin näkyvissä Malesiassa toteutetussa Tayn ja kumppaneiden (2023) tutkimuksessa, jossa naiset ovat vähemmistönä (28.3 % tutkittavista). Kummassakaan artikkelissa ei tarkastella sukupuolten välisiä

eroja. Voiko siis olla, että kollektivistisessä kulttuurissa PGD:tä esiintyy enemmän myös miehillä toisin kuin individualistisissa länsimaissa? Aiheesta tarvitaan lisää tutkimusta.

Katsauksessa haasteeksi osoittautui myös suuri pudokkaiden määrä. Toisaalta pudokkaita usein on mielenterveyteen liittyvissä interventioissa, joten tutkimuksissa esiintyvät pudokkaat heijastavat todellisuutta. Haaste liittyy siis lähinnä tilastollisiin analyysiin. Pääasiassa raportoimme hoidon suorittajien tulokset, mutta joistain tutkimuksista oli saatavilla myös hoitoaieanalyysit, jolloin sisällytimme ne katsaukseen. Sekä hoidon suorittaneiden analyysien että hoitoaieanalyysien perusteella KKT näyttää vaikuttavalta PGD:n hoitomuodolta.

Vaikka tutkittavien psyykenlääkkeiden käyttöä tarkkailtiin useimmissa tutkimuksissa, olisi lääkkeiden vaikutusta intervention onnistumiseen hyvä selvittää. Yleisenä poissulkukriteerinä tutkimuksissa oli lääkeannoksen muutos interventiota edeltävien 4–6 viikon aikana. Lääkitys kuitenkin harvoin oli itsessään esteenä tutkimukseen osallistumiselle. Katsauksemme tutkimukset (Bryant ym., 2014; Shear ym., 2005) esittävät ristiriitaisia tuloksia siitä, onko lääkkeitä käyttävien hoitovaste parempi. Tätä olisikin tärkeää selvittää jatkossa, jotta lääkityksen ja KKT:n välistä yhteyttä ymmärrettäisiin paremmin, ja potilaalle voitaisiin tarjota mahdollisimman vaikuttavaa hoitoa.

Katsauksessa oli mukana yksi tutkimus, jossa tutkittavat osallistuivat ryhmäterapiaan (complicated grief group therapy, CGGT; Supiano & Luptak, 2014). Tulee huomioida, että ryhmäterapiaan haluavat osallistujat saattavat erota piirteiltään yksilöterapiaan hakeutuvista – heillä voi olla matalampi sosiaalisen eristyneisyyden taso, kyky hyödyntää ryhmän sosiaalista tukea sekä parempaa ja/tai enemmän sosiaalista tukea (Supiano & Luptak, 2014). CGGT-hoitomuodon etuna on muun muassa vertaisten tuki, jota terapeutti ei pysty tarjoamaan. Toisaalta yksilöterapia mahdollistaa räätälöidymmän hoidon sekä joustavamman keston. Supianon ja Luptakin (2014) tutkimuksessa monet osallistujat osallistuivat ryhmäterapian lisäksi yksilöterapiaan, joka keskittyi masennuksen hoitoon. Tämä voidaan nähdä tutkimuksen rajoitteena, mutta yksilöterapiaan osallistuvat jakautuivat tasaisesti ryhmien välillä.

Tutkielmamme loi ajankohtaisen katsauksen aikuisten PGD-oireita käsittelevään kirjallisuuteen. Katsauksen tulokset ovat yhteneväisiä Saladinon ja kumppaneiden (2024) lapsia ja nuoria koskevien tulosten kanssa, eli KKT näyttää olevan vaikuttava hoitomuoto sekä lapsille ja nuorille että aikuisille. PGD-keskeisten hoitomuotojen (CGT, CGGT, PG-CBT) vaikuttavuudesta tarvitaan lisää tutkimusta. Katsauksemme artikkelien perusteella ei löydy silmämääräisesti huomattavia eroavaisuuksia

kliinisessä vaikuttavuudessa eikä tilastollisessa merkitsevyydessä PGD-keskeisten hoitomuotojen ja tavanomaisen KKT:n välillä.

Voitaneen olettaa lähes jokaisen kohtaavan läheisen kuoleman elämänsä aikana. PGD:tä esiintyy noin joka kymmenennellä surevalla (Lundorff ym., 2017), ja se vaikuttaa laajasti elämän eri osa-alueisiin, joten kyseessä on merkittävä häiriö. Suomessakin käyttöön otettava ICD-11-tautiluokitus sisältää itsenäisenä diagnoosinaan PGD:n, joten katsauksemme tarjoama tieto on merkityksellistä ja ajankohtaista – KKT on suurimmalle osalle oireilevista vaikuttava hoitomuoto.

Lähteet

- Aboujaoude, E., Salame, W., & Naim, L. (2015). Telemental health: A status update. *World Psychiatry, 14*(2), 223–230. <https://doi.org/10.1002/wps.20218>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR)*.
- Becker, C. B., Zayfert, C., & Anderson, E. (2004). A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy, 42*(3), 277–292. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00138-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00138-4)
- Boelen, P. A. (2006). Cognitive-behavioral therapy for complicated grief: Theoretical underpinnings and case descriptions. *Journal of Loss and Trauma, 11*(1), 1–30. <https://doi.org/10.1080/15325020500193655>
- Boelen, P. A., de Keijser, J., van den Hout, M. A., & van den Bout, J. (2007). Treatment of complicated grief: A comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(2), 277–284. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.2.277>
- Boelen, P. A., de Keijser J, van den Hout M. A., & van den Bout J. (2011). Factors associated with outcome of cognitive-behavioural therapy for complicated grief: A preliminary study. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 18*(4), 284–291. <https://doi.org/10.1002/cpp.720>
- Boelen, P. A., Djelantik, A. A. A. M. J., De Keijser, J., Lenferink, L. I. M., & Smid, G. E. (2019). Further validation of the Traumatic Grief Inventory-Self Report (TGI-SR): A measure of persistent complex bereavement disorder and prolonged grief disorder. *Death Studies, 43*(6), 351–364. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1480546>
- Boelen, P. A., & Smid, G. E. (2017). Disturbed grief: Prolonged grief disorder and persistent complex bereavement disorder. *British Medical Journal, 357*. <https://doi.org/10.1136/bmj.j2016>

- Botella, C., Osmá, J., Palacios, A. G., Guillén, V., & Baños, R. (2008). Treatment of complicated grief using virtual reality: A case report. *Death Studies, 32*(7), 674–692.
<https://doi.org/10.1080/07481180802231319>
- Bryant, R. A., Kenny, L., Joscelyne, A., Rawson, N., Maccallum, F., Cahill, C., Hopwood, S., Aderka, I., & Nickerson, A. (2014). Treating prolonged grief disorder a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry, 71*(12), 1332–1339.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1600>
- Bryant, R. A., Kenny, L., Joscelyne, A., Rawson, N., Maccallum, F., Cahill, C., Hopwood, S., & Nickerson, A. (2017). Treating prolonged grief disorder: A 2-year follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry, 78*(9), 1363–1368.
<https://doi.org/10.4088/JCP.16m10729>
- Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: An updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy, 47*(1), 1–18.
<https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1401115>
- Cuenca, D. (2023). Pregnancy loss: Consequences for mental health. *Frontiers in Global Women's Health, 23*(3), 1032212. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2022.1032212>
- de Groot, M., de Keijser, J., Neeleman, J., Kerkhof, A., Nolen, W., & Burger, H. (2007). Cognitive behaviour therapy to prevent complicated grief among relatives and spouses bereaved by suicide: Cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal, 334*(7601), 994.
<https://doi.org/10.1136/bmj.39161.457431.55>
- Heinrichs, N., Rapee, R. M., Alden, L. A., Bögels, S., Hofmann, S. G., Ja Oh, K., & Sakano, Y. (2006). Cultural differences in perceived social norms and social anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 44*(8), 1187–1197. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.09.006>

- Ito, M., Nakajima, S., Fujisawa, D., Miyashita, M., Kim, Y., Shear, K., Ghesquiere, A., & Wall, M. M. (2012). Brief measure for screening complicated grief: Reliability and discriminant validity. *PLoS ONE*, 7(2), e31209. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0031209>
- Kaiser, J., Nagl, M., Hoffmann, R., Linde, K., & Kersting, A. (2022). Therapist-assisted web-based intervention for prolonged grief disorder after cancer bereavement: Randomized controlled trial. *JMIR Mental Health*, 9(2), e27642. <https://doi.org/10.2196/27642>
- Kaiser, J., Treml, J., Hoffmann, R., Linde, K., Nagl, M., & Kersting, A. (2023). Factors associated with treatment response in an internet-based intervention for prolonged grief disorder after cancer bereavement. *Behavior Therapy*, 54(1), 119–131. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.07.008>
- Kalakovic, S., Katte, K., Smith, B. M., & Gaynor, S. T. (2023). Simultaneous individual complicated grief treatment with a couple. *Clinical Case Studies*, 22(2), 155–173. <https://doi.org/10.1177/15346501221112665>
- Karila, I., Koivisto, M., & Fredriksson, J. (2021). Mitä kognitiivinen psykoterapia tarkoittaa. Teoksessa *Kognitiivinen psykoterapia* (ss. 14–16). Kustannus Oy Duodecim.
- Komischke-Konnerup, K. B., O'Connor, M., Hoijsink, H., & Boelen, P. A. (2023). Cognitive-behavioral therapy for complicated grief reactions: Treatment protocol and preliminary findings from a naturalistic setting. *Cognitive and Behavioral Practice*. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2023.11.001>
- Lahti, T., Lahdensuo, K., & Partonen, T. (2022). Pitkittynyt suruhäiriö. *Duodecim*, 138, 1999–2002.
- Lenferink, L. I. M., Eisma, M. C., Buitter, M. Y., De Keijser, J., & Boelen, P. A. (2023). Online cognitive behavioral therapy for prolonged grief after traumatic loss: A randomized waitlist-controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 52(5), 508–522. <https://doi.org/10.1080/16506073.2023.2225744>

- Lenferink, L. I. M., Eisma, M. C., Smid, G. E., De Keijser, J., & Boelen, P. A. (2022). Valid measurement of DSM-5 persistent complex bereavement disorder and DSM-5-TR and ICD-11 prolonged grief disorder: The Traumatic Grief Inventory-Self Report Plus (TGI-SR+). *Comprehensive Psychiatry, 112*, 152281. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152281>
- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 212*, 138–149. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>
- Lundorff, M., Kirkegaard Thomsen, D., Johannsen, M., Damkier, A., & O'Connor, M. (2019). Symptomer på vedvarende sorglidelse hos efterladte partnere: Hyppighed og risikofaktorer. *Psyke & Logos, 40*(1), 104–126. <https://doi.org/10.7146/pl.v40i1.115080>
- MacCallum, F., & Bryant, R. A. (2011). Autobiographical memory following cognitive behaviour therapy for complicated grief. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 42*(1), 26–31. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.08.006>
- Maciejewski, P. K., Maercker, A., Boelen, P. A., & Prigerson, H. G. (2016). “Prolonged grief disorder” and “persistent complex bereavement disorder”, but not “complicated grief”, are one and the same diagnostic entity: An analysis of data from the Yale Bereavement Study. *World Psychiatry, 15*(3), 266–275. <https://doi.org/10.1002/wps.20348>
- McKee-Ryan, F., Song, Z., Wanberg, C. R., & Kinicki, A. J. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology, 90*(1), 53–76. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.90.1.53>
- Musiat, P., & Tarrrier, N. (2014). Collateral outcomes in e-mental health: A systematic review of the evidence for added benefits of computerized cognitive behavior therapy interventions for mental health. *Psychological Medicine, 44*(15), 3137–3150. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000245>

- Nagy, D., & Szamosközi, Ş. (2013). Efficacy of cognitive behavioral interventions on complicated grief in adults: A quantitative meta-analysis. *Transylvanian Journal of Psychology, 14*(1), 39–55.
- Nam, I. (2016). Complicated Grief Treatment for older adults: The critical role of a supportive person. *Psychiatry Research, 244*, 97–102. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.07.044>
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan—A web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews, 5*(1), 210. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Shear, K., Day, N., Beery, L. C., Newsom, J. T., & Jacobs, S. C. (1997). Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *American Journal of Psychiatry, 154*(5), 616–623. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.5.616>
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., Raphael, B., Marwit, S. J., Wortman, C., Neimeyer, R. A., Bonanno, G., Block, S. D., Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B. T., Johnson, J. G., First, M. B., & Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine, 6*(8), e1000121. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J., & Miller, M. (1995). Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research, 59*(1–2), 65–79. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02757-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02757-2)
- Reynolds, C. M., & Grünh, D. (2023). Does time heal all wounds? An investigation of time, grief, and attitudes toward death. *Death Studies, 1*–11. <https://doi.org/10.1080/07481187.2023.2297065>

- Rosner, R., Bartl, H., Pfoh, G., Kotoučová, M., & Hagl, M. (2015). Efficacy of an integrative CBT for prolonged grief disorder: A long-term follow-up. *Journal of Affective Disorders, 183*, 106–112. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.051>
- Rosner, R., Pfoh, G., Kotoučová, M., & Hagl, M. (2014). Efficacy of an outpatient treatment for prolonged grief disorder: A randomized controlled clinical trial. *Journal of Affective Disorders, 167*, 56–63. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.035>
- Saladino, V., Verrastro, V., Calaresi, D., & Barberis, N. (2024). The effectiveness of cognitive behavioral therapy for prolonged grief symptoms in children and adolescents: A systematic review. *International Journal of Stress Management, 31*(1), 66–85. <https://doi.org/10.1037/str0000301>
- Schaal, S., Elbert, T., & Neuner, F. (2009). Prolonged grief disorder and depression in widows due to the Rwandan genocide. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 59*(3), 203–219. <https://doi.org/10.2190/OM.59.3.b>
- Shear, K., & Essock, S. M. (2002). *Brief Grief Questionnaire* [dataset]. <https://doi.org/10.1037/t62516-000>
- Shear, K., Frank, E., Foa, E., Cherry, C., Reynolds, C. 3rd, Vander Bilt, J., & Masters, S. (2001). Traumatic grief treatment: A pilot study. *The American Journal of Psychiatry, 158*(9), 1506–1508. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.9.1506>
- Shear, K., Frank, E., Houck, P., & Reynolds, C. 3rd. (2005). Treatment of complicated grief: A randomized controlled trial. *JAMA, 293*(21), 2601–2608. <https://doi.org/10.1001/jama.293.21.2601>
- Shear, K., Wang, Y., Skritskaya, N., Duan, N., Mauro, C., & Ghesquiere, A. (2014). Treatment of complicated grief in elderly persons: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry, 71*(11), 1287. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1242>

- Supiano, K. P., & Luptak, M. (2014). Complicated grief in older adults: A randomized controlled trial of complicated grief group therapy. *The Gerontologist*, *54*(5), 840–856.
<https://doi.org/10.1093/geront/gnt076>
- Szuhany, K. L., Malgaroli, M., Miron, C. D., & Simon, N. M. (2021). Prolonged grief disorder: Course, diagnosis, assessment, and treatment. *FOCUS*, *19*(2), 161–172.
<https://doi.org/10.1176/appi.focus.20200052>
- Tay, A. K., Mohsin, M., Foo, C. Y. S., Rees, S., & Silove, D. (2023). Long-term efficacy of brief psychological treatments for common mental disorders in Myanmar refugees in Malaysia: 12-month follow-up of a randomized, active-controlled trial of integrative adapt therapy v. Cognitive behavioral therapy. *Psychological Medicine*, *53*(13), 6055–6067.
<https://doi.org/10.1017/S0033291722003245>
- Tilastokeskus. (2023). *Siviilisäätö iän (1-v. 18-112) ja sukupuolen mukaan, 2000-2022* [dataset].
https://pxdata.stat.fi/PxWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__vaerak/statfin_vaerak_pxt_11ry.px/table/tableViewLayout1/
- Treml, J., Nagl, M., Linde, K., Kündiger, C., Peterhänsel, C., & Kersting, A. (2021). Efficacy of an Internet-based cognitive-behavioural grief therapy for people bereaved by suicide: A randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, *12*(1), 1926650.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1926650>
- Tur, C., Campos, D., Suso-Ribera, C., Kazlauskas, E., Castilla, D., Zaragoza, I., García-Palacios, A., & Quero, S. (2022). An Internet-delivered Cognitive-Behavioral Therapy (iCBT) for Prolonged Grief Disorder (PGD) in adults: A multiple-baseline single-case experimental design study. *Internet Interventions*, *29*, 100558.
<https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100558>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2023). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf

- Vang, M. L., Prigerson, H. G., Elklit, A., Komischke-Konnerup, K. B., & O'Connor, M. (2022). Do we all grieve the same? A multigroup test of the dimensional structure of prolonged grief disorder among Danish bereaved partners and children. *Psychiatry Research*, *318*, 114937. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114937>
- Wagner, B., Rosenberg, N., Hofmann, L., & Maass, U. (2020). Web-based bereavement care: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, *11*(525), 537629. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00525>
- World Health Organization. (2022). *International Classification of Diseases eleventh revision (ICD-11)*.
- Zhang, B., El-Jawahri, A., & Prigerson, H. G. (2006). Update on bereavement research: Evidence-based guidelines for the diagnosis and treatment of complicated bereavement. *Journal of Palliative Medicine*, *9*(5), 1188–1203. <https://doi.org/10.1089/jpm.2006.9.1188>

Liitteet

Liite 1. Hakulausekkeet

Hakulauseke 22.1.2024 (APA PsycINFO, APA PsycArticles, Scopus)

("prolonged grief disorder" OR PGD OR "complex bereavement disorder" OR "complicated grief" OR "complicated grief disorder" OR "complicated bereavement disorder" OR "traumatic grief" OR "traumatic bereavement" OR "prolonged grief" OR "persistent complex bereavement disorder") AND ("cognitive behavioral therapy" OR CBT OR "cognitive behavioural therapy" OR "cognitive-behavioral therapy" OR "cognitive-behavioural therapy")

Hakulauseke 22.1.2024 (PubMed)

("prolonged grief disorder" OR PGD OR "complex bereavement disorder" OR "complicated grief" OR "complicated grief disorder" OR "traumatic grief" OR "traumatic bereavement" OR "prolonged grief" OR "persistent complex bereavement disorder") AND ("cognitive behavioral therapy" OR CBT OR "cognitive behavioural therapy" OR "cognitive-behavioral therapy" OR "cognitive-behavioural therapy")

Täydentävän haun hakulauseke 19.2.2024 (APA PsycINFO, APA PsycArticles, Scopus)

("prolonged grief disorder" OR PGD OR "complex bereavement disorder" OR "complicated grief" OR "complicated grief disorder" OR "complicated bereavement disorder" OR "traumatic grief" OR "traumatic bereavement" OR "prolonged grief" OR "persistent complex bereavement disorder") AND ("cognitive grief therapy" OR CGT OR "cognitive grief treatment")

Täydentävän haun hakulauseke 19.2.2024 (PubMed)

("prolonged grief disorder" OR PGD OR "complex bereavement disorder" OR "complicated grief" OR "complicated grief disorder" OR "traumatic grief" OR "traumatic bereavement" OR "prolonged grief" OR "persistent complex bereavement disorder") AND ("cognitive grief therapy" OR CGT OR "cognitive grief treatment")