

Lapseen kohdistuva lähisuhdeväkivalta – keskiössä lasten traumaperäisten oireiden ehkäisy ja hoito

- Lapseen kohdistuva väkivalta on yhteiskunnassamme edelleen ongelma, vaikka esiintyvyys on viime vuosikymmeninä vähentynyt.
- Väkivallan ehkäisyllä ja sen seurausten hyvällä hoidolla on kansanterveydellistä merkitystä.
- Yleisimmin väkivaltakokemuksiin kytkeytyvä diagnoosi on traumaperäinen stressihäiriö, jonka hoitoon kehitetyistä menetelmistä on vakuuttavaa tutkimusnäyttöä.
- Interventioita tulisi kehittää enemmän lapsen yksilöllisiä vahvuuksia ja riskitekijöitä huomioiviksi. Menetelmien vaikuttavista komponenteista tulisi saada enemmän tietoa.
- Traumafokusoituneet menetelmät tulee implementoida harkiten ja huolella, kuten muutkin psykososiaaliset menetelmät ja hoitomuodot.



TAINA LAAJASALO
PsT, oikeuspsykologian dosentti
johtava asiantuntija
Terveiden ja hyvinvoinnin laitos



KIRSI PELTONEN
PsT, mielenterveyden psykologian dosentti
erikoistutkija
Turun yliopisto, Lasten-
psykiatrian tutkimuskeskus

Maamme lapsiin kohdistuu väkivaltaa edelleen merkittävässä määrin. Ymmärrys väkivallasta lapsen suotuisan kasvun ja kehityksen vaarantajana on lisääntynyt, ja vaikutusten tiedetään usein ulottuvan pitkälle aikuisikään saakka. Artikkelini käsittelee lapseen kohdistuvan lähisuhdeväkivallan riskitekijöitä ja koetun väkivallan seurauksia. Keskiössä on lisäksi väkivallan seurausten, etenkin traumaoireiden ja traumaperäisen stressihäiriön hoitoon kehitettyjen psykososiaalisten interventioiden tutkimusnäyttö sekä käytännön toteuttamiseen ja menetelmien juurruttamiseen liittyvät haasteet.

LAPSEEN KOHDISTUVA LÄHISUHDEVÄKIVALTA JA SEN RISKITEKIJÄT

Suomi kielsi lasten ruumiillisen kurituksen lailla vuonna 1984, toisena maana Ruotsin jälkeen. Lapsiin kohdistuva väkivalta on vuosikymmenten saatossa vähentynyt. Kuitenkin vuoden 2019 kouluterveyskyselyssä luokkatasosta ja sukupuolesta riippuen 5–15 prosenttia lapsista raportoi kokeneensa vanhempien tai muiden huoltajien aikuisten taholta väkivaltaa vuoden aikana [1]. Laajassa tuhansien vanhempien pohjoismaisessa aineistossa kuusi prosenttia vanhemmista raportoi edeltävän vuoden aikana kohdistaneensa vakavaa väkivaltaa (lyöminen, potkiminen, ravistelu) 0–12-vuotiaaseen lapseen [2,3]. Vuonna 2019 poliisin tietoon tulleista perhe- ja lähisuhdeväkivallan uhreista noin 25 prosenttia oli alle 18-vuotiaita [4].

Henkistä väkivaltaa, jonka määrittely on muita väkivallan muotoja haastavampaa, kokee iästä ja sukupuolesta riippuen huomattavasti useampi lapsi ja nuori, jopa noin kolmannes [1]. Tässä artikkelissa käsittelemme lähisuhteissa tapahtuvaa fyysistä ja henkistä väkivaltaa. Lapseen kohdistuva seksuaalinen väkivalta esiintyy usein yhdessä muiden väkivallan muotojen kanssa, mutta sen riskitekijöihin ja uhri-tekijäsuhteeseen liittyy myös eroavaisuuksia [5].

Väkivallan esiintyvyyden tutkimista vaikeuttaa se, että vaikka väkivallasta keskustellaan nykyään avoimemmin kuin ennen, vanhempien lapsiinsa kohdistama väkivalta on kulttuurissamme edelleen joiltain osin tabu. Näin on erityisesti silloin, kun puhutaan vakavan väkivallan käytöstä, kuten lapsen lyömisestä tai hyvin pienen lapsen ravistelusta. Itseilmoitusperiaatteen perustuvien kyselytutkimusten lisääntyä lapsiin kotona kohdistuvasta väkivallasta on alettu saada luotettavampia esiintyvyydestietoja [esim. 3,6,7,8].

Riskitekijöiden tunnistaminen antaa eväitä väkivallan ehkäisyyn ja palvelujen kehittämiseen. Esiintyvyyden rinnalla onkin tutkittu tekijöitä, jotka altistavat lapset väkivaltakokemuksille tai vanhemmat väkivallan käytölle. Kirjallisuudessa riskitekijät jaetaan usein lapseen, vanhempaan itseensä ja perheeseen liittyviin tekijöihin.

Lapseen liittyvistä tekijöistä muun muassa lapsen fyysisen, henkisen tai kehityksellisen vamman tai kehitysviiveen on osoitettu olevan yhteydessä vaaraan joutua väkivallan kohteeksi kotona. Systemaattisen katsauksen ja meta-analyysin perusteella vammaisten lasten riski altistua jollekin väkivallan muodolle oli lähes nelinkertainen muihin lapsiin verrattuna [9]. Riskiä lisäävät myös tilanteet, joissa lapsessa tulee ilmi piirteitä, jotka vanhemmat kokevat erityisen ärsyttäväksi [10,11].

Lapsen käytösongelmien suhde vanhemman lapseen kohdistamaan väkivaltaan ja rankaisevaan kasvatukseen on kaksisuuntainen [12]: käytöshäiriöt lisäävät vanhemman taholta tapahtuvan

”Käytösongelmien ja rankaisevan kasvatuksen suhde on kaksisuuntainen.”

kaltoinkohtelun riskiä, ja toisaalta kaltoinkohtelu ja rankaiseva kasvatus lisäävät lapsen käytösoireilua. Nuorilla väkivaltakokemuksia seuraavia käytöshäiriöitä on selitetty esimerkiksi väkivallan aiheuttaman tunnetason turtumisen, desensitisaation kautta [13].

Vanhempaan liittyvistä tekijöistä merkittäviksi riskitekijöiksi on nostettu nuori ikä ja matala koulutustaso [14], mielenterveysongelmat ja päihteiden käyttö [14,15,16] sekä rikoskäyttäytyminen [17].

Lisäksi tutkimukset ovat osoittaneet yhteyden vanhemman omien lapsuusajan väkivaltakokemusten ja myöhemmän väkivaltaisen käyttäytymisen välillä [15]. Laajan, pienten lasten äideille suunnatun kyselyn aineisto osoitti, että vakavaa fyysistä väkivaltaa lapseensa kohdistavia vanhempia yhdistivät tietyntylaiset väkivaltaan ja vanhemmuuteen liittyvät kokemukset [2,4]. Näillä vanhemmilla on enemmän omia lapsuudenkokemuksia ruumiillisesta kurituksesta, ja vakavan väkivallan lisäksi he käyttävät oman lapsensa kasvatuksessa myös lievämpiä, niin sanotun kuritusväkivallan muotoja (tukistus, luunappi yms.).

Vanhemman väkivaltaisella käyttäytymisellä on havaittu yhteys niin ikään tietyntylaisiin kasvatusasenteisiin [15,16] ja lapseen liittyviin epärealistisiin odotuksiin [16,17]. Väkivaltaisesti lastaan kohtaan käyttäytyvät vanhemmat ovat myös stressaantuneita useammin kuin muut vanhemmat [2,18].

Parisuhdeväkivaltaa ja lapseen kohdistuvaa väkivaltaa esiintyy varsin usein samoissa perheissä [mm. 19,20]. Perheen aikuisten välisen väkivallan on havaittu kasvattavan lapseen kohdistuvan väkivallan riskiä erilaisissa aineistoissa [21]. Zolotorin ym. [22] tutkimuksessa vanhemmat, jotka olivat osallisena vanhempien välisessä väkivallassa, raportoivat lapsen fyysistä pahoinpitelyä 2,5 kertaa useammin (95 %:n luottamusväli 1,1–5,97) ja henkistä väkivaltaa lähes kymmenkertaisesti (OR 9,58; 95 %:n luottamusväli 4,27–21,49) muihin vanhempiin verrattuna. Lapsen todistama väkivalta lisää sisään- ja ulospäin suuntautunutta oireilua sekä sosiaalisia ja akateemisia ongelmia [23]. Samoin väkivallan ylisukupolvisen siirtymisen riski on huomattava [24].

Perheeseen liittyvistä riskitekijöistä on kansainvälisesti tutkittu eniten perheen sosioekonomista asemaa ja siihen kytkeytyviä tekijöitä. Lapsiin kohdistuvan väkivallan riskitekijöiksi on osoitettu muun muassa perheen suuri lapsiluku, pienet tulot ja vanhempien työttömyys [15,25]. Kotimaisessa tutkimuksessa on kuitenkin raportoitu erilaisiakin tuloksia. Suomalaiseen aineistoon perustuvan tutkimuksen mukaan vanhempien työttömyyden ja taloushuolien yhteys väkivaltaan olisi heikentynyt 30 vuodessa [26,27]. On myös osoitettu, että erilaiset perhe-elämän kriisit [15,28] ovat yhteydessä lapsiin kohdistuvaan väkivaltaan.

LÄHISUHDEVÄKIVALLAN SEURAUKSET

Sadat tutkimukset osoittavat väkivallan olevan kasvatukseen tehokas. Rankaiseva kasvatus ja fyysinen väkivalta, myös niin kutsuttu kuritusväkivalta, lisäävät lapsen käytöksen ongelmia [29]. Tämän lisäksi lapsuudessa koetulla väkivallalla on muita vakavia haittavaikutuksia: väkivalta on riskitekijä kaikille väestössä yleisimmin esiintyvillä psykiatrisilla häiriöillä. Noin puolta lapsuusajan mielenterveyshäiriöistä edeltää yksi tai useampi väkivallan, laiminlyönnin tai muun perheeseen liittyvän haitallisen kokemuksen muoto, kuten vanhemman mielenterveys- tai päihdehäiriö [30].

Tuoreessa brittitutkimuksessa [31] kaltoinkohtelu yli kaksinkertaisti lapsen psyykkisen sairastumisen riskin lyhyellä seuranta-ajalla (mediaani 2,7 vuotta). Pitkittäistutkimukset osoittavat lapsena koetun väkivallan heikentävän psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista hyvinvointia pitkäkestoisesti aina aikuisuuteen saakka [mm. 32]. Lapsiin kohdistuvan väkivallan ehkäisyllä onkin kansanterveydellistä ja -taloudellista merkitystä.

Kaltoinkohtelevassa ympäristössä kasvaneet lapset reagoivat usein tavoilla, jotka ovat sopeutumista lisääviä lyhyellä aikavälillä, mutta aiheuttavat haavoittuvuutta pitkällä aikavälillä. Aivokuvantamistutkimusten perusteella laiminlyönti ja väkivalta aiheuttavat neurokognitiivisia muutoksia, jotka saavat lapset kokemaan maailman eri tavoin tovereihinsa verrattuna [33]. He ovat muun muassa herkistyneitä havaitsemaan uhasta ja vaarasta kertovia viestejä ympärillään, eivät motivoitu muiden lasten tavoin palkkiovihjeistä ja kokevat vaikeuksia tunteidensa säätelyssä ja oman toimintansa ohjauksessa. Kiinnostavaa on, että samoja neurokognitiivisia muutoksia tavataan myös monissa mielenterveyden häiriöissä, joiden riskiä väkivaltakokemukset lisäävät. Onkin esitetty, että nämä muutokset lisäävät myöhemmän psykopatologian ja psyykkisten häiriöiden riskiä, silloinkin kun lapsella ei vielä ole varsinaisia havaittavia häiriöitä [33,34]. Näiden eräänlaisesta piilevästä haavoittuvuudesta kertovien neurokognitiivisten muutosten huomioimisen ja ”uudelleen kalibroimisen” on esitetty muodostavan hedelmällisen lähtökohdan ennaltaehkäisevien ja hoidollisten interventioiden kehittämiselle. Tärkeää voi olla esimerkiksi uhan ja vaaran kokemuksille herkistyneen lapsen niin sanotun episteemisen luottamuksen lisääminen hoidon kautta.

”Väkivallan ylisukupolvisen siirtymisen riski on huomattava.”

Tällä tarkoitetaan luottamusta siihen, että toisen ihmisen tarkoitusperät ovat hyvät ja mieli hyväntahtoinen ja luotettava [33].

Kuten todettu, väkivallalla on lukuisia haittavaikutuksia, joiden esiintyvyyteen vaikuttavat koetun väkivallan luonne sekä lapseen ja ympäristöön liittyvät tekijät. Diagnoositasolla tarkasteltuna väkivaltakokemuksiin yhdistyy selkeimmin traumaperäinen stressihäiriö. Keskitymme tässä artikkelissa seuraavaksi sen vaikutusten kuvaamiseen.

Traumaperäinen stressihäiriö

Diagnostisesti traumaperäinen stressihäiriö (posttraumatic stress disorder, PTSD) edellyttää voimakasta traumaattista kokemusta kuten väkivaltaa. Oireista keskeisimpiä ovat traumaattisen tapahtuman uudelleen kokeminen toistuvina muistikuvina ja takauamina, traumaattisesta tapahtumasta muistuttavien asioiden välttäminen sekä ylivireysoireet. Eurooppalaisen epidemiologisen tutkimuksen mukaan DSM-5:n mukaisen traumaperäisen stressihäiriön elinaikainen esiintyvyys 18 ikävuoteen mennessä oli kahdeksan

prosenttia [35]. Suomessa vuonna 2019 traumaperäinen stressi-reaktio oli lasten- ja nuorisopsykiatrian avokäynnillä ja osastohoidossa pää- tai sivudiagnoosina 1 101:lla alle 18-vuotiaalla [36]. Vielä useammalla esiintyy toimintakykyä heikentäviä traumaperäisiä oireita, jotka eivät riitä täyttämään diagnostisia kriteerejä.

Väkivaltakokemukset ovat yleisin traumaperäiselle stressihäiriölle altistava tekijä [34]. Koetun väkivallan luonteen lisäksi traumaperäisen stressihäiriön todennäköisyys on riippuvainen yksilö- ja ympäristötekijöistä. Traumaattisen kokemuksen, myös väkivallan, jälkeisten oireiden spontaani paraneminen on yleistä erityisesti

”Lapset herkistyvät havaitsemaan uhasta ja vaarasta kertovia viestejä.”

välittömästi tapahtumaa seuraavina kuukausina. Kaikki väkivaltaa kokeneet lapset eivät siis tarvitse traumaoireisiin kohdennettua hoitoa, mutta lapsen voinnin seuraaminen on tärkeää.

Tyypillistä trauman kokeneille on kyvyttömyys nähdä trauma ajallisesti ja paikallisesti rajattuna tapahtumana, joka ei sinällään lisää tulevien katastrofien todennäköisyyttä [37]. Henkilö saattaa tehdä trauman pohjalta yleistyksiä maailman vaarallisuudesta, jolloin hän alkaa kokea aivan tavallisetkin tapahtumat vaarallisina. Uhka tuntuu todelliselta nykyhetken turvallisissakin tilanteissa, vaikka traumaattinen tilanne on jo ohi.

Yleistä on myös traumaattisen tilanteen aikaisten reaktioiden ja traumaperäisten oireiden tulkitseminen haitallisella tavalla. Esimerkiksi muistojen tunkeutuminen mieleen ja ylivirittyneisyys voivat tuntua merkeiltä hulluksi tulemisesta, kontrollin menettämisestä tai vaaratilanteesta. Tällaisia vinoutuneita yleistyksiä ja tulkin-toja on kutsuttu ylinegatiivisiksi posttraumaattisiksi kognitiivisiksi arvioiksi tai lyhyesti traumakognitioiksi.

Edellä kuvatun kaltaiset traumakognitiot vaikuttavat PTSD-oireiden pysyvyyteen [38,39]. Muutokset näissä kognitioissa näytävät puolestaan ennustavan PTSD-oireiden vähenemistä kognitiivis-behavioraalisten terapioiden aikana [40,41]. Ylinegatiiviset kognitiiviset arviot ylläpitävät traumaoireilua sekä tuottamalla negatiivisia tunteita, kuten pelkoa, vihaa tai häpeää, että tukemalla haitallisia käyttäytymismalleja.

Tyypillinen haitallinen käyttäytymismalli on traumaattisen kokemuksen tapahtumapaikan välttäminen. Välttämällä jatkuvasti tapahtumasta muistuttavia paikkoja tai asioita henkilö ei saa traumatapahtumaa korvaavaa kokemusta siitä, että kyseinen paikka tai asia ei itsessään ole vaarallinen, vaan kyse on muistosta, joka kyseiseen paikkaan liittyy.

Traumaattisen tapahtuman kokeneilla on myös taipumus yrittää välttää tapahtuman ja siitä muistuttavien asioiden ajattelua. Tutkimukset kuitenkin osoittavat, että mitä voimakkaammin traumaan liittyvien muistojen ajattelua pyritään välttämään, sitä enemmän tämä tapahtuma ja myös muut negatiiviset kokemukset tunkeutuvat mieleen [42,43].

TRAUMAN HOITOMALLIT JA NIIDEN TUTKIMUSNÄYTTÖ

Viimeaikaiset meta-analyysit ja katsaukset osoittavat, että lasten ja nuorten traumaoireita voidaan hoitaa ja traumaperäisiä häiriöitä ehkäistä psykologisten interventioiden avulla [44,45,46]. Tuoreen Käypä hoito -suosituksen perusteella näyttöä on etenkin koulu- ja nuoruusikäisten traumaperäisen stressihäiriön ja traumaoireiden psykologisen hoidon vaikuttavuudesta [47].

Tutkituin hoidoista on traumakeskeinen kognitiivinen käyttäytymisterapia. Sen muodoista vakuuttavinta näyttöä on saatu traumafokusoidusta KKT:sta (TF-KKT), joka soveltuu 7–18-vuotiaiden lasten ja nuorten traumaperäisen stressihäiriön ja traumaoireiden hoitoon. TF-KKT:n vaikuttavuutta arvioivia satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia on tehty maailmalla monenlaisissa aineistoissa erilaisiin traumakokemuksiin liittyen [ks. esim. 48].

Lapsen ei tarvitse täyttää traumaperäisen stressihäiriön diagnostisia kriteereitä hyötyäkseen TF-KKT-hoidosta. Joillakin lapsilla voi olla suhteellisen vähän tyypillisimpiä oireita, mutta he voivat kärsiä muunlaisista ongelmista tunteiden säätelyssä, käyttäytymisessä tai ihmissuhteissa. Toisaalta hoitomenetelmä on alustavan näytön perusteella toimiva myös silloin kun trauma on monimuotoinen ja laaja-alaisia säätelyhäiriöitä on toimintakyvyn eri osa-alueilla. Monimuotoisen trauman riskiä lisää varhaisten vuosien kiintymys-suhteisiin liittyvä jatkuva traumatilanne, jollainen on usein kyseessä vakavassa perheväkivallassa.

Hoidossa työskennellään lapsen ja vanhempien kanssa, sekä yhdessä että erikseen. Hoitoon kuuluu asteittainen altistaminen traumaan liittyville muistoille ja kokemuksille. Ydinkomponentteihin kuuluu myös traumaan liittyvien ajatusväristymien tarkastelu ja uudelleenmuotoilu, mikä vaikuttaa olevan oireiden lievittymisen kannalta yksi keskeinen traumahoitojen muutosmekanismi [49]. Traumakertomuksen ja trauman prosessoinnin vaiheessa lasta rohkaistaan tutkimaan, työstämään ja korjaamaan kognitiivisia vinoumia ja uskomuksia esimerkiksi kirjoittamalla ja keskustelemalla, mikä usein muuttaa tapahtumiin liittyvää kuvausta yhtenäisemmäksi ja johdonmukaisemmaksi [50]. Kuvio 1 esittää tarkemmin TF-KKT:n kulun ja komponentit.

KUVIO 1.

Traumafokusoidun KKT:n kulku ja komponentit



TF-KKT:n sovelluksista narratiivisesta altistusterapiasta (Narrative exposure therapy, NET ja sen lapsille muokattu versio KIDNET) on jonkin verran näyttöä erityisesti useille traumatapahtumille altistuneiden lasten hoidossa [49,51,52,53]. Keskeisimmät erot TF-KKT:an ovat monimutkaisen trauman käsittely narratiivisen altistuksen menetelmällä (sisältäen kronologisen etenemisen syntymästä nykyhetkeen) ja intervention rajaaminen noin kymmeneen tapaamiskertaan. Tutkimusnäyttö lasten osalta, myös Suomessa, perustuu toistaiseksi pieniin aineistoihin.

Teaching recovery techniques (TRT) hyödyntää niin ikään traumakeskeisen kognitiivisen käyttäytymisterapian (TF-KKT-

hoitomalli) teoriaa ja menetelmiä. Kyseessä on ennaltaehkäisevän mielenterveytyön ryhmäinterventio traumalle altistuneille lapsille ja heidän vanhemmilleen. On näyttöä, että luonnonkatastrofi- ja sotatraumien kokeneilla lapsilla traumaperäisen stressihäiriön oireet vähenivät enemmän TRT-interventoryhmässä kuin verrokiryhmässä. Menetelmällä oli vahva vaikutus masennusoireisiin, mielenterveyden ongelmiin ja traumaattisen suruun, mutta ei itse masennusdiagnoosiin. Mallin esittely ja arviointi löytyvät Kasvun tuki -tietolähteestä (<https://kasvuntuki.fi/tyomenetelmat/trt/>).

TRAUMAHOITOJEN KÄYTÄNNÖN TOTEUTTAMINEN

Traumatapahtumien käsittelemiseksi haluaisimme usein kuulla lapselta koherentin kertomuksen asioiden etenemisestä ja yksityiskohdista, mielellään kerrasta toiseen samanlaisena toistuvana. Tutkimus on kuitenkin osoittanut, että traumatisoituminen saattaa häiritä nimenomaan kontekstuaalisen tiedon, kuten ajan ja paikan, mieleen palauttamista ja tehdä muistoista pirstaleisia [42,54], etenkin lapsen omassa kokemusmaailmassa [55]. Sekä traumaattisiin kokemuksiin että traumaperäiseen stressihäiriöön näyttää lisäksi liittyvän elämäkertamuistiin kytkeytyvä muistikuvien yleistyneisyys ja vähentynyt tarkkuus [mm. 56].

Myös oikeuspsykologinen tutkimus on osoittanut, ettei lapsi – tai aikuinenkaan – kerro kokemistaan tapahtumista kerrasta toiseen samoin, vaan kuvaukset tapahtumista ovat jossain määrin erilaisia ja haastattelukertojen myötä täydentyviä [mm. 57]. Hoidon toteuttamisen kannalta huomioitava seikka on myös se, että trauma saattaa lisätä lapsen johdatteluherkkyttä [mm. 58]. Traumahoitoja toteuttavan on tärkeää ymmärtää sekä traumaattisten kokemusten vaikutus muistiin että yleiset muistin toiminnan periaatteet.

Kuten mainittu, lapsen kokemaa äärimmäinen stressi esimerkiksi pahoinpitelyn tai laiminlyönnin seurauksena muuttaa lapsen aivojen kehitystä [33,59]. Se saattaa vaikuttaa muun muassa lapsen kykyyn erottaa oikea väärästä ja ymmärtää toimintojen seurauksia [60]. Voi olla, että lapsella ei ole sanoja kokemuksilleen, vaikka hän haluaisikin niistä kertoa. Luonnollisesti tämä lisää lapsen ahdistusta. Pelkästään sen toteaminen, ettei kaikkia asioita pysty kertomaan sanoilla, voi helpottaa lasta.

On tärkeää muistaa, että vaikka ulkoinen uhka olisi poistunut esimerkiksi huostaanoton myötä, ei ole lainkaan selvää, että lapsen mielessä elävä uhan tunne olisi väistynyt. Lisäksi lapsen lojaalisuus vanhempia kohtaan on yleensä vahva. Lapset tekevät tulkintoja maailmasta kiintymyksen linssien läpi. On hyvin tärkeää tiedostaa, että lapsi haluaa nähdä laiminlyövä tai väkivaltaisenkin vanhempansa usein hyvänä ja arvostettavana. Lapsi saattaa kamppailla hyvin suuren sisäisen ristiriidan kanssa. Toisaalta hänellä saattaa olla halu kertoa ja keventää taakkaansa, toisaalta vahva ajatus siitä, että kertominen olisi osoitus vanhempien pettämisestä.

Traumafokusoitu hoito tuntuu hoitavista henkilöistä monesti haasteelliselta väkivaltaan liittyvissä tilanteissa. Usein lapset ja nuoret tarvitsevat rauhoittumista ja luottamuksen rakentamista suhteessa hoitavaan henkilöön ennen kuin pystyvät puhumaan historiastaan ja vaikeista tuntemuksistaan. Luottamuksellisen suhteen rakentaminen onkin ehdottoman välttämätöntä traumahoidon onnistumiselle.

Lisähaasteen tilanteeseen saattaa tuoda väkivaltakokemuksiin mahdollisesti liittyvä rikostutkinta, jonka kesto maassamme on usein valitettavan pitkä. Traumafokusoitunutta terapiaa ei tulisi aloittaa ennen lapsen kuulemistä rikosprosessissa, koska väkivalta tapahtumien käsittely hoidollisessa kontekstissa voi heikentää tutkimuksen laatua. Lapsella on silti oikeus viiveettömään tukeen ja

hoitoon, ja näissä tilanteissa kyseeseen tulevat terapeuttiset menetelmät, joissa keskitytään pärjäävyyden tukemiseen ja oireiden hallintaan.

Kirjallisuudessa keskustellaan siitä, tulisiko traumatisoituneille henkilöille tarjota niin sanottua vaiheittaista hoitoa. Siinä ensimmäisen vaiheen muodostaa vakauttava ja omia resursseja tukeva hoito ja toisen vaiheen varsinainen traumatapahtumien käsittely eli traumafokusoitu hoito. On epäselvää, olisiko hyödyllisempää ja tehokkaampaa mennä suoremmin tai yhtäaikaaisesti vakauttavien keinojen kanssa traumatapahtumien käsittelyyn, mikäli nimenomaan ne aiheuttavat ahdistusta ja pelkotiloja nykyhetkessä [61].

Alan kirjallisuudessa kaksivaiheista mallia on toisinaan kritisoitu traumaoireisiin kuuluvan välttelyn pitkittymisen pelossa. Traumatituneella lapsella tai nuorella on kova tarve välttää traumasta muistuttavia asioita. Paradoksaalista on, että mitä enemmän ihminen pyrkii välttämään vaikeita ajatuksia tai tuntemuksia, sitä herkemmin ja voimakkaammin ne pyrkivät mieleen tahdosta riippumatta. Siksi silläkin voi olla omat haitalliset seurauksensa, jos jäädään liian pitkään – jopa loputtomasti – vaiheeseen, jossa lapsen tai nuoren tilaa yritetään vakauttaa puuttumatta ongelman syihin.

”Traumahoidon onnistuminen vaatii luottamuksellisen suhteen.”

Lapsen tai nuoren kokemat takamat ja painajaiset saattavat lisääntyä, mikäli niiden syntyyn vaikuttaneita traumatilanteita ei päästä purkamaan, vaan puhutaan ainoastaan nykytilanteesta. Jos menneisyydessä on nykyhetken oireita tuottavia tapahtumia, lapsella olisi tärkeää olla henkilö, joka olisi valmis kohtaamaan ne yhdessä lapsen kanssa, eikä siis osallistuisi tilanteen välttelyyn.

Yhtä totuutta ei kenties olekaan, vaan hoito tulee aina toteuttaa hyvin yksilöllisesti, havainnoiden ja kunnioittaen. Ennen traumahoidon aloittamista tulee rakentaa luottamusta ja varmistua riittävästä sosiaalisesta tuesta ja henkilökohtaisista voimavaroista. Toisaalta on tartuttava epäroimättä sellaisiin lapsen tai nuoren elämää vaikeuttaviin traumatilanteisiin, joita käsittelemättä lapsi tai nuori ei voi jatkaa normaalia kehitystään.

LOPUKSI

Epättydyttävät palvelukokemukset eivät ole harvinaisia lapsiperheiden palveluissa [esim. 62], eivätkä varsinkaan lähisuuhdeväkivallan ongelmissa [esim. 63]. Itse asiassa epättydyttävät kokemukset palveluista yhdistävät lapsiaan kaltoinkohtelevia vanhempia [2,4]. He ovat hakeneet apua vanhemmuuteen liittyvissä ongelmissa, mutta pitävät saamaansa apua riittämättömänä ja epätarkoituksemukaisena. Nämä lapsiaan pahoinpitelevien vanhempien kokemukset ansaitsevat erityisen huomion, kun Suomessa parhaillaan pohditaan, onko meillä riittävästi palveluita, kehittyneitä väkivaltatyön muotoja ja sujuvia palvelupolkuja perheille, joissa esiintyy väkivaltaa [36,64].

Lähi-suhteissa tapahtuneet haitalliset kokemukset näyttävät lisäävän mielenterveyspalveluihin ohjautuneiden lasten hoidon tarpeen kiireellisyttä verrattuna lapsiin, joilla tällaisia kokemuksia ei ole [65]. Toisaalta palveluita kehitettäessä on tärkeää muistaa, että vain vähemmistölle väkivaltaa kokeneista lapsista kehittyy traumaperäinen stressihäiriö. Väkivallan seuraukset ovat hyvin yksilöllisiä ja moninaisia. Väkivaltaa kokenut lapsi voi tarvita pitkäkestoista ja vaativaa hoitoa esimerkiksi kiintymyssuhdehäiriöiden vuoksi.

Toisenlaisissa tilanteissa taas perhe voi hyötyä ryhmämuotoisesta lapsen käytösongelmiin kohdentuvasta tuesta tai lapsen hyvinvointia voi edistää parhaiten kotiin vietävä arjen konkreettinen tuki.

Osa väkivaltaa kokeneista lapsista voi saada riittävän avun perustason palveluista, mutta tämä edellyttää toimivia arviointikäytäntöjä ja konsultaatio- sekä työnohjausmahdollisuuksia. Parhaillaan on meneillään satunnaistettu kontrolloitu tutkimus, jossa analysoidaan TF-KKT:n vaikuttavuutta koulujen tarjoamissa mielen-terveyspalveluissa yhdistettynä hoidon toteuttajien motivaatiota ja

”Resilienssin vahvistaminen on tärkeää kehityksen tukemisessa.”

pystyvyyden tunnetta lisäävään implementaatiostrategiaan [66]. Myös meillä Suomessa on syytä pohtia, voisiko oppilashuollolla olla isompi rooli esimerkiksi nuorten yksittäisten väkivaltakokemusten aiheuttamien oireiden hoidossa silloin kun nuori ja hänen elämäntilanteensa ovat muutoin vakaita.

Kuten muidenkin psykososiaalisten menetelmien kohdalla, myös traumahoidoissa tulee muistaa, ettei pelkkä vaikuttavan menetelmän olemassaolo riitä. Menetelmän juurtuminen vaatii muun muassa toimivia konsultaatio- ja työnohjausmahdollisuuksia sekä menetelmäuskollisuuden seurantaa [67]. Juurtumista parantavina tekijöinä on korostettu käytäntöön linkittyvää oppimista, tavoite- ja tuloshakuihin hoito-otteeseen kouluttamista sekä organisaatioon kytkettyjen implementaation esteiden (esim. henkilöstön vaihtuvuus) huomioimista [68]. Implementaatioon liittyvät kysymykset on huomioitu myös TF-KKT-menetelmää parhaillaan jalkauttavassa Barnahus-hankkeessa.

Traumahoitoihin ja traumaoireiden arviointiin [69] voi toisinaan liittyä yksilötasolla myös ei-toivottuja vaikutuksia, kuten muihinkin psykososiaalisiin hoitoihin ja psykoterapioihin [70]. Tämän vuoksi riittävä osaaminen ja tutkimukseen perustuvat menetelmät ovat ehdottoman tärkeitä. Traumahoitojen historia on varsin kirjava, ja käytössä on ollut myös haitallisia hoitoja [71]. Yhä edelleen käytännöt ovat vaihtelevia, vaikka näyttöön pohjautuvien menetelmien saatavuus onkin vähitellen lisääntynyt [36,72].

Traumafokusoitua hoitoa tulee aina edeltää huolellinen arviointi. On tärkeää, ettei vaikeita mutta sinänsä elämään kuuluvia tapahtumia aleta hoitaa traumana silloin, kun se ei ole tarkoituksenmukaista. Tutkimuksissa on saatu viitteitä, ettei liian laava trauman määrittely palvele yksilön psyykkistä hyvinvointia ja joustavuutta [73].

Lopuksi on syytä todeta, että vaikka traumaperäisillä oireilla on merkittävä elämänlaatua heikentävä vaikutus, erilaisiin vaikeisiin kokemuksiin, jopa väkivaltakokemuksiin, voi liittyä myös posttraumaattista kasvua [72,74,75]. Resilienssin ja posttraumaattisen kasvun onkin todettu olevan välttämättömiä käsitteitä lasten mielen-terveyden ymmärtämiseksi [76,77]. Niillä tarkoitetaan joko oireiden puuttumista tai poikkeuksellisen hyvää selviytymistä erittäin kuormittavien elämäntilanteiden jälkeen [78,79]. Molempien on kuvattu johtavan ”valoon tunnelin päässä” [80].

Lapsuuden väkivaltakokemuksissa muun muassa perheen tuki, koettu kiitollisuus ja optimismi ovat mahdollisia suojaavia tekijöitä, jotka voivat lisätä resilienssiä ja posttraumaattista kasvua [72]. Tulovaikeudessa interventioita tulisikin kehittää enemmän lapsen yksilöllisiä vahvuuksia huomioiviksi. Resilienssin vahvistaminen on riskitekijöiden huomioimisen rinnalla tärkeä lähtökohta lähisuhdeväkivaltaa kokeneiden lasten kehityksen tukemisessa. ●

AVAINSANAT:

väkivalta, lapset, trauma, traumaperäinen stressihäiriö, palvelujärjestelmä

SIDONNAISUUDET:

Taina Laajasalo ja Kirsi Peltonen: Ei sidonnaisuuksia.

LÄHTEET:

- 1 Ikonen R & Helakorpi S (2019). Lasten ja nuorten hyvinvointi: Kouluterveyskysely, 2019. THL:n tilastoraportti 33/2019. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019091528281>
- 2 Peltonen K, Ellonen N, Pösö T ym. (2014). Mothers' self-reported violence toward their children: A multifaceted risk analysis. *Child Abuse & Neglect*, 38,1923–33.
- 3 Ellonen N, Peltonen K, Pösö T ym (2017). A multifaceted risk analysis of fathers' self-reported physical violence toward their children. *Aggress Behav* 43, 317–328. <https://doi.org/10.1002/ab.21691>
- 4 Tilastokeskus (2020). Rikos- ja pakkokeino-tilasto. Perhe- ja lähisuhdeväkivalta 2019. Haettu 20.3.2020. osoitteesta www.stat.fi/til/rpk/2019/15/rpk_2019_15_2020-06-02_tie_001_fi.html
- 5 Assink M, van der Put CE, Meeuwse MWCM ym. (2019). Risk factors for child sexual abuse victimization: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin* 145, 459–489.
- 6 Fagerlund M, Peltola M, Kääriäinen J ym. (2014). Lasten ja Nuorten väkivaltakokemukset 2013: Lapsiuhritutkimuksen tuloksia. Poliisi- ja rikos- ja pakkokeino-tilasto. Raportteja 110. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:fsd:T-FSD2943>
- 7 Finkelhor D, Hamby S, Ormrod R ym. (2005). The juvenile victimization questionnaire: Reliability, validity and national norms. *Child Abuse & Neglect* 29, 383–412.
- 8 Helweg-Larsen K, Schutt N & Larsen BØving H (2009). Unges trivsel År 2008. En undersøgelse med fokus på seksuelle overgreb og vold i barndom og tidlig ungdom. Statens Institut for Folkesundhed og Syddansk Universitet København.
- 9 Jones L, Bellis MA, Wood S ym. (2012). Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet* 8, 899–907.
- 10 Heinonen A & Ellonen N (2013). Are children with disabilities and long-term illnesses at increased risk of disciplinary violence? *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention* 14, 172–187.

- 11 Newton A & Vandeven A (2005). Update on child maltreatment with a special focus on shaken baby syndrome. *Current Opinion in Pediatrics* 17, 246–251.
- 12 Bauer A, Fairchild G, Halligan SL ym. (2021). Harsh parenting and child conduct and emotional problems: parent- and child-effects in the 2004 Pelotas Birth Cohort. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 18.3.2021. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01759-w>
- 13 Mrug S, Madan A, Cook EW 3rd ym. (2015). Emotional and physiological desensitization to real-life and movie violence. *Journal of youth and adolescence* 44, 1092–1108. <https://doi.org/10.1007/s10964-014-0202-z>
- 14 Nair P, Schuler M, Black M ym. (2003). Cumulative environmental risk in substance abusing women: Early intervention, parenting stress, child abuse potential and child development. *Child Abuse & Neglect* 27, 997–1017.
- 15 Clement ME & Bouchard C (2005). Predicting the use of single versus multiple types of violence towards children in a representative sample of Quebec families. *Child Abuse and Neglect* 29, 1121–1139. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.04.006>
- 16 DiLauro MD (2004). Psychosocial factors associated with types of child maltreatment. *Child welfare* 83, 69–99.
- 17 Ricci L, Giantris A & Merriam P ym. (2015). Abusive head trauma in Maine infants: medical, child protective, and law enforcement analysis. *Child Abuse & Neglect* 27, 271–283. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(03\)00006-1](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(03)00006-1)
- 18 Miller-Perrin C & Perrin R (2007). *Child maltreatment: An introduction*, 2. painos. Thousand Oaks, CA: Sage.
- 19 Brown SM, Rhoades GK, Marti CN ym. (2021). The Co-Occurrence of Child Maltreatment and Intimate Partner Violence in Families: Effects on Children's Externalizing Behavior Problems. *Child Maltreatment*, Jan 13, 1077559520985934. <https://doi.org/10.1177/1077559520985934>
- 20 Chan KL, Chen Q, Chen M (2021). Prevalence and Correlates of the Co-Occurrence of Family Violence: A Meta-Analysis on Family Polyvictimization. *Trauma, Violence, & Abuse* 22, 289–305. <https://doi.org/10.1177/1524838019841601>
- 21 Jouriles E, McDonald R, Slep A ym. (2008). Child abuse in the context of domestic violence: Prevalence, explanations, and practice implications *Violence and Victims* 23, 221–235.
- 22 Zolotor AJ, Theodore AD, Coyne-Beasley T ym. (2007). Intimate partner violence and child maltreatment: Overlapping risk. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 7, 305–321.
- 23 Kitzmann KM, Gayord NK, Holt AR ym. (2003). Child witness to domestic violence: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71, 339–352.
- 24 Holt S, Buckley H, Whelan S (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: a review of the literature. *Child Abuse Neglect* 32, 797–810. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.02.004>
- 25 Wolfner G & Gelles R (1993). A profile of violence toward children: A national study. *Child Abuse & Neglect* 17, 197–212. <https://doi.org/10.1080/014043858.2011.561621>
- 26 Ellonen N & Salmi V (2011). Poly-victimization as a Life Condition: Correlates of Polyvictimization among Finnish Children. *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention* 1, 20–44. <https://doi.org/10.1080/14043858.2011.561621>
- 27 Sariola H (1990). Lasten väkivalta ja seksuaalirikokset. Helsinki: Lastensuojelun keskusliitto.
- 28 Sprang G, Clark JJ & Bass S (2005). Factors that contribute to child maltreatment severity: a multi-method and multidimensional investigation. *Child abuse & neglect* 29, 335–350. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.08.008>
- 29 Gershoff ET & Grogan-Kaylor A (2016). Spanking and child outcomes: Old controversies and new meta-analyses. *Journal of Family Psychology* 30, 453–469.
- 30 Green JG, McLaughlin KA, Berglund PA ym. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. *Arch Gen Psychiatry* 67, 113–23. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.187
- 31 Chandan JS, Thomas T, Gokhale KM ym. (2019). The burden of mental ill health associated with childhood maltreatment in the UK, using The Health Improvement Network database: a population-based retrospective cohort study. *Lancet Psychiatry* 6, 926–934. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30369-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30369-4)
- 32 Felitti V, Anda RF, Nordenberg D ym. (2019). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med* 56, 774–786.
- 33 McCrory EJ, Gerin MI, Viding E (2017). Annual Research Review: Childhood maltreatment, latent vulnerability and the shift to preventative psychiatry - the contribution of functional brain imaging. *J Child Psychol Psychiatry* 58, 338–357. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12713>
- 34 McLaughlin K & Lambert HK (2017). Child trauma exposure and psychopathology: mechanisms of risk and resilience. *Current Opinion in Psychology* 14, 29–34.
- 35 Lewis SJ, Arseneault L, Caspi A ym. (2019). The epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder in a representative cohort of young people in England and Wales. *Lancet Psychiatry* 6, 247–256. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30031-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30031-8)
- 36 Laajasalo T (toim.) (2020). Miten toteutuu väkivaltaa kokeneen lapsen psykososiaalinen tuki? Tuki ja hoitomuodot sekä potentiaalisten lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten tekijöiden ehkäisevä kuntoutus. THL:n Raportti 17/2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-587-2>
- 37 Ehlers A & Clark DM (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy* 38, 319–345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
- 38 Bryant RA, Salmon K, Sinclair E ym. (2007). A prospective study of appraisals in childhood posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy* 45, 2502–2507. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.04.009>
- 39 Meiser-Stedman R, Dalgleish T, Glucksman E ym. (2009). Maladaptive cognitive appraisals mediate the evolution of posttraumatic stress reactions: A 6-month follow-up of child and adolescent assault and motor vehicle accident survivors. *Journal of Abnormal Psychology* 118, 778–787. <https://doi.org/10.1037/a0016945>
- 40 Iverson KM, King MW, Cunningham KC ym. (2015). Rape survivors' trauma-related beliefs before and after Cognitive processing therapy: associations with PTSD and depression symptoms. *Behaviour research and therapy* 66, 49–55. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.01.002>
- 41 Zalta AK, Gillihan SJ, Fisher AJ ym. (2014). Change in negative cognitions associated with PTSD predicts symptom reduction in prolonged exposure. *Journal of consulting and clinical psychology* 82, 171–175. <https://doi.org/10.1037/a0034735>
- 42 Dalgleish T, Hauer B & Kuyken W (2008). The Mental Regulation of Autobiographical Recollection in the Aftermath of Trauma. *Current Directions in Psychological Science* 17, 259–263. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2008.00586.x>
- 43 Geraerts E, Merckelbach H, Jelicic M ym. (2007). Suppression of intrusive thoughts and working memory capacity in repressive coping. *The American Journal of Psychology* 120, 205–218.
- 44 Gutermann J, Schreiber F, Matulis S ym. (2016). Psychological treatments for symptoms of posttraumatic stress disorder in children, adolescents, and young adults: a meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review* 19, 77–93. <https://doi.org/10.1007/s10567-016-0202-5>
- 45 Dorsey S, McLaughlin KA, Kerns SEU ym. (2017). Evidence Base Update for Psychosocial Treatments for Children and Adolescents Exposed to Traumatic Events. *Journal of Child and Adolescent Psychology* 46, 303–330.

- 46 Luoma I, Peltola M & Darth M (2020). Väkivaltaa kokeneen lapsen näyttöön pohjautuva hoito. Teoksessa Laajasalo T (toim.): Miten toteutuu väkivaltaa kokeneen lapsen psykososiaalinen tuki? Tuki ja hoitomuodot sekä potentiaalisten lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten tekijöiden ehkäisevä kuntoutus. THL:n Raportti 17/2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-587-2>
- 47 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Traumaperäinen stressihäiriö (posttraumatic stress disorder, PTSD). Käypä hoito -suositus 9.1.2020. www.kaypahoito.fi
- 48 Lenz AS & Hollenbaugh KM (2015). Meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy for treating PTSD and co-occurring depression among children and adolescents. *Counseling Outcome Research and Evaluation* 6, 18–32.
- 49 Kangaslampi S & Peltonen K (2019). Mechanisms of change in psychological interventions for posttraumatic stress symptoms: A systematic review with recommendations. *Current Psychology* 10.12.2019. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00478-5>
- 50 Knutsen M & Jensen T (2019). Changes in the trauma narratives of youth receiving trauma-focused cognitive behavioral therapy in relation to posttraumatic stress symptoms. *Psychotherapy Research* 29, 99–111. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1303208>
- 51 Ertl V, Pfeiffer A, Schauer E ym. (2011). Community-implemented trauma therapy for former child soldiers in Northern Uganda: A randomized controlled trial. *JAMA* 306, 503–512. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1060>
- 52 Catani C, Kohiladevy M, Ruf M ym. (2009). Treating children traumatized by war and tsunamis: A comparison between exposure therapy and meditation relaxation in North-East Sri Lanka. *BMC Psychiatry* 9, 22. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-9-22>
- 53 Ruf M, Schauer M, Neuner F ym. (2010). Narrative exposure therapy for 7- to 16-year-olds: A randomized controlled trial with traumatized refugee children. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 437–445. <https://doi.org/10.1002/jts.20548>
- 54 Salmond CH, Meiser-Stedman R, Glucksman E ym. (2011). The nature of trauma memories in acute stress disorder in children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines* 52, 560–570. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02340.x>
- 55 McGuire R, Hiller RM, Ehlers A ym. (2021). A longitudinal investigation of children's trauma memory characteristics and their relationship with posttraumatic stress disorder symptoms. *Res Child Adolesc Psychopathol*, Feb 3. <https://doi.org/10.1007/s10802-021-00773-5>
- 56 Ono M, Devilly GJ & Shum DHK (2016). A meta-analytic review of overgeneral memory: The role of trauma history, mood, and the presence of posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 8, 157–164. <https://doi.org/10.1037/tra0000027>
- 57 Szojka ZA, Nicol A & La Rooy D (2020). Narrative coherence in multiple forensic interviews with child witnesses alleging physical and sexual abuse. *Applied Cognitive Psychology* 34, 943–960. <https://doi.org/10.1002/acp.3673>
- 58 Vagni M, Maiorano T & Pajardi D (2021). Effects of post-traumatic stress disorder on interrogative suggestibility in minor witnesses of sexual abuse. *Curr Psychol*, Jan 4. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01253-7>
- 59 Howard S & Crandall M (2007). Post Traumatic Stress Disorder What Happens in the Brain? *Journal of the Washington Academy of Sciences* 93, 1–17. <http://www.jstor.org/stable/24536468>
- 60 Smetana JG (2006). Social-cognitive domain theory: Consistencies and variations in children's moral and social judgments. Teoksessa Killen M & Smetana JG (toim.): *Handbook of moral development*, 119–153. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- 61 Cloitre M (2015). The "one size fits all" approach to trauma treatment: should we be satisfied? *European journal of psychotraumatology* 6, 27344. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.27344>
- 62 Perälä M-L, Salonen A, Halme N ym. (2011). Miten lasten ja perheiden palvelut vastaavat tarpeita? Vanhempien näkökulma. Raportti 36. Helsinki: THL.
- 63 Ojuri A (2004). Väkipalta naisen elämän varjona: tutkimus parisuhdeväkipalttaa kokeneiden naisten elämänkulusta ja selviytymisestä. Väitöskirja. Rovaniemi: Lapin yliopisto.
- 64 Husso M, Virkki T, Holma J ym. (2014). Väkipallan kohtaamisen käytännöt ja kehittämisprojektien sudenkuopat. Teoksessa Haverinen R, Kuronen M & Pösö T (toim.): *Sosiaalihuollon tila ja tulevaisuus*, 261–282. Tampere: Vastapaino.
- 65 Marshall C, Semovski V & Stewart SL (2020). Exposure to childhood interpersonal trauma and mental health service urgency. *Child Abuse & Neglect* 106. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104464>
- 66 Lyon AR, Pullmann MD, Dorsey S ym. (2021). Protocol for a hybrid type 2 cluster randomized trial of trauma-focused cognitive behavioral therapy and a pragmatic individual-level implementation strategy. *Implement Sci* 16, 3. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01064-1>
- 67 Powell BJ, Patel SV, Haley AD ym. (2020). Determinants of implementing evidence-based trauma-focused interventions for children and youth: A systematic review. *Adm Policy Ment Health* 47, 705–719. <https://doi.org/10.1007/s10488-019-01003-3>
- 68 Amaya-Jackson L, Hagele D, Sideris J ym. (2018). Pilot to policy: statewide dissemination and implementation of evidence-based treatment for traumatized youth. *BMC Health Serv Res* 18, 589. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3395-0>
- 69 Greene MC, Kane JC, Bolton P ym. (2020). Assessing trauma and related distress in refugee youth and their caregivers: should we be concerned about iatrogenic effects? *Eur Child Adolesc Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01635-z>
- 70 Sailas E, Heimola M & Stenberg J-H (2019). Psykoterapian haitat - ei vain ruusutarhaa. *Duodecim* 135, 1377–1384. <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo15040>
- 71 Lilienfeld S (2007). Psychological Treatment That Cause Harm. *Perspectives on Psychological Science* 2, 53–70. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2007.00029.x>
- 72 Schäfer I, Hopchet M, Vandamme N ym. (2018). Trauma and trauma care in Europe. *European Journal of Psychotraumatology*, 9. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1556553>
- 73 Jones PJ & McNally RJ (2020). Does broadening one's concept of trauma undermine resilience? Preprint, May 11. <https://doi.org/10.31234/osf.io/5ureb>
- 74 Alisic E, van der Schoot TA, van Ginkel JR ym. (2008). Looking beyond posttraumatic stress disorder in children: posttraumatic stress reactions, posttraumatic growth, and quality of life in a general population sample. *J Clin Psychiatry* 69, 1455–61. doi: 10.4088/jcp.v69n0913
- 75 Kaye-Tzadok A, Davidson-Arad B (2016). Posttraumatic growth among women survivors of childhood sexual abuse: Its relation to cognitive strategies, posttraumatic symptoms, and resilience. *Psychol Trauma* 8, 50–558. <https://doi.org/10.1037/tra0000103>
- 76 Howard S, Dryden J & Johnson B (1999). Childhood resilience: Review and critique of literature. *Oxford Review of Education* 25, 307–323. <https://doi.org/10.1080/030549899104008>
- 77 Luthar SS & Cicchetti D (2000). The construct of resilience: implications for interventions and social policies. *Development and psychopathology* 12, 857–885. <https://doi.org/10.1017/s0954579400004156>
- 78 Masten AS & Reed M (2002). Resilience in development. Teoksessa Snyder CR & Lopez SJ (toim.): *Handbook of positive psychology*, 74–88. Oxford University Press.
- 79 Ungar M, Ghazinoor M & Richter J (2013). Annual Research Review: What is resilience within the social ecology of human development? *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines* 54, 348–366. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12025>
- 80 Almedom AM (2005). Resilience, hardiness, sense of coherence, and posttraumatic growth: all paths leading to "light at the end of the tunnel"? *Journal of Loss and Trauma* 10, 253–265. <https://doi.org/10.1080/15325020590928216>