

**KUINKA AUTTAA TRAUMATISOITUNUTTA LASTA SIJAISHUOLLOSSA
– VIDEOSARJA SIJAISHUOLLON TYÖNTEKIJÖILLE**



Opinnäytetyö

Sairaanhoitaja

Syksy 2021

Kari Tonteri

Karoliina Sysiharju

Sairaanhoidtaja

Tiivistelmä

Visamäki

Tekijä Karoliina Sysiharju, Kari Tonteri

Vuosi 2021

Työn nimi Kuinka auttaa traumatisoitunutta lasta sijaishuollossa – videosarja sijaishuollon työntekijöille

Ohjaajat Leena Packalén, Hanna Naakka

TIIVISTELMÄ

Lastensuojeluun kohdistuu yhä suurempaa painetta: kiireellisten sijoitusten ja lastensuojeluilmoitusten määrä on viime vuosina ollut kasvussa. Lisäksi laitoksiin sijoitetaan psyykkisesti yhä sairaampia lapsia, ja pahimmillaan laitoshoidolla on paikattu psykiatrisen laitoshoidon puutteita.

Traumaperäinen oireilu on sijaishuollon lapsilla ja nuorilla yleistä. Opinnäytetyön tavoitteena ja produktina oli tuottaa tilaajaorganisaatiolle koulutuksellinen videosarja, joka antaisi perustiedot psyykkisestä traumatisoitumisesta, lasten ja nuorten traumaperäisestä oireilusta sekä kyseisen oireilun vakauttamisesta.

Toteutettu videosarja pohjautuu ajantasaisiin traumateorioihin. Videosarjan koostamisessa on hyödynnetty psykoterapiaviitekehysesessä käytettyä teoriaa traumasta vireystilan säätelyn häiriönä, sekä polyvagaaliteoriaa. Videosarjan teoreettinen viitekehys nivoutuu myös tutkimuksiin lapsuudenajan kielteisten kokemusten vaikutuksista psyykkiseen ja fyysiseen sairastavuuteen sekä teoriaan kehityksellisestä traumasta.

Tilaajaorganisaatio on Viialan Kotikolo Oy, joka on seitsenpaikkainen sijaishuollon yksikkö. Yksikön seitsemästä työntekijästä videosarjan pilotointiin osallistui neljä.

Tilaajaorganisaation ennakkokäsityksiä ja toiveita kartoitettiin työntekijöille jaettavalla ennakkokyselylomakkeella. Videosarjan tavoitteiden toteutumista puolestaan kartoitettiin palautelomakkeella. Palautelomakkeiden pohjalta saadun arvion mukaan videosarja toteutti tarkoitustaan hyvin. Palautteissa tuotiin myös esille myös, että videosarjaa voitaisiin jatkojohdyntää muun muassa opiskelijoiden kouluttamisessa, sekä käyttää valikoidusti myös lastenkodin nuorille tarjottavana psykoedukaationa.

Avainsanat Mielenterveystyö, traumatisoituminen, lastensuojelu, sijaishuolto

Sivut 45 sivua ja liitteitä 7 sivua

Author Karoliina Sysiharju, Kari Tonteri

Year 2021

Subject How to help a traumatized child in foster care settings – a video series for foster care professionals

Supervisors Leena Packalén, Hanna Naakka

ABSTRACT

The Finnish foster care system is under pressure: the amount of emergency placements and child welfare notifications has been on the rise. In addition, the children placed in foster care units are increasingly burdened with psychiatric symptoms, the shortages in provided psychiatric care are met within the foster care units.

Trauma related symptoms are common in foster care children. The purpose of this functional thesis was to produce a video series which would provide basic information about psychologic traumatization, information about trauma related symptoms in children and adolescence, and information about trauma stabilization.

The video series is based upon current trauma theories, such as sensomotoric psychotherapy's view of trauma as dysfunctional alertness. In addition, polyvagal theory is utilized, such is Felitti's research in adverse childhood experiences (ACE-studies) and Van der Kolk's theory of developmental trauma.

The customer is Viialan Kotikolo Oy, a foster care unit with seven placements. Out of unit's seven professional, four participated in the piloting of the video series. Prior to the piloting, customer foreknowledge and customer needs were assessed using a questionnaire. After the piloting, customer satisfaction was assessed using a customer feedback questionnaire.

The customer feedback questionnaire implied that the video series fulfilled its purpose. The customer's view was that the video series could be also utilized in introduction of students and as a psychoeducation provided for the foster care youth.

Keywords psychiatric nursing, traumatization, child protection, foster care

Pages 45 pages and appendices 7 pages

Sisällys

1	Johdanto	1
1.1	Traumapsykologian historiaa	2
1.2	Traumatutkimus 1800-luvulla	3
1.3	Traumatutkimus 1900-luvulla ja siitä eteenpäin	3
1.4	Sodan vaikutus traumatutkimukseen Yhdysvalloissa	5
2	Työn teoriaperusta	6
2.1	Trauma vireystilan säätelyn häiriönä	6
2.1.1	Ylivireyden tasaaminen	10
2.1.2	Alivireyden tasaaminen	10
2.1.3	Polyvagaaliteoria – vagushermon rooli vireystilan säätelyssä	11
2.1.4	Vakauttaminen traumatyössä	13
2.2	Traumaperäinen stressihäiriö	13
2.2.1	Akuutti stressihäiriö ja akuutti stressireaktio	14
2.2.2	Traumaperäinen stressihäiriö (PTSD)	15
2.3	Psyykinen trauma ja lapsuuden ajan kielteiset kokemukset	16
2.3.1	Traumaperäinen oireilu kouluikäisillä ja teini-ikäisillä	19
2.3.2	Resilienssi traumasta selviytymisessä	22
2.4	Terapeuttinen laitoshoido	23
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	27
3.1	Opinnäytetyön videosarja mielenterveystyön kontekstissa	31
4	Videosarjan tekoprosessi	33
4.1	Ennakkokysely Kotikolo Oy:n henkilökunnalle	34
4.2	Videokäsikirjotuksen laatiminen ja videosarjan tuottaminen	35
5	Johtopäätökset ja pohdinta	37
	Lähteet	40

Liitteet

Liite 1	Saatekirje traumakoulutukseen osallistuville
Liite 2	Ennakkokysely Kotikolon työntekijöille
Liite 3	Palautelomake videosarjasta
Liite 4	ICD–10 luokitus traumaperäiselle stressihäiriölle

1 Johdanto

Vuonna 2019 kodin ulkopuolelle sijoitettuna oli kaikkiaan 18 928 lasta ja nuorta.

Lastensuojeluun on kohdistunut yhä suurempaa painetta: vuodesta 2018 vuoteen 2019 kiireellisten sijoitusten määrä kasvoi neljä prosenttia ja lastensuojeluilmoitusten määrä seitsemän prosenttia. (Tilastokeskus, 2020) Koronaviruspandemiaan liittyvien rajoitustoimien vaikutusta lastensuojelun kokonaisuuteen ei vielä tiedetä – on kuitenkin syytä olettaa, että lomautukset, etäkoulu, virike- ja harrastustoiminnan rajoitukset voivat lisätä entisestään lastensuojeluun kohdistuvaa painetta.

Lastensuojelun sijaishuollolla tarkoitetaan lapsen hoidon ja kasvatuksen järjestämistä kodin ulkopuolella. Sijaishuoltoon sijoittaminen voi tapahtua huostaanoton, kiireellisen sijoituksen tai väliaikais määräyksen nojalla. Sijaishuollon edellytyksenä on, että kotiooloissa lapsen kasvatusta ja kehitystä häiriintyisivät. (Lastensuojelulaki 417/2007)

Sosiaali- ja terveysministeri asetti vuoden 2019 maaliskuussa työryhmän kartoittamaan sijaishuollon tilaa ja laatimaan esityksen lastensuojelulakiin tehtävästä muutoksesta vaativan sijaishuollon osalta. Työryhmän selvityksen loppuraportissa tuodaan esiin nykyisen palvelujärjestelmän toimimattomuus: ennaltaehkäisevät sosiaali- ja terveyspalvelut eivät tavoita lapsia ja nuoria riittävän tehokkaasti. Lisäksi työryhmän loppuraportissa nostetaan esiin puutteita lasten- ja nuorten mielenterveyspalveluissa. Perusterveydenhuollosta lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut puuttuvat usein kokonaan, lisäksi psykiatrisen laitoshoidon ja pitkäaikaisen psykiatrisen kuntoutuksen järjestäminen on vähentynyt. Raportissa todetaan yksiselitteisesti, että pitkäaikaisen psykiatrisen kuntoutuksen järjestäminen on riittämätöntä. Käytännössä tämä on lisännyt lastensuojelulaitoksiin kohdistuvaa painetta: laitoksiin sijoitetaan psyykkisesti yhä sairaampia lapsia, lisäksi sijoituksilla on paikattu psykiatrisen laitoshoidon puutteita. Psykiatrisen oireilu ja sairastavuus on sijoitetulla lapsilla ja nuorilla verrokkiryhmiä yleisempää. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2020, ss. 16–18) Psykiatrisen hoitojärjestelmän puutteet heikentävät tämän jo valmiiksi haavoittuvan ryhmän asemaa entuudestaan.

Lastensuojelun laitoshoidon kehittämiseksi on tehty viranomaisten aloitteesta mallinnuksia (Eronen & Laakso, 2016), lisäksi on selvitetty lastensuojelun vaativan sijaishuollon uudistamista. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2020) Erääksi keskeiseksi kehittämiskohteeksi kyseisissä selvityksissä on nostettu riittävän psykiatrisen hoidon saatavuus lastensuojelussa. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on osaltaan vastata kysymykseen siitä, kuinka psykiatrisen hoitotyön näkökulmaa voitaisiin jalkauttaa sijaishuollon yksiköiden toimintaan. Psykiatrisen hoitotyön jalkauttaminen lastensuojelun kentälle voisi parhaimmillaan osaltaan parantaa sijaishuollon vaikuttavuutta, luoda pitkän aikavälin kustannussäästöjä sekä ennen kaikkea antaa sijoitetuille lapsille lisää eväitä tulevaisuuteen. HUSin lastenpsykiatrian linjajohtaja Leena Repokari on todennut, että lasten ja nuorten sijaishuollon laitoksissa viettämä aika on viimeinen hetki tehdä panostus näihin lapsiin ja nuoriin (THL, 2017). Tällä hän lienee tarkoittanut sitä, että sijaishuollon piirissä ollessaan lapset ja nuoret ovat vielä suhteellisen helposti tavoitettavissa ja tulevaan mahdolliseen syrjäytymiskehitykseen voisi vaikuttaa.

Tämä opinnäytetyö on tehty yhteistyössä Viialan Kotikolo Oy:n kanssa, joka on seitsemänpaikkainen perustason sijaishuollon yksikkö. Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa yksikön työntekijöille videosarja, joka antaa työntekijöille perustiedot traumasta, lasten ja nuorten traumaperäisestä oireilusta sekä traumaperäisen oireilun vakauttamisesta.

1.1 Traumapsykologian historiaa

Niin kuin kaikkeen lääketieteen kehittymiseen, myös traumatutkimukseen ja traumojen tunnistamiseen liittyy oma historiansa. Traumatutkimuksesta ja sen historiasta on saatavilla tietoa pitkältikin ajalta, vaikka trauman historia onkin hyvin katkonaista. Itse trauman tunnistaminen keskittyikin lähinnä vain viime vuosisatoihin. Katkonaisuudella tarkoitetaan lähinnä sitä, että tehtyjä traumatutkimuksia on saatettu välillä niin sanotusti kadottaa tai unohtaa kokonaan joksikin ajoiksi. Trauman ymmärtämisen ja traumatutkimuksen kehittymistä on pystytty seuraamaan kuitenkin historiasta, vaikka trauma termistönä ei olla aina käytetty.

1.2 Traumatutkimus 1800-luvulla

Vaikka modernin lääketieteen historiaa voidaan kartoittaa jopa antiikin kreikkaan asti (Leikola, 2014, s. 152), edetään traumatutkimuksen historian saralla kuitenkin jopa 1800-luvulle asti. Trauman historiaa on pystytty tarkastelemaan hysteria-termin kautta. Leikolan (2014, s. 163) mukaan termi hysteria on traumatutkimuksen historian kartoittamisessa toimiva termi, koska sen koetaan sisältävän paljon samankaltaisia piirteitä kuin nykyisin käytetty dissosiaatiohäiriön käsite. (Leikola, 2014, ss. 163–165)

Ensimmäisiä hysterian oirehdinnan ja lapsuuden trauman yhdistäviä tekijöitä koskevia empiirisiä tutkimuksia teki vuotena 1859 psykiatri nimeltä Pierre Briquet (1796–1881). Briquet suoritti 501 potilasta käsittävän tutkimuksen, jossa todettiin yli puolella jonkin sairauden etiologiseksi syyksi jonkin lapsuudessa koetun traumatisoivan tekijän. Tämä on tiettävästi ensimmäinen vastaavanlainen tutkimus aiheesta. (Leikola, 2014, ss. 163–165)

Tiettävästi ensimmäinen henkilö, joka tutki hysterian ja trauman välisiä yhteyksiä systemaattisesti oli nimeltään Jean-Martin Charcot (1825–1893). Charcot'n tutkimuksista inspiroituneena omisti Pierre Janet (1859–1947) elämäntyönsä trauman teorian ja vaiheittaisen hoitomallin kehittämiseen. Hysteriaa alettiin nimenomaan Briquet'n ja Charcot'n elämäntöiden vuoksi pitämään psyykkisenä sairautena ja seurauksena emotionaalisisista häiriöistä. (Leikola, 2014, ss. 163–165)

1800-luvun lopulla Charcot'n kuoltua, tapahtui hyvin merkittävä muutos traumatutkimuksen etenemisessä. Charcot'n omistamassa sairaalassa hänen kuoltuaan alettiin esimerkiksi olettaa, että hysteriaan ja dissosiaatioon liittyvät oirehdinnat olisivat teeskentelyä, mikä taas vaikutti huomattavasti näiden kiinnostavuuteen tai asioiden tutkimisen edistymiseen. (Leikola, 2014, ss. 163–165)

1.3 Traumatutkimus 1900-luvulla ja siitä eteenpäin

1900-luvun alkupuolella koettiin kato traumatutkimuksen kohdalla. Aihetta käsiteltiin vain harvoin ja tämä kato kesti jopa vuosikymmeniä. Ei osata varmasti sanoa, johtuuko tämä aiheen unohtumisesta, vai liittyykö aiheen tutkimisen vähenemiselle muita syitä. Yksi

mahdollinen syy voi olla Sigmund Freudin (1856–1939) vaikutteet varsinkin dissosiaatioon ja sen tutkimiseen. Myöhemmin Freud kuitenkin hylkäsi omia näkemyksiään esimerkiksi dissosiaatiosta ja korvasi näitä torjunta-mallillaan. (Leikola, 2014, s. 165) Torjunta-mallilla eli regressiolla, tarkoitetaan mielen taantumista lapsenomaisempaan ajatteluun (Kustannus Oy Duodecim, 2016).

Toinen mahdollinen vaikuttaja voi olla vuonna 1911 lanseerattu käsite skitsofrenia, jonka oirehdinnassa löydettiin paljon päällekkäisyyttä hysterian ja sen oireiston kanssa. Tämän skitsofrenian käsite kuitenkin historiatutkimusten mukaan hieman poikkeaa nykyisen skitsofrenian kanssa ja todennäköisesti muistutti enemmän nykyisen dissosiativisen identiteettihäiriön oireistoa. (Leikola, 2014, ss. 165–166)

Myös molempien maailmansotien aikana on hieman tutkittu erilaisia traumaoirehdintoja, mutta nämä tutkimukset ovat jääneet hieman lyhytaikaisemmiksi. Noin 1970–80-luvuilla tutkijat alkoivat kiinnostua uudestaan traumaa kohtaan. Muun muassa vuonna 1980 traumaperäisen stressihäiriön, eli PTSD:n diagnoosi saavutti virallisen aseman DSM-III-järjestelmän tultua käyttöön. Tähän on yhdistetty esimerkiksi keskitysleirien kokeneiden ihmisten, Vietnamin sodan veteraanien, sekä naisasialiikkeen aktiivisen toiminnan vaikutukset. DSM-III-järjestelmän kehitykseen on vaikuttanut myös esimerkiksi Pierre Janet'n teorioiden niin sanottu uudelleen löytyminen. (Leikola, 2014, ss. 165–166)

Traumaperäisen stressihäiriön virallistuminen diagnoosina vaikutti kuitenkin suuresti traumatutkimukseen 1980-luvulla ja aiheutti huomattavan nousun traumatutkimuksessa ja sen laadussa. Kun siirryttiin 1990-luvulle, alettiin nähdä vielä laajemmin traumatisoitumista. Tutkijat alkoivat huomaamaan, kuinka traumatisoituminen voi alkaa jo omista perheistä, lähipiireistä ja lasten kasvuympäristöistä. Tämän asian huomaamisen jälkeen traumatutkimus alkoi keskittymään enemmän esimerkiksi lasten seksuaaliseen hyväksikäyttöön ja hyväksikäytön kokemusten seuraamuksiin. Vähitellen traumatutkimus on kehittynyt vielä eteenpäin ja on todettu, että varhaisissa kehitysvaiheissa syntynyt emotionaalinen traumatisoituminen voi johtua muistakin asioista, kuin vain seksuaalisesta hyväksikäytöstä. (Leikola, 2014, ss. 165–166)

1.4 Sodan vaikutus traumatutkimukseen Yhdysvalloissa

Historiallisesti, traumaattisen stressin oireita on kirjattu armeija-, sekä siviiliväestössä. Yhdysvalloissa aikaisia sodan aiheuttamia stressireaktioita kuvattiin Yhdysvaltain sisällissodan aikaan. Sisällissodassa sotilaiden stressireaktioita kuvattiin sanoilla kuten "soldier's heart" ja "nostalgia". Samoihin aikoihin, kun sodankäynnin tekniikat ja toimintasuunnitelmat alkoivat kehittyä, muuttuivat myös sotilaiden stressireaktioiden kuvaukset. Ensimmäisessä maailmansodassa runsaan räjähteiden käytön aiheuttamaa psyykkistä häiriötä kutsuttiin termillä "shell shock", jota myöhemmin termin yleistyttyä käytettiin myös yleisemmin sodassa aiheutuneiden stressireaktioiden tai psykoottisten oireiden kuvauksena. (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014, s. 267)

Siviilipuolella teollisuuden kehittymisen myötä työtapaturmien suuruus ja dramaattisuus kasvoi huomattavasti, mikä taas lisäsi työperäisiä stressireaktioita ja traumakokemuksia. Vaikka termillä "shell shock" viitattiin sotilaiden kokemia fyysisiä kokemuksia, oli armeijassa kuitenkin asennoitunut niin, että traumaattiset stressireaktiot olivat vain virheitä sotilaiden luonteessa. Esimerkiksi sotilaan kokemia stressireaktioita saatettiin ajatella vain koti-ikävä oirehdintana. Toisen maailmansodan aikaan sotilaita seulottiin yrityksenä tunnistaa yksilöt "jotka kärsivät moraalisesta heikkoudesta", mikä taas esti heitä liittyvän sotilasjoukkoihin. Samaan aikaan toisen maailmansodan aikaan kehitettiin uusia hoitokeinoja sotaan liittyviin traumakokemuksiin. Yksi uusi hoitokeino oli esimerkiksi hoitaa sotilaiden "sotaväsymystä" antamalla heille aikaa levätä ennen kuin he palasivat sotarintamalle. (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014, s. 267)

Korean ja Vietnamin sodan aikana hoitoon lähestyminen alkoi keskittymään enemmän terapian muotoihin, kuten keskusteluun. Vasta Vietnamin sodan jälkeen vaihtoehtoiset hoitokeinot alkoivat lisääntymään. Tähän aikaan esimerkiksi Yhdysvaltojen veteraaniministeriö kehitti ryhmäterapian posttraumaattisesta stressireaktiosta kärsiville. Ryhmäterapia oli valtiolle edullista, sekä ryhmäterapia koettiin hyödylliseksi esimerkiksi veteraaneille. (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014, s. 267)

2 Työn teoriaperusta

Potentiaalisesti traumatisoivalle tapahtumalle altistuu elämänsä aikana 50–80% länsimaiden väestöstä (Hedrenius & Johansson, 2016, s. 23) Traumaperäisen oireilun esiintyvyys sijaishuollon lasten ja nuorten keskuudessa on yleistä, joidenkin arvioiden mukaan liki 90 % (Dorsey, ym., 2012).

Tässä opinnäytetyössä toteutettu videosarja pohjautuu ajantasaisiin traumateorioihin. Videosarjan koostamisessa on hyödynnetty sensomotorisen psykoterapian viitekehystä tunnettua käsitystä traumasta vireystilan säätelyn häiriönä (Odgen & Kekuni, 2000; Van Der Kolk, 2018). Kyseistä viitekehystä käyttävät Suomessa muun muassa myös koulutuspsykoterapeutit. (Ks. Esim. Kirvesmäki ym., 2019) Aihe nivoutuu myös tutkimuksiin lapsuuden aikaisten kielteisten kokemusten vaikutuksista aikuisiän psyykkiseen ja fyysiseen sairastavuuteen (Felitti, ym., 1998), sekä teoriaan kehityksellisestä traumasta (Van Der Kolk, 2018). Videosarjassa esitetyt hengitysharjoitukset pohjautuvat Stephen Porgesin polyvagaaliteoriaan. (Ks. Esim. Leikola, ym., 2016)

Koska videosarja tuotettiin lastensuojelun työntekijöille, käydään teoriaosuudessa läpi myös erityisesti lasten ja nuorten reaktiota potentiaalisesti traumatisoiviin tapahtumiin (tästä Esim. Hedrenius & Johansson, 2016). Opinnäytetyön produktina tuotettua koulutuksellista videosarjaa peilataan työn teoriaosuudessa Erosen ja Laakson (2016) terapeuttisen laitoshoidon orientaatioon sekä mielenterveystyön laajempaan kontekstiin.

Tiedonhankinnassa on käytetty hyödyksi hakukoneita, kuten Kansalliskirjaston ylläpitämää Finnaa ja Alphabet Inc.:n omistamaa Google Scholaria. Hoitotyön tutkimussäätiön (HOTUS) suosituksista tai Kustannus Oy Duodecimin Käypä hoito -suosituksista ei löytynyt suoraan aiheeseemme viittavia, näyttöön perustuvia hoitotyön suosituksia.

2.1 Trauma vireystilan säätelyn häiriönä

Potentiaalisesti traumatisoivassa tapahtumassa aktivoituu elimistön stressireaktio. Stressivaste tarkoittaa taistele tai pakene -reaktion muodostumista. Elimistö voi reagoida äärimmäiseen stressiin myös lamaantumalla täysin. Sekä taistele- tai pakene reaktio että

lamaantumisenkin ovat ei-tahdonalaisia, hyvin primitiivisiä (eli lajinkehityksellisesti varhaisia) reaktioita. (Kirvesmäki ym., 2019)

Aivot ovat rakentuneet alhaalta ylöspäin, sekä prenataalisesti että lajinkehityksellisestä näkökulmasta tarkasteltuna. Aivojen lajinkehityksellisesti vanhimpia osia, aivorunkoa ja hypotalamusta, on nimitetty myös matelija-aivoiksi, koska sama rakenne löytyy eläinmaailmassa matelijoilta. Sikiöaikana kehittyvät matelija-aivot vastaavat vireystilan, uni-valve-rytmin, ruoansulatusjärjestelmän, hengityksen ja kemiallisen tasapainon säätelystä. Nämä kaikki toiminnot ovat elämää ylläpitäviä toimintoja, uhkaan reagoiminen tapahtuu niin ikään näissä syvissä aivokerroksissa. Ensimmäisen kuuden ikävuoden aikana rakentuva Limbinen järjestelmä on puolestaan rakentunut aivorungon päälle. Limbistä järjestelmää on nimitetty nisäkäsainoiksi, koska kyseinen rakenne puolestaan löytyy myös muilta nisäkkäiltä. Limbinen järjestelmä vastaa sosiaalisen ympäristön hahmottamisesta ja tunteista. Abstraktista ajattelusta ja analyyttisestä tiedonkäsittelystä vastaavat aivonosat ovat puolestaan kehittyneet vasta viimeisimpänä ja ne sijaitsevat ulommissa aivojen kerroksissa, aivokuoressa ja etenkin etuotsalohkoissa. Stressireaktion kannalta keskeisimmät elimet, talamus ja manteliumake sijaitsevat limbisessä järjestelmässä: aistinelinten tuottama tieto yhdistyy talamuksessa, mikä siirtää tiedon edelleen manteliumakkeeseen. Manteliumake tulkitsee tiedon emotionaalisen merkityksen ja mikäli se havaitsee mitään uhkaavaa, se lähettää matelija-aivojen hypotalamukselle ohjeen erittää stressihormoneja. Tämä kaikki tapahtuu salamannopeasti, ohi aivokuoren, tiedostamatta. Stressihormonien tarkoituksena on mahdollistaa taistele tai pakene -reaktio. Kortisolin, adrenaliinin ja muiden stressihormonien erityis lisää sydämen lyöntitiheyttä, nostaa verenpainetta ja hengitystiheyttä. Taistele ja pakene-reaktio on autonomiseen hermostoon kuuluvan sympaattisen hermoston aktivaatiotila. (van der Kolk, 2018, ss. 67–80; Kirvesmäki ym., 2019.)

Mikäli yksilön tulkinnan mukaan taisteleminen tai pakeneminen on mahdotonta, turvautuu elimistö vaihtoehtoiseen reaktioon, lamaantumiseen ja täydelliseen alistumiseen. Lamaantumisen tarkoituksena on ilmeisesti minimoida ylivoimaisen vastuksen kohtaamisesta koituvat vauriot, kun taisteleminen tai pakeneminen tulkitaan hyödyttömäksi tai liian riskialttiiksi. Lamaantumistilassa sydämen lyöntitiheys ja hengitystiheys laskevat, lihasjännitys katoaa ja uhri vetäytyy voimakkaan poissaolon tilaan, ikään kuin valekuolleeksi.

Lamaantumisreaktio on autonomiseen hermostoon kuuluvan parasympaattisen hermoston aktivaatiotila. Alistumisreaktio tunnetaan yhtenä riskitekijänä posttraumaattisen stressihäiriön synnyssä. (Boon ym., 2011, s. 34; Schmidt ym., 2008; Hedrenius & Johansson, 2016, s.168) Stressivasteen muodostumista voidaan tarkastella myös vireystilan näkökulmasta. Vireystilalla tarkoitetaan elimistön psykofyysistä herkkyyttä reagoida ärsykkeisiin. Taistele- ja pakene reaktio on vireystilan näkökulmasta ylivireystila, kun taas lamaantuminen on alivireystila. (Boon ym., 2011, ss.176–184) Huomionarvoista on, että molemmat primitiiviset eli lajinkehityksellisesti varhaiset stressireaktiot muodostuvat autonomisen hermoston aktivaatiossa, ja täten ovat ei-tahdonalaisia.

Normaalisti stressireaktio lakkaa ja hermoston tasapaino palautuu uhan mentyä ohitse. On kuitenkin esitetty, että valtaosalla traumatisoituneista potilaista kyseinen reaktionmuodostus olisi ylipäättään puutteellista. Täten traumatisoitumisen ytimessä olisi ikään kuin loppuun saattamaton ja epätäydellinen – ja siksi palautumaton – stressireaktio. Sensomotorisen psykoterapian peruslähtökohtana onkin näkemys traumasta kehossa ja hermostossa jatkuvana vireystilan säätelyn ja tasapainon häiriönä. Kehon ja hermoston epätasapaino puolestaan ylläpitää muuta traumaoireistoa: tunne-elämän säätelyn vaikeutta ja kognitiivista kapeutumaa. Toisin sanoen sensomotorisen psykoterapian lähestymistapa traumaan on alhaalta (kehosta ja ääreishermostosta) ylös (mieleen) – ja ylhäältä alas. Kyseisessä suuntauksessa on tahdottu tuoda esiin sensomotoriikan (kehollisuuden) merkitys trauman kognitiivisen ja emotionaalisen työstämisen rinnalla. Trauman hoitamisessa hoidetaan siis kehoa, tunteita ja kognitiota – jokainen näistä kolmesta ulottuvuudesta on yhtä tärkeä. Sensomotorisessa psykoterapiassa kuitenkin korostetaan kehoa roolia ikään kuin porttina kognition ja emootioiden säätelyyn. (Ogden & Kekuni, 2000)

Syynä tähän on se, että kehon ja hermoston palautumaton stressivaste ikään kuin blokkaa kognitiivisia prosesseja. Ja kuten edellä on tuotu ilmi, on traumasta parantuminen itsesäätelykeinojen opettelua. Edellä mainitut kolme prosessoinnin tasoa – kehollinen, emotionaalinen ja kognitiivinen – korreloivat yleisesti ottaen keskushermoston rakenteiden kanssa niin, että aivojen sisemmät osat (eli aivorunko, niin sanotut matelija-aivot) vastaavat sensomotorisesta ulottuvuudesta, limbisen järjestelmä (talamus ja manteliumake, ns. nisäkäsäivot) emotionaalisesta ulottuvuudesta sekä aivokuori puolestaan kognitiivisesta

ulottuvuudesta. Nämä rakenteet toimivat vuorovaikutuksessa keskenään, vaikuttaen toinen toisiinsa. (Ogden & Kekuni, 2000; Van der Kolk, 2018, ss. 104–106)

Traumatisoitumiseen liittyy siis vireystilan kroonistunut epätasapaino, eli joko liiallinen kokeminen tai liian vähäinen kokeminen. Liiallinen kokeminen eli ylivireys ilmenee mieleen tunkeutuvuus- ja ylivireysoireina, liian vähäinen kokeminen eli alivireys ilmenee puolestaan välttämisoireina ja dissosiaationa. Dissosiaatiohäiriöiden synnyn käsitetäänkin liittyvän traumatisoitumiseen. Dissosiaatiolla tarkoitetaan assosiaation eli yhdistymisen vastakohtaa, hajoamista. Dissosiaatiohäiriössä ihminen ei kykene yhdistämään ajatuksiaan, tunteitaan, havaintojaan, muistojaan riittävän yhtenäiseksi kokonaisuudeksi vaan nämä elävät psyydessä ikään kuin irrallaan. (Rovasalo, 2021)

Ylivireyden ja alivireyden välissä on alue, jotka kutsutaan sietoikkunaksi. Sietoikkunassa traumaattinen kokemus ja muut kokemukset suodattuvat tietoiseen mieleen tavalla, joka pysyy yksilön psykofyysisen sietokyvyn rajoissa. Sietoikkunassa olo on turvallinen ja läsnä oleva. Huomionarvoista on, että vain sietoikkunassa oppiminen on mahdollista. Yli- tai alivireydessä kognitiiviset funktiot ovat häiriintyneitä tai pikemmin tarkoituksenmukaisesti kapeutuneita. Toivottavaa olisi, että sietoikkuna olisi mahdollisimman leveä. Sietoikkunan ollessa leveä, mieli on joustava ja kestää paremmin sekä ulkoisia että sisäisiä ärsykeitä ajautumatta joko yli- tai alivireyteen. (Boon ym., 2011, ss. 176–184)

Vireystilaa voidaan säädellä itsesäätelyn tai interaktiivisen säätelyn avulla. Itsesäätelyllä tarkoitetaan itsenäisesti tapahtuvaa mielen- ja kehon toimintojen säätelyä. Interaktiivisella säätelyllä tarkoitetaan puolestaan muiden ihmisten avulla tapahtuvaa ko. toimintojen säätelyä. Kyky itsesäätelyyn muodostuu ensimmäisten elinvuosien aikana varhaisen vuorovaikutuksen pohjalta. Varhaisen vuorovaikutuksen puutteet voivat siis näkyä itsesäätelyn puutteina. Vireystilanäkökulmasta traumasta toipuminen on itsesäätelytaitojen opettelua. Toivottavaa olisi, että itsesäätely ja interaktiivinen säätely muodostaisivat toimivan kokonaisuuden, jossa kumpikaan säätelyn muoto ei korostuisi liikaa. (Boon ym., 2011, ss. 176–184)

Vireystilan säätelyn edellytyksenä on mentalisaatiokyky. Mentalisaatiolla tarkoitetaan muun muassa kykyä ajatella ja ymmärtää sitä, mitä kokee. Mentalisaatio käytännössä

tarkoittaa muun muassa kykyä huomata, että on jonkin tietyn tunteen vallassa. Vireystilaa säädelläkseen on ensin siis kyettävä havaitsemaan oma vireystilansa. (Boon ym., 2011, ss. 51–52, s. 178) Erityisesti lasten saattaa olla hankala sanallistaa tunteitaan ja tunteet ilmenevät pikemmin somaattisina tuntemuksina. (Hedrenius & Johansson, 2016, s. 142) Toisaalta ruumiillinen reaktio voi johdattaa myös aikuisen oman tunteensa äärelle, tyyliin ”sydämeni hakkaa ja kurkkuani kuristaa”, taidan olla peloissani.

2.1.1 Ylivireyden tasaaminen

Ylivireys eli liiallinen kokeminen ilmenee muun muassa kiihtymyksenä, pelokkuutena, vihaisuutena ja levottomuutena. Traumatisoituneiden yksilöiden kohdalla ulkopuolisen näkökulmasta mitätön syy saattaa laukaista ylivireyden. Jokin yksityiskohta tilanteessa, suunnitelmien muuttuminen, konfliktitilanne tai muu tekijä on saattanut laukaista tiedostamattomien assosiaatioiden kautta traumaattisen muiston ja yksilö reagoi ikään kuin traumaattinen tapahtuma jatkuisi edelleen. Ylivireydessä kognitiivinen prosessointi on pakonomaista. Trauma saattaa ilmaista itseään erilaisina ruumiillisina aistimuksina ja reaktiona, kuten jaksottaisena liikehdintänä, erilaisina asentoina, tärinä, hengityksen muutoksina ja niin edelleen. Ylivireyden tasaamiseen voi käyttää monenlaisia keinoja. Huomionarvoista on, että vaikuttamalla kehoon, vaikuttamme mieleen. Ja koska kognitiiviset funktiot toimivat ylivireystilassa kapeutuneesti on ylivireystilan psykologisessa ensiavussa syytä hyödyntää kehollisia menetelmiä. Ylivireyden tasaamisen kehollisia menetelmiä ovat mm. lihasaktivaation käyttö, syvähengitysharjoitukset sekä aistihavaintoja hyödyntävät maadoitusharjoitukset. (Boon, ym., 2011; Kirvesmäki ym., 2019.)

2.1.2 Alivireyden tasaaminen

Toisaalta traumatisoitunut mieli pyrkii välttämään traumamuistuttajia ja ylivireyttä. Sekä ulkoisten että sisäisten traumamuistuttajien välttäminen voi johtaa alivireyteen. Alivireyden tarkoituksena on kapeuttaa havaintokykyä niin, että traumamuistuttajat voidaan välttää. Traumamuistuttajana voi toimia periaatteessa mikä tahansa, myös yksilön omat tunteet. Alivireys oireilee muuan muassa emotionaalisen ja kehollisen turtumuksena, pahimmillaan liikkumattomuutena. Myös alivireydessä kognitiivisen kapasiteetin hyödyntäminen on rajallista. Saattaa ilmetä täydellistä kyvyttömyyttä ajatella. Alivireyden ruumiillisina oireina

voi ilmetä muun muassa liikkumattomuutta, uneliaisuutta, mykkyyttä, transsin kaltaisia tiloja, kylmyyden ja fyysisen turtumuksen kokemusta. Alivireyttä voisi kuvata tietynlaiseksi kehon ja mielen sulkutilaksi. Alivireyden tasaamisessa olennaista on aktivoitua ensin fyysisesti ja sitten psyykkisesti. Esimerkiksi sykkeen nosto reippaita fyysisiä harjoitteita tehden auttaa kumoamaan lamaantumisreaktion. (Boon, ym., 2011, ss.32–34; Kirvesmäki ym., 2019.)

2.1.3 Polyvagaaliteoria – vagushermon rooli vireystilan säätelyssä

Perinteisesti stressireaktiota ja vireystilaa säätelevä autonominen hermosto on ymmärretty edelläkin kuvatun kahtiajaon sympaattinen hermosto – parasympaattinen hermosto pohjalta. Kuitenkin kliinisessä työssä on vakiintunut Stephen Porgesin työhön pohjautuva käsitys hermostosta kolmiportaisena ja hierarkkisena systeeminä (polyvagaaliteoria). Polyvagaaliteoriassa sympaattisen hermoston rooli nähdään kuten edellisissä kappaleissa on kuvattu, mutta sen lisäksi parasympaattinen hermosto jaetaan kahteen: keskenään vastavaikutussuhteessa olevaan sekä keskenään fysiologisesti erilliseen osaan. Nämä parasympaattisen hermoston kaksi osaa ovat ventraalinen (VVK) sekä ja dorsaalinen (DVK) vaguskompleksi, eli vatsanpuoleinen ja selänpuoleinen vagusherma (kiertäjähermo). Ventraalinen eli vatsanpuoleinen vagusherma löytyy ihmisen lisäksi muilta nisäkkäiltä ja se säätelee osaltaan sosiaalisen liittymisen järjestelmää, kiintymyskäyttäytymistä ja hoivaa. Dorsaalinen eli selänpuoleinen vagusherma on fysiologisena rakenteena löydettävissä sen sijaan matelijoilta ja se vastaa edellisissä kappaleissa kuvatun voimakkaan alivireystilan, lamaantumisen, aikaansaamisesta. Sympaattinen hermosto puolestaan sijoittuu sekä fysiologisesti, että toiminnallisesti näiden kahden parasympaattisen hermoston osan väliin. (Leikola ym., 2016)

Vatsanpuoleinen vagusherma aktivoituu turvalliseksi arvioiduissa tilanteissa, joissa ihminen suuntautuu toisiin ihmisiin sekä ympäristönsä uteliaaseen tutkimiseen. Voidaan ajatella, että sosiaalinen yhteenliittyminen, läheisyys ja kiintymys ovat yhtä aikaa koetun turvallisuudentunteen syy ja seuraus. Sympaattinen hermosto puolestaan aktivoituu havaitun ja/tai koetun uhkan yhteydessä ja se valmistaa ihmistä aktiiviseen puolustautumiseen (taistele tai pakene). Selänpuoleinen vagusherma sen sijaan vastaa niin sanotun passiivisen puolustusreaktion muodostamisesta. Tämä passiivinen

puolustusreaktion on sama kuin edellä kuvattu alivireystila. Kyseessä on elimistön sulk- ja lamaannustila, jota eläimillä kutsutaan valekuolemaksi. Kyseinen tila aktivoituu toivottoman suureksi koetun uhan kohdatessa ja sen tarkoitus on säästää energiaa ja heikentää kehoon ja mieleen kohdistuvien vääjäämättömien vaurioiden vaikutusta. (Leikola ym., 2016)

Autonomisen hermoston kolmiportaisuus tarkoittaa sitä, että nämä kolme osaa toimivat vastavaikutussuhteessa toisiinsa. Toisen osan – esimerkiksi VVK:n – ollessa aktivoituneena se toimii jarruna sympaattiselle hermostolle. Autonomisen hermoston osat toimivat siis toisensa poissulkevasti. Kun ihminen tavallisesti kokee läheisyyttä ja turvallisuuden kokemusta, on tämän mahdotonta kokea uhkaa. Autonominen hermosto toimii kuitenkin jatkuvasti turvallisuutta arvioivana mekanismina, se havaitsee ja arvioi ympäristön uhkia ennen kognitiivisen, tietoisin prosessin mukaantuloa. Autonomisen hermoston osien hierarkisuus puolestaan tarkoittaa sitä, että osat ovat kehittyneet toinen toisensa jälkeen, sekä prenataalisesti että lajinkehityksellisesti. (Leikola, ym., 2016)

Respiratorinen sinusarytmia eli fysiologinen sykevälin vaihtelu (RSA) on vatsanpuoleisen vagushermaaktivaation mittari. Korkea RSA indikoi parasympaattisen hermoston vatsanpuoleisen vagushermon korkeaa aktiivisuutta. Vatsanpuoleisen vagushermon korkea aktiivisuus puolestaan viittaa tilaan, jossa ihminen kokee olevansa turvassa, yhteydessä toisiin sekä kykenevä tutkimaan ympäristöään ja oppimaan. (Leikola ym., 2016) Näin ollen polyvagaalisen teorian näkökulmasta parasympaattisen hermoston ventraalinen aktivaatio vaikuttaisi olevan yhtenevä sen tilan kanssa, jota sensomotorisen psykoterapian viitekehysessä kutsutaan sietoikkunaksi.

Tietoisuus polyvagaaliteoriasta alkaa hiljalleen valtavirtaistua, mikä näkyy muun muassa aiheen saamassa mediajulkisuudessa. (Valtavirtaistumisesta ks. esim. YLE, 12.12.2020) Tätä voidaan pitää terveydenedistämisen ja hoitotyön kannalta positiivisena ilmiönä. Vaikka tieto autonomisen hermoston toiminnasta voi tuntua maallikosta ensi alkuun hankalalta hahmottaa, autonomisen hermoston ohjailu erilaisin hengitysharjoituksin saattaa osoittautua yllättävänkin yksinkertaiseksi. Tässä yhteydessä ei käsitellä syvemmin sitä, mihin hengityksen ja hermoaktivaation suhde perustuu. Tyydytään vain toteamaan, että hengitysharjoitusten teho perustuu erilaisen respiraation kykyyn aikaansaada eri tahoilla tapahtuvaa hermoaktivaatiota.

2.1.4 Vakuttaminen traumatyössä

Psykoterapeuttisessa, kliinisessä työskentelyssä traumaa hoidetaan kolmiportaisen vaiheorientoituneen mallin avulla. Trauman hoidossa on toisin sanoen kolme vaihetta, jotka ovat vakuttaminen, traumaattisten muistojen käsittely sekä integraatio. Lastensuojelun piirissä toteutettava trauman hoito on pitkälti vakuttamista. Vakuttamisella tarkoitetaan sitä, että traumatisoitunut voi kokea olevansa turvassa tässä ja nyt. Toisin sanoen trauma ja traumamuistuttajat eivät tunkeudu mieleen siinä määrin, että ne häiritsisivät nykyhetken ja itsen kokemista turvallisena. Tämä turvallisuuden kokemus ei kuitenkaan perustu traumamuistojen välttelyyn ja alivireyteen, vaan siihen, että trauman kokenut on oppinut tunnistamaan traumamuistuttajiaan ja säätämään traumatisoitumiseen liittyviä vireystilan vaihteluitaan. Vireystilan tunnistaminen ja säätely onkin keskeinen osa vakuttamista. Vakuttamiseen kuuluu olennaisena myös terveyttä edistävät elämäntavat: oikeanlainen ravitsemus, uni-valverytmi sekä rakentavat sosiaaliset suhteet. (Kirvesluoma ym., 2019; Sutinen, 2016) Tässä yhteydessä voidaan huomata, että vakuttaminen nivoutuu yleisestä terveyden edistämisestä tuttujen teemojen kanssa. Voidaankin ajatella, että se mikä yleisesti ottaen edistää terveyttä, edistää vakuttamista – ja päinvastoin.

2.2 Traumaperäinen stressihäiriö

Traumaperäinen stressihäiriö pitää sisällään useamman diagnostisen nimikkeen. Näitä nimikkeitä ovat: akuutti stressireaktio (ASR), akuutti stressihäiriö (ASD), sekä traumaperäinen stressihäiriö (PTSD), joka on suomennettu traumaperäiseksi stressireaktioksi. Traumaperäisissä stressihäiriöissä käytetään diagnostisessa luokittelussa ICD-10:n ja Amerikkalaisen Psykiatriayhdistyksen DSM-5-järjestelmiä. (Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus, 2020)

Lapsilla ja nuorilla käytetään Suomessa diagnostisessa luokittelussa ICD-10-järjestelmää (Kumpulainen ym., 2016, s. 337), kun taas aikuisten traumaperäisen stressireaktion kohdalla ei ole niin merkittävää eroa, kumpaa järjestelmää käyttää. On kuitenkin tärkeää, että diagnosoimisessa käytetään oikeanlaisia diagnostisia kriteerejä, akuutin stressireaktion, -häiriön, sekä traumaperäisen stressireaktion oikeanlaisen hoidon tarpeen ja hoitomuodon

takaamiseksi. Traumaperäiset stressihäiriöt ovat hyvin tavallisia ja niitä esiintyy kaiken ikäisillä traumaa kokeneilla ihmisillä. Akuutti stressihäiriö on yleisemmin käytetty diagnostinen nimike, kuin akuutti stressireaktio (Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus, 2020), joten siksi myös tässä tekstissä puhutaan enemmän akuutista stressihäiriöstä, eli ASD:stä.

2.2.1 Akuutti stressihäiriö ja akuutti stressireaktio

Akuutti stressihäiriö, sekä akuutti stressireaktio ovat traumaattisen kokemuksen aiheuttamia, mutta lyhytkestoisempia oirehdintoja. Lyhytkestoisuuden vuoksi traumakokemuksia ei voida luokitella traumaperäiseksi stressireaktioksi, mutta järkyttävien tapahtumien aiheuttamien oireiden pituuden perusteella voidaan kuitenkin traumaattisia kokemuksia kohdanneelle henkilölle diagnoosi antaa. (Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus, 2020).

Akuutti stressireaktio on järkyttävän tapahtuman aiheuttama lyhytaikainen reaktio, jossa traumaperäiset oireet alkavat hyvin nopeasti, mutta loppuvat myös nopeasti (Kumpulainen ym., 2016, s. 337). Oireiden nopealla alkamisella tarkoitetaan, että oireet alkavat noin tunnin kuluessa tapahtumisesta (Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus, 2020). Stressireaktio voi esiintyä myös lievänä versiona, jolloin tapahtuman aiheuttama rasisustekijä on ohimenevä. Tässä tapauksessa oirehdinta voi vaimentua jo viimeistään kahdeksan tunnin kuluessa. Tapahtumissa, missä rasisustekijä esiintyy jatkuvana, vaimenevat traumaperäiset oireet enintään 48 tunnin kuluessa. Akuutti stressireaktio on ICD-10-luokituksen määrittelemä diagnoosi. Jotta lievää vaikeamman äkillisen stressireaktion voidaan erottaa lievemmästä, tulee stressireaktion vähintään kaksi seuraavista oireista: epätoivo tai toivottomuus, huomiokyvyn kaventuminen, sosiaalisista tilanteista vetäytyminen, ilmeinen desorientaatio, helposti suuttuminen tai vihamielisesti asioiden ilmaiseminen, hallitsematon tai liiallinen suru ja tarkoitukseton tai sopimaton yliaktiivisuus. Akuutin stressireaktion diagnosointiin vaaditaan oireiden lisäksi myös akuutin stressireaktion diagnostisten kriteerien täyttyminen. (Kumpulainen ym., 2016, s. 337)

Akuutti stressihäiriö eroaa akuutista stressireaktiosta oireiden vakavuudella, sekä oireiden keston pituudella. Akuutti stressihäiriö on myös lyhytaikainen, mutta oirehdinta on

voimakasta ja voi aiheuttaa merkittävää haittaa järkyttävän kokemuksen jälkeen. Tällaiset kokemukset voivat esimerkiksi liittyä kuolemaan, vakavaan loukkaantumiseen tai loukkaantumisen uhkaan, tai henkilö on saattanut nähdä vastenmielisiä seurauksia esimerkiksi onnettomuuksista tai väkivallasta useita kertoja. Akuutin stressihäiriön puhkeamiseen voi johtaa myös traumaattisella tavalla omaisen tai ystävän kuolema. (Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus, 2020)

Jotta voidaan diagnosoida oirehdinta akuutiksi stressihäiriöksi, tulisi oirehdinta alkaa neljän viikon kuluessa järkyttävästä tapahtumasta ja oirehdinnan tulisi kestää enintään neljän viikon ajan. Jos oirehdinta kestää pidempään, on kyseessä todennäköisesti traumaperäinen stressireaktio, mutta traumaperäistä stressireaktiota edeltää usein myös akuutti stressihäiriö. Tunnusomaisia oireita akuutille stressihäiriölle ovat muun muassa ahdistuneisuus, yliviritteisyys, erilaiset dissosiativiset oireet sekä traumaattisen kokemuksen uudelleen kokeminen omissa mielikuvissa ja unissa. (Kumpulainen ym., 2016, s. 337)

2.2.2 Traumaperäinen stressihäiriö (PTSD)

Traumaperäinen stressihäiriö, eli PTSD (Post-traumatic stress disorder) on maailmalla hieman tunnetumpi vakava stressireaktio. Traumaperäinen stressihäiriö on vakava psyykinen reaktio, joka kestää vähintään yhden kuukauden ajan. Traumaperäinen stressihäiriö voidaan määritellä kahden eri luokittelun kriteereillä, ICD-10:n ja DSM-5:n, mutta Suomessa virallisessa käytössä on ICD-10, joten Suomessa diagnosoidessa käytetään tämän luokituksen diagnostisia määritelmiä. (Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus, 2020)

Traumaperäisestä stressireaktiosta kärsivä henkilö kokee ikäviä uudelleenkokemuksen tunteita traumaattisesta tapahtumasta, asioiden välttelyä, varsinkin jos asiat voivat liittyä jollain tavalla traumaattiseen kokemukseen, tai sen toistumiseen, tunteiden turtumista, sekä kohonnutta vireystilaa. Tämä tarkoittaa siis, että tavallisina, toistuvina oireina henkilö voi kokea takaumia ja painajaisia traumaattisesta kokemuksesta, asioiden, paikkojen ja tilanteiden välttämistä, jos nämä liittyvät traumaattiseen kokemukseen jollakin tavalla, sekä henkilö voi kokea psyykkistä turtuneisuutta ja ylivireisyyttä. Lisäksi PTSD:stä kärsivä henkilö

voi kokea muistikatkoksia ja unohduksia traumaan liittyvistä asioista. Tarkemmat diagnostiset kriteerit löytyvät ICD-10 luokituksesta (Liite 4). (Kumpulainen ym., 2016, s. 337)

PTSD:n oireista kärsivä henkilö voi myös spontaanisti parantua. Tämä tapahtuu yleensä noin ensimmäisen vuoden aikana oireilun alkamisesta. Kuitenkin jopa hieman yli kolmanneksella oireilu voi kestää vuosia parantumatta. Traumaperäinen stressihäiriö voi esiintyä myös kroonisena. Häiriön kroonisuus vaatii, että oireet ovat kestäneet vähintään kolmen kuukauden ajan. Myös viiveellä alkanut, eli vasta kuusi kuukautta traumaattisen tapahtuman jälkeen ilmaantunut oireilu, voidaan laskea krooniseksi oireiluksi. (Kumpulainen ym., 2016, s. 337)

2.3 Psyykinen trauma ja lapsuuden ajan kielteiset kokemukset

Uraaurtava ACE-tutkimus osoitti, että lapsuuden aikaiset kielteiset kokemukset vaikuttavat aikuisuuden psyykkiseen ja somaattiseen sairastavuuteen. ACE-tutkimus ja sen pohjalta toistetut tutkimukset osoittavat, että psyykinen trauma näyttelee roolia yksilön sairastavuudessa: kaltoinkohdelluista lapsista on vaarana varttua monisairaita aikuisia. Kielteisten elämäkokemusten kertyminen oli yhteydessä vaarallisiin elämäntapoihin (tupakointiin, riippuvuuskäyttäytymiseen, seksuaaliterveyden ongelmiin). Lisäksi kielteisten elämäkokemusten kertyminen lapsuudessa altisti yksilöt sydän- ja verisuonitaudeille, maksasairauksille, keuhkosairauksille ja syöväälle. Lapsuuden aikaisen kaltoinkohtelun ja aikuisiän sairastavuuden välinen yhteys on se havainto, jonka pohjalta on alettu kehittää traumainformoitua hoitokäytäntöä. On ajateltu, että traumainformoitu hoito tehostaisi palveluita paljon käyttävien, monisairaiden potilaiden hoitoa ja toisi myös kustannussäästöjä. (Felitti ym., 1998; Tomasdottir ym., 2015) Suomessa aihe on edelleen melko huonosti tunnettu. THL ja lastensuojelun keskusliitto järjestivät ensimmäisen aiheeseen liittyvän konferenssin kesällä 2019. (Kuvajainen & Matikka, 2019)

Skotlannissa, joka on traumainformoidun työtteen edelläkävijämaita, on maan hallituksen taholta asetettu tavoitteeksi muuttaa yhteiskunnan palvelurakenteet kauttaaltaan traumainformoiduiksi. (Kuvajainen & Matikka, 2019) Mitä sitten traumainformoitu hoitotyö tarkoittaa? Esimerkiksi Yhdysvaltain terveystieteiden virasto (SAMHSA, 2014) on määritellyt, että traumainformoituun hoitotyöhön kuuluvat seuraavat osa-alueet:

- 1) tieto trauman yleisyydestä väestön tasolla
- 2) trauman merkkien ja oireiden tunnistaminen
- 3) traumainformoitu toiminta ja palveluiden piirissä tapahtuvan uudelleentraumatisoitumisen ehkäisy.

Huomionarvoista on, että traumainformoitu työote ei ole traumaperäisen stressihäiriön (PTSD) hoitomuoto, vaan se merkitsee työyhteisön muuttamista traumatietoiseksi. (Kuvajainen & Matikka, 2019)

Viimeisen kolmenkymmenen vuoden aikana tehdyn tutkimuksen pohjalta on kliiniseen työhön vakiintunut käsitys kehityksellisen trauman olemassaolosta. Kehityksellistä traumaa on nimitetty myös kiintymyssuhdetraumaksi, koska se on useimmiten seurausta lapsuusiän kiintymyssuhdekontekstissa koetusta yleistyneestä turvattomuudesta. Kyseisen turvattomuuden aiheuttajia ovat muun muassa emotionaalinen, fyysinen ja seksuaalinen kaltoinkohtelu sekä laiminlyönti. (Farina, ym., 2019)

Kehityksellinen trauma perustuu siis näkemykseen, että traumatisoitumista eivät aiheuta yksinomaan yksittäiset traumaattiset tapahtumat (onnettomuudet, luonnonkatastrofit jne.) vaan traumatisoitumiselle altistaa myös lapsuusiässä koettu yleistynyt fyysinen – kuten myös henkinen ja emotionaalinen – turvattomuus. (van der Kolk, 2018, ss. 70–71, ss. 196–197)

Kehityksellinen trauma oireilee lapsilla tunteiden säätelyn häiriönä, tarkkaavuuden ja keskittymisen häiriönä sekä puutteellisena itsesäätelynä. Lapsi menettää malttinsa usein, muttei osaa tyynnyttää itseään tai kuvailla omia tunteitaan. Räjähdysherkkyys ja puutteellinen itsesäätely aiheuttavat sen, että lapsen on hankala tulla toimeen itsensä ja toisten ihmisten kanssa. Kroonistunut stressitila kapeuttaa elämää: lapsen energia kuuluu psyykkiseen selviytymiseen, jolloin ympäristön tutkimiselle ja uuden opettelulle jää vähäisesti tilaa. (Van der Kolk, 2018, s. 197)

Kehityksellistä traumaa ei tällä hetkellä ole sisällytetty DSM-5 tautiluokitukseen (kommenttina tähän ks. esim. Bremness & Polzin, 2014). Jos yksilö varttuessaan oppii yhdistämään kiintymyksen ja läheisyyden henkiseen ja/tai fyysiseen kipuun, on tällä

kuitenkin väistämättä seurauksia siihen, kuinka yksilö suuntautuu toisiin ihmisiin. Onko hänen esimerkiksi helppo vai vaikea luottaa ihmisten hyväntahtoisuuteen, hakeeko hän apua ja niin edelleen. (Van der Kolk, 2018, ss.70–71) Nämä seikat ovat erittäin keskeisiä hoitotyön näkökulmasta, koska ne liittyvät muun muassa hoitoon hakeutumiseen, hoitomyöntyvyyteen, potilaan yksilölliseen kohtaamiseen ja itsemääräämisoikeuden toteutumiseen.

Yhdysvaltain terveyshallinnon (SAMHSA, 2014) traumainformoitua hoitotyötä käsittelevässä ohjelmallisessa julkaisussa todetaan, että trauma on määritelty ajan kuluessa eri tavoin. Kyseisessä julkaisussa traumaattiselle tapahtumalle altistuminen määritellään seuraavanlaisesti:

Individual trauma results from an event, series of events, or set of circumstances that is experienced by an individual as physically or emotionally harmful or life threatening and that has lasting adverse effects on the individual's functioning and mental, physical, social, emotional, or spiritual well-being (SAMHSA, 2014, s. 7)

Yksilöllinen trauma on seurausta tapahtumasta, tapahtumien sarjasta *tai olosuhteista*, jotka yksilö on kokenut joko fyysisesti *tai emotionaalisesti* haitallisiksi tai henkeä uhkaaviksi ja joilla on pitkäkestoisia kielteisiä vaikutuksia yksilön toimintakykyyn ja henkiseen, fyysiseen, sosiaaliseen, emotionaaliseen tai hengelliseen hyvinvointiin. (suomennos ja kursivointi Karoliina Sysiharju)

Kyseisessä määritelmässä otetaan huomioon, että potentiaalisesti traumaattinen tapahtuma voi olla myös pitkään jatkunut emotionaalisesti haitallinen olosuhde (kuten turvaton kiintymyssuhde). Tässä trauman altistuskriteerin muotoilussa mukaillaan siis näiltä osin Bessel van der Kolkin teoriaa kehityksellisestä, kiintymyssuhteiden kontekstissa syntyvästä, traumasta. Sinänsä on mielenkiintoista, että Yhdysvaltain hallituksen virallisessa julkaisussa trauma on määritelty Suomessakin käytössä olevasta DSM 5:sta poikkeavalla tavalla. Näin on siitä huolimatta, että DSM-5 -diagnosointimanuaali on Yhdysvaltain psykiatriyhdistyksen (APA) julkaisema. DSM-5:ssa altistuminen potentiaalisesti traumatisoivalle tapahtumalle on määritelty puolestaan seuraavanlaisesti: ”Potilas on kokenut tai nähnyt traumaattisen tapahtuman, johon sisältyi kuolema, vakava loukkaantuminen tai sellaisen uhka, tai nähnyt useita kertoja onnettomuuden tai väkivallan vastenmielisiä seuraamuksia” (Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus, 2020).

Huomionarvoista on, että tämä määritelmä on huomattavasti suppeampi kuin SAMHSA:n vastaava. DSM-5:ssa tapahtumat, joihin liittyy kuolema tai vakava loukkaantuminen (tai sen riski) luetaan potentiaalisesti traumatisoiviksi. Lisäksi potentiaalisesti traumatisoiviksi luetaan toistuva onnettomuuksien tai väkivallan seuraamuksien todistaminen. Tämä traumaaltistuksen määritelmä sulkee pois muun muassa lapsuuden ajan emotionaalisen ja henkisen kaltoinkohtelun. Esimerkiksi potilas, joka on elänyt perheessä jossa toinen vanhemmista on alkoholiriippuvainen ja toinen emotionaalisesti ja henkisesti poissaoleva ei kyseisen määritelmän mukaan täytä diagnoosiin tarvittavaa altistumiskriteeriä, vaikka muut diagnostiset kriteerit täyttyisivätkin. Trauman määrittelyn kirjavuus osoittaa osaltaan, että ilmiön ympärillä käydään jatkuvaa neuvottelua.

2.3.1 Traumaperäinen oireilu kouluikäisillä ja teini-ikäisillä

Luvussa 2.1. kuvattu traumaperäinen vireystilan säätelyn häiriö näyttäytyy lapsilla ja nuorilla samanlaisena kuin aikuisilla johtuen primitiivisten aivorakenteiden samankaltaisuudesta. Kuitenkin lasten ja nuorten traumaperäisessä oireilussa on tiettyjä erityispiirteitä. Viialan Kotikolo Oy:n lapset ja nuoret ovat iältään 7–17-vuotiaita, joten tässä luvussa käydään vielä erikseen läpi kouluikäisten ja teini-ikäisten traumaperäistä oireilua.

Lapsen ja nuoren kehitysvaihe vaikuttaa traumaperäisen oireilun ilmiasuun. Heikomman kielellisen ja abstraktin ajattelun kapasiteetin vuoksi kouluikäisten (7–12 v.) lasten traumaperäinen oireilu saattaa ilmetä useammin somatisointina eli erinäisinä ruumiillisina oireina. Lasten kanssa työskentelevän onkin otettava huomioon, että erinäiset ruumiilliset oireet ja kivut voivat olla vihjeitä siitä, mitä lapsi on kokenut. Koska kouluikäiseltä lapselta odotetaan jo kykyä ylläpitää keskittymistä ja tarkkaavaisuutta, näyttäytyy traumaperäiseen oireiluun liittyvä ylivireys näillä lapsilla usein tarkkaavaisuuden ja keskittymisen haasteina. Myös aggressiota saattaa ilmetä. On hyvä muistaa, että lapsen omat reaktiot voivat hämmentää lasta itseään ja lapsi tarvitsee turvallisen aikuisen apua kokemuksensa mielellistämiseen ja sanallistamiseen. Toisaalta lapsi saattaa käsitellä tapahtunutta leikin kautta. Leikin havainnointi antaa aikuiselle tärkeää tietoa lapsen sisäisestä maailmasta. (Hedrenius & Johansson, 2016, s. 140–144) Tämän opinnäytetyöntekijöistä toinen on päässyt työssään seuraamaan huostaanotettujen lasten leikkiä ja kiinnittänyt tätä seuratessaan huomiota muun muassa siihen, minkälaisia päätöksiä jännitteiset

(potentiaalisesti traumaa representoivat) tilanteet leikissä saavat: tapahtuuko paha aina uudelleen, vai saako lapsi leikissä rakennettua vaihtoehtoisia, voimaannuttavia lopetuksia uhkaaville tilanteille.

Normaalikehityksessä kouluikäiseksi varttuneen lapsen itsesäätely- ja empatiataitojen oletetaan olevan jo aiempaa kehittyneempiä. Toisin sanoen lapsi pystyy tuntemaan empatiaa sekä säätelemään tunteitaan ja ajatuksiaan. Mikäli näiden taitojen hallinnassa ilmenee toistuvia hankaluuksia, se kertoo kehityksen haasteista. Lapsuudenajan kielteisiä kokemuksia käsittelevässä luvussa 2.1. on kuvattu toistuvan kaltoinkohtelun ja puutteellisen hoivan johdosta syntyneitä kehityksellistä/kiintymyssuhdetraumaa, jonka ytimessä ovat itsesäätelyn häiriöt. Itsesäätelyn häiriöstä kärsivä lapsi on kuin räjähdysherkkä, kapeutuneessa selviytymistilassa elävä ”häkkiin ajettu eläin”, joka hankalaksi luokiteltavan käytöksensä takia herättää ympäristössään negatiivisia reaktiota. Ympäristön negatiiviset reaktiot ajavat lapsen puolestaan yhä syvemmälle tunnekaaokseen ja pelkopohjaiseen reagointiin. (Van der Kolk, 2018, s. 201; Hedrenius & Johansson, 2016, s. 140–144) Olisikin ensiarvoisen tärkeää, että lasten kanssa työskentelevät pyrkisivät vahvistamaan sitä, mikä lapsen käyttäytymisessä on hyvää ja toimivaa. Ja toisaalta myös miettimään, onko lapsen hankalan käyttäytymisen takana jokin syy. Itsesäätelyhäiriöstä kärsivä lapsi tarvitsee aikuisen apua itsesäätelyn opettelussa. Käytännössä tämä tarkoittaa lapsen mentalisaatiokyvyn tukemista ja vireystilan hallinnan opettelua. (Boon ym., 2011, ss. 176–184)

Traumaperäinen oireilu saattaa ilmetä kouluikäisillä lapsilla myös ongelmina kaverisuhteissa. Nämä ongelmat kumpuavat toisaalta juuri edellä kuvatuista empatiakyvyn ja itsesäätelyn haasteista. Toisaalta jatkuvassa hälytystilassa eläminen blokkaa ympäristöön suuntautuvan uteliaisuuden – sosiaalisiin tilanteisiin luonnollisestikin sisältyvät liittyvät riskit saattavat alkaa näyttää liian uhkaavilta. (Van der Kolk, 2018, s. 201) Traumatisoitumiseen liittyvät traumamuistuttajat voivat aktivoitua kaverisuhteissa, etenkin jos traumatisoituminen on tapahtunut ihmissuhteiden kontekstissa. Pettymys kaverisuhteissa voi esimerkiksi assosioitua suhteessa primaarihoivaajaan koettuun traumaattiseen pettymykseen, eli laukaista sietämättömäksi koettuja muistoja kaltoinkohtelusta ja vaille jäämisestä. Traumatisoitunut lapsi tai nuori saattaa alkaa välttämään läheisyyttä kaiken kaikkiaan, ja kehittää niin sanotun kiintymyssuhdefobian. (Tästä esim. Boon, ym., 2011, s. 280)

Lapsena koettu traumaattinen tilanne aiheuttaa lapselle monenlaisia kehollisia vaikutuksia. Tässä käytämme tilanne-esimerkinä lapsena koettua läheisen ihmisen tekemää kaltoinkohtelua. Kaltoinkohtelutilanteen jälkeen lapselle jää muisto aiemmasta kaltoinkohtelusta ja tämä ikävä muisto vain vahvistuu tilanteen uusiutuessa. Kun lapsi kokee kaltoinkohtelua muistuttavia tilanteita, alkaa hänen kehonsa reagoimaan ihon kylmenemisellä, hengen salpautumisella, vatsan kouristamisella ja sydämen hakkaamisella. Lapsi kokee fyysisesti pelon tunnetta. Tällaiset fyysiset oireilut tapahtuvat lapsen aivoissa, tarkemmin aivojen limbisessä järjestelmässä, tarkemmin mantelitulmakkeessa. Mantelitulmakkeen tehtävänä on reagoida uhkaaviin tilanteisiin ja aiheuttaa refleksinomaisen päätös pakenemisen ja taistelemisen välillä. On todettu erilaisin kokein, että toistuvat uhkaavat tilanteet ja kokemukset suurentavat mantelitulmakkeen kokoa, joka taas vaikuttaa selkeästi lisäämällä lapsen pelon tunnetta tilanteissa, mitkä muistuttavat lasta aikaisempaa kaltoinkohtelun tilannetta. On myös mahdollista, että jos lapsen kokema väkivaltakokemus on hyvin voimakas, voi lapsen aivojen hippokampuksessa käydä häiriö ja muisto koko väkivaltatilanteesta voi hävitä lapselta kokonaan. Tällaisessa tilanteessa lapsi voi kuitenkin kokea fyysisen pelkoreaktion vastaavanlaisessa tilanteessa ilman, että hänellä olisi muistikuvia aikaisemmasta väkivaltatilanteesta. Erilaisissa kokeissa on todettu, että varhaiset traumakokemukset, sekä traumaperäinen stressihäiriö voi pienentää hippokampusta, joka taas vaikuttaa suoraan lapsen kykyyn muistaa tiettyjä asioita. (Söderholm & Kivitie-Kallio, 2011, ss. 163–164)

Teini-ikäisen kehitysvaiheessa kavereista tulee nuorelle usein yhtä tärkeitä kuin perheestä (ns. sekundaarisosialisaatio). Se, mitä edellä on kirjoitettu ongelmista kaverisuhteissa, saa täten teini-ikäisessä vielä suuremman painoarvon. Teini-ikäisessä lisäksi korostuu tarve kuulua joukkoon ja olla niin sanotusti normaali. Tämä saattaa monelle hankalista taustoista tulevalle ja/tai traumatisoituneelle nuorelle luoda suuria paineita. Kun tähän lisää vielä teini-ikään liittyvän aivokemiallisen dynamiikan – aivoyhteyksiä kuolee ja syntyy huomattavaan tahtiin – on traumatisoitunut teini keskellä haasteiden ristiaallokkoa. Joskus tämä saattaa saada aikaan sen, että teini painaa järkyttävien asioiden käsittelyn takaa-alalle ja alkaa lykätä niiden käsittelyä. Toisaalta traumatisoitunut teini saattaa uudelleen elää traumaansa käyttäytymisellään ja olla impulsiivinen. Esimerkiksi seksuaalista hyväksikäyttöä kokeet tytöt saattavat hakeutua lukuisiin, kaoottisiin suhteisiin poikien kanssa. Kyseinen käytös linkittyy osaltaan myös aivokemiaan: inestien kokeneet tytöt saavuttavat puberteetin verrokkeja

aikaisemmin. (Hedrenius & Johansson, 2016, ss. 145–148; Van der Kolk, 2018, ss. 203–204.) Huomionarvoista on aivojen kypsyminen ja niin sanottujen korkeampien kognitiivisten funktioiden kehittyminen jatkuu pitkälti yli 20-vuotiaaksi saakka (Hedrenius & Johansson, 2016, ss. 145) Kypsemät aivot kykenevät hyödyntämään monipuolisemmin erilaisia vakauttamistekniikoita ja opettelemaan eheytymisessä tarvittavia mielentaitoja.

2.3.2 Resilienssi traumasta selviytymisessä

Resilienssi, englanniksi resilience, on uudehko termi, jolla tarkoitetaan yksinkertaistettuna ihmisen kykyä kohdata vastoinkäymisiä, traumaa, tragedioita, uhkia tai kovin stressaavia tilanteita, kuten perheen tai parisuhteen sisäisiä, terveys-, raha- tai työpaikan ongelmia (American Psychology Association, 2012). Suomen kielessä resilienssillä voidaan tarkoittaa muun muassa joustavuutta, lannistamattomuutta, kestävyyttä, sopeutumis-, muutos- ja toipumiskykyisyyttä, niin sanottua sisua. Mikään näistä termeistä ei ole kuitenkaan vakinaisessa käytössä resilienssin ainoana merkityksenä, koska resilienssillä voidaan tarkoittaa useaa erilaista mielen tilaa. (Poijula, 2018, ss. 16–18) Resilienssin määritelmä siis voi vaihdella jonkin verran eri maiden välillä, mutta resilienssillä kuitenkin kansainvälisesti ilmaistaan ihmisen kykyä selviytyä traumasta. Resilienssi käsitteenä onkin hyvin monitahoinen ja resilienssi voi esiintyä eri tavoilla ihmisen elämän eri vaiheissa. (Hedrenius & Johansson, 2016, ss. 156–157)

Se, että resilienssille ei löydy yhtä, vakiintunutta määritelmää, voi johtua esimerkiksi siitä, että resilienssitutkimuksessa on kahta eri suuntausta, prosessorientoitunut suuntaus, sekä henkilöorientoitunut suuntaus. Prosessorientoituneessa suuntauksessa tutkitaan, kuinka erilaiset tekijät, kuten ympäristö, sosiaalinen tuki ja kyvyt ovat yhteydessä erilaisten riskien, sekä vastoinkäymisten seurauksiin. Henkilöorientoituneessa suuntauksessa tutkitaan resilienttejä henkilöitä ja pyritään määrittelemään, mikä heissä ja vähemmän resilienteissä henkilöissä on erona. Pääpiirteittäin voidaan kuitenkin ajatella, että, resilienssi traumasta selviytymisessä sisältää kyvyn toipua traumaattisesta kokemuksesta, sekä kyvyn kestää erilaisia vaikeita tilanteita. (Poijula, 2018, s. 23) Kaikesta huolimatta resilienssiä voidaan kuitenkin hyväksikäyttää muun muassa traumasta selviytymisessä erilaisin tavoin. Resilienssin hyväksikäyttöön kriisitilanteessa tunnistetaan neljä erilaista lähestymistapaa. Jokaisen lähestymistavan kehittämiseen ovat vaikuttaneet resilienssiä tutkineet psykologian

professorit. Nämä lähestymistavat ovat resilienssi elämäntilanteen tunteena (Antonovsky), eron tunnistaminen resilienssin ja toipumisen välillä (Bonanno), psyykkisen stressin ja menetyksen kierteen malli (Hobfoll) sekä trauman jälkeinen kasvu (Tedeschi & Calhoun). (Hedrenius & Johansson, 2016, ss. 157–164)

Lasten ja nuorten resilienssiä tukevia tekijöitä on useita, ja näitä tekijöitä voi jokainen lasten ja nuorten kanssa työskentelevä pyrkiä tukemaan. Yhdysvalloissa on viranomaisaloitteesta luotu verkosto The National Child Traumatic Stress Network (NCTSN), jonka tavoitteena on lasten traumaperäisen stressin aikaisempaa tehokkaampi tunnistaminen ja hoito. NCTSN:n mukaan (2016) resilienssiä rakentavat osaltaan seuraavat tekijät:

1. Sosiaalinen tuki (tuki lähisuhteissa ja laajemman yhteisön tuki)
2. Turvallisuuden kokemus kotona, koulussa ja yhteisössä laajemmin
3. Hyvä itsetunto ja omanarvontunto
4. Kokemus omasta pystyvyydestä
5. Henkiset tai kulttuuriset uskomukset, päämäärät ja haaveet, jotka rakentavat merkitystä lapsen elämään
6. Lahjakkuus jollain osa-alueella (esim. urheilu, akateeminen menestys)
7. Itsesäätelyn keinot (coping keinot).

Edellä oleva listaus tuo osaltaan esiin sen, kuinka monitahoisesta ilmiöstä on kysymys. Monitahoisuus saa aikaan sen, että toisaalla ilmeneviä puutteita voidaan pyrkiä kompensoimaan jollain toisella osa-alueella. Voidaan kuitenkin ajatella, että listassa seitsemänneksi mainittu itsesäätely on resilienssin kannalta jotain hyvin ytimellistä ja se pitää sisällään muutakin kuin perinteiset coping-keinot. Itsesäätely on kykyä havainnoida omaa sisäistä maailmaansa (ajatukset, tunteet) ja toimintaansa – sekä kykyä vaikuttaa näihin proaktiivisesti. (Boon ym., 2011, ss. 176–184) Täten itsesäätely on kompetenssia, jonka ihminen vie mukanaan jokaiseen elämänsä tilanteeseen.

2.4 Terapeuttinen laitoshoido

Lastensuojelulaitosten työkäytännöt ja kehittämistyö eivät ole olleet suomalaisen tieteellisen tutkimuksen kohteena. (Eronen & Laakso, 2016, ss. 9–10) Kansainvälistä

tieteellistä tutkimusta lastensuojelulaitosten työkäytännöistä on kuitenkin tehty, ja näistä käytännöistä ovat Tuija Eronen ja Riitta Laakso (2016) koonneet oman ehdotuksensa siitä, mihin suuntaan suomalaisia sijaishuollon laitoksia tulisi kehittää. Eronen ja Laakso ovat tiivistäneet ehdotuksensa laitostyön tuleviksi kehittämisorientaatioiksi. Nämä orientaatiot ovat tuettu perhehoito (vaihtoehtona laitoshoidolle), terapeuttinen orientaatio sekä sosiaalipedagoginen orientaatio. Kyseinen Eroksen ja Laakson systemaattinen kirjallisuuskatsaus on osa hallituksen lanseeraama LAPE-hanketta, jonka tavoitteena on kehittää lapsi- ja perhepalveluiden kokonaisuutta sekä alentaa sijaishuollon kustannuksia. (Eronen & Laakso, 2016, s. 4, s. 9)

Mitä sitten terapeuttinen laitoshoido on ja kuinka se eroaa niin sanotusta tavanomaisesta lastenkotityöstä? Terapeuttisessa orientaatiossa tunnistetaan sijoitettujen lasten elämäntilanteen erityisyys. Traumanäkökulma liittyy olennaisena osana terapeuttiseen orientaatioon: koska sijoitetut lapset ja nuoret ovat kokeneet elämässään traumaattisia tapahtumia, on loogista pyrkiä muokkaamaan heitä kasvattava sijaishuollon organisaatio terapeuttiseksi, parantavaksi. (Eronen & Laakso, 2016, s. 19) Tutkimuksissa on verrattu terapeuttista laitoshoidoa niin sanottuun tavanomaiseen laitoshoidoon ja nostettu esiin seuraavia terapeuttisen orientaation ominaispiirteitä.

1. Turvallisuus: ensisijaista on, että sijoitetut lapset ja nuoret voivat kokea laitoksen turvalliseksi. Heidän tulee kokea olevansa turvassa suhteessa ohjaajiin, toisiin lapsiin ja nuoriin sekä ympäristöön. Laitoksen turvallisuus aikaansaadaan tietoisesti määritellyllä työskentelymallilla, jonka vaikuttavuutta arvioidaan jatkuvasti.
2. Yhteistyö perheen kanssa: mikäli mahdollista, tulisi tukea lasten ja nuorten perheen osallisuutta laitoksen arjessa. Yhteistyö perheen kanssa tarkoittaa myös jaettua vastuuta tavoitteiden asettelussa ja päätöksenteossa.
3. Ekologinen validiteetti: Tämä tarkoittaa sitä, että terapeuttisten toimintojen täytyy nivoutua osaksi laajempaa yhteisöä. Ne eivät voi olla jotain, mikä toimii vain laitostekstissä.

4. Orientaatio-näkökulma: Kysymys ei ole siitä, että terapeutitiset ohjelmat sellaisenaan saisivat aikaan vaikuttavuutta. Terapeutisuus, parantamisnäkökulma, on jotain, jonka tulisi läpäistä toiminta kauttaaltaan. Se tulisi olla läsnä jokaisessa arjen kohtaamisessa.

5. Näyttöön perustuvuus ja hyvät käytännöt: Terapeutisessa orientaatioissa korostetaan tutkimustietoon perustuvien, vaikuttavaksi havaittujen käytäntöjen hyödyntämistä ja yhteistyötä tutkijoiden kanssa. (Eronen & Laakso, 2016, s. 19)

Traumanäkökulma on siis kiinteä osa terapeutista orientaatiota. Traumateorioihin perustuvat hoitomallit voidaan jakaa karkeasti kahteen luokkaan: on trauman spesifiset hoitomuodot (kuten lääkkeellinen hoito, erilaiset yksilöterapiat), jotka harkitaan aina tapaus- ja yksilökohtaisesti. Toiseksi on traumaorientoituneita hoitomuotoja, joissa otetaan huomioon traumaattisten kokemusten vaikutukset ja pyritään välttämään uudelleentraumatisoitumista. (Eronen & Laakso, 2016, s. 19) Tässä kohdin traumaorientoituneiden hoitomuotojen voidaan tulkita olevan lähellä luvussa 2.3. esiteltyä traumainformoidun hoidon käsitettä. Traumainformoidussa hoidossa pyritään traumatietoisten ja traumasensitiivisten toimintojen kehittämiseen.

Tämän opinnäytetyön tuloksena syntynyt videosarja voidaan sitoa löyhästi terapeutin laitoshoidon kontekstiin. Terapeutin orientaation mukaisesti videosarjan avulla toteutettavassa koulutuksessa korostuu traumanäkökulma sekä siihen nivoutuva turvallisuuden merkitys. Turvallisuuden korostamista edustaa videosarjan sisällössä juuri vakauttamiseen keskittyminen. Toisaalta videosarja voidaan sitoa myös traumainformoidun hoitotyön kontekstiin, koska siinä pyritään antamaan perustiedot traumasta ja tarjoamaan työkaluja uudelleentraumatisoitumisen välttämiseksi.

Lisäksi voidaan ajatella, että videosarjan tarjoamat työkalut voisivat olla ekologisesti valideja – eli sellaisia, joiden käyttö ei ole sidottua laitoshoidon kontekstiin. Niin ikään terapeutin orientaation kuuluva näyttöön perustuvuus on läsnä traumakoulutuksessa. Varsinainen terapeutin hoito kuitenkin tarkoittaa sitä, että terapeutisuus on systemaattisesti integroitu osaksi yksikön toimintaa ja että toiminnan tavoitteiden saavuttamista arvioidaan jatkuvasti. Yksittäinen koulutus ei sinänsä vielä muuta organisaatiota terapeutiksi ja yksittäisen koulutuksen vaikutus määräytyy myös pitkälti sitä kautta, omaksuvatko

osallistujat koulutuksen tarjoamaa tietoa ja alkavatko he muokata omaa toimintaansa kyseisen tiedon pohjalta.

Toisaalta terapeuttisesta laitoshoidosta puhuttaessa olisi olennaista pohtia sitäkin, mitä jo olemassa olevia terapeuttisia elementtejä organisaation toiminnassa on. HUSin lastenpsykiatrian linjajohtaja Leena Repokari on todennut, että lastensuojelulaitokseen tulevan lapsen ja nuoren näkökulmasta tavallinen arki on itsessään terapeuttista. (THL, 2017) Ennakoitavan, turvallisen ja aikuisen läsnäoloa tarjoavan perusarjen merkitystä ei traumapohjaisenaan oireilun vakauttamisessa voi aliarvioida. Lisäksi Repokari on tuonut esiin sen, seikan, ettei kehittämistyö saattaa toimia jopa tarkoitustaan vastaan, mikäli se jää abstraktiksi, ylätasoin ihanteeksi, jonka implementointi on epäselvästi organisoitu. (THL, 2017)

Mitä lisäarvoa sitten traumatietoisuuden lisääminen voi tuoda lastenkodin toimintaan? Traumatietoisuudelle on eittämättä sijaishuollon kontekstissa tarvetta, sillä traumaperäisen oireilun esiintyvyys on sijaishuollon lapsilla ja nuorilla suurta. Joissain tutkimuksissa on esitetty traumatisoitumisen esiintyvyyden olevan sijaishuollon piirissä olevien nuorten keskuudessa liki 90 %. (Dorsey ym., 2012) Lastensuojelun työntekijöille olennaista ei ole käydä käsiksi oireilun kontekstiin, eli traumamuistoihin – vaan keskeistä on hahmottaa kuinka trauma voi heijastua lasten ja nuorten käyttäytymisen ja tunteiden säätelyyn, kognitiivisiin kykyihin ja sosiaaliseen vuorovaikutukseen. (Fratto, 2016) Lastensuojelun traumatyö on pitkälti vakauttamista ja toimivien persoonallisuuden puolien vahvistamista. Tärkeää on tulla myös tietoiseksi niistä sudenkuopista, joita liittyy traumatisoituneiden lasten ja nuorten kanssa työskentelyyn. (Sutinen, 2016) Traumatietoisuuden parantamisella voidaan pyrkiä ehkäisemään palvelun piirissä tapahtuvaa uudelleen traumatisoitumista. Uudelleentraumatisoitumisen riski on otettava aina huomioon traumatisoituneiden lasten ja nuorten kanssa työskennellessä. (Sutinen, 2016). Koulutuksen yhtenä tavoitteena onkin traumainformoidun hoitotyön hengessä tarjota työntekijöille tietoa siitä, kuinka uudelleentraumatisoitumista voidaan pyrkiä välttämään. Toiseksi tieto traumapohjaisesta oireilusta ja sen eri ilmenemismuodoista saattaa auttaa työntekijöitä ymmärtämään oireilevia lapsia ja nuoria paremmin. Esimerkiksi: suihkun välttely ei ole mielenosoituksellista, vaan se saattaa olla lapsen pyrkimys välttää traumamuistuttajia.

Toisaalta työskentely lastensuojelussa altistaa myös työntekijät sijaistraumatisoitumiselle. Sijaistraumatisoitumisella tarkoitetaan sitä, että henkilö altistuu traumaattiselle tapahtumalle välillisesti, esimerkiksi hoitamalla henkilöä, joka on kokenut traumatisoivia tapahtumia. Sijaistraumatisoitunut kärsii yhtä lailla traumaoireista, vaikka traumaattinen tapahtuma ei ole tapahtunut hänelle omakohtaisesti. Sijaistraumatisoituminen on puolestaan yhteydessä työuupumukseen. (Salloum, ym., 2015)

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyössä tuotettiin sijaishuollon työntekijöille suunnattu videosarja, ”Kuinka auttaa traumatisoitunutta lasta sijaishuollossa?” Videosarja koostuu kolmesta noin 10 minuutin pituisesta videosta. Videosarjan tavoitteena oli antaa kohderyhmälleen perustiedot traumasta sekä tarjota työkaluja traumapohjaisen oireilun tunnistamiseen ja vakauttamiseen. Videosarjan vaikuttavuutta pyrittiin edistämään osallistujille jaettavien ennako- ja arviointikyselyiden avulla. (Liitteet 2 & 3) Näin kartoitettiin sitä, ovatko traumakoulutukselle asetetut tavoitteet täyttyneet.

Opinnäytetyön tavoitteena oli pyrkiä jalkauttamaan näyttöön perustuvaa hoitotyötä sijaishuoltokontekstiin. Hoitotyöllä tarkoitetaan niitä toimintoja ja interventioita, jotka perustuvat hoitotieteelliseen tutkimukseen, tutkittuun tietoon, ammattilaisten käytännön kokemuksiin sekä hyväksi havaittuihin käytänteisiin. (Eriksson ym., 2007, s. 41)

Siitä, kuinka hoitaa traumatisoitunutta lasta lastenkotikontekstissa on tehty hoitotieteen piirissä vähäisesti tutkimusta. Lisäksi tietoa mahdollisista hoitotyön hyvistä käytännöistä on niukalti saatavissa – tai se on hankalasti saavutettavissa. Tässä opinnäytetyössä otetaan osaltaan kantaan siihen, kuinka hoitotyötä voitaisiin nivoa osaksi sijaishuollon organisaatioita, jotka koetaan perinteisesti osaksi sosiaalihuollon kenttää. Hoitotyön ammattilainen on sijaishuollon organisaatiossa ikään kuin ”vieraalla kentällä”. (Schneiderman, 2005)

Mielenterveyshoitotyö tarjoaa menetelmiä, jotka voisivat sopia hyödynnettäväksi lastenkotikontekstissa. Psykoedukaatio on perinteinen mielenterveyshoitotyön menetelmä ja sillä tarkoitetaan lyhyesti ilmaistuna mielenterveyteen liittyvää koulutuksellista

ohjaamista. (Hämäläinen ym., 2017, s. 187) Myös ryhmien käyttö on perinteinen mielenterveystyön menetelmä (Hämäläinen ym., 2017, s. 208), jolla saattaisi olla potentiaalia lastenkotikontekstissa. Huomionarvoista on, että sekä hoito- että sosiaalityö jakavat perhetyön ja perhelähtöisyyden näkökulman: yksilö nähdään osana perhettä ja tämä yhteys otetaan työskentelyn yhdeksi lähtökohdaksi. (Hämäläinen ym., 2017, s. 190) Sijaishuollon piirissä olevilla lapsilla ja nuorilla perheyhteys on lähtökohtaisesti haavoittunut. Vaikka lapsi ei enää pitäisi yhteyttä lähtöperheeseensä, ei perhe poistu lapsen mentaaliselältä kartalta, pikemminkin päinvastoin. Perhekeskeisyyden voi nähdä liittyvän myös elämäkerrallisuuden näkökulmaan ja traumanäkökulmaan. Traumatisoituminen voidaan nähdä tekijänä, joka on omiaan luomaan katkoksia ja rikkonaisuutta minuuteen ja elämäkerralliseen narratiiviin. (Suokas-Cunliffe, 2006)

Hoidollinen yhteistyösuhde on keskeinen mielenterveyshoitotyön elementti ja menetelmä. Hoidollisella yhteistyösuhdeella tarkoitetaan hoitajan ja potilaan/asiakkaan välistä luottamuksellista ja tavoitteellista vuorovaikutussuhdetta. Tämä suhde eroaa tavanomaisesta ihmissuhteesta siinä, että sen toisena osapuolena on ammattilainen, jonka tehtävänä on ohjata suhdetta määriteltyjen tavoitteiden suuntaan. Yhdessä tekeminen ja erilaiset toiminnalliset menetelmät sisältyvät hoidolliseen yhteistyösuhteeseen, ja tämä ulottuvuus nivoutuukin luontevasti lastenkotikontekstiin. Yhdessä tekeminen rakentaa vuorovaikutus- ja kiintymyssuhdetta, sekä auttaa rakentamaan selviytymiskeinoja ja voimavaroja. (Hämäläinen ym., 2017, ss. 158–159)

Hoidollisen yhteistyösuhteen ytimessä on hoitajan psykiatrinen ammattitaito, mikä kulminoituu tietoisuuteen vuorovaikutuksessa aktivoituvista vuorovaikutusilmiöistä, kuten muun muassa transferenssista, vastarinnasta ja distanssista. Transferenssilla tarkoitetaan tunteensiirtoa. Tunteensiirrosta potilas siirtää menneisyytensä merkittäviin ihmisiin kohdistamiensa tunteita, odotuksia, mielikuvia ja defensejä hoitajan ja potilaan väliseen vuorovaikutussuhteeseen. Vastarinnalla tarkoitetaan sitä reaktiota, jolla potilas pyrkii antamaan aikaa psyykkisen eheytyksen edellyttämälle muutokselle. Patologisista sopeutumismekanismeista luopuminen tapahtuu asteittain, eikä mielen järjestelmää voi ikään kuin päivittää yhdessä yössä. Tämän takia potilas tarvitsee vastarintaa muutospaineen vastapainoksi. Myös tunteensiirto voidaan nähdä vastarinnan eräänä ilmenemismuotona: on helpompi heijastaa esimerkiksi omia vanhempia kohtaan tunnettu pettymys nykyhetken

ihmissuhteeseen kuin surra menetettyä lapsuuttaan. Vastarinta voi ilmetä käytännössä monin tavoin, se voi olla vuorovaikutuksesta vetäytymistä ja vuorovaikutuksen sabotointia eri muodoissaan. Distanssilla puolestaan tarkoitetaan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista välimatkaa. Se linkittyy kiintymyskäyttäytymiseen ja kiintymyssuhteen muotoutumiseen. Normaalikehityksessä imeväisikäinen lapsi kehittyä äidin kanssa kokemastaan symbioosista kohti rakentavaa, minuuden ja toiseuden integriteetin tunnistavaa, rakentavaa erillisyyttä. Potilaan välimatka voi tämän omasta kiintymyssuhdehistoriasta riippuen vaihdella symbioosiin hakeutumisen ja välttelyn välillä. Potilas voi reagoida ristiriitaisesti läheisyyteen. Ammattitaitoinen hoitaja reflektoi omia psyykkisiä mekanismejaan, jotta hän voi potilaalle edustaa turvallisuutta, johdonmukaisuutta ja realiteetteja. (Hämäläinen ym., 2017, ss. 160–164)

Lastenkotien käytäntöihin kuuluu tavallisesti se, että jokaisella lapsella on nimetty omahoitaja/omaohjaaja. Omaohjaajan tehtäviin kuuluu lapsen käytännön asioiden koordinointi ja yhteydenpito perheeseen. Lisäksi omaohjaajan on oltava perillä lapsen aikaisemmista elämänvaiheista, merkittävistä elämäntapahtumista sekä lapselle tehdyistä somaattisista ja psykologisista tutkimuksista. Lastenpsykiatri Jari Sinkkonen on tarkastellut lastenkodin omaohjaajuuden merkitystä kiintymyssuhdenäkökulmasta. Käytännön merkityksen lisäksi omahoitajuudella onkin lapselle suuri psykologinen merkitys, omahoitaja on lapsen ”oma aikuinen”, joka kantaa lasta mielessään. (Sinkkonen, 2020, ss. 177–179)

Omaohjaajan ja lapsen suhdetta voidaan tarkastella myös hoitotyön kontekstista tutuksi tulleen hoidollisena yhteistyösuhteena. Molemmille suhteille ominaista on, että ne potentiaalisesti aktivoivat kiintymysmekanismeja ja täten nostavat pintaan kiintymyssuhteisiin liittyviä muistoja ja assosiaatioita sekä edellä käsitellyjä vuorovaikutusilmiöitä. Omaohjaajan tulisikin olla perillä edellä mainituista vuorovaikutusilmiöistä, transferenssista, vastarinnasta ja distanssista. Lisäksi hyödyksi olisi myös tuntee muita psyykkisiä defensejä eri ilmenemismuotoineen. Sijaishuollon piirissä oleva lapsi ja nuori käsittelee kiintymyssuhdetraumaansa suhteessa ”omaan aikuiseensa”, joka sisäisesti ja tiedostamattomasti muistuttaa lasta häntä aikaisemmin hoivanneista aikuisista. Tämän takia lapsi saattaa kohdistaa suurimmat raivon ja pettymyksen tunteensa omaohjaajaansa. (Sinkkonen, 2020, ss. 177–179)

Mitä lisäarvoa hoitotyön näkökulma voi sitten tarjota omaohjaajuuteen? Omaohjaajasuhde voi toki olla hoidollinen, vaikka sen toisena osapuolena ei olisikaan hoitotyön ammattilaista. Kuitenkin hoitotyön näkökulmasta on sikäli hyötyä, että se korostaa tutkitun tiedon systemaattista hyödyntämistä työkäytännöissä. Eli yksinkertaistetusti hoitotyön tehtävänä on tuoda kentälle relevanttia tietoa. Omaohjaajuuden näkökulmasta tämä tieto on muun muassa tietoa vuorovaikutussuhteen ilmiöistä, psyykkisistä defenseista, kiintymyssuhteista ja traumatisoitumisesta. Toiseksi hoitotyön piiristä voitaisiin omaohjaajuuteen ottaa tiettyä tavoitteellisuutta – aivan kuten hoidollinen yhteistyösuhde on tavoitteellinen, voisi omahoitajasuhdekin olla tavoitteellinen. Varmasti moni omaohjaajana toimiva työntekijä toimii tavoitteellisesti ilman hoitotyön näkökulmaakin, mutta hoitotyö voisi tuoda tavoitteisiin lisää psyykkisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden edistämisen näkökulmaa. Käytännössä mielenterveyden edistäminen voisi tarkoittaa muun muassa lapsen ja nuoren mentalisaatio- ja itsesäätelykyvyn tukemista. Mentalisaatiokyvyn tukemisen lähtökohtana on käytännössä se, että aikuinen osoittaa kiinnostusta lapsen sisäistä maailmaa, ajatuksia ja tunteita, kohtaan. Kiinnostusta osoitetaan läsnäololla, kuuntelulla ja avoimia kysymyksiä esittämällä. Jari Sinkkonen on kirjoittanut siitä, kuinka ihmettelyn taito tukee mentalisaatiota: ”Ammatillisuus ei ole sitä, että hoitaja tietäisi vastaukset kaikkiin kysymyksiin ja osaisi tehdä parhaat mahdolliset ratkaisut. Päin vastoin, ammattitaitoa on kysellä, kuulostella ja ihmetellä” (Sinkkonen 2020, s. 179).

Hoitotyön orientaatio voisi näyttäytyä omaohjaajuudessa myös validoivan vuorovaikutuksen muodossa. Validaatiolla tarkoitetaan jonkin kokemuksen tunnistamista ja tunnustamista, oikeaksi osoittamista. (Sadeniemi ym., 2020, ss. 248–250) Validaatio ei tarkoita, että tuon kokemuksen sanelemana tehtäisiin päätöksiä tai että kyseinen kokemus oikeuttaisi tietynlaiseen toimintaan, esimerkiksi väkivallan käyttöön. Sen sijaan validaatiossa tunnustetaan, että jokaiselle inhimilliselle kokemukselle on omat syynsä ja että tuo kokemus on kokijalleen todellinen. Käytännössä tämä muun muassa tarkoittaa sen ymmärtämistä, ettei traumatisoitunut lapsi tai nuori käyttäydy haastavasti pahuuttaan tai tyhmyyttään, vaan koska hän on keinoton, eikä ole oppinut rakentavampia tapoja toimia. (Fratto, 2016) Haastavaksi koettu käytös ja muu oirekirjo voidaan nähdä myös lapsen ja nuoren alitajuisena ja sanattomana keinona kertoa jotain olennaista itsestään. Traumatisoitunut lapsi ja nuori ilmentää ulkoisesti sitä, mitä hän kokee sisällään.

Hyvin olennainen tekijä mielenterveystyössä motivaatio ja motivoiminen. Motivaatio on motiivien eli toiminnan psyykkisten syiden aikaansaama tahtotila (Terveysverkko, nd.). Kuinka motivoida lasta ja nuorta esimerkiksi itsesääätelyharjoitteiden tekemiseen, jos hän ei ylipäättään näe syytä ”hyvien” ja ”oikeiden” asioiden tekemiseen, saati itsestään huolehtimiseen? Vuorovaikutuksen tulisi olla kauttaaltaan lapsen ja nuoren itsetuntoa vahvistavaa: yritettäisiin nähdä hyvä lapsessa, vaikka hän itse ei siihen pystyisi.

Positiivisia vahvisteita voi käyttää motivoimiseen. Positiivisella vahvisteella tarkoitetaan sitä, että yksilö kokee jonkun tietyn asian tekemisellä olevan positiivisia seurauksia itselleen. (Sadeniemi ym., 2020, s.276–277) Lapsen ja nuoren on helpompi motivoitua jonkin abstraktilta tuntuvan taidon opetteluun, kun se voidaan palkita jollain konkreettisella ja välittömällä palkkiolla, kuten ruutuajalla. Kuitenkin optimaalisin motivaatio olisi kenties sisäinen motivaatio, joka pohjaisi aitoon oivallukseen opiskeltavan taidon merkityksestä itselle. Tällaista sisäisen motivaation herättelyä ei voikaan unohtaa, vaikka tuntuisikin siltä, ettei se tuota tulosta.

3.1 Opinnäytetyön videosarja mielenterveystyön kontekstissa

Mielenterveystyöhön kuuluvat mielenterveyden edistäminen (primaaripreventio), mielenterveyshäiriöiden ehkäisy ja hoito (sekundaaripreventio) sekä kuntoutus (tertiääripreventio). Mielenterveyden edistäminen pitää sisällään mielenterveyttä suojaavien tekijöiden tunnistamisen ja vahvistamisen, yksilötasolta väestötasolle. Toisaalta edistämiseen sisältyy myös riski- ja haavoittuvuustekijöiden tunnistaminen ja hallinta. Tässä kohdin mielenterveyttä edistävä työ risteääkin mielenterveyshäiriöitä ehkäisevän työn kanssa, koska ehkäisevässä työssä painopiste on mielenterveyttä uhkaavien tekijöiden tunnistamisessa ja hallinnassa. Käytännössä mielenterveyshäiriöitä ehkäisevä työ on pyrkimystä oireiden varhaiseen tunnistamiseen, ja nopean hoidon antamiseen. Tavoitteena on estää mielenterveyshäiriön kroonistumista ja negatiivisia liitännäisvaikutuksia. (Hämäläinen ym., 2017, ss. 30–31) Mihin sitten tässä opinnäytetyössä toteutettu videosarja sijoittuu mielenterveystyön kentässä? Videosarja pitää sisällään aineksia sekä primaari- että sekundaaripreventiosta.

Koska työskentely lastensuojelussa altistaa työntekijät sijaistraumatisoitumiselle, voidaan videosarjan kautta tapahtuvaa traumakoulutusta tarkastella toimenpiteenä, joka tähtää myös työntekijöiden mielenterveyden edistämiseen. Traumatietoisilla itsehoitomenetelmillä voidaan osaltaan ennaltaehkäistä sijaistraumatisoitumista. (Salloum, ym., 2015)

Opinnäytetyössä toteutettuun videosarjaan sisältyvät vireystilan säätelyn harjoitukset voidaankin käsittää tällaisiksi traumatietoisiksi itsehoitomenetelmiksi, jotka aktiivisesti käytettyinä voisivat hyödyttää myös suoraan itse työntekijöitä. Panostamalla traumatietoisuuden lisäämiseen lastensuojelussa voitaisiin siis panostaa myös lastensuojelun työntekijöiden positiiviseen mielenterveyteen ja työhyvinvointiin. Toisaalta koska videosarja tähtää traumatisoitumiseen liittyvien oireiden tunnistamiseen, hallintaan ja kroonistumisen välttämiseen, voidaan traumakoulutus nähdä myös mielenterveyden häiriötä ehkäisevänä toimenpiteenä.

Videosarjan yhtenä tavoitteena on myös mielenterveysoireiden varhaisen tunnistamisen tukeminen. Tässä kohdin videosarja linkittyykin sekundaaripreventiossa korostettuun varhaisen tunnistamisen tavoitteeseen. Mielenterveysoireiden varhainen tunnistaminen ja hoito ehkäisevät oireiden kroonistumista, negatiivisia liitännäisvaikutuksia, inhimillistä kärsimystä (Hämäläinen, ym., 2017, ss. 30–31)

Nykyään mielenterveystyössä hoitaja nähdään myös mielenterveystyön kehittäjänä. (Hämäläinen ym., 2017, s. 360) Traumakoulutuksen tuottaminen antaa meille valmistuvina sairaanhoitajina harjoitusta alamme kehittämiseksi. Kehittäminen on toimintaa, jolla tähdätään selkeästi määritellyn tavoitteen saavuttamiseen. (Toikko & Rantanen, 2009) Tuotetun videosarjan tavoitteena on antaa sijaishuollon työntekijöille työkaluja traumapohjaisesti oireilevien lasten ja nuorten kohtaamiseen ja vireystilatyöskentelyyn. Tämä tavoite on osaltaan muotoutunut laajemman yhteiskunnallisen tarpeen pohjalta: viranomais selvityksissä on todettu, että sijaishuollon laitoksiin päätyy yhä vaikeammin oireilevia lapsia ja että laitoshoidolla korvataan psykiatrisen hoitojärjestelmän puutteita. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2020, ss. 16–18) Tavoite mielenterveystyön jalkauttamisesta sijaishuoltoon kytkeytyy siis laajempaan yhteiskunnalliseen problematiikkaan.

Mielenterveystyötä tekevän hoitajan keskeisenä tehtävänä on työssään hyödyntää ja jakaa viimeaikaisinta tutkittua tietoa mielenterveyden ilmiöistä. (Hämäläinen ym., 2017, s. 362) Opinnäytetyön osana tuotettu videosarja voidaan nähdä mielenterveyttä koskevan tiedon jakamiseen perustuvana hoitotyön sovellutuksena.

4 Videosarjan tekoprosessi

Käsillä oleva opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö. Toiminnallinen opinnäytetyö on opinnäytetyö, joka sisältää aiheen teoreettisen käsittelyn sekä toiminnallisen osion.

Opinnäytetyön toiminnallinen osio valitaan työelämästä tulleen tarpeen mukaisesti ja työllä on tarkoitus kehittää käytännön toimintaa. (HAMK, 2020) Työn toiminnallinen osuus on videosarja, jota käytetään Viialan Kotikolo Oy:n henkilöstön koulutustarpeisiin. Kehittäminen on toimintaa, jolla tähdätään selkeästi määritellyn tavoitteen saavuttamiseen. (Toikko & Rantanen, 2009) Kuten edellä kuvattiin, on opinnäytetyön toiminnallisen osuuden tavoitteena antaa tilaajajaksikon työntekijöille perustiedot traumasta sekä tarjota työkaluja traumapohjaisen oireilun tunnistamiseen ja vakauttamiseen. Tavoitteen saavuttamista arvioitiin muun muassa tilaajaosapuolelta saatavan palautteen perusteella.

Videosarjan suunnittelu piti sisällään relevanttiin tutkimuskirjallisuuteen tutustumisen ja referoinnin. Tutkimuskirjallisuuteen perehtyminen kristallisoi sitä, mikä on videosarjan tavoitteen näkökulmasta olennaista ja mikä vähemmän olennaista tietoa. Tavoitteena oli käytännönläheisen sisällön tuottaminen, joka tarjoaisi käyttökelpoisia työkaluja lastenkodin arkeen. Koulutuksen suunnittelussa hyödynnettiin täten työntekijöille jaettavaa kyselyä, jonka avulla kartoitettiin työntekijöiden näkemyksiä sekä mahdollisesti esiin nousevia koulutukseen liittyviä tarpeita. (Liite 2) Ajatuksena oli, että avoimet kysymykset ohjaisivat työntekijöitä tuottamaan mahdollisimman paljon tietoa. Oletus oli, että mitä enemmän osallistujien omaa tietoa ja kokemusmaailmaa pystyttäisiin koulutuksessa huomioimaan, sitä tehokkaampaa olisi koulutuksessa annettavan tiedon omaksuminen.

Koulutus päädyttiin lopulta tuottamaan digitaalisena tallenteena, johtuen muun muassa vallitsevasta pandemiatilanteesta. Digitaalisessa koulutustallenteessa on omat hyötynsä, kuten esimerkiksi se, ettei se ole aikaan tai paikkaan sidottu. Toisaalta tallenteessa menetetään mahdollisuus reaaliaikaiseen vuorovaikutukseen. (Koramo ym., 2018, s. 23)

Kuitenkin vuorovaikutusyhteys pyrittiin rakentamaan muun muassa paperisen ennakkokyselyn kautta. Kyselylomakkeessa työntekijät pystyivät esittämään kysymyksiä, joihin toivoisivat koulutuksessa saavansa vastauksia.

4.1 Ennakkokysely Kotikolo Oy:n henkilökunnalle

Opinnäytetyön toiminnallisen vaiheen toteutus alkoi Kotikolon henkilökunnalle jaettavalla ennakkokyselyllä. Ennakkokyselyssä oli kaksi kysymystä. Ensimmäinen kysymys oli ”Onko psyykinen trauma mielestäsi jollain tavalla läsnä lastenkotityössä. Jos, niin miten?” Toinen kysymys oli ”Haluaisitko saada lisätietoa traumasta? Minkälaiselle tiedolle olisi mielestäsi tarvetta?”

Ennakkokyselyyn saatiin neljä vastausta. Yksikössä on yhteensä seitsemän työntekijää. Kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että psyykinen trauma on läsnä lastenkotityössä. Kaksi vastaajaa toi esiin sen, että sijoitus itsessään saattaa olla traumatisoiva tapahtuma lapselle ja nuorelle. Vastauksissa tuotiin esiin, että traumatisoituminen näkyy muun muassa käytösongelmina, oppimisvaikeuksina, sosiaalisina haasteina, painajaisina, regressiona, dissosiaatio-oireina sekä erilaisia kehollisina oireina. Eräässä vastauksessa korostettiin sitä, että trauma oireilee hyvinkin eri tavoin yksilöstä riippuen.

Jokainen ennakkokyselyyn vastanneista ilmaisi haluavansa saada tietoa psyykkisestä traumasta. Esiin nousi halukkuus tietää lisää traumatisoitumisesta, jotta voisi auttaa ja tukea lasta arjessa. Myös lisätieto traumatisoitumisen syistä ja traumatisoitumisen tunnistamisesta kiinnosti vastaajia. Eräs vastaajista halusi lisätietoa siitä, kuinka työstää traumaa lapsen kanssa, mikäli lapsi ei itse koe tarvetta trauman työstämiseen. Sama vastaaja kaipasi myös viimeisintä ja päivitettyä tietoa traumasta. Eräs vastaaja puolestaan tahtoi lisätietoa, siitä kuinka traumatisoituminen vaikuttaa oppimisprosesseihin. Lisäksi hän toi esiin sen, että trauman kehollisen purkamisen menetelmiä on aina tarpeellista opetella lisää.

Ennakkokyselyn vastausten perusteella traumatietoisuus on yksikössä läsnä, työntekijät tunnistavat lasten ja nuorten psyykkisen trauman työhönsä vaikuttavana tekijänä. Lisäksi lasten ja nuorten traumaperäistä oireilua osattiin kuvata monipuolisesti.

Traumatisoitumiseen liittyvää yli- ja alivireysoireilua kuvattiin sillä tavoin, kuinka vireystilan

heilautelu arjessa näyttöytyy: käyttöhäiriöinä, oppimisvaikeuksina, painajaisina sekä toisaalta regressiona, dissosiaationa ja kehollisina oireina. Vastauksista voidaan päätellä, että yksikössä on entuudestaan tietoa traumasta, koska ilman tällaista tietoa esimerkiksi kehollisia oireita ei välttämättä kyettäisi yhdistämään traumatisoitumiseen. Vastausten perusteella tuntui olevan tarvetta erityisesti käytännönläheiselle tiedolle, tiedolle, jonka avulla voisi paremmin käytännössä auttaa ja tukea traumatisoitunutta lasta ja nuorta.

Vastausaktiivisuutta voidaan pitää sikäli hyvänä, että yli puolet yksikön työntekijöistä halusi vastata ennakkokyselyyn ja osallistua opinnäytetyöhön. Varmasti osallistuneet ovat juuri heitä, joita psyykinen trauma kiinnostaa. Tämä osaltaan vaikuttaa siihen kuvaan, jonka ennakkokyselyn vastauksista saa.

4.2 Videokäsikirjotuksen laatiminen ja videosarjan tuottaminen

Videoiden tekoprosessiin kuului teoratiedon kokoamisen lisäksi sisällön suunnitteleminen, johon kuului käsikirjoitus, kuvaamiseen ja äänitykseen tarvittavien välineiden ja ohjelmien hankkiminen, sekä materiaalin järjestyksen hahmottaminen sekä visualisointi.

Videokäsikirjoitus laadittiin kootun teoratiedon pohjalta. Ennakkokyselyiden merkitys jäi siksi vähäiseksi, että niissä esiintuotuja seikkoja oli tarkoitus muutenkin videosarjassa käsitellä. Videoiden sisällön kokoaminen aloitettiin luomalla PowerPoint -tiedosto, johon koottiin eri dioihin sijoitettava materiaali. Näin saatiin yksinkertaisesti hahmoteltua missä järjestyksessä sisältö voidaan tuottaa, sekä saatiin hyvin jaettua videoiden sisältö tasaisesti kolmen videon välillä.

Yhdessä päätettiin, että videot sisältäisivät videokuvaa, missä kertoja puhuu suoraan katsojalle teoratietoa sekä teoriaa sisältäviä kuvia, tai niin sanottuja dioja, joissa sisältö puhutaan myös taustaselostuksena. Kun sisältö oli suunniteltu, alkoi kertojakohtausten kuvaaminen. Videokuvaus-, sekä äänitysvälineistöä löytyi jo hyvin valmiiksi. Kuvaukseen käytettiin Nikon D50 -järjestelmäkameraa, mutta äänentuotto kamerassa oli huono. Tätä varten lainattiin HAMK:lta kaksi kappaletta kaulusmikkejä, joiden avulla saatiin aikaiseksi myös selkeä äänenlaatu videoihin. Samaan aikaan kun videoita kuvattiin, äänitettiin puheraitaa äänikortin ja äänitysohjelman avulla. Äänitykseen käytössä oli Reaper-niminen

ohjelma. Videota leikatessa ääniraita yhdistettiin videokuvaan. Samalla tekniikalla äänitettiin myös myöhemmin taustaselostus käyttäen hyväksi mahdollisimman äänieristettyä tilaa.

Alkuperäisen PowerPointilla tehdyn suunnitelman diat muokattiin Adobe Photoshop -ohjelmalla kuviksi, jotka oli helppo siirtää videoeditoriohjelmaan. Videoeditorina käytössä oli Lightworks-niminen ohjelma. Adobe Photoshopilla luotiin myös videoon tarvittavat aloitusdiat, lopputekstit, sekä lähdeluettelo kuvatiedostoina. Videoiden editointiin kului hieman aikaa ja jos aikaa olisi ollut enemmän käytettävissä, olisi videoita voinut hienosäätää huomattavastikin, mutta ajan rajallisuus tuli tässä vastaan. Kun videoiden sisältö oli muuten koottu, tuntui, että videoista puuttui jotain, joten videoihin sävellettiin yksinkertaista musiikkia alku- ja lopputekstien päälle. Musiikin sävellykseen käytettiin samaa ohjelmaa, kuin videoiden ääniraitojen ja taustaselostuksen äänittämiseen. Kun videot oli äänitetty, renderöitiin ne 720 pikselin tarkkuudelle, 30 kuvaa sekunnissa kuvataajuudella. Ohjelman ilmaisversiossa tämä oli paras mahdollinen tarkkuus, lisäksi tällä saatiin hieman karsittua tiedostokoon suuruudesta.

Videosarja sisältää kolme, n. 10 minuutin pituista videota. Ensimmäisessä videossa ”Mitä trauma on” esitellään traumatisoituminen ilmiönä sekä vireystilan säätelyn häiriönä. Lisäksi määritellään keskeisiä käsitteitä, kuten traumamuistuttajan (triggeri) ja takauman käsitteet sekä tuodaan esiin traumatisoitumisen yleisyys väestötasolla. Esillä on myös toipumiskeskeinen orientaatio; tuodaan esiin, että traumasta voi toipua.

Toisessa videossa ”Lasten ja nuorten traumaperäinen oireilu” esitellään kiintymyssuhdetrauman sekä dissosiaation käsitteet. Tämän lisäksi luodaan katsaus siihen, kuinka kiintymyssuhdetrauma usein näyttäytyy lasten ja nuorten itsesäätelyn häiriönä. Erittelemme vielä erikseen koulu- ja teini-ikäisten lasten traumaperäistä oireilua, koska lasten kehitysvaihe vaikuttaa traumaperäisen oireilun ilmiösuun ja koska tilaajaorganisaation lapset ja nuoret ovat koulu- ja teini-ikäisiä.

Kolmas video ”Vakauttaminen” keskittyy otsikointinsa mukaisesti vakauttamiseen.

Vakauttaminen pitää sisällään vireystilan tunnistamisen ja vireystilan tasaamisen. Videossa esitellään vireystilan tunnistamiseksi käytössä olevat vihjeet; kehon vihjeet, ajatusvihjeet ja

tunnevihteet. Vireystilan tasaamiseen puolestaan esitellään erilaisia, lähinnä sensomotorista näkökulmaa hyödyntäviä menetelmiä. Videon loppuun on liitetty ohjattu hengitysharjoitus.

5 Johtopäätökset ja pohdinta

Palautekyselyn täytti lopulta kolme työntekijää, koska neljästä pilottiin alun perin osallistuneesta työntekijästä yksi oli poistunut organisaation palveluksesta. Kaikkien vastanneiden mielestä videosarja antoi perustiedot traumasta ja riittävästi tietoa vakauttamisesta. Kaksi kolmesta oli myös sitä mieltä, että videosarja antoi riittävästi tietoa lasten ja nuorten traumapohjaisesta oireilusta. Kolmas vastaaja ei osannut sanoa, antoiko videosarja riittävästi tietoa juuri lasten ja nuorten traumaperäisestä oireilusta. Avoimeen kysymykseen “Kuinka tulet hyödyntämään koulutusvideosta samaa tietoa työssäsi?” osallistujat tuottivat erilaisia vastauksia. Yksi vastaaja totesi traumaa koskeva tiedon hyödylliseksi siinä, että se itsessään auttaa lasten ja nuorten kohtaamisessa. Kyseinen tieto voi auttaa näkemään lapsen ja nuoren haastavan käytöksen taakse. Toinen vastaaja puolestaan koki, että videosarjan tarjoamaa tietoa voisi käyttää vireystilan tunnistamisessa, sanoittamisessa ja säätelyssä. Kolmas vastaaja puolestaan koki, että videosarjaa itsessään voisi hyödyntää lapsille ja nuorille sekä opiskelijoille tarjottavana psykoedukaationa. Toinen avoin kysymys oli: “Jos koet, että ko. Tiedon hyödyntäminen tuntuu hankalalta, niin mitkä seikat tähän mielestäsi vaikuttavat?” Tähän kysymykseen oli vastannut vain yksi osallistujista. Hän toi vastauksessaan esiin juuri lapsen ja nuoren “hoitovastaisuuden”, eli kysymyksen siitä, kuinka motivoida lasta ja nuorta vireystilatyöskentelyyn, jos lapsi on valmiiksi ylivireä eikä tahdo työskennellä. Kolmas avoin kysymys käsitteli traumakoulutuksen kehittämistä. Tähän kysymykseen vastasi kaksi kolmesta vastaajasta. Ensimmäinen koki, että aiheen käsittely case-tyyppisesti olisi tuonut koulutukseen lisäarvoa. Hän kirjoitti, että case-lähestyminen toisi esiin trauman monimuotoisuutta ja tunnistamattomia tasoja. Toinen vastaaja koki, että konseptia voisi kehittää pitämällä traumatietoisuutta aktiivisesti yllä.

Jälkikäteen arvioituna olisi ollut suotavaa, että useampi olisi osallistunut videosarjan pilotointiin. Jossain määrin vaatimaton osallistumishalukkuus johtuu varmasti osittain siitä, että lastenkodin työntekijöiden arjessa saattaa olla vaikea löytää aikaa millekään “ylimääräiselle”, eli sellaiselle, jota ei käsitetä valmiiksi osana työnkuvaa. Lisäksi koulutuksen organisointi, saati koulutuksesta saatavien oppien implementointi edellyttäisi vahvaa

johtajuutta sekä systemaattisuutta. Tilaajaorganisaation johtaja toi esiin, että videosarjaa voisi näyttää myös lapsille ja nuorille. Tämä on yksi potentiaalinen keino jatkaa tuotteen elinkaarta, tosin videosarjan (tai sen osien) näyttäminen lapselle tai nuorelle tulisi harkita tapauskohtaisesti. Kukaan vastaajista ei ottanut esiin vaihtoehtoa, että videosarjaa voisi hyödyntää uusien työntekijöiden ja sijaisten perehdyttämisessä, mutta tämä olisi yksi mahdollisuus. Tieto ei itsessään ole vaikuttavaa, jos ei se johda käytäntöjen muokkautumiseen. Avoin kysymys onkin, mikä reaalinen merkitys videosarjan katsomisella on työkäytäntöjen näkökulmasta.

Videosarjan tekoprosessissa nousi esiin erilaisia haasteita. Eräs haaste oli tietomäärän karsiminen ja rajaus; oli mietittävä mikä olisi laajasta tietomäärästä olennaista sisällyttää videoihin. Tämä vaati jossain määrin lastenkotiarjen kontekstin tuntemista. Jälkikäteen ajateltuna videosarjan sisällön reunaehdot olisi ollut hyvä määritellä tarkemmin tilaajaosapuolen taholta, opinnäytetyön tekijöiden olisikin ollut hyvä käydä aktiivisempaa vuoropuhelua tilaajan suuntaan. Sisältö olisi ollut varmasti jossain määrin käytännön työtä enemmän palvelevaa, jos esimerkiksi lasten ja nuorten traumaperäistä oireilua esitettäessä olisi tuotu enemmän esiin sitä problematiikkaa, jota juuri tämän lastenkodin lapsilla on. Jälkikäteen voi myös nähdä, että ehkä olisi ollut suotavaa painottaa sisällössä enemmän käytännön vakauttamistyötä. Mutta toisaalta myös yleinen traumatietämys oli olennaista sisällyttää videoihin, koska se muodostaa vakauttamisen kontekstin. Välillä käsitteiden johdonmukainen käyttäminen aiheutti päänvaivaa, saatettiin puhua muun muassa sekaisin traumaperäisestä ja traumapohjaisesta, mitkä toisaalta tarkoittavat samaa asiaa, mutta yksiselitteisyyden vuoksi olisi tärkeää käyttää vain yhtä, ja vakiintuneempaa, käsitettä kuvaamaan yhtä asiaa. Kiintymyssuhdetraumasta käytetään kliinisessä työssä myös kehityksellisen trauman nimeä ja jälkikäteen ajateltuna olisi ollut hyvä valita näistä käsitteistä vain toinen ja käyttää sitä johdonmukaisesti sekä raportissa että videoissa.

Opinnäytetyön tavoitteet ovat linjassa hoitotyön yleisten eettisten periaatteiden kanssa, joita ovat muun muassa terveyden edistäminen, sairauksien ehkäiseminen ja kärsimyksen lievittäminen. Myös sosiaali- ja terveysalaan liittyvään yhteiskunnalliseen keskusteluun osallistuminen nähdään osana hoitotyön eettisiä periaatteita. (Rautava-Nurmi, ym., 2016, ss. 18–19) Tämän opinnäytetyön tekijät kokevat, että trauma- ja vireystilatietoisuuden lisääminen sijaishuollossa voisi vähentää riskiä palveluiden piirissä tapahtuvaan uudelleen

traumatisoitumiseen, ennaltaehkäistä psyykkisen oireilun pahenemista sekä edistää sekä työntekijöiden että asiakkaiden mielenterveyttä.

Kesällä 2021 julkaistiin THL:n ja Turun yliopiston yhteistyönä tutkimus, jossa kartoitettiin sijaishuollon nuorten psykiatrasta ja neuropsykiatrasta oireilua. (Kääriälä, ym., 2021)

Tutkimuksen tuloksena hahmottui entistä selkeämmin se hälyttävä kuva, että psyykinen sairastavuus on sijaishuollon nuorilla suurta ja että tehokkaita työkaluja tämän haasteen kohtaamiseen todella tarvittaisiin. Yleisradio uutisoi THL:n erityistutkijan Antti Kääriälän todenneen tiedotteessaan, että lastensuojelun työntekijöillä tulisi olla vankkaa ymmärrystä siitä, kuinka lasten ja nuorten mielenterveyttä tuetaan jokapäiväisessä elämässä. (YLE, 2021) Tämän opinnäytetyön aihe kytkeytyykin ajankohtaiseen ja yhteiskunnallisesti merkittävään keskusteluun sijaishuollon lasten ja nuorten psykiatrisen hoidon nykytilasta ja kehittämisestä.

Traumakoulutuksen toteuttaminen ei edellyttänyt osallistujien henkilö- tai tunnistetietojen keräämistä tai salassa pidettäviin asiakirjoihin tutustumista. Tämä opinnäytetyö sijoittuu laadullisen tutkimuksen viitekehykseen, eikä tarkoituksena ollut tuottaa kvantitatiivisesti validia, uutta tietoa. Tämän opinnäytetyön osana toteutettava videosarja toimii esimerkkinä siitä, kuinka tieteelliseen tietoon pohjautuvaa psykiatrasta hoitotyötä voidaan soveltaa lastensuojelun kentällä.

Lähteet

American psychology association (2012). *Building your resilience*. Haettu 17.3.2021 osoitteesta <https://www.apa.org/topics/resilience>

Boon, S., Steele, K., Van der Hart, O. (2011). *Traumaperäisen dissosiaatiohäiriön vakauttaminen. Taito-ohjelma potilaille ja terapeuteille*. (P. Holländer, käänt.). Traumaterapiakeskus.

Bremness, A. & Polzin, W. (2014). Commentary: Developmental Trauma Disorder: A Missed Opportunity in DSM V. *The Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol 23(2), 142–145. Haettu 1.10.2020 osoitteesta <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4032083/>

Kustannus Oy Duodecim (2016). Regressio. Lääketieteen sanasto. Haettu 12.2.2021 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=Ilt02892

Dorsey, S., Burns, B. J., Southerland, D. G., Cox, J. R., Wagner, H. R., & Farmer, E. M. Z. (2012). Prior trauma exposure for youth in treatment foster care. *Journal of Child and Family Studies*, vol 21(5), 816–824. Haettu osoitteesta <https://doi.org/10.1007/s10826-011-9542-4>

Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Lindström, U., Paavilainen, E., Pietilä, A-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen & K. Åstedt-Kurki, P. (2007). *Hoitotiede*. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Farina, B., Liotti, M. & Imperatori, C. (2019). The Role of Attachment Trauma and Disintegrative Pathogenic Processes in the Traumatic-Dissociative Dimension. *Frontiers in Psychology*, 26.4.2019. Haettu osoitteesta <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00933>

Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., Williamson, D., Spitz, A., Edwards, V., Koss, M. & Marks, J. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, vol 14 (4), 245–258. Haettu osoitteesta [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)

- Fratto, C. (2016). Trauma-Informed Care for Youth in Foster Care. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30 (2016), 439 – 446. Haettu osoitteesta <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.01.007>
- Eronen, T. & Laakso, R. (2016). *Lastensuojelun laitoshoidon kasvatukselliset ja kuntouttavat orientaatiot ja niiden vaikuttavuus: Tutkimuskatsaus kansainvälisiin tutkimuksiin 2010–2016*. THL työpaperi 44/206. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Haettu osoitteesta <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-780-0>
- HAMK. (1.11.2020). *Opinnäytetyöopas. Toimintaohje opinnäytetyöprosesseihin*. Hämeen ammattikorkeakoulu. Haettu osoitteesta <https://www.hamk.fi/opiskelijan-ohjeet/opinnaytetyo/>
- Hedrenius, S. & Johansson, S. (2016). *Kriisituki. Ensiapua onnettomuuksien, katastrofien ja järkyttävien tapahtumien käsittelyyn*. (U. Strellman, käänt.). Tietosanoma.
- Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C., Seuri, T. (2017). *Mielenterveyshoitotyö*. Sanoma Pro Oy.
- Kirvesmäki, S., Kiviluoma, K., Rantanen, E. (2019). *Trauma 2. Traumatisoitumisen hoito*, 9.4.2019. Haettu 8.2.2021 osoitteesta <https://docplayer.fi/109200997-Trauma-2-traumatisoitumisen-hoito.html>
- Koramo, M., Brauer, S. & Jauhola, L. (2018). *Digitalisaatio ammatillisessa koulutuksessa*. [Tutkimusraportti]. Opetushallitus.
- Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (2016). *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. Kustannus Oy Duodecim.
- Kuvajainen, M. & Linner Matikka, J. (2019). ACE-tutkimukset ja traumainformoitu työ. *LAMK Pro*. Haettu 1.10.20 osoitteesta <https://www.lamkpub.fi/2019/11/05/ace-tutkimukset-ja-traumainformoitu-tyo/>
- Kääriälä, A., Gyllenberg, D., Sund, R., Pekkarinen, E., Keski-Säntti, M., Ristikari, T., Heino, T. & Sourander, A. (2021). The association between treated psychiatric and neurodevelopmental disorders and out-of-home care among Finnish children born in

1997. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8.6.2021. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01819-1>

Tilastokeskus (2020). Tilastoraportti 28/2020. Suomen virallinen tilasto, Lastensuojelu.

Haettu osoitteesta <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020070146531>

Lastensuojelulaki 417/2007. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417#L7P37a>

Lehto, J. (21.6.2021). *THL:n ja Turun yliopiston tutkimus: Kodin ulkopuolelle sijoitetuista lapsista yli puolella psykiatrisia tai neurokehityksellisiä häiriöitä*. Yle Uutiset. Haettu 16.8.2021 osoitteesta <https://yle.fi/uutiset/3-11991593>

Leikola, A. (2014). *Katkennut totuus*. Prometheus Kustannus Oy.

Leikola, A, Mäkelä, J. & Punkanen, M. (2016). Polyvagaalinen teoria ja emotionaalinen trauma. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, vol 132(1), 55-61. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Haettu 26.8.2021 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/duo12910>

NCTSN (2016). The National Child Traumatic Stress Network. *Resilience and Child Traumatic Stress*. Los Angeles, CA and Durham, NC: National Center for Child Traumatic Stress. Haettu 22.3.2021 osoitteesta https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources//resilience_and_child_traumatic_stress.pdf

Ogden, P. & Kekuni, M. (2000). Sensorimotor Psychotherapy: One Method for Processing Traumatic Memory. *Traumatology*, vol VI, Issue 3, Article 3 (10/2000). Haettu 8.2.2021 osoitteesta https://www.psicoterapiabilbao.es/wp-content/uploads/2015/12/sensorimotor_psychotherapy.pdf

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M., Vuorinen, S. (2016) *Hoitotyön taidot ja toiminnot*. Sanoma Pro Oy.

Rovasalo, A. (2021) Dissosiaatiohäiriöt. *Lääkirja Duodecim*, 5.5.2021. Kustannus Oy Duodecim. Haettu 27.19.2021 osoitteesta <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00360>

Pojjula, S. (2018). *Resilienssi. Muutosten kohtaamisen taito*. Kirjapaja.

Salloum, A., Kondrat, D., Johnco, C. & Olson, K. (2015). The role of self-care on compassion satisfaction, burnout and secondary trauma among child welfare workers. *Children and Youth Services Review*, vol. 49(C), 54–61. Haettu osoitteesta

<https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2014.12.023>

Sadeniemi, M., Häkkinen, M., Koivisto, M., Ryhänen, T., & Tsokkinen, A-L. (2020). *Viisas mieli. Opas tunnesäätelyvaikeuksista kärsiville*. Kustannus Oy Duodecim.

SAMHSA (2014). *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*. U.S. Department of Health and Human Services. Substance Abuse and Mental Health Services. Administration Office of Policy, Planning and Innovation. Haettu 1.10.2020 osoitteesta https://ncsacw.samhsa.gov/userfiles/files/SAMHSA_Trauma.pdf

Schmidt, N., Richey, A., Zvolensky, M. & Maner, J. (2008). Exploring Human Freeze Responses to a Threat Stressor. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, vol 39(3), 292–304. Haettu osoitteesta

<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2007.08.002>

Schneiderman, J. U. (2005). The Child Welfare System: Through the Eyes of Public Health Nurses. *Public Health Nursing*, vol 22, 4/2005, 354–359. Haettu osoitteesta

<https://doi.org/10.1111/j.0737-1209.2005.220412.x>

Sinkkonen, J. (2020). *Kiintymyssuhteet elämänkaarella*. Kustannus Oy Duodecim.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2020). *Lastensuojelun vaativan sijaishuollon uudistamistyöryhmän loppuraportti*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2020. Haettu osoitteesta <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-7164-6>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *Appendix C—Historical Account of Trauma. Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services*. Treatment Improvement Protocol (TIP), (57), 267–269. Haettu 27.10.2021 osoitteesta

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207201/>

Suokas-Cunliffe, A. (2006). Trauma – omaan elämäntarinaansa yhdistymätön mielen loinen. *Yleislääkäri* 5/2006, vsk 21, 19–23. Haettu 27.10.2021 osoitteesta

https://www.estd.org/sites/default/files/files/13trauma-omaan-elamantarinaan_yhdistymaton_mielen_loinen.pdf

Sutinen, J. (2016). *Kun kertominen satuttaa*. 30 päivää - lastensuojelun ammattilehti, 2016.

Haettu 18.2.2021 osoitteesta <https://talentia.e-julkaisu.com/2016/30paivaa.php>

Söderholm, A. & Kivitie-Kallio, S. (2012). *Lapsen kaltoinkohtelu*. Kustannus Oy Duodecim.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2011). *Tautiluokitus ICD-10. Luokitukset, termistö ja tilasto-ohjeet*. Haettu 23.3.2021 osoitteesta: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085423>

Terveysverkko. (nd). Motivaatio. Haettu 27.10.2021 osoitteesta

<https://www.terveysverkko.fi/tietopankki/terveysliikunta/motivaatio/>

THL (2017). 2.5.2017. *Psykiatrian näkökulma, lastenpsykiatrian linjajohtaja Leena Repokari (HUS)* [video]. Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=4_PHW8YqQQA

Tomasdottir, M., Sigurdsson, J., Petursson, H. & Kirkengen, A. (2015). Self Reported Childhood Difficulties, Adult Multimorbidity and Allostatic Load. A Cross-Sectional Analysis of the Norwegian HUNT Study. *Plos One*. Haettu osoitteesta

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0130591>

Toikko, T. & Rantanen, T. (2009). *Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon*. Tampere University Press.

Traumaperäinen stressihäiriö. Käypä hoito -suositus. (09.01.2020). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Haettu 8.2.2020 osoitteesta: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50080>

Van der Kolk, B. (2018). *Jäljet kehossa. Trauman parantaminen aivojen, mielen ja kehon avulla*. (T. Hartikainen, käänt.). Viisas Elämä.

YLE (12.12.2020). *Tärkein aivohermosi saattaa olla avain kehosi ja mielesi terveyteen. Voit herättää sen jo yhdellä tietynlaisella uloshengityksellä. Kokeile itse*. Yleisradio. Haettu 16.8.2021 osoitteesta <https://yle.fi/aihe/artikkeli/2020/12/12/tarkein-aivohermosi-on-avain-kehosi-ja-mielesi-terveyteen-voit-herattaa-sen-jo>

Liite 1: Saatekirje traumakoulutukseen osallistuville



KUINKA AUTTAA TRAUMATISOITUNUTTA LASTA SIJAISHUOLLOSSA

Saatekirje traumakoulutukseen osallistuville

Hei,

Olemme mielenterveys- ja päihdetyöhön profiloituvia sairaanhoitajia ja tuotamme opinnäytetyönämme Kotikololle videosarjan. Videosarjan tavoitteena on tarjota perustiedot traumasta, lasten ja nuorten traumaperäisestä oireilusta sekä ko. oireilun vakauttamisesta. Toivomme, että mahdollisimman moni työntekijöistä ottaisi osaa koulutukseen. Käytännössä koulutukseen osallistuminen tarkoittaa

1. Ennakkokyselyyn vastaamista
2. Videosarjan katsomista, katsottavissa toimiston tietokoneen työpöydältä
3. Palautekyselyyn vastaamista

Videosarja koostuu kolmesta n. 10 minuutin pituisesta videosta. Ennakko- ja palautekyselyt ovat lyhyitä. Keräämme listan halukkaista osallistujista.

Yhteistyöterveisin,

Kari Tonteri & Karoliina Sysiharju

Liite 2: Ennakkokysely Kotikolon työntekijöille



KUINKA AUTTAA TRAUMATISOITUNUTTA LASTA SIJAISHUOLLOSSA

Ennakkokysely Kotikolon henkilökunnalle

Alla on 2 avointa kysymystä psyykkisestä traumasta. Toivomme, että kerrotte omasta näkemyksestänne.

1. Onko psyykinen trauma mielestäsi jollain tavalla läsnä lastenkotityössä. Jos, niin miten?

2. Haluaisitko saada lisätietoa traumasta? Minkälaiselle tiedolle olisi mielestäsi tarvetta?

Kiitos ajastasi!

Seuraavassa on 3 avointa kysymystä. Kerro oma näkemyksesi.

1. Miten tulet hyödyntämään koulutusvideosta saamaasi tietoa työssäsi?

2. Jos koet, että ko. tiedon hyödyntäminen tuntuu hankalalta, niin mitkä seikat tähän mielestäsi vaikuttavat?

3. Onko sinulla kehitysideoita siihen, kuinka traumakoulutusta voitaisiin kehittää?

Kiitos ajastasi!

Liite 4: ICD–10 luokitus traumaperäiselle stressihäiriölle

Reaktiot vaikeaan stressiin ja sopeutumishäiriöt
Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress

Symtomen utvecklas vanligtvis inom några minuter efter den traumatiska händelsen och avklingar inom 2-3 dagar. Ofta varar tillståndet endast några timmar. Episoden kan åtföljas av partiell eller total amnesi (F44.0).

Diagnostiska kriterier:

- A. Personen har utsatts för en betydande fysisk eller psykisk påfrestning.
 B. Symtomen har debuterat inom en timme efter händelsen.
 C. Störningen indelas utifrån sin svårighetsgrad i tre grupper (F43.00, F43.01 och F43.02) enligt följande kriterier:
 (1) Störningen uppfyller kriterierna B, C och D för generaliserat ångestsyndrom (F41.1).
 (2) Förekomst av följande symtom:
 (a) undvikande av konventionella sociala situationer
 (b) inskränkt observationsförmåga
 (c) uppenbar desorientering
 (d) förargelse eller verbala argsinta uttryck
 (e) förtvivlan eller hopplöshet
 (f) opassande eller oändamålsenlig hyperaktivitet
 (g) överdriven eller obehärskad sorg (i förhållande till kulturen)
 D. Om stressfaktorn är övergående eller går att lindra, avklingar symtomen senast inom förloppet av 8 timmar. Om stressfaktorn fortsätter att uppträda, avtar symtomen senast inom förloppet av 48 timmar.
 E. Uteslutningsdiagnoser: Diagnosen stressreaktion kan inte användas i samband med något annat psykiskt störningstillstånd med undantag för generaliserat ångestsyndrom (F41.1) eller personlighetsstörning (F60). Diagnosen kan inte användas innan 3 månader har förflutit efter att någon psykisk störning har avklingat.

F43.00 Akuutti stressireaktio lieväästeinen häiriö

Akut stressreaktion lindrig

Huom.

Täyttää vain äkillisen stressireaktion kriteerin C.1

Anm.

Uppfyller endast kriteriet C.1 för akut stressreaktion.

F43.01 Akuutti stressireaktio keskivaikea häiriö

Akut stressreaktion medelsvår

Huom.

Täyttää äkillisen stressireaktion kriteerin C.1 ja esiintyy vähintään kaksi kriteerin C.2 oireista

Anm.

Kriteriet C.1 för akut stressreaktion uppfylls och minst två av symtomen för kriterium C.2 förekommer.

F43.02 Akuutti stressireaktio vaikea-asteinen häiriö

Akut stressreaktion svår

Huom.

Täyttää äkillisen stressireaktion kriteerin C.1 ja esiintyy vähintään neljä kriteerin C.2 oireista tai esiintyy dissosiativinen sulkutila (ks. F44.2).

Anm.

Kriteriet C.1 för akut stressreaktion uppfylls och minst fyra av symtomen för kriterium C.2 förekommer eller dissociativ stupor (se. F44.2).

F43.1**TRAUMAPERÄINEN STRESSIHÄIRIÖ**

Posttraumatiskt stressyndrom

Mukaan lukien

Traumaattinen neuroosi

Reaktiot vaikeaan stressiin ja sopeutumishäiriöt

Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress

Inkluderar

Traumatisk neuros

Huom.

Häiriö kehittyy viivästyneenä tai pitkittyneenä vasteena rasittavaan (lyhyt- tai pitkäkestoiseen), poikkeuksellisen uhkaavaan tai tuhoisaan tapahtumaan tai tilanteeseen, joka todennäköisesti aiheuttaisi voimakasta ahdistuneisuutta melkein kenessä tahansa. Esimerkkejä tällaisista tapahtumista ovat ihmisen aiheuttamat tuhot tai luonnonkatastrofit, sotatila, vakava onnettomuus, väkivaltaisen kuoleman näkeminen, kidutuksen, terrorismin, raiskauksen tai muun rikoksen uhriksi joutuminen.

Altistavat tekijät, kuten persoonallisuuden piirteet (esim. pakko-oireiset tai asteeniset) tai aiempi neuroottinen sairaus, voivat madaltaa kynnystä häiriön kehittymiseen tai pahentaa sen luonnetta, mutta ne eivät ole välttämättömiä eivätkä riittäviä selittämään sen ilmaantumista.

Häiriö ilmenee traumaan liittyvinä painajaisunina ja takautumina, tunteiden ja huomiokyvyn latistumisena, mielenkiinnon menettämisenä, eristäytyneisyytenä, traumasta muistuttavien tilanteiden ja toimintojen välttelemisenä, autonomisena ylivireytenä ja säpsähtämisreaktiona. Joissakin tapauksissa saattaa esiintyä traumasta muistuttavissa tilanteissa äkillisiä pelkoja, paniikkioireita tai aggressiivisuutta. Näihin oireisiin ja piirteisiin yhdistyy yleensä ahdistusta ja masennusta eivätkä itsemurha-ajatuksetkaan ole harvinaisia. Lisääntynyt päihteiden käyttö voi komplisoida tilannetta. Häiriön kulku on aaltoileva, mutta useimmat toipuvat siitä. Joissakin tapauksissa tila pitkittyy ja kehittyy pysyväksi persoonallisuuden muutos (F62.0). Tätä häiriötä ei yleensä pidä diagnosoida, mikäli ei ole näyttöä siitä, että oireet ovat alkaneet kuuden kuukauden sisällä poikkeuksellisen vaikeasta traumasta.

Diagnostiset kriteerit:

A. Henkilö on kohdannut poikkeuksellisen uhkaava tai katastrofaalinen (lyhyt- tai pitkäaikainen) tapahtuma, joka todennäköisesti aiheuttaisi voimakasta ahdistuneisuutta kenelle tahansa.

B. Tapahtumaan liittyen ilmenee jokin seuraavista:

- (1) jatkuvia muistikuvia
- (2) hetkellisiä voimakkaita takautumia
- (3) painajaisunia
- (4) ahdistuneisuutta olosuhteissa, jotka muistuttavat koetusta tapahtumasta

C. henkilö pyrkii välttämään joutumista olosuhteisiin, jotka muistuttavat koetusta tapahtumasta, eikä tällaista välttämistä ollut ennen traumaattista tapahtumaa.

D. Vähintään toinen seuraavista:

- (1) Kykenemättömyys muistaa osittain tai kokonaan joitakin keskeisiä asioita traumaattisesta tapahtumasta tai
- (2) jatkuvat psyykkisen herkimisen ja ylivireyden oireet, vähintään kaksi seuraavista:
 - (a) unihäiriö
 - (b) ärtymys tai vihanpuuskat
 - (c) keskittymisvaikeudet
 - (d) lisääntynyt valppaus tai varuillaan oleminen
 - (e) liiallinen säpsähtely

E. Häiriö täyttää kriteerit B, C ja D kuuden kuukauden sisällä traumaattisesta tapahtumasta tai sellaisen ajanjakson päättymisestä. (Joissakin yhteyksissä myös pitemmän ajan kuluttua ilmenneet oireet voidaan katsoa kuuluvaksi tähän häiriöön, mutta tällöin täytyy selvästi täsmentää, että näin on menetelty.)

Erotusdiagnoosi:

Vuosikymmenien kuluttua tuhoisien kokemusten jälkeen ilmenevät jälkitilat luokitellaan diagnoosilla F62.0.

Anm.

Ett tillstånd som uppstår som fördröjd eller långvarig reaktion på en traumatisk händelse eller situation (av kortare eller längre varaktighet) av exceptionellt hotande eller katastrofalt slag, som kan väntas medföra kraftig påverkan på praktiskt taget alla människor. Exempel på sådana händelser är förstörelse som orsakas av människan eller naturkatastrofer, krigstillstånd, en allvarlig olycka, bevitnande av våldsam död, att utsättas för tortyr, falla offer för terrorism, våldtäkt eller annat brott.

Predisponerande faktorer som personlighetsdrag (tvångsmässiga eller asteniska) eller anamnestic neurotisk stör-

Reaktiot vaikeaan stressiin ja sopeutumishäiriöt Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress

ning kan sänka tröskeln för risken att utveckla syndromet eller förvärva förloppet men de är varken nödvändiga eller tillräckliga för att förklara uppkomsten.

Störningen inkluderar episoder av återupplevande av traumat i form av påträngande minnen ("flashbacks"), drömmar eller mardrömmar som uppträder mot en bakgrund av känslomässig avflackning, tillbakadragande från andra människor och undvikande av aktiviteter och situationer som påminner om traumat, autonom irritabilitet, ökad vaksamhet och förhöjd alarmberedskap. I vissa fall kan akuta fobier, paniksymtom eller aggressivitet uppträda i situationer som påminner om traumat. Ängest och depression är ofta förenade med tidigare nämnda symtom och tecken och självmordstankar är inte ovanliga. Ökat bruk av droger kan komplicera situationen. Störningens förlopp går i vågor, men de flesta blir återställda. I en del fall blir tillståndet ihållande och utvecklar en varaktig personlighetsförändring (F62.0) Denna störning bör i regel inte diagnostiseras, om det inte kan dokumenteras att symtomen har debuterat inom sex månader efter ett exceptionellt svårt trauma.

Diagnostiska kriterier:

A. Personen har råkat ut för en exceptionellt hotande eller katastrofal (kort- eller långvarig) händelse som med sannolikhet skulle framkalla stark ångest hos alla människor.

B. I anslutning till händelsen uppträder något av följande symtom:

- (1) oavbrutna minnesbilder
- (2) sporadiska starka återblickar
- (3) mardrömmar
- (4) ångestkänslor i situationer som påminner om upplevelsen

C. Personer undviker situationer som påminner om upplevelsen och sådant undvikande beteende har inte förekommit före den traumatiska upplevelsen. Minst ett av följande symtom:

- (1) Oförmåga att delvis eller helt i minnet återkalla vissa centrala delar av den traumatiska upplevelsen eller
- (2) Störningen uppfyller kriterierna B, C och D inom förloppet av sex månader efter den traumatiska händelsen eller utgången av en sådan period. (I vissa sammanhang kan även symtom som uppträder efter en längre tid anses höra till denna störning, men då måste detta noggrant preciseras.)

Differentialdiagnos:

Posttraumatiska tillstånd som uppträder årtionden efter tidpunkten för katastrofala händelser klassificeras med diagnosen F62.0.

F43.2 SOPEUTUMISHÄIRIÖT

Anpassningsstörning

Mukaan lukien

Kulttuurisokki
Surureaktio
Lapsen laitostuminen

Inkluderar

Kulturshock
Sorgreaktion
Institutionalisering av barn

Huom.

Nämä ovat tunne-elämän häiriö- ja ahdistustiloja, jotka tavallisesti häiritsevät sosiaalista toimintakykyä ja syntyvät merkittävän elämänmuutoksen tai rasittavan elämäntapahtuman jälkeisen sopeutumisvaiheen aikana (mukaan lukien vakavan fyysisen sairauden ilmeneminen tai mahdollisuus). Rasitustekijä on saattanut vaikuttaa yksilön sosiaalisen verkoston yhtenäisyyteen (menetykset, erokokemukset) tai laajempaan sosiaaliseen tuki- ja arvojärjestelmään (siirtolaisuus, pakolaisuus). Rasitustekijä voi olla sellainen, että se koskettaa joko ainoastaan yksilöä tai kokonaista ihmisryhmää tai yhteisöä.

Yksilöllinen alttius ja haavoittuvuus vaikuttaa sopeutumishäiriöiden ilmenemiseen ja oireisiin enemmän kuin muissa ryhmän F43 häiriöissä. Kuitenkin oletetaan, että häiriötä ei olisi syntynyt ilman ajankohtaista rasitustekijää. Sopeutumishäiriö voi ilmetä yksinomaan masentuneena mielialana, ahdistuksena ja huolestuneisuutena tai näiden oireiden yhdistelmänä. Henkilö saattaa tuntea, että vallitsevassa tilanteessa on mahdotonta selviytyä, tehdä suunnitelmia tai yleensä kestää sitä.