

**Kiintymyssuhde- ja  
traumatyöskentely  
intensiivihoidossa**

Integroiva kirjallisuuskatsaus

Sini Laamanen

Opinnäytetyö

Toukokuu 2015

Sosiaalialan koulutusohjelma, ylempi AMK

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU  
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Tekijä(t) Sukunimi, Etunimi Laamanen, Sini	Julkaisun laji Opinnäytetyö YAMK	Päivämäärä 28.05.2015
	Sivumäärä 64	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi <b>Kiintymyssuhde- ja traumatyöskentely intensiivihoidossa</b> Integroiva kirjallisuuskatsaus		
Koulutusohjelma Sosiaalia, ylempi AMK. Perheiden hyvinvoinnin ja osallisuuden edistäminen		
Työn ohjaaja(t) Asta Suomi ja Johanna Moilanen		
Toimeksiantaja(t) Helsingin Diakonissalaitoksen säätiö		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, mitä intensiivihoidon työntekijöiden tulee huomioida kiintymyssuhteissaan traumatisoituneen lapsen hoitotyössä sekä miten auttaa lasta kiintymään. Opinnäytetyö toteutettiin Helsingin diakonissalaitoksen säätiön lapsi- ja perheyön intensiivihoidon osastoille.</p> <p>Opinnäytetyön tavoitteena oli saada arjen työssä hyödynnettävää tietoa intensiivihoidon työntekijöille kiintymyssuhdehäiriön aiheuttamien traumojen vaikutuksista lapsen kasvuun, kehitykseen sekä käytökseen. Opinnäytetyössä etsittiin integroivan kirjallisuuskatsauksen keinoin tietoa sekä konkreettisia työtapoja työskennellä kiintymyssuhteessaan traumatisoituneiden lasten kanssa. Katsauksen aineisto koostui 17 julkaisusta. Aineisto analysoitiin teorialähtöisellä sisällönanalyysillä, jonka myötä tulokset luokiteltiin tutkimuskysymysten mukaisesti. Kirjallisuuskatsauksen perusteella kiintymyssuhteissaan traumatisoituneiden lasten hoitotyössä tulee huomioida erilaisia asioita niin lapsen, ympäristön kuin työntekijöiden suhteen. Vuorovaikutus ja suhteessa olo eri muotoineen työntekijän ja lapsen välillä nousevat ensisijaisiksi tekijöiksi autettaessa lasta kiintymään.</p> <p>Kiintymyssuhteissaan traumatisoituneiden lasten kanssa työskentely on haastavaa ja vaatii työntekijöiltä syvempää ammattitaitoa nähdä lapsen oirehdinnan taakse. Kirjallisuuskatsaus tarjosi pieniä konkreettisia tapoja työskennellä kiintymyssuhteissaan traumatisoituneiden lasten kanssa arjen askareissa. Viimekädessä työntekijän ammattitaidosta hyöttyä turvallisista ja pysyvää aikuista tarvitseva lapsi.</p>		
Avainsanat (asiasanat) kiintymyssuhde, traumat, intensiivihoido, lastensuojelu, vuorovaikutus		
Muut tiedot		



Author(s) Laamanen, Sini	Type of publication Master's thesis	Date 28.05.2015
		Language of publication: Finnish
	Number of pages 64	Permission for web publication: x
Title of publication <b>Attachment and trauma work in intensive care</b> An integrative literature review		
Degree programme Master's degree programme in Social Services		
Tutor(s) Suomi Asta, Moilanen Johanna		
Assigned by The Foundation of the Helsinki Deaconess Institute		
Abstract <p>The aim of the thesis was to examine the factors that need to be taken into account by the employees in the intensive care of children who are traumatized in their early attachment relationships and need help with forming attachments. This Master's Thesis was implemented in co-operation with the Intensive Care Unit of Helsinki Deaconess Institute.</p> <p>The aim of the thesis was to collect information about how traumas caused by attachment disorders affect children's growth, development and behaviour. Information and concrete working methods for nursing children with traumatic attachment disorder were searched by using the methods of an integrative literature review. The literature review consisted of 17 research articles. The data was analysed by using theoretical content analysis, and the results were categorized according to the research questions. According to the results, many factors related to children, the environment and employees need to be taken into account in the care of children with traumatic attachment disorders. Interaction and the different forms of a relationship between the child and the employee turned out to be the primary factors in helping the child to form attachments.</p> <p>Working with children with traumatic attachment disorders is challenging and the ability to see the reasons behind a child's symptoms requires high professional skills. The literature review offered small concrete methods for working with traumatized children in every-day situations. After all, it is the child who benefits from the high professional skills of the employee.</p>		
Keywords/tags ( <a href="#">subjects</a> )  Attachment, trauma, child welfare, intensive care, interaction		
Miscellaneous		

## Sisältö

1 JOHDANTO.....	6
2 LASTENSUOJELU .....	8
2.1 Huostaanotto .....	9
2.2 Lapsen laiminlyönti .....	10
3 KIINTYMYSSUHDE .....	11
3.1 Kiintymyssuhteen kehittyminen .....	11
3.2 Kiintymyssuhdeteoria .....	12
3.3 Kiintymyssuhde, aivot ja muisti .....	16
4 TRAUMA.....	18
4.1 Kiintymyssuhdetrauma .....	19
4.2 Dissosiaatio.....	21
4.3 Traumaperäinen stressihäiriö ja vakava traumaperäinen häiriö .....	22
5 INTENSIIVIHITO .....	25
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE.....	29
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN .....	31
7.1 Menetelmänä kirjallisuuskatsaus .....	31
7.2 Aineiston hankinta .....	32
7.3 Aineiston analysointi .....	34
8 TULOKSET .....	37
8.1 Mitä intensiivihoidon työntekijöiden tulee huomioida kiintymyssuhteissaan traumatisoituneen lapsen hoitotyössä? .....	39
8.1.1 Oirehdintaan vaikuttavat eri tekijät ja muuttujat .....	39
8.1.2 Käytöksen ja oireiden ymmärtäminen .....	40
8.1.3 Turvallinen ympäristö ja arki.....	42
8.1.4 Terapeuttisen omahoitajan taidot, persoonallisuus sekä jaksaminen.....	42
8.2 Miten lastensuojelun intensiivihoidon työntekijät voivat auttaa kiintymyssuhteissaan traumatisoitunutta lasta kiintymään? .....	44
8.2.1 Vuorovaikutus ja kommunikoinnin keinot .....	44
8.2.2 Sensomotoriikka .....	46
8.2.3 Turvallinen hoitosuhde .....	46

8.2.4	Rajojen asettamisen merkitys sekä aikuisjohtoinen vuorovaikutus.....	49
8.2.5	Trauman hoidon ymmärtäminen: vakauttaminen ja työstäminen intensiivihoidon arjen kontekstissa.....	51
9	OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS .....	53
10	POHDINTA.....	55
11	LÄHTEET .....	58
12	LIITTEET .....	62

# 1 JOHDANTO

Nykyisin lapsia uhkaavat monenlaiset tapahtumat, jotka aiheuttavat pelkoa ja traumoja. Sodat, terrorismi ja esimerkiksi massateloitukset ovat aiheita, jotka näkyvät uutisissa ja koskettavat monia lapsia. Myös itsemurhat, itsetuhoisuus, avioerot, sijaishuolto, hylkäämisen kokemukset, väkivalta ja seksuaalinen hyväksikäyttö ovat tekijöitä, jotka traumatisoivat lapsia. (Goldman 2004, 12.) Huoli lasten nykytilanteesta näkyy kasvavina lukuina niin lastensuojelun, koulun, päivähoidon sekä psykiatrisen laitoshoidon alueilla. Esimerkiksi 15 vuoden aikana erityisopetusta tarvitsevien lasten määrä on kaksinkertaistunut koulussa sekä puolitoistakertaistunut varhaiskasvatuksessa. Teini-ikäisten osuus psykiatrisessa laitoshoidossa on puolestaan kolminkertaistunut. Psyykkiset ongelmat ovat lisääntyneet myös 7-12-vuotiaiden joukossa. Myös lastensuojelun tarve on lisääntynyt merkittävästi, mikä näkyy kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten määrän nousussa. Huostaanotettujen osuus lastensuojelun asiakkaista on yli kaksinkertaistunut vuodesta 1995 vuoteen 2009. Samaan aikaan myös lastensuojelun avohuollon asiakasmäärät ovat kaksinkertaistuneet. (Salmi, Sauli & Lammi-Taskula 2012, 33.) Vuonna 2010 kodin ulkopuolelle sijoitettuja lapsia oli 17064 (1,3% 0-17-vuotiaista) (Karjalainen, Forsberg & Linnas 2012, 281). Gottberg (2012, 61) nostaa esiin myös maahanmuuttajaperheet tarkasteltaessa pahoinvoinnin lisääntymistä lasten ja nuorten keskuudessa. Maahanmuuttajalasten osuus Suomessa huostaanotetuista lapsista on monin verroin suurempi kuin heidän väestöosuutensa sallisi (Gottberg 2012, 60). Lastensuojelun tarve voi näyttäytyä perheissä myös sukupolvesta toiseen. Bardy (2012, 64) toteaa näin käyvän toistuvasti kriisiytyvissä perhetilanteissa, joissa lasten laiminlyönti, turvatomuus sekä pahoinpitely kiertyvät vanhempien ongelmien, kuten päihteiden käyttöön sekä mielenterveysongelmien vyyhtiin. Vaikka kiintymyssuhdeteoria on yksi tunnetuimmista psykologisista teorioista, on huonoista kiintymyssuhdemalleista kärsivien lasten ja vanhempien auttaminen edelleen vaikeaa. (Tuovila 2008, 30.)

Lastensuojelutyössä sosiaalityöntekijöillä on merkittävä rooli lastensuojelutarpeen arvioinnista työn päättämiseen saakka. Sosionomit (amk) ovat sosiaalityöntekijöiden rinnalla kulkijoita sekä keskeisiä toimijoita lastensuojelun kentillä. Sosionomin työssä lastensuojelun sijaishuollossa korostuvat käytännönläheiset tehtävät sekä ”arjen pyörittämi-

nen”. Sosionomit toimivat lastensuojelulaitosten ohjaajina, lasten omahoitajina sekä tekevät tiiviisti yhteistyötä perheiden kanssa. (Bardy 2012, 64.) Tutkimusten valossa (esim. Kestilä, Väisänen, Paananen, Heino & Gissler 2012) voidaan osoittaa huostaanotettujen lasten sekä koko väestön lasten väliset erot suhteessa elinoloihin ja hyvinvointiin. Sosiaalityöntekijöiden havaintojen perusteella huostaanotetuilla lapsilla on psyykkisiä vaikeuksia, koulunkäyntivaikeuksia, fyysistä sairastelua, väkivaltakokemuksia, erilaisia kehitysviivästyksiä sekä epäilyjä lasten pahoinpitelyistä sekä seksuaalisesta hyväksikäytöstä. On huomion arvoista, että erot huostaanotettujen lasten ja väestön lasten hyvinvoinnissa näkyvät vielä aikuisiällä. Huostaanotettujen lasten on todettu olevan aikuisiällä huonommassa asemassa muun muassa koulutuksen, työllisyyden, toimeentulon, teiniraskauksien kuin terveyden suhteen. Esimerkiksi yli puolet 24-vuotiaista joskus huostassa olleista lapsista eivät ole suorittaneet tutkintoa peruskoulun jälkeen. Työssä käyviä tai opiskelevia huostassa olleista lapsista on 60%, kun vastaava luku väestöstä on 90%. (Bardy 2012, 68.) Ei ole merkityksetöntä, miten lapsen sijaishuolto järjestetään lapsen mahdollisimman kokonaisvaltaista eheytymistä ajatellen. Sijaishuollon paikalla ja henkilökunnan ammattitaidolla on korvaamaton merkitys lapsen hyvinvoinnin ja traumojen huomioimisen kannalta. Sosiaalialan ammattilaisen tulee vastata ammattitaidollaan niihin haasteisiin, jotka heillä ovat vastassa.

Työskentelen sosionomina (amk) Helsingin diakonissalaitoksen säätiön lapsi- ja perhetyössä intensiivihoidossa, jossa yhdistyvät lastensuojelun sekä psykiatrisen hoitotyön osaaminen. Intensiivihoidon tarkoitus on tarjota vaikeasti traumatisoituneille sekä monella tavalla oirehtiville lapsille ja nuorille. Perheiden kanssa tehtävä yhteistyö on myös osa intensiivihoidon arkea. Yksilöhoito, perhe- ja verkostotyö sekä toiminnallisuus ovat intensiivihoidon keskeisimpiä menetelmiä. (HDL kotisivut) Työssäni kohtaan kiintymyssuhteissa traumatisoituneita lapsia ja työskentely heidän kanssaan on erittäin haastavaa, mutta antoisaa. Kiintymyssuhteissaan vaikeasti traumatisoituneet lapset muodostavat yhden kohderyhmän intensiivihoidon asiakkaista, joten ei voida suoraan olettaa kaikilla Helsingin diakonissalaitoksen intensiivihoidon lapsilla olevan taustalla juuri vaikean kiintymyssuhdehäiriön tuomia oireita. Tärkeää on huomioida myös lievempiä kiintymyssuhteen traumoja. Kiinnostukseni kiintymyssuhdehäiriön aiheuttamiin ilmiöihin on kasvanut työni myötä ja siitä kumpuaa myös vahva motivaatio syventyä aiheeseen opinnäytetyössäni. Vahva sisäinen motivaatio on myös kehittyä ammatillisesti sosionomina lapsi- ja perhetyössä. Opinnäytetyöni tavoitteena on saada integroivan kirjalli-

suuskatsauksen keinoin tietoa lastensuojelun intensiivihoidon työntekijöille kiintymyssuhteen aiheuttamien traumojen vaikutuksista lapsen kasvuun, kehitykseen sekä käytöseen, ja hyödyntää tätä tietoa intensiivihoidon arjessa työskentelyn tukena. Opinnäytetyössäni tarkastelen kiintymyssuhdeteoriaa, joka on toimii vankkana perustana työskentelyn taustalla. Opinnäytetyöni tarkoituksena on esitellä kiintymyssuhdetraumojen hoitoon vaikuttavia huomioitavia tekijöitä sekä konkreettisia työ- ja ajattelutapoja, joilla lasta autetaan kiintymään. Opinnäytetyössäni peilaan arkea ja teoriaa toisiinsa pohtien, miten voimme kehittyä intensiivihoidon työntekijöinä. Arthur Becker-Weidmanin (Becker-Weidman 2013, 16) sanoin: ”Hoidon lopputulosta ei niinkään ennusta se, miten ”häiriintynyt” lapsi on, vaan se, millaisia hänen hoitajansa ovat”.

## **2 LASTENSUOJELU**

Lastensuojelun tarkoituksena on edistää lasten ja nuorten hyvinvointia lakisääteisen toiminnan kautta. Lastensuojelu ottaa kantaa lasten kasvuoloihin sekä kehittää palveluja, joilla tuetaan lapsen kasvua ja kehitystä. (Bardy 2012, 62.) Kaiken kaikkiaan lastensuojelulla ymmärretään kaikki ne yhteiskunnalliset ratkaisut, jotka vaikuttavat lasten hyvinvointiin (Häkkinen 1999, 94). Lasten hyvinvointi turvataan viimekädessä lapsi- ja perhekohtaisella lastensuojelulla (Bardy 2012, 62). Lastensuojelun tulee sovittaa toimintansa vuonna 1989 solmittuun YK:n Lapsen oikeuksien sopimukseen pohjaten. Sopimusvaltiot ovat sitoutuneet toimimaan siten, että lapsen huolenpidon ja suojelun sekä oikeuksien toteutumiseksi löytyy mahdollisimman täysimääräisesti voimavaroja. Sopimuksen perusjalkana ovat ihmisarvon kunnioittaminen sekä syrjinnän kieltö. Lasten oikeuksina pidetään inhimillisten perustarpeiden tyydytyksen toteutumista niin aineellisen, sosiaalisen kuin henkisen hyvinvoinnin suhteen. (Bardy 2012, 63.) Nämä huomioidaan lastensuojelulaissa (417/2007).

Lastensuojelua ohjaa lastensuojelulaki (L 13.4.2007/417). Lain tarkoituksena on turvata jokaisen lapsen oikeus saada elää turvallisessa kasvuympäristössä, kehittyä tasapainoisesti ja monipuolisesti sekä saada erityistä suojelua. Vanhemmilla ja muilla lapsen huoltajilla on ensisijainen vastuu lapsen hyvinvoinnista. Viranomaisten tehtävä on tukea perheitä kasvatustehtävässä sekä tarjottava tukea riittävän varhain ehkäisevän lastensuo-



jelun keinoin. Ehkäisevän lastensuojelun palveluita ovat esimerkiksi päivähoito sekä äitiys- ja lastenneuvola. Tarvittaessa lapsi ohjataan lastensuojelun piiriin. Lapsi- ja perhekohtaisessa lastensuojelussa lapsesta on tehty lastensuojeluilmoitus, mikä johtaa lastensuojelutarpeen selvityksen tekemiseen. Ilmoitus ei aina johda toimenpiteisiin. Mikäli perheellä on tuen tarvetta, tehdään heille asiakassuunnitelma, johon määritellään joko avohuollon tukitoimet (ensisijaisesti) tai lapsen kiireellinen sijoitus ja huostaanotto sekä niihin liittyvät sijais- ja jälkihuolto. Kaikissa lastensuojelullisissa ratkaisuissa tulee ensisijaisesti huomioida lapsen etu. Lapsi voidaan sijoittaa ilman huostaanottoa avohuollon tukitoimena yksin tai yhdessä vanhempien kanssa. Lapsen avohuollon sijoitukseen tarvitaan huoltajan suostumus. Avohuollon sijoitusta ei voida tehdä, mikäli huostaanoton edellytykset täyttyvät. Mikäli lapsi on sijaishuollon tai kiireellisen sijoituksen tarpeessa, sijoitetaan hänet joko perhe- tai laitoshuoltoon. (L 417/2007, 1-4 §, 26 §, 37 §)

## **2.1 Huostaanotto**

Huostaanoton perusteita ovat vakavasti lapsen terveyttä ja hyvinvointia vaarantavat puutteet lapsen huolenpidossa tai kasvuoloissa. Huostaanoton perusteet voivat täyttyä myös silloin, jos lapsi itse vaarantaa vakavasti kehitystään ja terveyttään esimerkiksi käyttämällä päihteitä tai tekemällä rikoksen. Huostaanottoon sekä sijaishuoltoon voidaan ryhtyä vain, mikäli avohuollon tukitoimet eivät ole riittävät ja sijaishuollon arvioidaan olevan lapsen etu. Huostaanotetun lapsen huollosta vastaa sosiaalihuollosta vastaava toimielin, jolla on oikeus päättää lasta koskevista asioista hoidon, kasvatuksen, valvonnan, terveydenhuollon, opetuksen sekä muun huolenpidon suhteen. Lapsen, vanhemman ja huoltajan kanssa on pyrittävä yhteistoimintaan siten, että ensisijaisesti lapsen etu toteutuisi. Huostaanotto on aina voimassa toistaiseksi ja se puretaan, kun huostassapidon ja sijaishuollon tarvetta ei enää ole. Huostassapito lakkaa kuitenkin siinä vaiheessa, kun lapsi täyttää 18 vuotta. (L 417/2007, 38§, 40§, 45§, 47§) Helsingin diakonissalaitoksen intensiivihoidossa kaikki lapset ovat huostaanotettuja ja siten opinnäytetyöni on rajattu koskemaan vain huostaanotettujen lasten kiintymyssuhdehäiriöiden aiheuttamia traumoja.

## 2.2 Lapsen laiminlyönti

Käsitteenä laiminlyönti ei ole yksiselitteinen eikä helposti määriteltävissä. Laiminlyönti voi ilmetä jatkumona, jonka toisessa ääripäässä lapsen perustarpeet on jätetty tyydyttämättä. Laiminlyönti voi näyttäytyä selkeästi tai pysyä piilossa tai olla tahatonta tai tahallista. Laiminlyönnin määritelmä voi vaihdella myös eri näkökulmien mukaan. Syy voi olla lääketieteellinen, sosiaalinen, psykologinen tai juridinen. Suhteessa muihin lapsen kaltoinkohtelun muotoihin on laiminlyönti epämääräistä ja vaikeasti mitattavissa. Tois-  
taiseksi laiminlyönnille ei olekaan tarkkaa määritelmää. Laiminlyöntiä puntaroidaan perustarpeiden tyydyttämisen kautta. Lapsen perustarpeiden katsotaan toteutuvan, kun lapsi saa rakkautta, hoivaa, hoitoa ja kunnioitusta, sekä tulee niin hyväksytyksi, nähdyksi kuin kuulluksi. Lapselle tulee tarjota iän mukaisia virikkeitä sekä koulutusta ja lasta tulee suojella. Lapsen kehittyminen fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti vaatii perustarpeiden tyydyttämisen. Erityisesti lapsen näkökulmasta katsottuna on laiminlyönti ongelmallista, sillä lapsi ei pysty vaikuttamaan siihen, tuleeko hän laiminlyödyksi. Lapsi ei myöskään kykene määrittelemään laiminlyöntiä tai vaatimaan siihen puuttumista, sillä lapsi voi herkästi elää siinä uskossa, että muutkin elävät kuin hän itse. ( Söderholm & Politi 2012, 76- 79.)

Laiminlyönnin muodoiksi Söderholm & Politi (2012, 80-81) nostavat fyysisen, emotionaalisen sekä terveydenhoidon laiminlyönnin. Fyysisellä laiminlyönnillä viitataan kyvyttömyyteen vastata lapsen fysiologisiin perustarpeisiin; ravintoon, lepoon, hygieniaan, asumisolosuhteisiin sekä vaatetukseen. Huoltaja puutteellinen valvonta voi saattaa lapsen vaaratilanteisiin. Emotionaalinen laiminlyönti voi olla joko tahallista tai tahatonta väkivaltaa lasta kohtaan, joka ilmenee lapsen torjuntana, näkymättömäksi tekemisenä, verbaalisena loukkaamisena, nöyryyttämisenä, pelottelemisena ja niin edelleen. Mikäli emotionaalinen laiminlyönti on toistuvaa, oppii lapsi tuntemaan itsensä ei-toivotuksi ja –rakastetuksi. Mikäli huoltaja on kyvytön positiiviseen emotionaaliseen vuorovaikutukseen, voi seurauksena lapsi elää kroonisessa emotionaalisessa tyhjiössä. Lapsen on myös vaikea tunnistaa ja jakaa tunteitaan. Terveystuollon laiminlyönti koskee lapsen somaattista, psyykkistä tai dentaalista tilaa. Laiminlyönti tällä alueella tarkoittaa esimerkiksi torjuvaa suhtautumista lapselle määrättyyn hoitoon tai lääkitykseen. (Söderholm & Politi 2012, 80- 81.)

### **3 KIINTYMYSSUHDE**

#### **3.1 Kiintymyssuhteen kehittyminen**

Kiintyminen enemmän tai vähemmän positiivisin tuntein tapahtuu vähitellen lapsen eri kehitysvaiheissa, mutta jo ensimmäiset elinkuukaudet ovat hyvin tärkeitä. Lapsen ensimmäinen ikävuosi luo vuorovaikutuksen perustan. Kiintyminen perustuu pohjimmiltaan vanhemman kyvykkyyteen kohdata lapsen tarpeet tunnetasolla ja vastata niihin. Riittävän nopea ja tarpeeksi kyvykäs tunneilmaisu vanhemman puolelta mahdollistaa vastavuoroisen kommunikaation kehityksen sekä on yhteydessä kypsyvän keskushermoston kehitykseen. (Pihko 2012, 162.; Sinkkonen 1999, 20.) Turvallinen kiintymyssuhde on älyllisen potentiaalin kehittymisen ehto (Becker-Weidman 2008, 43). Lapsen psyykinen kehitys muodostuu eri tekijöistä. Niin geneettiset, biologiset kuin neurologiset ja vuorovaikutukselliset tekijät korostuvat psyykeen rakentumisessa. (Sinkkonen 1999, 15- 17.)

Kiintymyssuhde kehittyy vastavuoroisen vuorovaikutuksen myötä. Synnyttyään lapsi voi vedota aikuisiin vain itkemällä. Myöhemmin lapsi käyttäytyy kiinnittymisen toivossa seuraamalla aikuista, takertumalla, nimeltä kutsumalla sekä protestoinnilla huoltajasta eroon joutuessaan. Kiintymyssuhdekäyttäytymisen motiivina lapsella on turvallisuuden tarve. Tarpeena turvallisuus on primaari ja sen vuoksi vastasyntynyt vauva kiinnittyy hoitajaansa riippumatta siitä, vastaako hän hyvin vauvan tarpeisiin. Noin 8 kuukauden iässä ennen kaikkea kiinnostunut vauva alkaa vierastaa uusia ihmisiä suhtautuen heihin varauksellisesti sekä turvautuen hoivaajaansa. Tämä on viesti vauvan ja lähimmän hoivaajan merkityksellisestä suhteesta. Vuoden ikäisellä lapsella on kehittynyt jollainen käyttäytymisstrategia, joka luo riittävän turvallisuuden tunteen. Tämä strategia on muodostunut ennakoidun ja selkeän arjen rytmin turvin: vauvan viesteihin on vastattu hyvän perushoidon sekä tunneilmaisun myötä. Tällöin lapsen ei tarvitse tuhlaata energiaa hätäilläkseen perustarpeiden tyydyttämisestä. Toistuvat tapahtumat synnyttävät lapsen mieleen muistijälkiä, joihin kokemukset varastoituvat. Mikäli lapsen arki ei koostu ennakoiduista ja toistuvista kokemuksista, ei näitä jälkiä pääse syntymään. (Sinkkonen 1999, 22.)

Lapsen kehitys 1-vuotiaasta 3-vuotiaaksi on nopeaa. Kävely muuttuu juoksuksi ja ha-  
puillut sanat lauseiksi. Lapsella on kuitenkin tämän ikäisenä edessä psyykkisiä haastei-  
ta, joiden ratkaisulla on myöhempää elämää ajatellen pitkäkestoiset merkitykset. Lapsi  
kamppailee itsenäisyyden ja riippuvuuden välimaastossa. Tämä näkyy lapsen mielialan  
nopeina vaihteluina sekä uhmakkaana käytöksenä. (Sinkkonen 1999, 25- 27.) Erik Erik-  
son käyttää tästä kasvuvaiheesta nimitystä ”häpeä vastaan itsenäisyys”. Tällöin van-  
hemmat joutuvat hokemaan ”ei” sanaa taaperolleen pitääkseen rajat turvallisina. Häpe-  
ällä viitataan sosiaalisuuden muutokseen: lapsi oppii tuntemaan syyllisyyttä kielloista  
johtuvan häpeän vuoksi. Tällöin on kuitenkin tärkeää, että lapsi saa toistuvasti kokea  
sen, että kiinnittymisessä tapahtuvat häiriöt korjataan ja lapsi voi tuntea vanhemman  
hyväksyvän hänet. Häpeän ja syyllisyyden tuntemisessa on merkittävä ero: häpeällä vii-  
tataan henkilöön, kun taas syyllisyydessä tekoon: kun ihminen tuntee syyllisyyttä, hän  
voi korjata tekonsa. (Becker-Weidman 2008, 44.) Uhmaikäisen lapsen kiukuttelu on  
tärkeää myös sen vuoksi, että se auttaa lasta irrottautumaan varhaisvaiheen riippuvuus-  
suhteista. Kasvatuksessa pitäisi aina olla tilaa erottaa lapsen voimakkaat tunteet huonos-  
ta käytöksestä, sillä lapsen kokemat vihamieliset tunteet vaikuttavat lapsen itsetuntoon  
sekä persoonallisuuden kehitykseen. Vihamielisten tunteiden tukahduttaminen kurinpi-  
dolla puolestaan johtaa itsetuntovaurioihin. Lapsi hakee kiukuttelulla aikuisten asetta-  
mia turvallisia rajoja. 1-3-vuotiaana lapsi oppii myös siistiksi ja havaitsevat sukupuo-  
lierot, mikä puolestaan johtaa loppuelämän psyykkiseen työskentelyyn: seksuaalisen  
identiteetin rakentamiseen. (Sinkkonen 1999, 25- 27.)

### **3.2 Kiintymyssuhdeteoria**

John Bowlby ja Mary Ainsworthy ovat keskittyneet urallaan kiintymyssuhteisiin ja hei-  
dät tunnetaan kiintymyssuhdeteorian vanhempina (Tuovila 2008, 30 -31). Psykoanalyy-  
tikko Bowlbyn yhtenä keskeisimpinä tavoitteina oli säilyttää ja kehittää Freudin ajatuk-  
sia siitä, että varhainen vuorovaikutus, erityisesti äitisuhde, on merkityksellinen lapsen  
kehityksen suhteen. Lapselle on luontaista pyrkiä pitämään yhteyttä äitiinsä ja tämä ko-  
rostuu erityisesti uhan edessä. Tällöin lapsi ottaa yhteyden äitiin mm. katsekontaktilla,  
imemisellä, hymyllä, itkulla ääntelyllä, seuraamisella tai syliin pyrkimisellä. Tästä  
muodostuu kiinnittyminen. Tapa, jolla lapsi pääsee kiinnittymään hoivaavaan henkilöön

riippuu lapsen mahdollisuuksista käyttää tätä henkilöä turvallisena perustana ympäristöä tutkiessaan. Mahdollisuudet käyttää äitiä turvaperustana on sen edellytys, että lapsi voi tutkia ympäristöään takertumatta äitiin. Tämä on keskeisin seikka lapsen osaamisen kehittymisen kannalta. (Hautamäki 2005, 18 -24.) Bowlby tutki vuosina 1936 -1940 kasvatusneuvolassa työskennellessään käytöshäiriöisiä lapsia, joilla havaitsi tunteettomuutta, kyvyttömyyttä pysyviin ihmissuhteisiin sekä välinpitämättömyyttä. Esimerkiksi rikollisuuteen ajautuneilla lapsilla oli Bowlbyn tutkimusten mukaan kotiloissa tunnesuhteissa puutteita. Ainsworth teki Bowlbyn kanssa kiinteää yhteistyötä ja on kehittänyt muun muassa Vierastilanne-testin, jonka myötä on alettu ymmärtää lasta, jonka kiintymyssuhde vanhempaansa on jotenkin poikkeava. Vierastilanne-testissä tutkitaan sekä lapsen että vanhemman reagoitua, kun vanhempi ensin poistuu huoneesta ja sitten palaa sinne. Tutkimuksessa kiinnitetään huomioita muun muassa siihen, miten lapsi ja vanhempi käyttäytyvät ero- ja jälleennäkemistilanteessa, miten vanhempi alustaa lähtönsä, miten lapsi näyttää stressinsä jne. Tilanteet kertovat paljon lapsen ja vanhemman välisestä tunnesuhteesta. Kiintymyssuhdeteoria tarkastelee sopeutumista vaaraan ja paljastaa lapsen rakentamat selviytymisstrategiat vaarallisissa olosuhteissa. Yksi näistä vaaroista on ratkaisematon ristiriitatilanne lapsen ja hänestä huolehtivan aikuisen välillä, jolloin kaikkein suurimman turvan antaja voi olla samalla myös pelon ja kauhun lähde. (Tuovila 2008, 30 -31.)

Kiintymysteoria kattaa alleen neljä kiintymisen päämallia, jotka ovat: luottavainen/turvallinen (B-malli), välttelevä (A-malli), ristiriitainen (C-malli) sekä disorganisoinut (D-malli). Näistä neljästä mallista ilmenee lapsen sisäiset työmallit olla suhteessa vanhemman kanssa. (Hautamäki 2005, 25.; Tuovila 2008, 36 -37.) Välttelevää ja ristiriitaista kiintymyssuhdetta kuvataan turvattomaksi kiintymyssuhteeksi (Mäkelä & Salo 2012, 260). Luottavaisesti vanhempiensa kiintynyt lapsi hakee ja saa lohtua vanhemmiltaan. Hänen tarpeisiinsa on vastattu ja hoito on ollut mukautuvaa. Luottavaisessa kiintymysmallissa vanhemmat osaavat voimistaa positiivisia kokemuksia sekä tyyntyy negatiivisia kokemuksia. Lasta on tuettu uteliaisuuteen ja mielten yhteensovittaminen on onnistunut. Luottavaisesti kiintyneellä lapsella kehittyy itsesäätelykyky, hän hallitsee tunteensa ja on kykeneväinen oppimaan uutta. Kieli on kehittynyt jaetun tarkkaavaisuuden myötä ja luottavasti kiintyneellä lapsella on parhaat edellytykset sosiaalisuuteen ja kognitiivisten taitojen kehittymiseen. Lapsi on empaattinen, suosittu ja hänellä on stressinsietokykyä. (Tuovila 2008, 36 -37.) Luottavaisessa, turvallisessa kiintymyssuhteessa

lapsi oppii syy-seuraussuhde-ajattelumallin ja hänen maailmansa on johdonmukainen (Becker-Weidman 2008, 43).

Välttelevästi ja turvattomasti kiintyneen lapsen vanhemmalla on ollut vaikeuksia virittäytyä lapsen tunnetiloihin. Virittäytymistä on voinut olla liian vähän tai se on ollut vääränlaista. Lapsi on kohdannut emotionaalista etäisyyttä, torjutuksi tulemistä ja hänen tarpeisiinsa ei ole vastattu. (Tuovila 2008, 37.) Lapsi on oppinut olemaan käyttämättä vanhempaa turvapesänään, ja pyrkii välttämään tarvitsevuutensa näyttämistä, ja syli- tai silmäkontaktia (Hautamäki 2005, 36). Lapsi käyttäytyy varautuneesti, suuntautuu esinemaailmaan ja hänen tarkkaavaisuutensa on rajoittunutta. Välttelevästi kiintyneellä lapsella on jatkuva aikuisen tarve ja tällainen lapsi ottaa helposti kontaktia vieraisiin aikuisiin. Lapsi alkaa välttää tunneilmaisuja, koska kokee niiden olevan turhia. Välttelevästi kiintyneellä lapsella on vaikeuksia sosiaalisissa suhteissa ja usein heillä esiintyy piiloaggressiota. Heillä on vaikeuksia tynnyttää negatiivisia tunteita. Välttelevästi kiintyneet lapset antavat itsestään näennäisitsenäisen ja reippaan lapsen kuvan. (Tuovila 2008, 37.) Lapset ovat oppineet turvautumaan omaan itseensä vaaran hetkellä sekä luomaan omia mielensisäisiä pärjäämisen ja lohdutuksen malleja. Välttelevästi kiintyneen lapsen luomista mielikuvista kuitenkin puuttuu tunnetta sisältävä tietoisuus siitä, että hoitaja antaisi turvaa. Sen vuoksi välttelevä mielikuvamaailma on kapeutunut. (Punamäki, 2005, 181.) Välttelevä vuorovaikutussuhde voi vaihdella lievästä välttelystä aina kylmään ja toisen tunteiden sivuuttamiseen perustuvaan vuorovaikutukseen (Mäkelä & Salo 2012, 261).

Ristiriitaisesti ja turvattomasti kiintynyt lapsen hoito on ollut sanansa mukaisesti ristiriitaista: vanhempi on ollut välillä läsnä ja huomioiva ja välillä poissaoleva ja torjuva. Lapsen ei ole mahdollista ennakoida vanhemmassa tapahtuvia muutoksia. (Tuovila 2008, 37 -38.) Vanhempien käytös ja tunnekuohut ovat säätelemättömiä ja lapsen enustamattomissa. Vanhempien käytös on ailahtelevaa. (Mäkinen & Salo 2012, 261.) Ristiriitaisesti kiintyneillä lapsilla virittäytyminen, torjuvuus sekä tunkeilevaisuus vaihtelevat, negatiiviset tunteet ja tunneilmaisut ovat voimakkaampia. Lapsella esiintyy uhmakkuutta ja lapsi näyttäytyy korostuneesti vuorovaikutuksessa takertuvaisuuden, avuttomuuden, aggressiivisuuden, manipulatiivisuuden sekä lohduttomuutensa vuoksi. Ristiriitaisesti kiintynyt lapsi on myös sosiaalisesti ahdistunut ja epävarma. Ristiriitainen kiintyminen nähdään pitkäaikaiseksi riskiksi kehitykselle. Ristiriitainen kiintymyssuhde

on myös vanhemmalle raskasta, sillä hänellä on tunteissaan samaa ristiriitaisuutta kuin lapsella. (Tuovila 2008, 37 -38.)

Disorganisoituneessa kiintymyssuhteessa on laiminlyöntiä, hyljeksintää, pahoinpitelyä ja äärimmäisen vääristynyt tai kokonaan puuttumaan jäänyt kiinnittymisstrategia. Lapsi ei kykene muodostamaan mallia vanhemman hämmentävästä käyttäytymisestä, sillä vanhempi ei vastaa lapsen reaktioihin tai hänen käytöksensä ei liity niihin. (Tuovila 2008, 38.) Mäkelä & Salo (2012, 261) tuovat esille vanhempien reagoivan korostuneen kielteisesti lapsen ilmaistessa tunteitaan negatiivissävyyteisesti tai käyttäytyessä huonosti. Vanhempien oma kiihtymys nousee niin nopeasti, etteivät he kykene rauhoittamaan omia tunteitaan tai lastaan. (Mäkelä & Salo 2012, 261.) Disorganisoituneesti kiintyneen lapsen käytöstä leimaa pelko, jonka lähteenä oma vanhempi on. Lapsen käytöksessä esiintyy myös jähmettymistä, hajanaisuutta, paniikkia, aggressiota sekä pakonomaista miellyttämistä ja manipulaatiota. Lapsi on varautunut ja tarkkaileva, on läheisyyden suhteen valikoimaton. Lapsi turvautuu tilanteen hallitsemiseen. Disorganisoituneesti kiintyneellä lapsella on vaikeuksia niin kognitiivisella, emotionaalisella kuin käyttäytymisen tasolla. Tällaista lasta uhkaa vaara vakaviin persoonallisuuden häiriöihin. (Tuovila 2008, 38.)

Kiintymyssuhdeteoriaa pidetään yläkäsitteenä, joka pitää sisällään kaikki tärkeät vuorovaikutussuhteet koko elämän aikana. Kiintyminen vaikuttaa myös motivationaalisten ja emotionaalisten muistitoimintojen kehitykseen ja organisoituvat suhteessa merkittäviin huolenpitäjiin. Varhaiset kiintymysmallit ovat näin ollen yhteydessä sosiaaliseen kyvykkyyteen, tunteiden säätelyyn sekä muistitoiminnoista aina kielenkehitykseen sekä käsitykseen omasta itsestään ja toisista ihmisistä. Aivot liittyvät vahvasti kiintymyssuhteisiin ja kehitykseen, sillä kiintymyssuhdemallit muovaavat aivojen toimintaa rakenteellisesti. Sen vuoksi juuri varhainen vuorovaikutus on merkityksellisessä asemassa. Lapsen kasvu ja kehitys voi kärsiä mittavasti, mikäli lapsen tarpeisiin vastaamisessa on paljon puutteita niin fyysisellä tai tunnepuolella. (Tuovila 2008, 32- 34.) Mikäli pieni vauva ei ole vastavuoroisessa vuorovaikutuksessa hoitajansa kanssa, voi lapsi kärsiä kognitiivisista vaikeuksista synapsien surkastumisen vuoksi. Esimerkiksi kasvojen tunnistamiskyky jää kehittymättä, mikäli lapsi ei ole saanut kokea hoitajansa tunneilmaisuja liitettyinä kasvojen ilmeisiin. Lapsen kasvaessa hänen voi olla edelleen vaikeaa yhdis-

tää toisten ihmisten ilmeitä tunteisiin, mikä puolestaan hankaloittaa vuorovaikutusta. (Pihko 2012, 162.)

### 3.3 Kiintymyssuhde, aivot ja muisti

Kiintyminen mielen tasolla tarkoittaa henkilöiden välillä tapahtuvien suhteiden muodostumista, mikä auttaa lapsen kypsyttämättömiä aivoja peilaamaan vanhemman kypsiä aivo-toimintoja. Tällöin lapsen omat prosessit aivoissa organisoituvat ja mieli voi jäsentyä vain järjestäytyneemmän mielen rinnalla. Sen vuoksi perussuhteissaan traumatisoituneen lapsen yksi suurista pulmista on se, ettei hänellä ole ollut riittävästi rinnallaan tätä järjestäytyntä mieltä. Vanhemman ollessa kyvytön koostamaan lapsen kokemusmaailmaa ja tunnetiloja, jää lapsi niiden kanssa yksinään. Lapsi ei kykene tällöin liittämään kokemiaan tapahtumia pidempiaikaiseen kokemusketjuun, eikä siten saa omille tunteilleen nimeä ja ymmärrystä. Tämä tekee lapsen itsestä ja elämäntarinasta hajanaisen ja hetkeen sidotun. Tämä vaikeuttaa huomattavasti myös syy-seuraussuhteiden muotoutumista. (Tuovila 2008, 34- 36.) Becker-Weidman (2008, 49) kuvaakin aivoja dyadiksi eli kahden eri osapuolen muodostamaksi pari: kehittyäkseen niiden on oltava vuorovaikutuksessa sekä toisten aivojen että ympäristön (fyysisen ja sosiaalisen) kanssa. Aivojen kehittyminen perustuu kaiken kaikkiaan yksilön kokemuksiin.

Lapsi kiinnittyy hoitajaansa ensimmäisen elinvuotensa aikana *proseduraalisen muistijärjestelmään* perustuvien mallien avulla, koska sen turvin lapsi mallintaa omia toimintojaan suhteessa hoivaavaan aikuiseen. Esitietoinen, ei-kielellinen muisti, joka korostuu päivittäisten rutiinien ohjauksessa, muodostaa proseduraalisen muistimallin. Näihin muistimalleihin säilyy tieto kuinka viedä läpi toimintojen järjestys, kuten sosiaaliset ja motoriset vuorovaikutustaidot. Lapsen toisena elinvuotena kehittyy puolestaan *semanttinen* muisti, joka liittyy lapsen ensimmäisiin kuvauksiin itsestään. Semanttinen muisti koostuu verbaalisesta informaatiosta ja näin ollen tieto on usein vanhemmilta ”lainattua”. Vanhemmat kuvaavat lasta ja suhdetta kielellisesti. Turvallisesti kiintynyt lapsi kokee, että vanhemmat rakastavat ja ymmärtävät, kun taas välttelevästi kiintynyt lapsi omaa itsestään tuhman lapsen käsityksen. Semanttinen muisti on tarpeen silloin, kun yksilö pyrkii ratkaisemaan ongelmia. *Episodinen muisti* puolestaan koskee ajassa ja pai-



kassa tapahtuneita muistikuvia, joihin aistit ja tunteet ovat sidoksissa. (Hautamäki 2005, 28 -30.)

Aivot jakautuvat kahteen puoliskoon – oikeaan ja vasempaan, jotka toimivat eri tavoin. Oikean aivopuoliskon tehtävänä on huolehtia sosiaalisen tajunnan sisällöstä, tunteisiin liittyvistä muistoista, psykososiaalisesta kehityksestä, tunnekokemuksista sekä havainnoista ihmissuhteissa. Vasen puoli puolestaan on loogisempi ja sen toimivuus perustuu kieleen. Lapsuuden varhaisvaiheessa (3 ensimmäistä vuotta) oikea aivopuolisko on dominoivampi ja siten sidoksissa vahvasti kiintymykseen liitettävissä kokemuksissa. (Becker-Weidman 2008, 50.) Aivojen kuvantamismenetelmien avulla voidaan havaita ihmisaivoissa tapahtuvia muutoksia. Aivojen hermosolujen määrä ei lisäännä ensimmäisen elinvuoden jälkeen. Synapseja (neuronien välisiä yhteyksiä) kuitenkin muodostuu läpi elämän. Merkityksellistä on, että synapseja muodostuu eniten varhaislapsuudessa ja leikki-ikäisillä synapseja on jopa kolminkertainen määrä aikuisiin verrattuna. Kaikki kokemukset muovaavat joko heikentäen tai vahvistaen hermoverkkoja. Lapsuusaikojen kaltoinkohtelu ja traumaattiset kokemukset muokkaavat erityisen voimakkaasti aivojen toimintaa limbisen järjestelmän, otsalohkon etuosan sekä aivolisäkelisämunuaisakselin kohdalta. Aivojen limbistä järjestelmää kutsutaan tunneaivoiksi ja sitä säätelee aikuisella ihmisellä otsalohkon etuosa eli prefrontaalinen kuorikerros. Prefrontaalinen kuorikerros kehittyy hyvin hitaasti ollen kypsä vasta nuorella aikuisiällä ja se vastaa tunnesäätelyn lisäksi oman toiminnan ohjauksesta. Koska lapsen kuorikerros on pitkään puutteellinen, tarvitsee hän pitkään aikuisten apua oman toiminnan ohjauksessa ja tunteiden säätelyn hallinnassa. (Pihko 2012, 161.) Kaltoinkohtelua kokenut lapsi ei kykene myöhemmin säätelemään tunteitaan sen vuoksi, etteivät tunteiden säätelyyn osallistuvat neurologiset järjestelmät ole integroituneet hyvin osaksi minuutta. Kroonisen kaltoinkohtelun vuoksi stressireaktiosta voi tulla pysyvä tila ja tämä taas aiheuttaa ylivalppautta, muistitoimintojen häiriintymistä sekä uuden oppimista. Traumaperäinen kiintymyssuhdehäiriö on näin yhteydessä myös oppimisvaikeuksiin. (Becker-Weidman 2008, 52- 53.)

Lapsen minuus kehittyy itsesäätelyn kautta, jota opetellaan vastavuoroisessa vuorovaikutuksessa yllä kuvatuilla tavoilla. Vastavuoroisen vuorovaikutuksen lisäksi itsesäätelyn kehitykseen vaikuttavat myös perimä ja ympäristö. Lapsen temperamentti ja luonne määrittävät hänen tapaansa tulkita maailmaa ja ympäristö tarjoaa puolestaan niitä ko-

kemuksia, joita lapsi liittää omaan sisäiseen maailmaansa. Näistä yhdessä muodostuu lapsen minuus. (Pihko 2012, 163.) Se, että ihminen kykenee muodostamaan yhtenäisen kertomuksen elämästään, vaikuttaa oleellisesti mielenterveyteen. Omaelämäkerrallisissa tarinoissa aivopuoliskot yhdistyvät, jolloin muistot ja tunteet liittyvät toisiinsa. Traumatisoituneella ihmisellä vasemman ja oikean aivopuoliskon yhteistyö ei ole mutkatonta, mikä puolestaan häiritsee traumasta eheytymistä sekä estää ihmistä muodostamaan käsitystä itsestään ihmisenä, jolla on historia, nykyisyys sekä tulevaisuus. (Becker-Weidman 2008, 52.) Mikäli pieni lapsi jää yksin pelottavien tai traumatisoivien kokemustensa kanssa, integroituvat nämä kokemukset osaksi hänen minuuttansa. Aivoihin syntyneitä rakenteellisia muutoksia voidaan yrittää korjata korvaavien kokemusten avulla hyvässä hoitosuhteessa ja terapiassa, mutta ne korjaantuvat hyvin hitaasti kasvuiän jälkeen. (Pihko 2012, 161, 166.)

## 4 TRAUMA

Trauman diagnosoimisessa käytetään määritelmää, jonka mukaan trauman aiheuttaa jokin sellainen stressaava tapahtuma, joka ei pohjautu inhimilliseen kokemukseen. Tällaisen tapahtuman kokee ahdistavaksi kuka tahansa. (Levine 1997, 33 -34.) Traumoja on kahta tyyppiä. 1-tyyppin trauma muodostuu yhdestä shokeeraavasta kokemuksesta, joka pysyy mielessä elävänä muistona. 2-tyyppin traumat puolestaan syntyvät viikkojen tai jopa vuosien aikana toistuvista traumaattisista tapahtumisista. (Sinkkonen 2005, 157.) Epäinhimillisinä kokemuksina pidetään yksilön elämään tai fyysiseen koskemattomuuteen tai läheisiin ihmisiin kohdistuvaa uhkaa, yksilön ympäristön tai kodin äkillistä tuhoutumista, vakavaa loukkaantumista onnettomuudesta tai väkivallasta johtuen. Myös kuolemaan johtavat tilanteet ovat traumatisoivia tapahtumia. (Levine 1997, 33 -34.) Levine (1997, 34) lisää traumatisoiviin tapahtumiin vielä esimerkiksi sairastumiset ja kirurgiset toimenpiteet. Trauman juuret yltävät yhtälailla niin mieleen kuin fysiologiaan. Myös oirehdinta näkyy sekä mielessä että kehossa: traumassa on neljä eri osatekijää: ylivireys, supistuminen, dissosiaatio sekä jähmettyminen. Nämä näkyvät kaikissa traumatisoituneissa ihmisissä jollain tapaa. Ylivireydellä tarkoitetaan tilaa, johon kuuluu esimerkiksi kohonnut pulssi, jännitys, nopeasti vaihtuvat ajatukset sekä ahdistuneisuus.

Ylivirittyneessä tilassa keho valmistautuu uhkaan. Supistuminen saa aikaan ihmisessä hengityksen, lihaksen ja asennon muutoksia, kun verisuonet supistuvat niin ihossa, raajoissa kuin sisäelimissä, jotta lihakset saisivat enemmän verta. Hermojärjestelmä ikään kuin mahdollistaa puolustautumisen uhkaa vastaan. Näin ollen myös hoidon tulisi olla kokonaisvaltaista. (Levine 1997, 144.)

Käsitlemättömänä trauma voi tehdä ihmisestä liian varovaisen tai estyneen. On myös mahdollista, että käsitlemätön trauma ajaa ihmisen sellaiseen käytökseen mikä aktivoi traumaa. Trauman aktivoituminen on yksi voimakkaimmista sekä pysyvimmistä trauman jälkeisistä reaktioista. (Levine 1997, 42, 238.) Lapsi tarvitsee aikuisen apua trauman käsittelyssä. Jotta lapsi voisi saada psyykkisen prosessinsa jonkinlaiseen päätökseen, tulisi hänen saada jäsentynyt käsitys traumaan johtaneiden tapahtumien kulusta, niiden välisistä yhteyksistä ja lapsen omasta roolista. Lapsen käsitys todellisuudesta vääristyy mikäli hänelle jää liian avoin kuva tapahtumista. Selvittämättömillä traumailla on yhteys useisiin psykopatologian muotoihin aina depressiosta rajatilahäiriöihin. (Sinkkonen 2005, 158.) Goldman (2004, 18) jaottelee lapsen haavoittuvuuden riippuvan siitä, onko lapsi itse uhrina vai vakavan tapahtuman todistajana.

#### **4.1 Kiintymyssuhdetrauma**

” Lapsi, jota pahoinpidellään, jonka hoitoa laiminlyödään vakavasti, tai joka on seksuaalisen hyväksikäytön kohteena, traumatisoituu” (Sinkkonen 2005, 157). Tällöin kiintymyssuhde häiriintyy. Trauma ja kiintymyssuhde kulkevat käsikkäin, kun vanhemman käytös saa aikaan sekä traumoja että kiintymyssuhdehäiriön. (Sinkkonen 2005, 157.) Huostaanotetut lapset ovat aina kokeneet laiminlyöntejä ja heissä havaitaan pääasiassa ristiriitaisesti ja disorganisoituneesti kiintyneitä lapsia (Tuovila 2008, 34; Vilen, ym. 2010, 21). Goldman (2004, 15) kuvaa traumatisoituneen lapsen voivan tuntea itsensä toivottomaksi ja avuttomaksi suhteessa tulevaisuuden näkymiin sekä pelottavien tunteiden pysäyttämiseen. Lapsen on vaikea ymmärtää, että elämä voisi olla toisenlaista (Goldman 2004, 15). Kiintymyssuhteissaan traumatisoituneet lapset oireilevat eri tavoin ja samoja oireita voi esiintyä erilaisissa psykiatrisissa häiriöissä. Becker-Weidman (2008, 46- 48) toteaa lapsen käytöksen heijastavan kaltoinkohtelun tapaa. Esimerkiksi

väkivaltaa kokenut tai nähnyt lapsi voi käyttäytyä väkivaltaisesti. Becker-Weidman (2008, 46- 48) luettelee tyypillisiä kiintymyssuhdetraumojen oireita, joita voi esiintyä lapsen käytöksessä:

- Lapsi kiusaa tai on julma toisia kohtaan
- Lapsi ei kykene muodostamaan pysyviä ystävyyssuhteita
- Koulusuoriutuminen on heikompaa
- Lapsi ei halua läheisyyttä muulloin, kun haluaa aikuiselta jotakin
- Lapsi ajautuu toistuvasti riitoihin pienistäkin asioista
- Lapsi haluaa hallita kaikkea
- Lapsi on ylivalpas, käyttäytyy uhkarohkeasti ja ei käsitä voivansa loukkaantua
- Lapsi rikkoo tahallaan tavaroita
- Lapsi ei tunne syyllisyyttä
- Lasta kuvaa impulsiivisuus – ei osaa/halua lopettaa mieluista tekemistä
- Lapsi kiusaa ja satuttaa eläimiä
- Varastelu / niiden tavaroiden ottaminen ilman lupaa, jotka olisi saanut pyytämällä
- Lapsi ei opi virheistä, eivätkä seuraamukset ole auttaneet muuttamaan lapsen toimintaa
- Lapsi antaa väärää informaatiota kokemastaan väkivallasta – motiivina saada sympatia puolelleen tai toiset hankaluuksiin
- Lapsi ei tunne kipua tai halua lohdutusta loukattuaan itsensä
- Lapsi ei pyydä, vaan vaatii asioita tai tavaroita
- Lapsi komentelee sekä toisia lapsia että aikuisia
- Lapsi saa raivokohtauksia
- Valehtelu
- Lapsi on alituisesti äänessä
- Lapsi käyttäytyy tietoisesti hurmaavasti saadakseen toiset taipumaan tahtonsa
- Lapsi on kiinnostunut tulesta
- Lapsi pitää väkivaltaisista peleistä ja ohjelmista

Usein huomataan, että lapsen kehityksessä on jotakin rikkoutunut lopullisesti tai jokin on jäänyt kokonaan kehittymättä. Korjaavilla kokemuksilla lapsen elämänlaatua voi-

daan kuitenkin huomattavasti kohottaa. (Tuovila 2008, 34.) Kiintymyssuhteissaan traumatisoituneiden lasten hoidossa aikuisen tulee tavoitteellisesti auttaa lasta tulemaan kunnioitukseen ja luottamukseen perustuvaan suhteeseen, tunnistamaan vääristymät käsityksissään, tunteissaan ja ajatuksissaan sekä käytösmalleissaan, ilmaisemaan ja ulkoistamaan ajatuksia ja tunteita, hallitsemaan sekä säätelemään tunneilmaisuja ja käyttäytymistä, ymmärtämään sekä käsittämään ja määrittelemään itseään, kommunikoimaan sekä integroimaan traumaattisia muistoja. (Gil 2009, 81- 82.) Kiintymyssuhteen häiriön hoidossa aikuinen voi käyttää myös välineitä, joilla vähennetään lapsen kokemaa taustapelkoa: kosketus, katse sekä muu fyysinen viestintä parantavat lapsen oloa. Samalla käsitellään kysymyksiä lapsen kelpaavuudesta, maailman turvallisuudesta sekä aikuisen kiinnostuksesta lapsesta. (Mäkelä & Vierikko 2004, 10.)

## **4.2 Dissosiaatio**

Helsingin diakonissalaitoksen intensiivihoidon osastoilla dissosiaation esiintyminen ei ole arkipäivää ja sitä esiintyy harvakseltaan psyykkisesti erityisen huonossa kunnossa olevilla lapsilla. Dissosiaatio ei kosketa kaikkia kiintymyssuhteissaan traumatisoituneita lapsia. Arkikielessä työntekijät käyttävät ilmaisuja ”lapsi ei ole kontaktissa” kuvailemaan dissosiaatiota. Intensiivihoidon työntekijöiden on tärkeää ymmärtää dissosiaatio ilmiönä. Boon, Steele & Van der Hart (2011, 6) avaavat dissosiaation ymmärtämistä integraation kautta. Ihminen yhdistää eli integroi kokemuksiaan osaksi kokonaista elämäntarinaansa sekä minäkokemustaan. Persoonallisuuden ja minäkuvan kehittyminen ovat integraation varassa. Integraation avulla ihminen kykenee erottamaan nykyisyyden menneisyydestä ja ennen kaikkea pysymään nykyisyydessä menneitä muistellessa. Dissosiaatio puolestaan tarkoittaa integraation vakavaa epäonnistumista ja tämä häiritsee minäkuvan ja siten myös persoonallisuuden rakentumista. Traumatisoituneella henkilöllä kyky integroida voi olla pysyvästi heikentynyt. Etenkin lapsena traumatisoituneilla integrointikyky heikkenee monin verroin pahemmin kehittymisen rajallisuuden vuoksi. Dissosiaation aikana kokemus sekä koetaan että ollaan kokematta omaksi kokemukseksi. Tämä johtuu siitä, että dissosiaatiosta kärsivä ihminen kokee olevansa jakautunut epänormaalien ja vieraiden muistojen, tunteiden, ajatusten sekä käyttäytymistapojen vuoksi. Tällöin reagoititapoja sekä minäkokemuksia on enemmän kuin yksi ja niiden

väliltä puuttuu yhteyksiä. Erilaisia reagointimalleja sekä minäkokemuksia kutsutaan persoonallisuuden dissosiatiiivisiksi osiksi. Dissosiaatio syntyy liian ylivoimaisesta tai uhkaavasta kokemuksesta, jota henkilö ei kykene integroimaan kokemusmaailmaansa. (Boon, ym. 2011, 6- 8.) Dissosiaation avulla lapsi kykenee pakenemaan vaaratilanteesta ja käyttää sitä automaattisesti (Poijula 1999, 188). Dissosiaatiolla tarkoitetaan ”itsestä erkaantumista”, mikä kuvaa keinoa suojella itseä ylivireyden vaikutuksilta. Esimerkiksi kuoleman uhatessa dissosiaatio suojaa ihmistä tuskalta. Dissosiaatiota voidaan kuvailla myös leijailamisen tuntuna. Dissosiaatio johtaa ajan sekä aistimusten vääristymiin, sen vuoksi, ettei ihminen tunne kehontuntuman jatkuvuutta. Traumassa dissosiaatio luo pohjan kestää kokemuksia, jotka ylittävät sietokyvyn rajat. Dissosiaatio voi myös kroonistua kehittäen oireita, ellei ylivirittyneisyyttä saada purettua. Erityisesti traumatisoituneet lapset valitsevat usein olemisensa tavaksi dissosiaation maailman. Tiedostamattaan he irtaantuvat toistuvasti kehostaan. (Levine 1997, 144 -150.) Dissosiaatio on yhteydessä sekä traumoihin että organisoitumattomaan kiintymyssuhteeseen (Boon, ym. 2011, 9.; Sinkkonen 2005, 157.).

Dissosiaatioon voi liittyä myös muita oireita. Dissosiaation oireita voi esiintyä eri psyykkisissä sairauksissa ja usein ihminen hakeutuu avun piiriin jonkin muun, kuin identiteettiin tai minäkokemuksiin liittyvien ongelmien vuoksi. Dissosiaatiota voi liittyä muun muassa masennukseen, ahdistukseen, univaikeuksiin tai ihmissuhdeongelmiin, ja usein ihminen kokee outojen ajatusten vuoksi olevansa hullu. Vierauden tunnetta pidetään keskeisimpänä dissosiaation oireena. Tällöin henkilö on tietoinen ajatuksistaan, tunteistaan tai kokemuksistaan, muttei tunne ”omistavansa” niitä. Dissosiaatiosta kärsivillä ihmisillä on usein myös ongelmia muistin kanssa. Heistä tuntuu, kuin heidän muistinsa olisi sumuinen tai täynnä mustia aukkoja. (Boon, ym. 2011, 13 -14.)

### **4.3 Traumaperäinen stressihäiriö ja vakava traumaperäinen häiriö**

Trauma ja stressi nivoutuvat yhteen. Traumaperäinen stressihäiriö on yksi dissosiatiiivisen häiriön vakavimpia muotoja silloin, kun traumaattinen tapahtuma muuttaa lapsen normaalia kehityskulkua. Luonteeltaan traumaperäisen stressihäiriön oireet ovat pitkälti dissosiatiiivisia oireita, jotka ilmaantuvat traumaattisen tapahtuman jälkeen. Oireet liit-

tyvät toisten ihmisten välttämiseen, muistojen mieleen tulemiseen sekä fysiologiseen säätelyyn (ylivireys). Henkilö, jolla on traumaperäinen stressihäiriö, kärsii usein myös masennuksesta sekä fyysisistä oireista. (Boon, Steele & Van den Hart 2011, 32.)

<b><u>MIELEEN TUNKEUTUMI- NEN</u></b>	<b><u>VÄLTÄMINEN</u></b>	<b><u>YLIVIREYS</u></b>
Takaumat = traumakokemuksen uudelleen eläminen. Sisältävät eri aistitunteuksia tai mielikuvia	Niiden ajatusten, tunteiden ja tilanteiden välttäminen, jotka voisivat muistuttaa traumasta.	Jatkuva fyysinen jännittyneisyys, kiihtymys ja levottomuus, varuillaolo sekä kärsimätön käytös
Painajaiset	Liiallinen keskittyminen esim. kiireellisenä pysymiseen	Säikkyminen, ympäristön tarkastelu
Aistiharhat, harhaluulot, illuusiot	Muistinmenetys	Ärtynisyys, vihan purkaminen
Ahdistus / paniikki. Fysiologisia oireina sydämen tykytys ja nopea hengitys	Emotionaalinen turtuminen, automaattiohjauksella eläminen	Tunteenpurkaukset
Lamaantuminen pelosta tai halu paeta.	Kyvyttömyys tuntea rakkautta / nauttia elämästä	Nukahtamis- ja unessapysymisvaikeudet
	Eristäytyminen, ihmisten välttely, puhumattomuus	Tarkkaavaisuus- ja keskittymisongelmat

TAULUKKO 1. Traumaperäisen stressihäiriön ja dissosiaation oireet

Intensiivihoidon työntekijöiden on hyvä havainnoida kiintymyssuhteissaan traumatisoitunutta lasta kokonaisvaltaisesti, sillä oireet ilmenevät niin psyykkisesti kuin fyysisesti sekä näkyvät lapsen käytöksessä. Taulukossa 1 kuvaillaan trauman, stressin sekä dissosiaation oireita. Lapsen oireiden ja käytöksen havainnoiminen on tärkeää, jotta lasta hoitavat ihmiset tiedostavat, mistä on kyse ja osaavat reagoida lapsen oireiluun asianmukaisella tavalla. Taulukossa kuvaillut oireet yksittäin voivat liittyä myös muihin

diagnooseihin. Esimerkiksi ärtyneisyys ja tunteenpurkaukset esiintyvät käytöshäiriössä, mutta eivät välttämättä liity dissosiaatioon.

Vakavassa traumaperäisessä häiriössä puolestaan on Boonin, ym. (2011, 40 -41) mukaan kuusi eri oireryhmää. Oireet ilmenevät myös dissosiaatiossa. Vakavan traumaperäisen häiriön diagnoosin saaneilla on muitakin oireita. Vakavaan traumaperäiseen häiriöön kuuluvat:

#### Tunteiden ja impulssien säätelyiden vaihtelut

Tunteiden, mielihalujen ja toiminnan säätelyvaikeus korostuvat vakavassa traumaperäisessä häiriössä varhaiskehityksen häiriintymisen vuoksi. Myös tunteiden nopeat muutokset persoonallisuuden dissosiaation jakautumisen vuoksi vaikuttavat säätelykykyyn sekä tunteiden sietämiseen. Stressaavissa tilanteissa persoonallisuuden eri osat voivat tunkeutua toistensa kokemukseen ja osat voivat vaihtua. Tällöin yhden osan tunne voi herättää muita tunteita toisissa osissa sekä saada ne toimimaan impulsiivisesti. (Boonin, ym. 2011, 40 -41.)

#### Tarkkaavaisuuden ja tietoisuuden muutokset

Vakavat tarkkaavaisuus- ja muistiongelmät sekä tietoisuuden kaventuminen tai johonkin puuhaan jumittuminen ovat tyypillisiä oireita ja liittyvät dissosiaatioon. (Boonin, ym. 2011, 40 -41.)

#### Muutokset itseä kohdistuvissa havainnoissa

Lapsena traumatisoituneet kantavat mukanaan syyllisyyttä, huonommuuden tunnetta, häpeää sekä muita kielteisiä tunteita, eivätkä usko kenenkään kykenevän rakastamaan heitä. Dissosiatiiivisissa häiriöissä persoonallisuuden eri osat kantavat näitä tunteita mukanaan, kun taas toiset osat saattavat nähdä itsensä eri tavoin. Osien vaihtumiset stressaavissa tilanteissa voivat muuttaa yksilön havaintoja itsestään nopeasti. (Boonin, ym. 2011, 40 -41.)

#### Muutokset ihmissuhteissa

Ihminen, joka on traumatisoitunut lapsuusajan ihmissuhteissaan toistuvien kaltoinkohtelujen ja laiminlyöntien vuoksi, ei helposti luota toisiin ihmisiin. Tällaisen ihmisen on vaikea erottaa luotettava ihminen epäluotettavasta tai erottaa toisten pahoja aikeita. Ys-



tävystyminen on epäluottavaisuuden vuoksi vaikeaa. Jotkut persoonallisuuden osat eivät välttämättä luota keneenkään. Toiset osat puolestaan saattavat olla niin haavoittuvia ja tarvitsevia, etteivät ne välitä siitä, vaikei toinen ihminen olisikaan luotettava. Jotkut osat janoavat läheisyyttä ja hoivaa ja jotkut taas pelkäävät toisen ihmisen lähellä olemista. Tätä taustaa vasten on luonnollista, että ihmissuhteisiin liittyy ristiriitoja. (Boonin, ym. 2011, 40 -41.)

#### Somaattiset oireet

Vakavasta traumaperäisestä häiriöstä kärsivillä voi olla lääketieteen tunnistamattomia fyysisiä oireita, kuten kipuja vatsassa, päässä, nivelissä tai lihaksissa. Suolisto- ja ruoansulatusongelmat liittyvät myös näihin oireisiin. (Boonin, ym. 2011, 40 -41.)

#### Muuttuvat merkitykset

Usein pitkään traumatisoituneet ihmiset eivät kykene uskomaan siihen, että heidän elämässään voisi tapahtua jotain hyvää ja uskovat kuolevansa, ennen kuin ehtisivät kokea jotain hyvää tulevaisuudessaan. Persoonallisuuden eri osat voivat kuitenkin kokea tulevaisuuden eri tavoin joko täysin epärealistisesti tai jopa realistisesti. (Boonin, ym. 2011, 40 -41.)

## **5 INTENSIIVIHOITO**

Helsingin diakonissalaitoksen säätiön lapsi- ja perhetyön intensiivihoito on kohdistettu monimuotoisesti oirehtiville sekä traumatisoituneille lapsille, joiden tyypillinen oirehdinta liittyy muun muassa kiinnittymisvaikeuksiin, aggressiivisuuteen sekä käytöshäiriöön. Intensiivihoito on sekä lastensuojelun että psykiatrisen hoitotyön toimialueiden välimaastossa. (Honkinen & Pasanen 2011) Intensiivihoidon osastoja on Helsingissä ja Espoossa ja ne tarjoavat kodinomaista kuntouttavaa hoitoa kaupunkiympäristössä ja on prosessiltaan kolmivaiheinen. Hoito on määräaikaista ja perustuu psykodynaamiseen ja systeemiseen ajatteluun, sekä neurokognitiiviseen lähestymistapaan. Psykodynaamisella lähestymistavalla tarkoitetaan ymmärrystä lapsen käyttäytymisen olevan viestintää eletystä elämästä. Hoitotyön keskeisimmät menetelmät ovat yksilö-, perhe- ja verkostotyö sekä toiminnallisuus. Intensiivihoidossa osaston työryhmän rinnalla kulkee moniamma-

tillinen hoitotiimi, joka koostuu yksikön johtajasta, lähiesimiehestä, lasten- ja nuorisopsykiatrista, perheterapeutista, psykologista sekä tarvittaessa neuropsykologista ja toiminta- ja kuvataideterapeutista. Myös lastensuojelun sosiaalityöntekijä on mukana lapsen hoidossa ja hoitotiimeissä. Lapselle rakennetaan hoitotiimin ja asiakassuunnitelman neuvottelujen pohjalta hoito- ja kasvatussuunnitelma. Lapset, jotka eivät kykene käymään koulua kunnan järjestämässä erityisluokassa, voivat aloittaa koulunkäyntinsä pihapiirissä olevassa Sophie Mannerheimin koulun alaisessa koulukuntouttavassa luokassa. (HDL)

Hoito aloitetaan tutkimusvaiheella, jolloin osastotyön tutustumisen lisäksi kartoitetaan lapsen psyykkisiä vaurioita sekä perheen vuorovaikutussuhteita kokonaisvaltaisesti. Keskeisintä on nähdä oirekäyttäytymisen taakse sekä etsiä voimavaroja perheestä. Hoidon syventämisen vaiheessa osastohoito jatkuu lapselle rakennetun yksilöllisen hoitopolun mukaisesti. Keskeisimmäksi hoitomuodoksi tässä vaiheessa nousee terapeutin omahoitajasuhde, jonka tehtävänä on rakentaa korjaava ihmissuhde lapsen kanssa. Intensiivihoidon on voimassa toistaiseksi, mutta keskimäärin hoidon kesto on noin 2-3 vuotta. Koko hoidon ajan arvioidaan lapsen psyykkistä vointia ja tehdään tarvittavia muutoksia hoitosuunnitelmaan. Hoidon päättyessä lasta ja perhettä tuetaan erilaisin keinoin sen mukaan, päättyykö hoito lapsen kotiutukseen vai jatkosijoitukseen. (HDL)

Omahoitajuus kattaa alleen kaksi tärkeää asiaa: terapeutin näkökulman sekä lapsen ”asiamiehenä” toimimisen. Kun omahoitajan ja lapsen välille syntyy luottamus, päästään turvallisesti käsittelemään lapsen elämässä tapahtuneita ristiriitaisia asioita. Turvallisessa omahoitajasuhteessa lapsi voi käydä tunnetasolla läpi kokemuksiaan sekä keskeneräisiksi jääneitä kehitysvaiheitaan. Tällöin lapsen käyttäytymisen ei tarvitse olla ikätasonsa mukaista. Terapeutin omahoitajasuhteen avulla voidaan vähentää lapsen psyykkisen kasvun ja kehityksen esteitä. Omahoitajahetket ovat arjessa tärkeitä ja intensiivihoidossa lapselle turvataan päivässä vähintään kerran 20 minuutin jakamaton ja intensiivinen huomio lapsen koostamisen vuoksi. (HDL) Kinnunen (1999, 88) muistuttaa omahoitajasuhteen olevan ammatillinen, tietoinen sekä julkinen. Se ei perustu mieltymyksiin tai yhdessä viihtymiseen. Ammatillisuutta hoitajalta kysytään etenkin silloin, kun lapsi kohdistaa negatiivista läheensä omahoitajaansa, tai ihailee häntä epärealistisesti. (Kinnunen 1999, 88.) Asiamiehenä toimimisella tarkoitetaan lapsen arkiasioiden sujuvuuden mahdollistamista, lapsen äänen kuuluviin saattamista neuvotteluissa, vanhem-

paintapaamisissa ja niin edelleen. Mikäli omahoidettavana on lapsi, joka herättää aikuisissa paljon kiukkua ja ärtymistä, on omahoitajan tehtävä muistuttaa työkavereitaan lapsen voimavaroista ja vahvuuksista – mutta myös syistä, jotka taustalla vaikuttavat lapsen käyttöön. (HDL; Kinnunen 1999, 90.)

Terapeuttisen omahoitajuuden rinnalla yhteisöhoito sekä työryhmätyö nousevat tärkeään asemaan intensiivihoidon arjessa. Osastohoidossa yhteisöllisyys perustuu siihen, että koko työryhmä sitoutuu asennoitumaan lapseen sekä pitämällä tietoisesti yllä ilmapii-riä, jossa tunteille ja niiden käsittelemiselle on tilaa. Taito ymmärtää lasta vaatii jatkuvaa vastatunteiden tutkimista sekä tilan antamista myös aikuisten tunteille. Työryhmä tukee lapsen ikätasoista käyttäytymistä etenkin silloin, kun lapsi on regressoitunut omahoitajasuhteessaan. Työryhmällä on suuri merkitys myös omahoitajalle: tarvittaessa työryhmä toimii omahoitajan pysäyttäjänä ja haastaa tarkistamaan lapsensa hoidon suuntaa. Mikäli osastohoidon rajat eivät riitä vastaamaan lapsen oirehdintaan ja takaamaan turvallisuutta on mahdollisuus käyttää hoitomuotona erityisen huolenpidon jaksoa. Erityisen huolenpidon tavoitteena on katkaista kriisiytynyt tilanne luomalla lapselle turvallinen tila kahdenkeskisellä hoidolla sekä palata takaisin osastohoitoon. Terapeuttisen hoitoyhteisön yksi tärkeimmistä tehtävistä on perusturvan luominen. Rajat ja sopiva tiukkuus ovat arjessa tärkeitä. (HDL)

Lastenpsykiatrisen asiakkuuden piiriin kuuluvilla lapsilla suurimmat ongelmat liittyvät usein vihamielisten tunteiden hallintaan. Aina sanallinen ohjeistaminen ja rajoittaminen eivät riitä rauhoittamaan lasta tarpeeksi. Mikäli lapsi on vaaraksi itselleen tai muille, tai alkaa tuhota omaisuutta, on häntä rajoitettava fyysisesti. Lasta pidetään kiinni yhden tai useamman aikuisen voimin niin kauan, kunnes lapsi on riittävästi rauhoittunut. Kiinnipidon tarkoituksena on auttaa lasta löytämään sanoja tunteilleen ja raivolleen. (Kinnunen 1999, 84- 85.) Kiinnipidolla tulee olla aina hoidollinen merkitys ja se saa sisältää myös lapsen siirtämisen. Kiinnipidon on lakattava välittömästi sen tarpeen päätyttyä. Kiinnipidosta vastaava työntekijä on aina velvollinen tekemään kirjallisen selvityksen laitoksen johtajalle. (Lastensuojelulaki 2007/417, 68§)

Lapset oireilevat eritavoin psyykkisesti ja sen vuoksi toiminnallisuus on intensiivihoidossa todella tärkeää. Toimintaan lapsi osallistuu aina psyykkisen vointinsa mukaan. Osastoilla on viikoittain yhteinen toiminnallisuusilta ja lapsia tuetaan harrastamaan kun-

toutumisen edetessä. (HDL) Fyysisestä terveydestä sekä omasta kehosta huolehtiminen ovatkin yksi osa paranemista ja hyvää elämää, eikä kehoa pitäisi pitää erillisenä osana itsestään (Boon, ym. 2011, 112). Mieli ja keho ovat yhtä. Hyvä fyysinen terveys vaikuttaa mielenterveyteen ja toisinpäin. Myös tunteisiin liittyy kehollisia muutoksia, jotka saavat aikaan fyysisiä tuntemuksia. (Boon, ym. 2011, 112.)

Intensiivihoidon kulmakivinä ovat ennakoitava arki, toistuvat rutiinit sekä terapeutin omahoitajuus sekä yhteisöhoito. Lapselle tehty yksilölliset päivä- ja viikko-ohjelmat mahdollistavat ennakoitavan arjen sujumisen. (HDL) Viikko- ja päiväohjelma auttavat lasta hahmottamaan aikaa ja lisäksi ne tuovat turvallisuuden ja jatkuvuuden tunnetta (Kinnunen 1999, 79). Päiväohjelma voi auttaa myös estämään/vähentämään eri persoonallisten osien tunkeutumista tai vaihtumista ja sitä myötä vähentää mm. masentumisen riskiä (Boon, ym. 2011, 92). Päiväohjelman noudattaminen liittyy myös elämänhallintaan ja sen taitojen oppimiseen. ”Jokaisen ihmisen täytyy aloittaa ja saattaa loppuun tiettä tehtäviä ajallaan..” (Boon, ym. 2011, 92). Taulukossa 2 on kuvattuna esimerkki lapsen viikko-ohjelmasta. Viikko-ohjelmaan merkitään aina tulevan viikon tapahtumat. Jokaisessa työvuorossa työntekijä laatii lapselle vielä erikseen päiväohjelman, jossa on tarkemmin näkyvillä, mitä päivä tarkalleen pitää sisällään. Lapsi voi osallistua päiväohjelman suunnitteluun.

MAANANTAI	TIISTAI	KESKIVIikko	TORSTAI	PERJANTAI
Aamutoimet	Aamutoimet	Aamutoimet	Aamutoimet	Aamutoimet
Koulu	Koulu	Koulu	Koulu	Koulu
Välipala	Välipala	Välipala	Välipala	Välipala
Hiljainen tunti	Hiljainen tunti	Hiljainen tunti	Hiljainen tunti	Hiljainen tunti
Läksyjen tarkistus, yhteisöaika	Läksyjen tarkistus, yhteisöaika	Läksyjen tarkistus, yhteisöaika	Läksyjen tarkistus, yhteisöaika	Läksyjen tarkistus, yhteisöaika
Päivällinen	Päivällinen	Päivällinen	Päivällinen	Päivällinen
Lasten kokous	Siivous	Leffa- ja karkkipäivä	Toimintailta	
Ulkoilu/Toiminta	Ulkoilu/Toiminta		Ulkoilu/Toiminta	Ulkoilu/Toiminta
Suihku	Suihku	Suihku	Suihku	Suihku
Iltapala	Iltapala	Iltapala	Iltapala	Iltapala
Iltapuhelu kotiin	Iltapuhelu kotiin	Iltapuhelukotiin	Iltapuhelu kotiin	Iltapuhelu kotiin
Iltahetki	Iltahetki	Iltahetki	Iltahetki	Iltahetki

TAULUKKO 2. Karkea esimerkki viikko-ohjelmasta ja -rytmistä

## 6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Koska kiinnittymisvaikeudet ja traumat ovat tyypillisiä oirekuvia intensiivihoidon lasten taustalla ja intensiivihoidon yksi keskeisimmistä tavoitteista on rakentaa turvallinen hoitoympäristö kiinnittymistä varten (Honkinen & Pasanen 2011) keskityn opinnäytetyössäni näihin seikkoihin. Opinnäytetyöni tavoitteena on saada tietoa lastensuojelun intensiivihoidon työntekijöille kiintymyssuhdehäiriön aiheuttamien traumojen vaikutuksista lapsen kasvuun, kehitykseen ja käytökseen. Tavoitteena on myös opinnäytetyöstäni saadun tiedon hyödyntäminen intensiivihoidon arjessa. Tarkoituksena on tehdä aiheesta helposti luettava integroiva kirjallisuuskatsaus, joka selittää tutkimuksiin sekä terapiakirjallisuuteen perustuvaa tietoa kiintymyssuhteen ja traumat huomioivasta työskentelystä lastensuojelun arjessa. Tarkoituksena on myös kuvailla kiintymyssuhteissaan traumatisoituneiden lasten oirehdintaa sekä konkreettisia työtapoja, joilla lasta autetaan kiintymään.

### **Opinnäytetyössäni tutkimuskysymykset ovat:**

- Mitä intensiivihoidon työntekijöiden tulee huomioida kiintymyssuhteissaan traumatisoituneen lapsen hoitotyössä?
- Miten lastensuojelun intensiivihoidon työntekijät voivat auttaa kiintymyssuhteissaan traumatisoitunutta lasta kiintymään?

Vaikka terapeutinen omahoitajuus korostuu luottamuksellisessa suhteessa omahoitajan ja lapsen välillä, keskityn tutkimuskysymyksiini pitkälti kaikkien työntekijöiden eli terapeuttisen hoitoyhteisön näkökulmasta. Arjessa työntekijät puhuttelevat itseään aikuisiksi ja kaikki aikuiset toimivat samassa linjassa yhdenmukaisesti. Intensiivihoidossa työskentelee sosionomeja ja sairaanhoitajia. Työntekijöillä on näin ollen koulutuksensa puolesta erilaiset lähtökohdat ja valmiudet työskennellä kiintymyssuhteissaan traumatisoituneiden lasten kanssa. Lapsen turvallisen kasvun ja kehityksen elementit lienevät tuttuja molempien ammattiryhmien edustajille. Intensiivihoidossa sosionomien ja sairaanhoitajien tehtäväkuvauksessa keskeisiksi työn edellyttämiksi osaamisiksi on määritelty tutkinnollinen pätevyys, lastensuojelun työkokemus, psykiatrisen hoitotyön osaaminen (lisäkoulutus) sekä muut mahdolliset lisäkoulutukset esimerkiksi erilaisista menetelmistä (HDL, tehtäväkuvaus). Intensiivihoidossa työskentely edellyttää laaja-alaista sosiaali- ja terveydenhuollon osaamista sekä lapsen ja hänen perheensä kuntoutukseen ja hoitoon liittyvää osaamista. Työntekijältä edellytetään huomioivia ja rakentavia vuorovaikutustaitoja, tilanneherkkyyttä sekä kunnioittavaa työtettä. (HDL, tehtäväkuvaus) Opinnäytetyöni tutkimuskysymykset on asetettu siten, että niiden mukaan keräämäni aineisto hyödyttää kaikkia työntekijöitä koulutukseen katsomatta, sekä tarjoaa syvempää ymmärrystä työskennellä kiintymyssuhteissaan traumatisoituneiden lasten kanssa.

## 7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 7.1 Menetelmänä kirjallisuuskatsaus

Tieteellisen tiedon erityinen tunnusmerkki on tiedon julkisuus. Tieteellisen tiedon tulee olla niin julkista sekä kaikkien luettavissa, arvioitavissa ja käytettävissä. Tieteellistä tietoa raportoidaan erilaisissa julkaisuissa ja tutkijan on suotavaa seurata alansa lehtiä ja käydä esimerkiksi koulutustilaisuuksissa saadakseen koottua tutkittua tietoa. Kirjallisuuskatsauksella käsitetään rajatulta alueelta koottua tietoa. Katsaus vastaa asetettuun tutkimuskysymykseen ja –ongelmaan. Kirjallisuuskatsauksen tekeminen edellyttää, että kyseessä olevasta aiheesta on tehty aikaisempia tutkimuksia. (Leino-Kilpi 2007, 2.) Salminen (2011, 3) esittelee kirjallisuuskatsauksen perusteluja teorian kehittämisen ja arvioinnin näkökulmista, sillä kirjallisuuskatsauksessa tutkitaan tutkittua tietoa. Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan myös saada muodostettua kokonaiskuva käsitteellä olevasta aihealueesta tai kuvata teorian kehitystä historiallisesti. Katsauksen myötä voidaan tunnistaa ja nostaa esille myös ongelmia. (Salminen 2011, 3- 4.) Kirjallisuuskatsauksella voidaan myös hahmottaa aikaisempien tutkimusten kokonaisuutta; miten paljon tutkimustietoa on jo olemassa ja mitä menetelmiä niihin on käytetty (Johansson 2007, 3).

Kirjallisuuskatsauksen tyyppejä on kolme: kuvaileva, systemaattinen sekä meta-analyysi. Yleisin kirjallisuuskatsauksen muodoista on kuvaileva kirjallisuuskatsaus, joka pitää allaan kahta eri suuntausta: narratiivinen ja integroitu. Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta luonnehditaan yleiskatsaukseksi sen vuoksi, ettei se tunne tarkkoja tai tiukkoja rajoja, eivätkä metodiset säännöt ole aineiston valinnan esteenä. Näin tutkittavasta ilmiöstä voidaan saada laaja kuva. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tutkimuskysymykset voidaan asettaa väljemmin kuin systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tai meta-analyysissä. (Salminen 2011, 6.) Systemaattinen kirjallisuuskatsauksessa pyritään saamaan suuri aineisto sekä historialliseen että oman tieteenalan kontekstiin. Sen avulla voidaan kaivaa esiin myös puutteita tai uusia tutkimuskohteita. Meta-analyysi puolestaan voi olla joko laadullinen tai määrällinen ja niiden tavoitteina on mm. tutkimusten arviointi sekä vertailu yhtäläisyyksien ja erojen merkeissä. (Salminen 2011, 9, 12.) Koska tavoitteenani oli kerätä tietoa tietylle kohderyhmälle omassa työyhteisössäni, eivät systemaattinen kirjallisuuskatsaus tai meta-analyysi vastannut tarkoitusta aiheen va-

lintani suhteen. Metodiksi valitsin kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen kuuluvan integroivan kirjallisuuskatsauksen.

Integroiva kirjallisuuskatsaus on luonteva valinta silloin, kun omaa tutkimusaihetta halutaan kuvata mahdollisimman monipuolisesti ja on myös mahdollista nostaa tutkitun tiedon valossa esiin uutta tietoa. Integroiva kirjallisuuskatsaus sallii myös analyysiin erilaiset metodiset valinnat. Tässä otteessa on sallittua myös arvioida aikaisempia tutkimuksia kriittisesti, jolloin omasta katsauksesta voi saada tiiviin perustan. (Salminen 2011, 8.) Integroiva kirjallisuuskatsaus on joustava myös aineiston hankinnan ja valitsemisen suhteen, sillä se sallii tutkimustiedon lisäksi myös empiiristä ja teoreettista kirjallisuutta tuekseen. Näin omaan aiheeseen päästään pureutumaan laajemmin ja tarkemmin. Integroiva kirjallisuuskatsaus tarjoaa myös mahdollisuuden käsitteiden ja teorioiden käsittelemiseen sekä tarkastelemiseen. (Whittemore & Knafl 2005, 547, 552.) Valikoin aineistoon sellaiset kiintymyssuhde- ja traumatyöskentelyyn nojaavat tutkimukset ja lähteet, jotka vastaavat parhaiten työyhteisöni tarpeita sekä tarjoavat konkreettisia neuvoja työn tueksi.

Integroiva ote myötäilee systemaattista kirjallisuuskatsausta tutkimuksen tekemisen vaiheiden osalta (Salminen 2011, 8). Kirjallisuuskatsauksen tekemisen vaiheisiin kuuluvat tutkimusongelmien asettaminen, aineiston kerääminen ja sen analysointi ja arviointi. Lopuksi esitetään tulokset. Integroivan kirjallisuuskatsauksen ajatellaan olevan systemaattisen ja narratiivisen kirjallisuuskatsauksen välimaastossa. Narratiivinen kirjallisuuskatsaus tähtää helppolukuiseen lopputulokseen. (Salminen 2011, 6- 8.) Helppolukuisuus on yksi kriteeri opinnäytetyössäni, sillä tutkimustulosten tulee olla helposti luettavissa sekä ymmärrettävissä sen vuoksi, koska en tee erikseen opasta työntekijöiden käyttöön. Helppolukuisuudella tarkoitan myös sitä, että tieto esitetään sellaisessa ymmärrettävässä muodossa, mitä työntekijät (sosionomit ja sairaanhoitajat) kykenevät oman ammattinsa valossa sisäistämään.

## **7.2 Aineiston hankinta**

Integroivan kirjallisuuskatsauksen eri vaiheet tulee olla selkeästi esiteltynä ja dokumentoituna. Kirjallisuuskatsauksen tekijän tulee kertoa hakusanat, tietokannat, etsintästrate-



gia sekä sisään- ja poissulkukriteerit. (Whittemore & Knafl 2005, 549.) Etsin aineistoa eri tietokannoista, kuten Nelli, Aleks, Melinda ja Oula sekä Ebscohost. Suomen kielen lisäksi tein hakuja myös englannin kielellä. Keskityin etsimään aineistoa vuosien 2000-2015 väliltä. Tutustuin myös aineistoihin sekä tutkimuksiin, joita Helsingin diakonissalaitoksen lapsi- ja perhetyössä on jo tehty. Hakusanoina tietokantahauissa käytin muun muassa: lapset JA traumat, kiintymyssuhde JA traumat, child psychotherapy AND attachment, trauma AND attachment, trauma JA lastensuojelu, trauma JA persoonallisuus. Käytin eri hakusanoja eri tietokannoissa (liite 1).

Aineiston valintaperusteina pidin teoksen/artikkelin otsikkoa sekä tiivistelmää, jotka määrittivät, nousiko lähde aineistoon (sisäänottokriteeri). Etenkin otsikko nousi ensisijaiseksi sisäänottokriteeriksi, sillä joillakin hakusanayhdistelmillä saattoi löytyä useita tuloksia. Lähteissä tuli ilmetä kiintymyssuhdehäiriön ja traumojen yhteys. Sisäänottokriteerinä pidin myös koko tekstin saatavuutta ja aineiston tarjoamia konkreettisia neuvoja työhön niin lapsen käytöksen ymmärtämisen kuin käytöksen kanssa työskentelyn suhteen. Aineistoon nousseet artikkelit tuli olla julkaistuna luotettavassa lähteessä, kuten Lääkärilehdessä ja Traumakeskuksen sivuilla. Aineistoon en kelpuuttanut (poissulkukriteeri) lähteitä, joissa ei selkeästi mainittu kiintymyssuhteen ja trauman yhteenkuuluvuutta. Tein erilaisia tietokantahakuja lukemattomia kertoja ja kaikkea löytämiäni, hyviltä vaikuttavia lähteitä, en päässyt lukemaan. Aineiston keräsin joulukuun 2014- helmikuun 2015 aikana. Analyysin suoritin helmi- maaliskuun 2015 aikana.

Lopulliseen aineistoon valikoitui 17 tutkimusta/artikkelia/teosta, joista 6 löytyi tietokantaetsinnän tuloksena Melindan, Oulan, Aleksin sekä Ebscohostin kautta (liite 1). Neljä teosta, yksi väitöskirja sekä yksi koulutusmateriaali löytyivät Helsingin diakonissalaitoksen lapsi- ja perhetyön intensiivihoidon kirjahyllyistä. Lisäksi yhtenä aineistona käytin intensiivihoidon lastenpsykiatri ja lasten psykoterapeutti Sinikka Martikaisen kanssa käydyn keskustelun muistiinpanoja sekä hänen vuonna 2010 tekemäänsä koulutusmateriaalia kiintymyssuhdetraumoista. Jokainen 17 aineistoon nousseesta lähteestä vastasivat joko molempiin tutkimuskysymyksiin tai toiseen niistä. Tarkemmat kuvaukset aineistosta näkyvät liitteissä opinnäytetyöni lopussa (liite 2).

### 7.3 Aineiston analysointi

Aineiston analysoin sisällönanalyysin keinoin. Sisällönanalyysissa tarkastellaan valmiita aineistoja sekä tekstejä aineistoa tiivistellen, eritellen tai yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia etsien. Sisällönanalyysin keinoin tutkittavasta ilmiöstä voidaan koostaa tiivistetty kuvaus, joka vastaa asetettuihin tutkimuskysymyksiin. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006) Prosessina sisällönanalyysissa esiintyy kuusi vaihetta: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen ja sen pelkistäminen sekä luokittelu ja tulkinta. Lopuksi arvioidaan luotettavuutta. Prosessi näyttäytyy erilaisena riippuen siitä, pohjautuuko analyysi induktiiviseen vai deduktiiviseen päättelyyn. Induktiivisessa päättelyssä konkreettisesta aineistosta siirrytään sen käsitteelliseen kuvaukseen, kun taas deduktiivisessä loogiset lainalaisuudet ovat sidoksissa ongelman ratkaisuun. Deduktiivisessä päättelyssä taustalla ovat teoria tai teoreettiset käsitteet, joita tarkastellaan konkretiassa. Analyysiyksikön valintakriteeriä määrittävät aineiston laatu sekä tutkimustehtävät. Analyysiyksikkö on tavallisimmin sana, lause, lauseen osa, ajatuskokonaisuus tai sanayhdistelmä. Sisällönanalyysi voidaan tehdä aineisto- tai teorialähtöisesti. Nimensä mukaisesti teorialähtöisessä sisällönanalyysissa aineisto luokitellaan teorian, teoreettisen viitekehysten tai käsitejärjestelmän perustuen. Tällöin malli, teemat tai käsitekartta ohjaa analyysiä. Tutkijan ennakkokäsitys voi olla myös analyysin lähtökohtana. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 24- 30.) Analyysiani ohjaavat deduktiivinen ajattelu ja teorialähtöinen sisällönanalyysi, sillä kiintymyssuhdeteoria vaikuttaa vahvasti opinnäytetyöni taustalla. Kiintymyssuhdeteoria tukee teorialähtöisen sisällönanalyysin valitsemista tutkimukseni analyysimetodiksi myös sen vuoksi, että tutkimuskysymyksiini etsityt vastaukset mukailevat sekä tavoittelevat turvallisen kiintymyssuhteen elementtejä. Näin käsitellen opinnäytetyössäni kaikkia kiintymyssuhdeteorian sisällään pitämiä kiintymyssuhdemalleja. Kiintymyssuhdeteorian ja tarkemmin kiintymyssuhdehäiriöiden rinnalla pidän tiiviisti traumaan liittyviä kokemuksia ja oireita, sillä kiintymyssuhdehäiriöt ja traumaattiset kokemukset liittyvät vahvasti toisiinsa. Eskola (2007, 163) kirjoittaa teorialähtöisen sisällönanalyysin voivan lähteä liikkeelle yhdestä suuresta teoriasta. Aineiston keräämisen jälkeen palataan empirian maailmasta takaisin teoriaan tarkastelemaan, vastaavatko ne toisiaan: saiko teoria tukea aineistolta. (Eskola 2007, 163.)

Analyysirungon muodostaminen on teorialähtöisen sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe. Runko voi olla strukturoitu, analyysiä tarkasti ohjaava tai väljä. Aineistoin pelkistämässä ja luokittelussa aineistosta täytyy systemaattisesti etsiä analyysirungon mukaisia ilmaisuja, jotka luokitellaan (kategorioidaan). (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 30- 34.) Teorialähtöisen sisällönanalyysin mukaisesti muodostin analyysirungon (taulukko 3) huomioiden kiintymyssuhdeteorian mukaisia kiintymyssuhdehäiriöitä sekä niiden yhteyttä traumoihin. Analyysirungosta ilmenee niin traumakokemukset kuin niiden tuomat vaikutukset kiintymyssuhdemalliin sekä oirehdintaan. Traumakokemukset sekä kiintymyssuhdehäiriöt on jaettu fyysisiin, psyykkisiin sekä sosiaalisiin ja käyttäytymisen lokeroihin. Taulukosta ilmenee trauman fyysiset, psyykkiset sekä sosiaaliset/käytöksen kokemisen muodot. Kiintymyssuhdehäiriössä fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen viittaavat oirehdinnan kuvaamiseen. Analyysirungosta nousee esiin niitä kiintymyssuhdetraumojen oireita, joiden kanssa intensiivihoidossa työskennellään. Tutkimuskysymykseni etsivät keinoja näiden oireiden kokonaisvaltaiseen (fyysinen, psyykinen, sosiaalinen/käytös) huomioimiseen ja niiden kanssa työskentelyyn. Niistä yhdestä aineistoonalyysin pohjalta nousseiden tulosten kanssa muodostui aineiston luokittelu (taulukko 4).

	FYYSINEN	PSYKKINEN	SOSIAALINEN/ KÄYTÖS
TRAUMAKOKEMUS	väkivalta, seksuaalinen hyväksikäyttö, laiminlyönti perushoidossa	emotionaalinen laiminlyönti, nöyryyttäminen, pelottelu, tunteiden jakamattomuus	verbaalinen loukkaaminen, lapsi ei tule nähdyksi/kuulluksi, ignooraaminen, virikkeettömyys
AIVOJEN RAKENTEELLISET MUUTOKSET: INTEGRAATION EPÄONNISTUMINEN KALTOINKOHTELUN JA TRAUMOJEN VUOKSI			
KIINTYMYSSUHDEHÄIRIÖ  VÄLTTELEVÄ/ RISTIRIITAINEN= TURVATON  DISORGANISOITUNUT	aggressiivisuus, väkivaltaisuus  jähmettyminen aggressiivisuus psykosomaattiset oireet	voimakkaat tunneilmaisut, negatiiviset tunteet, ahdistuneisuus  dissosiaatio, pelko, paniikki, vääristynyt minäkuva	Syli- ja katsekontaktin välttäminen, uhkakkuus, esinemaaailmaan suuntautuneisuus, avuttomuus, takertuvaisuus, kontaktin ottaminen vieraisiin aikuisiin, leikki kaootista, leluja rikkovaa  manipulaatio, varautuneisuus, tarkkaavaisuus, tilanteen hallitsemiseen turvautuminen
TRAUMAOIREET	Kohonnut pulssi, taistelepakene jähmettyminen psykosomaattiset oireet, väkivaltaisuus	dissosiaatio stressi – ylivireys muistivälähdykset ahdistus paniikkikohtaukset masentuneisuus	väkivaltainen ja tuhoava käytös, leikkiminen ilotonta ja ahdistunutta

TAULUKKO 3. Analyysirunko; Kiintymyssuhdehäiriöiden ja traumojen oireet

Aineiston luokittelin tutkimuskysymysteni mukaisesti: Mitä intensiivihoidon työntekijöiden tulee huomioida hoitotyössä ja miten kiintymyssuhteessaan traumatisoitunutta lasta autetaan kiintymään. Aineistosta etsin mahdollisimman konkreettisia näkökulmia työskennellä kiintymyssuhteissaan traumatisoituneiden lasten kanssa. Konkreettisuudel-

la tarkoitan neuvoja työskennellä kiintymyssuhteissaan traumatisoituneiden lasten kanssa. Lapsen hoitoa pohdittaessa esimerkiksi lapsen hoitotiimeissä asetetaan tavoitteita lapsen hoitotyölle, jota työntekijät arjessa toteuttavat. Tavoite voi olla esimerkiksi luottamuksen rakentaminen. Mitä se tarkoittaa käytännössä työntekijän näkökulmasta, jää usein aukaisematta. Tämän vuoksi nostan opinnäytetyöni tulososiossa havainnollistavia ja konkreettisia asioita esille. Esimerkiksi asennoituminen lapsen kiukutteluun tai kommunikoinnissa syyttävän ”miksi”-kysymyksen välttäminen ovat esimerkkejä konkreettisuudesta. Keskusteluissa Helsingin diakonissalaitoksen säätiön lapsi- ja perhetyön erityistyöntekijän pyrin myös säilyttämään konkreettisen sekä yksinkertaisen näkökulman työntekoon. Aineiston luokittelutaulukko (taulukko 4) on koottu tiivistelmäksi tulososiin ja taulukossa esitellään tiiviisti analyysin tulokset.

## 8 TULOKSET

Toteuttamani kirjallisuuskatsauksen perusteella kiintymyssuhteessaan traumatisoituneiden lasten hoitotyössä tulee huomioida erilaisia asioita niin lapsen, ympäristön kuin työntekijän suhteen. Lapsen oirehdintaan vaikuttavat eri tekijät ja lapset suhtautuvat traumakokemuksiin eri tavoin – jopa iän ja sukupuolen myötä. Traumakokemuksen tapa voi heijastua lapsen käytökseen ja tämän vuoksi lapsen historian tunteminen korostuu ja lapsen käytöksen ymmärtäminen lisääntyy. Turvallinen hoitoympäristön sekä arjen tulee näyttäytyä lapselle niin fyysisenä turvana kuin turvan tunteena. Terapeuttisen omahoitajan ensisijainen tehtävä on luottamuksellisessa suhteessa olo lapsen kanssa, mutta häneltä vaaditaan myös arjen ja teorian tiedon yhteensovittamista sekä omien voimavarojensa tiedostamista. Autettaessa lasta kiintymään voidaan käyttää monenlaisia menetelmiä, joissa keskeisimmäksi nousee vuorovaikutus aikuisen ja lapsen välillä. Vuorovaikutus kattaa alleen niin kommunikaation erilaiset keinot, sensomotoriikan, tunnevirittäytymisen, rajojen asettamisen, aikuisjohtoisuuden kuin trauman vakauttamisen. Tärkeintä on saada lapsi tuntemaan olevansa rakastettava ja arvokas. Aineisto on luokiteltu taulokkoon 4, joiden sisältö on laajemmin kuvattu luvuissa 8.1 ja 8.2 alalukuineen.

<b>MITÄ HUOMIOIDA HOITOTYÖSSÄ?</b>	Oirehdintaan vaikuttavat eri tekijät ja muuttujat:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lapsen resurssit ja voimavarat</li> <li>Ikä</li> <li>Sukupuoli</li> <li>Trauman tyyppi</li> </ul>
	Käytöksen ja oireiden ymmärtäminen:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ilmiöiden ”taakse näkeminen”</li> <li>Kaltoinkohtelun tapa → lapsen historia</li> </ul>
	Turvallinen ympäristö ja arki	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fyysinen turva ja turvan tunne!</li> <li>Jatkuvuus ja pysyvyys</li> <li>Suhteessa olo, luottamus</li> <li>Terapeuttinen hoitoyhteisö</li> </ul>
	Terapeuttisen omahoitajan taidot ja jaksaminen:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Arki ja teoria</li> <li>Motivaatio</li> <li>Sijaistraumatisoitumisen tiedostaminen</li> </ul>
<b>MITEN AUTTAA LASTA KIINTYMÄÄN?</b>	Kommunikointi:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Älä pakota lasta puhumaan</li> <li>Ongelmalähtöinen puhe vs. puheen voimaannuttava merkitys</li> <li>Lapsi voi jutella turvapaikastaan</li> <li>Sanoita havainnot</li> <li>Ennakoivan puheen merkitys</li> <li>Symbolit ja metaforat</li> <li>Kysymisen tapa: välttä ”miksi”-kysymystä ja suosi avoimia kysymyksiä</li> <li>Älä tulkitse</li> <li>Positiivinen palaute!</li> </ul>
	Sensomotoriikka:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kehon kieli</li> <li>Sanaton viestintä</li> <li>Varhaisen vuorovaikutuksen elementit</li> <li>Kosketus</li> </ul>
	Turvallinen hoitosuhde:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tunnevirittäytyminen</li> <li>Häpeän huomioiminen</li> <li>Eri persoonan osat, persoonalliset piirteet</li> <li>PACE-asenne</li> <li>Theraplay</li> </ul>
	Rajat ja aikuisjohtoinen vuorovaikutus:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uteliaisuus lapsen käytökseen</li> <li>Ei liikaa kontrollia ja kuria</li> <li>Lapsi irti vanhoista käyttäytymismalleista</li> <li>Leikillisuus</li> <li>Paradoksaaliset väliintulot</li> <li>Lapsi reagoi aikuiseen!</li> <li>Ennustettavat rajat, seuraamukset sekä odotukset</li> <li>Korjaaminen yhdessä</li> </ul>
	Trauman vakauttaminen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Luottamuksellinen hoitosuhde</li> <li>Auta lasta sietämään ja kestämään</li> <li>Lapsen vahvuudet</li> <li>Trauman tunnistaminen</li> <li>Sietoikkunassa työskentely</li> <li>Kohti eheää elämäntarinaa</li> </ul>

TAULUKKO 4. Aineiston luokittelu

## **8.1 Mitä intensiivihoidon työntekijöiden tulee huomioida kiintymyssuhteissaan traumatisoituneen lapsen hoitotyössä?**

### **8.1.1 Oirehdintaan vaikuttavat eri tekijät ja muuttujat**

Lapset suhtautuvat traumoihin eri tavoin, eikä oireilukaan näyttäydy samanlaisena samankaltaisista kokemuksista huolimatta. Lapsen tapaan oireilla vaikuttavat muun muassa lapsen käsitykset tapahtuneesta, lapsen selviytymisstrategia sekä trauman tyyppi ja kesto (Gil 2009, 22.) Myös lapsen ikä, sukupuoli, motivaatio, luodut selviytymisstrategiat ja suojaavat tekijät vaikuttavat lapsen tapaan oirehtia. (Gil 2009, 22.; Pasanen 2001) Esimerkiksi pienet, alle 5-vuotiaat lapset oirehtivat enemmän ulospäin, kun taas isomilla lapsilla voidaan havaita enemmän sisäänpäin kääntynyttä tunne-elämän oirehdintaa. Ulospäin suuntautuvalla oirehdinnalla tarkoitetaan uhmaavaa ja huomionhakuista käyttäytymistä, sekä tarkkaavaisuuden ja ylivilkkauksen pulmia. Tunne-elämän oireina pidetään muun muassa masennusta, huolestuneisuutta sekä pelokkuutta. Tyttöillä esiintyy enemmän tunne-elämän oirehdintaa kun taas pojilla tyypillisesti ulospäin suuntautuvaa oirehdintaa. Sekä tyttöjen että poikien käytöksessä voi esiintyä uhmaavaa käytöstä ja fyysistä aggressiivisuutta. (Pasanen 2001, 76- 78, 81.) Myös vanhempien psyykkisellä voinnilla on vaikutusta lapsen kasvavaan oirehdintaan (Pasanen 2001, 92).

Käytöksen suhteen lapsen kronologinen ikä johtaa usein harhaan, sillä kiintymyssuhteissaan traumatisoituneet lapset ovat usein kehitykseltään vasta 2-3-vuotiaan tasolla. Sen vuoksi on tärkeää, ettei lasta kohdella hänen kronologisen ikänsä perusteella, vaan kehityksellisen ja emotionaalisen ikänsä mukaisesti. Tällöin lapsi vaatii osakseen jatkuvaa ohjeistamista ja seuraamista. (Becker-Weidman & Shell 2008, 266.)

### 8.1.2 Käytöksen ja oireiden ymmärtäminen

Yksi merkittävimmistä asioista työskennellessä traumatisoituneiden lasten kanssa on se ymmärrys, miten lapsen aikaisemmat, ensimmäisten elinvuosien aikaiset kokemukset vaikuttavat lapsen käytökseen (Barton, Tomlinson & Gonzalez (2012, 71). On tärkeää muodostaa käsitys siitä, mitä lapsi on kokenut, nähnyt ja kuullut. Oireet voivat ilmentää kaltoinkohtelun tapaa. Oireiden heijastumisella kaltoin kohtelun muotoon tarkoitetaan sitä, että esimerkiksi vakavaa emotionaalista laiminlyöntiä kokeneet lapset vaikuttavat tunteettomilta, tai väkivaltaa kokeneet aggressiivisilta (Becker-Weidman 2008, 49; Schulman 2004, 149). Joka tapauksessa lapsella voi esiintyä useita oireita pitkään jatkuneen kaltoinkohtelun vuoksi ja heillä kaikilla on vaikeuksia säädellä tunteitaan ja kaikkialta uupuu perusluottamuksen tunne. He eivät koe olevansa rakastamisen arvoisia. (Becker-Weidman 2008, 49.)

Intensiivihoidossa lasten väkivaltainen käytös on yleistä ja se ilmenee muun muassa tavaroitten heittelynä, oven paiskomisena tai rikkomisena, nimittelynä, uhkailuna, lyömisinä, potkimisena, puremisena ja päälle käymisenä. Väkivalta kohdistuu niin kiinteistöön kuin aikuisiin ja toisiin lapsiin. Schulman (2004) kirjoittaa kiintymyssuhdehäiriön, trauman ja väkivaltaisen käytöksen yhteenkuuluvuudesta avaavasti. Väkivaltainen käytös viestii epätoivoisesta minuuden puolustamisesta ja oman tuskan ja kauhun siirtämisestä uhrille (Schulman 2004, 151). Useimmiten lapsi käyttäytyy väkivaltaisesti silloin, kun hän kokee jonkin pettymyksen – esimerkiksi lapsi ei saa jotain, mitä tahtoisi. Pettymys on painostava tunne, josta lapsi pyrkii pääsemään eroon keinolla millä hyvänsä ja yleensä tämä näkyy aggressiivisena vastahyökkäyksenä, jolloin lapsi ei koe itseään avuttomaksi (Schulman 2004, 149). Traumatisoituneen ihmisen ei tarvitse kokea kuin pieni vastoinikäminen, niin hän voi tuntea koko minuutensa romuttuvan – onhan hänen tunteiden käsittely- ja hallintataidot jääneet kehittymättä varhaisessa vuorovaikutuksessa mm. kasvattajien empatiakyvyn puuttumisen ja väkivaltaisessa ympäristössä elämisen myötä. Väkivaltainen käytös/aggressiivinen hyökkäys liittyy traumakauhun uudelleen kokemiseen, jossa traumatisoitunut pyrkii poistamaan uhan aiheuttajan. (Schulman 2004, 149- 151.)



Martikainen (2010) puhuu lapsen käytöksen ymmärtämisen merkityksestä: intensiivihoidon lasten käytös on usein irrationaalista eli järjen, sanoin ja jopa tunteiden tavoittamattomissa. Se, että työntekijät näkevät toiminnan tason ja ilmiöiden taakse, tekee lapsen käytöksestä ymmärrettävämpää ja mielekkäämpää ja näin auttaa lasta eheyty mis- ja integraatioprosessissa. (Martikainen 2010) On hämmentävää, kuinka kiintymyssuhteissaan traumatisoituneet lapset kokevat usein kivat asiat negatiivisesti ja saattavat esimerkiksi tuhota juuri ostetut uudet vaatteet. Intensiivihoidon lapset ilmaisevat usein myös tyytymättömyyttään suhteessa saamiinsa asioihin. Esimerkiksi lapsi ei koe iloa siitä, että hänet viedään jäätelölle, vaan on pettynyt, kun ”saa varmasti vain yhden jäätelöpallon”. Lapsi ei usko ansaitsevänsä mitään hyvää (Jernberg & Booth 2003, 261).

Lapsen empaattisen kohtaamisen takaamiseksi on tärkeää ymmärtää käytökseen johtaneita syitä, sillä toistuva väkivaltaisen tai negatiivisen käytöksen kohtaaminen ja sen käsittely yhdessä lapsen kanssa kuormittavat työntekijää ja vaikuttavat hänen suhtautumiseensa lapseen. Työntekijän on kyettävä tiedostamaan trauman vaikutus lapsen käytökseen ja ymmärtää, ettei lapsi esimerkiksi hyökkää päälle tarkoituksella. Tämän tiedon koen vaikuttavan siihen, ettei työntekijä ala kokea lasta pahaksi tai ärsyttäväksi. Erilaiset lapset käytöksineen herättävät aikuisissa erilaisia tunteita, mutta ne eivät saisi vaikuttaa aikuisen tapaan kohdata lasta. Myös Gil (2009, 33) kirjoittaa lasten persoonallisuuspiirteiden herättämistä tunteista kasvattajissa: kun lapsen persoonallisuuspiirteet herättävät kasvattajissa positiivisia ja hoivaavia reaktioita, on lapsella mahdollisuus luoda vahvoja sekä luottamuksellisia ihmissuhteita. Jonkun toisen, samantapaisenkin historian omaavan, lapsen persoonallisuuspiirteet puolestaan voivat herättää ympärillä olevissa ihmisissä negatiivisia reaktiota ja näin ollen lapsella on vaikea olla läheisessä ihmissuhteessa. Tällainen vaikeus vaarantaa kyvyn luottaa toisiin tai saavuttaa emotionaalista yhteyttä. (Gil 2009, 21, 33.) Traumatisoituneella lapsella voi olla samanaikaisesti myös erilaisia persoonan osia. Trauman sisältävä osa pitää sisällään myös varhaisia kiintymykseen kohdistuvia tarpeita ja toiveita. Traumasta suojelevat (kaltoinkohteliiaan samaistuneet) osat puolestaan yrittävät estää lasta kiinnittymästä aikuiseen. Nämä osat voivat ilmaantua yhtä aikaa esiin muodostaen ristiriidan. (Suokas-Cunliffe 2012, 72-73.) Näiden eri persoonan osien välille tulee etsiä yhteyksiä sekä lisätä niiden välistä ymmärrystä. (Suokas-Cunliffe & Maaranen 2014)

### **8.1.3 Turvallinen ympäristö ja arki**

Intensiivihoidossa yksikään lapsi ei ole samanlainen taustoiltaan, kokemuksiltaan tai käytökseltään. Jokaista lasta hoidetaan yksilöllisesti, mutta yhteisissä tiloissa ja rakenteissa. Turvattomuus, eri tekijöistä johtuen, on kuitenkin yksi yhteinen tekijä intensiivihoidon lasten taustalla. Tämän vuoksi ensisijainen tehtävä – lastensuojelun mukaisesti, on muistaa kaltoinkohdeltujen ja traumatisoituneiden lasten kanssa työskentelyn perusperiaatteet. Perusturva muodostuu hoivaavasta, empaattisesta sekä turvallisesta ympäristöstä, jossa on sekä jatkuvuutta että pysyvyyttä (Gil 2009, 17.; Pettersson 2011; Martikainen 2015). Tämä luo pohjan sille, että päästään työn ytimeen: luottamukselliseen suhteeseen ja suhteessa olemiseen (Martikainen 2015). Turvallinen ympäristö lisää myös lapsen hallinnan tunnetta sekä luottamusta pureutua traumoihin (Gil 2009, 17). Pettersson (2011) muistuttaa, etteivät traumatisoituneet lapset kestä hyvin muutoksia tai epäjärjestystä. Jotta lapsen luottamus aikuiseen voisi rakentua, on aikuisen pitkäjänteisesti työskenneltävä siten, että lapselle tarjotaan niin fyysistä turvaa kuin turvan tunnetta. Pitkälti työ on suhteessa olemista, jossa on sekä korjaavia että korvaavia elementtejä. Korjaavalla ihmissuhteella tarkoitetaan lapsen ja omahoitajan välistä suhdetta, mutta myös koko muuta terapeutista hoitoyhteisöä (Barton ym. 2012, 75). Vaikka intensiivihoidossa työskentelee paljon erilaisia aikuisia, eikä työntekijävaihdoksilta voida välttyä, pitää Martikainen turvallista ympäristöä tuttuine rakenteineen kantavana elementtinä. (Martikainen 2015) Tutut rakenteet: käytännöt, säännöt ja sopimukset, tuovat luottamusta, kunhan aikuiset pitävät niistä yhdessä lasten kanssa kiinni. Terapeuttinen suhde aikuisen ja lapsen välillä, ja sitä tukeva terapeuttinen hoitoyhteisö toimivat myöhemmin lapselle turvapesänä, josta käsin lapsi kykenee muodostamaan muita ihmissuhteita laajemmalle eri ympäristöihin. (Barton ym. 2012, 75)

### **8.1.4 Terapeuttisen omahoitajan taidot, persoonallisuus sekä jaksaminen**

Varilo (2012) on tutkinut opinnäytetyössään terapeuttisen omahoitajuuden asiantuntijuuden kehittymistä Helsingin diakonissalaitoksen lapsi- ja perhetyön intensiivihoidossa haastatteleamalla intensiivihoidossa työskenteleviä terapeuttisia omahoitajia. Hän nostaa esille terapeuttisen omahoitajuuden pitävän sisällään niin työntekijän persoonallisia omi-

naisuuksia kuin opittuja taitoja. Työssään terapeutin omahoitajan tulee olla motivoitunut kulkemaan lapsen rinnalla, oppimaan uutta sekä tarjoamaan korjaavia kokemuksia turvallisen ihmissuhteen myötä. Terapeuttiselta omahoitajalta odotetaan rauhallista, aitoa sekä herkkävaistoista työtettä. Asiantuntijana kehittyminen vaatii terapeuttiselta omahoitajalta aktiivisuutta sekä reflektiivisyyttä, jota koulutus sekä hoitoyhteisön rakenteet tukevat. (Varilo 2012, 2.) Myös Barton, Tomlinson & Gonzales (2012, 30- 43) ovat sitä mieltä, että teorian tiedon ymmärtäminen voi tukea käytännön työtä. Esimerkiksi juuri kiintymyssuhdetta ajatellessa työntekijällä tulee olla teorian tieto siitä, mitä riittävän turvallinen kehitys tarkoittaa ja vaatii, jotta sitä voidaan peilata häiriöiden hoitoon. Tämä on tärkeää traumatisoituneiden lasten kanssa työskennellessä. Ilman taustalla vaikuttavaa teoriaa, kuten psykodynaamista ajattelumallia, ja sen ymmärtämistä, voivat työntekijät pahentaa tilannetta suhteessa lapsen hoitoon. Teorian sisäistäminen puolestaan lisää työntekijän ammatillisuutta ja itsevarmuutta työssä sekä vaikuttaa myönteisesti hänen asenteisiin ja käytökseen suhteessa lapseen. Esimerkiksi vastatunteiden tiedostaminen terapeuttisessa työskentelyssä on hyvin tärkeää ja sidoksissa psykodynaamiseen ajattelutapaan. (Barton, ym. 2012, 30- 43.)

Nykytiedon valossa voidaan todeta, että pitkäkestoinen traumatyö etenkin vakavasti traumatisoituneiden henkilöiden kanssa voi johtaa myötätuntuupumukseen tai sijaistraumatisoitumiseen. Auttajan tulee olla riittävän tietoinen työnsä vaikutuksista omaan mieleensä ja kehoonsa. Sijaistraumatisoitumisen oireina pidetään työn seurauksena tulevia muutoksia tunteissa, mielessä ja kehossa. Myötätunnolla tarkoitetaan tietoisuutta toisen kokemista kärsimyksistä. Myötätuntostressi nähdään luonnollisena seurauksena, tunteena tai käyttäytymisenä, kun trauman kokija on kuulijalleen läheinen. Myötätuntostressi on auttamisen halusta kehittynyt stressi, joka voi varoittamatta ilmaantua työntekijän elämään. Uupumukseksi se on vaarassa muuttua, mikäli tilanteeseen ei tule helpotusta. Tällöin työntekijän reaktiot vastaavat traumaperäisen stressihäiriön oireita ja työntekijä kokee avuttomuutta sekä hämmennystä, mutta mahdollisesti myös eristäytymisen tarvetta. (Lindqvist 2012, 99- 100.)

## **8.2 Miten lastensuojelun intensiivihoidon työntekijät voivat auttaa kiintymyssuhteissaan traumatisoitunutta lasta kiintymään?**

### **8.2.1 Vuorovaikutus ja kommunikoinnin keinot**

Lasta ei pidä painostaa puhumaan traumakokemuksistaan, mikäli hän ei ole siihen valmis, vaan lapselle on annettava aikaa saavuttaa hallinnan tunne omaan terapeuttiseen tahtiinsa työstää asioita erilaisin kommunikaatiokeinoin. On muistettava, että ongelmista puhuminen voi saada lapsen tuntemaan itsensä huonommaksi tai ahdistuneemmaksi. Puhuminen voi myös saada ongelman näyttämään todellisemmalta. Joidenkin asioiden paljastaminen voi tuntua epämurkavalta ja lapsi voi kokea olevansa epälojaali paljastettuaan salaisuuksiaan (etenkin perheeseensä liittyviä). Yleisin huoli puhumisen jälkeen on kontrollin menettämisen pelko. Toisaalta lapsi voi tietenkin tuntea olonsa helpottuneeksi saatuaan puhua ja huomattuaan maailman pysyvän ennallaan, vaikka kertoikin salaisuutensa. Puhumisella voi olla kuitenkin voimaannuttava vaikutus. (Gil 2009, 24-27.) Myös Martikainen (2015) on sitä mieltä, ettei lasta saa painostaa tai houkutella traumojen käsittelyyn puhumalla. Aikuisen puheella voi olla puolestaan merkittävä ja rauhoittava vaikutus lapseen. Lapsen ollessa peloissaan esimerkiksi piilossa pöytänsä alla, voi häneen ottaa kontaktia juttelemalla, mutta sallia lapsen olla omassa turvapaikassaan.

Martikainen (2015) puhuu ennakoitavan ja sanoittavan puheen merkityksestä: aikuisen on hyvä sanoittaa havaintojaan ääneen ja pitää keskustelua yllä, mutta ei tehdä tulkintoja tilanteesta tai lapsen tunteista. Ennustettavuus ja ennakointi ovat tärkeitä elementtejä kaikessa toiminnassa. (Martikainen 2015) Esimerkiksi aikuinen voi kuvailla ääneen havaintojaan lapsen toiminnasta: ”Huomaatko, kun ääntelysi ärsyttää muita.” Martikainen korostaa ennakoivan puheen merkitystä etenkin silloin, kun lapsi on kiihtyneessä tilassa. Tällöin meneillään oleva kokemus on sekä mielen että kehon asia. Kiihtyneessä tilassa ollessaan primitiiviset reaktiot voivat laukaista lapsessa taisteile tai pakene- reaktion. Työntekijän tehtävänä on sammutella näitä reaktioita rauhoittavan puheen ja oman keuhollisen viestinnän kautta pitäen yllä kontaktia. Lapselle kannata tässä vaiheessa selitellä asioita tai puhua monimutkaisesti. Lapsen oma ajatus voi aivoihin traumakokemusten jättämien jälkien vuoksi olla siinä, selviääkö lapsi hengissä tilanteesta. Ennakoivalla

puheella aikuinen sanoittaa kaikki liikkeensä ja ajatuksensa tilanteen eteenpäin viemiseksi. Etenkin vaara- ja uhkatilanteissa oma rauhallisuus on tärkeää. Omalla rauhallisuudella voi laskea lapsen vireystilaa. Tärkeintä on viestittää lapselle, ettei ole mitään hätää ja että lapsi on turvassa. Vähitellen lapsi saa mukaan aivoista myös ajattelevan puolen ja rauhoittuminen mahdollistuu. Ennakoivaan puheeseen voidaan liittää myös mielikuvaharjoittelua. Esimerkiksi turvapaikasta käsin voi lapsen kanssa suunnitella tulevia tapahtumia etukäteen. (Martikainen 2015)

Gil (2009, 27) puhuu ekspressiivisestä kommunikaatiosta ja –terapiasta, jossa yksinkertaisimmillaan kommunikaatio nähdään ongelman sanallisena ulkoistamisena. Ekspressiivinen kommunikaatio on laajempaa kuin puhuttu kieli, sillä se on lapsen ensisijainen tapa ottaa kontaktia ympäröivään maailmaan. Esimerkiksi lapsen kanssa voi työskennellä symboleilla ja metaforilla. On kuitenkin tärkeää, että pysytellään niissä symboleissa ja metaforissa, joita lapsi itse ilmaisee – aikuisen ei tarvitse heti siirtää tulkintoja todellisuuteen. (Gil 2009, 27- 28.) Suokas-Cunliffekin (2012, 77) muistuttaa lasten olevan usein kykenemättömiä kuvaamaan traumakokemuksiaan sanallisesti. Usein lapsen karut kokemukset tulevat pintaan leikin, lukukokemuksen, elokuvan tilanteen tai piirustusten välityksellä. Näissä tilanteissa, kun lapsi kokee jonkin osan merkitykselliseksi, on aikuisen rooli tärkeä. Aikuisen rooli on olla vastaanottava, lapsen välähdyksiä mielessä pitävä sekä sanoja löytävä. (Suokas-Cunliffe 2012, 77.) Martikaisen (2015) kokemuksen mukaan lapsen kokemaa traumaattista tapahtumaa voi kuvata esimerkiksi jollain muulla sanalla ja se voidaan laittaa säilöön tai aikuinen ottaa työpäivän päätteeksi mukaansa. Myös turvaobjektit voivat toimia rauhoittavina tekijöinä lapsen pelkoon. (Martikainen 2015) Turvaobjekti, esimerkiksi omahoitajan työkengät ovat konkreettinen viesti mielessä pysymisestä, kun omahoitaja on poissa.

Lapsen kanssa työskennellessä aikuisen kysymyksillä ja kommentilla on suuri merkitys ja tästä on hyvä tulla tietoiseksi. Kysymysten muodoilla ja kommentilla voidaan herättää erilainen vastine lapsessa (Gil 2009, 29). Tulkinnat, joita lapsen kanssa jaetaan suoraan, voivat viedä aikuisen kauemmas lapsen ajatuksesta tai pakottaa lapsen käsittelemään aikuisen tuomaa tulkintaa. Aikuisen tulkinta voi saada lapsen jopa vetäytymään tai suojelemaan itseään vielä voimakkaammin. (Gil 2009, 29.) Gil (2009, 28- 29) kirjoittaa tapausesimerkistään, 8-vuotiaasta pojasta, joka on ollut hänen leikkiterapiassaan. Poika oli piirtänyt omakuvakseen puun, kiven ja oravan kiven taakse. Gil havainnollis-

taa kaksi eri kysymys- ja tulkintatyyliä keskustelun etenemisestä. Kysymykset ja tulkin-  
nat, kuten: ”Miksi orava on piilossa”, ”oravan täytyy olla peloissaan” tai ”näen piirus-  
tuksestasi olosi olevan epämukava”, vaativat lapselta vastausta ja viittaavat tunteeseen  
(pelko), joita lapsi ei ehkä ole valmis vielä tunnistamaan. Kysymykset, kuten: ”Millaista  
oravalla on kiven takana”, ”Mitä orava tekee vapaa-aikana”, ”Kauanko kivi on ollut ora-  
van edessä”, tai ”mitä orava näkee kurkistaessaan kiven takaa?”, puolestaan ilmaisevat  
kiinnostuksen lapsen luomaan metaforaan. (Gil 2009, 29.) Myös Becker-Weidman &  
Shell (2008, 264) sekä Martikainen (2015) neuvovat välttämään miksi -kysymystä.

### **8.2.2 Sensomotoriikka**

Martikainen (2015) huomioisi intensiivihoidon arjen työssä sensomotoriikan tärkeyden.  
Sensomotoriikalla tarkoitetaan kehoeräisiä kokemuksia: liikesarjoihin, tunnetiloihin,  
vuorovaikutukseen sekä kokemuksiin perustuvia varhaisia sanatonta, fyysistä ja aisti-  
muksellisia tuntemuksia. Esimerkiksi traumatisoitumisen liittyvät kehoeräiset dissosi-  
aatio-oireet ovat yhteydessä keho- ja aistimuksiin, liikkeisiin ja aisteihin. Tällaiset koke-  
mukset eivät ole sanojen ja tunteiden ulottuvilla. Usein kehonkieli on lapselle luotetta-  
vampi tulkita kuin puhe. Koskettaminen on tärkeää, mutta sen pitää tapahtua aina lapsen  
ehdoilla. Kiintymyssuhteissaan traumatisoituneilla lapsilla on pienen lapsen tarpeet, jos-  
sa varhainen vuorovaikutuksen elementit korostuvat. Kosketus, kuten silittely ja hieron-  
ta edesauttavat fyysisyydestä kiinnittymistä. Martikainen korostaakin somaattisen em-  
patian ja sanattoman viestinnän tärkeyttä osastohoidossa, sillä kehollinen työskentely  
voi avata reittejä niin tunteisiin, muistikuihin, ajatuksiin kuin uskomuksiin aivokuorelle.  
(Martikainen 2010, 2015)

### **8.2.3 Turvallinen hoitosuhde**

Hughes (2006, 399) kuvaa kiintymyssuhdehäiriöisen lapsen tunnevirittäytymisestä voi-  
van puuttua ilo, huumori, vastavuoroinen mielihyvä, katsekontakti, empatia, syyllisyys  
ja katumus, tilannekohtainen viestintätaito, syy-seuraus-suhde-ymmärrys, kehon toimin-  
tojen tiedostaminen, asianmukaiset fyysiset rajat tai tunne oman minuuden jatkuvuudes-  
ta. Musertava häpeä voi puolestaan näkyä hallitsemisen tarpeena, vastustavana ja uh-

makkaana käytöksenä, voimakkaina negatiivisina tunteina, itsensä ja toisten satuttamisena, vastuuttomuutena, valehteluna, syyttelynä, uhri-identiteettinä, mustavalkoisuutena, manipulatiivisuutena sekä dissosiaatioina. (Hughes 2006, 399.) Gil (2009, 23) toteaa lasten käsittelevän emotionaalisia vaurioita hyödyntäen kahta eri perustarvetta, jotka myös ohjaavat lasten käytöstä. Yksi tarve on kontrolloida ja hallita tuskallisia tai hämmentäviä asioita. Toinen tarve on vältellä kipeitä tunteita ja sitä myöten myös vältellä terapeuttiseen työhön osallistumista. Tilanteen hallinnan menetys ja häpeä traumassa liittyvät toisiinsa vahvasti (Martikainen 2015). Oirehdinta, joka näkyy tunnevirittäytymisen puutteina ja musertavana häpeänä kuvaavat lapsen eriytymättömyyttä ja eheytytymättömyyttä, joiden olisi pitänyt kehittyä lapsen kolmen ensimmäisen elinvuoden aikana niin kehon, tunne-elämän, käyttäytymisen kuin kognitiivisten taitojen osalta (Hughes 2006, 399). Lapsi voi vältellä tai tukahduttaa tunteitaan monin eri tavoin ja usein se näkyy kieltäytymisenä: puhumasta ja ajattelemasta kipeitä ajatuksia, vuorovaikutuksesta, tai leikkimästä materiaaleilla, jotka muistuttavat traumatisoivasta asiasta. (Gil 2009, 23-24.)

Lapsen eheytyksen kulmakiviä ovat aikuisen ja lapsen yhteinen tunnevirittäytyminen ja kiinnostus. Emotionaaliseen eheytymiseen tarvitaan tunteiden herättelyä ja jakamista. Tuhannet tunnetoistot voivat mahdollistaa kestävien polkujen rakentumisen aivoihin ja siten muutokseen. (Tuovila 2008, 16.) Becker-Weidman (2008, 54- 55) puhuu tunnevirittäytymisen tärkeydestä kiintymyssuhdetraumojen hoidossa vuorovaikutteisen kehitykspsykoterapian kontekstissa. Nostan näistä havainnoista elementtejä, jotka koen merkitykselliseksi intensiivihoidon lasten kanssa työskennellessä. Tunnevirittäytyminen on prosessi, jossa kahden ihmisen välillä on emotionaalinen tasapaino ja he kommunikoi- vat ja reagoivat toisiinsa niin sanallisesti kuin herkästi tunnetasolla (Becker-Weidman 2008, 40). Tunnevirittäytymisessä kiinnittymisen eri vaiheita on toistettava. Nämä vaiheet ovat”: voimakas tunne – irrottautuminen – uudelleen virittäytyminen - vuorovaikutuksessa korjaaminen” (Becker-Weidman 2008, 55). Tilanteessa aikuinen säätelee lapsen kanssa lapsen voimakasta tunnetta, kuten häpeää huonoa käytöstä korjattaessa, ja tämä johtaa irrottautumiseen. Irrottautuminen ilmenee esimerkiksi vihaisuutena, uhmakkuutena, tai sanallisena ja fyysisenä uhkailuna. Tätä vaihetta seuraa uudelleen virittäytyminen, jolloin lapsi hyväksyy empaattisen reaktion aikuiselta. Empaattinen reaktio vähentää lapsen kokemaa häpeän tunnetta. Näin vuorovaikutuksessa tapahtuu korjaaminen, jolloin lapsi ottaa tuen vastaan ja korjaa toimintaansa. Tällainen prosessi viestii

lapselle hänen olevan arvokas ja rakastettava. (Becker-Weidman 2008, 55.) Martikaisen (2015) mukaan lasta eheyttää kaikki ne asiat, jotka hän kokee hallitsevansa. Tämän vuoksi kaikki positiivinen ja onnistumisten sanoittaminen lapsen kanssa työskennellessä on merkityksellistä. On muistettava puhua siitä, että lapsi on ihana. Teot puolestaan voivat olla ikäviä tai typeriä. Lasta tulee auttaa ymmärtämään ja havainnoimaan, että hänessä on erilaisia puolia. ”Pahoja” tekoja tekevä osa on vain osa häntä ja silläkin osalla voi olla oma tärkeä merkityksensä lapsen suojautumisessa kipeiltä ja traumaattisilta muistoilta sekä kokemuksilta. (Martikainen 2015) Tunnevirittäytymisensä terapeutti-suutta lisäävät katsekontakti, kasvojen ilmeet, äänen eri sävyt sekä erilaiset liikkeet, kosketus ja eleet (Hughes 2006, 385- 386).

Vuorovaikutteisessa kehityopsykoterapiassa terapeutin yksi tärkeimpiä työkaluja lapsen kanssa työskennellessä on PACE- asenne, jota mielestäni myös intensiivihoidon työntekijät voivat hyödyntää arjen työssä. PACE- asenne (Playful, Accepting, Curious, Empathic) kuvaa aikuisen suhtautumistapaa lapseen (Becker-Weidman 2013, 29). Leikkisä, hyväksyvä, utelias ja empaattinen viittaavat siihen, että aikuinen määrää hoidon tahdin näillä elementeillä. Empatian ja leikkisyyden kautta aikuisella on mahdollista sekä rakentaa että säädellä niitä emootioita, jotka nousevat esiin. PACE- asenteen avulla aikuinen on kykeneväinen myös suhtautumaan lapseen hyväksyvästi sekä uteliaasti ja sen myötä edistämään avoimuutta. Avoimuuden ja reflektiivisyyden turvin kokemuksia päästään jäsentämään uudelleen. (Becker-Weidman 2013, 29.)

Theraplay on leikkisyyteen sekä yhteyteen pyrkivä lyhytterapiamuoto, joka pohjautuu aikuisjohtoiseen vuorovaikutukseen, koskettamiseen, aistien stimulointiin, leikkiin, lapsen tarpeiden tyydyttämiseen sekä empaattisuuden herättämiseen. Theraplayssa huomioidaan aina lapsen emotionaalinen ikä. (Jernberg & Booth 2003, 29- 54.) Theraplayssa ”otetaan mallia terveestä lapsi-vanhempisuhteesta jäljittelemällä niitä aktiivisia, houkuttelevia, leikkisiä ja helliviä tapoja, joilla vanhemmat seurustelevat vauvansa kanssa.” (Jernberg & Booth 2003, 54). Monet traumatisoituneet lapset eivät osaa leikkiä. Therapalyn myötä lapselle voidaan opettaa leikin olevan hauskaa, turvallista ja jaettava. Leikkisä aikuisen ja lapsen kanssa käytetään hoivaavaa kosketusta. Kiintymyssuhteessaan traumatisoituneen lapsen kohdalla Theraplay auttaa lasta luottamaan, olemaan huolenpidon kohteena, hallitsemaan tunteitaan, kehittämään positiivista minäkuva, kokemaan hoivaavaa kosketusta ja rakentamaan uusi kiintymyssuhde. (Jernberg & Booth 2003,



256., 261.) Theraplay-terapiaa voi tarjota tähän koulutuksen saanut henkilö, mutta ajatuksena Theraplay pitää sisällään sellaisia elementtejä, joita voidaan soveltaa intensiivihoidon arkeen aikuisen ja lapsen välisen luottamuksellisen suhteen rakentamiseen ja ylläpitämiseen. Erityisesti intensiivihoidon arkeen istuvia elementtejä ovat hoivaava kosketus sekä huolenpidon kohteena oleminen. Tällä hetkellä nuorimmat lapset Helsingin diakonissalaitoksen intensiivihoidossa ovat alle kouluikäisiä ja emotionaalinen ikä huomioiden vielä nuorempia. On tärkeää, että lapsi saa oppia olemaan huolenpidon kohteena. Tähän on helppo puolestaan liittää hoivaava kosketus esimerkiksi pesemällä lapsen hiukset, rasvaamalla ihoa tai vaikkapa syöttämällä lasta. Kaikki koskettaminen tapahtuu kuitenkin lapsen ehdoilla hänen traumataustansa huomioiden (Jernberg & Booth 2003, 269).

#### **8.2.4 Rajojen asettamisen merkitys sekä aikuisjohtoinen vuorovaikutus**

Intensiivihoidon arki sisältää paljon lasten negatiivisia tunteita ja aggression purkauksia – ja toisinaan ennakoimattomia tilanteita silloin, kun lapset harjoittelevat sääntöjen noudattamista ja rutiineissa pysymistä. Becker-Weidman & Shell (2008, 261) muistuttavat hoitotahon aikuisten asettamien rajojen loukkaavaan kiintymyssuhteessaan traumatisoitunutta lasta, sillä nämä lapset eivät ole sisäistäneet vanhempiensa hoivaa ja rakkautta – eivätkä myöskään rakkauteen liittyvää rajojen asettamista. On huomionarvoista ymmärtää, että mikäli lapsi ei ole sisäistänyt rakkautta, ei hän ole sisäistänyt rajojakaan ja sen vuoksi käyttää kaikki tilaisuudet hyväksensä saadakseen mielihalunsa tyydytettyä. Liika aikuisen asettama kontrollointi vuorovaikutusprosessissa ei ole hyväksi, vaan aikuisen tulee olla kysymyksineen utelias suhteessa lapsen käytökseen (Becker-Weidman & Shell 2008, 261). Tämän vuoksi rajojen asettajan on vältettävä toistamasta sitä kohtelua, mitä traumatisoituneet lapset ovat kokeneet. Tämän rinnalla on yhtä tärkeää se, etteivät kasvattajat salli lapsen yrityksiä pysyä vanhassa käyttäytymismallissaan, jossa vuorovaikutus on ollut vihan, välinpitämättömyyden sekä epäkunnioituksen sävyttämää. Aikuisen on kyettävä johtamaan vuorovaikutusprosessia sekä määrittelemään sen luonnetta ja laatua. (Becker-Weidman & Shell 2008, 261.)

Martikainen (2015) tunnustaa sääntöjen ja rajojen olevan äärimmäisen tärkeitä, mutta hänen mielestään lasta ei ole merkityksellistä kasvattaa kurin kautta ja ”salonkikelpoiseksi” kasvattamisen hän suosittelee unohtamaan. Becker-Weidman & Shell (2008, 261) ohjaavat aikuisen voivan lyödä asia leikiksi tai käyttämään paradoksaalisia väliintuloja silloin, kun lapsi pyrkii riitelemään. Tämä on keino välttää kylmäkiskoista ja välinpitämätöntä käytöstä itsessään. On tärkeää välttää tilanteita, jossa lapsi ohjaa aikuista emotionaalisesti. Paradoksaalisella väliintulolla Becker-Weidman & Shell (2008, 261) tarkoittavat sitä, että aikuinen voi emotionaalisen kontrollin turvin sallia lapsen tottelematon käytös: ”jos lapsi esimerkiksi istuu väärälle paikalle, voit sanoa: ”Tahtoisin sinun istuvan sillä paikalla tai sitten omallasi.” Tällöin lapsi ei hallitsekaan tilannetta. Tilanteen hallinta on lapsella silloin, kun hän saa aikuisen suuttumaan itseensä. Tämä on kiinnittymistä vastustavan lapsen keino pyrkiä kontrolloimaan ja pakottamaan aikuista käyttäytymään ankaran aikuisen tavalla, sillä lapsi ei kykene luottamaan siihen, että joku voisi haluta hoitaa häntä. (Becker-Weidman & Shell 2008, 261, 264.)

Taitoa kiintymyssuhteissaan traumatisoituneiden lasten kanssa on työskennellessä oppia kontrolloimaan vuorovaikutusta kuitenkin olematta kontrolloiva. Aikuisen tulee kyetä vastaamaan vuorovaikutuksen rytmistä ja tunnesisällöstä. Lapsen on reagoitava aikuisen, ei päinvastoin. Aikuisen suuttuessa lapselle kontrolloi lapsi suhdetta. Aikuinen voi tietenkin aina ”voittaa” pakottamalla lasta, mutta tällöin aikuisen ja lapsen keskinäisen suhteen kannalta aikuinen on häviämässä taistelun. Suoran ”ei-vastauksen” sijaan aikuinen voi tarkastella lapsen vaatimuksia eri näkökulmasta. On tärkeää tunnustaa lapsen halu ja tarkastella sitä. Esimerkiksi karkkia kaupassa haluavalta lapselta voi kysyä, onko hänellä lupa syödä karkkia sinä päivänä. Ei-vastauksen sijaan lapsi reagoi aikuiseen hänen ehdoillaan. Selvittämällä lapsen ajatuksia ja tunteita kysymyksillä aikuinen vastaa hänen ja lapsen välisestä suhteesta olematta kuitenkin kontrolloiva. (Becker-Weidman & Shell 2008, 265- 266.)

Koska kiintymyssuhteissaan traumatisoituneet lapset ovat tottuneet saamaan ennustamattomia seuraamuksia vanhemmiltaan, on laitostyössä tärkeää, että rajat ja seuraaukset ovat ennustettavia ja lasten tiedossa (Barton, ym. 2012, 150). Rajojen asettamisen ja vuorovaikutussuhteessa ohjaamisen ohessa aikuiselta vaaditaan johdonmukaisuutta myös lapsiin kohdistuvissa odotuksissa. Lapselle tulee puhua suoraan johdonmukaisesti sekä täsmällisesti hänen käytöksestään. Lasta ei pitäisi kehua yleisellä tasolla, kuten ke-

humalla häntä kiltiksi tai kannustamalla ”kyllä sinä osaat”-tyylisesti. Positiivisen palautteen antaminen aina, kun mahdollista, on äärimmäisen tärkeää. Lapsilta voi odottaa myös asianmukaista puhetta ja kauniisti pyytämistä. Tämä voi olla toisinaan varsinainen haaste lapselle ja joku saattaa esimerkiksi pissata mieluummin housuunsa kuin pyytää nätisti päästä vessaan. Lapsen motiivina tähän on saada aikuinen menettämään malttinsa ja syyttämään itseään tapahtuneesta. Tällöin aikuisen tulee toimia rauhallisesti, sanoittaa tapahtunut neutraalisti ja jälleen jatkaa töitään. Lapsi on voinut tuntea tilanteen noloksi, mikä on luonnollinen seuraus hänen omasta valinnastaan. Mikäli lapsi ei pääse kontrolloimaan aikuista emotionaalisesti, voi hän vähitellen alkaa luottamaan aikuiseen. (Becker-Weidman & Shell 2008, 272- 273.) Becker-Weidman & Shell (2008, 264) neuvovat välttämään myös varoituksen ja uuden mahdollisuuden antamista, koska siitä ei ole näille lapsille mitään hyötyä, sillä lapset pitävät sitä epäjohtamukaisena käytöksenä ja epäluotettavuutena. Lapsen käyttäytyessä huonosti hänelle voi sanoa rauhallisesti, että aikuinen huomaa lapsen tarvitsevan apua. (Becker-Weidman & Shell 2008, 264.)

Toisinaan lapsi saa käytöksestään jonkin seuraamuksen. Lapsen huonosta käytöksestä annettavien seuraamusten tulee olla luonnollisia ja syy-seuraussuhdetta noudattavia (Becker-Weidman & Shell 2008, 265; Hughes 2006, 400). Martikainen (2015) puolestaan muistuttaa, että tilanteista aiheutuvat seuraamukset ja korjaamiset tulisi asettaa suhteessa siihen, mitä lapsi on esimerkiksi rikkonut. Martikainen pitää tärkeänä sitä, että lapsen kanssa voi korjata rikkimenneitä asioita. Yhdessä tekeminen ja auttaminen ovat tärkeitä asioita. (Martikainen 2015) Lapselle tulee sanoittaa aina myös syy-seuraussuhteen kulku. Seuraamuksen saatuaan lapsi voi kokea uuden pettymyksen. Siitä huolimatta aikuisen tulee jatkaa töitään rauhallisesti, eikä alkaa kiistelemään lapsen kanssa tai päästää omia tunteitaan valloilleen (Becker-Weidman & Shell 2008, 265).

### **8.2.5 Trauman hoidon ymmärtäminen: vakauttaminen ja työstäminen intensiivihoidon arjen kontekstissa**

Martikainen (2015) muistuttaa, ettei intensiivihoidon arjen työn tavoitteena ole trauman auki puhuminen eikä traumalähtöinen työskentely, vaan suhteessa oleminen ja sitä myötä lapsen vahvuuksien löytäminen. Työntekijöiden yksi tärkeimmistä tehtävistä on auttaa lasta kestämään ja sietämään kokemiaan asioita. Tässä korostuu oireiden kunnioit-

taminen: se on paras, mihin lapsi on siihen mennessä päässyt. Mikäli lapsen traumakokemukset nousevat esiin, on tärkeää myös palauttaa mieleen lapsen vahvuuksia ja voimavaroja ennen traumakokemusta. Traumatisoituneen lapsen mielessä kaikki voi tuntua epäonnistuneelta. Martikainen puhuu trauman koteloitumisesta: traumakokemus pysyy sellaisenaan, kuin se aikoinaan tapahtui. On hyvä tehdä ero siinä, minkä ikäinen lapsi oli silloin, kun trauma tapahtui ja minkä ikäinen hän on nyt: vanhempana lapsi selviäisi tapahtumasta paremmin. Lapselle voi sanoittaa ikävien kokemusten tapahtuneen esim. 4-vuotiaalle lapselle ja muistuttaa, etteivät tapahtumat toistu ja lapsi on turvassa. (Martikainen 2015)

Traumaterapiassa noudatetaan pääpiirteittäin kolmivaiheista mallia: vakauttaminen ja oireiden vähentäminen, traumamuistojen käsitteleminen sekä persoonallisuuden uudeelleen organisoituminen ja kuntouttaminen. Nämä vaiheet eivät systemaattisesti seuraa toisiaan, vaan ovat yhteydessä spiraalimaisesti, mikä tarkoittaa sitä, että traumojen käsittelyvaiheesta voidaan palata takaisin vakauttamiseen. Vakauttamisessa traumatisoituneelle tarjotaan apua tunnistamaan autonomisen hermostonsa toimintaa sekä säätelemään ajattelun ja havainnoinnin mahdollistavaa vireystilaa. (Suokas-Cunliffe & Maaranen 2014) Lapsuuden traumat, etenkin vakavat ja pitkäkestoiset, johtavat kaikkein vaikeimpiin häiriöihin aikuisuudessa ja niiden hoitaminen saattaa kestää vuosia. Tämän vuoksi traumojen hoidossa vakauttaminen voi jäädä ainoaksi tavoitteeksi. Se, että traumoja pyritään ennaltaehkäisemään, tunnistamaan ja puuttumaan nopeasti yhdistettynä lapsen turvalliseen ja riittävän pitkään hoitoon, voivat merkityksellisesti muuttaa traumatisoituneen lapsen kehityksen suuntaa. Juuri tätä työtä intensiivihoidon työntekijät arjessaan tekevät traumatisoituneiden lasten auttamiseksi. (Martikainen 2010) Kun autonominen hermosto on voimakkaassa ylivireystilassa, aktivoituu traumatisoituneella henkilöllä taistele tai pakene- reaktio. Matalassa vireystilassa traumatisoitunut on puolestaan jopa puolustuskeinoiltaan alistunut. (Suokas-Cunliffe & Maaranen 2014) Silloin, kun lapsi on yli- tai alivirittäytyneessä tilassa, ei asioiden käsittelyä ja integraatiota voi tapahtua. Integroituminen on mahdollista vain silloin, kun lapsi on vireydeltään ja aktiivailtaan sellaisissa rajoissa, jotka ovat mielekkäitä ja siedettäviä. Tästä voidaan käyttää termiä sietoikkuna tai tasapainovyöhyke. Tällä alueella ollessa aivokuoren toiminta mahdollistaa säätelyn. (Martikainen 2010)

Jotta lapsi pääsisi irtaantumaan kielteisestä vuorovaikutuskehästä eheytyäkseen, on pysyttävä käsittelemään myös sitä pettymystä, etteivät vanhemmat ole olleet traumatisoituneen lapsen saatavilla silloin, kun lapsi eniten vanhemman tuomaa turvallisuutta olisi tarvinnut. Lapsen tulee tiedostaa ja ymmärtää niitä syitä, mitkä ovat aiheuttaneet kaltoin kohtelun. Myös vanhempien mukaan ottaminen hoitopolkuun on tärkeää, sillä he pystyvät auttamaan lasta integroimaan ja yhdistämään tietoa lapsen historiaan sekä muistoihin. Kun vakaa ja turvallinen ympäristö tukee lasta, mahdollistuvat yhteyksien luominen niin menneen ja nykyisyyden, syyn ja seurauksen sekä käyttäytymisen ja seurausten välillä. (Pettersson 2011)

## 9 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS

Integroivan kirjallisuuskatsauksen arviointi ei ole yksiselitteistä sen moninaisuutensa ja sallivuutensa vuoksi. Miten esimerkiksi arvioida niiden lähteiden laatua, jotka eivät ole empiirisiä? Laadun arviointi on riippuvainen aineistosta ja analyysitavasta. On kuitenkin hyvä huomioda aineiston metodologinen laatu, informatiivinen arvo sekä ensisijaisen lähteiden saatavuus. (Whittemore & Knafl 2005, 548- 549.) Sekä kiintymyssuhdehäiriöt että traumat ovat aiheena laaja ilmiö ja niistä löytyy paljon tietoa yhdistettynä eri konteksteihin. Oma näkökulmani opinnäytetyössäni osaltaan rajasi aineistoa paljon: työntekijänä tiedän, mitä tietoa halusin saada lisää työni tueksi ja lähteistä piti ilmetä kiintymyssuhdehäiriöiden ja traumojen yhteys. Aineistoon nousseiden lähteiden informatiivinen arvo on korkea, sillä teosten ja artikkeleiden kirjoittajat ovat alansa osaajia psykologian ja psykiatrian aloilla. Yksi käytetyistä lähteistä oli intensiivihoidon omahoitajuutta käsittelevä amk- opinnäytetyö, jota ei tutkimuksellisesti voida todeta olevan informatiivisesti korkea lähde. Helsingin diakonissalaitoksen intensiivihoidon erityistyöntekijät Sinikka Martikainen (lastenpsykiatri, lapsipsykoterapeutti) sekä Timo Pasanen (psykologi, psykoanalyttikko) ovat tehneet pitkän uran lapsi- ja perhetyön intensiivihoidossa. Aineistossa käytetty Pasasen väitöskirja on kohdistunut Helsingin diakonissalaitoksen lapsi- ja perhetyöhön. Martikaisen ja Pasasen antama tuki ja ohjaus opinnäytetyössäni ovat vahvistaneet näkökulmien syntymistä aineiston keruu- ja analyysivaiheessa. Lähteiden saatavuus on hyvä, sillä lähes kaikki aineistossa käytetyt lähteet löytyvät joko Internetistä tai kirjastoista.

Opinnäytetyössäni luotettavuutta heikentää se, ettei aineiston hakuvaihetta ole riittävän hyvin kuvattu: lähteiden etsimisessä kaikkia hakusanoja ja sanayhdistelmiä eri tietokantoihin ei ole kirjoitettu esille. Tämän vuoksi hakujen kokonaistulos jää esittämättä. Tämä heikentää tutkimuksen luotettavuuden lisäksi tutkimuksen toistettavuutta. Liitteissä (1 ja 2) on kuvattuna vain ne hakusanat ja tietokannat, jotka valikoituivat aineistooni. Opinnäytetyöni konkreettinen lähestymistapa arjen työhön myös osaltaan rajasi paljon mahdollisia lähteitä ja suurin osa löytämistäni lähteistä on tarkoitettu terapeuttien käyttöön. Laadukkaan lähdemateriaalin löytyminen työpaikaltani vähensi tarvetta systemaattiselle tiedonhauille. Olisin toivonut löytäväni enemmän tutkimustuloksia kiintymyssuhteissaan traumatisoituneiden lasten hoitotyöstä lastensuojelun kentältä; arjen työstä. Tutkimukseni luotettavuutta pohtiessa todettakoon systemaattisen kirjallisuuskatsauksen voineen olla enemmän luottamusta herättävä tapa lähestyä kiintymyssuhteissaan traumatisoituneiden lasten hoitotyötä. Luotettavuutta olisi voinut vahvistaa useammilla kansainvälisillä lähteillä.

Sisällönanalyysin luotettavuuden arvioinnissa oleellista on se, kuinka hyvin tutkija on sisäistänyt ja pelkistänyt tutkimansa aihealueen ja aineiston. Aineiston tulisi kuvata luotettavasti tutkittavaa ilmiötä ja niiden välillä tulee olla yhteys. Sisällönanalyysin luotettavuutta voidaan testata muun muassa Face-validiteetilla, jolla tarkoitetaan tutkimustulosten esittämistä sellaisille henkilöille, joille tutkittava aihealue on tuttu, tai jota se koskettaa. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 42- 43.) Pyysin työkavereitani lukemaan opinnäytetyöni ja pohtimaan tutkimustuloksia arjen työhön peilaten. Heidän näkemystensä mukaisesti teoria tuki käytännön työtä. Tulososio sai kiitosta helppolukuisuudestaan ja tulososion sisältö vastasi työkavereideni mukaan arjen työtä ja antoi uusia oivalluksia lapsen kohtaamiseen. Tutkimustulokset konkreettisine esimerkkeineen toivat myös oivalluksia tehdä työtä sekä laitoi työntekijät tarkastelemaan kriittisesti omia taitojaan työskennellä kiintymyssuhteissaan traumatisoituneen lapsen kanssa. Työkaverit arvioivat myös opinnäytetyöni toimivan hyvin uuden työntekijän perehdytyksessä.

## 10 POHDINTA

Kiintymyssuhdeteorian sekä käytännön kokemuksen tuoman tiedon turvin voidaan kiintymyssuhdehäiriöiselle lapselle tarjota korjaavia kokemuksia tulevaisuuden parantamiseksi. Hoidon on kuitenkin poikettava perinteisestä mielenterveyshoidosta merkittävästi. (Tuovila 2008, 32.; Mäkelä & Vierikko 2004, 10. )

Palveluna Helsingin diakonissalaitoksen lapsi- ja perhetyön intensiivihoidon kohdentuu hyvin kiintymyssuhteissaan traumatisoituneiden lasten hoitoon lastensuojelun ja psykiatrisen osaamisen myötä. Opinnäytetyöni tavoitteena oli saada tietoa lastensuojelun intensiivihoidon työntekijöille kiintymyssuhdehäiriön aiheuttamien traumojen vaikutuksista lapsen kasvuun, kehitykseen ja käytökseen. Tavoitteena oli myös opinnäytetyöstäni saadun tiedon hyödyntäminen intensiivihoidon arjessa. Aineiston keruu integroivan kirjallisuuskatsauksen keinoin sekä analyysi teorialähtöisen sisällön analyysin myötä nostivat esiin intensiivihoidon arjessa hyödynnettäviä, konkreettisia työskentely- ja ajattelutapoja, jotka rakentuvat turvallisen, luotettavan sekä aikuisjohtoisen vuorovaikutuksen ympärille. Kiintymyssuhteissa ongelmia kohdanneen lapsen hoitaminen edellyttää juuri tunnesuhteeseen perustuvia vuorovaikutus- sekä kiintymyssuhteita uusien lapsen hoitoon sitoutuneiden aikuisten kanssa (Tuovila 2008, 32.; Mäkelä & Vierikko 2004, 10). Hoidon on oltava aikuisjohtoista ja lapsen stressiä vähentävää, tietoista viestintää. Aikuisen ja lapsen välisessä vuorovaikutuksessa aikuinen on aina vastuussa vuorovaikutuksen tunneilmapiiiristä. Tämä ei ole itsestään selvää ja mutkatonta, vaan vaatii paljon niin lapselta kuin työntekijältä. (Tuovila 2008, 32.; Mäkelä & Vierikko 2004, 10. )

Opinnäytetyötäni voidaan käyttää myös uusien työntekijöiden sekä opiskelijoiden perehdytyksen tukena niin teoria- kuin tulososion myötä. Opinnäytetyön tekijänä sekä intensiivihoidon työntekijänä olen tyytyväinen integroivaan kirjallisuuskatsaukseen metodina sen sallivuutensa vuoksi suhteessa erilaisiin lähteisiin. Jatkotutkimusta ajatellen olisi mielenkiintoista kerätä intensiivihoidon työntekijöiden kokemuksia työskennellä kiintymyssuhteissaan traumatisoituneiden lasten kanssa ja kerätä heidän kokemuksistaan opas työntekijöille. Opinnäytetyöni tulokset tukevat teorial tietoa. Opinnäytetyöni teoriapohja yhdessä tulosten kanssa tarjoavat työntekijöille syvempää tietoa työskennellä kiintymyssuhteissaan traumatisoituneiden lasten kanssa niin terapeutisena omahoitajana kuin työyhteisön jäsenenä. Opinnäytetyöni tukee myös Helsingin diakonissalaitok-

sen säätiön sosionomin/sairaanhoitajan tehtäväkuvauksessa vaadittavia huomioivia ja rakentavia vuorovaikutustaitoja, tilanneherkkyyttä sekä kunnioittavaa työtettä. Opin- näytetyössäni keskityin työskentelyyn lasten kanssa, mutta on hyvä tiedostaa, että kiin- tymyssuhdetraumat voivat yhtälailla koskettaa intensiivihoidon lasten vanhempia. Pasa- sen (2011, 158) tutkimuksessa kävi ilmi, että lastensuojelulasten perheiden vanhemmat ovat kokeneet esimerkiksi väkivaltaa joko parisuhteissaan tai omassa lapsuudes- saan/nuoruudessaan. Teoriatiedon sisäistäminen kiintymyssuhteen ja traumojen yhteen- kuuluvuudesta auttaa työntekijää työskentelemään koko perheen kanssa.

Intensiivihoidossa työskentely on tavoitteellista. Tavoitteet asetetaan lapsen hoitoti- meissä moniammatillisesti vanhempien toiveita kunnioittaen. Tavoitteet liittyvät niin lapsen voinnin edistämiseen, toimintatapoihin työskennellä lapsen kanssa, kotiharjoitte- luun kuin perustarpeiden tyydyttämiseen. Perustavoitteena voidaan pitää ennakoidun ja turvallisen arjen toteutusta. Arjen työssä korostuvat juuri työntekijöiden osaaminen, mo- tivaatio sekä tiimityö. Opinnäytetyössäni halusin kiinnittää huomiota juuri arjen työnte- kijöiden näkökulmaan, sillä lapsen kohtaamisen kannalta se on kaikkein merkityksel- lisintä: luottamus rakentuu vähitellen pitkäjänteisessä työskentelyssä sekä omahoita- jasuhteissa kaiken arjen keskellä. Sen vuoksi työntekijöiden on koko lapsen hoidon ajan hyvä pohtia tapojaan työskennellä sekä pitää mielessään miten ja miksi toimitaan niin kuin toimitaan. Yksi tärkeä kysymys intensiivihoidon lasten kanssa työskentelyssä on se, mitä rakenteilla, seuraamuksilla, säännöillä ja odotuksilla suhteessa lapseen tavoitel- laan. Intensiivihoidon lapset oireilevat monin tavoin ja omaavat erilaisia diagnooseja. Kiintymyssuhteissaan traumatisoituneet lapset muodostavat vain yhden lähestymistavan tarkastella työtapoja. Opinnäytetyöni myötä haluan herätellä työntekijöitä katsomaan lapsen oirehdivuuden taakse ja erottamaan traumaoirehdinta esimerkiksi käytöshäiriöstä tai neurologisista pulmista. Tulossiossa kurkistetaan oirehdivuuden taustatekijöihin ja tar- jotaan konkreettisia, vuorovaikutukseen perustuvia työtapoja toimia kiintymyssuhtees- saan traumatisoituneiden lasten kanssa sekä auttaa lasta kiintymään. Toivon, että kun muistamme sen, mistä lapsen loputtomalta tuntuva haastava käyttäytyminen johtuu, kohtaamme lapsen empaattisemmin ja kaoottiselta tuntuvat tilanteet inhimillisemmin.

Kiintymyssuhdehäiriöiden aiheuttamat traumat ovat aiheena laaja sekä haasteellinen, eikä teoriatietoa voi sisäistää hetkessä – tai osata soveltaa sitä käytäntöön. Jokainen kiintymyssuhteessaan traumatisoinut lapsi on erilainen ja tarvitsee osakseen omanlai-



sensa hoitopolun. Terapeuttisen omahoitajan sekä terapeuttisen hoitoyhteisön merkitys korjaavien ihmissuhteiden rakentajina on suuri ja korvaamaton – samoin kuin työntekijöiden ammatillisuus. Opinnäytetyöni tukee työntekijää työssään lapsen kanssa ja on tehty työntekijän näkökulmasta. On kuitenkin muistettava, että viimekädessä työntekijän ammattitaidosta hyötyy se kaikkein tärkein, eli turvallista ja luotettavaa aikuista tarvitseva lapsi.

## 11 LÄHTEET

Bardy, M. 2012 Lastensuojelun ytimessä: osattomuudesta osallisuuteen. Teoksessa: Söderholm, A. & Kivitie-Kallio (toim.) 2012. Lapsen kaltoinkohtelu. Porvoo Duodecim.

Barton, S., Tomlinson, P. & Gonzales, R. 2012 Therapeutic Residential Care for Children and Young People. An attachment and trauma-informed model for practice. Lontoo. Jessica Kingsley Publishers.

Becker-Weidman, A. 2008 Vuorovaikutteinen kehityspsykoterapia: teoria. Teoksessa: Becker-Weidman, A. & Shell, D. (toim.). Suom. Ritanen, L. 2008. Auta lasta kiintymään. Vuorovaikutteinen kehityspsykoterapia traumaperäisen kiintymyshäiriön hoidossa. Tampere. PT-kustannus.

Becker-Weidman, A. & Shell, D. 2008 Työ lasten kanssa, joilla on diagnosoitu reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö: opettajille, sosiaalityöntekijöille, nuorisotyöntekijöille ja muulle henkilökunnalle. Teoksessa: Becker-Weidman, A. & Shell, D. (toim.). Suom. Ritanen, L. 2008. Auta lasta kiintymään. Vuorovaikutteinen kehityspsykoterapia traumaperäisen kiintymyshäiriön hoidossa. Tampere. PT-kustannus.

Becker-Weidman, A. 2013 Suom. Hara, A. & Ritanen, L. 2013 DDP- aapinen. Vuorovaikutteinen kehityspsykoterapia päikinänkuoressa. Näyttöön perustuva tehokas hoitomenetelmä. Tampere. PT-kustannus.

Boon, S., Steele, K. & Van der Hart, O. 2011. Traumaperäisen dissosiaatiohäiriön vakauttaminen. Taito-ohjelma potilaille ja terapeuteille. Suom. Hollander, P. Oulu. Traumaterapiakeskus

Eskola, J. 2007 Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa: Aaltola, J. (toim) & Valli, R. Ikkuinoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä. PS-kustannus

Gil, E. 2009 (2006) Suom. Kankaansivu, K. Hyväksikäytettyjen ja traumatisoituneiden lasten auttaminen. Kuopio. UNIPress

Goldman, L. 2004 Raising our children to be resilient. A guide to helping children cope with trauma in today's world. New York. Brunner-Routledge.

Gottberg, E. 2012 Lapsen juridiset oikeudet. Teoksessa: Söderholm, A. & Kivitie-Kallio (toim.) 2012. Lapsen kaltoinkohtelu. Porvoo. Duodecim.

Hautamäki, A. 2005 Kiintymyssuhdeteoria – teoria yksilön kiin(nit)tymisestä tärkeisiin toisiin ihmisiin, kiintymyssuhteen katkoksista ja merkityksestä kehitykselle. Teoksessa: Sinkkonen, J. & Kalland, M. (toim.) 2005 Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen. Helsinki. WSOY.

HDL, intensiivihoidon määritelmä. Sisäinen työmateriaali

HDL 2015 tehtävänkuvaukset sosionomi/sairaanhoitaja, Helsingin diakonissalaitoksen sisäiset nettisivut. Viitattu 15.4

Helsingin diakonissalaitoksen säätiön kotisivut. (HDL) / Intensiivihoidon  
<https://www.hdl.fi/fi/konsernin-artikkelit/208-palvelut/lastensuojelu/134-intensiivihoidon>  
Viitattu 7.9.2014

Honkinen, A. & Pasanen, T. 2011 Intensiivihoidon sijoitettujen lasten psyykkinen oirehdinta ja sen muuttuminen hoidon aikana. Yhteiskuntapolitiikka 76:3

Hughes, D. 2006 Tie traumasta tervehtymiseen. Rakkauden herättäminen syvästi vaurioituneissa lapsissa. Suom. Ritanen, L. & Juko, R. Tampere. PS-kustannus.

Jernberg, A.M. & Booth, P.B. 2003 Theraplay. Vuorovaikutusterapian käsikirja. Suom. Träff, T. Jyväskylä. Psykologien Kustannus Oy.

Johansson, K. 2007 Kirjallisuuskatsaukset – huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku. Turun yliopisto.

Kaltiala-Heino, R. 2012 Lasten kaltoinkohtelu – oireet ja ongelmat nuoruusiässä. Teoksessa: Söderholm, A. & Kivitie-Kallio (toim.) 2012. Lapsen kaltoinkohtelu. Porvoo. Duodecim.

Karjalainen, R., Forsberg, H. & Linnas H. 2012. Lapsi ja lastensuojelu käytännössä. Teoksessa: Söderholm, A. & Kivitie-Kallio (toim.) 2012. Lapsen kaltoinkohtelu. Porvoo. Duodecim.

Kestilä, L., Väisänen, A. Paananen, R., Heino, T. & Gissler, M. 2012 Kodin ulkopuolelle sijoitetut nuorina aikuisina. Rekisteripohjainen seurantatutkimus Suomessa vuonna 1987 syntyneistä. Yhteiskuntapolitiikka 77:6.  
[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/100138/YP6\\_2012\\_Kestil%E4.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/100138/YP6_2012_Kestil%E4.pdf?sequence=1) Viitattu 14.4.2015

Kinnunen, S. 1999 Lasten psykiatrinen osastohoito. Teoksessa: Sinkkonen J (toim). & Pihlaja, P. (toim.) 1999 Ulos umpikujasta. Miten auttaa tunnehäiriöistä lasta? Porvoo. WSOY.

Lastensuojelulaki 417/2007  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417#L10P50>  
Viitattu 29.9.2012

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003 Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa: Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2003 Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki. WSOY.

Levine, P.A 1997 Kun tiikeri herää. Trauma ja toipuminen. Suomentanut Pekkarinen I. Traumaterapiakeskus. Oulu. Ouluprint 2008

Leino-Kilpi, H. 2007 Kirjallisuuskatsaus – tärkeää tiedon siirtoa. Teoksessa: Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L (toim.) 2007 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen.. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A51. Turun yliopisto.

Lindqvist, A. 2012 Sijaistraumatisoitumisen ehkäisystä pähkinänkuoressa. Teoksessa: Antervo, A., Mankila, P., Hästbacka, K., Katajisto, J., Suokas-Cunliffe, A., Pettersson, P., Piironen, L., Lindqvist, A. & Wallin, P. 2012 Traumaperäisen dissosiaatiohäiriön vakauttaminen Suomessa. Projektiraportti 2009-2012. Helsinki. Traumaterapiakeskus.

Mäkelä, J. & Salo, S. 2012 Varhaisen vuorovaikutussuhteen häiriöiden tunnistaminen ja hoitaminen. Teoksessa: Söderholm, A. & Kivitie-Kallio (toim.) 2012. Lapsen kaltoin-kohtelu. Porvoo. Duodecim.

Mäkelä, J. & Vierikko, I. 2004 Kuinka yhteys löytyy? Vuorovaikutusterapia huostaanotettujen lasten hoidon tukena. Raportti Theraplay-projektista SOS-lapsikylässä 2001-2004. Espoo. SOS-lapsikylä.

Pettersson, P. 2011 Lapsi matkalla eheämmäksi ja elävämmäksi. Traumaterapiakeskus [http://files.kotisivukone.com/ttkeskus.palvelee.fi/tiedostot/lapsi\\_matkalla\\_eheammaksi\\_ja\\_elavammaksi.pdf](http://files.kotisivukone.com/ttkeskus.palvelee.fi/tiedostot/lapsi_matkalla_eheammaksi_ja_elavammaksi.pdf) Viitattu 22.2.2015

Pihko, H. 2012 Kaltoinkohtelun vaikutus kehittyviin aivoihin. Teoksessa: Söderholm, A. & Kivitie-Kallio (toim.) 2012. Lapsen kaltoinkohtelu. Porvoo. Duodecim.

Pojjula, S. 1999 Lasten traumat ja niiden hoito. Teoksessa: Sinkkonen J (toim). & Pihlaja, P. (toim.) 1999 Ulos umpikujasta. Miten auttaa tunnehäiriöistä lasta? Porvoo WSOY.

Punavuori R-L. 2005 Kiintymyssuhteen ja traumaattisen kokemuksen välinen yhteys. Teoksessa: Sinkkonen, J. & Kalland, M. (toim.) 2005 Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen. Helsinki. WSOY

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvalMOTV – Menetelmäopetuksen tietovarasto (verkkojulkaisu). Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. [http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7\\_3\\_2.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_2.html) Viitattu 26.11.2014

Salmi, M., Sauli, H. & Lammi-Taskula, J. 2012 Lasten ja lapsiperheiden asema nyky-Suomessa. Teoksessa: Söderholm, A. & Kivitie-Kallio (toim.) 2012. Lapsen kaltoinkohtelu. Porvoo. Duodecim.

Salminen, A. 2011 Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62. Vaasa. [http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf)

Viitattu 7.9.2014

Schulman, G. 2004 Väkiältä ja sietämättömien tunteiden kierrätys. Katsausartikkeli. Suomen Lääkärilehti 3/2004 vsk 59  
<http://www.fimnet.fi.pc124152.oulu.fi:8080/cl/laakarilehti/pdf/2004/SLL32004-149.pdf>  
Viitattu 1.3.2015

Sinkkonen, J. 1999 Lapsen psyykinen kehitys. Teoksessa: Sinkkonen J (toim). & Pihlaja, P. (toim.) 1999 Ulos umpikujasta. Miten auttaa tunnehäiriöistä lasta? Porvoo. WSOY.

Sinkkonen, J. 2005 Kiintymyssuhteen häiriöiden yhteydet psykopatologiaan. Teoksessa: Sinkkonen, J. & Kalland, M. (toim.) 2005 Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen. Helsinki. WSOY.

Suokas-Cunliffe, A & Maaranen, P. 2014 Traumapsykoterapia auttaa varhaisiän kiintymyssuhteessa traumatisoituneita. Suomen lääkäri-lehti 41/2014 vsk 69  
<http://www.fimnet.fi.pc124152.oulu.fi:8080/cl/laakarilehti/pdf/2014/SLL412014-2613.pdf>

Suokas-Cunliffe, A. 2012 Tuhat tapaa paeta – pelko mielensisältöjä kohtaan. Teoksessa: Antervo, A., Mankila, P, Hästbacka, K., Katajisto, J., Suokas-Cunliffe, A., Pettersson, P., Piironen, L., Lindqvist, A. & Wallin, P. 2012 Traumaperäisen dissosiaatiohäiriön vakauttaminen Suomessa. Projektiraportti 2009-2012. Helsinki. Traumaterapiakeskus..

Söderholm, A. & Kivitie-Kallio (toim.) 2012. Lapsen kaltoinkohtelu. Porvoo. Duodecim.

Söderholm & Politi 2012 Lapsen laiminlyönti. Teoksessa: Söderholm, A. & Kivitie-Kallio (toim.) 2012. Lapsen kaltoinkohtelu. Porvoo. Duodecim.

Tuovila, P. 2008 Menetykset ja lapsen kehitys. Artikkeliteoksessa toim. Ketola, J. Menetyksistä mahdollisuuksiin. Perhehoitoa lasten ja vanhemmuuden tueksi. PS-kustannus.

Varilo, M. (2012) Terapeuttisen omahoitajuuden asiantuntijuuden kehittyminen Helsingin Diakonissalaitoksen Sylvesterintien lasten intensiivihoidossa. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Helsinki

Whittemore, M. & Knafl, K. 2005 The integrative review: updated methodology. Journal of advanced nursing 52(5), 546-553. Blackwell Publishing Ltd.

## 12 LIITTEET

Tietokanta/ Verkkosivu	Hakusana	Julkaisuja yhteensä	Otsikon, jul- kaisutyyppin ja asiasanojen perusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Analyysiin valitut
<b>MELINDA</b>	traum? JA las- tensu?	33	4	2	1
<b>OULA</b>	kiintymyssuh? JA trau?	9	4	1	1
<b>ALEKSI</b>	Kiintymyssuhde JA trauma	10	2	1	1
<b>ALEKSI</b>	trauma JA per- soonallisuus	14	3	2	1
<b>EBSCOHOST</b>	Child psychot- herapy AND at- tachment	42	8	4	1

TAULUKKO 5. Aineisto: Tietokantahaut

JULKAISU	MISTÄ LÖY- TYI	SUHDE SIIN	TUTKIMUSKYSYMYK-
<b>Gil, E. 2009 Hyväksi- käytettyjen ja traumati- soituneiden lasten autta- minen</b>	Melinda	Mitä tulee huomioida hoitotyössä? ja Miten auttaa lasta kiintymään?	
<b>Pettersson, P. 2011 Lapsi matkalla eheämmäksi ja elävämmäksi. Traumat- erapiakeskus</b>	Manuaalinen haku	Mitä tulee huomioida hoitotyössä? ja Miten auttaa lasta kiintymään?	
<b>Suokas-Cunliffe, A &amp; Maaranen, P. 2014 Trau- mapsykoterapia auttaa varhaisiän kiintymyssuh- teessa traumatisoituneita</b>	Aleksi	Mitä tulee huomioida hoitotyössä? ja Miten auttaa lasta kiintymään?	
<b>Pasanen, T. 2001 Lasten- kodin asiakaskun- ta.Psykiatrinen tutkimus lastenkotilasten riski- ja suojaavista tekijöistä, oi- rehdinnasta sekä hoidon tarpeesta.</b>	Intensiivihoidon osaston kirjalli- suutta	Mitä tulee huomioida hoitotyössä?	
<b>Jernberg A.M. &amp; Booth, P. 2003 Theraplay. Vuo- rovaikutusterapian käsi- kirja.</b>	Intensiivihoidon osaston kirjalli- suutta	Mitä tulee huomioida hoitotyössä? ja Miten auttaa lasta kiintymään?	
<b>Suokas-Cunliffe, A. 2012 Traumaperäisen dissosi- aation vakauttaminen Suomessa. Projektiraport- ti 2009-2012.</b>	Intensiivihoidon osaston kirjalli- suutta	Mitä tulee huomioida hoitotyössä? ja Miten auttaa lasta kiintymään?	
<b>Becker-Weidman, A. 2013 DDP-aapinen. Vuorovai- kutteinen kehityspsykote- rapia pähkinänkuoressa. Näyttöön perustuva teho- kas hoitomenetelmä.</b>	OULA	Miten auttaa lasta kiintymään?	
<b>Schulman, G. 2004 Väki- valta ja sietämättömien tunteiden kierrätys. Kat- sausartikkeli. Suomen Lääkärilehti.</b>	ALEKSI	Mitä tulee huomioida hoitotyössä?	
<b>Barton, S., Tomlinson, P. &amp; Gonzales, R. 2012 Therapeutic Residential Care for Children and Young People. An at- tachment and trauma- informed model for prac- tice</b>	EBSCOHOST	Mitä tulee huomioida hoitotyössä? ja Miten auttaa lasta kiintymään?	
<b>Hughes, D. 2006 Tie traumasta tervehtymi- seen. Rakkauden herät-</b>	Manuaalinen haku	Miten auttaa lasta kiintymään?	

täminen syvästi vaurioi-  
tuneissa lapsissa. Suom.  
Ritanen, L. & Juko, R.  
PS-kustannus. Tampere

**Varilo, M. (2012) Tera-  
peuttisen omahoitajuuden  
asiantuntijuuden kehit-  
tyminen Helsingin Dia-  
konissalaitoksen Sylveste-  
rintien lasten intensiivi-  
hoidossa. Opinnäytetyö.  
Diakonia-  
ammattikorkeakoulu.  
Helsinki**

Intensiivihoidon  
kirjallisuutta

Mitä tulee huomioida hoitotyössä?

**Tuovila, P. 2008 Menetyk-  
set ja lapsen kehitys. Ar-  
tikkeli teoksessa toim. Ke-  
tola, J. Menetyksistä  
mahdollisuuksiin.  
Perhehoitoa lasten ja  
vanhemmuuden tueksi.  
PS-kustannus.**

Manuaalinen haku

Miten auttaa lasta kiintymään?

**Becker-Weidman, A. &  
Shell, D 2008 Työ lasten  
kanssa, joilla on diag-  
nosoitu reaktiivinen kiin-  
tymyssuhdehäiriö: Teok-  
sessa: Auta lasta kiinty-  
mään. Vuorovaikutteinen  
kehityopsykoterapia  
traumaperäisen kiinty-  
myshäiriön hoidossa.**

Manuaalinen haku

Mitä tulee huomioida hoitotyössä?  
ja  
Miten auttaa lasta kiintymään?

**Becker-Weidman, A. 2008  
Vuorovaikutteinen kehi-  
tyspsykoterapia: teoria.  
Teoksessa: Auta lasta  
kiintymään.**

Manuaalinen haku

Mitä tulee huomioida hoitotyössä?  
ja  
Miten auttaa lasta kiintymään?

**Lindqvist, A. 2012 Sijais-  
traumatisoitumisen ehkäi-  
systä pähkinänkuoressa.  
Teoksessa: Traumaperäi-  
sen dissosiaatiohäiriön  
vakauttaminen Suomessa.  
Projektiraportti 2009-  
2012. Traumaterapiakes-  
kus**

Manuaalinen haku

Mitä tulee huomioida hoitotyössä?

**Martikainen, S. 2010 In-  
tensiivihoidon koulutus-  
materiaali sekä 2015 kes-  
kustelumuistiinpanot**

Intensiivihoidon  
materiaalia

Mitä tulee huomioida hoitotyössä?  
ja  
Miten auttaa lasta kiintymään?

TAULUKKO 6. Aineistolähteet