

**TRAUMAN JÄLJET NÄKYVÄT ARJESSA**  
**Kompleksisen trauman vaikutusten ymmärtäminen ja tukemisen kei-**  
**not asiakastyössä**

Johanna Ylitalo  
Kandidaatintutkielma  
Sosiaalityö  
Yhteiskuntatieteiden ja  
filosofian laitos  
Jyväskylän yliopisto  
Kevät 2022

# JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Tiedekunta Humanistis-yhteiskuntatieteellinen	Laitos Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos
Tekijä Johanna Ylitalo	
Työn nimi Trauman jäljet näkyvät arjessa Kompleksisen trauman vaikutusten ymmärtäminen ja tukemisen keinot asiakastyössä	
Oppiaine Sosiaalityö	Työn laji Kandidaatin tutkielma
Aika Kevät 2022	Sivumäärä 39
Tiivistelmä <p>Tämä kandidaatintutkielma käsittelee kompleksista traumaperäistä stressioireyhtymää ja traumainformoitua työtettä sosiaalityön kontekstissa. Tutkielman tarkoituksena on lisätä ymmärrystä ja tietoisuutta kompleksisen traumaperäisen stressihäiriön (cPTSD) vaikutuksista haitallisia lapsuudenkokemuksia kokeneiden henkilöiden elämässä. Työn tutkimustehtävänä on tarkastella, millaisena ilmiönä kompleksinen trauma näyttäytyy sosiaalityön asiakastyöskentelyssä. Sen lisäksi työn toinen tutkimustehtävä on identifioida Maxine Harrisin ja Roger Fallotin (2001) tutkimukseen pohjautuvien traumatietoisen työn perusarvojen pohjalta sosiaalityössä hyödynnettävän traumatietoisen työotteen käytäntöjä.</p> <p>Teoreettisena viitekehystenä esittelen Pierre Janet'n persoonan rakenteellisen dissosiaation teorian. Teoria esitetään yhdistettynä nykytutkimuskirjallisuudessa esitettäviin kompleksisen trauman mikro-tason keskeisiin vaikutuksiin. Tämän kandidaatin tutkielman laajempi tavoite on omalta osaltaan olla perustelemassa sosiaalityön ytimessä vaadittavaa traumaymmärrystä ja -osaamista. Tutkielma noudattaa integroivan kirjallisuuskatsauksen periaatteita, ja aineistona on käytetty enimmäkseen kansainvälisiä vertaisarvioituja tutkimuksia.</p> <p>Kompleksisen trauman on havaittu aiheuttavan merkittäviä ongelmia, jotka ilmenevät kiintymyssuhteisiin liittyvinä turvattomuuden tunteina, vaikeuksina tunnesäätelykyvyissä, autonomisen hermoston toiminnan haasteina, dissosiaationa, käyttäytymisen säätelyn vaikeuksina, kognitiivisina vaikeuksina sekä minäkuvan vääristyminä. Tutkielmassa esitellään tukemisen keinoja pohjautuen Harrisin ja Fallotin (2001) esittelemään näkökulmaan traumainformoidun työotteen viidestä perusarvosta. Nämä viisi perusarvoa ovat turvallisuuden tunne, luotettavuus, valinnanvapaus, yhteistyö sekä voimaannuttaminen, ja näiden perusarvojen toteuttamista tulisi pyrkiä edistämään traumatietoisessa asiakastyössä.</p>	
Asiasanat sosiaalityö, kompleksinen trauma, cPTSD, traumainformoitu työote	
Säilytyspaikka Jyväskylän yliopisto	
Muita tietoja Ohjaaja Kaisa Haapakoski	

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	3
2 TOTEUTUS JA TIEDONHAKU .....	5
3 TRAUMATEORIA: PERSONAN RAKENTEELLINEN DISSOSIAATIO .....	7
4 KOMPLEKSINEN TRAUMA .....	11
4.1 Kompleksisen trauman tyypilliset oireet .....	12
4.2 Traumatisoitumisen prosessi .....	15
4.3 Trauman vaikutukset aivojen informaation käsittelyn näkökulmasta .....	18
5 KOMPLEKSINEN TRAUMA SOSIAALITYÖSSÄ .....	21
5.1 Näkökulma traumatietoisien työtöiden toteuttamiseen .....	22
5.1.1 Turvallisuuden kokemus .....	25
5.1.2 Työntekijän luotettavuus .....	27
5.1.3 Valinnanvapaus .....	28
5.1.4 Yhteistyön periaate .....	30
5.1.5 Voimaannuttaminen .....	32
6 JOHTOPÄÄTÖKSET .....	34
LÄHTEET .....	36

# 1 JOHDANTO

Traumainformoitu työote pyrkii huomioimaan asiakas- tai potilastyössä aiemmin koetun mahdollisen psyykkisen trauman merkityksen. Traumainformoituun työotteeseen liittyy olennaisesti luottamuksen, turvallisuuden, mahdollisuuden, yhteistyön ja voimaantumisen tematiikka, jotka luovat peruslähtökohdan traumainformoidulle työotteelle. (Knight, 2019, 79.) Traumanäkökulman huomioiminen nähdään nykyään yhä olennaisempana lähestymiskulmana käytännön sosiaalityössä. Traumanäkökulman huomioiminen sosiaalityön kentällä on tärkeää, sillä sosiaalityötä tehdään niin kutsuttujen potentiaalisesti traumatisoivien asioiden äärellä. Maxine Harris ja Roger Fallo ovat vuonna 2001 julkaisseet traumainformoidun työotteen mallin, johon kuuluu viisi erilaista lähtökohtaa, joita traumatietoinen työtapa noudattaa. Heidän päänäkömyksenään on ollut, että sosiaalityön konteksti voisi tuoda trauma-alalle uuden medikalisoituneesta näkökulmasta poikkeavan katsantokannan. (Harris & Fallo, 2001.) Usein sosiaalipalveluiden työntekijät kohtaavat traumatisoituneen henkilön ensimmäisenä ammattilaisena, jolla on mahdollisuus oikea-aikaiseen traumatyöskentelyyn. Tilanteessa sosiaalityöntekijän tehtäväksi jää tukea ja auttaa asiakasta tulemaan toimeen traumaoireidensa kanssa. Kompleksisen trauman luonne saattaa ilmentyä niin, että aluksi työskentelyn keskiössä on täysin toisenlaiset ongelmat, joiden juurisyyt eivät tule tunnistetuksi traumasta johtuviksi. Näin ollen traumainformoidun työskentelyn lähtökohtana voidaan pitää ongelmien juurisyiden hahmottamista. (Joseph & Murphy, 2012, 1095.)

Tämä kandidaatin tutkielma käsittelee fokusoidusti kompleksista traumaperäistä stressioireyhtymää (cPTSD) eli toisin sanottuna kompleksista traumaa sosiaalityön kontekstissa. Työn tutkimustehtävänä on tarkastella sitä, millaisena ilmiönä kompleksinen trauma näyttäytyy sosiaalityön asiakastyöskentelyn ytimessä sekä sitä, millaisin keinoin sosiaalityössä voitaisiin Harrisin ja Falloin näkökulmia hyödyntäen tukea traumatisoitunutta asiakasta. Tutkielman teoreettinen viitekehys koostuu alun perin

Pierre Janet'n luomasta persoonan rakenteellisen dissosiaation teoriasta. Käsittelen teoriaa yhdistelemällä sitä nykytutkimuskirjallisuudessa esitettäviin kompleksisen trauman (cPTSD) mikrotason vaikutuksiin. Tutkielman tavoitteena on lukemani kirjallisuuden pohjalta muodostaa yhtenäinen käsitys kompleksisesta traumasta sosiaalityön asiakkaiden elämässä. Tämän kandidaatintutkielman rooli tieteen kentällä on omalta osaltaan olla perustelemassa sosiaalityön ytimessä vaadittavaa traumaymmärrystä ja -osaamista. Tarkoittaen käytännössä sitä, että jokaisessa asiakassuhteessa tulisi huomioida trauman näkökulma, jolloin voitaisiin saavuttaa asiakaslähtöisempi vuorovaikutussuhde. Olen valinnut tutkielman laajemmaksi tavoitteeksi ymmärryksen lisäämisen, jonka tässä yhteydessä oletan olevan tunnistamisen ja puuttumisen lähtökohtana. Pierre Janet'n persoonan rakenteellisen dissosiaation teoria muodostaa eittämättä vahvan teoreettisen pohjan traumatisoituneen henkilön ajatusrakenteiden ja ilmitulevan käyttäytymisen ymmärtämiseksi. Ajattelen, että kokonaiskuvan muodostamisen kannalta on myös olennaista ymmärtää ihmisen psykofysiologisen toimintamekanismin tarkastelua. Aiheen rajaamiseksi olen valinnut tässä työssä tarkastella traumaa aivojen informaation käsittelyn näkökulmasta

Oma kiinnostukseni aiheeseen pohjautuu perustavanlaatuihin haluihin ja tarpeisiin ymmärtää psyykkisten ja sosiaalisten ongelmien etiologiaa. Tähän tutkielmaan olen rajannut tarkastelunäkökulmaksi kompleksisen trauman vaikutusten ymmärtämisen sosiaalityön asiakastyössä. Aiheen valintaa ohjasi myös harjoittelukokemukseni lastensuojelun avohuollossa, joka on todentanut minulle, että traumatisoitumisen tematiikka tulisi olla nykyistäkin olennaisempi osa sosiaalityön käytännöissä. Tähän kirjallisuuskatsaukseen en kuitenkaan halunnut määritellä tiettyä asiakasryhmää kuten lapset tai nuoret, vaan katsaus tarkastelee yleisemmällä tasolla traumaa ja sen tunnistamista. Tulososiossa esiteltyä Harrisin ja Fallotin traumainformoitua työtettä voi periaatteessa soveltaa mihin tahansa sosiaalityön asiakasryhmään. Tulososioon olen ottanut mukaan tutkimuksia, joita on toteutettu hieman eri konteksteissa. Vaikka sosiaalityöntekijöinä me emme aseta asiakkaille diagnooseja, on silti syytä ymmärtää, mistä tietynlainen toisinaan ongelmalliseksi mielletty käyttäytyminen saattaa juontaa juurensa.

## 2 TOTEUTUS JA TIEDONHAKU

Teoreettista viitekehystä muodostaessani, minua inspiroi hyvin paljon näkökulmat ja oivallukset Anssi Leikolan (2014) suomenkielisessä traumatutkielmateoksessa nimeltä *Katkennut totuus*. Leikola on itse sanoittanut edellä mainitussa traumatutkielmassa pääpyrkimyksenä olleen rakentaa yhtenäinen synteesi emotionaalisesta traumasta. Leikolan teoksessa *Katkennut totuus* tarkoituksena on ollut jäsentää emotionaalisen trauman etiologiaa psykopatologian kentällä sekä sitä, millaisia keskeisiä kysymyksiä ja ongelmia liittyy tulevaisuuden traumatutkimukseen. (Leikola, 2014, 22.)

Tutkielman toteutustavaksi valitsin integroivan kirjallisuuskatsauksen, joka vastaa mielestäni hyvin tutkielmani tavoitteeseen. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen verrattuna kuvailevan kirjallisuuskatsauksen alatyypin integroiva kirjallisuuskatsaus sallii esimerkiksi sen, että alkuperäistutkimus on toteutettu myös ei-kokeellisin asein. Integroiva kirjallisuuskatsaus on siis systemaattista löyhempi, mutta kuitenkin toimiva toteutustapa, kun tavoitteena on kuvata tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman monipuolisesti ja tuottaa tietoa jo tutkitusta aiheesta. Integroiva kirjallisuuskatsaus eroaa taas toisesta kuvailevan kirjallisuuskatsauksen muodosta narratiivisesta kirjallisuuskatsausta siten, että jälkimmäinen ei tuota varsinaista tulosta. Narratiiviselle kirjallisuuskatsaukselle on myös tyypillistä kuvata aiheen tai ilmiön kehityskulkua jatkumona, jolloin se ei ihan vastaa oman tutkielmani tavoitteen vaatimusta. (Salminen, 2011, 7–8.)

Aloitin tiedonhaun valitsemalla tutkielmaan sopivat hakusanat, joita käytin etsiäkseni tutkimuksia eri tietokannoista. Ensimmäisiä hakusanoja olivat *cPTSD "AND" social work*. Käytin JYKDOK:n kansainvälisten e-aineistojen hakutoimintoja. Kotimainen artikkeliviitetietokanta ARTO tuotti pelkällä hakutermillä *cPTSD* vain yhden tuloksen, kun taas kansainvälisten e-aineistojen hakukone tuotti samalla hakutermillä 857 kappaletta. Sen jälkeen kokeilin hakusanoja täsmälleen *complex trauma AND social work*, jolloin hakutuloksia löytyi 1866 kappaletta. Tein vielä erikseen aiherajauksen liittyen

”social work”, jolloin löytyi 497 vertaisarvioitua artikkelia. Eniten sosiaalityön käytäntöön liittyviä artikkeleita löysin, kun rajasin hakutulosten julkaisualustaksi *Clinical Social Work Journal* -julkaisun.

Huomasin, että komplisoituneesta traumasta on käytetty kirjallisuudessa useita eri termejä kuten emotionaalinen, kehityksellinen ja kompleksinen trauma. Suomenkielisellä hakusanalla *emotionaalinen trauma* löysin ARTO:sta kuusi teosta, joista jo tämän kappaleen alussa mainitun Anssi Leikolan teoksen *Katkennut totuus* (2014) päädyin valitsemaan lähempään tarkasteluun. Leikolan teoksessa viitattiin useasti Van der Hartin, Nijenhuisin ja Steelen (2006) teokseen *Vainottu mieli*, joka käsittelee traumatoituneen henkilön mielen ymmärtämistä pohjautuen persoonan rakenteellisen dissosiaation teoriaan. Huomasin, että em. teosta on yleisesti pidetty merkittävänä traumateoksena, joka on myös tuonut persoonan rakenteellisen dissosiaation teorian takaisin traumakeskusteluun.

Tiedonhaun jälkeen persoonan rakenteellisen dissosiaation teoriasta muodostui siten yksi tämänkin työn kulmakivistä, ja sen avulla pyrin avaamaan sitä, miksi myös sosiaalityön kentällä tulisi pyrkiä entistä traumainformoidumpaan työotteeseen. Post-traumaattinen stressi ja haitalliset lapsuudenkokemukset ovat yleisesti etenkin kansainvälisesti paljon tutkittu aihe. Olen lopulta valinnut tutkielmaani enemmän kansainvälisiä artikkeleita, jotka käsittelevät nimenomaan kompleksista traumaa, jolloin pois tulee luetuksi tavanomainen post-traumaattinen stressihäiriö (PTSD) ja akuutti traumaattinen kriisi (acute stress disorder, ADS).

Valitsin tulososioon nimenomaan Harrisin ja Falloin traumakäytännön näkökulman, sillä huomasin sen olevan viitattu laajalti. (Levenson, 2020; Shier & Turpin, 2017.) Traumainformoitu käytäntö sosiaalityössä on melko paljon tutkittu aihe ja sen ympärillä pyörii tiivis ja aktiivinen keskustelu. Halusin löytää teemaan jonkin uuden ja käytännönläheisen näkökulman, jota voitaisiin hyödyntää laajemmin sosiaalityön asiakastyössä.

### 3 TRAUMATEORIA: PERSOONAN RAKENTEELLINEN DISSOSIAATIO

Traumatutkimuksen huippuasiantuntijat ovat viime vuosikymmenten aikana alkanut korostaa Pierre Janet'n persoonan rakenteellisen dissosiaation teoriaa traumatisoitumisen kokonaisvaltaisen ymmärryksen pohjalla. PRD-teoriaa voitaneen pitää metateorianana, joka yhdistää traumatisoitumisen ymmärtämiseksi niin ihmisen orgaanisen kuin psyykkisen tason. Teoria pyrkii selittämään emotionaalisen trauman ilmenemistä niin rakenteellisella kuin toiminnallisella tasolla. (Leikola 2014, 106; Van der Hart ym. 2006, 169.) Ajattelen, että persoonan rakenteellisen dissosiaation teoria on yksi klassikkoteorioista, jota hyödynnetään, kun halutaan laajentaa ymmärrystä traumatisoituneen elämismaailmasta. Trauman ymmärtämiseksi on löydetty useita erilaisia teorioita, jotka tarkastelevat traumaa painottaen erilaisia näkökulmia. Tällaisia teorioita on lukuisia ja suosituimpia traumakirjallisuudesta mainitsen Porges'n polyvaagalisen teorian, joka painottaa trauman ymmärrystä autonomisen hermoston näkökulmasta, Jan Pankseppin affektiivista neurotiedettä korostavan teorian sekä traumaa kiintymyssuhteiden näkökulmasta tarkastelevan Bowlbyn klassisen kiintymyssuhdeteorian sekä sen johdannaiset. Myös psykologian klassisena tutkijana pidetty Freud on tutkinut psyykkistä traumaa psykoanalyttisesta näkökulmasta. Itse olen valinnut tarkastella traumatisoitumista Pierre Janet'n persoonan rakenteellisen dissosiaation teorian näkökulmaa hyödyntäen. On kuitenkin muistettava, että teorit ovat vain yksi tarkastelunäkökulma eikä yhteen teoriaan tulisi sitoutua liikaa, sillä silloin vaarana on liian kapeiden raamien luominen ja ymmärryksen kaventuminen.

Traumatutkimuksen historia on valtavan pitkä, mutta katkonainen tie, jota luonnehtii olennaisten kysymysten vuorottainen pinnalle pulpahtaminen ja unohtuminen. Eri koulukuntien tutkijat ovat luoneet erilaisia selitysmalleja pohjautuen osin empiiriseen tutkimukseen ja osin kliinisiin havaintoihin. Pierre Janet (1859–1947) on tuonut jo 1800-luvulla kehitykselliseen traumaan liittyvän dissosiaation käsitteen sellaisenaan, johon nykykäsitys kehityksellisestä traumasta nojaa. Tällöin dissosiaation on ajateltu

liittyvän yksilön egon heikkouteen. Egolla tarkoitetaan psykoanalyttisessä näkökulmassa yhtä persoonan osaa, joka vastaa tietoisesta toiminnanohjauksesta. On kuitenkin myös esitetty, että dissosiaation käsitteen olisi ensimmäistä kertaa esittänyt ranskalainen psykiatri ja filosofi Moreau de Tours oikealta nimeltään Jacques-Joseph Moreau, jolta Pierre Janet olisi tämän käsitteen omaksunut. (Van der Hart & Dorathy, 2007.)

Vasta Pierre Janet alkoi 1800-luvulla jalostamaan traumatutkimusta, jossa kehityksellinen trauma jäsennettiin hysterian käsitteen avulla. Tällöin hysterian käsitettä pidettiin dissosiaation käsitettä validimpana. Vaikka hysterian käsitteen on omaksunut käyttöönsä etenkin Sigmund Freud, niin Janetia pidetään laajalti kuitenkin ensimmäisenä tutkijana, joka kehitti klassisen teorian kehityksellisen trauman rakenteellisista dissosiativista vaikutuksista persoonallisuuteen. Janet myös yhtenä ensimmäisistä tutkijoista keräsi systemaattisesti ja laajalti aineistoa kehityksellisen trauman vaikutuksista, jonka pohjalta hän kehitteli tarkasti jäsennellyn kuvan psykopatologiasta sekä toiminnan psykologiasta. Kuitenkin 1900-luvulla Janet'n urauurtava tutkimus jäi Sigmund Freudin esittämän torjuntamallin ja psykoanalyysin eksponentiaalisen leviämisen jalkoihin. Janet'n tieteellinen perintö on löydetty vasta noin 1970-luvulla uudelleen, kun traumaperäinen stressihäiriö (PTSD) otettiin viralliseksi diagnoosiksi kolmannessa DSM-tautiluokitusjärjestelmässä. (Leikola, 2014, 164.)

Pierre Janet'n teoria persoonan rakenteellisesta dissosiaatiosta perustuu käsitykseen dissosiaatiosta, joka kuitenkin eroaa diagnostisesta dissosiaation määritelmästä. Psykiatrisen diagnostiikan näkökulmasta dissosiaatio on kehon ja psyyken sopeutumisreaktio psyykkistä tasapainoa uhkaavaan traumaan esimerkiksi sietämättömän tunnetilan aiheuttamaan integroitumattomaan kokemukseen (Lauerma, 2021, 339–340). Persoonan rakenteellisen dissosiaatioteorian perspektiivistä dissosiaatiolla tarkoitetaan traumaattisten kokemusten seurauksena yksilön psykofysiologiaan muovautunutta persoonallisuuden muotoa. Tämä rakenne on pysyvämpi kuin psykologiset puolustusmekanismit ja verrattuna näihin, rakenteellinen dissosiaatio ei kuluta yksilön psyyken voimavaroja samalla tavalla kuin yksilön kannalta haitalliset puolustusmekanismit. Merkittävä seuraus persoonan dissosiativisesta rakenteesta on se, että

kyky yhdistellä erilaisia kokemuksia toisiinsa on perustavanlaatuisella tavalla häiriintynyt. Erityisesti traumatisoivien kokemusten yhdistäminen osaksi elämäntarinaa voi olla vaikeaa. (Leikola, 2014, 107).

Käsittelemätön trauma siis johtaa persoonan hajanaiseen rakenteeseen, joka näyttäytyy heikentyneenä kykynä yhdistää elämäkokemuksia osaksi episodista muistia. Tällöin normatiivisesti yhdistyvät tunteet, ajatukset, identiteetti, elämäkerralliset muistot ja kehollinen muistijälki jäävät toisistaan erillisiksi, josta voi seurata se, ettei kokemus yhdisty mielessä kokemukseksi ehjältä minuudesta. (Van der Kolk, Van der Hart & Marmar, 1996, 306.) Dissosiaatio persoonan rakenteellisena ominaisuutena johtaa usein yksilön vaikeuksiin sopeutumiseen ympäristöön nähden. Vaikka traumatteorian näkökulmasta diagnostiset dissosiatiiiviset oireet tulee erottaa persoonan rakenteellisesta dissosiaatiosta, saattaa traumatisoitunut kuitenkin käyttää tavallistaakin enemmän psykologisia puolustusmekanismeja edistääkseen ympäristöön sopeutumista. (Steele, Van der Hart & Nijenhuis, 2005, 19.)

PRD-teorian ytimessä on näkemys siitä, että traumatisoituneelle henkilöille tyypilliset uudelleenkokemisen ja näiden kokemusten ja muistojen turruttamisen ja välttelyn välillä vallitsee yhteys. Tämä kaava muodostaa trauman ytimen. PDR-teorian mukaan uudelleenkokeminen eli intruusio ja välttäminen luonnehtivat kahta *alkumuotoista persoonallisuuden osaa*, jotka ovat tulleet traumatisoitumisen vaurion seurauksena rakenteellisesti erkaantuneeksi toisistaan. Näitä persoonan vuorottelevia osia kutsutaan nimillä näennäisen normaali osa ja emotionaalinen osa. Näennäisen normaali osa on henkilön persoonan joustava ja toiminnallinen osa eli ilmentää välttämistäipumusta. Kun taas emotionaalinen osa on kiinni traumamuistossa ja näin ollen ilmentää uudelleenkokemista. (Van der Hart ym., 2006, 30.) Dissosiaatio näennäisesti normaalin persoonan ja emotionaalisen persoonan välillä on myös looginen selitys traumatisoitumisen ydinoireena pidetyn uudelleenkokemis-välttämisoireiden ymmärtämiseksi (Steele ym., 2005, 5).

PRD-teorian mukaan yksilö keskittyy persoonan näennäisen normaalilla osalla usein arkisiin toimintoihin ja normatiivisiin sosiaalisiin taipumuksiin kuten hoiva- ja kiintymyssuhdekäyttäytymiseen sekä traumaattisten muistojen välttämiseen. Tällöin yksilön toiminnasta ja käyttäytymisestä saattaa olla havaittavissa joitakin psykologisia puolustusmekanismeja. Emotionaalisella persoonallisuuden osallaan henkilö taas on kiinni koettuun traumaan liittyvissä lajikehityksellisissä tunne- ja puolustusreaktioissa, jotka reagoivat edelleen uhkaan kuin se tapahtuisi nykyhetkessä. Ympäristöön sopeutuminen tapahtuu persoonallisuutta muokkaavien toimintajärjestelmien kautta, ja ihannetilanteessa ne integroituvat kehityksen myötä niin sisäisesti kuin keskenään. Tällöin ne kykenevät säätelemään toimintataipumuksia ja motivaatiota tasaisesti. Jos taas persoonan emotionaalinen osa on juuttunut tiettyihin kokemuksiin, niin tilanteen todenmukainen havainnointi tai siitä selviytyminen voi osoittautua haastavaksi. Samoilla toimintataipumuksilla saattaa persoonan eri osien välillä olla eri tavoitteet. Seksuaalisella käyttäytymisellä saattaa näennäisen persoonan osan näkökulmasta olla merkitys läheisyyden ja välittämisen keinona, kun taas emotionaalinen osa kokee seksin välttämättömänä pakkona. (Van der Hart ym., 2006, 31–32.) Tämä tuottaa ongelmia ja tuskaa traumatisoituneelle, kun hän tulee aktivoineeksi emotionaalisen osan tuskallisia kokemuksia näennäisen osan käyttäytymisen kautta. Tällaisia yhteyksiä eri persoonallisuuden osien välillä on todella haastavaa ymmärtää ilman post-traumaattista kasvua.

Yksilölle tuskaa tuottava kehä on valmis, kun persoonan näennäisen normaali osa on oppinut heikosti sopeuttavia ja taas vahvasti epäsopeuttavia selviytymiskeinoja. Epäsopeuttavat selviytymismekanismit voivat ilmetä psykofysiologisina säätelyhäiriöinä kuten uni-valverytmin häiriöinä, syömiseen liittyvinä vaikeuksina, työn ja levon epätasapainona sekä tunteidensäätelyn vaikeuksina. Näennäisen normaali osa pyrkii kompensoimaan tuskallista emotionaalista kokemustaan näillä impulsiivisilla ja ehdollistuneilla reaktioilla ja käyttäytymistaipumuksilla. Henkilöstä riippuen nämä kompensatoriset keinot voivat näyttäytyä esimerkiksi välttelynä, rationalisointina tai tukahduttamisena. Tällaisten keinojen oletetaan edelleen medioivan psykopatologiaa. (Steele ym., 2005, 16.)

## 4 KOMPLEKSINEN TRAUMA

Psyykkisen trauman käsitteen määrittäminen on ollut traumatutkimuksen yksi suurimmista ongelmakohdista. Kuten monia muita mielenterveydenhäiriöitä myös traumaperäistä stressihäiriötä on määritelty pääosin medikaalisesta näkökulmasta. Käsitteelle ”psyykkinen trauma” on muodostettu suhteellisen selkeä ja yksimielinen konsensus, jonka mukaan traumaperäisen stressihäiriön diagnosoimiseksi edellytetään tietynlaisia kokemuksia. Tällaista kokemusta on luonnehdittu voimakkaan negatiivisia tunteita sisältäväksi aversiiviseksi ja järkyttäväksi kokemukseksi, tapahtumaksi tai tilanteeksi, joka aiheuttaisi kenelle tahansa psyykkistä haittaa. (Leikola, 2014, 47.) Sosiaalityöntekijöiden ammattivaatimuksiin ei kuulu trauman psykiatristen diagnostisten kriteerien tunnistaminen, vaikka työnkuvaan olennaisesti voi kuulua trauman tunnistaminen ja tiedostaminen. Trauman ja sen vaikutusten ymmärtäminen on sosiaalityössä olennainen väline, kun pohditaan työskentelytapoja. (Joseph & Murphy, 2014, 1098.)

Usein yksittäiset traumaattiset kokemukset tulevat terveyden- ja sosiaalihuollon palveluissa helpommin näkyviksi kuin monimutkaiset traumatisoivat kokemukset kuten lapsuusiän tunne- ja vuorovaikutusilmapiirin ongelmat, lapsuusiän väkivalta, parisuhdeväkivalta tai ylisukupolviset emotionaaliset traumat. Kompleksisen trauman diagnoosi ja määritelmä ovat hakeneet paikkaansa kliinisessä ja empiirisessä kirjallisuudessa oireiden ollessa jokseenkin päällekkäisiä post-traumaattisen stressihäiriön kanssa, mutta painottaen hieman eri näkökulmaa. Kompleksista traumaperäistä stressihäiriötä on kuvattu vaihtelevasti eri tautiluokitusjärjestelmissä. Kompleksista traumaa on DSM-IV:ssä määritelmällä ”DESNOS” (*disorder of extreme stress nor otherwise specified*) ja ICD-10:ssä määritelmällä ”EPCAPE” *Enduring Personality Change after Catastrophic Events* eli tuhoisaa kokemusta seuraava persoonallisuuden muutos. (Cloitre ym. 2012, 616.) Suomessa suunnitellusti vuonna 2022 käyttöön otettavassa tautiluokitusjärjestelmä ICD-11 on otettu käyttöön kompleksinen traumaperäinen stressihäiriön diagnoosi (Monimuotoinen traumaperäinen stressihäiriö ja ICD-11: Käypä hoito, 2018).

Traumoista näkee käytettävän tyypittelytermejä, jolloin I-tyypin traumalla tarkoitetaan äkillistä ja kertaluontoista traumaa ja II-tyypin traumalla pitkittynyttä traumaattista kokemusta eli kompleksista traumaa. Kompleksisen traumanperäisen stressihäiriön diagnostiset kriteerit ovat päällekkäiset traumaperäisen stressihäiriön kanssa. Kompleksinen PTSD sisältää PTSD:lle tyypilliset oirekriteerit, joita ovat uudelleenkokemisen oireet, välttämisoireet ja vireystilan säätelyn oireet. Olennaisena erona PTSD:hen cPTSD:ssä ovat kuitenkin itsen organisoitumisen häiriöt (DSO, disturbances in self-organisation), jotka on jaettu viiteen eri kategoriaan. Tällaisia häiriöitä ovat tunnesäätelyn vaikeudet, vaikeudet pitää yllä pysyviä suhteita, muutokset tietoisuudessa ja tarkkaavuudessa (ts. dissosiaatio), haitallisesti vääristyneet uskomusjärjestelmät esimerkiksi itseä ja minuutta koskien sekä jatkuva somaattinen stressi. (Cloitre ym. 2012, 617.)

#### 4.1 Kompleksisen trauman tyypilliset oireet

Kompleksisen trauman taustalla on usein haitallisia lapsuuden kokemuksia. Haitallisista lapsuudenkokemuksista käytetään kansainvälisesti lyhennettä ACE (adverse childhood experiences). Tällaisiin kokemuksiin kuuluvat fyysinen ja emotionaalinen kaltoinkohtelu ja laiminlyönti, seksuaalinen väkivalta ja tai muuten turvaton ilmapiiri. Turvattoman ilmapiirin luo ympäristö, jossa on päihderiippuvuutta, mielenterveysongelmia, perheväkivaltaa, poissaoleva huoltaja tai rikollisuutta (Felitti ym., 1998). Kompleksinen trauma voi ilmetä kiintymyssuhteisiin liittyvinä turvattomuuden tunteina, hylätyksi tulemisen ja menettämisen pelkoina, vaikeuksina tunnesäätelykyvyissä, autonomisen hermoston toiminnan haasteina, käyttäytymisen säätelyn vaikeuksina, kognitiivisina vaikeuksina sekä minäkuvan vääristyminä. (Cohen, Mannarino, Kliethermes & Murray, 2012, 528.) Erään tutkimuksen mukaan (Anda ym., 2002) haitallisia lapsuuden kokemuksia ilmentävät korkeammat ACE-pisteet kertovat suuremmasta määrästä vastoinikäymisiä, ja ne korreloivat lisääntyneen riskin kanssa sairastua moniin erilaisiin sairauksiin, mielenterveysongelmiin sekä psykososiaalisiin ongelmiin myöhemmin elämässä.

Kompleksisesti traumatisoituneiden henkilöiden käyttäytyminen voi näyttää ulospäin epävakaalta, kun trauman uudelleen kokemisen ja välttämisen oireet vaihtelevat. Uudelleen kokemisen oireet voi ilmetä aistikokemuksia sisältävinä takaumina, unina, harhakuvitelmina, aistiharhoina, fysiologisina stressireaktioina tai pelkoina. Välttämisoireilla henkilö taas pyrkii kaikin keinoin välttämään ajatuksia ja tunteita, jotka liittyvät traumaattiseen muistoon. Välttelykeinot vaihtelevat yksilöllisesti, mutta voivat esimerkiksi muodostua aina liiallisesta urheilusta tai työnteosta päihteiden käyttämiseen. Usein henkilöllä saattaa olla käytössään useita välttelymalleja. Trauman kolmannen oirekuvan muodostaa vireystilan säätelyn ongelmat kuten yli- tai alivireysoireet. Ylivireysoireet voivat ilmetä fyysisinä jännitysoireina, ärtyneisyytenä, vihanpurkauksina, keskittymisvaikeuksina tai nukahtamis- ja unessa pysymisen vaikeuksina. Kun taas alivireysoireita ilmentää usein turtuneisuus, tyhjyys, vieraantuneisuuden kokemus, uneliaisuus tai jähmettyneisyys. (Traumaterapiakeskus, 2019, 23–24.)

Tunteidensäätelyn vaikeudet näkyvät usein vaikeuksina hallita tai toipua voimakkaista tunnetiloista. Hallintapyrkimykset näyttäytyvät joko yli- tai alisäätelynä. Ylisäätelystä puhutaan, kun ihminen ei kykene hyväksymään tai tiedostamaan tunnetta, jolloin sen käsittely jää vajaaksi. Vaihtoehtoisesti tunne saattaa tulla äärimmäisen selkeänä ja voimakkaana, jolloin kokemus voi muistuttaa syvää tyhjyyden tai irtaantumisen kokemusta. Alisäätelyllä tarkoitetaan heikentynyttä kykyä käyttää tunnesäätelystrategioita, jolloin henkilö välttää emotionaalista prosessointia tukahduttamalla tunteen. Tunnetilan alisäätelyn vuoksi tunnetilat saattavat voimistua kuten viha muuttua silmittömäksi raivoksi tai pelko kauhuksi. (Van Djike, Hopman & Ford, 2018, 2.)

Kompleksista traumaa luonnehtii myös pysyvä negatiivinen minäkäsitys, jolloin yksilö kokee itsensä arvottomana, alentuneena tai kukistettuna. Sen lisäksi henkilöllä saattaa olla syviä ja laaja-alaisia häpeän, syyllisyyden ja epäonnistumisen tunteita, joita yksilön saattaa olla vaikea käsitellä. Interpersoonallisilla vaikeuksilla kuten vaikeudella pitää yllä tasapainoisia ihmissuhteita tarkoitetaan jatkuvaa erillisyyden ja etäisyyden kokemusta henkilölle lähimmistä ihmisistä. (Henriksson, 2021, 377.)

Henkilölle voi olla äärimmäisen vaikeaa sietää ja tulla toimeen pelon, vihan, itsevihan, häpeän ja syyllisyyden tunteiden kanssa. Itsensä rauhoittamisen taidot voivat olla puutteelliset, jolloin tunnetilat voivat tuntua äärimmäisen sietämättömiltä. Sietämättömät tunnetilat usein johtavat tunnetilan välttelyyn ja vaikeuksiin sietää yksin jäämistä, jolloin vaikeat tunnetilat potentiaalisesti tulevat tiedostetuksi. Henkilö saattaa useasti reagoida tilanteeseen ennen kuin ehtii tiedostaa tapahtunutta. Vuorovaikutustilanteissa nämä puutteelliset taidot saattavat näyttäytyä mentalisaation puutteena tai muiden vuorovaikutuksen ylitulkintana. Mentalisaatiolla tarkoitetaan kykyä erottaa oma mieli kuten ajatukset ja tunteet muiden mielestä. (Steele ym., 2005, 16.) Purkamattomat traumaattiset kokemukset saattavat johtaa siihen, etteivät henkilöt tunnista oireidensa yhteyttä sietämättömiin tunnekokemuksiin. Sen sijaan se saattavat hakeutua avun piiriin kokonaan muiden syiden kuten toistuvien uupumisjaksojen tai uni-ongelmien vuoksi (Leikola, 2014, 128).

Kompleksisen trauman on tunnistettu altistavan ainakin seuraaviin psyykkisiin häiriöihin kuten ahdistuneisuushäiriöön, paniikkihäiriöön, tunne-elämältä epävakaassa persoonallisuushäiriössä sekä dissosiativisessa identiteettihäiriössä. Sen lisäksi kompleksisen trauman on havaittu olevan altistavana tekijänä seuraavissa käyttäytymishäiriöissä kuten riippuvuuksissa, syömishäiriössä, väkivaltaisessa käyttäytymisessä sekä suisidaalisessa käyttäytymisessä. On tyypillistä, että lapsuusiän traumasta kärsivillä on haasteita kiintymyssuhteissa sekä haitallisia ja vääristyneitä uskomuksia koskien itseä ja maailmaa. (Knight, 2019, 26.) Voidaankin esittää oleellinen kysymys, että missä määrin edes tarpeen erotella diagnostisesti em. häiriöitä traumasta siinä tapauksessa, että kompleksinen traumatausta tunnistetaan. Toisaalta voidaan ajatella, että kyseiset häiriöt saattavat kieliä mahdollisesta traumataustasta. Tällöin kyseisiä häiriöitä työssään kohtaavan työntekijän tulisi ymmärtää punnita trauman mahdollisuutta syy-yhteyksiä hahmottaessaan.

On katsottu erityisesti sosiaalisen tuen puuttumisen olevan olennainen riskitekijä psykopatologian kehittymiselle. Muita yksilöllisiä riskitekijöitä ovat kumuloitunut eli

aiempi trauma, pitkään jatkunut lapsuudenaikainen kaltoinkohtelu, aiemmat sopeutumiskyvyt, koettu hengenvaara traumatilanteessa sekä dissosiaatio traumatilanteessa (Brewin, Andrews & Valentino 2000, 748–766.) Kuitenkin arvioitaessa trauman vaikutuksia myöhempään kehitykseen, tulee huomioida vaikutusten olevan monisyisiä eikä yksioikoisia syy-seuraussuhteita tulisi johtaa. Traumaa arvioitaessa tulee muistaa multifinaalisuuden ja ekvifinaalisuuden periaatteet päätelmien tekemisessä. Multifinaalisuudella tarkoitetaan, että samanlaiset riski- ja haittatekijät voivat johtaa monenlaisiin häiriöihin, kun taas ekvifinaalisuuden periaatteella tarkoitetaan, että samankaltaisilla psyykkisillä oireilla voi olla erilaiset etiologiat eli taustasyt. (Sinkkonen, 2003, 147).

## 4.2 Traumatisoitumisen prosessi

Kompleksinen trauma kulminoituu psykobiologiseen vaurioon, jolloin kokemusta voidaan pitää traumatisoivana vain silloin, kun se johtaa jonkinlaiseen psykopatologiaan tai persoonan rakenteen jakautumiseen. (Leikola, 2014 47–48). Tietyntylaisella tapahtumalla voi olla traumatisoiva vaikutus yksilöön, mutta järkyttävän tapahtuman seurauksena ei aina tapahdu traumatisoitumista. Tällä tarkoitetaan sitä, että traumatisoituminen riippuu sekä traumatisoivan tapahtuman piirteistä että yksilön subjektiivisista piirteistä eli psyyken integraatiokyvystä. Objektivistista tapahtumaa eli potentiaalisesti traumatisoivaa kokemusta määrittää traumaattisiin tapahtumiin liittyvät yksilön integraatiokyvyn ylittävät sietämättömät tunnetilat. Näitä tunnetiloja traumatisoitunut yksilö ei ole kyennyt liittämään osaksi elämänsä historiaansa. Tapahtumaa tai kokemusta pidetään traumatisoivana, kun yksilöllä voidaan todeta joitakin kehittyneitä elämää häiritseviä psyykkisiä oireita, jotka selittyvät emotionaalisella traumalla. Traumatisoitumiseen liittyy siis olennaisesti potentiaalisen traumatisoivan kokemuksen lisäksi yksilön oma integraatiokyky, sosiaalinen tuki ja mahdollisuudet käsitellä sietämättömiä tunnetiloja. (Van der Hart, Nijenhuis & Steele 2009, 23–24.) On kuitenkin havaittu, että varhainen kehitystrauma kuten AC-kokemukset voivat estää turvallisten kiintymyssuhteiden muodostamisen ja tehokkaiden selviytymistaitojen opettelua koko elämän ajan (Herman, 1992, 96–97).

Traumaan liittyvät sietämättömät tunnetilat ovat alun perin Pierre Janet'n esittämä tekijä, jonka mukaan traumatisoivaan kokemukseen liittyvät tunnetilat aiheuttavat vaurion psykobiologiseen organismiin. Tästä muodostuu myöhemmin altistava tekijä psykopatologialle. Janet'n näkemyksen mukaan sietämättömät tunnetilat ovat ominaan aiheuttamaan vaikutuksia, jotka johtavat kompleksiselle traumalle tyypilliseen toiminnalliseen rakenteeseen. (Leikola 2014, 49.) Kysymys on siis tietynlaisesta epäsuhdasta yksilön integraatiokyvyn ja traumatisoivan kokemuksen välillä. Tämä selittää esimerkiksi sen, että traumatisoivaa kokemusta ei poikkeuksetta seuraa psykobiologisia muutoksia (Van der Hart, Nijenhuis & Steele 2009, 23–24).

Pierre Janet'n mukaan traumatisoivien tapahtumien vaikutuksiin liittyy olennaisesti kokemuksen kesto, toistuvuus ja intensiivisyys, joiden avulla voidaan arvioida traumaattisen tapahtuman vakavuutta. Traumatisoitumiseen liittyen on olennaista, missä yksilön kehitysvaiheessa potentiaalisesti traumatisoivat kokemukset eli vauriot tapahtuvat erityisesti huomioiden hermoston kypsyneisyyden, kielen kehityksen sekä sosiaalisen tuen roolin. Mitä varhaisemmassa vaiheessa yksilö kohtaa tällaisia vaurioittavia tapahtumia, sitä vakavampi emotionaalinen trauma on ja näin ollen yksilöllä on suurempi riski vakavampiin psykopatologisiin häiriöihin. (Steele, Van der Hart & Nijenhuis 2005, 15.)

Yksilön integraatiokyvyllä tarkoitetaan sitä prosessointikykyä, johon ihminen on kykenevä. Subjektiiivinen kokemus tapahtumasta on emotionaalinen ja elämyksellinen kokemus, joka kattaa subjektiivisen tulkinnan tilanteesta kuten mahdollisesta uhkasta ja sen kokemuksesta sekä henkilön kokemat selviämismahdollisuudet. Kokemus on emotionaalisen prosessoinnin lopputulos, johon vaikuttaa yksilön kognitiivinen prosessointikyky ja tilanteen arviointi ja tulkinta tapahtumien kulusta. Kokemus tapahtuman stressaavuudesta ja sen luomat tunteet ovat siis oman kognitiivisen arvioinnin tulosta. Täten myös se, miten yksilö selviää stressaavasta kokemuksesta ja reagoi stressiin, riippuu yksilön kognitiivisista arviointikyvyistä. (Lazarus & Folkman, 1984, 21–24, 289.)

Ihmissuhdetrauman on esitetty syntyvän tilanteissa, joissa hoivaajat ovat samanaikaisesti tarpeellisia ja vaarallisia tai saavuttamattomissa olevia. Lapsi on hyvin altis traumatisoitumiselle, sillä hänen kognitiivinen arviointikykynsä sekä kyky rationalisoida ei ole kehittynyt. Lapset tuntevat itsensä helposti pelokkaiksi, yksinäisiksi ja ei-toivottuiksi, kun he ovat uhattuina tai huomiotta jätettyinä hoivaajansa toimesta sellaisessa paikassa, jonka tarkoitus on tuntua turvalliselta. Tämän seurauksena ajan mittaan lapsi saattaa omaksua vältteleviä selviytymisstrategioita, jotka ovat suojaavia trauma-peräisessä ympäristössä, mutta jotka tuottavat haasteita muissa ympäristöissä. Tunne, että maailmaan tai muihin ihmisiin ei voi luottaa voi siten olla hyvin perustavanlaatuisen kuten myös taipumus itsesyytöksiin. (Van der Kolk, 2006, 277–293.)

On hyvä tiedostaa, että traumatisoituneella saattaa usein olla itseä, muita ihmisiä ja maailmaa koskevia vääristyneitä uskomusrakenteita, joita henkilön voi olla mahdoton tunnistaa arkielämässä. Traumatisoitumisen johdosta vääristynyt mielen ja kehon vuorovaikutus synnyttää itseään vahvistavan kehän, jolla on usein vahingollisia seurauksia yksilölle. Tällaiset ajatus- ja uskomusrakenteet usein murentavat yksilön minäkuvaa ja ylläpitää traumasta johtuvia häiriötiloja. (Ogden, Minton & Pain, 2006, 1.) Trauma on usein ollut henkilölle niin sietämätön tuska, että siitä selviytyäkseen on täytynyt kehittää selviytymiskeinoja. Tällaiset selviytymiskeinot eivät välttämättä olisi kehittyneet ilman traumaattista kokemusta ja sen aiheuttamaa selviytymispakkoa. Voidaankin ajatella, että traumaoireet ovat osoitus ihmismielen taitavasta sopeutumisesta ja selviytymisestä. Trauma tekee uhrinsa hauraaksi ja voi saada hänet käyttäytymään epäinhimillisesti toisia ihmisiä kohtaan, mutta samalla se on osoitus selviytymistaidoista. Sen vuoksi traumasta kertoviin oireisiin tulisikin suhtautua asiakkaiden vahvuuksina, sillä traumasta huolimatta useat ihmiset kykenevät olemaan rakastavia kumppaneita ja vanhempia sekä päteviä työssään.

### 4.3 Trauman vaikutukset aivojen informaation käsittelyn näkökulmasta

Informaatiota työstetään hierarkkisesti kolmella eri tasolla, jotka ovat korkeimman tason tiedonkäsittely eli kognitiivinen työstäminen, tunnetason tiedonkäsittely sekä alkukantaisempi kehontoiminnoissa ilmenevä sensomotorisen käsittelyn taso. On havaittu, että trauman seurauksena yhteys näiden eri tasojen välillä häiriintyy. Kompleksisen trauman yhtä ydinoiretta trauman uudelleenkokemista on selitetty muun muassa tällä teorialla. Vaikeudet vireystilan hallinnassa vaikuttaa emotionaaliseen ja kognitiiviseen työstämiseen, joka aikaan saa tunnetilojen aktivoitumisen, traumamuistojen mieleen tunkeutumisen sekä virhetulkinnat. Virhetulkinnoinnilla tässä yhteydessä tarkoitetaan sitä, että ärsykkeet tulkitaan liittyvän virheellisesti traumaan. (Van der Kolk, 1996.)

Sensomotorisella työstämisellä tarkoitetaan informaation subkortikaalista (kortikaalisten alueiden alapuolella tapahtuvaa) työstämistä. Siihen kuuluu aistien herättämät fyysiset muutokset, puolustusreaktiot kuten säpsähdysrefleksi ja taistele tai pakene -reaktio, muutokset hengityksessä ja lihasjännityksessä sekä autonomisen hermoston muutokset. Sensomotoristen toimintojen aktivoitumiseen vaikuttaa siis ylhäältä alas suuntautuva prosessointi, jolloin ylemmän tason kognitiivinen tiedonkäsittely hillitsee alemman tason sensomotorista työstämistä. (Ogden ym. 2006, 8-9.)

Kognitiivisen tason tiedonkäsittelyllä viitataan ihmisen kykyyn tehdä harkiten tietoisia päätöksiä, käsitteellistää, päätellä, antaa merkityksiä ja ratkaista ongelmia. Traumasta kärsivällä edellä mainitut kyvyt voivat olla vireystilan säätelyhäiriön vuoksi osittain estyneitä. Trauman voimistavat ja aiheuttamat tunnetilat, intrusiiviset ajatukset ja mielikuvat voivat olla niin voimakkaita, ettei kognitiivisesta prosessoinnista vastaavat alueet kykene hillitsemään automaattisesti virinnetä sensomotorisia toimintoja. Traumatisoituneiden kielteiset uskomukset ovat usein joustamattomia, epätarkoituksen mukaisia tulkintoja traumasta sekä muista elämäkokemuksista. Ne ilme-

nevät usein yleistävinä negatiivisina, mutta tahattomina ja usein virheellisinä ajatuksina. Tällaiset uskomukset voivat olla niin automatisoituneita, että ne vaikuttavat tapaan ajatella ja hahmottaa maailmaa, jolloin voidaan puhua kognitiivisesta vääristymästä. (Ogden ym. 2006, 8–9.) Kognitiiviset vääristymät voivat aiheuttaa turhaan traumaan liittyvän tunnetilan tai ajatuksen uudelleen kokemista, joka taas tuottaa edelleen tuskaa yksilölle. Tunnetilojen ollessa riittävän vahvoja ja sietämättömiä kognitiivinen prosessointi epäonnistuu, jolloin todellisuuden järkeistäminen voi olla vaikeaa. Trauman uudelleen kokemisen kehä on valmis ja usein tapahtunut jo ennen kuin yksilö on edes tiedostanut tapahtunutta.

Informaation prosessointiin kuuluu olennaisesti emotionaalinen prosessointi, joka yhdistää tunnetilat ja motiivit kognitiiviseen tiedonkäsittelyyn. Traumatisoitunut saattaa olla irrallaan omista tunteistaan, jolloin kokemus tunteista on latistunut. Vaihtoehtoisesti he saattavat kokea tunteet pakottavina ja välitöntä toimintaa edellyttävinä, jolloin tunteita ei kyetä harkitsemaan ja säätelemään. Niiden ei koeta vain olevan käyttäytymistä ohjaavia toimintaehdotuksia, vaan niiden rooli korostuu ehdottoman tärkeäksi. Tunne saattaa saada traumatisoituneen elämään uudelleen traumakokemuksensa, jolloin yksilö jää sietämättömien tunnetilojen armolle. Tällainen purkamattomasta traumasta johtuva tunnetilan kiihtyminen saattaa johtaa epätarkoituksenmukaiseen reaktioon nykyhetkessä kuten hyökkäämisen tai puolustusreaktion tai totaaliseen vetäytymiseen. (Ogden ym. 2006, 11–12.)

Emotionaalisella prosessoinnilla ei tällöin ole tilaa toteutua, jolloin tunteen kuvailu, ilmaiseminen ja tunnetilojen yhdistely ei onnistu. Traumaan liittyvä emotionaalinen reaktio kuten tunnekokemus ei usein tunnu lakkaavan. Yksilöllä saattaa olla tunteiden hallintakeinonaan erilaisia haitallisia tai hyödyllisiä toimintoja tai rituaaleja. Sietämättömän tunnetilan välttely tai kyvyttömyys ymmärtää sen vaikutuksia saattaa johtaa tunnetilan juuttumiseen, kun emotionaalista reaktiota ei saada sammutettua emotionaalisella prosessoinnilla. Tällöin traumatisoitunut yksilö saattaa olla kiinni

omaan traumaan liittyvässä surussa, vihassa, häpeässä tai pelossa tai muussa olennaisessa tunnetilassa. Juuttumista saattaa myös aiheuttaa, jos henkilö ei kykene erottamaan tunnetilaa kehollisesta aistimuksesta. (Ogden ym. 2006, 11-12.)

## 5 KOMPLEKSINEN TRAUMA SOSIAALITYÖSSÄ

Karatziaksen ja kollegoiden (2018) tutkimuksessa tutkittiin traumaan liittyvien kognitioiden, tunnesäätelystrategioiden ja kiintymystyylin sekä cPTSD-diagnoosin välistä yhteyttä. Tutkimuksessa selvisi, että cPTSD:n kanssa eniten korreloi negatiivinen minäkäsitys. Se ilmenee pysyvinä joustamattomina uskomuksina itsestä heikkona, häviäjänä ja arvottomana yksilönä, johon liittyy syvä häpeän, syyllisyyden tai epäonnistumisen tunne. (Maercker ym., 2013.) Negatiiviseen minäkäsitykseen liitettiin myös kiintymysahdistus, joka ilmenee hylätyksi tulemisen pelkona tai ahdistuksena, jos kumppani on hetkellisesti tavoittamattomissa. (Karatzias, 2018, 128.)

Tällaiset uskomukset ja skeemat voivat tehdä yksilöstä erittäin vastustuskykyisiä perinteisille kognitiivisbehavioraalisille interventioille. Kognitiivisbehavioraalisilla interventioilla pyritään edistämään yksilön ajatusten, tunteiden ja käyttäytymisen yhdistämistä sekä harjoitellaan omien tunteiden säätelyä ajatusmalleja käsittelemällä. On ehdotettu, että itsemyötätuntoon ja voimavaroihin keskittyvät ajatusmallit interventioissa ovat tehokkaampia. Kuitenkin tutkimuksen tuloksista ilmeni, että emotionaalisen tiedonkäsittelyn systemaattinen harjoittelu on avainasemassa traumaattisten muistojen käsittelyn onnistumiseksi. (Karatzias, 2018, 128.)

On havaittu, että traumatisoituneella voi olla vaikeaa välttää uudelleen traumatisoitumista, kun he todennäköisemmin kohtaavat myöhemmin elämässään potentiaalisesti traumatisoivia tapahtumia. Heillä saattaa myös olla vaikeuksia sitoutua toipumistyöskentelyyn. Nämä piirteet näyttävät emotionaalisena epävakautena, ihmissuhteiden epävakautena, impulsiivisuutena ja epävakautena itserakenteena. (Briere & Elliot, 1994, 55.) Traumatisoituneiden asiakkaiden kanssa työskennellessä, työntekijän on hyväksyttävä tällaiset usein ongelmalliseksi mielletyt käyttäytymismallit ja ajatusrakenteet. Ne ovat osa mielessä konstruoituja selviytymismalleja, ja työntekijän tulee suhtautua niihin lempeän ymmärtäväisesti mahdollistaakseen turvallisen ympäristön asiakkaalle.

## 5.1 Näkökulma traumatietoisen työotteen toteuttamiseen

Harrisin ja Fallotin (2001) työ tarjoaa keskeisiä näkökulmia ympäristön kehittämiseen, jossa hyödynnetään traumainformoitua työotetta. Em. tutkijat ehdottavat, että traumatietoinen käytäntö ottaa trauman huomioon, välttää uudelleen traumatisoitumista ja trauman uudelleenaktivoitumista. Työntekijän vuorovaikutuksen ja toimintatapojen tulisi olla suunniteltu niin, että ne tukevat asiakkaan selviytymiskykyä. Työskentelyn ohessa voidaan opetella keinoja hallita trauman oireita onnistuneesti. Harrisin ja Fallotin mukaan traumainformoituun työotteeseen sisältyy viisi perusarvoa, jotka ovat turvallisuus luotettavuus, valinnanvapaus, yhteistyö ja voimaantuminen. (Harris & Fallot, 2001.) Tulososiossa tarkastelen traumainformoidun työotteen toteuttamista näiden perusarvojen pohjalta. Traumainformoidusta työotteesta sosiaalityön kontekstissa löytyy paljon julkaistua materiaalia. Sen vuoksi halusin rajata tarkastelua ainoastaan tähän näkökulmaan.

Traumainformoidun työotteen mukainen palvelu rakentuu ymmärryksestä trauman ja sen kokemisen vaikutuksista yksilön elämään ja kehitykseen. Jotta voitaisiin tarjota laadukkaita trauman huomioivia palveluja niin jokaisen työntekijän tulisi ymmärtää, miten trauma vaikuttaa asiakkaan elämään. Jokaisen vuorovaikutustilanteen on oltava sopusoinnussa toipumisprosessin kanssa ja kaikessa työskentelyssä tulee pyrkiä vähentämään uudelleentraumatisoitumisen mahdollisuutta. (Elliot, Bjelalac, Markoff, Fallot & Reed, 2005, 465.) Kun asiakas ohjautuu sosiaalijärjestelmän palveluihin, intervention painopiste keskittyy usein välittömiin ajankohtaisiin ongelmiin varhaisten traumojen sijaan (Knight, 2015, 27). Ajatellaan olevan ratkaisevan tärkeää, että sosiaalityöntekijät olisivat tietoisia siitä, miten traumaan liittyvä dynamiikka voi ilmetä auttamissuhteessa. Työntekijän tulee tarkoituksella pyrkiä minimoimaan uudelleen traumatisoitumista, joka saattaa tapahtua tahattomasti, kun työntekijä reagoi asiakkaan vastarintaan tuomitsevasti. Traumainformoidun työotteen ajatellaan edistävän paraneamista vahvistamalla asiakkaan itsemääräämisoikeutta. (Levenson, 2020, 288–290.)

Samanaikaisesti mielenterveysongelmista, päihderiippuvuudesta ja traumaoireista kärsiviä moniongelmaisia asiakkaita palveleville järjestelmille on ollut ominaista lokeroituminen, pirstaloituminen ja taipumus toimia toisistaan riippumattomasti toisistaan erillään. Asiaankuuluvan hoidon ja palvelun saamista vaikeuttaa ymmärryksen puute käsittelemättömästä traumasta, joka voi olla usein muiden näkyvämpien ongelmien alkusyy. Moniongelmaisuudesta kertoo myös se, että 60–75 prosenttia naisista, jotka ovat hoidossa alkoholi- ja muiden huumeongelmien vuoksi, ovat kokeneet lähisuhdeväkivaltaa elämänsä aikana (El-Bassel, Gilbert, Schilling, & Wada, 2000). Naiset, joilla on päihderiippuvuus ovat joutuneet useammin seksuaalisen väkivallan kohteeksi kuin naiset, joilla ei ole päihderiippuvuutta. Usein myös päihderiippuvaisten naisten raiskauskokemus on ollut kestoaltaan yleensä pidempi, kuin naisten, joilla ei ole päihderiippuvuutta (Kilpatrick, Acierno, Resnick, Saunders, & Best, 1997). Henkilöt, joilla on mielenterveysongelmia sekä päihderiippuvuus ovat kokeneet myös enemmän muita elämän taakkoja kuten asunnottomuutta, työllistymisvaikeuksia ja perheongelmia (Cohen ym., 2000). Moniongelmaiset mielletään usein vaikeasti autettavaksi joukoksi, jotka saattavat pudota palvelujen väliin helpommin kuin henkilöt, joiden ongelmat ovat tarkkarajaisemmat.

Moniongelmaiset asiakkaat tarvitsisivat empiiriseen näyttöön perustuvia traumainformoituja palveluja, joissa huomioidaan traumaattisten kokemusten aiheuttama haavoittuvaisuus. Traumasta kärsivät asiakkaat saattavat suhtautua viranomaisiin ja ammattihenkilöstöön negatiivisesti ja varautuen tai peläten tulevansa satutetuksi. Traumalle tyypillisesti luottamus on rikkoutunut, jolloin myöskään viranomaisiin luottaminen ei ole yksinkertaista. Taustalla voi myös olla pelkoja leimautumisesta ”hulluksi” tai ”huonoksi äidiksi”, joka on vaarassa menettää lapsensa. Sen vuoksi ammattilaisilla tulisi olla ymmärrys siitä, että traumatisoitunut asiakas saattaa joskus käyttäytyä epäjohdonmukaisesti, epäluuloisesti tai vihamielisesti. Ammattilaisen tulee olla valmiina vakuuttamaan asiakas siitä, että viranomaisen aiheet eivät ole pahat eikä tarkoituksena ole loukata, satuttaa tai häpäistä asiakasta. (Brown, Harris & Fallo, 2013, 387.)

Traumatutkija Julian Hermanin mukaan (1992, 159) trauma rikkoo ihmisen uskomuksia siitä, että maailma on turvallinen paikka ja ihmiset luotettavia. Tämän oivalluksen tulisikin olla lähtökohta traumainformoidussa työtöteessä, jolloin työntekijän tehtävänä on vahvistaa asiakkaan turvallisuuden tunnetta. Traumainformoidussa työskentelyssä tulisi luoda myös fyysisesti turvallinen ympäristö, jossa on hyvä valaistus ja hiljaiset huoneet. Tämä tulisi huomioida etenkin tilanteissa, joissa asiakas on nykyhetkellä väkivaltaisessa ihmissuhteessa tai kokenut väkivaltaa ihmissuhteissaan aiemmin. Ei voida liiaksi korostaa, kuinka tärkeää on kiinnittää huomiota turvallisuuden kokemuksen rakentamiseen vuorovaikutussuhteessa. Trauma on tapahtunut useimmiten ihmissuhteissa, jolloin traumasta paranemisen on tapahduttava suhteessa turvallisiin ja luotettaviin auttajiin. (Brown, Harris & Fallo, 2013, 387.) Voimaantumisen ja turvallisuus asiakassuhteessa toisen ihmisen kanssa voivatkin olla usein ensimmäiset askeleet haavoittuneen psyyken korjaamisessa (Levenson, 2020, 289).

Mahdollisuuksia sisällyttää traumaorientaatiota palveluihin on käsitteellistää asiakkaan ongelmia, vahvuuksia ja selviytymisstrategioita trauman kautta. Työntekijän tulee ymmärtää, että trauma saattaa johtaa haitallisiin selviytymisstrategioihin kuten opittuun avuttomuuteen tai ennakoivaan aggressiivisuuteen. Muodostetut selviytymisstrategiat tarjoavat henkilökohtaista valtaa ja kontrollin tunnetta sekä tuoda helpotusta emotionaaliseen tuskaan. Käsitteellistämällä tarkoitetaan nykyhetken ongelmien yhdistämistä yksilön kognitiivisiin skeemoihin, selviytymistaitoihin sekä kiintymyssuhteeseen. Työskentelyssä on tärkeää keskittyä lisäämään asiakkaan henkilökohtaista ymmärrystä ja itsemyötätuntoa omia haasteitaan kohtaan. Sen lisäksi työntekijän tulee reagoida asiakkaan kertomuksiin tavoilla, jotka luovat turvallisuuden tunnetta, yhteistyötä ja luottamusta sekä voimaantumista. (Levenson, 2020, 290.) Shier ja Turpin (2017) ovat yksilöineet tutkimuksessaan Falloin ja Harrisin (2001) trauma-perustaisen käytännön arvojen toteutumista erilaisissa yhteisöpohjaisissa päihdehoito-ohjelmissa. Heidän tutkimuksessaan tutkittavat ovat päihdehuollon laitoshoidtoa saavia asiakkaita.

### 5.1.1 Turvallisuuden kokemus

Turvallisuuden tunteen rakentumisen on todettu useasti olevan keskiössä traumatietoisessa työotteessa. Turvallisuuden kokemuksella tarkoitetaan sitä, mitä hoito- ja organisaatioympäristö saa ihmiset tuntemaan (Shier & Turpin, 2017, 614). Harris & Falot (2001) taas määrittelevät turvallisuuden kokemuksen traumainformoidussa työotteessa fyysiseksi, psyykkiseksi ja emotionaaliseksi mukavuuden tunteeksi asiakkaan näkökulmasta. Najavitsin (2009, 312) mukaan turvallisuus on taas sateenvarjokäsite, jolla tarkoitetaan, että asiakas on turvassa päihteiltä, haitallisilta ihmissuhteilta, äärimmäisen voimakkailta oireilta kuten suisidaalisuudelta ja dissosiaatiolta. Myös auttamissuhteiden on tunnettava turvallisilta. Turvalliset ihmissuhteet ovat ennustettavia ja luotettavia. Ihmisten välinen turvallisuus toteutuu, kun odotukset ovat selkeitä ja johdonmukaisia. Turvallisessa auttamissuhteessa säännöt ovat ennalta sovittuja sekä läpinäkyviä ja niitä sovelletaan puolueettomasti. Myös Von Greiffin ja Skogensin (2014) tutkimuksen tulosten mukaan erilaisten auttamisohjelmien johdonmukaisuus, tarkkarajainen rakenne ja säännöllisyys edesauttavat turvallisuuden kokemuksen syntymistä.

Shierin ja Turpinin tutkimuksessa (2017, 614) työntekijän luotettavuus raportoitiin yhdeksi emotionaalisen turvallisuuden kokemusta edistäväksi tekijäksi niin asiakkaan ja työntekijän välillä kuin asiakkaiden vertaisryhmissä. Luottamus määriteltiin ennen kaikkea ympäristöksi, joka mahdollistaa tuskallisten tunteiden ja kokemusten jakamisen ilman pelkoa kerrotun leviämisestä tai tuomitukseksi tulemisesta. Luottamuksen rakentumista edisti sen ennalta määrätty sopiminen ja tarkoituksellisuus, jolloin työntekijä ja asiakas ovat yhteisessä ymmärryksessä siitä, milloin ja miten arkaluonteisia tietoja jaetaan.

Sopimuksellisuus edistää turvallisuuden tunnetta. Sääntöjen noudattamisen valvonalla havaittiin olevan voimakas yhteys asiakkaiden kokemaan turvallisuuteen. Säännöt loivat asiakkaalle ja työntekijälle yhteisen näkemyksen siitä, mitä työskentelyssä

siedetään ja mitä ei. Sääntöjen noudattamisen seuranta pidettiin yleisesti turvallisuutta edistävä asiana. Eräs tutkittava kertoi kokemuksesta, jossa sääntöjen toteutumisen valvonta edistää myös laajempaa oppimista käyttäytymisen muutoksen ja oman toiminnan seurausten ymmärtämisestä. Kun sovittujen asioiden toteutumista valvotaan, niin huomataan myös mahdolliset rikkomukset. Tällöin niitä voidaan yhteistuumin reflektoida. (Shier & Turpin, 2017, 615.)

Sosiaalityöntekijän vuorovaikutustyylin tulee olla aito, salliva ja lempeä. Keskustelua traumatisoivista tapahtumista ja niihin liittyvistä merkityksistä on käytävä asiakkaalle sopivassa tahdissa. Myös työntekijän itsensä on hyvä tiedostaa, että joskus voi olla haastavaa ylläpitää empaattista läsnäoloa sellaisten asiakkaiden kanssa, jotka vaikuttavat varovaisilta, varautuneilta, vihaisilta, epämotivoituneilta tai vastustelevilta. Traumatietoinen työntekijä kuitenkin ymmärtää, että tällainen käyttäytyminen voi selittyä purkautumattoman trauman seurauksena muodostuneilla suojaavilla reaktioilla. (Levenson, 2020, 290.)

Turvallisuuden tunnetta lisäsi myös asiakkaan vakuuttaminen tämän kyvyistä onnistua muutoksessa. Useilla tutkittavilla oli ennestään vahva itsemääräämisen tunne, jota vahvisti tuki toipumiseen liittyvä vastavuoroinen varmuus. Kun työntekijä ilmaisi olevansa vakuuttunut asiakkaan toipumisesta, asiakkaan oma kokemus ja luottamus toipumiseen vahvistui. Tämä mahdollisti myös joustavamman suhtautumisen uusien asioiden kokeilemiseen sekä työntekijän ja asiakkaan välisen yhteistyön rakentumisen. (Shier & Turpin, 2017, 615.) Etenkin asiakkaat, joilla on useita päällekkäisiä ongelmia ovat saattaneet saada alentavan kokemuksen käyttäessään sosiaalijärjestelmän palveluita. He ovat saattaneet myös kohdata halveksuntaa työntekijän toimesta. (Elliott, Bjelajac, Fallo, Markoff & Reed, 2005).

### 5.1.2 Työntekijän luotettavuus

Luotettavuudella tarkoitetaan asiakkaalle välitettävää läpinäkyvää tietoa siitä, mitä työskentelyltä voidaan odottaa ja mitä sillä tavoitellaan. Tämä varmistaa johdonmukaisuuden ja asettaa työskentelylle raamit ja rajat (Brown, Harris & Fallot, 2012, 388). Traumatisoituneilla ihmisillä on usein haasteita luottaa muihin uskollisina, tukevin, hoivaavina tai vastuullisina yksilöinä. Jotkut asiakkaat saattavat suhtautua epäluuloisesti ja varovaisesti muita ihmisiä sekä myös ammattiauttajia kohtaan. Luottamuksen puute ja skeptisyys suojaavat asiakasta pettymykseltä, jota hän odottaa aikaisempien kokemusten perusteella. Traumatietoinen työote ottaa huomioon roolin, joka varhaisilla vastoinkäymisillä on asiakkaan luottamiskykyyn. (Levenson 2020, 293–294.)

Shierin ja Turpinin (2017, 616) tutkimuksessa tutkittavat raportoivat luottamuksen dynamisesta luonteesta, johon liittyi kuitenkin muutamia yhteisiä tekijöitä. Nimitettyjä tekijöitä olivat mukavuuden tunne asioiden jakamiseen liittyen, työntekijän saatavuus, työntekijän hyväksyvä suhtautuminen, myönteinen suhdedynamiikka ja välittäminen. Edellä mainitut tekijät raportoitiin auttavan rakentamaan luottamusta työntekijän ja asiakkaan välille. Tutkittavat nostivat esiin sen, kuinka tärkeää työntekijän on kunnioittaa jokaisen asiakkaan yksilöllistä halua jakaa asioita omaan tahtiin. Mukavuuden tason löytämistä kuvattiin haluna mennä tavallista turvallisemman alueen yli tilaan, jossa asiasta kertominen voi tuntua vaikealta. Työntekijän helppo tavoittaminen ja saatavuus poisti omalta osaltaan luottamuksen rakentumisen esteitä.

Erääksi tärkeimmäksi luottamusta rakentavaksi tekijäksi tutkittavat nostivat työntekijän suhtautumisen asiakkaaseen. Ymmärtäväisyys ja hyväksyntä olivat keskeisiä elementtejä, joita kaivattiin työntekijöiltä. Hyväksyvään lähestymistapaan kuuluu olennaisesti leimaavien termien poisjättäminen puheesta, asiakkaan hyväksyminen sellaisena kuin hän on, aktiivisen kuuntelun ja validoinnin tekniikat. Validoinnilla tarkoitetaan tunnetilan oikeaksi vahvistamista ja sen hyväksymistä. (Shier & Turpin,

2017, 616.) Asiakkaan kohtaaminen ystävällisesti ja kunnioittavasti on ratkaisevan tärkeää luottamuksen ja turvallisuuden tunteen rakentamisessa. Avun hakeminen itsensä voi olla potentiaalisesti uudelleentraumatisoiva kokemus. Avun vastaanottaminen sosiaalityöntekijältä voi olla vaikeaa asiakkaille, jotka eivät ole oppineet luottamaan muihin ihmisiin. (Bloom, 2013.) Asiakkaat saattavat näyttäytyä työntekijän silmiin joko kiihtyneinä tai irrallisina, minkä työntekijät voivat tulkita virheellisesti vastarinnaksi tai motivaation puutteeksi. Sen vuoksi työntekijän on erittäin tärkeää ymmärtää, että hyväksikäyttävässä tai laiminlyövässä ilmapiirissä kasvaneille ihmisille avun pyytäminen voi olla tuntua turhalta tai jopa vaaralliselta. Niinpä monet asiakkaat tulevat palvelujärjestelmiin pelokkaina. Jotkut asiakkaat häpeävät tarvitsevansa apua, mikä vahvistuu, jos he aistivat työntekijän tuomitsevan tai suhtautuvan heihin alentuvasti. (Levenson, 2020, 293.)

Myönteinen vuorovaikutusilmapiiri kuten rohkaisu ja avulaisuus raportoitiin edistämään työskentelymotivaatiota. Avulaisuudella tarkoitettiin kaikkia niitä tapoja, joilla työntekijä osoitti aitoa sitoutumista asiakkaan asioiden käsittelyyn ja toipumiseen. Tutkittavat kokivat sen riittäneen, kun työntekijät osoittivat välittämistä pienilläkin elementeillä kuten kuulumisten kysymisellä ja pienten aiemmin kerrottujen henkilökohtaisten asioiden muistamisella. (Shier & Turpin, 2017, 616.)

### 5.1.3 Valinnanvapaus

Valinnanvapaudella tarkoitetaan palvelun käyttäjän mahdollisuutta vaikuttaa saamaansa palveluun ja valvoa sen toteutumista (Harris & Fallot, 2001). Se koetaan usein voimaannuttavana, koska palvelunkäyttäjät ovat paremmin perillä asioista ja heille tarjotaan paremmat valmiudet tehdä päätöksiä tarvitsemansa palvelun tyypistä ja laadusta. Valinnanvapauden tärkeys on tunnustettu ja sitä on tutkittu erilaisissa palvelukonteksteissa. Nuorille on tarjottu mahdollisuus valita ruokaa ja vaatteita laitoshoidossa (Latham ym., 2010), akuuteissa kriisitilanteissa potilaalle tarjotaan mahdol-

lisuus valita, miten he säätelevät tunteitaan (Wilson ym., 2017) ja perheväkivallan ohjelmassa tarjottu mahdollisuutta kertoa tai jättää kertomatta henkilökohtaisia traumaattisia tarinoita (Wilson ym., 2015). (Shier & Turpin, 2021, 2.)

Uusitalon ja Van der Eijk (2016) tutkimuksessa tutkittiin valinnanvapautta ja asiakaskeskeisiä hoitomalleja traumainformoidun työotteen näkökulmasta päihdepalveluissa. Tutkimuksen tulosten mukaan kyseisissä hoito-ohjelmien jälkeen havaittiin tilastollisesti merkitseviä parannuksia trauma- ja mielenterveysoireissa. Kun taas hoito-ohjelmat, joissa ei oteta huomioon asiakkaan valinnanvapautta, osoittavat puutteellisuutta asiakaskeskeisyyden kokemuksessa. Tulosten mukaan valinnanvapautta edistävä hoitomalli edistää myös asiakkaan voimaantumisen kokemusta.

Shierin ja Turpinin tutkimuksessa (2017, 615) tunnistettiin neljä keskeistä valinnanvapauden näkökulmaa, jotka ovat yksilöllisten tarpeiden toteutuminen, osallistuminen, mahdollisuuksien tarjoaminen sekä keskittyminen. Tutkittavat kertoivat valinnanvapauden toteutuvan, kun ammattilaiset kartoittivat asiakkaiden yksilöllisiä tarpeita useimmiten neuvonnan avulla ja käyttivät sitten tätä tietoa työskentelyn suunnittelussa. Tähän prosessiin kuului suurelta osin henkilökohtaisen historian, riippuvuushistorian ja aiempien mahdollisten toipumisyritysten selvittäminen. Näitä tietoja käytettiin sitten rakentamaan toipumisprosessin polku antamalla vaihtoehtoja toipumisprosessin läpivientiin.

Tutkittavat raportoivat kokeneensa hoidon antoisammaksi, kun heille tarjottiin tilaa etsiä ja hyödyntää erilaisia toipumiseen tähtääviä mahdollisuuksia. Mahdollisuus vaikuttaa itse hoitokäytäntöjen valintaan voi auttaa yksilöä hyödyntämään omia vahvuuksia sekä tuottaa pystyvyyden kokemuksen. Työskentelyssä raportoitiin tärkeäksi myös mahdollisuus valita muutamia vaihtoehtoja, joiden avulla hän voi itse saavuttaa määrittelemänsä toipumistavoitteet. Asiakasta ohjataan valitsemaan toipumispolku, joka tukee hänen yksilöllisiä tarpeitaan. Tämä voi näkyä esimerkiksi yksilölle tarjottavina mahdollisuuksina päättää, minkä osa-alueen kanssa milloinkin työskennellään.

Asiakas itse voi muodostaa aiheita reflektionsa pohjalta sekä luoda keskustelua merkittävaksi ja ajankohtaiseksi kokemansa aiheen ympärille. (Shier & Turpin, 2017, 617)

#### 5.1.4 Yhteistyön periaate

Sosiaalityön sitouttamistaidot tarkoittavat usein avoimia kysymyksiä ja aktiivista kuuntelua neuvojen antamisen sijaan. Sitouttamistaidoilla tässä yhteydessä tarkoitetaan prosessia, jossa työntekijät kuuntelevat uteliaisuudella ja myötätunnolla asiakkaan kertomaa. Terapeuttinen sitoutuminen alkaa siitä, että työntekijä välittää asiakkaalle olevansa kiinnostunut ymmärtämään tämän ainutlaatuista kokemusta. Tavoitteena on varmistaa, että asiakkaat tuntevat itsensä kunnioitetuiksi, arvostetuiksi, tärkeiksi ja osallisiksi työskentelyyn. (Levenson, 2020, 295.) Kun asiakkaat alkavat nähdä ongelmansa hallittavina ja heidän tavoitteensa realistisina, työntekijä voi rohkaista asiakasta tavoitteidensa suhteen. Avoimilla kysymyksillä autetaan asiasta reflektimaan itse tilannettaan ja samalla tullaan kunnioittaneeksi asiakkaan autonomiaa. (Sallebey, 2011.)

Sosiaalisilla ongelmilla ja mielenterveysongelmilla on usein eristävä luonne, ja kokija saattaaakin tuntea itsensä yksinäiseksi ongelmineen. Tutkittavat korostivat myönteisten ihmissuhteiden ja yhteisöllisyyden rakentamista toipumisen edistämiseksi. Useille tutkittaville hoito-ohjelmaan osallistuminen olikin ensimmäinen kerta, kun he kokivat luottamuksellista kumppanuutta. Useat korostivat tällaisen kumppanuuden edistävän heidän osallisuuttaan ja kykyä ratkaista ongelmia. (Shier & Turpin, 2017, 618.)

Asiakkaiden uskomukset itsestä ja muista ihmisistä muovautuvat sen mukaan, millaisia merkityksiä he ovat liittäneet kokemuksiinsa. Tällaiset käsitykset voivat näkyä muihin ihmisiin kuten työntekijään kohdistettuina odotuksina. Jotkut saattavat käyttäytyä ammattilaisia kohtaan pelokkaasti tai kunnioittavasti, kun taas toiset vihamielisesti. Käyttäytymiseen voi sekoittua epäluottamusta, ahdistuneisuutta tai konfliktien välttelytaipumusta. Toinen saattaa tulkita herkästi ympäristön merkkejä kuten työntekijän ilmeitä, eleitä tai sanoja väärin uhkaavasti, vaikka todellista uhkaa ei olisi.

Tämä tulkinta saattaa aktivoida traumatisoituneen puolustus- tai välttämisreaktion. Asiakkaan puolustusreaktio saatetaan tulkita väärin vastarinnaksi tai muutosmotivaationpuutteeksi. Tällöin työntekijän tulisi suhtautua asiakkaan reaktioon ymmärtävästi ja myötätuntoisesti sekä tarjota turvallinen ympäristö pohtia muutoksen hyviä ja huonoja puolia. (Levenson, 2020, 196.)

Shierin ja Turpinin (2017) tutkimuksessa tunnistettiin viisi konkreettista yhteistyötä kehittävää tekijää, jotka ovat palautteen saaminen, suunnittelu, tavoitteen asettaminen, spesifisyys sekä riittävän tuen saaminen. Tutkittavat raportoivat, että työntekijän harkinnanvarainen palautteen antaminen auttoi tutkittavia punnitsemaan päätöksiään sekä tarjosi objektiivisen näkökulman, kun asiakkaat tekivät omaa toipumistaan koskevia valintoja. Työntekijän antaman palautteen sekä vertaispalautteen antamisen sisällyttäminen työskentelyyn koettiin auttavan refleктоimaan omaa toipumista. Sen koettiin edistävän vertaisten toipumista tarjoamalla myös kriittistä keskustelua mahdollisista toipumisen haasteista. Toinen kriittinen osa yhteistyötä on suunnittelu, joka koettiin tärkeimmäksi toipumista edistäväksi tekijäksi. Tutkittavat arvostivat suunnittelussa jatkuvaa kuulemistä ja mahdollisuuksia osallistua suunnitteluun, joka edisti asiakkaan osallisuuden kokemusta. Yhteinen suunnittelu sai asiakkaat tuntemaan, että työskentely oli yksilöllistä ja sidoksissa heidän omiin tavoitteisiinsa. Muukosen (2008, 167) mukaan osallisuus on laajalti käsitelty asia sosiaalityön käytännössä, ja sitä voidaan määritellä eri teorioiden ja lain kautta. Osallisuus voidaan nähdä rakentuvan yksittäisissä asiakaskohtaamisissa sekä asiakasprosessien osien kokonaisuutena ja yhtenäisyytenä. Asiakkaan ja työntekijän välinen dialogisuus rakentaa henkilökohtaista osallisuuden kokemusta.

Suunnittelun rinnalla melkein yhtä tärkeäksi elementiksi nostettiin selkeiden tavoitteiden asettaminen, jonka raportoitiin edistävän osallisuuden tunnetta, henkilökohtaista kasvua ja yksilön omien vahvuuksien tunnistamista. Tutkittavat raportoivat arvostavansa konkreettisten toipumisvaiheiden suunnittelua. Edistymisen arviointi asetettujen tavoitteiden saavuttamisen pohjalta koettiin lisäävän luottamusta omaan

kuntoutumisprosessiin. Työskentelyn spesifisyydellä taas tarkoitettiin huolellista perehtymistä jokaisen asiakkaan ainutlaatuisen menneisyyteen ja nykyisiin tarpeisiin. Spesifisyyden tarve korostuu etenkin, kun tarjotaan palveluita monimuotoiselle väestölle, joiden vaikeudet koostuvat useista erilaisista teemoista. Kuten jo tiedetään traumaoireilu voi usein olla hyvin monimuotoista, ja voi olla vaikeaa määrittää yhtä ja tiettyä ongelmaluokkaa. Lopuksi tutkittavat raportoivat riittävän tuen merkityksellisyydestä. Vaikka kuntoutumispolku olisi suunniteltu ja selkeät tavoitteet asetettu, niin ilman työntekijän tukea asiakkaat eivät kokeneet pärjäävänsä. Työntekijän saatavuus ja aito välittäminen koettiin motivoivan ja sitouttavan asiakkaita työskentelyyn. (Shier & Turpin, 2017, 618.)

#### 5.1.5 Voimaannuttaminen

Sosiaalityöntekijän tulee aina käyttää asiakkaasta sekä tämän kanssa käydyissä keskusteluissa arvostavaa, kunnioittavaa ja erottelematonta kieltä. Käytetyn kielen tulee pyrkiä erottamaan yksilön käyttäytyminen persoonasta sekä välttää kategorisoivia ja stereotyyppioivia määritelmiä. Sosiaalityöntekijät nähdään usein auktoriteettihenkilöinä, joten on tärkeää mallintaa vuorovaikutustilanteissa avoimuutta ja oikeudenmukaisuutta. Kun työntekijä tekee työssään virheen, myös hänen on osattava ottaa vastuu ja pyydettyä anteeksi ja pyrittävä korjaamaan erehdys. Tällainen käyttäytyminen voi opettaa välillisesti asiakkaalle epätäydellisyyden sallimista, vastuullisuutta ja nöyryyttä. (Levenson, 2020, 296.)

Shierin ja Turpinin (2017) tutkimuksessa tutkittavat tunnistivat viisi voimaannuttavaa lähtökohtaa traumainformoidussa työotteessa. Voimaantumisen kokemusta edisti mukavuuden tunne jakaa omia kokemuksia, traumaymmärrys sekä traumamuistojen laukaisun hallinta sekä ymmärretyksi tulemisen kokemus. Se, että asiakkaasta tuntuu mukavalta jakaa työntekijälle ajatuksiaan ja kokemuksiaan, kieliin luottamuksesta ja turvallisuuden tunteesta tilanteessa. Sen lisäksi se ilmentää myös asiakkaan aktiivista toimijuutta ja tahdonalaista osallistumista työskentelyyn, joka on toipumisen perimmäinen lähtökohta.

Tutkittavat peräänkuuluttivat asiantuntijan traumaosaamista ja -ymmärrystä. Tutkittavat toivat esiin sen, että työntekijöillä tulisi olla osaamista tilanteissa, kun traumamuisto laukeaa tai asiakas paljastaa traumansa. Jokaisen työntekijän substanssiosaamiseen tulisi kuulua traumakäytäntöjä. Tutkittavat kannattivatkin traumaperusteista mallia, jossa kiinnitetään huomiota traumaperäisten traumojen tunnistamiseen ja laukaisevien tekijöiden hallintaan. Trauman laukaisevien tekijöiden työstäminen liittyy suoraan parempaan traumaoireiden hallintaan, ja siksi niiden tunnistamisen tulisi olla osa työskentelyä. Laukaisevien tekijöiden huolellinen tarkastelu osana työskentelyä mahdollistaa kokemuksen turvallisemmasta tilasta ja tarjoaa asiakkaille selviytymiskeinoja, jotka auttavat riippuvuuden hallinnassa. (Shier & Turpin, 2017, 619.)

Viimeiseksi voimaantumista raportoitiin edistävän työntekijän ja asiakkaan välinen yhteyden tunne, jossa työntekijä käyttää aikaa ja työpanosta ymmärtääkseen asiakkaan elämismailmaa. Tutkittavat raportoivat halunneensa tuntea tulevansa ymmäretyksi kokonaisuutena mukaan lukien heidän merkittävät elämänhistorialliset kokemukset, persoonallisuutensa ja nykyisen elämäntilanteensa. Tämä oppimisprosessi voi tiivistää työntekijän ja asiakkaan välistä sidettä ja johtaa onnistuneeseen toipumiseen tai muutostyöhön. (Shier & Turpin, 2017, 618.)

## 6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä kirjallisuuskatsauksessa olen perehtynyt kompleksisen trauman keskeisiin oireisiin sosiaalityön asiakastyön ytimessä traumainformoidun työotteen perusarvoihin, joita työskentelyssä tulisi korostaa. Tutkielman tehtävänä on lisätä ymmärrystä ja tietoisuutta kompleksisen traumaperäisen stressihäiriön vaikutuksista sosiaalijärjestelmien tyypillisten asiakkaiden elämässä. Työn teoreettisena viitekehystenä toiminut persoonan rakenteellisen dissosiaation teoria on ollut osoittamassa traumakokemusten syvälle ihmisen persoonaan ulottuvia tiedostamattomia vaikutuksia. Tämän työn tavoite on osoittaa potentiaalisten traumaattisten kokemusten kanssa työskenteleville asiantuntijoille se, kuinka tärkeää traumaymmärrys sosiaalityön käytännössä on. Traumaymmärrys voi toimia asiantuntijalle välineenä kohdata asiakas tämän omista lähtökohdista käsin ja kehittää yhteistyösuhdetta joustavampaan suuntaan.

Traumainformoidussa työotteessa ei ole tarkoituksena hoitaa asiakkaan trauma, vaan muovata työmenetelmiä sellaiseksi, että ne tukevat asiakkaan turvallisuuden kokemusta ja selviytymistä. Traumainformoidun työotteen keskiössä tulisi olla se, mitä asiakkaalle on tapahtunut sen sijaan, että keskityttäisiin ainoastaan tämän nykyhetkessä näkyviin ongelmiin. Ajattelen, että työympäristöjen ja työtapojen muovaaminen kohti traumainformoitua suuntaa tulisi olla keskiössä sosiaalityön työmenetelmien kehittämisessä. Traumainformoidun työotteen toteuttamisen ei tarvitse noudattaa tarkasti määriteltyä protokollaa, vaan kyse voisi olla yksittäisistä keinoista, joilla voidaan tukea osaamista.

Ajattelen, että traumainformoidun käytännön ymmärtämisen tulisi kattaa ainakin peruslähtökohdat, joita ovat trauman keskeisten oireiden tunnistaminen ja ymmärtäminen ja traumatietoiset työtavat käytännön vuorovaikutustilanteissa. Työntekijöiden suhtautumista traumaan tulee lisätä tietoisuutta uudelleen traumatisoitumisen todennäköisyydestä sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestelmässä. Sen tiedostaminen, miten ja missä tilanteissa uudelleen traumatisoituminen saattaa mahdollisesti tapahtua, on auttavasti eteenpäin.

Voidaan todeta, että traumatisoituneen henkilön ajatus- ja uskomusrakenteet eli kognitiiviset skeemat liittyen itseen, muihin ihmisiin ja ympäröivään maailmaan ovat usein jossain määrin vääristyneitä. Vääristyneet uskomusrakenteet edesauttavat vääristyneiden, minälle haitallisten tulkintojen tekemistä, joka taas saattaa laukaista henkilössä puolustus- ja välttämisreaktion riippuen opituista selviytymiskeinoista. Tällaisen tapahtumaketjun ymmärtäminen auttaa työntekijää ymmärtämään asiakasta paremmin hänen lähtökohdistaan käsin. Olennaista on myös ymmärtää trauman perusoirekuva, joka koostuu trauman uudelleenkokemisen oireista ja niiden välttelypyrkimyksistä sekä yli- tai alivireysoireista, joilla kompensoidaan välttelypyrkimyksiä.

Kirjallisuuskatsauksen tulososiossa tarkastelin traumainformoidun työtteen toteuttamista Maxine Harrisin ja Roger Falloin luomien viiden perusarvon näkökulmasta. Esittelemästäni tutkimuksesta (Shier & Turpin, 2017) voidaan ammentaa keinoja traumatietoiseen työtteeseen muidenkin asiakasryhmien kuin päihdehuollon laitosiakkaiden keskuudessa. Tärkeintä on mielestäni ymmärtää se, että jokaisen potentiaalisesti traumatisoituneita asiakkaita palvelevan järjestelmän tulisi sisällyttää traumaymmärrystä työskentelyynsä. Oman kokemukseni perusteella uskallan ehdottaa, että traumatietoisten käytäntöjen lisääminen myös lastensuojelussa vaikuttaisi positiivisesti haastavien asiakassuhteiden hallintaan.

Traumatietoinen ammattilainen ei jätä traumaa huomioimatta, mutta ei myöskään keskitä työskentelyn painopistettä traumaan. Traumatietoiset ammattilaiset ovat sensitiivisiä traumalle. He ymmärtävät, miten trauma vaikuttaa asiakkaan tämänhetkisiin haasteisiin, normalisoivat ja validoivat asiakkaan kokemusta työntekijän roolissa. Traumatyössä asiakasta voidaan auttaa ymmärtämään, miten heidän menneisyytensä vaikuttaa nykyhetkeen sekä auttaa opettelemaan perustaitoja kuten tunnesäätelykeinoja ja itseä vahingoittamattomia selviytymiskeinoja. (Keight, 2015, 34.)

## LÄHTEET

- Anda R. F., Felitti V. J., Bremner J. D., Walker J. D., Whitfield C., Perry B. D. ym. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 174–186.
- Bloom S. L. (2013). *Creating sanctuary: Toward the evolution of sane societies*. New York: Routledge.
- Boon, S., Steele, K. & Van der Hart, O. (2011). Traumaperäisen dissosiaatiohäiriön vaikkauttaminen. Taito-ohjelma potilaille ja terapeuteille. Traumaterapiakeskus.
- Brewin C.R., Andrews B., Valentine J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 68(5): 748–766.
- Briere, J.N. & Elliott, DM. (1994). Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *Future Child*, 4: 54–69.
- Brown, V.B., Harris, M. & Roger, F. (2013) Moving toward Trauma-Informed Practice in Addiction Treatment: A Collaborative Model of Agency Assessment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 45 (5), 386–393,
- Cloitre, M, Courtois, C. A., Ford, J. D., Green, B. L., Alexander, P., Briere, J., Herman, J. L., Lanius, R., Stolbach, B. C., Spinazzola, J., Van der Kolk, B., Van der Hart, O. (2012). The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults. *Journal of Traumatic Stress* 24(6): 615–27.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Kliethermes, M., & Murray, L. A. (2012). Trauma-focused CBT for youth with complex trauma. *Child abuse & neglect*, 36(6), 528–541.
- El-Bassel, N., Gilbert, L., Schilling, R., & Wada, T. (2000). Drug abuse and partner violence among women in methadone treatment. *Journal of Family Violence*, 15(3), 209–228.
- Elliott DE, Bjelajac P, Falloot RD, Markoff LS, Reed BG. (2005). Trauma-informed or trauma-denied: principles and implementation of trauma-informed services for women. *Journal Community Psychology*; 33(4): 461–77.
- Felitti V.J., Anda R.F., Nordenberg D., Williamson D.F., Spitz A.M., Edwards V., Koss M.P, Marks J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *The American Journal of Preventive Medicine*, 14(4):245–258.
- Harris, M., & Falloot, R. D. (2001). *Using trauma theory to design service systems: New directions for mental health services*. San Francisco CA: Jossey Bass.
- Henriksson, M., Haravuori, H. & Lönnqvist, J. (2021). Traumaperäinen stressihäiriö. Teoksessa Jouko Lönnqvist, Markus Henriksson, Mauri Marttunen, Timo Partonen (toim.) *Psykiatria. Duodecim*. 2019.
- Joseph, S. & Murphy, D. (2014). Trauma: A unifying concept for social work. *British Journal of Social Work*, 44(5), 1094–1109.
- Karatzias T., Shevlin M., Hyland P., Brewin CR., Cloitre M., Bradley A., Kitchiner N.J., Jumble S., Bisson J.I., Roberts N.P. (2018). The role of negative cognitions, emotion regulation strategies, and attachment style in complex post-traumatic stress disorder: Implications for new and existing therapies. *The British Journal Clinical Psychology*, 57(2): 177–185.

- Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S., & Best, C. L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the National Survey of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 692–700.
- Knight, C. (2019). Trauma informed Practice and Care: Implications for Field Instruction. *Clinical Social Work Journal*, 47: 79–89.
- Knight C. (2015). Trauma-informed social work practice: Practice considerations and challenges. *Clinical Social Work Journal*, 43(1), 25–37.
- Lauerma, H. (2021). Dissosiaatiohäiriöt. (2019). Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen, T. Partonen (toim.), *Psykiatria. Duodecim*.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leikola, A. (2014). *Katkennut totuus: Traumatutkielma: emotionaalinen trauma, rakenteellinen dissosiaatio ja psykopatologia*. Espoo: Prometheus.
- Levenson, J. (2020). Translating Trauma-Informed Principles into Social Work Practice. *Social Work*, 65 (3), 288–298.
- Levenson, J. (2017). Trauma-Informed Social Work Practice. *Social Work*, 62 (2), 105–113.
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Reed, G. M., van Ommeren, M., ...Saxena, S. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the ICD-11. *Lancet*, 381, 1683–1685.
- Muukkonen, T. (2008). Lapsen kohtaamis- ja prosessiosallisuus. Teoksessa M. Bardy & T. Heino. (toim.), *Lastensuojelun ytimissä*. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Najavits L. (2009). Seeking safety: An implementation guide. Teoksessa A. Rubin & D. Springer. (toim.), *The clinician's guide to evidence-based practice*, 311–347. Hoboken, NJ: Wiley.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. W. W. Norton & Company.
- Saleebey D. (2011). Some basic ideas about the strengths perspective. Teoksessa Turner F. J. (toim.), *Social work treatment: Interlocking theoretical approaches*, 477–485. New York: Oxford University Press.
- Salminen, Ari (2011). Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa: Vaasan yliopisto.
- Shier, M. L., & Turpin, A. (2017). A multi-dimensional conceptual framework for trauma-informed practice in addictions programming. *Journal of Social Service Research*, 43(5), 609–623.
- Sinkkonen, J. (2003). Lasten kiintymyssuhteen syntyminen ja sen häiriöt. Teoksessa P. Niemelä, P. Siltala & T. Tamminen (toim.) *Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus*. Helsinki: WS Bookwell Oy.
- Steele, K., Van der Hart, O. & Nijenhuis, E. R. (2005). Phase-Oriented Treatment of Structural Dissociation in Complex Traumatization: Overcoming Trauma-related Phobias. *Journal of Trauma & Dissociation*, Vol 6: 11–53.
- Thomas, N. (2002). *Children, Family, and the State: Decision-making and Child*. Bristol: Policy Press

- Uusitalo, S. & Van der Eijk, Y. (2016). Scientific and conceptual flaws of coercive treatment models in addiction. *Journal of Medical Ethics: Journal of the Institute of Medical Ethics*, 42(1), 18–21.
- Van der Hart, O & Dorathy, M. (2009). Dissociation: History of concept. Teoksessa P. Dell & J. O'Neill (toim.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. Chicago: International Society for the Study of Dissociation.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. & Steele, K. (2009): *Vainottu mieli: Rakenteellinen dissosiaatio ja pitkään jatkuneen traumatisoitumisen hoitaminen*. Helsinki: Traumatapiakeskus.
- Van Dijke, A., Hopman, J., & Ford, J. D. (2018). Affect dysregulation, psychoform dissociation, and adult relational fears mediate the relationship between childhood trauma and complex posttraumatic stress disorder independent of the symptoms of borderline personality disorder. *European journal of psychotraumatology*, 9(1), 1400878.
- Van der Kolk, B.A. (2006). Clinical implications of neuroscience research in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071(1), 277–293.
- Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401–408.
- Van der Kolk, B. A., Van der Hart, O., & Marmar, C. R. (1996). Dissociation and Information Processing in Posttraumatic Stress Disorder. Teoksessa B. A. Van der Kolk, A. C. McFartane, & L. Weisacth (toim.), *Traumatic Stress* (pp. 13-30). New York: Guilford Press.
- Von Greiff, N., & Skogens, L. (2014). The mechanisms of treatment-client and treatment staff perspectives on change during treatment for alcohol problems. *Nordic Social Work Research*, 4(2), 129–143.
- Zhu, J., Wekerle, C., Lanius, R., & Frewen, P. (2019). Trauma- and stressor-related history and symptoms predict distress experienced during a brief mindfulness meditation sitting: Moving toward trauma-informed care in mindfulness-based therapy. *Mindfulness*, 10(10), 1985–1996.