

**LAPSEN KOKEMUS TRAUMAINTERVENTIOPROSESSISTA JA SEN  
YHTEYS PTSD-OIREIDEN LIEVENEMISEEN**

**Laura Parovuori  
Psykologian pro gradu-tutkielma  
Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö  
Tampereen yliopisto  
Kesäkuu 2018**

TAMPEREEN YLIOPISTO

Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö

PAROVUORI LAURA: Lapsen kokemus traumainterventioprosessista ja sen yhteys PTSD-oireiden lievenemiseen

Pro gradu-tutkielma, 25 s.

Ohjaaja: Kirsi Peltonen

Psykologia

Kesäkuu 2018

---

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kerätä tietoa lapsen kokemuksesta traumainterventioprosessista. Lisäksi tavoitteena oli selvittää, onko lasten arvio traumainterventioprosessista yhteydessä intervention aikana mahdollisesti tapahtuneeseen traumaperäisen stressihäiriön oireiden muutokseen. Aikaisempia tutkimuksia lasten arvioista interventioista on olemassa vähän, ja ne keskittyvät lähinnä perheterapiaan tai kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan, eivät traumaterapiaan. Oletuksena tässä tutkimuksessa oli, että terapeutin allianssi on yhteydessä terapiakokemuksen laatuun, koska sen on aikaisemmissa tutkimuksissa todettu olevan yhteydessä terapiassa jatkamiseen sekä ennustavan positiivisia hoitotuloksia.

Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin osana laajempaa Tampereen yliopistossa toteutettua pitkittäistutkimusta, jonka aineisto kerättiin vuosina 2015–2018. Tähän tutkimukseen otettiin mukaan ne lapset jotka olivat täyttäneet terapiakokemuksen laatua mittaavaa kyselyn osana pitkittäistutkimusta. Otokseen kuului 23 sotaa tai perheväkivaltaa kokenutta lasta, jotka olivat iältään 9–17-vuotiaita. Tutkimuksessa mitattiin lasten PTSD-oireita Children's Revised Impact of Events Scale-kyselyllä (CRIES) ja terapiakokemuksen laatua Child Session Rating Scale-kyselyllä (CSRS). Terapiakokemuksen laatua mitattiin intervention jälkeen ja PTSD-oireita sekä ennen että jälkeen intervention.

Tulokset osoittivat, että yleisesti ottaen lapset arvioivat terapian hyväksi. Lapset kertoivat, että arvostivat terapiassa erityisesti mahdollisuutta puhua kokemuksistaan luotettavan aikuisen kanssa. Myös fyysisiin vaivoihin, kuten univaikeuksiin, lapset kokivat saaneensa apua. Suurimmalla osalla lapsista PTSD-oireet lievenivät intervention aikana. Terapiakokemusskaaloista kaksi (kuulluksi tuleminen ja ”tuntuuko sinusta paremmalta”-skaala) olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä PTSD-oireiden muutokseen. Kuulluksi tuleminen oli negatiivisesti yhteydessä PTSD-oireiden muutokseen ja ”tuntuuko sinusta paremmalta”-skaala positiivisesti yhteydessä oireiden muutokseen.

Tutkimuksen aihe on ainutlaatuinen ja vähän tutkittu. Tämän tutkimuksen valossa voidaan todeta, että lasten hyvät kokemukset traumaterapian vaikuttavuudesta ovat ristiriitaisesti yhteydessä myös PTSD-oireiden lievenemiseen. Hyvällä kokemuksella traumaterapiasta voi olla vaikutusta terapian onnistumiseen eli traumaoireiden lievenemiseen. Vaikutus voi olla myös erisuuntainen: oireiden lieveneminen on voinut vaikuttaa terapiakokemuksen muuttumiseen positiiviseksi. Tulos kuulluksi tulemisesta yhteydestä heikompaan PTSD oireiden lievenemiseen oli yllättävä ja vaatii lisätutkimusta. Tutkimuksen tulokset antavat mielenkiintoista uutta tietoa, jonka perusteella voidaan suunnitella paremmin lapsille suunnattuja traumainterventioita. Lisätutkimusta traumaterapian yhteydestä terapiakokemuksen arviointiin kaivattaisiin jo ennen terapian päättymistä ja isommassa aineistossa.

---

Avainsanat: narratiivinen altistusterapia, interventio, trauma, terapiakokemuksen laatu

## SISÄLTÖ

1.	Johdanto .....	1
1.1	Trauman kasaantuminen ja kompleksi trauma .....	1
1.2	Traumaperäinen stressihäiriö .....	2
1.3	Traumainterventiot .....	4
1.4	Narratiivinen altistusterapia .....	5
1.5	Terapiakokemuksen laatu.....	6
1.6	Tutkimuksen tavoitteet .....	9
2.	Menetelmät.....	9
2.1	Tutkittavat ja aineiston keruu .....	9
2.2	Muuttujat .....	11
2.3	Aineiston analysointi.....	12
3.	Tulokset.....	12
4.	Pohdinta .....	16
4.1	Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset .....	17
4.2	Johtopäätökset .....	19
5.	Lähteet.....	20

## 1. JOHDANTO

Potentiaalisesti traumatisoivaksi tapahtumaksi (potentially traumatic event, PTE) kutsutaan tilannetta, johon on liittynyt oman tai muiden fyysisen koskemattomuuden vaarantuminen, kuolema, vakava loukkaantuminen tai niiden uhka (American Psychiatric Association, 2013). Ihmisistä noin 90 % kokee jossakin elämänvaiheessa tällaisen tapahtuman (Kilpatrick ym., 2013). USA:ssa suoritettussa tutkimuksessa arvioitiin, että ¼ lapsista on kokenut yhden tai useamman mahdollisesti traumaattisen tapahtuman jo ennen neljän vuoden ikää (Briggs-Gowan, Ford, Fraleigh, McCarthy, & Carter, 2010). Noin 80 % ihmisistä ovat kokeneet yhden traumatapahtuman sijaan useita mahdollisesti traumaattisia tapahtumia (Green ym., 2000). Traumaattiset tapahtumat, etenkin niiden kasautuminen, voivat olla riskitekijöitä erilaisille mielenterveyden häiriöille, kuten ahdistuneisuus- tai mielialahäiriöille (Atwoli, Platt, Williams, Stein, & Koenen, 2015). Kasaantuneiden traumakokemusten todettiin olevan yhteydessä traumaperäiseen stressihäiriöön (Kisiel, Fehrenbach, Small, & Lyons, 2009) sekä mielialahäiriöihin (Kadra, Dean, Hotopf, & Hatch, 2014). Useiden laadultaan erilaisten mahdollisesti traumaattisten tapahtumien kokemisen todettiin lisäävän traumaperäisen stressihäiriön oireiden ilmenemisen riskiä (Steel ym., 2009).

Tässä tutkimuksessa keskitytään lapsiin, jotka ovat kokeneet useita traumatisoivia, väkivaltaan liittyviä tapahtumia. Nämä lapset ovat tulleet Suomeen pakolaisina sota-alueilta tai kokeneet perheväkivaltaa suomalaisperheissä.

### 1.1 Trauman kasaantuminen ja kompleksi trauma

Terr (1991) jakaa lapsuudessa koetut traumat kahteen eri luokkaan. Tyypin 1 traumat ovat yksittäisiä, yllättäviä traumaattisia tapahtumia. Tällaisia traumoja ovat esimerkiksi luonnonkatastrofit. Tyypin 2 traumoja kutsutaan komplekseiksi traumoiksi. Tyypin 2 traumat ovat toistuvia altistumisia traumaattisille tapahtumille tai pitkään kestäviä traumaattisia kokemuksia. Komplekseja tyypin 2 traumoja voivat olla esimerkiksi lapsuuden kaltoinkohtelu, perheväkivalta, seksuaalinen hyväksikäyttö tai sota.

Lapsen kaltoinkohtelu voi olla fyysistä, henkistä tai seksuaalista (Mash, & Wolfe, 2005). Maailman terveysjärjestön mukaan maailmanlaajuisesti neljäsosan aikuisista raportoitiin kokeneen lapsuudessa fyysistä pahoinpitelyä (Butchart, & Mikton, 2014). Lastensuojeluympäristössä tehdyssä tutkimuksessa selvitettiin, että hoitajaan liittyvissä traumaattisissa kokemuksissa perheväkivalta ja lapsen laiminlyönti olivat usein päällekkäisiä (Kisiel ym., 2009). Perheväkivallan todistaminen todettiin yleisimmäksi lapsen kokemaksi traumaattiseksi tapahtumaksi (Ogle, Rubin, & Siegler,

2013). Lapset voivat kärsiä perheväkivallasta, vaikka he eivät itse olisi väkivallan kohteena (Levendosky, Huth-Bocks, Semel, & Shapiro, 2002; Meltzer, Doos, Vostanis, Ford, & Goodman, 2009). Esimerkiksi käytöshäiriöiden todettiin olevan yhteydessä perheväkivallan todistamiseen (Meltzer ym., 2009).

Sota-alueella eläminen tai sieltä pakolaiseksi lähteminen sisältää myös mahdollisuuden kompleksiin traumaan. Yleisimmäksi sotakokemukseksi mainittiin väkivallan todistaminen (Amone-P'Olak, & Ovuga, 2017). Kidutus oli sodan aiheuttamista traumaattisista kokemuksista suurin riski traumaperäisen stressihäiriön kehittymiselle (Steel ym., 2009). Lähtömaansa huonoja oloja pakenevilla turvapaikanhakijoilla traumaperäisiä stressioireita esiintyy noin joka kolmannella (Gerritsen ym., 2006). Länsimaihin tulleiden pakolaisten todettiin olevan normaaliväestöä suuremmassa riskissä mielenterveydenhäiriöille, kuten traumaperäiselle stressihäiriölle, masennukselle tai yleistyneelle ahdistuneisuushäiriölle (Fazel, Wheeler, & Danesh, 2005). Tutkimuksessa myös pakolaislapsilla mielenterveyshäiriöriski oli selvästi suurempi kuin normaaliväestöllä.

Kompleksille traumalle altistuminen voi jatkua koko elämän kestävinä ongelmina ja toimia riskitekijänä tuleville traumoille tai trauman kasaantuville vaikutuksille (Cook ym., 2005). Greeson ym. (2011) tutkivat lapsia ja nuoria, jotka olivat kokeneet vähintään yhden trauman, kuten menettäneet läheisen tai kokeneet pahoinpitelyä, elämänsä aikana ja olleet sijaishuollossa. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, onko sijaishuollon piirissä olevien, kompleksin trauman kokeneiden nuorten mielenterveydessä eroa verrattuna nuoriin, jotka eivät ole kokeneet kompleksia traumaa. Tutkijat totesivat, että kompleksin trauman kokeneilla nuorilla riski traumaperäisiin stressioireisiin ja ahdistukseen oli suurempi. Myös Kisiel ym. (2009) totesivat, että kompleksin trauman kokeneet nuoret osoittivat lastensuojeluympäristössä erilaisia traumaattisia stressioireita. Näitä olivat trauman uudelleenkokeminen, välttely, tunnottomuus sekä erilaiset mielenterveyteen liittyvät tarpeet. Lisäksi nuoret kokivat toimintakyvyttömyyttä esimerkiksi sosiaalisessa, kognitiivisessa ja fysiologisessa toimintakyvyssä. Nämä kaikki tulokset korostavat lapsen tarpeiden arviointia ja tunnistamista, erityisesti kompleksin trauman tapauksessa.

## **1.2 Traumaperäinen stressihäiriö**

Traumaattisen tapahtuman kokeminen on riskitekijä traumaperäiselle stressihäiriölle (Post Traumatic Stress Disorder, PTSD), mutta kokemukset eivät aina johda PTSD:hen. Tässä tutkimuksessa PTSD-oireilla tarkoitetaan DSM-5-tautiluokituksen mukaisen mielenterveyden häiriön oireita (American Psychiatric Association, 2013). Diagnostisten kriteereiden mukaan traumaattinen tapahtuma voi olla

todellinen tai koettu uhka kuolemasta, vakavasta vammasta tai seksuaalisesta väkivallasta. Henkilö voi olla osallisena tapahtumaan itse, todistaa sitä sivusta tai hän on voinut kuulla uhasta välikäsien kautta.

PTSD-oireet voidaan jakaa neljään eri ryhmään (American Psychiatric Association, 2013), jotka ovat kohonnut vireystila, negatiiviset mielialan muutokset, välttely ja trauman uudelleen kokeminen. Kohonnut vireystila voi ilmetä esimerkiksi säikkymisenä, keskittymisvaikeuksina ja nukahtamis- tai nukkumisvaikeuksina. Välttely ilmenee pyrkimyksinä välttää traumaan liittyviä ajatuksia, tunteita ja keskusteluja tai esimerkiksi kykenemättömyytenä muistaa trauman keskeisiä piirteitä. Trauman uudelleen kokeminen ilmenee esimerkiksi häiritsevinä unina tai ajatuksina. Lapsilla unet voivat olla pelottavia, eikä niiden sisältö ole tunnistettavissa. Mielikuvat voivat toteutua toistuvina leikkeinä traumaan liittyvistä aiheista. Diagnostisten kriteerien mukaan oireiden on pitänyt kestää vähintään kuukauden ajan, niiden tulee haitata henkilön toimintakykyä, eikä niitä voida selittää millään muulla kuin traumaattisella tapahtumalla. Levendosky ym. (2002) osoittivat, että perheväkivaltaa todistaneilla lapsilla yleisimpiä oireita olivat tapahtumien uudelleen kokeminen ja kohonnut vireystila. Välttämiskäyttäytyminen eli traumasta muistuttavien asioiden ja ihmisten välttely oli sen sijaan harvinaista. Tämä voi johtua lasten tavasta turvautua kiintymyshahmoon välttämisen sijasta.

Yksittäisten katastrofien uhreilla PTSD:n esiintyvyydeksi arvioitiin 30–40% (Galea, Nandi, Vlahov 2005). Yleisesti väestössä PTSD:n esiintyvyys on noin 5–10 %. Lapsilla PTSD voi ilmetä missä ikävaiheessa tahansa (Mash, & Wolfe, 2005). Normaaliväestössä PTSD:n esiintyvyys on lapsilla noin 3–6%. Häiriö on yleisin lapsilla, jotka ovat kokeneet seksuaalista hyväksikäyttöä, väkivaltaa, sotaa, suuren onnettomuuden tai luonnonkatastrofin. Tutkimuksissa liittyen PTSD-oireisiin pahoinpitelyä kokeneilla lapsilla, saatiin oireiden esiintyvyydeksi noin 25–45 % riippuen lapsen sukupuolesta ja pahoinpitelyn laadusta (seksuaalinen tai fyysinen) (Ackerman, Newton, McPherson, Jones, & Dykman, 1998).

Trauman ajoittuminen elämässä voi selittää osan PTSD-oireiden vakavuudesta (Ogle ym., 2013). Vaikeimpia oireita todettiin niillä, jotka kokivat vakavimman siihenastisen traumansa lapsuudessa. PTSD:n ohella muut traumaattisten tapahtumien psykologiset seuraukset voivat johtaa lapsia eristyneisyyteen, masennukseen, vihamielisyyteen ja päihteiden käyttöön (Schauer, Neuner, & Elbert, 2011). Myös sukupuoli voi olla riskitekijä PTSD-oireille siten, että naisilla PTSD-oireet ovat yleisempiä (Ogle ym., 2013).

Sodan uhreja tutkittaessa on löydetty tekijöitä, jotka altistavat PTSD-oireille erityisesti sotaoloissa. Tutkimuksessa, jossa selvitettiin PTSD-oireiden taustalla olevia syitä, huomattiin usealla matalatuloisella alueella, että konfliktiin liittyvät traumaattiset tapahtumat olivat merkittävästi

yhteydessä PTSD-oireisiin (De Jong ym., 2001). Eräässä tutkimuksessa löydettiin voimakkaimpia oireita niillä, joiden traumaattinen kokemus on muista ihmisistä johtuva, verrattuna kokemuksiin, jotka eivät johdu muista ihmisistä (Green ym., 2000). Tällä perusteella voidaan olettaa sodalla ja perheväkivallalla olevan enemmän PTSD-oireita lisääviä vaikutuksia kuin esimerkiksi luonnonkatastrofeilla.

### **1.3 Traumainterventiot**

Lapset voivat kokea traumaattisia tapahtumia elämänsä kaikissa ikävaiheissa ja kaikkialla maailmassa. Aikaisemmissa kappaleissa on kuvattu, kuinka traumaattiset tapahtumat voivat vaikuttaa lasten hyvinvointiin ja mielenterveyteen. Siksi on tärkeä löytää keinoja, joiden avulla voidaan hoitaa tehokkaammin trauman kokeneita lapsia. Kansainvälisissä hoitosuosituksissa suositellaan PTSD:n hoitoon kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan (Cognitive Behavioral Therapy, CBT) pohjautuvia menetelmiä, kuten traumakeskeistä kognitiivista käyttäytymisterapiaa (Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy, TF-CBT) sekä EMDR-menetelmää (eye movement desensitisation and reprocessing) (NICE, 2005). Traumakeskeinen kognitiivinen käyttäytymisterapia, EMDR-menetelmä ja narratiivinen altistusterapia (Narrative Exposure Therapy, NET) ovat useissa tutkimuksissa todettu tehokkaiksi interventioiksi traumausten hoidossa (Cohen, Deblinger, Mannarino, & Steer, 2004; Cohen, Mannarino, & Knudsen, 2005; Diehle, Opmeer, Boer, Mannarino, & Lindauer, 2015; Gillies, Taylor, Gray, O'Brien, & D'Abrew, 2012). Kahdesta ensimmäisestä menetelmästä kerrotaan tässä lyhyesti ja seuraavassa kappaleessa kerrotaan narratiivisesta altistusterapiasta.

Traumakeskeisen kognitiivisen käyttäytymisterapian tavoitteena on korjata vääristyneitä ajatuksia, joita trauman uhrilla on traumaan liittyen (Pine, & Cohen, 2002). Terapia sisältää psykoedukaatiota, kognitioiden muuttamista, altistamista ja ahdistuksen hallintakeinoja. Psykoedukaatiolla tarkoitetaan koulutusta, jonka tavoitteena on lisätä trauman oireiden ymmärtämistä ja niiden hallintaa. Kognitioiden muuttaminen tarkoittaa ajatusten ja oireiden välisen yhteyden löytämistä sekä vääristyneiden ajatusten muuttamista tarkoituksena vähentää uhrin traumaperäisiä stressioireita (Mash, & Wolfe, 2005). Altistamalla pyritään irrottamaan suuret negatiiviset tunteet traumaattisiin tapahtumiin liittyvistä ajatuksista (Pine, & Cohen, 2002). Lisäksi käytetään ahdistuksen lieventämiseen esimerkiksi erilaisia rentoutumis- ja mielikuvaharjoituksia. Traumakeskeisellä kognitiivisella käyttäytymisterapialla huomattiin olevan tehoa PTSD-oireiden hoidossa lapsilla ja nuorilla jopa yhden kuukauden hoidon jälkeen (Gillies ym., 2012). Terapian teho todettiin myös seksuaalisesti hyväksikäytetyillä lapsilla useissa tutkimuksissa (Cohen ym., 2004;

Cohen ym., 2005) sekä esimerkiksi läheisen ihmisen menettäneillä lapsilla (Cohen, Mannarino, & Staron, 2006).

Vaihtoehtona traumakeskeiselle kognitiiviselle käyttäytymisterapialle trauman hoidossa todettiin tehokkaaksi lapsilla tehdyssä tutkimuksessa EMDR-menetelmä (Diehle ym., 2015). EMDR-menetelmässä käsitellään traumaattisia muistoja samalla keskittyen esimerkiksi terapeutin liikkuvan sormen seuraamiseen. Tätä toistetaan, kunnes lapsi ei enää koe stressiä miettiessään traumaattista tapahtumaa. Samoin, kuten traumakeskeisessä kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa, EMDR-menetelmässä pyritään altistamaan asiakasta traumalle. Silmänliikeharjoitusten lisäksi EMDR-menetelmä sisältää psykoedukaatiota.

Trauman käsittelyyn liittyvien hoitomuotojen lisäksi traumatisoituneita lapsia pyritään usein auttamaan erilaisilla menetelmillä, kuten psykoedukaatiolla, ongelmien vakauttamisella, asiakasta tukevilla keskusteluilla ja keskittymällä asiakkaan päivittäisiin ongelmiin (Gutermann ym., 2016).

#### **1.4 Narratiivinen altistusterapia**

Narratiivisen altistusterapian tavoitteena on auttaa asiakasta muodostamaan ja sisäistämään selkeä kokonaisuus traumaattisen kokemuksen sirpaleista (Schauer ym., 2011). Tämä tarkoittaa usein hajanaisten traumakokemukseen liittyvien aistimusten sekä ruumiillisten, tunneperäisten ja tiedonkäsittelyyn liittyvien asioiden yhdistämistä kokonaisuudeksi. NET on kehitetty erityisesti väkivallan uhreille, kuten pakolaisille tai perheväkivallan uhrien erikoistarpeisiin. Narratiivinen altistusterapia pohjautuu traumakeskeiseen kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan. Sen tehokkuutta on tutkittu aikuisilla, joilla on PTSD (Mundt, Wünsche, Heinz, & Pross, 2014; Robjant, & Fazel, 2010). Tutkimustulosten perusteella todettiin, että PTSD-oireet vähenivät narratiivisella altistusterapialla enemmän kuin vaihtoehtoisella hoitomenetelmällä. Tästä syystä narratiivinen altistusterapia sopii hyvin sotaa kokeneille ihmisille.

Narratiivisesta altistusterapiasta on kehitetty lapsiystävällinen versio KIDNET (Schauer ym., 2011). Hyvin pienet lapset muistavat tapahtumia implisiittisesti eli ainakin osittain tiedostamattomasti ja tällaiset muistot voivat olla yllättävänkin tarkkoja. Traumaattiset muistot voivat olla kielellisen sijaan ruumiillisia, tai aisteihin tai tunteisiin liittyviä. Väärinhavainnointi ja merkittävien kokemusten unohtaminen liittyen väkivaltaan ja kauhuun on yleistä. Narratiivisuuden ja altistamisen tavoitteena on auttaa lapsia ymmärtämään ja sisäistämään traumaattiset kokemukset.

KIDNET:in tehokkuutta on tutkittu erilaisissa tutkimuksissa, joissa sen todettiin toimivan lyhytaikaisena terapiamuotona traumatisoituneille nuorille (Onyut ym., 2005; Ruf ym., 2010). KIDNET-intervention saaneilla lapsilla PTSD-oireet vähenivät merkittävästi samalla, kun



kontrolliryhmässä oireet pysyivät samoina (Ruf ym., 2010). Muissa tutkimuksissa KIDNET:in todettiin vähentävän vakavia PTSD-oireita lapsilla (Schauer ym., 2011). KIDNET:in avulla on mahdollista hoitaa tehokkaasti kroonisista PTSD-oireista kärsiviä lapsia ja palauttaa toimintakykyä traumatisoituneisiin pakolaislapsiin vain noin 10:llä 90–120 minuutin istunnolla.

Narratiiviseen altistusterapiaan kuuluu yksilön mielenterveyden arviointi, joka sisältää diagnostisen arvioinnin myös PTSD-oireista (Schauer ym., 2011). Narratiivisessa altistusterapiassa käsitellään kaikkia traumaattisia kokemuksia, joille henkilö on altistunut elämänsä aikana. Sen lisäksi käsitellään elämän merkittävimmät myönteiset tapahtumat. NET:ssä ei aseteta monia traumaattisia kokemuksia järjestykseen esimerkiksi niiden pelottavuuden tai kokemusten traumaattisuuden perusteella. Tapahtumia käydään läpi kronologisesti eli asiakkaan elämänkaaren mukaisesti. Tästä syystä hierarkkisen järjestyksen muodostamiselle ei ole tarvetta. NET:n huomion kohteena on aina yksittäinen tapahtuma kerrallaan, mutta asiakas muodostaa kertomuksen koko elämänlangastaan syntymästään lähtien (Schauer ym., 2004). Samalla asiakas antaa yksityiskohtaisen kertomuksen jokaisesta traumaattisesta kokemuksestaan elämänsä varrelta ja jokaisen istunnon tarkoituksena on aina altistaa asiakas yhteen tapahtumaan kerrallaan (Schauer ym., 2011).

Lapsen kanssa tehtävässä terapiassa on tärkeää saada lapsen luottamus. Luottamuksen muodostaminen lapsen kanssa ei ole yhtä helppoa kuin aikuisen kanssa. Siksi aikuisten versiosta KIDNET eroaa siten, että siinä on puhumisen ohella mukana muitakin menetelmiä, kuten kuvia ja piirtämistä (Schauer ym., 2011). Esimerkiksi leikki voi auttaa lapsia kuvaamaan traumaattisia kokemuksiaan. Elämänlankaharjoitus on tärkeä osa myös lasten narratiivista altistusterapiaa. Elämänlankaa käydään läpi samoin kuin aikuisten versiossa, mutta lasten versiossa elämänlankaa kuvataan fyysisesti esimerkiksi köydellä (Schauer ym., 2004). Köyden päälle asetetaan kukkia kuvaamaan merkittäviä myönteisiä tapahtumia ja kiviä kuvaamaan traumaattisia kokemuksia. KIDNET:issä lapsia kannustetaan jatkamaan tarinaa myös kohti tulevaa ja kertomaan tulevaisuuteen liittyviä toiveitaan ja tavoitteitaan (Schauer ym., 2011). Puhuessaan kokemuksistaan, lapsi joutuu jatkuvasti altistumaan uudelleen traumaattisille tapahtumille. Tästä syystä lapsen kokeman ahdistuneisuuden tunteen pitäisi vähentyä intervention aikana. Samalla lapsen pitäisi myös vähitellen rauhoittua tarinan edetessä.

## **1.5 Terapiakokemuksen laatu**

Terapia tapahtuu terapiasuhteessa, minkä takia vahvan asiakas-terapeutisuhteen luominen on kriittinen osa terapiaprosessia (Prout, 2014). Yksi terapiasuhteen keskeisistä määrittäjistä on

terapeutin ja asiakkaan välinen yhteistyösuhde eli terapeuttinen allianssi (Eronen, & Lahti-Nuuttila, 2012). Terapeuttinen allianssi tarkoittaa asiakkaan ja terapeutin välisen suhteen laatua (Prout, 2014).

Bordin (1979) määrittää kolme elementtiä, jotka muodostavat terapeuttisen allianssin. Nämä ovat asiakkaan ja terapeutin välinen yksimielisyys terapian tavoitteista, yksimielisyys terapian tehtävistä sekä terapeutin ja asiakkaan välisen siteen voimakkuus. Terapeuttisisessa allianssissa on keskeistä terapeutin ja asiakkaan yhteistyö tavoitteiden ja tehtävien suhteen, tunneside heidän välillään ja jatkuva neuvottelu näistä (Eronen, & Lahti-Nuuttila, 2012). Kaikki terapeuttiseen työhön liittyvät toimenpiteet, jotka sitouttavat asiakkaan ja terapeutin yhteiseen työhön, rakentavat allianssia heidän välilleen. Tällaisia toimenpiteitä ovat esimerkiksi arviointi, tapauksen käsitteellistäminen ja erityistekniikoiden käyttö. Asiakkaan ja terapeutin väliseen terapeuttiseen allianssiin vaikuttavat monet tekijät, kuten empatia, emotiivinen sopeutuminen ja ehdoton positiivinen huomiointi (Prout, 2014). Myös terapeutin kiintymyssuhde voi vaikuttaa terapeuttisen allianssin muodostumiseen.

Terapeuttista allianssia pidetään tärkeimpänä positiivisen lopputuleman määrittäjänä psykoterapiassa (Brustein, 2013). Hyvä terapeuttinen allianssi oli positiivisten hoitotulosten ennustamisen lisäksi vahvasti yhteydessä todennäköisyyteen, että asiakas jatkaa terapiassa (Prout, 2014). Terapeuttisen suhteen laatu terapeutin ja lapsen tai vanhemman välillä voi olla syy terapiasta poisjäämiselle (de Haan, Boon, de Jong, Hoeve, & Vermeiren, 2013). Terapeuttisen suhteen laadun todettiin olevan jopa mahdollinen este psykoterapialle (Stevens, Kelleher, Ward-Estes, & Hayes, 2006).

Asiakkaan arviota ja kokemusta terapiasta voidaan käyttää hyödyksi interventiotutkimuksessa ja arviot voivat olla hyviä keinoja terapian toimivuuden määrittämiseen. Yksi vaihtoehto arvioida terapian toimivuutta ja terapiakokemuksen laatua on asiakkailta tai terapeutilta saatu palaute terapiasta. Palautetta terapiasta voidaan kerätä terapeutilta tai asiakkaalta terapian aikana tai sen jälkeen esimerkiksi haastatteluilla tai kyselylomakkeilla. Palautteessa voidaan kysellä arviota terapiamenetelmistä, terapian toiminnasta tai esimerkiksi terapiasuhteesta. Palautteen vaikutusta terapialle on selvitetty tutkimuksessa, jossa aikuiset antoivat palautetta monta kertaa terapiaprosessin aikana (Knaup, Koesters, Schoefer, Becker, & Puschner, 2009). Tuloksista ilmeni, että hoidon tehokkuutta voitiin parantaa, jos palaute sisälsi tietoa mielenterveysprosessista ja asiakas sekä terapeutti saivat palautetta. Palautteen oli oltava myös säännöllistä. Aiheesta on poikkeaviakin tutkimustuloksia, joissa kognitiivisen käyttäytymisterapian tehokkuuden ei huomattu paranevan toistuvalla palautteella (Janse, De Jong, Van Dijk, Hutschemaekers, & Verbraak, 2017).

Lasten ja nuorten kokemusta terapiasta on tutkittu melko vähän. Kokemuksia kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta selvitettiin nuorilta tutkimuksessa, jossa nuoret saivat kertoa terapiakokemuksistaan (Donnellan, Murray, & Harrison, 2013). Tavoitteena oli selvittää, kuinka

nuoret käsittävät terapian ja mitä se heille tarkoittaa. Lapsilta tutkittiin myös kokemuksia perheterapiasta tutkimuksessa, jonka tuloksista ilmeni vaihtelevia kokemuksia riippuen lasten iästä, sukupuolesta ja roolista perheessä (Strickland-Clark, Campbell, & Dallos, 2000).

Erilaisissa tutkimuksissa on arvioitu, millaiset asiat olivat asiakkaiden mielestä tärkeitä terapeutin allianssin muodostamisessa. Monessa tutkimuksessa koskien asiakkailta saatua palautetta terapeutin suhteen tärkeys nousi esille (Donnellan ym., 2013; Sexton, Littauer, Sexton, & Tømmerås, 2005; Shine, & Westacott, 2010). Tutkimuksessa, jossa selvitettiin asiakkaiden kokemuksesta kognitiivis-analyttisen terapian uudelleenmuotoiluprosessista, asiakkaiden kokemus kuunnelluksi tulemisesta sai aikaan luottamusta terapeuttiin ja lisäsi asiakkaiden itsetietoisuutta (Shine, & Westacott, 2010). Samassa tutkimuksessa puhuminen ja kuulluksi tuleminen mahdollistivat asiakkaille itsensä hyväksymisen. Hyväksytyksi tuleminen tunne terapisuhteessa oli mahdollisesti hyödyllinen kannustamaan asiakasta rehellisyyteen terapiassa sekä lisäämään terapeutista allianssia. Kuulluksi ja ymmärretyksi tuleminen oli tutkimuksessa tärkeää kaikille asiakkaille. Sen sijaan tutkimuksessa, jossa selvitettiin asiakas-terapeutin suhteen yhteyttä terapiaprosesseihin, todettiin, että terapeutin sitoutumattomampi kuuntelu lisäsi terapiassa riskiä heikentyneelle asiakas-terapeutin suhteelle (Sexton ym., 2005). Kuuntelemisen tärkeys tuli esille myös tutkimuksessa, jossa selvitettiin lasten kokemuksia perheterapiasta (Strickland-Clark ym., 2000). Tutkimuksessa ilmeni erilaisia kokemuksia riippuen lasten iästä, sukupuolesta ja roolista perheessä, mutta eniten tutkimuksessa korostui kuulluksi tuleminen, jonka myös lapset kokivat erittäin tärkeäksi.

Puhumisen todettiin olevan myös yhteydessä asiakas-terapeutin suhteen laatuun (Sexton ym., 2005). Jos asiakas ei terapiassa puhunut itsestään, riski asiakas-terapeutin suhteen heikentymiselle kasvoi. Sen sijaan suhteen heikentymisen riski oli pienempi asiakkaan puhuessa itsestään ja terapeutin aktiivisesti kuunnellessa asiakasta.

Laadullisessa tutkimuksessa on selvitetty nuorilta heidän motivaatiotaan osallistua kliniseen tutkimukseen koskien psykologisia terapioiden (Midgley, Isaacs, Weitkamp, & Target, 2016). Tutkimus korosti, miten tärkeää on antaa mahdollisuus omien kokemusten kuvaamiseen. Omien kokemusten kuvaaminen mahdollistaa paremman ymmärryksen siitä, mikä motivoi nuoria osallistumaan, tekee osallistumisesta enemmän tai vähemmän hyväksyttävää, ja millaisia vaikutuksia kliinisellä tutkimuksella on terapian lopputuloksiin. Toimivuuden määrittäminen kannattaa, koska lapset ja nuoret, jotka kokevat terapian huonoksi voivat haluta lopettaa sen kesken. Nuorilla psykoterapian arviointia on käytetty määrittämään terapian keskeyttämistä (de Haan, Boon, de Jong, Geluk, & Vermeiren, 2014). Kyseisessä tutkimuksessa arviot paranivat terapian loppua kohti niillä nuorilla, jotka kävivät terapian loppuun. Sen sijaan nuorilla, jotka lopettivat terapian kesken, arviot terapiasta laskivat hoidon aikana. Syynä voi olla, että terapian kesken lopettaneilla ongelmat olivat jo

alun perin pahempia. Toisaalta voi olla, että terapian huonoksi kokeneet halusivat lopettaa sen kesken. Tätä voi selittää esimerkiksi se, että huono suhde terapeuttiin estää asioiden perinpohjaisen käsittelyn ja terapian etenemisen. Tässä tutkimuksessa lapsen kokemusta terapian onnistumisesta kartoitetaan traumaintervention jälkeen.

## **1.6 Tutkimuksen tavoitteet**

Kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta ja perheterapiasta on olemassa tutkimuksia, joissa hyödynnetään lapsilta saatuja arviointeja ja palautetta (Donnellan ym., 2013; Strickland-Clark ym., 2000). Kuitenkaan tutkimuksia koskien lasten arviointeja traumaterapeuttisista interventioista ei ole lainkaan. Aikaisempien tutkimuksien vähäisyyden takia, tässä tutkimuksessa keskitytään lasten arviointeihin traumainterventioprosessista. Tutkimuksen tarkoituksena on tutkia lapsia, jotka ovat kokeneet useita traumaattisia tapahtumia altistuessaan joko sotaolosuhteille tai perheväkivallalle.

Ensimmäisenä tässä tutkimuksessa selvitetään kokivatko lapset terapiakokemuksen laadun hyväksi, ja jos kokivat, millaiset tekijät terapiakokemuksessa nousevat erityisen tärkeiksi. Aiheesta on vain vähän tutkimustietoa, minkä vuoksi tutkimuksessa keskitytään lasten tekemiin arvioihin terapiakokemuksesta. Aikaisemmissa tutkimuksissa terapeutin ja asiakkaan välisellä yhteistyösuhteella todettiin olevan vaikutusta terapian tehokkuuteen (Brustein, 2013). Tästä syystä oletuksena on, että terapeutin ja lapsen välisen suhteen vaikutus tulee ilmi tässäkin tutkimuksessa. Aikaisempien tutkimustuloksien perusteella tässä tutkimuksessa oletetaan, että terapeutin allianssi on yksi merkittävä tekijä terapian onnistumisen taustalla (Brustein, 2013; de Haan ym., 2013; Sexton ym., 2005; Shine, & Westacott, 2010; Stevens ym., 2006). Toisena tutkimuskysymyksenä tutkimuksessa selvitetään, onko PTSD-oireiden lieveneminen yhteydessä lapsen kokemukseen terapian onnistumisesta.

## **2. MENETELMÄT**

### **2.1 Tutkittavat ja aineiston keruu**

Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin osana laajempaa Tampereen yliopistossa toteutettua pitkittäistutkimusta (Kangaslampi, Garoff, & Peltonen, 2015). Tutkimukseen otettiin mukaan 17 perus- ja erikoissairaanhoidon yksikköä Helsingistä, Tampereelta ja Turusta. Kaikki valituissa yksiköissä tutkimusajankohtana olleet, tutkimuskriteerit täyttäneet lapset kutsuttiin mukaan

tutkimukseen. Aineisto kerättiin osana asiakastyötä klinikoiden toimesta. Klinikot olivat ammatiltaan psykiatreja, sosiaalityöntekijöitä, psykologeja tai psykiatrisia sairaanhoitajia.

Tutkimukseen osallistui 48 lasta (tytöt = 19, pojat = 29). Lasten tuli olla 9–17-vuotiaita, altistuneita useille traumaattisille tapahtumille joko perheväkivallan tai pakolaisuuteen liittyvien tapahtumien vuoksi sekä kärsiä merkittävistä traumaan liittyvistä stressioireista. Poissulkukriteerinä tutkimukseen oli psykoosi tai älyllinen kehitysvamma. Tutkimus suoritettiin satunnaistettuna kontrolloituna tutkimuksena (Randomized controlled trial, RCT). Tutkittavat jaettiin kahteen ryhmään: osalle tutkittavista annettiin narratiivista altistusterapiaa ja osalle vaihtoehtoista hoitoa (treatment as usual, TAU). TAU:hun sisältyi monimuotoinen joukko erilaisia menetelmiä, kuten psykoedukaatiota, asiakasta tukevia keskusteluja ja vakauttamista. Tässä tutkimuksessa oltiin kuitenkin kiinnostuneita yleisesti traumaterapian yhteydestä PTSD-oireisiin. Tutkimuksessa ei siis eroteltu lapsia ryhmiin sen perusteella, millaista traumaterapiaa heille annettiin.

Alkuperäisessä tutkimuksessa oli kaikkiaan viisi mittauskertaa ja mittaukset suoritettiin vuosina 2015–2018. Ensimmäinen mittauskerta (T1) suoritettiin hoidon alussa, ja toinen (T2) lasten ollessa intervention puolellisissa. Kolmas mittauskerta (T3) suoritettiin heti intervention loputtua ja neljäs (T4) 3 kuukautta intervention jälkeen. Tässä tutkimuksessa hyödynnettiin tietoa vain mittauksilta T1, T3 ja T4.

Tämän tutkimuksen otos muodostui lapsista ( $n = 23$  lasta; tytöt = 11, pojat = 12), jotka olivat vastanneet terapiakokemuksen laatua koskevaan kyselyyn. Tämän kriteerin perusteella alkuperäisestä otoksesta jäi pois 25 lasta. Tutkittavat olivat kokeneet useita traumaattisia tapahtumia, joko sodan tai perheväkivallan muodossa. Sotaa kokeneet tutkittavat ( $n = 15$ , 65,2 %) olivat pakolaisia tai turvapaikanhakijoita. Lisäksi tutkimukseen valittiin suomalaisia lapsia, jotka olivat kokeneet perheväkivaltaa ( $n = 8$ , 34,8 %). Pakolaistaustaiset lapset olivat kotoisin Afganistanista, Irakista, Iranista, Kosovosta, Somaliasta, Etiopiasta, Angolasta, Saksasta ja Thaimaan pakolaisleiriltä. Tämän tutkimuksen otoksessa 73,9 %:lle ( $n = 17$ ) annettiin hoitomuotona narratiivista altistusterapiaa. Loput 26,1 % ( $n = 6$ ) saivat vaihtoehtoista hoitoa ( $n = 6$ ). Joillakin lapsilla oli terapiassa tarvetta tulkille kielitaidon takia. Tulkkia käytettiin 34,8 %:lla ( $n = 8$ ).

Katoanalyysi suoritettiin logistisella regressioanalyysillä vertaamalla niitä tutkittavia, joilta terapiasuhteen laatua koskevaa kyselyä ei ollut saatavilla (keskeyttäneet hoidon tai kysely jäänyt täyttämättä mittauskerroilla T3 ja T4) ( $n = 25$ ) niihin, joilta terapiasuhteen laatua koskeva kysely oli saatavilla ( $n = 23$ ). Katoanalyysillä tutkittiin, erosivatko kaksi ryhmää toisistaan tilastollisesti merkittävästi tutkimuksessa käytettyjen muuttujien perusteella. Ensimmäisellä askeleella malliin lisättiin ryhmäjäsensyys sekä sukupuoli. Ensimmäinen askel ei ollut tilastollisesti merkitsevä ( $\chi^2(2) = 5.300$ ,  $p = 0.071$ ). Katoanalyysissä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja ensimmäisellä askeleella

ryhmäjäsennyden ( $\text{Exp}(B) = 0.298$ ,  $p = 0.073$ ) tai sukupuolen ( $\text{Exp}(B) = 2.693$ ,  $p = 0.140$ ) suhteen. Toisella askeleella malliin lisättiin PTSD-oireiden summa T1-mittauskerralla ( $\text{Exp}(B) = 0.970$ ,  $p = 0.479$ ). Toinen askel ei myöskään ollut tilastollisesti merkitsevä ( $\chi^2(1) = 0.512$ ,  $p = 0.071$ ). Katoanalyysin perusteella voidaan siis sanoa, että kaksi ryhmää eivät eronneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi ryhmäjäsennyden, sukupuolen tai T1-mittauskerran PTSD-oireiden määrän perusteella.

## 2.2 Muuttujat

*Lasten terapiakokemuksen laatua* mitattiin Child Session Rating Scalella (CSRS) (Duncan ym., 2003). Mittari sisälsi neljä väittämää, joita lapset arvioivat välillä 0–100. Lapset arvioivat väittämiä merkitsemällä janalle rastin vastauksensa kohdalle. Lomakkeessa kysyttiin seuraavia asioita koskien interventiota: ”Kuulluksi tuleminen”, ”Kuinka tärkeäksi koit sen, mitä teimme?”, ”Piditkö siitä, mitä teimme?” ja ”Yleisesti tuntuuko sinusta paremmalta?”. Kyselyssä kuulluksi tulemisella tarkoitettiin sitä, että lapsi koki tulleen kuulluksi terapiassa. Skaalat 2 (terapian tärkeys) ja 3 (terapiasta pitäminen) mittasivat lapsen kokemusta terapian aikana tehdyistä asioista. Viimeinen skaala mittasi terapian jälkeen lapsen kokemusta oman olon parantumisesta. Lisäksi mittariin kuului kaksi avointa kysymystä: ”Miksi nyt tuntuu paremmalta?” ja ”Miksi nyt tuntuu pahemmalta?”. Avoimien kysymysten avulla lapset saivat itse vapaasti kertoa syitä, minkä takia terapian jälkeen tuntui paremmalta tai pahemmalta.

Tutkimusprotokollan mukaisesti lasta pyydettiin täyttämään lomake sekä mittauskerralla T3 että mittauskerralla T4. Tässä tutkimuksessa käytettiin pääosin T3-mittausta. Kuitenkin neljä lasta oli vastannut kyselyyn vain ajankohdassa T4, ja heidän vastauksensa huomioitiin myös. Mittarin väittämiä lapsi arvioi janalla. Vastauksien sijainti janalla mitattiin ja sen perusteella saatiin numeerinen arvo skaaloille. CSRS-kyselyn sisäinen reliabiliteetti on tässä aineistossa hyväksyttävä (T3:  $\alpha = 0.672$  ja T4:  $\alpha = 0.964$ ).

*Traumaperäisen stressihäiriön oireita* mitattiin Children's Revised Impact of Events Scalella (CRIES-13) (Dyregrov, Kuterovac, & Barath, 1996; Horowitz, Wilner, and Alvarez, 1979). Tutkimuksessa käytetty CRIES-13 sisälsi 13 väittämää PTSD-oireista, joita tutkittavat arvioivat 4-asteisella asteikolla (ei yhtään–usein). Väittämillä mitattiin traumaan liittyvien ajatuksien tunkeutumista mieleen, välttelyä ja virittäytyneisyyttä. On todennäköistä, että lapsi saa kliinisessä arvioinnissa PTSD-diagnoosin, jos virittäytyneisyyden ja trauma-ajatusten mieleen tunkeutumisen summaksi tulee yli 17. Tässä tutkimuksessa keskityttiin kuitenkin oireiden vähenemiseen tai lisääntymiseen, minkä takia kliinisellä rajalla ei ole tässä yhteydessä merkitystä. Tässä aineistossa testin sisäisen reliabiliteetti todettiin olevan hyvä (T1:  $\alpha = 0.805$ , T3:  $\alpha = 0.871$ ). Tässä tutkimuksessa

huomioitiin PTSD-oireiden mittaaminen ennen terapian alkamista (T1) ja välittömästi sen päätyttyä (T3). Näiden tietojen perusteella voidaan tutkia oireiden muutosta intervention aikana.

Taustatietoja kysyttiin tutkittavilta kahdella erilaisella esitietolomakkeella. Perheväkivaltaa kokeneilla lapsilla lomake sisälsi kysymyksiä liittyen kaltoinkohtelun laatuun (psykkinen, fyysinen tai seksuaalinen) lapsesta huolehtivien aikuisten taholta. Lisäksi lomakkeessa kysyttiin, olivatko lapset edelleen kohteena näille kaltoinkohtelun eri tyypeille. Sotaa kokeneilla lapsilla esitietolomake sisälsi kysymyksiä traumakokemusten laadusta, esimerkiksi oliko lapsi ollut pakolaisleirillä tai vangittuna. Lisäksi lomake sisälsi perhettä koskevia tietoja, esimerkiksi asuiko lapsen muu perhe Suomessa ja oliko joku perheestä tällä hetkellä kadonnut. Myös sotaa kokeneilta lapsilta esitietolomake sisälsi kysymyksiä mahdollisesta kaltoinkohtelusta (psykkinen, fyysinen ja seksuaalinen).

### **2.3 Aineiston analysointi**

Terapiakokemusskaalojen ja PTSD-oireiden summamuuttujien tilastolliseen testaamiseen käytettiin lineaarista regressioanalyysia. PTSD-oireiden summamuuttujat olivat normaalijakautuneita. Pääasiallisen kiinnostuksen kohteena tutkimuksessa oli terapiakokemuksen laadun vaikutus PTSD-oireiden muutokseen mittauskertojen T1 ja T3 välillä.

Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen vastattiin tarkastelemalla terapiakokemusskaalojen (kuulluksi tuleminen, terapian tärkeys, terapiasta pitäminen ja ”tuntuuko sinusta paremmalta”-skaala) numeerisia arviointeja sekä avoimien vastauksien sisältöjä. Avoimiin kysymyksiin siitä, mikä terapiassa oli erityisesti hyvää tai huonoa, oli vastannut 15 lapsista.

Toiseksi tutkimuksessa selvitettiin, oliko PTSD-oireiden lieveneminen yhteydessä lapsen terapiakokemukseen. Tutkimuksessa käytettiin kaikkia 13 kysymystä ja laskettiin omat summamuuttujat interventiota edeltävälle (T1) ja intervention jälkeiselle (T3) mittauskerralle. CRIES-13-kyselyn summamuuttujille laskettiin muutosarvot (T1-T3). Linearisella regressioanalyysillä tutkittiin, oliko PTSD-oireiden muutos yhteydessä terapiakokemuksen laadun eri skaaloihin.

## **3. TULOKSET**

Aluksi tutkimuksessa vertailtiin tutkimukseen osallistuneiden lasten taustatietoja. Lapsia oli eniten ikäluokista 9–11 (43,5 %) ja 15–17 (43,5 %). 12–14 vuotiaita tutkimukseen tuli mukaan vain 13,0 %.

Suurimpia hoitavien terapeuttien ammattiryhmiä tässä otoksessa olivat sairaanhoitajat 47,8 % ( $n = 11$ ) ja psykologit 43,5 % ( $n = 10$ ). Sosiaalityöntekijöitä hoitavina terapeutteina oli vain yksi ja lisäksi yksi muu työntekijä. Lapsista 17 (73,9 %) oli saanut hoitomuotona narratiivista altistusterapiaa ja 6 (26,1 %) yksikössä annettavaa tavanomaista hoitoa.

Tutkittavat tai heidän vanhempansa kuvasivat erilaisia ongelmia, jotka olivat syynä terapiaan tulemiselle. Yleisimmäksi ongelmaksi lapsilla nousi vetäytyminen omiin oloihin, epäsosiaalisuus ja asioista puhumisen vaikeus. Erilaiset tunne-elämän ongelmat, kuten ahdistuneisuus, masentuneisuus ja pelokkuus olivat myös yleisiä monilla lapsilla. Lisäksi monet lapset kuvasivat kärsineensä keskittymisvaikeuksista, oppimisvaikeuksista ja univaikeuksista. Hieman harvinaisempia oireita, joiden takia terapiaan tultiin, olivat esimerkiksi raivostuminen ja impulsiivisuus. Myös perheeseen liittyviä asioita lapset kokivat ongelmikseen terapian aloittamisen hetkellä. Näitä olivat esimerkiksi huoli perheenjäsenistä tai ikävä.

TAULUKKO 1. Sotaa ja perheväkivaltaa kokeneiden lasten traumakokemusten frekvenssit

	<i>n</i>	%	%*
Sota	15	65.2	
Perheenjäsenet kokeet väkivaltaa/kidutettu	11	47.8	73.3
Kokeneet väkivaltaa vieraan ihmisen taholta	9	39.1	60.0
Ollut vangittuna	6	23.1	40.0
Suomessa ei asu muita perheenjäseniä	5	21.7	33.3
Perheenjäsen kadoksissa	3	13.0	20.0
Fyysinen kaltoinkohtelu	8	34.8	53.3
Psyykkinen kaltoinkohtelu	8	34.8	53.3
Seksuaalinen kaltoinkohtelu	3	13.0	20.0
Perheväkivalta	8	34.8	
Fyysinen kaltoinkohtelu	8	34.8	100
Psyykkinen kaltoinkohtelu	6	26.1	62.5
Seksuaalinen kaltoinkohtelu	1	4.3	12.5

\* Traumatyypin prosentit suhteessa samaan traumaan kokeneisiin, ei koko otokseen.

Taulukosta 1. nähdään lasten traumakokemusten eri tyypit. Taulukosta käy ilmi, että lapsilla kokemukset fyysisestä ja psyykkisestä kaltoinkohtelusta ovat yleisempiä kuin kokemukset seksuaalisesta kaltoinkohtelusta. Perheväkivalta-ryhmässä kukaan lapsista ei kokenut mitään



kaltoinkohtelun muotoa enää tutkimuksen aloittamisen hetkellä. Taulukkoa lukiessa on huomioitava, että lapset olivat voineet kokea useampaa erilaista trauman tyyppiä. Erityisesti perheväkivaltaa kokeneet lapset olivat tyypillisesti kokeneet sekä fyysistä että psyykkistä väkivaltaa.

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen tehtävänä oli selvittää, kokivatko lapset terapian hyväksi. Terapian laadusta ei lapsilta tullut ollenkaan huonoja arvioita. Suurin osa vastauksista oli parhaan neljänneksen joukossa (ka = 85,9, kh = 13,24). Pienin keskiarvo oli skaalassa, joka mittasi terapiasta pitämistä (ka = 77,24, kh = 22,36). Sen sijaan suurin keskiarvo oli kuuntelemista mittaavassa skaalassa (ka = 90,22, kh = 13,61).

Lisäksi tutkimuksen tavoitteena oli, millaiset tekijät terapiakokemuksessa nousivat erityisen tärkeiksi. Tätä mitattiin avoimilla kysymyksillä. Kommentteja tuli vähän, mutta ne koskivat mahdollisuutta puhua asioista luotettavan aikuisen kanssa, rauhoittumiskeinojen saamista ja unenlaadun parantumista. Eniten kysymykseen ”Miksi tuntuu paremmalta?” tuli vastauksia liittyen juuri mahdollisuuteen puhua traumakokemuksesta. Traumakokemuksista puhumisen kuvattiin esimerkiksi auttavan asioiden unohtamiseen. Lisäksi luotettavalle aikuiselle puhuminen ja se, että aika oli varattu vain lasta varten, koettiin hyväksi terapiassa. Fyysisiin oireisiin terapian kuvattiin vaikuttaneen esimerkiksi unenlaadun parantumiseen ja vatsakipujen vähenemiseen. ”Miksi tuntuu paremmalta?”-kysymykseen saatiin vain yksi kommentti. Siinä kuvattiin traumaattisista asioista puhumisen lisäävän kontrollin menettämisen tunnetta. Samalla puhuminen oli kuitenkin mahdollistanut menneisyyden järkeistämisen, joka oli tutkittavan mielestä hyvä asia.

Toisena tutkimuskysymyksenä tutkimuksessa keskityttiin mittaamaan, oliko PTSD-oireiden lieveneminen yhteydessä lapsen kokemukseen terapian onnistumisesta. Kaikilla otoksen tutkittavilla oireet lievenivät keskimäärin 2,73 pistettä (kh = 9,691) intervention aikana. Oireet pysyivät samana 13,0 %:lla ( $n = 3$ ) ja lisääntyivät 21,7 %:lla ( $n = 5$ ). Kuitenkin tutkittavista 60,9 %:lla ( $n = 14$ ) PTSD-oireet lievenivät intervention aikana. Näillä lapsilla oireet lievenivät keskimäärin 7,36 pistettä (kh = 4,940). Tämän perusteella voidaan sanoa, että yleisesti ottaen interventiosta oli hyötyä PTSD-oireiden lievenemisessä.

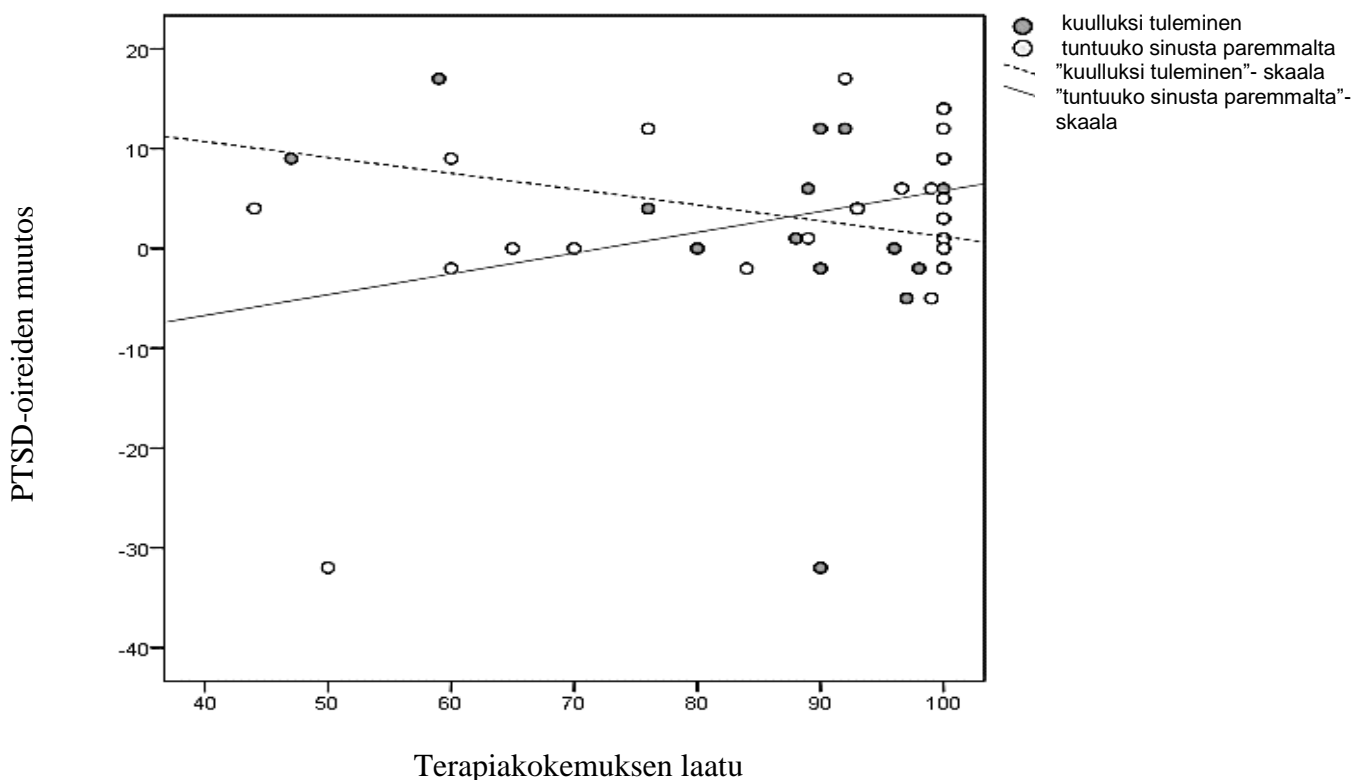
Lineaarisen regressioanalyysin (Taulukko 2.) perusteella skaala 2 (terapian tärkeys) ja skaala 3 (terapiasta pitäminen) eivät olleet tilastollisesti merkittävästi yhteydessä PTSD-oireiden muutokseen. Sen sijaan skaala 1 (kuulluksi tuleminen) oli negatiivisesti yhteydessä PTSD-oireiden muutokseen ( $\beta = -0.491$ ,  $p < 0.05$ ). Tämä tarkoittaa sitä, että mitä enemmän lapsi koki, että häntä kuunneltiin, sitä vähäisempää oli PTSD-oireiden lasku intervention seurauksena. Skaala 4 (”tuntuuko sinusta paremmalta”) oli sen sijaan positiivisesti yhteydessä PTSD-oireiden muutokseen ( $\beta = 0.760$ ,  $p < 0.01$ ). Tämä tarkoittaa, että mitä enemmän lapsi koki, että hänestä tuntui paremmalta intervention jälkeen, sitä suurempaa oli PTSD-oireiden lasku intervention aikana. Kuviosta 1 voidaan tarkastella,

kuinka vastaukset kahteen skaalaan (kuulluksi tuleminen ja ”tuntuuko sinusta paremmalta”) olivat painottuneet pääasiassa positiivisiin arvioihin. Kuitenkin lineaariset regressiosuorat kertovat, että kuulluksi tuleminen oli negatiivisesti yhteydessä PTSD-oireiden muutokseen, ja ”tuntuuko sinusta paremmalta”- skaala positiivisesti yhteydessä oireiden muutokseen.

TAULUKKO 2. Lineaarinen regressioanalyysi: Terapiakokemusskaalojen yhteys PTSD-oireiden muutokseen intervention aikana

	B	SE B	$\beta$
kuulluksi tuleminen	-.342	.152	-.491*
terapian tärkeys	-.193	.153	-.279
terapiasta pitäminen	.026	.085	.061
tuntuuko sinusta paremmalta	.395	.116	.760**

R<sup>2</sup> = .458 (p < 0.05), \*p < 0.05, \*\*p < 0.01. Kaikki muuttujat lisättiin malliin samanaikaisesti.



KUVIO 1. Kahden tilastollisesti merkitsevän skaalan (kuulluksi tuleminen ja ”tuntuuko sinusta paremmalta”- skaalan) yhteys PTSD-oireiden muutokseen.

#### 4. POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaiseksi traumoja kokeneet lapset arvioivat saamansa terapian laadun. Ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä tutkimuksessa selvitettiin, pitivätkö lapset yleisesti saamaansa traumainterventiota hyvänä. Analyysien perusteella terapian arvioinnin eri skaalat (kuulluksi tuleminen, terapian tärkeys, terapiasta pitäminen ja ”tuntuuko sinusta paremmalta”-skaala) saivat pelkästään hyviä arvioita, eivätkä ne eronneet toisistaan. Tämän perusteella lapset kokivat yleisesti ottaen saamansa terapian hyväksi.

Lisäksi tutkimuksessa selvitettiin, millaiset tekijät terapiakokemuksessa nousivat erityisen tärkeiksi. Avoimien kysymysten perusteella selvitettiin, että monet lapsista kokivat tärkeäksi terapiassa mahdollisuuden puhua kokemuksistaan. Vastaukset olivat yhteneviä aikaisempien tutkimustulosten kanssa, joissa paremman terapeutin allianssin todettiin olevan yhteydessä itsestään puhumiseen terapiassa (Sexton ym., 2005). Terapiakokemukskaaloista kuulluksi tuleminen sai suurimpia keskiarvoja. Tämäkin tulos on linjassa aikaisempien tutkimustulosten kanssa. Niiden perusteella lapset olivat kokeneet perheterapiassa erityisesti kuulluksi tuleminen erittäin tärkeäksi (Strickland-Clark ym., 2000). Hypoteesina tällä tutkimuskysymyksellä oli, että terapeutisella allianssilla olisi vaikutusta terapian onnistumiseen, koska sen todettiin olevan hyödyllinen elementti terapiassa myös aiemmissa tutkimuksissa (Brustein, 2013; de Haan ym., 2013; Sexton ym., 2005; Shine, & Westacott, 2010; Stevens ym., 2006). Kokemuksen kuulluksi tulemisesta todettiin lisäävän terapeutista allianssia (Shine, & Westacott, 2010). Hyviksi asioiksi terapiassa koettiin myös, että aika oli varattu pelkästään lasta varten, hoitava terapeutti ymmärsi kerrottuja traumaattisia tapahtumia ja luottamus kerrottujen asioiden salassa pysymiseen. Hypoteesin voidaan katsoa täyttyneen tämän tutkimuskysymyksen kohdalla. Hyvästä allianssista kertoi tutkimuksessa se, että lapsille tuli kokemuksia siitä, että aika oli varattu vain heitä varten ja he pystyivät puhumaan terapiassa mistä tahansa.

Toisen tutkimuskysymyksen tavoitteena oli tutkia, oliko lasten oma kokemus terapian laadusta yhtenevä lasten arvioista heidän PTSD-oireidensa muutoksesta. Kysymyksen tavoitteena oli selvittää, oliko hyvällä kokemuksella traumaterapiasta vaikutusta terapian onnistumiseen eli PTSD-oireiden lievenemiseen. Vaikutus voi olla myös erisuuntainen: oireiden lieveneminen on voinut vaikuttaa terapiakokemuksen muuttumiseen positiiviseksi. On mahdollista, että oireiden lieveneminen on vaikuttanut lapsen omaan kokemukseen terapiasta, ja siten antoi kokemuksen siitä, että terapian laatu on ollut parempaa. Jos kokemus terapian laadusta säilytty positiiviseksi vasta PTSD-oireiden

lievennyttyä, riski lopettaa terapia voi olla suurempi niillä lapsilla, joilla traumat ovat pahempia tai terapia ei syystä tai toisesta toimi.

Analyysit toivat esille mielenkiintoisia tuloksia. Lasten terapiakokemuksen laatua mittaavassa kyselyssä kaksi skaaloista oli yhteydessä PTSD-oireiden muutokseen, mutta näillä kysymyksillä yhteys oli erisuuntainen. Lapsen kokemus kuulluksi tulemisesta oli yhteydessä PTSD-oireiden muutokseen siten, että mitä enemmän lapsi koki että häntä kuunneltiin terapiassa, sitä vähäisempää PTSD-oireiden lieveneminen oli intervention aikana. Tämän yhteyden syyn selvittäminen vaatisi jatkotutkimuksia aiheesta.

Sen sijaan ”tuntuuko sinusta paremmalta”- skaala oli positiivisesti yhteydessä PTSD-oireiden muutokseen. Mitä enemmän lapsi koki terapian jälkeen, että hänestä tuntui paremmalta, sitä suurempaa PTSD-oireiden lieveneminen oli intervention aikana. Tämä tarkoittaa sitä, että lapset, jotka olivat tunteneet intervention jälkeen olonsa paremmaksi, olivat myös PTSD-oireiden muutoksen perusteella hyötynet terapiasta enemmän. Tätä tulosta voi selittää se, että PTSD-oireiden lieveneminen on todella parantanut lapsen oloa. Tämän tutkimuksen valossa voidaan siis todeta, että lasten hyvät kokemukset traumaterapian vaikuttavuudesta ovat yhteydessä myös PTSD-oireiden lievenemiseen.

Tässä tutkimuksessa keskityttiin lasten terapiakokemuksen laadunarviointiin. Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia terapiakokemuksen laatua suuremmassa otoksessa. Terapian arvioinnin voisi sisällyttää tuleviin tutkimuksiin mahdollisuuksien mukaan jo aikaisemmin. Jos tarkoituksena on arvioida terapiakokemuksen laatua ennen kuin nuori lopettaa terapian, on intervention jälkeen tehty arvio jo liian myöhäinen. Lisäksi syitä kuunnelluksi tulemisen negatiiviseen yhteyteen PTSD-oireiden muutokseen olisi hyvä selvittää jatkotutkimuksessa.

#### **4.1 Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset**

Tämän tutkimuksen vahvuutena on, että tällaisia tutkimuksia koskien asiakkaan arviota terapiakokemuksen laadusta on todella vähän. Erityisesti tutkimuksia koskien lasten kokemuksia traumaterapeuttisista interventioista ei ole lainkaan. Asiakkaiden kokemuksilla voidaan saada paljon hyödyllistä tietoa siitä, miten interventioita kannattaisi suunnitella ja toteuttaa. Tällaisten tutkimusasetelmien perusteella voidaan saada arvokasta tietoa siitä, mikä asiakkaan näkökulmasta interventiossa toimii, ja mitä asioita pitäisi ehkä muuttaa (Knaup ym., 2009). Terapian toimivuuden määrittämisellä voi olla tärkeä vaikutus myös siihen, lopettaako nuori terapian kesken (de Haan ym., 2014) Siksi tällaiset tutkimukset tarjoavat tärkeää tietoa siitä, kannattaako terapiaa jatkaa tällaisessa muodossaan vai onko riskinä terapian lopettaminen kesken.

Intervention terapeutteina toimi mielenterveyden ammattilaisia, ja tämä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Pitkittäistutkimuksen hyötynä on, että se mahdollistaa ajallisen vertailun eri mittauskertojen välillä. Pitkittäistutkimus aiheuttaa kuitenkin tutkimuksessa myös rajoituksia esimerkiksi otoskoon ja yksittäisen tutkittavan vastausprosentin suhteen. Tutkimus mahdollistaa myös seurannan tekemisen myöhemmin. Seuranta olisi todella mielenkiintoinen lisä tutkimukseen. Vuoden seurannassa olisi esimerkiksi kiinnostavaa tutkia, millaisia muutoksia PTSD-oireissa tai terapiakokemuksen laadun arvioinneissa tapahtuisi.

Otoskoko on merkittävä tutkimuksen luotettavuutta heikentävä tekijä. Alkuperäisestä otoksesta jäi vielä poissulkukriteerien perusteella noin puolet pois, koska heiltä kaikilta puuttui arvio terapiakokemuksen laadusta. Tutkimukseen otetuilla lapsilla puuttuvia arvoja ei ollut tutkittujen muuttujien kohdalla, mutta otoksen pienuus voi silti heikentää tämän tutkimuksen luotettavuutta ja yleistettävyyttä. Jatkossa olisikin syytä tarkastella isommalla otoksella terapiakokemuksen laatua tällaisessa tutkimusasetelmassa.

Kaikki tähän otokseen otetut lapset arvioivat terapian hyvin positiivisesti, mutta on mahdollista, että kaikki poisjätetyt lapset suhtautuivat interventioon negatiivisesti. Terapiakokemuksen laatukselyyn vastaamattomuus voi siis johtua siitä, että lapset eivät pitäneet terapiasta. Tällaisessa tapauksessa kaikki negatiiviset arviot terapiasta jäivät pois tutkimuksesta. Tutkimuksen luotettavuutta lisäisi se, että terapiakokemuksen laadunarviointi olisi suoritettu kaikille osallistuneille lapsille. Siksi olisi hyvä, että tutkittavilta kerättäisiin palautetta terapiasta jo ennen sen päättymistä.

Tutkimuksen mittareihin liittyi sekä rajoituksia että vahvuuksia. Tutkimuksessa on otettava huomioon, että terapian arviointia ja PTSD-oireita mitattiin pelkästään itsearviointeilla. Pelkkien itsearviointien käyttö voi heikentää tulosten luotettavuutta ja yleistettävyyttä. Kliinisten haastatteluiden on todettu erottelevan paremmin PTSD-oireiden, masennuksen ja fyysisten sairauksien samanaikaisia oireita (Steel, Dunlavy, Stillman, & Pape, 2011). Itsearviointien käyttö on kuitenkin tehokas ja perusteltu tapa kerätä paljon tietoa varsinkin, kun kerättävien asioiden määrä on suuri. Tässä tutkimuksessa otoskoko oli pieni, mutta jokaiselta tutkittavalta kerättiin suuri määrä tietoa monella eri mittauskerralla. Kerätyn datan määrä on voinut lisätä puuttuvien tietojen määrää ja heikentänyt itsearviointien luotettavuutta.

CRIES-mittaria on tutkittu monissa aiemmissa tutkimuksissa ja se on todettu hyväksi mittariksi (Dyregrov ym., 1996; Horowitz ym., 1979; Verlinden ym., 2014). Sen sijaan CSRS-mittarin käytöstä ei ollut paljon tutkimuksia, joissa mittaria olisi käytetty samanlaisessa muodossa. Samanlaista janaarviota on käytetty terapeutista allianssia mittaavassa aikuisten versiossa (Session Rating Scale, SRS) sekä hyvinvointia mittaavassa kyselyssä (Outcome Rating Scale, ORS) (Campbell, & Hemsley,

2009; Duncan ym., 2003). Näistä mittareista tutkimustietoa löytyi enemmän kuin lapsille suunnatusta CSRS-mittarista.

## **4.2 Johtopäätökset**

Tutkimuksen aihe on ainutlaatuinen ja tutkimuksia traumaterapiakokemuksen laadusta lapsilla on vähän. Tämän tutkimuksen valossa voidaan todeta, että lasten hyvät kokemukset traumaterapian vaikuttavuudesta ovat ristiriitaisesti yhteydessä PTSD-oireiden lievenemiseen. Hyvällä kokemuksella traumaterapiasta voi olla vaikutusta terapian onnistumiseen eli oireiden lievenemiseen. Vaikutus voi olla myös erisuuntainen ja oireiden lieveneminen on voinut vaikuttaa terapiakokemuksen muuttumiseen positiiviseksi. Tutkimuksen tulokset tarjoavat mielenkiintoista tietoa, jonka perusteella voidaan suunnitella paremmin lapsille suunnattuja traumainterventioita.

Traumainterventioiden tutkiminen on tärkeää, koska traumaperäiset stressioireet ja muut traumaattisten tapahtumien psykologiset seuraukset voivat johtaa lapsia esimerkiksi eristyneisyyteen, masennukseen tai päihteiden käyttöön (Schauer ym., 2011). Mahdollisuus omien kokemusten kuvaamiseen on tarpeellista, koska siten voidaan ymmärtää paremmin, mikä motivoi nuoria osallistumaan psykologisiin terapioihin ja terapeuttisen suhteen merkitystä terapiassa (Donnellan ym., 2013; Midgley ym., 2016).

## 5. LÄHTEET

- Ackerman, P., Newton, J., McPherson, W., Jones, J., & Dykman, R. (1998). Prevalence of posttraumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse & Neglect* 22(8), 759–774. doi: 10.1016/S0145-2134(98)00062-3
- American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.). Washington, DC.
- Amone-P’Olak, K., & Ovuga, E. (2017). The influence of types of war experiences on conduct problems in war-affected youth in Northern Ugandan: Findings from the WAYS study. *Psychiatry Research*, 251, 14–19. doi: 10.1016/j.psychres.2017.01.092
- Atwoli, L., Platt, J., Williams, D., Stein, D., & Koenen, K. (2015). Association between witnessing traumatic events and psychopathology in the south african stress and health study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 50(8), 1235–1242. doi:10.1007/s00127-015-1046-x
- Brustein, M. (2013). *Perfectionism: A guide for mental health professionals*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Butchart, A. & Mikton, C. (2014). *Global status report on violence prevention 2014*. Technical Report. World Health Organization. Saatavilla: <http://eprints.uwe.ac.uk/30034>
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260. doi:10.1037/h0085885
- Briggs-Gowan, M., Ford, J., Fraleigh, L., McCarthy, K., & Carter, A. (2010). Prevalence of exposure to potentially traumatic events in a healthy birth cohort of very young children in the northeastern United States. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 725– 733.
- Campbell, A., & Hemsley, S. (2009). Outcome rating scale and session rating scale in psychological practice: Clinical utility of ultra-brief measures. *Clinical Psychologist*, 13(1), 1–9. doi:10.1080/13284200802676391
- Cohen, J., Deblinger, E., Mannarino, A., & Steer, R. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(4), 393–402. doi: 10.1097/00004583-200404000-00005
- Cohen, J., Mannarino, A., & Knudsen, K. (2005). Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect*, 29(2), 135–145. doi:10.1016/j.chiabu.2004.12.005

- Cohen, J., Mannarino, A., & Staron, V. (2006). A pilot study of modified cognitive-behavioral therapy for childhood traumatic grief (CBT-CTG). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(12), 1465–1473. doi:10.1097/01.chi.0000237705.43260.2c
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liataud, J., Mallah, K., Olafson, E., & van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35, 390–398.
- De Jong, J., Komproe, I., van Ommeren, M., El Masri, M., Araya, M., Khaled, N., van de Put, W., & Somasundaram, D. (2001). Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *Journal of American Medical Association*, 286(5), 555–562. doi:10.1001/jama.286.5.555
- Diehle, J., Opmeer, B., Boer, F., Mannarino, A., & Lindauer, R. (2015). Trauma-focused cognitive behavioral therapy or eye movement desensitization and reprocessing: What works in children with posttraumatic stress symptoms? A randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(2), 227–236. doi:10.1007/s00787-014-0572-5
- Donnellan, D., Murray, C., & Harrison, J. (2013). An investigation into adolescents' experience of cognitive behavioural therapy within a child and adolescent mental health service. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 18(2), 199–213. doi:10.1177/1359104512447032
- Duncan, B., Miller, S., Sparks, J., Claud, D., Reynolds, L., Brown, J., & Johnson, L. (2003). The Session Rating Scale: Preliminary Psychometric Properties of a “Working” Alliance Measure. *Journal of Brief Therapy*, 3(1), 3–12.
- Dyregrov, A., Kuterovac, G. & Barath, A.(1996) Factor analysis of the Impact of Event Scale with children in war. *Scandinavian Journal of Psychology*, 36, 339-350.
- Eronen, S., & Lahti-Nuutila, P. (2012). *Mikä psykoterapiassa auttaa? Integratiivisen lähestymistavan perusteita*. Helsinki: Edita.
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*, 365 (9467), 1309–1314.
- Galea, S., Nandi, A., & Vlahov, D. (2005). The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiologic Reviews*, 27(1), 78–91. doi: 10.1093/epirev/mxi003
- Gerritsen A., Bramsen, I., Devillé, W., van Willigen, L., Hovens, J., & Ploeg, H. (2006). Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(1), 18–26. doi: 10.1007/s00127-005- 0003-5



- Gillies, D., Taylor, F., Gray, C., O'Brien, L., & D'Abrew, N. (2012). Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12.
- Green, B., Goodman, L., Krupnick, J., Corcoran, C., Petty, R., Stockton, P., & Stern, N. (2000). Outcomes of single versus multiple trauma exposure in a screening sample. *Journal of Traumatic Stress*, 13(2). doi:10.1023/A:1007758711939
- Greeson, J., Briggs, E., Kisiel, C., Layne, C., Ake III, G., Ko, S., Gerrity, E., Steinberg, A., Howard, M., Pynoos, R., Fairbank, J. (2011). Complex trauma and mental health in children and adolescents placed in foster care: Findings from the national child traumatic stress network. *Child Welfare*, 90(6), 91–108.
- Gutermann, J., Schreiber, F., Matulis, S., Schwartzkopff, L., Deppe, J., & Steil, R. (2016). Psychological treatments for symptoms of posttraumatic stress disorder in children, adolescents, and young adults: A meta-analysis. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 19(2), 77–93. doi:10.1007/s10567-016-0202-5
- de Haan, A., Boon, A., de Jong, J., Geluk, C., & Vermeiren, R. (2014). Therapeutic relationship and dropout in youth mental health care with ethnic minority children and adolescents. *Clinical Psychologist*, 18(1), 1–9. doi:10.1111/cp.12030
- de Haan, A., Boon, A., de Jong, J., Hoeve, M., & Vermeiren, R. (2013). A meta-analytic review on treatment dropout in child and adolescent outpatient mental health care. *Clinical Psychology Review*, 33(5), 698–711. doi:10.1016/j.cpr.2013.04.005
- Horowitz, M., Wilner, N., and Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosom. Med.*, 41, 209–218.
- Janse, P., De Jong, K., Van Dijk, M., Hutschemaekers, G., & Verbraak, M. (2017). Improving the efficiency of cognitive-behavioural therapy by using formal client feedback. *Psychotherapy Research*, 27(5), 525–538. doi:10.1080/10503307.2016.1152408
- Kadra, G., Dean, K., Hotopf, M., & Hatch, S. (2014). Investigating exposure to violence and mental health in a diverse urban community sample: Data from the south east london community health (SELCoH) survey. *Plos One*, 9(4), 1–12. doi:10.1371/journal.pone.0093660
- Kangaslampi, S., Garoff, F., & Peltonen, K. (2015). Narrative exposure therapy for immigrant children traumatized by war: study protocol for a randomized controlled trial of effectiveness and mechanisms of change. *BMC psychiatry*, 15(127), 1–14.

- Kilpatrick, D., Resnick, H., Milanak, M., Miller, M., Keyes, K., & Friedman, M. (2013). National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Journal of Traumatic Stress, 26*(5), 537–547. doi:10.1002/jts.21848
- Kisiel, C., Fehrenbach, T., Small, L., & Lyons, J. (2009). Assessment of complex trauma exposure, responses and service needs among children and adolescents in child welfare. *Journal of Child and Adolescent Trauma, 2*, 143–160. doi: 10.1080/19361520903120467
- Knaup, C., Koesters, M., Schoefer, D., Becker, T., & Puschner, B. (2009). Effect of feedback of treatment outcome in specialist mental healthcare: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science 195*(1), 15–22. doi: 10.1192/bjp.bp.108.053967.
- Levendosky, A., Huth-Bocks, A., Semel, M., & Shapiro, D. (2002). Trauma symptoms in preschool-age children exposed to domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence, 17*(2), 150–164.
- Mash, E., Wolfe, D. (2005). *Abnormal Child Psychology* (3rd ed.). Belmont, CA: Thompson Wadsworth.
- Meltzer, H., Doos, L., Vostanis, P., Ford, T., & Goodman, R. (2009). The mental health of children who witness domestic violence. *Child & Family Social Work, 14*(4), 491–501. doi:10.1111/j.1365-2206.2009.00633.x
- Midgley, N., Isaacs, D., Weitkamp, K., & Target, M. (2016). The experience of adolescents participating in a randomised clinical trial in the field of mental health: A qualitative study. *Trials, 17*, 1–12. doi:10.1186/s13063-016-1474-2
- Mundt, A., Wünsche, P., Heinz, A., & Pross, C. (2014). Evaluating interventions for posttraumatic stress disorder in low and middle income countries: Narrative exposure therapy. *Intervention, 12*(2), 250–266.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2005). Post-traumatic stress disorder: management (Clinical guideline CG26). Saatavilla: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs39>.
- Ogle, C., Rubin, D., & Siegler, I. (2013) The impact of the developmental timing of trauma exposure on PTSD symptoms and psychosocial functioning among older adults. *Developmental Psychology, 49*(11), 2191–2200. doi: 10.1037/a0031985
- Onyut, L., Neuner, F., Schauer, E., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, M., & Elbert, T. (2005). Narrative exposure therapy as a treatment for child war survivors with posttraumatic stress disorder: Two case reports and a pilot study in an african refugee settlement. *BMC Psychiatry, 5*, 7–9. doi:10.1186/1471-244X-5-7

- Pine, D., & Cohen, J. (2002). Trauma in children and adolescents: Risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biological Psychiatry*, *51*(7), 519–531.
- Prout, T. (2014). *Essential interviewing and counseling skills : An integrated approach to practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Robjant, K., & Fazel, M. (2010). The emerging evidence for narrative exposure therapy: A review. *Clinical Psychology Review*, *30*(8), 1030–1039. doi:10.1016/j.cpr.2010.07.004
- Ruf, M., Schauer, M., Neuner, F., Catani, C., Schauer, E., & Elbert, T. (2010). Narrative exposure therapy for 7- to 16-year-olds: A randomized controlled trial with traumatized refugee children. *Journal of Traumatic Stress*, *23*(4), 437–445. doi:10.1002/jts.20548
- Schauer, E., Neuner, F., Elbert, T., Ertl, V., Onyut, L., Odenwald, M., & Schauer, M. (2004). Narrative exposure therapy in children: A case study. *Intervention*, *2* (1), 18–32.
- Schauer, M., Neuner, F., Elbert, T. (2011). *Narrative exposure therapy: a short-term treatment for traumatic stress disorders*. Cambridge: Hogrefe.
- Sexton, H., Littauer, H., Sexton, A., & Tømmerås, E. (2005). Building an alliance: Early therapy process and the client–therapist connection. *Psychotherapy Research*, *15*(1), 103–116. doi:10.1080/10503300512331327083
- Shine, L., & Westacott, M. (2010). Reformulation in cognitive analytic therapy: Effects on the working alliance and the client's perspective on change. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, *83*(2), 161–177.
- Steel, J., Dunlavy, A., Stillman, J., & Pape, H. (2011). Measuring depression and PTSD after trauma: Common scales and checklists. *Injury*, *42*(3), 288–300. doi:10.1016/j.injury.2010.11.045
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R., & van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement. *Journal of American Medical Association*, *302*(5), 538–549. doi:10.1001/jama.2009.1132
- Stevens, J., Kelleher, K., Ward-Estes, B., & Hayes, J. (2006). Perceived barriers to treatment and psychotherapy attendance in child community mental health centers. *Community Mental Health Journal*, *42*(5), 449–458. doi:10.1007/s10597-006-9048-5
- Strickland-Clark, L., Campbell, D., & Dallos, R. (2000). Children's and adolescents' views on family therapy. *Journal of Family Therapy*, *22*(3), 324–341.

Terr, L. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10–20.

Verlinden, E., Meijel, E., Opmeer, B., Beer, R., Roos, C., Bicanic, I., Lamers-Winkelmann, F., Olf, M., Boer, F., & Lindauer, R. (2014). Characteristics of the children's revised impact of event scale in a clinically referred dutch sample. *Journal of Traumatic Stress*, 27(3), 338–344. doi:10.1002/jts.21910