

**ÄIDIN SOTATRAUMA JA LAPSEN EMOTIONAALINEN KEHITYS: TRAUMAN
KOGNITIIVISEN JA EMOTIONAALISEN KÄSITTELYN SUOJAAVA VAIKUTUS**

Laura Tuomaala

Psykologian pro gradu -tutkielma

Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö

Tampereen yliopisto

Kesäkuu 2016

TAMPEREEN YLIOPISTO

Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö

TUOMAALA LAURA: Äidin sotatrauma ja lapsen emotionaalinen kehitys: trauman kognitiivisen ja emotionaalisen käsittelyn suojaava vaikutus

Pro gradu -tutkielma, 50 s

Ohjaaja: Raija-Leena Punamäki

Psykologia

Kesäkuu 2016

Aiemmat tutkimukset osoittavat, että vanhemman kokemilla traumaattisilla tapahtumilla on kielteisiä vaikutuksia lapsen kehitykseen. Tutkimus ylisukupolvisen trauman suojaavista tekijöistä kaipaa kuitenkin vielä täydennystä. Tässä tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita, ovatko äidin kokemat traumaattiset sotakokemukset ja äidin trauman käsittelyn laatu yhteydessä lapsen emotionaaliseen kehitykseen. Tutkimuksessa tarkasteltiin, suojaako äidin optimaalinen kognitiivinen tai emotionaalinen trauman käsittely lapsen emotionaalista kehitystä äidin sotatraumojen mahdollisilta vaikutuksilta.

Tutkimukseen osallistui 511 palestiinalaista sodalle altistunutta naista ja heidän lastaan. Tutkimus toteutettiin kyselylomakkein pitkittäisasetelmalla. Ensimmäisellä tutkimuskerralla (T1) naiset olivat toisella kolmanneksella raskaana ja toisella kerralla (T2) lapset olivat 4–5 kuukauden ikäisiä. Äitien trauman käsittelyä tarkasteltiin koettujen traumaperäisten emotionoiden ja kognitioiden avulla. Äidit olivat altistuneet keskimäärin 14 traumaattiselle tapahtumalle ja kokivat verrattain paljon traumaperäisiä kognitioita ja emotionioita. Lapsen emotionaalista kehitystä tarkasteltiin Revised Infant Behavior Questionnaire –kyselyllä (IBQ-R).

Tulokset osoittivat sekä äidin traumaattisten sotakokemusten määrän että kognitiivisen trauman käsittelyn olevan yhteydessä lapsen emotionaaliseen kehitykseen. Äidin korkea sotakokemusten ja traumaperäisten kognitioiden määrä olivat yhteydessä lapsen korkeamaan ulospäin suuntautuneisuuteen ja positiiviseen emotionaalisuuteen. Yhteyttä lapsen negatiiviseen emotionaalisuuteen ja sopeutumiseen ja säätelyyn ei havaittu. Äidin trauman kognitiivinen käsittely suojasi lapsen negatiiviseen emotionaalisuuteen kohdistuvilta ylisukupolvilta trauman vaikutuksilta. Kun trauman kognitiivinen käsittely oli epäonnistunut, jopa äidin vähäisempi traumaattiselle sotakokemuksille altistuminen oli yhteydessä lapsen negatiiviseen emotionaalisuuteen. Tutkimuksessa äidin emotionaalisella trauman käsittelyllä havaittiin vastaavanlainen, mutta vain suuntaa antava, lapsen emotionaalista kehitystä suojaava vaikutus.

Tutkimus syvensi ymmärrystä ylisukupolvisesta traumasta ja lasta suojaavista mekanismeista. Se osoitti, että traumaattisista kokemuksista voi seurata myös jotain positiivista lapsen emotionaalisen kehityksen kannalta, mutta samalla se korostaa trauman käsittelyn tärkeyttä lapseen kohdistuvien negatiivisten vaikutusten minimoimiseksi. Tutkimus antaa tärkeää tietoa sotaoloissa elävien tuen suunnitteluun ja toteutukseen.

Avainsanat: sotatrauma, trauma, ylisukupolvinen trauma, emotionaalinen kehitys, trauman käsittely, traumaperäiset kognitiot, traumaperäiset emotioniot

Sisällys

1. JOHDANTO	1
1.1 Tutkimuksen lähtökohdat.....	1
1.2 Traumaattiset tapahtumat ja niiden yhteydet mielenterveyteen.....	2
1.3 Traumaattisen kokemuksen psykologinen käsittely.....	5
1.3.1 Traumaattisesta tapahtumasta selviytyminen.....	5
1.3.2 Traumaperäiset kognitiot	8
1.3.3 Traumaperäiset emootiot.....	9
1.4 Lapsen emotionaalinen kehitys	11
1.5 Ylisukupolvinen trauma	13
1.5 Tutkimuskysymykset	15
2. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	16
2.1 Tutkittavat	16
2.2 Menetelmät ja muuttujat	17
2.3 Aineiston analysointi.....	19
3. TULOKSET	20
3.1 Kuvailevat tulokset.....	21
3.2 Äidin sotatrauman yhteys lapsen emotionaaliseen kehitykseen	25
3.3 Sotatrauman kognitiivinen ja emotionaalinen käsittely ja lapsen emotionaalinen kehitys	26
3.4 Äidin trauman käsittely lapsen emotionaalisen kehityksen suojelevana tekijänä	28
4. POHDINTA	32
4.1 Tutkimuksen päätulokset	33
4.2. Tutkimuksen rajoitukset ja vahvuudet	36
4.3 Tutkimuksen merkitys ja jatkotutkimuksen tarpeet	38
LÄHTEET.....	40

1. JOHDANTO

1.1 Tutkimuksen lähtökohdat

Maailmassa on paljon alueita, joissa sota on arkipäivää, ja ihmiset joutuvat kohtaamaan traumaattisia tapahtumia jatkuvasti. Sota ei kosketa ainoastaan sotilaita, vaan siviilitkin joutuvat elämään jatkuvan pelon keskellä ilman mahdollisuutta vaikuttaa tilanteeseensa. Traumaattisella tapahtumalla viitataan tapahtumaan, joka uhkaa yksilön tai hänen läheistensä henkeä tai johtaa loukkaantumiseen. Traumaattiseksi tapahtumaksi luokitellaan myös tällaisen tapahtuman silminnäkijänä oleminen. Traumaattiset tapahtumat vaikuttavat yksilöön monin eri tavoin ja vaikutukset ovat usein laajoja ja pitkäkestoisia. Traumaattiselle tapahtumalle altistuminen ei kuitenkaan automaattisesti johda negatiivisiin seurauksiin ja traumaattista tapahtumaa käsittelemällä näitä seurauksia voidaan ennaltaehkäistä (Bonanno & Burton, 2013).

Vanhemman kokemat traumaattiset tapahtumat vaikuttavat usein heidän lapsiinsa. Tätä ilmiötä kutsutaan ylisukupolviseksi traumaksi. Ylisukupolvinen trauma voi ilmentyä esimerkiksi lapsen emotionaalisessa kehityksessä. Emotionaalisen kehityksen osalta lapsen ensimmäinen elinvuosi on erittäin tärkeä, sillä silloin kehitystehtäviin kuuluu muun muassa tunteidensäätelyn opettelu vuorovaikutuksessa vanhemman kanssa (Kingston, Tough, & Whitfield, 2012). Aikaisempi tutkimus antaa viitteitä siitä, että traumasta johtuva oireilu selittäisi ylisukupolvista traumaa (esim. Davidson & Mellor, 2001; Pat-Horenczyk ym., 2015). Tässä tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita siitä, miten äidin traumaattisten kokemusten käsittely vaikuttaa trauman ylisukupolvisiin vaikutuksiin lapsen emotionaalisessa kehityksessä. Trauman käsittelyä lähestytään traumaperäisten kognitioiden ja emotioiden kautta. Ne ovat merkkejä trauman epäonnistuneesta käsittelystä.

Jo ennen lapsen syntymää sijoittuneella vanhemman traumaattisella tapahtumalla on oma erityinen vaikutuksensa lapsen kehitykseen (Yehuda ym., 2005). Tutkimus koskettaa nykyisessä poliittisessa tilanteessa länsimaitakin, sillä esimerkiksi pakolaisten ennen kotimaastaan lähtöä kokemat traumaattiset tilanteet voivat vaikuttaa uudessa kotimaassa syntyneiden lasten kehitykseen. Ylisukupolvista traumaa on tutkittu ennen kaikkea keskitysleirien uhreilla (Kellerman, 2001; Baranowsky, Young, Johnson-Douglas, Williams- Keeler, & McCarrey, 1998) ja jonkin verran

veteraaneilla ja kidutuksen uhreilla (Galovski & Lyons, 2004). Kuitenkin miljoonat siviilit ympäri maailmaa altistuvat sotaoloille päivittäin. Tässä tutkimuksessa kohderyhmänä ovat siviilit. Tutkimuksessa tarkastellaan, vaikuttaako äidin ennen lapsen syntymää kokema sotatrauma lapsen emotionaaliseen kehitykseen ensimmäisen vuoden aikana ja miten trauman käsittelyn laatu on yhteydessä lapsen emotionaaliseen kehitykseen. Lisäksi tarkastellaan, voiko äidin optimaalinen emotionaalinen ja kognitiivinen trauman käsittely suojata lapsen kehitystä sotatrauman kielteisiltä vaikutuksilta. Tutkimus lisää siis ymmärrystä sotatrauman ylisukupolvisesta vaikutuksesta ja voi auttaa avun suunnittelussa sekä sotaa kärsineiden maiden siviiliväestössä että Suomeen tulleiden pakolaisten kanssa.

1.2 Traumaattiset tapahtumat ja niiden yhteydet mielenterveyteen

Traumaattisella tapahtumalla viitataan tilanteeseen, jossa henkilö altistuu kuolemalle, kuolemanvaaralle, vakavalle loukkaantumiselle tai seksuaaliselle väkivallalle (APA, 2013). Tapahtuma voi olla traumaattinen, mikäli se kohdistuu itseen, läheiseen ystävään tai perheenjäseneseen. Toisaalta se voi olla traumaattinen myös silminnäkijälle tai jatkuvasti vastaavien tapahtumien raaolle yksityiskohdille työssään altistuvilla. Traumatisoitumisen kannalta olennaista on henkilön oma subjektiivinen kokemus tilanteesta, eikä pelkkä tapahtumalle altistuminen. Bleichin, Gelkopfin ja Solomonin (2003) mukaan 60 prosenttia terrorismille altistuneista kokee, että heidän elämänsä on uhattuna ja 68 prosenttia kokee, että heidän läheistensä elämä on vaarassa. Traumaattinen tapahtuma voi aiheuttaa pelkoa, avuttomuutta ja kauhua. Kun yksilö kokee olevansa kykenemätön kontrolloimaan tapahtunutta, stressi on voimakkaimmillaan (Basoglu, Livanou, & Crnobaric, 2007).

Traumakokemusten psyykkisiä seurauksia on pyritty käsitteellistämään traumaattisen tapahtuman luonteen, jatkuvuuden, määrän ja kehityksellisen merkityksen kautta. Traumaattinen tapahtuma voi olla luonteeltaan ihmisen tai luonnon aiheuttama. Trauman luonteella on merkitystä kokijan mielenterveydelle. Tutkijat olettavat, että ihmisen aiheuttamalle traumalle altistuminen aiheuttaa todennäköisemmin psyykkistä oireilua kuin luonnon aiheuttamalle traumalle altistumiseen (Green ym., 2000). Syynä saattaa olla se, että ihmisen aiheuttama trauma rikkoo yksilön perustavanlaatuisia odotuksia muiden ihmisten toiminnasta ja sisältää usein tahallista uhkaa ja

vahingoittamista, kun taas luonnon aiheuttamalle traumalle ei voida samalla tavoin attribuoida pahuutta ja vääryyttä (Schwerdtfleger & Nelson Goff, 2007).

Traumaattisia tapahtumia voidaan luokitella I- ja II-tyypin traumaksi sen mukaan, onko traumaattinen tapahtuma kertaluontoinen ja yllättävä vai onko traumaattisille tapahtumille altistuminen pitkäaikaista ja jatkuvaa, jolloin traumaattisten tapahtumien määrä on suuri. Mitä enemmän traumaattisia tapahtumia yksilö kohtaa, sitä enemmän yksilö kuormittuu ja traumatisoitumisen todennäköisyys kasvaa (Green ym., 2000; Karam ym., 2014). Sotaoaloissa elävät kohtaavat usein monia traumaattisia tapahtumia. Green ym. (2000) ovat havainneet, että oirehdintaa on eniten niillä, jotka ovat altistuneet useille ihmisten aiheuttamille traumaattisille tapahtumille verrattuna esimerkiksi usealle luonnon aiheuttamalle tapahtumalle tai vain yhdelle ihmisen aiheuttamalle traumaattiselle tapahtumalle altistuneisiin. Riski traumatisoitumiselle on siis suurin juuri silloin, kun traumaattisia tapahtumia on useita ja lisäksi ne ovat ihmisten aiheuttamia. Sotatraumaa voidaan mieltää tällaisena sekä jatkuvana että ihmisen aiheuttamana.

Traumatisoitumista voidaan lähestyä kehityksellisten merkitysten kautta sen mukaan, mihin elämänvaiheeseen traumaattinen tapahtuma sijoittuu. Traumaattinen tapahtuma voi tietyissä elämänvaiheissa olla erityisen haitallinen, sillä se kilpailee osin samoista henkisistä resursseista iän ja elämäntilanteen mukaisten kehitystehtävien kanssa (Ogle, Rubin, & Siegler, 2013). Vanhemmuuteen siirtyminen on yksi tällainen tärkeä kehityksellinen vaihe aikuisuudessa (Bernsten, Rubin, & Siegler, 2011). Tutkimus on osoittanut, että vanhemmuuteen siirtyessä nimenomaan ihmisen aiheuttama trauma on yhteydessä kielteisiin seurauksiin (Schwerdtfleger & Nelson Goff, 2007).

Traumaattinen tapahtuma on yllättävä ja pelottava ja se järkyttää yksilön turvallisuuden tunnetta ja voi näin ollen johtaa henkilön mielenterveyden järkkymiseen. Traumaperäinen stressihäiriö (PTSD) on yleinen traumaattisen tapahtuman aiheuttama oireyhtymä (katsausartikkeli Neria, Nandi, & Galea, 2008). PTSD:tä esiintyy 15–37 prosentilla sodalle tai joukkoväkivallalle altistuneista (de Jong ym., 2001). Traumaperäiset stressioireet voidaan jakaa kolmeen kategoriaan (APA, 2013). Intrusiivisilla oireilla tarkoitetaan tahdonvastaisia mieleenpalautumisia, joissa traumaattisen tapahtuman yksityiskohdat palaavat väkisin mieleen. Näin mieli yrittää nostaa käsiteltäväksi tapahtumia ja kokemuksia, jotka ovat olleet liian järkyttäviä käsiteltäväksi. Intrusiivisia oireita ovat esimerkiksi takaumat ja painajaiset. Toinen PTSD:hen liittyvä oireyhtymä on välttämiskäyttäytyminen ja tunteiden puuduttaminen. Tällä tavoin yksilö pyrkii välttämään traumaattiseen tapahtumaan liittyvien kipeiden muistojen, ajatusten ja tunteiden kohtaamista. Kolmas oireyhtymä PTSD:ssä on ylivirittyminen vaaraan.

Tällöin yksilö on tilanteeseen nähden tarpeettoman varuillaan odottaen jatkuvasti jotain pahaa tapahtuvaksi. Kaikkia näitä oireita voi esiintyä myös lievempänä ilman PTSD-diagnoosia. Kumulatiiviselle traumalle altistuminen on yhteydessä monimuotoisempaan PTSD-oireiluun (Karam ym., 2014).

PTSD:n lisäksi traumaattiset tapahtumat voivat johtaa esimerkiksi masennukseen ja ahdistukseen. Muut mielenterveyden vaikeudet voivat esiintyä sellaisenaan tai samanaikaisesti PTSD:n kanssa (Morina & Ford, 2008). Sodalle altistuneista siviileistä 22-45 prosenttia kärsii masennuksesta ja 12-58 prosenttia ahdistuksesta (Neria, Besser, Kiper, & Westphal, 2010). Naisilla oirehdinta on yleisempää.

Oireet ovat usein pitkäkestoisia ja voivat kestää jopa vuosikymmeniä (Schick, Morina, Klaghofer, Schnyder, & Müller, 2013; Sagi-Schwartz ym., 2003; Solomon & Mikulincer, 2007). Suurimmalla osalla ne kuitenkin vähenevät ajan myötä (Neria ym., 2008; Neria ym., 2010). Sodalle altistuneilla siviileillä sekä PTSD:n, masennuksen että ahdistuksen määrä väheni radikaalisti jo neljän kuukauden aikana evakuoinnin jälkeen (Neria ym., 2010). Pelkkä turvattomasta ympäristöstä pois pääseminen on siis jo merkittävä tekijä traumasta toipumisen kannalta. Tutkimuksessa pitkään uskottiin, että suurin osa traumalle altistuneista paranee vähitellen kärsittyään ensin muutaman kuukauden PTSD-oireista. Bonannon, Rennicken ja Dekelin (2005) tutkimus syyskuun 11. päivän terroritekojen uhreilla toi kuitenkin uutta tietoa pitkän aikavälin oireilusta. Tutkimus osoittaa, että osalla traumaattisille tapahtumille altistuneista oireet vähenevät muutaman kuukauden kuluessa, osa oireilee kroonisesti, osalla oireet tulevat vasta viiveellä ja osa ei oireile juuri ollenkaan (Bonanno ym., 2005; Bonanno & Mancini, 2012; Hobfoll ym., 2009; Punamäki, Palosaari, Diab, Peltonen, & Qouta, 2015).

Tutkimus osoittaa, että traumaattisten tapahtumien määrä, altistumisen laatu, yksilön persoonallisuus ja kyky käsitellä traumaattista tapahtumaa vaikuttavat siihen, kuinka vakavia ja pitkäkestoisia traumaperäiset mielenterveyden oireet ovat. Traumaattisten tapahtumien määrä ennakoii oireiden nopeampaa ilmenemistä, pidempää kestoja ja monimuotoisempaa oireilua (Karam ym., 2014). Traumaattisen tapahtuman laatu ennustaa oireiden määrää (Green ym., 2000; Solomon ym. 1999). Vakavammin altistuneilla oireita on enemmän, mutta lisäksi he kokevat enemmän negatiivisia muutoksia esimerkiksi työkyvyssään tai kyvyssään rentoutua ja kokea mielihyvää (Solomon ym., 1999). Yksilön ominaisuuksista muun muassa psyykinen kestävyys, itseä korostava vääristymä ja positiiviset emotiot ennustavat parempaa selviytymistä traumaattisista tapahtumista (Bonanno, 2004).

Traumaattisilla tapahtumilla voi siis olla monenlaisia seurauksia yksilön kannalta ja oirekuva on aina yksilöllinen. Toisaalta kaikki eivät kuitenkaan oireile vakavankaan traumaattisen tapahtuman seurauksena.

1.3 Traumaattisen kokemuksen psykologinen käsittely

Ihmiset ovat melko hyviä kestämaan ja käsittelemään traumaattisia tapahtumia. Suurin osa traumaattisille tapahtumille altistuneista käsittelee kokemaansa rakentavasti ja joustavasti (Bleich ym., 2003). Bonanno, Galea, Bucciarelli ja Vlahov (2006) havaitsivat, että syyskuun 11. päivän terroriteoille altistuneista 65 prosenttia olivat vastustuskykyisiä ja pahimmin altistuneistakin vastustuskykyisten osuus oli kolmannes.

1.3.1 Traumaattisesta tapahtumasta selviytyminen

Tutkijat ovat pyrkineet löytämään tekijöitä, jotka suojaavat trauman kokeneiden mielenterveyttä vakavilta vaikutuksilta. Transaktionaalisen prosessiteorian mukaan monet sekä itsen että ympäristöön liittyvät tekijät vaikuttavat siihen, minkälaiset trauman vaikutukset yksilöön ovat (Lazarus & Folkman, 1987). Itseen liittyviä suojaavia tekijöitä ovat muun muassa coping- eli selviytymiskeinot ja emotionaalinen tyyli. Ympäristöön liittyviä suojaavia tekijöitä ovat muun muassa perheen ja läheisten tuki ja kiintymystyyli.

Selviytymiskeinot voidaan jakaa ongelmakeskeisiin ja emootiokeskeisiin (Lazarus, 1993). Ongelmakeskeisessä yksilö pyrkii muuttamaan traumaattisia olosuhteita esimerkiksi aktiivisuuden, tilanteen uudelleen arvioinnin ja uudelleenjäsentämisen kautta. Emootiokeskeisessä yksilö pyrkii muokkaamaan omaa henkilökohtaista kokemustaan traumasta. Useissa tutkimuksissa on havaittu ongelmakeskeisten selviytymiskeinojen olevan yhteydessä parempaan selviytymiseen ja emootiokeskeisten keinojen enempään psykiatriseen oireiluun (esim. Kartstoft, Armour, Elklit, & Solomon, 2015; Mikulincer & Solomon, 1989; Solomon, Avitzur, & Mikulincer, 1989). Psykiatriselta

oireilulta suojaavia selviytymiskeinoja ovat esimerkiksi hyväksyntä ja positiivinen uudelleenmuotoilu (Dickstein ym., 2012). Huijts, Kleijn, van Emmerik, Noordhof ja Smith (2015) totesivat kuitenkin, etteivät emootiokeskeiset selviytymiskeinot itse asiassa ole yhteydessä PTSD-oireisiin vaan pakolaisten parempaan elämänlaatuun. He lähestyivät emootiokeskeisiä selviytymiskeinoja esimerkiksi itsehillinnän, huumorin ja hyväksynnän kautta, eivätkä laskeneet mukaan esimerkiksi itesyytöksiä tai märehtimistä, kuten aiemmin tutkimuksessa on ollut tapana. Myös selviytymiskeinojen käytön ajoitus on tärkeää. Kanninen, Punamäki ja Qouta (2002) havaitsivat, että ongelmakeskeiset keinot ovat hyödyllisiä silloin, kun trauma on tuore, mutta kun pidempi aika on kulunut, emootiokeskeiset keinot ovat hyödyllisempiä. Oma arvio tilanteesta vaikuttaa siihen, minkälaisia selviytymiskeinoja yksilö valitsee käyttää (Lazarus, 1993). Oma käsitys tilanteesta ja sen hallinnasta on myös tärkeää selviytymisen suhteen. Sisäinen hallintakäsitys on yhteydessä sekä lyhyen että pitkän aikavälin selviytymiseen (Kartstoft ym., 2015).

Yksilön emotionaalinen tyyli on yhteydessä traumaattisista tapahtumista selviämiseen. Paremmiin selviytyneillä on kyky kokea positiivisia ja negatiivisia tunteita toisistaan suhteellisen erillisesti (Coifman, Bonanno, & Rafaeli, 2007). Kyky sekä tehostaa että vaimentaa tunteiden ilmaisua tarpeen mukaan ennustaa pitkäaikaista sopeutumista paremmin kuin kumpikaan niistä erikseen (Bonanno, Papa, Lalande, Wesphal, & Coifman, 2004).

Ympäristöön liittyvät tekijät vaikuttavat vahvasti yksilön kykyyn selviytyä traumaattisista tapahtumista. Sosiaalinen tuki suojaa psykiatriselta oireilulta. (Bonanno, Galea, Bucciarelli, & Vlahov, 2007; Neria ym., 2010) ja kokemus kuulumisesta johonkin yhteisöön on yhteydessä kykyyn selviytyä jopa jatkuvan uhan alla eläessä (Nuttman-Shwartz & Dekel, 2009). Pakolaisilla jo pelkkä sosiaalisen tuen etsiminen on yhteydessä parempaan elämänlaatuun (Huijts ym., 2015). Kuitenkin tilanteessa, jossa sosiaalista tukea ei ole mahdollista saada, sen etsiminen on yhteydessä voimakkaampaan psykiatriseen oireiluun (Dickstein ym., 2012).

Selviytymiskeinojen ja tunteidensäätelyn joustavuus stressaaviin tilanteisiin sopivaksi onkin tärkeämpää kuin minkään yksittäisen strategian osaaminen (Bonanno & Burton, 2013). Kun trauman käsittely epäonnistuu, voi siitä seurata esimerkiksi traumaperäinen stressihäiriö (PTSD). Huonoja selviytymiskeinoja voidaan tarkastella käyttäytymisen, tunne-elämän säätelyn ja kognitiivisten prosessien tasoilla. Päihteiden käyttö (Dickstein ym., 2012), passiivisuus ja antisosiaalinen käyttäytyminen (Finklestein, Laufer, & Solomon, 2012) ovat yhteydessä psykiatriseen oireiluun. Tunne-elämän puolelta välttäminen johtaa huonompaan selviytymiseen (Finklestein ym., 2012).

Kognitiivisista prosesseista kieltäminen ja irrottautuminen ovat yhteydessä voimakkaampaan oireiluun (Dickstein ym., 2012). Traumaattisesta tapahtumasta selviytymisen tukemiseksi on olemassa keinoja, mikäli yksilön omat selviytymiskeinot eivät riitä. Uusia selviytymiskeinoja voidaan opettaa ja niitä voidaan ohjata tilanteeseen paremmin sopiviksi (Kanninen ym., 2002).

Epäonnistunut trauman käsittely johtaa psykiatriseen oireiluun. Psykiatrinen oirehdinta vaikuttaa esimerkiksi perhe-elämään ja vanhemmuuteen ja asettaa tätä kautta lapsen kehityksen riskialttiiksi. PTSD:n syntyä ja etenemistä tarkastelevien emootioiden ja informaation prosessointiteorioiden mukaan emotionaalinen prosessointi ja sen ongelmat ovat yhteydessä traumamuiston syntyyn, varastoimiseen ja palauttamiseen (Price, Monson, Callahan, & Rodriguez, 2006). PTSD on yhteydessä emotionaalisen prosessoinnin ongelmiin, kuten vaikeuksiin tunteiden tunnistamisessa ja ilmaisussa. Tämän on ajateltu aiheuttavan emotionaalisen kommunikaation puutteita ja vaikeuksia ihmissuhteissa (Dekel & Monson, 2010). Lisääntyneet PTSD-oireet ovatkin yhteydessä vaikeuksiin vanhemmuudessa (Gewirtz, Polusny, DeGarmo, Khaylis, & Erbes, 2010; Davidson & Mellor, 2001). Ne ovat yhteydessä esimerkiksi vähempään osallistumiseen perheessä, vaikeuksiin tunteiden säätelyssä lapsen ja vanhemman välillä sekä vanhemmuuskäytäntöihin yleisesti otten (Gewirtz ym., 2010). Ongelmat vanhemmuudessa voivat ulottua jopa vuosikymmenten päähän traumaattisesta tapahtumasta (Solomon, Debby-Aharon, Zerach, & Horesh, 2011). PTSD:stä kärsivät vanhemmat sortuvat helpommin verbaaliseen ja fyysiseen aggressioon lapsia kohtaan (Dekel & Monson, 2010; Jordan ym., 1992). Väkivaltaisen käyttäytymisen vakavuus on yhteydessä PTSD-oireiden vakavuuteen. Pelkkä traumaattisille tapahtumille altistuminen ei kuitenkaan johda fyysisiin ja emotionaalisiin laiminlyönteihin lasta kohtaan, vaan nimenomaan traumalle altistuminen yhdistettynä PTSD-oireiluun on yhteydessä laiminlyönteihin (Dias, Sales, Cardoso, & Kleber, 2014). PTSD-tutkimus antaa siis viitteitä siitä, että lapsi on erityisessä riskissä silloin kun vanhemman trauman käsittely epäonnistuu ja siitä seuraa mielenterveyden vaikeuksia.

Aiemmassa tutkimuksessa vanhemman epäonnistuneen trauman käsittelyn on todettu olevan juuri se tekijä, joka määrittää vaikuttaako vanhemman traumatausta lapsen kehitykseen. Vanhemman kokema traumaattinen tapahtuma on yhteydessä äidin pelottavaan käyttäytymiseen ja sitä kautta lapsen turvattomaan kiintymykseen juuri, kun traumaattista tapahtumaa ei ole kunnolla käsitelty (Schuengel, Bakermans-Kranenburg, & Van IJzendoorn, 1999; Jacobvitz, Leon, & Hazen, 2006; Hesse & Main, 2006). PTSD:nä ilmenevä vanhemman epäonnistunut trauman käsittely välittää vanhemman sotatrauman vaikutuksia lapseen (Zerach, Kanat-Maymon, Aloni, & Solomon, 2016). Tutkimusta

tarvitaan kuitenkin lisää, jotta saadaan tietoa, miten vanhemman käsittelemätön trauma vaikuttaa myös muihin lapsen kehityksen osa-alueisiin, kuten emotionaaliseen kehitykseen.

Tässä tutkimuksessa trauman käsittelyä tarkastellaan traumaperäisten kognitioiden ja emotioiden kautta. Ne kuvaavat epäonnistunutta trauman kognitiivista ja emotionaalista käsittelyä hyvin, sillä ne ovat melko tavallisia reaktioita traumaattiseen tapahtumaan ja ilmenevät nopeasti traumaattisen tapahtuman jälkeen, mutta samalla ne ovat yhteydessä myöhempään psykiatriseen oireiluun.

1.3.2 Traumaperäiset kognitiot

Ajatukset, havainnot, muisti ja minäkuva saattavat muuttua trauman seurauksena. Traumaattista tapahtumaa ei voida sisällyttää olemassa oleviin käsityksiin itsestä ja maailmasta tai se sisällytetään negatiivisiin malleihin ja näin käsitys itsestä hyvänä ja osaavana ja maailmasta turvallisena ja ennakoitavana muuttuu (Brewin & Holmes, 2003). Traumaperäisillä kognitioilla viitataan trauman seurauksena muuttuneisiin kielteisiin käsityksiin itsestä ja maailmasta (Foa, Ehlers, Clarki, Tolin, & Orsillo, 1999). PTSD:n kriteereihin kuuluu tällaisia pysyviä negatiivisia ajatuksia, uskomuksia ja odotuksia itsestä ja maailmasta (APA, 2013). Dekel, Peleg ja Solomon (2013) pohtivat ihmisten pitävän trauman jälkeisiä oireitaan merkinä pysyvästä ongelmasta sen sijaan, että ymmärtäisivät niiden olevan normaaleja reaktioita tapahtuneeseen. Näin negatiiviset kognitiot yleistyvät neutraaleihinkin tapahtumiin ja aiheuttavat vääristynyttä kuvaa itsestä ja maailmasta. Heidän mukaansa vakavammin altistuneilla traumaperäiset kognitiot ovat erityisen voimakkaita. Negatiiviset kognitiot maailmasta ja itsestä ovat yhteydessä huonompaan hallintakykyyn, eli kykyyn käyttää tietoa omasta psyykkisestä tilasta ratkaistakseen psykologisia ongelmia (Davis ym., 2016). Ne voivat myös vaikuttaa negatiivisesti siihen, kuinka elämän tarkoituksellisuutta taas rakennetaan trauman jälkeen.

Traumaperäiset kognitiot ovat tärkeä mekanismi traumatisoitumista tutkittaessa. Kognitiivisten traumateorioiden mukaan traumaperäiset kognitiot ovat keskeisessä asemassa traumaperäisen oireilun ymmärtämiseksi (Brewin & Holmes, 2003; Ehlers & Clark, 2000; Dalgleish, 2004) ja empiirisissä tutkimuksissa on todettu traumatisoitumisen olevan yhteydessä vääristyneisiin kognitioihin itsestä ja muista (Dekel & Monson, 2010). Yksilö saattaa kokea olevansa heikko ja kykenemätön selviämään

tapahtuneesta (Foa ym., 1999). Hän voi ajatella muuttuneensa pysyvästi huonommaksi eikä näe tulevaisuudessa mitään positiivista. Hän voi kokea, että muihin ihmisiin ei voi luottaa eivätkä he ole sitä, mitä antavat ymmärtää. Hän saattaa myös ajatella, että maailma on vaarallinen paikka eikä koskaan ei voi tietää, milloin jotain paha tapahtuu ja tämän takia koko ajan on oltava varuillaan.

Traumaperäiset kognitiot välittävät trauman vaikutuksia traumaperäisiin stressioireisiin (Palosaari, Punamäki, Peltonen, Diab, & Qouta, 2015). Kielteiset ajatukset itsestä ja maailmasta johtavat PTSD-oireisiin sekä lyhyellä (Dekel ym., 2013) että pitkällä aikavälillä (Jelinek, Wittekind, Kellner, Moritz, & Muhtz, 2013) ja ovat yhteydessä myös PTSD-oireiden vakavuuteen (Moser, Hajcak, Simons, & Foa, 2007). Traumaperäisten kognitioiden olemassaolon lisäksi niissä tapahtuvat muutokset ovat yhteydessä yksilön hyvinvointiin. Traumaperäisten kognitioiden määrä ja muutos ennustavat traumaperäisten stressioireiden määrää ja muutosta (Palosaari, Punamäki, Diab, & Qouta, 2013). Muutokset traumaperäisissä kognitioissa vähentävät pitkäkestoisia oireita (Zoellner, Feeny, Aftekhari, & Foa, 2011). Traumatisoituneilla henkilöillä traumaperäiset kognitiot eivät yleensä parane ajan kuluessa vaan ne jopa voimistuvat (Dekel ym., 2013). Negatiivisten kognitioiden väheneminen voi olla tärkeä mekanismi PTSD:stä ja masennusoireista toipumisessa (McLean, Yeh, Rosenfield, & Foa, 2015). Traumaperäiset kognitiot ovat siis vahvasti yhteydessä epäonnistuneeseen trauman käsittelyyn ja traumatisoitumiseen.

1.3.3 Traumaperäiset emootiot

Traumaattisten tapahtumien jälkeen negatiiviset tunteet, kuten viha, pelko, syyllisyys, häpeä ja toivottomuus, ovat tavallisia. Esimerkiksi sodalle altistuneista siviileistä 62 prosenttia koki pelkoa ja toivottomuutta (Neria ym., 2010). Toivottomuus voidaan nähdä positiivisten tulevaisuuden suunnitelmien vähenemisenä tai puutteena ja taipumuksena odottaa tulevaisuudelta negatiivisia asioita ja tapahtumia (O'Connor, O'Connor, O'Connor, Smallwood, & Miles, 2004). Traumaan liittyvää syyllisyyttä voidaan kokea esimerkiksi itse traumaattisesta tapahtumasta tai omasta selviytymisestä kun muut eivät selvinneet (Henning & Frueh, 1997). Lamaannuttava syyllisyys on myös yksi PTSD:n oireista (APA, 2013).

Tutkimus on osoittanut, että persoonallisuus, kiintymyssuhde, trauman vakavuus ja huonojen selviytymiskeinojen käyttö ovat yhteydessä siihen, kuinka kielteisiä ja pitkäkestoisia traumaperäiset emootiot ovat. Traumalle vakavammin altistuneilla syyllisyys on voimakkaampaa (Solomon, Avidor, & Mantin, 2015). Turvallinen kiintymyssuhde suojaa toivottomuuden kokemuksilta (Solomon, Ginzburg, Mikulincer, Neria, & Ohry, 1998), kun taas yksilön ominaisuuksista muun muassa itse-reflektiivisyys ja korkeampi itsetietoisuus ovat yhteydessä voimakkaampiin itsesyytöksiin (Davis ym., 2016). Selviytymiskeinoista negatiiviset uskonnolliset selviytymiskeinot, kuten demoniset selitysmallit tapahtuneelle tai hengellinen kyseenalaistaminen ja epäily, ovat yhteydessä voimakkaampaan toivottomuuteen (Mihaljevic, Aukust-Margetic, Vuksan-Cusa, Koic, & Milosevic, 2012). Päihteiden käyttö puolestaan on yhteydessä itsesyytöksiin (Jayawickreme, Yasinski, Williams, & Foa, 2012). Davis ym. (2016) pohtivat, että ne, joiden ajatus itsestä ei ole kovin eheä tai se on yksinkertainen, pystyvät huonommin luomaan järjen syvällisesti järkyttäviin tapahtumiin ja syyttävät näin ollen helpommin itseään traumaattisista tapahtumista tai niiden seurauksista.

Traumaperäiset emootiot ovat vahvasti yhteydessä traumatisoitumiseen. Tutkimus on osoittanut traumaperäisistä stressioireista kärsivien kokevan useammin toivottomuutta muihin traumaattisille tapahtumille altistuneisiin nähden (Jakupcak ym., 2011; Mihaljevic ym., 2012). Traumaan liittyvä syyllisyys on oire, joka vaikuttaa psykopatologian kehitykseen muun muassa vaikuttamalla yksilön mielialaan ja kiinnostukseen elämää kohtaan (Klasen, Reissman, Voss, & Okello, 2015). Se on yhteydessä esimerkiksi masennukseen, itsetunto-ongelmiin, sosiaaliseen ahdistukseen ja välttämiskäyttäytymiseen (Kubany ym., 1996). Toivottomuus puolestaan on yhteydessä itsetuhoiseen käyttäytymiseen (Panagioti, Goodning, & Tarrier, 2012) ja itsemurhayrityksiin (Meadows & Kaslow, 2002). Sodalle altistuneilla siviileillä sodan aikainen pelon ja toivottomuuden kokemus ennustaa PTSD:tä, masennusta ja ahdistusta heti traumaattisten tapahtumien jälkeen sekä muutaman kuukauden kuluttua sodan päättymisestä (Neria ym., 2010). Toivottomuus ennustaa PTSD-oireita myös pidemmällä aikavälillä ja selittää niistä jopa 14 prosenttia (Scher & Resick, 2005). Syyllisyyden voimakkuus on yhteydessä traumaperäisten stressioireiden määrään (Dekel, Mamon, Solomon, Lanman, & Dishy, 2016; Henning & Frueh, 1997) ja vakavammin altistuneilla syyllisyyden yhteys traumaperäisiin stressioireisiin on voimakkaampi (Solomon ym., 2015).

Traumaperäiset emootiot ovat merkittävä tekijä myös traumasta toipumisen kannalta. Kognitiivis-behavioraalista hoitoa saaneille toivottomuus ja syyllisyys ennustavat hoidon jälkeistä PTSD:n vakavuutta (Owens, Chard, & Cox, 2008). Traumaperäisten emootioiden ilmaantuminen on

siis merkki trauman epäonnistuneesta käsittelystä ja ne voivat käsittelemättöminä ennakoida pitkän aikavälin hyvinvointia.

1.4 Lapsen emotionaalinen kehitys

Lapsen emotionaalista kehitystä voidaan lähestyä sekä biologis-pohjaisen temperamentin että vuorovaikutuksessa tapahtuvan sosioemotionaalisen kehityksen kautta. Temperamentilla tarkoitetaan lapsen sisäsyntyisiä yksilöllisiä eroja emotionaalisisessa ja käyttäytymisellisessä reaktiivisuudessa (Thomas & Chess, 1977). Näitä eroja voidaan tarkastella esimerkiksi latenssin, voimakkuuden, palautumisen ja itsesäätelyn kautta. Lapset eroavat temperamentiltaan aktiivisuuden, negatiivisen emotionaalisuuden ja itsesäätelyn voimakkuuden ja luonteen mukaan (Gartstein & Rothbart, 2003). Temperamentin eri osa-alueet vuorovaikuttavat vahvasti toistensa kanssa (Derryberry & Rothbart, 1997). Esimerkiksi hyvä ja onnistunut tunteidensäätely on yhteydessä vähempiin negatiivisiin tunteisiin ja enempiin positiivisiin tunteisiin (Derryberry & Rothbart, 1988).

Sosioemotionaalisisessa kehityksessä emootioiden kehitystä tarkastellaan sosialisatio-prosessin kautta (Pulkinen, Kokko, & Rantanen, 2012). Ensimmäisen vuoden aikana lapsen kehitystehtäviin kuuluvat muun muassa toimivan vuorovaikutussuhteen luominen ja vuorovaikutuksessa tapahtuva tunteidenkäsittelytaitojen oppiminen. Lapsen sosioemotionaalisisessa kehityksessä tapahtuu muutoksia käyttäytymisen aktiivisuuden, käyttäytymisen kontrolloinnin sekä negatiivisen emotionaalisuuden suhteen (Pulkinen ym., 2012). Käyttäytymisen aktiivisuudella viitataan muiden kanssa vietettyyn aikaan ja liikkumiseen. Käyttäytymisen kontrollointi viittaa kontrollin määrään ja laatuun, rakentavaan käyttäytymiseen ristiriitatilanteissa sekä mukautuvuuteen. Negatiivisella emotionaalisuudella tarkoitetaan aggressiivisuutta ja ahdistuneisuutta sekä ylipäättään kielteisten tunteiden ilmaisua ja säätelyä. Kehitykseen vaikuttaa yksilön omien piirteiden, kuten temperamentin lisäksi ympäristö, jossa hän kasvaa ja siitä erityisesti vanhemmat ja perheenjäsenet (Halberstandt, & Lozada, 2011).

Sekä temperamentin että sosioemotionaalisen kehityksen on havaittu luovan pohjaa aikuisen emotionaalisuudelle ja persoonallisuudelle (esimerkiksi Rothbart, 2007; Caspi & Roberts, 2001; McAdams & Olson, 2010; Pulkinen ym., 2012; McCrae ym., 2000) sekä muulle psyykkiselle toiminnalle, kuten parisuhdetyytyväisyydelle (esimerkiksi Kinnunen & Pulkinen, 2003)

Lapsen ensimmäinen vuosi luo pohjan myöhemmälle emotionaaliselle kehitykselle. Temperamenttieroit ovat näkyvillä jo pienillä vauvoilla jopa 2–3 kuukauden iässä (Rothbart, 2007). Ensimmäisen vuoden aikana ilmenevä positiivinen reaktiivisuus on verrattain pysyvä ominaisuus (Rothbart, 1986). Aktiivisuus, hymyily, nauru ja äänten tuottaminen sekä pelokkuus lisääntyvät ensimmäisen vuoden aikana. Ahdistuminen rajoitettaessa lisääntyy ensin, mutta vähenee myöhemmin kehityksen myötä. Vauva-aikana tunteiden säätely tapahtuu tarkkaavaisuutta suuntaamalla niin, että vauva pyrkii vähentämään negatiivista emotionaalisuutta ja lisäämään ulospäin suuntautuneisuutta ja positiivista emotionaalisuutta (Rothbart ym., 2011). 18–20 kuukauden iässä säätely alkaa tapahtua itsesäätelyn kautta. Tämä itsesäätely on yhteydessä myöhempään itsesäätelyyn ja positiivisuuteen ja ulospäin suuntautuneisuuteen. Ne, joilla on paremmat säätelytaidot vauva-aikana, ovat taaperoiässä nopeampia oppimaan. Adaptiivinen käyttäytyminen lapsuudesta aikuisuuteen on suhteellisen pysyvää (Pulkkinen, Feldt, ja Kokko, 2006).

Äidin hyvinvoinnilla on tärkeä osa lapsen emotionaalisisessa kehityksessä. Lapsen emotionaaliseen kehitykseen vaikuttavat jo ennen lapsen syntymää tapahtuneet asiat. Tutkimus on osoittanut, että äidin oma lapsuuden aikainen kaltoinkohtelu, aikaisemmat traumaattiset kokemukset ja raskauden aikaiset mielenterveyden ongelmat ovat yhteydessä lapsen emotionaalisen kehityksen ongelmiin. Esimerkiksi äidin fyysinen hyväksikäyttö lapsuusaikana ennustaa lapsen negatiivista emotionaalisuutta ja huonompia ahdistuksen säätelykeinoja (Lang, Garstein, Rodgers, & Lebeck, 2010). Äidin raskauden aikainen vointi on tärkeä tekijä lapsen emotionaalista kehitystä tarkasteltaessa. Äidin raskausaikainen ahdistuneisuus on yhteydessä lapsen huonompaan tarkkaavaisuuteen ja varuillaan oloon ja vähempään sosiaaliseen vuorovaikutukseen syntymän jälkeen (Kingston, Tough, & Whitfield, 2012). Äidin raskausaikainen sosioemotionaalinen vakaus eli esimerkiksi kovien mielialavaihteluiden puuttuminen, on yhteydessä vauvan parempaan tunteidensäätelyyn.

Äidin hyvinvointi myös lapsen syntymän jälkeen vaikuttaa olennaisesti lapsen emotionaaliseen kehitykseen. Äidin synnytyksenjälkeinen masennus on yhteydessä lapsen vähempään sosiaaliseen osallistumiseen ja enempään pelokkuuteen (Kingston ym., 2012) ja äidin mielenterveyden ongelmat ovat yhteydessä lapsen vaikeampaan temperamenttiin (Tees ym., 2010). Sekä äidin raskauden aikaisen että synnytyksen jälkeisen voinnin vaikutukset lapsen emotionaaliseen kehitykseen voivat ulottua hyvinkin pitkälle. Synnytyksenjälkeisestä masennuksesta kärsivien lapsilla on enemmän internalisoivia oireita kuten masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta ensimmäisellä luokalla (Vänskä ym., 2011). Äidin

raskauden aikainen ja synnytyksenjälkeinen masennus ja ahdistus ovat yhteydessä lapsen stressinsäätelytaitoihin jopa 10–12 vuoden iässä (Vänskä ym., 2015).

Vanhempien tuki on emotionaalisen kehityksen kannalta äärimmäisen tärkeää. Äidin positiivinen kontakti on yhteydessä vauvan hymyilyyn ja nauruun yhdeksän kuukauden iässä (Rothbart, 1986) ja positiivisempi tunteiden ilmaisu perheessä on yhteydessä lapsen parempiin tunteidensäätelytaitoihin (Are & Shaffer, 2015). Tärkeää on sekä lapsen oma kokemus vanhemmalta saatavasta tuesta että vanhemman suhtautuminen lapsensa emotionaalisuuteen ja tunteiden säätelyyn. Lapsen kokemus vanhempien tuen puutteesta tunteidensa kanssa ja vanhemman kokemus lapsen tunteiden säätelyn vaikeuksista ovat yhteydessä lapsen kokemiin masennusoireisiin (Sanders, Zeman, Poon, & Miller, 2015). Vanhempien tuen puute vihan ja surun ilmaisussa ovat yhteydessä lapsen tunteidensäätelyn vaikeuksiin. Tuen puute tunteidensäätelyssä on myös yhteydessä lapsen masennusoireisiin. Lapsuusaikainen vanhemman tuki voi suojata lasta pitkään. Esimerkiksi turvattomasti kiintyneet sotavangit joko yli- tai alisäätelävät tunteitaan traumaattisia tapahtumia kohdatessaan, kun turvallisesti kiintyneet pystyvät säätelämään tunteitaan paremmin (Kanninen ym. 2003).

1.5 Ylisukupolvinen trauma

Traumaattisten tapahtumien vaikutus ei ulotu pelkästään traumalle altistuneisiin, vaan myös heidän läheisiinsä, puolisoihinsa ja perheisiinsä (Dekel & Monson, 2010). Ylisukupolvisella traumalla viitataan siihen, että vanhemman kokema traumaattinen tapahtuma vaikuttaa hänen lastensa ja lastenlastensa elämään, vaikka he eivät itse ole altistuneet kyseiselle traumaattiselle tapahtumalle (Giladi & Terece, 2013). Ylisukupolvista traumaa on tutkittu paljon muun muassa keskitysleirien uhrien (esimerkiksi Gangi, Talamo, & Ferracuti, 2009; Yehuda, Halligan, & Bierer, 2001) ja sotaveteraanien (esimerkiksi Davidson & Mellor, 2001; Dekel & Goldblatt, 2008) ja heidän lastensa osalta. Tutkimuksessa on pyritty ymmärtämään tekijöitä, joiden kautta vanhempien kokema trauma mahdollisesti siirtyy lapselle. Näitä tekijöitä ovat muun muassa vanhempien kasvatustyyli, vanhempi-lapsi -vuorovaikutus sekä perheen tunneilmapiiri. Traumatisoituneiden veteraanien on esimerkiksi havaittu tukahduttavan emootioitaan ja vetäytyvän tunteellisesti muista ihmisistä (Galovski & Lyons,

2004). Toisaalta esimerkiksi isien aikaisemmat sotatraumakokemukset johtavat useammin psykologiseen kaltoinkohteluun ja sitä kautta lapsen oireiluun (Palosaari, Punamäki, Qouta, Diab, 2013). Vaikka suurin osa traumoille altistuneiden lapsista elääkin tervettä ja mielekästä elämää (Shrira, Palgi, Ben-Ezra, & Shmotkin, 2011; Iliceto ym., 2009), on heillä kuitenkin suurempi riski monille negatiivisille seurauksille. Ylisukupolvisia vaikutuksia on tutkittu paljon traumaperäisen stressihäirön (PTSD) siirtymisenä sukupolvelta toiselle (esimerkiksi Baranowsky ym., 1998; Schick ym., 2013; Yehuda ym., 2001). Lisäksi ylisukupolviset vaikutukset voivat näkyä esimerkiksi ahdistuneisuutena, epäluottamuksena muihin tai vähentyneenä itsearvostuksena (Bezo & Maggi, 2015). Mitä vakavampaa ja monitahoisempaa vanhemman altistuminen on ollut, sitä enemmän ahdistusta siirtyy myös lapselle (Dekel & Goldblatt, 2008).

Jo ennen lapsen syntymää tapahtuneilla vanhemman kokemilla traumaattisilla kokemuksilla on yhteys lapsen kehitykseen. Beck, Gow ja Liopsis (2005) havaitsivat, että vanhemman sotakokemusten vaikutus lapsilla havaittuun masennukseen ja ahdistukseen on sitä suurempi, mitä lyhyempi aika sodan päättymisestä lapsen syntymään on. Yehuda ym. (2005) tutkivat ylisukupolvista traumaa juuri raskausaikaan ajoittuneen trauman osalta. He havaitsivat, että ne lapset, joiden äiti on kärsinyt PTSD:stä terrori-iskujen seurauksena raskausaikana, ovat alttiimpia PTSD:lle myöhemmin. Vaikka traumaattinen tapahtuma olisi tapahtunut ennen lapsen syntymää, voivat lapsen oireet näkyä pitkään. Esimerkiksi äidin PTSD-oireet ennustavat tyttären ahdistuneisuutta jopa lukioikään, vaikka traumaattiset tapahtumat sijoittuisivat äidin varhaisnuoruuteen (Field, Muong, & Sochanvimean, 2013).

Vanhemman traumatausta vaikuttaa muodostuvaan vanhempi-lapsisuhteeseen ja varhaiseen kehitykseen. Veteraanien perheissä perheen sisäisessä tunteellisessa reagoivuudessa on eroja (Davidson & Mellor, 2001). Vanhemman PTSD-oireet ovat yhteydessä epäsensitiivisempään, epästrukturoidumpaan ja jopa vihamielisempään vanhempi-lapsi -vuorovaikutukseen (Van Ee ym., 2012). Myös lapset ovat reagoimattomampia ja osallistumattomampia traumatisoituneita äitejään kohtaan. Wiseman, Metzl ja Barber (2011) käyttävät termiä ”molemminpuolinen ylisuojelevuus” kuvattaessaan keskitysleiriltä selvinneiden ja heidän lastensa välistä suhdetta. Aikuistuessaan sotatraumoja kohdanneiden lapset välttävät konfliktien avointa ilmaisua ja epäluottamuksellinen ilmapiiri perheissä voi johtaa vähentyneeseen avoimuuteen (Gangi ym., 2009).

Lapsen emotionaalinen kehitys on yksi tärkeistä osa-alueista, joihin ylisukupolvinen trauma voi vaikuttaa. Emotionaalista kehitystä on tutkimuksissa lähestytty muun muassa emootioiden säätelyn, tunne-elämän häiriöiden ja emootioiden määrän, laadun ja ilmaisun kautta. Enlow ym. (2011)

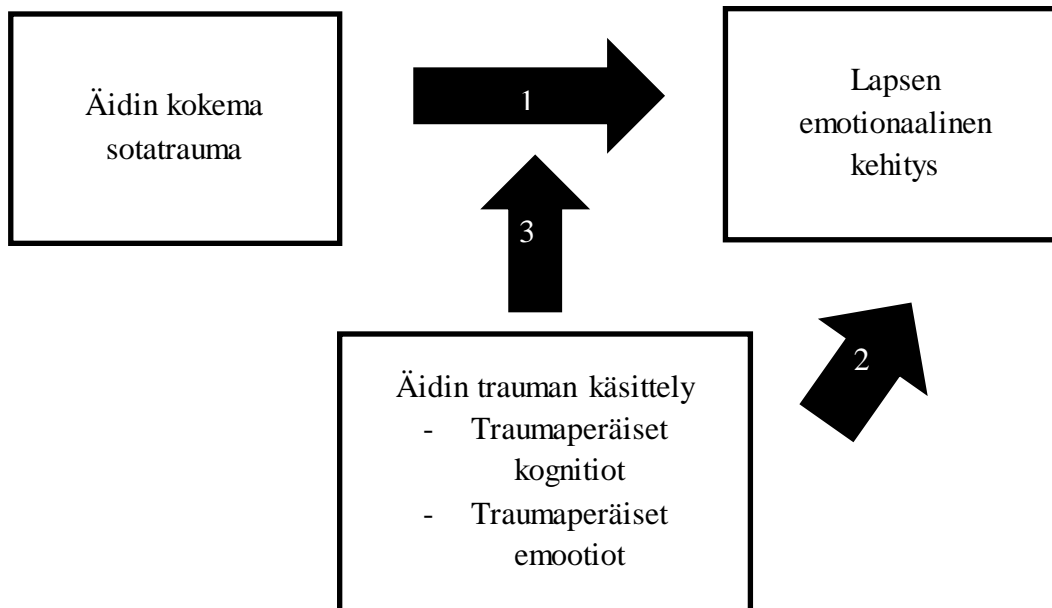
havaittavat, että äidin PTSD-oireet ovat yhteydessä lapsen emotionaalisen säätelyyn lapsen ollessa puolen vuoden ikäinen. Vauvat reagoivat voimakkaalla ahdistuneella ja kontrolloimattomalla itkulla tilanteessa, joka yleensä koetaan palauttavana. Heidän mukaansa vanhemman PTSD-oireet ovat myös yhteydessä lapsen emotionaalisiin ja käyttäytymisen ongelmiin ja tunteiden säätelyn vaikeuksiin 13 kuukauden ikäisenä. Useissa tutkimuksissa lapsilla on havaittu ahdistuneisuutta (esimerkiksi Gangi ym., 2009) ja masentuneisuutta (Yehuda ym., 2001) ylisukupolvisen trauman seurauksena. Ylisukupolviselle traumalle altistuneet lapset kokevat useammin negatiivisia emootioita kuten pelkoa, surua tai vihaa (Bezo & Maggi, 2015). Toisaalta ylisukupolvinen vaikutus voi ilmentyä myös emotionaalisten tukahduttamisena (Dekel & Monson, 2010). Kuitenkaan kaikissa tutkimuksissa lapsen emotionaaliseen kehitykseen ei ole havaittu vanhemman traumataustan vaikuttavan. Enlow ym. (2011) havaittavat, että vanhemman traumatausta ei ole yhteydessä esimerkiksi lapsen emotionaaliseen reaktiivisuuteen. Lapset eivät eroa myöskään emotionaalisen rasituksen, sosiaalisen kehityksen tai itsetunnon osalta toisistaan (Dekel & Monson, 2010). Tarvitaan siis lisätutkimusta ylisukupolvisen trauman vaikutuksista emotionaaliseen kehitykseen, jotta saadaan selville, mitkä lapsen kehityksen osa-alueista ovat arkoja ylisukupolviselle vaikutukselle.

1.5 Tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksen kiinnostuksen kohteena on äidin ennen lapsen syntymää kokeman sotatrauman yhteys lapsen emotionaaliseen kehitykseen. Tärkeä kysymys on, voiko vanhemman onnistunut trauman käsittely suojella lasta trauman kielteisiltä vaikutuksilta. Trauman käsittelyä lähestytään traumaperäisten kognitioiden ja emotionaalisten kautta. Ylisukupolvisen trauman seuraukset voivat ulottua pitkälle lapsen elämään ja jopa kolmanteen sukupolveen asti. Näin ollen mahdollisten ylisukupolviselta traumalta suojaavien tekijöiden tutkiminen on tärkeää oikeanlaisen tuen tarjoamiseksi niille, jotka ovat altistuneet sotatraumoille. Tutkimuskysymykset on esitetty kuviossa 1.

1. Onko äidin kokema sotatrauma yhteydessä lapsen emotionaaliseen kehitykseen ensimmäisen elinvuoden aikana?

2. Miten äidin trauman kognitiivisen ja emotionaalisen käsittelyn laatu ovat yhteydessä lapsen emotionaaliseen kehitykseen?
3. Voiko äidin optimaalinen trauman käsittely suojella lapsen emotionaalista kehitystä trauman kielteisiltä vaikutuksilta?



KUVIO 1. Äidin kokeman sotatrauman yhteys lapsen emotionaaliseen kehitykseen, äidin trauman käsittelyn laadun vaikutus lapsen emotionaaliseen kehitykseen ja äidin trauman käsittelyn suojaava vaikutus

2. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

2.1 Tutkittavat

Tutkittavat ovat 511 palestiinalaista naista ja heidän vastasyntyntä lastaan. Tutkimuksen alussa (T1) naiset olivat pääosin toisella kolmanneksella raskaana. Toisella tutkimuskerralla (T2) naisia oli mukana 477 ja lapset olivat 4–5 kuukauden ikäisiä. Tutkimuksen alkaessa naiset olivat 16–46-vuotiaita (ka =

24,8 vuotta, kh = 5,5 vuotta). Tutkittavat rekrytoitiin kymmenen julkisen terveyskeskuksen äitiysklinikoilta Gazan kaistaleella ja ne edustavat alueen väestöpohjaa. Mukaantulon kriteerit olivat, että henkilö asuu kyseessä olevalla alueella, on toisella kolmanneksella raskaana ja on halukas osallistumaan vapaaehtoisena tutkimukseen.

Ensimmäinen aineistonkeruu (T1) suoritettiin elo–syyskuussa 2013 ja haastattelut suoritettiin terveyskeskusten tiloissa. Haastattelun kesto oli keskimäärin noin 45 minuuttia. Toinen aineistonkeruu (T2) suoritettiin huhtikuusta kesäkuuhun 2014 lasten ollessa 4–5 kuukauden ikäisiä ja haastattelu suoritettiin tällä kertaa tutkittavien kotona. Haastattelun kesto oli keskimäärin noin 60 minuuttia. Molemmilla tutkimuskerroilla tutkittavat saivat pienen palkkion tutkimukseen osallistumisesta. Ensimmäisen ja toisen tutkimuskerran välinen kato oli 34 osallistujaa (6,7 %). Pääsyyt tutkimuksesta jättäytymiseksi olivat keskenmeno, lapsen kuolema, perhesyyt tai väärä kotiosoite. Tutkimus on osa laajempaa tutkimushanketta (Gaza Infant Study) ja se on saanut terveysministeriön eettisen lautakunnan hyväksynnän.

2.2 Menetelmät ja muuttujat

Demografisista muuttujista selvitettiin naisten ikä, koulutustaso, siviilisääty, lasten lukumäärä, opiskelutausta, työllisyystilanne, perheen taloudellinen tilanne, useita raskauteen ja sen aikaiseen vointiin liittyviä tekijöitä ja lapsen sukupuoli ja terveydellinen tila sekä syntyessä että sen jälkeen. Vastausvaihtoehdot kysymyksiin näkyvät Taulukoissa 1 ja 2. Taustamuuttujista suurin osa selvitettiin ensimmäisellä tutkimuskerralla (T1), mutta lapseen ja tämän syntymään liittyvät tiedot kysyttiin toisella tutkimuskerralla (T2).

Traumaattiset sotakokemukset. Äitien traumakokemuksia mitattiin Traumatic War Experiences In Palestine 2009–2012 –kyselyllä, joka annettiin täytettäväksi ensimmäisellä tutkimuskerralla (T1). Kyselyssä on kuvattu 31 mahdollisesti traumatisoivaa tapahtumaa, jotka ovat tyypillisiä sota-alueilla. Ne sisältävät tilanteita omaan loukkaantumiseen tai hengenvaaraan liittyen (esimerkiksi ”loukkaannuitko tulituksen aikana?”), muiden loukkaantumiseen, hengenvaaraan tai kuolemaan liittyen (esimerkiksi ”oletko nähnyt ystäväsi kuolevan?” tai ”oletko nähnyt tuntemattomien loukkaantuvan?”), pelottaviin tapahtumiin liittyen (esimerkiksi ”oletko todistanut ristitulta?” tai ”näitkö

hautajaisia?") sekä materiaan liittyen (esimerkiksi "olitko pakotettu jättämään kotisi sodan vuoksi?" tai "menettikö perheesi mahdollisuuden elantoon?"). Kysymyksiin vastattiin joko 1 = kyllä tai 2 = ei. Analysointivaiheessa asteikko korjattiin niin, että 0 = ei ja 1 = kyllä ja vastauksista muodostettiin summamuuttuja, joka ilmaisee, kuinka monelle mahdollisesti traumatisoivalle tilanteelle tai tapahtumalle vastaaja on altistunut sodan aikana. Vastaukset vaihtelivat 0 ja 30 tapahtuman välillä. Puuttuvia tietoja oli kysymyksestä riippuen kolmesta seitsemään ja ne korvattiin keskiarvokorjauksella. Mittarin sisäinen yhtenevyys on hyvä ($\alpha = .825$) ja vastaukset ovat normaalisti jakautuneet.

Traumaperäiset emootiot. Äitien traumaperäisiä emootioita tutkittiin kolmen eri väittämän avulla. Tekijöinä olivat itsesyytökset ("Syytän itseäni siitä mitä tapahtui"), eloonjäämissyylisyys ("Koen syyllisyyttä siitä, että itse selvisin") ja toivottomuus ("Koen toivottomuutta"). Äidit vastasivat asteikolla 1–4 (1 = ei koskaan, 4 = todella paljon) sen mukaan, kuinka hyvin väittämät sopivat heidän kokemuksiinsa. Puuttuvia tietoja oli kysymyksestä riippuen 11 tai 12 ja ne korvattiin keskiarvokorjauksen avulla. Koska "ei koskaan" -vastauksia oli huomattavasti muita enemmän, jaoteltiin vastaukset uudelleen kaksiluokkaisiksi niin, että toiseen luokkaan tulivat ne, jotka eivät ole kokeneet kyseistä tunnetta ollenkaan (1 = ei koskaan) ja toiseen ne, jotka olivat ilmaisseet kokeneensa tunnetta vähän, paljon tai todella paljon (2 = kyllä, ainakin jonkin verran). Vastauksista muodostettiin myös summamuuttuja, joka kuvaa traumaperäisten negatiivisten tunteiden määrää keskimäärin ($\alpha = .613$). Kyselyyn vastattiin ensimmäisellä tutkimuskerralla (T1).

Traumaperäiset kognitiot. Äitien traumaperäisiä kognitioita mitattiin Children's Posttraumatic Cognition Inventory (cPTCI) -mittarilla (Meisner-Stedman ym., 2009). Kysely perustuu Foan ym. (1999) kehittämään Posttraumatic Cognitions Inventoryyn (PTCI). Kysely koostuu 25 kysymyksestä ja kysymyksistä koostuu kaksi traumaperäisiä kognitioita kuvaavaa ulottuvuutta omaan haurauteen (esim. "kuka tahansa voi satuttaa minua" tai "olen pelkuri") ja muutokseen (esim. "reaktionni pelottavan tapahtuman jälkeen tarkoittaa, että olen muuttunut huonommaksi" tai "minulla ei enää koskaan voi olla normaaleja tunteita") liittyen. Kysymyksiin vastataan neliportaisella asteikolla, jossa 1 = "ei ollenkaan samaa mieltä" ja 4 = "täysin samaa mieltä" sen mukaan kuinka hyvin ne sopivat itseen. Vastauksista muodostettiin summamuuttujat molemmille ulottuvuuksille. Kysely on alun perin kehitetty lapsille sopivaksi ja sen validiteetti ja reliabiliteetti on todettu hyväksi lasten aineistossa (Meisner-Stedman ym., 2009). Kyselyn reliabiliteetti oli kuitenkin hyvä myös tässä aineistossa (omaan haurauteen liittyvät kognitiot $\alpha = .770$ ja muutokseen liittyvät kognitiot $\alpha = .880$). Näiden alkuperäisten ulottuvuuksien lisäksi muodostettiin summamuuttuja, joka yhdistää nämä kaksi ulottuvuutta ja kuvaa näin ollen

negatiivisia traumaperäisiä kognitioita kokonaisuudessaan ($\alpha = .865$). Kyselyyn vastattiin toisella tutkimuskerralla (T2).

Emotionaalinen kehitys. Lasten emotionaalista kehitystä mitattiin Revised Infant Behavior Questionnaire (IBQ-R) -mittarin lyhytversiolla (Gartstein & Rothbart, 2003), joka koostuu 91 kysymyksestä, jotka muodostavat 14 alaskaalaa. Nämä alaskaalat muodostavat kolme pääskaalaa: ulospäin suuntautuneisuuden ja positiivisen emotionaalisuuden (sisältäen lähestymisen, suullisen ilmaisuuden, korkean mielihyvän, hymyilyn ja naurun, aktiivisuuden sekä aistiherkkyuden alaskaalat), negatiivisen emotionaalisuuden (sisältäen surullisuuden, ahdistumisen rajoitettaessa, pelon sekä nukahtamisen ja palautumisen alaskaalat) ja sopeutumisen ja säätelyn (sisältäen matalan mielihyvän, halailevuuden, keskittymisen keston ja rauhoitettavuuden alaskaalat). Kysymykset kuvaavat erilaisia arjen tilanteita ja lapsen reagoimista näihin tilanteisiin. Äiti arvioi väittämiä kolmiportaisella asteikolla (1 = ei koskaan, 2 = joskus, 3 = usein) sen mukaan kuinka hyvin ne sopivat lapseen. Alkuperäisessä tutkimuksessa asteikko on seitsemänportainen, mutta pilottitutkimuksessa huomattiin, että naiset eivät pystyneet pitämään mielessään näin laajaa asteikkoa, joten asteikkoa päätettiin helpottaa. Valittavana oli myös 0 = ”ei sovi lapseeni”. Nämä vastaukset merkittiin analyyseissä puuttuviksi tiedoiksi. Kysymyksistä muodostettiin summamuuttujat alaulottuvuuksien mukaan, jonka jälkeen näistä koottiin pääulottuvuuksia kuvaavat summamuuttujat (ulospäin suuntautuneisuus ja positiivinen emotionaalisuus $\alpha = .677$, negatiivinen emotionaalisuus $\alpha = .327$ ja sopeutuminen ja säätely $\alpha = .401$). Kyselyyn vastattiin toisella tutkimuskerralla (T2).

2.3 Aineiston analysointi

Tilastolliset analyysit suoritettiin SPSS 23 for Windows -ohjelmalla. Aineisto valmisteltiin korvaamalla puuttuvat tiedot keskiarvokorjauksen avulla. Käänteiset osiot korjattiin ja käytettyjen kyselyiden perusteella muodostettiin summamuuttujat. Summamuuttujien reliabiliteettia tarkasteltiin Cronbachin alphan avulla. Selitettävien muuttujien normaalisuutta tarkasteltiin ensin jakaumataulukkoita tutkimalla ja sen jälkeen tarkemmin Kolmogorov-Smirnovin ja Shapiro-Wilkin testeillä. Testien tulokset olivat osin ristiriitaisia keskenään, joten jakaumien normaalisuudesta ei voida olla varmoja. Sopeutuminen ja säätely on molempien testien mukaan normaalisti jakautunut. Ulospäin suuntautuneisuus ja positiivinen

emotionaalisuus on Shapiro-Wilkin testin mukana normaalisti jakautunut, mutta Kolmogorov-Smirnovin testi hylkäsi normalisuusoletuksen. Negatiivinen emotionaalisuus ei ole normaalisti jakautunut kummankaan testin perusteella.

Muuttujien välisiä yhteyksiä tarkasteltiin ensin Pearsonin ja Spermanin korrelaatioiden avulla. Äidin traumaattisten sotakokemusten ja trauman käsittelyn yhteyksiä lapsen emotionaaliseen kehitykseen sekä trauman käsittelyn suojaavaa vaikutusta analysoitiin hierarkkisella regressioanalyysillä. Regressioanalyysiä päätettiin käyttää, vaikka selitettävien muuttujien normalisuudesta saatiin ristiriitaisia tuloksia, sillä tutkimuksen otoskoko on iso ja tällä menetelmällä tutkimustulokset ovat tarkempia kuin epäparametrisiä testejä käyttäen. Metsämuurosen (2001) mukaan regressioanalyysi on vakaa menetelmä, jolla on mahdollista saada luotettavia tuloksia, vaikkei normalisuusoletus toteutuisi. Regressioanalyysin muut taustaoletukset ovat voimassa. Selitettävänä muuttujana kaikissa regressioanalyyseissä olivat lapsen emotionaalista kehitystä kuvaavat muuttujat (ulospäin suuntautuneisuus / positiivinen emotionaalisuus, negatiivinen emotionaalisuus, sopeutuminen / säätely). Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen vastattiin hierarkkisella regressioanalyysillä, jossa ensimmäisellä askeleella lisättiin taustamuuttujat ja toisella selittävä muuttuja eli äidin traumaattiset sotakokemukset. Toiseen ja kolmanteen tutkimuskysymykseen vastattiin hierarkkisella regressioanalyysillä, jossa mukana oli trauman käsittelyn suojaavaa vaikutusta tarkasteleva interaktiotermin. Analyysijä varten muuttujat keskitettiin ja standardoitiin. Ensimmäisellä askeleella mukaan otettiin taustamuuttujat, toisella moderaattori eli trauman käsittely (traumaperäiset kognitiot ja emotiot), kolmannella selittävä muuttuja eli äidin traumaattiset sotakokemukset ja neljännellä äidin traumakokemusten ja moderaattorin yhteisvaikutusta kuvaava interaktiotermin. Moderaattorina olivat yleisesti traumaperäiset kognitiot ja emotiot, mutta erillisiä kognitioita (omaan haurauteen ja muutokseen liittyvät kognitiot) ja emotiota (itsesyytökset, eloonjäämissuullisuus ja toivottomuus) tarkasteltiin myös yksitellen. Taustamuuttujista analyysiin mukaan otettiin ainoastaan ne, jotka korreloivat merkitsevästi selitettävän muuttujan kanssa.

3. TULOKSET

3.1 Kuvailevat tulokset

Taulukossa 1. on kuvattu taustatietoja tutkimukseen osallistuneista äideistä. Heistä yli 99 prosenttia oli naimisissa. Tutkimushetkellä suurin osa toimi kotiäitinä, mutta joukossa oli mukana myös esimerkiksi opiskelijoita ja yrittäjiä. Hieman yli puolet tutkittavista äideistä oli käynyt yläasteen ja neljännes yliopiston tai muun korkeakoulun. Perheiden taloudellinen tilanne vaihteli hyvästä erittäin vaikeaan. Kaikissa perheissä oli lapsia jo ennestään. Lasten lukumäärä vaihteli yhdestä yhteentoista (ka = 2,2, kh = 1,9).

TAULUKKO 1. Demografiset tiedot.

Muuttujat	%	N
Siviilisääty		
Naimisissa	99.6	509
Eronnut	0.2	1
Muu	0.2	1
Työskentelekö		
Vakinainen työ	2.7	14
Määräaikainen työ	0.4	2
Yksityinen yrittäjä	0.8	4
Työtön	2.5	13
Kotiäiti	82.4	421
Eläkkeellä	1.0	5
Opiskelija	9.8	50
Muuta	0.4	2
Koulutus		
Ei koulutusta	1.2	6
Ala-aste	11.4	58
Yläaste	55.6	284
Lukio	3.3	17
Yliopisto tai muu korkeakoulu	26.6	136
Muuta	2.0	10
Vaikeuksia kuukausittaisten laskujen maksamisessa		
Ei ollenkaan vaikeaa	16.4	84
Hieman vaikeaa	25.0	128
Vaikeaa	17.6	90
Hyvin vaikeaa	18.0	92
Äärimmäisen vaikeaa	22.9	117

Taulukossa 2 on kuvattu tutkimukseen osallistuneiden äitien raskautta ja lasten vointia synnytyksen jälkeen. Hieman yli puolet raskauksista oli suunniteltuja. Yli 40 prosenttia äideistä koki raskauden aikaisen fyysisen vointinsa huonoksi tai erittäin huonoksi. Emotionaalisen vointinsa huonoksi tai erittäin huonoksi koki melkein 30 prosenttia. Noin 13 prosenttia lapsista tarvitsi erityistä seurantaa välittömästi syntymän jälkeen. Noin kymmenesosalla lapsista oli terveysongelmia tai he joutuivat sairaalahoitoon ensimmäisten kuukausien aikana.

TAULUKKO 2. Raskauteen ja synnytykseen liittyvät tekijät.

Muuttujat	%	N
Oliko raskaus suunniteltu		
Kyllä	43.4	222
Ei	45.6	233
Jossain määrin	9.8	50
Fyysinen vointi raskauden aikana		
Todella huono	17.4	89
Huono	24.3	124
Kohtalainen	25.0	128
Hyvä	26.4	135
Todella hyvä	6.8	35
Emotionaalinen vointi raskauden aikana		
Todella huono	8.0	41
Huono	20.4	104
Kohtalainen	20.9	107
Hyvä	33.9	173
Todella hyvä	16.8	86
Havaittiinko raskauteen liittyen mitään riskejä		
Kyllä	5.3	27
Ei	93.5	478
Lapsen vointi synnytyksen jälkeen		
Tuotiin suoraan äidin luo	79.5	406
Pidettiin seurannassa	10.4	53
Pidettiin intensiivisen hoidon yksikössä	2.7	14
Onko lapsi joutunut sairaalahoitoon syntymän jälkeen		
Ei	83.8	428
Kyllä	8.4	43
Onko lapsella ollut terveysongelmia		
Ei	79.8	408
Kyllä	10.6	54

Taulukossa 3 on kuvattu selittäviä ja selitettäviä muuttujia. Taustamuuttujista ainoastaan äidin fyysinen vointi raskauden aikana korreloi lapsen ulospäin suuntautuneisuuteen ja positiiviseen emotionaalisuuteen. Näin ollen se oli ainoa taustamuuttuja, joka otettiin lopullisiin analyysiin mukaan. Mikään taustamuuttujista ei korreloinut lapsen sopeutumisen ja säätelyn tai negatiivisen emotionaalisuuden kanssa.

Tutkimukseen osallistuneista 99,8 prosenttia oli altistunut vähintään yhdelle traumaattiselle tapahtumalle sodan aikana. Tutkittavat olivat altistuneet keskimäärin 14 mahdollisesti traumatisovalle tapahtumalle (ks. Taulukko 3). Yleisimpiä traumaattisista tapahtumista olivat pelko (n = 454, 89 %) ja shokki (n = 447, 87 %) pommituksista tai ajatus kuolemista niiden seurauksena (n = 420, 82 %) sekä hautajaisten (n = 443, 87 %) ja ristituliituksen todistaminen (n = 391, 77 %). Tutkittavista 350 (68 %) oli loukkaantunut pommituksissa ja 134 (26 %) oli nähnyt tuttavansa ja 292 (57 %) tuntemattoman kuolevan. Traumaperäisiä kognitioita ja emootioita koettiin suhteellisen usein (ks. Taulukko 3). Traumaperäisistä emootioista itsesyytöksiä, eloonjäämissyällisyyttä ja toivottomuutta koettiin melko tasapuolisesti. Traumaperäisistä kognitioista yleisimpiä olivat kokemus siitä, että täytyy olla jatkuvasti varuillaan (n = 454, 89 %), epäluottamus muita ihmisiä kohtaan (n = 373, 73 %) sekä kokemus elämän epäreiluudesta (n = 370, 72 %).

TAULUKKO 3. Tutkittujen muuttujien väliset Pearsonin korrelaatiokertoimet, keskiarvot ja keskihajonnat

Muuttujat	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	ka	kh
1. Äidin traumojen lkm	-											14.65	5.37
2. Lapsen ulospäin suuntautuneisuus ja positiivinen emotionaalisuus	.12*	-										2.15	.29
3. Lapsen negatiivinen emotionaalisuus	.01	.29**	-									1.97	.26
4. Lapsen sopeutuminen ja säätely	.04	.52**	.09	-								2.35	.25
5. Äidin traumaperäiset kognitiot	.12**	.13*	.05	.04	-							1.94	.55
6. Omaan haurauteen liittyvät kognitiot	.11*	.14**	.07	.06	-	-						2.13	.55
7. Muutokseen liittyvät kognitiot	.11*	.11*	.03	.02	-	.77**	-					1.76	.61
8. Äidin traumaperäiset emootiot	.17**	.01	.05	.03	.12**	.13**	.10*	-				1.45	.55
9. Itsesyytökset	.13**	.07	.02	.01	.09*	.10*	.08	-	-			1.36	.48
10. Eloönjäämissyällisyys	.07	-.01	.03	.02	.02	.03	.02	-	.23**	-		1.21	.40
11. Toivottomuus	.21**	-.06	-.00	-.03	.11*	.11*	.01*	-	.24**	.35**	-	1.35	.48
12. Äidin fyysinen vointi raskauden aikana	.04	.10*	.08	.05	-.18**	-.18**	-.15*	-.09*	-.07	-.11*	-.01	2.81	1.20

*p < .05; **p < .01; ka = keskiarvo; kh = keskihajonta

3.2 Äidin sotatrauman yhteys lapsen emotionaaliseen kehitykseen

Äidin kokemat sotakokemukset olivat yhteydessä lapsen emotionaaliseen kehitykseen ensimmäisen vuoden aikana. Taulukossa 4 esitetty regressiomalli oli tilastollisesti merkitsevä ($F(2,473) = 5.59, p < .01$), mutta se selitti ainoastaan 2,3 prosenttia emotionaalisen kehityksen vaihtelusta. Tulokset osoittavat, että äidin traumaattiset sotakokemukset olivat yhteydessä lapsen ulospäin suuntautuneisuuteen ja positiiviseen emotionaalisuuteen. Äidin korkea traumaattisten sotakokemusten määrä oli yhteydessä lapsen korkeampaan ulospäin suuntautuneisuuteen ja positiiviseen emotionaalisuuteen. Äidin kokemat sotatraumat selittivät 1,3 prosenttia lapsen ulospäin suuntautuneisuudesta ja positiivisesta emotionaalisuudesta. Kovarianteista äidin fyysinen vointi raskauden aikana oli yhteydessä lapsen ulospäin suuntautuneisuuteen ja positiiviseen emotionaalisuuteen. Parempi fyysinen vointi raskauden aikana oli yhteydessä lapsen korkeampaan ulospäin suuntautuneisuuteen ja positiiviseen emotionaalisuuteen.

Äidin traumaattiset sotakokemukset eivät olleet yhteydessä lapsen negatiiviseen emotionaalisuuteen ($\beta = .01, p = .79$) eivätkä sopeutumiseen ja säätelyyn ($\beta = .04, p = .40$). Molemmissa analyyseissä mallien selitysosuudet jäivät lähelle nollaa, eivätkä ne olleet tilastollisesti merkitseviä (negatiivinen emotionaalisuus $F(1,474) = .07, p = .79$, sopeutuminen ja säätely $F(1,474) = .70, p = .40$).

TAULUKKO 4. Hierarkkisen regressioanalyysin tulokset äidin sotakokemusten ja lapsen ulospäin suuntautuneisuuden ja positiivisen emotionaalisuuden välillä

Muuttujat	β	B	kv	R ²	ΔR^2
Askel 1: Taustamuuttujat				.010	.010*
Äidin fyysinen vointi raskauden aikana	.097*	.024	.011		
Askel 2				.023	.013*
Äidin traumakokemukset	.114*	.006	.002		

β = standardoitu regressiokerroin mallin viimeiseltä askeleelta, B = standardoimaton regressiokerroin mallin viimeiseltä askeleelta, kv = keskivirhe, R² = kumuloituvaa selityssaste, ΔR^2 = selityssasteen muutos, kun kaikki askeleen muuttujat ovat mukana.

* $p < .05$

3.3 Sotatrauman kognitiivinen ja emotionaalinen käsittely ja lapsen emotionaalinen kehitys

Äidin trauman käsittelyn laatu on yhteydessä lapsen emotionaaliseen kehitykseen. Tulokset osoittavat, että äidin kognitiivinen trauman käsittely yleisesti tarkasteltuna sekä erityisesti muutokseen ja omaan haurauteen liittyvät kognitiot olivat tilastollisesti yhteydessä lapsen emotionaaliseen kehitykseen. Äidin traumaperäiset kognitiot selittivät jopa 1,5 prosentista 2,6 prosenttiin lapsen ulospäin suuntautuneisuudesta ja positiivisesta emotionaalisuudesta ja nämä arvot olivat tilastollisesti erittäin merkittäviä (ks Taulukko 5.). Mitä enemmän äidillä oli traumaperäisiä kognitioita, sitä positiivisempi ja ulospäin suuntautuneempi lapsi oli.

TAULUKKO 5. Hierarkkisen regressioanalyysin tulokset äidin traumataustan ja lapsen ulospäin suuntautuneisuuden ja positiivisen emotionaalisuuden välillä. Äidin traumaperäiset kognitiot moderoivana muuttujana

Muuttujat	β	B	kv	R ²	ΔR^2
Äidin traumaperäiset kognitiot yleisesti					
Askel 1: Taustamuuttujat				.010	.010*
Äidin fyysinen vointi raskauden aikana	.121**	.029	.011		
Askel 2: Moderaattori				.033	.022**
Äidin traumaperäiset kognitiot	.140**	.041	.013		
Askel 3				.042	.009*
Äidin traumakokemukset	.094*	.027	.013		
Askel 4: Interaktiotermi				.044	.003
Äidin traumaperäiset kognitiot x Äidin traumakokemukset	-.052	-.015	.013		
Omaan haurauteen liittyvät kognitiot					
Askel 1: Taustamuuttujat				.010	.010*
Äidin fyysinen vointi raskauden aikana	.123**	.030	.011		
Askel 2: Moderaattori				.036	.026***
Omaan haurauteen liittyvät kognitiot	.149**	.043	.013		
Askel 3				.045	.009*
Äidin traumakokemukset	.095*	.027	.013		
Askel 4: Interaktiotermi				.046	.001
Omaan haurauteen liittyvät kognitiot x Äidin traumakokemukset	-.035	-.010	.013		
Muutokseen liittyvät kognitiot					
Askel 1: Taustamuuttujat				.010	.010*
Äidin fyysinen vointi raskauden aikana	.114*	.028	.011		
Askel 2: Moderaattori				.025	.015**

Muutokseen liittyvät kognitiot	.117*	.034	.013		
Askel 3				.035	.010*
Äidin traumakokemukset	.097*	.028	.013		
Askel 4: Interaktiotermin				.039	.003
Muutokseen liittyvät kognitiot x Äidin traumakokemukset	-.059	-.017	.013		

β = standardoitu regressiokerroin mallin viimeiseltä askeleelta, B = standardoimaton regressiokerroin mallin viimeiseltä askeleelta, kv = keskivirhe, R² = kumuloituva selitysaste, ΔR^2 = selitysasteen muutos, kun kaikki askeleen muuttujat ovat mukana.

*p < .05, **p < .01, ***p < .001

Äidin kognitiivinen trauman käsittely ei ollut tilastollisesti yhteydessä lapsen negatiiviseen emotionaalisuuteen (ks. Taulukko 6). Yhteyttä ei ollut myöskään lapsen sopeutumiseen ja säätelyyn. Tulos on samanlainen sekä traumaperäisillä kognitioilla yleisesti ($\beta = .04$, p = .44) että erikseen omaan haurauteen liittyvillä kognitioilla ($\beta = .05$, p = .26) ja muutokseen liittyvillä kognitioilla tarkasteltuna ($\beta = .01$, p = .76).

TAULUKKO 6. Hierarkkisen regressioanalyysin tulokset äidin traumataustan ja lapsen negatiivisen affektiivisuuden välillä. Äidin traumaperäiset kognitiot moderoivana muuttujana

Muuttujat	β	B	kv	R ²	ΔR^2
Äidin traumaperäiset kognitiot yleisesti					
Askel 1: Moderaattori				.003	.003
Äidin traumaperäiset kognitiot	.056	.015	.012		
Askel 2				.003	.000
Äidin traumakokemukset	-.001	.000	.012		
Askel 3: Interaktiotermin				.018	.015**
Äidin traumaperäiset kognitiot x Äidin traumakokemukset	-.123**	-.032	.012		
Omaan haurauteen liittyvät kognitiot					
Askel 1: Moderaattori				.005	.005
Omaan haurauteen liittyvät kognitiot	.067	.017	.012		
Askel 2				.005	.000
Äidin traumakokemukset	.000	.000	.012		
Askel 3: Interaktiotermin				.016	.011*
Omaan haurauteen liittyvät kognitiot x Äidin traumakokemukset	-.103*	-.026	.012		
Muutokseen liittyvät kognitiot					
Askel 1: Moderaattori				.001	.001
Muutokseen liittyvät kognitiot	.041	.011	.012		
Askel 2				.001	.000
Äidin traumakokemukset	.001	.000	.012		

Askel 3: Interaktiotermi						.017	.016**
Muutokseen liittyvät	kognitiot	x	Äidin	-.126**	-.033	.012	
traumakokemukset							

β = standardoitu regressiokerroin mallin viimeiseltä askeleelta, B = standardoimaton regressiokerroin mallin viimeiseltä askeleelta, kv = keskivirhe, R^2 = kumuloituva selitysaste, ΔR^2 = selitysasteen muutos, kun kaikki askeleen muuttajat ovat mukana.

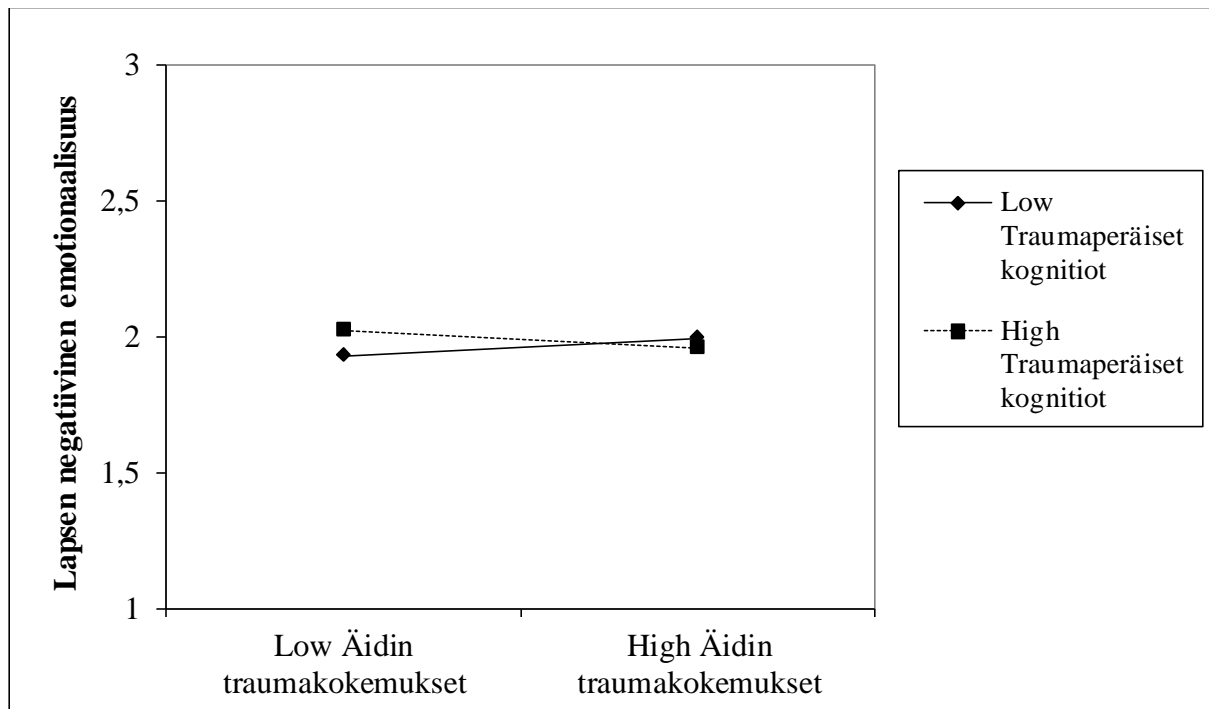
*p < .05, **p < .01, ***p < .001

Tulosten mukaan äidin emotionaalinen trauman käsittely ei ollut tilastollisesti yhteydessä lapsen emotionaaliseen kehitykseen. Traumaperäiset emootiot eivät olleet yhteydessä lapsen ulospäin suuntautuneisuuteen ja positiiviseen emotionaalisuuteen yhteisesti tarkasteltuna ($\beta = -.00$, $p = .96$), mutta eivät myöskään erikseen itsesyytösten ($\beta = .06$, $p = .16$), eloonjäämissyällisyyden ($\beta = -.01$, $p = .88$) ja toivottomuuden osalta ($\beta = -.07$, $p = .11$). Ne eivät selittäneet lapsen negatiivista emotionaalisuutta yhdessä ($\beta = .06$, $p = .25$), eivätkä erikseen (itsesyytökset $\beta = .02$, $p = .72$, eloonjäämissyällisyys $\beta = .02$, $p = .61$, toivottomuus $\beta = .006$, $p = .90$). Ne eivät olleet yhteydessä myöskään lapsen sopeutumiseen ja säätelyyn yhdessä ($\beta = .02$, $p = .67$), eivätkä erikseen (itsesyytökset $\beta = .00$, $p = .97$, eloonjäämissyällisyys $\beta = .02$, $p = .69$, toivottomuus $\beta = -.04$, $p = .42$).

3.4 Äidin trauman käsittely lapsen emotionaalisen kehityksen suojelevana tekijänä

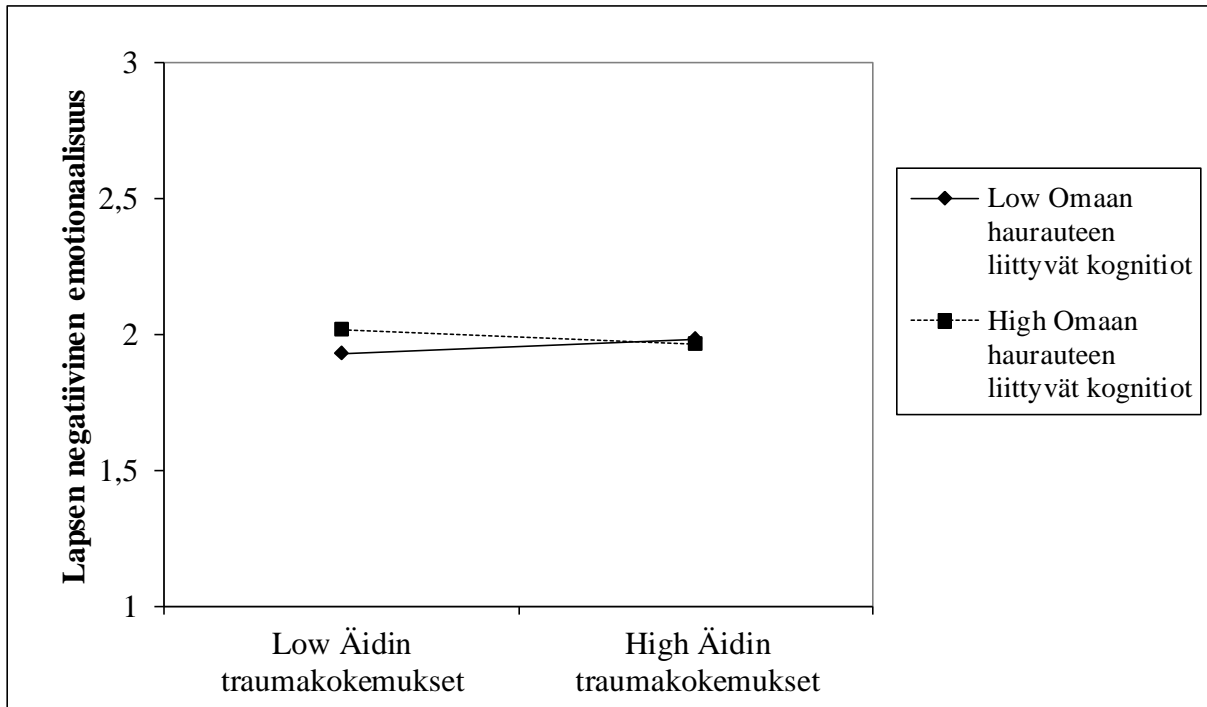
Tulokset osoittavat äidin kognitiivisen trauman käsittelyn suojaavan lapsen emotionaalista kehitystä äidin traumaattisten sotakokemusten vaikutuksilta. Äidin kognitiivinen trauman käsittely suojaa lasta negatiiviseen emotionaalisuuteen kohdistuvilta vaikutuksilta (ks. Taulukko 6). Ensimmäisessä regressiomallissa tarkasteltiin yhteyttä muokkaavana tekijänä äidin traumaperäisiä kognitioita yhdessä. Mallin selitysaste oli 1,8 prosenttia ja se oli tilastollisesti merkitsevä ($F(3,471) = 2.89$, $p < .05$). Interaktiotermi oli tilastollisesti erittäin merkitsevä (ks. Taulukko 6) ja selitti lapsen negatiivisen emotionaalisuuden vaihtelusta 1,5 prosenttia. Kuvio 2 kuvaa tätä äidin traumaperäisten kognitioiden moderoivaa vaikutusta tarkemmin. Kun äiti on kokenut vain vähän traumaattisia sotakokemuksia, mutta hänellä on siitä huolimatta kielteisiä ajatuksia ja uskomuksia itsestään ja maailmasta trauman seurauksena, lapsen negatiivinen emotionaalisuus on korkeampaa. Jos äidillä on paljon traumaattisia sotakokemuksia, ei eroa lapsen negatiivisessa emotionaalisuudessa ole sen mukaan, kuinka äiti itsensä

ja maailman näkee. Äidin kognitiivinen trauman käsittely suojaa siis äidin traumaattisten sotakokemusten vaikutuksilta vain silloin kun traumaattisia sotakokemuksia on vähän.

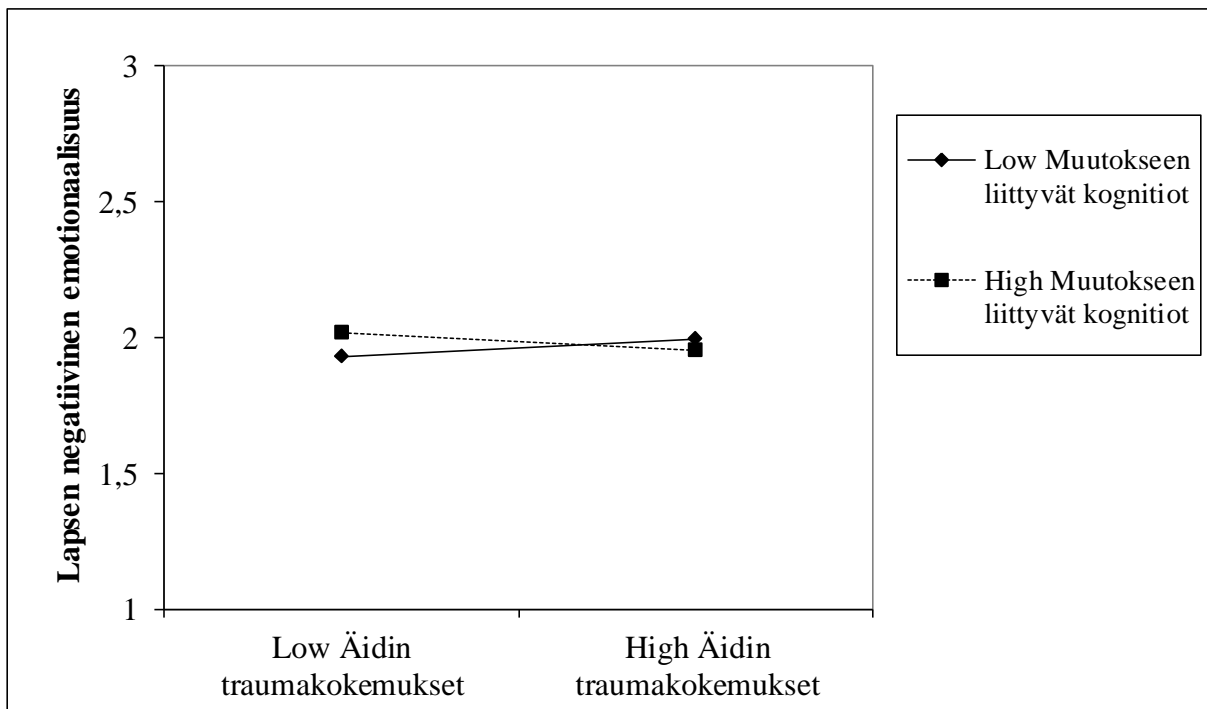


KUVIO 2. Äidin traumaperäiset kognitiot muuntavana tekijänä äidin traumakokemusten ja lapsen negatiivisen emotionaalisuuden välisessä yhteydessä

Äidin traumaperäisiä kognitioita tarkasteltiin myös erikseen muutokseen ja omaan haurauteen liittyvien kognitioiden suhteen. Tulokset olivat samansuuntaisia kuin äidin traumaperäisten kognitioiden kohdalla yleisestikin, mutta joitain eroja oli havaittavissa. Omaan haurauteen liittyvien kognition kohdalla koko regressiomallin selitysaste jää vain suuntaa antavalle tasolle ($F(3,471) = 2.51$, $p = .058$), vaikka interaktiotermin oli tilastollisesti merkitsevä (ks. Taulukko 6). Kuviossa 3 on kuvattu tämä suuntaa antava moderaatio. Se on samansuuntainen kuin kuviossa 2 esitetty interaktio äidin traumaperäisten kognitioiden ja äidin traumakokemusten välillä. Muutokseen liittyvien kognitioiden suhteen koko mallin selitysaste oli tilastollisesti merkitsevä ($F(3,471) = 2.67$, $p < .05$) ja mallin selitysaste 1,7 prosenttia (ks. Taulukko 6). Interaktiotermin oli tilastollisesti erittäin merkitsevä (ks. Taulukko 6). Yhteisvaihtelun selitysaste lapsen negatiivisen affektiivisuuden vaihtelusta on 1,6 prosenttia. Kuviossa 4 näkyy muutokseen liittyvien kognitioiden moderoiva vaikutus. Tässäkin yhteys on samanlainen kuin kuviossa 2 esitetty yhteys.



KUVIO 3. Äidin omaan haurauteen liittyvät kognitiot muuntavana tekijänä äidin traumakokemusten ja lapsen negatiivisen emotionaalisuuden välisessä yhteydessä



KUVIO 4. Äidin muutokseen liittyvät kognitiot muuntavana tekijänä äidin traumakokemusten ja lapsen negatiivisen emotionaalisuuden välisessä yhteydessä

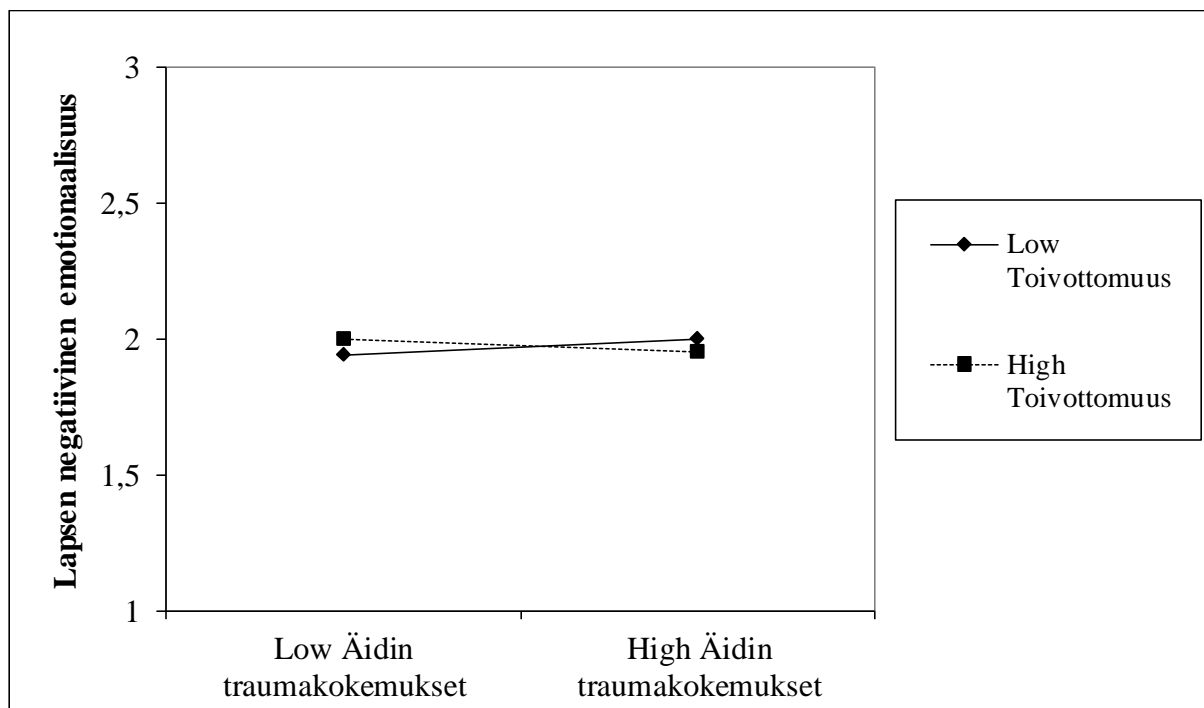
Äidin kognitiivinen trauman käsittely ei suojannut lapsen ulospäin suuntautuneisuutta ja positiivista emotionaalisuutta äidin traumaattisilta sotakokemuksilta tilastollisesti merkitsevästi (ks. Taulukko 5), vaikka regressiomallit olivatkin merkitseviä (traumaperäiset kognitiot yhdessä $F(4,470) = 5.46, p < .001$, omaan haurauteen liittyvät $F(4,470) = 5.66, p < .001$, muutokseen liittyvät $F(4,470) = 4.75, p < .001$). Se ei suojannut myöskään lapsen sopeutumista ja säätelyä (traumaperäiset kognitiot yhdessä $F(3,471) = .56, p = .64$, omaan haurauteen liittyvät $F(3,471) = .66, p = .58$, muutokseen liittyvät $F(3,471) = .63, p = .60$). Lapsen sopeutumisen ja säätelyn osalta mallien selitysasteet olivat matalia, eivätkä ne olleet tilastollisesti merkitseviä. Tuloksissa ei ole eroa sen mukaan käsitelläänkö traumaperäisiä kognitioita kokonaisuudessaan ($\beta = .03, p = .55$) vai erikseen omaan haurauteen liittyvinä kognitioina ($\beta = .01, p = .90$) ja muutokseen liittyvinä kognitioina ($\beta = .05, p = .31$).

Tulosten mukaan äidin emotionaalinen trauman käsittely ei suojannut lapsen emotionaalista kehitystä äidin traumaattisten sotakokemusten vaikutuksilta. Traumaperäiset emootiot eivät moderoineet äidin traumataustan ja lapsen ulospäin suuntautuneisuuden ja positiivisen emotionaalisuuden välistä yhteyttä. Jokaisen mallin selitysaste on tilastollisesti merkitsevä (traumaperäiset emootiot yhdessä $F(4,471) = 2.80, p < .05$, itsesyytökset $F(4,471) = 3.28, p < .05$, eloonjäämissyylisyys $F(4,471) = 2.81, p < .05$, toivottomuus $F(4,471) = 4.31, p < .01$), mutta siitä huolimatta suojaavaa vaikutusta kuvaava interaktiotermi ei ollut tilastollisesti merkitsevä yhdessäkään mallissa (traumaperäiset emootiot yhdessä $\beta = .01, p = .79$, itsesyytökset $\beta = -.01, p = .83$, eloonjäämissyylisyys $\beta = .01, p = .79$, toivottomuus $\beta = -.08, p = .09$).

Äidin emotionaalinen trauman käsittely ei suojannut lapsen sopeutumista ja säätelyä äidin traumaattisten sotakokemusten vaikutuksilta (traumaperäiset emootiot yhdessä $F(3,472) = .54, p = .66$, itsesyytökset $F(3,472) = .34, p = .80$, eloonjäämissyylisyys $F(3,472) = .46, p = .71$, toivottomuus $F(3,472) = .56, p = .64$). Myöskään interaktiotermit eivät olleet merkitseviä (traumaperäiset emootiot yhdessä $\beta = .03, p = .47$, itsesyytökset $\beta = .03, p = .58$, eloonjäämissyylisyys $\beta = -.03, p = .46$, toivottomuus $\beta = -.02, p = .63$).

Myöskään lapsen negatiivisen emotionaalisuuden osalta suojaavaa yhteyttä kuvaavat mallit eivät olleet merkitseviä (traumaperäiset emootiot yhdessä $F(3,472) = .58, p = .63$, itsesyytökset $F(3,472) = .16, p = .92$, eloonjäämissyylisyys $F(3,472) = .42, p = .74$, toivottomuus $F(3,472) = 1.50, p = .22$). Kuitenkin äidin traumakokemusten ja toivottomuuden yhteisvaihtelu on tilastollisesti merkitsevää ($\beta = -.10, p < .05$). Koska koko malli ei ole tilastollisesti merkitsevä, voidaan tulosta pitää ainoastaan suuntaa antavana. Muiden traumaperäisten emootioiden kohdalla interaktiotermi ei ollut tilastollisesti

merkitsevä (traumaperäiset emotiot yhdessä $\beta = -.04$, $p = .40$, itsesyytökset $\beta = -.03$, $p = .58$, eloonjäämissyällisyys $\beta = .04$, $p = .35$). Äidin toivottomuuden ja äidin traumakokemusten yhteisvaihtelun selitysosuus lapsen negatiivisesta emotionaalisuudesta on 0,9 prosenttia. Kuvio 5 kuvaa tarkemmin tätä suhdetta. Kun äidillä oli vain vähän traumakokemuksia, mutta hänen toivottomuutensa oli korkea, oli lapsen negatiivinen affektiivisuus korkeampaa. Kuitenkin jos äidillä oli paljon traumakokemuksia, tällöin vähäisempi toivottomuus oli yhteydessä lapsen korkeampaan negatiiviseen emotionaalisuuteen.



KUVIO 5. Äidin toivottomuus muuntavana tekijänä äidin traumakokemusten ja lapsen negatiivisen emotionaalisuuden välisessä yhteydessä

4. POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella äidin sotatraumalle altistumisen ja lapsen emotionaalisen kehityksen välistä yhteyttä. Emotionaalista kehitystä lähestyttiin ulospäin suuntautuneisuuden ja positiivisen emotionaalisuuden, negatiivisen emotionaalisuuden sekä sopeutumisen ja säätelyn kautta.

Traumatutkimuksen mukaan trauman käsittely, kuten käytetyt selviytymiskeinot ja subjektiivinen merkityksenanto ovat tärkeitä traumalle altistuneen mielenterveyden kannalta (Mikulincer & Solomon, 1989; Coifman, Bonanno & Burton, 2013, Dickstein ym., 2012). Kun trauman käsittely ajoittuu vanhemmuuteen siirtymän ja lapsen syntymän hetkelle, on mahdollista, että sen laadun vaikutukset yltävät myös syntyvään lapseen. Tutkimuksessa haluttiin selvittää, onko äidin trauman käsittelyn laatu yhteydessä lapsen emotionaaliseen kehitykseen ja voiko äidin optimaalinen trauman käsittely suojata lapsen emotionaalista kehitystä äidin kokemien traumaattisten tapahtumien vaikutuksilta. Trauman käsittelyä lähestyttiin traumaperäisten kognitioiden (muutokseen ja omaan haurauteen liittyvät kognitiot) ja emotioiden (itsesyytökset, eloonjäämissyällisyys ja toivottomuus) kautta.

4.1 Tutkimuksen päätulokset

Tutkimuksessa havaittiin yllättäen äidin vakavamman altistumisen olevan yhteydessä lapsen korkeampaan ulospäin suuntautuneisuuteen ja positiiviseen emotionaalisuuteen. Aiemman tutkimuksen mukaan vanhemman kokemat traumaattiset tapahtumat ovat yhteydessä lapsen emotionaalisiin ja käyttäytymisen ongelmiin (Enlow ym., 2011; Gangi ym., 2009; Yehuda ym., 2001; van Ee ym., 2012), joten tästä näkökulmasta tutkimuksen tulos on yllättävä. Mitä vakavampaa vanhemman altistuminen on ollut, sitä enemmän lapsen on havaittu kärsivän (Dekel & Goldblatt, 2008). Toisaalta tulos on linjassa niiden tutkimusten kanssa, joissa äidin traumaattisille tapahtumille altistumisen on havaittu johtavan positiivisiin vaikutuksiin lapsessa, vaikka aiemmin näitä positiivisia vaikutuksia ei olekaan emotionaalisessa kehityksessä juurikaan havaittu. Sotatraumoille altistuneiden vanhempien lasten elämäntytyväisyys ja elämänlaatu voivat olla jopa keskimääräistä parempaa (Shrira ym., 2011). Palosaaren ym. (2013) mukaan lapsilla, joiden äideillä on enemmän tuoreita sotatraumakokemuksia, on vähemmän aggressiota ja tarkkaavuusongelmia. Vanhemman traumaattiset sotakokemukset voivat siis toimia myös paremman kehityksen mahdollistajana. Evoluutiopsykologia on selittänyt ilmiötä sillä, että ajan saatossa ihmisille on kehittynyt selviytymistä edesauttavia tapoja reagoida järkyttäviin tilanteisiin (Belsky, 2008). Traumatutkimuksen mallit puolestaan korostavat sitä, että yksilö ei ole olosuhteidensa summa, vaan järkyttävistä tapahtumista voi seurata esimerkiksi traumaperäistä kasvua, joka ilmenee

muun muassa parempana kykynä läheisyyteen muiden kanssa sekä empatiana (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Tulosten mukaan äidin vakava altistuminen sotatraumoille ei ollut yhteydessä lapsen negatiiviseen emotionaalisuuteen ja sopeutumiseen ja säätelyyn. Aiempi tutkimus on osittain ristiriitaista sen suhteen onko ylisukupolvisia vaikutuksia äidin kokemien traumaattisten tapahtumien ja lapsen emotionaaliseen kehityksen välillä olemassa (Dekel & Monson, 2010). Tulos lisää siis ymmärrystä trauman ylisukupolvisista vaikutuksista osoittamalla, mihin emotionaalisen kehityksen alueeseen äidin kokemat sotatraumat vaikuttavat ja mihin eivät. Aiemman tutkimuksen mukaan vakavia traumoja kärsineiden äitien lapset tyypillisesti kokevat paljon negatiivisia tunteita, tukahduttavat tunteitaan ja kohtaavat vaikeuksia emotionoiden säätelyssä (Enlow ym., 2011; Bezo & Maggi, 2015; Dekel & Monson, 2010), mutta heidän emotionaalinen reaktiivisuutensa ei kuitenkaan eroa muista samanikäisistä lapsista (Enlow ym., 2011). Aiempaan tutkimukseen nähden hieman ristiriitaiset tulokset voivat selittyä tutkittujen lasten iällä. Tässä tutkimuksessa lapsen emotionaalista kehitystä on tarkasteltu lasten ollessa 4–5 kuukauden ikäisiä. Tässä iässä äidin sodassa kokemat vakavat tapahtumat, kuten kodin, läheisen tai ystävän menettäminen ja kauheuksien todistaminen eivät siis johtaneet lapsen negatiiviseen emotionaalisuuteen tai sopeutumisen ja säätelyn vaikeuksiin. Aiemmissä tutkimuksissa lapsen kehitystä ei ole lähestytty yhtä varhaisessa vaiheessa. Lapsen biologispohjaiset temperamenttierot alkavat näkyä 2–3 kuukauden iässä (Rothbart, 2007). Voi siis olla, että 4–5 kuukauden iässä synnynnäiset temperamenttierot ovat vielä vahvemmin esillä, ja ympäristön ja kasvatuksen rooli korostuu vasta myöhemmin. Näin ollen myös vanhemman kokeman sotatrauman vaikutukset tulevat voimakkaammin näkyviin vasta hieman myöhemmin. Joka tapauksessa tulokset osoittavat, että lapset voivat olla yllättävän kestäviä ja joustavia kehityksessään riippumatta ympäröivistä olosuhteista.

Äidin kognitiivisen trauman käsittelyn vaikeuksien havaittiin olevan yhteydessä lapsen ulospäin suuntautuneisuuteen ja positiiviseen emotionaalisuuteen. Mitä kielteisempiä ajatuksia ja merkityksiä äidillä itsestään ja maailmasta oli, sitä positiivisempi ja ulospäin suuntautuneempi lapsi oli. Vaikuttaa siis siltä, että äidin kognitiivisen trauman käsittelyn vaikeus on saanut hänet ponnistelemaan tavallista kovemmin turvatakseen lapsensa kehitystä. Tulos lisää yllättävällä tavalla tietoa trauman käsittelyn laadun vaikutuksista lapsen emotionaaliseen kehitykseen. Aiemmissä tutkimuksissa traumaperäisten kognitioiden on havaittu olevan vahvasti yhteydessä mielenterveyden järkkymisen (Palosaari ym., 2015; Dekel ym., 2013; Jelinek ym., 2013; Moser ym., 2007). Äidin mielenterveyden ongelmat

puolestaan ovat erityinen riskitekijä lapsen kehitykselle (Gewirtz ym., 2010; Dekel & Monson, 2010; Dias ym., 2014). Aiemmassa tutkimuksessa ei kuitenkaan ole tutkittu suoraa yhteyttä vanhemman trauman kognitiivisen käsittelyn ja lapsen emotionaalisen kehityksen välillä, kuten tässä tutkimuksessa.

Sen sijaan äidin emotionaalinen trauman käsittely ei ollut yhteydessä lapsen emotionaaliseen kehitykseen. Aikaisempi tutkimus on kuitenkin havainnut yhteyksiä epäonnistuneen emotionaalisen trauman käsittelyn ja mielenterveyden ongelmien välillä (Kubany ym., 1996; Dekel ym., 2016; Solomon ym., 2015; Jakupcak ym., 2011; Mihaljevic ym., 2012), ja äidin mielenterveyden ongelmat ovat yhteydessä lapsen kehityksen ongelmiin (Gewirtz ym., 2010; Dekel & Monson, 2010; Dias ym., 2014). Tässä tutkimuksessa äidit ovat kuitenkin pystyneet tukemaan lapsensa emotionaalista kehitystä normaalisti omasta trauman emotionaalisen käsittelyn vaikeudesta huolimatta.

Tutkimustulokset osoittavat, että äidin kognitiivinen trauman käsittely suojasi lapsen emotionaalista kehitystä äidin sodalle altistumisen ylisukupolviselta vaikutukselta, mutta suojaava vaikutus oli havaittavissa vain silloin, kun traumaattisia kokemuksia oli vähän. Tällöin lapsilla, joiden äitien kognitiivinen trauman käsittely oli epäonnistunut, oli enemmän negatiivista emotionaalisuutta. Erityisesti äidin kokemat muutokseen liittyvät kognitiot nousivat tuloksissa esille. Äidin altistuminen vakaville sotatraumoille oli yhteydessä hänen vauvansa negatiiviseen emotionaalisuuteen, jos äiti koki trauman muuttaneen itseään ja maailmaa pysyvällä ja häiritsevällä tavalla. Tällaisten ajatusten ja kokemusten onnistunut käsittely suojasi lapseen kohdistuvilta vaikutuksilta. Myös äidin trauman emotionaalisella käsittelyllä oli suuntaa antava suojaava vaikutus. Äidin vakaville sotatraumoille altistuminen oli yhteydessä lapsen negatiiviseen emotionaalisuuteen, jos äiti kärsi toivottomuuden tunteista. Toivottomuuden onnistunut käsittely suojasi lapsen emotionaalista kehitystä. Tulos on yhdenmukainen aiemman tutkimuksen kanssa siinä, että trauman käsittely määrittää sitä, vaikuttaako äidin kokema traumatapahtuma lapseen (Schuengel ym., 1999; Jacobvitz ym., 2006; Hesse & Main, 2006). Aiempaan tutkimukseen nähden tässä tutkimuksessa kuitenkin saatiin lisätietoa siitä, millainen trauman käsittely suojaa lasta ja toisaalta siitä, mikä osa lapsen emotionaalisesta kehityksestä on erityisen riskialtis vanhemman käsittelemättömän trauman suhteen. Jos siis äiti on kohdannut traumatisoivia tapahtumia, on niiden käsitteleminen tärkeää lapsen negatiivisen emotionaalisuuden kannalta. Erityisesti trauman kognitiivinen käsittely suojaa lasta, mutta myös toivottomuuden tunteiden käsitteleminen on tärkeää. Lapsiin kohdistuvista vaikutuksista trauman käsittely ei kuitenkaan selitä kaikkea ja etenkin silloin, kun traumaattisia tapahtumia on äidillä takanaan enemmän, ovat vaikutukset lapseen olemassa riippumatta siitä onko äiti käsitellyt tapahtunutta onnistuneesti.

4.2. Tutkimuksen rajoitukset ja vahvuudet

Tutkimuksessa on useita rajoitteita, jotka tulee ottaa huomioon tulosten tulkinnessa. Rajoitukset liittyvät käytettyihin menetelmiin, tutkimusasetelmaan ja tulosten tilastolliseen tarkasteluun.

Lapsen emotionaalista kehitystä kartoittavan IBG-R-kyselyn (Gartstein & Rothbart, 2003) skaalaa muutettiin, sillä tutkimusta suunniteltaessa huomattiin, että 7-portaisen asteikon muistaminen pitkän kyselyn ajan koettiin haastavaksi. Alkuperäisen kyselyn muokkaaminen ei kuitenkaan ole aivan ongelmatonta kyselyn validiteetin suhteen. Kyselyn reliabiliteettia kuvaavat Cronbachin alfat jäivät myös alhaisiksi. Toisaalta vähillä vastausvaihtoehdoilla Cronbachin alpha aliarvioi reliabiliteettia, joten tuloksia voi pitää vähintäänkin suuntaa antavina. Traumaperäisiä kognitioita tarkastelevasta PTCI-kyselystä (Foa ym., 1999) aikuisille annettiin vahingossa lasten versio (Meisner-Stedman ym., 2009), joten aiempaa tutkimuksellista tukea nyt käytetyn kyselyn käytöstä tähän tutkimukseen osallistuneiden viiteryhmälle ei ole. Kyselyn reliabiliteetti oli kuitenkin aineistossa hyvä ja toisaalta yksinkertaisemman kyselyn täyttäminen voi tutkimustilanteessa olla helpompaa. Suurimmasta osasta tutkimuksessa käytettyjä kyselyitä ei ollut käytössä kulttuurisesti tutkittuja mittareita. Aiemman tutkimuksen mukaan paikallisten käsitteiden mukaan kehitetyt mittarit ennustavat paremmin tutkittua ominaisuutta kuin länsimaiset käännetyt testit (Jayawickreme, Jayawickreme, Atanasov, Goonasekera, & Foa, 2012). Traumakokemusten määrää kartoittavassa kyselyssä kysymykset on laadittu sen mukaan, minkä on aiemmin vastaavassa ympäristössä havaittu olevan traumatisoivaa, mutta muista kyselyistä ei gazalaisia versioita ole käytössä. Erityisesti lapsen emotionaalisen kehityksen mittarin kulttuurispesifisyys olisi lisännyt tulosten luotettavuutta.

Tutkimustulokset perustuvat täysin äidin raportteihin. Monet tutkittavista ilmiöistä ovat sellaisia, että äidin itsearvio on luotettavin menetelmä, sillä äidit tietävät itse parhaiten esimerkiksi minkälaisille sotakokemuksille he ovat altistuneet ja minkälaisia traumaperäisiä kognitioita ja emootioita kokeneet. Näiden tarkasteleminen objektiivisemmin mittarein olisi vaikeaa ja työlästä eivätkä vastaukset todennäköisesti vastaisi todellisuutta yhtä hyvin kuin äidin itsearvio. Toisaalta tässä tutkimuksessa vanhempi arvioi myös lapsen emotionaalista kehitystä itse. On mahdollista, että vanhemman arvio on vääristänyt tuloksia etenkin niillä äideillä, joilla trauman käsittely on epäonnistunut ja traumaperäisten kognitioiden ja emootioiden määrä on korkea. Kun siis vanhemmalla on enemmän traumaperäisiä kognitioita, eli vääristyneitä ajatuksia itsestä ja maailmasta tai

traumaperäisiä emootioita kuten syyllisyyttä ja toivottomuutta, voi lapsi näyttäytyä hänelle erityisen positiivisessa valossa. Aiemmassa tutkimuksessa on havaittu äidin lapsuusaikaisen trauman vaikuttavan siihen, kuinka positiivisesti äiti näkee lapsensa (Lang ym., 2010). Optimaalisia mittareita käyttäen äidin kokemus lapsestaan ei olisi päässyt vaikuttamaan tuloksiin ja lapset olisivat olleet paremmin vertailtavissa keskenään. Revised Infant Behaviour Questionnaire (IBQ-R) -mittarilla kuitenkin arvioidaan lapsen emotionaalista kehitystä erilaisten arjessa esiintyvien tilanteiden ja niissä ilmaistujen reaktioiden avulla (Gartstein & Rothbart, 2003). Näin on pyritty minimoimaan vanhemman omien käsitysten vaikutusta arviossa. Observoimalla tai psykologisilla tutkimuksilla arvioimiseen resursseja olisi kulunut huomattavasti enemmän eikä iso otoskoko olisi ollut mahdollinen. Tällä tavoin arvio olisi myös jäänyt yksittäisen tilanteen varaan eikä jatkuvan arjessa mukana olon, kuten vanhemman arviota käytettäessä.

Tutkimuksessa ei ole huomioitu sitä, että äidit ovat voineet kokea muitakin traumaattisia tapahtumia elämänsä aikana kuin nyt tutkimuksen kohteena olleet sotatraumat. Näin ollen ei voida täysin poissulkea mahdollisuutta, että tutkimuksessa havaitut ylisukupolviset trauman vaikutukset ovatkin seurausta jostain muusta traumaattisesta kokemuksesta. Lisäksi myös koetut sotatraumat voivat olla tutkittavien kesken hyvinkin erilaisia, eikä tässä tutkimuksessa tarkasteltu trauman laadun vaikutusta lapsen emotionaaliseen kehitykseen. Erilaisilla traumaattisilla tapahtumilla on erilaiset vaikutukset yksilöön (Green ym., 2000) ja näin ollen myös ylisukupolvisen vaikutuksen voisi ajatella olevan erilainen.

Tulosten tulkintaa hankaloittaa se, että tutkimuksessa ei ollut mukana kontrolliryhmää. Tutkimuksessa verrattiin sotaolosuhteissa eläviä äitejä sen suhteen, miten he henkilökohtaisesti olivat altistuneet traumaattisille tapahtumille. Näin ollen jopa alhaisen trauman ryhmässä äidit olivat altistuneet traumaattisille kokemuksille. Tutkimustietomme syvenisi, jos olisi mahdollista verrata tuloksia ryhmään, joka koostuisi samanlaisesta kulttuurillisesta taustasta tulevista yksilöistä, jotka eivät ole altistuneet sotatraumoille. Osa tuloksista, joissa yhteyttä äidin traumalle altistumisen vakavuuden ja lapsen emotionaalisen kehityksen välillä ei havaittu, voi selittyä sillä, että lapset kasvavat ympäristössä, jossa kaikki aikuiset ovat kohdanneet enemmän tai vähemmän traumaattisia tapahtumia, eivätkä lapset sen takia eroa toisistaan. Mielenkiintoista olisi siis selvittää, eroavatko he kuitenkin niistä lapsista, joiden äidit eivät ole altistuneet traumaattisille sotakokemuksille ollenkaan.

Tutkimus sisälsi paljon tilastollisia analyyseja eri muuttujien välillä. Tätä voidaan pitää tutkimuksen vahvuutena, sillä näin saatiin laajasti tietoa kiinnostuksen kohteena olleesta aiheesta.

Toisaalta tilastollisesta näkökulmasta isossa joukossa analyysseja on mahdollista, että joku tuloksista on merkitsevä jo sattuman takia.

Tutkimuksen rajoituksista huolimatta tutkimuksessa oli myös selkeitä vahvuuksia. Tutkittavien joukko kerättiin laajasti ympäri Gazaa, jolloin saatiin edustava otos koko populaatiosta. Tutkimukseen saatiin rekrytoitua iso joukko osallistujia ja kato tutkimuksen aikana oli vähäistä. Tutkimuksessa käytettiin pitkittäisasetelmaa, joten pystyttiin seuraamaan ennustaako äidin sotatraumalle altistuminen lapsen emotionaalista kehitystä. Näin tutkimuksessa saatiin myös luotettavaa tietoa muuttujista sen mukaan, miten ne kullakin hetkellä ilmenevät. Tutkimuksessa ei siis tarvinnut nojata tutkittavien muistikuviin, joihin mahdollisesti muut tapahtumat olisivat jo ehtineet vaikuttaa.

Tutkimuksessa sekä trauman käsittelyä että lapsen emotionaalista kehitystä tarkasteltiin useammalla ulottuvuudella. Täten tutkimuksessa saatiin monipuolisesti tietoa tutkimuskysymyksiin liittyen ja pystyttiin laajentamaan aiemman tutkimuksen perusteella syntynyttä ymmärrystä käsitellyistä aiheista.

4.3 Tutkimuksen merkitys ja jatkotutkimuksen tarpeet

Tutkimus laajentaa tämän hetkistä tietämystä ylisukupolvisesta traumasta ilmiönä sodalle altistuneiden siviilien keskuudessa. Tutkimus tuo lisätietoa vanhemman kokemien traumaattisten sotakokemusten määrän ja äidin trauman käsittelyn laadun yhteyksistä lapsen emotionaaliseen kehitykseen. Tärkeä huomio tutkimuksessa on, ettei lapsen koko emotionaalinen kehitys ole uhattuna äidin jouduttua elämään sodan keskellä. Tutkimus tarkentaa aiempaa tietämystä siitä, mikä lapsen emotionaalisisessa kehityksessä on altis vanhemman kokemien sotatraumojen vaikutuksille ja mikä puolestaan vanhemman trauman käsittelyn laadulle. Tutkimus on samassa linjassa aiemman tutkimuksen kanssa siinä, että trauman käsittelyllä on tärkeä merkitys siinä, ulottuvatko vanhemman trauman vaikutukset lapseen (Schuengel ym., 1999; Jacobvitz ym., 2006; Hesse & Main, 2006). Samalla se laajentaa ymmärrystä vanhemman trauman käsittelyn lasta suojaavasta vaikutuksesta sotaoloissa. Tutkimus osoittaa, että vanhemman kokemat traumaattiset tapahtumat voivat itse asiassa johtaa myös positiivisiin asioihin lapsen emotionaalisisessa kehityksessä, ja vaikutukset negatiiviseen emotionaalisuuteen ilmenevät juuri, kun trauman käsittely on epäonnistunut.

Tutkimuksen käytännöllinen merkitys on vahvimmillaan siinä, että se korostaa vanhemman trauman käsittelyn tarpeellisuutta lapsen emotionaalisen kehityksen kannalta. On hyvä, jos sotakokemuksille altistuneita vanhempia voidaan tukea ja heitä voidaan auttaa trauman käsittelyssä. Samalla tutkimus voi olla tuomassa perheisiin lohtua ja toivoa siitä, että kaikesta koetusta huolimatta ja jopa siitä johtuen lapseen voi kohdistua myös positiivisia vaikutuksia. Tutkimuksen tuloksia voidaan soveltaa vauvaikäisten lasten perheiden auttamiseen sekä sota-alueilla että pakolaisten kanssa esimerkiksi Suomessa. Vaikka tutkimus on tehty palestiinalaisnaisille ja heidän lapsilleen, on todennäköistä, että vastaavanlaisia yhteyksiä voidaan havaita myös muiden sodalle altistuneiden siviilien kohdalla sekä kotimaassaan että pakolaiseksi lähtemisen jälkeen.

Tutkimus jättää kuitenkin kysymyksiä jatkotutkimukselle. Tärkeää olisi tutkia, miten vanhempien trauman kognitiivista ja emotionaalista käsittelyä voidaan tukea ja löytää tehokkaita käsittelyn keinoja, jotta vaikutuksia lapsen negatiiviseen emotionaalisuuteen voitaisiin vähentää. Tässä tutkimuksessa traumaperäisiä emootioita ja kognitioita mitattiin vain kerran, joten selvittämättä jää, onko niissä tapahtunut muutosta ajan kuluessa. Muutosta tarkastelemalla saataisiin tietoa siitä, ovatko lapset paremmin suojassa ylisukupolviselta vaikutukselta silloin, kun vanhemmat ovat alun perinkin pystyneet käsittelemään tapahtunutta, vai onko tilanne erilainen, mikäli vanhemmat ovat aluksi kokeneet toivottomuutta tai kielteistä ja häiritsevää muutosta trauman seurauksena, mutta ovat pystyneet käsittelemään tapahtunutta myöhemmin. Lisäksi jatkossa olisi syytä selvittää, mitkä tekijät selittävät äidin sodalle altistumisen negatiivisia vaikutuksia lapsen emotionaaliseen kehitykseen silloin kun traumaattisia tapahtumia on taustalla useita, sillä tämän tutkimuksen mukaan negatiiviset vaikutukset ulottuvat tällöin lapseen huolimatta siitä, onko äiti käsitellyt tapahtunutta vai ei.

Tässä tutkimuksessa tehdyt havainnot auttavat ymmärtämään sotaoloissa eläneitä vanhempia ja heidän lapsiaan. Tulokset osoittavat, milloin vanhemman trauman käsittelyn epäonnistuminen on erityisen haitallista lapselle. Täten tulokset voivat yhdessä jatkotutkimuksen kanssa auttaa luomaan tehokkaita ja toimivia tapoja sodalle altistuneiden perheiden tukemiseen.

LÄHTEET

- Are, F., & Shaffer, A. (2015). Family emotion expressiveness mediates the relations between maternal emotion regulation and child emotion regulation. *Child Psychiatry and Human Development*, doi:http://dx.doi.org.helios.uta.fi/10.1007/s10578-015-0605-4
- Baranowsky, A. B., Young, M., Johnson-Douglas, S., Williams-Keeler, L., & McCarrey, M. (1998). PTSD transmission: A review of secondary traumatization in Holocaust survivor families. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 39(4), 247-256.
- Basoglu, M., Livanou, M., & Crnobaric, C. (2007). Torture vs other cruel, inhuman, and degrading treatment: Is the distinction real or apparent? *Archives of General Psychiatry*, 64(3), 277-285.
- Beck, J. K., Gow, K., & Liossis, P. (2005). Holocaust survivors' delay in child rearing and the psychological health of their children. *Journal of Loss and Trauma*, 10(2), 205-219.
- Belsky, J. (2008). War, trauma and children's development: Observations from a modern evolutionary perspective. *International Journal of Behavioral Development*, 32(4), 260-271.
- Berntsen, D., Rubin, D. C., & Siegler, I. C. (2011). Two versions of life: Emotionally negative and positive life events have different roles in the organization of life story and identity. *Emotion*, 11(5), 1190-1201.
- Bezo, B., & Maggi, S. (2015). Living in "survival mode:" intergenerational transmission of trauma from the Holodomor genocide of 1932–1933 in Ukraine. *Social Science & Medicine*, 134, 87-94.
- Bleich, A., Gelkopf, M., & Solomon, Z. (2003). Exposure to terrorism, stress-related mental health symptoms, and coping behaviors among a nationally representative sample in Israel. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 290(5), 612-620.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28.
- Bonanno, G. A., & Burton, C. L. (2013). Regulatory flexibility: An individual differences perspective on coping and emotion regulation. *Perspectives on Psychological Science*, 8(6), 591-612.
- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciarelli, A., & Vlahov, D. (2006). Psychological resilience after disaster: New York City in the aftermath of the September 11th terrorist attack. *Psychological Science*, 17(3), 181-186.

- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciarelli, A., & Vlahov, D. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(5), 671-682.
- Bonanno, G. A., & Mancini, A. D. (2012). Beyond resilience and PTSD: Mapping the heterogeneity of responses to potential trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 4*(1), 74-83.
- Bonanno, G. A., Papa, A., Lalande, K., Westphal, M., & Coifman, K. (2004). The importance of being flexible: The ability to both enhance and suppress emotional expression predicts long-term adjustment. *Psychological Science, 15*(7), 482-487.
- Bonanno, G. A., Rennie, C., & Dekel, S. (2005). Self-enhancement among high-exposure survivors of the September 11th terrorist attack: Resilience or social maladjustment? *Journal of Personality and Social Psychology, 88*(6), 984-998.
- Brewin, C. R., & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review, 23*(3), 339-376.
- Caspi, A., & Roberts, B. W. (2001). Target article: Personality development across the life course: The argument for change and continuity. *Psychological Inquiry, 12*(2), 49-66.
- Coifman, K. G., Bonanno, G. A., & Rafaeli, E. (2007). Affect dynamics, bereavement and resilience to loss. *Journal of Happiness Studies, 8*(3), 371-392.
- Dalgleish, T. (2004). Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder: The evolution of multirepresentational theorizing. *Psychological Bulletin, 130*(2), 228-260.
- Davidson, A. C., & Mellor, D. J. (2001). The adjustment of children of Australian Vietnam veterans: Is there evidence for the transgenerational transmission of the effects of war-related trauma? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 35*(3), 345-351.
- Davis, L. W., Leonhardt, B. L., Siegel, A., Brustuen, B., Luedtke, B., Vohs, J. L., James, A. V., & Lysaker, P. H. (2016). Metacognitive capacity predicts severity of trauma-related dysfunctional cognitions in adults with posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Research, 237*, 182-187.
- de Jong, J. T. V. M., Komproe, I. H., 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. *JAMA: Journal of the American Medical Association, 286*(5), 555-562.
- Dekel, R., & Goldblatt, H. (2008). Is there intergenerational transmission of trauma? The case of combat veterans' children. *American Journal of Orthopsychiatry, 78*(3), 281-289.

- Dekel, R., & Monson, C. M. (2010). Military-related post-traumatic stress disorder and family relations: Current knowledge and future directions. *Aggression and Violent Behavior, 15*(4), 303-309.
- Dekel, S., Mamon, D., Solomon, Z., Lanman, O., & Dishy, G. (2016). Can guilt lead to psychological growth following trauma exposure? *Psychiatry Research, 236*, 196-198.
- Dekel, S., Peleg, T., & Solomon, Z. (2013). The relationship of PTSD to negative cognitions: A 17-year longitudinal study. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 76*(3), 241-255.
- Derryberry, D., & Rothbart, M. K. (1988). Arousal, affect, and attention as components of temperament. *Journal of Personality and Social Psychology, 55*(6), 958-966.
- Derryberry, D., & Rothbart, M. K. (1997). Reactive and effortful processes in the organization of temperament. *Development and Psychopathology, 9*(4), 633-652.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5TM (5th ed.)*(2013). Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc., Arlington, VA.
- Dias, A., Sales, L., Cardoso, R. M., & Kleber, R. (2014). Childhood maltreatment in adult offspring of Portuguese war veterans with and without PTSD. *European Journal of Psychotraumatology, 5*, 1-10.
- Dickstein, B. D., Schorr, Y., Stein, N., Krantz, L. H., Solomon, Z., & Litz, B. T. (2012). Coping and mental health outcomes among Israelis living with the chronic threat of terrorism. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 4*(4), 392-399.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*(4), 319-345.
- Enlow, M. B., Kitts, R. L., Blood, E., Bizarro, A., Hofmeister, M., & Wright, R. J. (2011). Maternal posttraumatic stress symptoms and infant emotional reactivity and emotion regulation. *Infant Behavior & Development, 34*(4), 487-503.
- Field, N. P., Muong, S., & Sochanvimean, V. (2013). Parental styles in the intergenerational transmission of trauma stemming from the Khmer Rouge regime in Cambodia. *American Journal of Orthopsychiatry, 83*(4), 483-494.
- Finklestein, M., Laufer, A., & Solomon, Z. (2012). Coping strategies of Ethiopian immigrants in Israel: Association with PTSD and dissociation. *Scandinavian Journal of Psychology, 53*(6), 490-498.

- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S. M. (1999). The Post-Traumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment, 11*(3), 303-314.
- Galovski, T., & Lyons, J. A. (2004). Psychological sequelae of combat violence: A review of the impact of PTSD on the veteran's family and possible interventions. *Aggression and Violent Behavior, 9*(5), 477-501.
- Gangi, S., Talamo, A., & Ferracuti, S. (2009). The long-term effects of extreme war-related trauma on the second generation of Holocaust survivors. *Violence and Victims, 24*(5), 687-700.
- Gartstein, M. A., & Rothbart, M. K. (2003). Studying infant temperament via the Revised Infant Behavior Questionnaire. *Infant Behavior & Development, 26*(1), 64-86.
- Gewirtz, A. H., Polusny, M. A., DeGarmo, D. S., Khaylis, A., & Erbes, C. R. (2010). Posttraumatic stress symptoms among national guard soldiers deployed to Iraq: Associations with parenting behaviors and couple adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(5), 599-610.
- Giladi, L., & Bell, T. S. (2013). Protective factors for intergenerational transmission of trauma among second and third generation Holocaust survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 5*(4), 384-391.
- Green, B. L., Goodman, L. A., Krupnick, J. L., Corcoran, C. B., Petty, R. M., Stockton, P., & Stern, N. M. (2000). Outcomes of single versus multiple trauma exposure in a screening sample. *Journal of Traumatic Stress, 13*(2), 271-286.
- Halberstadt, A. G., & Lozada, F. T. (2011). Emotion development in infancy through the lens of culture. *Emotion Review, 3*(2), 158-168.
- Henning, K. R., & Frueh, B. C. (1997). Combat guilt and its relationship to PTSD symptoms. *Journal of Clinical Psychology, 53*(8), 801-808.
- Hesse, E., & Main, M. (2006). Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: Description, discussion, and interpretations. *Development and Psychopathology, 18*(2), 309-43.
- Hobfoll, S. E., Palmieri, P. A., Johnson, R. J., Canetti-Nisim, D., Hall, B. J., & Galea, S. (2009). Trajectories of resilience, resistance, and distress during ongoing terrorism: The case of Jews and Arabs in Israel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(1), 138-148.

- Huijts, I., Kleijn, W. C., van Emmerik, A. A. P., Noordhof, A., & Smith, A. J. M. (2012). Dealing with man-made trauma: The relationship between coping style, posttraumatic stress, and quality of life in resettled, traumatized refugees in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress, 25*(1), 71-78.
- Iliceto, P., Candilera, G., Funaro, D., Pompili, M., Kaplan, K. J., & Markus-Kaplan, M. (2011). Hopelessness, temperament, anger and interpersonal relationships in Holocaust (Shoah) survivors' grandchildren. *Journal of Religion and Health, 50*(2), 321-329.
- Jacobvitz, D., Leon, K., & Hazen, N. (2006). Does expectant mothers' unresolved trauma predict frightened/frightening maternal behavior? Risk and protective factors. *Development and Psychopathology, 18*(2), 363-79.
- Jakupcak, M., Hoerster, K. D., Varra, A., Vannoy, S., Felker, B., & Hunt, S. (2011). Hopelessness and suicidal ideation in Iraq and Afghanistan war veterans reporting subthreshold and threshold posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 199*(4), 272-275.
- Jayawickreme, N., Jayawickreme, E., Atanasov, P., Goonasekera, M. A., & Foa, E. B. (2012). Are culturally specific measures of trauma-related anxiety and depression needed? The case of Sri Lanka. *Psychological Assessment, 24*(4), 791-800.
- Jayawickreme, N., Yasinski, C., Williams, M., & Foa, E. B. (2012). Gender-specific associations between trauma cognitions, alcohol cravings, and alcohol-related consequences in individuals with comorbid PTSD and alcohol dependence. *Psychology of Addictive Behaviors, 26*(1), 13-19.
- Jelinek, L., Wittekind, C. E., Kellner, M., Moritz, S., & Muhtz, C. (2013). (Meta)cognitive beliefs in posttraumatic stress disorder following forced displacement at the end of the Second World War in older adults and their offspring. *Cognitive Neuropsychiatry, 18*(5), 452-462.
- Jordan, B. K., Marmar, C. R., Fairbank, J. A., Schlenger, W. E., Kulka, R. A., Hough, R. L., & Weiss, D. S. (1992). Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(6), 916-926.
- Kanninen, K., Punamäki, R., & Qouta, S. (2002). The relation of appraisal, coping efforts, and acuteness of trauma to PTS symptoms among former political prisoners. *Journal of Traumatic Stress, 15*(3), 245-253.
- Kanninen, K., Punamäki, R., & Qouta, S. (2003). Adult attachment and emotional responses to traumatic memories among Palestinian former political prisoners. *Traumatology, 9*(3), 127-154.
- Karam, E. G., Friedman, M. J., Hill, E. D., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Petukhova, M., Sampson, L., Shahly, V., Angermeyer, M. C., Bromet, E. J., Girolamo, G., Graaf, R.,

- Demyttenaere, K., Ferry, F., Florescu, S. E., Haro, J. M., He, Y., Karam, A. N., Kawakami N., & Kovess-Masfety, V. (2014). Cumulative traumas and risk thresholds: 12-month PTSD in the World Mental Health (WMH) surveys. *Depression and Anxiety, 31*(2), 130-142.
- Karstoft, K., Armour, C., Elklit, A., & Solomon, Z. (2015). The role of locus of control and coping style in predicting longitudinal PTSD-trajectories after combat exposure. *Journal of Anxiety Disorders, 32*, 89-94.
- Kellerman, N. P. F. (2001). Psychopathology in children of Holocaust survivors: A review of the research literature. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 38*(1), 36-46.
- Kingston, D., Tough, S., & Whitfield, H. (2012). Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: A systematic review. *Child Psychiatry and Human Development, 43*(5), 683-714.
- Kinnunen, U., & Pulkkinen, L. (2003). Childhood socio-emotional characteristics as antecedents of marital stability and quality. *European Psychologist, 8*(4), 223-237.
- Klasen, F., Reissmann, S., Voss, C., & Okello, J. (2015). The guiltless guilty: Trauma-related guilt and psychopathology in former Ugandan child soldiers. *Child Psychiatry and Human Development, 46*(2), 180-193.
- Kubany, E. S., Haynes, S. N., Abueg, F. R., Manke, F. P., Brennan, J. M., & Stahura, C. (1996). Development and validation of the Trauma-Related Guilt Inventory (TRGI). *Psychological Assessment, 8*(4), 428-444.
- Lang, A. J., Gartstein, M. A., Rodgers, C. S., & Lebeck, M. M. (2010). The impact of maternal childhood abuse on parenting and infant temperament. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 23*(2), 100-110.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine, 55*(3), 234-247.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality, 1*(3), 141-169.
- McAdams, D. P., & Olson, B. D. (2010). Personality development: Continuity and change over the life course. *Annual Review of Psychology, 61*, 517-542.
- McCrae, R. R., Costa, P. T., Jr., Ostendorf, F., Angleitner, A., Hřebíčková, M., Avia, M. D., Sanz, J., Sánchez-Bernardos, M. L., Kusdil, M. E., Woodfield, R., Saunders, P. R., & Smith, P. B. (2000).

- Nature over nurture: Temperament, personality, and life span development. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(1), 173-186.
- McLean, C. P., Yeh, R., Rosenfield, D., & Foa, E. B. (2015). Changes in negative cognitions mediate PTSD symptom reductions during client-centered therapy and prolonged exposure for adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 68, 64-69.
- Meadows, L. A., & Kaslow, N. J. (2002). Hopelessness as mediator of the link between reports of a history of child maltreatment and suicidality in African American women. *Cognitive Therapy and Research*, 26(5), 657-674.
- Meiser-Stedman, R., Smith, P., Bryant, R., Salmon, K., Yule, W., Dalgleish, T., & Nixon, R. D. V. (2009). Development and validation of the Child Post-Traumatic Cognitions Inventory (CPTCI). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(4), 432-440.
- Metsämuuronen, J. (2001). *Monimuuttujamenetelmien perusteet SPSS-ympäristössä*. Helsinki: International Methelp.
- Mihaljević, S., Aukst-Margetić, B., Vuksan-Ćusa, B., Koić, E., & Milošević, M. (2012). Hopelessness, suicidality and religious coping in Croatian war veterans with PTSD. *Psychiatria Danubina*, 24(3), 292-297.
- Mikulincer, M., & Solomon, Z. (1989). Causal attribution, coping strategies, and combat-related post-traumatic stress disorder. *European Journal of Personality*, 3(4), 269-284.
- Morina, N., & Ford, J. D. (2008). Complex sequelae of psychological trauma among Kosovar civilian war victims. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(5), 425-436.
- Moser, J. S., Hajcak, G., Simons, R. F., & Foa, E. B. (2007). Posttraumatic stress disorder symptoms in trauma-exposed college students: The role of trauma-related cognitions, gender, and negative affect. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(8), 1039-1049.
- Neria, Y., Nandi, A., & Galea, S. (2008). Post-traumatic stress disorder following disasters: A systematic review. *Psychological Medicine*, 38(4), 467-480.
- Neria, Y., Besser, A., Kiper, D., & Westphal, M. (2010). A longitudinal study of posttraumatic stress disorder, depression, and generalized anxiety disorder in Israeli civilians exposed to war trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 23(3), 322-330.
- Nuttman-Shwartz, O., & Dekel, R. (2009). Ways of coping and sense of belonging in the face of a continuous threat. *Journal of Traumatic Stress*, 22(6), 667-670.

- O'Connor, R. C., O'Connor, D. B., O'Connor, S. M., Smallwood, J., & Miles, J. (2004). Hopelessness, stress, and perfectionism: The moderating effects of future thinking. *Cognition and Emotion, 18*(8), 1099-1120.
- Ogle, C. M., Rubin, D. C., & Siegler, I. C. (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.
- Owens, G. P., Chard, K. M., & Cox, T. A. (2008). The relationship between maladaptive cognitions, anger expression, and posttraumatic stress disorder among veterans in residential treatment. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 17*(4), 439-452.
- Palosaari, E., Punamäki, R., Diab, M., & Qouta, S. (2013). Posttraumatic cognitions and posttraumatic stress symptoms among war-affected children: A cross-lagged analysis. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(3), 656-661.
- Palosaari, E., Punamäki, R., Peltonen, K., Diab, M., & Qouta, S. R. (2015). Negative social relationships predict posttraumatic stress symptoms among war-affected children via posttraumatic cognitions. *Journal of Abnormal Child Psychology,*
- Palosaari, E., Punamäki, R., Qouta, S., & Diab, M. (2013). Intergenerational effects of war trauma among Palestinian families mediated via psychological maltreatment. *Child Abuse & Neglect, 37*(11), 955-968.
- Panagioti, M., Gooding, P. A., & Tarrier, N. (2012). Hopelessness, defeat, and entrapment in posttraumatic stress disorder: Their association with suicidal behavior and severity of depression. *Journal of Nervous and Mental Disease, 200*(8), 676-683.
- Pat-Horenczyk, R., Cohen, S., Ziv, Y., Achituv, M., Asulin-Peretz, L., Blanchard, T. R., et al. (2015). Emotion regulation in mothers and young children faced with trauma. *Infant Mental Health Journal, 36*(3), 337-348.
- Price, J. L., Monson, C. M., Callahan, K., & Rodriguez, B. F. (2006). The role of emotional functioning in military-related PTSD and its treatment. *Journal of Anxiety Disorders, 20*(5), 661-674.
- Pulkkinen, L., Feldt, T., & Kokko, K. (2006). Adaptive behavior in childhood as an antecedent of psychological functioning in early middle age: Linkage via career orientation. *Social Indicators Research, 77*(1), 171-195.
- Pulkkinen, L., Kokko, K., & Rantanen, J. (2012). Paths from socioemotional behavior in middle childhood to personality in middle adulthood. *Developmental Psychology, 48*(5), 1283-1291.

- Punamäki, R., Palosaari, E., Diab, M., Peltonen, K., & Qouta, S. R. (2015). Trajectories of posttraumatic stress symptoms (PTSS) after major war among Palestinian children: Trauma, family- and child-related predictors. *Journal of Affective Disorders, 172*, 133-140.
- Rothbart, M. K. (1986). Longitudinal observation of infant temperament. *Developmental Psychology, 22*(3), 356-365.
- Rothbart, M. K. (2007). Temperament, development, and personality. *Current Directions in Psychological Science, 16*(4), 207-212.
- Rothbart, M. K., Sheese, B. E., Rueda, M. R., & Posner, M. I. (2011). Developing mechanisms of self-regulation in early life. *Emotion Review, 3*(2), 207-213.
- Sagi-Schwartz, A., van Ijzendoorn, M. H., Grossmann, K. E., Joels, T., Scharf, M., Koren-Karie, N., & Alkalay, S. (2003). Attachment and traumatic stress in female Holocaust child survivors and their daughters. *The American Journal of Psychiatry, 160*(6), 1086-1092.
- Sanders, W., Zeman, J., Poon, J., & Miller, R. (2015). Child regulation of negative emotions and depressive symptoms: The moderating role of parental emotion socialization. *Journal of Child and Family Studies, 24*(2), 402-415.
- Scher, C. D., & Resick, P. A. (2005). Hopelessness as a risk factor for post-traumatic stress disorder symptoms among interpersonal violence survivors. *Cognitive Behaviour Therapy, 34*(2), 99-107.
- Schick, M., Morina, N., Klaghofer, R., Schnyder, U., & Müller, J. (2013). Trauma, mental health, and intergenerational associations in Kosovar families 11 years after the war. *European Journal of Psychotraumatology, 4*
- Schuengel, C., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, M. H. (1999). Frightening maternal behavior linking unresolved loss and disorganized infant attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(1), 54-63.
- Schwerdtfeger, K. L., & Nelson Goff, B. S. (2007). Intergenerational transmission of trauma: Exploring mother-infant prenatal attachment. *Journal of Traumatic Stress, 20*(1), 39-51.
- Shrira, A., Palgi, Y., Ben-Ezra, M., & Shmotkin, D. (2011). Transgenerational effects of trauma in midlife: Evidence for resilience and vulnerability in offspring of Holocaust survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 3*(4), 394-402.
- Solomon, Z., Avidor, S., & Mantin, H. G. (2015). Guilt among ex-prisoners of war. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 24*(7), 721-739.

- Solomon, Z., Avitzur, E., & Mikulincer, M. (1989). Coping resources and social functioning following combat stress reaction: A longitudinal study. *Journal of Social and Clinical Psychology, 8*(1), 87-96.
- Solomon, Z., Debby-Aharon, S., Zerach, G., & Horesh, D. (2011). Marital adjustment, parental functioning, and emotional sharing in war veterans. *Journal of Family Issues, 32*(1), 127-147.
- Solomon, Z., Ginzburg, K., Mikulincer, M., Neria, Y., & Ohry, A. (1998). Coping with war captivity: The role of attachment style. *European Journal of Personality, 12*(4), 271-285.
- Solomon, Z., & Mikulincer, M. (2007). Posttraumatic intrusion, avoidance, and social functioning: A 20-year longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(2), 316-324.
- Solomon, Z., Waysman, M. A., Neria, Y., Ohry, A., Schwarzwald, J., & Wiener, M. (1999). Positive and negative changes in the lives of Israeli former prisoners of war. *Journal of Social and Clinical Psychology, 18*(4), 419-435.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. (2004). Posttraumatic growth: A new perspective on psychotraumatology. *Psychiatric Times, 21*(4), 58-58,60.
- Tees, M. T., Harville, E. W., Xiong, X., Buekens, P., Pridjian, G., & Elkind-Hirsch, K. (2010). Hurricane Katrina-related maternal stress, maternal mental health, and early infant temperament. *Maternal and Child Health Journal, 14*(4), 511-518.
- Thomas, A., & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. Oxford, England: Brunner/Mazel, Oxford.
- van Ee, E., Kleber, R. J., & Mooren, T. T. M. (2012). War trauma lingers on: Associations between maternal posttraumatic stress disorder, parent-child interaction, and child development. *Infant Mental Health Journal, 33*(5), 459-468.
- Vänskä, M., Punamäki, R., Lindblom, J. K., Tolvanen, A., Flykt, M., Unkila-Kallio, L., Tulppala, M., & Tiitinen, A. (2015). Timing of early maternal mental health and child cortisol regulation. *Infant and Child Development,*
- Vänskä, M., Punamäki, R., Tolvanen, A., Lindblom, J., Flykt, M., Unkila-Kallio, L., Tiitinen, A., Repokari, L., Sinkkonen, J., & Tulppala, M. (2011). Maternal pre- and postnatal mental health trajectories and child mental health and development: Prospective study in a normative and formerly infertile sample. *International Journal of Behavioral Development, 35*(6), 517-531.

- Wiseman, H., Metz, E., & Barber, J. P. (2006). Anger, guilt, and intergenerational communication of trauma in the interpersonal narratives of second generation Holocaust survivors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(2), 176-184.
- Yehuda, R., Engel, S. M., Brand, S. R., Seckl, J. R., Marcus, S. M., & Berkowitz, G. S. (2005). Transgenerational effects of posttraumatic stress disorder in babies of mothers exposed to the World Trade Center Attacks during pregnancy. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 90(7), 4115-4118.
- Yehuda, R., Halligan, S. L., & Bierer, L. M. (2001). Relationship of parental trauma exposure and PTSD to PTSD, depressive and anxiety disorders in offspring. *Journal of Psychiatric Research*, 35(5), 261-270.
- Zerach, G., Kanat-Maymon, Y., Aloni, R., & Solomon, Z. (2016). The role of fathers' psychopathology in the intergenerational transmission of captivity trauma: A twenty three-year longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 190, 84-92.
- Zoellner, L. A., Feeny, N. C., Eftekhari, A., & Foa, E. B. (2011). Changes in negative beliefs following three brief programs for facilitating recovery after assault. *Depression and Anxiety*, 28(7), 532-540.