

TYÖPAPEREITA 13/2005

Jorma Antikainen

Seksuaalisesti hyväksikäytettyjen
lasten ja nuorten hyväksikäyttäjien
auttaminen

Kirjallisuuskatsaus

© Kirjoittaja ja Stakes

Taitto: Christine Strid

ISBN 951-33-1654-8 (paperimoniste)

ISSN 1795-8091

ISBN 951-33-1655-6 (verkkokirja)

ISSN 1795-8105

Stakesin monistamo
Helsinki 2005



Sosiaali- ja terveysalan
tutkimus- ja kehittämiskeskus

Helsinki 2005

Johdanto

Kirjallisuuskatsaus käsittelee 1) seksuaalisesti hyväksikäytetyn lapsen ja hänen perheensä hoitoa ja 2) nuoren hyväksikäyttäjän auttamista. Katsaus on tehty osana Stakesissa vuosina 2003–2005 toteutettua hanketta, jonka tarkoituksena on ollut lisätä lasten kanssa työskentelevien kykyjä tunnistaa lasten seksuaalinen hyväksikäyttö sekä kehittää hyväksikäytettyjen lasten ja nuorten hyväksikäyttäjien hoitoa.

Suomessa ja muissa Pohjoismaissa noin 7 prosenttia tytöistä ja 3 prosenttia pojista on joutunut joskus elämänsä kuluessa jonkinasteisen seksuaalisen ahdistelun kohteeksi. Biologisen isänsä tekemän insestin on kokenut noin kaksi tyttöä tuhannesta. (Sariola 1990.) Hyväksikäytettyjen lasten enemmistö (70–92 %) on tyttöjä. Viimeisimmässä suomalaisessa tutkimuksessa poikia oli noin joka neljäs hyväksikäytetyistä (Kauppinen, Sariola & Taskinen 2000).

Seksuaalisen hyväksikäytön vaikutukset vaihtelevat uhrista toiseen riippuen mm. hyväksikäyttöteoista, teon toteuttamistavoista, lapsen ja hyväksikäyttäjän ominaisuuksista, heidän keskinäisestä suhteestaan sekä hyväksikäytön kestosta. Osa lapsista on kliinisten tutkimusten mukaan näennäisesti oireettomia. Jotkut lapsista ovat hyvin häiriintyneitä kärsien monenlaisista psyykkisistä ongelmista. Noin 50 % seksuaalisesti hyväksikäytetyistä lapsista on kliinisissä tutkimuksissa diagnosoitu kärsivän *post-traumaattisesta stressihäiriöstä (PTSD)* (Mc Leer & al. 1998).

Huolellinen ja kattava *kliininen arviointi* on hyväksikäytettyjen lasten hoidon kulmakivi. Kliiniseen arviointiin kuuluu lapsen turvallisuuden ja terveydentilan, lapsen ja hänen vanhempiensa välisen suhteen, vanhempien ja heidän parisuhteensa sekä perhetilanteen arvioiminen. Hoito suunnitellaan arvioinnin perusteella lapsen yksilölliset tarpeet ja perheen resurssit huomioiden.

Suomessa vuosina 1990–1991 noin kolmasosa seksuaalisen hyväksikäyttöepäilyn vuoksi tutkituista lapsista sai terapiaa (Antikainen 1994). Vuonna 1999 terapiaa sai lähes joka toinen mahdollisen hyväksikäytön uhri (Kauppinen, Sariola & Taskinen 2000). Vuonna 2003 Stakesin tekemän kyselyn mukaan kahden edellisen vuoden aikana oli hoidettu 240 hyväksikäytettyä lasta 15 sairaalassa ja 30 kasvatus- ja perheneuvolassa. Sairaaloissa oli hoidettu yhteensä 116 lasta, keskimäärin 8 lasta/sairaala. Kasvatus- ja perheneuvoloissa oli hoidettu yhteensä 124 lasta, keskimäärin 4 lasta/neuvola. Lisäksi koulukoteihin oli sijoitettu 19 seksuaalisesti hyväksikäytettyä lasta. Heidän terapeuttinen hoitonsa oli järjestetty pääsääntöisesti laitoksen ulkopuolella. (Antikainen 2004.)

Hyväksikäytettyjä lapsia hoidettiin yleisimmin erilaisilla yksilöterapioidella. Myös kriisityö ja perheterapia/-työ oli yleistä. Jonkin verran ryhmäterapioida oli järjestetty kasvatus- ja perheneuvoloissa. Sairaaloissa ne olivat harvinaisia. Lasten terapioiden teoriaperustoista psykodynaaminen ja kognitiivinen teoria olivat selvästi suosituimpia sairaaloiden hoitokäytännöissä. Psykoanalyttinen viitekehys oli myös melko usein mainittu. Harvemmin mainittuja olivat traumateoreettinen ja supportiivinen terapia. Kasvatus- ja perheneuvoloiden hoitomenetelmien teoriaperustat muodostivat laajan kirjon. Toisin kuin sairaaloiden kohdalla voimavara- ja ratkaisukeskeinen teoriaperusta mainittiin melko usein kasvatus- ja perheneuvoloiden vastauksissa. Kasvatus- ja perheneuvoloille tyypillistä oli myös eklektinen, yhteen viitekehukseen sitoutumaton työskentelyote. (Antikainen 2004.)

Nuoret hyväksikäyttäjät (13–18-vuotta) muodostavat heterogeenisen ryhmän. Ryhmään kuuluu miespuolisia hyväksikäyttäjiä, naispuolisia hyväksikäyttäjiä ja sisarinsestin tekijöitä. Heidän ominaispiirteidensä perusteella on esitetty useita erilaisia typologioita (ks. esim. Bera & O'Brien 1986; Weinrot 1996; Prentky & al. 2000).

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimenpiteet nuorten hyväksikäyttäjien auttamiseksi voidaan jakaa *hoidollisiin* ja *muihin tukitoimiin*. Kliinisen arvioinnin merkitys korostuu nuorten hyväksikäyttäjien auttamisen suunnittelussa. Kliiniseen arviointiin kuuluu tavallisesti nuoren fyysisen ja psyykkisen terveydentilan, perhetilanteen ja sosiaalisten suhteiden selvittäminen sekä hyväksikäytön uusimisriskin arvioiminen.

Suomessa vuosina 1990–1991 noin joka kymmenes kaikista sosiaali- ja terveystieteiden tutkimista, lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä epäillyistä sai terapiaa (Antikainen 1994). Vuonna 1999 tutkimuksessa päädyttiin samaan tulokseen (Kauppinen, Sariola & Taskinen 2000). Nuorten hyväksikäyttäjien saamista hoidoista ei kummassakaan em. tutkimuksessa ole eriteltyä tietoa. Stakesin vuonna 2003 tekemän kyselyn mukaan kahtena edellisenä vuonna oli Suomessa hoidettu yhteensä 24 nuorta hyväksikäyttäjää. Hoidot oli toteutettu kuudessa sairaalassa ja kuudessa perheneuvolassa. Hoitomenetelminä oli käytetty perhetyötä, muuta selvittelyä, osastohoitoa ja yksilöterapiaa (Antikainen 2004). Hoidettujen määrä on noin 16 prosenttia sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisten tietoon tulleista nuoriin hyväksikäyttäjiin kohdistuneista epäilyistä (Kauppinen, Sariola & Taskinen 2000). Vaikka nuoret hyväksikäyttäjät saavatkin terapiaa jonkin verran enemmän kuin aikuiset hyväksikäyttäjät, valtaosa nuorista hyväksikäyttäjistä jää hoidon ulkopuolelle.

Useimpien käytössä olevien hoito-ohjelmien vaikuttavuutta ei ole toistaiseksi tieteellisesti tutkittu. *Multisysteemisillä*, hyväksikäyttökoihin fokusoiduilla, nuoren hyväksikäyttäjän perheen tuella toteutetuilla hoito-ohjelmilla on saavutettu tutkitusti myönteisiä tuloksia (Henggeler & al. 1999).

Tiivistelmä

Jorma Antikainen. Seksuaalisesti hyväksikäytettyjen lasten hoito ja nuorten hyväksikäyttäjien auttaminen. Kirjallisuuskatsaus. Stakes, Työpapereita 13/2005. Helsinki. 71 sivua, hinta 17 €. ISBN 951-33-1654-8

Kirjallisuuskatsaus käsittelee 1) seksuaalisesti hyväksikäytetyn lapsen ja hänen perheensä hoitoa, ja 2) nuoren hyväksikäyttäjän auttamista.

Hyväksikäytettyjen lasten hoitoon on kehitelty sekä lapsikeskeisiä että perhekeskeisiä hoito-malleja. Tieteellistä, empiiristä näyttöä omaavista, lapsikeskeisistä, hyväksyttävistä hoitomenetelmistä tunnetuimpia ovat Trauma-focused Cognitive-Behavioral Therapy (CBT), Trauma-focused Integrative-Eclectic Therapy (IET), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Cognitive Processing Therapy (CPT), Cognitive-Behavioral Group Therapy ja Dynamic Group Play Therapy. Näyttöä omaava perhekeskeinen, hyväksyttävä hoitomenetelmä on esim. Focused Treatment Interventions (FTI).

Nuorten hyväksikäyttäjien hoidon keskeisiä tavoitteita ovat hyväksikäytön uusiintumisen estäminen, nuorten auttaminen ottamaan täysi vastuu teoistaan ja kontrolloimaan omaa käyttäytymistään, poikkeavan seksuaalisen suuntautuneisuuden vähentäminen ja toisia vahingoittamattoman seksuaalikäyttäytymisen edistäminen, empatia-suuntautuneisuuden kehittäminen, sosiaalisten taitojen kehittymisen tukeminen, kognitiivisten vääristymien oikaiseminen ja nuorten arvomaailman selkeyttäminen.

Useimmat nuorten hyväksikäyttäjien hoito-ohjelmat pohjautuvat aikuisten hyväksikäyttäjien hoidossa kehitelyihin ohjelmiin: 1. kognitiivis-behavioraaliset ohjelmat, 2. psykososiaaliset terapiat ja 3. psykofarmakologiset hoidot. Tavallisesti kognitiivis-behavioraaliin ohjelmiin sisältyy kolme erillisohjelmaa: psykoedukaatio (psycho-educational), käyttäytymisen muuttaminen (behavioral) ja hyväksikäytön uusinnan ehkäisy (relapse prevention). Psykososiaalisia terapioita ovat erilaiset yksilöpsykoterapiat, perheterapiat, ryhmäterapiat ja terapeuttisen yhteisön käyttö. Psykofarmakologisten hoitojen tavoitteena on vaikuttaa hormonitasolla hyväksikäyttäjän seksuaaliseen käyttäytymiseen. Antiandrogeenilääkitystä ei kuitenkaan suositella käytettäväksi alle 17-vuotiaille. Mikäli psykofarmakologista hoitoa käytetään, parhaat tulokset saadaan silloin, kun se yhdistetään muihin hoitomuotoihin.

Useimpien käytössä olevien hoito-ohjelmien vaikuttavuutta ei ole toistaiseksi tieteellisesti tutkittu. Multisysteemisillä, hyväksikäyttökoihin fokusoiduilla, nuoren hyväksikäyttäjän perheen tuella toteutetuilla hoito-ohjelmilla on saavutettu tutkitusti myönteisiä tuloksia.

Avainsanat: lasten seksuaalinen hyväksikäyttö, hyväksikäytetyt lapset, post-traumaattinen stressihäiriö (PTSD), empiirinen näyttö, hyväksikäytettyjen lasten hoito, kognitiivis-behavioraaliset ohjelmat, nuoret hyväksikäyttäjät, residivismi, psykoedukaatio, hyväksikäytön uusinnan ehkäisy (Relapse Prevention), psykososiaaliset terapiat, psykofarmakologiset hoidot, hoito-ohjelmat

Sisällys

Johdanto
Tiivistelmä

OSA I: SEKSUAALISESTI HYVÄKSIKÄYTETYT LAPSET	9
1 Määritelmä ja yleisyys.....	9
2 Hyväksikäytetyn lapsen profiili.....	10
3 Kliininen arviointi	14
4 Hoito	16
Lapsikeskeisiä hoitomalleja.....	17
Cognitive-Behavioral Group Therapy	17
Dynamic Play Group Therapy.....	18
Cognitive Processing Therapy (CPT).....	19
Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).....	19
Trauma-focused Cognitive-Behavioral Therapy (CBT).....	20
Trauma-focused Integrative-Eclectic Therapy (IET).....	23
Forensically Sensitive Therapy (FST) - Kehitteillä oleva hoitomalli	25
Perhekeskeisiä hoitomalleja.....	26
Attachment-Trauma Therapy	26
Attachment Therapy (the Evergreen Model).....	27
Focused Treatment Interventions (FTI).....	28
Family Resolution Therapy (FRT).....	29
Integrative Developmental Model for Treatment of Dissociative Symptomatology	30
Intensive Family Preservation Services (IFPS)	31
SERI-hoitomallien klassikkoja.....	32
Child Sexual Abuse Treatment Program of Santa Clara County (CSATP)	32
Ackerman's Incest Project	33
The Great Ormond Street Sexual Abuse Team (GOS).....	34
Confidential Doctor Center (CDC), "Kind in Nood"	35
5 Hyväksikäytettyjen lasten hoito, yhteenvetoa.....	38
OSA II: NUORET HYVÄKSIKÄYTTÄJÄT	39
6 Määritelmä ja yleisyys.....	39
7 Nuoren hyväksikäyttäjän profiili.....	40
8 Kliininen arviointi	44
9 Nuoren hyväksikäyttäjän auttaminen.....	46
Kognitiivis-behavioraaliset ohjelmat.....	47
Psykososiaaliset terapiat	47
Psykofarmakologiset hoidot	48
Käyttäytymisen muuttamisohjelmia	48
Covert Sensitization	48
Aversion Therapy.....	49
Imaginal Desensitization	49
Sexual Arousal Reconditioning.....	49
Biofeedback	49
Vicarious Sensitization.....	50
Satiating Therapy	50

Laaja-alaisia hoito-ohjelmia	50
Personal/Social Awareness (P/SA)	51
Multisystemic Therapy (MST)	52
10 Hoito-ohjelmien vaikuttavuus	55
11 Nuorten hyväksikäyttäjien hoito, yhteenveto	56
LÄHTEET	57
LIITTEET:	
Liite 1. Hyväksikäytön uusimisen riskin arviointi: J-SOAP-II	67
Liite 2. Suositeltavaa kirjallisuutta	68

OSA I

SEKSUAALISESTI HYVÄKSIKÄYTETYT LAPSET

1 Määritelmä ja yleisyys

Lasten seksuaalinen hyväksikäyttö on kriminalisoitu kaikkialla maailmassa. Suomen lainsäädännön mukaan (Rikoslaki 20. luku, 6§) lapsen seksuaalista hyväksikäyttöä on ”*sukupuoliyhteys kuuttatoista vuotta nuoremman lapsen kanssa tai lapsen sellainen koskettelu tai muu sellainen teko, joka on omiaan vahingoittamaan hänen kehitystään*”. Sukupuoliyhteys lapsen, vanhemman, isovanhemman tai sisarusten välillä on aina kriminalisoitu. Suojaikäraja on lisäksi 18 vuotta, jos tekijä on esim. opettaja tai muu auktoriteettiasemassa oleva henkilö. Lapsen kehitystä vahingoittava teko vaihtelee lapsen ruumiillisen ja henkisen kypsytyden mukaan. Pienten lasten osalta tällaisena voidaan pitää sukupuolielinten koskettelua, isompien kohdalla myös muunlainen koskettelu voi olla seksuaalista. Hyväksikäytöksi katsotaan myös lapsen houkuttelemine esimerkiksi katsomaan masturbointia, sukupuoliyhdyntää tai niitä kuvaavia filmejä. (Taskinen 2003.)

Suomessa vuonna 1988 tehdyn kyselyn mukaan 15–16-vuotiaiden ikäluokassa seitsemän prosenttia tytöistä ja kolme prosenttia pojista oli joutunut joskus elämänsä kuluessa jonkinasteisen seksuaalisen hyväksikäytön tai häirinnän kohteeksi. Biologisen isänsä hyväksikäyttämäksi oli joutunut 0,2 prosenttia tytöistä. Poikiin kohdistuvaa biologisten vanhempien harjoittamaa hyväksikäyttöä ei tutkimuksessa tullut esille (Sariola 1990). Muissa Pohjoismaissa tehdyt uhritutkimukset ovat päätyneet suunnilleen samoihin yleisyyslukuihin (ks. esim. Helweg-Larsen & Boving Larsen 2002). Muissa Euroopan maissa seksuaalista hyväksikäyttöä on kokenut tytöistä 7–11 prosenttia ja pojista 3–7 prosenttia. USA:ssa ja Kanadassa tehdyissä tutkimuksissa yleisyyslukuiksi on saatu 10–12 prosenttia. (Ks. esim. Sariola 1996.)

Suomessa sosiaali- ja terveydenhoitoviranomaisten tietoon tuli 1.5.1998 – 30.4.1999 yhteensä 778 lapsen seksuaalisen hyväksikäytön epäilyä. 15 vuodessa epäilyjen määrä oli nelinkertaistunut (Kauppinen, Sariola & Taskinen 2000).

USA:ssa viranomaisten tietoon tulleet lasten seksuaalisen hyväksikäytön epäilyt vähenivät 39 prosenttia vuodesta 1992 vuoteen 1999. Jones & al. (2001) totesivat lastensuojeluviranomaisille suunnatussa tutkimuksessaan, että yli puolet viranomaisista ei ollut tästä trendistä tietoisia. Epäilyjen vähenemisen syiksi viranomaiset arvelivat näyttövaatimusten kiristymistä, epäilyjen juridisten oikeuksien lisääntymistä ja tutkimuksiin pääsyn ehtojen tiukentumista. Puolet lastensuojeluviranomaisista arveli epäilyjen vähenemisen johtuvan myös preventio-ohjelmien tehokkuudesta, syytteiden lisääntymisestä ja julkisista tiedotuskampanjoista.

2 Hyväksikäytetyn lapsen profiili

Lapsen ikä ja sukupuoli. Hyväksikäytettyjen enemmistö (70–92 %) on tyttöjä. Poikien osuus on n. neljäsosa (Kauppinen, Sariola & Taskinen 2000; Taskinen 2003). Tiedot lapsen iästä vaihtelevat eri tutkimuksissa. Uhrin kyselytutkimuksen mukaan valtaosa lapsista oli yli 14-vuotias hyväksikäyttöhetkellä. Vain 0,5 prosenttia tytöistä ja 0,1 prosenttia pojista ilmoitti kokeneensa hyväksikäytön alle 8-vuotiaana (Sariola 1990). Viranomaisille ilmoitetuissa hyväksikäyttöepäilyissä lasten keski-ikä on ollut 6,9–11,3 vuotta (Sariola 1985; Antikainen 1994). Tyttöillä hyväksikäytön oletettu alkamisikä oli useimmiten 3–8 vuotta ja pojilla 5–7 vuotta tai 14 vuotta (Kauppinen, Sariola & Taskinen 2000).

Syntyperä. Suomessa viranomaisten tietoon tulleista hyväksikäyttöepäilyistä ulkomaalaisten lasten osuus oli suurempi kuin heidän osuutensa koko väestöstä. Puolella heistä oli eurooppalainen, kolmasosalla aasialainen ja 10 prosentilla afrikkalainen tausta. Mikään yksityinen kansallisuus ei korostunut (Kauppinen, Sariola & Taskinen 2000).

Perhetausta. Hyväksikäyttöä on todettu tapahtuvan kaikissa sosiaaliryhmissä ja perhetyypeissä. Viranomaisten tietoon tulleista hyväksikäyttöepäilyistä alimmat sosiaaliryhmät ovat yliedustettuja suhteessa heidän osuuteensa väestöstä (Taskinen 2003). Lapset, joiden epäillään joutuneen hyväksikäytetyiksi, asuvat keskimääräistä useammin yksinhuoltajaperheissä ja keskimääräistä harvemmin yhdessä molempien biologisten vanhempiansa kanssa. Hyväksikäytetyiksi epäiltyjen lasten isät olivat muuhun väestöön verrattuna keskimääräistä useammin työttömiä tai eläkeläisiä. Työssäkävien isien ja äitien osuus oli pienempi kuin väestöllä keskimäärin. (Kauppinen, Sariola & Taskinen 2000.)

Useissa tutkimuksissa on havaittu yhteys lasten seksuaalisen hyväksikäytön ja perheen toimintahäiriöiden välillä. Mm. sukupolvien rajan hämärtyminen, ruumiillisten rangaistusten käyttö lasten kasvatuksessa, parisuhde- ja perheväkivalta, vanhempien päihteiden ja/tai huumeiden käyttö sekä vanhempien omat lapsuuden aikaiset hyväksikäyttökokemukset lisäävät hyväksikäytön riskiä (DiLillo et al. 2003, Kellog et al. 2003, Walsh et al. 2003, McLaghlin et al. 2000, Leifer et al. 2004, Leifer et al. 2001, Svedin et al. 2002).

Psyykkiset ja fyysiset ominaisuudet. Psyykkisiltä ja fyysisiltä ominaisuuksiltaan hyväksikäytetyt lapset muodostavat heterogeenisen ryhmän. Kehitysvammaisuus sekä psyykinen ja/tai fyysinen poikkeavuus lisäävät lapsen riskiä joutua seksuaalisesti hyväksikäytetyksi (Socialstyrelsen 1991; Antikainen 1994; Kauppinen, Sariola & Taskinen 2000).

Hyväksikäytön vaikutukset lapsen kehitykseen. Tutkimustulokset hyväksikäytön vaikutuksista lapsen kehitykseen vaihtelevat. Rind et al. (1998) tekivät meta-analyysin 59 hyväksikäytön vaikutuksia selvittäneelle tutkimukselle. Heidän johtopäätöksensä oli, että tutkijat ovat suuresti yliarvioineet hyväksikäytön haittavaikutuksia. Monet tutkijat kiistivät jyrkästi tämän johtopäätöksen (esim. Dallam 2001, Ondersma et al. 2001, Lilienfeld 2002).

Useimmat tutkijat ovat yhtä mieltä siitä, että hyväksikäytön vaikutukset vaihtelevat uhrista toiseen. Kendall-Tackett et al. (1993) arvioivat, että noin 40 prosenttia lapsista oli kliinisten tutkimusten mukaan näennäisesti oireettomia. Joillekin heistä hyväksikäyttöön liittyviä oireita saattaa ilmaantua kuukausia tai jopa vuosia hyväksikäytön päättymisen jälkeen (Saunders et al. 2004). Osa hyväksikäytetyistä lapsista oli hyvin häiriintyneitä kärsien monenlaisista psyykkisistä ongelmista. Osan ongelmat voidaan luokitella keskivaikeiksi. Mc Leer et al. (1998) ovat todenneet, että noin 50 prosenttia seksuaalisesti hyväksikäytetyistä lapsista on kliinisissä tutkimuksissa

diagnosoitu kärsivän *post-traumaattisesta stressihäiriöstä (PTSD)*. Lisäksi monilla niistä, jotka eivät ole saaneet diagnoosia PTSD, on havaittu ainakin joitakin post-traumaattisia stressioireita (McCloskey & Walker 2000). Eräessä tuoreessa belgialaisessa tutkimuksessa (Bal et al. 2004) haastateltiin 100 hyväksikäytön uhria, iältään 12–18 vuotta. Heistä 53 prosenttia raportoi merkittävistä traumaoireista pian hyväksikäytön paljastumisen jälkeen. Sekä perheen sisällä että ulkopuolella hyväksikäytetyt raportoivat yhtä paljon oireita. Shaw et al. (2000) ovat tutkimuksessaan todenneet, että sekä nuorten että aikuisten hyväksikäyttämällä uhreilla on samanlaisia tunne-elämään ja käyttäytymiseen liittyviä ongelmia.

Viime vuosina on tutkittu hyvin paljon hyväksikäyttökokemusten mahdollisia yhteyksiä, psyykkisiin, psykosomaattisiin ja sosiaalisiin ongelmiin sekä elämäntapaan liittyviin käyttäytymispiirteisiin. Esimerkkeinä näistä tutkimuksista mainittakoon seuraavat:

- *Trauma ja sen neurologiset ja neurokemialliset seuraukset.* Traumaattisen hyväksikäytön on todettu aiheuttavan aivorakenteissa ja aivotoinnoissa muutoksia. Bremner et al. (2003) havaitsivat, että hyväksikäytön kokeneilla PTSD-diagnosoiduilla naisilla oli 19 prosenttia pienempi hippocampuksen volyymi kuin naisilla, joilla ei ollut hyväksikäyttökokemuksia eikä PTSD-diagnoosia. King et al. (2001) totesivat, että 5–7-vuotiailla hyväksikäytetyillä tytöillä cortisolitaso oli merkittävästi alempi kuin vertailuryhmällä. Mittaus suoritettiin kahden kuukauden aikana hyväksikäytön tapahduttua. Myös Brewer-Smyth et al. (2004) ovat todenneet hyväksikäytön ja kortisolin välisen yhteyden. Kelly et al. (2002) ovat havainneet kliiniseen aineistoon perustuvassa tutkimuksessaan, että lapsuudessaan äitinsä inestin kohteeksi joutuneilla miehillä oli enemmän traumaoireita kuin muilla lapsuudessaan hyväksikäytetyillä miehillä.
- *Psyykkiset häiriöt: Rajatilapersoonallisuus ja PTSD.* McLean & Gallop (2003) havaitsivat tutkimuksessaan, että varhaisessa lapsuudessaan seksuaalisen hyväksikäytön kokeneilla naisilla oli merkittävästi useammin diagnoosit ”rajatila-persoonallisuus” ja PTSD kuin myöhemmällä iällä hyväksikäytön kokeneilla. Yen et al. (2002) tutkimuksen mukaan seksuaalisella traumalla ja ”rajatila-persoonallisuudella” on erityissuhde, jota ei ole muilla persoonallisuuden häiriöryhmillä.
- *Bipolaarinen mielialahäiriö.* Leverich et al. (2002) löysivät merkittävän korrelaation bipolaarisen mielialahäiriön ja lapsuudessa koetun fyysisen ja seksuaalisen hyväksikäytön välillä.
- *Paniikkihäiriö.* Friedman et al. (2002) havaitsivat seksuaalisen hyväksikäytön korreloivan monenlaisiin psyykkisiin häiriöihin. Paniikkioireiden ja hyväksikäytön välillä ei kuitenkaan havaittu yksiselitteistä yhteyttä.
- *Dissosiaatio.* Kisiel & Lyons’in (2001) mukaan seksuaalinen hyväksikäyttö liittyy dissosiaatioon mutta fyysinen pahoinpitely ei. Dissosiaatiolla on välittävä rooli hyväksikäytön ja psyykkisten häiriöiden välillä.
- *Psykosomaattiset oireet.* Epämääräiset kivut lantion ja sukupuolielinten alueilla sekä rinnoissa saattavat joskus olla yhteydessä seksuaaliseen hyväksikäyttökokemukseen. Yhteydet ovat kuitenkin monimutkaiset ja tutkimustulokset ristiriitaiset (Raphael et al. 2001).
- *Pelot.* Erilaiset pelot ovat tyypillisiä monille hyväksikäytön kokeneille. Whealin (2002) on tutkimuksessaan todennut, että pelot ja vihan tuntemukset ovat hyvin yleisiä jopa seksuaalisen hyväksikäytön lievässä muodossa ts. seksuaalisessa häirinnässä (*UWSA, Unwanted Sexual Attention, non-contact*). Norjalaisissa tutkimuksissa (Willumsen 2001 ja 2004) on todettu, että lapsuudessaan oraalisena penetraation kokeneilla hyväksikäytetyillä naisilla oli merkittävästi enemmän hammaslääkäripelkoja kuin naisilla, jotka lapsuudessaan olivat hyväksikäyttötilanteessa kokeneet yhdynnän tai koskettelun.
- *Aggressio.* Sekä seksuaalisesti hyväksikäytetyillä lapsilla (Connor 2003) että lapsuudessaan hyväksikäytetyillä aikuisilla naisilla (Siegel 2000) on todettu olevan poikkeuksellisen runsaasti aggression säätelyyn liittyviä käyttäytymisongelmia. Fyysisen pahoinpitelyn kokeneilla agg-

ressio-ongelmat korostuvat kuitenkin vielä enemmän kuin seksuaalisesti hyväksikäytetyillä (Kolko 2002).

- *Itsetuhoisuus.* Ullmanin (2002) mukaan sekä seksuaalisen hyväksikäytön lapsuudessaan että raiskauksen myöhemmällä iällä kokeneet naiset raportoivat itsemurhayrityksistä enemmän kuin naiset, joilla ei ollut tällaisia kokemuksia. Gratz et al. (2002) havaitsivat seksuaalisen hyväksikäytön merkittäväksi riskitekijäksi tutkiessaan college-opiskelijoiden itsetuhokäyttäytymistä.
- *Syömishäiriöt.* Ackard et al. (2001) havaitsivat laajassa tutkimuksessaan (n = 6728), että bulimiset syömishäiriöt (*”binge-purge behavior”*) liittyvät merkittävästi hyväksikäyttökokemuksiin. Syömishäiriöitä oli tutkimusaineistossa 13 prosenttia tytöistä ja seitsemän prosenttia pojista. *Bulimiamia* oli eniten niillä, jotka olivat kokeneet sekä seksuaalista hyväksikäyttöä että fyysistä pahoinpitelyä. Murray & Waller (2002) ovat todenneet, että häpeän tunteet yhdistävät seksuaaliset hyväksikäyttökokemukset ja bulimian toisiinsa. Syömishäiriöiden ja seksuaalisen hyväksikäytön välinen yhteys on todettu myös kulttuurieroja vertailevassa japanilais-amerikkalaisessa tutkimuksessa (Nagata et al. 2001).
- *Sukupuolisairaudet.* Erityisesti HIV:n ja myös muiden sukupuolisairauksien (mm. papilloomaviruksen (HPV, Human papillomavirus) ja condyloman (Oral condylomata acuminata) yhteyttä seksuaaliseen hyväksikäyttöön on viime vuosi runsaasti tutkittu. Greenberg (2002) on laatinut aiheesta kirjallisuuskatsauksen. HIV-ongelma on akuutti ja laaja erityisesti Afrikassa. Meel’in (2003) mukaan Etelä-Afrikassa elää myytti ”seksi neitsyen kanssa parantaa HIV/Aids’in”. DiIorio et al. (2002) ovat todenneet, että lapsuudessa hyväksikäytön kokeneilla miehillä on kohonnut riski saada HIV/AIDS.
- *Käyttäytymisen seksualisoituminen.* Hyväksikäytettyjen lasten yleisimpiä käyttäytymisoireita on ikätasoon kuulumaton seksualisoitunut käyttäytyminen. Kuitenkin vain noin joka kolmannella hyväksikäytetyllä lapsella on todettu seksualisoituneita käyttäytymisoireita (Friedrich 1993). Estes & Tidwell (2002) havaitsivat, että inestin kokeneilla lapsilla oli merkittävästi enemmän seksualisoitunutta käyttäytymistä kuin muilla seksuaalisesti hyväksikäytetyillä lapsilla.
- *Alkoholin väärinkäyttö ja alkoholismi.* Ballon et al. (2001) tutkimuksen mukaan alkoholiongelmiinsa apua hakeneista 14–24-vuotiaista tytöistä 50 prosenttia raportoi seksuaalisesta hyväksikäytöstä ja 51 prosenttia fyysisestä pahoinpitelystä. Vastaavat luvut pojalla olivat 10 prosenttia ja 26 prosenttia. Kyseessä olevan trauman ja alkoholin liikakäytön yhdisti toisiinsa 65 prosenttia tytöistä 38 prosenttia pojista. Hughes et al. (2001) havaitsivat, että lapsuudessa koetun seksuaalisen hyväksikäytön ja alkoholismien välillä oli yhteys sekä lesboilla että heteroseksuaalisilla naisilla. Lesb naiset raportoivat enemmän hyväksikäyttö-kokemuksista kuin heteroseksuaaliset. Aikuisena koettu seksuaalinen hyväksikäyttö ja alkoholismi korreloivat heteroseksuaalisilla mutta ei lesboilla.
- *Tupakointi.* De Von Figueroa-Mosley et al. (2004) ovat havainneet, että lapsuudessaan seksuaalisen hyväksikäytön kokeneilla naisilla oli 3,8-kertainen riski ryhtyä tupakoijaksi ja 2,1-kertainen riski aloittaa tupakointi alle 14-vuotiaana.
- *Uudelleen uhrittumisen riski.* Useissa tutkimuksissa on havaittu varhaisen seksuaalisen hyväksikäyttökokemuksen lisäävän uudelleen seksuaalisen hyväksikäytön uhriksi joutumisen riskiä (esim. Parillo et al. 2003).
- *Vaikutukset perheen toimintoihin.* Seksuaalinen hyväksikäyttö vaikuttaa uhrin lisäksi myös muihin perheenjäseniin ja perhedynamiikkaan. Swanston et al. (2003) havaitsivat, että seksuaalinen hyväksikäyttö korreloi äidin depression, vanhempien päihdeongelmiin ja taloudelliseen tilanteeseen. Dyb et al. (2003) haastattelivat 39 vanhempaa neljä vuotta sen jälkeen, kun heidän lapsensa, päivähoidossa tapahtunut hyväksikäyttö oli paljastunut. Tutki-

muksen mukaan 25 – 33 prosentilla vanhemmista oli ko. hyväksikäyttötapahtumiin liittyviä PTSD-oireita.

- *Sisarinsestin vaikutukset.* Cyr M et al. (2002) raportoivat tutkimuksestaan, jossa 72 tyttöä, iältään 5–16 vuotta olivat joutuneet isiensä, veljiensä ja isäpuoliensa hyväksikäyttämiksi. Veljien hyväksikäyttöteot olivat muita useammin (71 %) johtaneet sukupuoliyhdyntään. Isien kohdalla vastaava luku oli 35 prosenttia ja isäpuolien kohdalla 27 prosenttia. 90 prosenttia sekä isien että veljien ja 64 prosenttia isäpuolten hyväksikäyttämistä tytöistä osoitti traumaoireita. Johtopäätöksensä tutkijat totesivat, että sisarinsesti on yhtä vahingollinen kuin isä–tytär-insesti.

Typologiat. Seksuaalisesti hyväksikäytettyjen lasten laaja kirjo on luonut tarpeen luokitella lapsia alaryhmiin yhteisten ominaispiirteiden perusteella. Tällä hetkellä ei kuitenkaan ole olemassa yleisesti hyväksyttyä typologiaa. Empiiristen aineistojen pohjalta luoduista ryhmittelyistä mainittakoon Hall'in et al. (2002) 5-luokkainen typologia. Se perustuu 100 seksuaalisesti hyväksikäytettyä lapsesta, iältään 3–7 vuotta, koostuvaan tutkimusaineistoon, josta klusterianalyysillä erotettiin viisi seksuaalisen käyttäytymisen profilia. Ryhmät poikkesivat toisistaan myös perhetaustoiltaan.

3 Kliininen arviointi

Kirjallisuudessa korostetaan kliinisen arvioinnin keskeistä merkitystä hyväksikäytetyn lapsen hoidossa. Huolellinen ja kattava arviointi on hoidon kulmakivi. Hoito suunnitellaan arvioinnin perusteella lapsen yksilölliset tarpeet ja perheen resurssit huomioiden. (ks. esim. Saunders et al. 2004.)

Lapsen arviointi. Hyväksikäytön paljastumisen jälkeen ensisijainen tehtävä on arvioida, onko lapsen ympäristö hänelle turvallinen ja kartoittaa yhteistyömahdollisuudet lapsen vanhempien kanssa. Hyväksikäytetyllä lapsella saattaa olla monenlaisia tunnelämään ja käyttäytymiseen liittyviä oireita mm. ahdistuneisuutta, pelkoja, post-traumaattisia stressioireita, masennusta, seksualisoitunutta käyttäytymistä, itsetunto-ongelmia, syyllisyyden ja häpeän tunteita, epäluottamusta toisiin ihmisiin, vaikeuksia ilmaista tunteita, aggressioita, kaverisuhdevaikeuksia itsetuhoajatuksia jne. Tällaiset oireet saattavat liittyä hyväksikäyttöön tai ne ovat voineet syntyä myös prosesseissa, joihin ei liity hyväksikäyttöä. Mitkään yksittäiset oireet eivät ole todisteita hyväksikäytöstä. Ei ole myöskään olemassa psykologista testiä tai vastaavaa arviointivälinettä, jolla hyväksikäyttö voitaisiin luotettavasti todentaa. Lapsen kliinisen arvioinnin tarkoituksena on yksinomaan lapsen avuntarpeen arviointi. Hyväksikäyttöepäilyn todenperäisyyttä selvitetään erillisillä oikeuspsykologisilla tutkimuksilla. (Ks. esim. Taskinen 2003.)

Lapsen oireilun kartoittamiseksi on erityisesti USA:ssa kehitelty lukuisia erilaisia standardoituja kyselylomakkeita. Lomakkeissa on kysymyksiä, jotka liittyvät traumaan ja hyväksikäyttöön. Esimerkkeinä mainittakoon seuraavat: *Trauma Symptom Checklist for Children* (Briere 1996), *Trauma Symptom Inventory* (Briere 1995), *Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC)* (Briere et al. 2001), *Child Behavior Checklist* (Achenbach 1991), *Child Sexual Behavior Inventory* (Friedrich 1998a), *Child and Adolescent Functional Assessment Scale* (Hodges 1997).

Vanhempi-lapsi-suhteen arviointi. Saunders & Meining (2000) korostavat vanhempi-lapsisuhteen erityistä merkitystä hyväksikäyttötapauksissa. Paitsi roolisuhdetta ”hyväksikäyttäjä-uhrin” tulisi arvioida myös roolisuhdetta ”vanhempi-lapsi”, joka voi olla lapselle hyvin tärkeä. Keskeisiä arvioinnin kohteita ovat vanhemman ja lapsen vuorovaikutus, tunnesuhde, ristiriitojen ratkaisukeinot, palkitsemis- ja rankaisukeinot ja luottamuksen ilmaisu. Erityinen huomio arvioinnissa tulisi kiinnittää lapsen ja vanhemman väliseen kiintymyssuhteeseen (attachment). Saunders et al. (2004) suosittelevat kiintymystyylien arvioimiseksi lapsen haastattelua, jossa lasta pyydetään kertomaan sekä omista että muiden perheenjäsenten ominaisuuksista. Nash et al. (1993) pitävät tärkeänä sitä, että vanhempi-lapsi-suhdetta arvioidaan osana perhesysteemiä ja sen dynaamisia ominaispiirteitä. Huomionarvoisia arvioinnin kohteita ovat myös sisarusten väliset suhteet sekä lasten sukulaissuhteet.

Alle 3-vuotiaiden lasten ja hänen vanhempiansa välisiä suhteita voidaan arvioida joko vapaamuotoisissa tai strukturoiduissa toimintatilanteissa. Strukturoiduista vuorovaikutustutkimusmenetelmistä mainittakoon ns. *Crowell*-menetelmä. Sitä voidaan käyttää 12–54 kuukauden ikäisille lapsille. Menetelmällä arvioidaan lapsen ja aikuisen välistä vuorovaikutusta yhdeksässä eri tilanteessa (Crowell & Feldman 1988).

Vanhempien arviointi. Cohen & Mannarino (1998a) ovat todenneet, että vanhempien asenteilla ja käyttäytymisellä on merkittävä vaikutus hyväksikäytetyn lapsen tilanteeseen hyväksikäytön paljastuttua. Saunders et al. (2004) suosittelevat, että vanhempien arvioinnissa tulisi huomioida mm. vanhempien mahdollinen masennus, muut mielenterveysongelmat, päihteiden käyttö, epäsosiaalinen käyttäytyminen, suhtautuminen hyväksikäyttöön ja sen seurauksiin, käsitykset

hyväksikäyttöön liittyvästä vastuusta, empatiakyky, ongelmanratkaisutaidot ja stressinhallintataidot. Nash et al. (1993) pitävät vanhempien arvioinnissa tärkeänä kiinnittää huomiota myös vanhempien parisuhteen ja erityisesti heidän keskinäisen seksuaalisuhteensa toimivuuteen.

4 Hoito

Keskeiset periaatteet

Tutkimuksiin ja koeteltuun ammattikäytäntöön pohjautuvien yleisten periaatteiden tulisi ohjata hoitojen suunnittelua ja toteutusta. Käytännön hoitotyötä tekeville tarkoitettussa oppaassa ”*Child Physical and Sexual Abuse: Guidelines for Treatment*” (Saunders et al. 2004) nämä keskeiset periaatteet on muotoiltu tiivistettynä ja vapaasti suomennettuna seuraavasti:

1. Lapsen hyväksikäyttö on rikos. Sitä ei pidä hyväksyä.
2. Lapsen fyysisen ja emotionaalisen turvallisuuden varmistaminen on ensisijaista.
3. Lapsen ja vanhempien avuntarve arvioidaan ennen hoidon aloittamista.
4. Arviointiin kuuluu lapsen uhrittumisen ja mahdollisen trauman synnyn selvittäminen. Oikeuspsykologinen tutkimus hyväksikäyttöepäilyn selvittämiseksi on tehtävä erikseen.
5. Jaksoittaisilla uudelleen arvioinneilla seurataan ja ohjataan hoidon edistymistä.
6. Hoidolliset interventiot tehdään arviointien pohjalta.
7. Ensisijaisesti käytetään niitä hoito-ohjelmia, joiden vaikuttavuudesta on olemassa empiiristä näyttöä.
8. Terapia ei ole riskitöntä. Riskit tulee tiedostaa. Suunniteltujen toimenpiteiden potentiaaliset riskit arvioidaan. Menetelmiä, joiden käytössä on keskimääräistä korkeampi negatiivisten seurausten riski, ei tule käyttää.
9. Lapsen terapiassa ensisijaisina kohteina ovat ne lapsen käyttäytymisoireet, ajatukset ja tunteet, jotka liittyvät hänen hyväksikäyttökokemuksiinsa.
10. Lapselle ei tule aloittaa erillistä ”hyväksikäyttöterapiaa”, ellei lapsen arvioinut työntekijä ole vakuuttunut siitä, että lasta on todella hyväksikäytetty.
11. Hoidon keskeisenä aiheena tulee olla lapsen hyväksikäyttö riippumatta siitä, miten terapia toteutetaan ja keitä siihen osallistuu.
12. Useimmissa tapauksissa lapsen terapia on toteutettavissa 12–24 käyntikerralla. Joskus ongelmien käsittely vaatii useampia käyntejä.
13. Hoito tulee järjestää rauhallisessa ympäristössä kuormittamalla lapsen perhettä mahdollisimman vähän.
14. Hoitotoimenpiteiden johtavana periaatteena tulee olla lapsen hyvinvointi riippumatta siitä, miten hoito toteutetaan ja keitä siihen osallistuu.
15. Hoidon tavoitteena tulee olla akuuttien ongelmien käsittelyn lisäksi myös mahdollisten tulevien ongelmien ehkäisy (mm. päihteiden käyttö, rikollisuus, uudelleen uhrittuminen).
16. Hoidossa tulee käsitellä myös vanhempien tietämystä hyväksikäytöstä, heidän käsityksiään lapsesta ja keinoja, miten he voivat tukea lasta.
17. Mikäli mahdollista, supportiivisten ei-hyväksikäyttäjävanhempien tulisi olla mukana hyväksikäytetyn lapsen hoidossa.
18. Mikäli mahdollista, vanhempien tulisi saada ammatillista apua voidakseen varmistaa lapsen turvallisuuden ja tukea lasta.
19. Mikäli mahdollista, hyväksikäyttäjän tulisi saada terapiaa.
20. Mikäli mahdollista, hoidossa tulisi pyrkiä myös vanhempi-lapsi-suhteen parantamiseen.
21. Kun asiakkaat ovat savuttaneet hoidon tavoitteet, hoito lopetetaan.
22. Mikäli käy ilmi, että asiakkaat eivät hyödy hoidosta, tai se on vahingollista, hoitoa tulee muuttaa tai keskeyttää se kokonaan.

Erilaisia hoitomalleja

Seksuaalisesti hyväksikäytettyjen lasten hoitoon on kehitelty runsaasti erilaisia hoitomalleja, erityisesti Pohjois-Amerikassa ja Britanniassa. Hoitomallien kehittäminen alkoi 1970-luvulla. Muutamia varhaisempia hoito-ohjelmia voidaan pitää nykyisin jo SERI-hoitomallien klassikkoina. Näitä ovat *The Child Sexual Abuse Treatment Program of Santa Clara County, USA*, *The Sexual Abuse Project, Ackerman Institute for Family Therapy, USA*, *The Great Ormond Street Sexual Abuse Team, Britannia* ja *The Confidential Doctor Center "Kind in Nood", Belgia*. Näillä hoitomalleilla on ollut suuri, nykypäiviin saakka ulottuva vaikutus SERI-hoidon ammattikäytäntöihin kaikkialla maailmassa. Tiivistetyt kuvaukset näistä hoitomalleista on esitelty luvussa "SERI-hoitomallien klassikkoja" (s. 32).

Nykyisin käytössä olevat hoitomallit voidaan jakaa hoidon fokuksen perusteella *lapsikeskeisiin* ja *perhekeskeisiin* (Saunders et al. 2004). Seuraavassa esitetään käsikirjatyyppiset tiivistelmät muutamista yleisesti käytössä olevista hoitomalleista. Vertailtavuuden mahdollistamiseksi tiivistelmiin on koottu tiedot hoitomallin kohderyhmästä, teoriaperustasta, tavoitteista ja toteutuksesta, hoidon kestosta, manuaaleista, tutkimuksista menetelmän vaikuttavuudesta sekä arvio menetelmän käyttökelpoisuudesta. Niille, jotka ovat kiinnostuneita hoitomallien yksityiskohdista ja käytännön sovelluksista, suositellaan tutustumista tiivistelmissä mainittuihin manuaaleihin ja tutkimusraportteihin.

Menetelmien käyttökelpoisuusluokitukset perustuvat yhdysvaltalaisen "National Crime Victims Research and Treatment Center"-asiantuntijatyöryhmän arviointiin (ks. Saunders et al. 2004). Arvioinnissa on huomioitu hoitomallin teoriaperusta, menetelmän käytön yleinen hyväksyttävyyden ammattilaisten keskuudessa, menetelmän käytön mahdolliset haitat, dokumentointi ja tieteellisiin tutkimuksiin perustuva empiirinen näyttö. Näiden summapisteiden perusteella on tehty kokonaisarvio käyttäen 6-portaista luokitusta: 1 = Hyvä näyttö, tehokas hoitomenetelmä, 2 = On näyttöä, mahdollisesti tehokas hoitomenetelmä, 3 = On näyttöä, hyväksyttävä hoitomenetelmä, 4 = Lupaava ja hyväksyttävä hoitomenetelmä, 5 = Kehitteillä oleva hoitomenetelmä, 6 = Epäilyttävä hoitomenetelmä. Käyttökelpoisuusluokituksia tulkittaessa on huomioitava, että vain luokkiin 1–3 arvioitujen hoitomenetelmien vaikuttavuudesta on tällä hetkellä olemassa jonkin asteista tieteellisesti tutkittua näyttöä. Luokkaan 4 sijoitetut menetelmät ovat täyttäneet muut käyttökelpoisuusskriteerit lukuun ottamatta tutkimuksiin perustuvaa empiiristä näyttöä. Asiantuntijatyöryhmän mielestä nämä ovat olleet riittäviä perusteita arvioida ko. hoitomenetelmät lupaaviksi ja hyväksyttäväksi. Sen sijaan luokkaan 5 ja erityisesti luokkaan 6 sijoitettuihin menetelmiin tulisi suhtautua kriittisesti.

Lapsikeskeisiä hoitomalleja

Cognitive-Behavioral Group Therapy

Kohderyhmä: 6 – 12-vuotiaat lapset ja heidän huoltajansa

Teoriaperusta: Kognitiivis-behavioraalinen

Tavoitteet ja toteutus:

- Sen tiedostaminen, että hyväksikäyttö rikkoo seksuaalisen käyttäytymisen sääntöjä.
- Lapsille opetetaan seksuaalisen käyttäytymisen säännöt (Sexual Behavior Rules, SBR).
- Opetetaan impulssikontrollia ns. "kilpikonatekniikalla" (Turtle Technique (TT), so. pysähdy ja ajattele, ennen kuin toimit).
- Ikään soveltuva seksuaalikasvatus.

- Kognitiivinen uudelleen jäsentäminen (reframing) uudelleen uhrittumisen ehkäisemiseksi.
- Viikoittainen arviointi tiedon omaksumisesta.
- Toivotun käyttäytymisen vahvistaminen ja osallistuminen ryhmäharjoituksiin.
- Huoltajan osallistuminen huoltajien ryhmään, jossa keskustellaan lapsen kehitykseen kuuluvasta seksuaalikäyttäytymisestä, huoltajan keinoista auttaa lasta omaksuma seksuaalisen käyttäytymisen säännöt (SBR) ja ”kilpikonnatekniikka” (TT) sekä lapsen käyttäytymisen ohjannan ja valvonnan keinoista.

Hoidon kesto: 12 hoitokertaa

Manuaalit:

Bonner, B., Walker, C. E. & Berliner, L. (1999). Treatment manual for cognitive-behavioral group therapy for children with sexual behavior problems. National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect: Washington, DC. 1-800-394-3366.

Bonner, B., Walker, C. E. & Berliner, L. (1999). Treatment manual for cognitive-behavioral group treatment for parents/caregivers of children with sexual behavior problems. National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect: Washington, DC. 1-800-394-3366.

Tutkimuksia menetelmän vaikuttavuudesta:

Bonner, B., Walker, C. E. & Berliner, L. (2000). Final report. Children with sexual behavior problems: Assessment and treatment. Grant No. 90-CA-1469. National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect: Washington, DC, 1-800-394-3366.

Menetelmän käyttökelpoisuus (Saunders et al. 2004): 3 = On näyttöä, hyväksyttävä hoitomenetelmä

Dynamic Play Group Therapy

Kohderyhmä: 6–12-vuotiaat lapset ja heidän huoltajansa

Teoriaperusta: Psykodynaaminen leikkiteoria, asiakaskeskeisyys

Tavoitteet ja toteutus:

- Reflektointi lapsen itseymmärryksen lisäämiseksi.
- Hyväksyntä lapsen itsetunnon parantamiseksi.
- Tulkinnat, joiden tarkoituksena on auttaa lasta tunnistamaan ja ilmaisemaan tunteitaan.
- Lapsiryhmän keskinäisen vuorovaikutuksen edistäminen.
- Huoltajan osallistuminen huoltajien ryhmään, jossa käytetään hyväksyntää, reflektiota ja tulkintoja huoltajien esittämien ongelmien prosessoimiseksi; rohkaistaan huoltajia keskinäiseen vuorovaikutukseen ja käytetään ryhmän prosesseja muutoksen apuvälineenä.

Hoidon kesto: 12 hoitokertaa, ryhmän kokoontuvat 1 kerta/viikko

Manuaali:

Bonner, B., Walker, C. E. & Berliner, L. (1999). Treatment manual for dynamic group play therapy for children with sexual behavior problems and their parents/caregivers. National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect: Washington, DC. 1-800-394-3366.

Tutkimuksia menetelmän vaikuttavuudesta:

Bonner, B., Walker, C. E. & Berliner, L. (2000). Final report. Children with sexual behavior problems: Assessment and treatment. Grant No. 90-CA-1469. National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect: Washington, DC, 1-800-394-3366.

Menetelmän käyttökelpoisuus (Saunders et al. 2004): 3 = On näyttöä, hyväksyttävä hoitomenetelmä

Cognitive Processing Therapy (CPT)

Kohderyhmä: Varttuneemmat lapset, yksilöterapia

Teoriaperusta: Kognitiis-behavioraalinen, traumateoreettinen; menetelmä on kehitelty alun perin raiskauksen uhreille.

Tavoitteet ja toteutus:

- Post-traumaattiseen stressihäiriöön (PTSD) liittyvän tiedon välittäminen.
- Hyväksikäyttötapahtuman merkityksen tutkiminen; lasta pyydetään kirjoittamaan paperille kokemuksestaan.
- Ajatusten ja tunteiden tunnistaminen; käytetään ns. ABC-lomaketta (Antecedents-Behavior-Consequences).
- Keskustellaan hyväksikäyttöön liittyvistä itsesyytöksistä ja leimautumisesta.
- Lapsi kirjoittaa kuvauksen hyväksikäyttötapahtumasta ja lukee sen ääneen terapiaistunnossa.
- Lasta autetaan epämiellyttävien tunteiden tai epätervettä käyttäytymistä aiheuttavien ajatusten ja uskomusten tiedostamisessa.
- Harjoitellaan kognitiivisia taitoja käyttäen apuvälineinä CQ- (*Challenging Questions*), FTP- (*Faulty Thinking Patterns*) ja CBW (*Challenging Beliefs Worksheet*)-lomakkeita.
- Hoidossa korostetaan viittä arvonäkökulmaa: turvallisuutta, luottamusta, valtaa/kontrollia, arvostusta ja läheisiä suhteita toisiin ihmisiin.
- Hyväksikäyttötapahtuman merkityksen tutkiminen; lapsi kirjoittaa paperille arvion tapahtuneen hyväksikäytön merkityksestä terapian päättyessä.

Hoidon kesto: 12–16 hoitokertaa

Manuaali:

Resick, P. A. & Schnicke, M. K. (1993). Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual. Newbury Park, CA: Sage Publications.

Tutkimuksia menetelmän vaikuttavuudesta:

Resick, P. A. & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(5):748–756.

Menetelmän käyttökelpoisuus (Saunders et al. 2004): 3 = On näyttöä, hyväksyttävä hoitomenetelmä

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

Kohderyhmä: Traumatisoituneet lapset, nuoret ja aikuiset

Teoriaperusta: Kognitiiviset teoriat oppimisesta ja tunteista, Piaget'n oppimisteoria assimilaatiosta ja akkomodaatiosta, nopeutetun informaation prosessointimalli

Tavoitteet ja toteutus:

- Asiakkaan historia ja hoidon suunnitteleminen: Lapsen valmiuksien, hoidon esteiden, ongelmakäyttäytymisen, oireiden ja sairauksien ominaispiirteiden sekä turvallisuus-tekijöiden arviointi.
- Valmisteluvaihe: Luodaan terapeutin suhde lapseen ja hänen huoltajaansa. Kerrotaan trauman syntymekanismista sekä EMDR-teoriasta ja prosessista. Opetetaan lapselle kontrollointitekniikoita, jotta hän pystyisi käsittelemään häiritsevää materiaalia, jota nousee esiin terapiaistunnoissa ja istuntojen välillä.
- Traumatapahtuman subjektiivinen arviointi: Terapeutti etsii lapsen kanssa hyväksikäyttötapahtumaan liittyvän muistikuvan ja auttaa häntä löytämään kognition, joka ilmaisee negatiivista käsitystä itsestä traumaattisessa tapahtumassa (esim. ”olen paha”). Sen jälkeen valitaan positiivinen kognitio, joka on realistisempi ja rakentavampi arvio itsestä. Seuraa-

vaksi lapsi arvioi positiivisen kognition todentuntuisuutta (validiteettia) asteikolla 1–7 (ns. VOC-skaala, 1 = ei lainkaan totta, 7 = täysin totta). Terapeutti auttaa lasta tunnistamaan traumaattisiin muistikuviin liittyviä tunteita ja fyysisiä tuntemuksia (esim. ”perhosia vatsassa”) ja auttaa lasta arvioimaan niiden häiritsevyyssastetta (SUD). Lisäksi lasta pyydetään kertomaan, millainen on hänen kuviteltu ”turvapaikkansa”. Jokainen terapiaistunto alkaa ja päättyy turvapaikkamielikuvaharjoitukseen.

- **Poisherkestäminen (Desensitization and Reprocessing):** Turvapaikkamielikuva-harjoituksen jälkeen terapeutti pyytää lasta muistelemaan traumaan liittyvää negatiivista kognitiota ja fyysisiä tuntemuksia. Sitten hän liikuttaa lapsen sormia edes takaisin lapsen silmien edessä noin 20 kertaa, kehottaa lasta häivyttämään muistikuvan ja pyytää häntä hengittämään syvään ja kertomaan, miten hänen mielikuvansa, tunteensa, fyysiset tuntemuksensa ja ajatukset omasta itsestä ovat muuttuneet.
- **Juurruttaminen (Installation):** Aiemmin valittua positiivista kognitiota vahvistetaan. Lapsi arvio positiivista kognitiota VOC-skaalalla. Silmänliike-harjoitus toistetaan, kunnes VOC on 6 tai 7, jolloin vaihe on loppuunsaatettu. Positiivisen kognition juurruttaminen on mahdollista vain, jos häiritsevyyssaste on laskenut yhteen tai nolnaan. Kun häiritsevyyssaste laskee, positiivisen kognition todentuntuisuus lisääntyy.
- **Kehon tarkistaminen:** Jos lapsi osoittaa jännittämiseen liittyviä fyysisiä merkkejä, terapeutti kehottaa lasta kiinnittämään näihin tuntemuksiin huomiota silmänliike-harjoitusta tehtäessä.
- **Lopettaminen:** Terapeutti valmistee lasta istunnon lopettamiseen. Tarvittaessa voidaan käyttää mm. rentoutumisharjoituksia. Tavoitteena on saada lapsi tasapainoiseen tilaan.
- **Uudelleenarviointi:** Seuraavassa istunnossa arvioidaan hoidon tuloksia ja suunnitellaan miten hoitoa jatketaan.

Hoidon kesto: 2–3 terapiaistuntoa

Manuaalit:

Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford.

Greenwald, R. (1993). *Using EMDR with children*. Pacific Grove, CA: EMDR Insitute.

Tutkimustuloksia menetelmän vaikuttavuudesta:

Chemtob, C. M., Nakashima, J. & Carlson, J. G. (2002). Brief Treatment for Elementary School Children with Disaster-related posttraumatic stress disorder: A field study. *Journal of Clinical Psychology*, 5(1):99–112.

Puffer, M. K., Greenwald, R. & Elrod, D. E. (1998). A single session EMDR study with twenty traumatized children and adolescent. *Traumatology*, 3(2), <http://www.fsu.edu/~trauma/v3i2art6.html>.

Menetelmän käyttökelpoisuus (Saunders et al. 2004): 3 = On näyttöä, hyväksyttävä hoitomenetelmä

Trauma-focused Cognitive-Behavioral Therapy (CBT)

Kohderyhmä: Menetelmä on alun perin kehitelty aikuisten traumojen hoitoon. Myöhemmin sitä on sovellettu myös traumasta kärsivien esikoulu- ja kouluikäisten lasten, nuorten ja heidän perheidensä hoitoon.

Teoriaperusta: Kognitiivis-behavioraalinen teoria, traumateoria. Korostetaan ajatusten, tunteiden, fysiologisten reaktioiden ja käyttäytymisen keskinäistä riippuvuutta. Muutokset yhdellä näistä alueista aiheuttavat epäsuorasti muutoksia myös muilla alueilla.

Tavoitteet ja toteutus:

- Hoidon tavoitteet laaditaan kliinisen arvioinnin perusteella asiakkaan yksilölliset tarpeet huomioiden.
- Asiakkaille kerrotaan ja perustellaan kaikki interventiot, jotta he voivat aktiivisesti osallistua hoidon toteuttamiseen.
- Psykoedukaatio (so. neuvontaa ja ohjausta, jossa annetaan tietoa häiriöstä ja sen fyysisistä ja psyykkisistä vaikutuksista): lapsen hyväksikäyttö, tyyppilliset reaktiot, turvataidot ja terve seksuaalisuus.
- Hyväksikäyttötapahtuman käsittely erilaisilla tekniikoilla mm. suullinen kertominen, kirjoittaminen, symbolien käyttö (esim. nukkeleikit).
- Kognitiivinen uudelleen jäsentäminen: tutkitaan ja oikaistaan epätarkkoja ja vääristyneitä käsityksiä syyllisyydestä, vastuusta ja hyväksikäyttökokemusten seurauksista.
- Käytetään stressinhallintatekniikoita mm. hengitysharjoitukset, lihasten rentouttaminen, ajatusten kontrollointi.
- Vanhemmille järjestetään oma hoito joko yhdessä tai erikseen. Hoitoon kuuluu psykoedukaatiota, hyväksikäyttötapahtuman ja ahdistuksen käsittelyä sekä kognitiivisten vääristymien korjaamista.
- Keskustellaan vanhempien kanssa keinoista vaikuttaa lapsen käyttäytymiseen.
- Edistetään perheenjäsenten keskinäistä vuorovaikutusta ja luodaan mahdollisuuksia hyväksikäyttöön liittyville terapeutisille keskusteluille.

TF-CBT:n komponentit

1. Stress Inoculation Therapy (SIT)
 - Tunteiden identifointi
 - Tunteiden käsittely (modulointi)
 - Syvähengitys
 - Liharentoutus
 - Muut rentoutustekniikat
 - Ajatuksen pysäyttäminen ja sen vaihtaminen (esim. ”täydellinen hetki”, ”turvapaikka”)
 - Positiivinen ”minä-puhe” (self-talk)
2. Cognitive Processing (CP)
 - Väärät tai epärealistiset käsitykset (inaccurate cognitions)
 - Avuttomuutta ylläpitävät käsitykset (unhelpful cognitions)
 - Kognitiivinen kolmio (ajatukset – tunteet – käyttäytyminen, niiden välisten suhteiden tiedostaminen)
3. Creating the Child’s Trauma Narrative (Gradual Exposure GE)
 - Traumaattisen tapahtuman käsittely
 - Vähittäinen lähestyminen
 - Rohkaistaan lasta puhumaan, kirjoittamaan ja/tai piirtämään tapahtuneesta
 - Rohkaistaan lasta kirjoittamaan ”traumakirja”
4. Processing the Traumatic Experiences
 - Progressive logical questioning technique: tutkitaan ja korjataan lapsen vääriä ja/tai epätarkkoja käsityksiä.
5. Joint Parent-Child Session
 - Vanhemman ja lapsen yhteistapaaminen hoidon lopulla (1–3 kertaa)
6. Psykoedukaatio

TF-CBT prosessina

1. istunto: SIT I: Tunteiden tiedostaminen
2. istunto: SIT II: Rentoutus, ajatuksen pysäyttäminen, kognitiivinen coping
3. istunto: Kognitiivinen kolmio
4. istunto: Johdatus trauman vähittäiseen lähestymiseen
- 5–7. istunnot: Trauman vähittäinen lähestyminen
8. istunto: Traumaattisen kokemuksen käsittely
9. istunto: Traumaattisen kokemuksen käsittely, perheistunto
- 10–11. istunnot: Perheistunnot, psykoedukaatio
12. istunto: Arviointi, lopetus

TF-CBT: Vanhempien kanssa työskentely

1. Orientoituminen TF-CBT:iin
2. Vanhemmuuden tukeminen
 - Lapsen kannustaminen, rohkaisu ja kiittäminen (Praise)
 - Lapsen ei-toivotun käyttäytymisen huomiotta jättäminen (Active Ignoring)
 - Aikalisä (Time out)
 - Toivotun käyttäytymisen vahvistaminen (keskitetty ongelmanratkaisumenetelmä, pal-kitseminen esim. tähtitarroilla) (Contingency Reinforcement Programs)

TF-CBT: Vanhempien kanssa työskentely prosessina

1. istunto: Orientaatio TF-CBT:iin, tiedot perheestä, aloitetaan vanhemmuuden tukeminen
2. istunto: Vanhemmuuden tukeminen, SIT
3. istunto: SIT: rentoutuminen, ajatuksen pysäyttäminen, kognitiivinen coping; kognitiivinen kolmio
4. istunto: Johdatus lapsen trauman vähittäiseen lähestymiseen
- 5–7. istunnot: Lapsen trauman vähittäisen lähestymisen menetelmät, traumaattisen kokemuksen käsittely
8. istunto: Kognitiivinen prosessointi
- 9–11. istunnot: Yhteiset perheistunnot
12. istunto: Arviointi, lopetus

Hoidon kesto: 12–16 hoitokertaa

Manuaalit:

Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Deblinger, E. (2003). Child and Parent Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy Treatment Manual. Available from the author at Allegheny General Hospital Center for Traumatic Stress in Children and Adolescents.

Deblinger, E. & Heflin, A. H. (1996). Treatment for sexually abused children and their non-offending parents: A cognitive-behavioral approach. Thousand Oaks, CA: Sage.

Cohen, J. A., Mannarino, A. P. (1993). A treatment model for sexually abused preschooler, *Journal of Interpersonal Violence*, 8:115–131.

Tutkimustuloksia menetelmän vaikuttavuudesta: 9 tutkimusta, joista keskeisimmät:

Berliner, L. & Saunders, B. E. (1996). Treating fear and anxiety in sexually abused children: Results of a controlled 2-years follow-up study. *Child Maltreatment*, 1(4):294–309.

Cohen, J. A. & Mannarino, A. P. (1998). A treatment study of sexually abused preschool children: Outcome during a one year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(9):1228–1235.

Deblinger, E., Steer, R. A. & Lippmann, J. (1999). Two year follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 23(12):1371–1378.

Menetelmän käyttökelpoisuus (Saunders et al. 2004): 1 = Hyvä näyttö, tehokas hoitomenetelmä

Trauma-focused Integrative-Eclectic Therapy (IET)

Kohderyhmä: 4–12-vuotiaat lapset, joiden käyttäytymisessä on havaittu ikätasoon kuulumatonta seksuaalisoitumista, traumasta kärsivät lapset, nuoret ja heidän perheensä

Taustateoria: Kognitiiviset teorit, kiintymyssuhdeteoria, traumateoria (*Attachment – Dysregulation – Self: An Integrated Model*)

Tavoitteet ja toteutus:

- Kaikkien asianosaisten identifointi ja koordinoitun hoitosuunnitelman laatiminen.
- Hoito toteutetaan lapsen yksilöterapiana ja perheterapiana. Mallia on sovellettu myös ryhmäterapiaan.
- Lapsen ja vanhemman kiintymyssuhde, lapsen oireet ja minäkäsitys ovat keskeisiä työskentelyn kohteita.
- Lapsen turvallisuuden varmistaminen; huomioidaan tekijät, jotka uhkaavat lapsen turvallisuutta ja osoitetaan vanhemmalle konkreettisesti niiden merkitys lapsen hyvinvoinnille.
- Tuetaan vanhempaa huomioimaan lapset tarpeet.
- Korjataan niitä epätarkkoja ja vääristyneitä havaintoja, joita vanhemmalla on lapsesta.
- Autetaan vanhempaa tiedostamaan, millä tavoin hänen lapsuudessaan saamansa kasvatus vaikuttaa hänen toimintaansa vanhempana.
- Autetaan lasta ja vanhempaa tiedostamaan ajatusten, tunteiden ja käyttäytymisen välisiä yhteyksiä.
- Opetetaan erilaisia käyttäytymisen säätelyn tekniikoita mm. rentoutuminen, mielikuvien tuottaminen, ”minä-puhe” (self-talk).
- Kun vanhemman ja lapsen välinen suhde on parantunut, opetetaan lapsen kehitystasoon soveltuvia, käyttäytymisen ohjannan keinoja.

Ohjeita terapeutille

Lapsen yksilöterapia:

Kiintymyssuhde (Attachment)

1. Hyväksyntä
 - a. Huomioi lapsen kiintymystyyli.
 - b. Tee kontaktialoitteita (Monitor effusiveness).
 - c. Tee terapiaa palkitsevaksi.
 - d. Terapia ei saa olla liian virikkeistä (excitatory).
 - e. Kehitä lapsen suhteellisuudentajua.
 - f. Auta lasta tunnistamaan tunne- ja käyttäytymisongelmansa.
2. Kontaktin luonti (Alliance formation)
 - a. Kehitä lapsessa tarvetta olla kontaktissa.
 - b. Tee hoitoprosessi palkitsevaksi.
 - c. Luo yhteistyömalli ongelmien käsittelemiseksi.
3. Korjaa lapsen ”sisäinen työskentelymalli” (internal working model).
4. Luo turvallisuutta kiintymyksen sallimiseksi.

Oireet (dysregulation)

1. Selitä lapselle, mitä terapiassa tapahtuu vähentääksesi lapsen ahdistusta.
2. Aseta täsmälliset tavoitteet.
3. Etene joustavasti tilanteet ja lapsen turvallisuus huomioiden.
4. Opetä lapselle itse-hoitotekniikoita esim. rentoutuminen ja itse-hypnoosi.
5. Käytä mielikuvia ja hypnoterapeuttisia strategioita käsitellessäsi lapsen oireita.
6. Käytä psykoedukatiivisia tekniikoita (esim. kirjoittaminen ja roolileikit).
7. Käytä ”entä-jos”-tekniikkaa (”as if”).

8. Käytä kognitiivis-behavioraalisia strategioita lapsen ahdistuksen käsittelyssä.
9. Kiinnitä huomio seksuaaliseen käyttäytymiseen, ajatuksiin ja tunteisiin.

Minäkuva (Self)

1. Opeta lasta tunnistamaan ja käsittelemään tunteita.
2. Rohkaise lasta luottamaan omiin kykyihinsä.
3. Ulkoista ongelma.
4. Konfrontoi lapsen ”kaikki tai ei mitään”- ajattelua apuna piirroksella (esim. minä-ympyrä, puhe- ja ajatuskuplat).
5. Korjaa ajatusvääristymiä.
6. Tue positiivisen minäkuvan kehittymistä.
7. Tutki ”seksuaalista minäkuva” (sexual self)

Perheterapia

Kiintymyssuhde (Attachment)

1. Etsi positiivisia näkökulmia asioihin.
2. Tunnista samanlaisuuksia perheenjäsenissä.
3. Luo pieniä, nopeasti toteutuvia onnistumisia, jotka helpottavat lapsen oireita ja/tai vahvistavat vanhemmuutta (esim. lääkehoito).
4. Keskustele vanhempien kanssa heidän lapsuutensa ydinperheistä.
5. Ulkoista ongelma.
6. Tee kotikäyntejä.
7. Anna lasten leikkiä heidän omilla ehdoillaan.
8. Aseta tavoitteita perheenjäsenien vuorovaikutussuhteiden parantamiseksi.

Oireet (dysregulation)

1. Luo turvallisuutta.
2. Vähennä ylireagoitusta ja seksualisoitunutta käyttäytymistä.
3. Käytä psykoedukatiivisia/behavioraalisia strategioita.
4. Käytä perheen rituaaleja.
5. Huomio, että perheenjäsenet voivat toimia PTSD:n laukaisijoina.
6. Aseta konkreettisia työskentelytavoitteita. (esim. nukkumaanmenoajat univaikeuksien oirehoidon osana).

Minäkuva (Self)

1. Rohkaise avoimeen tunteiden ilmaisuun ja normalisoi ”ei-hyväksytyt” tunteet.
2. Tutki vanhempien käsityksiä omasta vanhemmuudestaan, suhteista lapsiin jne.
3. Tutki vanhemmuuden kehittymistä prosessina.
4. Ulkoista ongelma.
5. Tutki vanhempien luottamuksen ilmauksia.
6. Luo lapsesta uusia kertomuksia.
7. Määrittele ongelmat uudelleen (esim. ”Borderline”-diagnoosin voi määritellä ”moni-tahoisuudeksi”).
8. Aseta selkeästi määriteltyjä työskentelytavoitteita. (esim. a. oman vanhemmuuden vähättelyn lopettaminen, b. vanhempien yksimielisyyden lisääminen suhtautumisessa lapsiin, c. vanhemmuuden arvostuksen lisääminen.)

Hoidon kesto: Vaihtelee, tavallisesti useita kuukausia

Manuaalit:

Friedrich, W. N. (1995). *Psychotherapy with sexually abused boys*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Friedrich, W. N. (1998). *Treating sexual behavior problems in children: A treatment manual*. Available from the author at the Mayo Clinic, Department of Psychiatry and Psychology, Rochester, MN 55905.

Tutkimustuloksia menetelmän vaikuttavuudesta:

Friedrich, W. N., Luecke, W. J., Beilke, R. L. & Place, V. (1992). Group treatment of sexually abused boys: An agency study. *Journal of Interpersonal Violence*, 7:396–409.

Menetelmän käyttökelpoisuus (Saunders et al. 2004): 3 = On näyttöä, hyväksyttävä hoitomenetelmä.

Forensically Sensitive Therapy (FST) – Kehitteillä oleva hoitomalli

Erityisesti USA:ssa on keskusteltu paljon SERI-hoitomallien vaikuttavuudesta. Vaatimus ”*parhaasta mahdollisesta ammattikäytännöstä*” (Best Practice) on nostettu vahvasti esille. Vaatimus kumpuaa näkemyksestä, jonka mukaan potilailla/asiakkaila on oikeus saada mahdollisimman korkeatasoisia palveluja. Tämä edellyttää paitsi asiakkaiden tarpeet ja toiveet huomioivaa myös tutkimusnäyttöön perustuvaa ammattikäytäntöä. Myös SERI-hoidoissa ollaan siirtymässä vaiheeseen, jossa käytetyiltä hoitomenetelmiltä odotetaan puolueettomin, tieteellisin tutkimuksin todennettavia tuloksia.

Esimerkkinä SERI-hoitomallien nykyisistä kehittämisuuntauksista on seuraavassa lyhyt kuvaus eräästä USA:ssa runsaasti huomiota saaneesta hoitomenetelmästä ”*Forensically Sensitive Therapy*”.

Kansallinen lasten asianajokeskus (*National Children’s Advocacy Center*) aloitti hoitomallin kehittelytyön v. 1995 Alabamassa, USA:ssa. Tavoitteena on ollut kehittää hoitomalli niille terapioita tarvitseville, seksuaalisesti hyväksikäytetyille lapsille, jotka odottavat hyväksikäyttöepäilyn oikeuskäsittelyä. Mallin vaikuttavuudesta tehtiin ensimmäinen retrospektiivinen tutkimus vuosina 1995–2000 (Carnes, 2005). Vuonna 2005 aloitettiin kolme-vaiheinen vaikuttavuustutkimus, johon kuuluu mallin perusvaikuttavuuden selvittäminen, FST:n ja supportiivisen terapian vertailu ja FST:n vertailu muihin näyttöä omaaviin SERI-hoitomalleihin.

Kohderyhmä: Oikeuskäsittelyä odottavat, seksuaalisesti hyväksikäytetyt lapset

Teoriaperusta: Traumageeninen dynamiikka (Finkelhor & Browne 1986). Sen mukaan seksuaalisen hyväksikäytön vaikutukset lapseen voidaan kuvata neljällä traumafaktorilla: 1. Traumaattinen seksuaalisoituminen, 2. Petetyksi tuleminen, 3. Leimautuminen ja 4. Voimattomuus.

Tavoitteet ja toteutus

- Ensisijaisena tavoitteena on lapsen trauman käsittely. Se toteutetaan lapsen yksilöterapiassa, joka voidaan aloittaa heti hyväksikäyttöepäilyn selvitysten jälkeen ennen oikeudenkäyntiprosessin alkamista. Terapian aloittamisesta päättää paikallinen moniammatillinen tiimi, johon kuuluu asianajajia, oikeuslaitoksen edustajia, lastensuojeluviranomaisia, lääkäreitä ja terapeutteja. Koko hoito-ohjelma toteutetaan ekologisen mallin mukaisesti useiden viranomaistahojen yhteistyönä (terveydenhoito, lastensuojelu, oikeuslaitos, koulu-yms. viranomaiset). Hoito-ohjelmaan kuuluu myös ei-hyväksikäyttäjävanhemmalle järjestettävä terapia ja erityinen tukiohjelma.
- Lapsen yksilöterapian tavoitteena on tehdä turvallisessa ympäristössä arvio lapsen traumasta ja pyrkiä ymmärtämään lapsen tunnekokemuksia, jotka liittyvät hyväksikäyttötapahtumiin. Lisäksi tavoitteena on tarjota ympäristö, jossa traumageenista aineistoa voidaan ymmärtää

ja käsitellä yhdessä lapsen kanssa. Tärkeänä pidetään myös työskentelyä lapsen huoltajan ja useiden viranomaistahojen kanssa, jotta voitaisiin vähentää lapsen sekundaarista trauma-tisoitumista.

- Lapsen terapia sisältää keskimäärin 30 käyntikertaa (1h/vko). Terapia koostuu viidestä vaiheesta: 1. Terapeuttisen suhteen rakentaminen, 2. Trauman arviointi, 3. Psykososiaalisen tilanteen ja voimavarojen arviointi, 4. Trauman käsittely ja 5. Eheytyksen edistäminen ja lopetus. Trauman arvioinnissa käytetään apuna seuraavia arviointivälineitä: *Child Behavioral Checklist* (Achenbach), *Child Sexual Behavior Inventory* (Friedrich) ja *Trauma Symptom Checklist for Children* (Briere). Jokaista neljää traumafaktoria arvioidaan kolmesta näkökulmasta: 1. dynamiikka, 2. psykologiset vaikutukset ja 3. käyttäytyminen.
- Terapeuttina on usein henkilö, joka on tutustunut jo lapsen hyväksikäyttöepäilyn selvitysten yhteydessä. Hänen tehtävänä ei ole kerätä tietoa hyväksikäyttöepäilystä oikeudenkäyntiä varten vaan auttaa lasta seksuaalisen hyväksikäytön aiheuttaman trauman käsittelyssä. Terapeutti ei kyselä lapselta hyväksikäytön yksityiskohtia eikä tee johdattelevia kysymyksiä. Hän rohkaisee lasta kertomaan, mitä on tapahtunut ja kannustaa häntä ilmaisemaan tun-teitaan. Terapia on luottamuksellista. Jos kuitenkin terapiassa lapsi kertoo uusia todisteita hyväksikäytöstä, terapeutin velvollisuutena on ilmoittaa niistä oikeusviranomaisille. Asian-osaisille ilmoitetaan ennen terapian aloittamista tästä menettelystä. Terapeutin tulee välttää ammattislangia, jonka lapsi voi ymmärtää väärin, tai josta lapsi voi omaksua sanontoja, jotka heikentävät hänen kertomuksensa uskottavuutta oikeudessa. Terapeutti voi harjoitusten avulla valmistaa lasta oikeudenkäynnin menetteletapoihin. Hän ei saa kuitenkaan vaikuttaa toiminnallaan lapsen kertomukseen. Terapeutti voidaan kutsua todistajaksi oikeuteen.
- Terapiassa sovelletaan näyttöön perustuvia tekniikoita (mm. kognitiivis- behavioraaliset tekniikat). Projektiivisia tekniikoita, hypnoterapiaa, regression tuottamista, psykodraamaa ja ryhmien käyttöä tulee välttää. Apuvälineinä terapiassa käytetään piirustuksia ja leikkikaluja. Terapeutti ei tee niiden käytöstä tulkintoja.
- Terapeutti dokumentoi istunnot. Hänen tulee kuitenkin pidättäytyä tulkinnoista ja speku-laatioista.

Hoidon kesto: 7–8 kk

Manuaali: valmisteilla (v. 2005)

Kirjallisuutta:

Forensically Sensitive Therapy – An Ecological Intervention Model for Sexual Trauma-tized Children, National Children’s Advocacy Center, Huntsville, AL (30.s), ssatavissa netistä ilmaiseksi osoitteesta: <http://www.sanctuaryweb.com/Documents/Downloads/NCTSN%20Articles/Booklet-Forensically%20Sensitive%20Therapy.pdf>

Lisätietoa: www.nationalcac.org

Menetelmän käyttökelpoisuus (Saunders et al. 2004): Ei sisältynyt arvioituihin hoito-ohjelmiin

Perhekeskeisiä hoitomalleja

Attachment-Trauma Therapy

Kohderyhmä: Trauman kokenut lapsi ja hänen perheensä

Teoriaperusta: Kiintymyssuhdeteoria, traumateoria

Tavoitteet ja toteutus:

- Keskustellaan perheen kanssa kiintymyksestä, lapsen kehityksestä, traumasta ja selviytymisestä.
- Ohjataan vanhempaa ja lasta ilmaisemaan positiivisia tunteita sekä terapiaistunnossa että kotona.

- Käytetään draamaa, metaforaa ja liikunnallisia keinoja tunteiden tunnistamisen, erottelemisen ja käsittelyn edistämiseksi.
- Harjoitellaan stressinhallintatekniikoita mm. joogaa, syvähengitystä, lihasrentoutusta ja mielikuvien tuottamimista.
- Käytetään kognitiivisia, käyttäytymisterapeuttisia ja taideterapeuttisia interventioita sekä ”perhepelejä/-leikkejä” (Family play).
- Traumatyöskentelyssä käytetään tarvittaessa leikkiterapiatekniikoita.
- Jos insestiperheessä lapsen ja hyväksikäyttäjän suhde ei ole korjattavissa, luopumistyöskentelyä edistetään perherituaaleilla ja muisteluilla.
- Keskustellaan perheen kanssa perhejuhlista, ennakoidaan tulevia ongelmia ja pohditaan keinoja niiden käsittelemiseksi sekä laaditaan seurantasuunnitelma.
- Hoidon päättyessä järjestetään juhlat (graduation ceremony).

Hoidon kesto: Vaihtelee, tavallisesti useita kuukausia

Manuaali:

James, B. (1994). Handbook for treating attachment-trauma problems in children. New York NY: Free Press/Simon & Schuster.

Tutkimustuloksia menetelmän vaikuttavuudesta: Ei ole

Menetelmän käyttökelpoisuus (Saunders et al. 2004): 4 = Lupaava ja hyväksyttävä hoitomenetelmä

Attachment Therapy (the Evergreen Model)

Kohderyhmä: varhaislapsuudessaan traumatisoituneet kaikenikäiset lapset, nuoret, aikuiset ja heidän perheensä

Teoriaperusta: Kiintymyssuhdeteoria, traumateoria.

- Perustuu näkemykseen, jonka mukaan lapset, joille ei ole kehittynyt kiintymyssuhdetta primaarihoitajaan 2–3 ensimmäisen elinvuotensa aikana, häiriintyvät kehityksessään. Häiriöt ilmenevät luottamuksen puutteena, kykenemättömyytenä vastavuoroisuuteen ihmissuhteissa, vaikeutena ymmärtää syy- ja seuraussuhteita, katumuksen tunteen puutteena sekä manipulatiivisena, aggressiivisena ja tuhoavana käyttäytymisenä.
- Hoito rakennetaan olettamukselle, jonka mukaan nämä lapset eivät hyödy perinteisistä psykoterapioista.
- Uskotaan, että näistä lapsista tulee helposti rikollisia, väkivallan tekijöitä, syrjäytyneitä ja mielenterveysongelmaisia, mikäli he eivät saa Attachment-hoitoa.

Tavoitteet ja toteutus:

- Tavoitteena on auttaa lapsen ja vanhemman välisen kiintymyssuhteen kehittymistä.
- Hoidossa korostetaan turvallisuutta, hoivaamista ja kunnioitusta.
- Keskeisinä teemoina ovat trauman vaikutukset, suru ja menetys.
- Hoito koostuu monien erilaisten tekniikoiden synteisistä.

Tekniikoita:

- Sopiminen (Contracting).
- Kognitiivinen uudelleen rakentaminen.
- Roolien mallintaminen (Role modelling).
- Käyttäytymisen muokkaus.
- EMDR.
- Emotionaalis-kathartinen terapia.
- Psykoedukatiivinen terapia-
- Tunteiden säätely.
- Holding-terapia.

- Vanhempi/lapsi-sidosta edistävät tekniikat.
- Psykodraama.
- Ohjattu kuvittelu (guided imagery).
- Strukturaalinen perheterapia.
- Sisarusterapia.
- Pariterapia.
- Eksistentiaalinen psykoterapia.
- Juridisen näkökulman käsittely (Re-decision therapy).
- Hahmoterapia.
- Kirjoittaminen (Journaling).
- Paradoksaaliset tekniikat.
- Moraalisen näkökulman käsittely.
- Elämäkerran kirjoittaminen.
- Lääkehoito.
- Motivaatioterapia (body training).
- Hyväksikäyttäjän hoito.
- Ympäristöterapia.
- Vanhempien kouluttaminen.
- Terapeutin kouluttaminen.

Hoidon kesto: Vaihtelee (unspecified)

Manuaali:

ATTACH (Association for Treatment and Training in the Attachment of Children (undated). Standards of Practice (ks. www.attachmentcenter.org) (ks. myös www.attach.org ja www.attachmenttherapy.com sekä www.attachmentdisorder.net)

Tutkimustuloksia menetelmän vaikuttavuudesta: Ei ole

Menetelmän käyttökelpoisuus (Saunders et al. 2004): 6 = Epäilyttävä hoitomenetelmä; Perustelut:

1. Teoriaperusta on kyseenalainen: hoidossa sovelletaan virheellisesti lapsen kehityksen ja lapsuuden kiintymyssuhde-prosessien teorioita (Speltz 2002).
2. Ohjelmassa käytetyt tekniikat ovat ilmeisen ”pakottavia” (coercive), mistä voi koitua lapsille psykologisia ja fyysisiä haittoja (National Advisory Committee 2004).
3. Ohjelman proseduurien luonne voi johtaa väärinkäytöksiin ja virheellisiin menettelyihin (Saunders et al. 2004).
4. Lasten turvallisuus on kyseenalainen, sillä on raportoitu, että lapsia on kuollut Attachment Therapy-hoidon aikana (Crowler & Love 2000).
5. Ei ole olemassa tutkimuksia, jotka osoittaisivat Attachment Therapy-hoidolla olevan positiivisia vaikutuksia (Saunders et al. 2004).

Focused Treatment Interventions (FTI)

Kohderyhmä: Hyväksikäytetty lapsi ja hänen perheensä

Teoriaperusta: Neljän ennakkoehdon teoria (Finkelhor 1984), perheterapeuttinen systeemiteoria

Tavoitteet ja toteutus:

- Kliininen ja oikeuslääketieteellinen arviointi, lapsen turvallisuuden ja sen riskien arviointi.
- Sisäisten esteiden ylittäminen.
- Ulkoisten esteiden ylittäminen.
- Perhetapaamisessa arvioidaan perheen ja yhteisön resurssit varmistaa lapsen turvallisuus.

- Laaditaan uudet turvallisuussäännöt, jotka koskevat kaikkia asianosaisia.
- Lapselle järjestetään yksilöllinen hoito.
- Hoito-ohjelmaan kuuluu myös hyväksikäyttäjien ryhmä, ei-hyväksikäyttäjähuoltajien tukiryhmä, uhrien tukiryhmä, pariterapia, strukturoitu perhetapaaminen, perheterapia, hyväksikäyttöselvitys (Abuse Clarification) sekä suojeluselvitys (Protection Clarification).

Hoidon kesto: 6–12 kuukautta asiakkaista riippuen

Manuaalit:

Ralston, M. E. & Swenson, C. C. (1996). *The Charleston Collaborative Project: Intervention Manual*. Charleston, SC: Author.

Ralston, M. E. (1998). A community system of care for abused children and their families. *Family Futures*, 2(4):11–15.

Lipovsky, J., Swenson, C. C., Ralston, M. E. & Saunders, B. E. (1998). The abuse clarification process in the treatment of intrafamilial child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 22(7):729–741.

Tutkimustuloksia menetelmän vaikuttavuudesta:

Swenson, C. C. & Ralston, M. E. (1997). *The Charleston Collaborative Project, Implementation Manual*. Charleston, SC, Author.

Menetelmän käyttökelpoisuus (Saunders et al. 2004): 3 = On näyttöä, hyväksyttävä hoitomenetelmä

Family Resolution Therapy (FRT)

Kohderyhmä: Perheet, joissa on ollut inestistä tai lapsen fyysistä pahoinpitelyä.

Teoriaperusta: systeeminen perheterapia, perheen ja lapsen kehityksen teorit, sosiaalisen oppimisen teoria ja rikoksenuusinnan ehkäisyn teoria (relapse prevention).

Tavoitteet ja toteutus:

- Keskittyy perheen hoidon loppuvaiheisiin.
- Laaditaan suunnitelma lapsen hyvinvoinnin turvaamiseksi pitkälle aikavälille.
 - Millaisessa ympäristössä lapsen perhe elää ja miten se vaikuttaa lapseen pitkällä aikavälillä?
 - Kuinka tämä perhe toimii 5, 10, 20 vuoden kuluttua?
 - Kuinka tämä perhe toimii sitten, kun viranomaiset eivät ole enää heidän apunaan?
- Perhesuhteiden pysyvyys ja toimivuus on tärkeää lapsen hyvinvoinnille.
- Pyritään kehittämään inestilapsen perheolosuhteita pitkällä tähtäimellä:
 - turvallinen, mutta ei riskitön
 - toimiva, mutta ei täydellinen
 - lapsen kasvua ja kehitystä tukeva
 - pysyvä
 - tiedostetaan monien inestisten suhteiden dualistinen todellisuus
 - tavoitteena vanhempi/tekijä–lapsi/uhri-suhteen eheyttäminen (resolution), ei välttämättä perheen yhteiselön jatkuminen
 - pyritään säilyttämään lapsen suhteet vanhempiinsa.
- Kaikille perheen jäsenille pyritään järjestämään heille sopivat hoito-ohjelmat. Varmistetaan erityisesti uhrin ja hyväksikäyttäjän hoito. FRT-hoitoprosessi käynnistetään yksilöhoitojen jälkeen.
- Työskennellään tiiviisti uhrin ja hyväksikäyttäjän terapeuttien kanssa. Arvioidaan terapioiden edistymistä ja uhrin ja hyväksikäyttäjän valmiuksia osallistua FRT-hoitoprosessiin.
- Ei-hyväksikäyttäjävanhemman ja hyväksikäytetyn lapsen pariterapia. Tavoitteena on tukea lasta ja lisätä hänen luottamustaan.

- Ei- hyväksikäyttäjävanhemman ja hyväksikäytetyn lapsen sisarusten perheterapia. Tavoitteena on käsitellä rakenteellisia muutoksia perheessä, johon hyväksikäyttäjä vanhempi ei enää kuulu.
- *Selvitysprosessi (Clarification process)*: Tavoitteina on
 - muuttaa hyväksikäyttöön liittyviä ajatusvääristymiä,
 - vaikuttaa vanhemmuuteen, parisuhteeseen ja perheen rakenteisiin,
 - kiinnittää huomio lapsen tarpeisiin,
 - kiinnittää huomio tekijän vastuuseen,
 - ottaa käyttöön keinoja, joilla ennalta ehkäistään hyväksikäytön uusiintuminen.
 - Hyväksikäyttäjä kirjoittaa kirjeen, jossa hän kuvailee kaikki hyväksikäyttötötekonsa, ottaa niistä täyden vastuun ja pyytää lapselta tekojaan anteeksi.
 - Hyväksikäyttäjä lukee kirjeen ääneen terapiaistunnossa, johon osallistuvat hyväksi-käytetty lapsi, molemmat vanhemmat ja kaikkien asianosaisten terapeutit. Lapsi voi tehdä hyväksikäyttäjälle kysymyksiä, joihin hyväksikäyttäjä sitoutuu vastaamaan.
- Arvioidaan edellytyksiä uhrin ja hyväksikäyttäjän pariterapian aloittamiselle.
- Opetetaan perheen jäsenille perheen vuorovaikutussäännöt (Family Contact Rules).
- Opetetaan perheen jäsenille tietoa turvataidoista (Behavioral Alert List).
- Sovelletaan ”esiliinan” tai ”porukan” valvomaan käyttäytymisen säätelyohjelmaa (a Chaperone or Collateral Behavioral Monitoring Program).
- Toteutetaan strukturoitua ja tarkasti valvottua perhetapaamisohjelmaa (Visitation Program). Määritellään yksityiskohtaiset säännöt lapsen ja hyväksikäyttäjän tapaamisille. Valmennetaan kaikkia asianosaisia noudattamaan tapaamissääntöjä.
- Valmisteleva, perheen eheyttämistä tukeva perheterapia (Pre-resolution family therapy).
- Varsinainen FRT-prosessi, tavoitteena perheen eheyttäminen ja lapsen hyvinvoinnin turvaaminen.
- Jälkihoito (Post-resoluton family therapy).

Hoidon kesto: 6–8 kuukautta

Manuaalit:

Saunders, B. E. & Meining, M. B. (2001). *Family Resolution Therapy in Cases of Child Abuse*. Charleston, SC: Authors.

Saunders, B. E. & Meining, M. B. (2000). Immediate issues affecting long term family resolution in cases of parent-child sexual abuse. In *Reece RM (ed). Treatment of Child Abuse: Common Ground for Mental Health, Medical, and Legal Prctitioners*. Baltimore: The John Hopkins University Press.

Tutkimustuloksia menetelmän vaikuttavuudesta: Ei ole

Menetelmän käyttökelpoisuus (Saunders et al. 2004): 4 = Lupaava ja hyväksyttävä hoitomenetelmä

Integrative Developmental Model for Treatment of Dissociative Symptomatology

Kohderyhmä: Dissosiaatio-oireista kärsivät lapset ja heidän perheensä

Teoriaperusta: traumateoria, kiintymyssuhdeteoria

Tavoitteet ja toteutus:

- *Lapsi:* Tunnistetaan traumaan liittyvät dissosiaation ilmenemismuodot ja opetetaan lapselle niiden säätelytaitoja.
- Opetetaan suoria tunneilmauksia.
- Edistetään itsetiedostusta ja tunteiden, käyttäytymisen ja aistimusten hyväksymistä. Tavoitteena on vastuuntunnon lisääminen.

- Korostetaan nykyisen ympäristön turvallisuutta ja käsitteiden ”silloin” ja ”nyt” välistä eroa.
- Traumaattisten kokemusten käsittelyssä käytetään apuna mielikuvaharjoituksia, leikkiä tai itse tuotettua taidetta.
- *Perhe*: Korostetaan vanhempien vastuuta lapsesta.
- Rohkaistaan perhettä hyväksymään sekä tunteiden ilmauksia että hyväksikäytetty lapsi sellaisena kuin hän on.
- Rohkaistaan perhettä puhumaan traumasta ja perheen (entisen perheen, yhteisön) kyvyttömyydestä suojella lasta.
- Vältetään vahvistamasta regressiivisiä käyttäytymispiirteitä.

Hoidon kesto: 6–24 kuukautta

Manuaalit:

I nternational Society for the Study of Dissociation (2000). Guidelines for the evaluation and treatment of dissociative symptoms in children and adolescent. *Journal of Trauma and Dissociation*, 1(3):105–154.

Silberg, J. L. (2001). Treating maladaptive dissociation in a young teen-age girl. In: Orvaschel H, Faust J & Hersen M (Eds.). *Handbook of conceptualization and treatment of child psychopathology*. New York: Pergamon Press.

Wieland, S. (1998). *Techniques and Issues in abused-focused therapy*. Thousand Oaks, VA: Sage Publications.

Tutkimustuloksia menetelmän vaikuttavuudesta: Ei ole

Menetelmän käyttökelpoisuus (Saunders et al. 2004): 4 = Lupaava ja hyväksyttävä hoitomenetelmä

Intensive Family Preservation Services (IFPS)

Kohderyhmä: Perheet, joissa on ollut lapsen hyväksikäyttöä tai sellaisia toistuvia ongelmia, jotka voivat johtaa lapsen sijoittamiseen perheen ulkopuolelle.

Teoriaperusta: Kognitiivis-behavioraalinen, ongelmanratkaisuteoria (Problem Solving)

Tavoitteet ja toteutus:

- Ohjelma toteutetaan lapsen kotona.
- Luodaan kontakti perheeseen soveltaen Roger’in kuuntelutekniikkaa.
- Arvioidaan perheen vahvuudet ja avuntarpeet.
- Määritellään auttamissuunnitelman tavoitteet.
- Keskustellaan vanhemmuudesta ja ongelmanratkaisutekniikoista.
- Harjoitellaan elämäntaitoja (Life-skills training).
- Tarjotaan konkreettista apua (mm. talousaskareissa).
- Rakennetaan perheelle sosiaalinen tukiverkosto.
- Päihdeongelmaisten vanhempien kanssa työskennellessä käytetään ns. ”motivoivaa haastattelutekniikkaa” (Motivational Interviewing) ja ”retkahduksen estämisstrategiaa” (Relapse Prevention).

Hoidon kesto: 3–6 kuukautta

Manuaalit:

Kinney, J. M., Haapala, D. A., Booth, C. L. (1991). *Keeping Families Together: The Homebuilders Model*. New York: Aldine de Gruyter.

Tracy, E. M., Haapala, D. A., Kinney, J., Pecora, P. J. (Eds.) (1991). *Intensive Family Preservation Services: An Instructional Sourcebook*. Cleveland, OH: Mandel School of Applied Social Sciences, Case Western Reserve University.

Tutkimustuloksia menetelmän vaikuttavuudesta:

Fraser, M. W., Walton, E., Lewis, R. E., Pecora, P. & Walton, W. (1996). An experiment in family reunification: Correlates of outcomes at one-year follow-up. *Children and Youth Services Review*, 16:335–361.

Westat, Inc., Chapin Hall Venter & James Bell Associates (2001). Evaluation of family preservation and reunification programs: Interim report. Washington, DC:DHHS.

Menetelmän käyttökelpoisuus (Saunders et al. 2004): 4 = Lupaava ja hyväksyttävä hoitomenetelmä

SERI-hoitomallien klassikkoja

Child Sexual Abuse Treatment Program of Santa Clara County (CSATP)

CSATP-ohjelman kehittäminen aloitettiin v. 1971 Giarretton instituutissa San Josessa, USA:ssa. Vuonna 1975 instituutti sai uuden nimen "*Demonstrating and Training Center of the State of California*". 1980-luvun alussa USA:ssa oli noin 200 SERI-hoitokeskusta, joista 65:ssä käytettiin CSATP-hoitomallia. Mallia on sovellettu myös Kanadassa, Australiassa ja useissa Euroopan maissa.

Kohderyhmä: Insestiperheet, joissa hyväksikäyttö todennettu ja siitä on ilmoitettu viranomaisille.

Teoriaperusta: Maslow'in tarvehierarkia, Rogers'in asiakaskeksinen terapia, Virginia Satirin perheterapiamalli, *humanistiseen psykologiaan* pohjautuva terapeuttisen kasvun malli.

Tavoitteet

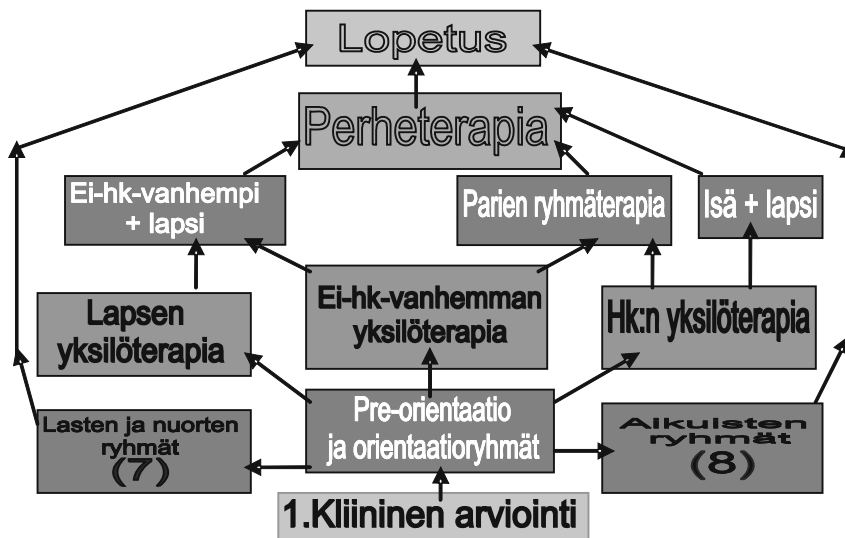
- Tavoitteena on tarjota vaihtoehto perinteisille lääketieteeseen ja psykoterapian teorioihin pohjautuville hoitomalleille: Ei tutkita mahdollisia, psyykkistä kärsimystä aiheuttavia aikaisempia traumoja eikä pyritä muokkaamaan ongelmakäyttäytymistä. Tavoitteena on lisätä yksilöiden itsetiedostusta, itseohjautuvuutta ja kykyä kehittyä vastuuntuntoisiksi yhteisön jäseniksi.
- Perheille tarjotaan välittömästi monipuolista apua.
- Perheitä autetaan käytännön asioiden hoitamisessa (mm. taloustyöt, työnsaanti, raha-asiat, oikeusapu).
- Perheille tarjotaan erilaisia terapioida.

Toteutus

Henkilökuntaan kuuluu alan ammattilaisia, vapaaehtoistyöntekijöitä ja tukihenkilöitä:

1. *Ammattilaiset:* hyvin koulutetut neuvojat/terapeutit toteuttavat perheen jäsenten arvioinnin, hoidon suunnittelun, terapian ja yhteystyökontaktit. Osa ammattilaisista hoitaa hallinnollisia tehtäviä ja koordinoi viranomaisyhteistyötä.
2. *Vapaaehtoiset:* perus- ja jatkovaiheen opiskelijoita sekä vanhempien ryhmien (Parents United, PU) entisiä jäseniä, jotka ovat saaneet jatkokoulutusta. Tämä ryhmä varmistaa sen, että ohjelma on ajan tasalla ja kytkeytyy laajempaan yhteisöön.
3. *Tukihenkilöt* (Self-help-persons): Ns. mentorit, jotka alkuvaiheessa ovat perheiden tukena ja ohjaavat niitä erilaisiin ryhmätoimintoihin. CSATP:n kaksi vapaaehtoisorganisaatiota "*Parents Union*" ja "*Daughters and Sons United*" (DSU, 5–18-vuotiaille lapsille) vastaavat ryhmistä.

KAAVIO 1: CSATP-hoitomalli



Hoitomuodot

- Hoito-ohjelma koostuu kuudesta vaiheesta: 1. Kliininen arviointi, 2. Orientaatio (pre-orientaatio ja orientaatioryhmät), 3. Yksilöterapioiden aloittaminen (hyväksikäyttäjä, ei-hyväksikäyttäjä-vanhempi, hyväksikäytetty lapsi), 4. Ryhmäterapioiden aloittaminen, 5. Perheterapioiden aloittaminen (vain niille perheille, jotka ovat päättäneet jatkaa yhteisasumista) ja 6. Hoidon lopetus (ks. kaavio 1).
- Ryhmäterapioiden on hoidossa keskeinen asema. Lapsille ja nuorille (5–18-v) on tarjolla 7 erilaista ryhmää: orientaatioryhmä teini-ikäisille tytöille, teini-ikäisten ryhmä, ryhmä esipuberteetti-ikäisille, leikkiterapiaryhmä, ryhmä teini-ikäisille hyväksikäyttäjille, ryhmä teini-ikästä aikuisuuteen siirtyville ja ryhmä, jossa teemana on seksuaalisuus. Aikuisten ryhmiä on kahdeksan: hyväksikäytettyjen lasten äitien ryhmä, hyväksikäyttäjien ryhmä, avioparien ryhmä, ryhmä päihdeongelmallisille, ryhmä aikuisille, jotka lapsuudessaan ovat kokeneet seksuaalista hyväksikäyttöä, eheytyserhmä hyväksikäyttäjävanhemmille ja ei-hyväksikäyttäjävanhemmille sekä kaksi teemaryhmää, joissa teemoina ovat seksuaalisuus ja vanhemmuus.

Hoidon kokonaiskesto: n. 2,5 vuotta

Manuaalit:

Giarretto, H. (1982). *Integrated Treatment of Child Sexual Abuse – A Treatment and Training Manual*. Palo Alto, CA, Science and Behavior Books, Inc.

Lisätietoja ohjelmasta: <http://sbbks.com/int-treat.html>

Tutkimustuloksia menetelmän vaikuttavuudesta: Ei ole

Menetelmän käyttökelpoisuus (Saunders et al. 2004): Ei sisällynyt arvioituihin hoito-ohjelmiin

Ackerman's Incest Project

Ackerman's Incest Project "Making Families Safe for Children" - hoitomalli kehitettiin v. 1990 - 1998 USA:ssa. Kehittämistyöhön osallistivat Ackerman instituutin työntekijät: johtaja *Marcia Sheinberg*, M.S.W., *Peter Fraenkel*, Ph.D., *Fiona True*.

Kohderyhmä: perheet, jossa on todettu insesti. Palvelut on tarkoitettu ensisijaisesti perheille, joissa nuori isä on hyväksikäyttänyt tyttärtään. Sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaiset ohjaavat perheet hoitoon. Tavallisesti insestiin syylistynyt lapsen isä ei ole enää perheessä hoitoa aloitettaessa.

Teoriaperusta: sosiaalinen konstruktionismi, feminismi

Tavoitteet

- Tavoitteena on kiinnittää huomiota miehen ja naisen epätasapainoisiin valtasuhteisiin, kyseenalaistaa perinteiset sukupuoliroolit ja auttaa miehiä ja naisia löytämään joustavampia ja tasa-arvoisempia tapoja olla vuorovaikutuksessa toistensa kanssa.
- Terapiassa pyritään autamaan lasta ja ei-hyväksikäyttäjävanhempaa tunnistamaan ja ilmaistamaan ne kompleksiset tunteet, joita heillä on hyväksikäyttäjää kohtaan.

Toteutus

- Hoito-ohjelma toimii non-stop-periaatteella: hoito ajoitetaan ja toteutetaan perheen tarpeiden mukaisesti. Hoidossa korostetaan avoimutta ja yhteistyötä.
- Lapsi ja perhe määrittelevät, mitä teemoja otetaan käsiteltäväksi (client-driven programme).
- Ns. multimodaaliseen hoitomalliin kuuluu: lapsen yksilöterapia, lasten ryhmä, ei-hyväksikäyttäjävanhempien ryhmä ja perheterapia.
- Yksi tai kaksi terapeuttia työskentelee koko perheen kanssa.
- Terapiassa asetetaan perheen ”häpeätarina” (insesti) omalle paikalleen ja tehdään tilaa tarinoille, joista perhe voi olla ylpeä.
- Terapeutit ja perhe laativat yhdessä perheen tilanteesta ja terapian edistymisestä kirjalliset raportit lähetettävälle viranomaisille.

Hoidon kesto: vaihtelee

Manuaalit:

Fraenkel, P., Sheinberg, M. & True, F. (1996). Making families safe for children: Handbook for a family-centered approach to intrafamilial child sexual abuse. New York, Ackerman Institute for Family Therapy.

Sheinberg, M. & Fraenkel, P. (2002). The Relational Trauma of Incest: a Family Based Approach to Treatment. New York: Guilford.

Lisätietoja ohjelmasta: www.ackerman.org/sexabuse.htm

Tutkimustuloksia menetelmän vaikuttavuudesta: Ei ole

Menetelmän käyttökelpoisuus (Saunders et al. 2004): Ei sisällynyt arvioituihin hoito-ohjelmiin

The Great Ormond Street Sexual Abuse Team (GOS)

GOS-hoito-ohjelma kehitettiin vuosina 1980–1998 Isossa-Britanniassa (The Department of Psychological Medicine at the Hospital for Sick Children, Great Ormond Street, London). Kehittäjinä toimivat *Arnon Bentovim*, *Tillman Furniss*, *Marianne Tranter* (*Bentovim*) ja *Liza Miller*. Giaretton CSATP- hoitomallilla on ollut suuri vaikutus GOS-mallin rakenteisiin. Perhe- ja ryhmäterapiat muodostavat ohjelman rungon. Tarvittaessa lapselle järjestetään yksilöterapiaa ryhmäterapian päätyttyä.

Kohderyhmä: Seksuaalisesti hyväksikäytetyt lapset ja heidän perheensä, nuoret hyväksikäyttäjät

Teoriaperusta: psykodynaamiset teorit, systeemisen perheterapian teorit, traumateorit. Hyväksikäytön arviointiin sovelletaan Bentovimin (1987, 1988) perhe-systeemistä mallia, jossa on 7 tasoa. Keskeinen käsite on ”*Trauma Organised Systems*” so. perheet, joissa hyväksikäytön mahdollisuus kielletään kokonaisvaltaisesti (”*See no evil, hear no evil, speak no evil and think no*

evil.” Bentovim 1992). Hyväksikäyttö on ymmärrettävissä tarkastelemalla hyväksikäyttäjän lapsuuden aikaisia kokemuksia ja nykyisen perheen systeemiä, toiminnallisia häiriöitä tuottavia ja ylläpitäviä tekijöitä.

Tavoitteet ja toteutus

- Hoito alkaa perheen 1–2 arviointihaastattelulla. Jos hyväksikäyttäjä on tunnustanut tekonsa, koko perhettä haastatellaan yhdessä, mikäli mahdollista. Muussa tapauksessa haastattelut toteutetaan yksilöhaastatteluina. Lapset haastatellaan lasten huollosta vastaavien aikuisten ollessa läsnä. Lapsen turvallisuuden varmistaminen on ensimmäisellä sijalla. Arviointihaastatteluissa myös sosiaalitoimen ja oikeuslaitoksen edustajat ovat aina mukana.
- Arviointihaastattelujen jälkeen perheet jaetaan kolmeen ryhmään kliinisen prognoosin perusteella: 1. Toiveikas ennuste, 2. Epävarma ennuste, 3. Toivoton ennuste.
- Perhetapiassa tavoitteena on: 1. osoittaa, kuka on vastussa hyväksikäytöstä, 2. suunnata hoito perheen ihmissuhteisiin ja 3. suunnata hoito hyväksikäytön syihin ja seurauksiin.
- Perheterapian painopistealueina ovat: 1. ei-hyväksikäyttäjänhemman ja lapsen välisen suhteen vahvistaminen, 2. perheenjäsenten keskinäisen vuorovaikutuksen parantaminen sekä 3. roolien ja rajojen selkiyttäminen perheen sisällä.
- Perheterapioissa käytetään useita erilaisia interventiomenetelmiä, mm. sopimusten tekeminen, kasvatusneuvonta, strukturaaliset tekniikat (Minuchin, Fishman 1981), kotitehtävät, perheen historian tutkiminen sukupuun avulla, sirkulaariset kysymykset, positiiviset uudelleen määrittelyt ja neutraliteetti (Palazolli, Boscolo & Cecchin 1980) ja verkostotyö.
- Ryhmäterapioiden tukena toimii perheiden kanssa tehtävä muu työ (perhetyö). Terapiaryhmiä on sekä lapsille että aikuisille.
- Lasten ryhmät on toteutettu *Giaretton* (1982) ja *Lucy Berliner’in* (1982) ideoiden pohjalta. Nuorempien lasten (3–6-v. ja 7–10-v.) ryhmät ovat sekaryhmiä. Yli 10-vuotiaat pojat ja tytöt kokoontuvat omina ryhminään. Lasten ryhmissä ohjaajina toimivat naispuolinen ja miespuolinen työntekijä.
- Nuorempien lasten ryhmissä korostuu psykoedukaation osuus. Vanhempien lasten ryhmissä psykoedukaation lisäksi pyritään järjestämään myös tilaisuuksia kokemusten jakamiseen, tunteiden ilmaisemiseen, itsetuntemuksen lisäämiseen ja itsearvostuksen kehittämiseen.
- Ryhmissä kiinnitetään erityistä huomiota lasten keskinäiseen kommunikointiin, kielteisten ja myönteisten tunteiden ilmaisemiseen, itsearvostukseen, vastuukysymyksiin ja itsensä suojelemisen taitoihin.
- GOS-hoito-ohjelmaan sisältyy myös 16 istuntoa käsittävä ryhmäterapia nuorille hyväksikäyttäjille (13–15-v).
- Aikuisille järjestettäviä ryhmiä ovat ryhmä äideille, jonka ohjaajina toimii kaksi naistyöntekijää ja ryhmä hyväksikäyttäjämiehille ohjaajinaan kaksi miestyöntekijää. Ryhmien koko on 6–8 henkilöä ja ryhmien kesto 6–20 viikkoa.

Hoidon kesto: 1–2 vuotta

Tutkimustuloksia hoidosta:

Bentovim, A., von Elburg, A. & Boston, P. (1988). The Results of Treatment. In: Bentovim A, Elton A, Hildebrand J, Tranter M & Vizard E (Eds.), *Child Sexual Abuse within the Family, Assessment & Treatment*. London, Wright.

Monck, E., Bentovim, A., Goodhall, G., Hyde, C., Lwin, R., Sharland, E. & Elton, A. (1996). *Child Sexual Abuse: A Descriptive & Treatment Study*. London, HMSO.

Lisätietoja: www.gos.nhs.uk ja www.gosh.org

Menetelmän käyttökelpoisuus (Saunders et al. 2004): Ei sisältynyt arvioituihin hoito-ohjelmiin

Confidential Doctor Center (CDC), "Kind in Nood"

Confidential Doctor Center (CDC), "Kind in Nood" aloitti toimintansa vuonna 1986 Brusselissä, Belgiassa. Toiminnan käynnisti *Catherine Marnaffe*. Kehitellyt hoito-ohjelmat perustuvat *Reinhart Wolf*'in malliin (Model for Child Protection Work in Berlin 1983, 1991). Vuonna 1995 CDC:ssä oli 17 moniammatillista tiimiä, joiden toimintaa Belgian sosiaaliministeriö tuki rahallisesti. Nykyisin CDC:iin kuuluu 6 vastaanottopistettä eri puolilla Belgiaa. Brusselin 10-henkinen CDC-tiimi palvelee noin 6 miljoonaa ihmistä. Tiimiin kuuluu: lasten- ja nuorisopsykiatri, pediatri, kaksi ortopedagogia, lapsipsykologi, logopedi, kolme avustajaa ja sihteeri.

Kohderyhmä: Fyysisesti pahoinpidellyt ja/tai seksuaalisesti hyväksikäytetyt lapset ja heidän perheensä

Teoriaperusta ja toimintafilosofia: Lasten pahoinpitely ja seksuaalinen hyväksikäyttö on ymmärrettävissä ensisijaisesti sosio-psykologisten ja kulttuuristen tekijöiden ilmentymänä. Tästä seuraa, että tietyissä olosuhteissa kenestä tahansa voi tulla hyväksikäyttäjä. Hyväksikäytön tapahduttua asianosaiset tarvitsevat apua, ei rangaistuksia, kunnioittavaa luottamusta, ei kontrollitoimenpiteitä, ymmärtämyksen ja solidaarisuuden osoituksia, ei raporttien kirjoittamista, perheen voimavarojen aktivointia, ei perheen pitämistä passiivisena, viranomaisten yhteistyötä, ei keskinäistä kilpailua.

CDC:n toimintafilosofian mukaan auttaminen ja kontrollointia edustavat oikeustoimet eivät ole yhteen sovitettavissa, koska terapeuttien ja oikeuslaitoksen yhteistyö aiheuttaa asiakkaissa hämmennystä ja vähentää uskottavuutta ja luottamusta terapiapalveluihin. Terapeuttien kontrollointipyrkimys herättää asiakkaissa epäluuloa ja pelkoja ja aiheuttaa konflikteja terapeutin ja asiakkaiden suhteisiin. Asiakkaiden kontrollointiin käytettyä energiaa ei voida käyttää terapian onnistumisen kannalta oleellisen empatian ja ymmärtämyksen rakentamiseen. Lisäksi kontrolloinnin ja auttamisen välinen jännite aiheuttaa tiimin sisällä ristiriitoja ja voi johtaa työntekijöiden burnout-reaktioihin. Terapeutti menettää mahdollisuuden auttaa, jos hän pyrkii saamaan vanhemmat "ryhdistäytymään" uhkailemalla esim. lapsen huostaanotolla. CDC:n toimintalinjana on tehdä selkeä ero auttamisen ja kontrolloinnin välillä.

Tavoitteet ja toteutus

- Keskeisenä tavoitteena on auttaa riskitilanteissa eläviä lapsia ja heidän perheitään. Tärkeintä on rakentaa luottamuksellinen kontakti perheeseen.
- Asiakkaaksi hakeutuminen on vapaaehtoista. CDC on avoinna 24 h/vrk kaikkina viikonpäivinä. Moniammatillisen tiimin vastaanotot ovat klo 9–17. Palveluihin kuuluu myös puhelinneuvonta ja kriisityö sekä mahdollisuus pediatriksen klinikan palveluihin. Palvelut ovat maksuttomia.
- Työntekijät takaavat perheen anonymiteetin ja täydellisen luottamuksellisuuden. Työntekijät ottavat oikeusviranomaisiin yhteyttä vain hätätilanteissa (esim. kun jonkun henki tai turvallisuus on uhattuna tai vanhemmat ovat hylänneet lapsen). Jos lapsen huoltaja haluaa tehdä rikosilmoituksen, hänelle tarjotaan siihen apua. Jos lapsen turvallisuus on vaarassa, hänet voidaan ottaa joksikin aikaa pediatriseen osastohoitoon.
- Hoidot aloitetaan vanhemman ja lapsen haastattelulla. Tavoitteena on arvioida, kuinka lapsi voi, tarvitseeko lapsi välittömästi suojelua, ovatko vanhemmat halukkaita puhumaan perheestään ja elämäntilanteestaan, kuinka perhe elää, mitä vanhemmat ovat halukkaita ja kykeneviä tarjoamaan lapselle. Haastattelussa kerätään myös tietoa, miten hyväksikäyttö tai pahoinpitely on tapahtunut ja motivoidaan vanhempia tuleviin tutkimuksiin.
- Tutkimuksiin kuuluvat vanhempien ja lapsen yhteishaastattelun lisäksi lapsen fyysinen ja psykologinen tutkimus, vanhempien haastattelu sekä perheen ja työntekijöiden yhteinen arviointi-/palautekeskustelu. Tutkimusten tavoitteena ei ole etsiä todisteita, onko hyväksi-

käyttö tai pahoinpitely tapahtunut, vaan kerätä sellaista tietoa, jonka pohjalta lasta ja muita perheenjäseniä voidaan auttaa parhaalla mahdollisella tavalla.

- CDC-hoitoideologian mukaan lasta voidaan auttaa parhaiten auttamalla hänen vanhempiaan. Hoitomuodoista perheterapia on etusijalla. Lapsille ja tarvittaessa myös vanhemmille järjestetään myös yksilöterapiaa. Kaikissa terapioissa fokus on ensisijaisesti lapsen tarpeissa. Hoidon loppuvaiheessa kiinnitetään erityistä huomiota lapsen ja vanhempien välisten suhteiden eheyttämiseen.

Hoidon kesto: vaihtelee

Kirjallisuutta:

Marnaffe, C. (1997). Alternative Forms of Intervention. In: Helfer ME, Kemp R & Krugman R (Eds.), *Battered Child*, 5th ed., 500-520. Chicago, University of Chicago Press.

Wolff, R. (1983). Child Abuse and Neglect: Dynamics and Underlying Pattern. *Victimology: International Journal*, 8:105–112.

Wolff, R. (1991). Child Protection in Germany, *Violence update*, 2:4–6.

Lisätietoja: www.kindinnood.org

Tutkimuksia hoitotuloksista: Ei ole

Menetelmän käyttökelpoisuus (Saunders et al. 2004): Ei sisällynyt arvioituihin hoito-ohjelmiin

5 Hyväksikäytettyjen lasten hoito, yhteenvetoa

Seksuaalisen hyväksikäytön vaikutuksia lapsiin on viime vuosina tutkittu runsaasti. Tutkimustulosten luotettavuudesta ja tulkinnoista on esitetty erilaisia näkemyksiä. Useimpien asiantuntijoiden käsityksen mukaan seksuaalisen hyväksikäytön vaikutukset vaihtelevat suuresti lapsesta toiseen riippuen mm. hyväksikäyttöteoista, tekojen toteuttamistavoista, lapsen ja hyväksikäyttäjän ominaisuuksista, heidän keskinäisestä suhteestaan sekä hyväksikäytön kestosta. Osa lapsista on oireettomia, osalla on hyvinkin vakavia ulkopuolisen avun tarpeesta viestittäviä oireita. Ei ole olemassa yhtä hyväksikäytetyn lapsen profiilia eikä yleisesti hyväksyttyä typologiaa seksuaalisesti hyväksikäytetyistä lapsista. Lapsen mahdolliset oireet saattavat liittyä todettuun hyväksikäyttöön. Toisaalta samankaltaiset oireet voivat syntyä myös prosesseissa, joihin ei liity hyväksikäyttöä. Hyväksikäytetyn lapsen hoito edellyttääkin lapsen tilanteen huolellista kliinistä arviointia. Yksilöity, lapsen ja hänen perheensä tarpeisiin ja resursseihin räätälöity hoitosuunnitelma laaditaan se pohjalta.

Hyväksikäytettyjen lasten hoitoon on kehitelty useita erilaisia hoitomalleja. Varhaisemmista hoitomalleista tunnetuimpia ovat ”*Child Sexual Abuse Treatment Program of Santa Clara County (CSATP)*”, ”*Ackerman’s Incest Project*”, ”*The Great Ormond Street Sexual Abuse Team (GOS)*” ja ”*Confidential Doctor Center (CDC) “Kind in Nood”*”. SERI-hoitomallit voidaan jakaa kohteensa perusteella lapsikeskeisiin ja perhekeskeisiin. Useimmilta näiltä kliinisessä hoitotyössä kehitellyiltä malleilta puuttuu tieteellistä, empiiristä näyttöä hoitomenetelmän vaikuttavuudesta. Muutamien hoitomallien vaikuttavuutta on tutkittu kontrolloiduin kokein. Näistä näyttöä omaavista, lapsikeskeisistä, hyväksyttävistä hoitomenetelmistä tunnetuimmat ovat tällä hetkellä *Trauma-focused Cognitive-Behavioral Therapy (CBT)*, *Trauma-focused Integrative-Eclectic Therapy (IET)*, *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)*, *Cognitive Processing Therapy (CPT)*, *Cognitive-Behavioral Group Therapy* ja *Dynamic Group Play Therapy*. Näyttöä omaavista perhekeskeisistä, hyväksyttävistä hoitomenetelmistä mainittakoon *Focused Treatment Interventions (FTI)*.

Kaikissa SERI-hoitomalleissa työskentelyn lähtökohtana on lapsen turvallisuuden varmistaminen. Luottamuksen rakentaminen ja toivon virittäminen ovat myös kaikille malleille yhteistä. Tavoitteet ovat myös monissa hoitomalleissa samoja. Useimmissa hoitomalleissa pyritään auttamaan lasta kertomaan hyväksikäyttökokemuksistaan, rohkaisemaan häntä ilmaisemaan tunteitaan, opettamaan hänelle turvataitoja ja kykyä sanoa ”ei” sekä auttamaan häntä vapautumaan menneisyyden trauman painolastista ja suuntautumaan toiveikkaana kohti tulevaisuutta. Teemat, joita hoidon aikana käsitellään, ovat myös monille hoitomalleille yhteisiä. Tällaisia ovat mm. suhtautuminen hyväksikäyttöön tekona, jota ei tule hyväksyä ja josta hyväksikäyttäjä on aina yksin vastuussa, syyllisyyden ja häpeän tunteet, hyljätyksi tuleminen, pelot, seksuaalisuuteen liittyvät ajatukset ja tunteet, lapsen ja muiden perheenjäsenten väliset suhteet, rentoutuminen ja stressin hallinta sekä identiteetin ja itsetunnon vahvistaminen. SERI-hoidoissa käytetyt menetelmät puolestaan vaihtelevat hoitomallien teoriaperustoista riippuen. Teoreettisilta lähtökohdiltaan erilaisissa hoitomalleissa myös terapeuttien toimintatavat saattavat poiketa huomattavastikin toisistaan.

OSA II

NUORET HYVÄKSIKÄYTTÄJÄT

6 Määritelmä ja yleisyys

Nuori hyväksikäyttäjä on 13–18-vuotias henkilö, joka kohdistaa seksuaalisen teon toiseen henkilöön vastoin tämän tahtoa, ilman tämän suostumusta käyttäen manipulatiivisia ja/tai väkivaltaisia keinoja. Joissakin tilastollisissa tutkimuksissa nuoren hyväksikäyttäjän yläikärajana pidetään 20 vuotta (ks. esim. Kauppinen, Sariola, & Taskinen 2000 ja Kjellgren 2001). Useissa kansainvälisissä tutkimuksissa on raportoitu hyväksikäyttäjistä, jotka ovat alle 13-vuotiaita (Araji 1997; Pithers et al. 1998). Iän perusteella heitä pidetään lapsina ja kirjallisuudessa korostetaan usein, että näitä lapsia ja nuoria hyväksikäyttäjiä on syytä tarkastella erillisinä ryhminä (Righthand & Welch 2001). Tässä katsauksessa keskitytään vain nuoriin hyväksikäyttäjiin.

Suomessa 1.5.1998–30.4.1999 sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisten tietoon tuli 77 tapausta (10 % kaikista), joissa alle 20-vuotiaat nuoret olivat pääepäiltyinä. Heitä epäiltiin 58 lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä. 53 lapsen kohdalla epäiltynä oli mies ja viiden lapsen kohdalla nainen. Valtaosa epäillyistä hyväksikäyttäjistä ja heidän uhreistaan tunsivat toisensa. Yli puolet oli mahdollisen uhrin tuntemia henkilöitä, jotka eivät olleet sukulaisia. Kolmasosa oli veljiä tai velipuolia ja loput 12 prosenttia muita sukulaisia kuin perheenjäseniä. Lähes puolet lapsista oli epäillyn hyväksikäytön alkaessa 3–6-vuotiaita. Yli 11-vuotiaita mahdollisia nuorten hyväksikäyttäjien uhreja oli kuitenkin enemmän kuin koko aineistossa. Nuoria epäiltiin hieman useammin kertaluonteisesta hyväksikäytöstä kuin vanhempia epäiltyjä. Yleisin epäilty teko oli sukupuoliyhdyntä (1/3) tai sen yritys (10 %). (Kauppinen, Sariola & Taskinen 2000.)

Ruotsissa vuonna 2000 sosiaali- ja terveystieteiden viranomaisten tietoon tuli yhteensä 235 nuoreen (alle 18v) henkilöön kohdistunutta hyväksikäyttöepäilyä. Määrä on vajaat 10 prosenttia kaikista ko. vuonna poliisille tehdyistä seksuaalirikosilmoituksista. Epäiltyjen keskimääräinen ikä oli 14 v 9 kk mahdollisen hyväksikäytön tapahtuessa. Kuten Suomessa myös Ruotsissa valtaosa epäillyistä hyväksikäyttäjistä ja uhreista tunsivat toisensa. Vain 9 prosentissa tapauksista he olivat toisilleen tuntemattomia. Epäillyistä uhreista 80 prosenttia oli tyttöjä. Noin puolet uhreista oli suunnilleen samanikäisiä kuin epäilty hyväksikäyttäjä ja puolet alle 12-vuotiaita. Seksuaalinen koskettelu, yhdyntä tai sen yritys oli yleisin epäilty seksuaalinen teko (81 %:ssa tapauksista). 14 prosentissa tapauksista oli käytetty väkivaltaa. (Kjellgren & Wassberg 2002.)

Suomesta ja Ruotsista raportoidut nuorten hyväksikäyttäjien osuudet (n. 10 %) kaikista hyväksikäyttöepäilyistä ovat alhaisempia kuin esim. Britanniassa ja USA:ssa. Davisin ja Leitenbergin (1987) mukaan Britanniassa alle 21-vuotiaiden osuus kaikista seksuaalirikoksista on 25–33 prosenttia ja USA:ssa vähintään 20 prosenttia rikostilastojen mukaan.

Useat tutkijat ovat esittäneet, että nuorten hyväksikäyttötekojen paljastumiskynnys on korkeampi kuin aikuisten suorittamien hyväksikäyttötekojen. Mm. James ja Neil (1996) ovat tehneet laskelmia, joiden mukaan 80–90 prosenttia nuorten tekemistä hyväksikäyttötekoista ei tule koskaan viranomaisten tietoon. Näihin prosenttilukuihin on kuitenkin syytä suhtautua varauksellisesti, sillä ne perustuvat kansallisiin selvityksiin ja/ tai hypoteettisiin arvioihin, jotka eivät välttämättä täytä luotettavien kansainvälisten vertailujen kriteereitä.

7 Nuoren hyväksikäyttäjän profiili

Kuten aikuisten hyväksikäyttäjien myös nuorten hyväksikäyttäjien ominaispiirteet ovat vaihtelevia. Ei ole olemassa yhtä nuoren hyväksikäyttäjän profiilia (Bourke & Donahue 1996). Nuorten hyväksikäyttäjien uhrit voivat olla hyväksikäyttäjää nuorempia, samanikäisiä tai vanhempia tyttöjä tai poikia. Hyväksikäyttöteot vaihtelevat verbaalisesta seksuaalisesta häirinnästä yhdyntään. Niihin liittyy vaihtelevassa määrin suostuttelua, lahjontaa, kiristystä, uhkailua ja/tai fyysistä väkivaltaa. Nuoret hyväksikäyttäjät poikkeavat toisistaan myös lapsuuden aikaisilta hyväksikäyttökokemuksiltaan, seksuaalisilta tiedoiltaan ja kokemuksiltaan, kognitiivisilta taidoiltaan ja koulumenestykseltään sekä mielenterveyteen liittyviltä ominaisuuksiltaan. (Knight & Prentky 1993; Weinrott 1996.)

Lapsuudenaikaiset hyväksikäyttökokemukset. Monet nuoret hyväksikäyttäjät ovat omassa lapsuudessaan kokeneet seksuaalista hyväksikäyttöä (ks. esim. Kobayashi et al. 1995). Kaikista lapsuudessaan seksuaalisesti hyväksikäytetyistä ei kuitenkaan tule nuoria hyväksikäyttäjiä. Yhteys lapsuuden aikaisiin hyväksikäyttökokemuksiin on monimutkainen (Prentky et al. 2000).

Bentovimin (2002) mukaan pojat, jotka ovat lapsuudessaan joutuneet seksuaalisesti hyväksikäytetyiksi, ovat potentiaalisia hyväksikäyttäjiä. Suurin riski on niillä, jotka ovat kasvaneeet väkivaltaisessa ympäristössä ja saaneet vähän vanhempien huolenpitoa osakseen. On myös viitteitä siitä, että nainen hyväksikäyttäjänä lisää pojilla riskiä kehittyä myöhemmin hyväksikäyttäjäksi (Glasser et al. 2001, Salter et al. 2003).

Naispuolisilla nuorilla hyväksikäyttäjillä on todettu olevan enemmän lapsuuden aikaisia seksuaalisia hyväksikäyttökokemuksia ja psyykkistä laiminlyöntiä kuin nuorilla miespuolisilla hyväksikäyttäjillä (Phan & Gingree 2001).

Paitsi lapsuuden aikaisten seksuaalisten hyväksikäyttökokemusten myös fyysisen pahoinpitelyn, psyykkisen ja emotionaalisen kaltoinkohtelun sekä perheväkivallan todistajaksi joutumisen on todettu olevan yhteydessä nuoriin hyväksikäyttäjiin (Ryan et al. 1996).

Sosiaaliset taidot ja ihmissuhteet. Perheen toimintahäiriöiden, kaoottisuuden, turvattomuuden, eristyneisyyden, vuorovaikutusongelmien ja väkivaltaisuuden on havaittu liittyvän nuoriin hyväksikäyttäjiin (esim. Morenz & Becker 1995, Miner et al. 1997). Monilla nuorilla hyväksikäyttäjillä on todettu merkittäviä puutteita sosiaalisissa taidoissa; emotionaalisen yksinäisyyden kokemuksia, sosiaalista eristyneisyyttä, vaikeuksia ilmaista itseään verbaalisesti, huonot kaverisuhteet, vähäinen tuki aikuisilta ja vertaisryhmältä, ongelmia oman käyttäytymisen kontrolloinnissa (Miner & Crimmins 1995, O'Halloran 2002).

Seksuaalitieto ja seksuaaliset kokemukset. Monilla nuorilla hyväksikäyttäjillä on ei-hyväksikäyttäjänuoriin verrattuna enemmän seksuaalisia kokemuksia ennen ensimmäistä hyväksikäyttötaphtumaa (Knight & Prentky 1993). Ryan et al. (1996) raportoivat 1600 nuorta hyväksikäyttäjää koskeneessa tutkimuksessaan, että vain kolmasosa nuorista yhdisti seksin rakkauteen ja toisesta ihmisestä huolehtimiseen; 23,5 prosenttia yhdisti seksin voiman ja hallitsemisen tunteeseen, 9,4 prosenttia suuttumisen purkamiseen ja 8,4 prosenttia toisen henkilön vahingoittamiseen ja rankaisemiseen.

Aikuisilla hyväksikäyttäjillä on todettu vahva yhteys poikkeavan seksuaalisen kiinnostuksen ja hyväksikäytön välillä. Nuorten hyväksikäyttäjien kohdalla ei tästä ole luotettavaa empiristä tutkimusnäyttöä (Righthand & Welsch 2001).

Tutkimustulokset pornografisen materiaalin käytön osuudesta nuoren hyväksikäyttäjän käyttäytymiseen vaihtelevat. Beckerin ja Steinin tutkimuksessa vain 11 prosenttia nuorista

hyväksikäyttäjistä ilmoitti, ettei käyttänyt pornografista materiaalia (Hunter & Becker 1994). Fordin ja Linneyn tutkimuksessa sen sijaan alle puolet (42 %) nuorista hyväksikäyttäjistä ilmoitti käyttäneensä pornografista aineistoa. Pornografisen materiaalin käyttö nuorilla seksuaaliväksikäyttäjillä oli kuitenkin selvästi yleisempää kuin nuorilla väkivaltarikollisilla (29 %) (Becker & Hunter 1997).

Kognitiiviset taidot ja koulumenestys. Tutkimustulokset nuorten hyväksikäyttäjien kognitiivisista taidoista ja koulumenestyksestä vaihtelevat. Monissa tutkimuksissa heillä on todettu runsaasti luku- ja kirjoitusvaikeuksia ja heikkoa koulumenestystä (esim. Miner et al. 1997, Donohue 1996). Toisaalta on havaittu, että lähes kolmanneksella (32 %) nuorten hyväksikäyttäjien otoksesta on ollut keskimääräistä parempi koulumenestys (Ferrera & McDonald 1996). Kirjallisuuskatsauksen perustella on esitetty arvio, jonka mukaan 1/4–1/3 nuorista hyväksikäyttäjistä kärsisi jonkin asteisesta kognitiivisiin taitoihin vaikuttavasta neurologisperäisestä puutteesta tai ongelmasta (Ferrera & McDonald 1996).

Monilla niistä nuorista hyväksikäyttäjistä, jotka ovat itse lapsuudessaan joutuneet hyväksikäytetyksi, on havaittu sellaisia kognitiivisia vääristymiä kuten uhrin syyttämistä, empatian puutetta, kyvyttömyyttä tunnistaa toisen ihmisen tunteita ja ottaa huomioon hänen näkökantojaan (Knight & Prentky 1993, Kahn & Chambers 1991).

Mielenterveys, alkoholi ja huumeet. Kliinisisä tutkimuksissa nuoriin hyväksikäyttäjiin on usein liitetty seuraavanlaisia diagnooseja: kontaktihäiriö ja epäsosiaaliset piirteet (Miner et al. 1997), käyttäytymisen kontrollointiongelmat ja elämäntyylin impulsiivisuus (Prentky et al. 2000), depressio (Becker & Hunter 1997, LeGrand & Martin 2001), itsearvostuksen puute ja pessimismi (Hunter & Figueredo 2000). Itseään nuorempia lapsia hyväksikäyttävillä on havaittu enemmän skitsoidisuuteen, välttämiskäyttäytymiseen ja riippuvuuteen liittyviä piirteitä kuin hyväksikäyttäjillä, joiden uhrin ovat suunnilleen samanikäisiä kuin hyväksikäyttäjä (Carpenter et al. 1995). Joissakin tutkimuksissa on todettu sekä nuorilla hyväksikäyttäjillä että heidän perheillään olevan enemmän psykopatologioita kuin ei-hyväksikäyttäjillä ja heidän perheillään (Ferrera & McDonald 1996).

Tutkimustulokset alkoholin ja huumeiden käytön yhteydestä nuoren hyväksikäyttäjän käyttäytymiseen vaihtelevat suuresti. Lightfoot & Barbarree (1993) raportoivat, että alkoholin tai huumeiden vaikutuksen alaisena hyväksikäyttöhetkellä olleiden nuorten hyväksikäyttäjien osuus on vaihdellut kolmesta prosentista 72 prosenttiin. Vaikka alkoholin ja huumeiden käytöllä onkin todettu olevan yhteys moneen nuoreen hyväksikäyttäjään (Minert et al. 1997, Kahn & Chambers 1991), nykytutkimusten todisteet eivät ainakaan toistaiseksi oikeuta päätelmään, jonka mukaan alkoholin tai huumeiden käytöllä olisi merkittävä osuus pyrittäessä ymmärtämään nuoren hyväksikäyttäjän käyttäytymistä (Righthand & Welch 2001).

Typologioita. Nuorten hyväksikäyttäjien tyypittelyt voidaan jakaa kolmeen luokkaan: 1. Nuoret miespuoliset hyväksikäyttäjät, 2. Sisarinsesti ja 3. Nuoret naispuoliset hyväksi-käyttäjät.

Nuoret miespuoliset hyväksikäyttäjät. Useita typologioita on kehitelty lähinnä kliinisen kokemuksen perusteella. Bera & O'Brien (1986) ovat laatineet ns. PHASE-typologian (lyhennys sanoista Programme for Healthy Adolescent Sexual Expression). Nuoret hyväksikäyttäjät on tyypitelty seitsemään luokkaan: 1. *Naiivi kokeilija* (Naive experimenter), 2. *Epäsosiaalinen hyväksikäyttäjä* (Undersocialized child molester), 3. *Näennäissosiaalinen hyväksikäyttäjä* (Pseudosocialized child molester), 4. *Seksuaalisesti aggressiivinen* (Sexual aggressive), 5. *Seksuaalisesti pakonomainen* (Sexual compulsive), 6. *Impulssikontrolloniltaan häiriintynyt* (Disturbed impulse) ja 7. *Ryhmäsidonnainen* (Group influenced).

Weinrott (1996) raportoi Gravesin kolmeluokkaisesta typologiasta: *pedofili* (pedophilic), *seksuaaliväkiväkittäjä* (sexual assault) ja *eriytymätön hyväksikäyttäjä* (undifferentiated). Weinrott (1998 a) on ehdottanut neljaluokkaista typologiaa: *nuorisorikolliset* (juvenile delinquents in general), *poikkeavasti seksuaalisesti suuntautuneet* (deviant arousal), *psykopaatit* (psychopathic offenders) ja *ne, jotka eivät sovi edellisiin luokkiin*.

Prentky et al. (2000) ovat esittäneet kuusiluokkaisen tyypittelyn: 1. *Lasten hyväksikäyttäjät* (child molesters), 2. *Raiskaajat* (rapists), 3. *Seksuaalisesti reaktiiviset lapset* (sexually reactive children), 4. *Koskettelijat* (fondlers), 5. *Eriskummalliset* (paraphilic offenders) ja 6. *Luokittelemattomat* (unclassifiable).

Tutkimusnäyttö edellä mainittujen typologioiden luotettavuudesta on vähäinen tai se puuttuu kokonaan.

Sisarinsesti. Sisarinsestiä on tutkittu melko vähän. Arajin (1997) mukaan sisarinsesti on melko yleinen, mutta aliraportoitu ja vaiettu ilmiö. Vuonna 1999 Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisten tietoon tuli 21 hyväksikäyttöepäilyä (2 % kaikista ilmitulleista tapauksista), joissa epäiltynä hyväksikäyttäjänä oli uhrin veli tai velipuoli. Uhreina oli 19 tyttöä ja kolme poikaa. Alle 20-vuotiaista epäillyistä kolmasosa oli veljiä tai velipuolia (Kauppinen, Sariola & Taskinen 2000). Ruotsissa nuoria hyväksikäyttäjiä koskevassa selvityksessä joka neljäs (25 %) uhri on todettu hyväksikäytöstä epäillyn alle 18-vuotiaan siskoksi (Kjellgren & Wassberg 2002).

Becker et al. (1986) havaitsivat, että lähes joka toisella sisartaan hyväksikäyttäneellä nuorella oli todettavissa myös muuta seksuaalisesti poikkeavaa käyttäytymistä. O'Brien (1991) vertaili sisarinsestin tekijöitä ja muita nuoria hyväksikäyttäjiä keskenään. Sisarinsestin tekijöillä oli vakavampi hyväksikäyttöhistoria, häiriintyneempi perhetausta ja enemmän lapsuuden aikaisia fyysisiä pahoinpitelykokemuksia kuin muilla nuorilla hyväksikäyttäjillä.

Cyr et al. (2002) totesivat tutkimuksessaan, että sisarinsestin seuraukset uhrille ovat yhtä vakavat kuin isä–tytär–insestissä. 90 prosenttia sekä veljien että isien hyväksikäyttämistä tytöistä osoitti traumaoireita. Isäpuolten hyväksikäyttämistä tytöistä traumaoirehti 64 prosenttia. Veljien suorittama yleisin hyväksikäyttöteko oli sukupuoliyhdyntä (71 %). Isillä vastaava prosenttiluku oli 35 prosenttia ja isäpuolilla 27 prosenttia.

Sisarinsestissä on omat erityispiirteensä, jotka tulisi huomioida sekä uhrin että hyväksikäyttäjän hoitoa suunniteltaessa ja toteutettaessa.

Nuoret naispuoliset hyväksikäyttäjät. Tutkimustulokset nuorten naispuolisten hyväksikäyttäjien yleisyydestä vaihtelevat. Suomalaisessa tutkimuksessa (Kauppinen, Sariola & Taskinen 2000) sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisten tietoon oli vuonna 1999 tullut viisi tapausta, joissa hyväksikäyttäjäksi epäiltiin alle 20-vuotiaista naista. Määrä on yhdeksän prosenttia kaikista alle 20-vuotiaiden hyväksikäyttäjiksi epäiltyjen määrästä. Ruotsissa vastaavanlaisessa selvityksessä 199:stä alle 18-vuotiaasta hyväksikäyttäjäksi epäillyistä vain kaksi oli naispuolista (1 %) (Kjellgren & Wassberg 2002). Lanen & Lobanov-Rostovskyn (1997) kirjallisuuskatsauksen mukaan 1980-luvulla tehdyissä tutkimuksissa nuorten naispuolisten hyväksikäyttäjien osuus on ollut 5–8 prosenttia. Myöhemmissä tutkimuksissa on saatu hieman korkeampia yleisyyslukuja (Araji 1997; Gray et al. 1997). Eräät tutkijat ovat esittäneet, että enemmän kuin nuorten miespuolisten hyväksikäyttäjien kohdalla nuorten naispuolisten hyväksikäyttäjien osuutta on yleisesti aliarvioitu (ks. esim. Righthand & Welch 2001).

Mathews et al. (1997) vertailivat 67 nuorta naispuolista ja 70 nuorta miespuolista hyväksikäyttäjää keskenään. Kummankin ryhmän hyväksikäyttöteoissa havaittiin yhtäläisyyksiä ja molempien ryhmien uhrin olivat pääasiassa vastakkaista sukupuolta. Nuoret naispuoliset hyväksikäyttäjät olivat kuitenkin joutuneet useammin kuin nuoret miespuoliset hyväksikäyttäjät itse hyväksikäytetyksi lapsuudessaan. Rayn & English'in (1995) tutkimuksen mukaan nuoret

naispuoliset hyväksikäyttäjät olivat kokeneet lapsuudessaan sekä seksuaalista että muuta hyväksikäyttöä enemmän kuin nuoret miespuoliset hyväksikäyttäjät. Tässä tutkimusaineistossa nuoret naispuoliset hyväksikäyttäjät olivat miespuolisia nuorempia ja käyttivät vähemmän väkivaltaisia keinoja kuin nuoret miespuoliset hyväksikäyttäjät.

Nuoret naispuoliset hyväksikäyttäjät ovat hyväksikäyttäneet pieniä lapsia varsin usein lastenhoitotilanteissa (Bumby & Bumby 1997). Tutkimuksissa on raportoitu depression, ahdistuneisuuden, alhaisen itsetunnon, itsetuhoajatusten ja lapsuudessa koetun hyväksikäytön uhriksi joutumisen olevan yhteydessä nuoriin naispuolisiin hyväksikäyttäjiin (Hunter & Becker 1994; Bumby & Bumby 1997).

8 Kliininen arviointi

Nuorten hyväksikäyttäjien ominaispiirteiden laajasta kirjosta johtuen kliinisen arvioinnin merkitys korostuu nuorten hyväksikäyttäjien hoidon ja muiden tukitoimien suunnittelussa. Kliiniseen arviointiin kuuluu tavallisesti nuoren fyysisen ja psyykkisen terveydentilan, perhetilanteen ja sosiaalisten suhteiden selvittäminen sekä tulevaisuudessa mahdollisesti tapahtuvaan hyväksikäyttöön liittyvien riskitekijöiden ennakointi (ks. esim. Righthand & Welch 2001).

Nuoren hyväksikäyttäjän haastattelu. Nuoren hyväksikäyttäjän haastattelu on kliinisessä arvioinnissa keskeisessä asemassa. Sen avulla pyritään arvioimaan nuoren hoidon ja muiden tukitoimien edellytyksiä. Amerikan lasten ja nuorisopsykiatrien akatemian ohjeistuksen mukaan (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1999)) nuoren hyväksikäyttäjän haastattelussa tulisi kerätä tietoa seuraavilta alueilta:

1. seksuaalisuuden ja aggressiivisuuden kehityksessä ilmenneet piirteet (The Sexual-Aggressive History),
2. psykososiaalisen kehityksen piirteet (Developmental and Psychosocial History),
3. fyysisen ja psyykkisen terveydentilan kehitys (Medical and Psychiatric History),
4. koulumenestys (School History) ja
5. psyykkisen tilan arviointi (Mental Status Examination).

Useiden tietolähteiden hyödyntäminen. Useat tutkijat korostavat sitä, että nuoren hyväksikäyttäjän vanhempia ja tarvittaessa myös muita perheenjäseniä tulisi haastatella ja sitouttaa hoito-ohjelmaan (Becker & Kaplan 1993; Morenz & Becker 1995; Bonner et al. 1998). Arviointien luotettavuus lisääntyy, mikäli nuoresta hyväksikäyttäjistä saadaan tietoa useista tietolähteistä esim. potilasasiakirjoista, oikeuden pöytäkirjoista ja koulutodistuksista (Becker & Hunter 1997).

Psykologisten testien käyttö. Kirjallisuudessa suositellaan psykologisten testien käyttöä nuoren persoonallisuuden ominaisuuksien, mahdollisten psykopatologioiden, seksuaalisen käyttäytymisen ja kognitiivisten taitojen kartoittamiseksi (ks. esim. Kraemer et al. 1995). Hyväksikäyttäjän tunnistamiseksi, diagnosoimiseksi tai luokittelemiseksi psykologiset testit eivät kuitenkaan sovellu (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1999).

Poikkeavan seksuaalisen suuntautumisen arviointi. Aikuisilla usein käytettyihin ns. *phallometriin testauksiin*, joissa mitataan hyväksikäyttäjän erektion voimakkuutta erilaisiin seksuaalisiin ärsykkeisiin, tulisi nuorten kohdalla, lähinnä eettisistä syistä, suhtautua erityisellä varovaisuudella (Bourke & Donahue 1996; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1999). Nuorten hyväksikäyttäjien seksuaalisen suuntautumisen arvioinnissa on käytetty mm. Abelin kehittämää psykofysiologista mittaria *Abel Assessment for Interest in Paraphilias* (Abel Screening, Inc. 1996). Mittarin validiteettia ja reliabiliteettia on empiirisiin tutkimustuloksiin nojaten myös kyseenalaistettu (Smith & Fisher 1999).

Hyväksikäytön uusimisen riskin arviointi. Tutkimustulokset hyväksikäytön uusimisesta (*residivismi*) vaihtelevat. Varhaisempien tutkimusten mukaan nuorista hyväksikäyttäjistä 8–14 prosenttia uusii tekonsa (Rasmussen 1999, Sipe et al. 1998). Muihin kuin seksuaalirikoksiin syyllistyneiden nuorisorikollisten rikoksenuusintatodennäköisyys on suurempi (16–54 %) (Righthand & Welch 2001). Hanson et al. (2003) toteavat, että seuranta-aika vaikuttaa residivimitutkimusten tuloksiin. Heidän mukaansa seurantatutkimuksissa tyypilliset residivimiluvut kaiken ikäisten hyväksikäyttäjien kohdalla ovat: viisi vuotta seurannan jälkeen 10–15 prosenttia, 10 vuoden

jälkeen 20 prosenttia ja 20 vuoden jälkeen 30–40 prosenttia. Heidän näkemyksensä mukaan em. luvut ovat ehkä aliarvioituja, koska kaikki uusijat eivät tule ilmi. Useissa tutkimuksissa on kuitenkin todettu, että nuorten hyväksikäyttäjien residivismi on merkittävästi alhaisempi kuin aikuisten hyväksikäyttäjien. Esim. (Alexander) 1999 seurasi 1000 nuorta hyväksikäyttäjää 3–5 vuotta ja vertaili heitä aikuisiin hyväksikäyttäjiin. Nuorten hyväksikäyttäjien residivismiaste oli 7,1 prosenttia ja aikuisten hyväksikäyttäjien 13 prosenttia.

Empiiristä näyttöä siitä, mitkä tekijät ennustavat nuorilla hyväksikäyttäjillä residivismiä, on niukalti. Weinrott (1998 b) toteaa, että tutkimusten mukaan seuraavat tekijät ovat yhteydessä residivismiin: psykopatia, poikkeava seksuaalinen suuntautuneisuus, kognitiiviset vääristymät, aiemmin tehdyt seksuaalirikokset, uhrin syyttäminen ja uhkailun/väkivallan käyttö. Hudson et al. (2002) havaitsivat tutkimuksessaan, että ns. ”tunneskaalat” eivät yleensä ennusta hyvin residivismiä. Sen sijaan hyväksikäyttäjän empatiaorientoituminen ja fantasiointi olivat yhteydessä residivismiin.

Empiiriseen näyttöön perustuvia arviointivälineitä hyväksikäytön uusimisen riskin arvioimiseksi nuorilla hyväksikäyttäjillä ollaan kehittämässä (esim. Prentky et al. 2000, Curven 2003). Esimerkkinä tällaisesta arviointivälineestä mainittakoon *J-SOAP-II*, jota on kuvailtu tiivistetysti liitteessä 1.

9 Nuoren hyväksikäyttäjän auttaminen

Alan kirjallisuudessa korostetaan, että nuorten hyväksikäyttäjien kohdalla *juridiset rangaistus-toimenpiteet* eivät saisi jäädä ainoiksi interventioiksi. Koska nuoren henkilön persoonallisuus ja käyttäytyminen eivät ole vielä vakiintuneet, pääpaino tulisi olla nuoren *auttamisessa*. Keinoina ovat *hoito ja muut tukitoimet*. Hoitoa tarjoavat terveydenhuollon ammattilaiset. Sillä pyritään vaikuttamaan nuoren nykyiseen ja tulevaan käyttäytymiseen. Sosiaaliviranomaiset puolestaan tarjoavat muita tukitoimia, joita ovat esim. nuoren asumiseen, opiskeluun, työpaikan hankintaan ja toimentuloon liittyvät järjestelyt. Tällaiset tukitoimet muodostavat merkittävän osan useimmissa nuorten hyväksikäyttäjien auttamisohjelmissa. Tässä kirjallisuuskatsauksessa keskitytään kuitenkin ensisijaisesti nuorten hyväksikäyttäjien hoitoon liittyviin kysymyksiin.

Hoidon tavoitteet

Kirjallisuudessa on usein korostettu sitä, että nuorten hyväksikäyttäjien hoito poikkeaa tavanomaisesta psykoterapiasta siinä, että hoidon keskeisenä tavoitteena on suojella yhteisöä so. estää hyväksikäytön uusiintuminen (ks. esim. NAPN 1993). Muita tavoitteita ovat mm: auttaa nuoria kontrolloimaan käyttäytymistään, vähentää poikkeavaa seksuaalista suuntautuneisuutta, edistää sellaista seksuaalikäyttäytymistä, joka ei vahingoita toisia, kehittää empatia-suuntautuneisuutta, edistää sosiaalisten taitojen kehittymistä, oikaista kognitiivisia vääristymiä ja selkeyttää nuorten arvomaailmaa. (Ks. esim. Becker & Hunter 1997, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1999.)

Erityisohjelmien yhteisenä piirteenä on pyrkimys auttaa nuorta hyväksikäyttäjää ottamaan täysi vastuu teoistaan (Righthand & Welch 2001). Tavoitteena on auttaa nuorta palaamaan takaisin ns. normaaliin elämään. Hoito toteutetaan terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja valvontaviranomaisten yhteistyönä (CSOM 2002).

Erilaisia hoito-ohjelmia

Erityisesti USA:ssa, Kanadassa ja Britanniassa julkaistussa kirjallisuudessa on raportoitu useista erilaisista nuorten hyväksikäyttäjien hoito-ohjelmista. Näihin kuuluu yleisiä mielenterveyttä edistäviä terapioita (mm. yksilöpsykoterapia, perheterapia, ympäristöterapia), rikolliseen käyttäytymiseen suunnattuja ohjelmia (mm. Multi-Systemic Therapy (MST), luontoleirit, nuorisokodit (juvenile group homes)) sekä nuorille hyväksikäyttäjille kehiteltyjä erityishoito-ohjelmia (Chaffin 2003). Monet näistä erityisohjelmista pohjautuvat aikuisten hyväksikäyttäjien hoidossa käytettyihin ohjelmiin. Ohjelmia onkin arvosteltu siitä, että niissä ei riittävästi huomioida nuorten hyväksikäyttäjien ja aikuisten hyväksikäyttäjien eroja (Association for the Treatment of Sexual Abuser 1997).

Yleisimmät nykyisin käytössä olevat nuorten hyväksikäyttäjien hoito-ohjelmat voidaan jakaa kolmeen ryhmään: 1. *kognitiivis-behavioraaliset ohjelmat*, 2. *psykososiaaliset terapiat* ja 3. *psykofarmakologiset hoidot*.

Kognitiivis-behavioraaliset ohjelmat

Näillä ohjelmilla pyritään muuttamaan hyväksikäyttäjän poikkeavaa seksuaalista suuntautuneisuutta, lisäämään hyväksyttävää seksuaalista suuntautumista, korjaamaan kognitiivisia vääristymiä ja parantamaan hyväksikäyttäjän vuorovaikutustaitoja (Nicholaichuk & Yates 2002). Tavallisesti ohjelmiin sisältyy kolme erillishjelmaa: *psykoedukaatio* (psycho-educational), *käyttäytymisen muuttaminen* (behavioral) ja *hyväksikäytön uusinnan ehkäisy* (relapse prevention).

Psykoedukaatio (so. neuvonnassa ja ohjauksessa, jossa annetaan tietoa häiriöstä ja sen fyysisistä ja psyykkisistä vaikutuksista) keskusteluteemoina voivat olla muun muassa seksuaalisuus, seksuaalinen poikkeavuus, kognitiiviset vääristymät, ihmissuhteet, aggression ja seksuaalisten impulssien hallinta, uhrin tiedostaminen/tunteiden ymmärtäminen, suuttumuksen käsittely, tunteiden tiedostaminen, stressi ja sen hallinta sekä itsetuntemus.

Käyttäytymisen muuttamisohjelmalla pyritään vaikuttamaan nuoren poikkeavaan seksuaaliseen kiinnostukseen käyttämällä erilaisia ehdollistamiseen perustuvia tekniikoita. Näitä ovat mm. ”*Covert Sensitization*”, ”*Aversion Therapy*”, ”*Sexual Arousal Reconditioning*”, ”*Imaginal Desensitization*”, ”*Biofeedback*”, ”*Vicarious Sensitization*” ja ”*Satiation Therapy*”. Tarkempi kuvaus näistä tekniikoista on esitetty luvussa ”*Käyttäytymisen muuttamisohjelmia*” (s. 48).

Hyväksikäytön uusinnan ehkäisyohjelma (Relapse Prevention, RP) on alun perin kehitelty päihde- ja huumeriippuvaisten hoitoon. Pyrkimyksenä on auttaa hyväksikäyttäjää tiedostamaan hyväksikäyttöprosessin eri vaiheet, ns. ”*hyväksikäyttökehä/-ketju*”, tunnistamaan hyväksikäyttöön johtaneet tekijät ja löytämään kehän/ketjun murtamiseksi tarvittavia uusia strategioita. Usein laukaisevien tekijöiden on havaittu olevan yhteydessä sellaisiin nuoren PTSD-kokemuksiin, joihin on liittynyt pelkoa, avuttomuutta ja/tai kauhua (MCMackin et al. 2002). Tämä hoitomalli on nykyisin yleisessä käytössä mm. Britanniassa ja Pohjois-Amerikassa (Laws & Marshall 2003) sekä Ruotsissa (Kjellgren 2000).

Psykososiaaliset terapiat

Psykososiaalisia terapioida ovat erilaiset yksilöpsykoterapiat, perheterapiat, ryhmäterapiat ja terapeutin yhteisön käyttö.

Yksilöpsykoterapioita käytetään nuorten hyväksikäyttäjien hoidossa yleensä yhdessä muiden hoitomuotojen kanssa. Ainoana hoitokeinona sen tulokset ovat kyseenalaiset. Yksilöpsykoterapiasta hyötyvät erityisesti ne nuoret hyväksikäyttäjät, joilla on lapsuuden aikaisia traumaattisia kokemuksia seksuaalisen hyväksikäytön kohteeksi joutumisesta. (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1999).

Perheen kytkemistä nuoren hyväksikäyttäjien hoitoon pidetään alan kirjallisuudessa hyvin tärkeänä (ks. esim. Gray & Pithers 1993 ja Rasmussen 1999). *Perheterapiat* ovat hyödyllisiä erityisesti niissä sisarinsesteissä, joissa nuori hyväksikäyttäjä jatkaa asumistaan ydinperheessään tai on palaamassa sinne laitoshoidon/sijoituksen päätyttyä (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1999).

Ryhmäterapioida ja terapeutin yhteisöjä on käytetty hoidettaessa nuoria hyväksikäyttäjiä, jotka ovat taipuvaisia kieltämään tai vähättelemään hyväksikäyttö-tekijaan. Terapiaryhmissä ja yhteisössä nuorta pyritään auttamaan keskustelujen avulla ymmärtämään oikeiden ja väärin tekojen eroja, toisten ihmisten näkökulman huomioimista ja jokaisen yksilön vastuuta omista teoistaan. Lawson (2003) raportoi ryhmäterapiasta, jossa tavoitteena oli luoda jokaiselle nuorelle hyväksikäyttäjälle uusi ”menestystarina” (becoming a success story) yhteisön ja nuorten perheiden tuella.

Psykofarmakologiset hoidot

Psykofarmakologisten hoitojen tavoitteena on vaikuttaa hormonitasolla hyväksikäyttäjän seksuaaliseen käyttäytymiseen. Testosteroni on seksuaalisen käyttäytymisen keskeisin hormonisäätelijä. Testosteronitasoon on pyritty vaikuttamaan mm. seuraavilla antiandrogeenilääkkeillä ”Cyproterone Acetate (CPA)”, ”Medroxyprogesterone (MPA)” ja ”Long-Acting Analogues of Gonadotropin-Releasing Hormone (GnRH)” (Rösler & Witztum 2000).

Pedofiliseen käyttäytymiseen liittyvää pakonomaisuutta on tutkimusten mukaan onnistuttu vähentämään ns. *serotoniinisäätelijöillä* (”Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)”). Näitä ovat mm. ”Fluoxetine”, ”Fluvoxamine”, ”Clomipramine”, ”Desipramine” ja ”Sertlaline” (Grubin 2000).

Antiandrogeenilääkitystä ei suositella käytettäväksi alle 17-vuotiaille (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1999). Tutkimusten mukaan psykofarmakologisella hoidolla saadaan parhaat tulokset silloin, kun se yhdistetään muihin hoitomuotoihin.

Käyttäytymisen muuttamisohjelmia

Covert Sensitization

”*Covert Sensitization*” on USA:ssa yleisimmin käytetty menetelmä pyrittäessä muuttamaan nuorten hyväksikäyttäjien poikkeavaa seksuaalista suuntautuneisuutta (Burton & Smith-Darden 2000). Sen tavoitteena on ehkäistä hyväksikäyttötapahtuma sekä käyttäytymisen että kuvittelun tasoilla. Menetelmä perustuu ehdollistamiseen. Siinä poikkeavaan seksuaaliseen mielikuvaan pyritään ehdollistamaan jokin negatiivinen seuraamus. Hyväksikäyttäjälle esitetään kertomus, jossa on kolme osaa: 1. Hyväksikäyttäjälle tyypillinen, mielihyvää tuottava, poikkeava seksuaalinen fantasia, 2. Negatiivinen seuraamus (esim. inho, tuska, nöyryytys, häpeä), 3. Vapautuminen negatiivisesta seuraamuksesta toimimalla toisin.

Ennen hoidon aloittamista terapeutti kerää hyväksikäyttäjältä tietoja hänen seksuaalisen kiinnostuksensa kohteistaan, seksifantasioistaan ja hyväksikäyttötilanteista. Terapeutti laatii näiden tietojen pohjalta hoidossa käytettävän kertomuksen. Istunnot aloitetaan ja lopetetaan rentoutumistaukoilla. Hoito edellyttää useita toistokertoja. Hoitojen minimikesto vaihtelee 10 päivästä 12 viikkoon. Jotkut hoidot saattavat kestää jopa yli kuusi kuukautta.

Esimerkki menetelmän käytöstä (Lähde: Maletzky Barry M. (1991). *Treating the sexual offender*, Newbury Park, California: Sage Publications. Esimerkin suomennos: Jorma Antikainen.)

”Olet jälleen etsimässä itsellesi seksiseuraa. Menet videokaupan luo, jossa on tavallisesti poikia. Tuossapa onkin eräs, ehkä noin 13–14-vuotias. Hän on niin kaunis, vaalea, siniset silmät, juuri puberteetin saavuttanut. Tarjoudut viemään hänet autollasi hänen kotiinsa, ja hän suostuu siihen. Pysäköit autosi hänen kotinsa eteen ja laitat kätesi hänen hartioilleen. Hän ei estele – hän pitää kosketuksestasi. Alat hyväillä hänen hartioitaan ja niskaansa. Avaat hitaasti hänen housunsa vetoketjun, kosketat hänen penistään ja hyväilet sitä. Kuulet hänen raskaan hengityksensä, kun kosketat kielelläsi hänen penistään... mutta äkkiä tunnet voimakkaan, inhottavan tuoksun, ikään kuin pilaantunut, mädäntynyt liha. Katsot hieman tarkemmin ja näet, että pojan peniksen alaosassa on haava. Se on punainen ja täynnä mätää. Haavasta tihkuu nestettä ja verta. Mätää on mennyt jo suuhusi ja nieluusi. Se on inhottavaa. Oksennat hänen päällensä. Omat vaatteesi ovat myös oksennuksessa. Ällöttävä oksennus valuu pitkin ihoasi. Oksennuksen haju on sietämätön. Lähdet autosta etsimään rättiä, jotta voisit puhdistaa itseäsi. Kun menet pois pojan luota, inhottava haju häviää ja voit hengittää raikasta ilmaa.... Nyt voit jälleen rentoutua.”

Aversion Therapy

Vieroitusterapiaa käytettiin ensimmäisen kerran noin 70 vuotta sitten pyrittäessä parantamaan homoseksuaaleja. Hyväksikäyttäjien hoidossa sen tavoitteena on ehkäistä hyväksikäyttötahtuma sekä käyttäytymisen että kuvittelun tasoilla. Menetelmä perustuu ehdollistamiseen. Menetelmässä käytetään apuna seksuaalisia valokuvia tai videoesityksiä. Ne sisältävät sekä ns. normaaleja että poikkeavia seksuaalisia ärsykeitä. Mikäli poikkeava seksuaalinen ärsyke aiheuttaa hyväksikäyttäjälle seksuaalisen kiihottumisen, hänelle tuotetaan epämiellyttävä elämys ts. rangaistus. Epämiellyttävinä ärsykkeinä käytetään esim. sähköshokkia, hajuja (mm. ammoniakkaa ja hajusuolakapseleita) sekä makuja (mm. Propantheline-tabletteja, jotka imeskellen maistuvat kitkerille ja inhottaville). (Ks. esim. Maletzky 1991.)

Eräs aversioterapian sovellus on ns. *häpeäterapia* (shame therapy). Siinä hyväksikäyttäjä näyttölee hyväksikäyttötilanteen katsojille. Katsojina ovat terapeuhenkilöstö ja/tai hyväksikäyttäjän perheenjäsenet, jotka eivät saa reagoida esitykseen. (Ks. esim. McGrath et al. 1998.)

Imaginal Desensitization

Mielikuvituksen avulla toteutetun poisherkeistämisen tavoitteena on vähentää hyväksikäyttäjän poikkeavaa seksuaalista suuntautuneisuutta. Lihasantoutus on olennainen osa menetelmää. Aluksi terapeutti opettaa hyväksikäyttäjälle lihasrentoutustekniikkaa. Tämän jälkeen hän pyytää hyväksikäyttäjää kuvittelemaan ja kuvailemaan voimakasta ahdistusta ja ristiriitaisia tunteita tuottavia tilanteita, jotka tavallisesti edeltävät hyväksikäyttötekoa. Kun voimakkaat tunteet ovat aktivoituneet hyväksikäyttäjässä, terapeutti kehottaa häntä rentoutumaan käyttämällä opittua lihasrentoutustekniikkaa. (Ks. esim. Maletzky 1991.)

Sexual Arousal Reconditioning

”*Seksuaalisen kiihottumisen uudelleenehdollistamis*” -menetelmän tavoitteena on vähentää poikkeavaa seksuaalista suuntautuneisuutta ja samanaikaisesti vahvistaa hyväksyttävää seksuaalista käyttäytymistä. Terapiassa voidaan käyttää apuna seksuaalisia valokuvia. Aluksi terapeutti pyytää hyväksikäyttäjää katselemaan tai kuvittelemaan kiihottavia, poikkeavia seksuaalisia kohteita. Ennen kiihotuksen huippua terapeutti vaihtaa katseltavan tai kuviteltavan seksuaalisen ärsyksen poikkeavasta ns. normaaliksi.

Biofeedback

”*Biopalaute*” -menetelmässä käytetään apuna plethysmographia, so. laitetta, joka rekisteröi hyväksikäyttäjän erektion voimakkuutta. Laitteeseen on kytketty valolaite, jonka hyväksikäyttäjä näkee. Valo syttyy, kun hän kiihottuu seksuaalisesti. Hyväksikäyttäjälle näytetään seksuaalisia kuvia. Kun hänelle näytetään poikkeavia seksuaalisia ärsykeitä, terapeutti kehottaa häntä pyrkimään olemaan kiihottumatta. Jos hän kuitenkin kiihottuu, punainen lamppu syttyy palamaan. Menetelmää voidaan käyttää myös vahvistamaan toivottuja reaktioita. Jos hyväksikäyttäjä kiihottuu silloin, kun hänelle esitetään hyväksyttävä seksuaalinen ärsyke, vihreä valo syttyy lamppuun.

Vicarious Sensitization

Vahinkovastuuseen hermistämisen menetelmän tavoitteena on auttaa hyväksikäyttäjää ymmärtämään, miksi hyväksikäyttö on tuomittavaa ja väärin. Hyväksikäyttäjälle näytetään videonauhoja hyväksikäytöstä ja sen seurauksista. Uhrin kokemukset, tunteet ja ajatukset tuodaan tällöin korostetusti esille. Terapiassa hyväksikäyttäjälle näytetään myös videotallenteita, joissa hyväksikäyttäjän vanhemmat, hänen kaverinsa, opettaja, poliisi ja entiset hyväksikäyttäjät tuomitsevat hyväksikäytön. (Ks. esim. Weinrott et al. 1997.)

Satiation Therapy

”*Kyllästämisterapia*” perustuu oletukseen, jonka mukaan poikkeavat seksuaalifantasiat vähenevät ja häviävät kokonaan, kun niitä toistetaan kyllästymiseen saakka. Kyllästämisterapiassa on käytetty useita erilaisia menetelmiä. Näistä tunnetuimpia ovat ”*Verbal satiation*” ja ”*Masturbatory satiation*”.

”*Verbal satiation*”-menetelmässä hyväksikäyttäjälle näytetään seksuaalisia kuvia, jotka herättävät hänen poikkeavan seksuaalisen kiinnostuksensa. Kiihotustilan aikana hän kuvailee verbaalisesti tunteuksiaan. Tämän hyväksikäyttäjä voi suorittaa myös ollessaan yksin esim. omassa huoneessaan sanellen nauhuriin tunteuksiaan noin 20–30 minuutin ajan, kolme kertaa viikossa. Hoito voi kestää useita kuukausia.

”*Masturbatory satiation*”-menetelmässä terapeutti rohkaisee aluksi hyväksikäyttäjää muodostamaan seksifantasian, joka on sosiaalisesti hyväksyttävä sisältäen kahden ihmisen välisen tasa-vertaisen suhteen, kiintymyksen ja hellyyden. Tämän jälkeen terapeutti kehottaa hyväksikäyttäjää masturboimaan ejakulaatioon saakka ja pitämään tämän hyväksyttävän fantasian mielessään koko ajan. Ejakulaation jälkeen hänen on jatkettava välittömästi masturbointia noin 30 minuuttia ja kohdistettava mielikuvansa hyväksikäyttötilanteisiin ts. ajateltava ei-hyväksyttäviä seksuaalisia kohteita. (Ks. esim. Shaw 1999.)

Arviointia. Edellä mainitut käyttäytymisen muuttamismenetelmät on kehitelty pääasiassa aikuisten hyväksikäyttäjien hoitojen yhteydessä. Jotkut näistä menetelmistä tuottavat hyväksikäyttäjille psyykkistä ja joskus myös fyysistä kipua. Näitä menetelmiä onkin kritisoitu epäeettisiksi. Erityisesti nuorten hyväksikäyttäjien kohdalla niiden käyttöön on syytä suhtautua varauksellisesti. (Ks. esim. Bourke & Donohue 1996, CSOM 1999.)

Laaja-alaisia hoito-ohjelmia

Seuraavassa esitellään esimerkinomaisesti tiivistelmät kahdesta nuorten hyväksikäyttäjien hoito-ohjelmasta. ”*Personal/ Social Awareness (P/SA)*” edustaa SERI-hoitomallien klassikkoja. Sen alkujuuret ulottuvat 1970-luvulle. Myös *Multisystemic Therapy (MST)* -ohjelman kehittämistyö aloitettiin jo 1970-luvulla. Nykyisin se on käytössä useissa maissa eri puolilla maailmaa, mm. Norjassa ja Ruotsissa. Ohjelman omistajan ilmoituksen mukaan esim. vuonna 2004 Norjan perheasioista vastaava ministeriö oli hankkinut 18 ohjelman käyttöön oikeuttavaa lisenssiä. Ruotsiin oli lunastettu seitsemän lisenssiä.

Personal/Social Awareness (P/SA)

Personal/Social Awareness (P/SA)- ohjelman kehittäminen aloitettiin vuonna 1977 Minnesotassa, USA:ssa, lutherilaisen kirkon sosiaalipalvelujen projektina. Ohjelma tunnetaan myös nimellä “*The Mended Heart: The Comprehensive Sexual Health Model Treatment Program for Adolescent Sex Offenders.*” Ohjelman kehittämisestä on vastannut *William Seabloom*. Ohjelmaa toteutettiin aktiivisesti 17 vuotta. Vuonna 2002 tehtyyn seurantatutkimukseen osallistui 122 hoito-ohjelmassa mukana ollutta nuorta hyväksikäyttäjää ja 369 heidän perheittensä jäsentä.

Teoriaperusta: Lapsen terve seksuaalisuus (Samson 1980; Levine 2002), Sosiaalisen ryhmätyön teoria (Konopka 1983), Perhesysteemien teoria (Maddock & Larson 1995), Hermeneutiikka (Gadamer 1989; Moustakas 1990)

Kohderyhmä: Nuoret hyväksikäyttäjät ja heidän perheensä

Tavoitteet ja toteutus:

- Ohjelmassa korostetaan sekä nuoren että hänen perheenjäsentensä yksilöllisten tarpeiden huomioimista. Perhekeskeisyys ja yhteisöllisyys nähdään keskeisenä voimavarana nuoren hoidossa. Nuoren suhteita omaan perheeseen, lähiyhteisöön ja yhteiskuntaan pyritään kehittämään erilaisten interventioiden avulla.
- Hoito-ohjelma aloitetaan kliinisellä arvioinnilla. Osallistujat arvioidaan sekä yksilö- että perhetapaamisissa. Niissä kootaan tietoja perheen historiasta ja nuoren seksuaalisen kehityksen vaiheista. Psykologi tekee tutkimuksensa pohjalta arvion nuoren psyykkisestä tilasta. Vanhemmille ja muille perheenjäsenille suositellaan kliinisen haastattelun lisäksi MMPI-arviointia.
- Nuorten yksilölliseen hoitoon kuuluu mahdollisuus osallistua 3 h kestävään, viikottain kokoontuvaan psykoterapiaryhmään ja 1 h mittaiseen yksilöterapiaan joka toinen viikko.
- Nuorten perhekeskeiseen hoitoon kuuluu kahden tunnin mittainen perheterapiaistunto joka toinen viikko.
- Yhteisöllisyyttä hoito-ohjelmassa edustaa 27 tunnin kestoinen ns. ”Marathon”-istunto joka toinen kuukausi. Tässä laajennetun ryhmän istunnossa nuorella on tilaisuus saada kokemuksia yhteisössä elämisestä. Toimintoina ovat syöminen ja nukkumisen lisäksi myös mm. uiminen, saunominen ja hieronta. Yhteisökeskeiseen hoitoon kuuluu myös kaksi kertaa vuodessa järjestettävä kahden päivän perhematka, johon voivat osallistua yhdeksän vuotta täyttäneet lapset ja kaikki aikuiset. Osallistujien määrä on n. 50–80 henkilöä/perhematka. Toimintamuotoihin kuuluu mm. yhteisäteriointia, musiikkia, mietiskelyä ja hengellisiä tilaisuuksia.
- Vanhempien hoito-ohjelmaan kuuluu mahdollisuus osallistua viikottain kokoontuvaan vanhempain ryhmään ja joka toinen viikko järjestettävään perheterapiaan. Molempien kesto on kaksi tuntia/kerta. Lisäksi vanhemmat voivat osallistua kaksi kertaa vuodessa järjestettävälle kahden päivän perhematkalle.

Hoidon kesto: keskimäärin noin 1 vuosi 4 kk

Tutkimusjulkaisu:

Seabloom, W. et al. (2003). The Mended Heart: Predictors of Successful Completion, Subsequent Criminal Recidivism and Treatment Implications in a 14 – 24 Years Follow-Up Study of a Comprehensive Sexual Health Model Treatment Program for Adolescent Sex Offenders, *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, Special Edition: Sex-Offender Treatment, vol 47, Number 4, August 2003

Menetelmän käyttökelpoisuus (Saunders et al. 2004): Ei sisällynyt arvioituihin hoito-ohjelmiin

Multisystemic Therapy (MST)

MST-ohjelma kehitettiin alun perin 1970-luvun lopulla USA:ssa. Sen avulla pyrittiin vähentämään nuorisorikollisuutta, nuorten huumeiden ja päihteiden käyttöä, nuorten sijoittamista kodin ulkopuolisiin laitoksiin sekä säästämään yhteiskunnan kustannuksia. Nykyisin kohderyhmä on laajentunut. MST-ohjelman omistaja *Family Services Research Center* (Medical University of South Carolina) on ilmoittanut ohjelman sopivan käyttäytymis- ja sopeutumisongelmallisille, väkivaltarikoksiin syyllistyneille, yhteiskunnan vastaisiin jengeihin sitoutuneille, koulupinnareille ja koulunsa keskeyttäneille, päihde- ja huumeongelmallisille sekä sijaishuollon mahdollisessa tarpeessa oleville 10–18-vuotiaille nuorille ja heidän vanhemmilleen. Ohjelma ei sovellu vanhempiensa hylkäämille lapsille, autistisille, kehitysvammaisille (ÄO < 70), akuuteissa kriiseissä, esim. psykooseissa tai itsemurhavaarassa oleville eikä myöskään niille nuorille hyväksikäyttäjille, joiden elämäntilanteessa ei ilmene muita ongelmia.

MST-ohjelman käyttöoikeus on maksullinen. Ohjelman omistaja järjestää uusille ostajille 5 pv:n koulutuksen, myöntää lisenssin ja antaa työnohjausta ja konsultaatiota. Työnohjaajana on ”doctoral”-tason klinikkko. Konsulttina toimii ”MST-ekspertti”, joka antaa viikoittain puhelin-konsultaatiota. MST-terapeuteilta vaaditaan ”master”- tai ”bachelor”-tason koulutus.

Teoriaperusta: MST-ohjelman teoreettisena viitekehyksenä on Bronfenbrennerin (1979) *sosiaalis-ekologinen teoria*. Sen mukaan nuoren käyttäytymiseen vaikuttaa monentasoisia systeemejä mm. perhe, kaverit, koulu ja yhteisö. Systeemejä ja niiden välisiä suhteita tutkimalla käyttäytymisen ongelmat tulevat ymmärrettäviksi. *Systeeminen perheterapia* (Minuchin 1974), *ratkaisukeskeinen perheterapia* (Haley 1976) ja *tutkimukset epäsosiaalisesta käyttäytymisestä* (Henggeler 1991) ovat myös vaikuttaneet MST-ohjelman muotoutumiseen.

Perusperiaatteet: MST-ohjelmassa korostetaan nuoren huoltajien merkitystä. He ovat avainasemassa. Ohjelman tuloksellisuus riippuu oleellisesti siitä, kuinka hyvin huoltajat ovat sitoutuneet ohjelman toteutukseen. He eivät kuitenkaan ole vastuussa tuloksista. Niistä vastaavat ohjelman toteuttajat. Oleellista on terapeuttien taito tiedostaa ongelmien systeemiset yhteydet. Interventiot toteutetaan tutkitun tiedon pohjalta. Hoito pyritään järjestämään mahdollisimman intensiiviseksi. Hoidon etenemistä arvioidaan systemaattisesti.

Ohjelman toteutus: Hoitotiimi vastaa ohjelman toteutuksesta. Tiimiin kuuluu tavallisesti kolme terapeuttia. Hoito tapahtuu pääsääntöisesti perheen kotona. Perhettä tavataan joskus päivittäin tai ainakin useita kertoja viikossa. Perhe voi ottaa työntekijöihin yhteyttä milloin tahansa (so. 24 h/7pv/vko). Hoito kestää n. 4–6 kuukautta. Hoitokertojen määrä on n. 30–75. Kukin terapeutti työskentelee samanaikaisesti 4–6 perheen kanssa ja osallistuu vuoden aikana noin 15 perheen hoitoon.

Hoidon tavoitteet laaditaan yhdessä nuoren, hänen perheensä ja mahdollisen lähiverkoston kanssa. Tällöin kartoitetaan identifioituneet ongelmat ja niiden systeemiset yhteydet. Systeemin vahvuuksiin kiinnitetään erityistä huomiota, sillä niitä käytetään muutoksen välineinä.

Oleellisen osan hoito-ohjelmasta muodostavat *interventiot*, joilla pyritään edistämään perheenjäsenten vastuullista käyttäytymistä. Interventioiden tulee olla nykyisyyteen ja toimintaan suunnattuja, tavoitteena selkeästi määriteltyjen ongelmien ratkaiseminen. Niillä pyritään aktivoimaan perheenjäsenet päivittäiseen tai viikoittaiseen toimintaan. Hoidossa korostetaan positiivisuutta. Interventiot suunnitellaan siten, että ne sopivat nuoren kehitystilanteeseen. Keskeisenä tavoitteena ovat interventiot, jotka kohdistuvat systeemin sisäisiin ja systeemien välisiin ongelmia ylläpitäviin käyttäytymistapoihin. Interventioiden avulla pyritään tukemaan huoltajien vanhemmuutta sekä edistämään hoidon tavoitteita ja tulosten pysyvyyttä. Ohjelman aikana interventioiden vaikuttavuutta arvioidaan jatkuvasti eri näkökulmista.

Työskentely nuoren kanssa: Lähtökohtana on nuoren kehitysvaiheen arvioiminen. Interventiot suunnitellaan yhdessä nuoren kanssa ja toteutetaan hänen suostumuksellaan. Kahdenkeskisen keskustelun teemoina ovat tavallisesti seksuaalinen hyväksikäyttö ja sen seuraukset, hyväksikäytetyn tunteiden havaitseminen ja ymmärtäminen, hyväksyttävät seksuaaliset asenteet ja uskomukset, seksuaalisen kiihotuksen kontrolloiminen, oman seksuaalisuuden tiedostaminen ja henkilökohtaisten riskitekijöiden tunnistaminen. Joissakin MST-ohjelman sovelluksissa näitä teemoja käsitellään nuorten hyväksikäyttäjien ryhmissä.

Mikäli nuori on lapsuudessaan itse joutunut seksuaalisesti hyväksikäytetyksi, näitä kokemuksia käsitellään yksilöterapiassa. Terapiassa voidaan myös harjoitella keinoja suuttumuksen käsittelemiseksi ja sosiaalisten taitojen kehittämiseksi. Poikkeavaa seksuaalista suuntautuneisuutta käsitellään behavioraalisilla tekniikoilla ja tarvittaessa myös lääkityksellä. Nuoren kanssa työskentelyyn kuuluu myös rikoksen uusinnan ehkäisy (Relapse Prevention).

Työskentely vanhempien kanssa: Terapeutin keskeisenä tehtävänä on motivoida vanhempia osallistumaan aktiivisesti hoitoon. Suhtautumalla kunnioittavasti ja arvostavasti vanhempiin terapeutti korostaa heidän tukensa tärkeyttä hoidon onnistumiseksi. Vanhempien kanssa keskustellaan siitä, miten vanhemmat voivat tukea nuorta nykyisessä tilanteessa ja vaikuttaa hänen tulevaan kehitykseensä. Vanhempia myös rohkaistaan valvomaan nuorta.

Seksuaaliseen hyväksikäyttöön liittyvät teemat, joita käsitellään nuoren kanssa työskentellessä, nostetaan esille myös keskusteluissa vanhempien kanssa. Eräänä tärkeänä tavoitteena on, että vanhemmat oppivat tunnistamaan ne riskitekijät, jotka voivat johtaa nuoren uusimaan rikoksensa. Tämän varalle laaditaan turvasuunnitelma.

Tutkimustuloksia menetelmän vaikuttavuudesta: MST-ohjelman vaikuttavuudesta on tehty 9 vertailevaa, kontrolloitua tutkimusta. Niiden keskeisimmät tulokset olivat: Pitkäaikaisseurannassa nuorten JSO-uusintarikollisuus aleni 25–70 prosenttia. Kodin ulkopuolelle sijoitettujen nuorten hoitopäivien määrät vähentyivät 47–64 prosenttia. Perheiden ihmissuhteet ja toimintakykyisyys lisääntyivät. Nuorten koulumenestys parani. Nuorten päihteiden käyttö vähentyi. Nuorilla ilmeni aiempaa vähemmän aggressio-ongelmia kaverisuhteissa. 97–98 prosenttia ohjelman aloittaneista perheistä suoritti sen loppuun. Ohjelmalla saavutettiin merkittäviä kustannussäästöjä yhteiskunnalle. (Borduin et al. 1990, Borduin et al. 1995, Brunk et al. 1987, Henggeler et al. 1999.)

Manuaalit:

Henggeler, S. W., Swenson, C. C., Kaufman, K. & Schoenwald, S. K. (1997). MST Supplementary Treatment Manual For Juvenile Sexual Offenders And Their Families, Provided to the Institute for Families in Society, University of South Carolina by the Family Services Research Center, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Medical University of South Carolina.

Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D. & Cunningham, P. B. (1998). Multisystemic Treatment of Antisocial Behavior in Children and Adolescent. The Guilford Press, New York, London.

Kahn, T. J. (1996). Pathways: A Guided Workbook for Youth Beginning Treatment. Orwell, VT: Safer Society Press.

Kahn, T. J. (1996). Pathways: Guide for Parents of Youth Beginning Treatment. Orwell, VT: Safer Society Press.

Marsh, L. F., Connell, P. & Olson, E. (1988). Breaking the Cycle: Adolescent Sexual Treatment Manual. Available from St. Mary's Home for Boys, 16535 SW Tualatin Valley Highway, Beaverton, OR 97006.

Steen, C. (1993). *The Relapse Prevention Workbook for Youth In Treatment*. Orwell, VT: Safer Society Press.

Way, I. F. & Balthazor, T. J. (1990). *A Manual for Structured Group Treatment with Adolescent Sexual Offenders*. Notre Dame, IN: Jalice.

Tutkimusraportteja:

Borduin, C. M., Henggeler, S. W., Blaske, D. M. & Stein, R. J. (1990). Multisystemic treatment of adolescent sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy & Comparative Criminology*, 34:105–113.

Borduin, C. M., Mann, B. J., Cone, L. T., Henggeler, S. W., Fucci, B. R., Blaske, D. M. & Williams, R. A. (1995). Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: Long-term prevention of criminality and violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63:569–578.

Brunk, M., Henggeler, S. W. & Whelan, J. P. (1987). A comparison of multisystemic therapy and parent training in the brief treatment of child abuse and neglect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55:311–318.

Henggeler, S. W., Pickrel, S. G. & Brondino, M. J. (1999). Multisystemic treatment of substance abusing and dependent delinquents: Outcomes, treatment fidelity, and transportability. *Mental Health Services Research*, 1:171–184.

Henggeler, S. W., Rowland, M. R., Randall, J., Ward, D., Pickrel, S. G., Cunningham, P. B., Miller, S. L., Edwards, J. E., Zealberg, J., Hand, L. & Santos, A. B. (1999). Home-based multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youth in psychiatric crisis: Clinical outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38:1331–1339.

Menetelmän käyttökelpoisuus (Saunders et al. 2004): 3= On näyttöä, hyväksyttävä hoitomenetelmä

10 Hoito-ohjelmien vaikuttavuus

Nuorille hyväksikäyttäjille suunniteltuja erityishoito-ohjelmia on runsaasti. Tutkimuksia niiden vaikuttavuudesta on kuitenkin vähän. Useimmissa tutkimuksissa hoito-ohjelmien vaikuttavuuden mittarina on käytetty residivismiä. Tähän liittyy kuitenkin metodologisia ongelmia. Nuorten hyväksikäyttäjien residivismi on yleensäkin melko alhainen. Tutkimuksissa on käytetty vaihtelevan mittaisia, useimmiten lyhyitä seuranta-aikoja. Kaikki rikoksenuusinnat eivät myöskään tule tutkijoiden tietoon (ks. esim. Righthand & Welch 2001). Weinrott (1996) ja Chaffin & Bonner (1998) totesivat, että on mahdotonta sanoa, onko joku hoito-ohjelma parempi kuin joku toinen.

Viimeaikaiset tutkimukset antavat kuitenkin jonkin asteista tukea näkemykselle, jonka mukaan ns. *multisysteemiset* (monitasoiset), rikollisen teon käsittelyyn suunnatut hoito-ohjelmat ovat tuloksellisempia kuin yksilötyöskentelyyn pohjautuvat ohjelmat. Lipsey & Wilson (1998) tekivät meta-analyysin 200 väkivaltaisia nuorisorikollisia koskevasta hoito-ohjelmasta. Niillä ohjelmilla, joiden tavoitteena oli vuorovaikutustaitojen kehittäminen ja joissa käytettiin kognitiivis-behavioraalisia menetelmiä, oli myönteisiä tuloksia. Perheen kytkeminen hoito-ohjelmiin on osoittautunut tulokselliseksi (ks. Swenson et al. 1998; Saunders et al. 2004).

Tutkijat ovat havainneet, että hyväksikäyttäjät keskeyttävät hoito-ohjelmansa varsin usein (Kraemer et al. 1998 ; Rasmussen 1999). Hoito-ohjelmien keskeytykset ovat yhteydessä rikoksen uusintaan (Hunter & Figueredo 1999).

Kaikilla hoito-ohjelmilla voi olla myös haittavaikutuksia. Eräät tutkijat kehottavatkin klinikoita ottamaan huomioon nuorten hyväksikäyttäjien hoito-ohjelmiin sisältyvät riskit (Righthand & Welsch 2001).

11 Nuorten hyväksikäyttäjien hoito, yhteenvetoa

Nuoret hyväksikäyttäjät muodostavat hyvin heterogeenisen ryhmän. Ei ole olemassa yhtä nuoren hyväksikäyttäjän profiilia. Auttamisessa on otettava huomioon nuorten kehitysvaihe. Heidän seksuaalisuutensa ja persoonallisuutensa ovat vasta muovautumassa.

Alan kirjallisuudessa korostetaan, että nuorten hyväksikäyttäjien kohdalla *juridiset rangais-tustoimenpiteet* eivät saisi jäädä ainoiksi interventioiksi. Nuoren auttamisen keinoina ovat *hoito* ja *muut tukitoimet*. Hoidolla pyritään vaikuttamaan nuoren nykyiseen ja tulevaan käyttäytymiseen. Hoito poikkeaa tavanomaisesta psykoterapiasta siinä, että sen keskeisenä tavoitteena on suojella yhteisöä so. estää hyväksikäytön uusiintuminen. Tavoitteina on lisäksi auttaa nuorta kontrolloimaan käyttäytymistään, vähentämään poikkeavaa seksuaalista suuntautuneisuutta, edistämään sellaista seksuaalikäyttäytymistä, joka ei vahingoita toisia, kehittämään empatia-suuntautuneisuutta, edistämään sosiaalisten taitojen kehittymistä, oikaisemaan kognitiivisia vääristymiä ja selkeyttämään henkilökohtaista arvomaailmaa. Muut tukitoimet, joita ovat esim. nuoren asumiseen, opiskeluun, työpaikan hankintaan ja toimentuloon liittyvät järjestelyt, ovat oleellinen osa auttamisohjelmaa.

Tehokkaimmin nuoriin hyväksikäyttäjiin voidaan vaikuttaa yksilöidysti räätälöidyillä auttamisohjelmilla. Joidenkin kohdalla riittää aikuisten asiantunteva neuvonta, valvonta ja kasvatuksellinen tuki hyväksikäytön lopettamiseksi, toiset tarvitsevat erillisiä hoito-ohjelmia. Yleisimmät nykyisin käytössä olevat nuorten hyväksikäyttäjien hoito-ohjelmat voidaan jakaa kolmeen ryhmään: 1. *kognitiivis-behavioraaliset ohjelmat*, 2. *psykososiaaliset terapiat* ja 3. *psyko-farmakologiset hoidot*.

Useimpien hoito-ohjelmien vaikuttavuudesta ei ole olemassa empiirisiä todisteita. Multisysteemisillä, hyväksikäyttökoihin fokusoiduilla, nuoren hyväksikäyttäjän perheen tuella toteutetuilla hoito-ohjelmilla, joista tunnetuin ja tutkituin on *Multisystemic Therapy (MST)*, on saavutettu myönteisiä tuloksia.

Lähteet

- Abel Screening Inc. (1996). *Abel Assessment for Sexual Interest: Juvenile Sex Offenders: Therapist Product Information. Brochure*, Atlanta, GA: Abel Screening, Inc.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4–18 & 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Ackard, D. M., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J., French, S. & Story, M. (2001). Binge and purge behavior among adolescents: associations with sexual and physical abuse in a nationally representative sample: the Commonwealth Fund survey. *Child Abuse & Neglect*, 25(6): 771–785.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1999). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents who are sexually abusive of others. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Working Group on Quality Issues. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*: 38(12 Suppl):32S–54S).
- Antikainen, J. (1994). Lasten seksuaalinen hyväksikäyttö – Ammatilliset haasteet ja työorientaatiot. *Stakes, Tutkimuksia* 46. Helsinki.
- Antikainen, J. (2004). Seksuaalisesti hyväksikäytettyjen lasten ja nuorten hyväksikäyttäjien hoito Suomessa. Raportti Stakesin SERI-kyselystä 2003 (julkaisematon käsikirjoitus).
- Araji, S. (1997). *Sexually Aggressive Children: Coming To Understand Them*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Association for the Treatment of Sexual Abuser (1997). *Position on the effective legal management of juvenile sexual offenders*. Beaverton, OR.
- Bal, S., De Bourdeaudhuij, I., Crombez, G. & Van Oost, P. (2004). Differences in trauma symptoms and family functioning in intra- and extrafamilial sexually abused adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(1):108–123.
- Ballon, B. C., Courbasson, C. M. & Smith, P. D. (2001). Physical and sexual abuse issues among youths with substance use problems. *Canadian Journal of Psychiatry* 46(7): 617–621.
- Becker, J. V. & Hunter, J. A. (1997). Understanding and treating child and adolescent sexual offenders. In: Ollendick, T. H., Prinz, R. J. (Eds.). *Advances in Clinical Child Psychology*, vol. 19. New York, NY: Plenum Press, 177–197.
- Becker, J. V. & Kaplan, M. S. (1993). Cognitive behavioral treatment of the juvenile sex offender. In: Barbaree, H. E., Marshall, W. L., Hudson, S. M. (Eds.). *The Juvenile Sex Offender*, New York, NY: Guilford Press, 264–277.
- Becker, J. V. & Kaplan, M. S., Cunningham-Rathner, J., Kavoussi, R. (1986). Characteristics of adolescent incest sexual perpetrators: Preliminary findings. *Journal of Family Violence* 1(1):85–97.
- Bentovim, A. (1987). Physical and Sexual Abuse of Children: The Role of the Family Therapist. *Journal of Family Therapy*, 9(4), 383–388.
- Bentovim, A., Elton, A., Hildebrand, J., Tranter, M. & Vizard, E. (Eds.) (1988). *Child sexual abuse within the family: Assessment and treatment*. London: Butterworth & Co.
- Bentovim, A. (2002). Preventing sexually abused young people from becoming abuser, and treating the victimization experiences of young people who offend sexually. *Child Abuse & Neglect*, 26(6–7): 661–678.
- Bera & O'Brien (1986). Adolescent sex offenders: A descriptive typology. *Prevention of Sexual Abuse* 1(3):1–4.
- Berliner, L. & Stevens, D. (1982). Clinical Issues in Child Sexual Abuse, *Journal of Social Work and Human Sexuality*, 1: 93–108.
- Berliner, L. & Saunders, B. E. (1996). Treating fear and anxiety in sexually abused children: Results of a controlled 2-years follow-up study. *Child Maltreatment*, 1(4):294–309.
- Bonner, B., Walker, C. E. & Berliner, L. (1999). *Treatment manual for cognitive-behavioral group therapy for children with sexual behavior problems*. National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect: Washington, DC.

- Bonner, B., Walker, C. E. & Berliner, L. (1999). Treatment manual for cognitive-behavioral group treatment for parents/caregivers of children with sexual behavior problems. National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect: Washington, DC.
- Bonner, B., Walker, C. E. & Berliner, L. (1999). Treatment manual for dynamic group play therapy for children with sexual behavior problems and their parents/caregivers. National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect: Washington, DC.
- Bonner, B., Walker, C. E. & Berliner, L. (2000). Final report. Children with sexual behavior problems: Assessment and treatment. Grant No. 90-CA-1469. National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect: Washington, DC.
- Borduin, C. M., Henggeler, S. W., Blaske, D. M. & Stein, R. J. (1990). Multisystemic treatment of adolescent sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy & Comparative Criminology*, 34:105–113.
- Borduin, C. M., Mann, B. J., Cone, L. T., Henggeler, S. W., Fucci, B. R., Blaske, D. M. & Williams, R. A. (1995). Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: Long-term prevention of criminality and violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63:569–578.
- Bourke, M. L. & Donahue, B. (1996). Assessment and treatment of juvenile sex offenders: An empirical review. *Journal of Child Sexual Abuse* 5(1):47–70.
- Bremner, J. D., Vythilingam, M., Vermetten, E., Southwick, S. M., McGlashan, T., Nazeer, A., Khan, S., Vaccarino, L. V., Soufer, R., Garg, R., Ng, C. K., Staib, L. H., Duncan, J. S. & Charney, D. S. (2003). MRI ja PET study of deficits in hippocampal structure and function in women with childhood sexual abuse and posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*. 160(5): 924–932.
- Brewer-Smyth, K., Burgess, A. W. & Schults, J. (2004). Physical and sexual abuse, salivary cortisol, and neurologic correlates of violent criminal behavior in female prison inmates. *Biological Psychiatry*. 55(1): 21–31.
- Briere, J. (1995). *Trauma Symptom Inventory: Professional manual*: Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Briere, J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Briere, J., Johnson, K., Bissada, A., Damon, C., Crouch, J., Gil, E., Hanson, R. & Ernst, V. (2001). The Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC): Reliability and association with abuse exposure in a multi-site study. *Child Abuse & Neglect*, 25:1001–1014.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by design and nature*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brunk, M., Henggeler, S. W. & Whelan, J. P. (1987). A comparison of multisystemic therapy and parent training in the brief treatment of child abuse and neglect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55:311–318.
- Bumby, K. M. & Bumby, N. H. (1997). Adolescent female sexual offenders. In: Schwartz, B. K. & Cellini, H. R. (Eds.). *The Sex Offender: Vol 2 New Insights, Treatment Innovations and Legal Developments*. Kingston, NJ: Civic Research Institute, 10.1–10.16.
- Burton, D. & Smith-Darden, J. (2000). 1996 Nationwide Survey of Treatment Programs & Models, Brandon, VT: Safer Society Foundation.
- Carpenter, D. R., Peed, S. F. & Eastman, B. (1995). Personality characteristics of adolescent sexual offenders: A pilot study. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 7(3):195–203.
- Chaffin, M. (2003). Adolescent Sex Offender Treatment. In: Saunders, B. E., Berliner, L. & Hanson, R. F. (Eds.) (2003). *Child Physical and Sexual Abuse: Guidelines for Treatment*. Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center.
- Chemtob, C. M., Nakashima, J. & Carlson, J. G. (2002). Brief Treatment for Elementary School Children with Disaster-related posttraumatic stress disorder: A field study. *Journal of Clinical Psychology*, 5(1):99–112.

- Cohen, J. A. & Mannarino, A. P. (1993). A treatment model for sexually abused preschooler, *Journal of Interpersonal Violence*, 8:115–131.
- Cohen, J. A. & Mannarino, A. P. (1998a). Factors that mediate treatment outcome of sexually abused preschool children: 6 and 12 month follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37:44–51.
- Cohen, J. A. & Mannarino, A. P. (1998). A treatment study of sexually abused preschool children: Outcome during a one year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(9):1228–1235.
- Connor, D. F., Doerfler, L. A., Volungis, A. M., Steingard, R. J. & Melloni, R. H. Jr (2003). Aggressive behavior in abused children. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1008:79–90.
- Crowell, J. A. & Feldman, S. S. (1988). Mothers' internal models of relationships and children's behavioral and developmental status: A study of mother-child interaction. *Child Development*, 59:1273–1285.
- Crowler, C. & Love, P. (2000). Four accused in 'rebirthing' death. *Rocky Mountain News*, May 19.
- Curven, T. (2003). The importance of offense characteristics, victimization history, hostility, and social desirability in assessing empathy of male adolescent sex offenders. *Sexual Abuse: Journal of Research & Treatment*. 15(4): 347–364.
- CSOM (Center for Sex Offender Management) (1999). *Understanding Juvenile Sexual Offending Behavior*. A Project of the Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice.
- CSOM (Center for Sex Offender Management) (2002). *An Overview of Sex Offender Management*. A Project of the Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice.
- Cyr, M., Wright, J., McDuff, P. & Perron, A. (2002). Intrafamilial sexual abuse: brother-sister incest does not differ from father-daughter and stepfather-stepdaughter incest. *Child Abuse & Neglect*. 26(9): 957–973.
- Dallam, S. J. (2001). Long term sequelae of child sexual abuse and clinival implications: science or propaganda? An examination of Rind, Tromowitch and Bauserman (1998). *Journal of Child Sexual Abuse*. 9(3/4):109–134.
- Dallam, S. J., Gleaves, D. H., Cepeda-Benito, A., Silberg, J. L., Kraemer, H. C. & Spiegel, D. (2001). The effects of child sexual abuse: Comment on Rind, Tromovitch, and Bauserman (1998). *Psychological Bulletin*. 127(6):715–733.
- Deblinger, E. & Heflin, A. H. (1996). *Treatment for sexually abused children and their non-offending parents: A cognitive-behavioral approach*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Deblinger, E., Steer, R. A. & Lippmann, J. (1999). Two year follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 23(12):1371–1378.
- De Von Figueroa-Moseley, C., Landrine, H. & Klonoff, E. A. (2004). Sexual abuse and smoking among college student women. *Addictive Behaviors*. 29(2):245–251.
- DiIorio, C., Hartwell, T. & Hansen, N. (2002). NIMH Multisite HIV Prevention Trial Group Childhood sexual abuse and risk behaviors among men at high risk for HIV. *American Journal of Public Health*. 92(2): 214–219.
- DiLillo, D. & Damashek, A. (2003). Parenting characteristics of women reporting a history of childhood sexual abuse. *Child Maltreatment*. 8(4): 319–333.
- Dyb, G., Holen, A., Steinberg, A. M., Rodriquez, N. & Pynoos, R. S. (2003). Alleged sexual abuse at a day care center: impact on parents. *Child Abuse & Neglect*. 27(8): 939–950.
- Estes, L. S. & Tidwell, R. (2002). Sexually abused children's behaviors: impact of gender and mother's experience of intra- and extra-familial sexual abuse. *Family Practice*. 19(1): 36–44.
- Ferrera, M. L. & McDonald, S. (1996). *Treatment of the Juvenile Sex Offender: Neurological and Psychiatric Impairments*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Fraser, M. W., Walton, E., Lewis, R. E., Pecora, P. & Walton, W. (1996). An experiment in family reunification: Correlates of outcomes at one-year follow-up. *Children and Youth Services Review*, 16:335–361.

- Friedman, S., Smith, L., Fogel, D., Paradis, C., Viswanathan, R., Ackerman, R. & Trappler, B. (2002). The incidence and influence of early traumatic life events in patients with panic disorder: a comparison with other psychiatric outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*. 16(3):259–272.
- Friedrich, W. N. (1998 a). *Child Sexual Behavior Inventory: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Friedrich, W. N. (1995). *Psychotherapy with sexually abused boys*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Friedrich, W. N. (1998). *Treating sexualized behavior problems in children: A treatment manual*. Available from the author at the Mayo Clinic, Department of Psychiatry and Psychology, Rochester, MN.
- Friedrich, W. N. (1993). Sexual victimization and sexual behavior in children: A review of recent literature. *Child Abuse & Neglect*, 17:59–66.
- Friedrich, W. N., Luecke, W. J., Beilke, R. L. & Place, V. (1992). Group treatment of sexually abused boys: An agency study. *Journal of Interpersonal Violence*, 7:396–409.
- Gadamer, H. (1989). *Truth and method*. New York: Crossroad.
- Glasser, M., Kolvin, I., Campell, D., Glasser, A., Leitch, I. & Farrelly, S. (2001). Cycle of child sexual abuse: links between being a victim and becoming a perpetrator. *British Journal of Psychotherapy*. 179:482–94; discussion 495–497.
- Gratz, K. L., Conrad, S. D. & Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*. 72(1): 128–140.
- Gray, A. S. & Pithers, W. D. (1993). Relapse prevention with sexually aggressive adolescent and children: Expanding treatment and supervision. In: Barbaree, H. E., Marshall, W. L., Hudson, S. M. (Eds.) *The Juvenile Sex Offender*. New York, NY: Guilford Press, 289–319.
- Gray, A., Busconi, A., Houchens, P. & Pithers, W. D. (1997). Children with sexual behavior problems and their caregivers: Demographics, functioning, and clinical patterns. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 9(4):267–290.
- Greenberg, J. B. (2002) Childhood sexual abuse and sexually transmitted diseases in adults: a review of and implications for STD/HIV programmes. *International Journal of STD & AIDS*. 12(12): 777–783.
- Greenwald, R. (1993). *Using EMDR with children*. Pacific Grove, CA: EMDR Institute.
- Haley, J. (1976). *Problem solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Hall, D. K., Mathews, F. & Pearche, J. (2002). Sexual behaviour problems in sexually abused children: a preliminary typology. *Child Abuse & Neglect*. 26(3): 289–312.
- Hanson, R. K., Morton, K. E. & Harris, A. J. (2003). Sexual offender recidivism risk: what we know and what we need to know. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 989: 154–66, discussion 236–246.
- Hellweg-Larsen, K. & Bövig-Larsen, H. (2002). *Unges Trivsel år 2002. En undersökelse med Fokus på Seksuelle overgrep i Barndommen*. Statens Institut for Folkesundhed. København.
- Henggeler, S. W., Pickrel, S. G. & Brondino, M. J. (1999). Multisystemic treatment of substance abusing and dependent delinquents: Outcomes, treatment fidelity, and trasportability. *Mental Health Services Research*, 1:171–184.
- Henggeler, S. W., Rowland, M. R., Randall, J., Ward, D., Pickrel, S. G., Cunningham, P. B., Miller, S. L., Edwards, J. E., Zealberg, J., Hand, L. & Santos, A. B. (1999). Home-based multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youth in psychiatric crisis: Clinical outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38:1331–1339.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D. & Cunningham, P. B. (1998). *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Henggeler, S. W., Swenson, C. C., Kaufman, K. & Schoenwald, S. K. (1997). *MST Supplementary Treatment Manual For Juvenile Sexual Offenders And Their Families*, Provides to the Institute for Families in Society, University of South Carolina by Family Services Research Center, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Medical University of South Carolina.

- Hodges, K. (1997). *Child and Adolescent Functional Assessment Scale*. Ann Arbor, MI: Functional Assessment Systems.
- Hudson, S. M., Wales, D. S., Bakker, L. & Ward, T. (2002). Dynamic risk factors: The Kia marama evaluation. *Sexual Abuse: Journal of Research & Treatment*. 14(2): 103–19; discussion 195–197.
- Hughes, T. L., Johnson, T. & Wilsnack, S. C. (2001). Sexual assault and alcohol abuse: a comparison of lesbians and heterosexual women. *Journal of Substance Abuse*. 13(4): 515–532.
- Hunter, J. A. Jr & Figueredo, A. J. (1999). Factors associated with treatment compliance in a population of juvenile sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 11(1):49–67.
- Hunter, J. A. Jr & Figueredo, A. J. (2000). The influence of personality and history of sexual victimization in the prediction of juvenile perpetrated child molestation. *Behavior Modification*. 24(2):241–263.
- International Society for the Study of Dissociation (2000). Guidelines for the evaluation and treatment of dissociative symptoms in children and adolescent. *Journal of Trauma and Dissociation*, 1(3):105–154.
- James, A. & Neil, P. (1996). Juvenile sexual offending: One-year period prevalence study within Oxfordshire. *Child Sexual Abuse and Neglect*. 29:477–485.
- James, B. (1994). *Handbook for treating attachment-trauma problems in children*. New York NY: Free Press/Simon & Schuster.
- Jones, L. M., Finkelhor, D. & Kopiec, K. (2001). Why is sexual abuse declining? A survey of state child protection administrators. *Child Abuse & Neglect*. 25(9): 1139–1158.
- Kahn, T. J. & Chambers, H. J. (1991). Assessing reoffense risk with juvenile sexual offenders. *Child Welfare LXX(3):333–345*.
- Kahn, T. J. (1996). *Pathways: A Guided Workbook for Youth Beginning Treatment*. Orwell, VT: Safer Society Press.
- Kahn, T. J. (1996). *Pathways Guide for Parents of Youth Beginning Treatment*. Orwell, VT: Safer Society Press.
- Kauppinen, S., Sariola, H. & Taskinen, S. (2000). Lasten seksuaalinen hyväksikäyttö – Sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisten tietoon tulleet hyväksikäyttöepäilyt 1.5.1998–30.4.1999. Stakes, Tilastoraportti 5/2000. Helsinki.
- Kellogg, N. D. & Menard, S. W. (2003). Violence among family members of children and adolescents evaluated for sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*. 27(12): 1367–1376.
- Kelly, R. J., Wood, J. J., Gonzalez, L. S., MacDonald, V. & Waterman, J. (2002). Effects of mother-son incest and positive perceptions of sexual abuse experiences on the psychosocial adjustment of clinic-referred men. *Child Abuse & Neglect*. 26(4): 425–441.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M. & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113:164–180.
- King, J. A., Mandansky, D., King, S., Fletcher, K. E. & Brewer, J. (2001). Early sexual abuse and low cortisol. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*. 55(1):71–74.
- Kinney, J. M., Haapala, D. A. & Booth, C. L. (1991). *Keeping Families Together: The Homebuilders Model*. New York: Aldine de Gruyter.
- Kisiel, C. L. & Lyons, J. S. (2001). Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*. 158(7):1034–1039.
- Kjellgren, C. (2000). Sexuella övergrepp mot barn. Ungdomar som förgriper sig sexuellt. Artikelnr: 2000-36-005. Socialstyrelsen.
- Kjellgren, C. (2001). Sexual Abuse of Children – Understanding and Managing Young Sexual Offenders. Artikelnr:2001-123-20. Socialstyrelsen.
- Kjellgren, C. & Wassberg, A. (2002). Unga förövare och unga offer – en kartläggning av sexuella övergrepp. Artikelnr:2002-123-42. Socialstyrelsen.
- Knight, R. A. & Prentky, R. A. (1993). Exploring characteristics for classifying juvenile sex offenders. In: Barbaree, H. E., Marshall, W. L., Hudson, S. M. (Eds.). *The Juvenile Sex Offender*. New York, NY: Guilford Press, 45–83.

- Kobayashi, J., Sales, B. D., Becker, J. V., Figueredo, A. J. & Kaplan, M. S. (1995). Perceived parental deviance, parent-child bonding, child abuse, and child sexual aggression. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 7(1):25–43.
- Kolko, D. J. (2002). Child physical abuse. In: Myers, J. E. B., Merliner, L., Briere, J., Hendrix, C. T., Jenny, C., Reid, T. A. (Eds.). *The APSAC handbook on child maltreatment*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Konopka, G. (1983). *Social group work: A helping process* (3rd ed.), Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Kraemer, B. D., Spielman, C. R. & Salisbury, S. B. (1995). Juvenile sex offending psychometric assessment. In: Schwartz & Cellini (Eds.). *The Sex Offender: Vol 1. Corrections, Treatment and Legal Practice*. Kingston, NJ: Civic Research Institute, 11.1–11.13.
- Kraemer, B. D., Salisbury, S. B. & Spielman, C. R. (1998). Pretreatment variables associated with treatment failure in a residential juvenile sex-offender program. *Criminal Justice and Behavior* 25(2):190–202.
- Lane, S. & Lobanov-Rostovsky, C. (1997). Special populations: Children, families, the developmentally disabled, and violent youth. In: Ryan, G. D. & Lane, S. L. (Eds.). *Juvenile Sexual Offending: Causes, Consequences, and Correction*, San Francisco, CA: Jossey-Bass Publisher, ss. 322–359.
- Laws, D. R. & Marshall, W. L. (2003). A brief history of behavioral and cognitive behavioral approaches to sex offenders: Part 2. The modern era. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 15:75–92.
- Lawson, L. (2003). Becoming a success story: how boys who have molested children talk about treatment. *Journal of Psychiatric & mental Health Nursing*. 10(3):259–268.
- LeGrand, S. & Martin, R. C. (2001). Juvenile Male Sexual Offenders. The Quality of Motivation System of Assessment and Treatment Issues. *Journal of Child Sexual Abuse*. 10(1): 23–49.
- Leifer, M., Kilbane, T. & Grossman, G. (2001). A three-generational study comparing the families of supportive and unsupportive mothers of sexually abused children. *Child Maltreatment*. 6(6): 353–364.
- Leifer, M., Kilbane, T. & Kalick, S. (2004). Vulnerability or resilience to intergenerational sexual abuse: the role of maternal factors. *Child Maltreatment*. 9(1): 78–91.
- Leverich, G. S., McElroy, S. L., Suppes, T., Keck, P. E. Jr, Denicoff, K. D., Nolen, W. A., Altschuler, L. L., Rush, A. J., Kupka, R., Frye, M. A., Autio, K. A. & Post, R. M. (2002). Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. *Biological Psychiatry*. 51(4): 288–297.
- Levine, J. (2002). *Harmful to minors: The perils of protecting children from sex*. Minneapolis, MN: University of Minnesota.
- Lightfoot, L. O. & Barbarree, H. E. (1993). The relationship between substance use and abuse and sexual offending in adolescents. In: Barbarree, H. E., Marshall, W. L., Hudson, S. M. *The Juvenile Sex Offender*. New York, NY: Guilford Press, 203–224.
- Lilienfeld, S. O. (2002). When worlds collide. Social science, politics, and the Rind & al. (1998). Child sexual abuse meta-analysis. *American Psychologist*. 57(3): 176–188.
- Lipovsky, J., Swenson, C. C., Ralston, M. E. & Saunders, B. E. (1998). The abuse clarification process in the treatment of intrafamilial child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 22(7):729–741.
- Maddock, J. & Larson, N. (1995). *Incestuous families: An Ecological approach to understanding and treatment*. New York: Norton.
- Maletzky, B. M. (1991). *Treating the sexual offender*, Newbury Park, California: Sage Publications.
- Marsh, L. F., Connell, P. & Olson, E. (1988). *Breaking the Cycle: Adolescent Sexual Treatment Manual*. Available from St. Mary's Home for Boys, 16535 SW Tualatin Valley Highway, Beaverton, OR 97006.
- Mathews, R., Hunter, J. A. Jr & Vuz, J. (1997). Juvenile female sexual offenders: Clinical characteristics and treatment issues. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 9(3):187–200.
- McCloskey, L. A. & Walker, M. (2000). Posttraumatic stress in children exposed to family violence and single-event trauma. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39:108–115.

- McLean & Gallop, R. (2003). Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160(2): 369–371.
- McLeer, S. V., Dixon, J. F., Henry, D., Ruggerio, K. J., Escovitz, K., Niedda, T. & Scholle, R. (1998). Psychopathology in non-clinically referred sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37:1326–1333.
- McGrath, R. J., Hoke, S. E. & Vojtisek, J. E. (1998). Cognitive-behavioral treatment of sex offenders: A treatment comparison and long-term follow-up study. *Criminal Justice and Behavior*, 25:203–225.
- McLaughlin, T. L., Heth, A. C., Bucholz, K. K., Madden, P. A., Bierut, L. J., Slutske, W. S., Dinwiddie, S., Statham, D. J., Dunne, M. P. & Martin, N. G. (2000). Childhood sexual abuse and pathogenic parenting in the childhood recollections of adult twin pairs. *Psychological Medicine*, 30(6): 1293–1302.
- McMackin, R. A., Leisen, M. B., Cusack, J. F., LaFratta, J. & Litwin, P. (2002). The relationship of Trauma Exposure to Sex Offending Behavior Among Male Juvenile Offenders. *Journal of Child Sexual Abuse*, 11(2): 25–40.
- Meel, B. L. (2003). The myth of child rape as a cure for HIV/AIDS in Transkei: a case report. *Medicine, Science & the Law*, 43(1): 85–88.
- Miner, M. H. & Crimmins, C. L. S. (1995). Adolescent sex offenders: Issues of etiology and risk factors. In: Schwartz, B. K. & Cellini, H. R. (Eds.). *The Sex Offender: Vol 1. Corrections, Treatment and Legal Practice*. Kingston, NJ: Civic Research Institute. 9.1–9.15.
- Miner, M. H., Siekert, G. P. & Ackland, M. A. (1997). *Evaluation: Juvenile Sex Offender Treatment Program, Minnesota Correctional Facility – Sauk Centre*. Minneapolis, MN: University of Minnesota, Department of Family Practice and Community Health, Program in Human Sexuality.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, S. & Fishman, H. (1981). *Techniques of family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Morenz, B. & Becker, J. V. (1995). The treatment of youthful sexual offenders. *Applied and Preventive Psychology* 4(4):247–256.
- Moustakas, C. (1990). *Heuristic research: Design, methodology and applications*. Newbury Park, CA: Sage.
- Murray, C. & Waller, G. (2002). Reported sexual abuse and bulimic psychopathology among non-clinical women: the mediating role of shame. *International Journal of Eating Disorders*, 32(2): 186–191.
- Nagata, T., Kaye, W. H., Kiriike, N., Rao, R., McConaha, C. & Plotnicov, K. H. (2001). Physical and sexual abuse histories in patients with eating disorders: a comparison of Japanese and American patients. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 55(4):333–340.
- Nash, M. R., Hulsey, T. L., Sexton, M. C., Harralson, T. L. & Lambert, W. (1993). Long-term SEQUELAE of childhood sexual abuse: Perceived family environment, psychopathology, and dissociation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2):276–283.
- Nicholaichuk, T., Gordon, A., Gu, D. & Wong, S. (2002). Outcome of an institutional sexual offender treatment program: A comparison between treated and matched untreated offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 12:139–153.
- O'Brien, M. (1991). Taking sibling incest seriously. In: Patton, M. Q. (Ed.). *Family Sexual Abuse*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 75–92.
- O'Halloran, M., Carr, A., O'Reilly, G., Sheerin, D., Cherry, J., Turner, R., Beckett, R. & Brown, S. (2002). Psychological profiles of sexually abusive adolescents in Ireland. *Child Sexual Abuse & Neglect*, 26(4):349–370.
- Ondersma, S. J., Chaffin, M., Berliner, L., Cordon, I., Goodman, G. S. & Barnett, D. (2001). Sex with children is abuse: Comment on Rind, Tromovitch, and Bauserman (1998). *Psychological Bulletin*, 127(6): 707–714.

- Palazolli, Boscolo, Cecchin & Prata (1980). Hypothesising – Circularity –Neutrality: Three Guidelines for the conductor of the session. *Family Process* 1980; 1.
- Parillo, K. M., Freeman, R. C. & Young, P. (2003). Association between child sexual abuse and sexual revictimization in adulthood among women sex partners of injection drug users. *Violence & Victims*. 18(4):473–484.
- Phan, D. L. & Kingree, J. B. (2001). Sexual Abuse Victimization and Psychological Distress Among Adolescent Offenders. *Journal of Child Sexual Abuse*. 10(4): 81–90.
- Pithers, W. D., Gray, A., Busconi, A. & Houchens, P. (1998a). Caregivers of children with sexual behavior problems: Psychological and familial functioning. *Child Abuse and Neglect* 22(2):129–141.
- Prentky, R., Harris, B., Frizzell, K., Righthand, S. (2000). An actuarial procedure for assessing risk in juvenile sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 12(2):71–93.
- Puffer, M. K., Greenwald, R. & Elrod, D. E. (1998). A single session EMDR study with twenty traumatized children and adolescent. *Traumatology*, 3(2), <http://www.fsu.edu/~trauma/v3i2art6.html>.
- Ralston, M. E. & Swenson, C. C. (1996). *The Charleston Collaborative Project: Intervention Manual*. Charleston, SC, Author.
- Ralston, M. E. (1998). A community system of care for abused children and their families. *Family Futures*, 2(4):11–15.
- Raphael, K. G., Widom, C. S. & Lange, G. (2001). Childhood victimization and pain in adulthood: a prospective investigation. *Pain*. 92(1–2):283–293.
- Ray, J. A. & English, D. J. (1995). Comparison of female and male children with sexual behavior problems. *Journal of Youth and Adolescence* 24(4):439–451.
- Rasmussen, L. A. (1999). Factors related to recidivism among juvenile sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 11(1):69–85.
- Resick, P. A. & Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Resic, P. A. & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(5):748–756.
- Righthand, S. & Welch, C. (2001). *Juveniles Who Have Sexually Offended – Review of the Professional Literature*. OJJDP-Report, March 2001. U.S. Department of Justice Office of Justice Programs Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, Washington DC 20531.
- Rind, B., Tromovitch, P. & Bauserman, R. (1998). A Meta-analytic Examination of Assumed Properties of Child Sexual Abuse Using College Samples. *Psychological Bulletin*. 124: 22–53.
- Ryan, G., Miyoshi, T. J., Metzner, J. L., Krugman, R. D. & Fryer, G. E. (1996). Trends in a national sample of sexually abusive youths. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35(1):17–25.
- Rösler, A. & Witztum, E. (2000). Pharmacotherapy of Paraphilias in the Next Millennium. *Behavioral Sciences and the Law*, 18:43–56.
- Salter, D., McMillan, D., Richards, M., Talbot, T., Hodges, J., Bentovim, A., Hastings, R., Stevenson, J. & Skuse, D. (2003). Development of sexually abusive behavior in sexually victimised males: a longitudinal study. *Lancet*. 361(9356): 471–476.
- Samson, J.-M. (Ed.) (1980). *Childhood and Sexuality*, E'Editons E'Etudes Vivantes, Montreal, Canada.
- Sariola, H. (1985). Lasten seksuaalinen hyväksikäyttö. Selvitys viranomaisten tietoon vuosina 1983–1984 tulleista lapsiin kohdistuneista hyväksikäyttötapaauksista. Lastensuojelun Keskusliitto, Helsinki.
- Sariola, H. (1990). Lasten väkivalta- ja seksuaalirikollisuudet. Lastensuojelun Keskusliitto, julkaisu 885, Helsinki.
- Sariola, H. (1996). The prevalence and context of incest abuse in Finland. *Child Abuse & Neglect*. Vol 20(9): 857–864.
- Saunders, B. E., Berliner, L. & Hanson, R. F. (Eds.) (2004). *Child Physical and Sexual Abuse: Guidelines for Treatment (Revised Report: April 26, 2004)*. Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center.

- Saunders, B. E. & Meinig, M. B. (2000). Immediate issues affecting long term family resolution in cases of parent-child sexual abuse. In: Reece, R. M. (Ed.). *Treatment of child abuse: Common ground for mental health, medical, and legal practitioner*, Baltimore: The John Hopkins University Press, ss. 36–53.
- Saunders, B. E. & Meining, M. B. (2001). *Family Resolution Therapy in Cases of Child Abuse*. Charleston, SC: Authors.
- Seabloom, W. et al. (2003). The Mended Heart: Predictors of Successful Completion, Subsequent Criminal Recidivism and Treatment Implications in a 14–24 Years Follow-Up Study of a Comprehensive Sexual Health Model Treatment Program for Adolescent Sex Offenders, *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, Special Edition: Sex-Offender Treatment, vol 47, 4.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford.
- Shaw, J. (1999). Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents Who Are Sexually Abusive of Others, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (12 Suppl): 32–52.
- Shaw, J. A., Lewis, J. E., Loeb, A., Rosado, J. & Rodriguez, R. A. (2000). Child on child sexual abuse: psychological perspectives. *Child Abuse & Neglect*. 24(12): 1591–1600.
- Siegel, J. A. (2000). Aggressive behaviour among women sexually abused as children. *Violence & Victims* 15(3): 235–255.
- Silberg, J. L. (2001). Treating maladaptive dissociation in a young teen-age girl. In: Orvaschel, H., Faust, J. & Hersen, M. (Eds.). *Handbook of conceptualization and treatment of child psychopathology*. New York: Pergamon Press.
- Smith, G. & Fisher, L. (1999). Assessment of juvenile sexual offenders: Reliability and validity of the Abel Assessment for Interest in Paraphilias. *Sexual Abuse: A Journal of Research and treatment* 11(3):207–216.
- Speltz, M. L. (2002). Description, history, and critique of Corrective Attachment Therapy, *APSAC Advisor*, 14(3): 4–8.
- Steen, C. (1993). *The Relapse Prevention Workbook for Youth In Treatment*. Orwell, VT: Safer Society Press.
- Svedin, C. G., Back, C. & Soderback, S. B. (2002). Family relations, family climate and sexual abuse. *Nordic Journal of Psychiatry* 56(5):355–362.
- Swanston, H. Y., Plunkett, A. M., O’Toole, B. I., Shrimpton, S., Parkinson, P. N. & Oates, R. K. (2003). Nine years after child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*. 27(8): 967–984.
- Swenson, C. C., Heggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Kaufman, K. L. & Randall, J. (1998). Changing the social ecologies of adolescent sexual offenders: Implications of the success of multisystemic therapy in treating serious antisocial behaviour in adolescent. *Child Maltreatment*, 3:330–338.
- Swenson, C. C. & Ralston, M. E. (1997). *The Charleston Collaborative Project, Implementation Manual*. Charleston, SC, Author.
- Taskinen, S. (toim.) (2003). *Lapsen seksuaalisen hyväksikäytön ja pahoinpitelyn selvittäminen – Asiantuntijaryhmän suositukset sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle*. Stakes, Oppaita 55. Helsinki.
- Tracy, E. M., Haapala, D. A., Kinney, J. & Pecora, P. J. (Eds.) (1991). *Intensive Family Preservation Services: An Instructional Sourcebook*. Cleveland, OH: Mandel School of Applied Social Sciences, Case Western Reserve University.
- Ullman, S. E. (2002). Sexual assault history and suicidal behavior in a national sample of women. *Suicide & Life-Threatening Behavior*. 32(2): 117–130.
- Walsh, C., MacMillan, H. L. & Jamieson, E. (2003). The relationship between parental substance abuse and child maltreatment: findings from the Ontario Health Supplement. *Child Abuse & Neglect*. 27(12):1409–1425.

- Way, I. F. & Balthazor, T. J. (1990). *A Manual for Structured Group Treatment with Adolescent Sexual Offenders*. Notre Dame, IN: Jalice.
- Weinrott, M. (1996). *Juvenile Sexual Aggression: A Critical Review*. Boulder CO: University of Colorado, Institute for Behavioral Sciences, Center for the Study and Prevention of Violence.
- Weinrott, M. (1998a). Empirically-based treatment interventions for juvenile sex offenders. Presentation sponsored by the Child Abuse Action Network and the State Forensic Service, Augusta, ME.
- Weinrott, M. (1998b). Recidivism among juvenile sex offenders: Are favourable outcomes only favourable when therapy matters? Handout from Empirically-based treatment interventions for juvenile sex offenders. Presentation sponsored by the Child Abuse Action Network and the State Forensic Service, Augusta, ME.
- Weinrott, M., Riggan, M., Frothingham, S. (1997). Reducing deviant arousal in juvenile sex offenders using vicarious sensitization. *Journal of Interpersonal Violence* 12(5):704–728.
- Westat, Inc., Chapin Hall Venter & James Bell Associates (2001). *Evaluation of family preservation and reunification programs: Interim report*. Washington, DC:DHHS.
- Whealin, J. M. (2002). Women's Report of Unwanted Sexual Attention During Childhood. *Journal of Child Sexual Abuse*. 11(1): 75–93.
- Wieland, S. (1998). *Techniques and Issues in abused-focused therapy*. Thousand Oaks, VA: Sage Publications.
- Willumsen, T. (2001). Dental fear on sexually abused women. *European Journal of Oral Sciences*. 109(5): 291–296.
- Willumsen, T. (2004). The impact of childhood sexual abuse on dental fear. *Community Dentistry & Oral Epidemiology*. 32(1): 73–79.
- Wolff, R. (1983). Child Abuse and Neglect: Dynamics and Underlying Pattern. *Victimology: International Journal*, 8:105–112.
- Wolf, R. (1991). Child Protection in Germany, *Violence update*, 2:4–6.
- Yen, S., Shea, M. T., Battle, C. L., Johnson, D. M., Zlotnick, C., Dolan-Sewell, R., Skodol, A. E., Grilo, C. M., Gunderson, J. G., Sanislow, C. A., Zanarini, M. C., Bender, D. S., Rettew, J. B. & McGlashan, T. H. (2002). Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 190(8):510–518.

LIITE 1

Hyväksikäytön uusimisen riskin arviointi: J-SOAP-II

Juvenile Sex Offender Assessment Protocol-II (J-SOAP-II)

(Prentky R & Righthand A 2003)

Arvioitavat riskitekijät on valittu residivismiä koskevien korrelaatiotutkimusten (staattiset tekijät) ja kliinisten havaintojen perusteella (dynaamiset tekijät). Arviointimittari rakentuu neljästä erillisestä asteikosta, joihin sisältyy yhteensä 28 osiota:

1. Sexual Drive/Preoccupational Scale (8 osiota),
2. Impulsive-Antisocial Behavior Scale (8 osiota),
3. Intervention Scale (7 osiota)
4. Community Stability Scale (5 osiota)

Keskeisimpiä arvioitavia riskitekijöitä ovat

- aikaisemmat seksuaalirikokset
- seksuaalisen hyväksikäytön uhrien määrä
- miespuoliset lapsiuhrit
- seksuaalisen hyväksikäytön kesto
- seksuaalisen hyväksikäytön suunnitelmallisuus
- väkivallan käyttö
- seksuaalivietin voimakkuus ja suuntautuneisuus
- hyväksikäyttäjän mahdollinen oma uhritausta
- huoltajien pysyvyys/vaihtuvuus
- käyttäytymisongelmat koulussa
- epäsosiaalinen käyttäytyminen
- kontaktiongelmien historia
- fyysisen pahoinpitelyn ja/tai perheväkivallan historia
- suhtautuminen vastuuseen hyväksikäytöstä
- empatia
- katumus ja syyllisyys
- motivaatio muuttua
- kognitiiviset ajatusvääristymät
- kaverisuhteiden laatu
- nykyisen elämäntilanteen pysyvyys
- tukiverkosto ja sen mahdollisuudet.

Lisätietoja:

Prentky, R. & Righthand, A. (2003). Juvenile Sex Offender Assessment Protocol-II (J-SOAP-II) Manual. NCJ 202316. The Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention's Juvenile Justice Clearinghouse. Saatavissa ilmaiseksi nettiosoitteesta: www.csom.org/pubs/JSOAP.pdf.

LIITE 2

Suosittelavaa kirjallisuutta

Suomeksi

- Aho-Mustonen, P. (2000). Äitiys inestien varjossa. Yliopistopaino, Helsinki.
- Antikainen, J. (1994). Lasten seksuaalinen hyväksikäyttö – ammatilliset haasteet ja työorientaatiot, English summary: Sexual Abuse of Children. Professional Challenges and Orientations of Work. Tampereen yliopisto, psykologian väitöskirja. Stakes, Tutkimuksia 46. Helsinki.
- Heikinheimo, A. L. & Tasola, S. (2004). Vain muistamalla voi unohtaa – Seksuaalisesti hyväksikäytettyjen naisten ryhmäterapia – Tie toipumiseen. Korpiljyvä Oy, Jyväskylä.
- Hirvelä, P. (1997). Lapsi rikosprosessissa: Erityisesti inestien todistamisen ongelmat. Werner Söderström lakitieto, Helsinki.
- Iisalo, I., Siltala, P. & Aho-Mustonen, P. (2002). Rikottu ruukku. Naisen matka valoa ja toivoa kohti. Yliopistopaino, Helsinki.
- Kaukonen (toim.), Raijas, R., Silver & Valkama (2003). Seksuaalinen väkivalta ja hyväksikäyttö – Selviytymiskertomuksia, PS-kustannus, Jyväskylä.
- Kauppinen, S., Sariola, H. & Taskinen, S. (2000). Lasten seksuaalinen hyväksikäyttö: sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisten tietoon tulleet hyväksikäyttöepäilyt 1.5.1998–30.4.1999. Stakes, Tilastoraportti 5/2000. Helsinki.
- Laitinen, M. (2004). Häväistyt ruumiit, rikotut mielet: tutkimus lapsina läheissuhteissa seksuaalisesti hyväksikäytettyjen naisten ja miesten elämästä. Vastapaino, Tampere. Lapin yliopisto, sosiaalityön väitöskirja.
- Taskinen, S. (toim.) (1993). Miten auttaa lasta: Lapsen fyysisen ja seksuaalisen pahoinpitelyn tutkimus ja hoito. Lastensuojelun keskusliitto.
- Taskinen, S. (toim.) (2003). Lapsen seksuaalisen hyväksikäytön ja pahoinpitelyn selvittäminen – Asiantuntijatyöryhmän suositukset sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle. Stakes, Oppaita 55. Helsinki

Ruotsiksi ja englanniksi

A. Oppaita ja käsikirjoja

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1999). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents who are sexually abusive of others. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Working Group on Quality Issues. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*: 38(12 Suppl):32S–54S.
- Chaffin, M., Letourneau, E. & Silovsky, J. (2002). Adults, Adolescents and Children Who Sexually Abuse Children: A Developmental Perspective. *APSAC Handbook of Child Maltreatment*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Lutzker, R. J. (Ed.) (1998). *Child Abuse: A handbook of theory, research, and treatment*. New York, NY: Pergamon Press.
- Myers, J. E. B. & Berliner, L. (Eds.) (2002). *The APSAC handbook on child maltreatment*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Saunders, B. E., Berliner, L. & Hanson, R. F. (Eds.) (2004). *Child Physical and Sexual Abuse: Guidelines for Treatment*. Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center.

- Socialstyrelsen (2000). Sexuella övergrepp mot barn – En kunskapsöversikt, Stockholm.
- Taskinen, S. (red.) (2003). Sexuellt utnyttjande och misshandel av barn. Rekommendationer om förfaringssätt för personal inom social- och hälsovården. Stakes, Handböcker 57. Helsinki.

B. Hyväksikäyttettyjen lasten ja heidän perheittensä hoito

- Bonner, B., Walker, C. E. & Berliner, L. (1999). Treatment manual for cognitive-behavioral group therapy for children with sexual behavior problems. National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect: Washington, DC.
- Bonner, B., Walker, C. E. & Berliner, L. (1999). Treatment manual for cognitive-behavioral group treatment for parents/caregivers of children with sexual behavior problems. National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect: Washington, DC.
- Bonner, B., Walker, C. E. & Berliner, L. (1999). Treatment manual for dynamic group play therapy for children with sexual behavior problems and their parents/caregivers. National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect: Washington, DC.
- Deblinger, E. & Heflin, A. H. (1996). Treatment for sexually abused children and their non-offending parents: A cognitive-behavioral approach. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Friedrich, W. N. (1995). Psychotherapy with sexually abused boys. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Friedrich, W. N. (1998). Treating sexualized behavior problems in children: A treatment manual. Available from the author at the Mayo Clinic, Department of Psychiatry and Psychology, Rochester, MN.
- Greenwald, R. (2004). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) in Child and Adolescent Psychotherapy, Rowman & Littlefield Publishers, Inc
- James, B. (1994). Handbook for treating attachment-trauma problems in children. New York NY: Free Press/Simon & Schuster.
- Silberg, J. L. (2001). Treating maladaptive dissociation in a young teen-age girl. In: Orvaschel, H., Faust, J. & Hersen, M. (Eds.). Handbook of conceptualization and treatment of child psychopathology. New York: Pergamon Press.
- Wieland, S. (1998). Techniques and Issues in abused-focused therapy. Thousand Oaks, VA: Sage Publications.

C. Nuorten hyväksikäyttäjien ja heidän perheittensä hoito

- Bentovim, A. (2002). Preventing sexually abused young people from becoming abuser, and treating the victimization experiences of young people who offend sexually. Child Abuse & Neglect. 26(6-7): 661-678.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D. & Cunningham, P. B. (1998). Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents. New York: Guilford Press.
- Kahn, T. J. (2002). Pathways Guide for Parents of Children and Adolescents with Sexual Behavior Problems. A program of the Safer Society Foundation, Inc.
- Kjellgren, C. (2000). Sexuella övergrepp mot barn. Ungdomar som förgriper sig sexuellt. Artikelnr:2000-36-005. Socialstyrelsen.
- Kjellgren, C. (2001). Sexual Abuse of Children – Understanding and Managing Young Sexual Offenders. Artikelnr:2001-123-20. Socialstyrelsen.
- Långström, N. (1999). Young Sex Offenders: Individual characteristics, agency reactions and criminal recidivism. Doktoravhandling. Karolinska Institutet, Stockholm.
- Långström, N. (2000). Unga sexbrottförövare: En forskningsöversikt. Socialstyrelsen, Stockholm.

- Marsh, L. E., Connell, P. & Olson, E. (1988). *Breaking the Cycle: Adolescent Sexual Treatment Manual*. St. Mary's Home for Boys, Beaverton, OR.
- Svensson, B. (1998). 101 pojkar. En studie om sexuella övergrepp. Rädda Barnen.
- Svensson, B. (1999). Offer och förövare – Om sexuella övergrepp och behandling. Artikelnr: 9203. Rädda Barnen.

TYÖPAPEREITA-sarjassa aiemmin ilmestyneet

2005

Matti Rimpelä, Anni Ojajarvi, Pauliina Luopa, Hanne Kivimäki: Kouluterveyskysely, kouluterveydenhuolto ja terveystieto. Perusraportti kyselystä yläkouluille ja terveyskeskuksille
Työpapereita 1/2005 Tilausnro T1/2005

Kalle Reinikainen, Timo P. Karjalainen: Sosiaalisten vaikutusten arviointi voimajohtohankkeissa
Työpapereita 2/2005 Tilausnro T2/2005

Mauno Konttinen, Milla Roos (toim.): Annus Medicus Fenniae 2005. Nordiskt hälsodirektörsmöte. Tórshavn, 21.–23. augusti 2005
Työpapereita 3/2005 Tilausnro T3/2005

Stakes: Laadullisen sosiaalitutkimuksen eettiset kysymykset. Kutsuseminaari 2.5.2005
Työpapereita 4/2005 Tilausnro T4/2005

Tarja Heino, Tuula Kuoppala, Salla Säkkinen: Lastensuojelun avohuollon tilaston haasteet; kuntakyselyn yhteenveto
Työpapereita 5/2005 Tilausnro T5/2005

Victor Savtschenko, Suvi-Maaria Tepora: Vammaiset ja pitkäaikaissairaat ansiotyössä. Invalidivähennystä ansiotuloistaan vuonna 2002 saaneet henkilöt. Alustavaa tarkastelua
Työpapereita 6/2005 Tilausnro T6/2005

Milla Roos (red.): Annus Socialis Fenniae 2005. Nordiskt socialdirektörsmöte. Mariehamn, 22.–23. september 2005
Työpapereita 7/2005 Tilausnro T7/2005

Minna Uusitalo, Kerttu Perttilä, Marja Kurenniemi: Hyvinvointi ja terveyden edistäminen kuntien asiakirjoissa. Asiakirja-analyysi TEJO-pilottikunnista.
Työpapereita 8/2005 Tilausnro T8/2005

Louise Demers, Rhoda Weiss-Lambrou, Bernadette Ska: QUEST 2.0 Apuvälinetyytyväisyyttä arvioiva mittari. Käyttäjän tyytyväisyys apuvälineisiin ja apuvälinepalveluihin
Työpapereita 9/2005 Tilausnro T9/2005

Mauno Konttinen (toim.): Tilaa-tuottajamalli terveydenhuollossa. Stakesin asiantuntijoiden näkemyksiä
Työpapereita 10/2005 EI TILATTAVISSA

Sonja Iltanen, Päivi Topo: Standardisoitua vai yksilöllistä? Analyysi hoitoympäristöissä käytettävien vaatteiden, jalkineiden, tukien ja suojien kuvastoista
Työpapereita 11/2005 Tilausnro T11/2005

Maarit Outinen (toim.): Riskit hallintaan – Miten lähdän riskienhallinnan polulle?. Riskienhallinnan kehittämisprojekti sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille 2004–2005
Työpapereita 12/2005 Tilausnro T12/2005