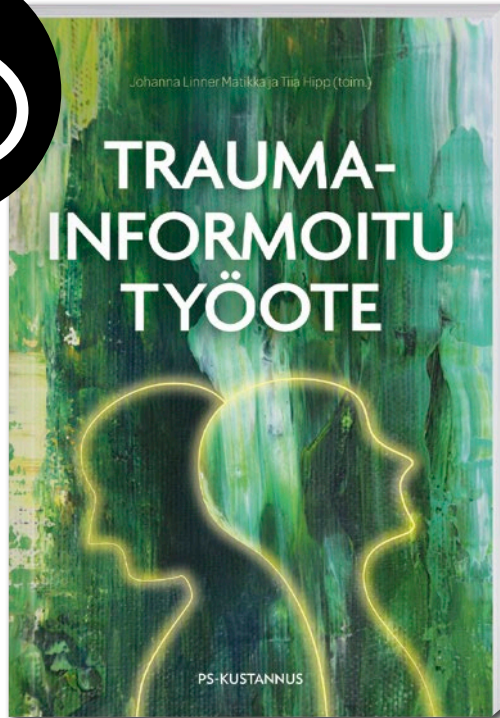


NÄYTESIVUT



Johanna Linner Matikka – Tiia Hipp (toim.)

## Traumainformoitu työote

Tässä pdf-tiedostossa on mukana kirjasta seuraavat näytteet:

- Sisällys
- Esipuhe
- Näytesivut

Tutustu kirjaan  
verkkokaupassamme



# Sisällys

---

Tervehdys toimittajilta.....	7
Alkusanat.....	9
<i>Anne Suokas</i>	
Trauma ja traumatisoituminen.....	15
<i>Tiia Hipp</i>	
Traumainformoitu lähestymistapa – Siirtymä oikeudenmukaisempaan toipumisen kulttuuriin.....	28
<i>Kati Sarvela</i>	

---

<b>OSA 1</b>	
<b>SOSIAALITYÖ HAAVOITTUVUUDEN KOHTAAMISPAIKKANA</b>	
Sosiaalityö tänään.....	48
<i>Maija Jäppinen</i>	
Lähisuhdeväkivalta hyvinvoinnin murtajana.....	57
<i>Johanna Linner Matikka</i>	
Läpinäkyvät lapset ja nuoret – Palvelujärjestelmien syrjäyttävät käytännöt.....	70
<i>Keiju Vihreäsalo</i>	
Lapsuusajan haitallisten ja suojaavien kokemusten sekä toivon merkitys systeemissä ja suhdeperustaisessa työotteessa.....	83
<i>Saija Westerlund-Cook</i>	
Elämäntarinatyöskentely vakauttavana työmuotona lastensuojelun sijais- ja jälkihuollossa.....	100
<i>Johanna Barkman ja Tiia Hipp</i>	
Vähemmistöstressi ja resilienssi sukupuoli- ja sateenkaarikirjolla.....	116
<i>Maarit Huuska</i>	
Rasismi ja rodullistettujen asiakkaiden tukeminen.....	129
<i>Shadia Rask ja Anu Castaneda</i>	
Vammaisten ihmisten traumaattiset epäyhdenvertaisuuden ja ihmisoikeusloukkausten kokemukset elämänkaariperspektiivistä.....	138
<i>Ylva Krokfors</i>	

---

## OSA 2

### TRAUMAINFORMOITU AMMATTILAINEN JA PALVELUJÄRJESTELMÄ

Traumainformoidun liikkeen juuret ja tavoitteet.....	150
<i>Kati Sarvela</i>	
Traumaosaamista sosiaali- ja kriisipäivystykseen.....	170
<i>Tiia Hipp ja Raine Surakka</i>	
Traumainformoidun työotteen ja systeemisen lastensuojelun yhtymäkohtia etsimässä.....	181
<i>Päivi Petrelius ja Laura Yliruka</i>	
Rakenteellisen sosiaalityön ja traumainformoidun työotteen yhteyksiä.....	202
<i>Maija Haapala ja Camilla Jokela</i>	
Palautetietoisuus osana traumatietoista sosiaalityötä.....	212
<i>Maria Isoaho ja Charlotte Wieliczko</i>	
Traumainformoidun työotteen oppiminen ja opettaminen ammattikorkeakoulussa.....	222
<i>Minna Kuvajainen</i>	

---

## OSA 3

### TRAUMA JA TOIVO

Ihmissuhdetyöntekijän omien turvattomien ja traumaattisten kiintymyskokemusten huomioiminen osana ammattitaitoa.....	242
<i>Sanna Isosävi</i>	
Ammattilaisten hyvinvoinnin tukeminen .....	263
<i>Ilona Fagerström ja Johanna Linner Matikka</i>	
Piileskelevän liikkeen toiveikkuus.....	272
<i>Kirsi Törmi</i>	
Uusia hoitomuotoja: psykedeeliterapiat.....	278
<i>Antti Hupli</i>	
Loppusanat toivosta.....	286
<i>Johanna Linner Matikka ja Tiia Hipp</i>	
Kirjoittajat.....	291

# Tervehdys toimittajilta

---

Nuorina sosiaalialan opiskelijoina kohtasimme asiakkaita, joilla oli kasautuneita haavoittavia elämäkokemuksia. Perhekuntoutuksessa oli perheitä, joilla oli rakkautta pientä lastaan kohtaan mutta valtava ahdistus esti heitä löytämästä rauhaa vanhemmuudessa. Arki pienokaisen kanssa oli haastavaa. Lapsen itku herätti kiukkua, päivärytmi oli kadoksissa, ja ruokailuhetket, ulossiirtymät ja nukkumaanmenot olivat kaoottisia. Vanhemmuus nosti esiin oman lapsuuden vaille jäämiset, traumaattiset tapahtumat ja nähdyksi tulemisen puutteen. Pienen lapsen tarpeet ja yhteyden vaatimukset tuntuivat vanhemmasta usein ylivoimaiselta. Lastensuojelun sosiaalityössä tämä vanhempien ahdistus, keinottomuus ja turvattomuus näkyi muun muassa perheen sisäisenä väkivaltana, lasten päihteidenkäyttönä ja turvaa vaille olevana rajattomana käytöksenä, joka altisti uusille haavoittaville kokemuksille myös kodin ulkopuolella.

Tunsimme suurta myötätuntoa vanhemman ja lapsen emotionaalista kipua ja hätää kohtaan, jota todistimme. Tulimme myös tietoiseksi siitä, että elämän yllätyksellisyyden vuoksi auttajan ja asiakkaan paikoilla ei ole pitkää välimatkaa. Todistaessamme vanhemman ja lapsen hätää peilasimme niitä myös omiin elämäkokemuksiimme. Olemme siitä asti olleet kiinnostuneita siitä, miten ihminen selviytyy ja toipuu hyvinvoivaksi haastavien elämäkokemusten jälkeen ja aivan erityisesti, miten ihminen toipuu haavoittavasta lapsuudesta. Miten heitä, joilla on kasautuneita haavoittavia elämäkokemuksia, voidaan tukea siten, että he voivat täysipainoisesti hyvin, pystyvät rakentamaan ja ylläpitämään hyviä ihmissuhteita ja osallistumaan ja liittymään yhteiskuntaan?

Noin puolet työkyvyttömyyseläkkeistä myönnetään mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriön perusteella. Päihteiden käyttö pahan olon säätelijänä tuhoaa en-

## Traumainformoitu työote

venaikaisesti yksilön terveyttä, ihmissuhteita ja mahdollisuuksia hyvään elämään. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen, Jyväskylän yliopiston ja Tilastokeskuksen vuonna 2022 julkaistun tutkimuksen mukaan 16–74-vuotiaista suomalaisista 75 prosenttia on kokenut ainakin kerran elämässään henkistä, fyysistä tai seksuaalista lähisuhdeväkivaltaa. Parisuhteessa väkivaltaa on kokenut 44 prosenttia ja lapsuudessa lähisuhdeväkivaltaa 65 prosenttia vastaajista. Näiden lukujen takana on valtavasti pahoinvointia, mielenterveys- ja päihdeongelmia, somaattisia sairauksia, sosiaalisia ongelmia, emotionaalista pahoinvointia, kärsimystä ja hätää. Kaikki tämä tuottaa myös merkittäviä yhteiskunnallisia kustannuksia.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset mutta myös kasvattajat ja vapaa-ajan ja virkistystoimen toimijat sekä mitä suurimmassa määrin uusien hyvinvointialueiden johtajat, kehittäjät ja päättäjät tarvitsevat ymmärrystä siitä, mikä kestävää hyvinvointia nakertaa ja miten pahoinvointia voidaan ennaltaehkäistä, hoitaa ja purkaa. Nämä kysymykset ovat kriittisiä niin kestäväen talouden kuin sosiaalisesti kestäväen tulevaisuuden näkökulmasta.

Traumainformoitu työote on tapa hahmottaa pahoinvoinnin syitä ja seurauksia laajasti koko ihmisyypden olemus huomioiden. Kun ihminen kokee traumaattisen tapahtuman tai sarjan haavoittavia kokemuksia, kaikilla olemisen tasoilla tapahtuu muutoksia. Seuraukset todentuvat somaattisella ja psyykkisellä tasolla sekä sosiaalisen eli vuorovaikutuksen ja yhteenliittymisen tasolla. Traumainformoitu työote edellyttää näiden kaikkien ihmisyypden tasojen huomioimista työssä mutta myös työhyvinvoinnissa. Myös ammattilaiset ovat ihmisiä omine elämäshistorioineen. Traumainformoidun työotteen työkaluja ovat muun muassa kehoitietoisuus, tunne- ja vuorovaikutus sekä säätelytaidot. Niiden avulla luomme turvallista arkea itsellemme ja asiakkaillemme.

Hyvä lukija, tämä on kirja, jonka kirjoitimme ja kokosimme Teille lämmöllä ja innolla. Kiitämme lämpimästi kaikkia upeita kirjan asiantuntijoita, jotka ovat antaneet oman panoksensa tähän teokseen. Moniäänisyydessään se on juuri niin rikas kuin mitä visioimme vuosi ennen projektin aloitusta. Kiitämme myös apurahasta Suomen Tietokirjailijoita sekä hienosta yhteistyöstä PS-kustannuksen kanssa.

Tämä on kirja, jonka olisimme itse halunneet saada käsiimme silloin, kun lähdimme opiskelemaan ihmistyön ammattilaisiksi. Toivotamme teille kaikille innostavia, koskettavia, puhuttelevia ja inspiroivia lukuhetkiä!

Helsingissä 29. marraskuuta 2022

Johanna ja Tiia

# Alkusanat

ANNE SUOKAS

Ylivoimaisten traumaattisten kokemusten ymmärrys yhteiskunnassa on häilyvää. Kautta aikojen traumakokemukset on välillä nostettu voimakkaasti esille, toisinaan ne katoavat ja niiden merkitystä on vähätelty. Suhtautuminen traumaan muistuttaa hyvin paljon trauman omaa olemusta: välillä se työnnetään syrjään ja sitä välillä, kun taas toisinaan se tunkeutuu voimakkaasti näkyväksi.

Sigmund Freud näki kaltoinkohdeltuja seksuaalisesti hyväksikäytettyjä lapsia 1800-luvun Wienissä. Kun hän uskaltautui painottamaan ulkoisten tapahtumien merkitystä ihmisen elämässä, hänen havainnoilleen naurettiin ja hän joutui pilkan kohteeksi. Tämä kokemus osaltaan sai hänen teoriansa kääntymään mielen sisäisiin tapahtumiin ja kieltämään ulkoisten tapahtumien merkitystä. Tällä teorian muutoksella on ollut kauaskantoiset seuraukset mielenterveystyölle ja koko kulttuurin näkemykselle traumaista.

Freudin aikalainen unkarilainen psykoanalyytikko Sandor Ferenzi ei taipunut Freudin torjunnan teoriaan. Hän on myös omilla kliinisillä havainnoillaan vaikuttanut syvästi vakavan kiintymyssuhteessa traumatisoituneen ymmärtämiseen. Ferenzi kuvasi, että lapset sairastuvat siihen, mitä he ovat kokeneet, eivätkä siihen, mitä kuvittelevat kokevansa. Lapsi suojautuu samanmielisyydellä vanhempiinsa voidakseen olla tietämätön vanhempiensa haavoittavista puolista.

Ferenzin viisaat havainnot on viime vuosikymmeninä ymmärretty ei ainoastaan lapsuuden perheiden tasolla vaan myös laajemmin tilanteissa, joissa ihminen joutuu täysin vahvemman armoille. Tätä prosessia on kuvattu Tukholman syndroomassa ja ihmiskaupan uhrien ja lapsisotilaiden kiinnittymisessä raakaan kaltoinkohtelijaan.

## Traumainformoitu työote

Jean-Martin Charcot kehitti 1800-luvulla näkemyksensä hysteriaista Pariisissa Salpîetren sairaalassa. Suggestioherkkien vakavasti lähisuhteissaan traumatisoituneiden naisten ylivoimaisten kokemusten suggestiivisella vahvistamisella saatiin aikaan tietyn tyyppinen hysterian kaava, jota esiteltiin paikallisille taiteilijoille iltapäivänäytöksissä. Hyvin laiminlyödyt ja kohtaamattomat ihmiset tulivat näissä näytöksissä nöyryytetyiksi ja hyväksikäytetyiksi mutta kokivat myös tulevansa nähdyksi. Tämä samanlainen ylivoimaisten kokemusten hyväksikäyttö on edelleen nähtävissä nykypäivän viihdeohjelmissa. Kautta aikojen on käytetty hyväksi ihmisten kyvyttömyyttä yhdistää ylivoimaisia kokemuksiaan omaelämäkerralliseksi, omaan identiteettiin kuuluviksi tapahtumiksi, joihin heillä on omistusoikeus.

Charcotin aikalainen Pierre Janet tutki hyvin yksityiskohtaisesti ylivoimaisten kokemusten vaikutusta mieleen ja näki hysterian persoonallisuuden synteessin sairautena. Nykyinen ymmärrys vakavan kiintymyssuhteessa tapahtuvan traumatisoitumisen vaikutuksesta mieleen perustuu hyvin paljon Pierre Janetin näkemyksiin. Janet kuvaili tutkimuksissaan, kuinka ylivoimaisten traumaattisten kokemusten vuoksi persoonallisuus jakautuu kahteen tai useampaan ajatusten ja toimintojen systeemiin.

Sveitsiläinen psykiatri Paul Eugen Bleuler alkoi käyttää käsitettä skitsofrenia ennenaikaisen dementian sijaan, koska havaitsi, että kyseessä ei ole aina dementia eikä se esiinny vain nuorilla ihmisillä. Vakavasta traumatisoitumisesta saatu ymmärrys mielen lohkoutumisesta sekoittui tällöin Bleulerin havaintoihin mielen degeneroivasta sairaudesta ja skitsofreniasta tuli ”jakomielitauti”.

Tällä erilaisten ilmiöiden sekoittumisella on ollut myös kauaskantoiset seuraukset, koska vakavimmat trauman muodot ovat näihin päiviin saakka sekoittuneet skitsofrenian kanssa. Viime vuosikymmeninä skitsofreniaa on yhä useammin määritelty geneettiseksi sairaudeksi, jolloin sairastuneen elämän kokemuksilla ei ole ollut arvioinnissa ja hoidossa merkitystä. Kun vakavasti traumatisoitunut dissosiaatiohäiriöinen saa skitsofreniadiagnoosin, hänen hoitonaan on lääkehoito ja kaikki psykoterapeuttinen hoito sulkeutuu pois, vaikka näissä traumaperäisissä häiriöissä se olisi olennaisin hoitomuoto.

## Yhteiskunnalliset ja taloudelliset kytkennöt

Sotien aikana ymmärrys ylivoimaisten kokemusten vaikutuksesta syventyi. Psykiatriassa opittiin ensimmäisessä maailmansodassa, että mielenterveyden häiriö voi olla yhteydessä traumaattisiin tapahtumiin. Sotaneuroosien ajateltiin häviävän sodan jälkeen. Kuitenkin esimerkiksi saksalaisista sotilaista sotaneuroosista kärsivät oli suurin yksittäinen haavoittuneiden ryhmä. Vähitellen ylivoimaisten kokemusten merkitystä toimintakyvyn menetyksessä alettiin vähätellä ja syntyi diagnoosi ”korvausneuroosi”, jossa todettiin sotilaiden hakevan kompensatiota kokemuksiinsa.

Ensimmäisen maailmansodan jälkeisistä ajoista lähtien vakuutusyhtiöiden osuus on tullut myös merkittäväksi määriteltäessä traumatisoitumista. Kun ongelma löytyy ihmisestä itsestään tai hänen periytyneestä vastustuskyvyn puutteesta, ulkoisten tapahtumien merkitystä voidaan vähätellä ja tällöin myös korvausvelvollisuus vähenee. Osa traumatisoitumisen havainnoinnin vaikeudesta on aina johtunut sen yhteiskunnallisista ja taloudellisista kytkennöistä. Vakuutusyhtiöt, lääketeollisuus ja erilaisten tutkimusten rahoitukset ovat aina olleet mukana määrittelemässä asioita muista kuin psykologisista lähtökohdista.

Psykiatrinen diagnostiikka on pitkään perustunut oirekuviin, jotka on irrotettu yhteyksistä traumaattisiin elämäkokemuksiin ja laajempaan ymmärrykseen oireen takana olevista ilmiöistä. Vakavasti lapsuudessaan kaltoinkohdelluilla voi olla kymmenen erilaista psykiatrista diagnoosia, ennen kuin heidän traumaperäinen oirekuvansa tulee nähdäksi. Kun taustalla oleva ilmiö jää havainnoimatta, hoideaan pitkänä jatkumona vaihtelevia oireita yksitellen oireenmukaisina hoitoina.

Monet lapsuudessaan kaltoin kohtelevissa olosuhteissa eläneiden ihmisten oireet ovat lapsuuden selviämiskeinoja sietämättömistä olosuhteista. Kun selviämiskeinot irtoavat alkuperäisistä yhteyksistään, niistä tulee monesti häpeällisiä oireita, joiden yhteydet alkuperäisten oireiden syntymekanismeihin katoavat erityisesti oireisiin keskittyvässä psykiatriassa.

Perheen sisäinen kaltoinkohtelu nähtiin pitkään vain vanhempien ja lasten välisenä tapahtumana. Traumatisoivat vanhemmat olivat julmia kaltoinkohtelijoita ja lapset uhreja. Uhrien hoito keskittyi heidän traumatapahtumiensa käsittelyyn. Ajateltiin, että he ovat toimivia vanhempia ja ihmisiä, joilla on vain murskaavat kokemukset omassa lapsuudessaan. Trauman siirtymistä sukupolvelta toiselle vähäteltiin. Ylivoimaisten kokemusten sisäistys nähtiin vain uhrin näkökulmasta



eikä vanha Sandor Ferenczin aikainen kliininen havainto siitä, että kaltointkohdeltu sairastuu samanmielisyyteen vanhempansa kanssa elänyt näissä tulkinnoissa.

Viime aikoina traumatisoitumisen ylisukupolvisuus on tullut huomattavan paljon näkyvämmäksi ja traumatisoituneet vanhemmat voivat saada apua ongelmiinsa. Myös epigeneettinen tutkimus vahvistaa näkemystä ylivoimaisten kokemusten siirtymistä. Ylisukupolvisten vaikeuksien sanoittaminen ja havainnointi on tullut luvallisemmaksi, ja häpeä omaa taustaa ja omia traumakokemuksia kohtaan on vähentynyt. Pystymme puhumaan sisällissodasta, talvisodan seuraamuksista ja Ruotsiin siirrettyjen sotilasten todellisista kokemuksista. Tämä kaikki auttaa traumatisoituneita purkamaan ylisukupolvisiä taakkojaan ja estää niitä siirtymästä seuraavalle sukupolvelle.

## Altistushoidoista kiintymyssuhteen vaurion ymmärtämiseen

Maailmansotien yhteydessä ymmärrys traumaista lisääntyi. Hyvin paljon nähtiin myös sitä, miten ylivoimaiset kokemukset vaikuttivat kehoon kehon tunnettomuutena, kiputiloina, aistipuutoksina, kouristelukohtauksina tai halvaantumisoireina. Nämä kaikki liitettiin sotaneurooseihin, joita hoidettiin rankoilla altistushoidoilla, kuten sähkösokeilla. Sotilaat, jotka ylivoimaisten kokemusten jälkeen yrittivät paeta paikalta, sidottiin kiinni etulinjaan ja ajateltiin, että altistus sodalle palauttaa toimintakyvyn.

Vietnamin sota oli traumahoitojen kannalta harppaus eteenpäin. Kutsunnat koskivat koko Yhdysvaltojen väestöä, ja näin yhteiskuntaluokasta riippumaton traumatisoituminen nosti sodan jälkioireet hyvin näkyviksi ja kiinnostaviksi yhteiskunnassa. Traumojen hoitoon annettiin myös rahoitusta ennen näkemättömällä tavalla. Sotatrauma oli kuitenkin huomattavasti rajatumpi vaikutuksiltaan kuin perheessä tapahtunut kaltointkohdeltu trauma kiintymyssuhteessa. Myös sodan uhreille kehitetyt altistumiseen perustuvat hoitomallit soveltuivat huonosti perheen sisäisten traumojen hoitoon.

Judith Herman totesi 1960-luvulla, että eivät ainoastaan miehet traumatisoidu sodissa vaan naiset ja lapset traumatisoituvat kotonaan. Vuonna 1962 alettiin puhua pahoinpidellyn lapsen syndroomasta ja keskityslleirisyndroomasta, vuonna 1974 raiskaustrauumasyndroomasta ja vuonna 1980 tuli tautiluokitukseen viralli-

sesti traumaperäinen stressihäiriö. Altistukseen perustuvat trauman hoitomenetelmät soveltuivat hyvin yksittäisten traumojen ja sotatraumojen hoitoon. Perheen sisäisen traumatisoitumisen hoitoon siirrettyinä ne eivät olleet lainkaan niin soveltuvia, vaikka niitä laajasti käytettiin myös kaltoinkohtelutraumojen hoidossa. Esimerkiksi Yhdysvalloissa oli ongelmana, että rahoitus oli suunnattuna Vietnamin sodan veteraanien kuntoutukseen, jolloin hoitomenetelmien kehitys tapahtui tällä rintamalla. Perheiden kaltoinkohteluongelmat nähtiin vain alempien sosiaaliluokkien monisyisinä ongelmina, joihin oli vaikea kohdentaa hoitomenetelmiä.

1990-luvun kuluessa alkoi Yhdysvalloissa tulla voimakas kaksijakoisuus suhteessa menneisyydestä mieleen kumpuaviin traumakokemuksiin. Toisaalta oli hyvin voimakas traumakokemusten esiin nostamisen kulttuuri, joka sisälsi esimerkiksi ohjeen, että ”jos olet joskus ajatellut, että sinua on seksuaalisesti hyväksikäytetty lapsuudessa, sinua on varmaan seksuaalisesti hyväksikäytetty”. Traumoihin oli hoitomenetelmiä ja lähestymistapoja, jotka pohjautuivat syvästi altistusperinteeseen. Hoidon kohteena oli esimerkiksi mieleen nouseva menneisyyden seksuaalisen hyväksikäytön kokemus. Seksuaalisen hyväksikäytön kokemus nähtiin ”tulehtuneena haavana”, josta täytyi puristaa märkä ulos, jotta paraneminen alkaisi. Tässä traumatapahtumaan liittyvässä hoidossa ei ollut ymmärrystä siitä, miten varhainen kiintymyssuhteessa tapahtuva kaltoinkohtelu vaikuttaa monella tavalla koko tunteiden, tarpeiden ja kehon säätelyn kokonaisuuteen ja millä tavalla jakaa mielessä suhdetta kiintymyksen kohteeseen tai vaikuttaa yleisesti lapsen kehitykseen.

Samanaikaisesti amerikkalaisesta yhteiskunnasta levisi laajalle Eurooppaan myös ajatus- ja tutkimuslinja, jossa määriteltiin esiin nousevat menneisyyden traumaattiset muistot valemuistoiksi, jotka ovat syntyneet terapeuttien mieleen nostattamina. Monet amerikkalaiset psykoterapeutit menettivät oikeudenkäynneissä valemuistojen istuttamisesta syytettynä ammatinharjoittajaoikeutensa. Vakuutusyhtiöiden tai valtion tukea psykoterapioihin ei saanut, jos lähetteessä puhuttiin mieleen nousevista traumamuistoista. Kuohunta valemuistojen ympärillä katkaisi vuosiksi amerikkalaisen tutkimusperinteen vakavien traumojen ja kaikkein vakavimpien traumatisoitumisen muotojen osalta.

Psykiatriseen tautiluokitukseen on pyritty vuosikymmeniä lisäämään kompleksisen traumaattisen stressireaktion diagnoosi, joka pitkien tutkimushankkeiden jälkeen on nyt olemassa. Suomessa se on saanut muodon ”monimuotoinen traumaattinen stressireaktio”. Vaikka diagnoosiin johtanut tutkimus toi näkyväksi kehityshäiriöt, jotka pitkäkestoiseen traumatisoitumiseen liittyvät, muuttuu nyky-

muotoisessa diagnostiikassa monimuotoinen traumaperäinen stressihäiriö vain monimuotoiseksi oirekuvaksi ilman että pitkä kehityksen vaurio ja mielen rakenteen ongelmat tulevat näkyviksi ja hoidon pohjaksi. Monimuotoinen traumaattinen stressihäiriö -diagnoosi mahdollistaa nyt kuitenkin tutkimuksen ja näyttöön perustuvien hoitomallien kehittämisen vakavasti traumatisoituneille.

## Traumojen hoito säästää

Traumojen hoidossa on aina säästetty, vaikka tosiasiaassa monet asiat eivät terveydenhuollossa tuota yhtä paljon kustannuksia kuin traumatisoitumisen hoidon laiminlyönti. On näyttöä siitä, että vakavasti traumatisoituneiden vakauttava hoito jo olennaiselta osalta vähentää ylisukupolvisen trauman siirtymistä seuraavaan sukupolveen. Jos oireiden takana oleviin perussyihin ei päästä käsiksi, vakavaan traumatisoitumiseen liittyvä laaja ruumiillisten oireiden kirjo, kuten aistien puutokset, halvausoireet ja äkilliset kiputilat, aiheuttavat paljon toistuvia erikoissairaanhoidoa vaativia tutkimuksia. Oma lukunsa on somaattinen sairastavuus, joka lisääntyy huomattavasti pitkäkestoisen kaltoin kohtelevassa perheessä asumisen seurauksena. Kotonaan traumatisoituneet kuolevat somaattisiin sairauksiin huomattavasti nuorempina kuin muut.

Moderni etäyhteyksiin perustuva lyhytkestoinen psykoterapia soveltuu huonosti pitkään kiintymyssuhteessaan traumatisoituneen hoitomuodoksi. Traumatisoituneen toimintataso voi olla hyvin vaihteleva. Siksi älylliseen keskusteluun ja sanoittamiseen perustuva hoito tavoittaa vain pienen osan traumakokemuksesta. Vakavasti kiintymyssuhteessaan traumatisoitunut tarvitsee psykoterapeuttin peilikseen, johon voi heijastaa koko menneisyyden vääristyneen yhteyden toiseen ihmiseen. Sama koskee myös perhepalveluita, joissa havaintojen tekeminen menneisyyden ja nykyisyyden eroista ja menneisyyden sisäistettyjen reaktioiden katkaiseminen ei tapahdu muutaman viikon hoitojaksolla.

Väestötasolla tehdyt tutkimukset lapsuuden vaikeiden kokemusten vaikutuksesta sairastavuuteen tekevät traumatisoitumisen seurauksista uudella tavalla näkyvää. Jos hoitavat ihmiset osaavat ottaa ylivoimaiset kokemukset huomioon kaikessa sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnassa, se ehkäisee yksinäisten, arvottomuuden tunteen täyteisten elämänpolkujen muodostumista. Tämä aikojen saatossa väistämättä muovaa myös psykiatrian oirekeskeistä lähestymistapaa takaisin elämänhistorian merkityksen ymmärtämiseen.