

# Traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyys nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon potilailla ja lastensuojelun yhteisasiakkailla

Syventävien opintojen kirjallinen työ

Lääketieteellinen tiedekunta

Kliininen laitos

Nuorisopsykiatria

Laatija:

Valentin Harikkala

Ohjaajat:

LT Katri Lahti

LT, apulaisprofessori Max Karukivi

12.3.2025

Turku

Syventävien opintojen kirjallinen työ

**Oppiaine:** Nuorispsykiatria

**Tekijä:** Valentin Harikkala

**Otsikko:** Traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyys nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon potilailla ja lastensuojelun yhteisasiakkailta

**Ohjaajat:** LT Katri Lahti, LT, apulaisprofessori, Max Karukivi

**Päivämäärä:** 12.3.2025

Traumaperäinen stressihäiriö syntyy voimakkaan traumaattisen tapahtuman seurauksena. Oireita ovat esimerkiksi takaumat, välttämiskäyttäytyminen, negatiiviset tunnekokemukset ja ylivirittyneisyys. Kompleksinen trauma on vaikeampi yksilöidä, ja oireet ovat moninaisemmat. Tällaisille kokemuksille altistuneet nuoret ovat usein nuorisopsykiatrisen ja lastensuojelun yhteisasiakkaita.

Tutkimuksessa tarkasteltiin traumaperäisen stressihäiriön (PTSD) esiintyvyyttä nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon potilailla ja PTSD:n yhteyttä lastensuojelun sijoituksiin. Taustamuuttujina tutkimuksessa olivat nuoren ikä, sukupuoli, psykiatristen samanaikaissairauksien määrä, vanhempien psykiatrisen sairastavuus, sekä nuoren syntyessä rekisteröity äidin siviilisääty ja sosioekonominen asema. Aineistona oli 7973 nuorta, joilla oli ainakin yksi hoitjakso nuorisopsykiatrisessa erikoissairaanhoidossa vuosina 2015–2019. Tiedot nuorten diagnooseista ja sijoituksista sekä vanhempien psykiatrisesta sairastavuudesta ja sosioekonomisesta asemasta poimittiin kolmen sairaanhoitopiirin ja kansallisista rekistereistä. Sijoitettuja ja ei-sijoitettuja verrattiin kategoristen taustamuuttujien osalta khiin neliö -testillä ja jatkuvia muuttujia Wilcoxonin testillä. PTSD-diagnoosin yhteyttä sijoitukseen tarkasteltiin logistisella regressiolla.

PTSD-diagnoosin esiintyvyys aineistossa oli 2,9 %. Esiintyvyys oli korkeampi sijoitetuilla (3,8 %) kuin ei-sijoitetuilla (2,6 %,  $p=0,005$ ). Diagnoosi oli itsenäinen riskitekijä lastensuojelun sijoitukselle (OR 1,52; 95 % CI 1,04-2,22;  $p=0,032$ ).

PTSD-diagnoosi lisäsi sijoituksen todennäköisyyttä nuorisopsykiatrisen potilailla. Myös vanhempien psykiatrisen sairastavuus sekä äidin sosioekonominen asema olivat merkitsevästi yhteydessä sijoitukseen. Traumaperäiset oireet on tärkeä huomioida nuorisopsykiatrisen potilaan hoidossa. PTSD-diagnoosi asetetaan vain pienelle osalle niistä nuorista, jotka ovat kokeneet trauman ja oireilevat trauman seurauksena. Nuorisopsykiatrisen potilaiden traumaperäinen oireilu olisi tärkeää tunnistaa ja huomioida hoidossa ja siten pyrkiä osaltaan ennaltaehkäisemään sijaishuoltoon päätymistä.

Opinnäytetyönä toimii suomenkielinen alkuperäistutkimus, josta laadittu käsikirjoitus on tarjottu julkaistavaksi suomenkieliseen vertaisarvioituun julkaisusarjaan.

**Avainsanat:** Traumaperäinen stressihäiriö, nuorisopsykiatria, sijaishuolto

## Tiivistelmä

### Lähtökohdat

Tutkimuksessa tarkasteltiin traumaperäisen stressihäiriön (PTSD) esiintyvyyttä nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon potilailla ja sen yhteyttä lastensuojelun sijoituksiin.

### Menetelmät

Aineistona oli 7973 nuorta, jotka olivat ainakin yhdellä nuorisopsykiatrian hoitajaksolla vuosina 2015–2019. Tiedot nuorten diagnooseista ja sijoituksista sekä vanhempien psykiatrisesta sairastavuudesta ja sosioekonomisesta asemasta poimittiin sairaanhoitopiirien ja kansallisista rekistereistä. Sijoitettuja ja ei-sijoitettuja verrattiin kategoristen taustamuuttujien osalta khiin neliö -testillä ja jatkuvia muuttujia Wilcoxonin testillä. PTSD-diagnoosin yhteyttä sijoitukseen tarkasteltiin logistisella regressiolla.

### Tulokset

PTSD-diagnoosin esiintyvyys aineistossa oli 2,9 %. Esiintyvyys oli korkeampi sijoitetuilla (3,8 %) kuin ei-sijoitetuilla (2,6 %,  $p=0,005$ ). Diagnoosi oli itsenäinen riskitekijä lastensuojelun sijoitukselle (OR 1,52; 95 % CI 1,04-2,22;  $p=0,032$ ).

### Päätelmät

PTSD-diagnoosi lisäsi sijoituksen todennäköisyyttä nuorisopsykiatrian potilailla. Myös vanhempien psykiatrisen sairastavuus sekä äidin sosioekonominen asema olivat merkitsevästi yhteydessä sijoitukseen. Traumaperäiset oireet on tärkeä huomioida nuorisopsykiatrisen potilaan hoidossa.

## Summary

### Starting points

This study examined the prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) in patients treated in specialized adolescent psychiatry units and the association between the PTSD and placement by child welfare in out-of-home care.

### Methods

The study sample consisted of 7973 adolescents treated in an adolescent psychiatry unit in 2015–2019. The diagnostic and placement information of the adolescents, the socioeconomic and marital status, as well as psychiatric diagnoses of the parents were derived from national registers. The Chi-square test was used for categorical, and Wilcoxon test for continuous variables when comparing the placed and non-placed. The association between PTSD and placement was examined using logistic regression.

### Results

The prevalence of PTSD in the study sample was 2.9%. The incidence was higher in the placed (3.8%) than in the non-placed (2.6%,  $p=0.005$ ). PTSD was an independent risk factor for placement (OR 1.52; 95% CI 1.04-2.22;  $p=0.032$ ).

### Conclusions

PTSD increased the likelihood of placement in patients treated in adolescent psychiatry. The parents' psychiatric diagnoses and the mother's socioeconomic status were also associated with the placement. Trauma-related symptoms should be taken into account when treating adolescent psychiatry patients.

Traumaperäinen stressihäiriö (PTSD) kehittyy osalle poikkeuksellisen uhkaavan tilanteen kokevista. Sen oireita ovat mm. jatkuvat muistikuvat ja takaumat, muistiaukot, ylivirittyneisyys ja painajaiset sekä ahdistuneisuus tilanteissa, jotka muistuttavat tapahtumasta (1). Nuorten oireilevat myös lisääntyneellä riskikäyttäytymisellä. On arvioitu, että yleisväestössä 2/3 kokee alle 16-vuotiaana yksittäisen potentiaalisesti traumatisoivan tapahtuman, mutta heistä vain 0,5 % sairastuu PTSD:hen (2). Eräässä tutkimuksessa jopa 96 % nuorisopsykiatrian osaston potilaista oli traumaattinen kokemus ja 29 % arvioitiin todennäköisesti täyttävän PTSD-diagnoosin kriteerit (3). Traumatisoivat tapahtumat lisäävät myös muiden mielenterveydenhäiriöiden riskiä, eikä PTSD-diagnoosia aina päädytä asettamaan muiden häiriöiden korostuessa (3,4).

Kompleksisten eli toistuvien traumakokemusten kasaantumisen myötä aiheuttajatapahtumaa on vaikeampi yksilöidä, ja oireet voivat olla moninaisempia (5). Tällaisille kokemuksille altistuneet nuoret ovat usein nuorisopsykiatrian ja lastensuojelun yhteisasiakkaita (6).

Kompleksiselle traumalle ei ole omaa diagnoosia ICD-10-tautiluokituksessa, mutta ICD-11:ssä tämä on yhtenä PTSD:n kategoriana (7).

Tietoa PTSD:n esiintyvyydestä nuorisopsykiatrisilla potilailla Suomessa ei ole, joten tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää tätä. Lisäksi tutkimme, onko PTSD-diagnoosi itsenäisesti yhteydessä lastensuojelun sijoituksen todennäköisyyteen.

## Aineisto ja menetelmät

### Tutkimusaineisto

Tutkimusaineistona käytettiin Lastensuojelun sosiaalityön ja nuorisopsykiatrian yhteistutkiminen ja -kehittäminen Länsi- ja Itä-Suomessa (LANUPS) -tutkimushankkeen

aineistoa. Aineisto koostuu 7973 iältään 13–18-vuotiasta nuoresta, joilla oli vähintään yksi erikoissairaanhoidon hoitajakso nuorisopsykiatrialla Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä, Satakunnan sairaanhoitopiirissä tai Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä 1.1.2015-31.12.2019 välisellä ajanjaksolla. Seuranta toteutui samalla ajanjaksolla eli seurantajakson pituus vaihteli sen mukaan, mihin kohtaan hoitajakso ajoittui. Hoitajaksoksi määriteltiin vähintään kaksi käyntiä. Jos kahden käynnin välillä oli kuusi kuukautta tai enemmän, käynnit määriteltiin kahdeksi eri hoitajaksoksi. Poissulkukriteerit olivat oleellisten henkilötietojen puute tai virheellisesti rekisteröitynyt hoitajakso (ei todellista kontaktia). Tutkimusaineistosta suljettiin pois 59 henkilöä näiden kriteerien nojalla.

#### Muuttujatiedot

Tiedot nuorten hoitajaksosta ja diagnooseista poimittiin sairaanhoitopiirien rekisteritiedoista. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen kansallisista rekistereistä poimittiin seuraavat tiedot: tiedot lastensuojelun sijoituksista Lastensuojelurekisteristä, taustatiedot Syntyneiden lasten rekisteristä ja tieto vanhempien psykiatrisista diagnooseista (F-diagnoosit ICD-10:ssä) Hoitoilmoitusrekisteristä (Terveys-Hilmo ja Avohilmo). Kuva 1 havainnollistaa aineistonkeruuta. Taustamuuttujina tässä tutkimuksessa käytettiin nuorten sukupuolta, ikää, psykiatristen samanaikaissairauksien määrää, vanhempien psykiatrisia sairastavuutta ja nuoren syntyessä rekisteröityä äidin sosioekonomista asemaa ja siviilisäätystä. Sosioekonomista asemaa käsiteltiin neliluokkaisena muuttujana: ylemmät toimihenkilöt, alemmat toimihenkilöt, työläiset ja muut. Äidin siviilisäätystä käsiteltiin kaksiluokkaisena: parisuhteessa ja ei parisuhteessa (naimaton, eronnut, leski).

#### Tilastolliset menetelmät

Kategoriset muuttujat on ilmoitettu frekvensseinä ja prosentteina ja jatkuvat muuttujat mediaaneina ja kvartiileina (Q1, Q3), koska ne eivät noudattaneet normaalijakaumaa. Sijoitettuja ja ei-sijoitettuja verrattiin toisiinsa kategoristen taustamuuttujien osalta khiin neliö -testillä ja jatkuvia muuttujia Wilcoxonin testillä. Sijoitusta tutkittiin myös logistisella regressiolla, jossa vasteena toimi sijoitettu (kyllä vs. ei) ja selittävinä tekijöinä mallissa olivat nuoren sukupuoli, ikä ensimmäisellä nuorisopsykiatrian käynnillä, äidin sosioekonominen luokka, äidin siviilisäätystä, äidin ja isän F-diagnoosi ennen sijoitusta (kyllä vs. ei), PTSD-diagnoosi (kyllä vs. ei) ja nuoren psykiatristen samanaikaissairauksien määrä. Tulokset on ilmoitettu ristsuhteina (odds ratio, OR) ja 95 % luottamusväleinä (95 % CI). Tilastollisen

merkitsevyyden rajana käytettiin p-arvoa  $< 0,05$ . Analyysit suoritettiin SAS-ohjelmalla versiolla 9.4 Windowsille (SAS Institute Inc, Cary, NC, USA).

## Tulokset

Lopullinen aineisto koostui 7973 nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon potilaasta.

Tutkittavien taustatiedot on esitetty taulukossa 1. Kaikista tutkittavista PTSD-diagnoosi oli 230:lla (2,9 %). Psykiatristen diagnoosien määrä PTSD-diagnoosin ohella vaihteli välillä 0–18, mutta lähes kaikilla (99 %) muita diagnooseja oli 0–8.

Tutkittavista 2160 (27,1 %) oli lastensuojelun sijaishuollon piirissä vähintään kerran seurantajakson aikana. Tutkittavista PTSD todettiin 81:lla (3,8 %) niistä, jotka sijoitettiin ja 149:lla (2,6 %) niistä, joita ei sijoitettu. PTSD:n esiintyvyys oli tilastollisesti merkitsevästi korkeampi sijoitettujen ryhmässä ( $p=0,005$ ). Sijoitetuilla, joilla todettiin PTSD, havaittiin myös enemmän muita psykiatrisia häiriöitä kuin niillä nuorilla, joilla todettiin PTSD, mutta joita ei sijoitettu. Ero ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä ( $p=0,054$ ). Aineistossa oli 3131 poikaa ja 4842 tyttöä. Sukupuolten välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero PTSD:n esiintyvyydessä ( $p=0,0014$ ). Tytöistä PTSD todettiin 163:lla (3,4 %) ja pojista 67:llä (2,1 %). Sijoitetut erosivat tilastollisesti merkitsevästi kaikkien tutkittujen taustamuuttujien osalta niistä nuorista, jotka eivät päätyneet sijoitukseen (Taulukko 1). Sijoitettujen nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon kontakti oli alkanut nuorempana kuin niillä, joita ei sijoitettu. Sijoitettujen nuorten vanhemmilla oli myös todennäköisemmin psykiatrinen diagnoosi ja heidän äitinsä sosioekonominen asema oli heikompi.

PTSD-diagnoosin asettaminen nuorelle oli tilastollisesti merkitsevä selittävä tekijä sijaishuoltoon päätymiselle (OR 1,52; 95 % CI 1,04-2,22;  $p=0,032$ ). Taustamuuttujista suurin riski oli sillä, oliko äidillä (OR 1,56; 95 % CI 1,37-1,77,  $p<0,001$ ) tai isällä (OR 1,44; 95 % CI 1,26-1,66;  $p<0,001$ ) todettu yksi tai useampi psykiatrinen häiriö ennen nuoren päätymistä sijoitukseen. Kaikkien tutkittujen muuttujien vaikutukset sijoituksen todennäköisyyteen on esitetty Taulukossa 2.

## Päätelmät

PTSD:n esiintyvyys nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon potilailla oli tässä tutkimuksessa 2,9 %. PTSD oli yleisempi tytöillä kuin pojilla. PTSD:n todettiin olevan itsenäinen sijoituksen riskitekijä, vaikka myös vanhempien mielenterveyden häiriö ja matalampi sosioekonominen asema olivat merkitsevästi yhteydessä sijoitukseen.

PTSD:n esiintyvyyttä nuorisopsykiatrian avohoidon potilailla on tutkittu aiemmin hyvin vähän. Arviot potentiaalisesti traumatisoivien tapahtumien kokemisesta vaihtelee avohoidon 23 %:sta osastohoidon 96 %:iin (3,8) ja on arvioitu, että yleisväestössä n. 0,5 % trauman kokeneista sairastuu PTSD:hen (1). On kuitenkin todennäköistä, että erikoissairaanhoidon piirissä traumaattisen kokemuksen jälkeen sairastuneiden osuus on yleisväestöä suurempi. On arvioitu, että sijaishuollon piirissä olevista nuorista 71–84 % on kokenut kaltoinkohtelua jopa viimeisen vuoden aikana (9,10). Tässä tutkimuksessa nuorisopsykiatrian ja lastensuojelun sijaishuollon yhteisasiakkailta PTSD:n esiintyvyys oli korkeampi (3,8 %) kuin niillä, joita ei sijoitettu (2,6 %). Tutkimuksemme tulos on linjassa aiempien kansainvälisten tutkimusten kanssa, joissa PTSD:n esiintyvyyden on lastensuojelun asiakkailta havaittu olevan 2,4–9,3 % (11-13).

PTSD jää aiempien tutkimusten mukaan tunnistamatta monimuotoisten oireiden seasta (3).

Toisaalta traumaattiset elämäkokemukset ovat yhteydessä myös muihin mielenterveyden häiriöihin kuin PTSD:hen (8). Devi ym. (2019) tutkimuksessa psykiatrisen avohoidon 14–35-vuotiaista potilaista 15 % mielialahäiriö-, 30 % ahdistuneisuushäiriö- ja 23 % psykoosipotilaista raportoi kokeneensa vähintään yhden tyyppistä kaltoinkohtelua.

Nuoruusiässä koetun kaltoinkohtelun on todettu lisäävän masennuksen ja ahdistuksen riskiä jopa 50–60 % (4). PTSD:n tyypillisiä samanaikaissairauksia ovat uhmakkuushäiriö (23 %), yleistynyt ahdistuneisuushäiriö (21 %) ja vaikea-asteinen masennus (20 %) ja samanaikaissairastavuus lisää hoidon tarvetta (3,14). Lisäksi on havaittu, että nuoret, joilla on traumaperäisiä oireita, oireilevat psyykkisesti usein voimakkaammin ja tarvitsevat enemmän ja pidempiaikaista hoitoa kuin ne hoidon piirissä olevat nuoret, joilla ei ole traumaperäisiä oireita (3).

Tutkimuksemme sekä PTSD että siihen liittyvien samanaikaissairauksien määrä olivat sijoituksen itsenäisiä riskitekijöitä. Sijaishuollossa olevilla nuorilla tiedetään olevan enemmän traumakokemuksia, ahdistuneisuusoireita ja mielenterveyden häiriöitä kuin yleisväestöllä (15,16). Onkin ilmeistä, että PTSD-diagnoosit kattavat vain pienen osan niin trauman kokeneista kuin traumaperäisiä oireita omaavista, mutta tästä huolimatta PTSD itsessään oli

yhteydessä sijoituksen todennäköisyyteen. Kun tulevan ICD-11 myötä myös kompleksiset traumat saavat oman diagnoosinumeron (7), traumatisoitumisen, nuorisopsykiatrian asiakkuuden ja sijoituksen yhteyksiä voidaan tarkastella vielä perusteellisemmin.

Pitkäaikainen traumatisoituminen näkyy pojilla erityisesti päihteiden väärinkäyttönä ja mielialahäiriöinä, kun tyttöjen on havaittu oireilevan tarkkaavuus- ja käytöshäiriöillä (17).

Erityisesti eksternalisoivasti ja vaikea-asteisesti oireilevat nuoret päätyvät usein lastensuojelun piiriin, mikä saattaa osaltaan selittää havaittua yhteyttä. PTSD:n samanaikaissairaudet ovat myös samoja mielenterveyden häiriöitä, joita yleisesti havaitaan sijaishuollon piirissä olevilla nuorilla (autismin kirjon häiriöt, käytöshäiriöt, yleinen ahdistuneisuushäiriö sekä eritasoiset masennustilat lievästä vakavaan) (18).

Sukupuolen ja iän todettiin tässä tutkimuksessa olevan yhteydessä sijoitukseen päätymiseen.

Nuorisopsykiatrialla ja lastensuojelun piirissä on asiakkaina enemmän tyttöjä kuin poikia, mikä saattaa vaikuttaa tulokseen. Tiedetään myös, että tytöillä traumatisoituminen on yleisempi sijoittamisen syy kuin pojilla (19). Aiemmissä tutkimuksissa iällä on ollut vaihteleva vaikutus trauman asteeseen ja esimerkiksi tuen tarpeeseen tai sijoittamiseen (20).

Merkittävimpänä sijoituksen riskitekijänä tässä tutkimuksessa näyttäytyi vanhempien psykiatrinen sairastavuus ennen sijaishuoltoon päätymistä. Tässä tutkimuksessa havaittiin, että äidin sosioekonominen asema ja siviilisäätty jo nuoren syntyessä olivat yhteydessä myöhempään sijoitukseen. Myös aiemmin on havaittu, että vanhempien oireilu, päihteiden käyttö ja alhainen sosioekonominen asema ovat yhteydessä sekä nuoren traumatisoitumiseen että sijaishuoltoon päätymiseen (18). Kyseisessä tutkimuksessa traumaalille altistumisen havaittiin olevan 4,5-kertaista perheissä, jotka saivat toimeentulotukea ja 10-kertaista, jos nuori oli päädytty sijoittamaan kodin ulkopuolelle (18).

Tutkimuksen vahvuuksia olivat iso ja verrattain tuore aineisto luotettavista rekistereistä.

Vaikka tutkimuksen kattamien sairaanhoitopiirien väestöpohja on verrattain laaja, aineisto ei ole edustava koko maata koskien. Selkeä rajoite myös on, että nuorten diagnoositiedot rajoittuivat vain seuranta-aikaan, eikä tätä edeltävien hoitajaksojen tai perusterveydenhuollon tietoja ollut käytettävissä. Rekisteritiedot rajoittuvat myös vain niihin tutkittaviin, jotka ovat olleet seuranta-aikana nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon piirissä. Näin ollen aineiston ulkopuolelle on voinut jäädä sellaisia mielenterveyden häiriötä sairastavia nuoria, jotka eivät ole hoidon piirissä.

Yhteenvetona tutkimuksemme tuottaa uutta tietoa PTSD:n esiintyvyydestä suomalaisessa nuorisopsykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. PTSD kattaa kuitenkin vain osan traumatisoitumiseen liittyvistä häiriötasoisistakin oireista ja traumatisoituminen on havaintojemme perusteella riskitekijä myös lastensuojelun sijoitukselle. Traumatietoiseen työotteeseen olisi viisasta panostaa sekä erikoissairaanhoidossa että lastensuojelussa (21).

## Ydinviesti

Tämä tiedettiin:

- PTSD on yleinen nuorilla, jotka ovat olleet nuorisopsykiatrialla hoidossa.
- Lastensuojelun sijoituksessa olevilla nuorilla on keskimääräistä suurempi riski psykiatrisille oireille ja häiriöille.
- Nuorisopsykiatrian potilaat ja lastensuojelun asiakkaat ovat keskimääräistä useammin kokeneet traumaattisia tapahtumia.

Tutkimus opetti:

- PTSD on itsenäinen riskitekijä lastensuojelun sijoitukselle.
- Vanhempien psykiatrisen sairastavuus on merkittävä riskitekijä sijoitukselle.
- PTSD:n samanaikaissairauksien määrä lisää lastensuojelun sijoituksen todennäköisyyttä.

## Kirjallisuutta

1. Traumaperäinen stressihäiriö. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistys ry:n työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim; 2022 [cited 2024 May 25].
2. Copeland WE, Keeler G, Angold A, Costello EJ. Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. Arch Gen Psychiatry. 2007;64(5):577-84. doi:10.1001/archpsyc.64.5.577.

3. Havens JF, Gudiño OG, Biggs EA, Diamond UN, Weis JR, Cloitre M. Identification of trauma exposure and PTSD in adolescent psychiatric inpatients: an exploratory study. *J Trauma Stress* 2012;25:171-8.
4. Copeland WE, Shanahan L, Costello EJ, Angold A. Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66(7):764-72. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.85.
5. Lawson DM, Quinn J. Complex trauma in children and adolescents: evidence-based practice in clinical settings. *J Clin Psychol* 2013;69:497-509.
6. Dorsey S, Burns BJ, Southerland DG, Cox JR, Wagner HR, Farmer EM. Prior trauma exposure for youth in treatment foster care. *J Child Fam Stud* 2012;21:816-24.
7. World Health Organization. 6B41 Complex post traumatic stress disorder. International classification of diseases, eleventh revision – ICD-11. Geneva: WHO; 2022.
8. Devi S, Iasevoli F, Valentino M, Vella A, de Bartolomeis A. Suicidality in schizophrenia: Clinical risk factors and treatment implications. *Ann Gen Psychiatry*. 2019;18:33. doi:10.1186/s12991-019-0239-1.
9. Greger HK, Myhre AK, Lydersen S, Jozefiak T. Previous maltreatment and present mental health in a high-risk adolescent population. *Child Abuse Negl* 2015;45:122-34.
10. Segura A, Pereda N, Guilera G, Abad J. Poly-victimization and psychopathology among Spanish adolescents in residential care. *Child Abuse Negl* 2016;55:40-51.
11. Bronsard G, Alessandrini M, Fond G, Loundou A, Auquier P, Tordjman S, et al. The prevalence of mental disorders among children and adolescents in the child welfare system: a systematic review and meta-analysis. *Medicine* 2016;95(7):e2622.
12. Okpych NJ, Courtney ME. Characteristics of foster care history as risk factors for psychiatric disorders among youth in care. *Am J Orthopsychiatry* 2018;88(3). Available from: <https://doi.org/10.1037/ort0000259>.
13. Pecora PJ, White CR, Jackson LJ, Wiggins T. Mental health of current and former recipients of foster care: a review of recent studies in the USA. *Child Fam Soc Work* 2009;14(2):132-46.
14. Hooshyari Z, Mohammadi MR, Salmanian M, Ahmadi N, Khaleghi A, Garakani A. Lifetime prevalence, comorbidities, and sociodemographic predictors of post-traumatic stress disorder (PTSD): the National Epidemiology of Iranian Children and adolescents Psychiatric

- disorders (IRCAP). *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2024 Nov;33(11):3965-3978. doi: 10.1007/s00787-024-02441-7.
15. Engler AD, Sarpong KO, van Horne BS, Greeley CS, Keefe RJ. A systematic review of mental health disorders of children in foster care. *Trauma Violence Abuse* 2022;23(1). Available from: <https://doi.org/10.1177/1524838020941197>.
16. Lehmann S, Breivik K, Monette S, Minnis H. Potentially traumatic events in foster youth, and association with DSM-5 trauma- and stressor related symptoms. *Child Abuse Negl* 2020;101. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104374>.
17. Fischer S, Dölitzsch C, Schmeck K, Fegert JM, Schmid M. Interpersonal trauma and associated psychopathology in girls and boys living in residential care. *Child Youth Serv Rev* 2016;67. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2016.06.013>.
18. Redican E, Murphy J, McBride O, Bunting L, Shevlin M. The prevalence, patterns and correlates of childhood trauma exposure in a nationally representative sample of young people in Northern Ireland. *J Child Adolesc Trauma* 2022;15(4). Available from: <https://doi.org/10.1007/s40653-022-00449-2>.
19. McGuire A, Huffhines L, Jackson Y. The trajectory of PTSD among youth in foster care: a survival analysis examining maltreatment experiences prior to entry into care. *Child Abuse Negl* 2021;115. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105026>.
20. Briggs EC, Greeson JK, Layne CM, Fairbank JA, Knoverek AM, Pynoos RS. Trauma exposure, psychosocial functioning, and treatment needs of youth in residential care: preliminary findings from the NCTSN core data set. *J Child Adolesc Trauma* 2012;5(1). Available from: <https://doi.org/10.1080/19361521.2012.646413>.
21. Leinonen L, Kaittila A, Alin M, Vornanen R, Karukivi M, Kraav SL, et al. Elements of communication competence in encountering traumatized adolescents in substitute care. *Young* 2023;31:339-56.

Taulukko 1. Taustamuuttujat koko tutkimusaineistossa sekä erikseen sijoitetuilla ja ei sijoitetuilla tutkittavilla.

	kaikki n = 7973	sijoitetut n = 2160	ei sijoitetut n = 5813	p-arvo
Sukupuoli	n (%) / Mediaani [Q1;Q3]	n (%) / Mediaani [Q1;Q3]	n (%) / Mediaani [Q1;Q3]	
Poika	3131(39,2 %)	1012 (46,9 %)	2119 (36,5 %)	<0,001 <sup>a</sup>
Tyttö	4842 (60,8 %)	1148 (53,1 %)	3694 (63,5 %)	
Ikä hoidon alkaessa nuorisopsykiatrialla	15,39 [14,20;16,62]	15,04 [14,04;16,21]	15,51 [14,3;16,75]	<0,001 <sup>b</sup>
Ikä sijoitushetkellä	-	14,62 [12,86;15,92]	-	
PTSD-diagnoosi	230 (2,9 %)	81 (3,8 %)	149 (2,6 %)	0,005 <sup>a</sup>
Psykiatristen samanaikaissairauksien lukumäärä PTSD:n lisäksi	2,00 [1,00;3,00]	2 [1,00;3,00]	2 [1,00;3,00]	<0,001 <sup>b</sup>
Psykiatristen samanaikaissairauksien lukumäärä PTSD:n lisäksi ennen sijoitusta	1 [0;2,00]	0 [0;1,00]	2 [1,00;3,00]	<0,001 <sup>b</sup>
Äidin sosioekonominen asema lapsen syntyessä (n=6882)				
Muu	1797 (26,1 %)	629 (35,0 %)	1168 (65,0 %)	<0,001 <sup>a</sup>
Ylempi toimihenkilö	813 (11,8 %)	95 (11,7 %)	718 (88,3 %)	
Alempi toimihenkilö	2586 (37,6 %)	542 (21,0 %)	2044 (79,0 %)	
Työläinen	1686 (24,5 %)	507 (30,1 %)	1079 (70,0 %)	
Äidin siviilisäätty (n=6926)				
Ei parisuhteessa (naimaton, eronnut, leski)	3332 (48,1 %)	1107 (33,2 %)	2225 (66,8 %)	<0,001 <sup>a</sup>
Parisuhteessa	3597 (51,9 %)	758 (21,1 %)	2839 (78,9 %)	



Äidillä psykiatrinen diagnoosi (n=7740)	2875 (37,1 %)	1115 (53,2 %)	1760 (31,2 %)	<0,001 <sup>a</sup>
Isällä psykiatrinen diagnoosi (n=7075)	2049 (29,0 %)	786 (41,7 %)	1263 (24,3 %)	<0,001 <sup>a</sup>
Sijoitusjaksojen lukumäärä	0 [0;1,00]	1,00 [1,00;2,00]	-	-

PTSD = Traumaperäinen stressihäiriö

<sup>a</sup>Khiin neliö -testi

<sup>b</sup>Wilcoxonin testi

Taulukko 2. Traumaperäisen stressihäiriön (PTSD) ja taustamuuttujien yhteys sijoitukseen.

Muuttuja	OR	95 % luottamusväli		p-arvo <sup>a</sup>
Sukupuoli Poika vs. Tyttö	1,42	1,25	1,62	<0,001
Ikä hoidon alkaessa nuorisopsykiatrialla	0,89	0,85	0,93	<0,001
PTSD-diagnoosi Kyllä vs. Ei	1,52	1,04	2,22	0,032
Psykiatristen samanaikaissairauksien lukumäärä PTSD:n lisäksi	1,20	1,16	1,24	<0,001
Äidin sosioekonominen asema lapsen syntyessä				
Muu vs. Työläinen	1,24	1,06	1,46	<0,001
Ylempi toimihenkilö vs. Työläinen	0,32	0,25	0,43	
Alempi toimihenkilö vs. Työläinen	0,69	0,59	0,81	
Äidin siviilisäätö lapsen syntyessä Parisuhteessa vs. Ei parisuhteessa	0,69	0,61	0,78	<0,001
Vanhemmalla psykiatrinen diagnoosi ennen sijoitusta vs. ei psykiatrista diagnoosia ennen sijoitusta				
Äidillä	1,56	1,37	1,77	<0,001
Isällä	1,44	1,26	1,66	<0,001

OR = Odds ratio, ristosuhde

<sup>a</sup>Logistinen regressio

Kuva 1. Vuokaavio aineistonkeruusta.

