

# **SUOJAAVAT TEKIJÄT LAPSEN PSYKKISESSÄ SELVIYTYMISESSÄ**

**JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO  
Psykologian laitos  
PL 35  
40351 Jyväskylä**

Niina Kypärä  
Marjo Mäki  
Pro gradu -tutkielma  
Psykologian laitos  
Jyväskylän yliopisto  
Tammikuu 2000

# TIIVISTELMÄ

## Suojaavat tekijät lapsen psyykkisessä selviytymisessä

Tekijät: Niina Kypärä ja Marjo Mäki  
Ohjaaja: Prof. Seija Sandberg  
Pro gradu -tutkielma  
Psykologian laitos  
Jyväskylän yliopisto  
Tammikuu 2000  
50 sivua

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitkä lapsi-vanhempisuhteen tekijät ja ulkoiset tekijät suojaavat lasta psyykkiseltä sairastumiselta korkean riskin olosuhteissa. Pyrittiin myös selvittämään, onko lapsi-vanhempisuhteen suojaavien tekijöiden ja ulkoisten suojaavien tekijöiden välillä eroja suhteessa lapsen psyykkiseen selviytymiseen. Lisäksi tutkimuksessa kartoitettiin suojaavien tekijöiden mahdollisia yhdysvaikutuksia ja ryhmien välisiä eroja riskitekijöiden kasautumisessa. Aineisto on kerätty Lontoossa ja se koostuu kliinisestä otoksesta (n=99) ja kontrolliotoksesta (n=26). Kliininen otos muodostui lastenpsykiatriin yksikköihin hoitoon ohjatuista avohoitopotilaista. Kontrolliotoksen tutkimushenkilöt valittiin saman alueen terveystieteiden potilaskortistosta. Tutkimushenkilöt olivat iältään 8-16-vuotiaita. Lasten elämäntapahtumia ja pitkäaikaisia psykososiaalisia kokemuksia on kartoitettu PACE-haastattelumenetelmällä. Lisäksi kliinisen otoksen psykiatrinen informaatio on hankittu CAPA-haastattelumenetelmällä ICD-10 kriteerien mukaisesti. Aineisto jaettiin matalan ja korkean riskiolosuhteen ryhmään. Tutkimuksessa kartoitettiin suojaavia tekijöitä ja psyykkistä selviytymistä korkean riskiryhmän lapsilla, jotka olivat riskistä huolimatta psyykkisesti selviytyneitä. Psyykkistä selviytymistä tutkittiin suhteessa psyykkiseen sairastumiseen (tunne-elämän häiriö, käytöshäiriö, samanaikainen käytös- ja tunnehäiriö). Tulokset osoittivat, että lapsen ja vanhemman välisen suhteen suojaavat tekijät olivat ulkoisia suojaavia tekijöitä merkityksellisimpiä lapsen psyykkisessä selviytymisessä. Merkityksellisimmiksi lapsi-vanhempisuhteen suojaaviksi tekijöiksi osoittautuivat valvonta, myönteinen toiminta ja keskustelut vanhemman kanssa. Ulkoisista tekijöistä saavutukset osoittautuivat suojaaviksi suhteessa psyykkiseen selviytymiseen. Suojaavat tekijät todettiin erilaisiksi eri diagnoosiryhmissä. Yhdysvaikutuksia suojaavien tekijöiden välillä ei ilmennyt. Koska riskitekijöiden kasautumisessa ei ollut eroja ryhmien välillä, psyykinen selviytyminen selittyy suojaavilla tekijöillä.

Avainsanat: suojaavat tekijät, riskitekijät, psyykinen selviytyminen, psyykinen sairaus, lapsi-vanhempisuhte

## **ABSTRACT**

### **Resilience and protective factors in children at psychiatric risk**

The aim of this study was to investigate which factors of parent-child relationship and extrafamilial factors contribute to psychological resilience. This study also examined possible differences between protective aspects of parent-child relationship and of extrafamilial factors with respect to psychological resilience. In addition, interactions of individual protective factors, and between-group differences in relation to cumulative risk, were also investigated. The psychiatric group (n=99) consisted of consecutive new referrals to an outpatient child psychiatry service at a London teaching hospital. The control group (n=26) was selected from two general practice registers in London. The subjects were aged from 8 to 16 years. Information about the children's life events and long-term psychosocial experiences was gathered using the PACE instrument. In the psychiatric group the presence of a psychiatric disorder and its diagnoses according the ICD-10 criteria were established using the interview based CAPA instrument. The sample was classified into high-risk conditions and low-risk conditions on the basis of cumulative risk. Protective factors and psychological resilience were defined as relevant only when occurring in the high-risk condition, and with the child's symptoms not meeting the criteria for a formal psychiatric diagnosis. Resilience was investigated in relation to emotional disorder, conduct disorder and the mixture of the two. The findings showed that the protective aspects of the parent-child relationship were more important than extrafamilial protective factors in psychological resilience. The most important protective factors of the parent-child relationship were parental monitoring and the child's positive activities and frequent conversations with the parent. The most important extrafamilial protective factor were achievements. There were no interaction effects between the protective factors. The protective factors varied according to the diagnosis of the disorder. Psychological resilience could be taken as due to protective factors as there were no differences in cumulative risk between the groups.

**Keywords:** protective factors, risk factors, psychological resilience, psychiatric disorder, parent-child relationship

# SUOJAAVAT TEKIJÄT LAPSEN PSYKKISESSÄ SELVIYTYMISESSÄ

## Suojaavat ja riskitekijät selviytymisessä

Tässä tutkimuksessa kartoitetaan lapsi-vanhempisuhteen suojaavia tekijöitä ja ulkoisia suojaavia tekijöitä, jotka lisäävät lapsen psyykkistä hyvinvointia. Riskitekijöihin keskittynyt tutkimus on vasta viime vuosikymmeninä laajentunut käsittelemään myös suojaavia tekijöitä ja selviytymistä (Born, Chevalier & Humblet, 1997; Garmezy, 1985). Kehityskulkuun liittyvien riskitekijöiden sijasta on ryhdytty selvittämään, miksi tietyt lapset ja nuoret riskitekijöistä huolimatta ovat psyykkisesti terveitä (Born ym., 1997). Kehityksellinen psykopatologia on yleinen näkökulma tarkasteltaessa suojaavia tekijöitä ja lapsen psyykkistä selviytymistä. Näkökulma pyrkii selittämään psykopatologiaa normatiivisen kehityspsykologian viitekehuksesta (Burack, 1997; Cicchetti, Rogosch & Toth, 1997; Luthar, Burack, Cicchetti & Weisz, 1996).

Keskeisiä käsitteitä selviytymisen tutkimisessa ovat suojaavat tekijät ja riskitekijät. Suojaavat tekijät lieventävät ja muuttavat yksilön reaktioita ympäristön uhkaan ja edistävät sopeutumista (Rutter, 1985). Suojaavien tekijöiden vaikutuksesta yksilön kehityskulku on myönteisempi kuin se olisi ilman niiden toimintaa (Masten, Best & Garmezy, 1990). Usein korostetaan, että suojaavien tekijöiden vaikutukset tulevat esille vain stressiä aiheuttavissa olosuhteissa (Quinton & Rutter, 1988; Rutter, 1985). Rutterin (1987) mukaan prosessit ovatkin suojaavia ainoastaan silloin, kun ne vähentävät riskin vaikutusta. Garmezy (1985) on luokitellut suojaavat tekijät lapsen persoonallisuuden piirteisiin, perheympäristöön ja perheen ulkopuolisiin yhteisöihin. Tässä tutkimuksessa keskitytään perheympäristön ja ulkopuolisten suojaavien tekijöiden merkitykseen selviytymisessä.

Suojaavia tekijöitä tarkasteltaessa on huomioitava niiden luonteen ja toiminnan erityispiirteitä. Ensinnäkin on olennaista huomioida suojaavien tekijöiden lisäksi niiden prosessiluonne ja mekanismit (Rutter, 1990, 1996a). Myös yksilön ja ympäristön suo-

jaavien tekijöiden keskinäisen riippuvuuden huomioiminen on tärkeää, sillä eri suojaavat tekijät esiintyvät osittain yhdessä ja saattavat liittyä toisiinsa ajallisesti (Gore & Eckenrode, 1996). Suojaavat tekijät saattavat olla myös riittämättömiä tietyissä olosuhteissa. Kun yksilö on kovin haavoittuvainen tai vastoinkäymiset ovat liian suuria, suojaavat prosessit eivät välttämättä tuota selviytymistä (Masten ym., 1990). Lisäksi on huomioitava, että suojaavat tekijät eivät ole suoranaisesti verrattavissa positiivisiin kokemuksiin, koska ne voivat olla luonteeltaan myös negatiivisia. Suojaavat tekijät tulisi-kin määritellä niiden vaikutusten eikä kokemusten pohjalta (Rutter, 1985). Suojaaville tekijöille on myös ominaista toimia interaktiivisten mekanismien kautta, jolloin ne muuttavat toisten tekijöiden vaikutuksia suoran omavaikutuksen sijaan tai sen lisäksi (Rutter, 1985, 1990, 1991). Suojaavan tekijän päävaikutus ilmenee siten, että suojaavilla tekijöillä on riskiolosuhteista riippumaton tasapuolisen suotuisa vaikutus. Interaktiivisuutta esiintyy suojaavan tekijän ja riskitekijän välillä, kun suojaavalla tekijällä on suotuisa vaikutus juuri korkean, mutta ei matalan riskin yksilöihin (Freitas & Downey, 1998). Tässä tutkimuksessa oletetaan suojaavien ja riskitekijöiden toimivan interaktiivisesti, jolloin suojaavat tekijät määritellään suojaaviksi vain niiden esiintyessä korkeassa riskiolosuhteessa.

Riskitekijät lisäävät negatiivisen kehityskulun (Werner & Smith, 1992) ja ongelmien puhkeamisen todennäköisyyttä (Kazdin, 1997). Ne voivat olla biologisia tai psykososiaalisia tapahtumia ja prosesseja (Kazdin, 1997; Werner & Smith, 1992). Baldwin, Baldwin ja Cole (1990) jakavat riskitekijät distaalisiin ja proksimaalisiin. Proksimaalisen riskitekijän vaikutus lapseen on suora. Distaaliset tekijät puolestaan vaikuttavat välittävien tekijöiden kautta yhden tai useamman proksimaalisen tekijän avulla. Esimerkiksi menetyksen kokeminen on proksimaalinen riskitekijä, koska se vaikuttaa suoraan lapseen. Sen sijaan huono taloudellinen tilanne vaikuttaa distaalisenä riskitekijänä lapsen hyvinvointiin proksimaalisten tekijöiden kautta. Riskitekijöille on ominaista esiintyä ryhmittäin sekä olla vuorovaikutuksessa toisiinsa ja muihin tekijöihin (Kazdin, 1997; Rönkä & Pulkkinen, 1995). Rutter (1996a) korostaa, että myös riskitekijöitä tutkittaessa on huomioitava niiden mekanismit.

Joustavalla selviytymisellä (resilience) tarkoitetaan sopeutumista vaativista olosuhteista huolimatta ja sopeutumiseen liittyvää kyvykkyyttä sekä prosesseja (Fonagy, Steele, Steele, Higgitt & Target, 1994; Masten ym., 1990). Psykkinen selviytyminen on sopeutuvaa käyttäytymistä, jolla tarkoitetaan psyykkistä hyvinvointia ja tarkoituksen-

mukaista toimintaa ympäristössä. Joustava selviytyminen määritellään usein sopeutumiseksi korkean riskin olosuhteista huolimatta. Lisäksi joustavalla selviytymisellä tarkoitetaan tarkoituksenmukaista stressinhallintaa sekä traumasta toipumista (Masten ym., 1990). Selviytymisen määritelmä vaihtelee eri tutkimuksissa, mikä vaikeuttaa selviytymisen luonteen ja siihen vaikuttavien tekijöiden tarkastelua yleisellä tasolla. Selviytyminen voidaan määritellä sosiaalisen kompetenssin (Luthar, 1993; Luthar, Doernberger & Zigler, 1993) lisäksi myös kognitiiviseksi kyvykkyydeksi (Pungello, Kupersmidt, Burchinal & Patterson, 1996) ja psyykkiseksi, emotionaaliseksi hyvinvoinniksi (Radke-Yarrow & Brown, 1993). Yhteistä selviytymisen määritelmille on, että yleensä selviytyminen käsitetään suojaavien tekijöiden aikaansaannokseksi (Nettles & Pleck, 1996). Tässä tutkimuksessa joustavan selviytymisen sijaan käytetään psyykkisen selviytymisen käsitettä, sillä se kuvaa paremmin tässä tutkimuksessa tarkasteltavan selviytymisen laatua.

Tässä tutkimuksessa selviytymistä ja suojaavia tekijöitä on kartoitettu suhteessa tunne-elämän häiriöön, käytöshäiriöön ja samanaikaiseen käytös- ja tunnehäiriöön. Lapsuusiän tunne-elämän häiriöt määritellään ICD-10 (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus, 1995) mukaan normaalin kehityksen äärimuodoksi enemmänkin kuin laadultaan poikkeaviksi ilmiöiksi. Tunnusomaisia oireita lapsuuden tunne-elämän häiriöille ovat erilaiset ahdistuksen ja pelon muodot. Käytöshäiriöille on ominaista toistuva ja pitkäaikainen epäsosiaalinen, hyökkäävä tai uhmakas käytös, joka uhmaa iänmukaisia sosiaalisia odotuksia. Samanaikaiseen käytös- ja tunnehäiriöön sisällytetään häiriöt, joille on ominaista jatkuvan hyökkäävän, epäsosiaalisen tai uhmakkaan käyttäytymisen sekä avoimien ja merkittävien masennus- tai ahdistusoireiden tai muiden tunne-elämän oireiden yhdistelmä.

## **Lapsuuden riskitekijät**

Lapsen elämään saattaa kuulua useita riskitekijöitä, jotka voivat vaarantaa lapsen psyykkistä hyvinvointia. Riskitekijöitä on kartoitettu perheeseen, lapseen itseensä ja sosiaalisiin olosuhteisiin sekä kaveripiiriin liittyen (Deater-Deckard, Dodge, Bates &

Petit, 1998). Perheessä esiintyviksi riskitekijöiksi on todettu esimerkiksi toisen vanhemman psyykinen sairaus (Gureje & Omigbodun, 1995; Kähkönen, 1994; Radke-Yarrow & Brown, 1993; Rutter, 1979; Werner & Smith, 1982), vanhemman rikollisuus (Rutter, 1979) ja ongelmallinen alkoholinkäyttö (Kähkönen, 1994; Roosa, Dumka & Tein, 1996). Myös lähiomaisen sairastaminen lisää perheen stressin määrää (Werner & Smith, 1982). Lisäksi vanhempien väliseen suhteeseen liittyvät vastoinkäymiset (Emery & Forehand, 1996; Kähkönen, 1994; Rutter, 1979; Werner & Smith, 1982) ja äidin yksinhuoltajuus (Deater-Deckard ym., 1998; Pungello ym., 1996; Woodward & Fergusson, 1999) voivat vaarantaa lapsen psyykkistä hyvinvointia.

Sosiaalisissa olosuhteissa esiintyviä riskitekijöitä ovat perheen alhainen sosiaalinen asema (Deater-Deckard ym., 1998; Rutter, 1979; Woodward & Fergusson, 1999), huono taloudellinen tilanne (Kähkönen, 1994; Pungello ym., 1996; Werner & Smith, 1982) ja vanhempien työttömyys (Werner & Smith, 1982). Myös asuinympäristön negatiiviset tekijät (Kähkönen, 1994) ja perheen lasten suuri määrä (Deater-Deckard ym., 1998; Rutter, 1979; Pungello ym., 1996) voivat olla lapsen psyykkistä hyvinvointia vaarantavia riskitekijöitä.

Lapsen elämänolosuhteiden kokemukselliset riskitekijät ovat perheeseen ja sosiaalisiin olosuhteisiin liittyviä riskitekijöitä proksimaalisempia. Lapsen suorasti vaikuttavia kokemuksellisia riskitekijöitä ovat esimerkiksi merkityksellisen ihmisen menettäminen tai tärkeästä ihmisestä erossa oleminen (Clark, Pynoos & Goebel, 1996; Garnezy, 1983; Werner & Smith, 1982). Rutterin (1979) mukaan lapsen kokemukset kasvatustilanteesta sijoittamisesta voivat myös olla lapsen kehityksen riskitekijä. Lapsen kokemukselliseksi riskitekijäksi voidaan määritellä myös lapsen krooninen sairaus, sillä kroonisesti sairailta lapsilla on terveitä lapsia korkeampi riski psyykkisiin ongelmiin (Pless & Stein, 1996). Lisäksi lapsen seksuaalisella hyväksikäytöllä on negatiivisia vaikutuksia kehityskulkuun. Seksuaalinen hyväksikäyttö on kuitenkin harvoin ainoa riskitekijä, sillä se esiintyy usein yhdessä muiden riskitekijöiden kanssa (Romans, Martin & Mullen, 1997). Myös negatiiviset, epämiellyttäviksi koetut tapahtumat (Roosa ym., 1996) ja traumaattiset kokemukset (Punamäki & Puhakka, 1995) voivat vaarantaa lapsen psyykkistä hyvinvointia.

Rutterin (1979) mukaan usein vain riskitekijöiden ja vaikeuksien kasautuminen lisää psyykkisen sairastumisen todennäköisyyttä. Kaksi tai kolme riskitekijää lisää sairastumisen riskiä ainakin nelinkertaiseksi. Neljän riskitekijän yhtäaikainen esiintyminen

lisää sairastumisen todennäköisyyden jo kaksikymmenkertaiseksi. Riskitekijöiden kasautumisen mallissa oletetaan riskitekijöiden määrän enemmänkin kuin yksittäisten tekijöiden laadun vaikuttavan kehitykseen (Pungello ym., 1996; Sameroff, Seifer, Baldwin & Baldwin, 1993). Multiplikaatiivisen mallin mukaan riskitekijät voivat toimia interaktiivissa ja aktivoida toisiaan lisäten mahdollisuutta psyykkisiin häiriöihin (Yoshikawa, 1994). Tutkimuksen taustaoletuksena on kumulatiivinen malli, jolloin riskitekijöiden kasautuminen lisää psyykkisen sairastumisen riskiä.

Riskitekijöitä kartoitetaan usein suhteessa erilaisiin ongelmaryhmiin. Tutkimuksissa on todettu tiettyjen riskitekijöiden liittyvän tiettyihin häiriöihin (Cohen, Brook, Cohen, Velez & Garcia, 1990; Werner & Smith, 1982). Esimerkiksi Cohen ym. (1990) huomasivat tutkimuksessaan, että perheeseen liittyvät riskitekijät ovat yhteydessä eniten ulospäin oireiluun. Sosiaaliin olosuhteisiin liittyvät riskitekijät olivat puolestaan eniten yhteydessä huumausaineiden käyttöön. Tutkimuksessa kävi myös ilmi, että eri ongelmaryhmillä oli samanlaisia riskitekijöitä. Ulospäin oireilevat, sisäänpäin oireilevat ja huumausaineiden käyttäjät eivät eronneet toisistaan lapsi-vanhempisuhteen riskitekijöiden osalta. Riskitekijöiden vaihtelevuudesta kertoo myös Deater-Deckardin ym. (1998) tulos, jonka mukaan esimerkiksi käytöshäiriöön voivat liittyä erilaiset riskikasumat. Tässä tutkimuksessa huomioidaan mahdollisuus, että tietyt riskitekijät voivat liittyä tiettyihin psykiatrisiin diagnooseihin.

Usein korostetaan myös riskitekijöiden esiintymisen ajankohdalla olevan merkitystä kehityskulkuun. Tutkimukset ovat osoittaneet varhaisten riskitekijöiden ennustavan myöhempiä ongelmia (Cohen ym., 1990). Toisaalta myös akuutisti esiintyvien riskitekijöiden yhteys psyykkiseen sairastumiseen on tunnistettu (Brown & Harris, 1978). Riskitekijät voivat kasautua siten, että seuraukset aiemmista, varhaisemmista ongelmista ja riskitekijöistä muuntuvat myöhempien ongelmien syiksi (Rönkä, 1999). Siksi riskitekijöitä tarkastellaankin usein akuuttien elämäntapahtumien lisäksi pitkäaikaisten negatiivisten elämäntapahtumien näkökulmasta. Psyykkisesti sairastuneilla lapsilla onkin havaittu olevan enemmän stressiä aiheuttavia elämäntapahtumia ja pitkäaikaisia negatiivisia elämäntapahtumia kuin terveillä lapsilla (Sandberg ym., 1993). Riskitekijöiden ajallisen esiintymisen mahdollinen vaikutus psyykkiseen selviytymiseen ja sairastumiseen huomioidaan tässä tutkimuksessa.



## Lapsi-vanhempisuhteen suojaavat tekijät

Lapsen ja vanhemman välisen suhteen suojaavuutta on tutkittu useiden tekijöiden avulla. Suojaavalla perheymäristöllä tarkoitetaan yleensä hyvää perhekoheesiota, lämpöä sekä laiminlyönnin ja epäsovun puuttumista (Garmezy, 1985; Masten & Garmezy, 1985). Suojaava vanhempisuhte ei edellytä hyvää suhdetta kumpaankin vanhempaan, sillä hyvä suhte ainakin toiseen vanhempaan on riittävä tuottamaan suojaavan vaikutuksen (Born ym., 1997; Radke-Yarrow & Brown, 1993; Rutter, 1979; Sandberg ym., 1993). Rutter (1979) on tutkimuksessaan todennut, että psyykkisestä häiriöstä kärsivien vanhempien lapsilla, joilla oli hyvä suhte ainakin toiseen vanhempaan, vain neljänneksellä todettiin käytöshäiriö. Sen sijaan lapsilla, joiden suhte kumpaankaan vanhempaan ei ollut hyvä, jopa 75%:lla oli käytöshäiriö. Psyykkisesti sairailta lapsilla onkin havaittu terveitä lapsia vähemmän uskotun asemassa olevia aikuisia, joilta he saavat emotionaalista tukea (Sandberg ym., 1993). Suhteen suojaavuudessa olennaisempaa on suhteen laatu, lujuus ja turvallisuus kuin tietty henkilö, johon suhte on muodostunut (Rutter, 1979, 1985). Tärkeätä ei ole tukea antavien ihmisten määrä vaan tukevien toimintojen määrä, emotionaalinen tuki ja huolenpito (Morrison, Robertson & Harding, 1998).

Vaikeudettomuus lapsen ja vanhemman välisessä suhteessa on yhteydessä lapsen hyvinvointiin, sillä lapsen ja vanhemman väliset konfliktit aiheuttavat lapselle stressiä ja vaikeuttavat sopeutumista (Shek, Chan & Lee, 1997). Esimerkiksi Hoge, Andrews ja Leschied (1996) ovat todenneet nuoren huonojen suhteiden vanhempiin olevan yhteydessä nuoren rikollisuuteen. Sen sijaan hyvien suhteiden vanhempiin on havaittu selittävän lapsen hyviä sosiaalisia taitoja (Pölkki, Kähkönen & Kukkonen, 1997). Selviytyneistä lapsista jopa 75% ja häiriintyneistä lapsista 25% kuvaakin suhdettaan vanhempaan tai vanhempiin positiiviseksi (Radke-Yarrow & Brown, 1993).

Perheen kommunikointi ja keskustelut ovat myös yhteydessä lapsen ja nuoren hyvinvointiin (Garmezy, 1987; Hoge ym., 1996; Rosnati & Marta, 1997). Esimerkiksi vanhemman ja nuoren välinen huono kommunikointi on yhteydessä nuoren rikolliseen toimintaan (Hoge ym., 1996). Singer ja Singer (1985) korostavat, että perheen kommunikoinnin avoimuus ja lämpö liittyvät kehittyneeseen itsekontrolliin ja negatiivisten tunteiden rakentavaan ilmaisuun. Hyvä kommunikointi on nuori-vanhempi suhdetta parantava, sillä kommunikointi voi lisätä vanhempien arvojen sisäistämistä ja poik-

keavuuden vähenemistä (Forehand, Miller, Dutra & Chance, 1997).

Myös lapsen ja vanhemman yhdessä viettämällä ajalla on positiivinen vaikutus lapsen kehitykseen (Cooksey & Fondell, 1996; Garnezy, 1987; Zick, 1996). Perheen yhteisten toimintojen määrä on todettu erääksi lapselle suotuisan kasvuympäristön ominaisuudeksi, missä lapset ovat kyvykkäämpiä, älykkäämpiä, ja heidän stressinsietokykynsä on parempi (Garnezy, 1987). Esimerkiksi Cooksey ja Fondell (1996) ovat tutkimuksessaan havainneet, että vapaa-aikaansa isänsä kanssa viettävät lapset menestyvät koulussa paremmin kuin lapset, jotka eivät vietä vapaa-aikaansa isänsä kanssa.

Perheen hyvällä ilmapiirillä on suotuisa vaikutus lapsen kehitykseen (Pölkki ym., 1997; Vostanis, Nicholls & Harrington, 1994). Hyvän perhekoheesion on todettu vähentävän lapsen depression ja käytöshäiriön ilmenemisen todennäköisyyttä (Roosa ym., 1996). Myös Vostanis ym. (1994) havaitsivat, että terveiden lasten äidit ilmaisivat merkittävästi enemmän lämpöä lapseensa kohdistuen kuin käytöshäiriöisten ja tunne-elämältään häiriintyneiden lasten äidit. Samansuuntaisia tuloksia ilmeni myös isien lämmön ilmaisemisessa. Lisäksi tutkimuksissa on havaittu lapsen kohdistuvien positiivisten ilmausten olevan yhteydessä suotuisaan kehitykseen (Baldwin ym., 1993; Kershner, Cohen & Coyne, 1996; Vostanis ym., 1994).

Asianmukaisella valvonnalla on positiivinen vaikutus lapsen kehitykseen riskiolosuhteissa. Garnezy (1987) pitää lapsen kohdistuvia sääntöjä tunnusomaisina lapsen kehityksen kannalta suotuisalle kasvuympäristölle. Alhaisen valvonnan, kurin puutteen tai sen epäjohtonmukaisuuden on todettu olevan yhteydessä nuoren rikolliseen toimintaan (Hoge ym., 1996; Smith & Krohn, 1995). Valvonnan suojaava vaikutus korostuu erityisesti deprivoiduissa olosuhteissa kasvaneiden nuorten kohdalla (Kolvin, Miller, Fleeting & Kolvin, 1988). Forehandin ym. (1997) mukaan valvonnan suojaava mekanismi pohjautuu siihen, että sen avulla voidaan kontrolloida nuoren käyttäytymistä ja toimia.

Lapsi-vanhempisuhteeseen liittyvien suojaavien tekijöiden prosesseja ja mekanismeja voidaan tarkastella useiden selittävien mallien avulla. Baldwinin ym. (1990) mukaan lapsi-vanhempisuhteen suojaava vaikutus perustuu siihen, että perhe kontrolloi monia proksimaalisia tekijöitä lapsen elämässä. Näin perhe voi luoda lapselle matalan riskin ympäristön huolimatta elämisestä korkean riskin distaalisessa ympäristössä. Proksimaalisia tekijöitä on painotettu myös Olsonin, Russelin ja Sprenklen (1980) ja Olsonin ja McCubbinin (1983) perheen toimintaa selittävissä mallissa, jossa perheen suotuisaa

vaikutusta on kuvattu koheesion, adaptiivisuuden ja kommunikaation käsitteiden avulla. Perheen toiminta voidaan olettaa suotuisaksi lapsen selviytymiselle, jos perheen koheesio ja adaptaatio ovat keskimääräisiä sekä kommunikointitaidot hyviä. Tasapainoinen perhe voi kokea tietyissä tilanteissa myös muutoksia koheesion ja adaptaation tasoissa sekä kommunikointitaidoissa, mutta tilanne ei ole kuitenkaan pysyvä. Lapsen kannalta hyvällä perheellä on kyky perheen toimintaa parantavaan muutokseen. Kiintymyssuhdeteorian näkökulmasta selviytyminen perustuu siihen, että kumpikin vanhempi erikseen välittää sisäiset mallinsa lapselleen. Tämä eriytynyt mallien sisäistäminen mahdollistaa turvallisen sisäisen mallin luomisen yhden tai useamman turvattoman rinnalle. Näin saattaa olla erityisesti selviytyneiden lasten kohdalla, sillä heidän on todettu olevan turvallisesti kiintyneitä (Fonagy ym., 1994).

## **Ulkoiset suojaavat tekijät**

Perheen ulkoiset suojaavat tekijät käsittävät ulkoisten voimavarojen yksilöllisen tai institutionaalisen tuen (Garmezy, 1985; Masten & Garmezy, 1985). Tutkimuksissa on ilmennyt, että perheen ulkopuolisilla tekijöillä on merkitystä erityisesti silloin, kun turvallisuuden tunnetta ja tukea ei ole saatavilla perheestä (Olson & McCubbin, 1983; Radke-Yarrow & Brown, 1993). Rutterin (1985) mukaan perheen ulkopuolisten tukilähteiden suojaava vaikutus perustuu siihen, että yksikin hyvä ihmissuhde saattaa kompensoida toista huonompaa ihmissuhdetta. Elderin (1974) pitkittäistutkimuksessa todettiin heikentyneen taloudellisen tilanteen johtaneen siihen, että vähäosaisten perheiden lapset suuntautuivat aikaisempaa enemmän kodin ulkopuolelle kaveri- ja ihmissuhteissaan. Kodin ulkopuoliset kaveri- ja ihmissuhteet kompensoivat aikaisemmin perhekokemuksista ja palkitsevista suorituksista saadun emotionaalisen tyydytyksen puutetta. Perheen ulkopuolinen henkilö nimetäänkin usein uskotuksi, jonka puoleen voidaan kääntyä vastoinikäymisten yhteydessä (Radke-Yarrow & Brown, 1993). Esimerkiksi huostaanoton kokeneilla nuorilla suojaavaksi tekijäksi on todettu perheen ulkopuolinen aikuinen, johon heillä on positiivinen ja vakaa suhde (Born ym., 1997; Jackson & Martin, 1998).

Useissa tutkimuksissa ystävien olemassaolon on todettu edesauttavan positiivista kehityskulkua. Esimerkiksi Borgen (1996) tutkimuksessa kävi ilmi, että kavereiden puuttuminen on ominaista yksilöille, joilla tunne-elämän häiriöt tai käytöshäiriöt ovat alkaneet lapsuudessa. Sen sijaan ongelmattomilla lapsilla oli enemmän ystäviä. Ystävät liittyvät myös häiriön kehittymiseen. Käytöshäiriöt eivät Hodgesin, Boivinin, Vitaron ja Bukowskin (1999) tutkimuksessa lisääntyneet niillä lapsilla, joilla oli paras ystävä. Vain niillä lapsilla, joilla ei ollut parasta ystävää käytöshäiriöt lisääntyivät. Ystävillä voi toisaalta olla myös riskiä lisäävä vaikutus. Ystävien suojaava vaikutus riippuu ystäväpiirin luonteesta (Rutter, 1996b) ja yksilön omasta epäsosiaalisesta käyttäytymisestä (Bender & Lösel, 1997).

Kouluun liittyvillä saavutuksilla on myös kehityskulkua suojaava vaikutus (Hoge ym., 1996; Jackson & Martin, 1998; Kolvin ym., 1988; Quinton & Rutter, 1988; Rutter, Quinton & Hill, 1990). Tutkimuksissa on havaittu, että koulusaavutukset ovat vaikuttaneet positiivisesti lapsuudessa laitokseen sijoitettujen naisten elämäntilanteisiin lisääntyneen elämänhallinnan ja suunnitelmallisuuden sekä kohonneen itsetunnon myötä (Quinton & Rutter, 1988; Rutter ym., 1990). Selviytyneille lapsille onkin tunnusomaista saavuttaminen ja omistautuminen työskentelylle, mikä selittyy selviytyneiden päämäärään suuntautuneella aktiivisella toimintatavalla (Radke-Yarrow & Brown, 1993; Rutter, 1985). Saavutukset ja itsetunnon paraneminen voivat myös liittyä muihin elämänalueisiin kuin kouluun. Esimerkiksi vapaa-aikaan pohjautuvan minäkäsityksen on todettu liittyvän koulussa epäonnistumiseen ja nuoren rikollisuuteen (Van Welzinis, 1997). Rutterin (1985) mukaan palkintojen ja saavutusten suojaavuus perustuu siihen, että ne lieventävät muiden elämänalueiden ongelmia.

Harrastukset ja organisoitu vapaa-aika vaikuttavat myös lapsen selviytymiseen (Borge, 1996; Hoge ym., 1996; Jackson & Martin, 1998; Kolvin ym., 1988; Pulkkinen, 1997). Esimerkiksi lapsilla, joilla ei ole tunne-elämän häiriötä eikä käytöshäiriötä, on enemmän vapaa-ajan toimintoja kuin sairastuneilla (Borge, 1996). Myös ei-rikollisilla nuorilla oli enemmän sosiaalisia aktiviteetteja (Kolvin ym., 1988) ja tehokasta vapaa-ajan käyttöä (Hoge ym., 1996) kuin rikollisilla ikätovereilla. Pulkkinen (1997) mukaan harrastukset ja niissä muodostuvat toverisuhteet suojaavatkin lapsia vaikutteilta, jotka voivat johtaa epäsosiaaliseen toimintaan tai päihteiden käyttöön.

Ulkoisten suojaavien tekijöiden toimintaa voidaan tarkastella useasta eri näkökulmasta. Sosiaalisen tuen käsite on yleinen tutkittaessa sekä perheen sisäisten että ulko-

puolisten ihmissuhteiden suojaavaa vaikutusta, sillä sosiaalisen tuen on havaittu toimivan stressiä vähentävästi (Cohen & Wills, 1985; Houston, 1988). Milgram ja Palti (1993) havaitsivat tutkimuksessaan, että selviytyneille lapsille on tunnusomaista sosiaalisen tuen hakeminen, saaminen ja siitä hyötyminen. Sosiaalisen tuen tarpeen lisäksi myös kiintymyssuhdeteorialla voidaan selittää perheen ulkopuolisten ihmissuhteiden merkitystä. Kiintymyssuhdeteorian mukaan lapsen perheestä saamalla tuella on positiivinen vaikutus ihmissuhteista kehittyviin sisäisiin malleihin, jotka puolestaan auttavat muodostamaan myönteisiä ystävyys-suhteita. Vaihtoehtoinen näkemys olettaa ystävyys-suhteet kompensatorisiksi, jolloin perhesuhteiden ollessa puutteelliset, ystävyys-suhteet tarjoavat läheisyyttä ja tukea (Booth ym., 1998). Menestymisen ja saavutuksen suojaava vaikutus perustuu puolestaan niiden kompetenssin ja itseluottamuksen kokemuksen lisäämiseen (Quinton & Rutter, 1988). Myönteinen minäkuva ja usko omiin vaikutusmahdollisuuksiin mahdollistavatkin tehtäväsuuntautuneen toiminnan. Sen sijaan kielteinen minäkuva ja usko siihen, ettei pysty vaikuttamaan tapahtumien kulkuun, ohjaavat passiivisuuteen (Nurmi, Eronen & Salmela-Aro, 1995).

## **Suojaavien tekijöiden prosessit ja mekanismit**

Lapsen ja vanhemman välisen suhteen suojaavia tekijöitä ja ulkoisia suojaavia tekijöitä voidaan tarkastella myös yleisimpien selviytymistä tuottavien suojaavien prosessien avulla. Rutterin (1990) mukaan suojaavissa prosesseissa toimii neljä eri mekanismia: riskivaikutuksen väheneminen, negatiivisten ketjureaktioiden katkaiseminen, itsetunnon kehittäminen ja ylläpitäminen sekä uusien mahdollisuuksien avautuminen. Lisäksi Rutter (1996b) esittää selviytymisen erääksi mekanismiksi etäännyttämisen, jolla tarkoitetaan sitä, että lapsi voi etäännyttää itsensä riskitekijän vaikutuksesta. Esimerkiksi lapsi voi etäännyttää itsensä vanhemman psyykkisen häiriön vaikutuksilta suuntautumalla enemmän kodin ulkopuolisiin aktiviteetteihin. Näiden mekanismien toimiessa todennäköisyys selviytymiseen lisääntyy. Myös Rönkä (1999) selittää suojaavia prosesseja elinolosuhteita parantavien tapahtumien, itsetuntoa ja sisäisiä voimavaroja vahvistavien kokemusten sekä sopeutumista edesauttavien käyttäytymisen avulla.

Cicchettin ja Rizleyn (1981) transaktionaalis-ekologisessa mallissa selviytymistä tarkastellaan potentiaalisten ja kompensoivien tekijöiden avulla. Potentiaaliset tekijät vähentävät ja kompensoivat tekijät lisäävät selviytymisen mahdollisuutta. Kompensoivat, suojaavasti toimivat tekijät voivat olla sekä lyhyt- että pitkäaikaisia. Mallin mukaan selviytymistä tapahtuu vain silloin, kun kompensoivia tekijöitä on enemmän kuin potentiaalisia tekijöitä.

## TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, mitkä lapsi-vanhempisuhteen tekijät ja sen ulkoiset tekijät suojaavat lasta psyykkiseltä sairastumiselta korkean riskin olosuhteissa. Tässä tutkimuksessa lapsi määritellään psyykkisesti selviytyneeksi, kun lapsi ei ole saanut psykiatrista diagnoosia. Tutkimuksessa oletetaan suojaavien tekijöiden olevan suojaavia ainoastaan korkean riskiryhmän lapsilla, jotka ovat riskistä huolimatta psyykkisesti terveitä. Suojaavien tekijöiden oletetaan tuottavan selviytymistä. Psyykkistä selviytymistä selvitetään suhteessa kaikkiin sairastuneisiin ja eri psykiatrisen diagnoosin saaneisiin. Suojaavien tekijöiden tarkastelua diagnooseittain puoltaa se, että tutkimukset osoittavat erilaisten suojaavien tekijöiden korostuvan eri ongelmaryhmissä (esim. Werner & Smith, 1982). Tutkimuksessa etsittiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

- Eroavatko selviytyneiden ja sairastuneiden ryhmät eri riskiosa-alueiden riskitekijöiden kasautumisen suhteen?
- Eroavatko selviytyneiden ja sairastuneiden ryhmät lapsi-vanhempisuhteen suojaavien tekijöiden ja sen ulkoisten tekijöiden suhteen?

Tutkimuksessa oletetaan, että selviytyneillä on sairastuneita enemmän sekä lapsi-vanhempisuhteen suojaavia tekijöitä että ulkoisia suojaavia tekijöitä.

- Mitkä lapsi-vanhempisuhteen tekijät suojaavat lasta psyykkiseltä sairastumiselta? Lisäksi selvitetään tekijöiden mahdollisia yhdysvaikutuksia.

Tutkimuksessa oletetaan, että keskustelut ja myönteinen toiminta vanhemman kanssa, vaikeudeton vanhempi-suhte, myönteinen perheilmapiiri, valvonta ja van-

hemman toimiminen lapsen uskottuna suojaavat lasta psyykkiseltä sairastumiselta.

•Mitkä ulkoiset tekijät suojaavat lasta psyykkiseltä sairastumiselta? Lisäksi tutkitaan tekijöiden mahdollisia yhdysvaikutuksia.

Oletetaan, että harrastukset, saavutukset, ystävät ja ulkopuolinen uskottu edistävät lapsen psyykkistä selviytymistä.

•Onko lapsi-vanhempisuhteen suojaavilla tekijöillä ja ulkoisilla suojaavilla tekijöillä yhdysvaikutuksia?

## TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

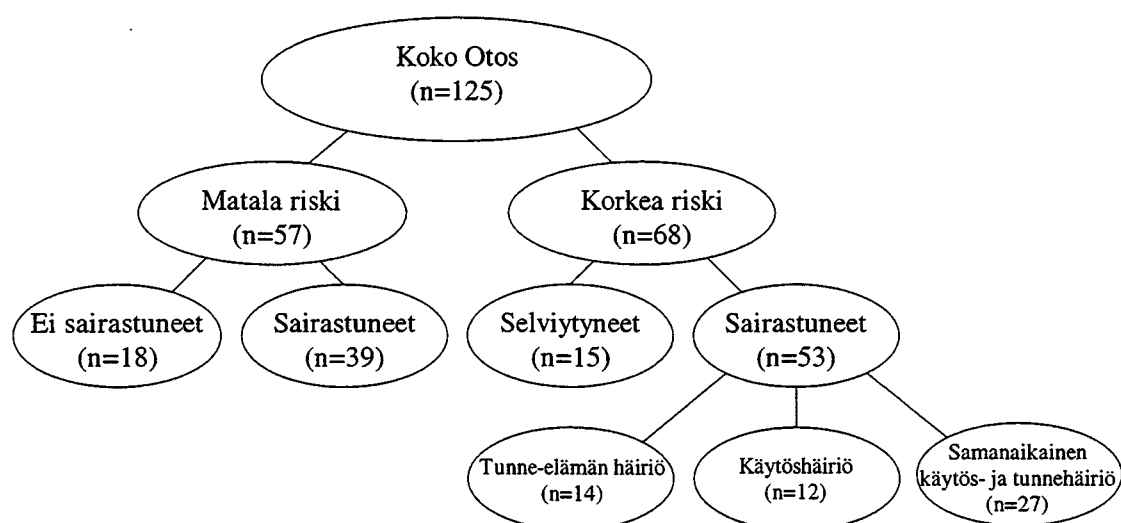
### Tutkimusotos

Aineisto on kerätty Lontoossa tutkimukseen, jossa selvitettiin hoitoon tulleiden lasten ja kontrollilasten kokemuksia stressaavista elämäntapahtumista tapausverrokkiasetelman avulla. Kliininen otos (n=99) muodostui Bethlem Royal ja Maudsley sairaaloiden lastenpsykiatriin yksikköihin hoitoon ohjatuista avohoitopotilaista. Kontrolliotoksen (n=26) tutkimushenkilöt valittiin saman alueen terveyskeskuksen potilaskortistosta ositetulla otannalla siten, että kontrolliotos oli iän ja sosiaaliluokan perusteella verrattavissa kliiniseen otokseen. Kontrolliotoksesta poistettiin ne, joilla oli aiempia hoitokontakteja. Tutkimushenkilöiden psykiatriset diagnoosit ICD-10 mukaan sisälsivät tunne-elämän häiriön (ahdistushäiriö tai depressiivisyys), käytöshäiriön (sisältäen tarkkaavaisuuden/hyperaktiivisuuden häiriön) ja samanaikaisen käytös- ja tunnehäiriön. Seitsemän kliiniseen otokseen kuulunutta tutkimushenkilöä eivät saaneet psykiatrasta diagnoosia. Koska aineisto on kerätty toiseen tarkoitukseen kuin tämän tutkimuksen tutkimusongelmien kartoittamiseen, rajasi alkuperäinen aineisto tutkimusongelmien asettamista (McCall & Appelbaum, 1991).

Tässä tutkimuksessa alkuperäinen aineisto jaettiin matalan ja korkean riskiolosuht-

teen ryhmään. Korkea riskiolosuhte määriteltiin siten, että tutkimushenkilöillä oli oltava vähintään kolme huomattavaa riskitekijää. Riskin määrittäminen kasautuneeksi perustuu tutkimuksiin, joissa on osoitettu, että erityisesti riskitekijöiden kasautuminen lisää psyykkisen sairastumisen riskiä (Pungello ym., 1996; Rutter, 1979; Sameroff ym., 1993). Koska tutkimuksen riskiolosuhte määriteltiin käyttäen useita riskitekijöitä, oli erilaisten riskitekijöiden vaihtelu tutkimushenkilöittäin mahdollista. Riskit saattoivat jakaantua kolmelle eri osa-alueelle; perheen, sosiaalisten olosuhteiden ja lapsen kokemukselliseen riskiosa-alueeseen. Oli myös mahdollista, että riskitekijät keskittyivät yhdelle tai kahdelle näistä osa-alueista. Koska selviytyminen määriteltiin psykiatrisen diagnoosin puuttumiseksi, kontrolliotokseen siirrettiin seitsemän kliinisen otoksen tutkimushenkilöä, jotka eivät olleet saaneet psykiatrasta diagnoosia.

Tutkimusotos (N=125) koostui 92:sta psykiatrisen diagnoosin saaneesta ja 33 selviytyneestä. Tutkimusasetelmassa (kuvio 1) korkean riskiolosuhteen selviytyneitä oli 15 ja sairastuneita 55. Matalan riskiolosuhteen ei-sairastuneita oli 18 ja sairastuneita 37. Tutkimuksessa verrataan korkean riskiolosuhteen selviytyneitä ja sairastuneita. Sairastuneita tarkastellaan sekä yhtenä ryhmänä että diagnoosiryhmien (tunne-elämän häiriö, käytöshäiriö, samanaikainen käytös- ja tunnehäiriö) mukaan. Sairastuneista tunne-elämän häiriön diagnoosin saaneita oli 14 (26%), käytöshäiriön diagnoosin saaneita 12 (23%) ja samanaikaisen käytös- ja tunnehäiriön diagnoosin saaneita 27 (51%). Tutkimushenkilöt olivat 8-16-vuotiaita. Vaikka tutkimushenkilöiden ikähajonta oli suuri, tutkimuksessa käytettiin selkeyden vuoksi tutkimushenkilöistä nimekettä lapsi.



Kuvio 1. Tutkimushenkilöiden ryhmäjaot riskiolosuhteiden ja sairastumisen mukaan



Korkean riskiolosuhteen (taulukko 1) selviytyneiden ryhmässä tyttöjä ja 12-16-vuotiaita tutkimushenkilöitä oli suhteellisesti enemmän kuin muissa ryhmissä. Käytöshäiriöisten ryhmässä puolestaan pojat olivat yliedustettuina verrattuna tyttöihin ja muihin ryhmiin. Selviytyneiden ja sairastuneiden välillä oli myös eroja perheen sosiaaliluokassa, sillä esimerkiksi työttömiä oli vähiten selviytyneiden ryhmässä. Selviytyneiden ryhmässä oli eniten naimattomia vanhempia ja vähiten eronneita/leskiä suhteessa muihin ryhmiin.

TAULUKKO 1. Korkean riskiolosuhteen tutkimushenkilöiden sukupuoli, ikä, sosiaaliluokka ja vanhempien siviilisäätö (%)

Taustatiedot	Selviytyneet (n=15) (%)	Sairastuneet			Kaikki (n=53) (%)
		T (n=14) (%)	K (n=12) (%)	K/T (n=27) (%)	
<b>Sukupuoli</b>					
Tyttö	73	57	8	41	38
Poika	27	43	92	59	62
<b>Ikä vuosina</b>					
8.0-11.11	27	29	58	41	41
12-16.0	73	71	42	59	59
<b>Perheen sosiaaliluokka</b>					
Ylemmät toimihenkilöt	42	25	57	44	41
Työntekijät	50	58	-	28	32
Työttömät	8	17	43	28	27
<b>Vanhempien aviosäätö</b>					
Naimisissa	53	57	42	33	42
Naimaton	20	7	17	11	11
Eronnut/Leski	27	36	41	56	47

T= tunne-elämän häiriö, K= käytöshäiriö, K/T= samanaikainen käytös- ja tunnehäiriö

## Tutkimusmenetelmät

Aineisto on kerätty Psychosocial Assessment of Childhood Experiences (PACE) (Sandberg ym., 1993) haastattelumenetelmällä. Aineisto sisältää sekä lapsen että vanhemman haastattelut, jotka on tehty erikseen eri haastattelijoiden toimesta. Kliinisen

otoksen psykiatrinen informaatio on hankittu erillisessä psykiatrin haastattelussa The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA) (Angold ym., 1995) haastattelumenetelmällä.

PACE (Sandberg ym., 1993) on standardoitu haastattelumenetelmä, joka kartoittaa akuutteja elämäntapahtumia ja pitkäaikaisia psykososiaalisia kokemuksia, jotka saattavat vaikuttaa psyykkisen häiriön ilmenemiseen lapsuudessa ja nuoruudessa. PACE muodostuu rinnakkaisista versioista lapselle ja hänen vanhemmalleen. Erityisen käyttökelpoinen menetelmä on 8-16-vuotiaille lapsille. Menetelmän avulla tarkastellaan lapsen elämän eri osa-alueita mm. perhe- ja ystävyys-suhteita. PACE huomioi myös lapsen elämään kuuluvia positiivisia kokemuksia, joita ovat harrastukset, kiinnostuksen kohteet, menestymisen ja saavuttamisen kokemukset ja yhteiset toiminnot vanhempien kanssa. PACE:n reliabiliteetti on osoitettu riittäväksi (Glen, Simpson, McGuinness, Drinnan & Sandberg, 1993).

CAPA (Angold ym., 1995) on diagnostinen haastattelumenetelmä, jossa kartoitetaan kolmena edeltävänä kuukautena ilmenneitä oireita. Menetelmästä on rinnakkaiset versiot lapsille/nuorille sekä heidän vanhemmilleen. Haastattelumenetelmän avulla selvitetään oireiden laatu, alkamisajankohta sekä vaikutus toimintakykyyn. Menetelmä mahdollistaa diagnoosit sekä ICD-10:n että DSM-IV:n mukaan. CAPA:n reliabiliteetti on todettu riittävän korkeaksi (Angold & Costello, 1995).

## **Muuttujien muodostaminen**

### **Riskitekijät**

Tutkimushenkilöiden riskiolosuhteita tarkasteltiin erilaisten riskiosa-alueiden ja niihin kuuluvien yksittäisten riskitekijöiden avulla (taulukko 2). Yksittäiset riskitekijät muodostettiin luokittelemalla alkuperäiset muuttujat uudelleen kaksiluokkaisiksi. Kaksiluokkaiseksi jakaminen tapahtui muuttujakohtaisesti asiasisällön perusteella, mutta useimmiten neliluokkaisen muuttujan kaksi ylintä ja kaksi alinta luokkaa yhdistettiin

keskenään. Muuttujan luokka määriteltiin riskiarvoa (1) sisältäväksi, kun sisällön oletettiin lisäävän psyykkisen sairastumisen riskiä. Muuttujan luokka sai arvon 0, kun lisääntynyttä riskiä sairastumiseen ei oletettu olevan.

Lapsen yleistä elämäntilannetta kuvaavia tietoja tarkasteltiin vanhempien raportoimina ja elämäntilanteen kokemuksellisia puolia lapsen raportoimina. Poikkeuksena tästä oli vanhempien aviollisia ongelmia kuvaava riskimuuttuja, jossa yhdistimme lapsen ja vanhemman raportoiman tiedon, koska lapsen lojaalisuus vanhempia kohtaan saattoi vaikuttaa vastaukseen. Myös kuolemantapaus-riskimuuttujissa lapsen ja vanhemman raportoima tieto yhdistettiin, koska kuolemantapausten ajankohtien määrittelemiseksi tarvittiin molempien tietoja.

TAULUKKO 2. Tutkimuksen riskitekijät

Riskiosa-alueet	Vaihteluväli
Perheen riskiosa-alue	0-5
Vanhempien aviolliset ongelmat	
Vanhemman psyykkinen häiriö	
Vanhemman rikollisuus	
Vanhemman vammaisuus/fyysinen rajoite	
Yksinhuoltajuus	
Sosiaalisten olosuhteiden riskiosa-alue	0-3
Asuinympäristön uhkaavuus	
Sisarusrhmän koko	
Sosiaalitaloudellinen tilanne	
Lapsen kokemuksellinen riskiosa-alue	0-10
Varhaiset riskitekijät	
Erokokemukset	
Kuolemantapaukset	
Lapsen krooninen sairaus	
Sijoituskokemukset	
Vastentahtoiset seksuaaliset kokemukset	
Viimeaikaiset riskitekijät	
Epämiellyttävät tapahtumat	
Kuolemantapaukset	
Sijoituskokemukset	
Traumaattiset tapahtumat	
Vastentahtoiset seksuaaliset tapahtumat	
Kokonaisriski	0-18

***Kokonaisriskin summamuuttuja*** muodostui kolmesta osa-alueesta: perheen, sosiaalisten olosuhteiden sekä kokemuksellisesta riskiosa-alueesta. Lapsen kokemuksellinen riskiosa-alue jaettiin vielä varhaisiin ja viimeaikaisiin riskitekijöihin. Kokonaisriskin summamuuttuja sai arvoja 0-18.

***Perheen riskiosa-alueen summamuuttujaan*** kuuluivat vanhempien aviollisia ongelmia, vanhemman psyykkistä häiriötä, rikollisuutta, vammaisuutta/fyysistä rajoitetta ja yksinhuoltajuutta kuvaavat yksittäiset riskitekijät. Aviollisia ongelmia kuvaava muuttuja määriteltiin riskiarvoa sisältäväksi, jos lapsi näkee vanhempiensa välisessä suhteessa huomattavia vaikeuksia tai vanhempi arvioi avio-ongelmien aiheuttavan lapselle ainakin jonkin verran vaikeuksia (esim. lapsi kuulee vakavia erimielisyyksiä tai näkee väkivaltaa). Psyykkistä häiriötä kuvaava muuttuja määriteltiin lapsen psyykkistä sairautta lisääväksi, jos vanhemmalla oli psyykinen häiriö/poikkeavuus ilman hoitokontaktia (esim. alkoholismi) tai hoitokontakti joko avo- tai sairaalahoidossa. Vanhempien rikollisuus määriteltiin riskiarvoa sisältäväksi, jos vanhempi oli rikollisuutensa vuoksi ollut oikeudessa tai saanut jonkinlaisen vankeusrangaistuksen. Kun vanhemman vammaisuus/fyysinen rajoite (esim. älyllinen kehitysvammaisuus, krooninen sairaus) oli vähintään huomattava, ja se vaikutti lapseen negatiivisesti (esim. huolenpidon riittämättömyys, lapsen sosiaalisen elämän rajoittaminen), määriteltiin muuttuja riskiarvoa sisältäväksi. Yksinhuoltajuutta kuvaava muuttuja määriteltiin riskiarvoa sisältäväksi, kun lapsi asui vain toisen biologisen vanhemman kanssa. Perheen riskiosa-alue voi kokonaisuudessaan saada arvoja 0-5.

***Sosiaalisten olosuhteiden riskiosa-alueen summamuuttujaan*** kuuluivat asuin ympäristön uhkaavuutta, sisarusryhmän kokoa ja sosiaalitaloudellista tilannetta kuvaavat yksittäiset riskitekijät. Asuin ympäristön uhkaavuutta kuvaava muuttuja määriteltiin riskiarvoa sisältäväksi, jos vanhempi koki lapsen asuin ympäristössä uhkaa (murrot, ryöstöt jne.) tai uhkaa oli runsaasti muiden asukkaiden kertomana. Jos kotitaloudessa oli enemmän kuin viisi lasta, määriteltiin sisarusryhmän suuruus riskiarvoa sisältäväksi. Sosiaalitaloudellista tilannetta kuvaava muuttuja määriteltiin riskiä lisääväksi silloin, kun perheen molemmat vanhemmat (tai yksinhuoltaja) olivat ammattitaidottomia tai pitkäaikaistyöttömiä tai perheen taloudellinen tilanne oli huono. Kokonaisuudessaan sosiaalisten olosuhteiden riskiosa-alue voi saada riskiarvoja 0-3.

***Lapsen kokemuksellisen riskiosa-alueen summamuuttujaan*** kuuluivat varhaiset (edeltävää 18 kuukautta aikaisemmat) ja viimeaikaiset (viimeiset 18 kuukautta) koke-

mukselliset riskitekijät. *Varhaisten riskitekijöiden summamuuttujaan* kuuluvat yksittäiset riskitekijät olivat erokokemukset, kuolemantapaukset, lapsen krooninen sairaus, sijoituskokemukset ja vastentahtoiset seksuaaliset kokemukset. Erokokemuksia kuvaava riskimuuttuja määriteltiin riskiarvoa sisältäväksi silloin, kun lapsi on alle viisivuotiaana ollut erossa vanhemmasta tai vanhemmista yli viikon ajan negatiivisen syyn vuoksi (esim. vanhempien epäsopeus). Kun biologinen vanhempi, sisarus tai muu kotitalouteen kuuluva henkilö on kuollut ennen haastattelua edeltävää 18 kk:ta, määriteltiin kuolemantapaukset muuttuja riskiarvoa sisältäväksi. Lapsen krooninen sairaus määriteltiin psyykkisen sairastumisen riskiä lisääväksi, jos lapsella oli haittaa aiheuttava krooninen sairaus. Kun lapsi oli ollut sijoitettuna vähintään kerran ennen haastattelua edeltävää 18 kk:n ajanjaksoa sijaishotiin tai laitokseen, määriteltiin sijoituskokemus riskiä lisääväksi. Vastentahtoisia seksuaalisia kokemuksia kuvaava muuttuja määriteltiin riskiarvoa sisältäväksi, jos lapsen kokemukseen kuului seksuaalinen tapahtuma, johon on mahdollisesti liittynyt sukupuolista kanssakäymistä tai kotitalouden ulkopuolella lapseen on kohdistunut seksuaalinen tapahtuma ilman henkilökohtaista kontaktia (esim. itsensäpaljastaminen). Varhaiset riskitekijät voivat saada arvoja 0-5.

*Viimeaikaisten riskitekijöiden summamuuttujaan* kuuluvia yksittäisiä riskitekijöitä olivat epämiellyttävät tapahtumat, kuolemantapaukset, sijoituskokemukset, traumaattiset tapahtumat ja vastentahtoiset seksuaaliset kokemukset. Epämiellyttävät tapahtumat koostuivat merkittävistä tai uhkaavista välikohtauksista. Jos lapsi oli ollut niissä osallisena, muuttuja määriteltiin riskiarvoa sisältäväksi. Kuolemantapaukset riskimuuttuja sisälsi riskiarvon, jos vanhempi tai vanhemmat, sisarus tai tärkeä sukulainen oli kuollut viimeisten 18 kk:n aikana. Jos lapsi oli ollut sijoitettuna sijaishotiin tai laitokseen viimeisten 18 kk:n aikana vähintään kerran, määriteltiin sijoituskokemukset riskiä lisääväksi. Traumaattiset tapahtumat määriteltiin riskiarvoa sisältäväksi, kun lapsi oli kokenut huomattavan tai vakavan traumaattisen tapahtuman. Vastentahtoiset seksuaaliset kokemukset määriteltiin riskiarvoa sisältäväksi lapsen koettua viimeisten 18 kk:n aikana seksuaalisen tapahtuman, johon on mahdollisesti liittynyt sukupuolista kanssakäymistä. Tähän kuului myös kotitalouden ulkopuolella lapseen kohdistunut seksuaalinen tapahtuma, johon ei ollut liittynyt henkilökohtaista kanssakäymistä. Viimeaikaiset riskitekijät saavat riskiarvoja 0-5 ja kokonaisuudessaan lapsen kokemuksellinen riskiosa-alue yhteensä arvoja 0-10.

## Suojaavat tekijät

Suojaavia tekijöitä kuvaavia summamuuttujia olivat lapsi-vanhempisuhteen suojaavat tekijät, ulkoiset suojaavat tekijät ja kaikki suojaavat tekijät (taulukko 3). Summamuuttujien lisäksi tarkasteltiin yksittäisiä suojaavia tekijöitä. Yksittäiset suojaavat tekijät luokiteltiin uudelleen kaksiluokkaisiksi sisällöllisin perustein. Uudelleen luokitellun muuttujan luokka sai arvon (1), jos sen oletettiin sisällöllisesti lisäävän lapsen psyykkistä selviytymistä. Jos muuttujan luokka ei ollut selkeän positiivisesti lapsen hyvinvointiin vaikuttava, sai muuttujan luokka arvon 0. Lapsi-vanhempisuhteen muuttujat saivat arvon 1, jos lapsen suhde edes toiseen vanhempaan oli psyykkistä selviytymistä lisäävä. Lapsi-vanhempisuhteen suojaavista tekijöistä lapsen raportoimia muuttujia olivat myönteinen toiminta vanhemman kanssa, vaikeudeton suhde vanhempaan ja vanhempi uskottuna. Asianmukainen valvonta ja positiivinen tunneilmapiiri olivat puolestaan vanhemman raportoimia muuttujia. Keskustelujen määrää kuvaava muuttuja perustui saatujen tietojen pohjalta haastattelijan arvioon. Kaikki ulkoiset suojaavat tekijät olivat lapsen raportoimia.

*Kaikkien suojaavien tekijöiden summamuuttujaan* kuuluivat lapsi-vanhempisuhteen ja ulkoisten suojaavien tekijöiden summamuuttujat. Suojaavat tekijät yhteensä saivat arvoja 0-10.

*Lapsi-vanhempisuhteen suojaavien tekijöiden summamuuttujaan* kuuluvia yksittäisiä suojaavia tekijöitä olivat asianmukainen valvonta, keskustelujen määrä vanhemman kanssa, myönteinen toiminta vanhemman kanssa, positiivinen tunneilmapiiri, vaikeudeton vanhempisuhte ja vanhempi uskottuna. Valvonta määriteltiin lapsen psyykkistä selviytymistä lisääväksi (1), jos se oli ikään ja olosuhteisiin nähden asianmukaista. Lapsen ja vanhemman keskustelujen määrä sai arvon 1, kun lapsi ja vanhempi kävivät keskusteluja vähintään kerran viikossa. Myönteinen toiminta vanhemman kanssa määriteltiin lapsen psyykkistä selviytymistä lisääväksi, jos lapsi koki suhteensa vanhempaan mielihyvää tuottavaksi tai yhteiset toiminnot vanhemman kanssa olivat mielihyvää tuottavia. Jos vanhempi kohdisti lapsen useita lämpöä sisältäviä tunneilmauksia ja positiivisia huomautuksia (kolme tai enemmän), määriteltiin positiivinen tunneilmapiiri selviytymistä lisääväksi. Vaikeudeton vanhempisuhte sai arvon 1, kun suhteessa vanhempiin ei ollut vaikeuksia tai ne olivat vähämerkityksellisiä. Vanhempi katsottiin us-

kotuksi ja lapsen selviytymistä lisääväksi, jos lapsi raportoi äidin tai isän päivittäin tavoitettavissa olevaksi uskotukseen ja vanhemmalta saatu tuki oli ilmeinen.

TAULUKKO 3. Tutkimuksen suojaavat tekijät

Suojaavat tekijät	Vaihteluväli
Lapsi-vanhempisuhteen suojaavat tekijät	0-6
Asianmukainen valvonta	
Keskustelut	
Myönteinen toiminta	
Positiivinen tunneilmapiiri	
Vaikeudeton suhde	
Vanhempi uskottuna	
Ulkoiset suojaavat tekijät	0-4
Harrastukset	
Saavutukset	
Ulkopuolinen uskottu	
Ystävä	
<b>Kaikki suojaavat tekijät</b>	<b>0-10</b>

*Ulkoisten suojaavien tekijöiden summamuuttujaan* kuuluvia yksittäisiä suojaavia tekijöitä olivat harrastukset, saavutukset, perheen ulkopuolinen uskottu ja ystävä. Harrastukset määriteltiin lapsen psyykkistä selviytymistä edistäviksi, jos lapsella oli jokin erityinen harrastus. Saavutukset määriteltiin selviytymistä lisääväksi, jos lapsella oli kouluun liittyvä palkinto/luottamustehtävä tai muuhun kuin kouluun liittyvä palkinto/tutkinto, jossa lapsi on onnistunut tärkeässä tavoitteessa. Perheen ulkopuolinen uskottu määriteltiin selviytymistä edesauttavaksi, jos lapsella oli lapsi-vanhempisuhteen ulkopuolella henkilö, joka oli tavoitettavissa useammin kuin kerran kuukaudessa ja lapsen saaman tuen määrä oli ilmeinen. Kun lapsella varmuudella oli hyvä ystävä, määriteltiin ystävä lapsen selviytymisen todennäköisyyttä lisääväksi.

## Aineiston analyysimenetelmät

Aineiston analyysissa käytettyjen muuttujien normaalijakautuneisuus tutkittiin Kolmogorov-Smirnovin testillä. Riskiosa-alueita tarkasteltiin summamuuttujien osalta keskiarvojen ja keskihajontojen avulla. Tutkittaessa riskiosa-alueiden eroja useiden ryhmien välillä käytettiin normaalisti jakautuneiden muuttujien analysoinnissa yksisuuntaista varianssianalyysiä (oneway anova) ja ei-normaalisti jakautuneilla Kruskal-Wallisin testiä. Normaalisti jakautuneita muuttujia olivat perheen riskiosa-alueen, sosiaalisten olosuhteiden riskiosa-alueen ja lapsen kokemuksellisen riskiosa-alueen summamuuttujat. Varhaisten ja viimeaikaisten kokemusten riskiosa-alueen summamuuttujat sekä kokonaisriskiä kuvaava summamuuttuja olivat ei-normaalisti jakautuneita. Verrattaessa kahden ryhmän riskiosa-alueita käytettiin Mann-Whitneyn testiä, sillä kaikki muuttujat olivat ei-normaalisti jakautuneita. Yksittäisiä riskitekijöitä tarkasteltiin ristiintaulukoiden ja  $\chi^2$ -testin avulla.

Lapsi-vanhempisuhteen suojaavia tekijöitä ja ulkoisia suojaavia tekijöitä tarkasteltiin summamuuttujien osalta keskiarvojen ja keskihajontojen avulla. Useiden ryhmien välisiä eroja lapsi-vanhempisuhteen suojaavissa tekijöissä, ulkoisissa suojaavissa tekijöissä sekä kaikissa suojaavissa tekijöissä tarkasteltiin yksisuuntaisella varianssianalyysillä, sillä tarkasteltavat muuttujat olivat normaalisti jakautuneita. Varianssianalyysissä ilmeneviä eroja tarkasteltiin Dunnettin testillä parittaisten vertailujen avulla, jolloin selviytyneet valittiin kontrolliryhmäksi. Parittaisissa vertailuissa käytettiin yksisuuntaisuushypoteesia. Kahden ryhmän välisissä vertailuissa käytettiin normaalisti jakautuneilla muuttujilla (lapsi-vanhempisuhteen suojaavat tekijät ja kaikkia suojaavia tekijöitä kuvaava summamuuttuja) t-testiä. Ei-normaalisti jakautuneella muuttujalla (ulkoiset suojaavat tekijät) käytettiin puolestaan Mann-Whitneyn testiä. Yksittäisiä suojaavia tekijöitä tarkasteltiin ristiintaulukoiden,  $\chi^2$ -testin ja riskisuhteiden (odds ratio) avulla. Lisäksi suojaavien tekijöiden yhdysvaikutuksia on tutkittu logit-mallien avulla.



## TUTKIMUSTULOKSET

### Riskiosa-alueiden ja yksittäisten riskitekijöiden erot

*Selviytyneet ja kaikki sairastuneet.* Selviytyneiden ja sairastuneiden riskiosa-alueiden erot olivat pieniä (taulukko 4). Ryhmät eivät eronneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi perheen, sosiaalisten olosuhteiden ja lapsen kokemuksellisen riskiosa-alueen suhteen. Tilastollisesti merkitseviä eroja ei esiintynyt ryhmien välillä myöskään varhaisten ja viimeaikaisten riskitekijöiden sekä kokonaisriskiä kuvaavien summamuuttujien osalta. Suuntana yksittäisissä riskitekijöissä oli, että selviytyneillä oli enemmän viimeaikaista sijoituskokemuksia ( $\chi^2(1,68)=3.586$ ,  $p<.06$ ) ja vanhempien rikollisuutta ( $\chi^2(1,68)=2.988$ ,  $p<.09$ ) kuin sairastuneilla. Muissa yksittäisissä riskitekijöissä ei ryhmien välillä ollut eroja.

TAULUKKO 4. Riskiosa-alueiden keskiarvot, keskihajonnat ja erot selviytyneiden ja sairastuneiden välillä

Riskisummamuuttujat	Selviytyneet (n=15) ka. kh.	Sairastuneet (n=53) ka. kh	Mann-Whitney
Perheen riskiosa-alue	1.5 (1.1)	1.4 (1.0)	U=368.5 p<.7
Sosiaalisten olosuhteiden riskiosa-alue	1.0 (0.9)	1.0 (0.9)	U=392.5 p<1.0
Lapsen kokemuksellinen riskiosa-alue	1.7 (0.9)	1.7 (0.8)	U=387.0 p<.9
Varhaiset riskitekijät	1.0 (0.8)	1.3 (0.8)	U=336.5 p<.4
Viimeaikaiset riskitekijät	0.7 (0.7)	0.5 (0.7)	U=323.5 p<.3
Kokonaisriski	4.2 (1.3)	4.1 (1.2)	U=382.0 p<.9

*Selviytyneet ja eri diagnoosiryhmät.* Selviytyneiden ja eri diagnoosiryhmien erot eri riskiosa-alueiden välillä osoittautuivat myös vähäisiksi (taulukko 5). Ryhmät eivät eronneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi riskiosa-alueiden suhteen.

TAULUKKO 5. Riskiosa-alueiden keskiarvot, keskihajonnat ja selviytyneiden sekä diagnoosiryhmien väliset erot

Riskisummamuuttujat	Selviytyneet (n=15) ka. kh.	Sairastuneet			
		T (n=14) ka. kh.	K (n=12) ka. kh.	K/T (n=27) ka. kh.	
Perheen riskiosa-alue <sup>a</sup>	1.5 (1.1)	1.4 (0.9)	1.4 (0.9)	1.3 (1.0)	F(3,67)=.131 p<1.0
Sosiaalisten olosuhteiden riskiosa-alue <sup>a</sup>	1.0 (0.9)	1.1 (1.1)	1.2 (0.9)	0.9 (0.8)	F(3,67)=.384 p<.8
Lapsen kokemuksellinen riskiosa-alue <sup>a</sup>	1.7 (0.9)	1.6 (0.8)	1.7 (0.7)	1.7 (0.9)	F(3,67)=.055 p<1.0
Varhaiset riskitekijät <sup>b</sup>	1.0 (0.8)	1.1 (0.8)	1.3 (0.7)	1.3 (0.8)	$\chi^2(3,68)=1.731$ p<.7
Viimeaikaiset riskitekijät <sup>b</sup>	0.7 (0.7)	0.5 (0.8)	0.3 (0.9)	0.5 (0.6)	$\chi^2(3,68)=3.067$ p<.4
Kokonaisriski <sup>b</sup>	4.2 (1.3)	4.2 (1.6)	4.3 (1.1)	4.0 (1.1)	$\chi^2(3,68)=.706$ p<.9

T= tunne-elämän häiriö, K= käytöshäiriö, K/T= samanaikainen käytös- ja tunnehäiriö

<sup>a</sup> = yksisuuntainen varianssianalyysi

<sup>b</sup> = Kruskal-Wallis test

Yksittäisiä riskitekijöitä tarkasteltaessa eri diagnoosiryhmissä suuntana oli, että selviytyneiden elämässä oli ollut enemmän viimeaikaisia kuolemantapauksia kuin tunne-elämän häiriön diagnoosin saaneilla ( $\chi^2(1,29)=3.123$ ,  $p<.08$ ). Selviytyneiden ja käytöshäiriöisten ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja yksittäisissä riskitekijöissä. Selviytyneiden vanhemmilla esiintyi tilastollisesti melkein merkitsevästi enemmän rikollisuutta kuin samanaikaisen käytös- ja tunnehäiriön diagnoosin saaneiden lasten vanhemmilla ( $\chi^2(1,42)=5.815$ ,  $p<.05$ ). Suuntana oli myös, että selviytyneillä oli vähemmän varhaisia sijoituskokemuksia kuin samanaikaisen käytös- ja tunnehäiriön diagnoosin saaneilla ( $\chi^2(1,42)=3.153$ ,  $p<.08$ ). Selviytyneet ja eri diagnoosiryhmät eivät eronneet muiden yksittäisten riskitekijöiden suhteen.

## Lapsi-vanhempisuhteen suojaavat tekijät ja ulkoiset suojaavat tekijät

*Selviytyneet ja kaikki sairastuneet.* Verrattaessa selviytyneiden ja sairastuneiden ryhmää kokonaisuutena todettiin, että selviytyneillä oli enemmän lapsi-vanhempisuhteen suojaavia tekijöitä kuin sairastuneilla (taulukko 6). Ero osoittautui tilastollisesti erittäin merkitseväksi. Ryhmien välillä ei esiintynyt tilastollisesti merkitseviä eroja ulkoisten suojaavien tekijöiden suhteen. Ryhmien välillä ilmeni ero myös kaikkia suojaavia tekijöitä kuvaavassa summamuuttujassa. Selviytyneillä oli suojaavia tekijöitä yhteensä tilastollisesti melkein merkitsevästi enemmän kuin sairastuneilla.

TAULUKKO 6. Suojaavien summamuuttujien keskiarvot, keskihajonnat ja erot selviytyneiden ja sairastuneiden välillä

Suojaavat summamuuttujat	Selviytyneet (n=15) ka. kh.	Sairastuneet (n=53) ka. kh.	
Lapsi-vanhempisuhteen suojaavat tekijät <sup>a</sup>	5.1 (0.9)	3.9 (1.5)	t(38,68)=-3.822***
Ulkoiset suojaavat tekijät <sup>b</sup>	2.5 (0.9)	2.6 (0.9)	U=384.0 p<.9
Kaikki suojaavat tekijät <sup>a</sup>	7.7 (1.2)	6.5 (1.7)	t(66,68)=-2.527*

<sup>a</sup>= t-testi

<sup>b</sup>= Mann-Whitney-testi

\* p<.05

\*\*\* p <.001

*Selviytyneet ja eri diagnoosiryhmät.* Selviytyneillä esiintyi enemmän lapsi-vanhempisuhteen suojaavia tekijöitä kuin eri diagnoosiryhmillä (taulukko 7). Ero osoittautui tilastollisesti melkein merkitseväksi. Parittaisissa vertailuissa ero ilmeni siten, että selviytyneillä oli lapsi-vanhempisuhteen suojaavia tekijöitä tilastollisesti melkein merkitsevästi enemmän kuin tunne-elämän häiriön saaneilla ja tilastollisesti merkitsevästi enemmän kuin samanaikaisen käytös- ja tunnehäiriön diagnoosin saaneilla lapsilla. Selviytyneet eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi käytöshäiriön diagnoosin saaneista lapsi-vanhempisuhteen suojaavia tekijöitä tarkasteltaessa.

Ulkoisissa suojaavissa tekijöissä ei ilmennyt tilastollisesti merkitseviä eroja selviytyneiden ja diagnoosiryhmien välillä. Kaikkia suojaavia tekijöitä tarkasteltaessa ryh-

mien välillä oli suuntaa-antava ero. Parittainen vertailu osoitti eron ilmenevän siten, että selviytyneillä oli tilastollisesti melkein merkitsevästi enemmän suojaavia tekijöitä yhteensä kuin tunne-elämän häiriön ja samanaikaisen käytös- ja tunnehäiriön diagnoosin saaneilla. Selviytyneet eivät eronneet käytöshäiriön diagnoosin saaneista myöskään kaikkien suojaavien tekijöiden suhteen.

TAULUKKO 7. Suojaavien summamuuttujien keskiarvot, keskihajonnat ja selviytyneiden sekä diagnosiryhmien väliset erot

Suojaavat summamuuttujat	Selviytyneet (n=15) ka. kh.	Sairastuneet			F	Dunnett
		T (n=14) ka. kh.	K (n=12) ka. kh.	K/T (n=27) ka. kh.		
Lapsi-vanhempi suhteen suojaavat tekijät	5.1 (0.9)	3.9 (1.3)	4.5 (1.7)	3.7 (1.5)	F(3,67)=3.819*	S>T p<.05* S>K/T p<.01**
Ulkoiset suojaavat tekijät	2.5 (0.9)	2.4 (0.9)	2.3 (0.8)	2.7 (0.8)	F(3,67)=.634	-
Kaikki suojaavat tekijät	7.7 (1.2)	6.4 (1.7)	6.8 (1.8)	6.4 (1.7)	F(3,67)=2.343 <sup>a</sup>	S>T p<.05* S> K/T p<.05*

T= tunne-elämän häiriö, K= käytöshäiriö, K/T= samanaikainen käytös- ja tunnehäiriö

\* p <.05

\*\* p <.01

<sup>a</sup> p<.09, suuntaa-antava

Koska lapsi-vanhempi suhteen suojaavien tekijöiden ja ulkoisten suojaavien tekijöiden tarkastelussa summamuuttujina ei ilmene suojaavien tekijöiden yksittäiset vaikutukset, tarkastellaan seuraavaksi yksittäisiä suojaavia tekijöitä lapsen psyykkisen hyvinvoinnin edistäjinä.

## Lapsi-vanhempisuhteen suojaavat tekijät

### Yksittäiset lapsi-vanhempisuhteen suojaavat tekijät

*Selviytyneet ja kaikki sairastuneet.* Tarkasteltaessa yksittäisiä suojaavia tekijöitä todettiin, että selviytyneitä valvottiin asianmukaisemmin ( $\chi^2(1,68)=5.080$ ,  $p<.05$ ), ja heillä oli enemmän myönteistä toimintaa vanhemman kanssa ( $\chi^2(1,68)=3.878$ ,  $p<.05$ ) kuin sairastuneiden ryhmällä. Erot osoittautuivat tilastollisesti melkein merkitseviksi. Lapsi-vanhempisuhteen suojaavia tekijöitä tarkasteltiin myös riskisuhteilla, joilla voidaan arvioida eri luokkiin kuulumisen aiheuttamaa suhteellista riskiä (Ranta, Rita & Kouki, 1992). Jos lapsen valvonta oli asianmukaista, oli lapsella tässä ryhmässä yli nelinkertainen mahdollisuus olla psyykkisesti terve (riskisuhde 4.480, 95%:n luottamusväli 1.132-17.724). Lisäksi suuntana oli, että selviytyneillä oli vanhempien kanssa vähemmän vaikeuksia ( $\chi^2(1,68)=2.936$ ,  $p<.09$ ) kuin sairastuneilla. Myös muita yksittäisiä suojaavia tekijöitä selviytyneillä oli suhteellisesti enemmän kuin sairastuneilla, mutta erot ryhmien välillä eivät osoittautuneet tilastollisesti merkitseviksi.

*Selviytyneet ja tunne-elämän häiriön diagnoosin saaneet.* Selviytyneillä oli tilastollisesti merkitsevästi enemmän myönteistä toimintaa vanhempien kanssa ( $\chi^2(1,29)=6.807$ ,  $p<.01$ ) kuin tunne-elämän häiriön diagnoosin saaneilla. Riskisuureen mukaan lapsilla, joilla oli myönteistä toimintaa vanhempiensa kanssa, selviytymisen todennäköisyys oli jopa neljätoistakertainen (riskisuhde 14.00, 95%:n luottamusväli 1.427-137.324). Ero ryhmien välillä ilmeni samansuuntaisena myös vaikeudettomassa vanhempisuhteessa ( $\chi^2(1,29)=3.585$ ,  $p<.06$ ). Ryhmien välillä ei ilmennyt eroja muissa yksittäisissä lapsi-vanhempisuhteen suojaavissa tekijöissä.

*Selviytyneet ja käytöshäiriön diagnoosin saaneet.* Selviytyneet keskustelivat enemmän vanhemman kanssa ( $\chi^2(1,27)= 5.870$ ,  $p<.05$ ) kuin käytöshäiriön diagnoosin saaneet. Suunta osoittautui vastaavaksi myös asianmukaisen valvonnan ( $\chi^2(1,27)=2.700$ ,  $p=.10$ ) osalta. Muiden yksittäisten lapsi-vanhempisuhteen suojaavien tekijöiden suhteen ryhmät eivät eronneet toisistaan.

*Selviytyneet ja samanaikaisen käytös- ja tunnehäiriön diagnoosin saaneet.* Selviytyneiden valvonta oli asianmukaisempaa ( $\chi^2(1,42)=8.400$ ,  $p<.01$ ) kuin samanaikaisen

käytös- ja tunnehäiriön diagnoosiin saaneiden lasten. Asianmukaisesti valvotuilla lapsilla oli kahdeksankertainen todennäköisyys (riskisuhde 8.00, 95%:n luottamusväli 1.790-35.744) selviytyä verrattaessa lapsiin, joihin kohdistettu valvonta oli puutteellista. Myös myönteistä toimintaa vanhemman kanssa ( $\chi^2(1,42)=3.780$ ,  $p<.06$ ) ja vaikeudetto-  
muutta vanhempisuhteessa ( $\chi^2(1,42)=3.153$ ,  $p<.08$ ) oli selviytyneillä suuntaa-antavasti enemmän kuin samanaikaisen käytös- ja tunnehäiriön diagnoosin saaneilla. Muissa yksittäisissä suojaavissa tekijöissä ei ilmennyt eroja ryhmien välillä.

### **Lapsi-vanhempisuhteen suojaavien tekijöiden yhdysvaikutukset**

Lapsi-vanhempisuhteen suojaavia tekijöitä tutkittiin tarkemmin logit-mallien avulla, koska  $\chi^2$ -tarkastelut eivät osoita suojaavien tekijöiden mahdollisia yhdysvaikutuksia. Yhdysvaikutuksen tutkiminen on perusteltua, koska suojaavat tekijät usein esiintyvät ja vaikuttavat yhdessä muihin tekijöihin. Jos useampaa suojaavaa tekijää tarkastellaan ottamatta huomioon niiden välisiä suhteita, voidaan suojaavien tekijöiden toiminta ymmärtää virheellisesti (Gore & Eckenrode, 1996). Logit-mallit on rakennettu erityisesti kategoristen muuttujien kausaalisuhteen analysointiin, jossa selitettävä muuttuja on kaksiluokkainen (Nummenmaa, Kontinen, Kuusinen & Leskinen, 1996). Mallin rakentamisessa toteutetaan yksinkertaisuuden ja hierarkkisuuden periaatteita. Kun usean muuttujan yhdysvaikutus on tilastollisesti merkitsevä, tulee malliin sisällyttää myös kaikki alemman asteen vaikutukset tai yhdysvaikutukset, jotka koskevat kyseisiä muuttujia. Mallin rakentamisessa pyritään mahdollisimman yksinkertaiseen, mutta kuitenkin riittävään malliin (Nummenmaa ym., 1996).

Tässä tutkimuksessa logit-mallien muodostaminen perustui  $\chi^2$ -testeihin siten, että malleihin sisällytettiin tarkastelluissa ryhmissä merkitseviksi ja suuntaa-antaviksi osoittautuneet muuttujat. Rajoittamalla tarkasteltujen muuttujien määrää, mallien rakentaminen oli selkeintä. Pienestä aineistosta johtuen ei yksittäiseen malliin voinut sisällyttää kovin monta muuttujaa. Mallien tulkinnoissa käytimme yksisuuntaisuushypoteesia, jolloin z-arvon on oltava itseisarvoltaan vähintään 1.65, jotta tulos on tilastollisesti melkein merkitsevä. Analyysi aloitettiin saturoidusta mallista, josta edettiin yksin-

kertaisimpaan sopivaan malliin pudottamalla pois merkityksettömiä yhdysvaikutuksia ja päävaikutuksia.

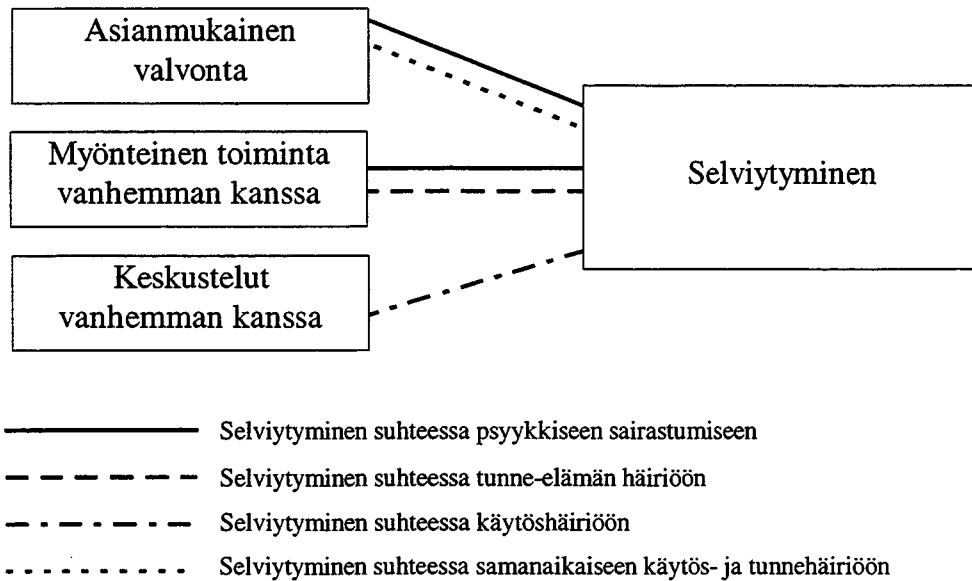
Ensimmäisessä mallissa tarkasteltiin selitettävänä muuttujana *selviytyneitä vs. kaikkia sairastuneita*. Selittävinä muuttujina malliin sisällytettiin myönteinen toiminta vanhemman kanssa, vaikeudeton suhde vanhempaan ja valvonta. Muuttujien välillä ei ilmennyt yhdysvaikutuksia. Vaikeudeton suhde poistettiin tarpeettomana selittävien muuttujien joukosta. Selittävien muuttujien vähentämistä voidaan perustella sillä, että tämä parantaa mallin luotettavuutta, koska pienessä aineistossa solufrekvenssit voivat jäädä alhaisiksi. Malliin jäivät tilastollisesti melkein merkitsevinä myönteisen toiminnan ( $z=1.65, p<.05$ ) ja valvonnan päävaikutukset ( $z=2.00, p<.05$ ). Selviytyneillä oli enemmän asianmukaista valvontaa ja myönteistä toimintaa vanhemman kanssa kuin sairastuneilla ( $G^2(1,68)=.6045, p=.4369$ ). Mallia yksinkertaistettaessa poistettiin myönteinen toiminta mallista ( $G^2(2,68)=4.5892, p=.1008$ ), jolloin valvonnan päävaikutus parani hieman ( $z=2.14, p<.05$ ). Mallien paremmuutta selvitettiin mallien  $G^2$ -arvojen ja vapausasteiden erotusten avulla, jolloin todettiin että yksinkertaisempi malli oli tilastollisesti melkein merkitsevästi parempi.

Toiseen logit-malliin sisällytettiin selitettäväksi muuttujaksi *selviytyminen vs. tunne-elämän häiriö* ja selittäviksi muuttujiksi myönteinen toiminta vanhemman kanssa ja vaikeudeton suhde vanhempaan. Analyysissä todettiin, ettei muuttujilla ollut yhdysvaikutusta. Myönteisen toiminnan päävaikutus osoittautui tilastollisesti melkein merkitseväksi ( $z=2.27, p<.05$ ). Selviytyneillä oli enemmän myönteistä toimintaa vanhemman kanssa kuin tunne-elämän häiriön diagnoosin saaneilla ( $G^2(2,29)=2.92, p=.2322$ ).

Kolmannessa logit-mallissa selitettiin *selviytymistä vs. käytöshäiriötä* vanhempien kanssa käytyjen keskustelujen sekä valvonnan avulla. Muuttujilla ei ilmennyt yhdysvaikutusta. Ainoana malliin jääneenä muuttujana valvonnan päävaikutus ei osoittautunut tilastollisesti merkitseväksi ( $z=1.6, p<.10$ ), vaikka selviytyneillä oli enemmän asianmukaista valvontaa kuin käytöshäiriön diagnoosin saaneilla.

Neljännessä mallissa tutkittiin myönteisen toiminnan, vaikeudettoman vanhempi-suhteen ja valvonnan yhteyttä *selviytymiseen vs. samanaikaiseen käytös- ja tunnehäiriöön*. Mallissa ei esiintynyt yhdysvaikutuksia. Vaikeudeton suhde poistettiin tarpeettomana selittävien muuttujien joukosta. Valvonnan päävaikutus osoittautui tilastollisesti merkitseväksi ( $z=2.72, p<.01$ ). Selviytyneillä oli samanaikaisen käytös- ja tunnehäiriön diagnoosin saaneita enemmän asianmukaista valvontaa ( $G^2(2,42)=3.48, p=.1753$ ).

Logit-mallien mukaan myönteinen toiminta vanhemman kanssa ja lapsen asianmukainen valvonta osoittautuivat merkityksellisimmiksi lapsen psyykkistä hyvinvointia suojaaviksi tekijöiksi. Samat tekijät tulivat esille myös yksittäisiä lapsi-vanhempisuhteen suojaavia tekijöitä tarkasteltaessa. Muista suojaavista tekijöistä poiketen keskustelut vanhempien osoittautuivat suojaaviksi suhteessa käytöshäiriöön vain  $\chi^2$ -tarkasteluissa (kuvio 2).



KUVIO 2. Lapsi-vanhempisuhteen suojaavat tekijät ryhmittäin (logit-mallien,  $\chi^2$ -testien ja riskisuhteiden mukaan)



## Ulkoiset suojaavat tekijät

*Selviytyneet ja kaikki sairastuneet.* Tarkasteltaessa selviytyneitä ja kaikkia sairastuneita todettiin selviytyneillä olevan suuntaa-antavasti enemmän saavutuksia kuin sairastuneilla ( $\chi^2(1,68)=2.778$ ,  $p<.10$ ). Muut ulkoiset suojaavat tekijät eivät olleet lainkaan merkitseviä. Mielenkiintoista oli kuitenkin, että muita ulkoisia suojaavia tekijöitä oli sairastuneilla suhteellisesti enemmän kuin selviytyneillä.

*Selviytyneet ja eri diagnoosiryhmät.* Kun ulkoisia suojaavia tekijöitä verrattiin selviytyneiden ja eri diagnoosiryhmien kesken, todettiin selviytyneillä olevan suuntaa-antavasti enemmän saavutuksia ( $\chi^2(1,42)=3.249$ ,  $p<.08$ ) kuin samanaikaisen käytös- ja tunnehäiriön diagnoosin saaneilla. Ulkoiset suojaavat tekijät eivät osoittautuneet tilastollisesti merkitseviksi muissakaan diagnoosiryhmissä.

Logit-mallien avulla tarkasteltiin ulkoisten suojaavien tekijöiden mahdollisia yhdysvaikutuksia. Koska saavutukset olivat ainoa  $\chi^2$ -testien perusteella suuntaa-antava merkityksellinen ulkoinen suojaava tekijä sairastuneilla ja samanaikaisen käytös- ja tunnehäiriön diagnoosin saaneilla, tutkittiin muiden ulkoisten suojaavien tekijöiden yhdysvaikutuksia näissä ryhmissä. Yksittäiseen malliin sisällytettiin saavutusten lisäksi aina toinen selittävä ulkoinen suojaava tekijä.

Kun selitettävänä muuttujina olivat *selviytyminen vs. sairastuminen*, saavutukset jäivät vahvimpana tekijänä malliin ( $z=1.63$ ,  $p<.10$ ), harrastusten ( $G^2(2,68)=2.0795$ ,  $p=.3535$ ), perheen ulkopuolinen uskotun ( $G^2(2,68)=.7932$ ,  $p=.6726$ ) ja ystävien ( $G^2(2,68)=.1615$ ,  $p=.9224$ ) kanssa. Tulos ei kuitenkaan ole tilastollisesti merkitsevä, vaikka selviytyneillä olikin enemmän saavutuksia kuin sairastuneilla. Henkilökohtaisilla saavutuksilla ei ollut yhdysvaikutuksia muiden ulkoisten suojaavien tekijöiden kanssa.

*Selviytymisen vs. samanaikaisen käytös- ja tunnehäiriön* ollessa logit-mallien selitettävänä muuttujina, todettiin saavutuksen päävaikutuksen ( $z=1.76$ ,  $p<.05$ ) jäävän myös ainoana tilastollisesti melkein merkitsevästä tekijänä malliin. Saavutuksen päävaikutus ilmeni harrastusten ( $G^2(2,42)=2.2356$ ,  $p=.3270$ ), perheen ulkopuolisen uskotun ( $G^2(2,42)=1.5891$ ,  $p=.4518$ ) ja ystävän ( $G^2(2,42)=1.3208$ ,  $p=.5166$ ) ollessa toinen selittävä muuttuja. Yhdysvaikutuksia ei ilmennyt.

Lisäksi tarkasteltiin tilastollisesti merkitsevien ja suuntaa-antavien lapsi-vanhempisuhteen suojaavien tekijöiden ja ulkoisten suojaavien tekijöiden mahdollisia yhdys-

vaikutuksia. Selviytyneiden ja kaikkien sairastuneiden ryhmissä tarkasteltiin näin ollen myönteisen toiminnan, vaikeudettoman vanhempisuhteen, valvonnan ja saavutusten yhdysvaikutuksia, joita ei ilmennyt. Samat tekijät olivat osoittautuneet merkitykselliseksi myös suhteessa samanaikaisen käytös- ja tunnehäiriöön. Yhdysvaikutuksia ei esiintynyt samanaikaisen käytös- ja tunnehäiriöönkään liittyvissä suojaavissa tekijöissä. Muilla ryhmillä ulkoisia suojaavia tekijöitä ei esiintynyt, joten lapsi-vanhempisuhteen suojaavien tekijöiden ja ulkoisten suojaavien tekijöiden yhdysvaikutuksia ei ollut mahdollista tarkastella.

## **Tapausesimerkki**

Anne on valittu selviytyneiden tapausesimerkiksi, koska hän oli selviytyneistä elänyt eniten riskitekijöitä sisältävissä olosuhteissa. Anne on 15-vuotias ja asuu vanhempiansa luona, jotka ovat naimisissa keskenään. Hänellä on itseään nuorempi sisko ja veli.

Annen elämään on kuulunut useita riskitekijöitä, joista huolimatta hän on psyykkisesti selviytynyt. Perheen sosiaalitaloudellinen tilanne on huono, sillä Annen äiti ja isä ovat olleet työttöminä kauemmin kuin kaksi vuotta, ja rahatilanne on huono. Myös asuinympäristössä on uhkaa aiheuttavia tekijöitä. Viimeisten 18 kk:n aikana Anne on kokenut huomattavan traumaattisen tapahtuman, koska hän oli joutunut isänsä pahoinpitelemäksi. Tapahtuman jälkeen Anne halusi etäisyyttä kotitilanteeseen ja oli sijoitettuna laitokseen. Pahoinpitelystä johtuen Annen isä on ollut viimeisen vuoden aikana oikeudessa, mutta ei saanut vankeusrangaistusta. Aiemmin isä on ollut vankilassa useita kertoja. Isä on myös alkoholisti, mutta hän ei kuitenkaan ole ollut hoidossa sen vuoksi. Anne on kokenut varhaisen eron alle 5-vuotiaana isästään, koska isä oli ollut välillä vankilassa. Annen elinolosuhteiden kokonaisriskin määrä on seitsemän, joista kaksi on sosiaalisten olosuhteiden riskiosa-alueeseen, kaksi perheen riskiosa-alueeseen, yksi varhaisiin ja kaksi viimeaikaisiin riskitekijöihin liittyvää. Riskitekijät ovat näin ollen jakautuneet tasaisesti eri riskiosa-alueille eikä kasautumista tietyille osa-alueille ole tapahtunut.

Annen selviytyminen selittyy useiden suojaavien tekijöiden avulla. Ilmeistä on,

että Annella on lämmin suhde äitiinsä, jonka hän kokee päivittäin tavoitettavaksi uskottukseen, ja jolta kokee saavansa tukea. Anne ei maininnut vaikeuksia ilmenevän kummankaan vanhemman kanssa, vaikka useat negatiiviset tapahtumat liittyvät isään. Anne keskustelee päivittäin vanhempiensa kanssa ja myös myönteistä toimintaa hänellä on kummankin vanhemman kanssa. Äidin raportoima tunneilmapiiri on positiivinen, sillä äiti kohdistaa Anneen paljon lämpöä ja positiivisia huomautuksia. Annella oli jopa viisi lapsi-vanhempisuhteeseen liittyvää suojaavaa tekijää: vanhempi uskottuna, vaikeudeton vanhempisuhte, keskustelut, myönteinen toiminta ja positiivinen perheilmapiiri. Lapsi-vanhempisuhteen suojaavista tekijöistä vain valvonta ei osoittautunut suojaavaksi, sillä vanhemmat saattavat olla tietämättömiä Anneen tekemisestä, olinpaikasta tai seurasta. Annella oli myös useita ulkoisia suojaavia tekijöitä. Hänellä oli hyvä ystävä ja harrastus, josta oli kiinnostunut. Lisäksi hänellä oli saavutuksen kokemuksia, mitkä koostuivat koulutyöhön liittyvästä palkinnosta ja luottamustehtävästä.

Vaikka Annella oli riskitekijöiden kasautumista elinolosuhteissaan, myös suojaavia tekijöitä oli runsaasti. Vaikka useat riskitekijät liittyivät Anneen isään, raportoi Anne suhteen isäänsä kohtalaisen positiiviseksi: vaikeudettomuutta, keskusteluja ja myönteistä toimintaa. Suojaavana henkilönä toimii erityisesti äiti, joka uskottuna pystyy tukemaan Annea, koska isä on siihen toisinaan kykenemätön. Useat riskitekijät ovat voineet kompensoitua tukea antavan äidin avulla. Tukea Anne saa myös ystävältään perheen ulkopuolelta. Saavutusten ja harrastusten avulla hän toisinaan pääsee etääntymään riskiä sisältävistä elinolosuhteista ja saa vahvistusta itsetunnolleen.

## POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoitus oli selvittää, mitkä lapsi-vanhempisuhteen tekijät ja ulkoiset tekijät suojaavat lasta psyykkiseltä sairastumiselta korkeassa riskiolosuhteessa. Tutkimuksessa pyrittiin myös selvittämään, onko lapsi-vanhempisuhteen suojaavien tekijöiden ja ulkoisten suojaavien tekijöiden välillä eroja lapsen psyykkisen selviytymisen lisäämisessä. Lisäksi tutkittiin suojaavien tekijöiden yhdysvaikutuksia ja sitä, onko selviytyneiden ja sairastuneiden ryhmien välillä eroja riskitekijöiden kasautumisessa.

Tulokset osoittivat, että selviytyneillä oli enemmän lapsi-vanhempisuhteen suojaavia tekijöitä kuin sairastuneilla. Merkityksellisimmiksi lapsi-vanhempisuhteen yksittäiseksi suojaaviksi tekijöiksi osoittautuivat valvonta, myönteinen toiminta ja keskustelut vanhemman kanssa. Ulkoisia suojaavia tekijöitä selviytyneillä ja sairastuneilla oli yhtä paljon, mutta yksittäisistä ulkoisista suojaavista tekijöistä saavutuksia oli selviytyneillä enemmän kuin sairastuneilla. Selviytyneillä esiintyi yleisesti enemmän suojaavia tekijöitä yhteensä kuin sairastuneilla. Suojaavien tekijöiden välillä ei ilmennyt yhdysvaikutuksia. Tulokset osoittivat, että ryhmät eivät eronneet toisistaan riskiosa-alueiden riskitekijöiden kasautumisen suhteen. Sen sijaan yksittäisistä riskitekijöistä rikollisuutta oli enemmän selviytyneiden kuin sairastuneiden vanhemmilla.

Oletuksien mukaisesti lapsi-vanhempisuhteen suojaavia tekijöitä esiintyi selviytyneillä sairastuneita enemmän. Erityisesti tämä ilmeni verrattaessa selviytyneitä tunne-elämän ja samanaikaisen käytös- ja tunnehäiriön diagnoosin saaneisiin. Sen sijaan vastoin oletuksia ulkoisia suojaavia tekijöitä kaikilla ryhmillä oli yhtä paljon. Kaikkia suojaavia tekijöitä selviytyneillä oli enemmän kuin tunne-elämän sekä samanaikaisen käytös- ja tunnehäiriön diagnoosin saaneilla. Muista ryhmistä poikkeavasti käytöshäiriön diagnoosin saaneet eivät eronneet selviytyneistä lapsi-vanhempisuhteen suojaavissa tekijöissä ja kaikissa suojaavissa tekijöissä. Tulokset lapsi-vanhempisuhteen merkityksellisyydestä vastaavat Baldwinin ym. (1990) löydöksiä siitä, että proksimaaliset tekijät ovat lapsen kehityksessä tärkeämpiä kuin distaaliset tekijät. Lapsi-vanhempisuhteen suojaava vaikutus perustuu siihen, että perhe proksimaalisena tekijänä kontrolloi muitakin proksimaalisia tekijöitä lapsen elämässä. Suojaava perhe luo lapselle matalan riskin ympäristön huolimatta siitä, että perhe elää korkean distaalisen riskin olosuhteissa.

Koska tässä tutkimuksessa lapsi-vanhempisuhteen suojaavat tekijät liittyivät psyykkiseen selviytymiseen ja ulkoiset suojaavat tekijät eivät, ovat lapsi-vanhempisuhteen suojaavat tekijät olleet ilmeisesti riittävät, eikä ulkopuolisten suojaavien tekijöiden kompensointia ole tarvittu. On myös oletettu, että lapsen kannalta hyvällä perheellä on kyky perheen toimintaa parantavaan muutokseen (Olson ym., 1980; Olson & McCubbin, 1983). Selviytyneiden perheet tässä tutkimuksessa ovat saattaneet olla joustavampia ja kyvykkäämpiä muokkaamaan olosuhteita lapsen hyvinvointia edistäviksi kuin ei-selviytyneiden lasten perheet. Kiintymyssuhdeteorian näkökulmasta on myös huomioitava mahdollisuus, että selviytyneet lapset ovat olleet turvallisesti kiintyneitä (Fonagy ym., 1994).

Yksittäisistä suojaavista tekijöistä myönteinen toiminta vanhemman kanssa osoittautui psyykkistä selviytymistä lisääväksi suhteessa tunne-elämän häiriöön ja kaikkiin sairastuneisiin. Tulokset myönteisen toiminnan suojaavasta vaikutuksesta tukevat aiempia tutkimustuloksia (Cooksey & Fondell, 1996; Garmezy, 1987; Zick, 1996). Myönteisen toiminnan suojaava vaikutus erityisesti tunne-elämän häiriöön voi selittyä sillä, että myönteinen toiminta auttaa lasta ilmaisemaan itseään ja helpottaa vuorovaikutusta muiden kanssa, jolloin sisäänpäinkääntyneesti ilmenevät oireet ehkäistyvät. Koska myönteinen toiminta vanhemman kanssa oli tutkimuksessa määritelty mielihyvää tuottavaksi tai suhteen vanhempaan tuli olla mielihyvää tuottava, on positiivisella kokemuksella ollut suojaava vaikutus. Vanhemman kanssa yhdessä vietetty aika mahdollistaa sen, että lapsi saa vanhempansa jakamattoman huomion itselleen ja suhde vanhempaan lähenee. Myönteisen toiminnan suojaava vaikutus voi perustua myös siihen, että kun lapsi viettää aikaa vanhempansa kanssa, lapsi pysyy erossa ympäristön mahdollisista negatiivisista vaikutteista. Rutterin (1996b) etäännyttämisen mekanismin mukaan lapsen ja vanhemman myönteinen toiminta auttaa lasta etäännyttämään psyykkisen sairauden todennäköisyyttä lisäävistä riskiolosuhteista. Myönteisen toiminnan mekanismeissa ilmenevät itsetunnon kehittymisen ja ylläpitämisen (Rutter, 1990; Rönkä, 1999), riskivaikutuksen vähenemisen (Rutter, 1990) ja sopeutumista edesauttavan käyttäytymisen (Rönkä, 1999) suojaavat prosessit.

Toinen merkittäväksi osoittautunut suojaava tekijä oli asianmukainen valvonta. Sen suojaava vaikutus ilmeni suhteessa samanaikaiseen käytös- ja tunnehäiriöön ja kaikkiin diagnoosin saaneisiin. Valvonnan suojaava vaikutus on todettu myös aiemmissä tutkimuksissa (Garmezy, 1987; Kolvin ym., 1988). Valvonnan suojaava vaikutus nimen-

omaan samanaikaisen käytös- ja tunnehäiriön moniongelmaiseen ryhmään voi selittyä sillä, että valvonnan avulla voidaan kontrolloida kasvu ympäristön huonoja vaikutteita ja ehkäistä negatiivisia kehityspolkuja. Ikään ja olosuhteisiin suhteutetun asianmukaisen valvonnan vaikutus korostuu erityisesti riskiolosuhteissa, joissa esiintyy lapsen kehitystä uhkaavia tekijöitä. Paitsi, että valvonnan avulla voidaan kontrolloida käyttäytymistä (Forehand ym., 1997) ja näin vähentää olosuhteiden mahdollisia riskivaikutuksia (Rutter, 1990), voi valvonta vaikuttaa lapsen psyykkiseen selviytymiseen lisäksi myöskin, että sääntöjen ja rajojen kautta lapsi kokee tulevansa huomioduksi ja rakastetuksi. Kun lapselle on valvonnan avulla luotu turvallinen ja strukturoitu kasvu ympäristö, ehkäisee se sairastumista samanaikaiseen käytös- ja tunnehäiriöön.

Keskustelut vanhemman kanssa osoittautuivat psyykkistä selviytymistä lisääväksi suojaavaksi tekijäksi suhteessa käytöshäiriöön. Tämä tulos tukee aiempia tutkimustuloksia (Garnezy, 1987; Rosnati & Marta, 1997). Mielenkiintoista oli havaita, että keskustelut olivat ainoa selviytyneitä ja käytöshäiriön diagnoosin saaneita erotteleva tekijä. Keskustelujen suojaava vaikutus suhteessa käytöshäiriöön perustuu siihen, että selviytyneillä on ollut mahdollisuuksia ilmaista itseään verbaalisesti. Käytöshäiriöön sairastuneilla ei tällaista mahdollisuutta ole ollut, joten he ovat joutuneet etsimään muita itseilmaisun muotoja. Vähintään kerran viikossa tapahtuvat keskustelut vanhemman kanssa lisäävät vuorovaikutusta ja auttavat lasta kehittämään itsetuntemustaan sekä jäsentämään omaa elämäntilannettaan. Keskustelun suojaava vaikutus perustuu myös siihen, että keskustelujen avulla lapsi kehittää itsekontrolliaan ja negatiivisten tunteiden rakentavaa ilmaisua (Singer & Singer, 1985). Tämä erityisesti selittää keskustelujen suojaavaa vaikutusta suhteessa käytöshäiriöön. Keskustelut myös lisäävät vanhempien arvojen sisäistämistä ja sopeutuvaa käyttäytymistä (Forehand ym., 1997).

Tutkimustulokset lapsi-vanhempisuhteen suojaavien tekijöiden vaikutuksista vahvistavat myös Baumrindin (1989) ja Pulkkinen (1997) näkemyksiä vanhemmuuden ja kasvatustilapiirin merkityksestä lapsen hyvinvoinnille. Autoritatiivinen, lapsikeskeinen kasvatustilapiiri sisältää vanhemman luontaiseen auktoriteettiin pohjautuvaa turvallisuutta, toimintojen valvontaa, suoritusodotuksia, lämpöä ja lasta aktiivisesti kuuntelevaa suhtautumista (Pulkkinen, 1997). Näitä tekijöitä sisältävä vanhemmuus on Baumrindin (1989) mukaan yhteydessä lapsen positiivisiin käyttäytymispiirteisiin. Tämän tutkimuksen tuloksista erityisesti valvonta ja keskustelut vanhemman kanssa vastaavat lapsikeskeisen kasvatuksen perustekijöitä. Myös myönteisen toiminnan oletetaan sisältyvän lapsikes-

keiseen kasvatukseen välillisesti.

Vastoin tutkimuksen oletuksia positiivinen tunneilmapiiri, vaikeudeton suhde vanhempaan ja vanhempi uskottuna eivät osoittautuneet suojaaviksi tekijöiksi suhteessa psyykkiseen sairastumiseen. Tunneilmapiirin eri komponentteja onkin harvoin tutkittu suhteessa niiden suojaaviin vaikutuksiin. Sen sijaan on useita tutkimuksia, joiden mukaan negatiiviseen ilmapiiriin liittyvät komponentit lisäävät psyykkisen sairastumisen riskiä (esim. Stubbe, Zahner, Goldstein & Leckman, 1993). Tämän tutkimuksen tulosten pohjalta tunneilmapiirillä ei ole ennusarvoa suojaavana tekijänä. Vaikeudeton suhde, lapsen ja vanhemman välisten konfliktien kuvaajana, ei ollut yhteydessä psyykkiseen selviytymiseen. Tämä saattaa selittyä lapsen lojaalisuudella vanhempaa kohtaan, jolloin lapsi on saattanut kuvata tilanteen todellista tilannetta positiivisempaan. Vanhemman asema uskottuna ei osoittautunut selviytyneitä ja sairastuneita erottelevaksi tekijäksi. Ryhmien välisten erojen puuttuminen saattaa selittyä sillä, että vanhempi on tärkeä uskottu kaikille lapsille. Tämä on luonnollista ottaen huomioon tutkimushenkilöiden iät ja vanhempien päivittäisen tavoitettavuuden. Saattaa olla, että vanhemmat ovat olleet ainoita aikuisia lasten kasvuympäristössä, joilla on ollut mahdollisuus tukea antavaan suhteeseen lapsen kanssa.

Ulkoisista yksittäisistä tekijöistä vain saavutukset olivat yhteydessä psyykkiseen selviytymiseen. Saavutukset osoittautuivat suojaavaksi tekijäksi suhteessa samanaikaiseen käytös- ja tunnehäiriöön. Suunta oli sama myös suhteessa kaikkiin psyykkisesti sairastuneisiin. Saavutuksien suojaava vaikutus on osoitettu myös muissa tutkimuksissa (Hoge ym., 1996; Jackson & Martin, 1998; Kolvin ym., 1988; Quinton & Rutter, 1988; Radke-Yarrow & Brown, 1993; Rutter, 1985; Rutter ym., 1990). Tämän tutkimuksen tulokset saavutuksien suojaavasta vaikutuksesta samanaikaiseen käytös- ja tunnehäiriöön viittaavat siihen, että erityisesti moniongelmaisuuksien ehkäisemisessä saavutuksilla on merkityksensä. Riskiolosuhteissa kasvaneella lapsella koulusaavutukset voivat olla ainoa positiivisten, itsetuntoa kohottavien kokemusten lähde, jolloin ne voivat kompensoida muilla elämänalueilla esiintyviä ongelmia. Tämä tutkimus mahdollisti myös sen, että suojaavat saavutukset saattoivat liittyä myös muille elämänalueille kuin kouluun. Saavutuksien suojaava vaikutus perustuu siihen, että saavutukset lisäävät kompetenssin ja itseluottamuksen kokemuksia (Quinton & Rutter, 1988; Rutter, 1990; Rönkä, 1999) sekä uskoa omiin vaikutusmahdollisuuksiin, jolloin tehtäväsuuntautunut toiminta lisääntyy (Nurmi ym., 1995). Saavutuksien suojaava mekanismi pohjautuu yhä laajene-

vaan positiiviseen vaikutusketjuun. Voidaan myös olettaa, että lapsikeskeisellä kasvatusilmapiirillä ja suoritusodotuksilla on tavoitteellista suoriutumishalukkuutta lisäävä vaikutus (Pulkinen, 1997).

Vastoin tutkimuksen oletuksia harrastukset, ulkopuolinen uskottu ja ystävät eivät osoittautuneet suojaaviksi tekijöiksi. Tämän tutkimuksen tulokset harrastuksien vaikutuksista eivät tue aiempia tuloksia (Borge, 1996; Hoge ym., 1996; Jackson & Martin, 1998; Kolvin ym., 1988; Pulkinen, 1997). Harrastusten yhtä suuri määrä eri ryhmissä saattaa selittyä sillä, että sairastuneille on ongelmien ilmaannuttua järjestetty koulun ja yhteiskunnan taholta harrastustoimintaa. Sen sijaan selviytyneillä oli luultavasti joku muutoin harrastuksia heidän omasta tai vanhempiensa aloitteesta. Huolimatta harrastusten yhtä suuresta määrästä selviytyneillä ja sairastuneilla, saattaa myös olla, että selviytyneiden harrastukset ovat olleet rakentavampia psyykkisen selviytymisen kannalta. Vastoin aiempia tutkimustuloksia (Born ym., 1997; Elder, 1974; Jackson & Martin, 1998; Radke-Yarrow & Brown, 1993) ulkopuolinen uskottu ei tässä tutkimuksessa osoittautunut suojaavaksi tekijäksi. Kompensoivan mallin mukaan perheen antama emotionaalinen tuki onkin ollut riittävä, koska lapsi ei ole tarvinnut ulkopuolisia tukilähteitä. Ystävien olemassaolon vaikutus psyykkiseen selviytymiseen ei osoittautunut suojaavaksi. Tämä ei tue tuloksia (Borge, 1996; Hodges ym., 1999), joiden mukaan ystävät liittyvät ongelmattomampaan kehityskulkuun. Toisaalta on todettu, että tietyissä olosuhteissa ystävillä voi olla myös riskiä lisäävä vaikutus riippuen ystäväpiirin luonteesta (Bender & Lösel, 1997; Rutter, 1996b). Koska lapsen perheestä saamalla tuella on havaittu positiivinen vaikutus myönteisten ystävyysuhteiden muodostamiseen (Booth ym., 1998), ja selviytyneillä oli tässä tutkimuksessa enemmän lapsi-vanhempisuhteen suojaavia tekijöitä, olisi selviytyneillä voinut olla enemmän ystäviä kuin sairastuneilla. Koska tässä tutkimuksessa kartoitettiin vain ystävien olemassaoloa eikä ystävyysuhteiden laatua, saattoi selviytyneillä kuitenkin olla laadukkaampia ja myönteisempiä ystävyysuhteita kuin sairastuneilla. Ystävyysuhteita ei ole tarvittu kompensoimaan lapsen perheeseen liittyviä tekijöitä, sillä lapsi-vanhempisuhteen suojaavat tekijät ovat olleet riittäviä tuottamaan psyykkistä selviytymistä.

Tutkimuksessa ei esiintynyt yhdysvaikutuksia lapsi-vanhempisuhteen suojaavissa tekijöissä, ulkoisissa suojaavissa tekijöissä ja kaikissa suojaavissa tekijöissä. Useissa tutkimuksissa (esim. Gore & Eckenrode, 1996) on kuitenkin osoitettu, että suojaavat tekijät esiintyvät yhdessä ja voivat liittyä toisiinsa. Tässä tutkimuksessa suojaavat tekijät



näyttivät toimivan toisistaan erillisinä. On kuitenkin havaittu, että tekijöiden interaktiiviset prosessit eivät välttämättä tule ilmi tilastollisina interaktiovaikutuksina. Tässä tutkimuksessa erityisesti ryhmien pieni koko on voinut vaikuttaa yhdysvaikutusten puuttumiseen. Tekijöiden välillä voi esiintyä voimakas yhdysvaikutus, mutta se ei kuitenkaan ole tilastollisesti merkitsevä, jos se koskee ainoastaan pientä osaa tarkastellusta ryhmästä. Saattaa myös olla, että yhdysvaikutukset ilmenevät vain pitkittäistutkimuksissa, jolloin tekijöiden yhteyksiä ei tarkastella vain yhtenä ajankohtana (Rutter, 1990).

Tässä tutkimuksessa tulokset viittaavat siihen, että tunne-elämän häiriöissä, käytöshäiriöissä ja samanaikaisissa käytös- ja tunnehäiriöissä riskitekijöiden kasautuminen on samanlaista perheen, sosiaalisten olosuhteiden ja lapsen kokemuksellisessa riskiosaluueessa. Tulokset tukevat Cohenin ym. (1990) löydöstä, jonka mukaan erilaisiin häiriöihin voi liittyä samoja riskitekijöitä. Vastoin Werner ja Smithin (1982) ja joitakin Cohenin ym. (1990) tuloksia, tässä tutkimuksessa erilaiset riskiosa-alueet eivät olleet yhteydessä tiettyyn häiriöön.

Ryhmien välillä ei esiintynyt eroja myöskään varhaisten ja viimeaikaisten riskitekijöiden välillä. Tulokset eivät tue tuloksia varhaisten (Cohen ym., 1990) ja viimeaikaisten riskitekijöiden (Brown & Harris, 1978) ennusarvosta suhteessa psyykkisen häiriön ilmenemiseen. Tutkimuksessa riskitekijöiden ajallisessa esiintymisessä huomioitiin vain kokemukselliset riskitekijät. Jos tutkimuksen kaikki riskitekijät olisi jaettu varhaisiin ja viimeaikaisiin riskitekijöihin, olisivat tulokset voineet olla erilaisia. Toisaalta koska tutkimushenkilöiden ikähajonta oli suuri, eivät varhaiset ja viimeaikaiset riskitekijät ole ajoitukseltaan verrannollisia eri ikäisten tutkimushenkilöiden kesken.

Tämän tutkimuksen riskiosa-alueet voidaan Baldwinin ym. (1990) mukaan jaotella distaalisiin ja proksimaalisiin. Lapsen kokemuksellinen riskiosa-alue ja perheen riskiosa-alue olivat proksimaalisempia kuin sosiaalisten olosuhteiden riskiosa-alue. Tutkimuksessa ei siis ilmennyt eroja proksimaalisten ja distaalisten riskitekijöiden kasautumisessa eri ryhmissä. Koska distaaliset tekijät Baldwinin ym. (1990) mukaan toimivat usein proksimaalisten tekijöiden kautta, on niiden erilaisten vaikutusten erottaminen vaikeaa. Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan pyritty tutkimaan eri riskiosa-alueiden vaikutuksia toisiinsa, vaan jaottelu tehtiin kuvaamaan sisällöllisesti samankaltaisten riskitekijöiden yhteyksiä selviytymiseen. Riskitekijöiden kasautumista tutkittaessa voikin olla tarkoituksetonta käsitellä distaalisten ja proksimaalisten tekijöiden vaikutuksia erillään, koska riskitekijät ovat sekä Kadzinin (1997) että Rongän ja Pulkkinen (1995)

mukaan vuorovaikutuksessa toisiinsa.

Koska riskitekijöiden kasautumisessa ei ilmennyt eroja ryhmien välillä, vahvistaa tulos sitä, että psyykinen selviytyminen selittyy suojaavilla tekijöillä. Tässä tutkimuksessa suojaavien tekijöiden ja riskitekijöiden suhde havainnollistuu kompensatorisella ajattelulla. Cicchettin ja Rizleyn (1981) mallin mukaan selviytyminen tässä tutkimuksessa voidaan selittää selviytymisen todennäköisyyttä lisäävien tekijöiden avulla, koska selviytymistä vähentävissä tekijöissä ei ryhmien välillä ollut eroja.

Yksittäisistä riskitekijöistä vanhemman rikollisuudessa esiintyi kuitenkin merkitsevä ero, mutta vastakkaiseen suuntaan kuin olisi odotettu. Selviytyneiden vanhemmilla oli enemmän rikollisuutta kuin samanaikaisen käytös- ja tunnehäiriön diagnoosin saaneiden vanhemmilla. Tämä ei vastaa tuloksia siitä, että vanhemman rikollisuus olisi yhteydessä lapsuusajan psyykkisiin häiriöihin (Rutter, 1979). Ryhmien välistä eroa on vaikea selittää riskivaikutuksella. Sen sijaan suojaavien tekijöiden toiminta on voinut vaikuttaa siihen, että tällä yksittäisellä riskitekijällä ei ole ollut vaikutusta psyykkiseen sairastumiseen. Saattaa myös olla, että vanhemman rikollisuudella on eräänlainen suojaava vaikutus. Esimerkiksi rikollisen vanhemman vankilaan joutuminen voi parantaa kotiolosuhteita lapsen kannalta. Tulokset osoittavat, että ryhmät ovat kuitenkin hyvin samanlaisia myös yksittäisten riskitekijöiden suhteen. Yleisesti kuitenkin oletetaan, että yksittäinen riskitekijä ei ole merkityksellinen lapsen kehityksen kannalta, vaan olennaista on riskitekijöiden kasautuminen (esim. Pungello ym., 1996; Rutter, 1979; Rönkä, 1999; Sameroff ym., 1993).

Tätä tutkimusta tarkasteltaessa on huomioitava tutkimusasetelmaan, muuttujien muodostamiseen, määrittelyyn ja aineiston luonteeseen liittyviä näkökohtia. Tutkimus oli luonteeltaan eksploraatiivinen, jolloin kartoitettiin sitä, mikä tekee lapsi-vanhempisuhteesta suojaavan ja mitkä perheen ulkoisista tekijöistä toimivat suojaavasti. Erityisesti lapsen ja vanhemman välistä suhdetta on yleensä tutkittu vähän eritellen tekijöitä, jotka tekevät suhteesta suojaavan. Koska suojaavia tekijöitä on tutkittu vähän suhteessa erilaisiin psyykkisen häiriön muotoihin, antavat tämän tutkimuksen tulokset uutta tietoa siitä, että suojaavilla tekijöillä voi olla oma ennusarvonsa suhteessa tietynlaiseen psyykkiseen selviytymiseen. Tutkimusongelmien tarkasteleminen diagnosiryhmittäin osoitautui onnistuneeksi ratkaisuksi, koska eri suojaavat tekijät olivat merkityksellisiä eri diagnosiryhmissä.

Tutkimuksessa lapsi-vanhempisuhteen muuttujat muodostettiin siten, että suhde toi-

seen vanhempaan oli riittävä tuottamaan suojaavan vaikutuksen. Tätä puolsi aiemmat tutkimustulokset, joiden mukaan hyvä suhde ainakin toiseen vanhempaan on riittävä suojaava tekijä (Born ym., 1997; Radke-Yarrow & Brown, 1993; Rutter, 1979; Sandberg ym., 1993). Koska tässä tutkimuksessa suojaaviksi tekijöiksi osoittautui tällä periaatteella muodostettuja lapsi-vanhempisuhteen tekijöitä, on tutkimuksessa viitteitä siitä, että hyvä suhde toiseen vanhempaan voi olla riittävä tuottaakseen suojaavan vaikutuksen. Toisaalta muuttujien muodostamisessa ei poissuljettu mahdollisuutta, että suojaava vaikutus ilmeni sekä suhteessa isään että äitiin.

Korkean riskiolosuhteen määrittäminen kasautuneeksi riskiksi (ainakin kolme riskitekijää) mahdollisti kokonaisvaltaisen riskiolosuhteiden tarkastelun. Tutkimuksessa ei verrattu korkean riskiolosuhteiden ryhmiä matalan riskiolosuhteiden ryhmiin. Saattaa olla, että matalan riskiolosuhteen ryhmissä eri tekijät olisivat osoittautuneet sairastuneita ja ei-sairastuneita erotteleviksi. Tässä tutkimuksessa näillä tekijöillä ei kuitenkaan olisi ollut suojaavia vaikutuksia, koska matala riskiolosuhte ei sisältänyt riittävästi lisääntyntä riskiä psyykkiseen sairastumiseen. Vaikka matalan riskiolosuhteen ryhmässä oli myös sairastuneita, voidaan olettaa heidän sairastuneen muusta syystä (esim. geneettinen alttius) kuin olosuhteiden lisääntyneestä riskistä.

Selviytymisen määrittäminen psyykkisen häiriön puuttumiseksi oli selkein vaihtoehto tässä aineistossa. Koska selviytymisen määritelmä vaihtelee eri tutkimuksissa, selkeän vertailutiedon puuttuminen hankaloitti tulosten tarkastelua. Lutharin (1993) ja Lutharin ym. (1993) mukaan olisi hyödyllistä tarkastella selviytymistä eri osa-alueilla (esim. koulumenestys, sosiaalinen selviytyminen, psyykinen selviytyminen) ja lisäksi ottaa huomioon selviytyjän haavoittuvuuden alueet. Tässäkin tutkimuksessa on todettu, että psyykkisesti selviytyneet eivät ole homogeeninen joukko, sillä erilaiset suojaavat ja riskitekijät liittyvät erilaisiin häiriöihin. Interventioiden kehittämisessä tarvitaan spesifimpää tietoa tietynlaiseen selviytymisen muotoon liittyen. Selviytymiseen liittyvä yleinen tieto ei ole riittävää käytännön sovellusten kannalta.

Tutkimusaineiston analyysiä ja tulosten tulkintaa vaikeuttivat suhteellisen pienet ryhmäkoot. Tämä rajoitti aineiston tarkastelua sukupuolen ja iän suhteen. Mielenkiintoinen huomio kuitenkin oli, että selviytyneiden osajoukossa tyttöjä oli nelinkertaisesti poikiin verrattuna. Osajoukkoihin jakautuminen antaa viitettä siitä, että sukupuoli on ollut selviytyneitä ja sairastuneita erotteleva tekijä. Aiemmissä tutkimuksissa onkin havaittu, että tytöillä sukupuoli voi toimia suojaavana tekijänä (Rutter, 1990). Lisäksi tu-

loksia tarkasteltaessa on huomioitava tutkimushenkilöiden laaja ikähajonta. Tulokset ovat keskimääräinen kuvaus eri ikäisten suojaavista tekijöistä. Laajasta ikäjakaumasta johtuen tutkimushenkilöillä on ollut monenlaisia kehitystehtäviä, jonka vuoksi eri tekijöiden ja ihmissuhteiden merkitys voi olla erilainen. On myös huomioitava mahdollisuus, että taustaerot ovat voineet vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin.

Tutkimusaineisto on ollut luonteeltaan retrospektiivista. Retrospektiivisen aineiston ansiona on informaatio aiemmista kehitysvaiheista, jolloin näkökulma laajenee pitkitäistutkimuksen suuntaan. Haittana puolestaan on, että tutkimushenkilöt saattavat tarkastella aiempia tapahtumia ja olosuhteita tämän hetken näkökulmasta. Tällöin näkemys aiemmista tapahtumista voi vääristyä. Henry, Moffitt, Caspi, Langley ja Silva (1994) ovat todenneet retrospektiivisen aineiston kärsivän sekä muistivirheistä että ihmisten taipumuksesta esittää itsensä sosiaalisesti hyväksytyllä tavalla. Juuri psykososiaalisia asioita kartoittavien muuttujien kohdalla on havaittu alhaisin yhtenevyys retrospektiivisten ja prospektiivisten mittareiden välillä. Koska tämän tutkimuksen muuttujat ovat pääosin psykososiaalisia, on muistettava retrospektiivisen aineiston mahdolliset epäkohdat.

Britannian ja Suomen väliset kulttuurierot on huomioitava sovellettaessa tuloksia Suomen olosuhteisiin. Suojaavat ja riskitekijät mekanismeineen saattavat olla kulttuurittain erilaisia johtuen sosiokulttuurisista tekijöistä. Tutkimuksissa onkin löydetty kulttuurikohtaisia riskitekijöitä (Valsamma, Lihadh, Salem & Mohammed, 1998). Myös lapsuuden psykopatologian luonteessa ja esiintyvyydessä on havaittu kulttuurikohtaisia eroja (Matsuura, Okubo & Kojima, 1993). Kulttuurierojen lisäksi on huomioitava, että tämän tutkimuksen tutkimushenkilöiden elinolosuhteet suurkaupungissa eivät vastaa elinolosuhteitaan Suomen kaupunkeja. Suomessa lapset elävät harvoin yhtä deprivoiduissa olosuhteissa kuin tämän tutkimuksen lapset ja nuoret. Suurkaupungin olosuhteille on usein tunnusomaista lisääntyneet riskitekijät ja stressiä aiheuttavat vaikutukset, joista johtuen psyykkisen häiriön esiintyvyys voi olla suurempi.

Psyykkisen selviytymisen ja suojaavien tekijöiden tutkimuksessa tavoitteena tulisi olla selviytymisen mahdollisuutta lisäävien preventioiden ja interventioiden kehittäminen (Weisz, 1997). Siksi on tarpeellista tarkastella tämän tutkimuksen tuloksia sovellusalueista erityisesti interventioiden kannalta. Interventioiden kohdistamisesta eri tekijöihin on esitetty eri näkökantoja. Koska tässä tutkimuksessa lapsi-vanhempisuhteen suojaavat tekijät osoittautuivat merkityksellisiksi, olisi interventioiden syytä keskittyä eri-

tyisesti lapsi-vanhempisuhteeseen. Myös Baldwin ym. (1990) korostavat interventioiden kohdistamista proksimaalisiin tekijöihin. Proksimaalisiin tekijöihin kohdistuvissa interventioissa korkean riskin olosuhteissa olevia lapsia ja perheitä autetaan tulemaan toimeen ympäristön riskitekijöiden kanssa sen sijaan, että keskityttäisiin yksinomaan usein paljon vaikeammin poistettaviin distaalisiin riskitekijöihin. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan interventioissa tulisi lisätä valvonnan, myönteisen toiminnan, keskustelujen ja saavutusten suojaavia vaikutuksia. Vanhempia tulisi kannustaa viettämään aikaa lastensa kanssa keskustellen ja yhteisten toimintojen parissa. Asianmukaisen valvonnan toteutumisessa on tärkeää, että perheessä on sääntöjä ja vanhemmat tietävät lapsen tavasta viettää aikaa kodin ulkopuolella. Vaikka saavutukset on tutkimuksessa määritelty perheen ulkopuoliseksi tekijäksi, on vanhempien elämänhistorialla ja arvoilla merkityksensä lapsen kasvatukseen, ja sitä kautta lapsen saavutuksiin. Vanhempien tulisikin kannustaa lapsiaan vastuunkantoon ja päämäärätietoisuuteen, jotta lapsen pyrkimykset saavutuksiin lisääntyvät.

Tämän tutkimuksen perusteella tulevaisuudessa tulisi selvittää tarkemmin suojaavien tekijöiden eroja suhteessa eri psyykkisiin häiriöihin. Myös tässä tutkimuksessa selvitettyihin suojaaviin tekijöihin tulisi kohdistaa vielä perusteellisempaa tutkimusta. Jatkossa tulisi tarkastella iän, sukupuolen, kulttuurierojen ja erilaisten riskitekijöiden vaikutuksia suojaaviin tekijöihin ja selviytymiseen. Aiemmissä tutkimuksissa on korotettu aikuisen, erityisesti vanhemman, suojaavaa vaikutusta lapsen kehitykseen. Jatkossa tulisi myös muiden perheenjäsenten (esim. sisarusten) merkitys selviytymisessä huomioida. Koska tähän tutkimukseen ei sisällynyt lapsen itseensä liittyvien suojaavien tekijöiden tarkastelua, tulisi selvittää myös niiden mahdollisia yhteyksiä muihin suojaaviin tekijöihin ja selviytymiseen. Käytännön sovellutusten kannalta perustutkimuksessa olisi tärkeää tunnistaa erilaisten suojaavien mekanismien ja prosessien toiminta, jotta tuloksia voitaisiin soveltaa toimivien interventioiden kehittelyyn.

## LÄHTEET

- Angold, A., & Costello, E. J. (1995). A test-retest reliability study of child reported psychiatric symptoms and diagnoses using the Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *Psychological Medicine*, 25, 755-762.
- Angold, A., Prendergast, M., Cox, A., Harrington, R., Simonoff, E., & Rutter, M. (1995). The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *Psychological Medicine*, 25, 739-753.
- Baldwin, A. L., Baldwin C., & Cole R. E. (1990). Stress-resistant families and stress-resistant children. Teoksessa J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein & S. Weintraub (toim.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (s. 257-280). New York: Cambridge University Press.
- Baumrind, D. (1989). Rearing competent children. Teoksessa W. Damon (toim.), *Child development today and tomorrow* (s. 349-378). San Francisco: Jossey-Bass.
- Bender, D., & Lösel, F. (1997). Protective and risk effects of peer relations and social support on antisocial behavior in adolescents from multi-problem milieus. *Journal of Adolescence*, 20, 661-678.
- Booth, C. L., Rubin, K. H., & Rose-Krasnor, L. (1998). Perceptions of emotional support from mother and friend in middle childhood: Links with social-emotional adaptation and preschool attachment security. *Child Development*, 69, 427-442.
- Borge, A. I. H. (1996). Developmental pathways of behaviour problems in the young child: factors associated with continuity and change. *Scandinavian Journal of Psychology*, 37, 195-204.
- Born, M., Chevalier V., & Humblet, I. (1997). Resilience, desistance and delinquent career of adolescent offenders. *Journal of Adolescence*, 20, 679-694.
- Brown, G. W., & Harris, T. (1978). *Social origins of depression. A study of psychiatric disorder in women*. London: Tavistock.
- Burack, J. A. (1997). The study of atypical and typical populations in developmental psychopathology: The quest for a common science. Teoksessa S. S. Luthar, J. A. Burack, D. Cicchetti & J. R. Weisz (toim.), *Developmental psychopathology: Perspectives on adjustment, risk and disorder* (s. 139-165). New York: Cambridge

University Press.

- Cicchetti, D., & Rizley, R. (1981). Developmental perspectives on the etiology, intergenerational transmission, and sequelae of child maltreatment. *New Directions for Child Development*, 11, 31-55.
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Toth, S. L. (1997). Ontogenesis, depressotypic organization, and the depressive spectrum. Teoksessa S. S. Luthar, J. A. Burack, D. Cicchetti & J. R. Weisz (toim.), *Developmental Psychopathology. Perspectives on adjustment, risk and disorder* (s. 273-313). New York: Cambridge University Press.
- Clark, D. C., Pynoos, R. S., & Goebel, A. E. (1996). Mechanisms and processes of adolescent bereavement. Teoksessa R. J. Haggerty, L. R. Sherrod, N. Garnezy & M. Rutter (toim.), *Stress, risk, and resilience in children and adolescents. Processes, mechanisms, and interventions* (s. 100-146). New York: Cambridge University Press.
- Cohen, P., Brook, J. S., Cohen, J., Velez, C. N., & Garcia, M. (1990). Common and uncommon pathways to adolescent psychopathology and problem behaviour. Teoksessa L. Robins & M. Rutter (toim.), *Straight and devious pathways from childhood to adulthood* (s. 242-258). Cambridge: Cambridge University Press.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Cooksey, E. C., & Fondell, M. M. (1996). Spending time with his kids: Effects of family structure on fathers' and children's lives. *Journal of Marriage and the Family*, 58, 693-707.
- Deater-Deckard, K., Dodge, K. A., Bates, J. E., & Petit, G. S. (1998). Multiple risk factors in the development of externalizing behaviour problems: Group and individual differences. *Development and Psychopathology*, 10, 469-493.
- Elder, G. H. Jr. (1974). *Children of the Great Depression. Social change in life experience*. Chicago: University of Chicago Press.
- Emery, R. E., & Forehand, R. (1996). Parental divorce and children's well-being: A focus on resilience. Teoksessa R. J. Haggerty, L. R. Sherrod, N. Garnezy & M. Rutter (toim.), *Stress, risk, and resilience in children and adolescents. Processes, mechanisms, and interventions* (s. 64-99). New York: Cambridge University Press.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, M., & Target, M. (1994). The Emanuel Miller Memorial lecture 1992. The theory and practice of resilience. *The Journal of Child*

- Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 35, 231-257.
- Forehand, R., Miller, K. S., Dutra, R., & Chance M. W. (1997). Role of parenting in adolescent deviant behavior: replication across and within two ethnic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 1036-1041.
- Freitas, A. L., & Downey, G. (1998). Resilience: A dynamic perspective. *International Journal of Behavioral Development*, 22, 263-285.
- Garnezy, N. (1983). Stressors of childhood. Teoksessa N. Garnezy & M. Rutter (toim.), *Stress, coping, and development in children* (s. 43-83). New York: McGraw-Hill.
- Garnezy, N. (1985). Stress-resistant children: the search for protective factors. Teoksessa J. E. Stevenson (toim.), *Recent research in developmental psychopathology* (s. 213-233). Oxford: Pergamon Press.
- Garnezy, N. (1987). Stress, competence, and development: Continuities in the Study of Schizophrenic Adults, Children Vulnerable to Psychopathology, and Search for Stress-Resistant Children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 159-174.
- Glen, S., Simpson, A., McGuinness, D., Drinnan, D., & Sandberg, S. (1993). Reliability study of the PACE instrument: measure of life events and experiences in childhood. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2, 98-110.
- Gore, S., & Eckenrode, J. (1996). Context and process on risk and resilience. Teoksessa R. J. Haggerty, L. R. Sherrod, N. Garnezy & M. Rutter (toim.), *Stress, risk and resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms, and interventions* (s. 19-63). New York: Cambridge University Press.
- Gureje, O., & Omigbodun, O. (1995). Children with mental disorders in primary care: functional status and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 310-314.
- Henry, B., Moffitt, T. E., Caspi, A., Langley, J., & Silva, P. A. (1994). On the "Remembrance of things past": A longitudinal evaluation of the retrospective method. *Psychological Assessment*, 6, 92-101.
- Hodges, E., Boivin, M., Vitaro, F., & Bukowski, W. (1999). The power of friendship: protection against an escalating cycle of peer victimization. *Developmental Psychology*, 35, 94-101.
- Hoge, R. D., Andrews, D. A., & Leschied, A. W. (1996). An investigation of risk and protective factors in a sample of youthful offenders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 37, 419-424.



- Houston B. K. (1988). Stress and coping. Teoksessa C. R. Snyder & C. E. Ford (toim.), *Coping with negative life events* (s. 373-399). New York: Plenum Press.
- Jackson, S., C., & Martin, P. Y. (1998). Surviving the care system: Education and resilience. *Journal of Adolescence*, 21, 569-583.
- Kazkin, A. (1997). Conduct disorder across the life-span. Teoksessa S. S. Luthar, J. A. Burack, D. Cicchetti & J. R. Weisz (toim.), *Developmental psychopathology. Perspectives on adjustment, risk and disorder* (s. 248-272). New York: Cambridge University Press.
- Kershner, J. G., Cohen, N. J., & Coyne, J. C. (1996). Expressed emotion in families of clinically referred and nonreferred children: Toward a further understanding of the expressed emotion index. *Journal of Family Psychology*, 10, 97-106.
- Kolvin, I., Miller, F. J. W., Fleeting, M., & Kolvin, P.A. (1988). Risk/protective factors for offending with particular reference to deprivation. Teoksessa M. Rutter (toim.), *Studies of psychosocial risk: the power of longitudinal data* (s. 77-95). New York: Cambridge University Press.
- Kähkönen, P. (1994). Vanhemmuuden murtuminen. Lapsen huostaanotto sosiaalitoimen asiakirja-aineiston valossa. Jyväskylän opetussosiaalikeskuksen julkaisusarja, 2.
- Luthar, S. S. (1993). Annotation: Methodological and conceptual issues in research on childhood resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 34, 441-453.
- Luthar, S. S., Burack, J.A., Cicchetti, D., & Weisz, J. R. (1997). Preface: *Developmental Psychopathology*. Teoksessa S. S. Luthar, J. A. Burack, D. Cicchetti & J. R. Weisz (toim.), *Developmental psychopathology. Perspectives on adjustment, risk and disorder*. New York: University Press.
- Luthar, S. S., Doernberger C. H., & Zigler E. (1993). Resilience is not a unidimensional construct: Insights from a prospective study of inner-city adolescents. *Development and Psychopathology*, 5, 703-717.
- Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425-444.
- Masten, A.S., & Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychology. Teoksessa B. B. Lahey & A. E. Kazdin (toim.), *Advances in Clinical Child Psychology* (Vol. 8, s. 1-52). New York: Plenum Press.

- Matsuura, M., Okubo, Y., Kojima, T., Takahashi, R., Wang Y-F., Shen, Y-C., & Lee, C. K. (1993). A cross-national prevalence study of children with emotional and behavioral problems- A WHO collaborative study in western pacific region. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 34, 307-315.
- McCall, R. B., & Appelbaum, M., I. (1991). Some Issues of Conducting Secondary Analyses. *Developmental Psychology*, 6, 911-917.
- Milgram, N. A., & Palti, G. (1993). Psychosocial characteristics of resilient children. *Journal of Research in Personality*, 27, 207-221.
- Morrison, G. M., Robertson, L., & Harding, M. (1998). Resilience factors that support the classroom functioning of acting out and aggressive students. *Psychology in Schools*, 35, 217-227.
- Nettles, S. M., & Pleck, J. H. (1996). Risk, resilience, and development: The multiple ecologies of black adolescents in the United States. Teoksessa R. J. Haggerty, L. R. Sherrod, N. Garnezy & M. Rutter (toim.), *Stress, risk, and resilience in children and adolescents. Processes, mechanisms, and interventions* (s. 147-181). New York: Cambridge University Press.
- Nummenmaa, T., Konttinen, R., Kuusinen, J., & Leskinen, E. (1996) Tutkimusaineiston analyysi. Porvoo: WSOY:
- Nurmi, J-E., Eronen, S., & Salmela-Aro, K. (1995). Ajattelu- ja tulkintastrategiat ja psyykinen hyvinvointi. Teoksessa K. Räikkönen & J-E. Nurmi (toim.), *Persoonallisuus, terveys ja hyvinvointi* (s. 104-117). Helsinki: Suomen psykologinen seura.
- Olson, D. H., & McCubbin, H. I. (1983). *Families: what makes them work*. Beverly Hills: Sage.
- Olson, D. H., Russel, C. S., & Sprenkle, D. H. (1980). Circumplex model of marital and family systems II: Empirical studies and clinical intervention. *Advances in Family Intervention, Assessment and Theory*, 1, 129-179.
- Pless, I. B., & Stein, R. E. K. (1996). Intervention research: Lessons from research on children with chronic disorders. Teoksessa R. J. Haggerty, L. R. Sherrod, N. Garnezy & M. Rutter (toim.), *Stress, risk, and resilience in children and adolescents. Processes, mechanisms, and interventions* (s. 317-353). New York: Cambridge University Press.
- Pulkkinen, L. (1997). *Sosiaalinen kehitys lapsuudessa ja nuoruudessa*. Teoksessa L.

- Pulkkinen (toim.), *Lapsesta aikuiseksi* (s. 29-44). Atena: Jyväskylä.
- Punamäki, R-L., & Puhakka, T. (1995). Psykkisten selviytymiskeinojen sisältö ja tehokkuus traumaattisissa oloissa. Teoksessa K. Räikkönen & J-E. Nurmi (toim.), *Persoonallisuus, terveys ja hyvinvointi* (s. 118-131). Helsinki: Suomen psykologinen seura.
- Pungello, E. P., Kupersmidt, J. B., Burchinal, M. R., & Patterson, C. J. (1996). Environmental risk factors and children's achievement from middle childhood to early adolescence. *Developmental Psychology*, 32, 755-767.
- Pölkki, P., Kähkönen, P., & Kukkonen, P. (1997). Lasten sosiaalinen toimintakykyisyys ja perheen ulkoiset voimavarat. *Psykologia*, 32, 31-39.
- Quinton, D., & Rutter, M. (1988). Parenting breakdown. The making and breaking of inter-generational links. Aldershot: Gower.
- Radke-Yarrow, M., & Brown, E. (1993). Resilience and vulnerability in children of multiple-risk families. *Development and Psychopathology*, 5, 581-592.
- Romans, S., Martin, J., & Mullen, P. (1997). Childhood sexual abuse and later psychological problems: neither necessary, sufficient nor acting alone. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 7, 327-338.
- Roosa, M., Dumka, L., & Tein, J-Y. (1996). Family characteristics as mediators of the influence of problem drinking and multiple risk status on child mental health. *American Journal of Community Psychology*, 5, 607-624.
- Rosnati, R., & Marta, E. (1997). Parent-child relationships as a protective factor in preventing adolescents' psychosocial risk in inter-racial adoptive and non-adoptive families. *Journal of Adolescence*, 20, 617-631.
- Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. Teoksessa M. W. Kent & J. Rolf (toim.), *Primary Prevention of Psychopathology. Vol III: Social competence in children* (s. 49-74). Hanover, NH: University Press of New England.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 698-611.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. Teoksessa J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein & S. Weintraub (toim.), *Risk*

- and protective factors in the development of psychopathology (s. 181-214). New York: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (1991). Protective factors: Independent or interactive? *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 151-152.
- Rutter, M. (1996a). Stress research: Accomplishments and tasks ahead. Teoksessa R. J Haggerty, L. R. Sherrod, N. Garmezy & M. Rutter (toim.), *Stress, risk, and resilience in children and adolescents. Processes, mechanisms, and interventions* (s. 354-385). New York: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (1996b). Psychosocial adversity: Risk, resilience and recovery. Teoksessa L. Verhofstadt-Denéve, I. Kienhorst, & C. Braet (toim.), *Conflict and development in adolescence* (s. 21-33). Leiden: DSWO.
- Rutter, M., Quinton, D., & Hill, J. (1990). Adult outcome of institution-reared children: Males and females compared. Teoksessa L.N. Robins & M. Rutter (toim.), *Straight and devious pathways from childhood to adulthood* (s. 135-157). New York: Cambridge University Press.
- Rönkä, A. (1999). The accumulation of problems of social functioning. Outer, inner, and behavioral Strands. *University of Jyväskylä. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research*, 148.
- Rönkä, A., & Pulkkinen, L. (1995). Accumulation of problems in social functioning in young adulthood: A developmental approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 381-391.
- Sameroff, A. J., Seifer, R., Baldwin, A., & Baldwin, C. (1993). Stability of intelligence from preschool to adolescence: The influence of social and family risk factors. *Child Development*, 64, 80-97.
- Sandberg, S., Rutter, M., Giles, S., Owen, A., Champion, L., Nicholls, J., Prior, V., McGuinness, D., & Drinnan, D. (1993). Assessment of psychosocial experiences in childhood: Methodological issues and some illustrative findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 879-897.
- Shek, D., Chan, L., & Lee, T. (1997). Parenting styles, parent-adolescent conflict, and psychosocial well-being of adolescents with low academic achievement in Hong Kong. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 9, 233-245.
- Singer, J. L., & Singer, G.D. (1985). Television viewing and family communication style as predictors of children's emotional behaviour. *Journal of Children in*

- Contemporary Society, 20, 75-91.
- Smith, C., & Krohn, M. D. (1995). Delinquency and family life among male adolescents: the role of ethnicity. *Journal of Youth and Adolescence*, 24, 69-93.
- Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. (1995). Tautiluokitus ICD-10 Systemaattinen osa. Rauma: West Point.
- Stubbe, D. E., Zahner, G. E. P., Goldstein, M. J., & Leckman, J. F. (1993). Diagnostic specificity of a brief measure of expressed emotion: a community study of children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 139-154.
- Valsamma, E., Lihadh, A-G., Salem, B-O., & Mohammed, A-S. (1998). Mental health problems among schoolchildren in United Arab Emirates: Prevalence and risk factors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 880-886.
- Van Welzenis, I. (1997). The self-concept of societally vulnerable and delinquent boys within the context of school and leisure activities. *Journal of Adolescence*, 20, 695-705.
- Vostanis, P., Nicholls, J., & Harrington, R. (1994). Maternal Expressed Emotion in conduct and emotional disorders of childhood. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 35, 365-376.
- Werner, E. E., & Smith R. S. (1982). *Vulnerable but invincible. A study of resilient children.* New York: McGraw-Hill.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds. High risk children from birth to adulthood.* Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Woodward, L., & Fergusson, D. (1999). Childhood peer relationship problems and psychosocial adjustment in late adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1, 87-104.
- Yoshikawa, H. (1994). Prevention as cumulative protection: Effects of early family support and education on chronic delinquency and its risks. *Psychological Bulletin*, 115, 28-54.
- Zick, C. D. (1996). An examination of parent-child shared time. *Journal of Marriage and the Family*, 58, 227-337.

