

<http://www.jyu.fi/library/tutkielmat/265/>

Sinikka Mäkelä

NÄKYMÄTTÖMÄT LAPSET

Skitsofreniaperheiden lapset ehkäisevän työn kohderyhmänä

Psykoterapian erikoistumiskoulutuksen lisensiaatintutkimus

Jyväskylän yliopiston psykologian laitos

Kevät 1997

Ohjaaja Jukka Aaltonen

Sinikka Mäkelä

NÄKYMÄTTÖMÄT LAPSET

Skitsofreniaperheiden lapset ehkäisevän työn kohderyhmänä

Psykoterapian erikoistumiskoulutuksen lisensiaatintutkimus

Jyväskylän yliopiston psykologian laitos

Kevät 1997

39 sivua, 3 liitettä

Ohjaaja Jukka Aaltonen

Tiivistelmä

Tutkimuksessa kartoitettiin skitsofreniaa sairastavien potilaiden lasten psyykkisiä ongelmia, selviytymiskeinoja ja sairastumisriskiä, jotta heille voitaisiin kehittää ehkäisevän työn keinoja.

Tutkimuksessa verrattiin viittätoista 7 - 12 -vuotiasta lasta, joiden toinen vanhempi sairasti skitsofreniaa, viidentoista vertaistetun lapsen kanssa, joiden vanhempi ei sairastanut psykoosia. Tutkimusryhmän lapsilla todettiin tendenssi ajatteluhäiriöön, eli lievätasoisia ajatteluhäiriön merkkejä Johnston-Holzmanin ajatteluhäiriöindeksillä mitattuna Rorschachissa kolme kertaa enemmän kuin verrokkiryhmän lapsilla. Lisäksi heillä todettiin kohonnutta Exnerin skitsofreniaindeksiä, enemmän false-self persoonallisuuspiirteitä Lernerin false self-mittareilla mitattuna, huonompi coping-kyky ja stressitilanteissa selviytyminen Schneiderin MAPS testissä ja huonompi eriytyneisyys Cormanin Patte Noir testissä kuin verrokkiryhmän lapsilla.

Tutkimusryhmän lapsia tarkasteltiin erikseen riskin mukaisessa järjestyksessä ja katsottiin, missä osissa lapset saivat huonoimpia tuloksia. Runsas puolet lapsista sijoittui huonon ennusteen saaneeseen osaryhmään. Osa heistä oli näennäisesti hyvin selviytyviä ja heillä oli paljon false-self piirteitä. Perhe- taustaa tarkasteltaessa nähtiin, että psykoottinen yksinhuoltajuus liittyi lapsen suureen riskiin, johon yhdistyi usein moniongelmaisuus. Äidin akuutti sairastaminen lapsen varhaislapsuudessa oli haitallista lapselle.

Artikkelissa kuvataan myös käytännön klinisen työn näkökulmasta erilaisia tukitoimia, joita lapsille järjestettiin. Heille hankittiin mm. tukihenkilöitä ja harrastusmahdollisuuksia ja perheelle järjestettiin psykiatrinen työntekijä tukemaan potilaan vanhemmuutta.

Abstract:

In this pilot study 15 children seven to 12 years old of schizophrenic parents were evaluated in respect of mental health problems, means of coping and risk for mental disorders in order to develop support and preventive approaches for them.

A matched control group consisted of 15 children of nonpsychotic parents.

The index group had significantly more tendency to disordered thought; they had three times more signs of lower level thought disorders in Rorschach test measured by Johnston-Hotzman's index. They also got higher points in Exner's schizophrenia-index, more false-self characteristics in Lerner's false self variables, poorer coping capacity in stressful situations measured by Schneider's MAPS test and poorer separation-individuation development measured by Corman's Patte Noir test.

The children in the index group were listed according to a risk index and their individual results were compared. Half of the children got a poor prognosis.

Part of these troubled children were seemingly coping well, but they had lots of false self characteristics. In their family background they had often experienced family's lonely motherhood or multiple family problems.

Mothers' acute illness during the early years of the child was harmful.

From the clinical point of view also some practical supportive means are described in the article, like support persons and opportunities for hobbies to the children or a psychiatric worker to support the parenthood in the families by home visits.

Johdanto

Lapsi, joka ei voi olla lapsi

”Näkymätön lapsi” on Tove Janssonin kertomus Ninnistä, muumiperheeseen hoidettavaksi tulleesta tytöstä, jonka ääriiivat olivat kadonneet, kun häntä oli kasvattanut jäätävän kylmä, ironinen tati. Äidillisen muumimamman ansiosta Ninnin ääriiivoja alkoi tulla näkyviin, mutta Ninnin pelästyessä rajat hävisivät taas. Muumipeikko yritti opettaa häntä leikkimään. Ninni sanoi koko ajan: ”tietenkin”, ”totta kai” ja ”miten hauskaa”, mutta muumipeikosta tuntui, että Ninni leikki vain kohteliaisuudesta eikä huvikseen. Vähitellen Ninni löysi rajansa kiinnittymällä muumimammaan. Puolustaessaan muumimammaa Ninni oppi samalla pitämään omia puoliaan. Kun hänestä näin tuli näkyvä ja todellinen, hän oli muumipapan mielestä mitä tyhmin, hupsuin ja virheellisimmin kasvatettu lapsi, muumipeikon mielestä taas suloinen. Joka tapauksessa hän oli oikea lapsi, joka osasi olla aidosti vihainen ja myös nauraa sydämensä pohjasta (Jansson 1970).

”The Invisible Children” on Selma Fraibergin (1974) kirjoittama artikkeli psykoosiperheiden lapsista. Näkymättömyydellä Fraiberg tarkoittaa sitä, että hoidossa nähdään ainoastaan psykoottinen vanhempi ja unohdetaan kotona olevat lapset, vaikka tiedetään näiden kuuluvan riskiryhmään. Hän rohkaisee psykiatrian työntekijöitä yritykseen tehdä näistä lapsista näkyviä - ajatteleamalla myös lapsia asiakkaina ja etsimällä heille psykiatrian keinoja isojen häiriöiden ennaltaehkäisemiseksi.

Kun äiti sairastaa paranoidista skitsofreniaa ja isä on paljon poissa, ei lapselle jää mahdollisuutta olla ”vain lapsi”. Denise Crosby (1989) on kirjoittanut omakohtaisen artikkelin siitä, miten hän lapsena keskittyi olemaan rohkea ja kantamaan vastuuta, kun äiti istui tuntikausia eteensä tuijottaen, pelkäsi ja epäili naapureita. Vaikeasta tilanteesta ei koskaan puhuttu. Denisen ja pikkusiskon kömpelöt avunpyyntö-yritykset johtivat vain perheen eristäytymiseen, kietoutumiseen omaan verkkoonsa. Denise peitti omaa hätäänsä näyttelemällä aikuista, joka sääli äitiä ja kielsi rakkauden tunteensa äitiä kohtaan. Denisen kasvu kulki näennäisen selviytymisen kautta. Aikuisena hän hakeutui terapiaan ja pystyi vasta sen jälkeen läheisempään ja todellisempaan suhteeseen äitinsä kanssa.

Stierlin on kuvannut parentifikaatiota yhtenä muotona perheen sisäisestä transferenssista Freudin transferenssin käsitettä soveltaen. Siinä lapselle tarjotaan mielikuvia ja ominaisuuksia, jotka eivät ole häntä itseään, vaan tekevät väkivaltaa, tarjoavat väärää itseä: vanhempien vanhemmuutta (Stierlin, Rucker-Emden, Wetzel & Wirsching (1977). Tuori (1982) on havainnut parentifikaation tavalliseksi ilmiöksi psykoottisissa perheissä ja kuvannut osastolla psykoottisten vanhempien seurassa olevia kilttejä, vaivattomia, vanhemmistaan huolehtivia lapsia, joita voisi pitää suorastaan ihannelapsina. Parentifioitu ja tämän tehtävän vastaanottanut lapsi on ulospäin hyvin aikuismainen, mutta sisimmässään turvaton.

Skitsofrenian kehittyminen

Skitsofrenia puhkeaa useimmiten nuorella aikuisiällä. Siihen liittyy taipumus vetäytyä pois objektiivisista omaan miellemaailmaan, joka on usein harha-aistimusten sävyttämä. Sairastuminen voi alkaa äkillisesti paniikinomaisena ahdistuksena ja unirytmien häiriönä, tai se voi näkyä vähittäisenä kapeutumisenä ja taantumisenä. Skitsofreniapotilailla itsen ja ulkomaailman välinen raja on hämärtyneenä. Valintojen tekeminen ja pääasioiden hahmottaminen ärsykkeiden tulvasta tuottaa vaikeuksia, samoin tunteiden säätely. (Alanen 1993, Isohanni, Larivaara & Winblad, 1995, Ojanen & Sariola 1985.)

Skitsofrenian etiologiaa on tarkasteltu geneettisestä, biolääketieteellisestä, yksilö- tai vuorovaikutuskeskeisestä lähestymistavasta käsin. Alanen (1993) esittää integroidun kokonaisvaltaisen mallin eri lähestymistapojen synteessä: Lähtökohtana ovat toisaalta biologiset tekijät; perinnöllinen alttius, aivojen lievät rakennepoikkeavuudet sekä raskauden tai synnytyksen aikaisten häiriöiden vaikutukset, toisaalta psykososiaaliset tekijät; varhaisten vuorovaikutussuhteiden, kasvuympäristön ihmissuhteiden ja kommunikaatioilmapiirin häiriöt. Niiden osuus ja painotus on kullakin yksilöllä erilainen, mutta yhteisvaikutuksesta seuraa, että psyykinen yksilöityminen jää toteutumatta ja itsetunto on erityisen haavoittuva. Sisäisistä tai ulkoisista syistä aiheutuu epäonnistuminen aikuistumisen kehitystehtävässä ja lopulta tapahtuu psyyken yhtenäisyyden ja todellisuudentajun menetys.

Useat psykoanalyttikot, mm. Klein, Mahler, Erikson ja Kernberg painottavat skitsofreniaa egon kehityshäiriönä, jossa vääristymät ja puutteet varhaisissa ihmissuhteissa ennen objektikonstanssin

saavuttamista vaurioittavat lapsen perusluottamusta ja kykyä erottaa ulkoisen ja sisäisen maailman ärsykeitä toisistaan, jolloin hän ei pysty sisäistämään hyvää self-objektia eikä muodostamaan itselleen ydin-minää (Singer 1965, Blank & Blank 1974, Kernberg 1976).

Näennäisesti aikuismaisesti käyttäytyvän, mutta sisäisesti hauraan lapsen psyykkistä rakennetta voi valaista Winnicottin "false self" -käsitteen avulla. Winnicott (1960) tähdensi identiteetin syntymiselle välttämättömänä hoitavan henkilön kykyä peilata hoivan ja huolenpidon kautta lapselle tämän kehittyvää minuutta. Vanhempi auttaa todellisen itseyden, "true selfin" kehittymistä tukemalla aluksi lapsen illuusiota omnipotenssista. Vähitellen tämä kaikkivoipaisuuskuvitelma realisoituu, mutta se jää pysyvästi lapsen kyvyksi spontaanisuuteen ja mielikuvitukseen. Jos lapsi joutuu kuitenkin adaptoitumaan aikuisen tarpeisiin eikä aikuinen ei tue lapsen vielä kehittymättömiä ilmaisukeinoja, vaan korvaa ne omilla mielipiteillään, Winnicottin mukaan voi kehittyä "false self" -persoonallisuuden rakenne, defensiivinen turvajärjestelmä haavoitetun minuuden suojaksi. Tällöin lapsi on hyvinkin herkkä sopeutumaan ympäristön mukaan, mutta häneltä puuttuu kyky tunnistaa aitoja, omia kokemuksiaan. Lapsi jää eloon, mutta eristetyksi, elää "väärin". Lievässä muodossa tämä ilmenee sopeutuvana käytöksenä tai samaistumisena eri hoitajiin vuorollaan. Vaikeammassa tilanteessa roolikäyttäytyminen saa vallan persoonallisuudessa, jolloin "false self" estää todellista itseä näyttäytymästä, korvaamalla "true selfin" äärimmäistapauksessa kokonaan. Yleensä "true self" kuitenkin pyrkii murtautumaan esiin; joskus kriisin seurauksena voi olla itsemurha, joskus "true self" elää salaista elämää tai se voi muuntua symbolisiksi oireiksi erilaisissa psyykkisissä sairauksissa.

Perhettä ja vuorovaikutusympäristöä tutkittaessa on havaittu skitsofreniaperheille tunnusomaisia käyttäytymismalleja, esim. kriittiset negatiiviset kommentit lapselle tai kommunikaation poikkeavuus, esim. hämärtäminen, mystifikaatio tai kaksoissidos; kahden ristiriitaisen viestin samanaikaisuus, jolloin lapsi voi kokea tekevänsä joka tilanteessa väärin (Lidz 1965, Brown 1962). Milanon ryhmä on kuvannut suhteiden määrittelemättömyyttä osana "psykoottisia perhepelejä". Systeemisessä perheterapiassa nähdään psykoottiset oireet seurauksena vääristyneestä systeemistä, jota korjaamalla voidaan parhaassa tapauksessa saada ne tarpeettomina häviämään (Selvini - Palazzoli 1989). Perheympäristöllä on merkitystä skitsofrenian etiologiassa, on havaittu, että häiriintyneessä kasvuym- päristössä geneettinen alttius todennäköisesti johtaa sairastumiseen, kun taas hyvä adoptioperheen kasvuym- päristö suojaa lasta periytyneen alttiuden ilmitulolta (Tienari, Wynne, Moring ym. 1994).

Skitsofrenia jaetaan diagnostisiin alaryhmiin oireiston ja taudinkuvan mukaan, tavallisimmin puhutaan skitsofrenian hebefrenisestä, katatonisesta, paranoidisesta ja simplex-muodosta. Pao (1989) on sensijaan ryhmitellyt potilaita taudin nuoruudenkehityshistorian perusteella, jota tämän tutkimuksen näkökulmasta ja lasten kannalta on mielenkiintoista tarkastella:

1. Ensimmäinen ryhmä on prognoosiltaan myönteisin: nuoruuden kehitys on lähes adekvaattia, oireet alkava akuutteina ja rajuina perheestä irrottautumisen loppuvaiheessa. Hoidoksi suositellaan modifioitua intensiivistä psykoterapiaa. Myös yhteistyö perheen kanssa on tärkeää.
2. Toisessa ryhmässä kehitysviivästymä ja regressiivisyys on havaittavissa jo nuoruuden keskivaiheilla ja vanhempien oma tilanne on usein huolestuttava. Työskentelyn kohdistaminen vanhempien sitomiseen on keskeistä prognoosin kannalta.
3. Kolmannessa ryhmässä lapsuus on erittäin häiriintynyt ja egon toiminnat puutteellisia. Puberteetissa alkaviin oireisiin liittyy naureskelua, latistumista, autistisuutta ja vaikeita teemoja, kuten itsemurha-ajatukset, insesti tms. Suhde äitiin voi olla hyvin kietoutunut. Tukea antavassa terapiassa on usein mahdollista keskittyä vain vääristyneen itsekäsityksen korjaamiseen.
4. Neljäs ryhmä on kroonistunut skitsofrenia, joka voi hoidon epäonnistuttua seurata mistä tahansa edellisestä ryhmästä.

Skitsofreniaperheiden lapset

Eri seurantatutkimuksissa psykoosiin sairastuvien lasten osuus on ollut 9 - 16 %, jos yksi vanhempi sairastaa psykoosia ja se on kohonnut 40 - 60 %:iin, jos molemmat vanhemmat sairastavat psykoosia (Zerbin-Rubin 1972, Schlusinger 1976, Garrone, Jablensky & Manzano 1986).

Jos toinen vanhempi on skitsofreniapotilas, noin 30 - 50 %:lla lapsista on vakavia sopeutumis- tai käyttäytymisongelmia. 50 - 70 %:lla on somaattisia tai psyykkisiä merkkejä, jotka viittaavat lievään paikallistamattomaan neurologiseen häiriöön, johon liittyy usein lukihäiriö. Usein tämä ilmenee jo kypsymisen alussa. 25 - 33 % lapsista on kuitenkin normaaleja (Garrone ym. 1986). Oman vanhemman hoitamisella on todettu olevan lapselle myös ennaltaehkäisevää merkitystä (Räkköläinen & Alanen 1982). Rutter (1981) puhuu tässä yhteydessä stressin terästävästä vaikutuksesta.

Osalla lapsista on todettu suuri luovuuspotentiaali, sosiaalista lahjakkuutta tai erityisiä kykyjä eri alueilla. Kaufman löysi psykoottisten vanhempien lapsista 2 - 10 % ”superlapsia”. Hän havaitsi näi-

den lasten sairaiden äitien olevan paremmin selviytyviä ja enemmän lapsistaan välittäviä kuin psykoosipotilaat yleensä. Lapsilla oli myös hyvä suhde johonkin perheen ulkopuoliseen terveeseen aikuiseen (Kauffmann, Grunebaum, Cohler & Gamer 1979).

Psykoosiperheiden lapsia on tutkittu määrätietoisemmin 1960-luvulta alkaen pitkittäistutkimusprojekteissa verraten geneettisin perustein valittujen "high-risk" -lasten kehitystä normaaleihin tai psykiatrisiin ryhmiin. Eri ikäryhmiä on arvioitu neurofysiologisilla, kognitiivisilla, sosiaalisilla, emotionaalisilla tai perhedynaamisilla muuttujilla. Kuitenkaan ei ole löydetty ylivertaista indikaattoria, josta voisi nähdä lasten sairastumisriskin, joten on luovuttava etsimästä yksinkertaisia selityksiä monimutkaiseen ilmiöön. Alkavaa psyykkistä sairauskehitystä ei näe yhden muuttujan perusteella, mutta jos lapsi saa useammasta huonoja arvioita, täytyy lapsen tilanteesta huolestua. Eri tutkimuksissa on hahmottunut "high-risk" ryhmästä osa lapsia (11 - 44 %), joiden sairastumisriskiä voidaan pitää suurempana kuin muiden (Watt, Anthony & Rolf 1984).

Psykoottisilla äideillä on enemmän raskaus- ja synnytyskomplikaatioita kuin normaaliäideillä (Wrede 1984) ja lapsilla alempia syntymäpainoja ja kehitysviivästymiä (Sameroff 1978). Garrone (1986) on havainnut "high-risk"-lapsilla syndrooman, jota hän nimitti yleiskypsymishäiriöksi, pandysmaturaatioksi (PDM). Se ilmenee kehitysviivästyminä tai eri alueiden koordinaation puutteina. Muutokset tapahtuvat usein hyppäyksittäin, myös siten, että jo saavutetut taidot saattavat taantua. Jotkut lapset ovat epätavallisen rauhallisia vauvana. Fish (1987) seurasi 20 vuotta kymmentä skitsofreniaäidin lasta, jotka kaikki sairastuivat vakavasti - seitsemällä oli lapsena PDM.

Tutkimuksissa on oltu kiinnostuneita mm. älykkyydestä, käsitteenmuodostuksesta, keskittymiskyvystä ja alttiudesta ympäristön häiriöille. "High risk" -lapset ovat vaihtelevasti saaneet hieman muita huonompia tuloksia. Älykkyystasossa ei ole yleensä todettu eroja, mutta verbaalisen kyvyn suhteeton lasku nuoruusiässä voi liittyä sairastumiseen (Watt ym. 1984)

Johnston ja Holzman (1979) ovat laatineet mittarin ajatushäiriöiden tutkimiseen skitsofreniapotilailla. Lievässä muodossaan ajatushäiriöt vastaavat kielen lipsahduksia, assosiaatioiden löysyyttä tai etäisyshäiriötä (henkilökohtainen mielikuva sotkeutuu havaintoon), joita kaikkia esiintyy terveilläkin ihmisillä. Vakavamman tasoista ajatushäiriötä edustaa mm. "autistinen logiikka", jossa havaintoa perustellaan siihen liittymättömällä asialla, tai "kontaminaatio", käsitteiden sulautuminen yhteen epä-

realistisella tavalla. Skitsofreniapotilailla tavataan tällaista ajattelua. Arboleda (1985) tutki eri lapsiryhmiä ajatushäiriöindeksillä ja löysi skitsofreniapotilaiden lapsilla tendenssin ajatushäiriöön, ei yhtä vakavan tasoisena kuin sairastuneilla, mutta kolme kertaa yleisempänä kuin normaalivanhempien lapsilla.

”High risk” -lasten sosiaalinen kompetenssi on todettu normaalista poikkeavaksi - he ovat saaneet huonompia kaveriarviointeja kuin lapset keskimäärin. Etenkin pojilla on todettu aggressiivista käytöstä ja epäaitoa yritystä näyttää itsevarmalta. Tutkimuksissa on kuvattu sekä myrskyisiä että itseensä vetäytyvä prepsykoottinen käyttäytymismalli (Asarnow 1980, Aarkrog & Mortensen 1985).

Rutter (1978) on huomionnut suojaavia tekijöitä, joiden avulla lapsi voi selviytyä ja hänelle voi kehittyä hyvä sosiaalinen vastuuntunto. Niitä ovat esim. aktiivisuus, sosiaalisuus, älykkyys, onnistumiset, emotionaalinen tuki vanhemmalta tai opettajalta jne. Rutterin mukaan on aina tarkasteltava pitkittäisellä case-tutkimuksella sekä suojaavia tekijöitä että riskitekijöitä ja vielä niiden positiivisia tai negatiivisia vaikutuksia ja ketjureaktioita.

Kun lapsi kasvaa sairaan vanhemman kanssa, geneettinen ja ympäristön vaikutus vahvistavat toisiaan, sitä enemmän, mitä häiriintyneempi lapsen kasvuympäristö on (Tienari 1991). Vanhemman psykoosi vaikeuttaa hänen kykyään vanhemmuuteen joko ohimenevästi tai pysyvästi. Heijastukset lapsen kehitykseen riippuvat monista tekijöistä: sairauden laaja-alaisuudesta, sairautentunnosta ja kyvystä ottaa vastaan ammattiapua, lapsen iästä, sukupuolesta, asemasta sisarusarjassa, perheen muista kontakteista, vanhempien parisuhteesta jne. (Vartiovaara, Mäkelä, Hoffmann & Kaare 1991).

Perheitä, joissa toinen vanhempi on psykoottinen, ovat tutkineet mm. Alanen ja Kinnunen (1975), Aaltonen (1982), Tuori (1987) ja Larmo (1992). Alanen ja Kinnunen kuvasivat kaoottisen ja toisaalta rigidin parisuhteen ja perheympäristön. Aaltonen ja Tuori tutkivat perhekeskeistä hoitoa ja lasten asemaa näissä perheissä. Tuorin mukaan viidennes lapsista sijoittuu marginaaliryhmään, jossa lapsen asema kyseenalaistuu, mutta sitä voidaan parantaa perheterapialla. Aaltonen kuitenkin toteaa, että lapsiin liittyvät kysymykset eivät aktivoidu riittäväksi osaksi hoitoprosessia edes perhekeskeisessä terapiassa. Larmo tarkasteli psykoosiperheiden vanhemmuudessa tyypillistä projektiivisen identifiointikäyttöä, jossa sairas vanhempi sijoittaa lapsen osia hajanaisesta persoonallisuudestaan, esim. avuttoman, syntipukin tai vanhemman roolin. Lapsen separaatio-individuaatiokehitys vaarantuu sitä enemmän, mitä kielteisempiä tai vääristävämpiä nämä projektiot ovat. Wrede (1984) ei kyennyt

erottelemaan skitsofreniapotilaiden lapsia kyselytutkimuksen avulla kouluympäristössä, mutta totesi osan lapsista ”supersopeutujiksi”.

Onnistuneista ehkäisevän työn keinoista on saatavilla paljon vähemmän tietoa kuin riskitutkimuksesta. Tavallista on, että viranomaisilla on erilaisia yhteistyövaikeuksia psykoosiperheiden kanssa. Grunbaum ja Gammeltoft (1993) seurasivat kroonistuneiden psykoottisten vanhempien lapsia ja totesivat, että alussa tiivistettyjen, mutta kariutuneiden tukemisyritysten jälkeen lapset jäivät usein vaille edes minimipalveluita ja olivat pitkiä aikoja vaarantuneissa oloissa, joutuen lopulta sijoitetuiksi.

Vanhemmuuden arviointi ja hoito on toistaiseksi jäänyt melko vähän huomioiduksi, koska painopiste on potilaan hoidossa. Mm. Ruotsissa ja Englannissa on perhe- ja äiti-lapsiyksiköitä, joissa on kehitetty metodeja vanhemmuuden ja vanhempi-lapsi vuorovaikutuksen tukemiseksi. Työ psykoottisten vanhempien kanssa on ollut vaativampaa kuin lievemmin häiriintyneiden vanhempien kanssa, mutta ei mahdotonta (Berg-Brodén 1989, Brockinton & Kumar 1988, Crossling, Brooker & McGrath 1988).

Vaikka lapsen kehityksen suuntaa on mahdoton ennustaa, on kuitenkin saatu riittävästi perusteita sille, että aikainen tuki lapselle voi katkaista haitallisen noidankehän. Ehkäisevässä työssä on vain pidettävä mielessä kaikkia erilaisia tulevaisuuden vaihtoehtoja (Schaffer 1990).

Tutkimuksen tavoitteet

Työni preventiopsykologina eräässä etelä-suomalaisessa mielenterveystoimistossa suuntasi mielenkiintoani sairastumisen mekanismien syntyyn ja ehkäisyn mahdollisuuksiin. Mielenterveystoimistolla alkoi olla siinä määrin omaa historiaa, että alettiin nähdä psykoosiin sairastumista monessa sukupolvessa. Alettiin kysyä, olisiko mahdollista päästä auttamaan lapsia aikaisemmassa vaiheessa. Aloite tutkimusprojektille tuli nuorisotyöryhmästä, sysäyksenä siihen oli useamman selviytyvältä näyttäneen nuoren äkillinen sairastuminen, mikä johti pahimmassa tapauksessa koulusta suoraan eläkkeelle. Tarvittiin uusia keinoja, mutta samalla oli varottava pahentamasta ongelmaa, tuottamasta itseä toteuttavia ennusteita.

Muodostettiin tutkimusryhmä, johon kuului psykiatri, psykologi ja kaksi sosiaalityöntekijää. Tutkimustyöstä on tehty artikkeli (Vartiovaara, Mäkelä & Pykäläinen 1990) sekä raportti (Vartiovaara ym. 1991), joissa on kuvattu yksityiskohtaisemmin muuttujia sekä tutkimus- ja verrokkiryhmän välisiä eroja. Tämän esityksen varsinainen painopiste on psykoosiperheiden lasten ennusteen pohtiminen käytännön klinisen ja ehkäisevän työn lähtökohdista.

Tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella:

- minkälaisia psyykkisiä ongelmia ja selviytymiskeinoja psykoosiperheiden lapsilla oli,
- millainen sairastumisriski heillä oli ja
- mitä ehkäisevän työn keinoja lapsille voitaisiin suunnitella vähentämään sairastumisriskiä ja lisäämään selviytymisen mahdollisuuksia.

Tutkimuksen kuvaus

Tutkimushenkilöt

Vuonna 1986 pyysimme silloisen Espoon mielenterveyskeskuksen aikuistyöryhmien työntekijöitä ilmoittamaan ne psykoosipotilaat, joilla oli 0 - 15 -vuotiaita lapsia. Tuloksena oli n. 50 perheen joukko, jota päädyimme rajaamaan tutkimuksellisista syistä: vanhemman sairaus rajattiin puhtaasti skitsofreniaan ja lapsiryhmän iäksi rajattiin 7 - 12 vuotta, jolloin lapset olivat latenssivaiheessa ja heitä oli helpompi tutkia ja verrata keskenään. Jäljellä oli 24 perhettä. Vielä kuusi jo osittain tutkittua perhettä jouduttiin jättämään pois joko lapseen (mm. kuulovamma) tai aikuiseen liittyvien diagnostisten tarkistusten jälkeen.

Pyysimme hoitavia työntekijöitä alustavasti kertomaan potilailleen tutkimuksesta. Neljä työntekijää arvioi hoitosuhteen tai potilaan tilan liian haavoittuvaksi. Neljä perhettä päätti kieltäytyä tutkimuksesta (kielteinen perheenjäsen oli yhdessä tapauksessa potilas, yhdessä lapsi, yhdessä puoliso ja yhdessä lapsen murrosikäinen isosisko). Kieltäytymisen syy liittyi potilailla usein sairaudentunnon puutteeseen, perheenjäsenillä taas sosiaalisen julkisivun ylläpitämiseen

Lopulliseen tutkimusryhmään jäi viisitoista 7 - 12 -vuotiasta lasta kymmenestä perheestä, joissa toinen vanhempi sairasti erilaistumatonta tai paranoidista skitsofreniaa. Yhdessä perheessä myös potilaan puoliso sairasti maanis-depressiivistä psykoosia. Tutkittu ryhmä muodosti kuudesosan Espoossa sillä hetkellä ilmaislääkkeitä saavien skitsofreniapotilaiden 7 - 12 -vuotiaista lapsista, joita oli 91 (Kelan tilastot).

Verrokkiryhmä muodostettiin vertaistettujen parien menetelmällä. Kaikille lapsille etsittiin samalta koululuokalta verrokkilapsi, jonka vanhemmalla ei ollut psykoosia, vertaistettuna iän, sukupuolen, vanhempien sosiaaliryhmän ja useimmissa tapauksissa myös perhetilanteen mukaan, huomioiden niin pitkälle kuin mahdollista avioero, yksinhuoltajuus ja vieläpä sisarusten määrä.

Tutkimusryhmässä kuudella lapsella oli ehjä perhe, kahdeksalla avioeroperhe ja yksi oli alun pitäen yksinhuoltajaperheestä. Verrokkiryhmässä seitsemällä lapsella oli avioeroperhe. Perheiden päähenkilön mukaan perheet jakautuivat alempiin toimihenkilöihin ja eläkeläisiin. Tutkimusryhmässä heidän tulotasonsa sijoittui alimpaan viidennekseen.

Tutkimusprosessi

Yhteydenotto perheeseen tapahtui ensin kirjeitse. Tutkimus sisälsi 4 - 6 kotikäyntiä: Sosiaalityöntekijät haastattelivat vanhempia kartoittaen perheen sosiaalisia suhteita ja lapsen varhaista hoitohistoriaa. Lastenpsykiatri arvioi lasta ja vanhempaa. Lasten psykologinen tutkimus tapahtui 2 -3 kotikäynnillä. Tutkimuksen yhteydessä kertyi runsaasti perhettä koskevaa tietoa, vaikka tutkimusasetelmä ei ollut varsinaisesti perhedynaamisesti rakennettu.

Lisäksi keräsimme tietoja neuvolasta ja kouluterveydenhuollosta sekä haastattelimme opettajia, jotka eivät tienneet tutkimuksen aihetta eivätkä sitä, ketkä kuuluivat varsinaiseen tutkimusryhmään.

Tutkimusongelmat

Psykologisen tutkimuksen tarkoitus oli selvittää kysymystä siitä, näkyikö tutkimusryhmän ja verrokkiryhmän lasten välillä tilastollisesti merkittävää eroa egon kehitystasossa tai toimintakyvyssä, kuten ajattelun, havaitsemisen tai realiteettitajun alueilla, coping-taidoissa tai vuorovaikutuskyvyissä. Oletuksen mukaan tutkimuslapsilla olisi verrokkilapsia huonompi egon kehitystaso ja sosiaalinen kompetenssi, tendenssiä ajattelun häiriöihin ja muita sairastumisriskiin viittaavia merkkejä.

Ryhmien välisten erojen ohella mielenkiinto kohdistui erikseen psykoosiperheiden lasten ryhmään, jotta hahmottuisi, ketkä lapset olivat erityisesti riskissä sairastua ja oliko lapsilla sellaisia suojaavia tekijöitä tai selviytymiskeinoja, jotka vaikuttivat päinvastaiseen suuntaan. Oli tarpeellista arvioida kunkin lapsen kokonaistilannetta, jotta tietäisi, millaista apua lapset tarvitsivat tai ketkä voisivat eniten hyötyä tukitoimenpiteistä. Toisaalta oli tärkeää huomioida voimavaroja ja varoa turhaan leimamasta lapsia.

Tutkimusaineisto ja menetelmät

Tärkeimmät psykologin tutkimusvälineet olivat Rorschach ja MAPS . Niistä arvioitiin mm. ajatteluhäiriöitä, realiteettitajua, stressin hallintaa ja defensessejä:

Rorschach pisteytettiin Exnerin (1978, 1982) mukaan ja siitä laskettiin skitsofreniaindeksi. Exnerin järjestelmä on viidestä aikaisemmasta Rorschachin pisteytystavasta integroitu systeemi, joka nojaa laajaan empiiriseen testaukseen ja tarkkaan instruktioon vastausten tulkinnoista. Skitsofreniaindeksi sisältää kaksi osa-aluetta, joiden yhdistelmällä kyetään erottelemaan skitsofreniapotilaat kaikista muista sairausryhmistä: 1) havaitsemisen puutteet ja epätarkkuus ja 2) ajattelun epäjohtonmukaisuudet ja oudot ajatussisällöt. Indeksillä saa arvon 0 - 5, jossa 5 merkitsee hyvin todennäköistä skitsofreniaa ja 4 mahdollista skitsofreniaa, arvo kolme on koholla oleva arvo, jolloin skitsofrenian mahdollisuutta ei voi poissulkea, kuten arvojen 1 - 2 tapauksessa. (Liite 1)

Lisäksi laskettiin Johnston-Holzmanin (1979) Thought Disorder -ajatteluhäiriöindeksi, jossa pisteytetään vaikea-asteisia ja lievempitasoisia ajatushäiriön merkkejä. Sisällöllisesti se on melko yhdenmukainen edellämämainitun skitsofreniaindeksin ajattelun osa-alueen kanssa.

Lerner (1985) on kehittänyt false self -persoonallisuusrakenteen arviointiin indikaattoreita, joiden validiteetista on toistaiseksi vähän tietoa. Niihin liittyy testatajaa miellyttämään pyrkivä käytös tutkimustilanteessa sekä Rorschach-muuttujia, mm. roolia tai maskeja kuvaavat sisällöt, pakotetut väri-vastaukset ja varjostusvastaukset. Ne kuvastavat kritiikitöntä mukautumista ympäristön odotuksiin ja herkkyyttä tulkita siihen liittyviä vivahteita.

MAPS, eli Schneidmanin (1976) ”Make a Picture Story” on projektiivinen testi, jossa lapset laittavat paperinukkehahmoja eri taustoihin ja tuottavat niistä kertomuksia. Mapsista arvioitiin lasten stressin hallintakykyä sekä coping-taitoja omatekoisten asteikkojen avulla (liite 2) käyttäen arvioinnissa apuna ulkopuolista psykologia, joka ei tiennyt, mihin ryhmään lapsi kuului.

Kolmas projektiivinen testi oli ”Mustatäplä”, Cormanin (1961) Le Test Patte Noir, jossa lapset järjestävät possuperheen elämää esittäviä kuvia. Siitä arvioitiin lasten separaatio-individuaatiokehitystasoa. Mustatäplä testiin kehitettiin myös oma asteikko mittaamaan lasten eriytyneisyyden astetta (liite 3). Näiden mittareiden validiteettia ja reliabiliteettia ei selvitetty. Ne antoivat kuitenkin kiinnostavaa lisäinformaatiota tarjoamalla raameja lasten ajatusmaailman ymmärtämiseen ja yksilölliseen tarkasteluun, joka on merkityksellistä kliiniselle ehkäisevälle työlle.

Älykkyystasoa mitattiin Wechslerin WISC-R-testillä. Visuo-motorista hahmotusta tutkittiin Beeryn (1983) VMI-testillä. Ihmispiirroksista arvioitiin emotionaalisia ongelmia Koppitzin (1968) mukaan ja laskettiin Goodenough-ÄO (1926). Perhepiirrosta käytettiin hyväksi kokonaisarvioinnissa.

Opettajia pyydettiin täyttämään lapsen käyttäytymistä ja emotionaalisia ongelmia kartoittava kysely Rutterin (1967) Teacher Scale. Lapset täyttivät depressiota mittaavaan Kovacsin koululaisille laaditun kyselylomakkeen.

Tulokset:

A. Erot tutkimus- ja vertailuryhmän välillä

Merkittävin tulos ja selvin ero ryhmien välillä liittyi ajatteluhäiriötendenssiin (kuva 1). Tutkimusryhmän lapsilla todettiin Rorschachissa kolme kertaa enemmän ajatushäiriötendenssiä eli käytännössä lievemmän tasoisia ajatushäiriön merkkejä Thought Disorder -indeksillä mitattuna kuin verrokkilapsilla (Wilcoxonin parivertailun T-testi $p < .01$). Näinollen tässä pienessä otoksessa vahvistui Arboledan (1985) saama löydös.

Tutkimus- ja verrokkiryhmää verrattiin Exnerin skitsofreniaindeksin avulla (kuva 2). Kukaan ei saanut arvoa 5, mutta kolme tutkimusryhmän lapsista sai arvon neljä. Kun huomioitiin, oliko lapsi saanut arvon 3 (koholla oleva arvo, mahdollinen riskiennuste), ryhmät erosivat toisistaan $p < .05$ tasolla (Wilcoxon).

Tutkimusryhmän lapsilla oli enemmän false self -ilmauksia kuin verrokkiryhmällä. Lernerin false self -kriteerit erottelivat ryhmät muissa osioissa ($p < .05$) paitsi varjostusvastausten osalta.

Egon kehitystasoon ja sosiaaliseen kompetenssiin liittyvät muut mittarit vahvistivat oletusten suuntaista kokonaiskuvaa. Esim. Rorschachissa (Exnerin mukaan) tutkimusryhmän lapsilla oli enemmän vaikeuksia vuorovaikutussuhteissaan ja he hahmottivat niitä kapeutuneemmalla tavalla kuin verrokkiryhmä ($p < .05$ tasolla). Ihmisiirustuksessa heillä oli enemmän Koppitzin emotionaalisen häiriön merkkejä (kuva 3), suuntaa antava ero ($p < .10$). Perhepiirustusta ei pisteytetty, mutta osa tutkimusryhmän lapsista näytti tuottavan piirustuksia, joissa perheenjäsenten väliset rajat ja yksilölliset piirteet olivat puutteellisia.

Tutkimusryhmän lasten coping-kyky Maps testissä oli huonompi ($p < .05$ tasolla) (kuva 4). Vielä selvempänä erona näkyi tutkimusryhmän lasten huonompi psyykkinen eriytyneisyys ja itsenäisyys Patte Noir testissä ($p < .01$ tasolla) (kuva 5).

Lapsiryhmät eivät eronneet toisistaan älykkyystason tai visuo-motorisen hahmottamisen suhteen (kuva 6). Opettajan kyselylomakkeen ja lasten depressiolomakkeen osalta ei ilmennyt mainittavaa eroa.

Synnytystietojen tai neuvolarekisterien mukaan lapsiryhmien välille ei tullut merkitsevää eroa. Viidellä tutkimusryhmän lapsella todettiin kehitysviivästyksiä lapsuudessa, näistä muutamalla oli viitteitä neurologisen häiriön mahdollisuuteen.

Yhteistyö psykoosiperheiden kanssa oli monimutkaisempaa kuin verrokkiryhmän kanssa. Tutkimusryhmän lasten kotioloissa oli myös silmin nähden havaittava ero verrokkiryhmään. Joissakin kodeissa vallitsi täydellinen kaaos, joissakin ankeus ja virikkeettömyys. Psykoosiperheiden lapset näyttivät elävän kodeissaan pitkäaikaisen stressin alaisena, johon kuului perheiden alentunut toimintakyky, vanhemman toistuvia sairaalahoitoja, psykoottista oireilua ja jäsentymättömyyttä kodin toiminnoissa ja perheenjäsenten suhteissa. Usealla lapsella ilmeni myös psykosomaattisia ja toiminnallisia oireita, kuten allergiaa, univaikeuksia, vatsakipuja, päänsärkyä jne.

B. Tutkimusryhmän lasten erillinen tarkastelu

1. Tarkastelun kriteerit

Lasten ryhmittelyssä täytyy arvioida hyvinkin erilaisten muuttujien suhteellista merkitystä lapsen kokonaistilanteelle ja miettiä myös, miten perhetilanne edistää tai estää hänen kasvuaan aikuisuuteen. Halusin nähdä, kasautuivatko huonot tulokset samojen lasten kohdalle. Siksi asetin lapset arvioidun riskin mukaan järjestykseen ja vertasin heitä keskeisten muuttujien suhteen.

Tutkimusryhmän lapsille annettiin diagnostinen kokonaisarvio, joka sai arvon 1 - 5. Sen määrittämisessä huomioitiin kaikkea tutkimukseen, haastatteluun ja kotikäynteihin perustuvaa tietoa työryhmän kliinisen kokemuksen ja ammattitaidon puitteissa. Ajattelun jäsentämisessä käytettiin apuna Anna Freudin (1981) lapsiprofiileihin liittyvää luokitusta, jossa 1 on normaali, häiriötön kehitys, 2 normaali, mutta ongelmia sisältävä kehitys, 3 neuroottisella tasolla häiriintynyt, 4 neuroottista vaikeammin-

häiriintynyt ja 5 vakavasti häiriintynyt kehitys. Tarkastelussa huomioidaan mm. persoonallisuuden toimivuutta ja defensessejä.

Kaksi lapsista sai tässä kliinisessä tarkastelussa arvon 4 ja kuusi lasta arvon 3.

Skitsofreniaindeksiä ei ole käytetty tulevaisuuden ennustamiseen, vaan skitsofrenian toteamiseen. Ääritapaukset jäivät puuttumaan, jolloin tulkinnassa joudutaan käyttämään sanaa tendenssi ja ennustamisessa muuttujaa voidaan käyttää kavennetussa muodossa.

Annoin lapsille ”riskiennusteen”, joka on yhteenlaskettu edellämainittujen diagnostisen indeksin ja skitsofreniaindeksin summa, ajatellen edellisen viittaavan patologisen kehityksen riskiin yleensä ja jälkimmäisen nimenomaan skitsofreniaan liittyvään riskiin. Ennuste sai arvon kahdesta kahdeksaan, jolloin hyvin tai kohtalaisen hyvin selviytyvä lapsi sai arvon 2 - 4, riskirajalla oleva arvon 5 ja suuressa riskissä oleva arvon 6 - 8. Lapset järjestettiin tämän riskiennusteen mukaiseen järjestykseen.

Nähdäkseni, miten huonot tulokset kasautuvat, poimin lasten huolestuttavat testitulokset seuraavista keskeisimmistä testimuuttujista: älykkyys, visuo-motorinen hahmotuskyky, ajatteluhäiriöt, psyykinen eriytyneisyys ja false self -persoonallisuudenpiirteet ja ilmaisin niitä miinusmerkeillä. Miinusmerkki tarkoittaa huonoa tulosta, joka on saatu tarkastelemalla tulosten hajontaa sekä tutkimus- että verrokkiryhmässä ja määrätty katkaisukohta, joka erotteli huonoimman viidenneksen lapsista. Älykkyys-muuttujan kohdalla käytin myös plus-merkkejä, jotka kertovat keskitasoa paremmasta suoritustasosta WISC-R-normien mukaisesti.

Testitulosten lisäksi vertasin lapsia perhetaustaan liittyvien tekijöiden perusteella sekä katsoin, miten neuvolassa tai koulussa oli havaittu lapsen vaikeudet.

Case-tarkastelun pohjalta oli perusteltua pitää äidin skitsofreniaa lapselle haitallisempana ja suurempana kuin isän, koska äiti näytti sairastuessaankin olevan läheisemmin sidoksissa lapsen varhaiskehitykseen. Jotta perhetaustaa voisi hahmottaa yksinkertaisessa numeerisessa muodossa, pelkistin vanhempien psykopatologian indeksin muotoon, joka saa arvon 1 - 5. Lapsen kannalta paras vaihtoehto on 1, jolloin hänellä on terve äiti ja isä on skitsofreniapotilas. Arvo 2 merkitsee, että hänellä on terve isä, äiti potilas, arvo 3 merkitsee, että isä on skitsofreniapotilas, mutta äiti on jollain lailla

psykkisesti rajoittunut, 4 merkitsee, että äiti on potilas ja isä psykkisesti rajoittunut (esim. alkoholi-soitunut) ja huonoin vaihtoehto 5, että äiti on potilas ja kontakti isään puuttuu.

Joillakin perheillä ilmeni moniongelmaisuuksia, skitsofrenian lisäksi perheväkivaltaa, inestiepäilyä tai alkoholi-ongelmia. Perheiden taloudellinen asema oli huono ja joissakin perheissä potilasvanhempi tuhlassa rahaa ja teki velkaa kauppoihin, eräs varasteli. Myös laajennetussa perheessä oli vaikeuksia ja verkosto oli hyvin häiriöaltis tai joissakin tapauksissa tuntui puuttuvan kokonaan. Näitä ongelmia ei yksiselitteisesti voi verrata samalla viivalla. Tarkastelun yksinkertaistamiseksi on kuitenkin tehty siten, että lapsi on saanut miinuksen, jos psykoosin lisäksi perheessä on 1 tai useampia mainituista ongelmista ja vielä toisen miinuksen, jos myös laajennettu perhe tai verkosto on samalla tavoin ongelmallinen.

Seuraavalla miinusmerkillä on ilmaistu sitä, onko lapsen äiti ollut akuutissa psykoottisessa vaiheessa lapsen ollessa alle kolmevuotias. Tämä on merkityksellistä, koska vanhemman psykoosi lapsen varhaislapsuudessa voi häiritä lapsen persoonallisuuden perusrakenteiden kehitystä.

Jos neuvolan tiedoissa on mainittu kehitysviivästymästä, lapsi on niinkään saanut miinusmerkin. Samoin, jos opettaja on ilmaissut huolestumista lapsesta. Opettajan arvioissa oli myös joitakin hyvin positiivisia mainintoja ja näissä tapauksissa olen antanut lapselle vastaavasti plus-merkin.

Taulukoissa 1 ja 2 oleva tutkimuslapsen numero on tutkimuksessa käytetty järjestysnumero, jossa tutkimusryhmän lapsilla oli parittomat numerot ja verrokkilapsilla parilliset numerot. Sen vuoksi taulukoissa näkyvät numerot 1 - 29, vaikka tutkimuslapsia oli viisitoista (verrokkien numerot olivat 2 - 30).

2. Tutkimusryhmän lasten taulukoidut tulokset

Taulukosta 1. näkyy, miten miinusmerkit kasautuvat korkean riskiennusteen saaneilla lapsilla. Ajatushäiriötaipumus, huono separaatio-individuaatio ja false self -merkit esiintyvät lähes kaikki taulukon yläosassa.

Katsottaessa yksityisiä lapsia, erityisesti ensimmäisen pojan (no 11) tilanne näyttää synkältä, koska hän saa miinusmerkin kaikista kohdista. Myös tyttö no 23:n ennuste on huono, koska hänellä on sekä älyllisiä vaikeuksia että hahmotusvaikeuksia. Seuraavassa joitakin luonnehdintoja taulukon ääripäissä olevista lapsista: Poika 11:n psykoottinen äiti uskoi hänen pärjäävän loistavasti koulussa. Testituloksissa oli kuitenkin silmiinpistävää lapsenomaisuutta ja eriytymättömyyttä. Pojalla oli myös vaikeita sukupuoli-identiteetin ongelmia. Haastattelussa kävi ilmi, että pojalla oli ajoittain jopa mikropsykoottisia tiloja. Pienimmän riskiennusteen saanut tyttö numero 17 oli keskitasoa älykkäämpi eikä hän saanut huonoja tuloksia millään osa-alueella.

Taulukon 2. mukaan psykoottinen yksinhuoltajuus yhdistyy lapsen suureen mielenterveydelliseen riskiin. Kahdella suurimman riskiennusteen (8) saaneella lapsella on perheen psykopatologiaindeksi 5, eli he ovat kasvaneet skitsofreniaa sairastavan yksinhuoltajaäidin lapsena ilman kontaktia isään. Heidän kohdallaan näkyy myös moniongelmaisuus. Heidän perheidensä kanssa yhteistyö oli eniten kompastelevaa, vaatien erityistä taitoa ja joustavuutta. Molempien perheiden historiassa oli lukuisia pettymyksiä ja suhteiden katkeamisia sekä tuttaviiin että ammattiauttajiin.

Poika no 11 eli äitinsä kanssa kietoutuneessa suhteessa, johon liittyi epäilty insesti. Pojalla oli lukuisia poissaoloja koulusta, liittyen äidin tilan vaihteluihin. Välillä äiti taas ajautui kodin ulkopuolella alkoholinkäyttöön ja hankaliin suhteisiin, jolloin poika jäi ilman perushoitoa. Tyttö no 03:n äidin siskoilla ja vanhemmilla oli kaikilla hyvin rankkoja ongelmia. Kolmas lapsi, jolla on perhepatologiasta arvo 5, (poika 25) on saanut lievemman riskiennusteen (5), mutta hänet oli sijoitettu lastenkotiin viisi vuotta aikaisemmin. Poika oli sopeutunut lastenkotiin, mutta hänellä oli edelleen parentifioitu rooli suhteessa äitiinsä. Hän oli jatkuvasti huolissaan äidin selviämisestä ja pyrki kontrolloimaan mm. äidin alkoholinkäyttöä. Hänelle ei tullut varsinaisia false self -indikaattoreita, mutta hänellä oli sosiaalisen selviytyjän rooli, jonka taustalla tuli kuitenkin esiin viitteitä itsemurha-alttiudesta.

Taulukon toisessa ääripäessä tyttö no 17 oli vanhin tytär perheessä, jossa isä sairasti paranoidista skitsofreniaa. Äiti oli lapsille perheen koossapitävä voima ja työllä oli jokseenkin lämmin ja ymmärtävä suhde myös sairaaseen isään, joka muutti pois perheen asunnosta, mutta yhteyttä pidettiin säännöllisesti ja kohtalaisen tiiviisti, jolloin sairaus ei kuitenkaan hallinnut tytön omaa elämää.

Varhaislapsuus psykoottisen äidin hoidossa näyttää liittyvän lisääntyneeseen riskiin, mutta erityisesti silloin, jos kokemukset jäävät lapsen pysyväksi käsitykseksi ympäristöstä ja maailmasta. Pojat 27 ja 29 olivat sairaan äidin kanssa lapsena, mutta terve isä auttoi heitä saamaan toisenlaista kuvaa maailmasta ja perhe-elämästä. Tytöt 09 ja 07 olivat sisaruksia, mutta vanhempi (07) selviytyi paremmin, koska hänellä oli hyvä suhde äitiin lapsena ennen äidin sairastumista, tyttö 09 taas oli kietoutunut äidin harhamaailmaan. Terve isä aktivoitui tässä tapauksessa auttamaan tyttäriään.

Kaikki tutkimusryhmän lapset olivat normaalikoulussa, ketään ei oltu diagnosoitu tai pidetty häiriintyneenä. Jotkut lapsista saivat opettajilta hyvin positiivisia arvioita, jotka näyttivät olevan ristiriidassa huonojen testitulosten kanssa. Muutamista lapsista opettajat ilmoittivat olevansa huolissaan jostakin epämääräisestä syystä. Konkreettisempiäkin huolia löytyi: keskittymättömyyttä, huolestuneisuutta, uusien asioiden pelkoa ja koulusta poissaoloja vähäpätöisistä syistä seitsemällä lapsella; toisten lasten määräilyä, ärtymystä tai epäsuosiota kolmella ja epäluuloisuutta tai vetäytymistä omiin maailmoihin kahdella lapsella. Taulukosta näkyy, että lasten ongelmat olivat jollakin tavalla tulleet esiin, mutta ilman tutkimusprojektia lasten tilanteeseen ei todennäköisesti olisi mitenkään puututtu.

3. Vastausesimerkkejä: False self ja realiteettitaju

Tyttö no 03 edusti selvintä esimerkkiä ”false self -persoonallisuudesta”. Tyttö käyttäytyi tutkimuksissa hyvin herttaisesti ja ystävällisesti. Hän kysyi, eikö käteni väsy kirjoittaessani hänen testivastauksiin. Vähän ajan kuluttua hänelle tuli kuitenkin tukala olo, kuin huoneesta olisi loppunut ilma. Testivastauksissa ilmeni mallikäyttäytymistä ja miellyttämisyrittämiä ja Rorschachissa pakotettuja väri-vastauksia, esim. taulu IX: ”Kaksi lohikäärmettä tanssimassa, aina iloisina, vihreässä mekossa, vaaleanpunaisella lattialla”, mutta myös joitakin yllättäen läpilyöviä pelottavia ja aggressiivisiä mielikuvia. Jatkossa tyttö esiintyi aina hymyilevänä. Patologian syvyys paljastui vasta, kun hän itsemurhan tehneen äitinsä kuoltua oli yhtä iloinen ja hymyilevä, kyvytön kohtaamaan surua tai kiukkua. Jonkin ajan kuluttua tytön olemus muuttui nopeasti hänen sulautuessaan punkkarirooliin. Hänellä ei ollut persoonallisuudessaan tarpeeksi koossapitäviä rakenteita, vaan hän ajautui hyvin itsetuhoisiin tilanteisiin. Pohjimmiltaan hän ei voinut luottaa ihmisiin eikä eläytyä toisten tunteisiin. Hänen ”pärjäävyytensä” harhautti aikuisia näkemästä pinnan alla olevia vaikeuksia. Hän oli keskitasoa älykkäämpi, mutta käytti älykkyyttä hyvin paljon defenssijärjestelmänsä palveluksessa.

Tyttö no 23 ilmaisi myös false self -problematiikkaa vastailemalla suoritustehtäviin tietävän tuntuisesti mitä sattui. MAPS-testissä hän toisti teemaa esiintyjästä, ”jonka pitää keskittyä siihen, että ei tule yhtään virhettä, että osaa kunnolla kävellä eikä kompastu ja täytyy vaan nauraa”. Toisessa kertomuksessa ”väsynyt balettitanssija odottaa, että esirippu laskeutuisi, koska hän on hyvin väsynyt, nukahtamaisillaan, vaikka ei saisi.”

Poika no 11 valitsi itseään esittämään Mapsin hahmoista kasvottoman pojan, näkymättömän lapsen, jonka hän olisi vielä halunnut kääntää väärinpäin ollakseen kokonaan näkymätön, kertomuksessaan ”koti”-tauluun, jossa äiti esitti ”itämaista tanssia, jota naapuri oli tullut kriittisesti arvostelemaan”.

Lasten erilainen asema perheessä suhteessa vanhemman sairauteen näytti vaikuttaneen lasten realiteettitajun kehittymiseen. Perheen kommunikaatioilmasto ja vuorovaikutuksen vääristyminen vaikutti myös asiaan. Perheillä ei aina ollut sanoja, millä puhua sairaudesta, esim. eräs lapsi kertoi äidin olevan usein sairaalassa selkäkivun takia. Jos sairaudesta pystyttiin puhumaan, lapsi sai mahdollisuuden työstää omaa todellisuudentajuaan ja ottaa etäisyyttä sairauteen. Tästä näkyi merkkejä myös testivastauksissa, vaikka niistä ei aina suoraan voi päätellä, miten tosina lapset pitävät fantasioitaan. Esimerkki lapsesta, jonka on vaikea irrottautua vanhemman psykopatologiasta konkreettisesti ja psykikisesti, on pojan no 05 MAPS- kertomus, jossa poika joutuu luolaan, missä on kauhea syöjätär, joka on oikeissa syöjä pojan. Tytön 03 vastauksessa näkyy häilyminen kahden todellisuuden välillä: ”Tyttö ja äiti juoksevat haamua karkuun. Osa tytön kavereista uskoo haamuun, osa ei”. Lapsi no 27 on valinnut selkeästi kantansa: ”Tuo nainen luulee, että sitä vainotaan, mutta kun se ottaa lääkettä, niin sitten ne pelot katoavat”. Poika 13 tietää, että harhat ovat harhoja, mutta tuntee samalla myötätuntoa äidin hätään: ”Tuo nainen on niin peloissaan, että se ajattelee ihan älyttömiä tuolla pimeässä paikassa. Tuossa oviaukossa ei oo mitään, se vaan kuvittelee, että sieltä tulis kuollut mies, merirosvo ja sellanen mummeli. Se sulkee silmät ja ku se avaa ne, ni siin ei oo taas mitää.”

Suojaavat tekijät ja tukitoimenpiteet

Suojaavia tekijöitä ei osattu alussa kartoittaa systemaattisesti, mutta ne hahmottuivat tarkemmin käytännön työn edetessä. Suojaavat tekijät voivat olla lapsen ominaisuuksia, kuten älykkyys tai sosiaalisuus. Taulukoissa olevat plus-merkein ilmaistut asiat voidaan nähdä mahdollisina suojaavina

tekijöinä, joskin moni asia olisi kaivannut tarkempaa selvitystä. Suojaavia tekijöitä löytyy myös perheympäristöstä. Taulukossa 2. ne lapset, jotka ovat saaneet perhepatologiasta arvon 1 tai 2, omistivat terveen vanhemman, joka oli entuudestaan tai yhteistyön myötävaikutuksella pelastus lapselle. Suojaavaksi tekijäksi voidaan ajatella myös varhaislapsuus ilman äidin psykoosia sekä neljän lapsen lämpimänä ja läheisenä säilynyt suhde sairaaseen vanhempansa.

Potilasvanhemman diagnoosia tärkeämmäksi osoittautuivat sairaudentunto, halu ajatella vanhemmuutta erillään sairaudesta ja kyky pohtia, miten sairaus heijastuu vanhemmuuteen. Tämän tutkimuksen potilasvanhemmat olivat kaikki kroonisesti sairaita ja sairaus oli yleensä alkanut lapsen ollessa pieni. He olisivat tarvinneet paljon vankempaa tukea vanhemmuuteen jo sairauden alkuvaiheista alkaen. Aviopuolisilla oli usein omia mielenterveydellisiä rasitteita tai he kärsivät kumppanin kautta tulevista paineista. Ilmeni, että perheenjäsenet olivat jääneet vaille sekä tukea että informaatiota sairaudesta. Eräs isä vietti mahdollisimman paljon aikaa poissa perheestään ja odotti loukkaantuneena, milloin hänen vaimonsa ”ryhdistäytyy”. Kun hän sai tietoa ja tukea oman pettymyksensä kestämiseen, hän havahtui aivan uudella tavalla tiedostamaan, miten tärkeää hänen oli auttaa lapsiaan tässä tilanteessa. Kolme perheistä päätyi eroon ja lapset jäivät isälle, terveemmälle puolisolle. Ero tuntui kuitenkin selkiyttävän lasten kaoottista perhe-elämää.

Perheille annettiin yksilöllistä palautetta tutkimustuloksista ja heille järjestettiin erilaisia tukitoimia yhteistyössä lastensuojelun kanssa. Suojaavat tekijät otettiin lähtökohdaksi yritettäessä parantaa lapsen elämää. Palaute pyrittiin rakentamaan myönteiseksi. Kartoitettiin, oliko lapsella erityistaipumuksia tai mieluisaa harrastusta, kaverisuhteita, onnistumisen kokemuksia ja oliko käytettävissä aikuista, joka saattoi ymmärtää ja auttaa lapsen tilannetta. Lastensuojelun kautta saatiin järjestettyä lapsille harrastusmäärärahoja ja tukihenkilöitä ja esim. ”tukimummola” yhden perheen kahdelle tytölle.

Joitakin perheitä ei voitu jättää vain tukihenkilön varaan, koska psykoosiin liittyvät ongelmat olivat maallikolle liian vaikeita. Viidessä perheessä psykiatrinen työntekijä on tehnyt säännöllisiä kotikäyntejä usean vuoden ajan tukien vanhemmuutta lasten murrosiän alkuvaiheissa. Muihinkin perheisiin on pidetty harvajakoista tai tarpeen mukaan tiiviimpääkin yhteyttä. Joillekin lapsille ehdotettiin yksilöterapiaa, mutta perheissä ei ollut siihen riittävästi motivaatiota. Muukin perheille tarjottu apu edellytti toisaalta aktiivisuutta ja sitkeyttä, toisaalta joustavuutta ja hienotunteisuutta työntekijöiden puolelta. Työssä yritettiin kehittää uutta työtapaa, koska vanhemmuuden tukeminen eroaa tavallisesta hoito-

suhteesta. Tämän työn todellisia tuloksia on vaikea arvioida. Jonkinlaista apua vaihtelevassa määrin on joka tapauksessa pystytty antamaan, mutta se ei aina välttämättä ole lapsen näkökulmasta riittävä. Työ kuitenkin osoittautui oikeansuuntaiseksi ja antoi vahvistusta siihen, että on mahdollista hoitoperinteessä ylittää vanhemman ja lapsen näkökulman välinen kuilu, laajentaa auttamisnäkökulmaa ja ratkoa myös hoidon ja kontrollin välisiä ristiriitakysymyksiä.

Pohdinta

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää skitsofreniapotilaiden lasten ongelmia. Ulkomaisten tutkimustulosten pohjalta oli hahmottunut oletus, että näillä lapsilla ilmenisi egon kehitystasoon liittyvää puutteellisuutta tai viivästymistä. Tätä haluttiin todentaa ja lisäksi haluttiin tarkennusta siitä, miten lasten sairastumisriskiä voitaisiin kussakin tapauksessa arvioida. Tietojen pohjalta oli jatkotavoitteena löytää keinoja ennaltaehkäisevään työhön. Tutkimuksen oletukset saivat vahvistusta ja tavoitteet saavutettiin.

Tutkimuksessa ilmeni, etteivät lasten vaikeudet tulleet helposti näkyviin koulussa eikä heitä olisi saatu eroteltua kyselytutkimuksen avulla, ei myöskään neuvola- tai synnytystietojen pohjalta. He eivät olleet keskimäärin muita huonompia älykkyydeltään tai visuo-motoriselta kyvyiltään

Kyselylomakkeiden merkitys riskilasten seulonnessa osoittautui tämän tutkimuksen perusteella varsin heikoksi, aivan kuten aikaisemmassa Wreden tutkimuksessa, jossa jäi avoimeksi, miksi osa lapsista sai ”liian hyvän” tuloksen. Mahdollinen selitys voisi olla lasten yritys ylläpitää hyvää sosiaalista julkisivua opettajille, mitä lomakkeessa ei ole kontrolloitu. Rutterin lomaketta on kritisoitu myös siitä, että se huomioi enemmän aktiiviseen käyttäytymiseen liittyviä ongelmia kuin passiivisuutta ja vetäytyneisyyttä. Lasten kyselylomakkeen perusteella lapsilla ei ilmennyt erityisesti depressiota. Lomake ei mittaa depression kieltämistä, jota lapsilla saattoi olla.

Kotikäyntien antama informaatio kuitenkin osoitti, että lapset elivät pitkäaikaisessa stressitilanteessa, johon liittyi jäsentymättömyyttä tai kaoottisuutta kodin toiminnoissa ja kommunikaatiossa, puutteel-

lista huolenpitoa, hyvin vähän virikkeellisyttä tai kannustusta sekä pelottavia, harhojen sävyttämiä tilanteita. Lapset yrittivät käyttäytyä sosiaalisesti hyväksyttävällä tavalla ja usein samalla huolehtivat sairaasta vanhemmasta.

Kun lapset tutkittiin perusteellisesti monipuolisilla menetelmillä ja tähän yhdistettiin perheissä kerätty kokonaisvaltainen tieto, saatiin paljon syvällisempää ymmärtämystä, kuin olisi ollut mahdollista kyselytutkimuksen avulla. Yksilöllisessä tarkastelussa paljastui, että psykoosiperheiden lapset joutuivat käyttämään selviytymiseensä paljon energiaa oman kehityksensä ja terveytensä kustannuksella.

Oletukset lasten vaikeuksista liittyivät toisaalta nimenomaan psykoosin sairastumisriskiin viittaaviin ennusmerkkeihin ja toisaalta yleisempiin vaikeuksiin. Ensinmainituista selkeimmin tuli esiin tutkimusryhmän lasten suurempi tendenssi ajatteluhäiriöihin. Tämä yhdistyneenä epätarkkaan havaitsemiseen voi ilmaista jo tässä vaiheessa alkavaa skitsofrenista sairauskehitystä. Tämän suuntaisia merkkejä ilmeni puolella tutkimuslapsista. Lapsilla oli myös vaikeutta ylläpitää realiteettitajua ja epäaidon sosiaalisen roolin ylläpitäminen oli monella lapsella jo osa persoonallisuutta false self -piirteiden muodossa.

Jälkimmäisiä, yleisempiä vaikeuksia olivat mm. persoonallisuuden heikompi eriytyneisyys, huonompi kyky hallita stressitilanteita ja ihmissuhdevaikeudet. Niissä ero indeksi- ja tutkimusryhmän lasten välillä ei ollut yhtä selvä kuin sairastumisriskiin liittyvissä muuttujissa. Tämä liittyy todennäköisesti myös siihen, että vertaistuksen vuoksi avioeroperheet tulivat yliedustetuksi vertaisryhmässä. Voidaan olettaa, että myös avioeroperheessä lapsilla on stressiä ja pitkäaikaisiakin ongelmia, jotka kuluttavat energiaa ja haittaavat lapsen omaa kasvua ja kehitystä. Jos vertailu olisi tehty ehjien perheiden kanssa, erot olisivat voineet olla suuremmat.

Tutkimuksen lähestymistapa on yhdistelmä tilastollista ja case-tutkimusta. Määrällisesti pieni aineisto on tilastollisen tarkastelun minimirajoilla. Vertaistettujen parien käyttö tuntui sopivalta ja vertaistus onnistui käytännössä odotuksia paremmin. Vertaistus lieventää otoksen pieneen kokoon liittyviä epäilyksiä. Näinkin pienessä aineistossa on siten saatu suuntaa antavia, kansainvälisten tutkimusten kanssa samansuuntaisia tuloksia. Kyseessä oli myös pilottitutkimus, jossa oli tärkeä saada käytännön

tuntumaa ja näkemystä psykoosiperheistä. Tilastollinen tarkastelu antaa aineistolle raamit, joiden varassa voi tarkastella yksityistapauksia kliinisellä silmällä.

Kliiniset aineistot ovat usein pieniä ja tämäntyyppisen aineiston kerääminen oman organisaation potilaista oli erityisen työläs ja herkästi haavoittuva prosessi, samoinkuin sen tutkiminen, joka on tehty virkatyön ohella pienillä resursseilla. Heterogeenistä aineistoa oli ensin tarkoituksenmukaista saada vertailukelpoisiin rajoihin, mikä karsi aineiston puoleen. Kato verotti vielä osan tästä joukosta.

Kato herättää ajattelemaan, minkälaisissa oloissa elävät ne lapset, jotka eivät tulleet tutkimukseen. Osallistuivatko tutkimukseen vain ne perheet, joissa on kykyä ajatella lapsen etua? Perheen taholta tulleet kieltäytymiset kertovat perheiden halusta suojautua ja välttää leimautumista. Tutkimuksen ajankohtana vallinnut hoitoajattelu oli merkittävä tekijä, koska osa hoitavista henkilöistä ei uskaltanut ottaa tutkimusta edes puheeksi potilaansa kanssa. Vanhemmuudesta tai lasten asemasta psykoosiperheessä ei oltu totuttu puhumaan ja aihe herätti hankalan tuntuista ongelmia hoitosuhteen kannalta. Projekti on kuitenkin omalta osaltaan pyrkinyt auttamaan aikuispsykiatrian työntekijöitä ajattelemaan, miten tarpeellista on huomioida myös lasten näkökulma. Nykypäivänä on kehitetty myös monia toimivia yhteistyömalleja.

Tutkimuksessa oli tärkeää löytää relevantteja erottelevia muuttujia, jotka lisäksi tarjoaisivat soveltamismahdollisuuksia käytännön kliiniselle ja ennaltaehkäisevälle työlle. Skitsofreniaindeksiä ja ajatteluhäiriöindeksiä on kehitetty vuosien empiirisellä työllä, mutta niitä ei oltu aikaisemmin sovellettu suomalaisiin aineistoihin, joka tuotti joitakin hankaluuksia. Niitä ei ole myöskään käytetty ennustamiseen vaan skitsofrenian toteamiseen. Näiden indeksien merkitys ennusteena tuntuu kuitenkin perustellulta, koska ne liittyvät sisällöltään keskeisesti psykopatologiaan ja tuntuvat osuvan johonkin olennaiseen. Skitsofreniaindeksi erottelee skitsofreniaryhmän potilaat hyvin kaikista muista sairausryhmistä ja siksi se on parempi ennuste kuin yksittäiset, erilaisiin asioihin liittyvät muuttujat.

Näitä mittareita voisi myös käyttää opetuksen tai tarvittavan tukiohjelman suunnittelussa. Ajatteluhäiriötaipumusta ei ole helppo havaita koulumaailmassa, koska kielen lipsahdukset ovat tyypillisiä kehittyvän lapsen kielenkäytössä. Niiden runsaus tai muu erikoinen käyttäytyminen saavat kuitenkin opettajatkin havahtumaan, että jotain on vialla. Silloin olisi tärkeää pystyä tutkimaan asiaa tarkemmin ja diagnosoida tendenssi ajattelun vääristymiseen. Pitäisi myös olla keinoja asian korjaamiseen.

Tämän esityksen painopiste oli tutkimusryhmän lasten yksilöllinen tarkastelu. Yleisiin tilastoihin nojaavan todennäköisen sairastumisriskin perusteella tutkitusta joukosta 1-2 lasta tulisi sairastumaan skitsofreniaan ja runsas puolet tulisi kärsimään erilaisista psyykkisistä oireista ja häiriöistä.

Tehdyn tarkastelun perusteella kaksi tutkimusryhmän lasta olikin hyvin patologisessa kehitystilanteessa ja toinen heistä jopa sijoitettavissa Paon ryhmään kolme, jossa nähdään vaikeiden oireiden alkaminen jo lapsuudessa. Nämä lapset tuntuivat lisäksi olevan jo jollakin tavoin avun saavuttamattomissa ja tukitoimet jäivät melko pinnallisiksi. Runsa puolet tutkimusryhmän lapsista sai huolestuttavan riskiennusteen. Tällä ryhmällä oli vaihtelevasti mahdollisuuksia ottaa vastaan apua ja hyötyä viranomaisten tuesta. Loput lapset tuntuivat selviytyvän paremmin ja heillä oli parempi luonnollinen tukiverkosto tai he osasivat käyttää paremmin hyväksi saamaansa apua. Varsinaisia superlapsia tässä joukossa ei ollut, mutta lasten sitkeys ja selviytymisstrategiat ansaitsevat arvostusta sinänsä.

Lasten jakautuminen tutkimusajankohtana ei tietenkään välttämättä ole sama kuin se olisi aikuisiässä, jos tehtäisiin seurantatutkimus. Lasten elämänsä voi johtaa moneen suuntaan.

Vaikka lapsen voi testauksessa sijoittaa johonkin kategoriaan, tuntuu käytännön työssä yhtä tärkeältä miettiä niitä ennustetekijöitä, jotka liittyvät lapsen perheeseen ja elinoloihin. Projektin kautta nousee esiin monenlaisia haasteita ja suosituksia ehkäisevälle työlle. Terveempi puoliso on avainasemassa, mutta hän tarvitsee tukea omaan selviytymisprosessiinsa. Psykoottinen vanhempi tarvitsee oman hoidon lisäksi vanhemmuuden tukea. Koko perheen huomioiminen perheterapian tai perhekeskeisen työn keinoin on tärkeää sairauden akuutissa vaiheessa, varsinkin ensi kertaa sairastuneille. Perheen vanhemmuutta tukevat luonnolliset tukiverkostot tulisi huomioida ja miettiä, miten ammatti-ihmisten apu täydentää tai korvaa niitä. Pienen lapsen tärkeät varhaiset kehitysvaiheet olisi erityisesti otettava huomioon.

Projekti toi myös päivänvaloon, miten vaikea lastensuojelun on seurata ja tukea psykoosiperheen lasten selviytymistä, muunmuassa siksi, että psykoottisen vanhemmuuden puutteet eivät usein ole näkyviä kuten esim. väkivaltaisissa tai alkoholisoituneissa perheissä. Psykiatrian suunnalta ilmoitusvelvollisuus ja tiedonantamisvelvollisuus vaitiolovelvollisuutta vahvempana on myös huonosti tiedostettu ja vaikea asia. Psykoosiperheiden lapsille voisi kuitenkin nykyistä enemmän tarjota psykiatrian

ja lastensuojelun yhteistyönä jo raskauden ajasta ja varhaislapsuudesta lähtien ennaltaehkäiseviä avo-
huollon tukimuotoja, joilla voidaan auttaa lapsen kehitystä ja ehkäistä huostaanottoja. Huostaanot-
tokin on joissakin tapauksissa tarpeen ja silloin se pitäisi tehdä aikaisemmassa vaiheessa, jos nähdään,
että lapsi on vaarantuneissa oloissa. Nyt usein odotetaan vuosikausia ja joudutaan ehkä kuitenkin
siihen lopulta. Suomessa tulisi olla sellaisia paikkoja, joihin voidaan sijoittaa myös yksinhuoltajaäiti
tai koko perhe opettelemaan arkipäivästä ja vanhemmuudesta selviytymistä.

Eräs tutkimuksen keskeinen havainto liittyi näennäisesti selviytyviin lapsiin. Yrittäessämme piirtää
näille urheille lapsille ääriviivoja tuntui Janssonin kertomus Ninnistä hyvin luonnehtivan heitä. Ne
lapset, jotka taitavimmin pystyivät näyttämään hyvin pärjäävää lasta, olivat kuitenkin kaikki huo-
nosti selviytyvien, huolestuttavien lasten osaryhmässä. Tutkimus tuntui siten vahvistavan teoriaa siitä,
että psykologisesti yksin jäänyt lapsi on silloin kehittänyt itselleen defenssirakennelman, false-selfin.
Se on selviytymisstrategia, joka auttaa lasta kasvuvuosina, mutta voi osoittautua tuhoisaksi aikuis-
tumisen kynnyksellä.

Aikuisten on hyvä herkistyä kuulemaan näiden lasten usein vihjauksenomainen tai peitetty avunpyyn-
tö ja pyrkiä julkisivun taakse luomaan lapsen luottamuksellinen kontakti. Vain lapsen sisäistä maa-
ilmaa ymmärtämällä häntä pääsee auttamaan todellisella tavalla.

Taulukko 1.

Huonojen testitulosten kasautuminen riskilapsille

LAPSI NO	1 + SKITS. INDEKSI	2 = DIAGN. INDEKSI	3.RISKI- ENNUS- TE	ÄLYK- KYYS	VISUO- MOTO- RIIKKA	AJAT- TELU- HÄIRIÖ	SEPAR. INDIVI- DUAAT.	FALSE SELF
POIKA 11	4	4	8	-	-	-	-	-
TYTTÖ 03	4	4	8	+		-	-	-
TYTTÖ 09	4	3	7	-		-	-	
POIKA 05	3	3	6			-	-	
TYTTÖ 23	3	3	6	-	-			-
POIKA 15	3	3	6					-
TYTTÖ 01	3	3	6			-		
TYTTÖ 07	3	2	5	+		-		-
POIKA 25	2	3	5				-	
TYTTÖ 19	2	2	4	-				
POIKA 27	2	2	4					
POIKA 29	1	2	3					
POIKA 13	1	2	3	+				
TYTTÖ 21	1	2	3					
TYTTÖ 17	1	1	2	+				

Taulukko 2.

Riskilasten perhetaustaan ja lapsuuteen liittyviä tekijöitä

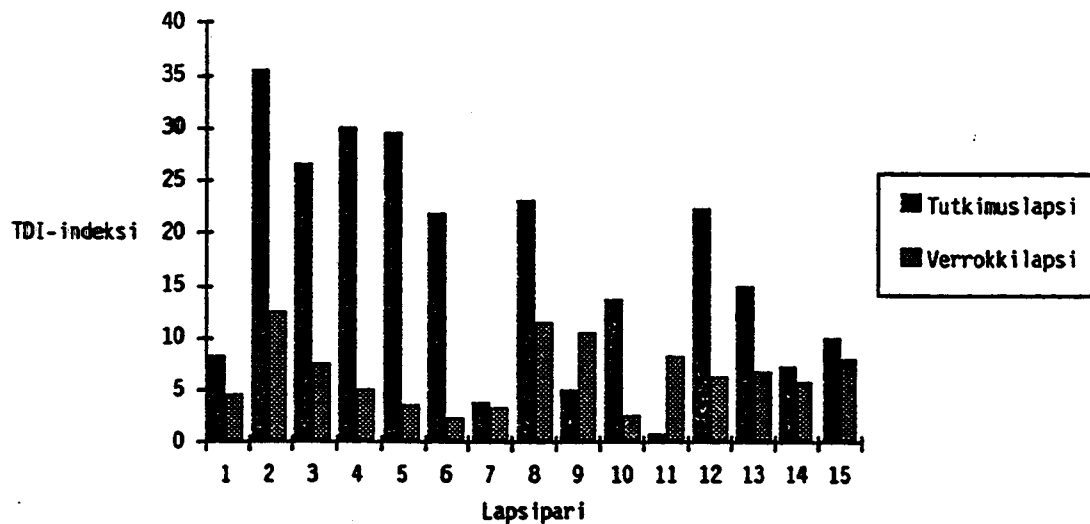
LAPSI NO	RISKI- ENNUSTE	VANHEMPIEN PATOLOGIA	MONIONGEL- MAISUUS	ALLE 3 V ÄIDIN PSYKOOSI	NEUVOLAN SEURANTA	OPETTAJAN ARVIO
POIKA 11	8	5	--	-	-	-
TYTTÖ 03	8	5	--	?	-	-
TYTTÖ 09	7	2		-		-
POIKA 05	6	4	--	-	-	-
TYTTÖ 23	6	4	-			
POIKA 15	6	4				+
TYTTÖ 01	6	3	-	-	-	-
TYTTÖ 07	5	2				+
POIKA 25	5	5	--	-	-	+
TYTTÖ 19	4	1				
POIKA 27	4	2	-	-		
POIKA 29	3	2	-	-		
POIKA 13	3	4				
TYTTÖ 21	3	1				-
TYTTÖ 17	1	1				

Kuva 1.

Rorschach-testistä laskettu ajatushäiriö

Keskiarvot: Tutkimusryhmä 16.9

Verrokkiryhmä 6.5

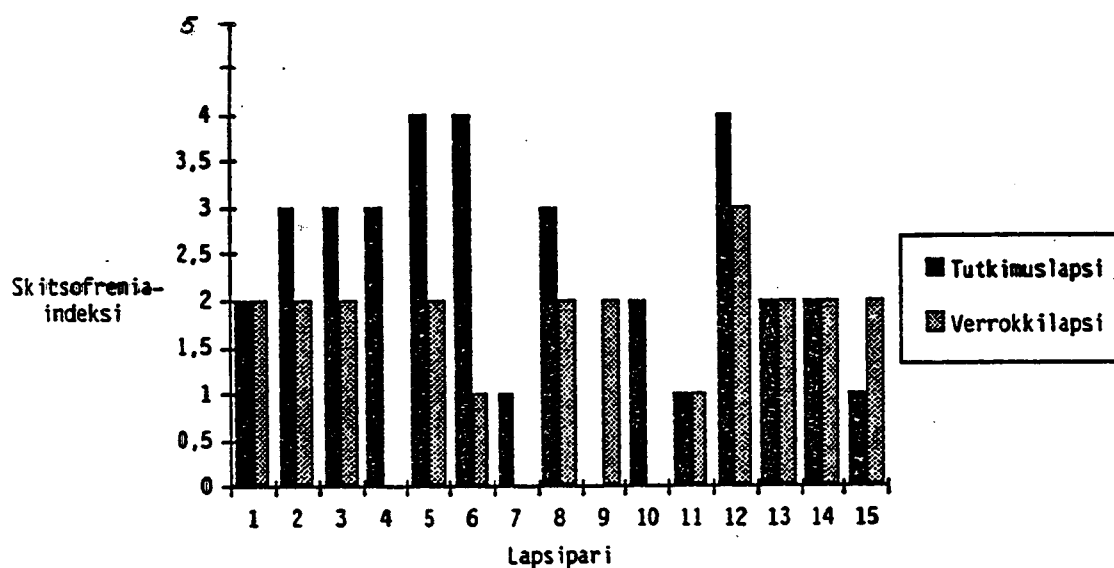
Wilcoxonin parivertailun T-testi $p < 0.1$ 

Kuva 2.

Rorschach-testistä laskettu Exnerin skitsofrenia-indeksi.

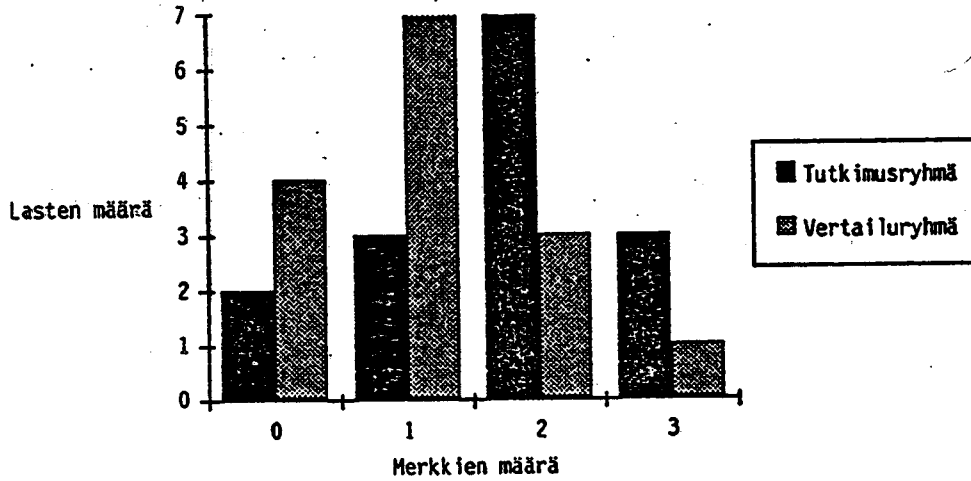
Keskiarvot: tutkimusryhmä 2.20

verrokkiryhmä 1.20

Ei tilastollisesti merkitsevää eroa
(Parivertailun T-testi)

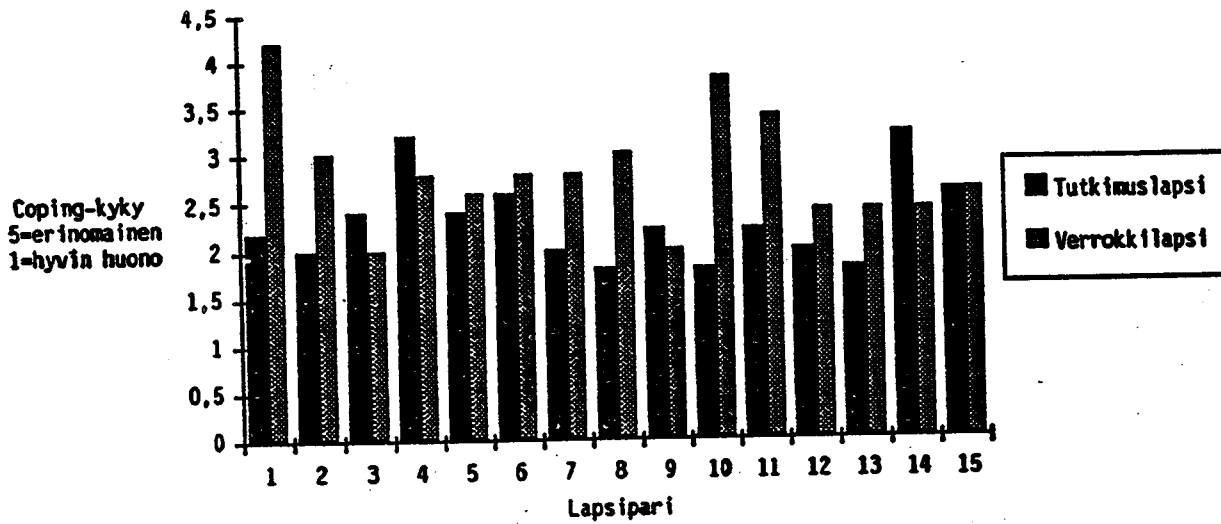
Kuva 3.

Emotionaalisen häiriön merkit ihmispirroksessa
Wilcoxon NS ($p < .10$)



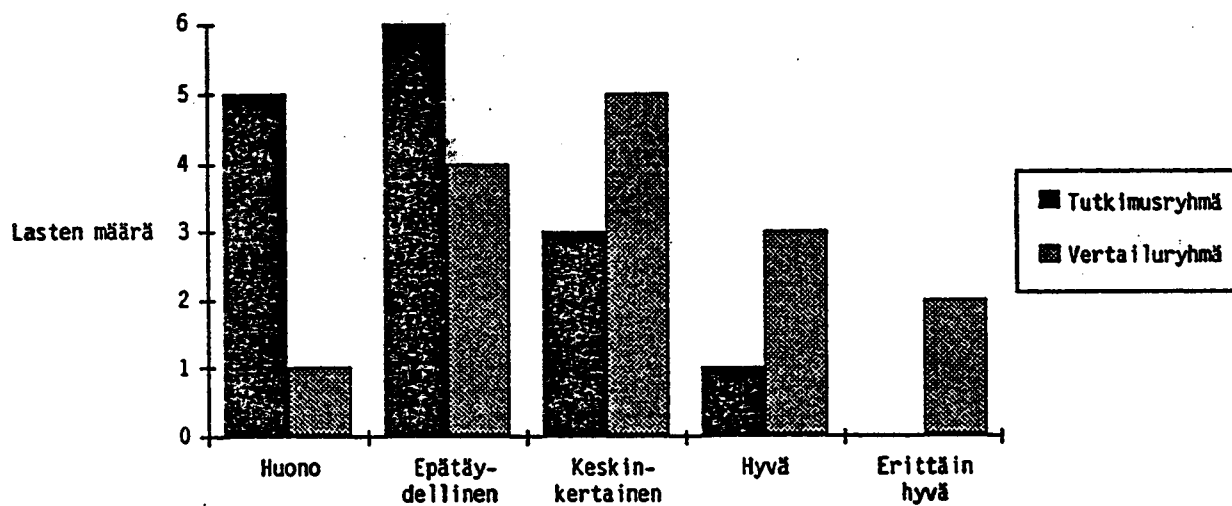
Kuva 4.

Lapsen coping-kyky MAPS-kertomuksista arvioituna.
Keskiarvot: Tutkimusryhmä 2.3, vertailuryhmä 2.8
Wilcoxon $p < .05$



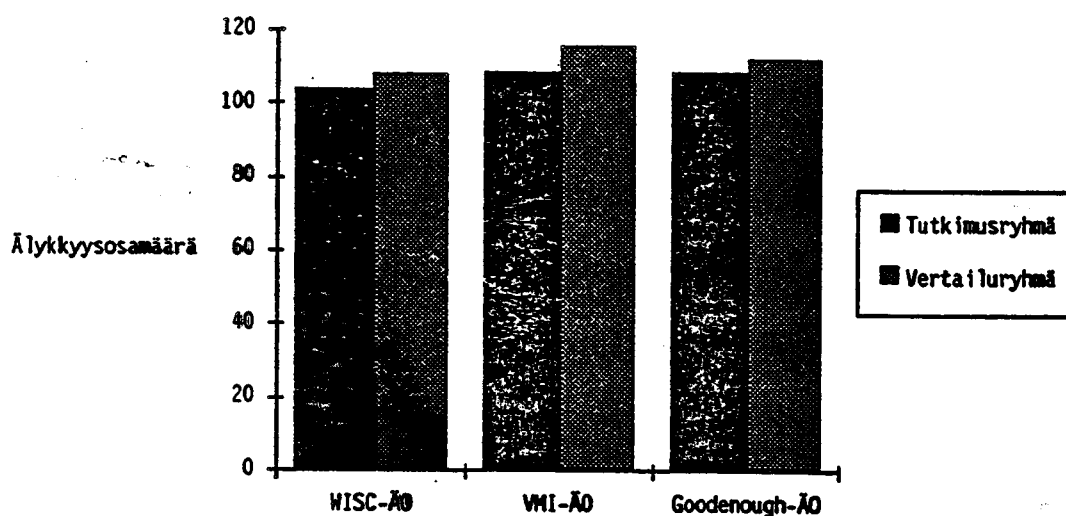
Kuva 5.

Separaatio-individaatio-kehitystaso Le Patte Noire-testistä arvioituna.
Wilcoxon $p < .01$.



Kuva 6.

Älykkyydestien kokonaispisteet. Ei tilastollisesti merkitseviä eroja
(Wilcoxonin parivertailun T-testi).



Lähteet:

- Aaltonen, J. (1982). Perhekeskeisen hoitoprosessin lähtökohdat psykiatrisessa avohoidossa. Turun yliopiston julkaisuja, sarja C osa 35.
- Aarkrog, T. & Mortensen, K. (1985). Schizophrenia in early adolescence. A study illustrated by long-term cases. Acta Psychiatrica Scandinavica 72: 422-429.
- Alanen, Y. (1993). Skitsofrenia, syyt ja tarpeenmukainen Hoito. WSOY, Porvoo.
- Alanen, Y. , Kinnunen, P. (1974). Perheterapia sitsofrenian hitomuotona . Osa 2 . Kela ML 3. Helsinki.
- Arboleda, C. (1985). Thought disorder in children at risk for psychosis. Archives of General Psychiatry 42(10): 1004 - 1013.
- Asarnow, J. (1980). Interpersonal competence in preadolescent boys: An analysis of peer assessment measres and social interaction. Doct. dissertation. Univ. of Waterloo, Ontario.
- Beery, K. (1983). Visual-Motor Integration. Modern Curriculum Press, Cleveland, Toronto.
- Berg-Brod'en, M. (1989). Mor och barn i ingenmansland. Almqvist & Wiksell, Stockholm.
- Blank, G. & Blank, R. (1974). Ego psychology. Theory and practice. Columbia University Press, New York.
- Brockington, I. & Kumar, R. (1988). Motherhood and mental illness. Wright, London.
- Brown, G., Monck, E., Carstairs, G. & Wing, J. (1962). Influence of family life events on the course of schizophrenic illness. British Journal of Preventive and Social Medicine 16: 55 - 68.

Corman, L. (1961). Le Test Patte Noire. Manuel 1-2. Presses Universitaires de France.

Crosby, D. (1989). Gowing up with a schizophrenic mother. First person account. Schizophrenia Bulletin 15(3): 507 -509.

Crossling, P., Brooker, A. & McGrath, G. (1988). Nursing mentally ill mothers with their babies. Journal of Reproductive and Infant Psychology 6(1): 41 - 50.

Exner, J. (1978). The Rorschach: A comprehensive system. Volume 2: Recent research and advanced interpretation. John Wiley & Sons, New York.

Exner, J., Weiner J. (1982). The Rorschach: A comprehensive system. Volume 3. Assessment of children and adolescents. John Wiley & Sons, New York.

Fraiberg, S. (1974). The invisible children, teoksessa: The syndrome of the psychologically invulnerable children. Toim. Anthony, E. & Koupernik, C. , John Wiley & Sons, New York.

Fish, B. (1987). Infant predictors of the longitudinal course of schizophrenic development. Schizophrenia Bulletin 13(3): 359-409.

Freud, A. (1981). Psychoanalytical psychology of normal development. Hogarth Press and Institute of Psychoanalysis, London.

Garrone, G. Jablensky, A. & Manzano, J. (1986). Jeunes parents psychotiques et leurs enfants. Biologie et Psychologie. Villeurbanne, Simep.

Grunbaum, L. , Gammeltoft, M. (1993). Young children of schizophrenic mothers: difficulties of intervention. American Journal of Orthopsychiatry 63(1): 16 - 27.

Goodenough, F. (1926). Measurement of intelligence by drawings. Harcourt, Brace, New York.

Isohanni, M. , Larivaara, P. & Winblad, I. (1996). Perusterveydenhuollon psykiatria. Gummerus, Jyväskylä.

Jansson, T. (1970). Näkymätön lapsi. WSOY, Porvoo.

Johnston, M. , Holzman P. (1979). Assessing schizophrenic thinking. A clinical and research instrument for measuring thought disorder. Jossey-Bass Publishers, Washington.

Kauffman, C. , Grunebaum, H. , Cohler, B. & Gamer, E. (1979). Superkids: competent children of psychotic mothers. American Journal of Psychiatry 136(11): 1398 - 1402.

Kernberg, O. (1976). Object-relations theory and clinical psychoanalysis. J. Aronson, New York.

Koppitz, E. (1976). Psychological evaluation of children's human figure drawings. New York.

Kovacs, M. (1980). Rating scales to assess depression in school-aged children. Acta Paedopsychiatrica :46: 305-15.

Larmo, A. (1992). The parent's psychosis, impact on family and children. Turun yliopiston julkaisu. Sarja D/84.

Lerner, P. (1985). The false self concept and its measurement. The Ontario Psychologist 17 (6): 3 - 6.

Lidz, T. , Flick, S. & Cornelison, A. (1965). Schizophrenia and the family. International Universities Press, New York.

Ojanen, M. , Sariola, E. (1985). Skitsofrenia. Otava, Keuruu.

Pao, P. (1989). Schizophrenic disorders. International Universities Press, Connecticut.

Rutter, M. (1967). A Children's questionnaire for completion by teachers: Preliminary findings. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines 8: 1-11.

Rutter, M. (1978). Early sources of security and competence, teoksessa: Human Growth and Development. Toim. Bruner, J. & Garton, A., Oxford University Press, New York.

Rutter, M. (1981). Stress, coping and development: some issues and some questions. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines 22: 323 - 356.

Räkköläinen, V. , & Alanen, Y. (1982). On the transactionality of defensive processes. International Review of Psycho-Analysis 9: 263 - 272.

Sameroff, A. , Zax, M. (1973). Perinatal characteristics of the offspring of schizophrenic women. Journal of Nervous and Mental Disease 157: 191 - 199.

Schaffer, R. (1990). Making decisions about children. Psychological questions and answers. Blackwell Publishers, Oxford, UK.

Schlusinger, H. (1976). A ten year follow-up of children of schizophrenic mothers: Clinical assessment. Acta Psychiatrica Scandinavica 53: 371 -386.

Schneidman, E. (1976). Making a Picture Story. The Psychological Corporation, New York.

Selvini - Palazzoli, M. (1989). Family games. general models of psychotic processes in the family. Karnac Books, London.

Singer, E. (1965). Key concepts of psychotherapy. Random House, New York.

Stierlin, H. , Rucker-Emden, I. , Wetzell, N. , Wirsching, M. (1977). Das erste familiengespräch. Ernst Klett, Stuttgart.

Tienari, P. (1991). Interaction between genetic vulnerability and family environment: the Finnish adoptive family study of schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica 84(5): 460 - 465.

Tienari, P. , Wynne, L. , Moring, J. , Lahti, I. , Naarala, M. , Sorri, A. , Wahlberg, K-E. , Saarento, O. , Seitamaa, M. , Kaleva, M. & Läksy, K. (1994). The Finnish adoptive family study of schizophrenia. Implications for family research. British Journal of Psychiatry 164 (23): 20 - 26.

Tuori, T. (1982). Sairas vanhempi perheessä. Julkaisematon artikkeli.

Tuori, T. (1987). Naimisissa olevien skitsofreniapotilaiden systeeminen perheterapia. Turun yliopiston julkaisuja, sarja C, osa 62.

Vartiovaara, A. , Mäkelä, S. , Hoffman, D. , Kaare B. (1991). Vanhemman skitsofrenian vaikutus lapsen fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen. Tapaus-verrokkitutkimus. Pitkäaikaisten stressitekijöiden ja suojaavien tekijöiden arviointia. Raportti, Jorvin psykiatrian yksikkö.

Vartiovaara, A. , Mäkelä, S., Pykäläinen, R. (1990) Effects of parental schizophrenia on children's mental health. Psychiatria Fennica 21: 87 - 103.

Watt, N. , Anthony, J. , & Rolf, J. (1984). Children at risk for schizophrenia. Grune & Stratton, New York.

Winnicott, D. (1987) Ego distortion in terms of true and false self, kirjassa: Winnicott, D. The Maturation Processes and Facilitating Environment. The Institute of Psychoanalysis, London.

Wrede, G. (1984). Vulnerability to schizophrenia. A theoretical and empirical approach. General psychology monographs, no B 5. University of Helsinki, Helsinki.

Zerbin-Rudin, E. (1972). The genetics of schizophrenia: An international survey. Psychiatric Quarterly 46: 371 - 383.

Liite 1.

Häiriintynyt ajattelu Exnerin skitsofreniaindeksin mukaan

Häiriintynyttä ajattelua ilmaistaan Exnerin järjestelmässä ns. kriittisten erityisosioiden ja niiden painotetun summan avulla.

Kriittiset erityisosiot:

DV

a) neologismit, väärät ilmaukset, sanalipsahdukset. Esimerkki: ”bakteereita, jotka näkyvät teleskoopissa”.

b) kaksoisilmaus, esim. ”kahden ihmisen pari”, ”trio, jossa on kolme ihmistä”.

DR

a) sopimattomat lauseet, esim. ”tässä on lintu, vaikka odotin näkeväni perhosen”, ”jotain, mitä en ole koskaan nähnyt, mutta ei ole kyllä kukaan muukaan”, ”kohtu, joka ei ole mukava tällä tavoin, koska vauva on lähtenyt”, ”tanssija, joka on täysin anonyymi, koska hänen ruumistaan ei näy”.

b) kehää kiertävät vastaukset, esim. ”se näyttää mantereen kartalta, voin kertoa, koska olen matkustellut paljon ja tuo keskiviiva on jotain, mitä arabit tekisivät, jakaisivat sen kuin kartan, joka edustaa pimeyttä ja se on luultavasti Afrikan ja Itä-Aasian kartta.

INCOM

Yhteen vastaukseen on liitetty sopimaton yksityiskohta: ”neljäjalkainen kananpoika”, sammakko, jolla on viikset”, ”nainen, jolla on kananpää”.

FABCOM

Kaksi tai useampia erillisiä vastauksia, jotka ovat yhdistettynä toisiinsa tavalla, joka ei sovi. ”Kaksi kananpoikaa pitelee koripalloja”. Myös läpinäkyvyudet koodataan tähän, esim. ”iso mies, voin nähdä hänen sydämensä lyövän”.

CONTAM

tulee vaikutelma, että kaksi erillistä vastausta on sulautunut yhteen yhdeksi vastaukseksi, joka ei enää vastaa todellisuutta. ”Kotilohärän naama”, ”lintukoira, koska sillä on koiran ruumis ja linnun nenä”, engl. ”butterflower” (sanoista butterfly ja flower).

ALOG

sopimaton logiikka. ”Tämä on hyvin pieni leijona, koska se on vain yksi osa kuvasta.” ”Tämä vihreä on varmasti salaattia, koska se on jäniksen vieressä”, ”se on pohjoisnapa, koska se on ylhäällä”. (ALOG ei skoorata, jos se liittyy enemmänkin vastauksen kuvailuun, skoorataan, jos se tarjotaan spontaanisti ja konkreettisesti esitettynä.)

WSUM6

on kriittisten osioiden painotettu summa. Painoarvot: DV=1, INCOM=2, DR=3, FABCOM=4, ALOG=5 ja CONTAM=7.

Mikään kriittisistä osioista ei ole välttämättä huolestuttava esiintyessään harvoin, kaikilla voi olla 1 - 2 kriittistä merkkiä. Lapsilla on enemmän, 7-vuotiailla keskimäärin 5 ja 10-vuotiailla 4. Ne edustavat jatkumoa, DV on lievän, CONTAM voimakkain.

Exnerin skitsofreniaindeksi

Exnerin skitsofreniaindeksi on kehitetty monen vuoden empiirisen tutkimustyön tuloksena. Lähtökohtana on neljä piirrettä, jotka liittyvät skitsofreniaan: epätarkka havaitsemiskyky, häiriintynyt ajattelu, huono impulssikontrolli ja sosiaalinen tyhjiys. Kaikkia näitä voi esiintyä eri potilasryhmillä. Kuitenkaan millään muulla kuin skitsofreniaryhmällä ei yhtä aikaa yhdessä kohdat 1 ja 2.

Lapsuuden skitsofrenia on harvinainen. Sen katsotaan alkavan 7. ikävuoden jälkeen (esiintymistiheys 3-4/10 000, kuitenkin joka ikävuoden kohdalla esiintymistiheys kasvaa.) Ennen 7. ikävuotta puhutaan varhaislapsuuden autismista, joka on myös harvinainen (1-2/10 000). Lapsuuden skitsofrenian kliininen kuva muistuttaa aikuisen sairauden kuvaa ja sen diagnosoinnissa pätevät samat kriteerit kuin aikuisilla. Jollei lapsuuden skitsofreniaa pystytä hoitamaan, tulee lapsesta aikuisena skitsofreniapotilas.

Testimateriaali ei anna tietoa kaikista diagnoosin teossa tarvittavista kriteereistä. Anamnestiset tiedot ja kliininen historia ovat tarpeelliset selvittäessä esim. hallusinaatioiden esiintymistä.

Jos skitsofreniaindeksistä saa arvon 5, skitsofrenian todennäköisyys on korkea ja väärän todennäköisyyden mahdollisuus pieni. Jos neljä kriteeriä on positiivista, on skitsofrenian mahdollisuus olemassa, mutta väärän todennäköisyyden mahdollisuutta ei voida poissulkea.

Kriteerit 1 ja 2 liittyvät havaitsemisen tarkkuuteen, kriteeri 3 huonotasoiisiin M-vastaukseen (jotka ovat harvinaisia muissa kuin skitsofrenikkojen pöytäkirjoissa) sekä kriittisten koodien painotettuun summaan, kriteerit 4 ja 5 ajatteluhäiriöön ja kriittisiin koodeihin, jotka on esitetty edellä liitteessä 4.

Kriteerit:

1. $X+ \% < 70$ (muototasoltaan hyvätasoisten vastausten summa alle 70%)
2. $X- \% > 20$ (muototasoltaan huonotasoisien vastausten summa yli 20 %) tai $FQ- < FQ u$ (muototasoltaan vääristyneiden vastausten lukumäärä ylittää epätavallisten, mutta ei vääristyneiden vastausten määrän.)
3. $M- > 0$ (huonotasoisia ihmisliikevastauksia) tai $WSUM6 > 11$ (ks. liite 3)
4. $Sum DV+DR+INCOM+FABCOM+ALOG+CONTAM > 4$
5. $Sum DR+FABCOM+ALOG+CONTAM > Sum DV+INCOM$ tai $M- > 1$.

Liite 2.

MAPS -testin stressitilanteiden hallintakykyä mittaavat muuttujat:

A. Ongelmatilanteista selviytyminen sisäisissä mielikuvissa

1. Jokaisesta MAPS -kertomuksesta arvioitiin, mikä tauluun sijoitetuista hahmoista oli kertomuksen päähenkilö. Päähenkilöt luokiteltiin sukupuolen, iän ja ihmistyyppin mukaan.
2. Lapsen tuottama kertomus sisälsi yleensä sellaisen ongelma- tai ristiriitatilanteen, jonka voidaan olettaa aiheuttavan psyykkistä stressiä, jos tilanne esiintyy todellisuudessa. Kertomukseen sisältyvän psyykkisen stressin olemassaolo, ilmenemistapa ja sisältö arvioitiin seuraavia luokkia käyttäen:
 - stressiä ei ole,
 - stressiä ei ilmene psyykkisellä tasolla, vaikka pitäisi,
 - psyykkinen stressi ilmenee tilanteeseen sopivasti,
 - psyykkinen stressi ilmenee ylikorostuneesti.
3. Lopuksi arvioitiin, miten hyvin kertomuksen päähenkilö selviytyy tästä stressitilanteesta. Päähenkilön selviytymistä käytettiin mittana lapsen kyvyllä selviytyä ongelmatilanteista.
4. Lisäksi on pisteytetty kertomukset sen mukaan, onko niissä onnellinen loppu, sekä sen mukaan, onko kertomuksissa usein esiintyvän ulkopuolisen auttajan tarjoama apu tyydyttävää vai ei.

B. Coping-kyky

Coping-kyky arvioitiin suoraan jokaisesta lapsen tuottamasta kertomuksesta kokonaisarviona, joka vaihteli nollasta viiteen. Arvioinnissa kiinnitettiin huomiota siihen, miten kehittyneesti lapsi on kertomuksessaan tuottanut, hallinnut ja ratkaissut kaikkia erilaisia tilanteita ja ristiriitoja.

Kaikki arviot tehtiin sokkona lasten tuottamista MAPS -kertomuksista. Ulkopuolinen arvioija ei tiennyt, ketkä lapsista kuuluivat tutkimusryhmään.

Liite 3.

Cormanin PATTE NOIR-testistä arvioitu lasten separaatio-individuaatiotaso.

Lasten kertomuksista arvioitiin seuraavia muuttujia:

1. Millä tavalla ja miten paljon oraalinen teema oli esillä
2. Äitimielikuvan pysyvyys/häilyvyys
3. Vanhempiin liittyvät mielikuvat idealisoituja/realistisia
4. Eroahdistuksen esiintyminen
5. Oidipaalitalanteessa ulkopuolisuuden hyväksyminen
6. Kotoalähdön teeman ja kasvuaiheen kuvaaminen
kasvuristiriitojen kieltäminen/tunnustaminen
7. Toivomukset regressiivisiä/kasvuun liittyviä
8. Ahdistavin aiheisiin liittyvät kieltäytymiset
9. Miten paljon lapsen oma ikä vastasi kertomuksen päähenkilön ikää

Sen perusteella, miten lapsi näitä aiheita käsitteli vastauksissaan, arvioitiin hänen SI -kehitystasonsa: 1. Huonoksi 2. Epätäydelliseksi 3. Keskinertaiseksi 4. Hyväksi 5. Erittäin hyväksi.

Näiden luokkien väliset erot ovat määrällisiä, jotain teemaa on jollain lapsella määrällisesti enemmän kuin toisella. Pöytäkirjoja tarkasteltiin myös ikäryhmittäin pyrkien poistamaan lapsen iän vaikutus tuloksiin. Arviointi tehtiin sokkona.

Viiteen eri luokkaan sijoittuneita kertomuksia luonnehtivat piirteet:

1. HUONO. Oraalinen teema oli kaikissa kertomuksissa voimakkaasti esillä. Kaikki kertomukset heijastivat jossain määrin eroahdistusta. Jos kotoalähtö oli kuvattu, oli selviytyminen heikohkoa. Kotoalähdön syy ei ollut koskaan kasvuun liittyvä. Kasvua ei kuvattu missään kertomuksessa. Oidipaalista ulkopuolisuutta ei täysin hyväksytty missään kertomuksessa. Oma rooli korteissa oli harvoin iänmukainen. Toivomukset olivat usein regressiivisiä. Esiintyi kieltäytymistä.
2. EPÄTÄYDELLINEN. Oraalinen teema oli korostunut useimmissa kertomuksissa. Erillään oleminen yleensä vaikeaa. Jos kotoalähtö kuvattu, ei selviytyminen ollut koskaan hyvää. Kotoalähdön syy ei ole koskaan kasvuun liittyvä, vaan usein puute, pelko tai riita. Oma rooli korteissa harvoin iänmukainen. Oidipaalista tilannetta ei täysin hyväksytty.
3. KESKINKERTAINEN. Oraalinen teema tai eroahdistus eivät korostuneet. Kotoalähtö oli kuvattu ja selviytyminen oli kohtalaista. Oidipaalista ulkopuolisuutta ei yleensä kielletty. Oma rooli useimmissa kertomuksissa iänmukainen. Toivomukset eivät olleet regressiivisiä.
4. HYVÄ JA ERITTÄIN HYVÄ. Oraalinen teema ei korostunut. Erillään oleminen oli helppoa. Kotoalähtö kuvattu. Lähdön syy yleensä kasvuun liittyvä ja selviytyminen hyvää. Oidipaalista ulkopuolisuutta ei kielletty. Oma rooli kaikissa kertomuksissa iänmukainen. Kieltäytymisiä ei esiintynyt.