

**LASTEN LEIKKITARINOIDEN TEEMOJEN JA
TUNNESISÄLTÖJEN YHTEYDET INTERNALISOIVIIN
OIREISIIN**

Sabina Lähteenmäki
Syventävien opintojen kirjallinen työ
Tampereen yliopisto
Lääketieteen yksikkö
Lastenpsykiatrian tutkimusryhmä
Lokaakuu 2013

Tampereen yliopisto
Lääketieteen yksikkö
Lastenpsykiatrian tutkimusryhmä

SABINA LÄHTEENMÄKI: Lasten leikkitarinoiden teemojen ja tunnesisältöjen yhteydet internalisoiviin oireisiin

Syventävien opintojen kirjallinen työ, 43 s.
Ohjaajat: Reija Latva el, LT, Ilona Luoma, ayl, LT

Lokakuu 2013

Avainsanat: MSSB, CBCL, leikki-ikä, tunne-elämän oireet

Strukturoidut leikkitarinamenetelmät mahdollistavat lapsen sisäisen maailman tutkimisen ikätasoisella tavalla, mutta tutkimusta leikkitarinoiden erityispiirteistä internalisoivasti oireilevilla lapsilla on tehty melko vähän. Erityisen vähän tutkimusta on tehty kliinisillä aineistoilla.

Tutkimuksen aineistona oli 106 Taysin lastenpsykiatrian klinikalla tutkimuksissa ja hoidossa ollutta lasta sekä 40 verrokkilasta. Lasten mediaani-ikä oli vuotta vuotta. Lapsille tehtiin MSSB-leikkitarinatutkimus ja heidän oireitaan kartoitettiin äitien täyttämällä CBCL-oirekyselylomakkeilla. Lapset jaettiin oireettomiin sekä internalisoivasti, eksternalisoivasti tai sekamuotoisesti oireileviin. Tavoitteena oli selvittää internalisoivasti oireilevien lasten leikkitarinoiden erityispiirteitä verrattuna muulla tavalla oireilevien sekä oireettomien lasten tarinoihin.

Internalisoivasti oireilevien lasten leikkitarinoissa havaittiin neutraalia tunnesisältöä enemmän kuin muilla ryhmillä. Surua tarinoiden esittämisessä internalisoivasti oireilevilla lapsilla esiintyi hieman vähemmän kuin oireettomilla lapsilla. Löydös voisi selittyä internalisoivien oireiden ilmiasulla; tunneilmaisu on latistunutta ja oireet sisäänpäin kääntyneitä. Ahdistuneisuutta tai äidin negatiivisia representaatioita havaittiin internalisoivasti oireilevilla lapsilla vähän eikä merkitseviä eroja ryhmien välillä havaittu. Isän representaatiot olivat internalisoivasti oireilevilla lapsilla useammin positiivisia/neutraaleja verrattuna oireettomien ja sekamuotoisesti oireilevien lasten ryhmään.

SISÄLLYS	
1 JOHDANTO	5
2 KIRJALLISUUSKATSAUS	6
2.1 Lasten psyykkiset ongelmat ja niiden esiintyvyys	6
2.1.1 Lasten ahdistuneisuushäiriöt	7
2.1.2 Lasten masentuneisuus	8
2.1.3 Lasten käytöshäiriöt	9
2.1.4 Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöt	10
2.2 Lastenpsykiatrinen tutkiminen ja leikkitarinat	11
2.2.1 Lastenpsykiatrinen tutkimus	11
2.2.2 Leikkitarinat osana lastenpsykiatrasta tutkimusta	11
2.3 Yhteydet käytöksen ja tunne-elämän ongelmien sekä leikkitarinoiden välillä	12
2.3.1 Internalisoivasti oireilevat lapset	14
2.3.2 Eksternalisoivasti oireilevat lapset	15
3 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET	17
4 AINEISTO	18
5 MENETELMÄT	20
5.1 MacArthur Story Stem Battery (MSSB)	20
5.2 Child Behavior Checklist (CBCL)	24
5.3 Taustatietolomake	25
5.4 Tilastolliset menetelmät	25
6 TULOKSET	26
6.1 Internalisoivien ja eksternalisoivien oireiden esiintyminen	26
6.2 Internalisoivasti oireilevien lasten leikkitarinat	27
6.2.1 Tarinoissa esiintyvät tunnesisällöt	27
6.2.2 Tarinoissa esiintyvät vanhempien representaatiot	27
6.2.3 Lasten tarinoissaan käyttämät ongelmanratkaisukeinot	28
6.2.4 Tarinoiden lopetukset	28
6.3 Internalisoivasti oireilevien lasten tarinoiden vertailu muiden ryhmien lasten tarinoihin	28
6.3.1 Internalisoivasti oireilevien ja oireettomien lasten tarinoiden erot	28
6.3.2 Internalisoivasti oireilevien ja eksternalisoivasti oireilevien lasten tarinoiden erot	31
6.3.3 Internalisoivasti oireilevien ja sekamuotoisesti oireilevien lasten tarinoiden erot	32
7 POHDINTA	33
8 LÄHTEET	39
9 LIITTEET	41

1 JOHDANTO

Pienten lasten psykiatrinen tutkiminen on haastavaa heidän kielellisten kykyjensä ja abstraktin ajattelunsa ollessa vielä kehittymässä. Lisäksi tutkimusta vaikeuttaa se, että pieni lapsi ei osaa vielä sanallisesti kuvailla omaa sisäistä maailmaansa. Erityisesti internalisoivien eli tunne-elämän oireiden havaitseminen on ongelmallista ilman lapsen kykyä kuvata sanallisesti tuntemuksiaan, minkä vuoksi oireet saattavat usein jäädä huomaamatta. Leikin kautta lapsi käy läpi omaa sisäistä maailmaansa, käsittelee kokemiaan asioita ja harjoittelee erilaisia tilanteita. Leikeissä esiintyy hahmoja, jotka kuvaavat tosielämän henkilöitä, mutta joihin lapset kokemukset ja toisaalta myös toiveet voivat vaikuttaa. Näitä lapsen sisäisen maailman muokkaamia todellisen maailman edustumia kutsutaan representaatioiksi. Ajatellaan, että representaatiot edustavat lapsen havaintoja ja kokemuksia, jotka ilmenevät leikissä esiintyvien hahmojen toimintoina ja piirteinä.

Vapaata leikkiä ja sen seuranta on käytetty osana lastenpsykiatrissa tutkimusta jo pitkään, mutta aiheeseen liittyvää tieteellistä tutkimusta on ollut vähäistä ja vaikeasti yhdisteltävää. Tähän tarpeeseen on kehitetty strukturoituja leikitutkimusmenetelmiä, joiden avulla lapsen sisäistä maailmaa voidaan avata ikätasoisella tavalla. Tutkimusta leikkitarinoiden eri piirteiden yhteyksistä lasten psyykkisiin ongelmiin on tehty melko paljon, mutta kliinisellä aineistolla tehtyjä tutkimuksia internalisoivasti oireilevien lasten leikkitarinoiden erityispiirteistä on edelleen vähän.

2 KIRJALLISUUSKATSAUS

2.1 Lasten psyykkiset ongelmat ja niiden esiintyvyys

Psyykkisiä ongelmia tai häiriöitä esiintyy 14–26 %:lla lapsista ja nuorista (Kumpulainen, 2004), mutta arviot vaihtelevat mielenterveyshäiriön määritelmän, tutkimusmenetelmän sekä tutkittavien ikäjakauman mukaan. Ikäryhmittäin esiintyvyys 52 tutkimuksen keskiarvona oli 1–5-vuotiailla 10,2 %, 6–12-vuotiailla 13,2 % ja 12–13-vuotiaista ylöspäin 16,5 % (Roberts ym., 1998). Suomalaisessa LAPSET-tutkimuksessa vanhempien haastattelun perusteella psyykkistä oireilua havaittiin 21,8 %:lla 8–9-vuotiaista lapsista (Almqvist ym., 1999).

Tavallisimmat lasten ja nuorten mielenterveyshäiriöt voidaan jakaa kahteen ryhmään: tunne-elämän häiriöihin ja käytöshäiriöihin, joista oireilun mukaan käytetään myös nimityksiä internalisoivat ja eksternalisoivat häiriöt (Achenbach ja Rescorla, 2001). Internalisoivia oireita leimaa tunteiden ylisääätely, joka ilmenee tunteiden ilmaisun rajoittumisena ja taipuvaisuutena ahdistuneisuuteen, ajatuksiin syventymiseen sekä stressin ilmentämiseen fyysisin oirein (Holmberg ym., 2007). Psykiatrisessa häiriöluokittelussa tunne-elämän häiriöihin kuuluvat mm. ahdistuneisuushäiriöt ja masennus (Psykiatrian luokituskäsikirja, 1997:4). Tunne-elämän häiriöitä esiintyy eri tutkimusten mukaan alle kouluikäisillä lapsilla noin 5 %:lla, tytöillä ja pojilla yhtä usein (Almqvist ym., 1999).

Eksternalisoivat oireet liittyvät tunteiden alisääätelyyn, joka liittyy aggressiiviseen ja impulsiiviseen käyttäytymiseen (Holmberg ym., 2007). Eksternalisoiviin oireisiin luetaan sääntöjä rikkova ja aggressiivinen käyttäytyminen, joiden prevalenssiluvut eri tutkimuksissa vaihtelevat välillä 1,5–5,4 % (Moilanen, 2004). Käyttäytymisen häiriöihin sisältyvät psykiatrisessa häiriöluokittelussa erilaiset käytöshäiriöt (Psykiatrian luokituskäsikirja, 1997:4.). Usein eksternalisoiviin oireisiin katsotaan kuuluvaksi myös levottomuus ja keskittymiskyvyn vaikeudet, jotka psykiatrisessa häiriöluokittelussa sisältyvät hyperkineettisiin häiriöihin (Psykiatrian luokituskäsikirja, 1997:4.). Hyperaktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöt ovat lasten ja nuorisopsykiatrian yleisimpiä häiriöitä ja niitä esiintyy 2-5 %:lla lapsista (Almqvist, 2004).

Kouluiästä lähtien tytöillä tyypillisempiä ovat tunne-elämän häiriöt ja pojilla käytös- ja tarkkaavuushäiriöt ja lisäksi pojilla käytöshäiriöt ilmenevät nuoremmassa iässä kuin tytöillä (Moilanen, 2004).

2.1.1 Lasten ahdistuneisuushäiriöt

Lapsuuden ahdistuneisuushäiriöt jaetaan ICD-10-tautiluokituksessa pelko-oireisiin ahdistuneisuushäiriöihin (F40), muihin ahdistuneisuushäiriöihin (F41) sekä lapsuudessa alkaviin tunne-elämän häiriöihin (F93). Lapsuusiän tunne-elämän häiriöt (diagnoosiryhmä F93) ovat pikemminkin normaalin kehityksen äärimuotoja kuin laadultaan poikkeavia ilmiöitä ja niiden ennuste on parempi kuin neuroottisilla häiriöillä (F40 - 48) (Psykiatrian luokituskäsikirja, 1997:4).

Lasten tai nuorten ahdistus voi ilmetä ujoutena, he voivat olla takertuvia, emotionaalisesti kypsymättömiä sekä yliriippuvaisia vanhemmistaan ja heillä voi olla vaikeuksia sopeutua muiden lasten joukkoon. Lapsella tai nuorella voi myös olla erilaisia uniongelmiä. Ahdistus voi ilmetä myös ns. vapaana ahdistuksena joka voi liittyä mihin tahansa lapsen kokemaan tilanteeseen, jolloin ahdistuksen ajatellaan nousevan lapsesta itsestään, ei ympäristöstä. Ahdistukseen liittyy usein somaattisia oireita (mm. ruokahalun menetys, pahoinvointi, vatsakivut, oksentelu, ripuli, päänsärky, suun kuivuminen, nopea pulssi, sydämen tykytys, huimaus, hikoilu ja tiheävirtsaisuus), ja se voi ilmetä myös levottomuutena ja jännittyneisyytenä, sekä yleiseen epävarmuuteen liittyvinä keskittymisvaikeuksina. (Moilanen, 2004.)

Ahdistuneisuushäiriöt ovat melko yleisiä alle 12-vuotiailla lapsilla ja ne johtavat usein ahdistuneisuuteen ja muihin häiriöihin myöhemmässä lapsuudessa ja aikuisuudessa (Cartwright-Hatton ym., 2005). Cartwright-Hattonin ym. (2005) katsauksessa ahdistuneisuushäiriöiden esiintyvyys vaihteli välillä 2,6–41,2 %, pienimmän esiintyvyyden ja suurimman esiintyvyyden antavien tutkimusten poissulkemisen jälkeenkin 3,1–23,9 %. Katsaukseen sisällytetyissä tutkimuksissa lasten ikä oli 2–11 vuotta ja yhteensä tutkimuksissa oli niiden alkuvaiheessa lapsia yli 25 000. Sukupuolten välillä ei ole todettu suurta eroa ahdistuneisuuden esiintyvyydessä

(Kumpulainen, 2004). Ahdistuneisuushäiriöt ovat nuorilla lapsilla todennäköisesti yleisempiä kuin masentuneisuushäiriöt (Cartwright-Hatton ym., 2005). Suomalaisessa 8–9-vuotiaita käsittävässä kohorttitutkimuksessa yleisen ahdistuneisuuden esiintyvyys oli 5,2 %. Samassa tutkimuksessa ahdistuneisuushäiriöt todettiin myös yleisemmiksi kuin käyttäytymishäiriöt (Almqvist ym., 1999). Ahdistuneisuushäiriöistä tavallisin on eroahdistus. Ahdistuneisuushäiriöiden on todettu esiintyvän usein yhdessä muiden psyykkisten häiriöiden, erityisesti masennuksen kanssa tai edeltävän sitä. (Kumpulainen, 2004). Ahdistuneisuushäiriöitä voidaan käytännössä diagnosoida luotettavasti vasta 4–5-vuotiailla (Moilanen, 2004).

2.1.2 Lasten masentuneisuus

Lasten masennus jaetaan ICD-10-tautiluokituksen mukaan kuten aikuisten masennus lievään (F32.0), keskivaikeaan (F32.1) sekä vaikeaan masennukseen (F32.2 ja F32.3 riippuen siitä liittyykö masennukseen psykoottista oireilua) (Psykiatrian luokituskäsikirja, 1997:4). Kuitenkin lapsuus- ja nuoruusikään liittyy tyypillinen oireilu, joka poikkeaa jossain määrin masennuksen yleisistä kriteereistä ja on tärkeää tunnistaa myös nämä oireet (Moilanen, 2004).

Räsänen (2004) on kuvaillut lapsilla eri ikäkausina esiintyvän masennuksen tyypilliset piirteitä. Leikki-ikäisen (3–5-vuotiaan) alakuloinen mieliala näkyy usein ärtyvyytenä, mielialojen vaihteluina, levottomuutena, tyytymättömyytenä, tottelemattomuutena ja motorisena levottomuutena sekä silmiinpistävimmin ilottomuutena, synkkyytenä ja itsetuhoisena käyttäytymisenä tai tapaturma-alttiutena. Lapsen leikeissä saattaa ilmetä epäonnistumisen, tuhon ja kuoleman elementtejä. Masennuksen yhteydessä tavataan myös vanhempiin takertumista, merkkejä eroahdistuksesta sekä somaattisia oireita. Pitkittyneenä oireilu kehittyy usein aggressiivisen ja tuhoavan käyttäytymisen suuntaan.

Kouluikäisen (6–12-vuotiaan) lapsen masentunut mieliala näkyy lapsen ilmeissä, eleissä ja leikeissä. Leikit sisältävät esimerkiksi tyhjäksi tekemistä, moitteita, kritiikkiä, menetystä, hylkäämistä sekä henkilökohtaista vahingoittumista. Kuolema ja itsemurha ovat myös esillä.

Koulussa masentunut lapsi on yleensä alisuoriutuja ja hänellä on vaikeuksia kaverisuhteissaan. Motoriikka on joko hidastunutta tai kiihtynyttä ja lapsi saattaa olla myös kömpelö. Lapsella voi olla myös runsaasti psykosomaattisia oireita. Masennuksen kanssa esiintyy usein aggressiivista ja tuhoavaa käyttäytymistä, mikä liittyy huonoon pettymyksen sietokykyyn ja heikkoon itsetuntoon. Itsetuhoisuus ja itsemurha-alttius ilmenevät itsemurhauhkauksina ja -yrityksinä, sekä tapaturma-alttiutena. (Räsänen, 2004)

Ennen nuoruusikää masentuneisuutta esiintyy noin 0,5–2,5 %:lla lapsista (Stalets ja Luby, 2006). Lapsuudessa masennusta esiintyy yhtä paljon molemmilla sukupuolilla, mutta kymmenen ikävuoden jälkeen masennuksen esiintyvyys lisääntyy tytöillä enemmän kuin pojilla (Räsänen, 2004). Suomalaisessa LAPSET-tutkimuksessa haastattelun perusteella 8–9-vuotiaista vakavasti masentuneita oli 3,8 % lapsista; tytöistä 4,7 % ja pojista 3,1 % kärsi masennuksesta (Almqvist ym., 1999).

Lapsuudessa ja nuoruudessa masennukseen liittyy voimakas komorbiditeetti. Komorbideja häiriöitä ovat mm. ahdistus-, tarkkaavuus- ja käytöshäiriöt, joita esiintyy 40–70 %:lla masentuneista lapsista ja nuorista. Käytösongelmat saattavat kehittyä myös masennuksen komplikaationa ja säilyä masennuksen paranemisen jälkeen. Lisäksi masennukseen liittyy usein somaattisia oireita. (Räsänen, 2004.)

2.1.3 Lasten käytöshäiriöt

ICD-10-tautiluokituksessa käytöshäiriöt jaetaan perheensisäiseen käytöshäiriöön (F91.0), epäsosiaaliseen käytöshäiriöön (F91.1), sosiaaliseen käytöshäiriöön (F91.2), uhmakkuushäiriöön (F91.3) sekä muihin ja määrittämättömiin käytöshäiriöihin (F91.8 ja F91.9) (Psykiatrian luokituskäsi kirja, 1997:4). Käytös- ja uhmakkuushäiriöiden tyypillisimpänä oireena ilmenee ulospäin suuntautunut aggressiivisuus ja niiden prevalenssi eri tutkimuksissa vaihtelee välillä 1,5–5,4 %. Käytöshäiriöt ovat pojilla selvästi yleisempiä kuin tytöillä; käytöshäiriön prevalenssi pojilla LAPSET –tutkimuksessa oli 4,3 % ja tytöillä 1,0 % (Moilanen, 2004). Lisäksi häiriö todetaan

pojilla keskimäärin nuorempana kuin tytöillä (alle 10-vuotiaana vs. yli 13-vuotiaana) (Moilanen, 2004). Käytöshäiriöt ilmaantuvat harvoin ensimmäistä kertaa myöhäisnuoruudessa ja varhain ennen puberteettia alkaneella käytöshäiriöllä on todettu olevan huonompi ennuste kuin myöhemmin alkaneella käytöshäiriöllä (Kumpulainen, 2004).

2.1.4 Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöt

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöihin sisältyvät tarkkaavuushäiriö, johon liittyy yliaktiivisuutta (F90.0), hyperkineettinen käytöshäiriö (F90.1) sekä muu hyperkineettinen häiriö (F90.8) ja määrittämätön hyperkineettinen häiriö (F90.9; Psykiatrian luokituskäsikirja, 1997:4). Hyperkineettiset häiriöt (F90) ovat häiriöryhmä, jolle ominaista on oireiden varhainen alku sekä kestävyden puute älyllistä osallistumista vaativissa toiminnoissa. Usein oireet ilmenevät tilanteissa, joissa lapsen kohdistuu huomattavia vaatimuksia, mutta vapaassa omaehtoisessa toiminnassa suuri osa lapsista on oireettomia (Almqvist, 2004). Tarkkaavuushäiriötä esiintyy keskimäärin 7 %:lla lapsista ja nuorista. Tarkkaavuushäiriö esiintyvät usein yhdessä käytöshäiriöiden kanssa (Kumpulainen, 2004). Tarkkaavuushäiriö ja hyperaktiivisuus johtavat usein hoitamattomina käytöshäiriöihin sekä emotionaalisiin ja sosiaalisiin ongelmiin (Almqvist, 2004). Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöstä käytetään nimitystä ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder). Diagnostiset kriteerit täyttyvät jos oireet ovat toimintakykyä alentavia ja niitä esiintyy vähintään kahdessa ympäristössä. ADHD:n esiintyvyys vaihtelee välillä 1-10 % (Almqvist, 2004). Myös ADHD esiintyy usein käytöshäiriöiden kanssa ja jopa 60 %:lla ADHD lapsista on samanaikainen uhmakkuushäiriö (Almqvist, 2004).

2.2 Lastenpsykiatrinen tutkiminen ja leikkitarinat

2.2.1 Lastenpsykiatrinen tutkimus

Lapsen tutkimuksessa on tärkeää saada monipuolista ja laajaa tietoa lapsen oireista eri tilanteissa ja suhteissa eri ihmisiin. Tämä on mahdollista sekä vanhempien että päivähoidon työntekijän tai koulun opettajan täyttämällä oirekyselylomakkeilla. Varttuneemmat lapset voivat myös itse täyttää vastaavan kyselylomakkeen, jolloin saadaan tietoa lapsen oireista ja tuntemuksista myös suoraan häneltä itseltään. Vuorovaikutussuhteilla on suuri merkitys lapsen kehitykseen ja toisaalta jokin häiriö voi ilmetä vain vuorovaikutuksessa tietyn henkilön kanssa. Siksi vuorovaikutussuhteiden tutkiminen on tärkeä osa lastenpsykiatrista tutkimusta. Perheen tilanteen kartoittaminen voi paljastaa merkittäviä taustalla vaikuttavia tekijöitä.

2.2.2 Leikkitarinat osana lastenpsykiatrista tutkimusta

Pienten lasten tutkiminen on haasteellista vielä kehittyvien kielellisten kykyjen ja abstraktin ajattelun puutteellisuuden vuoksi ja heiltä itseltään on vaikea saada luotettavaa tietoa haastattelemalla. Siksi lasten mielenterveydellisiä häiriöitä, erityisesti internalisoivia häiriöitä on haastavaa diagnosoida oireiden ollessa vaikeasti havaittavia ja tulkittavia. Pienten lasten kohdalla leikki ja tarinat ovat luonteva ja ikätasoinen tapa saada lapselta itseltään tietoa hänen omasta käsityksestään itsestään sekä maailmasta. Tarinankerronta kehittyy lapsilla nopeasti iän myötä ja 4- ja 5-vuotiaiden tarinat ovat koherentimpia kuin 3-vuotiaiden tarinat (Warren ym., 1996). Lisäksi lasten osallistuminen tarinankerrontaan oli parempaa 4-vuotiailla kuin 3-vuotiailla (Warren ym., 1996).

Pienten lasten diagnosoinnissa ja hoidossa on jo pitkään käytetty leikin havainnointia, mutta leikkiminen on ollut vapaata ja lapset ovat voineet itse päättää mitä asioita leikissään käsittelevät tai

jättävät käsittelemättä. Strukturoidut leikkitarinatutkimukset mahdollistavat vertailukelpoisen informaation keräämisen ja lasten tunnemaailman ymmärtämisen leikkitarinoiden avulla. Lasten leikkien ajatellaan heijastavan ainakin neljää sisäisen maailman näkökulmaa: (1) konflikteja, ongelmia ja pelkoja; (2) toiveita ja fantasioita; (3) jotain lapsen näkemää tai kokemaa; ja (4) ongelmanratkaisumenetelmiä sekä muilta ihmisiltä odotettuja vasteita (Warren ym., 1996).

Leikkinarratiivimenetelmistä yleisimmin käytössä on MacArthur Story Stem Battery (MSSB; Bretherton ym., 1990). Menetelmässä käytetään Duplo Lego-hahmoja ja esineitä, joiden avulla tarinat leikitään. Tutkija kertoo tarinoiden aloitukset, jotka päättyvät johonkin arkipäivän ongelmatilanteeseen. Lapsen tehtävä on kertoa tarinat loppuun ja samalla ratkaista tarinaan liittyvä ongelma. Leikkitilanteet videoidaan ja tulkitaan jälkikäteen. Muita strukturoituja leikkitutkimusmenetelmiä ovat mm. Attachment Story Completion Task (ASCT; Bretherton ym., 1990), Attachment Doll-Play Interview (Oppenheim, 1997) ja Manchester Child Attachment Story Task (MCAST; Green ym., 2000). Leikkitarinamenetelmistä toivotaan erityistä hyötyä internalisoivien häiriöiden tutkimisessa, koska ainoastaan lapsi itse voi antaa luotettavaa tietoa omista tunteistaan ja kokemuksistaan, mutta ei välttämättä kehitystasonsa vuoksi pysty vielä vastaamaan haastatteluun. Vanhemmilta tai opettajilta jää usein esimerkiksi lapsen masennus huomaamatta ja se löydetään vasta lapselta itseltään saatujen tietojen perusteella (Heikkinen, 2005).

2.3 Yhteydet käytöksen ja tunne-elämän oireiden ja leikkitarinoiden välillä

MSSB-menetelmää käyttäviä tutkimuksia on tehty melko vähän ja suurin osa tutkimuksista on tehty normaali- tai riskiaineistoilla. Kliinisellä aineistolla tehtyjä julkaisuja on edelleen vähän. Erityisen vähän tutkimusta on tehty lasten tunne-elämän oireiden yhteyksistä lasten tarinoihin. Lisäksi aiempien tutkimusten aineistot ovat enimmäkseen olleet melko pieniä. Tutkimusten aineistoissa on vaihtelua mm. aineiston koon, ikäjakauman sekä erilaisten leikkitarina- ja koodausmenetelmien suhteen. Tarinoiden teemoissa on havaittu eroa sukupuolten välillä ja myös lapsen iällä on todettu

olevan vaikutusta mm. tarinan koherenssiin, mutta lapsen iällä ei ole todettu olevan vaikutusta aggressiivisten teemojen esiintymiseen (Warren ym. 1996).

Eniten tutkittu riskiryhmä on ollut kaltoinkohdellut lapset, joiden tarinoissa on todettu poikkeavia piirteitä empaattisissa representaatioissa, representaatioissa itsestä ja omista sekä muiden tunteista, sekä dissosiaatiota. Väkivaltakokemusten vuoksi suojakodeissa olleet lapset esittivät vähemmän positiivisia representaatioita äideistään ja itsestään, esittivät useammin yltyviä konflikteja vanhempien välillä sekä olivat enemmän vältteleviä ja vähemmän koherentteja tarinoissa, jotka käsittelivät perheen vuorovaikutusta (Holmberg ym., 2007). Tunne-elämän oireiden ja käytöshäiriöiden yhteyttä tarinoissa esiintyvään aggressioon on ajateltu muovaavan lapsen kyky säädellä toimintaansa; lapset, joiden säätelymekanismit ovat keskitasoa tai sitä paremmat, voivat pidättäytyä tuhoavista ja loukkaavista toiminnoista arjessa vaikka esittäisivätkin niitä leikeissään (Holmberg ym., 2007).

Lapsi-vanhempi -suhteen vaikeudet heijastuvat vaikeutena käsitellä tarinoiden keskeisiä teemoja ja tarinat päättyvät usein epätavallisesti tai väkivaltaisesti. Lisäksi tarinoiden henkilöiden väliset tapahtumat ovat epäjohdonmukaisia tai jopa ristiriitaisia (Bretherton ym., 1990). Oppenheim ym. (1997) totesivat, että äidin ja lapsen muodostaessa yhdessä tarinaa emotionaalisesti koherentisti käyttäytyvillä lapsilla oli tarinoissaan enemmän prososiaalisia teemoja (esim. empatia, auttaminen, lohduttaminen) ja vähemmän aggressiivisia teemoja ja heidän tarinansa olivat koherentimpia. Lisäksi näillä lapsilla oli vähemmän käytösongelmia tutkittaessa 4,5 vuoden iässä sekä vuotta myöhemmin 5,5 vuoden iässä (Oppenheim ym., 1997). On ehdotettu, että emotionaalisesti avoin ja herkkä vuorovaikutus vanhemman ja lapsen välillä mahdollistaa lapsen kyvyn luoda koherentteja sisäisiä representaatioita kiintymyssuhteista, jotka heijastuvat koherentteina lapsen tarinoina vanhempi-lapsi -suhteista (Bretherton, 1990). Näin ollen tarinankerronta heijastaa lapsen sisäistä emotionaalista koherenssia ja tunteiden hallintaa (Oppenheim ym. 1997).

2.3.1 Internalisoivasti oireilevat lapset

Internalisoivasti oireilevien lasten oireiden yhteyttä lapsen tarinoissa esiintyviin teemoihin on tutkittu vähän. Muutamia tutkimuksia lapsen ahdistuneisuushäiriöiden ja masennuksen yhteydestä lapsen leikkinnarratiivien teemoihin on tehty (Warren ym., 2000; Belden ym., 2007; Warren ym., 1996).

Tutkimuksessa, jonka aineisto koostui 35:stä 5–6-vuotiaasta lapsesta, havaittiin, että lapsen internalisoivat oireet, erityisesti ahdistuneisuushäiriöt, liittyivät tarinoissa esiintyviin negatiivisiin odotuksiin (ei hae apua vanhemmilta, ongelmia eroa käsittelevissä tarinoissa, tarinoiden negatiivinen lopettaminen). Tutkimuksessa myös todettiin, että tarinoissa esiintyvät negatiiviset odotukset voivat myös viitata lapsen myöhempään ahdistuneisuusriskiin. Lisäksi internalisoivasti oireilevien lasten tarinoissa lapsi-nukke esitettiin usein kielteisessä valossa, erotilanteet tuottivat vaikeuksia ja tarinat päättyivät usein kielteisesti (Warren ym., 2000).

Beldenin ym. (2007) tutkimuksessa, jonka aineisto sisälsi 151 tervettä, 75 masentunutta ja 53 häiritsevästi käyttäytyvää lasta, havaittiin yhteys lapsen vaikean masennuksen ja tarinoissa esiintyvien negatiivisten äidin representaatioiden välillä. Tutkimuksessa todettiin myös lapsen tarinoissa esittämien äidin negatiivisten representaatioiden (tarinan äiti käyttää fyysistä tai verbaalista väkivaltaa tai tarinan äidin toiminta on tehotonta tai lasta hylkäävää) yhteys äidin epäkannustavaan käyttäytymiseen ja negatiivisiin tunteenilmauksiin. Mahdollinen syy tähän on, että paljon negatiivisia tunteita perheen vuorovaikutuksessa ilmaisevien äitien lapset internalisoivat näitä tunteita, mikä voi vähentää lapsen kykyä muodostaa toimivia tunteiden säätelymekanismeja. Varhain alkaneet depressiiviset oireet voivat vaikuttaa vahvasti nuoren lapsen kokeman lähimmän vuorovaikutussuhteen kehittymiseen tai vuorovaikutussuhteeseen liittyviin odotuksiin (Belden ym., 2007). Myös lapsen ja äidin kiintymyssuhteen laatu vaikuttaa siihen kuinka lapsi tarinoissaan esittää lapsinukan ja vanhemman tai kuinka päättää tarinat (Bretherton ym., 1990).

Lasten tarinoissa korostunut liiallinen surun tai menetyksen esiintyminen voi ilmaista masennusta (Warren ym., 1996). Viisivuotiaiden lasten MSSB-kertomuksissa esiintyvän aggression on havaittu korreloivan merkitsevästi lomakekartoituksessa havaittujen internalisoivien ja eksternalisoivien

oireiden kanssa (Warren ym., 1996; Oppenheim ym., 1997). Vaikeasta masennuksesta (Major Depressive Disorder, MDD) kärsivillä lapsilla oli enemmän vaikeuksia tarinoiden kerronnassa, he tarvitsivat enemmän apua ja rohkaisua tutkijalta tarinan aloittamisessa ja pyysivät useammin tehtävän keskeyttämistä. Vakavasti masentuneiden lasten tarinoiden epätyypillisiin vasteisiin kuului selvästi väkivaltaisia vanhempien representaatioita, vanhemman joutuminen vankilaan, kuoleminen tai vanhemman sulkeminen pysyvästi pois perherakenteesta (esim. pois muuttaminen) (Belden ym., 2007).

2.3.2 Eksternalisoivasti oireilevat lapset

Eksternalisoivat oireet ovat helpommin ulkopuolisen havaittavissa ja melko yleisiä lapsilla. Yhteyksiä lasten leikkitarinoiden ja eksternalisoivien oireiden välillä on todettu niin riskiaineistolla kuin terveellä aineistolla tehdyissä tutkimuksissa.

MSSB-menetelmää käyttävässä tutkimuksessa, jonka aineistona oli 51 (25 poikaa ja 26 tyttöä) 3–5-vuotiasta matalan riskin lasta, todettiin muun muassa että ahdistuneisuus/tuskaisuus ja aggressiiviset/tuhoavat (aggressio, henkilökohtainen vamma, epätyypillinen negatiivinen vaste) sekä loukkaantumiseen liittyvät teemat 4- ja 5-vuotiaiden tarinoissa korreloivat voimakkaasti vanhempien ja opettajien oirekyselylomakkeissa raportoimien eksternalisoivien käytösoireiden kanssa (Warren ym., 1997). Näiden ongelmien ajatellaan liittyvän tunteiden säätelyn vaikeuksiin. Sen sijaan viha, suru tai huolestuneisuus lasten tarinoissa ei korreloinut vanhempien tai opettajan lomakkeissaan raportoimien oireiden kanssa (Warren ym., 1997). Lisäksi tutkimuksessa, jossa oli 51 lasta (26 tyttöä, 25 poikaa) todettiin, että lapsilla joilla oli oirekyselykaavakkeen mukaan enemmän eksternalisoivia oireita, oli tarinoissaan vähän prososiaalisia teemoja ja enemmän aggressiivisiä teemoja (Oppenheim ym., 1997). Samassa tutkimuksessa havaittiin vähemmän eksternalisoivia oireita lapsilla, joiden MSSB-tarinoissa oli enemmän äidin positiivisia ja järjestystä ylläpitäviä representaatioita (Oppenheim ym., 1997).

Lapset, joilla on tarinoissaan enemmän ahdistusta ja aggressiivisia tai tuhoavia teemoja, voivat Warrenin ym. (1996) mukaan ilmentää enemmän käytösongelmia monestakin syystä: ahdistus ja aggressiivinen tai tuhoava käyttäytyminen voivat olla ongelmallisia nimenomaan näille lapsille ja he saattavat leikissään yrittää hallita konflikteja ja ongelmatilanteita; lapsi saattaa tuntea itsensä haavoittuvaiseksi ja ilmaista aggressiivisia tai tuhoavia teemoja yrittäen näin kompensoida sisäistä haavoittuvuutta; tai lapset voivat ilmentää ahdistusta ja aggressiota tai tuhoavia teemoja, koska ovat elämässään altistuneet kyseisille tunteille. Lasten tarinoissa esiintyvät ahdistuneet ja aggressiiviset tai tuhoavat vasteet tarinan aloitukselle voivat heijastaa lapsen taipuvaisuutta käsitellä tosielämän tilanteita samaan tapaan (Warren ym., 1996).

3 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET

- 1 Kuvailta minkälaisia piirteitä esiintyy internalisoivasti oireilevien lasten leikkitarinoissa.
 - a. Minkälaisia ovat lasten tarinoiden tunnesisällöt?
 - b. Minkälaisia ovat vanhempien representaatiot tarinoissa?
 - c. Minkälaisia ongelmanratkaisukeinoja lapset tarinoissaan käyttävät?
 - d. Minkälaisia ovat tarinoiden lopetukset?
- 2 Miten internalisoivasti oireilevien lasten tarinat eroavat oireettomien lasten tai muulla tavalla oireilevien lasten tarinoista?
 - a. Esiintyykö internalisoivasti oireilevilla lapsilla tarinan kertomistilanteessa enemmän ahdistusta/huolestuneisuutta tai surullisuutta?
 - b. Esiintyykö internalisoivasti oireilevilla lapsilla erityisesti ongelmia tarinoiden päättämisessä?
 - c. Onko ryhmien välillä eroa tarinoiden tunnesisällön suhteen?
 - d. Esiintyykö internalisoivasti oireilevilla lapsilla enemmän vanhemman, erityisesti äidin, negatiivisia representaatioita?
 - e. Esiintyykö internalisoivasti oireilevilla lapsilla ongelmanratkaisukeinona enemmän aikuismaista käyttäytymistä?
 - f. Päätyvätkö internalisoivasti oireilevien lasten tarinat useammin negatiivisesti?

4 AINEISTO

Tutkimus on osa tutkimushanketta ”MacArthur Story Stem Battery (MSSB) käyttö osana lastenpsykiatrian klinikan kliinistä tutkimusta”, jolle on Tampereen yliopistollisen sairaalan eettisen toimikunnan puoltava lausunto (ETL-numero R06028). Tutkimuksen perusjoukko koostuu 114 lapsesta, jotka ovat olleet tutkimuksissa ja hoidossa Tampereen yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrian klinikassa ja joille on tutkimusten/hoidon aikana tehty MSSB-tutkimus (kliininen aineisto), sekä 40 verrokkilapsesta (verrokkiaineisto). Verrokkilapset ovat täysiaikaisina syntyneitä, ikätasoisesti kehittyneitä 5–6-vuotiaita lapsia, jotka osallistuivat Tampereen yliopistollisessa sairaalassa vuosina 2003–2005 suoritettuun keskosia ja täysiaikaisena syntyneitä vertaileeseen tutkimukseen (Latva, 2009).

Tutkimuksen sisäänottokriteerinä oli lapsen kanssa tehdyn MSSB-tutkimuksen lisäksi äidin täyttämän lapsen käyttäytymistä ja tunne-elämää kartoittavan kyselylomakkeen (CBCL, liitteet 1 ja 2) olemassaolo. Valtaosalta kliinisen aineiston lapsista oli käytettävissä joko biologisen (n = 102) tai sijaisäidin (n = 4) täyttämä CBCL-lomake, mutta muutamalla lapsella oli käytettävissä vain biologisen isän (n = 3) tai opettajan (n = 6) täyttämä lomake. Kliiniseen aineistoon valikoitui siis 106 lasta, joista oli joko biologisen äidin tai sijaisäidin täyttämä CBCL-lomake. Verrokkilapsista (n = 40) äidit täyttivät tutkimuskäynnin aikana CBCL-lomakkeen (liite 1) ja lapsille tehtiin MSSB-leikkitutkimus. Tutkimusaineiston lopulliseksi kooksi muotoutui siten 146 lasta.

Tutkimusaineistossa oli 79 poikaa ja 67 tyttöä. Lasten mediaani-ikä tutkimuksen aikaan oli 6 vuotta (iän vaihteluväli 3–10 vuotta). Tutkimusaineiston lapsista alle kouluikäisiä oli yli kaksi kolmasosaa. Perhemuotona yleisin oli peruserhe, yksinhuoltajaperheiden lapsia oli viidennes ja muita perhemuotoja selvästi vähemmän. Valtaosa lapsista oli 1–3 lapsen perheistä, tieto puuttui 47 lapselta. Kliinisen aineiston lapsista kolmella neljästä oli jokin ICD-10 -diagnoosiluokittelun F-luokan diagnoosi (taulukko 1).

Tilastollisesti merkitseviä eroja eri ryhmien lasten välillä oli iän, sukupuolen, perhemuodon ja MSSB-tarinoiden määrän suhteen sekä CBCL:ään perustuvassa oireluokituksessa (taulukko 1).

Taulukko 1. Tutkimusaineiston taustatiedot.

	Kliininen aineisto (n = 106) %	Verrokkiaineisto (n = 40) %	p
Lapsen ikä (v)			< 0,001
3-4	24	0	
5-6	37	100	
7-8	33	0	
>8	7	0	
Lapsen sukupuoli			0,042
tyttö	41	60	
poika	59	40	
Perhemuoto			< 0,001
Perusperhe	32	95	
Yksinhuoltajaperhe	29	0	
Uusperhe	9	5	
Sijaisperhe	13	0	
Perhekoti	1	0	
Muu	15	0	
F-luokan dianoosit			< 0,001
Ei F-luokan diagnoosia	23	100	
Affekt. ym.	38	0	
Käytöksen + tarkkaavuuden häiriöt	22	0	
Muut häiriöt	18	0	
MSSB-tarinoiden määrä (kpl)			< 0,001
0-4	15	3	
5-7	45	3	
≥8	40	95	

5 MENETELMÄT

5.1 MacArthur Story Stem Battery (MSSB)

MacArthur Story Stem Battery (MSSB; Bretherton ym. 1990) on erityisesti pienten lasten tutkimukseen suunnattu menetelmä, joka avaa lapsen kokemusmaailmaa leikin avulla. Tampereella lastenpsykiatrian klinikalla menetelmä on kliinisessä käytössä 4–10-vuotiailla, koska menetelmä antaa hyödyllistä tietoa sekä pienten että kouluikäisten lasten sisäisestä maailmasta. Menetelmään kuuluu tarinajohdantoja, jotka tutkija esittää nukkeperheellä ja kuhunkin tarinaan liittyvällä muulla rekvisiitilla. Kukin tarinajohdanto päättyy johonkin arkipäivän ristiriitatilanteeseen, ja lapsen tehtävänä on leikkiä tarina loppuun.

Tarinapaketti käsittää yhteensä 17 varsinaista tutkimustarinaa (taulukko 2). Lisäksi tarinapakettiin kuuluu kolme aloitukseen ja lopetukseen liittyvää tarinaa: kertomuksen henkilöiden esittely, Maijan/Matin syntymäpäivä, Perhe yhdessä (lopetustarina). Tutkimustarinat koostuvat neljästä perustarinasta, kahdeksasta muusta suositeltavasta tarinasta ja viidestä lisätarinasta. Aloitukseen liittyvien tarinoiden avulla leikki esitellään lapselle ja lapsi saa harjoitella tarinankerrontaa helpon aiheen parissa (Maijan/Matin syntymäpäivä). Tarinan päähenkilöksi valitaan Maija tai Matti tutkittavan lapsen sukupuolen mukaan siten, että päähenkilö edustaa samaa sukupuolta, jolloin tutkittava lapsi projisoi omia tunteuksiaan estottomammin siihen. Käytettävien tarinoiden lukumäärä vaihtelee hieman lapsen iän mukaan, käsittäen keskimäärin 6–9 tarinaa (aloitus- ja lopetustarinaa ei lasketa mukaan). Jokaisen lapsen kohdalla valitaan käytettävissä olevista tarinoista ne, jotka lapsen arvioinnin kannalta sisältävät keskeisiä teemoja, mutta perustarinoita käytetään jokaisen lapsen kohdalla.

Leikkitalanteet videoidaan, lasten tarinat analysoidaan ja niistä koodataan erilaisia teemoja: empatia, aggressio, välttäminen, dissosiaatio, vanhempien representaatiot, ongelmanratkaisukeino,

kertomuksen teeman käsittely, kertomuksen lopettaminen, narratiivikoherenssi, kertomuksen tunnesisältö ja tapa, jolla lapsi tarinan esittää (Latva ym., 2008).

Tarinan tunnesisältö voi olla positiivinen (tarinassa tulee esiin iloa, mukavaa yhdessäoloa tai ongelmallinen asia helpottuu), neutraali (tarinan henkilöt eivät tuo esiin tunteitaan, tarinan teema ratkaistaan, mutta ratkaisutapa on neutraali) tai negatiivinen (tarinan tunnesisältö voi olla suoranaisesti aggressiivinen tai tarinassa voi esiintyä lapsen kannalta jokin negatiivinen tai hankala tapahtuma) (Latva ym., 2008).

Vanhemman representaatio voi olla neutraali, suojaava tai hoivaava, rakastava, tehoton, muu negatiivinen tai sitä ei esiinny ollenkaan. Vanhemman representaatio koodataan suojaavaksi tai hoivaavaksi, jos vanhempi tarinassa suojaa lasta mahdolliselta tai todelliselta vaaralta tai jos äiti-/isähahmo tarinassa esim. syöttää lasta tai hoitaa lapsen vammaa tai antaa lapselle konkreettista apua. Vanhemman representaatio koodataan rakastavaksi, jos lapsi kuvaa tarinan vanhemman lämpimänä, kannustavana tai vahvistavana tai vanhempi esimerkiksi haluaa, suukottaa tai kehuu lasta. Vanhemman representaatio on tehoton, mikäli tarinan vanhempi on kyvytön tai haluton auttamaan lasta tai vastaamaan lapselle, kun lapsihahmo pyytää tai tarvitsee apua. Muu negatiivinen representaatio käsittää tilanteet, joissa vanhemman äänensävy tarinassa on kylmä, kova, tyly, kärsimätön ja/tai vihamielinen tai vanhempi esiintyy tarinoissa ankarana tai rankaisevana. Tässä tutkimuksessa vanhemman representaatiot on yhdistetty muuttujiksi positiivinen/neutraali (neutraali, suojaava tai hoivaava, rakastava) ja negatiivinen (tehoton, muu negatiivinen).

Tarinoista koodataan kahdenlaisia ongelmanratkaisukeinoja: lapsihahmo joko hakee apua vanhemmilta tai lapsen oma toiminta voi olla aikuismaista. Vanhemman apua hakevaksi ongelmanratkaisukeinoksi katsotaan se, että heikommassa asemassa oleva hahmo pyytää apua vanhemmalta, esim. lapsi vanhemmilta pelottavan koiran ilmaantuessa tai kuka tahansa soittaa 112:een. Tarinoissa esiintyvä lapsihahmon aikuismainen toiminta tarkoittaa niitä tilanteita, joissa lapset esiintyvät vanhempina tai pienten aikuisten roolissa, esim. Avaimet hukassa -tarinassa lapsihahmo auttaa vanhempia sopimaan riitansa tai Kuuma keitto -tarinassa lapsi hoitaa itse palanutta sormeaan.

Tarinoiden esittämistavassa arvioidaan kontrollia, keskittymisvaikeuksia ja/tai levotonta käyttäytymistä, iloa, vihaa, ahdistusta tai huolta ja surua. Tässä tutkimuksessa on tarkasteltu iloa, vihaa, ahdistusta ja surua.

Tarinan lopettaminen voidaan jakaa kolmeen luokkaan: lapsi ei kykene lopettamaan tarinaansa itse tai tarinan lopetus on negatiivinen tai positiivinen. Tarinan lopetus koodataan negatiiviseksi, mikäli tarinan loppu on negatiivinen tai tarinan lopettaminen ei tuo helpotusta tarinan alkuperäiseen ongelmaan, esimerkiksi jotkut henkilöistä kuolevat tarinan lopussa, tarinan lopussa mainitaan pelko tai pelottava tunne, lopussa joku on vihainen tai esiintyy negatiivisia teemoja kuten manipulaatiota, epärehellisyyttä, juoruilua tai vankilaan joutuminen. Tarinan lopetus on positiivinen, mikäli tarinan pääongelma tai negatiivinen tilanne saa helpotuksen tunteen tuovan ratkaisun tai lapsi päättää tarinan selkeästi positiiviseen loppuun, esimerkiksi joku tarinan hahmo pyytää anteeksi tai Kadonnut koira -tarinassa koira löydetään.

Kaikki tarkastellut teemat eri luokkineen (tunnesisältö; äidin ja isän representaatiot; ongelmanratkaisukeinot; esittämisen piirteet ja tarinan lopettaminen) koodattiin esiintyy (1) / ei esiinny (0) -muotoon. Kunkin teeman esiintymistiheys kullakin lapsella saatiin laskemalla niiden kertomusten osuus (%) lapsen kaikista valideista tarinoista, joissa kyseinen teema esiintyi.

Taulukko 2. MSSB-tarinat

MSSB-kertomus	Johdanto	Teema
Perustarinat		
Äidin päänsärky	Äidillä on päänsärky, hän sammuttaa television ja menee lepäämään. Äiti pyytää lasta tekemään jotain hiljaista. Lapsen kaveri tulee ovelle ja kysyy voisiko tulla katsomaan hyvää ohjelmaa televisiosta.	Ristiriita empatia suhteessa äitiin/lojaalius suhteessa ystävään
Kuuma keitto	Äiti on kieltänyt lasta koskemasta liedellä olevaan kuumaan kattilaan. Lapsi kurkottaa hellalle malttamattomana, jolloin keitto kaatuu ja lapsi satuttaa sormensa.	Tottelemattomuus, vanhemman empatia/auktoriteetti
Avaimet hukassa	Lapsi tulee huoneeseen, kun vanhemmat riitelevät kadonneista avaimista.	Vanhempien riita
Pelottava koira	Lapsi on äidin ja isän kanssa puistossa ja potkii palloa, kun pelottava koira ryntää haukkuen paikalle.	Pelottava tapahtuma
Muut suositeltavat tarinat		
Kaatunut mehu	Perhe juo mehua pöydän ääressä. Lapsi kurkottaa ottamaan lisää mehua ja kaataa vahingossa mehukannun.	Vanhempien reagointi onnettomuuteen
Kolmas pyörä	Lapsi pelaa ystävänsä kanssa tämän uudella pallolla, kun pikkuväli/-sisko pyytää päästä mukaan. Ystävä ei halua ottaa pikkusisarusta mukaan.	Ristiriita lojaaliudessa ystävää ja sisarusta kohtaan
Vanhempien lähtö	Vanhemmat lähtevät matkalle ja lapset jäävät isoäidin hoitoon.	Eroaminen vanhemmista
Vanhempien paluu	Vanhemmat palaavat matkalta.	Kiintymys
Hirviö	Lapsi on pikkusiskon/-veljen kanssa yläkerrassa, kun yhtäkkiä valot sammuvat ja kuuluu koputus. Lapsi säikähtää, että se on hirviö.	Kiintymys, pelon käsittely/ratkaiseminen
Karkin varastaminen	Lapsi haluaa karkkia kaupasta ja ottaa karkin luvatta. Kauppias huomaa tämän.	Rikkomus, kiinnijääminen, häpeä
Sairaalaan meno	Lapsi on kipeä ja vanhemmat vievät hänet sairaalaan. Lapsi on niin kipeä, että hänen täytyy jäädä sairaalaan yöksi. Lapsi ei halua jäädä sairaalaan yksin.	Eroaminen vanhemmista
Kadonnut koira	Lapsi menee takapihalle leikkiäkseen koiransa kanssa, mutta koira on kadonnut.	Menetyks
Lisätarinat		
Ulkona puistossa	Perhe on yhdessä puistossa. Lapsi haluaa kiivetä ison kiven päälle, huipulle saakka. Äiti pyytää olemaan varovainen.	Hallinta, ylpeys
Pikkuleipäpurkki	Pöydällä on piparipurkki, josta äiti on kieltänyt ottamasta. Pikkusisko/-veli kuitenkin ottaa yhden piparin.	Ristiriita lojaaliudessa vanhempaa ja sisarusta kohtaan
Ulkopuolinen	Vanhemmat istuvat sohvalla ja juttelevat. Äiti/isä pyytää lasta menemään huoneeseensa, jotta vanhemmat saavat olla hetken rauhassa, jonka jälkeen vanhemmat suutelevat.	Jääminen vanhempien välisen suhteen ulkopuolelle
Kylpyhuoneen hylly	Äiti lähtee käymään naapurissa ja kieltää lapsia koskemasta mihinkään kylpyhuoneen hyllyssä. Pikkusisko/-veli saa leikkiessä haavan sormeensa ja tarvitsee laastarin.	Ristiriitaisen tilanteen ratkaiseminen: äidin totteleminen ja empatia sisarusta kohtaan
Lahja äidille tai isälle	Lapsi on tehnyt päiväkodissa hienon piirroksen ja antaa sen toiselle vanhemmista.	Ylpeys/vanhemman suosiminen

5.2 Child Behavior Checklist (CBCL)

Child Behavior Checklist (CBCL; www.aseba.org; Achenbach ja Rescorla 2001) on vanhemmille suunnattu strukturoitu kyselylomake lapsen käyttäytymisen ja tunne-elämän oireista. Eri ikäryhmille on lomakkeesta omat versiot, joista tässä tutkimuksessa on käytetty 1,5–5-vuotiaiden ja 6–18-vuotiaiden lomakkeita. Lomakkeessa on oirekysymysosio, joka isompien lasten ja nuorten lomakkeessa sisältää 113 kysymystä ja 1,5–5-vuotiaiden lomakkeessa 100 kysymystä. Vanhempaa pyydetään arvioimaan, kuinka hyvin kuvailtu oire sopii kyseisen lapsen/nuoren oireisiin ja vastausvaihtoehdot pisteytetään 0–2 (0 = ei sovi lainkaan, 1 = sopii jossain määrin, 2 = sopii hyvin). Kouluikäisten ja nuorten lomakkeessa on lisäksi lapsen vahvuuksia kartoittava osio. Oirekysymykset on jaettu aihepiireittäin siten, että jokaista oireryhmää (esimerkiksi kouluikäisillä ahdistuneisuus/masentuneisuus, sulkeutuneisuus/ masentuneisuus, somaattiset oireet, sosiaaliset ongelmat, ajatuksen ongelmat, tarkkaavaisuuden ongelmat, sääntöjä rikkova käyttäytyminen ja aggressiivinen käyttäytyminen) kuvaa tietty joukko kysymyksiä. Lomakkeiden analysointiin kehitetty tietokoneohjelma muodostaa summapisteet sekä kapeammille (esimerkiksi ahdistuneisuus/masentuneisuus) että laajemmille (esimerkiksi internalisoivat ja eksternalisoivat oireet) oirekokonaisuuksille ja muuttaa ne normalisoiduiksi T-pisteiksi. T-pisteille on määritelty katkaisupisteet, joiden perusteella lapsen/nuoren oireiden katsotaan sijoittuvan kliinisesti merkittävälle tasolle (T-pistemäärä yli 63), raja-alueelle (60–63) ja normaalialueelle (alle 60). Tässä tutkimuksessa katsottiin internalisoivasti ja eksternalisoivasti oireileviksi lapset, jotka saivat ko. summasta vähintään 64 pistettä.

5.3 Taustatietolomake

Lastenpsykiatrian poliklinikalla hoidossa olleista lapsista kerättiin lapsen ja perheen taustatietoja tutkimusta varten suunnitellulla taustatietolomakkeella, johon kerättiin potilaskertomuksista tiedot muun muassa perhemuodosta, lapsen iästä sekä lapselle asetetuista diagnooseista (liite 1). Verrokkilapsien lomakkeessa kysyttiin mm. lapsen hoidosta vastaavia vanhempia, vanhempien mahdollista avioerovuotta, vanhempien syntymävuotta ja koulutustasoa sekä sitä, onko lapsen kehityksessä todettu jotain erityistä (liite 2).

5.4 Tilastolliset menetelmät

Luokiteltujen muuttujien kuvailuun käytettiin %-osuuksia ja muuttujien vertailuun ryhmien (kliininen ja verrokkiaineisto) välillä ristiintaulukointia. Erojen merkitsevyydestinä käytettiin khiin neliön testiä. Jatkuvien muuttujien tarkastelussa käytettiin mediaaneja ja kvartiileja, koska jakaumat olivat vinoja. Vertailuun ryhmien välillä käytettiin Mann-Whitneyn testiä.

6 TULOKSET

6.1 Internalisoivien ja eksternalisoivien oireiden esiintyminen

Koko tutkimusaineiston lapsista 12 %:lla esiintyi kliinisesti merkitseviä internalisoivia oireita. Niitä esiintyi 13 %:lla kliinisen aineiston lapsista ja 8 %:lla verrokkiaineiston lapsista (taulukko 3). Tilastollisesti merkitsevää eroa internalisoivien oireiden esiintymisessä ryhmien välillä ei havaittu.

Koko tutkimusaineiston lapsista kliinisesti merkitseviä eksternalisoivia oireita esiintyi 12 %:lla lapsista. Nämä oireet olivat lähes kolme kertaa yleisempiä kliinisen aineiston lapsilla verrattuna verrokkiaineistoon, ero ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä (taulukko 3).

Koko aineiston lapsista 29 %:lla oli sekä internalisoivia että eksternalisoivia oireita. Näitä sekamuotoisesti oireilevia lapsia oli tilastollisesti erittäin merkitsevästi enemmän kliinisessä aineistossa kuin verrokkiaineistossa ($p < 0,001$). Oireettomia lapsia oli verrokkiaineistossa merkitsevästi enemmän kuin kliinisessä aineistossa ($p < 0,001$; taulukko 3).

Taulukko 3. Oireettomien ja psyykkisesti oireilevien lasten osuus äidin tai sijaisäidin CBCL-lomakkeen mukaan kliinisessä ja verrokkiaineistossa.

	Kliininen aineisto (n = 106)	Verrokkiaineisto (n = 40)	p
	%	%	
Oireettomat	35	83	< 0,001
Internalisoivasti oireilevat	13	8	0,402
Eksternalisoivasti oireilevat	14	5	0,156
Sekamuotoisesti oireilevat	38	5	< 0,001

6.2 Internalisoivasti oireilevien lasten leikkitarinat

6.2.1 Tarinoissa esiintyvät tunnesisällöt

Internalisoivasti oireilevien lasten tarinoissa esiintyi eniten neutraalia tunnesisältöä; puolella lapsista esiintyi neutraalia tunnesisältöä 83 %:ssa tarinoista. Positiivisia tai negatiivisia tunnesisältöjä ei esiintynyt internalisoivasti oireilevien lasten tarinoissa juuri lainkaan (taulukko 4).

Tarinoita kertoessaan internalisoivasti oireilevat lapset olivat usein iloisia, puolet lapsista toi esille iloa vähintään kahdessa tarinassa kolmesta. Vihan tunteita lasten tarinoissa puolestaan esiintyi melko vähän, kolmella neljänneksellä alle 17 %:ssa tarinoista. Tarinoita kertoessaan ahdistuneisuuteen viittaavia piirteitä ei neljännes lapsista osoittanut lainkaan ja puolet lapsista osoitti niitä enintään 17 %:ssa tarinoista. Surullisuuteen viittaavia piirteitä esiintyi tarinoissa hyvin vähän (taulukko 4).

6.2.2 Internalisoivasti oireilevien lasten tarinoissa esiintyvät vanhempien representaatiot

Puolella internalisoivasti oireilevista lapsista esiintyi enintään 50 %:ssa tarinoistaan äidin positiivisia/neutraaleja representaatioita. Äidin negatiivisia representaatioita esiintyi puolella lapsista enintään joka kolmannessa tarinassa. Isän positiivisia/neutraaleja representaatioita ilmeni puolella internalisoivasti oireilevista lapsista enintään 60 %:ssa tarinoista ja negatiivisia representaatioita enintään joka neljännessä tarinassa (taulukko 4).

6.2.3 Lasten tarinoissaan käyttämät ongelmanratkaisukeinot

Internalisoivasti oireilevien lasten tarinoissaan esittämä ongelmanratkaisukeino oli 75 %:lla lapsista enintään joka kolmannessa tarinassa aikuisen apua hakeva. Lasten tarinoissa esiintyi aikuismaista ongelmanratkaisukeinoja melko vähän. Lapset käyttivät tarinoissaan yleisimmin muita ongelmanratkaisukeinoja (taulukko 4).

6.2.4 Tarinoiden lopetukset

Internalisoivasti oireilevilla lapsilla ei juuri esiintynyt vaikeuksia lopettaa tarinoitaan itsenäisesti. Useimmiten lapset lopettivat tarinansa positiivisesti. Internalisoivasti oireilevien lasten tarinat päättyivät melko harvoin negatiivisesti (taulukko 4).

6.3 Internalisoivasti oireilevien lasten tarinoiden vertailu muiden ryhmien lasten tarinoihin

6.3.1 Internalisoivasti oireilevien ja oireettomien lasten tarinoiden erot

Internalisoivasti oireilevien lasten tarinat olivat tunnesisällöltään tilastollisesti merkitsevästi useammin neutraaleja kuin oireettomilla lapsilla ($p = 0,011$). Tarinoiden positiivinen tunnesisältö oli hieman yleisempää oireettomilla lapsilla, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Tunnesisällöltään negatiivisia tarinoita ei esiintynyt juuri lainkaan kummassakaan lapsiryhmässä (taulukko 4).

Äidin representaatioiden esiintymisessä ei ollut eroa internalisoivasti oireilevien ja oireettomien lasten välillä. Isän positiivisia/neutraaleja representaatioita oli internalisoivasti oireilevilla lapsilla enemmän kuin oireettomilla lapsilla ($p = 0,045$). Aikuismaisen ongelmanratkaisukeinon esiintyvyydessä ryhmien välillä ei ollut havaittavissa eroa (taulukko 4).

Tarinoiden esittämisessä surua esiintyi internalisoivasti oireilevilla lapsilla lähes tilastollisesti merkitsevästi vähemmän kuin oireettomilla lapsilla ($p = 0,054$). Tarinoiden lopettamisen suhteen ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja (taulukko 4).

Taulukko 4. Tutkittujen teemojen esiintyvyys internalisoivasti oireilevien, oireettomien, eksternalisoivasti ja sekamuotoisesti oireilevien lasten tarinoissa.

	1			2			3			4			1 vs. 2	1 vs. 3	1 vs. 4
	Internalisoivasti oireilevat lapset (n = 17)			Oireettomat lapset (n = 70)			Eksternalisoivasti oireilevat lapset (n = 17)			Sekamuotoisesti oireilevat lapset (n = 42)					
	Md %	Q1 %	Q3 %	Md %	Q1 %	Q3 %	Md %	Q1 %	Q3 %	Md %	Q1 %	Q3 %	p	p	p
Tarinan tunnesisältö															
negatiivinen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	ns	ns	ns
neutraali	83	72	100	67	53	78	67	38	81	57	38	78	0,011	0,046	0,009
positiivinen	0	0	16	11	0	22	6	0	16	0	0	14	ns	ns	ns
Äidin repesentaatio															
positiivinen/neutraali	50	30	79	56	28	78	33	25	69	39	25	64	ns	ns	ns
negatiivinen	33	21	49	29	14	44	29	18	44	47	24	71	ns	ns	ns
Isän representaatio															
positiivinen/neutraali	60	38	75	33	20	61	40	20	65	20	0	33	0,045	ns	< 0,001
negatiivinen	25	13	40	25	13	40	29	13	40	40	17	61	ns	ns	ns
Ongelmanratkaisukeino															
vanhemman apua hakeva	23	15	33	22	11	40	29	7	44	16	0	30	ns	ns	ns
aikuismainen	6	0	17	0	0	11	0	0	12	6	0	25	ns	ns	ns
muu/ei ratkaise	31	25	44	33	13	44	43	14	53	26	14	50	ns	ns	ns
Esittämisen piirteet															
ilo	67	40	100	71	44	86	63	29	84	67	24	83	ns	ns	ns
viha	11	0	17	11	0	22	13	0	37	18	0	46	ns	ns	ns
ahdistus	17	0	46	17	0	38	22	0	47	12	0	38	ns	ns	ns
suru	0	0	15	16	0	33	11	0	33	12	0	34	0,054	ns	ns
Tarinan lopettaminen															
ei lopeta	0	0	16	0	0	0	0	0	17	0	0	0	ns	ns	ns
negatiivinen	17	3	32	11	0	33	22	6	41	25	6	60	ns	ns	ns
positiivinen	83	60	89	76	56	89	67	45	82	67	33	88	ns	ns	ns

6.3.2 Internalisoivasti ja eksternalisoivasti oireilevien lasten tarinoiden erot

Internalisoivasti oireilevien lasten tarinoiden tunnesisältö oli tilastollisesti merkitsevästi useammin neutraali kuin eksternalisoivasti oireilevien lasten tarinoissa ($p = 0,046$). Ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa negatiivisen tai positiivisen tunnesisällön esiintymisessä (taulukko 4).

Äidin positiivista representaatiota esiintyi internalisoivasti oireilevilla lapsilla hieman enemmän kuin eksternalisoivasti oireilevilla lapsilla, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevää. Myös isän positiivista representaatiota esiintyi internalisoivasti oireilevilla lapsilla enemmän kuin eksternalisoivasti oireilevilla lapsilla, mutta tämäkään ero ei ollut tilastollisesti merkitsevää. Eroa äidin tai isän negatiivisten representaatioiden esiintymisessä ei ryhmien välillä esiintynyt (taulukko 4).

Tarinan ongelmanratkaisukeino oli lähes yhtä usein vanhemman apua hakeva internalisoivasti oireilevien ja eksternalisoivasti oireilevien lasten tarinoissa. Internalisoivasti oireilevilla lapsilla ei esiintynyt tarinoissaan tilastollisesti merkitsevästi enempää aikuismaista ongelmanratkaisua. (taulukko 4).

Tavassa esittää tarinoita ei ryhmien välillä ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. Tarinan lopetuksissakaan ei ollut eroa positiivisuuden suhteen internalisoivasti ja eksternalisoivasti oireilevien ryhmien välillä (taulukko 4).

6.3.3 Internalisoivasti ja sekamuotoisesti oireilevien lasten tarinoiden erot

Internalisoivasti oireilevilla lapsilla tarinoiden tunnesisältö oli merkitsevästi useammin neutraali kuin sekamuotoisesti oireilevilla ($p = 0,009$). Positiivisen tai negatiivisen tunnesisällön esiintymisessä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa ryhmien välillä (taulukko 4).

Äidin positiivisen tai neutraalin representaation esiintymisessä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa ryhmien välillä. Äidin representaatio oli internalisoivasti oireilevilla lapsilla harvemmin negatiivinen, mutta tämäkään ero ei ollut tilastollisesti merkitsevää. Isän representaatio oli selvästi useammin positiivinen tai neutraali internalisoivasti oireilevilla lapsilla kuin sekamuotoisesti oireilevilla ($p < 0,001$). Isän representaatio oli internalisoivasti oireilevilla lapsilla myös harvemmin negatiivinen, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevää (taulukko 4).

Ongelmanratkaisukeinossa ei esiintynyt tilastollisesti merkitsevää eroa ryhmien välillä ja aikuismaista ongelmanratkaisukeinota esiintyi molemmissa ryhmissä hyvin vähän. Ryhmien välillä ei esiintynyt eroa esittämisen piirteiden tai tarinan lopettamisen suhteen (taulukko 4).

7 POHDINTA

Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa internalisoivasti oireilevien lasten leikkitarinoiden erityispiirteistä ja eroista verrattaessa niitä muulla tavalla oireileviin tai oireettomiin lapsiin. Internalisoivasti oireilevien ja erityisesti pienten lasten on vaikea kuvailla tuntemuksiaan ja nämä oireet jäävät usein vanhemmilta, opettajilta tai hoitajilta huomaamatta. Kliinisellä aineistolla tutkimusta internalisoivasti oireilevien lasten MSSB-tarinoiden erityispiirteistä on tehty vähän ja aiemmissa tutkimuksissa on tarkasteltu enimmäkseen tervettä tai riskiaineistoa. Tutkimuksella saatua tietoa internalisoivasti oireilevien lasten omista kokemuksista voidaan hyödyntää lasten hoidon suunnittelussa ja mahdollisesti myös diagnosoinnissa. Lasten mielenterveyden häiriöiden tutkiminen, toteaminen ja hoitaminen ovat merkityksellisiä, sillä hoitamatta jäävät psyykkiset häiriöt jatkuvat usein nuoruuteen ja jopa aikuisikään (Kumpulainen, 2004).

Kliinisessä aineistossa reilulla kolmasosalla lapsista esiintyi sekamuotoista oireilua, verrokkiaineistossa tätä esiintyi hyvin vähän. Myös internalisoivaa ja eksternalisoivaa oireilua esiintyi verrokkilasten ryhmässä melko vähän. Internalisoivien oireiden esiintyminen kliinisessä aineistossa oli suurempaa kuin suomalaisessa LAPSET-tutkimuksessa todettu esiintyvyys ja verrokkiryhmässä samaa suuruusluokkaa aiemman tutkimuksen kanssa. Myös eksternalisoivia oireita esiintyi kliinisessä aineistossa selvästi enemmän kuin LAPSET-tutkimuksessa, mutta verrokkiaineistossa esiintyvyys oli samaa luokkaa aiemman tutkimuksen kanssa. Odotusten mukaisesti valtaosa verrokkilapsista oli oireettomia, mutta myös kliinisestä aineistosta kolmasosa oli oireettomia. Oireettomien lasten osuus kliinisessä aineistossa oli yllättävänkin suuri ottaen huomioon, että tämän aineiston lapset olivat olleet tutkimuksissa ja hoidossa lastenpsykiatrian klinikassa. Tämä saattaa selittyä sillä, että osa lapsista tulee lastenpsykiatriin tutkimuksiin ja hoitoon esimerkiksi perheen vuorovaikutuksen ongelmien, traumaattisen tapahtuman tai muun psyykkistä kehitystä kuormittavan tilanteen vuoksi, vaikka lapsella itsellään ei olisi havaittavaa psyykkistä oireilua. Tutkimuksessa käytössä olleeseen CBCL-kyselylomakkeeseen vastanneet äidit

eivät välttämättä aina tunnista luotettavasti oireilua, mikä voi myös selittää kliinisen aineiston lasten odotettua vähäisempää psyykkistä oireilua. Kyky tunnistaa lapsen oireilua liittyy myös lapsen ja vanhemman väliseen vuorovaikutussuhteeseen ja oireilevilla lapsilla usein onkin ongelmia vuorovaikutussuhteissaan. Kuitenkin yleisesti vanhempien kykyä tunnistaa lastensa oireilua pidetään hyvänä ja kliinisen aineiston oireettomien lasten suuri osuus liittyy todennäköisimmin siihen, että lapsi on ohjautunut tutkimuksiin muun syyn kuin oman oireilun vuoksi.

Tässä aineistossa oireettomat lapset olivat siis yliedustettuina (57 %), internalisoivien ja eksternalisoivien oireiden esiintyminen jakaantui tasaisesti (12 %) ja sekamuotoista oireilua oli vajaalla kolmasosalla. Eri oireiryhmien ja oireettomien ryhmän koot erosivat toisistaan, mutta oireilevien lasten ryhmien koot olivat kuitenkin riittäviä vertailujen tekemiseen.

Internalisoivasti oireilevien lasten tarinoiden tunnesisältö oli suurimmalla osalla lapsista neutraali. Lasten neutraaleissa tarinoissa alkuperäisen tarinan ristiriitatilanne tulee ratkaistuksi, mutta lapsen esille tuoma ratkaisutapa tai tarinan tapahtumat ovat luonteeltaan neutraaleja. Neutraaleissa tarinoissa kertomuksen henkilöt eivät juuri tuo esille tunteitaan. Internalisoivasti oireilevilla lapsilla useammin esiintyvä tarinoiden neutraali tunnesisältö on ymmärrettävissä tunne-elämän oireiden ilmiänsä myötä; lapsen tunneilmaisu voi olla ylisäädeltä ja oireet sisäänpäin kääntyneitä.

Internalisoivasti oireilevien lasten tarinoissa äidin representaatiot olivat tyypillisesti positiivisia tai neutraaleja. Äidin positiivisissa/neutraaleissa tai negatiivisissa representaatioissa ei kuitenkaan tullut esille tilastollisesti merkitsevää eroa verrattaessa internalisoivasti oireilevien lasten tarinoita muulla tavalla oireilevien tai oireettomien lasten tarinoihin. Internalisoivasti oireilevilla lapsilla esiintyi kuitenkin hieman enemmän äidin negatiivisia representaatioita kuin oireettomilla lapsilla, joskaan ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Tulos on kuitenkin yhdensuuntainen Beldenin ym. (2007) tutkimuksen kanssa, jossa lapsen masennuksen todettiin olevan yhteydessä tarinoissa esiintyviin äidin negatiivisiin representaatioihin. Samassa tutkimuksessa todettiin myös äidin negatiivisten representaatioiden yhteys äidin epäkannustavan käyttäytymisen ja negatiivisen tunneilmaisuuden välillä. Tarinoissa esiintyvien äidin negatiivisten representaatioiden esiintyvyyden todettiin olevan myös yhteydessä lapsen vakavampaan masennukseen. Tässä tutkimuksessa käytettiin lapsen psyykkisen oireilun arviona vanhemman täyttämää CBCL-lomaketta ja sen antamia laajempia oirekokonaisuuksia, jotka eivät erottele depressiivisesti oireilevia lapsia muulla tavoin

internalisoivasti oireilevista lapsista. Tässä tutkimuksessa ei ollut myöskään mahdollista ottaa huomioon lapsen masennuksen vaikeusastetta. Äidin negatiivisten representaatioiden vähäisyys tarinoissa voisi siten selittyä ainakin osittain sillä, että aineistojen lasten oireiden vaikeusasteessa saattaa olla eroa. Myös Warrenin ym. (2000) tutkimuksessa tuli esille, että lasten tarinoissa esiintyvien negatiiviset odotukset olivat yhteydessä lapsen ahdistuneisuuteen sekä mielen sisäisiin malleihin, jotka ovat yhteydessä myöhempään ahdistuneisuuteen.

Aiemmissä tutkimuksissa lasten ikäjakauma oli 3-5 vuotta ja nuoremmat ikäryhmät olivat korostuneet (Belden ym 2007), kun taas tämän tutkimuksen aineistossa lasten ikäjakauma oli 3–10 vuotta ja tutkimuksen lasten mediaani-ikä oli 6 vuotta. Tutkimukseen osallistuneiden lasten erilainen ikäjakauma voisi osittain selittää vanhempien representaatioiden esiintyvyyden erilaisuutta. Oppenheim ym. (1997) on tutkimuksessaan todennut 5-vuotiailla esiintyvän enemmän vanhempien representaatioita kuin 4-vuotiailla ja vanhempien lasten representaatiot olivat useammin positiivisia tai järjestystä ylläpitäviä kuin negatiivisia. Siten tämän tutkimuksen erilainen ikäjakauma voi osittain selittää äidin negatiivisten representaatioiden pienempää esiintymistä.

Tässä tutkimuksessa lasten sukupuolijakauma oli melko tasainen, mutta poikia oli hieman enemmän kliinisessä aineistossa kun taas verrokkiaineistossa oli tyttöjä hieman enemmän. Warrenin ym. (1996) matalan riskin lapsia käsittelevässä tutkimuksessa sukupuoli jakauma oli hyvin tasainen (25 poikaa ja 26 tyttöä). Sitä vastoin Beldenin ym. (2007) tutkimuksessa sukupuolijakaumat vaihtelivat, kun lapset jaettiin ryhmiin oireilun mukaan. Terveiden lasten ryhmässä tyttöjä oli 79 ja poikia 71, vaikeasti masentuneiden ryhmässä poikia oli 45 ja tyttöjä 30, ja ryhmässä, jossa esiintyi häiriökäyttäytymistä poikia oli 28, tyttöjä 24. Beldenin ym. (2007) tutkimuksessa sukupuolijakauma erosi siis merkittävästi juuri ryhmässä, jota vastaavaa ryhmää tarkasteltiin myös tässä tutkimuksessa (tosin laajempänä internalisoivien häiriöiden kokonaisuutena). Beldenin ym. (2007) tutkimuksessa havaittiin myös, että tytöillä esiintyy enemmän äidin positiivisia representaatioita. Koska vakavasti masentuneiden lasten ryhmässä tyttöjä oli kuitenkin vähemmän, saattoi tämä vähentää positiivisten representaatioiden esiintymistä ryhmässä ja siten lisätä negatiivisten representaatioiden esiintymisosuutta tässä ryhmässä. Tässä tutkimuksessa ei selvitetty eri tavalla oireilevien lasten sukupuolijakaumaa vaikkakin kliinisessä aineistossa internalisoivia oireita esiintyi enemmän kuin verrokkiaineistossa. Suoraan ei voida kuitenkaan päätellä, oliko internalisoivasti oireilevien lasten

joukossa enemmän poikia tai tyttöjä eikä voida ottaa kantaa voisiko tämä vaikuttaa äidin negatiivisten representaatioiden esiintymiseen.

Internalisoivasti oireilevien lasten tarinoissa esiintyi enemmän isän positiivisia/neutraaleja representaatiota kuin oireettomilla tai sekamuotoisesti oireilevilla lapsilla. Isän negatiivisten representaatioiden esiintymisessä ei todettu eroa internalisoivasti ja eksternalisoivasti oireilevien lasten välillä. Aiemmissa tutkimuksissa ei ole todettu eroa internalisoivasti oireilevien lasten tarinoissa esiintyvissä isän positiivisten/neutraalien representaatioissa verrattuna muihin lapsiin. Kliinisessä tutkimusaineistossa on mukana myös perheitä, joissa äidin psyykinen tilanne saattaa olla huono, mikä vaikuttaa lapsen ja äidin väliseen suhteeseen. Näissä tilanteissa isä saattaa ottaa huolehtivaisemman roolin, mikä voi näkyä lasten tarinoissa isän positiivisina representaatioina. Myöskään ei voida unohtaa sitä mahdollisuutta, että aina lapsen tarinat eivät välttämättä kuvaa todellisuutta, vaan voivat kuvastaa lapsen toiveita ja ideaalitodellisuutta. Isien representaatioista on vähän tutkimusta ja aiemmissa tutkimuksissa on usein käsitelty joko ainoastaan äidin representaatiota tai vanhempien representaatioita yhdessä. Jatkossa olisi tarpeellista tarkastella vanhempien representaatioita erikseen, jotta isän representaatiosta saadaan lisää tietoa.

Internalisoivasti oireilevien lasten tarinoissa esiintyi harvoin parentifioitunutta ongelmanratkaisukeinoa. Internalisoivasti oireilevien lasten tarinoissa esiintyi melko paljon tilanteita, joissa lapset tarinoiden hankalissa tilanteissa ratkaisivat tilanteita pyytämällä apua vanhemmalta. Vanhemman apua hakevaa ongelmanratkaisukeinoa esiintyi kuitenkin internalisoivasti oireilevilla lapsilla hieman vähemmän kuin oireettomilla tai eksternalisoivasti oireilevilla lapsilla. Erot eivät olleet kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä. Aiemmissa tutkimuksissa on todettu yhteys masennuksen ja äidin negatiivisten representaatioiden sekä negatiivisten representaatioiden ja äitien epäkannustavan käyttäytymisen välillä (Warren ym, 2000). Lisäksi on havaittu, että lapsen ja äidin kiintymyssuhteen laatu vaikuttaa siihen kuinka lapsi tarinoissaan esittää lapsinuken ja vanhemman tai kuinka päättää tarinat (Bretherton ym., 1990). Varhain alkaneet depressiiviset oireet voivat vaikuttaa vahvasti nuoren lapsen kokeman lähimmän vuorovaikutussuhteen kehittymiseen tai vuorovaikutussuhteeseen liittyviin odotuksiin (Belden ym., 2007). Internalisoivasti oireileva lapsi on mahdollisesti kokenut vähän tilanteita joissa on voinut pyytää tai saanut vanhemman apua, ja tottunut tämän johdosta tekemään asioita pyytämättä apua.

Internalisoivasti oireilevat lapset päättivät tarinansa useimmiten myönteisesti. Tarinoiden negatiivista lopettamista esiintyi internalisoivasti oireilevilla lapsilla yhtä paljon kuin oireettomilla lapsilla, mutta hieman vähemmän kuin eksternalisoivasti tai sekamuotoisesti oireilevilla lapsilla. Nämä erot eivät olleet kuitenkaan tilastollisesti merkitseviä. Warrenin ym. tutkimuksessa (2000) todettiin yhteys tarinoiden negatiivisten lopetusten ja lasten ahdistuneisuuden välillä, jota yhteyttä tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan tullut esille. Ero tuloksissa voisi johtua erilaisesta aineistosta. Tässä tutkimuksessa käsiteltiin internalisoivia oireita laajempänä oirekokonaisuutena eikä ahdistuneisuushäiriöistä kärsiviä lapsia tarkasteltu erikseen. Lisäksi tässä tutkimuksessa käytössä oli verrokkiaineiston lisäksi laaja kliininen aineisto, kun Warrenin ym. tutkimuksessa (2007) käytettiin vain matalan riskin aineistoa.

Tarinoita esittäessään internalisoivasti oireilevat lapset olivat jonkin verran vähemmän surullisia kuin oireettomat lapset ja ero oli lähes tilastollisesti merkitsevä ($p = 0,054$). Aiemmassa tutkimuksessa on todettu yhteys tarinoissa esiintyvän surun ja masennuksen välillä (Warren ym., 1996). Tutkimuksemme yllättävä löydös voisi selittyä internalisoivasti oireilevilla lapsilla esiintyvällä tunteiden ylisäätelynä. Aiemmin tutkimuksissa on myös todettu yhteys tarinoiden aggressiivisten teemojen sekä internalisoivien ja eksternalisoivien oireiden välillä (Warren ym., 1996; Oppenheim ym., 1997). Tutkimuksessa lasten esittämistavassa esiintyi vihaisuutta yhtä paljon internalisoivasti oireilevilla ja oireettomilla lapsilla, mutta hieman enemmän eksternalisoivasti oireilevilla ja sekamuotoisesti oireilevilla. Erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä. Tutkimuksessa ei kuitenkaan tarkasteltu aggressiivisia teemoja erikseen. Internalisoivien oireiden (esimerkiksi masennuksen) vaikeusaste saattaa vaikuttaa edellä mainittujen teemojen esiintymiseen, joten on mahdollista, että erot tulisivat selvemmin esiin vaikeammin oireilevilla lapsilla. Oireilun vaikeusastetta ei kuitenkaan tässä tutkimuksessa eroteltu. Aiemmissa tutkimuksissa kaikki lapset ovat tehneet yhtä monta MSSB-tarinaa ja tarinoiden määrä on ollut melko suuri (12 tai enemmän) Warrenin ym. tutkimuksissa 1996 ja 2000. Beldenin ym. tutkimuksessa (2007) kaikki lapset kävivät läpi lämmittelytarinan ja neljä varsinaista tearinaa. Tässä tutkimuksessa yli puolet lapsista kertoi vähintään 5–7 tarinaa, verrokkilapsista valtaosa yli 8 tarinaa. Verrokkilapset kertoivat siis tilastollisesti merkitsevästi enemmän MSSB-tarinoita kuin kliinisen aineiston lapset. MSSB-tarinoissa korostuvat siis oireettomien lapsien muodostamat tarinat ja oireilevien lasten tarinoiden määrät jäivät vähäisemmäksi. Verrokkilapsilla käytettiin myös kiinteää kertomuspatteria, kun taas kliinisen aineiston lasten kertomusvalikoima vaihteli. Eri kertomuksissa esiintyvät

teemat/ongelmatilanteet voivat tuoda lapsissa erilaisia tunteita esiin (esim. eroahdistus Vanhempien lähtö -tarinassa tai pelko Pelottava koira -tarinassa), mikä voisi aiheuttaa eroa tarinoissa esiintyvissä teemoissa.

Tutkimusaineistomme oli melko suuri käsittäen yhteensä 146 lasta. Tutkimusta internalisoivien oireiden yhteydestä MSSB-tarinoihin on kliinisellä aineistolla tehty melko vähän ja tämän tutkimuksen aineisto koostui pääosin kliinisistä lapsista (n = 106). Mahdollisuus käyttää verrokkiaineistoa oli myös tutkimuksen vahvuus, vaikka oireettomia lapsia oli kliinisessäkin aineistossa yllättävän paljon. Tutkimuksessa käytetty CBCL on kansainvälinen laajasti tutkittu ja käytetty oirekyselylomake, josta on eri versiot eri kielille ja kulttuureille. CBCL-oirekyselykaavaketta voidaan pitää luotettavana lapsen oireiden mittarina ja yleensä vanhemmat kykenevät varsin luotettavasti tunnistamaan lastensa psyykkisiä oireita. Aineistomme koostui valtaosin biologisen äidin täyttämistä CBCL-lomakkeista. Aineistoon sisällytettiin myös neljä lasta, joista oli vain sijaisäidin täyttämät oirekyselylomakkeet, koska niitä pidettiin riittävän vertailukelpoisia biologisten äitien täyttämien lomakkeiden kanssa. Aiemmissä tutkimuksissa on käytetty myös isän tai opettajan täyttämiä lomakkeita (Warren ym., 2000; 1996), mikä antaakin lisätietoa lasten psyykkisestä oireilusta. Lapsen internalisoivien oireiden on kuitenkin todettu korreloivan parhaiten tarinoissa esiintyvien negatiivisten odotusten kanssa silloin, kun internalisoivat oireet on todettu äidin täyttämän kyselylomakkeen perusteella (Warren ym., 2000). Aiemmissä tutkimuksissa on myös todettu, että nimenomaan masennuksen arvioinnissa on tärkeää selvittää myös lapsen omaa kokemusta oireistaan (Puura ym., 1998). Tässä tutkimuksessa ei ollut mahdollista arvioida lapsen omaa kokemusta esimerkiksi lapselle suunnatun kyselylomakkeen muodossa, koska suuri osa tutkimukseen osallistuneista lapsista oli alle kouluikäisiä..

Internalisoivasti oireilevien lasten MSSB-tarinat eivät siis monessakaan suhteessa eroa muulla tavalla oireilevien tai oireettomien lasten tarinoista. Koska internalisoivien oireiden erottaminen vuorovaikutuksessa lapsen kanssa on haastavaa ja jää usein huomaamatta jopa lapsen vanhemmilta, on ymmärrettävää että lapsen internalisoivat oireet eivät välttämättä myöskään tarinoissa tule selvästi esille. Internalisoivasti oireilevien lasten tarinoiden erityispiirteiksi tarjoutui tarinoiden neutraali tunnesisältö ja useammin esiintyvä isän positiivinen representaatio. Aiemmissä tutkimuksissa isän representaatioita ei ole tutkittu erikseen ja tämä uusi löydös vaatisi lisää tutkimusta.

8 LÄHTEET

Achenbach TM ja Rescorla FJ. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*.

Almqvist F, Puura K, Kumpulainen K, Tuompo-Johansson E, Henttonen I, Huikko E, Linna S, Ikäheimo K, Aronen E, Katainen S, Piha J, Moilanen I, Räsänen E, Tamminen T. (1999). Psychiatric disorders in 8-9-year-old children based on a diagnostic interview with the parents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 8(4):17-28.

Belden AC, Sullivan JP, Luby J. (2007). Depressed and healthy preschooler's internal representations of their mother's caregiving: Associations with observed caregiving behaviors one year later. *Attachment & Human Development*, 9(3), 239-254.

Bretherton I. (1990). Open communication and internal working models: Their role in attachment relationships. *Nebraska Symposium on Motivation*, 36:59-113.

Bretherton I, Oppenheim D, Buchbaum H, Emde RN ja MacArthur Narrative Group. (1990). *MacArthur Story Stem Battery. Julkaisematon manuaali*.

Cartwright-Hatton S, McNicol K, Doubleday E. (2005). Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review*, 26,817-833.

Green J, Stanley C, Smith V, Goldwyn R. (2000). A new method of evaluating attachment representations in young school-age children: The Manchester Child Attachment Story Task. *Attachment & Human Development*, 2(1):48-70.

Heikkinen, A. (2005). *Terveyskeskuslääkäri ja lasten mielenterveystyö*. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy - Juvenes Print.

Holmberg J, Robinson J, Corbitt-Price J, Wiener P. (2007). Using narratives to assess competencies and risks in young children: Experiences with high risk and normal populations. *Infant Mental Health Journal*, 28(6):647-666.

Kaukonen P, Latva R, Salmelin R, Luoma I. (2006). Children's play narratives in clinical practice at a child psychiatric family ward. Paper presented in World Association for Infant Mental Health, 10th Congress, July 8-12, 2006, Paris, France, *Infant Mental Health Journal* 27(3A), No.352.

Kumpulainen K. (2004). Epidemiologia ja häiriöiden jatkuvuus. Kirjassa Moilanen I, Räsänen E, Tamminen T, Almqvist F, Piha J, Kumpulainen K. (toim.) *Lasten- ja nuorisopsykiatria* (3 p.) s.

130-136. Helsinki: Duodecim.

Latva R, Luoma I, Salmelin R, Sorvali T, Kaukonen P. (2007). *MacArthur Story Stem Battery: Kertomukset*. Julkaisematon manuaali.

Latva R, Luoma I, Salmelin R, Sorvali T, Kaukonen P. (2008). *MacArthur Story Stem Battery: Kliininen koodausmanuaali*.

Moilanen I. (2004). Ahdistuneisuushäiriöt. Kirjassa Moilanen I, Räsänen E, Tamminen T, Almqvist F, Piha J, Kumpulainen K. (toim.) *Lasten- ja nuorisopsykiatria* (3 p.) s. 201-208. Helsinki: Duodecim.

Oppenheim D. (1997). The Attachment doll-play interview for preschoolers. *International Journal of Behavioral Development*, 20 (4):681-97.

Oppenheim D, Nir A, Warren S, Emde RN. (1997). Emotion Regulation in Mother-Child Narrative Co-Construction: Associations With Children's Narratives and Adaptation. *Developmental Psychology*, 33(2):284-294.

Puura K, Almqvist F, Tamminen T, Piha J, Räsänen E, Kumpulainen K, Moilanen I, Koivisto AM (1998). Psychiatric disturbances among prepubertal children in southern Finland. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 33 (7):310-18.

Roberts RE, Attkisson CC, Rosenblatt A. (1998). Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 155:715-725.

Räsänen E. (2004). Mielialahäiriöt ja itsetuhokäyttäytyminen. Kirjassa Moilanen I, Räsänen R, Tamminen T, Almqvist F, Piha J, Kumpulainen K. (toim.) *Lasten- ja nuorisopsykiatria* (3 p.) s. 218-222. Helsinki: Duodecim.

Stakes, Sosiaali- ja terveydenhuollon luokituskeskus. (1997:4) *Psykiatrian luokituskäsikirja*. Suomalaisen tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit.

Stalets MM, Luby JL. (2006). Preschool Depression. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 15: 899-917.

Warren SL, Oppenheim D, Emde RN. (1996). Can emotions and themes in children's play predict behavior problems? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35:1331-1337.

Warren SL, Emde RN, Sroufe LA. (2000). Internal representations: Predicting anxiety from children's play narratives. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(1), 100-107.

www.aseba.org

9 LIITTEET

Liite 1. Taustatietolomake

Taustatietolomake

Nimi _____

Henkilötunnus _____

Äidin tai äidin asemassa olevan

Syntymävuosi _____

Ammatti _____

Isän tai isän asemassa olevan

Syntymävuosi _____

Ammatti _____

Perhemuoto

1. perusperhe
2. yksinhuoltajaperhe
3. uusperhe
4. sijaisperhe
5. perheryhmäkoti
6. muu _____

Perheessä asuvat lapset

Sukupuolet ja syntymävuodet (esim. T-93, P-02)

Tulosyy

1. lapsen kehitykseen liittyvät huolet
2. perheen vuorovaikutukseen liittyvät huolet
3. vanhemmuuteen liittyvät huolet
4. lapsen oireiluun liittyvät huolet
5. muu _____

Lähtettävä taho

1. pene
2. sos.toimi
3. tk
4. PLP/LPS-osasto
5. muu _____

Aiempi hoito

0. ei
1. pene
2. sos.toimen tukitoimet
3. tk
4. PLP
5. LPS-osasto
6. muu _____

Emotionaalinen laiminlyönti

0. ei
1. lievä
2. vakava

Perheväkivalta

0. ei
1. nähnyt perheväkivaltaa
2. joutunut pahoinpidellyksi

Tunnus _____

Päihdeongelma perheessä

0. ei
1. äiti
 - a. alkoholi
 - b. huumeet
 - c. lääkkeiden väärinkäyttö
2. isä
 - a. alkoholi
 - b. huumeet
 - c. lääkkeiden väärinkäyttö
3. joku muu
 - a. alkoholi
 - b. huumeet
 - c. lääkkeiden väärinkäyttö

Mielenterveyden häiriö perheessä

0. ei
1. äiti
2. isä
3. joku muu _____

Seksuaalinen riisto/epäily

0. ei
1. äiti
2. isä
3. joku muu _____

Tutkimukset

0. MSSB, pvm. _____
1. psykologin tutkimukset
2. perhetutkimukset
3. vuorovaikutusvideointi
 - a. EA, pvm. _____
 - b. MIM, pvm. _____
4. CBCL
 - a. äiti
 - b. isä
 - c. joku muu _____
5. TRF
6. PSI
7. GARF
 - a. ongelmanratkaisu _____
 - b. rakenne _____
 - c. tunnelmapiiri _____
 - d. kokonaisarvio _____

Diagnoosi(t)

F _____ Z _____
F _____ Z _____
F _____ Z _____
Muu _____

Jatkohoito

1. pene
2. tk
3. PLP
4. LPS-osasto
5. sos.toimen tuki
6. muu _____

Täytti, pvm _____

Liite 2. Yleistietolomake

Tutkimukseen osallistuvan lapsen nimi _____

Lomakkeen täyttöpäivä _____

Lomakkeen täyttäjän nimi _____

YLEISTIEDOT LAPSESTA JA PERHEESTÄ

Pyydämme Teitä vastaamaan seuraaviin kysymyksiin kirjoittamalla vastauksen sille varatulle riville tai ympäröimällä sopivan vastauksen numeron.

1. Montako lasta perheessänne asuu? _____

2. Lasten sukupuoli ja syntymäaika (tyttö = T, poika = P. Esim. T – 80, P –82 jne.)

3. Lapsen hoidosta vastaavat vanhemmat ovat

1 lapsen biologiset vanhemmat

2 biologinen äiti ja kasvatusisä (äidin uusi avo- tai aviopuoliso) vuodesta _____ lähtien

3 biologinen äiti yksin vuodesta _____ lähtien

4 biologinen isä ja kasvatusäiti (isän uusi avo- tai aviopuoliso) vuodesta _____ lähtien

5 biologinen isä yksin vuodesta _____ lähtien

6 adoptiovanhemmat vuodesta _____ lähtien

7 sijaisvanhemmat vuodesta _____ lähtien

8 muu, kuka? _____ vuodesta _____ lähtien

4. Jos lapsen vanhemmat ovat eronneet, vanhempien avioerovuosi _____

5. Äidin tai äidin asemassa olevan: _____ Isän tai isän asemassa olevan: _____

syntymävuosi	_____	syntymävuosi	_____
ammatti	_____	ammatti	_____
koulutus		koulutus	
a) peruskoulutus		a) peruskoulutus	
1 keskeytynyt kansa-, perus- tai keskikoulu		1 keskeytynyt kansa-, perus- tai keskikoulu	
2 kansakoulu		2 kansakoulu	
3 perus- tai keskikoulu		3 perus- tai keskikoulu	
4 ylioppilas		4 ylioppilas	
b) ammatillinen koulutus		b) ammatillinen koulutus	
1 ei ammattikoulutusta		1 ei ammattikoulutusta	
2 ammattikurssi/kursseja		2 ammattikurssi/kursseja	
3 ammattikoulu, kauppakoulu tai muu kouluasteen oppilaitos		3 ammattikoulu, kauppakoulu tai muu kouluasteen oppilaitos	
4 opisto- tai ammattikorkeakouluasteen koulutus		4 opisto- tai ammattikorkeakouluasteen koulutus	
5 yliopistoasteen koulutus		5 yliopistoasteen koulutus	
6 muu, mikä?		6 muu, mikä?	
_____		_____	

6. Onko tutkimukseen osallistuvan lapsen kehityksessä todettu jotain erityistä mainittavaa?

KIITÄMME AVUSTANNE!