

**VOIKO TURVALLINEN KIINTYMYSSUHDE SUOJELLA LASTA TRAUMAATTISTEN  
KOKEMUSTEN AIHEUTTAMILTA STRESSIOIREILTA SOTAOLOSUHTEISSA?**

**Pinja Forsström  
Pro Gradu- tutkielma  
Psykologia  
Yhteiskunta- ja  
kulttuuritieteiden yksikkö  
Tampereen yliopisto  
Huhtikuu 2014**

TAMPEREEN YLIOPISTO

Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö

FORSSTRÖM, PINJA: Voiko turvallinen kiintymyssuhde suojella lasta traumaattisten kokemusten aiheuttamilta stressioireilta sotaolosuhteissa?

Pro Gradu- tutkielma, 43 s.

Ohjaaja: Raija-Leena Punamäki

Psykologia

Huhtikuu 2014

---

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, suojaako turvallinen kiintymyssuhde sotatraumoja kokeneita palestiinalaislapsia traumaperäisen stressihäiriön oireilta. Lisäksi haluttiin tutkia sitä, vaikuttavatko tutkittavan ikä tai sukupuoli turvallisen kiintymyssuhteen mielenterveyttä suojelemaan funktioon.

Tutkimus toteutettiin keväällä 2009 ja tutkimukseen osallistui 482 10–13-vuotiasta palestiinalaislasta Gazan kaupungista ja Pohjois-Gazasta. Lapsista 49,4 % oli tyttöjä ja 50,6 % poikia. Aineisto kerättiin itseraportointiin perustuvilla kyselylomakkeilla. Mittareina tutkimuksessa käytettiin Gaza War Trauma 2009- lomaketta, jolla mitattiin tutkittavien kokemien sotatraumojen määrää, Children's Revised Impact of Event Scale eli CRIES-13 – lomaketta, jolla mitattiin traumaperäisen stressihäiriön oireita, sekä Coping Strategies Questionnaire eli CSQ – lomaketta, jonka avulla arvioitiin tutkittavien kiintymyssuhdetyyliä.

Tässä tutkimuksessa kaikki sotatraumoja kokeneet lapset raportoivat yhtä paljon traumaperäisen stressihäiriön oireita kiintymyssuhdetyylistä riippumatta. Tutkimuksessa saatiin kuitenkin viitteitä siitä, että ne lapset, jotka olivat kokeneet keskimääräistä enemmän tai paljon sotatraumoja, raportoivat muita lapsia enemmän trauman uudelleen kokemisen oireita. Tutkimustulos ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevää. Tutkimustulokset osoittivat myös, että eri tavalla kiintyneillä lapsilla oli yhtä paljon traumaoireita iästä tai sukupuolesta riippumatta. Tutkimuksessa saatiin kuitenkin viitteitä siitä, että tytöt raportoivat poikia enemmän traumaperäisen stressihäiriön ylivireysoireita. Lisäksi tytöt raportoivat poikia enemmän trauman uudelleen kokemisen oireita silloin, kun lapset olivat välttelevästi kiintyneitä ja olivat kokeneet vähän tai keskimääräisen määrän sotatraumoja. Nämä tulokset eivät aivan saavuttaneet tilastollista merkitsevyyttä.

Tämän tutkimuksen tulokset eivät siis antaneet tukea sille käsitykselle, että turvallinen kiintymyssuhde suojaisi lasta traumaperäisen stressihäiriön oireilta sotaolosuhteissa. Tässä tutkimuksessa lapsen ikä tai sukupuoli ei myöskään muuttanut turvallisen kiintymyssuhteen mielenterveyttä suojelevaa funktiota. Tutkimuksen tuloksia tulisi hyödyntää esimerkiksi ennaltaehkäiseviä ja kuntouttavia interventioita suunniteltaessa. Tällöin tulisi pohtia sitä, kuinka kulloisissakin olosuhteissa voitaisiin tukea lapsen optimaalista selviytymistä ja kehitystä vahvistamalla niitä tekijöitä, joka suojaavat lasta hänen omassa ympäristössään, riippumatta siitä, mihin kiintymyssuhdetyyliin ne liitetään.

Asiasanat: traumaperäinen stressihäiriö, PTSD, kiintymyssuhdetyyli, sotatrauma

## SISÄLLYSLUETTELO

1. JOHDANTO .....	1
1.1. Traumaattiset kokemukset .....	2
1.1.1. Traumakokemusten esiintyvyys .....	2
1.1.2. Lasten kokemat sotatraumat .....	3
1.1.3. Sotatraumoille altistavat tekijät .....	4
1.2. Traumaperäinen stressihäiriö .....	5
1.2.1. Traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyys .....	5
1.2.2. Lasta suojaavat ja haavoittavat tekijät .....	6
1.3. Kiintymyssuhdeteoria .....	9
1.4. Kiintymyssuhdetyyli ja traumaperäinen stressihäiriö .....	11
1.4.1. Kiintymyssuhteen sopeutuvuus ja PTSD .....	13
1.4.2. Kiintymyssuhdetyylin ja PTSD:n välistä yhteyttä muokkaavat tekijät .....	13
1.5. Tutkimuskysymykset .....	14
2. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN .....	15
2.1. Tutkittavat .....	15
2.2. Tutkimuksen kulku .....	15
2.3. Menetelmät ja muuttujat .....	16
2.4. Aineiston analysointi .....	19
3. TULOKSET .....	19
3.1. Kuvailevat tulokset .....	19
3.2. Muuttujien väliset korrelaatiot .....	22
3.3. Turvallisen kiintymyssuhteen suojaava vaikutus .....	23
3.4. Sukupuolen ja iän vaikutus kiintymyssuhdetyylin ja PTSD:n välisiin yhteyksiin .....	24
4. POHDINTA .....	27
LÄHTEET .....	32

## 1. JOHDANTO

Traumaperäinen stressihäiriö (PTSD) on ollut tutkijoiden mielenkiinnon kohteena aina siitä lähtien, kun sen diagnostiset kriteerit vuonna 1980 sisällytettiin American Psychiatric Association- järjestön julkaisemaan DSM-III diagnoosimanuaaliin (Creamer, Burgess, & McFarlane, 2001). Traumaperäisellä stressihäiriöllä tarkoitetaan traumaattisesta kokemuksesta johtuvaa mielenterveyden häiriötä (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994). Traumaperäisen stressihäiriön oireet on jaettu kolmeen oireryppäeseen, ylivireysoireisiin, välttelyoireisiin sekä trauman jatkuvaan uudelleen kokemiseen (DSM-IV, APA, 1994). Tutkimuksissa on havaittu, että kaikki trauman kokeneet eivät kärsi traumaperäisestä stressihäiriöstä, vaan tietyt mm. yksilöön ja traumakokemukseen liittyvät tekijät, kuten sukupuoli ja traumakokemuksen tyyppi, voivat olla yksilöä suojaavia tai haavoittavia tekijöitä (Feldman & Vengrober, 2011; Macksoud & Aber, 1996; Thabet, Ibraheem, Shivram, Winter, & Vostanis, 2009).

Tässä tutkimuksessa yksilön mielenterveyttä suojaavista tekijöistä keskiössä on lapsen kiintymyssuhde. Kiintymyssuhteen tarkoituksena on varmistaa lapsen selviytyminen ja tukea normatiivista kehitystä (Bowlby, 1969). Kiintymyssuhteen avulla lapsi oppii vanhemmilta mm. tunteiden ilmaisua ja vastaanottamista sekä sosiaalisia taitoja (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Bohlin, Hagekull, & Rydell, 2000; Contreras, Kerns, Weimer, Gentzler, & Tomich, 2000; Rose-Krasnor, Rubin, Booth, & Coplan, 1996). Sotaolosuhteissa kiintymyssuhteen merkitys korostuu entisestään, sillä vallitsevat olosuhteet asettavat lapsen kehityksen ja jopa hengissä selviytymisen erityisen suureen vaaraan. Sotaympäristössä kiintymyssuhteella on siis erityisen tärkeä rooli niin lapsen fyysisen, sosiaalisen kuin emotionaalisenkin hyvinvoinnin varmistamisessa. Tämän tutkimuksen tarkoituksena onkin tarkastella sitä, voiko tarkoituksenmukaisesti toimiva kiintymyssuhde suojata lasta traumakokemusten negatiivisilta vaikutuksilta sotaolosuhteissa. Lisäksi tarkoituksena on selvittää, vaikuttaako lapsen ikä tai sukupuoli kiintymyssuhteen mielenterveyttä suojelemaan funktioon, sillä joissakin tutkimuksissa näiden tekijöiden on havaittu olevan yhteydessä PTSD- oireiden kehittymiseen (Allwood, Bell-Dolan, & Husain, 2002; Awadh, Vance, El-Beblawi, & Pumariega, 1998).

## **1.1. Traumaattiset kokemukset**

Koska tämän tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella traumaattisiin kokemuksiin liittyvää stressioireilua, on tarpeen ensin määritellä, millaiset kokemukset ovat traumaattisia. DSM-IV diagnoosimanuaalin mukaan tilanteet, joissa henkilö kokee tai näkee tapahtuman, johon liittyy kuolema, vakava loukkaantuminen tai niiden uhka, ovat traumaattisia (APA, 1994). Traumaattisia ovat myös tilanteet, joissa fyysinen koskemattomuus vaarantuu. Uhrina tilanteissa voi olla henkilö itse tai joku muu. Myös tilanteet, joissa henkilö kuulee läheistä ihmistä kohdanneesta vaaratilanteesta tai läheisen kuolemasta, ovat traumaattisia (DSM-IV, APA, 1994). Henkilön tulee lisäksi reagoida em. tilanteisiin voimakkaalla pelolla, avuttomuudella tai kauhulla. Lasten reaktio traumaattiseen tapahtumaan voi näkyä myös hajanaisena käyttäytymisenä tai levottomuutena (DSM-IV, APA, 1994).

Terr (1991) jakaa traumaattiset kokemukset tyyppin I ja tyyppin II traumoihin. Tyyppin I traumat ovat yksittäisiä, ainutkertaisia ja yllättäviä traumaattisia kokemuksia, kuten auto-onnettomuus, luonnonkatastrofi, raiskaus ja pahoinpitely (Terr, 1991). Tyyppin II traumat taas ovat toistuvia tai pitkään jatkuvia traumaattisia kokemuksia, kuten lapsuuden seksuaalinen hyväksikäyttö ja perheväkivalta jatkuessaan pitkään ja toistuessaan sekä sotaympäristössä eläminen (Terr, 1991). Tyyppin II traumoissa ensimmäinen traumaattinen kokemus yllättää kokijan, mutta koska trauma toistuu, kokija oppii jo ennakoimaan ja odottamaan toistuvia traumaattisia kokemuksia (Terr, 1991).

### **1.1.1. Traumakokemusten esiintyvyys**

Tutkimusten mukaan lasten traumakokemukset ovat melko yleisiä. Cloitre ym. (2009) havaitsivat tutkiessaan 3–17-vuotiaita lapsia, että yli puolet tutkittavista oli kokenut emotionaalista väkivaltaa tai seksuaalista hyväksikäyttöä ja lähes puolet lapsista oli todistanut perheväkivaltaa tai heitä oli laiminlyöty. Noin kolmannes lapsista oli lisäksi kokenut fyysistä väkivaltaa (Cloitre ym., 2009). Meksikolaisia 12–17-vuotiaita nuoria tarkastelleessa tutkimuksessa taas lähes 70 % nuorista oli kokenut ainakin yhden trauman (Orozco, Borges, Benjet, Medina-Mora, & López-Carrillo, 2008). Tutkimuksessa nuorten yleisimmin kokemia traumoja olivat läheisen yllättävä kuolema, jonka oli kokenut neljännes nuorista sekä vakava onnettomuus ja kotiväkivallan todistaminen, jotka oli kokenut noin viidennes nuorista.

Myös aikuisilla traumakokemukset ovat melko yleisiä ja epidemiologisissa tutkimuksissa onkin havaittu, että noin 30–90% tutkittavista oli kokenut vähintään yhden traumaattisen kokemuksen elämänsä aikana (Elliot, 1997; Frazier ym., 2009; Giaconia ym., 1995; Van Ameringen, Mancini, Patterson, & Boyle, 2008). Trauman kokeneiden määrä siis vaihtelee melko paljon tutkimuksesta toiseen, joskin suurimmassa osassa tutkimuksista vähintään puolella tutkittavista oli ainakin yksi traumakokemus.

### **1.1.2. Lasten kokemat sotatraumat**

Lasten traumakokemuksia on tutkittu suurimmaksi osaksi erilaisilla levottomuuksista ja väkivallasta kärsivillä alueilla, kuten Lähi-idässä ja Balkanilla, joten suurin osa tutkimuksissa käsitellyistä traumaista on sotatraumoja. Lasten kokemat sotatraumat ovat myös tämän tutkimuksen keskiössä. Tutkimuksissa lasten keskimäärin kokemien sotatraumojen määrä vaihtelee 2,5 ja 8 sotatrauman välillä (Laufer & Solomon, 2009; Macksoud & Aber, 1996; Thabet ym., 2009). Thabet, Karim ja Vostanis (2006) havaitsivat tutkiessaan sotatoimialueella eläviä leikki-ikäisiä lapsia, että noin joka kahdeksas lapsi oli kokenut vain vähän sotatraumoja, noin joka kuudes lapsi oli kokenut keskimääräisen määrän ja alle 5 % lapsista oli kokenut suuren määrän sotatraumoja.

Tutkimuksissa on selvitetty myös lasten yleisimmin kokemia sotatraumoja. Tulokset vaihtelevat hieman tutkimuksesta toiseen, mutta koetut sotatraumat ovat kaikissa tutkimuksissa varsin vakavia. Muutamissa tutkimuksissa yleisimpänä sotatraumana nousi esiin taistelutilanteiden todistaminen (Macksoud & Aber, 1996; Punamäki, Muhammed, & Abdulrahman, 2004; Quota, Punamäki, & El-Sarraj, 2005). Taistelutilanteille oli altistunut noin 60–97 % tutkittavista. Yksittäisissä tutkimuksissa esiin nousseita lasten yleisimmin kokemia sotatraumoja olivat myös mm. perheenjäsenen loukkaantuminen sodassa, läheisen menetys, tuntemattoman henkilön kuoleman todistaminen sekä väkivaltaisten tekojen todistaminen (Allwood ym., 2002; Macksoud & Aber, 1996; Quota ym., 2005).

### 1.1.3. Sotatraumoille altistavat tekijät

Tutkimusten mukaan taustatekijät, kuten ikä, sukupuoli ja perhesuhteet, vaikuttavat siihen, millä todennäköisyydellä ja kuinka paljon lapsella on traumakokemuksia. Osassa Lähi-idän sotatoimialueilla asuvia lapsia ja nuoria tarkastelleista tutkimuksista on havaittu, että pojat ja vanhemmat lapset kokevat tyttöjä ja nuoria lapsia todennäköisemmin sotatraumoja (Peltonen, Quota, El Sarraj, & Punamäki, 2010; Quota, Punamäki, Miller, & El Sarraj, 2008; Thabet ym., 2009). Muutamissa tutkimuksissa sukupuolten ei kuitenkaan havaittu eroavan tosistaan sotatraumoille altistumisen suhteen (Laufer & Solomon, 2009; Thabet ym., 2006). Yksittäisissä tutkimuksissa myös köyhyyden ja mm. pakolaisuutena ilmenevän huono-osaisuuden sekä rikkoutuneiden perhesuhteiden on havaittu lisäävän lapsen todennäköisyyttä kokea suurempi määrä sotatraumoja (Punamäki ym., 2004; Thabet, Abu Tawahina, El Sarraj, & Vostanis, 2008; Thabet ym., 2009).

Yksilöllisten erojen, kuten sukupuolen, iän ja asuinpaikan, on havaittu vaikuttavan myös siihen, minkä tyyppisiä sotatraumoja lapsi todennäköisemmin kokee. Tutkimuksissa pojat olivat esimerkiksi todistaneet väkivaltaisia tekoja, kantaneet kuolleita ja haavoittuneita sekä kärsineet vammoja ja menetyksiä todennäköisemmin kuin tytöt (Allwood ym., 2002; Macksoud & Aber, 1996; Punamäki, 1996). Tytöt taas pelkäsivät poikia enemmän raiskatuksi tulemistä (Allwood ym., 2002). Lauferin ja Solomonin (2009) israelilaisia lapsia ja nuoria tarkastelleessa tutkimuksessa sukupuoli sen sijaan ei vaikuttanut siihen, millaisille sotatraumoille tutkittava oli altistunut. Tutkimuksissa vanhempien lasten on havaittu kokeneen esimerkiksi sotatapahtumia, hirmutekoja, sotaväkivaltaa, vammoja ja menetyksiä sekä olleen tekemisissä kuolleiden ja haavoittuneiden kanssa ja todistaneen väkivaltaisia tekoja nuorempia lapsia todennäköisemmin (Allwood ym., 2002; Macksoud & Aber, 1996; Punamäki, 1996; Quota ym., 2008). Lisäksi orpokodissa asuvat kurdilapset olivat kokeneet lähes täysin erilaisia sotatraumoja kuin perheissään asuvat kurdilapset (Punamäki ym., 2004). Jännitteisissä israelilaisissa rajakaupungeissa ja paljon terrorismista kärsivillä israelilaisalueilla asuvat lapset taas olivat kokeneet muualla asuvia lapsia todennäköisemmin suoranaisia sotatapahtumia (Laufer & Solomon, 2009; Punamäki, 1996).

## 1.2. Traumaperäinen stressihäiriö

Traumakokemuksilla voi olla monenlaisia negatiivisia vaikutuksia lapsen mielenterveyteen. Tässä tutkimuksessa keskitytään kuitenkin traumakokemusten aiheuttamiin stressioireisiin. Jotta trauman aiheuttamat stressioireet voidaan luokitella traumaperäiseksi stressihäiriöksi (PTSD), tulee oireiden täyttää erilaisia diagnostisia kriteereitä. DSM-IV diagnoosimanuaalin mukaan PTSD:n olennaisin kriteeri on siis yksilön kokema trauma (APA, 1994). Lisäksi yksilöllä tulee ilmetä PTSD:lle tyypillisiä oireita yli kuukauden ajan ja niiden tulee aiheuttaa kliinisesti merkittävää kärsimystä tai haittaa sosiaalisella, ammatillisella tai muulla tärkeällä toiminnan alueella (DSM-IV, APA, 1994). PTSD- oireet jaetaan kolmeen oireryppäeseen. Yhden oireryppään muodostavat välttelyoireet, joihin kuuluu mm. traumakokemukseen liittyvien paikkojen, tunteiden ja toimintojen toistuva välttäminen (DSM-IV, APA, 1994). Toisen oireryppään muodostavat ylivireysoireet, kuten ärtyneisyys ja nukahtamis- ja keskittymisvaikeudet. Viimeisen oireryppään muodostavat trauman uudelleen kokemisen oireet, joihin kuuluvat mm. toistuvat traumakokemukseen liittyvät mieleen tunkeutuvat mielikuvat ja unet (DSM-IV, APA, 1994). Traumaperäinen stressihäiriö voi olla akuutti, jolloin oireet kestävät alle kolme kuukautta, krooninen, jolloin oireet kestävät yli kolme kuukautta tai viivästyneenä alkanut, jos oireet alkavat aikaisintaan kuusi kuukautta traumaattisen tilanteen jälkeen (DSM-IV, APA, 1994).

### 1.2.1. Traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyys

Kaikki trauman kokeneet lapset eivät tutkimusten mukaan kärsi traumaperäisestä stressihäiriöstä. Kun on tutkittu pääasiassa Lähi-idässä ja Balkanilla asuvia sotatraumoja kokeneita lapsia ja nuoria, on havaittu, että noin 30–75 % tutkittavista täyttää PTSD:n kriteerit (Allwood ym., 2002; Awadh ym., 1998; Feldman & Vengrober, 2011; Khamis, 2008). Suurimmat PTSD:n esiintyvyyksluvut on havaittu *Al-Aqsa intifadassa* haavoittuneita ja pysyvän vamman saaneita palestiinalaispoikia sekä Gazassa asuvia palestiinalaislapsia tarkastelleissa tutkimuksissa (Khamis, 2008; Thabet ym., 2008). Näistä lapsista noin 70–75 % täytti PTSD:n kriteerit. Sen sijaan eräässä niin ikään palestiinalaisalueilla, ei siis ainoastaan Gazassa, asuvia palestiinalaislapsia tarkastelleessa tutkimuksessa hieman pienempi osa tutkittavista, eli noin kolmannes, täytti PTSD:n kriteerit (Thabet ym., 2009). Eräässä tutkimuksessa Gazassa asuvista israelilaislapsista myös noin



kolmannes täytti PTSD:n kriteerit (Feldman & Vengrober, 2011). Sarajevolaislapsia tarkastelleessa tutkimuksessa taas havaittiin, että noin 40 % lapsista kärsi kliinisesti merkittävästi PTSD:stä (Allwood ym., 2002). Sen sijaan persianlahden sodan kokeneista kuwaitilaislapsista jopa 65 % täytti PTSD:n kriteerit (Awadh ym., 1998). Tutkimuksissa on havaittu, että lasten tavoin myöskään kaikki trauman kokeneet aikuiset eivät kärsi PTSD:stä. Aikuisilla PTSD:n esiintyvyys vaihtelee opiskelijaotosten noin 5 %:sta kidutuksen uhriksi joutuneiden pakolaisten noin 40 % esiintyvyysslukuihin (Frazier ym., 2009; Hooberman, Rosenfeld, Rasmussen, & Keller, 2010).

### **1.2.2. Lasta suojaavat ja haavoittavat tekijät**

Koska kaikki trauman kokeneet lapset eivät siis kärsi traumaperäisestä stressihäiriöstä, täytynee olla olemassa mielenterveyttä suojaavia ja sen haavoittuvuutta lisääviä tekijöitä. Tutkimusten mukaan näin onkin ja tutkimuksissa on löydetty erilaisia yksilöön, traumakokemukseen ja ympäristöön liittyviä tekijöitä, joiden on havaittu vaikuttavan traumakokemuksen haavoittavuuteen.

#### ***1.2.2.1. Demografiset tekijät***

Tutkimuksissa lapsen iän, sukupuolen ja kognitiivisen kapasiteetin on havaittu vaikuttavan traumakokemuksen haavoittavuuteen. Muutamissa sarajevolais- ja israelilaislapsia tarkastelleissa tutkimuksissa vanhempien lasten havaittiin kärsivän nuorempia todennäköisemmin PTSD- oireista (Allwood ym., 2002; Feldman & Vengrober, 2011). Sotatraumoja kokeneita lapsia tarkastelleissa tutkimuksissa on havaittu myös, että tytöt kärsivät poikia todennäköisemmin PTSD- oireilusta (Awadh ym., 1998; Punamäki ym., 2004; Quota, Punamäki, & El Sarraj, 2003; Thabet ym., 2009). Lisäksi alemman kognitiivisen kapasiteetin on eräässä sotatraumoja kokeneita lapsia tarkastelleessa tutkimuksessa havaittu ennustavan PTSD- oireita (Quota, Punamäki, Montgomery, & El Sarraj, 2007). Myös aikuisilla sukupuolen, iän, koulutustason ja kognitiivisen kapasiteetin on niin meta-analyyseissa kuin yksittäisissä tutkimuksissakin havaittu vaikuttavan PTSD:n todennäköisyyteen (Anders, Frazer, & Frankfurt, 2011; Brewin, Andrews, & Valentine, 2000; Dekel, Mandl, & Solomon, 2011; Kremen ym., 2007). Tulokset ovat samansuuntaisia kuin lapsillakin.

### **1.2.2.2. Coping- keinot**

Joissakin tutkimuksissa tutkittavan käyttämien coping- keinojen on havaittu olevan yhteydessä PTSD- oireisiin. Esimerkiksi Khamis (2008) havaitsi tutkiessaan *Al-Aqsa intifadassa* taistelleita ja vammautuneita palestiinalaisnuoria, että nuoren käyttämä negatiivinen coping- tyyli ja kohtalonusko myötävaikuttivat PTSD- oireiden sitkeyteen. Kurdilapsia tarkastelleessa tutkimuksessa taas coping- keinojen laaja repertuaari ei suojannut traumakokemusten negatiivisilta psykologisilta vaikutuksilta (Punamäki ym., 2004). Sen sijaan laaja *kognitiivisten* coping- keinojen repertuaari oli yhteydessä matalaan PTSD- oireiden määrään ja siis suojasi traumakokemusten negatiivisilta vaikutuksilta. Laaja *emotionaalisten* tai *behavioraalisten* coping- keinojen repertuaari taas oli yhteydessä suureen määrään psykologisia oireita (Punamäki ym., 2004). Myös aikuisilla coping- keinojen on havaittu olevan yhteydessä PTSD- oireisiin. Esimerkiksi eräässä kidutusta kokeneita pakolaisia tarkastelleessa tutkimuksessa emotionaalisesti sitoutumaton coping ennusti PTSD- oireita (Hooberman ym., 2010). Lisäksi niillä, jotka käyttivät emotionaalisesti sitoutumatonta copingia, myös itsensä arvioiminen positiivisesti muihin nähden ennusti PTSD- oireita (Hooberman ym., 2010).

### **1.2.2.3. Aiemmat traumakokemukset**

Tutkimuksissa aiempien traumakokemusten on havaittu olevan yhteydessä lapsen PTSD- oireiden määrään. Useissa eri tutkimuksissa on havaittu, että sotatraumoja kokeneilla palestiinalaislapsilla suurempi määrä traumakokemuksia ennustaa PTSD- oireita (Quota ym., 2003; Quota ym., 2007; Thabet ym., 2008; Thabet ym., 2009). Thabetin ja Vostaniksen (2000) palestiinalaislapsia tarkastelleessa pitkittäistutkimuksessa taas vielä vuosi alkumittauksen jälkeenkin jatkuvia PTSD- oireita ennusti traumakokemusten määrä. Myös joissakin aikuisotoksia tarkastelleissa tutkimuksissa traumakokemusten määrän on havaittu lisäävän PTSD:n todennäköisyyttä (Frazier ym., 2009; Lauterbach & Vrana, 2001; Rhiger, Elklit, & Lasgaard, 2008).

#### ***1.2.2.4. Traumakokemuksen tyyppi***

Yksi johdonmukaisimmin tutkimuksissa esiin nousseista lapsen PTSD- oireiden kehittymiseen vaikuttavista tekijöistä on traumakokemuksen tyyppi. Joissakin sotatraumoja kokeneita lapsia tarkastelleissa tutkimuksissa väkivaltaisille ja ihmisten vahingoittamiseen liittyville sotatraumoille altistumisen on havaittu olevan yhteydessä suurempaan määrään PTSD- oireita (Allwood ym., 2002; Macksoud & Aber, 1996). Quota ym. (2003) taas havaitsivat tutkimuksessaan, että välttelyoireet olivat todennäköisempiä niillä lapsilla, jotka olivat itse olleet sotaväkivallan uhrina. Khamisin ym. (2008) tutkimuksessa sen sijaan ei löytynyt näyttöä sille, että tahallinen sotaväkivalta ennustaisi lasten PTSD- oireita. Eräässä tutkimuksessa taas havaittiin, että lapset, jotka olivat kokeneet sekä väkivaltaisia että väkivallattomia sotatraumoja, kärsivät todennäköisemmin PTSD- oireista kuin ne, joilla oli vain yhdentyypisiä traumakokemuksia tai ei traumakokemuksia ollenkaan (Allwood ym., 2002). Myös sotatraumoihin liittyvän subjektiivisen vaarantunteen ja pelon on havaittu olevan yhteydessä ja jopa ennustavan lasten PTSD- oireita (Laufer & Solomon, 2009; Solomon & Lavi, 2005). Lauferin ja Solomonin (2009) tutkimuksessa sukupuolella oli epäsuora vaikutus PTSD- oireiden kehittymiseen, sillä tytöt tunsivat poikia enemmän pelkoa ja näin ollen kärsivät myös todennäköisemmin PTSD- oireista. Myös aikuisia tarkastelleissa tutkimuksissa traumakokemuksen tyyppin on havaittu olevan yhteydessä PTSD:n kehittymiseen. Esimerkiksi tahallisesti aiheutettujen traumojen, seksuaalisen väkivallan ja pahoinpitelyväkivallan on toistuvasti havaittu lisäävän PTSD:n kehittymisen riskiä (Amir & Sol, 1999; Bradley, Schwartz, & Kaslow, 2005; Frazier ym., 2009; Van Ameringen ym., 2008).

#### ***1.2.2.5. Vanhemman reaktio traumakokemukseen***

Joissakin tutkimuksissa on havaittu, että tutkittavan vanhemman reaktio koettuun traumaan on yhteydessä tutkittavan PTSD- oireisiin. Esimerkiksi sotatraumoja kokeneiden lasten vanhempien omien PTSD- oireiden on havaittu ennustavan lapsen PTSD- oireita (Quota ym., 2003; Thabet ym., 2008). Eräässä palestiinalaislapsia tarkastelleessa tutkimuksessa äidin traumaperäisen stressin oireet eivät kuitenkaan olleet yhteydessä lapsen traumaperäisen stressin oireisiin (Quota ym., 2005). Eräässä holokaustista selvinneiden aikuisia jälkeläisiä tarkastelleessa tutkimuksessa taas havaittiin, että ne tutkittavat, joiden äideillä oli PTSD, kärsivät muita todennäköisemmin PTSD:stä,

riippumatta siitä, oliko isällä PTSD (Yehuda, Bell, Bierer, & Schmeidler, 2008). Kuitenkin jos molemmilla vanhemmilla oli PTSD, jälkeläiset kärsivät vielä todennäköisemmin itsekin PTSD:stä.

#### ***1.2.2.6. Sosiaalinen tuki ja sosiaaliset suhteet***

Tutkimuksissa on saatu viitteitä siitä, että sosiaalinen tuki ja sosiaaliset suhteet ovat yhteydessä lapsen PTSD- oireisiin. Esimerkiksi Thabet ym. (2009) havaitsivat tutkiessaan sotatraumoja kokeneita lapsia, että vähäisempi vanhemmilta saatu tuki ennusti lapsen PTSD- oireita. Peltonen ym. (2010) taas havaitsivat, että kilpailu sisarusuhteissa ja ystävyysuhteiden laatu välittivät traumakokemusten ja PTSD- oireilun välistä yhteyttä. He havaitsivat myös, että sotatraumoille altistuminen ei ollut yhteydessä PTSD- oireisiin niillä lapsilla, joiden sisarusuhteita leimasivat intiimiys, lämpö ja kilpailun puute (Peltonen ym., 2010). Hyvillä ystävyysuhteilla sen sijaan ei ollut tällaista vaikutusta. Myös aikuisilla hyvän sosiaalisen tuen on niin meta-analyyseissa kuin yksittäisissä tutkimuksissakin havaittu suojaavan PTSD:n kehittymiseltä (Brewin ym., 2000; Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003; Polusny ym., 2011).

### **1.3. Kiintymyssuhdeteoria**

Edellä on tarkasteltu niitä tekijöitä, jotka voivat suojata mielenterveyttä ja toisaalta lisätä sen haavoittuvuutta. Myös lapsen ja vanhemman välisen kiintymyssuhteen merkitystä mielenterveyttä suojaavana tai sen haavoittuvuutta lisäävänä tekijänä on pohdittu niin tutkimuksissa kuin teorioissakin. Ilmiö on keskiössä myös tässä tutkimuksessa. Aluksi on kuitenkin tarpeen tarkastella kiintymyssuhteen luonnetta.

Kiintymyssuhteella tarkoitetaan lapsen ja tämän ensisijaisen hoitajan välistä kiinteää sidettä, jonka muodostamiseen lapsella on synnynnäinen kyky, mutta joka kehittyy vain vuorovaikutuksessa ensisijaisen hoitajan kanssa (Bowlby, 1969). Kiintymyssuhteen tehtävänä on alun perin ollut lapsen hengissä säilymisen varmistaminen, mutta sen tarkoituksena on myös varmistaa, että ensisijainen hoitaja tyydyttää lapsen jokapäiväiset fyysiset, sosiaaliset ja emotionaaliset tarpeet (Bowlby, 1969). Tarkoituksenmukaisesti toimiessaan kiintymyssuhde siis tukee lapsen normatiivista kehitystä ja lapsi oppii mm. tunteiden ilmaisua ja vastaanottamista sekä

sosiaalisia taitoja (Bohlin ym., 2000; Contreras ym., 2000; Dallaire & Weinraub, 2007; Rose-Krasnor ym., 1996). Lapsen kiintymyssuhdetta ilmaiseva ja ylläpitävä kiintymyskäyttäytyminen aktivoituu silloin, kun lapsi kokee uhkaa tai hänellä on jokin tarve, joka tulisi tyydyttää (Bowlby, 1969). Esimerkiksi Ainsworth ja Bell (1971) havaitsivat tutkimuksessaan, että taaperon kiintymyskäyttäytyminen aktivoitui, kun hän joutui eroon kiintymyksen kohteestaan. Lapsen kiintymyskäyttäytyminen aktivoituu näin ollen myös esimerkiksi uhkaavissa sotaolosuhteissa. Sotaympäristössä tarkoituksenmukaisesti toimivan kiintymyssuhteen merkitys kasvaa entisestään, sillä ympäröivät olosuhteet asettavat lapsen kehityksen ja jopa hengissä säilymisen erityisen suureen vaaraan. Sotaympäristössä kiintymyssuhteella on siis tärkeä rooli niin lapsen fyysisen, sosiaalisen kuin emotionaalisenkin hyvinvoinnin varmistamisessa ja erityisesti lapsen tulevan kehityksen kannalta tärkeän turvallisuudentunteen ylläpitämisessä.

Ainsworth ym. (1978) jakavat lasten kiintymyssuhteet kolmeen eri ryhmään sen mukaan, millaisia piirteitä lasten kiintymyskäyttäytymisessä tulee ilmi. Ensimmäisen ryhmän muodostavat turvallisesti kiintyneet lapset, jotka ovat oppineet luottamaan siihen, että ensisijainen hoitaja on tarvittaessa saatavilla ja on herkkä lapsen tarpeille sekä vastaa niihin nopeasti ja johdonmukaisesti (Ainsworth ym., 1978). Eräässä saksalaisessa pitkittäistutkimuksessa äidin sensitiivisyys lapsen tarpeille ensimmäisenä elinvuotena ennustikin lapsen parempaa kiintymyssuhdetta äitiinsä vuoden iässä (Grossmann ym., 2002). Kaksi seuraavaa ryhmää koostuvat turvattomasti kiintyneistä lapsista (Ainsworthin ym., 1978). Ristiriitaisesti kiintyneet lapset ovat oppineet, että ensisijainen hoitaja reagoi lapsen tarpeisiin hitaasti ja epäjohdonmukaisesti ja saattaa jättää lapsen kokonaan huomiotta eikä lapsi näin ollen voi luottaa ensisijaisen hoitajan olevan läsnä (Ainsworth ym., 1978). Ristiriitaisesti kiintyneiden lasten äitien onkin eräässä tutkimuksessa havaittu olevan vähemmän herkkiä lastensa tarpeille kuin turvallisesti ja välttelevästi kiintyneiden lasten äitien (Braungart-Rieker, Garwood, Powers, & Wang, 2001). Välttelevästi kiintyneet lapset taas välttävät näyttämästä erityisesti negatiivisia emootioitaan, sillä ensisijainen hoitaja torjuu lapsen usein ja välttää fyysistä kontaktia tämän kanssa eikä ole herkkä lapsen tarpeille. Lapsi pyrkiikin itse välttämään fyysistä kontaktia ensisijaiseen hoitajaan ja näin varmistamaan, että ei joudu torjutuksi (Ainsworth ym., 1978).

Main ja Solomon (1986) kehittivät omien havaintojensa pohjalta vielä neljännen kiintymyssuhdetyylin eli jäsentymättömästi kiintyneiden ryhmän, joka koostuu niin ikään turvattomasti kiintyneistä lapsista. Jäsentymättömästi kiintyneen lapsen käyttäytymistä luonnehtivat epäyhtenäisyys ja jäsentymättömyys ja se on sekavaa ympäristöön nähden (Main & Solomon, 1986). Heidän käyttäytymisensä kuvaakin toistensa kanssa ristiriidassa olevien käyttäytymismallien samanaikaista aktivoitumista (Main & Solomon, 1986). Tutkimuksissa vanhempien vähäisen

sensitiivisyyden lapsen tarpeille on havaittu olevan yhteydessä lapsen jäsentymättömään kiintymyssuhteeseen (Carlson, 1998; Juffer, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2005; van IJzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenburg, 1999).

Shaver ja Mikulincer (2002) ovat omassa teoriassaan hahmotelleet sitä, mitkä tekijät vaikuttavat siihen, millaiseen kiintymyskäyttäytymiseen lapsi turvautuu. Jos lapsi kiintymyssysteemin aktivoivan uhan havaitessaan arvioi, että kiintymyksen kohde on saatavilla, lapsi suuntautuu prososiaalisiin aktiviteetteihin, jolloin lapsen kokema kärsimys lievittyy, hänen henkilökohtainen sopeutumisensa tehostuu ja hän turvautuu läheisyyden hakemiseen selviytymiskeinona (Shaver & Mikulincer, 2002). Jos lapsi taas uhan havaitessaan arvioi, että kiintymyksen kohde ei ole saatavilla ja kokee, että läheisyyden hakeminen ei ole mahdollista, lapsi käyttää deaktivaatiostrategioita eli välttelyä (Shaver & Mikulincer, 2002). Sen sijaan jos lapsi uhan havaitessaan arvioi, että kiintymyksen kohde ei ole saatavilla, mutta läheisyyden hakeminen on mahdollista, lapsi käyttää hyperaktivaatiostrategioita eli kiintymysahdistukseen liittyviä strategioita (Shaver & Mikulincer, 2002).

#### **1.4. Kiintymyssuhdetyyli ja traumaperäinen stressihäiriö**

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on siis tarkastella kiintymyssuhteen merkitystä lapsen mielenterveyttä suojaavana tai haavoittavana tekijänä erityisesti suhteessa traumakokemuksiin. Mikulincer, Shaver ja Horesh (2006) ovat pohtineet sitä, millä tavoin yksilön kiintymyssuhde voisi vaikuttaa traumakokemusten haavoittavuuteen. Heidän mukaansa yksilön kiintymyssysteemi aktivoituu automaattisesti silloin, kun yksilö kokee trauman. Jos yksilön kiintymyssysteemi tällöin toimii optimaalisesti, yksilö voi tuntea olonsa melko turvalliseksi hyvinkin uhkaavissa tilanteissa, mikä laskee PTSD:n kehittymisen todennäköisyyttä (Mikulincer ym., 2006). Useissa aikuisia tarkastelleissa tutkimuksissa turvallisen kiintymyssuhteen onkin todettu olevan negatiivisesti yhteydessä PTSD- oireiden määrään (Benoit, Bouthillier, Moss, Rousseau, & Brunet, 2010; Declercq & Palmans, 2006; Fraley, Fazzari, Bonanno, & Dekel, 2006). Eräissä sotaveteraaneja tarkastelleissa tutkimuksissa ei kuitenkaan löydetty viitteitä siitä, että turvallinen kiintymyssuhde suojaisi PTSD- oireilulta (Harari ym., 2009). Sen sijaan jos yksilön kiintymyssuhde trauman sattuessa toimii epäoptimaalisesti, voi tämä lisätä yksilön haavoittuvuutta suhteessa PTSD:hen (Mikulincerin ym., 2006). Turvattoman kiintymyssuhteen onkin useissa aikuisia tarkastelleissa tutkimuksissa havaittu olevan positiivisesti yhteydessä PTSD- oireiden määrään (Besser & Neria,

2010; Declercq & Palmans, 2006; Ein-Dor, Doron, Mikulincer, Solomon, & Shaver, 2010). Lisäksi eräässä entisiä sotavankeja tarkastelleessa tutkimuksessa havaittiin, että kiintymyssuhdetyyli oli vahvempi myöhemmän PTSD- oireilun voimakkuuden ennustaja kuin traumakokemuksen vakavuus (Dieperink, Leskela, Thuras, & Engdahl, 2001). Mikulincerin ym. (2006) teorian mukaan yksilölliset erot kiintymyssysteemin toiminnassa muokkaavat myös trauman jälkeistä prosessia ja sitä muotoa, jonka PTSD- oireilu saa. Teorian mukaan turvallinen kiintymyssysteemi vähentää PTSD:n välttelyoireita ja trauman toistuvaa uudelleen kokemista. Sen sijaan yksilön käyttämät hyperaktivaatiostrategiat lisäävät trauman uudelleen kokemista ja deaktivaatiostrategiat puolestaan välttelyoireita (Mikulincer ym., 2006).

Tutkimuksissa turvattomien kiintymyssuhteiden yhteyttä PTSD- oireisiin on tarkasteltu myös erikseen ryhmittäin. Aikuisilla erityisesti pelokkaan ja takertuvan kiintymyssuhteen on todettu olevan positiivisesti yhteydessä PTSD- oireiden määrään ja vakavuuteen (Besser, Neria, & Haynes, 2009; Declercq & Palmans, 2006; Forbes, Parslow, Fletcher, McHugh, & Creamer, 2010; Sandberg, Suess, & Heaton, 2009). Eräässä entisiä sotavankeja tarkastelleessa tutkimuksessa taas välttelevä kiintymyssuhdetyyli ennusti PTSD:n kehittymistä (Dekel ym., 2011). Joissakin tutkimuksissa välttelevän kiintymyssuhteen sen sijaan ei ole todettu olevan yhteydessä suurempaan määrään PTSD- oireita (Besser & Neria, 2010; Declercq & Palmans, 2006). Besser ja Neria (2010) arvioivat tämän johtuvan siitä, että välttelevästi kiintyneet suuntaavat negatiiviset traumakokemukseen liittyvät emootiot pois tietoisuudestaan, eivätkä ne näin ollen aiheuta traumaoireilua. Eräässä pitkittäistutkimuksessa myös lapsen jäsentymättömän kiintymyssuhteen havaittiin olevan yhteydessä PTSD- oireiden kokonaismäärään, minkä lisäksi jäsentymätön kiintymyssuhde ennusti suurempaa välttelyoireiden ja trauman uudelleen kokemisen määrää (MacDonald ym., 2008). Toisessa varsin mielenkiintoisessa tutkimuksessa Solomon, Dekel ja Mikulincer (2008) havaitsivat tutkiessaan entisiä sotavankeja, että PTSD- oireet ennustivat paremmin myöhempää kiintymyssuhdetyyliä kuin kiintymyssuhdetyyli myöhempää PTSD- oireilua. Turvattoman kiintymyssuhdetyylin ja PTSD- oireiden välinen suhde ei siis ole täysin yksiselitteinen, ja vaikka turvaton kiintymyssuhdetyyli voi altistaa PTSD- oireille, voivat myös PTSD- oireet muuttaa kiintymyssuhdetyyliä.

### **1.4.1. Kiintymyssuhteen sopeutuvuus ja PTSD**

Ainsworth ym. (1978) korostavat omassa ajattelussaan kiintymyssuhteen turvallisuuden tärkeyttä. Crittendenin (2006) ja Crittendenin ja Dallosin (2009) mukaan tärkeämpää on kuitenkin kiintymyssuhteen dynaamisuus eli muutos ja sopeutuvuus suhteessa ympäristöön. Jos kiintymyssuhteesta tulee liian henkilökohtainen (ei sopeudu uusiin ihmisiin) ja liian stabiili (ei sopeudu uusiin tilanteisiin), se on melkein aina sopimaton ja toimii huonommin suojelun ja lisääntymisen kontekstissa (Crittenden & Dallos, 2009). Toisin sanoen turvallinen kiintymyssuhde ei aina ole kaikkein tarkoituksenmukaisin kiintymyssuhde, kun otetaan huomioon konteksti, jossa lapsi elää, ja tietynlaisissa ympäristöissä siis turvaton kiintymyssuhde voi olla tarkoituksenmukaisempi. Crittendenin ja Dallosin (2009) mukaan turvallisen kiintymyssuhteen etuna on kuitenkin juuri sopeutuvuus, vaikka turvallinen kiintymyssuhde ei siis automaattisesti olekaan paras strategia kaikissa konteksteissa. Eräässä kidutetuksi joutuneita palestiinalaismiehiä tarkastelleessa tutkimuksessa havaittiin, että kiintymyssuhde muutti trauman ja sen negatiivisten vaikutusten välistä yhteyttä (Kanninen, Punamäki, & Quota, 2003). Tutkimuksessa turvallisesti kiintyneet tutkittavat reagoivat voimakkaammin psyykkiseen kidutukseen, kun taas turvattomasti kiintyneillä tutkittavilla fyysinen kidutus aiheutti psyykkisiä ja fyysisiä oireita. Toisin sanoen turvallinen kiintymyssuhde suojasi fyysisen mutta ei psyykkisen kidutuksen negatiivisilta vaikutuksilta ja turvaton kiintymyssuhde taas suojasi ainoastaan psyykkisen kidutuksen negatiivisilta vaikutuksilta (Kanninen ym., 2003). Voikin siis olla, että turvallinen kiintymyssuhde suojaa lasta vain tiettyihin traumakokemuksiin liittyvältä PTSD- oireilulta, kun taas turvaton kiintymyssuhde suojaa toisentyypisiin traumakokemuksiin liittyvältä oireilulta.

### **1.4.2. Kiintymyssuhdetyylin ja PTSD:n välistä yhteyttä muokkaavat tekijät**

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on pohtia myös sitä, voivatko jotkin muut tekijät muokata kiintymyssuhdetyylin ja PTSD- oireiden välistä yhteyttä. Tutkimuksissa on havaittu, että kiintymyssuhdetyylin ja PTSD:n yhteyttä välittäviä tekijöitä ovat mm. emootioiden säätelystrategiat, koettu stressi ja havaittu sosiaalinen tuki. Esimerkiksi Benoit ym. (2010) havaitsivat traumoja kokeneita aikuisia tarkastelleessa pitkittäistutkimuksessaan, että turvattomasti kiintyneet turvautuivat muita herkemmin sellaisiin emootioiden säätelystrategioihin, jotka välittivät



kiintymyssuhteen laadun ja PTSD:n välistä yhteyttä. Näiden strategioiden, kuten lisääntynyt päihteiden käyttö ja emootioihin keskittyvät strategiat, valinta myös ennusti PTSD- oireita. Besser ym. (2009) taas havaitsivat, että terrori-iskuja todistaneilla israelilaisilla koettu stressi välitti ahdistuneen turvattoman kiintymyksen ja PTSD- oireiden välistä yhteyttä. Lisäksi eräässä belgialaistutkimuksessa todettiin, että havaittu sosiaalinen tuki välitti turvattoman kiintymyssuhteen ja PTSD:n välistä yhteyttä (Declercq & Palmans, 2006). Turvattomasti kiintyneet, erityisesti pelokkaasti ja ristiriitaisesti kiintyneet, raportoivat saavansa liian vähän ja tarpeitaan vastaamatonta sosiaalista tukea, mikä altisti PTSD- oireille. Vähättelevästi kiintyneet taas raportoivat saavansa liian paljon sosiaalista tukea, mutta heillä oli silti muita turvattomasti kiintyneitä pienempi riski kärsiä traumaoireista (Declercq & Palmans, 2006).

Tutkimuksissa on selvitetty myös kiintymyssuhdetyylin ja PTSD:n välistä yhteyttä muuttavia tekijöitä. Esimerkiksi eräässä sodan kokeneita israelilaisia opiskelijoita tarkastelleessa tutkimuksessa ahdistunut kiintymyssuhde ennusti PTSD- oireiden lisäksi vähäistä sosiaalista tukea sodan jälkeen (Besser & Neria, 2010). Parempi sosiaalinen tuki taas oli yhteydessä vähäiseen PTSD- oireiluun. Tutkimuksessa ahdistuneesti kiintyneiden saaman sosiaalisen tuen vähäisyys siis vahvisti ahdistuneen kiintymyssuhteen ja PTSD:n välistä yhteyttä (Besser & Neria, 2010). Myös traumakokemuksen tyyppin on eräässä tutkimuksessa havaittu muuttavan kiintymyssuhdetyylin ja PTSD- oireiden välisiä yhteyksiä. Entisiä sotaveteraaneja ja sotavankeja sekä heidän vaimojaan vertaillaessa israelilaistutkimuksessa aviomiehen välttelevä kiintymyssuhde oli yhteydessä vaimon vähemmän vakaviin traumaoireisiin, kun taas vaimon välttelevä kiintymyssuhde oli yhteydessä aviomiehen vakavampiin traumaoireisiin, mutta vain jos mies oli entinen sotavanki (Ein-Dor ym., 2010). Lisäksi, jos aviomies oli ollut sotavankina, molempien puolisoiden välttelevä kiintymyssuhde oli yhteydessä heillä ilmeneviin välttelyoireisiin ja trauman uudelleen kokemiseen (Ein-Dor ym., 2010).

## **1.5. Tutkimuskysymykset**

Koska traumaperäisen stressihäiriön ja kiintymyssuhdetyylin välisiä yhteyksiä on erityisesti lapsilla tutkittu vielä verraten vähän, on tässä tutkimuksessa pyritty lisäämään ymmärrystämme turvallisen kiintymyssuhteen merkityksestä trauman negatiivisilta vaikutuksilta suojaavana tekijänä. Lisäksi koska tutkittavien iän ja sukupuolen on tutkimuksissa havaittu vaikuttavan mm. siihen, millaisille traumoille altistutaan ja traumakokemuksen haavoittavuuteen, haluttiin selvittää, muuttavatko ne

myös kiintymyssuhteen ja traumaperäisen stressihäiriön välisiä yhteyksiä. Tässä tutkimuksessa ei haluttu asettaa hypoteeseja aikaisempien tutkimusten vähäisyyden vuoksi, ja koska ilmiötä koskevat tutkimustulokset ja teoriat ovat ristiriitaisia. Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Suojaako turvallinen kiintymyssuhde sotatraumoja kokeneita palestiinalaislapsia traumaperäisen stressihäiriön oireilta?
2. Vaikuttavatko tutkittavan ikä tai sukupuoli turvallisen kiintymyssuhteen mielenterveyttä suojelemaan funktioon?

## **2. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN**

### **2.1. Tutkittavat**

Tutkimukseen osallistui 482 10–13-vuotiasta ( $ka = 11.29$ ,  $s = 0.68$ ) palestiinalaista tyttöä (49,4 %) ja poikaa (50,6 %). Otanta tutkimukseen tapahtui kahdessa osassa. Ensimmäisessä vaiheessa valittiin kaksi aluetta Gazasta (Pohjois-Gaza ja Gazan kaupunki), jotka olivat molemmat kärsineet mittavista tuhoista ja menetyksistä vuosien 2008–2009 Gazan sodan aikana. Kummaltakin alueelta poimittiin sattumanvaraisesti kaksi koulua opetusministeriön antamalta listalta. Toisessa vaiheessa jokaisesta neljästä valitusta koulusta poimittiin arpomalla sattumanvaraisesti kaksi tyttöjen ja kaksi poikien luokkaa. Tutkimukseen valittiin yhteensä 16 viidennen ja kuudennen luokka-asteen koululuokkaa, joissa oli siis yhteensä 482 oppilasta. Jokaisesta koulusta valittiin siis kaksi tyttöjen ja kaksi poikien luokkaa.

### **2.2. Tutkimuksen kulku**

Tämä tutkimus on osa laajempaa Gazassa toteutettua pitkittäistutkimusta. Tutkimuksen aineistona oli osa pitkittäistutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa kerätystä aineistosta. Kaikki tutkittavat osallistuivat tutkimukseen koululuokissaan huhtikuun viimeisellä viikolla vuonna 2009.

Koehenkilöiden vanhemmille lähetettiin tiedotelehtiset, joissa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus, ja vanhemmat antoivat suullisen suostumuksen lapsensa osallistumiselle. Alun perin tutkittavia oli 500, mutta 18:san lapsen aineisto menetettiin, koska he olivat poissa koulusta aineistonkeruupäivänä. Tutkimuksessa kerättiin tietoa koettujen sotatraumojen määrästä, traumaperäisen stressihäiriön oireista ja taustamuuttujista sekä arvioitiin tutkittavien kiintymyssuhdetyyliä.

### **2.3. Menetelmät ja muuttajat**

*Sotatraumojen* määrää mitattiin Gaza War Trauma 2009- kyselylomakkeen avulla. Lomakkeessa on yhteensä 29:tä sotatraumojen koskevaa osiota, jotka mittaavat sellaisia sotatraumojen, joille palestiinalaislapset tyypillisesti altistuivat Gazan sodassa (Qouta ym., 2005; UN, 2009; UN: OCHA, 2009). Kysymyksiin vastataan dikotomisella asteikolla (1= kyllä, 2= ei) sen mukaan, onko tutkittava kokenut osiossa mainitun sotatrauman. Tätä tutkimusta varten koettujen sotatraumojen määrästä muodostettiin kolmiluokkainen luokiteltu muuttuja. Muuttuja jaettiin kolmeen luokkaan sen mukaan, oliko koettujen sotatraumojen määrä vähäinen tai keskimääräinen (0–5 sotatraumaa), hieman keskimääräistä suurempi (6–10 sotatraumaa) vai suuri (11–29 sotatraumaa). Luokkien katkaisupisteet valittiin sen perusteella, että aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu, että lasten keskimäärin kokemien sotatraumojen määrä vaihtelee 2,5 ja 8 sotatrauman välillä (Laufer & Solomon, 2009; Macksoud & Aber, 1996; Thabet ym., 2009). Muuttujan tunnusluvut käyvät ilmi taulukosta 1.

*Traumaperäisen stressihäiriön* oireita mitattiin Children's Revised Impact of Event Scale eli CRIES-13 - kyselylomakkeella, joka on lyhyt itseraportointiin perustuva mittari (Children and War Foundation, 2005). Se on kehitetty traumaperäiselle stressihäiriölle alttiiden lasten seulomiseksi ja on Impact of Event Scale eli IES- kyselylomakkeen lasten versio (Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979). Lomakkeessa traumaperäisen stressihäiriön ylivireysoireita mittaa yhteensä 5 osiota, trauman uudelleen kokemisen oireita 4 osiota ja välttämisoireita 4 osiota. Ylivireysoireita mittaavia osioita ovat esimerkiksi ”Onko sinulla vaikeuksia nukkua?” ja ”Ärsyynnytkö helposti?”. Trauman uudelleen kokemisen oireita mittaavat esimerkiksi osiot ”Ajatteletko tapahtumaa, vaikka se ei ole tarkoituksesi?” ja ”Pulpahtaako mieleesi mielikuvia tapahtumasta?”. Välttämisoireita mittaavat esimerkiksi osiot ”Yritätkö olla puhumatta tapahtumasta?” ja ”Yritätkö olla ajattelematta tapahtumaa?”. Jokaiseen osioon vastataan Likertin- asteikolla 0–5 sen mukaan, kuinka usein

mainittua oiretta on esiintynyt viimeisen viikon aikana (0= ei yhtään, 1= harvoin, 3= joskus, 5= paljon) suhteessa johonkin tiettyyn traumakokemukseen. Koettuja oireita aiheuttava spesifi tapahtuma kirjataan myös ylös kyselylomakkeeseen. Vastaaajan kokonaispistemäärä vaihtelee välillä 0–65. Yli 30:mea kokonaispistettä pidetään lapsilla traumaperäisen stressihäiriön riskirajana.

Eräässä tutkimuksessa tarkasteltiin CRIES-13- kyselylomakkeen validiteettia 7–16-vuotiailla lapsilla ja nuorilla. Tutkimuksessa havaittiin, että kun riskirajaksi valittiin 30:me kokonaispistettä, 75–83 % lapsista ryhmiteltiin traumaperäisen stressihäiriön osalta oikeisiin ryhmiin (Perrin, Meiser-Stedman, & Smith, 2005). Prosenttiosuudet erosivat sen mukaan, oliko tutkittava rekrytoitu traumaklinikalta vai ensiavusta. Tulokset viittaavat siis siihen, että CRIES-13- kyselylomake on validi traumaperäisen stressihäiriön mittari (Perrin ym., 2005). Valitut riskirajat johtivat tutkimuksessa kuitenkin tilastollisesti merkitsevään määrään vääriä positiivisia tuloksia, joten joissakin tapauksissa voi olla tarpeen käyttää korkeampia riskirajoja, jos tavoitteena on minimoida väärin positiivisten tulosten määrä (Perrin ym., 2005). Tässä tutkimuksessa CRIES-13- mittarin osioista muodostettiin kolme keskiarvosummamuuttujaa, jotka olivat trauman uudelleen kokemisen oireet, välttelyoireet ja ylivireysoireet. Muuttujat muodostettiin summaamalla yhteen kutakin eri oirerypäistä mittaavat osiot. Summamuuttujien tunnusluvut ja reliabiliteetit käyvät ilmi taulukosta 1.

*Kiintymyssuhdetyyliä* arvioitiin Coping Strategies Questionnaire eli CSQ - kyselylomakkeen avulla (Finnegan, Hodges, & Perry, 1996). Tämä 28 osiainen kyselylomake sisältää jatkuvat mitta-asteikot turvalliselle, välttelevälle ja ristiriitaiselle kiintymyssuhteelle. CSQ- kyselylomake sisältää lyhyitä kuvauksia arkielämän stressitilanteista, ja tarkoituksena on mitata lasten raportoimia reaktioita ja asenteita heidän äitiensä auttamis-, kuuntelu- ja huolenpitoyrityksiin kuvatuissa tilanteissa. Lapsilla on kaksitasoiset vastausvaihtoehdot esitettyihin arkielämän stressitilannekuvauksiin. Esimerkiksi välttelevää kiintymyssuhdetyyliä (10 osiota) mittaa seuraavanlainen kuvaus ”Eräänä päivänä tulet koulusta kotiin ja olet poissa tolaltasi jonkin asian vuoksi. Äitisi kysyy, minkä vuoksi.”. Lapsilla on ensin kaksi eri reagoitivaihtoehtoa, joista valita: 1) ”Jotkut lapset eivät halua kertoa äidilleen, miksi ovat poissa tolaltaan” tai 2) ”Toiset lapset haluavat jutella äitinsä kanssa asiasta”. Näistä kahdesta vaihtoehdosta toisen valittuaan lapset arvioivat vielä, kuinka hyvin valittu vaihtoehto sopii heihin: a) ”Tämä pätee minuun osittain” tai b) ”Tämä pätee minuun erittäin hyvin”. Ristiriitaista kiintymyssuhdetyyliä (10 osiota) mittaa esimerkiksi seuraavanlainen kuvaus ”Äitisi kertoo, että hän harkitsee lähtevänsä sukulaisen luo kylään viikoksi tai pari.”. Lasten tulee jälleen valita kahdesta reagoitivaihtoehdosta: 1) ”Jotkut lapset huolestuisivat äidin pitkästä poissaolosta ja yrittäisivät puhua äidin ympäri, jottei tämä lähtisikään” tai 2) ”Toiset lapset eivät huolestuisi äidin pitkästä poissaolosta eivätkä yrittäisi puhua

häntä ympäri, jottei tämä lähtisi”. Tämän jälkeen lapset arvioivat jälleen, kuinka hyvin valittu vaihtoehto sopii heihin: a) ”Tämä pätee minuun erittäin hyvin” tai b) ”Tämä sopii minuun osittain”. Turvallista kiintymyssuhdetyyliä (8 osiota) ei CSQ- lomakkeessa mitata nimenomaisilla kuvauksilla, vaan lasten tulee valita kahdesta vaihtoehdosta sen mukaan, mitä he ajattelevat omasta äidistään. Vaihtoehtoja ovat esimerkiksi ”Jotkut lapset pelkäävät, että heidän äitinsä ei olekaan läsnä, kun he tarvitsevat häntä” mutta ”Toiset lapset ovat varmoja siitä, että heidän äitinsä on läsnä, kun he tarvitsevat häntä”. Tämän jälkeen lapset arvioivat jälleen sitä, miten hyvin valittu vaihtoehto sopii heihin itseensä.

CSQ- lomakkeen validiteettia on tarkasteltu tutkimuksissa ja lomakkeen välttelevää ja ristiriitaista kiintymyssuhdetyyliä mittaavien skaalojen on havaittu olevan yhteydessä vertaisarvioihin lapsen käyttäytymisestä. Tutkimuksissa välttelevä kiintymyssuhde oli yhteydessä ulospäin suuntautuviin käyttäytymisongelmiin ja ristiriitainen kiintymyssuhde sisäänpäin suuntautuviin käyttäytymisongelmiin keskilapsuudessa (Finnegan ym., 1996; Hodges, Finnegan, & Perry, 1999). Tulokset antavat ainakin alustavaa tukea skaalojen käsitteelliselle validiteetille, sillä skaalat olivat yhteydessä ympäristöön sopeutumiseen teoreettisesti ennustettavalla tavalla. Toisaalta eräässä tutkimuksessa havaittiin, että vaikka välttelevä kiintymyssuhde oli negatiivisesti yhteydessä turvalliseen kiintymyssuhteeseen keskilapsuudessa, ristiriitainen kiintymyssuhde ei ollut (Kerns, Tomich, Aspelmeier, & Contreras, 2000). Päinvastoin se oli positiivisesti yhteydessä turvalliseen kiintymyssuhteeseen kahdella tutkituista kolmesta ikäryhmästä. Lisää tutkimusta tarvitaankin siis vielä siitä, mittaavatko ristiriitainen kiintymyssuhde- ja välttelevä kiintymyssuhdeskaalat validisti turvatonta kiintymyssuhdetta.

Tätä tutkimusta varten CSQ- kyselylomakkeen osioista ei aineiston ominaisuuksien vuoksi voitu muodostaa jatkuvia muuttujia. Sen sijaan lomakkeen osioista muodostettiin luokiteltu muuttuja klusterianalyysin avulla. Analyysi toteutettiin kolmen klusterin mallilla teoreettisen oletuksen mukaisesti. Tutkittavat muodostivat siis kolme klusteria, joista ensimmäisessä olivat ne tutkittavat, joilla oli turvallinen (40.9 % pojista ja 51.8 % tytöistä), toisessa ne, joilla oli välttelevä (23.2 % pojista ja 13.1 % tytöistä) ja kolmannessa ne, joilla oli ristiriitainen (35.9 % pojista ja 35.1 % tytöistä) kiintymyssuhde äitiinsä. Sukupuolet erosivat toisistaan tilastollisesti merkitsevästi kiintymyssuhdetyylin suhteen ( $\chi^2 = 9.10$ ,  $p < .05$ ). Muuttujan tunnusluvut käyvät ilmi taulukosta 1.

Tutkimuksessa kerättiin tietoa myös taustamuuttujista, kuten ikä ja sukupuoli. Tätä tutkimusta varten ikä- taustamuuttujasta muodostettiin luokiteltu ikämuuttuja, jossa tutkittavat jaettiin kahteen luokkaan: 10-11-vuotiaat ja 12-13-vuotiaat.

## 2.4. Aineiston analysointi

Taustamuuttujia tutkittiin  $\chi^2$ -testin avulla erikseen tytöillä ja pojilla, jotta saataisiin selville, eroavatko sukupuolet toisistaan. Näin mahdollisesti ilmenevät sukupuolierot voitaisiin ottaa huomioon jatkoanalyseissa. Muuttujien välisiä lineaarisia yhteyksiä tutkittiin Pearsonin korrelaatiokertoimen avulla. Varsinaisiin tutkimuskysymyksiin pyrittiin vastaamaan useampisuuntaisten varianssianalyysien avulla. Kiintymyssuhdetyylin yhteyttä PTSD:n oireryppäisiin tutkittiin kaksisuuntaisen varianssianalyysin (ANOVA) avulla. Selitettävänä muuttujina analyseissa olivat PTSD:n trauman uudelleen kokemisen oire-, välttelyoire- sekä ylivireysoirerypäs ja selittävinä muuttujina olivat tutkittavan kiintymyssuhdetyyli ja koettujen sotatraumojen määrä. Kaikille kolmelle PTSD:n oireryppäälle tehtiin siis oma 3 (kiintymyssuhdetyyli) X 3 (sotatraumojen määrä) ANOVA. Tutkittavan iän tai sukupuolen vaikutusta kiintymyssuhdetyylin ja PTSD:n oireryppäiden välisiin yhteyksiin tutkittiin kolmisuuntaisen varianssianalyysin (ANOVA) avulla. Selitettävänä muuttujina analyseissa olivat jälleen PTSD:n trauman uudelleen kokemisen oire-, välttelyoire- sekä ylivireysoirerypäs ja selittävinä muuttujina olivat kiintymyssuhdetyyli, koettujen sotatraumojen määrä sekä ikä tai sukupuoli. Kaikille kolmelle PTSD:n oireryppäälle tehtiin siis jälleen oma 3 (kiintymyssuhdetyyli) X 3 (sotatraumojen määrä) X 2 (sukupuoli) ANOVA sekä 3 (kiintymyssuhdetyyli) X 3 (sotatraumojen määrä) X 2 (ikä) ANOVA.

## 3. TULOKSET

### 3.1. Kuvailevat tulokset

Tytöt ja pojat erosivat toisistaan tilastollisesti merkitsevästi kolmen eri taustamuuttujan osalta. Näitä muuttujia olivat asuinpaikka ( $\chi^2= 44.066$ ,  $p < .001$ ), perheen koko ( $\chi^2= 15.499$ ,  $p < .001$ ) ja isän työ ( $\chi^2= 18.619$ ,  $p < .001$ ) (taulukko 2). Esimerkiksi poikiin verrattuna tytöistä selvästi suurempi osa asui kylissä (20,6 % tytöistä ja 2,0 % pojista) ja heillä oli poikia useammin 6–10 jäsentä perheessään (61,2 % tytöillä ja 46,6 % pojilla). Poikien isät taas olivat tyttöjen isiä useammin ammatiltaan toimihenkilöitä (33,2 % pojilla ja 18,9 % tytöillä) ja pojilla oli tyttöjä useammin

perheessään enintään viisi henkilöä (50,7 % pojilla ja 30,9 % tytöillä) (taulukko 2). Suurin osa tutkittavista lapsista oli statukseltaan kansalaisia (89,1 % tytöistä ja 89,3 % pojista). Vain noin kymmenen prosenttia tutkittavista oli pakolaisia. Noin puolet tutkittavista lapsista asui Pohjois-Gazan alueella (50,0 % tytöistä ja 48,4 % pojista) ja vastaavasti puolet Gazan kaupungissa (taulukko 2). Tytöistä noin kaksi kolmesta ja pojista hieman yli puolet eli ydinperheessä ja noin joka kymmenes lapsista (9,0 % tytöistä ja 9,3 % pojista) eli kyläyhteisöissä. Loput lapsista elivät perheyhteisöissä (taulukko 2). Lapset olivat sekä tyttöjen että poikien osalta melko tasaisesti jakautuneita eri ryhmiin isän koulutustason mukaan. Tyttöjen isistä suurin osa oli valmistavan koulutuksen saaneita (32,1 %) ja vähiten taas oli yliopistokoulutuksen saaneita isiä (20,9 %). Poikien isistä taas suurin osa oli yliopistokoulutuksen saaneita (28,9 %) ja vähiten oli peruskoulutuksen saaneita isiä (20,8 %). Lasten äideistä yli yhdeksän kymmenestä oli ammatiltaan kotirouva (95,0 % tytöillä ja 91,4 % pojilla). Loput työskentelivät työntekijöinä tai julkisella sektorilla esimerkiksi opettajina (taulukko 2).

Taulukko 1. Muuttujien tunnusluvut

Muuttuja	N	Vaihteluväli	ka	sd	$\alpha$
CRIES-13 Intruusio	482	4–16	10.60	2.58	.38
CRIES-13 Välttely	482	4–16	10.43	2.76	.45
CRIES-13 Ylivireys	482	5–20	12.02	2.99	.40
GWT- 2009 mittari					.84
Vähän tai keskimäärin sotatraumoja	144	0–5			
Keskimääräistä enemmän sotatraumoja	181	6–10			
Suuri määrä sotatraumoja	117	11–29			
CSQ Ristiriitainen	157				.48
CSQ Välttelevä	80				.43
CSQ Turvallinen	205				.44
10-11-vuotiaat	267				
12-13-vuotiaat	175				
Tytöt	222				
Pojat	220				

Taulukko 2.

Taustamuuttujien kuvailevat tulokset tytöillä (n= 238) ja pojilla (n= 244)

Taustamuuttuja	Tytöt		Pojat		$\chi^2$	df	p
	%	n	%	n			
Ikä					1.79	1	.18
10-11- vuotta	58.0	138	63.9	156			
12-13-vuotta	42.0	100	36.1	88			
Kansalaisuus					0.01	1	.92
Pakolainen	10.9	26	10.7	26			
Kansalainen	89.1	212	89.3	218			

Taustamuuttuja	Tytöt		Pojat		$\chi^2$	df	p
	%	n	%	n			
Asuinalue					0.13	1	.72
Pohjois-Gaza	50.0	119	48.4	118			
Gaza	50.0	119	51.6	126			
Asuinpaikka					44.07	2	<.01
Kaupunki	77.7	185	93.0	227			
Pakolaisleiri	1.7	4	4.9	12			
Kylä	20.6	49	2.0	5			
Perhetyyppi <sup>b</sup>					3.63	2	.16
Ydinperhe	66.1	125	56.7	85			
Perheyhteisö	24.9	47	34.0	51			
Kyläyhteisö	9.0	17	9.3	14			
Perheen koko <sup>c</sup>					15.50	2	<.01
-5	30.9	58	50.7	75			
6-10	61.2	115	46.6	69			
11-	8.0	15	2.7	4			
Perheen tulot <sup>d</sup>					3.79	2	.15
-1000	67.4	126	57.0	85			
1000-2000	13.4	25	17.4	26			
2000-	19.3	36	25.5	38			
Isän ikä <sup>b</sup>					5.09	2	.08
-37	26.2	49	32.9	49			
38-45	49.2	92	36.9	55			
46-	24.6	46	30.2	45			
Äidin ikä <sup>b</sup>					3.54	2	.17
-32	26.2	49	32.9	49			
33-41	49.7	93	39.6	59			
42-	24.1	45	27.5	41			
Isän koulutus <sup>a</sup>					4.40	3	.22
Peruskoulu	21.4	40	20.8	31			
Valmistava koulutus	32.1	60	23.5	35			
Toisen asteen koulutus	25.7	48	26.8	40			
Yliopisto	20.9	39	28.9	43			
Äidin koulutus <sup>a</sup>					3.77	3	.29
Peruskoulu	18.2	34	21.5	32			
Valmistava koulutus	34.8	65	29.5	44			
Toisen asteen koulutus	41.2	77	38.3	57			
Yliopisto	5.9	11	10.7	16			
Isän työ					18.62	4	<.01
Työtön	54.2	129	42.6	104			
Työntekijä	10.9	26	12.7	31			
Toimihenkilö	18.9	45	33.2	81			
Liikemies	8.8	21	9.0	22			
Muu	7.1	17	2.5	6			
Äidin työ					2.99	2	.22
Kotirouva	95.0	226	91.4	223			
Työntekijä	1.7	4	4.1	10			
Julkinen sektori	3.4	8	4.5	11			

Huom: <sup>a</sup> n= 187 (tytöt) n= 149 (pojat) <sup>b</sup> n=189 (tytöt) n= 150 (pojat) <sup>c</sup> n= 188 (tytöt) n= 148 (pojat)



### 3.2. Muuttujien väliset korrelaatiot

Muuttujien väliset korrelaatiot käyvät ilmi taulukosta 3. Selittävät muuttujat, kuten koettujen sotatraumojen määrä ja kiintymyssuhdetyyli, eivät olleet tilastollisesti merkitsevästi lineaarisesti yhteydessä selitettäviin muuttujiin eli PTSD:n kolmeen oireryppäeseen.

Taulukko 3. Muuttujien väliset Pearsonin korrelaatiot

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1. Ikä								
2. CRIES-13 Intruusio	.004							
3. CRIES-13 Välttely	.07	.29**						
4. CRIES-13 Ylivireys	.06	.37**	.30					
5. Trauman määrä	-.05	.07	.03	.12**				
6. CSQ Ristiriitainen	-.02	-.004	.07	.08	.05			
7. CSQ Välttelevä	.04	-.03	-.001	.09	-.02	.45**		
8. CSQ Turvallinen	-.02	-.05	-.01	.07	.01	.40**	.42**	

Huom: \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$  (kaksisuuntainen;  $n = 450-482$ )

### 3.3. Turvallisen kiintymyssuhteen suojaava vaikutus

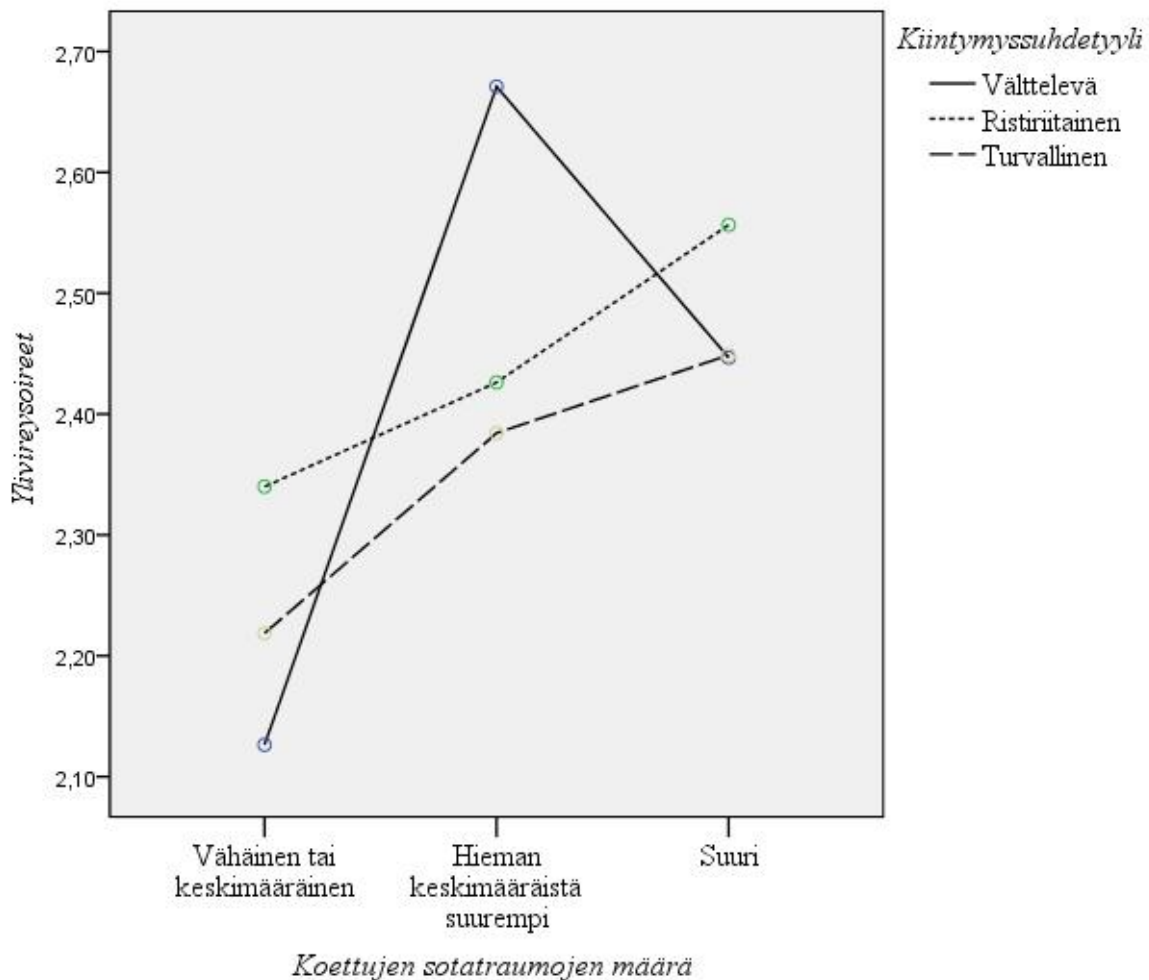
PTSD:n trauman uudelleen kokemisen oireita tutkivassa kaksisuuntaisessa ANOVAssa ei tullut ilmi selittävien muuttujien pää- tai yhdysvaikutuksia (taulukko 7). PTSD:n välttelyoireita tutkivassa kaksisuuntaisessa ANOVAssa ei myöskään tullut ilmi selittävien muuttujien pää- tai yhdysvaikutuksia (taulukko 7). Ryhmien varianssien yhtä suuruuden oletus ei välttelyoireita tutkivan ANOVAn osalta täyttnyt. Koska varianssianalyysi on vakaa tilastollinen analyysi oletusten rikkoutumista vastaan, voidaan tutkimustuloksia tästä huolimatta tulkita kohtuullisella varmuudella (Metsämuuronen, 2008). PTSD:n ylivireysoireita tutkivan ANOVAn osalta ei tullut ilmi tilastollisesti merkitseviä selittävien muuttujien pää- tai yhdysvaikutuksia (taulukko 7). Koettujen sotatraumojen määrän päävaikutus oli kuitenkin melko lähellä tilastollista merkitsevyyttä ( $F(2, 4.57) = 4.87, p = .07$ ). Ryhmien välisten erojen tutkimiseksi tehtiin post hoc- vertailut Bonferroni korjauksella. Ryhmien välisiä vertailuja tarkasteltaessa havaittiin, että vähän tai keskimääräisen määrän sotatraumoja kokeneet lapset raportoivat vähemmän PTSD:n ylivireysoireita kuin keskimääräistä enemmän sotatraumoja kokeneet ( $p < .01$ ) tai paljon sotatraumoja kokeneet ( $p < .05$ ) lapset (kuvio 1). Keskimääräistä enemmän tai paljon sotatraumoja kokeneet lapset se sijaan eivät eronneet toisistaan raportoitujen ylivireysoireiden osalta ( $p = 1.00$ ). Varianssianalyysien keskiarvot ja keskihajonnat käyvät ilmi taulukosta 4.

Taulukko 4.

PTSD- oireiden keskiarvot ja keskihajonnat sotatraumojen määrän ja kiintymyssuhdetyylin mukaan

	Uudelleen kokemisen oireet		Välttelyoireet		Ylivireysoireet	
	ka	sd	ka	sd	ka	sd
Vähän tai keskimäärin traumoja						
Turvallinen kiintymys	2.70	.64	2.61	.70	2.22	.63
Vältelevä kiintymys	2.30	.65	2.47	.70	2.13	.61
Ristiriitainen kiintymys	2.55	.70	2.47	.67	2.34	.58
Keskimääräistä enemmän traumoja						
Turvallinen kiintymys	2.60	.65	2.60	.80	2.38	.60
Vältelevä kiintymys	2.63	.64	2.67	.67	2.70	.60
Ristiriitainen kiintymys	2.74	.63	2.70	.72	2.43	.62
Paljon traumoja						
Turvallinen kiintymys	2.68	.68	2.60	.73	2.45	.65
Vältelevä kiintymys	2.63	.53	2.49	.45	2.45	.52
Ristiriitainen kiintymys	2.80	.60	2.81	.56	2.56	.48

Kuvio 1. Koettujen sotatraumojen päävaikutus PTSD:n ylivireysoireisiin



### 3.4. Sukupuolen ja iän vaikutus kiintymyssuhdetyylin ja PTSD:n välisiin yhteyksiin

PTSD:n trauman uudelleen kokemisen oireita tutkivassa ANOVAssa ei tullut ilmi sukupuolen tilastollisesti merkitsevää päävaikutusta eikä selittävien muuttujien tilastollisesti merkitsevää yhdysvaikutusta (taulukko 7). Selittävien muuttujien yhdysvaikutus oli kuitenkin melko lähellä tilastollista merkitsevyyttä ( $F(12, 424) = 1.67, p = .07$ ). Ryhmien välisiä vertailuja tarkasteltaessa havaittiin, että pojat ( $ka = 1.93$ ) raportoivat tyttöjä ( $ka = 2.72$ ) vähemmän PTSD:n trauman uudelleen kokemisen oireita silloin, kun lapset olivat välttelevästi kiintyneitä ja olivat kokeneet vähän tai keskimääräisen määrän sotatraumoja. Myöskään PTSD:n välttelyoireita tutkivassa ANOVAssa ei havaittu sukupuolen päävaikutusta eikä selittävien muuttujien yhdysvaikutusta (taulukko 7). Jälleen

PTSD:n välttelyoireita tutkivan ANOVAN osalta ryhmien varianssien yhtä suuruuden oletus ei täyttynyt, mutta tutkimustuloksia voidaan siis tästä huolimatta tulkita kohtuullisella varmuudella (Metsämuuronen, 2008). PTSD:n ylivireysoireita tutkivassa ANOVAssa ei tullut ilmi sukupuolen tilastollisesti merkitsevää päävaikutusta eikä selittävien muuttujien tilastollisesti merkitsevää yhdysvaikutusta (taulukko 7). Sukupuolen päävaikutus oli kuitenkin melko lähellä tilastollista merkitsevyyttä ( $F(1, 16.81) = 3.47, p = .08$ ). Ryhmien välisten erojen tutkimiseksi tehtiin post hoc-vertailut Bonferroni korjauksella. Ryhmien välisiä vertailuja tarkasteltaessa havaittiin, että tytöt raportoivat poikia enemmän PTSD:n ylivireysoireita ( $p < .05$ ). Varianssianalyysien keskiarvot ja keskihajonnat käyvät ilmi taulukosta 5.

Taulukko 5. PTSD- oireiden keskiarvot ja keskihajonnat sotatraumojen määrän, kiintymyssuhdetyylin ja sukupuolen mukaan

	Uudelleen kokemisen oireet		Välttelyoireet		Ylivireysoireet	
	ka	sd	ka	sd	ka	sd
<b>Tytöt</b>						
Vähän tai keskimäärin traumoja						
Turvallinen kiintymys	2.20	.59	2.48	.68	2.20	.59
Välittelevä kiintymys	2.40	.37	2.90	.61	2.40	.37
Ristiriitainen kiintymys	2.30	.57	2.39	.61	2.29	.57
Keskimääräistä enemmän traumoja						
Turvallinen kiintymys	2.50	.60	2.55	.82	2.50	.60
Välittelevä kiintymys	2.71	.48	2.62	.49	2.70	.48
Ristiriitainen kiintymys	2.41	.63	2.74	.67	2.41	.63
Paljon traumoja						
Turvallinen kiintymys	2.47	.69	2.61	.82	2.47	.69
Välittelevä kiintymys	2.74	.60	2.61	.57	2.74	.60
Ristiriitainen kiintymys	2.74	.36	2.84	.46	2.74	.36
<b>Pojat</b>						
Vähän tai keskimäärin traumoja						
Turvallinen kiintymys	2.29	.71	2.87	.69	2.29	.71
Välittelevä kiintymys	1.93	.66	2.10	.56	1.88	.69
Ristiriitainen kiintymys	2.41	.60	2.60	.75	2.41	.60
Keskimääräistä enemmän traumoja						
Turvallinen kiintymys	2.30	.59	2.64	.75	2.28	.59
Välittelevä kiintymys	2.64	.70	2.71	.80	2.64	.68
Ristiriitainen kiintymys	2.45	.63	2.64	.79	2.45	.63
Paljon traumoja						
Turvallinen kiintymys	2.43	.62	2.59	.66	2.43	.62
Välittelevä kiintymys	2.36	.47	2.50	.41	2.36	.47
Ristiriitainen kiintymys	2.48	.50	2.80	.60	2.48	.50

PTSD:n trauman uudelleen kokemisen oireita ja ylivireysoireita tutkivissa komisuuntaisissa varianssianalyysseissa ei tullut ilmi iän päävaikutusta eikä selittävien muuttujien yhdysvaikutusta (taulukko 7). Myöskään PTSD:n välttelyoireita tutkivassa ANOVAssa ei tullut ilmi iän päävaikutusta eikä selittävien muuttujien yhdysvaikutusta (taulukko 7). Jälleen PTSD:n välttelyoireita tutkivan ANOVAN osalta ryhmien varianssien yhtä suuruuden oletus ei täyttynyt, mutta tutkimustuloksia voidaan siis tästä huolimatta tulkita kohtuullisella varmuudella (Metsämuuronen, 2008). Varianssianalyysien keskiarvot ja keskihajonnat käyvät ilmi taulukosta 6.

Taulukko 6. PTSD- oireiden keskiarvot ja keskihajonnat sotatraumojen määrän, kiintymyssuhdetyylin ja iän mukaan

	Uudelleen kokemisen oireet		Välttelyoireet		Ylivireysoireet	
	ka	sd	ka	sd	ka	sd
<b>10–11-vuotiaat</b>						
Vähän tai keskimäärin traumoja						
Turvallinen kiintymys	2.63	.60	2.60	.70	2.11	.58
Välttelevä kiintymys	2.23	.62	2.50	.64	2.20	.62
Ristiriitainen kiintymys	2.55	.71	2.47	.70	2.40	.60
Keskimääräistä enemmän traumoja						
Turvallinen kiintymys	2.72	.65	2.51	.78	2.33	.56
Välttelevä kiintymys	2.50	.57	2.50	.60	2.60	.62
Ristiriitainen kiintymys	2.64	.70	2.64	.81	2.37	.70
Paljon traumoja						
Turvallinen kiintymys	2.77	.60	2.64	.67	2.44	.60
Välttelevä kiintymys	2.63	.60	2.41	.45	2.31	.50
Ristiriitainen kiintymys	2.82	.62	2.83	.60	2.51	.50
<b>12–13-vuotiaat</b>						
Vähän tai keskimäärin traumoja						
Turvallinen kiintymys	2.80	.70	2.70	.80	2.40	.70
Välttelevä kiintymys	2.46	.77	2.50	.90	2.03	.64
Ristiriitainen kiintymys	2.54	.73	2.43	.50	2.23	.60
Keskimääräistä enemmän traumoja						
Turvallinen kiintymys	2.50	.64	2.70	.80	2.43	.64
Välttelevä kiintymys	2.80	.70	2.93	.70	2.80	.60
Ristiriitainen kiintymys	2.90	.60	2.80	.62	2.50	.60
Paljon traumoja						
Turvallinen kiintymys	2.50	.82	2.50	.90	2.46	.80
Välttelevä kiintymys	2.70	.43	2.70	.43	2.72	.54
Ristiriitainen kiintymys	2.80	.55	2.80	.53	2.65	.50

Taulukko 7. Selittävien muuttujien pää- ja yhdysvaikutukset lasten raportoimiin traumaperäisen stressihäiriön oireisiin

	Uudelleen kokemisen oireet		Välttelyoireet		Ylivireysoireet	
	F	p	F	p	F	p
Sotatraumat (A)	1.76	.27	1.03	.43	4.87	.07
Kiintymyssuhde- tyyli(B)	1.23	.38	.54	.62	.67	.56
(A X B)	1.58	.18	1.32	.26	1.54	.19
Sukupuoli (C)	.28	.60	.16	.69	3.47	.08
(A X B X C)	1.67	.07	1.54	.11	1.34	.19
Ikä (D)	.17	.69	1.70	.21	2.42	.13
(A X B X D)	1.32	.20	.78	.67	.95	.50

#### 4. POHDINTA

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, suojaako turvallinen kiintymyssuhde sotatraumoja kokeneita palestiinalaislapsia traumaperäisen stressihäiriön oireilta. Lisäksi tarkasteltiin sitä, vaikuttavatko tutkittavan ikä tai sukupuoli turvallisen kiintymyssuhteen mielenterveyttä suojelevaan funktioon. Kaksisuuntainen varianssianalyysi osoitti, että eri tavalla kiintyneet sotatraumoja kokeneet lapset eivät eronneet toisistaan eikä turvallinen kiintymyssuhde näin ollen kyennyt suojaamaan sotatraumoja kokeneita lapsia traumaperäisen stressihäiriön oireilta. Aikaisemmissa tutkimuksissa on pääosin tarkasteltu aikuisotoksia, joten tämä tutkimus tuo uutta tietoa ilmiöstä. Aikuisia tarkastelleissa tutkimuksissa kiintymyssuhdetyylin ja PTSD:n välisiä yhteyksiä koskevat tutkimustulokset ovat olleet ristiriitaisia. Osassa tutkimuksista turvallisen kiintymyssuhteen on havaittu olevan yhteydessä vähäisempään PTSD- oireiden määrään, osassa taas ei (Benoit ym., 2010; Fraley ym., 2006; Harari ym., 2009). Joissakin tutkimuksissa turvattoman kiintymyssuhteen taas on havaittu olevan yhteydessä suurempaan PTSD- oireiden määrään, mutta osassa tutkimuksista tällaista yhteyttä ei ole löydetty (Besser & Neria, 2010; Besser ym., 2009; Declercq & Palmans, 2006; MacDonald ym., 2008). Eräissä tutkimuksissa havaittiin lisäksi, että PTSD- oireet ennustivat paremmin myöhempää kiintymyssuhdetyyliä kuin kiintymyssuhdetyyli PTSD- oireita (Solomon ym., 2008). Edellä mainittujen tutkimusten tulokset antavat viitteitä siitä, että turvallisen kiintymyssuhteen merkitys traumaoireilta suojelevana tekijänä ei liene yksinkertainen ilmiö myöskään lapsilla.

Tämän tutkimuksen tulokset antavat tukea Crittendenin (2006) sekä Crittendenin ja Dallosin (2009) ajatuksille siitä, että olennaista ei ole se, että lapsella on turvallinen kiintymyssuhde, vaan se,

että kiintymyssuhde sopii vallitsevaan ympäristöön ja kontekstiin. Voikin siis olla, että turvallinen kiintymyssuhde ei ole optimaalisin kiintymyssuhde sotaolosuhteisiin eikä näin ollen kykene suojaamaan lasta sotatraumojen negatiivisilta vaikutuksilta. Koska tässä tutkimuksessa ei otettu huomioon koettujen sotatraumojen tyyppiä, ei ollut mahdollista tarkastella sitä, voiko koetun trauman tyyppi vaikuttaa eri kiintymyssuhdetyylien mielenterveyttä suojaavaan funktioon. Voikin siis olla, että turvallinen kiintymyssuhde suojaaa lasta tiettyjen sotatraumojen negatiivisilta vaikutuksilta, vaikka ei kyennytään suojaamaan sotatraumojen vaikutuksilta kun niitä tarkasteltiin kokonaisuutena.

Tämän tutkimuksen tulos on osittain ristiriidassa Mikulincerin ym. (2006) teorian kanssa, jonka mukaan turvallisesti kiintyneillä kiintymyssysteemin toiminta vähentää PTSD:n välttelyoireita ja trauman uudelleen kokemista, sillä näyttäisi siltä, että turvallinen kiintymyssuhde ei automaattisesti riitä vähentämään lapsen PTSD- oireilua. Sen sijaan tämän tutkimuksen tulokset eivät suoranaisesti ole ristiriidassa sen ajatuksen kanssa, että lapsen kiintymyssysteemin optimaalinen toiminta vähentää PTSD- oireilun todennäköisyyttä (Mikulincerin ym., 2006). Onkin mahdollista, että optimaalisesti toimiva kiintymyssysteemi ei kaikissa olosuhteissa, kuten sotaympäristössä, liity turvalliseen kiintymyssuhteeseen, vaan kontekstiin paremmin sopivaan turvattomaan kiintymyssuhteeseen.

Tämän tutkimuksen tulokset antavat viitteitä siitä, että ne lapset, jotka olivat kokeneet keskimääräistä enemmän tai paljon sotatraumoja, raportoivat muita lapsia enemmän trauman uudelleen kokemisen oireita. Tutkimustulos ei kuitenkaan aivan saavuttanut tilastollista merkitsevyyttä. Tutkimustulos heijastelee aikaisempien tutkimusten tuloksia, jotka ovat osoittaneet, että aiemmat sotatraumat ennustavat lapsen PTSD- oireita (Quota ym., 2003; Quota ym., 2007; Thabet ym., 2008; Thabet ym., 2009). Traumakokemusten määrän ja PTSD- oireiden välistä yhteyttä saattaa selittää se, että mitä useampia traumakokemuksia lapsella on, sitä enemmän niistä toipuminen ja niiden käsittely vaatii lapselta resursseja. Jos lapsi siis kokee ylivoimaisen paljon sotatraumoja, joiden psyykelle asettamat vaatimukset ylittävät lapsen käytössä olevien resurssien määrän, lapsella ilmenee traumaoireilua. Se, että lapset tässä tutkimuksessa raportoivat enemmän nimenomaan trauman uudelleen kokemisen oireita, saattaa johtua esimerkiksi siitä, että palestiinalaislapset elävät edelleen olosuhteissa, joissa he joutuvat kohtaamaan mm. sotilaita ja väkivaltaa (UN: OCHA, 2014). Tällaiset ärsykkeet voivat laukaista aiempien sotatraumojen uudelleen kokemisen oireita.

Tässä tutkimuksessa sotatraumoja kokeneen lapsen ikä tai sukupuoli ei vaikuttanut turvallisen kiintymyssuhteen mielenterveyttä suojelevaan funktioon. Eri tavalla kiintyneillä lapsilla oli siis iästä tai sukupuolesta riippumatta yhtä paljon PTSD- oireita. Ilmiötä ei ole aikaisemmin juurikaan

tutkittu, joten tämä tutkimus tuo uutta tutkimustietoa. Se, että tutkittavan ikä ei tässä tutkimuksessa vaikuttanut kiintymyssuhdetyylin ja PTSD- oireilun välisiin yhteyksiin saattaa johtua esimerkiksi siitä, että koehenkilöiden iän vaihteluväli oli varsin pieni, jolloin mahdollisia ikäryhmien välisiä eroja ei välttämättä saatu analyyseissa esiin.

Vaikka tässä tutkimuksessa sukupuolen ei havaittu vaikuttavan kiintymyssuhdetyylin ja PTSD- oireilun välisiin yhteyksiin, antavat tutkimuksen tulokset kuitenkin viitteitä siitä, että tytöt raportoivat poikia enemmän PTSD- oireita. Tytöt esimerkiksi raportoivat poikia enemmän ylivireysoireita, vaikkakaan tulos ei aivan saavuttanut tilastollista merkitsevyyttä. Lisäksi tytöt raportoivat poikia enemmän trauman uudelleen kokemisen oireita silloin, kun lapset olivat välttelevästi kiintyneitä ja olivat kokeneet vähän tai keskimääräisen määrän sotatraumoja. Tämäkään tutkimustulos ei kuitenkaan aivan saavuttanut tilastollista merkitsevyyttä. Myös aikaisemmissa sotatraumoja kokeneita lapsia tarkastelleissa tutkimuksissa tyttöjen on havaittu kärsivän poikia todennäköisemmin PTSD- oireilusta (Awadh ym., 1998; Punamäki ym., 2004; Quota ym., 2003; Thabet ym., 2009).

Se, että tytöt tässä tutkimuksessa raportoivat poikia enemmän juuri ylivireysoireita, saattaa johtua esimerkiksi siitä, että tytöt ovat jostain syystä poikia haavoittuvaisempia PTSD:n ylivireysoireiden tyyppisille sisäänpäin suuntautuville mielenterveysoireille. Eräässä sotatraumoja kokeneita lapsia tarkastelleessa tutkimuksessa tyttöjen havaittiinkin kärsivän poikia todennäköisemmin sisäänpäin suuntautuvista mielenterveysoireista, kuten itkuisuus, uniongelmat ja murehtiminen (Quota ym., 2005). Tässä tutkimuksessa tytöt raportoivat poikia enemmän myös trauman uudelleen kokemisen oireita, mutta vain kun lapset olivat välttelevästi kiintyneitä ja olivat kokeneet vähän tai keskimääräisen määrän sotatraumoja. Tämä voi johtua esimerkiksi siitä, että välttelevästi kiintyneitä poikia PTSD:n uudelleen kokemisen oireilta suojelevat tekijät eivät kykene suojaamaan poikia enää silloin, kun traumakokemusten määrä kasvaa.

On epäselvää, miksi juuri välttelevä kiintymyssuhde asettaa tytöt poikia haavoittuvammaksi trauman uudelleen kokemisen oireille. Eräässä sotatraumoja kokeneita lapsia tarkastelleessa tutkimuksessa poikien havaittiin kärsivän tyttöjä todennäköisemmin ulospäin suuntautuvista mielenterveysoireista, kuten muiden kiusaaminen ja valehtelu (Quota ym., 2005). Onkin siis mahdollista, että koska poikien oireilu on tyttöjen oireilua näkyvämpää, he saavat tyttöjä enemmän esimerkiksi vanhemmiltaan tukea välttelevästä kiintymyssuhteesta huolimatta. Tyttöillä taas välttelevä kiintymyssuhde ja oireiden näkymättömyys ulospäin saattavat vaikeuttaa tuen hakemista ja tarjoamista. Poikien vanhemmiltaan saama vahvempi tuki taas voi lievittää traumakokemuksen negatiivisia vaikutuksia. Tässä tutkimuksessa tyttöillä oli myös poikia merkitsevästi suuremmat perheet, mikä voi osaltaan vaikuttaa vanhemmilta saadun tuen määrään.



Tämän tutkimuksen tuloksia tulkittaessa on huomioitava useita tutkimusta koskevia rajoituksia. Ensinnäkin tulosten yleistettävyyttä pohdittaessa on otettava huomioon, että kaikki tutkittavat olivat 10–13-vuotiaita sotatraumoja kokeneita lapsia. Tuloksia ei näin ollen voida yleistää iältään nuorempiin tai muun tyyppisiä traumoja kokeneisiin lapsiin, sillä vanhemmat lapset eroavat nuoremmista lapsista kehityksellisesti hyvin paljon. Lisäksi sotaolosuhteet ja traumakokemukset, joille niissä altistutaan, eroavat merkittävästi rauhanajan olosuhteista. Tutkimustulosten tulkinnan kannalta pulmallista on myös se, että kaikki kerätty tieto perustuu lasten omiin arvioihin. Eri tietolähteistä hankittu tieto parantaisi tulosten tulkinnan luotettavuutta.

Tämän tutkimuksen tulosten luotettavuuteen vaikuttaa myös se, että otanta suoritettiin ryväsotannalla, johon liittyy ryvästymisen riski (Metsämuuronen, 2008). Tällä tarkoitetaan sitä, että ryväsotannalla valitun tutkimusjoukon varianssi saattaa olla pienempi kuin täysin satunnaisesti ja yksittäisesti mukaan otetun tutkimusjoukon varianssi. Ryvästyminen nousee kuitenkin ongelmaksi lähinnä silloin, kun havaintojen määrä on pieni (Metsämuuronen, 2008). Tässä tutkimuksessa havaintoyksiköitä on kuitenkin melko paljon.

Suurempi pulma tämän tutkimuksen tulosten tulkinnan kannalta on se, että PTSD:n oireita mittaavan CRIES-13-kyselylomakkeen skaalojen ja kiintymyssuhdetyyliä arvioivan CSQ-kyselylomakkeen skaalojen reliabiliteetit ovat melko alhaiset (Metsämuuronen, 2000). CRIES-13-mittarin osalta kyse voi olla siitä, että mittaustulokset eivät ole luotettavasti toistettavissa, mutta kyse saattaa olla myös siitä, että osiot eivät kykene erottelemaan tutkittavia riittävästi, sillä tutkittavat ovat vastanneet osioihin hyvin samalla tavoin (Metsämuuronen, 2000). CRIES-13-kyselylomakkeen on alustavasti havaittu olevan validi traumaperäisen stressihäiriön mittari (Perrin ym., 2005). Onkin todennäköistä, että tässä tutkimuksessa tutkittavat ovat vastanneet traumaoireita koskeviin kysymyksiin samantyyppisesti, mikä laskee CRIES-13-mittarin skaalojen reliabiliteettia. Todettakoon vielä, että saman ilmiön eri osa-alueita mittaavia muuttujia voi olla tarpeen tarkastella yhdessä, vaikka ne eivät aina välttämättä korreloisi keskenään, mikä taas laskee skaalojen reliabiliteettia. Tämä pitänee paikkansa myös CRIES-13- ja CSQ-mittarien osalta.

Tämän tutkimuksen tuloksiin on voinut vaikuttaa se, että lasten kokemien sotatraumojen todellista määrää ei välttämättä tiedetä, sillä tutkimuksessa käytetyssä Gaza War Trauma 2009-kyselylomakkeessa kysyttiin ainoastaan, onko lapsi kokenut jonkun tietyn sotatrauman vai ei. Lapsella on kuitenkin voinut olla useita samantyyppisiä sotatraumakokemuksia, jolloin dikotomisen kyllä-ei-vastaustavan vuoksi todellisten traumakokemusten määrä on saattanut jäädä pimentoon. Näin ollen on mahdollista, että turvallisen kiintymyssuhteen traumaoireilta suojelevaa funktiota ei havaittu tutkimuksessa tämän vuoksi. Tutkimuksen rajoituksiin lukeutuu myös se, että aineiston ominaisuuksien vuoksi kiintymyssuhdetyyli- ja sotatraumojen määrä- muuttujat oli pakko

luokkaistaa eikä tutkimuskysymyksiin voitu näin ollen vastata jatkuviin muuttujiin perustuvilla tutkimusmenetelmillä, kuten regressionanalyysillä.

Tämän tutkimuksen tulokset antavat tärkeää tietoa kiintymyssuhdetyylin ja PTSD:n välisistä yhteyksistä, joita on toistaiseksi tutkittu vielä varsin vähän erityisesti lapsiotoksilla. Käytännön tasolla tämän tutkimuksen tulokset antavat viitteitä siitä, että traumaoireilta suojaavia tekijöitä tutkittaessa sekä ennaltaehkäiseviä ja kuntouttavia interventioita suunniteltaessa, ei tulisi ainoastaan korostaa lapsen ja vanhemman välisen kiintymyssuhteen turvallisuutta. Sen sijaan tulisi pohtia sitä, millainen kiintymyssuhdetyyli suojaa lasta parhaiten traumaoireilta vallitsevissa olosuhteissa. Interventioita suunniteltaessa tulisikin siis pohtia, kuinka kulloisissakin olosuhteissa voitaisiin tukea lapsen optimaalista selviytymistä ja kehitystä vahvistamalla niitä tekijöitä, joka suojaavat lasta hänen omassa ympäristössään, riippumatta siitä, mihin kiintymyssuhdetyyliin ne liitetään.

Jatkossa tarvitaan vielä lisää tutkimusta kiintymyssuhdetyylin ja PTSD:n välisistä yhteyksistä erityisesti lapsiotoksilla, sillä tutkimustietoa ilmiöstä on varsin vähän. Tässä tutkimuksessa tutkittavat olivat 10–13-vuotiaita lapsia, jotka olivat kokeneet sotatraumoja. Jatkossa tulisikin tutkia myös muun tyyppisiä traumoja kokeneita lapsia sekä eri-ikäisiä lapsia ja nuoria, jotta tiedettäisiin, suojaako turvallinen kiintymyssuhde heitä traumaoireilta. Lisäksi jatkossa tutkittavilta lapsilta tulisi mitata myös jäsentymätöntä kiintymyssuhdetyyliä, sillä niin tässä kuin aikaisemmissakin tutkimuksissa on pääosin keskitytty muiden kiintymyssuhdetyylien ja PTSD- oireiden välisiin yhteyksiin. Jatkotutkimusta tarvitaan myös kiintymyssuhdetyylin ja PTSD:n välisiä yhteyksiä mahdollisesti muuntavista tai välittävistä tekijöistä, sillä tässä tutkimuksessa tarkasteltiin vain iän ja sukupuolen vaikutuksia. Aikaisempien tutkimusten perusteella kysymykseen voisivat tulla esimerkiksi emootioiden säätelystrategiat, sosiaalinen tuki ja traumakokemuksen tyyppi (Benoit ym., 2010; Declercq & Palmans, 2006; Ein-Dor ym., 2010). Erityisen mielenkiintoista olisikin saada tutkimustietoa siitä, vaikuttaako lapsen kokeman (sota)trauman tyyppi turvallisen kiintymyssuhteen PTSD- oireilta suojelemaan funktioon. Siis suojaako turvallinen kiintymyssuhde lasta esimerkiksi vain tahattomasti aiheutettujen traumojen negatiivisilta vaikutuksilta.

Koska traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsii maailmanlaajuisesti suuri määrä lapsia, ja koska siihen liittyy valtava määrä inhimillistä kärsimystä, on traumaperäisen stressihäiriön oireilta suojaavia tekijöitä erittäin tärkeää tutkia jatkossakin. Jotta traumakokemuksiin liittyvää inhimillistä kärsimystä voitaisiin jatkossa vähentää, on ensiarvoisen tärkeää, että tutkimusten avulla saatua tietoa käytetään hyödyksi myös käytännön tasolla esimerkiksi tehokkaampien ennaltaehkäisevien ja kuntouttavien interventioiden kehittämisessä. Vaikka PTSD- oireita tässä tutkimuksessa tarkasteltiin sotaolosuhteiden kontekstissa, on tärkeää muistaa, että PTSD- oireet eivät liity ainoastaan sotiin tai muihin äärimmäisiin olosuhteisiin, vaan myös varsin arkisiin ilmiöihin, kuten

onnettomuuksiin ja perheväkivaltaan. Tämä tekee traumaperäisestä stressihäiriöstä suuria ihmismassoja koskettavan ilmiön, jonka oireet laskevat miljoonien ihmisten elämänlaatua.

## LÄHTEET

Ainsworth, M. D. S., & Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41, 49–67.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Allwood, M. A., Bell-Dolan, D., & Husain, S. A. (2002). Children's trauma and adjustment reactions to violent and nonviolent war experiences. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 450–457.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4. painos). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Amir, M., & Sol, O. (1999). Psychological impact and prevalence of traumatic events in a student sample in Israel: The effect of multiple traumatic events and physical injury. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 139–154.

Anders, S. L., Frazer, P. A., & Frankfurt, S. B. (2011). Variations in criterion A and PTSD rates in a community sample of women. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 176–184.

Awadh, A. M., Vance, B., El-Beblawi, V., & Pumariega, A. J. (1998). Effects of trauma of the gulf war on Kuwaiti children. *Journal of Child and Family*, 7, 493–498.

Benoit, M., Bouthillier, D., Moss, E., Rousseau, C., & Brunet, A. (2010). Emotion regulation strategies as mediators of the association between level of attachment security and PTSD symptoms following trauma in adulthood. *Anxiety, Stress & Coping*, 23, 101–118.

Besser, A., & Neria, Y. (2010). The effects of insecure attachment orientations and perceived social support on posttraumatic stress and depressive symptoms among civilians exposed to the 2009 Israel-Gaza war: A follow-up cross-lagged panel design study. *Journal of Research in Personality*, 44, 335–341.

Besser, A., Neria, Y., & Haynes, M. (2009). Adult attachment, perceived stress, and PTSD among civilians exposed to ongoing terrorist attacks in Southern Israel. *Personality and Individual Differences*, 47, 851–857.

Bohlin, G., Hagekull, B., & Rydell, A. M. (2000). Attachment and Social Functioning: A Longitudinal Study from Infancy to Middle Childhood. *Social Development*, 9, 24–39.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss. VOL. 1: Attachment*. New York, NY: Basic Books.

Bradley, R., Schwartz, A. C., & Kaslow, N. J. (2005). Posttraumatic stress disorder symptoms among low-income, african-american women with a history of intimate partner violence and suicidal behaviors: Self-esteem, social support, and religious coping. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 685–696.

Braungart-Rieker, J. M., Garwood, M. M., Powers, B. P., & Wang, X. (2001). Parental Sensitivity, infant affect, and affect regulation: Predictors of later attachment. *Child Development*, 72, 252–270.

Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748–766.

Carlson, E. A. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child Development*, 69, 1107–1128.

Children and War Foundation (2005). *The Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES-13)*. London: Children and War Foundation.

- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress, 22*, 399–408.
- Contreras, J. M., Kerns, K. A., Weimer, B. L., Gentzler, A. L., & Tomich, P. L. (2000). Emotion regulation as a mediator of associations between mother-child attachment and peer relationships in middle childhood. *Journal on family psychology, 14*, 111–124.
- Creamer, M., Burgess, P., & McFarlane A. C. (2001). Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian national survey of mental health and well-being. *Psychological Medicine, 31*, 1237–1247.
- Crittenden, P. M. (2006). A dynamic-maturational model of attachment. *Australian And New Zealand Journal Of Family Therapy, 27*, 105–115.
- Crittenden, P. M., & Dallos, R. (2009). All in the family: integrating attachment and family systems theories. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 14*, 389–409.
- Dallaire, D. H., & Weinraub, M. (2007). Infant-mother attachment security and children's anxiety and aggression at first grade. *Journal of Applied Developmental Psychology, 28*, 477–492.
- Declercq, F., & Palmans, V. (2006). Two subjective factors as moderators between critical incidents and the occurrence of post traumatic stress disorders: 'Adult attachment' and 'perception of social support'. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 79*, 323–337.
- Dekel, S., Mandl, C., & Solomon, Z. (2011). Shared and unique predictors of post-traumatic growth and distress. *Journal of Clinical Psychology, 67*, 241–252.
- Dieperink, M., Leskela, J., Thuras, P., & Engdahl, B. (2001). Attachment style classification and posttraumatic stress disorder in former prisoners of war. *American Journal of Orthopsychiatry, 71*, 374–378.

Ein-Dor, T., Doron, G., Mikulincer, M., Solomon, Z., & Shaver, P. R. (2010). Together in pain: Attachment-related dyadic processes and posttraumatic stress disorder. *Journal of Counseling Psychology, 57*, 317–327.

Elliot, D. M. (1997). Traumatic events: Prevalence and delayed recall in the general population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 811–821.

Feldman, R., & Vengrober, A. (2011). Posttraumatic stress disorder in infants and young children exposed to war-related trauma. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 50*, 645–658.

Finnegan, R. A., Hodges, E. V. E., & Perry, D. G. (1996). Preoccupied and avoidant coping during middle childhood. *Child Development, 67*(4), 1318–1328.

Forbes, D., Parslow, R., Fletcher, S., McHugh, T., & Creamer, M. (2010). Attachment style in the prediction of recovery following group treatment of combat veterans with post-traumatic stress disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 198*, 881–884.

Fraley, R. C., Fazzari, D. A., Bonanno, G. A., & Dekel, S. (2006). Attachment and psychological adaptation in high exposure survivors of the September 11<sup>th</sup> attack on the World Trade Center. *Personality and Social Psychology Bulletin, 32*, 538–551.

Frazier, P., Anders, S., Perera, S., Tomich, P., Tennen, H., Park, C., & Tashiro, T. (2009). Traumatic events among undergraduate students: Prevalence and associated symptoms. *Journal of Counseling Psychology, 56*, 450–460.

Giaconia, R. M., Reinherz, H. Z., Silverman, A. B., Pakiz, B., Frost, A. K., & Cohen, E. (1995). Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 10*, 1369–1380.

Grossmann, K., Grossmann, K. E., Fremmer-Bombik, E., Kindler, H., Scheuerer-Englisch, H., & Zimmermann, P. (2002). The uniqueness of the child-father attachment relationship: Fathers' sensitive and challenging play as a pivotal variable in a 16-year longitudinal study. *Social Development, 11*, 307–331.

Harari, D., Bakermans-Kranenburg, M. J., de Kloet, C. S., Geuze, E., Vermetten, E., Westenberg, H. G. M., & van IJzendoorn, M. H. (2009). Attachment representations in Dutch veterans with and without deployment-related PTSD. *Attachment & Human Development*, 11, 515–536.

Hodges, E. V. E., Finnegan, R. A., & Perry, D. G. (1999). Skewed autonomy-relatedness in preadolescents' conceptions of their relationships with mother, father, and best friend. *Developmental Psychology*, 35, 737–748.

Hooberman, J., Rosenfeld, B., Rasmussen, A., & Keller, A. (2010). Resilience in trauma-exposure refugees: The moderating effect of coping style on resilience variables. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80, 557–563.

Horowitz, M. J., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209–218.

Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2005). The importance of parenting on the development of disorganized attachment: evidence from a preventive intervention study in adoptive families. *Journal on Child Psychology and Psychiatry*, 46, 263–274.

Kanninen, K., Punamäki, R. L., & Quota, S. (2003). Personality and trauma: Adult attachment and Posttraumatic distress among former political prisoners. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 9, 97–126.

Kerns, K. A., Tomich, P. L., Aspelmeier, J. E., Contreras, J. M. (2000). Attachment-based assessments of parent–child relationships in middle childhood. *Developmental Psychology*, 36, 614–626.

Khamis, V. (2008). Post-traumatic stress and psychiatric disorders in Palestinian adolescents following *intifada*-related injuries. *Social Science & Medicine*, 67, 1199–1207.

Kremen, W. S., Koenen, K. C., Boake, C., Purcell, S., Eisen, S. A., Franz, C. E., Tsuang, M. T., Lyons, M. J. (2007). Pretrauma cognitive ability and risk for posttrauma stress disorder a twin study. *Archives of General Psychiatry*, 64, 361–368.

Laufer, A., & Solomon, Z. (2009). Gender differences in PTSD in Israeli youth exposed to terror attacks. *Journal on Interpersonal Violence*, 24, 959–976.

Lauterbach, D., & Vrana, S. (2001). The relationship among personality variables, exposure to traumatic events, and severity of posttraumatic stress symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 29–45.

MacDonald, H. Z., Beeghly, M., Grant-Knight, W., Augustyn, M., Woods, R. W., Cabral, H., Rose-Jacobs, R., Saxe, G. N., & Frank, D. A. (2008). Longitudinal association between infant disorganized attachment and childhood posttraumatic stress symptoms. *Development and Psychopathology*, 20, 493–508.

Macksoud, M. S., & Aber, J. L. (1996). The war experiences and psychosocial development of children in Lebanon. *Child Development*, 67, 70–88.

Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. Teoksessa T. Berry Braselton & M. W. Yogman (toim.), *Affective development in infancy*, (95–124). New Jersey: Ablex.

Metsämuuronen, J. (2000). *SPSS aloittelevan tutkijan käytössä*. Jaabes OÜ, Võru, Viro: International Methelp Ky.

Metsämuuronen, J. (2008). *Monimuuttujamenetelmien perusteet* (2. korjattu painos). Jyväskylä: International Methelp Ky, Gummerus kirjapaino Oy.

Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Horesh N. (2006). Attachment Bases on Emotion Regulation and Posttraumatic Adjustment. Teoksessa D. K. Snyder, J. A. Simpson, & J. N. Hughes (toim.), *Emotion regulation in families: Pathways to dysfunction and health*, (77–99). Washington, DC: American Psychological Association.

Orozco, R., Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora, M. E., & López-Carrillo, L. (2008). Traumatic life events and posttraumatic stress disorder among Mexican adolescents: results from a survey. *Salud Pública de México*, 50, 29–37.



Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52–73.

Peltonen, K., Quota, S., El Sarraj, E., & Punamäki R. L. (2010). Military trauma and social development: The moderating and mediating roles of peer and sibling relations in mental health. *International Journal of Behavioral Development*, 34, 554–563.

Perrin, S., Meiser-Stedman, R., & Smith, P. (2005). The Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES): Validity as a screening instrument for PTSD. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 487–498.

Polusny, M. A., Erbes, C. R., Murdoch, M., Arbisi, P. A., Thuras, P., & Rath, M. B. (2011). Prospective risk factors for new-onset post-traumatic stress disorder in National Guard soldiers deployed to Iraq. *Psychological Medicine*, 41, 687–698.

Punamäki, R. L. (1996). Can ideological commitment protect children's psychosocial well-being in situations of political violence. *Child Development*, 67, 55–69.

Punamäki, R. L., Muhammed, A. H., & Abdulrahman, H. A. (2004). Impact of traumatic events on coping strategies and their effectiveness among Kurdish children. *International Journal of Behavioral Development*, 28, 59–70.

Quota, S., Punamäki, R. L., & El Sarraj, E. (2003). Prevalence and determinants of PTSD among Palestinian children exposed to military violence. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, 265–272 .

Qouta, S., Punamäki, R. L., & El Sarraj, E. (2005). Mother-child expression of psychological distress in acute war trauma. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10, 135–156.

Quota, S., Punamäki, R. L., Miller, T., & El Sarraj, E. (2008). Does war beget child aggression? Military violence, gender, age and aggressive behavior in two Palestinian samples. *Aggressive Behavior*, 34, 231–244.

- Quota, S., Punamäki, R. L., Montgomery, E., & El Sarraj, E. (2007). Predictors of psychological distress and positive resources among Palestinian adolescents: Trauma, child, and mothering characteristics. *Child Abuse & Neglect*, 31, 699–717.
- Rhiger, M., Elkhit, A., & Lasgaard, M. (2008). Traumatic in Israeli youth sample an investigation of the prevalence and psychological impact of exposure to traumatic experiences. *Nordic Psychology*, 60, 101–113.
- Rose-Krasnor, L., Rubin, K. H., Booth, C. L., & Coplan, R. (1996). The relation of maternal directiveness and child attachment security to social competence in preschoolers. *International Journal of Behavioral Development*, 19, 309–325.
- Sandberg, D. A., Suess, E. A., & Heaton, J. L. (2010). Attachment anxiety as a mediator of the relationship between interpersonal trauma and posttraumatic symptomatology among college women. *Journal of Interpersonal Violence*, 25, 33–49.
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment & Human Development*, 4, 133–161.
- Solomon, Z., Dekel, R., & Mikulincer M. (2008). Complex trauma and war captivity: A prospective study of attachment and post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 38, 1427–1434.
- Solomon, Z., & Lavi, T. (2005). Israeli youth in the Second Intifada: PTSD and future orientation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 1167–1175.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10–20.
- Thabet, A. A., Abu Tawahina, A., El Sarraj, E., & Vostanis, P. (2008). Exposure to war trauma and PTSD among parents and children in the Gaza strip. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17, 191–199.

Thabet, A. A., Ibraheem, A. N., Shivram, R., Winter, E. A., & Vostanis, P. (2009). Parenting support and PTSD in children of a war zone. *International Journal of Social Psychiatry*, 55, 226–237.

Thabet, A. A. M., Karim, K., & Vostanis, P. (2006). Trauma exposure in pre-school children in a war zone. *The British Journal of Psychiatry*, 188, 154–158.

Thabet, A. A., & Vostanis, P. (2000). Post traumatic stress disorder reactions in children of war: A longitudinal study. *Child Abuse & Neglect*, 24, 291–298.

UN. (2009). Human rights in Palestine and other occupied Arab territories: Report of the United Nations Fact Finding Mission on the Gaza Conflict. *Human Rights Council*, A/HRC/12/48.

UN: OCHA. (2009). Locked in: The humanitarian impact of the two year blockade on the Gaza Strip Special Focus 2009. East Jerusalem: UN: Office for the Coordination of Humanitarian Affairs occupied Palestinian territory.

UN: OCHA. (2014). OPT: Protection of civilians - OCHA weekly report (21-27 Jan. 2014) 27/01/2014. UN: Office for the Coordination of Humanitarian Affairs occupied Palestinian territory.

Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B., & Boyle, M. H. (2008). Post-traumatic stress disorder in Canada. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 14, 171–181.

van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants and sequelae. *Development and Psychology*, 11, 225–249.

Yehuda, R., Bell, A., Bierer, L. M., & Schmeidler, J. (2008). Maternal, not paternal PTSD is related to increased risk for PTSD in offspring of Holocaust survivors. *Journal of Psychiatric Research*, 42, 1104–1111.