

Lassi Kallio ja Sanna Kleemola

ÄIDIN MIELENTERVEYDEN YHTEYS NUOREN MIELENTERVEYTEEN

Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta

Kandidaatin tutkielma

Toukokuu 2021

TIIVISTELMÄ

Lassi Kallio ja Sanna Kleemola: Äidin mielenterveyden yhteys nuoren mielenterveyteen
Kandidaatin tutkielma
Tampereen yliopisto
Psykologia
Toukokuu 2021

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, onko äidin mielenterveysoireilu yhteydessä nuoren mielenterveyteen. Nuoren mielenterveyttä tarkastelimme resilienssin sekä mielenterveysoireilun kautta. Aiemman tutkimustiedon perusteella hypoteesinamme oli, että äidin mielenterveysoireilu olisi yhteydessä nuoren mielenterveysoireiluun. Vähäisen tutkimustiedon takia emme asettaneet hypoteesia äidin mielenterveysoireilun yhteydestä nuoren resilienssiin. Suuri osa aikaisemmasta tutkimuksesta on tarkastellut mielenterveyttä yksittäisten diagnoosien kautta ja lasten kohdalla keskittynyt varhaislapsuuteen. Tutkimukseemme halusimme selvittää nuoruuden yleistä mielenterveyden oirehdintaa ja sen yhteyksiä äidin mielenterveyteen.

Tutkimuksemme aineisto on osa laajempaa Maahanmuuttajanuorten Psykososiaalinen Tukeminen Koulussa (Refugees Well School) -interventiotutkimusta. Tutkimukseen osallistuivat 16 koulua Suomesta ja aineistomme koostuu 134 koululuokasta. Tutkimukseen liittyvät interventiot aloitettiin elokuussa 2019, ja aineistomme on osa tutkimuksen aloitusmittausta. Tutkimukseemme osallistui 131 13–16-vuotiasta nuorta sekä heidän äitinsä. Maahanmuuttajataustaisia osallistujia oli aineistossamme niin vähän, että emme tarkastelleet heitä omana ryhmänä. Nuoren mielenterveysoireita mitattiin Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) -kyselyllä. Nuoren resilienssiä mitattiin Child and Youth Resilience Measure (CYRM-12) -kyselyllä. Äidin mielenterveysoireilua mitattiin General Health Questionnaire (GHQ-12) -kyselyllä. Äidin mielenterveysoireilun yhteyksiä nuoren mielenterveysoireiluun sekä resilienssiin tutkittiin sekä korrelaatioanalyysillä, että regressioanalyysillä.

Vastoin hypoteesiamme, äidin mielenterveysoireilulla ei ollut yhteyttä nuoren mielenterveysoireiluun. Uutena tietona havaitsimme kuitenkin, että äidin mielenterveysoireilulla oli negatiivinen yhteys nuoren resilienssiin. Eli hypoteesimme ei saanut tukea, mutta havaitsimme nuoren resilienssin olevan negatiivisesti yhteydessä äidin mielenterveysoireiluun. On siis mahdollista, että nuoren ja äidin mielenterveysoireilun välinen yhteys voi olla muiden muuttujien (esim. resilienssin) vaikutuksen säätelämä. Tutkimuksemme tuottaman uuden tiedon valossa resilienssin roolia nuoren ja äidin mielenterveyden välisessä yhteydessä tulee tarkastella tarkemmin, sillä resilienssillä voi olla esimerkiksi yhteyttä moderoiva vaikutus. Tulevaisuuden tutkimuksissa on tärkeää tarkastella mielenterveyttä laajalti ja huomioida erilaisten muiden muuttujien vaikutus äidin ja lapsen mielenterveyden väliseen yhteyteen.

Avainsanat: Nuoren mielenterveys, nuoren resilienssi, äidin mielenterveys, mielenterveysoireilu

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

Sisällysluettelo

1. JOHDANTO	1
1.1. Nuoruusikä ja mielenterveys	1
1.1.1. Positiivinen mielenterveys ja resilienssi	3
1.1.2. Mielenterveyden oireet	4
1.2. Äidin mielenterveys	6
1.2.1. Äidin mielenterveyden yhteys nuoren mielenterveyteen	6
1.2.2. Äidin ja nuoren mielenterveyden yhteyden selitysmallit	7
1.3. Tutkimuskysymykset ja hypoteesit	9
2. AINEISTO JA MENETELMÄT	9
2.1. Tutkittavat	9
2.2. Mittarit	10
2.3. Tilastolliset analyysit	12
3. TULOKSET	13
3.1. Kuvailevat tulokset	13
3.2. Äidin mielenterveyden yhteys nuoren mielenterveyteen	14
4. POHDINTA	15
4.1. Äidin mielenterveysoireilun yhteys nuoren mielenterveysoireiluun	16
4.2. Äidin mielenterveysoireilun yhteys nuoren resilienssiin	17
4.3. Tutkimuksen arviointi ja jatkotutkimusehdotukset	18
4.4. Johtopäätökset	21
5. LÄHTEET	22

1. JOHDANTO

Nuorten hyvinvointi nähdään itsessään arvokkaana ja tavoittelemisen arvoisena. Hyvinvointi on edellytys lähes kaikelle muulle toiminnalle, sillä elämässä vaikeuksien määrä kasvaa hyvinvoinnin heikentyessä. Nuoren hyvinvointi koostuu monista osakokonaisuuksista, ja yksi näistä on mielenterveys. Nuorten mielenterveyteen kiinnitetään entistä enemmän huomiota ja sen kehityksen trendejä on tutkittu paljon (esim. Costello ym., 2006; Kaltiala-Heino ym., 2015; Sourander ym., 2012). Nuoret eivät välttämättä koe enempää ongelmia mielenterveytensä kanssa kuin aikaisemminkaan, mutta mielenterveyden ongelmiin saa nykyään paremmin apua ja avulle on suuri tarve. Nuorten mielenterveys ja mielenterveydenongelmat ovat yhteiskunnallisesti merkittäviä asioita. Yhteiskunta sijoittaa nuorten koulutukseen ja tulevaisuuteen, mutta tämä sijoitus ei maksa itseään takaisin, mikäli mielenterveyden ongelmat rajoittavat toimintakykyä. Nuoruuden mielenterveyttä tulisi tukea, sillä useimmat aikuisten mielenterveyshäiriöistä ovat alkaneet jo nuoruudessa (Kessler ym., 2005), ja yhteiskunnalle olisi halvempaa tukea mielenterveyden ennaltaehkäisyä kuin hoitoa. Useilla vanhemmilla on mielenterveyteen liittyvä diagnoosi, ja voidaan olettaa, että perheenjäsenten hyvinvointi heijastuu toisiinsa (Johnson ym., 2018). Tutkimuksessamme haluamme selvittää yhteyttä nuoren ja äidin mielenterveyden välillä. Aiheen tutkiminen on tärkeää, sillä vanhemmat ovat hyvin läsnä nuoren elämässä ja voivat vahvasti vaikuttaa nuoruusiän kehitykseen.

1.1. Nuoruusikä ja mielenterveys

Nuoruus käsitetään yleisesti lapsuuden ja aikuisuuden välisenä siirtymänä, joskin nuoruus on vahvasti kulttuurisidonnainen käsite (Coleman, 2011). Lapsuuden nähdään päättyvän puberteetin alkuun, jolloin nuoruuden kehitysvaihe alkaa. Joissakin kulttuureissa nuoruuden nähdään alkavan puberteetin loppuvaiheilla. Joskus nuoruuden katsotaan päättyvän täysi-ikäisyyteen, ja täysi-ikäisyyden

määritelmä vaihtelee maan mukaan. Länsimaissa nuoruus jaetaan tavallisesti kolmeen kehitysvaiheeseen: varhaisnuoruuteen (noin 12–14 v), keskinuoruuteen (noin 15–17 v) ja myöhäisnuoruuteen (noin 18–22 v) (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2019). Nuoruudessa tapahtuu nopeaa fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista kasvua sekä kehitystä. Nuoruuden aikana tutustutaan paremmin itseen, ja yksilölle tyypilliset toimintatavat sekä piirteet muotoutuvat ja vakiintuvat. Nuoruudessa myös itsenäistytään, jolloin omiin vanhempiin ei ole enää niin suurta riippuvuutta kuin lapsuudessa. Nuoruuden yksi keskeinen päämäärä onkin autonomia.

Nuoruusikä on kehityksellisten mahdollisuuksien aikaa, mutta se sisältää myös monia uusia haasteita ja siten riskejä psyykkiselle haavoittuvuudelle (Costello, 2011). Nuoruuteen liittyykin usein mielenterveyden häiriöitä ja nuoruus on monien mielenterveyshäiriöiden alkamisikä. Noin puolet aikuisten mielenterveydenhäiriöistä alkaa ennen 14 vuoden ikää ja kolme neljännestä ennen 24 vuoden ikää (Kessler ym., 2005). Nuoren kehityksen aikainen mielenterveyden häiriö on siis merkittävä uhka kehityksen päämäärien saavuttamiselle ja toimintakyvyn ylläpitämiselle. Eri tutkimusten mukaan noin 20–25 prosenttia nuorista kärsii jostain mielenterveyden häiriöstä (Costello ym., 2011; Kumpulainen ym., 2016).

Mielenterveydelle ei ole yksinkertaista määritelmää, sillä se on monimuotoinen ilmiö, johon vaikuttaa myös ympäristö. Toivio ja Nordling (2013, 62) esittelevät erilaisia käsityksiä mielenterveydestä. Mielenterveys voidaan esimerkiksi nähdä lääketieteellisessä kehyksessä oireiden ja diagnoosien kautta. Mielenterveyttä voidaan myös tarkastella jatkumona, jossa mielenterveys ja mielen sairaus ovat saman jatkumon eri päissä. Maailman terveysjärjestö (WHO) määrittelee mielenterveyden kuitenkin hyvinvoinnin tilana, jossa yksilö ymmärtää kykynsä, selviää elämän stressistä, pystyy työskentelemään tuottavasti ja pystyy vaikuttamaan yhteisöönsä. Mielenterveyttä pyritään nykyään tarkastelemaan kokonaisuutena, joka muodostuu sekä positiivisten voimavaroitekiöiden, kuten resilienssin, että mielenterveyden oireiden kautta.

1.1.1. Positiivinen mielenterveys ja resilienssi

Positiivinen mielenterveys ja siihen viittaavat käsitteet pyrkivät siirtämään huomion pois mielenterveyden oireista ja sen sijaan keskittymään erilaisiin positiivisiin piirteisiin sekä voimavaratekijöihin. Positiivisen mielenterveyden käsitteisiin liittyvät vahvasti optimistisuus, elämää täydentävät sosiaaliset suhteet sekä positiiviset tunteet itsestä ja ympäröivästä maailmasta (Barry, 2009). Monimuotoisuutensa vuoksi positiivista mielenterveyttä voidaan käsitteellistää monin eri tavoin eri mallien avulla (Vaillant, 2012). Usein malleissa on keskiössä yksi mielenterveyteen vaikuttava osakokonaisuus, esimerkiksi kypsyys, korkea sosioemotionaalinen kompetenssi tai monien voimavaratekijöiden yhtäaikainen läsnäolo. Tutkimuksessamme käsitteellistämme positiivista mielenterveyttä psykologisen resilienssin kautta. Psykologinen resilienssi nähdään voimavaratekijänä tai mekanismina, joka suojaa mielenterveyden häiriöiltä tai oireilulta.

Psykologinen korkea resilienssi viittaa ilmiöön, missä ihmiset ikään kuin adaptoituvat haasteisiin ja onnistuvat ylläpitämään psyykkistä terveyttä ja hyvinvointia vastoinkäymisistä riippumatta (Fletcher & Sarkar, 2013). Toisin sanoen tätä kuvastaa tilanne, missä ihmiset eivät koe mielenterveyden häiriöitä merkittävistä rasitteista huolimatta (Chmitorz, 2018). Ensimmäiset viittaukset resilienssiin ovat 1950-luvulta asti (Walker ym., 2017). Resilienssille ei kuitenkaan ole olemassa yhtenäistä määritelmää, vaan määritelmät vaihtelevat kapea-alaisista traumasta palautumisen käsitteistä hyvin laajoihin määritelmiin, joissa resilienssi nähdään aina läsnä olevana suojaavana kykynä (Fletcher & Sarkar, 2013; Robertson & Cooper, 2013). Ihmisillä on keskenään eroja resilienssissä, sillä joillakin on tätä ominaisuutta enemmän kuin toisilla. Vaikka resilienssin taustalla voi olla yhteys persoonallisuuteen, se ei ole pysyvä persoonallisuuspiirre (Cooper, Flint-Taylor, & Pearn, 2013). Sen sijaan resilienssi on muovautuva ja kehitettävissä oleva ominaisuus (Robertson & Cooper, 2013).

Resilienssi sisältää psykologisia komponentteja; yksilötason sekä ympäristötason resursseja, jotka proaktiivisesti ylläpitävät mielenterveyttä ja henkistä hyvinvointia vastoinkäymisissä. Yksilötason resursseihin kuuluvat muun muassa optimismi, adaptiiviset coping-keinot ja mindfulness, ja ympäristötason resursseja ovat muun muassa sosiaalinen tuki ja yhteisöön integroituminen (Bonanno, 2004; Campbell-Sills & Stein, 2007). Resilienssi ei kuitenkaan sisällä pelkästään psykologisia komponentteja, vaan myös behavioraalisia, jotka puolestaan liittyvät ihmisen

kykyyn jatkaa tehokkaana työskentelyä ja olennaiseen keskittymistä stressitekijöistä huolimatta. Useissa poikkileikkaustutkimuksissa onkin löydetty resilienssiin liittyvien osatekijöiden yhteys päivittäisen ja kroonisen stressin parempaan säätelyyn (Bretherton & McLean, 2015; de Frias & Whyne, 2015; Fang, Vincent, & Calabrese, 2015; Pietzrak & Cook, 2013; Puig-Perez, Hackett, Salvador, & Steptoe, 2017). Resilienssiä on nuorten kohdalla määritelty esimerkiksi kykyä haastavien tilanteiden koittaessa pitää tilanne hallinnassa ja pysyä rauhallisena (Soleimanpour, 2017). Resilienssiä on kuvailtu myös normaalina kehityksenä haastavissa olosuhteissa (Fonagy ym., 1994). Nuoruudessa resilienssi kehittyy toisilla vahvemmaksi kuin toisilla heidän sisäisten sekä ulkoisten tekijöiden seurauksena.

Resilienssin yhteyksiä muuhun mielenterveyteen on tutkittu paljon. Hu, Zhang ja Wang (2015) toteavat meta-analyysissään resilienssin olevan positiivisesti yhteydessä mielenterveyden positiivisten indikaattorien kanssa ja negatiivisesti yhteydessä mielenterveyden negatiivisten indikaattorien kanssa. Samassa meta-analyysissä vastoinkäymisten kohtaaminen oli myös osittainen edellytys resilienssin esiintyvyydelle, sillä vastoinkäymiset muunsivat resilienssin ja mielenterveyden yhteyttä, eli resilienssin vaikutus oli suurempi ihmisissä, jotka kohtasivat vastoinkäymisiä. Tutkimukset, jotka painottuvat nuorten resilienssiin, ovat löytäneet yhteyksiä positiivisen mielenterveyden, toimintakyvyn ja sosiaalisen kompetenssin kanssa (Olsson ym., 2003). Merkittävien yhteyksien löytyminen on kuitenkin riippuvainen tavasta käsitteellistää resilienssiä. Interventiotutkimuksissa on löydetty positiivisia tuloksia ja terveyttä edistäviä vaikutuksia lukuisissa eri ammateissa resilienssi-interventioiden seurauksena (Steensma, Den Heijer, & Stalen, 2006). Useimmat nuorten resilienssi-interventioista kuitenkin vaikuttavat vielä olevan pilottivaiheessa, mutta niistä on alustavasti löydetty saman suuntaisia terveyttä edistäviä vaikutuksia (Vo ym., 2015).

1.1.2. Mielenterveyden oireet

Tutkimuksessamme käsittelemme nuoren mielenterveyttä positiivisen mielenterveyden ulottuvuuden lisäksi myös mielenterveyden oireiden kautta. Mielenterveyden oireet ovat usein merkki riskitekijöiden kasautumisesta tai muuten epäsuotuisasta ympäristöstä. Mielenterveyden

riskitekijöitä on sekä sisäisiä että ulkoisia (Toivio & Nordling, 2013). Sisäisiin riskitekijöihin kuuluvat esimerkiksi sairaudet, huonot ihmissuhteet, eristäytyneisyys ja itsetunnon haavoittuvuus. Ulkoisiin riskitekijöihin kuuluvat esimerkiksi hyväksikäyttö ja väkivalta, kiusaaminen, päihteet, haitallinen elinympäristö sekä erot ja menetykset. Mielenterveyden oireet eivät välttämättä tarkoita häiriön olemassaoloa, mutta oireet kuuluvat mielenterveyden häiriöiden diagnostisiin kriteereihin. Oireilua on monenlaista ja jokaisella häiriöllä on omanlaisensa oireprofiili, ja oireiden vakavuudessa on myös suurta vaihtelua (American Psychiatric Association, 2018). Mielenterveyden oireita ovat esimerkiksi apaattisuus, hermostuneisuus, epätyypillinen käyttäytyminen, ajattelun tai keskittymisen ongelmat, mielialan muutokset sekä toimintakyvyn heikkeneminen.

Erilaiset mielenterveyden häiriöt ja niihin liittyvät oireet vaihtelevat sukupuolen (Toivio, & Nordling, 2013) ja ikävaiheen (Kessler ym., 2007) mukaan. Tytöillä esiintyy enemmän internalisoivia oireita, kuten masennusta, ahdistusta ja somatisaatiota, joissa psyykinen pahoinvointi kääntyy sisäänpäin. Pojille ominaisempia ovat eksternalisoivat oireet, kuten käytös- ja päihdehäiriöt, joissa psyykkistä pahoinvointia puretaan ulospäin. Kehityksellisesti varhaisimpia ovat erilaiset impulssien kontrollin häiriöt; esimerkiksi 80 % kaikista tarkkaavaisuushäiriöistä alkaa 4–11 vuoden iässä, sekä useimmat käytöshäiriöt 5–15 vuoden iässä. Ahdistuneisuushäiriöiden alkamisiässä on häiriön mukaan suuriakin eroja. Erilaiset fobiat alkavat usein 7–14 vuoden iässä, kun taas yleinen ahdistuneisuushäiriö ja traumaperäinen stressihäiriö (PTSD) alkavat usein vasta aikuisuudessa 20 ikävuoden jälkeen. Mielialahäiriöiden esiintyvyys lähtee nousuun vasta myöhäisnuoruudessa, ja useimmat mielialahäiriöt alkavat aikuisuudessa. Päihdehäiriöitä esiintyy enimmäkseen vasta keskinuoruudessa, jonka jälkeen niiden esiintyvyys nousee nopeasti varhaisaikuisuuteen asti. Yleinen ahdistuneisuushäiriö ja masennus ovat kaksi yleisintä mielenterveyden häiriötä nuoruudessa (Kroenke, 2007). Monihäiriöisyys on myös hyvin yleistä nuoruudessa. Monihäiriöisyydellä tarkoitetaan useamman kuin yhden häiriön samanaikaista ilmenemistä. Ahdistuneisuushäiriöt ja masennus ilmenevät usein samanaikaisesti, jolloin psyykinen pahoinvointi on voimakkaampaa. Ahdistuneisuushäiriöt myös osittain kasautuvat; yhdellä kolmesta ahdistuneisuushäiriöllä on useampi kuin yksi ahdistuneisuushäiriö. Mielenterveyden häiriöiden aiheuttama toiminnallinen haitta on myös voimakkaampaa mielenterveyden monihäiriöisyyden lisääntyessä.

1.2. Äidin mielenterveys

Aikuisten yleisimpiä mielenterveysongelmia ovat masennus, ahdistuneisuushäiriöt, syömishäiriöt sekä päihderiippuvuudet (Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos, 2019; 2020). Masennusta esiintyy vuosittain noin viidellä prosentilla aikuisväestöstä, ja paniikkihäiriötä sekä yleistynyttä ahdistuneisuushäiriötä on kumpaakin 1–2 prosentilla aikuisista. Noin viidesosa mielenterveysongelmia kokeneista raportoi korkeaa psykologista ahdinkoa, ja kymmenen prosenttia raportoi toimintansa hankaloituneen (Johnson ym., 2018). Vanhempien mielenterveyttä on tärkeä tutkia osana lasten ja nuorten mielenterveystutkimuksia. Tutkimusten mukaan jopa joka kolmannella lapsista on mielenterveysongelmista kärsivä vanhempi (Bassani, Padoin, & Veldhuzein, 2008; Johnson ym., 2018). Tässä tutkimuksessa tarkastelemme nuoren mielenterveyden lisäksi äidin mielenterveyttä, jota käsittelemme yleisenä psyykkisenä kuormittuneisuutena.

1.2.1. Äidin mielenterveyden yhteys nuoren mielenterveyteen

Kirjallisuuskatsauksen mukaan lapsilla, joiden vanhemmilla on mielenterveysongelmia, on sekä geneettinen että ympäristön luoma riski sairastua itse johonkin mielenterveysongelmaan (van Santvoort ym., 2015). Vanhempien ja etenkin äitien mielenterveyden yhteyttä lasten ja nuorten mielenterveyteen on tutkittu melko paljon. On todettu, että nuorten mielenterveysongelmien riski kaksinkertaistuu, kun ensisijaisella huoltajalla on todettu jokin mielenterveysongelma (Johnson ym., 2018). Samoin Bennett, Brewer ja Rankin (2012) osoittavat, että lasten mielenterveysongelmien todennäköisyys kasvaa, kun vanhempien mielenterveydentila huononee. Vanhemman masennuksen ja ahdistuksen on esitetty ennustavan nuorten internalisoivia mielenterveysongelmia (Apsleyn & Padilla-Walker, 2020; Johnson ym., 2018). Van Santvoortin ja kollegoiden (2015) mukaan vanhemman ahdistuneisuushäiriöt ennustavat lapselle ahdistuneisuushäiriötä, mutta mielialahäiriöistä ei löydetty samaa johdonmukaisuutta. Tosin Johnsonin ja kollegoiden (2018) mukaan kaikki ensisijaisella huoltajalla todetut mielenterveysongelmat olivat yhteydessä nuorilla sekä internalisoiviin että eksternalisoiviin

mielenterveysongelmiin. Toisaalta taas mielenterveysongelmaisten vanhempien lapsilla todettiin enemmän eksternalisoivia ongelmia, mutta internalisoiviin ongelmiin ei löydetty yhteyttä (van Loom ym., 2014). Johnson ja kollegat (2018) tutkivat myös vanhemman mielenterveydenhäiriöiden monihäiriöisyyttä, ja sen yhteyttä nuorten mielenterveyteen. He osoittivat, että nuorten mielenterveysongelmien riski oli suurin silloin, kun huoltajalla oli kaksi tai useampi mielenterveysdiagnoosi. Monien tutkimustulosten perusteella voidaan arvioida vanhemman ja nuoren mielenterveydellä olevan yhteys, mutta yhteydet eri oireiden välillä ovat epäselviä.

Äitien mielenterveyden yhteyttä nuoren resilienssitason yksinään on tutkittu niukasti, ja aiheetta on suurimmaksi osaksi tutkittu resilienssin suojaavan mekanismin kautta. Tutkimuksissa on todettu, että nuoren korkea resilienssi voi pienentää nuoren riskiä mielenterveysongelmiin, vaikka riski olisi kasvanut vanhempien mielenterveysongelmien takia (Giannakopolous ym., 2009; Sun ym., 2015). Aiheen vähäisen tutkimustiedon takia tutkimme, miten äidin mielenterveys on yhteydessä nuoren resilienssitason. Aiemmissä tutkimuksissa on paljolti keskitytty tiettyihin mielenterveysdiagnooseihin, mutta yleistä mielenterveyttä koskevat tutkimukset ovat harvinaisempia. Pelkkiä diagnooseja tutkimalla jää paljon informaatiota huomioimatta matalammasta mielenterveyden oirehdinnasta, joten tässä tutkimuksessa tarkastelemme mielenterveyttä yleisenä psyykkisenä kuormittuneisuutena. Lisäksi useimmissa tutkimuksissa on keskitytty varhaislapsuuden kehitysvaiheeseen sekä tarkasteltu lapsen vanhempia yleisesti, ei äitejä tai isiä erikseen. Tässä tutkimuksessa pyrimme vastaamaan näihin tutkimuskentän puutteisiin tarkastelemalla äidin ja yläkouluikäisen nuoren samanaikaista mielenterveysoirehdintaa.

1.2.2. Äidin ja nuoren mielenterveyden yhteyden selitysmallit

Äidin ja nuoren mielenterveysongelmien yhteyttä voidaan selittää useilla eri teorioilla, joista tarkastelemme seuraavaksi kolmea erityisen keskeistä. Ensimmäinen näistä on perhestressimalli (family stress model), jota Conger kollegoineen on kehitelty vuodesta 1994 lähtien. Mallin mukaan perheiden heikko taloudellinen tilanne johtaa herkästi vanhempien masentuneisuuteen, joka puolestaan johtaa lasten heikkoon sopeutumiskykyyn sekä mielenterveysongelmiin (Conger ym., 2002). Mallin on

tutkittu olevan pätevä eri kulttuureissa. Perhstressimallin mukaan perheiden taloudelliset vaikeudet aiheuttavat emotionaalista ahdinkoa perheen vanhemmilla. Emotionaalinen ahdinko puolestaan synnyttää konflikteja vanhempien välillä, mikä johtaa negatiivisiin vanhemmuustyyliin, ja se puolestaan voi aiheuttaa vahinkoa lapselle. Mallin mukaan tämä tapahtumaketju voi aiheuttaa lapsille huonoa sopeutumiskykyä sekä mielenterveysongelmia. Perhstressimalli on saanut tukea tutkimustuloksista, joissa perhedynamiikan on todettu muuttuvan negatiivisesti vanhempien mielenterveysongelmien takia. Van Loon ja kollegoiden (2014) tutkimukset osoittivat, että sekä perheympäristö että vanhempien suhde lapsiinsa oli merkittävästi negatiivisempi perheissä, joissa vanhemmilla oli mielenterveysongelmia. Apsleyn ja Padilla-Walkerin (2020) tutkimustulos puolestaan osoitti, että vaikka isän mielenterveysongelmilla ei ollut yhteyttä nuoren oirehdintaan, äidin mielenterveysongelmat muuttivat isän vanhemmuutta negatiivisemmaksi. Tutkimustuloksia tarkastellessa nähdään, että vanhempien mielenterveysoireilu voi vaikuttaa nuoriin monien eri tekijöiden kautta, joten olisikin syytä kiinnittää huomiota myös perhedynamiikkaan tutkittaessa nuoren mielenterveyttä.

Toiseksi, nuorten mielenterveysongelmien riskiä saattaa selittää myös äidin ja nuoren välinen negatiivinen transferenssi, eli tunteensiirto, kun äidillä on mielenterveyden kanssa ongelmia. Ihmisten tunteet muokkautuvat paljolti vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. Transferenssissa ihminen alkaa tiedostamattaan tuntemaan samoja tunteita, joita havaitsee toisen ihmisen tuntevan, ja tätä tapahtuu niin lapsilla kuin aikuisillakin (Oh, Yeom & Kim, 2019). Mielenterveysongelmista kärsivien äitien tunteet voivat olla yleisesti negatiivisempia kuin muilla äideillä, joten heidän lapsensa voivat olla suuremmassa riskissä omiin mielenterveysongelmiin. Ilmiö saattaa toimia myös toisin päin, jolloin nuoren mielenterveysongelmista johtuvat negatiiviset tunteet heijastuvat heidän äiteihinsä, ja näin nostavat äitien riskiä mielenterveysongelmiin. Tämän selitysmallin takia on oleellista tutkia äidin ja nuoren mielenterveyden yhteyttä myös yhtä aikaa mitattuna, jolloin ajankohtaiset mielenterveysongelmat pääsevät vaikuttamaan transferenssiin.

Kolmantena selitysmallina voidaan tarkastella geenien ja prenataalisten tekijöiden vaikutusta. Nuorilla ja äideillä voi olla yhteinen geeniperimä, joka altistaa molempia mielenterveysoirehdinnalle. Geenien roolin tiedetään olevan erittäin merkitsevä esimerkiksi kognitiivisen kehityksen häiriöissä, mutta psykiatristen häiriöiden osalta geeniperimän rooli on vähemmän selvä (Kumpulainen ym., 2016). Periytyvyystutkimuksissa on kuitenkin löydetty, että perimä nostaa paljon muun muassa skitsofreniaan sairastumisen riskiä (Bennett ym., 2012; Kumpulainen ym., 2016). Lisäksi raskausajan kuormittavuus voi herkistää äitiä uusiutuviin tai uusiin mielenterveysongelmiin, ja äidin raskaudenaikaisella terveyskäyttäytymisellä ja psyykkisellä oirehdinnalla voi myös olla seurauksia lapsen

psykiatriselle sairastavuudelle (Kumpulainen ym., 2016). Moniin lapsen mielenterveysongelmiin (mm. skitsofrenia, ADHD ja käytöshäiriöt) sairastumisesta onkin löydetty yhteyksiä erilaisiin äidin raskausajan altisteisiin. Geenien ja prenataalisten tekijöiden huomioiminen on siis tarpeellista, vaikakaan emme poikkileikkaustutkimusasetelman vuoksi tutki näitä tekijöitä tässä tutkimuksessa.

1.3. Tutkimuskysymykset ja hypoteesit

Tutkimuskysymyksemme on, onko äidin mielenterveydellä yhteyttä nuoren mielenterveyteen. Äidin mielenterveyttä tarkastelemme yleisenä psyykkisenä kuormittuneisuutena ja nuorten mielenterveyttä puolestaan sekä positiivisen mielenterveyden (resilienssin) että mielenterveysoirehdinnan kautta. Tutkimuksessamme tarkastelemme myös, toimiiko äidin mielenterveys selittävänä tekijänä nuoren mielenterveydelle. Aiempaan tietoon perustuen hypotesimme on, että äidin mielenterveysoirehdinta on positiivisesti yhteydessä nuoren mielenterveysoireisiin (esim. van Santvoort ym., 2015). Vähäisen tutkimustiedon takia emme aseta hypoteesia äidin mielenterveyden yhteydestä nuoren positiiviseen mielenterveyteen.

2. AINEISTO JA MENETELMÄT

2.1. Tutkittavat

Tutkimuksen aineisto on osa laajempaa Maahanmuuttajanuorten Psykososiaalinen Tukeminen Koulussa (Refugees Well School) -interventiotutkimusta. Intervention tarkoituksena oli tukea nuorten psykososiaalista hyvinvointia, ja sen rahoittajana toimi Euroopan unionin Horisontti 2020 tutkimus- ja innovaatio-ohjelma. Tutkimusaineisto on kerätty yhteensä 134 koululuokasta, jotka olivat 16 vapaaehtoisesti mukaan lähteneestä koulusta eri puolilta Suomea. Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla nuorilta sekä heidän opettajiltaan ja vanhemmiltaan. Nuorten osallistumiseen ei ollut kriteerejä, mutta

kouluilla ei saanut olla muuta saman kaltaista interventiota samaan aikaan käynnissä, ja koulun oppilaista 30–50 % piti olla maahanmuuttajataustaisia. Interventiot aloitettiin elokuussa 2019, ja mitaukset tehtiin intervention alussa, sen jälkeen ja 6–12 kk intervention loppumisesta.

Tämän tutkimuksen aineisto on osa tutkimuksen aloitusmittausta. Osallistujiin kuuluivat vain ne 131 nuorta, joiden äidit vastasivat vanhemman kyselylomakkeeseen. Tutkimuksemme lopullinen otoskoko on 118 nuorta sekä äitiä, koska 13 nuorta ja äitiä poistettiin aineistosta puutteellisten vastausten vuoksi. Vastanneista nuorista 60 (50.8 %) oli poikia ja 54 (45.8 %) tyttöjä. Nuoret olivat 13–16-vuotiaita, ja heidän keski-ikänsä oli 13.9 vuotta (keskihajonta = 0.81). Heistä 34.7 % oli seitsemännellä, 38.1 % kahdeksannella ja 26.3 % yhdeksännellä luokalla. Osallistujista kahdeksan oli syntynyt muualla kuin Suomessa. Koska maahanmuuttajataustaisia osallistujia oli tässä otoksessa vähän, emme tarkastelleet heitä erillisenä ryhmänä tutkimuksessamme. Kyselyihin vastanneita isiä oli niin vähän, että jätimme heidät analyyseista kokonaan pois. Vastanneiden äitien keski-ikä oli 45-vuotta (keskihajonta = 5.75 ja vaihteluväli = 32–58 vuotta). Keskimäärin lapsia perheissä oli 2. Äideistä 61.9 % oli naimisissa tai rekisteröidyssä parisuhteessa, 12.7 % asui kumppanin kanssa avoliitossa, 4.2 % oli sinkkuja, 18.6 % oli eronnut ja 0.8 % oli leskiä. 72.9 prosentilla äideistä oli vakituinen työ, 6.8 % oli työttömiä ja 4.2 % oli opiskelijoita.

2.2. Mittarit

Nuoren resilienssi. Resilienssiä mitattiin tutkimuksessamme muokatulla Child and Youth Resilience Measure (CYRM-28) -kyselyllä (engl. alkup. Ungar & Liebenberg, 2011). Alkuperäinen mittari sisältää 28 kysymystä, ja on suunnattu 9–23-vuotiaille. Tutkimuksessamme käytetty kavennettu versio on 12 kysymyksen (CYRM-12) -kysely (engl. alkup. Liebenberg, Ungar, & LeBlanc, 2013). Kyselyn molempien versioiden validiteetti ja reliabiliteetti ovat hyväksyttäviä (Liebenberg, Ungar, & Van de Vijver, 2012; Liebenberg, Ungar, & LeBlanc, 2013). Kysymyksiin vastataan viisiportaisella Likert-asteikolla (1 = ei lainkaan, 5 = paljon). Kysymykset kuvaavat vastaajan resilienssiin liittyvien resurssien määrää, ja suurempi pistemäärä viittaa korkeampiin resilienssitasoihin. Resilienssin monimuotoisuuden vuoksi kyselyssä pyritään huomioimaan monia

eri tason resursseja. Kyselyn kysymykset käsittelevät perhettä, läheisiä ihmissuhteita, ikätovereita ja laajempia yhteisöllisiä sekä kulttuurillisia resursseja (esim. ”Tunnetko ihmisiä, joiden kaltaiseksi haluat tulla?”, ”Onko koulussa menestyminen sinulle tärkeää?” tai ”Tuntuuko sinusta, että kuulut ikätovereidesi joukkoon?”). Muodostimme kyselyn osioista keskiarvosummamuuttujan (vaihteluväli = 1–5) säilyttääksemme kyselyn Likert-asteikollisuuden. Keskiarvosummamuuttujan Cronbachin alfakertoimen oli hyväksyttävä, 0.77.

Nuoren mielenterveysoireet. Nuorten mielenterveysoireita mitattiin Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) -kyselyllä (engl. alkup. Goodman, 1997). Goodmanin (2001) mukaan mittarin validiteetti ja reliabiliteetti ovat hyväksyttäviä. Mittari koostuu 25 väittämästä, joihin on kolme vastausvaihtoehtoa; ’ei totta’, ’osittain totta’ ja ’täysin totta’. Mittarin väittämät jakautuvat viidelle faktorille, jotka kuvaavat vastaajan tunneoireita (esim. ” Olen usein onneton, mieli maassa tai itkuinen”), käyttäytymisoireita (esim. ” Tappelen usein. Saan muut tekemään mitä haluan”), hyperaktiivisuutta ja tarkkaavaisuuden ongelmia (esim. ” Häiriinnyn helposti. Minun on vaikea keskittyä”), vertaisongelmia (esim. ” Olen muiden lasten tai nuorten silmätikku tai kiusaamisen kohde”) sekä prososiaalista käyttäytymistä (esim. ”Olen kiltti pienempiäni kohtaan”). Faktoreista voidaan erotella myös internalisoivat sekä eksternalisoivat asteikot. Internalisoiva asteikko sisältää tunneoireilun ja eksternalisoiva asteikko sisältää käyttäytymishäiriöt, hyperaktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden ongelmat. Muodostimme kuitenkin kyselyn väittämistä yhden kokonaissummamuuttujan, joka kuvasti nuoren yleistä mielenterveysoireilua. Jätimme summamuuttujasta pois prososiaalisuutta mittaavat kysymykset, eli summamuuttujaan sisältyi 20 väittämää alkuperäisestä 25:stä. Väittämät pisteytettiin asteikolla nollasta kahteen (0 = ei totta, 1 = osittain totta, 2 = täysin totta), ja summamuuttujan saamat arvot saattoivat vaihdella nollasta 40:een. Summamuuttujamme oli siis yhteensopiva yleisen SDQ:n pisteytyksen kanssa. Summamuuttujamme arvoja voi suoraan verrata vaikeuksien kokonaispistemäärien luokitusrajoihin, vaikka tutkimuksemme ei näitä erityisesti tarkastele. Summamuuttujan Cronbachin alfakertoimen oli matala, 0.56.

Äidin mielenterveysoireet. Äidin mielenterveyttä mitattiin General Health Questionnaire (GHQ-12) -kyselyllä. Kyselyssä on 12 kysymystä liittyen mielenterveyteen ja psykiatriin häiriöihin (esim. ”Oletko viime aikoina tuntenut olevasi jatkuvasti ylirasittunut?” tai ”Oletko viime aikoina valvonut paljon huolien takia?”). Kyselyn validiteetti on todettu hyväksi (Goldberg, ym., 1997) Kysely soveltuu kaikenikäisille nuorista ylöspäin. Vaikka GHQ-12 kysely soveltuu molemmille sukupuolille, tutkimuksessamme tarkastelimme vain äidin mielenterveyttä. GHQ-kyselyn

pisteytykseen on eri vaihtoehtoja, mutta jokaisessa pisteytystavassa korkeammat pisteet tarkoittavat vakavampaa tilaa. Goldberg kumppaneineen (1997) suosittelee GHQ-pisteytystä (0–0–1–1). Tällä pisteytystavalla aineistoa voidaan verrata suomalaisiin raja-arvoihin (Holi, Marttunen & Aalberg, 2003). Vaihtoehtoisesti neliportainen Likert-asteikko (1–2–3–4) tai C-GHQ (0–1–1–1) ovat käytettävissä. Pisteytystavasta riippumatta GHQ-kysely tuottaa vain kokonaispistemäärän. Tutkimustamme varten käytämme Likert-asteikollista (1–2–3–4) pisteytystapaa, tämän avulla tulosten jakauma muistuttaa enemmän normaalijakaumaa ja aineistoissa esiintyvä vaihtelu saadaan paremmin hyödynnettyä tilastollisissa analyyseissämme. Muodostimme osioista summamuuttujan (vaihteluväli = 12–48), joka kuvastaa mielenterveysoireilua. Summamuuttujan Cronbachin alfakerroin oli hyvä, 0.89.

2.3. Tilastolliset analyysit

Tilastolliset analyysit tehtiin IBM SPSS Statistics -ohjelman versiolla 27.0. Äidin sekä nuoren mielenterveysoireilua mittaavissa muuttujissa ei ollut poikkeavia tai puuttuvia arvoja lopullisessa aineistossamme. Resilienssiä mittaavissa muuttujissa oli kussakin puuttuvia arvoja 1 tai 2 kappaletta, joten puuttuvat arvot korvattiin muun aineiston keskiarvolla. Tarkastelimme äidin mielenterveyden yhteyttä nuoren mielenterveyteen ensin Pearsonin korrelaatiokertoimien avulla, minkä jälkeen tarkastelimme tutkimusongelmaa yksinkertaisen lineaarisen regressioanalyysin avulla. Regressioanalyyseissa äidin mielenterveysoireilu oli selittävänä muuttujana, ja nuoren mielenterveysoireilu sekä resilienssi olivat selitettävänä muuttujina omissa analyyseissään. Kontrolloitavia taustamuuttujia ei tutkimuksessamme ollut. Regressioanalyysin edellytyksiä tarkastelimme normaalijakautuneisuuden, heteroskedastisuuden ja residuaalien osalta. Missään muuttujassamme normaalijakaumaoletus ei täytynyt. Tästä huolimatta päädyimme tekemään lineaarisen regressioanalyysin ja tarkastelemaan residuaalien jakaumaa. Regressioanalyysin edellytyksistä heteroskedastisuus oletus oli kunnossa ja residuaalien varianssi oli tasaisesti jakautunut regressiomalleissa. Regressioanalyysin edellytyksistä myös residuaalien normaalijakaumaoletus oli kunnossa. Residuaalien joukossa ei ollut outlier-tapauksia, eikä ollut havaittavissa residuaalien

jakauman vinoutumaa. Residuaalien jakaumasta päätellen sanoisimme, että aineistomme analysointiin sopii lineaarisen mallin käyttö.

3. TULOKSET

3.1. Kuvailevat tulokset

Taulukossa 1 on nähtävillä summamuuttujien keskiarvot, keskihajonnat ja vaihteluvälit aineistossamme. Nuoren mielenterveysoireilun suomalaiset pisteytysnormit jakavat vastaajat kolmeen: luokkaan; normaali (0–15 pistettä), raja-arvoinen (16–19 pistettä) ja poikkeava mielenterveys (20–40 pistettä) (SDQ-info, 2020). Meidän aineistossamme muuttujan keskiarvo oli normaalin rajoissa. Kuitenkin vastaajista 14 (12 %) sai raja-arvoon kuuluvan pistemäärän, ja 11 vastaajan (9 %) mielenterveys oli poikkeava. Nuoren resilienssin keskiarvo oli 4.00 ja vaihteluväli 2.58–5.00 asteikolla 1–5, joten voidaan ajatella nuorten resilienssin olevan suhteellisen korkea tässä aineistossa. Äitien mielenterveysoireilua voidaan verrata suomalaisen aineiston pisterajoihin, joiden mukaan yli kolme tai neljä pistettä kertoo todennäköisestä mielenterveysongelmasta (pisteytettynä (0–0–1–1)) (Holi ym., 2003). Tässä aineistossa alle kolme pistettä sai äideistä 80 %, mikä tarkoittaa terveitä pisteitä. Vastaavasti yli neljä pistettä sai äideistä 14 %, joiden voitiin siis ajatella kärsivän todennäköisesti jostakin mielenterveyden ongelmasta. Taulukossa kyseinen muuttuja on pisteytetty Likert-asteikolla.

TAULUKKO 1. Muuttujien keskiarvot, keskihajonnat ja vaihteluvälit (N=118)

	Keskiarvo	Keskihajonta	Vaihteluväli
Äidin mielenterveysoireilu	22.26	5.26	14–41
Nuoren mielenterveysoireilu	13.43	3.83	5–25
Nuoren resilienssi	4.00	0.51	2.58–5.00

Muuttujien välisiä yhteyksiä tarkastelimme Pearsonin korrelaatiokertoimen avulla. Taulukossa 2 näkyy muuttujien väliset korrelaatiokertoimet. Taulukosta nähdään, että äidin mielenterveysoireilu ei ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä nuoren mielenterveysoireiluun. Sen sijaan äidin mielenterveysoireilulla oli tilastollisesti merkitsevä negatiivinen yhteys nuoren resilienssiin. Tämän mukaan äideillä oli sitä enemmän oireilua, mitä huonompi resilienssi nuorella oli, tai päinvastoin. Myös nuoren mielenterveysoireilulla sekä resilienssillä oli tilastollisesti merkitsevä negatiivinen korrelaatio. Nuorella oli siis sitä enemmän oireilua mitä huonompi resilienssi hänellä oli.

TAULUKKO 2. Muuttujien väliset Pearsonin korrelaatiokertoimet ($N=118$)

	Äidin mielenterveysoireilu	Nuoren mielenterveysoireilu
Äidin mielenterveysoireilu	-	
Nuoren mielenterveysoireilu	.11	-
Nuoren resilienssi	-.19*	-.36**

Huom. ** $p < .01$, * $p < .05$

3.2. Äidin mielenterveyden yhteys nuoren mielenterveyteen

Taulukossa 3 näkyy äidin mielenterveysoireilun ja nuoren mielenterveysoireilun sekä äidin mielenterveysoireilun ja nuoren resilienssin välisten regressioanalyysien regressiokertoimet ja selitysasteet, kun äidin mielenterveys on selittävänä tekijänä. Äidin mielenterveys selitti nuoren mielenterveysoireilusta vain 1.2 %, eikä regressiokerroin ollut tilastollisesti merkitsevä. Tutkimuksemme mukaan siis äidin mielenterveysoireilulla ei ollut vaikutusta nuoren mielenterveysoireiluun. Nuoren resilienssistä äidin mielenterveys selitti 3.8 %, ja regressiokerroin oli tilastollisesti merkitsevä. Tämän mukaan siis äidin mielenterveydellä on merkitsevää vaikutusta nuoren resilienssiin. Tutkimustuloksemme äidin

ja nuoren mielenterveysoireilun yhteydestä ei ollut linjassa aiempaan tutkimustietoon perustuvan hypoteesimme kanssa.

TAULUKKO 3. Regressiokertoimet ja selitysasteet regressiomalleista, joissa selittävänä tekijänä äidin mielenterveysoireilu (N=118)

	Nuoren mielenterveysoireilu		Nuoren resilienssi	
	β	R^2 (%)	β	R^2 (%)
Äidin mielenterveysoireilu	.11	1.2	-.19*	3.8

Huom. * $p < .05$,

β = standardoitu regressiokerroin, R^2 (%) = selitysaste prosentteina

4. POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää nuoren ja äidin mielenterveyden välistä yhteyttä. Nuoren mielenterveyttä tarkastelimme positiivisesta (resilienssi) sekä negatiivisesta (mielenterveysoireilu) näkökulmasta, mutta äitien mielenterveyttä tarkastelimme vain oireilun kautta. Aineistomme koostui 118 13–16-vuotiaasta nuoresta ja heidän äideistään, jotka olivat vastanneet itsearviointikyselylomakkeisiin. Nuorten ja äitien vastaukset oli kerätty samaan aikaan. Tutkimuksen aineisto oli osa laajempaa Maahanmuuttajanuorten Psykososiaalinen Tukeminen Koulussa -interventiotutkimusta. Tutkimustulostemme mukaan äidin mielenterveysoireilulla ei ole vaikutusta nuoren mielenterveysoireiluun, mutta nuoren resilienssiin äidin mielenterveydellä sen sijaan oli vaikutusta.

4.1. Äidin mielenterveysoireilun yhteys nuoren mielenterveysoireiluun

Aikaisempaan tutkimustietoon perustuva hypoteesimme oli, että äidin mielenterveydellä olisi positiivinen yhteys nuoren mielenterveysoireiluun. Tutkimustuloksemme ei kuitenkaan tukenut hypoteesia, vaan tutkimuksemme mukaan äidin mielenterveydellä ei ollut vaikutusta nuoren mielenterveysoireiluun. Tulos saattaa selittyä sillä, että emme tutkineet erikseen internalisoivia ja eksternalisoivia oireita, vaan mielenterveysoireilua yleisesti. Joissakin tutkimuksissa on havaittu vanhemman mielenterveyden vaikuttavan nuorella vain joko eksternalisoiviin tai internalisoiviin oireisiin (Apsleyn & Padilla-Walker, 2020; Johnson ym., 2018; van Loom ym., 2014). Samoin mielenterveysdiagnoosien kautta tutkittuna tulos olisi saattanut olla erilainen, sillä esimerkiksi van Santvoortin ja kollegoiden (2015) mukaan vanhemman ahdistuneisuushäiriöt ennustavat myös lapsen ahdistuneisuushäiriöitä. Lisäksi tulosta saattaa selittää muuttujien samanaikainen mittaus, jolloin syy-seuraussuhteita on mahdoton tarkastella. On esimerkiksi paljon aiempaa näyttöä, että raskauden ja lapsuuden aikaiset äidin mielenterveysoireet vaikuttavat lapsen myöhempään mielenterveyteen, mutta samanaikaisista mittauksista ei ole saatu yhteneviä tuloksia (van Santvoort ym., 2015). Aineistossamme saattoi olla perheitä, joissa äidin oireilu oli luonteeltaan akuuttia ja lyhytkestoista, jolloin se ei ollut kerennyt vaikuttaa nuoren mielenterveysoireiluun. Ja lopulta, tulokseen saattoi vaikuttaa myös se, että aineistossamme noin 80 % niin äideistä kuin nuoristakin olivat normaalin hyvinvoinnin rajoissa.

Teoreettisista malleista esimerkiksi perhestressimalli esittää, että vanhempien mielenterveysoireilulla on negatiivinen vaikutus lasten hyvinvointiin (Conger ym., 2002). Perhestressimallin mukaan taloudellinen huoli aiheuttaa vanhemmille mielenterveysoireilua, joka puolestaan vaikuttaa lasten hyvinvointiin. Perhestressimallia sovellettaessa tuloksiimme pitää huomioida, että vastanneista äideistä suurin osa (72.9 %) oli vakituisessa työsuhteessa. Vakituisessa työsuhteessa olevilla äideillä ei todennäköisemmin ollut merkittäviä taloudellisia huolia, joten heillä ei välttämättä siitä syystä ole mielenterveysoireilua, joka voisi kuormittaa nuoria. Tätä mallia ei kuitenkaan voi yleistää niin, ettei äideillä voisi olla mielenterveysoireilua, jos ei ole taloudellisia huolia.

Geneettisillä ja prenataalisilla tekijöillä on havaittu olevan merkittävä yhteys lasten ja nuorten mielenterveysoireiluun (Kumpulainen ym., 2016), mutta emme pystyneet huomioimaan näitä tekijöitä tutkimuksessamme. Jos olisimme tutkineet äidin ja nuoren mielenterveyttä diagnooseina tai

oireilua kategorioittain, niin mm. käytöshäiriöiden esiintyvyydessä äideillä ja nuorilla olisi saattanut näkyä yhteys, koska niihin on havaittu geeneillä olevan vaikutusta (Kumpulainen ym., 2016). Lisäksi mm. skitsofrenian kohdalla olisi saatettu havaita yhteys, koska sen on todettu olevan periytyvä (Bennett ym., 2012; Kumpulainen ym., 2016), sekä äidin raskauden aikaisella terveystäytymisellä on nähty olevan vaikutusta sen esiintyvyyteen (Kumpulainen ym., 2016). Prenataalisia tekijöitä olisi kuitenkin pitänyt tutkia pitkittäistutkimuksella jo raskaudesta lähtien.

4.2. Äidin mielenterveysoireilun yhteys nuoren resilienssiin

Äidin mielenterveyden yhteyttä nuoren resilienssiin oli tutkittu melko vähän aiemmin, joten emme asettaneet tätä koskevaa tutkimushypoteesia. Tutkimuksemme tulosten mukaan äidin mielenterveydellä oli negatiivinen vaikutus nuoren resilienssiin, vaikkakin vaikutus oli melko pieni. Mitä enemmän mielenterveydenoireilua äidillä oli, sitä vähäisempää oli nuoren resilienssi. Vaikutuksen suunta oli odotettu, sillä korkean resilienssin on todettu suojaavan mielenterveysoireilulta (Giannakopoulos ym., 2009; Sun, Li, Zhang, Bao, & Wang, 2015), vaikkakin tuli uutena tutkimustietona, että yhteys toimisi myös äidin ja nuoren välillä.

Tutkimustulosta voisi selittää äitien resilienssillä, ja sen heijastumisena nuorten resilienssiin. Kun äidillä on korkea resilienssi, hän on todennäköisemmin psyykkisesti hyvinvoiva, ja hänellä on kapasiteettia tarjota lapselleen resursseja korkeaan resilienssiin. Tämä liittyy perhestressimalliin sekä transferenssiteoriaan. Perhestressimallia (Conger ym., 2002) soveltaen voitaisiin olettaa, että hyvinvoivilla äideillä ei ole taloudellista huolta, joten heillä on mahdollisesti hyvin resursseja käytettävään saavuttamaan korkea resilienssi. Taloudellisesti hyvinvoivat äidit pystyvät myös antamaan lapselleen hyvät eväät resilienssin kannalta. Päinvastoin taas taloudellisista huolista kärsivät ja siksi psyykkisesti oireilevat äidit eivät pysty tarjoamaan yhtä hyviä eväitä lapsensa resilienssille. Kuitenkin tässäkin pitää huomioida, ettei taloudellinen tilanne ole tietenkään ainoa selittävä tekijä äitien hyvinvoinnissa.

Transferenssiteorian mukaan ihminen tiedostamattaan alkaa tuntemaan samoja tunteita, joita havaitsee toisen tuntevan (Oh, Yeom & Kim, 2019). Tämän perusteella tilannetta voisi selittää sillä,

että äidit, jotka ovat hyvinvoivia, kokevat oireilevia äitejä enemmän positiivisia tunteita, jotka transferenssin myötä heijastuvat lapseen, kun taas pahoinvoivat äidit heijastavat lapsiinsa enemmän negatiivisia tunteita. Näin nuoren ja hyvinvoivan äidin välille voi muodostua positiivinen suhde, joka nostaa nuoren resilienssitason. Toki tämä selitysmalli voi toimia myös toiseen suuntaan, koska emme pysty poikkileikkausasetelman myötä tarkastelemaan syy-seuraussuhdetta.

4.3. Tutkimuksen arviointi ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkimuksemme vahvuutena voidaan nähdä äidin mielenterveyden tutkiminen suhteessa nuoren resilienssiin, koska kyseistä tutkimuskysymystä on tutkittu heikosti aiemmin. Lisäksi vahvuutena voidaan pitää aineiston hankkimista laajalti eri puolelta Suomea, jolloin tutkimustuloksia voidaan yleistää koskemaan suomalaisväestöä. Vahvuutena voidaan myös nähdä suhteellisen laaja otoskoko, sillä vanhempaa sekä nuorta tutkivat tutkimukset voivat helposti kohdata rajoituksia otoskoosta johtuen.

Tutkimuksemme pienenä rajoitteena oli kuitenkin maahanmuuttajataustaisten henkilöiden vähäinen määrä aineistossamme. Tämän johdosta emme voineet tehdä erillistä tarkastelua maahanmuuttajataustaisten mielenterveydestä, emmekä voineet verrata sitä Suomessa syntyneiden ryhmään. Tämä rajoittaa tutkimuksemme antia, sillä on mahdollista, että ryhmät poikkeaisivat toisistaan. Ryhmien mahdollisten erojen tiedostaminen voisi ohjata jatkotutkimuksia selittävien tekijöiden löytämiseksi ja mahdollisten lisäresurssien tarjoamiseksi. Samankaltaisena rajoitteena toimi myös isien puute aineistostamme. Emme pystyneet tarkastelemaan sekä isän että äidin mielenterveyden yhteyttä nuoren mielenterveyteen, ja näin ollen analyysimme tarjoaa rajallisen kuvan vanhemman vaikutuksesta nuoren mielenterveyteen. Ei ole syytä olettaa, että vain äidin mielenterveydellä olisi vaikutusta nuoren mielenterveyteen. Päinvastoin, aiemmissa tutkimuksissa on havaittu molempien vanhempien tukevan kasvatuksen sekä vanhempien välisen suhteen merkitys lapsen kehitykselle (Goldberg & Carlson, 2014; Fomby & Osborne, 2010). Myös pelkän isän läsnäololla on todettu olevan merkitsevä vaikutus lapsen kehitykseen (McLanahan, Tach, &

Schneider, 2013). Olisi siis perusteltua tutkia myös isän mielenterveyden mahdollista vaikutusta nuoren mielenterveyteen.

Muuttujien välistä yhteyttä tutkiessamme rajoitteena tutkimuksessamme toimii myös poikkileikkausaineisto. Poikkileikkaukset tarjoavat rajallisen kuvan kokonaisuudesta, eivätkä tarjoa mahdollisuutta tarkastella muuttujien välistä yhteyttä ajassa. Virhelähteiden vaikutus on siis mahdollinen tutkimuksemme tuloksia tarkastellessa. On mahdollista, että äidin mielenterveyden vaikutus nuoren mielenterveyteen näkyisi vasta pidemmän aikajakson seurannassa. Vaikka tutkimuksessamme äidin mielenterveydellä oli merkitsevä yhteys nuoren resilienssiin, pystymme vain rajoitetusti arvioimaan tämän yhteyden laatua. Emme myöskään voi varmaksi tietää aineistomme yleistettävyyttä, vaikka mielenterveysmittarien kliinisten raja-arvojen avulla saatoimme arvioida aineistomme edustavaksi otokseksi suomalaisväestöstä. Jatkotutkimuksissa pitkäaikais tutkimuksen toteuttaminen todennäköisesti mahdollistaisi kattavamman tutkimuksen toteuttamisen. Pitkäaikais tutkimuksen merkittävä etu olisi parempi kyvykyys arvioida syuseuraussuhteita.

Tutkimuksemme rajoitteena toimi myös aineiston keruutapa. Aineistomme kerättiin itseraportointimenetelmillä. Tutkimuksessamme hyödynnetty tieto nuoren mielenterveydestä, nuoren resilienssistä sekä äidin mielenterveydestä kaikki perustuvat henkilön itse raportoimiin tietoihin. Tämä todennäköisesti vaikutti aineiston laatuun heikentävästi. Väittämien tai pisteiden tulkintaerot heijastuvat tuloksiimme, eikä tätä voida kontrolloida. Tutkimuksen keskittyessä mielenterveyteen, on myös mahdollista, että itseraportointimenetelmät tuottavat normaalia enemmän haasteita aineiston laadun arvioimiseen. On mahdollista, että juuri henkisesti huonoiten voivat vastasivat vähiten hyödyntämiimme kyselyihin, jolloin aineistomme oli puutteellinen tutkimamme ilmiön osalta. Toisaalta aineistomme on verrattavissa muihin samoja kyselyitä hyödyntäneisiin aineistoihin. On todennäköistä, että virhelähteiden vaikutus kyselyihimme oli eri tutkimuksissa samantasoista. Itseraportointiin liittyvien haasteiden minimoiminen on kuitenkin haastavaa, eikä mielenterveydellisten aiheiden tutkimiseen isossa aineistossa ole tarjolla huomattavasti parempia vaihtoehtoja. Erilaisten raportointimenetelmien yhdistäminen on yksi toimiva keino mahdollisten virhelähteiden minimoimisessa. Itseraportoinnin lisäksi henkilöä voidaan arvioida esimerkiksi vanhemman tai opettajan toimesta. Havainnointiin pohjautuvat aineistonkeruumenetelmät ovat myös virhelähteille alttiita ja tulkinnanvaraisia.

SDQ-kyselystä luomamme summamuuttuja oli käyttämiemme muuttujien osalta tutkimuksemme suurin rajoite. Tutkimuksessamme tarkastelimme nuoren mielenterveyttä yleisellä

tasolla, joten yhdistimme SDQ:n eri alaskaalat yhteen ulottuvuuteen. Vaikka SDQ:ta voidaan käyttää yleisen mielenterveydenoireilun mittaamiseen, muodostamamme summamuuttujan Cronbachin alfa-kerroin oli matala 0.56. Alfa-kerroin ei ole hyvä, mikä tässä tapauksessa on ehkä jopa oletettua. Olemme yhdistäneet summamuuttujamme neljä erillistä faktoria, joista jokainen kuvastaa omaa mielenterveyden oireilun osa-aluetta. Vaikka Kroenken (2007) mukaan nuorilla on usein monihäiriöisyyttä mielenterveyden häiriöiden kohdalla, ovat eri mielenterveydenhäiriöt selvästi toisistaan myös irrallisia. Mielenterveyden oireilussakin siis ilmenee irrallisuutta ja eri mielenterveyden oireet kertovat omalla tavallaan mielenterveydenhäiriöistä. Yksilökohtaisella mielenterveyden oireilua kuvaavalla summamuuttujalla saamme vain suuntaa antavan kuvan kokonaisuudesta. Jatkotutkimuksissa olisi nähdäksemme arvokasta säilyttää SDQ:n alaskaalat sellaisenaan ja tehdä erillinen tarkastelu jokaiselle. Näin toimiessa aineistossa esiintyvä vaihtelu saadaan paremmin näkyviin, ja voidaan tehokkaammin huomata esimerkiksi muiden muuttujien spesifi vaikutus vain tiettyyn alaskaalaan. Mahdollisten spesifien SDQ:n alaskaalojen yhteyksien tarkastelu voisi jatkotutkimuksissa tuottaa paremman syyseuraussuhteiden arviointikyvyn näiden yhteyksien kohdalla.

Tutkimuksessamme toteutetut tilastolliset analyysit sisälsivät hieman rajoitteita. Korrelaatioanalyysimme tulokset kertoivat heikoista muuttujien välisistä yhteyksistä, jolloin regressioanalyysiin siirtyminen ei välttämättä ollut mielekkäin vaihtoehto. Toisaalta regressioanalyysin toteuttaminen sopii lineaaristen yhteyksien suhteelliseen nopeaan ja yksinkertaiseen tutkimiseen. Regressioanalyysin edellytysten suhteen aineistomme olisi voinut olla parempi muuttujiemme normaalijakautuneisuuden osalta. Toisaalta muita regressioanalyysin edellytyksiä tarkastellessa aineistomme sopi lineaarisen regression tekemiseen, mikä näkyi residuaalien normaalijakaumasta. Suorittamamme yksinkertainen lineaarinen regressio ei kuitenkaan selittänyt paljoa muuttujiemme välisistä yhteyksistä. Paremman muuttujien välisten yhteyksien selitysarvon olisi saanut laajemmalla tarkastelulla ja esimerkiksi hierarkkista regressioanalyysiä hyödyntäen. Mielenterveyttä tutkiessa tulisi pitää mielessä ilmiön monimutkaisuus ja siihen liittyvät lukuisat erilaiset muuttujat. Jatkotutkimuksia ajatellen erilaisten kontrolli-, mediaatio- ja moderaattorimuuttujien huomioinen ja tarkastelu tuottaisi lisäarvoa. Esimerkiksi perhestressimalli mielessä pitäen voisi olla perusteltua kontrolloida perheen taloudellinen tilanne mahdollisuuksien mukaan. Parhaimmillaan muiden vaikuttavien tekijöiden huomioimisella aineistosta voitaisiin huomata olennaisia muuttujia, jotka esimerkiksi kasautuisivat tietyille ihmisryhmille ja näin ohjaisivat asian tarkempaan tutkimiseen jatkossa.

4.4. Johtopäätökset

Tutkimuksemme tuotti uutta tietoa äidin ja nuoren mielenterveyden välisestä yhteydestä. Uutta oli erityisesti havaintomme siitä, että äidin mielenterveyden yhteys nuoren resilienssiin oli suurempi kuin nuoren mielenterveysoireiluun. Tuloksemme viittaavat siihen, että yhteys nuoren ja äidin mielenterveyden välillä voisi olla epäsuora ja muiden muuttujien kautta välittyvä. Mielenterveyden tarkastelu yhtenä laajana ulottuvuutena antaa ehkä liian rajallisen kuvan pienistä osista rakentuvasta kokonaisuudesta. Tutkimuksemme antaa kuitenkin arvokasta tietoa siitä, että äidin oirehdinta ei siirry suoraan nuorelle. Näyttäisi siltä, että äidin mielenterveydellä on enemmän merkitystä nuoren hyvinvoinnin kuin oirehdinnan kannalta. Voi siis olla, että nuori hyötyy resilienssinsä suhteen äitinsä hyvinvoinnista. Mahdollisesti äidin hyvinvointi johtaa äidin suurempaan tukeen ja kyvykkyyteen tarjota tai ylläpitää nuoren omia resursseja.

5. LÄHTEET

- Apsley, H. B. & Padilla-Walker, L. M. (2020). Longitudinal Links Between Parents' Mental Health, Parenting, and Adolescents' Mental Health: Moderation by Adolescent Sex. *Journal of Family Psychology*, 34(7), 886–892. <https://doi.org/10.1037/fam0000788>
- Arnetz, B. B., Nevedeal, D. C., Lumley, M. A., Backman, L., & Lublin, A. (2009). Trauma Resilience Training for Police: Psychophysiological and Performance Effects. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 24(1), 1–9. <https://doi.org/10.1007/s11896-008-9030-y>
- Barry, M. M. (2009). Addressing the determinants of positive mental health: concepts, evidence and practice. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11(3), 4–17. <https://doi.org/10.1080/14623730.2009.9721788>
- Bassani, D., Padoin, C., & Veldhuizen, S. (2008). Counting children at risk: Exploring a method to estimate the number of children exposed to parental mental illness using adult health survey data. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(11), 927–935. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0376-3>
- Bennett A. C., Brewer K. C., Rankin K. M. (2012). The Association of Child Mental Health Conditions and Parent Mental Health Status Among U.S. Children, 2007. *Maternal and Child Health Journal*, 16(6), 1266–1275. <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0888-4>
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *The American Psychologist*, 59(1), 20–28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Bretherton, S. J., & McLean, L. A. (2015). Interrelations of stress, optimism and control in older people's psychological adjustment: Stress, optimism, control and adjustment. *Australasian Journal on Ageing*, 34(2), 103–108. <https://doi.org/10.1111/ajag.12138>
- Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the connor–davidson resilience scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress*, 20(6), 1019–1028. <https://doi.org/10.1002/jts.20271>
- Chmitorz, A., Kunzler, A., Helmreich, I., Tüscher, O., Kalisch, R., Kubiak, T., Wessa, M., & Lieb, K. (2018). Intervention studies to foster resilience – A systematic review and proposal for a resilience

- framework in future intervention studies. *Clinical Psychology Review*, 59, 78–100. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.11.002>
- Coleman, J. (2011) *The nature of adolescence* (4th ed.). Routledge.
- Conger, R. D., & Elder, G. H., Jr. (1994). *Families in troubled times: Adapting to change in rural America*. New York: Aldine de Gruyter.
- Conger R. D., Wallace L. E., Sun Y., Simons R. L., McLoyd V. C., Brody G. H. (2002). Economic Pressure in African American Families: A Replication and Extension of the Family Stress Model. *Developmental Psychology*, 38(2), 179–193. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.38.2.179>
- Cooper, C. L., Flint-Taylor, J., & Pearn, M. (2013). Building Resilience for Success: A Resource for Managers and Organizations. In *Building Resilience for Success*. Palgrave Macmillan UK.
- De Frias, C., & Whyne, E. (2015). Stress on health-related quality of life in older adults: the protective nature of mindfulness. *Aging & Mental Health*, 19(3), 201–206. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.924090>
- Fang, X., Vincent, W., Calabrese, S. K., Heckman, T. G., Sikkema, K. J., Humphries, D. L., & Hansen, N. B. (2015). Resilience, stress, and life quality in older adults living with HIV/AIDS. *Aging & Mental Health*, 19(11), 1015–1021. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.1003287>
- Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological Resilience: A Review and Critique of Definitions, Concepts, and Theory. *European Psychologist*, 18(1), 12–23. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000124>
- Fomby, P., & Osborne, C. (2010). The influence of union instability and union quality on children's aggressive behavior. *Social Science Research*, 39(6), 912-924. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2010.02.006>
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A., & Target, M. (1994). The Emanuel Miller Memorial Lecture 1992 The Theory and Practice of Resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(2), 231–257. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1994.tb01160.x>
- Giannakopoulos, G., Dimitrakaki, C., Pedeli, X., Kolaitis, G., Rotsika, V., Ravens-Sieberer, U., & Tountas, Y. (2009). Adolescents' wellbeing and functioning: relationships with parents' subjective general physical and mental health. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(1), 100–100. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-7-100>

- Goldberg, D., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T., Piccinelli, M., Gureje, O., & Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine*, 27(1), 191–197. <https://doi.org/10.1017/S0033291796004242>
- Goldberg, J. S., & Carlson, M. J. (2014). Parents' Relationship Quality and Children's Behavior in Stable Married and Cohabiting Families. *Journal of Marriage and Family*, 76(4), 762-777. <https://doi.org/10.1111/jomf.12120>
- Goodman, R. (2001). Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337–1345. <https://doi.org/10.1097/00004583-200111000-00015>
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581–586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
- Holi, M., Marttunen, M., & Aalberg, V. (2003). Comparison of the GHQ-36, the GHQ-12 and the SCL-90 as psychiatric screening instruments in the Finnish population. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(3), 233–238. <https://doi.org/10.1080/08039480310001418>
- Hu, T., Zhang, D., & Wang, J. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences*, 76, 18–27. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.039>
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.
- Jane Costello, E., Erkanli, A., & Angold, A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(12), 1263–1271. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01682.x>
- Jane Costello, E., Copeland, W., & Angold, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(10), 1015–1025. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02446.x>
- Johnson S. E., Lawrence D., Perales F., Baxter J., Zubrick S. R. (2018). Prevalence of Mental Disorders Among Children and Adolescents of Parents with Self-Reported Mental Health Problems. *Community Mental Health Journal*, 54(6), 884–897. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0217-5>
- Kaltiala-Heino, R., Marttunen, M., & Fröjd, S. (2015). Lisääntyvätkö nuorten mielenterveyden ongelmat?. *Suomen lääkirilehti*, 70(26-32), 1908-1912.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity

Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>

Kessler, R., Angermeyer, M., Anthony, J., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., De Girolamo, G., Guzman, S., Gureje, O., Haro, J., Kawakami, N., Karam, A., Levinson, D., Mora, M., Browne, M., Posada-Villa, J., Stein, D., Tsang, C., Aguilar-Gaxiola, S., ... Üstün, T. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the world health organization's world mental health survey initiative. *World Psychiatry*, 6(3), 168–176.

Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B.W., Monahan, P. O., & Löwe, B. (2007). Anxiety Disorders in Primary Care: Prevalence, Impairment, Comorbidity, and Detection. *Annals of Internal Medicine*, 146(5), 317–325. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004>

Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K., Sourander, A., & Aalberg, V. (2016). *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. Kustannus Oy Duodecim.

Liebenberg, L., Ungar, M., & LeBlanc, J. C. (2013). The CYRM-12: A Brief Measure of Resilience. *Canadian Journal of Public Health*, 104(2), e131–e135. <https://doi.org/10.1007/BF03405676>

van Loon L., van de Ven M., van Doesum K., Witteman C., Hosman C. (2014). The relation between parental mental illness and adolescent mental health: The role of family factors. *Journal of Child and Family Studies*, 23(7), 1201–1214. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9781-7>

McLanahan, S., Tach, L., & Schneider, D. (2013). The Causal Effects of Father Absence. *Annual Review of Sociology*, 39(1), 399-427. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-071312-145704>

Oh W., Yeom I., & Kim D. (2019). What is the concept of parental “emotional transference” to children? A Walker and Avant concept analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(1), 34–42. <https://doi.org/10.1111/scs.12614>

Olsson, C. A., Bond, L., Burns, J. M., Vella-Brodrick, D. A., & Sawyer, S. M. (2003). Adolescent resilience: a concept analysis. *Journal of Adolescence (London, England.)*, 26(1), 1–11. [https://doi.org/10.1016/S0140-1971\(02\)00118-5](https://doi.org/10.1016/S0140-1971(02)00118-5)

Oxford University Press. (2020). Resilience. *Oxford English Dictionary*. Oxford University Press. www.oed.com/view/Entry/163619

Pietrzak, R. H., & Cook, J. M. (2013). Psychological resilience in older U.S. veterans: Results from the national health and resilience in veterans' study. *Depression and Anxiety*, 30(5), 432–443. <https://doi.org/10.1002/da.22083>

- Puig-Perez, S., Hackett, R. A., Salvador, A., & Steptoe, A. (2017). Optimism moderates psychophysiological responses to stress in older people with Type 2 diabetes: Optimism and stress in older diabetics. *Psychophysiology*, 54(4), 536–543. <https://doi.org/10.1111/psyp.12806>
- Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Rantanen, P., Pelkonen, M., & Marttunen, M. (2001). Anxiety disorders in adolescents and young adults. *Duodecim* (Helsinki, Finland : 1961), 117(12), 1225–.
- Robertson, I., & Cooper, C. L. (2013). Resilience. *Stress and Health*, 29(3), 175–176. <https://doi.org/10.1002/smi.2512>
- van Santvoort, F., Hosman, C. M. H., Janssens, J. M. A. M., van Doesum, K. T. M., Reupert, A., & van Loon, L. M. A (2015). The impact of various parental mental disorders on children’s diagnoses: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18(4), 281–299. <https://doi.org/10.1007/s10567-015-0191-9>
- SDQ-info (26.1.2020). Vahvuudet ja Vaikeudet kyselyn (SDQ) pisteytys nuoren itsensä vastaamana. Youth in Mind. <https://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/b3.py?language=Finnish>
- Soleimanpour, S., Geierstanger, S., & BRindis, C. D. (2017). Adverse Childhood Experiences and Resilience: Addressing the Unique Needs of Adolescents. *Academic Pediatrics*, 17(7), S108–S114. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2017.01.008>
- Sourander, A., Koskelainen, M., Niemelä, S., Rihko, M., Ristkari, T., & Lindroos, J. (2012). Changes in adolescents mental health and use of alcohol and tobacco: a 10-year time-trend study of Finnish adolescents. *European child & adolescent psychiatry*, 21(12), 665-671. <https://doi.org/10.1007/s00787-012-0303-8>
- Steensma, H., Den Heijer, M., & Stallen, V. (2007). Research Note: Effects of Resilience Training on the Reduction of Stress and Depression among Dutch Workers. *International Quarterly of Community Health Education*, 27(2), 145–159. <https://doi.org/10.2190/IQ.27.2.e>
- Sun, W., Li, D., Zhang, W., Bao, Z., & Wang, Y. (2015). Family material hardship and chinese adolescents’ problem behaviors: a moderated mediation analysis. *PloS One*, 10(5), e0128024–e0128024. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128024>
- Terveyden ja hyvinvoinnin Laitos. (2019). Ahdistuneisuushäiriöt <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshäiriöt/ahdistuneisuushäiriöt>

Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos. (2020). Mielialahäiriöt <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshäiriöt/mielialahäiriöt>

Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos. (2019). Nuorten mielenterveyshäiriöt. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/nuorten-mielenterveyshairiot>

Toivio, T., & Nordling, E. (2013). *Mielenterveyden psykologia* (3. painos). Helsinki: Edita.

American Psychiatric Association. (2018). Warning Signs of Mental Illness. <https://www.psychiatry.org/patients-families/warning-signs-of-mental-illness>

Ungar, M., & Liebenberg, L. (2011). Assessing Resilience Across Cultures Using Mixed Methods: Construction of the Child and Youth Resilience Measure. *Journal of Mixed Methods Research*, 5(2), 126–149. <https://doi.org/10.1177/1558689811400607>

Vo, D. X., Locke, J. J., Johnson, A., & Marshall, S. K. (2015). 50. The Effectiveness of the Mindful Awareness and Resilience Skills for Adolescents (MARS-A) Intervention on Adolescent Mental Health: A Pilot Clinical Trial. *Journal of Adolescent Health*, 56(2), S27–S27. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.054>

Vaillant, G. (2012). Positive mental health: is there a cross-cultural definition? *World Psychiatry*, 11(2), 93–99. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.006>

Walker, F. R., Pflingst, K., Carnevali, L., Sgoifo, A., & Nalivaiko, E. (2017). In the search for integrative biomarker of resilience to psychological stress. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 74(Pt B), 310–320. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.05.003>