

Anssi Pohjola

VAKAVISTA MIELENTERVEYDEN ONGELMISTA KÄRSIVIEN LASTEN RESILIENSSI

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Psykologian kandidaatintutkielma
Toukokuu 2022

TIIVISTELMÄ

Anssi Pohjola: Vakavista mielenterveyden ongelmista kärsivien lasten resilienssi
Kandidaatintutkielma
Tampereen yliopisto
Psykologia
Toukokuu 2022

Tämän kandidaatintutkielman tarkoituksena oli tarkastella resilienssin ilmentymistä vakavista mielenterveyden häiriöistä kärsivillä lapsilla. Lisäksi tutkittiin, löytyykö resilienssin voimakkuudessa eroja lapsilla, joiden mielenterveyden häiriöt ovat selkeästi traumaperäisiä ja lapsilla, joiden oirehdinta ei välttämättä johdu selkeästä traumataustasta. Tutkimus on osa laajempaa ”Trauman kokeneiden lasten resilienssi – Yksilölliset voimavarat mielenterveyden suojana” -tutkimusta. Sen aineisto pohjautuu vuosina 2015-2017 Tampereen yliopistollisen sairaalan lasten traumapsykiatrian kokovuorokausiosastolla ($n = 42$) ja lasten psykiatriaklinikan akuuttiosastolla ($n = 32$) hoitoa saaneisiin lapsiin.

Lasten traumapsykiatrian kokovuorokausiosastolle tullaan nimenomaan lapsuusiän vakavien traumojen ja monimutkaisten traumaperäisten häiriöiden vuoksi. Lasten psykiatriaklinikan akuuttiosastolle tullaan vakavien mielenterveyden häiriöiden vuoksi, joita ovat psykoottisuus, psyykkiseen oireiluun liittyvä toimintakyvyn romahdus, akuutti aktiivinen itsetuhoisuus sekä vakava väkivaltaisuus. Osastolle tulleiden potilaiden toimintakyky kokonaisuudessaan voi olla akuuttivaiheessa täysin romahtanut ja osastojakson päätavoitteena on sen palauttaminen ja lapsen saaminen takaisin kotiin.

Tutkimuksen teoreettisen taustan muodosti resilienssin sosioekologinen malli ja tutkimustieto resilienssin kyvystä suojata lasta trauman jälkeisiltä mielenterveyden häiriöiden kehittymiseltä, kun resilienssin suojaavia voimavaroja on enemmän kuin lapsen mielenterveyttä uhkaavia riskitekijöitä tai kun ne ovat tasapainossa keskenään (Zolkoski ja Bullock, 2012). Aiemman tiedon pohjalta oletettiin, että vakavasti oirehtivilla lapsilla ei välttämättä ole voimakasta resilienssiä, koska resilienssin pitäisi nimenomaan suojata lasta psyykkisten häiriöiden kehittymiseltä trauman jälkeen. Kahden kyseessä olevan osaston lasten resilienssin voimakkuuden eroista ei asetettu tutkimushypoteesia, koska aiempaa tutkimustietoa aiheesta ei ole.

Tutkimustulokset osoittivat, että kummankin osaston lapset osoittivat yllättävän voimakasta resilienssiä, kun tutkittiin resilienssimittarin yhteispistemäärien keskiarvoa. Eroja resilienssin voimakkuudessa kahden osaston välillä ei löytynyt Mann-Whitneyn U-testillä tarkasteltaessa.

Yhteenvetona voidaan todeta, että trauman jälkeisten psyykkisten häiriöiden kehittyminen ei tämän tutkimuksen perusteella tarkoita, etteikö lapsella voisi olla voimakasta resilienssiä ainakin yksilötasolla. On mahdollista, että tulos kuvaa tilannetta, jossa lapsi on kokenut hänen suojaavien tekijöidensä ylittäviä riskitekijöitä ja siksi hänelle on kehittynyt vakavia psyykkisiä häiriöitä. Tutkimus antaa myös alustavia viitteitä siitä, että resilienssiä saattaa ilmetä samoissa määrin lapsilla, joiden psyykkinen oirehdinta on selkeästi traumaperäistä kuin niillä, joilla oirehdinnan syynä ei välttämättä ole selkeä traumatausta.

Avainsanat: resilienssi, trauma, lapset

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

Sisällysluettelo

JOHDANTO	1
Resilienssi	2
Resilienssin sosioekologinen malli	2
Resilienssin vaikutus lasten mielenterveyteen	4
Tutkimuskysymykset ja hypoteesit.....	5
AINEISTO JA MENETELMÄT	6
Tutkittavat ja tutkimusaineisto.....	6
Tutkimuksen mittari ja muuttujat.....	7
Aineiston analysointi	8
TULOKSET	8
Yksilöllisen resilienssin voimakkuus.....	8
Yksilöllisen resilienssin voimakkuuden erot	9
POHDINTA	9
Yksilöllisen resilienssin voimakkuus.....	9
Yksilöllisen resilienssin voimakkuuden erot	11
Tutkimuksen arviointia ja jatkotutkimustarpeet	11
Johtopäätökset.....	12
LÄHTEET	14

JOHDANTO

On yleistä, että lapset kokevat vaikeita, haitallisia tai jopa traumaattisia tapahtumia varttuessaan (Zolkoski ja Bullock, 2012). Lapsuusajan traumalle altistumisella voi olla pitkäaikaisia negatiivisia vaikutuksia kognitiiviseen, sosioemotionaaliseen ja fyysiseen terveyteen jo lapsuudessa, mutta vaikutukset voivat ulottua vielä aikuisuuteen asti (Elmore, Crouch, Chowdhury, 2020). Varhaisten traumatapahtumien kokemisen on todettu olevan yhteydessä masennuksen (Curran ym., 2018) ja ahdistuneisuushäiriöiden sekä traumanperäiseen stressihäiriön kehittymiseen myöhemmin (Cao ym., 2019). Traumakokemuksille altistuminen lapsuudessa tai nuoruudessa ei kuitenkaan aina tarkoita mielenterveyden häiriöiden, kuten masennuksen, kehittymistä myöhäisemmässä iässä, vaan joidenkin lapsien on huomattu selviytyvän traumaattisista tapahtumista ilman vakavampaa oireilua (Zolkoski ja Bullock, 2012). Näitä lapsia voidaan kuvata resilienteiksi. Resilienssillä tarkoitetaan haitallisista tai jopa traumaattisista kokemuksista selviytymistä suhteellisen positiivisiin lopputuloksiin, jota kutsutaan sopeutumiseksi. Sitä ei voida määritellä yksilotteisena kykynä, jonka yksilö omaa tai ei, vaan todennäköisimmin se on yhdistelmä erilaisia coping-keinoja tukevia yksilöllisiä ja ulkoisia voimavaroja.

Resilienssin tunnistaminen osana mielenterveyden häiriöiden tutkimusta ja hoitoa on lisääntynyt viime vuosina runsaasti. Sen on todettu toimivan suojaavana tekijänä traumaperäisen stressihäiriön kehittymistä vastaan lapsilla, jotka ovat kohdanneet esimerkiksi luonnonkatastrofin (Weems & Graham, 2014). Korkeamman resilienssin on todettu ennustavan myös vähempää masennus- ja ahdistuneisuusoireilua sekä vähäisiä pakko-oireisen häiriön (OCD) oireita (Hjemdal ym., 2011). Tutkimustietoa lasten ja nuorten resilienssin suojaavasta vaikutuksesta trauman jälkeisten mielenterveyden häiriöiden kehittymiselle on runsaasti, mutta sen näyttäytymistä vakavasti oirehtivilla lapsilla ei ole juuri tutkittu. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella resilienssiä lapsilla, joille on jo kehittynyt lukuisia mielenterveyden ongelmia.

Resilienssi

Resilienssi tarkoittaa selviytymistä haitallisista tapahtumista tai traumaista ilman vakavampia myöhempiä psyykkisiä ongelmia. Se voidaan määritellä usealla tavalla, mutta teorioita yhdistää ajatus, jossa resilienssin näyttäytyminen yksilössä vaatii riskitekijöiden kokemista (Zolkoski ja Bullock, 2012). Riskitekijät voidaan käsittää haitallisina, vaarallisina tai traumaattisina tapahtumina, jotka uhkaavat nuoren mielenterveyttä myöhemminkin kuin akuutin shokkireaktion jälkeen. On yleistä, että esimerkiksi traumatapahtuman jälkeen yksilölle voi kehittyä traumaperäinen stressihäiriö tai muita mielenterveyden häiriöitä (Hjemdal, ym. 2011). Näin ei kuitenkaan aina tapahdu, vaan yksilöt, joilla on resilienssiä, voivat selviytyä traumaattisesta tai haitallisesta tapahtumasta ilman myöhempiä oireilua. Resilienssi on voimakkainta silloin, kun yksilön voimavarat ovat jakautuneet tasaisesti jokaiselle tasolle, eikä hän koe voimavarojensa suojauskyvyn ylittävää haitallista tai vaarallista tapahtumaa.

Resilienssin sosioekologinen malli

Resilienssiä kuvaamaan on kehitetty resilienssin sosio-ekologinen malli, jonka mukaan resilienssiä vahvistavat voimavarat ovat jakautuneet yksilö-, perhe-, ja yhteisötasolle (Benzies & Mychasiuk, 2009). Voimavarat voidaan käsittää yksilöä suojaavina tekijöinä hänen kohdatessaan haitallisia tai traumaattisia tapahtumia. Zolkoskin ja Bullockin (2012) mukaan lukuisten pitkittäistutkimusten ansiosta on saatu viitteitä siitä, että resilienteillä ihmisillä on tiettyjä yksilötason ominaisuuksia, jotka auttavat heitä selviytymään vaikeista kokemuksista. Näitä ominaisuuksia ovat heidän mukaansa itsesäätely ja positiivinen itsekuva. Resilientit yksilöt ovat itsevarmoja kyvyistään ylittää vaikeita tapahtumia. Vahvan itsesäätelyn avulla he käyttävät hyväkseen mahdollisuuksia ja resursseja ympäristössään, esimerkiksi etsimällä tukea ja pyrkimällä löytämään vaikeista tapahtumista jotain positiivista, kuten mahdollisuuksia oppia uusia toimintatapoja. Positiivinen itsekuva auttaa yksilöä selviytymään voimakkaasti stressiä tuottavista tapahtumista (Zolkoski ja Bullock, 2012). Ne yksilöt, jotka kokevat itsekuvansa positiivisena, eivät välttämättä haavoitu vaikeista tapahtumista, vaan voivat jopa voimistua niistä. Voimaantuminen voi tapahtua siten, että yksilön selvitessä stressaavasta tapahtumasta hän kokee tietynlaisen voiton, joka vahvistaa hänen positiivista itsekuvaansa. Itsekuvan

vahvistuessa yksilön itsevarmuus sekä usko siihen, että asiat järjestyvät, kasvavat entisestään. (Zolkoski ja Bullock, 2012.)

Benziesin ja Mychasiukin (2009) mukaan yksilötekijöitä ovat myös hallintakäsitys, uskomusjärjestelmä ja minäpystyvyys. Hallintakäsityksellä (Internal Locus of Control) tarkoitetaan yksilön käsitystä siitä, kuinka hän kykenee hallitsemaan itseensä vaikuttavia tapahtumia. Siihen sisältyy yksilön uskomukset siitä, että hän voi vaikuttaa kohtaloonsa ja että hänellä on voima muuttaa omaa tilannettaan ja olosuhdettaan. Selviytyäkseen vaikeista kokemuksista, yksilöllä pitää olla käsitys siitä, että hänellä on mahdollisuudet vaikuttaa ja vastata koettuihin haitallisiin tapahtumiin. Eräissä tutkimuksissa henkilöt, joilla oli vahva tunne hallintakäsityksestä, selviytyivät kriisistä paremmin, koska he kokivat kykenevänsä vaikuttamaan omaan tilanteeseen (Juby ja Rycraft, 2004). Uskomusjärjestelmällä tarkoitetaan sitä, millaiset uskomukset tai aatteet vaikuttavat yksilön toimintaan (Benzies ja Mychasiuk, 2009). Resilienssiä lisäävinä voimavaroina uskomusjärjestelmät toimivat silloin, kun yksilöllä on positiivinen usko tulevaisuudesta sekä vahva tunne elämän tarkoituksellisuudesta (Amatea ym., 2006). Resilienssiä lisäävä tekijä voi olla myös uskomusjärjestelmiin liittyvä hengellisyys. Cenat tutkimusryhmineen (2018) haastatteli vaikeita kokemuksia kohdanneita Haitin katulapsia. Hengellisyys ja usko pyhään nousi lapsilla yhdeksi tärkeimmistä yksilöllisistä resilienssivoimavaroista, mutta hengellisen uskon oletetaan olevan pitkälti kulttuurisidonnaista ja siten sen vaikutusta resilienssiin ei voisi yleistää (Zolkoski ja Bullock, 2012). Haitin tutkimusryhmä havaitsi myös minäpystyvyyden nousevan esiin yhtenä lasten resilienssiä tukevista tekijöistä (Cenat, ym., 2006). Minäpystyvyys liittyykin yksilön itsekuvaan ja siihen, että ihminen uskoo mahdollisuuksiinsa onnistua tavoitteissaan, lisäten siten resilienssiä (Benzies ja Mychasiuk, 2009). Lisäksi huumorilla voi olla resilienssiä lisäävä vaikutus (Cenat ym., 2006). Tehokkaiden coping-keinojen on myös todettu lisäävän resilienssiä, mutta resilienssi vaikuttaa myös asianmukaisten coping-keinojen kehittymiseen lapsella (Zolkoski ja Bullock, 2012).

Resilienssin sosioekologisen mallin perhetaso kattaa lapsen sosiaalisia voimavaroja, joita hän saa perheeltään tai muusta lähisosiaalisesta ympäristöstään. Benzies ja Mychasiuk (2009) kertovat mm. perherakenteen, perheen yhteenkuuluvuuden, tukevan vanhemman ja lapsen vuorovaikutuksen sekä sosiaalisen tuen olevan yhteydessä resilienssiin. Perherakenne on yhteydessä resilienssiin esimerkiksi taloudellisten tekijöiden kautta. Pienemmillä perheillä on usein vähemmän taloudellisia rasitteita, joka vähentää perheensisäistä stressiä. Perheen yhteenkuuluvuus voi olla yksi voimakkaimmista resilienssiä lisäävistä tekijöistä silloin, kun vuorovaikutus perheessä on lämmintä ja kokonaisvaltaista. On tuloksia siitä, että yhteenkuuluvuuden tunteet perheessä voivat ylittää taloudellisen stressin haitalliset vaikutukset ja suojata niin lasta kuin koko perhettä stressin aiheuttamilta riskeiltä (Orthner ym., 2004). Tukevalla ja lämpimällä vanhemman ja lapsen

vuorovaikutuksella on vahva vaikutus lapsen resilienssiin. Resilienssiä tukevaan vuorovaikutukseen liittyy Benziesin ja Mychasiukin (2009) mukaan turvallinen kiintymyssuhde, joka ennustaa lasten hyvää sopeutumista korkean riskin tilanteisiin. Heidän mukaansa tätä voi selittää tutkimustieto siitä, että lämmin vuorovaikutussuhde äidin ja lapsen välillä edistää lapsen kognitiivista kehitystä esikouluiässä lisäten lapsen mahdollisuuksia asianmukaisten coping-keinojen kehitykseen. Lämmin ja tukeva vuorovaikutussuhde edistää myös sosiaalisen tuen saamista perhetasolla. Sen on todettu olevan vahva suojaava tekijä psyykkiselle terveydelle varsinkin pienituloisissa perheissä.

Mallin viimeinen taso on yhteisötaso. Sen tunnistettuja voimavaroja ovat esimerkiksi kavereiden hyväksyntä, turvalliset asuinolot, pääsy laadukkaaseen koulutukseen ja terveydenhuoltoon (Benzies ja Mychasiuk, 2009).

Resilienssi on siis monitasoinen ja kompleksinen kokonaisuus, joka auttaa yksilöä sopeutumaan vaikeista mielenterveyttä uhkaavista tapahtumista. Täydellisessä tilanteessa yksilöllä olisi voimavaroja kaikilla kolmella sosio-ekologisen mallin tasoilla, mutta usein näin ei ole. Se ei kuitenkaan tarkoita sitä, etteikö yksilö voisi olla resilientti ja selviytyä vaikeimmistakin tapahtumista. Esimerkiksi Cenatin ja kumppaneiden tutkimuksessa (2018) Haitin kadulla asuvat lapset olivat kärsineet hyvin monimutkaisia traumoja ja joutuivat selviämään ilman minkäänlaisia perhetason voimavaroja. Heidän yksilölliset voimavaransa olivat kuitenkin niin voimakkaita, että he kykenivät näkemään jopa oman tulevaisuutensa valoisana ja elämään olosuhteisiin nähden suhteellisen tavallista elämää. Toisessa tutkimuksessa (Panter-brick ym., 2014) löydettiin afgaaninuurista erittäin resilientti joukko, jotka eivät raportoineet traumaperäisiä oireita ollenkaan, vaikka he olivat kokeneet sotaa.

Resilienssin vaikutus lasten mielenterveyteen

Resilienssi suojaa traumaa tai muita vaikeita kokemuksia kokeneiden lasten mielenterveyttä silloin, kun voimavaroja on enemmän kuin riskitekijöitä tai kun ne ovat tasapainossa keskenään (Zolkoski ja Bullock, 2012). Yhdessä tutkimuksessa todettiin, että köyhemmät resilienssin voimavarat olivat yhteydessä myöhempien mielenterveyden häiriöiden kehittymiseen traumatapahtumia kokeneilla lapsilla (Wilson ym., 2021). Vahvan resilienssin ja suojaavien tekijöiden on todettu vähentävän sekä lasten että nuorten trauman jälkeistä kärsimystä, vaikka traumat olisivatkin hyvin monialaisia (Racine ym., 2020). Kirjallisuutta resilienssin yhteyksistä tiettyihin mielenterveyden häiriöihin lapsilla on paljon. Resilienteillä lapsilla on todettu vähemmän traumaperäistä stressihäiriötä niin

luonnonkatastrofin kohtaamisen (Weems ja Graham, 2014) kuin sodan ja väkivallan kokemisen jälkeen (Panter-brick ym., 2014). On myös viitteitä siitä, että resilienssillä on suojaava vaikutus masennuksen, ahdistuneisuushäiriön ja pakko-oireisen häiriön kehittymiseen ainakin vanhemmilla lapsilla (Hjemdal ym., 2011). Näiden lisäksi on näyttöä siitä, että korkeampi resilienssi vähentää sekä itsetuhoisuuden ajatuksia että itsetuhoista toimintaa traumaa kokeneilla lapsilla. (Tian ym., 2020).

Resilienssin ja siihen liittyvien voimavarojen on siis todettu olevan vahva suoja traumaa tai vaikeita tapahtumia kokeneiden lasten mielenterveydelle. Kuitenkaan tutkimustietoa resilienssin näyttäytymisestä silloin, kun lapsi kärsii jo lukuisista psyykkisistä häiriöistä, ei ole. Tämän tutkimuksen tavoite on tutkia resilienssiä lapsilla, jotka ovat olleet traumapsykiatrisessa ja psykiatrisessa hoidossa monimutkaisten traumojensa ja niistä seuranneiden lukuisten mielenterveyden diagnoosien vuoksi. Tutkimustieto pahoinvoivien lasten resilienssistä on ensiarvoisen tärkeää, koska se voi tarjota uutta tietoa resilienssin näyttäytymisestä ja auttaa resilienssiin perustuvien interventioiden suunnittelua osaksi lasten psykiatrista hoitoa. Resilienssiin pohjautuvien interventioiden käyttö on ollut hedelmällistä ainakin nuorilla. Esimerkiksi yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa traumaa kokeneet ja syrjäytymisuhassa olleet nuoret kävivät läpi resilienssiin pohjautuvan interventio-ohjelman, jonka ansiosta he menestyivät koulujärjestelmässä ja suorittivat tutkinnon (McCrea ym., 2015).

Tutkimuskysymykset ja hypoteesit

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella resilienssiä lapsilla, jotka ovat olleet traumapsykiatrisessa hoidossa tai psykiatrisessa akuuttihoiosastossa vakavien mielenterveyden ongelmien vuoksi. Lasten traumapsykiatrisessa hoidossa on tyypillisesti vakavia ja kompleksisia lapsuusajan traumoja kokeneita lapsia, joiden mielenterveyden häiriöt ovat selkeästi traumaperäisiä. Lasten psykiatrisessa akuuttihoiosastossa lapset kärsivät vakavista mielenterveyden ongelmista, joiden vuoksi lapsen toimintakyky voi olla täysin romahtanut.

Asetan seuraavat tutkimuskysymykset:

- (1) Osoittavatko kummankin osaston lapset resilienssiä?
- (2) Eroavatko lasten traumapsykiatrisen kokovuorokausiosaston ja lasten psykiatriaklinikan akuuttiosaston potilaat resilienssin voimakkuudessa?

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen kohdalla oletan, että vahvaa resilienssiä ei löydy, koska resilienssin ajatellaan nimenomaan suojaavan lasta vakavilta mielenterveyden häiriöiltä (Zolkoski ja Bullock, 2012). Aikaisempaa tutkimustietoa traumapsykiatrisessa hoidossa tai psykiatrisessa akuuttihoidossa olleiden lasten resilienssistä ei ole, joten tutkimushypoteesia resilienssin eroista näiden kahden ryhmän välillä ei aseteta.

AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkittavat ja tutkimusaineisto

Tämä kandidaatin tutkielma on osa laajempaa ”Trauman kokeneiden lasten resilienssi – Yksilölliset voimavarat mielenterveyden suojana” -tutkimusta, jonka aineisto pohjautuu vuosina 2015–2017 Tampereen yliopistollisen sairaalan lasten traumapsykiatrian yksikön kokovuorokausiosaston ja Lasten psykiatriaklinikan akuuttiosaston hoidettavana olleiden potilaiden tietoihin. Tiedot poimittiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin rekisteristä ajankohtana 2019–2021. Tutkimukselle haettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eettinen lupa. Rekisteristä poimittiin kaikkien niiden lasten tiedot, jotka olivat olleet hoidettavana kyseessä olevilla osastoilla kyseisenä aikana, ja jotka olivat arviointijaksonsa osana täyttäneet resilienssilomakkeen.

Lasten traumapsykiatrian yksikön kokovuorokausiosastolle tullaan nimenomaan lapsuusiän vakavien traumojen ja monimutkaisten traumaperäisten häiriöiden vuoksi. Osaston potilaat ovat heterogeenisempi ryhmä, jonka yhdistävänä tekijänä on mielenterveyteen vaikuttava trauma. Hoitajaksot voivat olla pitkiä ja potilaan toimintakyvyn palauttamisen tavoitteen lisäksi osastojaksoon sisältyy trauman hoidollisia elementtejä. Lasten psykiatriaklinikan akuuttiosastolle tullaan vakavien mielenterveyden häiriöiden vuoksi, joita ovat psykoottisuus, psykkiseen oireiluun liittyvä toimintakyvyn romahdus, akuutti aktiivinen itsetuhoisuus sekä vakava väkivaltaisuus (Kaltiala-Heino, 2003). Osastolle tulleiden potilaiden toimintakyky kokonaisuudessaan voi olla akuuttivaiheessa täysin romahtanut ja osastojakson päätavoitteena on sen palauttaminen ja lapsen saaminen takaisin kotiin. Hoitajaksot ovat myös lyhyempiä kuin traumayksikön osastolla.

Osastojaksolla resilienssilomakkeen täyttäneitä lapsia oli yhteensä 96, joista 40 oli biologiselta sukupuoleltaan naisia ja 56 miehiä. Kaikkiin lomakkeen kysymyksiin vastanneita oli 63

eli 66 %. Näistä vastauksista 38 (60 %) oli Lasten traumapsykiatrian kokovuorokausiosastolla hoitoa saaneita lapsia. Lasten psykiatriklinikan akuuttiosaston lapsista 25 (40 %) olivat täyttäneet resilienssilomakkeen kokonaisuudessaan. Vastanneiden keskiarvoinen ikä osastohoidon alkaessa oli 10 vuotta. Nuorin vastaajista oli kuusivuotias ja vanhimmat kaksitoistavuotiaita. Ikäjakauma oli selvästi oikealle vino, eli vanhempia lapsia oli vastanneissa enemmän. Kaikilla vastaajilla oli vähintään yksi todettu mielenterveyden diagnoosi (vaihteluväli 1–7). Kaikki vastaajat olivat myös kokeneet traumoja tai mielenterveyteen vaikuttavasta traumakokemuksesta oli vähintäänkin epäily.

Tutkimuksen mittari ja muuttujat

Osastohoidon aikana lapset täyttivät Individual Resilience Questionnaire (IRQ) -kyselylomakkeen, joka on kehitetty mittaamaan nimenomaan lasten yksilöllisiä resilienssivoimavaroja (Peltonen ja Kangaslampi, 2019). Lapset arvioivat omia resilienssivoimavarojaan vastaamalla kymmeneen kysymykseen, joista esimerkkejä ovat: ”Minulla on taito, jossa olen erityisen hyvä”; ”olen huumorintajuinen”; ”Minusta tuntuu, että olen tärkeä jollekulle”. Kysymyksiin on mahdollista vastata 0= ei kuvaa minua ollenkaan, 1= kuvaa minua jonkin verran ja 2= kuvaa minua hyvin. Mittaria on käytetty Peltosen ja Kangaslammen (2019) tutkimuksessa, jossa sen reliabiliteetti sai Cronbachin $\alpha = .89$ ennen interventiota ja $\alpha = .75$ intervention jälkeen. Myöhemmin mittari on ollut käytössä Tampereen yliopistollisen sairaalan lasten traumapsykiatrian kokovuorokausiosastolla sekä lasten psykiatriklinikan akuuttiosastolla. Ensimmäisen osaston kohdalla mittarin reliabiliteetti sai Cronbachin $\alpha = .85$ ja jälkimmäisen kohdalla $\alpha = .88$.

Tässä tutkimuksessa ei keskitytty osastohoidossa olleiden lasten yksittäisiin resilienssivoimavaroihin, vaan tavoitteena oli kuvata ja verrata yksilöllisen resilienssin yleistä tasoa kummankin osaston lapsilla. Tätä varten muodostettiin summamuuttuja kuvamaan resilienssilomakkeen (IRQ) yhteenlaskettuja pistemääriä. Koska mittari on uusi, ei pistemäärille ole vielä muodostettu yleistä tulkintatapaa. Yhdestä kysymyksestä lapsi voi saada vastauksesta riippuen nolla, yksi tai kaksi pistettä. Yhteispistemäärät voivat näin vaihdella nollan ja kahdenkymmenen väliltä ja voidaan olettaa, että suuremmat pistemäärät viittaavat lapsen vahvempaan yksilölliseen resilienssiin.

Aineiston analysointi

Aineiston tilastolliseen analysointiin käytettiin IBM SPSS Statistics 25-ohjelmaa. Tutkimukseen valittiin mukaan vuosina 2015–2017 lasten traumapsykiatrian yksikön kokovuorokausiosastolla tai lasten psykiatrisen yksikön akuuttiosastolla hoidossa olleet lapset, jotka olivat osastojakson yhteydessä täyttäneet resilienssilomakkeen. Yksilöllisen resilienssin voimakkuuden mittaamiseksi muodostettiin summamuuttuja kuvaamaan kokonaispistemäärää. Vajaiden kyselylomakkeiden vuoksi analyyseista karsittiin ne lapset, joilta vastauksia puuttui kolme tai enemmän. Summamuuttujaan otettiin mukaan ne lapset, jotka olivat vastanneet vähintään kahdeksaan kysymykseen kymmenestä. Lopulliseksi otoskooksi summamuuttujan avulla saatiin 77. Kokonaispistemäärää kuvaavan summamuuttujan normaalijakautuneisuutta tarkasteltiin graafisesti sekä Shapiro-Wilk-testillä ja sen todettiin olevan kelpaamaton jakauman normalisuutta olettaville testeille. Jakauma oli oikealle vino kummankin osaston kohdalla, eli korkeampia pistemääriä oli vastauksissa enemmän.

Yksilöllisen resilienssin voimakkuuden selvittämiseksi tarkasteltiin resilienssilomakkeen kokonaispistemäärien keskiarvoja. Lasten traumapsykiatrian kokovuorokausiosaston sekä lasten psykiatriaklinikan akuuttiosaston lasten eroja resilienssin voimakkuudessa tutkittiin Mann-Whitneyn U-testillä. Tähän menetelmään päädyttiin, koska tilastolliset ehdot jakauman normalisuudelle perustuvilla menetelmillä eivät täytyneet.

TULOKSET

Yksilöllisen resilienssin voimakkuus

Lasten traumapsykiatrian kokovuorokausiosaston lapset osoittivat kokonaispistemäärien mukaan huomattavaa resilienssiä ($n = 42$, $ka = 14.2$, $kh = 4.7$). Samanlaisia tuloksia resilienssin voimakkuudesta saatiin myös lasten psykiatrian yksikön akuuttiosaston lapsilta ($n = 35$, $ka = 14.7$, $kh = 4.7$).

Yksilöllisen resilienssin voimakkuuden erot

Toiseksi tutkin lasten traumapsykiatrian kokovuorokausiosaston ja lasten psykiatriklinikan akuuttiosaston potilaiden eroja resilienssin voimakkuudessa. Tilastollisesti merkitseviä eroja osastojen yksilöllisen resilienssin voimakkuudessa ei löytynyt Mann-Whitneyn U-testillä tarkasteltuna ($U(N_{LPSST} = 42, N_{LPS} = 35) = 784, p = 0.612$).

POHDINTA

Tässä tutkimuksessa tarkastelin yksilöllisen resilienssin voimakkuutta ja sen eroja lapsilla, jotka kärsivät vakavista traumoista ja niistä kehittyneistä monimutkaisista traumaperäisistä häiriöistä sekä niillä lapsilla, jotka ovat tarvinneet akuuttia hoitoa vakavista mielenterveyden ongelmista johtuneen toimintakyvyn romahtamisen vuoksi. Kyseessä ovat siis hyvin vakavasti oirehtivat lapset, joiden resilienssistä ei ole aikaisempaa tutkimustietoa. Resilienssin yleisen tason odotin olevan matala, koska kirjallisuudessa ajatellaan, että vakavasti oirehtivilla lapsilla ei välttämättä ole vahvaa resilienssiä, sillä sen ajatellaan juuri suojaavan lasta vakavilta trauman jälkeisiltä psyykkisiltä häiriöiltä (Zolkoski ja Bullock, 2012). Resilienssin eroista näiden kahden ryhmän välillä en oletanut mitään, sillä aiempaa tutkimustietoa näin pahoinvoivien lasten resilienssistä ei ole.

Yksilöllisen resilienssin voimakkuus

Yksilöllisen resilienssin voimakkuus sekä lasten traumapsykiatrian kokovuorokausiosaston että lasten psykiatriklinikan akuuttiosaston lapsilla oli IRQ-lomakkeella mitattuna odotettua korkeampaa. Vaikka mittarin kokonaispistemäärien tulkinnalle ei ole vielä sovittua tulkitsemistapaa, se, että lapset tunnistivat itsessään näinkin paljon eri resilienssi-omaisuuksia, voi viitata näinkin pahoinvoivien lasten voimakkaisiin resilienssivoimavaroihin. Zolkoskin ja Bullockin (2012) mukaan

resilienssi suojaa lasta psyykkisten ongelmien kehittymiseltä silloin, kun lapsen kokema trauma tai haitallinen tapahtuma ei ylitä resilienssivoimavarojen suojaavaa kykyä. Resilienssi on vahvimmillaan siis silloin, kun suojaavia tekijöitä on enemmän kuin riskitekijöitä tai kun ne ovat tasapainossa keskenään. On mahdollista, että tässä tutkimuksessa tarkasteltavana olleet lapset ovat kokeneet enemmän, mitä heidän resilienssivoimavaransa ovat kykeneet kestämään ja siksi heille on muodostunut vakavia psyykkisiä häiriöitä.

Toisaalta resilienssin on todettu suojaavan lasta psyykkisten häiriöiden kehittymiseltä silloinkin, kun traumat ovat olleet laajoja ja hyvin monialaisia (Racine, ym. 2020). Vahvan resilienssin on myös todettu suojaavan lapsen mielenterveyttä sodan ja väkivallan (Panter-Brick, ym. 2014) sekä luonnonkatastrofien kohtaamisen jälkeen (Weems ja Graham, 2014). Tutkimustietoa on myös siitä, että voimakas resilienssi on yhteydessä vähempään itsetuhoisuuteen ja itsetuhoisiin ajatuksiin traumaa kokeneilla lapsilla (Tian ym., 2020). Aiemmat tutkimukset ovat keskittyneet tapauksiin, joissa resilienssi on ollut riittävän voimakasta suojaamaan lasta mielenterveyden ongelmien kehittymiseltä. Sitä ei kuitenkaan ole ennen tutkittu lapsilla silloin, kun sen voimakkuus ei ole ollut riittävää ja mielenterveyden ongelmat ovat jo muodostuneet. Tulosteni perusteella lapset, joille on kehittynyt traumatapahtuman jälkeisiä mielenterveyden häiriöitä voivat silti osoittaa vahvaakin resilienssiä.

Eri näkökulman lisäksi tulosteni ristiriitaa aiempien tutkimusten kanssa voi selittää myös resilienssin sosioekologinen malli, jonka mukaan resilienssivoimavarat sijoittuvat yksilö-, perhe-, ja yhteisötasolle (Benzies ja Mychasiuk, 2009). Tässä tutkimuksessa käytetty IRQ-kysely mittaa nimenomaan yksilötason resilienssivoimavaroja, mutta siinä on myös elementtejä perhetasoon kuuluvista voimavaroista. Zolkoskin ja Bullockin (2012) mukaan resilienssi on vahvinta silloin, kun voimavarat ovat jakautuneet näille kolmelle tasolle tasapuolisesti. On siis mahdollista, että aineistoni lapsilla on vahvat voimavarat yksilötasolla, mutta perhe ja yhteisötason voimavarat ovat hyvin vähäiset. Tämä voisi selittää mielenterveyden häiriöiden kehittymistä odotettua korkeammasta resilienssin voimakkuudesta huolimatta.

Myös IRQ-kysely itsessään voi selittää tuloksia. Mittari on uusi ja tuloksiin on suhtauduttava varauksella, koska sen faktorirakenteen tutkiminen on vielä kesken. Kuitenkin mittarin Cronbachin alpha -arvot olivat tässä tutkimuksessa kummankin osaston kohdalla hyvät.

Yksilöllisen resilienssin voimakkuuden erot

Tässä tutkimuksessa ei löydetty tilastollisesti merkitseviä eroja lasten traumapsykiatrian kokovuorokausiosaston ja lasten psykiatriaklinikan akuuttiosaston potilaiden yksilöllisen resilienssin tasoissa. Tämä tulos on tärkeä, kun otetaan huomioon tutkittujen lasten mielenterveyden häiriöiden kehittymisen taustalla olevat erot. Traumapsykiatriseen hoitoon tullaan monialaisista traumoista johtuvien mielenterveyden häiriöiden vuoksi. Psykiatrisessa akuuttihoitossa potilailla oirehdinta voi olla traumaperäistä, mutta hoitoon tullaan vakavien mielenterveyden häiriöiden vuoksi. Näitä ovat psykoottisuus, psyykkiseen oireiluun liittyvä toimintakyvyn romahdus, akuutti aktiivinen itsetuhoisuus ja vakava väkivaltaisuus (Kaltiala-Heino, 2003). Tulokset viittaavat yleisemmällä tasolla siis alustavasti siihen, että yksilötason resilienssiä saattaa ilmetä samoissa määrin lapsilla, joiden psyykkinen oirehdinta on selkeästi traumaperäistä kuin niillä, joilla oirehdinnan syynä ei välttämättä ole selkeä traumatausta. Voisi siis olettaa, että mielenterveyden häiriön kehittymisen taustaeroista huolimatta vakavista mielenterveyden häiriöistä kärsivät lapset hyötyisivät resilienssiin pohjautuvista hoitomenetelmistä. On syytä kuitenkin ottaa huomioon, että tässä tutkimuksessa tarkastelin vain yksilöllisen resilienssin yleistä tasoa enkä yksittäisiä voimavaroja. On mahdollista, että vaikka resilienssi on keskimäärin yhtä voimakasta, eroja kuitenkin löytyy yksittäisten voimavarojen välillä. Tällaiset erot tulisi ottaa huomioon resilienssi-interventiomenetelmiä suunniteltaessa.

Tutkimuksen arviointia ja jatkotutkimustarpeet

Tutkimuksen suurimpana vahvuutena voidaan pitää aineiston ainutlaatuisuutta. Aineiston lapset on diagnosoitu mielenterveyden ammattilaisten toimesta, jonka vuoksi voidaan pitää varmana, että tietoa resilienssistä on saatu varmuudella vakavasti oirehtivilta lapsilta. Tämän luotettavuutta lisää myös se, että IRQ-kysely täytettiin juuri hoitojakson aikana, jolloin lapsen toimintakyky oli alhaisimmillaan. Vahvuutena voidaan pitää myös sitä, että lasten traumataustaa oli selvitetty terveydenhuollossa lukuisilla ammattilaisten haastatteluilla.

Tutkimuksen ensimmäinen heikkous on aineiston pieni koko ja sen valikoituvuus. Analyysiin otettiin mukaan vain 77 resilienssilomaketta täyttäneitä lasta. Aineisto on myös hyvin valikoitunut, sillä osastojen potilaat valikoituvat hoitoon terveydenhuollon ammattilaisten päätöksellä. Aineistoa ei voi pitää siis edustavana kaikille vakavista mielenterveyden häiriöistä kärsiville lapsille eikä tuloksia voi yleistää laajemmin.

Toiseksi on syytä ottaa huomioon tutkimuksessa käytetty mittari, koska sen faktorirakenteen tutkiminen on kesken. Vaikka tutkimuksessa sen reliabiliteetti todettiin hyväksi, niin on mahdollista, että myöhemmät faktorianalyysit osoittautuvat mittarin rakenteen kannalta epäedullisiksi. Siispä tuloksiin tulisi varautua varovaisuudella ilman johtopäätöksiä niiden yleistettävyydestä ja verrattavuudesta.

Viimeiseksi on otettava vielä huomioon, että IRQ-kysely on itsearviointi. Itsearviointien käyttö lasten resilienssitutkimuksissa on todettu yleisimmäksi ja kohtuullisen luotettavaksi tavaksi saada tietoa lapsen resilienssistä, mutta niiden yhdistäminen esimerkiksi toiminnallisiin tehtäviin toisi kokonaisvaltaisemman kuvan lapsen resilienssin tasosta (King ym., 2021).

Koska tämä tutkimus antaa viitteitä voimakkaankin yksilöllisen resilienssin näyttäytymisestä vakavasti oirehtivilla lapsilla, niin tulevaisuudessa olisi syytä kiinnittää vielä enemmän huomiota kyseisten lasten yksittäisiin yksilötason voimavaroihin ja niiden mahdollisiin eroihin. Myös yksilöllisen resilienssin voimakkuutta psyykkisistä häiriöistä kärsivillä lapsilla tulisi tutkia lisää, koska tämä tutkimus antaa vain alustavia viitteitä sen näyttäytymisestä. Näiden lisäksi olisi syytä myös perehtyä resilienssin sosioekologisen mallin kahteen toiseen tasoon, koska resilienssi on näiden kolmen tason muodostama kokonaisuus. Satunnaistetummat tutkimukset suuremmilla otoksilla mahdollistaisivat myös tulosten paremman yleistettävyyden.

Johtopäätökset

Tämä tutkimus tuo uutta tietoa lasten yksilöllisestä resilienssistä silloin, kun vakavat mielenterveyden häiriöt ovat jo läsnä ja lapsen toimintakyky on romahtanut. Tulokseni viittaavat alustavasti siihen, että vakavasti oirehtivilla lapsilla voi olla vahvaakin yksilötason resilienssiä, vaikka resilienssin ajatellaan suojaavan lasta traumanjälkeisiltä mielenterveyden häiriöiden muodostumiselta (Zolkoski ja Bullock, 2012). Ristiriitaa aikaisempien tutkimusten kanssa voi selittää vain yhden resilienssin

tason tarkastelu, jonka vuoksi tärkeää olisi tutkia resilienssin sosioekologisen mallin kahta muuta tasoa näkökulmasta, jossa lapsi kärsii jo lukuisista mielenterveyden ongelmista.

Tutkimus antaa myös viitteitä siitä, että yksilöllinen resilienssi voi olla yhtä vahvaa traumanjälkeisten psyykkisten häiriöiden vuoksi hoidossa olevilla lapsilla kuin niillä, joiden oirehdinta ja toimintakyvyn romahtaminen ei välttämättä johdu yksinomaan traumasta. Tuloksella voi olla suuri anti resilienssiin pohjautuvien hoitomenetelmien kehittämiseen. Mielenterveyden häiriöiden kehittymisen taustaeeroista huolimatta vakavasti sairaat lapset voisivat hyötyä samanlaisesta resilienssiin pohjautuvasta hoitomenetelmästä, koska resilienssiä vahvistavien hoitomenetelmien vaikuttavuudesta on tutkimusnäyttöä ainakin nuorilla (McCrea ym., 2015).

Tämä tutkimus osoittaa, että resilienssi ei ole ilmiönä yksinkertainen. Resilienssi on vahvimmillaan, kun suojaavia resilienssivoimavaroja on enemmän kuin riskitekijöitä tai kun ne ovat tasapainossa. Mielenterveyden häiriöiden kehittyminen ei tämän tutkimuksen mukaan tarkoita, etteikö lapsi voisi osoittaa vahvaakin yksilötason resilienssiä, vaan tulokset voivat viitata tilanteeseen, jossa riskitekijät ovat ylittäneet suojaavien voimavarojen kyvyn estää häiriöiden kehittyminen. On myös mahdollista, että vahvaa yksilöllistä resilienssiä osoittavilla lapsilla voimavaroja puuttuu resilienssin sosioekologisen mallin kahdelta muulta tasolta.

LÄHTEET

- Benzies, K., & Mychasiuk, R. (2009). Fostering family resiliency: A review of the key protective factors. *Child & Family Social Work, 14*(1), 103–114. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2008.00586.x>
- Cao, X., Wang, L., Cao, C., Fang, R., Chen, C., Hall, B. J., & Elhai, J. D. (2019). Depicting the associations between different forms of psychopathology in trauma-exposed adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry, 29*(6), 827–837. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01400-x>
- Cénat, J. M., Derivois, D., Hébert, M., Amédée, L. M., & Karray, A. (2018). Multiple traumas and resilience among street children in Haiti: Psychopathology of survival. *Child Abuse & Neglect, 79*, 85–97. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.024>
- Ellen S Amatea, Sondra Smith-Adcock, & Elizabeth Villares. (2006). From Family Deficit to Family Strength: Viewing Families' Contributions to Children's Learning from a Family Resilience Perspective. *Professional School Counseling, 9*(3), 177–189.
- Elmore, A. L., Crouch, E., & Kabir Chowdhury, M. A. (2020). The Interaction of Adverse Childhood Experiences and Resiliency on the Outcome of Depression Among Children and Youth, 8-17 year olds. *Child Abuse & Neglect, 107*, 104616. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104616>
- Fritz, J., de Graaff, A., Caisley, H., van Harmelen, A.-L., & Wilkinson, P. O. (2018). A Systematic Review of Amenable Resilience Factors That Moderate and/or Mediate the Relationship Between Childhood Adversity and Mental Health in Young People. *Frontiers in Psychiatry, 9*(June), 1–17. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00230>
- Hjemdal, O., Vogel, P. A., Hagen, K., & Stiles, T. C. (2011). The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive-compulsive symptoms in adolescents. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 18*(4), 314–321. <https://doi.org/10.1002/cpp.719>
- Juby, C., & Rycraft, J. (2004). Family Preservation Strategies for Families in Poverty. *Families in Society, 85*(4), 581–587. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.1847>

- King, L., Jolicoeur-Martineau, A., Laplante, D. P., Szekely, E., Levitan, R., & Wazana, A. (2021). Measuring resilience in children: A review of recent literature and recommendations for future research. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(1), 10–21.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000663>
- McCrea, K. T., Guthrie, D., & Bulanda, J. J. (2015). When Traumatic Stressors are Not Past, But Now: Psychosocial Treatment to Develop Resilience with Children and Youth Enduring Concurrent, Complex Trauma. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 9(1), 5–16.
<https://doi.org/10.1007/s40653-015-0060-1>
- Nemeroff, C. B. (2004). Neurobiological consequences of childhood trauma. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65 Suppl 1, 18-.
- Orthner, D. K., Jones-Sanpei, H., & Williamson, S. (2004). The Resilience and Strengths of Low-Income Families. *Family Relations*, 53(2), 159–167. <https://doi.org/10.1111/j.0022-2445.2004.00006.x>
- Panter-Brick, C., Grimon, M.-P., Kalin, M., & Eggerman, M. (2015). Trauma memories, mental health, and resilience: A prospective study of Afghan youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(7), 814–825. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12350>
- Peltonen, K., & Kangaslampi, S. (2019). Treating children and adolescents with multiple traumas: A randomized clinical trial of narrative exposure therapy. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1558708–1558708. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1558708>
- Racine, N., Eirich, R., Dimitropoulos, G., Hartwick, C., & Madigan, S. (2020). Development of trauma symptoms following adversity in childhood: The moderating role of protective factors. *Child Abuse & Neglect*, 101, 104375–104375. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104375>
- Rydell, A.-M., Berlin, L., & Bohlin, G. (2003). Emotionality, Emotion Regulation, and Adaptation Among 5- to 8-Year-Old Children. *Emotion (Washington, D.C.)*, 3(1), 30–47.
<https://doi.org/10.1037/1528-3542.3.1.30>

- Tian, X., Yang, G., Jiang, L., Yang, R., Ran, H., Xie, F., Xu, X., Lu, J., & Xiao, Y. (2020). Resilience is inversely associated with self-harm behaviors among Chinese adolescents with childhood maltreatment. *PeerJ (San Francisco, CA)*, 8, e9800–e9800. <https://doi.org/10.7717/peerj.9800>
- Wilson, N., Turner-Halliday, F., & Minnis, H. (2021). Escaping the inescapable: Risk of mental health disorder, somatic symptoms and resilience in Palestinian refugee children. *Transcultural Psychiatry*, 58(2), 307–320. <https://doi.org/10.1177/1363461520987070>
- Zolkoski, S. M., & Bullock, L. M. (2012). Resilience in children and youth: A review. *Children and Youth Services Review*, 34(12), 2295–2303. <https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2012.08.009>