Tampereen yliopisto

Tanja Metsäkylä & Ella Viinamäki

SOSIAALINEN AHDISTUNEISUUS ESTEENÄ NUORTEN AVUN HAKEMISELLE MIELIALAHUOLIIN

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Pro gradu -tutkielma
Elokuu 2025

TIIVISTELMÄ

Tanja Metsäkylä & Ella Viinamäki: Sosiaalinen ahdistuneisuus esteenä nuorten avun hakemiselle mielialahuoliin
Pro gradu -tutkielma
Tampereen yliopisto
Psykologian tutkinto-ohjelma
Elokuu 2025

Aiempien tutkimusten mukaan nuorten ammattiavun hakeminen mielenterveysongelmiin on oireilun yleisyyteen nähden vähäistä. Viime vuosina nuorten masennus- ja ahdistuneisuusoireet ovat myös lisääntyneet etenkin tytöillä. Ammattiavun hakeminen saattaa olla erityisen haastavaa sosiaalisesti ahdistuneille nuorille, joille pelko muiden kielteisen arvioinnin kohteeksi joutumisesta voi aiheuttaa kohtuuttomia ahdistuneisuusoireita ja välttämiskäyttäytymistä. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, 1) mistä sosiaalisesti ahdistuneet nuoret hakevat apua mielialahuoliinsa ja 2) kasvattaako sosiaalinen ahdistuneisuus todennäköisyyttä sille, ettei nuori hae tarvitsemaansa ammattiapua. Ensimmäisen kysymyksen kohdalla hypoteesimme oli, että sosiaalisesti ahdistuneet nuoret hakevat apua pääsääntöisesti epäformaaleista lähteistä. Lisäksi oletimme alustavasti, että sosiaalisesti ahdistuneista nuorista useampi hakee apua mielialahuoliinsa omilta vanhemmiltaan kuin ystäviltään ja muilta läheisiltään. Toista tutkimuskysymystä koskeva hypoteesimme oli, että sosiaalinen ahdistuneisuus kasvattaa riskiä nuoren ammattiavun hakematta jättämiselle.

Tutkimuksemme aineisto on saatu Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toteuttamasta valtakunnallisesta Kouluterveyskyselystä vuodelta 2021. Aineistomme koostui peruskoulun 8. ja 9. luokkalaisista sekä toisen asteen oppilaitosten 1. ja 2. luokkalaisista nuorista, jotka raportoivat kokeneensa huolta mielialastaan viimeisen 12 kuukauden aikana (N = 50 414). Kouluterveyskysely toteutettiin nimettömästi itseraportointina, ja osallistuminen oli oppilaille vapaaehtoista. Sosiaalista ahdistuneisuutta tutkimuksessa mitattiin Mini–SPIN-oirekyselyllä. Avun hakemista mitattiin neljään eri avun lähteeseen jakautuvalla kysymyksellä, johon nuoret vastasivat neliportaisella Likert-asteikolla. Monimuuttuja-analyyseja varten yhdistimme avun lähteistä koulun aikuiset ja koulun ulkopuoliset palvelut yhdeksi ammattiapu-muuttujaksi, sekä teimme avun hakemisesta dikotomisen muuttujan (”Kyllä, olen hakenut apua” ja ”En ole hakenut apua, vaikka olisin tarvinnut”).

Tässä tutkimuksessa useampi sosiaalisesti ahdistunut nuori haki apua epäformaaleista kuin formaaleista lähteistä. Vastoin oletustamme heistä useampi kuitenkin haki apua ystäviltään ja muilta läheisiltään kuin omilta vanhemmiltaan. Toinen päätuloksemme oli, että sosiaalinen ahdistuneisuus kasvatti riskiä sille, ettei nuori hakenut ammattiapua, vaikka olisi tarvinnut sitä. Tutkimuksemme oli ensimmäinen suomalainen tutkimus, jossa tarkasteltiin sosiaalista ahdistuneisuutta mahdollisena esteenä nuorten ammattiavun hakemiselle heidän mielialaan liittyviin huoliinsa. Vastaavaa tutkimusta tällä aiherajauksella ja näin laajalla otannalla ei parhaan tietomme mukaan ole aikaisemmin toteutettu myöskään kansainvälisellä tutkimuskentällä.

Avainsanat: avun hakeminen, ammattiapu, epäformaali apu, sosiaalinen ahdistuneisuus, nuoret

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin Originality Check -ohjelmalla.

TEKOÄLYN KÄYTTÖ OPINNÄYTTEESSÄ

Opinnäytteessäni on käytetty tekoälysovelluksia:

☒ Ei
☐ Kyllä

Ilmoitukseni mukaan olen käyttänyt opinnäytteessäni tutkielmaprosessin aikana seuraavia tekoälysovelluksia:

Tekoälysovellusten nimi ja versio:

Käyttötarkoitus:

Osiot, joissa tekoälyä on käytetty:

Olen tietoinen siitä, että olen täysin vastuussa koko opinnäytteeni sisällöstä, mukaan lukien tekoälyllä tuotetut osat, ja hyväksyn vastuun mahdollisista eettisten ohjeiden rikkomuksista.

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO 1

1.1 Avun hakeminen mielenterveysoireiluun nuorilla 2

1.2 Avun hakemisen esteet ja fasilitaattorit 5

1.3 Sosiaalinen ahdistuneisuus ja sosiaalisten tilanteiden pelko 6

1.4 Sosiaalisen ahdistuneisuuden ja avun hakemisen yhteydet 10

1.5 Tutkimuskysymykset ja hypoteesit 13

2 MENETELMÄT 13

2.1 Tutkittavat ja aineisto 14

2.2 Muuttujat ja mittarit 15

2.3 Aineiston tilastollinen analysointi 18

3 TULOKSET 19

3.1 Kuvailevat tulokset 19

3.2 Sosiaalisen ahdistuneisuuden ja avun lähteiden kahdenväliset yhteydet 22

3.3 Sosiaalisen ahdistuneisuuden yhteys ammattiavun hakemiseen monimuuttuja-analyysissa 24

4 POHDINTA 26

4.1 Sosiaalisesti ahdistuneiden nuorten avun lähteet 26

4.2 Sosiaalinen ahdistuneisuus ammattiavun hakemisen esteenä 30

4.3 Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset 32

4.4 Jatkotutkimustarpeet 35

4.5 Tutkimuksen johtopäätökset ja merkitys 36

LÄHDELUETTELO 38

1 JOHDANTO

Ammattiavun hakeminen mielenterveysongelmiin on oireilun yleisyyteen nähden vähäistä nuorten ikäryhmässä (Merikangas ym., 2011; Rickwood ym., 2007). Epidemiologisen tutkimuksen mukaan vain noin 36 % häiriötasoisesti oireilevista nuorista hakee ammattiapua (Merikangas ym., 2011). Tämä on hälyttävää suhteessa siihen, että väestötutkimusten mukaan nuorten mielenterveysoireilu on etenkin masennus- ja ahdistusoireilun osalta lisääntynyt viime vuosina huomattavasti (Knaappila ym., 2021; Parodi ym., 2022; Racine ym., 2021; Ranta ym., 2024; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [THL], 2024). Merkittävintä mainitun oireilun kasvu on ollut tytöillä (Knaappila ym., 2021; Ranta ym., 2024; THL, 2024). Nuoret korvaavat ammattiavun hakemista usein kehitysvaiheeseen katsoen ymmärrettävästi esimerkiksi ikätovereilta haetulla epäformaalilla tuella, josta saatava hyöty ei kuitenkaan usein vastaa kaikkinensa mielenterveysongelmien kanssa kamppailevan nuoren todellista tarvetta (Rickwood ym., 2005). Leimatuksi tulemisen pelko, vähäinen tietämys mielenterveysteemoista ja saatavilla olevista palveluista sekä ammatillisen kohtaamisen luottamuksellisuuteen liittyvät huolet ovat eräitä usein esiintyviä estäviä tekijöitä nuorten ammattiavun hakemiselle (Barrow & Thomas, 2022; Gulliver ym., 2010; Radez ym., 2021).

Ammatillisen avun hakeminen voidaan nähdä intensiivisenä sosiaalisena vuorovaikutustilanteena, jossa nuori joutuu avaamaan omaa sisäistä maailmaansa ja näin asettamaan itsensä ulkopuolisen arvioinnin kohteeksi. Erityisen haasteen edessä avun hakemisen suhteen saattavat siten olla sosiaalisen ahdistuneisuuden kanssa kamppailevat nuoret (McDonagh & Hennessy, 2023). Sosiaalinen ahdistuneisuus aiheuttaa nuorille tavallisesti huomattavaa arvostelluksi tulemisen pelkoa ja usein myös voimakkaita kehollisia ahdistusoireita sosiaalisissa tilanteissa (American Psychiatric Association [APA], 2013). Myös auktoriteettipelko on tunnistettu osaksi sosiaaliseen ahdistuneisuuteen liittyvää oireilua, mikä voi niin ikään nostaa kynnystä ammattiavun hakemiselle (Isometsä, 2023).

Sosiaalisesti ahdistuneiden nuorten hoitoon hakeutumista on tarkasteltu muutamissa tutkimuksissa. Esimerkiksi Colognorin ja kumppaneiden (2012) tutkimuksessa lievästä sosiaalisesta ahdistuneisuudesta kärsineistä nuorista 86 % ja häiriötasoisesti oireilleista lähes 80 % ei ollut koskaan saanut ammattiapua. Siitä, miten sosiaalinen ahdistuneisuus vaikuttaa nuorten avun hakemiseen muihin mielenterveysongelmiin, löytyy vasta alustavaa tutkimustietoa. Ranta kollegoineen (2017) havaitsi sosiaalisen ahdistuneisuuden kasvattaneen riskiä sille, että bulimiaa sairastaneet nuoret eivät hakeneet apua syömishäiriöoireistoonsa.

Tutkimuksemme tavoitteena on selvittää sosiaalisesta ahdistuneisuudesta kärsivien

peruskoulun 8. ja 9. luokkalaisten sekä toisen asteen oppilaitosten 1. ja 2. luokkalaisten nuorten avun hakemisen piirteitä. Pyrimme vastaamaan kysymyksiin siitä, mistä sosiaalisesti ahdistuneet nuoret hakevat apua kokemiinsa mielialahuoliin, ja kasvattaako nuorten sosiaalinen ahdistuneisuus riskiä sille, etteivät he hae ammattiapua. Nuorten mielenterveyden edistämiselle on ensiarvoisen tärkeää tunnistaa tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa avun piiriin hakeutumiseen. Hoidotta sosiaalinen ahdistuneisuus voi kroonistua ja tuottaa laaja-alaista haittaa nuorten toimintakyvylle (Ranta & Koskinen, 2025; Zarger & Rich, 2016).

1.1 Avun hakeminen mielenterveysoireiluun nuorilla

Avun hakeminen voidaan käsitteellistää prosessiksi, jossa henkilö tuo kokemansa ahdingon henkilökohtaiselta alueelta interpersoonalliselle alueelle (Rickwood ym., 2005). Se on ymmärryksen, neuvonnan, tuen tai hoidon saantiin tähtäävää kommunikointia muiden ihmisten kanssa. Avun hakeminen on yksi monista omien kielteisten tunteiden käsittelyyn liittyvistä hallinta- eli coping-keinoista ja voidaan lukea kuuluvaksi lähestymismuotoisiin coping-keinoihin. Näitä keinoja luonnehtii ongelman tiedostaminen ja aktiivinen työstäminen, ja ne ovatkin tavallisesti hyödyllisiä keinoja selviytyä hankalien kokemusten tai tunteiden kanssa.

Rickwood ja kumppanit (2005) kehittivät aiempaan tutkimukseen pohjautuvan teorian avun hakemisen edellytyksistä yksilötasolla psykologiset tekijät huomioiden. Teorian mukaan avun hakemisen mahdollistumiseksi yksilön tulisi ensin tulla tietoiseksi omista oireistaan ja siitä, että näiden oireiden hoito voisi olla tarpeellista. Toinen edellytys avun hakemiselle on yksilön kyky ilmaista oma avun tarpeensa ymmärrettävällä, itselle sopivalla tavalla muille ihmisille. Avun hakemisen mahdollistumiseksi vaaditaan niin ikään saatavilla ja tavoitettavissa oleva avun lähde sekä avun hakijan halukkuus avautua omasta sisäisestä maailmastaan auttavalle taholle (Rickwood ym., 2005). Tarkoituksenmukainen avun hakeminen voidaan nähdä mielenterveyttä suojaavana tekijänä (Rickwood ym., 2005; Wilson ym., 2005).

Mielenterveysoireita kokevien aikuisten avun hakemisessa esiintyy vaihtelua sen mukaan, minkä tyyppisistä oireista henkilöt kärsivät. Mackenzien ja kumppaneiden (2012) yhdysvaltalaisessa, aikuisiin kohdistuneessa epidemiologisessa tutkimuksessa noin 37 % tutkittavista, joilla oli todettavissa mielialahäiriö, ja 19 % tutkittavista, joilla oli ahdistuneisuushäiriö, oli hakenut apua oireisiinsa kuluneen vuoden aikana. Vaihtelu näkyy myös häiriöryhmien sisällä. Mackenzien ja kumppaneiden

tutkimuksessa mielialahäiriöistä eniten apua oli haettu pitkäkestoiseen masennukseen eli dystymiaan (45 %). Ajankohtaiseen masennusjaksoon apua oli hakenut 38 % ja maniajaksoon 28 % kunkin diagnoosin saaneista. Ahdistuneisuushäiriöistä eniten apua oli haettu paniikkihäiriöön (45 %) ja yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön (32 %). Avun hakeminen oli ollut vähäisempää sosiaalisten tilanteiden pelossa (27 %), traumaperäisessä stressihäiriössä (22 %) ja määräkohteisissa peloissa (7.8 %).

Nuorten eli noin 10–19-vuotiaiden (World Health Organization [WHO], n.d.) ikäryhmässä ammatillisen avun hakeminen eri mielenterveyden häiriöihin näyttäytyy niin ikään vaihtelevana. Merikankaan ja kollegoiden (2011) yhdysvaltalaisessa, 13–18-vuotiaiden väestössä toteutetussa epidemiologisessa haastattelututkimuksessa noin 38 % nuorista, joilla oli mielialahäiriö, ja 18 % nuorista, joilla oli ahdistuneisuushäiriö, oli hakenut ammatillista apua oireisiinsa koko elämänsä aikana. Mielialahäiriöiden osalta masennusjaksosta tai dystymiasta kärsineistä nuorista 39 % oli hakenut ammattiapua oireisiinsa, ja kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsineistä vastaava osuus oli 22 %. Ahdistuneisuushäiriöistä nuoret olivat hakeneet eniten apua yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön (44 %) ja paniikkihäiriöön (34 %). Pienemmät apua hakeneiden prosenttiosuudet havaittiin sosiaalisten tilanteiden pelon (12 %), agorafobian (7.0 %), eroahdistuneisuushäiriön (6.9 %) ja määräkohteisten pelkojen (6.5 %) osalta.

Merikankaan ja kollegoiden (2011) väestötutkimuksessa kaikkiaan noin 36 % häiriötasoisesti oireilevista nuorista oli hakeutunut ammattiavun piiriin. Riippumatta häiriöstä tai siitä, kuinka monta eri häiriötä tutkittavalla oli todettu, nuoret olivat useimmiten hakeneet apua erikoistuneista mielenterveyspalveluista (noin 47 % apua hakeneista). Koulun palveluja oli käyttänyt 35 % apua hakeneista. Vähemmän apua nuoret olivat hakeneet yleisistä terveyspalveluista (21 %), sosiaalipalveluista (18 %), vaihtoehtohoidoista (13 %), kuten vertaistukiryhmistä tai muulta parantajalta, tai nuorisooikeudesta (10 %), kuten ehdonalaisvalvojalta. 38 % nuorista oli hakenut apua vain yhdeltä sektorilta, 29 % kahdelta, 20 % kolmelta ja 13 % neljältä tai useammalta sektorilta. Kaiken kaikkiaan nuorten ikäryhmässä ammattiavun hakeminen mielenterveyden häiriöihin näyttää suhteellisen vähäiseltä. Muista tutkimuksista on myös saatu viitteitä, että avun hakeminen olisi todennäköisempää aikuisilla kuin nuorilla aikuisilla ja nuorilla (Oliver ym., 2018; Sareen ym., 2005; Wang ym., 2005).

Nuoret suosivat mielenterveyshuolissaan lähes poikkeuksetta epäformaalin tuen hakemista ammattiavun sijaan (Rickwood ym., 2005; Rickwood ym., 2007; Wilson ym., 2005). Epäformaali tuki viittaa omalta sosiaaliselta verkostolta, kuten ikätovereilta ja perheeltä, saatavaan tukeen, kun taas formaali tuki viittaa ammatillisen tahon tarjoamaan apuun (Rickwood ym., 2005). Tämä nuorten ja nuorten aikuisten avun hakemista kuvaava ilmiö epäformaalin tuen suosimisesta havaittiin esimerkiksi Rickwoodin ja kumppaneiden (2005) tutkimuksessa. Tutkijat tunnistivat avun hakemisessa nuoruusiän kehitysvaiheisiin suhteutuvan pitkittäisyhteyden, jonka mukaan perheeltä haetun tuen

suhteellinen osuus avun hakemisesta vähenee nuoruusiän kuluessa, kun taas ikätovereilta saatu tuki nousee yhä merkittävämpään asemaan. Huomionarvoista oli, että tytöt korvasivat nuoruusikään tullessaan aiemmin perheeltä saamaansa tukea ystäviltä saamallaan tuella, mutta pojilla vastaavanlaista siirtymää ei havaittu. Näin ollen poikien hakeman tuen kokonaismäärä kääntyi nuoruusikään edettäessä laskuun.

Tutkimusten mukaan pojat näyttävät hakeutuvan myös ammattiavun piiriin harvemmin kuin tytöt (Do ym., 2019; Rickwood ym., 2005; Rickwood ym., 2007). Toisaalta sukupuolen merkitystä avun hakemiselle mielenterveysongelmiin ei tule korostaa liikaa. Esimerkiksi Haavikin ja kumppaneiden (2019) norjalaisessa kyselytutkimuksessa havaittiin nuoren toisen asteen koulutusmuodolla olevan sukupuolta voimakkaampi yhteys palvelujen käyttöön. Myös vanhempien koulutustaso oli merkitsevässä yhteydessä nuoren avun hakemiseen, kun nuoren oma tietämys mielenterveysasioista oli kohtuullisella tasolla. Sukupuolierot palvelujen käytön osalta tulivat Haavikin ja kollegoiden tutkimuksessa kuitenkin esiin siten, että tytöt hakivat apua merkitsevästi poikia enemmän nuorten julkisista terveyspalveluista, kouluterveydenhoitajalta sekä yleislääkärin vastaanotolta. Edellä mainitussa Merikankaan ja kollegoiden (2011) yhdysvaltalaisessa haastattelututkimuksessa sukupuolen vaikutus avun hakemiseen oli pieni tiettyjä häiriöitä lukuun ottamatta: tytöt hakivat todennäköisemmin apua paniikkihäiriöön ja syömishäiriöihin ja pojat puolestaan ADHD:hen. Sukupuolivähemmistöistä trans- ja muunsukupuolisten nuorten mielenterveysavun hakemista on tutkittu vasta vähän, vaikka he kohtaavat suhteettoman paljon mielenterveysongelmia cisnuoriin verrattuna (Lucas ym., 2024). Lucaksen ja kollegoiden (2024) laajassa tutkimuksessa lukioikäisistä yhdysvaltalaisnuorista trans- ja muunsukupuoliset raportoivat cisnuoriin verrattuna todennäköisemmin hakeneensa ammatillista apua mielenterveysongelmiinsa, kun he olivat tarvinneet sitä.

Siinä missä formaalin avun on todettu suojaavan mielenterveysoireilun vakavoitumiselta (Rickwood ym., 2005; Weisz ym., 2017), epäformaalin tuen vaikutuksista ei ole johdonmukaista tutkimusnäyttöä (Heerde & Hemphill, 2018; Rickwood ym., 2005). Aihetta selvittävän meta-analyysin (Heerde & Hemphill, 2018) mukaan nuorten epäformaalin avun hakeminen saattaa osaltaan suojata heitä mielenterveysongelmien kehittymiseltä, joskin tutkijat pitivät johtopäätösten tekemistä haastavana niukan tutkimusnäytön vuoksi. Oli kyse sitten epäformaalin tai formaalin avun hakemisesta, monet mielenterveyshaasteiden kanssa kamppailevat nuoret kokevat omista ongelmistaan muille avautumisen haastavaksi (Radez ym., 2022). Samalla kun nuoret suosivat kasvavissa määrin ikätovereitaan avun lähteenä muiden läheistensä sijaan (Rickwood ym., 2005; Rickwood ym., 2007), he alkavat kokea huolta negatiivisista sosiaalisista seuraamuksista (Radez ym., 2022; Ranta & Koskinen, 2016). Kaikkiaan nuoret elävät kehitysvaihetta, jossa avun hakemista monimutkaistaa ristiriita kasvavan autonomian tarpeen ja aikuisten tuesta riippuvuuden välillä (Radez ym., 2022).

1.2 Avun hakemisen esteet ja fasilitaattorit

Radez kollegoineen (2021) tunnisti yli 50 laadullisesta ja määrällisestä tutkimuksesta koostuvassa systemaattisessa katsauksessaan neljä pääasiallista teemaa selittämään, miksi nuoret eivät hae ammattiapua mielenterveysongelmiin. Katsauksen tutkimuksista selvä enemmistö (91 %) tarkasteli 11–19-vuotiaita nuoria. Ensimmäinen teema oli yksilöön liittyvät tekijät, jotka lähes kaikki (yli 95 %) katsaukseen sisällytetyt tutkimukset nostivat esille eräänä keskeisimpänä nuorten avun hakemisen esteenä. Yksilöön liittyviin tekijöihin lukeutuivat esimerkiksi nuoren vähäinen tietämys mielenterveyden ongelmista ja saatavilla olevista palveluista, kielteiset asenteet ammattiavun hakemiseen liittyen, tarve pärjätä yksin, aiemmat negatiiviset kokemukset avun hakemisesta sekä aliarvioiva käsitys omien ongelmien vakavuudesta. Toinen teema, joka havaittiin myös varsin usein (noin 70 %:ssa tutkimuksista) esteeksi nuorten avun hakemiselle, oli nuoren terapiasuhdetta ja mielenterveysalan ammattilaisia koskevat kielteiset ennakkoluulot. Tämä tekijä käsitti muun muassa nuoren jännityksen tuntemattomalle avautumisesta ja epäilykset salassapitovelvollisuuden pitävyydestä sekä ammattilaisen suhtautumisesta häneen ja hänen ongelmiinsa. Kolmas nuorten avun hakemista estävä teema oli rakenteelliset syytekijät, joita esiintyi noin 60 %:ssa tutkimuksista. Nämä tekijät kattoivat esimerkiksi hoidon saatavuuteen ja kustannuksiin liittyvät syyt.

Kuhunkin kolmeen luokkaan lukeutuvia avun hakemisen esteitä tunnistettiin myös Gulliverin ja kollegoiden (2010) 15 laadullista ja seitsemän määrällistä tutkimusta kattavassa systemaattisessa katsauksessa, jonka tutkimuksista 63 % tarkasteli 11–19-vuotiaita. Heidän katsauksensa selvitti nuorten ja nuorten aikuisten kokemia ammattiavun hakemisen esteitä pääosin ahdistus- ja masennusoireisiin. Tutkijat nostivat eräiksi keskeisimmiksi nuorten avun hakemista estäviksi tekijöiksi nuorten hankaluudet tunnistaa omia oireitaan sekä tahdon nojautua itseensä avun hakemisen sijaan. Myös Barrowin ja Thomasin (2022) systemaattisessa katsauksessa, jossa selvitettiin 10–19-vuotiaiden nuorten mielenterveysavun hakemista estäviä tekijöitä, tulivat esille Radezin ja kollegoiden (2021) tunnistamat yksilölliset, terapiasuhteeseen liittyvät sekä rakenteelliset esteet. Barrow ja Thomas luokittelivat näitä tekijöitä hieman eri tavoin käytännöllisiin esteisiin, nuoren tietoisuuteen liittyviin esteisiin sekä kielteisiin asenteisiin ja käsityksiin.

Neljäs, lähes jokaisessa (yli 90 %) Radezin ja kollegoiden (2021) katsaukseen kootussa tutkimuksessa esiin noussut teema nuorten avun hakemisen esteille oli sosiaaliset tekijät. Tutkijat luokittelivat tähän teemaan kuuluviksi esteiksi esimerkiksi stigman sekä nuorten kokeman tai ennakoiman häpeän tunteen suhteessa yhteisöllisiin asenteisiin. Klassisen määritelmän (ks. Goffman, 1963)

mukaan stigmalla tarkoitetaan syrjiviä asenteita, joita liitetään ihmisiin jonkin heidän ominaisuutensa, kuten mielenterveyden häiriön (Scheyett, 2005), vuoksi. Link ja Phelan (2001) sisällyttivät näihin suhtautumistapoihin muun muassa leimaamisen, stereotypisoinnin, lokeroinnin ja syrjinnän. Stigmaa voidaan tarkastella yksilön omista suhtautumistavoista käsin sekä sen osalta, miten yksilö uskoo muiden suhtautuvan mielenterveysongelmista kärsiviä kohtaan tai miten yksilö sisäistää ympäristössä havaitsemiaan stigmatisoivia suhtautumistapoja silloin, kun hänellä itsellään on mielenterveyden häiriö (Lynch ym., 2021). Stigma näyttää kaiken kaikkiaan olevan nuorilla yksi yleisimmistä ja suurimmista esteistä avun hakemiselle heidän kokemiinsa mielenterveyden ongelmiin (Barrow & Thomas, 2022; Gulliver ym., 2010; Radez ym., 2021; Rickwood ym., 2005).

Nuorten mielenterveysoireilun vakavuus on myös tekijä, joka vaikuttaa avun hakemiseen. Yhdysvaltalaisessa väestötutkimuksessa (Merikangas ym., 2011) 13–18-vuotiaiden nuorten palvelukäyttö oli merkitsevästi yleisempää vakavista kuin lievistä häiriöistä kärsivillä nuorilla, ja erot korostuivat ahdistuneisuushäiriöissä, ADHD:ssä sekä uhmakkuus- ja käytöshäiriöissä. Tutkimuksessa myös samanaikaissairastavuus oli yhteydessä palvelukäyttöön — palvelujen käyttö tuli todennäköisemmäksi, jos nuori kärsi samanaikaisesti useammasta kuin yhdestä mielenterveyden häiriöstä. Kuitenkin tutkimuksessa vain puolet niistäkin nuorista, joilla oli vakavaa oireilua tai samanaikaissairastavuutta, oli koskaan hakenut apua oireisiinsa.

Tutkimuksissa nuorten mielenterveysongelmiin liittyvästä avun hakemisesta on tunnistettu myös fasilitoivia eli avun hakemiseen kannustavia tai sitä mahdollistavia tekijöitä. Eräitä keskeisiä fasilitoivia tekijöitä nuorilla ovat tukiverkostolta, kuten perheeltä, ystäviltä tai koulun aikuisilta, saatava suora kannustus ja rohkaisu (Gulliver ym., 2010; Radez ym., 2021; Rickwood ym., 2005) sekä nuoren ja lähipiirin myönteiset asenteet avun hakemista ja ammattilaisia kohtaan (Radez ym., 2021). Nuoren aikaisemmat myönteiset kokemukset palvelun tarjoajista madaltavat merkittävästi kynnystä avun hakemiselle uudelleen (Gulliver ym., 2010; Rickwood ym., 2005). Nuoren emotionaalinen kompetenssi, eli hänen kykynsä tunnistaa, kuvata ja säädellä tunnekokemuksiaan, sekä riittävä tietämys siitä, mitä ammattiavulta voi odottaa, ovat niin ikään tutkimuksessa tunnistettuja avun hakemista fasilitoivia tekijöitä (Rickwood ym., 2005), kuten myös nuoren tietämys mielenterveysteemoista (Barrow & Thomas, 2022). Nuorilla avun hakemista edistävät myös auttavan tahon tuttuus ja nuoren lämmin ja luottamuksellinen suhde avun lähteeseen (Barrow & Thomas, 2022; Rickwood ym., 2005).

1.3 Sosiaalinen ahdistuneisuus ja sosiaalisten tilanteiden pelko

Sosiaalisella ahdistuneisuudella tarkoitetaan sosiaalisissa, kuten vuorovaikutus- tai esiintymistilanteissa koettua huolta ja pelkoa muiden arvioimaksi ja arvostelemaksi tulemisesta (APA, 2013). Lieväasteinen ahdistuneisuus on normaali reaktio sosiaalisiin tilanteisiin eikä itsessään merkki häiriöstä tai sairaudesta (Isometsä, 2023). Vakavoituessaan kliiniselle tasolle oireet heikentävät henkilön toimintakykyä elämän eri osa-alueilla ja tuottavat hänelle henkilökohtaista kärsimystä. Tällöin puhutaan sosiaalisten tilanteiden pelosta (STP) (Isometsä, 2023). Viime vuosina STP:stä on myös Suomessa alettu enenevästi käyttää englanninkielisen nimikkeen mukaisesti termiä sosiaalinen ahdistuneisuushäiriö (*social anxiety disorder*).

STP:n määrittely tapahtuu Suomessa Maailman terveysjärjestön vielä toistaiseksi käytössä olevan ICD–10-tautiluokituksen (WHO, 2019; ks. Komulainen ym., 2012) mukaisesti. Amerikan Psykiatriyhdistyksen DSM–5-luokitus (APA, 2013) on STP:n tunnistamisessa hieman yksityiskohtaisempi, ja sitä voidaan käyttää esimerkiksi häiriön tutkimuksessa (APA, 2013/2019). Luokitusten kriteereissä on joitakin painotuseroja STP:n osalta, mutta niissä häiriölle määritellyt ydinoireet ovat yhtenevät: sosiaalisten tilanteiden tulee aiheuttaa häiriöstä kärsivässä henkilössä huomattavia ja kohtuuttoman suuria kognitiivisia, emotionaalisia ja kehollisia ahdistusoireita, minkä seurauksena hän joko välttää kyseisiä tilanteita tai kestää tilanteet voimakasta ahdistusta kokien. DSM-5:ssä eritellään lisäksi kapea-alainen, esiintymistilanteisiin rajoittuva STP (APA, 2013; Burstein, He ym., 2011).

Epidemiologisissa tutkimuksissa STP:n esiintyvyydessä on havaittu maantieteellistä ja ajallista vaihtelua (Isometsä, 2023). Kaikkiaan 26 maata ja yhteensä yli 140 000 osallistujaa käsittäneessä WHO:n epidemiologisessa tutkimuksessa STP:n elinaikainen esiintyvyys aikuisväestössä kaikkien maiden välillä oli 4.0 % ja 12 kuukauden sisällä 2.4 % (Stein ym., 2017). Systemaattisessa katsauksessaan ja meta-analyysissaan Salari ja kollegat (2024) arvioivat STP:n globaaliksi esiintyvyydeksi 4.7 % lapsilla, 8.3 % nuorilla ja 17 % nuorilla aikuisilla. Yhdysvaltalaisessa väestötutkimuksessa yli 10 000 noin 13–18-vuotiaan nuoren joukosta 8.6 % kärsi ajankohtaisesti STP:stä (Merikangas ym., 2010). Suomalaisessa epidemiologisessa tutkimuksessa (Ranta, Kaltiala-Heino, Rantanen & Marttunen, 2009), johon osallistui melkein 800 12–17-vuotiasta nuorta, STP:n 12 kuukauden esiintyvyys oli 3.2 %.

Niin kansainvälisissä kuin suomalaisissa katsauksissa ja yksittäistutkimuksissa on havaittu, että sekä itseraportoitu sosiaalinen ahdistuneisuus (Ranta ym., 2024) että kliininen STP (APA, 2013; Burstein, He ym., 2011; Fehm ym., 2008; Gallagher ym., 2014) ovat yleisempiä tytöillä ja naisilla kuin pojilla ja miehillä. STP:n sukupuolieroja tarkastelevassa katsauksessaan Asher ja kollegat (2017) nostavat esiin, että STP:n oirekuva on usein kliinisesti vakavampi naisilla. Sukupuolierot esiintyvyydessä näyttävät kasvavan nuoruudessa (APA, 2013; Asher ym., 2017), mutta tasaantuvan uudelleen myöhemmissä ikävaiheissa (Asher ym., 2017). Suomalaisilla nuorilla sukupuolierot STP:n

esiintyvyydessä eivät ole olleet yhtä suuria kuin muissa länsimaissa (Ranta & Koskinen, 2025). Itseraportoitu sosiaalinen ahdistuneisuus näyttää kuitenkin lisääntyneen voimakkaasti erityisesti suomalaisilla tytöillä (Knaappila ym., 2021; Ranta ym., 2024).

STP on usein hoitamatta krooninen (Dalrymple & Zimmerman, 2011; Isometsä, 2023; Ranta & Koskinen, 2025), mutta sen etenemisessä on havaittu oireiden voimakkuuden vaihtelua (Isometsä, 2023; ks. Vriends ym., 2014). Häiriön alkamisajankohta asettuu tyypillisesti ikävuosien 10–20 välille (Isometsä., 2023), yleensä varhaisnuoruuteen (Dalrymple & Zimmerman, 2011; Solmi ym., 2022). Oireilu yleistyy nuoruusiän edetessä (Burstein, He ym., 2011; Merikangas ym., 2010). STP:n voi laukaista jokin yksittäinen, ahdistava tai nöyryyttävä tapahtuma, kuten kiusatuksi tuleminen tai kokemus itsensä nolaamisesta esimerkiksi esiintymistilanteessa, tai se voi kehittyä hitaammin ja hienovaraisemmin ilman selkeää ulkoista syytä (APA, 2013).

Nuoruuden psykososiaalinen kehitys heijastuu STP:n ilmaantuvuuteen ja ilmiasuun. Gallagherin ja kollegoiden (2014) tutkimuksessa taustalla olevaa sosiaalisten suhteiden uudelleen järjestäytymistä tiivistetään seuraavasti: ”Nuoruus on kehitysvaihe, jossa nuorista tulee enenevissä määrin sosiaalisten suhteidensa määrittämiä” (s. 880). Ikätoverisuhteiden merkityksen korostuessa ja sekä muodollisten esiintymistilanteiden että epäformaalien sosiaalisten vuorovaikutustilanteiden lisääntyessä nuoret alkavat kantaa enemmän vastuuta ihmissuhteistaan, vertailla itseään muihin ja kokea enemmän sosiaalista painetta (Ranta & Koskinen, 2016). Eri tasolla ilmenevien kehitystekijöiden myötä sosiaalisesti ahdistuneet nuoret voivat alkaa nähdä itsensä kielteisessä valossa, kokea ”intensiivistä ahdistusta ja nolostumisen pelkoa” sekä ”ennakoida kritiikkiä ja nolostumista sosiaalisissa tilanteissa” (Ranta & Koskinen, 2025, s. 303). Myös väestötutkimuksissa on havaittu, että sosiaaliseen arviointiin liittyvät pelot yleistyvät osana normatiivista kehitystä nuoruudessa, ja toisaalta lapsuusaikana yleisemmät fyysiseen vaaraan ja uhkaan liittyvät pelot vähenevät (Westenberg ym., 2004; Westenberg ym., 2007).

STP esiintyy usein komorbidisti eli samanaikaisesti yhden tai useamman mielenterveyden häiriön kanssa. Katzelnickin ja kollegoiden (2001) tutkimuksessa hoidon piirissä olleista, komorbidista STP:stä kärsineistä aikuisista tutkittavista suurin osa, noin 62 %, raportoi STP:n oireidensa puhjenneen ennen sen kanssa yhdessä esiintynyttä muuta häiriötä. Yleisimpiä nuorten STP:n kanssa komorbidisti esiintyviä mielenterveyshäiriöitä ovat mielialahäiriöt ja päihteiden haitallinen käyttö (Burstein, Ameli-Grillon & Merikangas, 2011). Nuorilla STP:n kanssa samanaikaisten masennustilojen ja päihdehäiriöiden elinaikaiset esiintyvyydet ovat noin 20–40 % ja 15–20 %, vastaavasti (Ranta & Koskinen, 2025). Myös muut ahdistuneisuushäiriöt esiintyvät usein komorbidisti STP:n kanssa (Burstein, Ameli-Grillon & Merikangas, 2011; Burstein, He ym., 2011). Nuoruusikäisten väestössä elinaikanaan noin 20–30 % (Burstein, He ym., 2011) tai 30–50 % (Ranta & Koskinen, 2025) täyttää STP:n

lisäksi jonkin muun ahdistuneisuushäiriön kriteerit. Itseraportoidun sosiaalisen ahdistuneisuuden on myös havaittu nuorilla ennakoivan itsetuhoisia ajatuksia (Gallagher ym., 2014) sekä lisäävän heidän itsemurhariskiään (Colognori ym., 2012).

Samanaikaissairastavuuden lisäksi STP:n on havaittu yhdistyvän useisiin yksilötekijöihin. Perintötekijöiden osuutta kartoittaneessa laajassa, noin 7–86-vuotiaita kattaneessa meta-analyysissa (Scaini ym., 2014) perimän vaikutus sosiaaliseen ahdistuneisuuteen ja STP:hen oli melko suuri. Meta-analyysin mukaan perintötekijöiden vaikutus oli suurempi sosiaalista ahdistuneisuutta kuin STP:tä tarkastelleissa tutkimuksissa. Lapsuuden temperamenttitekijöistä varautunut ja pelokas temperamenttityyppi (*behavioral inhibition*) lisää merkitsevästi STP:n riskiä nuoruusiässä (ks. Clauss & Blackford, 2012; Goldsmith ym., 2022; Spence & Rapee, 2016). Myös ujous luonteenpiirteenä näyttää olevan yhteydessä STP:hen (Burstein, Ameli-Grillon & Merikangas, 2011). Yhteys ei kuitenkaan ole lineaarinen, eikä sosiaaliseen ahdistuneisuuteen aina liity piirretasoista ujoutta. On myös tärkeää huomata, että ujoksi itsensä kokevista ihmisistä vain harva kärsii häiriötasoisesta sosiaalisesta ahdistuneisuudesta (APA, 2013; Burstein, Ameli-Grillon & Merikangas, 2011).

Ympäristötekijöistä Norton ja Abbott (2017) liittävät kirjallisuuskatsauksessaan STP:n kasvaneeseen riskiin muun muassa vanhempien kriittisen ja kontrolloivan kasvatustyylin, vaikeat sosiaaliset ja vertaiskokemukset sekä emotionaalisen kaltoinkohtelun. Kiusatuksi tulemisen ja sosiaalisen ahdistuneisuuden välinen voimakas yhteys on havaittu niin kliinisissä tutkimuksissa kuin väestötutkimuksissakin useissa maissa (Cohen & Kendall, 2015; Gren-Landell ym., 2011; Ranta, Kaltiala-Heino, Pelkonen & Marttunen, 2009; Siegel ym., 2009). Tämä yhteys nousee esille myös systemaattisissa katsauksissa ja meta-analyyseissa (Chiu ym., 2021; De Lijster ym., 2018; Ferraz de Camargo ym., 2022; Pontillo ym., 2019). Traumaattisten tai vaikeiden lapsuuden aikaisten elämänkokemusten, kuten fyysisen, seksuaalisen tai emotionaalisen väkivallan, perheen taloudellisten vaikeuksien, vanhempien eron tai vanhemman kuoleman, riskiä lisäävä vaikutus ei kuitenkaan näytä olevan tunnusomainen STP:lle, vaan se näyttää pikemminkin olevan yleinen riskitekijä monille eri mielenterveysongelmille (McLaughlin ym., 2012; Spence & Rapee, 2016).

Sekä itseraportoitu sosiaalinen ahdistuneisuus että kliininen STP voivat aiheuttaa monenlaisia toimintakyvyn haasteita nuoren elämän tärkeillä osa-alueilla, kuten sosiaalisissa suhteissa ja koulussa. Tutkimuksissa on havaittu, että sosiaalisesti ahdistuneet nuoret kokevat saavansa vähemmän hyväksyntää luokkatovereiltaan (De Lijster ym., 2018; Flanagan ym., 2008; La Greca & Lopez, 1998), ja he raportoivat enemmän yksinäisyyttä kuin verrokit (Erath ym., 2010; Gallagher ym., 2014; Stoeckli, 2009). Suomalaisessa tutkimuksessa (Ranta, La Greca ym., 2016) poikien itseraportoima sosiaalinen ahdistuneisuus 15-vuotiaana ennusti kahta vuotta myöhemmin koettua koulumenestyksen heikkoa kehitystä, suurempaa riskiä läheisen ystävän tai seurustelukumppanin puuttumiselle sekä

vähäistä tuen saamisen kokemusta läheisiltä. Tytöillä 15 vuoden iässä raportoitu sosiaalinen ahdistuneisuus ennusti korkeampaa todennäköisyyttä kokemattomuudelle seurustelusuhteissa kahta vuotta myöhemmin. Kanadalaisessa tutkimuksessa (Stein & Kean, 2000) jo aikuiset tutkittavat, joilla oli STP, olivat verrokkeja todennäköisemmin jääneet kouluaikanaan luokalle tai jättäneet koulun kesken. Ruotsalaisessa yli kaksi miljoonaa tutkittavaa käsittäneessä kohorttitutkimuksessa (Vilaplana-Pérez ym., 2021) STP-diagnoosin saaneet henkilöt olivat muita todennäköisemmin saaneet hylätyn arvosanan jostakin oppiaineesta perusopetuksen viimeisellä luokalla, ja heillä oli ollut pienempi todennäköisyys tulla hyväksytyksi toisen asteen koulutukseen.

1.4 Sosiaalisen ahdistuneisuuden ja avun hakemisen yhteydet

Sosiaalisesta ahdistuneisuudesta tai kliinisestä STP:stä kärsivistä nuorista vain pieni osa on ammattiavun piirissä (Burstein, Ameli-Grillon & Merikangas, 2011; Colognori ym., 2012; Ranta, Kaltiala-Heino, Rantanen & Marttunen, 2009), vaikka nuorten STP:hen on kehitetty erilaisia näyttöön perustuvia hoidollisia interventioita (ks. Lampela ym., 2021; Scaini ym., 2016; Xian ym., 2024). Suomalaisessa tutkimuksessa (Ranta, Kaltiala-Heino, Rantanen & Marttunen, 2009) STP:n diagnoosikriteerit täyttäneistä 12–17-vuotiaista nuorista noin kolmannes (noin 36 %) oli hakenut apua julkisesta tai yksityisestä terveydenhuollosta ja noin neljäsosa (23 %) ammattilaisilta, joilla ei ollut mielenterveysalan koulutusta, kuten kouluterveydenhoitajalta, koulukuraattorilta tai nuorisotyöntekijältä. Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa (Burstein, He ym., 2011) vain 8.6 % STP:stä kärsineistä 13–18-vuotiaista nuorista oli koskaan hakenut ammattiapua STP:n oireistoonsa.

Colognori kollegoineen (2012) selvitti yhdysvaltalaisessa tutkimuksessaan eri asteisesta sosiaalisesta ahdistuneisuudesta kärsineiden 14–18-vuotiaiden nuorten avun hakemista ja hoitoon pääsyä. Lievää sosiaalista ahdistuneisuutta kokeneista nuorista puolet oli kertonut oireistaan jollekulle, useimmiten vanhemmalleen, mutta vain 14 % oli saanut niihin hoitoa. Hoitoa saaneiden osuus nousi kliinisestä STP:stä kärsivien joukossa vain noin 22 prosenttiin. Oireiden vakavuus oli yhteydessä hieman lyhempään viiveeseen hoidon saamisessa sekä suurempaan palvelujen hyödyntämisen todennäköisyyteen. McDonaghin ja kumppaneiden (2022) tutkimuksessa 13–17-vuotiaiden nuorten itseraportoidun sosiaalisen ahdistuneisuuden vakavuusaste oli taas yhteydessä vähäisempiin avun hakemisen aikeisiin niin ikätovereilta, omilta vanhemmilta kuin muiltakin nuoren tuntemilta aikuisilta, kuten sukulaiselta tai opettajalta. Yhteys ei kuitenkaan ollut merkitsevä ammattiavun osalta. Vanhempien

roolin suhteen heidän tuloksensa oli vastakkainen Colognorin ja kollegoiden tutkimuksessa tehdylle havainnolle, jonka mukaan vanhempi oli se henkilö, jolle sosiaalisesti ahdistunut nuori useimmiten avautui oireistaan. Yllä mainittujen lisäksi aiheesta tehdyt tutkimushavainnot nuorilla ovat vähäisiä.

Sosiaalisen ahdistuneisuuden vaikeusasteen vaikutuksesta avun hakemiseen on ristiriitaisia tuloksia myös aikuisilla. Goetter ja kollegat (2020) havaitsivat kliinisessä tutkimuksessaan, että sekä STP:n että yleistyneen ahdistuneisuushäiriön vakavuus oli yhteydessä tutkittavien kokemien avun hakemisen esteiden suurempaan määrään. Psykiatrisen avohoidon potilailla tehdyssä tutkimuksessa puolestaan havaittiin sosiaalisen ahdistuneisuuden vakavuuden olevan yhteydessä suurempaan hoitohalukkuuteen (Dalrymple & Zimmerman, 2011). Tutkimuksessa potilaille esitettiin 13 tyypillistä sosiaalista pelkoa aiheuttavaa tilannetta tai toimintoa, ja tutkittavat raportoivat jokaisen kohdalla, kokivatko he kyseistä pelkoa vai eivät. Näiden koettujen pelkojen suurempi määrä kasvatti tutkittavien todennäköisyyttä hakea hoitoa (Dalrymple & Zimmerman, 2011). Niin ikään Acarturkin ja kollegoiden (2008) hollantilaisessa väestötutkimuksessa aikuisten tutkittavien suurempi sosiaalisten pelkojen määrä ennusti avun hakemista. STP:stä kärsineet aikuiset hakivat kaikkiaan enemmän apua niin formaaleista kuin epäformaaleista lähteistä kuin ne, joilla ei ollut STP:tä (Acarturk ym., 2008). Näitä aikuisia koskevia tuloksia ei kuitenkaan voida suoraan yleistää koskemaan nuoria.

Nuorten sosiaalinen ahdistuneisuus näyttäisi alustavan tutkimusnäytön perusteella yhdistyvän tietyn tyyppisiin haasteisiin tai esteisiin ammattiavun piiriin hakeutumiselle. McDonagh ja Hennessy (2023) tarkastelivat laadullisessa haastattelututkimuksessaan 12 sosiaalisesta ahdistuneisuudesta kärsineen nuoren ja heidän äitinsä kokemuksia nuoren ja perheen avun hakemisen prosessista. Suurin osa nuorista sekä vanhemmista ei aluksi tunnistanut sosiaalista ahdistuneisuutta hoitoa edellyttävänä ongelmana. Sosiaalinen ahdistuneisuus oli ilmiönä heille usein tuntematon, ja monet nuorista ja vanhemmista tulkitsivat myös haittaa aiheuttavan ahdistuneisuuden ujoudeksi tai nuoruuteen kuuluvaksi ohimeneväksi kehitysvaiheeksi. Sosiaalisesti ahdistuneelle nuorelle avun hakemiseen liittyi useita erityisiä esteitä. Heistä moni koki esimerkiksi ahdistuneisuusoireensa liian pieniksi ongelmiksi oikeuttamaan avun hakemisen. Osa nuorista koki myös, että ahdistuneisuus oli ongelma vain heidän ”oman päänsä sisällä” (McDonagh & Hennessy, 2023, s. 2715).

Monen McDonaghin ja Hennessyn (2023) tutkimukseen osallistuneen nuoren mukaan avun hakemiseen liittyvää pelkoa pahensi se, etteivät he vanhempineen tienneet, mitä palveluilta voi odottaa. Tämän myötä moni nuori ennakoi joutuvansa tilanteisiin, jotka vievät heidän ahdistuksensa äärimmilleen. Nuorten kuvauksiin avun hakemisen esteistä liittyi vahvasti stigma: voimakas pelko siitä, että muut, etenkin ikätoverit, kuulevat ammattiavun piiriin hakeutumisesta. Suurin osa nuorista kuvasi avun hakemisen kokemusta epämukavaksi huolimatta ammattilaisilta saadusta kannustuksesta ja rauhoittelusta. Vuorovaikutustilanteisiin ammattilaisten kanssa liittyikin monilla nuorilla

sosiaalisen ahdistuneisuuden oireita, kuten kielteisiä ajatuksia omasta suoriutumisesta keskustelussa ja pelkoa tuomituksi tulemisesta ammattilaisen taholta. Tutkimuksessa kävi ilmi, että vanhempien merkitys sosiaalisesti ahdistuneiden nuorten avun hakemisen mahdollistajana oli huomattava.

Sosiaalisesti ahdistuneisiin nuoriin keskittyvää tutkimusta avun hakemisen fasilitaattoreista on niukasti. Tutkimuksissa on kuitenkin tunnistettu sosiaalisesti ahdistuneiden nuorten oireista kertomista edistäviksi tekijöiksi naissukupuoli, aikaisempi oireiden alkamisen ajankohta sekä suuremmat koetut haittavaikutukset koulun ja sosiaalisen elämän alueilla (Colognori ym., 2012). Myös samanaikaissairastavuuden, erityisesti masennuksen, toisen ahdistuneisuushäiriön tai syömishäiriön kanssa, on havaittu olevan yhteydessä STP:stä kärsivän nuoren suurempaan todennäköisyyteen hakea apua (Zarger & Rich, 2016). Lisäksi Colognorin ja kumppaneiden (2012) tutkimuksessa nuoren avun piiriin päätymisen todennäköisyyttä kasvatti se, että nuori kertoi sosiaalisesta ahdistuneisuudestaan vanhempiensa sijaan koulun henkilökunnalle, kuten opettajalle, opinto-ohjaajalle tai terveydenhoitajalle.

Kuten on käyty läpi, tietoa nuorten avun hakemisesta sosiaaliseen ahdistuneisuuteen tai STP:hen on kertynyt muutamista tutkimuksista. Löydöksiä sen osalta, mikä on nuoren sosiaalisen ahdistuneisuuden rooli hänen hakiessaan apua muihin kokemiinsa mielenterveysongelmiin, ei juurikaan ole. Ylipäätään aihetta käsittelevien tutkimusten ikäryhmät ovat olleet vaihtelevia ja tulokset keskenään ristiriitaisia. Esimerkiksi Goodwinin ja Fitzgibbonin (2002) pienessä kliinisessä tutkimuksessa sosiaalinen ahdistuneisuus ennusti vähäisempää sitoutumista syömishäiriön hoitoon psykiatrian poliklinikalla, jonne tutkittavat olivat hakeutuneet anoreksian tai bulimian vuoksi. Rannan ja kollegoiden (2017) tutkimuksessa itseraportoitu sosiaalinen ahdistuneisuus 15 vuoden iässä kasvatti riskiä olla hakematta apua bulimiaan tutkimuksen kahden vuoden seurantajakson aikana. Toisaalta Perosin ja Ward-Ciesielskin (2022) tutkimuksessa sosiaalisella ahdistuneisuudella ei ollut merkitsevää vaikutusta avun hakemisen aikeisiin eikä tosiasialliseen avun hakemiseen itsetuhoisilla aikuisilla. Capronin ja kollegoiden (2018) tutkimuksessa sosiaalinen ahdistusherkkyys puolestaan ennusti hoitohalukkuutta. Heidän tutkimuksessaan tutkittavat olivat alkoholin liikakäytöstä ja samanaikaisista tunne-elämän ongelmista kärsineitä yliopisto-opiskelijoita, joille oli tarjottu hoitokäyntiä yliopiston terveydenhuollossa näihin ongelmiin liittyen.

Sosiaalisen ahdistuneisuuden yhteyttä nuorten avun hakemiseen ammattilaisilta tai lähiverkostolta erilaisiin mielialahuoliin on perusteltua tutkia useasta eri syystä. Ensinnäkin mielenterveysavun hakeminen osuu kokemuksena sosiaalisen ahdistuneisuuden ydinongelmaan: apua hakiessaan sosiaalisesti ahdistunut nuori asettaa itsensä haavoittuvaan asemaan ja alttiiksi mahdolliselle kielteiselle arvioinnille. Jos nuori hakee apua ammatilliselta taholta, arvioija on usein nuorelle tuntematon ja mahdollisesti pelottava auktoriteetti. Toiseksi stigma ja siihen liittyvä häpeä on aiemmissa tutkimuksissa johdonmukaisesti tunnistettu keskeiseksi nuorten ammattiavun hakemisen esteeksi useissa eri

mielenterveysongelmissa (Barrow & Thomas, 2022; Gulliver ym., 2010; Radez ym., 2021; Rickwood ym., 2005). Häpeä ja itseen kohdistuvan kielteisen arvioinnin pelko ovat keskeisiä kokemuksia sosiaalisen ahdistuneisuuden yhteydessä (Oren-Yagoda ym., 2024; Ranta, Laakkonen & Niemi, 2016), joten on perusteltua olettaa sosiaalisesti ahdistuneiden nuorten kynnys avun hakemiselle verrattain korkeaksi. Eräässä tutkimuksessa onkin jo havaittu sosiaalisesti ahdistuneiden nuorten tiedostaman stigman yhdistyvän vähentyneisiin avun hakemisen aikeisiin epäformaalien avun lähteiden osalta (McDonagh ym., 2022). Kolmanneksi aiheesta ei juurikaan löydy väestötutkimusta nuorilla, ja sosiaalisen ahdistuneisuuden roolista potentiaalisena esteenä avun hakemiselle nuorten mielialahuoliin ei ole lainkaan tutkimustietoa. Neljänneksi sosiaalinen ahdistuneisuus ja STP voivat tuottaa merkittävää ja laaja-alaista haittaa nuoren toimintakyvylle (Burstein, Ameli-Grillon & Merikangas, 2011; Isometsä, 2023; Ranta, La Greca ym., 2016), mikä oireilun yleistyessä (Knaappila ym., 2021; Ranta ym., 2024) koskettaa yhä useampaa suomalaisnuorta.

1.5 Tutkimuskysymykset ja hypoteesit

Tässä tutkimuksessa tarkastelemme peruskoulun 8. ja 9. luokkalaisten ja toisen asteen 1. ja 2. luokkalaisten nuorten avun hakemista suhteessa mielialahuoliin ja sosiaaliseen ahdistuneisuuteen. Ensimmäinen tutkimuskysymyksemme on, mistä sosiaalista ahdistuneisuutta kokevat nuoret hakevat apua mielialahuoliinsa. Toinen tutkimuskysymyksemme on, kasvattaako sosiaalinen ahdistuneisuus riskiä sille, ettei nuori hae ammattiapua kokemiinsa mielialahuoliin. Aiemman tutkimusnäytön pohjalta hypoteesimme (H1a) ensimmäiselle tutkimuskysymyksellemme on, että nuoret, joilla on sosiaalista ahdistuneisuutta, hakevat apua pääsääntöisesti epäformaaleista lähteistä. Lisäksi rajallisen tutkimusnäytön pohjalta oletamme (H1b), että sosiaalisesti ahdistuneista nuorista useampi hakee apua mielialahuoliinsa omilta vanhemmiltaan kuin ystäviltään ja muilta läheisiltään. Toisen tutkimuskysymyksen kohdalla aikaisempaan alustavaan tutkimusnäyttöön pohjaten hypoteesimme (H2) on, että sosiaalinen ahdistuneisuus kasvattaa riskiä sille, ettei nuori hae ammattiapua mielialahuoliinsa.

2 MENETELMÄT

2.1 Tutkittavat ja aineisto

Tutkimuksemme aineisto perustuu THL:n (2025) Kouluterveyskysely-tutkimukseen. Kouluterveyskyselyn tavoitteena on tuottaa kansallista seurantatietoa lasten ja nuorten hyvinvoinnista ja koulunkäynnistä. Kysely toteutetaan kahden vuoden välein suomalaisissa kouluissa ja oppilaitoksissa. Kyselyyn vastaavat peruskoulun 4., 5., 8. ja 9. luokkien oppilaat sekä toisen asteen 1. ja 2. luokkien opiskelijat. Kyselystä tiedotetaan huoltajia etukäteen, ja siihen vastaaminen on oppilaille vapaaehtoista ja nimetöntä. Vastaaminen tapahtuu koulupäivän aikana opettajan valvonnassa nettilomakkeella, johon voi vastata suomen, ruotsin, englannin, venäjän tai pohjoissaamen kielellä.

Tässä tutkimuksessa on käytetty vuoden 2021 Kouluterveyskyselyn aineistoa peruskoulun 8. ja 9. luokkien ja toisen asteen 1. ja 2. luokkien osalta (THL, 2021). Alkuperäisessä aineistossa oli kaikkiaan 160 796 vastaajaa ikävälillä 12–29 vuotta. Tätä tutkimusta varten muodostimme aineiston, josta rajasimme pois vastaajat, joiden osalta ei ollut saatavissa tietoa luokasta tai vastaajan kokemasta sukupuolesta. Rajasimme alle 14-vuotiaat ja yli 19-vuotiaat vastaajat. Niin ikään vastaajat, joilta puuttui vastaus yhteen tai useampaan tutkimuksellemme keskeisen mielenterveysmittarin kysymykseen (sosiaalinen ahdistuneisuus, yleistynyt ahdistuneisuus, kliiniset masennusoireet) tai yhteenkään sosioekonomista asemaa (vanhempien korkein koulutustaso, arvio perheen taloudellisesta tilanteesta, vanhempien työttömyys) koskevaan kysymykseen, rajattiin aineistosta. Tämän tutkimuksen aineistoon sisällytettiin vain vastaajat, jotka raportoivat kokeneensa huolta mielialastaan viimeisen 12 kuukauden aikana, sillä vain näille vastaajille esitetään Kouluterveyskyselyssä jatkokysymys avun hakemisesta mielialaan eri lähteistä (ks. luku 2.2 Muuttujat ja mittarit).

Tutkimuksemme kokonaisotos kattoi 50 414 nuorta. Nuorista 51.6 % oli peruskoulun 8. ja 9. luokkalaisia, 38.0 % lukiolaisia ja 10.5 % ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoita. Osallistujien keski-ikä oli 16.33 vuotta (*kh* = 1.16, *md* = 16.25). Muodostaessamme tämän tutkimuksen ensimmäistä kysymystä varten alkuperäisen aineiston vastaajista, jotka olivat kokeneet omakohtaista huolta mielialastaan, kokonaisotoksen sukupuolijakauma vinoutui: Viralliselta sukupuoleltaan 78.0 % vastaajista oli tyttöjä ja 21.8 % poikia. 70 nuorta jätti vastaamatta virallisesta sukupuolestaan. Otoksesta 70.9 % oli sukupuoli-identiteetiltään tyttöjä, 21.7 % poikia ja 7.4 % muunsukupuolisia. Tutkittavista 94.8 % oli suomalaistaustaisia ja 4.9 % ulkomaalaistaustaisia. Kansalaisuutta koskeva tieto puuttui 183 vastaajalta.

Toisen tutkimuskysymyksemme analyysit toteutettiin vielä rajatummalla, 31 082 tutkittavan aineistolla (ks. luku 2.3 Aineiston tilastollinen analysointi). Tähän otokseen kuuluvien tutkittavien

iän keskiarvo oli 16.34 vuotta (*kh* = 1.16, *md* = 16.25). Heistä 51.9 % oli peruskoulun 8. ja 9. luokkalaisia, 37.2 % lukiolaisia ja 10.9 % ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoita. Vastaajista 83.2 % oli tyttöjä ja 16.6 % oli poikia. Tieto virallisesta sukupuolesta puuttui 49 vastaajalta. 73.7 % oli sukupuolen kokemukseltaan tyttöjä, 16.8 % poikia ja 9.4 % muunsukupuolisia. Vastaajista 94.6 % oli suomalaistaustaisia ja 4.9 % ulkomaalaistaustaisia, ja tieto kansalaisuudesta puuttui 120 vastaajalta.

2.2 Muuttujat ja mittarit

Tutkimuksessamme hyödynsimme Kouluterveyskysely-lomakkeen kysymystä: ”Oletko sinä ollut huolissasi mielialastasi viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana?” Vastausvaihtoehdot ovat: 1 = ”En”, 2 = ”Kyllä, olen kertonut asiasta jollekin” ja 3 = ”Kyllä, mutta en ole kertonut asiasta kenellekään”. Kouluterveyskyselyn lomakkeessa vain ne vastaajat, jotka valitsivat vastausvaihtoehdon 2 tai 3, ohjataan vastaamaan avun hakemista ja avun lähdettä koskeviin jatkokysymyksiin. Tästä syystä jätimme analyysien ulkopuolelle ne vastaajat, jotka olivat vastanneet vaihtoehdon 1 eli jotka eivät olleet kokeneet huolta mielialastaan. Muodostimme näiden mielialastaan huolta kokeneiden nuorten vastauksista dikotomisen muuttujan: 2 = ”On hakenut apua” ja 3 = ”Ei ole hakenut apua”.

Avun hakemista ja haetun avun lähdettä mitataan Kouluterveyskyselyn kysymyksellä: ”Oletko saanut tukea ja apua mielialaasi liittyviin asioihin viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana? 1. Koulun aikuisilta (opettaja, terveydenhoitaja, lääkäri, psykologi, kuraattori); 2. Palveluista koulun ulkopuolella (esim. terveyskeskus, mielenterveyspalvelut, nuorisotoimen palvelut); 3. Omilta vanhemmiltasi; 4. Ystäviltä ja muilta läheisiltä”. Avun hakemista kustakin neljästä lähteestä kysytään erikseen vastausvaihtoehdoilla: 1 = ”Kyllä, paljon”, 2 = ”Kyllä, jonkin verran”, 3 = ”En, mutta olisin tarvinnut” ja 4 = ”En ole tarvinnut apua”. Muodostimme ammattiavun ja sosiaalisen ahdistuneisuuden välistä yhteyttä kartoittavaa monimuuttuja-analyysia varten koulun aikuisista ja koulun ulkopuolisista palveluista ammattiapua kuvaavan yhdistelmämuuttujan, jonka vastausvaihtoehdot yhdistimme dikotomisesti: 1 = ”On hakenut ammattiapua” ja 2 = ”Ei ole hakenut ammattiapua, mutta olisi tarvinnut”. Vastausvaihtoehtoon 1 lukeutuvat nuoret, jotka valitsivat ainakin toiseen ammattiavun lähteestä avun hakemista kartoittavaan kohtaan ”Kyllä, paljon” tai ”Kyllä, jonkin verran”. Vastausvaihtoehtoon 2 taas lukeutuvat nuoret, jotka eivät kummankaan ammattiavun lähteen kohdalla vastanneet ”Kyllä, paljon” tai ”Kyllä, jonkin verran” ja jotka vastasivat ainakin toiseen ammattiavun lähteestä avun hakemista kartoittavaan kohtaan ”En, mutta olisin tarvinnut”.

Avun hakemista selittävinä muuttujina tutkimme nuoren itseraportoimaa kolmen tyyppistä psykologista oireilua: sosiaalista ahdistuneisuutta, yleistynyttä ahdistuneisuutta ja kliinisiä masennusoireita. Tutkimuksessamme arvioimme ensisijaisena avun hakemista selittävänä tekijänä nuoren **sosiaalista ahdistuneisuutta**, jota mitataan Kouluterveyskyselyssä Mini–SPIN-itsearviointimittarilla (Connor ym., 2001). Mini-SPIN on lyhennetty versio pidemmästä Social Phobia Inventory -kyselystä (SPIN; Connor ym., 2000). Mini-SPIN:ssä on kolme väittämää, joihin on tiivistetty sosiaalisen ahdistuneisuuden ydinpiirteet: ”Kuinka paljon seuraavat ongelmat ovat vaivanneet sinua viimeksi kuluneen viikon aikana? 1. Nolostumisen pelko saa minut välttelemään joidenkin asioiden suorittamista tai puhumista toisille ihmisille; 2. Vältän tekemisiä, joissa olen huomion keskipisteenä; 3. Nolostuneeksi tuleminen tai tyhmältä vaikuttaminen kuuluvat pahimpiin pelkoihini”. Vastaajaa pyydetään arvioimaan, kuinka paljon edellä mainitut ongelmat ovat vaivanneet häntä edellisen viikon aikana. Vastausvaihtoehdot ovat: 0 = ”Ei yhtään”, 1 = ”Vähän”, 2 = ”Kohtalaisesti”, 3 = ”Hyvin paljon” ja 4 = ”Äärimmäisen paljon”. Pisteytyksen vaihteluväli on 0–12 pistettä. Yhdistimme mittarin kolme kysymystä summamuuttujaksi ja teimme muuttujasta dikotomisen: 1 = ”Ei koe sosiaalista ahdistuneisuutta (0–5 pistettä)” ja 2 = ”Kokee sosiaalista ahdistuneisuutta (6–12 pistettä)”. Käytimme alarajana sosiaaliselle ahdistuneisuudelle kuutta pistettä, joka on todettu optimaaliseksi katkaisurajaksi korkealle sosiaaliselle ahdistuneisuudelle suomalaisnuorilla (Ranta ym., 2012). Mini-SPIN on todettu luotettavaksi sosiaalisen ahdistuneisuuden ja STP:n oireiden mittariksi useissa kansainvälisissä tutkimuksissa (Seeley-Wait ym., 2009; Weeks ym., 2007; Wiltink ym., 2017) ja myös suomalaisnuorilla toteutetussa psykometrisessä tutkimuksessa (Ranta ym., 2012). Myös oman tutkimuksemme kokonaisotoksessa mittarin sisäinen reliabiliteetti oli melko korkea (Cronbachin $\alpha = .865$).

Yleistynyttä ahdistuneisuutta mitataan Kouluterveyskyselyssä General Anxiety Disorder -itsearviointikyselyllä (GAD-7; Spitzer ym., 2006). GAD–7-kysely muodostuu seitsemästä väittämästä, jotka kuvaavat yleistyneen ahdistuneisuuden oireita: ”Kuinka usein seuraavat ongelmat ovat vaivanneet sinua lomakkeen täyttöä edeltäneen kahden viikon aikana? 1. Hermostuneisuuden, ahdistuneisuuden tai kireyden tunne; 2. En ole voinut lopettaa tai hallita huolestumistani; 3. Liiallinen huolestuneisuus erilaisista asioista; 4. Vaikeus rentoutua; 5. Niin levoton olo, että on vaikea pysyä aloillaan; 6. Taipumus harmistua tai ärsyyntyä helposti; 7. Pelko siitä, että jotakin kauheaa saattaisi tapahtua”. Kunkin oireen kohdalla kysymykseen vastataan asteikolla: 0 = ”Ei lainkaan”, 1 = ”Useana päivänä”, 2 = ”Suurimpana osana päivistä” ja 3 = ”Lähes joka päivä”, ja pisteytyksen vaihteluväli on 0–21 pistettä. Yhdistimme mittarin seitsemän kysymystä dikotomiseksi summamuuttujaksi: 1 = ”Ei koe yleistynyttä ahdistuneisuutta (0–9 pistettä)” ja 2 = ”Kokee yleistynyttä ahdistuneisuutta (10–21 pistettä)” hyödyntämällä aiemmassa tutkimuksessa määriteltyä 10 pisteen katkaisurajaa (Spitzer ym., 2006). GAD-7:n sisäinen reliabiliteetti on aiemmassa tutkimuksessa todettu korkeaksi (Cronbachin

α = .92; Spitzer ym., 2006), ja sama havainto on tehty suomalaisilla nuorilla (Cronbachin α = .91; Tiirikainen ym., 2019). Myös tässä aineistossa GAD-7:n sisäinen reliabiliteetti oli melko korkea (Cronbachin α = .893).

Kliinisiä masennusoireita mitataan Kouluterveyskyselyssä PHQ–2-itsearviointikyselyllä (Kroenke ym., 2003). PHQ-2 on lyhennetty versio pidemmästä PHQ–9-mittarista (Kroenke ym., 2001), joka itsessään on lyhennelmä Patient Health Questionnaire -kyselystä (Spitzer, 1999). PHQ-2 sisältää kuvauksen kahdesta kliinisen masennustilan ydinoireesta: ”Kuinka usein seuraavat ongelmat ovat vaivanneet sinua lomakkeen täyttöä edeltäneen kahden viikon aikana? 1. Asioiden tekeminen kiinnostaa hyvin vähän tai ei juuri tuota mielihyvää; 2. Alakuloisuus, masentuneisuus tai toivottomuus”. Vastausvaihtoehdot ovat: 0 = ”Ei lainkaan”, 1 = ”Useana päivänä”, 2 = ”Suurimpana osana päivistä” ja 3 = ”Lähes joka päivä”, ja pisteytyksen vaihteluväli on 0–6 pistettä. Muiden oiremuuttujien tavoin yhdistimme PHQ-2:n kaksi kysymystä dikotomiseksi summamuuttujaksi: 1 = ”Ei koe kliinisen masennuksen oireita (0–2 pistettä)” ja 2 = ”Kokee kliinisen masennuksen oireita (3–6 pistettä)”. Aiemmassa tutkimuksessa kolme pistettä on todettu optimaaliseksi katkaisurajaksi kliinisen masennuksen oireille sekä aikuisilla (Löwe ym., 2005) että nuorilla (Richardson ym., 2010). PHQ-2:n sisäinen reliabiliteetti oli hyvä psykiatrisen avohoidon aikuispotilailla tehdyssä saksalaistutkimuksessa (Löwe ym., 2005; Cronbachin α = .83) ja hieman alhaisempi saksalaisten aikuisten yleisväestössä (Löwe ym., 2010; Cronbachin α = .75). Tämän tutkimuksen aineistossa mittarin sisäinen reliabiliteetti oli riittävä (Cronbachin α = .79).

Tutkimuksemme demografisina taustamuuttujina olivat sukupuoli ja ikä ja sosioekonomisina taustamuuttujina vanhempien korkein koulutustaso, vanhempien työttömyys ja perheen taloudellinen tilanne. **Sukupuolta** mitataan Kouluterveyskyselyssä kahdella kysymyksellä. Niistä ensimmäinen on: ”Mikä on virallinen sukupuolesi?”, johon vastausvaihtoehdot ovat: 1 = ”Poika” ja 2 = ”Tyttö”. Toinen kysymys on: ”Koetko olevasi”, jonka vastausvaihtoehdot ovat: 1 = ”Poika”, 2 = ”Tyttö”, 3 = ”Molempia”, 4 = ”En kumpaakaan” ja 5 = ”Kokemukseni vaihtelee”. Koska ihminen voi kokea sukupuoli-identiteettinsä olevan eri kuin hänen virallinen sukupuolensa, valitsimme sukupuolen mittariksi tähän tutkimukseen jälkimmäisen kysymyksen koetusta sukupuolesta. Yhdistimme vastausvaihtoehdot 3, 4 ja 5 vastaamaan kaksijakoisesta sukupuolikäsityksestä poikkeavaa sukupuoli-identiteettiä niin, että muuttujasta tuli kolmiluokkainen: 1 = ”Poika”, 2 = ”Tyttö” ja 3 = ”Muu”.

Vanhempien korkeinta koulutustasoa mitataan Kouluterveyskyselyssä kysymyksellä: ”Mikä on korkein koulutus, jonka vanhempasi ovat suorittaneet?” Kysymykseen vastataan erikseen äidin, isän ja muun vanhemman osalta, ja vastausvaihtoehdot ovat: 1 = ”Peruskoulu tai vastaava”, 2 = ”Lukio tai ammatillinen oppilaitos”, 3 = ”Lukion tai ammatillisen oppilaitoksen lisäksi ammatillisia opintoja” ja 4 = ”Yliopisto, ammattikorkeakoulu tai muu korkeakoulu”. Yhdistimme vastausvaihtoehdot

2 ja 3 yhteiseksi luokaksi, minkä tuloksena oli kolmeluokkainen muuttuja: 1 = ”Perusaste”, 2 = ”Toinen aste” ja 3 = ”Korkea-aste”.

Vanhempien työttömyyttä mitataan Kouluterveyskyselyssä kysymyksellä: ”Ovatko vanhempasi olleet viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana työttöminä tai lomautettuina?” Vastausvaihtoehdot kysymykseen ovat: 1 = ”Eivät”, 2 = ”On, yksi vanhemmistani” ja 3 = ”On, kaksi tai useampi vanhemmistani”. Yhdistimme jälleen vastausvaihtoehdot 2 ja 3 yhteiseksi luokaksi, jolloin saatiin dikotominen muuttuja: 1 = ”Ei” ja 2 = ”Kyllä, vähintään yksi vanhemmistani”.

Perheen taloudellista tilannetta mitataan Kouluterveyskyselyssä kysymyksellä: ”Millaiseksi arvioit perheesi taloudellisen tilanteen?” Vastausvaihtoehdot ovat: 1 = ”Erittäin hyväksi”, 2 = ”Melko hyväksi”, 3 = ”Kohtalaiseksi”, 4 = ”Melko huonoksi” ja 5 = ”Erittäin huonoksi”. Yhdistimme vastausvaihtoehdot 1 ja 2 sekä vaihtoehdot 4 ja 5, vastaavasti, jolloin tuloksena oli kolmiluokkainen muuttuja: 1 = ”Hyvä taloudellinen tilanne”, 2 = ”Kohtalainen taloudellinen tilanne” ja 3 = ”Huono taloudellinen tilanne”.

2.3 Aineiston tilastollinen analysointi

Käytimme aineistomme tilastolliseen analyysiin R-ohjelmistoa (v4.4.3; R Core Team, 2025) ja RStudiota (v2024.12.1+563; Posit Team, 2025). Käytimme kirjastoa *haven* (Wickham ym., 2023) aineiston valmisteluun ja kirjastoja *psych* (Revelle, 2025) ja *epiDisplay* (Chongsuvivatwong, 2022) aineiston tarkasteluun. Yhdistelmämuuttujien sisäisiä reliabiliteetteja tarkastelimme kirjastolla *ltm* (Rizopoulos, 2006). Tarkistimme regressioanalyysien oletukset kirjastolla *car* (Fox & Weisberg, 2019). Logististen regressiomallien selitysasteita tarkastelimme kirjastolla *fmsb* (Nakazawa, 2024). Aineiston visualisointiin käytimme kirjastoja *ggplot2* (Wickham, 2016), *tidyverse* (Wickham ym., 2019) ja *RColorBrewer* (Neuwirth, 2022).

Tutkimme nuorten sosiaalisen ahdistuneisuuden ja avun lähteen välistä yhteyttä ristiintaulukoimalla ja khiin neliö (χ^2) -testien avulla. Tarkastelimme avun hakemista lähteittäin vertaillen nuoria, joilla on itseraportoitua sosiaalista ahdistuneisuutta, niihin nuoriin, joilla ei ole sosiaalista ahdistuneisuutta. Avun hakemisen lähteitä koskevia jakaumia tarkasteltiin yksitellen koulun aikuisten, koulun ulkopuolisten palvelujen, omien vanhempien sekä ystävien ja muiden läheisten osalta. Tarkasteltujen muuttujien vastausvaihtoehdot olivat kategorisia ja eksklusiivisia siten, ettei useampaan kuin yhteen kategoriaan kuuluminen samanaikaisesti ollut mahdollista.

Nuorten sosiaalisen ahdistuneisuuden ja ammattiavun hakemisen yhteyttä tutkimme logistisella regressioanalyysilla. Analyyseista jätettiin pois nuoret, jotka eivät raportoimansa mukaan kokeneet tarvetta ammattiavulle, jolloin aineisto pieneni merkittävästi. Teimme kaksi regressiomallia, joista ensimmäisessä tarkastelimme vain pääselittäjän eli sosiaalisen ahdistuneisuuden ja ammattiavun hakemisen yhteyttä (malli 1). Sitten tarkastelimme yhteyttä logistisella monimuuttuja-analyysilla, johon sisällytimme kliinisen masennuksen ja yleisen ahdistuneisuuden muuttujat kontrolloitavina, muuta mielenterveysoireilua mittaavina muuttujina (malli 2). Vanhempien korkein koulutustaso ja työttömyys sekä arvio perheen taloudellisesta tilanteesta olivat mukana monimuuttuja-analyysissa kontrolloitavina sosioekonomisina taustamuuttujina ja nuoren ikä ja sukupuoli-identiteetti demografisina taustamuuttujina. Logistisen regressioanalyysin edellytykset täyttyivät otoskoon, selitettävän muuttujan dikotomisuuden ja selittävien muuttujien multikollineaarisuuden (VIF-arvot < 2.5) osalta.

3 TULOKSET

3.1 Kuvailevat tulokset

Tutkimusaineistoomme sisällytetyistä, mielialastaan huolta kokeneista nuorista (N = 50 414) merkittävä prosenttiosuus kärsi joko ahdistuneisuus- tai masennusoireista. Taulukkoon 1 on ristiintaulukoitu psykologisten oiremuuttujien (sosiaalinen ahdistuneisuus, yleinen ahdistuneisuus, kliiniset masennusoireet) frekvenssit vastaajien koetun sukupuolen mukaan. Huomattava osa (54.6 %) nuorista kärsi itseraportoidusta sosiaalisesta ahdistuneisuudesta Mini–SPIN-mittarilla arvioituna. Tässä ryhmässä sosiaalisen ahdistuneisuuden oireiden keskiarvopistemäärä oli 5.94 (*kh* = 3.63, *md* = 6, *vv* = 0–12), joka lähestyi Mini–SPIN-mittarin suositeltua katkaisupistemäärää. Sosiaalisen ahdistuneisuuden oireet olivat tässä aineistossa myös yleisempiä kuin yleistyneen ahdistuneisuuden (χ^2 (1) = 3403.1, $p < .001$) ja kliinisen masennuksen (χ^2 (1) = 2797.8, $p < .001$) oireet. Kuten Taulukosta 1 nähdään, sosiaalista ahdistuneisuutta kokivat eniten muunsukupuoliset ja tytöt, ja sukupuolierot olivat tilastollisesti merkitseviä. Sosiaalisen ahdistuneisuuden ohella myös yleistynyt ahdistuneisuus ja kliininen masennusoireilu oli otoksessa yleistä (Taulukko 1), ja molempien osalta keskiarvopistemäärät lähestyivät mittareille suositeltuja katkaisupistemääriä: yleistyneen ahdistuneisuuden keskiarvopistemäärä oli 9.39 (*kh* = 5.56, *md* = 8, *vv* = 0–21) ja kliinisten masennusoireiden keskiarvopistemäärä 2.66

(*kh* = 1.91, *md* = 2, *vv* = 0–6). Yhteydet kunkin oiremuuttujan ja sukupuolen välillä olivat merkitseviä.

Mielialastaan huolta kokeneista nuorista 58.8 % oli kertonut jollekulle huolistaan, ja 41.2 % ei ollut kertonut kenellekään. Tytöistä suurempi prosenttiosuus (60.1 %) oli kertonut jollekulle mielialahuolistaan kuin pojista (53.7 %). Suurin enemmistö mielialahuolensa jollekin taholle jakaneista nuorista löytyi kuitenkin muunsukupuolisten joukosta (62.2 %). Ryhmäerot olivat merkitseviä (χ^2 (2) = 160.89, $p < .001$).

Taulukkoon 2 on ristiintaulukoitu demografisten ja sosioekonomisten taustamuuttujien frekvenssit aineistossa. Tässä mielialahuolta kokeneiden nuorten otoksessa valtaosa (75.7 %) nuorista kuului 15–18-vuotiaiden ikäryhmiin. 14–15-vuotiaita ja 18–19-vuotiaita oli selvästi vähemmän. Sosioekonomisten taustamuuttujien osalta suurin osa nuorista kuvasi perheensä taloudellista tilannetta hyväksi (61.7 %) ja raportoi, etteivät hänen vanhempansa olleet kokeneet työttömyyttä (62.2 %). Puolet (50.0 %) nuorista vastasi äitinsä korkeimmaksi koulutustasoksi korkeakoulutuksen. Niistä nuorista, jotka raportoivat isänsä koulutustasosta, vähän yli puolet (51.9 %) vastasi toisen asteen koulutuksen samoin kuin nuorista, jotka kertoivat muun vanhempansa koulutustasosta (52.6 %).

Taulukko 1

Psykologisten oiremuuttujien jakaumat koetun sukupuolen mukaan ja ryhmien väliset erot

	Yhteensä (*N* = 50 414)	Pojat (*n* = 10 946)	Tytöt (*n* = 35 732)	Muut (*n* = 3 736)	χ^2 (df)
	n (%)	*n* (%)	*n* (%)	*n* (%)	
Mini-SPIN					1111.1***
Ei koe SA-oireita	22 891 (45.4)	6 252 (57.1)	15 596 (43.6)	1 043 (27.9)	(2)
Kokee SA-oireita	27 523 (54.6)	4 694 (42.9)	20 136 (56.4)	2 693 (72.1)	
GAD-7					1569.3***
Ei koe GAD-oireita	28 555 (56.6)	7 835 (71.6)	19 257 (53.9)	1 463 (39.2)	(2)
Kokee GAD-oireita	21 859 (43.4)	3 111 (28.4)	16 475 (46.1)	2 273 (60.8)	
PHQ-2					803.43***
Ei koe masennus-oireita	26 966 (53.5)	6 409 (58.6)	19 356 (54.2)	1 201 (32.1)	(2)
Kokee masennus-oireita	23 448 (46.5)	4 537 (41.4)	16 376 (45.8)	2 535 (67.9)	

Huom. Mini-SPIN = Mini–Social Phobia Inventory, GAD-7 = General Anxiety Disorder–7, PHQ-2 = Public Health Questionnaire–2

*** $p < .001$

Taulukko 2

Iän ja sosioekonomisten taustamuuttujien jakaumat koetun sukupuolen mukaan ja ryhmien väliset erot

	Yhteensä (N = 50 414)	Pojat (n = 10 946)	Tytöt (n = 35 732)	Muut (n = 3 736)	Puuttuvat	χ^2 (df9
	n (%)	*n* (%)	*n* (%)	*n* (%)	*n* (%)	
Ikäryhmä					—	371.72***
14-vuotiaat	8 463 (16.8)	1 615 (14.8)	5 921 (16.6)	927 (24.8)		(8)
15-vuotiaat	13 513 (26.9)	2 850 (26.0)	9 518 (26.6)	1 145 (30.7)		
16-vuotiaat	12 581 (25.0)	2 775 (25.4)	8 939 (25.0)	867 (23.2)		
17-vuotiaat	12 093 (24.0)	2 771 (25.3)	8 727 (24.4)	595 (15.9)		
18-vuotiaat	3 757 (7.4)	935 (8.5)	2 621 (7.3)	201 (5.4)		
Vanhempien työttömyys					—	111.77***
Ei	31 346 (62.2)	6 674 (61.0)	22 623 (63.3)	2 049 (54.8)		(2)
Kyllä	19 068 (37.8)	4 272 (39.0)	13 109 (36.7)	1 687 (45.2)		
Arvio perheen taloudellisesta tilanteesta					—	141.03***
Hyvä	31 128 (61.7)	6 820 (62.3)	22 321 (62.5)	1 987 (53.2)		(4)
Kohtalainen	14 954 (30.0)	3 137 (28.7)	10 500 (29.4)	1 317 (35.3)		
Heikko	4 332 (8.6)	989 (9.0)	2 911 (8.1)	432 (11.6)		
Äidin korkein koulutustaso					—	62.039***
Peruskoulutus	2 198 (4.4)	537 (4.9)	1 421 (4.0)	240 (6.4)		(4)
Toisen asteen koulutus	22 990 (45.6)	4 889 (44.7)	16 402 (45.9)	1 699 (45.5)		
Korkeakoulutus	25 226 (50.0)	5 520 (50.4)	17 909 (50.1)	1 797 (48.1)		
Isän korkein koulutustaso					1363 (2.7)	34.738***
Peruskoulutus	3 654 (7.2)	744 (7.0)	2 590 (7.4)	320 (9.0)		(4)
Toisen asteen koulutus	25 350 (50.3)	5 343 (50.1)	18 162 (52.2)	1 845 (51.5)		
Korkeakoulutus	20 047 (39.8)	4 574 (42.9)	14 054 (40.4)	1 419 (39.6)		
Muun vanhemman korkein koulutustaso					44 806 (88.9)	27.388***
Peruskoulutus	612 (1.2)	206 (13.0)	317 (9.2)	89 (15.0)		(4)
Toisen asteen koulutus	2 948 (5.8)	805 (50.9)	1 843 (53.7)	300 (50.4)		
Korkeakoulutus	2 048 (4.1)	570 (36.1)	1 272 (37.1)	206 (34.6)		

*** $p < .001$

3.2 Sosiaalisen ahdistuneisuuden ja avun lähteiden kahdenväliset yhteydet

Hypoteesin H1a mukaisesti sosiaalista ahdistuneisuutta kokevat nuoret hakivat apua mielialaan liittyviin huoliinsa enemmän epäformaaleista lähteistä kuin formaaleista lähteistä. Vastoin hypoteesia H1b useampi heistä haki apua ystäviltään ja muilta läheisiltään kuin omilta vanhemmiltaan. Taulukkoon 3 on ristiintaulukoitu eri lähteistä haetun avun yleisyyksiä vertaillen nuoria, jotka raportoivat katkaisurajan ylittävää sosiaalista ahdistuneisuutta, niihin nuoriin, jotka raportoivat katkaisurajan alle jäävää sosiaalista ahdistuneisuutta. Ryhmien väliset erot on visualisoitu Kuvioon 1.

Taulukko 3

Sosiaalisen ahdistuneisuuden ja eri lähteistä haetun avun kahdenväliset yhteydet

Muuttujat	Yhteensä (N = 50 414)	Ei koe SA-oireita (n = 22 973)	Kokee SA-oireita (n = 27 610)	χ^2 (df)
	n (%)	n (%)	n (%)	
Huolta mielialasta				201.22***
Kyllä, kertonut jollekulle	29 657 (58.8)	14 247 (62.2)	15 410 (56.0)	(1)
Kyllä, mutta ei ole kertonut	20 757 (41.2)	8 644 (37.8)	12 113 (44.0)	
Koulun aikuiset [a]				649.95***
Kyllä, paljon	3 711 (7.4)	1 798 (7.9)	1 913 (7.0)	(3)
Kyllä, jonkin verran	14 473 (28.8)	6 092 (26.6)	8 381 (30.5)	
En, mutta olisin tarvinnut	9 092 (18.0)	3 284 (14.3)	5 808 (21.1)	
En ole tarvinnut apua	23 138 (45.9)	11 717 (51.2)	11 421 (41.5)	
Palvelut koulun ulkopuolella [b]				754.88***
Kyllä, paljon	4 886 (9.7)	2 072 (9.1)	2 814 (10.2)	(3)
Kyllä, jonkin verran	7 302 (14.5)	3 138 (13.7)	4 164 (15.1)	
En, mutta olisin tarvinnut	9 919 (19.7)	3 452 (15.1)	6 467 (23.5)	
En ole tarvinnut apua	28 307 (56.1)	14 229 (62.2)	14 078 (51.1)	
Omat vanhemmat				684.26***
Kyllä, paljon	7 862 (15.6)	4 217 (18.4)	3 645 (13.2)	(3)
Kyllä, jonkin verran	16 770 (33.3)	7 776 (34.0)	8 994 (32.7)	
En, mutta olisin tarvinnut	9 831 (19.5)	3 418 (14.9)	6 413 (23.3)	
En ole tarvinnut apua	15 951 (31.6)	7 480 (32.7)	8 471 (30.8)	

[a] Esimerkiksi opettaja, terveydenhoitaja, lääkäri, psykologi tai kuraattori.

[b] Esimerkiksi terveyskeskus, mielenterveyspalvelut tai nuorisotoimen palvelut.

*** $p < .001$

Taulukko 3 (jatk.)

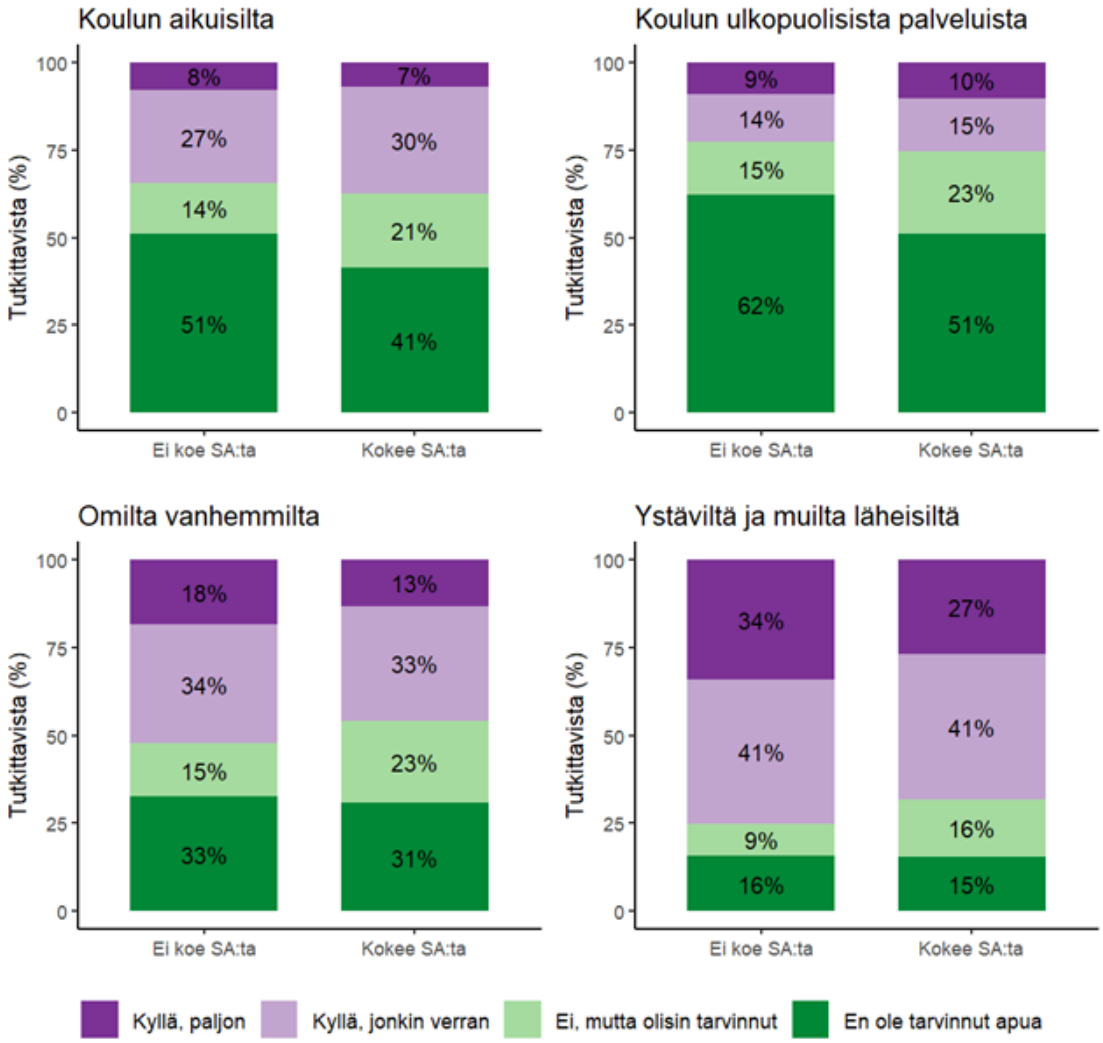
Sosiaalisen ahdistuneisuuden ja eri lähteistä haetun avun kahdenväliset yhteydet

Muuttujat	Yhteensä (N = 50 414)	Ei koe SA-oireita (n = 22 973)	Kokee SA-oireita (n = 27 610)	χ^2 (df)
	n (%)	n (%)	n (%)	
Ystävät ja muut läheiset				710.68***
Kyllä, paljon	15 154 (30.1)	7 782 (34.0)	7 372 (26.8)	(3)
Kyllä, jonkin verran	20 778 (41.2)	9 403 (41.1)	11 375 (41.3)	
En, mutta olisin tarvinnut	6 626 (13.1)	2 108 (9.2)	4 518 (16.4)	
En ole tarvinnut apua	7 856 (15.6)	3 598 (15.7)	4 258 (15.5)	

*** $p < .001$

Kuvio 1

Nuorten sosiaalinen ahdistuneisuus ja avun hakeminen avun lähteittäin



Riippumatta sosiaalisesta ahdistuneisuudesta kaikki nuoret hakivat apua eniten ystäviltään ja muilta läheisiltään, toiseksi eniten omilta vanhemmiltaan, kolmanneksi eniten koulun aikuisilta ja vähiten koulun ulkopuolisista palveluista. Kuten Taulukosta 3 käy ilmi, sosiaalisesta ahdistuneisuudesta kärsivät nuoret erosivat kuitenkin merkitsevästi jokaisen avun lähteen kohdalla nuorista, joilla ei ollut sosiaalista ahdistuneisuutta. Ryhmäerot tulivat esiin siinä, miten paljon kustakin lähteestä oli haettu tai jätetty hakematta apua. Sosiaalisesti ahdistuneet nuoret hakivat merkitsevästi ei-ahdistuneita enemmän apua jokaisen avun lähteen kohdalla lukuun ottamatta ystäviä ja muita läheisiä. He kuitenkin raportoivat jokaisen avun lähteen kohdalla jättäneensä ei-ahdistuneita nuoria useammin hakematta apua, vaikka olisivat tarvinneet sitä. Sen sijaan nuoret, joilla ei ollut sosiaalista ahdistuneisuutta, raportoivat jokaisen avun lähteen kohdalla useammin, ettei tarvetta avulle ollut. Kaikkiaan merkitsevästi suurempi osa sosiaalista ahdistuneisuutta kokevista nuorista oli jättänyt kertomatta mielialahuolistaan kenellekään verrattuna nuoriin, joilla ei ollut sosiaalista ahdistuneisuutta.

3.3 Sosiaalisen ahdistuneisuuden yhteys ammattiavun hakemiseen monimuuttuja-analyysissa

Hypoteesimme H2 mukaisesti sosiaalisen ahdistuneisuuden ja ammattiavun hakematta jättämisen välillä oli tilastollisesti merkitsevä positiivinen yhteys, kun myös muiden koettujen psykologisten oireiden sekä demografisten ja sosioekonomisten taustamuuttujien vaikutukset kontrolloitiin. Taulukkoon 4 on koottu logististen regressiomallien 1 ja 2 tulokset koskien nuoria, jotka raportoivat mielialahuolen lisäksi tarvetta ammattiavulle (n = 31 082). Nuoren sosiaalinen ahdistuneisuus lisäsi molemmissa regressiomalleissa riskiä sille, ettei hän hakenut ammattiapua mielialaansa liittyviin huoliin. Kuten taulukosta selviää, sosiaalisen ahdistuneisuuden osuus toteutuneen avun hakemisen ennustajana oli jopa hieman suurempi taustamuuttujat sisältävässä regressiomallissa 2. Mallissa 1 sosiaalista ahdistuneisuutta kokevalla nuorella todennäköisyys jättää hakematta ammattiapua oli 57.0 % (OR 1.323, luottamusväli 95 % 1.258–1.393, $p < .001$), ja mallissa 2 vastaava todennäköisyys oli 58.0 % (OR 1.383, luottamusväli 95 % 1.173–1.634, $p < .001$). Kummallekin mallille estimoidut selitysasteet olivat kuitenkin melko heikkoja (Nagelkerken pseudo-R^2 = 0.005 mallissa 1 ja Nagelkerken pseudo-R^2 = 0.031 mallissa 2).

Taustamuuttujista merkitseviä olivat nuoren koettu sukupuoli, arvio perheen taloudellisesta tilanteesta sekä kliininen masennusoireilu. Kun vertailuryhmänä olivat pojat, sukupuolen

kokemukseltaan muunsukupuolisilla oli pienempi riski olla hakematta ammattiapua kokemiinsa mielialahuoliin. Hyvään taloudelliseen tilanteeseen verrattuna heikko taloudellinen tilanne kasvatti riskiä

Taulukko 4

Logistinen regressioanalyysi muuttujien vaikutuksesta ammattiavun hakematta jättämiseen

Muuttujat	β	OR (95 % luottamusväli)	*p*
Malli 1			
Mini-SPIN	0.280	1.323 (1.258–1.393)	< .001***
Malli 2			
Koettu sukupuoli			
Poika	0.0	1.00	
Tyttö	-0.113	0.893 (0.745–1.071)	.220
Muu	-0.364	0.695 (0.528–0.910)	.009**
Ikäryhmä			
14-vuotiaat	0.0	1.00	
15-vuotiaat	-0.018	0.983 (0.794–1.217)	.872
16-vuotiaat	-0.063	0.939 (0.747–1.179)	.586
17-vuotiaat	-0.109	0.897 (0.703–1.144)	.382
18-vuotiaat	0.0463	1.047 (0.746–1.459)	.786
Vanhempien työttömyys	-0.108	0.898 (0.765–1.053)	.186
Taloudellinen tilanne			
Hyvä	0.0	1.00	
Kohtalainen	0.017	1.017 (0.854–1.209)	.852
Heikko	0.387	1.473 (1.150–1.881)	.002**
Äidin korkein koulutustaso			
Perusaste	0.0	1.00	
Toinen aste	-0.034	0.966 (0.712–1.320)	.828
Korkea-aste	0.071	1.074 (0.773–1.501)	.673
Isän korkein koulutustaso			
Perusaste	0.0	1.00	
Toinen aste	-0.121	0.886 (0.673–1.175)	.396
Korkea-aste	0.019	1.019 (0.742–1.406)	.906
Muun vanhemman korkein koulutustaso			
Perusaste	0.0	1.00	
Toinen aste	0.017	1.017 (0.771–1.350)	.907
Korkea-aste	-0.029	0.971 (0.719–1.319)	.852
PHQ-2	0.349	1.418 (1.177–1.709)	< .001***
GAD-7	0.116	1.123 (0.934–1.351)	.217
Mini-SPIN	0.325	1.383 (1.173–1.634)	< .001***

Huom. Mini-SPIN = Mini–Social Phobia Inventory, PHQ-2 = Public Health Questionnaire–2, GAD-7 = General Anxiety Disorder–7

*** $p < .001$, ** $p < .01$

sille, ettei nuori hae ammattiapua. Myös kliininen masennusoireilu kasvatti riskiä nuoren ammattiavun hakematta jättämiselle jopa enemmän kuin sosiaalinen ahdistuneisuus. Kliinisten masennusoireiden kohdalla todennäköisyys jättää hakematta ammattiapua koettuihin mielialahuoliin oli 58.6 % (OR 1.418, luottamusväli 95 % 1.177–1.709, $p < .001$).

4 POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää sosiaalisen ahdistuneisuuden yhteyttä nuorten avun hakemiseen heidän kokemiinsa mielialahuoliin. Tarkastelimme, mistä sosiaalista ahdistuneisuutta kokevat nuoret hakevat apua mielialahuoliinsa, ja kasvattaako sosiaalinen ahdistuneisuus riskiä nuoren ammattiavun hakematta jättämiselle. Tutkimuksen aineisto on saatu THL:n vuoden 2021 Koulu-terveyskyselystä. Oma tutkimusaineistomme koostui peruskoulun 8. ja 9. luokkalaisista ja toisen asteen oppilaitosten 1. ja 2. luokkalaisista nuorista, jotka raportoivat kokeneensa huolta mielialastaan viimeisen 12 kuukauden aikana. Heistä merkittävä osuus, yhteensä yli puolet, raportoi sosiaalista ahdistuneisuutta. Ensimmäisen tutkimushypoteesimme mukaisesti sosiaalisesti ahdistuneet nuoret hakivat enemmän apua epäformaaleista kuin formaaleista lähteistä. Sosiaalisesti ahdistuneista nuorista useampi kuitenkin haki epäformaalia tukea ystäviltään ja muilta läheisiltään kuin omilta vanhemmiltaan, mikä oli vastoin oletustamme. Toinen hypoteesimme sai tukea: sosiaalinen ahdistuneisuus oli yhteydessä nuoren kohonneeseen riskiin jättää hakematta ammattiapua rajatummassa, sekä mielialahuolta että hoidon tarvetta raportoineiden nuorten joukossa.

4.1 Sosiaalisesti ahdistuneiden nuorten avun lähteet

Tutkimuksessamme sosiaalisesti ahdistuneet nuoret hakivat tukea mielialaansa liittyviin asioihin pääsääntöisesti epäformaaleista lähteistä. Tämä on linjassa asettamamme hypoteesin ja aiempien tutkimuslöydösten kanssa, jotka ovat melko johdonmukaisesti osoittaneet nuorten nojautuvan eri mielenterveyshuolia kohdatessaan ensisijaisesti epäformaaliin tukeen ammattiavun sijaan (Rickwood ym., 2005; Rickwood ym., 2007; Wilson ym., 2005). Tässäkin tutkimuksessa sosiaalisesti ahdistuneiden nuorten ohella myös nuoret, joilla ei ollut sosiaalista ahdistuneisuutta, käyttivät eniten epäformaaleja

lähteitä hakiessaan apua mielialahuoliinsa. Aiheesta on vähän sosiaalisesti ahdistuneisiin nuoriin keskittyvää tutkimusta, mutta Colognorin ja kollegoiden (2012) yhdysvaltalaistutkimuksessa sekä lievästä että häiriötasoisesta sosiaalisesta ahdistuneisuudesta kärsivistä 14–18-vuotiaista nuorista suurempi osa kertoi oireistaan omille vanhemmilleen kuin hakeutui ammattiavun piiriin.

Vastoin hypoteesiamme sosiaalisesti ahdistuneista nuorista suurempi prosenttiosuus tukeutui mielialahuolissaan ystäviinsä ja muihin läheisiinsä (noin 68 %) kuin omiin vanhempiinsa (46 %). Näin tekivät myös nuoret, joilla ei ollut sosiaalista ahdistuneisuutta. Tulos on ristiriidassa Colognorin ja kollegoiden (2012) havainnon kanssa, jonka mukaan yli kolmasosa (37 %) sosiaalisesti ahdistuneista nuorista kääntyi vanhempiensa puoleen, mutta vain 8 % kertoi ystävälle tai muulle tuntemalleen aikuiselle sosiaalisen ahdistuneisuuden oireistaan. Colognorin ja kollegoiden havaitsemat osuudet ovat myös huomattavasti pienempiä kuin tässä tutkimuksessa havaitsemamme osuudet. Löydös ei ole täysin verrattavissa meidän tulokseemme, sillä tässä tutkimuksessa selvitimme nuorten avun lähteitä heidän mielialaansa liittyvissä huolissa, kun Colognori kollegoineen tarkasteli nuorten kertomista sosiaalisen ahdistuneisuuden oireistaan jollekulle. Kuitenkin Colognorin ja kollegoiden tutkimuksen sukupuolijakauma tyttöjen ja poikien välillä oli tasaväkinen siinä, missä tämän tutkimuksen aineistosta jopa 70 % oli tyttöjä. Eriävien sukupuolijakaumien valossa yksi selitys havaituille eroille epäformaalia tukea hakeneiden osuuksissa voisi olla esimerkiksi mielenterveysstigma, sillä pojilla sukupuolen on havaittu ennakoivan voimakkaampaa stigmaa mielenterveysongelmia, kuten masennusta (Calear ym., 2011) ja ahdistuneisuushäiriöitä (Busby Grant ym., 2016; Calear ym., 2017) kohtaan. Stigma puolestaan on havaittu merkittäväksi esteeksi nuorten avun hakemiselle (Barrow & Thomas, 2022; Gulliver ym., 2010; Radez ym., 2021; Rickwood ym., 2005).

Löydöksemme on ristiriidassa sen kanssa, mikä on yleinen, tutkimusalueen ja diagnostiikkaan liittyvän kirjallisuuden kartoittamisen pohjalta muodostunut käsityksemme sosiaalisen ahdistuneisuuden ja STP:n luonteesta. STP:hen liittyy haasteita sosiaalisen elämän alueella: yksinäisyyttä (Gallagher ym., 2014; Erath ym., 2010; Stoeckli, 2009), eristäytyneisyyttä (Ranta & Koskinen, 2016, 2025), ystävien vähäisyyttä (Ranta, La Greca ym., 2016) sekä kokemusta siitä, ettei tule luokkatovereidensa hyväksymäksi (De Lijster ym., 2018; Flanagan ym., 2008; La Greca & Lopez, 1998). Myös sosiaalisesti ahdistuneiden nuorten pelko stigman kohteeksi joutumisesta ikätovereidensa joukossa (McDonagh & Hennessy, 2023) on tekijä, joka voisi vaikuttaa siihen, että nämä nuoret kääntyisivät ystäviensä sijaan vanhempiensa puoleen.

Hypoteesimme vastaiselle tulokselle siitä, että sosiaalisesti ahdistuneista nuorista useampi haki tukea mielialahuoliinsa ystäviltään ja muilta läheisiltään kuin vanhemmiltaan, löytyy mahdollisia perusteluja. Metodologisena tekijänä tulokseen saattoi vaikuttaa, että Kouluterveyskyselyssä avun hakemista ja sen lähdettä mittaavassa kysymyksessä yhdistetään ystävät ja muut läheiset yhdeksi

vastausvaihtoehdoksi. Koska muihin läheisiin voi sisältyä esimerkiksi nuoren lähisukulaisia, ei tulosta voida pitää täysin vastakkaisena aiemmalle käsityksellemme siitä, että ikätoverit eivät olisi sosiaalisesti ahdistuneiden nuorten ensisijainen tuen lähde. Näin ollen päätelmien tekoa hankaloittaa se, että ystävät eivät ole omana kategorianaan avun lähteissä. Toisaalta tuloksestamme poikenneessa Colognorin ja kollegoiden (2012) tutkimuksessa käytettiin samansuuntaista kategorisointia (vanhemmat ja muut, esim. ystävät tai sukulaiset), mistä huolimatta vanhemmat olivat niitä, keille nuoret useimmiten avautuivat sosiaalisen ahdistuneisuuden oireistaan.

Toisena tärkeänä perusteluna hypoteesimme vastaiselle tulokselle pidämme kehityspsykologisia tekijöitä. Nuoruuden kehitysvaiheelle on tyypillistä, että nuoren ja vanhemman välinen suhde voi etääntyä samalla, kun ystävyyssuhteista tulee läheisempiä (Smetana ym., 2014). Tämä näkyy myös siinä, kenelle nuori avautuu henkilökohtaisista asioistaan. Esimerkiksi eräässä yhdysvaltalaistutkimuksessa (Villalobos Solís ym., 2015) nuoret raportoivat jakaneensa henkilökohtaisia asioitaan enemmän parhaalle ystävälleen kuin äidilleen. Nuoret kertoivat vastaavasti salanneensa niitä vähemmän parhaalta ystävältään kuin äidiltään. Oletimme kuitenkin hypoteesia asettaessamme, että sosiaalisen ahdistuneisuuden piirteet ja sille tunnistetut korrelaatit nousisivat ikätyypillisyyttä merkittävämpään rooliin nuorten avun hakemisessa. Sosiaaliseen ahdistuneisuuteen usein liittyvää yksinäisyyttä ja ystävien vähyyttä voidaan myös pohtia kriittisesti. On perusteltua olettaa laajojen ystäväverkkojen uupumista sosiaalisessa ahdistuneisuudessa (Gallagher ym., 2014; Ranta, La Greca ym., 2016; Stoeckli, 2009), mutta löydöksemme kannalta yksikin ystävä riittäisi sosiaalisesti ahdistuneen nuoren avun lähteeksi. Nämä mainitut perustelut koskevat juuri ystäviä eivätkä niinkään muita läheisiä.

Kuten todettu, tutkimuksessamme ammattiapua haettiin epäformaalia apua vähemmän. Sosiaalisesti ahdistuneista nuorista runsas kolmasosa (noin 37 %) raportoi saaneensa jonkin verran tai paljon tukea mielialahuoliinsa koulun aikuisilta ja noin neljännes (25 %) koulun ulkopuolisista palveluista. Samansuuntainen mutta käänteinen tulos on aiemmin tehty suomalaisessa tutkimuksessa (Ranta, Kaltiala-Heino, Rantanen & Marttunen, 2009), jossa STP:stä kärsineistä nuorista noin kolmannes (36 %) oli hakenut apua julkisesta tai yksityisestä terveydenhuollosta ja noin neljännes (23 %) ammattilaisilta, joilla ei ollut mielenterveysalan koulutusta, esimerkiksi koulussa. Muissa löytämissämme sosiaalisesti ahdistuneisiin nuoriin kohdistuneissa tutkimuksissa ammattiapua hakeneiden osuudet ovat olleet pienempiä. Esimerkiksi yhdysvaltalaisessa epidemiologisessa tutkimuksessa kliinisestä STP:stä kärsineistä nuorista vain 8.6 % oli hakenut ylipäätään ammattiapua (Burstein, He ym., 2011). Toisessa yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa (Colognori ym., 2012) noin 22 % nuorista, joilla oli STP, oli ollut ammattiavun piirissä. On kuitenkin huomattava, että edellä mainituissa tutkimuksissa selvitettiin avun hakemista juuri STP:hen lukuun ottamatta Rannan, Kaltiala-Heinon, Rantasen ja Marttusen (2009) tutkimusta, jossa avun hakemisen syitä ei oltu eritelty. Meidän tutkimuksessamme nuorten

avun piiriin hakeutumisen syytä ei määritelty kovin tiukasti: Kouluterveyskyselyssä käytetty muotoilu avun hakemisesta ”mielialaan liittyvissä asioissa” on voinut tarkoittaa toisille nuorille jossain määrin erilaisia asioita kuin toisille. Tämä saattaa osaltaan selittää aiempiin tutkimuksiin nähden ammattiapua hakeneiden korkeahkoa osuutta.

Lisäksi metodiikkaan liittyvänä eroavaisuutena aiempiin tutkimuksiin nähden on hyvä ottaa huomioon, miten nuorten STP:tä kussakin tutkimuksessa on mitattu. Tässä tutkimuksessa selittävänä muuttujana tutkimme sosiaalista ahdistuneisuutta diagnostisesti määritellyn STP:n sijaan, ja määritelmä tehtiin käyttäen Mini–SPIN-mittarin (Connor ym., 2001) suomalaisnuorille vahvistettua katkaisupistemäärää (Ranta ym., 2012), ei kliinisen haastattelun perusteella. Aiemmissa aiheesta tehdyissä tutkimuksissa STP:tä arvioitiin strukturoiduilla diagnostisilla haastatteluilla (Burstein, He ym., 2011; Ranta, Kaltiala-Heino, Rantanen & Marttunen, 2009) lukuun ottamatta Colognorin ja kollegoiden (2012) tutkimusta, jossa oireilua mitattiin meidän tutkimuksemme tavoin sosiaalisen ahdistuneisuuden itsearviointimittarilla. Kuitenkin vain Rannan, Kaltiala-Heinon, Rantasen ja Marttusen (2009) tutkimuksessa diagnostisen haastattelun toteutti mielenterveyskoulutuksen saanut terveydenhuollon ammattihenkilö. Nämä eroavaisuudet voivat vaikuttaa siten, että meidän tutkimuksessamme sosiaalisesti ahdistuneiden nuorten ryhmässä voi olla mukana nuoria, jotka eivät täyttäisi STP:n diagnostisia kriteereitä.

Kahdenvälisiä yhteyksiä tarkasteltaessa sosiaalisesti ahdistuneilla nuorilla esiintyi formaalin avun hakemista hieman useammin kuin nuorilla, joilla ei ollut sosiaalista ahdistuneisuutta. Acarturk ja kumppanit (2008) tekivät samankaltaisen havainnon alankomaalaisessa väestötutkimuksessaan, jossa STP-diagnoosin saaneet aikuiset hakivat enemmän apua kuin ne, joilla ei ollut diagnoosia. Tulostamme ei kuitenkaan tule sekoittaa siihen, että sosiaalinen ahdistuneisuus olisi tilastollisesti yhteydessä ammattiavun hakemiseen, sillä tässä selvitettiin kahden ryhmän välisiä merkitseviä eroja. Mahdollinen selitys erolle voisi olla mielenterveysoireilun vakavuuden ja samanaikaissairastavuuden yhteydet ammattiavun hakemiseen. Tiedetään, että sosiaalinen ahdistuneisuus esiintyy nuorilla usein yhdessä yhden tai useamman muun mielenterveyshäiriön tai lievemmän psyykkisen oireen kanssa (Gallagher ym., 2014; Ranta & Koskinen, 2025), ja että samanaikaissairastavuus näyttää olevan positiivisesti yhteydessä ammattiavun hakemiseen (Merikangas ym., 2011; Zarger & Rich, 2016). Lisäksi vakava oireilu näyttää johtavan useammin ammattiavun hakemiseen kuin lievempi oireilu (Colognori ym., 2012; Merikangas ym., 2011). Vertailtaessa tutkimiamme ryhmiä sosiaalisesti ahdistuneiden ryhmässä tiedetään olleen itsearvioitujen pistemäärien perusteella vaikeampaa oireilua kuin ei-ahdistuneiden ryhmässä, josta tiedossamme on vain viimeisen vuoden aikana koettu huoli mielialasta ja korkeintaan katkaisurajan alittavia sosiaalisen ahdistuneisuuden oireita.

Vaikka sosiaalisesti ahdistuneet nuoret raportoivat hakeneensa ei-ahdistuneita nuoria

useammin formaalia apua, he kuitenkin raportoivat ei-ahdistuneita nuoria useammin jättäneensä hakematta apua kustakin avun lähteestä siitä huolimatta, että olisivat tarvinneet apua. Löydös koski sekä formaaleja että epäformaaleja avun lähteitä. Aikaisempiin tutkimuslöydöksiin pohjaten voidaan pohtia, mikä aiheutti kynnyksen avun hakemiselle, vaikka sille oli koettu tarve. Taustalla voi olla yleisesti tunnistettuja nuorten formaalin avun hakemista estäviä tekijöitä, kuten stigma, aliarvioiva käsitys omien ongelmien vakavuudesta, aikaisemmat negatiiviset kokemukset ammattiavun hakemisesta tai mielenterveysavun tarjoajia koskevat ennakkoluulot (Barrow & Thomas, 2022; Gulliver ym., 2010; Radez ym., 2021). Syyt voivat liittyä myös nuorten sosiaaliseen ahdistuneisuuteen alustavan tutkimusnäytön (McDonagh & Hennessy, 2023) perusteella yhdistettyihin erityisiin avun hakemisen esteisiin, kuten sosiaalisen ahdistuneisuuden näkemiseen ujoutena tai ohimenevänä, normaalina nuoruuden vaiheena eikä hoitoon oikeuttavana häiriönä. Nuorten kokemat, tässä tutkimuksessa tuntemattomiksi jäävät avun hakemisen esteet ovat voineet johtaa siihen, että vaikka nuoret tunnistivat sekä sosiaalisen ahdistuneisuuden oireita että tarvetta avulle, kynnys avun hakemiselle jäi liian korkeaksi.

4.2 Sosiaalinen ahdistuneisuus ammattiavun hakemisen esteenä

Sosiaalinen ahdistuneisuus ennusti hypoteesimme mukaisesti avun tarvetta raportoivien nuorten ammattiavun hakematta jättämistä heidän mielialaansa liittyviin asioihin. Tulos säilyi, kun sekä muuhun psykologiseen oireiluun liittyvät että demografiset ja sosioekonomiset taustamuuttujat kontrolloitiin. Saatu tulos viittaa siihen, että sosiaalinen ahdistuneisuus voi olla esteenä ammattiavun hakemiselle mielialaan liittyvään huoleen nuoruusiässä. Löydöstä voi pitää merkittävänä, sillä se tarjoaa kaiken kaikkiaan uutta tietoa niin suomalaisen kuin kansainvälisen nuorten hoitoon hakeutumista käsittelevän tutkimuksen kentälle. Aiemmat löytämämme aihepiiristä tehdyt tutkimukset (Capron ym., 2018; Goodwin & Fitzgibbon, 2002; Peros & Ward-Ciesielski, 2022; Ranta ym., 2017) ovat vähäisiä ja eroavat toisistaan tutkimusryhmää ja -aihetta koskevilta rajauksiltaan ja metodeiltaan. Näiden tutkimusten tulokset ovat myös keskenään ristiriitaisia.

Kun tulos suhteutetaan aikaisempiin tutkimuksiin, joissa tarkastellaan sosiaalisen ahdistuneisuuden yhteyttä avun hakemiseen muihin mielenterveysongelmiin, voidaan todeta Rannan ja kollegoiden (2017) suomalaisen tutkimuslöydöksen saavan tukea. Tarkastelun kohteena kyseisessä tutkimuksessa oli 15–17-vuotiaiden nuorten avun hakeminen syömishäiriöoireisiin. Tutkijat havaitsivat, että sosiaalinen ahdistuneisuus kasvatti nuorten riskiä olla hakematta apua bulimian oireisiin.

Anoreksian kohdalla nuorten avun hakemista estivät sosiaalisen ahdistuneisuuden sijaan masennusoireet. Masennusoireilu ei ollut pääkiinnostuksen kohteena meidän tutkimuksessamme, mutta teimme niin ikään havainnon, että kliiniset masennusoireet voivat sosiaalisen ahdistuneisuuden tavoin kasvattaa riskiä nuoren avun hakematta jättämiselle silloin, kun nuori kokee huolta mielialastaan. Aiemmissa tutkimuksissa toivottomuus ja motivaation puute (Radez ym., 2022) sekä itsetuhoiset ajatukset (Rickwood ym., 2007) on yhdistetty masennusoireista kärsivien nuorten avun hakematta jättämiseen. Näistä oireista kärsivillä nuorilla esiintyy usein taipumusta vetäytyä sosiaalisista suhteistaan ja välttää niin ikään ammatillisen avun hakemista (Rickwood ym., 2005), mikä voi osaltaan selittää löydöstä.

Aikaisemmat tutkimushavainnot sosiaalisen ahdistuneisuuden vaikutuksesta hoitoon hakeutumiseen ovat kuitenkin kaiken kaikkiaan vähäisiä muissakin ikäryhmissä. Goodwinin ja Fitzgibbonin (2002) tutkimuksessa sosiaalinen ahdistuneisuus vähensi psykiatrisen avohoidon potilaiden sitoutumista syömishäiriönsä hoitoon. Peros ja Ward-Ciesielski (2022) havaitsivat väestötutkimuksessaan, ettei itsetuhoisten aikuisten kokemalla sosiaalisella ahdistuneisuudella ollut estävää eikä edistävää vaikutusta avun hakemiseen. Aikuisten avun hakemista voi kuitenkin pitää erilaisena ilmiönä kuin nuorten avun hakemista: nuoret ovat riippuvaisempia siitä, että muut huomaavat heidän ahdinkonsa ja edistävät heidän pääsyään avun piiriin (Radez ym., 2022; Rickwood ym., 2005), kun taas aikuisuuteen siirryttäessä ja autonomian kasvaessa avun hakemisesta tulee itselähtöisempää (Rickwood ym., 2015).

Capronin ja kumppaneiden (2018) tutkimuksessa taas tehtiin meidän tulokseemme nähden vastakkainen löydös: he havaitsivat että yliopisto-opiskelijoiden sosiaalinen ahdistuneisuus oli positiivisesti yhteydessä heidän hoitohalukkuuteensa muissa mielenterveyshaasteissa. Tutkimus ei ole kuitenkaan moneltakaan osin verrannollinen meidän tutkimukseemme. Tutkittavien ikään liittyvien erojen lisäksi keskeinen eroavaisuus on, että Capron kumppaneineen määritteli tutkittaviensa sosiaalisen ahdistuneisuuden ”sosiaalisena ahdistusherkkyytenä”, jota he arvioivat ASI-mittarin (Anxiety Sensitivity Index; Reiss ym., 1986) sosiaalisella faktorilla. Ahdistusherkkyys kuvaa henkilön pelkoa ahdistuneisuuden ja siihen liittyvien kehollisten oireiden seurauksista (Reiss ym., 1986). Sen sosiaalinen faktori mittaa pelkoa ahdistuneisuuden sosiaalisista seurauksista, kuten siitä, että muut ihmiset huomaavat henkilön oireet ja tämä nolostuu (Zinbarg & Brown, 1997). ASI-mittari on siis tarkoitettu eri ilmiön mittaamiseen kuin tutkimuksessamme käytetty sosiaalisen ahdistuneisuuden mittari Mini-SPIN (Connor ym., 2001).

Koska aiemmat tutkimukset (Capron ym., 2018; Goodwin & Fitzgibbon, 2002; Peros & Ward-Ciesielski, 2022; Ranta ym., 2017) ovat vähäisiä ja niissä saadut tulokset ovat keskenään ristiriitaisia, on tärkeää etsiä syitä sille, miksi tässä tutkimuksessa sosiaalinen ahdistuneisuus oli nuorten ammattiavun hakemista estävä tekijä. Mahdollisia tutkimusmetodiikkaan ja tilastollisiin analyyseihin

liittyviä tekijöitä voivat olla ryhmäkoko ja tilastollisessa vertailussa olleiden ryhmien määrä. Tässä esiteltyihin aiempiin tutkimuksiin verrattuna käyttämämme aineisto oli huomattavasti suurempi. Tutkimassamme joukossa sosiaalisesta ahdistuneisuudesta kärsiviä nuoria oli paljon, peräti yli puolet. Tämä on voinut mahdollistaa eroavaisuuksien esiin tulemista tilastollisesti merkitsevinä. Myös se, että vertailimme kahta katkaisupisteellä erotettua ryhmää keskenään, emmekä käsitelleet sosiaalista ahdistuneisuutta jatkuvana muuttujana, on voinut tuoda helpommin esiin ryhmien välisiä eroja.

Sosiaalisen ahdistuneisuuden ohella tarkastelimme samanaikaisesti monimuuttuja-analyyseissamme useiden taustamuuttujien vaikutuksia nuorten ammattiavun hakemiseen. Näistä muuttujista suurin osa ei tässä aineistossa ollut merkitseviä ennustajia ammattiavun hakematta jättämiselle. Aiempaan tutkimustietoon (Do ym., 2019; Reavley ym., 2010; Rickwood ym., 2005; Rickwood ym., 2007) nähden oli yllättävää, ettemme tässä tutkimuksessa havainneet tyttöjen ja poikien välillä merkittävää eroa riskissä jättää hakematta ammattiapua. Koetun sukupuolen perusteella tehdyssä ryhmävertailussa ainoa tilastollisesti merkitsevä eroavaisuus oli, että muunsukupuolisilla nuorilla oli poikiin verrattuna pienempi riski jättää hakematta ammattiapua. Muunsukupuolisten nuorten mielenterveysavun hakemisesta on vasta vähän tutkimusta, mutta löydöksemme tukee Lucaksen ja kollegoiden (2024) tutkimusta, jossa trans- ja muunsukupuoliset nuoret hakivat cisnuoria todennäköisemmin mielenterveysapua. On kuitenkin hyvä huomioida, että käytimme tutkimuksessamme sukupuolen mittarina pelkästään kysymystä sukupuolen kokemuksesta yhdistämättä sitä tietoon kunkin vastaajan virallisesta sukupuolesta, mikä jätti erottelematta transnuoret.

Aikaisemmasta tutkimustiedosta (Haavik ym., 2019) poiketen vanhempien koulutustasolla ei ollut tutkimuksessamme vaikutusta nuorten ammattiavun hakematta jättämiseen. Kuitenkin nuoren raportoimaan perheen hyvään taloudelliseen tilanteeseen verrattuna perheen heikko taloudellinen tilanne kasvatti tässä tutkimuksessa merkitsevästi nuoren riskiä olla hakematta ammattiapua. Kuten aiemmin mainittu, kliinisen katkaisupistemäärän ylittävät masennusoireet kasvattivat nuoren riskiä ammattiavun hakematta jättämiselle jopa sosiaalista ahdistuneisuutta enemmän. Tämä viittaa siihen, että eri tyyppinen mielenterveysoireilu, ei vain sosiaalinen ahdistuneisuus, voi yhdistyä alentuneeseen ammattiavun hakemiseen.

4.3 Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset

Tutkimuksemme vahvuutena on THL:n (2021) Kouluterveyskyselystä saamamme suuri, yli 50 000

nuorta kattava otos. Suuri otoskoko on eduksi tutkimuksemme tulosten luotettavuudelle ja yleistettävyydelle. Aineisto on suhteellisen ajankohtainen, ja maantieteellisesti kattava Kouluterveyskysely edustaa hyvin suomalaisia oppilaita ja opiskelijoita. Yli yhdeksän kymmenesosaa tutkittavistamme oli suomalaistaustaisia, joten tuloksiamme ei voida suoraan yleistää muihin kulttuureihin.

On kuitenkin otettava huomioon, että tutkimuskysymystemme rajausten takia sisällytimme omaan tutkimusaineistoomme vain ne nuoret, jotka olivat kokeneet huolta mielialastaan viimeisen 12 kuukauden aikana. Tämä vaikutti useamman muuttujan, erityisesti sukupuolen ja psykologisten oireiden, jakaumiin. Tutkittavistamme lähes kolme neljäsosaa oli sukupuoli-identiteetiltään tyttöjä. On tyypillistä, että mielialaongelmat ja ahdistus ovat yleisempiä tytöillä kuin pojilla (Knaappila ym., 2021; Merikangas ym., 2010; THL, 2024). Tutkittavistamme yli puolet raportoi sosiaalista ahdistuneisuutta ja hieman alle puolet korkeaa yleistynyttä ahdistuneisuutta ja kliinisiä masennusoireita. Nämä osuudet ovat huomattavasti korkeampia kuin STP:n, yleistyneen ahdistuneisuushäiriön ja kliinisen masennuksen esiintyvyydet nuorilla väestötasolla (ks. Merikangas ym., 2010). Tämä voi selittyä osaltaan aineistolla, johon otettiin mukaan vain mielialahuolta kokeneita nuoria. On myös mahdollista, että oireita raportoivista nuorista vain osa kärsi sellaisista oireista, jotka diagnostisessa haastattelussa todettaisiin kliinisiksi.

Tutkimuksemme asetelmaan liittyy joitakin rajoituksia. Kouluterveyskysely on toteutettu korrelatiivisella poikkileikkausasetelmalla. Muuttujien ajallista suhteuttamista toisiinsa mutkistaa kysymysten muotoiluun liittyvä seikka: Kysymykset mielialahuolesta (”Oletko sinä ollut huolissasi mielialastasi viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana?”) ja avun hakemisesta eri lähteistä (”Oletko saanut tukea ja apua mielialaasi liittyviin asioihin viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana?”) kartoittavat avun tarvetta ja siihen vastaamista edellisten 12 kuukauden ajalta. Mini-SPIN (Connor ym., 2001) puolestaan kartoittaa sosiaalisen ahdistuneisuuden oireita edellisen viikon ajalta ja GAD-7 (Spitzer ym., 2006) ja PHQ-2 (Kroenke ym., 2003) vastaavasti yleisen ahdistuneisuuden oireita ja kliinisiä masennusoireita edelliseltä kahdelta viikolta. Näin ollen ei voida sanoa, olivatko nuoret kokeneet raportoimiaan ajankohtaisia psyykkisiä oireita juuri samoina hetkinä, kun he olivat hakeneet apua tai jättäneet hakematta apua mielialahuoliinsa. Tämä haastaa vastaamista tutkimuskysymyksiimme sosiaalisen ahdistuneisuuden ja avun hakemisen yhteyksistä.

Kouluterveyskysely perustuu itseraportointiin, johon liittyy joitakin heikkouksia. Ihmisillä on esimerkiksi todettu taipumus vastata systemaattisten vääristymien kautta, kuten sosiaalisesti suotavasti, äärivaihtoehtoja painottaen tai summittaisen myönteisesti tai kielteisesti (Paulhus & Vazire, 2007). Lisäksi itsearvioinnin käyttökelpoisuus perustuu olettamukseen vastaajien rehellisyydestä ja motivaatiosta kertoa itsestään (Paulhus & Vazire, 2007). Nämä tekijät voivat vähentää itseraportoitujen vastausten luotettavuutta. Itseraportointi on kuitenkin puutteistaan huolimatta hyödyllinen

väline, sillä itsearviot ovat nopeita ja helppoja toteuttaa (Herbert ym., 2014; Paulhus & Vazire, 2007) ja ne poistavat ammattilaisen tulkinnoista johtuvan virhelähteen (Herbert ym., 2014). Itsearvioinnin keskeinen etu on, että vastaajalla itsellään on mielensisäisistä tunteistaan ja ajatuksistaan sellaista tietoa, johon muilla ei ole pääsyä (Paulhus & Vazire, 2007). Sama pätee ihmisen havaintoihin omasta käyttäytymisestään. Tutkimuksessa käytetyt oirekyselyt on vahvistettu luotettaviksi mittareiksi, Mini-SPIN (Ranta ym., 2012) ja GAD-7 (Tiirikainen ym., 2019) suomalaisilla nuorilla ja PHQ-2 yhdysvaltalaisilla nuorilla (Richardson ym., 2010).

Mielialahuolta ja avun hakemista koskevaan kysymyksenasetteluun liittyy joitakin puutteita. Rickwood ja kumppanit (2005) ovat aikaisemman tutkimuksen pohjalta määritelleet avun hakemisen arviointivälineelle oleellisiksi komponenteiksi ajallisen kontekstin, useat avun lähteet sekä ongelman tyypin, johon apua haetaan. Tässä tyypiksi jää vain ”mielialaan liittyvä huoli”, jota ei tarkemmin eritellä. Aikaisemman tutkimuksen perusteella ainakin itsetuhoisuuteen liittyvät huolet olisi hyvä erotella muista mielialaongelmista, sillä itsetuhoisten nuorten avun hakemisen on havaittu poikkeavan ei-itsetuhoisten nuorten avun hakemisesta (Michelmore & Hindley 2012; Rickwood ym., 2005; Wilson ym., 2005). Avun hakemisen ajallinen konteksti määrittyy tässä 12 kuukauden tarkkuudella. Etuna on, että kysymys avun hakemisesta kartoittaa useaa, niin formaalia kuin epäformaalia avun lähdettä ja sisältää myös tiedon siitä, mikäli nuori ei ole hakenut tai tarvinnut apua keneltäkään. Kysymys ei kuitenkaan kovin täsmällisesti selvitä nuoren oma-aloitteista avun hakemista, sillä käytännössä se kuuluu ”keneltä nuori on *saanut* tukea mielialaansa liittyvissä asioissa” eikä ”keneltä nuori on *hakenut* apua”. Vastausvaihtoehtoihin liittyy myös haasteita: Formaalin avun lähteisiin lukemiimme koulun aikuisiin on oppilashuollon ammattilaisten (sis. kouluterveydenhoitaja, lääkäri, psykologi ja kuraattori) ohella sisällytetty opettaja, joka ammattiroolistaan huolimatta ei edusta sosiaali- tai terveydenhuoltoa ja joka voi näin ollen tarjota vain epäformaalia tukea. Lisäksi jo luvussa 4.1 todetusti epäformaaleista avun lähteistä ystävät ja muut läheiset on sisällytetty samaan kategoriaan.

Analyysivaiheessa ilmeni eräs tulostemme kannalta huomioon otettava heikkous. Tuloksemme sosiaalisen ahdistuneisuuden sekä muunsukupuolisuuden, heikon taloudellisen tilanteen ja kliinisten masennusoireiden vaikutuksesta avun hakematta jättämiseen olivat tilastollisesti merkitseviä, mutta logististen regressiomalliemme sopivuuden estimaatit olivat hyvin matalia. Estimaatti oli hieman korkeampi mutta silti vaatimaton kaikki muuttujat sisältävässä mallissa kuin pelkän pääselittäjän ja pääselitettävän sisältävässä mallissa. Estimaatit eivät kuitenkaan ole verrattavissa esimerkiksi lineaarisen regression selitysasteeseen, joita logistiselle regressiomallille ei voida laskea kategoristen muuttujien takia (Nummenmaa, 2021). Selitysastetta simuloiville estimaateille ei myöskään löydy ”samanlaista, suoraviivaista numeerista tulkintaa kuin lineaarisen regressiomallin selitysasteelle” (Nummenmaa, 2021, s. 589).

4.4 Jatkotutkimustarpeet

Kuten aiemmin on todettu, sosiaalisesti ahdistuneiden nuorten avun hakemista on tarkasteltu muutamissa tutkimuksissa (Burstein, He ym., 2011; Colognori ym., 2012; McDonagh ym., 2022; McDonagh & Hennessy, 2023; Ranta, Kaltiala-Heino, Rantanen & Marttunen, 2009). Tutkimusaiheemme kartoittamista siitä, mikä on sosiaalisen ahdistuneisuuden tai STP:n merkitys ammattiavun hakemiselle muihin mielenterveysongelmiin, olisi hyvä jatkaa edelleen, sillä nuorten STP:n esiintyminen yhdessä muiden mielenterveysongelmien kanssa on yleistä (Burstein, Ameli-Grillon & Merikangas, 2011; Ranta & Koskinen, 2025). Myös tekemämme löydös masennuksesta sosiaalisen ahdistuneisuuden tavoin mahdollisena ammattiavun hakemisen esteenä tarjoaa merkittävän jatkotutkimusaiheen. Ranta kollegoineen (2017) on jo tutkinut masennusoireilun merkitystä nuorten mielenterveysavun hakemiselle syömishäiriöoireistoihin — tutkimusta aiheesta voisi jatkaa muiden häiriöryhmien osalta. Erityisesti tarvitaan pitkittäisiä seurantatutkimuksia näiden häiriöiden ja ammattiavun hakemisen yhteyden selvittämiseksi.

Jatkotutkimuksessa on suositeltavaa hyödyntää mittareita ja menetelmiä, jotka eritteleväät tarkemmin avun hakemisen eri muotoja, taustasyitä, esteitä ja fasilitaattoreita. Näiden selvittämiseksi myös laadullinen tutkimus voi tarjota merkittäviä löydöksiä — tähän asti kartoituksemme perusteella vain McDonagh ja Hennessy (2023) ovat tutkineet laadullisesti sosiaalisesti ahdistuneiden nuorten kokemia esteitä avun hakemiselle. On myös tärkeää kiinnittää huomiota käytettyjen käsitteiden tarkkuuteen: siihen, puhutaanko avun hakemisesta, avun saamisesta vai esimerkiksi avun koetusta hyödyllisyydestä. Jatkossa tulisi myös huomioida tarkemmin formaaleista ja epäformaaleista lähteistä haetun tuen toisistaan poikkeavat funktiot ja saadun avun laatu. Esimerkiksi epäformaalin tuen suhteen on syytä erotella, tarkoitetaanko itsearvoista sosiaalista tukea vai saattamista formaalin avun piiriin.

Jatkotutkimuksessa voisi olla hyvä hyödyntää suppeiden itsearviointikyselyjen lisäksi mahdollisuuksien mukaan muita tiedonkeruumenetelmiä, kuten strukturoituja haastatteluja tai pidempiä itsearviointimittareita. Monimenetelmällinen lähestymistapa on avain sosiaalisen ahdistuneisuuden perusteelliselle arvioinnille (Herbert ym., 2014), sillä se voi syventää tutkijoiden ymmärrystä tutkittavien oireiden tarkemmasta laadusta, vakavuudesta ja vaikutuksista esimerkiksi toimintakykyyn. Jatkossa voisi olla hyödyllistä myös ryhmitellä STP:stä kärsiviä nuoria mahdollisen samanaikaissairastavuuden mukaan avun hakemista tutkittaessa. Esimerkiksi Dalrymple ja Zimmerman (2011) ovat jo tutkineet aikuisilla psykiatrisen avohoidon potilailla hoitohalukkuutta vertaillen potilaiden ei-

komorbidia STP:tä komorbidiin STP:hen.

Nuorten mielenterveysavun hakemisen tutkimus on tärkeää useasta syystä. Ensiksi noin kolmannes mielenterveyshäiriöistä puhkeaa 14. ikävuoteen mennessä ja melkein puolet häiriöistä 18. ikävuoteen mennessä (Solmi ym., 2022). Tuoreen tutkimuksen mukaan nuorten mielenterveysoireilun esiintyvyydessä on myös tapahtunut kasvua viime vuosina (Parodi ym., 2022; Racine ym., 2021; THL, 2024). Toiseksi ikätoverisuhteet ovat keskeisiä nuoruusiän identiteettikehitykselle (Kroger, 2007), joten nuoret voivat olla erityisen alttiita oletuksille ikätovereidensa kielteisistä uskomuksista tai stereotypioista (Heary ym., 2017) sekä stigmalle, joka on useissa tutkimuksissa tunnistettu merkittäväksi esteeksi nuorten mielenterveysavun hakemiselle (Barrow & Thomas, 2022; Gulliver ym., 2010; Radez ym., 2021; Rickwood ym., 2005). Kolmanneksi mielenterveysoireilun vakavoitumista ja pitkittymistä voidaan estää varhaisella puuttumisella ja oikea-aikaisella hoidolla sekä nuoret kohderyhmänä huomioivilla interventioilla. Näiden kehittämiseksi ja hyödyntämiseksi tarvitaan tutkimustietoa nuorten avun hakemisen piirteistä ja ammattiavun hakemista estävistä ja fasilitoivista tekijöistä.

4.5 Tutkimuksen johtopäätökset ja merkitys

Tutkimuksemme tulosten pohjalta voidaan todeta, että sosiaalinen ahdistuneisuus voi kasvattaa riskiä sille, ettei nuori hae ammattiapua kokemiinsa mielialahuoliin. Suomalaisnuoret kääntyvät mielialahuolissaan useimmiten ystäviensä ja muiden läheistensä puoleen ja hakeutuvat eri avun lähteistä vähiten koulun ulkopuolisiin palveluihin. Sosiaalisesti ahdistuneilla nuorilla näyttää olevan ei-ahdistuneisiin nuoriin verrattuna korkeampi kynnys hakea apua, jota he tunnistavat tarvitsevansa. Tämä koskee avun hakemista niin formaaleista kuin epäformaaleistakin lähteistä.

Sosiaalisen ahdistuneisuuden yleistyminen suomalaisnuorilla ja nuorten ammattiavun hakemista kohtaan kokema kynnys ovat yhteiskunnallisesti merkittäviä teemoja. Huolestuttava kehitys tulee tehdä näkyväksi, jotta se voi johtaa konkreettisiin toimiin suunnan kääntämiseksi. Tärkeä askel tässä on ajankohtaisen, mahdollisimman hyvin suomalaisnuorten väestöön yleistettävissä olevan tutkimustiedon kartuttaminen. Meidän tutkimuksemme antaa rajoituksistaan huolimatta uutta tutkimusnäyttöä sille, että sosiaalinen ahdistuneisuus voi olla esteenä nuorten ammattiavun hakemiselle heidän mielialahuoliinsa. Löydöksemme on merkittävä, sillä se vastaa kysymykseen, josta on toistaiseksi hyvin vähän tutkimustietoa niin Suomessa kuin kansainvälisesti: tutkimuksemme on ensimmäisiä

tutkimuksia, joissa on näin laajalla otannalla tarkasteltu sosiaalisen ahdistuneisuuden yhteyttä nuorten ammattiavun hakemiseen heidän mielialaan liittyviin huoliinsa. Tutkimuksemme ohjaa huomion kiinnittämistä sosiaalisesti ahdistuneisiin nuoriin avun hakemisen näkökulmasta ja kannustaa jatkotutkimuksiin, jotta voidaan löytää vaikuttavia keinoja ammattiapua tarvitsevien nuorten hoidon piiriin saattamiseen. Erityisesti kouluilla on potentiaali tunnistaa nuorten mielenterveysongelmia ja puuttua niihin.

LÄHDELUETTELO

Acarturk, C., De Graaf, R., Van Straten, A., Have, M. T., & Cuijpers, P. (2008). Social phobia and number of social fears, and their association with comorbidity, health-related quality of life and help seeking: A population-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *43*(4), 273–279. https://doi.org/10.1007/s00127-008-0309-1

American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders* (5. painos). American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association [APA]. (2019). *Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5: Suomi* (M. Aalto, käänt.). Psykiatrian tutkimussäätiö. (Alkuperäinen teos julkaistu 2013)

Asher, M., Asnaani, A., & Aderka, I. M. (2017). Gender differences in social anxiety disorder: A review. *Clinical Psychology Review*, *56*, 1–12. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.05.004

Barrow, E., & Thomas, G. (2022). Exploring perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in adolescents: A systematic literature review. *Educational Psychology in Practice*, *38*(2), 173–193. https://doi.org/10.1080/02667363.2022.2051441

Burstein, M., Ameli-Grillon, L., & Merikangas, K. R. (2011). Shyness versus social phobia in US youth. *Pediatrics*, *128*(5), 917–925. https://doi.org/10.1542/peds.2011-1434

Burstein, M., He, J.-P., Kattan, G., Albano, A. M., Avenevoli, S., & Merikangas, K. R. (2011). Social phobia and subtypes in the National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement: Prevalence, correlates, and comorbidity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *50*(9), 870–880. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.06.005

Busby Grant, J., Bruce, C. P., & Batterham, P. J. (2016). Predictors of personal, perceived and self-stigma towards anxiety and depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *25*(3), 247–254. https://doi.org/10.1017/S2045796015000220

Calear, A. L., Batterham, P. J., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2017). Generalized anxiety disorder stigma in adolescents: Personal and perceived stigma levels and predictors. *Stigma and Health*, *2*(3), 208–215. https://doi.org/10.1037/sah0000046

Calear, A. L., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2011). Personal and perceived depression stigma in Australian adolescents: Magnitude and predictors. *Journal of Affective Disorders*, *129*(1–3), 104–108. https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.08.019

Capron, D. W., Bauer, B. W., Madson, M. B., & Schmidt, N. B. (2018). Treatment seeking among

college students with comorbid hazardous drinking and elevated mood/anxiety symptoms. *Substance Use & Misuse*, *53*(6), 1041–1050. https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1392982

Chiu, K., Clark, D. M., & Leigh, E. (2021). Prospective associations between peer functioning and social anxiety in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *279*, 650–661. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.055

Chongsuvivatwong, V. (2022). *epiDisplay: Epidemiological data display package*. Versio 3.5.0.2. https://CRAN.R-project.org/package=epiDisplay

Clauss, J. A., & Blackford, J. U. (2012). Behavioral inhibition and risk for developing social anxiety disorder: A meta-analytic study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 51*(10), 1066–1075. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.08.002

Cohen, J. S., & Kendall, P. C. (2015). Peer victimization among children and adolescents with anxiety disorders. *Child Psychiatry & Human Development*, *46*(3), 393–405. https://doi.org/10.1007/s10578-014-0479-x

Colognori, D., Esseling, P., Stewart, C., Reiss, P., Lu, F., Case, B., & Warner, C. M. (2012). Self-disclosure and mental health service use in socially anxious adolescents. *School Mental Health*, *4*(4), 219–230. https://doi.org/10.1007/s12310-012-9082-0

Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Churchill, L. E., Sherwood, A., Weisler, R. H., & Foa, E. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale. *British Journal of Psychiatry*, *176*(4), 379–386. https://doi.org/10.1192/bjp.176.4.379

Connor, K. M., Kobak, K. A., Churchill, L. E., Katzelnick, D., & Davidson, J. R. T. (2001). Mini-SPIN: A brief screening assessment for generalized social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, *14*(2), 137–140. https://doi.org/10.1002/da.1055

Dalrymple, K. L., & Zimmerman, M. (2011). Treatment-seeking for social anxiety disorder in a general outpatient psychiatry setting. *Psychiatry Research*, *187*(3), 375–381. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.01.004

De Lijster, J. M., Dieleman, G. C., Utens, E. M. W. J., Dierckx, B., Wierenga, M., Verhulst, F. C., & Legerstee, J. S. (2018). Social and academic functioning in adolescents with anxiety disorders: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *230*, 108–117. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.01.008

Do, R., Park, J.-R., Lee, S.-Y., Cho, M.-J., Kim, J.-S., & Shin, M.-S. (2019). Adolescents' attitudes and intentions toward help-seeking and computer-based treatment for depression. *Psychiatry Investigation*, *16*(10), 728–736. https://doi.org/10.30773/pi.2019.07.17.4

Erath, S. A., Flanagan, K. S., Bierman, K. L., & Tu, K. M. (2010). Friendships moderate psychosocial maladjustment in socially anxious early adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *31*(1), 15–26. https://doi.org/10.1016/j.appdev.2009.05.005

Fehm, L., Beesdo, K., Jacobi, F., & Fiedler, A. (2008). Social anxiety disorder above and below the diagnostic threshold: Prevalence, comorbidity and impairment in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *43*(4), 257–265. https://doi.org/10.1007/s00127-007-0299-4

Ferraz De Camargo, L., Rice, K., & Thorsteinsson, E. (2022). A systematic review and empirical investigation: Bullying victimisation and anxiety subtypes among adolescents. *Australian Journal of Psychology*, *74*(1), 2145236. https://doi.org/10.1080/00049530.2022.2145236

Flanagan, K. S., Erath, S. A., & Bierman, K. L. (2008). Unique associations between peer relations and social anxiety in early adolescence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *37*(4), 759–769. https://doi.org/10.1080/15374410802359700

Fox, J., & Weisberg, S. (2019). *An R companion to applied regression* (3. painos). Sage.

Gallagher, M., Prinstein, M. J., Simon, V., & Spirito, A. (2014). Social anxiety symptoms and suicidal ideation in a clinical sample of early adolescents: Examining loneliness and social support as longitudinal mediators. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *42*(6), 871–883. https://doi.org/10.1007/s10802-013-9844-7

Goetter, E. M., Frumkin, M. R., Palitz, S. A., Swee, M. B., Baker, A. W., Bui, E., & Simon, N. M. (2020). Barriers to mental health treatment among individuals with social anxiety disorder and generalized anxiety disorder. *Psychological Services*, *17*(1), 5–12. https://doi.org/10.1037/ser0000254

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice Hall.

Goldsmith, H. H., Hilton, E. C., Phan, J. M., Sarkisian, K. L., Carroll, I. C., Lemery-Chalfant, K., & Planalp, E. M. (2022). Childhood inhibition predicts adolescent social anxiety: Findings from a longitudinal twin study. *Development and Psychopathology*, *34*(5), 1666–1685. https://doi.org/10.1017/S0954579422000864

Goodwin, R. D., & Fitzgibbon, M. L. (2002). Social anxiety as a barrier to treatment for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *32*(1), 103–106. https://doi.org/10.1002/eat.10051

Gren-Landell, M., Aho, N., Andersson, G., & Svedin, C. G. (2011). Social anxiety disorder and victimization in a community sample of adolescents. *Journal of Adolescence*, *34*(3), 569–577. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.03.007

Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to

mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*, *10*(1), 113–121. https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113

Haavik, L., Joa, I., Hatloy, K., Stain, H. J., & Langeveld, J. (2019). Help seeking for mental health problems in an adolescent population: The effect of gender. *Journal of Mental Health*, *28*(5), 467–474. https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1340630

Heary, C., Hennessy, E., Swords, L., & Corrigan, P. (2017). Stigma towards mental health problems during childhood and adolescence: Theory, research and intervention approaches. *Journal of Child and Family Studies*, *26*(11), 2949–2959. https://doi.org/10.1007/s10826-017-0829-y

Heerde, J. A., & Hemphill, S. A. (2018). Examination of associations between informal help-seeking behavior, social support, and adolescent psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Developmental Review*, *47*, 44–62. https://doi.org/10.1016/j.dr.2017.10.001

Herbert, J. D., Brandsma, L. L., & Fischer, L. (2014). Chapter 3: Assessment of social anxiety and its clinical expressions. Teoksessa S. G. Hofmann & P. M. DiBartolo (toim.), *Social anxiety: Clinical, developmental, and social perspectives* (3. painos, s. 73–142). Elsevier.

Isometsä, E. (2023). Ahdistuneisuushäiriöt. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen, & T. Partonen (toim.), *Psykiatria* (12. uudistettu painos, s. 363–401). Kustannus Oy Duodecim.

Katzelnick, D. J., Kobak, K. A., DeLeire, T., Henk, H. J., Greist, J. H., Davidson, J. R. T., Schneier, F. R., Stein, M. B., & Helstad, C. P. (2001). Impact of generalized social anxiety disorder in managed care. *American Journal of Psychiatry*, *158*(12), 1999–2007. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.12.1999

Knaappila, N., Marttunen, M., Fröjd, S., & Kaltiala, R. (2021). Changes over time in mental health symptoms among adolescents in Tampere, Finland. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology, 9*(1), 96–104. https://doi.org/10.21307/sjcapp-2021-011

Komulainen, J., Lehtonen, J., & Mäkelä, M. (2012). *Psykiatrian luokituskäsikirja: Suomalainen tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit* (2. painos). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-549-9

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, *16*(9), 606–613. https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2003). The Patient Health Questionnaire-2: Validity of a two-item depression screener. *Medical Care*, *41*(11), 1284–1292.

https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000093487.78664.3C

Kroger, J. (2007). *Identity development: Adolescence through adulthood* (2. painos). Sage.

La Greca, A. M., & Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *26*(2), 83–94. https://doi.org/10.1023/A:1022684520514

Lampela, S., Monthan, J., Marttunen, M., Minkkinen, J., & Ranta, K. (2022). Brief, developmentally oriented cognitive therapy for adolescents with social anxiety disorder: A case series from a pilot evaluation. *Psychiatria Fennica*, *53*, 56–75. https://urn.fi/URN:NBN:fi:tuni-202212309849

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, *27*(1), 363–385. https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363

Lucas, R., Geierstanger, S., & Soleimanpour, S. (2024). Mental health needs, barriers, and receipt of care among transgender and nonbinary adolescents. *Journal of Adolescent Health*, *75*(2), 267–274. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2024.03.009

Lynch, H., McDonagh, C., & Hennessy, E. (2021). Social anxiety and depression stigma among adolescents. *Journal of Affective Disorders*, *281*, 744–750. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.073

Löwe, B., Kroenke, K., & Gräfe, K. (2005). Detecting and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2). *Journal of Psychosomatic Research*, *58*(2), 163–171. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.09.006

Löwe, B., Wahl, I., Rose, M., Spitzer, C., Glaesmer, H., Wingenfeld, K., Schneider, A., & Brähler, E. (2010). A 4-item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *Journal of Affective Disorders*, *122*(1–2), 86–95. https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.019

Mackenzie, C. S., Reynolds, K., Cairney, J., Streiner, D. L., & Sareen, J. (2012). Disorder-specific mental health service use for mood and anxiety disorders: Associations with age, sex, and psychiatric comorbidity: Disorder-Specific Mental Health. *Depression and Anxiety*, *29*(3), 234–242. https://doi.org/10.1002/da.20911

McDonagh, C., & Hennessy, E. (2023). 'It's nothing serious I suppose': Family help-seeking for adolescent social anxiety. *Journal of Family Issues*, *44*(10), 2708–2729. https://doi.org/10.1177/0192513X221106736

McDonagh, C., Lynch, H., & Hennessy, E. (2022). Do stigma and level of social anxiety predict adolescents' help-seeking intentions for social anxiety disorder? *Early Intervention in Psychiatry*, *16*(4), 456–460. https://doi.org/10.1111/eip.13197

McLaughlin, K. A., Greif Green, J., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2012). Childhood adversities and first onset of psychiatric disorders in a national sample of US adolescents. *Archives of General Psychiatry*, *69*(11), 1151–1160. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.2277

Merikangas, K. R., He, J., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K., & Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49*(10), 980–989. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.05.017

Merikangas, K. R., He, J., Burstein, M., Swendsen, J., Avenevoli, S., Case, B., Georgiades, K., Heaton, L., Swanson, S., & Olfson, M. (2011). Service utilization for lifetime mental disorders in U.S. adolescents: Results of the National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *50*(1), 32–45. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.10.006

Michelmore, L., & Hindley, P. (2012). Help-seeking for suicidal thoughts and self-harm in young people: A systematic review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *42*(5), 507–524. https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00108.x

Nakazawa, M. (2024). *fmsb: Functions for medical statistics book with some demographic data*. Versio 0.7.6. https://CRAN.R-project.org/package=fmsb

Neuwirth, E. (2022). *RColorBrewer: ColorBrewer palettes*. Versio 1.1-3. https://CRAN.R-project.org/package=RColorBrewer

Norton, A. R., & Abbott, M. J. (2017). The role of environmental factors in the aetiology of social anxiety disorder: A review of the theoretical and empirical literature. *Behaviour Change*, *34*(2), 76–97. https://doi.org/10.1017/bec.2017.7

Nummenmaa, L. (2021). *Tilastotieteen käsikirja*. Tammi.

Oliver ym. (2018)

Oren-Yagoda, R., Rosenblum, M., & Aderka, I. M. (2024). Gender differences in shame among individuals with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, *48*(4), 720–729. https://doi.org/10.1007/s10608-023-10461-x

Parodi, K. B., Holt, M. K., Green, J. G., Porche, M. V., Koenig, B., & Xuan, Z. (2022). Time trends and disparities in anxiety among adolescents, 2012–2018. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *57*(1), 127–137. https://doi.org/10.1007/s00127-021-02122-9

Paulhus, D. L., & Vazire, S. (2007). The self-report method. Teoksessa R. W. Robins, R. C. Fraley, & R. F. Krueger (toim.), *Handbook of research methods in personality psychology* (s. 224–

239). Guilford Publications.

Peros, O., & Ward-Ciesielski, E. (2022). Relations between interpersonal hopelessness and help-seeking intentions and behaviors in suicidal individuals. *Crisis*, *43*(6), 468–475. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000815

Pontillo, M., Tata, M. C., Averna, R., Demaria, F., Gargiullo, P., Guerrera, S., Pucciarini, M. L., Santonastaso, O., & Vicari, S. (2019). Peer victimization and onset of social anxiety disorder in children and adolescents. *Brain Sciences*, *9*(6), 132. https://doi.org/10.3390/brainsci9060132

Posit Team. (2025). *RStudio: Integrated development environment for R*. Posit Software, PBC. http://www.posit.co/

Racine, N., McArthur, B. A., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J., & Madigan, S. (2021). Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: A meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, *175*(11), 1142–1150. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2482

Radez, J., Reardon, T., Creswell, C., Lawrence, P. J., Evdoka-Burton, G., & Waite, P. (2021). Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *30*(2), 183–211. https://doi.org/10.1007/s00787-019-01469-4

Radez, J., Reardon, T., Creswell, C., Orchard, F., & Waite, P. (2022). Adolescents' perceived barriers and facilitators to seeking and accessing professional help for anxiety and depressive disorders: A qualitative interview study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *31*(6), 891–907. https://doi.org/10.1007/s00787-020-01707-0

Ranta, K., Aalto-Setälä, T., Heikkinen, T., & Kiviruusu, O. (2024). Social anxiety in Finnish adolescents from 2013 to 2021: Change from pre-COVID-19 to COVID-19 era, and mid-pandemic correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *59*(1), 121–136. https://doi.org/10.1007/s00127-023-02466-4

Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Pelkonen, M., & Marttunen, M. (2009). Associations between peer victimization, self-reported depression and social phobia among adolescents: The role of comorbidity. *Journal of Adolescence*, *32*(1), 77–93. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2007.11.005

Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Rantanen, P., & Marttunen, M. (2009). Social phobia in Finnish general adolescent population: Prevalence, comorbidity, individual and family correlates, and service use. *Depression and Anxiety, 26*(6), 528–536. https://doi.org/10.1002/da.20422

Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Rantanen, P., & Marttunen, M. (2012). The Mini-Social Phobia

Inventory: Psychometric properties in an adolescent general population sample. *Comprehensive Psychiatry*, *53*(5), 630–637. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2011.07.007

Ranta, K., & Koskinen, M. (2016). Ahdistuneisuushäiriöt. Teoksessa K. Kumpulainen, E. Aronen, H. Ebeling, E. Laukkanen, M. Marttunen, K. Puura, & A. Sourander (toim.), *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria* (3. uudistettu painos, s. 264–279). Kustannus Oy Duodecim.

Ranta, K., & Koskinen, M. (2025). Ahdistuneisuushäiriöt. Teoksessa K. Kumpulainen, E. Aronen, H. Ebeling, E. Laukkanen, M. Marttunen, K. Puura, & A. Sourander (toim.), *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria* (4. uudistettu painos, s. 287–305). Kustannus Oy Duodecim.

Ranta, K., Laakkonen, E., & Niemi, P. M. (2016). Patterns of metaperception in adolescents with social anxiety: Mind reading in the classroom. *Journal of Child and Family Studies*, *25*(12), 3497–3510. https://doi.org/10.1007/s10826-016-0519-1

Ranta, K., La Greca, A. M., Kaltiala-Heino, R., & Marttunen, M. (2016). Social phobia and educational and interpersonal impairments in adolescence: A prospective study. *Child Psychiatry & Human Development*, *47*(4), 665–677. https://doi.org/10.1007/s10578-015-0600-9

Ranta, K., Väänänen, J., Fröjd, S., Isomaa, R., Kaltiala-Heino, R., & Marttunen, M. (2017). Social phobia, depression and eating disorders during middle adolescence: Longitudinal associations and treatment seeking. *Nordic Journal of Psychiatry*, *71*(8), 605–613. https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1366548

R Core Team. (2024). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing. https://www.R-project.org/

Reavley, N. J., Cvetkovski, S., Jorm, A. F., & Lubman, D. I. (2010). Help-seeking for substance use, anxiety and affective disorders among young people: Results from the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *44*(8), 729–735. https://doi.org/10.3109/00048671003705458

Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, *24*(1), 1–8. https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90143-9

Revelle, W. (2025). *psych: Procedures for psychological, psychometric, and personality research*. Versio 2.5.3. https://CRAN.R-project.org/package=psych

Richardson, L. P., Rockhill, C., Russo, J. E., Grossman, D. C., Richards, J., McCarty, C., McCauley, E., & Katon, W. (2010). Evaluation of the PHQ-2 as a brief screen for detecting major depression among adolescents. *Pediatrics*, *125*(5), e1097–e1103. https://doi.org/10.1542/peds.2009-2712

Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for

mental health problems. *Australian E-Journal for the Advancement of Mental Health*, *4*(3), 218–251. https://doi.org/10.5172/jamh.4.3.218

Rickwood, D. J., Deane, F. P., & Wilson, C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Medical Journal of Australia*, *187*(7), 35–39. https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01334.x

Rickwood, D. J., Mazzer, K. R., & Telford, N. R. (2015). Social influences on seeking help from mental health services, in-person and online, during adolescence and young adulthood. *BMC Psychiatry*, *15*(1), 40. https://doi.org/10.1186/s12888-015-0429-6

Rizopoulos, D. (2006). ltm: An R package for latent variable modelling and item response theory analyses. *Journal of Statistical Software, 17*(5), 1–25. https://doi.org/10.18637/jss.v017.i05

Salari, N., Heidarian, P., Hassanabadi, M., Babajani, F., Abdoli, N., Aminian, M., & Mohammadi, M. (2024). Global prevalence of social anxiety disorder in children, adolescents and youth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Prevention*, *45*(5), 795–813. https://doi.org/10.1007/s10935-024-00789-9

Sareen, J., Cox, B. J., Afifi, T. O., Yu, B. N., & Stein, M. B. (2005). Mental health service use in a nationally representative Canadian survey. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *50*(12), 753–761. https://doi.org/10.1177/070674370505001204

Scaini, S., Belotti, R., & Ogliari, A. (2014). Genetic and environmental contributions to social anxiety across different ages: A meta-analytic approach to twin data. *Journal of Anxiety Disorders*, *28*(7), 650–656. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.07.002

Scaini, S., Belotti, R., Ogliari, A., & Battaglia, M. (2016). A comprehensive meta-analysis of cognitive-behavioral interventions for social anxiety disorder in children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, *42*, 105–112. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.05.008

Scheyett, A. (2005). The mark of madness: Stigma, serious mental illnesses and social work. *Social Work in Mental Health*, *3*(4), 79–97. https://doi.org/10.1300/J200v03n04_05

Seeley-Wait, E., Abbott, M. J., & Rapee, R. M. (2009). Psychometric properties of the Mini-Social Phobia Inventory. *The Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, *11*(5), 231–236. https://doi.org/10.4088/PCC.07m00576

Siegel, R. S., La Greca, A. M., & Harrison, H. M. (2009). Peer victimization and social anxiety in adolescents: Prospective and reciprocal relationships. *Journal of Youth and Adolescence*, *38*(8), 1096–1109. https://doi.org/10.1007/s10964-009-9392-1

Smetana, J. G., Robinson, J., & Rote, W. M. (2014). Socialization in adolescence. Teoksessa J. E. Grusec & P. D. Hastings (toim.), *Handbook of socialization: Theory and research* (2. painos, s. 60–84). Guilford Publications.

Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar De Pablo, G., Il Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Correll, C. U., & Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: Large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, *27*(1), 281–295. https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7

Spence, S. H., & Rapee, R. M. (2016). The etiology of social anxiety disorder: An evidence-based model. *Behaviour Research and Therapy*, *86*, 50–67. https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.06.007

Spitzer, R. L. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ Primary Care Study. *Journal of the American Medical Association*, *282*(18), 1737–1744. https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, *166*(10), 1092–1097. https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092

Stein, M. B., & Kean, Y. M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: Epidemiologic findings. *American Journal of Psychiatry*, *157*(10), 1606–1613. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1606

Stein, D. J., Lim, C. C. W., Roest, A. M., De Jonge, P., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., De Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Harris, M. G., He, Y., Hinkov, H., Horiguchi, I., Hu, C., … WHO World Mental Health Survey Collaborators. (2017). The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. *BMC Medicine*, *15*(1), 143. https://doi.org/10.1186/s12916-017-0889-2

Stoeckli, G. (2009). The role of individual and social factors in classroom loneliness. *The Journal of Educational Research*, *103*(1), 28–39. https://doi.org/10.1080/00220670903231169

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [THL]. (17.9.2021). Tilastoraportti 30/2021. https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021091446139

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [THL]. (9.9.2024). Tilastoraportti 48/2023. https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe20230913124224

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [THL]. (28.1.2025). *Kouluterveyskysely*. https://thl.fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/kouluterveyskysely

Tiirikainen, K., Haravuori, H., Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., & Marttunen, M. (2019). Psychometric properties of the 7-item Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) in a large representative sample of Finnish adolescents. *Psychiatry Research*, *272*, 30–35.

https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.004

Vilaplana-Pérez, A., Pérez-Vigil, A., Sidorchuk, A., Brander, G., Isomura, K., Hesselmark, E., Kuja-Halkola, R., Larsson, H., Mataix-Cols, D., & Fernández De La Cruz, L. (2021). Much more than just shyness: The impact of social anxiety disorder on educational performance across the lifespan. *Psychological Medicine*, *51*(5), 861–869. https://doi.org/10.1017/S0033291719003908

Villalobos Solís, M., Smetana, J. G., & Comer, J. (2015). Associations among solicitation, relationship quality, and adolescents' disclosure and secrecy with mothers and best friends. *Journal of Adolescence*, *43*(1), 193–205. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.05.016

Vriends, N., Bolt, O. C., & Kunz, S. M. (2014). Social anxiety disorder, a lifelong disorder? A review of the spontaneous remission and its predictors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *130*(2), 109–122. https://doi.org/10.1111/acps.12249

Wang, P. S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005). Twelve-month use of mental health services in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*(6), 629. https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.629

Weeks, J. W., Spokas, M. E., & Heimberg, R. G. (2007). Psychometric evaluation of the Mini-Social Phobia Inventory (Mini-SPIN) in a treatment-seeking sample. *Depression and Anxiety*, *24*(6), 382–391. https://doi.org/10.1002/da.20250

Weisz, J. R., Kuppens, S., Ng, M. Y., Eckshtain, D., Ugueto, A. M., Vaughn-Coaxum, R., Jensen-Doss, A., Hawley, K. M., Krumholz Marchette, L. S., Chu, B. C., Weersing, V. R. & Fordwood, S. R. (2017). What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy. *American Psychologist, 72*(2), 79–117. https://doi.org/10.1037/a0040360

Westenberg, P. M., Drewes, M. J., Goedhart, A. W., Siebelink, B. M., & Treffers, P. D. A. (2004). A developmental analysis of self-reported fears in late childhood through mid-adolescence: Social-evaluative fears on the rise? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *45*(3), 481–495. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00239.x

Westenberg, P. M., Gullone, E., Bokhorst, C. L., Heyne, D. A., & King, N. J. (2007). Social evaluation fear in childhood and adolescence: Normative developmental course and continuity of individual differences. *British Journal of Developmental Psychology*, *25*(3), 471–483. https://doi.org/10.1348/026151006X173099

Wickham, H. (2016). *ggplot2: Elegant graphics for data analysis*. Versio 3.5.1. https://CRAN.R-project.org/package=ggplot2

Wickham, H., Averick, M., Bryan, J., Chang, W., McGowan, L. D., François, R., Grolemund, G., Hayes, A., Henry, L., Hester, J., Kuhn, M., Pedersen, T. L., Miller, E., Bache, S. M., Müller, K., Ooms, J., Robinson, D., Seidel, D. P., Spinu, V., … Yutani, H. (2019). Welcome to the Tidyverse. *Journal of Open Source Software, 4*(43), 1686. https://doi.org/10.21105/joss.01686

Wickham, H., Miller., E., & Smith, D. (2023). *haven: Import and export 'SPSS', 'Stata' and 'SAS' files*. Versio 2.5.4. https://CRAN.R-project.org/package=haven

Wilson, C. J., Deane, F. P., Ciarrochi, J., & Rickwood, D. (2005). Measuring help-seeking intentions: Properties of the General Help-Seeking Questionnaire. *Canadian Journal of Counselling*, *39*(1), 15–28.

Wiltink, J., Kliem, S., Michal, M., Subic-Wrana, C., Reiner, I., Beutel, M. E., Brähler, E., & Zwerenz, R. (2017). Mini-Social Phobia Inventory (Mini-SPIN): Psychometric properties and population based norms of the German version. *BMC Psychiatry*, *17*(1), 377. https://doi.org/10.1186/s12888-017-1545-2

World Health Organization [WHO]. (julkaisuaika tuntematon). *Adolescent health*. Haettu 25.6.2025 osoitteesta https://www.who.int/health-topics/adolescent-health/

World Health Organization [WHO]. (2019). *ICD-10 Version:2019*. Haettu 17.12.2024 osoitteesta https://icd.who.int/browse10/2019/en

Xian, J., Zhang, Y., & Jiang, B. (2024). Psychological interventions for social anxiety disorder in children and adolescents: A systematic review and network meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *365*, 614–627. https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.08.097

Zarger, M. M., & Rich, B. A. (2016). Predictors of treatment utilization among adolescents with social anxiety disorder. *Children and Youth Services Review*, *71*, 191–198. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.11.011

Zinbarg, R. E., Barlow, D. H., & Brown, T. A. (1997). Hierarchical structure and general factor saturation of the Anxiety Sensitivity Index: Evidence and implications. *Psychological Assessment*, *9*(3), 277–284. https://doi.org/10.1037/1040-3590.9.3.277