

**LASTEN KIINTYMYSSUHTEEN YHTEYS MIELENTERVEYTEEN JA TRAUMAAN  
LIITTYVIIN KOGNITIOIHIN SOTAOLosuhteissa**

**Laura Päivinen**  
**Psykologian pro gradu -tutkielma**  
**Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö**  
**Tampereen yliopisto**  
**Toukokuu 2015**

TAMPEREEN YLIOPISTO

Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö

PÄIVINEN, LAURA: Lasten kiintymyssuhteen yhteys mielenterveyteen ja traumaan liittyviin kognitioihin sotaolosuhteissa

Pro gradu -tutkielma, 46 s. + 1 liites.

Ohjaaja: Raija-Leena Punamäki

Psykologia

Toukokuu 2015

---

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää lasten kokemien sotatraumojen määrän ja lasten kiintymyssuhteen yhteyttä mielenterveyteen sekä kiintymyssuhteen yhteyttä traumaan liittyviin kielteisiin kognitioihin. Kiintymyssuhdetta tarkasteltiin Bartholomew'n kiintymyssuhdemallin mukaisesti neljän eri kiintymystyylin avulla (turvallinen, ristiriitainen, välttelevä-itseriittonen ja välttelevä-pelokas). Lasten mielenterveyden osalta tutkittiin traumaperäisiä stressioireita (intruusio-, välttely- ja ylivireysoireita), masennusoireita, eksternalisaatio-oireita ja prososiaalisuutta. Traumaan liittyvät kielteiset kognitiot jaettiin itseen ja maailmaan liittyviin kognitioihin.

Tutkittavina oli 482 palestiinalaista 10–13-vuotiasta lasta, joista 238 oli tyttöjä ja 244 poikia. Otos poimittiin satunnaisesti Gazan kaupungin ja Pohjois-Gazan koulujen oppilaista. Tutkimus oli osa laajempaa tutkimusprojektia, jossa tarkasteltiin intervention vaikutuksia sotatrauman kokeneiden lasten hyvinvointiin. Tässä tutkimuksessa käytettiin poikkileikkausaineistoa, joka kerättiin huhtikuussa 2009 kolme kuukautta Gazan sodan jälkeen.

Aineisto kerättiin lasten täyttämällä itsearviointilomakkeilla. Sotatraumoja kartoitettiin kyselyllä, johon oli koottu palestiinalaislasten tyypillisimpiä sotatraumoja. Kiintymystyyliä arvioitiin Coping Strategies Questionnaire ja Security Scale -mittareilla. Masennusoireita arvioitiin The Depression Self-Rating Scale for Children -lomakkeella, eksternalisaatio-oireita ja prososiaalisuutta The Strengths and Difficulties Questionnaire -mittarilla ja kielteisiä kognitioita Children's Posttraumatic Cognitions Inventory -mittarilla. Tilastollisissa analyyseissä käytettiin Pearsonin korrelaatiokerrointa, monisuuntaista varianssianalyysiä ja monisuuntaista kovarianssianalyysiä.

Tulokset osoittivat, että sotatraumojen määrä oli yhteydessä ylivireys-, masennus- ja eksternalisaatio-oireiden määrään, mutta ei intruusio- tai välttelyoireisiin eikä prososiaalisuuteen. Kiintymystyyli oli yhteydessä masennus- ja eksternalisaatio-oireisiin sekä prososiaalisuuteen mutta ei traumaperäisiin stressioireisiin. Kiintymystyyli oli yhteydessä myös kielteisiin traumaan liittyviin kognitioihin itsestä ja maailmasta. Turvallisesti ja ristiriitaisesti kiintyneillä lapsilla oli vähemmän mielenterveysoireita ja ristiriitaisesti kiintyneillä vähemmän kielteisiä kognitioita verrattuna välttelevästi-itseriittonesti ja välttelevästi-pelokkaasti kiintyneisiin lapsiin.

Tutkimuksen perusteella näyttäisi siltä, että sekä turvallinen että ristiriitainen kiintymystyyli ovat yhteydessä lasten parempaan mielenterveyteen sotaolosuhteissa. Kiintymystyyli on yhteydessä erityisesti lasten yleisempiin, kehitykselliseen kaareen liittyviin ongelmiin. Tuloksia voidaan hyödyntää, kun suunnitellaan interventioita sota-alueiden lasten mielenterveyden tukemiseksi. Aiheesta tarvitaan jatkossa lisää pitkittäistutkimusta syy-seuraussuhteiden ja mahdollisten välittävien tekijöiden selvittämiseksi.

---

Asiasanat: kiintymyssuhde, kiintymystyyli, sotatrauma, traumaan liittyvät kielteiset kognitiot, lasten mielenterveys, traumaperäinen stressihäiriö

# SISÄLTÖ

1. JOHDANTO.....	1
1.1. Traumaattinen tapahtuma ja sen psyykkiset seuraukset.....	2
1.1.1. Traumaperäinen stressihäiriö traumaattisen tapahtuman seurauksena.....	3
1.1.2. Traumaattisen tapahtuman muut psyykkiset seuraukset.....	4
1.1.3. Trauman psyykkisiin seurauksiin vaikuttavat tekijät.....	5
1.2. Kiintymyssuhde ja sen merkitys traumatilanteessa.....	7
1.2.1. Kiintymyssuhteen yhteys mielenterveyteen.....	10
1.2.2. Kiintymyssuhteen merkitys traumatilanteessa.....	11
1.2.3. Kiintymyssuhde ja traumaan liittyvät kognitiot.....	13
1.3. Tutkimuskysymykset.....	15
2. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	16
2.1. Tutkittavat ja aineiston keruu.....	16
2.2. Menetelmät ja muuttujat.....	16
2.3. Aineiston analysointi.....	19
3. TULOKSET.....	21
3.1. Kuvailevat tulokset.....	21
3.2. Sotatraumojen määrän yhteys lasten mielenterveyteen.....	25
3.3. Kiintymystyylin yhteys lasten mielenterveyteen.....	26
3.4. Kiintymystyylin yhteys traumaan liittyviin kognitioihin.....	28
4. POHDINTA.....	29
4.1. Tutkimuksen päätulokset.....	29
4.2. Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset.....	33
4.3. Tutkimuksen merkitys ja jatkotutkimustarpeet.....	34
LÄHTEET.....	36
LIITTEET.....	47

## 1. JOHDANTO

Lähes jokainen ihminen kohtaa jossain vaiheessa elämäänsä traumaattisen, järkyttävän tapahtuman, joka haastaa selviytymisen monin tavoin (Benight & Bandura, 2004; Breslau, 2002; Saari, 2007). Traumaattisen kokemuksen vaikutukset hyvinvoinnille saattavat olla vakavia ja pitkäkestoisia, ja osalle trauman kokeneista kehittyy traumaperäinen stressihäiriö (APA, 2013). Sota-olosuhteissa traumaattisille tapahtumille altistutaan huomattavasti normaalia useammin (Attanayake ym., 2009; Thabet, Abed, & Vostanis, 2004) ja siellä nämä tapahtumat koskettavat myös suurinta osaa lapsista (Khamis, 2005).

Vaikka useimmat lapset kärsivät sotatraumojen seurauksena erilaisista psyykkisistä ongelmista (Dimitry, 2012), nämä ongelmat eivät ole kaikilla lapsilla samanlaisia tai yhtä vakavia (Khamis, 2015; Schiff, 2006). Trauman vaikutukset riippuvat nimittäin monista itse tapahtumaan, sen kokijaan ja ympäristöön liittyvistä tekijöistä (Dimitry, 2012; van Wesel, Boeije, Alisic, & Drost, 2012). Näitä ovat esimerkiksi traumaattisten tapahtumien luonne ja määrä (Fowler, Allen, Oldham, & Frueh, 2013; Thabet, Ibraheem, Shivram, Winter, & Vostanis, 2009), yksilön ikä ja sukupuoli (Khamis, 2005; Laufer & Solomon, 2009), perheolosuhteet (Shamai & Kimhi, 2007) ja tapahtuman jälkeen saatu tuki (Trickey, Siddaway, Meiser-Stedman, Serpell, & Field, 2012).

Erityisen paljon merkitystä näyttäisi olevan yksilön subjektiivisella kokemuksella eli sillä, kuinka hän tapahtumaa tulkitsee ja millaisen merkityksen hän sille antaa (Khamis, 2015; Kimhi, Eshel, Zysberg, & Hantman, 2010). Trauman käsittelyyn vaikuttaa muun muassa yksilön kiintymystyyli, joka perustuu varhaislapsuudessa syntyneisiin mielensisäisiin malleihin itsestä, muista ihmisistä ja maailmasta (Bowlby, 1969; Crittenden, 2000). Myös emotionaalisen prosessoinnin teorian mukaan trauman psyykkiset seuraukset riippuvat siitä, millaisia kognitioita eli uskomuksia ja käsityksiä yksilöllä on itsestä ja maailmasta trauman jälkeen (Foa & Kozak, 1986). Kiintymystyylin on havaittu olevan yhteydessä näihin kognitioihin (Renaud, 2008) ja traumasta selviytymiseen (Kanninen, Punamäki, & Qouta, 2003; Solomon, Dekel, & Mikulincer, 2008).

Jotta sota-alueiden lasten mielenterveyttä voitaisiin tukea, on tärkeää saada lisää tietoa siitä, miksi trauman psyykkiset seuraukset ovat eri lapsilla erilaisia. On siis selvitettävä, mitkä tekijät altistavat mielenterveyden ongelmille ja mikä voi puolestaan suojata lapsia ongelmien kehittymiseltä. Tässä tutkimuksessa selvitettiin aluksi, kuinka sotatraumojen määrä oli yhteydessä palestiinalaislasten mielenterveyteen. Koska yksilöllisten piirteiden ja subjektiivisen kokemuksen on todettu olevan erityisen tärkeitä traumasta selviytymisessä, tutkittiin myös lasten kiintymystyylin yhteyttä mielenterveysoireisiin ja traumaan liittyviin kielteisiin kognitioihin.

## 1.1. Traumaattinen tapahtuma ja sen psyykkiset seuraukset

Traumaattinen tapahtuma on ennustamaton, kontrolloimaton ja henkilön perusarvoja vaarantava kokemus (Saari, 2007). Siihen liittyy joko väkivaltainen tai tapaturmainen kuolema, vakava loukkaantuminen, seksuaalinen väkivalta tai uhka jostakin edellä mainitusta (APA, 2013). Myös tällaisen tapahtuman todistaminen voi olla traumaattista. Esimerkkejä traumaattisista tapahtumista ovat rikokset, onnettomuudet, sodat, terroristi-iskut ja luonnonkatastrofit (Benight & Bandura, 2004). Ne heikentävät yksilön terveyttä ja toimintakykyä (Hidalgo & Davidson, 2000) ja aiheuttavat muutoksia fysiologiassa, ajatuksissa ja tunteissa (Ehlers & Clark, 2000). Moni kokee voimakkaita pelon, avuttomuuden ja kauhun tunteita, jotka lapsilla saattavat ilmetä hajanaisena tai kiihtyneenä käyttäytymisenä (APA, 2013). Traumaattinen tapahtuma rikkoo yksilön haavoittumattomuuden illuusion ja pakottaa hänet sopeutumaan tai muuttumaan (Ehlers & Clark, 2000).

Traumaattisten tapahtumien kokeminen on normaaliväestössä yleistä: suurin osa ihmisistä kokee sellaisen vähintään kerran elämänsä aikana (Breslau, 2002). On arvioitu, että länsimaissa 36–81 % aikuisista kohtaa elinaikanaan traumaattisen tapahtuman, ja keskimäärin niitä koetaan 1.5 (Cusack, Frueh, & Brady, 2004; Darves-Bornoz ym., 2008). Traumaattiset kokemukset ovat yleisiä myös lasten ja nuorten keskuudessa (Copeland, Keeler, Angold, & Costello, 2007). Elklitin (2002) tutkimuksessa noin 80 % 13–15-vuotiaista tanskalaisista nuorista oli kokenut traumaattisen tapahtuman, ja keskimäärin niitä oli koettu 2.5.

On helppoa kuvitella, että sodan keskellä traumaattisille tapahtumille altistutaan vielä useammin. On esitetty, että sota-alueiden aikuisista lähes jokainen (98 %) (Farhood, Dimassi, & Lehtinen, 2006) ja 12–16-vuotiaista nuorista joka toinen (55 %) (Khamis, 2005) on kokenut traumaattisen tapahtuman. Sotalapsilla on keskimäärin neljä traumaattista kokemusta, joskin pojilla niitä on enemmän kuin tytöillä (Thabet ym., 2004). Dimitryn (2012) 71 tutkimusta sisältäneen katsauksen mukaan palestiinalaislapsista 54–97 % on nähnyt sodan aikana taistelua, ampumista tai räjähdyksiä. Moni lapsi on nähnyt ystävän (23–49 %) tai läheisen sukulaisen (3–16 %) kuolevan sodassa, ja lähes jokaisen (99 %) kotia on pommitettu. Sotaympäristö on vaarallinen myös ympärillä olevien saasteiden, tuliaseiden ja räjähteiden sekä mahdollisen sähkön, ruoan ja juomaveden puutteen vuoksi (Allwood, Bell-Dolan, & Husain, 2002; Baràth, 2002). Sotien traumaattisuutta lisää moniin muihin traumaattisiin tapahtumiin verrattuna niiden pitkä kesto (Klingman, 2002): esimerkiksi Lähi-idässä sota ja aseistetut konfliktit ovat jatkuneet jo vuosikymmenten ajan (Dimitry, 2012).

### ***1.1.1. Traumaperäinen stressihäiriö traumaattisen tapahtuman seurauksena***

Akuutti, lyhytkestoinen stressi on normaali reaktio traumaattiseen tapahtumaan (Benight & Bandura, 2004). Joillekin ihmisille kehittyy kuitenkin pidempikestoinen traumaperäinen stressihäiriö eli PTSD (*posttraumatic stress disorder*). Häiriö ilmenee intruusio-, välttely- ja ylivireysoireina (APA, 2013). Intruusio-oireet tarkoittavat tapahtuman pakonomaista uudelleen kokemista esimerkiksi mieleen tunkeutuvien muistikuvien ja painajaisunien muodossa. Lapset saattavat toistaa traumaa pakonomaisesti leikissä ja piirustuksissa. Välttelyoireilla tarkoitetaan tapahtumaan liittyvien muistojen, ajatusten ja tunteiden välttämistä. Ylivireysoireet näyttäytyvät ylivalppautena ja säpsähtelynä, unihäiriöinä sekä mahdollisesti impulsiivisena ja aggressiivisena käyttäytymisenä. Uuteen DSM-V-tautiluokitukseen on neljänneksi oireityypiksi lisätty kielteiset muutokset kognitioissa ja mielialassa, millä tarkoitetaan muun muassa vetäytymistä, mielenkiinnon vähenemistä ja vaikeutta palauttaa tapahtumaa mieleen. On arvioitu, että noin kolmasosalla PTSD pitkittyy kestäen useampia vuosia (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995).

Traumaperäinen stressihäiriö on muiden ahdistuneisuushäiriöiden ja masennuksen kanssa yleisin häiriö traumaattisen tapahtuman jälkeen (Saraceno, Saxena, & Maulik, 2002). Kuitenkin siihen sairastuu vain pieni osa trauman kokeneista (Breslau, 2002; Copeland ym., 2007), joidenkin arvioiden mukaan enintään joka neljäs (Hidalgo & Davidson, 2000). Useimmiten häiriön on todettu olevan yleisempi naisilla kuin miehillä (Alonso ym., 2004; Breslau & Anthony, 2007). Eräässä epidemiologisessa tutkimuksessa arvioitiin, että noin 2 % eurooppalaisesta normaalista aikuisväestöstä sairastuisi häiriöön elinaikanaan (Alonso ym., 2004). Mollica ym. (2004) arvioivat PTSD-diagnoosin saaneita nuoria olevan normaalipopulaatiossa tällä hetkellä 1–10 %.

Traumaperäistä stressihäiriötä esiintyy huomattavasti enemmän erilaisissa riskiolosuhteissa kuten sodasta, terrorismista, suuronnettomuuksista tai luonnonkatastrofeista kärsivissä maissa (Attanayake ym., 2009; Hoven, Duarte, & Mandell, 2003; Keane, Marshall, & Taft, 2006; Thabet ym., 2004). Arvioiden mukaan sota-alueiden aikuisväestöstä 16–37 % kärsii traumaperäisestä stressihäiriöstä (de Jong ym., 2001; Farhood ym., 2006), ja naiset oireilevat miehiä enemmän (Cardozo ym., 2005). Myös lapsilla traumaperäiset stressioireet ovat yleisiä traumaattisten tapahtumien kuten terroristi-iskun (66 %) (Koplewicz ym., 2002), koulusurman (43 %) (Turunen, 2014), maanjäristyksen (22 %) (Hsu, Chong, Yang, & Yen, 2002) ja tsunamin (11 %) (Thienkrua ym., 2006) jälkeen. Sotatrauman kokeneilla lapsilla PTSD on yleisin häiriö: 17 tutkimusta sisältäneen katsauksen mukaan sitä esiintyy keskimäärin noin puolella (47 %) lapsista (Attanayake ym., 2009). Palestiinalaislapsia koskeneissa tutkimuksissa häiriötä on arvioitu esiintyvän 23–70 %:lla lapsista (Dimitry, 2012).

Traumaperäiset stressioireet yleensä vähenevät sodan päätyttyä: kun sodan aikana oireista kärsi 41 % palestiinalaislapsista, vuosi sodan päättymisen jälkeen niistä kärsi enää 10 % (Thabet & Vostanis, 2000). Toisinaan traumaperäiset stressioireet saattavat kuitenkin vaivata vielä kuukausia tai vuosia sodan päättymisestä, kuten tutkijat havaitsivat Libanonin sodan (Kimhi ym., 2010), Kroatian sodan (Kuterovac-Jagodić, 2003) ja Ruandan sisällissodan (Schaal & Elbert, 2006) jälkeen. Pohjoisugandalaisista nuorista yli puolella (57 %) oli oireita vielä neljä vuotta sodan loppumisesta (McMullen, O’Callaghan, Richards, Eakin, & Rafferty, 2012).

### ***1.1.2. Traumaattisen tapahtuman muut psyykkiset seuraukset***

Traumaperäistä stressihäiriötä on tutkittu lapsilla paljon enemmän kuin sotatrauman muita psyykkisiä seurauksia (Attanayake ym., 2009). Kuitenkin tiedetään, että sodassa lapset kärsivät useista mielenterveyden ongelmista huomattavasti muita lapsia enemmän (Thabet ym., 2004). PTSD:n rinnalla saattaa esiintyä samanaikaisesti muita psyykkisiä ongelmia kuten masennusta (Fowler ym., 2013; Vizek-Vidović, Kuterovac-Jagodić, & Arambašić, 2000) ja muita tunne-elämän häiriöitä (McMullen ym., 2012). Masennus liittyy usein johonkin menetykseen kuten perheenjäsenen kuolemaan (Goenjian ym., 2001). Dimitryn (2012) katsauksessa todettiin palestiinalaislapsista 11 %:n kärsivän masennuksesta ja 47 %:n muista tunne-elämän häiriöistä. Jonkinasteisista masennusoireista kärsii suuri osa sota-alueiden lapsista (Allwood ym., 2002; Papageorgiou ym., 2000), joidenkin arvioiden mukaan lähes puolet (40–43 %) (Attanayake ym., 2009; Elbedour, Onwuegbuzie, Ghannam, Whitcome, & Abu Hein, 2007).

Sota-alueiden lapsilla esiintyy myös erilaisia ahdistuneisuusoireita (Papageorgiou ym., 2000), ja keskimäärin joka neljäs (27 %) kärsii ahdistuneisuushäiriöstä (Attanayake ym., 2009). Palestiinalaislapsista huomattavaa ahdistuneisuutta esiintyy arviolta jopa 40–100%:lla (Dimitry, 2012). Trauman seurauksena lapsilla saattaa olla myös pakko-oireita (Hsu ym., 2002; Lafleur ym., 2011), dissosiaatio-oireita (Simeon, Greenberg, Knutelska, Schmeider, & Hollander, 2003), psykoottisuutta (Hsu ym., 2002) ja erilaisia somaattisia oireita (Allwood ym., 2002; Vizek-Vidović ym., 2000). Tarkkaavuuden ongelmiakin esiintyy: palestiinalaislapsista joka kymmenennen (10 %) on arvioitu kärsivän ADHD:stä (Dimitry, 2012). Myös aggressiivista käyttäytymistä (Allwood ym., 2002), vihamielisyyttä (Hsu ym., 2002) ja pelkoja (Putscher, 2008) on havaittu trauman kokeneilla lapsilla. Tutkimusten mukaan palestiinalaislapsilla on usein ongelmia toverisuhteissa (Al-Krenawi, Graham, & Kanat-Maymon, 2009) ja noin 14 %:lla esiintyy käyttäytymishäiriöitä (Dimitry, 2012).

Nuorilla traumaattisten kokemusten havaittiin olevan yhteydessä myös lisääntyneeseen päihteiden käyttöön (Lipschitz ym., 2003).

Aiempien tutkimusten perusteella voidaan sanoa, että traumaattisista kokemuksista aiheutuu lapsille hyvin monenlaisia psyykkisiä oireita. Tyypillistä on myös useamman häiriön esiintyminen samanaikaisesti: Dimitryn (2012) katsauksen mukaan palestiinalaislapsista puolella (51 %) on useampi kuin yksi häiriö. Kaikesta huolimatta osa lapsista näyttäisi sopeutuvan vaativiin sotaolosuhteisiin yllättävän hyvin (Klingman, 2002). Aina trauman seuraukset eivät myöskään ole pelkästään kielteisiä, vaan yksilö voi kokea siitä seuranneen myös jotain hyvää (Tedeschi & Calhoun, 2004). Seuraavaksi tarkastellaan, mitkä tekijät vaikuttavat siihen, millaisia trauman psyykkiset seuraukset loppujen lopuksi ovat.

### ***1.1.3. Trauman psyykkisiin seurauksiin vaikuttavat tekijät***

Bronfenbrennerin (1994, 2005) bioekologisen teorian mukaan lapsen kehitys tapahtuu vuorovaikutuksessa yksilön biopsykologisten ominaisuuksien ja eritasoisten ympäristötekijöiden välillä. Sekä lähellä (vanhemmat, perhe, koulu, toverit) että etäämmällä (media, yhteisö, kulttuuri, taloudelliset ja poliittiset tekijät) olevat ympäristötekijät vaikuttavat lapsen kehitykseen. Ne voivat joko suojata tai vahingoittaa lasta traumaattisissa olosuhteissa (Noffsinger, Pfefferbaum, Pfefferbaum, Sherrieb, & Norris, 2012). Sotatrauman vaikutukset lasten mielenterveyteen riippuvat siis trauman piirteiden lisäksi yksilöön (esim. ikä, sukupuoli, reaktiot, hallintakeinot), perheeseen (esim. vanhemmuus) ja yhteisöön (esim. saatu sosiaalinen tuki, uskonnollisuus) liittyvistä tekijöistä (Dimitry, 2012; van Wesel ym., 2012).

Traumaattisen kokemuksen tyyppin tiedetään vaikuttavan siihen, millaisia sen psyykkiset seuraukset ovat (Dimitry, 2012). Sodassa altistutaan usein toisen ihmisen aiheuttamille traumoille (*man-made trauma, interpersonal trauma*), joiden seuraukset ovat tutkimusten mukaan vakavampia kuin esimerkiksi luonnonkatastrofien (Darves-Bornoz ym., 2008; Fowler ym., 2013; Kanninen, 2005; Lim, Adams, & Lilly, 2012). Esimerkiksi väkivaltainen tai seksuaalinen trauma on lapsen mielenterveydelle haitallisempi verrattuna ei-väkivaltaiseen traumaan kuten nälänhätään tai kodittomuuteen (Allwood ym., 2002; Copeland ym., 2007).

Myös traumojen lukumäärä vaikuttaa siihen, kuinka vakavia niiden seuraukset ovat (Allwood ym., 2002; Dimitry, 2012). Thabet, Abu Tawahina, El Sarraj ja Vostanis (2008) havaitsivat tutkimuksessaan, että suurempi traumojen määrä oli 9–18-vuotiailla palestiinalaislapsilla yhteydessä vakavampiin ahdistuneisuusoireisiin ja traumaperäisiin stressioireisiin. Muissakin



tutkimuksissa on havaittu traumojen lukumäärän olevan yhteydessä traumaperäisiin stressioireisiin (Baràth, 2002; Dubow ym., 2012; Kuterovac-Jagodić, 2003), masennukseen (Schiff, 2006), sosiaaliseen toimintakykyyn (Al-Krenawi ym., 2009) ja dissosiaatio-oireisiin (Nilsson, Gustafsson, & Svedin, 2010). Eräissä tutkimuksissa traumojen määrä oli kuitenkin yhteydessä ainoastaan lasten tunne-elämän ongelmiin ja neuroottisuuteen, muttei käyttäytymisen ongelmiin tai traumaperäisiin stressioireisiin (Khamis, 2015). Myös Besser ja Neria (2012) havaitsivat, ettei voimakkaampi sotatraumalle altistuminen ollut suoraan yhteydessä traumaperäisten stressioireiden määrään. Onkin esitetty, että trauman objektiiviset piirteet selittäisivät vain pienen osan trauman psyykkisistä seurauksista (Schiff, 2006).

Yksilöön liittyvistä tekijöistä sukupuolen merkitystä traumatilanteessa on tutkittu paljon. Traumaperäinen stressihäiriö on yleisempi naisilla (Breslau, 2002), vaikka miehet altistuvat useammin traumaattisille tapahtumille (Keane ym., 2006). Yleensä tyttöjen on havaittu oireilevan sotatrauman seurauksena poikia enemmän (Slone & Shoshani, 2014; Thabet ym., 2009), mutta joissain tutkimuksissa tulos on ollut päinvastainen (Catani ym., 2009; Khamis, 2005) tai sukupuolieroa ei ole ollut (Shaar, 2013). On myös mahdollista, että tytöt ja pojat oireilevat eri tavoin: pojilla näyttäisi esiintyvän enemmän välttelyoireita (Okello, De Schryver, Musisi, Broekaert, & Derluyn, 2014), käyttäytymisen ongelmia (Al-Jawadi & Abdul-Rhman, 2007; Khamis, 2015) ja aggressiivisuutta (Al-Krenawi ym., 2009; Qouta, Punamäki, & El Sarraj, 2008) kuin tytöillä. Tytöille ahdistuneisuus- ja mielialaoireet saattavat olla tyypillisempiä (Giannopoulou ym., 2006; Shaw, 2003). Sukupuolen yhteys oireisiin ei kuitenkaan välttämättä ole niin suoraviivainen: Laufer ja Solomon (2009) havaitsivat, ettei sukupuoli ollut yhteydessä traumaperäisiin stressioireisiin suoraan, vaan tyttöjen suuremman pelokkuuden kautta.

Myös iän merkityksestä traumatilanteessa on ristiriitaisia tutkimustuloksia. Tiedetään, että trauman vaikutukset riippuvat yksilön kehitystasosta (van der Kolk, 1987). Aikuisten reagointi traumaan on erilaista kuin lasten, joiden kognitiivinen, sosiaalinen ja emotionaalinen kehitys on vielä kesken (Compas, 2006; Shaw, 2003). Joidenkin tutkimusten mukaan nuoremmat lapset ovatkin alttiimpia traumaperäisille stressioireille kuin vanhemmat lapset (Hsu ym., 2002; Keane ym., 2006; Shaw, 2003). Toisaalta monissa tutkimuksissa vanhemmilla lapsilla on ollut oireita enemmän (Khamis, 2005; Vizek-Vidović ym., 2000) – tosin he myös kokevat sotatraumoja useammin (Kuterovac-Jagodić, 2003). Aina ikäeroa ei kuitenkaan ole löydetty: 9–16-vuotiailla palestiinalaislapsilla ikä ei ollut yhteydessä tunne-elämän tai käyttäytymisen ongelmiin tai neuroottisuuteen sotatrauman jälkeen (Khamis, 2015).

Perheeseen liittyvät tekijät vaikuttavat lapsen traumasta selviytymiseen. Tutkimusten mukaan esimerkiksi vanhempien ero (Farbstein ym., 2010), vanhempien traumaperäinen oireilu (Shamai &

Kimhi, 2007; Thabet ym., 2008), mielenterveysongelmat (Qouta, Punamäki, & El Sarraj, 2005), päihteiden käyttö (Nilsson, Gustafsson, & Svedin, 2012), väkivaltaisuus (Catani, Jacob, Schauer, Kohila, & Neuner, 2008; Okello ym., 2014; Peltonen, Ellonen, Larsen, & Helweg-Larsen, 2010), perheen vähäiset rutiinit (Pat-Horenczyk, Schiff, & Doppelt, 2006) ja heikko tulotaso (Khamis, 2015) sekä perheenjäsenen menetys (Goenjian, ym., 2001) ovat lapsen hyvinvoinnin riskitekijöitä traumatilanteessa. Traumaattinen elämänhistoria heikentää kykyä toipua tulevista traumoista (Ehlers & Clark, 2000). Toisaalta tukea antava perhe on lapselle voimavara (Dubow ym., 2012; Kimhi ym., 2010; Thabet ym., 2009). Esimerkiksi Qouta ym. (2008) havaitsivat, että rakastava ja ohjaava vanhemmuus suojeli lapsia trauman vaikutuksilta. Myös hyvät toverisuhteet näyttäisivät tukevan selviytymistä erityisesti pojilla (Peltonen, Qouta, Diab, & Punamäki, 2014).

Sodassa lasten selviytymiselle asettavat haasteita myös koko yhteisöä koskettavat ristitekijät kuten aliravitsemus (Shaw, 2003), lapsityövoima (Catani ym., 2009), pakolaisuus (Mollica ym., 2004), yhteisön voimavarojen puute sekä koulunkäynnin vaikeus (Baràth, 2002). Monien stressitekijöiden kasautuessa lasten traumaperäiset oireet saattavat pahentua (Catani ym., 2009). Toisaalta yhteisöstä lapsi voi saada myös tukea traumasta selviytymiseen: sosiaalisen tuen (Trickey ym., 2012), uskonnollisuuden (Schiff, 2006; Tol, Song, & Jordans, 2013) sekä yhteisten arvojen ja uskomusten (Shaw, 2003) on havaittu suojelevan lapsen mielenterveyttä sotaolosuhteissa.

Peritraumaattisilla eli tapahtumahetken psykologisilla prosesseilla kuten yksilön tulkinnoilla ja tunnereaktioilla näyttäisi myös olevan suuri vaikutus mielenterveyteen trauman jälkeen (Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003). On esitetty, että lapsen oma subjektiivinen kokemus olisi itse asiassa voimakkain trauman psyykkisten seurausten ennustaja (Braun-Lewensohn, Celestin-Westreich, Celestin, Verté, & Ponjaert-Kristoffersen, 2009; Dimitry, 2012; Trickey ym., 2012). Hengenvaaran, paniikin ja hallinnan menettämisen kokemukset tapahtumahetkellä ennustavat traumaperäisiä oireita lapsilla (Kimhi ym., 2010; Kuterovac-Jagodić, 2003; Shaar, 2013; Udwin, Boyle, Yule, Bolton, & O’Ryan, 2000). Myös kiintymyssuhteen tiedetään vaikuttavan siihen, kuinka yksilö traumaattista kokemusta tulkitsee (Kanninen, Qouta, & Punamäki, 2003; Mikulincer, Shaver, & Horesh, 2006). Seuraavaksi tutustutaan tarkemmin kiintymyssuhteen käsitteeseen ja tarkastellaan kiintymyssuhteen yhteyttä mielenterveyteen traumatilanteessa.

## **1.2. Kiintymyssuhde ja sen merkitys traumatilanteessa**

Kiintymyssuhdeteorian (Bowlby, 1969) mukaan kiintymyssuhde (*attachment*) muodostuu ensimmäisen elinvuoden aikana lapsen ja vanhemman välisessä vuorovaikutuksessa. Lapsen

vaistonvaraisen kiintymyskäyttäytymisen, kuten itkun, tarkoituksena on saada vanhempi huolehtimaan hänen selviytymisestään. Vanhemman sensitiivisyys eli herkkyys lapsen viesteille vaikuttaa siihen, millainen käsitys lapselle muodostuu itsestä ja muista (Ainsworth, 1979; Bowlby, 1973). Näin syntyneet mielensisäiset mallit (*mental representation*) muodostavat kiintymyssuhteen perustan ja ohjaavat toimintaa myöhemmissä sosiaalisissa suhteissa (Bowlby, 1969). Koska mallit ovat luonteeltaan melko pysyviä, kiintymyssuhde vaikuttaa yksilön kehitykseen läpi koko elämän. Se on varsin muuttumaton lapsuudesta aikuisuuteen etenkin, jos elämässä ei tapahdu suuria kielteisiä muutoksia (Thompson, 2008).

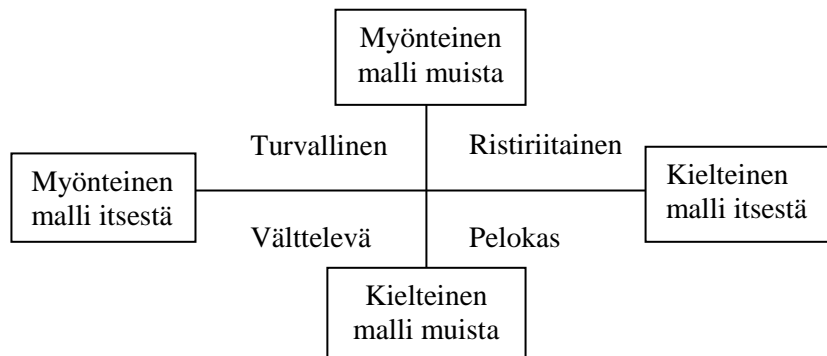
Ainsworthin (1979) mukaan lapset voidaan jakaa kiintymyssuhteen perusteella kolmeen eri luokkaan: lapsen kiintymystyyli (*attachment style*) voi olla turvallinen (*secure*), turvaton-välttelevä (*insecure avoidant*) tai turvaton-ristiriitainen (*insecure ambivalent/resistant*). Turvallinen kiintymystyyli syntyy yleensä sellaisessa vuorovaikutuksessa, jossa vanhempi reagoi lapsen viesteihin sensitiivisesti eli nopeasti ja johdonmukaisesti (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). Tällöin lapselle muodostuu käsitys, että vanhempi on saatavilla hädän hetkellä ja kielteistenkin tunteiden ilmaiseminen on sallittua. Turvallisesti kiintyneillä onkin yleensä myönteinen käsitys itsestä, muista ihmisistä ja maailmasta (Crittenden, 2000).

Turvattomasti-välttelevästi kiintyneen lapsen vanhempi on ollut toistuvasti epäsensitiivinen lapsen viesteille (Ainsworth ym., 1978). Koska kiintymyskäyttäytymiseen on suhtauduttu torjuvasti tai välinpitämättömästi, lapsi ei luota vanhemman saatavilla oloon. Torjuvan reaktion pelossa lapsi oppii välttämään erityisesti kielteisten tunteiden ilmaisua eikä stressaavassa tilanteessa hae turvaa vanhemmasta. Lapsi oppii siis vaimentamaan kiintymyskäyttäytymisensä (Mikulincer & Shaver, 2007). Koska välttelevästi kiintyneet näkevät muut ihmiset usein uhkaavina ja epäluotettavina, he pyrkivät minimoimaan tunneilmaisunsa, välttämään läheisyyttä ja selviytymään itsenäisesti (Bartholomew & Horowitz, 1991).

Turvattomasti-ristiriitaisesti kiintyneen lapsen vanhempi on reagoinut lapsen viesteihin säännöllisen epäjohdonmukaisesti, pikemminkin omien kuin lapsen tarpeiden mukaisesti (Ainsworth ym., 1978). Siksi lapsi ei osaa ennakoida vanhemman toimintaa ja käyttäytyy stressaavassa tilanteessa ristiriitaisesti, joko läheisyyttä hakien tai sitä vastustaen. Koska vanhemman saatavilla olo on sattumanvaraisia, lapsi on oppinut jatkuvasti liioittelemaan kiintymyskäyttäytymistään, esimerkiksi kielteisiä tunteitaan, saadakseen huomiota ja rakkautta vanhemmalta (Mikulincer & Shaver, 2007).

Bartholomew (1990) on omassa kiintymyssuhdemallissaan hyödyntänyt Bowlbyn (1969) mielensisäisten mallien käsitettä määrittelemällä kiintymystyyliä kahden eri dimension mukaan (Kuva I). Ensimmäinen dimensio kuvaa sisäisiä malleja itsestä eli sitä, missä määrin yksilö kokee

itsensä arvokkaana ja riippumattomana muiden hyväksynnästä. Toinen dimensio kuvastaa muihin ihmisiin liittyviä malleja eli sitä, kannattaako muihin ihmisiin luottaa ja voiko heitä lähestyä.



Kuva I. Kahden dimension ja neljän luokan kiintymyssuhdemalli (Bartholomew, 1990)

Mallin mukaan turvallisesti kiintyneillä käsitys sekä itsestä että muista on myönteinen (Bartholomew, 1990). Ristiriitaisesti kiintyneillä käsitys itsestä on kielteinen, mutta käsitys muista on myönteinen, minkä vuoksi he joutuvat jatkuvasti hakemaan muiden hyväksyntää kokeakseen olonsa turvalliseksi. Mallissa on erotettu toisistaan kaksi erilaista välttelevää kiintymystyyliä. Välttelevästi-itseriittoisesti (*avoidant dismissive*) kiintyneet suhtautuvat muihin kielteisesti ja välttävät läheisyyttä, mutta säilyttävät myönteisen kuvan itsestään kieltämällä defensiivisesti läheisten ihmissuhteiden arvon. Välttelevästi-pelokkaasti (*avoidant fearful*) kiintyneillä käsitys sekä itsestä että muista on kielteinen, minkä vuoksi yksilö hakee hyväksyntää, mutta samanaikaisesti pelkää läheisyyttä ja torjutuksi tulemista.

Kiintymyssuhde näyttäisi olevan universaali ilmiö, ja kulttuurista toiseen turvallinen kiintymystyyli on normaaliväestössä yleisin (van Ijzendoorn & Sagi-Schwartz, 2008). Esimerkiksi länsimaalaisista yli puolet (58 %) on turvallisesti kiintyneitä (van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996). Trauman uhreilla turvattomasti kiintyneiden määrä on kuitenkin suurempi (Muller, Sicoli, & Lemieux, 2000) ja sotaolosuhteissa erityisesti välttelevästi kiintyneiden osuus näyttäisi olevan korostunut (Dieperink, Leskela, Thuras, & Engdahl, 2001). Renaudin (2008) tutkimuksessa Vietnamin sodan veteraaneista 67 % oli välttelevästi-pelokkaasti, 23 % välttelevästi-itseriittoisesti, 6 % ristiriitaisesti ja vain 4 % turvallisesti kiintyneitä. Myös riskiolosuhteissa elävillä, esimerkiksi kaltoinkohdelluilla lapsilla esiintyy enemmän turvatonta kiintymystyyliä kuin muilla lapsilla (Cyr, Euser, Bakermans-Kranenburg, & van Ijzendoorn, 2010).

### ***1.2.1. Kiintymyssuhteen yhteys mielenterveyteen***

Tutkimuksissa on havaittu kiintymyssuhteen olevan yhteydessä yksilön mielenterveyteen (Cassidy, Jones, & Shaver, 2013; Mikulincer & Shaver, 2012). Yleensä turvallinen kiintymystyyli on liitetty vähäisempiin psyykkisiin ongelmiin, ja sen uskotaan ennustavan parempaa emotionaalista, sosiaalista ja kognitiivista kehitystä (van Ijzendoorn & Sagi-Schwartz, 2008). Tuoreen katsauksen ( $n = 4441$ ) mukaan turvallisesti kiintyneillä lapsilla on paremmat sosiaaliset taidot kuin välttelevästi ja ristiriitaisesti kiintyneillä (Groh ym., 2014). Tämä voi johtua siitä, että turvallinen kiintymystyyli on yhteydessä hyvään sosiaaliseen ongelmanratkaisuun (Raikes & Thompson, 2008), prososiaalisuuteen ja empaattisuuteen (Panfile & Laible, 2012) sekä myönteisiin näkemyksiin ikätovereista (Ziv, Oppenheim, & Sagi-Schwartz, 2004). Turvallisesti kiintyneet ovatkin turvattomasti kiintyneitä harvemmin yksinäisiä (Raikes & Thompson, 2008), vihamielisiä tai ahdistuneita toverisuhteissa (Zimmermann, 2004). Myös konflikteja ikätovereidensä kanssa on vähemmän (Raikes, Virmani, Thompson, & Hatton, 2013). Lisäksi turvallinen kiintymystyyli näyttäisi ennustavan lasten parempaa akateemista suoriutumista (Granot & Mayseless, 2001) ja kognitiivista tasoa (Bernier, Carlson, Deschênes, & Matte-Gagné, 2012).

Mikulincerin ja Shaverin (2012) katsauksen mukaan turvaton kiintymystyyli on aikuisilla yhteydessä moniin mielenterveyden ongelmiin kuten masennukseen, ahdistuneisuuteen, pakko-oireiseen häiriöön, traumaperäiseen stressihäiriöön ja persoonallisuushäiriöihin. Turvattomasti kiintyneiden itsetunto on usein heikko ja he ovat riippuvaisia muiden hyväksynnästä (Bartholomew & Horowitz, 1991). Lapsilla turvaton kiintymystyyli on yhdistetty sekä käyttäytymisen että tunne-elämän ongelmiin (Cassidy ym., 2013; Ding ym., 2014). Turvattomasti kiintyneillä lapsilla on enemmän vaikeuksia myös sosiaalisissa suhteissaan (Scharf, Oshri, Eshkol, & Pilowsky, 2014; Schneider, Atkinson, & Tardif, 2001). Zimmermann (2004) havaitsi tutkimuksessaan, että ristiriitainen ja välttelevä-itseriitoinen kiintymystyyli olivat yhteydessä nuorten ahdistuneisuuteen, vihamielisyyteen ja konflikteihin toverisuhteissa. Lisäksi turvaton kiintymystyyli on yhteydessä kouluun liittyviin ongelmiin kuten heikompaan itsesäätelyyn (Drake, Belsky, & Fearon, 2014), koulumotivaatioon (Moss & St-Laurent, 2001) ja kognitiiviseen tasoon (Ding ym., 2014).

Tutkimuksissa on saatu viitteitä myös siitä, että ristiriitaisesti ja välttelevästi kiintyneet kärsisivät erilaisista mielenterveyden ongelmista. Välttelevästi kiintyneet vierastavat läheisyyttä ja voimakkaita tunteita (Crawford ym., 2009). Siksi he saattavat kärsiä useammin ongelmista, joissa stressiä pyritään minimoimaan, kuten välttelyoireista (Mikulincer, Florian, & Weller, 1993), päihdeongelmista (Schindler ym., 2005) ja somaattisista vaivoista (Rosenstein & Horowitz, 1996). Välttelevästi kiintyneiden ongelmat ilmenevät usein käyttäytymisen tasolla: Burgess, Marshall,

Rubin ja Fox (2003) havaitsivat, että välttelevästi kiintyneillä lapsilla oli enemmän käyttäytymisen ongelmia kuin turvallisesti ja ristiriitaisesti kiintyneillä lapsilla.

Ristiriitaisesti kiintyneiden taipumus arvioida tapahtumia todellista uhkaavammiksi herättää usein voimakkaita kielteisiä tunnereaktioita (Bartholomew & Horowitz, 1991). Ristiriitainen kiintymystyyli onkin yhdistetty häiriöihin, joihin liittyy emotionaalista epävakautta, riippuvuutta, huomionhakuisuutta, itsetuhoisuutta ja epäluuloisuutta (Crawford ym., 2009). Aikuisilla se on yhteydessä impulsiivisuuteen, vaativuuteen ja jopa väkivaltaisuuteen sosiaalisissa suhteissa (Mikulincer & Shaver, 2007). Myös lapsilla ristiriitaisen kiintymystyylin havaittiin olevan yhteydessä aggressiiviseen käyttäytymiseen (Ding ym., 2014), tarkkaavuuden ongelmiin (Scharf ym., 2014) ja ahdistuneisuuteen (Zimmermann, 2004). Schneiderin, Atkinsonin ja Tardifin (2001) 64 tutkimusta sisältäneen meta-analyysin mukaan ristiriitaisesti kiintyneillä lapsilla on suurempi riski vetäytyä toverisuhteista torjutuksi tulemisen pelon vuoksi.

Tutkimusten perusteella turvallinen kiintymystyyli on siis turvatonta kiintymystyyliä edullisempi mielenterveydelle. Monet ajattelevatkin turvallisen kiintymystyylin suojaavan yksilöä kaikelta pahalta (O'Connor & Elklit, 2008). Toisaalta jotkut ovat sitä mieltä, ettei turvaton kiintymystyyli välttämättä ole yhteydessä psykopatologiaan, minkä vuoksi *turvattomuus* on käsitteenä harhaanjohtava (Rutter, Kreppner, & Sonuga-Barke, 2009). Crittendenin (1999) mukaan kiintymystyyli pohjautuu sellaiseen strategiaan, joka on ollut kaikkein toimivin varhaislapsuuden kasvuympäristössä. Mielenterveyden ongelmat saattavat johtua siitä, että yksilö soveltaa tiedostamattaan näitä toimintamalleja sielläkin, missä ne eivät enää toimi (Pocock, 2010). Tärkeintä saattaakin olla se, kuinka hyvin kiintymystyyli sopii yhteen ympäristön vaatimusten kanssa (Crittenden, 2000).

### ***1.2.2. Kiintymyssuhteen merkitys traumatilanteessa***

Kiintymyssuhteeseen liittyy sisäisiä malleja siitä, kuinka vaarallisessa tilanteessa tulee toimia (Bowlby, 1973). Kun jotain uhkaavaa tapahtuu, nämä mallit aktivoituvat ja vaikuttavat tilanteen tulkintaan, käsittelyyn ja tilanteesta selviytymiseen (Bowlby, 1988; Mikulincer ym., 1993). Kiintymystyyli voi siis selittää sitä, miksi ihmiset reagoivat vaaraan – ja traumaattisiin tilanteisiin – eri tavoin (Kanninen, Qouta, ym., 2003; Punamäki, 2002).

Useiden tutkimusten mukaan turvallinen kiintymystyyli on yhteydessä vähäisempiin psyykkisiin oireisiin traumaan jälkeen. Eräässä tutkimuksessa havaittiin, että aikuisista trauman uhreista turvallisesti kiintyneillä oli vähemmän traumaperäisiä stressioireita, masennusta ja

ahdistuneisuutta verrattuna ristiriitaisesti ja pelokkaasti kiintyneisiin (Armour, Elklit, & Shevlin, 2011). Turvallinen kiintymystyyli on yhteydessä vähempiin psyykkisiin oireisiin myös sotatrauman jälkeen (Kanninen, Salo, & Punamäki, 2000; Punamäki, Palosaari, Diab, Peltonen, & Qouta, 2015) ja se on liitetty myös trauman jälkeiseen henkiseen kasvuun (Salo, Qouta, & Punamäki, 2005).

Turvattoman kiintymystyylin sen sijaan on nähty olevan hyvinvoinnin riskitekijä myös haastavissa olosuhteissa (Mikulincer & Shaver, 2007; Ortigo, Westen, DeFife, & Bradley, 2013). Turvaton kiintymystyyli on yhteydessä aikuisilla traumaperäisiin stressioireisiin väkivaltarikoksen jälkeen (Sandberg, Suess, & Heaton, 2010; Scott & Babcock, 2010) ja traumaperäisiin stressioireisiin ja masennusoireisiin sotatrauman jälkeen (Kanninen, Punamäki, ym., 2003; Solomon ym., 2008). Niin ikään väkivaltaisen trauman kokeneilla lapsilla turvaton kiintymystyyli oli yhteydessä traumaperäisiin stressioireisiin (London, Lilly, & Pittman, 2015) ja masennusoireisiin (Suzuki & Tomoda, 2015). Se on yhdistetty myös traumaan liittyviin dissosiaatio-oireisiin nuorilla (Nilsson, Holmqvist, & Jonson, 2011).

Ristiriitaisesti kiintyneiden traumaperäisiä stressioireita on selitetty heidän itseen liittyvillä kielteisillä käsityksillä (Muller ym., 2000). Koska ristiriitaisesti kiintyneet reagoivat traumaattisiin tapahtumiin hyvin tunnepitoisesti, he saattavat olla erityisen alttiita traumaperäisille intruusio- eli uudelleenkokemisoireille (Kanninen, Qouta, ym., 2003; Punamäki, 2002). Besser ja Neria (2012) havaitsivat, että sotaympäristössä ristiriitainen kiintymystyyli oli yhteydessä traumaperäisiin stressioireisiin vähäiseksi koetun sosiaalisen tuen kautta. Aina ristiriitainen kiintymystyyli ei kuitenkaan ole ollut yhteydessä traumaperäisiin stressioireisiin (O'Connor & Elklit, 2008).

Välittelevästi kiintyneet sen sijaan saattavat kärsiä useammin traumaperäisistä välttelyoireista ja somaattisista oireista, koska he pyrkivät pitämään traumaan liittyvät ajatukset ja tunteet poissa mielestä (Punamäki, 2002). O'Connorin ja Elklitin (2008) tutkimuksessa oli eroteltu toisistaan Bartholomew'n (1990) mallin mukaisesti välittelevä-itseriittoinen ja välittelevä-pelokas kiintymystyyli. Itseriittoinen kiintymystyyli oli yhteydessä kaikkiin traumaperäisiin stressioireisiin ja pelokas kiintymystyyli välttely- ja ylivireysoireisiin. Armour ym. (2011) havaitsivat, että välittelevästi-pelokkaasti kiintyneillä oli trauman seurauksena kaikkein eniten traumaperäisiä stressioireita, masennusta ja ahdistuneisuutta.

Toisaalta on esitetty, että turvaton kiintymystyyli voi joissain olosuhteissa itse asiassa suojella yksilöä ympäristön vaaroilta (Crittenden, 2008). Vaikka sotaolosuhteissa monilla välittelevästi kiintyneillä lapsilla traumaperäisiä stressioireita on aluksi paljon, ne vähenevät melko tehokkaasti ajan kuluessa (Punamäki ym., 2015). Turvallisen kiintymystyylin myönteiset vaikutukset on kyseenalaistettu sota-olosuhteissa, koska turvallisesti kiintyneet voivat olla erityisen herkkiä muiden ihmisten aiheuttamalle, äärimmäisen julmalle traumalle (Kanninen, Punamäki, ym., 2003).

Turvallinen kiintymystyyli saattaa joskus myös muuttua turvattomaksi hyvin kielteisten elämäntapahtumien myötä (Carlivati & Collins, 2007). Kiintymystyyli voi muuttua esimerkiksi silloin, kun sotatraumat muuttavat yksilön käsitykset muista ihmisistä kielteisiksi (Haskuka, Sunar, & Alp, 2008). Seuraavaksi tarkastellaankin, kuinka kiintymystyyli on yhteydessä yksilön käsityksiin itsestä ja muista traumaattisen kokemuksen jälkeen.

### **1.2.3. Kiintymyssuhde ja traumaan liittyvät kognitiot**

Kognitioilla tarkoitetaan yksilön mielensisäisiä prosesseja kuten havaitsemista, tarkkaavaisuutta, muistia, uskomuksia, päättelyä, päätöksentekoa ja suunnittelua (Neisser, 1967). Traumaperäisen stressihäiriön kriteereihin kuuluvat uuden DSM-V-tautiluokituksen mukaan kielteiset muutokset yksilön kognitioissa (APA, 2013). Kielteisillä traumaan liittyvillä kognitioilla (*posttraumatic cognitions*) tarkoitetaan trauman jälkeisiä kapeutuneita ja kielteisesti vääristyneitä ajattelutapoja (Ehlers & Clark 2000; Meiser-Stedman, Dalglish, Smith, Yule, & Glucksman, 2007). Kun lapset yrittävät ymmärtää ja selittää traumaattista kokemusta, heidän ajattelunsa, tulkintansa ja maailmankatsomuksensa muuttuvat, mikä voi vaikuttaa tulevaan sopeutumiseen joko myönteisesti tai kielteisesti (Punamäki, 2014).

Traumaperäisten kielteisten kognitioiden uskotaan siis selittävän traumaperäisen stressihäiriön kehittymistä ja pysyvyyttä (Meiser-Stedman, Dalglish, Glucksman, Yule, & Smith, 2009; Smith, Perrin, Yule, & Clark, 2010). Tämä on perusajatuksena myös Foan ja Kozakin (1986) kehittämässä trauman emotionaalisen prosessoinnin teoriassa (EPT, *emotional processing theory*). Teorian mukaan PTSD:tä luonnehtivat yksilön äärimmäisen kielteiset itseen (esim. ”Olen heikko ja haavoittuvainen”) ja ympäröivään maailmaan (esim. ”Maailma on paha ja vaarallinen”) liittyvät kognitiot. Kielteisten kognitioiden myötä syntyy kokemus vakavasta, ajankohtaisesta uhkasta (Ehlers & Clark, 2000). Trauman psyykkisiin seurauksiin vaikuttaa siis se, kuinka henkilö tulkitsee traumaattista tapahtumaa ja omia siihen liittyviä reaktioitaan (Dunmore, Clark, & Ehlers, 2001; Meiser-Stedman, Dalglish, ym., 2009).

Kielteisten kognitioiden muuttaminen realistisemmiksi eli kognitiivinen restrukturointi on tutkimusten mukaan avainmekanismi traumaperäisestä stressihäiriöstä toipumisessa (Diehle, Schmitt, Daams, Boer, & Lindauer, 2014; Foa & Rauch, 2004; McLean, Yeh, Rosenfield, & Foa, 2015; Zalta ym., 2014). Toipumisen kannalta lienee keskeistä se, kuinka yksilö pystyy sovittamaan tapahtuman aiempiin uskomuksiinsa ja hyväksymään sen ainutkertaisena, yksittäisenä tapahtumana elämässään (Foa, Keane, & Friedman, 2000).



Kuten edellä on todettu, kiintymystyyli vaikuttaa yksilön käsityksiin itsestä ja muista ihmisistä (Bowlby, 1969) sekä siihen, kuinka yksilö reagoi traumaattisiin tapahtumiin (Mikulincer ym., 1993). Traumaattisen tapahtuman emotionaalinen ja kognitiivinen käsittely on erilaista kiintymystyylistä riippuen (Crittenden, 2000; Kanninen, Qouta, ym., 2003; Mikulincer ym., 2006). Kiintymystyyli on yhteydessä traumaattisen tapahtuman herättämiin tunnereaktioihin kuten siihen, kuinka pelottavana tai vaarallisena se koetaan (Fowler, Tompsett, Braciszewski, Jacques-Tiura, & Baltes, 2009; Kanninen, Qouta, ym., 2003).

Turvallinen kiintymystyyli tukee tunteiden säätelyä ja turvallisuuden tunnetta (Carlivati & Collins, 2007). Turvallisesti kiintyneillä on myös havaittu olevan vähemmän kielteisiä käsityksiä itsestä kuin turvattomasti kiintyneillä (Mason, Platts, & Tyson, 2005). Luultavasti turvallisesti kiintyneille ominainen hallinnan tunne ja myönteinen käsitys itsestä auttavat uskomaan siihen, että vaikeasta ja stressaavasta tilanteesta voi selvitä (Bartholomew & Horowitz, 1991; Benight & Bandura, 2004; Mikulincer & Florian, 1998). He käsittelevät traumaattista tapahtumaa realistisemmin ja voivat tarvittaessa turvautua toisten apuun (Punamäki, 2002). Turvallisesti kiintyneet suhtautuvat muihin ihmisiin luottavaisesti: esimerkiksi Clark ja Symons (2009) havaitsivat tutkimuksessaan, että turvallisesti kiintyneillä lapsilla oli myönteisempi käsitys itsestään ja muiden ihmisten tarkoituksesta verrattuna turvattomasti kiintyneisiin. Turvallinen kiintymystyyli oli yhteydessä myös kykyyn muuttaa suhtautumista traumaattiseen tapahtumaan ja katsoa sitä uudesta näkökulmasta (Schmidt, Blank, Bellizzi, & Park, 2012).

Turvattomasti kiintyneillä on usein vaikeuksia säädellä tunteitaan stressaavissa tilanteissa (Muller ym., 2000). He myös arvioivat tilanteita kielteisesti: esimerkiksi ristiriitaisesti kiintyneet saattavat kokea tapahtumat todellista uhkaavimmiksi ja omat selviytymismahdollisuutensa vähäisiksi (Punamäki, 2002). Turvattoman kiintymystyylin onkin havaittu olevan yhteydessä kielteisiin traumaan liittyviin kognitioihin. Esimerkiksi Renaudin (2008) sotaveteraaneja koskeneessa tutkimuksessa välttelevä kiintymystyyli oli yhteydessä kielteisiin kognitioihin maailmasta ja ristiriitainen kiintymystyyli kielteisiin kognitioihin itsestä sekä syyllisyyden tunteisiin. Samanlainen tulos on saatu toisessakin aikuisia koskeneessa tutkimuksessa (Arikan, Stopa, Carnelley, & Karl, 2015). Turvaton kiintymystyyli on yhteydessä myös vähentyneeseen itsearvostukseen toisen ihmisen aiheuttaman trauman jälkeen (Lim ym., 2012). Turvattomasti kiintyneillä on lisäksi vaikeuksia kokea minuutensa eheänä ja jatkuvana (Park, Crocker, & Mickelson, 2004), mikä saattaa vaikeuttaa traumasta selviytymistä.

Yliopisto-opiskelijoita koskeneessa tutkimuksissa ristiriitaisesti kiintyneillä oli enemmän kielteisiä käsityksiä itsestä ja muista kuin turvallisesti ja välttelevästi kiintyneillä (Stefanović Stanojević, & Nedjeljković, 2012). O'Connor ja Elklit (2008) sen sijaan havaitsivat, että välttelevä-

pelokas ja välttelevä-itseriittoinen kiintymystyyli olivat yhteydessä kielteisiin näkemyksiin maailmasta trauman jälkeen, mutta ristiriitainen kiintymystyyli ei ollut. Eräässä tutkimuksessa välttelevästi-pelokkaasti kiintyneillä oli kaikkein eniten kielteisiä traumaan liittyviä kognitioita sekä itsestä että muista (Mason ym., 2005).

Renaud (2008) on huomionut, että emotionaalisen prosessoinnin teorian (Foa & Kozak, 1986) traumaan liittyvien *kielteisten kognitioiden* käsite muistuttaa kiintymyssuhdeteorian *sisäisten mallien* käsitteitä: molemmat liittyvät siihen, kuinka yksilö kokee itsensä ja ulkopuolisen maailman. Erojen kiintymystyyliä voidaankin nähdä johtuvan eroista yksilöiden kognitioissa (Platts, Tyson, & Mason, 2002). Sekä kiintymystyyli että traumaan liittyvät kielteiset kognitiot ovat yhteydessä mielenterveyteen sotaolosuhteissa (Duraković-Belko, Kulenović, & Dapic, 2003; Kanninen, Punamäki, ym., 2003; Punamäki ym., 2015; Trickey ym., 2012). Lasten kiintymystyylin ja traumaan liittyvien kognitioiden välisestä yhteydestä ei kuitenkaan löydy paljoa tutkimusta.

### 1.3. Tutkimuskysymykset

Tutkimusten perusteella traumaattiset kokemukset muodostavat riskin lasten mielenterveydelle yleisesti ja erityisesti sotaolosuhteissa. Koska traumojen määrä vaikuttaa trauman psyykkisiin seurauksiin, tässä tutkimuksessa selvitettiin ensimmäiseksi, erosivatko vähän, kohtalaisesti ja paljon traumoja kokeneet lapset toisistaan mielenterveyden (traumaperäiset stressioireet, masennusoireet, eksternalisaatio-oireet, prososiaalisuus) suhteen. Hypoteesina oli, että suurempi traumojen määrä olisi yhteydessä suurempiin mielenterveyden oireisiin ja vähäisempään prososiaalisuuteen. Kuitenkin traumojen määrän lisäksi monet muut tekijät ovat tutkimusten perusteella keskeisiä – ja kenties tärkeämpiä – lasten traumasta selviytymisessä. Niinpä toiseksi tutkittiin, oliko lasten kiintymystyyli yhteydessä mielenterveyden traumatilanteessa eli erosivatko turvallisesti ja turvattomasti (ristiriitainen, välttelevä-itseriittoinen, välttelevä-pelokas) kiintyneet toisistaan mielenterveyden suhteen. Hypoteesina oli, että turvallisesti kiintyneillä lapsilla olisi vähemmän mielenterveysoireita ja he olisivat prososiaalisempia verrattuna turvattomasti kiintyneisiin. Koska turvallisesti ja turvattomasti kiintyneet eroavat toisistaan kognitiivisten ja emotionaalisten tulkintojen, reaktioiden ja toimintatapojen suhteen, kolmanneksi tutkittiin sitä, oliko lasten kiintymystyyli yhteydessä traumaan liittyviin kognitioihin itsestä ja maailmasta. Hypoteesina oli, että turvallisesti kiintyneillä lapsilla olisi vähemmän itseen ja maailmaan liittyviä kielteisiä kognitioita kuin turvattomasti kiintyneillä.

## 2. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 2.1. Tutkittavat ja aineiston keruu

Tämä tutkimus on osa laajempaa vuonna 2009 alkanutta tutkimusprojektia, jossa tarkasteltiin intervention vaikutuksia sotatrauman kokeneiden lasten hyvinvointiin. Interventiotutkimuksen koehenkilöinä oli 482 palestiinalaista lasta, joista 238 oli tyttöjä ja 244 poikia. Lapset olivat iältään 10–13-vuotiaita ( $ka = 11.3$ ,  $kh = .68$ ), 61 % oli 10–11-vuotiaita ja 39 % 12–13-vuotiaita. Enemmistö lapsista eli ydinperheissä (62 %), vajaa kolmannes laajemman suvun kanssa (29 %) ja loput heimoissa (9 %). Tutkittavien perheissä oli keskimäärin 6 henkilöä.

Otos muodostettiin kahdelta eri alueelta, Pohjois-Gazasta ja Gazan kaupungista, joista molempia oli pommitettu Gazan sodassa vuosina 2008–2009. Tutkimus toteutettiin neljässä koulussa, joista kaksi sijaitsi Pohjois-Gazassa ja kaksi Gazan kaupungissa. Koulut poimittiin satunnaisesti opetusministeriön toimittamalta koulujen listalta. Lisäksi jokaisesta neljästä koulusta valittiin satunnaisesti kaksi tyttöjen ja kaksi poikien luokkaa. Tutkittavina olivat siis viides- (10–11-vuotiaita) ja kuudesluokkalaiset (12–13-vuotiaita) yhteensä 16 luokasta.

Tutkimus toteutettiin kolme kuukautta vuosien 2008–2009 Gazan sodan jälkeen. Tässä tutkimuksessa käytettiin poikkileikkausaineistoa, joka kerättiin interventiotutkimuksen alkumittauksessa huhtikuussa 2009. Tutkimuksen toteutti tohtori Samir Qouta yhdessä kuuden tutkimusavustajana toimineen psykologian maisterivaiheen opiskelijan kanssa. Oppilaille ja heidän vanhemmilleen annettiin kirjallista informaatiota tutkimuksen tarkoituksesta ja lisäksi rehtorit tiedottivat tutkimuksesta suullisesti opettajille. Lapsilta ja heidän vanhemmiltaan pyydettiin suullinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Aineisto kerättiin itsearviointiin perustuvilla kyselylomakkeilla, jotka oli käännetty arabiaksi.

### 2.2. Menetelmät ja muuttujat

**Lasten kokemia sotatraumoja** arvioitiin 29 tapahtumalla, jotka kuvaavat palestiinalaislasten tyypillisiä sotakokemuksia (Qouta ym., 2005; United Nations Human Rights Council, 2009). Mittaria ei ole standardoitu. Tapahtumat olivat sellaisia, joissa lapsi oli joko itse joutunut uhriksi (esim. haavoittuminen, fosforipommista palaminen, pahoinpidellyksi joutuminen), menettänyt perheenjäsenen tai ystävän (esim. isän, äidin, sisaruksen tai ystävän kuolema), kärsinyt materiaalisesta tuhosta (esim. kodin tuhoutuminen, hävittäjäkoneiden pommitus, perheen maiden

raivaaminen) tai todistanut muita sodan hirmutekoja (esim. loukkaantumisen, kuoleman tai ruumiinosien näkeminen). Kysymykset olivat muun muassa seuraavanlaisia: ”Näitkö ystäväsi haavoittuvan?”, ”Pidätettiinkö joku perheenjäsenistäsi?” ja ”Onko sinua ammuttu?”. Lapset vastasivat, olivatko he altistuneet tapahtumalle sodan aikana (1 = kyllä, 0 = ei). Laskemalla yhteen ”kyllä”-vastaukset muodostettiin jatkuva kokonaissummamuuttuja (vaihteluväli 0–29) kuvaamaan lasten sotatraumojen määrää. Lisäksi muodostettiin kolmeluokkainen muuttuja kuvaamaan suhteellisen vähäistä (0–6), kohtalaista (7–9) ja runsasta (yli 10) traumaattisten kokemusten määrää. Aiemmissa palestiinalaisia lapsia koskeneissa tutkimuksissa on havaittu, että kriittinen raja traumaattisten tapahtumien aiheuttamille psyykkisille ongelmille on 5–6 tapahtumaa (Garbarino & Kostelny, 1996; Punamäki, 2006).

**Kiintymyskäyttäytymistä** arvioitiin Coping Strategies Questionnaire -kyselyllä (CSQ; Finnegan, Hodges, & Perry, 1996) ja Security Scale -mittarilla (Kerns, Klepac, & Cole, 1996). Nämä sisälsivät yhteensä 28 arkipäiväistä tilannetta, joilla voitiin arvioida lasten käsitystä äidistään kiintymyshahmona päivittäisissä stressaavissa tilanteissa.

*Välttelevää kiintymystä* tutkittiin esittämällä kymmenen erilaista tilannetta (esim. ”Eräänä päivänä tulet kotiin koulusta ja olet pahoilla mielin. Äitisi kysyy, mikä on vialla.”). Tämän jälkeen esitetään kaksi väittämää (esim. ”Jotkut lapset eivät haluaisia puhua äidille asiasta”, mutta ”Toiset lapset haluaisivat puhua hänelle siitä”). Lapset tekivät ns. kaksitasoisen pakotetun valinnan, eli valitsivat väittämistä itseensä paremmin sopivan ja lisäksi arvioivat, kuinka hyvin se piti paikkansa (jonkin verran/hyvin paljon). Kustakin osiosta voi saada 1–4 pistettä, jotka yhteen laskemalla muodostettiin välttelevää kiintymystä mittaava skaala (vaihteluväli 10–40). Skaalan Cronbachin alfaksi saatiin .43.

*Ristiriitaista kiintymystä* tutkittiin samaan tapaan kymmenen arkipäiväisen tilanteen avulla (esim. “Äitisi sanoo aikovansa mennä sukulaisen luo vierailemaan viikoksi tai pariksi”). Kahdesta vaihtoehdosta (”Jotkut lapset olisivat pahoilla mielin siitä, että hän lähtee pois niin pitkäksi aikaa ja yrittäisivät saada hänet jäämään”, mutta ”Toiset lapset eivät olisi pahoillaan eivätkä yrittäisi saada häntä jäämään”) lapsen tuli valita itseään paremmin kuvaava ja arvioida sen paikkansapitävyyttä. Laskemalla pisteet yhteen muodostettiin ristiriitaista kiintymystyyliä mittaava skaala (vaihteluväli 10–40), jonka Cronbachin alfaksi saatiin .48.

*Turvallista kiintymystä* tutkittaessa lasten tuli arvioida samaan tapaan kahdeksan kysymystä liittyen siihen, mitä he ajattelevat omasta äidistään (Esim. “Jotkut lapset ovat huolissaan siitä, ettei äiti ole saatavilla kun he häntä tarvitsevat”, mutta ”Toiset lapset ovat varmoja siitä, että heidän äiti on saatavilla”). Turvallista kiintymystyyliä mittaavan skaalan (vaihteluväli 8–32) Cronbachin alfaksi saatiin .44.

**Traumaperäisiä stressioireita** arvioitiin Children's Revised Impact Event Scale -itsearviointimittarilla (CRIES-13; Smith, Perrin, Dyregrov, & Yule, 2003), joka koostui 13 osiosta. Mittarilla arvioitiin traumaan liittyviä intruusio- eli uudelleenkokemisoireita, välttämistä ja ylivireisyyttä. Lapset arvioivat neliportaisella Likert-asteikolla (0 = ei lainkaan, 1 = harvoin, 3 = joskus, 5 = usein), kuinka usein heillä oli ollut kyseisiä oireita. Intruusio-oireita mittaavia osioita (esim. ”Ajatteletko tapahtumaa, vaikkei sinun ole tarkoitus tehdä niin?”) ja välttämistä mittaavia osioita (esim. ”Yritätkö olla puhumatta siitä?”) oli molempia neljä. Ylivireisyyttä arvioitiin viidellä kysymyksellä (esim. ”Onko sinulla univaikeuksia?”). Laskemalla pisteet yhteen muodostettiin intruusio-oireita (vaihteluväli 0–20), välttelyoireita (vaihteluväli 0–20), ja ylivireysoireita (vaihteluväli 0–25) mittaavat skaalat, joiden Cronbachin alfoiksi saatiin .35, .45 ja .39. Laskemalla kaikkien skaalojen pisteet yhteen muodostettiin lisäksi kokonaissummamuuttuja (vaihteluväli 0–65,  $\alpha = .63$ ), jotta voitiin arvioida traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyyttä lapsilla. CRIES-13 on osoittautunut validiksi mittariksi häiriön arvioimisessa, ja raja-arvoksi on ehdotettu 30 pistettä (Perrin, Meiser-Stedman, & Smith, 2005).

**Masennusoireiden** arvioimiseen käytettiin 18 osiosta koostuvaa DSRS-C-kyselylomaketta (The Depression Self-Rating Scale for Children; Birlson, Hudson, Grey-Buchanan, & Wolff, 1987). Mittari on kehitetty 8–14-vuotiaille. Kysymykset olivat seuraavanlaisia: ”Tunnen itseni niin surulliseksi, etten melkein kestä sitä.”, ”Minusta tuntuu, ettei elämä ole elämisen arvoista.” ja ”Nukun hyvin.”. Lapset arvioivat oireiden esiintyvyyttä viimeisen viikon aikana kolmiportaisella Likert-asteikolla (0 = ei koskaan, 1 = joskus, 2 = usein). Laskemalla pisteet yhteen muodostettiin masennusoireita kuvaava summamuuttuja (vaihteluväli 0–36), jonka Cronbachin alfa oli .66. DSRS-C on osoittautunut validiksi masennusoireiden mittariksi, jossa pistemäärää 15 voidaan pitää merkinä masennuksesta (Ivarsson & Gillberg, 1997; Myers & Winters, 2002).

**Eksternalisaatio-oireiden ja prososiaalisuuden** arvioimiseen käytettiin SDQ-kyselylomaketta (The Strengths and Difficulties Questionnaire; Goodman, 1997). Se muodostuu 25 väittämästä, joilla voidaan mitata tunne-elämään, käyttäytymiseen, ihmissuhteisiin ja yliaktiivisuuteen liittyviä ongelmia sekä prososiaalista käyttäytymistä. Lapset arvioivat kolmiportaisella Likert-asteikolla väittämien sopivuutta itseensä (0 = ei päde, 1 = pätee jonkin verran, 2 = pätee varmasti). Eksternalisaatio-oireita mittaava skaala (vaihteluväli 0–20) muodostettiin laskemalla yhteen käyttäytymisen ongelmia ja yliaktiivisuutta mittaavien osioiden pisteet. Osioita oli yhteensä kymmenen (esim. ”Olen levoton enkä pysty olemaan kauaa hiljaa paikoillani.” ja ”Saatan vihastua kovasti ja menetän usein malttini.”). Prososiaalisuuden skaala (vaihteluväli 0–10) sisälsi viisi osiota (esim. ”Tarjoudun usein auttamaan muita.”). Cronbachin alfaksi saatiin eksternalisaatio-oireiden skaalalle .61 ja prososiaalisuuden skaalalle .46. Suomessa

on käytetty isobritannialaisia raja-arvoja lasten mielenterveyden häiriöiden tunnistamiseksi (Goodman, 2001). Eksternalisaatio-oireiden raja-arvo on noin 10 pistettä ja prososiaalisuuden noin 5 pistettä.

**Traumaan liittyvät kognitiot.** Traumaan liittyviä kognitioita mitattiin 25 osiota sisältävällä Children's Posttraumatic Cognitions Inventory -mittarilla (CPTCI; Meiser-Stedman, Smith, ym., 2009), joka käännettiin arabiaksi. Väittämät kuvaavat kielteisiä käsityksiä itsestä (13 osiota, esim. ”Tapahtuma on muuttanut minua pysyvästi”) sekä maailmasta (12 osiota, esim. ”Pahoja asioita tapahtuu aina”). Lapset arvioivat neliportaisella Likert-asteikolla väitteiden paikkansapitävyyttä (1 = täysin eri mieltä, 2 = hieman eri mieltä, 3 = hieman samaa mieltä, 4 = paljon samaa mieltä). Väittämistä muodostettiin trauman kognitiivista käsittelyä kuvaava summamuuttuja (vaihteluväli 25–100), jonka Cronbachin alfaksi saatiin .85. Itseä ja maailmaa koskevista kielteisistä käsityksistä muodostettiin kaksi alaskaalaa, joista ensimmäisen reliabiliteetti oli .78 (vaihteluväli 13–52) ja jälkimmäisen .71 (vaihteluväli 12–48). CPTCI on todettu psykometrisiltä ominaisuuksiltaan toimivaksi eri-ikäisillä lapsilla ja nuorilla (Meiser-Stedman, Smith, ym., 2009).

### 2.3. Aineiston analysointi

Kaikki tilastolliset analyysit tehtiin IBM SPSS Statistics 21 -ohjelmistolla. Tutkittavien taustatietoja selviteltiin muuttujien jakaumatietojen, korrelaatiokertoimen, t-testin ja ristiintaulukoinnin avulla. Tutkittavien muuttujien välisiä yhteyksiä tarkasteltiin Pearsonin korrelaatiokertoimella, koska muuttujat olivat jatkuvia ja silmämääräisesti normaalisti jakautuneita. Riippumattomien otosten t-testillä selvitettiin, oliko lasten ikä tai sukupuoli yhteydessä sotatraumojen määrään, mielenterveysoireisiin ja traumaan liittyviin kognitioihin. Ristiintaulukoinnilla tutkittiin vastaavasti kiintymystyylien jakautumista sukupuolen, iän ja traumojen määrän mukaan. Iästä tehtiin analyysijä varten kategorinen muuttuja, jossa oli kaksi luokkaa (10–11-vuotiaat ja 12–13-vuotiaat).

Koska kiintymystyyliä voidaan nähdä typologioina, lapset luokiteltiin kiintymystyylin perusteella ryhmiin käyttäen kaksivaiheista klusterianalyysiä (two-step cluster analysis). Analyysiä varten turvallista, ristiriitaista ja välttelevää kiintymystyyliä mittaavien skaalojen pistemäärät standardoitiin, jotta mitta-asteikot eivät vääristäisi tuloksia. Kiinnittämällä haluttujen klustereiden määrä ensin kolmeen ja sitten neljään huomattiin, että neljän klusterin ratkaisu sopi aineistoon tilastollisesti kolmiluokkaista ratkaisua paremmin. Neljäs ryhmä nimettiin Bartholomew'n (1990) mallin mukaisesti pelokkaaksi kiintymystyyliksi. Luokittelun ulkopuolelle jäi 40 lasta (8.3 %).

Varsinaisiin tutkimuskysymyksiin vastattiin monen muuttujan varianssianalyysin (MANOVA) avulla. Menetelmän tarkoituksena on arvioida sitä, eroavatko jotkin ryhmät tietyn ominaisuuden suhteen, ja kuinka paljon riippumaton muuttuja selittää riippuvissa muuttujissa tapahtuvasta vaihtelusta. Menetelmää voidaan käyttää silloin, kun riippuvia muuttujia on useita ja ne korreloivat keskenään. MANOVA-analyysit toistettiin monen muuttujan kovarianssianalyysinä (MANCOVA), jotta nähtiin, oliko ryhmien välillä eroja sen jälkeen, kun taustamuuttujien (ikä, sukupuoli ja/tai traumojen määrä) vaikutus oli kontrolloitu. Näin varmistettiin, etteivät tulokset selittyneet muilla ryhmien välisillä eroavaisuuksilla.

Sotatraumojen määrän ja lasten mielenterveyden välistä lineaarista yhteyttä tarkasteltiin ensin Pearsonin korrelaatiokertoimen avulla. Siten nähtiin, kasvoiko mielenterveysoireiden määrä koettujen sotatraumojen määrän kasvaessa. MANOVA-analyysillä selvitettiin, erosivatko vähän, kohtalaisesti ja paljon traumoja kokeneet lapset toisistaan mielenterveyden suhteen. Seuraavaksi tarkasteltiin parivertailun (Bonferroni tai Dunnett T3) avulla, mitkä ryhmät erosivat tilastollisesti merkitsevästi toisistaan. Bonferroni-parivertailu valittiin, mikäli Levenen testi osoitti ryhmien varianssit yhtä suuriksi ( $p < .05$ ). Nyt siis katsottiin, oliko enemmän traumoja kokeneilla lapsilla hypoteesin mukaisesti enemmän mielenterveysoireita kuin vähemmän traumoja kokeneilla lapsilla. MANOVA:n antamasta  $\eta^2$ -arvosta (efektikoko) nähtiin, kuinka paljon traumojen määrä selitti lasten mielenterveyden kokonaisvaihtelusta. Koska tytöt ja pojat sekä eri-ikäiset lapset erosivat toisistaan joidenkin mielenterveysmuuttujien suhteen, sukupuolen ja iän vaikutus kontrolloitiin MANCOVA-analyysissä.

Kiintymystyylin yhteyttä lasten mielenterveyteen tutkittiin samaan tapaan. MANOVA-analyysillä selvitettiin aluksi, erosivatko eri tavoin kiintyneet lapset toisistaan mielenterveyden suhteen. Parivertailuista nähtiin, oliko turvallisesti kiintyneillä lapsilla hypoteesin mukaisesti vähemmän mielenterveysoireita kuin turvattomasti kiintyneillä lapsilla. MANOVA:sta nähtiin myös, kuinka paljon kiintymystyyli selitti lasten mielenterveyden vaihtelusta kokonaisuudessaan. MANCOVA-analyysissä vakioitiin sukupuolen, iän ja sotatraumojen määrän vaikutus.

Vastaavasti tutkittaessa kiintymystyylin yhteyttä lasten traumaan liittyviin kognitioihin selvitettiin MANOVA:n avulla ensin, erosivatko eri tavoin kiintyneet lapset toisistaan kielteisten kognitioiden määrän suhteen. Parivertailuista nähtiin, oliko turvallisesti kiintyneillä lapsilla hypoteesin mukaisesti vähemmän kielteisiä kognitioita itsestä ja maailmasta kuin turvattomasti kiintyneillä. MANOVA:sta nähtiin myös, kuinka paljon kiintymystyyli selitti lasten kielteisistä kognitioista kokonaisuudessaan. MANCOVA-analyysissä vakioitiin iän ja sotatraumojen määrän vaikutus lasten kielteisiin kognitioihin.

### 3. TULOKSET

#### 3.1. Kuvailevat tulokset

Tutkittavien taustatiedot on kuvattu Taulukossa I. Tutkimukseen osallistui kaiken kaikkiaan 482 10–13-vuotiasta lasta ( $ka = 11.3$ ), joista noin puolet oli tyttöjä ja puolet poikia. Lapsista 61 % oli 10–11-vuotiaita ja 39 % 12–13-vuotiaita. Suurin osa lapsista asui kaupunkiympäristössä, noin kymmenesosa kylissä ja ainoastaan kolme prosenttia pakolaisleireissä. Perheet olivat varsin suuria: puolella lapsista perheisiin kuului 7–16 jäsentä ( $ka = 6.2$ ,  $kh = 2.5$ ). Lasten isät olivat iältään keskimäärin 42-vuotiaita ja äidit 38-vuotiaita. Enemmistö lapsista eli ydinperheissä (62 %), vajaa kolmannes laajemman suvun kanssa (29 %) ja loput heimoissa (9 %). Joka neljännellä isällä ja joka kymmenennellä äidillä oli yliopistotason koulutus. Kuitenkin likimain puolet isistä ja yli 90 % äideistä oli vailla muodollista työtä eli työskenteli kotona. Perheiden tulotaso oli suhteellisen matala, enemmistö (63 %) perheistä tienasi alle 1000 sekeliä kuukaudessa.

Taulukko I. Tutkittavien taustatiedot kaikilla lapsilla

<i>Muuttuja</i>	<i>%</i>	<i>N</i>
<b>Sukupuoli</b>		
Tytöt	49.4	238
Pojat	50.6	244
<b>Ikäluokat</b>		
10–11	61.0	294
12–13	39.0	188
<b>Asuinpaikka</b>		
Kaupunki	85.3	412
Kylä	11.2	54
Pakolaisleiri	3.3	16
<b>Perhetyyppi</b>		
Ydinperhe	61.9	210
Laajempi suku	28.9	98
Heimo	9.1	31
<b>Perheen koko</b>		
alle 5 jäsentä	23.8	80
5–7 jäsentä	50.0	168
yli 7 jäsentä	26.2	88
<b>Äitien ikä</b>		
25–36 v.	51.2	172
37–65 v.	48.8	164
<b>Isien ikä</b>		
28–40 v.	50.3	169
41–67 v.	49.7	167
<b>Äitien koulutustaso</b>		
Perusaste tai valmistava aste	52.1	175
Toinen aste	39.9	134
Yliopisto	8.0	27



<b>Isien koulutustaso</b>		
Perusaste tai valmistava aste	49.4	166
Toinen aste	26.2	88
Yliopisto	24.4	82
<b>Äitien työllisyystilanne</b>		
Töissä	6.8	33
Työtön/Kotona	93.2	449
<b>Isien työllisyystilanne</b>		
Töissä	51.7	249
Työtön	48.3	233
<b>Perheen tulotaso</b>		
Alle 1000 sekeliä (n. 230€)	62.8	211
1000–2000	15.2	51
Yli 2000	22.0	74

Lapset olivat kokeneet suhteellisen runsaan määrän traumaattisia tapahtumia. Noin joka kolmas lapsi (32.3 %) oli kokenut traumaattisia tapahtumia verrattain vähän (0–5 tapahtumaa). Niin ikään kohtalaisesti (6–9) traumaattisia tapahtumia kokeneita lapsia oli reilu kolmannes (36.3 %), kuten myös niitä lapsia, joilla näitä kokemuksia oli kymmenen tai enemmän (31.5 %, n = 152). Lapsista ainoastaan kymmenen ei raportoinut traumaattisia kokemuksia lainkaan. Traumaattisten kokemusten kirjo oli laaja. Valtaosa lapsista oli joutunut todistamaan jonkinlaisia sodan hirmutekoja: nähnyt jonkun haavoittuvan (50.2 %) tai haudattavan (81.7 %) tai nähnyt ympärillään ruumiinosia (64.3 %) tai ampumista (73.9 %). Joka viides lapsi oli loukkaantunut itse (19.9 %) ja joka kymmenettä (9.5 %) kohti oli ammuttu. Yli puolet lapsista (54.8 %) oli nähnyt jonkun menehtyvän sodassa. Neljännes lapsista (24.5 %) oli menettänyt ystävän ja joka kymmenes (9.8 %) perheenjäsenen. Myös materiaaliset tuhot olivat yleisiä: yli puolet (56.2 %) lapsista oli kärsinyt ruoan, veden tai sähkön puutteesta, joka neljännestä kotia oli pommitettu (23.4 %) ja lähes kolmasosan maat oli anastettu turvallisuusvyöhykkeeksi (29.9 %). Kolmasosa lapsista perheineen oli karkotettu kotoaan (34.2 %).

Lasten kokemien sotatraumojen määrä, mielenterveysoireet ja kielteiset traumaan liittyvät kognitiot on kuvattu keskiarvoineen, keskihajontoineen ja vaihteluväleineen Taulukossa II. Lapsilla oli paljon, keskimäärin 8, sotaan liittyvää traumaattista kokemusta. Lapset kärsivät huomattavista traumaperäisistä stressioireista ( $ka = 30.3$ ). Yli puolella (53 %) lapsista täyttyi traumaperäisen stressihäiriön diagnosoimisessa käytetty pistemäärän raja-arvo (30). Intruusio-, välttely- ja ylivireysoireita esiintyi lapsilla suurin piirtein saman verran. Lapset kärsivät myös suhteellisen runsaista masennusoireista ( $ka = 12.5$ ): yli puolella (60 %) lapsista täyttyi masennuksen merkinä pidetty pistemäärä (13). Eksternalisaatio-oireiden ( $ka = 5.5$ ) ja prososiaalisuuden ( $ka = 7.7$ ) osalta lasten tilanne ei ollut yhtä huolestuttava. Suurin piirtein joka kymmenennellä täyttyi eksternalisaatio-oireiden (13.9 %) ja prososiaalisuuden (13.7 %) kliiniset raja-arvot (10 ja 5).

Kielteisten traumaan liittyvien kognitioiden suhteen lapset raportoivat olevansa keskimäärin hieman eri mieltä (neliportainen asteikko,  $ka = 2.2$ ) esitetystä väittämistä. Lapsilla oli keskimäärin saman verran traumaan liittyviä kielteisiä kognitioita itsestä ( $ka = 29.0$ ) ja maailmasta ( $ka = 26.0$ ).

Taulukko II. Lasten kokemat sotatraumat, mielenterveysoireet ja kielteiset traumaan liittyvät kognitiot: keskiarvot, keskihajonnat ja vaihteluvälit

<i>Muuttuja</i>	<i>ka</i>	<i>kh</i>	<i>vaihteluväli</i>
Sotatraumojen määrä	8.2	4.8	0–29
Traumaperäiset stressioireet	30.3	10.4	1–65
Intruusio-oireet	10.0	4.4	0–20
Välttelyoireet	9.8	4.7	0–20
Ylivireysoireet	10.5	5.0	0–25
Masennusoireet	12.5	4.7	2–27
Eksternalisaatio-oireet	5.5	3.4	0–20
Prososiaalisuus	7.7	1.9	0–10
Traumaan liittyvät kognitiot	55.0	11.9	25–88
Kielteiset kognitiot itsestä	29.0	7.0	13–51
Kielteiset kognitiot maailmasta	26.0	5.9	12–43

Taulukossa III on esitetty lasten kokemien sotatraumojen, lasten mielenterveysoireiden ja traumaan liittyvien kognitioiden keskinäiset Pearsonin korrelaatiot. Sotatraumojen määrä oli positiivisesti yhteydessä lasten kielteisiin traumaan liittyviin kognitioihin: mitä enemmän lapsilla oli sotatraumoja, sitä kielteisempiä heidän itseen ja maailmaan liittyvät kognitionsa olivat.

Lasten traumaperäiset stressioireet olivat yhteydessä toisiinsa, mutta eivät ylivireysoireita lukuun ottamatta muihin mielenterveysoireisiin tai prososiaalisuuteen. Lasten masennusoireet ja eksternalisaatio-oireet olivat positiivisesti yhteydessä toisiinsa ( $r = .36, p < .01$ ): mitä enemmän lapsella oli masennusoireita, sitä enemmän oli myös eksternalisaatio-oireita. Prososiaalisuus sen sijaan oli negatiivisesti yhteydessä masennusoireisiin ( $r = -.24, p < .01$ ) ja eksternalisaatio-oireisiin ( $r = -.47, p < .01$ ): mitä prososiaalisempia lapset olivat, sitä vähemmän heillä oli näitä oireita.

Lasten kielteiset kognitiot itsestä olivat positiivisesti yhteydessä kaikkiin mitattuihin mielenterveysmuuttujiin prososiaalisuutta lukuun ottamatta. Kielteiset kognitiot maailmasta olivat yhteydessä kaikkiin mielenterveysoireisiin lukuun ottamatta traumaperäisiä välttelyoireita. Suurimmaksi osaksi oli siis niin, että mitä enemmän lapsilla oli kielteisiä kognitioita, sitä enemmän heillä oli mielenterveysoireita. Myös kielteiset itseen ja maailmaan liittyvät kognitiot olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä toisiinsa ( $r = .67, p < .01$ ).

Taulukko III. Tutkittavien muuttujien väliset Pearsonin korrelaatiot: sotatraumojen määrä, lasten mielenterveysoireet ja traumaan liittyvät kielteiset kognitiot

<i>Muuttuja</i>	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1. Sotatraumojen määrä	1							
2. Intruusio-oireet	.06	1						
3. Välttelyoireet	.01	<b>.27**</b>	1					
4. Ylivireysoireet	<b>.12**</b>	<b>.37**</b>	<b>.29**</b>	1				
5. Masennusoireet	<b>.15**</b>	-.01	.05	<b>.17**</b>	1			
6. Eksternalisaatio-oireet	<b>.18**</b>	.07	-.01	<b>.15**</b>	<b>.36**</b>	1		
7. Prososiaalisuus	<b>-.10*</b>	-.06	.06	-.05	<b>-.24**</b>	<b>-.47**</b>	1	
8. Kognitiot itsestä	<b>.23**</b>	<b>.24**</b>	<b>.15**</b>	<b>.43**</b>	<b>.25**</b>	<b>.17**</b>	-.08	1
9. Kognitiot maailmasta	<b>.25**</b>	<b>.19**</b>	.07	<b>.37**</b>	<b>.25**</b>	<b>.21**</b>	<b>-.11*</b>	<b>.67**</b>

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

Taulukossa IV on esitetty sotatraumojen, mielenterveysoireiden ja traumaan liittyvien kielteisten kognitioiden määrä sukupuolen ja iän mukaan. Sukupuoli oli yhteydessä koettujen sotatraumojen määrään: pojilla oli enemmän sotatraumoja kuin tytöillä ( $t(480) = 5.58$ ,  $p < .001$ ). Sukupuoli oli yhteydessä myös mielenterveyteen, sillä pojilla oli enemmän eksternalisaatio-oireita kuin tytöillä ( $t(480) = 3.25$ ,  $p < .01$ ). Tytöt ja pojat eivät eronneet toisistaan traumaperäisten stressioireiden tai masennusoireiden, prososiaalisuuden tai traumaan liittyviin kielteisten kognitioiden suhteen.

Lasten ikä oli yhteydessä traumaperäisiin välttely- ja ylivireysoireisiin sekä kielteisiin itseen liittyviin kognitioihin. 12–13-vuotiailla lapsilla oli enemmän välttelyoireita ( $t(480) = -2.37$ ,  $p < .05$ ), ylivireysoireita ( $t(480) = -2.53$ ,  $p < .05$ ) ja kielteisiä itseen liittyviä kognitioita ( $t(480) = -2.07$ ,  $p < .05$ ) kuin 10–11-vuotiailla lapsilla. Eri-ikäiset lapset eivät eronneet toisistaan sotatraumojen määrän, masennus- tai eksternalisaatio-oireiden, prososiaalisuuden tai maailmaan liittyviin kielteisten kognitioiden suhteen.

Taulukko IV. Lasten kokemat sotatraumat, mielenterveysoireet ja kielteiset traumaan liittyvät kognitiot tytöillä ja pojilla sekä eri ikäluokissa: keskiarvot, keskihajonnat ja t-arvot

<i>Muuttuja</i>	<b>Sukupuoli</b>				<i>t</i>	<b>Ikä</b>				
	Pojat		Tytöt			10–11		12–13		
	<i>ka</i>	<i>kh</i>	<i>ka</i>	<i>kh</i>		<i>ka</i>	<i>kh</i>	<i>ka</i>	<i>kh</i>	<i>t</i>
Sotatraumojen määrä	9.3	5.2	7.0	4.1	<b>5.58***</b>	8.1	5.1	8.2	4.3	-.22
Traumaperäiset stressioireet										
Intruusio-oireet	10.2	4.7	9.8	4.1	.93	10.0	4.4	10.0	4.5	-.14
Välttelyoireet	10.0	4.8	9.6	4.7	1.05	9.4	4.6	10.4	5.0	<b>-2.37*</b>
Ylivireysoireet	10.3	5.1	10.6	4.9	-.73	10.0	4.8	11.2	5.3	<b>-2.53*</b>
Masennusoireet	12.4	4.7	12.6	4.7	-.45	12.3	5.0	12.9	4.1	-1.51
Eksternalisaatio-oireet	6.0	3.4	5.0	3.3	<b>3.25**</b>	5.4	3.6	5.7	3.0	-.84
Prososiaalisuus	7.6	1.9	7.9	2.0	-1.53	7.7	2.0	7.8	1.8	-.36
Kielteiset kognitiot										
Kognitiot itsestä	28.8	7.3	29.3	6.8	-.79	28.5	7.0	29.8	7.0	<b>-2.07*</b>
Kognitiot maailmasta	25.8	6.0	26.2	5.9	-.77	25.8	6.0	26.4	5.0	-1.07

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

Lasten kiintymystyyliä mittaavien summamuuttujien keskiarvot, keskihajonnat, vaihteluvälit ja korrelaatiot on esitetty Liitteessä I (s. 47). Turvallinen kiintymystyyli oli yhteydessä positiivisesti ristiriitaiseen kiintymystyyliin ( $r = .283, p < .01$ ) ja negatiivisesti välttelevään kiintymystyyliin ( $r = -.382, p < .01$ ). Ristiriitainen ja välttelevä kiintymystyyli olivat negatiivisesti yhteydessä toisiinsa ( $r = -.484, p < .01$ ). Lasten jakautuminen klusterianalyysin tuloksena saatuihin neljään kiintymystyyliin on esitetty Liitteessä II (s. 47). Lapsista lähes kolmannes (30 %) oli turvallisesti kiintyneitä. Ristiriitaisesti kiintyneitä (18 %) ja välttelevästi-itseriittoisesti kiintyneitä (17 %) oli suurin piirtein saman verran. Välttelevästi-pelokkaasti kiintyneitä oli eniten (34 %), mutta vain hieman enemmän kuin turvallisesti kiintyneitä. Kiintymystyylien jakaumat olivat samanlaiset 10–11-vuotiailla ja 12–13-vuotiailla lapsilla. Lasten ikä ei siis ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä kiintymystyyliin, mutta sukupuoli sen sijaan oli ( $\chi^2(3) = 9.779, p < .05$ ). Ero sukupuolten välillä oli tilastollisesti merkitsevä ristiriitaisesti ja välttelevästi-itseriittoisesti kiintyneiden lasten ryhmissä: poikien keskuudessa itseriittoisesti kiintyneiden osuus (22 %) oli korostunut, kun taas tyttöjen joukossa ristiriitaisesti kiintyneitä (23 %) oli suhteellisen paljon.

Kiintymystyylien jakaumat poikkesivat toisistaan vähän (0–5), kohtalaisesti (6–9) ja paljon (10 tai enemmän) traumoja kokeneiden lasten ryhmissä (Liite III, s. 47). Kiintymystyyli oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä koettujen sotatraumojen määrään ( $\chi^2(6) = 14.471, p < .05$ ) siten, että paljon traumoja kokeneista lapsista suhteellisen suuri osa oli välttelevästi-itseriittoisesti kiintyneitä (23 %) ja suhteellisen pieni osa ristiriitaisesti kiintyneitä (12 %).

### **3.2. Sotatraumojen määrän yhteys lasten mielenterveyteen**

Lasten kokemien sotatraumojen määrän ja mielenterveysoireiden väliset korrelaatiot on esitetty Taulukossa III. Suurempi sotatraumojen määrä (jatkuvana muuttujana mitattuna) oli hypoteesin mukaisesti yhteydessä suurempiin masennusoireisiin ( $r = .15, p < .01$ ), eksternalisaatio-oireisiin ( $r = .18, p < .01$ ) ja traumaperäisiin ylivireysoireisiin ( $r = .12, p < .01$ ) sekä vähäisempään prososiaalisuuteen ( $r = -.10, p < .05$ ). Oletusten vastaisesti sotatraumojen määrä ei kuitenkaan ollut yhteydessä traumaperäisiin välttely- tai intruusio-oireisiin.

Myös MANOVA-analyysi antoi tuloksen, että sotatraumojen määrä (vähän, kohtalaisesti, paljon) oli yhteydessä lasten mielenterveyteen ( $F(12, 946) = 2.36, p < .01, \eta^2 = .03$ ). Sotatraumojen määrä selitti kaiken kaikkiaan 3 % lasten mielenterveydessä tapahtuneesta vaihtelusta. Taulukossa V on raportoitu mielenterveysmuuttujien keskiarvot ja keskihajonnat sotatraumojen määrän mukaan, muuttujien F-arvot ja selitysasteet sekä ryhmien väliset parivertailut. Hypoteesien

mukaisesti sotatraumojen määrä oli yhteydessä lasten ylivilpitysoireisiin ( $F(2, 477) = 6.04, p < .01, \eta^2 = .03$ ), masennusoireisiin ( $F(2, 477) = 4.42, p < .05, \eta^2 = .02$ ) ja eksternalisaatio-oireisiin ( $F(2, 477) = 5.30, p < .01, \eta^2 = .02$ ). Parivertailut osoittivat oletusten mukaisesti, että vähän sotatraumoja kokeneilla lapsilla oli vähemmän ylivilpitysoireita verrattuna kohtalaisesti ja paljon sotatraumoja kokeneisiin lapsiin. Vähän sotatraumoja kokeneilla lapsilla oli myös vähemmän masennusoireita kuin paljon traumoja kokeneilla lapsilla. Lisäksi paljon sotatraumoja kokeneilla lapsilla oli enemmän eksternalisaatio-oireita kuin lapsilla, joilla sotatraumoja oli vähän tai kohtalaisesti. Hypoteesien vastaisesti sotatraumojen määrä ei kuitenkaan ollut yhteydessä lasten intruusio-oireisiin, välttelyoireisiin tai prososiaalisuuteen. Sotatraumojen määrä oli siis yhteydessä prososiaalisuuteen vain silloin, kun traumojen määrää tarkasteltiin jatkuvana muuttujana luokittelun sijaan.

Taulukko V. Sotatraumojen määrän yhteys lasten mielenterveyteen: keskiarvot, keskihajonnat, F-arvot, selityssasteet ja Bonferroni/Dunnnett T3 -parivertailut

Muuttuja	Sotatraumojen määrä						F(2, 477)	$\eta^2$	post hoc
	1. Vähän (0–5) (n = 155)		2. Kohtalaisesti (6–9) (n = 174)		3. Paljon (10–)				
	ka	kh	ka	kh	ka	kh			
Intruusio-oireet	9.74	4.53	9.75	4.41	10.63	4.32	2.073	.01	
Välttelyoireet	9.52	4.65	9.81	5.05	10.00	4.49	.385	.00	
Ylivilpitysoireet	9.34	4.86	11.03	5.08	11.01	4.96	<b>6.035**</b>	.03	<b>1 &lt; 2, 3*</b>
Masennusoireet	11.91	4.79	12.27	4.30	13.42	4.85	<b>4.418*</b>	.02	<b>1 &lt; 3*</b>
Eksternalisaatio-oireet	5.04	3.74	5.39	2.91	6.25	3.42	<b>5.304**</b>	.02	<b>3 &gt; 1, 2*</b>
Prososiaalisuus	7.85	2.08	7.76	1.84	7.53	1.94	1.115	.01	

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

MANCOVA-analyysissä (kovariantteina ikä ja sukupuoli) ikä osoittautui tilastollisesti merkitseväksi lasten mielenterveyden selittäjäksi ( $F(6,471) = 2.74, p < .05, \eta^2 = .03$ ). Erot ryhmien välillä säilyivät kuitenkin tilastollisesti merkitsevinä silloinkin, kun lasten ikä otettiin huomioon, eikä sotatraumojen selityssaste (3 %) heikentynyt. Saadut tulokset eivät siis johtuneet iän vaikutuksesta lasten mielenterveyteen.

### 3.3. Kiintymystyylin yhteys lasten mielenterveyteen

MANOVA-analyysin tulosten perusteella kiintymystyyli oli yhteydessä lasten mielenterveyteen ( $F(18, 1299) = 3.17, p < .001, \eta^2 = .04$ ) ja selitti kaiken kaikkiaan 4 % mielenterveydessä

tapahtuneesta vaihtelusta. Taulukossa VI on esitetty mielenterveysmuuttujien keskiarvot ja keskihajonnat kiintymystyyleittäin, muuttujien F-arvot ja selitysasteet sekä ryhmien väliset parivertailut. Kiintymystyyli oli yhteydessä lasten masennusoireisiin ( $F(3, 436) = 9.04, p < .001, \eta^2 = .06$ ), eksternalisaatio-oireisiin ( $F(3, 436) = 10.77, p < .001, \eta^2 = .07$ ) ja prososiaalisuuteen ( $F(3, 436) = 6.49, p < .001, \eta^2 = .04$ ). Parivertailut osoittivat hypoteesien mukaisesti, että turvallisesti kiintyneet olivat prososiaalisempia ja heillä oli vähemmän masennus- ja eksternalisaatio-oireita verrattuna välttelevästi-itseriittoisesti ja välttelevästi-pelokkaasti kiintyneisiin. Sen sijaan oletusten vastaisesti myös ristiriitaisesti kiintyneet olivat prososiaalisempia ja kärsivät vähemmistä masennus- ja eksternalisaatio-oireista kuin muut turvattomasti kiintyneet. Turvallisesti ja ristiriitaisesti kiintyneiden välillä ei ollut eroa mielenterveysoireiden määrässä. Hypoteesien vastaisesti lasten kiintymystyyli ei ollut yhteydessä traumaperäisten stressioireiden eli intruusio-, välttely- tai ylivireysoireiden määrään.

Taulukko VI. Kiintymystyylin yhteys lasten mielenterveyteen: keskiarvot, keskihajonnat, F-arvot, selitysasteet ja Bonferroni/Dunnett T3 -parivertailut

Muuttuja	Kiintymystyyli								F(3, 436)	$\eta^2$	post hoc
	1. Turvallinen (n=132)		2. Ristiriitainen (n=80)		3. Itseriittoinen (n=76)		4. Pelokas (n=152)				
	ka	kh	ka	kh	ka	kh	ka	kh			
Intruusio-oireet	10.01	4.87	9.64	3.84	9.46	4.07	10.44	4.42	1.069	.01	
Välttelyoireet	10.31	5.19	8.99	4.93	9.54	4.13	9.92	4.51	1.403	.01	
Ylivireysoireet	10.40	5.43	9.29	4.99	10.71	4.70	10.84	4.91	1.777	.01	
Masennusoireet	11.42	4.72	11.24	3.94	14.05	4.71	13.31	4.67	<b>9.041***</b>	.06	<b>1,2&lt;3,4*</b>
Eksternalisaatio- oireet	5.04	3.21	4.06	2.80	6.76	3.33	5.89	3.40	<b>10.773***</b>	.07	<b>1,2&lt;3,4*</b>
Prososiaalisuus	8.14	1.94	8.20	2.04	7.22	2.05	7.44	1.94	<b>6.490***</b>	.04	<b>1,2&gt;3,4*</b>

\*  $p < .05$ , \*\*\*  $p < .001$

MANCOVA-analyysistä (kovariantteina sukupuoli, ikä ja sotatraumojen määrä) nähtiin, että sotatraumojen määrä selitti lasten mielenterveysoireita tilastollisesti merkitsevästi ( $F(6, 430) = 2.36, p < .05, \eta^2 = .03$ ). Ryhmien väliset erot säilyivät kuitenkin tilastollisesti merkitsevinä silloinkin, kun sotatraumojen määrä otettiin huomioon, eikä kiintymystyylin selitysaste (4 %) heikentynyt. Saadut tulokset eivät siis johtuneet lasten kokemien sotatraumojen määrän yhteydestä mielenterveyteen.

### 3.4. Kiintymystyylin yhteys traumaan liittyviin kognitioihin

MANOVA-analyysistä saadun tuloksen mukaan kiintymystyyli oli yhteydessä lasten kielteisiin traumaan liittyviin kognitioihin ( $F(6, 876) = 3.99, p < .01, \eta^2 = .03$ ) selittäen 3 % niissä tapahtuvasta vaihtelusta. Taulukossa VII on esitetty kielteisiä kognitioita kuvaavien muuttujien keskiarvot ja keskihajonnat kiintymystyyliittäin, F-arvot ja selitysasteet sekä ryhmien väliset parivertailut. Kiintymystyyli oli yhteydessä sekä itseen ( $F(3, 438) = 7.20, p < .001, \eta^2 = .05$ ) että maailmaan ( $F(3, 438) = 6.06, p < .001, \eta^2 = .04$ ) liittyvien kielteisten kognitioiden määrään. Parivertailut kuitenkin osoittivat hypoteesin vastaisesti, että turvallisesti kiintyneet eivät eronneet kielteisten kognitioiden suhteen turvattomasti kiintyneistä. Sen sijaan ristiriitaisesti kiintyneillä oli muihin turvattomasti kiintyneisiin verrattuna vähemmän kielteisiä kognitioita itsestä ja maailmasta.

Taulukko VII. Kiintymystyylin yhteys lasten traumaan liittyviin kognitioihin: keskiarvot ja keskihajonnat kiintymystyyliittäin, F-arvot, selitysasteet ja Bonferroni-parivertailut

	Kiintymystyyli								F(3, 438)	$\eta^2$	post hoc
	1. Turvallinen (n=133)		2. Ristiriitainen (n=81)		3. Itseriitoinen (n=76)		4. Pelokas (n=152)				
Muuttuja	ka	kh	ka	kh	ka	kh	ka	kh			
Kognitiot itsestä	28.6	7.49	26.2	6.70	30.2	6.33	30.1	6.20	<b>7.198***</b>	.05	<b>2&lt;3,4*</b>
Kognitiot maailmasta	25.5	5.86	23.9	6.26	27.2	5.64	26.8	5.61	<b>6.055***</b>	.04	<b>2&lt;3,4*</b>

\*  $p < .05$ , \*\*\*  $p < .001$

MANCOVA-analyysin (kovariantteina ikä ja sotatraumojen määrä) perusteella sotatraumojen määrä selitti tilastollisesti merkitsevästi lasten kielteisiä kognitioita ( $F(2, 436) = 7.32, p < .01, \eta^2 = .03$ ). Kuitenkin havaitut erot ryhmien välillä säilyivät tilastollisesti merkitsevinä, vaikka sotatraumojen määrän vaikutus kognitioihin oli otettu huomioon. Tällöin kiintymystyylin selitysaste tosin laski 2 %:iin, eli on mahdollista, että kiintymystyylin yhteys kognitioihin selittyi osittain eroilla lasten kokemien sotatraumojen määrässä.

## 4. POHDINTA

### 4.1. Tutkimuksen päätulokset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää 10–13-vuotiaiden palestiinalaislasten kokemien sotatraumojen määrän ja kiintymyssuhteen yhteyttä lasten mielenterveyteen sekä kiintymyssuhteen yhteyttä kielteisiin traumaan liittyviin kognitioihin. Kiintymyssuhdetta tarkasteltiin Bartholomew'n (1990) kiintymyssuhdemallin mukaisesti turvallisen, ristiriitaisen, välttelevän-itseriittoisen ja välttelevän-pelokkaan kiintymystyylin kautta. Mielenterveyden osalta tarkasteltiin lasten traumaperäisiä stressioireita eli intruusio-, välttely- ja ylivireysoireita, masennusoireita, eksternalisaatio-oireita ja prososiaalisuutta. Kielteisillä kognitioilla tarkoitettiin traumaan liittyviä kielteisiä ajatuksia itsestä ja maailmasta.

*Sotatraumojen määrän yhteys lasten mielenterveyteen.* Tutkimus osoitti, että enemmän sotatraumoja kokeneilla lapsilla oli oletusten mukaisesti enemmän masennus-, eksternalisaatio- ja ylivireysoireita kuin vähemmän traumoja kokeneilla lapsilla. Tulos antaa tukea niille aikaisemmilta tutkimuksilta, joissa traumaattisten kokemusten määrä on liitetty lasten käyttäytymisen ja tunne-elämän ongelmiin (esim. Al-Krenawi ym., 2009; Dimitry, 2012; Schiff, 2006). Enemmän sotatraumoja kokeneiden lasten suuremmat masennusoireet saattoivat johtua siitä, että he kärsivät todennäköisesti useammista menetyksistä (esim. läheisen kuolema, kodin tuhoutuminen) kuin lapset, joilla traumaattisia kokemuksia oli vähemmän. Eksternalisaatio-oireiden suurempi määrä saattoi selittyä sillä, että enemmän traumoja kokeneet lapset olivat ehkä todistaneet tai kokeneet itse useampia väkivallantekoja, mikä voi lisätä aggressiivisuutta muita kohtaan.

Lasten mielenterveyttä tarkasteltiin nyt monipuolisemmin kuin monissa aikaisemmissa tutkimuksissa, jotka ovat keskittyneet pääasiassa lasten traumaperäisten stressioireiden tutkimiseen (esim. Dubow ym., 2012; Kuterovac-Jagodić, 2003). Tulokset täydensivät aikaisempia havaintoja osoittamalla, että sotatraumojen määrä oli yhteydessä yleisemmän tason käyttäytymisen (eksternalisaatio-oireet) ja tunne-elämän (masennusoireet) ongelmiin, mutta ei spesifimpiin, nimenomaan traumaattisen tapahtuman seurauksena kehittyviin oireisiin (traumaperäiset stressioireet) ylivireysoireita lukuun ottamatta. Osittain samansuuntaiseen tulokseen päätyi myös Khamis (2015) palestiinalaislapsia koskeneessa tutkimuksessaan. Se, että kasautuessaan sotatraumat saattavat aiheuttaa lapsille nimenomaan pidempikestoisia ja laaja-alaisempia mielenterveyden ongelmia, on tärkeä tulos.



Oletusten ja aikaisempien tutkimustulosten (Baràth, 2002, Thabet ym., 2008) vastaisesti intruusio- ja välttelyoireita oli lapsilla saman verran sotatraumojen määrästä riippumatta. Tulos voi johtua siitä, että palestiinalaislapset olivat kaiken kaikkiaan kokeneet sotatraumoja suhteellisen paljon. Kenties intruusio- ja välttelyoireiden määrä ei enää lisäännny, kun traumojen määrä ylittää tietyn rajan; sen sijaan ylivireysoireet saattavat olla herkempiä traumojen määrän kasvulle.

Toisin kuin oletettiin, vähän traumoja kokeneet lapset eivät olleet prososiaalisempia kuin paljon traumoja kokeneet lapset, vaikka aiemmin pienempi traumojen määrä on liitetty parempaan sosiaaliseen toimintakykyyn (Al-Krenawi ym., 2009). Voi olla, että prososiaalisuus on lapsilla suhteellisen pysyvä piirre tai ominaisuus, minkä vuoksi traumojen määrä ei vaikuta siihen samalla tavalla kuin masennus- ja eksternalisaatio-oireisiin. Se saattaa päinvastoin suojella lapsia kasautuvien sotatraumojen vaikutuksilta siksi, että prososiaaliset lapset saavat todennäköisesti enemmän tukea ympäristöstä.

On tärkeää huomioida, että loppujen lopuksi sotatraumojen määrä selitti melko pienen osan (3 %) lasten mielenterveydestä. Tulos antaa tukea aikaisemmille havainnoille, joiden mukaan trauman psyykkiset seuraukset eivät riipu vain traumaattisten kokemusten määrästä vaan myös yksilöön ja ympäristöön liittyvistä tekijöistä (esim. Dimitry, 2012; Noffsinger ym., 2012; Trickey ym., 2012; van Wesel ym., 2012). Vaikka pojilla oli aikaisempien tutkimusten tapaan enemmän traumaattisia kokemuksia kuin tytöillä (esim. Keane ym., 2006), sukupuoli ei selittänyt yhteyttä sotatraumojen määrän ja lasten mielenterveysoireiden välillä.

*Kiintymystyylin yhteys lasten mielenterveyteen.* Turvallisesti kiintyneillä lapsilla esiintyi oletusten mukaisesti vähemmän masennus- ja eksternalisaatio-oireita ja enemmän prososiaalisuutta verrattuna välttelevästi-itseriittoisesti ja välttelevästi-pelokkaasti kiintyneisiin. Tulos on samassa linjassa monien aikaisempien tutkimusten kanssa: yleensä turvallinen kiintymystyyli on yhdistetty parempaan emotionaaliseen ja sosiaaliseen kehitykseen sekä yleisesti (Groh ym., 2014; Panfile & Laible, 2012; van Ijzendoorn & Sagi-Schwartz, 2008) että sotaolosuhteissa (Kanninen ym., 2000; Punamäki ym., 2015; Solomon ym., 2008). Vähäisempiä eksternalisaatio-oireita ja suurempaa prososiaalisuutta saattoivat selittää esimerkiksi myönteinen suhtautuminen muihin, sosiaaliset ongelmanratkaisutaidot ja empaattisuus. Näistä syistä turvallisesti kiintyneillä saattoi olla paremmat toverisuhteet ja sosiaalinen tukiverkosto, jotka ovat lapsille tärkeitä voimavaroja sotaympäristössä. Turvallisen kiintymystyylin taustalla oleva rakastava ja ohjaava vanhemmuus saattoi myös tukea lasten selviytymistä. Vähäisempiä masennusoireita selittivät luultavasti turvallisesti kiintyneiden lasten vahvempi hallinnan tunne, myönteisyys sekä kyky säädellä omia tunteita ja turvautua tarvittaessa muiden apuun.

Toisin kuin oletettiin, myös ristiriitaisesti kiintyneet olivat prososiaalisempia ja heillä oli vähemmän masennus- ja eksternalisaatio-oireita verrattuna välttelevästi-itseriittoisesti ja välttelevästi-pelokkaasti kiintyneisiin. Tämä löydös on melko uusi ja ristiriidassa useiden aikaisempien tutkimusten kanssa: yleensä ristiriitainen kiintymystyyli on yhdistetty moniin psyykkisiin ongelmiin niin lapsilla (Ding ym., 2014; Zimmermann, 2004), nuorilla (Scharf ym., 2014) kuin aikuisillakin (Besser & Neria, 2012; Muller ym., 2000). Saatu tulos ei selittänyt sillä, että ristiriitaisesti kiintyneistä suhteellisen harvalla oli traumaattisia kokemuksia paljon. On mahdollista, että ristiriitaisesti kiintyneiden voimakas tunteiden ilmaisu, korostunut ympäristön uhkien havainnoiminen ja voimakas tukeutuminen muihin ehkäisevät tai helpottavat masennus- ja eksternalisaatio-oireita. Ristiriitaisesti kiintyneet lapset suhtautuvat muihin ihmisiin välttelevästi kiintyneitä myönteisemmin, mikä saattaa selittää korkeampaa prososiaalisuutta.

Oletusten vastaisesti kiintymystyyli ei ollut yhteydessä traumaperäisten stressioireiden määrään, vaan kaikilla lapsilla oli saman verran oireita kiintymystyylistä riippumatta. Tulos poikkeaa aiemmista tutkimustuloksista sekä aikuisilla (esim. Armour ym., 2011; Solomon ym., 2008) että lapsilla (esim. London, Lilly, & Pittman, 2015; Punamäki ym., 2015). Toisin kuin monissa näistä tutkimuksista, mielenterveyttä tarkasteltiin tässä tutkimuksessa laajemmin kuin vain traumaperäisten stressioireiden kautta. Siten voitiin havaita, että kiintymystyyli oli yhteydessä lasten yleisempiin, kehitykselliseen kaareen liittyviin mielenterveyden ongelmiin (eksternalisaatio-oireet, masennus, vähäinen prososiaalisuus), mutta ei spesifimpään, nykyhetken liittyvään oireiluun (traumaperäiset stressioireet). Koska sotatraumat ovat usein erityisen järkyttäviä ja niitä koetaan paljon (Dimitry, 2012; Thabet ym., 2004), kiintymystyyli ei sotaympäristössä ehkä suojaa lapsia traumaperäisiltä stressioireilta yhtä tehokkaasti kuin lievempien traumojen yhteydessä.

Välttelevä kiintymystyyli on yhdistetty erityisesti sosiaalisiin ja käyttäytymisen ongelmiin lapsilla (Burgess ym., 2003; Zimmermann, 2004), ja oletusten mukaisesti se oli nytkin yhteydessä suurempaan mielenterveysoireiden määrään. Tulokselle voi olla useita syitä. Todennäköisesti välttelevästi kiintyneet lapset eivät vähäisen prososiaalisuutensa vuoksi saa sodan keskellä riittävästi sosiaalista tukea. Eksternalisaatio-oireita saattaa selittää välttelevästi kiintyneiden vaikeus ilmaista ja käsitellä omia tunteitaan sekä epäluuloinen ja vihamielinen suhtautuminen muihin. Vaikeus jakaa kokemuksiaan muiden kanssa voi altistaa myös masennusoireille. Välttelevästi-itseriittoisesti ja välttelevästi-pelokkaasti kiintyneet eivät eronneet toisistaan mielenterveysoireiden suhteen. Koska nämä kiintymystyyli-eroavat toisistaan itseä koskevan käsityksen (myönteinen vai kielteinen) suhteen, saattaa tulos viitata siihen, että sotaolosuhteissa ensiarvoisen tärkeää selviytymisen kannalta on se, millainen käsitys lapsella on muista ihmisistä.

Saadut tulokset laajensivat aiempaa tutkimustietoa kiintymystyylin merkityksestä sotaolosuhteissa osoittamalla, että ristiriitanen kiintymystyyli oli lasten mielenterveydelle yhtä edullinen kuin turvallinen kiintymystyyli. Havainto tukee Crittendenin (2008) ja Rutterin (2009) näkemyksiä, joiden mukaan turvaton kiintymystyyli ei aina ole yhteydessä psykopatologiaan, vaan tärkeämpää on se, kuinka kiintymystyylin ja ympäristön piirteet sopivat yhteen.

*Kiintymystyylin yhteys traumaan liittyviin kognitioihin.* Kuten oletettiin, lasten kiintymystyyli oli yhteydessä traumaan liittyviin kielteisiin kognitioihin. Tulos antoi tukea aikaisemmille käsityksille, joiden mukaan trauman kognitiivinen ja emotionaalinen käsittely eroaa kiintymystyyliittäin (Crittenden, 2000; Kanninen, Qouta, ym., 2003; Mikulincer ym., 2006). Oletusten vastaisesti turvallisesti kiintyneillä oli kuitenkin yhtä paljon kielteisiä kognitioita kuin turvattomasti kiintyneillä. Tämä on uusi ja yllättävä tulos, joka ei sovi yhteen Bartholomew'n (1990) kiintymyssuhdemallin perusoletusten eikä aikaisempien lapsia (Clark & Symons, 2009) ja aikuisia (Mason ym., 2005) koskeneiden tutkimusten kanssa. Tuloksen perusteella näyttäisi siltä, että kiintymystyyliin liittyvät sisäiset mallit eivät näyttäydy traumaan liittyvissä kognitioissa, kuten on esitetty (Platts ym., 2002; Renaud, 2008). Syynä voi olla se, että äärimmäisen vaarallinen ja traumaattinen sotaympäristö muuttaa turvallisesti kiintyneiden kognitiot kielteisemmiksi. Lapset saattavat olla aikuisia herkempiä tällaisille muutoksille, koska heidän kehityksensä on vielä monella tapaa kesken (Compas, 2006; Shaw, 2003).

Oletusten vastaisesti ristiriitaisesti kiintyneillä lapsilla oli vähemmän kielteisiä traumaan liittyviä kognitioita kuin välttelevästi-itseriittoisesti ja välttelevästi-pelokkaasti kiintyneillä lapsilla. Toisaalta tulos tuki O'Connorin ja Elklitin (2008) aikuisista tekemiä havaintoja. Ristiriitaisesti kiintyneillä oli vähemmän kielteisiä kognitioita myös itsestä, mikä on ristiriidassa Bartholomew'n (1990) mallin oletusten ja aikaisempien aikuisilta saatujen tutkimustulosten kanssa (Arikan ym., 2015; Renaud, 2008).

Tulos selittynee osittain sillä, että ristiriitaisesti kiintyneistä suhteellisen pieni osa oli kokenut sotatraumoja paljon (kymmenen tai enemmän). Toisaalta on mahdollista, että ristiriitaisesti kiintyneet lapset pystyvät säilyttämään käsityksensä itsestä ja maailmasta suhteellisen myönteisinä traumaattisista kokemuksista huolimatta. Sen sijaan välttelevästi kiintyneiden epäluottamus muita kohtaan saattaa kielteisten tapahtumien vuoksi entisestään vahvistua. Toinen vaihtoehto on se, että ristiriitaisesti kiintyneet pystyvät nopeammin korjaamaan käsityksiään sodan jälkeen. Muutosta saattaisi edistää sinnikäs huomion ja tuen hakeminen ympäristöstä ja sen myötä myönteisten korjaavien kokemusten saaminen; sen sijaan välttelevästi kiintyneet jäävät helpommin ajatustensa kanssa yksin. Koska kielteiset kognitiot ovat keskeisiä traumaperäisen stressihäiriön synnyssä ja

pitkittämisessä (Foa & Kozak, 1986; Meiser-Stedman ym., 2009), saattaa häiriön riski olla erityisen suuri välttelevästi kiintyneiden lasten kohdalla.

## **4.2. Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset**

Tutkimus antoi tärkeää ja uutta tietoa lasten sotatraumojen määrän, kiintymystyylin, mielenterveysoireiden ja traumaan liittyvien kognitioiden välisistä yhteyksistä. Tutkimuksessa käytetty aineisto edusti todennäköisesti hyvin palestiinalaisia Gazassa asuvia 10–13-vuotiaita lapsia, koska se oli kooltaan riittävän suuri ja kerätty satunnaisotannalla. Toisaalta se, että tutkimus perustui pelkästään lasten tekemiin itsearviointeihin, saattoi vaikuttaa tuloksiin, sillä saman arviointilähteen käyttö edesauttaa yhteyksien syntyä.

Tutkimuksessa käytetyistä menetelmistä lähes kaikki olivat standardoituja ja psykometrisiltä ominaisuuksiltaan hyviksi todettuja. Lasten traumaperäisten stressioireiden mittaamiseen käytettyjen alaskaalojen reliabiliteetit olivat kuitenkin jostain syystä heikkoja. Tämä saattaa selittää sitä, etteivät traumaperäiset stressioireet olleet yhteydessä muihin mielenterveysoireisiin, lasten kiintymystyyliin tai ylivireysoireita lukuunottamatta sotatraumojen määrään. Myös kiintymystyyliä mittaavien skaalojen reliabiliteetit olivat melko heikkoja. On mahdollista, että käytetyt mittarit eivät kuvanneet tai erotelleet riittävän hyvin eri kiintymystyyliä. Turvallinen kiintymystyyli näytti korreloivan positiivisesti ristiriitaisen kiintymystyylin kanssa, mikä saattaa selittää saatuja tuloksia: voi olla, että turvallisen ja ristiriitaisen kiintymystyylin mittarit muistuttivat liikaa toisiaan.

Tutkimuksen vahvuutena voidaan kuitenkin pitää sitä, että välttelevästi-itseriittoisesti ja välttelevästi-pelokkaasti kiintyneet oli eroteltu toisistaan toisin kuin monissa muissa tutkimuksissa. Tässä tutkimuksessa erottelu ei kuitenkaan tuonut lisäinformaatiota, koska näiden kahden kiintymystyylin välillä ei havaittu eroja lasten mielenterveydessä tai kielteisissä kognitioissa. Tulosten perusteella voikin olla perusteltua miettiä, onko sotaympäristössä elävillä lapsilla ylipäänsä tarpeellista erottaa näitä kahta välttelevää kiintymystyyliä toisistaan.

Tulokset olisivat voineet olla erilaisia, mikäli tutkimus olisi toteutettu heti sodan päättymisen jälkeen. Kolmen kuukauden aikana osalla lapsilla oli saattanut tapahtua spontaania toipumista. Koska tutkimuksessa käytettiin poikkileikkausaineistoa, päätelmiä syy-seuraussuhteista ei voitu tehdä. Esimerkiksi kiintymystyylin ei voitu olettaa vaikuttavan lasten mielenterveyteen tai traumaan liittyviin kognitioihin, vaan suunta saattoi olla myös päinvastainen. Myöskään sitä ei tiedetä, oliko

sodan jälkeen mitattu kiintymystyyli sama kuin sotaa edeltänyt kiintymystyyli, vai olivatko traumaattiset kokemukset kenties muuttaneet lasten kiintymystyyliä.

Poikkileikkausaineisto rajoitti myös tilastollisten analysointimenetelmien valintaa. Käytetyt analysointimenetelmät sopivat kuitenkin hyvin tutkimuskysymyksiin vastaamiseen. Koska korrelaatiot joidenkin riippuvien muuttujien välillä olivat puutteellisia, olisi MANOVA:n sijaan voitu käyttää myös yksisuuntaista varianssianalyysiä (ANOVA). MANOVA:n käyttö oli kuitenkin perusteltua siksi, että suurin osa muuttujista korreloi keskenään ja puutteelliset korrelaatiot johtuivat todennäköisesti joidenkin mittareiden heikoista reliabiliteeteista. Riippumattomien muuttujien voitiin ajatella teoriassa korreloivan keskenään. Tulosten luotettavuutta lisäsi MANCOVA-analyysin käyttö: sillä varmistettiin, etteivät tulokset johtuneet tiettyjen taustamuuttujien vaikutuksesta.

Tulosten tulkinnassa on syytä ottaa huomioon sotaolosuhteiden erityisluonne: koska sotaympäristö vaarantaa lapsen kehityksen usein monin eri tavoin, voi olla vaikeaa erottaa, mikä on juuri trauman vaikutusta. Tässä tutkimuksessa ei voitu huomioida esimerkiksi perhetekijöiden tai yhteisön piirteiden vaikutusta lasten mielenterveyteen. Lopuksi tutkimustulosten yleistämisessä on muistettava, että tutkimus koski nimenomaan sotaympäristössä eläviä 10–13-vuotiaita lapsia, minkä vuoksi tulosten yleistämisessä muihin ympäristöihin tai ikäryhmiin tulee olla varovainen.

### **4.3. Tutkimuksen merkitys ja jatkotutkimustarpeet**

Tutkimus tukee kiintymyssuhdeteorian (Bowlby, 1969) perusajatusta, jonka mukaan varhaisessa vuorovaikutuksessa muodostunut kiintymystyyli ja siihen liittyvät sisäiset mallit ovat tärkeitä yksilön tulevan kehityksen ja hyvinvoinnin kannalta. Tutkimus osoitti erityisesti, että kiintymyssuhde on merkityksellinen myös sotaolosuhteissa elävien lasten mielenterveydelle: se on yhteydessä siihen, kuinka lapsi traumaattisiin kokemuksiin suhtautuu ja miten hän niistä selviytyy. Aiemmissa tutkimuksissa on korostettu turvallisen kiintymystyylin merkitystä psyykkiselle hyvinvoinnille sekä lapsilla (Groh ym., 2014; Punamäki ym., 2015) että aikuisilla (Kanninen ym., 2000; O'Connor & Elklit, 2008; van Ijzendoorn & Sagi-Schwartz, 2008). Tämän tutkimuksen tärkeintä teoreettista antia onkin se, että turvallisen kiintymystyylin ohella myös ristiriitainen kiintymystyyli näyttäisi olevan edullinen sotaolosuhteissa. Sen sijaan välttelevä kiintymystyyli lienee haitallisempi sotaympäristössä elävien lasten mielenterveydelle.

Tutkimus muistuttaa siitä, että sodassa lasten altistuminen traumaattisille tapahtumille on muuhun väestöön verrattuna mittavaa (Dimitry, 2012; Khamis, 2005; Thabet ym., 2004). Monet

lapsista olivat menettäneet ystävän, perheenjäsenen tai kodin ja todistaneet erilaisia sodan hirmutekoja. Samoin kuin aikaisemmissa tutkimuksissa (Kimhi ym., 2010; Kuterovac-Jagodić, 2003), lapset kärsivät vaikeista mielenterveyden ongelmista vielä kuukausia sodan päättymisen jälkeen. Tälläkin hetkellä lukuisat lapset altistuvat sodan traumatisoiville vaikutuksille eri puolilla maailmaa. Siksi on tärkeää kiinnittää entistä enemmän huomiota sota-alueiden lasten mielenterveyteen ja pohtia keinoja lasten kehityksen tukemiseksi.

Tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että sotalasten auttamiseen tähtäävissä interventioissa tulee huomioida lapsen yksilölliset ominaisuudet kuten kiintymystyyli ja traumaan liittyvät kognitiot sekä se, että nämä kaksi ovat yhteydessä toisiinsa. Tulokset auttavat arvioimaan sitä, millaiset lapset ovat erityisen haavoittuvaisia sodan vaikutukselle, ja kuinka näitä lapsia voitaisiin parhaiten auttaa. Tutkimuksista on jo saatu näyttöä siitä, että kognitiivis-behavioraalisilla menetelmillä, joissa keskeistä on nimenomaan kielteisten kognitioiden muuttaminen realistisemmiksi, voidaan tukea sotalasten mielenterveyttä (Barron, Abdallah, & Smith, 2013; Murray, Cohen, & Mannarino, 2013). Lasten ohella on syytä kiinnittää huomiota myös vanhempien jaksamiseen, koska kiintymyssuhteen syntyyn vaikuttaa lapsi-vanhempivuorovaikutuksen laatu (Ainsworth, 1979; Bowlby, 1973).

Vaikka kiintymystyylin on usein todettu olevan yhteydessä lasten mielenterveyteen traumatilanteessa, tarvitaan vielä lisää tutkimustietoa siitä, mitkä mekanismit välittävät ja muokkaavat tätä yhteyttä (Cassidy ym., 2013; Lim ym., 2012). Tämän tutkimuksen perusteella olisi tarpeellista tutkia sitä, miksi ristiriitaisesti kiintyneet selviytyvät sotaolosuhteissa yhtä hyvin kuin turvallisesti kiintyneet. Yksi mahdollinen selitys on se, että ristiriitaisesti kiintyneet saavat enemmän sosiaalista tukea, jonka taas on havaittu suojelevan lapsia sodan vaikutuksilta (Trickey ym., 2012). Joka tapauksessa näyttäisi siltä, että kiintymystyylin merkitys riippuu siitä, kuinka hyvin se vastaa sen ympäristön vaatimuksiin, joissa lapsi elää. Tulevissa tutkimuksissa olisikin tärkeää huomioida entistä paremmin erilaisten ympäristötekijöiden kuten perheen ja yhteisön vaikutus sotalasten mielenterveyteen. Voi esimerkiksi olla, että ristiriitaisesti kiintyneet saavat suurissa perheissä sisaruksiaan enemmän vanhempien huomiota, mikä helpottaa heidän jaksamistaan. Syy-seuraussuhteiden selvittämiseksi on erityisesti pitkittäistutkimukselle suuri tarve. Jatkossa on tärkeää tutkia myös sitä, mitkä interventiot ovat tehokkaimpia sotalasten auttamiseksi ja miten interventiot kohdistetaan niille lapsille, joille ne parhaiten sopivat. Asian selvittämiseksi lasten kiintymystyyliin ja traumaan liittyviin kognitioihin kohdistuvalla tutkimuksella on jatkossakin paljon tarjottavaa.

## LÄHTEET

- Ainsworth, M. D. S. (1979). Attachment as related to mother-infant interaction. *Advances in the Study of Behaviour*, 9, 2–52.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Al-Jawadi, A. A., & Abdul-Rhman, S. (2007). Prevalence of childhood and early adolescence mental disorders among children attending primary health care centers in Mosul, Iraq: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 7, 1–8.
- Al-Krenawi, A., Graham, J. R., & Kanat-Maymon, Y. (2009). Analysis of trauma exposure, symptomatology and functioning in Jewish Israeli and Palestinian adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, 195, 427–432.
- Allwood, M. A., Bell-Dolan, D., & Husain, S. A. (2002). Children's trauma and adjustment reactions to violent and nonviolent war experiences. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 450–457.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., de Girolamo, G., Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J. M., Katz, S. J., Kessler, R. C., Kovess, V., Lépine, J. P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L. J., Vilagut, G., Almansa, J., Arbabzadeh-Bouchez, S., Autonell, J., Bernal, M., Buist-Bouwman, M. A., Codony, M., Domingo-Salvany, A., Ferrer, M., Joo, S. S., Martínez-Alonso, M., Matschinger, H., Mazzi, F., Morgan, Z., Morosini, P., Palacín, C., Romera, B., Taub, N., Vollebergh, W. A. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 420, 21–27.
- APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-V* (5. painos). Washington, DC: APA.
- Arikan, G., Stopa, L., Carnelley, K. B., & Karl, A. (2015). The associations between adult attachment, posttraumatic symptoms, and posttraumatic growth. *Anxiety, Stress, & Coping*, 27, 1–20.
- Armour, C., Elklit, A., & Shevlin, M. (2011). Attachment typologies and posttraumatic stress disorder (PTSD), depression and anxiety: a latent profile analysis approach. *European Journal of Psychotraumatology*, 2, 1–9.
- Attanayake, V., McKay, R., Joffres, M., Singh, S., Burkle, F. Jr., & Mills, E. (2009). Prevalence of mental disorders among children exposed to war. A systematic review of 7,920 children. *Medicine, Conflict and Survival*, 25, 4–19.
- Baràth, A. (2002). Children's well-being after the war in Kosovo: survey in 2000. *Croatian Medical Journal*, 43, 199–208.
- Barron, I. G., Abdallah, G., & Smith, P. (2013). Randomized control trial of a CBT trauma recovery program in Palestinian schools. *Journal of Loss and Trauma*, 18, 306–321.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: an attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147–178.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226–244.

- Benight, C. C., & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: the role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and Therapy* 42, 1129–1148.
- Bernier, A., Carlson, S. M., Deschênes, M., & Matte-Gagné, C. (2012). Social factors in the development of early executive functioning: a closer look at the caregiving environment. *Developmental science*, 15, 12–24.
- Besser, A., & Neria, Y. (2012). When home isn't a safe haven: insecure attachment orientations, perceived social support, and PTSD symptoms among Israeli evacuees under missile threat. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4, 34–46.
- Birleson, P., Hudson, I., Grey-Buchanan, D., & Wolff, S. (1987). Clinical evaluation of a self-rating scale for depressive disorder in childhood (Depression Self-Rating Scale). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28, 43–60.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Volume 1. Attachment*. New York, Hogarth.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Volume 2. Separation: anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby J. (1988). *A secure base: clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Braun-Lewensohn, O., Celestin-Westreich, S., Celestin, L. P., Verté, D., & Ponjaert-Kristoffersen, I. (2009). Adolescents' mental health outcomes according to different types of exposure to ongoing terror attacks. *Journal of Youth and Adolescence*, 38, 850–862.
- Breslau, N. (2002). Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 923–929.
- Breslau, N., & Anthony, J. C. (2007). Gender differences in the sensitivity to posttraumatic stress disorder: an epidemiological study of urban young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 607–611.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. *Readings on the development of children*, 2, 37–43.
- Bronfenbrenner, U. (2005). Ecological systems theory. Teoksessa U. Bronfenbrenner (toim.), *Making human beings human: Biological perspectives on human development* (s. 106–173). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Burgess, K. B., Marshall, P. J., Rubin, K. H., & Fox, N. A. (2003). Infant attachment and temperament as predictors of subsequent externalizing problems and cardiac physiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 819–831.
- Cardozo, B. L., Bilukha, O. O., Gotway, C. A., Wolfe, M. I., Gerber, M. L., & Anderson, M. (2005). Mental health of women in postwar Afghanistan. *Journal of Women's Health*, 14, 285–293.
- Carlivati, J., & Collins, W. A. (2007). Adolescent attachment representations and development in a risk sample. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2007, 91–106.
- Cassidy, J., Jones, J. D., & Shaver, P. R. (2013). Contributions of attachment theory and research: a framework for future research, translation, and policy. *Development and Psychopathology*, 25, 1415–1434.
- Catani, C., Jacob, N., Schauer, E., Kohila, M., & Neuner, F. (2008). Family violence, war, and natural disasters: a study of the effect of extreme stress on children's mental health in Sri Lanka. *BMC Psychiatry*, 2, 1–10.



- Catani, C., Schauer, E., Elbert, T., Missmahl, I., Bette, J., & Neuner, F. (2009). War trauma, child labor, and family violence: life adversities and PTSD in a sample of school children in Kabul. *Journal of Traumatic Stress, 22*, 163–171.
- Clark, S. E., & Symons, D. K. (2009). Representations of attachment relationships, the self, and significant others in middle childhood. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 18*, 316–321.
- Compas, B. E. (2006). Psychobiological processes of stress and coping: Implications for resilience in children and adolescents. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1094*, 226–234.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry, 64*, 577–584.
- Crawford, T. N., Livesley, W. J., Jang, K. L., Shaver, P. R., Cohen, P., & Ganiban, J. (2007). Insecure attachment and personality disorder: a twin study of adults. *European Journal of Personality, 21*, 191–208.
- Crittenden, P. M. (1999). Danger and development: The organization of self-protective strategies. Teoksessa J. I. Vondra & D. Barnett (toim.), *Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk. Monographs of the Society for Research in Child Development* (s.145–171). Oxford: Blackwell Publishers.
- Crittenden, P. M. (2000). A dynamic-maturational model of the function, development, and organization of human relationships. Teoksessa R. S. L. Mills & S. Duck (toim.), *Developmental psychology of personal relationships* (s. 199–218). Chichester, UK: Wiley.
- Crittenden, P. M. (2008). A Dynamic-Maturational Model of attachment. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, 27*, 105–115.
- Cusack, K. J., Frueh, B. C., & Brady, K. T. (2004). Trauma history screening in a Community Mental Health Center. *Psychiatric Services, 55*, 157–162.
- Cyr, C., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van Ijzendoorn, M. H. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: a series of meta-analyses. *Development and Psychopathology, 22*, 87–108.
- Darves-Bornoz, J., Alonso, J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Haro, J., Kovess-Masfety, V., Gasquet, I. (2008). Main traumatic events in Europe: PTSD in the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders Survey. *Journal of Traumatic Stress, 21*, 455–462.
- de Jong, J. T., Komproe, I. H., Van Ommeren, M., El Masri, M., Araya, M., Khaled, N., van De Put, W., & Somasundaram, D. (2001). Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *The Journal of the American Medical Association, 286*, 555–562.
- Diehle, J., Schmitt, K., Daams, J. G., Boer, F., & Lindauer, R. L. (2014). Effects of psychotherapy on trauma-related cognitions in posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress, 27*, 257–264.
- Dieperink, M., Leskela, J., Thuras, P., & Engdahl, B. (2001). Attachment style classification and posttraumatic stress disorder in former prisoners of war. *American Journal of Orthopsychiatry, 71*, 374–378.
- Dimitry, I. (2012). A systematic review on the mental health of children and adolescents in areas of armed conflict in the Middle East. *Child: Care, Health and Development, 38*, 153–161.
- Ding, Y. H., Xu, X., Wang, Z. Y., Li, H. R., & Wang, W. P. (2014). The relation of infant attachment to attachment and cognitive and behavioural outcomes in early childhood. *Early Human Development, 90*, 459–464.

- Drake, K., Belsky, J., & Fearon, R. M. (2014). From early attachment to engagement with learning in school: the role of self-regulation and persistence. *Developmental Psychology, 50*, 1350–1361.
- Dubow, E. F., Huesmann, L. R., Boxer, P., Landau, S., Dvir, S., Shikaki, K., & Ginges, J. (2012). Exposure to political conflict and violence and posttraumatic stress in Middle East youth: protective factors. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 41*, 402–416.
- Dunmore, E., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2001). A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder PTSD after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy, 39*, 1063–1084.
- Duraković-Belko, E., Kulenović, A., & Dapić, R. (2003). Determinants of posttraumatic adjustment in adolescents from Sarajevo who experienced war. *Journal of Clinical Psychology, 59*, 27–40.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 319–345.
- Elbedour, S., Onwuegbuzie, A. J., Ghannam, J., Whitcome, J. A., & Abu Hein, F. (2007). Post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety among Gaza Strip adolescents in the wake of the second uprising (Intifada). *Child Abuse & Neglect, 31*, 719–729.
- Elklit, A. (2002). Victimization and PTSD in a Danish national youth probability sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*, 174–181.
- Farbstein, I., Mansbach-Kleinfeld, I., Levinson, D., Goodman, R., Levav, I., Vograft, I., & Apter, A. (2010). Prevalence and correlates of mental disorders in Israeli adolescents: results from a national mental health survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*, 630–639.
- Farhood, L., Dimassi, H., & Lehtinen, T. (2006). Exposure to war-related traumatic events, prevalence of PTSD, and general psychiatric morbidity in a civilian population from southern Lebanon. *Journal of Transcultural Nursing, 17*, 333–340.
- Finnegan, R. A., Hodges, E. V. E., & Perry, D. G. (1996). Preoccupied and avoidant coping during middle childhood. *Child Development, 67*, 1318–1328.
- Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (2000). Guidelines for treatment of PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 13*, 539–588.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99*, 20–35.
- Foa, E. B., & Rauch, S. A. (2004). Cognitive changes during prolonged exposure versus prolonged exposure plus cognitive restructuring in female assault survivors with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 879–884.
- Fowler, J. C., Allen, J. G., Oldham, J. M., & Frueh, B. C. (2013). Exposure to interpersonal trauma, attachment insecurity, and depression severity. *Journal of Affective Disorders, 49*, 313–318.
- Fowler, P. J., Tompsett, C. J., Braciszewski, J. M., Jacques-Tiura, A. J., & Baltes, B. B. (2009). Community violence: a meta-analysis on the effect of exposure and mental health outcomes of children and adolescents. *Development and Psychopathology, 21*, 227–259.
- Garbarino, J., & Kostelny, K. (1996). The effects of political violence on Palestinian children's behavior problems: a risk accumulation model. *Child development, 67*, 33–45.
- Giannopoulou, I., Strouthos, M., Smith, P., Dikaiakou, A., Galanopoulou, V., & Yule, W. (2006). Post-traumatic stress reactions of children and adolescents exposed to the Athens 1999 earthquake. *European Psychiatry, 21*, 160–6.

- Goenjian, A. K., Molina, L., Steinberg, A. M., Fairbanks, L. A., Alvarez, M. L., Goenjian, H. A., Pynoos, R. S. (2001). Posttraumatic stress and depressive reactions among Nicaraguan adolescents after hurricane Mitch. *The American Journal of Psychiatry*, *158*, 788–794.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *5*, 581–586.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *40*, 1337–1345.
- Granot, D., & Mayseless, O. (2001). Attachment security and adjustment to school in middle childhood. *International Journal of Behavioral Development*, *25*, 530–541.
- Groh, A., Fearon, R., Bakermans-Kranenburg, M., van Ijzendoorn, M., Steele, R., & Roisman, G. (2014). The significance of attachment security for children's social competence with peers: a meta-analytic study. *Attachment & Human Development*, *16*, 103–136.
- Haskuka, M., Sunar, D., & Alp, I. E. (2008). War exposure, attachment style, and moral reasoning. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, *39*, 381–401.
- Hidalgo, R. B., & Davidson, J. R. (2000). Posttraumatic stress disorder: epidemiology and health-related considerations. Review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *61*, 5–13.
- Hoven, C. W., Duarte, C. S., & Mandell, D. J. (2003). Children's mental health after disasters: the impact of the World Trade Center attack. *Current Psychiatry Reports*, *5*, 101–107.
- Hsu, C. C., Chong, M. Y., Yang, P., & Yen, C. F. (2002). Posttraumatic stress disorder among adolescent earthquake victims in Taiwan. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *41*, 875–881.
- Ivarsson, T., & Gillberg, C. (1997). Depressive symptoms in Swedish adolescents: normative data using the Birleson Depression Self-Rating Scale (DSRS). *Journal of Affective Disorders*, *42*, 59–68.
- Kanninen, K. (2005). *Attachment patterns, coping, emotional processing and therapy alliance in recovery from trauma*. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, psykologian laitos.
- Kanninen, K., Punamäki, R.-L., & Qouta, S. (2003). Personality and trauma: adult attachment and posttraumatic distress among former political prisoners. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, *9*, 97–126.
- Kanninen, K., Qouta, S., & Punamäki, R.-L. (2003). Adult attachment and emotional responses to traumatic memories among Palestinian former political prisoners. *Traumatology*, *9*, 15–26.
- Kanninen, K., Salo, J., & Punamäki, R. L. (2000). Attachment patterns and working alliance in trauma therapy for victims of political violence. *Psychotherapy Research*, *10*, 435–449.
- Keane, T. M., Marshall, A. D., & Taft, C. T. (2006). Posttraumatic stress disorder: etiology, epidemiology, and treatment outcome. *Annual Review of Clinical Psychology*, *2*, 161–197.
- Kerns, K. A., Klepac, L., & Cole, A. K. (1996). Peer relationships and preadolescents' perceptions of security in the child-mother relationship. *Developmental Psychology*, *32*, 457–466.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *52*, 1048–1060.
- Khamis, V. (2005). Post-traumatic stress disorder among school age Palestinian children. *Child Abuse & Neglect*, *29*, 81–95.
- Khamis, V. (2015). Coping with war trauma and psychological distress among school-age Palestinian children. *American Journal of Orthopsychiatry*, *85*, 72–79.

- Kimhi, S., Eshel, Y., Zysberg, L., & Hantman, S. (2010). Sense of danger and family support as mediators of adolescents' distress and recovery in the aftermath of war. *Journal of Loss and Trauma, 15*, 351–369.
- Klingman, A. (2002). Children under stress of war. Teoksessa A. M. Le Greca, W. K. Silverman, E. M. Vernberg, & M. Roberts (toim.), *Helping children cope with disasters and terrorism* (s. 359–380). Washington, DC: APA.
- Koplewicz, H. S., Vogel, J. M., Solanto, M. V., Morrissey, R. F., Alonso, C. M., Abikoff, H., Gallagher, R., & Novick, R. M. (2002). Child and parent response to the 1993 World Trade Center bombing. *Journal of Traumatic Stress, 15*, 77–85.
- Kuterovac-Jagodić, G. (2003). Posttraumatic stress symptoms in Croatian children exposed to war: a prospective study. *Journal of Clinical Psychology, 59*, 9–25.
- Lafleur, D. L., Petty, C., Mancuso, E., McCarthy, K., Biederman, J., Faro, A., & Geller, D. A. (2011). Traumatic events and obsessive compulsive disorder in children and adolescents: Is there a link? *Journal of Anxiety Disorders, 25*, 513–519.
- Laufer, A., & Solomon, Z. (2009). Gender differences in PTSD in Israeli youth exposed to terror attacks. *Journal of Interpersonal Violence, 24*, 959–976.
- Lim, B. H., Adams, L. A., & Lilly, M. M. (2012). Self-worth as a mediator between attachment and posttraumatic stress in interpersonal trauma. *Journal of Interpersonal Violence, 27*, 2039–2061.
- Lipschitz, D. S., Rasmusson, A. M., Anyan, W., Gueorguieva, R., Billingslea, E. M., Cromwell P. F., & Southwick, S. M. (2003). Posttraumatic stress disorder and substance use in inner-city adolescent girls. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 191*, 714–721.
- London, M. J., Lilly, M. M., & Pittman, L. (2015). Attachment as a mediator between community violence and posttraumatic stress symptoms among adolescents with a history of maltreatment. *Child Abuse & Neglect, 42*, 1–9.
- Mason, O., Platts, H., & Tyson, M. (2005). Early maladaptive schemas and adult attachment in a UK clinical population. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 78*, 549–564.
- McLean, C. P., Yeh, R., Rosenfield, D., & Foa, E. B. (2015). Changes in negative cognitions mediate PTSD symptom reductions during client-centered therapy and prolonged exposure for adolescents. *Behaviour Research and Therapy, 68*, 64–69.
- McMullen, J. D., O'Callaghan, P. S., Richards, J. A., Eakin, J. G., & Rafferty, H. (2012). Screening for traumatic exposure and psychological distress among war-affected adolescents in post-conflict northern Uganda. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 47*, 1489–1498.
- Meiser-Stedman, R., Dalgleish, T., Glucksman, E., Yule, W., & Smith, P. (2009). Maladaptive cognitive appraisals mediate the evolution of posttraumatic stress reactions: a 6-month follow-up of child and adolescent assault and motor vehicle accident survivors. *Journal of Abnormal Psychology, 118*, 778–787.
- Meiser-Stedman, R., Dalgleish, T., Smith, P., Yule, W., & Glucksman, E. (2007). Diagnostic, demographic, memory quality, and cognitive variables associated with acute stress disorder in children and adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 116*, 65–79.
- Meiser-Stedman, R., Smith, P., Bryant, R., Salmon, K., Yule, W., Dalgleish, T., & Nixon, R. D. V. (2009). Development and validation of the Child Post-Traumatic Cognitions Inventory (CPTCI). *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*, 432–440.

- Mikulincer, M., & Florian, V. (1998). The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. Teoksessa J. A. Simpson & W. S. Rholes (toim.), *Attachment theory and close relationships* (s. 143–165). New York: Guilford.
- Mikulincer, M., Florian, V., & Weller, A. (1993). Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: the impact of the Gulf War in Israel. *Journal of Personality and Social Psychology*, *64*, 817–826.
- Mikulincer, M., & Shaver P. R. (2007). *Attachment in adulthood: structure, dynamics, and change*. New York: Guilford.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, *11*, 11–15.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Horesh, N. (2006). Attachment bases of emotion regulation and posttraumatic adjustment. Teoksessa D. K. Snyder, J. A. Simpson, & J. N. Hughes (toim.), *Emotion regulation in families: pathways to dysfunction and health* (s. 77–99). Washington: APA.
- Mollica, R. F., Cardozo, B. L., Osofsky, H. J., Raphael, B., Ager, A., & Salama, P. (2004). Mental health in complex emergencies. *Lancet*, *364*, 2058–2067.
- Moss, E., & St-Laurent, D. (2001). Attachment at school age and academic performance. *Developmental Psychology*, *37*, 863–874.
- Muller, R. T., Sicoli, L. A., & Lemieux, K. E. (2000). Relationship between attachment style and posttraumatic stress symptomatology among adults who report the experience of childhood abuse. *Journal of Traumatic Stress*, *13*, 321–332.
- Murray, L. K., Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2013). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for youth who experience continuous traumatic exposure. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, *19*, 180–195.
- Myers, K., & Winters, N. C. (2002). Ten-year review of rating scales. II: Scales for internalizing disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *41*, 634–659.
- Neisser, U. (1967). *Cognitive psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Nilsson, D. K., Gustafsson, P. E., & Svedin, C. G. (2010). Self-reported potentially traumatic life events and symptoms of post-traumatic stress and dissociation. *Nordic Journal of Psychiatry*, *64*, 19–26.
- Nilsson, D. K., Gustafsson, P. E., & Svedin, C. G. (2012). Polytraumatization and trauma symptoms in adolescent boys and girls: interpersonal and noninterpersonal events and moderating effects of adverse family circumstances. *Journal of Interpersonal Violence*, *27*, 2645–2664.
- Nilsson, D. K., Holmqvist, R., & Jonson, M. (2011). Self-reported attachment style, trauma exposure and dissociative symptoms among adolescents. *Attachment & Human Development*, *13*, 579–595.
- Noffsinger, M. A., Pfefferbaum, B., Pfefferbaum, R. L., Sherrieb, K., & Norris, F. H. (2012). The burden of disaster: Part I. Challenges and opportunities within a child's social ecology. *International journal of emergency mental health*, *14*, 3–13.
- O'Connor, M., & Elklit, A. (2008). Attachment styles, traumatic events, and PTSD: a cross-sectional investigation of adult attachment and trauma. *Attachment & Human Development*, *10*, 59–71.

- Okello, J., De Schryver, M., Musisi, S., Broekaert, E., & Derluyn, I. (2014). Differential roles of childhood adversities and stressful war experiences in the development of mental health symptoms in post-war adolescents in northern Uganda. *BMC Psychiatry, 14*, 260–268.
- Ortigo, K. M., Westen, D., DeFife, J. A., & Bradley, B. (2013). Attachment, social cognition, and posttraumatic stress symptoms in a traumatized, urban population: evidence for the mediating role of object relations. *Journal of Traumatic Stress, 26*, 361–368.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin, 129*, 52–73.
- Panfile, T. M., & Laible, D. J. (2012). Attachment security and child's empathy: The mediating role of emotion regulation. *Merrill-Palmer Quarterly, 58*, 1–21.
- Papageorgiou, V., Frangou-Garunovic, A., Iordanidou, R., Yule, W., Smith, P., & Vostanis, P. (2000). War trauma and psychopathology in Bosnian refugee children. *European Child and Adolescent Psychiatry, 9*, 84–90.
- Park, L. E., Crocker, J., & Mickelson, K. D. (2004). Attachment styles and contingencies of self-worth. *Personality and Social Psychology Bulletin, 30*, 1243–1254.
- Pat-Horenczyk, R., Schiff, M., & Doppelt, O. (2006). Maintaining routine despite ongoing exposure to terrorism: a healthy strategy for adolescents? *The Journal of Adolescent Health, 39*, 199–205.
- Peltonen, K., Ellonen, N., Larsen, H. B., & Helweg-Larsen, K. (2010). Parental violence and adolescent mental health. *European Child and Adolescent Psychiatry, 19*, 813–822.
- Peltonen, K., Qouta, S., Diab, M., & Punamäki, R.-L. (2014). Resilience among children in war: the role of multilevel social factors. *Traumatology, 20*, 232–240.
- Perrin, S., Meiser-Stedman, R., & Smith, P. (2005). The Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES): validity as a screening instrument for PTSD. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 33*, 487–498.
- Platts, H., Tyson, M., & Mason, O. (2002). Adult attachment style and core beliefs: are they linked? *Clinical Psychology & Psychotherapy, 9*, 332–348.
- Pocock, D. (2010). The DMM – wow! But how to safely handle its potential strength? *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 50*, 396–404.
- Punamäki, R.-L. (2002). The uninvited guest of war enters childhood: developmental and personality aspects of war and military violence. *Traumatology, 8*, 181–204.
- Punamäki, R.-L. (2006). Resiliency in conditions of war and military violence: preconditions and developmental processes. Teoksessa E. M. Garralda & M. Flament (toim.), *Working with children and adolescents: An evidence-based approach to risk and resilience* (s. 129–177). New York: Jan Aronson.
- Punamäki, R.-L. (2014). Mental health and development among children living in violent conditions: underlying processes for promoting peace. Teoksessa J. F. Leckman, C. Panter-Brick, & R. Salah (toim.), *Pathways to peace: The transformative power of children and families* (s. 213–231). Cambridge, MA: MIT Press.
- Punamäki, R.-L., Palosaari, E., Diab, M., Peltonen, K., & Qouta, S. R. (2015). Trajectories of posttraumatic stress symptoms (PTSS) after major war among Palestinian children: trauma, family- and child-related predictors. *Journal of Affective Disorders, 172*, 133–140.
- Putscher, K. (2008). Trauma in childhood – risks for the child's development. *Psychiatria Danubina, 20*, 513–520.

- Qouta, S., Punamäki, R.-L., & El Sarraj, E. (2005). Mother-Child expression of psychological distress in acute war trauma. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 10*, 135–156.
- Qouta, S., Punamäki, R.-L., & El Sarraj, E. (2008). Child development and family mental health in war and military violence: the Palestinian experience. *International Journal of Behavioral Development, 32*, 310–321.
- Raikes, H. A., & Thompson, R. A. (2008). Attachment security and parenting quality predict children's problem-solving, attributions, and loneliness with peers. *Attachment & Human Development, 10*, 319–344.
- Raikes, H. A., Virmani, E. A., Thompson, R. A., & Hatton, H. (2013). Declines in peer conflict from preschool through first grade: influences from early attachment and social information processing. *Attachment & Human Development, 15*, 65–82.
- Renaud, E. F. (2008). The attachment characteristics of combat veterans with PTSD. *Traumatology, 14*, 1–12.
- Rosenstein, D., & Horowitz, H. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 244–253.
- Rutter, M., Kreppner, J., & Sonuga-Barke, E. (2009). Emanuel Miller lecture: Attachment insecurity, disinhibited attachment, and attachment disorders: where do research findings leave the concepts? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*, 529–543.
- Saari, S. (2007). *Kuin salama kirkaalta taivaalta. Kriisit ja niistä selviytyminen* (4. painos). Helsinki: Otava.
- Salo, J. A., Qouta, S., & Punamäki, R.-L. (2005). Adult attachment, posttraumatic growth and negative emotions among former political prisoners. *Anxiety, Stress & Coping, 18*, 361–378.
- Sandberg, D. A., Suess, E. A., & Heaton, J. L. (2010). Attachment anxiety as a mediator of the relationship between interpersonal trauma and posttraumatic symptomatology among college women. *Journal of Interpersonal Violence, 25*, 133–149.
- Saraceno, B., Saxena, S., & Maulik, P. (2002). Mental health problems in refugees. Teoksessa N. Sartorius, W. Gaebel, J. Lopez-Ibor, & M. Maj (toim.), *Psychiatry in Society* (s. 193–220). New York: John Wiley & Sons, Ltd.
- Schaal, S., & Elbert, T. (2006). Ten years after the genocide: trauma confrontation and posttraumatic stress in Rwandan adolescents. *Journal of Traumatic Stress, 19*, 95–105.
- Scharf, M., Oshri, A., Eshkol, V., & Pilowsky, T. (2014). Adolescents' ADHD symptoms and adjustment: the role of attachment and rejection sensitivity. *American Journal of Orthopsychiatry, 84*, 209–217.
- Schiff, M. (2006). Living in the shadow of terrorism: psychological distress and alcohol use among religious and non-religious adolescents in Jerusalem. *Social Science & Medicine, 62*, 2301–2312.
- Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P. M., Gemeinhardt, B., Küstner, U., & Eckert, J. (2005). Attachment and substance use disorders: a review of the literature and a study in drug dependent adolescents. *Attachment & Human Development, 7*, 207–228.
- Schmidt, S. D., Blank, T. O., Bellizzi, K. M., & Park, C. L. (2012). The relationship of coping strategies, social support, and attachment style with posttraumatic growth in cancer survivors. *Journal of health psychology, 17*, 1033–1040.
- Schneider, B. H., Atkinson, L., & Tardif, C. (2001). Child-parent attachment and children's peer relations: a quantitative review. *Developmental Psychology, 37*, 86–100.

- Scott, S., & Babcock, J. (2010). Attachment as a moderator between intimate partner violence and PTSD symptoms. *Journal of Family Violence, 25*, 1–9.
- Shaar, K. H. (2013). Post-traumatic stress disorder in adolescents in Lebanon as wars gained in ferocity: a systematic review. *Journal of Public Health Research, 2*, 99–105.
- Shamai, M., & Kimhi, S. (2007). Teenagers response to threat of war and terror: the impact of gender and social systems. *Community Mental Health Journal, 43*, 359–374.
- Shaw, J. A. (2003). Children exposed to war/terrorism. *Clinical Child and Family Psychology Review, 6*, 237–246.
- Simeon, D., Greenberg, J., Knutelska, M., Schmeidler, J., & Hollander, E. (2003). Peritraumatic reactions associated with the World Trade Center disaster. *The American journal of psychiatry, 160*, 1702–1705.
- Slone, M., & Shoshani, A. (2014). Psychiatric effects of protracted conflict and political life events exposure among adolescents in Israel: 1998–2011. *Journal of Traumatic Stress, 27*, 353–360.
- Smith, P., Perrin, S., Dyregrov, A., & Yule, W. (2003). Principal components analysis of the impact of event scale with children in war. *Personality and Individual Differences, 34*, 315–322.
- Smith, P., Perrin, S., Yule, W., & Clark, D. (2010). *Post Traumatic Stress Disorder: Cognitive Therapy with Children and Young People*. New York: Routledge.
- Solomon, Z., Dekel, R., & Mikulincer, M. (2008). Complex trauma of war captivity: a prospective study of attachment and post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine, 38*, 1427–1434.
- Stefanović Stanojević, T., & Nedjeljković, J. (2012). Attachment patterns from the perspective of early maladaptive schemas. *Ljetopis Socijalnog Rada, 19*, 95–118.
- Suzuki, H., & Tomoda, A. (2015). Roles of attachment and self-esteem: impact of early life stress on depressive symptoms among Japanese institutionalized children. *BMC psychiatry, 15*, 1–11.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry, 15*, 1–18.
- Thabet, A. A., Abed, Y., & Vostanis, P. (2004). Comorbidity of PTSD and depression among refugee children during war conflict. *Journal of child psychology and psychiatry, 45*, 533–542.
- Thabet, A. A., Abu Tawahina, A., El Sarraj, E., & Vostanis, P. (2008). Exposure to war trauma and PTSD among parents and children in the Gaza strip. *European Child & Adolescent Psychiatry, 17*, 191–199.
- Thabet A. A., Ibraheem, A. N., Shivram, R., Winter, E. A., & Vostanis, P. (2009). Parenting support and PTSD in children of a war zone. *The International Journal of Social Psychiatry, 55*, 226–237.
- Thabet, A. A., & Vostanis, P. (2000). Post traumatic stress disorder reactions in children of war: a longitudinal study. *Child Abuse & Neglect, 24*, 291–298.
- Thienkrua, W., Cardozo, B. L., Chakkraband, M. L. S., Guadamuz, T. E., Pengjuntr, W., Tantipiwatanaskul, P., & van Griensven, F. (2006). Symptoms of posttraumatic stress disorder and depression among children in tsunami-affected areas in southern Thailand. *The Journal of the American Medical Association, 296*, 549–559.



- Thompson, R. A. (2008). Early attachment and later development: familiar questions, new answers. Teoksessa J. Cassidy & P. R. Shaver (toim.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, 2. painos (s. 348–365). New York: Guilford.
- Tol, W. A., Song, S., & Jordans, M. J. (2013). Annual research review: resilience and mental health in children and adolescents living in areas of armed conflict – a systematic review of findings in low- and middle-income countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 445–460.
- Trickey, D., Siddaway, A. P., Meiser-Stedman, R., Serpell, L., & Field, A. P. (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 32, 122–138.
- Turunen, T. (2014). *Trauma recovery after a school shooting. The role of theory-based psychological care and attachment in facilitating recovery*. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö.
- Udwin, O., Boyle, S., Yule, W., Bolton, D., & O’Ryan, D. (2000). Risk factors for long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: predictors of posttraumatic stress disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 969–979.
- United Nations Human Rights Council (2009). *Human rights in Palestine and other occupied Arab territories: Report of the United Nations Fact Finding Mission on the Gaza conflict*. UN.
- van der Kolk, B. A. (1987). *Psychological trauma*. Washington DC: APA.
- van Ijzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: a meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 8–21.
- van Ijzendoorn, M. H., & Sagi-Schwartz, A. (2008). Cross-cultural patterns of attachment: universal and contextual dimensions. Teoksessa J. Cassidy & P. R. Shaver (toim.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, 2. painos (s. 880–905). New York: Guilford.
- van Wesel, F., Boeijs, H., Alisic, E., & Drost, S. (2012). I’ll be working my way back: a qualitative synthesis on the trauma experience of children. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4, 516–526.
- Vizek-Vidović, V., Kuterovac-Jagodić, G., & Arambašić, L. (2000). Posttraumatic symptomatology in children exposed to war. *Scandinavian Journal of Psychology*, 41, 297–306.
- Zalta, A. K., Gillihan, S. J., Fisher, A. J., Mintz, J., McLean, C. P., Yehuda, R., & Foa, E. B. (2014). Change in negative cognitions associated with PTSD predicts symptom reduction in prolonged exposure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 171–175.
- Zimmermann, P. (2004). Attachment representation and characteristics of friendship relations during adolescence. *Journal of Experimental Child Psychology*, 88, 83–101.
- Ziv, Y., Oppenheim, D., & Sagi-Schwartz, A. (2004). Social information processing in middle childhood: relations to infant-mother attachment. *Attachment & Human Development*, 6, 327–348.

## LIITTEET

### Liite I. Taulukko

Kiintymystyyliä kuvaavien summamuuttujien keskiarvot, keskihajonnat, vaihteluvälit ja keskinäiset Pearsonin korrelaatiot

<i>Kiintymystyyli</i>	ka	kh	vaihteluväli	1.	2.
1. Turvallinen	23.5	3.09	12–30	1	
2. Ristiriitainen	28.9	3.93	17–37	<b>.283**</b>	1
3. Välttelevä	18.9	3.67	12–36	<b>-.382**</b>	<b>-.484**</b>

\*\*  $p < .01$

### Liite II. Taulukko

Kiintymystyyliä tytyillä, pojilla ja kaikilla lapsilla ( $n = 442$ )

<i>Kiintymystyyli</i>	<b>Tytöt</b>		<b>Pojat</b>		<b>Kaikki lapset</b>	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Turvallinen	68	30.6	65	29.5	133	30.1
Ristiriitainen	50	22.5 <sup>T</sup>	31	14.1 <sup>A</sup>	81	18.3
Itseriitoinen	28	12.6 <sup>A</sup>	48	21.8 <sup>T</sup>	76	17.2
Pelokas	76	34.2	76	34.5	152	34.4

<sup>A</sup> = odotettua pienempi osuus, mukautettu standardoitu jäännös  $\leq -2$ ,

<sup>T</sup> = odotettua suurempi osuus, mukautettu standardoitu jäännös  $\geq 2$ .

### Liite III. Taulukko

Kiintymystyyliä koettujen sotatraumojen määrän mukaan ( $n = 442$ )

<i>Kiintymystyyli</i>	<b>Vähän (0–5)</b>		<b>Kohtalaisesti (6–9)</b>		<b>Paljon (10–)</b>		<b>Kaikki lapset</b>	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Turvallinen	45	31.3	55	34.4	33	23.9	133	30.1
Ristiriitainen	32	22.2	32	20.0	17	12.3 <sup>A</sup>	81	18.3
Itseriitoinen	18	12.5	26	16.3	32	23.2 <sup>T</sup>	76	17.2
Pelokas	49	34.0	47	29.4	56	40.6	152	34.4

<sup>A</sup> = odotettua pienempi osuus, mukautettu standardoitu jäännös  $\leq -2$ ,

<sup>T</sup> = odotettua suurempi osuus, mukautettu standardoitu jäännös  $\geq 2$ .