

**LASTEN PSYYKKISEN KEHITYKSEN, TUNNE-ELÄMÄN JA
KÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖT PÄIHDE- JA
MIELENTERVEYSONGELMISTA KÄRSIVILLÄ ÄIDEILLÄ**

Jussi Taneli Ranta

Helsingin yliopisto

Valtiotieteellinen tiedekunta

Sosiaalipsykologia

Pro gradu -tutkielma

Tammikuu 2015



HELSINGIN YLIOPISTO
HELSINGFORS UNIVERSITET
UNIVERSITY OF HELSINKI

Tiedekunta/Osasto – Fakultet/Sektion – Faculty Valtiotieteellinen tiedekunta		Laitos – Institution – Department Sosiaalitieteiden laitos	
Tekijä □ – Författare – Author Jussi Taneli Ranta			
Työn nimi – Arbetets titel – Title Lasten psyykkisen kehityksen, tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöt päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivillä äideillä			
Oppiaine – Läroämne – Subject Sosiaalipsykologia			
Työn laji – Arbetets art – Level Pro gradu -tutkielma	Aika – Datum – Month and year 12.1.2015	Sivumäärä – Sidoantal – Number of pages 77 + lähteet ja liitteet = 88	
Tiivistelmä – Referat – Abstract Tutkielma käsittelee päihde- ja mielenterveysongelmaisten äitien lasten riskiä erilaisille mielenterveyden häiriöille. Kiinnostuksen kohteena on, millainen äidin päihdeiden käytön ja mielenterveyden ongelmien sekä erilaisten sosioekonomisten tekijöiden vaikutus on lapsen psyykkisen kehityksen häiriöihin, käytös- ja tunne-elämän häiriöihin sekä masennukseen ja ahdistuneisuuteen. Äidin päihdeongelmalla näyttäisi aikaisemman tutkimuksen valossa olevan yhteys lasten yleiseen sairastavuuteen ja psyykkisen kehityksen oireisiin ja häiriöihin. Lisäksi päihteisiiin liittyvien diagnoosien määrä äideillä on Suomessa lisääntynyt. Tutkimus on osa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa toteutettavaa äidin päihdeidenkäytön ylisukupolvista siirtymistä käsittelevää rekisteritutkimusta. Tässä työssä keskitytään tutkimaan alakouluikäisiä lapsia ja heidän äitejään, koska heistä ei ole aikaisempaa tutkimusta. Tarkastelun kohteena ovat kaikki Suomessa vuonna 1997 syntyneet lapset. Niitä lapsia, joiden äideillä on rekisterimerkintöjen perusteella päihdeiden ongelmakäyttöä, verrataan niihin, joiden äideillä ei ole päihdemerkintää rekisterissä. Kohorttia on tarkasteltu vuoden 2009 loppuun saakka eli vuoteen, jolloin lapsi täyttää 12 vuotta. Aineisto on kerätty Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämistä rekistereistä. Syntyneiden lasten rekisteristä on poimittu vuonna 1997 syntyneiden lasten ja heidän biologisten äitiensä henkilötunnukset. Niiden avulla aineistoon liitettiin muita rekisteritietoja vuosilta 1993–2009. Aineisto nojaa ammattilaisten tekemiin diagnooseihin ja hoito- tai sosiaalityön kontakteista tehtyihin rekisterimerkintöihin. Lapsille annetut diagnoosit oli laskettu koko seuranta-ajalta. Äideille diagnoosit oli annettu alkaen neljä vuotta ennen lapsen syntymää jatkuen vuoteen 2009 asti. Selitettävänä muuttujina tarkemmin ovat lapsen psyykkisen kehityksen häiriöt (ICD-10: F80-89), käytös- ja tunne-elämän häiriöt (ICD-10: F90-98) sekä masennus ja ahdistuneisuushäiriöt (ICD-10: F30-39 ja F40-48). Selittävät muuttujat ovat äidin päihdeongelma sisältäen sekä huumeiden että alkoholin ongelmakäytön, äidin mielenterveyden häiriö, äidin parisuhde lapsen syntymähetkellä, perheen varallisuus mitattuna pitkäaikaisen toimeentulotuen vastaanottamisella sekä äidin koulutustaso ja äidin ikä. Muuttujat on kerätty eri rekistereistä ja yhdistetty tätä tutkimusta varten yhdeksi aineistoksi. Tutkimusmenetelminä käytetään kvantitatiivisia menetelmiä: ristiintaulukointia, kii toiseen -riippumattomuustestiä ja logistista regressioanalyysiä. Tuloksista selviää, että äidin päihde- ja mielenterveyden ongelmat yhdessä muiden äitiin liittyvien tekijöiden kanssa lisäävät lasten yleisimpien mielenterveyden häiriöiden riskiä. Äidin päihdeongelman yhteys lapsen psyykkisen kehityksen ja käytös- ja tunne-elämän häiriöihin oli voimakkaampi kuin äidin mielenterveyden häiriöiden yhteys näihin lapsen häiriöihin. Lapsen masennukseen ja ahdistuneisuuteen äidin mielenterveyden häiriöillä oli päihdeongelmaa voimakkaampi vaikutus. Sosiodemografisista tekijöistä äidin vähäisellä toimeentulolla oli voimakkain yhteys lapsen riskiin sairastua mielenterveyden häiriöihin.			
Avainsanat – Nyckelord – Keywords Päihdeongelmat, mielenterveyshäiriöt, komorbiditeetti, tunne-elämän häiriöt, masennus, ahdistuneisuushäiriöt, sosiodemografiset tekijät, sosiaalinen periytyvyys, kiintymyssuhde, palvelujärjestelmät, eriarvoisuus			

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS, KESKEISET KÄSITTEET JA AIEMPI TUTKIMUS	4
2.1 Aiheeseen liittyvää tilastotietoa ja tutkimuskirjallisuutta	4
2.2 Ylisukupolvisuus ja sosiaalinen perimä	7
2.2.1 Biologinen perimä, sosiaalinen pääoma ja vanhemmuusnäkökulma	8
2.2.2 Sosiaalisen ekologian malli	10
2.3 Ekonomisen deprivaaation teoria	11
2.3.1 Ekonomisen deprivaaation kaksi erilaista selitysmallia	11
2.3.2 Tarkemmat mekanismit taloudellisen paineen, perheen prosessien ja lapsen haittojen välillä	15
2.4 Kiintymyssuhdeteoria	17
2.4.1 Yksilölliset erot kiintymyssuhteiden muovautumisessa ja erilaiset kiintymystyyli	18
2.4.2 Lapsen kognitiivinen kehitys ja kiintymyksen psykologiset vaiheet	20
2.4.3 Kiintymyksen rakentumisen biologisia ja neurobiologisia taustatekijöitä	23
2.5 Tutkimuskysymys	24
3 AINEISTO, ASETELMA JA MITTARIT	25
3.1 Aineisto	25
3.2 Aineiston muuttujien kuvailu ja mielenterveyden häiriöiden etiologiaa	26
3.2.1 Äitiin liittyvät selittävät muuttujat	27
3.2.2 Lapseen liittyvät selitettävät muuttujat sekä mielenterveyden häiriöiden diagnostiikkaa	29
3.2.3 Fetaalialkoholisyndrooman huomioiminen	32
3.3 Tutkimusetiikasta rekisteripohjaisessa tutkimuksessa	33
3.4 Menetelmät	34
3.5 Kuvailevia tunnuslukuja	35

3.5.1 Lasten diagnoosien kumulatiivisuus	37
4 TULOKSET	39
4.1 Lasten diagnoosien esiintyvyys äidin päihdeongelman ja psykiatrisen diagnoosin suhteen	39
4.2 Äidin päihteiden käytön yhteys muihin rekisteröityihin elämäntapahtumiin	41
4.3 Äidin päihdeongelman ja psykiatrisen diagnoosin yhteys lasten eri psykiatrisiin häiriöihin	43
4.3.1 Lapsen psyykkisen kehityksen häiriöt	44
4.3.2 Lapsen käytös- ja tunne-elämän häiriöt	47
4.3.3 Lapsen masennus ja ahdistuneisuus yhdessä tarkasteltuna	50
5 POHDINTA	53
5.1 Tulosten yhteenveto	54
5.2 Johtopäätöksiä tuloksista	57
5.2.1 Eri diagnoosien esiintyminen yhdessä ja kausaliteetin pohdintaa	58
5.2.2 Ylisukupolvisuus lapsen mielenterveyden häiriöiden selittäjänä	61
5.2.3 Ekonomisen deprivaaation yhteys lapsen mielenterveyden häiriöihin	64
5.2.4 Äidin päihde- ja mielenterveyden ongelmien vaikutus lapseen kiintymyssuhdeteorian valossa	67
5.3 Metodologisia huomioita ja tutkimuksen rajoitukset	69
5.4 Tutkimustulosten merkitys ja jatkotutkimuksen aiheita	71
5.5 Lopuksi	76
Lähteet	77
Liitteet	88

1 JOHDANTO

Perheessä esiintyvillä päihde- ja mielenterveysongelmilla sekä toimeentulo-ongelmilla on voimakas yhteys lapselle kehittyviin mielenterveyden häiriöihin (Harter, 2000; Letourneau ym., 2013). Lisäksi alkoholiin liittyvät haitat ja ongelmat koskettavat jollakin tavalla merkittävää osaa Suomen väestöstä. On arvioitu, että Suomen noin 1,1 miljoonasta alaikäisestä lapsesta yli 100 000 kärsii jossakin määrin liiallisesta alkoholinkäytöstä perheessään (Raitasalo, 2010, 167). Alkoholille tai huumeille joksikiä aikana altistuneilla lapsilla on todettu olevan muita lapsia enemmän kognitiivisen kehityksen ja sosiaalisen vuorovaikutuksen ongelmia (Koponen, 2006).

Naisten alkoholinkäyttö on lisääntynyt viimeisten vuosikymmenien aikana, ja täten myös suuria määriä alkoholia juovien naisten määrä on kasvanut (Mäkelä ym., 2010, 46–49). Toisaalta juomatapojen muutoksessa ja juomisen lisääntymisessä on Raitasalon ja Holmilan (2012) mukaan kyse myös alkoholikäyttämiseen liittyvien normien ja asenteiden liberalisoitumisesta. Myös huumeita vähintään satunnaisesti käyttävien naisten osuus on lisääntynyt 2000-luvulla: vuonna 2010 kolmetoista prosenttia 15–24-vuotiaista naisista ja kuusi prosenttia 25–34-vuotiaista oli käyttänyt jotakin huumetta vähintään kerran viimeisen vuoden aikana verrattuna vuoteen 2012, jolloin vastaavat luvut olivat kymmenen prosenttia ja kaksi prosenttia (Metso ym., 2012).

Raitasalon (2010, 168) mukaan usein kielteiset kokemukset vanhempien alkoholinkäytöstä liittyvät pikemminkin juomisen seurauksiin kuin juomiseen sinänsä. Lisäksi lapsesta vanhemman alkoholinkäyttö saattaa olla pelottavaa tai huolestuttavaa (Itäpuisto, 2005). Raitasalon ja Holmilan (2012) mukaan runsaasti päihteitä käyttävien äitien lapsilla on kohonnut riski kokea erilaisia vaikeuksia ja suurempi todennäköisyys käyttäytyä epäsosiaalisesti sekä käyttää päihteitä. Myös huostaanotot ovat päihdeongelmasta kärsivässä perheessä yleisiä, sillä päihdeongelmaisten äitien lapsilla todettiin 30-kertainen riski muihin lapsiin verrattuna tulla sijoitetuksi kodin ulkopuolelle ennen kouluikää (Raitasalo & Holmila, 2014).

Lapsiperheet kohtaavat haasteita myös taloudellisten ja perheen ulkopuolisten tekijöiden vuoksi. Paananen (2012, 30) havaitsi huomattavia alueellisia eroja yhden ikäluokan, vuonna 1987 syntyneiden, hyvinvoinnissa. Hänen tutkimuksensa mukaan Suomessa on suuri määrä lapsia ja nuoria, joille on 21 ikävuoteen mennessä rekisteröity erilaisia hyvinvoinnin ongelmia. Esimerkiksi viidesosa tästä ikäluokasta on käyttänyt psykiatrian erikoissairaanhoidon palveluita tai psyykenlääkkeitä ennen aikuisikää, ja joka viidennellä ei ole toisen asteen koulutusta. (Mt.) Tutkimuksen perusteella hyvinvointi eriytyy ja hyvinvoinnin ongelmat, kuten kouluttamattomuus, mielenterveys- sekä toimeentulo-ongelmat kasaantuvat samoille henkilöille (Paananen, 2012).

Tammisen ja Räsäsen (2004, 373–274) mukaan suomalaisten lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöt ovat lisääntyneet, mikä ei selity pelkästään tarkentuneilla seulonnoilla tai parantuneilla diagnostisilla menetelmillä. Autti-Rämön ym. (2009) mukaan erityisesti psyykenlääkkeitä käyttävien lasten ja nuorten määrä on lisääntynyt vuosina 1997–2007 yli kolminkertaiseksi. Synä tutkijoiden mukaan saattavat olla muun muassa oireiden lisääntyminen tai vaikeutuminen, hoitojärjestelmän tai hoitokäytäntöjen muutokset, kuntouttavien hoitoresurssien puute tai lääkkeen aloittamiskyvyn madaltuminen sekä käyttöaiheiden laajentuminen (mt.).

Tutkimukseni teoreettinen viitekehys koostuu ensinnäkin sosiaalisen perimän tai ylisukupolvisuuden lähestymistavasta, joka lähestyy tutkittavaa ilmiötä rakenteellisesta ja sukupolvitekijöitä tarkastelevasta näkökulmasta (Jonsson, 1973). Tässä yhteydessä perimä ei viittaa geneettiseen periytymiseen vaan ongelmien sosiaaliseen periytyvyyteen vanhemmilta lapsille. Ongelmien ylisukupolvisessa siirtymässä on vaihtelua, sillä vanhempien ongelmat vaikuttavat eri tavoin lapseen vaihdellen sekä tilanne- että ympäristötekijöiden, perheen muiden jäsenten ominaisuuksien ja lapsen omien ominaisuuksien mukaan (Raitasalo & Holmila, 2012). Kuitenkin sosiaali- ja terveyspalveluilla voidaan vaikuttaa ylisukupolvisten ongelmien ehkäisyyn (Solantaus ym., 2006).

Toiseksi, ekonomisen deprivaaation teorian näkökulmasta, terveyserojen suhteen sosiaalisesti ja taloudellisesti epäedullisemmässä asemassa olevilla ihmisillä on keskimääräistä enemmän terveyteen, tunne-elämään ja käyttäytymiseen liittyviä ongelmia (Conger & Dogan, 2008, 436). Letourneau'n ym. (2013) mukaan perheen alhainen sosioekonominen asema lisää lapsen psyykkisen oirehinnan riskiä.

Kolmanneksi, sosiaalipsykologisesta, lähisuhteita painottavan kiintymyssuhdeteorian näkökulmasta taas mielenterveys- ja päihdeongelmien vuoksi äidin on vaikeampi tarjota lapselleen turvallista kasvu ympäristöä, mikä heijastuu lapsen sosiaaliseen ja psyykkiseen kehitykseen (Flaherty & Sadler, 2011). Kiintymyssuhdeteorian mukaan lapsen ja vanhemman välillä vallitsee joko turvallinen tai turvaton kiintymyssuhde: turvaton kiintymyssuhde altistaa lasta erilaisille ongelmille nuoruudessa (mt.). Myös neuropsykologinen tutkimus tukee sellaista käsitystä, että häiriöt varhaisessa vuorovaikutuksessa ja kiintymyssuhteen laadussa vaikuttavat haitallisesti aivojen kehitykseen ja altistavat lasta mielenterveyden ongelmille; emootioiden säätely on kiintymyssuhteen kehityksestä riippuvainen (Walker & McGlone, 2013).

Opinnäytteeni on osa laajempaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa (THL) toteutettavaa äidin päihteiden käytön ylisukupolvista siirtymistä käsittelevää rekisteritutkimusta, jossa kohderyhmänä ovat mukana kaikki vuosina 1991, 1997 ja 2002 syntyneet lapset sekä heidän biologiset äitinsä. Tarkastelen työssäni vuonna 1997 syntyneiden kohorttia (N=59000). Kyseessä on Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen projekti, jota erikoistutkija Kirsimarja Raitasalo johtaa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen eettinen toimikunta on hyväksynyt tutkimuksen.

Tämän rekisteriaineiston pohjalta on THL:ssa jo tutkittu 0–7-vuotiaita lapsia (vuoden 2002 kohortti), ja murrosikäisistä lapsista (vuoden 1991 kohortti) tehdään parhaillaan väitöskirjaa. Tässä työssä keskityn tutkimaan alakouluikäisiä lapsia ja heidän äitejään, koska heistä ei ole aikaisempaa tutkimusta.

Tässä työssä tarkastelen äitien päihde- ja mielenterveysongelmien sekä heidän lastensa psyykkisen kehityksen häiriöiden, käytös- ja tunne-elämän häiriöiden sekä

ahdistuneisuuden ja masennuksen välisiä yhteyksiä. Tarkastelun ulkopuolelle on rajattu muun muassa lasten fyysinen ja verbaalinen kaltoin kohtelu sekä lapsille aiheutuvat tapaturmat. Oletuksenani on, että äidin päihde- ja mielenterveyden ongelmat yhdessä erilaisten sosioekonomisten tekijöiden kanssa lisäävät lapsen riskiä mielenterveyden häiriöille.

2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS, KESKEISET KÄSITTEET JA AIEMPI TUTKIMUS

Tässä työssä yhdistelen tutkittavan ilmiön lähestymiseen erilaisia teorioita mahdollisimman monipuolisen käsityksen muodostamiseksi aiheesta. Työssäni yhdistän ylisukupolvisuuden ja ekonomisen deprivaaation lähestymistapoja sekä kiintymyssuhdeteoriaa. Ensiksi kuitenkin esittelen lyhyesti ilmiöön liittyvää tilastotietoa sekä muuta empiiristä tutkimuskirjallisuutta, johon vielä työn pohdintaosiossa palaan.

2.1 Aiheeseen liittyvää tilastotietoa ja tutkimuskirjallisuutta

Äitien päihde- ja mielenterveyden ongelmat ovat yleistyneet Suomessa (Mäkelä ym., 2010). Suomen aikuisväestön terveydentilaa kartoittaneen Terveys 2000 -tutkimuksen tulosten mukaan 6,5 prosenttia suomalaisista aikuisista on sairastanut masennusjakson viimeisen vuoden aikana, mutta tämä on naisilla lähes kaksi kertaa yleisempää (Pirkola ym., 2005). Tutkimuksen mukaan päihdehäiriöt ovat taas selvästi yleisempiä miehillä kuin naisilla. Tavallisinta päihdehäiriöiden luokkaa, alkoholiriippuvuutta, esiintyi koko väestössä vuoden aikana miehillä 6,5 %:lla ja naisista 1,4 %:lla. Koko elämän aikana mitatut prevalenssit ovat vielä huomattavasti suurempia. (Mt.)

Raitasalon ym. (2014) tutkimuksen perusteella kaikista äideistä, joilla oli vuonna 2002 syntynyt lapsi, 2 %:lla oli jokin päihteisiin liittyvä diagnoosi. Omassa tutkimuksessani

päihdemerkinnän saaneiden äitien prevalenssi oli samansuuruinen. Raitasalon ym. (2014) tutkimuksessa päihdeongelmaisista äideistä 35 %:lla oli jokin psykiatrinen häiriö verrattuna siihen, että muussa väestössä psykiatrisia häiriöitä oli noin 2 %:lla. Raitasalon ja Holmilan (2012) varhaisemman tutkimuksen pohjalta äitien päihdeongelman tapauksessa taas 10 %:lla lapsista oli psyykkisen kehityksen häiriöitä ja 9 %:lla käyttäytymishäiriöitä.

Vanhempien, erityisesti äitien, päihde- ja mielenterveyden ongelmien vaikutusta lapseen on tutkittu melko paljon. Yksi tärkeä tutkimusaihe on päihdeperheissä kasvaneiden omat päihdekokeilut ja -ongelmat sekä se, millaisia kehityskulkuja heillä ulottuu aikuisuuteen saakka (Christoffersen & Soothill, 2003). Esimerkiksi tanskalaisessa rekisteritutkimuksessa, jossa tutkimukseen osallistuneita oli seurattu 13-vuotiaasta 27-vuotiaaksi asti, vanhempien alkoholin ongelmakäyttö vaikutti lapsen todennäköisyyteen tulla huostaan otetuksi, perheen hajoamiseen sekä lapsen työttömyyteen aikuisuudessa (Christoffersen & Soothill, 2003).

Sørensen ym. (2011) ovat selvittäneet, että äidin alkoholiongelman vuoksi sairaalahoitoon päätyneiden lapsista suurelle osalle kehittyi itselleen myöhemmin elämässään alkoholiongelma. Samassa tutkimuksessa todettiin myös, että jälkeläisten alkoholiongelman taustalla saattaa olla perheessä esiintyviä mielenterveyden häiriöitä. Sukupuolieroista todettiin, että vanhempien alkoholiongelmat vaikuttivat enemmän tyttöjen aikuisiän alkoholin ongelmakäyttöön kuin poikien. (Sørensen ym., 2011.)

Moserin ja Jacobin (1997) mukaan kasvaminen alkoholiongelmaisessa perheessä ja altistuminen alkoholin käytön haitoille altistaa lasta alkoholiongelmille tulevaisuudessa sekä psykososiaalisille ongelmille ja kognitiivisille häiriöille. Tällaisessa perheessä lapsen kasvuympäristö on mahdollisesti turvaton ja epävakaa. Päihdeongelmaisten vanhempien todettiin olevan emotionaalisesti ja kognitiivisesti epätasapainoisia: alkoholiongelmaisten isien nähtiin vaikuttavan lapseen ja kotiympäristöön haitallisemmin kuin alkoholiongelmaisten äitien. Alkoholin ongelmakäyttöön liittyy monesti myös huumeiden ongelmakäyttöä sekä mielenterveyden ongelmia. Näyttäisi kuitenkin siltä, että kasvaminen alkoholiperheessä sinällään ei vielä altistaisi

ongelmille, vaan syy-seuraus-suhteet eri tekijöiden välillä ovat monimutkaisia. (Moser & Jacob, 1997.)

Harter (2000) toteaa koostamassaan kirjallisuuskatsauksessa, että alkoholiongelmaisten vanhempien lapsilla ei välttämättä ollut muuta väestöä enempää ahdistuneisuutta ja masennusta. Muiden taustamuuttujien ja -tekijöiden, kuten lapsuuden kaltoinkohtelun tai hylkäämisen ja lapsen mahdollisen aikuisiän alkoholin ongelmakäytön sekä sosioekonomisten tekijöiden välittävä vaikutus kuitenkin saattoi Harterin (2000) mukaan olla syynä näillä lapsilla aikuisuudessa muuta väestöä laajemmin esiintyviin mielenterveysongelmiin.

Lapsen psyykkisen kehityksen näkökulmasta on lisäksi olemassa erilaisia riskitekijöitä sekä suojaavia tekijöitä, jotka vaikuttavat lapsen kehitykseen. Riskitekijöitä ovat Mylantin ym. (2002) mukaan esimerkiksi köyhyys sekä kotiolosuhteiden tai asuinympäristön turvattomuus. Myös turvaton kiintymyssuhde on DeKlyenin ja Greenbergin (2008) mukaan yksi mahdollinen riskitekijä esimerkiksi psyykkisten häiriöiden kehitykselle. Suojaavia tekijöitä ovat DeKlyenin ja Greenbergin (2008, 639) mukaan sellaiset tekijät, jotka vähentävät huonojen lopputulosten todennäköisyyttä riskitekijöiden ollessa vaikuttamassa. Tällaisia ovat muun muassa jotkin yksilön persoonallisuuden piirteet, lapsen muiden ihmissuhteiden hyvä laatu, elinympäristön turvallisuus sekä lapsia suojelevat lait ja säädökset (mts. 639–640).

Bailey ym. (2006) tarkastelivat ylisukupolisesti periytyviä alkoholi- ja mielenterveysongelmia. Tulosten mukaan ensimmäisen ja toisen sukupolven alkoholiongelmiin ja kolmannen sukupolven erilaisten käyttäytymisongelmien välillä oli selvä ketju. Tutkijat painottavatkin sukupolvien ketjun katkaisemisen tärkeyttä. (Mt.)

2.2 Ylisukupolvisuus ja sosiaalinen perimä

Sosiaalisten ongelmien tutkimuksessa puhutaan ongelmien ylisukupolvisuudesta tai sosiaalisesta perimästä (Raitasalo & Holmila, 2012). Aihepiirille läheisiä käsitteitä ovat myös elämäntyyli, elämäntapa sekä sukupolvitutkimus (Vilhula, 2007).

Ylisukupolvisuudella viitataan geneettisen perimän ylittävään ajatukseen, että jokaisella ihmisellä on historiallisesti edellisistä sukupolvista välittyen tietynlaiset edellytykset toimia ja selviytyä elämässä (mt.). Käsitteen sosiaalinen perimä alun perin lanseeranneen Jonssonin (1973, 45) mukaan kyseessä on komplementaarinen malli, jossa useat eri tekijät ovat vuorovaikutuksessa toistensa kanssa.

Sosiaalisessa perimässä keskeistä taas Raitasalon ja Holmilan (2012) mukaan on, että erilaiset sosiaaliset ongelmat usein kasautuvat samoille ihmisille niin, että seuraukset aiemmista ongelmista ovat uusien ongelmien syitä. Yksi huono-osaisuustekijä saattaa altistaa muille tekijöille joko samalla tai toisella elämän alueella (mt.). Varhaiset kokemukset vaikuttavat lapsen omaan kykyyn toimia myöhemmin vanhempana sen pohjalta, millaisia vanhemmuuteen liittyviä kognitiivisia malleja tälle kehittyy (Jonsson, 1973, 46–47). Jonssonin mukaan sosiaalisen perimän tutkimisen yhteydessä ei voida tarkastella vain yksilöä, vaan tutkijan pitäisi saada tietoa lapsen vuorovaikutuksesta vanhempiensa kanssa (1973, 52).

Jonssonin (1973, 45) mukaan erilaiset kehityspolut ihmisellä kehittyvät ensinnäkin ulkoisista, sosiodemografisista tekijöistä johtuen, toiseksi kotiolosuhteiden pohjalta, kolmanneksi kasvatustyyleistä johtuen sekä neljänneksi mahdollisten päihdeongelmien pohjalta. Ongelmien ylisukupolvisessa siirtymässä on siten runsaasti vaihtelua, sillä vanhempien ongelmat vaikuttavat eri lailla lapsiin vaihdellen sekä tilanne- että ympäristötekijöiden, perheen muiden jäsenten ominaisuuksien ja lapsen omien ominaisuuksien mukaan. Perheen sosiaalisella asemalla ja resursseilla on myös vaikutusta. (Raitasalo & Holmila, 2012.)

Kärkkäinen (2004) on väitöskirjassaan hahmotellut sosiaalisen perimän suppeaa ja laajaa tulkintaa ja käsitteen kytkemistä elämäntilanteen käsitteeseen. Hän pitää

mahdollisena sosiaalisen perimän käsitteen kytkemistä moneen eri tutkimusparadigmaan ja tieteenalaan (mt.).

Kärkkäinen (2004, 29) huomauttaa, että yksilötasolla sosiaalisella perimällä tarkoitetaan laajasti sukupolvelta toiselle siirtyviä elämähallinnan voimavaroja. Käsitettä on kirjoittajan mukaan määritelty yhtäältä lähtökohdistaan käsin eli siitä, mitä reittejä pitkin sosiaalinen perimä välittyy, esimerkiksi vuorovaikutustapojen ja sosiaalisten suhteiden kautta, ja toisaalta sisällöstään käsin eli siitä, millaista sosiaalista pääomaa lapselle välittyy. Jonssonin (1973) varhaisessa tutkimuksessa sosiaalisen perimän käsitteellä viitattiin kielteiseen ilmiöön, jossa sukupolvi toisensa jälkeen toistaa samaa tai samantyyppistä käyttäytymismallia ilman poisääsyä ”kehästä”. Tässä mielessä kyse olisi siis kielteisestä sosiaalisesta perimästä. Toisaalta Jonssonin (1973) mukaan sosiaalisella perimällä on myös myönteinen ulottuvuutensa: kielteisen perimän voi katkaista tiettyjen ehtojen täytyessä. Kuitenkin esimerkiksi Esping-Andersen (2004) toteaa, että sosiaalisen alkuperän ja koulumenestyksen yhteyttä säätelee lapsen kognitiivisten kykyjen kehittyminen varhaislapsuudessa.

2.2.1 Biologinen perimä, sosiaalinen pääoma ja vanhemmuusnäkökulma

Perimää ja periytyvyyttä voi lähestyä sekä biologis-geneettisenä käsitteenä että sosiologisemmassa mielessä erilaisten sosiaalisten ja kulttuuristen vaikutusten periytymisenä sukupolvelta toiselle (Kärkkäinen, 2004, 24). Biologisen perimän näkökulmasta geenien ja ympäristön välillä on vuorovaikutussuhteita, jotka vaikuttavat lapsen kehitykseen. Esimerkiksi kaksostutkimuksissa on selvinnyt, että lapsen geneettiset ominaispiirteet saattavat vaikuttaa vanhempien reagointiin lapseen ja kasvatustyyliin. (Boivin ym., 2005.) Perimän käsite ei viittaa tässä työssä kuitenkaan ensisijassa geneettiseen perimään, vaan painotetaan sitä, että kyseessä on sosiaalisten mekanismien kautta ylisukupolvittain välittyvä huono-osaisuus; vaihtoehtoisesti voidaan puhua myös sosiaalisen huono-osaisuuden eri aspektien ylisukupolvisesta periytymisestä (ks. Kärkkäinen, 2004).

Verrattuna Pierre Bourdieun (1984) sosiaalisen pääoman käsitteeseen sosiaalisen perimän käsite on sisällöltään huomattavasti laajempi. Kun sosiaalisen pääoman käsitteessä perheen kautta lapselle välittyy muun muassa sosiaalisia taitoja ja sosiaalisia verkostoja, niin sosiaalisessa perimässä yksilölle välittyy myös kulttuurisia ja taloudellisia pääomia (Kärkkäinen, 2004). Täten käsite kattaa Bourdieun (1984) erilaisten pääomien (taloudellinen, sosiaalinen, kulttuurinen) sisällöt. Jonssonin (1973; Kärkkäinen, 2004, 30–33) sosiaalisen perimän käsitteeseen sisältyvät nämä kaikki laajasti ja suppeasti määritellyt sosiaalisen perimän ulottuvuudet, eli lapsen vaikuttavat ulkoiset tekijät ja lapselle välittyvä bourdieulainen sosiaalinen, taloudellinen ja kulttuurinen pääoma. Käsitteeseen sisältyy myös se, miten ihminen onnistuu myöhemmin itse toimimaan mahdollisessa aikuisen tai vanhemman roolissaan (Kärkkäinen, 2004).

Vanhemmuusnäkökulmasta tärkeää on käsitteellisesti erotella, millaisia psykososiaalisia alttiuksia vanhemmilla on psyykkisille häiriöille ja miten ongelmat vaikuttavat lasten riskiin sairastua mielenterveyden häiriöihin. Tärkeää on erotella haittojen välittymisen psykososiaalinen malli psykiatrisesta. (Bifulco ym., 2002.) Bifulcon ym. (2002) mukaan jälkimmäinen malli tyypillisesti määrittelee jatkumoihin molemmille sukupolville periytyvissä häiriöissä biologis-geneettisesti välittyneinä mekanismeina tai johtuvana vanhempien mielenterveyden häiriöistä. Edellinen malli taas keskittyy vanhempien kompetenssiin vanhempana riippumatta häiriöistä tai oirekuvauksesta (mt.).

Keskeisimpänä sosiaalisen perimän välittäjänä seuraavan sukupolven kasvattamisessa on siten monissa 1970-luvun lopulta lähtien esitetyissä teorioissa ja tutkimuksissa pidetty vanhemmilta välittyvää psykososiaalista perimää ja sen vaikutusta lasten kasvatustapoihin sekä vanhempi-lapsisuhteeseen ja lapsen tarpeisiin reagoimiseen (Kärkkäinen, 2004, 35–38; Hessle, 1988). Hessle (1988, 160–170) on pitänyt vanhemmuutta sekä ihmisen psykososiaalisen tai vuorovaikutussuhteiden kehityksen vaiheita keskeisimpinä tekijöinä ylisukupolvisissa vaikutuksissa. Tällä hän on tarkoittanut sosiaalisten suhteiden mallien kehittymistä, joista muodostuvat seuraavan

sukupolven vuorovaikutusmallien perustat (mt.). Hesselle (1988, 165) lapsen mahdollinen kehityskriisi muodostuu siitä, kokeeko tämä itsensä toivotuksi tai ei-toivotuksi, ja esimerkiksi sijoittaminen lastenkotiin tai vanhempien epäonnistumiset työelämässä saattavat vahvistaa kielteistä kehitystä.

2.2.2 Sosiaalisen ekologian malli

Brofenbrennerin (1979) mukaan periytyvien ja elämän aikana karttuvien, elämässä selviytymisen voimavarojen lähteitä voi kuvata ihmisen sosiaalisen kehityksen ekologisen mallin, sosiaalisen ekologian, avulla. Brofenbrennerin (1979) teorian ydin on, että ihmisen kehitys on tulosta ihmisen vuorovaikutuksesta erilaisten ympäristöjen kanssa. Esimerkiksi lapsen kehitystä ei voi arvioida vain tämän välittömässä ympäristössä, vaan pitää tutkia lapsen vuorovaikutusta muiden ympäristöjen, ”systeemien”, kanssa (mt.). Brofenbrennerin (1986) teoriassa on erilaisia tasoja, jotka kuvaavat sitä, miten erilaiset sisäiset ja ulkoiset tekijät vaikuttavat lapseen ja perheeseen. Kärkkäisen (2004, 26) tulkinnassa ekologinen malli kuvaa yksilön käytettävissä olevia voimavaroja, omia sisäisiä ja ulkoisia vaatimuksia sekä sitä, millaisia selviytymis- ja hallintastrategioita hänellä on.

Brofenbrennerin (1979) mallissa on useita eri tasoja, ja vuorovaikutus tasojen välillä on aina kaksisuuntaista. *Mikrosysteemitasolla* korostuvat yksilön ominaisuudet, tämän lähiympäristö ja elämänpiiri sekä suorat yhteydet muihin ihmisiin. (Brofenbrenner, 1979; Brofenbrenner 1986.) Brofenbrennerin mukaan (1986) yksilöön ja perheeseen ulkopuolelta vaikuttavia tekijöitä on useanlaisia. *Mesosysteemitasolla* perheessä käynnissä olevat prosessit vaikuttavat esimerkiksi lapsen koulunkäyntiin ja päinvastoin, lapsen koulunkäynti voi vaikuttaa perheeseen. Eri tasoilla tapahtuvat prosessit eivät ole siis erillisiä toisistaan. *Eksosysteemien* tasolla on kyse siitä, mitä niillä alueilla tapahtuu, joissa lapsen vanhemmat toimivat, kuten työssä tai muissa yhteiskunnallisissa instituutioissa ja myös vanhempien sosiaalisessa verkostossa. Lapsen näkökulmasta nämä ovat ekso – ulkopuolella olevia – systeemejä. (Mt.)

Makrosysteemien tasolla tarkastellaan kulttuuria, jossa yksilö elää, eli tarkastelussa on sosiokulttuurinen ja ideologinen taso (Brofenbrenner 1979). Lopulta *Kronosysteemitason* pohjalta taas pitää tutkia pitkäjäisiä, ajassa tapahtuvia muutoksia sekä lapsessa että tämän ympäristössä. Keskeistä on tutkia näiden eri muuttujien välistä dynaamista suhdetta. Yleisimmät kronosysteemisen tutkimuksen kohteet ovat normatiiviset (esimerkiksi koulun alkaminen) sekä ei-normatiiviset (esimerkiksi kuolema) transiitot. (Mt.) Kaiken kaikkiaan jokaisella tasolla on vaikutusta lapsen kehitykseen, ja konfliktit jollakin tasolla saattavat vaikuttaa kaikkien tasojen välillä tapahtuvaan vuorovaikutukseen (Brofenbrenner, 1986). Toisaalta teoriaa tai mallia on myös kritisoitu siitä, ettei se tarjoa kovin yksityiskohtaisia mekanismeja lapsen kehityksen kuvaamiseen ja selittämiseen (Tudge ym., 2009).

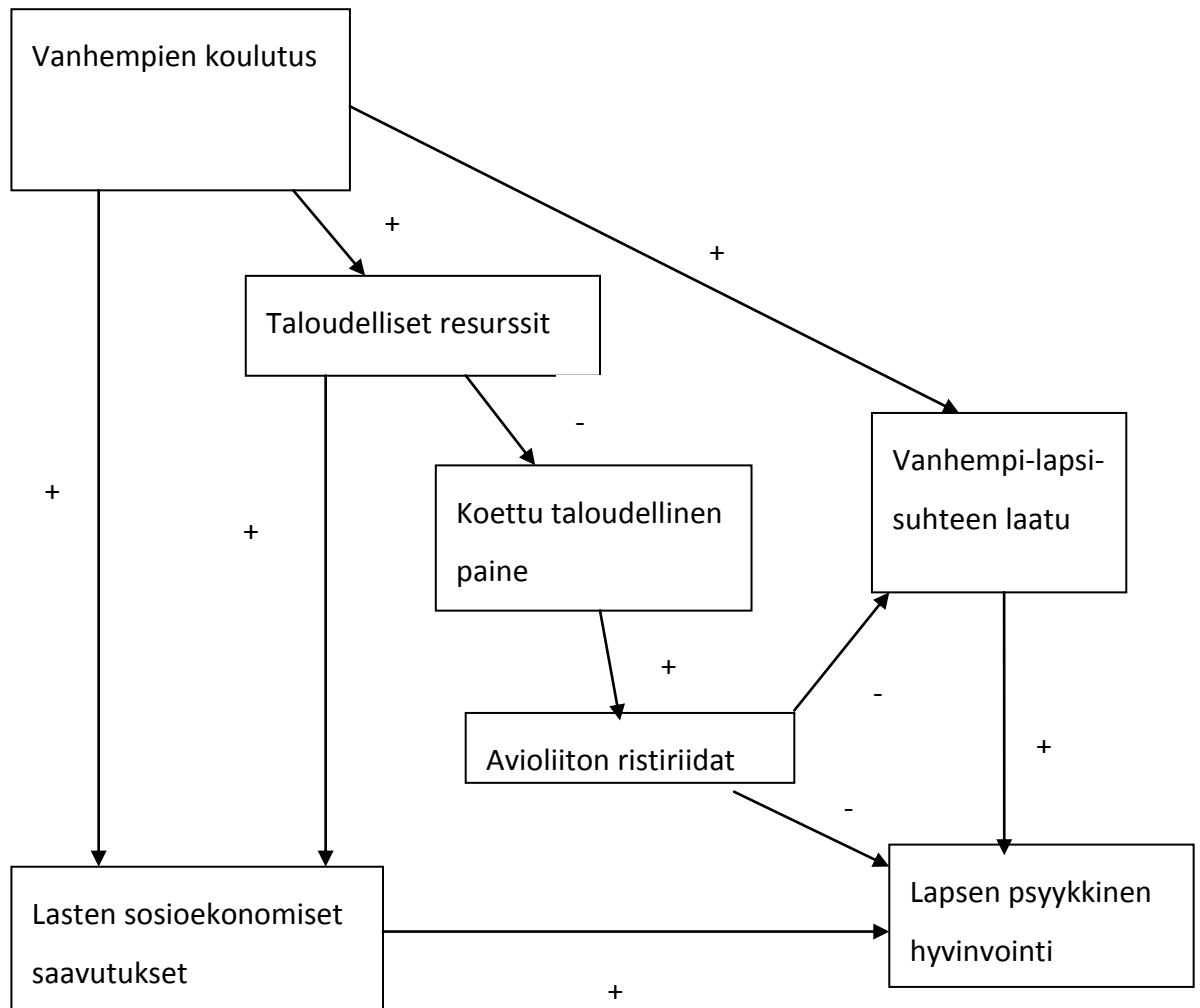
2.3 Ekonomisen deprivaaation teoria

Ekonomisen deprivaaation teorian näkökulmasta sosiaalisesti ja taloudellisesti epäedullisemmassa asemassa olevilla ihmisillä on keskimääräistä enemmän terveyteen, tunne-elämään ja käyttäytymiseen liittyviä ongelmia (Conger & Dogan, 2008, 436). Tutkijoiden mukaan vanhempien koulutus, vanhempien ammattiasema ja perheen varallisuus ovat merkittäviä terveyden ja hyvinvoinnin indikaattoreita perheissä (mts. 436–438). Teoriassa korostetaan, että absoluuttisesti mitattu köyhyys ei välttämättä altista deprivaaation kokemuksille, vaan keskeistä on, miten vähävaraisuus vaikuttaa perheen arkeen (Mistry ym., 2008).

2.3.1 Ekonomisen deprivaaation kaksi erilaista selitysmallia

Perheen taloudelliset resurssit vaikuttavat perheeseen ja jälkikasvuun Sobolewskin ja Amaton (2005) mukaan pääasiassa kahta erilaista reittiä: perheenjäsenten välisten suhteiden tai sosiaalisten ja taloudellisten saavutusten pohjalta. Lähestymistavassa on siten kaksi pääasiallista mallia siitä, miten sosioekonominen puute vaikuttaa lapsiin ja tuleviin sukupolviin (Sobolewski ja Amato, 2005.). Kuviossa 1 on kuvattu erilaisia

mahdollisia sosioekonomisen jatkuvuuden reittejä perheessä siten, että molempien mallien mukaiset kehityspolut ovat kuviossa mukana.



Kuvio 1. Käsitteellinen malli taloudellisten resurssien sekä kasvinperheessä koetun taloudellisen paineen vaikutuksesta lasten hyvinvointiin aikuisuudessa. Kaksi erilaista pääasiallista reittiä. (Mukailtu: Sobolewski & Amato, 2005)

Ensimmäisen kehityspolun, perheen stressi -mallin (*family stress model*) mukaan taloudellisen paineen ollessa korkea, vanhemmilla on riski stressaantua ja ahdistua

(Conger & Dogan, 2008, 438). Mallin mukaan perhettä kohtaavat ulkoiset tekijät vaikuttavat ensin vanhempiin ja heidän väliseen emotionaaliseen suhteeseensa ja tämän jälkeen perheen sisäiseen dynamiikkaan. Lopulta perheeseen kohdistuva paine heijastuu lasten kokemiin haittoihin ja hyvinvointiin. (Mts. 438–439.) Sosioekonomiset tekijät siis vaikuttavat lasten sosialisatioon, mikä taas vaikuttaa heidän kehitykseensä (Conger & Dogan, 2008; Linver ym., 2002). Kun perheeseen kohdistuu taloudelliseen pärjäämiseen liittyvää painetta, perheen stressi -mallin mukaan lapsille voi kehittyä sekä sisäänpäin kohdistuvia psyykkisiä häiriöitä, kuten masennusta ja ahdistuneisuutta että ulospäin suuntautuvia häiriöitä, kuten antisosiaalista käyttäytymistä ja aggressiivisuutta (Conger & Dogan, 2008, 438). Myös Suomessa Solantauksen ym. (2006) replikaatiotutkimuksissa tälle mallille on saatu vahvistusta, ja löydetty jopa molemmansuuntaisia vaikutuksia lapsille koituvien haittojen ja vanhempien mielenterveyden häiriöiden välillä. Heillä oli tutkimuksessaan kulttuurisensitiivisempiä muuttujia kuin monissa amerikkalaistutkimuksissa, ja tutkijat tarkastelivat isän ja äidin vaikutuksia lapseen erillisinä muuttujina (mt.).

Congerin ja Doganin (2008, 436) mukaan vain tarkastelemalla jokaista mallin muuttujaa erikseen on mahdollista saada kokonaiskuva sosioekonomisten tekijöiden vaikutuksesta sosialisatioon, koska ne edustavat erilaisia tapahtumia eri ajanjaksoina ja koska ne ennustavat eri tavoin lapsen ja perheen vuorovaikutusta. Mistry ym. (2008) täydentävät, että ensinnäkin virallisten tulojen ulkopuolelta saattaa tulla muita resursseja ja monenlaista sosiaalista tukea. Toiseksi, välttämättömien tarpeiden lisäksi tulisi tarkastella myös pienten lisätulojen tai -resurssien merkitystä, sillä niillä saattaa olla yllättävän suuri merkitys äidin pystyvyyden tunteelle ja lapsen hyvinvoinnille (mt.). Toimeentulon vaikeudet on yhdistetty monissa tutkimuksissa merkittäviin lasten kehityshäiriöihin etenkin, kun köyhyys on pitkäaikaista (mts. 438–439). Letourneau ym. (2013) taas esittävät, että alhaisempi sosioekonominen asema vaikuttaa lapsen kehitykseen sen pohjalta, että vanhempien on vaikea tarjota konkreettisia materiaalisia resursseja lapselleen.

Toisen kehityspolun, vanhempien panostus -mallin (*parental investment theory*), mukaan vanhempien sosioekonomiset resurssit mahdollistavat lapsen aikaansaannokset ja saavutukset, mikä vaikuttaa lapsen hyvinvointiin aikuisuudessa. Keskeistä on siten tulojen vaikutus siihen, että vanhemmat voivat panostaa lapselle kertyvään sosiaaliseen pääomaan. (Linver ym., 2002.) Tutkimuksissa on löytynyt yhteyksiä vanhempien sosioekonomisten resurssien sekä jälkeläisten koulumenestyksen väliltä. Tässä välittävänä mekanismina ovat rakenteelliset tekijät, eli jos perhe on ollut köyhä, vanhemmilla ei välttämättä ole ollut varaa ostaa tarvittavia tarvikkeita lapselle, tai jos perhe on joutunut elämään sosioekonomisesti heikolla alueella, lapsen mahdollisuudet sosiaaliseen nousuun ovat olleet pienet. (Sobolewski & Amato, 2005.)

Köyhyys voi vaikuttaa eri tavoin eri-ikäisiin lapsiin, mutta tutkimustulokset eivät ole yhdenmukaisia sen suhteen (Sobolewski ja Amato, 2005). Linverin ym. (2002) mukaan perheen toimeentulon ongelmat vaikuttavat eniten pieniin lapsiin ja teini-ikäisiin, Sobolewskin ja Amaton (2005) tutkimuksen mukaan taas teini-ikäisiin ja Dearingin ym. (2001) mukaan esikouluikäisiin lapsiin. Sobolewskin ja Amaton (2005) mukaan perheen heikolla sosioekonomisella asemalla on yhteys lapsen kognitiivisen kehityksen ongelmiin ja lapsen todennäköisyyteen sairastua psyykkisesti, varsinkin jos köyhyys jatkuu pitkään.

Kim-Cohenin ym. (2004) mukaan sosioekonominen deprivatio vaikuttaa ensinnäkin vanhemman (usein äidin) tarjoaman emotionaalisen läheisyyden ja kasvatustyylin pohjalta vaikuttaen lapsen käyttäytymiseen. Toisaalta köyhän ympäristön on todettu olevan vähemmän kognitiivisesti stimuloiva, vaikuttaen näin lapsen kognitiiviseen kehitykseen. Tutkijoiden mukaan geneettisiä vaikutuksia sosioekonomisen deprivatian vaikutusten eroissa ei ole riittävästi huomioitu. (Kim-Cohen ym., 2004.) Kim-Cohen ym. (2004) toteavat, että sosioekonominen deprivatio siirtyy osittain geneettisesti ja lapsen temperamentti voi vaikuttaa siihen, miten vanhemmat tähän reagoivat. Toisaalta vanhempien ominaisuudet vaikuttavat siihen, kuinka kognitiivisesti virikkeellisen ympäristön he voivat tarjota lapselleen. Kirjoittajat painottavat kuitenkin

ympäristön merkitystä ilmiössä ja sitä, että geneettiseen periytymiseen liittyvää tutkimusta tarvittaisiin enemmän. (Kim-Cohen ym., 2004.)

Edellisille, niin kutsutuille sosiaalisen kausaation malleille, on olemassa myös vaihtoehtoisia malleja, kuten sosiaalisen valinnan ja interaktionaalisuuden mallit. Edellisessä mallissa kyse on siitä, että sosioekonomiseen asemaan vaikuttavat yksilöpohjaiset, osin perinnölliset erot. Nämä erot ensinnäkin vaikuttavat lasten haittojen kehittymiseen sekä toiseksi siirtyvät perinnöllisin mekanismein vanhemmilta lapsille. Mallin mukaan vanhempien tietyt ominaisuudet vaikuttavat sekä vanhempien sosioekonomiseen asemaan että lapseen. Jälkimmäisen mallin mukaan taas sekä ulkoisilla että sisäisillä tekijöillä on vaikutusta, eli huolimatta sosiaalisen valikoitumisen vaikutuksesta vanhemman asemaan, sosioekonomisilla olosuhteilla on oma vaikutuksensa lapseen vanhemman ominaisuuksien lisäksi. (Conger & Donnellan, 2007.)

2.3.2 Tarkemmat mekanismit taloudellisen paineen, perheen prosessien ja lapsen haittojen välillä

Linver ym. (2002) tutkivat molempien teoreettisten mallien paikkansapitävyyttä. Heidän tutkimuksessaan vanhempien panostus -mallin mukaisesti perheen vähäinen toimeentulo oli yhteydessä sekä lapsen kognitiivisen kehityksen että käyttäytymisen ongelmiin mutta yhteys oli voimakkaampi, jos kotiympäristössä lapselle ei tarjottu stimuloivia virikkeitä. Perheen stressimallin pohjalta taas huonommin toimeentulevat äidit voivat kokea enemmän stressiä, mikä johtaa huonompiin mahdollisuuksiin huomioida lasta ja puutteisiin lapsen emootioihin reagoimisessa.

Vähäisen toimeentulon on todettu vaikuttavan lapseen mahdollisesti sellaisten prosessien välityksellä, jotka ovat yhteydessä lapsen koulunkäyntivalmiuteen (Dearing ym., 2001). Duncanin ym. (2000) tutkimuksessa kotiympäristöllä voitiin selittää jopa puolet tulojen sekä lapselle kohdistuvien vaikutusten varianssista. Kodin voi ajatella

vaikuttavan joko tarjoamalla suotuisan oppimisympäristön tai toisaalta konfliktisen ympäristön taloudellisesta paineesta johtuen (Dearing ym., 2001).

Evansin ja Englishin (2002) tutkimuksessa selvitettiin erilaisten deprivoiden tekijöiden (perheen väkivalta, perheen muut ongelmat; asuinalueeseen liittyvät stressitekijät) kumulatiivisia vaikutuksia. Tutkimuksessa tarkasteltiin myös psykofysiologista stressin mittaria, koska aiemmissa tutkimuksissa stressin mittaaminen on usein perustunut itse-raportoinnille, mikä kirjoittajien mukaan antaa vajavaisen kuvan sen merkityksestä ja vaikutuksista. Tutkimuksesta käy ilmi, että köyhemmissä oloissa elävät lapset altistuivat useammin stressille myös fysiologisella tasolla kuin paremmissä oloissa elävät. (Mt.) Vähäisen toimeentulon alaisuudessa lapset elävät mahdollisesti enemmän stressiä aiheuttavilla asuinalueilla ja kokevat enemmän haittoja kuin keskiluokkaisemmat lapset (mt.). Tutkijat saivat alustavasti selville, että köyhemmissä oloissa elävillä lapsilla oli havaittavissa korkeampaa verenpainetta sekä yliaktiivisuutta neuroendokriinisessä säätelyssä. (Evans & English, 2002.)

Sosioekonomista stressiä voi Mistryn ym. (2008) mukaan ehkäistä kehittämällä vaihtoehtoisia resurssivarantoja, kuten yrittämällä luoda useampia lähteitä tuloille ja muille resursseille, mikä voi auttaa hankkimaan ainakin välttämättömät hyödykkeet. Esimerkiksi huolellisella resurssien budjetoinnilla ja oman varallisuuden hallinnoimisella voi olla merkitystä. Kyse on myös siitä, miten vanhemmat tilanteen kokevat: he saattavat kääntyä, jos voivat, toissijaisten toimeentulonlähteiden puoleen, kuten lainata sukulaisilta, hakea toimeentulotukea valtiolta tai muilta tahoilta sekä yrittää tehdä enemmän töitä. On todettu olevan tärkeää vanhemman omanarvontunnon kannalta, että tämä pystyy täyttämään lastensa tarpeet. (Mistry ym., 2008.)

Ekonomisen deprivaaation tutkimuksessa on kuitenkin omat rajoituksensa. Monesti käytetyillä väestötason tutkimuksilla ei päästä yksilöllisiin muutoksen kehityspolkuihin, eikä voida todeta, onko perheen tulotason muutoksella todella vaikutusta lapseen. Tutkimuksella on lisäksi usein ollut korrelaationaalinen luonne, mikä on ongelmallista siksi, että se ei anna tietoa syy-vaikutussuhteista. Kolmanneksi, koska yhteyttä

yritetään usein moderoida eri muuttujilla, on vaikeaa tietää, onko tutkija valinnut juuri oikeat välittävät muuttujat. (Dearing ym., 2001.)

Omassa työssäni voimakkaiden johtopäätösten tekeminen myös sosioekonomisesta deprivatiosta on hankalaa, koska tässä ei ensinnäkään voida tarkastella varallisuustilanteen muutoksen vaikutusta perheeseen ja toiseksi, koska tarkemmat tiedot perheistä puuttuvat kokonaan, voi vain pohtia perheen mahdollistaman oppimisympäristön tai vuorovaikutusprosessien vaikutuksia.

2.4 Kiintymyssuhdeteoria

Kiintymyssuhdeteorian kehitti John Bowlby (1969) 1950-luvulla yhdistäen evoluutioteoriaa, etiologiaa ja psykoanalyysia. Hän havainnoi lapsia, jotka oli erotettu äidistään. Bowlby uskoi, että turvallinen ja tiivis suhde äitiin ja päähoivaajaan oli kriittisen tärkeä lapsen kehitykselle. (mts. 178–181.) Teoriassa on siis vaikutteita sekä psykoanalyysin periaatteista että käyttäytymistieteistä. Kiintymyssuhdeteoriaa on myös arvosteltu mekanistisuudesta ja siitä, että seksuaalisuuden, aggression ja fantasioiden merkitys lähestulkoon sivuutetaan (Sinkkonen, 2004). Viime aikoina erimieliset oppisuunnat ovat kuitenkin lähentyneet toisiaan. Neurobiologisen tutkimuksen tuoreet löydökset ovat vahvistaneet Freudin ja Bowlbyn esittämiä käsityksiä varhaisten kokemusten kauaskantoisesta merkityksestä (ks. Schore, 2000). Sinkkosen (2004) mukaan kiintymyssuhdeteorian havaintoja on vähitellen alettu soveltaa psykoterapiassa ja lastensuojelussakin.

Beaulieu ja Bugentalin (2008, 77–78) mukaan Bowlby haastoi perinteisen psykologiassa vallinneen näkemyksen, jonka mukaan lapsi osoittaa erityistä kiintymystä vanhempaan johtuen näiden tarjoamista hyödyistä. Oppimisteoreettiset ajatukset vahvistamisesta eivät selittäneet kunnolla tätä ilmiötä, sillä lapset näyttivät kiintyvän myös vanhempiin, jotka eivät pitäneet heistä huolta. Kiintymys näytti perustuvan yksinomaan tietyille ärsykepiirteille primaarihoivaajassa, useimmiten

äidissä. (Mts. 77–78.) Eläimillä tehdyt tutkimukset saivat Bowlbyn (1969, 228–229) siten epäilemään, että pelkkä ruokkiminen ei saa lasta kiintymään äitiinsä, vaan kyse on syvemmistä emootioista.

Hyvä kiintymyssuhde äitiin määrittää kiintymyksen turvallisuuden asteen ja sen kielteisyyden tai myönteisyyden (Flaherty & Sadler, 2011). Kiintymyssuhteen puitteissa on useimmiten tutkittu äiti–lapsi-suhdetta johtuen siitä, että useimmiten äiti on lapselle päähoivaaja. Tulee kuitenkin pitää mielessä, että myös isä, isovanhemmat tai vaikkapa sijaisvanhemmat voivat toimia ensisijaisina lapsen hoivaajina. (Mt.) Vastaavasti Salo (2002, 44–45) tähdentää, että vanhemmat tarjoavat vauvalleen kiintymyssuojan, mikä edesauttaa tätä muodostamaan kiintymyssuhteen. Sen synty pohjautuu vanhemman tarjoamaan hoivaan ja toisaalta vauvojen vaistomaiseen kykyyn kiinnittyä eli ylläpitää itse aktiivisesti läheisyyttä hoitajaan (mts. 45).

Suomenkielisessä kirjallisuudessa teoriasta on käytetty vaihtelevasti termejä kiintymysteoria, kiintymyssuhdeteoria sekä kiinnittymissuhdeteoria, joista tässä käytän kiintymyssuhdeteorian käsitettä (ks. Sinkkonen, 2002).

2.4.1 Yksilölliset erot kiintymyssuhteiden muovautumisessa ja erilaiset kiintymystyyli

Kiintymyssuhteista puhuttaessa on erittäin tärkeää erotella kiintymyssuhteen olemassaolo *per se* ja sen laatu (Weinfield ym., 2008, 78). Ainsworth'n ym. (1978, 300–301) mukaan on erityisesti huomioitava, että kiintymys on erotettava kiintymyskäyttäytymisestä (*attachment behaviour*); edellinen viittaa affektiiviseen siteeseen, jonka lapsi luo päähoivaajaansa. Jälkimmäinen taas viittaa käyttäytymisen luokkiin (kontaktin hakeminen, tunteiden osoittaminen), joita yhdistää haluttu lopputulos läheisyyden asteessa äitiin (mts. 301). Weinfield ym. (2012, 79) esittävät, että on lisäksi tärkeää tutkia yksilöllisiä eroja näissä toiminnoissa sekä sitä, miten nämä toiminnot välittävät kiintymyssuhteen rakennetta vauvan ja hoivaajan välillä. Lapsille jää muodostumatta kiintymyssuhde usein vain institutionaalisen kasvattamisen,

esimerkiksi lastenkotien tapauksissa, joissa ei välttämättä ole vakiintunutta hoivaajaa. Muutoin jopa kaltoin kohdellut lapset muodostavat jonkinlaisen kiintymyssuhteen hoivaajiinsa. (Mts. 79.)

Kiintymyksen luokittelu eri tyyppeihin perustuu Mary Ainsworthin ja kumppaneiden (1978) vierastilannetutkimuksiin, ja niitä pidetään nykyäänkin valideina. Ne olivat ensimmäisiä operationalisoituja laboratoriokeita kiintymyssuhteen laadun määrittämiseksi. Kokeessa tarkkaillaan, miten lapsi reagoi äidin poistumiseen ja palaamiseen, millainen vaikutus on vieraan ihmisen astumisella huoneeseen ja miten lapsi ottaa kontaktia hoivaajaan tämän palatessa. (Weinfield, 2012, 85; Ainsworth ym., 1978, 36–40.) Kiintymystyyeissä on Ainsworth'n ym. (1978) tutkimusten pohjalta määritelty kaksi pääluokkaa, turvallisesti ja turvattomasti kiintyneet. *Turvallisesti kiintynyt* (tyypin B) lapsi pitää vanhempaa eräänlaisena turvapesänä, johon turvautuen tämä voi alkaa tutkia maailmaa. Tällainen lapsi ei hätäänny, vaikka hoivaaja ei olisi tilapäisesti käytettävissä. (Salo, 2000, 45–48.) Turvallisesti kiintynyt lapsi luottaa hoivaajaansa ja on vähemmän ahdistunut kuin muita tyyppisiä edustavat. Tutkimusten mukaan turvallisessa kiintymyssuhteessa olevat lapset ovat vastaanottavaisempia ja yhteistyökykyisempiä vanhemman vuorovaikutusaloitteille kuin turvattomasti kiintyneet. (Ainsworth ym., 1978, 311–314.)

Turvattomasti kiintyneissä lapsissa on Weinfeldin (2012, 80) mukaan kaksi alatyppiä, *välttelevä (tyyppi A)* ja *ambivalentti (tyyppi C)*. Edellistä tyyppiä edustava lapsi ei hae hoivaajasta turvaa, viihtyy yksin ja toimii oman tahtonsa mukaan. Nämä lapset eivät luota äitinsä saatavilla olemiseen eivätkä siihen, että äiti huolehtii heidän tarpeistaan. (Ainsworth ym., 1978, 316–319.) Jälkimmäistä tyyppiä edustava lapsi taas yhtäältä takertuu hoivaajaan, toisaalta saattaa suuttua tälle yllättäen ja käyttäytyä ristiriitaisesti ja yllättävästi. Heillä on havaittavissa enemmän eroahdistusta hoivaajasta kuin turvallisesti kiintyneillä lapsilla. (Ainsworth ym., 1978, 314–315.) Turvattomuus syntyy usein siitä, että vanhempi ei ole vastannut lapsensa tarpeisiin. Täten lapsi on jäänyt sellaiseen epämääräisyyden ja avuttomuuden tilaan, että hän saattaa jopa alkaa vältellä aikuista. (Weinfield, 2012, 80.) Turvaton kiintymys saattaa yhdessä muiden

riskitekijöiden kanssa DeKlyenin ja Greenbergin (2008) mukaan suunnata lapsen kehitystä sellaiselle polulle, joka altistaa tätä psyykkisen kehityksen häiriöiden synnylle sekä muille ongelmille ja haitoille.

Turvallisen ja turvattoman kiintymystyylin lisäksi on nostettu esiin ns. epäorganisoitunut kiintymys (tyyppi D), jossa lapsen kiintymyssuhde on disorientoitunut hoivaajaa kohtaan, eikä lapsi juuri osoita kiinnostusta ihmiskontakteihin. Tämä tyyppi on usein kliinisesti sekoitus A- ja C-tyyppejä. (Peluso ym., 2004.) Näillä lapsilla esiintyy muihin lapsiin verrattuna epätyypillistä käyttäytymistä ja normaalista poikkeavia reaktioita, ja heistä suurin osa on niitä, joita äidit ovat kohdelleet kaltoin tai joiden äidit ovat käyttäneet huumeita tai alkoholia, mutta joukossa on myös autismikirjon lapsia, Down-lapsia ja keskosina syntyneitä. (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2012.)

Lyons-Ruthin ja Jacobvitzin (2008, 671) mukaan äidin päihteidenkäytöllä ja lapsen kiintymyssuhteen järjestyttömyydellä (tyyppi D) on löytynyt yhteyksiä. Jos äiti oli käyttänyt runsaasti alkoholia ennen raskautta, niin lapsella esiintyi tällaista kiintymystyyliä muita lapsia useammin (Mts. 671–672.) Harterin (2000) mukaan päihdeongelmaisten vanhempien lapsilla on vaikeuksia luoda turvallinen kiintymyssuhde ja aikuisuudessa olla intiimeissä suhteissa ja luottaa toisiin ihmisiin. Lapsille kehittyvät psyykkisen kehityksen ja tunne-elämän häiriöt ovat kuitenkin tulosta monimutkaisista prosesseista ja usean eri tekijän yhteisvaikutusta (Harter, 2000).

2.4.2 Lapsen kognitiivinen kehitys ja kiintymyksen psykologiset vaiheet

Piaget'n (1954; ref. Ainsworth ym., 1978, 24) mukaan lapsen kehitys on vaiheittaista, portaittain edelliseltä kehitysvaiheelta seuraavalle etenevää: lapsi kehittyy sosio-kognitiivisten konfliktien myötä joutuessaan ottamaan uusia asioita huomioon. Tämä ajatus liittyy kiintymyssuhdeteoriaan siten, että molemmissa on samanlainen ontologinen oletus ihmisen sosiaalisten, kognitiivisten ja emotionaalisten taitojen ja kykyjen portaittaisesta kehityksestä (Ainsworth ym., 1978, 22–27). Lapsuuden

kiintymyssuhteen muodostumisessa on useita eri kehitysvaiheita: vauva muuttuu tunnetiloiltaan toisesta riippuvaisesta itsenäisemmäksi ja kiintymyksen kohteensa valikoivaksi (Ainsworth ym., 1978; Salo, 2002). Kiintymyssuoja ja -suhde muuttuvat vuoden–kahden iässä. Noin kaksivuotiaat lapset osaavat kielellisesti ilmaista itseään ja toisaalta vanhemmat muokkaavat lapsensa minäkäsitystä. (Salo, 2002, 65–68.) Kiintymyssuhdeteoria on tässä iässä lujittunut. Kolmen ja neljän vuoden iässä lapselle alkaa kehittyä ns. mielen teoria, eli hän alkaa ymmärtää, että muilla voi olla erilaisia aikomuksia ja tavoitteita kuin hänellä (Demetriou ym., 232–237).

Lapsi kiintyy jopa väkivaltaisiin vanhempiin, joten kiintymyssuhde ei rakennu pelkästään mielihyvän pohjalta. Lapset oppivat säätelemään läheisyyttä äitiin, ja myös lapsen persoonallisuus on tärkeä tekijä sille, kuinka paljon tämä uskaltaa tutkia ympäristöä. On osoitettu, että lapsi, jota äiti aktiivisesti valvoo sen sijaan että kiinnittäisi huomionsa johonkin muuhun, tutkii ympäristöään paljon rohkeammin. (Cassidy, 2012, 5–6.) Marvin ja Britner (2008, 280) ovat täydentäneet teoriaa tuomalla esiin, että vauvalle kehittyä vähitellen ymmärrys ihmisten pysyvyydestä yli objektien pysyvyyden. Tutkijoiden mukaan kiintymyssuhde lujittuu ensimmäisen vuoden aikana, mutta kiintymyssuhteen synty on myös joustava prosessi: esimerkiksi Itä-Euroopan orpokodeista turvalliseen kotiin sijoitetut ovat kehittäneet uusia kiintymyssuhteita vielä reilusti yli vuoden ikäisinä, mutta toisaalta yli vuoden ikäisenä sijoitetut lapset on todettu torjuvimmiksi uusia hoivaajia kohtaan. (Mts. 280–282.)

Kiintymyssuhdeteoriaan olennaisesti liittyvässä sisäisen mallin käsitteessä (*Internal working model*) on kyse mielensisäisistä kartan tapaisista, opituista vuorovaikutusmalleista (Bretherton & Mulholland, 2012, 103). Ne ovat varhaisen vuorovaikutuksen pohjalta muotoutuvia malleja, joihin vaikuttaa kiintymyssuhteen laatu sekä vuorovaikutuskokemusten kirjo (mt.). Bowlbyn (1969, 347–349) mukaan nämä toimintamallit muovautuvat lapsella hoivaajan kanssa tapahtuvissa päivittäisissä vuorovaikutustilanteissa. Waters ja Waters (2006) tähdentävät, että varhainen vuorovaikutus jättäisi vain sensomotorisia fyysisiä jälkiä, jollei kokemus tallentuisi mentaalisten representaatioiden muodossa. Crittendenin (2006) mukaan taas

kiintymyksessä on kyse joustavista itsesuojelustrategioista, joita yksilöt kehittävät säädelläkseen kiintymyssuhteita. Hänen mukaansa kiintymyssuhde muotoutuu sekä kognitioihin liittyvän että affektiivisen tiedon perusteella (mt.). Lisäksi jokaisella ihmisellä on Crittendenin (2006) mukaan useampia kiintymysrepresentaatioita riippuen käytetystä muisti- tai emootiopohjaisesta käsittelyreitistä.

Turvallinen kiintymyssuhde johtaa Bowlbyn (1969, 65–71; ks. myös Bretherton & Mulholland, 2012) mukaan myös tavoitekorjautuneeseen kumppanuuteen (*goal-corrected partnership*), jossa molemmat osapuolet suhteuttavat toiveensa ja tavoitteensa toisen osapuolen vastaaviin. Mallit muuttuvat ihmisen kehityksen myötä, kun vanhat mallit eivät enää päde. Toisaalta nämä mallit toimivat myös tiedostamattomalla ja habituaalisella tasolla, mikä tarkoittaa, että ihminen ei enää käsittele tietoisesti kiintymykseen liittyvää informaatiota ja mielensisäiset mallit automatisoituvat. (Bretherton & Mulholland, 2012, 105.)

Ylisukupolvisuus on erityisen keskeistä kiintymyssuhdeteorian kannalta, koska ylisukupolvisuus tarjoaa ikään kuin kehyksen, jonka kautta tietynlaiset kiintymystyyliit voivat toteutua (Kärkkäinen, 2004). Keskeistä on, että äidin mentaaliset representaatiot ovat tärkeä ennustaja vauvan kiintymyssuhteen laadulle (Main, Kaplan & Cassidy, 1985). Esimerkiksi Shah'n ym. (2010) tutkimuksessa äidin oma turvallinen kiintymys ennusti lapsen turvallista kiintymystä. Tutkijat epäilivät ylisukupolvisen kiintymyksen siirtyvän äidin neuropsykologisten ja mentaalisten prosessien välityksellä (mt.). Toisaalta jatkumo äidin ja vauvan kiintymyksen laadussa voi olla selvempi turvallisesti kiintyneissä kuin turvattomasti kiintyneissä (van Ijzendoorn, 1995). Kiintymyksen ylisukupolvinen periytyminen saattaa kuitenkin olla moniulotteinen ja -mutkainen ilmiö: Crittendenin (2006) mukaan lapselle saattaa kehittyä myös äidin kiintymyksen tyyppiä vastakkaisilta osiltaan täydentävä tyyli: jos esimerkiksi äiti osoittaa vihaa tai avuttomuutta, lapsi saattaa osoittaa empatiaa tai avuliaisuutta tätä kohtaan.

2.4.3 Kiintymyksen rakentumisen biologisia ja neurobiologisia taustatekijöitä

Kiintymyssuhdeteoriaa on täydennetty biologisilla ja neuropsykologisilla tutkimuksilla ja teorioilla. Kiintymys koostuu myös biologispohjaisista hoivaajan ja lapsen vuorovaikutuksen systeemeistä, mikä pitää sisällään lapsen läheisyyden ja kontaktin tavoittelun sekä vanhemman sensitiivisyyden lapsen tarpeille (Rothbaum & Trommsdorff, 2008, 465–466). Tutkijoiden mukaan kiintymys- ja ympäristöntutkimissysteemit on tarkoitettu tasapainottamaan toinen toisiaan: kiintymys luo turvaa ja ympäristön tutkiminen auttaa lasta kartoittamaan maailmaa ja on pohjana autonomian kokemuksille (mts. 465). Beaulieu ja Bugental (2008, 78) täydentävät teoriaa edelleen siitä näkökulmasta, että ihmisen kannalta perustavin adaptaation ongelma on suojelun ja hoivan tarjoaminen siitä suuresti riippuvaiselle jälkikasvulle, minkä vuoksi vauva on biologisesti määrätty etsimään hoivaa ja suojaa äidistä ja äiti vastavuoroisesti tarjoamaan näitä. Weinfield ym. (2008, 80–82; Cassidy, 2008) täydentävät, että evolutiivisesti ajatellen sekä turvallinen että turvaton kiintymys ovat merkkejä biologisesta adaptaatiosta, koska kumpikin voi tietyssä tilanteessa edesauttaa yksilön kehitystä ja selviytymistä.

Aivotutkimukset ovat osoittaneet, että kiintymyksen rakentumisella on neurobiologinen perusta (ks. esim. Schore, 2000). On muun muassa osoitettu, että lapsen kehityksessä on pitkiä jaksoja, jolloin kokemukset vaikuttavat aivojen rakenteeseen, ja ihmisen aivot muovautuvat aina noin 20 ikävuoteen saakka. Aivot eivät siten ole biologisesti determinoituneet, vaan ympäristön vaikutteet voivat muovata niitä. (Meyer ym., 2013.) Schore (2000) tähdentää, että biologispohjainen kiintymys vaatii syntyäkseen rikkaan ja monimutkaisen aivotoiminnon. Schoren (2000) mukaan paras indikaattori kiintymyssuhteen laadulle ovat stressinsietokyvyn kehittyneisyys sekä kyky säädellä tunteita. Varhaiset epävakaut ympäristöt, jotka altistavat turvattomalle kiintymyssuhteelle, hidastavat aivojen stressin ja tunteiden kontrollisysteemien kehittymistä (mt.). Päihteiden käytön näkökulmasta äidin

raskaudenaikainen alkoholinkäyttö voi vaikuttaa haitallisesti lapsen aivojen kehitykseen (Heinäjä, 2004).

Schoren (2000) mukaan evolutiivinen adaptiivisuus toimii kasvua mahdollistavana tekijänä etuaivolohkojen sääteleville systeemeille; koska etuaivokuorella sijaitsevat emootioiden tarkkailun, palautteen käsittelyn sekä motivaatiokontrollin funktiot, näiden aivojen osien yhtenäisyys on välttämätöntä vuorovaikutuksellisen tiedon prosessoinnissa. Meyer ym. (2013) mukaan oikea aivopuolisko on erityisen tärkeä kiintymyssuhteen muodostumisen neurologisissa prosesseissa, koska sen on todettu reagoivan nopeammin automaattisiin ja tietoisien havainnon alittaviin ärsykkeisiin. Mäkelä (2002, 36) täydentää, että vasemman ja oikean aivopuoliskon yhteistyö kehittyy vähitellen, ja murrosiässä aivojen toiminta järjestyy vielä uudelleen.

Aivojen limbisen järjestelmä (tunteiden prosessointi) kehittyy vauvalla kahden kuukauden iässä, jolloin tämän sosiaalinen vireys nousee uudelle tasolle ja ihmisten kasvot alkavat jäsentää tämän kokemusta sekä kehittyvää keskushermostoa (Mäkelä, 2002, 25). Aivokuoren limbisillä alueilla tapahtuu anatomista kypsymistä vielä 15 kuukauden ikään asti (Mäkelä, 2002, 25–26; Schore 2000). Lisäksi limbiseen järjestelmään kuuluvat muut aivoalueet (hippokampus, amygdala) sekä erilaiset hormonit ja opiaatit ovat yhteydessä kiintymyksen syntyyn (Coan 2008; Meyer ym., 2013; Weisman ym., 2012).

2.5 Tutkimuskysymys

Tutkimuskysymykseni ovat:

- 1) Onko äidin päihdeongelmalla yhteys lapsen a) psyykkisen kehityksen häiriöihin tai b) käytös- ja tunne-elämän häiriöihin tai c) masennukseen ja ahdistuneisuuteen?**

- 2) Onko äidin psykiatrisella diagnoosilla yhteys lapsen a) psyykkisen kehityksen häiriöihin tai b) käytös- ja tunne-elämän häiriöihin tai c) masennukseen ja ahdistuneisuuteen?
- 3) Onko äidin päihdeongelman ja äidin psykiatrisen diagnoosin interaktiolla yhteys lapsen a) psyykkisen kehityksen häiriöihin tai b) käytös- ja tunne-elämän häiriöihin tai c) masennukseen ja ahdistuneisuuteen?

Lisäksi seuraavien mahdollisten sekoittavien tekijöiden vaikutus otetaan analyyseissä huomioon: köyhyys mitattuna pitkäaikaisen toimeentulotuen saamisena, äidin parisuhteen puuttuminen lapsen syntymähetkellä, äidin ikä ja äidin koulutustaso.

Tutkin lisäksi, onko äidin päihdeongelman ja psykiatrisen diagnoosin sekä äitiin liittyvien sosioekonomisten tekijöiden yhteys lapsen mielenterveyden häiriöihin erilainen tytöillä ja pojilla.

3 AINEISTO, ASETELMA JA MITTARIT

Tässä luvussa kuvailen tutkimukseni aineistoa sekä määrittelen käyttämäni muuttujat tarkemmin. Kaikki analyysit toteutettiin PASW Statistics 22 -ohjelmalla.

3.1 Aineisto

Tarkasteltavani ovat kaikki Suomessa vuonna 1997 syntyneet lapset. Vertaan niitä lapsia, joiden äideillä on rekisterimerkintöjen perusteella päihteiden ongelmakäyttöä, niihin, joiden äideillä ei ole päihdemerkintää rekisterissä. Kohorttia on tarkasteltu vuoden 2009 loppuun saakka eli vuoteen, jolloin lapsi täyttää 12 vuotta. Isien jääminen tämän tutkimuksen ulkopuolelle johtuu aineistonkeruuseen liittyvistä rajoitteista. Isiä koskevien rekisteritietojen saaminen olisi edellyttänyt huomattavasti monimutkaisempaa aineistonkeruun asetelmaa (ks. Raitasalo & Holmila, 2012).

Aineisto on kerätty THL:n, Kelan ja Tilastokeskuksen ylläpitämistä rekistereistä.

Aineiston keruu aloitettiin syntyneiden lasten rekisteristä, josta poimittiin vuonna 1997

syntyneiden lasten ja heidän biologisten äitiensä henkilötunnukset. Niiden avulla aineistoon liitettiin muita rekisteritietoja vuosilta 1993–2004: äideistä tietoja sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteristä (THL), toimeentulotukirekisteristä (THL), Etuusrekisteristä (Kela), Tilastokeskuksen kuolemansyy- ja koulutusrekistereistä sekä epämuodostumarekisteristä. Lapsista tietoja saatiin terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteristä sekä lastensuojelurekisteristä. Rekisterin ylläpidosta vastaavat henkilöt THL:ssa suorittivat tietojen yhdistämisen henkilötunnisteen avulla, eikä tutkijoille annettu aineisto enää sisällä henkilötunnuksia.

Aineisto nojaa terveydenhuollon ammattilaisten tekemiin diagnooseihin ja hoito- tai sosiaalityön kontakteista tehtyihin rekisterimerkintöihin. Lapsille annetut diagnoosit oli laskettu koko seuranta-ajalta. Äideille diagnoosit oli annettu vuosina 1993–2004 (alkaen neljä vuotta ennen lapsen syntymää), sillä päihdeongelmat ovat voineet alkaa jo ennen raskaaksi tuloa.

3.2 Aineiston muuttujien kuvailu ja mielenterveyden häiriöiden etiologiaa

Tiivistetyksi selittäviä muuttujia tutkimuksessani ovat äidin päihdeongelma käsittäen sekä huumeet että alkoholin, äidin psykiatrinen diagnoosi, äidin parisuhteessa olo lapsen syntymähetkellä, perheen köyhyys mitattuna perheen pitkäaikaisen toimeentulotuen saamisella, äidin koulutustaso sekä äidin ikä. Selitettävänä muuttujina ovat lapsen psyykkisen kehityksen häiriöt, käytös- ja tunne-elämän häiriöt sekä ahdistuneisuus ja masennus määriteltynä ICD-10-diagnoosein. Muuttujat on kerätty eri rekistereistä ja ne on tätä tutkimusta varten yhdistetty yhdeksi aineistoksi. Analyysimenetelminä käytän logistista regressioanalyysia, ristiintaulukointia sekä χ^2 -testiä.

3.2.1 Äitiin liittyvät selittävät muuttujat

Päihdeongelmaiseksi määriteltiin tässä aineistossa äidit, joilla oli vuosina 1993–2004 terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisterissä jokin päihteiden ongelmakäyttöön liittyvä diagnoosi (alkoholin aiheuttamat päihtymystilat, riippuvuus ja elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymishäiriöt F10; Huumeiden aiheuttamat päihtymystilat, riippuvuus ja elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymishäiriöt F11-F16, F18-F19), tai jotka olivat tulleet sairaalahoitoon päihdehuollon laitoksesta tai lähetetty sellaiseen jatkohoitoa varten, tai jotka olivat olleet sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisterin mukaan hoidossa päihdehuollon laitoksessa. Lisäksi määritelmän täyttymiseen riitti, jos äiti oli ostanut alkoholi- tai huumeriippuvuuden hoitoon tarkoitettuja reseptilääkkeitä (ATC: N07BB, N07BC); jos äidin lapsella oli raskaudenaikaiseen alkoholi- tai huumealtistukseen liittyvä diagnoosi; jos äiti oli kuollut seuranta-aikana ja jos kuolemansyyrekisterissä tällä oli alkoholi- tai huumediatagnoosi.

Päihdeongelmaa tarkastellaan yhdistettynä muuttujana, koska tässä työssä ei ole kiinnostuttu vanhemman tietynlaisen päihdeongelman aiheuttamista riskeistä lapsille, vaan yleisesti päihdeongelman vaikutuksesta lapseen. Päihdeongelmaa tarkasteltiin lapsen seitsemänteen ikävuoteen saakka, koska kiintymyssuhdeteorian valossa äidin päihdeongelmasta seuraa vakavimpia seuraamuksia juuri pienille lapsille (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008).

Psykiatrinen diagnoosi äideillä määriteltiin siten, että diagnoosin sai, jos äidillä oli mikä tahansa ICD-10-luokituksen mielenterveyden häiriön diagnoosi tai hoitomerkinä sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisterissä liittyen skitsoaffektiivisiin häiriöihin (F20–29), mieliala- ja affektiivisiin häiriöihin (F30–39), neuroosipohjaisiin häiriöihin (F40–48) ja persoonallisuuden häiriöihin (F60–69). Lisäksi tähän luokkaan kuuluivat äidit, jotka olivat oikeutettuja Kela-korvaukseen vakavista psyykkisistä häiriöistä. Korkeampi korvausluokka pohjautuu lääkärin määritelmään ja on indikaattori kroonisesta sairaudesta. Psykiatriset häiriöt, kuten muutkin selittävät muuttujat, laskettiin jatkuen lapsen 12. ikävuoteen saakka mitattuina, koska ne on teoreettisesti perustellumpaa katsoa koko mittausajankohdan osalta: on muun muassa

tutkittu, että masentuneen äidin lapsi oli kaksi kertaa useammin masentunut kymmenenteen ikävuoteen mennessä kuin ei-masentuneen äidin lapsi (Hammen & Brennan, 2003).

Sosioekonomista statusta kuvaavat muuttujat ovat köyhyys mitattuna perheen pitkäaikaisen toimeentulotuen saamisena (toimeentulotuen saamista käytettiin köyhyyden indikaattorina, dikotominen muuttuja), parisuhteen olemassaolo lapsen syntymähetkellä (dikotominen muuttuja), äidin koulutustaso mitattuna kolmiluokkaisena sekä äidin ikä mitattuna kolmiluokkaisena (äidit 14–20-v. ja 40–49-v.; vertailuryhmänä äidit 21–39-v.). Iän jakamisessa kolmeen luokkaan taustalla oli, että varhainen äidiksi tuleminen lisää riskiä lapsen kehityksen häiriöille (Olausson ym., 1999), ja toisaalta yli 40-vuotiailla äideillä on muita raskauteen ja synnytykseen liittyviä riskejä (Sainio ym., 2010).

Äidin koulutus muokattiin alkuperäisen yhdeksänluokkaisen (0=esiaste, 1=alempi perusaste, 2=ylempi perusaste, 3=keskiaste, 4=alin korkea-aste, 5=alempi korkeakouluaste, 6=ylempi korkeakouluaste, 7=tutkijakouluaste, 8=koulutusaste tuntematon) muuttujan pohjalta kolmiluokkaiseksi (perusaste [luokat 0, 1, 2], keskiaste [luokat 3, 4], korkeakoulutus [luokat 5,6,7]).

Koulutusastejaottelu noudattaa koulujärjestelmän rakennetta, jossa koulutus etenee alemmilta koulutuksen asteilta ylemmille. Mitä pidemmästä koulutuksesta on kysymys, sitä korkeampi on koulutusaste. Koulutusaste määräytyy ensisijaisesti tutkinnon tavoitetason mukaan. Tavoitetaso pohjautuu muun muassa virallisiin opetussuunnitelmiin, ohjeellisiin koulutuspituuksiin, pohjakoulutusvaatimukseen ja jatko-opintokelpoisuuksiin. (Tilastokeskus, koulutusluokkien kuvaus, 2014.)

3.2.2 Lapseen liittyvät selitettävät muuttujat sekä mielenterveyden häiriöiden diagnostiikkaa

Moilasan (2004a, 201) mukaan lasten ja nuorten tavallisimmat mielenterveyden häiriöt voidaan laajasti ottaen jakaa tunne-elämän häiriöihin ja käytöshäiriöihin. Lasten ja nuorten oma pääluokka verrattuna aikuisille kohdistettuun diagnoosiluokkaan on perusteltua ensinnäkin siksi, että psyykkiset oireet muuttuvat lapsuudesta aikuisuuteen, toiseksi sen vuoksi, että mentaaliset mekanismit häiriöihin liittyen ovat erilaiset lapsuudessa ja nuoruudessa ja kolmanneksi, koska lapsuuden ja nuoruuden häiriöt eivät usein ole yhtä spesifisti määriteltävissä olevia kuin aikuisten (Moilanen, 2004a, 204).

Lasten psyykkisen kehityksen häiriöitä kuvaavat diagnoosit (F80–F89) sisältävät muun muassa puheen ja kielen, oppimiskyvyn, motoriikan ja sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriöitä ja poikkeavuuksia. Tämän ryhmän häiriöille on yhteistä lapsuuteen sijoittuva alku ja keskushermoston biologiseen kypsymiseen liittyvät kehityksen estymät tai viivästymät (Lyytinen, 2004, 249–260). Toisaalta oppimisvaikeuksiin usein liittyvät tarkkaavuuden häiriöt ovat eri diagnoosiluokassa (luokassa F90–98).

Vaikka kielihäiriöiden juuret nähdään nykyisin yhä selvemmin esikielellisessä vuorovaikutuksessa, niin varsinaisten kielihäiriöiden diagnosointi tapahtuu usein vasta suhteellisen myöhään (mts. 258). Pitää ottaa huomioon, että tässä diagnostiikkaluokassa olevat autismit kirjjon häiriöt (F84) ovat hyvin erityyppisiä kuin oppimisen häiriöt siksi, että ne vaikuttavat lapsen koko toimintakykyyn ja ovat mahdollisesti koko elämän kestäviä (Linna, 2004, 289). Autismia ja muita laaja-alaisen kehityshäiriöiden näkökulmasta tulisi Tammisen (2004, 195) mukaan muistaa, että niissä esiintyy vielä pitkälti selvittämättömiä epäspesifisiä biologisia tai neurofysiologisia häiriöitä, joita varhainen vuorovaikutus tai läheisimmät ihmissuhteet voivat joko korjata, lievittää tai pahentaa.

Lapsen oppimisen häiriöitä (F8.1) tarkasteltiin alustavasti selitettävänä muuttujana koko diagnoosiluokan (F80–89) sijaan. Tapauksia oli kuitenkin hyvin vähän

päihdeongelmaisten äitien ryhmässä (n. 2,8 % koko ikäluokasta). Tulokset olivat samansuuntaisia kuin päädiagnoosiluokassa psyykkisen kehityksen häiriöt (F80–89), eivätkä nämä tulokset olleet yhtä monen selittävän muuttujan kohdalla tilastollisesti merkitseviä kuin koko diagnoosiluokassa. Näistä syistä johtuen päädyin tässä tutkimuksessa tarkastelemaan häiriöitä vain laajemmassa diagnoosien luokassa.

Käytös- ja tunne-elämän häiriöitä kuvaamaan käytettiin diagnooseja F90–F98, jotka sisältävät muun muassa hyperkineettisiä häiriöitä (esimerkiksi aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön eli ADHD:n), käytöshäiriöt, jotka ilmenevät toistuvana asosiaalisuutena, aggressiivisuutena tai uhmakkuutena sekä lapsuudessa alkavat tunne-elämän häiriöt ja nykimishäiriöt (ks. ICD-10-luokitus). Vaikka myös ahdistuneisuus ja masennus voidaan diagnostiikan valossa nähdä tunne-elämän häiriöinä, tässä työssä käytän tunne-elämän häiriöt -termiä viittaamaan diagnoosiluokkaan F90-98, mutta masennuksesta ja ahdistuksesta omia diagnoosiluokkia.

Moilanen (2004b, 265) toteaa, että käytöshäiriöitä luonnehtii toistuva ja pysyvä malli käyttäytyä epäsosiaalisesti, aggressiivisesti tai muutoin poikkeavasti. Yksittäiset epäsosiaaliset toimet eivät kuitenkaan riitä diagnoosiin, joka sisältää pysyvän käytösmallin. Joissain tapauksissa diagnoosina saattaa olla myös epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö. Käytöshäiriöt erottuvat emotionaalisista häiriöistä diagnostisessa mielessä helposti, mutta hyperaktiivisuudesta vaikeammin, ja näissä on päällekkäisyyttä. Käytöshäiriöt ovat tutkijan mukaan yleisempiä pojilla kuin tytöillä. (Mt.)

Vakavasti käytöshäiriöiset lapset ilman hoitoa jäädessään ovat todennäköisesti aikuisuudessa joko psyykkisesti häiriintyneitä tai rikollisuuteen taipuvaisia. Käytöshäiriön kehitys riippuu paljon muun muassa perheen pysyväisyydestä sekä perhettä kuormittavista muista tekijöistä. (Heinälä, 2004, 274.)

Masennusta ja ahdistuneisuutta kuvaavat diagnoosiluokat F30–39 ja F40–48. Nämä mielenterveyden häiriöt ovat yleisimpiä häiriöitä lapsilla psyykkisen kehityksen ja

tunne-elämän häiriöiden jälkeen. Ahdistuneisuutta ja masennusta on käsitelty tässä tutkimuksessa yhdistettynä muuttujana sen vuoksi, että ne esiintyvät usein yhdessä, eikä niitä siten tässäkään tutkimuksessa ole ollut mielekästä erottaa (Kumpulainen, 2004). Masennuksessa on Räsänen (2004, 220) mukaan kyse psykobiologisesta perustunnereaktiosta, jossa henkilö kärsii mielialan laskusta eikä tunne mielenkiintoa asioita kohtaan. Lapsilla esiintyvä masennus tulee esiin usein niin, että lapsen mielialat vaihtelevat, tapahtuu taantumista opituissa taidoissa, lapsi saa somaattisia oireita sekä tämän kouluasuoritukset saattavat heiketä (mts., 220). Räsänen (2004, 223) toteaaakin sosiaalisten tekijöiden lisäksi perheessä esiintyvien sairauksien ja erityisesti äidin masennuksen altistavan lapsia masennukselle. Masennuksen kategoria sisältää myös kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnoosin, jossa tyypillistä ovat nopeat vaihtelut depressiivisen ja maanisen vaiheen kesken ja joka ilmenee yleensä ensin vakavan masennuksen taudinkuvan kaltaisesti (mts. 226).

Ahdistuneisuuden diagnoosiryhmään sisältyy muun muassa yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, kohdistunut ahdistus tai pelko sekä pakkohäiriö (lapsilla harvinaisia) (Moilanen, 2004a, 201–211). Kumpulaisen (2004, 135) mukaan lapsuuden masennusta edeltää usein ahdistuneisuushäiriö. Esimerkiksi ahdistuneisuushäiriön samanaikainen esiintyvyys vakavan masennuksen kanssa saman vuoden aikana on 51 % ja koko elämänaikainen komorbiditeetti jopa 58 % (Kessler ym., 1996).

Lapsuuden diagnostiikan suhteen voidaan Kumpulaisen (2004, 130–135) mukaan sanoa, että häiriöiden pysyvyyden ja jatkuvuuden kannalta merkittävää on monien eri oireiden esiintyminen, oireilun pitkäaikaisuus sekä psyykkisen häiriön ilmeneminen monissa eri yhteyksissä. Usean häiriön samanaikainen esiintyminen viittaa usein myös niiden pysyvyyteen. Lisäksi osa aikuisuudessa ilmenevistä psyykkisistä häiriöistä näyttää alkavan jo lapsuudessa tai nuoruudessa. (Mts.) Häiriöiden samanaikaisuus on Tammisen (2004a, 139) mukaan yleistä juuri lapsilla.

Diagnostiikassa on Tammisen (2004) mukaan lisäksi otettava huomioon, että lapsen kanssa ilmenevien ongelmien, lapsen kehitystason sekä tämän mielenterveydellisen tilan tutkiminen ja arvioiminen ei pitäisi olla vain ammatillis-kognitiivinen tehtävä, vaan

sen tulisi olla vanhempien kanssa jaettu yhteistyöprosessi, jonka tavoitteena on parempi ymmärrys lasta ja tilannetta kohtaan. Tärkeää on varhaisen vuorovaikutuksen keskeinen osuus sekä diagnostisessa arvioinnissa että hoidossa. (Tamminen, 2004b, 198–199.)

3.2.3 Fetaalialkoholisyndrooman huomioiminen

Koposen (2006) mukaan alkoholille tai huumeille jo sikiöaikana altistuneilla lapsilla on muita lapsia enemmän kognitiivisen kehityksen ja sosiaalisen vuorovaikutuksen ongelmia. Jo pitkään on tiedetty, että alkoholin käyttö raskauden aikana voi aiheuttaa pysyvää vauriota sikiölle, esimerkiksi aivojen kehityksen suhteen tai hidastaa lapsen kasvua (Memo ym., 2013). Vastasyntyneille voi kehittyä laajalti fyysisiä, kognitiivisia ja käyttäytymiseen liittyviä häiriöitä, jotka tunnetaan raskaudenaikaisen alkoholinkäytön häiriöinä (FASD). Niiden vakavin muoto on fetaalialkoholisyndrooma (FAS) pitäen sisällään myös morfologiset muutokset. (Memo ym., 2013; Fagerlund ym., 2012.) Fetaalialkoholisyndrooman tunnusmerkkejä ovat lapsen pienikokoisuus, kasvojen alueen kehityshäiriöt sekä henkinen jälkeenjääneisyys (Heinälä, 2004, 277).

Äidin päihdeongelmalla, erityisesti sikiöaltistuksessa, lienee yhteys lapsen käytös- ja tunne-elämän häiriöihin (Landgraf ym., 2013). Landgrafin ym. (2013) meta-analyysin mukaan pienillä lapsilla fetaalialkoholisyndroomaan liittyviä käyttäytymisen häiriöitä ei välttämättä tule ilmi, vaan ne tulevat useimmiten esiin vasta murrosiässä. Lapset, joilla on fetaalialkoholisyndrooma, ovat usein haastavassa tilanteessa: he joutuvat usein elämään alkoholiongelmallisissa perheissä sen lisäksi, että heillä on usein vakavia kognitiivisia ja tunne-elämän häiriöitä (Fagerlund ym., 2012).

Ongelma fetaalialkoholisyndrooman yhteydessä edelleen on, että vain harvat tapaukset tunnistetaan, ja se on todennäköisesti hyvin alidiagnosoitu oireyhtymä (Hansen ym., 2014). Uusia diagnosointimenetelmiä on kehitetty ja kehitetään paraikaa lisää, kuten magneettikuvantamismenetelmiä sekä FAS:n tyypillisten kasvopiirteiden lasertunnistamista (Memo ym., 2013). Omassa tutkimuksessani FAS-tapauksia esiintyi

vain muutama kymmenen, joten FAS-diagnosoitujen lasten osuus kaikista diagnoosin saaneista lapsista oli hyvin pieni eikä vaikuttanut analyysien perusteella tuloksiin. Alidiagnoisoinnin mahdollisuutta ei voida sulkea pois.

Memo ym. (2013) mukaan fetaalialkoholisyndroomaan liittyvien kliinisten piirteiden tunnistaminen ja diagnosoiminen ei ole helppoa, koska diagnoosin antamiseksi pitäisi ensin varmistaa, että merkittävää sikiöaikaista alkoholinkäyttöä on tapahtunut. Kuitenkin äitien haastattelemisen tai kyselytutkimukset eivät välttämättä tuota luotettavia tuloksia, sillä alkoholinkäyttöä aliraportoidaan, tai se kokonaan kielletään muun muassa raskaudenaikaiseen alkoholinkäyttöön liittyvän stigman pelossa (ks. Memo ym., 2013).

3.3 Tutkimusetiikasta rekisteripohjaisessa tutkimuksessa

Tutkittavista on aineistonkeruuvaiheessa häivytetty henkilötunnus, jolloin tutkimuksessa jokaista äitiä ja lasta vastaa tutkimuksessa vain järjestysluku. Aineistonkeruussa on noudatettu henkilötietolain säädöksiä ja aineistoa käsitellään luottamuksellisesti. Aineisto on käsitelty huolellisesti ja tulosten analysointi on tehty luottamuksellisesti.

Päihtheisiin liittyvässä tutkimuksessa tulokset ovat mahdollisesti herkkiä poliittis-ideologisille johtopäätöksille. Siksi pitää olla tarkkana, millaisia johtopäätöksiä tämäntyyppisestä tutkimuksesta voi vetää, vaikka toisaalta tämän tutkimuksen yhteydessä riski tulosten väärinkäytölle ei vaikuta kovin todennäköiseltä.

Yhtenä vaarana tämäntyyppisessä tutkimuksessa voi kuitenkin olla myös tutkimuskohteen tahaton leimaaminen tai stereotyyppien vahvistaminen (ks. esim. Itäpuisto, 2005). Siksi esimerkiksi tässä tutkimuksessa käytän mieluummin termiä 'päihdeongelmainen äiti' kuin "päihdeäiti", sillä jälkimmäinen termi latautuu lukijan mielessä helposti erilaisilla, mediauutisoinnin muovaamilla leimaavilla mielikuvilla.

3.4 Menetelmät

Lapsen diagnoosien sekä äidin päihdeongelman, äidin psykiatrisen diagnoosin ja sosiodemografisten tekijöiden (pitkäaikaisen toimeentulotuen saanti, äidin koulutus, äidin ikä, äidin parisuhde) yhteyttä selvittääkseni tein logistiset regressioanalyysit siten, että selitettävänä muuttujina olivat lapsille annetut diagnoosit. Selittävinä muuttujina olivat edellä mainitut, äitiin liittyvät muuttujat.

Logistinen regressioanalyysi on menetelmä, joka mallintaa kaksiluokkaisten muuttujien todennäköisyyksiä lineaarisen regression keinoin muuntamalla muuttujien todennäköisyydet muotoon, joita voidaan käsitellä lineaariseen tapaan. Logistinen regressio on käytännössä lineaarisen regression ei-lineaarinen muunnos. (Field, 2009.)

Riskin käsite (*odds ratio* eli ristitulosuhte, jatkossa OR) osoittaa kutakin muuttujaa vastaavan riskin muutoksen: jos yksittäisen havainnon jonkin muuttujan arvo muuttuu yhdellä yksiköllä, niin kyseisen havainnon uusi riski saadaan kertomalla alkuperäinen riski vastaavalla odds ratio -kertoimella. Jokainen yhden yksikön lisäys kyseistä havaintoa kasvattaa sen todennäköisyyttä OR-kertoimen verran, mikä voidaan tulkita myös prosentteina. (Field, 2009, 270–271.) Ristitulosuhte muodostuu tapahtumien 0 (ilmiö tapahtuu, P) ja 1 (ei tapahdu, 1-P) todennäköisyyksien osamäärästä.

Logistisen regression kertoimen yhtälö:

$$OR = P / 1-P.$$

Selitettävänä muuttujana on riskisuhteen logaritmi eli logit:

$$\text{logit}(P) = \ln (P/(1-P)) = a + bx,$$

jossa a = vakiotekijä, b = regressiokerroin ja x = selittävän muuttujan arvo.

Regressioanalyysin etu on, että sen avulla voidaan tutkia yhtä aikaa monen selittävän muuttujan vaikutusta selitettävään. Tällöin tuloksista voidaan päätellä yksittäisen selittävän muuttujan osuus, kun muiden muuttujien vaikutus selitettävään muuttujaan

on huomioitu (Peng ym., 2002). Muuttujan ensimmäinen luokka muodostaa aina referenssikategorian eli vertailuryhmän, johon muiden ryhmien arvoja verrataan.

Muuttujat on lisätty logistisen regression malleihin yksitellen, ja viimeisessä mallissa ovat mukana kaikki analyysiin mukaan otettavien selittävien muuttujien vaikutukset. Merkitsevyytasot on valittu kuten ristiintaulukoiden Khi^2 -testissä, ja ne on esitetty tähdillä kunkin estimaatin kohdalla. Lisäksi taulukkoon on merkitty jokaisen estimaatin kohdalle 95 prosentin luottamusvälit.

Kuvailevat analyysit on tehty ristiintaulukoimalla sekä Khi^2 -testin avulla.

3.5 Kuvailevia tunnuslukuja

Taulukossa 1 on kaikkien äitiin liittyvien muuttujien prosenttiosuudet koko väestöstä. Päihdeongelmaisia äitejä oli rekisterimerkintöjen perusteella (luokiteltuna alkoholi, huumeet ja sekakäyttö yhteen) 1,6 prosenttia koko väestöstä, joista alkoholiongelma oli 1 %:lla, huumeongelma 0,3 %:lla ja sekakäyttöongelma 0,2 %:lla. Kaikista tutkimuksessa mukana olleista äideistä psykiatrinen diagnoosi oli 4 %:lla. Pitkäaikaista toimeentulotukea oli saanut 13 % äideistä, ja parisuhteessa oli lapsen syntymähetkellä 89 %. Vain peruskoulun oli käynyt 11 % äideistä, 67 %:lla oli keskiasteen koulutus ja 22 %:lla korkea-asteen koulutus. Äideistä 5 % oli 14–20-vuotiaita, 92 % oli 21–39-vuotiaita ja 3 % 40–49-vuotiaita.

Taulukosta 2 nähdään, että psyykkisen kehityksen häiriöihin liittyviä diagnooseja oli 6 %:lla kaikista lapsista, lapsuus- tai nuoruusiässä alkavia käytös- ja tunnehäiriöihin liittyviä diagnooseja 6 %:lla, mieliala- ja affektiivisiä häiriöitä 1 %:lla ja neuroottisia, stressiin liittyviä ja somatoformisia häiriöitä 1 %:lla.

Taulukko 1. Äidin sosiaalista statusta ja elämäntapahtumia kuvaavien rekisterimerkintöjen esiintyvyys (%) lapsen kahdenteentoista syntymäpäivään asti (%) (N = 58056).

Rekisterimerkintä	% (n)
Äidin psykiatrinen diagnoosi (ICD-10: F2, F3, F4, F6)	4 (2496)
Äidin päihdeongelma ¹	1,6 (925)
Äidin alkoholiongelma	1,0 (563)
Äidin huumeongelma	0,3 (165)
Äidin sekakäyttöongelma	0,2 (127)
Äidin pitkäaikaisen toimeentulotuen saaminen	13 (7607)
Äiti parisuhteessa lapsen syntymähetkellä	89 (51656)
Äidin koulutus	
Vain peruskoulu	11 (6566)
Keskiaste	67 (38682)
Korkea-aste	22 (12808)
Äidin ikä	
14–20-v.	5 (2687)
21–39-v.	92 (53623)
40–49-v.	3 (1746)

¹sisältää alkoholi-, huume- ja sekakäyttöongelman

Taulukko 2. Lasten diagnoosien yleisyys (N = 59000).

Diagnoosiryhmä	% (n)
Psykkisen kehityksen häiriöt (F80-89)	5,9 (3505)
Käytös- ja tunne-elämän häiriöt (F90-98)	5,8 (3395)
Mielialahäiriöt ja affektiiviset häiriöt (F30-39)	1,2 (704)
Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt (F40-48)	1,1 (621)

3.5.1 Lasten diagnoosien kumulatiivisuus

Lapsen mielenterveysongelmiin liittyvien diagnoosien kohdalla tutkin niiden päällekkäisyyttä toisiinsa nähden (ks. taulukot 3 ja 4).

Taulukko 3. Lapsen F90–98, F30–39 ja F40–48 -diagnoosit lapsen psyykkisen kehityksen häiriöiden (F80–89) mukaan (N = 59000).

Lapsen eri psyykkisten häiriöiden diagnoosiluokat	Psyykkisen kehityksen häiriöt (F80–89)		p-arvo (khi ² , df)
	kyllä % (n)	ei % (n)	
Tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt (F90–98)	29,6 (1037)	4,2 (2358)	< .0001 (3903, 1)
Kaikki	100 (3505)	100 (55495)	
Mielialahäiriöt (affektiiviset häiriöt, F30–39) / Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt (F40–48)	7,7 (269)	1,7 (917)	< .0001 (607, 1)
Kaikki	100 (3505)	100 (55495)	

Taulukko 4. Lapsen F80–89, F30–39 ja F40–48 -diagnoosit lapsen käytös- ja tunne-elämän häiriöiden (F90–98) mukaan (N = 59000).

Lapsen eri psyykkisten häiriöiden diagnoosiluokat	Käytös- ja tunne-elämän häiriöt (F90–98)		p-arvo (khi ² , df)
	kyllä % (n)	ei % (n)	
Lapsen psyykkisen kehityksen häiriöt (F80–89)	30,5 (1037)	4,4 (2468)	< .0001 (3903, 1)
Kaikki	100 (3505)	100 (55495)	
Mielialahäiriöt (affektiiviset häiriöt, F30–39) / Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt (F40–48)	15,6 (528)	1,2 (658)	< .0001 (3354, 1)
Kaikki	100 (3505)	100 (55495)	

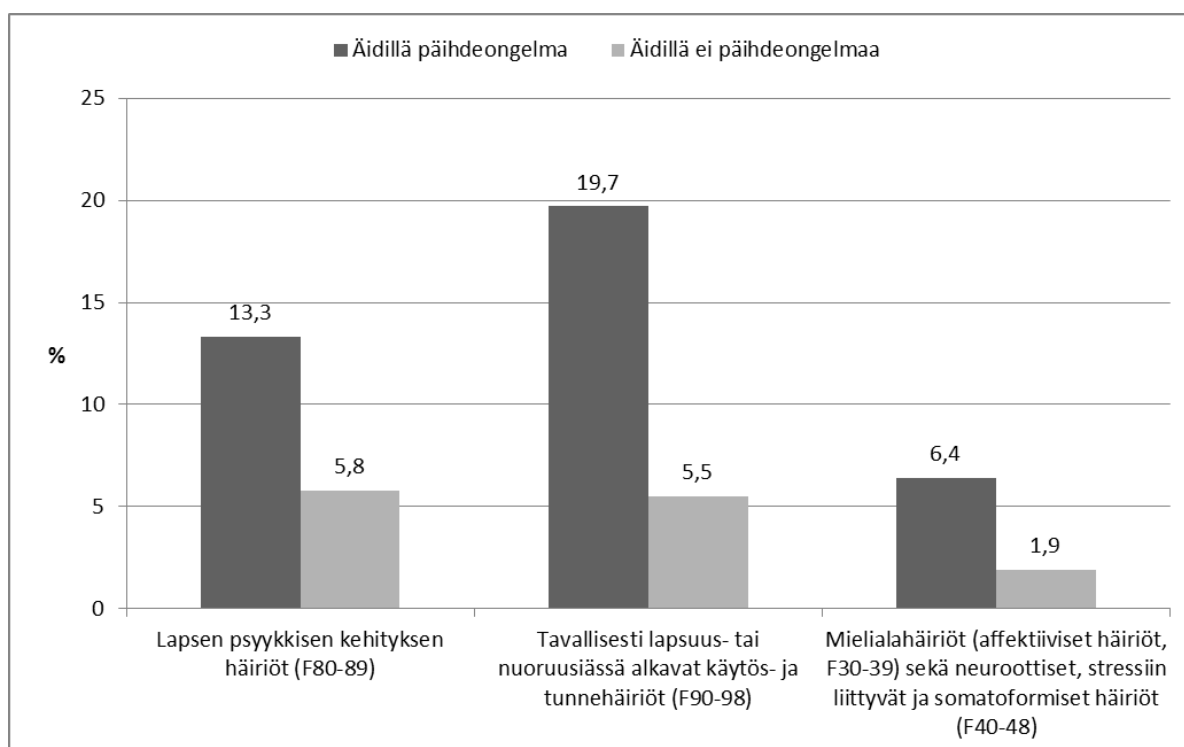
Taulukoista 3 ja 4 nähdään, että niistä lapsista, joilla oli käytös ja tunne-elämän häiriö, noin 30 %:lla oli myös psyykkisen kehityksen häiriö ja 16 %:lla masennusta (mielialahäiriöt) tai ahdistuneisuutta (neuroottiset ja stressiin liittyvät häiriöt). Psyykkisen kehityksen häiriöiden diagnoosin tapauksessa 8 %:lla oli masennusta tai ahdistuneisuutta.

4 TULOKSET

Tulokset esitetään seuraavaksi ryhmiteltyinä aineistolle suoritettujen analyysien mukaan. Ensin esittelen lasten diagnoosien esiintyvyydet suhteessa äidin päihdeongelmaan sekä psykiatriseen diagnoosiin. Toiseksi esittelen ristiintaulukoinnit äidin päihdeongelman esiintyvyydestä suhteessa muihin selittäviin muuttujiin. Tämän jälkeen kuvaan keskeisimmät opinnäytetyöni analyysit ja tulokset, hierarkkiset logistiset regressiomallit lapsen psyykkisen kehityksen häiriöille (F80–89), käytös- ja tunne-elämän häiriöille (F90–98) sekä mieliala- ja neuroottisille häiriöille (F30–38 ja F40–48).

4.1 Lasten diagnoosien esiintyvyys äidin päihdeongelman ja psykiatrisen diagnoosin suhteen

Selitettävien muuttujien eli lasten saamien diagnoosien ristiintaulukointi äidin päihdeongelman mukaan on esitetty kuviossa 2. Kaikkien muuttujien kohdalla prosenttiosuuksien erot olivat tilastollisesti erittäin merkitseviä ($p < .0001$). Päihdeongelmadiagnoosin saaneiden äitien lapsilla 20 %:lla esiintyi käytös ja tunne-elämän häiriöitä, kun ilman diagnoosia olevien äitien lapsista vain 6 % oli saanut tämän diagnoosin. Psyykkisen kehityksen häiriöihin kuuluvia diagnooseja oli 13 %:lla lapsista, kun äidillä oli päihteiden ongelmakäyttöä. Vertailuryhmän lapsista tämän ryhmän diagnooseja oli 6 %:lla. Masennusta ja ahdistuneisuutta yhdessä oli 6 %:lla niistä lapsista, joiden äidillä oli päihteiden ongelmakäyttöä. Vertailuryhmässä vastaava osuus oli 2 %.



Khi²-testistä:

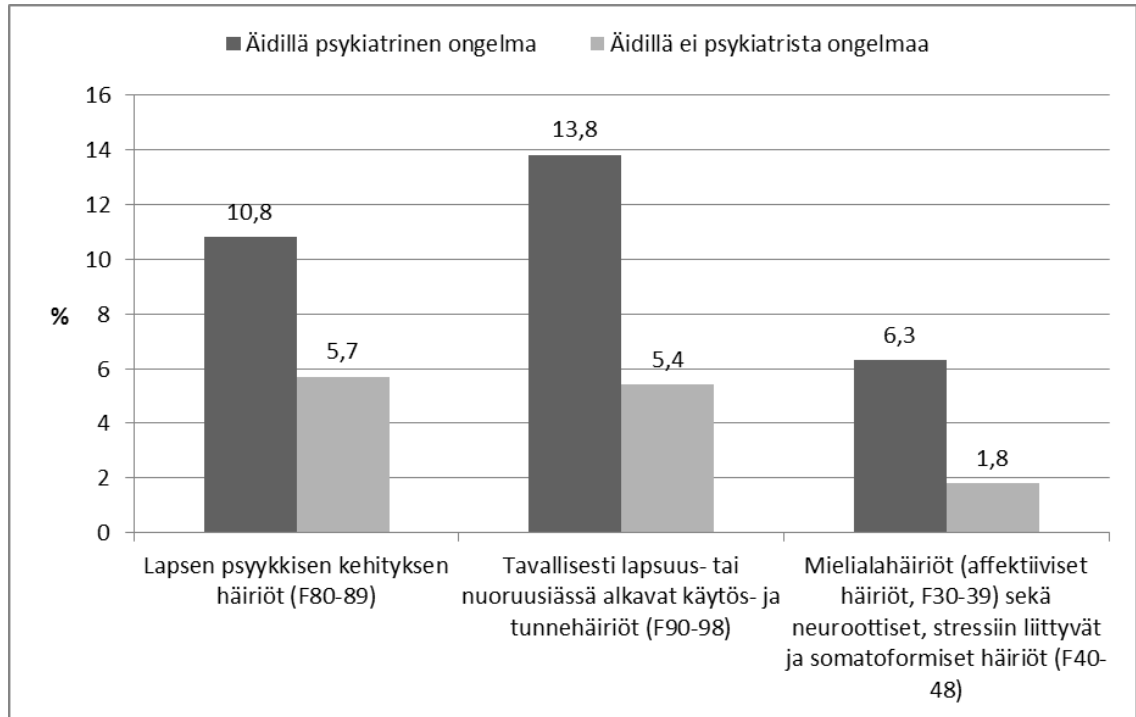
Khi² (1, N=59000) = 91,14, p < .0001 (F80–89)

Khi² (1, N=59000) = 339,70, p < .0001 (F90–98)

Khi² (1, N=59000) = 93,68, p < .0001 (F30–39/F40–48)

Kuvio 2. Lapsen eri diagnoosien prosenttiosuudet äidin päihdeongelman eri luokissa (N=59000).

Selitettävien muuttujien eli lasten saamien diagnoosien ristiintaulukointi äidin psykiatrisen ongelman mukaan on taas esitetty kuviossa 3. Kaikkien muuttujien kohdalla prosenttiosuuksien erot olivat tilastollisesti erittäin merkitseviä (p < .0001). Psykiatrisen häiriön diagnoosin saaneiden äitien lapsista 14 %:lla esiintyi käytös- ja tunne-elämän häiriöitä, kun ilman diagnoosia olevien äitien lapsista vain 5 % oli saanut tämän diagnoosin. Psyykkisen kehityksen häiriöihin kuuluvia diagnooseja oli 11 %:lla lapsista, kun äidillä oli psykiatrinen ongelma. Vertailuryhmän lapsista tämän ryhmän diagnooseja oli 6 %:lla. Masennusta ja ahdistuneisuutta yhdessä oli 6 %:lla niistä lapsista, joiden äidillä oli psykiatrinen ongelma. Vertailuryhmässä vastaava osuus oli 2 %.



Khi²- testistä:

Khi² (1, N=59000) = 112,94, p < .0001 (F80–89)

Khi² (1, N=59000) = 317,9, p < .0001 (F90–98)

Khi² (1, N=59000) = 249,56, p < .0001 (F30–39/F40–48)

Kuvio 3. Lapsen eri diagnoosien prosenttiosuudet äidin psykiatrisen ongelman eri luokissa (N=59000).

4.2 Äidin päihteiden käytön yhteys muihin rekisteröityihin elämäntapahtumiin

Taulukossa 5 on esitetty rekisteritiedoista löytyvien elämäntapahtumien esiintyvyys päihdeongelmaisten äitien ja ilman tätä merkintää olevien äitien ryhmässä. Aineisto sisältää 58056 äitiä, joten tilastollinen merkitsevyys syntyy kaikkien tarkasteltavien muuttujien välille.

Suurin prosenttiyksiköissä mitattava ero selittävällä muuttujalla päihteiden käytön eri luokissa oli äidin pitkäaikaisen toimeentulotuen saannissa, jossa päihdeongelmaisten äitien luokassa pitkäaikaista toimeentulotukea oli saanut 70 % äideistä, kun

vertailuryhmässä prosenttiosuus oli 12 %. Äidin psykiatrisen diagnoosin kohdalla vastaavat luvut olivat 46 % ja 4 %.

Päihdeongelmaisista äideistä 74 % oli parisuhteessa lapsen syntymähetkessä, kun taas vailla päihdemerkintää olevista 89 % oli parisuhteessa. Päihdeongelmaisista äideistä 39 %:lla oli käytynä vain peruskoulu, kun taas ei-päihdeongelmaisista vain peruskoulun oli käynyt 11 %. Edellisistä keskiasteen (lukio tai ammatillinen koulutus) koulutuksen oli suorittanut 55 % ja jälkimmäisistä 67 %. Päihdeongelmaisista äideistä korkeakoulutasoinen koulutus oli 6 %:lla ja ei-päihdeongelmaisista 22 %:lla.

Kohortin äitien keski-ikä oli 29,3 vuotta ja iän keskihajonta 5,3 vuotta.

Päihdeongelmaisista äideistä 10 % oli lapsen syntyessä 14–20-vuotiaita, 85 % oli 21–39-vuotiaita ja 5 % 40–49-vuotiaita. Ei-päihdeongelmaisista äideistä vastaavat luvut olivat 5 %, 92 % ja 3 %.

Taulukko 5. *Äidin sosiaalista statusta ja elämäntapahtumia kuvaavien rekisterimerkintöjen frekvenssit (%/n) äidin päihteiden käytön eri luokissa (N = 58056).*

Rekisterimerkintä	Äidin päihdeongelma		
	kyllä % (n=925)	ei % (n=57131)	p-arvo (χ^2 , df)
Äidin psykiatrisen diagnoosi (ICD-10: F2, F3, F4, F6)	46 (425)	4 (2071)	<.0001
Äidillä ei psykiatrista diagnoosia	54 (500)	96 (55060)	(3982, 1)
Pitkäaikainen toimeentulotuki	70 (645)	12 (6962)	<.0001
Ei pitkäaikaista toimeentulotukea	30 (280)	88 (50169)	(2678, 1)
Äiti oli parisuhteessa lapsen syntymähetkellä	74 (685)	89 (50971)	<.0001
Ei parisuhdetta	26 (240)	11 (6160)	(210, 1)
Äidin koulutus			
Vain peruskoulu	39 (360)	11 (6206)	
Keskiaste	55 (507)	67 (38175)	<.0001

	Korkea-aste	6 (58)	22 (12750)	(773, 2)
Äidin ikä				
	14–20-v.	10 (95)	5 (2592)	
	21–39-v.	85 (788)	92 (52835)	<.0001
	40–49-v.	5 (42)	3 (1704)	(81, 2)

4.3 Äidin päihdeongelman ja psykiatrisen diagnoosin yhteys lasten eri psykiatrisiin häiriöihin

Lapsen diagnoosien sekä äidin päihdeongelman, äidin psykiatrisen diagnoosin ja sosiodemografisten tekijöiden (pitkäaikaisen toimeentulotuen saanti, äidin koulutus, äidin ikä, äidin parisuhde) yhteyttä selvittääkseni tein logistiset regressioanalyysit siten, että selitettävänä muuttujina olivat lapsille annetut psykiatriset diagnoosit. Selittävinä muuttujina olivat siten edellä mainitut, äidin päihde- ja psykiatriseen ongelmaan ja sosiodemografisiin tekijöihin liittyvät muuttujat.

Äidin päihde- ja mielenterveyden ongelmat olivat keskeisimmät selittävät muuttujat tutkimuskysymyksen pohjalta, ja siksi ne olivat ensimmäisinä mallissa.

Toimeentulotuen saaminen taas oli keskeisin sosio-ekonomisen tason kontrolloiva selittävä tekijä teoriataustan pohjalta (Conger & Donellan, 2007). Koulutuksella on myös todettu olevan vahva rooli varsinkin ylisukupolvisten tekijöiden siirtymässä vanhemmilta lapsille; siksi se liitettiin toiseksi kontrolloivaksi muuttujaksi (Najman ym., 2004). Äidin parisuhteen puuttumisen ajateltiin myös vaikuttavan kielteisesti lapsen riskiin sairastua, mutta se ei ollut tulosten perusteella yhtä voimakas selittäjä kuin kaksi edellistä. Lopuksi tutkittiin äidin iän vaikutusta lapsen diagnooseihin muiden muuttujien ollessa vaikuttamassa; sen vaikutukset lapsen riskeihin olivat kuitenkin systemaattisesti vähäisimmät selittäivistä muuttujista.

4.3.1 Lapsen psyykkisen kehityksen häiriöt

Taulukossa 6 esitetään hierarkkinen logistinen regressiomalli sille, että lapsi saa psyykkisen kehityksen häiriöihin liittyvän diagnoosin. Luvut ovat suhteessa vertailuryhmään.

Vakioimattomina, taulukon 6 ensimmäisessä sarakkeessa, äidin päihdeongelma, äidin psykiatrinen ongelma sekä äidin köyhyys lisäsivät kukin muuttuja noin kaksinkertaiseksi lapsen riskiä psyykkisen kehityksen häiriöille. Äidin koulutuksen eri luokissa peruskoulua korkeamman koulutuksen puuttumisen riski oli tilastollisesti merkitsevä. Äidin parisuhteen puuttuminen lisäsi lapsen riskiä 1,3-kertaiseksi. Nuorimmassa äitien ikäryhmässä (14–20-vuotiaana lapsen saaneet) lapsen riski psyykkisen kehityksen häiriöille oli myös tilastollisesti merkitsevä.

Lapsen sukupuolen mukaan tarkasteltuna erot olivat vähäisiä ja pääasiassa molemmilla sukupuolilla samansuuntaisia. Interaktiotarkastelussa kuitenkin selvisi, että äidin pitkäaikaisen toimeentulotuen saamisen yhteydessä tytöillä oli tilastollisesti merkitsevästi 1.25-kertaa suurempi riski altistua psyykkisen kehityksen häiriöille kuin pojilla. Muut tarkastelut eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

Monen muuttujan hierarkkisessa tarkastelussa äidin päihdeongelma ja äidin psykiatrinen ongelma ennustivat itsenäisesti lapsen riskiä psyykkisen kehityksen häiriöille siten, että päihdeongelma lisäsi riskiä 2,5-kertaiseksi (OR = 2.47; 2.04–3.00) ja äidin psykiatrinen häiriö lähes kaksinkertaiseksi (OR = 1.77; 1.54–2.03). Kun muut vakioitavat tekijät lisättiin malliin, äidin päihde- ja psykiatrisen ongelman yhteys lapsen häiriön riskiin edelleen säilyi. Köyhyyden lisääminen malliin lisäsi lapsen riskiä noin kaksinkertaiseksi (OR = 2.09; 1.92–2.27). Koulutuksen luokissa peruskoulun käyneiden (OR = 1.68; 1.48–1.92) sekä keskiasteen suorittaneiden (OR = 1.39; 1.26–1.53) luokassa lapsen riski psyykkisen kehityksen häiriöille, joka molemmissa oli noin puolitoistakertainen, oli tilastollisesti merkitsevä, kun vertailuluokkana oli korkeakoulutuksen saaneet. Korkeampi koulutus siten pienensi lapsen riskiä häiriöille.

Äidin parisuhteen puuttuminen lapsen syntymähetkellä ja äidin ikä eivät olleet yhteydessä lapsen psyykkisen kehityksen häiriöihin.

Äidin köyhyys lisäsi siten eniten lapsen psyykkisen kehityksen häiriön riskiä.

Lopullisessa mallissa äidin psykiatrisen ongelman ja päihdeongelman interaktiolla ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta ($p > .05$) eikä sen lisääminen malliin parantanut mallin selitysosuutta, joten sitä ei otettu mukaan lopulliseen malliin.

Lopullisen mallin selitysosuus oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p < .0001$), ja se parani jokaisella askeleella malliin 3 asti. Malli 3 jää siis tässä tarkastelussa lopulliseksi malliksi.

Ensimmäiseen ja toiseen tutkimuskysymykseen voidaan vastata myöntävästi. Äidin päihdeongelma, äidin psykiatrisen ongelma, äidin köyhyys sekä korkeakoulutusta matalampi koulutustaso (peruskoulu tai keskiaste) lisäsivät kaikki tilastollisesti merkitsevästi lapsen riskiä psyykkisen kehityksen häiriöiden diagnosoimiseksi (F80–89). Oletusten vastaisesti äidin parisuhteen puuttumisella eikä myöskään äidin iällä ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta.

Taulukko 6. *Selitysmalli lapsen psyykkisen kehityksen häiriöille (diagnosiluokka F80–89), logistinen porrastettu regressiomalli. Ristitulosuhteet (OR) ja suluissa 95-% luottamusväli (N = 59000).*

Äidin sosiaalista statusta ja elämäntapahtumia kuvaavat rekisterimerkinnot	Taustamuuttujat vakioimattomina	Malli 1: äidin päihdeongelma + äidin psykiatrisen häiriö	Malli 2: 1 + köyhyys	Malli 3: 2 + äidin koulutus	Malli 4: 3 + äidin parisuhde	Malli 5: 4 + äidin ikä
Äidin päihdeongelma	Ei	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

	Kyllä	2.47*** (2.04-3.00)	1.90*** (1.55-2.33)	1.34** (1.09-1.66)	1.30* (1.05-1.6)	1.29* (1.05-1.59)	1.29* (1.05-1.59)
Äidin psykiatrinen diagnoosi (ICD-10: F2, F3, F4, F6)	Ei	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
	Kyllä	2.00*** (1.76-2.28)	1.77*** (1.54-2.03)	1.46*** (1.27-1.69)	1.44*** (1.25-1.66)	1.44*** (1.25-1.66)	1.44*** (1.25-1.66)
Köyhyys (pitkäaikainen toimeentulot uki)	Ei	1.00		1.00	1.00	1.00	1.00
	Kyllä	2.25*** (2.07-2.44)		2.09*** (1.92-2.27)	1.88*** (1.72-2.06)	1.87*** (1.70-2.04)	1.87*** (1.70-2.05)
Äidin koulutus	Korkea- aste	1.00			1.00	1.00	1.00
	Peruskoulu	1.69*** (1.54-1.85)			1.68*** (1.48-1.92)	1.68*** (1.47-1.91)	1.67*** (1.47-1.90)
	Keskiaste	1.05 (.97-1.13)			1.39*** (1.26-1.53)	1.38*** (1.26-1.53)	1.38*** (1.26-1.53)
Äidin parisuhde	Kyllä	1.00				1.00	1.00
	Ei	1.30*** (1.18-1.44)				1.08 (.97-1.19)	1.08 (.97-1.19)
Äidin ikä	21-39- vuotta	1.00				.	1.00
	14-20- vuotta	1.46*** (1.27-1.68)					1.01 (.87-1.17)
	40-49- vuotta	1.10 (.91-1.33)					1.10 (.91-1.34)

R^2 korj. = .006 askeleella 1 ($p < .0001$), R^2 korj. = .018 askeleella 2 ($p < .000$), R^2 korj. = .019 askeleella 3 ($p < .0001$), R^2 korj. = .021 askeleella 4 ($p = ns$), R^2 korj. = .021 askeleella 5 ($p = ns$).
 $p < .0001 = ***$, $p < .001 = **$, $p < .05 = *$

4.3.2 Lapsen käytös- ja tunne-elämän häiriöt

Taulukossa 7 esitetään hierarkkinen logistinen regressiomalli sille, että lapsi saa käytös- ja tunne-elämän häiriöihin liittyvän diagnoosin. Luvut ovat suhteessa vertailuryhmään.

Vakioimattomina, taulukon 7 ensimmäisessä sarakkeessa, äidin päihdeongelma lisäsi lapsen riskiä käytös- ja tunne-elämän häiriöille yli nelinkertaiseksi, äidin psykiatrinen ongelma lähes kolminkertaiseksi sekä äidin köyhyys lähes kolminkertaiseksi. Äidin koulutuksen suhteen vain peruskoulun käyminen lisäsi lapsen riskiä. Koulutuksen muut luokat eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Parisuhteen puuttuminen lapsen syntymähetkellä lisäsi lapsen riskiä käytös- ja tunne-elämän häiriöille noin kaksinkertaiseksi. Myös äidin nuori ikä (14–20-v.) lisäsi lapsen riskiä noin kaksinkertaiseksi käytös- ja tunne-elämän häiriöille. Muilla äidin ikäryhmillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta.

Lapsen sukupuolen mukaan tarkasteltuna erot olivat vähäisiä ja pääasiassa molemmilla sukupuolilla samansuuntaisia. Interaktion tulokset eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

Monen muuttujan hierarkkisessa tarkastelussa äidin päihdeongelma ja äidin psykiatrinen ongelma ennustivat itsenäisesti lapsen riskiä psyykkisen kehityksen häiriöille siten, että päihdeongelma lisäsi lapsen riskiä käytös- ja tunne-elämän häiriöille yli nelinkertaiseksi (OR = 4.19; 3.55–4.94) ja äidin psykiatrinen ongelma yli kaksinkertaiseksi (OR = 2.25; 1.98–2.56). Kun muut vakioitavat tekijät lisättiin malliin, äidin päihde- ja psykiatrisen ongelman yhteys lapsen häiriön riskiin edelleen säilyi. Äidin köyhyyden aiheuttama riski lapsen käytös- ja tunnehäiriöille oli yli kaksinkertainen (OR = 2.47; 2.27–2.68). Äidin koulutus oli tilastollisesti merkitsevä siten, että vain peruskoulun käyminen (OR = 1.21; 1.06–1.37) ja keskiasteen suorittaminen (OR = 1.12; 1.02–1.23) lisäsivät riskiä noin 1.10–1.20-kertaiseksi. Äidin

parisuhteen puuttuminen lisäsi lapsen riskiä käytös- ja tunnehäiriöille noin puolitoistakertaiseksi (OR = 1.44; 1.31–1.59). Äidin nuori ikä (OR = 1.16; 1.01–1.34) lisäsi hieman riskiä, kun taas äidin vanhaan ikäryhmään kuulumisella ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta.

Lopullisessa mallissa äidin köyhyys oli jälleen vahvin selittäjä lapsen riskille saada käytös- ja tunne-elämän häiriöihin liittyvä diagnoosi. Lopullisessa mallissa äidin psykiatrisen ongelman ja päihdeongelman interaktio ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p > .05$) eikä sen lisääminen parantanut mallin selitysosuutta, joten sitä ei otettu mukaan lopulliseen malliin.

Koko mallin selitysosuus oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p < .001$) ja se parani jokaisella askeleella malliin 4 asti. Malli 4 on siten lopullinen malli. Selitysosuus oli jokaisella askeleella tilastollisesti erittäin merkitsevä, paitsi kolmannessa mallissa selitysosuus oli tilastollisesti melkein merkitsevä.

Ensimmäiseen ja toiseen tutkimuskysymyksen voidaan vastata myöntävästi. Äidin päihdeongelma, äidin psykiatrisen ongelma, köyhyys, vain peruskoulun tai keskiasteen koulutuksen suorittaminen, parisuhteen puuttuminen, sekä äidin nuori ikä lisäsivät kaikki tilastollisesti merkitsevästi lapsen riskiä käytös- ja tunne-elämän häiriöille (F90–98). Oletusten vastaisesti vanhimmassa äitien ikäryhmässä riskisuhde ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

Taulukko 7. *Selitysmalli lapsen käytös- ja tunne-elämän häiriöille (diagnoosiluokka F90–98), logistinen porrastettu regressiomalli. Ristitulosuhteet (OR) ja suluissa 95-% luottamusväli (N = 59000).*

Äidin sosiaalista statusta ja elämäntapahtumia kuvaavat rekisterimerkinnät	Taustamuuttujat vakioimattomina	Malli 1: äidin päihdeongelma + äidin psykiatrisen häiriön	Malli 2: 1 + köyhyys	Malli 3: 2 + äidin koulutus	Malli 4: 3 + äidin parisuhde	Malli 5: 4 + äidin ikä
--	---------------------------------	---	----------------------	-----------------------------	------------------------------	------------------------

Äidin päihdeongelma	Ei	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
	Kyllä	4.19*** (3.55-4.94)	2.86*** (2.39-3.43)	1.89*** (1.57-2.27)	1.86*** (1.55-2.24)	1.82*** (1.51-2.20)	1.83*** (1.52-2.20)
Äidin psykiatrinen diagnoosi (ICD-10: F2, F3, F4, F6)	Ei	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
	Kyllä	2.82*** (2.50-3.17)	2.25*** (1.98-2.56)	1.80*** (1.57-2.05)	1.79*** (1.57-2.04)	1.78*** (1.56-2.03)	1.78*** (1.56-2.03)
Köyhyys (pitkäaikainen toimeentulotuki)	Ei	1.00		1.00	1.00	1.00	1.00
	Kyllä	2.86*** (2.64-3.09)		2.47*** (2.27-2.68)	2.37*** (2.17-2.59)	2.26*** (2.07-2.48)	2.22*** (2.03-2.44)
Äidin koulutus	Korkeaste	1.00			1.00	1.00	1.00
	Peruskoulu	1.65*** (1.51-1.82)			1.21** (1.06-1.37)	1.17* (1.03-1.33)	1.16* (1.02-1.32)
	Keskiaste	.96 (.89-1.03)			1.12* (1.02-1.23)	1.10* (1.00-1.21)	1.10* (1.00-1.21)
Äidin parisuhde	Kyllä	1.00				1.00	1.00
	Ei	1.80*** (1.65-1.98)				1.44*** (1.31-1.59)	1.43*** (1.30-1.58)
Äidin ikä	21-39-vuotta	1.00					1.00
	14-20-vuotta	1.84*** (1.61-2.10)					1.16* (1.01-1.34)
	40-49-	1.13 (.93-					

vuotta	1.36)	1.16 (.95- 1.41)
--------	-------	------------------------

R^2 korj. = .017 askeleella 1 ($p < .0001$), R^2 korj. = .035 askeleella 2 ($p < .0001$), R^2 korj. = .036 askeleella 3 ($p < .05$), R^2 korj. = .038 askeleella 4 ($p < .0001$), R^2 korj. = .034 askeleella 5 ($p = ns$).
 $p < .0001 = ***$, $p < .001 = **$, $p < .05 = *$

4.3.3 Lapsen masennus ja ahdistuneisuus yhdessä tarkasteltuna

Taulukossa 8 esitetään logistinen regressiomalli sille, että lapsella on joko mieliala- tai ahdistuneisuushäiriöön liittyvä diagnoosi. Luvut ovat suhteessa vertailuryhmään.

Vakioimattomina, taulukon 8 ensimmäisessä sarakkeessa, äidin päihdeongelma lisäsi lapsen riskiä mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöille noin kolme ja puolikertaiseksi, äidin psykiatrinen ongelma lähes nelinkertaiseksi ja äidin köyhyys noin 2,5-kertaiseksi. Äidin koulutuksen suhteen vain peruskoulun suorittaminen lisäsi lapsen riskiä noin 1,5-kertaiseksi. Äidin parisuhteen puuttuminen lapsen syntymähetkellä lisäsi lapsen riskiä mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöille myös noin puolitoistakertaiseksi. Äidin nuorimpaan ikäryhmään kuulumisen niin ikään lisäsi lapsen riskiä noin puolitoistakertaiseksi.

Lapsen sukupuolen mukaan tarkasteltuna erot olivat vähäisiä ja pääasiassa molemmilla sukupuolilla samansuuntaisia. Interaktiotarkastelussa kuitenkin selvisi, että äidin pitkäaikaisen toimeentulotuen saamisen yhteydessä pojilla oli 1.32-kertaa suurempi riski altistua ahdistukselle tai masennukselle kuin tytöillä. Muut interaktiotarkastelut eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

Monen muuttujan hierarkkisessa tarkastelussa äidin päihdeongelma ja äidin psykiatrinen ongelma ennustivat itsenäisesti lapsen riskiä psyykkisen kehityksen häiriöille, siten että äidin päihdeongelma lisäsi lapsen riskiä käytös- ja tunne-elämän häiriöille lähes kolme ja puolikertaiseksi (OR = 3.47; 2.65–4.59) ja äidin psykiatrinen ongelma yli kolminkertaiseksi (OR = 3.21; 2.67–3.87). Kun muut vakioitavat tekijät lisättiin malliin, äidin päihdeongelmalla ei ollut enää tilastollisesti merkitsevää yhteyttä

lapsen häiriöihin, mutta äidin psykiatrisen ongelman yhteys säilyi. Äidin köyhyys lisäsi lapsen riskiä kaksinkertaiseksi (OR = 2.14; 1.86–2.46). Äidin koulutuksella ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta. Äidin parisuhteen puuttumisen lisääminen malliin lisäsi lapsen riskiä mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöille 1,24-kertaiseksi (OR = 1,24; 1.06–1.46). Äitien ikäryhmittäisessä tarkastelussa vain vanhimman ikäryhmän riski oli tilastollisesti merkitsevä (OR=1.35; 1.00–1.82).

Lopullisessa mallissa äidin psykiatrisen ongelma oli vahvin selittäjä lapsen mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöille. Äidin psykiatrisen ongelman ja päihdeongelman interaktiolla ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta ($p > .05$) eikä sen lisääminen parantanut mallin selitysosuutta, joten sitä ei otettu mukaan lopulliseen malliin.

Koko mallin selitysosuus oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p < .001$) kahdessa ensimmäisessä mallissa, ei-merkitsevä malleissa 3 ja 5 ja melkein merkitsevä mallissa 4. Malli 4 jää siis lopulliseksi malliksi. Selitysosuus parani jokaisella askeleella kohti mallia 4.

Toiseen tutkimuskysymykseen voidaan vastata myöntävästi. Äidin psykiatrisen ongelma, köyhyys, parisuhteen puuttuminen ja äidin vanhimpaan ikäryhmään kuuluminen lisäsivät kaikki tilastollisesti merkitsevästi lapsen riskiä mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöille (F30-38/F40-48). Äidin päihdeongelmalla, äidin nuorella iällä eikä myöskään äidin koulutustasolla ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta, kun kaikki muuttujat oli vakioitu.

Taulukko 8. Selitysmalli lapsen mielialahäiriöille ja affektiivisille häiriöille (F30-39) sekä neuroottisille, stressiin liittyville ja somatoformisille häiriöille (F40-48) yhdistettynä, logistinen porrastettu regressiomalli. Ristitulosuhteet (OR) ja suluissa 95-% luottamusväli (N = 59000).

Äidin sosiaalista statusta ja elämäntapahtumia kuvaavat	Taustamuuttujat vakioimatt	Malli 1: äidin päihdeong	Malli 2: 1 + köyhyys	Malli 3: 2 + äidin koulutus	Malli 4: 3 + äidin parisuht	Malli 5: 4 + äidin ikä
---	----------------------------	--------------------------	----------------------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------

rekisterimerkinnät		omina	elma + äidin psykiatrin en häiriö			e	
Äidin päihdeongel ma	Ei	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
	Kyllä	3.47*** (2.65-4.59)	1.89*** (1.41- 2.54)	1.34 (.99- 1.81)	1.33 (.99- 1.80)	1.32 (.98- 1.77)	1.31 (.97- 1.76)
Äidin psykiatrinen diagnoosi (ICD-10: F2, F3, F4, F6)	Ei	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
	Kyllä	3.65*** (3.07-4.33)	3.21*** (2.67- 3.87)	2.63*** (2.18- 3.18)	2.62*** (2.17- 3.27)	2.62*** (2.16- 3.20)	2.61*** (2.16- 3.20)
Köyhyys (pitkäaikaine n toimeentulot uki)	Ei	1.00		1.00	1.00	1.00	1.00
	Kyllä	2.58*** (2.27-2.94)		2.14*** (1.86- 2.46)	2.09*** (1.80- 2.42)	2.03*** (1.75- 2.36)	2.06*** (1.77- 2.39)
Äidin koulutus	Korkea- aste	1.00			1.00	1.00	1.00
	Peruskoul u	1.54*** (1.31-1.80)			1.13 (.91- 1.40)	1.11 (.90- 1.38)	1.11 (.89- 1.37)
	Keskiaste	.973 (.86- 1.10)			1.10 (.94- 1.28)	1.09 (.93- 1.27)	1.09 (.93- 1.27)
Äidin parisuhde	Kyllä	1.00				1.00	1.00
	Ei	1.54*** (1.32-1.81)				1.24** (1.06- 1.46)	1.25** (1.06- 1.47)
Äidin ikä	21-39-	1.00					1.00

vuotta		
14-20- vuotta	1.43** (1.13-1.81)	.96 (.75- 1.22)
40-49- vuotta	1.34 (1.00- 1.80)	1.35* (1.00- 1.82)

R² korj. = .018 askeleella 1 (p < .0001), R² korj. = .027 askeleella 2 (p < .0001), R² korj. = .028 askeleella 3 (p = ns.), R² korj. = .028 askeleella 4 (p < .05), R² korj. = .028 askeleella 5 (p = ns.)
p < .0001 = ***, p < .001 = **, p < .05 = *

5 POHDINTA

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin äitien päihde- ja mielenterveysongelmien sekä sosioekonomisten tekijöiden yhteyttä heidän lastensa psyykkisen kehityksen, tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöihin. Tutkimuksen perusteella sekä äidin päihde- että mielenterveyden ongelma ennustivat lasten kaikkia kolmea tutkittua psykiatrista diagnoosia. Myös muut, äitiin liittyvät ja sosioekonomista tilannetta kuvaavat muuttujat lisäsivät lapsen riskiä psykiatrisille diagnooseille. Tässä tutkimuksessa on saatu viitteitä siitä, että äitien ongelmat ovat kasautuvia siten, että usein päihde- tai mielenterveyden ongelmasta kärsivällä äidillä on taustallaan köyhyyttä, yksinhuoltajuutta ja kouluttamattomuutta. Voi todeta, että äidin päihde- ja mielenterveysongelmalla on kielteinen vaikutus lapsen psyykkiseen hyvinvointiin.

Tarkastelen tuloksia kahdella tasolla: ensin konkreettisesti oman tutkimukseni pohjalta ja toiseksi liittämällä omat tulokseni aiempiin tutkimuksiin sekä teoreettiseen viitekehyykseen. Täten pystyn tuottamaan lisätietoa äidin päihde- ja mielenterveysongelmien yhteydestä lapsen psykiatrisiin häiriöihin. Tulosten pohdinnan jälkeen nostan esiin tutkimuksessa nousseita metodologisia näkökulmia ja

tutkimukseni rajoituksia. Tutkielmani päättää tulosten käytännöllisen merkityksen pohdinta ja jatkotutkimusmahdollisuuksien esittely.

5.1 Tulosten yhteenveto

Tutkimuskysymyksen ensimmäisen osan (1a) mukaisesti äidin päihdeongelma lisäsi tilastollisesti merkitsevästi lapsen riskiä psyykkisen kehityksen häiriöille (F80–89). Tutkimuskysymyksen toisen osan (2a) mukaisesti myös äidin psykiatrinen ongelma lisäsi tilastollisesti merkitsevästi lapsen riskiä. Lisäksi äidin köyhyys sekä korkeakoulutusta matalampi koulutustaso (peruskoulu tai keskiaste) lisäsivät lapsen riskiä häiriöille. Oletusten vastaisesti äidin parisuhteen puuttumisella eikä myöskään tämän iällä ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta lapsen psyykkisen kehityksen häiriöihin. Äidin päihde- ja mielenterveyden ongelmien riskisuhteet jäivät lopullisessa mallissa suhteellisen pieniksi verrattuna vakioimattomiin tuloksiin, mikä johtunee siitä, että niillä oli testauksen perusteella päällekkäistä selitysoosuutta toistensa kanssa. Kun vakioitavat tekijät lisättiin malliin, sekä äidin päihde- että psykiatrisen ongelman yhteys lapsen häiriöiden riskiin edelleen säilyi.

Myös lapsen käytös ja tunne-elämän häiriöiden tapauksessa (F90–98) äidin päihdeongelma lisäsi tilastollisesti merkitsevästi lapsen riskiä (tutkimuskysymys 1b). Tutkimuskysymyksen toisen osan (2b) mukaisesti myös äidin psykiatrinen ongelma lisäsi tilastollisesti merkitsevästi lapsen riskiä. Lisäksi äidin köyhyys, peruskoulua korkeamman koulutuksen puute, parisuhteen puuttuminen lapsen syntymähetkellä sekä äidin nuori ikä lisäsivät tilastollisesti merkitsevästi lapsen riskiä käytös- ja tunne-elämän häiriöille. Oletusten vastaisesti vanhimmassa äitien ikäryhmässä riskisuhde ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Sekä äidin päihde- että mielenterveyden ongelmien riskisuhteet olivat melko suuria, mutta niillä oli jälleen päällekkäistä selitysoosuutta. Kun vakioitavat tekijät lisättiin malliin, sekä äidin päihde- että mielenterveyden ongelmien yhteys lapsen häiriöiden riskiin edelleen säilyi.

Lapsen masennuksen ja ahdistuneisuushäiriöiden (F30-38/F40-48) tapauksessa äidin päihdeongelmalla ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta (tutkimuskysymys 1c), kun muut vakioitavat tekijät olivat mukana mallissa. Tutkimuskysymyksen toisen osan (2c) mukaisesti kuitenkin äidin psykiatrinen ongelma lisäsi tilastollisesti merkitsevästi lapsen riskiä. Äidin köyhyys sekä parisuhteen puuttuminen syntymähetkellä ja äidin vanhimpaan ikäryhmään kuuluminen lisäsivät kaikki tilastollisesti merkitsevästi lapsen riskiä. Oletusten vastaisesti äidin päihdeongelmalla, äidin nuorella iällä eikä myöskään äidin koulutustasolla ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta. Äidin mielenterveyden ongelma oli tärkein selittäjä lapsen diagnoosille myös ohi toimeentulotuen ongelmien. Psykkisten ongelmien periytyvyydessä vanhemmilta lapsille onkin todettu vahvoja yhteyksiä myös ilman muiden tekijöiden vaikutusta (Connell & Goodward, 2002; Bifulco ym., 2002).

Kolmannen tutkimuskysymyksen (3a, b ja c) osalta voi sanoa, että äidin päihdeongelman ja mielenterveyden ongelmien interaktiotarkastelun perusteella kaksoisdiagnoosi ei ollut lapsen kannalta oleellisesti pahempi, kuin jos äidillä oli vain toinen häiriö. Toisaalta useissa tutkimuksissa (esim. Burke ym. 2006) on kuitenkin saatu selville, että vanhemman yhtäaikainen päihde- ja muu mielenterveyden ongelma lisää selkeästi riskiä lapsen psyykkisen ja emotionaalisen kehityksen häiriöille verrattuna siihen, jos vanhemmalla oli vain toinen diagnoosi. Omassa tutkimuksessani ei kuitenkaan tällaista yhteyttä löytynyt. Lisäksi Burken ym. (2006) tutkimuksen mukaan vanhempien kaksoisdiagnoosin tapauksessa lapselle kehittyi todennäköisemmin päihde- ja mielenterveysongelmia nuoruusiässä.

Tutkimuksessani ristiintaulukoinnin perusteella 0,8:lla prosentilla kaikista tutkituista äideistä oli kaksoisdiagnoosi. Toisaalta lähes puolella päihdeongelmallisista äideistä oli myös mielenterveyden ongelmia, joten niiden esiintyminen yhdessä on yleistä.

Tässä tutkimuksessa siten havaittiin, että kaikille diagnooseille yhteisiä, vahvoja selittäviä tekijöitä olivat äidin päihdeongelma ja psykiatrinen ongelma sekä äidin köyhyys. Äidin peruskoulua korkeamman koulutuksen puuttuminen lisäsi lapsen riskiä sekä psyykkisen kehityksen häiriöille että käytös- ja tunne-elämän häiriöille. Äidin

nuoreen ikäryhmään (14–20-v.) kuuluminen lisäsi lapsen riskiä käytös- ja tunne-elämän häiriöille ja vanhaan ikäryhmään (40–49-v.) kuuluminen taas masennukselle ja ahdistuneisuushäiriöille, vaikka tilastolliset merkitsevyystasot olivat iän suhteen melko heikkoja ja ikäryhmät kooltaan melko pieniä verrattuna ikämuuttujien vertailuryhmään (21–39-vuotiaat). Parisuhteen puuttuminen lapsen syntymähetkellä tai yksinhuoltajuus lisäsi lapsen riskiä käytös- ja tunne-elämän häiriöille sekä masennukselle ja ahdistuneisuushäiriöille.

Lapsen sukupuolen merkitys oli vähäinen. Pojilla oli tilastollisesti merkitsevä riski tyttöihin verrattuna sairastua masennukseen tai ahdistuneisuuteen jos äidillä oli toimeentulo-ongelmia. Tyttöillä taas oli tilastollisesti merkitsevä riski poikiin verrattuna psyykkisen kehityksen häiriöille niin ikään äidin toimeentulo-ongelmien yhteydessä. Näiden tulosten vaihtelevuus ehkä kertoo siitä, että pitkäaikainen toimeentulotuki -muuttuja oli ylipäättään vahva selittävä tekijä tässä tutkimuksessa, jolloin interaktiot sukupuolen kanssa tulivat sen kanssa kahdessa tarkastelussa tilastollisesti merkitseviksi. Yllättävää oli myös, ettei poikien ja tyttöjen välisen interaktiotarkastelun perusteella ollut eroa siinä, miten äidin alkoholiongelma vaikuttaisi eri tavoin tyttöihin ja poikiin. Nämäkään tulokset eivät tutkimuskirjallisuudessa ole yhdenmukaisia, mutta jonkinlaisia eroja tyttöjen ja poikien vaikutusten välillä on lähes järjestäen löydetty (ks. esim. Christensen & Bilenberg, 2000; Sørensen ym., 2011.).

Analyseissä tarkastelussa oli aluksi mukana myös muita muuttujia, mutta ne jätettiin lopullisesta tarkastelusta pois. ”Lyhytaikainen toimeentulotuki” -muuttuja jätettiin pois, koska kyseinen muuttuja ei kuvaa parhaalla mahdollisella tavalla matalaa tulotasoa, sillä sen vastaanottaminen ainakin tilapäisesti on melko yleistä väestön keskuudessa (ei-päihdeongelmaisten äitienkin tapauksessa n. 60 %). ”Äidin kuolema ennen lapsen kahdettatoista ikävuotta” -muuttuja oli aluksi mukana tarkastelussa, mutta tapauksia oli vähän, ja se jäi useimmissa malleissa tilastollisesti ei-merkitseväksi. Hoitopäivien keskiarvojen raportointia pohdittiin myös, mutta se ei välttämättä olisi antanut lisätietoja ilmiöstä, koska diagnoosin saaneilla lapsilla saattoi olla vain muutama hoitopäivä koko elämänsä aikana.

5.2 Johtopäätöksiä tuloksista

Seuraavassa käsittelen työni tuloksia aiemman tutkimuksen ja eri teorioiden valossa sekä pohdin tulosten yleistettävyyttä.

Kuten Christoferssen ja Soothill (2003) esittävät, vanhempien alkoholin ongelmakäytöllä voi olla vaikutusta monenlaisiin lapsen ongelmiin, ja toisaalta on vaikea erottaa alkoholin ongelmakäyttöä yhtenä muuttujana sinänsä muista lapseen vaikuttavista tekijöistä. Christoferssenin ja Soothillin (2003) tutkimuksessa oli laajalti erilaisia lapseen liittyviä muuttujia, muun muassa perheen hajoaminen, perheväkivallan kokeminen ja itsensä vahingoittaminen. Heidän tutkimuksessaan äidin alkoholiongelma lisäsi todennäköisyyttä sekä äidin itsensä että lapsen mielenterveyden häiriöille (mt.). Heidän tutkimuksessaan äidin päihdeongelma ei kuitenkaan ollut yhtä vahvasti yhteydessä lapsen häiriöihin kuin omassa tutkimuksessani, mikä voi johtua siitä, että tutkittu kohortti heillä koostui vanhemmista henkilöistä, 15-27 vuotiaista, jolloin vanhempien alkoholiongelma on mahdollisesti kehittynyt vasta lasten ollessa jo melko vanhoja.

Sørensenin ym. (2011) mukaan vanhempien alkoholin ongelmakäytöllä oli vahva yhteys lasten myöhempään päihteiden ongelmakäyttöön, erityisesti tytöillä. Jos vanhemmalla oli myös mielenterveyden häiriö, tämä yhteys yhä vahvistui. Harterin (2000) tutkimus, jossa alkoholiongelmaisten vanhempien lasten mielenterveyden häiriöitä verrattiin muihin lapsiin, eroaa taas suuresti omastani siinä, että hänen artikkelinsa oli kirjallisuuskatsaus olemassa olevasta tutkimuksesta. Siinä oli painopisteenä lasten lasten erilaisten ominaisuuksien kehitys silloin, kun vanhemmat kärsivät päihdeongelmista (mt.). Loppupäätelmänä Harter (2000) toteaa, että omalle ACOA-diagnoosille ("alkoholistien alkoholiongelmaiset lapset") ei ole perusteita. Hän ehdottaa, että vanhemman alkoholiongelmallla saattaa olla vähemmän vaikutusta lapseen tämän aikuistuesssa ja tullessa itsenäisemmäksi (mt.).

Moserin ja Jacobin (1997) tutkimuksessa verrattiin kokeellisesti erilaisten pariskuntien (molemmat alkoholisteja, toinen alkoholisti, ei kumpikaan alkoholisti) vuorovaikutusta

ja suhdetta lapseen ja erilaisia psykologisia muuttujia. Moser ja Jacob (1997) painottavat vanhempi–lapsi-suhteen ja sitä välittävien tekijöiden tutkimisen tärkeyttä. Heidän mukaansa tämä on keskeistä, jotta saataisiin paremmin ymmärrystä alkoholiongelmallisessa perheessä kasvaneen lapsen kehityksestä.

Duben (2001) mukaan taas vanhempien alkoholiongelma lisää lasten riskiä erilaisille haitallisille kokemuksille, muun muassa pahoinpitelyille, emotionaalille välinpitämättömyydelle sekä lasten omalle alkoholiongelmalle aikuisuudessa. Haitallisinta lapselle ja perheen hyvinvoinnille oli, jos molemmat vanhemmat joivat. Toisaalta Duben (2001) tutkimuksessa oli mielestäni se puute, että siinä oli tutkittu lasten kielteisiä kokemuksia vain retrospektiivisesti kyselyllä. Verrattuna kokeelliseen asetelmaan ei ole siten saatu suoraa tietoa perheen vuorovaikutussuhteista, vaikka siinä voitiinkin tarkastella suurta otosta väestöstä.

5.2.1 Eri diagnoosien esiintyminen yhdessä ja kausaliteetin pohdintaa

Usein päihteisiin ja mielenterveyteen liittyvät ongelmat ovat toisiinsa sidoksissa. Päihdeongelmista kärsivillä on usein myös mielenterveyden ongelmia ja toimeentulo-ongelmia, ja toisinpäin (Cosci & Fava, 2011). Erityisesti päihde- ja mielenterveyden ongelmien komorbiditeettiä eli yhteisesiintymistä (myös ”kaksoisdiagnoosi”) on tutkittu paljon, varsinkin epidemiologiassa.

Coscin ja Favon (2011) mukaan kaksoisdiagnoosin käsite syntyi sen pohjalta, kun mielenterveysongelmista kärsivien potilaiden päihdeongelmiin alettiin kiinnittää enemmän huomiota 1980-luvun alkupuolella. Epidemiologiset tutkimukset ovat vahvistaneet voimakkaan yhteyden olemassaolon päihde- ja mielenterveysongelmien välillä (ks. Kessler ym., 2004). Kuitenkin käsitettä kritisoitiin ensinnäkin sen perusteella, että kaksoisdiagnoosipotilailla on usein useampiakin häiriöitä ja toiseksi, koska mielenterveysongelmien ja päihdeongelmien jatkumo ja niiden vakavuuden aste on niin laaja. Käsite korvautuikin tieteellisessä kielenkäytössä usein komorbiditeetin (yhtäaikainen esiintyminen) käsitteellä (Cosci & Fava, 2011). Kuitenkin myös

komorbiditeettiä on kritisoitu siitä, että se on käsitteenä epämääräinen ja että kahden diagnoosin riippuminen toisistaan tai yhteinen kausaalinen tekijä on vaikea osoittaa toteen (mt.).

Kausaliteettiä yhtäaikaisissa mielenterveys- ja päihdeongelmissa on vaikea jäljittää, toteavat Najt ym. (2011) tutkimuksessaan. Empiirisesti heidän mukaansa on usein niin, että mielenterveysongelma kehittyy lähes kolmessa neljäsosassa tapauksia ennen päihdeongelmaa (mt.; ks. myös Kessler 2004). Vaikka toista diagnoosia ei olisikaan annettu, ei voi silti sulkea pois, etteikö potilaalla olisi sekä päihde- että mielenterveysongelmaa, vaan ehkä vain toinen on diagnosoitu (Kessler, 2004). Najt ym. (2011) tutkimuksessa edelleen todettiin, että jos potilaalla oli pelkkä päihdeongelma tai jos päihdeongelma esiintyi ennen mielenterveysongelmaa, oireet olivat vähäisempiä kuin päinvastaisessa tapauksessa.

Kesslerin (2004) kirjallisuuskatsauksen perusteella voi sanoa, että ahdistus- ja mielialahäiriöt, erityisesti kaksisuuntainen mielialahäiriö, on vahvimmin yhteydessä päihdeongelmaan. Hän ei kuitenkaan löytänyt vahvaa linkkiä tietyn päihteen ja tietyn mielenterveyden ongelman välillä. Edelleen Kesslerin (2004) mukaan mielenterveysongelmat alkavat usein 5-10 vuotta aiemmin kuin päihdeongelmat. (mt.) Toisaalta kuten Volkov (2004) korostaa, päällekkäiset geneettiset ominaistekijät saattavat olla taustalla esimerkiksi huumeiden käytön ja masennuksen yhteisesiintyvyydessä, eivät niinkään sosiaaliset tai psykologiset syyt. Vaikka Kesslerin (2004) mukaan voisi kuvitella, että kahden diagnoosin yhtäaikaista esiintymistä olisi kokeellisesti tai pitkittäistutkimuksella tutkittu, niin tutkimusta aiheesta on kuitenkin hyvin vähän.

Monesti ongelmana on, että Suomessa, mutta myös muualla maailmalla, integroitua hoitoa kaksoisdiagnoosipotilaille on ollut vaikea järjestää jo palvelujärjestelmän pirstaleisuuden vuoksi. Vaikka uusia hoitomenetelmiä on kehitetty ja asenteet ovat muuttuneet, potilaiden on vaikea päästä vaikkapa mielenterveskuntoutukseen, jos he kärsivät päihdeongelmasta. (Cosci & Fava, 2010; Kestilä ym., 2012.) Kaksoisdiagnoosi-interventioiden suunnittelussa Kesslerin (2004) mukaan auttaa, jos primäärinen häiriö,

usemmiten mielenterveyden ongelma, tunnistetaan ensin. Siten on helpompi hoitaa myös toissijaista häiriötä ja voidaan suunnitella tehokkaampia hoitomenetelmiä (mt.). Esimerkiksi fobian tapauksessa voidaan Kesslerin (2004) mukaan yrittää saada fobiaan liittyvät oireet kontrolliin varhaisen puuttumisen avulla, mikä taas ehkäisee päihteiden käyttöä itselääkintänä.

Lund ym. (2011) pohtivat meta-analyysikatsauksessaan, minkälaisin selitysmallein ja mekanismein voidaan selittää mielenterveysongelmien ja köyhyyden välistä yhteyttä. Heidän mukaansa usein köyhyyden pitkittyminen aiheuttaa masennusta tai muita affektiivisiin ongelmiin liittyviä häiriöitä ns. sosiaalisen kausaation hypoteesin mukaan, kun taas mielenterveyden ongelmat johtavat köyhyyteen sellaisissa tapauksissa, joissa henkilö kärsii vakavammista häiriöistä, kuten skitsofreniasta tai intellektuaalisista häiriöistä (sosiaalisen luisumisen hypoteesi). Yleisesti ottaen linkki mielenterveyden ja köyhyyden välillä on todettu vahvemmaksi kuin yleisen terveydentilan ja köyhyyden välillä. (Mt.)

Toisaalta kuten Velleman ym. (2005) artikkelissaan toteavat, kausaalisuus eri muuttujien välillä on monimutkainen vytyhti. Päihde- ja mielenterveyden ongelmat saattavat voimistaa sosioekonomisiin tekijöihin liittyviä ongelmia, ja toisinpäin. Vanhempien korkean koulutuksen on taas todettu olevan suojaava tekijä lapsen nuoruusiän päihteidenkäyttöä vastaan. Siinä välittävänä tekijöinä voivat olla muun muassa vanhempien tarjoama tuki, lapsen korkeampi itsetunto sekä kontrollin tunne. Usein myös korkeasti koulutetuilla on korkeampi tulotaso; matalan tulotason on todettu vaikuttavan lapsen päihteiden käyttöä lisäävästi (mt.) Holmilan ym. (2013) tutkimuksen pohjalta voi todeta, että kausaliitteja on rekisteritutkimuksessa erittäin hankala tutkia, mutta on mahdollista selvittää, mitkä kaikki tekijät ovat riskisuhteessa selitettäviin muuttujiin. Päihde- mielenterveys-, sekä toimeentulo-ongelmat esiintyvät usein yhdessä ja niiden vaikutus on usein kasautuvaa (selittävien muuttujien keskinäiset korrelaatiot, ks. liite 1).

5.2.2 Ylisukupolvisuus lapsen mielenterveyden häiriöiden selittäjänä

Ylisukupolvisuudella viitataan geneettisen perimän ylittävään ajatukseen, että jokaisella ihmisellä on historiallisesti edellisistä sukupolvista välittyen tietynlaiset edellytykset toimia ja selviytyä elämässä (Hessle, 1988). Käsitteellä on alun perin viitattu kielteiseen ilmiöön, jossa sukupolvi toisensa jälkeen toistaa samaa ongelmaa ilman ulospääsyä kehästä (Jonsson, 1973). Ylisukupolvisuutta voi kuitenkin tarkastella myös myönteisestä näkökulmasta esimerkiksi elämänhallinnan voimavarojen siirtymisenä sukupolvelta toiselle (Kärkkäinen, 2004). Ylisukupolvisuuden mekanismeja on usein vaikea hahmottaa, koska käsite on niin monimerkityksinen ja sille on mahdotonta antaa objektiivista määritelmää.

Serbinin ja Karbin (2004) mukaan psykososiaalisen riskin ylisukupolvista siirtymää välittävät vanhemmuus- ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutukset. Serbinin ja Karbin (2004) tutkimuksessa selvisi, että lapsuudessa ilmentyneet aggressiivisuus tai antisosiaalinen käyttäytyminen voivat voimistaa kehityskaarta, joka muodostaa riskin sekä tytöille että pojille samanlaisiin käyttäytymismalleihin myös aikuisuudessa. Suojaaviksi tekijöiksi todettiin tutkimuksessa konstruktiiiviset kasvatustenetelmät sekä äidin koulutus (mt.). Äidin koulutuksen rooli (myös vakioimattomana) on myös aineistoni pohjalta keskeinen lapsen psykiatrisen diagnoosin riskiä vähentävä tekijä, mitä tutkijatkin painottavat (Serbin & Karb, 2004.) Omassa tutkimuksessani ylisukupolviset tekijät on selvästi nähtävissä mielenterveyongelmien jatkumona vanhemmalta lapselle.

Ylisukupolvinen kehitys voi ilmetä siten, että vanhemman päihdehäiriö voi vaikuttaa kielteisesti lapsen käyttäytymiseen ja kognitiiviseen kehitykseen, mikä taas saattaa altistaa lasta päihde- ja mielenterveysongelmille sekä toimeentulon ongelmille myöhemmin elämässä (esim. Bailey ym., 2006). Baileyn ym. (2006) tutkimuksessa löytyi yhteyksiä sekä yleisen että ainespesifin ongelmakäytön siirtymisestä vanhemmalta lapselle ja jopa yhteyksiä isovanhempien päihdeongelmista lasten päihdeongelmiin. Varianssia eri ongelmien periytyvyydessä voidaan selittää joko geneettisesti, perheestä johtuvilla syillä tai vuorovaikutustekijöillä. Täten siis

omassakin tutkimuksessani esiin tulleet psyykkiset häiriöt lapsilla saattavat olla perua jo edellisten sukupolvien ongelmista, ja toisaalta haittojen siirtymä ennustaa melko tarkasti lapselle kehittyviä ongelmia ja riippuvuuksia aikuisiässä esimerkiksi päihteiden käytön suhteen. (Mt.)

Christensenin ja Bilenbergin (2000) tutkimuksessa alkoholiongelmaisen vanhemman lapsilla todettiin riski tunne-elämän häiriöille mutta ei käyttäytymisen häiriöille, toisin kuin omassa tutkimuksessani, jossa äidin alkoholiongelma oli yhteys molempiin mielenterveyden häiriöihin lapsella. Kyseessä oli kyselytutkimus pienehköstä otoksesta, ja tutkijoiden tavoitteena oli selvittää vanhempien alkoholiongelman vaikutuksia lasten käytös- ja tunne-elämän häiriöihin sekä tarkastella näiden lasten toimintakykyä muihin lapsiin verrattuna. Tulosten perusteella myös vanhempien alkoholiongelma vaikutti enemmän perheen tyttöihin kuin poikiin. (Mt.)

Toisessa, Baileyn, Hillin, Oesterlen ja Hawkinsin (2009) tutkimuksessa selvisi, että erilaisten haittojen välillä on todella ylisukupolvisia yhteyksiä, mutta toisen ja kolmannen sukupolven välisten ongelmien yhteys on olemassa myös ilman ensimmäisen sukupolven eli isovanhempien vaikutusta. Tutkijoiden mukaan vanhemmuustyylit vaikuttavat käyttäytymishäiriöihin ja päihteiden käyttöön ylisukupolvisesti: esimerkiksi vanhempien ulospäin suuntautuva ongelmakäyttäytyminen (esimerkiksi käytöshäiriöt) heidän nuoruudessaan oli yhteydessä heidän aikuisiän päihteiden käyttöönsä, mikä taas oli yhteydessä heidän lastensa ulospäin suuntautuvaan ongelmakäyttämiseen. Vanhemmuustyylit eivät suoraan sanelleet sitä, millaisia ongelmia seuraavalla sukupolvella oli. Välittäviä malleja ja syy-yhteyksiä voi olla monia, kuten vanhemman päihde- tai mielenterveyden ongelma, kasvatusnormit, stressin lisääntyminen kasvuympäristössä muusta syystä tai geneettinen periytyminen. (Mt.). Toisaalta Bifulco ym. (2002) eivät omassa tutkimuksessaan löytäneet suoraa yhteyksiä äidin omien kielteisten lapsuuden kokemusten ja lasten kokemusten välillä. Myöskään vanhempien oireet eivät olleet suoraan yhteydessä jälkikasvun oireisiin (Bifulco ym., 2002).

Connellin ja Goodmanin (2002) meta-analyysin pohjalta voi sanoa, että nimenomaan äitien psyykkisillä ongelmilla oli suurempi vaikutus lasten sisäänpäin kääntyneisiin (masennus, ahdistuneisuus) häiriöihin kuin isien psyykkisillä ongelmilla. On todettu myös, että vanhemman psyykkisillä ongelmilla ja kasvatustyyllillä on eniten vaikutusta samaa sukupuolta olevaan lapseen, mikä saattaa tutkijoiden mukaan johtua sosiaalisesta oppimisesta samaa sukupuolta olevaan henkilöön samastumisen kautta (mt.) Omassa tutkimuksessani ei kuitenkaan löytynyt tällaista efektiä. Lasten häiriöt heijastavat myös erilaisia kehityksen funktioita (esim. autonomian tavoittelu) eri ikävaiheissa (Connell & Goodman, 2002).

Tarkempi tieto perheessä esiintyvistä häiriöistä kertoisi siitä, millaisia interventioita ylisukupolvisen kehityksen katkaisemiseksi kannattaisi suunnitella, esimerkiksi pitäisikö panostaa vanhemmuustaitoihin vai kehittää perheen sisäistä vuorovaikutusta (Bifulco ym., 2002).

Kainulainen (2006) esittää, että yhteiskunnassa taloudellinen ja sosiaalinen nousu ja lasku näyttävät tapahtuvan erityisesti sukupolvien välillä, ei niiden sisällä. Hänen mukaansa korrelaatiot kymmenien vuosien takaisin elämäntilanteisiin ovat korkeita ja yleistä on vähäisen tulotason, korkean työttömyyden ja toimeentulon ongelmien keskittyminen samoille henkilöille (mt.). Kansainvälisissä vertailuissa sosiaalisen periytyvyyden asteen on todettu myös olevan hyvin erilainen eri maissa, esimerkiksi verrattaessa Yhdysvaltoja ja skandinaavisia maita (Esping-Andersen, 2004). Esping-Andersenin (2004) mukaan korkeatasoinen lastenhoitojärjestelmä voi kompensoida vanhemmuuden puutteita ja samanaikaisesti tasoittaa perheiden välisiä eroja. Yhteiskuntapolitiikalla voitaisiin siten vähentää perhetaustan vaikutusta sekä tiedollisen ja koulutuksellisen epätasa-arvon yhteyttä (mt.). Toisaalta Paananen (2012, 37–38) toteaa, että vaikka Suomessa ja muissa Pohjoismaissa taloudellisella asemalla ja koulutuksella mitattu sosiaalinen liikkuvuus on suurempaa kuin useissa liberaaleissa hyvinvointivaltioissa, niin silti koulutuksen, mielenterveyden ongelmien ja taloudellisten olojen osalta ilmenee Suomessa ylisukupolvista siirtymää (ks. myös Airio & Niemelä, 2009).

Tässä tutkimuksessa pitää ottaa rajoitteena huomioon, että ylisukupolvisilla vaikutuksilla pystyy lähinnä spekuloidaan aiemman empiirisen tutkimuksen pohjalta, koska tämän aineiston tutkittavista lapsista ei tiedetä muuta kuin heidän rekisterimerkintöihin perustuva elämänsisä kahdenteentoista ikävuoteen saakka, eikä esimerkiksi isovanhemmista tiedetä mitään. Täten sosiaalisesti periytyviä kielteisiä tai myönteisiä syy-seurausketjuja ei pystytä paikantamaan pitkälle ajanjaksolle. Ylisukupolvisuuden teoriassa on myös se ongelma, että erilaisten mekanismien operationalisointi tutkimukseen on epämääräistä ja diffuusia: eri mallien pohjalta melkein mikä tahansa muuttuja voi tuottaa ”ylisukupolvisia” vaikutuksia. Keskeisintä kuitenkin lienee vuorovaikutussuhteiden tutkiminen lapsen ja vanhempien välillä (ks. Hessle, 1988). Ylisukupolvisuuden tai sosiaalisen perimän malli ei siten ole suoranaisesti teoria, josta voisi johtaa ja koetella hypoteeseja, vaan empiiriseen tutkimukseen pohjautuva, kuvaileva malli. Siksi täydensin tutkimukseni teoreettista viitekehystä muilla, enemmän psykologisiin mekanismeihin kohdentuvilla teorioilla.

5.2.3 Ekonomisen deprivaaion yhteys lapsen mielenterveyden häiriöihin

Perheen taloudellisilla vaikeuksilla on Sobolewskin ja Amaton (2005) mukaan vaikutusta moniin lapsille aiheutuviin haittoihin, kuten vähäiseen kouluttautumiseen, heikkoon kognitiiviseen toimintakykyyn sekä erilaisiin käytös- ja tunne-elämän häiriöihin. Vaikka useimmiten yksinhuoltajat ovat vähävaraisempia kuin kahden vanhemman perheet, niin myös jälkimmäiset ovat alttiita riskeille, jos vanhemmilla on suhteellisen matala koulutus, tai jos he ovat matalapalkkatyössä tai työttöminä (Sobolewski & Amato, 2005). Congerin ym. (1999) mukaan lasten ikää suurempi merkitys on sillä, kuinka kauan perhe joutuu elämään vähäisellä toimeentulolla. Heidän tutkimuksessaan selvisi, että taloudellinen puute ei vaikuta lapsiin ainoastaan epäsuoraa reittiä vanhempien kautta, vaan myös siitä riippuen, miten lapsi koee perheen taloudellisen aseman, esimerkiksi häpeääkö lapsi perheen tilannetta (mt.).

Letourneau'n ym. (2013) tutkimuksen perusteella perheen alhainen sosioekonominen asema oli yhteydessä lapsen mielenterveyden ongelmiin. Artikkelin mukaan perheen vähäisen sosioekonomisen aseman ja lasten keskimääräistä heikompien kognitiivisten ja kielellisten kykyjen välillä on yhteys, mutta siinä voi kirjoittajien mukaan olla muitakin tekijöitä taustalla, kuten lasten heikkoa pääsyä opetusmateriaaleihin (mt.). Tutkimuksen pohjalta juuri pojille todettiin kautta linjan aiheutuvan enemmän haittoja perheen alhaisen sosioekonomisen aseman vuoksi, ja tutkimuksessanikin löytyi tällainen yhteys lapsen masennuksen ja ahdistuksen suhteen (mt.). Letourneau'n ym. (2013) meta-analyysin johtopäätökset tukevat Brofenbrennerin (1979) ekologista mallia, sillä siinäkin oletetaan, että lapsen ja nuoren kehitykseen vaikuttavat lapsen ja vanhempien ominaisuuksien lisäksi sekä perheen sisäiset että yhteisötasoiset ja yhteiskunnalliset tekijät.

Joidenkin tutkimusten mukaan (Kenny, 1995) äidin alhaisempi sosioekonominen asema yhdistettynä alhaiseen synnytysikään lisää lapsen riskiä matalampaan älykkyydosamäärään sekä kielellisiin vaikeuksiin, mihin myös oma tutkimukseni viittaa (diagnoosit F80-89, vaikka nuori ikä olikin tilastollisesti merkitsevä vain vakioimattomana). Äidin koulutus saattaa kuitenkin olla tässä välittävä tekijä (Najman ym., 2004). Pitkäaikaisen toimeentulotuen saaminen ja äidin matala koulutustaso korreloivatkin vahvasti tutkimuksessani. Äidin nuoren iän yhteys lapsen haittoihin taas näyttäisi pienenevän lapsen kasvaessa vanhemmaksi (Najman ym., 2004).

Yksinhuoltajuus on yhdistetty myös lapsen toisiin kohdistuviin (eksternoiviin) ongelmiin, kuten käytöshäiriöihin (F90–98), minkä myös tutkimukseni osoittaa (ks. Najman ym., 2004). Najmanin ym. (2004) tutkimuksessa vähäisen toimeentulon perheistä tulevilla 5–14-vuotiailla lapsilla oli systemaattisesti enemmän kielellisiä ongelmia kuin muilla. Lisäksi vähäisellä sosioekonomisella asemalla oli yhteys sekä ahdistukseen että käytöshäiriöihin 5–14-vuotiailla lapsilla. Najmanin ym. (2004) tutkimuksen mukaan äidin yksinhuoltajuus lisäsi lapsen aggressiivista käyttäytymistä 14-vuotiailla johtuen mahdollisesti toisen aikuisen vanhemman tuen puutteesta. Voi

pohtia, olisiko äidin yksinhuoltajuus lisännyt omassa tutkimuksessani riskiä lapsen käytös- ja tunne-elämän häiriöille vielä enemmän, jos lapsia olisi seurattu pidempään.

Solantaus, Leinonen ja Punamäki (2004) esittävät, että syy-vaikutus-suhteita sosioekonomisen deprivaaation pohjalta ei voi ajatella vain yhdensuuntaisina kausaalivaikutuksina, vaan lapsen ominaisuudet ja psyykkinen terveydentila vaikuttavat myös vanhempiin ja heidän väliseen suhteeseensa. Eri prosessit voivat vaikuttaa monin tavoin sosioekonomisen paineen vallitessa aiheuttaen vanhemmille ja lapsille psyykkisiä oireita (mt.). Toiseksi Solantaus ym. (2004) huomauttavat, että ei-länsimaisessa kulttuurissa elannon ja lastenkasvatuksen vastuunjaot saattavat olla hyvin eri tavoin jakautuneita kuin länsimaisessa ydinperhekeskeisessä kulutusyhteiskunnassa, jolloin vanhempien ja lasten välinen vuorovaikutus lienee myös hyvin erilaista. Tutkijoiden mukaan tarvittaisiin lisää vertailevaa kulttuuritutkimusta aiheesta (mt.).

Letourneau'n ym. (2013) meta-analyysi osoittaa, että tieto erilaisista tutkimustuloksista ja tarkoista ekonomisen deprivaaation ja ylisukupolvisuuden mekanismien ymmärtämisestä on tärkeää, jotta toimenpiteitä voidaan kohdistaa eniten haittoja ja riskejä aiheuttaviin tekijöihin. Tilastollisten yhteyksien selvittäminen sosiodemografisten tekijöiden sekä lapsen psyykkisen ja kognitiivisen kehityksen välillä tarjoaa tarkempaa tietoa päätöksentekoon ja interventioihin (Letourneau ym., 2013).

Ekonomisen deprivaaation malli pystyy selittämään omia tutkimustuloksiani vain osittain, koska tutkimuksessani ei ole mukana mallissa välittävinä muuttujina olennaisia perheen koettua taloudellista painetta, vanhempien parisuhteeseensa tyytyväisyyttä, vanhempi-lapsi-suhdetta eikä lapsen koulu- tai muita suorituksia.

5.2.4 Äidin päihde- ja mielenterveyden ongelmien vaikutus lapseen kiintymyssuhdeteorian valossa

Kiintymyssuhdeteoria tarjoaa hedelmällisen näkökulman lapsuudessa kehittyvien vuorovaikutuksen ja psyykkisen kehityksen häiriöiden selittämiseen, koska se pureutuu vuorovaikutuksen laadun ja prosessien tutkimiseen. Päihteisiin keskittyvässä tutkimuksessa pitää ottaa huomioon, että lapsen häiriöiden synty on usein monimutkainen yhdistelmä useita erilaisia riskitekijöitä. Äidin päihteiden käyttö on kuitenkin keskeinen tekijä, joka altistaa turvattomalle kiintymyssuhteelle ja sitä kautta psyykkisille ongelmille (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008). Turvallinen kiintymyssuhde voi DeKlyenin ja Greenbergin (2008) mukaan toimia puskuritekijänä korkean riskin ympäristöissä, mutta turvaton kiintymyssuhde yhdistettynä muihin riskitekijöihin, esimerkiksi perheessä esiintyviin tekijöihin, on yhteydessä psyykkisen kehityksen häiriöiden kehittymiseen lapselle. Rutterin (1987) mukaan turvallinen ja harmoninen vanhempi-lapsi-suhde muodostaa myös suojaavan tekijän myöhempiä riskiympäristöjä vastaan, ja lisäksi turvallinen kiintymyssuhde saattaa vaikuttaa myönteisesti lapsen itsetuntoon ja pystyvyyden tunteeseen.

Toisaalta DeKlyen ja Greenberg (2008) muistuttavat, että käytöshäiriöissä kiintymyssuhde ei ole ainoa määrittävä tekijä, vaan taustalla on monia tekijöitä. Käytöshäiriöt ovat yleisimpiä pojilla. Myös ahdistushäiriöt ovat heillä yleisiä: välittelevästi kiintyneillä pojilla esiintyi tutkimuksen valossa eniten ahdistuneisuutta (mt.). Vaikuttaa kuitenkin siltä, että varhaisessa kiintymyssuhteessa tapahtuneilla häiriöillä on yhteys myös aivojen kehitykseen, ja sitä kautta moniin kognitiivisiin toimintoihin, mikä voi osaltaan selittää kielen ja motoristen taitojen oppimisen heikentymistä (Schore, 2000). Psyykkisen kehityksen häiriöiden suhteen mitään yleispätevää tämän diagnoosin saaneista on vaikea sanoa kiintymyssuhteita koskien, koska diagnoosiryhmään sisältyy niin monenlaisia häiriöitä oppimishäiriöistä autismitieteen häiriöihin.

Lapsen kokema stressiä ja sen pitkittymisestä mahdollisesti seuraavia psyykkisiä ongelmia ovat käsitelleet muun muassa Repetti, Taylor ja Saxbe (2008, 137). Heidän

mukaansa korkeampia kortisolitasoja eli stressihormonin lisääntynyttä erityistä on havaittu lapsilla, joiden äidit ovat kärsineet sellaisista psyykkisistä ongelmista, jotka ovat vaikuttaneet heidän kykyynsä tarjota hoivaa. Tutkimuksen mukaan äidin masennus oli merkittävä tekijä lapsen kortisolitasojen nousussa jopa ensimmäiseen koululuokkaan saakka, ja äidin masennus ennusti lapsen psyykkisen kehityksen häiriöiden kehittymistä. (Mts. 137.)

Repettin ym. (2008, 125) mukaan häiriöt varhaisessa kiintymyksessä ja kasvuympäristön ongelmat heijastuvat lapsen fysiologiseen ja neuroendokriiniseen säätelyyn sekä puutteisiin itsesäätelyssä, tunteiden ilmaisussa ja sosiaalisissa taidoissa. Varhaisen vuorovaikutuksen vinoumilla on pitkäaikaisia vaikutuksia lapsuudessa ja nuoruudessa ulottuen aina aikuisuuteen asti, minkä vuoksi lapselle saattaa kehittyä fyysisen terveyden ja mielenterveyden ongelmia (mts., 125). Kiintymyssuhdehäiriöiden lisäksi kontrolloiva vanhemmuustyylit altistaa lasta krooniselle stressille, ja stressi taas pitkittyessään altistaa ahdistukselle ja masennukselle (Repetti ym., 2008).

Kiintymyssuhdeteoriaa on usein tutkittu niin sanotusta "etic"-näkökulmasta, jossa teorian ajatellaan olevan universalisoitavissa mihin tahansa kulttuuriin ja aikaan (Ijzendoorn & Sagi-Schwartz, 2012). Vaikka Bowlbyn (1969, 37–64) teoriassa on etiologinen ja evolutiivinen perusta, teorian pohjalta ei voi kuitenkaan vetää normatiivista johtopäätöstä siitä, millainen kiintymyssuhde palvelee parhaiten lapsen sopeutumista tietyssä kulttuurissa. Lisäksi eri kiintymystyylien esiintyvyydessä on runsaasti eroja eri maiden välillä (Rogoff, 2003). Universaalisuusteesi postuloit ainoastaan, että lapset muodostavat kiintymyssuhteita ylipäänsä (Ijzendoorn & Sagi-Schwartz, 2012, 881–883).

Haasteena kiintymyssuhdeteorian hyödyntämiseen rekisterityyppisessä tutkimuksessa on, että usein lapsista on selvillä vain diagnostinen rekisterimerkintä, eikä vuorovaikutuksen prosesseista tai kiintymyssuhteen laadusta voida saada tietoa. Tällöin on hankalaa päätellä kiintymyssuhteissa esiintyneistä ongelmista, koska tietoa on vain tapahtumien lopputuloksista.

5.3 Metodologisia huomioita ja tutkimuksen rajoitukset

Tässä tutkimuksessa pitää tulosten tulkinnassa ja yleistettävyydessä ottaa useampia rajoituksia huomioon. Ensinnäkin, tuloksia voidaan tarkastella vain todennäköisyyksinä ja tilastollisina yhteyksinä, jolloin kausaliteettien johtaminen niistä on haastavaa. Toiseksi, mikään teoreettisen viitekehysten osateoria tai teoreettinen malli ei tämän tutkimuksen perusteella saa täysin tukea, koska tieto tarkemmista mekanismeista puuttuu. Esimerkiksi tarkemman tiedon saamiseksi kiintymyssuhteista pitäisi päästä pureutumaan myös vuorovaikutuksen prosesseihin, sillä pelkkä tieto lopputuloksista (diagnooseista) ei ole riittävä, vaikka diagnoosin saaminen viittaakin kotiolosuhteiden ongelmiin.

Tässä tutkimuksessa kaikki ICD-10 -diagnoosiluokituksen luokat on niputettu yhteen termin "äidin psykiatrinen häiriö" alle, vaikka näissä tapauksissa häiriöiden kirjo on melko laaja ulottuen esimerkiksi yksittäisistä kohdistuneista peloista vakavaan persoonallisuushäiriöön ja skitsofreniaan. Kuitenkin näin tarkkoja seikkoja ei ollut tarkoituksenmukaista selvittää tässä tutkimuksessa, koska haluttiin tietää yleisesti siitä, miten äidin päihde- ja mielenterveyden ongelma yhdessä muiden tekijöiden kanssa vaikuttaa lapseen. Vanhemman diagnoosilla ei Pargasin ym. (2011) mukaan ole ratkaisevaa merkitystä lasten kehityksen kannalta, eikä siitä voida suoraan päätellä lasten sairastumisvaaraa. Suurempi vaikutus näyttää olevan sillä, minkälaisia ja miten pitkäkestoisia seuraamuksia häiriöllä on vanhemman ja perheen toimintakykyyn (Pargas ym., 2011; DeKlyen & Greenberg, 2008). Lisäksi äitien diagnoosien antamisen ajankohta ei ole tässä tutkimuksessa otettu huomioon, sillä se on melko satunnaista, eikä kerro välttämättä siitä, milloin päihde- tai mielenterveysongelma on alkanut.

Kaikissa analyyseissa selitysosuudet jäivät tilastollisessa tarkastelussa hyvin pieniksi aineiston suuren koon vuoksi. Toisaalta aineiston suuren koon ansiosta eri tuloksista tulee helposti tilastollisesti merkitseviä, vaikka prosentuaalisesti tarkasteltuna erot tai riskit saattavat olla melko pieniä.

Rekisteriaineistoihin perustuvissa tutkimuksissa, toisin kuin kyselytutkimuksissa, ei ole osallistumis- tai vastausaktiivisuuteen liittyviä ongelmia. Asetelma mahdollistaa koko ikäluokan tutkimisen: tulokset ovat yleistettävissä koko väestöön, koska kyseinen otos on kaikista, samana vuonna syntyneistä lapsista. Vaikka kovin yksityiskohtaista tietoa ei tämältyyppisestä aineistosta olekaan mahdollista saada, sitä voidaan kuitenkin pitää suhteellisen luotettavana, sillä se perustuu ammattilaisten tekemiin arvioihin ja diagnooseihin (Raitasalo & Holmila, 2012.). Gisslerin ja Haukan (2004) mukaan suomalaisten rekisterien on osoitettu olevan sekä kattavia että luotettavia. Ne perustuvat yksilöllisiin henkilötunnuksiin, joiden perusteella tietoja eri rekistereistä on mahdollista yhdistää.

Tutkimusaineiston rajoitukset ovat pääosin samoja kuin rekisteritutkimuksessa yleensä. Rekisteritiedoissa saattaa olla puutteellisuuksia, sillä ne ovat riippuvaisia terveyden- ja sosiaalialan työntekijöiden merkinnöistä ja tulkinnoista. On esimerkiksi mahdollista, että jotkin vaikeiksi koetut diagnoosit, kuten alkoholin aiheuttamat sikiövauriot, jäävät systemaattisesti aliraportoiduiksi. (Raitasalo & Holmila, 2012.)

Yleisesti Gisslerin ja Haukan (2004) mukaan rekisteritutkimuksen vahvuus on, että tiedot saadaan kerättyä suhteellisen helposti suurelta joukolta ihmisiä, ja koska tiedot perustuvat tilastotietoihin, eivät asioiden unohtaminen, kaunistelu tai kertomatta jättäminen vaikuta tuloksiin. Toisaalta rekisteridata ei kerro satunnaisista ongelma- tai suurkuluttajista tai -käyttäjistä eikä huomio tapauksia, joissa riippuvuus tai ongelma on varhaisella asteella, eikä henkilöitä, jotka eivät vain ole tulleet hoitoon. Lisäksi aineisto perustuu ihmisten käynteihin erilaisissa sairaaloissa ja erikoissairaanhoidon poliklinikoilla, muttei laske perusterveydenhuollon potilaita mukaan. (Gissler ja Hauka, 2004.) Yhden kohortin pohjalta ei voida arvioida kuin yhtenä vuonna syntyneiden lasten ja heidän äitiensä ongelmien yhteyksiä, jolloin jostakin toisesta kohortista tehty tutkimus saattaisi tuottaa hyvin erilaisia tuloksia.

5.4 Tutkimustulosten merkitys ja jatkotutkimuksen aiheita

Jatkotutkimusta varten esimerkiksi yksittäisen lapsen sosiaalihuollon rekisterimerkintöjä voisi tarkastella eli havainnollistaa sitä, millaisia erilaisia ”elämänpolkuja” lapset kulkevat, jolloin saisi tarkempaa tietoa yksittäisen lapsen kokemista hoitajaksoista sekä mahdollisista ongelmista hoitojärjestelmässä. Kvalitatiivisella tutkimuksella, esimerkiksi tutkimalla päihde- ja mielenterveysongelmaisten vanhempien aikuisiän kiintymyssuhteita ja niiden vaikutuksia lapsen kasvatukseen, voisi saada tietoa tutkittavien omasta merkityksenannosta sekä tietyn tyyppisten kiintymyssuhteiden riskitekijöistä kyseiseen ilmiöön liittyen (ks. Koponen, 2006). Toisaalta kvalitatiivista tutkimusta on jo olemassa, sillä esimerkiksi Holmila, Itäpuisto ja Ilva (2011) ovat selvittäneet lasten näkemyksiä vanhempien haitallisesta juomisesta verkkokyselyn avulla; tavoitteena oli kartoittaa lasten omia selviytymiskeinoja päihdeongelmaisen vanhemman tapauksessa. Kiinnostavaa olisi myös seurata lapsia murrosikään ja aikuisuuteen asti sekä ylipäänsä tarkastella elämänsä kulkua pidemmälle. Yksi jatkotutkimuksen mahdollisuus olisikin tarkastella lapsia pitkittäistutkimuksella, jotta ylisukupolvisista vaikutuksista voisi sanoa enemmän.

Tutkimusta on melko paljon vanhempien alkoholinkäytön vaikutuksista kumppaniin tai lapsiin sekä lasten retrospektiivisiä näkemyksiä päihdeperheessä elämisen vaikutuksesta heihin itseensä, mutta lasten omien aktuaalisten kokemusten tutkimus on edelleen vähäistä, vaikka poikkeuksiakin on (ks. Holmila ym. 2008; Holmila ym., 2011). Kiinnostavaa olisi myös Suomessa vielä tarkemmin selvittää rakenteellisten tekijöiden sekä perheen sisäisten tekijöiden (esimerkiksi vanhempien tyytyväisyys parisuhteeseensa tai kasvatustyyli) ja toisaalta vanhempiin liittyvien psyykkisten tekijöiden yhteyksiä ja mekanismeja suhteessa lapselle koituviin haittoihin ja ongelmiin. Latenttien luokkien analyysillä taas voisi saada lisätietoa siitä, mitkä ovat päihdeperheitä yhdistäviä tekijöitä ja millaisia ongelmia perheet kohtaavat. Esimerkiksi Jääskeläisen (2014) tutkimuksessa perheitä yhdistävä tekijä on vanhemman alkoholin tai huumeiden väärinkäyttö, ja perheet voivat kohdata erilaisia ongelmia muun muassa

heidän käytettävissään olevista taloudellisista, sosiaalisista ja terveydellisistä resursseista riippuen.

Yksi kiinnostava tutkimusaihe olisi perehtyä tarkemmin lapseen liittyviin suojaaviin ja riskitekijöihin. Riskitekijöiden suhteen on huomioitava, että monenlaiset reitit johtavat psyykkisiin häiriöihin ja toisaalta monenlaiset puskuroivat tekijät auttavat selviytymään ongelmista (Mylant ym., 2002). Eri riskitekijöillä (esimerkiksi köyhyys, vanhempien päihteiden käyttö ja väkivaltaisuus sekä vanhempien omat psyykkiset ongelmat) on erilainen vaikutus eri kehitysvaiheissa (DeKlyen & Greenberg, 2008, 639), ja lisäksi riskitekijöiden kasautuminen samalle henkilölle ajan mittaan tekee niiden seurauksista vakavampia (Rönkä & Pulkkinen, 1995). Toisaalta Mylantin ym. (2002) mielestä liian usein huonoja lapsuuden oloja pidetään deterministisinä huonon elämän määrääjinä. Tietyt suojaavat tekijät, kuten temperamentti- ja persoonallisuuspiirteet, omien kykyjen tehokas käyttö, itsetunnon välittyminen kasvatuksesta, vanhempien tuki sekä mahdollisuudet elämässä ovat tutkijoiden mukaan ongelmia puskuroivia tekijöitä riskitekijöiden ollessa läsnä (mt.).

Lyons-Ruthin ja Jacobvitzin (2012) mukaan vanhempien välinpitämättömyys ja lapsen kaltoin kohtelu aiheuttavat usein vakavia psyykkisiä ongelmia lapsille. Suurin syy esimerkiksi varhaiselle lapsen sijoittamiselle on usein vanhemman päihteiden ongelmakäyttö. Tutkijoiden mukaan lapsen kehitykseen vaikuttavien riskitekijöiden seuraukset ovat yleisesti ottaen kertautuvia siten, että monen riskitekijän yhteisesiintyminen on paljon vakavampaa kuin eri tekijöiden yksittäisvaikutukset. (Mts. 701–702).

Päihdeperheiden lapsia pitäisi yhtäältä valistaa alkoholin haitoista ja toisaalta kehittää heidän ongelma- ja tunnesuuntautuneita selviytymistaitojaan (Raitasalo & Holmila, 2012). Tarkempaa tietoa tarvittaisiin myös siitä, millaisten perheolosuhteiden vallitessa lapsi olisi syytä ottaa huostaan.

Vellemanin ja Templetonin (2007; ks. myös Rutter, 1987) mukaan lasten lannistumattomuusominaisuudet (*resilience*) pitäisi ymmärtää prosesseina staattisten,

sisäsyntyisten yksilöpiirteiden sijaan. Tällaisia prosesseja voivat olla muun muassa itsetunnon ja -luottamuksen sekä ongelmanratkaisukykyjen kehittyminen. Kirjoittajien mukaan nämä ominaisuudet tulisi erotella suojaavista tekijöistä siten, että jälkimmäiset voivat edesauttaa sinnikkyuden tai lannistumattomuuden kehittymistä lapsella. (Velleman & Templeton, 2007.) Muun muassa lapsen psyykkisten ja sosiaalisten kehitystehtävien saavuttaminen kertoo tämän sinnikkyudesta (Flynn ym., 2004).

Resilience-ominaisuuksia vahvistavia interventioita on myös kehitetty. Niissä on pyritty Vellemanin ym. (2005) mukaan kohdistamaan toimenpiteet koko perheeseen. Nämä interventiot voivat kohdistua myös muihin kuin päihdeongelmiin, kuten perheen vuorovaikutuksen kehittämiseen tai erityisesti lapsiin: auttaa heitä toteuttamaan itseään esimerkiksi harrastusten kautta sekä kertomalla lapselle avoimesti vanhempien ongelmista ja perheen tilanteesta. Interventioista ei ole kuitenkaan hyötyä, jolleivät koko maan tasoiset politiikkatoimet sekä kolmannen sektorin toimijat ole mukana tukemassa päihteiden ongelmakäytön ehkäisyä yleisesti yhteiskunnassa. (Velleman ym., 2005.)

Tämän tutkimuksen pohjalta muodostuu kuva köyhyydessä elävistä sekä mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivistä nuorista äideistä koostuvasta riskiryhmästä, johon voisi interventioiden kautta yrittää vaikuttaa. Interventioissa voisi yrittää vaikuttaa vanhempien kasvatustyyliin, kontrolloida päihteiden mahdollisen ongelmakäytön sekä huolehtia myös siitä, että perheellä on pääsy riittäviin taloudellisiin resursseihin (Ks. Hessele, 1988). Kiintymyssuhdeteorian valossa taas keskeistä on, että äidin ja lapsen välisen vuorovaikutussuhteen ongelmiin puututtaisiin jo mahdollisimman varhaisessa vaiheessa; jos näin ei tehdä, ylisukupolviset kielteiset siirtymät ovat todennäköisiä (Crittenden, 2006).

Toisaalta kiinnostavaa olisi tutkia tarkemmin tiettyä päihdeongelmaisten äitien ryhmää, esimerkiksi huumeidenkäyttäjiä, tai sitten vakioida jonkin tietyn tekijän, vaikkapa mielenterveyden ongelmien, vaikutus lapseen. Sosioekonomisen deprivaaation teorian valossa myös vanhemman ammattiasema olisi hyvä saada jatkotutkimuksissa

analyysiin mukaan (Conger & Dogan, 2008). Myös isien päihteiden ongelmakäyttöä olisi kiinnostavaa tutkia: se ei aineiston puitteissa ollut tässä tutkimuksessa mahdollista, mutta THL:ssa on aiheesta tekeillä tutkimus. Jos molemmat vanhemmat ovat päihdeongelmaisia, se on tutkijoiden mukaan huomattavasti vahingollisempaa, kuin jos vain toinen vanhempi on (Moser & Jacob, 1997). Moserin ja Jacobin (1997) tutkimuksessa todettiin, että erityisesti alkoholiongelmaiset isät altistivat perhettä vakavammille haitoille kuin äidit. Vaikka kliinisesti suuntautunut tutkimus on usein painottanut äitien päihde- tai mielenterveyden ongelmien riskiä lapsen kehitykselle, uudempi tutkimus on alkanut kiinnittää huomiota myös isien vaikutukseen: tutkijoiden mukaan myös äitien ja isien mielenterveyden ongelmien interaktioita tulisi tarkastella tilastollisesti, jotta saataisiin paremmin selville toisen, raittiin vanhemman lapsen kehitystä suojaavien vaikutusten syitä (Connell & Goodman, 2002).

Tutkittavien etnistä taustaa ei tässä ole huomioitu, vaikka olisi kiintoisaa tarkastella, onko esimerkiksi epäonnistuneella akkulturaatiolla vaikutusta päihteiden käyttöön ja jos on, niin missä maahanmuuttaja- tai vähemmistöryhmissä. Toisaalta Yhdysvalloissa tehdyn tutkimuksen mukaan ei-syntyperäisillä amerikkalaisilla oli vähemmän päihteiden käytön ongelmia sekä muita psykiatrisia diagnooseja kuin syntyperäisillä amerikkalaisilla. Suojaavien tekijöiden tarkempia vaikutusyhteyksiä ei kyseisessä tutkimuksessa voitu kuitenkaan selvittää. (Grant ym., 2004.) Tarkempaa tietoa kulttuuristen normien vaikutuksesta päihteiden käyttöön tarvittaisiin. Jonkin verran tutkimusta maahanmuuttajien psykososiaalisen hyvinvoinnin kehittymisestä on Suomessa, mutta näissä tutkimuksissa ei päihteiden käyttö ole ollut fokuksessa (Jasinskaja-Lahti ym., 2008). Maahanmuuttajilla on kuitenkin Suomessa todettu esiintyvän vähemmän päihdehuollon hoitajaksoja kuin suomalaisperäisellä väestöllä (Gissler ym., 2006).

Lund ym. (2010) mukaan sosioekonomisen huono-osaisuuden mittaaminen ei ole aivan yksiselitteistä, koska esimerkiksi asumiseen ja ruokaan liittyvien perustarpeiden puute näyttää olevan vakavampaa mielenterveyden häiriöiden kehittämisessä kuin vain alhainen toimeentulo tai työttömyys sinänsä. Toisaalta taas suhteellisella köyhyydellä

tai äkillisellä tulotason tippumisella voi olla kielteisempiä vaikutuksia mielenterveyteen kuin absoluuttisella köyhyydellä. Interventioilla voisi ehkäistä mielenterveysongelmien kehittymistä köyhyydessä eläville sekä estää köyhyyden kierre. (Lund ym., 2010.)

Lundin ym. (2011) toisen tutkimuksen pohjalta köyhyyttä ehkäisevät interventiot, esimerkiksi rahan lainaaminen yrittäjyyttä varten kehitysmaissa, vähensivät tutkittujen mielenterveyden ongelmia toimeentulon varmuuden lisääntyessä.

Tärkeää olisi saada tietää myös päihde- ja mielenterveyden ongelmien suhteesta siihen, onko lapsi ollut kodin ulkopuolelle sijoitettuna vai ei. Esimerkiksi päihdeongelmaisten äitien lapsilla todettiin 30-kertainen riski tulla sijoitetuksi kodin ulkopuolelle ennen kouluikää muihin lapsiin verrattuna (Raitasalo & Holmila, 2014). Kodin ulkopuolelle sijoitettujen määrä on ollut tasaisessa nousussa 1990-luvun alusta lähtien (Kestilä ym., 2012).

Kestilän ym. (2012) rekisteripohjaisessa tutkimuksessa mielenterveyden häiriöiden osalta selvisi, että ensinnäkin sijoitettuna olleilla on kohonnut psykiatrisen erikoissairaanhoidon osastohoitojaksojen ja poliklinikkakäyntien todennäköisyys (noin viisinkertainen) muuhun väestöön verrattuna ja toiseksi selvästi muuta väestöä enemmän psyykkisiä häiriöitä. Aikaisemmassa tutkimuksessa on selvinnyt, että Suomessa sijoitetuilla lapsilla muun muassa osallistuminen tutkintoon tähtäävään opiskeluun oli selvästi harvinaisempaa kuin muilla nuorilla (Heino & Johnson, 2010). Egelundin ja Laustenin (2009) tutkimuksessa selvisi, että kodin ulkopuolelle sijoitetuista lapsista viidesosalla oli vähintään yksi psykiatrinen diagnoosi, kun taas vastaava osuus muilla lapsilla oli 3 prosenttia pohjautuen vuonna 1995 syntyneiden lasten kohorttiin.

Omassa tutkimuksessani ei huostaanottojen vaikutuksesta lasten ongelmiin eikä mielenterveysdiagnoosien ajallisuudesta pystytä sanomaan mitään tarkkaa, koska diagnoosien ajallinen antaminen vaihtelee tapauskohtaisesti, ja esimerkiksi diagnoosi on saatettu antaa vasta sijoittamisen jälkeen.

5.5 Lopuksi

Lasten sosiaalipalveluissa on Suomessa perinteisesti toimittu siten, että jos vanhemmat eivät ole pystyneet huolehtimaan lapsestaan, lastensuojeluviranomaiset ovat arvioineet tilanteen ja ottaneet tämän tarvittaessa huostaan. Nykyään on menty yhä enemmän ongelmien ennaltaehkäisyyn sekä mielenterveyden edistämisen suuntaan erilaisten interventioiden ja ohjelmien pohjalta. (Solantaus ym., 2006.) Holmilan ym. (2011) mukaan päihdepalveluissa ongelmana on ollut, että työntekijät eivät ole välttämättä tottuneet työskentelemään yhtäaikaisesti sekä vanhempien että lasten kanssa tai että ongelmia ei tunnisteta, vaikka resursseja hoitoon olisikin. Uusien työkalujen tarkoituksena on auttaa työntekijöitä kohtaamaan perheet paremmin myös lasten näkökulmasta ja ymmärtää perheen tilannetta sekä saavuttaa avoin molemminpuolinen vuorovaikutussuhde (Solantaus ym., 2006). Lisäksi tavoitteena on lisätä lasten mahdollisuuksia harrastaa ja aktivoitua sosiaalisesti (mt.).

Tammisen ja Räsänen (2004, 376) mukaan Suomessa lapset tulevat hoitoon yleensä vasta pitkän viiveen jälkeen, mikä tarkoittaa sitä, että oireiden alkamisesta kliiniseen tutkimukseen ja hoidon alkamiseen saattaa kulua useita vuosia. Täten häiriöt ovat saattaneet pahentua, hoito saattaa pitkittyä ja hoitotulokset saattavat olla heikompia kuin jos hoitoon olisi tultu pian oireiden alkamisen jälkeen. Suomessa Ensi- ja turvakotien liitto on aktivoitunut päihdeongelmaisten äitien ja heidän vauvojensa raskaudenaikaisen ja synnytyksen jälkeisen hoidon ja kuntoutuksen kehittämisessä (Ensi- ja turvakotien liiton kotisivut, 2014). Palvelujärjestelmän kannalta on lisäksi olennaista, että lasten ja nuorten mielenterveyshäiriöiden avohoidossa olisi käytettävissä tarpeelliset ja riittävät tukitoimet kotona selviytymiseksi (Piha, 2004, 379).

Tässä opinnäytetyössä keskityin päihde- ja mielenterveysongelmaisten äitien lasten mielenterveyden häiriöihin ylisukupolvisuuden, sosioekonomisen deprivaaation sekä kiintymyssuhteiden näkökulmasta. Alkoholiongelmaisten vanhempien lasten kokemuksia tutkinut Itäpuisto (2005, 11) toteaa, että huolimatta arkipäivän keskusteluiden tuottamasta aiheen tuttuudesta, alkoholiongelmaisten vanhempien

lapsille kohdistuvia haittoja ei ole kovin paljon tutkittu. Pitää lisäksi muistaa, että suojaavia tekijöitä painotettaessa ei pidä myöskään vähätellä näiden haastavissa perheolosuhteissa kasvavien lasten vaikeuksia.

LÄHTEET

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment. A Psychological Study of the Strange Situation*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.

Airio, I., & Niemelä, M. (2009). Perhetaustan yhteys aikuisiän köyhyyteen Suomessa 1995–2005. *Sosiologia*, 1, 3–19.

Alati, R. (2014). In Western Australia, 70% of mothers of babies with fetal alcohol syndrome did not have an alcohol-related diagnosis recorded during pregnancy. *Evidence Based Nursing*, 27 (3), 78.

Autti-Rämö, I., Seppänen, J., Raitasalo, R., Martikainen, J. E., & Sourander, A. (2009). Nuorten ja nuorten aikuisten psyykenlääkkeiden käyttö on lisääntynyt 2000-luvulla. *Suomen Lääkärilehti*, 6, 477–482.

Bailey, J., Hill, K., Oesterle, S., & Hawkins, D. (2006). Linking Substance Use and Problem Behavior Across Three Generations. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34 (3), 273–292.

Beaulieu, D. A., & Bugental, D. B. (2008). An Evolutionary Approach to Socialization. Teoksessa J. E. Grusec & P. D. Hastings (toim.), *Handbook of Socialization. Theory and Research* (s. 71–95). New York: The Guilford Press.

Bifulco, A., Moran, P. M., Ball, C., Jacobs, R., & Baines, A. (2002). Childhood adversity, parental vulnerability and disorder: examining inter-generational transmission of risk. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43 (8), 1075–1086.

Boivin, M., Perusse, D., Dionne, G., Sayse, V., Zoccolillo, M., ...& Tremblay, R. E. (2005). The genetic-environmental etiology of parents' perceptions and self-assessed behaviours toward their 5-month-old infants in a large twin and singleton sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46 (6), 612–630.

- Bourdieu, P. (1984). *Distinction: a social critique of the judgement of taste*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bretherton, I., & Waters, E. (toim.) (1985). *Growing points of attachment theory and research*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the Family as a Context for Human Development: Research Perspectives. *Developmental Psychology*, 22 (6), 723–742.
- Cassidy, J. (2008). The Nature of the Child's Ties. Teoksessa J. Cassidy & P. Shaver (toim.), *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications* (s. 3–22). New York: The Guilford Press.
- Cassidy, J., & Shaver, P. (toim.) (2008). *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications*. New York: The Guilford Press.
- Christensen, H. B., & Bilenberg, N. (2000). Behavioural and emotional problems in children of alcoholic mothers and fathers. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9, 219–226.
- Christoffersen, M. N., & Soothill, K. (2003). The long-term consequences of parental alcohol abuse: a cohort study of children in Denmark. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25 (2), 107–116.
- Coan, J. A. (2008). Toward a Neuroscience of Attachment. Teoksessa J. Cassidy & P. Shaver (toim.), *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications* (s. 241–265). New York: The Guilford Press.
- Conger, R. D., & Dogan, S. J. (2008). Social Class and Socialization in Families. Teoksessa J. E. Grusec & P. D. Hastings (toim.), *Handbook of Socialization. Theory and Research* (s. 433–460). New York: The Guilford Press.
- Conger, R. D., & Donnellan, B. M. (2007). An Interactionist Perspective on the Socioeconomic Context of Human Development. *Annual Review of Psychology*, 58, 175–199.
- Conger, R. D., Jewsbury Conger K., Matthews, & Elder Jr. G. H. (1999). Pathways of Economic Influence on Adolescent Adjustment. *American Journal of Community Psychology*, 27 (4), 519–541.

- Connell, A. M., & Goodman, S. H. (2002). The Association Between Psychopathology in Fathers Versus Mothers and Children's Internalizing and Externalizing Behavior Problems: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, *128* (5), 746–773.
- Cosci, F., & Fava, G. A. (2010). New clinical strategies of assessment of comorbidity associated with substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, *31*, 418–427.
- Crittenden, P. (2006). A Dynamic-Maturational Model of Attachment. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*, *27* (2), 105–115.
- Dearing, E., McCartney, K., & Taylor, B. (2001). Change in Family Income-to-Needs Matters More for Children with Less. *Child Development*, *72* (6), 1779–1793.
- DeKlyen, K., & Greenberg, A. (2008). Attachment and psychopathology in childhood. Teoksessa J. Cassidy & P. Shaver (toim.), *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications* (s. 637–665). New York: The Guilford Press.
- Demetriou, A. Doise, W., & van Lieshout, C. (toim.) (1999). *Life-Span Developmental Psychology*. Oxford: John Wiley & Sons.
- Dube, S., Felitti, V., Dong, M., Chapman, D., Giles, W., & Anda, R. (2003). Childhood Abuse, Neglect, and Household Dysfunction and the Risk of Illicit Drug Use: The Adverse Childhood Experiences Study. *Pediatrics*. *111* (3), 564–572.
- Duncan, G. J., & Brooks-Gunn, J. (2000). Family poverty, welfare reform, and child development. *Child Development*, *71*, 188–196.
- Egelund, T., & Lausten, M. (2009). Prevalence of mental health problems among children placed in out-of-home care in Denmark. *Child and Family Social Work*, *14*, 156–165.
- Ensi- ja turvakotien liiton kotisivut. Haettu 9.6.2014 osoitteesta:
<http://www.ensijaturvakotienliitto.fi/>
- Esping-Andersen, G. (2004). Untying the Gordian knot of social inheritance. *Research in Social Stratification and Mobility*, *21*, 115–138.
- Evans, G. W., & English, K. (2002). The Environment of Poverty: Multiple Stressor Exposure, Psychophysiological Stress and Socioemotional Adjustment. *Child Development*, *73* (4), 1238–1248.
- Fagerlund, Å., Autti-Rämö, I., Kalland, M., Santtila, P., Hoyme, H.E., Mattson, N.S. & Korkman, M. (2012). Adaptive behaviour in children and adolescents with foetal

alcohol spectrum disorders: a comparison with specific learning disability and typical development. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 21, 221–231

Flaherty, S., & Sadler, L. (2011). A Review of Attachment Theory in the Context of Adolescent Parenting. *Journal of Pediatric Health Care*. 25 (2), 114–121.

Flynn, R. J., Ghazal, H., Legault, L., Vandermeulen, G., & Petrick, S. (2004). Use of population measures and norms to identify resilient outcomes in young people in care: an exploratory study. *Child & Family Social Work*, 9 (1), 65–79.

Gissler, M., & Haukka, J. (2004). Finnish health and social welfare registers in epidemiological research. *Norsk Epidemiologi*, 14, 113–120.

Gissler, M., Malin, M., Matveinen, P., Sarvimäki, M., & Kangasharju, A. (2006). *Maahanmuuttajat ja julkiset palvelut: Terveysthuollon palvelut ja sosiaalihuollon laitospalvelut*. Helsinki: Stakes.

Grant, B. F., Stinson, F. S., Hasin, D. S., Dawson, D. A., Chou, P., & Anderson, K. (2004). Immigration and Lifetime Prevalence of DSM-IV Psychiatric Disorders Among Mexican Americans and Non-Hispanic Whites in the United States. *General Psychiatry*, 61 (12), 1226–1233.

Grossmann, K., Grossmann, K. E., Spangler, G., Suess, G., & Uzner, L. (1985). Maternal sensitivity and newborns' orientation responses as related to quality of attachment in northern Germany. Teoksessa I. Bretherton & E. Waters (toim.), *Growing points of attachment theory and research* (s. 233–256). Chicago: University of Chicago Press.

Grossmann, K., Grossmann, K. E., Klaus, E., Kindler, H., & Zimmermann, P. (2008). The influence of mothers and fathers on the development of psychological security from infancy to young adulthood. Teoksessa J. Cassidy & P. Shaver (toim.), *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications* (s. 857–879). New York: The Guilford Press.

Grusec, J. E., & Hastings, P. D. (toim.) (2008). *Handbook of Socialization. Theory and Research*. The Guilford Press, New York.

Haight, W. L., Kagle, J. D., & Black, J. E. (2003). Understanding and supporting parent-child relationships during foster care visits: Attachment theory and research. *Social Work*, 48 (2), 195–207.

Hammen, C., & Brennan, P. (2003). Severity, chronicity, and timing of maternal depression and risk for adolescent offspring diagnoses in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 60, 253–260.

- Hansen, C., Adams, M., Fox, D.J., O'Leary, L. A., Frias, J.L., Freiman, H. & Meaney, J. (2014). Exploring the Feasibility of Using Electronic Health Records in the Surveillance of Fetal Alcohol Syndrome. *Birth Defects Research (PART A)*, 100, 67–78.
- Harter, S. L. (2000). Psychosocial Adjustment Of Adult Children Of Alcoholics: A Review Of The Recent Empirical Literature. *Clinical Psychology Review*, 20 (3), 311–337.
- Harwood, R. L., Miller, J. G., & Irizarry, N.L. (1995). *Culture and Attachment: Perceptions of the child in context*. New York: The Guilford Press.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*, 5, 1–22.
- Heino, T., & Johnson, M. (2010). Huostaanotetut lapset nuorina aikuisina. Teoksessa Sarkola, T., Heino, T., Hiilamo, H., Hytti, H. & Rajavaara, M. (toim.), *Perhepiirissä*. Helsinki: Kela.
- Heinälä, P. (2004). Tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöt. Teoksessa Moilanen, I. ym. (toim.), *Lasten- ja nuorisopsykiatria* (s. 275–288). Helsinki: Duodecim.
- Holmila, M., Bardy, M., & Kouvonen, P. (2008). Lapsuus päihdeperheessä ja kielteisen sosiaalisen perimän voittaminen. *Yhteiskuntapolitiikka*, 73 (4), 421–432.
- Holmila, M., Raitasalo, K., & Kosola, M. (2013). Mothers who abuse alcohol and drugs: Health and social harms among substance-abusing mothers of small children in three child cohorts. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 30, 361–373.
- Itäpuisto, M. (2005). *Kokemuksia alkoholiongelmaisten vanhempien kanssa eletystä lapsuudesta* (Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 124). Kuopion yliopisto, sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos.
- Jasinskaja-Lahti, I. (2008). Long-term immigrant adaptation: Eight-year follow-up study among immigrants from Russia and Estonia living in Finland. *International Journal of Psychology*, 43 (1), 6–18.
- Jonsson, G. (1973). *Det sociala arvet*. Stockholm: Tiden-Barnängen.
- Jääskeläinen, M. (2014, kesäkuu). *Parental substance abuse and family separation*. Esitelmä pidetty tilaisuudessa 40th annual alcohol epidemiology symposium of the Kettil Bruun Society, Torino, Italia.
- Kainulainen, S. (2006). Huono-osaisuuden kasautuminen ja pitkittyminen Suomessa 1970-2000. *Yhteiskuntapolitiikka* 71 (4), 373–386.

Kenny, D. T., & Job, R. F. S. (1995). *Australia's adolescents: A health psychology perspective*. Armidale, NSW: University of New England.

Kenny, D. T. (1995). Adolescent pregnancy in Australia. Teoksessa D. T. Kenny, & R. F. S. Job (toim.), *Australia's adolescents: A health psychology perspective* (s. 239–245). Armidale, NSW: University of New England

Kessler R.C. (2004). The epidemiology of dual diagnosis. *Biol Psychiatry* 56:730-737.

Kobak, R., & Stephansen, M. (2008). Disruptions in attachment bonds: Implications for theory, research, and clinical intervention. Teoksessa J. Cassidy & P. Shaver (toim.), *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications* (s. 23–47). New York: The Guilford Press.

Koponen, A. (2006). *Sikiöaikana päihteille altistuneiden lasten kasvuympäristö ja kehitys* (Kotu-tutkimuksia 5). Helsinki: Kehitysvammaliiton tutkimusyksikkö Kotu.

Kumpulainen, K. (2004). Häiriöiden esiintyvyys ja luokittelu. Teoksessa Moilanen, I. ym. (toim.), *Lasten- ja nuorisopsykiatria* (s. 130–136). Helsinki: Duodecim.

Kärkkäinen, T. (2004). *Koulutuksen ja lapsi-vanhempisuhteen yhteys elämässä selviytymiseen. Sosiaalinen perimä ja koulutuskulttuurisen pääoman periytyminen sukupolvesta toiseen* (tutkimuksia 250). Helsingin yliopisto, soveltavan kasvatustieteen laitos.

Laible, D., & Thompson, R. A. (2008). Early Socialization. Teoksessa J. E. Grusec & P. D. Hastings (toim.), *Handbook of Socialization. Theory and Research* (s. 181–205). New York: The Guilford Press.

Landgraf, M. N., Nothacker, M., Kopp, I.B., & Heinen, F. (2013). The Diagnosis of Fetal Alcohol Syndrome. *Deutsches Ärzteblatt International*, 110 (42), 703–710.

Linna, S.-L. (2004). Laaja-alaiset kehityshäiriöt. Teoksessa Moilanen, I. ym. (toim.), *Lasten- ja nuorisopsykiatria* (s. 289–298). Helsinki: Duodecim.

Linver, M. R., Brooks-Gunn, J., & Kohen, D. E. (2002). Family Processes as Pathways From Income to Young Children's Development. *Developmental Psychology*, 38, 719–734.

Lund, C., Breen, A., Flisher, A.J., Kakuma, R., Corrigall, J., Joska, J.A., Swartz, L., & Patel, V. (2010). Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 71, 517–528.

- Lund, C., De Silva, M., Plagerson, S., Cooper, S., Chisholm, D., Das, J., Knapp, M., & Patel, V. (2011). Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries. *Lancet*, *378*, 1502–1514.
- Lyons-Ruth, C., & Jacobvitz, K. (2008). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. Teoksessa J. Cassidy & P. Shaver (toim.), *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications* (s. 666–697). New York: The Guilford Press.
- Lyytinen, H. (2004). Tarkkaavuuden ja oppimisen häiriöt. Teoksessa Moilanen, I. ym. (toim.), *Lasten- ja nuorisopsykiatria* (s. 249–260). Helsinki: Duodecim.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in Infancy, Childhood and Adulthood: A Move to the Level of Representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. *50*, 66–104.
- Memo, L., Gnoato, E., Caminiti, S., Pichini, S., & Tarani, L. (2013). Fetal alcohol spectrum disorders and fetal alcohol syndrome: the state of the art and new diagnostic tools. *Early Human Development*, *89S1*, 40–43.
- Metso, L., Winter, T., & Hakkarainen, P. (2012). *Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet – Huumeaiheiset väestökyselyt Suomessa 1992–2010*. (THL:n raportti 17/2012). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Meyer, D., Wood, S., & Stanley, B. (2013). Nurture Is Nature: Integrating Brain Development, Systems Theory, and Attachment Theory. *The Family Journal*, *21* (162), 162–169.
- Mistry, R. S., Lowe, E. D., Benner, A. D., & Chien, N. (2008). Expanding the Family Economic Stress Model: Insights From a Mixed-Methods Approach. *Journal of Marriage and Family*, *70*, 196–209.
- Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) (2004). *Lasten- ja nuorisopsykiatria*. Helsinki: Duodecim.
- Moilanen, I. (2004a). Tunne-elämän häiriöt. Teoksessa Moilanen, I. ym. (toim.), *Lasten- ja nuorisopsykiatria* (s. 201–208). Helsinki: Duodecim.
- Moilanen, I. (2004b). Käyttäytymisen häiriöt. Teoksessa Moilanen, I. ym. (toim.), *Lasten- ja nuorisopsykiatria* (s. 265–275). Helsinki: Duodecim.
- Moser, R., & Jacob, T. (1997). Parent-Child Interactions and Child Outcomes as Related to Gender of Alcoholic Parent. *Journal of Substance Abuse*, *9*, 189–208.

Mäkelä, J. (2002). Aivojen varhainen kehitys vuorovaikutussuhteissa. Teoksessa J. Sinkkonen (toim.), *Pesästä lentoon. Kirja lapsen kehityksestä kasvattajalle* (s. 13–43). Vantaa: WSOY.

Mäkelä, P., Mustonen, H., & Huhtanen, P. (2010). Miten Suomi juo? Alkoholinkäyttötapojen muutokset 1968–2008. Teoksessa P. Mäkelä, H. Mustonen & C. Tigerstedt (toim.), *Suomi juo. Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008* (s. 39–54). Helsinki: Yliopistopaino.

Mäkelä, P., Mustonen, H., & Tigerstedt, C. (toim.) (2010). *Suomi juo. Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008*. Helsinki: Yliopistopaino.

Mylant, M.-L., Ide, B., Cuevas, E., & Meehan, M. (2002). Adolescent Children of Alcoholics: Vulnerable or Resilient? *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 8 (2), 57–64.

Najman, J. M., Aird, R., Bor, W., O’Callaghan, M., Williams, G. M., & Shuttlewood, G. J. (2004). The generational transmission of socioeconomic inequalities in child cognitive development and emotional health. *Social Science & Medicine*, 58, 1147–1158.

Najt, P., Fusar-Poli, P., & Brambilla, P. (2011). Co-occurring mental and substance abuse disorders: A review on the potential predictors and clinical outcomes. *Psychiatry research*, 186, 159–164.

Olausson, P. O., Cnattingius, S., & Haglund, B. (1999). Teenage pregnancies and risk of late fetal death and infant mortality. *Br J Obstet Gynaecol*, 106 (2), 116–121.

Paananen, R., Ristikari, T., Merikukka, M., Rämö, A., & Gissler, M. (2012). *Lasten ja nuorten hyvinvointi. Kansallinen syntymäkohortti 1987-tutkimusaineiston valossa* (THL raportti 52). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Pangar, R. C. M., Brennan, P. A., Hammen, C., & Le Brocque, R. (2010). Resilience to Maternal Depression in Young Adulthood. *Developmental Psychology*, 46 (4), 805–814.

Peng, J. C.-Y., Lee, K. L., & Ingersoll, G. M. (2002). An Introduction to Logistic Regression Analysis and Reporting. *The Journal of Educational Research*, 96 (1), 1–13

Peluso, P. R., Peluso, J. P., White, J. F., & Kern, R. M. (2004). A Comparison of Attachment Theory and Individual Psychology: A Review of the Literature. *Journal of Counseling & Development*, 82, 139–145.

Piaget, J. (1954). *Lapsi maailmansa rakentajana: kuusi esseetä lapsen kehityksestä*. Porvoo: WSOY. Ref. Ainsworth ym. (1978).

- Piha, J. (2004). Palvelujärjestelmä. Teoksessa Moilanen, I. ym. (toim.), *Lasten- ja nuorisopsykiatria* (s. 378–390). Helsinki:Duodecim.
- Pirkola, S. & Isometsä, E. & Suvisaari, J. & Aro, H. & Joukamaa, M. & Poikolainen, K. & Koskinen, S. & Aromaa, A. & Lönnqvist, J. DSM-IV Mood-, anxiety-and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population. Results for the Health 2000 study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2005; 40:1-10.
- Raitasalo, K. (2010). Saako lasten seurassa juoda? Alkoholinkäyttö lasten seurassa ja asenteet sitä kohtaan. Teoksessa P. Mäkelä, H. Mustonen & C. Tigerstedt (toim.), *Suomi juo. Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008* (s. 167–176). Helsinki: Yliopistopaino.
- Raitasalo, K., & Holmila, M. (2012). Äidin päihteiden käytön yhteys lapsen kokemiin haittoihin. Rekisteritutkimuksen tuloksia. *Yhteiskuntapolitiikka*, 77 (1), 53–62.
- Raitasalo, K., Holmila, M., Autti-Rämö, I., Notkola, I.-L., & Tapanainen, H. (2014). Hospitalisations and out-of-home placements of children of substance-abusing mothers: A register-based cohort study. *Drug and Alcohol Review*, DOI: 10.1111/dar.12121.
- Repetti, R., Taylor, S. E., & Saxbe, D. (2008). The Influence of Early Socialization Experiences on the Development of Biological Systems. Teoksessa J. E. Grusec & P. D. Hastings (toim.), *Handbook of Socialization. Theory and Research* (s. 124–152). New York: The Guilford Press.
- Rogoff, B. (2003). *The Cultural Nature of Human Development*. New York: Oxford University Press.
- Rothbaum, F., & Trommsdorff, G. (2008). Do Roots and Wings Complement or Oppose One Another? Teoksessa J. E. Grusec & P. D. Hastings (toim.), *Handbook of Socialization. Theory and Research* (s. 461–489). New York: The Guilford Press.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57 (3), 316–331.
- Räsänen, E. (2004). Mielialahäiriöt ja itsetuhokäyttäytyminen. Teoksessa Moilanen, I. ym. (toim.), *Lasten- ja nuorisopsykiatria* (s. 218–232). Helsinki: Duodecim.
- Rönkä, A., & Pulkkinen, L. (1995). Accumulation of Problems in Social Functioning in Young Adulthood: A Developmental Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (2), 381–391.

Sainio, S., Klemetti, R., Hemminki, E., & Gissler, M. (2010). Yli 40-vuotiaan naisen raskaus. *Suomen lääkärilehti*, 39 (65), 3129–3134.

Salo, S. (2002). Kiintymyssuhteen merkitys elämänkaaren aikana. Teoksessa J. Sinkkonen (toim.), *Pesästä lentoon. Kirja lapsen kehityksestä kasvattajalle* (s. 44–77). Vantaa: WSOY.

Sarkola T., Heino T., Hiilamo H., Hytti H., & Rajavaara M. (toim.) (2010). *Perhepiirissä*. Helsinki: KELA.

Schore, A. N. (2000). Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment & Human Development*, 2 (1), 23–47.

Shah, P. E., Fonagy, P., & Strathearn, L. (2010). Is Attachment Transmitted Across Generations? The Plot Thickens. *Clinical Child Psychological Psychiatry*, 15 (3), 329–345.

Simpson, J. A., & Belsky, J. (2008). Attachment Theory within a Modern Evolutionary Framework. Teoksessa J. Cassidy & P. Shaver (toim.), *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications* (s. 131–157). New York: The Guilford Press.

Sinkkonen, J. (toim.) (2002). *Pesästä lentoon. Kirja lapsen kehityksestä kasvattajalle*. Vantaa: WSOY.

Sinkkonen, J. (2004). Kiintymyssuhdeteoriat – tutkimuslöydöksistä käytännön sovelluksiin. *Duodecim*, 120, 1866–1873.

Sobolewski, J. M. & Amato, P. R. (2005). Economic Hardship in the Family of Origin and Children's Psychological Well-Being in Adulthood. *Journal of Marriage and Family*, 67, 141–156.

Sørensen, H., Manzardo, A., Knop, J., Penick, E., Madarasz, W., Nickel, E., Becker, U., & Mortensen, E. (2011). The Contribution of Parental Alcohol Use Disorders and Other Psychiatric Illness to the Risk of Alcohol Use Disorders in the Offspring. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35 (7), 1315–1320.

Solantaus, T., Leinonen, J., & Punamäki, R.-L. (2004). Children's Mental Health in Times of Economic Recession: Replication and Extension of the Family Economic Stress Model in Finland. *Developmental Psychology*, 40 (3), 412–429.

Solantaus, T., & Toikka, S. (2006). The Effective Family Programme: Preventative Services for the Children of Mentally Ill Parents in Finland. *International Journal of Mental Health Promotion*, 8 (3), 37–44.

Tamminen, T. (2004a). Häiriöiden esiintyvyys ja luokittelu. Teoksessa Moilanen, I. ym. (toim.), *Lasten- ja nuorisopsykiatria* (s. 137–141). Helsinki: Duodecim.

Tamminen, T. (2004b). Pienten lasten ja varhaisen vuorovaikutuksen psyykkiset häiriöt. Teoksessa Moilanen, I. ym. (toim.), *Lasten- ja nuorisopsykiatria* (s. 192–200). Helsinki: Duodecim.

Tamminen, T. & Räsänen, E. (2004). Sairauksien ennaltaehkäisy. Teoksessa Moilanen, I. ym. (toim.), *Lasten- ja nuorisopsykiatria* (s. 373–377). Helsinki: Duodecim.

Tilastokeskus, koulutusluokkien kuvaus. Haettu 30.5.2014 osoitteesta:
<http://www.stat.fi/meta/luokitukset/koulutus/001-2011/kuvaus.html>

Tudge, J. R. H., Mokrova, I., Hatfield, B. E., & Karnik, R. B. (2009). Uses and Misuses of Bronfenbrenner's Bioecological Theory of Human Development. *Journal of Family Theory & Review*, 1, 198–210.

van IJzendoorn M. H. (1995). Adult Attachment Representations, Parental Responsiveness, and Infant Attachment: A Meta Analysis on the Predictive Validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117, 387–403.

van IJzendoorn, M., & Sagi-Schwartz, A. (2008). Cross-cultural patterns of attachment: Universal and contextual dimensions. Teoksessa J. Cassidy ja P. Shaver (toim.), *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications* (s. 880–905). New York: The Guilford Press.

Velleman, R., Templeton, L. & Copello, A. (2005). The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: a comprehensive review of family interventions, with a focus on young people. *Drug and Alcohol Review*, 24, 93–109.

Velleman, R. and Templeton, L. (2007). Understanding and modifying the impact of parental substance misuse on children. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 79-89.

Vilhula, A. (2007). *Sosiaalinen perimä. Ylisukupolviset kohtalot tutkimuskirjallisuuden valossa* (Suomen Mielenterveysseuran julkaisu). Helsinki: Gummerus.

Volkow N.D. (2004). The reality of comorbidity: Depression and drug abuse. *Biol Psychiatry* 56(10), 714-717.

Vähätalo, K. (2001). *Lama ja kaupunkien pitkäaikaistyöttömät. Seurantatutkimus 1304 pitkäaikaistyöttömästä työvoimatoimistojen ja sosiaalihuollon toimeentulotuen asiakkaina kuudessa suomalaisessa kaupungissa vuosina 1991–1998* (Työpoliittinen tutkimus nro 230). Helsinki: Työministeriö.

Walker, S. C., & McGlone, F. P. (2013). The social brain: Neurobiological basis of affiliative behaviours and psychological well-being. *Neuropeptides*, 47, 379–393.

Waters, H. & Waters, E. (2006). The Attachment Working Model Concept: Among Other Things, We Build Script-Like Representations of Secure Base Experiences. *Attachment & Human Development*. 8 (3), 185–199.

Weinfield, N., Sroufe, L., Egeland, B., & Carlson, E. (2008). Individual differences in infant-caregiver attachment: Conceptual and empirical aspects of security. Teoksessa J. Cassidy & P. Shaver (toim.), *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications* (s. 78–101). New York: The Guilford Press.

Liitteet

Liite1. Selittävien muuttujien keskinäiset korrelaatiot (N= 58056)

	Äidin päihdeon- gelma	Äidin psykiatrin- en diagnoosi	Äidin köyhyys	Äidin korkeako- ulutus	Äidin parisuh- de	Äidin ikä (14- 20)	Äidin ikä (40- 49)
Äidin päihdeongelma							
Äidin psykiatrinen diagnoosi	.26**						
Äidin köyhyys	.21**	.19**					
Äidin korkeakoulutus	-.11**	-.08**	-.29**				
Äidin parisuhde	-.06**	-.05**	-.15**	.09**			
Äidin ikä (14-20)	.03**	.03**	.24**	-.13**	-.10**		
Äidin ikä (40-49)	.01**	.00*	-.02**	-.03**	.00	-.04**	

* p < .05. ** p < .01