

Mirka Kolkka

LAPSUUDEN TRAUMOJEN YHTEYS KOETTUUN LÄHEISTEN ANTAMAAN TUKEEN
PSYKOOSI- JA PSYKOOSIRISKIPOTILAILLA SEKÄ TERVEILLÄ VERROKEILLA

Syventävien opintojen kirjallinen työ

Syyslukukausi 2019

Mirka Kolkka

LAPSUUDEN TRAUMOJEN YHTEYS KOETTUUN LÄHEISTEN ANTAMAAN TUKEEN
PSYKOOSI- JA PSYKOOSIRISKIPOTILAILLA SEKÄ TERVEILLÄ VERROKEILLA

Turun yliopiston psykiatrian oppiaine

Syyslukukausi 2019

Vastuuhenkilöt: Raimo Salokangas, Jarmo Hietala

Turun yliopiston laatu järjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.

Sisällys	
1 JOHDANTO	
1.1 Tutkielman tavoite	1
1.2 Lapsuuden traumat	1
1.2.1 Traumatyyppit	1
1.2.2 Lapsuuden traumojen yhteys psykiatrisiin häiriöihin	2
1.3 Sosiaalinen tuki	2
1.4 Lapsuuden traumojen yhteys aikuisiällä saatuun sosiaaliseen tukeen	2
2 AINEISTO JA MENETELMÄT	3
2.1 Tutkittavat	3
2.2 Valintakriteerit	4
2.2.1 Ensipsykoosipotilaiden valintakriteerit	4
2.2.2 Riskipotilaiden valintakriteerit	4
2.2.3 Potilasverrokkien valintakriteerit	5
2.2.4 Väestöverrokkien valintakriteerit	5
2.3 Tutkimusinstrumentit	5
2.3.1 Lapsuuden traumat	5
2.3.2 Läheisten antama tuki	5
2.3.3 Depression oireet	5
2.4 Tilastolliset menetelmät	6
3 TULOKSET	6
3.1 Taustamuuttujien vaikutus PSSS-R-, TADS- ja DEPS -kyselyiden tuloksiin	6
3.2 Lapsuuden traumojen yleisyys tutkittavien keskuudessa	7
3.3 TADS-, PSSS-R- ja DEPS-pisteiden välinen korrelaatio	8
3.4 Traumatyyppien ja PSSS-R-pisteiden välinen korrelaatio	8
3.5 Eri muuttujien vaikutus PSSS-R-pisteisiin	9
4 LOPPUPÄÄTELMÄ	10
LÄHTEET	12

1 Johdanto

1.1 Tutkielman tavoite

Tämän tutkielman tavoitteena on selvittää, onko lapsuuden traumojen ja aikuisiällä koetun läheisten antaman tuen välillä yhteyttä. Tutkielman tavoitteena on selvittää myös, selittykö edellä mainittujen mahdollinen yhteys depressiolla.

1.2 Lapsuuden traumat

Lapsuuden traumoilla (ACE, Adverse Childhood Experience) tarkoitetaan erilaisia hyväksikäytön ja laiminlyönnin osa-alueita, sekä muita traumaattisia kokemuksia, jotka tapahtuvat ihmisen ensimmäisten 18 ikävuoden aikana. (ACE Study, CDC-Kaiser. www.cdc.gov.)

1.2.1 Traumatyyppit

Lapsuuden traumojen määrittämisessä on päädytty viiteen ydin traumatyyppiin, jotka ovat fyysinen, emotionaalinen ja seksuaalinen hyväksikäyttö sekä fyysinen ja emotionaalinen laiminlyönti.

Emotionaalisella hyväksikäytöllä tarkoitetaan lapselle huutamista, lapsen uhkailua ja kiusaamista sekä myös niin sanotun mykkäkoulun pitäminen lapselle rangaistuksena. Lisäksi siihen luetaan kuuluvaksi lapsen altistaminen väkivallalle ja pahoinpitelylle, esimerkiksi sisaruksen, vanhemman tai lemmikin pahoinpitely lapsen nähden tai kuullen. (Juntunen 2013.)

Emotionaalinen laiminlyönti tarkoittaa lapsen emotionaalisten tarpeiden huomiotta jättämistä, kuten esimerkiksi riittämätön kiintymyksen, emotionaalisen tuen ja huomion osoittaminen, lapsen altistuminen kotiväkivallalle, lapsen ongelmakäyttäytymisen hyväksyminen tai siihen rohkaiseminen. Ongelmakäyttäytymistä ovat esimerkiksi alkoholin ja huumeiden käyttö, rikollisuus ja väkivalta. Emotionaalista laiminlyöntiä on myös lapsen eristäminen vuorovaikutukselta muiden aikuisten tai lasten kanssa. (Juntunen 2013.)

Fyysinen hyväksikäyttö on lapsen tahallista vahingoittamista. Siihen lukeutuvat esimerkiksi lapsen lyöminen, potkiminen, pureminen ja piiskaaminen. Fyysistä hyväksikäyttöä esiintyy esimerkiksi tilanteissa, joissa lapsen kasvatuksesta vastuussa oleva henkilö haluaa antaa lapselle ”oppitunnin” tai rankaista lasta fyysisin keinoin. (Juntunen 2013.)

Fyysinen laiminlyönti tarkoittaa pääpiirteissään lapsen jättämistä ilman tämän fyysisiä tarpeita täyttävää huolenpitoa ja valvontaa. Fyysistä laiminlyöntiä ovat esimerkiksi lapsen jättäminen ravinnotta tai tarkoituksenmukaista vaatetusta, lapsen hygienian laiminlyönti, lapsen hylkääminen ja lapsen karkottaminen kotoa pysyvästi tai väliaikaisesti (huoltajuuden kiistäminen). Fyysiseen laiminlyöntiin kuuluu myös esimerkiksi lapsen jättäminen kuumaan autoon ilman valvontaa ja auton ajaminen huumausaineiden vaikutuksen alaisena lapsen ollessa kyydissä. (Juntunen 2013.)

Seksuaalinen hyväksikäyttö on seksuaalisen kontaktin ottamista lapsen hyväksikäyttäjän seksuaalisten tarpeiden tyydyttämiseksi. Seksuaalista hyväksikäyttöä ovat intiimialueiden paljastaminen lapselle tai lapsen kehottaminen/pakottaminen paljastamaan omat intiimialueensa, penetraatio, suuseksi, lapsen intiimialueiden koskettelu, lapsen käyttäminen pornografisiin tarkoituksiin, lapsen altistaminen eroottiselle materiaalille ja lapsiprostituutio. (Juntunen 2013.)

1.2.2 Lapsuuden traumojen yhteys psykiatrisiin häiriöihin

Lapsuuden traumojen on tutkittu vaikuttavan merkittävästi psykiatristen häiriöiden kehittymiseen. McLaughlin, Green & Gruber (2010) tutkimuksessa todettiin, että yli 30 % aikuisuuden psykiatrisista häiriöistä on suorassa yhteydessä lapsuuden traumoihin. Afifin, Murrayn & Ennsin (2008) tutkimuksessa yhteyttä selvitettiin tarkemmin. Tutkimuksessa naisilla lapsuuden traumoihin yhteydessä olevan psykiatrisen häiriön osuus on 25 % kaikista mielialahäiriöistä, 22 % kaikista ahdistuneisuushäiriöistä, 32 % kaikista päihteiden käyttöhäiriöistä ja 27 % kaikista psykiatrisista häiriöistä. Miehillä lapsuuden traumoihin yhteydessä olevan psykiatrisen häiriön osuus on 23 % kaikista mielialahäiriöistä, 20 % kaikista ahdistuneisuushäiriöistä, 22 % kaikista päihteiden käyttöhäiriöistä ja 24 % kaikista psykiatrisista häiriöistä. Naisten itsemurha-ajatuksista 16 % ja itsemurhayrityksistä 50 % oli yhteydessä lapsuuden traumoihin ja miehillä vastaavasti itsemurha-ajatuksista 21 % ja itsemurhayrityksistä 33 %.

1.3 Sosiaalinen tuki

Sosiaalisella tuella tarkoitetaan yksilön sosiaalisen verkoston tarjoamia psykologisia ja materiaalisia resursseja, jotka parantavat yksilön kykyä selviytyä stressistä. (Cohen 2004.) Sosiaalinen tuki jaetaan yleensä kolmeen tyyppiin, jotka ovat välineellinen, informatiivinen ja emotionaalinen tuki. Välineellisellä tuella tarkoitetaan esimerkiksi rahallista tukemista tai apua päivittäisissä askareissa, kun taas informatiivisella tuella tarkoitetaan yksilön tukemista ongelmatilanteissa informatiivisilla neuvoilla. Puolestaan emotionaalinen tuki tarjoaa mahdollisuuden emotionaaliseen vuorovaikutukseen. Siihen sisältyy muun muassa empatian, välittämisen sekä luottamuksen ilmaisemista. (Cohen 2004.) Emotionaaliseksi tueksi luetaan myös yksilön itsetuntoa tukeva ja lisäävä tuki. Tämä voi olla esimerkiksi yksilön arvostamista hänen vioistaan ja virheistään huolimatta. (Cohen & Wills 1985.) Sosiaalisen tuen puuttumiseen voi johtaa ystävien puute ja yksinäisyys tai esimerkiksi kiistat ystävien ja perheen kanssa.

Sosiaalisen tuen vaikutusta stressiin on tutkittu paljon. Tutkimuksissa on kuvattu sosiaalisen tuen toimivan niin sanottuna puskurina psykologisen ahdingon, masennuksen ja ahdistuksen aiheuttamalle stressille (engl. the buffer theory of social support). Sosiaalinen tuki vähentää stressaavien kokemusten vaikutuksia tarjoamalla tehokkaita selviytymisstrategioita ja vähemmän uhkaavia näkökulmia. (Cohen 2004.)

Mackinin, Perlmanin & Davilan (2017) tutkimuksessa todettiin assosiaatio vanhempien tarjoaman sosiaalisen tuen ja nuorten vähentyneiden itsemurha-aikeiden välillä. Vertaisten tuki ei assosioinut yhtä vahvasti. Tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että sosiaalinen tuki on tehokas suoja stressistä johtuvan masennuksen laukaisemia itsemurha-aikeita vastaan.

1.4 Lapsuuden traumojen yhteys aikuisiällä saatuun sosiaaliseen tukeen

Tutkimuksissa on osoitettu assosiaatio lapsuuden traumojen ja myöhempien ihmissuhdevaikeuksien välillä. (Johnson, Cohen & Gould 2002; Poole, Dobson & Pusch 2018.)

Hyväksikäyttö ja lasta laiminlyövä kasvatus voivat johtaa vaikeuksiin ihmissuhteissa nuoruudessa ja aikuisuudessa. Vaikeudet ihmissuhteissa voi ilmetä esimerkiksi kyvyttömyytenä solmia ystävyys-suhteita, ystävien kanssa kiistelynä, yksinäisyytenä, eristäytyneisyytenä ja julmuutena muita kohtaan. Yksilöllä, jotka ovat kokeneet laiminlyöntiä tai hyväksikäyttöä lapsuudessaan, on

huonommin kehittyneet sosiaaliset taidot. Tämä voi johtaa aikaisemmin mainittuihin ongelmiin. Hyvin kehittyneet sosiaaliset taidot ovat tärkeitä ihmissuhteiden luomiseksi ja eristäytyneisyyden estämiseksi. (Johnson ym. 2018.)

Aikaisemmin on tutkittu lähes yksinomaan emotionaalisten traumojen yhteyttä ihmissuhdevaikeuksiin, mutta Poolen ym. (2018) tutkimuksessa havaittiin yhteys kaikkien tutkittavana olleiden traumatyyppien (n = 10) ja ihmissuhdevaikeuksien välillä.

Myös lapsuuden traumaattisten kokemusten ja mielenterveysongelmien välinen yhteys on ollut tutkimuksen kohteena. Johnsonin ym. (2002) ja Salokankaan, Luutosen & Heinimaan (2018) tutkimuksissa on todettu merkittävä korrelaatio lapsuuden traumojen (emotionaalinen, fyysinen) sekä itsetuhoisuuden ja itsemurha-aikeiden kanssa. Lapsuuden fyysisellä, emotionaalisella ja seksuaalisella hyväksikäytöllä on suora yhteys väkivaltaiseen käytökseen itseä mutta myös muita kohtaan. (Salokangas, From & Luutonen 2018.) Allbaughin, Mackin & Culmonen (2018) tutkimuksen mukaan eniten traumoja lapsuudessa kokeneet hakevat vähemmän sosiaalista tukea ystäviltä, mikä johtaa suurempaan itsemurhariskiin. Allbaughin ym. (2018) tutkimus paljasti, että mitä enemmän itsemurhaa yrittäneillä afroamerikkalaisilla naisilla, jotka hakivat psykiatrista apua, oli traumoja emotionaalisesta hyväksikäytöstä sitä vähemmän he raportoivat sosiaalisen tuen hakemista perheeltä ja ystäviltä ja sitä suuremmassa riskissä he olivat yrittää itsemurhaa.

McLaffertyn, O'Neillin & Armourin (2018) tutkimuksen mukaan hyvä sosiaalinen verkosto vähentää lapsuuden traumoista johtuvia mielenterveyden häiriöitä, mutta toisaalta traumojen on huomattu heikentävän sosiaalista verkostoitumista.

2 Aineisto ja menetelmät

2.1 Tutkittavat

Tutkimus toteutettiin Turussa yliopiston psykiatrian oppiaineessa, ja siihen osallistui yhteensä 356 tutkittavaa. Tutkielmassa tarkasteltavat tutkittavat ovat seuraavista tutkimuksista: TEPS (Turku Early Psychosis Study), PRONIA (Personalised Prognostic Tools for Early Psychosis Management) ja METSY (Integrated Neuroimaging and Metabolic Platform for Characterisation of Early Psychosis and Prediction of Patient Outcomes). Tutkittavien sosiodemografinen tausta, tutkimusryhmä ja kliininen häiriöryhmä käyvät ilmi taulukosta 1.

Taulukko 1. Tutkittavien ikäluokka, sukupuoli, siviilisäätö, tutkimus- ja kliininen häiriöryhmä.

Muuttuja	N	%
Ikäluokka		
15–19	25	7,00
20–24	140	39,30
25–29	86	24,20
30–34	67	18,80
35–40	38	10,70
Suku		
Mies	188	52,80
Nainen	168	47,20
Siviilisäätö		
Naimisissa	46	12,90
Avoliitossa	100	28,10
Eronnut / asumuserossa	10	2,80
Naimaton	200	56,20
Tutkimus		
TEPS	144	40,40
PRONIA/METSY	212	59,60
Kliininen ryhmä*		
FEP	129	36,20
CHR	62	17,40
PV	44	12,40
HC	121	34,00
* FEP = ensipsykoosi, CHR = riskipotilas, PV = potilasverrokki, HC = terve verrokki		

2.2 Valintakriteerit

Tutkimukseen valittiin 15–40-vuotiaita Turun seudulla asuneita henkilöitä, jotka hakeutuivat psykiatriseen hoitoon ensipsykoosin, psykoosiriskin ja psykoosiriskiepäilyn vuoksi. Lisäksi tutkittiin väestöverrokkeja.

2.2.1 Ensipsykoosipotilaiden valintakriteerit

Ensipsykoosipotilaat täyttivät ICD-10-tautiluokituksen psykoosidiagnoosien F20.0, F22.0, F23.0, F25.0, F28, F29, F31.2, F32.3 kriteerit.

2.2.2 Riskipotilaiden valintakriteerit (CHR)

Psykoosiriskipotilaiden diagnosoinnissa käytettiin standardoitua tutkimusinstrumenttia Structured Interview for Psychosis-Risk Syndromes (SIPS; McGlashan, Miller & Woods 2001), jonka mukaan psykoosiriskipotilaalla voi olla vaimentuneita psykoottisia oireita tai lyhytkestoisia psykoottisia oireita tai psykoosisairaus lähisuvussa tai oma psykoosipiirteinen persoonallisuushäiriö yhdistyneenä äkilliseen toimintakyvyn heikkenemiseen (Salokangas 2007).

2.2.3 Potilasverrokkien valintakriteerit

Potilasverrokeiksi valikoitui henkilöitä, jotka hoitohenkilökunta arvioi psykoosiriskipotilaiksi, mutta jotka eivät täyttäneet SIPS-haastattelun mukaisia psykoosiriskin kriteereitä.

2.2.4 Väestöverrokkien valintakriteerit

Väestöverrokeiksi poimittiin Turun väestörekisteristä satunnaisotannalla iän ja sukupuolen osalta tutkimuspotilaiden kanssa kaltaistettuja henkilöitä.

2.3 Tutkimusinstrumentit

Kaikki tutkittavat täyttivät standardoidut kyselylomakkeet, jotka käsittelivät lapsuuden traumoja (Trauma And Distress Scale; TADS), läheisten tukea (Perceived Social Support Scale – Revised; PSSS-R) ja depression oireita (Depression Scale; DEPS).

2.3.1 Lapsuuden traumat

TADS on European Prediction of Psychosis -tutkimusta varten tehty 39 kysymyksen itsetäytettävä kysely, joka pitää sisällään monia eri lapsuuden traumatyyppisiä. Vastaukset pisteytettiin niin, että jokaisesta luokasta, esimerkiksi emotionaalinen hyväksikäyttö, voi saada 0-5 pistettä. 0 pistettä saava haastateltava ei ole kokenut lainkaan emotionaalista hyväksikäyttöä ja 5 pistettä saava on kokenut sitä mittarin mukaisen enimmäismäärän. Kysely keskittyy viiteen keskeiseen traumatyyppiin: emotionaaliseen, fyysiseen ja seksuaaliseen hyväksikäyttöön sekä emotionaalisen ja fyysiseen laiminlyöntiin. (Salokangas, Schultze-Lutter & Patterson 2016.) Vastausvaihtoehdot mittaavat traumaattisten kokemusten frekvenssiä: 0='ei koskaan', 1='harvoin', 2='joskus', 3='usein' ja 4='melkein aina'. Analyysijä varten laskettiin summapistemäärät traumatyypeittäin ja niiden yhteispistemäärä. Lisäksi laadittiin luokiteltu muuttuja, jonka mukaan trauma oli tai ei ollut esiintynyt (0 = 0–1, ei traumoja ja 2–4 = 1, traumoja). (Salokangas ym. 2016.)

2.3.2 Läheisten antama tuki

Alkuperäinen PSSS -kysely (Blumenthal ym. 1987) sisältää 24 kysymystä, joissa kussakin on 5 vaihtoehtoa (1 = 'vahvasti erimieltä',..., 5 = 'vahvasti samaa mieltä'). Tässä tutkimuksessa muokattua Läheisten tuki -kyselyä (Perceived Social Support Scale – Revised; PSSS-R), joka kuvaa haastateltavien saamaa sosiaalista tukea perheeltä ja ystäviltä. Se pitää sisällään 12 kysymystä ja vastausvaihtoehdot 0 - 4 (0 = 'ei koskaan',..., 4 = 'koko ajan'). Kyselyn perusteella haastateltava voi saada 12–60 pistettä. (Leskelä, Melartin & Rytsälä 2009.) Kysely pitää sisällään esimerkiksi kysymykset ”Minulla on läheinen ystävä, joka tukee minua, kun tarvitsen apua”, ”Luotan ystäväni apuun, kun asiat alkavat mennä heikosti” ja ”Saan todellista tukea perheeltäni”. Analyysijä varten Läheisten tuen (PSSS-R) muuttujista laskettiin summapistemäärä.

2.3.3 Depression oireet

Depression oireita arvioitiin DEPS-kyselyllä (Salokangas, Poutanen & Stengård 1995) Se sisältää 10 kysymystä, joiden vaihtoehdot ovat 0='ei lainkaan',..., 3='hyvin paljon'. Kyselyä käytetään laajalti Suomen terveydenhuollossa masennuksen tunnistamiseen. (Salokangas ym. 2018.) Analyysijä varten vastausten pistemääristä muodostettiin summapistemäärä.

2.4 Tilastolliset menetelmät

Tilastollisissa analyyseissä on käytetty IBM SPSS Statistics 24 ohjelmaa.

Aluksi tarkasteltiin sosiaalisen tuen, lapsuuden traumojen ja depression oireiden keskiarvojen jakautumista tutkittavien taustan ja kliinisen ryhmän mukaan yksisuuntaisella varianssianalyysillä. Erot testattiin t-testillä. Seuraavaksi laskettiin Pearsonin korrelaatiokerroin sosiaalisen tuen ja lapsuuden traumapisteiden kesken sekä korreloitiin traumapisteiden kokonaismäärä sosiaalisen tuen ja depressiopisteiden kanssa. Lisäksi laskettiin osittaiskorrelaatiot TADS- ja PSSS-R-kokonaispisteiden sekä eri traumatyyppien TADS- ja PSSS-R-kokonaispisteiden välillä, kun DEPS-kokonaispisteet oli vakioitu.

Lopuksi laskettiin ANOVA, jossa sosiaalisen tuen vaihtelua selitettiin tutkittavien taustalla, heidän kliinisellä häiriöllään, lapsuuden traumoilla ja depression oireilla.

Analyysitulosten merkitsevyysrajana käytettiin $p < 0,05$.

3 Tulokset

3.1 Taustamuuttujien vaikutus PSSS-R-, TADS- ja DEPS -kyselyiden tuloksiin

Sukupuolella ei ollut yhteyttä DEPS- ja TADS-kyselyiden pisteiden keskiarvoon ($p > 0,05$). Sen sijaan sukupuolien välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero PSSS-R-kyselyn pisteiden keskiarvoissa ($p = 0,03$). Naiset saivat kyselyssä keskimäärin enemmän pisteitä kuin miehet.

Ikäluokkien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa kyselyiden pisteiden keskiarvoissa ($p > 0,05$).

Siviilisäädyltä oli tilastollisesti merkitsevä vaikutus kaikkien kyselyiden pisteiden keskiarvoihin ($p < 0,001$). Keskimääräisesti eniten pisteitä PSSS-R-kyselyssä saivat avoliitossa olevat, vähiten eronneet ja asumuserossa olevat. TADS-kyselyn pisteiden keskiarvot olivat suurimmat eronneilla ja asumuserossa olevilla, pienin keskiarvo avoliitossa olevilla. DEPS -kyselyssä puolestaan keskimäärin enemmän pisteitä saivat eronneet ja asumuserossa olevat, vähiten avoliitossa olevat.

Kliinisten tutkimusryhmien välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero kaikkien kyselyiden pisteiden keskiarvoissa ($p < 0,001$). PSSS-R-kyselyssä keskimäärin eniten pisteitä saivat terveet verrokit (HC) ja vähiten riskipotilaat (CHR). TADS-kyselyn pisteiden suurin keskiarvo oli potilasverrokeilla (PV), ja pienin terveillä verrokeilla (HC). DEPS-kyselyssä keskimäärin eniten pisteitä saivat riskipotilaat ja vähiten terveet verrokit.

Taulukko 1. Eri taustamuuttujien Läheisten tuki- (PSSS-R), Lapsuuden traumat- (TADS) ja DEPS-kyselyiden pisteiden keskiarvot (Mean), keskihajonnat (SD) ja merkitsevyytasot (p).

Taustamuuttuja	PSSS-R		TADS		DEPS	
	Keskiarvo	SD	Keskiarvo	SD	Keskiarvo	SD
Sukupuoli						
Nainen	35,7	11,3	15,7	14,4	10,0	8,5
Mies	32,9	11,2	15,5	11,4	10,0	9,2
p	0,030		0,933		0,837	
Ikäluokka						
15-19	32,8	10,0	20,7	20,3	13,5	9,6
20-24	34,5	10,9	15,1	12,6	9,9	9,1
25-29	36,1	12,2	14,2	12,8	9,2	8,5
30-34	33,0	11,6	16,3	12,0	9,4	8,8
35-39	33,4	10,6	16,2	11,6	10,1	8,4
p	0,513		0,407		0,448	
Sivilisaäty						
Naimisissa	34,5	11,9	14,0	12,9	10,2	8,0
Avoliitossa	40,0	9,2	11,1	10,1	5,7	7,0
Eronnut/asumuserossa	26,8	7,3	26,3	15,0	12,0	7,7
Naimaton	31,7	11,2	17,9	13,5	11,9	9,2
p	<0,001		<0,001		<0,001	
Kliininen ryhmä						
Ensipsykoosi	31,4	11,7	17,8	12,1	12,4	7,3
Riskipotilas	27,1	10,9	19,3	13,3	16,2	9,2
Potilasverrokki	29,7	8,2	22,1	16,2	15,9	8,3
Väestöverrokki	41,9	7,2	9,5	9,7	2,6	3,5
p	<0,001		<0,001		<0,001	

3.2 Lapsuuden traumojen yleisyys tutkittavien keskuudessa

Haastateltavat raportoivat lapsuuden traumoja seuraavan taulukon mukaisesti (0 = 0 ei traumoja, 1-4 = 1 traumoja).

Taulukko 2. Prosenttiosuus (%) eri kliinisten ryhmien tutkittavista, jotka ovat kokeneet lueteltuja lapsuuden traumoja.

Traumatyyppi	Kliininen ryhmä, %				
	FEP	CHR	PV	HC	Kaikki
Emotionaalinen hyväksikäyttö	57,50	70,00	63,20	17,30	45,70
Fyysinen hyväksikäyttö	30,20	26,00	26,30	5,50	20,10
Seksuaalinen hyväksikäyttö	12,60	10,00	7,90	0,00	7,00
Emotionaalinen laiminlyönti	66,00	84,00	81,60	39,10	61,20
Fyysinen laiminlyönti	59,40	62,00	68,40	41,80	54,60

Kun tarkastellaan kaikkia tutkittavia (n = 356) emotionaalista hyväksikäyttöä on kokenut 45,7 %, fyysistä hyväksikäyttöä 20,1 %, seksuaalista hyväksikäyttöä 7,0 %, emotionaalista laiminlyöntiä 61,2 % ja fyysistä laiminlyöntiä 54,6 %. Kaikki traumatyypit olivat potilasryhmissä yleisempiä kuin terveillä verrokeilla (p < 0,001). Emotionaalinen hyväksikäyttö ja laiminlyönti oli yleisintä riskipotilailla, fyysinen ja seksuaalinen hyväksikäyttö ensipsykoosipotilailla ja fyysinen laiminlyönti potilasverrokeilla.

3.3 TADS-, PSSS-R- ja DEPS-pisteiden välinen korrelaatio

TADS- ja PSSS-R- kokonaispisteiden välillä on tilastollisesti merkitsevä (p < 0,001) negatiivinen korrelaatio (k = - 0,44). Enemmän TADS-kyselyssä pisteitä saaneet saavat vähemmän pisteitä PSSS-R-kyselyssä. TADS- ja DEPS-kokonaispisteiden välillä on tilastollisesti merkitsevä (p < 0,001) vahva positiivinen korrelaatio (r = 0,50), Mitä enemmän tutkittavilla on traumakokemuksia lapsuudesta sitä enemmän he saavat pisteitä DEPS-kyselyssä. PSSS-R- ja DEPS-kokonaispisteiden välillä on tilastollisesti merkitsevä (p < 0,001) vahva negatiivinen korrelaatio (r = - 0,52). Mitä enemmän tutkittavat saavat DEPS-pisteitä, sitä vähemmän he raportoivat koettua läheisten tukea.

Taulukko 3. TADS- ja PSSS-R haastattelujen kokonaispisteiden Pearsonin korrelaatio (r) DEPS-haastattelun kokonaispisteiden kanssa, sekä merkitsevyystasot (p).

		TADS	PSSS-R	DEPS
TADS	r	1	-0,44	0,50
	p		<0,001	<0,001
PSSS-R	r	-0,44	1	-0,52
	p	<0,001		<0,001
DEPS	r	0,50	-0,52	1
	p	<0,001	<0,001	

PSSS-R- ja TADS-kokonaispisteiden osittaiskorrelaatio (r = - 0,24) säilyi tilastollisesti merkitseväenä (p < 0,001), vaikka DEPS:n kokonaispisteiden vaikutus vakioitiin (taulukko 4).

Taulukko 4. TADS- ja PSSS-R pisteiden välinen osittaiskorrelaatio (r) sekä merkitsevyystasot (p) DEPS-kokonaispisteet vakioituna.

			PSSS-R	TADS
DEPS	PSSS-R	r	1	-0,24
		p		<0,001
	TADS	r	-0,24	1
		p	<0,001	

3.4 Traumatyyppien ja PSSS-R-pisteiden välinen korrelaatio

Kun tarkastellaan Läheisten tuki -kyselyn kokonaispisteiden ja eri traumatyyppien korrelaatiota, voidaan todeta tilastollisesti merkitsevä (p < 0,001) negatiivinen korrelaatio kaikkien muuttujien välillä. Vahvin negatiivinen korrelaatio PSSS-R-pisteiden kanssa todetaan emotionaalisen hyväksikäytön kanssa (r = - 0,44). Keskivahva korrelaatio PSSS-R-pisteiden kanssa todetaan

emotionaalisen laiminlyönnillä ($r = -0,37$) ja fyysisen hyväksikäytöllä ($r = -0,30$). Heikoimmat korrelaatiot PSSS-R-pisteiden kanssa on fyysisellä laiminlyönnillä ($r = -0,26$) ja seksuaalisella hyväksikäytöllä ($r = -0,15$).

Taulukko 5. Eri traumatyyppien kokonaispisteiden ja Läheisten tuki -kyselyn (PSSS-R) kokonaispisteiden Pearsonin korrelaatio (r) ja merkitsevyydet (p) kun kaikki tutkittavat ovat mukana tarkastelussa.

		EmAb	PhyAb	SexAb	EmNegl	PhyNegl
PSSS-R	r	-0,44	-0,30	-0,15	-0,37	-0,26
	p	<0,001	<0,001	0,012	<0,001	<0,001

EmAb = emotionaalinen hyväksikäyttö, PhyAb = fyysinen hyväksikäyttö, SexAb = seksuaalinen hyväksikäyttö, EmNegl = emotionaalinen laiminlyönti, PhyNegl = fyysinen laiminlyönti

Kun tarkastellaan eri traumatyyppien osittaiskorrelaatiota (taulukko 6) PSSS-R-kokonaispisteiden kanssa DEPS-kokonaispisteet vakioituna, korrelaatiot heikentyvät ja tilastollisen merkitsevyytensä säilyttää emotionaalinen hyväksikäyttö ($p = 0,004$), fyysinen hyväksikäyttö ($p = 0,03$), emotionaalinen laiminlyönti ($p < 0,001$) ja fyysinen laiminlyönti ($p = 0,024$).

Taulukko 6. Eri traumatyyppien TADS-pisteiden ja PSSS-R-kokonaispisteiden osittaiskorrelaatio (r) ja merkitsevyydet (p) DEPS-kokonaispisteet vakioituna. Kaikki tutkittavat ovat mukana tarkastelussa.

		PSSS-R	EmAb	PhyAb	SexAb	EmNegl	PhyNegl	
DEPS	PSSS-R	r	1,00	-0,17	-0,13	-0,04	-0,25	-0,13
		p		0,004	0,030	0,481	<0,001	0,024

3.5 Eri muuttujien vaikutus PSSS-R pisteisiin

Taulukossa 6 on esitetty PSSS-R-kyselyn kokonaispisteiden ANOVA, kun selittävinä tekijöinä ovat tutkittavien sukupuoli, ikä siviilisäätty, kliininen potilasryhmä, lapsuuden traumat ja depression oireet.

Mies- ja naissukupuolen välillä tilastollisesti merkitsevä ($p = 0,023$) ero. Miehet saavat naisia vähemmän pisteitä. Tilastollisesti merkitsevä ero löytyy myös potilasryhmien ja terveiden verrokkien väliltä. Terveisiin verrokkeihin verrattaessa psykoosipotilaat ($p = 0,001$), riskipotilaat ($p < 0,001$) ja potilasverrokkit ($p < 0,017$) saavat PSSS-R-kyselyssä tilastollisesti merkitsevästi pienempiä pistemääriä.

Eri traumatyyppien tarkastellessa kokemukset emotionaalista laiminlyönnistä alentavat PSSS-R-pistemäärää tilastollisesti merkitsevästi ($p = 0,003$). Tilastollisesti merkitsevä yhteys ($p = 0,002$) löytyy myös DEPS-haastattelun pistemäärien ja PSSS-R-pistemäärien väliltä, mitä enemmän DEPS-haastattelussa saa pisteitä sitä vähempiä pisteitä on odotettavissa PSSS-R-haastattelussa. Yhteenvedon voidaan todeta, että kun tutkittavien tausta, kliininen häiriöryhmä ja depression oireet on otettu huomioon, lapsuuden traumaista emotionaalilla laiminlyönnillä on spesifinen yhteys vähäisempää läheisiltä saadun tuen kokemukseen.

Taulukko 6. Eri muuttujien yhteys PSSS-R haastattelun kokonaispisteisiin. Regressiokerroin (B), keskivirhe (SE), t-testi (t), merkitsevyystaso (p) ja luottamusväli (CI).

	B	SE	t	p	CI95%	
Intercept	47,33	2,79	16,95	0,000	41,84	52,83
Mies	-2,58	1,13	-2,28	0,023	-4,81	-0,36
Nainen	0 ^a					
Ikä	-0,10	0,10	-1,02	0,308	-0,29	0,09
Naimisissa	1,36	1,80	0,76	0,451	-2,19	4,91
Avoliitto	2,17	1,35	1,60	0,111	-0,50	4,83
Eronnut/Asumusero	-4,94	3,26	-1,51	0,131	-11,36	1,48
Naimaton	0 ^a					
Psykoosipotilas	-5,37	1,59	-3,38	0,001	-8,49	-2,24
Riskipotilas	-8,07	1,96	-4,12	0,000	-11,92	-4,21
Potilasverrokki	-4,92	2,06	-2,39	0,017	-8,97	-0,87
Terve verrokki	0 ^a					
EmoAb	-0,28	0,19	-1,43	0,152	-0,66	0,10
PhyAb	-0,28	0,29	-0,96	0,337	-0,85	0,29
SexAb	0,28	0,27	1,01	0,311	-0,26	0,82
EmNegl	-0,43	0,14	-3,03	0,003	-0,70	-0,15
PhyNegl	0,23	0,24	0,94	0,346	-0,25	0,71
DEPS kokonaispisteet	-0,30	0,10	-3,10	0,002	-0,48	-0,11

EmoAb=emotionaalinen hyväksikäyttö, PhyAb = fyysinen hyväksikäyttö, SexAb = seksuaalinen hyväksikäyttö, EmNegl = emotionaalinen laiminlyönti, PhyNegl = fyysinen laiminlyönti

4 Loppupäätelmä

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, onko lapsuuden traumoilla yhteyttä myöhempään koettuun läheisten antamaan tukeen. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, selittääkö depression näiden yhteyttä.

Lapsuuden traumojen ja koetun läheisten antaman tuen välillä on tulosten mukaan negatiivinen korrelaatio. Enemmän lapsuuden traumoja kokeneet kokevat saavansa vähemmän tukea läheisiltä kuin lapsuuden traumoja vähemmän kokeneet ja niiltä täysin säästyneet henkilöt. Tulos vastaa Sperryn ja Widomin (2013) tutkimuksen tuloksia, jossa todettiin lapsen pahoinpitelyn olevan yhteydessä alhaisempaan sosiaaliseen tukeen. Myös enemmän pisteitä DEPS-kyselyssä saavat henkilöt kokevat vähemmän läheisten antamaa tukea. Tulosten mukaan lapsuuden traumojen ja masennusoireiden välillä on positiivinen korrelaatio, eli mitä enemmän kokemuksia lapsuuden traumoista, sitä enemmän masennusoireita. Eri traumatyypeistä vahvin negatiivinen korrelaatio koetun läheisten antaman tuen kanssa on emotionaalisella hyväksikäytöllä ja keskivahva korrelaatio emotionaalisella laiminlyönnillä sekä fyysisellä hyväksikäytöllä. Kun tarkastellaan eri traumatyyppisiä ja koetun läheisten antaman tuen osittaiskorrelaatiota, masennusoireet vakioituna, emotionaalinen laiminlyönti on tilastollisesti erittäin merkitsevä. Kun tutkittavien tausta, kliininen häiriöryhmä ja depression oireet otetaan tarkastelussa huomioon, lapsuuden traumoista

emotionaalisella laiminlyönnillä on spesifinen yhteys vähäisempää läheisiltä saadun tuen kokemukseen.

Emotionaalisella laiminlyönnillä voi olla vaikeat seuraamukset. Taillieun, Brownridgen ja Sareenin 2016 tutkimuksessa lapsuudessa koettu emotionaalinen laiminlyönti assosioitui useisiin mielenterveydenhäiriöihin, joita olivat vakava masennus, dystymia, sosiaalisten tilanteiden pelko sekä eristäytyvä, skitsotyyppinen, epävaka ja estynyt persoonallisuushäiriö. Lapsen emotionaalisten tarpeiden täyttämisen tärkeys korostuu edellä mainitun tutkimuksen ja tämän tutkielman perusteella. Muun muassa kiintymyksen, emotionaalisen tuen ja huomion osoittaminen lapselle ovat avainasemassa. Tuloksista voisi päätellä, että lapsi aikuistuuessaan kokee suurempia sosiaalisia vaikeuksia, jos hän on lapsuudessaan kokenut emotionaalista laiminlyöntiä. Ilmiö voisi esimerkiksi johtua siitä, että jos yksilön emotionaaliset tarpeet eivät ole täyttyneet lapsuudessa, hän ei osaa kaivata tai hakea emotionaalista tukea aikuisiällä. Sperryn ym. 2013 tutkimuksessa todettiin, että lapsuuden traumoja kokeneilla sosiaalinen tuki toimii suojana masennusta ja ahdistusta vastaan.

Emotionaalinen laiminlyönti piirteinen voisi olla tarkemman tutkimuksen kohteena. Olisi mielenkiintoista selvittää mikä johtaa lapsen emotionaalisten tarpeiden täyttymättömyyteen nykypäivänä. Esimerkiksi vanhemmuus ja perhe-elämä ovat kokeneet suuren mullistuksen teknologian kehittymisen myötä. Tutkimuksen alla voisi olla esimerkiksi vanhempien sosiaalisen median käytön ja niin sanotun poissaolevuuden yhteys lapsen emotionaalisten tarpeiden täyttymiseen. Toisaalta tarkastelun alla voisivat olla myös lasten oma sosiaalisen median ja suoratoistopalveluiden käyttö sekä esimerkiksi virtuaalipelien yhteys emotionaaliseen kanssakäymiseen vanhempien kanssa.

Lähteet

- Salokangas R, ym. Psykoosille altis potilas. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia. 2007(91).
- Salokangas R, Luutonen S, Heinimaa M, From T, Hietala J. Emotional and physical abuse associates directly with risk of suicide. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2018 (in press).
- Salokangas R, From T, Luutonen S, Hietala J. Adverse childhood experiences leads to perceived negative attitude of others and the effect of adverse childhood experiences on depression in adulthood is mediated via negative attitude of others. *European Psychiatry*. Volume 54, 2018, 27-34
- Johnson J, Cohen P, Gould M, Kasen S, Brown J, Brook J. Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(8):741-749.
- Allbaugh L, Mack S, Culmone H, Hosey A, Dunn S, Kaslow N. Relational factors critical in the link between childhood emotional abuse and suicidal ideation. *Psychol Serv*. 2018;15(3):298-304.
- McGlashan T, Miller T, Woods S et al. Structured Interview for Prodromal Syndromes (Version 3.0, unpublished manuscript). New Haven, Connecticut, PRIME Research Clinic, Yale School of Medicine, 2001.
- McLafferty M, O'Neill S, Armour C, Murphy S, Bunting B. The mediating role of various types of social networks on psychopathology following adverse childhood experiences. *J Affect Disord*. 2018;238:547-553.
- Poole J, Dobson K, Pusch D. Do adverse childhood experiences predict adult interpersonal difficulties? the role of emotion dysregulation. *Child Abuse Negl*. 2018;80:123-133.
- Salokangas R, Schultze-Lutter F, Patterson P, et al. Psychometric properties of the trauma and distress scale, TADS, in an adult community sample in finland. *European journal of psychotraumatology*. 2016;7(1):30062-13.
- Leskelä U, Melartin T, Rytsälä H, Jylhä P, Sokero P, Lestelä-Mielonen P, Isometsä E. Influence of personality on objective and subjective social support among patients with major depressive disorder: a prospective study. *J Nerv Ment Dis*. 2009 Oct;197(10):728-35.
- Juntunen Valarie. *Child Abuse Sourcebook: Basic Consumer Health Information about Child Neglect and the Physical, Sexual, and Emotional Abuse of Children...*, Omnigraphics, Incorporated, 2013.
- McLaughlin K, Green J, Gruber M, Sampson N, Zaslavsky A, Kessler R. Childhood adversities and adult psychopathology in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) II: Associations with persistence of DSM-IV disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Feb; 67(2): 124–132.
- Afifi T, Enns M, Cox B, Asmundson G, Stein M, Sareen J. Population Attributable Fractions of Psychiatric Disorders and Suicide Ideation and Attempts Associated With Adverse Childhood Experiences. *Am J Public Health*. 2008 May; 98(5): 946–952.
- Cohen S. Social Relationships and Health. *American Psychologist*. 2004;59(8):676-684.

Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*. 1985;98(2):310-357.

Mackin D M, Perlman G, Davila J, Kotov R, Klein D N. Social support buffers the effect of interpersonal life stress on suicidal ideation and self-injury during adolescence. *Psychological Medicine*; Cambridge Vol. 47, Iss. 6, (Apr 2017): 1149-1161.

<https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/acestudy>

Sperry D, Widom C. Child abuse and neglect, social support, and psychopathology in adulthood: A prospective investigation. *Child Abuse & Neglect*; Volume 37, Issue 6, 2013, Pages 415-425, ISSN 0145-2134

Taillieu T, Brownridge D, Sareen J, Afifi T. Childhood emotional maltreatment and mental disorders: Results from a nationally representative adult sample from the United States. *Child Abuse & Neglect*; Volume 59, 2016, Pages 1-12, ISSN 0145-2134