

Syventävien opintojen opinnäytetyö

Eetu Kanerva

ohjaaja LT, dosentti Max Karukivi

TURUN YLIOPISTO, Lääketieteellinen tiedekunta

Eetu Kanerva: Aleksitymian esiintyvyys ja yhteys päihteidenkäyttöön nuorisopsykiatrian potilasaineistossa

Syventävien opintojen kirjallinen työ, 26 sivua

Psykiatria

Huhtikuu 2021

Tiivistelmä

Tausta

Aleksitymia on persoonallisuuden piirteistö, johon liittyen tunteiden ilmaiseminen sanoin tai niiden erottaminen ruumiillisista tuntemuksista on vaikeaa. Aleksitymia on suora käännös kreikan kielestä, jossa se kirjaimellisesti tarkoittaa ”ei sanoja tunteille”. Tutkimuksien mukaan aleksityymisiä on väestöstämme noin 10 %. Aleksityymisyys on yhdistetty laajasti psyykkisiin sairauksiin ja oireisiin, kuten masennukseen, ahdistuneisuushäiriöihin ja itsetuhoisuuteen. Aleksitymia on tutkimuksissa yhdistetty päihdeongelmiin, mutta tutkimusaineistona näissä on ollut pääasiassa riippuvuustasoisista ongelmista kärsiviä. Nuorten aleksityymisyyden ja päihteidenkäytön yhteyttä ei ole Suomessa tutkittu.

Menetelmät

Tutkimusaineisto muodostui 194 Satakunnan sairaanhoitopiirin nuorisopsykiatrian poliklinikoille ensikäynnille tulleista nuorista. Tutkittavilta mitattiin heidän aleksityymisyytensä käyttäen 20-kohtaista Toronto Alexithymia Scale -kyselyä (TAS-20). TAS-20 avulla voitiin selvittää myös aleksitymian eri dimensioiden pistemäärät: tunteiden ilmaisun vaikeus (difficulty identifying feelings, DIF), tunteiden kuvailemisen vaikeus (difficulty describing feelings, DDF) sekä ulkokohtainen ajattelu (externally oriented thinking, EOT). Päihteidenkäyttöä selvitettiin Adolescents' Substance Use Measurement (ADSUME) -mittarin avulla. Tilastollisina menetelminä käytettiin jatkuvien muuttujien vertailussa Mann-Whitney U-testiä, jolla arvioitiin tyttöjen ja poikien välisiä eroja. Jatkuvien muuttujien korrelaatiota selvitettiin Spearmanin korrelaatiolla. Khiin neliötestiä hyödynnettiin luokiteltujen muuttujien sukupuolittaisessa vertailussa. Monimuuttuja-analyysit toteutettiin yksisuuntaisen varianssianalyysin avulla.

Tulokset

Tutkittavista aleksityymisiä oli yhteensä 85 (48,3 %). Tytöistä 61 (49,6 %) ja pojista 24 (34,8 %) voitiin luokitella aleksityymisiksi, mutta sukupuolten välinen ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0,40$). ADSUME-pistemäärät olivat tilastollisesti merkitsevästi korkeampia ($p=0,021$) aleksityymisillä (12,00, IQR 18,00) kuin ei-aleksityymisillä (5,00, IQR 12,00). Monimuuttuja-analyysin perusteella sekä TAS-20 kokonaispistemäärä ($p=0,013$) että DIF-pistemäärä ($p=0,001$) olivat itsenäisiä ADSUME-pistemäärää selittäviä tekijöitä.

Johtopäätökset

Tulokset viittaavat, että aleksityymisyys on itsenäinen nuorten päihteidenkäyttöön yhteydessä oleva tekijä. Tämä herättää kysymyksen, voiko nuorten päihteidenkäyttöä vähentää kehittämällä ja parantamalla tunteiden tunnistamiseen ja ilmaisuun liittyviä taitoja.

SISÄLLYS

SISÄLLYSLUETTELO.....	1
JOHDANTO.....	2
ALEKSITYMIAN HISTORIA.....	3
ALEKSITYMIAN VALIDITEETTI JA MITTAAMINEN.....	4
ALEKSITYMIAN EPIDEMIOLOGIA.....	5
ALEKSITYMIAN ETIOLOGIA	6
NUORTEN PÄIHTEIDEN KÄYTTÖ SUOMESSA.....	8
ALEKSITYMIA JA PÄIHDEONGELMAT.....	9
TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	10
AINEISTO JA MENETELMÄT.....	11
TULOKSET.....	13
POHDINTA.....	20
JOHTOPÄÄTÖKSET.....	22
LÄHTEET.....	23

Johdanto

Aleksityymisyys on persoonallisuuden piirre, jossa henkilöllä on mielikuvituksen ja fantasioinnin rajoittuneisuutta sekä vaikeutta tunnistaa ja kuvailla omia tunteita. Sen esiintyvyys on suomalaisessa väestössä noin 10 % (Salminen 1999, Honkalampi 2000). Aleksitymiasta ollaan kasvavissa määrin kiinnostuneita siksi, että sillä on löydetty yhteyksiä muun muassa vakaviin mielenterveyden ongelmiin, kuten masennukseen, skitsofreniaan ja itsetuhoisuuteen. (Honkalampi 2000, Fogley 2014). Päihteidenkäytön ja aleksitymian yhteyttä on tutkittu laajasti, ja monet tutkimukset ovat osoittaneet niiden välillä olevan yhteys (Lyvers 2014, Cruise & Becerra 2018).

Suomessa päihteidenkäyttö on yleistä, ja niitä käytetään runsaasti myös nuorten keskuudessa (Niemelä 2016). Suomessa 90 % nuorista on vähintään kokeillut alkoholia ennen täysi-ikäisyyttä. Alkoholin käyttö kasvaa nuoruusiästä aina ikävuosiin 20–25 asti, jonka jälkeen käyttö keskimääräisesti vähenee. Kouluterveys 2013 -kyselyn mukaan huumeita on kokeillut 8 prosenttia yläasteikäisistä, 13 prosenttia lukiolaisista ja 20 prosenttia ammattikoulussa opiskelevista (Luopa 2014). Yleisin huumekekoilu on yleensä kannabis. Verrattuna 1990-lukuun, on juomisen nuorten keskuudessa vähentynyt, joskin sosioekonomiset tekijät ovat vaikuttaneet kokonaisvähennyksen määrään: alempien sosioekonomisten luokkien nuoret ovat lähempänä 1990-luvun alkoholin suurkulutusta, kuin ylempien sosioekonomisten luokkien nuoret. (Liu ym. 2016).

Nuorten aleksityymisyyden ja päihteidenkäytön yhteyttä ei ole merkittävästi Suomessa tutkittu. Tämä syventävien opintojen opinnäytetyö hyödyntää Tunteet ja nuorten hyvinvointi -tutkimushankkeen nuortenpsykiatrian poliklinikan ensikävijöistä koostuvaa aineistoa ja pyrkii selvittämään, aleksitymian ja päihteidenkäytön esiintyvyyttä heidän joukossaan ja onko näiden välillä merkitsevä yhteys.

Aleksitymian historia

Aleksitymia on tunnettu terminä neljän vuosikymmenen ajan. Sen esitteli ensimmäisenä psykiatri Peter Sifneos vuonna 1973 oman tutkimuksensa yhteydessä, jossa psykosomaattisista oireista kärsivien potilaiden emotionaaliset taidot olivat puutteellisia (Sifneos 1973). Sana aleksitymia on kreikan kielestä tullut uudissana, joka kääntyy kirjaimellisesti muotoon ”ei sanoja tunteille” (a = puute, lexis = sana, thumos = tunne). Olennaisina piirteinä aleksityymisellä henkilöllä esiintyy vaikeutta kuvailla sekä tunnistaa omaa tunneskaalaansa, ulkokohtaista ajattelua ja mielikuvituksen ja fantasioinnin rajoittuneisuutta.

Jo ennen 1970-lukua psykosomatiikka oli kiinnostanut erityisesti freudilaisia psykoanalytikkoja. Psykoanalytikot 1940- ja 1950-luvuilla raportoivat itsetutkiskelun ja tunteiden sanoittamisen vaikeutta henkilöissä, jotka kärsivät selittämättömistä somaattisista oireista (Taylor 1948). Aikoinaan Freud itse esitteli psykosomatiikkaan termin ”muunnoshysteria” (engl. conversion hysteria), jossa sisäiset, käsittelemättömät ongelmat ja ahdistuneisuus johtivat somaattiseen oireiluun (Breuer & Freud 1895, Gottlieb 2003). Tämä mielen ja kehon välinen psykosomaattinen yhteys oli menneellä vuosisadalla laajalti tutkimuksen kohteena. 1900-luvun puolivälissä Alexander (1943) esitti useampia tauteja luokiteltavaksi psykosomaattisiksi: bronkiaalinen astma, Gravesin tauti, primäärinen hypertensio, peptinen duodenaalihaava, alueellinen suolistotulehdus (nyk. Crohnin tauti), nivelreuma ja haavainen paksusuolentulehdus. MacLean (1949) havaitsi tutkimuksissaan, että psykosomaattista oireilua kokevat henkilöt olivat taipuvaisia puutteelliseen omien tunteiden tunnistamiseen ja kuvailemiseen. MacLean implikoi tämänkaltaisten potilaiden tunnekäsittelyn tapahtuvan ”viskeraalisissa aivoissa” (engl. visceral brain). MacLeanin teoriassa aivojen neokorteksi ei onnistu prosessoimaan tunneinformaatiota, joka autonomiseen hermostoon siirtyessään aiheuttaa somaattista oireilua. (MacLean 1949).

Vielä ennen aleksitymia-termin lanseeraamista ja aleksitymian tunnistamista, Sifneos kollegoineen julkaisi psykosomaattisista sairauksista kärsivien potilaiden haastatteluista koostuvan tutkimuksen. Näiden potilaiden yhteisinä piirteinä havaittiin mm. tunteiden tiedostamattomuutta, fantasiointikyvyttömyyttä ja taipuvaisuutta analysoida ympäristön tapahtumia ja omia tekemisiä viimeistä yksityiskohtaa myöden. Johtopäätöksenä todettiin, että tutkimukseen osallistuvien ajattelu oli pitkälti ulkoisten ärsykkeiden ohjaamaa, eikä niinkään sisäisten halujen seurausta. (Nemiah & Sifneos 1970).

Aleksitymian validiteetti ja mittaaminen

Tällä hetkellä aleksitymian mittaamisen kultaisena standardina pidetään 20-kohtaista Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) -kyselyä (Bagby ym. 1994). Kyseessä on itsetäytettävä kyselylomake, jossa potilas arvioi tunteidensa käsittelyä, tunnistamista ym. tyypillisiä aleksityymisyyden piirteitä asteikolla 1-5. Mittari mittaa aleksitymian tyypipiirteistä kolmea: tunteiden tunnistamisen vaikeutta (Difficulty identifying feelings, DIF), tunteiden kuvailun vaikeutta (Difficulty describing feelings, DDF) ja ulkokohtaista ajattelutapaa (Externally-oriented thinking, EOT). Erityisesti DIF:n ja DDF:n psykometriset ominaisuudet on osoitettu hyviksi, mutta EOT:n toimivuus ei ole ollut yhtä hyvä (Bagby 1994, Parker 2003). Aleksityymiseksi voidaan arvioida ne, jotka saavat TAS-20-mittarissa yli 60 pistettä.

On kuitenkin pohdittu, ovatko aleksityymiset henkilöt soveltuvia arvioimaan itse tunne-elämäänsä, sillä aleksityymisellä henkilöllä on fundamentaalisesti näissä taidoissa vaikeuksia (Lane ym. 1997). Aleksityymisillä henkilöillä on todettu vähäsanaisuutta tunteidensa kuvailemisessa verrokkeihin verrattuna, ja heidän psykofysiset reaktionsa emotionaalisille ärsykkeille eroavat verrokeista (Roedema 1999). Myös haastattelupohjaisia aleksityymiaa mittaavia menetelmiä on kehitetty, kuten Observer Alexithymia Scale (Haviland ym. 2000). Alkuperäisen TAS-20 -kyselyn kehittänyt ryhmä on myös tehnyt oman haastattelupohjaisen aleksityymisyyttä mittaavan menetelmän, nimeltään Toronto Structured Interview for Alexithymia (TSIA) (Bagby ym. 2006). Se vaikuttaa toimivan myös käytännön työssä (Grabe ym. 2009).

Aleksitymian epidemiologia

Aleksitymian esiintyvyydestä on olemassa tutkimustietoa Suomestakin. Suomalais tutkimuksessa 1285 ihmisen aleksityymisyyttä arvioitiin TAS-20-mittaria käyttäen (Salminen ym. 1999). Tutkittavat oli satunnaisesti valittu Kansaneläkelaitoksen rekisteristä. Aleksitymian kokonaisesiintyvyys aineistossa oli 12,8 %. Miehillä esiintyvyys oli suurempi (16,8 %) kuin naisilla (9,8 %). Aleksityymisyyden esiintyvyyteen oli yhteydessä miessukupuolen lisäksi mm. matala koulutustaso ja matala sosioekonominen asema. Tämä Salmisen ym. tutkimus oli käytännössä ensimmäinen suomalaisväestöä koskeva aleksitymian epidemiologinen tutkimus. Jatkoakin seurasi: kuopiolaisesta aineistosta koostuvassa masennuksen ja aleksitymian yhteyksiä tarkastelevassa tutkimuksessa aleksitymian esiintyvyys oli samankaltainen kuin Salmisen ym. pioneeritutkimuksessa; miehillä 12,8 % ja naisilla 8,2 % (Honkalampi ym. 2000). Aleksitymian kokonaisesiintyvyys oli 10,3 %. Suuremmissa suomalaisissa 5034:stä Lapin ja Oulun läänin nuoresta aikuisesta koostuvassa tutkimuksessa aleksitymian esiintyvyydestä saadut tilastot vahvistivat muissakin tutkimuksissa havaittua naisten ja miesten välistä eroa: miehillä esiintyvyys oli 9,4 % ja naisilla taas 5,2 % (Kokkonen 2001). Aleksityymisyyttä mitattiin tässäkin tutkimuksessa TAS-20-mittarilla

Suomalaisten nuorten aleksityymisyyttä kartoittavissa tutkimuksissa naisten ja miesten erot eivät kuitenkaan ole olleet vastaavat. Honkalampi ym. (2009) tutkivat 7087 12-18-vuotiaan aleksityymisyyttä TAS-20-kyselyn avulla ja saivat kokonaisesiintyvyydeksi 7,3 %. Toisin kuin aikuisilla, esiintyvyys pojilla oli pienempi (4,9 %) kuin tytöillä (9,4 %). Vaikka aleksitymian esiintyvyys oli tyttöjen keskuudessa korkeampi, ei TAS-20 kokonaispistemäärässä havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa (Honkalampi ym. 2009). Samankaltaisia tuloksia aleksityymisyyden esiintyvyydestä suomalaisnuorilla on saatu muissakin tutkimuksissa (Joukamaa ym. 2007, Säkkinen ym. 2007).

Muualla Euroopassa on raportoitu samankaltaista aleksitymian esiintyvyyttä. Saksalaisessa noin 2000 tutkittavasta koostuvassa aineistossa aleksityymisyyden kokonaisesiintyvyys noudatti suomalaisissakin tutkimuksissa havaittua normaalijakaumaa (Franz ym. 2008). Miesten (11,1 %) aleksityymisyys oli yleisempää kuin naisten (8,9 %). Tulee huomata, että aleksitymian esiintyvyyttä kartoittavat tutkimukset on tehty pääosin länsimaissa. Esimerkiksi eräässä pienemmän aineiston kiinalaisessa tutkimuksessa Zhu ym. (2007) havaitsivat jopa korkeampia aleksityymisyyden esiintyvyyksilukuja kuin vastaavissa länsimaaisissa tutkimuksissa, mutta kulttuurieroilla voi olla vaikutusta asiaan.

Aleksitymian etiologia

Aleksitymian etiologia ei ole täysin tunnettu. Erilaisia teorioita geneettisten, psykososiaalisten ja neurobiologisten tekijöiden osuudesta on esitetty. Vanhimmat tutkimukset, jotka käsitelivät aleksitymiaa näiden tekijöiden valossa, olivat tieteellisesti puutteellisia ja jäivät spekulatiiviselle tasolle (Lesser 1981). Monien psykiatristen ongelmien tai psykologisten piirteiden tapaan ei myöskään aleksitymiaa täysin selittäviä tekijöitä ole olemassa. Tutkimuksissa on esitetty sosioekonomisen aseman (Salminen ym. 1999) ja vanhempien aleksityymisyyden (Fukunishi & Paris 2001, Grabe ym. 2008) olevan mahdollisesti yhteydessä yksilön aleksityymisyyden kehittymiseen.

Geneettisten tekijöiden yhteyttä aleksitymiaan on selvitetty joissakin kaksostutkimuksissa. Ensimmäinen kaksostutkimus tehtiin jo vuonna 1978, jolloin tutkittiin 33 kaksosparin aleksityymisyyttä. Johtopäätelmänä oli todettavissa, että geneettiset tekijät mahdollisesti vaikuttavat aleksityymisyyden syntyyn - joskin tutkimuksen arvoa rajoitti sen pieni otantakoko. (Heiberg & Heiberg 1978). Tanskalaisessa 8785 kaksosparin tutkimuksessa taas aleksityymisyyden todettiin olevan jossain määrin periytyvä: geneettisten tekijöiden osuuden havaittiin olevan 30-33 %:n luokkaa. (Jorgensen ym. 2007, 369-375.) Perinnöllisyyteen liittyen kiinnostuksen kohteena on myöskin katekoli-o-metyylitransferaasin Val108/158Met -geenin polymorfismi, joka on osallisena frontaalilohkon toiminnassa. Korealaisista opiskelijoista koostuvassa tutkimuksessa löytyi mahdollisesti positiivinen korrelaatio em. geenin polymorfismin ja aleksityymisyyden välillä. Pieni otoskoko, 109 opiskelijaa, vähentää kuitenkin tutkimuksen arvoa. (Ham ym. 2005.) Geenitutkimuksia ei kuitenkaan ole toistettu, joten varmoja johtopäätöksiä ei näistä tuloksista voi tehdä (Karukivi & Saarijärvi 2014).

Erilaisia aleksityymisyyteen liittyviä neurobiologisia teorioita koostavassa tutkimuksessa nostettiin esille oikean aivopuoliskon ja aivopuoliskoja yhdistävän aivokurkiaisien toimintahäiriöt mahdollisena vaikuttavana tekijänä (Larsen ym. 2003). Ihmisen oikean aivopuoliskon uskotaan olevan pääasiallisessa vastuussa emotionin käsittelyssä. Henkilöillä, joilla on todettu oikean aivopuoliskon vaurioita, on osoitettu olevan vaikeuksia emotionoiden tunnistamisessa. Tutkimuksissa komissurotomian (aivokurkiaisien halkaisu) saaneiden potilaiden tunteiden käsittely ja sanallistaminen on osoitettu heikentyneeksi, minkä vuoksi aivokurkiaisien on esitetty olevan yhteydessä myös aleksitymiaan.

Aivokuvantamista on hyödynnetty aleksitymian etiologian neurobiologisessa selvityksessä. Korkeita TAS-20-pisteitä saaneilla on kuvantamisessa todettu mm. alentunutta aktiivisuutta aivojen limbisessä järjestelmässä ulkoisen stimulaation läsnäollessa sekä aivojen taaimmisen kortikaalisen pihlipoimun hypoaktiivisuutta mielikuvitustehtävän yhteydessä (Moriguchi 2013). Uudemmassa MRI-kuvantamista hyödyntävässä tutkimuksessa tutkittiin 25 toistuvasti itsetuhoista, mutta ei itsemurhaa harkitsevaa nuorta (Demers ym. 2019). Tutkittavat täyttivät TAS-20-kyselyn ja heidän reaktioitaan maskeerattuihin ilo- ja

suruilmeiseen seurattiin MRI-kuvantamisella. Tutkimuksessa havaittiin, että TAS-20-kyselyssä korkeat pisteet EOT-dimensiossa saanut reagoi heikosti positiivisiin ilmeisiin ja vahvasti negatiivisiin ilmeisiin. Reaktiot tapahtuivat oikean aivopuoliskon ylämarginaalisessa ja etuosan alapuolisessa aivopuoliskossa.

Lapsuuden kokemukset ja kasvuympäristö vaikuttavat yksilönkehitykseen merkittävässä määrin, joten myöskin aleksityymisyyden kehittyminen persoonallisuuden piirteeksi voidaan spekuloida olevan ainakin osin näiden ulkoisten tekijöiden aiheuttamaa. McDougall (1982) kuvaili tutkimuksessaan kliinisiä kokemuksia aleksityymisten potilaiden ja vanhempien kanssa ja huomautti, että aleksityymisen vanhemman kykenemättömyys olemaan läsnä tai kiinnostunut lapsen tunne-elämästä voi synnyttää lapsessa ristiriitaa tunteiden käsittelyssä tai ylipäänsä niiden omistamisessa. Lapsuuden kaltoinkohtelun on todettu mahdollisesti vaikuttavan aivojen neurobiologiseen kehitykseen, ja sitä kautta psykologisten ja psykiatristen ongelmien esiintymiseen (Nemeroff 2016). Kaltoinkohteluun sisällytetään yleensä 4 tyyppiä: fyysinen väkivalta, henkinen väkivalta, välinpitämättömyys, sekä seksuaalinen hyväksikäyttö (Mandelli 2015). Näiden osuutta aleksityymisyydessä on tutkittu jonkin verran, mutta tulokset eivät ole yhtenäisiä. Joukamaa ym. (2008) havaitsivat ensihoidosta ja psykiatrisilta vastaanotoilta kerätyssä aineistossa, että kaikki em. kaltoinkohtelun tyypit olivat yhteydessä aleksityymisyyteen, joskin merkitseväksi jäi ainoastaan miehiin kohdistunut fyysinen väkivalta (Joukamaa ym. 2008). Kooiman ym. (2004) eivät havainneet seksuaalisen hyväksikäytön tai fyysisen väkivallan ja aleksityymian välillä merkittävää yhteyttä. Aust ym. (2013) tutkimuksessa henkinen välinpitämättömyys oli ainoa aleksityymisyyttä selittävä tekijä, muilla kaltoinkohtelun tyypeillä ei samanlaista korrelaatiota havaittu. Uudemmassa suomalaisessa normaaliväestössä tehdyssä tutkimuksessa aleksityymisyys yksinään oli vahvasti yhteydessä nimenomaan lapsuudessa koettuun emotionaaliseen laiminlyöntiin, kun masennus oli huomioitu sekoittavana tekijänä (Kajanoja ym. 2020).

Thorberg ym. (2011) tekemässä meta-analyysissä tutkittiin äidin kasvatustavan ja aleksityymian yhteyksiä. Tutkimuksessa aleksityymisyyteen merkitsevästi yhteydessä olevaksi kasvatustavaksi tai -suhteeksi nousi "affectionless control" (suom. kiintymyksetön kontrollointi), jota voisi kuvailla suhteeksi, jota leimaa korkea ylisuojelevaisuus ja vähäinen lämpö. Tutkimuksessa havaittiin yhteyksiä kasvatuksen ja tunteiden tunnistamisen ja kuvailun välillä, mutta ulkokohtaiseen ajatteluun sen ei nähty vaikuttavan. (Thorberg ym. 2011.)

Nuorten pähteiden käyttö Suomessa

Suomalaisista nuorista vain 10 prosenttia ei ole kokeillut alkoholia 18 ikävuoteen mennessä (Niemelä 2016). Täysi-ikäisyyden jälkeen alkoholin nauttiminen kuukausittain on hyvin yleistä, sillä nuorista jopa 80 prosenttia kertoo tekevänsä niin. Alkoholikäytön huippuvuodet ajoittuvat ikävuosiin 20-25, jonka jälkeen trendi on laskusuuntainen. Huumeidenkäyttöä on Kouluterveyskysely 2013 -mukaan kokeillut 8 prosenttia yläasteikäisistä, 13 prosenttia lukiolaisista ja 20 prosenttia ammattikoululaisista (Luopa 2014). Käyttö on koskenut lähinnä kannabista, joka on Suomessa yleisimmin käytetty huume. Huumeita kokeilevat myös muita todennäköisemmin tupakoivat ja juovat alkoholia.

Lintunen ym. (2013) tutkivat suomalaisten 12-18-vuotiaiden nuorten alkoholinkäyttöä Suomessa kolmella vuosikymmenellä vuosina 1981-2011. Tuloksista oli havaittavissa 12-vuotiaiden juomisen harvinaisuus, 14- ja 16-vuotiaiden juomisen esiintyvyyden laskeminen ja 18-vuotiaiden juomisen kasvu. (Lintunen ym. 2013.) Liu ym. (2016) havaitsivat sosioekonomisen aseman ja juomisen yhteyksiä suomalaisessa 15-vuotiaiden tutkimusaineistossa selvittävässä tutkimuksessa juomisen nuorten keskuudessa vähentyneen 1990-luvulta verrattuna 2010-lukuun, mutta yhteiskunnallisen aseman olevan yhteydessä vähenemän suuruuteen. Erityisesti matalatuloisten, heikon sosioekonomisen aseman perheiden nuoret tytöt ovat muihin verrattuna alttiimpia raskaalle juomiselle. (Liu ym. 2016.)

Aleksitymia ja päihdeongelmat

Aleksityymisillä henkilöillä on tutkimuksissa havaittu ei-aleksityymiin verrattuna enemmän alkoholinkäyttöä. Lyvers ym. (2014) tekivät 113 vapaaehtoisesta nuoresta ja nuoresta aikuisesta (18-30 -vuotiaat) tutkimuksen, jossa aleksityymisyys korreloi positiivisesti Adolescents' Substance Use Measurement (ADSUME) -mittarilla arvioituun päihteidenkäyttöön (Pirskanen 2005). Laajemmassa, 30 aleksityymisyyden ja alkoholiriippuvuuden välistä tutkimusta kattaneessa meta-analysissä Cruise & Becerra (2018) raportoivat korkeahkosta aleksityymisyyden esiintyvyydestä. Tutkimuksissa aleksityymisyyttä esiintyi 30-49 % alkoholiriippuvaisista. Suomalaisessa, lähinnä keski-ikäisistä miehistä koostuvassa 2297 henkilön tutkimuksessa aleksityymisyys oli yhteydessä raskaaseen juomiseen (Kauhanen ym. 1992). Muidenkin päihteiden käytön, kuten huumeiden, on havaittu olevan yleisempää aleksityymisten henkilöiden keskuudessa (Speranza 2004). Kuitenkin Thorberg ym. (2009) havaitsivat tutkimuksessaan useammassa aleksityymisyyden ja alkoholinkäytön välisessä tutkimuksessa puutteita, jonka seurauksena mahdollista kausaiteettia on vaikea arvioida. Lisäksi Thorberg kollegoineen totesivat, että aleksitymian eri dimensioiden yhteyttä alkoholin käyttöön ei ole selvitetty.

Tupakoinnin ja aleksityymisyyden välistä suhdetta ei ole liialti tutkittu. Kajanoja ym. (2019) havaitsivat suomalaisista miehistä koostuvasta aineistosta tekemässään tutkimuksessa aleksityymian EOT-dimension olevan yhteydessä tupakointiin (Kajanoja ym. 2019).

Tutkimuskysymykset

Tämän syventävien opintojen työn tavoitteena on arvioida nuorten aleksityymisyyden esiintyvyyttä nuorisopsykiatriseen erikoissairaanhoidon tulevissa nuorissa, ja aleksitymian ja päihteidenkäytön yhteyttä tässä aineistossa. Tutkimuskysymyksiämme ovat:

1. Mikä on aleksityymisten piirteiden yleisyys nuorisopsykiatrilta tulevien nuorten keskuudessa?
 - a. Miten aleksitymian eri dimensiot (DDF, DIF, EOT) painottuvat?
2. Miten taustatekijät (ikä, sukupuoli, perhetilanne, koulutus, ruokailutottumukset, tupakointi/nuuskaaminen) ovat yhteydessä päihteiden käyttöön?
3. Ovatko aleksitymia ja päihteidenkäyttö yhteydessä?
 - a. Selittävätkö masennusoireet aleksitymian ja päihteidenkäytön mahdollisen yhteyden?

Aineisto ja menetelmät

Tämä tutkimus tehtiin osana Tunteet ja nuorten hyvinvointi -tutkimushanketta. Tutkimuksen aineisto on kerätty Satakunnan sairaanhoitopiirin nuorisopsykiatrian poliklinikoille ensikävijöinä tulevista potilaista. Tutkittavia oli yhteensä 194 ja he olivat iältään 13-22 -vuotiaita. Aineisto kerättiin 1/2017-1/2019 välisenä aikana. Koska aineiston haluttiin edustavan tavanomaista potilasmateriaalia, erityisiä poissulkukriteerejä tutkimukseen osallistumiselle ei ollut. Aluepoliklinikat, joissa nuorten rekrytointi tapahtui, sijaitsevat Porissa, Raumalla, Harjavallassa, Huittisissa ja Kankaanpäässä. Tutkittavat antoivat tietoisensa suostumuksen osallistumiselleen. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta on antanut tutkimuksesta puoltavan lausunnon (ETMK 89/1801/2017).

Tutkittavilta mitattiin aleksityymisyyttä TAS-20-kyselyä käyttäen (Bagby ym. 1994). Kyselyllä mitattiin myös aleksitymian eri dimensioita: DDF (difficulty describing feelings, tunteiden kuvailemisen vaikeus), DIF (difficulty identifying feelings, tunteiden tunnistamisen vaikeus) sekä EOT (externally oriented thinking, ulkokohtaisesti orientoitunut ajattelu). TAS-20 kyselylomake on itsetäytettävä ja täyttävä pisteyttää jokaisen kohdan arvoilla 1-5 (1= vahvasti eri mieltä... 5=vahvasti samaa mieltä). Pistemäärät vaihtelevat välillä 20-100 ja tutkittava voidaan luokitella aleksityymiseksi, jos hänen pistemääränsä on yli 60 (Bagby ym. 1994). TAS-20 pistemäärää käytettiin sekä jatkuvana että luokiteltuna.

Päihteidenkäyttöä selvitettiin ADSUME-mittarilla (Pirkanen 2015). ADSUME on itsetäytettävä lomake, jossa selvitetään nuoren päihteidenkäytön tiheyttä, määriä ja vaikutuksia mm. koulunkäyntiin ja sosiaalisiin piireihin. Pisteytys on välillä 0-35. Kyselyssä on lisäksi avoimia vastauskohtia, joiden avulla voidaan kartoittaa esimerkiksi voimavaroja ja näin pisteytykseen yhdistettynä intervention tarpeellisuus selkenee. Tutkittava voidaan luokitella ADSUME-pistemäärän perusteella neljään eri ryhmään: abstinenssi/satunnainen käyttö (0-3 pistettä), kohtuullinen käyttö (4-6 pistettä), riskikäyttö (alle 16-vuotiailla 7-9 pistettä ja 16 vuotta täyttäneillä 7-12 pistettä) ja vaarallinen suurkulutus (alle 16-vuotiailla yli 9 pistettä ja 16 vuotta täyttäneillä yli 12 pistettä).

Masennusoireita arvioitiin käyttäen 21-kohtaista Beck Depression Inventory (BDI) (Beck ym. 2004). Kyselylomaketta on käytetty laajasti myös nuoruusikäisillä tehdyissä tutkimuksissa ja se on osoitettu toimivaksi myös suomeksi (Beck ym. 2004).

Tutkittavien taustatekijöinä kartoitettiin ikää, asumistilannetta (asun yhdessä biologisten vanhempien kanssa/asun toisen biologisen vanhemman perheessä/asun yksin/muu asumismuoto), ruokailutottumuksia (syön säännöllisesti kaikki ateriat joka päivä/syön pääosin säännöllisesti, mutta osa aterioista jää ajoittain syömättä/syön epäsäännöllisesti) ja liikkumistottumuksia (en harrasta liikuntaa

lainkaan/liikun vapaa-ajalla 1-2 kertaa viikossa/liikun vapaa-ajalla 3-4 kertaa viikossa/liikun vapaa-ajalla 5 tai enemmän kertaa viikossa), tupakointi- ja nuuskakokemuksia (en ole kokeillut tupakkaa tai nuuskaa/olen kokeillut tupakkaa/nuuskaan, mutta en käytä säännöllisesti/tupakoin/nuuskaan säännöllisesti) sekä opiskelu- ja/tai työssäkäyntitilannetta (peruskoululainen/opiskelee joko 2.asteella tai korkeakoulussa/jotain muuta, ei opiskele tai työelämän ulkopuolella/työelämässä/suorittaa asepalvelusta).

Jatkuvien muuttujien jakaumien normaalisuutta arvioitiin graafisesti sekä Shapiro-Wilkin testin avulla. Koska valtaosa muuttujista ei noudattanut normaalijakaumaa, käytettiin niiden tunnuslukuina mediaaneja ja interkvartaalivälejä. Vastaavasti tilastollisina menetelminä jatkuvien muuttujien osalta käytettiin kahden ryhmän välisissä vertailuissa epäparametrinen Mann-Whitney U-testiä. Jatkuvien muuttujien välisiä korrelaatioita selvitettiin Spearmanin korrelaatiolla. Khiin neliötestiä hyödynnettiin luokiteltujen muuttujien välisissä vertailuissa. Monimuuttuja-analyysit toteutettiin yksisuuntaisen varianssianalyysin (ANOVA) avulla. Tilastolliset analyysit tehtiin SPSS-ohjelmalla (versio 25.0). Tilastollisen merkitsevyyden rajana pidettiin p-arvoa $<0,05$.

Tulokset

Taulukossa 1 on verrattu sukupuolittain ja koko aineistossa jatkuvia muuttujia. Tutkittavia oli yhteensä 190, joista tyttöjä oli 121 (63,7 %) ja poikia 69 (36,3 %). Tutkimukseen osallistuvien ikämediaani oli 18,00 vuotta (IQR 5,00), tyttöjen 17,00 vuotta (IQR 4,00) ja poikien 19,00 (IQR 5,00) ($p=0,072$). TAS-20-summan mediaani koko aineistossa oli 60,00 (IQR 15,07), ja sukupuolten välillä ei havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa ($p=0,16$). ADSUME-pistemäärässä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa sukupuolten välillä: tytöt 7,50 (14,00) ja pojat 6,00 (14,00) ($p=0,48$).

Taulukko 1. Jatkuvien muuttujien vertailu koko aineistossa ja sukupuolittain.

	Kaikki (n=190)		Tytöt (n=121)		Pojat (n=69)		p ¹
	n	Mediaani (IQR)	n	Mediaani (IQR)	n	Mediaani (IQR)	
Ikä	190	18,00 (5,00)	121	17,00 (4,00)	69	19,00 (5,00)	0,072
Samassa perheessä asuvien sisarusten lukumäärä	154	1,00 (1,00)	103	1,00 (1,00)	51	1,00 (2,00)	0,34
TAS-20 Summa	176	60,00 (15,07)	121	61,00 (15,00)	55	59,00 (14,00)	0,16
DIF	176	21,00 (8,00)	121	22,00 (6,50)	55	19,00 (9,00)	0,002
DDF	176	16,00 (6,00)	121	17,00 (5,50)	55	15,00 (7,00)	0,079
EOT	176	23,00 (6,00)	121	22,00 (6,00)	55	24,00 (7,00)	0,006
ADSUME Summa	143	8,00 (13,00)	97	6,00 (14,00)	46	7,50 (14,00)	0,48
BDI	178	26,40 (18,00)	121	28,86 (17,50)	57	22,09 (20,00)	<0,001

¹Mann-Whitney U-testi, tilastollisen merkitsevyyden vertailu tyttöjen ja poikien välillä
 TAS-20=20-kohtainen Toronto Alexithymia Scale, DIF=Difficulty identifying feelings, DDF=Difficulty describing feelings, EOT=Externally-oriented thinking, ADSUME=Adolescents' Substance Use Measurement, BDI=Beck Depression Inventory

Taulukossa 2 on esitetty luokiteltujen muuttujien vertailu sukupuolittain. TAS-20-kyselyn täyttäneistä tutkittavista (n=176) yhteensä 85 täytti aleksitymian kriteerit. Tämä vastasi 48,3 % aineistosta. Tytöistä yhteensä 61 (49,6 %) ja pojista 24 (34,8 %) olivat aleksityymisiä. Tyttöjen ja poikien välillä ei havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa aleksitymian esiintyvyydessä ($p=0,40$).

Taulukko 2. Luokiteltujen muuttujien vertailu sukupuolittain.

Muuttuja		Koko aineisto	Tytöt	Pojat	p ¹
		n	n (%)	n (%)	
Asumistilanne	Asun yhdessä biologisten vanhempieni kanssa	66	42 (63,6)	24 (36,4)	0,098
	Asun toisen biologisen vanhempani perheessä	62	43 (69,4)	19 (30,6)	
	Asun yksin	36	21 (58,3)	15 (41,7)	
	Muu asumismuoto	24	21 (87,5)	3 (12,5)	
Opiskelu/Työssäkäynti	Peruskoululainen	58	41 (70,7)	17 (29,3)	<0,001
	Opiskelee joko 2. asteella tai korkeakoulussa	61	51 (83,6)	10 (16,4)	
	Jotain muuta, ei opiskele ja työelämän ulkopuolella	32	19 (59,4)	13 (40,6)	
	Työelämässä	18	12 (66,7)	6 (33,3)	
	Suorittaa asepalvelusta	19	4 (21,1)	15 (78,9)	
Liikuntatottumukset	En harrasta liikuntaa lainkaan	54	31 (57,4)	23 (42,6)	0,21
	Liikun vapaa-ajalla 1-2 kertaa viikossa	80	56 (70,0)	24 (30,0)	
	Liikun vapaa-ajalla 3-4 kertaa viikossa	36	28 (77,8)	8 (22,2)	
	Liikun vapaa-ajalla 5 tai enemmän kertaa viikossa	18	12 (66,7)	6 (33,3)	
Ruokailutottumukset	Syön säännöllisesti kaikki ateriat joka päivä	55	36 (65,5)	19 (34,5)	0,36
	Syön pääosin säännöllisesti, mutta osa aterioista jää ajoittain syömättä	63	40 (63,5)	23 (36,5)	
	Syön epäsäännöllisesti	70	52 (74,3)	18 (25,7)	
Tupakointi ja nuuskaaminen	En ole kokeillut tupakkaa tai nuuskaa	73	48 (65,8)	25 (34,2)	0,29
	Olen kokeillut tupakkaa/nuuskaa, mutta en käytä säännöllisesti	49	36 (73,5)	13 (26,5)	
	Tupakoin/nuuskaan silloin tällöin, mutta en säännöllisesti	17	14 (76,5)	3 (13,5)	

	Tupakoin/nuuskaan säännöllisesti	48	29 (60,4)	19 (39,6)	
TAS-20 2-luokkaisena	Ei aleksityymiaa	91	60 (65,9)	31 (34,1)	0,40
	Aleksityyminen	85	61 (71,8)	24 (28,2)	
ADSUME 4-luokkaisena	Abstinenssi/Satunnainen käyttö	52	38 (73,0)	14 (27,0)	0,59
	Kohtuullinen käyttö	11	8 (72,7)	3 (27,3)	
	Riskikäyttö	29	17 (58,6)	12 (41,4)	
	Vaarallinen suurkulutus	51	34 (66,7)	17 (33,3)	
Kuinka monta amosta alkoholia käyttökerralla	En käytä alkoholia	102	73 (71,6)	29 (28,4)	0,41
	1-2 amosta	14	8 (57,1)	6 (42,9)	
	3-4 amosta	18	14 (77,8)	4 (22,2)	
	5-6 amosta	26	17 (65,4)	9 (34,6)	
	7 amosta tai enemmän	30	17 (56,7)	13 (43,3)	

¹ Khiin neliötesti

TAS-20=20-kohtainen Toronto Alexithymia Scale, ADSUME=Adolescents' Substance Use Measurement

Korrelaatioanalyysi jatkuvien muuttujien yhteydestä toisiinsa on esitetty taulukossa 3. Aleksitymian dimensioita ja ADSUME-pistemäärää tarkastellessa havaittiin positiivinen korrelaatio DDF-pisteiden ja ADSUME-pisteiden ($r=0,236$, $p<0,01$) sekä DIF-pisteiden ja ADSUME-pisteiden ($r=0,232$, $p<0,01$) välillä. EOT-pisteiden ja ADSUME-pisteiden välillä ei havaittu tilastollisesti merkitsevää yhteyttä.

Taulukko 3. Jatkuvien muuttujien Spearmanin korrelaatiot.

	Ikä	Samassa perheessä asuvien sisarusten lukumäärä	TAS-20 Summa	DIF	DDF	EOT	ADSUME Alkumittaus	BDI
Ikä	x	-0,043	-0,120	-0,037	-0,061	-0,176*	-0,499**	-0,072
Samassa perheessä asuvien sisarusten lukumäärä		x	-0,089	-0,160	-0,054	-0,012	-0,004	-0,094
TAS-20 Summa			x	-0,804**	-0,827**	-0,453**	-0,216**	-0,519**
DIF				x	0,656**	-0,021	0,232**	0,562**
DDF					x	0,136	0,236**	0,538**
EOT						x	0,012	-0,032

ADSUME Summa							x	0,191*
BDI Summa								x

TAS-20=20-kohtainen Toronto Alexithymia Scale, DIF=Difficulty identifying feelings, DDF=Difficulty describing feelings, EOT=Externally-oriented thinking, ADSUME=Adolescents' Substance Use Measurement, BDI=Beck Depression Inventory

*P<0,05

**P<0,01

***P<0,001

Taulukossa 4 on verrattu ADSUMEpistemäärää luokiteltujen muuttujien ryhmissä koko aineistossa. ADSUME-pisteet olivat merkitsevästi korkeampia aleksityymisten [12,00 (IQR 18,00)] kuin ei-aleksityymisten keskuudessa [5,00 (IQR 12,00)] (p=0,021). Yksin asuvilla oli tilastollisesti merkitsevästi korkeammat ADSUME-pisteet [13,00 (IQR 8,00)] kuin toisen vanhemman [6,00 (IQR 15,00)] tai molempien vanhempien kanssa asuvilla [5,00 (IQR 10,00)] (p<0,001). Tupakka- ja nuuskakokeiluista tai -käytöstä raportoineet [8,00 (IQR 11,00)] saivat myöskin tilastollisesti merkitsevästi korkeampia ADSUME-pisteitä kuin tupakoimattomat/nuuskaamattomat [0 (IQR 17,00)] (p<0,001).

Taulukko 4. Adolescents' Substance Use Measurement (ADSUME) -mittarin pisteet luokiteltujen muuttujien ryhmissä

Muuttuja	n	Mediaani (IQR)	p ¹	
Asumistilanne	Asun yhdessä biologisten vanhempieni kanssa	5	5,00 (10,00)	<0,001
	Asun toisen biologisen vanhempani perheessä	47	6,00 (15,00)	
	Asun yksin	25	13,00 (8,00)	
	Muu asumismuoto	19	17,00 (10,00)	
Opiskelu/Työssäkäynti	Peruskoululainen	49	0 (4,00)	<0,001
	Opiskelee joko 2. asteella tai korkeakoulussa	43	12,00 (14,00)	
	Jotain muuta, ei opiskele ja työelämän ulkopuolella	25	11,00 (15,00)	
	Työelämässä	13	16,00 (8,00)	
	Suorittaa asepalvelusta	12	13,50 (7,00)	
Liikuntatottumukset	En harrasta liikuntaa lainkaan	42	12,50 (16,00)	0,051

	Liikun vapaa-ajalla 1-2 kertaa viikossa	57	10,00 (16,00)	
	Liikun vapaa-ajalla 3-4 kertaa viikossa	30	4,50 (14,00)	
	Liikun vapaa-ajalla 5 tai enemmän kertaa viikossa	13	0 (12,00)	
Ruokailutottumukset	Syön säännöllisesti kaikki ateriat joka päivä	41	1,00 (12,00)	<0,001
	Syön pääosin säännöllisesti, mutta osa aterioista jää ajoittain syömättä	47	8,00 (12,00)	
	Syön epäsäännöllisesti	53	12,00 (12,00)	
Tupakointi ja nuuskaaminen	En ole kokeillut tupakkaa tai nuuskaa	57	0 (17,00)	<0,001
	Olen kokeillut tupakkaa/nuuskaa, mutta en käytä säännöllisesti	38	8,00 (11,00)	
	Tupakoin/nuuskaan silloin tällöin, mutta en säännöllisesti	13	19,00 (14,00)	
	Tupakoin/nuuskaan säännöllisesti	33	17,00 (11,00)	
TAS-20 2-luokkaisena	Ei aleksityymiaa	73	5,00 (12,00)	0,021
	Aleksityyminen	68	12,00 (18,00)	
Kuinka monta annosta alkoholia käyttökerralla	En käytä alkoholia	56	0 (0)	<0,001
	1-2 annosta	14	4,00 (7,00)	
	3-4 annosta	18	11,00 (7,00)	
	5-6 annosta	25	15,00 (9,00)	
	7 annosta tai enemmän	30	19,00 (9,00)	

¹ Kruskal-Wallis test

TAS-20=20-kohtainen Toronto Alexithymia Scale

Monimuuttuja-analyysit TAS-20 kokonaispistemäärän, DIF- ja DDF-dimensioiden yhteydestä ADSUME-pistemäärään on esitetty taulukoissa 5–7. TAS-20 kokonaispistemäärä oli sekoittavien tekijöiden huomioimisesta huolimatta merkitsevästi yhteydessä ADSUME-pistemäärään ($p=0,013$) (Taulukko 5). Aleksitymian dimensioista DIF oli merkitsevä itsenäinen selittäjä ($p=0,001$) ADSUME-pistemäärälle (Taulukko 6), kun taas DDF-dimension yhteys oli ei-merkitsevä ($p=0,16$) (Taulukko 7).

Taulukko 5. Monimuuttuja-analyysi 20-kohtaisen Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) -pistemäärän yhteydestä ADSUME (Adolescents' Substance Use Measurement) -pistemäärään

Muuttuja	df	Mean Square	F	p ¹
Korjattu malli	46	153,87	2.90	<0,001
Vakiotermi	1	119,86	2,26	0,14
Ikä	1	164,00	3,09	0,08
TAS-20 Summa	1	342,48	6,45	0,013
BDI	1	4,57	0,086	0,77
Asumistilanne	3	122,72	2,31	0,081
Opiskelu/Työssä-käynti	4	93,57	1,76	0,14
Ruokailutottumukset	2	57,20	1,08	0,35
Asumistilanne*Opiskelu/Työssä-käynti	11	61,58	1,16	0,33
Asumistilanne* Ruokailutottumukset	6	47,89	0,90	0,50
Opiskelu/Työssä-käynti* Ruokailutottumukset	8	100,09	1,89	0,072
Asumistilanne*Opiskelu/Työssä-käynti* Ruokailutottumukset	9	73,89	1,39	0,20
Mallin selitysaste R ²	0,59			

¹Yksisuuntainen varianssianalyysi

BDI=Beck Depression Inventory, df=vapausasteet

Taulukko 6. Monimuuttuja-analyysi tunteiden tunnistamisen vaikeuden yhteydestä ADSUME (Adolescents' Substance Use Measurement) -pistemäärään

Muuttuja	df	Mean Square	F	p ¹
Korjattu malli	46	159,22	3.16	<0,001
Vakiotermi	1	99,05	1,97	0,16
Ikä	1	156,50	3,11	0,081
DIF	1	588,41	11,68	0,001
BDI	1	28,52	0,57	0,45
Asumistilanne	3	103,30	2,05	0,11
Opiskelu/Työssä-käynti	4	120,60	2,39	0,056
Ruokailutottumukset	2	41,18	0,82	0,45

Asumistilanne*O- piskelu/Työssä- käynti	11	43,54	0,86	0,58
Asumistilanne* Ruokailutottumuks et	6	65,70	1,30	0,26
Opiskelu/Työssä- käynti* Ruokailutott umukset	8	112,98	2,24	0,031
Asumistilanne*O- piskelu/Työssä- käynti* Ruokailu- tottumukset	9	81,08	1,61	0,12
Mallin selitysaste R ²	0,62			

¹Yksisuuntainen varianssianalyysi

BDI=Beck Depression Inventory, df=vapausasteet, DIF=Difficulty identifying feelings, tunteiden tunnistamisen vaikeus

Taulukko 7. Monimuuttuja-analyysi tunteiden ilmaisun vaikeuden yhteydestä ADSUME (Adolescents' Substance Use Measurement) -pistemäärään.

Muuttuja	df	Mean Square	F	p ⁱ
Korjattu malli	46	148,90	2,68	<0,001
Vakiotermi	1	40,88	0,74	0,39
Ikä	1	120,74	2,17	0,14
DDF	1	113,59	2,04	0,16
BDI	1	6,92	0,13	0,73
Asumistilanne	3	151,16	2,72	0,049
Opiskelu/Työssä- käynti	4	92,68	1,68	0,17
Ruokailutottumuk- set	2	56,02	1,01	0,37
Asumistilanne*O- piskelu/Työssä- käynti	11	55,35	1,00	0,46
Asumistilanne* Ruokailutottumuks et	6	38,65	0,70	0,65
Opiskelu/Työssä- käynti* Ruokailutott umukset	8	89,95	1,62	0,13
Asumistilanne*O- piskelu/Työssä- käynti* Ruokailu- tottumukset	9	59,14	1,06	0,40
Mallin selitysaste R ²	0,58			

¹Yksisuuntainen varianssianalyysi

BDI=Beck Depression Inventory, df=vapausasteet, DDF=Difficulty Describing Feelings, tunteiden kuvailemisen vaikeus

Pohdinta

Satakuntalaisessa nuorisopsykiatrian poliklinikoiden ensikävijöistä koostuvassa aineistossa aleksitymian kokonaisesiintyvyys oli 48,3 %. Pojista aleksityymiä oli 24 (34,8 %) ja tytöistä 61 (49,6 %). Esiintyvyydessä ei sukupuolten välillä ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. Aleksitymian dimensioissa poikien tunteiden ilmaisun vaikeutta mittaava DDF-pistemäärä oli tilastollisesti merkitsevästi korkeampi kuin tytöillä ja EOT-pistemäärä taas pienempi. Yksin asuminen, epäsäännölliset ruokailutottumukset sekä tupakka- ja nuuskakokeilut tai -käyttö olivat yksittäin tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä korkeampiin ADSUME-pisteisiin. ADSUME-pistemäärää selitti itsenäisinä tekijöinä sekä TAS-20 kokonaispistemäärä että sen tunteiden tunnistamisen vaikeutta mittaava dimensio DIF. Masennus ei ollut päihteidenkäytön ja aleksitymian yhteyttä selittävä tekijä.

Aleksityymiset piirteet olivat nuorisopsykiatrialle tulevien nuorten keskuudessa yleisempiä normaaliväestöön verrattuna. Verrattuna normaaliväestöstä tehtyyn tutkimukseen nuorten aleksityymisyyden epidemiologiasta (Honkalampi ym. 2009) aleksitymian kokonaisesiintyvyys poikkeaa vahvasti (48,3 % vs. 7,3 %). Honkalammien tutkimukseen verrattuna sekä tyttöjen (50,4 % vs. 9,4 %) että poikien (43,6 % vs. 4,9 %) aleksitymian esiintyvyys oli tässä tutkimuksessa huomattavasti korkeampaa. Ottaen huomioon useissa tutkimuksissa havaitun aleksitymian vahvan yhteyden mielenterveyden häiriöihin, on todennäköistä, että tämä yhteys osaltaan selittää huomattavan korkeaa esiintyvyyttä normaaliväestöön verrattuna. Väestötutkimuksissa havaittuja sukupuolieroja esiintyvyyden suhteen ei tässä tutkimuksessa havaittu.

Päihteiden käytön yhteydestä aleksitymiaan saatiin tässä tutkimuksessa vahvaa näyttöä. Tuloksemme aleksitymian ja päihteiden käytön yhteydestä ovat samansuuntaisia edeltäviin tutkimuksiin verrattuna (Lyvers ym. 2014). Monimuuttuja-analyseissä otimme huomioon sekoittavana tekijänä myös BDI-mittarilla mitatut masennusoireet, ja yhteys aleksityymisyyden ja päihteiden käytön, kuten myös DIF-dimension ja päihteiden käytön välillä, säilyi. Masennusoireiden huomiointi on moniin aiempiin tutkimuksiin verrattuna tärkeä lisä, joka osaltaan vahvistaa käsitystä siitä, että aleksityymisyys on itsenäinen päihteiden käyttöön liittyvä tekijä. Tupakoinnin/nuuskaamisen tai niiden kokeilukokemusten todettiin olevan yhteydessä ADSUME-pistemäärään ($p < 0,001$), mikä on linjassa aiemman tutkimustiedon kanssa (Merline ym. 2008).

Tässä tutkimuksessa ulkokohtaisella ajattelulla (aleksitymian dimensio EOT) ei havaittu olevan merkitsevää yhteyttä päihteidenkäyttöön. Tämä löydös ei ole linjassa suomalaisen noin 1000 miehestä koostuvan kohorttitutkimuksen (Kajanoja 2019) kanssa, missä EOT-pistemäärän todettiin olevan yhteydessä alkoholin ja tupakan käyttöön. Kajanoja ym. implikoivat tutkimuksessaan, että ulkokohtaisen ajattelutapaan taipuvaiset olisivat herkempiä sääntelemään stressiään ulkoisten tekijöiden, kuten

päihteiden, avulla. Toisaalta EOT-dimension toimivuus ei aiempien tutkimusten perusteella ole samalla tasolla muiden dimensioiden (DIF ja DDF) kanssa (Parker 2003). Aiemmin onkin esitetty, että erityisesti varhaisnuorilla TAS-20 mittarin toimivuus on kyseenalaista (Parker ym. 2010) ja voi olla, että EOT-dimension ei-merkittävä yhteys tässä tutkimuksessa liittyy ainakin osin näihin ongelmiin.

Tutkimuksen vahvuutena voidaan pitää tärkeän sekoittavan tekijän, masennuksen, huomioon ottamista aleksitymian ja ADSUME-pistemäärän yhteyttä selvittävässä tuloksissa. Vahvuudeksi voi laskea myös tutkimuksen ainutlaatuisuuden: Suomessa ei ole ennen nuorisopsykiatrian potilaiden keskuudessa arvioitu aleksityymiaa tällä tavoin. Tärkeä on huomioida myös se, että tutkimuksessa on käsitelty aleksitymian eri dimensioita ja niiden yhteyttä päihteiden käyttöön, eikä pelkästään aleksityymiaa yksinään. Tutkimuksen heikkoutena on sen pienehkö otos, joka johti tiettyjen muuttujien kohdalla liian pieniin ryhmäkokoisiin. Aleksitymian dimensiot eivät tutkimuksessamme käyttäytyneet yhteneväisesti. Erityisesti tulokset EOT-dimension suhteen ovat kyseenalaiset ja tämän toimivuutta täytyy arvioida vielä tarkemmin tulevilla tutkimuksilla.

Johtopäätökset

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää aleksitymian esiintyvyyttä sekä sen yhteyttä päihteiden käyttöön Satakunnan sairaanhoitopiirin nuorisopsykiatrian poliklinikoille tulevien potilaiden keskuudessa. Saadut tulokset vahvistavat aiempia havaintoja aleksitymian ja päihteiden käytön yhteydestä ja toisaalta tarjoavat nuorten aleksitymiaan uusia näkökulmia. Nuorisopsykiatrialle saapuvien potilaiden joukosta lähes joka toinen arvioitiin aleksityymiseksi, mikä on huomattavasti suurempi määrä kuin normaaliväestössä. Aleksityymisten piirteiden voidaan arvioida olevan yliedustettuna erikoissairaanhoidon päätyvien, mielenterveyden ongelmista kärsivien nuorten potilaiden keskuudessa.

Tutkimuksemme osoittaa aleksitymian olevan päihteiden käyttöä itsenäisesti selittävä tekijä. Tällä perusteella aleksityymisillä nuorilla voi olla kantaväestöön verrattuna suurempi tuen tarve päihteiden käyttöön liittyen. Asia tulisi ottaa huomioon erityisesti nuorisopsykiatrialle saapuvien potilaiden kanssa, jotta kokonaisvaltainen hoito toteutuisi mahdollisimman hyvin. Aleksityymisiä piirteitä voi mahdollisesti lievittää tunnetaitoja harjoittamalla, joten lisätutkimusta tällaisen harjoittelun vaikutuksista päihteidenkäyttöön pitkässä juoksussa tarvitaan.

Lähteet

- Aust S., Härtwig E.A., Heuser I., Bajbouj M. (2013). *The Role of Early Emotional Neglect in Alexithymia. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 5, 225-232.
- Bagby R.M., Parker J., Taylor G. (1994). *The 20-item toronto-alexithymia-scale .1. item selection and cross-validation of the factor structure. Journal of Psychosomatic Research* 38, 23-32.
- Breuer J., Freud S, Studien über Hysterie. Wien und Leipzig: F Deuticke 1895.
- Bagby R.M., Taylor G.J., Parker J.D.A, Dickens S.E. (2006). *The Development of the Toronto Structured Interview for Alexithymia: Item Selection, Factor Structure, Reliability and Concurrent Validity. Psychotherapy and Psychosomatics* 75, 25-39.
- Beck A.T., Steer R.A., Brown G.K. *Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation. Finnish translation copyright. Helsinki: Psykologien kustannus Oy 2004.*
- Bruce G., Curren C., Williams L. (2012). *Alexithymia and alcohol consumption: The mediating effects of drinking motives. Addictive Behaviors*, 37, 350-352
- Cruise K.E, Becerra R. (2018). *Alexithymia and Problematic Alcohol Use: A Critical Update. Addictive Behaviors* 77, 232-246.
- Demers L.A., Schreiner M.W., Hunt R.H, Mueller B.A., Klimes-Dougan B., Thomas K.M., Cullen K.R. (2019). *Alexithymia is associated with neural reactivity to masked emotional faces in adolescents who self-harm. Journal of Affective Disorders*, 249, 253-261.
- Fogley R., Warman D, Lysaker P.H. (2014). *Alexithymia in schizophrenia: Associations with neurocognition and emotional distress. Psychiatry Research*, 218, 1-6.
- Franz A. (1943). *Fundamental concepts of psychosomatic research. Psychosomatic Medicine*, 5, 205.
- Franz M., Popp K., Schaefer R. ym. (2008). *Alexithymia in the German general population. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 43, 54-62.
- Gottlieb R.M. (2003). *Psychosomatic medicine: The divergent legacies of Freud and Janet. Journal of American Psychoanalytic Association*. 51, 857-881.
- Grabe H.J., Löbel S., Dittrich D., Bagby R.M., Taylor G.J., Quilty L.C., Spitzer C., Barnow S., Mathier F., Jenewein J., Freyberger H.J., Rufer M. (2009). *The German version of the Toronto Structured Interview for Alexithymia: factor structure, reliability, and concurrent validity in a psychiatric patient sample. Comprehensive Psychiatry*, 50, 424-430.
- Ham B., Lee M.-S., Lee Y.-M., Kim M.-K., Choi M.-J., Oh K.-S., Jung H.Y., Lyoo I.K, Choi I.-G. (2005). *Association between the Catechol O-Methyltransferase Val108/158Met Polymorphism and Alexithymia. Neuropsychobiology* 52, 151-154.
- Haviland M.G., Warren W.L., Riggs M.L. (2000). *An Observer Scale to Measure Alexithymia. Psychosomatics* 41, 385-392.
- Heiberg A.N., Heiberg A. (1978). *A possible genetic contribution to alexithymia trait. Psychotherapy and Psychosomatics*, 30, 205-210.

- Honkalampi K., Hintikka J., Tanskanen A., Lehtonen J., Viinamäki H. (2000). *Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. Journal of Psychosomatic Research, 48, 99-104.*
- Honkalampi K., Tolmunen T., Hintikka J., Rissanen M-L., Kylmä J., Laukkanen E. (2009). *The prevalence of alexithymia and its relationship with Youth Self-Report problem scales among Finnish adolescents. Comprehensive Psychiatry, 50, 263-268.*
- Jorgensen M.M., Zacharie R., Skytthe A., Kyvik K. (2007). *Genetic and Environmental Factors in Alexithymia: A Population-Based Study of 8785 Danish Twin Pairs. Psychotherapy and Psychosomatics, 76, 369-375.*
- Joukamaa M. ym. (2008). *Alexithymia and Childhood Abuse Among Patients Attending Primary and Psychiatric Care: Results of the RADEP Study. Psychosomatics 49, 317-325.*
- Joukamaa M., Taanila A., Miettunen J., Karvonen J.T., Koskinen M., Veijola J. (2007). *Epidemiology of alexithymia among adolescents. Journal of Psychosomatic Research, 63, 373-376.*
- Kajanaoja J., Scheinin N., Karukivi M., Karlsson L., Karlsson H. (2018). *Alcohol and tobacco use in men: the role of alexithymia and externally oriented thinking style. The American Journal of Drug and Alcohol abuse, 14, 1-9.*
- Kajanoja J., Karukivi M., Scheinin N.M., Ahrnberg H., Karlsson L., Karlsson H. (2020). *Early-life adversities and adult attachment in depression and alexithymia. Development and Psychopathology, 15, 1-9.*
- Karukivi M., Saarijärvi S. (2014). *Development of alexithymic personality features. World Journal of Psychiatry, 4, 91-102.*
- Kauhanen J., Julkunen J., Salonen J.T. (1992). *Coping with inner feelings and stress: heavy alcohol use in the context of alexithymia. Behavioral Medicine, 18, 121-126.*
- Kokkonen P., Karvonen J.T., Veijola J., Läksy K., Jokelainen J., Järvelin M-R., Joukamaa M. (2001). *Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults, Comprehensive Psychiatry, 42, 471-476.*
- Kooiman, Cornelis G. ym. (2004). *Childhood Adversities as Risk Factors for Alexithymia and Other Aspects of Affect Dysregulation in Adulthood. Psychotherapy and Psychosomatics 73.2, 107-116*
- Lane R.D., Ahern G.L., Schwartz G.E., Kazniak A.W. (1997). *Is Alexithymia the Emotional Equivalent of Blindsight? Biological Psychiatry, 9, 834-844.*
- Larsen J.K., Brand N., Bermond B., Hijman R. (2003). *Cognitive and emotional characteristics of alexithymia: A review of neurobiological studies, Journal of Psychosomatic Research, 54, 533-541*
- Lesser I.M. (1981). *A review of the alexithymia concept. Psychosomatic Medicine, 43, 531-543.*
- Lintonen T., Karlsson T., Nevalainen J., Konu A. (2013). *Alcohol Policy Changes and Trends in Adolescent Drinking in Finland from 1981 to 2011. Alcohol and Alcoholism, 5, 620-626.*
- Liu Y., Lintonen T., Tynjälä J., Villberg J., Välimaa R., Ojala K., Kannas L. (2018). *Socioeconomic differences in the use of alcohol and drunkenness in adolescents: Trends in the Health Behaviour in*

School-aged Children study in Finland 1990-2014. Scandinavian Journal of Public Health, 46, 102-111.

Luopa P., Kivimäki H., Matikka A., Vilkki S., Jokela J., Laukkanen E., Paananen R. (2014). *Nuorten hyvinvointi Suomessa 2000-2013. Kouluterveyskyselyn tulokset. Raportti 25/2014.* Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Lyvers M., Lysyckha O., Thorberg F.A. (2014). *Alexithymia and Drinking in Young Adults: The Role of Alcohol-Related Intrusive Thoughts. Personality And Individual Differences, 57, 70-73.*

Maclean, P. D. (1949). *Psychosomatic disease and the "visceral brain"; recent developments bearing on the Papez theory of emotion. Psychosomatic Medicine, 11, 338-353.*

Mandelli L., Petrelli C., Serretti A. (2015). *The Role of Specific Early Trauma in Adult Depression: A Meta-Analysis of Published Literature. Childhood Trauma and Adult Depression. European Psychiatry, 30, 665-680.*

McDougall J. (1982). *Alexithymia: a psychoanalytic viewpoint. Psychotherapy and Psychosomatics, 38, 81-90.*

Merline A., Jager J., Schulenberg J.E. (2008). *Adolescent risk factors for adult alcohol use and abuse: stability and change of predictive value across early and middle adulthood. Addiction, 103, 84-99*

Nemeroff. (2016). *Paradise Lost: The Neurobiological and Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect. Neuron 89, 892-909.*

Nemiah J.C., Sifneos P.E. (1970). *Psychosomatic Illness: A Problem in Communication. Psychotherapy and Psychosomatics, 18, 154-160.*

Niemelä S. Nuorten päihdekäytön epidemiologiaa. Kirjassa: Kumpulainen K., Aronen E., Ebeling H., Laukkanen E., Marttunen M., Puura K., Sourander A. (toim.) *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2016.*

Parker J.D.A, Taylor G.J., Bagby R.M. (2003). *The 20-Item Toronto Alexithymia Scale: III. Reliability and factorial validity in a community population, Journal of Psychosomatic Research, 55, 269-275.*

Pirkanen M., Pietilä A-M., Halonen P., Laukkanen E. (2005). *Nuortenpäihdemittarin luotettavuus (Validity of the Adolescents' Substance Use Measurement). Journal of Social Medicine, 42, 115-126*

Roedema T.M., Simons R.F. (1999). *Emotion-processing deficit in alexithymia. Psychophysiology, 36, 379-387.*

Salminen J.K., Saarijärvi S., Äärelä E., Toikka T., Kauhanen J. (1999). *Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland, Journal of Psychosomatic Research, 46, 75-82*

Sifneos P. E. (1973). *The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. Psychotherapy and Psychosomatics, 22, 255-262.*

Speranza M. ym. (2004). *Alexithymia, Depressive Experiences, and Dependency in Addictive Disorders. Substance Use & Misuse, 39, 551-579.*

Säkkinen P., Kaltiala-Heino R., Ranta K., Haataja R., Joukamaa M. (2007). *Psychometric Properties of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale and Prevalence of Alexithymia in a Finnish Adolescent Population. Psychosomatics, 48, 154-161*

Taylor, G.J. (1984). *Alexithymia: concept, measurement, and implications for treatment. The American Journal of Psychiatry, 141, 725-732.*

Thorberg F.A., ym. (2009). *Alexithymia and Alcohol Use Disorders: A Critical Review. Addictive Behaviors 34.3, 237-245.*

Thorberg F.A., Young R.McD., Sullivan K.A., Lyvers M. (2011). *Parental bonding and alexithymia: A meta-analysis. European Psychiatry, 26, 187-193.*

Xiongzhao Z., Jinyao Y., Shuqiao Y., Ryder A.G, Taylor G.J., Bagby R.M. (2007). *Cross-cultural validation of a Chinese translation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. Comprehensive Psychiatry, 48, 489-496.*