

SOS-lapsikyliin sijoitettujen lasten emotionaalinen oireilu ja käytöshäiriöt sekä  
Theraplay-intervention vaikutus oireiluun

Tampereen yliopisto  
Psykologian laitos  
Pro Gradu -tutkielma  
Hillevi Westman  
Huhtikuu 2008

TAMPEREEN YLIOPISTO  
Psykologian laitos

WESTMAN, HILLEVI: SOS-lapsikyliin sijoitettujen lasten emotionaalinen oireilu ja käytöshäiriöt sekä Theraplay-intervention vaikutus oireiluun

Pro Gradu -tutkielma, 35 s., 3 liites.

Ohjaaja: Raija-Leena Punamäki

Psykologia

Huhtikuu 2008

---

Kiintymyssuhde syntyy lapsen ja hänen ensisijaisen hoitajansa välisessä varhaisessa vuorovaikutuksessa. Kiintymyssuhdeteoria korostaa varhaisen, turvallisen ja lapsen tarpeet tunnustavan hoivan ja huolenpidon merkitystä lapsen psyykkiseen hyvinvointiin ja kokonaisvaltaiseen kehitykseen. Kiintymyssuhde muovautuu suhteessa siihen ympäristöön, jossa lapsi elää. Turvattomat lapsuuden hoivasuhteet ovat riski lapsen kehitykselle.

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin SOS-lapsikyliin sijoitettuna olevien lasten emotionaalisen oireilun ja käytöshäiriöiden vakavuutta ja niissä tapahtuvia muutoksia kahden vuoden aikana. Tutkimus toteutettiin arvioimalla lasten emotionaalisen oireilun ja käytöshäiriöiden vakavuutta lähtötasolla vuonna 2001 ja toistomittauksessa vuonna 2003. Lasten emotionaalista oireilua ja käytöshäiriöitä arvioitiin CBCL-kyselylomakkeen avulla, jonka sijaisvanhemmat täyttivät vuonna 2001 ja vuonna 2003.

Tutkimukseen osallistui kaikkiaan 131 lasta. Toistotutkimuksen tutkimusryhmät muodostivat 93 lasta. Koeryhmän muodostivat Theraplay-terapian avulla toteutettuun terapeuttiseen interventioon osallistuneet 24 lasta ja kontrolliryhmän ne 69 lasta, jotka eivät osallistuneet interventioon. Tutkimushypoteesina oli, että terapeuttinen interventio auttaa vähentämään lasten emotionaalista oireilua ja käytöshäiriöitä vahvistamalla lapsen ja sijaisvanhemman välistä vuorovaikutusta ja auttamalla sijaisvanhempaa löytämään uudenlaisia keinoja lapsen tunteiden ja käyttäytymisen säätelyyn.

Tutkimustulos osoittautui hypoteesin mukaiseksi. Interventioryhmän emotionaalinen oireilu ja käytöshäiriöt vähenivät kahden vuoden aikana lähtötason ja toistomittauksen välillä. Kontrolliryhmän emotionaalinen oireilu ja käytöshäiriöt eivät vähentyneet eivätkä lisääntyneet. Emotionaalisen oireilussa ja käytöshäiriöissä tapahtuneita muutoksia tutkittiin lisäksi lasten sijoitushistorian valossa. Osoittautui, että lapsen toistuvat sijoitukset ovat sijaishuollon sisäinen riskitekijä.

Avainsanat: Kiintymyssuhde, emotionaalinen oireilu ja käytöshäiriöt, terapeuttinen interventio

# SISÄLLYSLUETTELO

<b>1 TAUSTAA</b>	1
<b>2 VARHAISEN VUOROVAIKUTUKSEN MERKITYS LAPSEN PSYKKISELLE HYVINVOINNILLE</b>	2
2.1 Kiintymyssuhteen kehitys	2
2.2 Kiintymyssuhde lapsen kehityksen ennustajana	6
<b>SIJAISHUOLTO KORVAAVANA JA KORJAAVANA KOKEMUKSENA</b>	7
3.1 Sijaishuolto SOS-lapsikylässä	10
3.2 Theraplay-terapia lasten kiintymyssuhteen häiriöiden korjaamisessa	12
3.3 Tutkimuksen tavoitteet	15
<b>4 MENETELMÄT</b>	16
4.1 Tutkimukseen osallistuvat ja tutkimuksen kulku	16
4.2 Tutkimusmenetelmät	18
4.3 Tilastolliset menetelmät	18
<b>5 TULOKSET</b>	19
5.1 Kuvailevat tulokset	19
5.2 Emotionaalinen oireilu ja käytöshäiriöiden vakavuus	21
5.3 Taustamuuttujien yhteys emotionaaliseen oireiluun ja käytöshäiriöihin	22
5.4 Intervention vaikutus emotionaaliseen oireilun ja käytöshäiriöiden muutokseen	23
5.5 Taustamuuttujien vaikutus emotionaaliseen oireilun ja käytöshäiriöiden muutokseen	26
<b>6 POHDINTAA</b>	28
6.1 Pysyvien ihmissuhteiden merkitys sijaishuollossa	29
6.2 Lapsen sijoitushistoria	30
6.3 Tutkimuksen rajoitukset	32
6.4 Lopuksi	32
<b>LÄHDELUETTELO</b>	34

## **LIITTEET**

- Liite 1:** Tutkimukseen osallistuvien lasten (N=93) ja normiluokituksen (Achenbach,1991) käyttäytymisen kokonaisongelmien, emotionaalisen oireilun ja käytöshäiriöiden keskiarvot ja hajonnat sukupuolen ja ikäryhmän mukaan CBCL- mittarilla arvioituna 36
- Liite 2:** Taustamuuttajien vaikutus emotionaalisessa oireilussa ja käytöshäiriöissä tapahtuneisiin muutoksiin. Keskiarvot, keskihajonnat ja t-arvot lähtötasolla (T1) vuonna 2001 ja toistomittauksessa (T2) vuonna 2003. 37
- Liite 3:** Interventioryhmän (N=24) ja kontrolliryhmän (N=69) CBCL-arvioinnin keskiarvot ja hajonnat ennen interventiota ja intervention jälkeen. 38

## 1. TAUSTAA

Lastensuojelun asiakasmäärät ovat viimeisen kymmenen vuoden kasvaneet, vaikka ikäluokat ovat pienentyneet. Vuonna 2006 kodin ulkopuolelle oli sijoitettu 1,2 % alle 18-vuotiaista lapsista ja lastensuojelun piirissä oli kaikkiaan 6,6 % alle 18-vuotiaista lapsista. Määrä on suurin tilastoidun lastensuojelun historiassa (Stakes, 2006). Huoli lasten ja lapsiperheiden asemasta johti vuonna 2005 sosiaali- ja terveysministeriön asettaman Lastensuojelulain kokonaisuudistustyöryhmän (STM, 2006) ehdottamaan kokonaan uutta lastensuojelulakia. Vuonna 2008 voimaantulleessa uudessa lastensuojelulaissa (Suomen säädöskokoelma, 2007), on painotettu myös ennaltaehkäisevää lastensuojelua, kuten lasten ja lapsiperheiden tarvitsemien tukitoimien ja palvelujen merkitystä.

Lastensuojelua toteutetaan joko avohuollon tukitoimenpiteenä tai sijoittamalla lapsi sijaishuoltoon kodin ulkopuolelle. Lapsen sijoittamisesta oman kodin ulkopuolelle päättää lapsen kotikunnan sosiaalilautakunta lastensuojelulain määrittämin kriteerein. Huostaanoton yleisimpiä syitä ovat vanhempien päihde- ja mielenterveysongelmat. Silloin vanhempien jaksamattomuus on johtanut siihen, että lapsi on jäänyt vaille sellaista hoivaa ja huolenpitoa, jota hän tarvitsee. Vuonna 2007 sijoitetuista lapsista 18 % oli 0-6-vuotiaita ja 45 % 16-18-vuotiaita. Alle 3-vuotiaat pikkulapset ja murrosikäiset nuoret muodostivat näiden ikäryhmien kaksi pääryhmää (Stakes, 2006).

Sijaishuollon tarkoituksena on turvata lapselle olosuhteet, joissa hänen kehityksellisiin tarpeisiinsa vastataan. Lapsen elämän astuu uusia aikuisia, jotka vastaavat hänen hoidostaan. Suomessa lapset sijoitetaan ensisijaisesti lastensuojelulaitoksiin, joiksi luetaan lastenkodit ja ammatilliset perhekodit. Niissä lapsesta huolehtivat henkilöt työskentelevät ammatillisessa työsuhteessa ja usein vuorotyössä. Perhehoidolla tarkoitetaan lapsen sijoittamista tavallisiin, sosiaalilautakunnan tehtävään hyväksymiin perheisiin, jolloin perhe toimii lapsen sijaisperheenä. Vuonna 2006

perhehoidon osuus sijaishuollosta oli 35 % ja laitoshoidon osuus 49 %. Osa lapsista oli sijoitettu tuetusti omaan kotiin vanhempien kanssa tai tuetusti itsenäiseen asumiseen. Laitoshoitoon sijoitetuista 34 % oli sijoitettuna ammatillisissa perhekodeissa, pienryhmäkodeissa tai vastaavissa, kuten SOS-lapsikylässä. SOS-lapsikyläyhdistys on lasten sijaishuoltoa järjestävä lastensuojelujärjestö, jonka hoitomalli sijoittuu perhe- ja laitoshoidon välimaastoon.

Tässä tutkimuksessa selvitetään SOS-lapsikyliin sijoitettujen lasten psyykkistä hyvinvointia tarkastelemalla lasten emotionaalisen oireilun (internalisoituvat oireet) ja käytöshäiriöiden (eksternalisoituvat oireet) vakavuutta. Lisäksi tutkitaan, auttaako lapsen ja häntä hoitavan aikuisen kiintymyssuhteen vahvistamiseen suunnattu terapeuttinen interventio, Theraplay-vuorovaikutusterapia, vähentämään lapsen emotionaalista oireilua ja käytöshäiriöitä. Emotionaalisessa oireilussa ja käytöshäiriöissä tapahtunutta muutosta tutkitaan myös lasten sijoitushistoriasta kertovien taustatekijöiden valossa.

## **2. VARHAISEN VUOROVAIKUTUKSEN MERKITYS LAPSEN PSYKKISELLE HYVINVOINNILLE**

### **2. 1. Kiintymyssuhteen kehitys**

Vastasyntyneellä lapsella on biologinen valmius muodostaa yhteys ensisijaiseen hoitajaansa (useimmiten äiti), josta on täysin riippuvainen. Kiintymyskäyttäytymisen avulla lapsi pyrkii pitämään yllä turvallisuuden tunnettaan ja siksi pysyttelemään lähellä hoitavaa aikuista, erityisesti silloin, kun kokee turvallisuutensa olevan uhattuna. Kun lapsi saa toistuvasti kokemuksen siitä, että hänen hoitajansa on saatavilla, ylläpitää ja vahvistaa se lapsen turvallisuuden tunnetta. Lapsen ja hänen hoitajansa välinen kiintymyssuhde kehittyy toistuvien hoivakäytäntöjen ja niihin liittyvien aistimusten kautta (Bowlby,1988; Stern, 1985). Kiintymyskokemustensa perusteella lapsi

muodostaa ns. sisäisen työskentelymallin (Bowlby,1988), joka ohjaa hänen odotuksiaan siitä, millaista hoivaa ja huolenpitoa hän voi odottaa saavansa ja siitä, onko hän huolenpidon arvoinen. Koska aikuiselta saatava hoiva on lapselle elinehto, pyrkii lapsi sopeuttamaan oman käyttäytymisensä hoitajansa tarjoamaan tapaan sopivaksi.

Lapsen tarpeet tunnistava aikuinen osaa sovittaa käyttäytymisensä kulloisenkin tilanteen vaatimalla tavalla ja opettaa siten lasta lapsen oman käyttäytymisen ja tunteiden säätelyssä. Molemmat osapuolet vaikuttavat alusta asti vuorovaikutuksen vastavuoroiseen kulkuun. Sensitiivinen vanhempi (Sroufe, 1995) ymmärtää vauvan viestejä, esim. että vauvan levottomuus tai kehollinen vetäytyminen vuorovaikutusaktiiviteeteista merkitsee vauvan joutuneen ylivilittyneeseen tilaan, josta vauvan pitää antaa palautua. Vanhempi antaa lapsen levähtää ja osaa odottaa kuitenkin emotionaalisen yhteyden säilyttäen, kunnes lapsi on taas valmis leikkiin tai muuhun aktiiviseen vuorovaikutukseen. Stimulaation tason laskeminen on aikuisen vastuulla, hän ei tunkeile ja pakota lasta omista tarpeistaan lähtien. Vuorovaikutustilanteet keskittyvät aluksi paljolti lapsen perushoidon, syöttämisen ja nukuttamisen hetkiin. Kehityksen myötä lapsen oma toiminnanohjaus lisääntyy ja hän kykenee keskittymään kestoltaan yhä pidempiin ja laadultaan monipuolisempiin aktiiviteetteihin. Vanhemman ja lapsen välisessä vuorovaikutuksessa vaikuttaa aina myös vanhemman oma kiintymyshistoria, joka esim. käsittelemättömien traumojen vuoksi saattaa heikentää vanhemman kykyä tulkita oikein lapsensa tunnetiloja tai käyttäytymistä (Marvin, Cooper, Hoffmann, & Powell, 2002).

Lasta hoitavan aikuisen tapa hoitaa lasta ja olla lapsen käytettävissä vaikuttaa siihen, millaiseksi lapsen ja hänen hoitajansa välisessä vuorovaikutuksessa syntyvä kiintymyssuhde laadultaan muodostuu. Kokeellisessa tutkimuksessa (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978) yksivuotiaan vauvan kiintymyskäyttäytymistä tutkittiin laboratorio-olosuhteissa erilaisissa

vierastilanneasetelmissa. Lapsen kiintymyskäyttäytymistä tarkkailtiin hänen turvallisuudentunteensa ollessa uhattuna hänen vanhempansa poistuessa, palatessa, lapsen ollessa yksin ja vanhempansa kanssa tai ilman vanhempaa vieraan henkilön läsnä ollessa. Sen mukaan, miten lapset näissä eri tilanteissa käyttäytyivät vanhemman ja/tai vieraan kanssa tavoissaan hakea läheisyyttä, säilyttää yhteys aikuiseen, vältellä kontaktia tai vastustaa sitä, johti lasten kiintymyskäyttäytymisen luokitteluun johonkin kolmesta pääluokasta, *turvallisesti* (B), *välittelevästi* (A) tai *vastustavasti, ristiriitaisesti* (C) kiintyneeksi.

*Turvallisessa* lapsen tarpeisiin sensitiivisesti vastaavassa hoidossa lapsi oppii ennakoimaan aikuisen käyttäytymistä ja luottamaan aikuisen saatavilla oloon. Lapsi uskaltautuu myös poistumaan häntä hoitavan aikuisen läheisyydestä, koska voi luottaa siihen, että aikuinen on hänen käytettävissään silloin, kun hän aikuista tarvitsee. Kiintymyskäyttäytymisessään vuorovaikutusta *välittelevän* lapsen viestejä, erityisesti kielteisiä tunteita ei ole pystytty vastaanottamaan lapsen tarvitsemalla tavalla, tarjoamalla hyväksyntää, turvaa ja lohtua, jonka tarvetta hänen tunnetilansa on ilmentänyt. Lapsi on oppinut kieltämään tarvitsevuutensa ja jäänyt oman itsensä varaan. Lapsi oppii vetäytymään vuorovaikutuksesta välttääkseen pettymystä. *Vastustava, ristiriitainen* kiintymyssuhdetyyli kertoo siitä, että lapsen tarpeita ilmaiseviin viesteihin on vastattu epäjohdonmukaisesti. Lapsi ilmaisee hämmennystään voimakkailla tunteenpurkauksilla ja pysyttelee kaikin keinoin aikuisen läheisyydessä säilyttääkseen turvallisuudentunteensa.

Kaikkia lapsia ei kuitenkaan voi luokitella yllämainittuihin kolmeen pääluokkaan. Patricia Crittenden (1988) on tutkinut erityisesti kaltoin kohdeltujen lasten kiintymyssuhteita. Äärimmäisissä riskiolosuhteissa pelon ja uhan keskellä jatkuvassa stressitilassa elävien lasten kiintymyskäyttäytymistä tutkiessaan hän päätyi siihen johtopäätökseen, että hälyttävissä



olosuhteissa eläviä lapsia ei voida luokitella ylläesitellyn normatiivisen luokituksen mukaan. Tutkimustensa perusteella hän lisäsi kiintymyssuhdeluokitteluun luokan, välttelevä/vastustava ( A/C ), koska lapset samanaikaisesti sekä välttelivät läheisyyttä että hakivat sitä voimakkain tunneilmauksin. Lapset eivät olleet pystyneet kehittämään minkäänlaista toimivaa strategiaa, joka auttaisi heitä turvallisuudentunteen palauttamista. Tällaista tavoitteessaan epäonnistumiseen johtavaa kiintymyskäyttäytymistä kutsutaan myös *disorganisoituneeksi* ja se saattaa täyttää myös *reaktiivisen kiintymyssuhdehäiriön* diagnostiset kriteerit. Varhaisen vuorovaikutuksen häiriöt ovat aina kehityksellisiä riskitekijöitä.

Kuhunkin kiintymyssuhdemalliin liittyy myös omat voimavaransa ja haavoittuvuutensa, jotka vaikuttavat siihen kuinka lapsi pystyy selviytymään ikäkautensa kehityshaasteista (Punamäki 2001). Vauvaiän kehityshaasteena on turvallisuuden tunteen kokeminen ja sen avulla rohkaistuminen ympäristön tutkimiseen. Kehityksen myötä lapsen elämänpiiri ja ihmissuhdeverkosto laajenee. Lapsi kohtaa uudenlaisia vuorovaikutuksellisia haasteita mm. leikki- iän toverisuhteissa ja nuoruusiän seurustelusuhteissa. Aikaisempien vuorovaikutuskokemusten myötä muodostunut itseluottamuksen määrä ja luottamus muihin vaikuttaa siten myös uusien ihmissuhteiden laatuun.

Lapselle tyypilliseksi muodostunut tapa reagoida stressaaviin tilanteisiin ei välttämättä ole keinona tai intensiteetiltään sopiva tilanteen vaatimuksiin, lapsen ikätasoon tai kyvykkyyteen nähden ja lapsen toistuva keinottomuus voi näyttäytyä lapsen psyykkisenä oireiluna. Myös strategian joustavuus liittyy kiintymyssuhteeseen (Punamäki, 2001). *Turvallisesti kiintynyt* lapsi hakee sosiaalista tukea tai tunnistaa sen, milloin kykenee itse selviytymään tilanteesta. Lapsi oireilee psyykkisesti akuutissa stressitilanteessa, mutta oireilu häviää stressitilanteen lauettua. *Läheisyyttä välttelevä* lapsi joka on oppinut olemaan vain itsensä varassa ei pysty luottamaan muiden apuun,

kieltää hätänsä ja tarvitsevuutensa. Akuutissa stressitilanteessa oireet saattavat puuttua kokonaan ja lapsen hätä jää helposti huomaamatta. Oireet ilmenevät myöhemmin ja internalisoituvat, muuttuvat emotionaaliseksi oireiluksi. *Ristiriitaisesti läheisyyttä vastustava* lapsi ei pysty määrittämään uhkan astetta ja hän ylireagoi ollen koko ajan valppaana ja hälytystilassa. Hän ei pysty luottamaan omiin selviytymiskykyihinsä eikä usko kenenkään voivan auttaa häntä ja oireilee voimakkaasti eksternalisoituvien oirein, käytöshäiriöin, sekä akuutissa stressivaiheessa että myöhemminkin. Vuorovaikutustyylistään *jäsentymätön, disorganisoitunut* lapsi joutuu stressaavissa tilanteissa helposti paniikkiin, hänen käyttäytymisensä on impulsiivista ja hän on neuvoton. Hän saattaa oireilla sekä emotionaalista että käytöshäiriöin.

## **2.2. Kiintymyssuhde lapsen kehityksen ennustajana**

On osoitettu, että äidille jo raskausaikana syntynyt käsitys suhteesta syntyvään vauvaan (Fonagy, Steele, H., & Steele, M., 1991) ennustaa lapsen kiintymyssuhdetyyliä yhden vuoden iässä. Kiintymyssuhteen jatkuvuutta tai siinä tapahtuvia muutoksia selvittelleet tutkimukset (Dallaire, & Weintraub, 2007; Sroufe, 2005; Waters, Merrick, Treboux, Crowell, & Albersheim, 2000; Weinfield, Sroufe, & Egeland, 2000) ovat osoittaneet myös, että turvaton kiintymyssuhdemalli liittyy turvattomiin lapsuuden olosuhteisiin, esimerkiksi suhteeseen masentuneeseen äitiin, joka omien voimavarojensa puutteen vuoksi ei ole pystynyt vastaamaan lapsen emotionaalisiin tarpeisiin. Muita lapsuusajan riskitekijöitä ovat mm. perheen heikko ekonominen tilanne, sosiaalisen tukiverkoston puute, vakavat mielenterveydelliset ongelmat ja vanhempien päihdeongelmat. Ne eivät kuitenkaan suoraviivaisesti johdata lapsen kehityskulkua myöhempisiin ongelmiin, mutta riskitekijöiden kasaantuminen kasvattaa tällaista riskiä. Kehityksen transaktionaalista kulkua korostavat mm. Belsky ja Fearon (2002). Perheen stressitekijät vaikuttavat vanhemmuuteen ja sitä kautta lapsen kehityspotentiaaliin. Muutos voi siten tapahtua turvallisesta

turvattomaksi ja päinvastoin, lapsen kiintymyssuhteen muovautuessa ja muuttuessa suhteessa siihen ympäristöön, jossa hän elää. Aikaisemmat kehitysvaiheet ja niihin liittyvät kokemukset vaikuttavat seuraaviin kehitysvaiheisiin. Lapselle ja hänen perheelleen suunnattu sosiaalinen tuki ja lapsen elinolosuhteisiin liittyvien stressitekijöiden väheneminen vaikuttavat siten lapsen kehitykseen ja saattavat johtaa lapsen kehityskulun uudentalaiselle, entistä turvallisemmalle polulle.

Lapset saattavat myös kasvaa olosuhteissa, joista poispääsy on lapsen kehityksen, jopa elossa säilymisen kannalta välttämätöntä. Esimerkkinä tällaisista olosuhteista ovat romanialaiset lastenkodit, joista Isoon-Britanniaan adoptoidun 111 lapsen (Rutter, & ERA-tutkimusryhmä, 2000) kehityksen seuranta osoitti, että lastenkotien niin lasten fyysisiä kuin emotionaalisikin tarpeita laiminlyöväällä hoidolla ja sen kestolla oli yhteys lasten myöhempään sosioemotionaaliseen ja kognitiiviseen kehitykseen. Adoption aikaan lapsilla oli vakavia fyysisiä ja kehityksellisiä viiveitä. Alle puolen vuoden ikäisinä adoptoidut lapset olivat kuitenkin uusien elinolosuhteiden ja ihmissuhteiden avulla saavuttaneet ikätasonsa mukaisen kehityksen 4-vuotiaana. Myös yli puolen vuoden ikäisinä adoptoitujen lasten kehitys eteni, mutta he eivät kuitenkaan saavuttaneet ikätasoistaan kognitiivista kehitystä neljän vuoden ikäisinä.

### **3. SIJAISHUOLTO KORVAAVANA JA KORJAAVANA KOKEMUKSENA**

Tunnistamalla riskitekijöitä, jotka uhkaavat lapsen kehitystä, voidaan niihin puuttua tarjoamalla perheelle oikeinkohdennettuja tukipalveluja esimerkiksi perheneuvolassa, A-klinikoilla, mielenterveystoimistossa tai sosiaalisina tulonsiirtoina.

Tuoreessa suomalaisessa tutkimuksessa (Heino, 2007) selviteltiin, millaisista olosuhteista uudet lastensuojelun asiakkaat tulevat lastensuojelun piiriin. Tutkimus kohdistui Tampereen, Porin,

Hämeenlinnan ja kuuden Tampereen seutukunnan alueella asuviin perheisiin. Tutkimuksesta selvisi mm., että lähes joka kolmas lapsi oli alle 3-vuotias, suurin osa lapsista eli tavoin muuttuneissa perherakenteissa ja että joka kymmenes lapsi oli taustaltaan monikulttuurinen. Toisen vanhempansa, useimmiten äidin luona asuvista joka kolmannella ei ollut yhteyttä toiseen vanhempaansa, kahdella lapsella kolmesta perheen arjessa oli tapahtunut erilaisia muutoksia, kuten muutto uudelle paikkakunnalle. Lapset elivät köyhissä perheissä, puolet perheistä oli ollut toimeentulotuen asiakkaana, 43 % lapsista asui perheissä, joissa jommallakummalla tai kummallakaan vanhemmalla ei ollut työhistoriaa. Asiakkuuteen johtaneista vanhemmuuteen liittyvistä seikoista tutkimuksessa nousi esiin vanhempien jaksamattomuus (37 %), perheristiriidat (27 %), vanhempien riittämätön vanhemmuus (28 %), vanhempien avuttomuus ja osaamattomuus (22%), vanhempien mielenterveysongelmat (20 %) ja vanhempien päihteidenkäyttö (20 %). Tutkimus osoitti, että riittävän aikaisin perheisiin suunnatut tukitoimet paransivat perheen tilannetta, vahvistivat vanhemmuutta ja sitä kautta lapsen hyvinvointia 65 %:ssa näistä perheistä.

Kun lapsi joudutaan ottamaan huostaan, on lapsi elänyt sellaisissa olosuhteissa, joissa avohuollon tuki ei ole riittänyt turvaamaan lapsen kehitystä eivätkä vanhemmat ole pystyneet huolehtimaan lapsestaan. Sijaishuoltoon sijoitetuille lapsille on ehtinyt kertyä paljon traumaattisia kokemuksia. Lapsen erottaminen vanhemmistaan on jälleen uusi traumaattinen kokemus. Sijaishuollon tarve harkitaan tarkoin ja siihen ryhdytäänkin vain, jos lapsen sijoittamisen kodin ulkopuolelle katsotaan olevan lapsen edun kannalta välttämätön toimenpide.

Sijaishuollossa, suhteessa hänen kasvustaan ja kehityksestään nyt vastuun ottaneen sijaisvanhemman kanssa, lapselle tarjoutuu mahdollisuus saada elämäänsä sellainen turvaa antava perusta, joka häneltä aiemmin on puuttunut. Tuntemalla kiintymyssuhteen muodostumisen lainalaisuuksia, voidaan niitä hyödyntää käytännössä tässä lapsen ja hänen uuden hoitajansa

välisessä vuorovaikutussuhteessa myös erilaisten kiintymyssuhdeteoriaan nojaavien interventioiden avulla (Jernberg, & Booth, 2003; Mann, & Kretchmar, 2006; Marvin, ym., 2002; Schofield, & Beek, 2005), jotka tarjoavat erityisiä vuorovaikutussuhteen korjaamiseen suunnattuja menetelmiä lapsen auttamiseksi. Näiden interventioiden pääviesti lapselle on sama kuin hyvän ja sensitiivisen vanhemman: olen tässä sinua varten ja olet sen arvoinen.

Sijoitettu lapsi on saattanut joutua elämään olosuhteissa, joita leimaavat vanhempien päihdeongelmat, väkivalta, seksuaalinen häirintä, vanhempien vaikea-asteiset mielenterveysongelmat ja kaikkinaisen ennustamattomuus ja epäjohtonmukaisuus. Lapsi ei ole voinut turvautua aikuisiin ja hänestä on saattanut tulla perheen vastuunkantaja. Pelon ja stressin keskellä elänyt lapsi on jatkuvassa psyykkisessä hälytystilassa, koska ei ole pystynyt päättämään, mitä milloinkin tapahtuu ja onko hän turvassa. Lapsen kiintymyssuhde ja kiintymyskäyttäytyminen on vaurioitunut (Hughes, 2006; Kalland, 2001; Niemelä, 2000), eikä hänen ole helppo asettua hoivan ja huolenpidon kohteeksi, vaan hän pikemminkin pyrkii vastustamaan ja välttämään sitä.

Sijaishuollon odotetaan tarjoavan lapsille kokemuksia, joilla lapsen varhaisen vuorovaikutuksen vaurioita voidaan korjata. Tämä korjaaminen tapahtuu sijaishuoltoapaikassa lapsen ja hänen hoidostaan vastuun ottavan aikuisen yhteisessä arjessa ja vuorovaikutuksessa. Lapsen arki alkaa toimia jäsentyneesti, aikuinen huolehtii vuorokauden rytmittämisestä, ravinnosta, puhtaudesta ja pysyy lapsen lähellä ja on hänen käytettävissään. Arjen toimien ja aikuisen käyttäytymisen toistuessa turvallisina ja vakaina lapsi voi hiljalleen vapautua luottamaan siihen, että aikuinen huolehtii hänestä ja hänen tarpeistaan. Tällaisen luottamuksen synnyttämiseen menee jopa vuosia.

Sijaishuoltoon tulevan lapsen käyttäytyminen heijastaa niitä psyykkisiä vaurioita ja sitä syvää epäluottamusta, jota hänen rikottu lapsuutensa on aiheuttanut (Hughes, 2006). Tyypillistä on, että

lapsen käytös on kontrolloivaa, hänellä voi olla voimakkaita aggressiivisia tunteenpurkauksia, hän ei siedä kosketusta tai hän pyrkii piilottamaan tunneilmaisunsa ja vetäytymään kaikin tavoin vuorovaikutuksesta. Emotionaalisesti vaille jäänyt ja turvaton lapsi tarvitsee sijaisvanhemmaltaan samanlaista apua tunteidensa tunnistajana ja säätelijänä, jota vauva turvallisessa ja hyvässä varhaisessa vuorovaikutuksessaan vanhemmaltaan saa (Sroufe, 1995).

### **3.1.Sijaishuolto SOS-lapsikylässä**

Itävaltalainen Hermann Gmainer perusti vuonna 1949 ensimmäisen SOS-lapsikylän toisen maailmansodan jälkeen orvoiksi ja kodittomiksi jääneille lapsille. Toiminta on sittemmin laajentunut kansainväliseksi ideologisesti sitoutumattomaksi lastensuojelujärjestöksi (SOS-Kinderdorf International) joka toimii jo yli 130 maassa. Erityisesti kehitysmaissa järjestön avustamana toimii SOS-lapsikylien lisäksi myös sosiaalikeskuksia, terveysklinikoita ja kouluja, jotka palvelevat myös laajemman yhteisön asukkaita.

Suomen SOS-lapsikyläyhdistys ylläpitää ja vastaa sijaishuoltoa järjestävän viiden SOS-lapsikylän ja yhden SOS-nuorisokodin toiminnan edellytyksistä. SOS-lapsikylän laatukäsikirjassa (Piiroinen, 2000) määritellään työn tavoitteet. Hoidon ja kasvatuksen ensisijaisena päämääränä on, että lapset voivat hyvin ja kehittyvät omien kykyjensä ja valmiuksiensa mukaan itsenäisiksi yhteiskunnan jäseniksi. Lapsikylätyön laatuarvoja ovat lapsikeskeisyys, lapsen kunnioitus, aito välittäminen, sitoutuminen ja vastuu, kodinomaisuus, jatkuvuus, ammatillisuus ja yhteisöllisyys.

Lapsikylätyön hoitomuodon erityispiirteenä on yhteisöllisesti tuettu perhehoito (Niemelä, 2000), jossa lastenkodin ja sijaiskodin parhaat puolet on pyritty yhdistämään. Lapsi saa oman erityisen aikuisen, lapsikylä-äidin tai lapsikylävanhemmat, oman kodin, jossa elää sisarusten (omien ja

samaan lapsikyläkotiin sijoitettujen muiden lasten) kanssa ja ympärilleen yhteisön, johon voi tuntea kuuluvansa. SOS-lapsikylä muodostaa kiinteän yhteisön, joka koostuu useista lapsikyläkodeista. Lapsikyläkodissa on keskimäärin neljä lasta, biologiset sisarukset sijoitetaan samaan kotiin. SOS-lapsikylissä työskentelevä muu henkilökunta (mm. kylänjohtaja, sosiaalityöntekijä ja ohjaajat) on lapsikylä-äidin tai lapsikylävanhempien tukena lapsen hoidon ja kasvatuksen turvaamisessa, jokaisella lapsikyläkodilla on oma tiiminsä. Lapsikylä-äidin mahdollisesti vaihtuessa korostuu muiden lasten hoidosta ja kasvatuksesta vastuussa olevien lapselle tärkeiden työntekijöiden merkitys entisestään, yhteisö voi toimia suojaavana tekijänä.

Lapsikylävanhemmuus merkitsee ammatillista, työsuhteeseen perustuvaa sijaisvanhemmuutta. Silloin, kun lapsikylävanhempi on poissa, lasten kanssa asuu ja heistä huolehtii kodin omalomittaja. Suomen SOS-lapsikylissä, jotka sijaitsevat Ylitorniolla, Vihannissa, Punkaharjulla, Kaarinassa ja Espoossa on yhteensä 41 lapsikyläkotia. Vaajakoskella toimii 12-paikkainen SOS-nuorisokoti, joka vastaanottaa nuoria suoraan kuntien sosiaalitoimen kautta tai toimii lapsikylissä kasvavien nuorten mahdollisena jatkosijoituspaikkana.

Lasten ja heidän vanhempiensa yhteydenpitoa tuetaan. Lapset saattavat kantaa suurta huolta vanhempiensa pärjäämisestä. Ihanteellisinta olisi, jos vanhemmat voisivat edesauttaa lapsen kiinnittymistä ja antaa lapsilleen luvan asettua lapsikyläkotiin. Vanhemmat voivat vieraillla lapsikylissä ja lapset vanhempien luona. Yhteydenpidosta ja sen ehdoista sovitaan yhdessä lapsen (ikätasonsa mukaisesti), vanhempien, lasten sijaishuoltoon sijoittaneen kotikunnan sosiaalityöntekijän ja SOS-lapsikylän henkilökunnan kanssa. Lapselle laaditaan yksilöllinen hoito- ja kasvatussuunnitelma, johon kirjataan lapsen yksilöllisistä tarpeista lähtevät hoidolliset tavoitteet sekä keinot niiden saavuttamiseksi.

Useimmat lapset asuvat SOS-lapsikylissä itsenäistymiseensä asti. Lastensuojelulain mukaan huostaanotto päättyy 18-vuotiana. Sijaishuolto voi kuitenkin jatkua jälkihuoltona siihen asti, kunnes nuori on täyttänyt 21 vuotta. Silloin päättyy myös kuntien vastuu sijaishuollon järjestämisestä. SOS-lapsikylätyön tavoitteena on myös, että kukin nuori voisi itsenäistyä omaan tahtiinsa. Itsenäistymistä tuetaan monin tavoin, mm. harjoittelemalla itsenäistä asumista lapsikylässä tai sen lähetyvillä sijaitsevassa asumisharjoitteluasunnossa. Jo lastensuojelun piiristä itsenäistyneitä, yli 21-vuotiaita opiskelijoita tuetaan myös taloudellisesti. Lapsikyläaikana syntyneiden ihmissuhteiden jatkuvuutta tuetaan.

SOS-lapsikylissä kasvaneiden ja niistä itsenäistyneiden henkilöiden mielipiteitä lapsikylästä on tutkittu osana kirjallisen kyselyn avulla järjestettyä seurantatutkimusta (Oja, & Virtanen, 1998). Tutkimus koski kaikkiaan 209 henkilöä, joista 126 vastasi kyselyyn. Tutkimuksesta selvisi, että lapsikylissä kasvaneet ja niistä itsenäistyneet pärjäsivät elämässään yhtä hyvin kuin muutkin ikäluokkiensa edustajat ja olivat pääosin tyytyväisiä niin nykyiseen elämäänsä kuin kokemuksiinsa kasvamisesta lapsikyläkodissa. Erityisesti sisarusten kanssa yhdessä elämiselle annettiin suuri merkitys. Myös lapsikyläkodin ja lapsikylä-äidin merkitystä pidettiin suurena. Ne, joilla lapsikylä-äiti oli vaihtunut sijoituksen aikana, eivät kuitenkaan pitäneet lapsikylä-äidin merkitystä suurena. Lapsikylä-äidin vaihtumisella ja aikuisuudessa koetulla pysyvällä tai toistuvalla turvattomuuden tunteella osoittautui olevan yhteys; mitä useampia vaihtumisia, sitä enemmän turvattomuuden kokemuksia.

### **3.2. Theraplay-terapia lasten kiintymyssuhdehäiriöiden korjaamisessa**

Theraplay-terapia on saanut alkunsa Yhdysvalloissa vuonna 1967, osana heikossa taloudellisessa tilanteessa ja sosioemotionaalista tukea tarvitseville perheille suunnattua Head Start-ohjelmaa,



Ann Jernbergin ottaessa vastaan Chicagon alueen psykologisten palvelujen johtamisesta. Palveluja tarvitsevia perheitä oli niin paljon ja käytettävissä olevia terapeutteja tukipalveluja niin vähän, että käytössä olevien pitkäkestoisten psykoterapioiden rinnalle kehitettiin uusi ja kustannuksiltaan halvempi hoitomenetelmä.

Theraplay-terapia on lyhytkestoista, aikuisjohtoista vuorovaikutusterapiaa, jonka avulla pyritään rakentamaan ja vahvistamaan lapsen ja häntä hoitavan aikuisen kiintymyssuhdetta (Jernberg & Booth, 2003; Mäkelä, & Vierikko, 2004). Vuorovaikutuksen vaikeuksista juontuvia pulmia korjataan vuorovaikutuksella. Theraplay jäljittelee hyvää lapsen ja vanhemman välistä varhaista vuorovaikutusta. Theraplayn osa-alueet ovat:

1. *Yhteyden rakentaminen ja vahvistaminen.* Lapselle halutaan viestittää: et ole yksin, sinusta pidetään huolta.
2. *Jäsentäminen.* Viesti lapselle on: sinun ei tarvitse hallita voidaksesi tuntea olosi turvalliseksi.
3. *Haastaminen.* Viesti lapselle on: sinä osaat ja pystyt, voit vaikuttaa asioihin.
4. *Hoiva.* Viesti lapselle on: on tärkeää, että sinusta tuntuu hyvältä.

MIM- vuorovaikutushavainnointi (Marchak Interaction Method) on yksi vuorovaikutuksen havainnointimenetelmistä. Sitä voidaan käyttää erikseen osana lapsen ja perheen tilanteen arviointia tai se voi toimia hoidollisena työkaluna osana Theraplay-hoitoa. Lapsen ja häntä hoitavan aikuisen vuorovaikutuksellisia vahvuuksia ja pulmia arvioidaan yhdeksässä strukturoidussa leikkitalanteessa, jotka vanhempi toteuttaa saamiensa kirjallisten ohjeiden mukaan. Leikkitalanteen videointiin pyydetään kirjallinen suostumus. Tavoitteena on tuottaa arvio: 1. Vanhemman kyvystä ohjata ja innostaa lasta lapsen kehitystasoon suhteutettuna ja lapsen kyvystä suuntautua tilanteeseen

kehitystasonsa mukaisesti. 2. Vanhemman ja lapsen välisestä emotionaalisesta vastavuoroisuudesta. 3. Vanhemman kyvystä toimia hoivahahmona ja lapsen asettautumisesta hoivatilanteeseen. 4. Vanhemman ja lapsen kyvystä leikkisyyteen. 5. Vanhemman mielikuvasta lapsestaan vauvana. (Salo, & Mäkelä, 2006).

Theraplay-hoidossa sekä vanhemmalla että lapsella on oma terapeuttinsa. Joskus sama työntekijä voi toimia molemmissa rooleissa. Videoitujen terapiaistuntojen määrä on keskimäärin 10-20 ja istunnot kestävät puoli tuntia. Terapiaistunnot toteutetaan MIM-arvioinnin perusteella tehdyn suunnitelman mukaisesti lasta kannustaen ja ihastellen. Theraplay koostuu leikillisistä, vuorovaikutukseen haastavista ja lasta tyynnyttävistä ja hoivaavista aktiviteeteista, jotka vuorottelevat ja painottuvat istunnoissa lapsen kehityksellisten tarpeiden mukaan. Leikkiaktiviteetit ovat antamis- ja ottamisleikkejä, vuorottelu- ja löytämisleikkejä yms., joita yleensä leikitään pienen lapsen kanssa. Yhteyden luomisessa käytetään kaikkia aisteja, katsellaan ja ihastellaan lasta, kuulostellaan hiljaisia ja kovia ääniä, joita lapsi tuottaa, taputusleikein haetaan yhteistä rytmiä, lasta hoivataan, häntä voidellaan ja hänelle annetaan herkkuja. Jokainen istunto päättyy lasta hoivaavaan aktiviteettiin. Terapeutin tehtävänä on vastata vuorovaikutuksen säätelystä ja varmistaa, että lapsi onnistuu aktiviteeteissaan. Vanhempi (vanhemmat) havainnoi aluksi lapsen ja lapsen terapeutin välisiä istuntoja oman terapeuttinsa kanssa. Huomio kiinnitetään istunnossa ilmeneviin lapselle ominaisiin vuorovaikutuksen ongelmiin ja siihen, kuinka lapsen terapeutti auttaa lasta selviytymään niistä. Theraplay on myös mallittamista. Terapiaistuntojen kuluessa lapsen vanhempi otetaan mukaan istuntoihin. Silloin vanhemman terapeutti huolehtii siitä, että vanhempi saa onnistumisen kokemuksia vuorovaikutuksesta lapsensa kanssa. Theraplayn loppuvaiheessa vanhempi on mukana koko istunnon ajan. Tavoitteena on, että Theraplayn antamat uudet keinot siirtyvät lapsen ja vanhemman arkeen.

Theraplay-terapiaa voidaan käyttää myös sijoitettujen lasten ja sijaisvanhempien kiintymyssuhteen rakentamisessa ja vahvistamisessa. Hoidon kulku on samanlainen kuin muutoinkin sen tähdätessä lapsen ja häntä hoitavan aikuisen kiintymyssuhteen rakentumiseen ja lapsen kiintymyssuhteen häiriöiden korjaamiseen. Theraplay-terapian tavoite asetetaan sijaisvanhemman määrittämänä lapsen ja hänen välisessään vuorovaikutuksessa huolta aiheuttavan ongelman korjaamiseksi. Theraplay auttaa sijoitetun lapsen kohtaamista sillä emotionaalisella ikätasolla, jossa kiintymyssuhteen vauriot ovat syntyneet. Theraplay-terapian avulla pyritään tarjoamaan lapselle sellaisia vuorovaikutuksellisia kokemuksia, jotka auttavat lasta uusien ja joustavampien sisäisten mallien (Bowlby, 1988) rakentamisessa.

SOS-lapsikylissä toteutettiin vuosina 2001- 2003 Theraplay-projekti (Mäkelä, & Vierikko, 2004). Tulokset olivat kannustavia ja Theraplay-terapia onkin nyt yksi lapsikylätyön vakiintuneista hoitomuodoista, joka sekä hoitaa lasta että lisää sijaisvanhemman ammatillista osaamista.

### **3.3. Tutkimuksen tavoitteet**

Tämän tutkielman tavoitteena oli tarkastella SOS-lapsikyliin sijoitettujen lasten emotionaalista oireilua ja käytöshäiriöitä sekä Theraplay-intervention tehokkuutta niiden vähentämiseksi.

Tutkimuskysymykset ovat:

- 1. Kuvailla SOS-lapsikyliin sijoitettujen lasten emotionaalisen oireilun ja käytöshäiriöiden vakavuutta*
- 2. Tutkia, miten terapeutin interventio vaikuttaa lapsen emotionaaliseen oireiluun ja käytöshäiriöihin.*

Hypoteesina on, että lapsen ja sijaisvanhemman väliseen vuorovaikutukseen ja lapsen kiintymyssuhteeseen voidaan vaikuttaa lujittamalla lapsen ja sijaisvanhemman välistä

emotionaalista yhteyttä Theraplay-terapian avulla. Sijaisvanhempi saa lisää valmiuksia lapsen tunteiden ja käyttäytymisen säätelyyn ja lapsi onnistumisen kokemuksia ja riemua omasta osaamisestaan. Uudenlainen yhteys on mahdollisuus lapsen kokonaisvaltaisen kehityksen muutokseen sen auttaessa vähentämään lapsuusajan kiintymyssuhteen häiriöitä heijastelevaa emotionaalista oireilua ja käytöshäiriöitä. Lapsen saadessa sijaisvanhemmaltaan sensitiivisiä, lapsen tarpeet tunnistavia ja kiintymyssuhdetta lujittavia ja korjaavia vuorovaikutuskokemuksia lisää se lapsen uskoa omasta arvostaan ja arvosta huolenpidon kohteena. Lasta autetaan uudenlaisen kiintymysstrategian muodostamisessa.

3. *Lisäksi tarkasteltiin sitä, miten seuraavat taustamuuttajat vaikuttavat oireiluun:*

*a) lapsen sukupuoli,*

*b) aikaisempien sijoitusten lukumäärä*

*c) lapsikylä-äidin vaihtuminen sijoituksen aikana,*

*d) huostaanotto joko vanhempien suostumukseen perustuvana tai vastentahtoisena,*

*e) lapsen sijoitusikä*

*ja*

*f) sijoituksen kesto SOS-lapsikylässä.*

## **4. MENETELMÄT**

### **4.1. Tutkimukseen osallistuvat ja tutkimuksen kulku**

Vuoden 2001 lopussa SOS-lapsikylissä asui lastensuojelun sijaishuoltoon sijoitettuna yhteensä 145 lasta. Tässä tutkielmassa raportoitavaan tutkimukseen osallistui lähtötasolla vuonna 2001 yhteensä 131 4-18-vuotiasta lasta tai nuorta. He olivat sijoitettuina Lapin, Vihannin, Punkaharjun tai

Tapiolan SOS-lapsikylissä. Toistotutkimuksen tutkimusryhmän muodostivat 93 lasta, 47 tyttöä ja 46 poikaa, jotka olivat sijoitettuina sekä vuonna 2001 että vuonna 2003.

Toistovaiheen tutkimuksesta jäi pois 38 lasta tai nuorta, koska tutkimuksen aikana 14 nuorta itsenäistyi, viisi nuorta siirtyi SOS-nuorisokotiin, viisi lasta muutti pois SOS-lapsikylästä sijaisvanhempiansa kanssa, viisi lasta siirtyi muuhun sijaishuoltopaikkaan tai psykiatriseen hoitoon ja yksi lapsista palasi takaisin vanhempiensa luo. Näiden lasten ja nuorten sijoitusten kesto lapsikylästä lähtiessä oli keskimäärin 12,3 vuotta. Lapsikylä oli ollut toinen sijoituspaikka 24:lle lapselle, yhdellä lapsista oli ollut kuusi aikaisempaa sijoitusta. Lapsikylä-äiti ei ollut vaihtunut sijoituksen aikana 71 %:lla lapsista. Yhdellä heistä lapsikylä-äiti oli vaihtunut kaksi kertaa. Huostaanotto oli tapahtunut vastoin vanhempien tahtoa 55,3 %:lla lapsista. Viisi lasta jäi pois toistotutkimuksesta, koska kyselylomakkeita ei ollut täyttänyt sama henkilö vuonna 2001 ja vuonna 2003.

Toistotutkimukseen osallistuvista 93 lapsesta 24 muodosti interventioryhmän ja 69 kontrolliryhmän. Interventioryhmään kuuluvat lapset osallistuivat terapeuttiseen interventioon joko yhdessä sijaisvanhempansa kanssa (19 lasta) tai jonkun muun lapsikylässä työskentelevän tutun henkilön kanssa (5 lasta).

Tutkimusaineisto koostui kyselykaavakkeista, jotka SOS-lapsikyläien sosiaalityöntekijät keräsivät lapsikylävanhemmilta osana SOS-lapsikylissä toteutettua Theraplay-projektia (Mäkelä & Vierikko, 2004). Lasten sijoitushistoriaa kuvaavat taustatiedot on kerätty lasten rekisteritiedoista.

## 4. 2. Tutkimusmenetelmät

Lapsen emotionaalista oireilua ja käytöshäiriöitä tutkittiin Child Behavior Checklist-kyselylomakkeen (Achenbach, 1991) avulla. Se on hyvin normitettu, kansainvälisesti ja Suomessakin yleisesti käytetty lasten käyttäytymisen ja emotionaalisten ongelmien arvioinnin väline, joka on tarkoitettu lapsen ensisijaisen hoitajan, vanhemman tai sijaisvanhemman täytettäväksi. Kyselylomakkeet on laadittu erikseen 4-11-vuotiaille ja 12-18-vuotiaille tytöille ja pojille. Lomake koostuu 113 lapsen käyttäytymistä ja tunne-elämää kuvaavasta väittämästä. Vastaajaa pyydetään arvioimaan kunkin väittämän sopivuutta arvioitavaan lapseen vastaushetkellä ja viimeksi kuluneen puolen vuoden aikana. Väittämien sopivuutta arvioitavaan lapseen kuvataan asteikolla 0 (*ei sovi lainkaan*), 1 (*sopii jossain määrin tai toisinaan*) tai 2 (*sopii erittäin hyvin tai usein*). Lomake koostuu kahdesta osasta. Sen avulla voidaan arvioida sekä lapsen kokonaiskompetenssia että lapsen käyttäytymisessä ilmeneviä oireita. Lapsen käyttäytymisessä ilmenevän oireilun vakavuutta voidaan normitetun CBCL-mittarin avulla arvioida suhteessa kliiniseen raja-arvoon lapsen psyykkisen hyvinvoinnin ja avun tarpeen määrittämisessä. Suomalainen normitus ei vielä ole valmistunut. Lasten oireilua ja siinä tapahtuvia muutoksia tarkasteltiin tässä tutkimuksessa raakapisteen keskiarvojen avulla.

## 4. 3. Tilastolliset menetelmät

Tässä tutkielmassa tarkasteltiin käyttäytymisen kokonaisongelmien (kaikki oireluokat yhdessä), internalisoivan oireilun ( emotionaalinen oireilu) ja eksternalisoivan oireilun (käytöshäiriöt) summapistemäärien keskiarvoja, niissä tapahtuvia muutoksia sekä taustamuuttujien vaikutusta emotionaaliseen oireiluun ja käytöshäiriöihin.

Taustamuuttujien vaikutusta emotionaaliseen oireiluun ja käytöshäiriöihin tutkittiin lähtötilanteessa yksisuuntaisella varianssianalyysilla. Intervention vaikutusta emotionaalisisessa oireilussa ja käytöshäiriöissä tapahtuneisiin muutoksiin tutkittiin toistettujen mittausten varianssianalyysilla, jossa Within- Subject- muuttujana olivat lähtötason ja loppumittauksen emotionaalisen oireilun (*vetäytyminen, somaattiset oireet ja ahdistuneisuus/masentuneisuus*) ja käytösongelmien (*epäsosiaalinen käytös ja aggressiivisuus*) keskiarvot ja hajonnat sekä Between –Subject- tekijänä interventio- tai kontrolliryhmään kuuluminen. Taustamuuttujien vaikutusta muutokseen tutkittiin vielä erikseen toistettujen mittausten t-testin avulla. Tilastolliset analyysit suoritettiin SPSS 14.0 ohjelmalla.

## **5 TULOKSET**

### **5.1. Kuvailevat tulokset**

Aineiston tarkastelu (Ks .Taulukko 1.) osoitti, että suurimmalle osalle toistotutkimukseen osallistuvista lapsista (72%) SOS-lapsikylä oli toinen sijoituspaikka oman kodin jälkeen, neljälle lapselle jo viides. Kolmentoista lapsen sijaisvanhempi (SOS-lapsikylä-äiti) oli vaihtunut sijoituksen aikana. Sijoitettaessa lapset olivat olleet keskimäärin alle 6-vuotiaita (62,4 %). Sijoituksen alkaessa yli puolet lapsista (54,8 %) oli sijoitettu vastoin vanhempien tahtoa. Tutkimuksen lähtötasolla vuonna 2001 lasten sijoitukset SOS-lapsikylässä olivat kestäneet keskimäärin viisi vuotta.

Interventio- ja kontrolliryhmä muodostivat melko homogeeniset ryhmät taustamuuttujien suhteen.

Interventioryhmään kuuluvat lapset olivat kuitenkin keskiarvoisesti nuorempia ja heidän sijoituksensa kesto oli lyhyempi kuin kontrolliryhmään kuuluvilla lapsilla.

Taulukko 1. Toistotutkimukseen osallistuneet lapset (N=93) lähtötasolla vuonna 2001

	kaikki lapset (N=93)			interventoryhmä (N=24)			kontrolliryhmä (N=69)		
	n	%	ka (kh)	n	%	ka (kh)	n	%	ka (kh)
<i>Sukupuoli</i>									
tyttöjä	47	50.5		12	50		35	50	
poikia	46	49.5		12	50		34	49.3	
<i>Lapsen ikä</i>									
<i>kyselyhetkellä</i>			10.7(3.4)			8.72 (2.5)			11.5 (3.3)
4 –11 v.	57	60.3		21	87		35	50.7	
12 -18 v.	36	38.7		3	12.5		34	49.3	
<i>Sijoitus lapsikylään</i>									
<i>järjestyksessä</i>									
ensimmäinen	12	12.9		4	16.6		8	11.6	
toinen	67	72.0		17	70.8		50	72.5	
kolmas	6	6.5		1	4.2		5	7.3	
neljäs	4	4.3		1	4.2		3	4.3	
viides	4	4.3		1	4.2		3	4.3	
<i>Lapsikylä-äiti</i>									
<i>vaihtunut</i>									
ei ole	80	86		18	75		62	87.9	
yhden kerran	13	14		6	25		7	10.1	
<i>Huostaanotto</i>									
suostumuksella	42	45.2		10	41.7		32	46.4	
vastentahtoinen	51	54.8		14	58.3		37	53.6	
<i>Lapsen ikä sijoitettaessa</i>									
<i>SOS-lapsikylään</i>			5.71 (3.02)			5.70 (2.6)			5.75 (3.7)
0-6 vuotta	58	62.4		16	66.7		42	60.9	
yli 7 vuotta	35	37.6		8	33.3		27	39.1	
<i>Sijoituksen kesto</i>									
<i>SOS-lapsikylässä</i>			5.07 (3.65)			3.01 (2.38)			5.79 (3.7)
0-4 vuotta	50	53.8		20	83.3		30	43.5	
yli 5 vuotta	43	46.2		4	16.7		39	56.5	



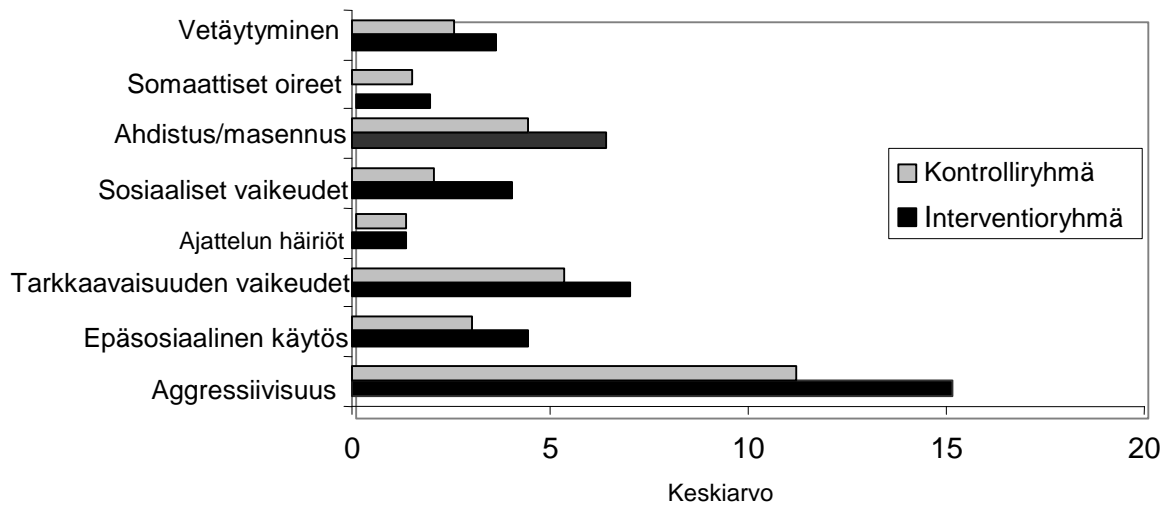
## 5.2. Emotionaalisen oireilun ja käytöshäiriöiden vakavuus

*Toistotutkimuksesta poisjääneiden* (38 lasta ja nuorta) ja siihen osallistuvien (93 lasta tai nuorta) oireilun vakavuusastetta kuvaavien keskiarvojen ANOVA-vertailu osoitti että, käyttäytymisen kokonaisongelmien (*kaikki 8 oireluokkaa yhdessä*) keskiarvoissa ( $F(1,129)=0.233, p>0.1$ ), emotionaalisen oireilun (*vetäytyminen, somaattiset oireet ja ahdistus/masennus*) keskiarvoissa ( $F(1,129)=0.08, p>0.1$ ) tai käytöshäiriöiden (*epäsosiaalinen käytös ja aggressiivisuus*) keskiarvoissa ( $F(1,129)=0.39, p>0.1$ ) ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa.

*Toistotutkimukseen osallistuvien* 93 lapsen lähtötason käyttäytymisen kokonaisongelmien keskiarvo, emotionaalisen oireilun keskiarvo ja käytöshäiriöiden keskiarvo osoittautuivat kaikki korkeammiksi kuin niitä vastaavat keskiarvot CBCL- normiryhmässä (Achenbach,1991). Näitä keskiarvoja kuvataan liitteessä 1.

Kun toistotutkimukseen osallistuvien lasten lähtötason oireilua tarkasteltiin oireluokittain keskiarvon ja hajonnan avulla ilmeni myös, että interventioryhmään kuuluvat lapset oireilivat voimakkaammin kuin kontrolliryhmään kuuluvat kaikissa kahdeksassa oireluokassa. Kuviossa 1 ja liitteessä 1 kuvataan näitä arvoja. *Käyttäytymisen kokonaisongelmia* kuvaavien keskiarvojen ero oli tilastollisesti melkein merkitsevää ( $F(1,92)=5.28, p<0.05$ ), samoin kuin *emotionaalisen oireilun* ( $F(1,91)= 4,36, p<0.05$ ) ja *käytösongelmienkin* ( $F(1,91)=4,71, p<0.05$ ).

Interventioon lapsikylä-äidin (19 lasta) tai jonkun muun (5 lasta) lapselle tutun työntekijän kanssa osallistuneiden lasten lähtötason kokonaisoireilun ( $F(1,22)=0.26, p >0.1$ ), emotionaalisen oireilun ( $F(1,22)=1.56, p>0.1$ ) tai käytöshäiriöiden ( $F(1,22)=1.32, p>0.1$ ) keskiarvojen välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa.



Kuvio 1. Lasten ( N=93) oireilun keskiarvot oireluokittain kontrolliryhmässä (N=69) ja interventio- ryhmässä (N=24) lähtötasolla 2001

### 5.3. Taustamuuttujien yhteys emotionaaliseen oireiluun ja käytöshäiriöihin

Sillä, *oliko lapsikylä-äiti vaihtunut* sijoituksen aikana tai ei, osoittautui olevan tilastollisesti melkein merkitsevä ero sekä lähtötason emotionaaliseen oireiluun ( $F(2,91)=5.61, p<0.05$ ) että käytöshäiriöihin ( $F(2,91)=4.94, p<0.05$ ).

Sillä, *oliko huostaanotto tapahtunut vastoin vanhempien tahtoa tai vanhempien suostumukseen* perustuen oli tilastollisesti merkitsevä ero sekä emotionaalisen oireilun ( $F(1, 91)=6.56, p<0.05$ ) että käytöshäiriöiden keskiarvojen ( $F(1,91)=4.94, p<0.05$ ) eroihin.

#### 5.4. Intervention vaikutus emotionaalisen oireilun ja käytöshäiriöiden muutoksiin

Theraplay- intervention vaikutusta tutkittiin vertailemalla interventioryhmän ja kontrolliryhmän emotionaalisen oireilun ja käytöshäiriöiden keskiarvoissa tapahtuneita muutoksia vuoden 2001 lähtötason ja kaksi vuotta myöhemmin vuonna 2003 tapahtuneen toistomittauksen välillä.

Taustamuuttujista toistettujen mittausten varianssianalyysiin otettiin kovarianteiksi lapsen katkenneisiin kiintymyssuhteisiin liittyvät muuttujat: *aikaisempien sijoitusten lukumäärä, lapsikylä-äidin vaihtuminen ja vanhempien suhtautuminen huostaanottoon.*

Yksinomaan ajan vaikutus muutokseen ei ollut ( $F(2,87)=0.77$ ,  $p=0.46$ ) tilastollisesti merkitsevää. (Ks. Taulukko 2.) Ryhmän ja ajan interaktio sitä vastoin oli melkein merkitsevä ( $F(2,87)=3.53$ ,  $p=0.03$ ).

Myöskään analyysissä mukana olleilla kolmella taustamuuttujalla: *1. vanhempien suhtautumistapa lapsen huostaanottoon* (suostumukseen perustuvaa tai vastentahtoista), *2. lapsikylä-äidin vaihtuminen* (vai oliko lapsikylä-äiti pysynyt samana) tai *3. aikaisempien sijoitusten lukumäärällä*, ei analyysissä näyttäytynyt yhdysvaikutusta ajan kanssa.

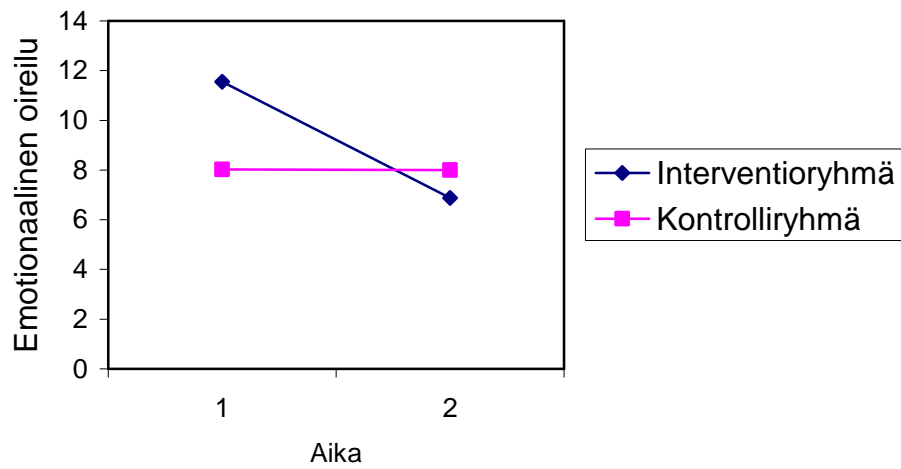
Yhdysvaikutuksen tarkastelu osoitti, että terapeuttinen interventio vaikutti tilastollisesti melkein merkitsevästi lasten internalisoivassa oireilussa vuoden 2001 ja vuoden 2003 välillä tapahtuneeseen muutokseen ( $F(1,87)=6.67$ ,  $p=0.011$ ). Myös eksternalisoivassa oireilussa tapahtuneisiin muutoksiin interventio vaikutti tilastollisesti melkein merkitsevästi ( $F(1,87)=3.98$ ,  $p=0.049$ ).

Taulukko 2. Summakeskiarvot ennen interventiota ja intervention jälkeen sekä F-arvot ajan ja intervention vaikutuksesta summakeskiarvoissa tapahtuneisiin muutoksiin (N=93)

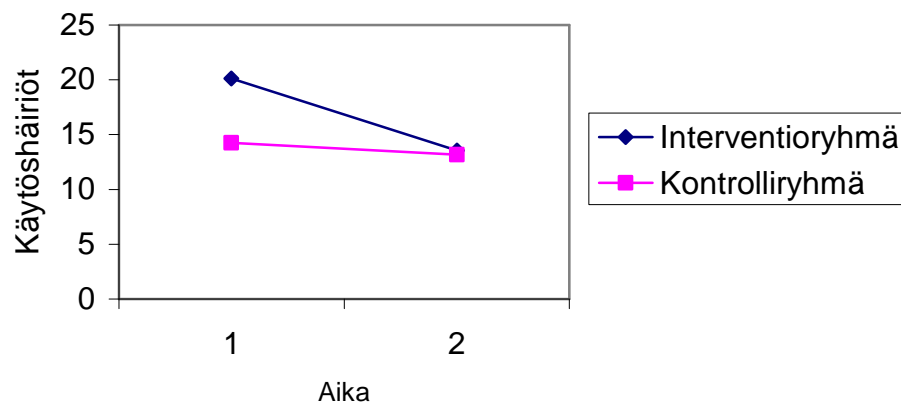
	Alkutilanne		Loppumittaus		Ajan vaikutus muutokseen		Intervention vaikutus muutokseen	
	ka	kh	ka	kh	F(1,87)	p	F	p
internalisoivat oireet	9.65	.82	7.38	.88	.83	ns	6.67	*
eksternalisoivat oireet	16.92	1.32	13.14	1.38	1.48	ns	3.98	*

N=24 (interventioryhmä)  
 N=69 (kontrolliryhmä)  
 F-arvo on Wilksin Lambda  
 \*p<.05, \*\* p<.01

Kuten ilmeni (Ks. kuviot 3, 4 ja liite 3), interventioryhmän ja kontrolliryhmän vertailussa emotionaalinen oireilu ja käytöshäiriöt vähenivät keskimääräisesti vain Theraplay-terapian avulla toteutettuun interventioon osallistuneilla lapsilla.



Kuvio 3. Emotionaalisen oireilun keskiarvomuutokset interventioryhmässä (N=24) ja kontrolliryhmässä (N=69)



Kuvio 4. Käytöshäiriöiden keskiarvomuutokset interventioryhmässä (N=24) ja kontrolliryhmässä (N=69)

## 5.5. Taustamuuttujien vaikutus emotionaalisen oireilun ja käytöshäiriöiden muutoksiin

Taustamuuttujien yhteyttä emotionaalisessa oireilussa ja käytöshäiriöissä tapahtuneisiin muutoksiin tutkittiin vielä erikseen toistettujen mittausten t-testin avulla. Tulokset on esitetty myös liitteessä 3. Oireilu on asteeltaan sitä vakavampaa, mitä suurempi sitä kuvaava keskiarvo on.

*Sukupuolella* ei ollut vaikutusta oireilun keskiarvoissa tapahtuneen muutokseen suuntaan. Sekä tyttöjen että poikien oireilun keskiarvo laski lähtötason ja toistomittauksen välillä molemmissa oireryhmissä. Tyttöjen emotionaalisen oireilun keskiarvo oli korkeampi kuin poikien molemmilla mittauskerroilla. Pojilla käytöshäiriöiden keskiarvo oli tyttöjen keskiarvoa suurempi sekä lähtötilanteessa että toistomittauksessa. Poikien emotionaalisen oireilun keskiarvo laski tilastollisesti suuntaa antavasti ( $t(45)=1.86$ ,  $p<0.1$ ) ja tyttöjen käytöshäiriöiden keskiarvo tilastollisesti melkein merkitsevästi ( $t(46)=2.10$ ,  $p<0.05$ ).

Sijoituksen oltua ensimmäinen emotionaalisen oireilun keskiarvo nousi ja käytöshäiriöiden keskiarvo laski lähtötason ja toistomittauksen välillä. Sijoituksen oltua järjestyksessä toinen emotionaalisen oireilun keskiarvo laski tilastollisesti merkitsevästi ( $t(68)=3.20$ ,  $p<0.05$ ) ja käytöshäiriöiden keskiarvo tilastollisesti erittäin merkitsevästi ( $t(68) =3,38$ ,  $p=0.001$ ). Kun kyseessä oli kolmas sijoitus, tai jos sijoituksia oli ollut sitäkin useampia sekä emotionaalisen että käytöshäiriöiden keskiarvot nousivat. Emotionaalisen oireilun keskiarvo nousi tilastollisesti melkein merkitsevästi ( $t(13)= -2.41$ ,  $p<0.05$ ).

Molempien oireryhmien keskiarvot laskivat olipa *lapsikylä-äiti pysynyt samana tai vaihtunut*. Kun lapsikylä-äiti oli vaihtunut, olivat molempien oireryhmien keskiarvot suuremmat sekä lähtötilanteessa että toistomittauksessa. Kun lapsikylä-äiti ei ollut vaihtunut, oli käytöshäiriöiden keskiarvoissa ( $t(79)=1.85$ ,  $p=0.07$ ) tapahtunut lasku tilastollisesti suuntaa antava.

Lasten *vanhempien suhtautumista huostaanottoon* kuvaavan muuttujan keskiarvo laski molemmissa oireryhmissä, huostaanoton oltua suostumukseen perustuva tai tapahtuneen vastoin vanhempien tahtoa. Huostaanoton oltua vastentahtoinen olivat molempien oireryhmien keskiarvot suurempia sekä lähtötilanteessa että toistomittauksessa. Huostaanoton oltua vastentahtoinen käytöshäiriöiden keskiarvo laski tilastollisesti suuntaa antavasti lähtötason ja toistomittauksen välillä ( $t(50)=2.01, p=0.05$ ).

*Sijoitusiän* vaikutusta tarkasteltaessa osoittautui, että sekä emotionaalisen oireilun että käytöshäiriöiden keskiarvot laskivat riippumatta siitä, oliko lapsi ollut sijoituksen tapahtuessa alle seitsemänvuotias tai sitä vanhempi. Emotionaalisen oireilun keskiarvo oli alhaisempi sekä lähtötasolla että toistomittauksessa, kun sijoitus oli tapahtunut alle seitsemän vuoden ikäisenä kuin sijoituksen tapahduttua yli seitsemän vuoden ikäisenä. Kun sijoitus oli tapahtunut alle seitsemän vuoden ikäisenä, oli käytöshäiriöiden keskiarvo lähtötasolla korkeampi kuin sijoituksen tapahduttua yli seitsemän vuoden ikäisenä. Toistomittauksessa käytöshäiriöiden keskiarvo oli alhaisempi sijoituksen tapahduttua alle seitsemänvuotiaana. Käytöshäiriöitä kuvaava keskiarvo laski ( $t(57)=2.21, p<0.05$ ) mittausten välillä tilastollisesti melkein merkitsevästi.

*Sijoituksen keston* tarkastelu osoitti, että riippumatta siitä, oliko sijoitus kestänyt alle viisi vuotta tai enemmän, sekä emotionaalisen oireilun että käytöshäiriöiden keskiarvot laskivat. Emotionaalisen oireilun keskiarvo oli lähtötasolla suurempi sijoituksen kestänyttä alle viisi vuotta kuin sijoituksen kestänyttä yli viisi vuotta. Käytöshäiriöiden keskiarvo oli suurempi sekä lähtötilanteessa että toistomittauksessa, kun sijoitus oli kestänyt alle viisi vuotta. Käytöshäiriöitä kuvaavan keskiarvon lasku ( $t(42)=1.86, p<0.1$ ) oli tilastollisesti suuntaa antava, kun sijoitus oli kestänyt yli viisi vuotta.

## 6. POHDINTAA

Tämän tutkimuksen päätavoitteena oli selvittää, kuinka sijoitetun lapsen psyykkistä hyvinvointia voitaisiin parantaa sijaisvanhemman ja lapsen välisen vuorovaikutuksen vahvistamiseen tähtäävällä terapeutisella Theraplay- interventiolla (Jernberg, & Booth, 2003; Mäkelä, & Vierikko, 2004). Tutkittavina olivat SOS-lapsikylissä vuosina 2001 ja 2003 sijoitettuina olleet 93 lasta, joista 24 lasta osallistui tässä tutkielmassa kuvattavaan interventioon. Lasten psyykkistä hyvinvointia kartoitettiin Achenbachin (1991) CBCL-kyselylomakkeella, jonka avulla sijaisvanhemmat kuvasivat lasten emotionaalista oireilua ja käytöshäiriöitä. Sijoitettujen lasten emotionaalinen oireilu ja käytöshäiriöt osoittautuivat vakavaksi verrattuna lasten oireiluun yleensä. Tytöt oireilivat enemmän emotionaalisin oirein (vetäytyminen, somaattiset oireet ja ahdistuneisuus/masentuneisuus) ja pojat käytöshäiriöihin (epäsosiaalinen käytös ja aggressiivisuus). Lapsista 60,2 % oli 4-11-vuotiaita ja 39,8 % 12-18-vuotiaita vuonna 2001. Heistä 46,2 % oli ollut sijoitettuna yli viisi vuotta. Lapsista 62,4 % oli ollut sijoituksen alkaessa alle 6-vuotias.

Intervention vaikuttavuutta tutkittiin vertailemalla interventioon osallistuvien ja siihen osallistumattomien lasten emotionaalisen oireilun ja käytöshäiriöiden esiintymistä vuonna 2001 ennen interventiota ja sen jälkeen vuonna 2003. Oletuksena oli, että kiintymyssuhdeteoriaan (Bowlby, 1988) pohjaava lapsen ja hänen ensisijaisen hoitajansa vuorovaikutuksen lujittamiseen ja lapsen kiintymyssuhteen korjaamiseen suunnattu terapeutinen Theraplay-terapia (Jernberg, & Booth, 2003) voi lisätä sijaisvanhemman sensitiivisyyttä (Sroufe, 1995) ja tarjota hänen kauttaan lapsille sitä mitä he ovat jääneet vaille, turvapesän (Bowlby, 1988), kiintymyssuhteen, jossa lasta hoitava ja kasvattava aikuinen haluaa, jaksaa ja pystyy kannattelemaan lasta emotionaalisesti niin, että se auttaa lasta selviytymään kehityksellisistä haasteistaan. Tutkimuksen päätulos oli tutkimushypoteesin mukainen. Interventioon osallistuvien lasten emotionaalinen oireilu ja



käytöshäiriöt vähenivät intervention vaikutuksesta. Interventioon osallistumattomien lasten emotionaalinen oireilu ja käytöshäiriöt eivät vähentyneet eivätkä lisääntyneet.

## **6.1 Pysyvien ihmissuhteiden merkitys sijaishuollossa**

Huostaanotto ja lapsen sijoittaminen pois omien vanhempien luota on lastensuojelullinen lain nojalla määritelty interventio, jolla lapsen kasvun ja kehityksen turvaamiseksi puututaan vanhempien oikeuksiin lapsen edun nimissä. Sijaishuollon piirissä olevien lasten elämään on liittynyt riskitekijöitä, jotka ovat saattaneet vaurioittaa lasta niin syvästi, että lapsen syvä turvattomuus näyttäytyy hänen käyttäytymisensä kautta emotionaalisen oirein tai käytöshäiriöin (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Crittenden, 1988). Turvattoman varhaisen vuorovaikutuksen häiriöitä voidaan korjata myöhemmin uusissa vuorovaikutussuhteissa (Mann, & Kretchmar, 2006). Sijaishuolto interventiona perustuu juuri tähän periaatteeseen.

Se, että lapsi voidaan sijoittaa sijaisperheeseen tai muutoin perhehoidon tapaista työskentelymallia toteuttavaan sijaishuoltoon merkitsee lapselle oman ja erityisen vanhemmuuden tehtävästä huolehtivan aikuisen liittymistä hänen elämäänsä. Silloin lapsen kanssa eletään yhteistä arkea. Se tarjoaa erinomaiset edellytykset myös vanhemman ja lapsen välistä varhaista hyvää vuorovaikutusta muistuttavalle Theraplay-hoidolle, koska sen anti on mahdollista siirtää lapsen ja sijaisvanhemman arkipäivän vuorovaikutustilanteisiin.

Lapsen sijoittaminen pois kotoaan ja siitä kiintymyssuhteesta, jossa hän on elänyt on lapselle traumaattinen kokemus, vaikkakin lapsen kasvun ja kehityksen turvaamisen kannalta välttämätön toimenpide. Sijaishuoltoon tullessa lapsi joutuu uudelleenlaiseen, hänelle ennestään tuntemattomaan ja ennustamattomaan vuorovaikutusmaailmaan, jonka toimintatavat hän joutuu opettelemaan. Tapa,

jolla hän on aiemmin toiminut ei nyt johdakaan samaan lopputulokseen kuin aiemmin. Lapsi toimii kuitenkin sen strategien mukaan (Bowlby, 1988; Punamäki, 2001), joka on ollut hänelle tarkoituksenmukaisin psyykkisen tasapainon ja turvallisuuden saavuttamiseksi esim. vuorovaikutusta edelleen vältellen tai ponnekkailla tunteenpurkauksilla varmistaen. Lapsen luottamuksen saavuttaminen vie aikaa. Vaihtuvat sijoitukset ovat riski sijoitetun lapsen kehitykselle. Sijaisvanhemman vaihtuminen lisää aikuisena koettua turvattomuuden tunnetta (Oja, & Virtanen, 1998). Sijaishuollossa oleva lapsi tarvitsee vakaina pysyviä ihmissuhteita ja arjen toimia, jotka muodostuvat lapselle tutuiksi, turvallisiksi ja ennustettaviksi.

Tutkimus osoitti, että lasten vanhempien kanssa tehtävä yhteistyö on tärkeää niin sijoituspäätöstä tehtäessä kuin sijoituksen aikanakin. Lapset, joiden huostaanotto oli tapahtunut vanhempien suostumukseen perustuen, oireilivat vähemmän sekä emotionaalisesti että käytöshäiriöin kuin ne lapset, joiden huostaanotto oli tapahtunut vastentahtoisesti.

## **6.2. Lapsen sijoitushistoria**

Tässä tutkielmassa tarkasteltiin erikseen myös lasten sijoitushistoriasta kertovien taustamuuttujien vaikutusta lasten emotionaaliseen oireiluun tai käytöshäiriöihin ja niissä tutkimusaikana tapahtuneisiin muutoksiin. Ihmissuhteiden pysyvyyteen liittyvinä tekijöinä tarkasteltiin sijoitusten lukumäärää ennen SOS-lapsikylään sijoitusta, lapsikylä-äidin mahdollista vaihtumista SOS-lapsikylässä lapsen sijoituksen aikana ja sitä, oliko huostaanotto tapahtunut lapsen vanhempien suostumuksella vai vastentahtoisesti.

Suurimmalle osalle (72 %) tutkimukseen osallistuneista lapsista SOS-lapsikylä oli oman kodin jälkeen toinen sijoituspaikka. Heidät olivat olleet ensin sijoitettuna lastenkodissa tai muussa

väliaikaiseksi tarkoitettussa sijoituspaikassa. Kuudella lapsella oli ollut kaksi aikaisempaa sijoitusta, neljällä lapsella neljä aikaisempaa sijoitusta ja neljällä lapsella viisi aikaisempaa sijoitusta ennen SOS-lapsikylään sijoitusta. Lapsikylä-äiti oli vaihtunut 13 lapsella, muilla (86 %) lapsilla oli edelleen sama SOS-lapsikylä-äiti kuin sijoituksen alkaessa. Lasten huostaanotto oli tapahtunut vastoin vanhempien suostumusta 54,8 %:lla lapsista.

Tutkimus osoitti, että toistuvat sijoitukset ovat riski lapsen psyykkiselle hyvinvoinnille. Silloin, kun aikaisempia sijoituksia oli ollut enemmän kuin yksi, emotionaalinen oireilu ja käytöshäiriöt lisääntyivät kahden tutkimusvuoden aikana. Kun aikaisempia sijoituksia oli ollut vain yksi ts. SOS-lapsikylä oli lapsen toinen sijoituspaikka kodin jälkeen, väheni emotionaalisen oireilun määrä tilastollisesti merkitsevästi ja käytöshäiriöiden määrä tilastollisesti erittäin merkitsevästi.

Lapsikylä-äidin vaihtuminen näkyi lasten oireilussa siten, että lapsilla, joiden lapsikylä-äiti oli vaihtunut, emotionaalista oireilua ja käytöshäiriöitä oli enemmän kuin niillä lapsilla, joiden SOS-lapsikylä-äiti pysyi samana.

Kun huostaanotto oli ollut vanhempien tahdon vastainen, oireilivat lapset enemmän, vaikka sijoitus oli toistomittauksen aikaan kestänyt keskimäärin yli seitsemän vuotta.

Sijoitusikä ja sijoituksen kesto vaikuttivat erityisesti käytöshäiriöiden tasossa tapahtuneisiin muutoksiin. Käytöshäiriöissä tapahtuva oireilun väheneminen oli suurempaa silloin, kun lapsi oli sijoitettaessa ollut alle seitsemän vuoden ikäinen. Yli 7-vuotiaina sijoitettujen lasten käytöshäiriöiden taso pysyi tutkimusajankotina keskimäärin samanlaisena. Käytöshäiriöt vähenivät sijoitusajan kasvaessa.

### **6.3. Tutkimuksen rajoitukset**

Vain sijaisvanhempien CBCL-arviointiin perustuva lapsen psyykkisen oireilun arvio voidaan kyseenalaistaa, mutta tämän tutkimuksen kontekstissa se voidaan nähdä perusteltuna. Kertoohan se siitä millaisena sijaisvanhempi lapsen kokee ja siitä käsityksestä, joka ohjaa sijaisvanhemman tapaa hoitaa lasta.

### **6.4. Lopuksi**

Sijaishuolto uusine ihmissuhteineen voi auttaa lasta voimaan paremmin. Erityisesti lapsen hoidosta ja kasvatuksesta päävastuun ottavan sijaisvanhemman (tai sijaisvanhempien) merkitys lapselle on ensiarvoisen tärkeää. Sijaisvanhempien tukeminen koulutuksen, työnohjauksen ja virkistäytymismahdollisuuksien avulla auttaa heitä jaksamaan ja ehkäisee uupumista sijaisvanhemmuuden vaativassa tehtävässä. Theraplay-terapia soveltuu avuksi lapsen ja sijaisvanhemman välisen vuorovaikutuksen lujittamiseen ja antaa lisää välineitä sijaisvanhemman tehtävään. Tulokset voidaan yleistää koskemaan kaikkia sijaishuoltoon sijoitettuja lapsia.

Kiintymyssuhdetta lujittavat ja korjaavat terapeuttiset interventiot voivat avohuollon sijaishuollossa käytettynä toimia osaltaan myös sellaisena ennaltaehkäisevänä tukitoimena, joka vahvistaa vanhemmuutta ja ehkäisee lapsen sijaishuoltoon sijoittamisen.

Sijaishuollon ja sijaishuollossa käytettävien terapeuttisten interventioiden vaikuttavuudesta tarvitaan lisää tutkimusta. Olisi tärkeää saada tutkimustietoa myös siitä, kuinka sijoitettuna olleet pärjäävät aikuisina niin työelämässä, sosiaalisissa suhteissaan kuin omassa vanhemmuudessaankin.

Kääntyikö sijoitettuna olleen henkilön kehitys uudelle polulle? Onko mahdollinen sijaishuollon sukupolvinen ketju katkennut?

## LÄHDELUETTELO

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist and 1991 profile*. Burlington (VT): University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Belsky, J. & Fearon, R. M. P. (2007). Early attachment security, subsequent maternal sensitivity, and later child development: Does continuity in development depend upon continuity of caregiving? *Attachment & Human development*, 4, 361-387.
- Bowlby, J.(1988). *A Secure Base. Parent-child attachment and healthy human development*. London: Routledge.
- Crittenden, P. M. (1988) *Relations in risk*. Teoksessa Belsky, J.,& Nezworski, T.(toim.), Clinical implications of attachment theory (s.136-174). Hillsdale, NJ. Erlbaum.
- Crittenden, P. M. (2001). Vaarallinen käyttäytyminen ja vaaralliset ympäristöt. 35 vuotta tutkimusta pahoinpitelyn vaikutuksesta lapsen kehitykseen. Teoksessa J. Sinkkonen ja M. Kalland (toim.), *Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen*. (s.116-145). Tummavuoren kirjapaino Oy, Vantaa.
- Dallaire, D. H. & Weintraub, M. (2007). Infant-mother attachment security and children`s anxiety and aggression at first grade. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 28, 477-492.
- Fonagy, P., Steele, H. & Steele, M. (1991).Maternal Representations of Attachment during Pregnancy Predict the Organization of Infant- Mother Attachment at One Year of Age. *Child Development*,62, 891-905.
- Heino. T. (2007). Keitä ovat uudet lastensuojelun asiakkaat. *Tutkimus lapsista ja perheistä tilastolukujen takana*. Työpapereita 30/2007. Stakes.Valopaino Oy.
- Hughes, D.(2006). *Tie traumasta tervehtymiseen. Rakkauden herättäminen syvästi vaurioituneissa lapsissa*. Tampere: PT-Kustannus.
- Jernberg, A. M. & Booth, P. B. (2003). *Theraplay. Vuorovaikutusterapian käsikirja*.Helsinki: Psykologien kustannus Oy.
- Kalland, M. (2001).Kiintymyssuhdeteorian kliininen merkitys: soveltaminen erityistilanteissa. Teoksessa J. Sinkkonen ja M. Kalland (toim.), *Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen*. (s.198-233). Helsinki: WSOY.
- Lastensuojelulain kokonaisuudistustyöryhmän muistio (2006). Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:25. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Mann, J. & Kretchmar, M. A. (2006). A disorganized toddler in foster care: healing and change from an attachment theory perspective. *Zero to three, May*, 29-36.

- Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K., & Powell, B.(2002). The Circle of Security project: Attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads. *Attachment & Human Development*, 4, 107-124.
- Mäkelä, J., & Vierikko, I. ( 2004). *Kuinka yhteys löytyy? Vuorovaikutusterapia huostaanotettujen lasten hoidon tukena*. Raportti Theraplay-projektista SOS-lapsikylissä 2001-2003. SOS-lapsikylä ry.
- Niemelä, H. (2000). *Koti SOS-lapsikylässä: Uusi mahdollisuus*. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Oja, L., & Virtanen. P. (1998). *Antoiko SOS-lapsikylä uuden mahdollisuuden*. Helsingin yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitos. Tutkimuksia 1/Helsingin yliopiston aikuiskoulutuskeskus.
- Punamäki, R.-L. (2001). Kiintymyssuhteen ja traumaattisten kokemuksen yhteys. Teoksessa: J. Sinkkonen, & M. Kalland (toim.), *Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen*.(s.174-197). Helsinki: WSOY.
- Piironen, H.(toim. 2000). *SOS-lapsikylä ry Laatukäsikirja*. Espoo: SOS-lapsikylä ry.
- Rutter, M, & English and Romanian Adoptees (ERA) study team (1998). Developmental catch-up, and deficit, following adoption after severe global early privation. *Journal of child psychology and psychiatry*, 39, (465-476).
- Salo, S. & Mäkelä, J. (2006). *MIM-vuorovaikutushavainnoinnin käsikirja*.Helsinki: Psykologien kustannus Oy.
- Schofield, G., & Beek, M. (2005). Providing a secure base: parenting children in long-term foster family care. *Attachment & human development*, 7, 3-25.
- Sroufe, L. A. (1995). *Emotional development. The organization of emotional life in early years*. New York: Cambridge University Press.
- Sroufe, L. A. (2005) Attachment and development: a prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & human development*, 7, 349-367.
- Stakes (2008) *Tilastot ja rekisterit* [viitattu15.3.2008] Saatavilla: [http://www.stakes.fi/tilastot/aiheittain/Lapsuus ja perhe/lastensuojelu.htm](http://www.stakes.fi/tilastot/aiheittain/Lapsuus_ja_perhe/lastensuojelu.htm)
- Stern D.N.(1985). *The interpersonal world of infant*. New York: Basic Books.
- Suomen säädöskokoelma. Lastensuojelulaki 13.4.2007/414.
- Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J., & Albersheim, L. (2000). Attachment Security in Infancy and Early Adulthood: A twenty-Year Longitudinal Study. *Child development*, 3, 684-698.
- Weinfield, N. S., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (2000). Attachment from infancy to early adulthood in a high-risk sample; continuity, discontinuity, and their correlates. *Child development*, 71, 695-702.

LIITE 1. Toistotutkimukseen osallistuvien lasten (N=93 ) ja normiotoksen (Achenbach, 1991) käyttäytymisen kokonaisongelmien, emotionaalisen oireilun ja käytöshäiriöiden keskiarvot ja hajonnat sukupuolen ja ikäryhmän mukaan.

	Toistotutkimusryhmä		Normiotos	
	ka	kh	ka	kh
<u>Kokonaisongelmat</u>				
Tyttö				
4-11 vuotta	40.23	26.80	23.1	8.2
12-18 vuotta	33.00	26.59	22.7	17.8
Poika				
4-11 vuotta	40.23	26.80	24.2	15.6
12- 18 vuotta	33.00	26.59	23.0	16.7
<u>Emotionaalinen oireilu</u>				
Tyttö				
4-11 vuotta	9.50	8.38	6.3	5.5
12-18 vuotta	8.86	7.11	7.5	6.6
Poika				
4-11 vuotta	9.33	7.09	5.5	4.7
12- 18 vuotta	7.37	6.05	6.5	5.3
<u>Käytöshäiriöt</u>				
Tyttö				
4-11 vuotta	15.11	10.5	8.2	6.1
12-18 vuotta	13.10	11.21	7.2	6.7
Poika				
4-11 vuotta	19.00	12.78	9.8	7.0
12-18 vuotta	14.31	11.31	8.9	7.5



LIITE 2. Taustamuuttujien vaikutus emotionaalisessa oireilussa ja käytöshäiriöissä tapahtuneisiin muutoksiin. Keskiarvot, keskihajonnat ja t-arvot lähtötasolla(T1) vuonna 2001 ja toistomittauksessa (T2) vuonna 2003

	Emotionaalinen oireilu							Käytöshäiriöt						
	T1		T2		t-arvo	(df)	p	T1		T2		t-arvo	(df)	p
	KA	KH	KA	KH				KA	KH					
<b>Sukupuoli</b>														
Tyttö	9.21	7.76	8.57	8.46	.57	(46)	.57	14.21	10.76	11.08	10.29	2.10	(46)	.04
Poika	8.65	6.70	6.83	6.29	1.86	(45)	.07	17.37	12.37	15.48	12.91	1.09	(46)	.28
<b>Sijoituksen järjestys</b>														
ensimmäinen	6.91	5.02	7.41	6.53	-.250	(11)	.80	12.50	6.50	11.58	9.72	.37	(11)	.72
toinen	9.71	7.65	7.10	7.21	3.20	(68)	.002	16.96	12.45	12.62	11.38	3.38	(68)	.001
3.-4. sijoitus	6.57	5.68	10.86	8.69	-2.41	(13)	.03	12.43	9.10	16.93	14.68	-1.45	(13)	.16
<b>Lapsikylä-äidit</b>														
ensimmäinen	8.24	7.00	7.32	7.37	1.16	(79)	.25	14.45	10.70	12.16	10.93	1.85	(79)	.07
toinen	13.23	7.33	10.08	8.02	1.44	(12)	.17	23.92	14.10	20.00	14.97	1.29	(12)	.22
<b>Huostaanotto</b>														
suostumuksella	6.88	5.56	6.43	7.02	.57	(41)	.57	12.88	11.25	11.09	11.08	1.05	(41)	.26
vastentahtoisesti	10.62	8.01	8.76	7.75	1.56	(50)	.12	18.16	11.50	15.03	12.19	2.01	(50)	.05
<b>Ikä sijoitettaessa</b>														
0-6	7.98	6.54	6.93	7.34	1.02	(57)	.31	16.27	11.57	12.81	11.01	2.21	(57)	.03
yli 7 vuotta	10.51	8.10	9.00	7.63	1.51	(34)	.14	14.94	11.83	14.00	13.16	0.61	(34)	.55
<b>Sijoituksen kesto lähtötasolla</b>														
0-4 vuotta	9.10	7.25	7.74	7.65	1.33	(49)	.12	16.36	11.39	14.02	12.36	1.36	(49)	.18
yli 5 vuotta	8.74	7.30	7.67	7.36	.97	(42)	.34	15.10	12.00	12.40	11.21	1.86	(42)	.07

LIITE 3.

Interventoryhmän (24) ja kontrolliryhmän (69) CBCL -arvioinnin keskiarvot ja hajonnat oireilyryhmittäin ennen interventiota ja intervention jälkeen

	interventoryhmä		Kontrolliryhmä	
	Ennen	Jälkeen	Ennen	Jälkeen
	ka (kh)	ka (kh)	ka (kh)	ka (kh)
Kokonaispisteet	49.96 (26.67)	31.96 (22.73)	35.66 (26.17)	32.97 (27.40)
internalisoituva oireilu	11.54 (6.22)	6.87 (5.43)	8.03 (7.37)	8.00 (8.08)
<i>Vetäytyminen</i>	3.66 (2.92)	1.75 (1.92)	2.58 (2.65)	2.88 (3.05)
<i>Somaattiset oireet</i>	1.87 (1.80)	1.29 (1.57)	1.53 (2.49)	1.37 (2.00)
<i>Ahdistus/masennus</i>	6.42 (4.37)	4.08 (3.37)	4.43 (4.51)	4.13 (4.88)
Sosiaaliset vaikeudet	4.04 (3.08)	2.83 (2.39)	2.60 (2.10)	2.55 (2.69)
Ajattelun häiriöt	1.83 (1.78)	1.25 (1.70)	1.27 (1.86)	1.30 (2.19)
Tarkkaavaisuuden vaikeudet	7.00 (3.65)	5.00 (2.84)	5.35 (4.17)	5.17 (4.55)
Eksternalisoituva oireilu	20.12 (13.03)	13.54 (12.47)	14.26 (10.79)	13.16 (11.66)
<i>Epäsosiaalinen käytös</i>	4.42 (3.47)	2.75 (3.41)	3.01 (2.80)	3.13 (3.58)
<i>Aggressiivisuus</i>	15.70 (10.12)	10.83 (9.71)	11.23 (8.71)	10.02 (8.96)