

Intensiivihoidon sijoitettujen lasten psyykinen oirehdinta ja sen muuttuminen hoidon aikana

ANNA HONKINEN & TIMO PASANEN

Johdanto

Lasten kasvava psyykinen pahoinvointi on ollut näkyvästi julkisen keskustelun kohteena, ja se tulee ilmi myös tilastojulkaisusta (Lastensuojelu 2006). Lastensuojelulain perusteella kodin ulkopuolelle tehtävää sijoitusta käytetään äärimmäisenä interventiona tilanteessa, jossa lapsen turvallinen kasvu ja kehitys eivät enää voi toteutua riittävässä määrin kotona. Tässä tutkimuksessa selvitetään Helsingin Diakonissalaitoksen intensiivihoidon määrääjäksi sijoitettujen lasten psyykkistä oirekuvaa ja sen muutosta hoidon myötä. Intensiivihoidon sijoittuu lastensuojelun ja psykiatrisen hoidon välimaastoon, ja intensiivihoidon sijoitetuilla lapsilla esiintyy paljon psyykkistä oirehdintaa. Intensiivihoidon sijoitettavien lasten psyykkisen tilan tutkiminen voi siten tarjota tietoa siitä, miten lastensuojelusijoituksella voidaan vaikuttaa voimakkaasti oirehtivien lasten tilanteeseen. Tutkimuksessa lasten oirehdintaa mitataan Child Behavior Checklist (CBCL) - ja Teacher Report Form (TRF) -kyselylomakkeilla, joiden on todettu olevan hyviä psyykkisen oirehdinnan kartoittamisen välineitä (Achenbach 1991a & 1991b).

Sijoitettujen lasten psyykinen oirehdinta

Diagnosoidut sairaudet ja prevalenssi vaihtelevat hieman tutkimuksesta toiseen, mutta toistuva tulos on, että sijoitetuilla lapsilla sekä psyykkisten että fyysisten sairauksien prevalenssi on huomattavasti muuta väestöä korkeampi. Oirehdinnaltaan sijoitetut lapset muistuttavat enemmän psykiatrisessa osastohoidossa olevia kuin muita lapsia (Pasanen 2001; Tarren-Sweeney 2008). Sijoitetut lapset oirehtivat sekä internaalisesti eli si-

säänpäin kääntyneillä oireilla että eksternaalisesti, ulospäin suuntautuvasti. Taulukossa 1 esitellään sijoitettujen lasten psykiatrisen sairastavuuden prevalenssia eri tutkimusten mukaan.

Suomalaisessa tutkimuksessa (Pasanen 2001) 84 prosentilla lastenkotilapsista oli vähintään epävarma tai vähäinen psykiatrisen häiriö, selvästä tai huomattavasta häiriöstä kärsi 52 prosenttia lastenkodissa asuvista tytöistä ja 60 prosenttia pojista. Oireet jakautuivat tunne-elämän, tarkkaavaisuuden ja ylivilkkauksen sekä käyttäytymisen oireisiin. Tytöt kärsivät suhteessa enemmän tunne-elämän oireista, kun taas pojilla oirehdinta oli ulospäin suuntautuvampaa käyttäytymisen oirehdintaa tai häiriöitä tarkkaavaisuudessa, sekä tyttöjen että poikien oirehdinta oli kaikilla näillä alueilla tilastollisesti erittäin merkittävästi muuta väestöä voimakkaampaa (Pasanen 2001, 76–87). Samanlaista oirekuvaa ja oi-

Taulukko 1. Sijoitettujen lasten psykiatrisen sairastavuuden prevalenssi

Tutkimus	Yhteensä %
Hodges 2005	40
Leslie, Hurlburt, Landver, Barth & Slymen 2004	47
Pasanen 2001	84
Shin 2005	66
Simsek, Erol, Öztop & Münir 2007	23
Sullivan & van Zyl 2008	44
Tarren-Sweeney 2008	70

reiden jakautumista sukupuolen mukaan on tullut esiin myös kansainvälisissä tutkimuksissa (Attar-Schwartz 2008; Simsek & al. 2007; Tarren-Sweeney 2008).

Mitattaessa mielenterveysongelmien prevalenssia lapsena sijoitettuihin olleilta aikuisilta, on sen havaittu olevan huomattavasti korkeampi kuin väestössä keskimäärin. Lapsena sijoitettuihin olleilla aikuisilla on keskiväestöä alhaisempi itsetunto, enemmän mielenterveysongelmia sekä psykiatrisia diagnooseja (Ancil & al. 2007).

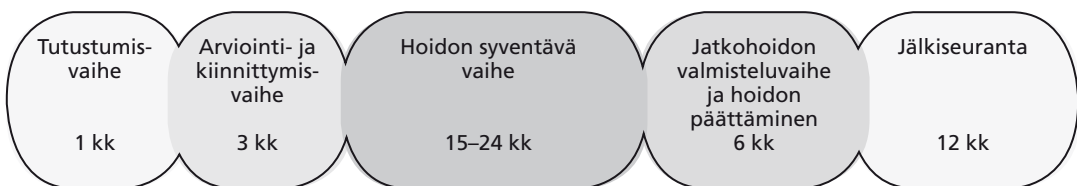
Lastensuojelun ja -psykiatrian välimuodon palvelu: intensiivihoido

Helsingin Diakonissalaitoksen lapsi- ja perheyön piirissä vuodesta 2001 alkaen toimineessa intensiivihoidossa pyritään laaja-alaiseen hoidontarpeen arviointiin (Pasanen 2001, 162–173) perustuvaan tavoitteelliseen hoitoprosessiin ja määraikaiseen laitoshoidolliseen interventioon. Helsingissä ja Espoossa on intensiivihoitopaikkoja kymmenellä eri osastolla yhteensä 67 ja jatkohoidon paikkoja neljällä eri osastolla yhteensä 31. Intensiivihoido on suunnattu traumatisoituneille ja monimuotoisesti oirehtiville lapsille ja nuorille sekä heidän perheilleen. Lasten oireet ilmenevät yleisimmin kiinnittymisvaikeuksina, käyttöhäiriöinä ja aggressiivisuutena, masennuksena, itsetuhoisuutena, vakavina kouluvaikeuksina sekä päihteenä käyttönä. Hoitoon tulon taustalla on usein sairaalahoitoja tai tutkimusjakso, jossa on tehty arvio psykiatrisen hoidon ja kuntoutuksen tarpeesta. Intensiivihoidossa työskennellään lastensuojelun ja terveydenhuollon rajavyöhykkeellä, pyrkimyksenä kasvatuksellisen lähtökohdan ja psykiatrisen hoidon keskittäminen samaan kasvuympäristöön. Intensiivihoidon perustana on luoda lapsen kiinnittymiselle turvallinen ympäristö, joka rakentuu ennakoitavista, toistuvista päivä- ja viikko-ohjelmista. Keskeiset menetelmät ovat hoitavassa yhteisössä toteutettavat te-

rapeuttinen yksilöhoito sekä perhe- ja verkostotyö. Vaiheittainen hoitoprosessi etenee osatavoitteiden toteutumisen ja sen myötä täsmennyvien hoidon kokonaistavoitteiden kautta (kuva 1). Intensiivihoidon tavoitteena on lapsen palaaminen kotiin tai sopivan jatkohoitopaikan löytäminen, jotta toistuva sijoituskierte saadaan katkeamaan. Perheterapeuttisella työskentelyllä pyritään tukemaan lastensuojeluasiakkaiden aktiivista osallisuutta hoidon vaikutusten aikaansaamisessa, vahvistamaan luotettujen ihmissuhteiden jatkuvuutta ja sitä kautta sijoitetun lapsen / nuoren selviämistä jatkossa (Pasanen 2001, liite 2; Helsingin Diakonissalaitoksen kotisivut).

Intervention vaikutukset oirehdintaan

Perhe- ja laitoshoidon vaikutuksia arvioitaessa täytyy huomioida monia tekijöitä, kuten lapsen sijoitusikä (Hodges & Tizard 1989a & 1989b; Roy & al. 2000; Rutter & O'Conner 1999; Wolkind & Rushton 1994), ennen sijoitusta ilmenevien häiriöiden vakavuus (Scholte 1997; Tarren-Sweeney 2008), perheen psykososiaalinen tilanne (Coleman & Cassell 1995; Goodman & Gollieb 1999; Quinton & Rutter 1984a & 1984b) sekä sosiaalisen ympäristön eri tavoin kumuloituvat riski- ja suojaavat tekijät (Fergusson & Lynskey 1996; Garmezzy 1985; Rutter 1989; Rutter & O'Conner 1999). Sijoituksen ennakkaista katkeamista täytyy pitää yhtenä sijoituksen keskeisimmistä riskitekijöistä. Lapsen voimakkaalla oirehdinnalla näyttää olevan selvä yhteys sijoituksen katkeamiseen (Scholte 1997; Ward 2009) erityisesti silloin, kun se yhdistyy muihin riskitekijöihin, kuten sijoituksen viivästymiseen, aikaisempaan sijoitushistoriaan ja tarjotun hoidon heikkoon laatuun (Oosterman & al. 2007). Perhesijoitusten katkeamisen on arvioitu vaihtelevan 20–50 prosentin välillä (Minty 1999; Scholte 1997). Hoidon katkeamisen välttämiseksi perhe- ja laitoshoidon sijoittamisen olisi tapah-



Kuva 1. Intensiivihoido muodostuu neljästä vaiheesta: 1) tutustumisvaihe, 2) arviointi- ja kiinnittymisvaihe, 3) hoidon syventämisen vaihe ja 4) jatkohoidon valmisteluvaihe ja hoidon päättäminen. Hoidon jälkiseuranta jatketään 12 kk osastohoidon päättymisen jälkeen.

duttava tutkimustiedon osoittamien hoidon positiivisten vaikutusten perusteella, ei ideologisten, poliittisten tai tunnepohjaisten näkökulmien perusteella (Scholte 1997). Sijoitetuilla lapsilla on taustassaan kiintymyssuhdekatkoksia ja muita varhaisia menetyksiä, joita sijoitusten katkeaminen entisestään vahvistaa (Rutter & O’Conner 1999). Useita sijoituksia läpikäyville lapsille on todettu kehittyvän erityisen paljon emotionaalista ja käytösoirehdintaa, joka kuormittaa hoivaympäristöä ja lisää sijoituksen epäonnistumisen riskiä (Fernandez 2009). Perhehoito näyttää sopivan parhaiten nuorimmille, pitkäaikaiseen sijoitukseen meneville lapsille, joiden kehitys on edennyt normaalikehityksen rajoissa. Voimakkaammin oireileville, iäkkäämmille lapsille ja nuorille laitoshoidon näyttäisi olevan parempi vaihtoehto (Scholte 1997).

Länsimaisessa kulttuurissa lapsen sijoitusta laitokseen pidetään usein viimeisenä vaihtoehtona, jonka on katsottu aiheuttavan sekä lapselle että yhteiskunnalle haittaa. Kun tutkimukset ovat raportoineet positiivisia tuloksia laitoshoidosta, on näkökulma vähitellen muuttunut positiivisemmaksi (Knorth & al. 2008; Pasanen 2001). Meta-analyyssissaan Erik Knorth ja kumppanit (2008) esittävät laitoshoidolla olevan yleisesti vaikutusta lasten ja nuorten ongelmakäyttäytymisen vähenemiseen. Laitoshoidon vaikuttaa positiivisesti nuoren koko psykososiaaliseen toimintaan, mutta sillä näyttäisi olevan enemmän vaikutusta eksternaalisiin kuin internaalisiin oireisiin. Sijoitetut itse ja heidän vanhempansa raportoivat laitoksen työntekijöitä voimakkaammas- ta positiivisesta muutoksesta. Eniten sijoituksesta laitokseen on hyötynyt silloin, kun hoitoon sisältyy paljon terapiaa, perhetyötä tai molempia. Laitoshoidolla on kotihoitoa positiivisempi vaikutus nuoren psykososiaaliseen käytökseen, mutta sijaisperheellä on tätäkin positiivisempi vaikutus (Knorth & al. 2008).

Suomessa lastensuojelua on tutkittu monesta eri näkökulmasta (Heino 2007 & 2009; Hiitola 2007; Hukkanen 2002; Myllärniemi 2006). Eri- laisten interventioiden ja sijoitusmuotojen vaikuttavuudesta tehty seurantatutkimus on jäänyt vähemmälle huomiolle. Tässä tutkimuksessa kartoitetaan seurantatutkimuksena intensiivihoidon sijoitettujen lasten psyykkistä oirehdintaa ja sen muutosta hoidon myötä ja siten vastaan haasteeseen käytännönläheisestä pitkittäis- tutkimuksesta. Tutkimuskysymysten avulla py-

ritään selvittämään, a) minkälainen on intensiivihoidossa olevien lasten psyykinen oirekuva ja väheneekö psyykinen oirehdinta intervention, intensiivihoidon, myötä sekä b) onko kohde- ja verrokkiryhmän välillä eroa koulusopeutuvuu- dessa ja muuttuuko se intervention myötä.

Tutkimusaineisto ja menetelmät

Tämä tutkimus on osa laajempaa intensiivihoidon tutkimusta, joka keskittyy lähinnä lasten neuropsykologisiin valmiuksiin ja niiden muuttumiseen hoidon myötä. Tutkimuksesta tiedotettiin omahoitajille, vanhemmille ja opettajille, muttei erikseen mainittu psyykkisen oirehdinnan kartoitusta tai tämän tutkimuksen kysymyksenasettelua sosiaalisesti suotavan vastaustyylin ehkäisemiseksi. Lisäksi intensiivihoidon käytäntöihin kuuluu CBCL-lomakkeiden täyttö rutiinisti osana hoitoprosessia kaikkien lasten kohdalla. Tutkimuksen kohderyhmän osallistujat olivat kaikilta intensiivihoidon osastoilta kaikki ne 7–12-vuotiaat suomea äidinkielenään puhuvat lapset, joiden hoito alkoi välillä 1/2007–3/2009 ja joiden huoltajilta saatiin suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimuslupa haettiin Helsingin, Espoon ja Vantaan kaupungeilta. Seuraavaksi Helsingin Diakonissalaitoksen eettinen toimikunta hyväksyi tutkimussuunnitelman ja sektorin johtaja myönsi tutkimusluvan. Yhteensä kohderyhmän osallistujia oli 30, joista tyttöjä oli kuusi ja poikia 24. Lisäksi kerättiin 25 lapsen verrokkiryhmä Käpylän ja Vallilan alakouluista tammi-kuun 2008 ja syyskuun 2009 välisenä aikana. Verrokkiryhmässä oli 19 poikaa ja 6 tyttöä. Verrokkiryhmään kuuluvat olivat kohderyhmän lasten kanssa samanikäisiä suomea äidinkielenään puhuvia lapsia, joilla ei ollut aiemmin todettuja oppimisvaikeuksia eikä lastensuojelutaustaa. Verrokkiryhmän vanhemmat antoivat tutkimusluvan tiedotteen perusteella, ja myös lapsi itse sai päättää osallistumisestaan. Lisäksi kouluissa jaettiin opettajille tiedote tutkimuksesta.

Tutkimus toteutettiin seurantatutkimuksena. Ensimmäinen vaihe (lähtötaso) sijoittui hoidon arviointi- ja kiinnittymisvaiheeseen kuukauden päähän lapsen tulosta intensiivihoidon. Tutkimuksen seurantavaihe oli 11–17 kuukauden kulluttua ensimmäisestä vaiheesta ajoittuen hoidon syventävän vaiheen loppupuolelle. Lasten psyykkisen oirehdinnan kartoittamisessa käytettiin

CBCL- ja TRF-kyselylomakkeita, jotka sisältävät sekä lapsen ongelmia että kykyjä kartoitettavia kysymyksiä. Lomakkeet ovat olleet sekä kliinisessä käytössä että tutkimuskäytössä varsin laajasti ja niiden reliabiliteetti ja validiteetti on todettu hyväksi (Achenbach 1991a, 68–110). CBCL:n ja TRF:n avulla saaduista psyykkisistä oirekuvista saadaan internaalinen ja eksternaalinen oirehdinta sekä kokonaisuirehdinta. Internaalisen oirehdinnan muodostavat vetäytyvyys, somaattiset oireet, ahdistuneisuus ja masentuneisuus; eksternaalinen oirehdinta muodostuu aggressiivisuudesta ja sääntöjä rikkovasta käyttäytymisestä; kokonaisuirehdintaan on sisällytetty sekä internaalinen että eksternaalinen oirehdinta (Achenbach 1991a). Oirehdinnasta saadun pistemäärän kliinisesti hälyttävänä rajana on pidetty noin 60 standardipistettä ylittäviä pisteitä (Achenbach 1991a). TRF-lomakkeesta saadaan lisäksi koulusopeutuvuuden pistemäärä, johon sisältyvät akateeminen suoriutuminen, ahkeruus koulutyössä, käytös ja oppimiskyky muihin oppilaisiin verrattuna (Achenbach 1991b). Koulusopeutuvuuden osalta kliinisesti hälyttävänä on pidetty 30 standardipisteen alapuolelle jääviä pisteitä (Achenbach 1991b).

Sekä lähtötasossa että seurantavaiheessa kohderyhmän osallistujien omahoitaja ja vanhemmat täyttivät CBCL-lomakkeen sekä opettajat TRF-lomakkeen. Verrokkiryhmän osalta vanhemmat ja opettajat täyttivät lomakkeet yhdentoista kuukauden seurantavälillä. Tutkimusaineisto muodostui CBCL- ja TRF-lomakkeiden sukupuoli- ja ikästandardoiduista pisteistä. Suurimmalla osalla lapsista (83,6 %) oli biologisen äidin täyttämä lomake, mutta kolmella lapsella (5,5 %) ainoastaan biologisen isän täyttämä lomake. Näiden lasten kohdalla käytettiin isän täyttämää lomakkeita analyysissa. Molempien vanhempien täyttämät lomakkeet oli yhteensä kuudella lapsella (10,9 %). Analyysissa käytettiin näiden lasten kohdalla pelkästään äidin täyttämää lomakkeita, sillä tapauskohtaisesti tutkiskeltuna tiedetään, että lapsi oli viettänyt enemmän aikaa äidin kanssa, ja siten voidaan olettaa äidin antamien vastausten olevan luotettavampia.

Tulokset

Taustatiedot

Kohde- ja verrokkiryhmän välillä ei havaittu eroa sukupuolen suhteen χ^2 -testillä mitattuna.

Myös ikäjakauma oli tasainen T-testillä arvioituna kohde- ja verrokkiryhmien välillä. χ^2 -testillä mitattuna luokkamuodon suhteen ero kohde- ja verrokkiryhmän välillä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä $F(1)=38,2$, $p<0,001$, sillä kaikki verrokkiryhmän lapset olivat tavallisella luokalla ja kohderyhmän lapsista suurin osa erityisluokalla. Myös vanhempien sosioekonomisen statuksen suhteen ero oli tilastollisesti merkitsevä $F(1)=25,0$, $p<0,01$ kohde- ja verrokkiryhmän välillä χ^2 -testillä mitattuna. Nämä erot huomioidaan tulosten tulkinnassa.

Psyykkisen oirehdinnan prevalenssi kohde- ja verrokkiryhmässä

Kohderyhmän lasten sekä internaalisen, eksternaalisen että kokonaisuirehdinnan pistemäärän keskiarvot ylittivät kliinisesti hälyttävänä pidetyn 60 standardipisteen rajan kaikkien vastaajaryhmien arvioimina tutkimuksen lähtötasossa. Kohderyhmän lapsilla myös seurantavaiheessa oirehdinnan keskiarvo ylitti 60 standardipisteen rajan kaikissa muissa paitsi vanhemman ja opettajan internaalisten oireiden arvioissa. Kohderyhmän lapsista tutkimuksen lähtötasossa 70–85,2 prosentilla ylittyi 60 standardipisteen raja, kun verrokkiryhmässä 60 standardipisteen rajan ylitti vain 12–16 prosenttia. Tutkimuksen seurantavaiheessa 60 standardipisteen rajan ylitti 43,5–82,6 prosenttia kohderyhmän lapsista. Verrokkiryhmässä 60 standardipisteen ylitti 4,2–8,7 prosenttia lapsista tutkimuksen seurantavaiheessa. Kokonaisuudessaan oirehdinnan pisteet vaihtelivat kohderyhmässä 39–91 standardipisteen välillä. Verrokkiryhmässä psyykinen oirehdinta vaihteli 27–70 standardipisteen välillä.

Koulusopeutuvuuden pistemäärien keskiarvot sekä lähtötasossa että seurantavaiheessa kummasakin ryhmässä ylittivät 30 standardipisteen rajan. Tutkimuksen lähtötasossa koulusopeutuvuuden pistemäärät vaihtelivat kohderyhmässä välillä 0–55, mutta seurantavaiheessa kaikkien lasten osalta koulusopeutuvuuden pisteet ylittivät 30 pisteen rajan. Lähtötasossakin ainoastaan yhdellä kohderyhmän lapsista koulusopeutuvuuden pistemäärä jäi alle 30 standardipisteen.

Yksisuuntainen varianssianalyysi, jossa ryhmittelevänä muuttujana oli kuuluminen kohde- tai verrokkiryhmään ja riippuvina muuttujina joko internaalisen, eksternaalisen tai kokonaisuirehdinnan pistemäärät, osoitti, että kohderyhmällä oli psyykkistä oirehdintaa verrokkiryhmää

enemmän tilastollisesti erittäin merkitsevästi sekä tutkimuksen lähtötasossa että seurannassa, kuten taulukosta 2 nähdään. Myös koulusopeutuvuudessa oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ero kohde- ja verrokkiryhmän välillä sekä tutkimuksen lähtötasossa että seurannassa. Kohderyhmän lapsilla koulusopeutuvuuden pistemäärä oli keskimäärin matalampi.

Yksisuuntainen varianssianalyysi osoitti, että psyykinen oirehdinta vaihteli tilastollisesti merkitsevästi luokkatyyppin mukaan vanhempien ja opettajien arvioimina. Erityisluokalla olevilla lapsilla oli enemmän kaikkia psyykkisiä oireita ja pienempi koulusopeutuvuuden pistemäärä kuin tavallisella luokalla olevilla lapsilla. Omahoitajien arvioiden mukaan ei havaittu eroa psyykkisessä oirehdinnassa erityisluokalla ja tavallisella luokalla olevilla lapsilla. Tarkasteltaessa ainoastaan kohderyhmän lapsia oirehdinnan määrä tai koulusopeutuvuus ei vaihdellut sen mukaan, oliko lapsi erityisluokalla vai tavallisella luokalla. Tilastollisesti merkitsevää eroa oirehdinnassa ei iän tai vanhempien sosioekonomisen statuksen suhteen tullut esiin minkään vastaajaryhmän arvioissa yksisuuntaisella varianssianalyysillä arvioituna.

Internaalisen oirehdinnan muutokset

Toistomittausvarienssianalyysi osoitti, että internaaliset oireet vähenivät tutkimuksen lähtötason ja seurannan välillä tilastollisesti erittäin merkitsevästi kohderyhmässä $F(1)=14,6$, $p<0,001$ vanhempien täyttämien kyselylomakkeiden perusteella arvioituna. Myös opettajien arvioiden mukaan internaalinen oirehdinta kohderyhmässä väheni lähtötason ja seurannan välillä, $F(1)=4,6$, $p<0,05$ toistomittausvarienssianalyysillä mitattuna. Omahoitajan arvioiden mukaan muutosta internaalisten oireiden prevalenssissa ei havaittu lähtötason ja seurannan välillä.

Toistomittausvarienssianalyysi osoitti, että kohde- ja verrokkiryhmän välinen yhteisvaikutus oli tilastollisesti merkitsevä sekä vanhempien $F(1)=10,8$, $p<0,003$ että opettajan $F(1)=4,5$, $p<0,04$ arvion mukaan. Suunta internaalisten oireiden muutoksessa oli siis erilaista kohde- ja verrokkiryhmissä. Tätä havainnollistaa kuva 2.

Eksternaalisen oirehdinnan muutokset

Toistomittausvarienssianalyysi osoitti, että eksternaaliset oireet vähenivät hoidon aikana tilastollisesti erittäin merkitsevästi kohderyhmässä $F(1)=28,3$, $p<0,001$ vanhempien täyttämien ky-

selylomakkeiden perusteella. Myös opettajien arvioiden mukaan eksternaalinen oirehdinta kohderyhmässä väheni $F(1)=5,5$, $p<0,03$ lähtötason ja seurannan välillä. Omahoitajan arvioiden mukaan muutosta eksternaalisten oireiden määrässä ei havaittu lähtötason ja seurannan välillä.

Toistomittausvarienssianalyysi osoitti myös, että eksternaalinen oirehdinta muuttui tilastollisesti erittäin merkitsevästi $F(1)=15,9$, $p<0,001$ eri tavoin kohde- ja verrokkiryhmän välillä vanhemman arvion mukaan. Myös opettajan arvioimana kohde- ja verrokkiryhmän eksternaalisen oirehdinnan muutos oli erilaista $F(1)=3,9$, $p<0,05$. Kohderyhmässä eksternaalinen oirehdinta väheni, kun verrokkiryhmässä eksternaalisten oireiden määrä kasvoi lähtötason ja seurannan välillä.

Muutokset kokonaisuirehdinnassa ja koulusopeutuvuudessa

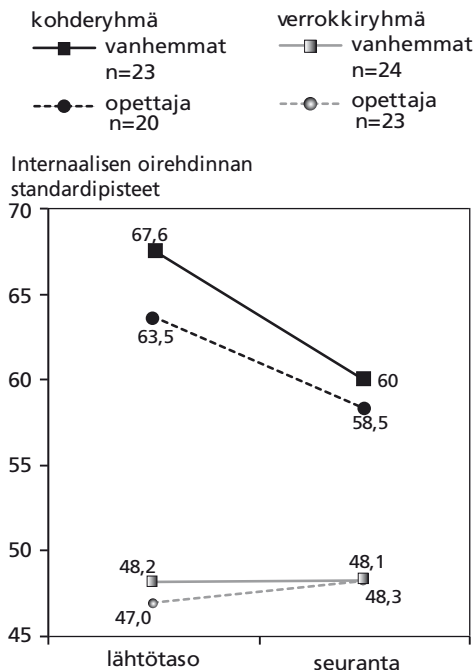
Toistomittausvarienssianalyysi osoitti, että kokonaisuirehdinta laski hoidon aikana tilastollisesti merkitsevästi kohderyhmässä $F(1)=25,1$, $p<0,001$ vanhempien täyttämien kyselylomakkeiden perusteella. Opettajien arvioiden mukaan kokonaisuirehdinta kohderyhmässä väheni tilastollisesti merkitsevästi $F(1)=6,5$, $p<0,02$ lähtötason ja seurannan välillä. Omahoitajan arvioiden mukaan muutosta kokonaisuirehdinnassa ei havaittu lähtötason ja seurannan välillä. Verrokkiryhmässä eroa lähtötason ja seurannan välillä kokonaisuirehdinnassa ei havaittu.

Muutos oli erilaista toistomittausvarienssianalyysillä mitattuna kohde- ja verrokkiryhmän välillä sekä vanhempien $F(1)=13,5$, $p<0,001$ että opettajien $F(1)=6,4$, $p<0,02$ arvion mukaan. Opettajan arvion mukaan kokonaisuirehdinnan määrä muuttui eri tavoin sukupuolen mukaan kohde- ja verrokkiryhmissä $F(1)=6,3$, $p<0,02$. Kokonaisuirehdinnan muutos kohde- ja verrokkiryhmissä sukupuolen mukaan näkyy kuvassa 3.

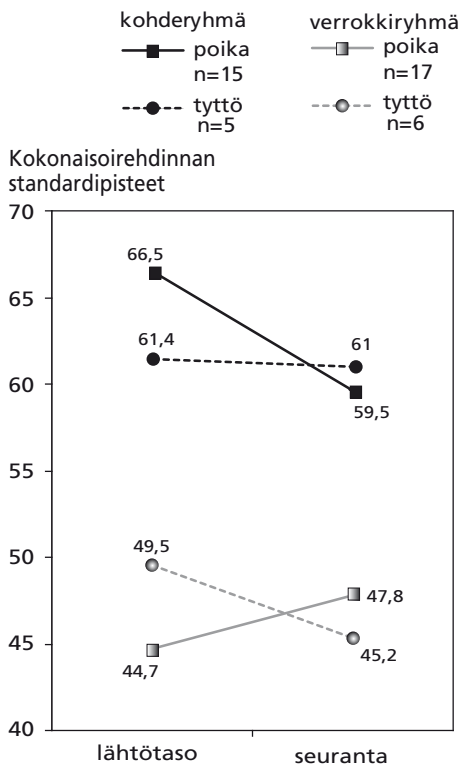
Koulusopeutuvuudessa ei havaittu tilastollisesti merkitsevää muutosta lähtötason ja seurannan välillä kohde- tai verrokkiryhmässä. Sen sijaan koulusopeutuvuuden pistemäärässä muutos lähtötason ja seurannan välillä oli erilaista kohde- ja verrokkiryhmässä, kuten toistomittausvarienssianalyysi osoitti, $F(4,5)=0,9$, $p<0,04$. Kuvasta 4 nähdään, että verrokkiryhmässä lähtötason ja seurannan välillä sopeutuvuuspistemäärä las-ki, kun taas kohderyhmässä se kasvoi.

Taulukko 2. Psykkisen oirehinnan standardipisteiden keskiarvot, keskihajonnat, vaihteluvälit sekä niiden lasten määrä ja prosentuaalinen osuus, joiden kohdalla 60 standardipisteen raja ylitty vanhempien, omahoitajien ja opettajien arvioina sekä kohde- että verrokkiryhmässä. Viimeisessä sarakkeessa esitetään kohde- ja verrokkiryhmän välinen ero psykkisessä oirehinnassa ja koulusopeutuvuudessa tutkimuksen lähtötasossa ja seurantavaiheessa (yksisuuntaisen varianssianalyysin F-arvo ja merkitsevyystaso, ***p<0,001).

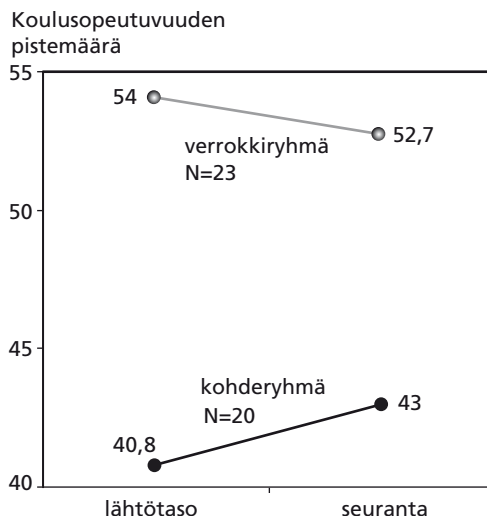
	Kohderyhmä						Verrokkiryhmä						F(1)	
	Standardipisteiden vaihteluväli			Kuinka moni ylittää 60 sp N (%)			Standardipisteiden vaihteluväli			Kuinka moni ylittää 60 sp N (%)				
	keskiarvo (keskihajonta)	Lähtötaso	Seuranta	keskiarvo (keskihajonta)	Lähtötaso	Seuranta	keskiarvo (keskihajonta)	Lähtötaso	Seuranta	keskiarvo (keskihajonta)	Lähtötaso	Seuranta		
	Lähtötaso	Seuranta	Lähtötaso	Seuranta	Lähtötaso	Seuranta	Lähtötaso	Seuranta	Lähtötaso	Seuranta	Lähtötaso	Seuranta		
Vanhempi														
Internaaliset oireet	66,8 (11,1)	59,8 (10,0)	41–93	39–83	21 (77,8)	10 (43,5)	48,9 (9,8)	48,3 (7,4)	34–70	34–67	4 (16)	2 (8)	37,8***	20,3***
Eksternaaliset oireet	69,8 (10,3)	61,9 (9,3)	44–85	41–76	23 (85,2)	15 (65,2)	48,6 (8,4)	48,5 (8,8)	33–64	33–63	3 (12)	2 (8,3)	65,3***	25,8***
Kokonaisoirehdinta	69,1 (10,0)	60,9 (9,5)	42–86	39–79	23 (85,2)	13 (56,6)	47,1 (9,5)	45,5 (8,5)	31–66	27–62	3 (12)	1 (4,2)	65,7***	34,2***
Omahoitaja														
Internaaliset oireet	63,3 (8,7)	65,0 (7,3)	48–91	54–81	21 (70)	18 (78,3)								
Eksternaaliset oireet	64,8 (10,2)	65,9 (8,7)	44–81	43–79	21 (70)	19 (82,6)								
Kokonaisoirehdinta	64,7 (8,0)	66,4 (7,3)	46–83	49–75	21 (70)	19 (82,6)								
Opettaja														
Internaaliset oireet	63,4 (8,4)	58,5 (5,8)	38–81	48–68	19 (70,3)	11 (50)	46,9 (9,8)	48,1 (8,7)	37–68	37–65	3 (12)	2 (8,7)	43,0***	22,1***
Eksternaaliset oireet	66,7 (11,7)	60,7 (8,9)	41–85	41–79	19 (70,4)	12 (54,5)	49,0 (8,5)	48,0 (7,2)	41–65	41–66	4 (16)	1 (4,3)	38,2***	28,1***
Kokonaisoirehdinta	66,6 (10,6)	60,1 (6,2)	41–85	46–73	21 (77,8)	12 (54,5)	47,0 (9,9)	47,1 (7,9)	32–66	33–70	4 (16)	1 (4,3)	47,5***	37,4***
Koulusopeutus														
Koulusopeutus	38,7 (10,5)	43,3 (6,8)	0–55	35–57	1 (3,3)	0 (0)	53,8 (8,6)	52,7 (7,6)	36–66	36–64	0 (0)	0 (0)	31,2***	17,8***



Kuva 2. Internaalisen oirehdinnan pisteiden keskiarvot tutkimuksen lähtötasossa ja seurannassa kohde- ja verrokkiryhmissä opettajan ja vanhempien arvioimana, $p < 0,04$



Kuva 3. Kokonaismoirehdinnan standardipisteiden keskiarvot tytöillä ja pojilla tutkimuksen lähtötasossa ja seurannassa kohde- ja verrokkiryhmissä opettajan arvioimana, $p < 0,02$



Kuva 4. Kouluopeutuvuuden pistemäärän keskiarvot tutkimuksen lähtötasossa ja seurannassa kohde- ja verrokkiryhmissä opettajan arvioimana

Pohdinta

Intensiivihoidon asiakaskunta

Tutkimuksen mukaan intensiivihoidon näyttäisi valikoituvan hoitomallin alkuperäisen tavoitteen mukaisesti voimakkaasti oirehtivia lapsia. Kohderyhmän psyykkisen oirehdinnan prevalenssi oli huomattavan korkea ja vastasi niiden sijoitetujen lasten psyykkisestä oirehdinnasta tehtyjen tutkimusten tuloksia, joissa oli korkea prevalenssi (Pasanen 2001; Tarren-Sweeney 2008). Kansainvälisessä tutkimuksessa on havaittu sijoitetujen lasten psyykkisen oirehdinnan vaihtelevan 23 ja 84 prosentin välillä (Hodges 2005; Leslie & al. 2004; Pasanen 2001; Shin 2005; Simsek & al. 2007; Sullivan & van Zyl 2008; Tarren-Sweeney 2008). Tässäkin tutkimuksessa hoidon alkuvaiheessa psyykkisen oirehdinnan prevalenssi oli hoidon loppuvaihetta korkeampi, joten voitaisiin ajatella erojen kansainvälisissä tutkimuksissa raportoiduista psyykkisen oirehdinnan prevalensseista johtuvan osittain myös siitä, missä vaiheessa sijoitusta psyykkistä oirehdintaa on mitattu. Myös sillä saattaa olla vaikutusta tuloksiin, kuka lapsen psyykkistä oirehdintaa on arvioinut.

Verrokkiryhmän lasten oirehdintaan verrattuna intensiivihoidossa olevien lasten niin internaalisten, eksternaalisten kuin kokonaisoireidenkin määrä oli suurempi sekä tutkimuksen lähtötasossa että seurantavaiheessa. Lasten psyykinen oirehdinta säilyi hälyttävän korkeana vielä seurantavaiheessa, mutta toisaalta lasten oirehdinta, kuten käytöshäiriöt (Kadzin 1987), tarkkaavaisuuden ja ylivilkkauksen (Taylor & al. 1996) ja erityisesti niiden kombinaatiot (Anderson & al. 1987) ovat luonteeltaankin sellaisia, ettei suuria muutoksia tapahdu lyhyessä ajassa. Lasten oirehdinnan pysyvyys vaihtelee selvästi eri oiremuotojen välillä (Kumpulainen 1998; McGee & al. 1992; Rutter & al. 1976). Pysyviin oirekäyttämisen muotoihin tulisi kiinnittää erityistä huomiota ja antaa sijoitetuille lapsille mahdollisimman paljon tukea ja hoitoa, sillä psyykinen oirehdinta on yksi riskitekijä sille, että lapsi sijoitetaan myöhemminkin kodin ulkopuolelle. Eniten yhteydessä myöhempään sijoitukseen ovat lapsen ulospäin suuntautuvat oireet: yli kolmannes eksternaalisesti oirehtivista lapsista sijoitetaan myöhemmin uudelleen, seuraavaksi eniten vaikuttavat internaaliset oireet ja vasta viimeiseksi vakava psykiatrinen sairaus (Park & al. 2007). Lapsi saattaa psyykkisen oirehdintansa ja sijoitusten myötä joutua itseään pahentavaan kehään, jossa sijoitus lisää mielenterveysongelmien määrää ja vastaavasti psyykinen oirehdinta vaikuttaa sijoituksen onnistumista ja tekee sijoituksista katkonaisia (Leathers 2006; Oosterman & al. 2007). Jotta näin ei tapahtuisi, täytyy sijoituskäytäntöjä muokata lapsen tarpeita paremmin vastaaviksi. Jatkuvuus ja pysyvyys aktiviteeteissa ja ihmissuhteissa on varmistettava (Puustinen-Korhonen & Pösö 2010) sekä tuettava kognitiivista (Ahonen & Aro 1999) ja psykososiaalista (Rutter 1989) kehitystä. Huolestuttava tulos useassa tutkimuksessa (ks. esim. Leslie & al. 2004; Shin 2005) on se, että moni apua tarvitseva lapsi jää mielenterveyspalveluiden ulkopuolelle tai niiden saatavuus vaihtelee huomattavan paljon lapsen asuinkunnan mukaan (Tuori & al. 2006).

Aiemman tutkimustiedon kanssa (Price & Brew 1998) yhtenevästi kohderyhmän koulusopeutuvuus, johon sisältyivät akateeminen suoriutuminen, ahkeruus koulutyössä sekä käytös ja oppimiskyky muihin oppilaisiin verrattuna, oli verrokkiryhmän koulusopeutuvuutta alhaisempi sekä tutkimuksen lähtötasossa että seurannassa. Erityisluokalla olevien itsetunto on tutkitusti

tavallisella luokalla olevien lasten itsetuntoa heikompi, mikä puolestaan lisää psyykkisen sairastumisen riskiä (Anctil & al. 2007). Tässä tutkimuksessa kohderyhmän lasten psyykkisen oirehdinnan määrä ei vaihdellut sen mukaan, onko lapsi tavallisella luokalla vai erityisluokalla. Kohderyhmässä koulusopeutuvuus oli kuitenkin nousevassa suunnassa lähtötason ja seurannan välillä, ja positiivinen muutos kohderyhmän koulusopeutuvuudessa saattaisi vaikuttaa myös kokonaisoirehdinnan vähenemiseen koulun ollessa niin merkittävä osa lasten elämää. Kouluun sopeutumisen tukeminen voisi toimia merkittävänä myöhempää hyvinvointia suojaavana tekijänä kohderyhmän lapsille.

Kohderyhmän vanhemmilla oli keskimäärin matalampi sosioekonominen status kuin verrokkiryhmän vanhemmilla. Tässä tutkimuksessa lasten psyykkisen oirehdinnan prevalenssi ei kuitenkaan vaihdellut sen mukaan, mikä vanhemman sosioekonominen status oli, joten erot sosioekonomisen statuksen suhteen eivät selitä sitä, että intensiivihoidossa olevilla lapsilla oli enemmän psyykkistä oirehdintaa.

Tutkimuksen rajoitukset ja ehdotukset jatkotutkimusta varten

Tutkimuksessa on sen tuloksista huolimatta joi-takin rajoitteita. Suuremmalla otoskoolla olisi ehkä saatu paremmin yleistettävissä olevia tuloksia. Nyt tilastollisesti merkitsevästä oirehdinnan vähenemisestä huolimatta olivat erot oirehdinnan pistemäärissä todellisuudessa pieniä, joten suuremmalla otoskoolla olisi voinut saada luotettavuutta lisää. Tällöin olisivat myös erot oirehdinnan määrässä sukupuolen, luokkamuodon tai vanhempien sosioekonomisen statuksen suhteen saattaneet tulla näkyvämmiksi. Myös erot psyykkisen oirehdinnan määrässä lapsen ikään liittyen olisivat saattaneet tulla näkyviin suuremmalla otoskoolla tai mikäli otoksen ikähaitari olisi ollut suurempi. Seurannan pituuden voidaan katsoa riittäväksi, sillä CBCL:n täyttövälin vähimmäispituutena pidetään kuutta kuukautta (Achenbach 1991a). Kuitenkin pidemmällä seurantavälillä olisi kenties oirehdinnan muutos lähtötasoon nähden tullut vielä näkyvämmäksi ja omahoitajien arviot luotettavimmiksi.

Kato lähtötason ja seurannan välillä on saatanut vaikuttaa tuloksiin, mikäli päätökseen jätetään vastaamatta on vaikuttanut jokin yhteinen se-littävä tekijä, kuten lapsen oirehdinnan arvioi-

minen seurantavaiheessa edelleen yhtä korkeaksi tai korkeammaksi kuin lähtötasossa. Sosiaalisesti suotavan vastaustyylin vaikutukset on otettava myös huomioon ja tulkittava tuloksia varovaisesti. Vanhempien ja opettajien vastauksissa tuli esille hoidon oirehdintaa tasaava vaikutus, mutta omahoitajien vastauksissa ei näkynyt oirehinnan laskua lähtötason ja seurannan välillä. Tulos on yhtenevä aiemman tutkimuksen kanssa, jossa havaittiin, että vanhemmat ja lapset itse arvioivat hoidon vaikutusta positiivisemmin kuin hoitohenkilökunta (Knorth & al. 2008). Tämän tutkimuksen tulosta saattaisi selittää se, että omahoitaja ei vielä tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa, kun lapsen hoitoon tulosta on kulunut kuu-kausi, tunne lasta kovin hyvin. Lisäksi lapsi tullessaan hoitoon yrittää käyttäytyä mahdollisimman hyvin ja on ikään kuin vieraskorea. Sen sijaan seurantavaiheessa, kun hoitoon tulosta on kulunut vuosi, tuntee omahoitaja lapsen hyvin, ja lapsi on uskaltanut turvallisesti muodostuneessa ympäristössään näyttämään paremmin huonoa oloaan kaikkine oireineen. Sonya Leathersin (2006) tutkimuksessa todettiin, että mitä enemmän sijaisvanhemmat arvioivat lapsella olevan eksternealisia oireita, sitä todennäköisemmin lapsi on myöhemmin sijoitettuna laitokseen, joten positiivisen muutoksen vanhempien arvioissa voisi ajatella tukevan kotiuttamista. Koska omahoitajien vastauksissa ei näkynyt oirehinnan vähenemistä, voidaan ajatella heidän vastanneen lomakkeisiin havaintojensa pohjalta pikemmin kuin tukeakseen tutkimuksen onnistumista.

Opettajien arvioita oirehinnasta voidaan siinä mielessä pitää luotettavimpina, että lapsen asuinpaikan muutos ei ole vaikuttanut kouluun niin suoraan kuin vanhempiin tai omahoitajiin. Lapsi on kenties ollut saman opettajan luokalla jo pitkään, joten kouluolosuhteiden vaihtuvuus ei ole opettajan arvioihin vaikuttavana tekijänä. Lisäksi opettajan arvioihin eivät vaikuta esimerkiksi toiveet lapsen paluusta kotiin, kuten vanhempien arvioihin saattaisi vaikuttaa.

Puutteita oli myös verrokkiryhmän valinnassa, sillä verrokkiryhmään kuuluvat lapset olivat kaikki tavallisilta luokilta ilman lastensuojelutaustaa tai aiemmin todettuja oppimisvaikeuksia. Luokkamuoto ei kuitenkaan vaikuttanut intensiivihoidossa olevien lasten psyykkisten oireiden määrään. Myös vanhempien sosioekonominen status oli verrokkiryhmässä intensiivihoidossa olevien lasten ryhmää korkeampi. Kuitenkaan

tarkasteltaessa pelkästään intensiivihoidossa olevien lasten oirehdintaa huomioitaessa vanhempien sosioekonominen status, ei näiden ryhmien välillä ollut eroa. Ainakaan tällä otoskooalla ei vanhempien sosioekonominen status vaikuttanut oirehintaan, joten erilaisuus verrokki- ja kohde-ryhmän välillä asian suhteen ei merkinne liikaa.

Mikäli verrokkiryhmällä olisi lähtötilanteessa ollut samanlainen psyykkisen oirehinnan profiili kuin kohde-ryhmällä, olisi saatu juuri intensiivihoidon vaikutus paremmin näkyviin. Tässä tutkimuksessa havaittiin, että intensiivihoidossa olevien lasten oirehdinta väheni, mutta muutos saattoi johtua myös olosuhteiden muutoksesta eikä nimenomaisesti intensiivihoidosta hoitomuotona. Jatkotutkimuksissa olisikin hyvä koota verrokkiryhmä esimerkiksi johonkin muuhun lastenkotiin sijoitetuista lapsista, jolloin voitaisiin tarkastella erilaisten interventioiden vaikutusta psyykkiseen oirehintaan.

Suomalaisten normien puuttuessa CBCL-lomakkeista, on intensiivihoidossa olevien lasten oirehinnasta vaikeaa tietää, kuinka kliinisesti hälyttävää se on. Kulttuurierot voisivat vaikuttaa esimerkiksi siten, että Suomessa hyväksytään internaalinen oirehdinta helpommin kuin jossain muussa maassa, joten suhteellisen korkeatkaan pistemäärät eivät olisi niin merkityksellisiä kuin jossakin toisessa kulttuurissa. Mielenkiintoista olisikin standardoida CBCL:n pisterajat suomalaisen kulttuuriin sopiviksi.

Rajoituksista huolimatta tutkimuksessa kyettiin vastaamaan esitettyihin tutkimuskysymyksiin ja tuomaan näkyvämmäksi intensiivihoidossa olevien lasten psyykkistä oirehdintaa sekä sen muutosta hoidon myötä. Tässä tutkimuksessa havaittiin, että intensiivihoidossa olevien lasten psyykinen oirehdinta vähenee jo 11 kuukauden seurantavälillä. Mielenkiintoista olisi tietää myös hoidon pidemmälle kantavat vaikutukset. Suomalaista tutkimusta sijoituksen vaikutuksesta myöhempään elämänlaatuun ei ole. Jatkossa olisikin tähdellistä tutkia, miten sijoitus vaikuttaa psyykkiseen sairastavuuteen tai elämänlaatuun ylipäätään myöhemmin nuoruudessa tai aikuisuudessa.

Sijoitetuilla lapsilla riskitekijöinä psyykkiselle sairastumiselle ovat väkivaltainen käyttäytyminen, heikot sosiaaliset taidot sekä yleisesti ongelmat kaverisuhteissa (Price & Brew 1998; Taussig 2002). Tämä tuli näkyviin myös tässä tutkimuksessa, kun intensiivihoidossa olevien las-

ten koulusopeutuvuus jäi verrokkiryhmää alhaisemmaksi niin lähtötasossa kuin seurannassakin. Koulusopeutuvuutta ja sosiaalisten taitojen kehittymistä olisi mielekästä tukea entisestään hoidon aikana.

Intensiivihoidon lastensuojelupalveluiden jatkuvuuden turvaajana ja lasten sijoittuminen hoidon jälkeen

Suomalaisessa lastensuojelukentässä käynnistynyt siirtymä laitoshoitopainotteisuudesta avo- ja perhehoidon suuntaan edellyttää onnistuakseen myös suuria laitoshoidon rakennemuutoksia. Sijaishoitopaikan, tarjottujen tukitoimenpiteiden ja sosiaalisten suhteiden jatkuvuuden merkitystä on korostettu lapsen kehityksen kannalta (Puustinen-Korhonen & Pösö 2010) ja innovatiivisella laitoshoidolla saattaa olla tulevaisuudessa keskeinen rooli sijaishuollon jatkuvuuden turvaajana. Tutkimus osoitti, että jo 11 kuukauden intensiivisen hoitojakson aikana voidaan saada merkittäviä positiivisia muutoksia voimakkaasti oirehtivien lasten psyykkiseen tilanteeseen. Mikäli perhe- ja perhekotihoidon keinoin aiotaan tulevaisuudessa vastata voimakkaasti oirehtivien lasten hoidon tarpeeseen, tarvitaan uudenlaisia multidimensionaalisia sijaishoidon malleja vähentämään sijoitusten katkeamista (Chamberlain 2003; Westermarck & al. 2007; Whenan & al. 2009). Laitoshoidon kehittäminen määräaikaisen intervallihoidon suuntaan ja tiivis verkostoituminen perhehoitoa tarjoavien hoitotahojen kanssa tarjoaa mahdollisuuden vahvistaa perhehoitoa ja vähentää voimakkaasti oirehtivien lasten sijoitusten katkeamista.

Intensiivihoidojakson jälkeen kotiin palaavien lasten kohdalla tavoitteena on se, että lasta ei tarvitse enää uudelleen sijoittaa. Perheen yhdistämisen suurimmaksi esteeksi on nähty se, että alun perin sijoitukseen johtaneita puutteita vanhem-

muudessa ei pystytty muuttamaan sijoituksen aikana, joten lapset joutuivat palaamaan samankaltaiseen kehitystä vaarantavaan perheympäristöön, joka aikoinaan oli johtanut heidän sijoittamiseensa perheen ulkopuolelle (Bellamy 2008). Viime vuosina kolmannes (34 %) intensiivihoidossa olleista lapsista on palannut määräaikaisen hoitojakson jälkeen kotiin (Tilasto hoidosta läheneistä... 2001–2009) ja jatkohoitoonkin siirtyvillä lapsilla on yleensä tiiviit suhteet kotiin. Kodin ja laitoksen rajavyöhykkeellä toteutuva intensiivihoidon perhetyö jatkuu tarvittaessa lapsen osastohoitojakson päättymisen jälkeen, taroituksena tukea perheen yhdistämisen perusedellytysten, turvallisuuden ja väkivallattomuuden, pysyvyyden ja jatkuvuuden, riittävän emotionaalisen huolenpidon ja ikätasoisista kehitystä tukevan vanhemmuuden toteutuminen (Kimberlin & al. 2009).

Laitoshoidon onnistumista ei pidä arvioida liiankin perusteella, voiko lapsi sen jälkeen muuttua kotiin. Jatkohoitoon menevien lasten oirehdinta on tyypillisesti voimakasta, ja heidän kohdallaan käytösoireiden tasaantumisen ohella ikätasoisesta kehityksen uudelleen käynnistymistä voi pitää yhtenä keskeisenä intensiivihoidojakson tavoitteena. Laaja-alaisista neuropsykiatrisista oiremuodoista, eriytymis- ja minänkehityksen puutteista ja traumatisoitumisesta kärsivien lasten kohdalla psyykkisen integriteetin vahvistuminen, kroonisten yli- ja alivireystilojen tasaantuminen sekä kehitystä estävien neurokognitiivisten erityisvaikeuksien kuntouttaminen on edellytys ikätasoisesta kehityspotentiaalinsa vapautumiselle. Tutkimuksessa todettiin jo vuoden mittaisena seuranta-aikana lasten psyykkisen oirehinnan selvää tasaantumista, joten jo suhteellisen lyhyelläkin laitoshoidojaksolla voidaan vaikuttaa voimakkaasti oirehtivien lasten tilanteeseen ja sitä kautta tukea jatkohoitoon menevien lasten hoidon toteutumista ja jatkuvuutta.

KIRJALLISUUS

- Achenbach, Thomas M.: Manual for the child behaviour checklist/4–18 and 1991 profile. University of Vermont, 1991a
- Achenbach, Thomas M.: Manual for the teacher's report form and 1991 profile. University of Vermont, 1991b
- Ahonen, Timo & Aro, Tuija: Neurokognitiivisen tiedon soveltaminen kehityksen tukemiseen. Teoksessa: Ahonen, Timo & Aro, Tuija (toim.): Oppimisvaikeudet. Juva: WSOY, 1999
- Ancil, Tina M. & McCubbin, Laurie D. & O'Brien, Kirk & Pecora, Peter & Anderson-Harumi, Cheryl A.: Predictors of adult quality of life for foster care alumni with physical and/or psychiatric disabilities. *Child Abuse & Neglect* 31 (2007): 1087–1100
- Anderson, J. & Williams, S. & McGee, R. & Silva, P.: Dsm-III disorders in preadolescent children. *Archives of General Psychiatry* 44 (1987): 69–76
- Attar-Schwartz, Shalhevet: Emotional, behavioral and social problems among Israeli children in residential care: a multilevel analysis. *Children and youth services review* 30 (2008): 229–248
- Bellamy, Jennifer L.: Behavioral problems following reunification of children in long-term foster-care. *Children and Youth Services Review* 30 (2008): 216–228
- Chamberlain, Patricia: The Oregon Multidimensional Treatment Foster Care model: features, outcomes, and progress in dissemination. *Cognitive and Behavioral Practice* 10 (2003): 303–312
- Coleman, Rosalyn & Cassell, Diana: Parents who misuse drugs and alcohol. Teoksessa: Reder, P. & Lucey, C. (toim.): Assessment of Parenting: Psychiatric and Psychological Contributions. Lontoo: Routledge, 1995
- Goodman, Sherryl & Gotlieb, Ian: Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review* 106 (1999): 458–490
- Fergusson, David & Lynskey, Michael: Adolescent resiliency to family adversity. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 37 (1996): 281–292
- Fernandez, Elisabeth: Children's wellbeing in care: Evidence from a longitudinal study of outcomes. *Children and Youth Services Review* 31 (2009): 1092–1100
- Garnezy, Norman: Stress-resistant children: The search for protective factors. Teoksessa: Stevenson, J. (toim.): Recent Research in Developmental Psychology. Oxford: Pergamon Press, 1985
- Heino, Tarja: Keitä ovat uudet lastensuojelun asiakkaat? Tutkimus lapsista ja perheistä tilastolukujen takana. *Työpapereita* 30/2007. Helsinki: Stakes, 2007
- Heino, Tarja: Erityinen lapsuus – erityinen yhteiskunnallinen vastuu Mitä lastensuojelusta tiedetään ja mitä päätöksentekijän pitäisi siitä tietää? Taustamateriaalia sektoritutkimuksen neuvottelukunnalle. Stakes/Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, Tarja Heino (toim.) http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/4700317C-DE2A-417E-B9F0-B263EFC0A18D/14343/THL_selvitys1.pdf, 2009
- Helsingin Diakonissalaitoksen kotisivut; <http://www.hdl.fi/cgi-bin/linnea.pl?document=00010457>
- Hiitola, Johanna: Lastensuojelun avoimuuden asiakkuuksien lisätarkastelu. Jatkoa Tarja Heinin 2007 raportille ”Keitä ovat lastensuojelun asiakkaat”. Helsinki: Stakes, 2007
- Hodges, Jill: Adoption and fostering. *Psychiatry* 4 (2005): 7, 49–53
- Hodges, Jill & Tizard, Barbara: IQ and behavioural adjustment of ex-institutional adolescents. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 30 (1989a): 55–75
- Hodges, Jill & Tizard, Barbara: Social and family relationships of ex-institutional adolescents. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 30 (1989b): 77–97
- Hukkanen, Raija: Psychosocial problems of children placed children's homes, Turun yliopiston julkaisu, D:52, 2002
- Kimberlin, Sara E. & Anthony, Elizabeth K. & Austin, Michael J.: Re-entering foster care: Trends, evidence and implications. *Children and Youth Services Review* 31 (2009): 471–481
- Kadzin, Alan: Treatment of antisocial behavior in children: Current status and future directions. *Psychological Bulletin* 102 (1987): 187–203
- Knorth, Erik J. & Harder, Annemiek T. & Zandberg, Tjalling & Kendrick, Andrew J.: Under one roof: a review and selective meta-analysis on the outcomes of residential child and youth care. *Children and Youth Services Review* 30 (2008): 123–140
- Kumpulainen, Kirsti: Epidemiologiaa. Teoksessa: Räsänen, Eila & Moilanen, Irma & Tamminen, Tuula & Almqvist, Fredrik (toim.): Lasten ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 1998
- Lastensuojelu 2006. Sosiaaliturva 2007. Tilastotiedote 13/2007. Suomen virallinen tilasto. Helsinki: Stakes, 2007
- Leathers, Sonya J.: Placement disruption and negative placement outcomes among adolescents in long-term foster care: The role of behavior problems. *Child abuse & neglect* 30 (2006): 307–324
- Leslie, Laurel K. & Hurlburt, Michael S. & Landverk, John & Barth, Richard & Slymen, Donald J.: Outpatient mental health services for children in foster care: a national perspective. *Child abuse & neglect* 28 (2004): 697–712
- McGee, Rob & Fleehan, Michael & Williams, Sheila & Anderson, Jessie: DSM-III Disorders from age 11 to age 15 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 31 (1992): 50–59
- Minty, Brian: Annotation: Outcomes in long-term foster family care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 40 (1999): 991–999
- Myllärniemi, Annina: Huostaanottojen kriteerit pää-

- kaupunkiseudulla. Selvitys pääkaupunkiseudun lastensuojelun sijoituksista, 7/2006. Helsinki: SOCCA ja Heikki Waris instituutti, 2006
- Oosterman, Mirjam & Schuengel, Carlo & Slot, N. Wim & Bullens, Ruud A. R. & Doreleijers, Theo A. H.: Disruptions in foster care: A review and meta-analysis. *Children and youth services review* 29 (2007): 53–76
- Park, Jung Min & Solomon, Phyllis & Mandell, David S.: Foster care placement among children who received inpatient psychiatric care. *Children and Youth Services Review* 29 (2007): 933–940
- Pasanen, Timo: Lastenkodin asiakaskunta psykiatrisen tutkimus lastenkotilasten kehityksellisistä riski- ja suojaavista tekijöistä, oirehinnasta sekä hoidontarpeesta. Turun yliopiston julkaisuja. Väitöskirja. Turku: Turun yliopisto, 2001
- Price, Joseph M. & Brew, Valerie: Peer relationship of foster children: developmental and mental health service implications. *Journal of applied developmental psychology* 19 (1998): 2, 199–218
- Puustinen-Korhonen, Aila & Pösö, Tarja: Toteutuuko lapsen oikeus pysyviin kasvuolosuhteisiin. Puheenvuoro lastensuojelun vaikuttavuudesta. Lapsiasiavaltuutetun toimiston julkaisuja 2010:3
- Quinton, D. & Rutter, M.: Parents with children in care – I. Current circumstances and parenting. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 25 (1984a): 211–229
- Quinton, D. & Rutter, M.: Parents with children in care – II. Intergenerational continuities. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 25 (1984b): 231–250
- Roy, Penny & Rutter, Michael & Pickles, Andrew: Institutional care: Risk from family background or pattern of rearing. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 41 (2000): 139–149
- Rutter, Michael: Pathways from childhood to adult life. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 30 (1989): 23–51
- Rutter, Michael & O'Connor, Thomas: Implications of attachment theory for child care policies. Teoksessa: Cassidy, J. & Shaver, P. (toim.): *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. New York: The Guilford Press, 1999
- Rutter, Michael & Tizard, Jack & Yule, William & Graham, Philip & Whitmore, Kingsley: Research report: Isle of Wight studies, 1964–1974. *Psychological Medicine* 6 (1976): 313–332
- Scholte, E.: Exploration of criteria for residential and foster care. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 38 (1997): 657–666
- Shin, Sunny H.: Need for and actual use of mental health services by adolescents in the child welfare system. *Children and youth services review* 27 (2005): 1071–1083
- Simsek, Zeynep & Erol, Nese & Öztop, Didem & Münir, Kerim: Prevalence and predictors of emotional and behavioral problems reported by teachers among institutionally reared children and adolescents in Turkish orphanages compared with community controls. *Children and youth services review* 29 (2007): 883–899
- Sullivan, Dana J. & van Zyl, Michiel A.: The well-being of children in foster care: exploring physical and mental health needs. *Children and youth services review* (2008) doi:10.1016/j.childyouth.2007.12.005.
- Tarren-Sweeney, Michael: Retrospective and concurrent predictors of the mental health of children in care. *Children and youth services review* 30 (2008): 1–25
- Taussig, Heather N.: Risk behaviors in maltreated youth placed in foster-care: a longitudinal study of protective and vulnerability factors. *Child abuse & neglect* 26 (2002): 1179–1199
- Taylor, Eric & Heptinstall, Ellen & Chadwick, Oliver & Danckaerts, Marina: Hyperactivity and conduct problems as risk factors for adolescent development. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35 (1996): 1213–1226
- Tilasto hoidosta lähteneistä lapsista ja nuorista vuosilta 2001–2009. Intensiivihoidon arkisto; seurantatilasto
- Tuori, Timo & Sohlman, Britta & Ekqvist, Marko & Solantaus, Tytti: Alaikäisten psykiatrisen sairaalahoidon Suomessa 1995–2004. Raportteja 13/2006. Helsinki: Stakes, 2006
- Ward, Harriet: Patterns of instability: Moves within the care system, their reasons, contexts and consequences. *Children and Youth Services Review* 31 (2009): 1113–1118
- Westermark, Pia Kyhle & Hanson, Kjell & Vinnerlung, Bo: Foster parents in Multidimensional Treatment Foster Care: How do they deal with implementing standardized treatment component. *Children and Youth Services Review* 29 (2007): 442–459
- Whenan, Rachel & Oxlad, Melissa & Lushington, Kurt: Factors associated with foster carer well-being, satisfaction and intention to continue providing out-of-home care. *Children and Youth Services Review* 31 (2009): 752–760
- Wolkind, S. & Rushton, A.: Residential and foster family care. Teoksessa: Rutter, M. & Taylor, E. & Hersov, L. (toim.): *Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches*. Oxford: Blackwell Scientific, 1994.

ENGLISH SUMMARY

Anna Honkinen & Timo Pasanen: Symptoms of children placed in intensive care and changes in symptomatology during care (Intensiivihoidon sijoitettujen lasten oirehdintä ja sen muuttuminen hoidon aikana)

The prevalence of psychological symptoms among children placed in intensive care is noticeably higher than in the rest of the population. The occurrence of psychological symptoms is influenced by a number of biological, psychological and environmental risk and protective factors. Children in foster care have received extensive research, but most of this work has been descriptive. There is still a scarcity of follow-up research on changes in symptomatology among these children. This study set out to examine the psychological symptoms exhibited by children placed in intensive care and changes in their symptoms using two questionnaires (CBCL and TRFT) at the outset of care and 1–17 months later as part of an impact study launched in 2007 by the Helsinki Deaconess Institute.

The target group consisted of all 30 (6 girls and 24 boys) Finnish-speaking children aged 7–12 placed in intensive care under the Helsinki Deaconess Institute and admitted into treatment between January 2007 and March 2009. In addition a control group of 25 children (6 girls and 19 boys) was recruited from two schools in Helsinki between January 2008 and September 2009. The children in the control group were Finnish-speaking and of the same age as the children in the target group, but had no earlier learning difficulties and no foster care background.

According to the results the children admitted to intensive care all showed strong symptoms, as was the original purpose of the intensive care concept. At baseline the prevalence of psychological symptoms in the target group ranged from 70 to 85.2 per cent, at follow-up the figures were between 43.5 and 82.6 per cent. Earlier studies in Finland and elsewhere have reported results indicating similarly high levels of symptomatology. Compared to the symptoms seen in the control group, the amount of internal, external and overall symptoms among children in intensive care was significantly higher both at baseline and at follow-up. In keeping with earlier results, the target group children's adaptability to school, including their academic achievement, effort put into schoolwork, and behaviour and learning ability compared to other children, was lower than in the control group, both at baseline and at follow-up. The prevalence of psychological symptoms did not vary according to parental socio-economic status. The responses received from parents and teachers indicated that the intensive care programme had the effect of reducing symptoms. However the responses from the children's named carers did not indicate a decrease in the amount of symptoms from baseline to follow-up. The results give some cause for concern in that the level of psychological symptomatology remained high even at follow-up.

Keywords: intensive care, psychological symptoms, children