



Lapsen kiintymyssuhdehäiriön tunnistaminen ja hoito

Lotta Jaakkola

Riina Kervola

Opinnäytetyö, AMK

Lokakuu 2024

Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma (AMK)

Jaakkola, Lotta & Kervola, Riina

Lapsen kiintymyssuhdehäiriön tunnistaminen ja hoito

Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Lokakuu 2024, 38 sivua.

Terveys- ja hyvinvointialat. Sairaanhoidajan tutkinto-ohjelma. Opinnäytetyö AMK.

Julkaisun kieli: suomi

Julkaisulupa avoimessa verkossa: kyllä

Tiivistelmä

Kiintymyssuhdehäiriö kuvaa oirekokonaisuutta, joka ilmenee sosiaalisen vuorovaikutuksen vaikeuksina. Kiintymyssuhdehäiriö muodostuu varhaislapsuudessa koetusta emotionaalisesta traumasta, kuten hoivan merkittävästä laiminlyönnistä, hyväksikäytetyksi tulemisesta tai hoitajan jatkuvasta vaihtumisesta. Varhaisessa iässä tapahtunut traumatisoituminen aiheuttaa vaurioita aivojen kehitykselle ja vaikuttaa henkilön tapaan käsitellä tapahtumia tai ilmaista niihin liittyviä tunteita.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kuinka tunnistaa ja hoitaa kiintymyssuhdehäiriöitä. Tavoitteena oli luoda tutkitun tiedon pohjalta tiivis koonti aiheesta sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille, jotka kohtaavat työssään lapsia ja heidän perheitään. Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Tutkimusaineistoon kuului yhteensä seitsemän tutkimus artikkelia. Aineisto analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla.

Opinnäytetyön tulokset täydensivät sekä vahvistivat teoriaosuutta. Lapsen kiintymyssuhdehäiriö tunnistetaan oireiden ja tiedossa olevan taustan perusteella. Tarvittava tieto saadaan lasta ja hänen huoltajiaan haastattelemalla. Kiintymyssuhdehäiriön tunnistamista varten on kehitetty useita menetelmiä. Tunnistaminen edellyttää sen, että lapsen kiintymyssuhdemalli on huomioitu. Kiintymyssuhdehäiriön hoidossa keskitytään oireiden lievittämiseen ja traumaattisten tapahtumien käsittelemiseen. Erilaisia hoitomuotoja on useita, ne voivat olla suunnattu lapselle, vanhemmalle tai heidän välisensä suhteen hoitamiseen.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että riskitekijöillä ja niiden havaitsemisella on suuri merkitys. Jos riskitekijöitä on useita, lapsi voi hyötyä ennaltaehkäisevästä hoidosta ja keskustelusta, ennen varsinaisen kiintymyssuhdehäiriön syntyä. Vanhempien kommunikoinnilla ja vuorovaikutuksella on merkittävä vaikutus kiintymyssuhdehäiriön syntymiseen.

Avainsanat (asiasanat)

Kiintymyssuhde, kiintymyssuhdehäiriö, hoitomenetelmät, tunnistaminen.

Muut tiedot (salassa pidettävät liitteet)

-

Jaakkola, Lotta & Kervola, Riina

Recognition and treatment of a child's attachment disorder

Jyväskylä: JAMK University of Applied Sciences, October 2024, 38 pages.

Healthcare and Nursing. Degree Program Nursing, Bachelor's thesis.

Permission for open access publication: Yes

Language of publication: Finnish

Abstract

Attachment disorder describes symptoms that occurs as difficulties in social interactions. Attachment disorder forms from an emotional trauma, experienced in early childhood, such as neglective care, exploitation and continuous change in guardian. Trauma expired in early childhood causes brain development damage and affects persons way of process thinking and emotions.

The purpose of this thesis was to find out how to recognize and treat attachment disorders. This thesis aims to create an informative study-based compaction for healthcare professionals. This thesis was executed as a descriptive literature review. The research material includes seven studies, that were analyzed using inductive content analyze method.

The result of this thesis confirms and supplements the theory part. Attachment disorders are recognized and diagnosed by patient's symptoms and anamnesis. The information is gathered interviewing the patient and their parents. Diagnose requires that the attachment style has been recognized. Many methods have been developed to diagnose attachment style. Treatments focuses on easing the symptoms and process the traumatic events. There are many different forms of treatments for children, their parents and their relationship.

In conclusion, this study shows how risk factors and acknowledging them has a major impact. Patient may benefit of preventative treatment and discussion if they have multiple risk factors. How parents communicate and interact also has a massive impact on children's attachment style and whether attachment disorders develops or not.

Keywords/tags (subjects)

Psychological Bonding, attachment disorder, treatments, recognition

Miscellaneous (Confidential information)

-

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Mielenterveys	4
2.1	Lasten mielenterveyden häiriöt	4
2.2	Lapsi ja kehitystasohyppäys	5
3	Kiintymyssuhde	6
4	Kiintymyssuhdehäiriö	10
4.1	Reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö (RAD)	10
4.2	Reaktiivisen kiintymyssuhdehäiriön estoton muoto (DSED)	11
5	Kiintymyssuhdehäiriön oireet ja tunnistaminen	12
6	Kiintymyssuhdehäiriön hoito	14
7	Tarkoitus ja tavoite	16
8	Opinnäytetyön toteutus	16
8.1	Tutkimusmenetelmänä kirjallisuuskatsaus	16
8.2	Aineiston haku ja valintakriteerit	17
8.3	Aineiston analyysi.....	21
9	Tulokset	23
9.1	Kiintymyssuhdehäiriön tunnistaminen	24
9.2	Kiintymyssuhdehäiriön hoito	27
10	Pohdinta	29
10.1	Tulosten tarkastelu.....	30
10.2	Eettisyys ja luotettavuus	31
10.3	Johtopäätökset.....	32
Lähteet	33
Liitteet	37
	Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset ja artikkelit	37

Kuviot 38

Kuvio 1. Kiintymyssuhdemallit (Tokola & Airo 2024.)..... 8

Kuvio 2. Kirjallisuuskatsaus kaavio Finkin (2005: 54) mallin mukaan. (Salminen 2011.)..... 17

Kuvio 3. Pää- ja yläluokat 23

Taulukot

Taulukko 1. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit 18

Taulukko 2. Tiedonhakuprosessi..... 20

Taulukko 3. Esimerkki analyysiprosessista..... 22

1 Johdanto

Kiintymyssuhdehäiriö kuvaa oirekokonaisuutta, jossa ilmenee vuorovaikutuksen, tunne-elämän sekä käyttäytymisen haasteita. Kiintymyssuhdehäiriö lisää riskiä sairastua myöhemmin masennukseen tai muihin mielenterveysongelmiin, jonka vuoksi kiintymyssuhdehäiriöiden oikea-aikainen tunnistaminen ja hoito ovat tärkeitä. Kiintymyssuhdehäiriö kehittyy varhaislapsuudessa lapsen ja hänen pääsääntöisen hoivaajansa kiintymyssuhteen muodostuessa turvattomaksi, esimerkiksi laiminlyönnin seurauksena. Nykypäivänä vanhempien läsnäolo lapselle vähenee esimerkiksi lisääntyneen ruutuajan sekä yhä urakeskeisemmän ja vaativamman työelämän myötä. Vähentynyt läsnäolo ja sosiaalinen kanssakäyminen vaikuttavat negatiivisesti lapsen ja vanhemman väliseen kiintymyssuhteeseen. Lasten käytöshäiriöt luokitellaan usein tarkkaavuuden häiriöihin tai autismin kirjoon, vaikka häiriökäyttäytymisen taustalla saattaisikin olla kiintymyssuhdehäiriön aiheuttamaa psyykkistä oireilua. Kiintymyssuhdehäiriö voi olla lapsen monimuotoisen psyykkisen oireilun taustalla diagnosoimatta tai tunnistamatta, jolloin varsinainen syy oireiluun jää kokonaan hoitamatta. (Raaska & Pihlakoski 2017.) Mielenterveyden häiriöillä ja niiden hoidolla on korkeat kustannukset yhteiskunnalle, muun muassa pitkien hoitajaksojen, sekä sairauslomien lisääntymisen vuoksi. Mielenterveysongelmia ehkäisemällä ja varhaisella tunnistamisella kustannuksia voitaisiin pienentää. Mielenterveydenhäiriöitä tunnistetaan koko ajan paremmin, joka edistää niiden yhä varhaisempaa hoidon aloitusta. Toisaalta oikea aikaiseen hoitoon pääsyä hankaloittaa tällä hetkellä mielenterveyspalvelujen ruuhkautuminen. (Valtioneuvosto 2023.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kiintymyssuhdehäiriöiden tunnistettavuutta ja hoitomuotoja sekä perehtyä kiintymyssuhdehäiriöiden monimuotoiseen oirekuvaan ja liitännäissairauksiin. Tavoitteena on luoda tutkitun tiedon pohjalta jäsenelty tiivis koonti aiheesta sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille, jotka kohtaavat työssään lapsia ja heidän perheitään tai muita huoltajia. Tietoa kiintymyssuhdehäiriöstä ei ole riittävästi ammattilaisten keskuudessa, jotta tilanteita pystyttäisiin tunnistamaan ja hoitamaan oikealla tavalla tarpeeksi varhaisessa vaiheessa. Aihe on mielenkiintoinen ja monipuolinen, koska sen avulla voidaan saada lisää tietoa ja keinoja ennaltaehkäistä liitännäissairauksia, kuten masennusta, joka on ollut kasvussa Suomessa viime vuosina.

2 Mielensterveys

Mielensterveys käsitteenä on moninainen, mutta Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan sen voi määrittellä ihmisen hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn perustana (Mielensterveys N.d.). Se on erottamaton osa ihmisen terveyttä, ja Euroopan Unionin Komissio on luonut uuden lähestymistavan, jossa tunnustetaan mielensterveyteen liittyvän paljon muutakin kuin terveys. EU:n Komission tiedonannossa mielensterveyteen on liitetty mm. koulutus, digitalisaatio ja työllisyys sekä ympäristö. (Euroopan Komissio 2023.) Mielensterveys ei tarkoita pelkästään hyvää mielialaa tai ongelmattomuutta, koska jokaisen elämään kuuluu myös haasteellisia hetkiä. Pettymykset, menetykset, pelko ja suru ovat normaaleja tunteita, jotka vaikuttavat mielensterveyteen. Ne eivät automaattisesti tarkoita mielensterveydenhäiriötä. Mielensterveydenhäiriöistä puhutaan silloin kun mieliala, tunteet tai käyttäytyminen rajoittavat huomattavasti elämää. Nykyään erilaiset mielensterveysongelmat ovat hyvin yleisiä ja niiden tunnistaminen on kehittynyt. Emotionaalinen trauma, kuten muutkin traumat, on haitallinen mielensterveydelle ja voi johtaa kiintymyssuhdehäiriöön. (Toimitus 2022.)

2.1 Lasten mielensterveyden häiriöt

Mielensterveyden häiriötä ja niiden haasteita voi yhtä lailla esiintyä myös lapsilla. Lapsen mielensterveyteen voi vaikuttaa voimakkaasti elämänmuutokset sekä perheen sisäiset haasteet. Näitä voivat olla muutto, vanhempien ero, menetykset, kiusaaminen, haastava suhde vanhempiin, oma tai läheisen sairastuminen tai kuolema. Näistä syistä lapselle voi muodostua sopeutumishäiriö, joka on elämäntilanteeseen liittyvä reaktiivinen häiriö. Kun on kyse sopeutumishäiriöstä, lapsen omat voimavarat eivät riitä tilanteessa jaksamiseen ja se heikentää toimintakykyä. Lapsen sopeutumishäiriö voi johtaa muihin mielensterveydenhäiriöihin, kuten esimerkiksi masennukseen tai ahdistuneisuushäiriöön. Sopeutumishäiriö oireilee samalla tavalla kuin muutkin mielensterveyden häiriöt. Siihen voi liittyä erilaisia tunne-elämän oireita, joita ovat ahdistuneisuus, masentuneisuus ja psyykosomaattiset oireet. Käyttöoireilua voi ilmetä esimerkiksi levottomuuden muodossa, käytöksen taantumista, jota voi olla yökastelu tai takertuva käyttäytyminen. Sopeutumishäiriöstä on eri ilmenemismuotoja. Näitä ovat; lyhyt masennusreaktio, pitkittynyt masennusreaktio, sekamuotoinen ahdistus- ja masennusreaktio, muuna tunne-elämän häiriönä ilmenevä sopeutumishäiriö, käyttöhäiriönä ilmenevä sopeutumishäiriö, sekamuotoinen tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriö sekä muuna oireiluna ilmenevä sopeutumishäiriö. (Toimitus 2022; Luoma 2022.)

Vanhempien ja kasvuympäristön merkitys on tärkeässä roolissa kiintymyssuhteen muodostumisessa. Vanhempien välinen sekä lapsen ja vanhemman välinen vuorovaikutussuhde näyttää lapselle mallin siitä, millainen vuorovaikutus ja kiintymyssuhde on. Heikon kiintymys- tai vuorovaikutussuhteen seurauksena lapselle voi muodostua vääristynyt malli, jonka mukaan hän toimii. Tällä voi olla vaikutusta lapsen kehitykseen sekä mielenterveyteen ja se voi olla riskitekijänä muille mielenterveyden haasteille. (Tokola & Airo 2024; Suokas-Cunliffe & Maaranen 2014.)

2.2 Lapsi ja kehitystasohyppäys

Tässä opinnäytetyössä keskiössä oleva termi, lapsi, tarkoittaa alakouluikäistä. Nämä ovat kiintymyssuhteen muodostumisen kriittisimmät ikävuodet. Vauvaiässä, eli ikäkuukausina 0–12 kk, tapahtuu useampi uudelleenorganisoidumisen vaihe, joita kutsutaan myös kehitystasohyppäyksiksi. Kehitystasohyppäys tarkoittaa merkittävää muutosta lapsen tunne-elämässä ja ominaisuuksissa, kuten biologisissa, kognitiivisissa ja vuorovaikutuksellisissa ominaisuuksissa. Kehitystasohyppäykset jatkuvat aina ikäkuukausiin 13–36 asti eli taaperoiän loppuun saakka. Taaperoiäksi kutsutaan 1–3 ikävuotta. (Korhonen 2021; Mäntymaa & Tamminen 1999.)

Kiintymyssuhteen muodostaminen on lapsen ensimmäisen elinvuoden merkittävin kehitystehtävä. Vauvaiässä eli 0–1 ikävuoden aikana lapsen temperamentti alkaa muotoutua. Temperamentilla tarkoitetaan lapsen ominaista tapaa käyttäytyä ja reagoida. Sen muodostumiseen vaikuttavat perinnölliset tekijät ja se on varsin pysyvä. Siihen kuitenkin vaikuttaa myös lapsen muodostuva persoonallisuus ja minäkuva, joihin vaikuttavat vahvasti ympäristö, jossa lapsi kasvaa. Tähän ikävaiheeseen kuuluu vuorovaikutuksen ja kiintymyksen kehittyminen, koska pieni lapsi tarvitsee hoivaa ja huolenpitoa. Jos lapsella on turvallinen suhde ensisijaiseen hoivaajaansa, hän voi alkaa muodostaa selviytymiseen liittyviä välttämättömiä taitoja. Turvallisen kiintymyssuhteen puuttuminen vaikuttaa näiden taitojen lisäksi myös sosiaalisten taitojen kehittymiseen. Sosiaaliset taidot alkavat kehittyä pian syntymisen jälkeen. Pieni lapsi kommunikoi ja reagoi ympäristöönsä aluksi itkun ja ilmeiden avulla. Silloin muodostuu lapsen perusluottamus ja vuorovaikutuksen perusteet, myös itseluottamus alkaa muodostua. Jos kiintymyssuhde hoivaajaan on heikko ja epävarma, se voi näkyä lapsessa epävarmuutena ja luottamuksen puutteena. (Korhonen 2021.)

Lapsen ollessa taaperoiässä kehitystä tapahtuu useilla eri osa-alueilla. Lapsen liikkuminen monipuolistuu ja uusia taitoja kehittyy jatkuvasti. Kiinnostus ympäristöön, uusiin asioihin sekä muihin lapsiin on lisääntynyt. Myös puhe ja kommunikointi kehittyvät. Taaperoikäinen lapsi pystyy ilmaisemaan monipuolisemmin erilaisia tunteita, joita myös tulee koko ajan enemmän vastaan. Näitä ovat esimerkiksi uhman ja epäonnistumisen tunteet. Uudet tunteet voivat aiheuttaa myös haasteita, koska lapsi saattaa kokea häpeää ja epävarmuutta omasta tekemisestään sekä tunteistaan. Lapsi pystyy nyt myös ilmaisemaan laajemmin hankalia tunteitaan, liittyen kiintymyssuhteeseen vanhempia kohtaan tai yksinjäämisen pelkoon. Tälle ikäkaudelle tyypillisiä haasteita voivat olla vanhempaan voimakas takertuminen, muiden ihmisten vierastaminen tai mustasukkaisuus. Nämä voivat näkyä käytännön haasteina nukkumisessa tai syömisessä. (Korhonen 2021.)

3 Kiintymyssuhde

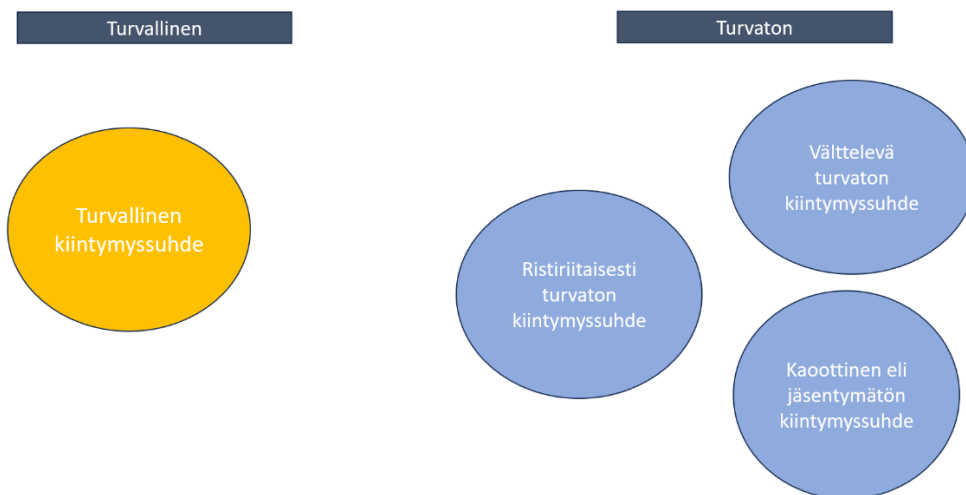
Kiintymyssuhde tarkoittaa lapsen ja vanhemman välille syntyvää tunnesuhdetta (Kiintymyssuhde 2023). Opinnäytetyössä puhumme vanhemmista, joka käsittää biologiset vanhemmat, sijaisvanhemmat tai lapsen muut huoltajat. Kiintymyssuhdehäiriö voi liittyä molempiin vanhempiin tai vain toiseen vanhempaan. Kiintymyssuhde voi muodostua myös muiden kuin vanhemman ja lapsen välille, esimerkiksi isovanhempiin. Kiintymyssuhdemalleja on erilaisia, ja ne kuvaavat lapsen sisäistettyä mallia maailmasta ja ihmissuhteista. Lapsilla on synnynnäinen tarve suuntautua toista ihmistä kohti, koska aikuisen turva ja kiintymyssuhteen muodostuminen on ensisijainen tarve. Kiintymyssuhteen lähtökohdaksi on pienen lapsen keino varmistaa suhde läheiseen aikuiseen, jotta hän voi luottaa hoidon ja hoivan jatkumiseen. Lapsi on silloin täysin hoitavan aikuisen varassa ja käyttäytymisellä on selkeä biologinen perusta. Tätä voidaan kutsua aivojen kokemusta odottavaksi kypsymiseksi. Se tarkoittaa sitä, että aivojen tietyissä kehitysvaiheissa on saatava riittävä määrä siihen kehitysvaiheeseen kuuluvia kokemuksia, jotta normaali häiriötön kehitys jatkuisi. Lapsen ja vanhemman välisessä kiintymyssuhteessa tulisi saada riittävästi turvallisen vuorovaikutuksen kokemuksia, jotta turvallinen kiintymyssuhde voi muodostua. (Kiintymyssuhdemallit 2023; Tokola & Airo 2024; Sinkkonen 2004.)

Kiintymyssuhde muodostuu sen mukaan, miten aikuinen tunnistaa tai reagoi vauvan tunteisiin ja tarpeisiin. On hyvin harvinaista, että kiintymyssuhde vanhempaan jää kokonaan muodostumatta.

Yleensä aina syntyy jonkinlainen kiintymyssuhde, vaikkei se olisi turvallinen. Saamiensa kokemusten perusteella lapsi suosii käytöstä, jolla hän saa vanhemman huomion ja välttää käyttäytymistä, joka vie vanhemman kauemmaksi hänestä. Näin syntyy työskentelymalleja, tiedostamattomia psyykkisiä rakenteita, jotka ohjaavat myös tulevaa käyttäytymistä. Ihmisen tarve saada läheisyyttä ja turvaa ei rajoitu vain lapsuuteen, vaan jatkuu läpi elämän. Myöhemmässä iässä ihmissuhteisiin vaikuttaa huomattavasti lapsuudessa sisäistetyt kiintymyssuhdemallit ja lapsen kiintymyssuhdehäiriön vaikutus laajentuu aikuisuuteen asti. (Kiintymyssuhdemallit 2023; Tokola & Airo 2024; Sinkkonen 2004.)

Kiintymyssuhdemallit ovat luokiteltu neljään kategoriaa, joista yksi on turvallinen, kaksi turvattomia ja yksi jäsentymätön kiintymyssuhde. Kiintymyssuhdemalliksi kutsutaan sisäistettyä mallia, joka on syntynyt lapsen ensimmäisten kiintymyssuhteiden perusteella. Varhaiset kiintymyssuhdemallit syntyvät jo ensimmäisien vuosien aikana ja ovat lähtökohtaisesti pysyviä. Lapsena muotoutunut kiintymyssuhdemalli laajenee myöhemmin muihinkin ihmissuhteisiin, kuin vanhemman ja lapsen väliseen suhteeseen. Opittu vuorovaikutusmalli toistuu usein myös aikuisuudessa seurustelusuhhteessa tai omassa vanhemmuudessa. (Sinkkonen 2004; Tokola & Airo 2024.)

Kiintymyssuhdemallit ja -käyttäytyminen tulevat esiin stressaavissa tilanteissa, esimerkiksi epävarmuutta ja pelkoa kokiessa. Kiintymyssuhdemallit aktivoituvat läheisissä ihmissuhteissa, elämän siirtymävaiheissa, kuten parisuhteen muutoksissa tai oman lapsen syntyessä. Kiintymyssuhdemallit siirtyvät herkästi sukupolvelta seuraavalle. On ymmärrettävää, että tasapainoisilla aikuisilla on paremmat lähtökohdat kasvattaa turvallisesti kiintyneitä lapsia, jolloin työskentely- sekä kiintymyssuhdemallit pysyvät samoina. Turvattomista kiintymyssuhteista lähtöisin olevat lapset joutuvat näkemään enemmän vaivaa turvallisen ihmis- ja kiintymyssuhteen rakentamiseen. (Kiintymyssuhdemallit 2023; Tokola & Airo 2024; Sinkkonen 2004.)



Kuvio 1. Kiintymyssuhdemallit (Tokola & Airo 2024.)

Turvallisessa kiintymyssuhteessa lapsi on saanut kasvaa turvallisessa ympäristössä, jossa hän on saanut ilmaista tunteitaan, sekä niihin on vastattu johdonmukaisesti ja myötätuntoisesti. Lapsi on pystynyt turvallisesti kiintymään häntä hoitaviin aikuisiin. Stressaavissa tilanteissa lapsi on voinut ilmaista hätänsä olettaen, että häntä ymmärretään ja autetaan. Aikuisena turvallinen kiintymyssuhde ilmenee luottamuksena toisiin ihmisiin, sekä rohkeutena ilmaista omia tunteitaan olettaen, että hän tulee kuulluksi ja ymmärretyksi tilanteeseen soveliaalla tavalla. Turvallisesti kiintyneet lapset osaavat käyttää ihmissuhteissaan sekä järkeä, että tunnetta. (Sinkkonen 2004; Tokola & Airo 2024.)

Ristiriitaisesti turvattomassa kiintymyssuhdemallissa lapsella on kokemus impulsiivisesta ja epäjohdonmukaisesta hoivaajasta, jolloin lapsi ei ole osannut ennakoida aikuisen käyttäytymistä tai tunnereaktioita. Lapsi on kokenut kasvuympäristössään uhkaa ja vaaran tunnetta, joilta hän ei ole osannut suojautua. Tällaisessa tilanteessa lapsi pyrkii käyttäytymään niin, ettei aiheuta aikuisessa negatiivista reaktiota. Tai vastaavasti toiminut provosoivasti häiritsevällä käyttäytymisellä tai rai-vokohtauksilla, jolloin hän on saanut hoivaajan huomion välittämättä reaktion negatiivisuudesta. On mahdollista, että lapsen ja aikuisen välille muodostuu vihamielisriippuvainen suhde. Aikuisena ristiriitaisesti kiinnittynyt henkilö tarkkailee muiden ihmisten tunnereaktioita ja pyrkii välttämään konflikteja. Hän voi olla epäjohdonmukainen tunneilmaisussaan ja toimia ristiriitaisesti esimerkiksi vanhempana. (Sinkkonen 2004; Tokola & Airo 2024.)

Välttelevässä turvattomassa kiintymyssuhdemallissa lapsi on kasvanut tunneilmaisultaan köyhässä ilmapiirissä. Vanhemmilla ei ole ollut kykyä vastaanottaa negatiivisia tunteita tai ilmaista positiivisia tunteita avoimesti. Kiintymyssuhteessa kaikenlaisten tunteiden ilmaisua on vältelty. Lapsella tunteiden ilmaiseminen saattaa olla vähäistä, kun hänen tunteidensa ilmaisulla ei ole ollut aikuiseen vaikutusta ja lapsi on passivoitunut. Lapsi ei ole saanut omiin tunteisiinsa vastausta, jolloin hän on jäänyt tunteidensa kanssa yksin. On myös mahdollista, että lapsi on itseään kohtaan ankara ja hakee hyväksyntää muun toiminnan avulla. Ääritapauksessa on mahdollista, että lapsi menettää yhteyden omiin tunteisiinsa ja niiden johdonmukaiseen käsittelyyn, eikä välttämättä tunnista tunteiden kehollista vastetta. (Sinkkonen 2004; Tokola & Airo 2024.) Keho reagoi mielen muutoksiin, erityisesti traumaattisessa tilanteessa. Traumaattinen tai epämiellyttävä tilanne voi aiheuttaa kehon lamaantumisen tai pakoreaktion. Tilanteessa, jossa lapsi ei tunnista tunteiden kehollista vastetta, hän ei erota millainen on kehon reaktio tiettyyn tunteeseen. Tunteet voivat olla esimerkiksi ahdistuneisuutta, pelkoa tai vihaa. Lapsi voi ilmaista välinpitämättömyyttä tilannetta kohtaan. (Is-tunto 4: Mieli ja keho 2024.) Aikuisen on haastavaa tunnistaa muiden ihmisten tai oman lapsen tunteita, ottaa vastaan suoria tunneilmaisuja tai ilmaista omia tunteitaan. Välttelevälle kiintymyssuhteelle on ominaista looginen ja järkiperäinen ajattelu, jolla korvataan tunneperäistä ajattelua. (Sinkkonen 2004; Tokola & Airo 2024.)

Viimeinen kiintymyssuhdemalli on kaoottinen eli jäsentymätön kiintymyssuhde. Silloin perheen sisäinen ilmapiiri on ollut epäjohdonmukainen ja lapsen näkökulmasta vahingollinen. Vanhemmat ovat epäluotettavia tai jopa vaarallisia lapselle, perheen sisällä voi esiintyä väkivaltaa tai päihdeongelmia. Usein tällaisissa tilanteissa perheenjäsenet kärsivät erilaisista psyykkisistä ongelmista. Lapsi ei voi luottaa aikuisiin ja pitkään jatkunut yliviireystila voi johtaa psyykkisiin, sekä fyysisiin oireisiin. Tällöin voi käydä niin, että lapsi ei ole löytänyt mitään toimivaa kiintymysstrategiaa. Kaoottinen kiintymyssuhdemalli on harvinaisin kiintymyssuhdemalleista. (Sinkkonen 2004; Tokola & Airo 2024; Höltge yms. 2023.) On olemassa lapsia, joilla ei ole syntynyt spesifistä kiintymyssuhdetta kehenkään. Tämä johtuu useista hylkäämiskokemuksista, sekä äärimmäisestä deprivatiosta eli poistamisen ja riistämisen kokemuksista (Deprivatio 2016). Silloin ei voida arvioida kiintymyksen turvallisuutta tai turvattomuutta. Tilaa kutsutaan reaktiiviseksi kiintymyssuhdehäiriöksi. (Sinkkonen 2004; Tokola & Airo 2024.)

4 Kiintymyssuhdehäiriö

Kiintymyssuhdehäiriö kuvaa oirekokonaisuutta, joka ilmenee sosiaalisen vuorovaikutuksen vaikeuksina. Ne kehittyvät varhaislapsuuden hoidon merkittävänä laiminlyönnin, hyväksikäytön tai pääsääntöisen hoitajan jatkuvan vaihtumisen seurauksena. Kiintymyssuhdehäiriö on muodostunut lapsuudessa tapahtuneesta emotionaalisesta traumasta. (Raaska & Pihlakoski 2017.) **Emotionaalinen trauma** on muodostunut koetuista tunteista, johon ei edes aina liity fyysistä traumatisoivaa tapahtumaa. **Kiintymyssuhdetrauma** voi olla emotionaalinen trauma, mikäli esimerkiksi lapseen ei ole kohdistunut fyysistä kaltoinkohtelua mutta kasvuympäristö on ollut vihamielinen. Varhaisessa iässä tapahtunut traumatisoituminen vaikuttaa henkilön tapaan käsitellä tapahtuneita asioita tai ilmaista niihin liittyviä tunteita. Henkilön on myös haastava tunnistaa traumatisoitumisen vaikutuksia itsessään ja omassa käyttäytymisessään. Yleensä henkilö itse tunnistaa trauman aiheuttamia oireita, joita voi olla esimerkiksi ahdistus tai masennus. (Suokas-Cunliffe & Maaranen 2014.)

Kiintymyssuhdetraumaa kuvataan emotionaalisenä traumana, jonka juuret johtavat pääsääntöisen hoivaajan, usein äidin, mentalisaatiokykyyn, eli kykyyn lukea vauvan tarpeita ja vastata näihin oikea-aikaisesti. Vauva on täysin riippuvainen hoitajansa avusta tunteiden, tarpeiden ja stressin säätelyyn liittyen. Vauvan normaali kehitys ja tunteiden säätely häiriintyy, mikäli hoitajan mentalisaatiokyvyssä on puutteita. Tällöin stressi ja negatiiviset tunnetilat ylittävät vauvan sietokyvyn ja säätelyvaikeudet rakentuvat vasta kehittyvään keskushermostoon ja mielen ominaisuuksiin. Sietokyvyn ja resilienssin ylittävät kokemukset ovat äärimmäisen traumatisoivia, koska aiheuttaja on ollut vauvan läheisin ihminen. Resilienssi tarkoittaa psyykkistä selviytymiskykyä, sekä pärjäämistä stressaavissa ja haastavissa tilanteissa. (Resilienssi auttaa selviytymään 2022). Kiintymyssuhdetrauman kehittyminen kiintymyssuhdehäiriöksi on kuitenkin usein hyvin yksilöllistä ja usean tekijän summa (Salminen-Lahtinen 2023).

4.1 Reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö

Reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö, Reactive Attachment Disorder (RAD), on kiintymyssuhdehäiriön muoto, jossa taustalla on vakavaa laiminlyöntiä tai heitteillejättö lapsen ensimmäisten elinkuukausien aikana. Häiriöstä on estoton ja estynyt muoto. Reaktiivisen kiintymyssuhdehäiriön tyyppillisiä merkkejä ovat puuttuva kiintymyssuhdekäyttäytyminen vanhempaa kohtaan, esimerkiksi lapsi vetäytyy ihmiskontakteista pois, ei hae lohdutusta tai osaa ottaa sitä vastaan hoivaajaltaan. Toinen

tyypillinen piirre on alentunut tai niukka sosiaalinen ja emotionaalinen vastavuoroisuus, häiriintynyt tunteiden säätely, kuten selittämätön pelokkuus tai ärtyneisyys hoivaajaa kohtaan, vaikka kyseessä olisi ennestään tuttu aikuinen. Reaktiivisesta kiintymyssuhdehäiriöstä kärsivä lapsi saattaa osoittaa epämukavuuden tunnetta sosiaalisissa tilanteissa ja olla aggressiivinen muita kohtaan. Nämä oireet kuvaavat reaktiivisen kiintymyssuhdehäiriön estynyttä muotoa. (Hornor 2019.)

RAD oireet kehittyvät ja alkavat näkyä 9 kuukauden - 5-vuoden iässä, jolloin diagnoosin tekeminen on mahdollista. RAD diagnostiikka painottaa puuttuvaa kiintymyssuhdekäyttäytymistä enemmän kuin sosiaalista käyttäytymistä. On tärkeää huomioida erotusdiagnostiikka autismin kirjon kanssa, sillä oireilu voi olla hyvinkin saman tyyppistä. Reaktiivisen kiintymyssuhdehäiriön selkeä erotusdiagnostinen tekijä on lapsen historiasta löytyvä laiminlyönti, joka ei ole autismin diagnostinen kriteeri. (Hornor 2019.)

4.2 Reaktiivisen kiintymyssuhdehäiriön estoton muoto

Reaktiivisen kiintymyssuhdehäiriön estoton muoto, eli Disinhibited Social Engagement Disorder (DSED) on toinen kiintymyssuhdehäiriön muoto, jossa tyypillistä on liiallinen tuttavallisuus tai varomattomuus täysin vieraiden aikuisten kanssa ja heidän mukaansa pyrkiminen ja seuraaminen. Reaktiiviseen kiintymyssuhdehäiriön estottomasta muodosta kärsivä lapsi on kokenut sosiaalista heitteillejättöä varhaislapsuudessaan, hän hakeutuu asiattomasti vieraiden aikuisten läheisyyteen eikä tunnista sosiaalisesti hyväksyttäviä sosiaalisia ja fyysisiä rajoja. Erona reaktiiviseen kiintymyssuhteeseen on, että lapsen kokema hylkääminen, heitteillejättö tai laiminlyönti on psyykkistä eikä siihen liity välttämättä fyysistä kaltoinkohtelua, jota pidetään tyypillisenä RAD diagnostiikassa. Lisäksi lapsi, jolla on diagnosoitu DSED, saattaa osoittaa kiintymyssuhdekäyttäytymistä tutuille aikuisille mutta samaan aikaan pyrkiä lähestymään valikoimattomasti vieraita aikuisia, eli oireet eivät sulje kiintymyssuhdekäyttäytymistä pois. (Hornor 2019.)

Jotta DSED voidaan diagnosoida, lapsen hylkäämisen on tapahduttava lapsen ollessa alle kaksivuotias. Ei ole osoitettu, että toisen ikävuoden jälkeinen heitteillejättö johtaisi reaktiivisen kiintymyssuhdehäiriön estottoman muodon kehittymiseen. Reaktiivisen kiintymyssuhdehäiriön estottomassa muodossa on saman tyyppisiä keskittymishäiriöiltä vaikuttavia oireita, kuten ADHD:ssä. Myös muita yhteneviä oireita saattaa esiintyä, esimerkiksi puheen viivästymistä tai kognitiivisen

kehityksen viivästyä. Toisin kuin reaktiivisessa kiintymyssuhdehäiriössä sen estottoman muodon oireet saattavat jatkua huomattavan pitkään, vaikka lapsi sijoitetaan turvalliseen ympäristöön ja hän kehittäisi turvallisen kiintymyssuhteen uuden hoivaajan kanssa. (Hornor 2019.)

5 Kiintymyssuhdehäiriön oireet ja tunnistaminen

Varhain traumatisoituneilla lapsilla on riski sairastua useisiin mielenterveyden ongelmiin. Niiden tunnistaminen ja erottaminen saattaa olla haastavaa oireiden perusteella. Lapsuuden kiintymyssuhdehäiriöt ilmenevät pääsääntöisesti oirekokonaisuutena, joka koostuu sosiaalisen vuorovaikutuksen haasteista. Oireet voivat olla peräisin kiintymyssuhdehäiriöstä sekä siihen johtaneesta emotionaalista traumasta. Kiintymyssuhdehäiriön ja emotionaalisen trauman oireet ovat tyypillisesti samankaltaisia kuin dissosiaatiohäiriön oireet. Dissosiaatiohäiriö tarkoittaa sitä, että henkilön tunteet, muisti, ajattelu, toiminta ja identiteetti eivät ole yhteydessä toisiinsa. Häiriössä näiden yhteyks katkeaa tilapäisesti tai pitkäkestoisesti. Tyypillisiä oireita ovat muistamattomuus, kehosta irtautumisen kokemukset ja epätodellinen olo. Oireet voivat esiintyä myös fyysisinä eli ruumiillisina oireina. Näitä ovat kiputilat, aistimiskyvyn puute tai toiminnalliset kouristukset. Oireille ei löydy neurologista tai lääketieteellistä selitystä. (Suokas-Cunliffe & Maaranen 2014; Raaska & Pihlakoski 2017.)

Yleinen kiintymyssuhdehäiriön ja -trauman oire on itsetuhoisuus. Monenlaisen trauman tai kaltoinkohtelun seurauksena lapsi voi satuttaa itseään helpottaakseen henkistä pahaa oloa fyysisellä kivulla. Itsetuhoisuus voi liittyä lapsen kokemiin takaumiin tai hankaliin tunteisiin, kuten häpeään ja syyllisyyteen. Lapsi voi myös oppia hyödyntämään kivun tuottamaa endorfiinia rauhan tunteen saavuttamiseksi. Emotionaalisen trauman jälkeisiä oireita voivat olla arvaamattomat ja epävakaat tunteet, unettomuus, päänsärky, ahdistustilat, takamat, ihmissuhdeongelmat, riippuvuudet, persoonallisuushäiriöt sekä epämääräiset fyysiset ja psyykkiset oireet. (Suokas-Cunliffe & Maaranen 2014; Raaska & Pihlakoski 2017; Lenore 2017.) Varhaisiässä tapahtunut emotionaalinen trauma voi johtaa kehityshäiriöön, kun traumatisoituminen vaikuttaa vasta kehittyviin aivoihin ja niiden rakenteeseen. Sen oireita ovat; häiriöt impulssikontrollissa ja tunnetilan säätelyssä, identiteetti-ongelmat, itsetuhoisuus, haasteet ihmissuhteissa, dissosiaatio-oireet sekä somaattiset ja somatoformiset oireet eli oireisiin ei löydy lääketieteellistä syytä. (Suokas-Cunliffe & Maaranen 2014.)

Yleisesti kiintymyssuhdehäiriö tunnustetaan potilaan oireiden, sekä taustan perusteella. Sen vuoksi potilaan haastattelu on tärkeää tunnistamisen kannalta. Potilaan haastattelulla saadaan tietoa lapsen omista kokemuksista ja ajatuksista tilanteeseen, sekä hänen huoltajistaan. Lapsen haastattelussa olisi hyvä saada selville sen hetkinen mielenterveyden tila sekä kokonaiskuva oireilusta. Tarkoituksena on selvittää kuinka tapahtuneet asiat ovat lapseen vaikuttaneet ja minkä tyyppinen mahdollinen kiintymyssuhdehäiriö on. Haastattelun tavoitteena on siis saada mahdollisimman hyvä käsitys ongelmasta, ei pyrkä ratkaisemaan tilannetta. Lapsen tilanteen lisäksi tulisi selvittää perheen tilanne, sekä millainen suhde lapsella on vanhempiinsa. Kiintymyssuhdehäiriön lisäksi haastattelulla voidaan saada tietoa lapsen muista mielenterveyden haasteista. Näitä voivat olla itsetuhoisuus, käytöshäiriöt, ahdistuneisuus, masentuneisuus tai haasteet sosiaalisissa tilanteissa ja ihmissuhteissa. (Lapsen tai nuoren ja vanhemman haastattelu 2022; Suokas-Cunliffe & Maaranen 2014; Raaska & Pihlakoski 2017.)

Lapsen haastattelun tulee olla ikätasolle sopivaa. Haastattelussa tulee huomioida turvallinen ja luotettava ilmapiiri. Tilanne voi olla lapselle epämiellyttävä ja jännittävä. Turvallisuuden tunteen luominen edesauttaa lapsen avoimuutta ja haastattelun onnistumista. Luottavan ilmapiirin luomiseksi haastattelun alku on tärkeä. Silloin lapselle pitää kertoa mitä haastattelun aikana tapahtuu ja miksi siinä tilanteessa ollaan sekä mihin haastattelulla pyritään. Aluksi on hyvä mainita mitä haastattelun jälkeen tehdään ja mistä asioista nyt halutaan keskustella. Pienen lapsen kanssa asia pitää käydä hyvin konkreettisesti läpi, sekä puhua ja kysyä asioista suoraan mutta ikätason huomioiden. Aluksi kannattaa keskustella lapselle mukavista aiheista, jotka eivät liity haastatteluun, jotta luottamusta haastattelijan ja lapsen välille saadaan luotua. Näitä asioita voidaan hyödyntää konkreettisisissa esimerkeissä arkeen ja perheeseen liittyvissä asioissa. Keskustelun aikana tilannetta tulee ohjata luontevasti eteenpäin, jotta päästään tavoitteeseen saada lapselta vastauksia tilanteeseen liittyen. Lapselta tulee kysyä omia kokemuksia perheen ja vanhemman välisestä arjesta sekä erilaisista tilanteista. Kysytään muutoksista perheen sisällä tai vanhempien käyttäytymisessä. On myös hyvä kartoittaa, miten lapsi itse käyttäytyy vanhempiensa kanssa tai haastavissa tilanteissa. Samalla voidaan arvioida millaisia tunteita asia lapsessa herättää. (Lapsen tai nuoren ja vanhemman haastattelu 2022; Suokas-Cunliffe & Maaranen 2014; Raaska & Pihlakoski 2017.)

Kiintymyssuhdehäiriödiagnoosi edellyttää varhaisen vuorovaikutussuhteen poikkeavuuden, jonka oireilu alkaa viiden vuoden ikään mennessä. Näitä vuorovaikutussuhteen poikkeavuuksia voivat olla lapsen kaltoinkohtelu, erottaminen vanhemmista, vanhemman masennus, useasti vaihtuvat huoltajat tai toistuvat sijaishoitajaksot. Kiintymyssuhdehäiriön ja mahdollisen trauman tunnistamista vaikeuttaa se, että henkilön persoonallisuus on voinut jakautua trauman vaikutuksesta kahteen eri osaan. Traumatapahtumaan kiinnittyneisiin persoonallisuuden osiin ja traumasta erillään oleviin osiin. Ongelma syntyy kun nämä persoonallisuuden osat eivät ole tietoisia toisistaan ja niiden aktivoituminen voi aiheuttaa toimintakyvyn vaihtelua. (Suokas-Cunliffe & Maaranen 2014; Raaska & Pihlakoski 2017.)

6 Kiintymyssuhdehäiriön hoito

Kiintymyssuhdehäiriön hoito alkaa tavallisesti selittämättömien oireiden havaitsemisena ja hoitoon hakeutumisenä niiden vuoksi. Yleisesti kiintymyssuhdehäiriön oireet ilmenevät esimerkiksi ahdistuksen tai masennuksen oireina. Kiintymyssuhdehäiriötä hoidettaessa, tulee ensin tunnistaa sekä hoitaa häiriön mahdollisesti aiheuttanut kiintymyssuhdetrauma. Hoitokeinoja ja terapiamuotoja on useita, mutta opinnäytetyössä käsitellään yleisimpiä, joita voidaan käyttää kiintymyssuhdehäiriön hoidossa. Yleisesti kiintymyssuhdehäiriön hoidossa pyritään lievittämään oireita, kuten ahdistusta sekä käsittelemään tapahtuneita asioita. Hoidossa pyritään auttamaan kiintymyssuhdehäiriöstä johtuvien ongelmien kanssa. Näitä voivat olla esimerkiksi haasteet ihmissuhteissa tai arjessa selviämässä. (Suokas-Cunliffe & Maaranen 2014; Haapasalo-Pesu 2021.)

Kiintymyssuhdehäiriöiden hoito määräytyy lapsen iän ja häiriön vaikutusten mukaisesti. Sopivaa hoitomuotoa etsiessä tulee ottaa huomioon, että valtaosa kiintymyssuhdeinterventioista on kehitetty vauvaperheille. Tällöin ne eivät sellaisenaan sovellu kaikille hoitomuodoksi, esimerkiksi vanhemmille lapsille. (RAD N.d.) Hoidosta riippumatta oleellista on löytää lapselle aikuisia, joihin luoda turvallinen kiintymyssuhde. Kuitenkaan yksinään turvalliset aikuiset eivät paranna kiintymyssuhdehäiriötä. Myöskään normaalit perheille saatavilla olevat tuet, kuten neuvolapalvelut, eivät ole riittäviä edes pitkään ja intensiivisesti käytettyinä. (Mielenterveystalo.fi N.d.)

Kiintymyssuhdehäiriötä hoidetaan erilaisilla kiintymyssuhdeinterventioilla ja psykoterapian eri muodoilla. Theraplay-vuorovaikutushoito on yleisimmin käytetty hoitomuoto Suomessa. Se on lyhytterapiamuoto, jossa on tarkoitus mallintaa aktiivista ja läheistä vuorovaikutusta lapsen kanssa,

joka muodostuu luonnostaan pienen lapsen kanssa. Pyritään siihen, että vanhempi kommunikoi lapsen kanssa niin, että hän vastaisi lapsen vaatimiin tarpeisiin, sekä huomioi hänet aidosti ja välittäen. Tarkoitus on, että lapsi tuntisi olevansa merkityksellinen ja rakastettu ja vanhempi osaa ilmaista sen omassa vuorovaikutuksessaan. Lapselle pyritään saamaan onnistumisen kokemuksia, sekä hänen itsetuntoaan voidaan vahvistaa riittävällä haasteellisuudella. Muita terapiamuotoja ovat perheterapia, vuorovaikutteinen kehityspsykoterapia sekä leikki-, liikunta- ja musiikkiterapia. Lisäksi on psykiatrissa toimintaterapiaa ja psykofyysistä fysioterapiaa. (RAD N.d.) Hoivaa ja leikki-ryhmäinterventio on yksi interventiomuoto, jota toteutetaan perusterveydenhuollossa siihen koulutettujen ammattilaisten ohjaamana (Kasvun tuki N.d.). Kiintymyssuhdehäiriöön ei ole osoitettu olevan toimivaa lääkehoitoa. Kuitenkin kiintymyssuhdehäiriöön liittyviä oheissairauksia, kuten mässennusta tai ADHD:tä hoidetaan lääkityksellä ja lääkehoito voi lievittää kiintymyssuhdehäiriön oireita, kuten ahdistuneisuutta. (Mielenterveystalo.fi N.d.)

Koska kiintymyssuhdehäiriö voi olla traumaperäinen, käymme myös läpi emotionaalisen trauman hoitokeinoja. Yksi hoitokeino on traumapsykoterapia. Traumapsykoterapian aluksi tulee arvioida henkilön persoonallisuuden rakenne sekä mahdollinen dissosiaatiohäiriö, koska se vaikuttaa oleellisesti hoitoon ja hoidon onnistumiseen. Persoonallisuuden rakenteesta arvioidaan toimintatason muutoksia sekä mahdollisia eriytyviä minäkokemuksia. Kun on kyse lapsesta, ennen hoidon aloitusta vaaditaan potilaan kokonaisvaltainen tutkiminen ja diagnosointi. Tavoitteet hoidolle tulee laatia yhdessä lapsen ja hänen vanhempiansa kanssa. Aluksi traumapsykoterapiassa keskitytään hoitamaan trauman jälkeisiä oireita eli vakauttamaan potilas nykyhetkeen ja omaan arkeen. Silloin muun muassa pyritään tunnistamaan trauman laukaisevat tekijät. Tämän jälkeen voidaan käsitellä itse traumaa potilaan oman jaksamisen ja käsittelykyvyn mukaan. Lopuksi potilasta valmistellaan kohti tulevaa arkea psykoterapian jälkeen. Tällöin ymmärretään trauman vaikutukset tulevaisuuteen, sekä itsenäistytään intensiivisestä terapiasuhteesta (Haapasalo-Pesu 2021; Rovasalo 2021; Suokas-Cunliffe & Maaranen 2014; Trauman hoidon kolmivaiheinen malli 2014.)

Toinen käytetty terapiamuoto on psykodynaaminen yksilöterapia. Tämän terapiamuodon tavoite on mahdollistaa erilaisten tunteiden kokemisen harjoittelu, psyykkisten rakenteiden vahvistaminen, selviytymiskeinojen tukeminen, vuorovaikutustaitojen ja itsetunnon kehittäminen, pettymyksien sietokyvyn lisääminen sekä ahdistuneisuuden ja psyykkisen pahan olon vähentäminen. Nuoren potilaan suhde terapeuttiin on erityisen tärkeä, koska se muistuttaa potilasta voimakkaasti

aiemmista kiintymys- ja ihmissuhteista. Tällöin potilaan käyttäytymis- ja kiintymyssuhdemallit toistuvat opittuina. Myös tässä terapiamuodossa hoidon vaiheet jakautuvat samalla tavalla oireiden hoitoon, trauman käsittelyyn sekä tulevaan valmistautumiseen. Hoidossa tarkoituksena on lisätä yhteistietoisuutta traumasta irti olevien ja traumaan kiinnittyneiden persoonanosien välille. (Suokas-Cunliffe & Maaranen 2014; Haapasalo-Pesu 2021.)

7 Tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kiintymyssuhdehäiriöiden tunnistettavuutta ja hoitomuotoja sekä perehtyä kiintymyssuhdehäiriöiden monimuotoiseen oirekuvaan ja liitännäissairauksiin. Opinnäytetyön tavoitteena on luoda tutkitun tiedon pohjalta jäsennelty tiivis koonti aiheesta sosiaali- ja terveysalan ammattilaiselle, jotka kohtaavat työssään lapsia ja nuoria sekä heidän perheitänsä tai muita huoltajia.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset:

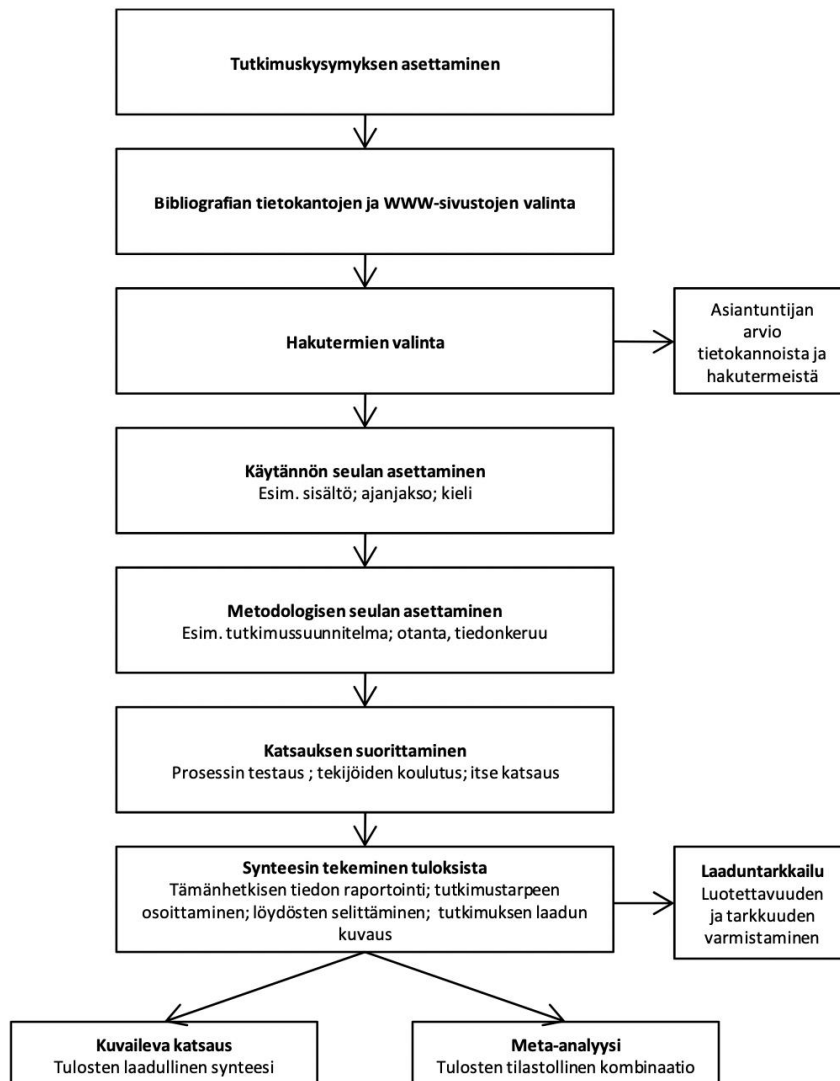
1. Miten kiintymyssuhdehäiriö voidaan tunnistaa?
2. Miten kiintymyssuhdehäiriötä hoidetaan?

8 Opinnäytetyön toteutus

8.1 Tutkimusmenetelmänä kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, joka on tiivistelmä aiempien aiheesta tehtyjen tutkimusten sisällöstä. Valitulla tutkimusmenetelmällä on mahdollista esittää tehokkaasti tiivistetyssä muodossa tutkimusten tuloksia sekä tuoda esiin uusia tutkimustarpeita. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi yleisimmistä kirjallisuuskatsauksen tyypeistä. Siinä aineistojen käyttöön ei liity tarkkoja tai metodisia sääntöjä. Tutkittavaa ilmiötä pystytään kuitenkin tutkimaan laajasti. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus toimii itsenäisenä metodina, mutta samalla voi tuottaa uusia tutkittavia ilmiöitä. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus voidaan jakaa narratiiviseen ja integroivaan katsaukseen, joista narratiivinen kirjallisuuskatsaus valikoitui opinnäytetyöntoteutukseen. Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan kuvata laajasti käsiteltävää aihetta, se muodostaa tiedoista yhtenäisen lopputuloksen. Sen avulla voidaan myös tiivistää aiempia tutkimuksia.

Narratiivista kirjallisuuskatsausta pidetään helppolukuisena ja se antaa yleensä ajantasaista tutkimustietoa. Harvoin narratiivisen kirjallisuuskatsauksen avulla saadaan analyttistä tutkimustulosta. (Salminen 2011.)



Kuvio 2. Kirjallisuuskatsaus kaavio Finkin (2005: 54) mallin mukaan. (Salminen 2011.)

8.2 Aineiston haku ja valintakriteerit

Aineiston hakua varten suoritettiin koehakuja maaliskuussa 2024. Koe hakujen tarkoitus oli kar-
toittaa mistä tietokannoista ja millä hakulausekkeilla varsinaista tiedon hakua tulee lähteä teke-
mään. Koehauissa päähakuterminä oli ”*kiintymyssuhdehäiriö*” ja englanniksi ”*attachment issues*”,

jolla havaittiin, että englanninkielisten artikkeleiden otsikoiden perusteella artikkelien voitiin päätellä olevan epäoleellisia opinnäytetyön kannalta. Englanninkielisen päähakutermin löytämiseksi hyödynnettiin synonyymejä, kuten ”*attachment trauma/issues/disorder*”, jotta löydettäisiin relevantimpia hakutuloksia. Lopulta englanninkieliseksi päähakutermitiksi muodostui ”*attachment disorder*”. Muita täsmentäviä hakutermejä olivat *hoito/treatment, lapsi/child/children, trauma* ja *reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö/reactive attachment disorder*.

Aineiston haussa käytettiin rajoituksia, jotta saatiin opinnäytetyön kannalta oleellisinta ja ajankohdaisiin tietoa. Päärajoituksena käytettiin aineiston relevanttiutta eli aineiston tuli vähintään joltain osalta vastata ainakin toiseen tutkimuskysymykseen. Toisekseen aineiston piti olla julkaistu aikavälillä 1999–2024, sillä testihaussa havaittiin, että aiheesta löytyi relevantteja aineistoja vuodelta 1999. Testihaussa myös havaittiin relevanttien aineistojen vähäisyys, oli opinnäytetyön luotettavuuden kannalta parempi ratkaisu laajentaa aikaväliä, jotta saadaan enemmän tutkimuksia. Tuoreempaa tutkimustietoa, joka käsittelisi aiheitamme löytyi vain muutamia. Kolmas rajoituksista koski tutkimuksen kieltä. Rajasimme pois muut kielet kuin Suomi ja Englanti. Neljäs rajoitus määritteli, että aineiston tuli olla vertaisarvioitua sekä ilmaisena luettavissa. Viides rajoitus koski aineiston muotoa, sen oli oltava tieteellinen vertaisarvioitu julkaisu artikkelin tai kirjan muodossa, suljimme pois opinnäytetyöt sekä kandidatkilmat. Koehaussa suljettiin pois esimerkiksi adoptiolapsiin kohdistuvat aineistot, tämän avulla pystyimme rajaamaan aineistoja.

Taulukko 1. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
<ul style="list-style-type: none"> • Aineisto käsittelee kiintymyssuhdehäiriötä, erityisesti sen hoitokeinoja ja tunnistamista, sekä kiintymyssuhdemalleja • Vertaisarvioitu julkaisu, joka perustuu alkuperäistutkimukseen • Julkaistu luotettavasta lähteestä • Koko julkaisu on saatavilla verkossa • Suomen- tai englanninkielinen aineisto • Julkaistu vuosien 1999-2024 välillä 	<ul style="list-style-type: none"> • Ei vastaa tutkimuskysymykseen • Koko teksti ei ole saatavilla • Ei ole luotettavasta lähteestä • On AMK opinnäytetyö tai kandidatkilma • Julkaistu ennen vuotta 1999

Koehakujen perusteella tutustuttiin aineistoihin. Aineistoja käytiin läpi eri tietokannoista, joita olivat Duodecim lehti, Medic, Google Scholar, Finna. Duodecimin tietokannassa hakuterminä oli ”kiintymyssuhde” ja aineistojen karsimisessa ei käytetty rajoituksia vaan sisäänottokriteereitä. Myös Medic-tietokannassa käytettiin hakuterminä ”kiintymyssuhde” ja rajoituksina; ”vuodet 1999–2024” sekä ”vain koko teksti”. Google Scholarista saatiin eniten hakutuloksia, joita oli hakukoneiston antaman arvon mukaan noin 99 eikä tarkkaa lukumäärää ollut saatavilla. Siellä hakuterminä olivat ”reaktiivinen” AND ”kiintymyssuhdehäiriö” ja rajoituksina käytettiin; ”aikaväli 1999–2024”, ”kaikki tyytit” sekä ”sisältää lainaukset”. Finnassa hakuterminä oli ”kiintymyssuhdehäiriö”. Rajoituksina käytettiin; ”verkossa saatavilla”, ”englannin tai suomenkielinen”, ”vuodet 1999–2024” sekä ”lehti, artikkeli tai muu”. Materiaalia etsittiin myös Jamk:in Lutakon kampuksen kirjastosta hakusanoilla ”kiintymyssuhdehäiriö” ja ”kiintymyssuhde”. Manuaalisella haulla löytyi yksi aineistoksi kelpaava kirja.

Taulukko 2. Tiedonhakuprosessi

Hakukone	Hakusana	Hakutulokset	Valittu otsikon perusteella	Valittu tiivistelmän perusteella	Valittu kokotekstin perusteella
Duodecim lehti	"kiintymyssuhde"	36	3	2	2
Medic	"kiintymyssuhde"	84	17	4	1
Google Scholar	"reaktiivinen" AND "kiintymyssuhdehäiriö"	n. 99	3	3	1
Finna	"kiintymyssuhdehäiriö"	17	5	2	1
Manuaalinen haku					1
Valitut tutkimukset yhteensä 7					

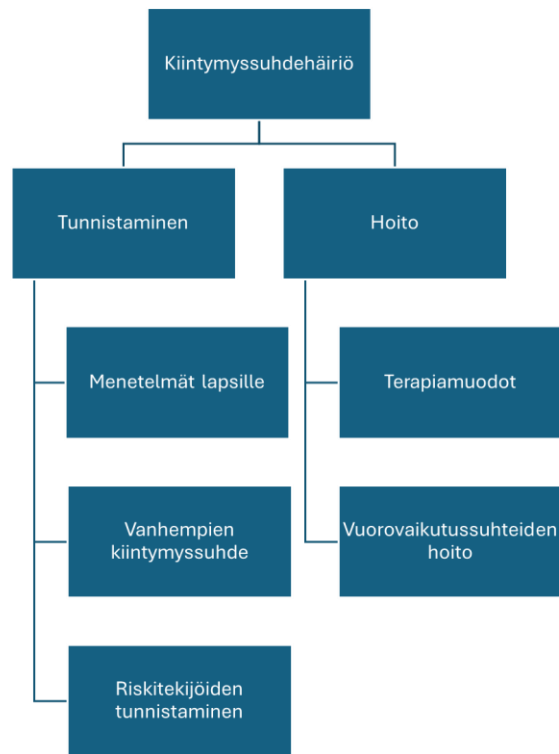
8.3 Aineiston analyysi

Aineiston analyysimenetelmäksi valikoitui induktiivinen eli aineistolähtöinen sisällönanalyysi. Kuvailuva kirjallisuuskatsaus pohjautuu aineistolähtöiseen tietoon, silloin induktiivinen sisällönanalyysi on toimiva analyysimenetelmä. Induktiivinen sisällönanalyysi on laajasti käytetty analyysimenetelmä laadullisissa tutkimuksissa. Sisällönanalyysin tarkoituksena on kuvata tutkimuksen ominaispiirteitä sekä tutkittavaa ilmiötä. (Elo, Tohmola, Kajula, & Kääriäinen 2022.)

Aineistoa lähdettiin analysoimaan etsimällä vastauksia opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Ensimmäiset kaikki aineistot käytiin yksitellen läpi, jonka jälkeen niihin palattiin tarkemmin. Englanninkielisestä lähteestä käännettiin meille vieraita sanoja. Vastaukset kirjattiin ylös alkuperäisilmauksina eli sanan tarkasti lähteineen käsin papereille. Alkuperäisilmaukset pelkistettiin eli niistä poimittiin oleellisin tieto tiiviimmässä muodossa (Kyngäs & Vanhanen 1990). Sen jälkeen pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin ja niistä muodostui alaluokat. Alaluokista muodostettiin yläluokkia niin, että samaa aihetta käsittelevät ilmaukset muodostivat oman luokkansa. Yläluokista muodostettiin niiden yhdistävien tekijöiden mukaan pääluokat. Luokkien nimeämiseen käytettiin termejä ja käsitteitä, jotka olivat luokan yhdistävä tekijä. (Kyngäs & Vanhanen 1990). Analyysiprosessia on havainnollistettu esimerkein taulukossa 3. Kuviossa 3. esitellään pää- ja yläluokat.

Taulukko 3. Esimerkki analyysiprosessista

Alkuperäinen ilmaisu	Vierastilanne-tutkimusta on laajennettu koskemaan vanhempia lapsia, metodeja on useita erilaisia. Crittenden on kehittänyt oman versionsa vierastilannetutkimuksesta taapero ikäisille lapsille, joka on PAA eli Preschool Attachment Assessment.	Monimuuttuja-analyyseissa vanhempien psykopatologia liittyi vahvasti lapsen reaktiiviseen kiintymyssuhdehäiriöön, samoin kuin esimerkiksi raskaudenaikainen tupakointi, äidin yksinhuoltajuus sekä isän korkea ikä. Myös ennenaikainen synnytys, alhainen syntymäpaino, vastasyntyneen tehohoito ja synnytyksen käynnistäminen lisäävät diagnoosin todennäköisyyttä.	Kiintymyssuhdemallien on todettu olevan varsin pysyviä sekä ne siirtyvät usein sukupolvelta toiselle. Lapsuuden ajan haitalliset kokemukset tai kiintymyssuhdetrauma voivat näkyä vielä aikuisiällä ja siten vaikuttaa omaan vanhemmuuteen sekä lapsen kasvattamiseen.
Pelkistetty ilmaisu	Taaperoikäisten kiintymyssuhdemallin arvioinnissa käytetään PAA-arviointimenetelmää. Arviointi perustuu vierastilanne tutkimukseen.	Vanhempien psykopatologinen anamneesi on vahvasti yhteydessä RAD-diagnoosiin. Muita riskitekijöitä ovat raskauden aikainen tupakointi, yksinhuoltajuus, isän korkea ikä sekä synnytykseen liittyvät ja sen jälkeiset haasteet.	Kiintymyssuhdemallit siirtyvät herkästi sukupolvelta toiselle. Turvaton kiintymyssuhde voi hoitamattomana vaikuttaa vanhemman käytökseen ja kasvatukseen oman lapsen kanssa.
Alaluokka	Vierastilanne tutkimus	Vanhempien psykopatologia	Periytyvyys taipumus
Yläluokka	Menetelmät lapsille	Riskitekijöiden tunnistaminen	Vanhempien kiintymyssuhde
Pääluokka	Tunnistaminen		



Kuvio 3. Pää- ja yläluokat

9 Tulokset

Aineistoista nousi esille riskitekijöiden moninaisuus sekä niiden kauaskantoiset vaikutukset. Yhtenä pääteemana kiintymyssuhdehäiriön tunnistamisessa on suhde vanhempiin sekä vanhempien ja lapsen välinen vuorovaikutus, sekä sen vaikutukset. Lapsen kohtaaminen iän ja kehitystason mukaisesti on tärkeää kiintymyssuhdehäiriötä tunnistessa sekä hoitaessa. Menetelmiä kiintymyssuhdehäiriöön tunnistamiseen ja hoitoon on kuitenkin melko laajasti, vaikka niitä ei ole kehitetty suoraan kiintymyssuhdehäiriötä varten. Useita menetelmiä on sovellettu tai kehitetty toisen menetelmän avulla. Kiintymyssuhdehäiriö on laaja ja moniasteinen haaste lapsen ja myöhemmin aikuisen elämässä.

9.1 Kiintymyssuhdehäiriön tunnistaminen

Menetelmät lapsille

Kiintymyssuhdehäiriön tunnistaminen edellyttää kiintymyssuhdemallin tunnistamista. On kuitenkin huomattava, ettei kiintymyssuhdemallin tunnistamisesta pystytä suoraan diagnosoimaan kiintymyssuhdehäiriötä, mutta muut kiintymyssuhdemallit kuin turvallinen kiintymyssuhde asettaa perustelut kiintymyssuhdehäiriön tutkimiseen. Lasten diagnostiikkaan liittyy paljon erityispiirteitä, kuten ikä- ja kehitystason vaiheet, joiden vuoksi aikuisille tarkoitettut menetelmät eivät ole suoraan sovellettavissa lapsille. Aineistosta löytyi useampi lapsille kehitetty kiintymyssuhdemallin tunnistamiskeino, joissa ikä- ja kehitystaso olivat huomioitu. (Sinkkonen 2019.) Upadhyayan (2021) mukaan reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö on diagnosoitu lapsille keskimäärin 7,4 vuoden iässä.

Vierastilanne-menetelmä, Strange Situation Procedure (SSP) on tarkoitettu 0,5–1 vuoden ikäisille lapsille. Menetelmässä seurataan lapsen reaktioita äidistä eroon joutuessa ja äidin takaisin paluuseen. Tilanne toistetaan kahdesti, ensin niin että lapsen kanssa jää vieras ihminen ja toisella kerralla vieraskin poistuu ja lapsi jää yksin huoneeseen. Tilanne kestää noin 20 minuuttia ja se videotallentaa. Videotallenteen avulla arvioidaan lapsen kiintymyssuhdemallia kolme kirjaimisella menetelmällä. Turvallisesti kiintynyt lapsi saa kirjaimen B. B-luokituksen saava lapsi reagoi äidin poistumiseen protestoimalla ja äidin paluuseen hakeutumalla esimerkiksi syliin. Toisinaan lapsi saattaa äidin palattua ensin osoittaa mieltään mutta lopulta hakeutua äidin läheisyyteen. Mikäli lapsen reaktio äidin poistumiseen ei juurikaan aiheuta lapsessa näkyvää reaktiota, saa hän kirjaimen A, joka tarkoittaa välttelevää kiintymyssuhdetta. Vaikkei ulkoisesti näkyvää reaktiota synny, lapsi reagoi fysiologisesti, elimistön stressireaktiolla. Äidin palatessa välttelevästi kiintynyt lapsi ei hae läheisyyttä vaan saattaa lähestyä äitiä esimerkiksi lelun kanssa. C-kirjain edustaa ristiriitaista kiintymyssuhdetta. Näin kiintynyt lapsi reagoi voimakkaalla suuttumuksella äidin kertoessa olevansa poistumassa mutta reaktio saattaa laantua heti äidin poistuttua ja lapsi saattaa hakeutua vieraan läheisyyteen. Tutkimuksen on osoitettu toimivan pääsääntöisesti vain äidin kanssa ainakin kahden vanhemman perheissä, sillä on osoitettu, että lapsi vaatii vanhemmiltaan eri asioita. (Sinkkonen 2019, 194–195.)

Vierastilanne-tutkimusta on laajennettu koskemaan myös vanhempia lapsia, erilaisia metodeja on useita. Yhdysvaltalainen psykologi ja tutkija Patricia McKinsey Crittenden on kehittänyt vierastilanne-tutkimuksesta oman versionsa, joka on kohdistettu taaperoikäisille lapsille. Se on nimeltään esikouluikäisen kiintymyssuhde arvio, Preschool Attachment Assessment (PAA). (Sinkkonen 2019, 56–58.) PAA menetelmä soveltuu 2–5-vuotiaille lapsille. Menetelmän arviointi perustuu SSP-arviointiin mutta kategorioita on laajennettu seuraavasti; B1-B5 turvallisesti kiintyneet, A1-A4 välttelevästi kiintyneet ja C1-C4 ristiriitaisesti kiintyneet. Lisäksi on sekä välttelevän että ristiriitaisen kiintymyssuhteen ilmentäviä, jotka saavat luokituksen A/C. Luokitusten lisäämisellä PAA-menetelmällä saadaan eroteltua tarkemmin ne lapset, jotka saattavat olla vaarassa kotonaan (A3-A4 ja C3-C4 luokat). (Sinkkonen 2019, 203–204.)

Lapsen kiintymyssuhde haastattelua, Child Attachment Interview (CAI), on kehitetty tutkija Mary Mainin kehittämän aikuisen kiintymyssuhde haastattelun pohjalta, niin että huomioon on otettu lapsen kiintymyssuhteiden ajankohtaisuus. Kyselyn vastauksia pohditaan neljän eri ulottuvuuden kautta, joita ovat; turvallisuus, välttelevyys, idealisointi ja vihamielisyys. CAI erottelee lähinnä turvalliset ja turvattomat kiintymyssuhteet, jolloin kiintymyssuhdemalleista pois karsiutuvat organisoitumattoman ja ambivalentin kiintymyssuhdemallin omaavat lapset. Haastattelussa lasta pyydetään kuvailemaan kolmella sanalla millaista aika äidin tai isän kanssa on. CAI huomioi myös lemmikkieläinten merkityksen lapselle. Lapselle lemmikki voi olla merkittävä kiintymyksen kohde. CAI:n on havaittu olevan paikkaansa pitävä esimerkiksi toistomittauksilla, jolloin on saatu samoja tuloksia ensimmäiseen haastatteluun verrattuna. Toisaalta CAI:n läpi pääsee paljon ”riskilapsia”, eli lapsia, joilla on kohonnut riski turvattoman kiintymyssuhteen muodostumiseen. Tästä syystä CAI:n herkkyys on todettu olevan kyseenalainen. (Sinkkonen 2019, 196.)

Attachment Q-sort eli AQS - menetelmän avulla voidaan erottaa turvattomat kiintymyssuhteet turvallisista. Menetelmä suoritetaan yhdeksänkymmenen kortin avulla, joissa on lapsen käytöstä koskevia väittämiä. Kortit jaetaan ensin kolmeen ja sitten yhdeksään yhtä suureen pakkaan, sen mukaan kuinka hyvin ne kuvaavat lapsen käytöstä. Toiseen laitaan tulevat kortit, joiden väittämät kuvaavat lapsen käytöstä ja toiseen ne, jotka eivät kuvaa ollenkaan lapsen käytöstä. AQS-menetelmä sopii käytettäväksi myös kotona, esimerkiksi vanhemman tekemänä. (Sinkkonen 2019, 53–55.)

Vanhempien kiintymyssuhde

Kiintymyssuhdemallien on todettu olevan varsin pysyviä sekä ne siirtyvät usein sukupolvelta toiselle. Lapsuuden ajan haitalliset kokemukset tai kiintymyssuhdehäiriö voi näkyä vielä aikuisiällä ja siten vaikuttaa omaan vanhemmuuteen sekä lapsen kasvattamiseen. Se voi näkyä vanhemman huonona tunteiden hallintana ja käsittelynä, tällöin hänen on myös vaikea kohdata lapsen kokeamat tunteet. Jos vanhempi ei tunnista omia kiintymyssuhteeseen liittyviä ongelmiaan, hänen on myös vaikea tunnistaa lapsen haasteita tai turvatonta kiintymyssuhdetta. Aiemmin traumatisoituneen vanhemman voi olla haastava myöntää omat, sekä lapsen kiintymyssuhdeongelmat. (Salminen-Lahtinen 2023). Tätä on tutkittu Mary Mainin kehittämällä aikuisille suunnatun kiintymyssuhde haastattelun, Adult Attachment Interview:n (AAI:n) avulla. Vanhemman kiintymyssuhdemallista saadun tiedon perusteella on helpompi tunnistaa lapsen mahdolliset kiintymyssuhdeongelmat. Aikuisen kiintymyssuhdemallia on tutkittu myös useilla itse täytettävillä kyselyillä, joilla saadaan tietoa sen hetkisestä tilanteesta. Kysymykset käsittelevät vastaajan ihmissuhteita, erityisesti parisuhdetta. Tällä ei saada kuitenkaan yhtä laajoja tuloksia kuin AAI-haastattelulla. (Sinkkonen 2019, 53–55.)

Riskitekijöiden tunnistaminen

Mikään riskitekijä tai trauma ei aina johda automaattisesti samanlaiseen lopputulokseen. Vaikutukset voivat olla hyvin monimuotoisia. Se, millaisia ja miten kauaskantoisia trauman vaikutukset ovat, riippuvat henkilön yksilöllisistä tekijöistä, kuten resilienssistä. Lapsen turvallisen kiintymyssuhteen ja emotionaalisen kehityksen kannalta riskitekijöitä ovat vaikeat ja traumaattiset lapsuusajan kokemukset. Monet näistä kokemuksista ovat ACE-kokemuksia (Adverse Childhood Experiences) eli lapsuuden aikaisia haitallisia kokemuksia, joilla on todettu kasautuessaan olevan pitkäaikaisia vaikutuksia. Näitä kokemuksia ovat muun muassa vanhemman mielenterveys- tai päihdeongelmat, fyysinen tai henkinen laiminlyönti, fyysinen pahoinpitely, seksuaalinen hyväksikäyttö, vanhempien ero, vanhemman menetys, vaikea köyhyys tai vaikea perhe ympäristö, joka sisältää paljon väkivaltaa tai huumeita. (Salminen-Lahtinen 2023.)

Monimuuttuja-analyyseissa on todettu, että vanhempien psykopatologinen anamneesi, eli vanhemman tiedossa olevat ja diagnosoidut mielenterveyden häiriöt (Psykopatologia 2016; Anamneesi 2016), liittyvät vahvasti lapsen reaktiiviseen kiintymyssuhdehäiriöön. Samoin esimerkiksi äidin raskaudenaikainen tupakointi, äidin yksinhuoltajuus sekä isän korkea ikä lisäävät lapsen riskiä sairastua kiintymyssuhdehäiriöön. Riskitekijöitä diagnoosille ovat myös ennenaikainen synnytys, alhainen syntymäpaino, vastasyntyneen tehohoito ja synnytyksen käynnistäminen. (Upadhyaya 2021.) Äitiysneuvolan laajassa terveystarkastuksessa, raskausviikolla 13.–18. suositellaan nykyisin seulomaan masennusoireita EPDS-kyselyn avulla. EPDS-kysely ei ole diagnostinen, mutta yli 12 pistettä saaneiden äitien psyykinen vointi on kartoitettava tarkemmin. Alkoholien käyttöä seulotaan yleisimmin AUDIT kyselyn (alcohol use disorders identification test) tai TWEAK-kyselyn avulla (tolerance, worried, eyeopener, amnesia and cutdown). Voimavara kyselyllä kartoitetaan laajalti terveyttä ja elämäntapoja, parisuhdetta, ruokavaliota sekä taloudellista tilannetta. Näin voidaan ennakoida äidin aiheuttamiin riskitekijöihin raskauden aikana, sekä lapsen syntymän jälkeen. (Lindroos yms. 2015.)

9.2 Kiintymyssuhdehäiriön hoito

Terapiamuodot

Kiintymyssuhdehäiriöön vaikuttaa merkittävästi lapsen ja hänen vanhempiensa välinen vuorovaikutussuhde. Lapsen ja vanhemman heikkoa tai häiriintynyttä kiintymyssuhdetta voidaan hoitaa erilaisilla hoitointerventioilla. (Mäkelä & Salo 2011.) Terapiasuhteen aluksi on tärkeää luoda lapsen kanssa turvallinen yhteys. Lapselle tulee luoda turvallinen ja luottamuksellinen tilanne, jotta erilaisista terapiamuodoista saadaan paras mahdollinen hyöty (Salminen-Lahtinen 2023.) Kiintymys teoreettisissa hoidoissa on tarkoitus lisätä vanhempien sensitiivisyyttä ja reflektiivistä kykyä. Sosiaalisen oppimisen teorioihin pohjautuvissa hoidoissa on taas tarkoitus muuttaa vanhempien ankaraa tai autoritaarista kasvatusta, vanhemman tulee välttää lapsen uhkailua tai nöyryyttämistä. Sen sijaan vanhemman tulisi erityisesti vahvistaa ja kehua lasta sosiaalisiin tilanteisiin ja taitoihin liittyen. Hoidoilla on onnistuttu parantamaan vuorovaikutussuhteita sekä lapsen hankalaa oireilua huonon kiintymyssuhteen takia. On myös huomattu, että hyvä suhde vanhemman ja hoidoissa työskentelevän ammattilaisen välillä vaikuttaa vanhemman käyttäytymiseen positiivisesti. (Mäkelä & Salo 2011.)

Tehokkaissa interventioissa pyritään suoraan muuttamaan vanhemman käyttäytymistä lapsen kasvatuksessa. Interventiossa on tarkoitus muuttaa vanhemman kykyä reagoida lapsen tarpeisiin ajoissa sekä oikealla tavalla, jotta käyttäytyminen vastaa lapsen tarpeita. Tällä tarkoitetaan vuorovaikutussensitiivisyyttä eli lapsen tunne- ja käyttäytymisviestejä. Keskitytään myös vanhemman kykyyn sekä omia että lapsen tunteita ja kokemuksia. Miten ne vaikuttavat toisiinsa sekä heidän kummankin käyttäytymiseen. Vanhemman riittävän reflektiivisen kyvyn on havaittu olevan edellytys toimivalle vuorovaikutuksella lapsen kanssa. On todettu, että lyhyet interventiot ovat yhtä tehokkaita kuin pidempi kestoiset, kun ongelmana on vain lapsen ja vanhemman välinen kiintymyssuhde. (Mäkelä & Salo 2011.)

Eye movement desensitization and reprocessing menetelmää eli EMDR silmänliiketerapiaa voidaan hyödyntää kognitiivisen käyttäytymisterapian osana. Sen on todettu vähentävän traumaperäisen stressihäiriön oireita, yksittäisiä ja kroonisia traumoja kokeneilla lapsilla. Suurin osa trauman kokeneista lapsista selviytyy vanhempien ja läheistensä, sekä perustason tuella. Tärkeää on saada vahvistettua turvallisuuden tunnetta sekä ehkäistä traumaperäisen sairastumisen syntymistä. On tärkeää tunnistaa, jos lapsi oireilee vakavasti tai trauma on ollut hyvin haavoittavainen. Heidät tulee silloin ohjata jatkohoitoon, koska perustason tuki ei silloin riitä ja toipumista tulisi seurata riittävän pitkään. (Viheriälä & Rutanen 2010.)

Vuorovaikutussuhteiden hoito

Kiintymyssuhdehäiriöstä johtuvia huonoja kiintymyssuhteita voidaan hoitaa korjaavilla kiintymyssuhteilla. Niiden tarkoitus on auttaa lasta ymmärtämään, ettei heidän oma oireilunsa tai kotona vallitseva tilanne johdu heistä. Tällaisia korjaavia kiintymyssuhteita voivat olla esimerkiksi pitkäaikaisajoituksen omahoitaja, mahdollinen sijaisvanhempi tai terapeutti. Tarkoituksena on luoda lapselle turvallinen ja luottamuksellinen ihmissuhde. Korjaava kiintymyssuhde luo lapselle turvallisen suhteen aikuiseen, joka tuo hänelle hoivaa ja turvaa. Sen avulla autetaan lasta arkisissa asioissa, tunteiden käsittelyssä ja traumojen hoitamisessa. Ihmissuhteesta luodaan ennakoitava ja tasapainoinen, joka on lapselle uusi kokemus. Lapsi saa olla oma itsensä sekä näyttää avoimesti tunteensa. (Sinkkonen 2019, 175–184.) Psykoterapiassa terapeutin ja lapsen välille muodostuu kiintymyssuhde, joka on mahdollisuus turvalliseen kiintymyssuhteeseen. Psykoterapeutin tehtävänä on selvittää aiemman, huonon kiintymyssuhteen asiat; millainen se suhde on ollut ja miten lapsi sekä

vanhempi on siinä käyttäytynyt. Sen pohjalta lähdetään käsittelemään lapsen tunteita ja turvattuun kiintymyssuhteeseen liittyviä traumoja. (Sinkkonen 2019, 180–181.) Lapsen ja vanhemman välisen vuorovaikutussuhteen hoito soveltuu lapsille varsinkin silloin kun äiti on traumatisoitunut. Tällöin korostuu äidin hyvän hoidon merkitys lapsen oireilua ajatellen. (Viheriälä & Rutanen 2010.)

10 Pohdinta

Nykypäivänä mielenterveys ja sen häiriöt ovat pinnalla yhteiskunnallisessa keskustelussa eri uutiskanavilla sekä sosiaalisessa mediassa. Keskustelu mielenterveydestä on koko ajan avoimempaa. Erityisesti lasten ja nuorten mielenterveyden tila herätti keskustelua huhtikuussa 2024 tapahtuneen kouluampumisen jälkeen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuonna 2023 tekemän kouluterveyskyselyn mukaan mielialaan liittyviä ongelmia kokee 23 % alakouluikäisistä, ja yläkouluikäisistä tytöistä jopa 54 % on ollut huolissaan omasta mielialastaan kuluneen vuoden aikana. Erityisen huolestuttavaa on, kuinka lasten ja nuorten kokemat mielenterveyden haasteet ovat yleistyneet vuodesta 2019 saakka. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2023.)

Kiinnostavaa olisi tietää, pidetäänkö kiintymyssuhdehäiriötä usein vanhemman syynä tai kokevatko vanhemmat itse näin, jos lapsi saa diagnoosin. Kuinka paljon vanhemman kokema syyllisyys vaikuttaa hänen halukkuuteensa viedä lapsi tutkittavaksi tai hakea tilanteeseen apua? Entä kenellä on velvollisuus ohjata lapsi oikeaan hoitoon tai tutkimuksiin, jos joku muu havaitsee lapsen oireilun tai perheen sisällä tapahtuvat asiat? Kirjoittajien kokemusten mukaan sairaanhoitajilla ei yleisesti ole riittävästi tietoa kiintymyssuhdehäiriöstä, jos ollenkaan. Onko silloin mahdollista ohjeistaa oikeanlaisen avun piiriin? Havaitaanko lasten oireilu tai riskitekijät riittävän ajoissa? Entä olisiko yhteistyö sosiaalihuollon kanssa mahdollista yhä varhaisempaa tunnistusta ajatellen, kun sosiaalihuolto saa tietoa lapsen ja perheen tilanteesta? Johdannossa pohdimme, kuinka kiintymyssuhdehäiriön oireilun perusteella voidaan tulkita ja diagnosoida myös muita mielenterveyden häiriöitä. Tällöin kiintymyssuhdehäiriön diagnosointi saattaa jäädä niiden varjoon tai unohtua uusien ongelmien tai diagnoosien löytyessä.

10.1 Tulosten tarkastelu

Lähtökohtaisesti lapsen kiintymyssuhdehäiriö tunnistetaan lapsen oireiden ja tiedossa olevan taustan perusteella. Teoriaosuudessa nousee esille, että diagnoosin tekemiseen vaikuttavat lapsen perhetausta, vanhemmat, aiemmin kokemat asiat, sekä muut mahdolliset mielenterveyden haasteet. Diagnoosia varten tarvittava tieto saadaan lasta ja hänen huoltajiaan haastattelemalla. (Suokas-Cunliffe & Maaranen 2014; Raaska & Pihlakoski 2017.) Tulososiossa Sinkkoson mukaan lapsen kiintymyssuhdehäiriön tunnistamista varten on kehitetty useita erilaisia menetelmiä. Lapsen yksilöllisyys, ikä ja kehitystaso on huomioitu, joka lisää menetelmien luotettavuutta. Kiintymyssuhdehäiriön tunnistaminen edellyttää sen, että lapsen kiintymyssuhdemalli on tunnistettu ja huomioitu. (Sinkkonen 2019.) Teoria- ja tulososuudessa nousee toisiaan täydentäviä seikkoja kiintymyssuhdehäiriön tunnistamisesta. Diagnoosi vaatii lapsen varhaisen vuorovaikutussuhteen poikkeavuuden, joka voi olla muun muassa useasti vaihtuva huoltaja (Raaska & Pihlakoski 2017). Tunnistamalla riskitekijöitä voidaan parantaa kiintymyssuhdehäiriön diagnosointia sekä mahdollisesti ennakoita lapsen oireilua. Lapsen kaltoinkohtelu, kaikenlainen väkivalta, vanhempien päihde- ja mielenterveysongelmat sekä äidin raskauden aikainen päihteiden käyttö lisäävät riskiä kiintymyssuhdehäiriöön. (Salminen-Lahtinen 2023; Upadhyaya 2021.)

Tulososiossa löytyneen tiedon mukaan kiintymyssuhdehäiriön hoidossa keskitytään oireiden lievittämiseen ja tapahtuneiden asioiden käsittelemiseen (Haapasalo-Pesu 2021). Teoriaosuudessa tulee ilmi laajemmin tietoa erilaisista hoitomuodoista. Hoitomuoto valitaan yksilöllisesti lapsen ikä ja tilanne huomioiden (RAD N.d.). Kiintymyssuhdehäiriön hoitoon on käytetty useita erilaisia terapia- ja hoitomuotoja sekä kiintymyssuhdeinterventioita (Mielenterveystalo.fi N.d.). Käytetyin hoitomuoto on Theraplay-vuorovaikutushoito, joka on lyhytterapia muoto. Yleisiä lapsille suunnattuja hoitomuotoja ovat myös perheterapia, vuorovaikutteinen kehityspsykoterapia sekä leikki- ja liikuntaterapia. (RAD N.d.) Tulososiossa mainitaan, että myös psykodynaaminen yksilöterapia on hyvin yleinen. Hoidon tarkoituksena on oireiden helpottaminen ja trauman käsittely. (Haapasalo-Pesu 2021.) Kiintymyssuhdehäiriö johtuu taustalla olevasta traumasta, jota tulee myös hoitaa. Yksi suosittu hoitokeino on traumapsykoterapia. Jota käytetään ensin lasten oireiden ja nykyhetken helpottamisessa, jonka jälkeen lähdetään käsittelemään traumaa. (Suokas-Cunliffe & Maaranen 2014.)

Erilaisista hoitointerventioista löytyy tietoa tulososuudessa, joilla voidaan hoitaa lapsen ja vanhemman välistä heikkoa kiintymyssuhdetta, jolla on todettu olevan merkittävä vaikutus lapsen

kiintymyssuhdemalliin. Kiintymysteoreettinen hoito, sosiaalisen oppimisen teorioihin pohjautuva hoito sekä tehokkaat interventiot ovat suunnattu lapsen vanhemmille. Interventioiden avulla on tarkoitus muuttaa heidän käytöstään lasta kohtaan tilanteissa, jossa vanhemmat ovat liian ankaria tai he reagoivat epäjohtonmukaisesti tai uhkaavasti lapsen käytökseen. (Mäkelä & Salo 2011.) Korjaavien kiintymyssuhteiden tarkoitus on luoda lapselle luotettavia ja turvallisia ihmissuhteita. Turvallisen ja ennakoitavan ihmisen avulla on tarkoitus saada lapsi ymmärtämään, ettei kotona tapahtuneet asiat johtuneet hänestä. Korjaavien kiintymyssuhdekokemusten avulla lapsi pystyy muodostamaan jatkossa lisää turvallisia kiintymyssuhteita. (Sinkkonen 2019, 175–184.)

10.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tässä opinnäytetyössä tutkimus etiikkaa tarkastellaan tiedonhankinnan luotettavuuden näkökulmasta, johtuen valitusta tutkimusmenetelmästä, joka oli kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyö noudattaa JAMK:in eettisiä periaatteita sekä hyvää tieteellistä käytäntöä. Sen mukaan kaikenlainen vilppi on kielletty. Opinnäytetyötä koskee lähinnä mahdollinen plagiointi ja virheellisen tiedon jakaminen. (Säännöt ja periaatteet N.d.) Plagiointi vältetään oikeaoppisilla lähdeviittauksilla. Hirsjärven (2009, 22–24) mukaan opinnäytetyötä tehdessä kirjoittajan tulee tiedostaa tutkimuksen tekoon liittyviä eettisiä kysymyksiä ja periaatteita, jotka liittyvät tiedon hankkimiseen ja julkaisuun. Kirjoittajan täytyy olla kriittinen, mutta valmis tekemään muutoksia omaan toimintaan, jos se parantaa tutkimuksen lopputulosta. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu eettisesti sopivien tiedonhankinta- ja arviointimenetelmien soveltaminen tarvittaessa sekä opinnäytetyön suunnittelu ja raportointi vaatimusten mukaisesti.

Aineiston luotettavuuden arvioiminen on tärkeää, jotta vältetään virheelliseltä tiedolta. Opinnäytetyön lähteet valikoituivat luotettavuutta harkiten. (Hirsjärvi 2009, 231). Opinnäytetyössä hyödynnettiin koehakujen aikana muodostuneita sisäänotto- ja poissulkukriteerejä yhtenä keinona lisätä lähteiden luotettavuutta. Esimerkiksi vanhentunutta tietoa saatiin karsittua asettamalla sisäänottokriteeriksi riittävän suppea aikarajaus julkaisuvuodelle. Tässä opinnäytetyössä koehakujen perusteella aiheesta ei löytynyt riittävästi aineistoa lyhyemmältä aikaväliltä, joten julkaisuvuosien rajausta jouduttiin laajentamaan. Yhteneväiset ja toistuvat kriteerit karsivat pois asiaankuulumattomia tai asiayhteyden epäoleellisia aineistoja. Myös aiheen harkittu rajaaminen ja tutkimuskysymyksien yksiselitteisyys rajasi valittavia lähteitä, joka lisää niiden luotettavuutta.

10.3 Johtopäätökset

Tulosten perusteella riskitekijöillä ja niiden havaitsemisella on suuri merkitys. Riskitekijöiden havaitsemisen jälkeen, tilanteen pahenemisen ennaltaehkäisy olisi hyvä aloittaa. Jos riskitekijöitä on useita, lapsi voi hyötyä ennaltaehkäisevästä hoidosta ja keskustelusta, ennen varsinaisen kiintymyssuhdehäiriön syntyä. Vanhempien käyttäytymisellä ja kasvatustyyllillä on vaikutus kiintymyssuhdehäiriön syntymiseen. Vanhemman tavalla kohdata lapsi on suuri merkitys. Luonnollisesti lapsen suhde vanhempiinsa vaikuttaa lapsen ajatusmalleihin ja hänen muihin tuleviin ihmissuhteisiin. Muutama turvallinen vuorovaikutussuhde voi edistää lapsen omaa kiintymyssuhdemallia. Kiintymyssuhdehäiriön hoito perustuu yleisesti turvalliseen suhteeseen ammattilaisen välillä, oireiden helpottamiseen sekä trauman käsittelyyn. Kiintymyssuhdehäiriön hoitoon on erilaisia lähestymistapoja, kuten vanhemman käyttäytymisen korjaaminen. Myös lapsen syntyminen keskosena tai synnytyksen jälkeinen tehohoito voi altistaa kiintymyssuhdehäiriölle, jos riskitekijöitä on riittävästi.

Mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe olisi selvittää miten kiintymyssuhdehäiriön tunnistettavuutta voitaisiin parantaa terveydenhuollossa. Terveydenhuollon työntekijöille voisi kehittää kartoitusmallin tai riskimittarin, jonka avulla katsotaan lapsen todennäköisyys sairastua kiintymyssuhdehäiriöön. Ja sen mukaan toimittaisiin tietyn toimintamallin mukaisesti, ettei tilanne pääsisi pahentumaan. Olisi myös hyvä tutkia ja kehittää kiintymyssuhdehäiriön varhaista tunnistamista ja näiden edellä mainittujen keinojen avulla voitaisiin vähentää mahdollisia kiintymyssuhdehäiriödiagnooseja. Opinnäytetyössä käsiteltiin myös, kuinka kiintymyssuhdehäiriö on saattanut jäädä muiden diagnoosien, kuten ADHD diagnoosin alle. Tästä saisi jatkotutkimusaiheen, miten tyypillistä on kiintymyssuhdehäiriön diagnosoimattomuus muiden mielenterveyshäiriöiden diagnoosien yhteydessä.

Lähteet

Anamneesi. 2016. Lääketieteellinen sanasto. Duodecim, Terveyskirjasto. Viitattu 26.10.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/ltt00189>

Deprivaatio. 2016. Lääketieteen sanasto. Duodecim, Terveyskirjasto. Viitattu 29.2.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/ltt00521>

Elo, S., Tohmola, A., Kajula, O. & Kääriäinen, M. 2022. Laadullisen sisällönanalyysin vaiheet ja eteneminen. Hoitotiede. 34 (4), 215–225. Viitattu 13.5.2024. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/789349/Laadullisen_sisallönanalyysin_vaiheet_ja_eteneminen.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Euroopan Komissio. 2023. Kattava lähestymistapa mielenterveyteen. Tiedonanto. Viitattu 22.2.2024. https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/mental-health_fi

Haapasalo-Pesu, K. 2021. Lasten ja nuorten psykoterapeuttiset hoidot. Duodecim Terveysportti, Lääkärin tietokannat. Viitattu 13.3.2024. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/ykt00818>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja Kirjoita. 15. uudistettu painos. Tammi, Helsinki.

Hornor, G. 2019. Attachment Disorders. Journal of Pediatric Health Care. Volume 33, Number 5, September-October 2019, Pages 612–621. Viitattu 23.4.2024. <https://www.ipedhc.org/action/showPdf?pii=S0891-5245%2819%2930011-2>

Höltge, J., Rohner, S., Heim, E., Nater, U. & Thoma, M. 2023. Differential Pathways from Child maltreatment Types to Insecure adult Attachment Styles via Psychological and Social Resources: A Bayesian Network Analysis. Jun2023; 38(11/12): 7089–7114. (26 p). Viitattu 20.4.2024. <https://web-p-ebSCOhost-com.ezproxy.jamk.fi:2443/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=aa7e5b79-ea51-427d-bc5b-169e019fc336%40redis>

Istunto 4: Mieli ja keho. 2024. Mieli.fi. Viitattu 6.9.2024. <https://mieli.fi/vahvista-mielenterveytasi/harjoitukset/selma-oma-apuohjelma/istunto-4/>

Kasvun tuki. N.d. Hoivaa ja leiki. Kasvun tuki - varhaisen tuen tietolähde. Viitattu 5.5.2024. <https://kasvuntuki.fi/menetelmat/hoivaa-ja-leiki/#methodFull>

Kiintymyssuhde. 2023. Duodecim, Terveyskirjasto. Viitattu 23.1.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/ltt04818/kiintymyssuhde?q=kiintymyssuhde>

Kiintymyssuhdemallit. 2020. Duodecim, Terveyskirjasto. Odottavan äidin käsikirja. Viitattu 23.1.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/odk00026>

Korhonen, L. 2021. Kasvu ja kehitys eri-ikäkausina. Pulassa lapsen kanssa. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 4.3.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/pla00018>

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1990. Sisällön analyysi. Hoitotiede lehti, vol. 11. No 1/-99. S. fF3–12. Viitattu 29.7.2024. https://peda.net/jyu/okl/ko/tutkielmaopinnot-aine-ja-syventavissa-opinnoissa/ktka2010-laadulliset-tutkimusmenetelmat/kl/djm/demo-3/materiaalit/kvsa:file/download/cbc6d1571e180d91eb814eb851a5f912ad27a870/Kyngas_Vanhanen_Sisallon_analyysi.pdf

Lapsen tai nuoren ja vanhemman haastattelu. 2022. Kouluikäisen mielenterveys. Duodecim terveysportti, Hoitotyön tietokanta. Viitattu 15.5.2024. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/mie00002/search/haastattelu?db=236533>

Lenore, C. 2013. Treating childhood trauma. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, Volume 22, Issue 1, January 2013, Pages 51-66. Elsevier. Viitattu 16.4.2024. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1056499312000867?via%3Dihub>

Lindroos, A., Ekholm, E. & Pajulo, M. 2015. Raskaudenaikainen kiintymys sikiöön - äitiyshuollon mahdollisuus ja haaste. Duodecim 2015; 131:143–9. Viitattu 4.6.2024. <https://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2443/xmedia/duo/duo12052.pdf>

Luoma, I. 2022. Lasten sopeutumishäiriöt. Duodecim terveysportti, Lääkärin käsikirja. Viitattu 23.4.2024. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/ykt00805/search/lasten%20mielenterveyden%20h%C3%A4iri%C3%B6t?db=203>

Mielenterveys. N.d. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 23.1.2024. <https://thl.fi/aiheet/mielenterveys>

Mielenterveystalo.fi. N.d. F94 Lapsuudessa tai nuoruusiässä alkavat sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriöt. Viitattu 5.5.2024. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/f94-lapsuudessa-tai-nuoruusiassa-alkavat-sosiaalisen-vuorovaikutuksen-hairiot>

Mäkelä, J. & Salo, S. 2011. Theraplay – vanhemman ja lapsen välinen vuorovaikutushoito lasten mielenterveysongelmissa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2011;127(4):327–34. <https://www.duodecimlehti.fi/duo99358>

Mäntymaa, M. & Tamminen, T. 1999. Varhainen vuorovaikutus ja lapsen psyykinen kehitys. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Duodecim lehti nro 22. Viitattu 4.3.2024. <https://www.duodecimlehti.fi/duo91150>

Psykopatologia. 2016. Lääketieteellinen sanasto. Duodecim, Terveyskirjasto. Viitattu 26.10.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/ltt02786>

Raaska, H. & Pihlakoski, L. 2017. Lapsuuden kiintymyssuhdehäiriöt ja ADHD. Duodecim, Käypähoito. Viitattu 15.1.2024. <https://www.kaypahoito.fi/nix02488>

RAD. N.d. SN-adoptiot. Tietoa erityistarpeisten lasten adoptoisesta ja adoptoitujen erityistarpeista. Viitattu 5.5.2024. <http://www.tietovipu.fi/sn-adoptiot/rad.html#hoitojakuntoutus>

Resilienssi auttaa selviytymään. 2022. Mieli Ry. Viitattu 26.2.2024.

<https://mieli.fi/vahvista-mielenterveyttasi/mita-mielenterveys-on/resilienssi-auttaa-selviytymaan/>

Rovasalo, A. 2021. Dissosiaatiohäiriöt. Duodecim, Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 15.3.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00360>

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallinto-tieteellisiin sovelluksiin. Vaasan Yliopiston Julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62. Julkisohtaminen 4. Viitattu 25.1.2024. https://www.uwasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Salminen-Lahtinen, K. 2023. Emotionaalisesti traumatisoituneen lapsen terapeuttinen kohtaaminen. Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus 2023. Raportteja 56. Viitattu 5.6.2024. https://koskeverkko.fi/wp-content/uploads/2023/10/Raportteja56_KatjaSalminen-Lahtinen.pdf

Sinkkonen, J. 2004. Kiintymyssuhdeteoria – tutkimuslöydöksistä käytännön sovelluksiin. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2004;120(15):1866–73. Viitattu 30.1.2024.

<https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/duo94437/search/kiintymyssuhde?db=284>

Sinkkonen, J. 2019. Kiintymyssuhteet elämänkaareissa. Duodecim. 1.–4. painos 2019, Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Suokas-Cunliffe, A. & Maaranen, P. 2014. Traumapsykoterapia auttaa varhaisiän kiintymyssuhteessa traumatisoituneita. Lääkärilehti, Lehti 41: katsausartikkeli, 41/2014 vuosikerta 69, s. 2613–2617. Viitattu 5.3.2024. <http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/tieteessa/katsausartikkeli/traumapsykoterapia-auttaa-varhaisian-kiintymyssuhteessa-traumatisoituneita/>

Säännöt ja periaatteet. N.d. Tutkinto-opiskelija. JAMK. <https://www.jamk.fi/fi/opiskelijalle/tutkinto-opiskelija/saannot-ja-periaatteet>

THL. 2023. Nuorten hyvinvointi. Nostoja THL:n Kouluterveyskyselyn tuloksista vuodelta 2023 ja FinLapset-rekisteriseurannasta vuodelta 2022. Viitattu 24.4.2024. <https://thl.fi/aiheet/lapset-nuoret-ja-perheet/hyvinvointi-ja-terveys/nuorten-hyvinvointi>

Trauman hoidon kolmivaiheinen malli. 2014. Trauma & dissosiaatio. Viitattu 18.3.2024. <https://traumajadissosiaatio.fi/trauman-hoidon-kolmivaiheinen-malli/>

Toimitus. 2022. Tietoa potilaalle: Mielenterveyden häiriöitä. Duodecim terveysportti, Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 23.4.2024. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/dlk01313/search/lasten%20mielenterveyden%20h%C3%A4iri%C3%B6t?db=134533>

Tokola, M. & Airo, R. 2024. Tietoa potilaalle: Kiintymyssuhteet ja kiintymyssuhdemallit. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 26.2.2024. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/dlk01359/search/kiintymyssuhde?db=207>

Upadhyaya, S. 2021. Incidence of depression, prenatal and perinatal risk factors associated with depression and reactive attachment disorder in children -A nationwide register-based study. Turun yliopiston julkaisuja. Väitöskirja. Viitattu 5.6.2024. <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/151695/AnnalesD1543Upadhyaya.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Valtioneuvosto. 2023. OECD:n raportissa arvioidaan Suomen hyvinvoinnin tilaa. Opetus- ja kulttuuriministeriö, sosiaali- ja terveysministeriö, ympäristöministeriö. Tiedote. Viitattu 19.2.2024. <https://valtioneuvosto.fi/-/1271139/oecd-n-raportissa-arvioidaan-suomen-hyvinvoinnin-tilaa>

Viheriälä, L. & Rutanen, M. 2010. Lapsen psyykkisen trauman hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2010;126(22):2671–7. <https://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2010/22/duo99180?keyword=kiintymyssuhde>

Liitteet

Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset ja artikkelit

Tekijä(t) ja julkaisu- vuosi	Otsikko	Tavoite	Aineisto tai menetelmä	Keskeiset havainnot tutkimuskysymyksiens kannalta
Mäkelä, J. & Salo, S. 2011	Theraplay – vanhemman ja lapsen välinen vuorovaikutushoito lasten mielenterveysongelmissa	Tuoda tietoa vanhemman ja lapsen välisen vuorovaikutussuhteen merkityksestä. Erityisesti tietoa Theraplay-menetelmästä, sekä muista menetelmistä, joilla hoitaa vuorovaikutussuhdetta.	Artikkeli	Vanhemman ja lapsen välisellä vuorovaikutussuhteella on vaikutusta heidän väliseensä kiintymyssuhteeseen. Vuorovaikutussuhdetta hoitamalla voidaan parantaa myös kiintymyssuhdetta.
Viheriälä, L. & Rutanen, M. 2010	Lapsen psyykkisen trauman hoito	Kertoa lasten psyykkisten traumojen vaikutuksesta, sekä keinoista tunnistaa ja hoitaa niitä.	Artikkeli	Kuinka lapsuuden aikaiset traumat vaikuttavat eri ikävaiheissa ja mistä trauman voi tunnistaa. Vanhempien oikeanlainen tuki on tärkeä tekijä lapsen trauman hoidossa. Pyritään varhaiseen trauman diagnosointiin.
Upadhyaya, S. 2021	Incidence of depression, prenatal and perinatal risk factors associated with depression and reactive attachment disorder in children	Kertoa lapsen masennuksen sekä reaaktiivisen kiintymyssuhdehäiriön esiintyvyydestä ja riskitekijöistä.	Artikkeli	Tunnistamalla riskitekijät voidaan parantaa kiintymyssuhdehäiriön tunnistettavuutta. Riskitekijöiden määrä ja laatu vaikuttaa lapsen sairastumiseen
Sinkkonen, J. 2019	Kiintymyssuhteet elämänkaressa	Kertoa tietoa monipuolisesti kiintymyssuhteisiin vaikuttavista tekijöistä,	Kirja	Kiintymyssuhdehäiriön tunnistamiseen löytyy useita menetelmiä. Korjaavilla vuorovaikutussuhteilla on lapselle suuri merkitys.

		sekä elämän muutosten vaikutuksesta.		
Salminen-Lahtinen, K. 2023	Emotionaalisesti traumatisoituneen lapsen terapeutinen kohtaaminen	Tuottaa tietoa traumatisoituneiden lasten kanssa työskenteleville, kuinka lapsen voi kohdata lapsi oikealla tavalla ja miten lapsen emotionaalisen trauman voi tunnistaa.	Raportti	Lapsen oireilun avulla emotionaalisen trauman voi tunnistaa, oireilu on yksilöllistä.
Lindroos, A., Ekholm, E. & Pajulo, M. 2015	Raskaudenaikainen kiintymys sikiöön – äitiyshuollon mahdollisuus ja haaste	Tuottaa tietoa raskauden aikaisista vaikutuksista lapsen ja äidin väliseen kiintymyssuhteeseen.	Katsaus	Äidin mielenterveyden ja päihteidenkäyttö tottumusten selvittäminen on tärkeää, jotta voidaan välttää tai ennakoida lapseen kohdistuvia haittoja.

Kuviot

Kuvio 1. Kiintymyssuhdemallit.

Tokola, M. & Airo, R. 2024. Tietoa potilaalle: Kiintymyssuhteet ja kiintymyssuhdemallit. Lääkärikirja Duodecim.

<https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/dlk01359/search/kiintymyssuhde?db=207>

Kuvio 2. Kirjallisuuskatsaus kaavio.

Salminen. 2011. Finkin malli (2005;54). Kirjallisuuskatsaus Finkin mukaan.

https://www.uwasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf