



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Defenssit ja itsetuhoisuus nuorilla osastopotilailla

Karvinen, Camilla

Laurila, Joanna

2014 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Tikkurila

Defenssit ja itsetuhoisuus nuorilla osastopotilailla

Karvinen, Camilla
Laurila, Joanna
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2014

Karvinen Camilla, Laurila Joanna

Defenssit ja itsetuhoisuus nuorilla osastopotilailla

Vuosi 2014

Sivumäärä 55

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää defenssien käytön suhdetta itsetuhoisuuteen psykiatrisessa osastohoidossa olleilla nuorilla. Defenssillä tarkoitetaan minän psykologisia puolustuskeinoja.

Opinnäytetyö toteutettiin Kaifus (the Kellokoski Hospital Adolescent Inpatient Follow-Up Study) -hankkeen keräämästä aineistosta määrällisenä tutkimuksena. Opinnäytetyön otos on 206 nuorta psykiatrista osastopotilasta. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.

Tulosten mukaan itsetuhoisessa ryhmässä korostui epäkypsään tyyliin kuuluvien defenssien käyttö ja ei-itsetuhoisessa ryhmässä kypsän tyylin käyttö. Yksittäisistä defensseistä tilastollisesti merkitseviä eroja ryhmien välillä oli idealisaation, somatisaation, projektion ja autistisen fantasian käytössä, jotka idealisaatiota lukuunottamatta kuuluvat DSO-40-asteikon mukaan epäkypsään defenssityyliin. Näitä defenssejä käyttivät enemmän itsetuhoiset nuoret. Tilastollisesti merkitsevä ero havaittiin myös rationalisaation ja suppression käytössä, jotka kuuluvat kypsään defenssityyliin ja joita käyttivät enemmän ei-itsetuhoiset potilaat.

Opinnäytetyön tulosten perusteella jatkossa olisi syytä kiinnittää enemmän huomiota defenssien tutkimiseen ja niiden merkityksen ymmärtämiseen eri konteksteissa. Defenssien yhteyttä paitsi itsetuhoisuuteen, myös muihin mielenterveyshäiriöihin olisi syytä tutkia. Tutkimusta olisi tehtävä myös Suomessa, sillä lähes kaikki opinnäytetyöhön löydetyt tutkimukset olivat kansainvälisiä.

Asiasanat: defenssi, puolustusmekanismi, itsetuhoisuus, nuori, mielenterveys

Karvinen Camilla, Laurila Joanna

Defenses and suicidality in adolescent inpatients

Year	2014	Pages	55
------	------	-------	----

The primary objective of this study was to describe what kind of defense mechanisms and styles suicidal inpatients and non-suicidal inpatients use. Defense mechanisms are psychological defenses for protecting the self.

This study is quantitative and the data was obtained from the Kellokoski Adolescent Inpatient Follow-Up Study (KAIFUS). The sample consisted of 206 young psychiatric inpatients. The material was analysed with statistical methods.

The results show that suicidal patients used immature defense styles more frequently than those who were not suicidal. Whereas non-suicidal patients used mature defense style more often. Statistically significant difference in defense use between suicidal and non-suicidal patients was detected in four single defense mechanisms; idealization, somatization, projection and autistic fantasy. All these defense mechanisms are immature defense styles, except idealization which is considered neurotic, and are more frequently used by suicidal patients. Significant statistical difference was also found in rationalization and suppression. These two defense mechanisms are mature defense styles and are more frequently used by non-suicidal patients.

Based on the findings of this study, more attention should be paid to the research on defense mechanisms and understanding the meaning of defense mechanisms from different perspectives. Research on how defense mechanisms are related to suicidality and other mental health problems should be carried out also in Finland, because all research papers used for this study were international except one.

Keywords: defense, defense mechanism, adolescent, suicidality, mental health

Sisällys

Johdanto.....	6
1 Teoreettinen viitekehys.....	7
1.1 Nuoruus ja mielenterveys.....	7
1.1.1 Mielenterveyden häiriöt nuoruudessa	8
1.1.2 Nuorten itsetuhoisuus	9
1.1.3 Nuorten itsemurhat	11
1.1.4 Nuorisopsykiatrisen hoito.....	12
1.2 Minän suojautumiskeinot	13
1.2.1 Defenssit	14
1.2.2 Defenssien ryhmittely	15
1.2.3 Defenssien kehittyminen.....	19
1.3 Defenssit ja itsetuhoisuus	21
2 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	24
3 Opinnäytetyön toteutus.....	24
3.1 Aineisto ja menetelmälliset valinnat	25
3.1.1 Määrällinen tutkimus	26
3.1.2 Aineistonkeruu	26
3.1.3 Arviointimittarit	28
3.2 Aineiston analyysi	30
4 Tutkimustulokset	32
4.1 Potilaiden taustatiedot ja itsetuhoisuus	32
4.2 Itsetuhoisten ja ei-itsetuhoisten potilaiden käyttämät defenssit	33
4.3 Erot defenssien käyttämisessä	34
5 Pohdinta	37
5.1 Tutkimustulosten tarkastelua	37
5.2 Tutkimuksen luotettavuus	41
5.3 Eettiset kysymykset.....	42
Lähteet	45
Liitteet	49
Liite 1 Tutkijan taulukko	49
Liite 2 DSQ-40-mittari	53

Johdanto

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää defenssien käytön suhdetta itsetuhoisuuteen psykiatrisessa osastohoidossa olleilla nuorilla. Defensseillä tarkoitetaan minän psykologisia puolustuskeinoja, jotka toimivat pääosin tiedostamattomalla tasolla (Kalliopuska 2005: 35; Lönnqvist 2011: 63). Itsetuhoisuus tarkoittaa sellaisia ajatuksia tai tekoja, jotka uhkaavat omaa terveyttä tai henkeä (Karlsson, Pelkonen & Marttunen 2007: 1). Itsetuhoiseksi tässä opinnäytetyössä katsotaan ne nuoret, joilla on ollut itsemurha-aikeita, selvä itsemurhayritys tai itsensä vahingoittamista usein tai vakavasti.

Aihe valikoitui niukan olemassa olevan tutkimustiedon ja aiempien tutkimusten johtopäätösten pohjalta. Tutkimusten mukaan eri defenssityylit voivat määrittää erilaisia psyykkisiä ja käyttäytymisen ongelmia nuorilla, ja esimerkiksi epäkypsän defenssityylin käyttäminen on näyttäytynyt riskitekijänä psyykkiselle terveydelle. (Tuulio-Henriksson, Poikolainen, Aalto-Setälä, Lönnqvist 1997:1148-1150; Shiva, Mohammad, Mohsen & Hossein 2011: 590, 592, 594.) Useissa aiemmissä tutkimuksissa on havaittu yhteys itsetuhoisuuden ja joidenkin yksittäisten defenssien sekä epäkypsän ja mielikuvia halkovan defenssityylin korostuneen käytön välillä (mm. Sarvasmaa 2012; Hovanessian, Isakov & Cervellione 2009; Recklitis, Noam & Borst 1992; Kjelsberg, Neegaard & Dahl 2007; Corruble, Hatem, Damy, Falissard, Guelfi, Reynaud & Hardy 2003: 279.)

Nuorten itsetuhoisuus on paitsi Suomessa, myös maailmanlaajuisesti tärkeä ja ajankohtainen aihe. WHO:n mukaan vuonna 2012 nuorten kuolemista joka kolmas oli itsemurha (WHO 2014). Suomessa nuorten itsemurhia esiintyy vuositasolla noin 40 (ks. Korpilahti, Kolehmainen, Lounamaa & Lillsunde, THL 2014) ja 15-19-vuoden iässä sekä tytöillä että pojilla itsemurhat ovat toiseksi yleisin kuolinsyy heti liikennetapaturmien jälkeen (Remes 2014). Itsetuhoisuus on Suomessa hyvin yleistä psykiatriseen hoitoon hakeutuneilla nuorilla ja se onkin yksi tärkeimmistä hoidon aiheista. Vaikka nuorten itsemurhaluvut Suomessa ovat viime vuosikymmenten aikana olleet laskussa, ne ovat edelleen korkeat. (Marttunen & Kaltiala-Heino 2011: 583; 627; Marttunen 2006: 129.) Nämä seikat korostavat itsetuhoisuuteen liittyvien tekijöiden tarkastelun tärkeyttä. Mitä paremmin itsetuhoisuuteen kytkeytyviä ilmiöitä tunnetaan, sen paremmin itsetuhoisesti oireilevia ja itsemurhavaarassa olevia nuoria voidaan tunnistaa ja auttaa.

Opinnäytetyön aineisto koostuu nuorten osastopotilaiden (N=206) täyttämistä kyselylomakkeista ja diagnostisista haastatteluista. Aineisto saatiin valmiina Kaifus (The Kellokoski Hospital Adolescent Inpatient Follow-Up Study) -hankkeelta, jonka kanssa yhteistyössä opinnäytetyö toteutettiin. Hanke keräsi aineiston vuosien 2006 ja 2010 välisenä aikana Kellokosken nuorisopsykiatrisilla osastoilla. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää defenssien suhdetta itsetuhoisuuteen tutkimalla itsetuhoisten ja ei-itsetuhoisten potilaiden käyttämiä defenssejä ja

vertailemalla ryhmien välisiä eroja. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa nuorisopsykiatrisen osastohoidon kehittämiseksi. Tavoitteena oli myös syventää nuorisopsykiatristen osastojen hoitohenkilökunnan tietoutta defensesseistä ja niiden yhteydestä potilaan kliiniseen tilaan.

1 Teoreettinen viitekehys

Opinnäytetyön teoreettisen viitekehäksen keskiössä ovat nuoret, itsetuhoisuus ja defensesit. Defensesjä on kuvattu pääosin DSQ-40 -mittarin pohjalta. Työssä esitellyt aiemmat tutkimukset löytyivät hakusanoilla "defense", "ego defense mechanism", "defense style" ja "suicidal adolescent". Tutkimuksia haettiin Google scholarin sekä Ovid-, PubMed- ja Elsevier- tietokantojen kautta.

Aluksi käsitellään lyhyesti nuoruutta, mielenterveyttä ja mielenterveyden häiriöitä, jonka jälkeen tarkastellaan nuorten itsetuhoisuutta ja itsemurhia. Sen jälkeen esitellään defensesin käsitettä, niiden ryhmittelyä ja kehittymistä. Lopuksi tehdään katsaus aiempiin tutkimuksiin itsetuhoisuudesta ja defenseseistä, joiden pohjalta tämä työ syntyi ja joiden tuloksia vasten tuloksia tarkastellaan. Aiemmat tutkimukset ovat kansainvälisiä ja yhtä lukuun ottamatta ne on toteutettu ulkomailla. Suomessa aihealuetta ei juuri ole tutkittu. Tässä työssä esitellyissä tutkimuksissa on itsetuhoisuuden tai itsemurha-alttiuden ja defensesien yhteyttä keskitytty tutkimaan pääosin psykiatrisilla potilailla.

1.1 Nuoruus ja mielenterveys

Nurmi ym. (2014) kuvaavat nuoruusikää siirtymäajaksi lapsuudesta aikuisuuteen. Nuoruutta sävyttävät monenlaiset fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen kasvuun liittyvät tekijät. Nuoruusiässä tehdään useita valintoja, jotka luovat pohjaa elämäkululle aikuisena. Aiemmin nuoruutta kuvattiin psykologiassa kriisien ja myllerrysten ajanjaksoksi, mutta uudemman tutkimustiedon mukaan suurimmalla osalla nuorista ei ole mitään erityistä kriisivaihetta vaan kehitys on ollut tasaista ja edennyt asteittain. Nuoruus on kuitenkin varsin haavoittuvaa aikaa, jolloin monenlainen ongelmakäyttäytyminen on yleisimmillään. (Nurmi, Ahonen, Lyytinen, Lyytinen, Pulkkinen & Ruoppila 2014: 142-143.)

Nuoruusiän katsotaan alkavan puberteetista (Aaltonen, Ojanen, Vihunen & Vilen 2003: 18). Murrosikä, puberteetti, on olennainen osa nuoruutta. Puberteetissa on kysymys biologisesta ja fysiologisesta kehityksestä ja se on kestoltaan lyhyempi vaihe kuin nuoruusikä. Puberteetti alkaa tavallisesti tytöillä aikaisemmin kuin pojilla, mutta yksilölliset erot sen alkamisajankohdassa ja kestossa ovat suuria. (Ks. esim. Kinnunen 2011: 22.) Ikävaiheessa on paljon haasteita, jotka liittyvät nuoren minäkuvaan ja kokemukseen muiden suhtautumisesta itseensä. Nuoren

voi joskus olla vaikea hyväksyä hänessä tapahtuvia nopeatempoisia muutoksia. (Toivio & Nordling 2009: 158.)

Nuoruus on yleisimmin jaettu varhais-, keski- ja myöhäisnuoruuteen, joista käytetyt termit hieman vaihtelevat. Varhaisnuoruus, johon liittyy puberteettivaihe, sijoittuu suunnilleen ikävuosien 12-14 väliin, keskinuoruus ikävuosien 15-17 väliin ja myöhäisnuoruus ikävuosien 18-22 väliin. (Marttunen & Kaltiala-Heino 2011: 562; Marttunen & Karlsson 2013: 8; Dunderfelt 2011: 84-85; Aalberg & Siimes 2007: 67.) Tässä opinnäytetyössä tutkimuksen otoksen muodostavat 13-17-vuotiaat nuoret, jotka sijoittuvat ikävaiheeltaan varhais- ja keskinuoruuteen.

Dunderfeltin (2011) mukaan puberteetin lisäksi varhaisnuoruutta leimaa ihmissuhteiden kriisi, johon liittyy vanhempien ja muiden auktoriteettien vastustaminen ja uusien suhteiden luominen vertaisten kanssa. Keskinuoruuteen liittyy identiteettikriisi, joka ilmenee muun muassa samaistumisen kohteiden etsimisenä, ihastumisina ja rajojen kokeiluna. Myöhäisnuoruuteen tai toisin sanoen nuoruuden loppuvaiheeseen kuuluu seestymisen vaihe ja itsenäistyminen. (Dunderfelt 2011: 84-85.)

Aalbergin & Siimeksen (2007: 68) mukaan nuoruuden keskeisimmät kehitykselliset tehtävät ovat irrottautuminen vanhemmista, uuden fyysisen identiteetin jäsentäminen sekä vertaistuen hyödyntäminen kehityksen aikana. Kehitys ei etene tasaisesti, vaan taantumiset kuuluvat asiaan ja nuoruudelle onkin tyypillistä lapsenomaisten piirteiden hetkellinen korostuminen (Aalberg & Siimes 2007: 74). Nuoruudessa tunteet kuohuvat ja kapinointi, ehdottomuus ja rajojen kokeilu kuuluvat itsenäistymisprosessiin. Silloin kun nuorella on pitkittynyttä pahaa oloa, ahdistuneisuutta, epävarmuutta tai masennusta, voi kyseessä olla identiteetin kehityksen häiriö. (Toivio & Nordling 2009: 159.)

Nuoren psyyken kehitys on vielä keskeneräinen. Kehittyäkseen tasapainoisesti nuoret tarvitsevat tunteen siitä, että he ovat pidettyjä, fyysistä ja emotionaalista tilaa kehittymiseen, ikätovereita, rajoja sekä luvan uhmata niin, että siihen vastataan sekä aikuisen läsnäoloa. (Aalberg & Siimes 2007: 129-130.) Länsimaisessa yhteiskunnassa nuorten asema on parantunut vuosikymmenten kuluessa - nykynuorella on aikaa psyykkiseen kasvuun, mahdollisuus kehittää omaa kulttuuriaan ja rakentaa elämäänsä taloudellisesti hyvinvoivassa yhteiskunnassa. Samanaikaisesti nuoreen kohdistuu useita uudenlaisia odotuksia ja paineita, jotka asettavat haasteita aikuiseksi kasvamiselle. Nuori itse ja ympäristö muuttuvat jatkuvasti, joka heijastuu nuorten mielenterveyteen ja näyttäytyy psyykkisten häiriöiden muodossa. (Aalberg & Siimes 2007: 291.)

1.1.1 Mielenterveyden häiriöt nuoruudessa

Marttusen & Karlssonin (2013) mukaan nuorilla esiintyy noin kaksi kertaa enemmän mielenterveyden häiriöitä kuin lapsilla. Useimmiten mielenterveyshäiriöt ilmaantuvat ensimmäistä kertaa nuoruusiässä ja tutkimusten mukaan noin puolet aikuisten mielenterveyden häiriöistä ovatkin alkaneet ennen neljätoista ikävuotta ja noin kolme neljästä on alkanut ennen 24 vuoden ikää. Eri tutkimusten perusteella on arvioitu, että 20-25 prosentilla suomalaisista nuorista on jokin mielenterveyden häiriö. Mielenterveyshäiriöt ovat nykyään yksi tyypillisimmistä koululaisten terveysongelmista. Yleisimmin nuoret kärsivät mieliala-, ahdistuneisuus-, käytös- ja päihdehäiriöistä mutta myös useat samaan aikaan esiintyvät häiriöt ovat yleisiä, jolloin puhutaan monihäiriöisyydestä. (Marttunen & Karlsson 2013: 10-11.)

Myös Toivion & Nordlingin (2009: 159) mukaan nuoruus on psyykkisten häiriöiden puhkeamisen kannalta herkkää aikaa. Heidän mukaansa syitä tälle voivat olla fyysiset ja aineenvaihdunnalliset tekijät mutta erityisesti se seikka, ettei nuoren psyyke välttämättä ole vielä riittävän kehittynyt kestämaan kaikkia niitä kuormitustekijöitä, joita kehitys tuo tullessaan. Nuoren stressinhallintakeinot saattavat myös olla vielä riittämättömästi kehittyneet. (Toivio & Nordling 2009: 159.)

Mielenterveyden häiriöt esiintyvät enemmän keski- tai myöhäisnuoruudessa kuin varhaisnuoruudessa. Varhaisnuoruudessa merkittävimmän osan häiriöistä muodostavat käytöshäiriöt ja tarkkaavaisuushäiriöt, ja kyseisessä vaiheessa mielenterveyden häiriöitä ilmenee enemmän pojilla kuin tytöillä. Keski- ja myöhäisnuoruudessa etenkin tytöillä yleistyvät masennustilat ja ahdistuneisuushäiriöt, ja tässä nuoruuden vaiheessa tytöillä esiintyykin mielenterveyden häiriöitä enemmän kuin pojilla. Arviolta ainoastaan 20-40 % mielenterveyden häiriöistä kärsivistä nuorista hakeutuu avun piiriin. (Marttunen & Kaltiala-Heino 2011: 564-567.) Monet eri tekijät vaikuttavat mielenterveyden häiriöiden syntyyn ja ennaltaehkäisyn näkökulmasta olisi tärkeää pyrkiä vahvistamaan suojaavia tekijöitä sekä tunnistaa ja pyrkiä vähentämään altistavia tekijöitä. (Marttunen & Karlsson 2013: 11-12.)

1.1.2 Nuorten itsetuhoisuus

Nuoruuden fyysiseen ja psykologiseen kehitykseen liittyy paljon paineita, joiden katsotaan olevan altistavia tekijöitä itsetuhokäyttäytymiselle (Aalberg & Siimes 2007: 254). Itsetuhoisuus on laaja käsite, joka monimuotoisuudessaan kattaa kaikki sellaiset ajatukset ja teot, jotka uhkaavat omaa terveyttä tai henkeä. Itsetuhoisuus voidaan luokitella joko suoraksi tai epäsuoraksi. Epäsuoraksi itsetuhoisuudeksi kutsutaan niitä itseä vahingoittavia tekoja, joihin ei liity kuoleman aikomusta. (Karlsson ym. 2007: 1.) Miittisen (2012) mukaan se saattaa ilmetä esimerkiksi henkeä uhkaavien riskien ottamisena ilman tietoista toivetta kuolemasta (Miittinen 2012: 6) tai muuna sellaisena käyttäytymisenä, jota leimaa piittaamattomuus omasta turvallisuudesta ja hyvinvoinnista (Moilanen, Räsänen, Tamminen, Almqvist & Piha 2004: 227).

Suoraa itsetuhoisuutta ovat itsemurha-ajatukset, itsemurhayritykset sekä itsemurhat. Itsemurhayritykset voivat olla eriasteisia, lievistä yrityksestä vakavaan, henkeä uhkaavaan yritykseen. (Pelkonen & Marttunen 2004.) Suoraa itsetuhokäyttämistä edeltävät itsemurha-ajatukset, joiden luonne saattaa vaihdella hetkellisistä, spontaaneista mielikuvista pitkäaikaisiin itsemurhasuunnitelmiin (Lönnqvist, Henriksson, Marttunen, Isometsä & Heikkinen 2006: 589).

Itsetuhoisuuteen kuuluva oma osa-alueensa on itsensä vahingoittaminen, joka on hyvin monimuotoista itseä vahingoittavaa käytöstä ja ei tähtää itsemurhaan. Yleensä siinä aiheutetaan itselle lievä tai kohtalainen ruumiillinen vamma. Tällainen käytös voi ilmetä esimerkiksi ihon viiltelynä, -polttamisena tai -leikkaamisena. Viiltely on ilmenemismuodoista tavallisin ja tutkimusten mukaan sitä esiintyy 2-15 %:lla nuorista. Nuorten mukaan viiltelyssä on useimmiten kysymys psyykkisen pahan olon lievityksestä, paineiden purkamisesta ja oman mielen kontrolloinnista. (Marttunen 2006: 130.) Myllyviidan (2014) mukaan viiltelyä esiintyy 11,5 %:lla suomalaisista 13-18-vuotiaista nuorista ja se on yksi tavallisimmista syistä nuorten sairaalahoitoon. Viiltely on keino selviytyä sietämättömästä tunnetilasta ja viiltelyn jälkeen henkilön olo on helpottunut niin, että hän pystyy toimimaan normaalisti. (Ks. esim. Myllyviita 2014: 19-20.)

Itsetuhoisuus ei ole sairaus, vaan se liittyy usein muihin mielenterveyden häiriöihin ja ajan-kohtaisiin hankaluuksiin (Karlsson ym. 2007: 2). Usein nuoren itsemurhayritys tai itsemurha johtuu useiden itsetuhoisuudelle altistavien tekijöiden ja muiden ongelmien kasaantumisesta. Tärkein yksittäinen riskitekijä on aiempi itsemurhayritys, joka on taustalla noin kolmanneksella itsemurhan tehneellä nuorella. Muita tärkeimpiä riskitekijöitä ovat mielenterveyden häiriöt, joista yleisimpiä ovat mielialahäiriöt kuten masennus. (Marttunen 2006: 129.)

Noin 90 %:lla itsemurhan tehneistä nuorista on ollut jokin mielenterveyden häiriö (Marttunen 2006: 129; Marttunen & Kaltiala-Heino 2011: 584). Masennusta sairastavilla nuorilla itsemurha-ajatukset ja -yritykset ovat yleisiä, samoin psykiatrinen samanaikaissairastavuus (Kaltiala-Heino, Ritakallio & Lindberg 2008). Mikäli nuorella on masennuksen lisäksi päihdeongelma, itsemurhariski moninkertaistuu (Marttunen & Kaltiala-Heino 2011: 584; Huttunen 2013). Mielenterveys- ja persoonallisuushäiriöiden lisäksi tietyt persoonallisuuden piirteet liittyvät nuorten itsemurhiin ja niiden yrityksiin. Näitä piirteitä ovat esimerkiksi toivottomuus, impulsiivisuus, heikko ongelmanratkaisukyky ihmisuhteissa, sopeutumisen vaikeus stressitilanteisiin ja synkkä asenne elämää kohtaan. (Marttunen & Kaltiala-Heino 2011: 584.)

Tunnistettuja riskitekijöitä nuoren itsetuhokäyttämiseksi on useita. Lönnqvistin ym. (2006) mukaan ne voidaan jakaa biologisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja kulttuurisiin riskitekijöihin. (Lönnqvist ym. 2006: 593.) Harvemmin mikään yksittäinen tapahtuma selittää nuoren itsetu-

hokäyttäytymistä, vaan se on usein monien, pitkään kestäneiden vaikeuksien summa. Yksittäinen elämäntapahtuma voi toki toimia laukaisevana tekijänä, joka siirtää nuoren ajatuksista tekoihin. (Karlsson ym. 2007: 3.) Itsemurhaa yrittäneiden tai siihen kuolleiden nuorten taustalla merkittävässä roolissa ovat perheessä koetut vaikeudet. Läheisiin ihmissuhteisiin liittyvät vaikeudet voivat toimia laukaisevina tekijöinä itsemurhayritykselle tai siihen johtavalle käyttäytymiselle. Näihin vaikeuksiin liittyvät epäonnistumisen, nöyryytetyksi ja hylätyksi tulemisen tunteet. (Marttunen & Kaltiala-Heino 2011: 583.)

Perheen sisäiset ristiriidat kuten avioero, vanhemman mielenterveyden häiriö tai vanhemman kuolema tai itsemurhayritys ovat nuoruusaikaisten mielenterveyden häiriöiden syntymisen riskitekijöitä ja siten altistavat nuoren myös itsetuhoisuudelle. (Karlsson ym. 2007: 3.) Itsetuhoisesti oireilevat lapset ja nuoret tulevat usein kaoottisista perheistä, joille on ominaista jäykkyys, sopeutumisvaikeudet sekä vaikeus ratkaista ongelmia mielekkäästi. Perheiden kommunikaatio ja tunteiden osoittaminen on usein heikkoa. (Moilanen ym. 2006: 229.) Muutamien tutkimusten mukaan myös perimällä saattaa olla osuutta itsetuhokäyttäytymiseen. Esimerkiksi serotoniiniaineenvaihdunnan epätasapainon on osoitettu olevan siihen yhteydessä. (Karlsson ym. 2007: 3.)

1.1.3 Nuorten itsemurhat

Itsemurhat ja tapaturmat ovat nuorilla yleisimmät kuolinsyyt (Korpilahti & Partonen 2014). Lapsuudessa itsemurhat ja niiden yritykset ovat harvinaisia, mutta nuoruudessa ne yleistyvät. Väestötutkimusten mukaan 20-30 % nuorista on ajatellut itsemurhaa ja 3-4 % on yrittänyt sitä ainakin kerran ennen täysi-ikäisyyttä. Vuosittainen itsemurhayritysten esiintyvyys on vaihdellut 0,2-7,5 prosenttiin riippuen yrityksen määritelmästä. Nuoruuden itsemurha-ajatukset ja -yritykset ovat yleisempiä tytöillä, mutta nuorten itsemurhakuolemista noin 80 % on poikien kuolemia. (Marttunen & Kaltiala-Heino 2011: 583.) 15-19-vuoden iässä sekä tytöillä että pojilla itsemurhat ovat toiseksi yleisin kuolinsyy heti liikennetapaturmien jälkeen (Remes 2014).

Itsetuhoisuus on yleistä nuorisopsykiatriseen hoitoon hakeutuneilla nuorilla, joista suomalais-tutkimusten mukaan itsemurha-ajatuksia on esiintynyt noin 40-65 prosentilla. (Marttunen & Kaltiala-Heino 2011: 583.) Kuoleman pohtiminen jossakin vaiheessa nuoruusikää on tavallista. Kuitenkaan kuolemantoiveet tai toistuvat ajatukset itsensä vahingoittamisesta eivät kuulu nuoren normaaliin kehitykseen. Monesti itsetuhoisuus on jatkumo, joka alkaa lievempinä kuolemantoiveina ja päättyy itsemurhaan. (Karlsson, Pelkonen & Marttunen 2007: 1.)

Alle 15-vuotiailla itsemurhakuolleisuus on harvinaista, mutta sitä vanhempien nuorten kuolleisuus kolminkertaistui 1960-1970-luvuilla ja pysyi korkeana vuoteen 1990 asti, jonka jälkeen se on vähentynyt noin kolmanneksen (Marttunen & Kaltiala-Heino 2011: 583). Vaikka nuorten

itsemurhakuolleisuus on pojilla suurempaa, tytöillä ovat yleisempiä sairaalahoitoon johtavat itsensä vahingoittamiset. Itsensä vahingoittamiset yleistyivät vuoden 2005 paikkeilla, mutta viime vuosina kasvu on hidastunut. 15-24-vuotiaiden poikien itsemurhakuolleisuus vuosina 2010-2012 oli 27,8/100 000 henkeä kohden ja tyttöjen vastaava 9,2/100 000 henkeä kohden. (Marttunen & Partonen 2014.)

Kansainvälisten vertailujen mukaan nuorten itsemurhakuolleisuus Suomessa on edelleen suurta ja vakava itsetuhoisuus sekä itsemurhavaara ovatkin yksiä tärkeimmistä nuorisopsykiatrisen hoidon aiheista (Marttunen & Kaltiala-Heino 2011: 583; 2010: 627). Marttunen (2006) mukaan erityisesti nuorten miesten itsemurhat Suomessa ovat merkittävä kansanterveydellinen ongelma, sillä kaikista 15-19-vuotiaiden nuorten miesten kuolemista jopa 25 % on itsemurhia. (Marttunen 2006: 129.)

Muualla maailmassa nuorten itsemurhat ovat lisääntymään päin. Tämän on arveltu johtuvan masennuksen yleistymisestä, huumeiden käytöstä ja varhaisesta syrjäytymiskehityksestä. (Toivio & Nordling 2009: 159.) Euroopan Unionin alueella kuolevista 35 000 lapsesta ja nuoresta neljäsosa kuolee väkivallan, tapaturman tai itsemurhan seurauksena. Näistä kuolemista joka kolmas aiheutuu väkivallasta, itsemurhasta tai selvittämättömästä syystä. (ECSA 2014b.) WHO:n mukaan vuonna 2012 nuoria kuoli maailmanlaajuisesti arviolta 1,3 miljoonaa. Itsemurha oli kolmanneksi yleisin kuolinsyy. (WHO 2014.)

1.1.4 Nuorisopsykiatrinen hoito

Suomen nuorisopsykiatriset palvelut ovat Euroopan mittakaavassa ainutlaatuiset. Pääosin palvelut ovat erikoissairaanhoidoa, joka pitää sisällään nuorisopsykiatriset poliklinikat ja sairaalaoastot. Tällä hetkellä nuorisopsykiatristen palvelujen kysyntä ylittää tarjonnan. Perusterveydenhuollon puolella nuoren kasvun ja kehityksen tukemisesta vastaavat koulu, kouluterveydenhuolto ja koulun oppilashuolto. Monissa suurimmissa kaupungeissa on nuorisopoliklinikoita, joissa nuorille on tarjolla apua niin fyysisiin kuin psyykkisiin vaivoihin. Useilla paikkakunnilla on lisäksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välimaastoon sijoittuvia poliklinikoita, joilla tarjotaan kriisihoidon tyyppistä selvittelyä ja hoitoa ja joilta tarvittaessa ohjataan nuori erikoissairaanhoidon. (Marttunen & Kaltiala-Heino 2011: 586.)

Suurin osa nuorisopsykiatrisesta hoidosta tapahtuu avohoitona. Silloin kun avohoito ei riitä nuoren auttamiseksi, psykiatrinen osastohoito on tarpeen. 1990-luvulta lähtien nuorten sairaalahoitajaksot ovat lisääntyneet, samoin tahdosta riippumattomat hoitajaksot. Nuorisopsykiatrisen osastohoidon keskeisiä elementtejä ovat henkilökohtainen hoitosuhde ja yhteisö, johon kuuluu nuoria ja aikuisia. Osastohoidossa hyödynnetään usein myös erilaista toiminnallista ryhmä- sekä terapiatoimintaa. Olennaisena osana osastohoitoa on myös sairaalakoulu,

jota käyvät ne nuoret, joilla on vielä peruskoulu kesken. Osastohoidossa mahdollisuudet nuoren oireiden ja käyttäytymisen seurantaan sekä lääkehoidon aloitukseen ja toteutukseen ovat paremmat kuin avohoidossa. (Marttunen & Kaltiala-Heino 2011: 591.)

Nuorisopsykiatrisen osastohoidon aiheita ovat vakavat mielialahäiriöt ja itsemurhavaara, psykoosit ja muut sekavuustilat, vakava laihuushäiriö, vakavat käytöshäiriöt sekä erittäin vakavat traumaattiset kriisit. Lisäksi arviointi- ja tutkimusjakso on silloin tarpeen, kun nuoren oireilu ja toimintakyvyn lasku ovat vakavia eikä tutkiminen ole mahdollista avohoidossa. Itsetuhoisuus on hyvin yleistä nuorisopsykiatriseen hoitoon ohjautuneilla nuorilla. Suomalais tutkimusten mukaan noin 40-65 %:lla avohoitoon tulleista nuorista oli ollut itsemurha-ajatuksia ja itsemurhayrityksen oli tehnyt noin viidennes. (Marttunen & Kaltiala-Heino 2011: 583, 591.)

1.2 Minän suojautumiskeinot

Ihmisen kohdatessa vaikeasti hallittavia ja ristiriitaisia tilanteita, hän alitajuisestikin pyrkii palauttamaan ja suojaamaan mielensä hyvinvointia. Tätä kutsutaan mielen säätelyksi ja se tapahtuu hallintakeinojen ja puolustusmekanismien avulla, jotka vähentävät ahdistusta ja auttavat eteenpäin. Mielen toiminnan ollessa kypsää ihminen ennakoi, suunnittelee, huomioi toiset ja kykenee kärsivällisyyteen. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2008: 28.) Suojautumismekanismeja on hyvin paljon, sillä käytännössä mitä tahansa mielen toimintoja voi käyttää suojautumiseen. Suojautumismekanismit voivat kuitenkin joskus estää ihmisiä pääsemästä kosketuksiin tunteidensa kanssa. Suuri osa tunne-elämän häiriötiloista on seurausta hankalista tunteista ja suojautumismekanismeista. (Brummer 2005: 143.)

Vaikeasti käsiteltävien tunteiden kirjo on laaja ja niiden sietäminen ja käsittelykyky riippuvat mielen voimavaroista, iästä ja kehitysvaiheesta sekä ympäristötekijöistä. Tyypillisiä vaikeita tunteita ovat muun muassa pelko, masennus, ahdistus ja häpeä. Suojautuminen tällaisia tunteita vastaan kuuluu ihmisen normaaleihin psykologisiin toimintoihin ja kehitykseen. Mieli tavoittelee aina tasapainon säilymistä ja käyttää siihen suojautumiskeinoja erilaisina yhdistelminä mahdollisuuksiensa mukaan. Jos mieli käyttää liian jäykästi tai kaavamaisesti joitain tiettyjä suojautumiskeinoja, niistä voi tulla myös haitallisia. Haitallisia ne ovat sellaisissa tilanteissa, joissa ihminen käyttää niitä ikään kuin varmuuden vuoksi, ilman todellista tarvetta. Suojautumiskeinot ovat osa ihmisen persoonallisuutta, joten ne heijastuvat sosiaalisiin suhteisiin, toimintaan, luonteeseen ja psyykkiseen oireiluun. (Brummer 2005: 143-144.)

Suojautumiskeinoista käytetään myös termejä puolustusmekanismi ja defenssi. Defenssit toimivat yleensä tiedostamattomalla tasolla mutta niitä on mahdollisuus käyttää tietoisesti. Jo syntyessään ihminen käyttää joitakin defensessejä ja ne kehittyvät muun kehityksen rinnalla. Vauvana ja lapsena käytössä olevia defensessejä kutsutaan varhaisiksi defensesseiksi. Defenssien

joustava ja monipuolinen käyttäminen on suotuisaa hyvän mielenterveyden kannalta, sillä toistuva varhaisten defenssien käyttö saattaa estää todellisuuden kohtaamista tai vääristää sen tulkintaa. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008.)

1.2.1 Defenssit

Termi *defenssi* juontaa juurensa englanninkielisestä sanasta "defence", joka suomenkielellä ilmaistuna tarkoittaa minän psyykkistä puolustusmekanismia. Tässä opinnäytetyössä defenssilä tarkoitetaan yksittäisiä defenssejä eli defenssimekanismeja.

Kalliopuska (2005) määrittelee Psykologian sanasto -teoksessaan defenssin käsitteen seuraavasti: "*Defenssi, defence -- minän puolustuskeino. Sisäisten ja ulkoisten uhkien edessä yksilö saattaa turvautua puolustukseen, jonka avulla hän pyrkii hallitsemaan vaikeita elämäntilanteita ja palauttamaan psyykkisen tasapainonsa. Ihminen selittelee, kieltää, torjuu asian tietoisuudesta, älyllistää jne. Psyykkisen tasapainon ylläpitämisessä käytetään usein samankaltaisesti tiedostamattomia puolustuskeinoja ja tietoisia hallintakeinoja.*" (Kalliopuska 2005: 35.)

Anna Freud (1969) käsittelee teoksessaan *Minän suojautumiskeinot* ihmisten käyttämien defenssien tuntemisen tärkeyttä. Hän kirjoittaa teoksessaan seuraavasti: "*Jos tiedämme, millä tavoin potilaamme koettaa suojautua tarveyllykkeidensä tiedostumista vastaan eli mihin suojakeinoon hänen minänsä tavallisesti turvautuu, voimme muodostaa käsityksen hänen todennäköisistä asenteistaan omiin vieroksuttuihin tunnelatauksiinsa.*" Freud esittää, että defenssit ovat vieraantuneet alkuperäisestä tarkoituksestaan suojella minää tunteilta ja kehittyneet luonteen pysyviksi piirteiksi. (Freud 1969: 30.)

Defenssit alkavat kehittyä jo lapsuudessa yksilön persoonallisiksi reagointitavoiksi. Lapsuudessa kehittyneet defenssimekanismit toistuvat myöhemmissä elämäntilanteissa vastaavalla tavalla. Psyykkisesti tasapainottomilla henkilöillä defenssit ovat jäykkiä, kaavamaisia, toistuvia ja niihin turvaudutaan liian usein. Ihmisen minää suojaavia psyykkisiä puolustuskeinoja ovat defenssien lisäksi coping-keinot. (Vilkko-Riihelä 1999: 36-37.)

Vilkko-Riihelän (1999: 37-40) mukaan psyykkisen hyvinvoinnin kannalta tärkeitä defenssimekanismeja ovat esimerkiksi *asian torjunta, selittely* ja *projektio* sekä *asian korvike, samastuminen, kosto* ja *huumori*. Psyykkisiä puolustuskeinoja jaotellaan muun muassa sen mukaan kuinka kypsiä tai kypsymättömiä ne ovat. Kehittyneitä defenssejä käyttävä ihminen pystyy käsittelemään omia tunteitaan selitellen, myötäillen tai esimerkiksi *tietoisien torjunnan avulla*. Ihminen ei vain kiellä, vaan käsittelee asiat tietoisesti. (Vilkko-Riihelä 1999: 40.)

1.2.2 Defenssien ryhmittely

Yksittäisiä defensejä voidaan ryhmitellä tasoihin ja tyyliin. Kalliopuska (2005) määrittelee yksittäisen defenssin eli defenssimekanismin käsitteen Psykologian sanasto - teoksessaan seuraavasti:

”Puolustusmekanismi, defence -- keino käsitellä subjektiivista ahdistusta tai uhkaa; minän defensi. Jos yksilö ei voi muokata tilanteita mielensä mukaan, hän turvautuu defenseihin tuottaakseen edes siedettävän tilan; defenssit toimivat etupäässä tiedostamattomalla tasolla. Terve psyyke käyttää monipuolisesti sekä coping-keinoja että defensejä. Mielenterveyden häiriöihin liittyy usein kapea-alaista, yksipuolista ja kehitykseltään varhaisempien defenssien käyttöä.” (Kalliopuska 2005: 163.)

Sigmund Freud esitteli defenssimekanismin käsitteen vuonna 1894. Freudin mukaan defenssimekanismi on vastavoima vieteille ja impulsseille. Defenssit kontrolloivat impulssien ilmaisua ja näin ollen suojelevat yksilöä ei-toivottujen impulssien aiheuttamalta hämmennykseltä. Defenssit toimivat suojaavana keinona sekä ulkoa että sisältäpäin tuleviin paineisiin. (Ks. esim. Cramer 2006: 7.) Terminä defenssimekanismi tarkoittaa tiedostamattomia toimintoja, jotka suojelevat yksilöä liiallisen ahdistuksen kokemiselta. Ensimmäisenä defenssimekanismin esitteli Sigmund Freud, mutta hänen tyttärensä Anna Freud määritteli mekanismien tehtävät, jotka ovat epämiellyttävän tunteen ja ahdistuksen poistaminen, itsehillinnän kontrolli sekä impulsiivisesta käyttäytymisestä ja vaistomaisista haluista pidättyminen. Defenssimekanismit suojelevat yksilöä liian vaikeilta asioilta ja tunteilta. (ks. esim. Nezhad, Khodapanahi, Yekta, Mahmoodikahriz & Ostadghafour 2011: 237)

Psykologinen tutkimus on alkanut sisällyttää defenssimekanismit osaksi persoonallisuuden näkökohtien ymmärtämistä, kehityksellisenä ja kliinisenä ilmiönä (ks. esim. Nezhad ym. 2011: 237). Defensejä ja defenssityylejä voidaan tutkia ja mitata esimerkiksi Defensive Functioning Scale (DSM-IV) ja Defense Style Questionnaire (DSQ) -arviointimittareiden avulla (Lönnqvist 2009: 69-70). DSM-IV:ssä defenssimekanismi on määritelty automaattiseksi psykologiseksi prosessiksi joka suojaa yksilöä ahdistukselta ja suojelee tietoisuutta sisäisiltä sekä ulkoisilta stressitekijöiltä. (Nezhad ym. 2011: 237.)

Defenssimekanismeja on pitkään kuvattu sekä patologisiksi että mukautuviksi henkiseksi prosesseiksi, jotka ovat yksilöllisiä. Nezhadin ym. (2011) mukaan defenssien käytöstä on kaksi erilaista teoriaa. Ensimmäinen teoria on Vaillant (1971) ja siinä defenssit jaetaan hierarkkisesti kypsyyden mukaan. Toinen teoria on Cramerin (2006) ja hänen mukaansa defenssit jakautuvat kehityksen mukaan; eri defenssit ovat käytössä kehityksen eri vaiheissa. Nezhad ym. (2011) esittävät, että defenssimekanismit on tunnistettu yhdeksi tärkeimmistä aiheista psykoanalyttisen teorian ja empiirisen tutkimuksen yhdistämisessä (Nezhad ym. 2011: 237.)

Taulukkoon 1 on avattu kaikki Defense Style Questionnaire -mittarista löytyvät defenssimekanismit Lönnqvistin (2010: 67-69) mukaan. *Somatisaatio*-defenssi on kuvattu Fadenin (2012) mukaan.

Taulukko 1. Defenssimekanismien toiminnan kuvailu Lönnqvistiä (2010: 67-69) mukaillen

Defenssimekanismi	Kuvaus
Huumori	Henkilö korostaa ristiriitaisen tai epämiellyttävän asian humoristisia puolia käsitelläkseen ahdistusta
Sublimaatio	Henkilö käyttäytyy sosiaalisesti hyväksyttävästi hallitakseen sopeutumista häiritsevät tunteensa
Suppressio	Henkilö välttelee esimerkiksi kielteisten asioiden, tunteiden tai kokemusten ajattelua
Rationalisaatio	Henkilö selittelee omaa tai toisten käyttäytymistä virheellisesti ja itselleen edullisella tavalla käsitelläkseen omaa ahdistustaan
Antisipaatio	Henkilö ennakoi esimerkiksi tulevaa menetystä suremalla sitä etukäteen tai pohtii tulevien tapahtumien seurauksia ja pyrkii ratkaisemaan niitä
Reaktionmuodostus	Henkilö korvaa esimerkiksi ei-hyväksytyt ajatukset täysin vastakkaisella käyttäytymisellä
Undoing	Henkilö käsittelee ahdistusta toimimalla tavalla, jonka tarkoituksena on korjata aiempia ajatuksia tai tunteita tai kieltää ne
Idealisaatio	Henkilö esimerkiksi liioittelee myönteisiä ominaisuuksia itsessään tai toisissa
Pseudoaltruismi	Kun henkilö kokee paineita tai sisäistä ristiriitaa, hän omistautuu kohtaamaan toisen tarpeet ilman, että kyseessä olisi uhrautuminen
Kieltäminen	Henkilö ei kykene myöntämään toisille selviä, ulkoisia realiteetteja. Kieltäminen on psykoottista silloin kun realiteettitaju on huomattavasti heikentynyt
Dissosiaatio	Ajatukset, tunteet, muistot ja käyttäytyminen jotka normaalisti ovat henkilön ajatuksissa mielekäs kokonaisuus, hajautuvat erilleen dissosiaatio-defenssin

	toiminnan myötä
Devaluaatio	Henkilö liittyy itseensä tai muihin liioitellun kielteisiä ominaisuuksia käsitelläkseen ahdistusta
Isolaatio	Henkilö ei ahdistusta käsitellessään pysty kokemaan yhtäaikaisesti esimerkiksi traumaattisen tilanteen aiheuttamia tunteita ja tilanteeseen liittyvää asiasisältöä
Splitting	Henkilön mielikuvat itsestään ja toisista vaihtelevat mustavalkoisesti hyvän ja pahan välillä. Hän ei kykene yhdistämään myönteisiä ja kielteisiä ominaisuuksia koostuneiksi mielikuviksi
Projektio	Henkilö käsittelee ahdistusta heijastamalla omat tunteensa tai ajatuksensa toisille kuuluviksi
Passiivinen aggressio	Henkilö ilmaisee epäsuorasti toista kohtaan tunteensa aggressiiviset tunteet
Autistinen fantasia	Käsitelläkseen ahdistusta henkilö uneksii päiväaikaan, joka korvaa esimerkiksi ihmissuhteet ja ongelmien ratkaisun
Somatisaatio	Henkilö käsittelee ahdistusta ja kielteisiä tunteita ikään kuin kokemalla ja ilmaisemalla ne ruumiillista kautta fyysisinä oireina ja keskittyy niihin (Faden)
Displacement	Henkilö ei kohdistu tunnereaktiotaan sen aiheuttajaan vaan johonkin toiseen henkilöön tai muuhun vähemmän uhkaavaan kohteeseen
Acting out	Henkilön reaktio näkyy toiminnassa, jonka mahdollisia kielteisiä seurauksia hän ei ota huomioon

Vaillant esitteli vuonna 1971 defenssityyli -mallin, jonka perusteella defenssit jaetaan kypsistä epäkypsiin. Useiden myöhempien tutkimusten tulokset ovat tukeneet Vaillantia alkuperäisideaa, tyylien jakamisesta kypsyiden mukaan. (ks. esim. Ruuttu, Pelkonen, Holi, Karlsson,

Kiviruusu, Heila, Tuisku, Tuulio-Henriksson, Marttunen 2006: 100). Tyylejä voidaan tutkia DSQ -mittarilla, joka mittaa defenssimekanismin lisäksi käytettyjä defenssityylejä. Taulukossa 2. esitetään Defense Style Questionnaire -mittarin mukaiset kaksikymmentä defenssimekanismia ryhmiteltynä mittarin mukaisiin tyyleihin. Defenssitasot I-VI on merkitty Lönnqvistin (2006) mukaan. Defenssityylejä on tutkittu useissa eri mielenterveyden konteksteissa.

Suomessa toteutetussa pitkittäistutkimuksessa seurattiin lukiolaisnuorten defenssien kehitystä ja niiden mahdollista yhteyttä varhaisaikuisuuden psyykkiseen oireiluun. Tutkimuksessa neuroottiset defenssit olivat vahvemmin havaittavissa naisilla kuin miehillä. Defenssirakenne kypsyy varhaisaikuisuuteen tultaessa niin, että sekä naiset että miehet käyttävät vähemmän neuroottisia ja epäkypsiä defenssejä. Psyykkiseen oireiluun liitettiin epäkypsiens defenssien käyttö, joka ennakoi sitä myös aikuistumiskehityksessä. Tulosten perusteella epäkypsiens defenssien käyttö on psyykkisen terveyden riskitekijä. (Tuulio-Henriksson ym. 1997:1148-1150.)

Vuonna 2011 Iranissa tehdyssä tutkimuksessa tutkittiin, voiko tietyn defenssityylin käyttö ennakoita psykopatologiaa nuorten eri elämänaueilla. Defenssejä tutkittaessa käytettiin DSQ-40 mittaria. Tulokset osoittivat, että ne tutkitut, jotka käyttivät kypsiä defenssejä, eivät osoittaneet ongelmia sosiaalisuuden, ajattelun tai tarkkaavaisuuden osa-alueilla. Epäkypsiä defenssejä käyttävillä nuorilla sen sijaan ilmeni ongelmia sekä ajattelun että sosiaalisuuden osa-alueilla. Tutkimuksessa selvisi, että neuroottisten defenssien käyttö liittyi ainoastaan sosiaaliin ongelmiin. Tutkijoiden mukaan tutkimustulosten perusteella eri defenssityylit voivat määrittää erilaisia psykologisia ja käyttäytymisen ongelmia nuorilla. (Shiva ym. 2011: 590, 592, 594.)

Taulukko 2. Defenssimekanismien ryhmittely tyyleihin DSQ-40-mittarin mukaan ja tasoihin Lönnqvistin (2006) mukaan.

Defenssityyli	Defenssimekanismi	Defenssitaso
Kypsät defenssit (mature)	Huumori	I
	Sublimaatio	I
	Suppressio	I
	Rationalisaatio	IV
	Antisipaatio	I
Neuroottiset defenssit (neurotic)	Reaktionmuodostus	II
	Undoing	II
	Idealisaatio	III

	Pseudoaltruismi	I
Epäkypsät mielikuvia halkovat defenssit (image desorting, immature)	Kieltäminen	IV
	Dissosiaatio	II
	Devaluaatio	III
	Isolaatio	II
	Splitting	V
Epäkypsät toiminnantason defenssit (action oriented, immature)	Projektio	IV
	Passiivinen aggressio	VI
	Autistinen fantasia	V
	Displacement	II
	Acting out	VI
	Somatisaatio	

Lönqvist (2006: 51) kuvaa defenssitason olevan ikään kuin puolustusmuureja, jotka suojaavat ihmisen psyyken tasapainoa. Kaikki käyttävät defensesjä erilaisina yhdistelminä. Jokainen defensi sijoitetaan hierarkkisesti tasolle, joka vaihtelee hyvästä sopeutumisen tasosta (I) sopeutumisen epäonnistumisen tasoon (VII). Hyvän sopeutumisen tason (I) defensesillä saavutetaan paras mielihyvä ja sopeutuminen psyykkiseen stressiin. Henkilö tiedostaa omat tunteensa, ajatuksensa ja saavuttaa tasapainon ristiriitaistenkin motiivien suhteen. Defensiivisen väärinsäätelyn tasolla eli tasolla VII objektiivisen todellisuuden käsitys murtuu. (Lönqvist 2010: 65.)

Taso II on nimeltään mielellisten esteiden eli kompromissien tekemisen taso, jolla defenssit pyrkivät estämään kielteisten mielikuvien pääsemisen tietoisuuteen. Mielikuvia vähäisesti vääristävällä tasolla (III) henkilön mielikuvat liittyen itseen tai toisiin ovat vääristyneitä, joka puolestaan palvelee henkilön itsetuntoa. Kieltämisen tason (IV) tarkoituksena on pitää epämiellyttävät ajatukset tai tunteet loitolla tietoisuudesta. Viides taso on mielikuvia merkittävästi vääristävä taso (V), jolle on ominaista itseen tai muihin kohdistuvien mielikuvien tai niihin liittyvien ominaisuuksien merkittävä vääristyminen. VI -taso on toiminnan taso, jolla henkilö toiminnan tai vetäytymisen avulla käsittelee ahdistusta muun muassa *acting out- ja passiivinen aggressio* -mekanismien avulla. (Lönqvist 2011: 65-66.)

1.2.3 Defenssien kehittyminen

Tarkastelemalla ihmisen normaalia kehitystä on pystytty yhdistämään tiettyjä defensesjä tiettyihin ikävaiheisiin. Varhaisimpina vuosinaan lapsi käyttää *projektiota* ja *introjektiota*. (Brummer 2005: 147.) Varhaisiin defensesihin kuuluvat lisäksi *kieltäminen*, *splitting* (*lohkominen*) ja *undoing* (*tyhjäksi tekeminen*). *Splittingin* ajatellaan olevan synnynnäinen defensi jota ihminen käyttää jo vauvana hyvien ja pahojen tuntemusten lohkomiseen. Aikuisena *splittingin* liiallinen käyttö voi toimia niin, että ihminen on hyvin ehdoton ja suhtautuu ympäristöönsä sekä muihin ihmisiin mustavalkoisesti. Murrosiässä tällainen käyttäytyminen on tyypillistäkin mutta aikuisena se voi aiheuttaa ikävykyksiä erityisesti ihmissuhteissa. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008: 29.)

Undoing niin ikään kuuluu varhaisimpiin defensesihin. Sen toiminta näkyy rituaalinomaisina toimintoina, jotka pitävät ahdistusta hallinnassa. Toimintojen ideana on ikään kuin aiemman teon korjaaminen tai hyvittäminen. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008: 29.) *Introjektion* käyttö on tärkeä osa lapsen kehitystä ja sitä voi käyttää myös suojautumistarkoitukseen. Defenssin avulla lapsi pystyy käsittelemään esimerkiksi eroahdistustaan ja läpikäymään näin tärkeän eriytymiskehityksen vaiheen. *Introjektiossa* on kysymys mallin ottamisesta ja toisen ominaisuuksien liittämisestä osaksi itseä. (Brummer 2005: 148.)

Kieltäminen kuuluu myös varhaisimpiin defensesihin. Sen avulla ihminen käsittelee ahdistustaan kieltäytymällä esimerkiksi ajattelemasta tai muistamasta asiaa, joka hänessä herättää ahdistusta. *Projektiota* on paljon käytetty defensi ja se tarkoittaa, että ihminen ulkoistaa vaikeat asiat itsestään. *Projektiota* käyttäessään ihminen ei kykene näkemään virheitä omassa toiminnassaan vaan syyttää ristiriidoista toisia. Hän voi myös selittää oman epäonnistumisensa olosuhteilla tai muilla oman itsestään ulkopuolisilla tekijöillä. *Projektion* jatkuva käyttäminen estää ihmisen psyyken kehittymisen ja voi vääristää todellisuutta. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008: 28-29.)

Kehittyneempiin defensesihin kuuluvat esimerkiksi *torjunta*, *isolaatio*, *sublimaatio*, *rationalisaatio* ja *regressio*. Kehittyneet defenssit toimivat mielen hyvinvoinnin kannalta edullisemmin, sillä ne edistävät ihmisen sopeutumista todellisuuteen, ohjaavat toimintaa rakentavaan suuntaan ja parhaimmillaan rikastuttavat persoonallisuutta. *Torjunnan* avulla ihminen kykenee tehokkaasti sulkemaan ahdistavan asian pois tietoisuuden tasolta. *Torjunta* on tarpeellinen defensi, sillä se auttaa ihmistä estämään ikävien tunteiden valloilleen pääsyn. Toisaalta sen liikkakäyttö saattaa estää vaikeiden asioiden kohtaamista. Tärkeä defensi järkyttävissä ja yllättävissä tilanteissa on *isolaatio*, joka auttaa ihmistä järkeilemään ja säilyttämään toimintakykynsä äärimmäisen haastavissakin tilanteissa. Toisaalta tämänkin defenssin käyttö epä-tarkoituksenmukaisesti on haitallista, sillä vaikeiden asioiden käsittely on tärkeä prosessi mielenterveyden säilymisen kannalta. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008: 28-29.)

Rationalisaatio on defenssi, jonka avulla ihminen selittää esimerkiksi kielteistä toimintaansa myönteisemmäksi tai siirtää syyn epäonnistumisestaan itsensä ulkopuolelle. Näin ihminen saa mahdollisuuden arvioida omaa toimintaansa uudelleen ja etsii sille hyväksyttävän selityksen. *Sublimaation* käyttäminen näyttäytyy tyypillisenä toimintana aikuisiässä. Sen avulla ihminen kanavoii esimerkiksi turhautuneisuuden ja kiukun tunteensa työhön tai harrastukseen. *Regressio* puolestaan tarkoittaa osittaista taantumista aiemmalle kehitystasolle. Defenssin toiminnan voi käynnistää esimerkiksi sairastuminen ja se onkin tyypillinen defenssi mielenterveyden häiriöistä kärsivillä ihmisillä. Toisaalta sitä voi käyttää myös myönteisessä mielessä ja se voi olla suotuisa osa esimerkiksi palautumisprosessia raskaan kokemuksen jälkeen. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008: 28-29.)

Brummer (2005) esittää, että sille ei ole yksiselitteistä määritelmää, milloin minkäkin defenssin käyttö on tarpeellista ja suotuisaa ja milloin taas haitallista ja kehitystä estävää. He toteavat, että kehittymätön psyyke käyttää käytössään olevia defenssejä pääosin ulkoisia tekijöitä vastaan ja toimii pelkojen käynnistämänä. Kehittyneempi psyyke sen sijaan käyttää defenssejä suurimmaksi osaksi hallitakseen sisäisten ristiriitojensa synnyttämää ahdistusta. (Brummer 2005: 149.) Nuoruudessa tavallinen ja tehokas defenssi on *torjunta* silloin, kun sitä käytetään yhdessä muiden defenssien kanssa (Brummer 2005: 151). Muita tavallisia nuoruudessa käytettäviä defenssejä ovat muun muassa *splitting*, *dramatisointi* ja *älyllistäminen* (Aalberg & Siimes 2007: 87).

1.3 Defenssit ja itsetuhoisuus

Defenssien yhteyttä itsetuhoisuuteen ja itsemurha-alttiuteen on tutkittu melko vähän. Tässä opinnäytetyössä esitellään lyhyesti yhteensä yhdeksän aihetta käsittelevää tutkimusta ja niiden keskeisimpiä tuloksia. Tutkimuksista yksi on suomalainen ja loput kansainvälisiä. Tutkimusten tulokset antavat viitteitä siitä, että joidenkin defenssien korostunut käyttäminen on yhteydessä itsetuhoisuuteen tai itsemurha-alttiuteen (mm. Recklitis, Noam & Borst 1992; Apter, Plutchik, Sevy, Korn, Brown & van Praag 1989: 1027-1030). Osassa tutkimuksista tutkijat ovat arvelleet tiettyjen defenssien käytön voivan toimia myös itsetuhoisuudelta suojaavina tekijöinä. Valtaosa tutkimuksista kohdistuu aikuisiin ja nuoriin psykiatrisiin potilaisiin.

Suomalaisen Sampo Sarvasmaan pro gradu -tutkielma "Defenssit ja itsemurha-alttius nuorilla masennuspotilailta" on toteutettu Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitoksen nuorten polikliinisten masennuspotilaiden pitkittäistutkimuksen aineiston pohjalta vuonna 2012. Tutkimuksen päätuloksena tutkija havaitsi, että nuorten masennuspotilaiden itsemurha-alttius oli yhteydessä taipumukseen käyttää enemmän kuvaa vääristävää defenssityyliä. Tulosten perusteella yksittäisistä defenssimekanismeista yhteydessä itsemurha-alttiuteen olivat *dissosiaatio*, *eristäminen*, *devaluaatio* sekä *projektio*. Sarvasmaan mukaan defenssien tutkimisen hyödyntäminen

itsemurhaprevention tukena vaikuttaa lupaavalta mahdollisuudelta. (Sarvasmaa 2012: 17,30-31, 38.)

Yhdysvalloissa tutkittiin vuonna 1989, onko tiettyjen defenssien käyttö yhteydessä itsetuhoisuuteen tai väkivaltaisuuteen aikuisilla psykiatrisilla osastopotilailla. Defenssejä tutkittiin potilailta käyttäen the Life Style Index (LSI) -mittaria, joka sisältää seuraavat defenssimekanismit; *kompensaatio, kieltäminen, displacement, älyllistäminen, projektio, reaktionmuodostus, regressio ja repressio*. Itsetuhoisuuden ja defenssien osalta tutkimuksen päätuloksena oli havainto, että itsetuhoiset potilaat käyttivät merkittävästi ei-itsetuhoisia enemmän *regressio* -defenssiä. Tutkijoiden yhden johtopäätöksen mukaan defenssimekanismit ovat olennainen osa tapahtumaketjua, joka johtaa itsetuhoisuuden kehittymiseen. (Apter, Plutchik, Sevy, Korn, Brown & van Praag 1989: 1027-1030.)

"Adolescent suicide and defensive style" -niminen tutkimus toteutettiin vuonna 1992 ja siinä tutkittiin defenssien, diagnoosien ja itsetuhoisuuden riippuvuussuhteita nuorilla psykiatrisilla potilailla. Nuoret jaettiin strukturoitujen diagnostisten haastattelujen perusteella kolmeen ryhmään: ei-itsetuhoisiin, itsemurhaa yrittäneisiin ja itsemurhaa ajatelleisiin. Itsetuhoiset nuoret saivat ei-itsetuhoisia nuoria korkeammat pisteet defenssimekanismin *displacement* käytöstä ja alhaisemmat pisteet *reversal* -mekanismin käytöstä. Tutkijoiden mukaan tulokset osoittavat defenssimekanismin tärkeyden nuorten itsetuhoisuuden ymmärtämisessä. (Recklitis ym. 1992.)

Italiassa vuonna 2004 tehdyssä tutkimuksessa selvitettiin burnoutin, toivottomuuden ja defenssimekanismin välistä yhteyttä psykiatrisilla sairaanhoitajilla. Pompili ym. (2004) päättelivät tutkimustulosten perusteella, että *passiivinen aggressio* - defenssimekanismitä käyttävillä henkilöillä on suurentunut riski tehdä itsemurha. Burnoutin syntymiseen sen sijaan ei vaikuttanut defenssien käyttö, vaan se millä osastolla työskentelee. (Pompili, Rinaldi, Lester, Girardi, Ruberto & Tatarelli 2004:137-142)

Defenssimekanismin käytön eroja itsetuhoisilla ja ei-itsetuhoisilla nuorilla tutkittiin Israelissa vuonna 1997. Tässäkin tutkimuksessa nuoret jaettiin kolmeen ryhmään, jotka olivat itsemurhaa yrittäneet osastopotilaat, ei-itsetuhoiset osastopotilaat sekä verrokinuoret. Defenssien tutkimiseen käytettiin Ego Defense Scale (EDS) -mittaria, joka käsittää yksitoista defenssimekanismitä sekä The Life Style Index (LSI) -mittaria, johon kuuluu kahdeksan defenssimekanismitä. Tulosten mukaan itsetuhoiset osastopotilaat saivat verrokinuoria korkeammat pisteet useiden defenssimekanismin käytöstä. Itsetuhoiset potilaat käyttivät useammin *kieltäminen* -, *displacement* - ja *repression* - mekanismeja. Lisäksi itsetuhoiset potilaat käyttivät defenssejä useammin kuin verrokkit. Tutkijat päättelivät tulosten perusteella, että *siirtäminen* -defenssin runsas käyttäminen on yhteydessä kohonneeseen riskiin käyttäytyä itsetuhoisesti ja

aggressiivisesti. *Sublimatio* -defenssi taas saattaa toimia suojaavana tekijänä. (Apter, Got-helf, Offer, Ratzoni, Orbach, Tyano & Pfeffer 1997: 1520-1523, 1525.)

Hovanesianin, Isakovin & Cervellionen (2009) mukaan coping -keinot ja defenssityylit on yh-distetty useissa tutkimuksissa itsemurhiin. He jatkavat aiempaa tutkimustaan kartoittamalla defenssimekanismien yhteyttä itsemurhariskiin masennuksesta kärsivillä aikuispotilailla. De-fenssien tutkimiseen käytettiin DSQ-40-mittaria. Tutkimuksessa selvisi, että mielikuvia halko-
via defensessejä käyttävät henkilöt olivat suurimmassa vaarassa tehdä itsemurha. Lisäksi ha-
vaittiin, että oireiden vaikeus ja aikaisemmat itsemurhayritykset eivät olleet yhtä merkittäviä
ennustetekijöitä kuin defenssityyli. Tutkijoiden mukaan mielikuvia halkovien defensesien käy-
tön vähentäminen pitäisi olla oma erillinen tavoitteensa niitä käyttävien henkilöiden terapias-
sa. (Hovanesian ym. 2009: 74, 77, 79-80, 84.)

Corruble ym. (2002) ovat tutkineet defensessejä ja itsetuhoisuutta masentuneilla potilailla. Heidän tutkimuksessaan tarkoituksena oli selvittää, onko yksittäisillä defenseseillä yhteys im-pulsiivisuuteen ja itsemurhayrityksiin masentuneilla potilailla. Tutkimukseen osallistui masen-tunutta osastopotilasta, joiden defensesien käyttöä tutkittiin the Defense Style Questionnaire -mittarilla. Tulosten mukaan itsemurhayritysten lukumäärä korreloi positiivisesti epäkypsän defensessityylin käyttämisen kanssa. Tutkijoiden mukaan useat defensesimekanismit (*undoing*, *projektio*, *passiivinen aggressio*, *acting out*, *splitting* ja *somatisaatio*) olivat osallisina korre-laatioissa. (Corruble ym. 2003: 279.)

Corruble, Bronnec, Falissard & Hardy ovat vuonna 2003 toteuttaneet edellä esitellyn kanssa samankaltaisen tutkimuksen. Heidän tavoitteenaan oli selvittää, mitkä defensesit ovat yhtey-
dessä itsemurhayritykseen masentuneilla potilailla. Tutkimuksessa defensesien käyttöä selvi-
tettiin DSQ-mittarin avulla. Tutkituista potilaista hiljattain itsemurhaa yrittäneet saivat kor-
keammat pisteet epäkypsien defensesien käytöstä kuin ne, jotka eivät olleet yrittäneet itse-
murhaa. Korkeammat pisteet itsemurhaa yrittäneet saivat erityisesti defenseseistä *acting out*,
passiivinen aggressio, *autistinen fantasia* ja *projektio*. Tutkijoiden mukaan tulevaisuudessa
defenssityyliin ja itsemurhayritysten yhteyttä on tutkittava sen määrittämiseksi, ovatko erot
defenssityyliin käytössä osasyynä masentuneiden potilaiden itsemurhiin. (Corruble ym. 2003:
285-286, 288.)

Epäkypsän defensessityylin käyttö yhdistyi itsemurhiin myös norjalaisessa tutkimuksessa. Siinä
tutkittiin itsemurhaa ennakoivia tekijöitä nuorilla. Tutkijat vertasivat itsemurhan tehneitä
nuoria itsemurhayrityksestä selviytyneisiin nuoriin. Itsemurhan tehneellä ryhmällä havaittiin
enemmän epäkypsän defensessityylin käyttöä. (Kjelsberg, Neegaard & Dahl 2007.)

Yhteenvetona tutkimuksista voidaan todeta, että kaikissa niissä tutkijat ovat havainneet eroja

itsetuhoisten ja ei-itsetuhoisten henkilöiden defenssien käytössä. Lisäksi tutkimusten mukaan itsetuhoiset henkilöt turvautuvat käyttämään ei-itsetuhoisia henkilöitä enemmän epäkypsään ja mielikuvia halkovaan defenssityyliin kuuluvia defensessejä. Tutkimusten tarkoitukset, tutkimusasetelmat ja itsetuhoisuuden selvittämiseen sekä defenssien tutkimiseen käytetyt mittarit vaihtelevat, joten tutkimukset eivät ole keskenään täysin vertailukelpoisia. Vaihtelua tuloksissa esiintyy itsetuhoisten henkilöiden käyttämien defenssimekanismien kohdalla.

2 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Kaifus -hankkeen keräämästä aineistosta defenssien suhdetta itsetuhoisuuteen nuorilla osastopotilailla. Tarkoitus oli tutkia, minkä yksittäisten defenssien ja minkä defenssityylien käyttö korostuu itsetuhoisilla ja ei-itsetuhoisilla potilailla ja vertailla ryhmien välillä ilmeneviä eroja. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa valmiista tutkimusaineistosta nuorisopsykiatrisen osastohoidon kehittämiseksi. Tavoitteena oli myös syventää nuorisopsykiatristen osastojen hoitohenkilökunnan tietoutta defensesista ja niiden yhteydestä potilaan kliiniseen tilaan.

Tutkimuskysymykset olivat

- 1) Mitä defensessejä itsetuhoiset ja ei-itsetuhoiset potilaat käyttävät?
- 2) Miten itsetuhoisten potilaiden käyttämät defensesit eroavat ei-itsetuhoisten käyttämistä defensesista?

3 Opinnäytetyön toteutus

Tämä luku kuvaa opinnäytetyön toteuttamisprosessia; menetelmällisiä valintoja, aineistonkeruuta, käytettyjä arviointimittareita ja aineiston analysointia. Prosessin kuvauksen on tarkoitus olla selkeä ja tehdä tutkimuksesta läpinäkyvä. Opinnäytetyö toteutettiin vuoden 2014 aikana. Aiheen valintaan tekijät saivat vapaat kädet valmiin tutkimusaineiston tarjoamien mahdollisuuksien puitteissa. Aihe valikoitui lopulta henkilökohtaisen mielenkiinnon pohjalta. Aihealueen niukalta vaikuttava tutkimustieto ja siitä muodostetut johtopäätökset tukivat valintaa.

Tutkimussuunnitelma valmistui huhtikuussa, tutkimusaineisto analysoitiin heinäkuussa ja tulokset raportoitiin syyslukukauden aikana. Opinnäytetyöraportti valmistui marraskuussa. Teoreettinen viitekehys muotoutui työskentelyn edetessä koko prosessin ajan. Prosessi käynnistyi aiheen valinnalla ja siihen tutustumisella teoreettisten käsitteiden ja aiempien tutkimusten

kautta. Aiheen valintaa seurasi keskeisten käsitteiden määrittely sekä tarkoituksen ja tutkimuskysymysten muotoilu.

3.1 Aineisto ja menetelmälliset valinnat

Opinnäytetyössä käytettiin valmista tutkimusaineistoa, joka saatiin the Kellokoski Hospital Adolescent Inpatient Follow-Up Study (Kaifus) -hankkeelta. Kaifus keräsi monimenetelmällisesti aineistoa Kellokosken sairaalan nuorisopsykiatriseen osastohoitoon sisäänkirjoitetuilta potilailta sekä verrokkinuorilta vuosien 2006 ja 2010 välisenä aikana. Tutkimuskriteerit täytäneitä ja tutkimusluvan antaneita potilaita kertyi yhteensä 206 ja verrokkeja 203. Tämän opinnäytetyön aineiston muodostavat kaikki Kaifus -hankkeen aineistoon kuuluvat potilaat (N=206). Aineistonkeruun alkaessa potilaat olivat iältään 13-17-vuotiaita.

Opinnäytetyön lähestymistapa on määrällinen. Määrällinen tutkimusmenetelmä oli luontevin valinta perustuen tutkimusongelman asetteluun ja tutkimuskysymysten muotoon. Aineisto oli myös kerätty ja tallennettu tilastollisesti käsiteltävään muotoon, joten se soveltui hyvin numeeriseen mittaamiseen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008: 136.) Tyypiltään opinnäytetyö on perustutkimus, sillä siinä on kysymys tiedonhankinnasta ja muuttujien välisten suhteiden mittaamisesta sekä tilastollisten merkitysten testaamisesta (ks. esim. Hirsjärvi ym. 2008: 129.)

Tutkimuksen kohdejoukoksi määriteltiin aluksi Kaifus-tutkimuksen koko aineisto, eli verrokkinuoret ja osastopotilaat. Prosessin edetessä päädyttiin kuitenkin rajaamaan verrokkit pois ja tutkimaan muuttujia vain potilasaineistosta. Päätös perustui potilasaineiston (N=206) riittävään kokoon ja haluan selkiyttää tutkimusta. Tilastotieteessä otoksen koolle ei ole yksiselitteistä määritelmää mutta ehdottomana miniminä pidetään 100 tutkittavan otosta (Karjalainen 2010: 33.) Heikkilän (2001: 45) mukaan otoskoon tulisi olla vähintään 200, mikäli se sisältää ryhmiä, joiden välillä tutkimuksen on tarkoitus vertailla jotakin.

Jokaiselle tutkimukselle määritellään tarkoitus tai tehtävä, joka ohjaa tutkimuksen toteuttamiseen liittyviä valintoja. Tutkimuksen tarkoitus voi olla kartoittava, selittävä, kuvaileva tai ennustava tai jokin yhdistelmä näistä. Selittävälle tutkimukselle on tyypillistä syyseuraussuhteiden etsiminen ja ennustava tutkimus yleensä pyrkii ennustamaan ilmiöiden seurauksia tai tuloksia. (ks. esim. Hirsjärvi ym. 2008: 134-135.) Tässä opinnäytetyössä on piirteitä kartoittavasta ja kuvailevasta tarkoituksesta. Kuvailevaan tutkimukseen kuuluu usein tarkkojen kuvausten esittäminen tutkittavasta ilmiöstä tai asiasta ja kartoittava tutkimus taas pyrkii etsimään uusia ilmiöitä, kehittämään hypoteeseja tai tarkastelemaan tyypittelyjen suhdetta toisiinsa (ks. esim. Hirsjärvi ym. 2008: 134-135).

Ennen aineiston analysoinnin aloittamista nimettiin tarpeelliset tiedot, jotka antavat vastauksen tutkimuskysymyksiin ja määriteltiin muuttujat. Muuttujiksi valittiin itsetuhoisuus ja defenssit. Aineistoa muokattiin opinnäytetyön tarpeisiin sopivaksi määrittelemällä ja lisäämällä sinne muuttujia. Itsetuhoisuus päädyttiin Kaifus-hankkeen tutkijoiden opastuksella määrittelemään K-SADS-PL:n itsetuhoisuutta selvittävän osion perusteella, josta on kerrottu tarkemmin luvussa 3.1.3. Summamuuttujat muodostettiin defenssityyleistä DSQ-40 -mittarin mukaan. Muuttujien lisäämisen jälkeen aineisto kuvailtiin ja analysoitiin. Taustamuuttujiksi valittiin ikä, sukupuoli ja asumistilanne. Analyysimenetelminä käytettiin ristiintaulukointia ja t-testiä. Lopuksi tulokset analysoitiin ja tulkittiin raportin muodossa.

3.1.1 Määrällinen tutkimus

Tämä opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisella eli määrällisellä lähestymistavalla. Määrällinen tutkimus pyrkii tiedon objektiiviseen keräämiseen numeeristen mittausten ja menetelmien avulla (Niskanen 2014: 52-54). Sen keskeisiä piirteitä ovat aiemmista tutkimuksista tehdyt johtopäätökset, hypoteesit, käsitteiden määrittely, tutkittavan perusjoukon määrittely ja siitä otettava otos sekä aineiston saattaminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon. (Hirsjärvi ym. 2008: 136.)

Määrällisessä tutkimuksessa olennaista on, että tutkittava aineisto sopii numeeriseen mittamiseen ja tilastollinen analyysi suoritetaan, johon perustuen tehdään johtopäätökset. Määrälliselle tutkimukselle on myös tyypillistä, että tulokset kuvataan erilaisten taulukoiden avulla. (Hirsjärvi ym. 2008: 136.) Perusjoukoksi tässä opinnäytetyössä määriteltiin nuorisopsykiatriset osastopotilaat. Määrällisen tutkimusmenetelmän valinta edellyttää otoksen olevan riittävän suuri tai edustava. Aineiston keräämisessä käytetään monesti strukturoituja arviointilomakkeita. Määrällisessä tutkimuksessa on mahdollista käyttää jo valmiiksi kerättyä tietoa. (Heikkilä 2001: 16-18.) Tämän opinnäytetyön tutkimusaineisto oli valmis aineisto, joka oli kerätty diagnostisen haastattelun ja strukturoidun kyselylomakkeen avulla.

Tässä opinnäytetyössä määrällisen lähestymistavan luonne on sekä kuvaileva että vertaileva. Työssä kuvataan tutkittavien käyttämiä defensessejä ja vertaillaan ryhmien välisiä eroja niiden käytössä. Kuvailevassa tutkimuksessa tutkija pyrkii esittämään tarkasti ja systemaattisesti tutkittavan asian keskeiset piirteet (Vilka 2007: 20). Vertailevassa tutkimuksessa taas verrataan esimerkiksi samanlaisia ihmistä koskevia asioita ja sen tavoitteena on ymmärtää tarkasteltavaa asiaa paremmin. Vertailevan tutkimuksen aineiston keräämistavaksi soveltuu hyvin posti- tai internetkysely, haastattelulomake tai havainnointi. (Vilka 2007: 18-21.)

3.1.2 Aineistonkeruu

Tässä opinnäytetyössä käytettiin valmista tutkimusaineistoa, joten aineiston keruusta kerrotaan sen verran kuin tekijöillä on tiedossa. Tutkimusaineisto saatiin the Kellokoski Hospital Adolescent Inpatient Follow-Up Study (Kaifus) -hankkeelta ja se oli valmiiksi tallennettuna SPSS 20.0 -ohjelmaan. Kaifus keräsi monimenetelmällisesti aineistoa vuosien 2006 ja 2010 välisenä aikana ja tutkittavia kertyi yhteensä N=395. Tutkimusotoksesta noin puolet muodostui Kellokosken sairaalan psykiatrisilla osastoilla hoidossa olleista nuorista (n= 206) ja toisen puolen muodostivat verrokkinuoret (n=203). Verrokkiaineisto koostui terveistä koululaisnuorista samasta (HUS-alueen) sairaanhoitopiiristä. Verrokkiaineisto vastasi potilasaineistoa iän ja sukupuolen suhteen. Tutkimukseen osallistumisen kriteerinä oli nuoren riittävä kognitiivinen taso. (Holi, Haravuori, Kettunen, Kollanen, Kumpulainen, Köykkä, Marttunen, Niemelä, Pelkonen & Rytilä-Manninen 2009.) Tämän opinnäytetyön aineiston muodostavat nuorisopsykiatriassa osastohoidossa olleet potilaat (N= 206). Aineistonkeruun alkaessa potilaat olivat iältään 13-17-vuotiaita.

Kellokosken nuorisopsykiatriseen yksikköön kuului tutkimus- ja kehittämishankkeen käynnistyessä neljä osastoa, joilla kullakin oli 8-9 potilaspaikkaa. Vuosittain osastoille saapui noin 120 potilasta, joista 80-90 oli ensikertalaisia. Hankkeessa nuoria arvioitiin kansainvälisesti validoiduilla mittareilla ja nuoresta kerättiin kattavasti tietoa erilaisin tiedonkeruun menetelmin. Tiedonkeruu tapahtui kyselylomakkeiden ja haastattelujen avulla ja se toteutettiin hoidon alkaessa, hoidon aikana ja hoidon päättyessä. (Holi ym. 2009.)

Aineistonkeruu -vaiheessa nuori täytti muun muassa masennusoireita kartoittavan BDI:n (Beck Depression Inventory), alkoholinkäyttöä selvittävän AUDIT:n (Alcohol Use Disorders Identification Test), minäkuvan kehitystä arvioivan OSIQ:n (Offer Self-Image Questionnaire), psyykkisiä oireita mittaavan SCL-90:n (Symptom Checklist 90) ja defenssityylejä kartoittavan DSQ-40:n (Defense Style Questionnaire 40). DSQ-40-mittarista on kerrottu enemmän luvussa 3.1.3. Nuoren vanhemmat täyttivät CBCL (Child Behaviour Checklist) -lomakkeen, joka selvittää nuorella ilmeneviä tunne-elämän, ajattelun ja toiminnan ongelmia. (Holi ym. 2009.)

Itsearviointilomakkeiden lisäksi nuoria haastateltiin kahdenkeskisissä tutkimustilanteissa. Nuorille tehtiin K-SADS-PL diagnostinen haastattelu, josta tarkemmin luvussa 3.1.3. Haastattelun pohjalta täytettiin itsetuhoajatusten arviointilomake SSI (Scale for Suicidal Ideation) ja nuoren toimintakykyä arvioitiin GAF-asteikon avulla. Nuoren oireilua, taustaa ja perhetaustaa sekä elämäntilannetta selvittävät tiedot saatiin professori Mauri Marttusen kehittämän tiedonkeruulomakkeen avulla. Kaifus-hankkeen tarkoituksia ja tavoitteita olivat uuden tiedon tuottaminen nuorisopsykiatristen osastopotilaiden kliinisistä piirteistä sekä uuden tiedon tuottaminen hoidon kehittämisen tarpeisiin. (Holi ym. 2009.)

3.1.3 Arviointimittarit

Tämän opinnäytetyön tutkimusaineiston muodostavien potilaiden defenseista on kerätty tietoa DSQ-40 (Defense Style Questionnaire-40) -kyselylomakkeen avulla. Vaillant esitteli vuonna 1971 mallin, jonka perusteella defenssit jaettiin kypsistä epäkypsiin. Defensejä tutkittaessa oletetaan, että vaikka defenssit toimivat pääasiassa tiedostamattomasti, voivat yksilöt olla tietoisia niiden olemassaolosta. Tämän oletuksen perusteella Bond tutkimusryhmänsä kanssa kehitti ensimmäisen DSQ-mittarin vuonna 1983. Ensimmäinen DSQ - mittari oli 81-kohtainen, ja siinä oli neljä defenssityyppiä; epäkypsi, kypsä, neuroottinen ja mielikuvia halkova. Bond ja Vaillant tarkistivat DSQ:n ja julkaisivat uuden 88-kohtaisen mittarin vuonna 1986, jota muokkasi yhdenmukaisemmaksi DSM-III:n kanssa Andrews'n tutkimusryhmä vuonna 1989. Muokkauksen jälkeen DSQ-mittarissa oli 72-kohtaa ja kolme defenssityyppiä, mielikuvia halkova tyyli oli jätetty pois. DSQ-40-mittari kehitettiin vuonna 1993 Andrews'in, Singhin & Bondin toimesta. DSQ-40 kehitettiin 72-kohtaisesta mittarista, jotta se olisi helppokäyttöisempi apuväline. (ks. esim. Ruutu ym. 2006: 100; Andrews, Singh, Bond 1993: 245-246.)

DSQ-40 on 40-kohtainen kyselylomake (Liite 2), jonka tutkittava täyttää itsenäisesti. Jokaista defenssimekanismia mitataan kahdella kysymyksellä ja kysymysten keskiarvo antaa defenssi-pisteet. Väittämiin vastataan 9-kohtaisella Likert-asteikolla (1= täysin eri mieltä, 9= täysin samaa mieltä) olevien väittämien mukaan. Esimerkkejä kysymyksistä ovat "*Pystyn nauramaan itselleni melko helposti*" (huumori), "*Olen varma, että elämä kohtelee minua kaltoin*" (projektio) sekä "*Oliessani masentunut tai ahdistunut syöminen helpottaa oloani*" (displacement). (Ks. Liite 2.)

DSQ-40-asteikossa defenssityylejä on neljä; kypsät, neuroottiset ja epäkypsät toiminnantason defenssit sekä epäkypsät mielikuvia halkovat defenssit. Kypsiin defenseihin kuuluvat *huumori, sublimaatio, suppressio, rationalisaatio ja antisipaatio*. Neuroottiset defenssit DSQ-40-kyselyn mukaan ovat *reaktionmuodostus, undoing, idealisaatio ja pseudoaltruismi*. Epäkypsiä mielikuvia halkovia defensejä DSQ-40-kyselyssä ovat *kieltäminen, dissosiaatio, devaluaatio, isolaatio ja splitting*. Epäkypsiin toiminnantason defenseihin lukeutuu *projektio, passiivinen aggressio, autistinen fantasia, somatisaatio, displacement ja acting out*. (Ruutu ym. 2006: 100.)

Tämän opinnäytetyön tutkimusaineiston potilaat on jaettu itsetuhoisiin ja ei-itsetuhoisiin K-SADS-PL -haastattelulomakkeen perusteella. K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children - Present and Lifetime Version) on puolistrukturoitu diagnostinen haastatteluväline kouluikäisiä 6-18-vuotiaita lapsia varten (Rutter & Graham 1996). Sen perusteella voidaan arvioida psykiatristen häiriöiden nykytilannetta ja elinaikaista kulkua sekä oireiden vaikeutta. (Rutter & Graham 1996.)

Kiddie-SADS-PL:n avulla voidaan tutkia monia erilaisia häiriöitä, kuten vaikeaa depressiota, skitsofreniaa, eroahdistushäiriötä, bulimiam, traumaperäistä stressihäiriötä ja sopeutumishäiriöitä. Kiddie-SADS-PL:ssä kysymyksiä ei tarvitse esittää sanatarkasti, joten haastattelija voi vapaasti muokata kysymyksiä lapsen kehitystasoon sopivaksi ja käyttää lapsen kanssa samoja ilmaisuja. Haastattelu toteutetaan lasta tai nuorta ja vanhempia tai vanhempaa haastatteleamalla. Mikäli eri tietolähteiden antamissa tiedoissa on ristiriitaisuuksia, haastattelijan tulee käyttää omaa arviointikykyään ristiriidan ratkaisemiseksi ja kokonaisarvion muodostamiseksi. (Rutter & Graham 1996.)

"Kiddie Sadiin" kuuluu itsetuhoisuutta selvittävä osio, jossa selvitetään haastateltavan toistuvia kuolemaan liittyviä ajatuksia, itsemurha-ajatuksia, itsemurhayrityksiä, itsemurhayrityksien lääketieteellistä vaarallisuutta ja ei-itsemurhatarkoituksella tapahtuvaa itsensä vahingoittamista. Opinnäytetyötä varten näistä kysymyksistä muokattiin muuttujat: "Any suicidality", eli ylipäätään itsetuhoisuutta, "Frank suicidality" eli selvä suidaalisuus, sekä "non-suicidal self injury", eli ei-itsemurhatarkoituksella tapahtuva itsensä vahingoittaminen. Tässä opinnäytteessä tarkastellaan potilaita, joilla kriteeri "ylipäätään itsetuhoisuutta" täyttyi. Tässä muuttujassa arvon 1 sai, mikäli kriteerit "ajatellut kuolemaa toistuvasti" täyttyy tai "on ajatellut itsemurhaa ajoittain, mutta ei erityistä tapaa" tai "ajattelee usein itsemurhaa ja on ajatellut itsemurhan tapaakin" tai "on itsemurha-aikeita, mutta on ambivalentti" tai "itsemurhayritys". Mikäli näistä kriteereistä mikään ei täyttynyt, sai muuttuja arvon 0.

Tässä opinnäytetyössä DSQ-40 -mittarin summamuuttujien sisäistä johdonmukaisuutta, eli mittarin luotettavuutta, testattiin laskemalla Cronbachin alfakerroin (Taulukko 3). Määrällisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin on kehitetty erilaisia tilastollisia mittareita (Hirsjärvi ym. 2008: 226). Mittarin reliabiliteetti määräytyy siten, että mitä lähempänä numeroa 1 kerroin on, sitä korkeampi reliabiliteetti on (Niskanen s. 54-55). Mikäli kerroin on alle 0,60, mittari ei ole reliaabeli. Kertoimen ollessa 0,60-0,80 reliaabeliutta voidaan parantaa poistamalla tulosta heikentäviä yksittäisiä muuttujia. Luvun ollessa yli 0,80, mittari on reliaabeli. (Saastamoinen & Olkkonen 2012: 81.)

Taulukko 3. DSQ-40 -mittarin Cronbachin alfakerroin

Defensimekanismi	Cronbachin alfakerroin
Acting out	,828
Displacement	,827

Somatisaatio	,825
Autistinen fantasia	,825
Passiivinen aggressio	,826
Projektio	,824
Splitting	,826
Isolaatio	,827
Devaluaatio	,828
Dissosiaatio	,829
Kieltäminen	,831
Pseudoaltruismi	,825
Idealisaatio	,829
Undoing	,827
Reaktionmuodostus	,828
Antisipaatio	,825
Rationalisaatio	,832
Suppressio	,831
Sublimaatio	,828
Epäkypsät toiminnantason defenssit	,828
Mielikuvia halkovat defenssit	,813
Neuroottiset defenssit	,821
Kypsät defenssit	,832
Yhteen laskettu Cronbachin alfakerroin	0,833

3.2 Aineiston analyysi

Tämän opinnäytetyön aineisto analysoitiin SPSS 20.0 -tilasto-ohjelmalla. Analysointi tehtiin ristiintaulukoimalla ja tilastolliseen päättelyyn käytettiin kahden riippumattoman otoksen keskiarvojen t-testiä. Tulosten graafinen esittäminen toteutettiin Word -tekstinkäsittelyohjelmalla.

Ristiintaulukointi on tilastollisen tutkimuksen perusmenetelmä. Sen avulla voidaan selvittää muuttujien välisiä riippuvuuksia ja sitä, millä tavalla ne vaikuttavat toisiinsa. (Vilka 2007: 129; Heikkilä 2001: 210.) Mikäli toinen muuttuja vaikuttaa jollain tapaa toiseen muuttujaan, niiden välillä on riippuvuus. Ristiintaulukointi voidaan tehdä, mikäli vähintään toinen muuttujista on nominaaliasteikollinen (Karjalainen 2010: 121), joka tarkoittaa, että sen saamia arvoja ei voi laittaa suuruusjärjestykseen vaan ainoastaan ryhmitellä (Tilastollisia menetelmiä). Tässä opinnäytetyössä nominaaliasteikollinen, selittävä muuttuja oli itsetuhoisuus ja jatkuva, selitettävä muuttuja oli defenssimekanismi.

Opinnäytetyössä ristiintaulukointia käytettiin perustietojen saamiseen aineistosta (taulukko 4) sekä muuttujien välisten riippuvuussuhteiden alustavaan testaamiseen. Ristiintaulukoinnit tehtiin DSQ -40 -mittarin kysymysten (Liite 2) suhteen, joilla selvitettiin itsetuhoisten ja ei-itsetuhoisten vastaajien käyttämiä defenssimekanismeja. Ristiintaulukoinnin tarkoituksena oli myös selvittää, millä menetelmällä aineistosta kannattaa tutkia haluttuja asioita ja lisäksi siitä saatiin suuntaa antavaa tietoa aineistosta mahdollisesti esiin nousevista havainnoista. Ristiintaulukoinnilla havaittiin, että itsetuhoisuus ja ei-itsetuhoisuus ovat toisistaan riippumattomia muuttujia. Jatkotutkimuksen suuntaa määrittävä havainto oli, että itsetuhoisuus - muuttujan ja defenssin välillä on jonkinlainen riippuvuus.

Ristiintaulukoinnilla saatujen havaintojen perusteella päädyttiin käyttämään parametrissa kahden riippumattoman otoksen keskiarvojen t-testiä. Riippumattomien otosten t-testiä ja keskiarvovertailua taustamuuttujien luokissa käytetään silloin kun halutaan tutkia, onko kahden erillisen ryhmän keskiarvojen välinen ero sattumaa (Saastamoinen & Olkkonen 2012: 51). Tässä opinnäytetyössä haluttiin selvittää, mitä defenssejä ryhmät käyttävät, miten paljon, miten käyttö eroaa ja ovatko erot sattumaa. Koska toisistaan riippumattomia ryhmiä oli kaksi, analysoinnissa käytettiin kahden otoksen keskiarvojen t-testiä (Karjalainen 2010: 230).

Keskiarvotesteillä voidaan vertailla kahden ryhmän keskiarvoja toisiinsa. Yleensä niissä on aina eroja, mutta tutkittavaksi jää sattuman todennäköisyys (Heikkilä 2001: 224). T-testi on parametrinen keskiarvotesti, jonka avulla voidaan testata kahden toisistaan riippumattoman ryhmän saamia keskiarvoja. T-testi on kaksivaiheinen, se antaa ensin varianssien yhtäsuuruustestin tuloksen Levenen t-testillä. (Karjalainen 2010: 99, 230.)

Tilastollinen merkitsevyytaso (p-arvo) kertoo, onko poikkeava arvo sattumaa vai onko muuttujien välillä tilastollisesti merkitsevä riippuvuus (Heikkilä: 2001: 310). Tässä opinnäytetyössä tilastollisen merkitsevyytason raja-arvona pidettiin rajaa $p = 0,01$, jota pienemmät t-testistä saadut p-arvot katsottiin tilastollisesti merkitseviksi. P-arvo kuvaa myös virhepäätelmän mahdollisuutta, eli määritellessään tilastollisen merkitsevyyden raja-arvoksi $< 0,01$, tutkija ottaa 1 % riskin, että tulos on virhepäätelmä (Vilka 2007: 132-133). Mitä pienempi arvo on, sen

suurempi tilastollinen merkitsevyys ja pienempi virhepäätelmän mahdollisuus sillä on. Vilkan (2007: 132-133) mukaan alle 5 % riskiä pidetään tilastollisesti melkein merkitseväenä, alle 1 % riskiä pidetään tilastollisesti merkitseväenä ja alle 0,1 % riskiä pidetään tilastollisesti erittäin merkitseväenä.

4 Tutkimustulokset

Opinnäytetyön tulokset on esitetty jaoteltuna teemoihin tutkimuskysymysten mukaisesti. Ennen tuloksia esitellään potilaiden taustatiedot, joita ovat ikä, sukupuoli ja asumistilanne. Samassa alaluvussa esitetään itsetuhoisten ja ei-itsetuhoisten potilaiden jakautuminen aineistossa. Alaluvussa 4.2 esitellään molempien potilasryhmien defenssien käyttöä suuruusjärjestyksessä. Alaluvussa 4.3 vertaillaan ryhmien välisiä eroja defenssien käyttämisessä. Taulukko 6:sta on luettavissa kaikkien defenssimekanismien keskiarvo, keskihajonta, t-arvo sekä tilastollinen merkitsevyysarvo molempien potilasryhmien osalta. Viimeisessä osiossa tarkastellaan ryhmien välillä ilmenneitä merkitsevyyseroja defenssien käyttämisessä. Tuloksissa aineiston muodostaneista vastaajista käytetään nimitystä *potilas*. Tuloksia tarkastellaan lähemmin luvussa 5.1 "Tulosten tarkastelua".

4.1 Potilaiden taustatiedot ja itsetuhoisuus

Taulukkoon 4 on kuvattu vastaajien taustatiedot lukumäärinä ja havainnoillistavin prosentiosuuksin. Tässä opinnäytetyössä itsetuhoisuus -muuttuja määriteltiin taustamuuttujaksi. Taulukosta ilmenee, että potilaat olivat tutkimushetkellä iältään 13-17-vuotiaita ja enemmistö (29 %) heistä 15-vuotiaita. Tutkituista noin kolmasosa (29,1 %) on poikia, loput tyttöjä. Suurin osa heistä (84 %) asui tutkimushetkellä vanhempiansa tai muun perheensä luona. Kodin ulkopuolelle oli sijoitettuna 29 nuorta (14 %). Kuten taulukossa 4 on esitetty, enemmistö (67 %) potilaista on luokiteltu itsetuhoisiksi.

Taulukko 4. Vastaajien taustatiedot

Taustamuuttuja	N	%
Sukupuoli		
Poika	60	29,1
Tyttö	146	70,9
Ikä		
13	26	13

14	44	21
15	60	29
16	46	22
17	30	15
Asumistilanne		
Vanhempien luona	84	41
Muu perhe	89	43
Sijoitettu	29	14
Itsenäisesti	2	1
Muu	2	1
Itsetuhoisuus		
Ei	66	32
Kyllä	139	67
Yhteensä	206	100

4.2 Itsetuhoisten ja ei-itsetuhoisten potilaiden käyttämät defenssit

Tässä luvussa vastataan tutkimuskysymykseen numero 1. Taulukkoon 5 on kuvattu defenssien käyttöä ryhmittäin suuruusjärjestyksessä keskiarvojen perusteella. Selittäväksi muuttujaksi luokiteltiin itsetuhoisuus ja selitettäväksi muuttujaksi defensi. Keskiarvotestinä käytettiin kahden riippumattoman otoksen keskiarvojen t-testiä. Itsetuhoisilla defenssien käytön keskiarvo vaihteli 10,50 ja 5,92 välillä, ei-itsetuhoisilla se vaihteli 11,78 ja 5,95 välillä.

Kuten taulukosta 5 ilmenee, itsetuhoisten potilaiden käyttämien defenssien kärjessä esiintyy useita epäkypsän tyylin defenssejä. Käytetyin defensi, *huumori*, kuuluu DSQ-40 -mittarin mukaan kypsään tyyliin ja itsetuhoisilla sen käytön keskiarvo on 10,50. Itsetuhoiset potilaat käyttivät toiseksi eniten *projektiota* (Ka 10,46), kolmanneksi eniten *autistista fantasiaa* (Ka 10,13), neljänneksi eniten *acting outia* (Ka 10,05) ja viidenneksi eniten *reaktionmuodostusta* (Ka 10,04). *Reaktionmuodostus* kuuluu neuroottisen tyylin defensseihin, *projektiio*, *autistinen fantasia* ja *acting out* kuuluvat epäkypsän tyylin defensseihin.

Ei-itsetuhoisten käyttämien defenssien kärkeen sijoittuu eniten kypsän tyylin defenssejä. Vähemmän he käyttivät epäkypsiä- ja mielikuvia halkovia defenssejä. Esimerkiksi viisi ei-itsetuhoisten eniten käyttämää defenssimekanismia kuuluu kypsään defenssityyliin. Eniten he käyttivät *huumoria* (Ka 11,78), toiseksi eniten *rationalisaatiota* (Ka 9,98), kolmanneksi eniten *suppressiota* (Ka 9,72), neljänneksi eniten *antisipaatiota* (Ka 9,47) ja viidenneksi eniten *sublimaatiota* (Ka 9,44).

Taulukko 5. Itsetuhoisten ja ei-itsetuhoisten potilaiden käyttämät defenssit.

Itsetuhoiset	Keskiarvo	Ei-itsetuhoiset	Keskiarvo
Huumori	10,50	Huumori	11,78
Projektio	10,46	Rationalisaatio	9,98
Autistinen fantasia	10,13	Suppressio	9,72
Acting out	10,05	Antisipaatio	9,47
Reaktionmuodostus	10,04	Sublimaatio	9,44
Idealisaatio	9,99	Undoing	9,04
Displacement	9,55	Acting out	8,67
Undoing	9,42	Reaktionmuodostus	8,59
Pseudoaltruismi	9,35	Passiivinen aggressio	8,07
Isolaatio	9,26	Pseudoaltruismi	8,40
Antisipaatio	9,21	Displacement	8,24
Splitting	9,13	Isolaatio	8,17
Passiivinen aggressio	9,07	Splitting	8,09
Sublimaatio	8,78	Projektio	7,75
Somatisaatio	8,63	Devaluaatio	7,47
Rationalisaatio	8,41	Idealisaatio	6,91
Suppressio	8,10	Somatisaatio	6,71
Devaluaatio	7,88	Autistinen fantasia	6,54
Kieltäminen	6,09	Kieltäminen	6,23
Dissosiaatio	5,92	Dissosiaatio	5,95

4.3 Erot defenssien käyttämisessä

Tutkimuskysymykseen 2 vastaukset saatiin kahden riippumattoman otoksen t-testillä. Itsetuhoisuus luokiteltiin selittäväksi muuttujaksi ja defenssi selitettäväksi muuttujaksi. Tässä opinäytteessä arvon 0,05 alittavat p-arvot katsottiin tilastollisesti *melkein* merkitseviksi eroiksi ja 0,01 ja sen alittavat arvot katsottiin tilastollisesti merkitseviksi. Taulukkoon 6 on kuvattu kaikkien defenssimekanismien käyttöä molemmilla ryhmillä keskiarvo ja -hajontaluvuin. Viimeisestä sarakkeesta on nähtävissä tilastollinen merkitsevyysarvo (p-arvo).

Tulosten perusteella useat eri defenssit erottivat ryhmät toisistaan, joka on nähtävissä taulukosta 6. Defenssien käyttö vaihteli keskiarvoltaan 5,92 ja 11,78 välillä. Tilastollisesti merkitseviä ($p < 0,01$) eroja ryhmien välillä havaittiin kuuden defenssimekanismien kohdalta. Erot ryhmien välillä olivat *projektion* ($p < 0,01$, itsetuhoisilla ka 10,46 ja ei-itsetuhoisilla ka 7,75) *autistisen fantasian* ($p < 0,01$, itsetuhoisilla ka 10,13 ja ei-itsetuhoisilla ka 6,54), *somatisaation* ($p < 0,01$, itsetuhoisilla ka 8,63 ja ei-itsetuhoisilla ka 6,71) sekä *idealisaation* ($p = 0,01$, itsetuhoisilla ka 9,99 ja ei-itsetuhoisilla ka 6,91) käyttämisessä, joita käytettiin enemmän itsetuhoisessa ryhmässä.

Myös *rationalisaation* ($p = 0,01$, itsetuhoisilla ka 8,41 ja ei-itsetuhoisilla ka 9,98) ja *suppression* ($p = 0,01$, itsetuhoisilla ka 8,10 ja ei-itsetuhoisilla ka 9,72) käytössä havaittiin ryhmien välillä tilastollisesti merkitsevä ero. Näiden defenssien käyttö puolestaan oli suurempaa ei-itsetuhoisten ryhmässä. Tilastollisesti melkein merkitsevä ero löytyi *reaktionmuodostuksen* ($p = 0,03$, itsetuhoisilla ka 10,04 ja ei-itsetuhoisilla ka 8,59), *acting outin* ($p = 0,04$, itsetuhoisilla ka 10,05 ja ei-itsetuhoisilla ka 8,67) ja *displacementin* ($p = 0,05$, itsetuhoisilla ka 9,55 ja ei-itsetuhoisilla ka 8,24) kohdalta, joiden käyttö oli suurempaa itsetuhoisessa ryhmässä.

Tuloksista tehtyjen havaintojen perusteella voidaan päätellä, että itsetuhoisuus on yhteydessä potilaiden defenssi profiiliin. Tyylien suhteen itsetuhoisten potilaiden kohdalla epäkypsien defenssien käyttö korostuu verraten ei-itsetuhoiseen ryhmään, jolla korostuu kypsien defenssien käyttö.

Taulukko 6. Itsetuhoisuus ja defenssimekanismit

	Itsetuhoi- nen	N	Keskiarvo	Keskihajonta	t	p
Huumori	Ei	58	11,78	4,32	1,80	0,07
	Kyllä	135	10,50	4,58		
Sublimaatio	Ei	57	9,44	4,00	1,00	0,32
	Kyllä	133	8,78	4,21		

Suppressio	Ei	58	9,72	4,16		
					2,51	0,01
	Kyllä	135	8,10	4,09		
Rationalisaatio	Ei	58	9,98	3,87		
					2,83	0,01
	Kyllä	133	8,41	3,39		
Antisipaatio	Ei	58	9,47	4,31		
					0,42	0,68
	Kyllä	133	9,21	3,71		
Reaktionmuo- dostus	Ei	58	8,59	4,29		
					-2,28	0,03
	Kyllä	135	10,04	3,52		
Undoing	Ei	56	9,04	4,15		
					-,58	0,56
	Kyllä	134	9,42	4,15		
Idealisaatio	Ei	58	6,91	4,35		
					-2,53	0,01
	Kyllä	135	9,99	8,83		
Pseudoaltruismi	Ei	58	8,40	4,25		
					-1,53	0,13
	Kyllä	134	9,35	3,83		
Kieltäminen	Ei	57	6,23	3,48		
					0,27	0,79
	Kyllä	134	6,09	3,10		
Dissosiaatio	Ei	58	5,95	3,38		
					0,06	0,95
	Kyllä	135	5,92	2,82		
Devaluaatio	Ei	58	7,47	3,63		
					-,81	0,42
	Kyllä	130	7,88	3,14		
Isolaatio	Ei	58	8,17	5,00		
					-1,50	0,14
	Kyllä	133	9,26	4,40		
Splitting	Ei	58	8,09	4,13		
					-1,51	0,13
	Kyllä	134	9,13	4,47		
Projektio	Ei	57	7,75	4,16		
					-4,46	<0,01
	Kyllä	135	10,46	3,70		
Passiivinen ag- gressio	Ei	57	8,47	4,08		
					-,94	0,35
	Kyllä	133	9,07	3,97		
Autistinen fan- tasia	Ei	57	6,54	4,68		
					-5,02	<0,01
	Kyllä	134	10,13	4,11		

Somatisaatio	Ei	58	6,71	4,24	-2,99	<0,01
	Kyllä	135	8,63	4,04		
Displacement	Ei	58	8,24	4,48	-2,01	0,05
	Kyllä	133	9,55	3,99		
Acting out	Ei	58	8,67	4,35	-2,08	0,04
	Kyllä	133	10,05	4,11		

5 Pohdinta

Tässä luvussa opinnäytetyötä pohditaan kolmesta eri näkökulmasta, joiden mukaan luku on jaettu alalukuihin. Ensimmäisenä tarkastellaan työn tuloksia, toisena paneudutaan luotettavuuteen ja viimeisenä pohditaan eettisiä kysymyksiä. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia Kaifus -hankkeen keräämästä aineistosta, mitä defensesjä itsetuhoisesti ja ei-itsetuhoisesti oireilevat psykiatrisessa osastohoidossa olleet nuoret käyttävät ja vertailla defensesien käytön eroja ryhmien välillä.

Tekijöilleen opinnäytetyöprosessi on ollut opettavainen ja mielenkiintoinen. Aiheen valintamahdollisuus henkilökohtaisen mielenkiinnon pohjalta lisäsi työn tekemisen mielekkyyttä. Opinnäytetyön myötä opiskelijoiden tiedonhankintataidot ovat kehittyneet ja monipuolistuneet. Tieteellisen tekstin lukemisen taidot ovat parantuneet ja englanninkielisen materiaalin myötä myös kielitaito on kehittynyt. Määrällisen tutkimuksen luonteen vuoksi tekijät oppivat tilastollisen tutkimuksen perusteita ja SPSS 20.0 -ohjelman käyttöperiaatteita. Opinnäytetyön aiheeseen liittyvät käsitteet vaikuttivat aluksi haastavilta omaksua, mutta projektin edetessä ne jäsenyivät ja tekijät saivat aiheesta kokonaisuutena selkeän kuvan. Opinnäytetyö on tiedon karttumisen myötä avannut uusia näkökulmia psykiatriseen hoitotyöhön, erityisesti itsetuhoisuuden kontekstissa.

5.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Opinnäytetyön päätuloksina oli, että yksittäisistä defensesseistä *projektio*, *autistinen fantasia*, *somatisaatio* ja *idealisaatio* sekä epäkypsän defensesityylin käyttäminen olivat yhteydessä itsetuhoisuuteen. Itsetuhoisella potilasryhmällä epäkypsän tyylin defensesien käyttö oli korkeampaa ja ei-itsetuhoisella ryhmällä puolestaan korostui suurempi kypsän tyylin defensesien käyttö, jonka perusteella edellä mainittujen yksittäisten defensesien ja epäkypsän tyylin korostunutta käyttöä voidaan pitää nuorten kohdalla mahdollisina itsetuhoisuudelle altistavina teki-

jöinä. Lisäksi on aiheellista kysyä, voiko painottunut kypsän tyylin tai yksittäisten *rationalisaation* ja *suppression* käyttö toimia itsetuhoisuudelta suojaavana tekijänä. Opinnäytteessä ei tutkittu syy-seuraus-suhteita tai korrelaatioita, jolloin niistä ei voida tehdä johtopäätöksiä.

Yksittäisistä defensesseistä tilastollisesti merkitsevimmät erot ryhmien välillä olivat *somatisaation*, *projektion* ja *autistisen fantasian* käytössä, jotka kaikki kuuluvat DSQ-40 -asteikon mukaan epäkypsään defensesityyliin. Sarvasmaan (2012) mukaan aiemmissa aiheen tutkimuksissa yksittäisistä defensesseistä toistuu johdonmukaisesti *projektion* korostunut käyttäminen itsemurha-alttiimmilla potilailla. Lisäksi *idealisaatiota* käytti enemmän itsetuhoisen ryhmä ja se kuuluu neuroottiseen tyyliin. Tässä opinnäytetyössä ryhmien välillä ilmeni tilastollisesti merkitsevä ero myös *rationalisaation* ja *suppression* käytössä, jotka kuuluvat kypsään tyyliin ja joita käytti enemmän ei-itsetuhoisen ryhmä.

Samansuuntaisiin tuloksiin ovat päätyneet Hovanesian ym. (2009), Corruble ym. (2003), Kjelsberg ym. (1993) sekä Corruble ym. (2002). Myös heidän tutkimustensa mukaan itsetuhoisilla tai itsemurha-alttiimmilla potilailla korostuu epäkypsän defensesityylin käyttäminen. Recklitis ym. (2010) ja Apter ym. (1997) havaitsivat tutkimuksissaan, että itsetuhoiset potilaat käyttivät ei-itsetuhoisia enemmän *displacement* -mekanismeja. Myös tässä opinnäytetyössä havaittiin, että itsetuhoisen ryhmä käyttää *displacementia* enemmän, vaikka ero oli tilastollisesti ainoastaan melkein merkitsevä.

Projektion käyttö on yhdistetty itsetuhoisuuteen tai itsemurha-alttiuteen useissa aiemmissa tutkimuksissa (Sarvasmaa 2012; Corruble ym. 2002 ja Corruble ym. 2003). Tässä opinnäytetyössä *projektio* kuului myös itsetuhoisen ryhmän eniten käyttämiin defenseseihin. Kuten jo aiemmin on esitetty, *projektio* kuuluu ihmisen varhaisimpiin defenseseihin ja sen jatkuva käyttäminen saattaa hidastaa tai estää psyyken kehittymistä ja vääristää todellisuutta (Heikkinen-Peltonen ym. 2008: 28-29). Ei-itsetuhoiset sen sijaan käyttävät itsetuhoisia enemmän kehittyneempiä defensessejä, jotka toimivat mielen hyvinvoinnin kannalta edullisemmin (Heikkinen-Peltonen ym. 2008: 28-29).

Autistisen fantasian käyttö ja itsetuhoisuus olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä toisiinsa. Saman löydöksen ovat tehneet Corruble ym. (2003). Myös *somatisaatio* yhdistyi itsetuhoisuuteen, kuten Corrublen ym. (2002) mukaan. *Acting out* ja *displacement* ovat myös eri tutkimuksissa yhdistyneet itsetuhoisuuteen ja itsemurha-alttiuteen (Corruble ym. 2002; Corruble ym. 2003; Recklitis ym. 1992 ja Apter ym. 1997). Tässä opinnäytteessä kummankin käytöstä löytyi tilastollisesti melkein merkitsevä ero ryhmien välillä, joka antaa aiheen tutkia yhteyttä niiden osalta lisää. Aiemmista tutkimustuloksista poiketen neuroottiseen tyyliin kuuluvaa *idealisaatiota* käytti merkittävästi enemmän itsetuhoisen potilasryhmä.

Kolmessa aiemmassa tutkimuksessa (Corruble ym. 2002 ja Corruble ym. 2003; Pompili ym. 2004) *passiivinen aggressio* -defenssi on yhdistetty itsemurha-alttiuteen, joka ei tässä opinnäytteessä yhdistynyt itsetuhoisuuteen. Myöskään *undoing*-, *splitting*-, siirtäminen- tai *kieltäminen* -defenssien käytössä ei noussut esiin tilastollisesti merkitseviä eroja. *Reaktionmuodostus* yhdistyi tässä opinnäytetyössä itsetuhoisuuteen tilastollisesti melkein merkitsevänä ja sitä ei aiemmissa tutkimuksissa ole yhdistetty itsetuhoisuuteen tai itsemurha-alttiuteen. Sarvasmaa (2012) löysi yhteyden itsemurha-alttiuteen myös *dissosiaation*, *eristämisen* ja *devaluatio* käytössä, jotka tässä työssä eivät yhdistyneet itsetuhoisuuteen.

Vaikka opinnäytetyön tulokset osittain ovat yhtenevässä linjassa aiempien tutkimusten tulosten kanssa, moni seikka heikentää vertailtavuutta. Tutkimuksia on paitsi vähän, ne on myös toteutettu eri tavoin. Eroja on esimerkiksi defenssien tutkimiseen käytetyissä mittareissa; osassa on käytetty DSQ-40-mittaria ja osassa LSI-mittaria. Mittareissa esiintyy vaihtelevuutta muun muassa defenssien lukumäärässä ja ryhmittelytavassa. Lisäksi monessa tutkimuksessa on keskitytty tutkimaan defenssien ja itsemurha-alttiuden yhteyttä ja itsetuhoisen ryhmän ovat muodostaneet itsemurhaa yrittäneet potilaat, jolloin muunlaatuista itsetuhoisuutta ei ole huomioitu. Toisaalta juuri vertailua heikentävien seikkojen vuoksi toistuvat löydökset ovat hyvin mielenkiintoisia.

Kuten Sarvasmaa (2012) tutkielmassaan toteaa, defenssien yhteyttä itsetuhoisuuteen on tutkittu paljon myös akuutin itsetuhoisuuden näkökulmasta. Tässä opinnäytteessä itsetuhoisiksi luokiteltiin itsemurhaa yrittäneiden lisäksi ne, joilla on itsemurha-aikeita ja ne, jotka vahingoittavat itseään muuten kuin itsemurha-aiheessa, eli itsetuhoisuutta ei määritelty ainoastaan akuutin itsetuhoisuuden näkökulmasta. Itsetuhoisuuden luokittelua tässä työssä on avattu tarkemmin luvussa 3.1.3. Omassa pro gradussaan Sarvasmaa havaitsi, että kuvaa vääristävän defenssityylin korkeampi käyttö kytkeytyy itsemurha-alttiuteen (Sarvasmaa 2012: 33). Sarvasmaan mukaan kuvaa vääristävät defenssit kääntävät voimakkaat ja negatiiviset tunteet eli affektit todellisesta kohteesta omaan itseen, jolloin on loogista, että itsemurha-alttius yhdistyy juuri kuvaa vääristävään tyyliin. (Sarvasmaa 2012: 33.) Tässä opinnäytetyössä itsetuhoisuus ei yhdistynyt kuvaa vääristävään, vaan epäkypsään tyyliin.

Tässä opinnäytetyössä perusjoukoksi määriteltiin nuorisopsykiatriset osastopotilaat ja aineiston otos koostui 206 nuoresta osastopotilaasta. Otoksen koko riittää tulosten yleistämiseksi perusjoukkoon. Otoksesta suurempi osa (67 %) oli tyttöjä, jolloin tulosten yleistämisessä koskemaan molempia sukupuolia tulee olla varovainen. Esimerkiksi Tuulio-Henriksonin ym. (1997) mukaan tyttöjen ja poikien käyttämissä defensseissä on eroja, tytöt esimerkiksi käyttävät enemmän neuroottisia defenssejä. Toisaalta tämän työn aineiston perusteella suurempi osa nuorisopsykiatrisilla osastoilla hoidettavista potilaista on tyttöjä, joten kaikki edellä mainitut seikat huomioiden opinnäytetyön tulokset voidaan yleistää koskemaan nuorisopsykiatrisia

osastopotilaita. Sen sijaan kaikkiin nuoriin yleistäminen ei ole mielekästä, sillä opinnäytetyötutkimuksessa ei ollut verrokkiaineistoa mukana. Aikuisiin psykiatriin osastopotilaisiin tuloksia ei voida yleistää, sillä nuorilla defenssit ovat vasta kehittymässä, eivätkä täten ole vielä kiinteä osa persoonallisuutta (Tuulio-Henriksson ym. 1997.)

Opinnäytetyön tekijät opiskelivat hoitotyön koulutusohjelmassa ja syvensivät opintojaan psykiatriseen hoitotyöhön. Tällöin tärkeää on pohtia tuloksia käytännön hoitotyön näkökulmasta. Opinnäytetyö tullaan esittelemään Kellokosken nuorisopsykiatristen osastojen henkilökunnalle. Opinnäytetyössä teoria ja käsitteet on pyritty esittelemään mahdollisimman selkeällä ja konkreettisella tavalla ja vaikeasti ymmärrettävät termit erikseen avaamaan. Tekijöiden kantava ajatus on ollut psykologisten käsitteiden ymmärrettävämmäksi tekeminen hoitotyön viitekehysessä. Tekijät toivovat, että työn avulla nuorten psykiatristen potilaiden parissa työskentelevien hoitajien ymmärrys defensseistä ja niiden tutkimisen merkityksestä kliinisessä hoitotyössä syvenisi.

Työ tuo lukijalle teoreettista tietoa defenssien toiminnasta ja tarkoituksesta sekä niiden yhteydestä mielenterveyteen ja sen häiriöihin, erityisesti itsetuhoisuuteen. Kuten Sarvasmaakin (2012) esittää, kliinisessä työssä tietoutta potilaan käyttämisestä defensseistä voidaan hyödyntää esimerkiksi itsemurhapreventioissa. Hoitotyössä tieto potilaan defenssi-profiilista voi auttaa itsetuhoisuuden arvioinnissa. Oleellista on myös pohtia, kuinka defenssien käyttöön voitaisiin nuorten hoidossa tarttua. Viitaten muun muassa Corrublen ym. (2003) tutkimukseen, DSQ-asteikkoa voisi hyödyntää erityisesti niiden masennuspotilaiden tunnistamisessa, joilla on suuri riski itsemurhayritykseen.

Defenssien merkitystä on tutkittu myös muissa konteksteissa ja tutkimustulosten valossa se onkin mielekästä. Shiva ym. (2011) esimerkiksi tutkivat, voiko tietyn defenssityylin käyttö ennakoida psykopatologiaa nuorten eri elämänalueilla. Tutkijoiden mukaan epäkypsiä defenssejä käyttävillä nuorilla oli ongelmia ajattelun ja sosiaalisuuden alueilla. Tulosten perusteella epäkypsan defenssityylin käyttö voi määritellä erilaisia psykologisia ja käyttäytymisen ongelmia nuorilla.

Opinnäytetyön tulosten perusteella jatkossa olisi syytä kiinnittää enemmän huomiota defenssien tutkimiseen ja ymmärtämiseen. Defenssien yhteyttä paitsi itsetuhoisuuteen, myös muihin mielenterveyshäiriöihin olisi syytä tutkia lisää Suomessa. Jatkotutkimusta itsetuhoisuudesta ja defensseistä voisi ehdottaa tehtäväksi verrokkiaineiston kanssa, ja näissä asetelmissa tulisi huomioida myös verrokkien mahdollinen itsetuhoisuus. Itsetuhoisuuden ja defenssien käytön korrelaatioita olisi myös syytä selvittää. Itsetuhoisuuden tutkiminen mahdollisimman samantyyppisissä asetelmissa ja samoilla mittareilla olisi mielekästä tutkimusten vertailukelpoisuuden vuoksi.

5.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan arvioimalla validiteettia sekä reliabiliteettia. Validiteetti tarkoittaa sitä, onko tutkimuksessa mitattu sitä mitä oli tarkoitus mitata, eli onko teoreettiset käsitteet pystytyt muuttamaan luotettavasti muuttujiksi (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2013: 189). Ulkoinen validiteetti puolestaan tarkoittaa sitä, kuinka saadut tulokset voi yleistää tutkimuksen ulkopuolella. Tulosten yleistettävyyden kannalta on arvioitava kuinka hyvin tutkimusotos edustaa perusjoukkoa. Reliabiliteetti puolestaan tarkoittaa tulosten pysyvyyttä ja kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tutkimustuloksia. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2013: 190). Tämän opinnäytetyön tulokset on yleistettävissä tutkimuksen ulkopuolelle, sillä otos edustaa riittävästi perusjoukkoa.

Tutkimuksessa on käytettävä luotettavia, testattuja ja standardisoituja mittareita (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2013: 190). Tässä opinnäytetyössä on käytetty Kaifus-hankkeen keräämää aineistoa ja se keräsi tutkittavilta tietoa kansainvälisesti standardisoiduilla mittareilla (Holi 2009: 2). Luotettavuuden kannalta on myös tärkeää arvioida esimerkiksi onko otos riittävä sekä edustaako otos tutkittavaa ilmiötä (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2013: 196). Tämän opinnäytetyön aineiston otos on 206 potilasta ja potilaat olivat tutkimushetkellä 13-17-vuotiaita. Ikänsä puolesta otoksen edustavuus on monipuolinen ja sen otos (N=206) tutkimuksen tarkoitukseen nähden on riittävä (Heikkilä 2001: 45; Karjalainen 2010: 33). Opinnäytetyössä saadut tulokset olivat samassa linjassa aiempien tutkimusten tulosten kanssa, mikä lisää tulosten luotettavuutta.

Mittauksessa saatu tieto voi olla oikea tai virheellinen. Mittausvirheet voidaan jakaa satunnaisvirheisiin ja systemaattisiin virheisiin. Systemaattiset virheet alentavat validiteettia ja satunnaisvirheet alentavat reliabiliteettia. Satunnainen virhe tarkoittaa ulkoista virhettä, esimerkiksi lyöntivirhettä atk-tallennuksessa, jolloin virhe ei liity itse mittariin. Systemaattinen virhe sen sijaan sisältyy itse mittariin, jolloin koko aineistossa on vääristymä, esimerkiksi epäselvä kysymys. (Niskanen 2014: 54-55.) Opinnäytetyön tekijät noudattivat suurta huolellisuutta lisätessään aineistoon muuttujia ja kaikki tarkistettiin, joten lyöntivirheiden mahdollisuus on hyvin pieni.

Luotettavuuden kannalta tärkeää on myös arvioida, sopivatko käytetyt analyysimenetelmät juuri halutun asian tutkimiseen. Opinnäytetyössä aineisto analysoitiin kahden riippumattoman otoksen keskiarvojen t-testillä, joka kuuluu parametriin testeihin. Parametriset testit hylkäävät helpommin väärän nollahypoteesin, joten niitä suositellaan käytettävän aina kun se on mahdollista (Heikkilä 2001: 224). Tässä opinnäytetyössä parametrinen testin edellytykset täyttyivät. Ristiintaulukoinnin avulla varmistettiin ensin muuttujien välinen riippumattomuus ja

selvitettiin alustavasti aineistosta mahdollisesti nousevia havaintoja, joiden perusteella päätettiin käyttää kahden riippumattoman otoksen keskiarvojen t-testiä. T-testillä saatiin kaikki tarvittava tieto tutkimuskysymyksiin vastaamiseksi.

DSQ-40- mittari on validoitu sekä kansainvälisesti että Suomessa. Kuitenkin Sarvasmaan (2012: 20) mukaan DSQ-40 ei kaikkien tutkijoiden mielestä ole täysin validi mittari. Mittarin validiteettiä on arvioitu kokonaisuutena hyvätasoiseksi mutta Sarvasmaa esittää, että mittarin hyvä validiteetti ei kaikkien yksittäisten defenssien osalta toteudu.

Mittauksen reliabiliteettia voidaan arvioida erilaisilla menetelmillä, kuten rinnakkaismittauksella, uusintamittauksella tai Cronbachin alfa-kertoimen avulla. Cronbachin alfa-kertoimen avulla voidaan tarkastella summamuuttujien ja useita osioita sisältävien testien sisäistä yhdenmukaisuutta. Reliabiliteetti määräytyy Cronbachin alfa-kertoimella sen mukaan, että mitä lähempänä numeroa 1 kerroin on, sitä korkeampi reliabiliteetti on. (Niskanen 2014: 52-54.) Tässä opinnäytetyössä DSQ-40 -mittarin Cronbachin alfa-kerroin (Taulukko 3) oli 0,833, eli sen mukaan mittari oli reliabeli.

Eettisen toimikunnan ohjeen mukaan tieteellisen tutkimuksen tulokset voivat olla luotettavia vain silloin, kun tutkimus on toteutettu hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen (Hyvä tieteellinen käytäntö 2012). Tämä opinnäytetyö on toteutettu hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti, joka lisää sen luotettavuutta ja tulosten uskottavuutta.

5.3 Eettiset kysymykset

Tutkimusetiikka voidaan määritellä tutkijan ammattietiikaksi, johon kuuluvat eettiset periaatteet, normit, arvot ja hyveet. Tutkimusetiikka ohjaa tutkijaa sekä kertoo muille ihmisille, mitä arvoja ja veloituksia tutkija on sitoutunut noudattamaan (Kuula 2014: 23-24). Tieteellisen tutkimuksen eettinen hyväksyttävyyden pohjautuu hyvän tieteellisen käytännön noudattamiseen (Hyvä tieteellinen käytäntö 2012). Tämän opinnäytetyön eettisyyttä lisää hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen koko prosessin ajan.

Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti tehdyssä tutkimuksessa on kaikilta osin noudatettu rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Lisäksi tutkimuksessa tulee käyttää tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisen tarkastelun kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkimuksen tulee myös noudattaa avoimuutta ja tulokset raportoida vastuullisesti. Tutkimuksen suunnittelun, toteutuksen, tietojen tallennuksen ja raportoinnin tulee tapahtua tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaan. Sopimusten tulee olla kaikkien tutkimukseen osallistuvien hyväksymiä. Tutkimusorganisaatiossa tulee toteuttaa hy-

vää henkilöstö- ja taloushallintoa ja tietosuojaa koskevat asiat tulee huomioida. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012: 6-7.)

Kaifus -hankkeen tiedonkeruu käynnistyi sen saatua luvan eettiseltä toimikunnalta ja Hyvinkään sairaanhoitoalueen johtajalta. Hanke informoi jokaista tutkimukseen osallistuvaa nuorta selkeästi tutkimuksesta ja pyysi sitä varten nuorilta sekä kaikkien alaikäisten nuorten huoltajilta kirjallisen suostumuksen. Suostumuslomakkeessa kerrottiin hankkeesta ja selvitettiin osallistumisen vapaaehtoisuus sekä mahdollisuus perua osallistuminen tutkimukseen ilman, että sillä olisi hoidon kannalta vaikutuksia. (Holi ym. 2009.) Hyvän tieteellisen käytännön mukaan ennen tutkimusta tarvittavat tutkimusluvut tulee olla hankittu ja eettinen ennakoarviointi täytyy olla suoritettu (Hyvä tieteellinen käytäntö 2012).

Suomen perustuslaki on suojannut oikeuden yksityisyyden suojaan. Tutkimuksessa tärkein yksityisyyden suojan osa-alue on tietosuoja. Tutkimuseettiset periaatteet koskien yksityisyyden suojaa ovat tutkimusaineiston suojaaminen ja luottamuksellisuus sekä tutkimusaineiston säilyttäminen ja tutkimusjulkaisut. (Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi 2009: 8-9). Määrällisessä tutkimuksessa ei tavallisesti ole tunnistamisen riskiä, koska tuloksia ei yksilöidä (Kuula 2014: 205). Kaifus-hankkeessa tutkittujen nuorten henkilötiedot säilytettiin analyysivaiheessa erillään rekisteristä, jolloin yksittäiset potilaat eivät olleet tunnistettavissa. Ainoastaan hankkeen johdolla oli mahdollisuus tarvittaessa selvittää nuoren henkilöllisyys. (Holi ym. 2009.) Myöskään opinnäytetyön aineistossa ei ollut tutkittavien tunnistamisen mahdollisuutta.

Hyvän tieteellisen käytännön mukaan etukäteen sovittuna tulee olla kaikkien tutkimustyöhön osallistuvien oikeudet, vastuut ja velvollisuudet sekä aineiston säilyttämistä ja käyttöoikeuksia koskevat asiat (Hyvä tieteellinen käytäntö 2012). Holin ym. (2009) mukaan tutkimuksen aineisto säilytetään Hyvinkään sairaanhoitoalueen psykiatrian yksikössä 15 vuotta tiedonkeruun päättymisen jälkeen. Lisäksi tutkimusaineisto tallennettiin sähköisessä muodossa Terveystieteiden ja Hyvinvoinnin laitoksen Nuorten Mielenterveysyksikön tietopankkiin ilman nuorten tunnistetietoja. Hankkeen tutkijat saivat henkilökohtaiset käyttäjätunnukset ja salasanat niihin tietoihin, mitä he omilla tutkimuksissaan tarvitsevat. (Holi ym. 2009.)

Tämän opinnäytetyön tekijät saivat Kaifus -hankkeelta tutkimusaineiston käyttöönsä siltä osin kuin se oli tarpeen. Aineisto saatiin sähköisessä muodossa muistitikuille tallennettuna. Tutkitut nuoret eivät olleet aineistosta tunnistettavissa. Aineisto säilytettiin opinnäytetyötutkimuksen ajan huolellisesti lukituissa tiloissa ja se hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Aineiston säilyttämisestä ja hävittämisestä sovittiin suullisesti aineiston luovutuksen yhteydessä.

Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkimuksessa on otettava huomioon muiden tutkijoiden työ, sitä tulee arvostaa ja siihen täytyy viitata asianmukaisella tavalla (Hyvä tieteellinen käytäntö 2012). Plagiointi on luvaton lainaamista, johon sisältyy kaikki toiminta, joissa toisen tekstiä esitetään omana. Toisen tekstiä lainattaessa on merkittävät lähdeviitteet. Suoraa lainausta kirjoittaessa on lause kirjoitettava sanasta sanaan (Hirsjärvi ym. 2013: 26). Tässä opinnäytetyössä on asianmukaisin lähdeviittauksin merkitty kaikki lähteet, joita on käytetty. Suoria lainauksia ei ole muutettu tähän työhön, vaan ne on kirjoitettu sanasta sanaan täsmällisesti.

Ihmistieteisiin liittyvät tutkimukset eivät ole aina toistettavissa, mutta muilla tutkijoilla tulee olla mahdollisuus tarvittaessa todentaa tutkimustuloksia aineistosta. Tieteellisen tiedon pätevyyden testaamisen, kriittisen arvioinnin ja tieteen edistymisen edellytys on tieteen avoimuus (Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi 2009: 10). Tämän opinnäytetyön avoimuus ilmenee esimerkiksi siten, että tutkimustaulukot on esitetty raportissa ja toteutuksen vaiheet on avattu riittävällä tarkkuudella. Tutkimusta tehdessä on noudatettu tarkkuutta, huolellisuutta ja avoimuutta. Tutkimustulokset on esitetty selkeästi alkuperäisten lukuarvojen kanssa, jolloin lukija voi itse tarkistaa johtopäätösten alkuperän. Lisäksi tutkimustuloksia esittäessä on pyritty mahdollisimman läpinäkyvään ja johdonmukaiseen dialogiin aiempien tutkimusten kanssa.

Lähteet

- Aalberg, V. & Siimes, M. 2007. Lapsesta aikuiseksi. Nuoren kypsyminen naiseksi tai mieheksi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Nemo.
- Aaltonen, M., Ojanen, T., Vihunen, R. & Vilen, M. 2003. Nuoren aika. Helsinki: WS Bookwell Oy.
- Apter, A., Gothelf, D., Offer, R., Ratzoni, G., Orbach, I., Tyano, S. & Pfeffer, C. 1997. Suicidal adolescents and ego defence mechanisms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 11, 1520-1523, 1525.
- Apter, A., Plutchik R., Sevy, S., Korn M., Brown S. & van Praag H. 1989. Defense mechanisms in risk of suicide and risk of violence. *The American Journal of Psychiatry* 146, 1027-1030.
- Andrews, G., Singh, M. & Bond, M. 1993. The Defense Style Questionnaire. *The Journal of Nervous and Mental disease* 181 (4), 245-246.
- Brummer, K. 2005. Suojautumismekanismit. Teoksessa Aalberg, V., Airas, C., Brummer, K., Brummer, M., Enckell, H., Impiö, P. & Raitasalo, A. (toim.). Lasten ja nuorten psykoterapia. Juva: WS Bookwell Oy.
- Corruble, E., Bronnec, M., Falissard, B., Hardy, P. 2004. Defense styles in depressed suicide attempters. *Psychiatry and clinical neurosciences* 58 (3), 285-288.
- Corruble, E., Hatem, N., Damy, C., Falissard, B., Guelfi, J.-D., Reynaud, M., Hardy, P. 2004. Defense Styles, Impulsivity and Suicide Attempts in Major Depression. *Psychopathology* 36, 279-284.
- Cramer, P. 2006. Protecting the self - defense mechanisms in action. New York: The Guilford Press.
- Dunderfelt, T. 2011. Elämänkaaripsykologia. 14. uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro Oy.
- European Child Safety Alliance (ECSA). 2014b. The National Action to Address Child Intentional Injury. Viitattu 26.11.2014.
<http://www.childsafetyeurope.org/archives/news/2014/info/ciir-press-release-en.pdf>
- Faden, B. 2012. Behavioral Science in Medicine. 2. painos. Viitattu 9.9.2014.
<https://www.inkling.com/read/behavioral-science-in-medicine-barbara-fadem-2nd/chapter-8/defense-mechanisms>
- Freud, A. 1969. Minän suojautumiskeinot. Suomentanut Kai Kaila. Helsinki: Weilin + Göös.
- Heikkilä, T. 2001. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2008. Mieli ja terveys. Helsinki: Edita Prima.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 18. painos. Porvoo: Bookwell Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. 13.-14., osin uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Holi, M., Joffe, G., Haravuori, H., Kettunen, K., Kollanen, M., Kumpulainen, T., Köykkä, M., Marttunen, M., Niemelä, E., Pelkonen, M. & Ryttilä-Manninen, M. 2009. Nuorisopsykiatrisen osastohoidon kehittämis- ja tutkimushanke. Tutkimussuunnitelma eettiselle toimikunnalle

13.4.2009. Yksityinen tiedonanto.

Hovanesian, S., Isakov, I. & Cervellione, K. 2009. Defense mechanisms and suicide risk in major depression. *Archives of Suicide Research* 13 (1), 74-86.

Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. 2009. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 30.9.2014.

<http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>

Huttunen, M. 2013. Tietoa potilaalle: Lasten ja nuorten masennus ja mielialahäiriöt. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 20.10.2014.

http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=lasten%20ja%20nuorten%20masennus%20ja%20mielialah%C3%A4iri%C3%B6t

Hyvä tieteellinen käytäntö 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 29.11.2014. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 23.11.2014.

http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio040413.pdf.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut

Kalliopuska, M. 2005. Psykologian sanasto. Helsinki: Otava.

Kaltiala-Heino, R., Ritakallio, M. & Lindberg, N. 2008. Nuorten mielenterveyden häiriöt ja väkivaltainen käyttäytyminen. *Suomen Lääkärelehti* 49, 4321-4329.

Karjalainen, J. 2010. Tilastotieteen perusteet. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2013). Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Karlsson, L., Pelkonen, M. & Marttunen, M. 2007. Nuorten itsetuhokäyttämisen tunnistaminen ja arviointi. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B8.

<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/78212/2007b08.pdf?sequence=1>

Kinnunen, P. 2011. Nuoruudesta kohti aikuisuutta. Varhaisaikuisen mielenterveys ja siihen yhteydessä olevat ennakoitavat tekijät. Väitöskirja. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66830/978-951-44-8624-1.pdf?sequence=1>

Kjelsberg, E., Neegaard, E. & Dahl, A.A. 1994. Suicide in adolescent psychiatric inpatients: incidence and predictive factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 89 (4), 235-241.

Korpilahti, U., Kolehmainen, L., Lounamaa, A. & Lillsunde, P. 2014. Lasten ja nuorten tapaturmien sekä lapsiin kohdistuvan väkivallan ehkäisy - TACTICS -hanke 2011-2014. Terveiden ja Hyvinvoinnin laitos. Viitattu 24.11.2014.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116774/URN_ISBN_978-952-302-319-2.pdf?sequence=1

Korpilahti, U. & Partonen, T. 2014. Nuoren itsetuhoiseen käyttäytymiseen puututtava ajoissa. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 18.10.2014. <http://www.thl.fi/fi/-/nuoren-itsetuhoiseen-kayttaytymiseen-puututtava-ajoissa>

Kuula, A. 2014. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vantaa: Hansaprint Oy.

Lönnqvist, J., Henriksson, M., Isometsä, E., Marttunen, M., Heikkinen, M. 2010. Itsetuhokäyttäytyminen. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen T. (toim.) Psykiatria. 5.-8. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim. Porvoo: WS Bookwell Oy, 340-353.

Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M., Isometsä, E., Heikkinen, M. 2006. Itsetuhokäyttäytyminen ja itsemurhat. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen T. (toim.) Psykiatria. 2.-4. painos. Hämeenlinna: Karisto Oy, 589-601.

Lönnqvist, J. 2011. Mielenterveyden häiriöiden luokittelu. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen T. (toim.) Psykiatria. 9. uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 47-65.

Marttunen, M. 2006. Itsetuhoisen käyttäytyminen. Nuorten psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Marttunen, M. & Kaltiala-Heino, R. 2011. Nuorisopsykiatria. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 9. Uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki: Otavan Kirjapaino Oy, 562-591.

Marttunen, M. & Karlsson, L. 2013. Nuoruus ja mielenterveys. Teoksessa Marttunen, M., Huurre, T., Strandholm, T. & Viialainen, R. Nuorten mielenterveyshäiriöt. Opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille. Terveiden ja Hyvinvoinnin laitos, opas: 25. Tampere: Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy, 7-16.

Marttunen, M. & Partonen, T. 2014. Itsemurhat ja itsensä vahingoittamiset. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 20.8.2014. <http://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/kansallinen-lasten-ja-nuorten-tapaturmien-ehkaisyn-ohjelma/tapaturmaiset-ja-vakivaltaiset-terveyden-menetykset/itsemurhat-ja-itsensa-vahingoittamiset>

Miettinen, T. 2013. Nuorten itsetuhoisuus ja avunsaanti itsetuhoisuuteen. Pro gradu-tutkielma. Tampereen Yliopisto. Viitattu 25.3.2014. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/83475/gradu05840.pdf?sequence=1>

Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J., Kumpulainen, K. (toim.) 2004. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Kustannus Oy Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Myllyviita, K. 2014. Vapaaksi viiltelystä. 1. painos. Kustannus Oy Duodecim. Riika: Livonia Print.

Niskanen, Vesa A. Kvantitatiivinen tutkimus, Määrittelyä. Kohti tutkivaa työtapaa. Viitattu 14.10.2014. https://www.avoin.helsinki.fi/Kurssit/momukasva05ktt/kotutapa_niskanen08.pdf

Nurmi, J-E. 1995. Lapsuudesta nuoruuteen. Teoksessa Lyytinen, P., Korhokangas, M. & Lyytinen, H. (toim.) Näkökulmia kehityspsykologiaan. 1. painos. Porvoo: WSOY.

Nurmi, J-E., Ahonen, T., Lyytinen, H., Lyytinen, P., Pulkkinen, L. & Ruoppila, I. 2014. Ihmisen psykologinen kehitys. 5. uudistettu painos. Juva: PS-Kustannus.

Nurmiraanta, H., Leppämäki, P. & Horppu, S. 2009. Kehityspsykologiaa lapsuudesta vanhuuteen. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Nezhad, M.A.S., Khodapanahi, M.K., Yekta, M., Mahmoodikahriz, B & Ostadghafour, S. 2011. Defense styles in internalizing and externalizing disorders. Procedia - Social and Behavioral Sciences 30, 237-238.

Pelkonen, M. & Marttunen, M. 2004. Itsetuhoisten nuorten hoitomuodot. *Suomen Lääkärilehti* 59 (9), 893-898.

Pompili, M., Rinaldi, G., Lester, D., Girardi, P., Ruberto, A. & Tatarelli, R. 2004. Hopelessness and suicide risk emerge in psychiatric nurses suffering from burnout and using specific defense mechanisms. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20 (3), 137-142.

Recklitis, C., Noam, G. & Borst, S. 1992. Adolescent suicide and defensive style. *Suicide and Life-Threatening behavior*, 22 (3), 374-387.

Remes, H. 2014. Lasten ja nuorten kuolleisuuserot Suomessa. Tilastokeskus. Viitattu 22.11.2014. http://www.stat.fi/artikkelit/2014/art_2014-02-26_009.html

Rutter & Graham 1996. Mielialahäiriöiden ja skitsofrenian haastatteluväline kouluikäisiä lapsia varten. Kiddie-SADS - Lifetime Version (K-SADS-PL). Yksityinen tiedonanto.

Ruutu, T., Pelkonen, M., Holi, M., Karlsson, L., Kiviruusu, O., Heilä, H., Tuisku, V., Tuulio-Henriksson, A., Marttunen, M. 2006. Psychometric Properties of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40) in Adolescents. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2, 100.

Saastamoinen, K. & Olkkonen, R. 2012. SPSS perusopas markkinatutkijoille. 4. uudistettu painos. Turun kauppakorkeakoulu. Turku: Uniprint.

Sarvasmaa, S. 2012. Defenssit ja itsemurha-alttius nuorilla masennuspotilailla. Pro gradu-tutkielma. Helsingin yliopisto.

Shiva, G., Mohammad, A., Mohsen, S. & Hossein, M. 2011. Can defense styles predict psychopathology in adolescents? *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 30, 590 - 595.

Nuorten itsemurhat ja itsensä vahingoittamiset. Kansallinen lasten ja nuorten tapaturmien ehkäisyohjelma. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Viitattu 25.4.2014. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/kansallinen_lasten_ja_nuorten_tapaturmien_ehkaysyn_ohjelma/menetykset/itsemurhat

Tilastollisia menetelmiä. Opetushallinto. Viitattu 30.9.2014. <http://www03.edu.fi/oppimateriaalit/tilastomatikka/sanasto.html#Nominaaliasteikko>

Toivio, T. & Nordling, E. 2009. Mielenterveyden psykologia. 1. painos. Tampere: Esa Print.

Tuulio-Henriksson, A., Poikolainen, K., Aalto-Setälä, T. & Lönnqvist, J. 1997. Psychological defense styles in late adolescence and young adulthood: a follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 1148-1153.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa - Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilkko-Riihelä, A. 1999. Psykye: psykologian käsikirja. Porvoo: WSOY.

WHO calls for stronger focus on adolescent health. 2014. World Health Organization. Viitattu 22.11.2014. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/en/>

Liitteet

Liite 1 Tutkijan taulukko

Tutkimuksen nimi, -tekijät ja -vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto	Keskeiset tulokset
<p>Apter, Gothelf, Offer, Ratzoni, Orbach, Tyano & Pfeffer 1997.</p> <p>Suicidal adolescents and ego defence mechanisms</p>	<p>Löytää eroja itsetuhoisten ja ei-itsetuhoisten nuorten defenssimekanismin käytössä.</p>	<p>N = 223</p> <p>Tutkittu kolmea ryhmää; itsemurhaa yrittäneitä nuoria osastopotilaita, ei-itsetuhoisia nuoria osastopotilaita sekä verrokkinuoria.</p>	<p>Itsetuhoiset potilaat käyttivät useammin <i>kieltäminen</i> -, <i>displacement</i> - ja <i>repression</i> - mekanismeja. Lisäksi itsetuhoiset potilaat käyttivät defenssejä useammin kuin verrokkit. Tutkijat päättelivät tulosten perusteella, että <i>siirtäminen</i> - defenssin runsas käyttäminen on yhteydessä kohonneeseen riskiin käyttäytyä itsetuhoisesti ja aggressiivisesti. <i>Sublimaatio</i> - defenssi taas saattaa toimia suojaavana tekijänä.</p>
<p>Hovanesian, Isakov & Cervellione 2009.</p> <p>Defense mechanisms and suicide risk in major depression</p>	<p>Kartoittaa, minkälaisia defenssimekanismeja masennuksesta kärsivät aikuiset potilaat käyttävät.</p>	<p>N = 75</p> <p>Aikuiset masennuspotilaat</p>	<p><i>Epäkypsiä mielikuvia halkovia</i> defenssimekanismeja käyttävät henkilöt olivat tutkimuksen mukaan suurimmassa riskissä tehdä itsemurhan. Tutkimuksessa havaittiin, että oireiden vaikeus ja aikaisemmat itsemurhayritykset eivät olleet yhtä merkittäviä ennustetekijöitä kuin defenssityyli.</p>

<p>Recklitis, Noam & Borst 1992.</p> <p>Adolescent suicide and defensive style</p>	<p>Tutkia defenssimekanismien, diagnoosien ja itsetuhoisuuden riippuvuussuhteita nuorilla psykiatrisilla potilailla.</p>	<p>N = 200</p> <p>12-16 -vuotiaat potilaat jotka jaettiin kolmeen ryhmään; itsemurhaa yrittäneisiin, itsemurhaa ajatelleisiin sekä ei-itsetuhoisiin potilaisiin.</p>	<p>Itsetuhoiset nuoret saivat ei-itsetuhoisia nuoria korkeammat pisteet defenssimekanismien <i>displacement</i> käytöstä ja alhaisemmat pisteet <i>reversal</i> -mekanismien käytöstä.</p>
<p>Tuulio-Henriksson, Poikolainen, Aalto-Setälä & Lönnqvist 1997.</p> <p>Psychological defense styles in late adolescence and young adulthood: a follow-up study</p>	<p>Tutkia defenssityyliä pysyvyyttä molemmilla sukupuolilla nuoruudesta aikuisikään, sekä selvittää voidaanko nuoruusiän defenssityyliä perusteella ennakoita myöhäisempiä psykiatrisia oireita.</p>	<p>N= 516</p> <p>DSQ-kyselyn avulla kartoitettu lukioikäisten nuorten defenssityylejä 15 vuoden iästä 19 vuoden ikään ja uudestaan 5 vuoden kuluttua.</p>	<p>Neuroottisten ja epäkypsien defenssityylien käyttö väheni tutkimuksen edetessä, kypsä defenssityyli pysyi samana. Naispuoliset tutkimushenkilöt käyttivät enemmän neuroottisia defensejä kuin miehet, sekä nuoruudessa, että aikuisiällä. Molemmilla sukupuolilla epäkypsien defenssien käyttö nuoruusiässä ennakoivat aikuisiän psykiatrisia oireiluja.</p>
<p>Ruutu, Pelkonen, Holi, Karlsson, Kiviruusu, Heilä, Tuisku, Tuulio-Henriksson & Marttunen 2006.</p> <p>Psychometric Properties of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40) in Adolescents</p>	<p>Arvioida DSQ-40 -mittarin luotettavuutta nuorilla.</p>	<p>N = 410</p> <p>Nuoria psykiatrisia avohoitopotilaita sekä saman ikäisiä verrokkinuoria.</p>	<p>Potilailla oli enemmän epäkypsien, epäkypsien mielikuvia halkovien ja neuroottisten defenssityyliä kuin verrokeilla. Tutkijat arvioivat DSQ-40 -mittarin olevan luotettava arviointimenetelmä myös nuorilla.</p>

<p>Pompili, Rinaldi, Lester, Girardi, Ruberto, & Tatarelli 2004.</p> <p>Hopelessness and suicide risk emerge in psychiatric nurses suffering from burnout and using specific defense mechanisms</p>	<p>Tutkia onko burnoutin, defenssimekanismin ja toivottomuuden välillä yhteys.</p>	<p>N = 120</p> <p>Psykiatrisilla osastoilla työskentelevät hoitajat.</p>	<p><i>Passiivinen aggressio</i> - defenssimekanismissa käytävillä henkilöillä on suurentunut riski tehdä itsemurha. Burnoutin syntymiseen sen sijaan ei vaikuttanut defenssien käyttö, vaan se millä osastolla työskentelee.</p>
<p>Sarvasmaa 2012.</p> <p>Defenssit ja itsemurha-alttius nuorilla masennuspotilailla</p>	<p>Selvittää onko jonkin defenssityylin käyttö yhteydessä itsemurha-alttiuteen nuorilla masennuspotilailla.</p>	<p>N=218, joista 101 itsetuhoista</p> <p>13-19-vuotiaat masennuspotilaat.</p>	<p>Itsemurha-alttius oli yhteydessä taipumukseen käyttää enemmän kuvaa vääristä- defenssityyliä. Ykistäisistä mekanismeista yhteydessä itsemurha-alttiuteen olivat <i>dissosiaatio</i>, <i>eristäminen</i>, <i>devaluaatio</i> sekä <i>projektio</i>.</p>
<p>Apter, Plutchik, Sevy, Korn, Brown & van Praag 1989.</p> <p>Defense mechanisms in risk of suicide and risk of violence</p>	<p>Selvittää onko joidenkin defenssimekanismien käytöllä yhteys itsetuhoisuuteen tai väkivaltaisuuuteen.</p>	<p>N = 60</p> <p>Aikuiset psykiatriset potilaat.</p>	<p>Itsetuhoiset potilaat käyttivät merkittävästi ei-itsetuhoisia enemmän <i>regressio</i> -defenssiä.</p>
<p>Shiva, Mohammad, Mohsen & Hossein 2011.</p> <p>Can defense styles predict psychopathology in adolescents?</p>	<p>Tutkia voiko tietyn defenssityylin käyttäminen ennakoita psykopatologiaa nuorten eri elämäalueilla.</p>	<p>N=136 nuorta</p>	<p>Epäkypsää defenssityyliä käyttäneillä ilmeni ongelmia sekä ajattelun että sosiaalisuuden osa-alueilla, toisin kuin kypsiä defenssejä käyttävillä nuorilla.</p>
<p>Corruble, Hatem, Damy, Falissard, Guelfi, Reynaud, Hardy 2002.</p> <p>Defense Styles, Impulsivity and Suicide Attempts in Major Depression</p>	<p>Selvittää onko defenssimekanismeilla yhteys impulsiivisuuteen ja itsemurhayrityksiin.</p>	<p>N=77</p> <p>Aikuiset masennuspotilaat</p>	<p>Itsemurhayritysten lukumäärä korreloi positiivisesti epäkypsan defenssityylin käyttämisen kanssa. Myös useat ykistäiset defenssimekanismit olivat korrelaatioissa mukana; <i>undoing</i>, <i>projektio</i>, <i>passiivinen aggressio</i>, <i>acting out</i>,</p>

			<i>splitting ja somatisaatio.</i>
Corruble, Bronnec, Falissard & Hardy 2003. Defense styles in depressed suicide attempters	Selvittää mitkä defenssimekanismit ovat yhteydessä itsemurhayritykseen masentuneilla potilailla.	N=156 Aikuiset masennuspotilaat	Itsemurhaa yrittäneet käyttivät enemmän epäkypsiä defensessejä, ja erityisesti defenssimekanismeja; <i>acting out, passiivinen aggressio, autistinen fantasia ja projektio.</i>

Liite 2 DSQ-40-mittari

Toimintatavat

DSQ

Potilaan nimi	Henkilötunnus	Tutkimusnumero
Työntekijä	Päiväys	

Tässä kyselylomakkeessa sinulle esitetään joukko väittämiä. Käytä vastaessasi 9-luokkaista asteikkoa sen mukaan, kuinka samaa tai eri mieltä olet kyseisen väittämän suhteen.

Jos esim. valitset arviointiksesi numeron 5, se tarkoittaa, ettei ole samaa eikä eri mieltä. Jos valitset numeron 3, olet suhteellisen eri mieltä, jos numeron 9 olet täysin samaa mieltä jne.

Ympyröi valitsemasi vaihtoehto.

täysin eri mieltä..... täysin samaa mieltä

1. Masentuisin, jos en voisi auttaa toisia.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. Pystyn pitämään ongelman poissa mielestäni, kunnes minulla on aikaa käsitellä sitä.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3. Selviydyn ahdistuksestani tekemällä jotain rakentavaa ja luovaa, esimerkiksi maalaamista tai puutöitä.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. Kykenen löytämään hyvän syyn kaikelle mitä teen.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. Pystyn nauramaan itselleni melko helposti.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. Ihmisillä on taipumus kohdella minua väärin.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7. Jos joku hyökkäisi kimppuuni ja varastaisi rahani, toivon, että häntä mieluummin autettaisiin kuin rangaistaisiin.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8. Ihmisten mielestä kiellän epämiellyttävien asioiden olemassaolon ikään kuin niitä ei olisi.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9. Teräsmiehen tavoin en piittaa vaaroista.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10. Olen ylpeä kyvystäni ottaa ihmisiltä pois turhat luulot itsestäni.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11. Kun jokin vaivaa minua, toimin usein hetken mielijohteesta.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12. Voin ruumiillisesti huonosti, elleivät asiat suju kannaltani hyvin.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

DSQ

	<i>täysin eri mieltä.....täysin samaa mieltä</i>								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13. Olen hyvin estynyt ihminen.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14. Saan enemmän tyydytystä kuvitelmistani kuin todellisesta elämästäni.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15. Poikkeuksellisten kykyjeni ansiosta kykenen elämään ilman ongelmia.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16. Siihen on hyvät syyt, jos asiat eivät suju kannaltani hyvin.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
17. Ratkaisen ongelmiani enemmän päiväunelmissani kuin todellisessa elämässäni.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
18. En pelkää mitään.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
19. Joskus olen mielestäni enkeli ja joskus paholainen.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
20. Minusta tulee avoimen hyökkäävä, jos tunnen itseni loukatuksi.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
21. Minusta tuntuu aina, että joku tuntemani ihminen on kuin suojelusenkeli.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
22. Mielestäni ihmiset ovat joko hyviä tai pahoja.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
23. Jos esimieheni ärsyttää minua, saattaisin tehdä virheen työssäni tai työskennellä hitaammin antaakseni hänelle takaisin.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
24. Tunnen jonkun joka pystyy tekemään mitä vain ja on ehdottoman reilu ja oikeudenmukainen.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
25. Pystyn hillitsemään tunteeni silloin, kun tiedän, että ne häiritsevät sitä mitä olen tekemässä.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
26. Kykenen yleensä näkemään huvittavankin puolen muuten kiusallisessa tilanteessa.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
27. Päätäni alkaa särkeä, kun minun on tehtävä jotakin mistä en pidä.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

DSQ

	<i>täysin eri mieltä.....täysin samaa mieltä</i>								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
28. Huomaan usein olevani ystävällinen ihmisille, joille minun kaikin mokomin pitäisi olla vihainen.									
29. Olen varma, että elämä kohtelee minua kaltoin.									
30. Kun tiedän joutuvani vaikeaan tilanteeseen, esimerkiksi kokeeseen tai työpaikkahaastatteluun, yritän kuvitella millaista se on ja suunnittelen tapoja selviytyä siitä.									
31. Ne, jotka voisivat auttaa eivät koskaan todella ymmärrä mikä minua vaivaa.									
32. Puolustettuani oikeuksiani olen taipuvainen pyytämään anteeksi käyttöstäni.									
33. Ollessani masentunut tai ahdistunut syöminen helpottaa oloani.									
34. Minulle sanotaan usein, etten näytä tunteitani.									
35. Jos pystyn etukäteen ennakoimaan tulevani surulliseksi, selviydyn paremmin.									
36. Riippumatta siitä kuinka paljon valitan, en koskaan saa tyydyttävää vastakaikua.									
37. Huomaan usein, etten tunne mitään tilanteessa, joka voisi antaa aihetta voimakkaisiin tunteisiin.									
38. Paneutumalla käsillä olevaan tehtävään vältän masennuksen ja ahdistuksen tunteita.									
39. Jos olisin ratkaisua vaativassa, vaikeassa elämäntilanteessa, etsisin toisen ihmisen, jolla on sama ongelma.									
40. Jos mielessäni on vihamielinen ajatus, koen tarvetta tehdä jotain hyvittääkseni sen.									