

K o t u - t u t k i m u k s i a

5 • 2006

Anne Koponen

*Sikiöaikana päihteille altistuneiden  
lasten kasvuympäristö ja kehitys*

Kehitysvammaliiton tutkimusyksikkö Kotu

*Helsinki • 2006*

*Ohjaajat* Professori Klaus Helkama, Helsingin yliopisto  
Professori Anja Riitta Lahikainen, Helsingin yliopisto

*Vastaväittäjä* Dosentti Mirjam Kalland, Helsingin yliopisto

*Sarjan toimittaja* Leena Matikka

*Julkaisija* Kehitysvammaliitto ry.  
Tutkimusyksikkö Kotu  
Viljatie 4 A, 00700 Helsinki  
Puh. 09-348 090, fax. 09-385 3398  
e-mail: kotu@famr.fi  
www.kehitysvammaliitto.fi  
ISBN 951-580- 417-5 (nid.)  
ISBN 951-580-418-3 (pdf)  
<http://ethesis.helsinki.fi>  
ISSN 1795-1909

*Graafinen suunnittelu  
ja taitto* Kirsi Ryhänen

*Kannen kuva* Barbro Wickström

© Kehitysvammaliitto ry. ja Anne Koponen

*Julkaisu on hyväksytty tieteellisessä arvioinnissa.*

*Paino* Kirjapaino Keili Oy, Helsinki 2006

*Tilaukset*  
Kehitysvammaliitto ry.  
Viljatie 4 A  
00700 Helsinki  
puh. 09-3480 90, fax 09-385 3398  
kotu@famr.fi  
www.kehitysvammaliitto.fi



*Koponen, Anne (2006)*

**SIKIÖAIKANA PÄIHTEILLE ALTISTUNEIDEN LASTEN  
KASVUYMPÄRISTÖ JA KEHITYS**

*Kotu-tutkimuksia 5 • 2006. Helsinki: Kehitysvammaliitto.*

*ISBN 951-580-417-5 ISSN 1795-1909*

Tutkimuksessa kartoitettiin sikiöaikana alkoholille (n=78) tai huumeille (n=15) altistuneiden lasten kasvuympäristöä sekä fyysistä ja sosioemotionaalista kehitystä. Tutkittavina olivat Helsingin sosiaaliviraston asiakkaina vuoden 2002 alussa olleet 0-16-vuotiaat lapset. Tutkimuksen tavoitteena oli saada kattava kuva näiden lasten elinoloista sekä tarkastella kasvuympäristön osuutta lasten kehityksessä. Tiedot lapsista saatiin kyselylomakkeilla sosiaalityöntekijöiltä ja lasten kasvattajilta, kasvattajien kirjoittamista lasten elämäkertatiedoista ja haastatteluilla. Analyysiä taustatekijöiden yhteydestä lasten kehitykseen oli mahdollista tehdä vain alkoholille altistuneista lapsista.

Alkoholille altistuneista lapsista yli puolella oli FAS-diagnoosi, neljänneksellä FAE-diagnoosi ja viidennes oli diagnosoimattomia. Suurin osa huumeille altistuneista lapsista oli altistunut joko amfetamiinille tai kannabikselle ja pieni osa herooinille. Joka toisella alkoholille altistuneella lapsella ja joka viidennellä huumeille altistuneella lapsella oli todettu vähintään yksi pitkäaikaissairaus tai vamma. Yleisimpiä alkoholille altistuneiden lasten sairauksia tai vammoja olivat sydänviat, silmään ja näköön liittyvät sairaudet ja vammat sekä erilaiset epämuodostumat. Huumeille altistuneista lapsista yhdellä oli karsastusta, toisella selkäsairaus ja kolmannella lihashypotonia. Loput olivat fyysisesti terveitä.

Alkoholille altistuneista lapsista 4 oli kehitysvammaisia, ja heikkolahjaisuutta oli 9 %:lla. Huumeille altistuneilla lapsilla ei ilmennyt vaikea-asteisia kehitysviivästymiä, mutta sosioemotionaalisen kehityksen ongelmia oli huomattavan monella. Kielen ja puheen ongelmat sekä tarkkaavuuden, keskittymiskyvyn ja sosiaalisen kanssakäymisen ongelmat olivat tyypillisiä sekä alkoholille että huumeille altistuneille lapsille.

Vain yksi lapsi oli sijoitettu heti syntymänsä jälkeen pitkäaikaiseen perhehoitoon. Muut suoraan synnytyslaitokselta sijoitetut 6 lasta oli sijoitettu ensin lastenkotiin ja sieltä alle 3-vuotiaina perhehoitoon. Kaikki muut lapset varttuivat elämänsä alun biologisessa perheessä. Pääosa alkoholille altistuneista lapsista oli tutkimushetkellä sijoitettuina sijaisperheisiin ja pieni osa laitoksiin. Kouluikäisistä lapsista vain kaksi asui biologisten vanhempiensa kanssa. Huumeille altistuneet lapset olivat nuorempia kuin alkoholille altistuneet lapset ja asuivat useammin biologisessa kodissa.

Kaikilla biologisessa perheessä asuneilla lapsilla oli takanaan rankkoja kokemuksia. Biologisissa perheissä oli ollut hoidon laiminlyöntiä, väkivaltaisuutta, mielenterveysongelmia, rikollisuutta, työttömyyttä, ja monet vanhemmista olivat jo kuolleet. Kahta lasta oli käytetty seksuaalisesti hyväksi, ja neljän lapsen epäiltiin joutuneen hyväksikäytetyksi. Alkoholille altistuneista lapsista 44 % oli sijoitettu ainakin kerran biologisen kotinsa ulkopuolelle jo ennen ensimmäistä ikävuottaan. Huumeille altistuneilla lapsillakin tilapäisiä sijoituksia oli ollut jo runsaasti, ja osa oli sijoitettu pysyvästi sijaisperheisiin. Yhdellä alle kouluikäisellä huumeille altistuneella lapsella lyhyitä sijoitusjaksoja oli ollut jo 17.

Ratkaisevinta alkoholille altistuneiden lasten kehityksen kannalta oli se, miten paljon toimintakykyä haittaavia sairauksia ja vammoja sikiöaikainen alkoholi-altistus oli aiheuttanut, miten varhain lapset oli sijoitettu pitkäaikaisesti pois biologisesta perheestään ja miten paljon vaikeita elämäkokemuksia heillä oli. Vaikutusta oli myös suhteella biologisiin vanhempiin sijoituksen jälkeen. Oireilevia lapsia oli yhtä lailla kaikissa diagnoosi- ja altistustyyppiluokissa. Vähiten oireilevat lapset löytyivät niiden lasten joukosta, jotka oli sijoitettu suoraan synnytyslaitokselta.

Lähes kaikki alkoholille altistuneet lapset oireilivat voimakkaasti perhehoitoon tullessaan. Useimilla oireet ilmenivät ulospäin suuntautuvina ja pienemmällä osalla sisäänpäin suuntautuvina käytösongelmina. Silmiinpistävä piirre vaikeimmin oireilevilla lapsilla oli yleinen käyttäytymisen jäsentymättömyys. Perhehoito edisti lasten kehitystä, mutta ei poistanut ongelmia. Terapiaa ja tukea kasvatukseen oli saatu liian vähän. Pitkäaikaisen huostaanoton kynnyks on Suomessa korkea, eivätkä lasten suojelulaissa määritetyt lasten oikeudet toteudu käytännössä.

Sikiöaikaisen alkoholi-altistuksen ja kasvuympäristön vaikutusta lasten kehitykselle on vaikea eritellä. Todennäköisesti alkoholi-altistuksen aiheuttama keskushermostohäiriö yhdessä varhaisen vuorovaikutuksen puutteiden kanssa käynnistää prosessin, jonka seurauksena lapsen on vaikea muodostaa jäsentynyttä kuvaa itsestään sekä säädellä tunteitaan ja käyttäytymistään.

**Asiasanat** • FASD, FAS, FAE, sikiöaikainen alkoholi-altistus, sikiöaikainen huume-altistus, alkoholi, huumeet, lasten kehitys, kiintymyssuhde, varhainen vuorovaikutus

*Koponen, Anne (2006)*

**LIFE OF CHILDREN EXPOSED TO ALCOHOL OR DRUGS IN UTERO**

The Kotu Research Publications 5 • 2006.

Helsinki: Finnish Association on Mental Retardation.

ISBN 951-580-417-5 ISSN 1795-1909

This study focused on the growth environment, physical development and socio-emotional development of children, aged 16 and under, who had been exposed to alcohol (n=78) or drugs (n=15) in utero. The aim of the study was to obtain a comprehensive picture of the living conditions of these children and to examine the role of the growth environment in their development. The study was carried out using questionnaires, written life stories and interviews.

Over half of the children exposed to alcohol were diagnosed with foetal alcohol syndrome (FAS), one quarter was diagnosed with foetal alcohol effects (FAE), and one fifth had no diagnosis. Most of the children exposed to drugs had been exposed to either amphetamines or cannabis, and a smaller number to heroin. One in two of the children exposed to alcohol and one in five of those exposed to drugs had been found to have at least one chronic illness or disability. The most common of the illnesses or disabilities among children exposed to alcohol were congenital heart defects, eye and sight diseases and disorders, and various physical malformations. Among the children exposed to drugs, one had a squint, another a spinal disease and a third muscle hypotonia; the remainder were physically healthy.

Four of the children exposed to alcohol were mentally handicapped and 9 % were intellectually impaired. The children exposed to drugs did not exhibit any serious learning difficulties but a considerable number of them had socio-emotional development problems. Language and speech problems and attention, concentration and social interaction problems were typical among both the children exposed to alcohol and those exposed to drugs.

Seven children had been placed immediately after leaving the maternity hospital; one child had been placed into long-term foster care in a family and six children first in a children's home, and, thereafter, in a foster family before their third birthday. The remaining children lived the first years of their lives with their biological families. At the time of the study, the majority of the children were placed with foster families and a small number were in institutions. The children exposed to drugs were younger than those exposed to alcohol, and most of them lived with their biological parents.

All of the children who had lived with their biological parents had traumatic experiences. In biological families there had been neglect, violence, mental

health problems, crime and unemployment, and many parents were already dead. Two of the children had been sexually abused and four were suspected of having been abused. 44 % of children exposed to alcohol had been placed at least once before their first birthday. Children exposed to drugs had also many temporal placements, and some of them were placed with foster families on a long-term basis at the time of the study. One child had already been placed 17 times.

From the point of view of the children's development, the three most critical issues were 1) the range of illnesses and handicaps that had impaired their functional capacity as a result of their prenatal exposure to alcohol, 2) child's age at the time of placement on a long-term basis, and 3) the number of their traumatic experiences. The relationship with their biological parents after placement also played a role. Children with symptoms were found in all diagnosis categories and types of exposure. Children with the smallest number of symptoms were found among those who had been placed immediately after leaving the maternity hospital.

Almost all children were exhibiting strong symptoms at the time of placement in foster care. In most cases, they were behaving in a disorderly manner towards others, but some children were withdrawn. The most conspicuous feature among those with the most severe symptoms was their disorganized behaviour. Placement in a foster family enhanced the children's development, but did not solve the problems. The foster parents who brought these children up did not receive as much therapy for the children and support for the upbringing as they appear to have needed. In Finland, transfer to long-term custody is based on strict criteria. The rights of children prescribed in the child protection law are not fulfilled in practice.

As regards the children's development, it was hard to separate the impact of alcohol exposure from that of the growth environment. However, it is evident that the damage to the central nervous system caused by alcohol together with the lack of constructive early interaction launches a process after which the child finds it difficult to form a coherent picture of him-/herself and to control his/her feelings and behaviour.

**Keywords** • FASD, FAS, FAE, fetal alcohol exposure, drugs exposure, illegal drugs, early interaction, child development, attachment

**T**utkimukseni sai alkunsa Kehitysvammaliiton FAS-lasten ja -nuorten tutkimus- ja kuntoutusprojektissa, johon tulin mukaan vähän ennen joulua v. 2000. Ajatus väitöskirjasta syntyi melkein heti, olihan tutkimusaihe niin tärkeä, kiinnostava ja vähän tutkittu. Pääosin väitöskirjan teko on ollut yksinäistä työtä, mutta olen monelle kiitollinen sen valmistumisesta.

Lämmin kiitos Helsingin kaupungin sosiaalityöntekijöille ja lasten kasvattajille, jotka kiireidensä ja haastavan työnsä keskellä jaksoivat osallistua tutkimukseen. Tiedonkeruussa auttoi myös kehittämiskonsultti Irma Maikkula, joka toimi sosiaaliviraston yhdyshenkilönä. Erityisen suuri kiitos työni valmistumisesta kuuluu myös ohjaajilleni professori Klaus Helkamalle ja professori Anja Riitta Lahikaiselle. Molemmat ovat minulle tuttuja jo perusopintojeni ajoilta, ja Klaus Helkama oli ohjaajana jo pro gradu- ja lisensiaattitutkimuksisani. Muistelen lämmöllä Helsingin yliopiston sosiaalipsykologian laitoksella vallinnutta leppoisaa ja opiskelijaystävällistä ilmapiiriä, jonka luomisessa sekä Klausilla että Anja Riitalla oli suuri osuus. Ilman tuota kannustavaa ilmapiiriä tuskin olisin koskaan edes haaveillut jatko-opinnoista.

Kiitän esitarkastajiani professori Airi Hautamäkeä ja dosentti Ilona Autti-Rämöä kriittisistä ja tutkimustani parantaneista kommenteista. Kiitos kuuluu myös Kehitysvammaliiton tutkimusjohtajalle Leena Matikalle, joka johti FAS-lasten ja -nuorten tutkimus- ja kuntoutusprojektia, kirjastosihteeriksi Sisko Puustiselle, joka väsymättä auttoi minua kirjallisuushankinnoissa sekä graafiselle suunnittelijalle Kirsi Ryhäselle, joka vastasi julkaisujeni taitosta, ulkoasusta ja painatuksesta. Oman panoksensa tutkimukselleni antoivat myös projektin johtoryhmän jäsenet: lehtori Kaisu Viittala, professori Timo Ahonen, projektipäällikkö Maarit Andersson, suunnittelija Anna Asikainen, perhehoitaja Eine Isotalo, suunnittelija Heikki Koiso-Kanttila, kehittämispäällikkö Marja Miikkulainen, johtaja Helena Miller, tiedotuspäällikkö Teuvo Peltoniemi, lehtori Hanna-Sofia Poussu-Olli, professori Pirjo Pölkki ja tutkija Kirsi Valkonen. Tilastollisissa ongelmissa minua auttoi dosentti Erkki Komulainen ja CBCL-mittarin käytössä tutkija Sheila Weintraub. Dosentti Mirjam Kalland kommentoi kyselylomakkeita. Kiitos heille kaikille.

Taloudellisesti mahdolliseksi tutkimukseni teki Raha-automaattiyhdistyksen kaksivuotinen projektirahoitus. Sen jälkeen pystyin jatkamaan väitöskirjaani muun työn ohella Suomen Akatemialta ja Alkoholitutkimussäätiöltä saamieni apurahojen turvin.

Kaikkein suurin kiitos kuuluu Paulille, joka on jaksanut olla tukena niin hyvinä kuin huonoinakin päivinä ja rakkaalle tyttarellemme Mikaelalle.

*Helsingissä, kesäkuussa 2006*

*Anne Koponen*

Tiivistelmä	3
Abstract	5
Esipuhe	7
<b>1 Johdanto</b>	<b>9</b>
<b>2 Taustateoria ja aiemmat tutkimukset</b>	<b>12</b>
2.1 Varhaisen vuorovaikutuksen merkitys lapsen kehitykselle – kiintymysteoreettinen näkökulma	12
2.2 Alkoholille altistuneet lapset	21
2.2.1 Alkoholin vaikutus sikiöön ja lasten diagnosointi	21
2.2.2 Sikiöaikana alkoholille altistuneiden lasten kehitystä koskevia tutkimuksia	23
2.3 Huumeille altistuneet lapset	42
2.3.1 Huumeiden vaikutus sikiöön ja lasten diagnosointi	44
2.3.2 Sikiöaikana huumeille altistuneiden lasten kehitystä koskevia tutkimuksia	43
2.4 Yhteenveto	58
<b>3 Kvantitatiivinen tutkimus</b>	<b>62</b>
3.1 Tutkimuksen toteutus	62
3.1.1 Tutkimuksen tarkoitus, hypoteesit ja tutkimusasetelma	43
3.1.2 Aineiston keruu	63
3.1.3 Tutkimusmenetelmät	65
3.1.4 Lasten taustatiedot	65
3.2 Tulokset alkoholille altistuneista lapsista	67
3.2.1 Lasten terveydentila, kehitysongelmat ja kuntoutus	67
3.2.2 Kasvu ympäristö ja kokemukset	73
3.2.3 Lasten sosioemotionaalinen kehitys ja siihen yhteydessä olevat taustatekijät	87
3.3 Tulokset huumeille altistuneista lapsista	111
3.3.1 Lasten terveydentila, kehitysongelmat ja kuntoutus	111
3.3.2 Lasten kasvu ympäristö ja kehitys	112
3.3.3 Yhteenveto	114
<b>4 Kvalitatiivinen tutkimus</b>	<b>115</b>
4.1 Tutkimuksen toteutus	115
4.1.1 Tutkimuksen tarkoitus	115
4.1.2 Aineiston keruu	115
4.1.3 Tutkimusmenetelmät ja tutkimuksen eettisyys	117
4.1.4 Tutkimushenkilöt	119
4.2 Perhehoidossa olevien lasten kehitys	120
4.2.1 Marjan ja Jussin elämäntarina	120
4.2.2 Miksi Marjan ja Jussin kehitys oli niin erilaista?	129
4.2.3 Alle kouluikäiset lapset	138
4.2.4 Kouluikäiset lapset	140
4.2.5 Murrosikäiset lapset	142
4.3 Laitoksessa asuvien lasten kehitys	144
4.4 Tuki sijaisperheille	145
<b>5 Tutkimustulosten tarkastelu ja pohdinta</b>	<b>147</b>
5.1 Keskeiset tulokset	147
5.2 Tutkimuksen arviointia	159
5.3 Johtopäätökset	162
<b>Lähteet</b>	<b>164</b>
<b>Liite I.</b>	<b>172</b>



# 1 Johdanto

**R**askaudenaikaisen alkoholinkäytön aiheuttamat sikiövauriot tulivat ensimmäistä kertaa yleiseen tietoisuuteen, kun Lemoine, Harousseau, Borteyry & Menuet (1968) sekä Jones, Smith, Ulleland & Streissguth (1973) julkaisivat tutkimuksensa. Sen jälkeen sikiöaikana alkoholille altistuneita lapsia on tutkittu pääosin lääketieteen parissa. Tutkimus on osoittanut raskaudenaikaisen alkoholinkäytön vakavat seuraukset syntyvän lapsen terveydelle. Vaikeimmin vammautuneet lapset ovat kehitysvammaisia, ja raskaudenaikaisen alkoholinkäytön katsotaankin olevan yksi suurimpia kehitysvammaisuuden aiheuttajia länsimaissa (Streissguth, 1997, 8; Spohr, 1996, 207). Suurimmalla osalla altistuneista lapsista vauriot ovat kuitenkin lievempiä, ja ne ilmenevät eri asteisina tarkkaavuuden, keskittymiskyvyn, oppimisen ja kielellisen kehityksen häiriöinä. Lisäksi alkoholi saattaa aiheuttaa epämuodostumia, sairauksia ja vammoja sekä poikkeavan ulkonäön.

Raskaudenaikaisen huumeidenkäytön vaikutuksia on tutkittu vähemmän kuin alkoholinkäytön vaikutuksia. Huumeiden käyttöä koskevissa tutkimuksissa ei ole pystytty tarkasti määrittelemään eri huumeiden vaikutuksia sikiölle ja vastasyntyneelle. Tutkimukset antavat viitteitä siitä, että sikiöaikana huumeille altistuneiden lasten vauriot olisivat samantyyppisiä mutta lievempiä kuin alkoholille altistuneiden lasten. Yhtä selvää yhteyttä äidin raskaudenaikaisen huumeidenkäytön ja kehitysvammaisuuden välillä kuin alkoholinkäytön ja kehitysvammaisuuden välillä ei ole osoitettu.

Sikiöaikana päihteille altistuneita lapsia koskevia tutkimuksia lukiessa herää kysymys, johtuvatko niissä havaitut tarkkaavuuden, keskittymiskyvyn ja oppimisen ongelmat pelkästään päihdealtistuksesta. Varsinkin alkoholille altistuneita lapsia koskevista tutkimuksista saa kuvan (esim. Streissguth, Barr, Kogan & Bookstein, 1996; 1997; Streissguth, 1997), että kasvuympäristöllä katsotaan olevan osuutta vain psyykkisten ja sosiaalisen kanssakäymisen ongelmien synnyssä. Voisiko vaikea kasvuympäristö lisätä myös tarkkaavuuden, keskittymiskyvyn ja oppimisen ongelmia vai voisiko osa niistä olla pelkästään ympäristön tuottamia? Tällaisia ongelmiahan on havaittu paljon myös muilla vaikeissa kasvuoloissa eläneillä ja biologisen kodin ulkopuolelle sijoitetuilla lapsilla (Crittenden, 1994; Rutter, 1998). Lääketieteellisissä tutkimuksissa kasvuympäristön merkityksen tutkiminen on jäänyt sivuosaan. Useimmista tutkimuksista puuttuu tarkka kuvaus lasten kasvuympäristöstä. Ei tiedetä, minkälaisissa oloissa lapset ovat eläneet, mitä he ovat kokeneet, ja miten nämä

kokemukset ovat vaikuttaneet heidän kehitykseensä. Laadulliset tutkimukset puuttuvat lähes täysin.

Neurologisesti sairaiden lasten kehitystä tutkittaessa on otettava huomioon neurologisen vaurion ja kasvuympäristön yhteisvaikutus. Lapsia tutkittaessa joudutaan pohtimaan, johtuuko heille tyypillinen jäsentymätön käyttäytyminen neurologisesta vauriosta vai lapsen ja vanhemman välisestä vuorovaikutuksesta. Erityisen vaikeaa käyttäytymisen syyn erottaminen on riskiryhmään kuuluvien, esimerkiksi päihteille altistuneiden lasten kohdalla. On alkanut kertyä tietoa siitä, että lapsen kehittyvä neurologinen järjestelmä ja lapsen ja vanhemman välinen vuorovaikutus ovat yhteydessä toisiinsa (Pipp-Siegel, Siegel & Dean, 1999, 42-43; Spangler & Grossmann, 1993; Hertsgaard, Gunnar, Erickson & Nachamias, 1995). Nykyinen aivotutkimus osoittaa, että lapsen aivot kehittyvät huimasti ensimmäisten elinvuosien aikana. Laiminlyönti, ympäristöärsykkeiden puute ja kaltoinkohtelu aivojen kehityksen kriittisten vaiheiden aikana voivat johtaa pysyvästi heikentyneisiin kognitiivisiin kykyihin (Sinkkonen, 2001, 68; Glaser, 2002, 74-77).

Tämän tutkimuksen päätavoitteena oli kartoittaa sikiöaikana alkoholille tai huumeille altistuneiden lasten kasvuympäristöä, fysisistä ja sosioemotionaalista kehitystä sekä arvioida kasvuympäristön merkitystä lasten sosioemotionaalille kehitykselle. Hypoteesit kasvuympäristön vaikutuksesta perustuvat kiintymysteorian oletuksiin sekä aivotutkimuksesta saatuihin tietoihin. Taustateorioita käytetään väljästi tutkimuksen viitekehityksenä kuvaamaan sitä, miten kasvuympäristön katsotaan vaikuttavan yksilön kehitykseen ja perusteluna sille, miksi kasvuympäristön vaikutus on tärkeä ottaa huomioon.

Käsillä oleva tutkimus on yhteenveto kolmesta aiemmin julkaistusta osatutkimuksesta. Ensimmäisessä osassa arvioitiin aiempaa aihetta koskevaa tutkimusta ja tuotiin esiin, mitä uutta kiintymysteoreettinen näkökulma voi tuoda tutkimukseen (Koponen, 2004). Toisessa osassa kartoitettiin alkoholille tai huumeille altistuneiden lasten kasvuympäristöä, kehitystä ja siihen vaikuttaneita tekijöitä kvantitatiivisen tutkimuksen avulla (Koponen, 2005a). Kolmannessa osassa (Koponen, 2005b) syvennettiin ja tarkennettiin alkoholille altistuneiden lasten kehitystä koskevaa analyysia kvalitatiivisen tutkimuksen keinoin. Kuvattiin lasten kehitystä perhe- ja laitoshoidossa ja tuotiin esiin sijaisvanhempien näkemyksiä siitä, mitä tukea he olivat saaneet lasten kasvatukseen ja toiveita tuesta. Huumeille altistuneita lapsia oli tutkimuksessa niin vähän, että heitä ei voitu analysoida yhtä monipuolisesti kuin alkoholille altistuneita lapsia. Seuraavassa on tiedot tutkimusaineistosta eri analyysivaiheissa.

## Tutkimusaineisto

### *Kvantitatiivinen analyysi*

*Sosiaalityöntekijöiltä saadut perustiedot lapsista v. 2002 (N=93)*

#### Alkoholille altistuneet lapset

#### Huumeille altistuneet lapset

Biologinen perhe	Sijaisperhe	Laitos	Yht.	Biologinen perhe	Sijaisperhe	Laitos	Yht.
13	54	11	78	10	5	0	15

*Kasvattajilta saadut kyselylomaketiedot v. 2002 (n=49)*

#### Alkoholille altistuneet lapset

#### Huumeille altistuneet lapset

Biologinen perhe	Sijaisperhe	Laitos	Yht.	Biologinen perhe	Sijaisperhe	Laitos	Yht.
2	38	6	46	0	3	0	3

### *Kvalitatiivinen analyysi*

*Kasvattajilta saadut lasten elämäkertatiedot v. 2002 (n=38)*

#### Alkoholille altistuneet lapset

#### Huumeille altistuneet lapset

Biologinen perhe	Sijaisperhe	Laitos	Yht.	Biologinen perhe	Sijaisperhe	Laitos	Yht.
0	34	4	38	0	0	0	0

*Sijaisvanhempien haastattelut, seurantatiedot v. 2004 (n=6)*

#### Alkoholille altistuneet lapset

#### Huumeille altistuneet lapset

Biologinen perhe	Sijaisperhe	Laitos	Yht.	Biologinen perhe	Sijaisperhe	Laitos	Yht.
0	6	0	6	0	0	0	0

# 2 Taustateoria ja aiemmat tutkimukset

## 2.1 Varhaisen vuorovaikutuksen merkitys lapsen kehitykselle – kiintymysteoreettinen näkökulma

Kun lapsi syntyy, normaalisti hänellä on vähintään yksi pysyvä hoivaaja. Ilman toisen ihmisen antamaa hoivaa ja turvaa lapsi ei kykene jäämään henkiin. Sen vuoksi vastasyntyneellä katsotaankin olevan evoluution myötä kehittynyt taipumus kiinnittyä häntä hoivaavaan henkilöön (Bowlby, 1969). Sternin (1985) mukaan vauvalla on syntymästään asti kyky toimia vuorovaikutuksessa älyllisellä ja tunnetasolla toisen ihmisen kanssa. Hoivaajan tunnetilat välittyvät kosketuksessa, äänensävyssä ja katseessa, ja vauva vastaa tunneilmaisuihin esimerkiksi mielihyvällä, pelolla tai itkulla.

Ensimmäisen ikävuoden aikana lapsi muodostaa pysyvän kiintymyssuhteen ensisijaiseen hoivaajaan, yleensä äitiin ja hänen lisäksi myös muihin läheisiin ihmisiin kuten isään, sisaruksiin ja isovanhempiin. Kiintymyssuhde on pysyvä tunneside lapsen ja hänen hoivaajansa välillä. Noin 7 kuukauden ikäisenä lapsi alkaa vierastaa, mikä osoittaa, että hän osaa erottaa tutut ja vieraat toisistaan ja on kiinnittynyt ensisijaiseen hoivaajaan. Pysyvän kiintymyssuhteen muotoutuminen näkyy myös siinä, että lapsen käytös suuntautuu kohti ensisijaista hoivaajaa, lapsi hakeutuu hänen läheisyyteensä, ahdistuu joutuessaan eroon hänestä ja on iloinen jälleennäkemisestä (Colin, 1996, 7; Flanagan, 1999, 40).

Lapsen kehityksen kannalta on ensisijaisen tärkeää, muodostuuko kiintymyssuhde turvalliseksi vai turvattomaksi. Turvallisen kiintymyssuhteen ensimmäinen edellytys on se, että lapsella on pysyvä hoivaaja. Suhteessa ei myöskään saisi olla pitkiä katkoksia. Kolmas edellytys on se, että hoivaaja on turvallista, ikätasoinen ja lapsen tarpeet huomioon ottavaa. (Glaser, 2002; Colin, 1996). Normaalisti äiti on herkkä vauvan tarpeille. Hän oppii tunnistamaan lapsensa itkusta, milloin tämä on nälkäinen, milloin hän tarvitsee lepoa, seuraa ja lohdutusta. Lasta syötetään säännöllisesti, pidetään sylissä, hänelle puhutaan ja ollaan katsekontaktissa. Hänelle annetaan riittävästi lepoa ja häntä tyydynnellään, kun hän on hädissään tai peloissaan. On hyvin epätavallista, että nämä vuorovaikutustapahtumat puuttuvat.

Hoivaajan pysyvyys ja turvalliset vuorovaikutustapahtumat ovat tärkeitä tekijöitä lapsen aivojen kehityksen kannalta. Syntymähetkellä lapsen aivot eivät ole vielä täysin kehittyneet. Osa kehityksestä on geneettistä, eivätkä

ympäristötekijät voi sitä muuttaa. Osa aivojen kehityksestä on kuitenkin ympäristölähtöistä kypsymistä, johon vuorovaikutuskokemukset kolmen ensimmäisen ikävuoden aikana vaikuttavat voimakkaasti. Aivojen kehityksessä on havaittu herkkyyksia, jolloin erityiset kokemukset vaikuttavat aivojen kypsymiseen. Aivoissa on kokemusta odottava ja kokemuksesta riippuva puoli. Aivoissa esiintyy aluksi hermosoluliitosten ylituotantoa. Hermosolujen väliset yhteydet ovat ensin tilapäisiä, ja ne vaativat säilyäkseen tietyn tyyppistä vahvistusta. Kun aivot eivät saa kokemusta hoivaavasta vuorovaikutuksesta, käyttämättä jääneet hermosoluliitokset karsiutuvat. Jos lapsen hoitoa laiminlyödään, aivot eivät saa niitä virikkeitä, joita ne tarvitsevat kokemusta odottavan kypsymisen aikana. (Nelson ja Bosquet, 2000, 42-43; Schore, 2003, 32; Glaser, 2002, 74-77; Sinkkonen, 2001, 68).

Kokemuksesta riippuvassa aivojen kehityksessä ympäristöärsykkeet vaikuttavat aivojen rakenteiden kehitykseen, mutta kokemukset eivät ole ennalta määrättyjä eivätkä hermosoluliitokset odota niitä. Virikkeellinen ympäristö luo uusia hermosoluliitoksia. Tunnepitoiset, haitalliset vuorovaikutustapahtumat puolestaan saattavat synnyttää aivoihin epäsymmetrisiä rakenteita, joilla on merkittäviä seurauksia myöhemmän käyttäytymisen ja tunteiden kannalta. Pahinta aivojen kehityksen kannalta on se, että lapsi altistuu sekä pahoinpitelylle että laiminlyönnille. (Glaser, 2002, 77-78, 95).

Lapsen tunteiden ja käyttäytymisen säätelyn kehityksen kannalta on erityisen tärkeää, että hän saa hoivaajan tukea siihen. Alle vuoden ikäinen vauva ei vielä kykene itse säätämään tunnetilojaan ja impulssejaan, vaan hän tarvitsee siihen hoivaajan apua. Tunteiden säätelystä vastaavat aivojen alueet alkavat kehittyä vasta ensimmäisen ikävuoden lopulla. Hoivaajan on kyettävä arvioimaan vauvan tunnetiloja ja reagoitava niihin herkästi, jotta vauvan itsesäätelykyky kehittyisi. Tämä herkkä vuorovaikutussuhde puuttuu lapsen ja vanhemman väliltä silloin, kun lasta laiminlyödään tai pahoinpidellään. Kun lapsen aivot eivät saa kokemuksia tunteiden ulkopuolisesta säätelystä, ne eivät myöskään opi itsesäätelyä. (Schore, 2003; Glaser, 2002, 79-81; Sinkkonen, 2001, 69).

Toistuvat vuorovaikutustapahtumat muokkaavat myös lapsen käsitystä itsestään ja muista. Bowlbyn (1969, 1973) mukaan lapsi muodostaa varhaisissa ihmissuhteissaan sisäiset mallit siitä, minkälainen hän on, minkälaisia muut ihmiset ovat ja miten ihmissuhteet toimivat. Lapsella on synnynnäinen kyky vuorovaikutukseen muiden ihmisten kanssa. Hänellä ei kuitenkaan ole valmista kuvaa ympäristöstään, itsestään ja muista, vaan tämä muodostuu varhaisissa ihmissuhteissa, jolloin vertailupohja puuttuu. Silloin mielen rakenteet alkavat muotoutua.

Lapsella katsotaan olevan synnynnäinen tarve pysyvyyteen (Antonovsky, 1987, 94). Jos ympäristöstä puuttuu pysyvyys, jatkuvuus, ennakoitavuus ja johdonmukaisuus, lapsen on mahdotonta ymmärtää ympärillään tapahtuvia asioita. Tällöin jokapäiväinen elämä on sattumanvaraista ja koostuu haja-

naisista yksityiskohdista (Cleve, 2003, 92). Kaoottisessa ympäristössä mielen rakenteetkin muotoutuvat kaoottisiksi.

Antonovsky (1987, 94-98) korostaa, että lapsen tarpeet ja ikätason huomioon ottava hoiva, arjen toistuvat turvalliset rutiinit, vastavuoroisuus, johdonmukaisuus ja ennakoitavuus ovat olennaisia tekijöitä lapsen suotuisan kehityksen kannalta. Kun tietyt rutiinit toistuvat lähes samanlaisina päivästä toiseen, lapsi oppii ennakoimaan tulevia tapahtumia. Kun lapsen reaktioihin vastataan johdonmukaisesti, hän oppii syy- ja seuraussuhteita. Kun lapsen itkuun ja hymyyn vastataan, hän huomaa voivansa vaikuttaa ympäristöönsä. Kun lapselle puhutaan, hän oppii kielen sekä puheen vastavuoroisuuden. Lapsen tarpeisiin vastaaminen viestittää hänelle, että hän on rakastamisen arvoinen, mikä on hyvän itsetunnon perusta. Vastavuoroisissa ihmissuhteissa lapsi myös oppii havaitsemaan omia ja muiden tunteita ja tarpeita. Jos normaali läheisyys ja kiintymys aikuiseen puuttuvat, lapsi ei opi, miten suhtaudutaan läheisiin ja vieraisiin ihmisiin. Tämä näkyy lapsen käytöksessä esimerkiksi siten, että lapsi ei vierasta tuntemattomia aikuisia. Hän saattaa halata heitä samalla tavalla kuin läheisiä ihmisiä ja lähteä kenen tahansa vieraan mukaan.

Kiintymyssuhteen turvallisuutta voidaan arvioida havainnoimalla lapsen ja hänen ensisijaisen hoivaajansa välistä vuorovaikutusta. Kiintymyskäyttäytyminen aktivoituu tilanteissa, joissa lapsi tarvitsee lohdutusta ja ymmärtämystä, esimerkiksi ollessaan hädissään tai peloissaan. Jokainen lapsi kehittää oman strategiansa turvan saamiseksi vanhemmalta. Strategian muotoutumiseen vaikuttaa se, missä määrin vanhempi on epäsensitiivinen, torjuva, häiritsevä tai poissaoleva. Lapsen käyttäytyminen on defensiivinen strategia, jonka avulla hän pystyy säätelemään hädän ja ahdistuksen tunteita. Jos lapsi ei saa lohtua ja turvaa, hän joutuu joko torjumaan tunteensa tai keksimään vaihtoehtoisia keinoja turvata vanhemman saatavuus. Lapsen kiintymyskäyttäytyminen osoittaa myös, minkälainen on hänen sisäistämänsä malli itsestään, kokeeko hän olevansa rakastettu ja hyväksynnän arvoinen vai ei. (Howe, Brandon, Hinings & Schofield, 1999, 23, 26).

Turvallisessa kiintymyssuhteessa (B) lapsi oppii, että tunteiden osoittaminen on sallittua. Tunteet voivat tulla ja mennä vapaasti, ja hoivaaja auttaa lasta niiden säätelyssä esimerkiksi lohduttamalla ja pitämällä lasta sylissä tunnekuohun jälkeen, jolloin lapsi rauhoittuu. Vähitellen lapsi tulee tietoiseksi tunteistaan ja oppii erittelemään ja nimeämään niitä sekä myös säätelemään tunnetilojaan rakentavalla tavalla. Turvallisessa kiintymyssuhteessa lapsi oppii, että häntä kuullaan ja rakastetaan sellaisena kuin hän on. Lapsi tuntee olevansa kyvykäs ja rakastamisen arvoinen, mikä luo pohjan terveen itsetunnon kehittymiselle. Muista ihmisistä hänelle muodostuu kuva, että he ovat luotettavia, saatavilla ja avuliaita. Lapsi oppii tunnistamaan omia ja muiden ihmisten tunteita. Tunteiden tunnistaminen auttaa yksilöä ymmärtämään itseään ja säätelemään käyttäytymistään.

Kaikki vanhemmat eivät kuitenkaan havaitse ja/tai hyväksy lapsensa tunnetiloja ehkä oman tunneilmaisunsa puutteen vuoksi tai siksi, että he ovat niin omien tunteidensa ja ongelmiansa vallassa. Joidenkin vanhempien on erityisen vaikea sietää lapsen vihamielisiä tunteita tai hädän ja pelon ilmaisemista. Lapsi oppiikin tukahduttamaan tunteensa ollakseen mielikseen vanhemmilleen ja saadakseen heidän rakkautensa. Tällaisen lapsen kiintymyssuhde muotoutuu turvattomaksi, vältteleväksi (A). Lapsi on korostetun pärjäävä ja itsenäinen. Älyllinen puoli korostuu tunteiden kustannuksella. Lapselle muodostuu kuva, että hän ei ole kovin rakastettu mutta pärjää omillaan. Muut ihmiset koetaan torjuviksi ja tungetteleviksi. Oman käyttäytymisen ymmärtäminen ja sisäisten ristiriitojen ratkaiseminen vaikeutuvat, kun osa tunteista on tukahdutettu eikä tunnemuistoihin ole pääsyä.

Jotkut vanhemmat suhtautuvat epä johdonmukaisesti lapseensa. Joskus tietynlainen käytös saa vanhemmassa aikaan myönteisen ja joskus kielteisen reaktion. Lapsi joutuu tarkkailemaan, millä tuulella hoivaaja on ja vaihtamaan käyttäytymisstrategiaansa sen mukaan. Lapsen käytös on välillä hyvin huomionhakuista. Hän saattaa kitistä, ripustautua, huutaa ja uhkailla. Joskus lapsi pääsee päämääräänsä tällaisella käytöksellä. Joskus se taas raivostuttaa hoivaajan, jolloin lapsen käytös muuttuu araksi ja alistuvaksi. Lapselle muodostuu kuva, että hän on riippuvainen muista eikä kovin arvokas. Muiden ihmisten koetaan olevan epäsensitiivisiä, epäluotettavia ja arvaamattomia. Tätä kiintymyssuhdetyyppiä kutsutaan vastustavasti turvattomaksi (C).

Vaikka vastustavasti kiintyneen lapsen hoivaaja käyttäytyy epä johdonmukaisesti, lapsi kykenee löytämään jonkinlaisen strategian saadakseen huomiota ja turvaa häneltä. Sen sijaan luokkaan D (jäsentymätön/hämmentynyt) kuuluvan lapsen elinolot ovat niin kaoottiset, että hän ei kykene luomaan minkäänlaista toimivaa strategiaa. Lapsen käytös on ristiriitaista ja ennakoimatonta. Jäsentymätön kiintymyssuhde voi syntyä tilanteessa, jossa hoivaaja on väkivaltainen. Hänen pitäisi tuoda turvaa mutta onkin itse pelon lähde. Tällöin lapsi on täysin ristiriitaisessa tilanteessa. Myös kroonisesti depressiivisten ja päihteitä käyttävien äitien lapsilla on havaittu jäsentymätöntä käyttäytymistä. Päihteiden vaikutuksen alainen tai psyykkisesti sairas vanhempi on psykologisesti poissaoleva, vaikka hän olisi fyysisesti läsnä. Hänen käytöstään on vaikea ymmärtää, koska se ei näytä olevan millään lailla yhteydessä ympäristön tapahtumiin. Tällainen vanhempi saattaa käyttäytyä myös väkivaltaisesti. Lapsi menettää luottamuksensa siihen, että vanhempi pystyisi antamaan hänelle turvaa, lohtua, rakkautta ja huomiota (Howe ym., 1999, 125-126).

Howen ym. (1999, 125-126) mukaan lapselle saattaa kehittyä krooninen pelkotila, mikä ilmenee mm. siten, että hän saattaa paeta tilanteesta vetäytymällä psykologisesti paikalta katsomalla tavallaan tapahtumia ulkopuolelta tai ”jäädäytämällä” itsensä. Lapsi voi myös syyttää itseään tilanteesta ja nähdä itsensä vaarallisena tai pahana, jolloin hänen minäkuvansa vääristyy. Lapsi voi myös pyrkiä kontrolloimaan edes jotenkin tilannetta vajoamalla itseensä toista-

malla rytmistä liikettä. Hän saattaa esimerkiksi heijata itseään, hakata päätään tai peittää kasvonsa. Lapselle kehittyy näkemys, että läheiset ihmissuhteet ovat pelottavia. Pitkittäistutkimuksissa on havaittu, että jäsentymättömästi kiintyneillä lapsilla esiintyy paljon aggressiivista käyttäytymistä, kouluvaikeuksia ja erilaisia psyykkisiä ongelmia.

Kiintymyssuhdetyyppi D ei ollut mukana Ainsworthin ym. (1978) alkuperäisessä luokituksessa. Tutkimuksissa alkoi kuitenkin tulla esiin lapsia, jotka eivät sopineet alkuperäisiin A, B ja C-kategorioihin. Monet luokiteltiin virheellisesti turvallisesti kiintyneiksi, vaikka heidän käyttöksessään oli turvattomaan kiintymyssuhteeseen viittaavia piirteitä, ja lasten tiedettiin eläneen hyvin epävakaa ympäristössä. Mainin ja Solomonin (1986, 1990) mukaan näiden lasten käytöksestä näytti puuttuvan selkeä päämäärä ja tarkoitus. Lasten käytös ero- ja jälleennäkemistilanteissa oli ristiriitaista ja ennakoimatonta. Käyttäytymisen ristiriitaisuus ilmeni esimerkiksi siten, että jälleennäkemistilanteessa lapsi otti ensin vanhemman iloisesti vastaan, mutta kääntyi sitten pois päin hänestä. Jotkut lapset menivät kohti vanhempansa, mutta käänsivät samalla päätään pois päin. Lapsi saattoi myös ilmaista suoraan pelkoaan vanhempaa kohtaan esimerkiksi menemällä piiloon. Jotkut lapset olivat täysin liikkumattomia, katse oli tuijottava tai lapsessa oli merkkejä masentuneisuudesta. Main ja Solomon (1986, 1990) määrittivät kategorian D kuvaamaan lapsia, joilla esiintyi tällaisia käyttäytymispiirteitä.

Tutkijat ovat eri mieltä siitä, onko jäsentymättömäksi määritelty käytös oikeasti sitä. Crittenden (1992, 224-228) arvelee, että monissa tapauksissa lapsen käytöksestä voidaan löytää selvä logiikka. Hänen mielestään jäsentymättömältä näyttävä käytös voidaan joissain tapauksissa jakaa hänen kiekkomallinsa mukaisesti kiintymyssuhdeluokkien A, B ja C alaluokkiin tai luokkaan A/C. Voi olla myös niin, että lapsi hakee lisäaikaa informaation prosessointiin tai siirtyäkseen käytösmallista toiseen tilanteen niin vaatiessa, jolloin käytös näyttää ulospäin jäsentymättömältä. Jäsentymätön käytös voi olla merkki siitä, että lapsen muodostamat sisäiset mallit ovat uudelleenorganisoidussa uusien kokemusten vaikutuksesta.

Crittenden (1992, 227) ei kuitenkaan kiellä sitä, ettei joissain tapauksissa käytösmallin pitkäaikainen jäsentymättömyys voisi olla lapsen käyttäytymisen taustalla. Tämä on mahdollista silloin, kun lapsi elää hyvin ennakoimattomassa ympäristössä tai kokee suuria elämänmuutoksia, jolloin sisäisten mallien uudelleenorganisointi on hyvin vaikeaa. Vaikka olosuhteet olisivat vakaatkin, lapsilla, joilla on neurologisia, mielenterveydellisiä, aistinelinten tai havainnoinnin ongelmia, voi olla vaikeuksia ymmärtää kokemaansa ja organisoida käytöstään sen perusteella. Tällaisilla lapsilla saattaa olla vaikeuksia informaation prosessoinnissa tai informaation prosessointi on erilaista kuin muilla. Tällöin sisäiset mallit saattavat olla jäsentymättömiä tai jopa puuttua kokonaan. Tutkimuksissa neurologisesti sairast lapset on luokiteltu useammin luokkaan D kuin muut lapset (Pipp-Siegel ym., 1999, 26-43).



Gerhardtin (2004, 26-27) mukaan turvattomasti kiintyneen lapsen minäkuva on heikompi kuin turvallisesti kiintyneen lapsen, koska turvattomasti kiintynyt lapsi ei saa optimaalista palautetta itsestään ja tunteistaan. Lapselta puuttuu kyky tulkita luotettavasti itseään ja muita. Lapsi saattaa suojella hataraa minäkuvaansa vetäytymällä vuorovaikutuksesta tuntiessaan epävarmuutta (A) tai ripustautua muihin lisätäkseen palautetta muilta (C). Gerhardtin (2004, 27) mukaan vaikein tilanne on jäsentymättömästi kiintyneillä lapsilla. Heille vanhemmat eivät ole kyenneet antamaan lainkaan turvaa, turvallista perustaa tutustua maailmaan eikä oikeanlaista psyykkistä palautetta. Lapsilta puuttuu kyky säädellä tunteitaan stressitilanteissa.

Elimistön normaaliin rytmiin kuuluu se, että voimakas tunnetila saa aikaan fysiologisen reaktion. Kun tunne on saanut ilmaisukanavan, elimistö palaa jälleen lepotilaan. Tämä on normaali sympaattisen ja parasympaattisen hermoston kiertokulku. Tämä luonnollinen rytmi katoaa silloin, kun tunteiden ilmaisu on estynyt (A) tai kun yksilö jää tunnetilaan (C). Elimistön häiriötila voi ilmetä lihasjännityksenä, pinnallisena hengityksenä tai hormonaalisina häiriöinä. Erityisesti sydän- ja verisuonijärjestelmä jää aktivaatiotilaan, vaikka tunteet olisi tukahdutettu. (Gerhardt, 2004, 27).

Gerhardtin (2004, 28-30) mukaan informaation vapaa liikkuminen niin elimistössä kuin sen ulkopuolella ihmissuhteissa auttaa meitä sopeutumaan olosuhteisiin, joissa elämme. Omien ja muiden ihmisten tunteiden havainnointi ja ymmärtäminen auttaa meitä luomaan jäsentynyttä kuvaa itsestämme, ratkaisemaan sisäisiä ristiriitojamme ja luomaan myönteisiä ihmissuhteita. Tunteiden säätely ei ole yksinomaan niiden kontrollointia tai sen puutetta. Tunteet toimivat signaaleina, jotka aktivoivat toimintaan, erityisesti säilyttämään läheisyyden muihin ihmisiin. Lapsen olemassaolon kannalta on hyödyllistä, että hän ahdistuu, kun äiti poistuu huoneesta. Hymyn ja onnen kyllästävät hetket viestittävät turvallisuudesta. Viha viestittää, että jokin on pahasti vialla ja vaatii pikaista huomiota. Kun ihmiset kiinnittävät huomion näihin signaaleihin, he sopeutuvat paremmin omiin ja muiden tarpeisiin.

Tunteiden säätely, stressinhallinta ja tavoitteellinen toiminta ovat sidoksissa otsalohkojen ja erityisesti orbitofrontaalisen aivokuoren kehitykseen. Nämä aivojen alueet alkavat kehittyä ensimmäisen ikävuoden loppupuolella. Tutkimuksissa saadaan jatkuvasti näyttöä juuri tämän alueen kehityshäiriöiden yhteydestä vakaviin mielenterveyden häiriöihin. Orbitofrontaalinen aivokuori säätelee huomiokykyä ja tarkkaavuutta. Se on yhteydessä myös sosiaaliseen sopeutumiseen, vastuuntuntoon, mielialojen sekä vietti-impulssien hallintaan ja on erikoistunut toimimaan stressitilanteissa. (Sinkkonen, 2001, 73; Glaser, 2002, 79-81; Gerhardt, 2004, 35-39; Schore, 2003).

Nykyisen aivotutkimuksen valossa näyttää siltä, että ihmismielen tapahutumilla on jonkinlainen konkreettinen vastaavuus aivojen neuroniverkoston monimutkaisissa biologisissa prosesseissa (Kivisaari, 2003, 22). Gerhardt (2004, 38) viittaa Romanian orpokotien lapsia koskeviin tutkimuksiin. Niissä

havaittiin, että lapsilla, joita pidettiin aamusta iltaan häkkisängyissä ilman mahdollisuutta luoda läheisiä suhteita aikuisiin, orbitofrontaalinen aivokuori oli täysin kehittymätön. Jos lapsella ei ole mahdollisuutta ihmissuhteisiin kolmen ensimmäisen ikävuoden aikana, jolloin tämä aivojen alue kehittyy, on hyvin epätodennäköistä, että näitä vaurioita voitaisiin korjata myöhemmin.

Gerhardt (2004, 39) kertoo järkyttävän esimerkin siitä, mitä seurauksia äärimmäisellä laiminlyönnillä ja eristämällä voi olla. Genie-niminen tyttö löydettiin ja pelastettiin 13-vuotiaana kodistaan. Hänen hoitoaan oli laiminlyöty syntymästä saakka. Löytöhetkeen saakka vanhemmat olivat pitäneet häntä suurimman osan ajasta yhdessä huoneessa sidottuna pottatuoliin. Hän ei voinut liikkua eikä nähdä ulos ikkunasta. Kun hän äänteli ilmaistakseen tarpeitaan, isä tuli huoneeseen ja pieksi häntä kepillä. Kun hänet löydettiin, hän ei osannut puhua eikä pidättää ulosteitaan. Hänen reaktionsa olivat hitaita, motoriset taidot olivat 2-vuotiaan tasolla, hän pelkäsi esineitä ja hänet oli pelolla opetettu tukahduttamaan kaikki tunneilmaisunsa. Ollessaan vihainen, hän käänsi vihan itseensä raapimalla kasvojaan, lyömällä nenäänsä ja laski alleen. Hän kaipasi suunnattomasti hellyyttä, mutta vielä lähes 30 vuoden iässäkään hän ei kyennyt luomaan pysyviä ihmissuhteita. Tämä esimerkki osoittaa, miten mahdotonta pienen lapsen on kehittyä sosiaalisesti olennoksi, jos hänen hoitoaan laiminlyödään ja hän joutuu elämään eristettynä muista ihmisistä.

Rutter (1998) ja Benoit (1996) havaitsivat, että Romaniasta Kanadaan ja Isoon Britanniaan adoptoitujen lasten painon, pituuden, pään ympäryksen sekä älyn ja käyttäytymisen kehitys oli jäljessä normaalista heidän tullessaan sijoitusmaahan. Lapsilla oli myös monia somaattisia sairauksia ja infektioita. Osalla lapsista havaittiin epänormaalia käyttäytymistä kuten itseä stimuloivaa käytöstä, heikko katsekontakti ja kiinnostuksen suuntautuminen mieluummin tavaroihin kuin ihmisiin. Myös leikit ja aktiivisuus olivat epänormaaleja. Lapset olivat eläneet hyvin puutteellisissa olosuhteissa ennen sijoitusta joko orpokodissa tai biologisessa kodissa. Adoption jälkeen lasten kehitys eteni kaikilla alueilla ja läheni normaalia.

Rutterin (1998) tutkimus osoitti, että alle puolen vuoden iässä adoptoitujen lasten fyysinen ja kognitiivinen kehitys oli parempi 4 vuoden iässä kuin yli puolen vuoden iässä adoptoitujen. Sijoitusikä ennusti parhaiten lasten kognitiivisen kehityksen tasoa 4 vuoden iässä. Nelsonin ja Bosquetin (2000, 38) mukaan on kertynyt runsaasti todistusaineistoa siitä, että ensimmäiset 2-3 ikävuotta ovat kriittistä aikaa sekä lapsen hermoston että tunne-elämän kehityksen kannalta. Lastenkotilapsia tutkittaessa on havaittu myös, että mitä nuorempana lapsi sijoitettiin sijaisperheeseen, sitä helpompi hänen oli luoda turvallinen kiintymyssuhde sijaisvanhempiin (Goldberg, 2000, 123-129).

Kiintymyssuhteen katsotaan olevan pohja lapsen emotionaalille ja kognitiiviselle kehitykselle. Kiintymyssuhteen turvallisuus on yhteydessä aivojen kehitykseen ja siten suoraan yhteydessä kognitiivisten kykyjen kehitykseen. Turvallinen kiintymyssuhde tarjoaa turvallisen perustan (secure base) tutkia

ympäristöä ja edistää myös siten älyllisten taitojen kehitystä. Turvallinen kiintymyssuhde antaa lisäksi emotionaalista vakautta, jotta lapsen on mahdollista keskittyä oppimiseen. Aikuisen tuki luo lapselle uskoa omaiin kykyihin ja lisää oppimismotivaatiota. Crittendenin (1992, 232) mukaan vain turvallisesti kiintyneet lapset voivat tuntea olonsa turvalliseksi suurimman osan ajasta ja kykenevät käyttämään kaikkia kykyjään elämän haasteisiin.

Turvallinen kiintymyssuhde edistää emotionaalista hyvinvointia antamalla turvallisuuden tunnetta ja luottamusta muihin ihmisiin, edistämällä oman arvon tuntoa sekä antamalla lapselle oikeaa tietoa itsestään ja muista, mikä edistää eheän minäkuvan luomista. Lisäksi kiintymyssuhde on yhteydessä tunteiden säätelyyn sekä tunteiden ja älyn tasapainoon. Kun tunteita ei tarvitse tukahduttaa, lapsi oppii tunnistamaan niitä ja näkemään niiden yhteyden käyttäytymiseen. Mielenterveyden kannalta todellisuuden oikea havainnointi on tärkeää. Kun todellisuus, havainnointi ja informaation organisointi vääristyvät, kehityshäiriöiden todennäköisyys kasvaa. Sopeutuminen uusiin tilanteisiin vaikeutuu, kun suuri osa kiintymyssuhteeseen liittyvästä affektiivisesta ja kognitiivisesta informaatiosta on poistettu tietoisuudesta (Crittenden, 1995, 12; 1994, 93-94).

Turvaton kiintymyssuhde ei ole sama asia kuin psyykkinen häiriö, vaikka lisääkin häiriöriskiä. Jotkut kiintymyssuhteeseen yhteydessä olevat käyttäytymispiirteet ovat kuitenkin niin vakavia, että niille on olemassa oma diagnoosi: kiintymyssuhdehäiriö. Se voi syntyä silloin, kun lapsen suhde ensisijaiseen hoivaajaan on turvaton tai silloin kun kiintymyssuhteessa on katkoksia, tai jos lapsella ei ole yhtään aikuista, johon hän pystyisi luomaan kiintymyssuhteen (Colin, 1996, 198). Kiintymyssuhdehäiriöstä kertovat Zeanahin ja Boriksen (2000, 364) mukaan seuraavat piirteet lapsen käytöksessä: lapsi ei tee eroa tutun ja tuntemattoman aikuisen välillä, lapsi on valmis lähtemään kenen tahansa vieraan mukaan, lapsi hakee mieluummin lohtua tuntemattomalta kuin tutulta aikuiselta, lapsi ei kykene ottamaan vastaan lohdutusta, emotionaalinen vastavuoroisuus puuttuu lapsen ja hoivaajan väliltä, lapsella on vaikeuksia säädellä tunnetilojaan, lapsi vahingoittaa itseään tai vaarantaju puuttuu, lapsi ei tutki ympäristöä ja ripustautuu hoivaajaan ollessaan tämän ja vieraampien aikuisten seurassa, lapsi on ylivalpas ja ylittotelevainen tai on omaksunut aikuisen roolin ja huolehtii aikuisesta.

Vuorovaikutusta koskevat sisäiset mallit kehittyvät jo ensimmäisen ikävuoden aikana, ja niitä on vaikea, joskaan ei mahdotonta, muuttaa myöhemmin. Goldbergin (2000, 128) mukaan jo vuoden ikäinen laiminlyöty vauva on todennäköisesti kehittänyt käyttäytymismallin, jolla hän yrittää suojata itseään loukkaavilta kokemuksilta, joiden kohteeksi hän on joutunut ja ennakoi joutuvansa uudestaan. Opittu käyttäytymismalli vaikeuttaa turvallisen kiintymyssuhteen luomista senkin jälkeen, kun olosuhteet muuttuvat ja lapsi saa hyvää hoitoa. Tämä vaikeuttaa mm. sijaisvanhempien työtä ja kiintymistä lapsiin. Varhaiset, kiintymyssuhteeseen liittyvät oletukset voivat kuitenkin muuttua, kun lapsi saa johdonmukaisesti uusia aiemmasta poikkeavia kokemuksia (O'Connor, 1996, 186).

Dozier, Stovall & Albus (1999, 195) arvelevat, että sijoitetut lapset ovat eläneet olosuhteissa, jotka heikentävät heidän kykyään vastaanottaa hoivaa hoitajiltaan. Selviytyäkseen jollain tavalla kokemastaan lapset ovat joutuneet kehittämään käyttäytymisstrategioita, jotka vieraannuttavat heidät hoivaajasta. Lapset voivat käyttäytyä esimerkiksi siten, kuin he eivät tarvitsisi sijaisvanhempia lainkaan tai että sijaisvanhempi ei kykenisi rauhoittamaan heitä. Jos sijaisvanhemmat vastaavat lapsen käytökseen tämän odottamalla tavalla, hän saa vahvistusta käsitykselleen, että muut ihmiset ovat torjuvia ja että on turha odottaa heiltä apua. Pelkkä hyvä hoiva ei riitä laiminlyödyille lapsille. He tarvitsevat terapiaa, ja hyväkin sijaisvanhempi tarvitsee tukea ja ohjausta lapsen hoidossa (Goldberg, 2000, 128).

Kantee ja Solismaa (1991) tutkivat sijaishuollossa kasvaneiden lasten selviytymiseen yhteydessä olevia tekijöitä. Yksi tällainen tekijä oli kotoalähtötilanteen rauhallisuus ja turvallisuus. Hakemaan oli tullut tuttu sosiaalityöntekijä, ja mukana oli seurannut myös lapsen sisarus. Toinen selviytymistä edistävä tekijä oli se, että sijaishoitopaikassa oli tullut muutoksia siihen tapaan, jolla lasta oli kohdeltu, ja lapsella oli mahdollisuus luoda kiintymyssuhde tiettyyn äitihahmoon. Turvallinen ja voimakas side äitikorvikkeeseen edisti myös lapsen kykyä solmia pysyviä ja pitkäaikaisia ystävyysuhteita, mikä puolestaan oli yhteydessä kykyyn solmia kiinteitä ihmissuhteita aikuisuudessa.

Varttuessaan lapsi alkaa pohtia juuriaan ja identiteettiään. On havaittu, että psyykkisen hyvinvoinnin kannalta on hyvä, että yksilö tietää menneisyytensä ja pystyy luomaan elämästään johdonmukaisen kertomuksen. Tämä tuli ilmi myös Kanteen ja Solismaan (1991) tutkimuksessa. He havaitsivat, että ympäristöltään ja ihmissuhteiltaan turvallisessa sijaishoitopaikassa lapsi oli kyennyt jäsentämään kotiolosuhteensa uudella tavalla ja käsittelemään menneisyyttään ja elämänmuutostaan. Sijaishoitopaikkojen lukumäärä sinänsä ei ollut selviytymistä edesauttanut tai ehkäissyt tekijä. Tärkeää oli se, että lapsi saattoi hyväksyä huostaanoton syyn ja että hän ei kokenut tulleen hylätyksi. Lasten siteet vanhempiin ja sukuun olivat katkenneet. Selviytymistä aikuisena kuitenkin edisti se, jos lapsi oli ajatuksissaan pitänyt yllä alkuperäisen perheen identiteettiä ja kuulumista siihen. Elämänkaari ja sijaishuolto osana sitä hyväksyttiin.

Tapahtuneen käsittely ja ymmärtäminen auttavat myös siinä, että supolvesta toiseen helposti jatkuva kyvyttömyys vanhemmuuteen saataisiin katkaistua. Kaltoin kohdeltujen lasten hyvinvointia edistävät myös minän joustavuus, omanarvontunne ja erityisesti minän kontrolli. Lapsia olisikin hyvä kannustaa kehittämään strategioita, joiden avulla he oppivat hallitsemaan tekojaan ja reaktioitaan (Glaser, 2002, 111).

## 2.2 Alkoholille altistuneet lapset

### 2.2.1 Alkoholin vaikutus sikiöön ja lasten diagnosointi

Alkoholi pääsee esteettä istukan läpi ja leviää tasaisesti sikiöön. Viidessä minuutissa äidin ja lapsen veren etanolipitoisuus on samansuuruinen. Etanolia on myös lapsivedessä, mihin se voi tulla sikiön virtsasta, keuhkoista ja/tai ihon läpi. Etanoli poistuu lapsivedestä hitaammin kuin äidin ja sikiön verestä, ja sen vuoksi lapsiveden etanolipitoisuus voi olla ajoittain korkeampi kuin sikiön tai äidin veren. Ensimmäisellä raskauskolmanneksella sikiön maksan kyky polttaa alkoholia on vain 3-4 %, ja vastasyntyneelläkin se on vain 50 % aikuisen maksan vastaavasta kyvystä. (Halmesmäki, 1987, 11; 1998, 373).

Sikiöaikaisen alkoholi-altistuksen seurauksia on tutkittu monilla eläinlajeilla ja ihmisillä. Nämä tutkimukset ovat osoittaneet, että sikiöaikainen alkoholi-altistus voi aiheuttaa sikiön kuoleman, epämuodostumia, kasvuvuivästymää ja toimintakyvyn häiriöitä. Erityisen herkkä alkoholin vaikutukselle on keskushermosto, sillä sen kehittyminen ajoittuu pitkälle ajanjaksolle. Elinten muodostumisen kannalta ensimmäiset raskauskuukaudet ovat tärkeimmät. Epämuodostumariski on tällöin suurimmillaan. (Ernhart ym., 1987; Streissguth ym., 1996).

Streissguthin (1997, 96) mukaan FAS-/FAE-lapset saavat aivovaurion, koska sikiöaikainen alkoholi-altistus häiritsee normaalia aivosolujen tuotantoa ja liikkumista, mikä aiheuttaa rakenteellista poikkeavuutta aivojen kehitykseen. Sikiöaikainen alkoholi-altistus voi myös häiritä aivojen sähköfysiologista ja neurokemiallista tasapainoa siten, että viestit eivät kulje aivoissa niin tehokkaasti ja tarkasti kuin niiden pitäisi. Joillain FAS-/FAE-lapsilla aivojen viestisysteemin kytkentä on vaurioitunut, minkä vuoksi viestireseptorit eivät toimi kunnolla. Silloin kun alkoholi-altistus aiheuttaa nämä perusvauriot, vamma on elinikäinen. Vauriot ilmenevät vaikeutena varastoida ja muistaa vanhoja kokemuksia ja käyttää niitä hyväksi nykyisessä toiminnassa, mikä ahdistaa FAS-syndroomasta kärsiviä ja aiheuttaa heille käytöshäiriöitä. (Streissguth, 1997, 10).

Alkoholin aiheuttamien vaurioiden vakavuus riippuu nautittujen alkoholiannosten määrästä ja ajoituksesta. Vauriot ovat sitä suurempia, mitä suurempia alkoholiannoksia nautitaan raskauden aikana ja mitä pidempään alkoholin käyttö jatkuu raskauden aikana. Suurkulutuksen rajana pidetään 10 alkoholiannosta viikossa tai 5 kerta-annosta (yksi alkoholiannos on esim. 12 cl viiniä tai pullo keskialkolia). Näin suurten tai suurempien alkoholimäärien nauttimisen on selkeästi todettu vaurioittavan sikiötä. Tarkkaa riskirajaa ei kuitenkaan tiedetä. Jo aivan pienetkin alkoholiannokset saattavat vaarantaa sikiön terveyden. Yksilölliset erot ovat huomattavat, ja tupakointi lisää vaurioriskiä. Myös äidin ja lapsen geneettisellä perimällä on vaikutusta samoin kuin äidin saamalla ravinnolla ja yleisellä terveydentilalla. (Autti-Rämö, 1993, 34;

Rosett, 1980, 121; Streissguth, 1997, 56-57). Halmesmäen (1989) mukaan 1-2 viikoittaisen alkoholiannoksen tai yhden kertahumalan ei ole todettu aiheuttavan sikiövaurioita. Sen sijaan Reija Alenin (Ota syliin–projektin koulutuspäivä 8.4.2005) mukaan jo yhtä keskisolutta vastaava alkoholimäärä voi vaurioittaa sikiötä silloin, jos sikiön kehityksessä on käynnissä tärkeä solun jakautumisvaihe. Turvarajaa raskaudenaikaiselle alkoholinkäytölle ei voida antaa.

Sikiöaikana alkoholille altistuneiden lasten diagnosointia kehitetään jatkuvasti. Tässä tutkimuksessa alkoholille altistuneilla lapsilla oli joko FAS- tai FAE-diagnoosi tai sitten he olivat diagnosoimattomia. Kun diagnosointia on uudistettu, FAE-diagnoosi on poistettu, koska sen käytössä on ollut paljon vaihtelevuutta. Rosettin (1980) kriteeristöissä se oli kuitenkin vielä mukana. Näiden kriteereiden mukaan FAS-diagnoosi voitiin antaa, jos seuraavat ehdot täyttyivät:

Fetaalialkoholisyyndrooman (FAS) kriteerit:

1. Sikiöaikainen ja/tai syntymänjälkeinen kasvuviive (paino, pituus, ja/tai pään ympärysyys)
2. Keskushermoston toimintahäiriö
  - neurologinen poikkeavuus, kehitysviive tai älyllinen heikkolahjaisuus
3. Tyypillinen kasvojen kasvuhäiriö, vähintään kaksi seuraavista:
  - a) pienipäisyys
  - b) pienisilmäisyys ja/tai lyhyt luomirako
  - c) nenä-huulivako puuttuu, ohut ylähuuli ja/tai matala yläleuka.

Jos lapsi ei täyttänyt kaikkia FAS-kriteereitä, voitiin hänelle antaa diagnoosi: Fetal alcohol effects (FAE). Ehtona oli se, että lapsi täytti kaksi kolmesta edellä mainituista kriteereistä ja että raskaudenaikaisesta alkoholinkäytöstä oli varma tieto. (Autti-Rämö, 1997; Halmesmäki, 1998, 378). ICD-10 luokituksesta löytyy luokka Q86.0 fetaalialkoholioireyhtymä. FAE-diagnoosille sen sijaan ei ole omaa luokkaa.

Vuonna 1996 siirryttiin noudattamaan Institute of Medicinen (IOM) määrittämiä diagnosikriteereitä. FAS-diagnoosin kriteereihin kuuluivat edelleen tyypilliset kasvonpiirteet, kasvuviive sekä keskushermoston toimintahäiriö. Uutta oli se, että FAS-diagnoosi voitiin antaa myös silloin, kun raskaudenaikaisesta alkoholinkäytöstä ei ollut täyttä varmuutta, jos diagnosikriteerit täyttyivät muilta osin. Luokituksessa määriteltiin myös kriteerit diagnooseille Partial FAS (PFAS), Alcohol-related birth defects (ARBD) ja Alcohol-related neurodevelopmental disorder (ARND). Näissä muissa luokissa vaadittiin edelleen varma tieto raskaudenaikaisesta alkoholinkäytöstä. FAE-diagnoosia ei ollut enää mukana luokituksessa. (Stratton, Howe & Battaglia, 1996).

Vuonna 2005 diagnosointia tarkennettiin jälleen. Diagnoosiluokat ovat samat kuin aiemmassakin luokituksessa (IOM, 1996). Nyt myös PFAS-diagnosi voidaan antaa silloinkin, kun raskaudenaikaista alkoholinkäyttöä ei ole varmistettu. ARBD- ja ARND-diagnooseihin varmistus tarvitaan edelleen. Termi Fetal alcohol spectrum disorders (FASD) otettiin käyttöön. FASD on kattotermi, johon kuuluvat FAS, PFAS, ARND ja ARBD, ja joka kuvaa koko alkoholi-altistuksen aiheuttamaa vaikutusten kirjoa. (Hoyme ym., 2005).

## 2.2.2 Sikiöaikana alkoholille altistuneiden lasten kehitystä koskevia tutkimuksia

### FAS- ja FAE-lasten tyypilliset ongelmat

Useimmissa sikiöaikana alkoholille altistuneita lapsia koskevissa tutkimuksissa kasvuympäristön merkityksen tutkiminen on jäänyt sivuosaan. Seuraavassa esittelen tutkimuksia, joissa on ainakin jonkin verran tarkasteltu lasten kasvuympäristöä ja sen vaikutusta lasten kehitykseen (taulukko 1). Hain tutkimuksia seuraavista tietokannoista: Medline, Current Contents ja Psycinfo. Hakusanoina olivat mm. FAS, FAE, ARND, alcohol & pregnancy, alcohol & utero, alcohol & infant, alcohol exposure, attachment. Lisäksi etsin tutkimuksia lukemieni artikkeleiden ja kirjojen lähdeluetteloista sekä suomalaisista tietokannoista.

Yksi johtavia alan tutkijoita on Ann Streissguth, joka on Yhdysvalloissa Seattlen tutkimusryhmän kanssa tutkinut FAS- ja FAE-lapsia 1970-luvulta lähtien. Myös Saksassa Berliinissä FAS-lapsia koskevaa tutkimusta on tehty 1970-luvulta lähtien. Johtavia tutkijoita siellä ovat Hans-Christoph Steinhausen ja Hans-Ludwig Spohr. Ruotsissa runsaasti alan tutkimusta on tehnyt Marita Aronson. Suomessa alan pioneereja ovat Erja Halmesmäki ja Ilona Autti-Rämö. Suomessa FAS- ja FAE-lapsia koskevia tutkimuksia ovat tehneet myös Marja-Liisa Veltheim ja Veli Ylitalo sekä kasvatustieteen puolella Kaisu Viittala. Kirsi Valkonen on tutkinut FAS- ja FAE-lasten neuropsykologista kuntoutusta. Neuropsykologista tutkimusta ovat tehneet myös Korkman ym. (1998; 2003).

Tutkimuksissa on kartoitettu pääosin sikiöaikana alkoholille altistuneiden lasten fyysisiä piirteitä, älykkyyttä, oppimista, neuropsykologisia toimintavaikeuksia ja käytöshäiriöitä. On haluttu selvittää, miten sikiöaikainen alkoholi-altistus vaikuttaa lapsen kehitykseen. Useimmat tutkimukset ovat olleet pitkittäistutkimuksia. Viittalan (2001) ja Valkosen (2001) tutkimuksia lukuun ottamatta kaikki tutkimukset ovat olleet kvantitatiivisia. Tutkimuksissa on käytetty standardoituja, laajalti käytettyjä älykkyydestestejä (esim. Wechsler, WISC) sekä lapsen ja aikuisen kehitystä kuvaavia testejä (esim. the Bayley Scales, VABS). Jotkut otokset ovat olleet suuria, toiset hyvinkin pieniä.

Tieto alkoholinkäytön määristä ja kestosta on saatu lähinnä naisilta itseltään tai rekisteritiedoista, joissa on ollut merkintä raskaudenaikaisesta alkoholinkäytöstä. Ongelmana alkoholin käyttöä koskevissa tutkimuksissa on se, että ihmisillä yleensäkin on taipumus vähätellä alkoholin kulutustaan, saati silloin, jos äiti tietää sen vahingoittavan lasta. Ongelma oli vähäisempi Streissguthin ym. (1993) tutkimuksessa, joka aloitettiin aikana, jolloin tieto raskaudenaikaisen alkoholinkäytön haitallisuudesta ei ollut vielä levinnyt yleiseen tietoon. Myös Aronsonin (1984) ja Autti-Rämön (1993) tutkimuksissa, joissa naisia seurattiin raskauden alusta lähtien, pystyttiin paremmin kontrolloimaan alkoholin käytön määriä ja kestoja. Tutkimusten johtopäätös oli se, että alkoholinkäytön turvarajaa ei ole ja että vauriot ovat sitä suuremmat, mitä suurempia annoksia ja mitä pidempään äiti on käyttänyt alkoholia raskauden aikana.

Sikiöaikana alkoholille altistuneiden lasten syntymäpaino, -pituus ja pään ympäryys ovat keskimääräisten arvojen alapuolella (esim. Aronson, 1984; Autti-Rämö, 1993; Streissguth, Clarren & Jones, 1985). Vastasyntyneillä on havaittu vaikeutta tottua ympäristön ärsykkeisiin esim. valoon ja ääniin (Streissguth, Bookstein, Sampson & Barr, 1993). Kyky tottua ympäristön ärsykkeisiin on tyypillinen ominaisuus vastasyntyneelle. Tämän kyvyn puuttumisen katsotaan olevan varhaisimpia merkkejä keskushermoston toimintahäiriöstä. Streissguth (1997, 85) onkin sitä mieltä, että tutkimukset, jotka osoittavat alkoholialtistuksen yhteyden tottumiskyvyn puutteeseen, ovat vahvin osoitus alkoholialtistuksen vaikutuksesta keskushermostoon. Ympäristö ei ole vielä ehtinyt vaikuttaa lapsen kehitykseen. Sikiöaikana alkoholille altistuneilla vastasyntyneillä on havaittu myös paljon erilaisia komplikaatioita kuten imemisvaikeuksia, kasvuongelmia ja erilaisia sairauksia (esim. Steinhausen, Nestler & Spohr, 1982; Spohr & Steinhausen, 1984; Streissguth, 1976). Lapsi saattaa kärsiä vieroitusoireista ja olla itkuinen, ärtyisä ja nukkua katkonaisesti (Halmesmäki, 1998, 379).

Tutkimukset osoittavat, että sikiöaikana alkoholille altistuneiden lasten välillä on suuria eroja. Vaikeimmin vaurioituneet lapset voivat olla syvästi kehitysvammaisia. Lievimmin vaurioituneilla ilmenee erilaisia neuropsykologisia toimintavaikeuksia, joista yleisimpiä ovat keskittymis-, tarkkaavuus- ja oppimishäiriöt (esim. Aronson, 1984; Autti-Rämö, 1993; Streissguth ym., 1985; Streissguth, Aase, Clarren, Randels, LaDue & Smith, 1991; Veltheim & Ylitalo, 1998). Älykkyystesteissä FAS-lasten älykkyystaso on ollut keskimäärin 65,7 ja vaihdellut välillä 20-120 (Mattson & Riley, 1998, 284).

Käyttäytymishäiriöt ovat yleisiä. Lapsilla on havaittu ongelmia mm. tilanteiden arviointikyvyssä ja sosiaalisten vihjeiden havaitsemisessa (esim. Streissguth ym., 1991) sekä ystävyysuhteiden ylläpitämisessä (Aronson & Hagberg, 1998; Aronson, Hagberg & Gillberg, 1997). Ongelmia esiintyy myös visuaalisessa havainnoinnissa, motorisissa taidoissa, lyhytmuistissa, loogisten johtopäätösten teossa, impulssien ja vihanpuuskien kontrolloinnissa sekä nimeämisessä ja kielen kehityksessä (esim. Aronson, 1984; Aronson ja Hagberg,



1998; Korkman ym., 1998; Steinhausen ym., 1982; Spohr & Steinhausen, 1984). Kouluiässä kognitiivisten kykyjen heikkous sekä tarkkaavuuden ja keskittymiskyvyn ongelmat vaikeuttavat oppimista. Erityisesti matemaattiset aineet tuottavat vaikeuksia (esim. Streissguth ym., 1993; Aronson ym., 1997; Aronson ja Hagberg, 1998).

FAS-lapsilla on havaittu itseä stimuloivaa käyttäytymistä, kuten heijaimista tai pään hakkaamista (Steinhausen ym., 1982; Spohr ja Steinhausen, 1984; Streissguth, 1976). Streissguth ym. (1985) seurasivat Streissguthin (1976) tutkimuksessa olleita lapsia ja havaitsivat, että lapset olivat 10-14-vuotiaina liian luottavaisia tai tuttavallisia vieraiden ihmisten seurassa. Nämä piirteet voivat olla merkkejä myös kiintymyssuhdehäiriöstä. Lasten kasvuolot olivat hyvin vaikeat, ja he olivat olleet monessa sijaishoitopaikassa.

Monilla ulkonäköön liittyvät ja fyysiset poikkeavuudet lievenivät kasvun myötä, mutta neuropsykologiset, psyykkiset ja sosiaalisen elämän ongelmat säilyivät (esim. Spohr, Willms & Steinhausen, 1993; Steinhausen, Willms & Spohr, 1994). Streissguthin ym. (1996) tutkimus on yksi harvoista, joissa on tarkasteltu myös aikuisia sikiöaikana alkoholille altistuneita henkilöitä. Tutkimus osoitti, että lähes kaikki olivat ainakin jossain elämänsä vaiheessa kärsineet psyykkisistä ongelmista. Monella koulunkäynti oli keskeytynyt, osa oli ajautunut rikollisuuteen. Myöskään päihdeongelmat eivät olleet harvinaisia. Harva kykeni itsenäiseen elämään aikuisiässä.

Erityisesti FAS- ja FAE-lapsille suunnattua kuntoutusta ei juuri ole tutkittu eikä siitä löydy kirjallisuutta. Suomessa neuropsykologista kuntoutusta on kehittänyt Kirsi Valkonen (2004). Kuntoutustutkimuksen lähtökohtana oli ajatus, että FAS- ja FAE-lasten keskeiset kognitiiviset häiriöt liittyvät impulssi-inhibition heikkouteen ja puutteelliseen toiminnanohjaukseen. Neuropsykologisten testien tulokset paranivat kuntoutusjakson aikana, mutta impulssi-inhibitiota mittaavien testien tulokset eivät. Kuntoutusjakso oli hyvin lyhyt. Tutkimus kuitenkin antoi viitteitä siitä, että kuntoutusjakson aikana lähes kaikkien lasten oppiminen ja käyttäytyminen kehittyivät myönteiseen suuntaan. Itse kuntoutuksen lisäksi tärkeää oli tieto ja tuki lapsen perheelle, koululle ja lapsen kanssa työskenteleville henkilöille, jonka avulla he kykenivät paremmin ymmärtämään lapsen vaikeuksia ja tukemaan häntä.

### **Ympäristön merkitys FAS- ja FAE-lasten kehityksessä**

Sikiöaikana alkoholille altistuneita lapsia koskevat tutkimukset herättävät monia kysymyksiä, joihin ei ole vielä kyetty luotettavasti vastaamaan. Yksi kysymys on se, miksi kaikki lapset eivät vaurioиду äidin runsaastakaan raskaudenaikaisesta alkoholinkäytöstä huolimatta. Mitkä muut tekijät vaikuttavat? Tupakoinnilla, äidin ja lapsen geneettisellä perimällä sekä äidin ravinnolla ja yleisellä terveydentilalla on myös oma merkityksensä (Autti-Rämö, 1993, 34;

Rosett, 1980, 121; Streissguth, 1997, 56-57). Iäkkäiden äitien lasten on havaittu olevan vaikeimmin vaurioituneita (Streissguth, 1997, 78-79; Veltheim ja Ylitalo, 1998). Ei tiedetä myöskään tarkasti, mitkä aivojen osat vaurioituvat ja miten nämä vauriot yhdessä ympäristön kanssa vaikuttavat lapsen kehitykseen. Schoren (2003, 182) ja Mäkelän (2003, 109) mukaan ympäristö alkaa vaikuttaa aivojen kehitykseen jo kohdussa, jossa äidin hormonitasapaino, mm. stressihormonien määrä, säätelee sikiön aivojen kehitystä ohjaavien geenien toimintaa.

Lapsen syntymän jälkeen kasvuympäristön merkitys astuu voimakkaasti kuvaan. Jos äiti ei ole raskausaikana kyennyt omien ongelmiansa vuoksi lopettamaan tai vähentämään alkoholinkäyttöään, mikä on hänen kykynsä lapsen syntymän jälkeen ottaa huomioon lapsen tarpeet? Todennäköisesti tämä kyky on heikoin niillä äideillä, jotka ovat jatkaneet alkoholinkäyttöään läpi raskausajan. Siten vaikeimmin vammautuneilla lapsilla todennäköisesti myös syntymänjälkeiset kasvuolot ovat heikoimmat. Tätä yhteisvaikutusta ei ole tutkimuksissa arvioitu.

Tutkimukset osoittavat, että vain harvat vanhemmat ovat kyenneet pitämään huolta lapsistaan. Suurin osa lapsista on ollut lastensuojelutoimenpiteiden kohteena, ja useimmat on ennen pitkää sijoitettu sijaisperheisiin tai laitoksiin. Tutkimuksissa pitäisi ottaa huomioon se, miten lapsen sijoitusikä, toistuvat asuinpaikan muutokset ja hylkäämiskokemukset sekä muut vaikeat elämänkokemukset kuten esimerkiksi perheväkivalta vaikuttavat lapsen kehitykseen.

Miten ympäristön vaikutusta sikiöaikana alkoholille altistuneiden lasten kehitykseen on sitten tutkittu? Kaikissa tutkimuksissa on tieto lasten asuinpaikasta tutkimushetkellä ja useimmissa myös tietoja lasten sijoitushistoriasta. Näitä tietoja ei kuitenkaan ole yleensä käytetty selittävinä taustamuuttujana siten, että olisi mahdollista arvioida, mikä on niiden selitysosuus suhteessa alkoholi-altistukseen. Streissguthin ym. (1993), Olsonin, Streissguthin, Sampsonin, Barrin, Booksteinin & Thieden (1997) ja Jacobsonin, Jacobsonin, Sokolin, Martierin, Agerin & Kaplan-Estrinin (1993) tutkimuksissa oli useita ympäristöä kuvaavia muuttujia, joiden vaikutus vakioitiin, kun tarkasteltiin alkoholi-altistuksen määrän yhteyttä lapsen kehitykseen. Tuloksena oli, että alkoholi-altistuksen vaikutus säilyi muiden muuttujien vakioinnin jälkeenkin. Kuitenkin ympäristötekijöilläkin oli itsenäistä vaikutusta kuten esim. äidin ja lapsen välisellä vuorovaikutuksella, kodin ilmapiirillä ja vanhempien koulutustasolla. Steinhausenin ym. (1982) tutkimuksessa sosioekonominen asema ja lapsen nykyinen asuinpaikka eivät olleet tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä lapsen psyykkisiin oireisiin. Streissguthin ym. (1996) tutkimuksessa tarkasteltiin useiden ympäristömuuttujien yhteyttä sekundaarisiin, syntymän jälkeen ilmaantuviin häiriöihin. Pysyvällä ja turvallisella kasvuympäristöllä sekä varhaisella diagnosoinnilla oli merkittävä suojaava vaikutus. Vastaaviin tuloksiin päätyi myös Viittala (2001) analyysissään.

Jotta ympäristön merkitystä sikiöaikana alkoholille altistuneiden lasten kehitykseen voitaisiin luotettavasti arvioida, pitäisi heidän kehitystään verrata sellaisten lasten kehitykseen, joilla ei ole alkoholi-altistusta, mutta jotka ovat eläneet vastaavanlaisissa elinoloissa. Myös se pitäisi ottaa vertailussa huomioon, että monilla alkoholille altistuneilla lapsilla on elimellisiä vammoja keskushermostohäiriön lisäksi. Toinen mahdollisuus on verrata keskenään syntymästään saakka hyvään sijaisperheeseen sijoitettuja lapsia niihin, jotka asuvat ainakin ensimmäiset ikävuotensa biologisten vanhempiensa kanssa. Useimmat näistä lapsista asuvat ainakin alkuun omien vanhempiensa kanssa, mutta on tyypillistä, että jossain elämänsä vaiheessa lapset joutuvat lastensuojelutoimenpiteiden kohteeksi, ja heidät sijoitetaan joko tilapäisesti tai pysyvästi sijaisperheeseen tai laitoshoitoon. Tällöin lapset ovat jo joutuneet kokemaan monia lapsen kehitystä vaarantavia asioita.

Aronsonin (1984) ja Aronsonin ja Olegårdin (1987) tutkimukset ovat tietääkseni ainoita, joissa on verrattu ennen ensimmäistä ikävuottaan sijoitettuja lapsia myöhemmin sijoitettuihin ja biologisessa kodissa asuviin lapsiin. Yhdelläkään lapsella, joka oli sijoitettu alle puolen vuoden iässä, ei ollut psykososiaalisia ongelmia. Sen sijaan ympäristö ei ollut yhteydessä älylliseen tasoon eikä neuropsykologisiin vaurioihin.

Muissa tutkimuksissa, jos vertailuryhmä on ollut, on sikiöaikana alkoholille altistuneita lapsia verrattu terveisiin lapsiin. Yleensä verrokkilapset on vakioitu iän, sukupuolen sekä vanhempien koulutuksen, sosioekonomisen aseman ja siviilisäädyn mukaan. On kuitenkin epätodennäköistä, että pelkästään näiden muuttujien mukaan vakioituina lasten kasvu-ympäristöt vastaisivat toisiaan. Kaikissa tutkimuksissa vertailuryhmä ei ole täysin vastannut tutkimusryhmää. Esimerkiksi Autti-Rämön (1993) tutkimuksessa vertailuryhmän lasten äitien koulutustaso ja perheen sosioekonominen asema olivat korkeammat, ja äidit tupakoivat vähemmän kuin tutkimusryhmän äidit. Lähes kaikki verrokkilapset asuivat kahden vanhemman perheessä, kun tutkimusryhmän lasten äideistä moni oli yksinhuoltaja. Jonkin verran ongelmia tutkimuksissa on tuottanut myös se, että ikäjakauma on ollut hyvin laaja (esim. Streissguth ym., 1996), ja pitkittäistutkimuksissa osa verrokeista on vaihtunut tarkastelujakson aikana (Streissguth ym., 1993, Steinhausen ja Spohr, 1998; Olson ym. 1997; Autti-Rämö, 1993).

Whaley, O'Connor & Gunderson (2001) vertasivat sikiöaikana alkoholille altistuneiden lasten käyttäytymistä sellaisten lasten käyttäytymiseen, jotka oli ohjattu psykiatriseen hoitoon ja joilla ei ollut alkoholi-altistusta. Molempien ryhmien käyttäytymisongelmat olivat hyvin samanlaiset, eivätkä ne olleet yhteydessä älykkyytasoon. Tämä on ainoa löytämäni tutkimus, jossa vertailuryhmän kasvu-ympäristössä on saattanut olla samantyyppisiä riskitekijöitä kuin sikiöaikana alkoholille altistuneiden lasten kasvu-ympäristössäkään. Kasvu-ympäristöä kuvaavia tietoja ei kuitenkaan valitettavasti kerätty tutkimuksessa.

Jotta voitaisiin arvioida kasvuympäristön merkitystä sikiöaikana päihteille altistuneiden lasten kehitykselle, pitäisi saada tarkkaa tietoa lasten elämänhistoriasta, siihen liittyneistä riski- ja suojaavista tekijöistä. Lisäksi pitäisi pystyä arvioimaan lapsen ja vanhemman välistä vuorovaikutusta ja kiintymyssuhteen turvallisuutta. Onko päihteille altistuneiden lasten kiintymyssuhde turvattomampi kuin muiden lasten, ja onko kiintymyssuhteen turvattomuudella yhteyttä lasten kognitiiviseen, sosiaaliseen ja emotionaaliseen kehitykseen? Mikä on päihdealtistuksen ja mikä kasvuympäristön osuus lapsen kehityksessä vai onko niiden vaikutusta ylipäätään mahdollista erottaa?

Tutkimuksia, joissa on arvioitu sikiöaikana päihteille altistuneiden lasten kiintymyssuhdetta heitä hoivaaviin aikuisiin ja sen merkitystä lasten kehitykselle, on tehty hyvin vähän, ja niissä on tarkasteltu pääasiassa vain hyvin pieniä lapsia. Tämä johtuu osittain siitä, että luotettavat menetelmät kouluikäisten lasten ja nuorten kiintymyssuhteen arvioimiseksi ovat puuttuneet. Se on vaikeuttanut myös kiintymyssuhteen ja muun kehityksen välisen yhteyden tarkastelua.

Alkoholille altistuneiden lasten kiintymyssuhdetta ovat tutkineet O'Connor, Sigman & Brill (1987), O'Connor, Sigman & Kasari (1992) ja O'Connor, Kogan & Findlay (2002). He arvioivat myös lapsen vaikeahoitaisuuden sekä äidin ja lapsen välisen vuorovaikutuksen yhteyttä kiintymyssuhteen muotoutumisessa. Ensimmäisessä tutkimusotoksessa (O'Connor ym. 1987; 1992) äidit olivat pääosin keskiluokkaisia, korkeasti koulutettuja ja naimisissa, eikä heidän alkoholinkäyttösä ilmeisesti ollut erityisen runsasta. Lapsista 52 % oli turvattomasti kiintyneitä yhden vuoden iässä. Mitä enemmän äiti oli käyttänyt alkoholia raskausaikana, sitä suurempi todennäköisyys oli, että lapsi oli turvattomasti kiintynyt. Neljä viidestä lapsesta, joiden äidit olivat käyttäneet myös huumeita raskauden aikana, olivat turvattomasti kiintyneitä. O'Connorin ym. (2002) tutkimuksessa äitien sosioekonominen asema oli selvästi heikompi kuin edellisissä tutkimuksissa, ja tässä otoksessa 80 % lapsista oli turvattomasti kiintyneitä 4-5 vuoden iässä.

Kiintymyssuhteen ei havaittu olevan yhteydessä fyysiseen tai älylliseen kehitykseen yhden vuoden iässä. Sen sijaan raskaudenaikana paljon alkoholia käyttäneiden äitien lapsilla esiintyi enemmän epämuodostumia ja heidän älyllinen kehityksensä oli heikompi kuin vähän alkoholia käyttäneiden äitien lapsilla. (O'Connor ym., 1987).

O'Connor ym. (1992; 2002) havaitsivat, että runsas alkoholinkäyttö raskauden aikana oli yhteydessä lapsen vaikeahoitaisuuteen, mikä heikensi lapsen ja vanhemman välistä vuorovaikutusta ja johti turvattomaan kiintymyssuhteeseen. Äidin alkoholinkäyttö raskauden jälkeisenä aikana sen sijaan ei ollut yhteydessä kiintymyssuhteen laatuun (O'Connor ym., 1992). Tutkijat arvelivat tämän yllättävän tuloksen johtuvan siitä, että äitien alkoholinkäyttö ei tässä ryhmässä ollut kuitenkaan kovin runsasta, vaan suurimman osan juomista voitiin pitää sosiaalisena juomisena. Ilmeisesti alkoholinkäyttö ei ollut niin runsasta, että se olisi vaikuttanut lapsen ja vanhemman väliseen päivittäiseen vuorovaikutukseen. O'Connorin ym. (2002) tutkimus osoitti, että ne lapset,

joiden äidit pystyivät antamaan lapsilleen paljon tukea, olivat useammin turvallisesti kiintyneitä ja heidän sopeutumiskykynsä oli parempi kuin vähemmän tukea saaneilla lapsilla.

Sikiöaikana alkoholille altistuneita lapsia koskevissa tutkimuksissa on päädytty siihen johtopäätökseen, että pääsy hyvään sijaishoitopaikkaan saattaa edistää lapsen psykososiaalista kehitystä, mutta ei pysty kompensoimaan alkoholi-altistuksen aiheuttamia vaurioita. Tutkimuksista saa kuvan, että ympäristön katsotaan voivan vaikuttaa lapsen psyykkiseen hyvinvointiin, mutta ei kognitiiviseen kehitykseen ja neuropsykologisiin ongelmiin. Ympäristön merkityksen vähäisyyttä on perusteltu myös eläinkokeista saaduilla tuloksilla (Kelly, Day & Streissguth, 2000).

Ympäristön vaikutuksen tarkastelussa on kuitenkin niin paljon puutteita, että tutkimusten todistusvoima ei riitä kumoamaan oletusta, että kasvu-ympäristöllä olisi vaikutusta myös kognitiiviseen kehitykseen ja neuropsykologisiin ongelmiin ja oletettua suurempi osuus myös psykososiaalisten ongelmien synnyssä. Streissguthin (1976) tutkimuksessa FAS-lasten ja vertailuryhmän lasten väliset erot älykkyydesteissä 4 vuoden iässä eivät olleet tilastollisesti merkitsevät, mutta 7-vuoden iässä ne olivat. Autti-Rämön (1993, 52-53) tutkimuksessakin, jossa lapsia verrattiin toisiinsa alkoholi-altistuksen keston mukaan, ryhmien väliset erot kehitystesteissä eivät alle puolen vuoden iässä olleet tilastollisesti merkitsevät, mutta myöhemmissä testeissä ne olivat. Ympäristökijöillä on saattanut olla osuutta tuloksiin. Varmempien johtopäätösten tekeminen vaatisi kuitenkin lisätutkimuksia.

Kaivattaisiinkin tutkimuksia, joissa kuvattaisiin tarkasti sikiöaikana alkoholille altistuneiden lasten elämää ja tutkittaisiin heidän kasvu-ympäristöään ja kokemuksiaan kuvaavien muuttujien yhteyttä heidän kognitiiviseen ja sosioemotionaaliseen kehitykseensä. Tarvittaisiin myös muunkinlaista kuin kvantitatiivista tutkimusta ja lapsilta itseltään pitäisi myös kysyä heidän elämästään. Tähän mennessä kattavin kuvaus elinoloista on ollut Viittalan (2001) tutkimuksessa. Tutkimus oli laadullinen ja siinä myös lapsia haastateltiin. Tutkimusta voi kritisoida kuitenkin siitä, että analyysi jäi hyvin kuvailevalle tasolle. Ehkä ekologinen arviointi olisi kaivannut rinnalleen vielä jotain muuta teoreettista näkökulmaa, joka olisi auttanut jäsentämään tuloksia paremmin.

Tarvittaisiin myös tutkimuksia, joissa verrattaisiin sikiöaikana alkoholille altistuneita lapsia sellaisiin lapsiin, joilla ei ole altistusta, mutta jotka ovat kasvaneet vastaaventyyppisissä olosuhteissa. Myös syntymästään saakka turvallisissa olosuhteissa eläneitä alkoholille altistuneita lapsia pitäisi verrata niihin, joille kasvu-ympäristö on ollut turvaton. Olisi myös hyvä arvioida lapsen kiintymyssuhdetta häntä hoitaviin vanhempiin. Vaikka lapsi olisi sijoitettu sijaisperheeseen, ei ole itsestään selvää, että kiintymyssuhde hänen ja hoivaajien välillä muodostuu turvalliseksi. Tarvittaisiin eri tieteenalojen välistä yhteistyötä. Olisi hyödyllistä yhdistää uusimmasta aivotutkimuksista saatu tieto lääketieteen, psykologian ja kasvatustieteen alalta saatuun tietoon. Aivotutkimuksesta kertyvä tieto osoittaa, että varhaisella vuorovaikutuksella voi olla hyvinkin suuri merkitys lapsen kognitiiviselle ja psykososiaaliselle kehitykselle.

**Taulukko 1. Sikiöaikana alkoholille altistuneiden lasten kehitystä koskevia tutkimuksia**  
**Yleinen kehitys**

Tutkimus	Tutkimusryhmä (TR) ja vertailuryhmä (VR)	Mitä arvioitiin	Tieto kasvu-ympäristöstä	Tulokset ja ongelmat
Aronson (1984), Aronson & Olegård (1987)	Retrospektiivinen tutkimus: TR=99 alkoholistiäidin lasta, 2,5-30-vuotiaita tutkimushetkellä. VR puuttui.	Fyysinen ja psyykinen kehitys sikiöaikaisen kasvun ja kasvu-ympäristön mukaan.	Huostaanottojen määrä ja aika, jonka asunut biologisessa perheessä ja/tai sijais- tai adoptio-perheessä	- Syntymäpaino, -pituus ja pään ympäryys olivat alaisemmat kuin lapsilla keskimäärin. Syntymäkoko oli yhteydessä äylliseen tasoon ja neuropsykologisiin toimintavaikeuksiin. Kehitysvam- maisista oli 12,6 % ja kehitysvammaisen rajalla 34,7 %. Puolella oli neuropsykologisia toimintavaikeuksia. - Ympäristö ei ollut yhteydessä äylliseen tasoon eikä neuropsykologisiin oireisiin, mutta psykososiaalisia ongelmia oli enemmän biologisessa kodissa asuneilla kuin sijoitetuilla lapsilla ( $p<0.001$ ). - Yhdelläkään lapsella, joka oli sijoitettu alle 6 kk iässä, ei ollut psykososiaalisia ongelmia. <b>B</b>
Aronson (1984)	Vertailututkimus: TR=Retrospektiiviseen tutkimukseen kuuluneet 21 lasta tutkittiin n. 72 kk ikäisinä. VR=21 lasta, jotka vakioitu sukupuolen, iän, syntymäpainon, sikiöiän ja asuinalueen mukaan.	Fyysisen kasvun ja psyykkisen sopeutumisen vertailu.	Huostaanottojen määrä ja aika, jonka asunut biologisessa perheessä ja/tai sijais- tai adoptio-perheessä.	- Tutkimusryhmässä lasten paino, pituus ja päänympäryys eivät lähentyneet ruotsalaisten lasten keskiarvoa, mutta kontrolliryhmässä nämä arvot lähentyivät merkittävästi. - Motoriset taidot, älykkyytaso ja visuaalinen havainnointi olivat heikompia kuin kontrolliryhmässä. Alkoholille altistuneilla oli enemmän ylivilkkautta, keskittymisvaikeuksia, tarkkaavuus-häiriöitä ja perseveraatiota. <b>A, C</b>
Aronson (1984)	Prospektiivinen tutkimus: TR=26 lasta (5 FAS), 18 kk.VR=Ei varsinaista vertailuryhmää, lapsia verrattiin toisiinsa äidin raskaudenaikaisen alkoholin käytön keston mukaan	Fyysinen ja psyykinen kehitys syntymästä 18 kk ikään saakka äidin raskaudenaikaisen alkoholin käytön keston mukaan	Tieto siitä, asuuko biologisessa perheessä vai sijais- tai adoptio-perheessä	- Mitä pidempään äiti oli käyttänyt alkoholia raskauden aikana, sitä enemmän lapsella oli kasvuhäiriöitä sekä äyllisiä ja käyttäytymisongelmia. <b>A, B</b>

A=Pieni otos, B=Ei vertailuryhmää, C=Vertailuryhmä ei täysin vastaa tutkimusryhmää, D=Ympäristöä kuvaavia muuttujia ei ole käytetty selittävinä muuttujina analysoissa, E=p-arvot puuttuvat, F=Vertailuryhmä muuttunut seurannan aikana

Tutkimus	Tutkimusryhmä (TR) ja vertailuryhmä (VR)	Mitä arvioitiin	Tieto kasvu- ympäristöstä	Tulokset ja ongelmat
Aronson ym. (1985)	TR=21 lasta, jotka olivat mukana Aronsonin (1984) tutkimuksessa. VR= myös verrokkit olivat samat kuin aiemmassa tutkimuksessa. Seurantatutkimus lasten ollessa 1,5 - 9 v. ikäisiä.	Älyllinen kehitys sekä havainnoinnin ja käyttäytymisen kehitys	Tieto asuinpaikasta ja sijoitusiästä. 11 lasta asui sijaisperheessä ja 10 biologisessa kodissa. Sijoitusta lapsista 6 oli sijoitettu ennen yhden vuoden ikää ja loput 20 kkk- 5 1/2 vuoden iässä.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaikilla mittareilla mitattuna tutkimusryhmän lapset olivat kehityksessä jäljessä vertailuryhmään verrattuna. Erot olivat tilastollisesti merkitseviä.</li> <li>- Sijoitettujen ja kotona asuvien lasten älykkyyserot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Ennen ensimmäistä ikävuotta sijoitetuilla lapsillaakin esiintyi runsaasti ongelmia havainnoinnissa, älyllisessä kehityksessä, tarkkaavuudessa sekä sikiöaikaisessa ja syntymänjälkeisessä kasvussa.</li> <li>- Hyvä hoito sijaiskodissa ei kyennyt korjaamaan alkoholiattitudusten aiheuttamia vaurioita. Sen sijaan varhain sijoitetut olivat tunne-elämältään tasapainoisempia kuin myöhemmin sijoitetut. (Tilastolliset testit puuttuivat näistä analyyseistä). <b>A</b></li> <li>- Ei tietoa kokemuksista ennen sijoitusta.</li> </ul>
Aronson & Hagberg (1998); Aronson ym. (1997)	TR=24 lasta aiemmassa prospektiivisesta tutkimuksesta (Aronson 1984). Seurantatutkimuksessa lapset olivat 12-14-v. VR=Ei varsinaista vertailuryhmää, lapsia verrattiin toisiinsa äidin raskaudenaikaisen alkoholin käytön keston mukaan	Lasten käyttäytyminen, koulumenestys, neuropsykologiset toimintavaikeudet.	- Kuusitoista 24:stä lapsesta, joista tieto saatiin, asui tutkimushetkellä sijaiskodissa. 11 lasta oli sijoitettu ennen 18 kk ikää. Ennen sijoitusta suurin osa lapsista oli elänyt hyvin vaikeissa olosuhteissa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lapsista 6 oli kehitysvammaisten koulussa ja 11 sai erityisopetusta. Lapsilla oli vaikeuksia matematiikassa, äidinkielenä, loogisten johtopäätösten tekemisessä, visuaalisessa havainnoinnissa, tilan hahmotamisessa, lyhytmuistissa ja tarkkaavuudessa.</li> <li>- Osa lapsista sai helposti ystäviä, mutta ei osannut pitää yläystävyyssuhteita.</li> <li>- Neuropsykologisia ongelmia esiintyi sitä enemmän ja ne olivat sitä vaikeampia, mitä pidempään äiti oli käyttänyt alkoholia raskauden aikana.</li> <li>- Monia käytöshäiriöitä, erityisesti impulssien ja vihanpuuskien kontrollointi tuotti vaikeuksia.</li> <li>- Lapsen varhainen sijoittaminen sijaisperheeseen ei korjannut sikiöaikaisen alkoholiattitudumisen haitallisia seurauksia, mutta edisti lapsen selviytymiskykyä ja elämänlaatua. <b>A, B, E</b></li> </ul>

A=Pieni otos, B=Ei vertailuryhmää, C=Vertailuryhmä ei täysin vastaa tutkimusryhmää, D=Ympäristöä kuvaavia muuttujia ei ole käytetty selittävinä muuttujina analyyseissä, E=p-arvot puuttuvat, F=Vertailuryhmä muuttunut seurannan aikana

Tutkimus	Tutkimusryhmä (TR) ja vertailuryhmä (VR)	Mitä arvioitiin	Tieto kasvu- ympäristöstä	Tulokset ja ongelmat
Autti-Rämö (1993)	TR=82 lasta, joiden äidit oli lähetetty äitiysneuvoloista HYKSiin runsaan raskaudenaikaisen alkoholin käytön vuoksi. VR=Raskauden aikaisessa seurannassa 21 raitista äitiä, joiden lapset olivat verrokkeina koko tutkimuksen ajan. 18 kk iässä 56 lasta, joiden äidit eivät olleet käyttäneet alkoholia tai muita pähteitä raskauden aikana. Lapsilla vähän riskitekijöitä. (19 lasta alkuperäisestä vertailuryhmästä) 27 kk iässä 48 altistumatonta lasta, 16 alkuperäistä verrokkeja, loput alhaisen sosioekonomisen aseman perheistä.	- Raskaudenaikaisen runsaan alkoholin käytön keston yhteys lapsen neurologiseen toimintakykyyn, sikiöaikaiseen ja syntymän jälkeiseen kasvuun, epämuodostumiin. - Miten ja milloin sikiöaikaisen alkoholi altistuksen seuraukset voi havaita. -Ovatko raskaudenaikaisen alkoholin käytön seuraukset suuri huolenaihe Suomessa.	Äidin koulutustaso, perheen sosioekonominen asema, perhekooko; sijaisperheen sosioekonominen asema, jos lapsi oli sijoitettu; sijoitukset ja lastensuojelutoimenpiteet, pahoinpitely	- Lapsella oli keskushermoston toimintahäiriöitä sitä useammin, mitä pidempään äiti oli kärsinyt alkoholia raskauden aikana. - Kehityshäiriöistä kärsivien lasten määrä kasvoi seurannan aikana. - Jos alkoholin käyttö jatkui koko raskausajan, lapsen sikiöaikainen kasvu heikentyi selvästi. Syntymän jälkeenkään lapset eivät saavuttaneet normaalia kasvuja, ja pienipäisten lasten osuus kasvoi. - Mitä pidempään alkoholin käyttö oli jatkunut raskauden aikana, sitä useammin lapsilla esiintyi fyysisiä poikkeavuuksia. - Tyypillisten FAS/FAE-kasvopirreittien esiintyminen oli yhteydessä heikkoon testiurituutukseen. - Alkoholi altistus ilmeni lievimmillään siten, että lapsella oli jokin tietty kognitiivinen häiriö, mutta kasvu ja elinten muodostuminen olivat normaalit. Vakavimmin vammautuneet olivat kehitysvammaisia, joilla oli pysyvä kasvuvuive ja kasvojen epämuodostuma. - Raskaudenaikaisen alkoholin käytön seuraukset ovat suuri huolenaihe Suomessa, koska naisten alkoholin kulutus on ollut jatkuvassa kasvussa.
Autti-Rämö (2000)	TR=69 kaksitoistavuotiaista lasta. Seurantatutkimus, lapset osallistuivat Autti-Rämön (1993) tutkimukseen. VR=Ei varsinaista vertailuryhmää, lapsia verrattiin toisiinsa äidin raskaudenaikaisen alkoholin käytön keston mukaan.	Raskaudenaikaisen alkoholin käytön keston yhteys lapsen koulunkäyntiin, sijaishoittoon ja käyttäytymishäiriöihin.	Tieto perherakenteesta ja vastoin käymistä perheessä.	- 51 % lapsista asui tutkimushetkellä biologisten vanhempiensa kanssa. Heistäkin 6 oli tutkimushetkellä tilapäisesti sijoitettu biologisen kodin ulkopuolelle. Loput oli pysyvästi sijoitettu. - Mitä pidempään lapset olivat altistuneet alkoholille raskausaikana ja mitä vakavampi diagnoosi oli, sitä useammin lapset tarvitsivat erityisopetusta, olivat sijoitettu joko väliaikaisesti tai pysyvästi ja sitä enemmän heillä oli käyttäytymisongelmia. Kuitenkin ARND-lapset tarvitsivat useammin erityisopetusta kuin FAS-lapset. - 11 vanhempaa kuollut ja 8 vanhempaa ollut vankilassa.

C, D, F

B, D, E

A=Pieni otos, B=Ei vertailuryhmää, C=Vertailuryhmä ei täysin vastaa tutkimusryhmää, D=Ympäristöä kuvaavia muuttujia ei ole käytetty selittävinä muuttujina analyysissä, E=p-arvot puuttuvat, F=Vertailuryhmä muuttunut seurannan aikana



Tutkimus	Tutkimusryhmä (TR) ja vertailuryhmä (VR)	Mitä arvioitiin	Tieto kasvu- ympäristöstä	Tulokset ja ongelmat
Jacobson ym. (1993)	TR=382 mustaihoista 13 kk ikäistä alkoholille altistunutta lasta. Äitien alkoholinkäyttö oli melko tai hyvin runsasta raskauden aikana. VR puuttui.	Älyllinen ja psyykko-motorinen kehitys (The Bayley Scales) sekä kyky imitoida käyttäytymistä, jota lapsi ei osannut ennestään.	- Useita perhettä kuvaavia demografisia muuttujia sekä kasvuympäristöä kuvaavia mittareita esim. HOME Inventory, äidin depression, äidin kyvyys ja nykyinen alkoholin käyttö.	- Regressioanalyysissä alkoholi-altistuksen yhteys älylliseen, psyykko-motoriseen kehitykseen ja imitaatiokykyyn säilyi, kun taustamuuttujien vaikutus oli vakioitu. - Korrelaatioanalyysissä lapsen ikä testauhetkellä, äidin ikä, HOME Inventory ja äidin raskaudenaikainen alkoholin käyttö (tässä järjestyksessä) olivat vahvimmin yhteydessä kehitystä kuvaaviin muuttujiin. - Väliin tulevien muuttujien huomio on oton jälkeen sikiöaikainen alkoholi-altistus selitti vain 1-2 % lapsen kehityksen varianssista. Pelkästään runsaimmin juoneiden naisten lapsia tarkasteleessa selitysosuus nousi 7 %:iin. <b>B</b>
Olson ym. (1997)	TR=464 lasta, jotka olivat mukana Streissguthin ym. (1993) tutkimuksessa, pitkittäistutkimus 14 vuoden iässä	Alkoholi-altistuksen määrän yhteys oppimisen ja käyttäytymisen ja käyttäytymisen ongelmiin nuoruusiässä.	Useita kasvuympäristöä kuvaavia muuttujia ajalta ennen lapsen syntymää 14 ikävuoteen saakka, esim. äidin koulutustaso, asuiko lapsi molempien vanhempien kanssa.	- Alkoholi-altistuksen määrän yhteys oppimisen ja käyttäytymisen ongelmiin ( $r=-.31$ ) säilyi senkin jälkeen, kun 78 kovariaatin vaikutus oli otettu huomioon (osittaiskorrelaatio $=-.20$ ). - Myös ympäristötekijöillä oli vaikutusta, esim. vanhempien alhainen koulutustaso oli yhteydessä lapsen heikompaan kehitykseen. Pojilla oli enemmän käyttäytymishäiriöitä kuin tytöillä. Tarkempia lukuja tuloksista ei artikkelissa esitetä. <b>C, F</b>
Spohr ym. (1993)	TR=60 FAS-lasta (9-19 v.) Myöhempien diagnosokriteereiden mukaan heistä noin 5 olisi FAE-lapsia. 10 vuoden seuranta tutkimus. VR puuttui.	Fyysinen, älyllinen ja psyykkinen kehitys	Tieto sijoitushistoriasta.	- Monet FAS-oireyhtymälle tyypilliset ulkonäköpiirteet ja lievät fyysiset epämuodostumat hävisivät, mutta vakavimmin vaurioituneilla piirteet säilyivät selvinä. 70%:lla lapsista oli vain lieviä FAS-oireyhtymä. - Sisäelinten ja luuston epämuodostumissa ja neurologisissa toimintahäiriöissä tapahtui paranemista. - Älykkyyttutkimusten tulokset säilyivät lähes muuttumattomina, mutta moni siirtyi tavallisesta koulusta erityiskouluun. - Useimmat lapset sijoitettiin sijaisperheisiin, joissa sijaisvanhemmilla oli psykologista ja kasvatuksellista koulutusta. Ei saatu tarkkaa tietoa kasvuympäristön vaikutuksesta. <b>B, D</b>

A=Pleni otos, B=Ei vertailuryhmää, C=Vertailuryhmä ei täysin vastaa tutkimusryhmää, D=Ympäristöä kuvaavia muuttujia ei ole käytetty selittävinä muuttujina analyysissä, E=p-arvot puuttuvat, F=Vertailuryhmä muuttunut seurannan aikana

Tutkimus	Tutkimusryhmä (TR) ja vertailuryhmä (VR)	Mitä arvioitiin	Tieto kasvu- ympäristöstä	Tulokset ja ongelmat
Steinhausen ym. (1982) Spohr & Steinhausen (1984)	TR=49 FAS-lasta (3-15 v.) VR=28 tervettä lasta, jotka vakioitu sukupuolen, iän ja sosioekonomisen aseman mukaan. Yhtä suuri osuus oli sijoitettu biologisen kodin ulkopuolelle.	Fyysinen ja psyykkinen kehitys.	Tieto asuinpaikasta: biologinen koti, sijaisperhe, laitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- FAS-lapsilla oli vastasyntyneenä tilastollisesti merkittävästi enemmän komplikaatioita kuten syömis- ja kasvuongelmia sekä vakavia sairauksia kuin verrokeilla.</li> <li>- FAS-lapsilla oli myös enemmän ongelmia motorisissa, puheen kehityksessä, kuivaksi oppimisessa ja käyttäytymisessä, ja he joutuivat useammin eroon vanhemmistaan kuin verrokki.</li> <li>- Merkittäviä eroja oli myös pään ja kehon heijautamisessa, stereotyypisessä käyttäytymisessä (esim. kynsien pureminen), ylivilkkaudessa, tarkkaavaisuudessa, ystäväsuhhteissa, itsenäisyydessä ja peloissa.</li> <li>- Pojilla oli enemmän psykopatologisia oireita kuin tytöillä. Sosioekonomisella asemalla ja nykyisellä asuinpaikalla ei ollut yhteyttä oireiden määrään.</li> <li>- Monet oireet lievenivät 4 vuoden seurantaajaksolla, mm. älykkyyden parani osalla lapsista. Osa oireista pysyi ennallaan, kuten epänormaalit tavat ja erityisesti ylivilkkaus. <b>C</b></li> </ul>
Steinhausen ym. (1994)	TR=158 leikki- ja kouluikäistä FAS- ja FAE-lasta VR puuttui.	Fyysinen, älyllinen ja psyykkinen kehitys	Tieto asuinpaikasta: biologinen koti, sijaisperhe, laitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psykykkisiä häiriöitä oli eniten niillä, joilla oli vaikea elimellinen ja/tai älyllinen vamma ja niillä, jotka elivät laitoksessa.</li> <li>- Pojilla psykykkisiä vaurioita oli enemmän kuin tytöillä.</li> <li>- Elimelliset vammat lievenivät iän myötä.</li> <li>- Ympäristön ja sukupuolen yhteys psykykkisiin häiriöihin heikkeni kouluikässä.</li> <li>- Taustamuuttajat korreloivat voimakkaasti keskenään. Laitoksiin sijoitetut lapset olivat vaikeimmin elimellisesti ja älyllisesti vammautuneita. Myös heidän kasvuolosuhteensa olivat olleet erityisen huonot. Usein molemmat vanhemmat olivat alkoholistreja.</li> <li>- Erot olivat tilastollisesti merkittävät. <b>B</b></li> </ul>
Steinhausen & Spohr (1998)	TR=Osa alkuperäisestä 158 lapsen tutkimusjoukosta. Lapsia tutkittiin esikouluikässä, 6-12-vuotiaina ja 13-vuotiaina tai sitä vanhempina. VR puuttui.	Psykopatologia, käyttäytyminen, älykkyyden kehitys	Tieto asuinpaikasta: biologinen koti, sijaisperhe, laitos. Muutokset asuinpaikassa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psykopatologia (hyperkineettiset häiriöt, tunne-elämän häiriöt, nukkumisvaikeudet, epänormaalit tavat ja stereotyyppit) olivat yleisiä, eivätkä juuri lieventyneet.</li> <li>- Kognitiiviset toimintavaikeudet olivat yleisiä, eikä niissä juuri tapahtunut muutosta. <b>B, D, E</b></li> </ul>

A=Pleni otos, B=Ei vertailuryhmää, C=Vertailuryhmä ei täysin vastaa tutkimusryhmää, D=Ympäristöä kuvaavia muuttujia ei ole käytetty selittävinä muuttujina analysoinnissa, E=p-arvot puuttuvat, F=Vertailuryhmä muuttunut seurannan aikana

Tutkimus	Tutkimusryhmä (TR) ja vertailuryhmä (VR)	Mitä arvioitiin	Tieto kasvu- ympäristöstä	Tulokset ja ongelmat
Streissguth (1976)	TR=12 lasta (11 FAS), joiden äidit kroonistuneita alkoholistieja. Lapset 14 kk – 4 ½ v. VR puuttui	Älykyys	Tieto asuinpaikasta sekä päiväkodista tai koulusta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaikki 11 FAS-lasta kehitysvammaisia tai normaalin rajamailla. Ongelmia hienomotoriikassa. Vastasyntyneillä imemisvaikeuksia. Esikouluikässä syömisongelmia, jotkut eivät olleet lainkaan kiinnostuneita ruoasta. Itseä stimuloivaa käyttäytymistä kuten heijaimista ja pään hakkaamista, vaikka yksikään ei vaikuttanut psykoottiselta, syrjään vetäytyneeltä tai sekavalta.</li> <li>- Lapset olivat keijukaismaisia, pieniä, ylivilkkaita, heillä oli keskittyneisvaikeuksia ja vaikeuksia ongelman ratkaisussa.</li> <li>- Kaksi koko ikänsä hyvässä sijaisperheessä asuneista lapsista oli kaikkein vammautuneimpia.</li> </ul> <p style="text-align: right;"><b>A, B, D</b></p>
Streissguth (1976)	TR=18 lasta. Poimittu 55 000 henkilön lääketieteellisestä rekisteristä, jossa näiden lasten äitien kohdalla merkintä alkoholismista ennen raskautta ja sen aikana. Tutkittiin 4 ja 7 vuoden iässä. VR=2 lasta tutkimusjoukon lasta kohti (N=36). Vakioitu äidin, synnytyksen, koulutuksen, rodun, siviiliasäädyn, perheenpään koulutuksen ja synnytyksalueen mukaan.	Älykyys	Tieto asuinpaikasta	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Älykyysosamäärä: 4-vuotiaana: TR=88, VR=96, p=0.137. 7-vuotiaana: TR=81, VR=95, p=0.007</li> <li>- 7-vuotiaana tutkimusryhmän lapsista 75 % ja vertrokeista 22 % oli lievästi kehitysvammaisia tai normaalin älykkyyden rajoilla.</li> <li>- Ympäristön merkityksen arviointi vaikeaa aineiston perusteella. Viitteitä siitä, että biologisen äidin hoitoon jääneillä lapsilla äyllinen kehitys 7 vuoden iässä oli heikompi kuin sijoitetuilla lapsilla.</li> </ul> <p style="text-align: right;"><b>A, C, D</b></p>

A=Pleni otos, B=Ei vertailuryhmää, C=Vertailuryhmä ei täysin vastaa tutkimusryhmää, D=Ympäristöä kuvaavia muuttujia ei ole käytetty selittävinä muuttujina analyysissä, E=p-arvot puuttuvat, F=Vertailuryhmä muuttunut seurannan aikana

Tutkimus	Tutkimusryhmä (TR) ja vertailuryhmä (VR)	Mitä arvioitiin	Tieto kasvu-ympäristöstä	Tulokset ja ongelmat
Sreissguth ym. (1985)	TR=11 FAS-lasta, äidit kroonistuneita alkoholistejä. Pitkittäistutkimus, seuranta 10 vuoden ajan, jolloin lapset olivat 10-14 v., 8 lasta elossa. VR puuttui	Fyysinen ja älyllinen kehitys	Kliininen arviointi. Tieto asuinpaikasta, sijoitusta, laiminlyönnistä, pahoinpitelystä ja seksuaalisen hyväksikäytön epäilyistä	- Kaikilla lapsilla paino, pituus ja päänympärys olivat keskitason alapuolella. Lapsista 4 oli kehitysvammaisia ja tarvitsi valvontaa kodin ulkopuolella. 4 lapsen älykkyyks oli normaalin rajoilla ja he tarvitsivat tukiopetusta. - 5 lapsen mainittiin olevan liian luottavaisia tai tuttavallisia vieraiden ihmisten seurassa. - 7 lapsella kaksi ensimmäistä elinvuotta olivat hyvin vaikeat. Äidit jatkoivat juomistaan, hoitosuhteessa oli katkoksia. Kasvu-ympäristön vakiintuminen paransi sosiaalista ja emotionaalista kehitystä, mutta ei tasapainottanut synnyttämisen vaurion vakavuutta. <b>A, B</b>
Sreissguth ym. (1991)	TR=61 pääasiassa FAS-nuorta tai aikuista, pienellä osalla FAE, 12-40-vuotiaita, seuranta tutkimus. Diagno-soitu aiemmin. VR puuttui	Fyysiset piirteet, älykkyyks, koulumenestys ja käyttäytymishäiriöt	Asuinpaikka, sijoitukset. Ei tarkastele yhteyttä kehitykseen. 75 % tutkituista oli amerikan intiaaneja, ja 47 % tutkituista asui reservaatissa	- Keskimääräinen älykkyytaso oli alhainen, mutta vaihteluväli oli laaja. Kouluvaikeuksia esiintyi erityisesti matematiikassa. - Ongelmakäyttäytyminen oli yleistä: heikko tilanteiden arviointikyky, keskittymiskyvyn puute, vaikeus havaita sosiaalisia vihjeitä. - Asuneet keskimäärin 5 asuinpaikassa (lukuun eivät sisälly tilapäissijoitukset ja vastaanottokodit). - 69 %:lla biologinen äiti oli kuollut. <b>B, D</b>
Sreissguth ym. (1993)	5. raskauskuukaudella olevat naiset. TR=Eniten alkoholia ja tupakkaa käyttäneiden lapset (N=250). Harvoilla naisilla alkoholin käyttö oli runsaampaa kuin runsasta sosiaalista juomista. Pitkittäistutkimus: 1 ja 2 pv, 8 kk, 18 kk, 4 v., 7 v. VR=Satunnaisesti tai ei lainkaan alkoholia käyttäneiden lapset (N=250)	Mille neurobehavioralisen kehityksen alueille alkoholi altistus vaikuttaa? Minkälainen alkoholin käyttö on haitallisinta? Ovatko vaikutukset pitkäaikaisia? Miten alkoholi altistuksen voi havaita?	Useita muuttujia ja mittareita eri ikävaiheissa mm. äiti -lapsi- vuoro vaikutus Bayley (MIIIS)	- Alkoholin vaikutus käyttäytymiseen näkyi kaikissa ikävaiheissa erityisesti vastasyntyneen tottuminen valoon, virhereaktioaika motorisessa testissä, aritmeettiset testit ja koulumenestys. - Suuret kerta-annokset ja altistus raskauden alkuvaiheessa aiheuttivat vakavimmat seuraukset sikiölle. Alkoholin turvarajaa ei löytenyt. - 150 muuttujan (mm. vanhempien koulutus, ravinto, tupakointi) vaikutuksen vakiointi ei hävittänyt alkoholi altistuksen vaikutusta. - Myös äidin ja lapsen välisellä vuoro vaikutuksella oli itsenäistä vaikutusta lapsen kehitykseen. - Alkoholi altistuneille lapsille tyypilliset koulunkäyntiin ja neurobehavioraliseen toimintaan liittyvät profiilit oli havaittavissa. <b>C, F</b>

A=Pieni otos, B=Ei vertailuryhmää, C=Vertailuryhmä ei täysin vastaa tutkimusryhmää, D=Ympäristöä kuvaavia muuttujia ei ole käytetty selittävinä muuttujina analyysissä, E=p-arvot puuttuvat, F=Vertailuryhmä muuttunut seurannan aikana

Tutkimus	Tutkimusryhmä (TR) ja vertailuryhmä (VR)	Mitä arvioitiin	Tieto kasvu- ympäristöstä	Tulokset ja ongelmat
<p>Streissguth ym. (1996)</p>	<p>TR=473 FAS- ja FAE-henkilöä, 3-51 v. (synnynäiset vauriot), 451 FAS- ja FAE-henkilöä 6-51 v. (syntymän jälkeiset vauriot). Otoksissa 378 henkilöä samoja.</p> <p>Tutkittavat oli joko lähetetty FAS-arviointiin tai he olivat osallistuneet Streissguthin ym. aiempiin tutkimuksiin.</p> <p>VR puuttui.</p>	<p>Synnynäiset vauriot (primary disabilities), syntymän jälkeiset vauriot (secondary disabilities) ja niihin yhteydessä olevat riski- ja suojaavat tekijät.</p>	<p>Life History Interview (LHI), puhelinhaastattelu tutkittavan huoltajalle/muulle hänen parhaiten tuntevalle henkilölle.</p>	<p>Jossain elämänvaiheessa esiintyneet ongelmat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psykkiset ongelmat (90 %)</li> </ul> <p>Yli 12-vuotiaat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keskeytys koulunkäynnissä (60 %)</li> <li>- Lainrikkomus (60 %)</li> <li>- Ollut suljetussa laitoksessa (50 %)</li> <li>- Epäsopivaa seksuaalista käytöstä (50 %)</li> <li>- Alkoholi- tai huumeongelma (30 %)</li> </ul> <p>Yli 21-vuotiaat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ei elänyt itsenäisesti (80 %)</li> <li>- Työllistymisongelma (80 %)</li> </ul> <p>Lisäksi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 72 % oli joutunut pahoinpidellyksi, seksuaalisen hyväksikäytön uhriksi tai oli kokenut perheväkivaltaa.</li> <li>- Naisista 30 oli synnyttänyt ja 57 %:ta lapsi oli otettu huostaan. Naisista 40 % oli käyttänyt alkoholia raskauden aikana. Lapsista 17 %:lla oli FAS- tai FAE-diagnosi ja 13 %:lla FAS/FAE-epäily.</li> </ul> <p>Sekundaarisilta oireilta suojaavat tekijät tärkeysjärjestyksessä:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- eläminen pysyvässä ja hoivaavassa ympäristössä yli 72 % elämästä</li> <li>- diagnosoiminen saaminen ennen 6 ikävuotta</li> <li>- välttyminen pahoinpitelyltä</li> <li>- pysyminen kussakin elämäntilanteessa vähintään 2,8 vuotta</li> <li>- eläminen hyvässä kodissa 8 ikävuodesta 12 ikävuoteen</li> <li>- pääsy hoitopalvelujen piiriin</li> <li>- FAS-diagnosi (enemmän kuin FAE)</li> <li>- perustarpeet tyydytetty vähintään 13 % elämästä.</li> </ul> <p style="text-align: right;"><b>B</b></p>

A=Pieni otos, B=Ei vertailuryhmää, C=Vertailuryhmä ei täysin vastaa tutkimusryhmää, D=Ympäristöä kuvaavia muuttujia ei ole käytetty selittävinä muuttujina analyysissä, E=p-arvot puuttuvat, F=Vertailuryhmä muuttunut seurannan aikana

Tutkimus	Tutkimusryhmä (TR) ja vertailuryhmä (VR)	Mitä arvioitiin	Tieto kasvu-ympäristöstä	Tulokset ja ongelmat
Veltheim & Ylitalo (1998)	TR=58 FAS- tai FAE-lasta (4-6-vuotiaita) VR=31 tervettä hempien koulutustaso tilastollisesti merkittävästi korkeampi kuin tutkimusryhmässä.	Kognitiivinen suoritus- taso terveisiin lapsiin verrattuna, elimelliset vauriot ja niiden yhteys kognitiiviseen kehitykseen, varhaisvaiheiden erityisvaikeuksien yhteys kielilliseen ja kognitiiviseen kehitykseen, tulkitoimet, kasvuympäristön yhteys lapsen kehitykseen.	Tieto asuinpaikasta: biologinen koti, sijaisperhe, laitos. Sijoitusten lukumäärä, väkivaltaisuus perheessä, hoidon laiminlyönti.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kotona, sijaiskodissa ja lastenkodissa elävät lapset eivät eronneet tilastollisesti merkittävästi älylliseltä kehitykseltään, vaikkakin sijaisperheiden lasten älyllinen kokonaisuoriutuminen oli vahvinta. Sijoitettuihin olleiden ja sijoittamattomien lasten välillä ei ollut eroa älykkyydosamäärissä. Hoidon laadun yhteyttä kehitykseen ei tarkasteltu.</li> <li>- FAS-lasten ryhmässäkin oli laajakkaan tasoisia lapsia.</li> <li>- Tarkkuutta, suunnitelmallisuutta, aktiivista sanavarastoa ja aritmeettista päättelyä vaativat testit erottelivat parhaiten koe- ja vertailuryhmän lapset toisistaan.</li> <li>- Hidas syntymänjälkeinen kasvu oli yhteydessä älyllisen kehityksen viiveeseen, mutta epämuodostumat ja fysiologiset toimintahäiriöt eivät, ei myöskään syntymäpaino.</li> <li>- Varhaisvaiheen syömisvaikeudet olivat yhteydessä lapsen ensimmäisten sanojen tuottamisen viivästyneeseen ja kielellisen päättelykykyyn heikkouteen.</li> </ul> <p>Yli 32-vuotiaiden äitien lapset olivat oirekivaltaan vaikeammin vaurioituneita, mutta olivat kuitenkin älyllisesti kehittyneempiä kuin alle 32-vuotiaiden äitien lapset. <b>C</b></p>
Viittala, K. (2001)	TR=8 sikiöaikana alkoholille altistunutta lasta, joista 6:lla FAS-diagnosi ja kaksi oli diagnosoimattomia (6-15-v.) VR puuttui	Lapsen kehitys, kasvuympäristö, riski- ja suojaavat tekijät	Lapsen elämäntilanteen sekä elämäntietojen kartoitus. Ekologinen arviointimenetelmä.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Riskitekijät: lastenkotisijoitus, laitoslapsuus, elämäntapahtumat, lukuisat sijoitukset, huostaanotto toiseen sukupolvessa, sijaisvanhemmilta puuttuva tuki, lasten toiminnanvajavuudet ja haitat, vanhempien tietämättömyys FAS-syndroomasta, kuntoutustutkimuksen ja kuntoutuksen puuttuminen sekä erityisopetuksen aiheuttamat haitat.</li> <li>- Suojaavat tekijät: harrastukset, leikki, liikunnallisuus, omatoimisuus, koulunestys, suosio toveriryhmässä, sosiaalinen tuki sijaisvanhemmilta, sosiaalisesta verkostosta, sosiaalityöntekijältä ja sosiaalitoimelta, kontakti biologiseen vanhempaan sekä kouluun liittyvät ominaisuudet: hyvä suhde opettajaan, hyvä työilmapiiri, pieni luokka ja kouluvuostajan saaminen.</li> <li>- Tutkimukseen osallistuneista lapsista vain isovanhemmille sijoitetuilla lapsilla oli ollut koko ajan turvallisia ja vastavuoroisia ihmissuhteita, ja nämä lapset olivat ainoita, joilla ei esiintynyt häiriökäyttäytymistä. <b>A, B</b></li> </ul>

A=Pieni otos, B=Ei vertailuryhmää, C=Vertailuryhmä ei täysin vastaa tutkimusryhmää, D=Ympäristöä kuvaavia muuttujia ei ole käytetty selittävinä muuttujina analyysissä, E=p-arvot puuttuvat, F=Vertailuryhmä muuttunut seurannan aikana

Tutkimus	Tutkimusryhmä (TR) ja vertailuryhmä (VR)	Mitä arvioitiin	Tieto kasvuym- päästä	Tulokset ja ongelmat
Whaley ym. (2001)	<p>TR=33 sikiöaikana alkoholille altistunutta lasta, joista 9:llä oli FAS-diagnosi. Lapset 20 kk – 10,5 vuotiaita.</p> <p>VR=33 psykiatriseen hoitoon ohjattua lasta, joilla ei ollut alko-hoialtistusta. Vakio-älykkyystason mukaan ja sen mukaan, olivatko he avo- vai sairaala-hoidossa.</p>	Adaptiivinen käyttäytyminen	Asuinpaikka ja sijoitusten määrä. Alkoholille altistuneilla lapsilla oli ollut useampia sijoituspaikkoja	<p>- Alkoholille altistuneilla lapsilla oli ongelmia kommunikaatiossa, arkielämän taidoissa ja sosiaalisessa käyttäytymisessä. Ongelmat eivät olleet yhteydessä älykkyystasoon. Samanlaisia ongelmia oli myös lapsilla, joilla ei ollut alko-hoialtistusta. Ryhmien väliset erot ongelmien määrässä eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.</p> <p>- Erot ryhmien välillä mahdollisesti suurenevat iän myötä, sillä vanhimilla alkoholille altistuneilla lapsilla sosiaalisia taitoja kuvaavat pistemäärät olivat matalammat kuin psykiatriseen hoitoon ohjatuilla samanikäisillä verrokeilla.</p>

A

A=Pieni otos, B=Ei vertailuryhmää, C=Vertailuryhmä ei täysin vastaa tutkimusryhmää, D=Ympäristöä kuvaavia muuttujia ei ole käytetty selittävinä muuttujina analyyseissä, E=p-arvot puuttuvat, F=Vertailuryhmä muuttunut seurannan aikana

## Kiintymyssuhde ja vuorovaikutus

Tutkimus	Tutkimusryhmä (TR) ja vertailuryhmä (VR)	Mitä arvioitiin?	Kiintymyssuhteen, vuorovaikutuksen ja kehityksen arvioinnissa käytetyt mittarit	Tulokset ja ongelmat
O'Connor ym. (1987)	TR=46 yhden vuoden ikäistä esikoislasta, jotka olivat altistuneet alkoholille sikiöaikana. Äidit olivat keskiluokkaisia, koulutettuja ja naimisissa. Viisi äitiä oli käyttänyt myös marihuanaa läpi koko raskausajan. VR= Ei varsinaista vertailuryhmää. Vähän ja paljon alkoholia käyttäneiden äitien lapsia verrattiin keskenään.	Äidin alkoholikäytön yhteys lapsen kiintymyskäyttäytymiseen.	- Strange situation - The Bayley Mental Scale	- Melkein kaikki äidit (92 %) vähensivät alkoholinkäyttöään raskausaikana. Synnytyksen jälkeen alkoholinkäyttö jatkui synnytystä edeltävällä tasolla. - Lapsista 48 % luokiteltiin turvallisesti kiintyneiksi eli luokkaan B. Loput olivat turvattomasti kiintyneitä: luokkaan A kuului 13 %, luokkaan C 4 % ja luokkaan D 35 %. - Äidin tupakointi, kahvinjuonti tai lääkkeidenkäyttö ei ollut yhteydessä lapsen kiintymyssuhteen laatuun. Sen sijaan neljä viidestä (80 %) lapsesta, joiden äidit olivat käyttäneet huumeita raskauden aikana, olivat turvattomasti kiintyneitä. - Mitä enemmän äiti oli käyttänyt alkoholia ennen raskautta ja sen aikana, sitä suurempi todennäköisyys oli, että lapsi oli turvattomasti kiintynyt. - Kiintymyssuhteen ei havaittu olevan yhteydessä fyysiseen tai älylliseen kehitykseen. - Suuria kerta-annoksia alkoholia käyttäneiden äitien lapsilla esiintyi enemmän fyysistä epämuodostumia, ja heidän älyllinen kehityksensä oli heikompimpi kuin vähän alkoholia käyttäneiden äitien lapsilla. - Äidit todennäköisesti vähättelivät raskaudenaikaista ja sen jälkeistä alkoholinkäyttöään. - Luokka D kykeni erottelmaan hyvin paljon ja vähän alkoholia käyttäneiden äitien lapsia. <b>A, B, C</b>
O'Connor ym. (1992)	TR=44 alkoholille altistunutta lasta, jotka olivat samat kuin O'Connorin ym. (1987) tutkimuksessa. VR= Ei varsinaista vertailuryhmää. Vähän ja paljon alkoholia käyttäneiden äitien lapsia verrattiin keskenään.	Lapsen vaikeahoidisuuden ja äidin ja lapsen välisen vuorovaikutuksen yhteyden kiintymyssuhteen muotoutumiseen.	- Äidin ja lapsen välisen vuorovaikutuksen arviointi - Kovariaatit: sukupuoli, rotu, äidin älykkyytaso, isän koulutus ja sosiaaliluokka, äidin työllisyystilanne, synnytyskomplikaatiot ja tuntimäärä, jonka äiti hoiti lastaan viikossa.	- Rungsa alkoholinkäyttö raskauden aikana oli yhteydessä lapsen vaikeahoitoisuuteen, mikä heikensi lapsen ja vanhemman välistä vuorovaikutusta ja johti turvattomaan kiintymyssuhteeseen. - Äidin alkoholinkäyttö raskauden jälkeisenä aikana ei ollut yhteydessä kiintymyssuhteen laatuun. Tutkijat arvelivat tämän yllättävän tuloksen johtuvan siitä, että äitien alkoholinkäyttö ei tässä ryhmässä ollut kuitenkaan kovin runsasta, vaan suurimman osan juomista voitiin pitää sosiaalisena juomisena. Ilmeisesti alkoholinkäyttö ei ollut niin runsasta, että se olisi vaikuttanut lapsen ja vanhemman väliseen päivittäiseen vuorovaikutukseen. <b>A, B, C</b>

A=Preni otos, B=Ei vertailuryhmää, C=Ei tietoa lapsen diagnoosista



Tutkimus	Tutkimusryhmä (TR) ja vertailuryhmä (VR)	Mitä arvioitiin?	Kiintymyssuhteen, vuorovaikutuksen ja kehityksen arvioinnissa käytetyt mittarit	Tulokset ja ongelmat
O'Connor ym. (2002)	<p>TR=42 äiti-lapsi-paria. Yksikään lapsi ei täyttänyt FAS-kriteereitä. Osa äideistä oli käyttänyt myös jonkin verran kannabista tai kokaiinia.</p> <p>VR= Ei varsinaista vertailuryhmää. Vähän ja keskimääräisesti tai paljon alkoholia käyttäneiden äitien lapsia verrattiin keskenään.</p>	Sikiöaikaisen alkoholi-altistuksen yhteys kiintymiskäyttäytymiseen 4-5 vuoden iässä.	<p>- Attachment: Q-Set-menetelmä. Äidin ja lapsen yhteinen 10 minuuttia kestänyt palapelin kokoa-mistuokio videoitiin.</p> <p>- Kovariaatit: lapsen älykkyys, sukupuoli, rotu, kotona asuvien sisarusten lukumäärä, äidin sosio-ekonominen asema, ikä, tulot, siviilisäätö ja koulutus. Kaikki lapset olivat asuneet biologisen äitinsä kanssa syntymästään saakka.</p>	<p>- Lasten keskimääräinen älykkyysosamäärä oli 89.6.</p> <p>- Runsaalle alkoholikäytölle altistuneista lapsista 80 % ja vähäiselle alkoholikäytölle altistuneista 36 % oli turvattomasti kiintyneitä.</p> <p>- Alkoholi-altistus oli yhteydessä lapsen negatiiviseen tunnetilaan, joka puolestaan vähensi lapsen saamaa tukea äidiltä. Ne lapset, joiden äidit pystyivät antamaan lapsilleen paljon tukea, olivat useammin turvallisesti kiintyneitä ja heidän sopeutumiskykynsä oli parempi.</p>

**A, B**

A=Pieni otos, B=Ei vertailuryhmää, C=Ei tietoa lapsen diagnoosista

## 2.3 Huumeille altistuneet lapset

### 2.3.1 Huumeiden vaikutus sikiöön ja lasten diagnosointi

Huumeet voidaan jakaa opiaatteihin, keskushermostoa stimuloiviin aineisiin, keskushermostoa lamaanuttaviin aineisiin sekä hallusinogeeneihin. Opiaatteihin luetaan morfiini, heroini ja metadoni, jota käytetään heroiniiriippuvuuden hoidossa. Stimulantteja ovat amfetamiini ja kokaiini. Keskushermostoa lamaanuttavia aineita ovat kannabistuotteet hasis ja marihuana, ja hallusinogeeneihin kuuluu LSD. (American Academy of Pediatrics, 1998, 1079).

Huumeet kulkeutuvat istukan läpi sikiöön, ja vaikutukset riippuvat käytetystä huumeesta, käyttötavasta, käyttötaajuudesta ja annosten suuruudesta (Halmesmäki & Kari, 1998, 2109). Kannabiksen sisältämistä yhdisteistä THC (tetrahydrokannabinoli) läpäisee istukan helposti ja sitä paremmin, mitä pidemmälle raskaus on edennyt. THC:n ei ole todettu aiheuttavan periytyviä kromosomimuutoksia tai epämuodostumia eikä lisäävän keskenmenoriskiä. Kannabissavu sisältää hiilimonoksidia, joka vähentää napanuoran verenvirtausta ja heikentää sikiön ravinnonsaantia. (Halmesmäki, 2000, 1516).

Suoneen ruiskutettu amfetamiini läpäisee istukan nopeasti, heikentää sen ja napanuoran verenvirtausta ja tuottaa myös sikiölle suuren pitoisuuden. Suun tai nenän kautta otetun amfetamiinin vaikutukset ovat hitaammat. Vastasyntyneellä esiintyy vieroitusoireita. Oireet ilmenevät kohonneena verenpaineena, poikkeavana itkuäänenä, imemisvaikeuksina ja oksenteluna. Tärinä, vapina ja unihäiriöt ovat tavallisia. (Halmesmäki, 2000, 1517; Halmesmäki & Kari, 1998, 2110-2111; Eriksson, Larsson & Zetterström, 1981, 257-258). Raskauden aikainen amfetamiinin käyttö lisää lapsen ennenaikaisen syntymän ja alhaisen syntymäpainon riskiä (Furara, Carrick, Armstrong, Pairaudeau, Pullan & Lindow, 1999).

Raskaudenaikainen opiaattien käyttö vaarantaa sikiön kehityksen ja uhkaa jopa äidin ja sikiön henkeä. Opiaattien käyttö lisää raskaudenaikaisen verenvuodon, istukan ennenaikaisen irtoamisen, infektioiden sekä ennenaikaisen lapsivedenmenon ja synnytyksen riskiä. Sikiön kasvu hidastuu, ja sikiö saattaa kärsiä hapenpuutteesta. (Halmesmäki, 2000, 1517; Halmesmäki & Kari, 1998, 2111, Kaltenbach, 1996, 230; D'Apolito, 1998, 309).

Opiaateille altistunut vastasyntynyt kärsii voimakkaista vieroitusoireista. Ne ilmaantuvat 24 tunnin kuluessa ja saattavat kestää jopa useita viikkoja. Vastasyntyneet ovat levottomia ja tuskaisia. Oireet ovat samantyyppisiä kuin amfetamiinialtistuksessaakin. Vakavin vieroitusoireiden aiheuttama komplikatio on sydämenpysähdys, joka saattaa ilmetä vasta 3-4 viikon iässä. Lapsilla on normaalia suurempi kätkytkuolemariski sekä munuais- ja aivoepämuodostumien

ja sydänvikojen riski. Heillä on havaittu myös vaikeutta tottua ympäristön ärsykkeisiin, vaikeuksia vastata näkö- ja kuuloärsykkeisiin sekä ongelmia vuorovaikutuskyvyssä. (Bauer, 1999, 88, 93; Halmesmäki & Kari, 1998, 2111; Kaltenbach, 1996, 232).

Huumeille altistuneiden lasten diagnosointi on hyvin satunnaista ja epäyhtenäistä. Ulkomaisissa tutkimuksissa (esim. Bauer, 1999, 88) mainitaan diagnoosi NAS (neonatal abstinence syndrome), jolla tarkoitetaan opiaateille sikiöaikana altistuneen lapsen vieroitusoireita. ICD-10 luokituksesta löytyy luokka P96.1. huume- tai lääkeriippuvuutta sairastavan äidin vastasyntyneen lapsen vieroitusoireet. Erja Halmesmäen mukaan vieroitusoireisiin viittaavaa diagnoosia käytetään erittäin harvoin. Tavallisempaa on, että käytetään jotain oiretta kuvaavaa diagnoosia tai jotain tehotarkkailua tarvinneeseen lapseen viittaavaa diagnoosia, joka kattaa lukuisia muitakin tautitiloja. (Halmesmäki, vastaus sähköpostiviestiin, 2002).

### 2.3.2 Sikiöaikana huumeille altistuneiden lasten kehitystä koskevia tutkimuksia

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen väestökyselyn (Stakes 2001) mukaan kannabistuotteet eli hasis ja marihuana olivat eniten käytetyt huumeet Suomessa (9,3 %) vuonna 2000. Kokemukset muista laittomista huumausaineista olivat selvästi harvinaisempia. Cannabis oli eniten käytetty aine myös raskaana olevien huumeita käyttäneiden naisten keskuudessa (87,5 %). Kokaiinin ja crackin käyttö sen sijaan on suomalaisten raskaana olevien naisten keskuudessa vielä harvinaista. (Halmesmäki & Kari, 1998, 2111; Kukko & Halmesmäki, 1999, 23). Huumealtistuksen vaikutuksia lapsen kehitykseen on tutkittu eniten USA:ssa, missä kokaiinin käyttö on suuri ongelma (Eriksson, Johnsson, Steneroth & Zetterström, 2000, 1403). Kokaiinin vaikutuksista löytyykin runsaasti tutkimuksia. Muiden huumeiden vaikutuksista niitä on vaikeampi löytää, varsinkin sellaisia, joissa lapsia olisi seurattu pitkään. Hain tutkimuksia seuraavista tietokannoista: Medline, Current Contents ja Psycinfo. Hakusanoina olivat mm. amphetamine, opiates, cannabis, drugs & pregnancy, drugs & utero, drugs & infant, drugs exposure, attachment. Lisäksi etsin tutkimuksia lukemieni artikkeleiden ja kirjojen lähdeluetteloista sekä suomalaisista tietokannoista.

Raskaudenaikaisen huumeidenkäytön seurauksia koskevissa tutkimuksissa (ks. taulukko 2) on pääosin tarkasteltu vastasyntyneen vieroitusoireita sekä eri huumeiden vaikutusta lasten kasvuun sekä neurologisiin, kognitiivisiin ja käyttäytymisen ongelmiin. Lapset ovat olleet pääosin alle kouluikäisiä. Kaikki löytämäni tutkimukset ovat olleet kvantitatiivisia. Niissä on käytetty tunnettuja

standardoituja mittareita. Tutkimuksissa on tarkasteltu enemmän kasvuympäristön vaikutusta lasten kehitykseen kuin alkoholille altistuneita lapsia koskevissa tutkimuksissa. Suuri ongelma tutkimuksissa on se, että useimmat käyttäjät ovat sekakäyttäjiä. Eri huumeita saatetaan käyttää sekaisin, ja monet käyttävät lisäksi alkoholia ja tupakoivat. Siten on vaikea erotella eri aineiden vaikutuksia.

USA:ssa on aloitettu laaja kokaiinille ja/tai opiaateille altistuneita lapsia koskeva Maternal Lifestyles –pitkittäistutkimus (MLS). Alun perin oli tarkoitus tutkia pelkästään kokaiinin vaikutuksia, mutta monet kokaiinin käyttäjät olivat myös opiaattien käyttäjiä, joten tarkastelussa otettiin molempien huumeiden vaikutus huomioon. Tutkimusryhmään kuuluneista lapsista 42 % oli yhden vuoden iässä lastensuojelutoimenpiteiden kohteina. Tutkimusryhmän lapsista 80 % ja verrokeista 99 % asui biologisen äitinsä kanssa. Tutkimusryhmään kuuluvien lasten perheissä oli enemmän taloudellista epävarmuutta ja työttömyyttä, ja äidit olivat heikommin koulutettuja kuin verrokkiryhmän äidit. (Maza ym., 1998).

Maternal lifestyles –tutkimuksessa opiaatti- ja/tai kokaiinialtistuksen ei havaittu aiheuttaneen vastasyntyneelle vakavia keskushermostohäiriöitä, mutta kylläkin lievempiä keskushermoston ja autonomisen hermoston häiriöitä. Keskushermostohäiriöstä kertovia oireita olivat vapina, tärinä ja ärtyisyys. Sekä keskus- että autonomisen hermostoon liittyviä oireita olivat lihasjännitys ja kimeä itku. Vastasyntyneitä oli vaikea lohduttaa, ja heillä oli imemisvaikeuksia. Opiaateille altistuneille vastasyntyneillä oli enemmän oireita kuin kokaiinille altistuneilla vauvoilla. Eniten oireita oli niillä, jotka olivat altistuneet sekä kokaiinille että opiaateille. (Bada ym., 2002). Kuukauden ikäisillä vauvoilla, joiden äidit olivat käyttäneet runsaasti kokaiinia tai opiaatteja, havaittiin enemmän aivot toiminnan häiriöitä kuin verrokkiäitien lapsilla (Lester ym., 2003). Kuukauden ikäisillä opiaateille altistuneilla vauvoilla ilmeni myös syömisongelmia, joiden kuitenkin arveltiin suurelta osin aiheutuneen äidin ja lapsen välisistä vuorovaikutusongelmista (La Gasse ym., 2002).

Tutkimuksissa, joissa lapsia on seurattu yhden tai kahden vuoden ikään saakka, opiaateille altistuneilla lapsilla on havaittu enemmän neurologista poikkeavuutta, pienipäisyyttä ja kehitysviivästymää kuin verrokeilla. Bunikowskin, Grimmerin, Heiserin, Metzen, Schäferin ja Obladenin (1998) tutkimuksessa lapset, jotka olivat altistuneet heroiinille ja/tai metadonille, saivat heikompia pistemääriä älyllistä suoriutumista vaativissa testeissä kuin verrokkit. Metadonihoidon siirtyneiden äitien lapsilla vauriot olivat lievemmät kuin heroinin käyttöä jatkaneiden äitien lapsilla. Chasoffin, Burnsien, Burnsien & Schnollin (1986) tutkimuksessa heroiinille ja/tai metadonille altistuneiden lasten älyllinen kehitys oli normaalin rajoissa. Ympäristön osuus lasten kehityksessä jäi tutkimuksissa epäselväksi. Bunikowskin ym. (1998) tutkimuksessa sijoitettujen lasten kehitys ei yhden vuoden iässä poikennut biologisten vanhempiensa kanssa asuvien lasten kehityksestä. Chasoff ym. (1986) taas arvelivat ympäristöllä olleen suurempi vaikutus 2-vuotiaiden lasten kehitykseen kuin huumealtistuksella.

Messinger ym. (2004) seurasivat MLS-tutkimukseen osallistuneita lapsia 3 ikävuoteen saakka. Heidänkin tutkimuksessaan löytyi kehityseroja verrokien ja huumeille altistuneiden välillä, mutta kokaiini- ja/tai opiaattialtistus ei ollut yhteydessä älylliseen, motoriseen tai käyttäytymisen kehitykseen sen jälkeen, kun syntymäpainon ja kasvuympäristön vaikutus oli kontrolloitu. Tämän tutkimuksen otos oli huomattavasti suurempi kuin Bunikowskin ym. (1998) ja Chasnoffin ym. (1986) tutkimuksissa, ja kasvuympäristön merkitystä oli mahdollista tutkia laajemmin. Myös altistustyyppi saattoi vaikuttaa eroihin tutkimustuloksissa. Messingerin ym. (2004) tutkimuksessa enemmistönä olivat kokaiinille altistuneet lapset, kun taas Bunikowskin ym. (1998) ja Chasnoffin ym. (1986) tutkimuksissa enemmistönä olivat heroiinille ja/tai metadonille altistuneet lapset.

Amfetamiinialtistuksen vaikutuksia ovat Ruotsissa tutkineet Eriksson, Larsson & Zetterstöm (1981) ja Eriksson ym. (2000) pitkittäistutkimuksessa. Tässäkin tutkimuksessa ongelmana oli se, että monet äidit olivat käyttäneet myös runsaasti alkoholia. Osa oli käyttänyt myös ajoittain heroiinia ja useimmat tupakoivat. Vastasyntyneillä lapsilla esiintyi vapinaa, uneliaisuutta, hengitystä ja syömisvaikeuksia. Suurimmalla osalla lapsista paino, pituus ja päänympäryys olivat normaalit. Ennen kolmatta raskauskuukautta amfetamiinin käytön lopettaneiden äitien lapsilla oli harvemmin epämuodostumia kuin käyttöä jatkaneiden äitien lapsilla. Tässä ryhmässä myös lasten ennenaikaiset syntymät ja syntymäkauden kuolleisuus olivat suuremmat. (Eriksson ym., 1981). Vastaventyypisiä tuloksia saivat myös Kukko ja Halmesmäki (1999) tutkimuksessa, jossa äidit olivat pääasiallisesti kannabiksen ja/tai amfetamiinin käyttäjiä.

Erikssonin ym. (2000) seurantatutkimuksessa amfetamiinille altistuneiden lasten koulumenestys 14-15 vuoden iässä oli heikompi kuin ikätovereilla, ja kolmanneksella oli käyttäytymiseen liittyviä häiriöitä. Niitä oli yhtä paljon sekä sijoitetuilla että biologisen äitinsä kanssa asuneilla lapsilla. Lapsen kokema stressi erityisesti 4 ensimmäisen elinvuoden aikana sekä äidin jatkuva päihteyden käyttö heikensivät lapsen kognitiivista ja emotionaalista kehitystä. Äidin raskauden aikana saama psykiatrinen terapia sen sijaan edisti kehitystä. Vanhempien äitien lasten kehitys oli parempi kuin nuorten äitien lasten kehitys.

Marihuanalta altistuneita lapsia on tutkittu pitkittäistutkimuksissa Kanadassa (Fried, Watkinson & Dillon, 1987; Fried, O'Connell & Watkinson, 1992; Fried, Watkinson & Gray, 1998) ja USA:ssa (Day ym., 1994a; Day, Richardson, Geva & Robles, 1994b; Richardson, Ryan, Willford, Day & Golschmidt, 2002; Goldschmidt, Richardson, Cornelius & Day, 2004; Gray, Day, Leech & Richardson, 2005). Vastasyntyneillä havaittiin vieroitusoireisiin viittaavia oireita kuten vapinaa ja säpsähtelyä. Ilmeni myös vaikeutta tottua visuaalisiin ärsykkeisiin. (Fried ym., 1987). Marihuana-altistuksen ei havaittu olevan yhteydessä lasten kasvuun tai ulkonäköpiirteisiin 6 vuoden iässä (Day ym., 1994b). Fried ym. (1992) eivät löytäneet yhteyttä marihuana-altistuksen ja kognitiivisen ja kielellisen kehityksen välillä lasten ollessa 5-6 vuoden ikäisiä,

vaikka tällainen yhteys näkyi lasten ollessa 4-vuotiaita. Yhteyttä kielelliseen ja kognitiiviseen kehitykseen ei löytynyt 9-12 vuoden iässäkään. Sen sijaan marihuana-altistuksella oli yhteyttä toimintaan, jossa vaaditaan impulssien kontrollointia ja päämääräsuuntautuneisuutta. (Fried ym., 1998). Day ym. (1994a) löysivät joitain yhteyksiä marihuana-altistuksen ja älykkyystestissä suoriutumisen välillä lasten ollessa 3-vuotiaita. Uusimmissa tutkimuksissa, joissa saman tutkimusjoukon lapsia seurattiin 10-vuotiaiksi, marihuana-altistus oli yhteydessä oppimiseen, muistiin ja impulsiivisuuteen (Richardson ym., 2002), menestymiseen akateemista suoriutumista mittaavissa testeissä (Goldschmidt ym., 2002) sekä depressio-oireisiin (Gray ym., 2005).

Sikiöaikana huumeille altistuneiden lasten kiintymyssuhdetta ja äidin ja lapsen välistä vuorovaikutusta ovat tutkineet Rodning, Beckwith & Howard (1989; 1991), Burns, Chethik, Burns & Clark (1997) ja Seifer ym. (2004). Rodningin ym. (1989; 1991) ja Burns ym. (1997) tutkimuksissa äidit olivat käyttäneet pääasiassa kokaiinia ja/tai PCP:tä (phencyclidine). Suuri osa äideistä oli kuitenkin päihteiden sekakäyttäjiä, ja he olivat käyttäneet myös alkoholia. Äitien sosioekonominen asema oli alhainen ja elinolot vaikeat. Tutkimushetkellä lapset olivat noin yhden vuoden ikäisiä. Suurin osa lapsista oli turvattomasti kiintyneitä, ja monet luokiteltiin jäsentymättömästi kiintyneiden luokkaan. Lapsilla oli huomattavan paljon muutoksia ensisijaisissa hoitajasuhteissa ensimmäisen elinvuoden aikana. Huumeiden käytön lopettaneiden äitien lapset olivat useammin turvallisesti kiintyneitä kuin ne lapset, joiden äidit jatkoivat huumeiden käyttöä. Rodningin ym. (1989) tutkimuksessa sukulaisten hoidossa ja sijaishoidossa elävien päihteille altistuneiden lasten joukossa oli enemmän turvallisesti kiintyneitä lapsia kuin biologisten vanhempien kanssa asuvien joukossa. Sen sijaan Rodningin ym. (1991) tutkimuksessa lapset, jotka oli sijoitettu sijais- tai sukulaisperheeseen ensimmäisen elinvuoden aikana, olivat yhtä turvattomasti kiintyneitä kuin biologisten äitiensäkin luona asuvat.

Rodningin ym. (1989) tutkimuksessa päihteille altistuneet lapset saivat huomattavasti alhaisempia pisteitä kuin verrokkit lapsen kehitystä mittaavalla testillä. Myös leikit olivat erilaisia, usein jäsentymättömiä. Jäsentymättömyys leimasi kaikkia kehitysalueita, niin kognitiivista, sosiaalista kuin tunne-elämän kehitystäkin. Turvallisesti ja turvattomasti kiintyneiden yksivuotiaiden päihteille altistuneiden lasten kehitystestipistemäärissä ei havaittu eroa. Leikeissä oli kuitenkin eroa. Turvallisesti kiintyneillä oli enemmän esittäviä leikkejä kuin turvattomasti kiintyneillä mutta kuitenkin vähemmän kuin verrokeilla.

Rodning ym. (1991) havaitsivat myös, että huumeäidit kohtelivat lastaan epäsensitiivisemmin ja olivat vähemmän fyysisessä kontaktissa lapseen kuin muut äidit. Saman huomion tekivät myös Burns ym. (1997). Leikkutilanteessa huumeita käyttävät äidit näyttivät nauttivan vähemmän vuorovaikutuksesta lapsen kanssa ja olivat epäsensitiivisempiä lapsen viesteille kuin verrokkiäidit. Huumeäitien lapset olivat ilottomampia ja heillä oli vähemmän katsekontaktia äitiin kuin verrokkilapsilla. Myös muut tutkimukset ovat osoittaneet,

että päihteitä käyttävillä naisilla on enemmän vaikeuksia vuorovaikutuksessa lastensa kanssa kuin muilla äideillä (Kelley, 1992; Hans, Bernstein & Henson, 1999; Pajulo, 2001). Päihteidenkäytön on havaittu ennustavan huomattavasti paremmin lasten pahoinpitelyä ja laiminlyöntiä kuin sosiaaliset tai demografiset taustatekijät (Chaffin, Kelleher & Hollenberg, 1996).

Seiferin ym. (2004) tutkimuksessa otos oli hyvin suuri. Lapset kuuluivat MLS-tutkimukseen. Tässäkin tutkimuksessa löytyi yhteys huumealtistuksen ja kiintymyssuhteen laadun välillä. Kokaiinin ja opiaattien yhteisvaikutukselle altistuneet lapset olivat hiukan useammin turvattomasti kiintyneitä kuin muut lapset. Jäsentymätöntä kiintymystä ei kuitenkaan ollut enempää. Vastustavasti kiintyneitä oli enemmän kuin välttelevästi kiintyneitä.

Tutkimukset siis osoittavat, että raskaudenaikainen huumeidenkäyttö heikentää sikiön kasvua ja lisää ennen aikaisten synnytysten, komplikaatioiden ja syntymäkauden kuolleisuuden riskiä. Tyypillistä on, että vastasyntyneet kärsivät vieroitusoireista, ja lapsilla saattaa olla myös poikkeava itkuääni ja imemisvaikeuksia. Eri aineiden tarkkoja vaikutuksia on vaikea arvioida, koska monet käyttäjät ovat sekakäyttäjiä. Tulokset viittaavat siihen, että pääasiassa huumeita käyttäneiden äitien lasten kognitiiviset vauriot olisivat lievemmät kuin pääasiassa alkoholia käyttäneiden äitien. Kuitenkin ainakin opiaattien tai amfetamiinin raskaudenaikaisella käytöllä näyttää olevan yhteyttä lapsen kognitiiviseen kehitykseen. Vauriot ovat sitä vakavampia mitä pidempään huumeiden käyttö on jatkunut raskauden aikana, ja aineiden sekakäyttö lisää vaurioriskiä. Opiaateille altistuneilla lapsilla on havaittu vaikeutta tottua ympäristön ärsykkeisiin, vaikeuksia vastata näkö- ja kuuloärsykkeisiin sekä ongelmia vuorovaikutuskyvyssä. Myös marihuanalle altistuneilla lapsilla on ilmennyt vaikeutta tottua visuaalisiin ärsykkeisiin. Psykososiaalisilla tekijöillä on merkittävä osuus lasten kehityksessä, mahdollisesti suurempikin kuin huumealtistuksella. Vastaavanlaisiin päätelmiin ovat päätyneet myös Kaltenbach (1996) ja Bauer (1999) analyysissään. Tutkimukset osoittavat, että huomattavan suuri osa lapsista oli turvattomasti kiintyneitä. Monien lasten käytös oli jäsentymätöntä, ja useat luokiteltiin disorganisoitunut-kategoriaan. Lasten kehitys oli jäänyt jälkeen muiden samanikäisten kehityksestä, ja leikit olivat jäsentymättömiä.

**Taulukko 2. Sikiöaikana huumeille altistuneiden lasten kehitystä koskevia tutkimuksia. Yleinen kehitys**

Tutkimus	Tutkimusryhmä (TR) ja vertailuryhmä (VR)	Mitä tutkittiin	Analyyseissä huomioon otetut taustamuuttajat	Tulokset ja ongelmat
Bada ym. (2002)	Maternal Lifestyle Study (MLS) TR= 1185 vastasyntynyttä sikiöaikana kokaiinille ja/tai opiaateille (93 % heroiniin tai metadoni) altistunutta lasta. VR=7442 samanikäistä lasta, joilla ei ollut kokaiini- tai opiaattialtistusta. Molemmissa ryhmässä äidit olivat saattaneet käyttää myös alkoholia, analyyseissä kovariaattina	Keskushermoston ja autonomisen hermoston vaurioihin viittaavat oireet.	Klinikan alue, raskausviikot, lapsen ikä, sukupuoli, rotu, äidin siviilisääty, koulutus, terveys, raskaudenaikainen terveydenhoito, seksuaaliteitse leviävät sairaudet sekä marihuanan ja alkoholin käyttö ja tupakointi.	- Lapsilla ei esiintynyt vakavia keskushermostohäiriöitä. - Huumealtistus aiheutti eniten sen tyyppisiä keskushermostohäiriöitä kuten vapinaa, täriä ja ärtyisyyttä. Keskushermoston ja autonomisen hermoston häiriöistä kertovia merkkejä olivat lihaskäntäminen ja kimeä itku. Lapsia oli vaikea lohduttaa, ja heillä oli imemisvaikeuksia. - Opiaateille altistuneille lapsilla oireita oli enemmän kuin kokaiinille altistuneilla lapsilla. Eniten oireita oli niillä, jotka olivat altistuneet sekä kokaiinille että opiaateille. <b>C</b>
Bunikowski ym. (1998)	TR=34 opiaateille (heroini/metadoni) ja nikotiinille altistunutta vuoden ikäistä lasta. VR=42 pelkästään nikotiinille altistunutta lasta	Neurologinen kehitys	Äidin siviilisääty, koulutustaso, sosioekonominen asema, työssäolo, lapsen asuinpaikka ja sijoitushistoria.	- Huumeille altistuneiden lasten kehitys Griffithin mittarilla (DQ) oli heikompi kuin verrokeilla. Erot näkyivät pääosin liikuntaa ja älyllistä suoriutumista mittaavissa osioissa. - Äidin ikä ja sosioekonomista asemaa kuvaava indeksi eivät olleet yhteydessä DQ-kokonaispistemäärään, mutta huumealtistus oli. - Huumeille altistuneilla lapsilla esiintyi myös enemmän kehitysviivästymää ja neurologista poikkeavuutta kuin verrokeilla. - Heroiinille ja muille opiaateille altistuneilla lapsilla pistemäärät osioissa "älyllinen suoriutumiskyky" sekä "kuulo ja puhe" olivat heikommat kuin pelkästään metadonille altistuneilla lapsilla. - Sijoitettujen lasten kehitys ei poikennut biologisten vanhempiensa kanssa asuvien lasten kehityksestä. <b>A, C</b>

A=Pieni otos, B=Ei vertailuryhmää, C=Vertailuryhmä ei täysin vastaa tutkimusryhmää, D=Ympäristöä kuvaavia muuttajia ei ole käytetty selittävinä muuttujina analyseissä, E=p-arvot puuttuvat, F=Vertailuryhmä muuttunut seurannan aikana



Tutkimus	Tutkimusryhmä (TR) ja vertailuryhmä (VR)	Mitä tutkittiin	Analyysissä huomioon otetut taustamuuttajat	Tulokset ja ongelmat
Chasnoff ym. (1986)	TR=95 huumeille altistunutta lasta, joista 51 oli altistunut heroiinille ja/tai metadonille. Lapset tutkittiin 3 kk, 6 kk, 12 kk ja 24 kk iässä. VR=27 lasta, joilla ei päihde-altistusta.	Kasvu ja muu kehitys	Rotu, äidin ikä, koulutus, raskaus, raskausajan hoito, ravinto, tupakointi ja päihneiden käyttö.	- Kaikilla kasvukäyrillä opiaateille altistuneet lapset olivat pienempiä kuin kontrollilapset, mutta 9 kk ikään mennessä he olivat saavuttaneet kontrollilapsia pituudessa ja painossa. Pään ympärysäily pienempänä koko seurantaajakson ajan. - Päihteille altistuneilla lapsilla esiintyi poikkeavaa neurobehavioaraalisessa toiminnassa, mutta älyllinen ja psyykomotorinen kehitys olivat normaalien rajoissa. - Kaikilla tutkittuilla lapsilla (myös kontrolliryhmän lapset) kehityskäyrät näyttivät laskevaa suuntaa. Todennäköisesti ympäristön osuus kehityksessä oli suurempi kuin päihdealtistuksen osuus. Ympäristön osuutta ei kuitenkaan tarkemmin tarkasteltu tutkimuksessa. <b>C</b>
Day ym. (1994a)	Maternal Health Practices and Child Development Project (MHPDCD). TR=655 marihuanaa altistunutta 3-vuotiasta lasta. Enemmistö äideistä oli käyttänyt myös alkoholia ainakin ensimmäisellä raskauskolmanneksella ja käytti myös lapsen ollessa 3-vuotias. Osa äideistä oli käyttänyt myös muita huumeita kuin marihuanaa. VR=Ei varsinaista vertailuryhmää. Marihuanan ja alkoholin käyttöä mittaavissa jatkuvissa muuttujissa oli mukana ryhmät, jotka eivät käyttäneet näitä aineita.	Kognitiivinen kehitys	Rotu, äidin ikä, siviiliasäätö, lasten määrä, sosioekonominen asema, äidin depressiivisyys, ahdistuneisuus ja vihamielisyys, itsetunto; äidin arvio siitä, kuinka valkea lapsi on; perherakenne; ympäristön tuki ja stimulaatio; äidin ja lapsen välinen interaktio; äidin saama sosiaalinen tuki ja elämäntapahtumat, lapsen päivähoito.	- Marihuana-altistus oli yhteydessä suoriutumiseen Stanford-Binet älykkyytestästä. Yhteys näkyi, kun tarkasteltiin altistumista ensimmäisellä ja toisella raskauskolmanneksella. Valkoisten naisten lapsilla päivähoitossa tai esikoulussa oleminen heikensi yhteyttä. Yhteys marihuana-altistuksen ja testisuoriutumisen välillä säilyi, kun ympäristöä kuvaavien ym. taustamuuttajien yhteys otettiin huomioon. - Kun koko otosta tarkasteltiin yhdessä, seuraavilla tekijöillä oli yhteyttä kokonaispistemäärään: lapsen sukupuoli, päivähoitoon tai esikouluopetukseen osallistuminen 3 vuoden iässä, äidin rotu, koulutus, siviiliasäätö, lapsiluku, äidin näkemys lapsesta, äidin depressio, ahdistuneisuus ja sosiaalinen tuki. <b>B</b>

A=Pieni otos, B=Ei vertailuryhmää, C=Vertailuryhmä ei täysin vastaa tutkimusryhmää, D=Ympäristöä kuvaavia muuttajia ei ole käytetty selittävinä muuttujina analyysissä, E=p-arvot puuttuvat, F=Vertailuryhmä muuttunut seurannan aikana

Tutkimus	Tutkimusryhmä (TR) ja vertailuryhmä (VR)	Mitä tutkittiin	Analyseissä huomioon otetut taustamuuttajat	Tulokset ja ongelmat
Day ym. (1994b)	MHPCD-PROJEKTI TR=668 alkoholille, tupakalle tai marihuanalle altistunutta 6-vuotiasta lasta VR= Ei varsinaista vertailuryhmää. Marihuanan ja alkoholin käyttöä mitaavissa jatkuvissa muuttujissa oli mukana ryhmät, jotka eivät käyttäneet näitä aineita.	Lasten kasvu ja ulkonäköpiirteet	Useiden kasvuympäristöä kuvaavien muuttujien vaikutus vakioitiin (ks. Day ym. 1994a).	Marihuana-altistus ei ollut yhteydessä kasvuun tai ulkonäköpiirteisiin kuuden vuoden iässä.  <b>B</b>
Eriksson ym. (1981)	TR=69 raskausaikana ja lapsen syntymän jälkeen amfetamiinia käyttänyttä naista ja heidän 71 vastasyntynyttä lastaan. 17 naista oli lopettanut käytön ennen toista tai kolmatta raskauskolmannesta (ryhmä 1). 52 naista jatkoi käyttöä läpi koko raskausajan (ryhmä 2). Ryhmän 1 naisista 17 % ja ryhmän 2 naisista 32 % oli käyttänyt myös runsaasti alkoholia.  VR= Ei varsinaista vertailuryhmää. Käytön lopettaneita ja jatkaneita verrattiin toisiinsa. Tuloksia verrattiin Ruotsissa synnytyksistä koottuihin tilastoihin.	Amfetamiinin käyttö vaikutus raskauteen, synnytykseen ja vastasyntyneeseen lapseen.	Arvio psykososiaalisesta tilanteesta ja vanhempien kyvyistä huolehtia lapsesta. Tieto äidin psykiatrisesta hoidosta sairaalassa.	- Ryhmässä 2 ennenaikaiset syntymät (25 %) ja syntymäkauden kuolleisuus (7,5 %) olivat suuremmat kuin ryhmässä 1. - Kymmenen lasta (59 %) ryhmässä 1 ja 20 lasta (38 %) ryhmässä 2 oli fyysisesti täysin normaalia. Neljällä lapsella oli epämuodostumia. - Lapsilla esiintyi myös vapinaa, uneliaisuutta, hengitysvaikeuksia, keltautta ja jotkut olivat letkuuokinnassa. - Suurimmalla osalla lapsista paino, pituus ja pään ympäryys olivat normaalit. Kahdeksasta lapsesta, jotka olivat normaalia pienempiä, kaksi oli kaksosia ja neljän äiti käytti paljon alkoholia. - Monet lapset (18 % ryhmässä 1 ja 46 % ryhmässä 2) joutuivat olemaan erossa äidistään syntymän jälkeen, koska lapset siirrettiin lastenosastoille lääketieteellisten ja sosiaalisten syiden vuoksi. - Kaikki ryhmän 1 ja 74 % ryhmän 2 lapsista jäivät äitinsä hoitoon kotiututtuaan synnytyssairaalaasta.  <b>B</b>

A=Pieni otos, B=Ei vertailuryhmää, C=Vertailuryhmä ei täysin vastaa tutkimusryhmää, D=Ympäristöä kuvaavia muuttujia ei ole käytetty selittävinä muuttujina analyyseissä, E=p-arvot puuttuvat, F=Vertailuryhmä muuttunut seurannan aikana

Tutkimus	Tutkimusryhmä (TR) ja vertailuryhmä (VR)	Mitä tutkittiin	Analyysissä huomioitavat taustamuuttajat	Tulokset ja ongelmat
Eriksson ym. (2000)	TR=65 sikiöaikana amfetamiinille altistunutta 14-15-vuotiasta lasta. Seurantatutkimus lapsista, jotka osallistuivat Erikssonin ym. (1981) tutkimukseen. Amfetamiinin lisäksi 30 % äideistä oli käyttänyt satunnaisesti heroiniin ja 81 % alkoholia. 17 %:n katsottiin olevan riippuvaisia alkoholista. 80 % tupakoi yli 10 savuketta päivässä. VR=Ei varsinaista vertailuryhmää. Koulutuksia verrattiin vastaavalla luokkatasolla olevien lasten tulosten keskiarvoihin.	Ympäristötekijöiden vaikutus lasten koulusuorituksiin ja käyttäytymisongelmiin	Tieto asuinpaikasta ja sijoitustiestä, viranomaisten tuki perheelle, stressi-indeksi, joka kuvasi haitallisia elämäntilanteita kuten erot, väkivalta ja rikollisuus ensimmäisen 4 elinvuoden aikana.	- 15 % oli koulussa vuoden jäljessä muista samanikäisistä oppilaista. Lasten todistusten keskiarvot olivat selvästi heikkomat kuin muilla. - Sosiaalityöntekijöiden dokumenttien mukaan kolmanneksella oli käyttäytymiseen liittyviä häiriöitä. Niitä oli yhtä paljon sekä sijoitetuilla että biologisen äitinsä kanssa asuvilla lapsilla. - Lapsen kokema stressi erityisesti 4 ensimmäisen elinvuoden aikana sekä äidin jatkuva päihteiden käyttö heikensivät lapsen kognitiivista ja emotionaalista kehitystä. Äidin raskauden aikana saama psykiatrinen terapia sen sijaan edisti kehitystä. Vanhempien äitien lasten kehitys oli parempi kuin nuorten äitien. <b>B</b>
Fried ym. (1987)	TR=250 sikiöaikana tupakalle, marihuanalalle ja melko vähäiselle alkoholimäärälle altistuneet lapset 9 ja 30 päivän ikäisinä. Äidit olivat terveitä, valkoisia ja pääosin keskiluokkaisia VR=Ei varsinaista vertailuryhmää. Säännöllisesti marihuanaa käyttäneiden äitien (n=32) lapsia verrattiin lapsiin, joiden äidit eivät olleet käyttäneet marihuanaa lainkaan tai vain satunnaisesti (n=252).	Neurologiset oireet	Lapsen sukupuoli, rintaa-/puluoruokinta, ongelmat raskaudessa, altistuminen vihurirokolle, röntgensäteille tai ultraäänelle, kahvinjuonti, syntymäpaino, tulot, äidin koulutus, ikä, paino, painonnousu raskauden aikana sekä proteiinien ja kaloreiden saanti, muiden päihteiden käyttö.	- Marihuanalalle altistuneilla lapsilla oli lieviin vieroituseisiin rinnastettavia oireita: vapinaa ja säpsähtelyä. Lapsilla havaittiin myös vaikeutta tottua visuaalisiin äärsykkeisiin. <b>B</b>
Fried ym. (1992)	TR=Friedin ym. (1987) tutkimukseen osallistuneita lapsia tutkittiin 5 (n=135) ja 6 (n=137) vuoden ikäisinä. VR=Ei varsinaista vertailuryhmää. Marihuanan käyttöä mitaavassa jatkuvassa muuttujassa oli mukana ryhmä, joka ei ollut käyttänyt marihuanaa	Kognitiivinen kehitys ja kielten kehitys	Tulot, äidin paino raskausaikana, äidin ikä lapsen syntyessä, vanhempien koulutus ja yhdessä asuminen, kieli, lapsen sukupuoli, kotiympäristö, (HOME inventory), muiden päihteiden käyttö.	- Marihuanan käyttö raskausaikana ei ollut yhteydessä altistuneen lapsen kognitiiviseen kehitykseen eikä kielelliseen kehitykseen (McCarthy Scales of Children's Abilities). <b>B</b>

A=Pieni otos, B=Ei vertailuryhmää, C=Vertailuryhmä ei täysin vastaa tutkimusryhmää, D=Ympäristöä kuvaavia muuttujia ei ole käytetty selittävinä muuttujina analyysissä, E=p-arvot puuttuvat, F=Vertailuryhmä muuttunut seurannan aikana

Tutkimus	Tutkimusryhmä (TR) ja vertailuryhmä (VR)	Mitä tutkittiin	Analyyseissä huomioon otetut taustamuuttajat	Tulokset ja ongelmat
Fried ym. (1998)	TR=Friedin ym. (1987) tutkimukseen osallistuneita lapsia tutkittiin 9-12 vuoden ikäisinä (n=131) VR=Ei varsinaista vertailuryhmää. Marihuanan käyttöä mittaavassa jatkuvassa muuttujissa oli mukana ryhmä, joka ei ollut käyttänyt marihuanaa	Kognitiivinen kehitys	Tulot, äidin paino raskausaikana, äidin ikä lapsen syntymässä, vanhempien koulutus ja yhdessä asuminen, kieli, lapsen sukupuoli, kotiympäristö, (HOME-inventory), muiden päihteiden käyttö, äidin nykyinen marihuanan käyttö, persoonallisuus ja elämäntilanne, lapsen depressiivisyys ja ahdistuneisuus	- Sikioaikainen marihuana-altistus ei ollut yhteydessä älykkyyden kokonaistasoon tai verbaalista kykyä mittaaviin osatesteihin (WISC-III). - Marihuana-altistus heikensi suoriutumista tehtävissä, joissa vaadittiin impulssien kontrollointia sekä visuaalista analyysia ja hypoteesien testaamista. Yhteys näkyi myös WISC-testin osatesteissä, jotka vaativat näitä samoja ominaisuuksia. <b>B</b>
Goldschmidt ym. (2004)	Maternal Health Practices and Child Development Project (MHPCD) TR=606 marihuanalle ja/ tai alkoholille altistunutta 10-vuotiasta lasta VR=Marihuanan ja alkoholin käyttöä mittaavissa jatkuvissa muuttujissa oli mukana ryhmät, jotka eivät käyttäneet näitä aineita, ei muuta vertailuryhmää.	Koulumenestys	Lukuisten taustatekijöiden vaikutus otettiin huomioon. Muuttujia, jotka kuvasivat äidin päihteiden käyttöä, sekakäyttöä, äidin psykologista ja sosiaalista toimintakykyä, kotiympäristöä, lapsen depressiota ja ahdistuneisuutta sekä alisuoriutumista.	- Altistuminen yhdelle tai useammalle marihuanasavukkeelle päivässä ensimmäisen raskauskolmanneksen aikana oli yhteydessä heikkoon menestymiseen akateemista suoriutumista mittaavassa testissä (Wide Range Achievement Test-Revised (WRAT-R), alhaisiin lukemis- ja kirjoittamispistemääriin sekä alhaisiin opettajan antamiin arvioihin lapsen suoriutumisesta. Yhteys välittyi marihuana-altistuksen (ensimmäisellä raskauskolmanneksella) ja lapsen depressiivisyyden ja ahdistuneisuuden välisen yhteyden kautta. - Marihuana-altistus toisella raskauskolmanneksella oli yhteydessä luetun ymmärtämiseen ja alisuoriutumiseen. - Marihuana- ja alkoholiaitistuksella ei ollut yhteisvaikutusta, molemmilla oli itsenäimen yhteys akateemiseen suoriutumiseen. <b>B</b>

A=Pieni otos, B=Ei vertailuryhmää, C=Vertailuryhmä ei täysin vastaa tutkimusryhmää, D=Ympäristöä kuvaavia muuttujia ei ole käytetty selittävinä muuttujina analyyseissä, E=p-arvot puuttuvat, F=Vertailuryhmä muuttunut seurannan aikana

Tutkimus	Tutkimusryhmä (TR) ja vertailuryhmä (VR)	Mitä tutkittiin	Analyseissä huomioon otetut taustamuuttajat	Tulokset ja ongelmat
Gray ym. (2005)	Maternal Health Practices and Child Development Project (MHPCD) TR=633 marihuanaalle altistunutta lasta tutkittiin 10-vuotiaina. Osa äideistä käytti myös alkoholia ja tupakoi. VR=Ei varsinaista vertailuryhmää. Marihuanan käyttöä mitaavassa jatkuvaassa muuttujissa oli mukana ryhmä, joka ei ollut käyttänyt marihuanaa.	Depressiiviset oireet	Lukuisten taustatekijöiden vaikutus otettiin huomioon. Muuttujia, jotka kuvasivat äidin päihteiden käyttöä, äidin psykologista ja sosiaalista toimintakykyä ja kotiympäristöä.	- Marihuanan käyttö ensimmäisellä ja kolmannelle raskauskolmanneksella oli yhteydessä depressio-oireiden esiintymiseen 10 vuoden iässä. Yhteys säilyi muiden taustatekijöiden kontrolloinnin jälkeenkin. Myös äidin koulutustasolla, tupakoimilla (raskausaikana tai tutkimushetkellä) ja lapsen älykkyytasolla oli yhteys depressio-oireisiin. <b>B</b>
Kukko ja Halmesmäki (1999)	TR= 120 sikiöaikana huumeille altistunutta vastasyntyttää lasta. Enemmistö äideistä oli sekakäyttäjiä. Eniten käytetyt aineet olivat kannabis (87,5 %), amfetamiini (67,5 %) ja opiaatit (40,8 %). LSD:tä oli käyttänyt vain 5 äitiä ja kokaiinia yksi äiti. Ei mukana äitejä, joilla alkoholinkäyttö oli pääasiallinen päihdeongelma. VR=Ei varsinaista vertailuryhmää. Huumeiden käyttöä vähentämään pystyneitä (61 %) verrattiin niihin, jotka jatkoivat käyttöä koko raskauden ajan.	Arvioitiin hoito-ohjelman tehokkuutta pyrkimyksessä lopettaa tai vähentää raskaudenaikaista huumeidenkäyttöä ja sen vaikutusta syntävän lapsen terveydentilaan.	Ei taustatietoja.	- Suuri osa äideistä (61 %:ssa raskauksista) kykeni joko vähentämään huumeiden käyttöä tai lopettamaan käytön kokonaan, mikä paransi syntyneen lapsen ennustetta. - Ennenaikeisten synnytysten määrä oli pienempi sekä raskausviikkojen määrä ja syntymäpaino suurempi raskauksissa, joissa äiti kykeni vähentämään huumeiden käyttöä kuin raskauksissa, joissa äiti ei kyennyt vähentämään huumeiden käyttöä. - Myös normaalit synnytykset olivat yleisempiä ja vastasyntyneen vieroitusoireet harvinaisempia huumeiden käyttöä vähentäneiden ryhmässä. <b>B</b>

A=Pieni otos, B=Ei vertailuryhmää, C=Vertailuryhmä ei täysin vastaa tutkimusryhmää, D=Ympäristöä kuvaavia muuttujia ei ole käytetty selittävinä muuttujina analyseissä, E=p-arvot puuttuvat, F=Vertailuryhmä muuttunut seurannan aikana

Tutkimus	Tutkimusryhmä (TR) ja vertailuryhmä (VR)	Mitä tutkittiin	Analyseissä huomioon otetut taustamuuttajat	Tulokset ja ongelmat
LaGasse ym. (2002)	Maternal Lifestyles Study (MLS) TR=440 kokaiinille ja/tai opiaateille sikiöaikana altistunutta kuukauden ikäistä lasta. VR=588 verrokkilasta. Lapset olivat samasta tutkimusjoukosta kuin Badan ym. (2002) ja Lesterin ym. (2003) tutkimusten lapset.	Arvioitiin videoinnin avulla yhden kuukauden ikäisen lapsen syömisvaikeuksia ja äidin käyttäytymistä pulloruo-kintatilanteessa.	Samat muuttajat kuin Lesterin ym. (2003) tutkimuksessa + äidin depressio viimeisen kuukauden aikana ja synnytyksen määrä.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kokaiinille altistuneilla lapsilla ei ilmennyt syömisvaikeuksia. Opiaateille altistuneilla lapsilla imemisjaksot pitkiä. Heillä oli myös vähemmän taukoja imemisessä, enemmän syömisingelmeitä, ja he olivat ylirivittyneitä.</li> <li>- Kokaiinia käyttävät äidit olivat vähemmän läsnäolevia ja vastaanot-tavaisia lapsen viesteille kuin verrokkäidit. Sen sijaan opiaatteja käyttävät äidit olivat yliaktiivisia huolimatta siitä, olisiko lapsi tarvin-nut stimulaatiota syömiseensä vai ei. Sekakäyttäjät olivat todennä-köisimmin kaikkein epäsensitiivisimpiä lapsen tarpeille.</li> <li>- Osa syömisingelmistä johtui todennäköisesti vuorovaikutus-ongelmista. Lapsen yleistimulointi ja kontrollointi syömistilanteessa saattavat johtaa syömisen vaikeutumiseen, joka puolestaan voi johtaa heikkoon painonnoosuun ja konfliktiin äiti-lapsi-suhteessa.</li> </ul> <p style="text-align: right;"><b>C</b></p>
Lester ym. (2003)	Maternal Lifestyles Study (MLS) TR=477 kokaiinille ja/tai opiaateille altistunutta lasta. VR= 554 lasta, jotka eivät olleet altistuneet kokaii-nille tai opiaateille. Lapset olivat samoja kuin Badan ym. (2002) tutkimuksessa.	Auditorinen aivovaste yhden kuukauden iässä. Heijastaa keskusher-moston toiminnallista eheyttä.	Ikä, raskausviikot, syn-tymäpituus, -paino, pään ympärys, Apgar-pisteet, äidin sosioekonominen asema, rotu, ikä, si-viilisäätö, koulutus, vakuutus, raskau-denaikainen terveyden-huolto, alue, muiden päihteiden käyttö.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Runsaasti kokaiinia käyttäneiden äitien lapsilla sekä opiaatteja käyttäneiden äitien lapsilla oli enemmän aivotoiminnan häiriöitä kuin verrokkäitien lapsilla.</li> </ul> <p style="text-align: right;"><b>C</b></p>

A=Pieni otos, B=Ei vertailuryhmää, C=Vertailuryhmä ei täysin vastaa tutkimusryhmää, D=Ympäristöä kuvaavia muuttajia ei ole käytetty selittävinä muuttajina analyseissä, E=p-arvot puuttuvat, F=Vertailuryhmä muuttunut seurannan aikana

Tutkimus	Tutkimusryhmä (TR) ja vertailuryhmä (VR)	Mitä tutkittiin	Analyseissä huomioon otetut taustamuuttajat	Tulokset ja ongelmat
Messenger ym. (2004)	Maternal Lifestyles Study (MLS) TR=572 kokaiinille ja/tai opiaateille altistunutta lasta, joita seurattiin 3-vuotiaiksi (474 kokaiini, 50 opiaatti, 48 kokaiini+opiaatti). VR=655 lasta, jotka eivät olleet altistuneet kokaiinille tai opiaateille.	Kognitiivinen, motorinen ja käyttäytymisen kehitys	Lukuisia taustamuuttajia, mm. muiden päihteen käyttö, tupakointi, sosioekonominen asema, tulot, HOME-inventory, äidin psyykkiset oireet	- Kokaiini- tai opiaattialtistus ei ollut yhteydessä älylliseen, motoriseen tai käyttäytymisen kehitykseen syntymäpäivän ja kasvuympäristön riskitekijöiden kontrolloimisen jälkeen.
Richardson ym. (2002)	Maternal Health Practices and Child Development Project (MHPCD) TR=593 alkoholille tai marihuanalle altistunutta 10-vuotiaista lasta VR=Ei varsinaista vertailuryhmää. Marihuanan ja alkoholin käyttöä mitaavissa jatkuvissa muut-tujissa oli mukana ryhmä, joka ei ollut käyttänyt marihuanaa tai alkoholia.	Neuropsykologinen toimintakyky	Lukuisten taustatekijöiden vaikutus otettiin huomioon. Muuttujia, jotka kuvasivat äidin päihteen käyttöä, äidin psykologista ja sosiaalista toimintakykyä ja kotiympäristöä.	- Alkoholiaaltistuksella oli merkittävä negatiivinen yhteys oppimiseen ja muistiin. - Myös marihuana-altistuksella oli yhteys oppimiseen ja muistiin ja myös impulsivisuuteen. Yhteys säilyi muiden taustatekijöiden kontrolloinnin jälkeenkin.

**B**

A=Pieni otos, B=Ei vertailuryhmää, C=Vertailuryhmä ei täysin vastaa tutkimusryhmää, D=Ympäristöä kuvaavia muuttujia ei ole käytetty selittävinä muuttujina analyyseissä, E=p-arvot puuttuvat, F=Vertailuryhmä muuttunut seurannan aikana

## Kiintymyssuhde ja vuorovaikutus

Tutkimus	Tutkimusryhmä (TR) ja vertailuryhmä (VR)	Mitä arvioitiin?	Kiintymyssuhteen, vuorovaikutuksen ja kehityksen arvioinnissa käytetyt mittarit	Tulokset ja ongelmat
Burns ym. (1997)	TR= 10 äiti- lapsi-paria. Lapset olivat 8-12 kk ikäisiä. Äidit olivat käyttäneet kokaiinia raskausaikana. Äideistä 6 käytti myös alkoholia ja 7 marihuanaa. VR= 10 äiti-lapsi-paria. Äidit eivät käyttäneet huumeita. Vakioitu äidin ja lapsen iän sekä sosioekonomisen aseman suhteen.	Äidin ja lapsen välinen vuorovaikutus.	The Parent-Child Early Relational Assessment, videoitiin strukturoitu ja strukturoimaton leikkitalanne.	- Huumeita käyttävät äidit näyttivät nauttivan vähemmän vuorovaikutuksesta lapsen kanssa ja olivat epäsenstiivisempiä lapsen viesteille kuin verrokkäidit. - Huumeättien lapset olivat ilottomampia ja heillä oli vähemmän katsekontaktia äitiin kuin verrokkilapsilla.
Rodning ym. (1989)	TR= 18 sikiöaikana päihteille altistunutta 18 kuukauden ikäistä lasta. Kaksi äideistä oli käyttänyt raskausaikana pelkästään kokaiinia. Muut äidit olivat sekakäyttäjää. Käytyt aineet olivat kokaiini, herooini, metadoni, PCP, marihuana ja alkoholi. VR= 41 ennenaikaisesti syntyntä lasta. Vakioitu iän, sosioekonomisen aseman, emisen alkuperän ja yksinhuoltajuuden mukaan.	Älyllinen toimintakyky, leikin laatu ja kiintymyssuhteen turvallisuus	- Gesell and Bayley developmental scales - Äidin ja lapsen yhteisen leikkitalanteen arviointi - Strange Situation	- Lapsista 4 oli sukulaisten hoivissa, 6 sijoitettuna ja 8 asui biologisen äitinsä kanssa. Lasten diagnoosi ei käy ilmi tutkimuksesta. - Päihteille altistuneilla lapsilla oli huomattavan paljon muutoksia ensisijaisissa hoitajasuhteissa ensimmäisen elinvuoden aikana, ensimmäiseen jopa 8 muuosta, kun verrokeilla niitä ei ollut yhtään. - Lapsen kehitystä mittaavalla testillä päihteille altistuneet lapset saivat huomattavasti alhaisempia pisteitä kuin verrokki. - Leikit olivat erilaisia. Päihteille altistuneet lapset leikkivät harvemmin mielikuvitusleikkejä tai esittäviä leikkejä, joissa esimerkiksi kammataan tukkaa, sekoitetaan ruokaa kattilassa tai asetetaan nukke istumaan pöytään. Leikit olivat usein jäsenymättömiä. Niissä hajotettiin, hakattiin, nostettiin ja laitettiin takaisin leluja. Leikeistä puuttui pitkäjänteinen lelujen yhdistely ja utelias tutkiminen. - Päihteille altistuneista lapsista 61 % oli turvattomasti kiintyneitä lapsia. - Päihteille altistuneista lapsista 61 % oli turvattomasti kiintyneitä lapsia. - Kaikki äidit yhtä lukuun ottamatta jatkoivat päihteiden käyttöä lapsen syntymän jälkeen. Päihteiden käytön lopettaneen äidin lapsi oli turvallisesti kiintynyt. Sukulaisten hoidossa ja sijahoidossa elävien päihteille altistuneiden lasten joukossa oli yhtä paljon turvallisesti kiintyneitä lapsia kuin verrokkiesäkin. - Päihteille altistuneet lapset eivät juuri ilmaisseet tunteitaan ja ihmissuhteista puuttui mielihyvää ja ilo. Jäsenymättömyys leimasi kaikkia kehitysalueita, niin kognitiivista, sosiaalista kuin tunne-elämän kehitystäkin. - Turvallisesti ja turvattomasti kiintyneiden päihteille altistuneiden lasten kehitystestipistemäärissä ei ollut eroa. Turvallisesti kiintyneillä oli enemmän esittäviä leikkejä kuin turvattomasti kiintyneillä mutta kuitenkin vähemmän kuin verrokeilla.

A=Pieni otos, B=Ei vertailuryhmää, C=Ei tietoa lapsen diagnoosista



Tutkimus	Tutkimusryhmä (TR) ja vertailuryhmä (VR)	Mitä arvioitiin?	Kiintymyssuhteen, vuorovaikutuksen ja kehityksen arvioinnissa käytetyt mittarit	Tulokset ja ongelmat
Rodning ym. (1991)	TR=46 sikiöaikana PCP:lle altistunutta 15 kk ikäistä lasta. Äidit olivat käyttäneet huumeita usein ja läpi koko raskausajan. 80 % käytti myös alkoholia. VR= 39 lasta, joiden äidit eivät olleet käyttäneet PCP:tä tai kokaiinia raskausaikana. Äideistä 17 % käytti alkoholia. Lapset vakioitu iän, sosioekonominen aseman ja etnisen taustan mukaan.	Kiintymyssuhteen laatu, jäsentymätön kiintymyssuhde ja hoivaajan merkitys vuorovaikutussuhteessa.	- HOME Inventory, kun lapsi oli 3 kk ja 9 kk ikäinen. - Strange Situation (39 tutkimusryhmän ja 25 verrokkiryhmän lasta). - Lapset asuivat joko oman äitinsä kanssa, sukulaisperheessä ilman biologista äitiä tai sijaisperheessä.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sikiöaikana huumeille altistuneista lapsista suurin osa oli turvattomasti kiintyneitä ja monet luokiteltiin jäsentymättömästi kiintyneiden luokkaan. Erot vertailuryhmän lapsiin olivat huomattavat.</li> <li>- Huumeille altistuneiden lasten jäsentymätön käytös näkyi seuraavasti: katse saattoi olla tuijottava, lapsi vaelasi päämäärättömästi huoneessa, lapsi itki vanhemman perään mutta hänen palatesaan kääntyi pois päin hänestä, lapsi ei tehnyt eroa vanhemman ja vieraan välillä tai lapsi saattoi olla aggressiivinen vanhemmaa kohtaan ja hymyillä yhtä aikaa.</li> <li>- Kaikki lapset, joiden äidit jatkoivat huumeiden käyttöä lapsen syntymän jälkeen, olivat turvattomasti kiintyneitä. Puolet lapsista, joiden äidit olivat pystyneet lopettamaan huumeiden käytön, pystyi luomaan turvallisen kiintymyssuhteen äitiin.</li> <li>- Huumeiden käyttöä jatkaneiden äitien lapsilla oli enemmän hylkäämis- ja laiminlyöntikokemuksia kuin muilla lapsilla.</li> <li>- Huumeäidit myös kohtelivat lastaan epäsensitiivisemmin ja olivat vähemmän fyysisessä kontaktissa lapseen kuin muut äidit. Myös poikkeuksia suuntaan ja toiseen löytyi kaikista hoitajaryhmistä.</li> <li>- Köyhyys yksinään ei ollut yhteydessä siihen, miten sensitiivisesti lasta hoidettiin.</li> <li>- Lapset, jotka oli sijoitettu sijaisperheeseen tai sukulaisperheeseen ensimmäisen elinvuoden aikana, olivat yhtä turvattomasti kiintyneitä kuin biologisten äitiensäkin luona asuvat. Ehkä hoitajan vaihdoksen vaikutus kiintymyssuhteeseen ei näy vielä näin lyhyen tarkastelujaksos aikana.</li> </ul>
Seifer ym. (2004)	Maternal Lifestyles Study (MLS) TR=Kokaiinille tai opiaateille altistuneet lapset 18 kk iässä (N=336) ja 36 kk iässä (N=275) VR=Kokaiinille tai opiaateille altistumattomat lapset 18 kk iässä (N=524) ja 36 kk iässä (N=457). Lapset vakioitu iän, etnisen taustan ja raskausviikkojen mukaan.	Kiintymyssuhteen laatu	- Strange Situation 18 kk ja 36 kk iässä. - Mukana myös lapsen ominaisuuksia ja perhelähtöisiä kartoitettavia mittareita.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kokaiiniin ja opiaattien yhteisvaikutukselle altistuneet lapset olivat turvattomasti kiintyneitä hiukan useammin kuin muut lapset. Jäsentymätöntä kiintymystä ei kuitenkaan ollut enemmän kuin muissa ryhmissä. Vastustavasti kiintyneitä oli enemmän kuin välttelyvästi kiintyneitä.</li> <li>- Lapsen syntymän jälkeen jatkunut alkoholin käyttö oli yhteydessä turvattomaan sekä jäsentymättömään kiintymyssuhteeseen 18 kk iässä mutta ei 36 kk iässä. Kiintymyssuhteen jatkuvuus ensimmäisestä mittauskerrasta toiseen ei ollut kovin vahva. Ensimmäisellä mittauskerralla kiintymyssuhteen laatu oli yhteydessä lapsen temperamenttiin sekä lapsen ja aikuisen väliseen vuorovaikutukseen. Toisella mittauskerralla kiintymyssuhteen laatu oli yhteydessä lapsen temperamenttiin, lapsen käytösongelmiin ja kasvattajan isetuntoon.</li> </ul>

A=Pieni otos, B=Ei vertailuryhmää, C=Ei tietoa lapsen diagnoosista

## 2.4 Yhteenveto

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kertoa, mitä sikiöaikana alkoholille tai huumeille altistuneista lapsista tiedetään tutkimusten valossa, pohdita päihdealtistuksen ja varhaisten ihmissuhteiden vaikutusta lasten kehitykseen sekä arvioida aiempia tutkimuksia. Varhaisten ihmissuhteiden merkitystä lapsen kehitykselle käsiteltiin kiintymysteorian valossa. Tämä teoria on viime vuosikymmeninä vaikuttanut suuresti lasten kehitystä koskevaan tutkimukseen. Sen oletukset ovat myös sopusoinnussa viimeaikaisten aivotutkimusten tulosten kanssa, jotka osoittavat, että aivojen kehitys lapsen ensimmäisinä elinvuosina on kiinteässä yhteydessä niihin kokemuksiin, joita lapsi saa ollessaan vuorovaikutuksessa häntä hoivaavien ihmisten kanssa. Tutkimus on kuitenkin vielä alussa. Tarkkoja yhteyksiä varhaisen vuorovaikutuksen sekä aivojen ja lapsen persoonallisuuden kehityksen välillä ei tunneta.

Ensimmäiset FAS-lapset tunnistettiin 1960-luvun lopulla. Sen jälkeen sikiöaikana alkoholille altistuneita lapsia on tutkittu pääosin lääketieteen parissa. Tutkimukset ovat osoittaneet, että vakavin seuraus raskaudenaikaisesta alkoholinkäytöstä on lapsen syvä kehitysvammaisuus. Suurimmalla osalla lapsista vammat ovat kuitenkin lievempiä, ja alkoholin aiheuttama keskushermoston toimintahäiriö ilmenee eriasteisina keskittymiskyvyn, tarkkaavuuden ja oppimisen häiriöinä. Lisäksi alkoholi saattaa aiheuttaa epämuodostumia, sairauksia ja vammoja sekä poikkeavan ulkonäön.

Sikiöaikana huumeille altistuneita lapsia on tutkittu vähemmän kuin alkoholille altistuneita lapsia. Huumeille altistuneilla lapsilla on havaittu samantyyppisiä neuropsykologisia ongelmia kuin alkoholille altistuneillakin. Yhtä selvää yhteyttä äidin raskaudenaikaisen huumeidenkäytön ja kehitysvammaisuuden välillä kuin alkoholinkäytön ja kehitysvammaisuuden välillä ei ole kuitenkaan osoitettu.

Sikiöaikana alkoholille altistuneita lapsia koskevissa tutkimuksissa on hyvin vähän tarkasteltu kasvuympäristön merkitystä lasten kehitykselle. Tutkimuksia lukiessa saa kuvan, että ympäristön osuus psyykkisten ja sosiaalisen kanssakäymisen ongelmien synnyssä tunnustetaan. Sen sijaan lapsilla yleisiä tarkkaavuuden-, keskittymiskyvyn, oppimisen ja informaation prosessoinnin ongelmia pidetään yksinomaan sikiöaikaisen päihdealtistuksen seurauksena. Nykyinen tieto aivojen varhaiskehityksestä kuitenkin osoittaa, että varhaiset vuorovaikutuskokemukset vaikuttavat merkittävästi aivojen kehitykseen. Hoidon laiminlyönti ja pahoinpitely voivat johtaa pysyvästi heikentyneisiin kognitiivisiin kykyihin. Tällaiset kokemukset eivät ole mitenkään harvinaisia sikiöaikana alkoholille altistuneilla lapsilla. Siten kasvuympäristö todennäköisesti lisää entisestään neuropsykologisten oireiden ilmenemisen todennäköisyyttä. Sikiöaikana huumeille altistuneita lapsia koskevissa tutkimuksissa kasvuympäristön vaikutusta on arvioitu tarkemmin kuin alkoholille altistu-

neita lapsia koskevissa tutkimuksissa. Psykososiaalisilla tekijöillä on havaittu olevan merkittävä osuus lasten kehityksessä, mahdollisesti suurempikin kuin huumealtistuksella.

Vielä ei tarkkaan tiedetä, mitä aivojen osia alkoholi ja huumeet vaurioittavat. Alkoholi-altistuksen kuitenkin tiedetään häiritsevän normaalia aivosolujen tuotantoa ja liikkumista, mikä aiheuttaa rakenteellista poikkeavuutta aivoihin. Alkoholi-altistus heikentää myös viestien kulkemista aivoissa. Ei tiedetä myöskään sitä, miten varhainen vuorovaikutus vaikuttaa aivojen kehitykseen niillä lapsilla, joilla jo syntymässään on päihdealtistuksen aiheuttama keskushermostovaurio. Näyttää kuitenkin siltä, että nämä lapset ovat kypsyttömän keskushermostonsa vuoksi erityisen herkkiä ympäristön vaikutuksille.

Aivotutkimus osoittaa, että hoidon laiminlyönti, ympäristöärsykkeiden puute, pitkään jatkuva kaltoinkohtelu ja traumaattiset kokemukset aivojen varhaiskehityksen aikana voivat aiheuttaa poikkeavuutta aivojen rakenteisiin. Ensimmäisten ikävuosien aikana kehittyvät aivojen osat, joiden tehtävänä on tunteiden säätely ja stressinhallinta. Vuorovaikutuskokemukset vaikuttavat mm. näiden aivotointojen kehitykseen. Varhaisella vuorovaikutuksella on tutkimusten perusteella yhteyttä ainakin hermosoluliitosten säilymiseen ja syntymiseen, välittäjäaineiden toimintaan ja kortisolitasoon (Glaser, 2002).

Alkoholille altistuneesta vastasyntyneestä tiedetään, että hänen on kypsyttömän keskushermostonsa vuoksi vaikea tottua ympäristön ärsykeisiin. Vastaavia ongelmia on havaittu huumeille altistuneilla lapsilla. Päihteille altistunut lapsi tarvitsee erityisen vakaata, rauhallista ja ennakoitavaa hoivaa. Lapsi saattaa olla lisäksi monivammainen ja senkin vuoksi tarvitsee erityishoitoa. Vammaisuutensa, itkuisuutensa, ärtyisyytensä ja syömishäiriöidensä vuoksi vastasyntynyt on vaativa hoidettava. Hoivaaja saattaa pitää häntä hankalana ja rangaista häntä, mikä entisestään lisää lapsen stressiä. Lapsella voi vammaisuutensa vuoksi olla puutteita vuorovaikutustaidoissa, mikä myös vaikeuttaa hyvän vuorovaikutussuhteen syntymistä hänen ja hoivaajan välille.

Kehittäessään FAS- ja FAE-lapsille sopivaa neuropsykologista kuntoutusta Valkonen (2003) piti itsesäätelyä näiden lasten keskeisimpänä ongelmana ja tähtäsi kuntoutuksessa itsesäätelytaidon kehittämiseen. Bradley (2000) ja Schore (2003) pitivät kyvyttömyyttä tunteiden säätelyyn ratkaisevana tekijänä psyykkisten ongelmien syntymisessä ja säilymisessä. Tunteiden säätelykyky alkaa kehittyä ensimmäisten elinvuosien aikana. Tällöin alkaa Glaserin (2002) mukaan ontogeneettinen prosessi, jossa minä kehittyy itsesäätelyn kautta. Minän organisoituminen on Rodningin ym. (1989) mukaan yksi varhaislapsuuden tärkeistä kehitystehtävistä. Minän organisoituminen ilmenee aloitteellisuudessa, itsehillinnässä, suunnitelmallisen toiminnan loppuun saattamisessa sekä itsesäätelyssä, mikä vaatii kykyä erottaa ja tulkita omaa ja muiden käytöstä. Näyttää siltä, että päihteille altistuneilla lapsilla jo syntymässä oleva keskushermoston toimintahäiriö yhdessä vaikeiden varhaisten vuorovaikutuskokemusten kanssa käynnistää prosessin, jonka lopputuloksena lapsen on vaikea muodostaa jäsenyyttä kuvaa itsestään ja säädellä käyttäytymistään.

Ensimmäiset ikävuodet ovat lapsen kehityksen kannalta äärimmäisen tärkeitä. Tällöin luodaan perusta lapsen persoonallisuuden kehitykselle. Ilman turvallisia ja pysyviä aikuissuhteita lapsen on vaikea kehittyä suotuisasti. Jotta turvallinen kiintymyssuhde voisi muodostua lapsen ja äidin tai muun häntä hoivaavan aikuisen välille, hoivaajan on kyettävä tulkitsemaan oikein lapsen viestejä ja vastattava hänen tarpeisiinsa. Varhainen vuorovaikutus luo lapselle kuvan siitä, ottavatko muut hänen tarpeensa huomioon ja miten ihmissuhteet ylipäätään toimivat. Tällöin luodaan pohja lapsen itsetunnolle, kokeeko hän itsensä rakkauden ja huolenpidon arvoiseksi. Samalla luodaan pohja myös sille, miten lapsi toimii tulevissa ihmissuhteissaan. Lapsi luo sisäiset mallit omista ja muiden ominaisuuksista ja siitä, miten ihmissuhteet toimivat. Nämä mallit säätelevät tarkkaavuutta, muistia, tunteiden aktivoitumista ja toimintaa sosiaalisissa tilanteissa. Sisäiset mallit kehittyvät jo ensimmäisen elinvuoden aikana, ja niitä on vaikea, joskaan ei mahdotonta, muuttaa myöhemmin.

Jos lapsen viestejä ei tulkita oikein ja ympäristöstä puuttuu johdonmukaisuus ja ennustettavuus, todellisuus, havainnointi ja informaation organisointi vääristyvät. Lapsi ei opi ymmärtämään omia ja muiden ihmisten tunteita ja käyttäytymistä. Tällöin hän ei myöskään opi tunnistamaan, käsittelemään ja säätelemään omia tunteitaan eikä ratkomaan sisäisiä ristiriitojaan. Näin psyykkisten häiriöiden todennäköisyys kasvaa.

Kiintymyssuhteen turvallisuus on yhteydessä myös kognitiiviseen kehitykseen. Aivotutkimus osoittaa, että varhainen vuorovaikutus on yhteydessä aivojen kehitykseen. Turvallinen kiintymyssuhde edistää kognitiivista kehitystä myös tarjoamalla turvallisen perustan ympäristön tutkimiselle, lisäämällä oppimismotivaatiota ja lapsen uskoa omiin kykyihinsä sekä antamalla emotionaalista vakautta, jotta lapsen on mahdollista keskittyä oppimiseen.

Yhdistämällä tieto päihdealtistuksen aiheuttamista ongelmista lapsen aivotoiminnalle sekä tieto varhaisen vuorovaikutuksen merkityksestä lapsen kehitykselle voidaan ymmärtää niitä monia ongelmia, joita päihteille altistuneet lapset tutkimusten ja heidän kasvattajiensa kokemusten perusteella kohtaavat elämässään. Usein mainittuja ongelmia ovat tarkkaavuuden-, keskittymiskyvyn ja informaation prosessoinnin ongelmat, oppimisongelmat, jäsentymätön käytös, valikoimaton ystävällisyys, vaaran tajun puute sekä psyykkiset ja sosiaalisen kanssakäymisen ongelmat. Tutkimukset osoittavat, että näitä ongelmia voidaan ymmärtää sekä päihdealtistuksen aiheuttamasta keskushermostohäiriöstä että varhaisen vuorovaikutuksen häiriöistä käsin.

Sikiöaikana alkoholille tai huumeille altistuneiden lasten vanhempien elämäntilanne on yleensä hyvin vaikea. Monet ovat olleet itse laiminlyötyjä lapsia. Äiti ei ole kyennyt lopettamaan päihteiden käyttöönsä raskausaikana, ja usein lapsen isäkin on päihderiippuvainen. On epätodennäköistä, että ilman yhteiskunnan ja lähiverkoston tukea perhe kykenee antamaan lapselle kyllin hyvää hoivaa. Neurologisesti sairaat lapset voivat joutua muita helpommin vanhempien pahoinpitelemiksi (Pipp-Siegel ym., 1999, 43). Tutkimukset osoittavat

myös, että päihdeongelmaisten vanhempien on vaikea asettaa lapsen tarpeita omiensa edelle tai ylipäättään vaikea havaita lapsen tarpeita, viestejä ja vastata niihin. Juuri nämä ovat kriittisiä tekijöitä, jotta lapsen ja vanhemman välinen kiintymyssuhde muodostuisi turvalliseksi. Nämä seikat ovat olennaisia myös lapsen aivojen kehityksen kannalta.

# 3 Kvantitatiivinen tutkimus

## 3.1 Tutkimuksen toteutus

### 3.1.1 Tutkimuksen tarkoitus, hypoteesit ja tutkimusasetelma

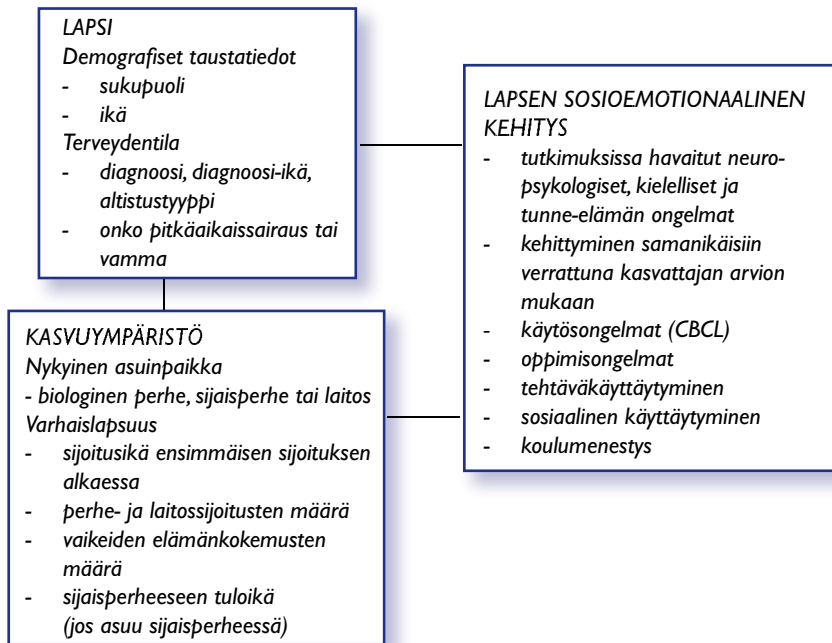
Tutkimuksen tarkoituksena oli

1. kartoittaa sikiöaikana alkoholille ja/tai huumeille altistuneiden lasten kasvuympäristöä, fyysistä ja sosioemotionaalista kehitystä sekä
2. arvioida kasvuympäristön vaikutusta lasten sosioemotionaaliseen kehitykseen.

Hypoteesit:

1. Lapsen sosioemotionaalinen kehitys on sitä parempi, mitä nuorempana hänet on sijoitettu sijaisperheeseen.
2. Lapsen sosioemotionaalinen kehitys on sitä heikompi, mitä useampia sijoituksia hän on joutunut kokemaan.
3. Lapsen sosioemotionaalinen kehitys on sitä heikompi, mitä enemmän vaikeita elämäkokemuksia hän on joutunut kokemaan.
4. Alkoholille altistuneet lapset ovat vakavammin vaurioituneita kuin huumeille altistuneet lapset.
5. Turvaton kasvuympäristö lisää tunne-elämän ja sosiaalisten ongelmien lisäksi myös neuropsykologisten ongelmien syntymisen todennäköisyyttä
6. Diagnoosin saaminen varhaisella iällä edistää lapsen hyvinvointia.
7. Sosioemotionaalisia ongelmia on enemmän lievemmin vaurioituneilla (diagnosoimattomat, FAE-lapset) kuin vakavammin vaurioituneilla lapsilla (FAS-lapset).  
Tämänsuuntaisia tuloksia on saatu aiemmissa tutkimuksissa.

Tutkimuksessa kuvaillaan ensin päihteille altistuneiden lasten elämää ja kehitystä ja sen jälkeen analysoidaan tekijöitä, jotka edistävät tai heikentävät lasten sosioemotionaalista kehitystä. Kuviossa 1. esitetään hahmotelma tutkimuksen muuttujista.



Kuvio 1. Tutkimuksen muuttujat.

### 3.1.2 Aineiston keruu

Tutkimusaineistona olivat Helsingin sosiaaliviraston lastensuojelun asiakkaina vuoden 2002 keväällä olleet vuonna 1986 ja myöhemmin syntyneet lapset, jotka olivat sosiaalityöntekijän tiedon mukaan altistuneet alkoholille ja/tai huumeille sikiöaikana. Lapset olivat tutkimushetkellä siis pääosin 0-15-vuotiaita. Alkuvuodesta syntyneet olivat ehtineet täyttää 16 vuotta.

Tutkittavien poimintaa varten pyysin sosiaalivirastoa nimeämään yhdyshenkilön. Hänen kanssaan suunnittelin, miten tutkimukseen kuuluvien lasten tiedot kerätään sosiaalityöntekijöiltä. Mukaan kuuluivat sosiaalityöntekijät, jotka toimivat lastensuojelun avohuollossa, sijaishuollossa, kehitysvammahuollossa ja/tai erityispäivähoidossa. Yhdyshenkilö pyysi näiden toimialojen johtavia sosiaalityöntekijöitä ilmoittamaan minulle toimistossaan työskentelevien sosiaalityöntekijöiden nimet ja yhteystiedot.

Kun olin saanut tiedot sosiaalityöntekijöistä, annoin jokaiselle tunnusnumeron. Lähetin kullekin sosiaalityöntekijälle 10 perustietolomaketta (ks. Koponen, 2005a), joihin olin merkinnyt hänen tunnusnumerosa. Pyysin sosiaalityöntekijää täyttämään perustietolomakkeen jokaisesta tutkimukseen kuuluvasta lapsesta, joka oli hänen asiakkaanaan tutkimushetkellä ja numeroimaan nämä lapset ykkösestä alkaen. Jos hänen asiakkaanaan ei ollut yhtään

tällaista lasta, pyysin häntä kuitenkin täyttämään yhteen lomakkeeseen yhteystietonsa ja ruksaamaan kohdan, jossa kerrotaan, että hänen asiakkaanaan ei ole tällaisia lapsia. Sosiaalityöntekijälle ja lapselle annetun numeron avulla pystyin yhdistämään sosiaalityöntekijältä ja lapsen kasvattajalta saamani tiedot. Yhdellä sosiaalityöntekijällä oli enimmillään 7 sikiöaikana päihteille altistunutta lasta asiakkaanaan. Kyselylomaketiedot kerättiin niin, että lasten ja heidän vanhempiansa tai muiden kasvattajiensa henkilötiedot eivät tulleet minun tietooni.

Kun olin saanut perustietolomakkeen lapsesta, tiesin minkä ikäinen tämä lapsi oli, ja osasin sillä perusteella lähettää sosiaalityöntekijälle oikeanlaisen jatkolomakkeen (ks. Koponen, 2005a), jonka hän postitti lapsen kasvattajalle. Lomakkeita oli 6 erilaista sen mukaan, asuiko lapsi biologisessa perheessä, sijaisperheessä vai laitoksessa ja oliko hän alle kouluikäinen vai kouluikäinen. Lomakkeiden kysymykset olivat pääosin samoja, mutta ne esitettiin lapsen ikään ja vastaajalle sopivassa muodossa.

Kasvattajalle tarkoitetun lomakkeen täytti aikuinen, jonka luona lapsi asui tutkimushetkellä eli lapsen ensisijainen kasvattaja. Vastaaja saattoi siis olla sijaisvanhempi, biologinen vanhempi tai lapsen omahoitaja laitoksessa. Kyselylomakkeen lopussa tiedustelin, oliko vastaaja halukas osallistumaan jatkotutkimukseen, jos myöhemmin olisi tarvetta haastatella häntä.

Perustietolomakkeella sain tiedot 93 sikiöaikana alkoholille ja/tai huumeille altistuneesta lapsesta. Sosiaalityöntekijöiden vastausprosentti oli 71 % ja vaihteli toimistoittain 20-100 % välillä. Kasvattajalomakkeen kokonaisvastausprosentti oli yhden karhukyselyn jälkeen 56. Biologisista vanhemmista vastasi vain kaksi 18:sta. Sijaisperheiden vastausprosentti oli 70 ja omahoitajien 60.

Huumeille altistuneita lapsia oli tutkimuksessa niin vähän, että heistä en pystynyt tekemään katoanalyysiä. Suurin osa alkoholille altistuneista lapsista asui sijaisvanhempien luona, ja heidän osaltaan oli mahdollista analysoida katoa. Vastaamiseen tai vastaamatta jättämiseen ei vaikuttanut lapsen sukupuoli, ikä, asuinlääni, asumisaika sijaisperheessä, diagnoosi tai se, oliko lapsella jokin neuropsykologinen, kielellinen tai tunne-elämän häiriö vai ei. Sen sijaan sijaisvanhemmat, joiden sijaislapsella oli jokin lääkärin toteama pitkäaikaissairaus tai vamma, vastasivat useammin (91 %) kuin ne, joiden sijaislapsi oli fyysisesti terve (63 %). Tutkimukseen valikoituivat kaikkein varmimmat tapaukset, ne lapset, joiden päihdealtistuksesta ei ollut epäselvyyttä. Tutkimukseen valikoituivat todennäköisimmin myös ne lapset, joiden kasvattajien kanssa sosiaalityöntekijöillä ei ollut sen laatuista ongelmia, että tutkimus olisi vaarantanut yhteistyön. Näyttää myös todennäköiseltä, että biologisessa kodissa asuvat lapset ovat aliedustettuina tutkimuksessa. Osa sosiaalityöntekijöille ja kasvattajille esitetyistä kysymyksistä oli samoja. Siten tietojen yhtäpitävyyttä oli mahdollista vertailla. Tietojen yhtäpitävyys oli 67-96 %, mitä voi pitää hyvänä. Katoa, tutkimusjoukon edustavuutta ja tulosten luotettavuutta koskevat analyysit on esitetty väitöskirjan 2. osassa (Koponen 2005a).



### 3.1.3 Tutkimusmenetelmät

Analyysit tein SPSS 11.0-ohjelmalla. Frekvenssien välisten erojen testauksessa käytin Khii<sup>2</sup>-testiä ja Fisherin Exact-testiä. Korrelaatioita laskiessa käytin Pearsonin korrelaatiokerrointa. Keskiarvojen testauksessa käytin sekä parametrisia että parametrittomia testejä: varianssianalyysi, t-testi, Mann Whitney-testi ja Kolmogorov-Smirnov-testi. Vinosti jakautuneet muuttujat, pienet otoskoot sekä luokittelu- ja järjestysasteikolliset muuttujat edellyttävät yleensä parametrittomien testien käyttöä. Kuitenkin Nummenmaan ym. (1997, 77) mukaan jakauman normaalisuusoletuksesta voidaan kohtuullisesti poiketa ilman vakavia seurauksia johtopäätösten kannalta. Järjestykseen perustuvan parametrittoman tekniikan heikkous on se, että siinä tulee paljon samoja järjestysnumeroita, sidoksia, jotka vievät tehoa analyysistä ja vähentävät tilastollista voimakkuutta. Tällöin ryhmien väliset erot eivät tule tehokkaasti esiin. (Erkki Komulainen, keskustelu). Useiden muuttujien välisten yhteyksien tarkastelussa käytin lineaarista regressioanalyysiä tai monisuuntaista varianssianalyysiä. Siinä otettiin huomioon muuttujien yhteisvaikutus ennen niiden omavaikutusten tarkastelua. Tilastollisen merkitsevyyden rajana oli 0.05.

Käytösongelmien mittauksessa käytin Achenbachin (1991) CBCL-mittaria (Cronbachin alpha = 0.94). Kasvattajalomakkeen kysymykset olen pääosin ottanut Lahikaisen ym. (1995) tutkimuksesta. Käytin samoja kysymyksiä, jotta tuloksia olisi mahdollista verrata normaalipopulaatioon kuuluvien lasten tuloksiin.

### 3.1.4 Lasten taustatiedot

Sosiaalityöntekijöiden täyttämiltä lomakkeilta sain perustiedot lapsista. Heistä 52 % oli poikia ja 48 % tyttöjä. Kaikki lapset olivat syntyperältään Suomen kansalaisia. Suurin osa (74 %) asui Etelä-Suomen läänissä, 16 % Länsi-Suomen ja 9 % Itä-Suomen läänissä. Lapsista 63 oli altistunut alkoholille, 15 sekä alkoholille että huumeille ja 15 pelkästään huumeille. Useimmin käytetyt huumeet olivat amfetamiini ja kannabis. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Huumeille altistuneet lapset äidin käyttämän huumausaineen mukaan.

Huumausaine	Alkoholille ja huumeille altistuneet lapset	Pelkästään huumeille altistuneet lapset
	n	n
Kannabis + amfetamiini + heroini	1	0
Amfetamiini + heroini	0	1
Kannabis + heroini	1	0
Heroini	0	1
Amfetamiini + hasis	0	2
Amfetamiini	4	6
Kannabis	4	1
Buprenorfiini	0	1
Ei tiedossa	5	3
Yht.	15	15

Pelkästään huumeille altistuneet lapset olivat nuorimpia ja pelkästään alkoholille altistuneet lapset vanhimpia. Alkoholille altistuneista lapsista 29 %, sekakäytölle altistuneista lapsista 53 % ja pelkästään huumeille altistuneista lapsista 67 % oli alle kouluikäisiä. (Taulukko 4). Lapsen ikä on se ikä, jonka hän täytti vuonna 2002. Kahdeksan vuotta täyttäneet olivat aloittaneet koulunkäynnin edellisenä syksynä.

Suurin osa (69 %) alkoholille altistuneista lapsista oli sijoitettu joko sijaisperheeseen tai ammatilliseen perhekotiin, 14 % asui laitoksessa ja 17 % biologisten vanhempiensa kanssa. Huumeille altistuneista lapsista suurin osa asui biologisessa perheessä. Heistä 2 asui molempien biologisten vanhempien kanssa, 8 biologisen äidin kanssa ja 5 sijaisperheessä. (Taulukko 4). Vain 5 tutkimukseen tulleista lapsista oli sijoitettu perheeseen, jossa jompikumpi tai molemmat sijaisvanhemmat olivat sukua lapselle.

Taulukko 4. Sikiöaikana päihteille altistuneiden lasten ikä ja asuinpaikka vuonna 2002.

Ikä	Alkoholi-altistus		Alkoholi+huumealtistus		Huumealtistus		Yht.	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0-3 v.	7	11,1	2	13,3	6	40,0	15	16,1
4-7 v.	11	17,5	6	40,0	4	26,7	21	22,6
8-11 v.	20	31,7	4	26,7	3	20,0	27	29,0
12-16 v.	25	39,7	3	20,0	2	13,3	30	32,3
Yht.	63	100	15	100	15	100	93	100

$\chi^2=13,3$ ,  $df=6$ ,  $p=.039$

Asuinpaikka	Alkoholi-altistus		Alkoholi+huumealtistus		Huumealtistus		Yht.	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Molempien biologisten vanhempien kanssa	8	12,7	1	6,7	2	13,3	11	11,8
Biologisen äidin kanssa	2	3,2	2	13,3	8	53,3	12	12,9
Sijaisperheessä	40	63,5	10	66,7	5	33,3	55	59,1
Ammatillisessa perhekodissa	3	4,8	1	6,7	0	0,0	4	4,3
Laitoksessa	10	15,9	1	6,7	0	0,0	11	11,8
Yht.	63	100	15	100	15	100	93	100

$\chi^2=29,9$ ,  $df=8$ ,  $p=.000$

Jatkossa alkoholille altistuneita lapsia analysoidaan omana ryhmänään ja pelkästään huumeille altistuneita omanaan.

## 3.2 Tulokset alkoholille altistuneista lapsista

### 3.2.1 Lasten terveydentila, kehitysongelmat ja kuntoutus

#### Diagnoosi

Yli puolella lapsista oli sosiaalityöntekijöiden antaman tiedon mukaan FAS-diagnoosi ja neljänneksellä FAE-diagnoosi. Kaksi lasta oli saanut ensin FAS-diagnoosin ja muutaman vuoden kuluttua FAE-diagnoosin. Jatkoanalyysissä nämä kaksi lasta kuuluvat FAE-diagnoosin saaneiden luokkaan. Viidennekseltä diagnoosi puuttui kokonaan. Diagnosoimattomat olivat useammin sekakäytölle altistuneita kuin pelkästään alkoholille altistuneita. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Alkoholille altistuneiden lasten diagnoosit (%).

	Pelkkä alkoholi- altistus		Alkoholi+ huume- altistus		Yht.	
	n	%	n	%	n	%
FAS	38	60,3	3	20,0	41	52,6
FAE	16	25,4	4	26,7	20	25,6
Ei diagnoosia	9	14,3	8	53,3	17	21,8
Yht.	63	100	15	100	78	100

$$\chi^2=12,2, df=2, p=.002$$

Diagnoosi oli annettu keskimäärin 2 vuoden iässä (keskihajonta 2 vuotta). Aikaisimmillaan diagnoosi oli annettu alle vuoden iässä ja myöhäisimmillään vasta 9 vuoden iässä. Diagnosoimattomista vain 35 % oli kouluikäisiä, kun taas FAS-diagnoosin saaneista 73 % ja FAE-diagnoosin saaneista 80 % oli kouluikäisiä,  $\chi^2(2, n=78)=9.910, p=.007$ .

Diagnoosin saaneita oli enemmän sijoitettujen (83 %) kuin biologisessa kodissa asuvien lasten (54 %) joukossa,  $\chi^2(1, n=78)=5.43, p=.02$ . Ero johtuu todennäköisesti lähes täysin siitä, että sijoitetut lapset olivat vanhempia, joten heistä useammat on ehditty diagnosoida. Kasvattajien antamien tietojen mukaan alle 7-vuotiaista kukaan ei tiennyt alkoholialtistuksestaan, mutta 7 vuotta täyttäneistä enemmistö (68 %) oli tietoinen asiasta (n=46).

#### Somaattiset sairaudet ja vammat

Lääkärin toteama somaattinen sairaus tai vamma oli melkein puolella alkoholille altistuneista lapsista. Lapsista 53 %:lla ei ollut sairautta tai vammaa, 26 %:lla oli yksi ja 21 %:lla kaksi tai useampi sairaus tai vamma. Pelkästään alkoholille altistuneista lapsista 51 %:lla ja sekakäytölle altistuneista 33 %:lla oli so-

maattinen sairaus tai vamma, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä,  $\chi^2(1, n=74)=1,472, p=.225$ . Yleisimpiä olivat sydänviat, silmään ja näköön liittyvät sairaudet tai vammat sekä erilaiset epämuodostumat. Kehitysvammaisia oli 4, joista yksi oli syvästi kehitysvammainen. Hänellä oli syntyessään aineenvaihdunnan sairaus, mikä aiheutti vakavan aivovaurion aivojen hapen ja ravinnon puutteen seurauksena, kun lapsi oli muutaman kuukauden ikäinen. Keskivaikeasti kehitysvammaisella lapsella oli kromosomipoikkeavuus. Toinen lievästi kehitysvammainen lapsi oli syntynyt keskosena, ja hänellä oli myös CP-vamma. Kehitysvammaisista lapsista kolme oli altistunut pelkästään alkoholille ja yksi sekakäytölle. (Taulukko 6).

Taulukko 6. Alkoholille altistuneilla lapsilla esiintyneet sairaudet ja vammat yleisyyden mukaan.

Lääkärin toteama sairaus tai vamma	n
Sydänvika	9
Karsastus	8
Astma	7
Kehitysvamma (lievä 2, keskivaikea 1, syvä 1)	4
Kita-/suulakihalkio	4
Raajavamma (raajojen jäykkyys, akillesjänteen kireys)	3
Allergia	3
Keuhkosairaus	2
Heikentynyt näkö (toisella häirtä-aste 100 %)	2
Alentunut kuulo	2
Kasvuongelmia (lyhytkasvuisuus, kasvuhormonin puute)	2
CP-vamma	2
Epilepsia	2
Nikamapoikkeavuus	2
Selkävamma (tukikorsetin vaativa skolioosi, rintarangassa kyfoosi)	2
Lihashyökköus	1
Vartalohypotonia	1
Toinen munuainen puuttuu	1
Vääristyneet sormet	1
Migreeni	1
Nivelten yliojentuvuus	1
Krooninen virtsatietulehdus	1
Hammasvaurio	1
Roikkuvat luomet	1
Liimakorva	1
Neurofibramotoosigeeni	1

Yli puolella (55 %) FAS-lapsista oli lääkärin toteamia sairauksia ja vammoja, FAE-lapsista 44 %:lla ja diagnosoimattomista 31 %:lla. Erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitsevät,  $\chi^2(2, n=74)=2.66, p=.264$ . Erot johtuvat osittain iästä, sillä kouluikäisistä 58 %:lla oli havaittu jokin sairaus tai vamma ja alle kouluikäisistä vain 25 %:lla,  $\chi^2(1, n=74)=7.084, p=.008$ . Sijoitetuilla ja biologisessa kodissa asuvilla sairauksia tai vammoja oli yhtä paljon,  $\chi^2(1, n=74)=0.01, p=.928$ .

FAS-diagnoosin kriteereihin kuuluu, että lapsella on kasvuhäiriö ja tyyppilliset kasvonpiirteet, jotka johtuvat kasvuhäiriöstä. Joiltain lapsilta kuitenkin puuttui maininta ulkonäön poikkeavuudesta. Noin 90 %:lla FAS- ja FAE-lapsista ilmoitettiin olevan jokin ulkoinen poikkeama, useimmiten tyyppilliset kasvonpiirteet (78 %). Diagnosoimattomista lapsista vain joka neljännellä mainittiin olevan jokin ulkoinen poikkeavuus,  $\chi^2(2, n=76)=27.04, p=.000$ .

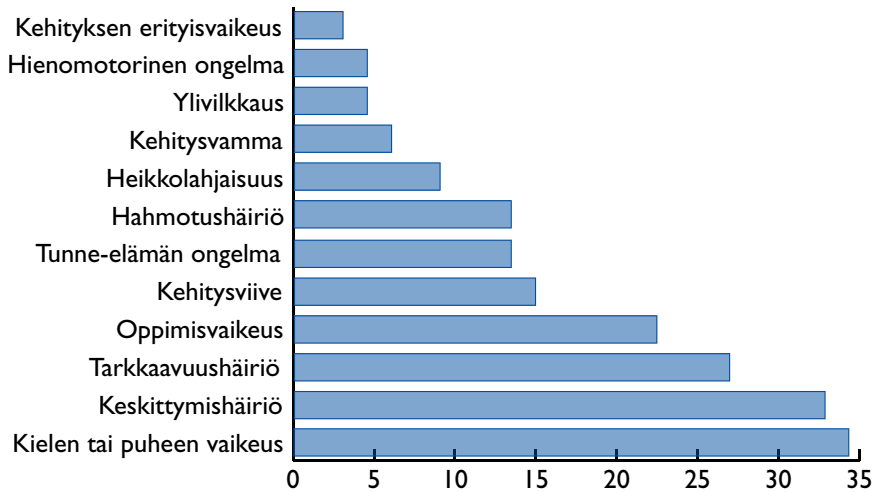
## Kehitysongelmat

Alkoholille altistuneista lapsista 90 % oli ollut neuropsykologin tai psykologin tutkimuksissa. Kouluikäisistä kaikki ja alle kouluikäisistä 68 % oli tutkittu. Suurimmalla osalla (73 %) tutkituista (n=67) havaittiin jokin neuropsykologin toimintavaikeus, 34 %:lla kielellisen kehityksen häiriö ja 13 %:lla tunne-elämän häiriö. Yksittäiset kehitysongelmat olen ilmoittanut niillä nimikkeillä, joita sosiaalityöntekijät ja/tai kasvattajat ovat käyttäneet kyselylomakkeissa.

Neuropsykologisiin toimintavaikeuksiin tässä luettiin seuraavat kehitysongelmat: tarkkaavuusongelma, keskittymiskyvyn ongelma, ylivilkkaus, oppimisvaikeus (esim. vaikeudet matemaattisissa tai kielellisissä tehtävissä, lukemaan oppimisessa), yleinen kehitysviivästymä, kehitysvamma, heikkolahjaisuus, hahmotushäiriö (hahmotushäiriöt, vaikeudet ohjeiden ymmärtämisessä tai toiminnanohjauksessa), hienomotorinen ongelma ja kehityksen erityisvaikeus. Kielen ja puheen vaikeuksiin kuuluivat esim. viivästymät puheen kehityksessä, artikuloitvirheet, luki-tyyppiset häiriöt, nimeämisongelmat ja dysfasia. Tunne-elämän häiriöihin luettiin se, jos lapsi oli ollut psykiatrisessa hoidossa tai hänellä oli havaittu emotionaalisia ongelmia kuten kiintymyssuhdehäiriö, vaikeuksia tunteiden hallinnassa tai ilmaisemisessa, valtava aikuisen kaipuu tai poikkeavan suuri turvattomuuden tunne.

Kehitysvammaksi luettiin ne, jotka olivat saaneet kehitysvammadiagnoosin. He olivat mukana myös somaattisesti sairaiden ryhmässä, joten luokat eivät sulje pois toisiaan. Usein varsinkin vaikeisiin kehitysvammoihin liittyy myös somaattinen vamma. Tässä aineistossa kehitysvammaisia oli neljä, joista kahdella mainittiin olevan jokin somaattinen sairaus tai vamma. Vastaajat mainitsivat, että kehitysvamma oli havaittu sekä lääkärin tutkimuksissa että neuropsykologin tai psykologin tutkimuksissa.

Yksittäisistä kehitysongelmista useimmin mainittiin kielen ja puheen vaikeudet ja sen jälkeen keskittymis-, tarkkaavuus- ja oppimishäiriöt, joiden on myös aiemmissa tutkimuksissa havaittu olevan tyypillisiä alkoholille altistuneiden lasten ongelmia. Kehitysvammaisia lapsia oli aineistossa vain 4, mutta heikkolahjaisuutta oli 9 %:lla ja kehitysviivettä 15 %:lla. Luvut eivät summaudu sataan prosenttiin, sillä yhdellä lapsella saattoi esiintyä useampia kehitysongelmia. (Kuvio 2)



Kuvio 2. Alkoholille altistuneilla lapsilla neuropsykologisissa, psykologisissa tai lääkärin tutkimuksissa havaitut neuropsykologiset, kielelliset ja tunne-elämän ongelmat (%; n=67).

Vaikeimmin vammautuneilla lapsilla oli monia sairauksia ja kehityshäiriöitä. Esimerkkinä voi mainita tytön, jolla oli nivelten yliojentuvuutta, tukikorsetin vaativa skolioosi, kaksi kertaa leikattu sydänvika; henkinen jälkeenyjäneisyys, josta seurasi oppimishäiriöitä; yökastelu ja hormonipistoshoidon vaativa puberteetti sekä erittäin selkeät FAS-lapsen piirteet.

Toinen vaikeimmin vammautuneista lapsista oli tyttö, jolla oli heikentynyt näkö (haitta-aste 100 %), alentunut kuulo, toinen munuainen puuttui, lihakset olivat heikot, sormet vääristyneet, ja lisäksi hänellä oli nikamapoikkeavuutta, astma, hahmotushäiriö, FAS-piirteet kasvoissa, roikkuluomet, ja hän oli myös pienikokoinen.

Pelkästään alkoholille altistuneista lapsista 82 %:lla ja sekakäytölle altistuneista lapsista 73 %:lla oli jokin tutkimuksissa todettu neuropsykologinen, kielellinen tai tunne-elämän häiriö. Ryhmien välinen ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä,  $\chi^2(1, n=67)=0.521, p=.470$ .

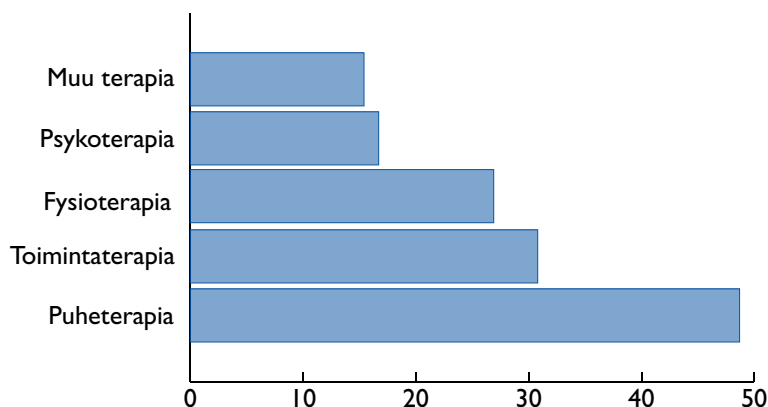
FAS-lapsista 84 %:lla, FAE-lapsista 88 %:lla ja diagnosoimattomista 62 %:lla oli jokin neuropsykologinen, kielellinen tai tunne-elämän ongelma. Erot eivät olleet tilastollisesti merkitsevät,  $\chi^2(2, n=67)=3.824, p=0.148$ . Sijoitetuilla lapsilla ja biologisessa kodissa asuvilla lapsilla kehityshäiriöiden määrässä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa,  $\chi^2(1, n=67)=0.457, p=.499$ .

### Kuntoutus

Alkoholille altistuneista lapsista 71 % (n=78) oli sosiaalityöntekijän ja/tai kasvattajan mukaan saanut jotain terapiaa. Ikä luonnollisesti vaikutti siihen, mitä kuntoutusta annettiin ja miten paljon kuntoutustarvetta oli havaittu. Alle kouluikäisistä 54 % oli saanut kuntoutusta ja kouluikäisistä 79 %,  $\chi^2(1, n=78)=5,21, p=.02$ . FAS- tai FAE-diagnoosin saaneista kolme neljästä ja diagnosoimattomista puolet oli saanut jotain kuntoutusta,  $\chi^2(1, n=78)=5,75, p=.016$ . Pelkäättään alkoholille altistuneiden ja sekakäyttölle altistuneiden kuntoutusmäärissä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa,  $\chi^2(1, n=78)=2.64, p=.104$ . Sijoitetut ja biologisessa kodissa asuvat lapset olivat saaneet kuntoutusta yhtä paljon,  $\chi^2(1, n=78)=0.60, p=.437$ .

Puheterapia oli yleisin kuntoutusmuoto. Neuropsykologista kuntoutusta oli saanut vain yksi lapsi. Myös psykoterapian osuus oli vähäistä, kun ottaa huomioon lasten vaikeat elämäkokemukset. (Kuvio 3). Diagnosoimattomista lapsista yksikään ei ollut saanut psykoterapiaa, FAS-lapsista sitä oli saanut 17 % ja FAE-lapsista 30 %,  $\chi^2(2, n=78)=5.965, p=.051$ .

Luokkaan muu terapia sisältyivät seuraavat terapiat tai muut tukimuodot: neuropsykologinen kuntoutus, väkivaltaa kokeneiden lasten vertaisryhmäterapia, tietokoneohjelmalla tehdyt kielelliset harjoitukset foniatrian klinikalla, kuuloon ja näkövammaan liittyvä kuntoutus, ravitsemusterapia, musiikkiterapia, henkilökohtainen avustaja, jumppa Lastenlinnassa, ratsastusterapia, korsetin sovitukset ja Theraplay-terapia.



Kuvio 3. Alkoholille altistuneiden lasten saama terapia (%), n=78.

## Yhteenveto

Tutkimukseen tulleista alkoholille altistuneista lapsista runsas puolet oli FAS-lapsia, neljännes FAE-lapsia ja viidennes diagnosoimattomia lapsia. Vain pieni osa lapsista asui tutkimushetkellä biologisten vanhempiensa kanssa. Ilmeisesti biologisten vanhempien kyky hoitaa näitä lapsia on ollut hyvin heikko tai tukitoimet eivät ole riittäneet, joten lapset ovat päätyneet sijaishoitoon. Tätä tulkintaa tukee Veltheimin ja Ylitalon (1998) tutkimustulos, joka osoitti, että lähes puolet sikiöaikana alkoholille altistuneista lapsista oli sijoitettu pois kotoa ennen viiden vuoden ikää. Tulokseen on voinut vaikuttaa myös se, että sosiaalityöntekijät eivät ole lähettäneet tietoja kaikista biologisessa kodissa asuvista kouluikäisistä lapsista. Pääosin lapset oli sijoitettu Etelä- ja Länsi-Suomen alueille. Vain muutamassa tapauksessa sijaisvanhemmat olivat sukua lapselle.

Melkein puolella lapsista oli vähintään yksi pitkäaikainen somaattinen sairaus tai vamma, ja 81 %:lla oli vähintään yksi neuropsykologinen, kielellinen tai tunne-elämän häiriö. Yleisimpiä sairauksia tai vammoja olivat sydänvialit, silmään ja näköön liittyvät sairaudet ja vammat sekä erilaiset epämuodostumat. Yksittäisistä kehityshäiriöistä yleisimpiä olivat kielen tai puheen ongelmat, tarkkaavuus- ja keskittymiskyvyn häiriöt sekä oppimisvaikeudet.

Vaikka raskaudenaikainen alkoholinkäyttö on kansainvälisten tutkimusten mukaan yksi suurimpia kehitysvammaisuuden aiheuttajia länsimaissa (Streissguth, 1997, 8; Spohr, 1996, 207), alkoholille altistuneiden lasten joukosta ainakin Suomessa vain pieni osa on diagnosoitu kehitysvammaiseksi. Tässä aineistossa heitä oli neljä, joista yksi oli syvästi kehitysvammainen. Hänkin oli saanut kehitysvamman syntymän jälkeen aineenvaihduntasairaudesta seurauksena. Aineistosta ei käynyt ilmi, johtuiko se alkoholi-altistuksesta. Toisella lapsella oli kromosomipoikkeavuus. Heikkolahjaisuutta oli 9 %:lla ja kehitysviivettä 15 %:lla. Diagnoosin, altistustyyppin ja asuinpaikan mukaiset erot somaattisissa sairastavuudessa ja kehityshäiriöissä eivät olleet tilastollisesti merkitsevät.

Kouluikään mennessä kaikki alkoholille altistuneet lapset olivat olleet neuropsykologin tai psykologin tutkimuksissa. Jotain kuntoutusta oli saanut enemmistö lapsista. Eniten oli saatu puhe-, toiminta- ja fysioterapiaa. Neuropsykologista kuntoutusta oli saanut vain yksi lapsi. Joko kuntoutustarvetta ei ole havaittu tai sitten kuntoutustarjontaa ja neuropsykologeja on liian vähän. Erityisesti sikiöaikana alkoholille altistuneille lapsille suunnattua neuropsykologista kuntoutusta on alettu vasta kehittää. Myös psykoterapiaa oli saatu melko vähän, kun ottaa huomioon lasten vaikeat kasvuolot. Diagnosoimattomista lapsista kukaan ei ollut saanut psykoterapiaa. Muutakin kuntoutusta he olivat saaneet selvästi vähemmän kuin diagnosoidut lapset. Osittain se johtui iästä, sillä diagnosoimattomat lapset olivat nuorempia kuin diagnosoidut. Toisaalta syynä saattoi olla se, että diagnosoimattomien lasten kuntoutustarvetta ei ole havaittu.



## 3.2.2 Kasvuympäristö ja kokemukset

### Lasten asuinpaikka ja sijoitushistoria

Kolme vuotta vuonna 2002 täyttäneet ja sitä nuoremmat lapset asuivat pääosin biologisessa perheessä. Yhdeksästä 0-3-vuotiaasta lapsesta 6 asui biologisessa perheessä. Heistäkin jo neljä oli ollut lyhytaikaisessa sijoituksessa ainakin kerran. Mitä vanhempi lapsi oli, sitä todennäköisempää oli, että hän ei enää asunut biologisessa perheessä. Vain kaksi 8-11-vuotiaista lapsista asui biologisessa perheessä ja sitä vanhemmista ei kukaan. Suurin osa yli 3-vuotiaista lapsista asui sijaisperheissä. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Alkoholille altistuneiden lasten asuinpaikka iän mukaan.

Asuinpaikka	Lapsen ikä				Yht.
	0-3 v.	4-7 v.	8-11 v.	12-16 v.	
	n	n	n	n	n
Biologinen koti	6	5	2	0	13
Sijaisperhe/perhekoti	1	10	21	22	54
Laitos	2	2	1	6	11
Yht.	9	17	24	28	78

$$\chi^2 = 30,223, df=6, p=.000$$

Lapset oli sijoitettu ensimmäisen kerran joko lyhyt- tai pitkäaikaisesti biologisen perheensä ulkopuolelle keskimäärin 1,7 vuoden iässä (keskihajonta 2,3 v., vaihteluväli 0-9 v.). Ennen ensimmäistä ikävuottaan jo 44 % lapsista oli ollut sijoitettuina ainakin kerran. Melkein puolella lapsista oli ollut vähintään kolme sijoituspaikkaa. Neljä lasta oli ollut jo seitsemän kertaa sijoitettuna. Yli puolella lapsista oli ollut sekä lyhyt- että pitkäaikaisia sijoituksia. Sosiaalityöntekijät eivät aina tienneet täsmällistä sijoituskertojen määrää. Lapsella oli saattanut esimerkiksi olla lukuisia lyhytaikaisia sijoituskertoja. Nykyisistä sijoituspaikoista 95 % oli ajateltu pysyviksi tai pitkäaikaisiksi. (Taulukko 8).

Taulukko 8. Alkoholille altistuneiden lasten laitos- ja perhesijoituskerrat ja sijoitusten pituus (mukaan luettuna nykyinen sijoituspaikka).

Sijoituskerrat	n	%	Sijoituskertojen pituudet	n	%
0	2	2,9	Pitkäaikainen (yli 1v.)	25	35,7
1	10	14,5	Lyhytaikainen (alle 1v.)	7	10,0
2	25	36,2	Lyhyt- ja pitkäaikaisia	38	54,3
3	18	26,1	Yht.	70	100
4	6	8,7			
5	4	5,8			
7	4	5,8			
Yht.	69	100			

Nykyiseen sijaisperheeseen tullessaan lapsi oli ollut keskimäärin 3,3 vuoden ikäinen (keskihajonta 2,6 v., n=53). Nuorin oli ollut alle vuoden ikäinen ja vanhin 10-vuotias. Puolet lapsista oli sijoitettu perheeseen ennen kolmatta ikävuotta. Laitoksissa tutkimushetkellä sijoitettuina olleet lapset olivat tulleet laitokseen keskimäärin 7-vuotiaina (keskihajonta 4,1 v., n=11). Nuorin oli ollut alle vuoden ikäinen ja vanhin 14-vuotias.

### Lapsen biologinen perhe

Alkoholille altistuneiden lasten äitien keskimääräinen syntymävuosi oli 1962 (keskihajonta 7 v., n=78). Tutkimukseen kuuluvan lapsen syntyessä äiti oli ollut keskimäärin 31-vuotias (keskihajonta 5 v., n=78). Nuorin äiti oli ollut 21-vuotias ja vanhin 41-vuotias.

Aiemmissä tutkimuksissa on havaittu, että FAS-lapset syntyvät huomattavan usein alkoholiongelmaisten naisten hedelmällisen iän loppupuolella (Streissguth, 1997, 78-79). Tässä tutkimuksessa äidit olivat synnyttäneet keskimäärin 2,7 lasta. Tutkimukseen kuuluneista lapsista runsas puolet (51,4 %) oli kuopuksia, 15,3 % keskimäisiä ja kolmannes esikoisia (n=72). Naisten kokonaishedelmällisyysluku vuonna 2001 Suomessa oli 1,7, joten tutkimusjoukkoon kuuluneet alkoholiongelmaiset naiset olivat synnyttäneet enemmän lapsia kuin naiset keskimäärin.

Vain 15 % alkoholille altistuneiden lasten biologisista vanhemmista asui tutkimushetkellä keskenään avioliitossa tai avoliitossa. Useimmat olivat eronneet tai jompikumpi tai molemmat vanhemmat olivat kuolleet. (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Alkoholille altistuneiden lasten biologisten vanhempien yhdessä asuminen.

	%
Avoliitossa	6,7
Avoliitossa	8,0
Eronneet	49,3
Jompikumpi/ molemmat kuolleet	24,0
Isyys ei tiedossa/eivät asuneet yhdessä	12,0
Yht.	100
n	(75)

Biologisten äitien taustatiedoissa oli paljon puuttuvia tietoja, mikä heikensi tulosten luotettavuutta. Vielä harvemmin sosiaalityöntekijät tiesivät lasten biologisten isien taustatietoja (ks. Koponen 2005a, liite 4, taulukko 4). Annetut tiedot viittasivat siihen, että suurella osalla vanhemmista koulutustaso oli alhainen ja työttömyys oli yleistä. Kaikki eivät kuitenkaan kuuluneet sosioekonomisesti heikoimpaan ryhmään. Osa vanhemmista oli toimihenkilöitä ja ylioppilaskoulutuksen saaneita. (Taulukko 10).

Taulukko 10. Alkoholille altistuneiden lasten biologisten äitien peruskoulutus, ammattikoulutus ja pääasiallinen toiminta (%).

Peruskoulutus	% niistä, joista tieto		% kaikista
Kansa- tai kansalaiskoulu/ osa kansa- tai peruskoulua	41,9	Kansa- tai kansalaiskoulu/ osa kansa- tai peruskoulua	33,4
Keski- tai peruskoulu	46,8	Keski- tai peruskoulu	37,2
Ylioppilastutkinto	11,3	Ylioppilastutkinto	9,0
		Ei tiedossa	20,5
Yht.	100	Yht.	100
n	(62)	n	(78)
<b>Ammattikoulutus</b>			
	%		
Ei ammattikoulutusta	71,2	Ei ammattikoulutusta	47,4
Ammattikurssi/työpaikalla saatu koulutus	11,5	Ammattikurssi/työpaikalla saatu koulutus	7,7
Ammattikoulu	9,6	Ammattikoulu	6,4
Ammattiopisto	7,7	Ammattiopisto	5,1
		Ei tiedossa	33,3
Yht.	100	Yht.	100
n	(52)	n	(78)
<b>Pääasiallinen toiminta</b>			
	%		
Opiskelija	4,5	Opiskelija	3,8
Työntekijä	16,7	Työntekijä	14,1
Toimihenkilö	7,7	Toimihenkilö	6,4
Kotiäiti	10,6	Kotiäiti	9,0
Työtön	53,0	Työtön	44,9
Eläkkeellä	7,6	Eläkkeellä	6,4
		Ei tiedossa	15,4
Yht.	100	Yht.	100
n	(66)	n	(78)

## Lasten kokemukset

Sosiaalityöntekijöille osoitetussa lomakkeessa kysyin, oliko lapsi kokenut seuraavia vaikeita elämäntapahtumia: vanhempien ero, läheisen kuolema, läheisen mielenterveysongelmat, lapseen kohdistunut väkivalta, perheenjäsenen kohdistunut väkivalta, seksuaalinen hyväksikäyttö sekä vanhempien syyllistyminen rikoksiin (Koponen 2005a, liite 2, kysymys 23). Näissä kysymyksissä oli paljon puuttuvia tietoja. Näytti siltä, että sosiaalityöntekijät eivät välttämättä tienneet, mitä kaikkea lasten elämässä oli tapahtunut. Vaikeiden elämäkokemusten määrä saattoi olla suurempi kuin mitä sosiaalityöntekijät ilmoittivat. Täydensin tietoja kasvattajilta saaduilla tiedoilla (Koponen 2005a, liite 3) niiden lasten osalta, joista myös nämä tiedot oli saatavilla.

Alkoholille altistuneista 78 lapsesta 10 oli kokenut biologisen äitinsä, 5 biologisen isän ja 3 sekä isän että äidin kuoleman. Siis ainakin yli viidennes lapsista oli kokenut jommankumman vanhemman tai molempien kuoleman. Luku voi olla suurempikin, sillä osalta lapsista tieto puuttui. Lapsista 14 oli menettänyt jonkun muun läheisen. Sosiaalityöntekijä on maininnut 24 lapsen (31 %) kokeneen vanhempien eron. Silti biologisten vanhempien siviilisäätystä kysyttäessä 37 pariskunnan mainittiin eronneen.

Lapsista 25 oli elänyt perheessä, jossa äidillä oli mielenterveysongelmia, 4 perheessä, jossa isällä oli mielenterveysongelmia ja 3 perheessä, jossa molemmilla vanhemmilla oli mielenterveysongelmia. Lapsista 13 oli pahoinpidelty ja kolmen kohdalla epäiltiin pahoinpitelyä. Perheenjäsenen pahoinpitelyä oli joutunut todistamaan 30 lasta. Kahta lasta oli käytetty seksuaalisesti hyväksi ja neljän hyväksikäyttöä epäiltiin. Kolmentoista lapsen vanhemmat olivat syyllistyneet rikoksiin.

Muodostin lasten kokemuksista (mainitut 7 kokemusta) summamuuttujan (ks. Koponen 2005a, liite 5.) Lapsilla oli keskimäärin 2,4 vaikeaa elämäkokemusta, vähimmillään ei yhtään ja enimmillään 7. Kokemusten määrä ei ollut yhteydessä lapsen ikään (Koponen 2005a, liite 4, taulukko 5.)

## Sijaisperhe kasvuympäristönä

### *Lapsen ja sijaisperheen taustatiedot*

Sijaisvanhemmilta sain tiedot 38 alkoholille altistuneesta lapsesta, joista 35:n koti oli sijaisperhe. Yhden sijaisperheen vanhemmat olivat lapsen sukulaisia. Kaksi lasta asui ammatillisessa perhekodeissa ja yksi SOS-lapsikylässä. Yksikään lapsi ei asunut adoptio-perheessä. Seuraavissa analyyseissä myös ammatillisessa perhekodeissa ja SOS-lapsikylässä asuvat lapset on luokiteltu sijaisperheessä asuviksi. Ajatuksena oli, että nämä asumismuodot ovat perheenomaisia, koska lapset asuvat perheissä, joissa useimmissa tapauksissa on kaksi vanhempaa.

Kasvuympäristö on todennäköisesti psykologiselta merkitykseltään erilainen ja vanhempien sitoutuminen lapseen erilaista kuin laitoksessa. Sielläkin lapsella on omahoitaja, mutta hän on paikalla vain työvuorollaan.

Sijaisperhettä koskevissa analyyseissä yksikkönä on lapsi. Tarkoitus on kuvata lasten kasvuympäristöä. Joidenkin perheiden taustatiedot tulevat analyyseihin useampaan kertaan, koska lomakkeista voi päätellä, että ainakin 8 sijaisperheessä oli kaksi tai kolme tutkimukseen kuuluneista lapsista. Yhteensä näitä lapsia oli ainakin 18.

Nuorin sijaisperheessä asuvista lapsista oli alle vuoden ikäinen ja vanhin 15-vuotias, 6 oli alle kouluikäisiä ja 32 kouluikäisiä. Sijaisvanhemmilta saatujen tietojen mukaan perheeseen tullessaan lapsi oli keskimäärin 3,2 vuotta vanha (keskihajonta 2,5 v., n=37). Nuorin oli ollut alle vuoden ikäinen ja vanhin 9-vuotias. Lapset olivat olleet nykyisessä sijaisperheessä keskimäärin 6,8 vuotta (keskihajonta 3,6 v., n=37). Pisimpään perheessä ollut oli ollut siellä 14 vuotta ja lyhyimmän ajan ollut oli juuri sijoitettu. Lapsista 60 % oli tyttöjä ja 40 % poikia.

Sijaisperheessä asuvista 38 lapsesta 22:lla (58 %) oli FAS-diagnoosi, 9:llä (24 %) FAE-diagnoosi ja 7 (18 %) oli ilman diagnoosia. Enemmistö (82 %) oli altistunut pelkästään alkoholille ja loput 18 % alkoholin ja huumaiden sekakäytölle. Lapsista yli puolella (55 %) oli jokin lääkärin toteama somaattinen sairaus tai vamma ja suurimmalla osalla (76 %) oli myös jokin neuropsykologinen, kielellinen tai tunne-elämän häiriö.

Kuudentoista (42 %) lapsen huoltajuus oli edelleen biologisella vanhemmalla ja kuudentoista pelkästään sijaisvanhemmalla. Neljän lapsen (11 %) huoltajuus oli sekä sijaisvanhemmilla että biologisilla vanhemmilla. Yhden lapsen huoltajuus oli jaettu nimenkirjoitusasioissa vielä sosiaaliviranomaisille. Yhden lapsen huoltajana oli lapsen sukulainen.

Sijaisäidin keskimääräinen syntymävuosi oli 1954 (keskihajonta 7,5 v., n=38) ja sijaisän 1952 (keskihajonta 6 v., n=35). Lapsista enemmistö asui perheessä, jossa sijaisvanhemmat olivat avioliitossa (84 %), 5 % perheissä, joissa sijaisvanhemmat olivat avoliitossa ja 11 % perheissä, joissa sijaisvanhemmat olivat joko eronneet tai sijaisäiti oli kuollut tai sijaisäiti oli jo lasta sijoitettaessa ollut yksinhuoltaja.

Sijaisvanhempien, etenkin äitien, perus- ja ammattikoulutustaso oli korkea. Monella oli ylioppilastutkinto sekä vähintään ammattiopistotasoinen koulutus (taulukko 11). Suurin osa sijaisäideistä oli perhehoitajia tai terveydenalan ammattilaisia. Sijaisisistä muutama oli perhehoitajia ja loput hyvin eri alojen ammattilaisia.

Taulukko 11. Alkoholille altistuneiden lasten sijaisvanhempien perus- ja ammattikoulutus %.

Peruskoulutus	Sijaisäiti %	Sijaisäi %
Kansa- tai kansalaiskoulu	29,7	41,2
Keski- tai peruskoulu	37,8	32,4
Ylioppilastutkinto	32,4	26,5
Yht. n	100 (37)	100 (34)

Ammattikoulutus	Sijaisäiti %	Sijaisäi %
Vähemmän kuin ammattikoulu	18,9	36,4
Ammattikoulu	21,6	24,2
Ammattiopisto	43,2	33,3
Yliopisto	16,2	6,1
Yht. n	100 (37)	100 (33)

Enemmistö lapsista asui joko sijaisperheissä, joissa sijaisvanhemmilla ei ollut omia lapsia, mutta tämän lapsen lisäksi yksi tai useampi sijaislapsi tai sitten perheissä, joissa oli sekä omia että sijaislapsia (taulukko 12). Perheissä oli sijaislapsen lisäksi keskimäärin kolme muuta lasta. Enimmillään muita lapsia oli 9. Neljässä perheessä lapsi oli ainokainen.

Taulukko 12. Alkoholille altistuneiden lasten sijaisperheiden lapset.

Lapset	%
Ei omia lapsia, ei muita sijaislapsia	10,5
Omia lapsia, ei muita sijaislapsia	7,9
Ei omia lapsia, muita sijaislapsia	44,7
Omia lapsia ja muita sijaislapsia	36,8
Yht. n	100 (38)

### Sijaisperheen hyvinvointi

Sijaisvanhemmat arvioivat sijaisperheen jäsenten yleisen terveydentilan varsin hyväksi. Myös sijaislasten terveydentila oli hyvä, mutta kuitenkin huonompi kuin sijaisperheen omien lasten. (Taulukko 13).

Taulukko 13. Alkoholille altistuneiden lasten sijaisperheiden jäsenten yleinen terveydentila (%).

Perheenjäsen	Terveydentila		
	Erittäin tai melko hyvä %	Keskin-kertainen %	n
Sijaisäiti	92,1	7,9	(38)
Sijaisäi	79,4	20,6	(34)
Tämä lapsi	80,6	19,4	(36)
Muut sijaislapset	80,7	19,4	(31)
Omat lapset	100,0		(25)

Taulukossa 14 on tietoa niistä ongelmista, joita sijaisperheissä oli esiintynyt sinä aikana, kun tutkimukseen kuuluvat lapset olivat olleet sijoitettuna perheisiin. Taulukossa luokat jonkin verran ja paljon on yhdistetty, koska paljonluokkaan tuli niin vähän tapauksia. Lähes kaikissa sijaisperheissä (92 %) oli esiintynyt joitain ongelmia. Kahdessa perheessä viidestä oli ollut parisuhdeongelmia ja kolmanneksessa taloudellisia vaikeuksia ja vakavia ristiriitoja perheenjäsenten välillä. Muiden ongelmien ryhmään kuuluvista vaikeuksista mainittiin useimmin se, että sijaislapsen tai –lasten käytös oli aiheuttanut ristiriitoja perheenjäsenten välillä, lähinnä lisännyt lasten keskinäisiä riitoja (n=5). Yksi perhe mainitsi ongelmaksi ajan puutteen ja yksi sen, että auto oli liian pieni. (Taulukko 14.)

Taulukko 14. Alkoholille altistuneen lapsen sijoitusaikana sijaisperheessä esiintyneet ongelmat (%).

Ongelmat	Jonkin verran tai paljon	
	%	n
Parisuhdeongelmia	40,5	(37)
Taloudellisia vaikeuksia	36,8	(38)
Perheenjäsenten välillä		
vakavia ristiriitoja	32,4	(37)
Mielenterveysongelmia	7,9	(38)
Väkivaltaisuutta	10,5	(38)
Alkoholiongelmia	7,9	(38)
Muita ongelmia	47,0	(17)

Valtaosa vastaajista (69 %) ilmoitti, että sijaisperheessä ei ollut tutkimushetkellä ongelmia. Ongelmaryhmistä suurin oli muut ongelmat. Ne olivat lähinnä sijaislapsen tai –lasten aiheuttamia riitoja tai murrosiän ongelmia, jotka kiristivät hermoja ja aiheuttivat riitoja lasten välille (n=7). Myös ajankäytön ongelmat mainittiin (n=3). Yhdessä perheessä oli taloudellisia ongelmia ja yhdessä perheessä vakavia ristiriitoja perheenjäsenten välillä.

Kysyin sijaislasten aiheuttamia ristiriitoja vielä erillisillä kysymyksillä. Sijaisvanhemmista 23 % ilmoitti, että lapsen sijoittaminen perheeseen oli lisännyt vanhempien välisiä ristiriitoja jonkin verran. Huomattavasti enemmän sijoitus oli kuitenkin vaikuttanut lasten ja vanhempien välisiin sekä lasten keskinäisiin suhteisiin. Vanhemmista melkein puolet (46 %) katsoi sijoituksen lisänsen lasten ja vanhempien välisiä riitoja jonkin verran, ja 42 % arvioi sijoituksen lisänsen lasten keskinäisiä riitoja jonkin verran tai paljon. Liki puolet (49 %) vanhemmista koki olevansa melko väsyneitä sijaislapsen hoitoon, ja joka neljäs arvioi, ettei ollut saanut riittävästi tietoa lapsesta ennen sijoitusta. Tietoa olisi kaivattu lapsen varhaisten vuosien kokemuksista, lapsen vammaisuudesta sekä päihteiden vaikutuksesta lapsen kehitykseen.

Sijaisvanhemmilta tiedusteltiin myös heidän tyytyväisyyttään nykyiseen elämäntilanteeseensa. Kaikkein tyytyväisimpiä he olivat läheisiinsä. Eniten tyytymättömyyttä aiheuttivat yhteistyö sijaislasten biologisten vanhempien kanssa, sijaislasten käytös ja viranomaiset. (Taulukko 15.)

**Taulukko 15.** Alkoholille altistuneiden lasten sijaisvanhempien tyytymättömyys nykyiseen elämäntilanteeseen (keskiarvo, 1=erittäin tyytyväisiä, 2=melko tyytyväisiä, 3=melko tyytymättömiä, 4=erittäin tyytymättömiä).

	keski- arvo	keski- hajonta	vaihtelu- väli	n
Yhteistyö lapsen biologisten vanhempien kanssa	2,20	0,68	1-4	35
Sijaislapsen/-lasten käytös	1,92	0,54	1-3	38
Viranomaisilta saatu tuki	1,76	0,60	1-3	37
Oman perheen elämäntapa ja ajankäyttö	1,71	0,52	1-3	38
Koululaitos (jos kouluikäisiä lapsia)	1,66	0,48	1-2	35
Taloudellinen tilanne	1,62	0,55	1-3	37
Omien lasten käyttäytyminen	1,60	0,50	1-2	25
Yhteistoiminta naapureiden kanssa	1,54	0,51	1-2	37
Läheisiltä saatu tuki	1,47	0,56	1-3	38
Avio-/avoliitto	1,44	0,56	1-3	34
Asunto ja asuminen	1,37	0,49	1-2	38

### Sijaisperheen saama tuki

Kaikilla sijaisperheiden äideillä oli ainakin yksi läheinen, jolle hän pystyi puhumaan luottamuksellisesti ongelmistaan joko aina (90 %) tai joskus tai joissakin asioissa (10 %). Miehillä puhekumppania ei ollut yhtä usein: 63 %:lla oli aina, 21 %:lla joskus tai joissakin asioissa ja 17 %:lla ei yleensä tai ei kovin monissa asioissa.



Puolet perheistä sai ulkopuolista lastenhoitoapua joitakin kertoja vuodessa, 23 % kuukausittain, 7 % päivittäin, 7 % ei lainkaan, ja 13 % ei katsonut tarvitsevansa apua. Vain hyvin harvoin apua oli saatu viranomaisten kautta. Useimmiten apua tarjosivat sukulaiset ja ystävät.

Enemmistö sijaisvanhemmista oli saanut viimeisen vuoden aikana henkistä tukea tai kasvatustukea sijaislasta koskevissa asioissa ystäviltä, muilta sijaisvanhemmilta ja sukulaisilta. Yksi perhe oli saanut tukea myös lapsen biologiselta äidiltä, toinen lapsen biologiselta sukulaisilta ja kolmas lapsen kummeilta. (Taulukko 16.)

Ammattiauttajista eniten tukena olivat olleet sosiaalityöntekijät, lääkärit, psykologit ja hoitajat. Yksi perhe oli saanut työnohjausta, yksi tukea kasvatusterveystieteiden neuvolasta ja koulun terveydenhoitajalta sekä yksi lapsikyläyhdistykseltä. (Taulukko 16.)

**Taulukko 16.** Läheisiltä, ammattiauttajilta tai vapaaehtoistyöntekijöiltä viimeisen vuoden aikana saatu henkinen tuki tai kasvatustukea alkoholille altistunutta sijaislasta koskevissa asioissa (%).

Läheisiltä saatu tuki	Saanut tukea	
Tuen antaja	%	n
Ystävät	83,8	(37)
Muut sijaisvanhemmat	77,7	(36)
Sukulaiset (muut kuin isovanhemmat)	66,7	(33)
Perheen äidin vanhemmat	40,0	(35)
Perheen isän vanhemmat	35,5	(31)
Naapurit	29,0	(31)
Ammattiauttajilta tai vapaaehtoistyöntekijöiltä saatu tuki	Saanut tukea	
Tuen antaja	%	n
Sosiaalityöntekijä	81,1	(37)
Lääkäri	62,2	(37)
Psykologi	46,7	(30)
Hoitaja	41,4	(29)

Kysyin vielä erikseen avokysymyksellä sijaisvanhemman arviota siitä, keneltä lapsen kasvatukseen saatu tuki oli hänen mielestään ollut tärkeintä perheen jaksamisen kannalta. Useimmin mainittiin sosiaalityöntekijä (n=12) ja muut sijaisvanhemmat (n=10). Tärkeää tukea oli saatu myös ystäviltä (n=5), psykologilta tai terapiasta (n=5), opettajilta tai koulusta (n=5), sukulaisilta (n=4), perhe- tai kasvatusterveystieteiden neuvolasta (n=3), sijaislapsen biologiselta sukulaiselta (n=3), terveyden- tai sairaanhoitajalta (n=2), lomittajalta (n=1), kouluavustajalta (n=1) ja työnohjaajalta (n=1).

## Yhteydenpito lapsen biologisiin sukulaisiin

Osalta lapsista tieto vanhempien elossa olostu puuttui. Sosiaalityöntekijän ja kasvattajan antamien tietojen mukaan seitsemän lapsen biologinen äiti oli kuollut. Niistä lapsista, joilla äiti oli elossa, vain 17 % tapasi biologista äitiään noin joka kuukausi. Useampi (31 %) kuitenkin puhui äidin kanssa puhelimesta vähintään kerran kuukaudessa. Yli puolet lapsista (55 %) tapasi äitiään harvemmin kuin kerran vuodessa tai ei koskaan. Biologista isää tavattiin vielä harvemmin. Kaksi kolmesta ei tavannut isäänsä edes joka vuosi. Kolmannes tapasi isäänsä vähintään muutaman kerran vuodessa ja 31 % puhui isän kanssa puhelimesta vähintään kerran kuukaudessa. Viiden lapsen isä oli kuollut ja neljän lapsen isästä ei ollut tietoa.

Yksi viidestä lapsesta tapasi biologista sisarustaan vähintään kerran viikossa. Nämä olivat lapsia, jotka oli sijoitettu samaan perheeseen. Muutoin sisarukset tapasivat vain muutaman kerran vuodessa tai harvemmin tai ei koskaan. Lapsilla oli keskimäärin kaksi sisarusta. Lapsista 7 % tapasi isovanhempansa vähintään kuukausittain, 21 % muutaman kerran vuodessa, ja loput 72 % harvemmin tai ei koskaan. Muita sukulaisia tavattiin erittäin harvoin.

## Tunnesiteet ja lasten kokemukset

Sijaisvanhempien arvion mukaan vajaa puolet biologisista äideistä ja vajaa kolmannes isistä oli melko tai erittäin läheisiä lapselle. Mitä useammin lapsi tapasi vanhempiaan, sen läheisemmiksi vanhemmat arvioitiin. Sama päti sisarusiin ja isovanhempiin. Ilmeisesti pelkästään se, että lapset tapasivat biologisia vanhempiaan tai muita sukulaisiaan, sai sijaisvanhemmat arvioimaan heidät läheisiksi lapsille, vaikka emotionaalinen läheisyys olisikin puuttunut.

Sijaisäideistä lähes kaikki (94 %) kokivat olevansa erittäin läheisiä lapsille ja sijaisisistäkin kolme neljästä. Loput olivat melko läheisiä. Jos perheessä oli muita lapsia, niin suurin osa myös heistä tai ainakin joku heistä oli erittäin läheinen (74 %) sijaislapselle. Sijoitusiän pituus ei korreloinut sen kanssa, kuinka läheiseksi sijaisperheen jäsenet arvioitiin (Pearsonin korrelaatiokerroin: sijaisäiti -0.124, sijaisisä -0.015, sijaisperheen lapsi -0.179).

Kun lapsella oli vaikeuksia ihmissuhteissa, hän turvautui pääasiassa sijaisäitiin. Lapsista 75 % turvautui sijaisäitiin hyvin paljon, 19 % melko paljon ja 6 % jonkin verran. Sijaisisään turvautui lapsista 42 % hyvin paljon, 46 % melko paljon ja loput jonkin verran tai ei lainkaan. Myös sijaisperheen lapseen turvautui 57 % lapsista joko hyvin tai melko paljon. Läheisyys sijaisäitiin näkyi myös siinä, että lähes kaikki sijaislapset (89 %) keskustelivat usein sijaisäidin kanssa omista tärkeistä asioistaan. Lapsista 44 % keskusteli usein asioistaan myös sijaisisän kanssa. Lähes kaikkien sijaislasten kanssa (95 %) oli käyty läpi

hänen sijoitukseensa johtaneita syitä. Biologisiin vanhempiin ei juuri turvaututtu. Niistä, joilla vanhemmat olivat elossa tai tiedossa, 86 % ei turvautunut lainkaan biologiseen äitiin eikä myöskään biologiseen isään. Loput turvautuivat vain jonkin verran.

Pääosin sijaislapset viihtyivät sijaisperheessä asuvien muiden lasten kanssa. Lapset kinastelivat ja kiusasivat jonkin verran toisiaan, mutta vain harvojen välillä oli vakavia ristiriitoja. (Taulukko 17.) Sijaislapsista 8 %:lla ei ollut yhtään ystävää ja 19 %:lla vain yksi. Lopuilla hyviä ystäviä oli vähintään kaksi.

**Taulukko 17.** Lapsen suhde sijaisperheessä asuviin lapsiin (keskiarvo, 1=ei lainkaan, 2=jonkin verran, 3=melko paljon, 4=hyvin paljon).

	keskiarvo	keskihajonta	vaihteluväli	n
Viihtyy yhdessä sisarustensa kanssa	3,38	0,82	1-4	34
Kinastelee sisarustensa kanssa	2,34	0,80	1-4	35
Kiusaa sisaruksiaan tai jotakuta heistä	1,88	0,69	1-4	34
Muut sisarukset tai joku heistä kiusaa lasta	1,79	0,77	1-4	34
Mustasukkainen sisaruksiaan kohtaan	1,79	0,65	1-3	33
Mustasukkainen nuorempaa sisarustaan kohtaan	1,55	0,63	1-3	29
Sisarusten välillä on vakavia ristiriitoja	1,26	0,51	1-3	35

Lapsista puolet oli kokenut jonkun läheisen ihmisen kuoleman. Joka viides oli menettänyt äidin ja joka seitsemäs isän. Puolet lapsista oli elänyt olosuhteissa, joissa läheisellä oli mielenterveysongelmia. Monella oli myös kokemuksia perheväkivallasta (45 %), tai lapsi oli itse joutunut sen uhriksi (22 %). Kolme lasta oli käytetty seksuaalisesti hyväksi tai sitä epäiltiin, ja neljän lapsen biologisessa perheessä oli ollut rikollisuutta.

## Laitos kasvuypäristönä

### *Laitoksessa asuvien lasten taustatiedot*

Tutkimukseen kuuluvista lapsista 11 asui laitoksessa. Omahoitajan täyttämät tiedot saatiin 4 pojasta ja 2 tytöstä. Näistä lapsista yksi asui kehitysvammalaitoksessa, 3 lastenkodissa ja 2 vastaanottokodissa. Kehitysvammalaitoksessa oleva lapsi oli noin vuoden ikäinen tyttö, ja hän oli tullut laitokseen 6 kuukauden iässä. Hänellä diagnosoitiin antaminen oli vielä kesken. Lapsella oli lisäksi epilepsia ja määrittämätön aineenvaihduntasairaus. Vastaanottokodissa olevista lapsista toinen oli 2-vuotias FAE-tyttö, jolla oli synnynnäinen sydänvika. Toinen vastaanottokodissa asuvista lapsista oli 7-vuotias FAS-poika. Hänellä oli suu- kitalakihalkio, sydänvika, ylivillkkautta ja keskittymisvaikeuksia. Molemmat lapset olivat hiljakkoin tulleet vastaanottokotiin.

Lastenkodissa asuvista lapsista kaksi oli noin 11-vuotiaita poikia, joista toisella oli FAS-diagnoosi. Hänellä oli hidas pituuskasvu ja heikko keskittymiskyky. Toisella oli FAE-diagnoosi ja tarkkaavuushäiriö. Lapset olivat tulleet laitokseen 9 ja 10 vuoden iässä. Kolmas lastenkodissa asuva lapsi oli 14-vuotias FAS-poika, joka oli tullut laitokseen vähän ennen kuin hän täytti 14 vuotta. Hänellä oli keskittymis- ja käyttäytymisongelmia, psyykkisiä ongelmia, viivästynyt kehitys ja astma.

Lasten omahoitajista 4 oli naisia ja 2 miehiä. Hoitajista 2 oli ylioppilaita ja 4 oli suorittanut peruskoulun. Kolmella oli lisäksi korkeakoulu- tai yliopistotasoinen koulutus, kaksi oli käynyt ammattiopiston ja yksi ammattikoulun. Lasten hoitoryhmissä oli 1-8 lasta ja hoitajia 2-17. Yhdellä lapsella oli kaksi omahoitajaa. Kaikilla lapsilla omahoitaja oli ollut sama koko laitossijoituksen ajan. Lapset olivat olleet nykyisessä laitoksessa alle 2 vuotta. Puolet lapsista asui yhden ja puolet kahden hengen huoneessa. Hoitajien ja biologisten vanhempien välinen yhteistyö oli sujunut kohtalaisesti tai hyvin.

#### *Tunnesiteet ja kokemukset*

Lapsista 5 oli tullut biologisesta kodista, joissa kolmessa asui myös biologinen isä. 14-vuotias poika oli tullut laitokseen sijaisperheestä vaikeahoitoisuuden vuoksi. Hän oli elänyt 7 ensimmäistä ikävuottaan kahdessa eri laitoksessa, jonka jälkeen hän oli ollut perhehoidossa melkein 14-vuotiaaksi. Muilla aiempia sijoituksia oli ollut 0-6. Viiden lapsen huoltajuus oli edelleen biologisilla vanhemmilla ja yhden lapsen sosiaaliviranomaisilla.

Kahden vanhimman lapsen sijoitukset oli ajateltu kestävän aikuisikään saakka, itsenäistymiseen saakka. Toisella perhesijoitus oli epäonnistunut ja toisella oli takanaan jopa 6 aiempaa laitossijoitusjaksoa. Muiden lasten sijoitukset oli ajateltu väliaikaisiksi. Pysyvämpiä sijoituspaikkoja etsittiin tai sitten harkittiin vielä lapsen palaamista biologiseen kotiin.

Nuorimman ja vanhimman lapsen äidit olivat kuolleet. Lapsista kolme tapasi äitiään vähintään kerran viikossa ja yksi muutaman kerran vuodessa. Vanhimmalla lapsella ei ollut myöskään isää. Neljä lapsista tapasi isäänsä vähintään kerran viikossa ja yksi muutaman kerran vuodessa. Yhdellä lapsella oli sisarus samassa laitoksessa. Muutoin sisaruksia ja muita sukulaisia tavattiin harvoin.

Lapsista kolme oli kokenut vanhempien eron. Kahden lapsen läheisellä oli mielenterveysongelmia, kolmea lasta itseään ja viiden lapsen perheenjäsentä oli pahoinpidelty. Rikollisuutta oli esiintynyt yhdessä perheessä. Kukaan lapsista ei tietävästi ollut joutunut seksuaalisen hyväksikäytön uhriksi.

Omahoitajien arvioiden mukaan yhden lapsen suhde äitiin ja yhden lapsen suhde isään oli etäinen. Muutoin suhteet vanhempiin arvioitiin erittäin tai melko läheisiksi. Yhdellä lapsella oli erittäin läheinen ja toisella melko lähe-

nen suhde sisarukseen. Kahdella lapsella oli läheinen mummo ja kahdella muu läheinen sukulainen. Hoitajista kaksi arvioi suhteensa lapseen melko läheiseksi, kaksi melko etäiseksi ja kahden lapsen kohdalta arvio puuttui.

Ilmeisesti laitoksessa asuvien lasten suhteet läheisiin ja hoitajiinkin jäävät etäisiksi. Vanhempiin ei juuri voitu turvautua silloin, kun ihmissuhteissa oli vaikeuksia. Yhden mainittiin turvautuvan sisarukseen hyvin paljon ja yhden isovanhempaan. Yksi lapsi turvautui hyvin paljon hoitajaan, toinen melko paljon ja kaksi muuta vain jonkin verran. Yksi lapsi ei turvautunut lainkaan hoitajaan ja yhden kohdalta tieto puuttui. Yhdellä lapsella ei ollut yhtään kaveria, muilla niitä oli kaksi tai kolme. Omahoitajien näkemyksen mukaan lapset viihtyivät hyvin samassa hoitoryhmässä olevien lasten kanssa.

### *Biologinen perhe kasvuympäristönä*

Biologisista vanhemmista vastasi vain kaksi. Molempien lapset olivat 2-vuotiaita FAS-lapsia, toinen tyttö ja toinen poika. Toisella lapsella oli geneettinen sairaus ja ongelmia puhetaidon kehityksessä ja syömisessä. Toisella lapsella oli sydämessä reikä ja huuli-suulakihalkio, josta seurasi puheen ja kielellisen kehityksen ongelmia. Toinen lapsista asui molempien vanhempiensa kanssa ja toinen äidin kanssa. Vain yhdellä vanhemmista oli ammattikoulutus.

Vanhemmat arvioivat oman terveydentilansa melko hyväksi ja lastensa erittäin hyväksi. Perheissä oli ollut jonkin verran alkoholiongelmia lapsen syntymän jälkeen. Myös parisuhde- ja talousongelmia oli ollut jonkin verran. Vanhemmat olivat suhteellisen tyytyväisiä elämäntilanteeseensa, eivätkä kokeneet olevansa väsyneitä hoitamaan lasta. Vanhemmat saivat lasta koskevilla asioissa henkistä tukea sekä kasvatus- ja hoitoapua omilta vanhemmiltaan, ja toinen perhe myös muilta sukulaisilta ja ystäviltä. Tukea oli saatu myös lääkäreiltä, hoitajilta ja sosiaalityöntekijöiltä, ja tämä apu koettiin tärkeäksi perheen jaksamisen kannalta.

Vanhempien alkoholiongelmien lisäksi toinen lapsista oli kokenut perheenjäsenen kohdistuvaa väkivaltaa, vanhempien eron, läheisen ihmisen vakavan sairauden sekä riitoja leikkiverseiden kanssa. Lapsi oli aloittanut päiväkodin, jossa hänellä oli paljon kavereita. Vastauksista kävi ilmi, että lapsi on saattanut kokea myös aikuisten välisiä ristiriitoja biologisessa kodissa sekä hoidon laiminlyöntiä. Lapsi oli ollut kerran lyhytaikaisesti sijoitettuna sijaiskodissa ja osan elämästään sairaalassa. Vanhempi arvioi läheisen ihmisen sairauden sekä riitojen leikkiverin kanssa aiheuttavan jonkin verran huolta lapselle. Avioeron vaikutukset eivät hänen arvionsa mukaan näkyneet vielä.

Toinen lapsista oli kokenut vanhempien alkoholiongelmien lisäksi myös aikuisten riitoja. Vanhempi arvioi, että läheisen alkoholinkäyttö aiheutti lapselle jonkin verran huolta. Molempien lasten vanhemmat arvioivat olevansa läheisiä lapsilleen, ja lapset turvautuivat vanhempiinsa ollessaan hädissään.

## Yhteenveto

Raskauden aikana runsaasti alkoholia käyttäneistä naisista suurin osa oli heikosti koulutettuja, ilman ammattia ja työelämän ulkopuolella. Kaikki eivät kuitenkaan kuuluneet sosioekonomisesti heikoimpaan ryhmään. Myös isistä saadut tiedot viittasivat siihen, että suurimmalla osalla sosioekonominen asema oli heikko ja työttömyys yleistä. Kaikkiin tämä ei kuitenkaan pätenyt, ja puuttuvia tietoja oli paljon. Tyypillistä raskausaikana alkoholia käyttäneille naisille oli, että he synnyttivät paljon lapsia. Kuitenkin vain harvat elivät enää yhdessä tutkimuksessa mukana olevan lapsen biologisen isän kanssa.

Alkoholiongelmiensa lisäksi monilla vanhemmilla oli myös muita mielen-terveysongelmia. Vanhempien vaikeasta elämäntilanteesta kertoo sekin, että huomattavan moni oli jo kuollut. Monet lapset olivat joutuneet seuraamaan perheenjäsenen pahoinpitelyä ja/tai heitä itseään oli pahoinpidelty. Muutama lapsi oli joutunut seksuaalisen hyväksikäytön uhriksi. Usein sosiaalityöntekijä ei kuitenkaan tiennyt tarkasti, mitä kaikkea lapsi oli joutunut kokemaan. Myöskään sijaisvanhemmat ja omahoitajat eivät aina tieneet lasten kokemuksista.

Kouluikäisistä kahta lasta lukuun ottamatta kaikki oli sijoitettu sijaisperheisiin tai laitoksiin. Suurin osa lapsista asui sijaisperheissä, joihin tässä tutkimuksessa luettiin myös ammatilliset perhekodit. Perheissä oli useimmiten myös muita sijaislapsia. Osalla oli myös omia lapsia, mutta huomattavan moni pari oli lapseton. Monella sijaisäidillä oli terveydenhuoltoalan ammattikoulutus. Puolet sijaisvanhemmista ilmoitti olevansa melko väsyneitä sijaislapsen hoitoon. Lapsi lisäsi lasten välisiä sekä lasten ja vanhempien välisiä ristiriitoja. Myös yhteistyö lapsen biologisten vanhempien kanssa aiheutti tyytymättömyyttä. Päivittäiseen lapsenhoitoon oli saatu hyvin vähän apua viranomaisilta. Pääosin apuna olivat olleet sukulaiset ja ystävät. Kysyttäessä keneltä lapsen kasvatukseen saatu tuki oli ollut tärkeintä perheen jaksamisen kannalta, useimmin mainittiin sosiaalityöntekijä ja muut sijaisperheet.

Laitoksessa omahoitaja ei pysty sitoutumaan lapseen samalla tavoin kuin sijaisvanhemmat. Laitossijoitukset olikin pääasiassa ajateltu väliaikaisiksi, ja lapset olivat olleet niissä suhteellisen vähän aikaa. Näytti siltä, että lähinnä silloin, kun lapsi oli erityisen vaikeahoitoinen tai perhesijoitus oli epäonnistunut, laitossijoituksen ajateltiin kestävän aikuisikään saakka. Saattoi olla myös niin, että biologiset vanhemmat vastustivat perhesijoitusta. Tunneside laitoksen omahoitajaan jäi etäisemmäksi kuin suhde sijaisvanhempiin, ja laitoksessa asuvan lapsen näytti olevan vaikeampi turvautua kehenkään aikuiseen. Kaikilla sijoitetuilla lapsilla myös suhteet sisaruksiin jäivät etäisiksi, ellei heitä oltu sijoitettu samaan paikkaan. Sijaisperheissä asuvilla lapsilla yhteydenpito biologisiin vanhempiin jäi usein vähäiseksi.

Biologisista vanhemmista vastasi vain kaksi, joiden lapset olivat vasta 2-vuotiaita. Näiden lasten kokemukset ja kehitys olivat hyvin samantapaiset kuin muidenkin tähän tutkimukseen tulleiden lasten ennen sijoitusta perhe- tai laitoshoitoon.

### 3.2.3 Lasten sosioemotionaalinen kehitys ja siihen yhteydessä olevat taustatekijät

Seuraavissa analyyseissä tarkastellaan, mitkä taustatekijät olivat yhteydessä alkoholille altistuneiden lasten sosioemotionaalista kehitystä kuvaaviin muutuksiin. Taustamuuttujina olivat *sukupuoli, ikä, diagnoosi, altistustyyppi (alkoholi/alkoholi + huume), somaattinen sairastavuus, sijoitusikä ensimmäisen sijoituksen alkaessa, vaikeiden elämäkokemusten summa ja sijoitusten lukumäärä*. Jos lapsi asui sijaisperheessä, tarkastelin myös nykyiseen sijaisperheeseen tuloian yhteyttä lapsen kehitystasoon. Osassa analyysejä oli mukana myös *diagnoosi-ikä*.

#### **Neuropsykologin, psykologin tai lääkärin tutkimuksissa havaitut kehitysongelmat**

Sikiöaikainen alkoholi-altistus voi aiheuttaa keskushermoston toimintahäiriön, mikä ilmenee neuropsykologisina oireina. Mitä todennäköisimmin vaikeat elämäkokemukset lisäävät entisestään näitä ongelmia ja vaikeuttavat lasten sosiaalista ja tunne-elämän kehitystä. Suuremman, sosiaalityöntekijöiltä saadun aineiston pohjalta oli mahdollista tarkastella taustamuuttujien yhteyttä lapsen neuropsykologisiin, kielellisiin ja tunne-elämän ongelmiin, jotka oli havaittu neuropsykologin, psykologin tai lääkärin tutkimuksissa. Näissä analyyseissä ovat mukana siis vain ne, jotka olivat olleet tutkimuksissa, ja joista oli tieto, oliko heillä havaittu jokin kehitysongelma vai ei (n=67).

Seuraavassa esitetään niiden muuttujien väliset yhteydet, jotka olivat tilastollisesti merkitsevät. Analyysiä vaikeutti luokkien pienuus. Näin pienessä aineistossa perhe- ja laitossijoitusten lukumäärällä ja vaikeiden elämäkokemusten määrällä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä tutkimuksissa havaittuihin yksittäisiin kehitysongelmiin. Myöskään diagnoosin ja kehitysongelmien tai altistustyyppin ja kehitysongelmien välillä ei löytynyt yhteyttä.

## Tarkkaavuusongelmat

Sukupuoli ja sijoitusikä olivat ainoat taustamuuttujat, jotka olivat yhteydessä tutkimuksissa havaittuihin tarkkaavuusongelmiin. Pojilla niitä oli enemmän kuin tytöillä. Sijoitusikä oli yhteydessä tarkkaavuusongelmiin siten, että alle 3-vuotiaana ensimmäisen kerran sijoitetuilla ja alle 3-vuotiaana nykyiseen sijaisperheeseen sijoitetuilla niitä oli vähemmän kuin myöhemmin sijoitetuilla. Alle kouluikäisiä oli aineistossa niin vähän, että sijoitusiän vaikutus ei noussut tilastollisesti merkitseväksi heidän joukossaan, mutta tulosten suunta oli sama kuin kouluikäisten joukossa, missä ryhmien välinen ero oli merkitsevä. (Taulukko 18; Koponen 2005a, liite 4, taulukko 6).

Taulukko 18. Alkoholille altistuneiden lasten tarkkaavuusongelmat sukupuolen, sijoitusiän (ikä ensimmäisellä sijoituskerralla) ja nykyiseen sijaisperheeseen tuloiän mukaan (%).

Tarkkaavuusongelma	Sukupuoli		
	Poika %	Tyttö %	Yht. %
Ei	62,2	86,7	73,1
On	37,8	13,3	26,9
Yht.	100	100	100
n	(37)	(30)	(67)
$\chi^2=5,063, df=1, p=.024$			
Tarkkaavuusongelma	Ikä ensimmäisen sijoituksen alkaessa		
	Alle 3 v. %	3 v.- %	Yht. %
Ei	80,5	50,0	71,2
On	19,5	50,0	28,8
Yht.	100	100	100
n	(41)	(18)	(59)
$\chi^2=5,668, df=1, p=.017$			
Tarkkaavuusongelma	Ikä nykyiseen sijaisperheeseen tullessa		
	Alle 3 v. %	3 v.- %	Yht. %
Ei	81,8	48,0	63,8
On	18,2	52,0	36,2
Yht.	100	100	100
n	(22)	(25)	(47)
$\chi^2=5,797, df=1, p=.016$			



## Keskittymiskyvyn ongelmat

Keskittymiskyvyn ongelmat tulevat helposti esiin koulutyössä. Alle kouluikäisistä lapsista vain yhdellä oli havaittu keskittymisongelmia. Myös somaattinen sairaus tai vamma oli yhteydessä keskittymisvaikeuksiin. (Taulukko 19).

Taulukko 19. Alkoholille altistuneiden lasten keskittymiskyvyn ongelmat iän ja lääkärin toteaman somaattisen sairauden tai vamman mukaan (%).

Keskittymisvaikeus	Ikä		Yht. %
	Alle 8 v. %	8 v.- %	
Ei	94,1	58,0	67,2
On	5,9	42,0	32,8
Yht.	100	100	100
n	(17)	(50)	(67)

$\chi^2=7.504$ ,  $df=1$ ,  $p=.006$

Keskittymisvaikeus	Vähintään yksi somaattinen sairaus tai vamma		
	Ei %	On %	Yht. %
Ei	80,6	52,9	66,2
On	19,4	47,1	33,8
Yht.	100	100	100
n	(31)	(34)	(65)

$\chi^2=5.558$ ,  $df=1$ ,  $p=.018$

## Puheen ja kielen kehityksen ongelmat

Tarkastelluista taustamuuttujista ainoastaan sukupuoli oli yhteydessä psykologin tai neuropsykologin tutkimuksissa havaittuihin puheen ja kielen kehityksen ongelmiin. Pojilla näitä ongelmia oli useammin kuin tytöillä (taulukko 20).

Taulukko 20. Alkoholille altistuneiden lasten puheen ja kielen kehityksen ongelmat sukupuolen mukaan (%).

Puheen tai kielen ongelma	Sukupuoli		Yht. %
	Poika %	Tyttö %	
Ei	51,4	83,3	65,7
On	48,6	16,7	34,3
Yht.	100	100	100
n	(37)	(30)	(67)

$\chi^2=7.517$ ,  $df=1$ ,  $p=.006$

## Kehitysviivästymät ja tunne-elämän ongelmat

Varhainen sijoitus biologisen kodin ulkopuolelle näytti edistävän lapsen kehitystä ja tunne-elämän tasapainoa. Yleistä kehitysviivästymää oli enemmän niillä, joilla ensimmäinen sijoitus biologisen kodin ulkopuolelle oli tapahtunut vasta 3-vuotiaana tai sitä myöhemmin. Iän vakiointi heikensi yhteyttä siten, että se säilyi tilastollisesti merkitsevänä vain alle kouluikäisten ryhmässä, mutta yhteys oli samansuuntainen myös kouluikäisillä. (Taulukko 21; Koponen 2005a, liitetaulukko 7).

Taulukko 21. Alkoholille altistuneiden lasten yleinen kehitysviivästymä sijoitusiän mukaan (ikä ensimmäisen sijoituksen alkaessa) %.

Kehitysviivästymä	Ikä ensimmäisen sijoituksen alkaessa		
	Alle 3 v. %	3 v.- %	Yht. %
Ei	92,7	72,2	86,4
On	7,3	27,8	13,6
Yht.	100	100	100
n	(41)	(18)	(59)

$\chi^2=4.468$ ,  $df=1$ ,  $p=0.035$

Tunne-elämän ongelmissa merkitystä oli sillä, minkä ikäisenä lapsi oli päässyt nykyiseen sijaisperheeseen. Iän vakioinnin jälkeen erot ryhmien välillä säilyivät tilastollisesti merkitsevänä kouluikäisten ryhmässä. Alle kouluikäisiä oli analyysissä hyvin vähän. (Taulukko 22; Koponen 2005a, liitetaulukko 8).

Taulukko 22. Alkoholille altistuneiden lasten tunne-elämän ongelmat nykyiseen sijaisperheeseen tuloian mukaan (%).

Tunne-elämän ongelma	Ikä nykyiseen sijaisperheeseen tullessa		
	Alle 3 v. %	3 v.- %	Yht. %
Ei	95,5	72,0	83,0
On	4,5	28,0	17,0
Yht.	100	100	100
n	(22)	(25)	(47)

$\chi^2=4.558$ ,  $df=1$ ,  $p=0.033$

## Lasten kehittyminen samanikäisiin verrattuna

Lasten ongelmien kartoittamiseksi pyysin kasvattajia (sijaisvanhemmat/omaohoitajat/biologiset vanhemmat) vertaamaan lasten kehitystä muiden saman-

ikäisten lasten kehitykseen. Otin myös biologisten vanhempien (n=2) arviot mukaan analyysiin, koska vastaukset osoittivat, että heillä ei ollut taipumusta yli- tai aliarvioida lasten kehitystä. Tarkastelussa käytin Achenbachin (1991) CBCL-lomakkeen osioita. Lisäsin niihin kysymykset seuraavilta kehitysalueilta: vuorovaikutustaidot, syyn ja seurauksen ymmärtäminen sekä liikunnalliset taidot. Lisäksi tarkastelin taustatekijöiden yhteyttä lasten ongelmiin.

Lapsilla oli muihin samanikäisiin verrattuna selvästi enemmän ongelmia syyn ja seurauksen ymmärtämisessä, ohjeiden noudattamisessa sekä vuorovaikutustaidoissa. Nämä ovat yleisesti tutkimuskirjallisuudessa mainittuja sikiöaikana alkoholille altistuneiden lasten ongelmia. (Taulukko 23.)

**Taulukko 23.** Alkoholille altistuneiden lasten kehittyminen samanikäisiin verrattuna kasvattajien (sijaisvanhemmat/omahoitajat/biologiset vanhemmat) arvion mukaan (keskiarvo, 1=keskitasoa paremmin, 2=keskitasoisesti, 3=keskitasoa huonommin).

	Keskiarvo	Keskihajonta	Vaihteluväli	n
Syyn ja seurauksen ymmärtäminen	2,42	0,66	1-3	45
Annettujen ohjeiden noudattaminen	2,38	0,61	1-3	45
Vuorovaikutustaidot	2,27	0,62	1-3	45
Omien toiveiden ilmaiseminen	2,14	0,67	1-3	44
Omista kokemuksista kertominen	2,13	0,66	1-3	45
Pettymyksen ilmaiseminen	2,09	0,60	1-3	44
Puhe	1,84	0,67	1-3	45
Liikunnalliset taidot	1,84	0,82	1-3	45
Kiintymyksen osoittaminen	1,80	0,66	1-3	45

Tein eri kehitysalueita (mainitut 9 kehitysalueita) kuvaavista osioista summuuttujan (ks. Koponen 2005, liite 5). Sillä mitattuna FAS-, FAE- ja diagnosioimattomien lasten välillä ei ollut eroa kehityksessä,  $F(2, 42)=0.329$ ,  $p=0.721$ . Kun tarkastelin osioita erikseen, havaitsin, että eroja ryhmien välillä oli vain ohjeiden noudattamisessa. FAE- ja diagnosioimattomat lapset noudattivat ohjeita huonommin kuin FAS-lapset. Ryhmien väliset erot säilyivät tilastollisesti merkitsevinä iän vakioinnin jälkeenkin kouluikäisten joukossa. Alle kouluikäisiä oli analyysissä hyvin vähän, ja heidän joukossaan tulos ei ollut tilastollisesti merkitsevä. (Taulukko 24; Koponen 2005a, liitetaulukko 9).

Taulukko 24. Diagnoosin yhteys ohjeiden noudattamiseen kasvattajien (sijaisvanhemmat/ omahoitajat/biologiset vanhemmat) arvion mukaan (keskiarvo, 1=keskitasoa paremmin, 2=keskitasoisesti, 3=keskitasoa huonommin).

Diagnoosi	Keskiarvo	Keskihajonta	Vaihteluväli
FAS	2,2	0,6	1-3
FAE	2,6	0,5	2-3
Ei diagnoosia	2,7	0,5	2-3
Yht.	2,4	0,6	1-3
n	(45)		

$F(2,42)=3,782, p=0.031$

Ikä, sukupuoli, somaattinen sairaus tai vamma, altistustyyppi (pelkkä alkoholi/ sekakäyttö), lasten vaikeiden kokemusten summa, nykyiseen sijaisperheeseen tuloikä ja sijoituskertojen määrä eivät olleet yhteydessä kehitysosiin eivätkä niiden summaan, mutta lapsen ikä ensimmäisen sijoituksen alkaessa oli. Jos lapsi oli sijoitettu ensimmäisen kerran biologisen kodin ulkopuolelle alle 3-vuotiaana, hänen kehityksensä oli parempi kuin myöhemmin sijoitetuilla. Erot näkyivät erityisesti puheen, vuorovaikutustaitojen, syyn ja seurauksen ymmärtämisen ja liikunnallisten taitojen kehityksessä. Sijoitusiän yhteys lapsen kehitykseen säilyi iän vakioinnin jälkeenkin. Parametrittomissa testeissä yhteydet eivät olleet tilastollisesti merkitsevät alle kouluikäisten joukossa, joskin samansuuntaiset. Alle kouluikäisiä oli hyvin vähän analyysissä. Vuorovaikutustaitojen sekä syyn ja seurauksen kohdalla sijoitusiän yhteys ei ollut tilastollisesti merkitsevä kouluikäisten joukossakaan, mutta parametrisissä testeissä yhteydet olivat merkitsevät. (Taulukko 25, Koponen 2005a, liite 4, taulukot 10-15).

Taulukko 25. Kasvattajien (sijaisvanhemmat/omahoitajat/biologiset vanhemmat) arvio alkoholille altistuneiden lasten kehitystasosta samanikäisiin verrattuna lasten sijoitusiän mukaan (ikä ensimmäisen sijoituksen alkaessa), keskiarvo, 1=keskitasoa paremmin, 2=keskitasoisesti, 3=keskitasoa huonommin.

Kehitysalue	Keskiarvo	Keskihajonta	t-testi
Puhe			
Alle 3 v.	1,7	0,7	
3 v. tai yli	2,1	0,3	
Yht.	1,8	0,6	
n	(42)		t (39.903)=-2,507, p=0.016 *
Vuorovaikutustaidot			
Alle 3 v.	2,2	0,6	
3 v. tai yli	2,6	0,5	
Yht.	2,3	0,6	
n	(42)		t (40)=-2,133, p=0.039 *
Ohjeiden noudattaminen			
Alle 3 v.	2,3	0,6	
3 v. tai yli	2,6	0,5	
Yht.	2,4	0,6	
n	(42)		t (40)=-1,525, p=0.135
Toiveiden ilmaiseminen			
Alle 3 v.	2,0	0,7	
3 v. tai yli	2,4	0,7	
Yht.	2,2	0,7	
n	(41)		t (39)=-1,644, p=0.108
Kokemuksista kertominen			
Alle 3 v.	2,1	0,6	
3 v. tai yli	2,3	0,6	
Yht.	2,1	0,6	
n	(42)		t (40)=-0,675, p=0.504
Kiintymyksen osoittaminen			
Alle 3 v.	1,9	0,6	
3 v. tai yli	1,8	0,8	
Yht.	1,9	0,6	
n	(42)		t (40)=0,675, p=0.504
Pettymyksen ilmaiseminen			
Alle 3 v.	2,0	0,6	
3 v. tai yli	2,4	0,5	
Yht.	2,1	0,6	
n	(41)		t (39)=-1,592, p=0.119
Syy ja seurauksen ymmärtäminen			
Alle 3 v.	2,3	0,7	
3 v. tai yli	2,8	0,5	
Yht.	2,4	0,7	
n	(42)		t (40)=-2,229, p=0.031 *
Liikunnalliset taidot			
Alle 3 v.	1,7	0,8	
3 v. tai yli	2,3	0,6	
Yht.	1,9	0,8	
n	(42)		t (27.285)=-2,334, p=0.027 *
Kehitysosiot yht.			
Alle 3 v.	2,0	0,4	
3 v. tai yli	2,3	0,3	
Yht.	2,1	0,4	
n	(42)		t (40)=-2,623, p=0.012 *

\* tilastollisesti melkein merkitsevä, p<0.05

Myös diagnoosi-ikä korreloi lapsen kasvattajien arvioiman kokonaiskehityksen kanssa (.48,  $p < .05$ ). Mitä myöhemmin lapsi oli saanut diagnoosin, sen heikompi hänen kokonaiskehityksensä oli. Tässä analyysissä oli hyvin vähän tapauksia ( $n=21$ ), mikä heikentää tuloksen yleistettävyyttä.

### Lasten parhaat puolet ja erityistaidot

Kasvattajat (sijaisvanhemmat/omahoitajat/biologiset vanhemmat) mainitsivat jokaisesta lapsesta ( $n=46$ ) hänen parhaat puolensa. Vaikeista kokemuksista huolimatta lapset osoittivat suurta elinvoimaisuutta. Heitä kuvattiin iloisiksi, aurinkoisiksi ja yritteliäiksi. Monet olivat myös hyvin sosiaalisia ja avoimia. Kasvattajat arvioivat, että 84 % lapsista oli erityisen taitava jossain asiassa. Useimmiten mainittiin liikunnallisuus, laulaminen ja soittaminen sekä piirtäminen ja käden taidot. (Taulukko 26.)

Taulukko 26. Alkoholille altistuneiden lasten parhaat puolet ja erityistaidot ( $n=46$ ).

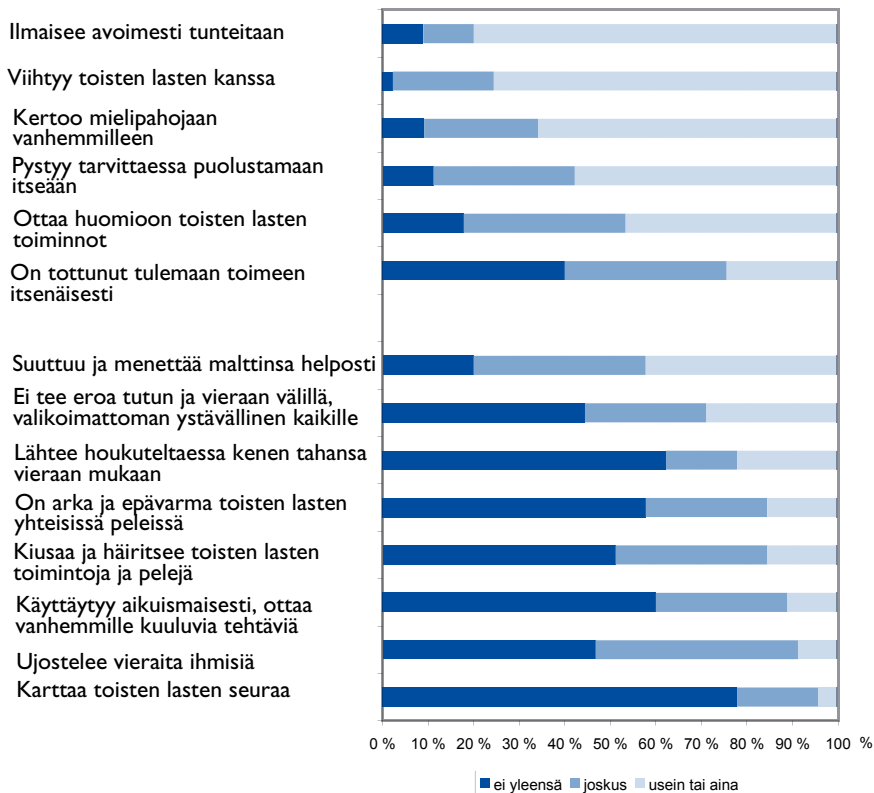
Parhaat puolet	Mainintoja yht.
Iloinen, aurinkoinen	26
Yritteliäs, energinen	17
Sosiaalinen (ystävällinen, ottaa toiset huomioon, kiltti, rehellinen)	14
Avoin, näyttää tunteensa	10
Nokkela, luova, lahjakas, hyvä mielikuvitus	5
Koko lapsi	3
Liikunnallinen	2
Rauhallinen	2
<b>Erityistaidot</b>	
Liikunta, ketteryys	9
Musikaalisuus, laulu, soitto	8
Piirtäminen	7
Kätevä käsistään arjen askareissa	5
Lukeminen	4
Mielikuvitusleikit, pelit	4
Sosiaalinen kanssakäyminen, tuo iloa ympäristölleen	3
Hoitaa tomerasti asioitaan	2
Kirjoittelu	1
Matematiikka	1
Hyvä muisti	1
Hoksottimet toimii	1

## Lasten sosiaalinen käyttäytyminen

Lasten sosiaalisen käyttäytymisen tutkimisessa käytin pääosin Lahikaisen ym. (1995) kehittämää osioita (ks. Koponen 2005a, liite 3, kysymykset 63-65). Lisäsin niihin vielä seuraavat osiot: ei tee eroa vieraan ja tutun välillä, on valikoimattoman ystävällinen kaikille; lähtee houkuteltaessa kenen tahansa vieraan mukaan; käyttäytyy aikuismaisesti, ottaa itselleen vanhemmille kuuluvia tehtäviä sekä pystyy tarvittaessa puolustamaan itseään. Kaksi ensimmäistä ovat ominaisuuksia, joiden monet sikiöaikana alkoholille altistuneiden lasten kasvattajat ja lasten kanssa työskentelevät mainitsevat olevan tyypillisiä näille lapsille. Ne ovat myös kiintymyssuhdehäiriön oireita samoin kuin kolmas osio. Joiltain sijaisvanhemmilta olen kuullut myös, että lapset eivät osaa puolustaa itseään. Tarkastelin osioita erikseen, koska näin pienessä aineistossa osioiden faktorointi ei tuottanut järkeviä tuloksia.

Lasten kasvattajien mukaan alkoholille altistuneet lapset hakeutuivat mielellään muiden lasten seuraan. Noin puolet kuitenkin kiusasi ja häiritsti toisten lasten toimintoja ja pelejä ainakin joskus. Moni myös suuttui ja menetti malttinsa helposti. Myös itsenäisyydessä oli monilla ongelmia. Turvallisesta kiintymyssuhteesta kertoo se, että lapsi uskaltaa ilmaista tunteitaan ja kertoa mielipahastaan, ja näin lapset kasvattajien kertoman mukaan useimmiten tekivätkin. (Kuvio 4).

Alkoholille altistuneiden lasten kuvataan usein olevan valikoimattoman ystävällisiä vieraitakin ihmisiä kohtaan ja lähtevän kenen tahansa mukaan. Tämänkin tutkimuksen mukaan tällainen käytös näyttäisi olevan melko yleistä. Noin kaksi viidestä lapsesta oli valmis lähtemään houkuteltaessa kenen tahansa mukaan ainakin joskus. Melkein kolmella viidestä oli vaikeuksia tehdä eroa tutun ja vieraan välillä. Käytös saattaa kertoa turvattomasta kiintymyssuhteesta tai sitten johtua alkoholin aiheuttamasta aivovauriosta tai molempien yhteisvaikutuksesta. Turvattomasta kiintymyssuhteesta kertoo sekin, että lapsi käyttäytyy aikuismaisesti ja ottaa itselleen vanhemmille kuuluvia tehtäviä. Tällöin lapsen ja vanhemman roolit ovat vaihtuneet, eikä lapsi voi turvautua vanhempaan. Tällaista käyttäytymistä esiintyi kahdella viidestä lapsesta ainakin joskus. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Alkoholille altistuneiden lasten sosiaalinen käyttäytyminen kasvattajien arvion mukaan (%; n=45).

### Taustatekijöiden yhteys lasten sosiaaliseen käyttäytymiseen

Sukupuoli, perhe- ja laitossijoitusten määrä ja diagnoosi-ikä eivät olleet yhteydessä lasten sosiaalista käyttäytymistä mittaaviin osioihin. Ikä oli yhteydessä käyttäytymiseen siten, että alle kouluikäiset ilmaisivat enemmän tunteitaan kuin kouluikäiset. Koululaiset puolestaan ottivat enemmän toisia lapsia huomioon ja olivat useammin arkoja ja epävarmoja kuin alle kouluikäiset. (Taulukko 27.)



Taulukko 27. Alkoholille altistuneen lapsen iän yhteys sosiaaliseen käyttäytymiseen (keskiarvo, 1=ei yleensä, 2=joskus, 3=usein, 4=lähes aina).

	Keskiarvo	Keskihajonta	t-testi
Ilmaisee avoimesti tunteitaan			
Alle 8 v.	3,8	0,4	
8 v. -	3,1	1,0	
Yht.	3,2	1,0	
n	(45)		t (30.773)=3,227, p=.003
Ottaa toiset lapset huomioon			
Alle 8 v.	1,8	0,7	
8 v. -	2,5	0,8	
Yht.	2,4	0,9	
n	(45)		t (43)=-2,378, p=.022
On arka ja epävarma toisten lasten yhteisissä peleissä			
Alle 8 v.	1,1	0,3	
8 v. -	1,7	0,8	
Yht.	1,6	0,8	
n	(45)		t (31.712)=-3,395, p=.002

Lasten, joilla oli jokin lääkärin toteama pitkäaikaissairaus tai vamma, oli vaikeampi tulla toimeen itsenäisesti (keskiarvo=1,6) kuin fyysisesti terveiden lasten (keskiarvo=2,4), t (43)=3.092, p=0.003.

Sijoitusikä oli yhteydessä sosiaaliseen käyttäytymiseen siten, että alle 3-vuotiaana ensimmäisen kerran sijoitetut kiusasivat ja häiritsivät vähemmän muiden lasten toimintoja, osasivat puolustaa paremmin itseään ja olivat tottuneet tulemaan toimeen itsenäisemmin kuin myöhemmin sijoitetut lapset. (Taulukko 28). Iän vakioinnin jälkeenkin tulokset säilyivät tilastollisesti merkitsevinä parametrisessa testissä. Parametrittomassa testissä tulokset eivät olleet tilastollisesti merkitseviä alle kouluikäisten joukossa, jossa lapsia oli vähän. Tulokset olivat kuitenkin samansuuntaiset kuin kouluikäisten joukossa (ks. Koponen 2005a, liite 4, taulukot 16-18).

Taulukko 28. Alkoholille altistuneen lapsen sijoitusiän (ensimmäinen sijoituskerta) yhteys sosiaaliseen käyttäytymiseen (keskiarvo, 1=ei yleensä, 2=joskus, 3=usein, 4=lähes aina).

Sijoitusikä	Keskiarvo	Keskihajonta	t-testi
<b>Kiusaa ja häiritsee muiden lasten toimintoja ja pelejä</b>			
Alle 3 v.	1,5	0,8	
3 v. -	2,2	0,9	
Yht.	1,7	0,9	
n	(42)		t (40)=-2.251, p=.030
<b>Pystyy puolustamaan itseään</b>			
Alle 3 v.	3,1	0,9	
3 v. -	2,3	1,1	
Yht.	2,8	1,0	
n	(42)		t (40)=2.516, p=.016
<b>On tottunut tulemaan toimeen itsenäisesti</b>			
Alle 3 v.	2,1	1,0	
3 v. -	1,4	0,5	
Yht.	1,9	0,9	
n	(42)		t (40)=2.407, p=.021

Myös tarkasteltaessa nykyiseen sijaisperheeseen tuloian ja sosiaalisen käyttäytymisen välistä yhteyttä kävi ilmi, että alle 3-vuotiaana nykyiseen sijaisperheeseen tulleet kiusasivat ja häiritsivät vähemmän muita kuin myöhemmin sijoitetut ja kertoivat useammin mielipahastaan sijaisvanhemmilleen. Myös ero itsenäisessä toiminnassa oli lähellä tilastollista merkitsevyyttä. Parametrittomissa testeissä ryhmien väliset erot olivat tilastollisesti merkitsevät vain kouluikäisten joukossa, mutta nuoremmillakin samansuuntaiset. (Taulukko 29; Koponen 2005a: liite 4, taulukot 19-21).

Taulukko 29. Nykyiseen sijaisperheeseen tuloian yhteys alkoholille altistuneen lapsen sosiaaliseen käyttäytymiseen (keskiarvo, 1=ei yleensä, 2=joskus, 3=usein, 4=lähes aina).

Sijoitusikä	Keskiarvo	Keskihajonta	t-testi
Kiusaa ja häiritsee muiden lasten toimintoja ja pelejä			
Alle 3 v.	1,3	0,5	
3 v. -	2,0	1,0	
Yht.	1,7	0,9	
n	(36)		t (30.020)=-2.552, p=.016
Kertoo mielipahojaan vanhemmilleen			
Alle 3 v.	3,3	0,8	
3 v. -	2,6	1,0	
Yht.	2,9	1,0	
n	(36)		t (34)=2.263, p=.030
On tottunut tulemaan toimeen itsenäisesti			
Alle 3 v.	2,3	1,1	
3 v. -	1,6	0,7	
Yht.	1,9	0,9	
n	(36)		t (21.336)=2.028, p=.055

Diagnoosi oli yhteydessä sosiaaliseen käyttäytymiseen mm. siten, että FAS-lapset ottivat enemmän muita lapsia huomioon kuin diagnosoimattomat lapset. (Taulukko 30). Diagnoosin vaikutus säilyi tilastollisesti merkitsevänä iän vakioinnin jälkeenkin (Koponen 2005a: liite 4, taulukko 26).

Diagnoosi ei ollut yhteydessä kaikkiin kiintymyssuhdehäiriötä kuvaaviin muuttujiin. Kuitenkin diagnosoimattomat lapset olivat useammin valmiita lähtemään kenen tahansa mukaan kuin FAS-lapset (taulukko 30). Iän vakioinnin jälkeenkin tulos säilyi suuntaa antavana (Koponen 2005a: liite 4, taulukko 27).

Taulukko 30. Diagnoosin yhteys lasten sosiaaliseen käyttäytymiseen (keskiarvo, 1=ei yleensä, 2=joskus, 3=usein, 4=lähes aina).

Muiden lasten huomioon ottaminen			
	Keskiarvo	Keskihajonta	F-testi
FAS	2,6	0,7	
FAE	2,2	1,1	
Ei diagnoosia	1,6	0,5	
Yht.	2,4	0,9	
n	(45)		F(2,42)=5,457, p=.008 Tukey: FAS x ei diagnoosia, p=.007
Kiintymyssuhdehäiriötä kuvaavat muuttujat ( n=45)			
	Keskiarvo	Keskihajonta	F-testi
Ei tee eroa läheisen ja vieraan välillä, on valikoimattoman ystävällinen kaikille			
FAS	1,7	0,9	
FAE	2,3	1,3	
Ei diagnoosia	2,7	1,4	F(2,42)=2.556, p=.090
Yht.	2,0	1,1	
Lähtee houkuteltaessa kenen tahansa mukaan			
FAS	1,4	0,8	
FAE	1,8	1,3	F(2,42)=3.612, p=.036
Ei diagnoosia	2,6	1,3	Tukey: FAS x ei diagn. p=.029
Yht.	1,7	1,1	
Käyttäytyy aikuismaisesti, ottaa itselleen vanhemmille kuuluvia tehtäviä			
FAS	1,4	0,7	
FAE	1,7	1,0	
Ei diagnoosia	2,0	1,2	F(2,42)=1.558, p=.223
Yht.	1,6	0,9	

Altistustyyppi oli yhteydessä itsenäiseen käyttäytymiseen. Sekakäytölle altistuneet tulivat itsenäisemmin toimeen (keskiarvo 2,6) kuin pelkälle alkoholille altistuneet (keskiarvo 1,8,  $t(43)=-2,137$ ,  $p=0.04$ ). Iän vakioinnin jälkeen tulos säilyi suuntaa antavana,  $p=.079$ .

Myös lasten vaikeiden elämäkokemusten ja sosiaalisen käyttäytymisen välillä näkyi yhteys. Mitä enemmän vaikeita elämäkokemuksia lapsella oli, sitä vaikeampi hänen oli kertoa mielipahojaan vanhemmilleen, ottaa muita lapsia huomioon, sitä useammin hän lähti kenen tahansa mukaan eikä osannut tehdä eroa vieraan ja tutun välillä. (Taulukko 31.)

Taulukko 31. Alkoholille altistuneiden lasten vaikeiden elämäkokemusten summan ja sosiaalisen käyttäytymisen väliset korrelaatiot (Pearsonin korrelaatiokerroin), n=18.

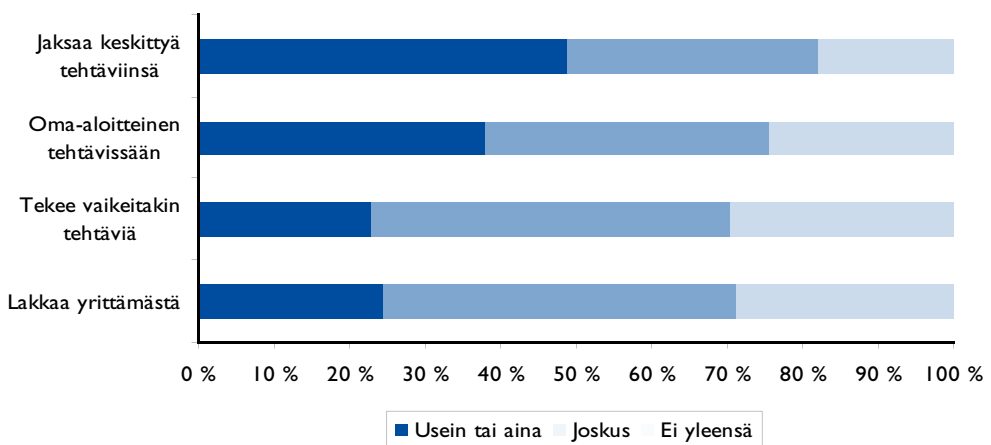
	Vaikeiden elämäkokemusten summa
Kertoo mielipahojaan vanhemmilleen	-,480 *
Ottaa toiset lapset huomioon	-,545 *
Ei tee eroa vieraan ja tutun välillä	,481 *
Lähtee kenen tahansa mukaan	,685 **

\* tilastollisesti melkein merkitsevä (p<.05)

\*\* tilastollisesti merkitsevä (p<.01)

### Tehtäväkäyttäytyminen

Alkoholille altistuneilla lapsilla on aiemmissa tutkimuksissa havaittu huomattavan paljon ongelmia tarkkaavuudessa ja keskittymiskyvyssä. Sama näkyi tässäkin tutkimuksessa. Ongelmat heijastuvat tehtäväkäyttäytymiseen. Kasvattajien mukaan vain noin puolelle lapsista oli tyypillistä, että he jaksoivat keskittyä tehtäviinsä ja oma-aloitteisuudessakin oli paljon puutteita. Vain harvat tekivät mielellään vaikeitakin tehtäviä. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Alkoholille altistuneiden lasten tehtäväkäyttäytyminen (%).

Sukupuoli, ikä, diagnoosi, diagnoosi-ikä, sijoituskertojen lukumäärä ja kokeusten summa eivät olleet yhteydessä lasten tehtäväkäyttäytymiseen, mutta sekakäytölle altistuneille vaikeidenkin tehtävien teko oli mieluisampaa (keskiarvo 2,6) kuin pelkälle alkoholille altistuneille (keskiarvo 1,9,  $t(42) = -2,2$ ,  $p = .035$ ). Iän vakioinnin jälkeen tulos säilyi suuntaa antavana ( $p = .065$ ). Lasten, joilla oli jokin lääkärin toteama pitkäaikaissairaus tai vamma oli vaikeampi jaksaa keskittyä tehtäviinsä (keskiarvo=2,1) kuin fyysisesti terveiden lasten (keskiarvo=2,8),  $t(43) = 2.764$ ,  $p = .008$ .

Sijoitusikä oli yhteydessä tehtäväkäyttäytymiseen siten, että alle 3-vuotiaana ensimmäisen kerran sijoitetut jaksoivat keskittyä tehtäviinsä paremmin ja tekivät mielellään vaikeita tehtäviä useammin kuin myöhemmin sijoitetut. Ryhmien väliset erot säilyivät tilastollisesti merkitsevinä iän vakioinnin jälkeenkin kouluikäisten joukossa. Alle kouluikäisiä oli analyyseissä hyvin vähän. (Taulukko 32; Koponen 2005a: liite 4, taulukot 28-29).

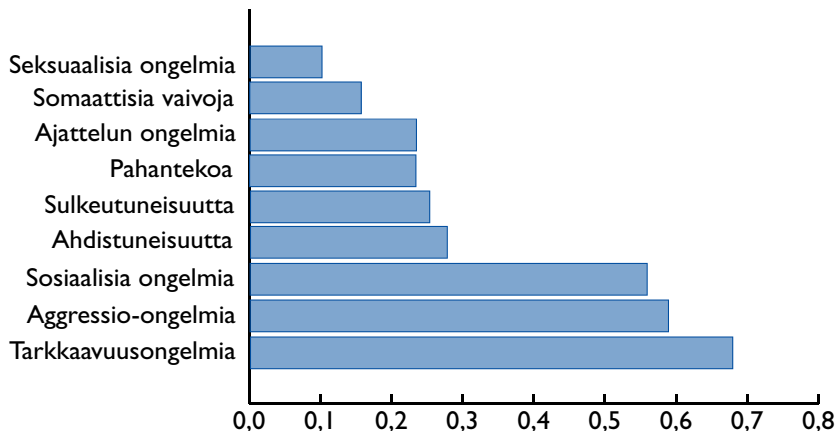
Alle 3-vuotiaana nykyiseen sijaisperheeseen tulleet suorittivat tehtävänsä oma-aloitteisemmin kuin myöhemmin perheeseen tulleet. Ryhmien välinen ero säilyi iän vakioinnin jälkeenkin kouluikäisten joukossa. (Taulukko 32, Koponen 2005a: liite 4, taulukko 30).

**Taulukko 32.** Sijoitusiän (ensimmäinen sijoituskerta) ja nykyiseen sijaisperheeseen tuloiän yhteys alkoholille altistuneen lapsen tehtäväkäyttäytymiseen (keskiarvo, 1=ei yleensä, 2=joskus, 3=usein, 4=lähes aina).

Sijoitusikä (ensimmäinen sijoituskerta)			
	Keskiarvo	Keskihajonta	t-testi
Jaksaa keskittyä tehtäviinsä			
Sijoitettu alle 3 v.	2,6	0,8	
Sijoitettu 3 v. –	1,8	0,8	
Yht.	2,4	0,9	
n	(42)		$t(40) = 2.714, p = .010$
Tekee mielellään vaikeitakin tehtäviä			
Sijoitettu alle 3 v.	2,2	0,8	
Sijoitettu 3 v. –	1,6	0,7	
Yht.	2,0	0,8	
n	(41)		$t(39) = 2,141, p = .039$
Nykyiseen sijaisperheeseen tuloikä			
	Keskiarvo	Keskihajonta	t-testi
Suorittaa oma-aloitteisesti tehtävänsä			
Tuloikä alle 3-v.	2,6	1,1	
Tuloikä 3 v. –	1,9	0,8	
Yht.	2,2	1,0	
n	(36)		$t(34) = 2,2, p = .034$

#### 4-16-vuotiaiden lasten käytösongelmat

Yleisimmät alkoholille altistuneiden lasten käytösongelmat Achenbachin (1991) CBCL-mittarilla mitattuna olivat tarkkaavuusongelmat, aggressiivisuus ja sosiaaliset ongelmat. (Kuvio 6, liite 1). Sheila Weintraub on kokoamassa CBCL-mittarin normiaineistoa. Vertailu normiaineiston alustaviin tuloksiin osoitti, että alkoholille altistuneiden lasten pistemäärät olivat selkeästi korkeammat kuin lapsilla keskimäärin. Koska normiaineisto ei ollut vielä valmis, en voinut laskea tuloksia suhteessa normiaineiston arvoihin. Tässä tuloksia tarkastellaan keskiarvojen avulla.



Kuvio 6. Alkoholille altistuneiden 4-16-vuotiaiden lasten käytösongelmat (CBCL, keskiarvo, n=39, 0=ei sovi lainkaan, 1=sopii jossain määrin tai toisinaan, 2=sopii erittäin hyvin tai usein).

Sukupuoli, ikä, diagnoosi tai altistustyyppi eivät olleet tilastollisesti merkitsevissä yhteydessä käytösongelmien kokonaissummaan eivätkä sisään- tai ulospäin suuntautuvien ongelmien summiin. Myöskään diagnoosi-ikä eikä somaattinen sairaus tai vamma olleet yhteydessä näihin lukuihin, mutta sijoituskertojen määrä oli. Sisäänpäin suuntautunutta ongelmakäyttäytymistä oli eniten niillä, joilla sijoituskertoja oli useita (korrelaatio .339,  $p < .05$ ).

Vaikeiden kokemusten summa oli yhteydessä käytösongelmien kokonaissummaan. Mitä enemmän lapsella oli vaikeita elämänkokemuksia, sitä enemmän oli myös käytösongelmia (korrelaatio .673,  $p < .05$ ). Tosin tapausten vähäinen määrä ( $n=13$ ) vähensi myös tämän tuloksen yleistettävyyttä.

Varhainen sijoitus biologisen kodin ulkopuolelle näytti vähentävän käytösongelmia. Kokonaisuoreiden korrelaatio ikään, jolloin lapsi oli sijoitettu

ensimmäisen kerran biologisen kodin ulkopuolelle, oli .361 ( $p<.05$ ) ja ikään, jolloin lapsi oli tullut nykyiseen sijaisperheeseen oli .375 ( $p<.05$ ). Mitä nuorempana lapsi oli sijoitettu, sen parempi oli hänen ennusteensa. Kriittinen ikäraja näytti olevan 2-3 ikävuoden paikkeilla. Vähiten oireilevasta kolmanneksesta melkein kaikki (85 %) oli sijoitettu biologisen kodin ulkopuolelle ennen kolmatta ikävuotta ja 54 % jo ennen ensimmäistä ikävuotta (taulukko 33).

Taulukko 33. Vähiten ja eniten oireilevien alkoholille altistuneiden lasten ikä ensimmäisen sijoituksen alkaessa (%).

	Vähiten oireilevat	Eniten oireilevat
Sijoitusikä	%	%
Alle 3 v.	84,6	45,5
3 v.–	15,4	54,5
Yht.	100	100
n	(13)	(11)

$\chi^2=4.112$ ,  $df=1$ ,  $p=.043$

Sijoitusiän yhteys käytösongelmien kokonaissummaan säilyi senkin jälkeen, kun iän ja diagnoosin vaikutukset oli otettu huomioon (taulukko 34).

Taulukko 34. Regressioanalyysi lapsen syntymävuoden, diagnoosin, sijoitusiän (ensimmäinen sijoituskerta) ja käytösongelmien summan (CBCL) välisistä yhteyksistä,  $n=37$ .

	Beta	t	p-arvo
Syntymävuosi	-.07	-0.42	0.679
Ikä 1. sijoituskerralla	.36	2.26	0.031
Diagnoosi: FAS			
FAE	.03	0.17	0.866
ei diagn.	.27	1.49	0.147

- regressionanalyysin selitysaste oli 19%
- regressioresiduaalin jakauma oli hieman positiivisesti vino, mutta ei aiheuttanut ongelmia analyysille
- vapausasteilla korjattu r:n neliö oli .087, mikä johtui otoksen pienuudesta

Ikä ensimmäisen sijoituksen alkaessa korreloi voimakkaimmin juuri sosiaalisten ongelmien (.47,  $p<0.01$ ) ja tarkkaavuusongelmien (.44,  $p<0.01$ ) kanssa, joiden on havaittu olevan tyypillisiä sikiöaikana alkoholille altistuneille lapsille. Myös korrelaatio ajattelun ongelmiin oli merkitsevä (.38,  $p<.05$ ).



## Koulunkäynti

Suurin osa sikiöaikana alkoholille altistuneista lapsista kävi peruskoulua normaaliluokalla erilaisin tukitoimin. (Taulukko 35.)

Taulukko 35. Alkoholille altistuneiden lasten koulunkäynti asuinpaikan mukaan %.

	Asuinpaikka			n
	Sijaisperhe	Laitos	Yht.	
<b>Peruskoulun käynti</b>	%	%	%	
Normaaliluokalla	65,6	25,0	61,1	22
EMU – mukautettu opetus	15,6	25,0	16,7	6
EVY – vammautuneiden				
erityisopetus	12,5	50,0	16,7	6
EDY- dysfasiaopetus	3,1	0,0	2,8	1
EHA – harjaantumisopetus				
kehitysvammaisille	3,1	0,0	2,8	1
Yht.	100	100	100	36
n	(32)	(4)	(36)	

FAS-diagnoosin saaneista 13 (54 %), FAE-diagnoosin saaneista 6 (67 %) ja diagnosoimattomista 3 (100 %) kävi peruskoulua normaaliluokalla. Normaaliluokilla olevista lapsista 8 (36 %) sai erityisopetusta, 13 (59 %) tukiopeutusta, seitsemällä (32 %) oli henkilökohtainen koulunkäyntiavustaja ja kahdelle (9 %) oli tehty henkilökohtainen opetussuunnitelma. Erityisluokilla lähes kaikilla oli henkilökohtainen opetussuunnitelma. Koululaisista 44 % oli vaihtanut koulua 1-3 kertaa.

Laitoksessa asuvista 6 lapsesta 4 oli kouluikäisiä ja heistä yksi kävi peruskoulun normaaliluokkaa. Kolmella lapsella oli henkilökohtainen opetussuunnitelma, mutta kellekään ei ollut henkilökohtaista koulunkäyntiavustajaa. Biologisessa kodissa asuvat lapset eivät olleet vielä kouluikäisiä.

Eniten ongelmia koulussa tuottivat matemaattiset aineet ja vieraat kielet. Lapsista melkein puolet menestyi näissä aineissa keskitasoa huonommin kasvattajien arvion mukaan. (Taulukko 36.) Laitoksessa asuvien lasten menestyminen arvioitiin yleensä keskitasoiseksi. Kuitenkin vanhin lapsista, joka oli normaaliluokalla, menestyi keskitasoa paremmin sekä matematiikassa, vieraissa kielissä että liikunnassa.

Taulukko 36. Alkoholille altistuneiden lasten koulumenestys kasvattajien arvion mukaan (keskiarvo, 1=keskitasoa paremmin, 2=keskitasoisesti, 3=keskitasoa huonommin).

	keskiarvo	keskihajonta	vaihteluväli	n
Matemaattiset aineet	2,34	0,68	1-3	35
Vieraat kielet	2,32	0,75	1-3	25
Biologia, fysiikka, kemia	2,22	0,55	1-3	18
Äidinkieli	2,21	0,60	1-3	33
Ympäristöoppi, uskonto, historia	1,97	0,56	1-3	30
Liikunta	1,89	0,71	1-3	36

Sukupuoli, diagnoosi, diagnoosi-ikä, nykyiseen sijaisperheeseen tuloikä ja sijoitusten määrä eivät olleet yhteydessä arvioituun koulumenestykseen, ei myöskään se, oliko lapsella somaattinen sairaus tai vamma vai ei. Myöskään vaikeiden elämäkokemusten summa ei ollut yhteydessä koulumenestykseen, mutta alle 3-vuotiaana ensimmäisen kerran sijoitetut menestyivät liikunnassa paremmin (keskiarvo 1,4) kuin myöhemmin sijoitetut (keskiarvo 2,0),  $t(29.632) = -2,712$ ,  $p = .011$ .

Päihdealtistus näytti olevan yhteydessä matematiikassa menestymiseen. Alkoholin ja huumeiden sekakäytölle altistuneet menestyivät matematiikassa paremmin (keskiarvo 1,3) kuin pelkälle alkoholille altistuneet (keskiarvo 2,4,  $t(33) = 2,97$ ,  $p = .006$ ). Sekakäytölle altistuneita oli analyysissä vain kolme, mikä heikentää tuloksen luotettavuutta.

Tarkkaavuusongelmat ja sosiaaliset ongelmat CBCL-mittarilla mitattuna olivat yhteydessä matematiikassa, luonnontieteissä ja liikunnassa menestymiseen. Eniten oireilevilla menestys näissä aineissa oli heikointa. Myös aggressio-ongelmat olivat yhteydessä menestymiseen luonnontieteissä. (Taulukko 37).

Taulukko 37. Tarkkaavuusongelmien<sup>1</sup>, sosiaalisten ongelmien ja aggressio-ongelmien yhteys alkoholille altistuneiden lasten kouluaineissa menestymiseen. Pearsonin korrelaatiokerroin.

	Tarkkaavuus- ongelmat	Sosiaaliset ongelmat	Aggressio- ongelmat
Matematiikka	.596 **	.430 *	.225 ns.
Luonnontieteet	.803 **	.708 **	.570 *
Liikunta	.346 *	.551 *	.296 ns.

ns. ei tilastollisesti merkitsevä

\* tilastollisesti melkein merkitsevä ( $p < .05$ )

\*\* tilastollisesti merkitsevä ( $p < .01$ )

<sup>1</sup> poistettu osio: selviytyy huonosti koulutyöstä

Tarkastelin vielä erikseen psykologin, neuropsykologin tai lääkärin havaitsemien tarkkaavuuden, keskittymiskyvyn, emotionaalisten sekä kielen ja puheen ongelmien yhteyttä lasten koulumenestykseen. En saanut tarkkaa tietoa siitä, missä iässä tutkimukset oli tehty, mutta kouluikäisistä kaikki olivat olleet tutkimuksissa. Vain yksi selvästi tilastollisesti merkitsevä yhteys löytyi. Niillä, joilla oli puheen ja kielen ongelmia, esiintyi ongelmia myös äidinkielessä useammin (keskiarvo 2,7) kuin muilla (2,0),  $t(31)=-3.615$ ,  $p=.001$ .

Vaikeudet suoriutua koulusta aiheuttivat ainakin jonkin verran huolta yli puolelle lapsista (53 %), samoin riidat koulutovereiden kanssa (56 %). Myös koulukiusaaminen huolestutti monia lapsia silloin kun se kohdistui itseän (44 %) tai muihin lapsiin (39 %). (Taulukko 38.)

**Taulukko 38.** Koulunkäyntiin liittyvät alkoholille altistuneelle lapselle pelkoa ja huolta aiheuttavat asiat (keskiarvo, 1=ei lainkaan, 2=jonkin verran, 3=melko paljon, 4=hyvin paljon).

	keskiarvo	keskihajonta	vaihteluväli	n
Vaikeudet suoriutua koulussa	1,75	0,84	1-4	36
Riidat koulutovereiden kanssa	1,58	0,55	1-3	36
Lasta kiusataan koulussa/koulumatkalla	1,44	0,50	1-2	36
Toisia lapsia kiusataan	1,39	0,49	1-2	36
Kouluruoka ei maistu lapselle	1,36	0,72	1-4	36
Opettaja on liian vaativa ja ankara	1,33	0,72	1-4	36
Ristiriidat ja vaikeudet opettajan kanssa	1,33	0,72	1-4	36
Koulumatka	1,28	0,51	1-3	36

Silloin, kun lapsilla oli vaikeuksia kouluun liittyvissä asioissa, he turvautuivat ensisijaisesti sijaisäitiin, opettajaan tai sijaisisään.

## Harrastukset

Osa lapsista oli niin pieniä, että heillä ei vielä ollut ohjattuja harrastuksia, harrastuksena oli leikki. Vähän isompien lasten yleisin harrastus oli jokin liikuntamuoto esim. ratsastus, uinti, jalkapallo, jääkiekko jne. Hyvin monet lapset olivat ketteriä ja liikunnallisia. Myös soitto ja laulu olivat suosittuja harrastuksia, samoin taideharrastukset, joihin tässä luettiin esim. piirtäminen, kuvataidekoulu ja elokuvat. Joidenkin lasten mainittiin olevan erittäin hyviä piirtämään, ja se toimi hyvänä itseilmaisun muotona. (Ks. Koponen 2005a, s. 79, kuvio 14).

## Yhteenveto

Lasten kehitystä oli tässä tutkimuksessa mahdollista arvioida sillä, oliko heillä jokin neuropsykologin, psykologin tai lääkärin tutkimuksissa havaittu kielellinen, neuropsykologinen tai tunne-elämän ongelma. Lasten kehityksestä kertoivat myös lasten kasvattajien arviot lasten käyttäytymisestä ja muusta kehityksestä.

Kuten muissakin tutkimuksissa on todettu, sikiöaikana alkoholille altistuneilla lapsilla esiintyi paljon ongelmia tarkkaavuudessa, syyn ja seurauksen ymmärtämisessä, ohjeiden noudattamisessa, vuorovaikutustaidoissa, puheen kehityksessä, ja aggressio-ongelmiakin oli monilla. Useilla lapsilla oli taipumusta lähteä houkuteltaessa kenen tahansa mukaan ja vaikeuksia tehdä ero vieraan ja tutun välillä. Myös tällaisen käytöksen mainitaan olevan tyypillistä alkoholille altistuneille lapsille (Hinde, 1993).

Analyysin tarkoituksena oli tarkastella sitä, voivatko lapsen kasvuympäristöön ja kokemuksiin liittyvät tekijät lisätä sikiöaikana päihteille altistuneilla lapsilla tyypillisesti esiintyviä kehitysongelmia ja millä tekijöillä erityisesti on vaikutusta. Vastaavia ongelmia on havaittu muillakin sijoitetuilla ja laiminlyöntiä kokeneilla lapsilla ja nuorilla. Herääkin kysymys, missä määrin oireet johtuvat alkoholin aiheuttamasta aivovauriosta ja missä määrin vaikeista elinoloista tai pikemmin näiden tekijöiden yhteisvaikutuksesta. Esimerkiksi systeemiteoriassa ajatellaan, että yksilö ja ympäristö ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa, jossa molemmat vaikuttavat toisiinsa ja toistensa kehitykseen (Antonovsky, 1987).

Tulokset osoittivat, että kasvuympäristön osuutta käyttäytymisongelmien synnyssä ei voi aliarvioida. Jos alkoholivaurion vakavuus olisi yksin käyttäytymishäiriöiden taustalla, FAS-diagnoosin saaneilla niitä olisi enemmän kuin lievemmin vaurioituneilla. Näin ei kuitenkaan ollut. Useimpien käyttäytymistä kuvaavien osioiden ja diagnoosin välillä ei löytynyt lainkaan tilastollisesti merkitsevää yhteyttä. Yhteys löytyi vain ohjeiden noudattamiseen, muiden lasten huomioon ottamiseen ja taipumukseen lähteä houkuteltaessa kenen tahansa mukaan. Yhteys kulki nimenomaan niin päin, että FAS-lapset noudattivat ohjeita paremmin, ottivat enemmän huomioon muita lapsia ja lähtivät harvemmin kenen tahansa mukaan kuin lievemmin vaurioituneet lapset. Ero näkyi erityisesti verrattuna diagnosoimattomiin lapsiin. Tulos vahvistaa näkemystä ympäristön osuudesta ongelmien synnyssä. Myös Streissguth (1997) havaitsi, että FAS-diagnosi (ennemmin kuin FAE) suojasi lasta sekundaarisilta ongelmilta. Hän arvioi, että lievästi vaurioituneiden ja diagnosoimattomien lasten kognitiiviset ongelmat ja kuntoutustarve jäävät helposti huomiotta, ja heille asetetaan liikaa vaatimuksia, mikä sitten näkyy käyttäytymishäiriöinä.

Vahvin yhteys käyttäytymistä kuvaaviin osioihin oli sijoitusiällä. Sijoitustiaan noustessa oireilevien osuus lisääntyi. Kriittinen ikä oli 2-3 vuotta. Ti-

lastollisessa tarkastelussa kehityserot ikäryhmien välillä näkyivät selkeimmin, kun katkaisukohtana oli alle 2-3-vuotiaat ja sitä vanhemmat. Alle 3-vuotiaana sijoitetuilla ongelmia oli vähemmän kuin myöhemmin sijoitetuilla. Yhteys näkyi kokonaiskehitystasossa muihin samanikäisiin verrattuna, sosiaalisessa käyttäytymisessä, tehtäväkäyttäytymisessä, käytöshäiriöissä sekä neuropsykologisissa tai psykologisissa testeissä havaituissa tarkkaavuushäiriöissä ja kehitysviivästymissä.

Myös vaikeiden elämänkokemusten määrä oli yhteydessä käyttäytymiseen. Vaikeat elämänkokemukset lisäsivät käytösongelmia ja selittivät parhaiten taipumusta lähteä houkuteltaessa kenen tahansa mukaan ja vaikeutta tehdä eroa vieraan ja tutun välillä. Sisäänpäin suuntautunutta ongelmakäyttäytymistä oli eniten niillä, joilla oli useita sijoituskertoja. Tärkeä tulos oli myös se, että paljon vaikeuksia kokeneilla oli vaikeuksia kertoa mielipahastaan ja ottaa muita lapsia huomioon. Lapsille on saattanut muodostua käsitys, että muihin ei voi turvata. Jos kokemukset empatiasta ovat puutteelliset, lapsi ei ehkä itsekään pysty ottamaan muita huomioon. Analyysiä hankaloitti se, että tiedot kokemuksista puuttuivat monelta. Sosiaalityöntekijät ja kasvattajat eivät aina tienneet, mitä kaikkea lapset olivat joutuneet kokemaan.

Myös ikä, sukupuoli ja somaattinen sairaus tai vamma olivat jonkin verran yhteydessä käyttäytymiseen. Pienet lapset ilmaisivat avoimemmin tunteitaan kuin kouluikäiset. He puolestaan osasivat paremmin ottaa muita lapsia huomioon ja olivat oppineet myös aremmiksi. Kouluiässä keskittymiskyvyn ongelmat tulivat helpommin esiin kuin ennen koulun aloittamista. Kuten muissakin tutkimuksissa on havaittu, pojilla tarkkaavuushäiriöitä oli enemmän kuin tytöillä. Myös kielen ja puheen ongelmia oli pojilla enemmän. Somaattinen sairaus tai vamma vaikeutti itsenäistä selviytymistä ja tehtäviin keskittymistä.

Sijoitusikä oli yhteydessä tehtäväkäyttäytymiseen ja liikunnassa menestymiseen, mutta muuhun koulumenestykseen yhteyttä ei löytynyt niillä mittareilla, joita tässä tutkimuksessa oli käytössä. Koulumenestyksen arviointi perustui kasvattajien tekemiin arvioihin lasten koulumenestyksestä eri kouluaineissa samanikäisiin lapsiin verrattuna. Muutkaan kasvuympäristöä kuvaavat muuttajat eivät olleet yhteydessä arvioituun koulumenestykseen, ei myöskään diagnoosi, mutta alkoholin ja huumeiden sekakäytölle altistuneet näyttivät menestyvän matematiikassa paremmin kuin pelkälle alkoholille altistuneet. Tulos ehkä viittaa siihen, että sekakäytölle altistuneiden lasten kognitiiviset vauriot ovat pienemmät kuin pelkälle alkoholille altistuneiden lasten. Tämä selittyisi sillä, että alkoholi-altistuksen osuus on jäänyt pienemmäksi kuin silloin, kun äiti on käyttänyt pelkästään alkoholia. Sekakäytölle altistuneille lapsille myös vaikeiden tehtävien tekeminen oli mieluisampaa ja itsenäisesti toimiminen yleisempää kuin pelkälle alkoholille altistuneille lapsille. Tulokset osoittivat myös, että tarkkaavuusongelmat, sosiaaliset ongelmat ja kouluaineissa menestyminen kytkeytyivät toisiinsa.

Taulukossa 39 on yhteenvedo taustamuuttujista ja lasten kehitystä kuvaavista osioista, joihin ne olivat yhteydessä.

Taulukko 39. Tarkasteltujen taustamuuttujien yhteys lasten kehitystä kuvaaviin muuttujiin.

Taustamuuttuja	Muuttuja, johon tilastollisesti merkitsevä yhteys
Sukupuoli	Tutkimuksissa havaittu tarkkaavuusongelma (pojilla useammin) Tutkimuksissa havaittu puheen ja kielen ongelma (pojilla useammin)
Ikä	Tunteiden ilmaiseminen (alle kouluikäiset enemmän) Muiden lasten huomioon ottaminen (kouluikäiset useammin) Arkuus ja epävarmuus yhteisissä peleissä (kouluikäiset useammin) Tutkimuksissa havaittu keskittymisongelma (kouluikäisillä useammin)
Diagnoosi (FAS, FAE, diagno-soimaton)	Ohjeiden noudattaminen (FAS lapsilla parhaita) Muiden lasten huomioon ottaminen (FAS-lapsilla parhaita) Taipumus lähteä houkuteltaessa kenen tahansa mukaan (FAS-lapsilla vähiten)
Alkoholi/alkoholi + huumealtistus	Tulee toimeen itsenäisesti (sekäkäytölle altistuneet useammin) Tekee mielellään vaikeita tehtäviä (sekäkäytölle altistuneet useammin) Matematiikassa menestyminen (sekäkäytölle altistuneilla parempi)
Diagnoosi-ikä	Kokonaiskehitystaso (diagnoosin saaminen varhain edisti)
Sijoitusikä 1. sijoituksen alkaessa	Kokonaiskehitystaso (alle 3-v. sijoitetuilla parempi) Puhe (alle 3-v. sijoitetuilla parempi) Vuorovaikutustaidot (alle 3-v. sijoitetuilla parempi) Synn ja seurauksen ymmärtäminen (alle 3-v. sijoitetuilla parempi) Liikunta (alle 3-v. sijoitetuilla parempi) Muiden lasten toimintojen kiusaaminen ja häiritseminen (alle 3-v. sij. vähemmän) Kykä puolustaa itseään (alle 3-v. sijoitetuille parempi) Tottunut tulemaan toimeen itsenäisesti (alle 3-v. sijoitetut useammin) Jaksaa keskittyä tehtäviinsä (alle 3-v. sijoitetut useammin) Tekee mielellään vaikeita tehtäviä (alle 3-v. sijoitetut useammin) Käytösongelmien summa CBCL (varhain sijoitetuilla pienin) Tarkkaavuusongelmien summa CBCL (varhain sijoitetuilla pienin) Sosiaalisten ongelmien summa CBCL (varhain sijoitetuilla pienin) Ajattelun ongelmien summa CBCL (varhain sijoitetuilla pienin) Tutkimuksissa havaittu tarkkaavuusongelma (alle 3-v. sijoitetuilla harvemmin) Tutkimuksissa havaittu kehitysviivästyminen (alle 3-v. sijoitetuilla harvemmin)
Ikä nykyiseen sijais-perheeseen tullessa	Muiden lasten toimintojen kiusaaminen ja häiritseminen (alle 3-v. sij. harvemmin) Mielipahojen kertominen sijaisvanhemmille (alle 3-v. sijoitetut useammin) Tottunut tulemaan toimeen itsenäisesti (alle 3-v. sijoitetut useammin) Suorittaa oma-aloitteisesti tehtävänsä (alle 3-v. sijoitetut useammin) Käytösongelmien summa CBCL (varhain sijoitetuilla pienin) Tutkimuksissa havaittu tarkkaavuusongelma (alle 3-v. sij. harvemmin) Tutkimuksissa havaittu emotionaalinen ongelma (alle 3-v. sij. harvemmin)
Perhe- ja laitossijoi-tusten lukumäärä	Sisäänpäin suuntautunut ongelmakäyttäytyminen CBCL (sijoitusten määrä lisäksi)
Vaikeiden elämän-kokemusten summa	Mielipahojen kertominen vanhemmille (vaikeat kokemukset heikensivät) Muiden lasten huomioon ottaminen (vaikeat kokemukset heikensivät) Taipumus lähteä houkuteltaessa kenen tahansa mukaan (vaikeat kok. lisäsivät) Kykä tehdä ero vieraan ja tutun välillä (vaikeat kokemukset heikensivät) Käytösongelmien summa CBCL (vaikeat kokemukset lisäsivät)
Oliiko lapsella fyysinen sairaus tai vamma	Tottunut tulemaan toimeen itsenäisesti (terveet useammin) Jaksaa keskittyä tehtäviinsä (terveet useammin) Tutkimuksissa havaittu keskittymisongelma (terveillä harvemmin)

### 3.3 Tulokset huumeille altistuneista lapsista

#### 3.3.1 Lasten terveydentila, kehitysongelmat ja kuntoutus

Pelkästään huumeille altistuneista lapsista 9 oli poikia ja 6 tyttöä. Lapsista 14 asui Etelä-Suomessa ja 1 Länsi-Suomessa. Huumeille altistuneet lapset olivat nuorempia kuin alkoholille altistuneet. Huumeille altistuneiden lasten keskimääräinen syntymävuosi oli 1996 (keskihajonta 4,5 v.) ja alkoholille altistuneiden 1993 (keskihajonta 4,2 v.). Huumeille altistuneista lapsista 10 (67 %) oli alle kouluikäisiä. Sosiaalityöntekijöiden antamien tietojen mukaan suurin osa lapsista oli altistunut amfetamiinille ja harvemmat pelkästään kannabikselle tai heroiinille. Lapsista 3 oli altistunut kahdelle eri huumeelle (taulukko 3).

Huumeille altistuneista lapsista kolmella (20 %) oli jokin lääkärin toteama sairaus tai vamma. Yhdellä oli karsastus ja toisella lihashypotonia. Kolmannella oli selkävamma, jota oli hoidettu leikkauksella. Huumeille altistuneilla lapsilla näytti olevan vähemmän sairauksia ja vammoja kuin alkoholille altistuneilla lapsilla. Tulosta voi pitää suuntaa antavana. (Taulukko 40). Osittain tulokseen saattoi vaikuttaa lasten ikä.

Taulukko 40. Päihteille altistuneiden lasten somaattiset sairaudet tai vammat päihdealtistuksen mukaan.

	Aine, jolle altistunut		
	Alkoholi/ alkoholi+huume	Huume	Yht.
Somaattinen sairaus tai vamma	%	%	%
Ei	52,7	80,0	57,3
On	47,3	20,0	42,7
Yht.	100	100	100
n	(74)	(15)	(89)

$\chi^2 = 3,798, df = 1, p = .051$

Pelkästään huumeille altistuneiden lasten joukossa ei ollut yhtään kehitysvammaista lasta. Tutkimukseen valikoituneista neljästä kehitysvammaisesta lapsesta kolmella oli pelkkä alkoholialtistus ja yksi oli altistunut lisäksi kannabikselle.

Huumeille altistuneista lapsista 9 (64 %) oli ollut neuropsykologin tai psykologin tutkimuksissa, kouluikäisistä neljä ja alle kouluikäisistä viisi. Yhdestä lapsesta tieto puuttui. Kuudella tutkituista lapsista (67 %) havaittiin vähintään yksi kehitysongelma. Yhdellä lapsella oli keskittymishäiriö ja tunne-elämän ongelma, toisella tarkkaavuushäiriö ja tunne-elämän ongelma, kolmannella puheongelma, neljännellä oppimishäiriö ja puheongelma ja kahdella muulla pelkästään tunne-elämän ongelma. Lapsista 2 oli saanut fysioterapiaa, 1 puheterapiaa, 1 toimintaterapiaa ja 1 psykoterapiaa.

### 3.3.2 Lasten kasvuympäristö ja kehitys

#### Sijoitushistoria

Tutkimushetkellä huumeille altistuneista lapsista 2 asui molempien biologisten vanhempien kanssa, 8 biologisen äidin kanssa ja 5 sijaisperheessä. Kaikki sijaisperheessä asuvat lapset olivat yli 3-vuotiaita (Taulukko 41).

Viidestätoista lapsesta 5 ei ollut koskaan ollut sijoitettuna. Sijoitettuna olleista lapsista 4 oli sijoitettu ensimmäisen kerran ennen ensimmäistä ikävuottaan. Kaikki 10 lasta olivat olleet sijoituksessa ennen 6. ikävuotta. Yksi vuonna 1997 syntynyt lapsi oli ollut peräti 17 kertaa sijoitettuna. Tämän lapsen sijoitukset olivat olleet lähinnä äkillisiä kriisisijoituksia sinne, missä tilaa oli ollut. Viidellä lapsella sijoitukset olivat olleet pelkästään yli vuoden mittaisia, kolmella lapsella alle vuoden kestäviä ja kahdella lapsella sekä yli että alle vuoden mittaisia. (Taulukko 41).

Taulukko 41. Huumeille altistuneiden lasten asuinpaikka sekä perhe- ja laitossijoituskerrat.

Asuinpaikka iän mukaan			
	Biologinen koti	Sijaiskoti	Yht.
Ikä v. 2002	n	n	n
0-3 v	6	0	6
4-7 v.	2	2	4
8-11 v.	1	2	3
12-16 v.	1	1	2
Yht.	10	5	15

Perhe- ja laitossijoituskerrat	
Sijoituskerrat	n
0	5
1	4
2	3
3	1
17	1
Yht.	14

#### Biologinen perhe

Huumeille altistuneiden lasten äitien keskimääräinen syntymävuosi oli 1969 (keskihajonta 7 v.). Tutkimukseen kuuluvan lapsen he olivat synnyttäneet keskimäärin 27 vuoden iässä. Nuorin äiti oli ollut 18-vuotias ja vanhin 40. Äidit olivat synnyttäneet keskimäärin 2,1 lasta.



Huumeille altistuneiden lasten biologisista vanhemmista vain kaksi paria asui tutkimushetkellä keskenään avoliitossa, yksikään pari ei ollut naimisissa. Yhdentoista lapsen vanhemmat olivat eronneet, yksi äiti oli kuollut ja yhden lapsen isyys ei ollut tiedossa.

Äideistä 1 oli suorittanut ylioppilastutkinnon, 7 peruskoulun ja 3 vähemmän. Neljän peruskoulutus ei ollut tiedossa. Kolme äideistä oli suorittanut ammattiopisto- ja yksi ammattikoulutasoisen tutkinnon. Yhdeksällä ei ollut lainkaan ammattikoulutusta ja kahden ammattikoulutus ei ollut tiedossa. Viisi äitiä oli kotiäitinä, 4 työttömänä, 1 eläkkeellä, 2 opiskelussa ja kahden pääasiallinen toiminta ei ollut tiedossa. Myös isien koulutustaso ja sosioekonominen asema olivat heikot. Monelta tieto puuttui.

Yksi lapsi oli menettänyt biologisen äitinsä. Kuuden lapsen mainittiin kokeneen biologisten vanhempien eron. Kuitenkin pariskunnista 11 oli eronnut. Kahden lapsen äidillä oli mielenterveysongelmia, ja kahden lapsen muulla läheisellä oli mielenterveysongelmista. Kolmea lasta oli pahoinpidelty ja yhden kohdalla pahoinpitelyä epäiltiin. Seitsemän lapsen perheessä jotakuta muuta perheenjäsentä oli pahoinpidelty. Kymmenen lapsen vanhempien tiedettiin syyllistyneen rikoksiin.

### **Huumeille altistuneiden lasten kehitys**

Kasvattajien arviot lasten kehityksestä sain vain kolmesta lapsesta, jotka asuivat sijaisperheissä. Heistä yksi oli alle kouluikäinen poika, joka oli viettänyt ensimmäiset elinvuotensa biologisen äitinsä kanssa. Toinen lapsista oli hiljattain koulunsa aloittanut tyttö ja kolmas teini-ikäinen poika. Molemmat lapset oli sijoitettu syntymävuotenaan ensin laitokseen tai sijaisperheeseen, josta he olivat päässeet nykyiseen sijaisperheeseen noin puolentoista vuoden ikäisinä.

Lapset olivat altistuneet amfetamiinille tai heroiinille. Nuorimmalla ja vanhimmalla lapsella ilmoitettiin olevan tunne-elämän ja käyttäytymisen ongelmia, mikä ilmeni mm. levottomuutena ja aggressiivisena käyttäytymisenä, vaikeutena hillitä vihantunteita. Kolmannella lapsella oli ilmennyt oppimisvaikeuksia. Yhdellä lapsista oli selkävamma, toisella karsastus ja kolmannella ei ollut somaattista sairautta tai vammaa. Yksi lapsista oli saanut puheterapiaa, toinen fysioterapiaa ja psykoterapiaa ja kolmas oli menossa psykoterapiaan. Pisimpään biologisessa kodissa asunut lapsi oli joutunut kokemaan monia ikäviä asioita esim. väkivaltaisuutta. Ominaisuudet, joissa lasten mainittiin olevan hyviä, olivat liikunta, puhetaito, piirtäminen, kiintymyksen osoittaminen ja toiveiden ilmaiseminen.

Lasten kontaktit biologisiin sukulaisiin olivat vähäisiä tai niitä ei ollut lainkaan. Sijaisvanhemmat olivat läheisiä, ja lapset turvautuivat heihin ja jonkin verran myös sijaisperheen lapsiin. Molemmat kouluikäiset lapset kävivät

koulua peruskoulun normaaliluokalla. Kumpikaan ei saanut erityisopetusta, mutta toinen sai tukiopetusta vieraissa kielissä. Kummallakaan ei ollut tutkimushetkellä henkilökohtaista koulunkäyntiavustajaa eikä henkilökohtaista opetussuunnitelmaa. Sijaisvanhempien arvion mukaan lapset menestyivät kouluaineissa pääosin keskitasoisesti.

### 3.3.3 Yhteenvedo

Enemmistö huumeita raskausaikanaan käyttäneistä naisista oli käyttänyt joko amfetamiinia tai kannabista ja pieni osa heroiniä. Joskus aineita oli käytetty sekaisin. Pelkästään huumeille altistuneita lapsia oli 16 % kaikista tutkimukseen tulleista päihteille altistuneista lapsista. Huumeita käyttävät äidit ja heidän lapsensa olivat nuorempia kuin alkoholia käyttäneet naiset ja heidän lapsensa. Huumeille altistuneilla lapsilla oli havaittu somaattisia sairauksia tai vammoja vähemmän kuin alkoholille altistuneilla lapsilla, mikä osittain saattoi johtua lasten iästä. Yksikään lapsista ei ollut kehitysvammaisen tai heikkolahjainen. Sen sijaan tarkkaavuuden, keskittymiskyvyn ja tunne-elämän ongelmia oli monella. Kahdella lapsella oli diagnosoitu kiintymyssuhdehäiriö.

Huumeperheiden ongelmat olivat hyvin samanlaisia kuin alkoholistiperheidenkin. Vain kahden lapsen biologiset vanhemmat asuivat tutkimushetkellä yhdessä. Vanhempien koulutustaso oli alhainen. Kaikki äidit, joista tieto saatiin, olivat työelämän ulkopuolella, pääosin kotiäiteinä tai työttöminä. Perheissä oli mielenterveysongelmia, väkivaltaisuutta ja rikollisuutta. Yksi äiti oli kuollut.

# 4 *Kvalitatiivinen tutkimus*

## 4.1 Tutkimuksen toteutus

### 4.1.1 Tutkimuksen tarkoitus

Tutkimuksen tarkoituksena oli

1. kuvata sikiöaikana alkoholille altistuneiden lasten
  - a) varhaisten elinvuosien kokemuksia,
  - b) ongelmia perhe- tai laitoshoidon alkuvaiheessa,
  - c) fyysistä ja sosioemotionaalista kehitystä,
  - d) kuntoutusta,
  - e) kehityksen edistymistä perhe- tai laitoshoidossa,
  - f) suhdetta biologisiin sukulaisiin sijoituksen jälkeen,
2. arvioida kasvuympäristön vaikutusta lasten sosioemotionaaliseen kehitykseen sekä
3. tuoda esiin sijaisvanhempien näkemyksiä saamastaan tuesta kasvatustyössä sekä heidän toiveitaan tuesta ja koulutuksesta.

Tutkimukseni tavoitteena oli saada konkreettinen kuva lasten arjesta. Halusin myös tuoda esiin lasten erilaisuutta ja ominaispiirteitä, jotka helposti häviävät kvantitatiivisessa analyysissä. Kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän yhdistämisellä (metodologinen triangulaatio) halusin varmentaa tulosten luotettavuutta.

### 4.1.2 Aineiston keruu

Kvalitatiivisen tutkimuksen tulokset perustuvat kasvattajilta kyselylomakkeilla saamiini 38 lapsen elämäkertatietoihin. Niistä 34 oli sijaisvanhempien ja 4 omahoitajien kirjoittamia. Lisäksi haastattelin teemahaastattelulla neljää sijaisäitiä, joiden hoivissa oli 6 tutkimukseen kuulunutta lasta. Koska analyysini päätarkoitus oli arvioida kasvuympäristön merkitystä lasten kehitykselle, halusin saada erityisen tarkkaa tietoa suoraan synnytyslaitokselta sijoitetuista lapsista. Haastattelutiedot sain viidestä tällaisesta lapsesta. Kaikkiaan heitä oli 7.

Yhden lapsen sijaisvanhemmat kieltäytyivät haastattelusta. Yhdestä lapsesta olin kuullut paljon sijaisäidin kautta projektin aikana, ja arvioin, että haastattelu ei tuota olennaista lisäinformaatiota. Tämä lapsi on mukana analyysissä. Vain pieni osa sikiöaikana päihteille altistuneista lapsista oli sijoitettu suoraan synnytyslaitokselta. Heistäkin vain yksi oli sijoitettu suoraan kaksiviikkoisena sijaisperheeseen. Muut 6 lasta sijoitettiin ensin lastenkotiin. Heistä nuorimpana sijaisperheeseen päässyt lapsi oli sijoitushetkellä 9 kuukauden ikäinen ja vanhimpana sijoitettu 2-vuotias. Olisin halunnut verrata heti syntymän jälkeen sijaisperheeseen sijoitettuja lapsia biologisessa perheessä asuneisiin, mutta tämä ei ollut mahdollista.

Lisäksi haastattelin yhtä yli 3-vuotiaana sijoitetun lapsen sijaisäitiä. Kvantitatiivinen analyysi osoitti, että 3-vuotiaana tai sitä vanhempana sijoitetuilla lapsilla sosioemotionaalinen kehitys oli heikompi kuin nuorempana sijoitetuilla. Haastattelun avulla halusin tarkennusta tähän kuvaan. Näytti siltä, että useampia haastatteluja ei ollut tarpeen tehdä. Lähes puolet tutkimukseen kuuluneista lapsista oli sijoitettu 3-vuotiaana tai sitä vanhempana, joten heistä sain riittävästi tietoa kasvattajien kirjoittamista elämäntarinoista. Laadullisessa tutkimuksessa ei ole yleispäteviä ohjeita aineiston koosta. Aineiston määrä on tutkimuskohtainen. Vastauksia tarvitaan juuri sen verran, kuin on aiheen kannalta välttämätöntä (Eskola & Suoranta, 1998, 63). Lisäaineiston kerääminen ei näyttänyt tuottavan uutta informaatiota, lasten elämänhistoria ja ongelmat olivat niin samanlaiset. Tulokset vastasivat myös muista tutkimuksista saamaani kuvaa (ks. Koponen, 2004).

Haastattelut tein kesällä 2004 haastateltavien kotona ja tallensin keskustelut nauhurille. Haastateltavien yhteystiedot sain lasten asioita hoitavilta sosiaalityöntekijöiltä, jotka ensin varmistivat suostumuksen haastatteluun. Sen jälkeen soitin sijaisperheisiin ja sovimme ajan. Puhelimessa kerroin haastattelun tarkoituksiksi saada vielä lisätietoja lapsen elämänhistoriasta ja kehityksestä. Haastattelutilanteessa pyrin esittämään kysymykseni mahdollisimman neutraalisti siten, että ennakko-oletukseni eivät vaikuttaisi vastauksiin. Vasta haastattelun loputtua saatoinkin kertoa joistain huomioistani, joita olin tehnyt tutkimuksen aikana. Yksi haastattelu kesti noin tunnin. Kaikki haastattelut tapahtuivat keittiön pöydän ääressä kahvittelun lomassa. Haastattelurunkoon (Koponen, 2005b, liite 1) kuuluvat asiat käytiin vapaamuotoisesti läpi. Tarvittaessa tein lisäkysymyksiä ja tarkentavia kysymyksiä.

Tapasin vierailun aikana myös kaikki lapset, joita haastattelu koski. He eivät kuitenkaan olleet mukana varsinaisessa haastattelutilanteessa. Pienimmät lapset joko katselivat toisessa huoneessa videoita tai olivat pihalla leikkimässä. Välillä he pistäytyivät keittiössä, mutta siksi ajaksi keskeytimme haastattelun. Vanhemmista lapsista toinen puuhaili omassa huoneessaan haastattelun ajan ja toinen tuli kotiin siinä vaiheessa, kun jo keräsin tavaroitani ja tein lähtöä.

Lapsia koskevissa tutkimuksissa olisi suotavaa kysyä heitä koskevista asioista heiltä itseltään. Päädyin kuitenkin keräämään tiedot heidät hyvin tuntevilta

aikuisilta. Osa lapsista oli niin pieniä, että he eivät olisi itse voineet kertoa elämästään. Useimpien lasten elämä oli ollut hyvin traaginen, ja tutkimuksessa käsitellyt asiat niin arkaluonteisia, että niitä olisi ollut vaikeaa ja arveluttavaakin mennä kysymään isommiltakaan lapsilta. Tällainen tutkimus vaatisi pitkää tutustumista lapsiin luottamuksellisen suhteen saamiseksi. Ongelmana saattaisi olla myös se, että lapset ja nuoret eivät ehkä muista menneisyyttään. Varilo ym. (2000) ovat havainneet, että lastensuojelun pariin joutuneille nuorille on tyypillistä, että heillä on täydellisiä muistiaukkoja useammankin vuoden ajalta. Nuorilta saattavat puuttua muistikuvat itsestään, tapahtumista, asuinpaikoistaan ja ihmisistä, jotka ovat heitä hoitaneet. Mikäli muistikuvia on, ne ovat epäyhtenäisiä, kronologisesti epäselviä ja hajanaisia. On myös tyypillistä, että muistikuvista puuttuu tunnelataus.

### 4.1.3 Tutkimusmenetelmät ja tutkimuksen eettisyys

Tutkimus on laadullinen analyysi sijaisvanhempien ja omahoitajien v. 2002 kirjoittamista lasten elämäkertatiedoista ja sijaisvanhemmilta teemahaastattelulla v. 2004 saaduista tiedoista. Teemahaastattelulla pyrin saamaan mahdollisimman kattavan kuvan lasten varhaislapsuudesta, sijaisperheeseen tulosta, elämäntilanteesta tutkimushetkellä, ongelmista, vahvuuksista sekä sijaisvanhempien näkemyksistä kasvatustyöhön saamastaan tuesta ja toiveista sen suhteen. Aineiston analyysissä käytin hyväkseni myös kaiken sen tiedon, minkä sain lapsista sosiaalityöntekijöiltä ja kasvattajilta kyselylomakkeilla. Elämäntarinoiden pituus vaihteli parista lauseesta kolmeen A 4-sivuun. Tutkimuksen tulokset perustuvat näistä tietolähteistä kokoamiini tapauskuvauksiin ja tulkintoihini näistä kuvauksista.

Purin haastattelunauhat siten, että kirjoitin ylös koko nauhoitetun keskustelun. Sen jälkeen luin aineiston läpi useampaan kertaan. Koska lasten ikäjakauma on suuri, jaoin lapset ikäryhmiin: alle kouluikäiset, koulunsa aloittaneet 7-12-vuotiaat lapset ja murrosikäiset 13-15-vuotiaat lapset. On vaikea sanoa, missä iässä murrosikä varsinaisesti alkaa, mutta päädyin tähän jaotteluun sillä perusteella, mitä sijaisvanhemmat kertoivat lapsista. Monesta 13-vuotiaasta lapsesta sijaisvanhemmat mainitsivat, että murrosiän merkit olivat jo nähtävissä.

Mietin pitkään, mikä olisi paras tapa analysoida aineistoa. Laadullisessa tutkimuksessa on monia analyysitekniikoita ja työskentelytapoja ja vain vähän standardoituja tekniikoita. Ei myöskään ole yhtä oikeaa tai yhtä ehdottomasti muita parempaa analyysitapaa (Hirsjärvi & Hurme, 2000, 136). Pohdin, olisiko mahdollista jakaa aineisto esim. oireileviin ja oireettomiin lapsiin ja pyrkiä selittämään oireilun syitä. Täysin oireettomia lapsia oli aineistossa vain yksi ja vähän oireileviäkin vain muutama, joten tämä ratkaisu ei tuntunut hedelmälliseltä. Lasten enemmistö olisi pitänyt niputtaa niin suureksi ryhmäksi, että lasten erityispiirteet olisivat kadonneet.

Analyysissä oli erityisen tärkeää ottaa huomioon se, että lasten vammat olivat hyvin erilaiset ja rajoittivat eri tavalla heidän päivittäistä toimintaansa. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta päädyin lopulta siihen, että kuvaan lapsia melko yksityiskohtaisesti. Lasten niputtaminen suurempiin ryhmiin olisi kadottanut heille olennaisia piirteitä, jotka nimenomaan halusin ottaa huomioon. Olisi myös ollut vaara, että omat ennakkokäsitykseni ohjaavat lasten ryhmittelyä ja esiin tuomiani asioita.

Lopullisessa analyysissä jaoin lapset ryhmiin ensin iän mukaan. Ikä on lapsen tarkka ikä tutkimushetkellä. Se oli mahdollista saada lähes kaikista niistä lapsista, joista sain kasvattajien täyttämän kyselylomakkeen. Vain muutama jätti mainitsematta lapsen tarkan iän. Silloin ikä on se ikä, jonka lapsi täytti v. 2002 kuten isommassa tutkimusaineistossakin (Koponen, 2005a). Iän lisäksi jaoin lopullisessa analyysissä lapset ryhmiin nykyiseen sijaishoitopaikkaan tuloiän (alle 3-v./3 v.-) mukaan. Analysoin vielä erikseen niitä lapsia, jotka eivät olleet lainkaan asuneet biologisten vanhempiensa kanssa sekä laitoksessa tutkimushetkellä asuneita lapsia. Analysoin aineistoa teemoittain. Teemat olivat seuraavat: 1) lasten somaattiset sairaudet ja vammat, 2) varhaislapsuus, 3) lapsi sijoituksen alussa, 4) sosioemotionaalinen kehitys ja 5) biologisten sukulaisten tapaaminen. Sosioemotionaalisen kehityksen jaoin 4 alaluokkaan: a) lapsen käyttäytyminen, tutkimukset, havaitut ongelmat, b) kiintymyskäyttäytyminen ja c) päiväkotikoulu, d) harrastukset, kaverisuhteet. Tutkimuksen tulososuudessa esitin haastateltavien vastaukset suorina sitaatteina. Halusin näin maksimoida tutkimuksen luotettavuuden ja antaa kasvattajille ja heidän kauttaan lapsille mahdollisuuden saada äänensä mahdollisimman hyvin kuuluviin. Olen poistanut sitaateista vain sellaisia seikkoja, joiden avulla lapset tai perheet voitaisiin tunnistaa.

Teema-analyysin lisäksi analysoin tuloksia nostamalla lasten joukosta esiin kaksi tyyppitapausta, jotka kuvaavat sitä, miten erilainen lasten kehitys voi olla. Näissä lapsissa (Marja ja Jussi) tiivistyi myös moni olennainen asia, joiden on aiemmissa tutkimuksissa havaittu olevan yhteydessä alkoholille altistuneiden lasten kehitykseen (ks. Koponen, 2004; 2005a). Huomioni Marjan kehitystarinaan heräsi sen vuoksi, että se oli poikkeuksellisen myönteinen, vaikka hän oli selvästi 'erityislapsi'. Hänellä oli FAS-diagnoosi ja selkeät alkoholi-altistukseen viittaavat ulkoiset piirteet. Jussin kehitystarina ja tausta taas olivat mitä tyyppilisimmät suurelle osalle alkoholille altistuneista lapsista. Mikä tai mitkä tekijät 'selittivät' Marjan ja Jussin kehityseroja: diagnoosi (FAS/FAE), diagnoosi-ikä, altistustyyppi (alkoholi-altistus/alkoholi+huumealtistus), vamman ulkoinen näkyvyys, terapian saaminen, sukupuoli, sosiaalinen tuki lapselle ja perheelle, suhde biologisiin vanhempiin vai varhaisten elinvuosien kokemukset? Marja ja Jussi erosivat toisistaan kaikkien näiden tekijöiden suhteen, sosiaalista tukea lukuun ottamatta.

Missään aineiston keruu- ja analyysivaiheessa henkilötietoja ei ole yhdistetty tutkimusaineistoon. Tuloksia esittäessäni olen muuttanut lasten, sijaisvanhempien ja biologisten vanhempien nimet. Olen myös jättänyt

kertomatta tietoja, joiden avulla heidät voitaisiin tunnistaa. Kaksi vanhinta haastatteluosuuteen kuulunutta lasta tiesivät haastattelun tarkoituksen ja olivat antaneet siihen suostumuksensa. Pienempien lasten osalta sijaisvanhemmat tekivät päätöksen tutkimukseen osallistumisesta.

#### 4.1.4 Tutkimushenkilöt

Tutkimuksessa oli 22 tyttöä ja 16 poikaa. Yli puolella lapsista oli FAS-diagnoosi. Tutkimukseen valikoituivat vakavimmin vammautuneet lapset, joiden alkoholi-altistuksesta ei ollut epäselvyyttä. Suurin osa lapsista oli kouluikäisiä, ja yli puolella oli vähintään yksi lääkärin toteama sairaus tai vamma. Viidennes lapsista oli altistunut alkoholin lisäksi myös huumeille. Yleisimmin käytetyt huumeet olivat kannabis ja amfetamiini. (Taulukko 42). Taulukosta 43 löytyvät lasten lukumäärät analyysikehikon mukaan.

Taulukko 42. Lasten taustatiedot.

	n	%
Poika	16	42
Tyttö	22	58
Alle kouluikäinen	8	21
Kouluikäinen	30	79
FAS-diagnoosi	21	55
FAE-diagnoosi	9	24
Ei diagnoosia	8	21
Alkoholi-altistus	30	79
Alkoholi- ja huumealtistus	8	21
Ei lääkärin toteamaa sairautta tai vammaa	17	45
Vähintään yksi sairaus tai vamma	21	55
Sijoitettu alle 3-v. nykyiseen sijaishoitopaikkaan	21	55
Sijoitettu 3-v. tai vanh. nyk. sijaishoitopaikkaan	17	45
Perhehoidossa	34	89
Laitoshoidossa	4	11
<hr/>		
Käytösongelmapistemäärä (CBCL), 4-16-vuotiaat		
<hr/>		
keskiarvo (n=34)		
Poika	40,7	
Tyttö	35,4	

Taulukko 43. Lapset iän, diagnoosin, asuinpaikan ja nykyiseen asuinpaikkaan tuloian mukaan.

	Perhehoidossa		Laitoksessa		Yht.
	Sijoitettu alle 3-v.	Sijoitettu 3-v. -	Sijoitettu alle 3-v.	Sijoitettu 3-v.-	
<b>Alle kouluikäiset</b>					
FAS	1	0	0	0	1
FAE	0	1	1	0	2
Ei diagnoosia	2	2	1	0	5
Yht.	3	3	2	0	8
<b>7-12-vuotiaat</b>					
FAS	7	5	0	1	13
FAE	1	3	0	1	5
Ei diagnoosia	1	1	0	0	2
Yht.	9	9	0	2	20
<b>13-15-vuotiaat</b>					
FAS	5	2	0	0	7
FAE	1	1	0	0	2
Ei diagnoosia	1	0	0	0	1
Yht.	7	3	0	0	10
Yht.	19	15	2	2	38

## 4.2 Perhehoidossa olevien lasten kehitys

### 4.2.1 Marjan ja Jussin elämäntarina

#### Marja

Marja on keijukaismaisen pieni ja hento. Kasvot ovat iloiset ja veikeän näköiset. Marja tulee sijaisäidin kanssa minua vastaan ja hyppää muutta mutkitta autooni näyttääkseen tien kotiinsa. Seuraamme sijaisäidin autoa. Koko matkan ajan Marja juttelee iloisesti ja vastailee reippaasti kysymyksiini koulunkäynnistä ja ystävistä.

Marja asuu kauniissa omakotitalossa pikkukaupungissa sijaisäidin ja neljän sisaruksen kanssa. Myös perheen kuopus on sijaislapsi. Marja on 8-vuotias, ja ensimmäinen kouluvuosi on takana. Nyt kesällä vain lomaillaan, leikitään, saunotaan mökillä ja uidaan. Mukavaa tekemistä riittää, sillä kavereista ei ole pulaa koulussa eikä kotona. Ovikello soi tiuhaan, ja taas tyttöä haetaan ulos.



Marja oli 8 kuukauden ikäinen, kun sijaisäiti Helena tuli häntä tapaamaan vastaanottokotiin, mihin hänet oli sijoitettu suoraan synnytyslaitokselta. Vaki-  
tuinen omahoitaja ja muut vastaanottokodin hoitajat pitivät huolta hänestä ja  
yli 10 muusta vauvaikäisestä. Hoitajat kertoivat, että lapsi ei oikein suostunut  
olemaan sylissä, ja sen vuoksi häntä ei paljoa sylissä pidettykään. Lapsi viihtyi  
paremmin lattialla pöydän alla ja rakasti huonekalujen jalkoja. Helenan koke-  
mus oli kuitenkin toinen: ”Kun menin sinne ensimmäisen kerran tapaamaan,  
niin hän oli kuin tatti sylissä ja rakasti olla. Hän oli kuin linnunpoika, joka  
leimautui minun silmiini. Olla nakotti siinä”.

Jo kuukauden kuluttua ensitapaamisesta Marja tuli nykyiseen sijaisper-  
heeseensä. Muut lapset odottivat häntä innoissaan, ja isossa perheessä sylejä  
riitti. Marja oli ”tilauslapsi”. Vain perheen kuopus sai mustasukkaisuuspuuskia  
menetettyään erityisasemansa. Uusi perheenjäsen sopeutui uusiin oloihin suu-  
remmita vaikeuksista. Alussa esiintyi itkukohtauksia, mutta ne loppuivat nope-  
asti. Pääsääntöisesti Marja nukkui hyvin, mutta ajoittain nukahtamisvaikeutta  
ja yöheräämistä esiintyy edelleen, lähinnä valoisaan vuodenaikaan. Syöminen  
tuotti vaikeuksia. Kiinteän ruoan nieleminen ei tahtonut onnistua, ja lapsi  
yökkäsi kaiken ulos. Helena päättelikin, että ei kannata yrittää väkisin opettaa  
lapselle asioita, joihin hänellä ei vielä ole valmiuksia. Lapsi sai edetä omassa  
tahdissaan. Samalla periaatteella on menty eteenpäin muissakin asioissa.

Kun Marja oli kuuden vuoden ikäinen, Helena kirjoitti hänen elämästään  
seuraavasti: ”Alusta asti tyttö on ollut kuin muru aurinkoa: hän loistaa iloa koko  
ympäristöön. Hänellä on todella paljon ystäviä, niin lapsia kuin aikuisiakin,  
jolle hän on erityisen tärkeä. Monet asiat ja taidot hän on omaksunut ikäisiään  
myöhemmin ja on selvästi erilainen terveisiin kavereihinsa verrattuna. Tässä  
tapauksessa se ei kuitenkaan ole ollut rasite kenellekään, melkeinpä päinvas-  
toin: hän on tuonut monille meistä ihan uusia näkökulmia asioihin, ja kaverit  
arvostavat häntä mielestäni juuri siksi, että hän on erilainen. Voi kuulostaa  
oudolta, mutta näin se on! Hänen elämänsä ensimmäiset kuusi vuotta ovat  
olleet poikkeuksellisen onnelliset. Seuraavat kuusi vuotta ovat varmasti haas-  
teellisemmat, mutta uskon hänen kouluikänsäkin sujuvan ihan hyvin”.

Nyt Marja on käynyt vuoden koulua erityisluokalla yhdessä 6 muun lapsen  
kanssa. Normaalikoulussa ei ollut koulunkäyntiavustajaa, joten erityisluokka  
tuntui turvallisemmalta valinnalta. Normaaliopetukseen siirtymistä harkitaan  
kuitenkin myöhemmin, jos koulunkäynti sujuu hyvin. Tähän asti on sujunut.  
Tyttö oppi lukemaan 5-vuotiaana. Nykyään hän on niin innokas lukija, että  
lukemista voi pitää harrastuksena. Hän on lukenut läpi Astrid Lindgrenin kirjat,  
ja ymmärtää lukemansa täysin. Äidinkielessä Marja on edennyt normaaliope-  
tussuunnitelman mukaan. Matematiikka tuottaa enemmän vaikeuksia, lukuja  
on vaikeampi hahmottaa. Marja itse kuitenkin nimeää matematiikan lempi-  
aineekseen. Lukemisen lisäksi harrastuksiin kuuluvat ratsastus, liikuntakerho  
ja teatterikerho. Pianotuntien aloittaminen on suunnitelmissa, sillä Marja on  
ilmeisen musikaalinen.

Helena näyttää Marjan todistusta. Opettajan arviot koulumenestyksestä ja toverisuhteista ovat myönteiset. Ainoastaan keskittymiskyvyn opettaja kokee ongelmaksi. Tätä Helena hiukan ihmettelee, koska päiväkodissa ja esikoulussa-kaan ei tämänyyppisiä ongelmia ollut. Esikoulussa, jossa oli yksi opettaja ja 16 lasta, Marja suoriutui esikoulutehtävistä täysin ikätasoisesti. Kotona tyttö joskus pistää hanttiin, kun läksyjä pitäisi ruveta tekemään, mutta alkuun päästyään tekee tehtävänsä loppuun. Helena pohtiikin, voisiko myös ryhmän vetäjien taidoissa olla kehittämisen varaa, kun 7 oppilaan pienryhmässä 3 aikuista kokee lapset niin vaikeiksi. Syksyllä opettaja vaihtuu, ehkä tilanne muuttuu silloin.

Puheterapiassa on havaittu, että Marjan puheen ymmärtäminen ja tuottaminen ovat kulkeneet keskimäärin vuoden jäljessä ikätasosta, mutta sanavarasto on runsas. Työmuisti on lyhyt, ja joskus annetut ohjeet tuntuvat unohtuvan. Myöskään kyky päätellä, missä järjestyksessä asiat tehdään, ei aina toimi. Kuitenkin neuvolan 5-vuotistarkastuksessa Marja suoritti tehtävät kirkkaasti. Koska suurempia ongelmia ei ole ollut, tyttöä ei ole lähetetty tarkempiin tutkimuksiin. Helena kertoo, että hänen tuttavapiirissään monella ns. normaalilla lapsella on huomattavasti enemmän erilaisia kehitysongelmia kuin Marjalla. Taustansa vuoksi hän on kuitenkin erityisen tarkkailun alla, ja pieniinkin ongelmiin kiinnitetään huomiota. Jos taustaa ei tiedettäisi, hän saattaisi menestyä normaaliluokalla siinä missä muutkin.

Helena kuvaa tyttöään, että hän on kuin ”mikromuru aurinkoa, hänen tapansa asennoitua maailmaan on kadehdittava”. Minne Marja vain meneekin, hän saa myönteistä huomiota osakseen. Hän pitää kaikista, ja myös muut pitävät hänestä. Marja ilahduttaa ihmisiä tarkoilla huomioillaan. Hän saattaa pysähtyä katsomaan ja sanoa, että sinäpä näytät iloiselta tänään. Jos joku on värjänyt hiuksensa, Marja kehuu uutta värisävyä. Huonotuulisuuskaan ei jää huomaamatta. Joskus, kun äidillä on huono päivä, Marja saattaa kysyä, että oletko sinä äiti onnellinen.

Yhtenä päivänä Marja tuli koulusta nukke kainalossa. Helena ihmetteli, mistä nukke on peräisin. Marja vastasi, että sain sen Mallulta. Helena kysyi, kuka tämä Mallu oli. Hän oli yksi koulun huoltohenkilöstöön kuuluva työntekijä. Monen sadan oppilaan koulussa tämä työntekijä oli ostanut juuri Marjalle lahjan. Kun kouluavustaja oli ollut kaksi viikkoa lomalla, hänellä oli jo niin ikävä Marjaa, että pyysi tätä ”lainaksi” yhden päivän ajaksi. Niin tyttö sitten pääsi uimahalliin avustajan kanssa. Yksi koulun opettajista on kertonut, että Marja on hänen luokkansa lemmikki.

Välitön suhtautuminen muihin ihmisiin on tyypillistä Marjalle. Joskus se saa kiusallisiakin tilanteita aikaan. Monasti Marja haluaa totutella uusiin asioihin koskettelemalla. Erityisen kiinnostunut hän on vanhojen rouvien leukaheltoista. Hän kapsahtaa syliin koskettelemaan niitä. Välittömyys ilmenee myös siinä, että Marja halaa minua tiukasti lähtiessäni kotiin haastattelun päättyessä. Varaukseton suhtautuminen uusiin ihmisiin ei Helenan mukaan kuitenkaan koskaan mene niin pitkälle, että lapsi olisi valmis lähtemään vie-

raiden ihmisten mukaan. Marjan näössä ei ole vikaa, mutta joskus hänen on vaikea tunnistaa ihmisiä. Hän saattaa luulla vierasta ihmistä mummiksi. Kun sisko oli vuoden vaihto-oppilaana, Marja unohti siskon kasvot ja alkoi ottaa ketä tahansa vastaan lentokentällä.

Sijoituksen jälkeen Marja on tavannut biologista äitiään vain satunnaisesti. Välillä tapaamisia oli useammin, kun äiti kykeni olemaan raittiina vuoden verran. Äiti oli vähällä kuolla, kun maksa ei enää kestänyt rasitusta. Tämä motivoi raitistumaan. Nyt juomiskierre on jälleen alkanut, ja äitiä ei juuri näy Marjan elämässä. Marjan kuva äidistään oli pitkään epärealistisen ihannoiva. Kun sijaisäiti komensi Marjaa ”tukka vain tärähti, ja hän marssi omaan huoneeseensa suivaantuneena teatraalisesti ja sanoi: voi kun mä joudun asumaan tässä perheessä, Riitta-äiti ei koskaan kohtelisi minua noin”. Vähitellen kuva äidistä on muuttunut realistisemmaksi.

Marjan elämässä ei ole ollut suuria vastoinkäymisiä, mutta ajoittain muu perhe on aiheuttanut ongelmia. Hänelle on ollut rankkaa se, että perheen toinen sijaislapsi, joka ennen sijoitustaan eli rankoissa olosuhteissa, on ollut levoton ja saanut raivokohtauksia. Marja myös menetti hyvän ystävänsä. ”Se aiheutti kriisin, kun hän ymmärsi, että kaikki voivat kuolla. Hän pelkäs pitkään nukahtaa, kun ajatteli, että mä voin kuolla.”

## Jussi

Jussi on 7-vuotias esikoulun päättänyt vilkas nuori mies. Kouluun meno odottaa syksyllä. Kuten Marjakin, Jussi asuu sijaisvanhempien kanssa. Perheeseen on myöhemmin tullut toinen sijaislapsi veljeksi Jussille. Jussi oli 3 vuoden ja 9 kuukauden ikäinen perheeseen tullessaan. Kolmen kuukauden ajan ennen sijoitusta sijaisvanhemmat kävivät tapaamassa häntä 3-4 kertaa viikossa lastenkodissa, jossa hän oli ollut noin vuoden verran. Sijaisvanhemmista poika tuntui valloittavalta ja ihanalta. Mukavan omahoitajan kanssa rupateltiin paljon. Sijaisvanhemmat saivat kuulla, että ryhmässä toimiminen oli Jussille hankalaa ja ”vähän vilkasta se touhu tosiaan oli”. Kovien pakkasten vuoksi lapsen kanssa ei päästy lainkaan ulos.

Käyntien aikana sijaisvanhemmat saivat kuvan siitä, miten poika käyttäytyi ryhmässä ja ollessaan sijaisvanhempien kanssa. Vähitellen häntä alettiin totuttaa uuteen kotiin. Vierailut kestivät 1-3 yötä ja sujuivat pääosin hyvin. Mitä enemmän poika innostui uusista vanhemmistaan, sitä useammin käyntejä järjestettiin. Lopullinen siirtyminen kävi helposti, eikä lapsi juuri kaivannut laitokseen tai ei ainakaan ilmaissut sitä.

Noin kahden kuukauden päästä sijoituksesta Jussin vaikeudet alkoivat näkyä toden teolla. Raivokohtaukset ja rajanhaku alkoivat. Lapsi oli ylivilkas ja rajaton. Hän ”hajotti tavaroita, kävi päälle, löi, puri ja haukkui. Ei kestänyt sylissä pitämistä. Huoneessaan rauhoituttuaan pyrki syliin, kaipasi silittelyä

ja pusutteluja. Hyvinä hetkinä silitteli ja pajasi ja oli lähes koko ajan sylissä. Nautti vauvaleikeistä ja paapoamisesta. Hän valvoi noin 2 tuntia ennen unen tuloa, ei nukkunut päiväunia, kulki silmät punaisina koko ajan. Oli kuitenkin valoisa ja luottavainen uusiin aikuisiin ja kiintyi nopeasti”.

Toisaalta sijaisvanhempien mielestä lapsen saaminen oli ihanaa ja odotettua aikaa, kun omaa lasta ei ollut kuulunut, mutta toisaalta se oli ”aikamoista rutistusta”. ”Ei saanut nukkuttua. Tuntui, että lapsi ei syönyt eikä nukkunut. Ne olivat mun päällimmäiset ongelmat. Se oli niin intensiivistä. Hän kulki koko ajan perässä parin metrin etäisyydellä eikä sietänyt eroa lainkaan. Ensimmäinen vuosi oli aikamoista.”

Sijaisvanhemmat kokivat, että kaikkea tarpeellista tietoa lapsesta ei saatu ennen sijoitusta, vaikka alkoholialtistus olikin tiedossa. Nyt jälkeinpäin sijaisäiti Liisa pohtii, että ”sitä on niin sinisilmäinen alussa, kun maailmaa pelastaa ja mennään ja hoidetaan pientä lasta. Sitä vähän sulki korviaankin. Nyt kun tämän tietää, niin olen sitä mieltä, että sijaisvanhemmille pitäisi olla heti tukihenkilö alusta asti, sellainen, joka ihan oikeasti elää tällaisen lapsen kanssa. En voinut kuvitellakaan. Minulla meni ensimmäinen puoli vuotta aivan sumussa, tämän mukulan kanssa on ihan oikeasti hirveätä ollut. Täällä on ollut aivan katastrofaalisia tilanteita, ennen kuin sai tilanteen hallintaansa ja ennen kuin itse sopeutui. Arki oli todella hankalaa. Se ei ollut sitä, että minä hiekkalaatikon reunalla häntä muutaman kerran ojennan, vaan se saattoi olla sitä, että kaksi tuntia illassa joka päivä kolmen viikon ajan makasin holdingissa yhden kanssa ettei hän hakkaa päätään seinään eikä käy meidän päälle eikä mitään.”

Sijoituksen alussa Liisa hoiti 4 kuukauden ajan Jussia kotona. Ehkä pidempäänkin olisi pitänyt, miettii Liisa nyt jälkeinpäin. Olisi ehtinyt paremmin tutustua lapseen. Tuo aika vain oli niin rankkaa, että piti päästä välillä töihin ”huilaamaan”. Jo kahden viikon kuluttua päiväkodista alkoi tulla viestiä, että lapsi on niin vaikea, että hänen kanssaan ei pärjää. Poika oli väkivaltainen muita lapsia kohtaan, ei syönyt ja uhmasi henkilökuntaa.

Onneksi lähistöllä oli toinen päiväkotikoti, jossa oli aikaisemmin hoidettu sikiöaikana alkoholille altistuneita lapsia. Kaikkien kannalta tuntui järkevämmältä ratkaisulta siirtää Jussi sinne. Uudessa päiväkodissa Jussin ongelmia ymmärrettiin paremmin, ja hänessä nähtiin hyviäkin puolia. Hän sai omahoitajan, koska kahden paikallakin hän oli aivan ”pitelemätön”. Alussa Jussi eristettiin muista ruokailu- ja pukemistilanteissa. Jussi huomasi saavansa huomiota omaksumalla pellen roolin ruokapöydässä, ja ruokailusta ei tahtonut tulla mitään. Myöhemmin hän siirtyi syömään pikkupöytänsä parin muun lapsen ja avustajan kanssa ja sai mennä pukemaan yhdessä muiden kanssa. Tähän tarvittiin kuitenkin Liisan sinnikkyyttä. ”Sanoin, että lasta ei saa eristää, kun hän on kuntoutumassa siellä. Kovan metelin jälkeen se meni läpi”. ”Uskon, että se on ihan hyvää tehnytkin, että vertaisryhmänä ovat terveet lapset”, Liisa pohtii.

Päiväkodissa Jussin ongelmat näkyivät rajattomuutena, aggressiivisuutena ja vaikeutena sopeutua isoon ryhmään. Omahoitaja tarvittiin, kun toiset lapset olivat mustelmilla ja raavittuina. Toisten lasten vanhemmat ovat tentanneet

Liisaa, että miksi Jussia pidetään normaalien lasten ryhmässä, kun tämä raapii ja hakkaa heitä. ”Olen sanonut, että hän on täällä kuntoutuksessa, ja henkilökunta tietää, mikä tätä lasta vaivaa. Päiväkoti on nimenomaan erityislastentarhanopettajan valitsema. Sanoin, että minä en voi olla siellä koko aikaa vieressä, että vastuu kuuluu myös henkilökunnalle. Kaikkea vastuuta ei voi vierittää kotiin päin.”

Rajanhaku ja aggressiivisuus näkyvät myös kotona. Nukahtamisvaikeudet ja painajaiset vaivasivat varsinkin alussa. Poika myös yritti huolehtia aikuisista, ”oli pieni vastuunkantaja”. Pelko hylkäämisestä oli kova. ”Vessassa ei voinut käydä ilman eri ilmoitusta. Roskia viedessä täytyi kertoa minne menee, muuten pojalta pääsi itku, kun toinen vanhemmista oli hukassa.” Keskittyminen on suuri ongelma. Vieläkin päivä- tai iltasadun kuunteleminen on Jussille mahdotonta, hän ei jaksa kuunnella.

Jussi on kova puhumaan, mutta puheesta oli varsinkin sijoituksen alkuvaiheessa vaikea saada selvää. ”Jos en olisi ollut kotona hänen kanssaan, en olisi ymmärtänyt hänen puhettaan. Kun aloitin työt, olin aivan pihalla siitä, mitä poika puhuu, kun en tiennyt, mitä päivällä oli tapahtunut.” Jussin oli myös vaikea ilmaista itseään ja tapahtumia. ”Kerran kun hän satutti itsensä makuuhuoneessa, kysyin, että mitenkä kävi. Hän sanoi, että hevonen hyppäsi seinään ja potkaisi tuohon noin, ja sitten tuli kuhmu päähän. Meillä oli seinällä hevosen kuva, minkä hän näki. Se oli vain just se, minkä hän näki”.

Lastenkodista Jussi ei alkuun puhunut mitään. Vasta isompana hän on ruvennut kyselemään ja miettimään, ja Jussi on käynyt sijaisvanhempien kanssa lastenkodissa tapaamassa hoitajia. Nykyään Jussi pystyy jo aika paljon kertomaan asioistaan ja suunnittelemaan tekojaan. ”Hän sanoo, että nyt hän tekee näin ja näin”. Kielelliset taidot ovat kehittyneet ja isomummun kanssa poika puhuu leveää murretta.

Sijaisperheessä Jussin elämään on saatu vuorokausirytmä, vaikka iltalavottomuutta on edelleen. On kuitenkin ”joku tolkkua siitä, että mennään nukkumaan illalla”. Yöunet ovat pidentyneet, ja päiväuniakin Jussi nukkui kotiuduttuaan. ”Alussa hän nukkui välissämme noin 4 kuukautta, nykyään omassa huoneessaan. Painajaisten jälkeen piipahtaa viereemme ja nukkuu aamuun saakka rauhallisesti vuoden valvomisen jälkeen. Myös aito ilo on ilmestynyt, ja leikeissä alkaa olla juoni mukana.”

”Poika on rennompi, eikä koko ajan kulje kuin haukka vahtimassa. Koko ajan piti katsoa ja kontrolloida. Vieläkin se haluaisi olla päällepäsmäri ja pitää homman hanskassa, että hän jotenkin järjestää näitä asioita. Nyt hän uskoo enemmän, että me Jaakon kanssa pyöritetään nämä hommat, eikä hänen tarvitse sekaantua joka asiaan. Alussa oikeastaan mitään ei voinut tehdä, hän oli joka paikan asiantuntija. ... Hän on myös oppinut sietämään etäisyyttä, haluaisi jo vähän käydä kylässä, onnistuu jo käymään, kavereittensa luona pystyy olemaan jo tunnin kaks itteksensä, ettei tarvitse olla ääressä. Selkeästi on itsenäisempi ja rennompi. ... Hän sanoo, että isona hän sitten auttaa meitä hommissa, kun nyt ei jaksa.”

Uudet asiat pitää aina tarkasti valmistella Jussille ja selittää rauhassa loppuun saakka, että hän ymmärtää. ”Toisaalta ei saa olla liian monisanainen, silloin hän ei jaksa kuunnella. Joissain asioissa pitää olla hirveän tarkat säännöt, joista pidetään kiinni. Jos ruvetaan neuvottelemaan, sitä voidaan jatkaa iän kaiken. Hänen mielipiteensä muuttuu, ja kun hän huomaa, että nyt hän saa valita, niin hän istuu ja valitsee, kun se on niin ihanaa. Se ei lopu. Me mennään sitten aikuisen johdolla, aika orjallisesti noudatetaan rytmejä.”

Valikoimaton sosiaalisuus on silmiinpistävä piirre Jussissa. Pientä edistystä tässä suhteessa on tapahtunut. Sijaisvanhempien ollessa poissa Jussi ikävöi heitä ja osaa ilmaista sen. Hän kykenee tekemään eron vieraan ja tutun ihmisen välillä, eikä enää yhtä hanakasti kiipeä vieraiden ihmisten syyliin. Kuitenkin Liisa arvioi, että Jussi olisi valmis lähtemään kenen tahansa kyytiin, jos vain joku pyytäisi. Sijaisvanhempien tullessa kotiin poika juoksee rutistamaan, mutta samalla tavoin hän käyttäytyy, kun naapuri tulee kylään. Käytös saa ihmiset hämmentymään ja tuntuu vanhemmista hyvin ärsyttävältä. ”Kun sijoituksen alkuvaiheessa käytiin eläinpuistossa, hän huomasi, että joillain pojilla oli samanlainen paita kuin meillä, niin hän pyrki koko kierroksen ajan tunkemaan samaan porukkaan. Kun pysähdyttiin ja otin valokuvaa, niin hän oli jo tolkuttamassa asioitaan vieraan perheen mukana. Joudun kieltämään, että ei saa mennä puhumaan.”

Vaikka joissain asioissa edistytään, uusia ongelmia tulee eteen. ”Tuntuu, että kun toisesta päästä helpottaa, niin toisesta päästä retkahtaa. Koko ajan on hankalaa joku asia. Kun joku asia sujuu paremmin, niin sitten hän esimerkiksi kastelee enemmän. Yöt Jussi pysyy kuivana, mutta päivisin ei aina ehdi vessaan. Oudot tilanteet lisäävät pissan karkailua. Tuntuu, että mennään edelleen mylerryksessä, ei meillä vielä seesteistä nousukautta ole ollut ollenkaan.”

Jussin oireet pahenivat edellisenä syksynä, kun biologinen äiti tuli vankilasta ja tapaamiset äidin kanssa alkoivat. Samaan aikaan myös sijaisisä joutui sairaalaan, joten Jussilla oli ”kaksi shokkia yhtä aikaa”. Lapsi oli itsetuhoinen ja sekava, mikä järkytti sijaisvanhempia. Myös kastelu lisääntyi, ja sitä esiintyy edelleenkin. Haastattelupäivän aamunakin poika oli kastellut jo kahdet housut. ”Hän seisoo vessanpöntön vieressä, harjaa hampaitaan ja pissaa housuunsa. Se on vähän ikävä piirre vielä.”

Jussi kyllä odottaa biologisen äidin tapaamista ja haluaa nähdä tätä, mutta tapaamisen jälkeen ”kaksi päivää menee nunnuttamiseen ja kainaloimiseen”. ”Sitten miettii, että onko järkevää ylipäättään järjestää tapaamisia, jos on kulunut kolmekin vuotta, että äidistä ei ole kuulunut mitään. Miksi pitäisi? Onko siinä se lapsen etu? Jos sanotaan, että pitkässä juoksussa, niin voitais sitten pitkässä juoksussa odottaa, että lapsi itse haluaa, eikä niin, että hänet väkisin viedään. Jussinkin tapauksessa äiti on halunnut tavata lasta kolme tuntia, ja kahden tunnin kuluttua hän on soittanut, että tulkaa hakemaan pois, tää on niin levoton. Sitä miettii, että mitä se lapsi siitä saa. Pitäisi olla niin, että lapsi päättää itse, haluaako hän tavata vaiko ei. Ettei mene vanhempien oikkujen mukaan, että yksi määrää ja muut hyppää, ja sijaisvanhemmat hoitavat oireet.”

Perheneuvolan tuki Jussin ongelmissa on ollut korvaamatonta. Muutaman perheneuvolakäynnin jälkeen aloitettiin Theraplay-terapia. Se on antanut eväitä pojan kehityksen tukemiseen. Terapia on edistänyt eniten lapsen turvallisuuden tunteen kehitystä. ”Terapia antoi apua kiintymiseen, mutta keskittymiskykyä se ei parantanut. Se antoi kotiin sellaisia leikkejä, että huomaa, mistä se tykkää. Meillä on peittokiikku vieläkin käytössä. Vauvaamiset ja syöttämiset. Siinä se on hyvä. Kiintymiseen, läheisyyteen ja turvallisuuden tunteeseen ja raivokohtauksista toipumiseen se antaa hyvät eväät, mallit itsellekin, miten toimia. Jos ajattelee keskittymiskykyä, mitä he siinä halus niin alussa tuntui, että hän pystyi pitkiä jaksoja, mutta se on justiin, että kun me ollaan kahdestaan, niin silloin Jussi jaksaa keskittyä, kun hyvin intensiivisesti pieniä jaksoja hänen kanssaan tekee, mutta ei sellaisia isompia. Päiväkodissa jotkut toiminnalliset jutut ja oma avustaja ovat auttaneet keskittymiseen.”

Toistaiseksi perheneuvolalla ei ole ollut tarjota muuta terapiaa kuin Theraplayta, jota edelleen käytetään kotona. Liisa on ollut nyt enemmän kotona ja tehnyt puolipäivätyötä, minkä hän arvioi olleen hyödyksi pojalle. Lastenlinnan kautta on suunniteltu toimintaterapiaa ja neuropsykologisia tutkimuksia ja neuropsykologista kuntoutusta. Sitä ei kuitenkaan vielä aloitettu, koska Ritalin (keskittymis- ja tarkkaavuuskyvyn ongelmiin käytetty lääke) ei antanut vielä hyviä tuloksia. ”Kun sitä ei aloitettu, niin sitten jäivät muutkin kuntoutukset, eli Jussi putosi kokonaan tyhjän päälle tänä vuonna. Päiväkodin omahoitaja on ainoa ylimääräinen apu, mitä me saadaan täällä kotona, ja se ei riitä. Olen kääntynyt sosiaalityöntekijän puoleen, eli hän on nyt yhteydessä hoitaviin tahoihin, että saataisiin aktiivisempaa kuntoutusta. Menee sellaisissa sykleissä, että välillä menee ihan hyvin ja välillä tuntuu, että kotihoito yksistään ei riitä. Vaikka me kuinka täällä kuljetaan peittokiikun kanssa ja käydään terapeutteja leikkejä läpi, niin kyllä hän tarvitsee ihan asiantuntijojokin mun mielestä. Se katsotaan sitten syksyllä.”

Liisan mielestä olisi hyvä kokeilla lääkitystä ja neuropsykologista kuntoutusta. Pitäisi kartoittaa tarkasti, millä kehitysalueilla ongelmat ovat. Myös toimintaterapiaa voisi kokeilla. Liisa käyttää Jussia ratsastuksessa, koska se selvästi rentouttaa lasta. ”Hän on kauhean onnellinen ja rauhallinen siinä ilman jatkuvaa höpinää. Mä vien sen ihan itse omalla rahalla. Soitin ADHD-liittoon, ja jos mulla on lyödä rahaa tiskiinkin, niin löytyy vaikka kuinka paljon kuntoutusjuttuja. Kun menee kunnan reittejä pitkin, niin ei ole mitään. Siinäkin on ristiriita. Pitää olla aina se hankala sijaisäiti, joka narisee joka asiasta. Se ei ole hedelmällistä pidemmän päälle. Itse olen mennyt näppituntumalla ja huomannut, että ratsastus auttaa.”

Kun Jussi oli 1-vuotias, neuvolalääkäri alkoi epäillä alkoholi-altistusta, mutta sillä kertaa diagnosointi jäi. Lastenkodissa epäilyt heräsivät uudelleen. Alkuun Jussi kävi tutkimuksissa Lastenlinikalla, josta siirryttiin Lastenlinnaan. Siellä Jussille annettiin FAE-diagnoosi. Myöhemmin Jussi sai vielä ADHD-diagnoosin (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, tarkkaavuus- ja yliaktiivi-

suushäiriö). Sen vuoksi tehdään Ritalin-testejä, jos osa energisyydestä saataisiin rauhoittumaan sillä. Myös kynän käytön vaikeutta on havaittu. Diagnosointi on ollut vaikeaa Jussin vaikeiden elämäkokemusten vuoksi. Tunne-elämä on niin hauras ja epävakaa.

Jussi on menossa syksyllä kouluun. Älykkyydeltään hän on normaalilajainen lapsi. Ongelmat ovat keskittymiskyvyssä. Liisa arvelee, että jos Ritalinlääkityksestä olisi apua, Jussi voisi menestyä normaaliluokalla. Päiväkodissa hänellä on ollut omahoitaja. Esikoulu on sujunut vaihtelevalla menestyksellä. ”Suunnilleen puolet ajasta hän on kieltäytynyt esikoulutehtävistä. Ne sujuvat silloin, kun hän suostuu tekemään ne, mutta ongelmana on ollut se, ettei hän ole halunnut. On ollut typerää ja tylsää, ja hän on yksinkertaisesti kieltäytynyt.”

Tehtävien aloittaminen on ollut hankalaa. ”Monta kertaa on haettu holdingin kautta...omahoitaja on poistunut paikalta ja se on saanu räyhätä hetken aikaa. Sen jälkeen on tultu ja tehty tehtävät, jotka on menny OK. Osa ajasta on mennyt makoillessa toisella puolella. Hän ei ymmärrä, että jos heti ei onnistu, niin voi kokeilla uudestaan. Omahoitajan avulla on selvitty. Hän kävi viime syksynä, kun esikoulu alkoi, niin neljä tuntia siellä ja mä olin kotona sitten. Omahoitajan piti olla koko ajan vieressä.”

Vielä esikoulussakin Jussi oli väkivaltainen ja arvaamaton muita lapsia kohtaan. Sen vuoksi kaverisuhteet olivat hankalia. ”Pienempänä meni paremmin, kun muut olivat höperöjä, mutta 6-vuotiaana rupesivat erot näkymään lasten välillä. Yksi tyttö on vähän pysynyt siinä, mutta hänellekin touhut alkaa mennä jo vähän yli. Jussi saattaa edelleen pillastuessaan lyödä lujaa.”

Vielä kesällä oli epäselvää, mihin kouluun Jussi menee. Perheneuvola ehdotti normaaliopetusta 5-6 lapsen pienryhmässä. Jussia kuitenkin pyydettiin harjaantumislukokalle tutustumaan. ”Mä kieltäydyin tästä kunniaista. Mun mielestä Jussi on sinne liian älykäs. Nostin äläkän, että hän ei tosiaankaan mene teini-ikäisten Down-lasten kanssa samalle luokalle. Nyt siellä tuskaillaan hankalan sijaisäidin kanssa, että mihin tämä lapsi laitetaan. Todennäköisesti Jussi menee pienryhmäopetukseen, jossa jokaiselle tulee HOJKS (henkilökohtainen opetuksen järjestämistä koskeva suunnitelma). Koulu on 5 kilometrin päässä kotoa. Jussi ei selviä avustajankaan kanssa normaaliluokassa.”

”Huomaa, että on vähän tällaista ennakkoluuloisuutta, että ei tiedetä, vaikka minulla on todistukset perheneuvolasta ja Lastenlinnasta, että kyseessä on normaaliälyinen lapsi. Hänellä on nämä omat pienet oikkunsa, mutta niiden kanssa pitää vaan pärjätä opettajankin. Apua annetaan kotoa, ja avustajakin varmaan auttaa. Mulla on kova toive Ritalinista, koska siitä oli merkkejä, että siitä oli hyötyä, kunhan löytyy oikea pitoisuus. Uskon, että hän pärjää sitten oikein hienostikin siellä.”

Kaikista kommelluksista huolimatta sijaisvanhemmat ovat hyvin kiintyneitä Jussiin. Liisan mielestä hän näyttää pieneltä Vaahteramäen Eemeliltä. ”Kun Jussilla on hyvä päivä, hän on todella valloittava lapsi.” Hän on liikunnallinen ja iloinen. Suku on ottanut molemmat sijaispojat hyvin vastaan. He ovat



samassa asemassa kuin biologiset lapsetkin olisivat, ja heitä pidetään tavallisen vilkkaina pojankoltiaisina.

Haastattelun ajan pojat katsoivat videota toisessa huoneessa. Välillä he piipahtivat luoksemme keittiöön. Lyhyen vierailun aikana Jussin levottomuus ei tullut esiin, hän oli kuin kuka tahansa lapsi. ”Joo, hän pystyy skarppaamaan. Hän on äärimmäisen hieno herrasmies (aamulla tosin heitti lelut moneen kertaan lattialle, kun äiti yritti siivota). Uskonkin, että hänellä on kykyä vaikka mihinkä, koska hän kykenee tuohon käytökseen. Hän pystyy pysähtymään ja skarppaamaan. Hän huomioi toista ja on hirveen hellä. Silloin kun hän hillitsee itsensä, ettei hän ole aivan ihossa kiinni, niin hän on mukava nuohooja. Kulkee siinä ja on rapsuteltava pieni mies.”

#### 4.2.2 Miksi Marjan ja Jussin kehitys oli niin erilaista?

##### **Diagnoosi, diagnoosi-ikä, altistustyyppi, vamman ulkoinen näkyvyys**

Yhteistä Marjalle ja Jussille on se, että molempien äidit käyttivät alkoholia koko raskausajan. Marjan äiti kävi koko tuon ajan seurannassa päihdeäideille tarkoitettulla poliklinikalla, mutta hän ei kyennyt lopettamaan juomistaan. Huumeita hän ei ilmeisesti käyttänyt. Marja sai FAS-diagnoosin heti synnytyssairaalassa. Hän täytti kaikki diagnoosiin vaadittavat kriteerit. Kasvoissa näkyy edelleen FAS-lapselle tyypillisiä piirteitä. Hän on myös pienikokoinen. Yhdeksän kuukauden ikäisenä sijaisperheeseen tullessaan hän painoi 4 kg 200 g. Hän oli samankokoinen kuin sijaisperheen biologiset lapset syntyessään. Merkkejä keskushermostovauriosta olivat mm. tärinä ja raajojen yliojentuvuus. Alkoholi on vaikuttanut myös elinten kehitykseen: sydämessä on reikä.

Jussin äiti käytti alkoholin lisäksi huumeita. Jussin sijaisäidin mukaan äiti itse on kertonut, että hän ei selvää päivää nähnyt Jussia odottaessaan. Alkoholialtistusta alettiin epäillä jo, kun poika oli 1-vuotias, mutta FAE-diagnoosi annettiin vasta 3-vuotiaana. Myöhemmin annettiin vielä ADHD-diagnoosi. Jussi on ikäisekseen pienikokoinen, mutta kasvoissa ei näy fetalaialkoholisyndroomalle tyypillisiä piirteitä. Vaikka Marja on diagnoosin mukaan vakavammin vaurioitunut kuin Jussi, Marjan kehitys ja hyvinvointi näyttivät kuitenkin lähes kaikilta osin suotuisammalta. Miksi näin oli?

Muissakin tutkimuksissa (Streissguth, 1996; 1997, Autti-Rämö, 2000) on havaittu, että lievemmin vaurioituneilla lapsilla esiintyy sekundaarisia eli syntymän jälkeen ilmaantuneita sosioemotionaalisia ongelmia enemmän kuin FAS-lapsilla. Joitain tämäntyyppisiä eroja näkyi myös tämän tutkimuksen kvantitatiivisessa osuudessa. FAS-lapset noudattivat ohjeita paremmin, ottivat enemmän muita lapsia huomioon ja lähtivät harvemmin kenen tahansa

mukaan kuin lievemmin vaurioituneet lapset. Ero näkyi erityisesti verrattuna diagnosoimattomiin lapsiin. Tutkimustuloksia on selitetty sillä, että lievemmin vaurioituneiden lasten vammaisuus ei näy ulospäin, ja heiltä odotetaan samoja asioita kuin terveiltä lapsilta. Tämän lapsi kokee hyvin stressaavana, mikä näkyy käytöshäiriöinä. Lievemmin vaurioituneet lapset todennäköisesti myös saavat diagnoosin myöhemmin, joten ongelmiin ei ymmärretä puuttua riittävän varhain, ja lapsi jää ilman terapiaa. On myös mahdollista, että alkoholi vaurioittaa eri lapsilla eri alueita aivoissa, mikä näkyy vaihteluna oireissa.

Marja diagnosoitiin heti synnytyssairaalassa ja Jussi vasta 3-vuotiaana, mutta jo vuoden ikäisenä Jussilla epäiltiin sikiöaikaista alkoholivauriota. Marja on saanut fysioterapiaa ja puheterapiaa, ja Jussi Theraplay-terapiaa. Molempien lasten ongelmat siis havaittiin varhain, ja molemmat olivat saaneet terapiaa. Tosin Jussi ei ollut sitä riittävästi saanut sijaisäidin arvion mukaan senkään jälkeen, kun diagnoosit oli annettu ja ongelmat tarkkaan tiedossa. Marja ei ollut enempää terapiaa tarvinnut, koska hänellä ei mitään erityisiä ongelmia ollut. Siten on epätodennäköistä, että diagnoosi, diagnoosi-ikä tai terapian saanti olisivat ratkaisevia tekijöitä, jotka selittäisivät eroja lasten kehityksessä.

Olisiko lasten erilaiseen kehitykseen vaikuttanut vamman ulkoinen näkyvyys? Marjan kasvoista näkee helposti, että hän on ”erityislapsi”. Jussissa huomio kiinnittyy ehkä vain pieneen kokoon. Vamman näkyvyydellä saattaa olla vaikutusta. Marjan tapauksessa vieraan ihmisen on helpompi ymmärtää sitä, että lapsi ”kapsahtaa vanhojen rouvien syliin tunnustelemaan leukaheltoja” kuin Jussin tapauksessa, kun tämä haluaa naapurua yhtä välittömästi kuin sijaisvanhempiaan. Muiden ihmisten suhtautumiseen kuitenkin vaikuttaa todennäköisesti eniten se, miten lapsi käyttäytyy yleensä heitä kohtaan. Marja on sijaisäidin mukaan kuin ”mikromuru aurinkoa”, joka säteilee hyvää tuulta ympäristöönsä. Hänessä ei ole lainkaan sitä aggressiivisuutta ja käyttäytymisen jäsentymättömyyttä kuin Jussissa. Mikään ei viitannut siihen, että Jussilta olisi vaadittu enemmän tiedollista tai taidollista suoriutumista kotona, päiväkodissa tai esikoulussa kuin Marjalta. Jussi vain ei kyennyt keskittymään oppimiseen, älyssä ei ollut mitään vikaa. Marjalla suuria keskittymisongelmia ei ollut. Lukemaan hän oppi jo 5-vuotiaana, nautti lukemisesta, ja koulukin oli lähtenyt sujumaan hyvin.

Lasten vaurioihin vaikuttaa se, mille aineille he ovat altistuneet sikiöaikana. Molemmat äidit käyttivät alkoholia läpi koko raskausajan ja ilmeisesti hyvin runsaasti. Molemmat äidit myös todennäköisesti tupakoivat, ja Jussin sijaisäidin mukaan pojan biologinen äiti todennäköisesti käytti myös huumeita ja särkylääkkeitä, mikä on saattanut lisätä vaurioriskiä. Kuten muissakin päih-teille altistuneita lapsia koskevissa tutkimuksissa, myös tässä oli mahdotonta tietää, kuinka suuria määriä alkoholia tai huumeita ja minkälaisia huumeita äidit olivat käyttäneet. Siten on myös mahdotonta arvioida tarkasti niiden vaikutuksia lapseen. Isomman tutkimusaineiston (johon myös Marja ja Jussi kuuluivat) tulokset antoivat viitteitä siitä, että lapsen vauriot olivat vakavimmat

silloin, kun äidin käyttämä pääasiallinen päihde oli alkoholi. Alkoholin ja huumeiden sekakäytölle altistuneet lapset tulivat toimeen itsenäisemmin, tekivät mieluummin vaikeitakin tehtäviä ja menestyivät matematiikassa paremmin kuin pelkälle alkoholille altistuneet lapset. Sikiöaikaisen huumealtistuksen ei ole osoitettu olevan yhteydessä kehitysvammaisuuteen, toisin kuin alkoholialtistuksen (ks. Koponen, 2004). Siten on epävarmaa, voisiko seka-altistus selittää Jussin kehitysongelmia.

### **Sukupuoli, sosiaalinen tuki, suhde biologisiin vanhempiin**

Syytä lapsen erilaiseen kehitykseen voi hakea myös sukupuolesta. Ehkä tyttöihin ja poikiin suhtaudutaan eri tavalla, ja heidät soosittetaan erilaiseen toimintatapakulttuuriin. Tälläkin saattoi olla merkitystä. Isomman tutkimusaineiston analyysi osoitti, että pojilla oli enemmän tutkimuksissa havaittuja tarkkaavuusongelmia sekä kielen- ja puheen kehityksen ongelmia kuin tytöillä. Myös Steinhausenin ym. (1982; 1994) ja Olsonin ym. (1997) tutkimuksissa pojilla oli enemmän psyykkisiä ongelmia ja käytöshäiriöitä kuin tytöillä. Vastaavantyyppisiä eroja tyttöjen ja poikien välillä on havaittu myös normaalipopulaatioon kuuluvia lapsia tutkittaessa. Cleven (2003, 283) mukaan suurin osa ADHD-diagnoosin saaneista lapsista on poikia.

Edelleen voi pohtia, olisiko lapsen nykyinen asuinympäristö sekä sijaisperheen antama ja saama tuki voineet olla ratkaiseva syy lasten erilaiseen kehitykseen. Tämäkään ei näytä todennäköiseltä selitykseltä. Molemmat lapset asuivat pikkukaupungissa, tilavassa ja viihtyisässä omakotitalossa, ja heillä oli sisarusia. Taloudellinen ja sosiaalinen tuki oli molemmissa perheissä kunnossa. Saattaisi olettaa, että Marjan sijaisäidillä olisi enemmän vaikeuksia selvittää lastenhoidosta, koska hän oli yksinhuoltaja. Molemmat lapset olivat hyvin toivottuja. Marja oli ”tilauslapsi” ja Jussin sijaisvanhemmat olivat jo vuosia toivoneet lasta.

Myös suhteella biologisiin vanhempiin on oma merkityksensä. Marjan äiti hyväksyi Marjan sijoituksen ja oli itse toivonut tytön pääsevän perhesijoitukseen. Jussin sijoitukseen ilmeisesti liittyi enemmän ristiriitoja, ja äidin tapaamisen jälkeen poika oli aivan sekaisin. Saattaa olla, että tapaamiset aiheuttivat lapselle epävarmuutta siitä, saako hän jäädä sijaisperheeseen. Yksi haastatelluista sijaisäideistä oli omassa sijaislapsessaan havainnut epävarmuuden seuraukset:

*Nykyään vouhotetaan sitä, että miten otetaan lapsia liikaa huostaan. Mulla on omakohtainen kokemus, kun vuosikausia minäkin kävin välillä hänen (biologisen äidin) luonaan, hän ei tullut tarhasta hakemaan, minä hain tarhasta. Välillä se oli meillä, välillä vietiin lastenkotiin, välillä oli kotona. Lapsesta huomaa sen, miten pelokas ja arka se on ollut. Vuosikausia on mennyt siihen, ennen kuin se on päässy*

*semmoiseen... Vasta sitten kun kerrottiin, että sä jäät tänne, tää on sun kotis, lapsen helpotus, mikä se oli ja mikä muutos siinä tapahtui sen jälkeen. Se oli täysin uskomatonta. Lapsi vapautui, kun ei tarvinnut enää jännittää.*

## **Varhaisten elinvuosien kokemukset**

Tässä tutkimuksessa lähdin etsimään selitystä lasten erilaiseen kehitykseen ensisijaisesti lasten ensimmäisten elinvuosien kokemuksista. Tässä suhteessa Marjan ja Jussin välillä oli ratkaiseva ero. Marja ei ole koskaan asunut biologisten vanhempiensa kanssa. Hänet sijoitettiin suoraan synnytyslaitokselta lastenkotiin, ja hänelle alettiin etsiä sopivaa sijaisperhettä. Marjan isosisko oli otettu huostaan puolen vuoden ikäisenä, ja äiti ymmärsi, että hän ei kykene pitämään huolta kuopuksestaan. Äiti itse toivoi, että lapsi saisi perheen ja äidin. Lastenkodissa omahoitaja yhdessä muiden hoitajien kanssa piti huolta Marjasta. Tytön ollessa kahdeksan kuukauden ikäinen tuleva sijaisäiti aloitti vierailut lastenkodissa ja yhdeksän kuukauden iässä lapsi pääsi nykyiseen perheeseensä. Biologinen äiti on vain satunnaisesti käynyt tapaamassa Marjaa. Tapaamiset eivät ehdista Marjaa, ja kaikille osapuolille on selvää, että lapsi jää sijaisperheeseen.

Suomalaisissa lastenkodeissa lapset saavat turvallisen perushoidon ja hyvää ravintoa. Lapsen päivä on ennustettava ja ymmärrettävä. Hoitorutiinit toistuvat samanlaisina päivästä toiseen. Jokaiselle lapselle on nimetty omahoitaja, joka ensisijaisesti vastaa lapsen hoidosta. Marjalla oli ollut sama omahoitaja koko lastenkotijakson. Hyvästä perushoidosta huolimatta lastenkoti ei ole paras mahdollinen ympäristö lapsen kehitykselle. Hoitajat vaihtuvat kolme kertaa vuorokaudessa, lapsia on paljon, eikä hoitajilla ole mahdollisuutta antaa heille riittävän yksilöllistä hoivaa. Omahoitajakaan ei voi sitoutua lapseen samalla tavalla kuin sijaisvanhemmat. Lapsella ei ole mahdollisuutta luoda omahoitajaan yhtä turvallista kiintymyssuhdetta kuin hän voisi luoda turvallista hoivaa antavaan vanhempaan.

Yleensä lapsi luo ensimmäisen pysyvän kiintymyssuhteen hoivaajaan noin 7 kuukauden iässä. Juuri tuon ikäisenä Marja oli lastenkodissa. Hoitajat eivät olleet pitäneet Marjaa paljoa sylissä. Heidän mukaansa hän viihtyi suuren osan ajasta lattialla ja rakasti huonekalujen jalkoja. Siten Marjallakin oli paljon puutteita varhaisissa vuorovaikutuskokemuksissa. Sillä, miten hyvin hoivaaja kykenee vastaamaan lapsen tarpeisiin, on suuri merkitys niin aivojen kehityksen kuin lapsen sosioemotionaalisenkin kehityksen kannalta (Nelson ja Bosquet, 2000; Glaser, 2002; Sinkkonen, 2001; Gerhardt, 2004; Crittenden, 1995). Todennäköisesti näillä puutteilla on ollut vaikutusta Marjankin kehitykseen. Myös erokokemuksilla on saattanut olla vaikutusta. Marja ei ole kuitenkaan

joutunut kokemaan hoidon laiminlyöntiä eikä elämään turvattomissa, kaoottisissa tai väkivaltaisissa oloissa. Hän ei ole joutunut elämään olosuhteissa, joissa sisäiset mallit itsestä ja muista olisivat vääristyneet niin paljon, että ne olisivat vaikeuttaneet kiintymyssuhteen luomista sijaisäitiin.

Lastenkodissa eläneitä lapsia tutkittaessa on havaittu, että jos lapsi pääsee ennen neljättä ikävuotta hyvään ja pysyvään sijaisperheeseen, hän kykenee luomaan pysyvän kiintymyssuhteen uusiin vanhempiinsa (Goldberg, 2000, 123-129). Mitä nuorempana lapsi sijoitetaan, sen parempi on hänen ennusteensa. Marja pääsi nykyiseen sijaisperheeseensä 9 kuukauden ikäisenä. Vaikka en pystynyt luotettavasti arvioimaan kiintymyssuhteen laatua tässä tutkimuksessa, näytti siltä, että Marja oli onnistunut luomaan lämpimät suhteet sijaisäitiin ja perheen muihin lapsiin.

Marja tuli toivottuna lapsena sijaisperheeseen. Tullessaan hän oli pieni-kokoinen kuin vauva. Häneen oli helppo rakastua. Uudessa kodissa sylejä riitti, ja sopeutuminen sijaisperheeseen kävi helposti. Siitä huolimatta, että Marja on 'erityislapsi', hänen kehityksensä on edennyt suotuisasti monilla tärkeillä kehityksen osa-alueilla. Marja on rakastettava ja saa helposti ystäviä. Oppimisessa ja keskittymiskyvyssä ei ole suuria ongelmia. Hänellä ei ole selkeitä kiintymyssuhdehäiriöön viittaavia piirteitä. Hän ei ole levoton, ylivilkas eikä aggressiivinen kuten Jussi ja niin monet muut alkoholille altistuneet lapset.

Sijaisperheellä ei ollut vaikeutta hyväksyä Marjaa. Sijaisäidillä on kuitenkin kokemusta siitä, että joskus sijaislasten kanssa voi tulla ongelmia tässä suhteessa. Sijaisperheen voi olla vaikeaa hyväksyä tietyn tyyppistä lasta, tai sitten lasten rankat kokemukset ovat heikentäneet olennaisesti heidän kykyään kiintyä muihin ihmisiin:

*Heikoimmilla on ne lapset, joilla vaurio on osunut sellaiseen paikkaan, että se osuu siinä perheessä sellaiseen kohtaan, jota sen perheen on vaikea hyväksyä. Toisia perheitähän ärsyttää flegmaattisuus. Joissain perheissä sitä on vaikea kestää, että toinen on perässä vedettävä. Siitä tulee negatiivista palautetta. Tällainen perhe voisi kestää minkälaisen väkkärän tahansa, joka vain olisi vauhdikas ja touhuais. .. Kyllähän me niin helposti syytetään lapsiamme siitä, mikä onkin omaa syytämme. En tiedä, voiko löytyä sellaista tilannetta, että meillä olisi kyky kohdata se, että oikeasti toi lapsi, joka meidän perheeseen sijoitettiin, herättääkin minussa oikeasti aggressiota niin paljon. Olen itse joutunut tekemään tätä työtä toisen sijaislapsen kanssa. Hän on kiintymyssuhdehäiriöinen, reaktiivinen. Sellainen lapsi, jolla ei ole mitään tunteita, osaa repiä niin. Siihen on äärettömän vaikea kiintyä ja rakastaa sitä, kun hän ei anna mitään sulle. Tiedän, että jos se osuu sellaiseen paikkaan perheessä, yhtälö on mahdottoman vaikea.*

Marjan kehitystä on varmasti edistänyt se, että Marjan sijaisäiti on kokenut lasten kasvattaja. Hänellä on omia lapsia ja useita sijaislapsia. Sijaisäiti ei ole yrittänyt opettaa Marjalle uusia taitoja, ennen kuin hänellä on ollut siihen valmiuksia. Marja on saanut edetä kehityksessään omassa tahdissaan. Lasta on myös kehuttu ja kannustettu. Sijaisäidillä on myös tapana selittää lapsille asioita, niin että he ymmärtävät: ”Saattaa olla niin, että hän ei itse oivalla, että näin voisi tehdä. Autettuna hän osaa. Selitän luonnostani lapsille asioita niin, että he helposti ymmärtävät. Ehkä selitän niin paljon, voi olla, että olen jo antamassa pienen sysäyksen eteenpäin, kun huomaan että toisella tökkii. Heitän vinkkejä, voiskohan sitä, onnistuiskohan, mitenkähän. Voi olla, että autan niin, etten huomaakaan kaikkea”.

Kasvatusperiaatteistaan Marjan sijaisäiti kertoo seuraavasti: ”Se, että opettelis olemaan tilanteessa niin, että oikeasti kohtaisi ihmisen, joka on siinä. Totuudellisuus ja rehellisyys, että tunteet näytettäisiin, ettei olisi kiertelyä. Kun mä haluan, että lapsi tekee jotain, niin mä sanon sen kauhean suoraan. Että kommunikointi olisi suoraa. Annan nykyään myös negatiivisen palautteen oikeasti suoraan kanssa, se mikä ei oo hyvää, ei oo hyvää, enkä anna sen jäädä kalvaa mieltäni. Taju siitä, että lapset eivät tee asioita kiusatakseni minua, vaan heillä on jokin syy siihen, ja he tarvitsevat siihen apua.” Tunteiden osoittaminen perheessä on todennäköisesti edistänyt Marjan taitoa havaita muiden ihmisten tunnetiloja, mikä ilmeni esimerkiksi siinä, että hän huomasi heti, jos äiti näytti surulliselta.

Keskustelun aikana välittyi kuva siitä, että sijaisäiti kykenee erittelemään tunteitaan ja arvioimaan omaa käytöstään, myös virheitään. Tarvittaessa hänellä on mahdollisuus saada apua ja tukea hoitotyöhön, mikä estää uupumisen. Hänen toiminnassaan voi nähdä niitä hyvän äidin piirteitä, joita kiintymysteoriassa pidetään olennaisina, jotta lapsi voisi kiintyä turvallisesti äitiin. Äidin käyttäytymistä voi arvioida seuraavien ominaisuuksien suhteen: sensitiivisyys-epäsensitiivisyys, hyväksyvyys-hyljeksivyyys, yhteistyövalmius-keskeyttävyyys ja huomioivuus-välinpitämättömyys. Sensitiivinen äiti kykenee huomaamaan lapsen viestit ja tarpeet, tulkitsemaan ne ja vastaamaan niihin viivyttelämättä ja asianmukaisesti. Hyväksyvä äiti hyväksyy lapsen sellaisena kuin tämä on, myös hänen kielteiset ominaisuutensa ja tunteensa. Lapsen kanssa yhteistyössä oleva äiti kunnioittaa lapsen autonomiaa ja yrittää välttää tilanteita, joissa hän saattaisi keskeyttää lapsen toiminnot tai suoraan kontrolloida häntä. Huomioiva äiti on psykologisesti läsnä, lapsen käytettävissä ja valmis vastaamaan tämän tarpeisiin (Lahikainen & Asikainen, 1983).

Sijaisäiti itse arvioi, että Marjan myönteiseen kehitykseen on vaikuttanut se, mihin kohtaan aivoissa alkoholi-altistuksen vaikutukset ovat osuneet. Toinen tärkeä tekijä hänen mielestään on ollut Marjan perusluonne: häntä on helppo rakastaa. Kolmantena seikkana hän mainitsee kasvuympäristön. Lasta on rakastettu, kannustettu ja hänen erilaisuutensa on hyväksytty.

Jussin elämän alku oli täysin toisenlainen kuin Marjan. Jussi asui kolme ensimmäistä elinvuottaan biologisessa perheessä. Äiti jatkoi päihteiden käyttöönsä Jussin syntymän jälkeen. Perheen muutkin lapset on sijoitettu pois biologisesta kodista. Jussi on joutunut kokemaan runsaasti lapsen kehitystä vaarantavia asioita. Äidillä oli ja on edelleen mielenterveysongelmia. Jussin hoitoa on laiminlyöty, häntä ja muita perheenjäseniä on pahoinpidelty, vanhemmat ovat käyttäneet alkoholia ja huumeita ja syyllistyneet rikoksiin. Isä on aggressiivinen ja hankala.

Sijaisäidin kertoman mukaan poika on ollut lastensuojelun asiakas syntymästään saakka. ”Yhden vuoden iästä lähtien hän oli päiväkodissa avotukitoimenpiteenä. Siellä hän takertui hoitajiin. Kotona olot olivat miten sattuu, ja hoitajina olivat äidin tuttavat ja kuka milloinkin. Kaksi isäpuolta on tapettu. En tiedä, kuinka paljon Jussi on ollut niistä tietoinen. Hän on asunut kumminkin kriisiasunnossa koko ajan, että ei kai ne ole voineet siellä koko aikaa mellastaa. Kun äidillä oli hankaluuksia hoitaa Jussi päiväkotiin ja takaisin, niin miesystävä haki häntä päiväkodista. Olen ollut yhteydessä vanhaan päiväkotiin, että saisin tietoa siitä ajasta, mutta eipä sieltä ole mitään kuulunut.”

Sijaisäiti ei tiennyt tarkkaan, miksi Jussin sijoittaminen venyi niin pitkälle. ”Olen kysynyt sosiaalityöntekijältä, että mikä siinä oli. Siinä oli jotain, että kolme kohtaa, jotka oli huostaanoton perusteita, eivät täyttyneet. Aina joku homma pelasi, mutta en saanut suoraa vastausta, että mikä siinä oli se lapsen etu, miksi ei aikaisemmin. Päiväkodista oli tullut jo useita hälytyksiä, että kaikki ei ole kohdallaan.” Jussin vanhemmat sisarukset ovat kertoneet, että koko ajan se oli huonoa aikaa, kun taas sosiaalityöntekijä näki, että tilanne oli parempi. ”Jussin äiti on hirveän fiksu ihminen ollessaan selvin päin, hyvin hauska ja seurallinen. Kun on huono päivä, niin tuntuu kuin puhelimesta puhuisi aivan toisen ihmisen kanssa. En tiedä mikä siinä oli. Kiireellisenä huostaanottona hän tuli. Sitten kun saivat kiinni rysän päältä, niin sitten tuli kiireellinen huostaanotto ja sitten lastenkotiin.”

Huostaan otettaessa Jussi oli 3-vuotias. Puoleen vuoteen äiti ei käynyt lainkaan tapaamassa häntä lastenkodissa. Joulun tietämällä hän oli käynyt kolme kertaa, kun sijaisperheelle oli jo ilmoitettu Jussista. Sijoituksen jälkeen äiti aktivoitui välillä tapaamaan lastaan ja välillä taas perui tapaamiset. Biologista isää ei ole kuulunut eikä näkynyt, eikä häntä kannusteta tapaamisiin. Melko varmaa on, että Jussi jää pysyvästi sijaisperheeseen. ”Sosiaalityöntekijä sanoi, että teidän pojat nää on. Sillä mielellä ollaan lähdetty hoitamaankin, että näiden kanssa pärjätään aikuiseksi asti.”

Lapsen ensimmäiset ikävuodet ovat kriittistä aikaa lapsen aivojen ja sosio-emotionaalisen kehityksen kannalta. Aivotutkimus osoittaa, että tunnepitoiset, haitalliset vuorovaikutustapahtumat voivat synnyttää aivoihin epäsymmetrisiä rakenteita, mikä näkyy myöhemmin lapsen käyttäytymisessä ja tunteiden hallinnassa. Pahinta aivojen kehityksen kannalta on se, että lapsi altistuu sekä pahoinpitelylle että laiminlyönnille (Glaser, 2002, 77-78, 95). Juuri tällaisissa

olosuhteissa Jussi oli elänyt kolme ensimmäistä ikävuottaan. Silmiinpistävä piirre Jussin käytöksessä oli sen jäsentymättömyys tai kaoottisuus. Lapsen oli vaikea pysyä paikallaan ja keskittyä mihinkään pitkäksi aikaa. Käytöksen voi nähdä sopeutumisenä niihin kaoottisiin olosuhteisiin, joissa Jussi on joutunut elämään.

Lapsen, jolla on neurologinen häiriö, voi olla erityisiä vaikeuksia organisoida kokemaansa. Sikiöaikana alkoholille altistuneilla lapsilta on havaittu puuttuvan vastasyntyneellä normaalisti oleva kyky tottua ympäristön ärsykeisiin (Streissguth ym., 1993). Siten tällainen lapsi on erityisen herkkä ympäristön vaikutuksille. Lapset tarvitsisivat hyvin vakaan, ennustettavan ja turvallisen ympäristön. Jussilla, kuten muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta muillakaan päihteille altistuneilla lapsilla, ei ollut varhaislapsuudessaan mahdollisuutta tähän.

Kun lapsi syntyy terveenä, hänellä on synnynnäiset valmiudet toimia vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa, mutta vammaisella lapsella näissäkin taidoissa saattaa olla puutteita. Terveelläkin lapsella ei ole syntyessään valmiina käsitystä siitä, miten ihmissuhteet toimivat, ja minkälainen hän itse ja muut ihmiset ovat. Nämä käsitykset opitaan ensimmäisissä ihmissuhteissa. Tällöin kehittyvät vuorovaikutusta, omaa itseä ja muita koskevat sisäiset mallit. Ne vaikuttavat siihen, miten lapsi käyttäytyy muiden ihmisten seurassa, pitääkö hän itseään rakastamisen arvoisena ja miten hän arvioi muiden ihmisten vastaavan hänen tarpeisiinsa. Jussin varhaisvuosien kokemukset ihmissuhteista ovat mitä todennäköisimmin heikentäneet hänen itsetuntoaan ja kykyään solmia ihmissuhteita. Hän käyttäytyy siten, että hänen on vaikea saada korjaavia kokemuksia läheisiltään.

Jussin varhaislapsuudessa oli runsaasti sellaisia tekijöitä, jotka lisäävät mielen kaoottisuutta. Lapsen hoitoa oli laiminlyöty, ja hoitajina oli kuka milloinkin. Siten arjesta ovat puuttuneet ne hoivarutiinit, jotka olisivat luoneet rakennetta, ennustettavuutta ja jatkuvuutta arkeen. Ilman toistuvia rutiineja vastasyntyneen on vaikea oppia ennakoimaan tulevia tapahtumia. Lapsen hoidosta puuttuu johdonmukaisuus, eikä lapsi opi syy- ja seuraussuhteita. Eläminen tällaisessa ympäristössä antaa lapselle kuvan, että jokapäiväinen elämä on sattumanvaraista ja koostuu hajanaisista yksityiskohdista, mikä näkyy lapsen käytöksessä. Hoidon laiminlyönnin vuoksi arjesta puuttuvat myös hoivaavat vuorovaikutuskokemukset, jotka ovat olennaisia aivojen kehityksen ja turvallisen kiintymyssuhteen syntymisen kannalta.

Jussin äiti ja ilmeisesti myös isä sekä äidin vaihtuvat poikaystävät olivat usein päihtyneinä. Päihteiden alaisena olevan ihmisen käytös on sekavaa, eikä varsinkaan pieni lapsi kykene sitä ymmärtämään. Lapselle muodostuu käsitys, että hän ei ymmärrä ympärillään tapahtuvia asioita eikä kykene niihin vaikuttamaan. Päihtynyt ihminen on myös kykenemätön havaitsemaan lapsen tarpeita. Päihteitä käyttävillä äideillä on havaittu ylipäättään olevan vaikeuksia lapsen tunteiden ja tarpeiden huomaamisessa ja vastaamisessa niihin (Hans



ym., 1999; Pajulo, 2001). Jussin kodissa ja lähipiirissä oli väkivaltaa ja Jussia itseään oli pahoinpidelty. Näiden kokemusten on täytynyt aiheuttaa lapselle turvattomuutta ja pelkoa. Osa Jussin oireilusta saattoi olla merkki traumape- räisestä stressihäiriöstä.

Jussin kohtalo osoittaa konkreettisesti, miten vaikea päihdealtistuksen aiheuttamia ja varhaisina elinvuosina syntyneitä psyykkisiä vaurioita on korjata. Pojan kehitys on edistynyt sitoutuneiden sijaisvanhempien hyvässä hoivassa. Hänessä on paljon kehityspotentiaalia, mutta vaikeuksia esiintyy runsaasti edelleen. Sijaisvanhemmille Jussi on toivottu lapsi, ja he ovat kai- kista vaikeuksista huolimatta hyvin kiintyneitä lapseen. Vanhemmat tekevät kaikkensa auttaakseen häntä. Arki vain on kovin rankkaa, ja vanhemmat ovat jääneet liian yksin kamppailemaan lapsen ongelmien kanssa. Jussi on saanut Theraplay-terapiaa, mutta ilmeisesti 8 hoitokertaa on aivan liian vähän näin voimakkaasti oireilevalle lapselle. Jussi olisi ehkä tarvinnut myös neuropsyko- logista kuntoutusta ja/tai pitkäkestoista, intensiivistä psykoterapiaa tai muuta psyykkistä kuntoutusta. Sijaisvanhemmat laittoivat toiveensa lääkitykseen, kun mikään muu ei näyttänyt auttavan. Biologisen äidin tapaaminen järkytti selvästi Jussin tasapainoa. On vaikea tietää, mitä tapaamisten aikana tapahtui. Tapaamiset todennäköisesti myös loivat lapselle epävarmuutta siitä, voiko hän jäädä sijaisperheeseen.

Vielä yli kolme vuotta nykyiseen sijaisperheeseen tulon jälkeenkin Jussin käytöksessä oli useita kiintymyssuhdehäiriöön viittaavia piirteitä. Sijoituksen alussa Jussi takertui sijaisäitiin, eikä halunnut päästää häntä näkyvistä. Toisaalta hänen oli vaikea ottaa vastaan hellyyttä. Hän myös halusi ottaa vastuuta van- hemmille kuuluvista asioista ”olla päällepäsmärinä”. Jussilla esiintyi myös itseä vahingoittavaa käytöstä, taipumusta hakata päätään seinään. Näissä asioissa on tapahtunut edistystä, mutta ongelmat eivät ole täysin poistuneet. Jussi on edel- leen valmis lähtemään muutta mutkitta vieraiden mukaan. Hän ei ole oppinut normaaliin vuorovaikutukseen kuuluvaa pidättyvyyttä vieraita kohtaan, vaan haluaa naapuria yhtä innokkaasti kuin sijaisvanhempiaan.

Kiintymyssuhdehäiriöön viittaavien piirteiden lisäksi Jussilla esiintyy edelleen ongelmia useilla tärkeillä kehitysalueilla. Jussi on aggressiivinen, hän- nellä on nukkumisvaikeuksia, pissan karkailua ja vaikeutta hallita tunteitaan ja käyttäytymistään. Päiväkodissa on ollut paljon ongelmia suhteessa muihin lapsiin ja hoitajiin. Kavereita ei juuri ole. Sijoituksen alkuvaiheessa kielellisessä kehityksessä oli viivettä, puheesta ei tahtonut saada selvää. Pojan oli myös vaikea ilmaista kokemaansa esimerkiksi silloin, kun hän oli loukannut itsensä. Kielelliset taidot ja itseilmaisuus ovat kehittyneet perhehoidon aikana. Leikkeihin on tullut juoni, ja lapsessa näkyy aito ilo. Älylliseltä kehitykseltään Jussi on normaali, mutta keskittymisvaikeudet vaikeuttavat oppimista.

On vaikea eritellä sitä, missä määrin Jussin ongelmat johtuivat päih- dealtistuksesta ja missä määrin varhaisten elinvuosiensa kokemuksista. On kuitenkin vaikea kuvitella, että nämä kokemukset eivät olisi pahentaneet jo

syntymässä olleita vauriota. Cleve (2003, 282) on psykoterapeutin työssään havainnut, että monen aggressiivisuudesta, yliaktiivisuudesta ja keskittymiskyvyn puutteesta kärsivän lapsen taustasta löytyy neurologisten ja psyykkisten häiriöiden yhdistelmä.

### 4.2.3 Alle kouluikäiset lapset

Alle kouluikäisiä perhehoidossa olevia lapsia tutkimuksessa oli kuusi. Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa lapsista nuorin oli puolivuotias ja vanhin 6-vuotias. Lapsista 3, edellä kuvattu Marja sekä sisarukset Minna ja Kai, oli otettu huostaan heti synnytyssairaalassa. Lasten syntyessä biologisten äitien elämäntilanne oli niin vaikea, että heti alusta oli selvää, että äidit eivät kykene kasvattamaan lapsiaan. Sekä Kain että Minnan odotusaikana äiti käytti alkoholia, huumeita, psyykenlääkkeitä ja tupakoi. Käytetyistä huumeista ei ollut tarkkaa tietoa. Kaita koskevissa tiedoissa sosiaalityöntekijä mainitsi äidin käyttäneen amfetamiinia ja mahdollisesti myös muita huumeita. Kummallakaan lapsella ei ole alkoholi-altistukseen viittaavaa diagnoosia eikä toimintakykyä haittaavia somaattisia sairauksia tai vammoja. Kailla on kuitenkin alkoholi-altistukseen viittaavia piirteitä. Hän on hiukan normaalia pienikokoisempi. Nenän selkä on aavistuksen verran leveä, tosin tämä piirre on lieventynyt. Minnan kasvopiirteet ovat normaalit, hän on terve ja normaalikokoinen, mutta sijoituksen alussa hän kärsi huumevieroitusoireista ja oli hyvin itkuinen. Marjalla on FAS-diagnoosi, oireyhtymään kuuluvat tyypilliset kasvopiirteet ja reikä sydämessä. Äiti ei käyttänyt odotusaikana huumeita, pelkästään alkoholia.

Muut kolme lasta, edellä kuvattu Jussi sekä kaksi tyttöä Tia ja Sanni, asuivat elämänsä alun biologisten vanhempiansa kanssa ja pääsivät nykyisiin sijaisperheisiinsä vasta yli 3-vuotiaina. Molemmat tytöt ovat diagnosoimattomia. Kaikki lapset ovat altistuneet alkoholille ja Jussi lisäksi ilmeisesti myös kannabikselle. Hänellä on FAE- ja ADHD-diagnoosit. Tia on altistunut myös psyykenlääkkeille ja Sanni amfetamiinille ja mahdollisesti myös psyykenlääkkeille. Todennäköisesti kaikki äidit ovat myös tupakoineet raskausaikana. Kaikki lapset ovat fyysisesti terveitä. Jussi on pienikokoinen, mutta tytöillä ei ole poikkeavuutta ulkonäössä.

On mahdotonta tietää tarkkaan, miten suuri osuus sikiöaikaisella päihdealtistuksella oli lasten kehityksessä ja miten suuri osuus kasvuympäristöön liittyvillä tekijöillä. Tulokset kuitenkin osoittivat, että lapsista kaikkein hyvinvoivimpia olivat Minna, joka sijoitettiin jo 2-viikkoisena pitkäaikaiseen perhehoitoon ja Marja, joka oli sijoitettu suoraan synnytyslaitokselta ensin lastenkotiin ja sieltä sijaisperheeseen alle 1-vuotiaana. Diagnoosi tai altistustyyppi eivät näyttäneet olleen ratkaisevia lasten kehityseroja selittäviä tekijöitä.

Marjalla on FAS-diagnoosi, ja hän on selkeästi erityislapsi. Siitä huolimatta hänen kognitiivinen ja sosioemotionaalinen kehityksensä oli edennyt suotuisasti. Hänen käyttöksensä ei ollut jäsentymätöntä. Tarkkaavuusongelmia ei ollut, mutta lieviä keskittymiskyvyn ongelmia saattoi olla. Minna oli diagnosoimaton, fyysisesti täysin terve, ja kehitys oli kahden ja puolen vuoden iässä normaali. Minna oli koko tutkimukseen kuuluneista 93 lapsesta ainoa, joka oli päässyt pysyvään sijaisperheeseen heti syntymänsä jälkeen. Hän oli elänyt turvallisessa ympäristössä koko elämänsä ajan. Marja oli elänyt 9 kuukauden ikäiseksi lastenkodissa, millä on saattanut olla vaikutusta hänen kehitykseensä.

Myöskään Kai ei ollut asunut biologisessa perheessä, vaan hänet sijoitettiin suoraan synnytyssairaalaan lastenkotiin. Kailla oli kuitenkin selkeästi enemmän ongelmia keskittymiskyvyssä ja sosiaalisissa suhteissa kuin Marjalla ja Minnalla. Tähän on saattanut alkoholiabstinenttien aiheuttamien vaurioiden lisäksi vaikuttaa se, että Kai oli yli vuoden ikäinen, kun hän pääsi sijaisperheeseen, mikä on ollut epäedullisempi aika kiintymyssuhteen luomisen kannalta kuin alle 1-vuotiaana sijoitetuilla tytöillä. Sijaisäidin havainnon mukaan lastenkodissa, jossa Kaita hoidettiin, lapset viettivät paljon aikaa keskenään ilman aikuisten seuraa. Siten Kailla oli paljon puutteita varhaisissa vuorovaikutuskokemuksissa. Kain ongelmia lisäsi myös biologisen äidin tapaaminen. Kai oli tapaamisten jälkeen peloissaan ja aivan sekaisin.

Vakavimmin oireilevat lapset olivat Jussi ja Tia, jotka olivat asuneet pitempään biologisessa perheessä ja kokeneet hoidon laiminlyöntiä ja väkivaltaa. Molemmat lapset tarvitsivat terapiaa. Jussin käytös oli jäsentymätöntä, ja oireet näkyivät kaikilla kehitysalueilla. Oireet voimistuivat aina sen jälkeen, kun Jussi tapasi biologisen äitinsä. Sanni ei ollut asunut yhtä pitkään biologisessa perheessä kuin Jussi ja Tia. Ensimmäinen sijaisperhe oli hylännyt Sannin, joten häneltä olivat puuttuneet pysyvät ihmissuhteet kolmen ensimmäisen elinvuoden aikana, jotka ovat erityisen tärkeitä lapsen kehityksen kannalta. Hylkäämiskokemukset näkyivät lapsen käyttöksessä. Biologisessa perheessä asuneiden lasten oireet ilmenivät perusuottamuksen puutteena, käytösongelmina, levottomuutena, raivokohtauksina ja rajanhakuna.

Kaikkien lasten kehitys oli mennyt paljon eteenpäin perhehoidossa, mutta pelkkä hyvä hoito ei riittänyt, vaan vaikeimmin oireilevat lapset tarvitsivat asiantuntija-apua. Sitä vain näytti olevan vaikea saada, ja sijaisvanhemmat jäivät liian yksin ja ilman tukea lasten ongelmien kanssa. Ongelmista huolimatta lapsissa oli paljon hyviä ominaisuuksia ja kehityspotentiaalia, ja sijaisvanhemmat olivat hyvin kiintyneitä heihin.

#### 4.2.4 Kouluikäiset 7-12 -vuotiaat lapset

Tutkimuksessa oli 18 tutkimushetkellä perhehoidossa asuvaa 7-12-vuotiasta lasta, 10 tyttöä ja 8 poikaa. Lapsista 9 oli sijoitettu nykyiseen sijaisperheeseen alle 3-vuotiaina. Heistä 4 ei ollut koskaan asunut biologisten vanhempiensa kanssa. Näiden lasten biologisten äitiensä elämäntilanteet olivat niin vaikeat, että heti lasten syntymästä saakka oli selvää, että äidit eivät kykene huolehtimaan lapsistaan. Näiden 4 lapsen joukossa oli yhdet kaksoset. Loput 9 lasta oli sijoitettu nykyisiin perheisiinsä 3-8-vuotiaina. Lapsista 15 oli altistunut pelkästään alkoholille ja kolme lisäksi huumeille. Nämä kolme lasta olivat alle 3-vuotiaina sijoitettujen joukossa. Todennäköisesti kaikki äidit olivat myös tupakoineet, ja ainakin osa oli käyttänyt myös psyykenlääkkeitä. FAS-diagnoosi oli 12 lapsella, FAE-diagnoosi 4 lapsella, ja 2 oli diagnosoimaton. Kaikissa sijoitusiän mukaisissa ryhmissä enemmistö oli FAS-diagnoosin saaneita.

Lasten kehitykseen vaikuttaneiden tekijöiden arviointia vaikeutti se, että päihdealtistus oli aiheuttanut lapsille hyvin eritasoisia vammoja, kaksostenkin vammat olivat aivan erilaiset. Tämä osoittaa selkeästi, miten monimuotoisesta ongelmasta on kysymys. Kaksospojalla oli liikkumista rajoittava vamma raajoissa, mutta ei minkäänlaisia oppimisongelmia. Pienenä hänellä oli ollut epileptisiä kohtauksia. Kaksostyttö puolestaan oli liikunnallisesti erittäin lahjakas, mutta hänellä oli lukihäiriö, ja sen vuoksi jonkin verran oppimisongelmia. Osa lapsista oli fyysisesti terveitä alkoholialtistuksesta huolimatta. Osa lapsista taas oli monivammaisia, mikä rajoitti monin tavoin lasten toimintakykyä. Monivammaisia lapsia oli eniten toisaalta suoraan synnytyslaitokselta sijoitettujen ja toisaalta yli 3-vuotiaina sijoitettujen joukossa.

Lapsista sosioemotionaalisesti parhaiten kehittyneitä olivat kaksoset, jotka oli sijoitettu suoraan synnytyslaitokselta lastenkotiin ja sieltä 1-2-vuotiaina pysyvään sijaisperheeseen. He eivät olleet kokeneet pitkään jatkunutta hoidon laiminlyöntiä, pahoinpitelyä, monia asuinpaikan muutoksia eivätkä joutuneet elämään kaoottisessa ja turvattomassa ympäristössä. Heillä ei esiintynyt ongelmia toverisuhteissa, tunne-elämän ongelmia, käytösongelmia, tarkkaavuushäiriöitä, käytöksen jäsentymättömyyttä eikä koulunkäyntiä haittaavia keskittymiskyvyn häiriöitä. Lapset olivat myös hyvin sopeutuneet elämään vammojensa kanssa. Toisaalta lastenkotikaan ei ole paras mahdollinen kasvuympäristö lapsille. Lastenkodissa vietetyllä ajalla on saattanut olla vaikutusta lasten kognitiiviseen ja sosioemotionaaliseen kehitykseen.

Kaksoset olivat altistuneet alkoholin lisäksi huumeille. Toisaalta voisi olettaa, että huumealtistus lisäisi alkoholialtistuksen vaikutuksia. Isompi tutkimusaineisto kuitenkin osoitti, että näin ei ollut. Kaksosista toisella oli FAS- ja toisella FAE-diagnoosi, mikä selkeästi kertoo alkoholialtistuksesta. Siten ei voi

ajatella niinkään, että lapsilla oli pelkkä huumealtistus, mikä selittäisi lasten suotuisampaa kehitystä. Siten altistustyyppi ei näyttänyt olevan ratkaiseva lasten kehityseroja selittävä tekijä.

Kahdella muullakaan suoraan synnytyslaitokselta sijoitetulla lapsella ei tutkimuksissa ollut tullut ilmi psyykkisiä ongelmia. Toisen lapsen monivammaisuus ja toisen lapsen kehitysvammaisuus kuitenkin rajoittivat selkeästi arjessa selviytymistä ja näkyivät myös käyttäytymisessä. Monivammaisella tytöllä oli näkövamma, jonka haitta-aste oli 100 %, ja kuulo oli alentunut. Lisäksi hänellä oli vääntyneet pikkusormet, niskassa nikamapoikkeavuus, lihasheikkoutta ja toinen munuainen puuttui. Roikkuvia luomia oli jouduttu korjaamaan leikkauksella. Molemmilla tytöillä oli ongelmia keskittymiskyvyssä ja oppimisessa. Kehitysvammaisesta lapsesta sain hyvin vähän tietoa, joten hänen osaltaan tulokset ovat epäluotettavia.

Kaikki biologisessa perheessä asuneet lapset olivat joutuneet kokemaan monia lasten kehitystä vaarantavia asioita kuten vanhempien päihteiden käyttöä ja mielenterveysongelmia, hoidon laiminlyöntiä ja väkivaltaa. Yksi lapsi oli joutunut seksuaalisen hyväksikäytön uhriksi. Lapsilla oli myös menetys- ja erokokemuksia ja useita asuinpaikan muutoksia. Monelta oli kuollut äiti tai isä tai molemmat. Joiltain oli kuollut myös sisaruksia, tai heidät oli sijoitettu eri perheisiin. Kaikki olivat olleet lastenkodissa vähintään kerran ennen sijaisperheeseen pääsyään. Osa lapsista oli ollut myös sairaalahoidossa. Osalla lapsista edellinen perhesijoitus oli epäonnistunut, joten heillä oli myös tämä hylkäämiskokemus takanaan. Tulokset osoittivat, miten korkea lasten sijoituskynnys Suomessa on. Ennen päätöstä pitkäaikaisesta huostaanotosta jopa monivammaiset lapset olivat joutuneet elämään vuosikausia turvattomissa olosuhteissa.

Kvantitatiivinen analyysi osoitti, että lasten sosioemotionaalinen kehitys useilla mittareilla mitattuna oli sitä parempi, mitä nuorempana lapsi oli sijoitettu pois biologisesta kodistaan. Kriittinen sijoitusikäraja näytti kulkevan 2-3 ikävuoden paikkeilla, oli sitten kyseessä ensimmäinen sijoituskerta tai sijoitus pitkäaikaiseen perhehoitoon. Laadullinen analyysi toi kvantitatiivista analyysistä selkeämmin esiin sen, miten monia lasten kehitystä vaarantavia kokemuksia jo hyvin varhain sijoitetuilla lapsillakin oli, miten paljon ne olivat vaikuttaneet heidän kehitykseensä ja miten vaikea syntyneitä vaurioita oli korjata.

Lasten kokemukset näkyivät selkeästi siinä vaiheessa, kun he tulivat perhehoitoon. Lapsilla oli monenlaisia oireita: pelokkuus, takertuvuus, yölliset kauhukohtaukset, raivokohtaukset, rajattomuus, vaikeus sietää pettymyksiä, hylkäämisen pelko, yletön rakkauden tarve, vaikeutta ottaa muita ihmisiä huomioon ja vaikeutta ottaa vastaan hellyyttä, itsetunnon heikkoutta, vaikeutta ilmaista kipua ja tunteita, itsesuojeluvaiston puutetta, itseä vahingoittavaa käytöstä kuten pään hakkaamista, ulosteiden pidätysvaikeutta ja tuhrimista sekä kehitysviivästymiä esim. hidas puheen kehitys. Osa lapsista tarvitsi jatkuvaa valvontaa arkiaskareiden suorittamisessa ja ulkoilussa. Oireilu ei ollut yhteydessä altistustyyppiin, diagnoosiin eikä sukupuoleen. Oireet saattoivat

pahentua biologisten vanhempien tapaamisen jälkeen. Useimmilla lapsilla siteet biologisiin sukulaisiin jäivät kuitenkin löyhiksi. Osa vanhemmista oli hyväksynyt lapsen sijoituksen, eivätkä tapaamiset aiheuttaneet lapselle huolta. Kaikilla biologisessa kodissa asuneilla lapsilla oli myös alkoholille altistuneille lapsille tyypillisiä tarkkaavuuden, keskittymiskyvyn ja oppimisen ongelmia. Myös sosiaalisen kanssakäymisen ongelmat olivat tavallisia, ja lapset saattoivat joutua kiusatuksi koulussa.

Näytti siltä, että lapset olivat onnistuneet luomaan lämpimät suhteet sijaisvanhempiinsa. Monet heistä olivat kokeneita lastenhoitajia, ja lähes kaikissa perheissä oli joko omia lapsia ja/tai muitakin sijaislapsia. Lasten kehitys ja turvallisuuden tunne olivat edistyneet perhehoidossa. Perhesijoituksen myönteinen vaikutus saattoi näkyä fyysisessäkin kehityksessä. Lapsilla esiintyi kuitenkin edelleen runsaasti ongelmia kotona, koulunkäynnissä ja kaverisuhteissa. Lapset tarvitsivat selkeät rajat ja säännöllisen päivärytmin. Monet tarvitsivat myös terapiaa. Useammatkin olisivat tarvinneet, ja oli hämmästyttävää, miten vähän psykoterapiaa tai muuta psyykkistä kuntoutusta oli saatu neuropsykologisesta kuntoutuksesta puhumattakaan. Myös sijaisvanhempien saama tuki vaativaan kasvatustyöhön näytti riittämättömältä. Vain harvalla lapsella oli koulussa henkilökohtainen avustaja lasten monista ongelmista huolimatta. Voi myös hämmästellä sitä, mitä sitkeyttä ja elämäniloa lapset osoittivat kaikista ongelmista ja kokemuksistaan huolimatta. Tämä osoittaa, miten paljon kehityspotentiaalia lapsilla on, jos heitä halutaan ja osataan ajoissa auttaa.

## 4.2.5 Murrosikäiset lapset

### Alle 3-vuotiaina sijaisperheeseen tulleet lapset

Murrosikäisiä lapsia tutkimuksessa oli 10. Heistä 7 oli sijoitettu nykyiseen sijaisperheeseen alle 3-vuotiaina. Näistä lapsista yksi oli diagnosoimaton poika, yksi FAE-diagnoosin saanut tyttö sekä 3 poikaa ja 2 tyttöä, jotka olivat saaneet FAS-diagnoosin. Yhdellä pojalla oli vaikea migreeni, toisella astma ja yhdellä työllä krooninen keuhkosairaus ja jäykkyyttä raajoissa. Muilla lapsilla ei ollut toimintakykyä rajoittavia fyysisiä vammoja tai sairauksia. Kukaan lapsista ei ollut altistunut huumeille, pelkästään alkoholille.

Nykyiseen sijaisperheeseen tuloikä vaihteli 6 kuukaudesta 2 ja puoleen vuoteen. Nuorimpana sijaisperheeseen tulleella lapsella ei ilmeisesti ollut kovin vaikeita kokemuksia takanaan, mutta muut lapset olivat ehtineet kokea läheisten menetyksiä ja monia turvattomuutta aiheuttavia ja kehitystä vaarantavia asioita kuten vanhempien päihteiden käyttöä, hoidon laiminlyöntiä ja perheväkivaltaa.

Sijaisvanhemmat kertoivat melko niukasti siitä, minkälaisia lapset olivat olleet sijaisperheeseen tullessaan. Ehkä tuo aika oli jo osittain unohtunutkin. Kahdella vanhimpana sijaisperheeseen tulleella pojalla oli ollut selviä kehitysongelmia sijoituksen alussa. Toinen oli ollut hyvin arka, pelännyt erityisesti miehiä ja takertunut sijaisäitiin. Luottamuksen kasvaessa lapsi oli alkanut suhtautua liiankin tuttavallisesti vieraisiin. Kesti aikansa, ennen kuin lapsi oppi normaalin tavan suhtautua läheisiin ja vieraisiin ihmisiin. Toinen poika ei ollut oppinut vastavuoroista keskustelua.

Kaikki kolme tyttöä olivat peruskoulun normaaliluokalla, eikä heillä ollut henkilökohtaista koulunkäyntiavustajaa. Kaikilla koulunkäynti sujui ilman suuria ongelmia. Tutkimuksissa ei ollut tullut ilmi kehityshäiriöitä. Murrosikä oli kaikilla alkanut, mikä toi omat ongelmansa. Yksi tyttö oli aloittanut päihdekokeilut. Tiukkoja rajoja tarvittiin. Kaksi tytöstä oli saanut puheterapiaa ja toinen heistä myös toimintaterapiaa.

Pojilla kehitysongelmia oli enemmän kuin tytöillä. Vain yhdellä neljästä pojasta ei ollut havaittu kehitysongelmia tutkimuksissa, ja hän oli normaaliluokalla ilman henkilökohtaista koulunkäyntiavustajaa. Kaikilla muilla oli ilmennyt alkoholille altistuneille lapsille tyypillisiä oireita kuten keskittymisvaikeuksia, levottomuutta ja oppimisvaikeuksia. Näistä pojista kaksi oli erityisluokalla, ja yksi suoritti peruskoulua osittain mukautettuna. Kahden pojan ongelmat olivat niin vaikeita, että heillä oli Ritalin-lääkitys, toisella oli myös henkilökohtainen koulunkäyntiavustaja. Pojista yksi oli saanut puheterapiaa, toinen toimintaterapiaa ja kolmas molempia. Yhdellä pojalla oli murrosiän myötä alkanut esiintyä väkivaltaista käytöstä. Poikien käytösongelmapistemäärät olivat korkeammat (17-73, keskiarvo 46) kuin tyttöjen (0-30, keskiarvo 16). Korkeimmat pistemäärät olivat diagnosoimattomalla (73) ja FAS-diagnoosin saaneella pojalla (65).

Vaikeuksista huolimatta lapset elivät normaalia varhaisnuorten elämää harrastuksineen. Heillä oli monia kiinnostuksen kohteita ja erityistaitoja. Lasten kehitys oli edistynyt sijaisperheessä. Biologiset sukulaiset eivät paljoa näkyneet lasten elämässä. Yksi äiti ei kyennyt tapaamaan lastaan syyllisyydentunteen ja päihdeongelmansa vuoksi. Yksi lapsi pelkäsi isänsä tapaamista. Monelta äiti tai isä oli kuollut. Näidenkin lasten kehitys osoitti, miten paljon oireita jo varhain sijoitetuillakin lapsilla oli.

### **Yli 3-vuotiaana sijaisperheeseen tulleet lapset**

Murrosikäisiä, yli 3-vuotiaana nykyiseen sijaisperheeseen tulleet lapsia oli aineistossa vain 3, kaikki tyttöjä. Sijaisperheeseen tullessaan he olivat 6-8-vuotiaita. Kaikki olivat altistuneet pelkästään alkoholille. Kahdella oli FAS- ja yhdellä FAE-diagnoosi. Kellään ei ollut selkeästi toimintakykyä rajoittavia fyysisiä vammoja.

Kaikkien lasten lapsuus oli ollut erittäin vaikea. Kaikki olivat joutuneet kokemaan väkivaltaa, hoidon laiminlyöntiä ja vanhempien alkoholinkäyttöä. Yhtä lasta oli käytetty seksuaalisesti hyväksi. Yhden lapsen äiti oli kuollut. Tämä tyttö oli joutunut myös edellisen sijaisperheen hylkäämäksi. Yhdessä perheessä oli tapahtunut puukotus ja toisessa äidin avomiehen itsemurha. Aineistosta ei käynyt tarkemmin ilmi, millä tavalla lapset olivat joutuneet olemaan tekemisissä näiden tilanteiden kanssa, mutta sijaisvanhemmat mainitsivat, että lapset olivat joutuneet kokemaan biologisessa perheessään tällaisia asioita.

Kaikki tytöt oireilivat voimakkaasti. Yksi tyttö oli ollut psykiatrisessa hoidossa, toinen oli saanut psykoterapiaa, mutta kolmas ei ollut saanut mitään terapiaa siitä huolimatta, että häntä oli käytetty seksuaalisesti hyväksi. Kahdella tytöllä oireet ilmenivät sisäänpäin kääntyneisyytenä, puhumattomuutena, arkuutena, sulkeutuneisuutena ja emotionaalisina ongelmina. Kolmannen tytön oireet taas ilmenivät täysin estottomana, jäsentymättömänä ja holtittomana käytöksenä. Vaaran taju puuttui, ja kiinnostus seksiin oli liiallisen voimakasta. Lapsella oli diagnosoitu kiintymyssuhdehäiriö. Syrjäytymisvaara oli suuri, ja älyllisessä ja sosiaalisessa toiminnassa oli paljon vaikeuksia. Ystävät olivat yleensä nuorempia. Lasten kehitys oli edistynyt sijaisperheessä. Eniten oireileva tyttökin oli rauhoittunut, mutta ilman lääkitystä hän ei kyennyt tulemaan toimeen.

Voimakkaimmin oireilevalla tytöllä oli FAE-diagnoosi, ja hän kävi EMU-luokkaa henkilökohtaisen koulunkäyntiavustajan tukemana. Kaksi muuta tyttöä oli normaaliluokalla, eikä heillä ollut avustajaa. Oppimisvaikeuksia oli kaikilla sekä muita neuropsykologisia ongelmia kuten tarkkaavuuden- ja keskittymiskyvyn ongelmia. Näytti siltä, että myöhään sijoitetuilla murrosikäisillä tytöillä oli selvästi enemmän sosioemotionaalisia ongelmia ja kouluvaikeuksia kuin samanikäisillä tytöillä, jotka oli sijoitettu nykyiseen sijaisperheeseen ennen kolmatta ikävuotta. Myös käytösongelmapistemäärät (23-61, keskiarvo 40) olivat korkeammat kuin alle 3-vuotiaana sijoitetuilla tytöillä (0-30, keskiarvo 16). Kehityserot suoraan synnytyslaitokselta sijoitettuihin kaksosiin olivat erityisen selvät. He olivat tutkimuksen seurantavaiheessa jo murrosikäisiä.

### 4.3 Laitoksessa asuvien lasten kehitys

Vain 4 tutkimukseen tulleista lapsista asui tutkimushetkellä laitoksessa. Lapsista 2 oli alle kouluikäisiä, molemmat tyttöjä. Kouluikäiset lapset olivat poikia. Tytöistä toisella oli FAE-diagnoosi, ja hän oli lyhytaikaisessa sijoituksessa lastenkodissa. Hän oli altistunut alkoholille. Toinen tyttö oli syvästi kehitysvammainen ja näytti, että hän jää pysyvästi laitoshoidon. Hän oli altistunut alkoholin lisäksi kannabikselle ja psyykenlääkkeille. Lapsi ei ollut kehitysvammainen syntyessään, vaan jo syntymässä ollut aineenvaihduntasairaus oli joh-



tanut aivovaurioon. Tutkimuksessa jäi epäselväksi se, miksi aineenvaihduntasairautta ei huomattu ajoissa. Joka tapauksessa lapsi oli elänyt biologisessa perheessä, missä hoitoa oli laiminlyöty.

Molempien tyttöjen vanhempien elämäntilanne oli vaikea, ja lapset olivat joutuneet kokemaan kehitystään vaarantavia asioita perushoidon laiminlyönnin lisäksi. Toinen tyttö ei ollut saanut kotona kunnollista ravintoa. Hän oli ollut jo useampaan otteeseen sijoitettuna lastenkodissa, ja tälläkin kertaa sijoitus oli ajateltu lyhytaikaiseksi. Molempien lasten kehitys oli mennyt eteenpäin laitoksessa. FAE-diagnoosin saanut tyttö oli oppinut selkeään päivärytmiin ja monipuoliset ruokailutavat. Hän oli ikätasoisesti kehittynyt, hienomotorisesti ja verbaalisesti lahjakas, mutta kehon hallinnassa ja itsesuojeluvaikeudessa oli puutteita. Myös kehitysvammaisen tytön tilanne oli parantunut. Hänestä oli tullut sosiaalinen ja hymyilevä, ja kohtaustilanne oli saatu hallintaan. Vaihtuvat hoitajat olivat ongelma. Lapsen toivottiin pääsevän perhehoitoon. Vaikka laitoshoidossa ei kyetä ottamaan yhtä hyvin lapsen tarpeita huomioon kuin perhehoidossa, laitoshoidossakin lasten kehitys oli selkeästi edistynyt. Laitoksessa lapset olivat saaneet turvallisen perushoivan, eivätkä joutuneet elämään pelottavissa ja kaoottisissa olosuhteissa.

Molemmat kouluikäiset laitoksessa asuvat lapset olivat poikia. Toisella oli FAS- ja toisella FAE-diagnoosi. Heidänkin kohtalonsa osoitti, miten korkea pysyvän huostaanoton kynnyks Suomessa on. Koko elämänsä he olivat eläneet turvattomissa olosuhteissa. Molemmilla oli jo lukuisia laitossijoitusjaksoja, mutta ei ainuttakaan perhesijoitusta takanaan. En saanut tietoa, mikä oli syy tähän. Olivatko vanhemmat vastustaneet perhesijoitusta? Toinen poika oli jäämässä laitoshoidon aikuisikään saakka. Toisen pojan tulevaisuus oli auki.

Molemmat pojat olivat erityisluokalla, ja heillä oli alkoholille altistuneille lapsille tyypillisiä tarkkaavuuden- ja keskittymiskyvyn ongelmia ym. neuropsykologisia ongelmia. Mitä todennäköisimmin turvattomat kasvuolot olivat lisänneet näitä ongelmia. Kummallakaan pojalla ei ollut henkilökohtaista koulunkäyntiavustajaa. Toinen poika oli saanut monenlaista kuntoutusta ja terapiaa traumaattisten kokemusten käsittelyyn, ja kuntoutus olikin auttanut. Toinen poika taas ei ollut saanut mitään terapiaa, vaikka sen tarve oli selkeästi havaittu. Hänen ongelmiaan lisäsi vielä se, että vanhemmat toivat huoliaan hänelle, ja lapsi yritti hoitaa heitä.

## 4.4 Tuki sijaisperheille

Sijaislapset monine ongelmineen olivat vaativia hoidettavia. Vain harvassa tapauksessa sijaisvanhemmat olivat saaneet viranomaisten järjestämää konkreettista lastenhoitoapua. Sijaisvanhemmat toivoivatkin, että heille järjestettäisiin

kerran kuussa ilman erillistä anomista mahdollisuus parin päivän vapaaseen. Monella uupumus oli lähellä. Monen lapsen kohtalo osoittikin, että kaikki sijaisvanhemmat eivät olleet jaksaneet lasten kanssa, ja sijoitus oli purkautunut. Se taas on lapsen kehityksen kannalta erittäin epätoivottava tilanne.

Tukiperhettä ja vertaistukea toivottiin erityisesti sijoituksen alussa. Koettiin, että vain samassa tilanteessa olevat ihmiset voivat täysin ymmärtää sijaisperheiden ongelmia. Sosiaalityöntekijöiden toivottiin keräävän verkoston sijaisperheistä, jotka voisivat toimia tukiperheinä. Tällaisen perheen pitäisi olla kannustava ja toivoa antava. Myös työnhajausta pidettiin hyvänä keinona ehkäistä uupumusta.

Oikea tieto lasten ongelmista ja sopeutumisvalmennuskurssit olivat auttaneet lasten ongelmien ymmärtämisessä. Yksi äiti koki Mirjam Kallandin luennon varhaisen vuorovaikutuksen merkityksestä avanneen hänen silmänsä. Sijoitukseen liittyvistä käytännön asioista, kuten terapian saaminen lapselle ja biologisten vanhempien oikeudet, toivottiin enemmän tietoa varsinkin sijoituksen alussa. Tuen tarve oli pienin niissä perheissä, joihin lapset oli sijoitettu alle 2 vuoden ikäisinä.

Haastatellut sijaisäidit olivat sitä mieltä, että lasten biologisia äitejä oli yritetty auttaa monin tavoin tuloksetta. Yksi äiti ehdotti lempeää pakkohoitoa ratkaisuna tällaisessa tilanteessa, kun äidin tilanne on niin huono, että hän ei kykene ottamaan apua vastaan. Hänen mielestään äitejä ei pitäisi jättää heitteille. Yksi biologinen äiti oli raitistunut myöhemmin uskoon tulon ja tukea antavan aviomiehen avulla. Olisi erittäin tärkeää löytää oikeita tukimuotoja päihdeongelmallisille äideille. Moni äiti koki niin syvää syyllisyyttä lapsensa kohtalosta, että asian psyykinen käsittely tuntui mahdottomalta. Lasten kuntoutuksen saamisen helpottamiseksi ehdotettiin hoitosuosituksista, missä kuvattaisiin alkoholille altistuneiden lasten selkeä hoitolinja. Esimerkiksi Down-lapsille tällainen on jo olemassa.

# 5 Tutkimustulosten tarkastelu ja pohdinta

Tässä tutkimuksessa olen kartoittanut sikiöaikana alkoholille tai huumeille altistuneiden 0-16-vuotiaiden lasten kasvuympäristöä sekä fyysistä ja sosio-emotionaalista kehitystä sekä kvantitatiivisilla että kvalitatiivisilla tutkimusmenetelmillä. Tutkittavat olivat Helsingin sosiaaliviraston asiakkaina vuoden 2002 alussa. Tutkimukseni tavoitteena oli saada kattava kuva näiden lasten elinoloista sekä tarkastella kasvuympäristön osuutta lasten kehityksessä. Lisäksi toin esiin sijaisvanhempien näkemyksiä siitä, mitä tukea he olivat saaneet lasten kasvatukseen ja minkälaista tukea ja koulutusta he toivoisivat. Päihteille altistuneita lapsia on tähän mennessä tutkittu pääosin lääketieteen puolella, ja kasvuympäristön merkityksen tutkiminen on jäänyt vähemmälle huomiolle. Tutkimuksessa oli 78 alkoholille ja 15 huumeille altistunutta lasta. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa oli 38 alkoholille altistunutta lasta.

## 5.1 Keskeiset tulokset

Alkoholille altistuneista lapsista yli puolella oli FAS-diagnoosi, neljänneksellä FAE-diagnoosi ja viidennes oli diagnosoimattomia. Yhdellä huumeille altistuneella lapsella oli siihen viittaava diagnoosi. Suurin osa huumeille altistuneista lapsista oli altistunut joko amfetamiinille tai kannabikselle ja pieni osa heroïnille. Alkoholille altistuneista lapsista suurin osa oli kouluikäisiä, kun taas huumeille altistuneet lapset olivat pääosin alle kouluikäisiä.

Joka toisella alkoholille altistuneella lapsella ja joka viidennellä huumeille altistuneella lapsella oli jokin lääkärin toteama pitkäaikais sairaus tai vamma. Yleisimpiä alkoholille altistuneiden lasten sairauksia tai vammoja olivat sydänviat, silmään ja näköön liittyvät sairaudet tai vammat sekä erilaiset epämuodostumat. Huumeille altistuneista lapsista yhdellä oli karsastusta, toisella selkäsairaus, ja kolmannella oli lihashypotonia. Loput olivat fyysisesti terveitä. Huumeille altistuneet lapset olivat nuorempia kuin alkoholille altistuneet, joten kaikki sairaudet eivät ehkä olleet tulleet vielä ilmi.

Huumeiden vaikutuksia koskevissa tutkimuksissa ei ole osoitettu selvää yhteyttä sikiöaikaisen huumealtistuksen ja kehitysvammaisuuden välillä. Yhtenä tutkimuksen hypoteesina oli se, että huumeille altistuneiden lasten vauriot olisivat lievemmät kuin alkoholille altistuneiden. Tulokset näyttivät tukevan tätä oletusta. Yksikään huumeille altistunut lapsi ei ollut kehitysvammainen,

eikä kenelläkään mainittu olevan yleistä kehitysviivästymää tai heikkolahjaisuutta. Täytyy kuitenkin ottaa huomioon se, että huumeille altistuneita lapsia oli tutkimuksessa vain 15. Tutkimuksessa ei ollut mahdollisuutta tehdä tarkkoja lääkärin tutkimuksia lapsille, vaan tiedot perustuivat sosiaalityöntekijöiden ja kasvattajien antamiin tietoihin.

Alkoholille altistuneista lapsista 4 oli saanut kehitysvammadiagnoosin, ja heikkolahjaisuutta oli 9 %:lla. Yhdessä tapauksessa oli epäselvää, oliko alkoholi-altistus kehitysvammaisuuden aiheuttaja. Lapsella oli syntyessään aineenvaihdunnan sairaus, mikä aiheutti vakavan aivovaurion aivojen hapen ja ravinnon puutteen seurauksena, kun lapsi oli muutaman kuukauden ikäinen. Yhdellä kehitysvammaisella lapsella oli kromosomipoikkeavuus. Vaikka raskaudenaikaisen alkoholinkäytön mainitaan olevan yksi suurimpia kehitysvammaisuuden aiheuttajia länsimaissa nykyään (Streissguth, 1997; Spohr, 1996, 207), silti alkoholille altistuneista lapsista Suomessa vain pieni osa on selkeästi kehitysvammaisia.

Alkoholille altistuneista lapsista 90 % oli ollut neuropsykologin tai psykologin tutkimuksissa. Suurimmalla osalla (73 %) tutkituista havaittiin jokin neuropsykologinen oire, 34 %:lla kielellisen kehityksen häiriö ja 13 %:lla tunne-elämän häiriö. Huumeille altistuneista lapsista 64 % oli ollut tutkimuksissa. Tutkituista 38 %:lla havaittiin jokin neuropsykologinen oire, 25 %:lla kielellisen kehityksen häiriö ja puolella tunne-elämän häiriö. Tulokset osoittivat, että vaikka huumeille altistuneilla lapsilla ei ilmennyt vaikea-asteisia kehitysviivästyksiä, muita kehityshäiriöitä oli monella, erityisesti tunne-elämän ongelmia. On myös muistettava, että suurin osa huumeille altistuneista lapsista oli alle kouluikäisiä, joten välttämättä kaikkia vasta koulutyöskentelyssä esiin tulevia ongelmia ei ehkä ole vielä havaittu. Kuten aiemmissakin tutkimuksissa on havaittu, kielen ja puheen ongelmat, tarkkaavuuden- ja keskittymiskyvyn häiriöt sekä sosiaalisen kanssakäymisen ongelmat olivat tyypillisiä alkoholille altistuneille lapsille. Huumeille altistuneiden lasten ongelmat olivat samantyyppisiä.

Sosiaalityöntekijät ja sijoitettujen lasten kasvattajat eivät aina tiedäneet, mitä kaikkea lapset olivat joutuneet kokemaan. Tutkimus kuitenkin osoitti, että monessa biologisessa perheessä oli väkivaltaisuutta, mielenterveysongelmia ja rikollisuutta. Kahta lasta oli käytetty seksuaalisesti hyväksi, ja neljän lapsen epäiltiin joutuneen hyväksikäytetyksi. Suurin osa biologisista vanhemmista oli vailla ammattikoulutusta ja työelämän ulkopuolella. Kaikki eivät kuitenkaan kuuluneet sosioekonomisesti heikoimpaan luokkaan. Vain pieni osa vanhemmista eli enää yhdessä, ja monet olivat jo kuolleet. Päihteitä käyttävät äidit olivat synnyttäneet enemmän lapsia kuin naiset keskimäärin.

Lasten biologisten vanhempien elämäntilanne oli vaikea ja kyky huolehtia erityistä hoivaa vaativasta lapsesta heikko. Alkoholille altistuneista lapsista 44 % olikin sijoitettu jo ainakin kerran biologisen kotinsa ulkopuolelle ennen ensimmäistä ikävuottaan. Kouluikäisistä lapsista vain kaksi asui biologisten vanhempiensa kanssa. Pääosa lapsista oli tutkimushetkellä sijoitettuina sijais-

perheisiin ja pieni osa laitoksiin. Huumeille altistuneet lapset olivat nuorempia kuin alkoholille altistuneet lapset ja asuivat useammin biologisessa kodissa. Huumeille altistuneilla lapsillakin tilapäisiä sijoituksia oli ollut jo runsaasti, ja osa oli sijoitettu pysyvästi sijaisperheisiin. Yhdellä huumeille altistuneella lapsella lyhyitä sijoitusjaksoja oli ollut jopa 17.

Greenberg (1999) on eritellyt neljä tekijäryhmää, jotka lisäävät psyykkisten häiriöiden syntymisen riskiä. Riskitekijä yhdellä alueella ei vielä välttämättä johda häiriöihin, mutta mitä enemmän riskitekijöitä kasautuu, sitä suurempi on psyykkisen sairastumisen todennäköisyys. Yksi riskitekijä on lasten ominaisuudet eli sairaudet ja neuropsykologinen toimintakyky. Toinen riskitekijä on kiintymyssuhteen laatu. Kolmantena tulevat vanhempien kasvatusmenetelmät ja neljäntenä perheen ekologia, johon kuuluvat mm. taloudellinen tilanne ja sosiaalinen tuki. Tutkimus osoitti, että suurin osa sikiöaikana päihteille altistuneista lapsista kohtasi elämässään nämä kaikki riskitekijät.

Tarkastelin tutkimuksessa eri taustatekijöiden yhteyttä alkoholille altistuneiden lasten kehitykseen. Huumeille altistuneita lapsia oli tutkimuksessa niin vähän, että heidän osaltaan vastaavaa tarkastelua ei ollut mahdollista tehdä. Tutkimusaineiston kvantitatiivinen analyysi osoitti, että sijoitusikä ja lasten vaikeat elämäkokemukset olivat tarkastelluista muuttujista eniten yhteydessä lasten sosioemotionaalista kehitystä kuvaaviin muuttujiin. Tulokset viittasivat siihen, että mitä nuorempana lapsi oli sijoitettu ensimmäisen keran biologisen kodin ulkopuolelle, mitä nuorempana hän oli päässyt pysyvään sijaisperheeseen ja mitä vähemmän hänellä oli vaikeita elämäkokemuksia, sen suotuisampi oli hänen kehityksensä. Kehityserot näkyivät selkeästi, kun vertasin alle 3-vuotiaina sijoitettuja myöhemmin sijoitettuihin. Varhainen sijoitus edisti lasten kokonaiskehitystasoa, puheen kehitystä, vuorovaikutustaitoja, syyn ja seurauksen ymmärtämistä, kykyä puolustaa itseään, itsenäisyyttä, tehtäväkäyttäytymistä sekä vähensi käyttöhäiriöitä, tarkkaavuushäiriöitä ja kehitysviivästymiä. Sijoitusikä ei ollut suoraan yhteydessä koulumenestykseen lukuun ottamatta liikuntaa. Sijoitusikä saattaa olla kuitenkin välillinen vaikutus koulumenestykseen, koska sijoitusikä oli yhteydessä tehtäväkäyttäytymiseen, tarkkaavuuteen ja sosiaalisiin ongelmiin. Tarkkaavuusongelmat ja sosiaaliset ongelmat puolestaan heikensivät menestymistä abstraktia ajattelua vaativissa aineissa kuten matematiikassa ja luonnontieteissä.

Vaikeat elämäkokemukset olivat yhteydessä heikentyneeseen kykyyn kertoa mielipahasta sijaisvanhemmille, ottaa muita lapsia huomioon sekä tehdä eroa vieraan ja tutun ihmisen välillä. Vaikeat elämäkokemukset lisäsivät myös käytösongelmien riskiä ja taipumusta lähteä houkuteltaessa kenen tahansa vieraan mukaan. Sijoituskertojen määrä oli yhteydessä vain sisäänpäin suuntautuneeseen ongelmakäyttäytymiseen. Tällaista käytöstä oli eniten niillä, joilla perhe- ja laitossijoituskertoja oli paljon. Pojilla oli enemmän tutkimuksissa havaittuja tarkkaavuusongelmia sekä kielen ja puheen kehityksen ongelmia kuin tytöillä.

Kvantitatiivisessa analyysissä diagnoosi oli yhteydessä lasten kehitykseen vain siten, että FAS-lapset noudattivat ohjeita paremmin, ottivat enemmän muita lapsia huomioon ja lähtivät epätodennäköisemmin kenen tahansa vieraan mukaan kuin lievemmin vaurioituneet lapset. Ero näkyi erityisesti verrattuna diagnosoimattomiin lapsiin. Alkoholin ja huumeiden sekakäytölle altistuneet lapset tulivat toimeen itsenäisemmin, menestyivät paremmin matematiikassa ja tekivät useammin vaikeita tehtäviä mielellään kuin pelkästään alkoholille altistuneet lapset. Somaattiset sairaudet ja vammat heikensivät itsenäistä selviytymistä ja keskittymiskykyä. Diagnoosi-ikä oli yhteydessä lasten kehitykseen vain siten, että mitä nuorempana lapsi oli diagnosoitu, sen paremmaksi vanhemmat arvioivat lapsen kokonaiskehitystason muihin samanikäisiin verrattuna. Diagnoosi-ikä kuitenkin puuttui monelta, mikä heikensi tuloksen luotettavuutta.

Laadullisella tutkimuksella halusin varmistaa kvantitatiivisesta tutkimuksesta saamani tulosten paikkansapitävyyttä. Erityisen tarkkaa tietoa halusin niistä lapsista, jotka oli sijoitettu suoraan synnytyslaitokselta ja jotka eivät olleet koskaan asuneet biologisten vanhempiensa kanssa. Laadullisen tutkimuksen tulokset vahvistivat kvantitatiivisesta analyysistä saatuja tuloksia. Ratkaisevinta lasten kehityksen kannalta oli se, miten paljon toimintakykyä haittaavia sairauksia ja vammoja sikiöaikainen alkoholi-altistus oli aiheuttanut, miten varhain lapset oli sijoitettu pysyvästi pois biologisesta kodistaan ja miten paljon vaikeita elämäkokemuksia heillä oli takanaan. Poikien ja tyttöjen väliset erot eivät tulleet yhtä selkeästi esiin kuin kvantitatiivisessa analyysissä, mikä saattoi osittain johtua siitä, että tyttöjen osuus kvantitatiivisessa analyysissä oli suurempi (58 %) kuin kvantitatiivisessa analyysissä (48 %). Vaikutusta lasten kehitykseen oli myös sillä, minkälainen suhde lapsilla oli biologisiin vanhempiin sijoituksen jälkeen. Tämä yhteys ei tullut ilmi kvantitatiivisessa analyysissä. Diagnoosin, altistustyyppin tai diagnoosi-ian merkitys ei näyttänyt kovin suurelta. Diagnoosin saaminen varhaisella iällä saattaa edistää lasten kehitystä, jos se auttaa havaitsemaan hyvissä ajoin lasten ongelmat ja helpottaa terapian saamista. Tässä tutkimuksessa kävi kuitenkin ilmi, että moni niistäkään lapsista, joilla diagnoosi ja kehitysongelmat olivat jo varhain tiedossa, ei ollut saanut riittävästi terapiaa. Laadullinen analyysi täydensi kvantitatiivista tutkimusta antamalla konkreettisemmän kuvan lasten elämäkulusta, arjesta, ongelmista, kehitysmahdollisuuksista sekä siitä, minkälaisiin haasteisiin sijaisvanhemmat ja omahoitajat joutuvat hoitaessaan näitä lapsia. Laadullinen analyysi toi myös paremmin esiin lasten erilaisuuden kuin kvantitatiivinen analyysi. Laadullisessa analyysissä korostui lisäksi se, miten vakavasti eläminen turvattomissa olosuhteissa oli vaarantanut niidenkin lasten kehityksen, jotka oli sijoitettu pysyvästi pois biologisesta perheestä ennen kolmatta ikävuotta.

Tutkimuksen päätarkoituksena oli arvioida kasvuympäristön vaikutusta lasten kehitykseen. Laadullinen tutkimus osoitti kvantitatiivistakin tutkimusta selkeämmin, miten vaikeaa on arvioida ja erotella alkoholi-altistuksen ja kas-

vuympäristön osuutta lasten kehityksessä. Tutkimuksessa oli mukana kaksoiset, joiden vammat olivat aivan erilaiset. Pojalla oli CP-vamma, mikä rajoitti liikkumista, mutta oppimisongelmia ei ollut. Pienenä hänellä oli ollut epileptisiä kohtauksia. Tyttö puolestaan oli liikunnallisesti erittäin lahjakas, mutta jo syntymässä ollut suulakihalkio vaikeutti puheen kehitystä, ja koulussa oli ilmennyt oppimisvaikeuksia. Tämä osoitti, miten monimuotoisesta ongelmasta on kyse. Samakin päihdealtistus voi johtaa sikiöiden erilaiseen vammautumiseen. Ilmeisesti alkoholi voi myös vaurioittaa eri lapsilla eri aivojen alueita, mikä näkyy eroina käyttäytymisessä. Keskushermostovaurion lisäksi alkoholi voi aiheuttaa monia epämuodostumia, vammoja ja sairauksia. Tässäkin suhteessa lapset erosivat toisistaan suuresti. Osa lapsista oli fyysisesti terveitä. Osa taas oli monivammaisia, mikä rajoitti toimintakykyä ja kehitystä suuresti.

Kasvuympäristön vaikutuksen arviointia vaikeutti myös se, että vain yksi lapsi oli päässyt pysyvään sijaisperheeseen heti syntymänsä jälkeen. Muut suoraan synnytyssairaalasta sijoitetut lapset oli sijoitettu ensin lastenkotiin. Siten tutkimuksessa oli mahdotonta verrata keskenään heti syntymästään saakka hyvään sijaisperheeseen sijoitettuja lapsia sellaisiin lapsiin, jotka olivat asuneet biologisten vanhempiensa kanssa.

Vaikka kasvuympäristön vaikutusta on vaikea arvioida, kvalitatiivinen tutkimus osoitti, että vähiten oireilevat lapset löytyivät niiden lasten joukosta, jotka oli sijoitettu suoraan synnytyslaitokselta. Tässä joukossa oli lapsia, joilla sopeutuminen sijaisperheeseen oli sujunut helposti ja joilla ei esiintynyt ongelmia toverisuhteissa, tunne-elämän häiriöitä, käytösongelmia, tarkkaavuushäiriöitä, käytöksen jäsentymättömyyttä eikä koulutyötä häiritseviä keskittymiskyvyn ongelmia, joita pidetään tyypillisinä alkoholille altistuneiden lasten oireina. Yksi näistä lapsista oli päässyt kaksiviikkoisena pysyvään sijaisperheeseen. Tämä lapsi oli fyysisesti täysin terve. Myös muu kehitys oli edennyt ikätasoisesti, ja lapsi voi tässä tutkimuksessa esiin tulleiden tietojen mukaan kaikin puolin hyvin. Muut vähiten oireilevat lapset oli sijoitettu ensin lastenkotiin ja sieltä 9 kk.-2 v. iässä pysyvään perhehoitoon. Kaikki suoraan synnytyslaitokselta sijoitetut lapset eivät kuitenkaan olleet yhtä vähäoireisia. Osa lapsista oli monivammaisia. Vammat vaikeuttivat selkeästi arjessa selviytymistä ja todennäköisesti lisäsivät käytösongelmia ja keskittymiskyvyn ongelmia. Yksi lapsista oli fyysisesti terve, mutta hänellä oli selkeitä keskittymiskyvyn ja sosiaalisen kanssakäymisen ongelmia, jotka todennäköisesti johtuivat suurimmalta osalta pelkästään alkoholi-altistuksesta. Oireita oli tosin saattanut lisätä lastenkodissa vietetty ensimmäinen ikävuosi ja biologisen äidin tapaamiseen liittyvä ristiriita.

Aivotutkimus on osoittanut, miten tärkeitä ensimmäisten ikävuosien kokemukset ovat aivojen kehitykselle. Tulokset ovat sopusoinnussa kiintymysteorian oletusten kanssa. Aivot kehittyvät huimasti kolmen ensimmäisen ikävuoden aikana. Varhaisella vuorovaikutuksella ja kiintymyssuhteen turvallisuudella on suuri osuus aivojen hermosoluyhteyksien ja rakenteellisen toimivuuden muotoutumisessa. Aivojen kehityksen kannalta olennaisia odotettuja kokemuksia

ovat kokemukset hoivaavasta vuorovaikutuksesta ja hoivaajan pysyvyys (Nelson ja Bosquet, 2000; Glaser, 2002; Gerhardt, 2004).

Lastenkodissa lapset olivat saaneet hyvän perushoidon, terveellistä ravintoa ja turvallisen kasvuympäristön. Lastenkodin arjessa toistuvat päivittäiset rutiinit, joten ympäristö on johdonmukainen, ennakoitava ja ymmärrettävä. Tämä edistää lasten kykyä ymmärtää syy- ja seuraussuhteita ja antaa lapselle turvallisuuden ja jatkuvuuden tunnetta. Kaikille lapsille oli nimetty omahoitaja, joka vastasi ensisijaisesti lapsen hoivasta. Vuorokauden aikana hoitajat kuitenkin vaihtuvat useampaan kertaan, eikä heillä ole mahdollisuutta vastata samalla tavalla lapsen läheisyyden tarpeisiin kuin perhehoidossa pystytään. Siten lapsilta puuttui kokemus hoivaajan pysyvyydestä ja mahdollisuus luoda pysyvä kiintymyssuhde aikuiseen. Epävarmuutta on lisännyt myös epätietoisuus tulevasta sijoituspaikasta. En tiedä, missä määrin lapsille puhutaan tästä asiasta lastenkodissa, mutta lapset varmasti vaistoavat epävarmuuden.

Hoivan taso saattoi vaihdella lastenkodeissa. Sijaisäidit eivät kuitenkaan tienneet paljoa lastenkotiajasta. Yhden sijaisäidin mielestä lasten hoiva oli ollut hyvää. Toinen sijaisäiti oli tyytymättömämpi. Hänen kokemuksensa mukaan lapset viettivät lastenkodissa pitkiäkin aikoja keskenään. Kolmannen sijaisäidin mukaan lasta ei juuri pidetty sylissä laitoksessa. Lapset sairastelivat paljon. Yhden lapsen terveys heikkeni, kun hänet annettiin välillä biologisen äitinsä hoitoon. Siten suoraan synnytyslaitokselta lastenkotiin sijoitetuilla lapsillakin kokemukset hoivaavasta vuorovaikutuksesta ja heidän tarpeidensa huomioon ottamisessa olivat puutteelliset. Nämä kokemukset ovat juuri olennaisia aivojen kehityksen ja turvallisen kiintymyssuhteen muotoutumisen kannalta. Toisaalta tutkimus osoitti, että turvallinen lastenkotihoito oli selkeästi edistänyt kahden lastenkodissa tutkimushetkellä asuvan pienen tytön kehitystä, vaikka toinen heistä oli syvästi kehitysvammainen.

Biologisessa perheessä asuneilla lapsilla oli takanaan hyvin rankkoja kokemuksia. He olivat kokeneet hoidon laiminlyöntiä, vanhempien päihdeongelmia, mielenterveysongelmia ja perheväkivaltaa. Joissain perheissä oli ollut myös rikollisuutta. Kahta lasta oli käytetty seksuaalisesti hyväksi, ja neljän lapsen epäiltiin joutuneen hyväksikäytetyksi. Lasten perushoitokin oli ollut puutteellista, terveydestä ja ravinnon saannista huolehtimisesta alkaen. Monilla lapsilla oli ollut useita sijoitusjaksoja laitoksessa ja/tai perhehoidossa. Osa oli joutunut edellisen sijaisperheen hylkäämäksi.

Lähes kaikki biologisessa perheessä asuneet lapset oireilivat voimakkaasti sijaisperheeseen tullessaan. Tuo aika oli erittäin rankkaa sijaisvanhemmille, ei saanut nukuttua, ja päivätyössä käyminen ei aina onnistunut. Yllättävää oli se, miten harva lapsi oli vaikeista kokemuksistaan huolimatta saanut psykoterapiaa, ja koko aineistossa vain yksi lapsi oli saanut neuropsykologista kuntoutusta. Puhe-, fysio- ja toimintaterapiaa oli ollut helpompi saada. Sijaisvanhemmat olisivat tarvinneet enemmän tukea kasvatustyössään. Viranomaisilta konkreettista lastenhoitoapua oli saatu vain vähän. Yleensä perheen läheiset ihmiset olivat niitä, joilta apua saatiin.



Tyypillistä sijoituksen alussa oli lasten levottomuus ja rajan haku. Monilla oli kiintymyssuhdehäiriöön viittaavia oireita. Ongelmat saattoivat ilmetä raivokohtauksina, tavaroiden rikkomisena, nukahtamis-, syömis- ja ulosteiden pidätysvaikeuksina, ulosteilla tuhrimisena sekä kehon hallitsemisvaikeutena. Myös pelkotilat ja painajaiset olivat yleisiä. Lapsilla saattoi ilmetä ongelmia suhteessa muihin lapsiin päiväkodissa ja muihin sijaisperheessä asuviin lapsiin. Lapsi saattoi olla väkivaltainen muita lapsia kohtaan, lyödä ja purra, ja hänen oli vaikeaa sopeutua ryhmään. Osalla lapsista oli vaikeuksia pitää yllä ystävyyssuhteita, ja he saattoivat mielellään leikkiä itseään nuorempien lasten kanssa. Osa isommistakin lapsista tarvitsi jatkuvaa valvontaa normaaleissa arkiaskareissa kuten syömisessä, pukeutumisessa, peseytymisessä ja läksyjen teossa. Puheen kehityksen vaikeudet olivat yleisiä.

Greenbergin (1999, 472-473) mukaan riskiympäristössä elämisen seuraukset voivat näkyä sekä ulospäin suuntautuvana häiriökäyttäytymisenä että taipumuksena vetäytyä sosiaalisesta kanssakäymisestä. Näin oli tässäkin tutkimuksessa. Useimmilla lapsilla oireet ilmenivät ulospäin suuntautuvina ja pienemmällä osalla sisäänpäin suuntautuvina käytösongelmina. Lapsilla saattoi olla vaikeutta ottaa vastaan hellyyttä. Toisilla taas oli ylenmääräinen hellyyden tarve. Näitä molempia käytöspirteitä saattoi myös esiintyä yhdellä lapsella vuorotellen. Jos lapset eivät ole saaneet hellyyttä, he eivät ole oppineet normaalia läheisyyttä hoivajaansa. Monella lapsella esiintyi myös vaikeutta tehdä eroa vieraan ja tutun ihmisen välillä. He suhtautuivat liian välittömästi ja luottavaisesti vieraisiin ihmisiin. Osa lapsista taas oli arkoja ja vetäytyviä. Oireet saattoivat ilmetä myös hylkäämisen pelkona ja yrityksenä tehdä aikuisten töitä ja huolehtia vanhemmista. Tämä on tyypillistä lapsille, joiden perheessä lasten ja vanhemman roolit ovat kääntyneet päällelleen. Jotkut lapset puhuivat koko ajan. Toisaalta esiintyi vaikeutta ilmaista tunteita ja kokemuksia, ja yksi lapsi oli ollut täysin puhumaton usean kuukauden ajan.

Yksi vakavimpia oireita oli itsesuojeluvaiston puuttuminen, mikä äärimmillään ilmeni siten, että lapsi ei osoittanut tuntevansa kipua, vaikka häneen kuinka sattui. Yksi tällainen lapsi oli koulussa palkittu hymypoikapatsaalla. Mitä tahansa tapahtui, hän vain hymyili. Jotkut lapset olivat tapaturma-alttiita, satuttivat itseään jatkuvasti tai hakkasivat päätään. Jotkut puolestaan olivat äärimmäisen kipuherkkiä, itkivät helposti, ja pettymyksen sietokyky oli heikko. Silmiinpistävä piirre vaikeimmin oireilevilla lapsilla oli yleinen käyttäytymisen jäsentymättömyys, jota yksi sijaisäiti kuvasi seuraavasti: ”tyttö kuin superpallo, joka juoksee/lentää seinästä seinään, katosta lattiaan holtittomasti, vain aistit/aistimukset/impulssit polkunaan. Ei vaaran tunteita, ei harkintaa!” Tällä lapsella oli diagnosoitu kiintymyssuhdehäiriö.

Käytöksen jäsentymättömyyttä selittää alkoholi-altistuksen aiheuttama keskushermostohäiriö. Jäsentymättömyyttä ovat mitä todennäköisimmin edistäneet myös ne turvattomuutta ja pelkoa aiheuttavat olosuhteet, joissa lapset olivat pitkään eläneet. Aivojen kehityksen kannalta pahinta on, että lapsi

altistuu sekä pahoinpitelylle että laiminlyönnille (Glaser, 2002, 77-78, 95). Ne voivat pitkään jatkuessaan aiheuttaa jopa pysyvän keskushermostovaurion. Juuri näitä kokemuksia oli lähes kaikilla biologisessa perheessä asuneilla lapsilla. Sikiöaikana alkoholille altistunut lapsi on erityisen herkkä ympäristön vaikutuksille. On havaittu, että näiltä lapsilta puuttuu normaalisti vastasyntyneellä oleva kyky tottua ympäristön ärsykkeisiin kuten valoon ja ääniin (Streissguth ym. 1993). Vastaavia ongelmia on havaittu myös huumeille altistuneilla lapsilla (Fried ym., 1987; Bauer, 1999). Lapset tarvitsisivat erityisen vakaan, ennustettavan ja turvallisen ympäristön. Se nimenomaan näiltä lapsilta puuttui. Jo monivammaisuutensakin vuoksi monet lapset olisivat tarvinneet erityishoitoa. Sen tarvetta lisää myös se, että neurologisen vaurion vuoksi lapsilla saattaa olla erityisiä vaikeuksia hahmottaa ympäristöään ja vuorovaikutusta.

Kun lapsen hoitoa laiminlyödään, hänellä saattaa olla puutteita jopa ravinnon saannissa, mikä kävi ilmi tässäkin tutkimuksessa. Ravinnon puute alkoholi-altistuksen lisäksi saattoi selittää lasten pienikokoisuutta ja syömisongelmia. Myös vaikeat kasvuolot itsessään ovat yhteydessä lapsen fyysiseen kasvuun samoin kuin kognitiiviseen ja tunne-elämän kehitykseen. Romanian lastenkodista adoptoiduilla lapsilla painon, pituuden, pään ympäröityksen sekä älyn ja käyttäytymisen kehitys oli jäljessä normaalista heidän tullessaan sijoitusmaahan (Rutter, 1998; Benoit, 1996). Lapsilla oli myös monia fyysisiä sairauksia ja infektioita.

Kun hoitoa laiminlyödään, lapselta puuttuvat myös ne odotetut kokemukset hoivaavasta vuorovaikutuksesta, hoivaajan pysyvyydestä ja lapsen tarpeiden huomioon ottamisesta, joita aivot vaativat kehittyäkseen kokemusta odottavan kehityskauden aikana. Myös virikkeet, joilla on merkitystä kokemuksesta riippuvan aivojen kehityskauden aikana, ovat puutteellisia. Jos aikuinen ei säätele lapsen tunnetiloja, vaikeutuu itsesäätelyä hoitavien aivojen alueiden kehitys, joka alkaa ensimmäisen ikävuoden loppupuolella. Monet lapset olivat eläneet väkivaltaisissa olosuhteissa. Tällaiset kokemukset saattavat aiheuttaa aivoihin epäsymmetrisiä rakenteita. Traumaattisten kokemusten seuraukset saattavat ilmetä myös traumaperäisenä stressihäiriönä, mikä saattaa selittää joidenkin lasten jäsentymätöntä käytöstä. Vaikeahoitoinen, itkuinen ja ärtyisiä vieroitusoireista kärsivä vauva on suuressa vaarassa joutua pahoinpideltyksi.

Lapsen hoidon laiminlyönti tarkoittaa myös sitä, että lapsen arjesta puuttuvat toistuvat hoivarutiinit. Lapsen arki on täynnä sattumanvaraisia tapahtumia, joita lapsi ei kykene ennakoimaan. Myös päihtyneen ihmisen epäjohdonmukainen suhtautuminen lapseen lisää vaikeutta ymmärtää ympäristöä ja oppia syy- ja seuraussuhteita. Lapsen elämästä puuttuu jatkuvuuden tunne. Tämä kaikki lisää mielen jäsentymättömyyttä.

Kun lapsen hoitoa laiminlyödään, hän ei saa kokemuksia tarpeidensa huomioon ottamisesta ja vastavuoroisuudesta. Lapsi oppii, että hän ei voi vaikuttaa ympäristöönsä. Kukaan ei vastaa lapsen hymyyn tai itkuun, mikä pitkään jatkuessaan saattaa sammuttaa lapsen reaktiot ulkomaailmaa kohtaan. Jos lapselle ei

puhuta, hän ei opi kieltä eikä puheen vastavuoroisuutta. Kielellisen kehityksen viiveet olivat lapsilla yleisiä, ja jotkut eivät olleet oppineet keskustelemaan. Yksi poika vastasi kysymykseen toistamalla hänelle esitetyn kysymyksen.

Kun kokemukset hoivaavasta vuorovaikutuksesta puuttuvat, lapsi ei koe läheisyyttä hoivaajaan. Tämä saattaa näkyä käytöksessä siten, että lapsi ei tee eroa vieraan ja tutun välillä, ja on valmis lähtemään kenen tahansa vieraan mukaan. Tällaistaikin käytöstä esiintyi monella tutkimukseen kuuluneella lapsella. Jos oma vanhempi on pelottava, lapsi saattaa muutenkin kääntyä mieluummin vieraan ihmisen puoleen hakiessaan turvaa. Monella lapsella oli vaikeutta ottaa vastaan läheisyyttä, vaikka he kaipasivat sitä, mikä todennäköisesti kertoo läheisyyden kokemiseen liittyvästä ristiriidasta. Vanhemman pitäisi tuoda turvaa, mutta hän voikin olla pelon lähde. Silloin vanhemman syli ei ole turvallinen.

Normaalissa, hoivaavassa vuorovaikutuksessa lapsi oppii vanhemman avulla tunnistamaan, nimeämään ja säätelemään tunnetilojaan. Päihteitä käyttävillä äideillä on havaittu vaikeuksia sekä omien että lapsen tarpeiden ja tunnetilojen tunnistamisessa. Siten lapsen on vaikea oppia käsittelemään tunteitaan. Vaikeus korostuu entisestään silloin, kun vanhempi ei hyväksy lapsen tunteita, ja lapsi oppii tukahduttamaan niitä (kiintymyssuhdetyyppi A) tai kun vanhempi suhtautuu lapsen käytökseen ja tunteisiin ristiriitaisesti (kiintymyssuhdetyyppi C). Vaikein tilanne on jäsentymättömästi kiintyneillä lapsilla (D), joiden saama palaute itsestään on kaikkein vääristynein. Äärimmillään tunteiden tukahduttaminen ilmenee kivun tunteiden tukahduttamisena. Tutkimuksessa oli monia lapsia, joilla itsesuojeluvaisto oli puutteellinen, ja jotka eivät näyttäneet reagoivan kipuun. Yksi lapsi ei sijoituksen alkuvaiheessa uskaltanut ilmaista tarvettaan nousta sängystä.

Vastavuoroisissa ihmissuhteissa, joissa toisen ihmisen tarpeet otetaan huomioon ja tunteiden ilmaisu on sallittu, lapsi oppii tunnistamaan omia ja muiden tunteita ja tunteeseen empatiakykyä. Tunteiden tunnistaminen on avain myös kykyyn käsitellä niitä, ymmärtää niiden yhteyttä käyttäytymiseen ja kertoa muille käyttäytymisensä syistä. Siten tunteiden tunnistaminen on yhteydessä myös minäkuvaan, siihen miten hyvin ihminen tuntee itsensä ja ymmärtää itseään. Tunteiden ja käyttäytymisen säätelykyvyn puute on yksi keskeisimpiä alkoholille altistuneiden lasten ongelmia, mikä näkyi tässäkin tutkimuksessa. Minäkuvaan liittyy ihmisen käsitys omista hyvistä ja huonoista puolista, itsetunto. Lapsen tarpeiden huomioon ottaminen on yhteydessä lapsen käsitykseen siitä, onko hän rakastamisen arvoinen. Tarpeiden huomiotta jättäminen antaa lapselle viestin, että hän on arvoton. Tätä käsitystä vanhemmat saattavat tukea myös sanallisesti, henkisesti väkivallalla ja/tai fyysisesti pahoinpitelemällä lasta. Osalla lapsista itsetunto-ongelmat tulivat selkeästi esiin.

Hoidon laiminlyönti ja pahoinpitely johtavat siihen, että lapsi ei voi muodostaa turvallista kiintymyssuhdetta vanhempiin. Kiintymyssuhdehäiriön riskiä ja lapsen turvattomuuden tunnetta lisää myös se, jos lapsen elämässä ei ole yhtään pysyvää läheistä aikuista tai jos kiintymyssuhteessa on katkoksia.

Tällaisia kokemuksia oli lähes kaikilla tutkimukseen kuuluneilla lapsilla. Monen lapsen vanhemmat olivat kuolleet, ja moni oli menettänyt myös yhteyden sisaruksiinsa, kun heidät oli sijoitettu eri perheisiin. Suurella osalla lapsista oli ollut useita sijaishoitopaikkoja ennen pysyvään sijaisperheeseen pääsyä. Jotkut olivat joutuneet edellisen sijaisperheen hylkäämäksi. Näillä lapsilla hylkäämisen pelko oli erityisen suuri. Vaihtuvat sijaishoitopaikat tuovat epäjatkuvuuden tunnetta lapsen elämään. Lapsen aikakäsitys saattaa poiketa aikuisen aikakäsityksestä, mikä sekin saattaa vaikuttaa jatkuvuuden kokemiseen.

Kaikkiaan lasten elämä oli täynnä kaoottisia, turvattomuutta ja pelkoa aiheuttavia tapahtumia, jotka mitä todennäköisimmin ovat lisänneet mielen kaoottisuutta. Ei ole siis ihme, että lapset tarvitsivat selkeät rajat ja rutiinit. Pienetkin poikkeamat arkirutiineista saattoivat saada lapsen sekaisin. Pelloissaan oleva ihminen on jatkuvassa valppaustilassa ja on valmiina joko pakenemaan, hyökkäämään tai lamaantumaa paikalleen (Kalland & Maliniemi-Piispanen, 1999, 45). Pelko saattoi selittää osaltaan niiden lasten käytöstä, jotka olivat helposti nyrkit pystyssä muiden lasten seurassa. Pelottavassa ympäristössä elänyt ihminen tulkitsee helposti muiden ihmisten ilmeet ja eleet uhkaaviksi ja on valmis hyökkäämään. Turvattomuuden ja pelon tunteet olivat todennäköisesti yleisiä näillä lapsilla. Läheisyyden puute on varmastikin lisännyt myös yksinäisyyden tunnetta.

Biologisten vanhempien tapaaminen saattoi lisätä lasten ongelmia ja epävarmuutta. Jotkut lapset olivat aivan sekaisin tapaamisten jälkeen, ja kaikki rajat katosivat. Jotkut vanhemmat toivat murheitaan lapsille, jotka yrittivät auttaa heitä. Parhain tilanne oli niillä lapsilla, joiden vanhemmat hyväksyivät lapsen sijoituksen, ymmärsivät sen lapsen parhaaksi eivätkä kiistäneet sijaisvanhempien asemaa lapsen elämässä. Jotkut äidit eivät kyenneet tapaamaan lapsiaan lainkaan tai käsittelemään koko asiaa syllisyyden tunteiden vuoksi.

On erittäin vaikea sanoa, missä määrin lapsilla ilmenneet oireet olivat peräisin jo syntymässä olleesta alkoholi-altistuksesta ja missä määrin vaikeista kasvuoloista. Todennäköisesti alkoholi-altistuksen aiheuttama keskushermostohäiriö yhdessä varhaisen vuorovaikutuksen puutteiden kanssa käynnistää prosessin, jonka seurauksena lapsen on vaikea muodostaa jäsentynyttä kuvaa itsestään sekä säädellä tunteitaan ja käyttäytymistään.

Tutkimuksissa on havaittu, että jos lapsilta on puuttunut mahdollisuus luoda pysyvä kiintymyssuhde aikuiseseen neljän ensimmäisen ikävuotensa aikana, sen luominen on ollut vaikeaa myöhemmin, joskaan ei mahdotonta (Goldberg, 2000, 123-129). Lasten oppimat itseä, muita ja vuorovaikutusta koskevat sisäiset mallit vaikeuttavat heidän kykyään ottaa vastaan hoivaa. Yksi sijaisäiti toi esiin sen, miten paljon vaikeampaa oli luoda luottamuksellinen suhde ensimmäisen ikävuotensa lastenkodissa olleeseen sijaislapsen kuin tämän sisareen, joka oli sijoitettu perheeseen kaksiviikkoisena. Vielä vaikeampaa se näytti olevan myöhemmin sijoitetuilla lapsilla. Myös sijaisvanhempien voi olla vaikea hyväksyä tietyn tyyppistä lasta. Kuitenkin näytti siltä, että useimmilla luottamus oli syntynyt. Kiintymyssuhteen turvallisuutta ei ollut mahdollisuutta luotettavasti arvioida tässä tutkimuksessa.

Kaikki sijaisvanhemmat toivat esiin sen, että lasten kehitys oli mennyt paljon eteenpäin sijoituksen jälkeen. Vaikeuksia oli ollut, ja terapiaakin oli tarvittu, mutta pikku hiljaa lasten tilanne oli parantunut. Oireita esiintyi kuitenkin edelleen paljon. Kehitys oli mennyt eteenpäin myös pienimmillä laitoshoidossa olevilla lapsilla. Lasten terveydentila ja ruokailutottumukset olivat parantuneet, ja lapset olivat muuttuneet sosiaalisemmiksi ja hymyilevimmiksi. Oli hämmästyttävää, miten elämäniloisia ja sitkeitä lapset olivat kokemuksistaan ja vammoistaan huolimatta. Pääosin lapset elivät normaalia lasten elämää, johon kuului koulunkäyntiä ja harrastuksia. Lapset olivat innostuneita uusista asioista, ja heillä oli erityislahjakkuuksia. Monet lapset olivat ketteriä ja liikunnallisesti lahjakkaita. Muutamalla ilmeni motorista kömpelyyttä. Jotkut lapset olivat musikaalisia tai hyviä piirtämään, ja nämä taidot auttoivat keskittymisessä ja tunteiden ilmaisemisessa. Sijaisvanhemmat ymmärsivät tukea lasten vahvuuksia. Lapsissa on paljon kehityspotentiaalia, jos heitä vain halutaan auttaa kyllin varhaisessa vaiheessa.

Sijaisvanhempien osa ei ollut helppo. Kaikki eivät olleetkaan jaksaneet, ja muutaman lapsen aiempi sijoitus oli purkautunut. Toisaalta suurin osa sijaisvanhemmista oli syvästi kiintyneitä lapsiin, ja moni koki kasvaneensa ja kypsyyneensä lapsia hoitaessaan. Konkreettista lastenhoitoapua oli hyvin vähän saatu viranomaisilta. Myöskään vapaapäiviä ei viranomaisten taholta juuri järjestetty. Niiden tarve tuli vahvasti esiin haastatteluissa. Myös vertaistukea, työnohjausta sekä tietoa lasten ongelmista ja sijoitukseen liittyvistä käytännön asioista kaivattiin. Hoitosuositus auttaisi viranomaisia kohtaamaan lasten ongelmat ja helpottaisi lasten kuntoutukseen pääsyä. Goldbergin (2000, 128) mukaan pelkkä hyvä hoiva ei riitä laiminlyödyille lapsille. He tarvitsevat terapiaa, ja hyväkin sijaisvanhempi tarvitsee tukea ja ohjausta lapsen hoidossa.

Jokaisen sikiöaikana alkoholille altistuneen lapsen terapiatarve pitäisi arvioida yksilöllisesti. Lapset tarvitsevat tutkimuksia, joissa kartoitetaan lapsen neurologinen ja psyykinen tilanne sekä lahjakkuustaso. Se, mistä oireiden katsotaan johtuvan, vaikuttaa siihen, minkälaista hoitoa lapsille tarjotaan. Jos otetaan huomioon pelkkä alkoholi-altistus, lapsen puutteellisista kasvuoloista aiheutunut kärsimys jää havaitsematta ja hoitamatta. Jos taas huomio kiinnittyy ainoastaan psyykkisiin vaurioihin, neurologiset vauriot jäävät vaille hoitoa. Myös vanhempien on saatava tukea jaksakseen hoitaa vakavasti oireilevaa lasta.

Sekä tutkimusaineistoni kvantitatiivinen että kvalitatiivinen analyysi tukee aiempien alkoholille altistuneita lapsia koskevien tutkimusten tuloksia (ks. Koponen, 2004) siinä, että paraskaan kasvuympäristö ei voi poistaa niitä monia vammoja, joita sikiöaikainen alkoholi-altistus aiheuttaa. Tulokset tukevat myös Aronsonin (1984), Aronsonin ja Olegårdin (1987) ja Rutterin (1998) tuloksia, joiden mukaan varhainen sijoitus edisti lasten sosioemotionaalista kehitystä. Streissguthin ym. (1996) tutkimus osoitti, että eläminen pysyvässä ja hoivaavassa ympäristössä yli 72 % elämästä oli tärkein sekundaarisilta, syntymän jälkeen ilmaantuvilta kehityshäiriöiltä suojaava tekijä.

Aivotutkimuksesta saatu tieto antaa olettaa, että vaikea kasvu ympäristö voi lisätä sikiöaikana syntyneitä keskushermostovaurioita. Siten vahingolliset vuorovaikutuskokemukset todennäköisesti lisäävät tunne-elämän ja sosiaalisten ongelmien lisäksi myös neuropsykologisten ongelmien syntymisen riskiä. Tutkimusaineistoni kvantitatiivinen analyysi osoitti, että psykologisessa tutkimuksessa havaittu tarkkaavuusongelma oli noin puolella 3-vuotiaana tai sitä vanhempana pitkäaikaisesti sijaisperheeseen sijoitetulla lapsella, mutta vain alle viidenneksellä nuorempana sijoitetuista. Ikä ensimmäisen sijoituksen alkaessa korreloi CBCL-mittarilla mitattujen tarkkaavuusongelmien kanssa. Myös tutkimusaineistoni laadullinen analyysi osoitti, että niillä lapsilla, jotka eivät olleet koskaan eläneet turvattomissa olosuhteissa, oli vähiten käytöksen jäsentymättömyyttä sekä tarkkaavuuden- ja keskittymiskyvyn ongelmia. Rutterin (1998) ja Benoitin ym. (1996) tutkimukset osoittivat, että hoidon laiminlyönti ensimmäisinä elinvuosina oli yhteydessä lapsen älyn kehitykseen, ei pelkästään sosioemotionaaliseen kehitykseen.

Cleve (2003) kuvasi Ruotsiin 4-vuotiaana adoptoidun ADHD-diagnoosin saaneen pojan psykoterapiaa. Poika oli elänyt kolme ensimmäistä elinvuottaan erittäin puutteellisissa oloissa ennen huostaanottoa. Kuvaus osoitti, miten tuhoisat seuraukset hoidon laiminlyönnillä on lapsen kaikille kehitysalueille ja miten vaikea näistä vaurioista on toipua. Poika tarvitsi psykoterapiaa 7 vuoden ajan kahdesti viikossa. Yhdenkään lapsen tilanne ei ole kuitenkaan toivoton. Ammattitaitoinen ja pitkäjänteinen hoito tuottaa tulosta. Lievemmissä tapauksissa pelkkä tuki ja ohjaus vanhemmille ja lapsen lähipiirille saattaa riittää. Cleve (2003, 301-304) arvioi myös pojan hoidon kustannuksia. Psykoterapia yhdessä vanhemmille annetun tuen kanssa maksoi saman verran kuin puolen-toista kuukauden sairaalahoito lastenpsykiatrisella osastolla. Tilanne tuskin on kovin erilainen Suomessa. Psykoterapian avulla ehkäistiin pojan laitospäätös, mikä olisi mitä todennäköisimmin ollut edessä.

Cleve (2003, 285-286) kiinnitti myös huomion diagnosoimattomien lasten ja haittoihin. Diagnosoimattomat lapset jäävät helposti tukien ja terapian ulkopuolelle. Toisaalta diagnoosi saattaa leimata lasta ja vaikeuttaa monia asioita myöhemmin elämässä. Esimerkiksi FAS-, FAE- tai ADHD-diagnoosin saaneita saatetaan pitää muita alttiimpina onnettomuuksille ja tapaturmille, mikä voi vaikeuttaa vakuutusten saantia. Vaikeuksia voi tulla myös ajokorttia hankittaessa, asepalvelukseen mentäessä tai erilaisissa valintatilanteissa, joissa vaaditaan selvitystä terveydentilasta.

Lasten elämäntarinat osoittivat, että sikiöaikainen alkoholi-altistus ja vaikeat elämäkokemukset olivat vakavasti vaarantaneet lasten kehityksen. Tutkimus osoitti myös, että pitkäaikaisen huostaanoton kynnyks on Suomessa erittäin korkea. Raskaudenaikainen päihteiden käyttö on suuri haaste hoitojärjestelmälle. Ratkaisuja pohdittaessa joudutaan ottamaan kantaa moniin vaikeisiin eettisiin ja lainsäädännöllisiin ongelmiin. On selvää, että päihteitä käyttävien äitien hoito pitäisi aloittaa jo raskausaikana, ja tukea perheelle

tulee jatkaa pitkään lapsen syntymän jälkeen. Välttämättä lasten huostaanottoon ei aina tarvitsisi turvautua, jos vanhempia kyettäisiin auttamaan heidän ongelmissaan ja tukemaan heitä lasten kasvatuksessa. Kaikkien kohdalla tämä ei kuitenkaan todennäköisesti onnistu ongelmien vaikeuden vuoksi. Äidin kykenemättömyys suojata sikiövauvaa on merkki suurista ongelmista. Useimmat vanhemmat olivat työelämän ulkopuolella, ja he kärsivät päihde- ja mielenterveysongelmista. Huomattavan moni oli jo kuollut (Koponen, 2005a). Monet vanhemmat olivat todennäköisesti olleet itse laiminlyötyjä lapsia. Osa saattoi olla itsekin altistunut alkoholille sikiöaikana. On havaittu, että kykenemättömyys vanhemmuuteen jatkuu helposti sukupolvesta toiseen, ellei laiminlyönnin ketjua saada katkaistua.

Mirja Kajava (1997) tutki lapsen etua huostaanotto-prosessissa. Hänen johtopäätöksensä oli se, että huostaanottoon päädytään useimmiten vuosia kestäneen tukitoiminnan jälkeen. Vaikeudet perheissä ovat jo kasautuneet niin, että useimmiten ei enää ole muuta vaihtoehtoa kuin lapsen huostaanotto. Lapsen tilanteeseen puututaan vakavasti vasta silloin, kun hän ilmaisee pahaa oloaan ei-toivotulla tavalla. Siinä vaiheessa lapsen kärsimykset ovat jo olleet kohtuuttomia. Vanhempien oikeudet voivat mennä lapsen hyvinvoinnin ja edun edelle. Oman tutkimuksen tulokset tukevat näitä näkemyksiä, eivätkä viranomaiskäytännöt näytä muuttuneen Kajavan tutkimuksen jälkeen. Lastensuojelulain (1983/683) määrittämä lapsen oikeus turvalliseen ja virikkeitä antavaan kasvuympäristöön, tasapainoiseen ja monipuoliseen kehitykseen sekä etusija erityiseen suojeluun ei näytä toteutuvan.

## 5.2 Tutkimuksen arviointia

### Tutkimuksen heikkoudet

Sikiöaikana päihteille altistuneet lapset ovat vaikea tutkimuskohde. Aihe on arkaluontoinen, ja tutkimuslupia on vaikea saada. Ongelmana on myös lasten tunnistaminen ja löytäminen. Läheskään kaikkia lapsia ei ole diagnosoitu, ja sen hyödystäkin ollaan eri mieltä. Joidenkin mielestä diagnoosi vain leimaa lasta ja perhettä. Osa lapsista on jo saattanut saada diagnoosin, mutta se on myöhemmin poistettu papereista. Toiset ovat sitä mieltä, että diagnoosi on välttämätön lasten vaikeuksien ymmärtämiseksi ja kuntoutuksen saamiseksi.

Kaikkia sikiöaikana päihteille altistuneita lapsia ei ole tunnistettu ja diagnosoitu, eikä heistä pidetä rekisteriä. Siten heidän tarkkaa lukumääräänsä ei tiedetä. Myös edustavaa otosta tutkimusta varten on mahdotonta saada. Lapsia voidaan päästä tutkimaan keskussairaaloitten kautta, jos he ovat olleet siellä hoidettavina tai sosiaalivirastojen kautta, jos he ovat siellä asiakkaina. Tässä

tutkimuksessa valittiin jälkimmäinen vaihtoehto. Helsingin sosiaalivirasto myönsi tutkimusluvan, ja tietoja saatiin kerätä viraston sosiaalityöntekijöiltä ja lasten kasvattajilta siten, että lasten ja perheiden henkilöllisyys ei tullut kyselylomakeaineiston keruuvaiheessa tutkijan tietoon. On todennäköistä, että suurin osa päihteille altistuneista lapsista päätyy sosiaaliviraston asiakkaiksi, mutta näin ei välttämättä käy. Näitä paremmissa elinoloissa eläviä lapsia tutkimus ei kyennyt tavoittamaan.

Tutkimuksessa pyrittiin saamaan tiedot kaikista Helsingin sosiaaliviraston asiakkaina tutkimushetkellä olleista sikiöaikana päihteille altistuneista vuonna 1986 ja sen jälkeen syntyneistä lapsista. Vastausprosentti oli korkea (71 %), mutta kaikki sosiaalityöntekijät eivät kuitenkaan vastanneet. Vastausprosentit vaihtelivat suuresti toimistoittain. Sosiaalityöntekijät vaihtuvat usein, joten juuri aloittaneilla ei aina ollut tietoa lasten historiasta. Osa sosiaalityöntekijöistä ei halunnut lähettää tietoja lapsista, koska he pelkäsivät asiakassuhteen vaarantuvan. Siten tutkimus ei tavoittanut kaikkia tutkimukseen kuuluneita lapsia. On myös todennäköistä, että kaikkia, erityisesti lievemmin päihneiden vaurioittamia lapsia, ei ole tunnistettu. Sosiaalityöntekijät lähettivät tiedot vain lapsista, joiden päihdealtistuksesta he olivat täysin varmoja. Siten päihteille altistuneita lapsia on sosiaaliviraston asiakkaina varmasti enemmän kuin heitä on tässä tutkimuksessa.

Yksi tutkimuksen ongelmista oli myös se, että pääosin lasten kehitystä koskevat tiedot saatiin vain lasten kasvattajilta. Ennalta oli odotettavissa, että biologiset vanhemmat eivät juuri vastaile kysymyslomakkeisiin, ja niin kävikin. Siten biologisessa kodissa asuvista lapsista on käytössä vain sosiaalityöntekijän antamat tiedot kahta lasta lukuun ottamatta. Sen sijaan sijaisvanhempien vastausprosentti oli korkea (70 %), ja omahoitajienkin vastausprosentti oli 60 %. Tutkimusaineisto on vinoutunut siten, että lievästi vammautuneet ja biologisessa kodissa asuvat lapset ovat aliedustettuina. En voinut myöskään saada tarkkaa tietoa siitä, kuinka pitkään ja kuinka suuria määriä alkoholia äidit olivat käyttäneet raskausaikana tai sitä, mitä huumeita ja kuinka paljon on käytetty. Tämä on ongelmana kaikissa muissakin sikiöaikana päihteille altistuneita lapsia koskevissa tutkimuksissa.

Lääkäriin toteamia sairauksia ja vammoja tai neuropsykologin, psykologin tai lääkärin tutkimuksissa havaittuja kehitysongelmia en päässyt suoraan keräämään lapsia koskevista asiakirjoista. Tiedot perustuivat sosiaalityöntekijöiden ja lasten kasvattajien (sijaisvanhemmat, omahoitajat, biologiset vanhemmat) antamiin tietoihin. Pidän kuitenkin annettujen tietojen luotettavuutta hyvänä, sillä sosiaalityöntekijöiltä ja kasvattajilta saamani tietojen yhtäpitävyys oli korkea (ks. Koponen 2005a, 25).

Kiintymyssuhdetta en pystynyt tutkimuksessa arvioimaan luotettavasti. Sijaisvanhempien kertomusten perusteella voi kuitenkin saada jonkinlaisen kuvan heidän ja sijaislasten välisestä suhteesta. Kiintymysteorian pohjalta pystyin erittelemään lasten kehitykseen vaikuttavia seikkoja ja tarkastelemaan niiden yhteyttä lasten kehitykseen. Kiintymyssuhdeteoreettinen tutkimus nojaa



vahvasti tutkimusmetodeihin, joita on kehitetty kiintymyssuhteen turvallisuuden arvioimiseksi. Käytettävissä olisi ollut aivan pienille lapsille tarkoitetut menetelmät (Ainsworth ym., 1978: Strange Situation, Crittenden, 2003: Care-Index, Infants and toddlers) ja toisaalta aikuisille kehitetty menetelmä (Main & Goldwyn 1984/1988: Adult Attachment Interview). Empiirisen tutkimuksen alkaessa vain muutama tähän tutkimukseen kuulunut lapsi oli sen ikäinen, että nämä tutkimusmenetelmät olisivat sopineet heille. Lisäksi olisi tarvittu koulutettu arvioija tekemään arvioinnit sekä lisää aikaa ja resursseja tutkimukseen.

Tutkimuksen tuloksia tarkasteltaessa on otettava huomioon se, että sijaisvanhemmat saattoivat kaunistella asioita siinä pelossa, että heidät leimataan huonoiksi kasvattajiksi. En usko tämän ongelman kuitenkaan olleen kovin suuri, koska sijaisvanhemmilta ja sosiaalityöntekijöiltä saamieni perustietojen yhtäpitävyys oli korkea. Sijaisvanhemmat myös toivat runsaasti esiin lapsilla esiintyneitä ongelmia ja pyrkimyksiään auttaa lapsia. Kyselylomakkeen lopussa kysyin kaikilta halukkuutta mahdolliseen lisähaastatteluun, ja lähes kaikki olivat valmiita siihen. On kuitenkin mahdollista, että kyselyyn vastanneet olivat kaikkein sitoutuneimpia sijaisvanhempia. Ehkä ne perheet, joissa oli eniten ongelmia, jättivät kokonaan osallistumatta tutkimukseen.

Crittenden (2000) on osoittanut, että vanhempien verbaalisesti (semanttisen muistijärjestelmän tasolla) antama kuvaus lastenhoitokäytännöistään saattoi olla täysin ristiriidassa sen kanssa, miten heidän havaittiin toimivan vuorovaikutuksessa lapsensa kanssa (proseduraalisen muistijärjestelmän tasolla). Tämä varaus on pidettävä mielessä tutkimuksen tuloksia arvioitaessa.

Aineiston pienuus vaikeutti monimuuttuja-analyysejä tulosten analyysissä. Alkuperäisessä tutkimussuunnitelmassa oli tarkoitus kerätä tietoja myös Vantaalta ja Espoosta, mutta tutkimusresurssit eivät mahdollistaneet tutkimuksen laajentamista. Resurssien niukkuus vaikutti myös siihen, etten voinut kerätä lapsia koskevia tietoja päiväkodista tai koulusta, mikä olisi lisännyt tulosten luotettavuutta.

## **Tutkimuksen ansiot**

Tutkimuksen ansioksi voi lukea sen, että näin laajaa kartoitusta sikiöaikana alkoholille tai huumeille altistuneiden lasten kasvuympäristöstä ja sen vaikutuksesta lasten kehitykseen ei ole aiemmin Suomessa tehty. Näitä lapsia on yleensäkin tutkittu vähän Suomessa. Huumeille altistuneista lapsista löysin vain yhden tutkimuksen. Myös kansainvälisiä, kattavia tutkimuksia kasvuympäristön vaikutuksesta sikiöaikana alkoholille tai huumeille altistuneista lapsista on vähän. Laadulliset tutkimukset puuttuvat lähes täysin. Tutkimus antaa myös aiemmin julkaisematonta tietoa lasten kehityksestä perhe- ja laitoshoidossa sekä sijaisvanhempien tilanteesta. Kirjallisuuskatsaus antaa kattavan kuvan aiheesta koskevasta kirjallisuudesta ja tuo esiin sen, mitä uutta kiintymyssuhdeteoreettinen näkökulma voi tuoda tutkimukseen.

Tutkimuksen luotettavuutta lisäsi kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen aineiston yhdistäminen, mahdollisuus vastata nimettömänä, useiden tietolähteiden käyttö ja kyselylomakkeilla saatujen tietojen tarkentaminen haastatteluilla. Niistä sain myös seurantatiedot osasta lapsista. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa vastaajien määrä oli suuri moniin muihin tutkimuksiin verrattuna. Lasten kehitystä kartoitettiin useilla mittareilla.

### 5.3 Johtopäätökset

1. Ratkaisevinta alkoholille altistuneiden lasten kehityksen kannalta oli se, miten paljon toimintakykyä haittaavia sairauksia ja vammoja sikiöaikainen alkoholi-altistus oli aiheuttanut, miten varhain lapset oli sijoitettu pois biologisesta perheestään ja miten paljon vaikeita elämäkokemuksia heillä oli. Vähiten oireilevat lapset löytyivät niiden lasten joukosta, jotka oli sijoitettu suoraan synnytyslaitokselta.
2. Sijoitusiän yhteys lasten sosioemotionaaliseen kehitykseen oli voimakkaampi kuin diagnoosin, diagnoosin antoiän tai altistustyyppin yhteys.
3. FAS-lasten sosioemotionaalinen kehitys erosi myönteiseen suuntaan FAE-lasten ja diagnosoimattomien lasten kehityksestä, mutta ero oli hyvin pieni.
4. Eläminen turvattomissa olosuhteissa oli yhteydessä tarkkaavuusongelmiin, ei pelkästään tunne-elämän ja sosiaalisen kanssakäymisen ongelmiin.
5. Sijoituskertojen lukumäärä oli yhteydessä vain sisäänpäin suuntautuneeseen ongelmakäyttämiseen.
6. Lähes kaikki alkoholille altistuneet lapset oireilivat voimakkaasti perhehoitoon tullessaan. Perhehoito edisti lasten kehitystä, mutta ei poistanut ongelmia. Terapiaa ja tukea kasvatukseen oli saatu liian vähän. Hoitosuositus ja selkeä hoitolinja auttaisivat kuntoutuksen saamisessa.
7. Biologisten vanhempien tapaaminen sijoituksen jälkeen saattoi lisätä lasten oireilua.

8. Alkoholille altistuneet lapset olivat vakavammin vaurioituneita kuin huumeille altistuneet lapset. Kielen ja puheen ongelmat sekä tarkkaavuuden-, keskittymiskyvyn, tunne-elämän ja sosiaalisen kanssakäymisen ongelmat olivat tyypillisiä sekä alkoholille että huumeille altistuneille lapsille.
9. Ongelmista huolimatta lapsissa oli paljon kehityspotentiaalia, lahjakkuutta ja erityistaitoja.
10. Pitkäaikaisen huostaanoton kynnyks on Suomessa korkea.
11. Lastensuojelulaissa määritetyt lasten oikeudet eivät toteudu käytännössä.

## Lähteet

- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist /4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry. Lomakkeen suomenkielinen versio Almqvist, F. (1996), Lastenpsykiatrian klinikka, Helsingin yliopisto.
- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Alen, R. (2005). Esitelmä Ota syliin –projektin koulutuspäivällä Viitasaarella 8.4.2004.
- American Academy of Pediatrics (1998). Neonatal drug withdrawal. *Pediatrics*, 101 (6), 1079-1088.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Aronson, M. (1984). *Children of alcoholic mothers*. Göteborg: University of Göteborg. Departments of Pediatrics and Psychology.
- Aronson, M. & Hagberg, B. (1998). Neuropsychological disorders in children exposed to alcohol during pregnancy: A follow-up study of 24 children to alcoholic mothers in Göteborg, Sweden. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22 (2), 321-324.
- Aronson, M., Hagberg, B. & Gillberg, C. (1997). Attention deficits and autistic spectrum problems in children exposed to alcohol during gestation: A follow-up study. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 39, 583-587.
- Aronson, M., Kyllerman, M., Sabel, K.-G., Sandin, B. & Olegård, R. (1985). Children of alcoholic mothers. Developmental, perceptual and behavioural characteristics as compared to matched controls. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 74, 27-35.
- Aronson, M. & Olegård, R. (1987). Children of Alcoholic Mothers. *Drug and Alcohol Abuse in Children and Adolescence Paediatrician*, 14, 57-61.
- Autti-Rämö, I. (1993). *The outcome of children exposed to alcohol in utero: A prospective follow-up study during the first three years*. Akateeminen väitöskirja, The Medical Faculty of the University of Helsinki.
- Autti-Rämö, I. (1997). Sikiöaikaisen alkoholi-altistuksen myöhemmät neuropsykologiset vaikutukset. Teoksessa T. Ahonen, T. Korhonen, T. Riita, M. Korkman & H. Lyytinen (Toim.), *Aivot ja oppiminen: Kliinistä lastenneuropsykologiaa* (s. 119-131). Jyväskylä: Atena.
- Autti-Rämö, I. (2000). Twelve-year follow-up of children exposed to alcohol in utero. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 42, 406-411.
- Bada, H. S., Bauer, C. R., Shankaran, S., Lester, B., Wright, L. L., Das, A. ym. (2002). Central and autonomic system signs with in utero drug exposure. *Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition*, 87, 106-112.
- Bauer, C. R. (1999). Perinatal effects of prenatal drug exposure. *Clinics in Perinatology*, 26 (1), 87- 106.

- Benoit, T. C., Jocelyn, L. J., Moddermann, D. M. & Embree, J. E. (1996). Romanian adoption: The Manitoba experience. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 150, 1278-1282.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. I. Attachment*. London: Penguin Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and Anger*. London: Penguin Books.
- Bradley, S. J. (2000). *Affect regulation and the development of psychopathology*. New York: The Guilford Press.
- Bunikowski, R., Grimmer, I., Heiser, A., Metze, B., Schäfer, A. & Obladen, M. (1998). Neurodevelopmental outcome after prenatal exposure to opiates. *European Journal of Pediatrics*, 157 (9), 724-730.
- Burns, K. A., Chethik, L., Burns, W. J. & Clark, R. (1997). The early relationship of drug abusing mothers and their infants: An assessment at eight to twelve months of age. *Journal of Clinical Psychology*, 53 (3), 279-287.
- Chaffin, M., Kelleher, K. & Hollenberg, J. (1996). Onset of physical abuse and neglect: Psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse & Neglect*, 20 (3), 191-203.
- Chasnoff, I. J., Burns, K. A., Burns, W. J. & Schnoll, S. H. (1986). Prenatal drug exposure: Effects on neonatal and infant growth and development. *Neurobehavioral Toxicology and Teratology*, 8, 357-362.
- Cleve, E. (2003). *Kaaoksesta kohti eheyttä: ADHD-lapsen tarina*. Helsinki: WSOY.
- Colin, V. (1996). *Human attachment*. Philadelphia: Temple University Press.
- Crittenden, P. M. (1992). Quality of attachment in the preschool years. *Development and Psychopathology*, 4, 209-241.
- Crittenden, P. M. (1994). Peering into the black box: An exploratory treatise on the development of self in young children. Teoksessa D. Cicchetti & S. L. Toth (Toim.), *Disorders and dysfunctions of the self* (s. 79-148). Rochester: University of Rochester Press.
- Crittenden, P. M. (1995). Attachment and risk for psychopathology: The early years. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 16 (3), 12-16.
- Crittenden, P.M., Lang, C., Claussen, A. H. & Partridge, M. F. (2000). Relations among mothers' dispositional representations of parenting. Teoksessa P. M. Crittenden & A. H. Claussen (Toim.), *The organization of attachment relationships: Maturation, culture, and context* (s. 190-213). Cambridge: Cambridge University Press.
- Crittenden, P. M. (2003). *Care-Index. Infants and toddlers*. Coding manual (julkaisematon käsikirjoitus). Family Relations Institute, Miami.
- D'Apolito, K. (1998). Substance Abuse: Infant and childhood outcomes. *Journal of Pediatric Nursing*, 13 (5), 307-316.
- Day, N. L., Richardson, G. A., Geva, D. & Robles, N. (1994b). Alcohol, marijuana, and tobacco: Effects of prenatal exposure on offspring growth and morphology at age six. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 18, 786-794.
- Day, N. L., Richardson, G. A., Goldschmidt, L., Robles, N., Taylor, P. M., Stoffer, D. S., Cornelius, M. D & Geva, D. (1994a). Effect of prenatal marijuana exposure on the cognitive development of offspring at age three. *Neurotoxicology and Teratology*, 16 (2): 169-175.

- Dozier, M., Stovall, K. C. & Albus, K. E. (1999). A transactional intervention for foster infants' caregivers. Teoksessa D. Cicchetti ja S. L. Toth (Toim.), *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology, 9. Developmental Approaches to Prevention and Intervention* (s. 195-220). Rochester: University of Rochester Press.
- Eriksson, M., Jonsson, B., Steneroth, G. & Zetterström, R. (2000). Amphetamine abuse during pregnancy: Environmental factors and outcome after 14-15 years. *Scandinavian Journal of Public Health, 28*, 154-157.
- Eriksson, M., Larsson, G. & Zetterström, R. (1981). Amphetamine addiction and pregnancy. II. Pregnancy, delivery and the neonatal period: Socio-medical aspects. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 60*, 253-259.
- Ernhart, C. B., Sokol, R. J., Martier, S., Moron, P., Nadler, D., Ager, J. W. & Wolf, A. (1987). Alcohol teratogenicity in the human: A detailed assessment of specificity, critical period, and threshold. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 156* (1), 33-39.
- Eskola, J. & Suoranta, J. (1998). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.
- Flanagan, C. (1999). *Early socialization: Sociability and attachment*. London: Routledge.
- Fried, P. A., O'Connell, C. M. & Watkinson, B. (1992). 60- and 72-month follow-up of children prenatally exposed to marijuana, cigarettes, and alcohol: cognitive and language assessment. *Developmental and Behavioral Pediatrics, 13* (6), 383-391.
- Fried, P. A., Watkinson, B., Dillon, R. F. (1987). Neonatal neurological status in a low-risk population after prenatal exposure to cigarettes, marijuana, and alcohol. *Developmental and Behavioral Pediatrics, 8* (6), 318-326.
- Fried, P. A., Watkinson, B. & Gray, R. (1998). Differential effects on cognitive functioning in 9- to 12-year olds prenatally exposed to cigarettes and marijuana. *Neurotoxicology and Teratology, 20* (3), 293-306.
- Furara, S. A., Carrick, P., Armstrong, D., Pairedeau, P., Pullan, A. M. & Lindow, S. W. (1999). The outcome of pregnancy associated with amphetamine use. *Journal of Obstetrics and Gynaecology, 19* (4), 377-380.
- Gerhardt, S. (2004). *Why love matters: How affection shapes a baby's brain*. Hove: Brunner-Routledge.
- Glaser, D. (2002). Lasten pahoinpitelyn ja laiminlyönnin vaikutukset aivoihin – kirjallisuuskatsaus. Teoksessa J. Sinkkonen ja M. Kalland (Toim.), *Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen* (s. 67-114). Helsinki: WSOY.
- Goldberg, S. (2000). *Attachment and development*. Oxford: Oxford University Press.
- Goldschmidt, L., Richardson, G. A., Cornelius, M. D. & Day, N. L. (2004). Prenatal marijuana and alcohol exposure and academic achievement at age 10. *Neurotoxicology and Teratology, 26*, 521-532.
- Gray, K. A., Day, N. L., Leech, S. & Richardson, G. A. (2005). Prenatal marijuana exposure: Effect on child depressive symptoms at ten years of age. *Neurotoxicology and Teratology, 27*, 439-448.
- Greenberg, M. T. (1999). Attachment and psychopathology in childhood. Teoksessa J. Cassidy & P. R. Shaver. (Toim.), *Handbook of Attachment: Theory, research, and clinical applications* (s. 469-496). New York: The Guilford Press.
- Halmesmäki, E. (1987). *Alcohol consumption in pregnancy*. Akateeminen väitöskirja, Departments I and II of Obstetrics and Gynecology, University of Helsinki.

- Halmesmäki, E. (1989). Alkoholin suurkulutus raskausaikana. *Suomen Lääkärilehti*, 5, 384-387.
- Halmesmäki, E. (1998). Raskaus ja alkoholi. Teoksessa M. Salaspuro, K. Kiianmaa & K. Seppä. (Toim.), *Päihdelääketiede* (s. 373-381). Helsinki: Duodecim.
- Halmesmäki, E. (2000). Päihteidenkäyttäjän raskaus. *Duodecim*, 116 (14), 1513-1519.
- Halmesmäki, E. & Kari, A. (1998). Huumeet ja raskaus. *Duodecim* 114, 2109-2114.
- Hans, S. L. (1999). Demographic and psychosocial characteristics of substance-abusing pregnant women. *Clinics in Perinatology*, 26 (1), 55-74.
- Hans, S. L., Bernstein, V. J. & Henson, L. G. (1999). The role of psychopathology in the parenting of drug-dependent women. *Development and Psychopathology*, 11, 957-977.
- Hertsgaard, L., Gunnar, M., Erickson, M. F. & Nachamias, M. (1995). Adrenocortical responses to the strange situation in infants with disorganized/disoriented attachment relationships. *Child Development*, 66, 1100-1106.
- Hinde, J. (1993). Early intervention for alcohol-affected children: Birth to age three. Teoksessa J. Kleinfeld & S. Wescott (Toim.), *Fantastic Antone Succeeds: Experiences in educating children with fetal alcohol syndrome* (s. 131-148). Alaska: University of Alaska.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2000). *Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Howe, D., Brandon, M., Hinings, D. & Schofield, G. (1999). *Attachment theory, child maltreatment and family support: A practice and assessment model*. Malaysia: Macmillan Press.
- Hoyme, H. E., May, P. A., Kalberg, W. O., Kodituwakku, P., Gossage, J. P., Trujillo, P. M. ym. (2005). A practical clinical approach to diagnosis of fetal alcohol spectrum disorders: Clarification of the 1996 Institute of Medicine criteria. *Pediatrics*, 115, 39-47.
- Jacobson, J. L., Jacobson, S. W., Sokol, R. J., Martier, S. S., Ager, J. W. & Kaplan-Estrin, M. G. (1993). Teratogenic effects of alcohol on infant development. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17, 174-183.
- Jones, K. L., Smith, D. W., Ulleland, C. N. & Streissguth, A. P. (1973). Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers. *Lancet*, 1, 1267-71.
- Kajava, M. (1997). *Lapsen etu huostaanotto- ja hoitoprosessissa: Tutkimus pakkohuostaanotoista*. (Acta Universitatis Ouluensis E 26). Oulu: Oulun yliopisto.
- Kalland, M. & Maliniemi-Piispanen, S. (1999). *Vauvan kiikki*. Helsinki: Edita.
- Kaltenbach, K. A. (1996). Exposure to opiates: Behavioral outcomes in preschool and school-age children. *NIDA Research Monograph*, 164, 230-241.
- Kantee, A. & Solismaa, A. (1991). *Lapsuus sijaishuollossa: Lapsuusajan separaatioiden kokeminen ja niistä selviytyminen nuoren aikuisen näkökulmasta*. Pro gradu -tutkielma, Kuopion yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Sosiaalityö- ja sosiaalityön koulutusohjelma.
- Kelley, S. J. (1992). Parenting stress and child maltreatment in drug-exposed children. *Child Abuse & Neglect*, 16, 317-328.

- Kelly, S. J., Day, N. & Streissguth, A. P. (2000). Effects of prenatal alcohol exposure on social behavior in humans and other species. *Neurotoxicology and Teratology*, 22, 143-149.
- Kivisaari, A. (2003). Suomalaisen asiantuntijan alkusanat. Teoksessa E. Cleve, *Kaakoksesta kohti eheyttä: ADHD-lapsen tarina* (s. 16-25). Helsinki: WSOY.
- Koponen, A. (2004). *Vaietut kohtalot: Sikiöaikana päihteille altistuneet lapset* (Kotu-tutkimuksia Nro 1). Helsinki: Kehitysvammaliiton tutkimusyksikkö Kotu.
- Koponen, A. (2005a). *Katkennein siivin elämään: Sikiöaikana päihteille altistuneet lapset* (Kotu-tutkimuksia Nro 2). Helsinki: Kehitysvammaliiton tutkimusyksikkö Kotu.
- Koponen, A. (2005b). *Haavoittuva lapsi: Sikiöaikana alkoholille altistuneiden lasten elämä*. (Kotu-tutkimuksia Nro 4). Helsinki: Kehitysvammaliiton tutkimusyksikkö Kotu.
- Korkman, M., Autti-Rämö, I., Koivulehto, H. & Granström, M-L. (1998). Neuropsychological effects at early school age of fetal alcohol exposure of varying duration. *Child Neuropsychology*, 4, 199-212.
- Korkman, M., Kettunen, S. & Autti-Rämö, I. (2003). Neurocognitive impairment in early adolescence following prenatal alcohol exposure of varying duration. *Child Neuropsychology*, 9 (2), 117-128.
- Kukko, H. & Halmesmäki, E. (1999). Prenatal care and counseling of female drug-abusers: Effects on drug abuse and perinatal outcome. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 78, 22-26.
- LaGasse, L. L., Messinger, D., Lester, B. M., Seifer, R., Tronick, E. Z., Bauer, C. R. ym. (2002). Prenatal drug exposure and maternal and infant feeding behaviour. *Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition*, 88, 391-399.
- Lahikainen, A. R. & Asikainen, M. (1983). *Äidin kotona hoitamien kaksivuotiaiden sosiaalinen kehitys John Bowlbyn kiintymysteorian kannalta* (Helsingin yliopiston sosiaalipsykologian laitoksen tutkimuksia Nro 1). Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Lahikainen, A. R., Kraav, I., Kirmanen, T. & Maijala, L. (1995). *Lasten turvattomuus Suomessa ja Virossa: 5-12-vuotiaiden lasten huolten ja pelkojen vertaileva tutkimus*. (Kuopion yliopiston julkaisuja, sarja E, yhteiskuntatieteet, osa 25). Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Lastensuojelulaki 5.8.1983/683.
- Lemoine P., Harousseau, H., Borteyru, J-P. & Menuet, J-C. (1968). Les enfants de parents alcooliques: Anomalies observees: A propos de 127 cas. *Uest Medical*, 21, 476-484.
- Lester, B. M., LaGasse, L., Seifer, R., Tronick, E. Z., Bauer, C. R., Shankaran, S., Bada, H. S., Wright, L. L., Smeriglio, V. L., Liu, J., Finnegan, L. P. & Maza, P. L. (2003). The maternal lifestyle study (MLS). Effects of prenatal cocaine and/or opiate exposure on auditory brain response at one month. *Journal of Pediatrics*, 142, 279-285.
- Main, M. & Goldwyn, R. (1984/1988). *Adult attachment scoring and classification system*. Julkaisematon käsikirjoitus, University of California, Berkeley.
- Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecuredisorganized/disoriented attachment pattern. Teoksessa T. B. Brazelton & M. Yogman. (Toim.), *Affective development in infancy* (s. 95-124). Norwood, NJ: Ablex.
- Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth strange situation. Teoksessa M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings. (Toim.), *Attachment in the preschool years* (s. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.



- Mattson, S. N. & Riley, E. P. (1998). A review of the neurobehavioral deficits in children with fetal alcohol syndrome or prenatal exposure to alcohol. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22 (2), 279-294.
- Maza, P. L., Wright, L. L., Bauer, C. R., Shankaran, S., Bada, H. S., Lester, B., Krause-Steinrauf, V. ym. (1998). Maternal lifestyles study (MLS): Caretaking environment and stability of substance-exposed infants at one month corrected age. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 846, 358-361.
- Messinger, D. S., Bauer, C. R., Das, A., Seifer, R., Lester, B.M., Lagasse, L.L. et al. (2004). The maternal lifestyle study: Cognitive, motor, and behavioral outcomes of cocaine-exposed and opiate-exposed infants through three years of age. *Pediatrics*, 113 (6), 1677-1685.
- Mäkelä, J. (2003). Piirteitä aivojen varhaisesta kehityksestä. Teoksessa P. Niemelä, P. Siltala & T. Tamminen (Toim.), *Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus* (s. 107-124). Helsinki: WSOY.
- Nelson, C. A. & Bosquet, M. (2000). Neurobiology of fetal and infant development: Implications for infant mental health. Teoksessa C. H. Zeanah, Jr. (Toim.), *Handbook of Infant Mental Health* (2nd ed., s. 37-59). New York: The Guilford Press.
- Nummenmaa, T., Konttinen, R., Kuusinen, J. & Leskinen, E. (1997). *Tutkimusaineiston analyysi*. Porvoo: WSOY.
- O'Connor, M. J. (1996). The implications of attachment theory for the socioemotional development of children exposed to alcohol prenatally. Teoksessa H.-L. Spohr & H.-C. Steinhausen (Toim.), *Alcohol, pregnancy and the developing child* (s. 183-206). Cambridge: Cambridge University Press.
- O'Connor, M. J., Kogan, N. & Findlay, R. (2002). Prenatal alcohol exposure and attachment behavior in children. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26 (10), 1592-1602.
- O'Connor, M. J. & Sigman, M. & Brill, N. (1987). Disorganization of attachment in relation to maternal alcohol consumption. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 831-836.
- O'Connor, M. J., Sigman, M. & Kasari, C. (1992). Attachment behavior of infants exposed prenatally to alcohol: Mediating effects of infant affect and mother-infant interaction. *Development and Psychopathology*, 4, 243-256.
- Olson, H. C., Streissguth, A. P., Sampson, P. D., Barr, H. M., Bookstein, F. L. & Thiede, K. (1997). Association of prenatal alcohol exposure with behavioral and learning problems in early adolescence. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1187-1194.
- Pajulo, M. (2001). *Early motherhood at risk: Mothers with substance dependency* (Turun yliopiston julkaisuja, Sarja D, Osa 439). Turku: University of Turku.
- Pipp-Siegel, S., Siegel, C. H. & Dean, J. (1999). Neurological aspects of the disorganized/disoriented attachment classification system: Differentiating quality of the attachment relationship from neurological impairment. Teoksessa J. I. Vondra & D. Barnett (Toim.), *Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk* (Monographs of the Society for Research in Child Development, 64 (3, Sarja Nro 258). Maldon (Mass.): Blackwell Publishers.
- Richardson, G. A., Ryan, C., Willford, J., Day, N.L. & Goldschmidt, L. (2002). Prenatal alcohol and marijuana exposure: Effects on neuropsychological outcomes at 10 years. *Neurotoxicology and Teratology*, 24, 309-320.

- Rodning, C., Beckwith, L. & Howard, J. (1989). Characteristics of attachment organization and play organization in prenatally drug-exposed toddlers. *Development and Psychopathology*, 1, 277-289.
- Rodning, C., Beckwith, L. & Howard, J. (1991). Quality of attachment and home environments in children prenatally exposed to PCP and cocaine. *Development and Psychopathology*, 3, 351-366.
- Rosett, H. L. (1980). A clinical perspective of the Fetal alcohol syndrome. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 4, 119-122.
- Rutter, M. (1998). Developmental catch-up, and deficit, following adoption after severe global early deprivation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 465-476.
- Schore, A. N. (2003). *Affect dysregulation & disorders of the self*. New York: W.W. Norton & Company.
- Seifer, R., LaGasse, L. L., Lester, B., Bauer, C. R., Shankaran, S., Bada, H. S. ym. (2004). Attachment status in children prenatally exposed to cocaine and other substances. *Child Development*, 75, 850-868.
- Sinkkonen, J. (2001). *Lapsen puolesta*. Helsinki: WSOY.
- Spangler, G. & Grossmann, K. E. (1993). Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child Development*, 64, 1439-1450.
- Spohr, H.-L. (1996). Fetal alcohol syndrome in adolescence: Long-term perspective of children diagnosed in infancy. Teoksessa H.-L. Spohr & H.-C. Steinhausen (Toim.), *Alcohol, pregnancy and the developing child* (s. 207-226). Cambridge: Cambridge University Press.
- Spohr, H.-L. & Steinhausen, H.-C. (1984). Clinical, psychopathological and developmental aspects in children with the fetal alcohol syndrome: A four-year follow-up study. Teoksessa *Mechanisms of alcohol damage in utero* (Ciba Foundation Symposium Nro 105, s. 197-217). London: Pitman.
- Spohr, H.-L., Willms, J. & Steinhausen, H.-C. (1993). Prenatal alcohol exposure and long-term developmental consequences. *The Lancet* 341, 907-910.
- Stakes (1995). *Tautiluokitus ICD-10*. (Ohjeita ja luokituksia 1995:3). Suomalainen laitos maailman terveystieteiden (WHO) luokituksesta ICD-10. Helsinki: Stakes.
- Stakes (2001). *Päihdetilastollinen vuosikirja 2001: Alkoholi ja huumeet*. (SVT, Sosiaaliturva 2001:2)
- Steinhausen, H.C., Nestler, V. & Spohr, H-L. (1982). Development and psychopathology of children with the Fetal Alcohol Syndrome. *Developmental and Behavioral Pediatrics* 3 (2), 49-54.
- Steinhausen, H.-C. & Spohr, H.-L. (1998). Long-term outcome of children with Fetal Alcohol Syndrome: Psychopathology, behavior, and intelligence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 334-338.
- Steinhausen, H.C., Willms, J. & Spohr, H-L. (1994). Correlates of psychopathology and intelligence in children with fetal alcohol syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35 (2), 323-331.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Stratton K., Howe, C. & Battaglia, F. (Toim.). (1996). *Fetal alcohol syndrome: Diagnosis, epidemiology, prevention and treatment*. Washington, D.C.: National Academy Press.

- Streissguth, A. P. (1976). Psychologic handicaps in children with the fetal alcohol syndrome. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 273, 140-145.
- Streissguth, A. (1997). *Fetal alcohol syndrome: A guide for families and communities*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Streissguth, A. P., Aase, J. M., Clarren, S. K., Randels, S. P., LaDue, R. A. & Smith, D. F. (1991). Fetal alcohol syndrome in adolescents and adults. *JAMA*, 17 (265), 15.
- Streissguth, A. P., Barr, H. M., Kogan, J. & Bookstein, F. L. (1996). *Understanding the occurrence of secondary disabilities in clients with Fetal Alcohol Syndrome (FAS) and Fetal Alcohol Effects (FAE). Final Report*. Washington: University of Washington School of Medicine.
- Streissguth, A., Barr, H., Kogan, J. & Bookstein, F. (1997). Primary and secondary disabilities in Fetal Alcohol Syndrome. Teoksessa A. Streissguth & J. Kanter (Toim.), *The challenge of Fetal Alcohol Syndrome: Overcoming secondary disabilities* (s. 25-39). Washington: University of Washington Press.
- Streissguth, A. P., Bookstein, F. L., Sampson, P. D. & Barr, H. M. (1993). *The enduring effects of prenatal alcohol exposure on child development: Birth through seven years, a partial least squares solution*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Streissguth, A. P., Clarren, S. K. & Jones, K. L. (1985). Natural history of the fetal alcohol syndrome: A 10-year follow-up of eleven patients. *The Lancet*, 13, 85-91.
- Valkonen, K. (2001). Prep-ohjelma lukemisvalmiuksen ja toiminnanohjauksen kehittämisessä. Teoksessa S. Hintsala (Toim.), *Matkalla – on the way: Artikkeleita 4. Kehitysvammatutkimuksen konferenssista* (Valtakunnallisen tutkimus- ja kokeiluyksikön julkaisuja Nro 84, s. 9-28). Helsinki: Kehitysvammaliitto.
- Valkonen, K. (2003). *FAS-kuntoutusopas: Näkökulmia FAS- ja FAE-lasten kuntoutukseen*. Helsinki: Kehitysvammaliitto.
- Valkonen, K. (2004). *FAS- ja FAE-lasten neuropsykologinen kuntoutustutkimus*. Käsi- kirjoitus valmisteilla.
- Varilo, E., Lounavaara-Rintala, H., Varilo, L., Vuornos, P. & Wahlbeck, J.-C. (2000). Menneisyyden rakentaminen lastensuojeluperheiden nuorten hoitokeinona. *Psykologia*, 3, 212-221.
- Veltheim, M.-L. & Ylitalo, V. (1998). *Sikiöaikana alkoholille altistuneiden 5-vuotiaiden lasten neurokognitiivinen kehitys ja kasvuympäristö* (Helsingin kaupungin sosiaaliviraston julkaisuja C 2). Helsinki: Helsingin kaupunki.
- Viittala, K. (2001). ”Kyllä se tommosellaki lapsella on kovempi urakka”: Sikiöaikana alkoholille altistuneiden huostaanotettujen lasten elämäntilanne, riskiprosessit ja suojaavat prosessit (Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research Nro 180). Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Whaley, S. E., O'Connor, M. J. & Gunderson, B. (2001). Comparison of the adaptive functioning of children prenatally exposed to alcohol to a nonexposed clinical sample. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25, 1018-1024.
- Zeanah, C. H., Jr. & Boris, N. W. (2000). Disturbances and disorders of attachment in early childhood. Teoksessa C. H. Zeanah, Jr. (Toim.), *Handbook of infant mental health* (2. p., s. 353-368). New York: The Guilford Press.

## Liite I.

Liitetaulukko 1. Alkoholille altistuneiden lasten käytösongelmien summapiistemäärät CBCL-mittarilla mitattuna (keskiarvo, keskihajonta, 0=ei sovi lainkaan, 1=sopii jossain määrin tai toisinaan, 2=sopii erittäin hyvin tai usein).

4-6-vuotiaat	Pojat (n=1) keskiarvo (keskihajonta)	Tytöt (n=3)	Yht. (n=4)
Sulkeutuneisuus	3,0 (0,0)	2,3 (2,3)	2,5 (1,9)
Somaattiset vaivat	2,0 (0,0)	0,3 (0,6)	0,8 (1,0)
Ahdistuneisuus/masentuneisuus	8,0 (0,0)	4,0 (4,4)	5,0 (4,1)
Sosiaaliset ongelmat	8,0 (0,0)	3,3 (3,2)	4,5 (3,5)
Ajattelun ongelmat	1,0 (0,0)	0,7 (1,2)	0,8 (1,0)
Tarkkaavuusongelmat	11,0 (0,0)	6,3 (2,3)	7,5 (3,0)
Pahanteko	8,0 (0,0)	1,3 (1,2)	3,0 (3,5)
Aggressiivinen käyttäytyminen	35,0 (0,0)	11,7 (3,5)	17,5 (12,0)
Seksuaaliset ongelmat	0,0 (0,0)	1,3 (2,3)	1,0 (2,0)
Sisäänpäin suuntautuvat ongelmat yht.	12,0 (0,0)	6,7 (7,2)	8,0 (6,5)
Ulospäin suuntautuvat ongelmat yht.	43,0 (0,0)	13,0 (4,6)	20,5 (15,5)
Käytöshäiriöt yht.	85,0 (0,0)	37,7 (19,7)	49,5 (28,6)

7-16-vuotiaat	Pojat (n=16)	Tytöt (n=19)	Yht. (n=35)
Sulkeutuneisuus	2,8 (2,7)	1,8 (2,0)	2,3 (2,4)
Somaattiset vaivat	1,3 (1,5)	1,5 (2,1)	1,4 (1,8)
Ahdistuneisuus/masentuneisuus	4,8 (3,4)	2,9 (3,1)	3,8 (3,4)
Sosiaaliset ongelmat	4,6 (3,2)	4,3 (4,5)	4,4 (3,9)
Ajattelun ongelmat	1,7 (1,4)	1,6 (1,6)	1,6 (1,5)
Tarkkaavuusongelmat	8,7 (3,9)	6,4 (4,3)	7,4 (4,2)
Pahanteko	3,4 (3,3)	2,8 (2,9)	3,1 (3,1)
Aggressiivinen käyttäytyminen	12,4 (9,2)	10,1 (7,8)	11,1 (8,4)
Seksuaaliset ongelmat	0,6 (1,0)	0,6 (0,8)	0,6 (0,9)
Sisäänpäin suuntautuvat ongelmat yht.	8,7 (6,3)	6,1 (5,1)	7,3 (5,7)
Ulospäin suuntautuvat ongelmat yht.	15,8 (12,1)	12,9 (10,2)	14,2 (11,0)
Käytöshäiriöt yht.	43,0 (23,0)	35,8 (22,7)	39,1 (22,8)