

**PERHETERAPIAN TEOREETTISET LÄHESTYMISTAVAT
AKUUTIN PSYKOOSIN HOIDOSSA**

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO
Psykologian laitos
PL 35
40351 Jyväskylä

Hanna Leinola

Pro gradu –tutkielma

Ohjaaja: Jukka Aaltonen

Psykologian laitos

Kevät 2000

TIIVISTELMÄ

Perheterapian teoreettiset lähestymistavat akuutin psykoosin hoidossa

Hanna Leinola

Ohjaaja: Jukka Aaltonen

Psykologian pro gradu –tutkielma, helmikuu 2000

Jyväskylän yliopisto, psykologian laitos

40 sivua + liite 4 sivua

Tutkimuksessa pyrittiin selvittämään perheterapian teoreettisten viitekehysten vaikutuksia käytännön perheterapiatyössä. Nousevatko jotkut tietyt lähestymistavat erityisen merkittävään asemaan hoitokulttuurin sisällä ja minkälainen vaikutus tällaisilla hallitsevilla teorioilla on kliiniseen työhön? Millainen vaikutus potilaan ja hänen perheensä ominaisuuksilla on yksittäisessä hoitoprosesseissa omaksutun viitekehyksen valintaan? Millä tavoin eri lähestymistapoja integroidaan osaksi samaa perheterapiaprosessia? Tutkimus liittyy valtakunnalliseen Akuutin psykoosin integroidun hoidon tutkimus – ja kehittämisprojektiin (API –projekti), jonka teoreettisena viitekehyksenä toimii skitsofrenian tarpeenmukaisen hoidon malli. Tutkimusaineiston muodostivat 44 API –projektin aikana perheterapiaa saanutta potilasta, joiden perheterapiahoidosta vastanneelle työryhmälle lähetettiin tätä hoitoprosessia kartoittava kyselylomake.

Tutkimus osoitti, että eräät perheterapian teoreettiset lähestymistavat ovat julkilautustusti API -projektin hoitoyksiköissä toisia suosittumia. Tästä huolimatta käytännön perheterapiatyössä kaikkia lähestymistapoja käytettiin lähes yhtä paljon ja niitä myös yhdistettiin toisiinsa eklektiivisesti. Tutkimus tuo esiin useita ristiriitaisuuksia hoitokulttuurissa julkisanotusti merkittävien teoreettisten lähestymistapojen ja käytännössä toteutettujen perheterapeuttisten interventioiden välillä. Käytännön hoitotyön toteutus näyttää tämän tutkimuksen valossa eroavan monelta osin myös julkisista suosituksista ja perheterapian teorioista. Yksi tapa tarkastella näitä ristiriitaisuuksia on ajatus siitä, että perheterapiatyön käytäntöä ohjaisi hoitokulttuurissa vallitsevia käsityksiä ja teoreettisia linjauksia enemmän potilaan ja hänen perheensä yksilöllinen tilanne ja hoidolliset tarpeet. Tulkinta tukee tutkijan alkuperäistä hypoteesia, joka perustuu API –projektin teoreettisena viitekehyksenä toimineeseen skitsofrenian tarpeenmukaisen hoidon malliin.

AVAINSANAT: akuutti psykoosi, API –projekti, skitsofrenia, tarpeenmukainen hoito, perheterapian teoreettiset lähestymistavat, hoitokulttuuri

ABSTRACT

Theoretical approaches to family therapy in the treatment of acute psychoses

The study is part of a national research and development project in Finland, called API (Integrated Treatment for Acute Psychosis). The subjects consisted of 44 patients who received family therapy during the API project. The therapeutic teams that were responsible for their family therapy were sent questionnaires regarding these family therapy processes. The aim of the study was to investigate the kinds of effects the theoretical approaches to family therapy have on the clinical work. Do some theoretical approaches have a particularly important status within the treatment culture and what kind of effects do these dominant theories have on the practice of family therapy? Do the dominant approaches influence all treatment processes within a particular context of treatment? Do the theories of family therapy appear in the clinical setting in the way the differs from theoretical formulations and definitions? What kind of an effect does an individual patient and his family have on the selection of theoretical approaches in a treatment process? In which way are the different theoretical approaches integrated into a same treatment process?

The study shows that some theoretical approaches to family therapy are declared to be more popular than others in the treatment centres that participated in the API –project. Despite this, all the approaches were used nearly as much in the clinical work and different approaches were also combined with each other quite eclectically. The study shows many controversies between the theoretical approaches that are declared to have an important status and the actual therapeutic interventions carried out in practice. Family therapy seems to be carried out in ways that in many aspects differs also from announced recommendations and the theories of family therapy. One way to interpret these controversies is to assume that the practice of family therapy is influenced more by the individual situation and therapeutic needs of the patient and his/her family than theoretical formulations or dominating views within the context of treatment. This interpretation supports the initial hypothesis of this study. The hypothesis is based on the need-adapted treatment model of schizophrenia that has provided the theoretical basis for the API project.

KEY WORDS: acute psychoses, API project, schizophrenia, need-adapted treatment, theoretical approaches to family therapy, treatment culture

SISÄLTÖ

1. JOHDANTO	1
2. PERHETERAPIAN TEOREETTISET LÄHESTYMISTAVAT	4
3. MENETELMÄT	6
3.1. Tutkimushenkilöt.....	6
3.2. Menetelmät.....	8
3.2.1. Tutkimusaineiston kerääminen.....	8
3.2.2. Tilastolliset analyysimenetelmät.....	8
4. TULOKSET	10
4.1. Aineiston potilaiden hoitoprosesseissa käytetyt ja hoitokulttuureissa tärkeiksi nimetyt teoreettiset lähestymistavat.....	10
4.2. Hoitoprosesseissa käytettyjen teoreettisten lähestymistapojen yhteys potilaan taustamuuttujiin.....	13
4.2.1. Diagnoosiryhmä.....	14
4.2.2. Pao –ryhmä.....	15
4.2.3. Perhestatus.....	16
4.3. Hoitoprosesseissa käytettyjen teoreettisten lähestymistapojen yhteys hoitoyksiköiden yleiseen hoitokulttuuriin.....	18
4.4. Hoitoprosesseissa käytettyjen perheterapian teoreettisten lähestymistapojen keskinäiset yhteydet.....	20
5. POHDINTA	22
5.1. Hoitoprosesseissa käytetyt ja hoitokulttuureissa tärkeiksi nimetyt lähestymistavat.....	22
5.2. Käytettyjen lähestymistapojen yhteys potilaan taustamuuttujiin.....	26
5.3. Käytettyjen lähestymistapojen yhteys hoitoyksiköiden yleiseen hoitokulttuuriin.....	30
5.4. Teoreettisten lähestymistapojen keskinäiset yhteydet.....	31
5.5. Yhteenvedo.....	34
LÄHTEET	37
LIITE	41

1. JOHDANTO

Skitsofreniaryhmän psykoosit ovat vaikeita mielenterveyden häiriöitä, joiden vaikutus on varsin merkittävä paitsi yksilön ja hänen lähipiirinsä elämässä, myös kansanterveydellisesti arvioituna. Skitsofreniaan sairastuu noin 0,7–1 % 45 ikävuoden saavuttavasta väestöstä (Alanen, 1993). Sairauden kansanterveydellistä merkitystä lisää verrattain pienestä sairastuvuusprosentista huolimatta sen usein vaikea-asteinen luonne sekä suhteellisen varhainen sairastumisikä ja tästä johtuva pitkä sairastavuuskausi (Achté, Alanen & Tienari, 1989). Skitsofrenian luonnetta ja etiologiaa on pyritty hahmottamaan useasta teoreettisesta lähestymistavasta. Näistä tärkeimpiä ovat biolääketieteellinen, yksilöpsykologinen, vuorovaikutuspsykologinen, sosiaalinen ja ekologinen sekä integroiva lähestymistapa (Alanen, 1993). Aaltosen ja Rökköläisen (1988) mukaan skitsofrenian hahmottamisen ja hoitotoimenpiteiden laajaksi taustafilosofiaksi on etenkin suomalaisessa hoitojärjestelmässä nousemassa vuorovaikutuspsykologia, jolla tarkoitetaan sairastamisen tarkastelua osana laajaa ajankohtaista vuorovaikutuskenttää. Vuorovaikutuspsykologian osa-alueita ovat perhekeskeinen psykiatria ja perheterapia. Tässä tutkimuksessa pyritään kartoittamaan vuorovaikutuspsykologisen ajattelun ilmenemistä ja sen vaikutuksia käytännön perheterapiatyössä.

Suomessa on viime vuosikymmeninä toteutettu mittavia tutkimus- ja kehittämissuunnitelmia, joiden tarkoituksena on ollut kehittää skitsofrenian perhe- ja vuorovaikutuskeskeisiä hoitokäytäntöjä. Turussa järjestettiin vuodesta 1968 alkaen tutkimus- ja kehittämissuunnitelma, jonka tavoitteena oli hoidon kehittäminen tavalla, joka on psykoterapeuttisesti suuntautunut ja jota on mahdollista myös yleisemmin soveltaa psykiatrisen terveydenhuollon piirissä (Alanen, 1993). Tämän paikallisesti toteutetun projektin yhteydessä kehitettiin skitsofrenian tarpeenmukaisen hoidon malli, jonka sovellusmahdollisuuksia koko maan terveydenhuoltojärjestelmässä tutkittiin 1980-luvulla toteutetussa valtakunnallisessa skitsofreniaprojektissa (Alanen, Lehtinen, Rökköläinen & Aaltonen, 1991). Hoitomallin kehitystyö on tehty suomalaisen hoitojärjestelmän kontekstissa ja hoitomallia on pyritty soveltamaan etenkin julkisen terveydenhuollon kentällä. Alanen, Lehtinen, Rökköläinen & Aaltonen (1991) tiivistävät tarpeenmukaisen hoidon perusperiaatteet seuraavasti:

1. Terapeuttiset toimenpiteet suunnitellaan ja toteutetaan joustavasti ja yksilöllisesti siten, että ne vastaavat potilaan ja hänen läheistensä todellisia, muuttuvia tarpeita.
2. Tutkimusta ja hoitoa luonnehtii psykoterapeuttinen asenne.
3. Eri terapeuttisten hoitomuotojen tulee tukea, ei vahingoittaa toisiaan.
4. Hoidon prosessiluonne ymmärretään.

Skitsofrenian hoitokäytäntöjen kehitystyötä on pyrkinyt edelleen jatkamaan vuonna 1992 käynnistynyt akuutin psykoosin integroidun hoidon tutkimus- ja kehittämishjelma (API -projekti), johon tämäkin tutkimus liittyy. Tutkimus toteutettiin valtakunnallisena monikeskustutkimuksena kuudessa eri hoitoyksikössä. Jorvin, Kupittaaan ja Kero-putaan sairaaloissa pyrittiin välttämään neuroleptihoitoa tarjoten sen sijaan intensiivisiä psykososiaalisia hoitomuotoja. Kangasvuoren sairaala, Paloniemen sairaala sekä Turun psykiatrian klinikka noudattivat muutoin vastaavaa kliinistä käytäntöä tarjoten lisäksi neuroleptilääkitystä osana kokonaihoitoa. Lehtisen ym. (1996) mukaan API -projektin tavoitteena on ollut kehittää akuuttien skitsofreniaryhmän psykoosien hoitomallia valtakunnallisen skitsofrenia-projektin hoitomallin mukaisesti ja tutkia sen toimivuutta erilaisissa hoitoympäristöissä. Projektin aikana on pyritty erityisesti tutkimaan neuroleptihoidon tarvetta ja merkitystä silloin, kun uusien psykoosipotilaiden hoidossa voidaan toteuttaa intensiivisiä psykoterapeuttisesti orientoituneita ja perhekeskeisiä interventi-
oita. Seurantatutkimuksen avulla pyrittiin seuraamaan hoidon tuloksellisuutta ja vertaamaan erityisesti neurolepteja saaneiden ja ilman niitä hoidettujen potilaiden lyhyen ja pitkän aikavälin ennustetta. API -projektin tärkeänä teoreettisena viitekehyksenä toimii tarpeenmukaisen hoidon malli.

Perhekeskeisellä psykiatrialla tarkoitetaan Aaltosen & Räcköläisen (1988) mukaan sitä, että psykiatrisen työskentelyn eri toimenpiteiden indikaatioita, suoritusta ja vaikutusta tarkastellaan perheen ajankohtaisen vuorovaikutuskentän valossa. Perheterapia puolestaan voidaan määritellä tarkoittamaan niitä spesifisiä, perheeseen tai sen useammasta jäsenestä koostuvaan osaan kohdistettuja ammatillisia psykoterapeuttisia toimenpiteitä, joilla tietoisesti pyritään muuttamaan sellaisia ajankohtaisen inhimillisen vuorovaikutusverkoston kuvioita, jotka ylläpitävät yksilöllistä psykopatologiaa ja estävät kehityksellisesti rakentavia adaptatiivisia ratkaisuja ja valintoja. Perhekeskeisen psykiatrian ja perheterapian kehittyessä on syntynyt keskuksia ja koulukuntia, jotka korostavat vuorovaikutusmaailman ilmiöiden eri puolia ja rakentavat niistä omalla kielellään osa-

teorioita. Näihin teoreettisiin lähestymistapoihin liittyy myös erilaisia perheen tutkimukseen ja hoitoon liittyviä interventioita.

Toistaiseksi ei juuri ole olemassa tietoa siitä, mitä perhekeskeisyys psykiatriassa merkitsee perheterapian teorian kannalta ja miten eri perheterapeuttiset lähestymistavat vaikuttavat perheterapian sisältöihin. Nousevatko jotkut tietyt lähestymistavat erityisen merkittävään asemaan hoitokulttuurin sisällä ja minkälainen vaikutus tällaisilla hallitsevilla teorioilla on käytännön perheterapiatyöhön? Alkavatko hallitsevat lähestymistavat leimata kaikkia hoitoyksikön perheterapiaprosesseja, vai elävätkö perheterapian teorit käytännön työssä eri lailla kuin teoriassa ja julkilausutuissa määritelmässä? Millä tavoin eri lähestymistapoja integroidaan osaksi samaa perheterapiaprosessia? Millainen vaikutus potilaan ja hänen perheeseensä ominaisuuksilla on yksittäisessä hoitoprosesseissa omaksutun viitekehysten valintaan?

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena on tutkia ensi kertaa skitsofreniaryhmän psykoosiin sairastuneiden potilaiden perheterapiahoidon toteutumista API-projektin aikana. Tutkimusongelmat voidaan tiivistää seuraavasti:

1. Millaisia perheterapian teoriaan perustuvia interventioita on käytetty näiden potilaiden hoidossa?
2. Ovatko käytetyt perheterapeuttiset interventiot yhteydessä potilaaseen liittyviin taustamuuttujiin, kuten diagnoosiluokkaan, Paon (1989) skitsofrenialuokitukseen tai perhestatukseen?
3. Ovatko käytetyt perheterapeuttiset interventiot yhteydessä hoitoyhteisöön liittyviin taustamuuttujiin, kuten hoitoyksikön sisäiseen hoitokulttuuriin?
4. Millaisia keskinäisiä yhteyksiä eri teoreettisten lähestymistapojen välillä esiintyy, kun hoitoprosessissa käytetään useita lähestymistapoja? Esiintyvätkö jotkut lähestymistavat usein samassa hoitoprosessissa? Käytetäänkö joitain lähestymistapoja useimmiten eri hoitoprosesseissa?

Oletuksena on, että vaikka tiettyjen interventioiden valintaan vaikuttavat varmasti sekä hoitoyksikön sisäinen hoitokulttuuri että henkilökunnan saama koulutus ja työntekijöiden henkilökohtaiset hoitoideologiat, määräytyisivät valitut interventiot kuitenkin ensisijaisesti potilaan ja hänen perheensä yksilöllisen tilanteen ja hoidollisten tarpeiden perusteella. Hypoteesi perustuu tarpeenmukaisen hoidon mallin periaatteille, joita API -projektin yhteydessä on pyritty toteuttamaan.

2. PERHETERAPIAN TEORETTISET LÄHESTYMISTAVAT

Perheterapialla ja perhekeskeisyydellä on tärkeä merkitys skitsofreniaryhmän potilaiden hoidossa. Skitsofreniapotilaiden perheitä tutkittaessa on todettu häiriön syvän luonteen olevan usein yhteydessä vaikeatasoisiin perhesysteemin sisäisten vuorovaikutusten häiriöihin (Alanen, 1970). Lisäksi näihin häiriöihin liittyy lähes aina perheenjäsenten välisiä vaikeita riippuvuusongelmia, jotka ovat joko olleet olemassa jo ennen sairauden puhkeamista tai syntyneet reaktiona sairauteen (Aaltonen, 1999). Alanen ym. (1990) toteavat, että suomalaisessa tarpeenmukaisen hoidon mallissa eräänä tärkeänä tavoitteena on vaikuttaa potilaan vuorovaikutusverkostoon. Tämän vuorovaikutusverkoston kyky muutokseen on erityisen tärkeää hoidon alkuvaiheessa. Hoidon päämääränä on lisätä koko vuorovaikutussysteemin kykyä havainnoida, ymmärtää ja parantaa muutosprosessin edellytyksiä. Perheterapian ja laajemman perhekeskeisen työn merkitystä on lisännyt skitsofrenian hoidon painopisteen siirtyminen sairaaloista avohoidon puolelle (Alanen, 1999). Vaikka varsinainen perheterapia ei aina olekaan tarpeellista, omaisten kuulemisen, kunnioittamisen ja arvostamisen tulisi kuulua jokaisen potilaan hoitoon (Tuori, 1987).

Perheterapian ja perhekeskeisen psykiatrian teoreettinen kenttä on jakautunut useisiin eri suuntauksiin. Jo perheterapian pioneerit erosivat toisistaan taustan, ammatillisen identiteetin ja työskentelykontekstin suhteen, mikä osaltaan selittää useiden lähestymistapojen syntymistä (Nichols, 1984). Kaikille näille teorioille on kuitenkin yhteistä tietynlainen systeeminen näkökulma, joka pyrkii tarkastelemaan yksilön psyykkistä oiretta osana ajankohtaista vuorovaikutustapahtumaa (Aaltonen & Rökköläinen, 1988). Perheterapian teoreettiset lähestymistavat tai niiden yhteydessä esitetyt kliiniset menetelmät eivät myöskään yleensä perheterapian käytännössä esiinny puhtaina, vaan perheterapiaprosessin aikana saatetaan soveltaa useita eri tapoja hahmottaa potilaan ja perheen ongelmaa (Aaltonen, 1999). Perhekeskeisen psykiatrian teoriat eivät siis ole toisinaan poissulkevia, vaan pikemminkin rinnakkaisia yrityksiä hahmottaa vuorovaikutusta, tosin ilmiön eri puolia painottaen (Aaltonen & Rökköläinen, 1988).

Tässä tutkimuksessa pyrittiin selvittämään, kuinka nämä erilaiset teoreettiset lähestymistavat näyttäytyvät akuutin psykoosin perhekeskeisessä hoidossa. Seuraavassa tau-

lukossa on esitelty ne perheterapeutiset lähestymistavat, joihin tässä tutkimuksessa on nojaututtu. Taulukko on rakennettu Aaltosen (1999) artikkelin pohjalta.

TAULUKKO 1. Perheterapian teoreettiset lähestymistavat

TEOREETTINEN LÄHESTYMISTAPA	OLETUS ONGELMAN LUONTEESTA	KESKEINEN AIKAKEHYS	TERAPEUTIN ROOLI
Psykodynaaminen lähestymistapa	Ongelman nähdään liittyvän menneisyyden ratkaisemattomiin ongelmiin, jotka kiinnittyvät nykyisiin objektsuhteisiin ja tilanteisiin	Menneisyys	Neutraali
Psykoedukatiivinen lähestymistapa	ongelma edellyttää koulutusta ja opetusta, jotta perheenjäsenten sitä koskevan tiedon taso lisääntyisi	Nykyisyys	aktiivinen opettaja, kouluttaja ja neuvottelija
Strateginen lähestymistapa	ongelma tai oire nähdään strategiana, jolla potilas kontrolloi vuorovaikutusta silloin, kun kaikki muut keinot ovat epäonnistuneet	Nykyisyys	aktiivinen, manipulatiivinen ja ongelmakeskeinen
Strukturaalinen lähestymistapa	Ongelman nähdään liittyvän perheen huonosti jäsentyneeseen rakenteeseen	Nykyisyys	aktiivinen, perheen toimintaa tässä ja nyt muuttamaan pyrkivä
Behavioeraalis-kognitiivinen lähestymistapa	Yksilöllistä maladaptiivista toimintaa pitää yllä ympäristöstä tuleva käyttäytymisen vahvistaminen	Nykyisyys	aktiivinen opettaja, kouluttaja ja neuvottelija
Milanolais-systeeminen lähestymistapa	ongelma nähdään ratkaisuna johonkin toiseen ongelmaan	Nykyisyys	neutraali, mutta uusia hypoteeseja perheen uskonnusysteemille tarjoava
Narratiivinen lähestymistapa	ongelma nähdään ongelman kyllästäjänä kertomuksena	Menneisyyden, nykyisyyden ja tulevaisuuden yhdistelmä	aktiivinen, uusia kertomuksia etsivä
Reflektiivinen lähestymistapa	Ongelman nähdään liittyvän siihen, miten ongelmasta puhutaan vuorovaikutuskokonaisuudessa, johon sekä perhe että terapeutti kuuluvat	Nykyisyys	Tasavertainen, ei asiantuntijuutta korostava

3. MENETELMÄT

3.1. Tutkimushenkilöt

Tutkimussuunnitelman (1992) mukaan API -projektin tutkimusaineisto koostui tutkimukseen suostuneista uusista skitsofreniaryhmän potilaista, joilla ei ollut aiempia psykiatrisia hoitoja ja jotka tulivat tutkimukseen osallistuneiden tutkimuskeskusten hoidon piiriin aikavälillä 1.4.1992 – 31.12.1993. Tutkimuksen piiriin tulivat kunkin hoitoyksikön aluepsykiatrisella alueella vakituisesti asuvat uudet 15–44-vuotiaat uudet potilaat, joiden DSM-III-R-luokituksen mukainen diagnoosi oli skitsofrenia, skitsofreniforminen psykoosi, skitso-affektiivinen psykoosi, harhaluuloisuushäiriö, lyhytkestoinen psykoosi-reaktio tai epätyypillinen ja tarkemmin määrittelemätön psykoosi. Potilaita tarjottiin tai he itse tarjoutuivat hoitoyksikön psykoosihoidosta vastaavan työryhmän hoitoon. Potilaiden oli myös kyettävä antamaan ns. informed consent suostumuksestaan tutkimukseen. Alle 18-vuotiaiden potilaiden kohdalla tarvittiin lisäksi holhoojan suostumus. Potilaiden eksklusiokriteereitä olivat aikaisempi neuroleptilääkitys tai intensiivinen psykoterapia, vakava somaattinen sairaus, todettu raskaus, vakava itsemurhan vaara tai väkivallan uhka. Tutkimusmenetelmiin kuului haastatteluja, arviointiasteikoita sekä muuta tiedonkeruuta. Osa menetelmistä oli vapaaehtoisia, ja tutkimuskeskuksilla oli mahdollisuus myös omien menetelmien käyttöön projektin puitteissa. Kuudesta eri tutkimusyksiköstä tutkimukseen osallistui yhteensä 136 potilasta.

Tätä pro gradu -tutkimusta varten API -projektin 12 kuukauden ja 24 kuukauden seuranta-aineistoista poimittiin potilaat, joiden oli ilmoitettu saaneen perheterapiaa osana kokonaishoitoaan. Perheterapia oli toteutettu joko primaariperheen yhteisterapiana, sekundaariperheen yhteisterapiana tai pariterapiana. Tällaisia potilaita löytyi aineistosta 46, ja palautettujen tutkimuslomakkeiden perusteella tutkittavien lopulliseksi lukumääräksi muodostui 44. Perheterapiaa saaneita potilaita löytyi kaikista API -projektin hoitoyksiköistä. Taulukossa 2 on kuvattu tutkimuksen potilaiden sijoittuminen eri hoitoyksiköihin sekä API -projektin potilaiden lukumäärät ja perheterapiaa saaneiden potilaiden osuus kaikista projektiin kuuluvista potilaista hoitoyksiköittäin.

Taulukko 2. API -projektin ja tämän tutkimuksen potilaiden jakautuminen eri hoitoyksiköihin

Hoitoyksikkö	API -projektin potilaita	Perheterapiaa saaneita potilaita	Tähän tutkimukseen kuuluvia potilaita
Jorvin sairaala	36	5 (14 %)	4
Kangasvuoren sairaala	21	7 (33 %)	7
Keroputaan sairaala	31	19 (61 %)	18
Kupittaaan sairaala	18	6 (33 %)	6
Paloniemen sairaala	16	3 (19 %)	3
Turun yliopiston psykiatrian poliklinikka	14	6 (43 %)	6
Yhteensä	136	46	44

Potilaista 24 (54,5 %) oli miehiä ja 20 (45,5 %) naisia. Potilaiden jakautuminen eri diagnoosiryhmiin on esitetty taulukossa 3. Kahden potilaan diagnoosista ei ollut aineistossa tietoa.

TAULUKKO 3. Potilaiden jakautuminen diagnoosiryhmittäin

Diagnoosiryhmä	
Skitsofrenia	18
Hebefreeninen skitsofrenia	4
Paranoidinen skitsofrenia	7
Erileistumaton skitsofrenia	7
Muut skitsofreniaryhmän psykoosit	18
Skitsofrenistyyppinen psykoosi	4
Skitsoaffektiivinen psykoosi	4
Harhaluuloisuushäiriö	3
Epätyypillinen, tarkemmin määrittelemätön psykoosi	7
Lyhytkestoinen psykoottinen reaktio	6
yhteensä	42

3.2. Menetelmät

3.2.1. Tutkimusaineiston kerääminen

Tutkimukseen valittujen potilaiden perheterapiasta vastanneelle hoitoryhmälle lähetettiin tätä hoitoprosessia koskeva kyselylomake (liite). Tutkimuksen aineisto muodostuu hoitohenkilökunnan näihin kyselylomakkeisiin antamista vastauksista ja API -projektin alkuperäisestä tutkimusaineistosta, josta saatiin tietoa potilaiden erilaisista taustamuutujista. Lomakkeessa esitettiin kysymyksiä liittyen paitsi kyseessä olevan potilaan hoitoprosessiin, myös yksikön yleiseen hoitokulttuuriin. Yksittäistä potilasta koskevissa kysymyksissä esitettiin väittämiä, joista hoitoryhmän jäsenet saivat valita 1–3 mielestään hoitoprosessia parhaiten kuvaavaa kohtaa. Väittämät laadittiin Aaltosen (1999) artikkelin pohjalta, ja niistä jokainen liittyy johonkin perheterapian teoreettiseen lähestymistapaan. Teoreettisia lähestymistapoja ei näissä kysymyksissä mainittu nimeltä, jotta hoitokulttuurissa julkisanotusti tärkeässä asemassa olevat viitekehykset eivät ohjaisi valintaa. Myös yksikön yleistä hoitokulttuuria koskevissa kysymyksissä hoitoryhmää pyydettiin valitsemaan nimeltä mainituista teoreettisista lähestymistavoista 1–3 sellaista, jotka heidän mielestään ovat heidän hoitokulttuurissaan keskeisimpiä.

3.2.2. Tilastolliset analyysimenetelmät

Aineiston tilastollisessa analyysissä käytettiin SPSS for Windows 9.0 -ohjelmaa. Valitut lähestymistavat pisteytettiin sen mukaan, miten tärkeinä hoitoryhmä piti niitä tietyn hoitoprosessin tai hoitoyksikön hoitokulttuurin kannalta. Hoitoprosessin tai hoitokulttuurin kannalta tärkeimmäksi arvioitu lähestymistapa sai kolme pistettä, toiseksi tärkein kaksi ja kolmanneksi tärkein yhden pisteen. Tutkimuslomakkeen kysymyksistä kolme liittyi tietyn yksittäisen potilaan hoitoprosessiin, kaksi hoitoyksikön yleiseen hoitokulttuuriin. Jokaisesta lähestymistavasta muodostettiin summamuuttuja, joka koostuu yk-

sittäisen lähestymistavan saamista pisteistä lomakkeen kysymyksissä. Potilaiden hoitoprosesseihin liittyvien kysymysten sekä hoitoyksikön yleistä hoitokulttuuria koskevien kysymysten perusteella muodostettiin omat summamuuttujansa. Aineiston potilaiden hoitoprosesseihin liittyvät summamuuttujat saivat siis arvoja välillä 0–9 ja hoitokulttuuria koskevat summamuuttujat välillä 0–6. Näiden summamuuttujien avulla tarkasteltiin eri lähestymistapojen merkitystä aineiston potilaiden hoitoprosesseissa ja toisaalta hoitoyksiköiden hoitokulttuureissa. Eri lähestymistavat asetettiin tärkeysjärjestykseen niiden saamien pistemäärien keskiarvojen ja keskihajontojen perusteella.

Varsinaisia tilastollisia analyysejä varten aineisto luokiteltiin, koska alkuperäiset lähestymistavoista muodostetut summamuuttujat eivät noudattaneet parametrusten testiin vaatimia jakaumaoletuksia. Aineiston pieni koko mahdollisti ainoastaan kaksiluokaisen luokituksen. Potilaan diagnoosiryhmän ja hoitoprosessissa käytettyjen teoreettisten lähestymistapojen välistä yhteyttä tutkittiin Spearmanin korrelaatiokertoimen sekä pienille frekvenssiaineistoille soveltuvan Fisherin tarkan nelikenttätestin avulla. Potilaan Pao-luokan ja perhestatuksen yhteyttä hoitoprosessissa käytettyihin lähestymistapoihin tutkittiin näiden menetelmien lisäksi Logit-mallilla. Hoitoyksikön yleisen hoitokulttuurin ja yksittäisissä hoitoprosesseissa käytettyjen lähestymistapojen välistä yhteyttä tutkittiin Spearmanin korrelaatiokertoimen sekä arvioitsijoiden yksimielisyyttä mittaavan Kappa-kertoimen avulla. Eri lähestymistapojen keskinäisiä yhteyksiä tutkittiin Spearmanin korrelaatiokertoimen ja Fisherin tarkan nelikenttätestin avulla. Fisherin nelikenttätestien ja Logit-mallien tuloksia tulkittiin tässä tutkimuksessa kaksisuuntaisen p-arvon mukaan, koska tutkijalla ei ollut valmiita hypoteeseja siitä, minkä suuntaisia muuttujien väliset yhteydet tulisivat olemaan.

4. TULOKSET

4.1. Aineiston potilaiden hoitoprosesseissa käytetyt ja hoitokulttuureissa tärkeiksi nimetyt teoreettiset lähestymistavat

Tutkimuksen potilaiden hoitoprosesseihin liittyvissä kysymyksissä eri lähestymistapoja ei siis ollut mainittu nimeltä, jotta hoitokulttuurissa mahdollisesti tärkeässä asemassa olevat viitekehykset eivät ohjaisi valintaa. Työryhmien vastausten perusteella eri teoreettisia lähestymistapoja käytettiin varsin tasaisesti näiden potilaiden hoitoprosesseissa (taulukko 4). Eniten käytettiin strukturaalista ja milanolais-systeemistä lähestymistapaa. Vähiten käytettiin behavioraalis-kognitiivista ja psykoedukatiivista lähestymistapaa.

TAULUKKO 4. Aineiston potilaiden hoitoprosesseissa käytetyt teoreettiset lähestymistavat

Lähestymistapa	Keskiarvo	Keskihajonta
1. strukturaalinen	3,80	2,50
2. milanolais-systeeminen	3,60	2,53
3. narratiivinen	2,84	2,10
4. reflektiivinen	2,82	2,17
5. strateginen	2,63	1,60
6. psykodynaaminen	2,39	1,81
7. behavioraalis-kognitiivinen	2,34	1,46
8. psykoedukatiivinen	2,14	1,82

Pyydettyäessä työryhmää arvioimaan perheterapian eri lähestymistapojen merkitystä oman hoitoyksikkönsä yleisen hoitokulttuurin kannalta alkoi suuntausten välille muodostua suurempia eroja (taulukko 5). Merkittävimmiksi nousivat reflektiivinen ja psykodynaaminen lähestymistapa. Tämän aineiston potilaiden hoitoprosesseissa eniten

käytetty strukturaalinen lähestymistapa mainittiin hoitokulttuurien kannalta vasta seitsemänneksi tärkeimpänä, eli toiseksi viimeisenä. Behavioraalis-kognitiivista lähestymistapaa pidettiin hoitokulttuurien kannalta vähiten merkittävänä lähestymistapana. Ero suosituimpien ja vähiten suosittujen lähestymistapojen välillä oli näiden arvioiden kohdalla varsin suuri.

TAULUKKO 5. Hoitoyksiköiden hoitokulttuureissa käytetyt teoreettiset lähestymistavat

Lähestymistapa	Keskiarvo	Keskihajonta
1. reflektiivinen	3,91	2,32
2. psykodynaaminen	2,41	2,38
3. psykoedukatiivinen	1,26	1,86
4. narratiivinen	0,89	1,67
5. strateginen	0,50	1,11
6. milanolais-systeeminen	0,36	0,87
7. strukturaalinen	0,25	0,75
8. behavioraalis-kognitiivinen	0,05	0,21

Tutkimuksen hoitokulttuuri-muuttujat muodostuivat API -projektin kaikkien kuuden eri hoitoyksikön yhteenkootuista vastauksista. Nämä muuttujat eivät siis kykene kuvaamaan yksittäisten hoitoyksiköiden hoitokulttuurisia erityispiirteitä. Hoitokulttuurien kannalta merkittäviä lähestymistapoja tarkasteltaessa olisi luonnollisesti ollut mielenkiintoista tutkia, miten eri hoitoyksiköt tässä suhteessa eroavat toisistaan. Yksittäisten hoitoyksiköiden vertailu ei kuitenkaan aineiston pienen koon vuoksi ollut mahdollista. Seuraavissa taulukoissa on tarkasteltu eri lähestymistapojen suosiota hoitoyksiköissä, joissa API -projektin aikana tarjottiin neuroleptilääkitystä osana kokonaihoitoa (taulukko 6) sekä hoitoyksiköissä, joissa pyrittiin neuroleptittömään hoitoon (taulukko 7).

TAULUKKO 6. Hoitoyksiköiden hoitokulttuureissa käytetyt teoreettiset lähestymistavat neuroleptihoitoa käyttäneissä hoitoyksiköissä (n=16)

Lähestymistapa	Keskiarvo	Keskihajonta
1. psykodynaaminen	3,38	2,03
2. psykoedukatiivinen	2,31	2,33
3. reflektiivinen	2,25	2,35
4. narratiivinen	1,75	2,38
5. strateginen	1,00	1,67
6. milanolais-systeeminen	0,63	0,96
7. strukturaalinen	0,50	0,97
8. behavioraalis-kognitiivinen	0,13	0,34

TAULUKKO 7. Hoitoyksiköiden hoitokulttuureissa käytetyt teoreettiset lähestymistavat psykososiaalisia hoitomuotoja painottaneissa hoitoyksiköissä (n=28)

Lähestymistapa	Keskiarvo	Keskihajonta
1. reflektiivinen	4,86	1,72
2. psykodynaaminen	1,86	2,41
3. psykoedukatiivinen	0,64	1,19
4. narratiivinen	0,39	0,79
5. strateginen	0,21	0,41
6. milanolais-systeeminen	0,21	0,78
7. strukturaalinen	0,11	0,57
8. behavioraalis-kognitiivinen	0,00	0,00

Psykososiaalisia hoitomuotoja painottavissa hoitoyksiköissä henkilökunta arvioi reflektiivisen lähestymistavan hoitokulttuurinsa kannalta ehdottomasti merkittävimmäksi lähestymistavaksi. Toiseksi merkittävimällä sijalla oli näissä hoitoyksiköissä psykodynaaminen lähestymistapa, muut suuntaukset saivat varsin marginaalisia mainintoja. Neuroleptihoitoa toteuttaneissa yksiköissä tärkeimmäksi teoreettiseksi suuntaukseksi arvioitiin psykodynaaminen lähestymistapa. Toiseksi tärkeimmäksi suuntaukseksi nousi näissä yksiköissä psykoedukatiivinen lähestymistapa (ka. 2,31), jonka rooli psykososi-

aalista hoitoa painottavissa yksiköissä ei ollut yhtä merkittävä (ka. 0,64). Psykososiaalista hoitoa painottavissa hoitoyksiköissä hallinnut reflektiivinen lähestymistapa taas oli neuroleptihoitoa tarjonneiden yksiköiden hoitokulttuurissa vasta kolmannella sijalla.

Tulokset merkitsevät sitä, että aineiston potilaiden hoidossa on käytetty eri teoreettisia lähestymistapoja laaja-alaisemmin kuin hoitokulttuurissa merkittäviksi arvioitujen lähestymistapojen tarkastelu antaisi olettaa. Mikään yksittäinen lähestymistapa ei aineiston potilaiden hoidossa noussut selvästi johtavaan asemaan. Esille ei noussut myöskään viitteitä siitä, että joillakin lähestymistavoilla olisi ollut näiden potilaiden hoidossa erityisen vähäinen tai marginaalinen asema. Sen sijaan arvioidessaan eri lähestymistapojen merkitystä oman hoitoyksikkönsä hoitokulttuurissa työryhmän jäsenet nostivat reflektiivisen ja psykodynaamisen suuntauksen esiin selvästi muita suosituimpina. Eri teoreettisten lähestymistapojen suosiossa havaittiin kuitenkin eroja verrattaessa toisiinsa hoitoyksiköitä, joissa API -projektin aikana tarjottiin neuroleptilääkitystä osana kokonaihoitoa ja hoitoyksiköitä, joissa pyrittiin neuroleptittömään hoitoon.

4.2. Hoitoprosesseissa käytettyjen teoreettisten lähestymistapojen yhteys potilaan taustamuuttujiin

Tarkoituksena oli tutkia, onko perheterapiaprosessissa käytetyillä teoreettisilla lähestymistavoilla yhteyttä potilaan taustamuuttujiin. API -projektin aineistosta valittiin tarkasteltaviksi taustamuuttujiksi potilaan diagnoosiryhmä, Pao-luokka ja perhestatus. *Diagnoosiryhmä-muuttuja* jakaa potilaat kolmeen ryhmään, joita ovat lyhtykestoinen psykoosi, skitsofrenoforminen psykoosi ja skitsofrenia. *Perhestatus-muuttuja* kuvaa sitä, toteutettiinko perheterapiahoitoa potilaan primaariperheen vai sekundaariperheen parissa. Primaariperheellä tarkoitetaan potilaan lapsuuden perhettä, sekundaariperheellä taas potilaan itsensä perustamaa perhettä.

Pao-luokka -muuttuja perustuu Ping Nie Paon (1989) kehitykselliseen skitsofrenialuokitukseen. Tämän luokittelun mukaan skitsofreniatyyppin psykoosit voidaan kliinisten havaintojen perusteella luokitella kolmeen vaikeudeltaan ja ennusteeltaan erilaiseen ryhmään. Luokassa I sairaus alkaa äkillisesti ja potilaalla on usein rajuja psykoottisia oireita. Potilaan perhe on usein vuorovaikutukseltaan avoin ja potilaan psykososiaa-

linen kehitys on ikää vastaava, joten sairauden ennuste on hyvä. Myös luokassa II rajut oireet alkavat verrattain äkillisesti. Potilaan psykososiaalisessa kehityksessä todetaan joitain häiriöitä ja primaariperheessä vanhempien välillä on usein ristiriitoja, joihin potilas on tavalla tai toisella vedetty mukaan. Luokassa III psykoottiset oireet puhkeavat hyvin hitaasti, lähes huomaamatta. Potilailla tavataan usein vaikeita psykososiaalisen kehityksen viivästymiä ja he ovat vaikeasti sidottuja perheen ristiriitaiseen vuorovaikutusilmapiiriin. Sairauden ennuste on huonoin tässä luokassa ja oireilla on taipumus kroonistua.

Summamuuttujien arvoista muodostettiin kaksi luokkaa:

1= *lähestymistapaa ei käytetty tai ei käytetty juuri lainkaan* (0–2 pistettä)

2= *lähestymistapaa käytettiin hoitoprosessissa* (3–9 pistettä)

4.2.1. Diagnoosiryhmä

Potilaan diagnoosiryhmän ja hoitoprosessissa käytettyjen perheterapian lähestymistapojen välistä yhteyttä tutkittiin ensin korrelaatiotarkastelujen avulla. Tilastollisesti merkittävä korrelaatio esiintyi diagnoosiryhmä-muuttujan ja behavioraalisen-kognitiivisen lähestymistavan ($p=.044$), diagnoosiryhmän ja psykoedukatiivisen lähestymistavan ($p=.030$) sekä diagnoosiryhmän ja milanolais-systeemisen lähestymistavan välillä ($p=.021$). Potilaan diagnoosiryhmällä oli siis yhteyttä siihen, miten paljon näitä lähestymistapoja käytettiin perheterapiaprosessissa.

Diagnoosiryhmä-muuttujan ja näiden kolmen lähestymistapa-muuttujan välisiä yhteyksiä voitiin tarkastella tarkemmin ristiintaulukoinnin avulla tutkimalla standardoituja jäännöksiä. Jäännöstarkastelussa ilmeni, että jokaista lähestymistapaa oli käytetty riippumattomuushypoteesiin nähden odotettua enemmän silloin, kun potilaan diagnoosi oli lyhytkestoinen psykoosi. Kun potilaalla oli skitsofrenia-diagnoosi, näitä lähestymistapoja oli käytetty riippumattomuushypoteesiin nähden odotettua vähemmän. Erot eri diagnoosiluokkien välillä näyttivät siis kulminoituvan skitsofreniaryhmän potilaiden ja lyhytkestoista psykoosia sairastavien potilaiden välille. Näitä eroja voitiin tarkastella lähemmin muuttamalla diagnoosiryhmä-muuttuja dikotomiseksi siten, että tarkasteltavaksi tulivat ainoastaan potilaat, joiden diagnoosiryhmä oli joko lyhytkestoinen psyko-

si tai skitsofrenia (n=24). Lähestymistapa-muuttujien ja dikotomisen diagnoosiryhmä – muuttujan väliset korrelaatiokerroimet on esitetty taulukossa 8.

TAULUKKO 8. Korrelaatiokerrointen arvot ja tilastolliset merkitsevyydet

Teoreettinen lähestymistapa	Dikotominen diagnoosiryhmä	
Psykoedukatiivinen lähestymistapa	-.531	.008 **
Behavioeraalis-kognitiivinen lähestymistapa	-.488	.016 *
Milanolais-systeeminen lähestymistapa	-.447	.028 *

Muuttujien välistä yhteyttä voitiin nyt tarkastella myös Fisherin pienille aineistoille tarkoitettun tarkan nelikenttätestin avulla. Testin tulos oli tilastollisesti merkittävä psykoedukatiivisen lähestymistavan ja diagnoosiryhmän ($p=.016$ *) sekä behavioeraalis-kognitiivisen lähestymistavan ja diagnoosiryhmän ($p=.024$ *) kohdalla. Milanolais-systeemisen lähestymistavan ja diagnoosiryhmän kohdalla tulos ei ollut tilastollisesti merkittävä ($p=.052$ *), mutta sitä voidaan pitää suuntaa-antavana, etenkin aineiston pienen koon huomioon ottaen.

Tulokset siis merkitsevät sitä, että tässä aineistossa psykoedukatiivista, behavioeraalis-kognitiivista ja milanolais-systeemistä lähestymistapaa käytettiin eniten sellaisten potilaiden hoidossa, joiden diagnoosi oli lyhytkestoinen psykoosi. Sen sijaan kaikkia näitä lähestymistapoja käytettiin vähiten sellaisten potilaiden hoidossa, joiden diagnoosi kuului skitsofrenia-ryhmään.

4.2.2. Pao-luokka

Potilaan Pao-luokan ja hoitoprosessissa käytettyjen perheterapian teoreettisten lähestymistapojen välistä yhteyttä tutkittiin ensin korrelaatiotarkastelujen avulla. Tilastollisesti merkittävä korrelaatio esiintyi Pao-luokan ja strategisen lähestymistavan välillä

($p=.021$). Potilaan Pao-luokalla oli siis yhteyttä siihen, miten paljon tätä lähestymistapaa käytettiin perheterapiaprosessissa.

Muuttujien välisiä yhteyksiä voitiin tarkastella tarkemmin Logit-mallin avulla, jossa potilaan Pao-luokka asetettiin riippumattomaksi ja strateginen lähestymistapa riippuvaksi muuttujaksi. Mallin tuloksena saatiin tilastollisesti merkittävä z-testisuureen arvo ($-2.20 *$) parametrilla, joka vertaa toisiinsa strategisen lähestymistapa -muuttujan luokan I havaintojen jakautumista Pao-luokka -muuttujan luokissa I ja III. Logit-malli osoitti, että Pao I-luokkaan kuuluvilla potilailla strategista lähestymistapaa käytettiin paljon verrattuna Pao III-luokkaan kuuluviin potilaisiin. Koska Pao-luokkien väliset erot näyttivät kulminoituvan näiden ryhmien välille, muutettiin Pao-luokka -muuttuja dikotomisiksi siten, että tarkasteltavaksi tulivat ainoastaan luokkiin I ja III kuuluvat potilaat ($n=25$). Tällöin myös Fisherin tarkan nelikenttätestin tulos ($p= .031$) tilastollisesti merkitsevä.

Tulos merkitsee siis sitä, että tässä aineistossa strategista lähestymistapaa käytettiin eniten sellaisten potilaiden kohdalla, jotka sairautensa kehityksellisen luonteen perusteella voitiin luokitella Pao I-luokkaan. Sen sijaan strategista lähestymistapaa käytettiin vähiten Pao III-luokkaan kuuluvien potilaiden hoidossa.

4.2.2. Perhestatus

Potilaan perhestatuksen ja hoitoprosessissa käytettyjen perheterapian teoreettisten lähestymistapojen välistä yhteyttä tutkittiin ensin korrelaatiotarkastelujen avulla. Tilastollisesti merkittävä korrelaatio esiintyi perhestatuksen ja strategisen lähestymistavan ($p=.003$), perhestatuksen ja psykoedukatiivisen lähestymistavan ($p=.008$) sekä perhestatuksen ja behavioraalis-kognitiivisen lähestymistavan välillä ($p=.027$). Potilaan perhestatuksella oli siis yhteyttä siihen, miten paljon näitä lähestymistapoja käytettiin perheterapiaprosessissa.

Muuttujien välisiä yhteyksiä voitiin tarkastella tarkemmin Logit-mallin avulla, jossa potilaan perhestatus asetettiin riippumattomaksi ja teoreettinen lähestymistapa riippuvaksi muuttujaksi. Kaikilla kolmella lähestymistavalla todettiin olevan samanlainen yhteys perhestatukseen. Kaikki kolme mallia tuottivat tilastollisesti merkittävän positiiv-

visen z-testisuureen arvon parametrilla, joka vertaa toisiinsa lähestymistapa-muuttujan luokan 1 havaintojen jakautumista perhestatus-muuttujan luokissa 1 ja 2 (taulukko 9). Logit-malli osoitti, että jokaista näistä lähestymistavoista käytettiin sekundaariperheen perheterapian yhteydessä paljon verrattuna primaariperheen hoitoprosesseihin.

TAULUKKO 9. Logit-mallien tuottamat tilastollisesti merkittävät z-testisuureen arvot

Teoreettinen lähestymistapa	Perhestatus
Strateginen lähestymistapa	2.07 *
Psykoedukatiivinen lähestymistapa	2.37 *
Behavioraaliskognitiivinen lähestymistapa	2.01 *

Kaikkien kolmen lähestymistavan kohdalla myös Fisherin tarkka nelikenttätesti osoitti, että näitä lähestymistapoja käytettiin riippumattomuushypoteesiin nähden odotettua enemmän sekundaariperheen perheterapiassa (taulukko 10). Sen sijaan niitä käytettiin odotettua vähemmän primaariperheen perheterapiassa.

TAULUKKO 10. Fisherin tarkan nelikenttätestin tilastolliset merkitsevyydet

Teoreettinen lähestymistapa	Perhestatus
Psykoedukatiivinen lähestymistapa	.016 *
Strateginen lähestymistapa	.004 **
Behavioraaliskognitiivinen lähestymistapa	.040 *

Tulokset siis merkitsevät sitä, että strategista, psykoedukatiivista ja behavioraaliskognitiivista lähestymistapaa käytettiin tässä aineistossa eniten sekundaariperheen perheterapiassa. Sen sijaan niitä käytettiin vähiten primaariperheen perheterapiassa.

Logit-mallin avulla voidaan tutkia myös riippumattomien muuttujien mahdollista yhdysvaikutusta suhteessa riippuvaan muuttujaan. Pao-luokka -muuttujalla ja perhestatus-muuttujalla ei tässä tutkimuksessa kuitenkaan todettu olevan yhdysvaikutusta suhteessa siihen, miten strategista lähestymistapaa käytettiin perheterapiaprosessissa.

4.3. Hoitoprosesseissa käytettyjen teoreettisten lähestymistapojen yhteys hoitoyksiköiden yleiseen hoitokulttuuriin

Tarkoituksena oli verrata työryhmän arvioita eri lähestymistapojen merkityksestä aineiston yksittäisten potilaiden hoitoprosesseissa ja toisaalta hoitoyksikkönsä yleisessä hoitokulttuurissa. Potilaskohtaisia ja hoitokulttuurisia arvioita vertaamalla haluttiin selvittää, ovatko hoitokulttuurissa merkittävän aseman saavuttaneet teoreettiset lähestymistavat hallitsevia myös yksittäisten potilaiden hoitoprosesseissa. Potilaskohtaisia ja hoitokulttuurisia arvioita verrattiin toisiinsa korrelaatiokerroimen ja arvioitsijoiden yksimielisyyttä mittaavan Kappa-kertoimen avulla. Kappa-kertoimen laskemista varten potilaskohtaisista pisteistä on vähennetty kysymyksen 2 (*mikä oli keskeinen aikakehys tämän potilaan hoidossa?*) pisteet, jotta vertailtavien muuttujien pisteasteikot saataisiin yhdenvertaisiksi. Kysymys 2 valittiin poistettavaksi, koska kysymysten 1 ja 3 katsottiin parhaiten kuvaavan eri lähestymistapojen välisiä eroja.

Taulukossa 12 on esitetty potilaskohtaisten ja hoitokulttuuristen muuttujien välisten korrelaatio- ja Kappa-kerrointen arvot ja tilastolliset merkitsevyydet kunkin teoreettisen lähestymistavan kohdalla. Muuttujat luokiteltiin seuraavalla tavalla:

1= *lähestymistapaa ei käytetty tai ei käytetty juuri lainkaan hoitoprosessissa / ei käytetä hoitokulttuurissamme (0–1 pistettä)*

2= *lähestymistapaa käytettiin hoitoprosessissa / käytetään hoitokulttuurissamme (2–6 pistettä).*

TAULUKKO 11. Potilaskohtaisten ja hoitokulttuuristen muuttujien väliset yhteydet kunkin teoreettisen lähestymistavan kohdalla

	Korrelaatio- kertoimen arvo	Korrelaation tilastollinen merkitsevyys	Kappa- kertoimen arvo	Kappa-kertoimen tilastollinen merkitsevyys
Psykodynaaminen lähestymistapa	.076	.624	.076	.614
psykoedukatiivinen lähestymistapa	.113	.467	.093	.455
strateginen lähestymistapa	.273	.073	.201	.070
struktuurallinen lähestymistapa	-.058	.706	-.029	.698
behavioraalis-kognitiivinen lähestymistapa	ei voida las- kea		ei voida laskea	
Milanolais-systeeminen lähestymistapa	-.073	.636	-.044	.626
narratiivinen lähestymistapa	-.053	.731	-.050	.723
reflektiivinen lähestymistapa	.307	.042 *	.220	.041

Behavioraalille lähestymistavalle ei voitu laskea korrelaatio- tai Kappakerrointa, koska sen hoitokulttuuri-muuttuja sai ainoastaan arvoja 0 (n=42) ja 1 (n=2). Siten tällä muuttujalla ei ole yhtään arvoa luokassa 2. Behavioraalille lähestymistavalle voitiin kuitenkin laskea korrelaatiokerroin käyttämällä alkuperäisiä, luokittelemattomia muuttujia. Tällöin korrelaatiokertoimen arvo oli .225 ja korrelaation tilastollinen merkitsevyys .095.

Ainoastaan reflektiivisen lähestymistavan kohdalla potilaskohtaisten ja hoitokulttuuristen arvioiden välillä vallitsee tilastollisesti merkittävä korrelaatio. Tämän lähestymistavan kohdalla myös Kappa-kertoimen arvo oli tilastollisesti merkittävä. Strategisen ja behavioraalis-kognitiivisen lähestymistavan kohdalla korrelaatio- ja Kappa-kerrointen arvoja voidaan pitää suuntaa antavina. Muiden lähestymistapojen kohdalla potilaskoh-

taiset, yksittäisiin hoitoprosesseihin liittyvät arviot ja hoitoyksikön yleisestä hoitokulttuurista tehdyt arviot eivät vastanneet toisiaan. Strukturaalisen, milanolais-systeemisen ja narratiivisen lähestymistavan kohdalla korrelaatio- ja Kappa-kerrointen arvot olivat peräti negatiiviset.

Tulokset osoittavat, että hoitoryhmien tekemät potilaskohtaiset, yksittäisiin hoitoprosesseihin liittyvät arviot ja hoitoyksikön yleisestä hoitokulttuurista tehdyt arviot eivät juurikaan vastanneet toisiaan. Aineiston potilaiden hoitoprosesseissa perheterapian teoreettisia lähestymistapoja oli siis käytetty toisin kuin hoitoyksiköiden yleisen hoitokulttuurin painotukset olisivat antaneet odottaa.

4.4. Hoitoprosesseissa käytettyjen perheterapian teoreettisten lähestymistapojen keskinäiset yhteydet

Tarkoituksena oli selvittää, löytyykö aineistosta sellaisia teoreettisia lähestymistapoja, jotka usein esiintyvät rinnakkain samassa hoitoprosessissa, tai jotka usein esiintyvät eri hoitoprosesseissa. Tilastollisessa tarkastelussa käytettiin jälleen ainoastaan kysymysten 1 ja 3 perusteella laskettuja ja luokiteltuja summamuuttujia. Kysymyksen 2 mukanaolo olisi tässä yhteydessä vääristänyt lähestymistapojen välisiä korrelaatioita, koska kuu-della eri lähestymistavalla on sama keskeinen aikakehys. Teoreettisten lähestymistapojen keskinäisiä yhteyksiä tutkittiin korrelaatiotarkastelujen sekä Fisherin tarkan nelikenttätestin avulla. Tilastollisesti merkittävä korrelaatio löytyi kolmen lähestymistapaparin väliltä. Behavioraalis-kognitiivisen ja psykoedukatiivisen lähestymistavan välillä on positiivinen yhteys. Sen sijaan strategisen ja strukturaalisen sekä toisaalta strategisen ja narratiivisen lähestymistavan välillä on negatiivinen yhteys. Fisherin tarkan nelikenttätestin tulos oli tilastollisesti merkittävä ainoastaan kahden lähestymistapaparin kohdalla. Strategisen ja narratiivisen lähestymistavan välistä yhteyttä ($p=.057$) voidaan pitää ainoastaan suuntaa-antavana.

TAULUKKO 12. Teoreettisten lähestymistapojen keskinäiset yhteydet

Teoreettiset lähestymistavat	Korrelaatio- kerroin	Korrelaation tilastollinen merkitsevyys	Fisherin tarkka nelikenttätesti
strateginen ja struktuurallinen	-.474	.001 **	.003 **
behaviooraalis-kognitiivinen ja psykoedukatiivinen	.417	.005 **	.018 *
narratiivinen ja strateginen	-.306	.043 *	.057

Tulokset siis osoittavat, että behaviooraalis-kognitiivista ja psykoedukatiivista lähestymistapaa käytettiin usein rinnakkain samassa hoitoprosessissa, mikä näiden suuntausten teoreettisten yhtymäkohtien vuoksi onkin ymmärrettävää. Sen sijaan strategista ja struktuurallista sekä toisaalta strategista ja narratiivista lähestymistapaa käytettiin useimmiten eri hoitoprosesseissa. Näiden lähestymistapojen välillä on luultavasti sen kaltaisia teoreettisia ristiriitoja, jotka vaikeuttavat niiden integroimista osaksi samaa hoitoprosessia.

5. POHDINTA

Perheterapialla ja perhekeskeisyydellä on tärkeä merkitys skitsofreniaryhmän potilaiden hoidossa. Tässä tutkimuksessa pyrittiin tutkimaan perheterapian toteutumista Akuutin psykoosin tutkimus- ja kehittämisprojektin aikana sekä selvittämään, kuinka perheterapian erilaiset teoreettiset lähestymistavat ilmenevät akuutin psykoosin perhekeskeisessä hoidossa. Mitä perheterapian teoriaan perustuvia interventioita API -projektin potilaiden perheterapiaprosesseissa käytettiin? Millainen vaikutus potilaan ja hänen perheeseensä ominaisuuksilla oli yksittäisessä hoitoprosesseissa omaksutun viitekehyksen valintaan? Nousivatko jotkut tietyt lähestymistavat erityisen merkittävään asemaan hoitokulttuurin sisällä ja oliko tällaisilla hallitsevilla teorioilla vaikutusta käytännön perheterapiatyöhön? Alkoivatko hallitsevat lähestymistavat leimata kaikkia hoitoyksikön perheterapiaprosesseja, vai elävätkö perheterapian teoriat käytännön työssä kenties eri lailla kuin teoriassa ja julkilausutuissa määritelmässä? Millä tavoin eri lähestymistapoja integroitiin osaksi samaa perheterapiaprosessia? Tässä luvussa tarkastellaan tutkimuksen tuloksia perheterapian teorian sekä API -projektin teoreettisena viitekehyksenä toimineen tarpeenmukaisen hoidon mallin periaatteiden valossa.

5.1. Aineiston potilaiden hoitoprosesseissa käytetyt ja hoitokulttuureissa tärkeiksi nimetyt teoreettiset lähestymistavat

Arvioidessaan aineiston potilaiden perheterapiaprosesseihin liittyviä väittämiä hoitoryhmät valitsivat eri teoreettisiin lähestymistapoihin liittyviä piirteitä varsin tasaisesti. Hoitoprosesseissa eniten käytettiin näiden arvioiden perusteella strukturaalista ja milanolais-systeemistä lähestymistapaa. Vähiten käytettiin behavioraalis-kognitiivista ja psykoedukatiivista lähestymistapaa. Mikään yksittäinen lähestymistapa ei aineiston potilaiden hoidossa noussut selvästi johtavaan asemaan. Esille ei noussut myöskään viit-

teitä siitä, että joillakin lähestymistavoilla olisi ollut näiden potilaiden hoidossa erityisen vähäinen tai marginaalinen asema.

Pyydettyäessä työryhmän jäseniä arvioimaan eri teoreettisten lähestymistapojen merkitystä oman yksikkönsä hoitokulttuurissa osoittautui, että eräät teoreettiset lähestymistavat oli API -projektin hoitoyksiköissä nimetty selvästi muita tärkeimmiksi. Erot eri lähestymistapojen välillä olivat näissä arvioissa huomattavasti suurempia kuin aineiston potilaiden hoitoprosesseja tarkasteltaessa. Hoitokulttuuria koskevissa arvioissa reflektiivinen ja psykodynaaminen suuntaus nousivat esiin selvästi muita suosituimpina. Tulos ei ole yllättävä: suomalaisessa perheterapiassa reflektiivisellä lähestymistavalla on varsin merkittävä asema, vaikkakin terapian alkuperäistä asetelmaa on meillä muutettu siten, että perhe ja terapeutin tiimi ovat samassa tilassa, eivät peili-ikkunan erottamina eri huoneissa (Aaltonen, 1997). Reflektiivaa työryhmää on käytetty myös perheterapiakoulutuksessa yhtenä perheterapian käytännön opiskelu- ja toteutustapana (Aaltonen, Hätönen & Rinne, 1994). Reflektiivisen lähestymistavan teoreettiset periaatteet ovat myös lähellä skitsofrenian tarpeenmukaisen hoidon mallia, jota API -projektin aikana on pyritty toteuttamaan (Aaltonen, 1999).

Psykodynaamisen lähestymistavan suosio liittyy luultavasti suomalaisen perheterapian historialliseen kehitykseen. Psykoanalyttisen koulutuksen saaneet kliinikot olivat eräitä ensimmäisiä perheterapiatyön harjoittajia (Nichols, 1984). Aaltonen, Hätönen ja Rinne (1994) toteavat, että myös suomalaisen perheterapiakoulutuksen käynnistyessä vuonna 1978 toimintaan lähti mukaan paljon henkilöitä, joilla oli psykoanalyttinen tausta. Psykodynaaminen lähtökohta painottui voimakkaasti esimerkiksi ensimmäisessä suomalaisessa vaativan erityistason perheterapiakoulutuksesta. Tästä historiallisesta taustasta juontuu myös se positiivinen piirre, että suomalaisessa perheterapiassa korostuu yksilön huomioonottava näkökulma, eli yksilöterapian ja perheterapian välillä ei vallitse niin suurta kuilua kuin monissa kansainvälisissä malleissa (J. Aaltonen; suullinen tiedonanto, 28.1.2000). Suomessa perheterapian koulutusjärjestelmän kehittäminen rakentui alusta lähtien kouluttajien vankkaan muiden psykoterapian muotojen osaamiseen ja arvostamiseen, ja tätä perinnettä on pyritty maassamme myös jatkamaan (Aaltonen, Hätönen & Rinne, 1994).

Tutkimuksen hoitokulttuuri-muuttajat muodostuivat API -projektin kaikkien kuuden eri hoitoyksikön yhteenkootuista vastauksista. Nämä muuttajat eivät siis kykene kuvaamaan yksittäisten hoitoyksiköiden hoitokulttuurisia erityispiirteitä. Todellisuudes-

sa eri hoitoyksiköiden hoitokulttuureissa on eroja, joille itse asiassa perustuu koko API -projektin tutkimusasetelma. Jorvin, Kupittaaan ja Keroputaan sairaaloissa pyrittiin toteuttamaan neuroleptitonta hoitoa tarjoamalla potilaille intensiivisiä psykososiaalisia hoitomuotoja. Kangasvuoren sairaala, Paloniemen sairaala ja Turun psykiatrian klinikassa noudattivat muutoin vastaavaa kliinistä käytäntöä tarjoten lisäksi neuroleptilääkitystä osana kokonaishoitoa. Niissä hoitoyksiköissä, joissa lähdettiin toteuttamaan neuroleptitöntä hoitoa, oli jo ennen API -projektin alkua tavallista enemmän kokemuksia skitsofrenian hoidon kehittämisestä (Lehtinen ym., 1996).

Tutkimussuunnitelmaan (1992) sisältyi tavoite, jonka mukaan eri yksiköissä pyritäisiin noudattamaan samanlaista kliinistä käytäntöä muutoin kuin neuroleptihoidon osalta. Aineiston tarkastelu kuitenkin kertoo, että perheterapiahoitoa ei ole kaikissa tutkimusyksiköissä toteutettu yhtä aktiivisesti. Keroputaan sairaalassa perheterapiahoitoa oli ensimmäisen ja toisen vuoden seuranta-aineistojen perusteella saanut 61 % potilaista, Jorvin sairaalassa ainoastaan 14 %. Perheterapiahoitoa toteutettiin kuitenkin keskimäärin lähes yhtä aktiivisesti hoitoyksiköissä, joissa tarjottiin neuroleptilääkitystä osana kokonaishoitoa ja hoitoyksiköissä, joissa pyrittiin painottamaan psykososiaalisia hoitomuotoja. Tutkimuksen potilaista 64 % tuli hoitoyksiköistä, joissa toteutettiin neuroleptitöntä hoitoa; näissä yksiköissä perheterapiaa sai keskimäärin 36 % potilaista. Neuroleptihoitoa tarjonneista hoitoyksiköistä oli peräisin 36 % tutkimuksen potilaista; näissä yksiköissä perheterapiahoitoa sai keskimäärin 32 % potilaista.

Eri lähestymistapojen suosiossa havaittiin joitakin eroja verrattaessa toisiinsa hoitoyksiköitä, joissa API -projektin aikana tarjottiin neuroleptilääkitystä osana kokonaishoitoa ja hoitoyksiköitä, joissa pyrittiin neuroleptittömään hoitoon. Psykososiaalisia hoitomuotoja painottavissa hoitoyksiköissä reflektiivinen lähestymistapa arvioitiin hoitokulttuurin kannalta selvästi tärkeimmäksi suuntaukseksi. Erityisen merkittävässä asemassa se oli Keroputaan sairaalassa; Länsi-Pohjan alueella reflektiivistä lähestymistapaa onkin kehitetty kaikkea psykiatrista hoitoa ohjaavaksi periaatteeksi, josta käytetään nimitystä *avoimen dialogin hoitomalli* (Aaltonen, 1997; Seikkula ym., 1995). Reflektiivisen lähestymistavan suosio psykososiaalisia hoitomuotoja painottavissa hoitoyksiköissä sopii hyvin yhteen tämän lähestymistavan teoreettisen taustan kanssa. Suuntaus korostaa kielen merkitystä kokemustemme ja merkitystemme rakentumisessa, ja tästä näkökulmasta myös psykoosia voidaan tarkastella dialogisuuden häiriönä (Haarakangas & Seikkula, 1999). Seikkulan ja Haarakankaan (1999) mukaan psykiatrian piirissä on

erilaisia psyykkisiä oireita perinteisesti tarkasteltu merkkeinä vioista tai puutteista tietyissä psyykkisissä rakenteissa. Tällöin psykiatrisen hoidon tehtäväksi muodostuu näiden rakenteiden korjaaminen siten, että oireita ei enää ilmene. Tässä rakenteiden korjaamisessa käytetään erilaisia tekniikoita, joiden toteuttamisessa terapeutti toimii asiantuntijana, joka voi saada aikaan tarvittavan muutoksen hallitsemansa tiedon avulla. Reflektiivisen lähestymistavan taustalla vaikuttavasta sosiaalisen konstruktionismin näkökulmasta terapian pyrkimyksenä ei ole korjata tai muuttaa potilaan tai perhesysteemin piirteitä minkään ennalta tunnetun teorian perusteella, vaan tarjota mahdollisuus dialogiseen tilaan, jossa keskustelun kautta voi syntyä uusia merkityksiä (Goolishian & Andersson, 1992).

Psykoedukatiivisella lähestymistavalla oli hoitoryhmien arvioiden perusteella suurempi merkitys neuroleptihoitoa toteuttaneissa (ka. 2,31) kuin psykososiaalista hoitoa painottavissa (ka. 0,64) hoitoyksiköissä. Tulos on mielenkiintoinen, koska psykoedukatiivinen teoria on useisiin muihin perheterapian lähestymistapoihin verrattuna varsin biologisesti suuntautunut. Psykoedukatiivinen lähestymistapa perustuu neurobiologiseen käsitykseen skitsofreniasta elimellis pohjaisena sairautena, jonka puhkeamisella tai vaikeutumisella tosin saattaa olla yhteyttä epäspesifisiksi käsitettyihin psyykkisiin tai somaattisiin laukaiseviin tekijöihin (Alanen, 1999). Skitsofrenia nähdään stressin aiheuttamana neuropsykologisena häiriönä, jota voidaan menestyksekkäästi hallita oikein valituilla hoitokeinoilla; nämä sisältävät useimmiten sekä psykososiaalisia että psykofarmakologisia elementtejä (Anderson, 1983; Falloon, Bloyd & McGill, 1987). Psykoedukatiivisen perheterapian vahvempi asema niissä hoitoyksiköissä, joissa tarjottiin neuroleptihoitoa osana potilaan kokonaisuhoitoa, sopii siis yhteen tämän lähestymistavan teoreettisen taustan kanssa.

Neuroleptihoitoa toteuttaneissa yksiköissä hoitokulttuurin kannalta merkittävimpinä teoreettisina lähestymistapoina pidettiin psykodynaamista ja psykoedukatiivista suuntausta. Psykososiaalista hoitoa toteuttaneissa yksiköissä selvästi johtavassa asemassa oleva reflektiivinen lähestymistapa löytyy neuroleptihoitoa tarjonneissa yksiköissä vasta kolmannelta sijalta. Reflektiiviseen lähestymistapaan verrattuna psykodynaamisessa ja psykoedukatiivisessa suuntauksessa potilaan yksilöpsykologinen näkökulma tulee korostuneemmin esille. Psykodynaamisessa lähestymistavassa hoidon keskeisenä kohteena on yksilö ja hänen intrapsyykkiset konfliktinsa, jotka voivat saada myös vuorovaikutuksellisten defenssien luonteen (Aaltonen, 1999). Myös psykoedukatiivisessa teoriassa on

pohdittu yksilöön liittyvien tekijöiden, kuten yksilöllisen alttiuden ja elämänmuutosten aiheuttaman stressin osuutta psykoosin puhkeamisessa (Falloon, 1981; Falloon, Bloyd & McGill, 1987; Honkonen, 1997). Reflektiivisessä lähestymistavassa puolestaan on painopisteenä se, mitä tapahtuu ihmisten välillä, ei niinkään se, mitä kussakin yksilössä tapahtuu tai kuinka perhesysteemi muuttuu (Seikkula, 1999). Tulosten perustelle vaikuttaa siltä, että niissä hoitoyksiköissä, joissa käytettiin lääkehoitoa osana potilaan kokonaisuhoitoa, myös perheterapian erilaisten lähestymistapojen joukosta valittiin usein sellaisia teorioita, joissa yksilön näkökulma korostuu. Sitoutuminen neuroleptittömään hoitoon on puolestaan saattanut aiheuttaa psykososiaalista hoitoa painottavissa hoitokulttuureissa entistä suurempaa sitoutumista vuorovaikutuspsykologiseen tapaan hahmottaa potilaiden ongelmia.

5.2. Käytettyjen lähestymistapojen yhteys potilaan taustamuuttujiin

Behavioraalis-kognitiivisella ja psykoedukatiivisella lähestymistavalla osoittautui tässä aineistossa olevan samankaltainen yhteys potilaan taustamuuttujiin: molempia lähestymistapoja käytettiin paljon silloin, kun potilaan diagnoosi oli lyhytkestoinen psykoosi tai kyseessä oli sekundaariperheen perheterapia. Tämä samankaltaisuus ei ole yllättävää; psykoedukatiivinen lähestymistapa on itse asiassa yksi behavioraalis-kognitiivisesta perinteestä syntynyt suuntaus, jota on kehitetty nimenomaan skitsofreniapotilaiden ja heidän perheidensä parissa (McFarlane, 1991). Nämä lähestymistavat muistuttavat teoreettiselta taustaltaan huomattavasti toisiaan. Myös näihin suuntauksiin liittyvissä taustamuuttujissa on havaittavissa johdonmukaisuutta. Lyhytkestoista psykoosia sairastavia ja oman perheen perustaneita potilaita yhdistää hyvä psykososiaalinen toimintakyky sekä sairauden suotuista ennuste. Lyhytkestoiset psykoosit puhkeavat tyypillisesti merkittävien stressitekijöiden yhteydessä (Achté, Alanen & Tienari, 1989; Lönnqvist & Honkonen, 1999). Kliiniset kokemukset sekundaariperheen perheterapiasta ovat osoittaneet, että myös näillä potilailla psykoottinen reagointi on usein yhteydessä perhesysteemin tai parisuhteen ongelmiin (Alanen, 1993). Oman perheen perustaneet potilaat ovat usein luoneet itselleen paikan työelämässä (Tuori, 1987). He ovat usein myös

muita paremmin eriytyneitä sekä sisäisessä kehityksessään että ihmissuhteissaan (Alanen, 1993).

On hieman yllättävää, että näiden lähestymistapojen käyttö oli runsaimmillaan psykooseissa, joissa potilaan toimintakyky on säilynyt useimmiten verrattain hyvänä. Perheterapian tavoitteena on sekä behavioraalis-kognitiivisessa että psykoedukatiivisessa lähestymistavassa keskittyä ulkoisesti havaittavan käyttäytymisen arviointiin ja etsiä vuorovaikutusmalleja, jotka ylläpitävät oirekäyttäytymistä. Pyrkimyksenä on saavuttaa nykyisessä käyttäytymisessä ilmeneviä muutoksia, ei suurempaa ymmärrystä menneiden tapahtumien suhteen (Todd, 1981). Lyhytkestoisten psykoosien usein reaktiivisen luonteen ja hyvän ennusteen vuoksi voisi kuvitella, että niiden hoidossa käytettäisiin sellaisia lähestymistapoja, joissa korostetaan potilaan ja perheen omaa toimijuutta ja oivallusta, ja joissa terapeutin rooli on vähemmän direktiivinen. Kenties tulos voidaan tulkita myös siten, ettei näiden häiriöiden taustalla nähdä olevan suuria perhesysteemiin tai vuorovaikutukseen liittyviä häiriöitä. Siten uudenlaiset tavat tiedostaa tai käsitteellistää ongelmia eivät olisi tarpeellisia, vaan muutokset ulkoisessa käyttäytymisessä riittäisivät niiden ratkaisemiseen. Etenkin psykoedukatiivisessa lähestymistavassa on korostettu myös perheterapian merkitystä uusien psykoottisten relapsien ehkäisyssä (Anderson, 1983; Falloon, 1981; Falloon, Bloyd & McGill, 1987; McFarlane, 1991). Tulevien psykoottisten jaksojen ennakointi tuntuu istuvan huonosti lyhytkestoisiin psykooseihin, joissa relapsin todennäköisyys on muita skitsofreniaryhmän psykooseja pienempi.

Psykoedukatiivisen lähestymistavan käyttö lyhytkestoisten psykoosien sekä sekundaariperheen perustaneiden potilaiden hoidossa poikkeaa aiemmista tarpeenmukaisen hoitomallin kontekstissa raportoiduista kokemuksista ja suosituksista. Alanen (1999) pitää psykoedukatiivista perheterapiaa ja siihen liittyviä menetelmiä, kuten sosiaalisten taitojen opettamista, parhaiten soveltuvina skitsofreniaa sairastavien pitkäaikaispotilaiden kohdalla. Näiden potilaiden hoidossa psykoedukatiivisen suuntauksen vaikutuksesta on hänen mukaansa saatu hyvin dokumentoituja tuloksia. Tähän suuntaukseen usein liitetty ja myös potilaalle ja hänen perheelleen ilmaistu sairauskäsitys ei myöskään näissä tapauksissa ole enää samalla tavalla haitallinen kuin uusien potilaiden kohdalla. Lehinen (1994) työryhmineen on todennut psykoedukatiivisen perheterapian parhaiten soveltuvaksi sellaisten potilaiden hoidossa, joiden sairaus vaikuttaa luonteeltaan krooniselta jo alusta alkaen. Nämä potilaat ja usein heidän koko heidän perheensä on eristäy-

tynyt sosiaalisesti, ja potilailla on hyvin vähän tai ei juuri lainkaan perheen ulkopuolisia kontakteja. Interventioiden tavoitteena on tällöin keskittyä konkreetteihin jokapäiväisen elämän ongelmiin sekä potilaan elämänpiirin laajentamiseen.

Behavioraalisen-kognitiivisen ja psykoedukatiivisen lähestymistavan teoreettisen taustan ja toisaalta API -projektin tavoitteiden tarkastelu nostaa esiin erään ristiriidan. Sekä behavioraalisen-kognitiivisessa että psykoedukatiivisessa lähestymistavassa korostetaan lääkehoidon merkitystä hoidon tärkeänä osana ja psykoottisten relapsien ehkäisyssä (Falloon, 1988; Falloon, Bloyd & McGill, 1987). API -projektin tavoitteena taas on ollut mahdollisuuksien mukaan käyttää lääkehoidon, erityisesti neuroleptilääkityksen sijaan intensiivisiä psykososiaalisia hoitomuotoja (Lehtinen, 1992; Vuorio ym., 1993). Eikö tähän olisi olemassa parhaat mahdollisuudet hyvän ennusteen ja reaktiivisen luonteen omaavissa lyhytkestoisissa psykooseissa? Asian tarkentamiseksi suoritettiin korrelaatiotarkastelu, jossa tutkittiin lääkehoidon ja näiden teoreettisen lähestymistapojen käytön välistä yhteyttä. Aineiston tarkastelu osoitti, että neuroleptilääkityksen sekä behavioraalisen-kognitiivisen ja psykoedukatiivisen lähestymistavan välillä vallitsee negatiivinen korrelaatio. Neuroleptilääkityksen käytön ja behavioraalisen-kognitiivisen lähestymistavan välinen korrelaatiokerroin on -0.436 merkitsevyystasolla $.01$. Neuroleptilääkityksen ja psykoedukatiivisen lähestymistavan välisen korrelaatiokerroin on -0.328 merkitsevyystasolla $.05$. Molempia lähestymistapoja käytettiin siis tässä aineistossa eniten silloin, kun lääkehoidon tarpeen arvioitiin olevan pienimmillään. Ilmeisesti käytännön hoitotyössä näihin suuntauksiin ei välttämättä liity lääkityksen merkityksen korostamista siinä määrin kuin niiden teoreettinen tausta antaisi olettaa.

Behavioraalisen-kognitiivisen ja psykoedukatiivisen lähestymistavan lisäksi myös milanolais-systeemistä lähestymistapaa käytettiin aineistossa eniten silloin, kun potilaan diagnoosi oli lyhytkestoinen psykoosi. Tätä tulosta voidaan kuitenkin pitää ainoastaan suuntaa-antavana. Milanolais-systeemisessä suuntauksessa ongelma nähdään ratkaisuna johonkin toiseen perhesysteemin ongelmaan, jolloin sitä voidaan tarkastella positiivisena osana vuorovaikutussysteemiä (Aaltonen, 1999). Perheenjäsenet liittävät usein toisiinsa erilaisia leimoja, kuten ”hyvä”, ”paha” tai ”sairas”; terapeutti pyrkii tietoisesti välttämään näitä leimoja ja asettamaan ne kyseenalaisiksi (Boscolo, Cecchin, Hoffman & Penn, 1987). Perheterapiassa ongelmalle pyritään tietoisesti antamaan sellainen positiivinen konnotaatio eli merkityssisältö, ettei ongelmaa enää voida pitää ratkaisuna (Aaltonen, 1999). Koska lyhytkestoisen psykoosin ennuste on hyvä ja potilas toipuu

usein täydellisesti psykoottisen jakson jälkeen, patologisoivien leimojen välttämisen sekä positiivisen konnotaation voidaan nähdä edistävän potilaan toimijuutta ja tulevaa selviytymistä.

Milanolais-systeeminen lähestymistapa eroaa eräiden keskeisten periaatteidensa osalta behavioraalis-kognitiivisesta ja psykoedukatiivisesta suuntauksesta, joissa hoidon keskeisenä kohteena on oirehtiva perheenjäsen (Aaltonen, 1999; Falloon, 1981). Milanolaisesta näkökulmasta perhettä taas pyritään tarkastelemaan systeemisenä kokonaisuutena, jossa kaikilla systeemin osilla on samanarvoinen merkitys (Boscolo, ym., 1987). Toisin kuin systeemiteoriaan pohjautuvassa Milanolaisessa lähestymistavassa, behavioraalis-kognitiivisessa ja psykoedukatiivisessa perheterapiassa asioiden välillä oletetaan vallitsevan lineaarisen kausaalisuuden (Goldenberg & Goldenberg, 1996). Positiivisen konnotaation näkökulma on muokannut Milanolaiseen malliin systeemisiiä, ei-lineaarisia sisältöjä (Boscolo, ym., 1987). Vuorovaikutuksen nähdään muodostavan eräänlaisen kyberneettisen kehän, jossa kaikki vaikuttaa kaikkeen: siten yhden yksilön käyttäytymistä ei voida pitää toisten yksilöiden käyttäytymisen syynä (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1978).

Strategista lähestymistapaa käytettiin aineistossa paljon silloin, kun potilas voitiin sairauden kehityksellisen taustan perusteella luokitella Pao I-luokkaan tai kyseessä oli sekundaariperheen hoitoprosessi. Tähänkin lähestymistapaan liittyvissä taustamuuttujissa on havaittavissa johdonmukaisuutta. Pao-luokituksen perusteella arvioitu hoidon ennuste on paras luokassa I (Pao, 1989). Myös sekundaariperheen olemassaoloa pidetään usein ennusteen kannalta positiivisena asiana – potilas on kyennyt suoriutumaan vaativasta kehitystehtävästä onnistuessaan itsenäistymään primaariperheestään ja perustaessaan oman perheen (Alanen, 1993). Molemmissa ryhmissä myös tavataan harvemmin vaikeita riippuvuusongelmia (Pao, 1989; Tuori, 1987).

Tulos, jonka mukaan strategista lähestymistapaa on käytetty eniten Pao I -luokan potilaiden hoidossa, on selvästi ristiriidassa API -projektin kuluessa kehittyneen tutkimattoman kliinisen arvion kanssa. Projektin aikana on saatu kokemuksia, joiden mukaan strategisen lähestymistavan käyttö on lähinnä indusoitu vaikeiden, hitaasti kehittyneiden ja mystifioituneeseen vuorovaikutukseen lukkiutuneiden psykoosien perheterapioissa (Aaltonen, 1997; Aaltonen & Rökköläinen, 1999). Tämä luonnehdinta sopii Pao III -luokkaan, jonka yhteydessä tässä aineistossa käytettiin strategista lähestymistapaa

kaikkein vähiten. Käytännön hoitotyötä on siis API –projektin aikana toteutettu tavalla, joka ainakin jossain määrin poikkeaa projektin yhteydessä annetuista suosituksista.

5.3. Käytettyjen lähestymistapojen yhteys hoitoyksiköiden yleiseen hoitokulttuuriin

Tulokset osoittavat, että hoitoryhmien tekemät potilaskohtaiset, yksittäisiin hoitoprosesseihin liittyvät arviot ja hoitoyksikön yleisestä hoitokulttuurista tehdyt arviot eivät juurikaan vastanneet toisiaan. Tarkasteltaessa potilaskohtaisia ja hoitokulttuurisia arvioita korrelaatio- ja Kappa-kertoimien avulla ne vastasivat toisiaan ainoastaan reflektiivisen lähestymistavan kohdalla; strategisen ja behavioraalisen-kognitiivisen lähestymistavan kohdalla havaittuja arvioiden välisiä yhteyksiä voidaan pitää suuntaa-antavina. Strukturaalisen, milanolais-systeemisen ja narratiivisen lähestymistavan kohdalla korrelaatio- ja kappakerrointen arvot olivat peräti negatiiviset. Aineiston potilaiden hoitoprosesseissa perheterapian teoreettisia lähestymistapoja oli siis käytetty toisin kuin hoitoyksiköiden yleisen hoitokulttuurin painotukset olisivat antaneet odottaa.

Saatujen tulosten valossa ei voida ainakaan sanoa, että hoitokulttuurissa hallitsevasa asemassa olevat teoreettiset lähestymistavat automaattisesti löisivät leimansa hoitoyksikön kaikkiin perheterapiaprosesseihin. Laitila ja Wahlström (1993) toteavat, että teoretiedon asema on perheterapioissa erilainen kuin esimerkiksi yksilöterapiassa. Terapian kohdetta kuvaavaan tai hoitomuotojen valintaa ohjaavaan teoretietoon suhtaututaan heidän mukaansa perheterapian piirissä pragmaattisemmin ja itse hoitoprosessia jäsentävä teoria nousee keskeisemmälle sijalle. Hoitokulttuurissa merkittävässä asemassa olevilla lähestymistavoilla saattaa siis olla käytännön perheterapiatyön kannalta merkitystä hoitoprosessin jäsentämisessä, vaikka hoidon varsinaiset sisällöt rakentuisivat muista lähtökohdista.

Se, että potilaskohtaiset ja hoitokulttuuriset arviot kohtasivat toisensa juuri reflektiivisen lähestymistavan kohdalla, kuvastaa luultavasti tämän suuntauksen erityisasemaa suomalaisessa perheterapiassa. Tähän erityisasemaan viitattiin jo luvussa 5.1.. API –projektin yhteydessä reflektiivisen lähestymistavan vankka asema liittyyne osaltaan myös siihen, että tämän suuntauksen teoreettiset periaatteet ovat lähellä skitsofrenian tar-

peenmukaisen hoidon mallia, jota API –projektin aikana on pyritty toteuttamaan (Aaltonen, 1999). Alasen (1993) työryhmän Turussa kehittämä hoitokokoustyöskentely muistuttaa reflektiivisen tiimin työskentelyä, ja sitä voidaanakin pitää yhtenä reflektiivisen prosessin työtavoista (Seikkula, 1999).

Verrattaessa toisiinsa potilaskohtaisia ja hoitokulttuurisia arvioita eri lähestymistapojen merkityksestä on kuitenkin jälleen huomattava, että tutkimuksen hoitokulttuurimuuttajat muodostuivat API -projektin kaikkien kuuden eri hoitoyksikön yhteen kootuista vastauksista. Nämä muuttajat eivät siis kykene kuvaamaan yksittäisten hoitoyksiköiden hoitokulttuurisia erityispiirteitä. On oletettavaa, että hoitoyksiköiden välillä on hoitokulttuurisia eroja myös eri perheterapian lähestymistapojen käytössä. Tästä esimerkkinä on vahvasti reflektiiviseen lähestymistapaan perustuva Länsi-Pohjan alueen avoimen dialogin hoitomalli (Aaltonen, 1997; Seikkula ym., 1995).

5.4. Teoreettisten lähestymistapojen keskinäiset yhteydet

Tämän aineiston perheterapiaprosesseissa eri teoreettisia lähestymistapoja oli yhdistetty toisiinsa varsin eklektisesti. Myös suomalaisessa perheterapiakoulutuksessa on korostettu eri lähestymistapojen integraation merkitystä (Aaltonen, Hätönen & Rinne, 1994). Perheterapiaprosessin aikana voidaan siis soveltaa useita eri tapoja hahmottaa potilaan ja hänen perheensä ongelmaa (Aaltonen, 1999).

Tulokset osoittavat, että behavioraalis-kognitiivista ja psykoedukatiivista lähestymistapaa käytettiin usein rinnakkain samassa hoitoprosessissa. Tulos ei ole yllättävä: kuten jo aiemmin on todettu, behavioraalis-kognitiivinen ja psykoedukatiivinen lähestymistapa ovat lähtöisin samasta terapeutisesta perinteestä ja muistuttavat teoreettisilta periaatteiltaan huomattavasti toisiaan. Tämän huomaa helposti alan kirjallisuuteen perehtyessään, esimerkiksi Ian Falloon on julkaissut molempiin suuntauksiin liittyviä teoksia ja artikkeleita (Falloon, 1981, 1988; Falloon, Bloyd & McGill, 1987). Näillä lähestymistavoilla todettiin tässä tutkimuksessa olevan myös samankaltaisia yhteyksiä potilaan taustamuuttujiin. Yhtäläisyydet teoreettisissa periaatteissa helpottavat varmasti näiden lähestymistapojen integroimista samaan hoitoprosessiin. On toisaalta huomattava, että terapeutin rooli hoitoprosessissa on samanlainen molemmissa lähestymistavois-

sa. Tutkimuslomakkeen kysymyksessä 3 sama vaihtoehto liittyi siis molempiin suuntauksiin, millä on varmasti ollut oma vaikutuksensa niiden väliseen korrelaatioon.

Yllättävämpi oli sen sijaan tulos, jonka mukaan strategisen ja strukturaalisen lähestymistavan välillä vallitsi negatiivinen korrelaatio, eli nämä suuntaukset esiintyivät useimmiten eri hoitoprosesseissa. Teoreettisesti tarkasteltuna näillä lähestymistavoilla vaikuttaisi olevan paljon yhteisiä piirteitä. Terapeutin rooli strukturaalisessa perheterapiassa on hyvin aktiivinen ja hän pyrkii omaksumaank johtavan roolin hoidon alusta alkaen (Minuchin, 1983; Minuchin & Fisherman, 1981). Strategisen lähestymistavan merkittävänä edustajana tunnettu Haley (1986) korostaa myös terapeutin johtavaa asemaa hoitoprosessissa. Terapeutti toimii aloitteentekijänä terapian kuluessa ja suunnittelee tietyn lähestymistavan jokaista ongelmaa varten. Hän vaikuttaa aktiivisesti terapian kulkuun identifioimalla ratkaistavat ongelmat, määrittelemällä hoidon tavoitteet ja suunnittelemalla interventiot, joilla tavoitteet pyritään saavuttamaan. Haleyn onkin luonnehdittu kirjoituksissaan yhdistävän strukturaalisen teorian käsitteitä strategiseen lähestymistapaan (Hoffman, 1985; Nichols, 1984). Molemmissa lähestymistavoissa huomion kohteena ovat nykyisessä vuorovaikutuksessa ilmenevät piirteet (Aaltonen, 1999).

Minuchin, Lee ja Simon (1996) esittelevät teoreettisen dikotomian, jossa he jakavat eri lähestymistavat interventionistisiin ja pidättäytyviin terapioihin. Jako perustuu siihen, missä määrin eri lähestymistavoissa terapeutti asettuu itse perheessä tapahtuvan muutoksen instrumentiksi. Interventionistisissa terapioissa terapeutin toimintaa leimaa aktiivisuus, luovuus ja energisyys. Tähän ryhmään kirjoittajat lukevat strukturaalisen lähestymistavan lisäksi mm. Virginia Satirin ja Jay Haleyn edustamat kliiniset toimintatavat. Pidättäytyvissä terapioissa terapeutti puolestaan pyrkii vaikuttamaan perheenjäseniin mahdollisimman vähän ja hänen tavoitteenaan on luoda kysymysten avulla mahdollisuuksia uusien merkitysten syntymiselle. Tähän ryhmään kirjoittajat lukevat monet sosiaalisesta konstruktionismista vaikutteita saaneet post-modernit teoreetikot, kuten Milanon työryhmän ja Michael Whiten. Tämän tutkimusten tulokset eivät kuitenkaan tue Minuchinin, Leen ja Simonin esittämää jakoa. Eri lähestymistapojen väliset erot saattavatkin ilmetä käytännön hoitotyössä eri tasolla kuin puhtaasti teoreettisissa tarkasteluissa.

Myös strategista ja narratiivista lähestymistapaa käytettiin tässä aineistossa useimmiten eri hoitoprosesseissa, joskaan tulos ei ollut tilastollisesti merkittävä, vaan

ainoastaan suuntaa-antava. Näiden lähestymistapojen välillä on varsin selviä teoreettisia eroja, jotka varmasti vaikeuttavat niiden integroimista osaksi samaa hoitoprosessia. Tulos sopii yhteen myös Minuchinin, Leen ja Simonin (1996) edellä esitetyn teoreettisen dikotomian kanssa. Heidän mukaansa Jay Haleyn strateginen terapia on luonteeltaan interventionistista, Michael Whiten edustama narratiivinen suuntaus puolestaan pidättyvä. Kuten jo aiemmin todettiin, terapeutilla on strategisessa perheterapiassa johtava asema; hän tarkkailee perheen vuorovaikutusta, identifioi siihen liittyvät ongelmat sekä suunnittelee ja toteuttaa tarvittavat interventiot (Haley, 1986). Narratiivisen lähestymistavan omaksuman post-modernin näkemyksen mukaan terapeutti ei ole perhesysteemin ulkopuolinen tarkkailija ja diagnosoi, vaan pikemminkin osallistuva havainnoija, joka on osallisena samassa sosiaalisen konstruktion prosessissa kuin asiakkaana oleva perhekin (Kogan & Gale, 1997).

Strategisen perheterapian teoriaan sisältyy myös kuvauksia siitä, millaisia yhteisiä piirteitä on normaaleilla perheillä ja toisaalta huonosti toimivilla perheillä (Haley, 1977; Stanton, 1981). Narratiivisen lähestymistavan näkökulmasta tällaisia universaaleja piirteitä ei voida nimetä, vaan yleisesti hyväksytty tai luonnonlain aseman nostettu tieto nähdään päinvastoin yksilöä alistavaksi ja yksilöllisyyttä uhkaavaksi (White & Epston, 1990). Terapeuttisessa työssä korostuu asiantuntijuuden sijaan ei-tietämisen asenne (Andersson, 1988; Goolishian & Andersson, 1992). Tällöin terapeutin asiantuntemus on ensisijaisesti dialogisen keskustelun syntymisen asiantuntemusta (Seikkula, 1999).

Andersonin (1997) mukaan strateginen lähestymistapa edustaa niin sanottua modernia perheterapian perinnettä, narratiivinen lähestymistapa taas post-modernia, kielellisyyden ja sosiaalisen konstruktion merkitystä korostavaa terapiasuuntaa. Ensimmäisen asteen kybernetiikkaan perustuvassa modernissa perheterapian teoriassa terapeutin nähdään toimivan systeemin itsenäisenä, ulkopuolisena havainnoitsijana. Hän toimii hierarkisesti ylemmällä tasolla perhesysteemiin nähden ja tästä asemastaan diagnosoi ja korjaa perheen ongelmat. Terapeutilla on koulutuksensa ja kokemuksensa kautta tietoa siitä, millaista normaalin perhevuorovaikutuksen tulisi olla, eli hänen voidaan nähdä edustavan dominoivaa kulttuurista ja sosiaalista diskurssia. Post-modernista, toisen asteen kybernetiikalle perustuvasta näkökulmasta katsottuna ihmiset ovat puolestaan kokevia subjekteja, jotka jatkuvasti luovat ja tulkitsevat todellisuutta. Yhtä objektiivisesti havaittavaa todellisuutta tai totuutta ei siis ole olemassa, eikä se voi myöskään toimia perheterapian perustana. Terapeutin ei myöskään nähdä toimivan itsenäise-

nä, perhesysteemin ulkopuolisena toimijana ja havainnoitsijana. Hän on osa terapeutista systeemiä ja pyrkii luomaan sen muutosedellytyksiä pyrkimällä tasa-arvoiseen yhteistyöhön perheen kanssa. Terapeuttisen muutoksen välineenä ei käytetä terapeutin suunnittelema interventioita vaan pyrkimyksenä on luoda dialoginen tila, jossa uusien kertomusten ja merkitysten syntyminen on mahdollista.

5.5. Yhteenveto

Tutkimus tuo esiin useita ristiriitaisuuksia hoitokulttuurissa julkisanotusti merkittävien ja käytännössä toteutettujen perheterapeuttisten interventioiden välillä. Käytännön hoitotyön toteutus näyttää tämän tutkimuksen valossa eroavan monelta osin myös aiemmin annetuista suosituksista ja perheterapian teorioista. Yksi tapa tarkastella näitä ristiriitaisuuksia on ajatus siitä, että perheterapiatyön käytäntöä ohjaisi hoitokulttuurissa vallitsevia käsityksiä ja teoreettisia linjauksia enemmän potilaan ja hänen perheensä yksilöllinen tilanne ja hoidolliset tarpeet. Tulkinta teoratiedon joustavuudesta potilaan tarpeiden huomioon ottamiseksi tukisi tutkijan alkuperäistä hypoteesia, joka perustuu API –projektin teoreettisena viitekehyksenä toimineeseen skitsofrenian tarpeenmukaisen hoidon malliin. Yksiselitteistä, lopullista vastausta siihen, mitkä tekijät lopulta ohjaavat käytännön perheterapiayötä, ei tässä tutkimuksessa kuitenkaan kyetty tavoittamaan.

Kliinisesti kokenut perheterapeutti saattaa työssään soveltaa tekniikkaa, joka ei täytä minkään tietyn perheterapiatekniikan tunnusmerkkejä, eikä itse asiassa näytä tekniikalta ollenkaan (Aaltonen, Hätönen & Rinne, 1994). Sandlerin (1983) mukaan kliinisten havaintojen tekeminen ja karttuva kliininen kokemus johtavat väistämättä teoratiedon modifointiin, koska minkään teoreettisen näkemyksen toteuttaminen täysin samalla lailla jokaisen potilaan kohdalla ei ole käytännössä mahdollista. Terapeutille kehittyy kliinisen kokemuksen kautta käsityksiä ja toimintatapoja, jotka muodostavat tiedostamattoman, yksilöllisen teoriakehyksen, joka saattaa olla osittain ristiriidassa hänen tietoisesti toteuttamansa terapiasuunnan kanssa. Terapeutille itselleen nämä sisäiset, subjektiiviset teorat ovat tietoisia vain niissä suhteissa, joissa ne ovat sopusoinnussa julkisesti hyväksytyyn viitekehyksen kanssa. Ne sisäisten teorioiden piirteet, jotka ovat ristiriidassa tämän hallitsevan teorian kanssa, pysyvät terapeutille tiedostamattomina, vaik-

ka ne ohjaavatkin hänen toimintaansa. Siten terapeutti ei koe sisäisten teorioidensa tai kliinisen työnsä olevan ristiriidassa sen teoreettisen viitekehyksen kanssa, jota hän kokee toteuttavansa. Kuvatessaan omaa toimintaansa terapeutti tekee sen niiden käsitteiden ja periaatteiden avulla, jotka liittyvät tähän julkisesti hyväksytyyn viitekehykseen. Sandler uskoo, että nämä sisäisesti kehittyvät teoriat kykenevät usein vastaamaan paremmin yksittäisen potilaan tilanteeseen ja tarpeisiin kuin se teoreettinen viitekehys, jota terapeutti tietoisesti kokee noudattavansa.

Wahlströmin & Borchersin (1991) haastattelussa kokenut perheterapeutti Carlos E. Slutzki pohtii omassa terapiatyössään vuosien varrella tapahtuneita muutoksia. Hän toteaa, että hänen toimintansa itse perheterapiatilanteessa ei luultavasti kahdenkymmenen vuoden aikana ole muuttunut paljoakaan. Sen sijaan niissä tavoissa, joilla hän on kielellisesti kuvannut tätä toimintaansa silloin ja nyt, on tapahtunut paljon suurempia muutoksia. Suhteellisen samankaltaisena pysynyt terapeutista toimintaa on vuosien aikana uusien teorioiden myötä kuvattu erilaisten käsitteiden avulla. Hänen esittämänsä ajatus kuvastaa sosiaaliseen konstruktionismiin liittyvää käsitystä, jonka mukaan sosiaalinen todellisuus konstruoidaan kielellisesti ja se saa merkityksensä kielen kautta (Laitila & Wahlström, 1993).

Perheterapian teorian ja käytännön suhdetta voisi siis hahmottaa siten, että terapeutin oma teoreettinen orientaatio tai hoitoyhteisössä julkisanotusti voimakkaassa asemassa olevat lähestymistavat ohjaavat enemmän sitä, miten asioita tässä hoitoyhteisössä kielellisesti kuvataan kuin varsinaista perheterapiasta toimintaa. Toisaalta uudenlaiset tavat puhua perheterapiasta saavat myös aikaan muutoksia käytännön terapiatyössä eli konstruoivat uudenlaista perheterapiaa (Laitila & Wahlström, 1993; Wahlström & Borchers, 1991). Sandlerin (1983) ajatuksia seuraillessa voidaan esittää, ettei ristiriita julkisanotusti hallitsevien teoreettisten viitekehysten ja käytännössä toteutettujen terapeuttien interventioiden välillä ole välttämättä negatiivinen asia. Jos perheterapiatyötä tekevät työryhmät kykenevät vastaamaan yksittäisen potilaan ja hänen vuorovaikutusverkostonsa yksilöllisiin tarpeisiin antamalla kliinisen työn kautta karttuneen kokemuksensa ohjata hoitoprosessia teoreettisia määritelmiä ja suosituksia voimakkaammin, he itse asiassa toteuttavat juuri niitä tarpeenmukaisen mallin periaatteita, joille koko API -projekti rakentuu.

Saadut tulokset osoittavat, että jotkut perheterapian teoreettiset lähestymistavat ovat julkilausutusti API -projektin hoitoyksiköissä selvästi toisia suosittumia. Tästä huoli-

matta käytännön hoitotyössä kaikkia lähestymistapoja on käytetty lähes yhtä paljon ja niitä on myös yhdistetty toisiinsa varsin kirjavalla tavalla. Hoitokulttuurit vaikuttavat siis olevan käytännöiltään pikemminkin joustavia kuin yksittäisten dominoivien lähestymistapojen hallitsemia. Tämä joustavuus ilmenee ennen kaikkea siten, että myös hallitsevan viitekehyksen ulkopuolisille ajatuksille ja mielikuville jää tilaa hoitoprosessissa. Suomalaisessa perheterapiakoulutuksessa mahdollisimman laaja-alaisen perehtymisen erilaisiin teoria- ja työskentelysuuntauksiin on nähty tarjoavan valmiudet käyttää eklektisesti soveltaen erilaisia lähestymistapoja asiakasperheen tarpeen mukaan (Aaltonen, Hätönen ja Rinne, 1994). Tässä tavoitteessa on ainakin tämän tutkimuksen tulosten perusteella arvioiden onnistuttu. Tällainen työskentelytapa sopii myös yhteen tarpeenmukaisen hoidon mallin periaatteiden kanssa.

LÄHTEET

- Aaltonen, J. (1997). Perheterapia hoitomuotona sekä narratiivisuuden ja sosiaalisen konstruktionismin toteuttajana. Luento Yliopistopäivillä Jyväskylässä 24.10.1997.
- Aaltonen, J. (1999). Perheterapiat. Teoksessa: J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.), *Psykiatria* (s.553-660). Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Aaltonen, J., Hätönen, H., & Rinne, R. (1994). *Suomalainen perheterapiakoulutus 1978-1994*. Helsinki: SMS-tuotanto.
- Aaltonen, J. & Rökköläinen, V. (1988). Skitsofrenan perheterapian perusteista. Teoksessa: J. Aaltonen, V. Rökköläinen & A. Kokkola (toim.), *Kokemuksia uusien skitsofreniapotilaiden perhekeskeisestä hoidosta Suomessa* (s.7-18). Helsinki: Lääkintöhallitus – Mielisairaalain Liitto – Sairaalaliitto.
- Aaltonen, J. & Rökköläinen, V. (1999). Luento API –päivillä Espoossa 22.-23.11.1999.
- Acté, K., Alanen, Y.O. & Tienari, P (1989). *Psykiatria I*. Juva: WSOY
- Alanen, Y.O. (1970). *Psykiatria, perhe ja yhteisö*. Helsinki: Weilin & Göös.
- Alanen, Y.O. (1993). *Skitsofrenia. Syyt ja tarpeenmukainen hoito*. Juva: WSOY.
- Alanen, Y.O. (1999). Skitsofrenian perhekeskeinen hoito. Teoksessa: J.Aaltonen & R. Rinne (toim.), *Perhe terapiassa. Vuoropuhelua vuosituhatosen vaihtuessa* (s.62-71). Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Alanen, Y.O., Anttinen, E.A., Kokkola, A., Lehtinen, K., Ojanen, M., Pylkkänen, K., & Rökköläinen, V. (1990). Treatment and rehabilitation of schizophrenic psychoses. The Finnish treatment model. *Nordisk Psykiatrisk Tidskrift* supplement no. 22, volume 44.
- Alanen, Y.O., Lehtinen, V., Rökköläinen, V. & Aaltonen, J. (1991). Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: Experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 83, 363-372.
- Anderson, C..M. (1983). A psychoeducational program for families of patients with schizophrenia. Teoksessa: W.R. McFarlane (toim.), *Family therapy in schizophrenia* (s. 99-116). New York: The Guilford Press.

- Anderson, H. (1997). Conversation, language, and possibilities. A postmodern approach to therapy. New York: Basic books.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. & Penn, P. (1987). Milan systemic family therapy: conversations in theory and practice. New York: Basic Books.
- Falloon, I.R.H. (1981). Communication and problem-solving skills training with relapsing schizophrenics and their families. Teoksessa: M.R. Lansky (toim.), Family therapy and major psychopathology (s.35-56). New York: Grune & Stratton inc.
- Falloon, I.R.H. (1988). Prevention of morbidity in schizophrenia. Teoksessa: I.R.H. Falloon (toim.), Handbook of behavioral family therapy (s. 316-349). New York: The Guilford Press.
- Falloon, I.R.H., Bloyd, J.L. & McGill, C.W. (1987). Family care of schizophrenia. New Goldenberg, H. & Goldenberg, I. (1996). Family Therapy. An overview. Brooks / Cole Publishing Company.
- Goolishian, H.A. & Anderson, H. (1992). Strategy and intervention versus nonintervention: a matter of theory? *Journal of Marital and Family Therapy* 18 (1), 5-15.
- Haarakangas, K. & Seikkula, J. (1999). Psykoosi dialogisena ongelmana. Teoksessa: K. Haarakangas & J. Seikkula (toim), psykoosi – uuteen hoitokäytäntöön (s. 161-171). Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Haley, J. (1977). Problem-solving therapy. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Haley, J. (1986). Uncommon therapy. The psychiatric techniques of Milton H. Ericson, M.D. New York: W.W. Norton & Company.
- Hoffman, L. (1985). Perheterapia. Systeminen näkemys. Espoo: Weilin+Göös.
- Holma, J. & Aaltonen, J. (1985). The self-narrative and acute psychosis. *Contemporary Family Therapy*, 17(3), 307-316.
- Kogan, S.M. & Gale, J.E. (1997). Decentering therapy: textual analysis of a narrative therapy session. *Family Process* 36, 101-126.
- Laitila, A. & Wahlström, J. (1993). Kertomus, diskurssi ja keskustelu – perheterapeuttinen näkökulma psykoterapioitten integraatioon. *Psykologia* 6/93,432-440.
- Lehtinen, K. (1994). Need-adapted treatment of schizophrenia: family interventions. *British Journal of Psychiatry* 164 (supplement 23) 89-96.

- Lehtinen, V. (1992). API- projekti. Valtakunnallisen skitsofreniaprojektin ”jälkihoitoa”. *Dialogi* 3, 14-15.
- Lehtinen, V., Aaltonen, J., Kofferti, T., Rökköläinen, V., Syvälahti, E., Vuorio, K. (1996). Integrated treatment model for first-contact patients with schizophrenia-type psychosis: The Finnish API project. *Nordic Journal of Psychiatry*, 50, 281-287.
- Lönnqvist, J. & Honkonen, T. (1999). Skitsofreenistyyppinen häiriö, skitsoaffektiivinen häiriö, harhaluuloisuushäiriö, lyhykestoinen psykoottinen häiriö. Teoksessa: J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.), *Psykiatria*. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- McFarlane, W.R. (1991). Family psychoeducational treatment. Teoksessa: A.S. Gurman, & D.P. Kniskern (toim.), *Handbook of family therapy* (s.363-392). Volume II. New York: Bruner/Mazel Inc.
- Minuchin, S. (1983). *Families and family therapy*. Bristol, England: Tavistoc Publications
- Minuchin, S. & Fishman, H.C. (1981). *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, S., Lee, W.-Y. & Simon, G.M. (1996). *Mastering family therapy*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Nichols, M.P. (1984). *Family therapy. Concepts and methods*. New York: Gardner Press, inc.
- Pao, P.-N. (1989). *Schizophrenic disorders. Theory and treatment from a psychodynamic point of view*. Madison, Connecticut: International Universities Press, Inc.
- Sandler, J. (1983). Reflections of some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytical practice. *International Journal of Psycho-Analysis* 64, 35-45.
- Seikkula, J. (1999). Reflektiivinen tiimi ja avoin dialogi – kun itse keskustelu tulee tärkeimmäksi. Teoksessa: J.Aaltonen & R. Rinne (toim.), *Perhe terapiassa. Vuoropuhelua vuosituhaten vaihtuessa* (s. 84-94). Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J. & Sutela, Markku

- (1995). Treating psychosis by means of open dialogue (s. 62-80). Teoksessa: S. Friedman (toim.), *The reflecting team in action*. New York: Guilford Press.
- Seikkula, J. & Haarakangas, K. (1999). Avoin dialogi akuutin psykoosin hoidossa. Teoksessa: K. Haarakangas & J. Seikkula (toim), *psykoosi – uuteen hoito käytäntöön* (s. 172-186). Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1978). Paradox and counter-paradox: a new model in the therapy of the family in schizophrenic transaction. New York: Aronson.
- Stanton, M.D. (1981). Strategic approaches to family therapy. Teoksessa: A.S.Gurman & D.P. Kniskern (toim.), *Handbook of family therapy* (s.361-345). New York: Bruner/Mazel Publishers.
- Todd, T.C. (1981). Combining behavioral and structural family therapies. Teoksessa: A.S. Gurman (toim.), *Questions and answers in the practice of family Therapy* (s. 113-116). New York: Bruner/Mazel Inc.
- Tuori, T. (1987). Naimisissa olevien skitsofreniapotilaiden systeeminen perheterapia. Turun yliopiston julkaisuja, sarja C osa 62.
- Tutkimussuunnitelma (1992). Akuutin psykoosin integroitu hoito.
- Vuorio, K.A., Räcköläinen, V., Syvälahti, E., Hietala, J., Aaltonen, J., Katajamäki, J. & Lehtinen, V. (1993). Akuutin psykoosin integroitu hoito I: Alustavia havaintoja skitsofreniaryhmän psykoosien hoidosta ilman neuroleptilääkitystä Kupittaa sairaalassa 1989-92. *Suomen Lääkärilehti* 48, 466-471.
- Wahlström, J. & Borchers, P. (1991). Tohtori Carlos E. Slutzki: terapeutit eivät ole naiveja keskustelijoita. *Perheterapia* 4/1991, 20-24.
- White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.

LIITE 1. Tutkimuslomake

Pyydän Teitä palaamaan mielessänne potilaan numero _____ perheterapiaprosessiin ja vastaamaan alla oleviin kysymyksiin. Merkitkää vaihtoehdoista se, joka *lähinnä* tuntuu kuvaavan juuri tätä hoitoprosessia.

1. Mikä juuri tämän potilaan kohdalla oli oletuksenne ongelman luonteesta?

(Halutessanne voitte valita alla olevista vaihtoehdoista kolme keskeisintä siten, että merkitsette mielestänne tätä hoitoprosessia parhaiten kuvaavan vaihtoehdon numerolla yksi, toiseksi kuvaavimman vaihtoehdon numerolla 2, jne.)

1. Ongelma tai oire voitiin nähdä strategiana, jolla potilas kontrolloi vuorovaikutusta silloin, kun kaikki muut strategiat olivat epäonnistuneet.
2. Yksilöllistä maladaptiivista toimintaa piti yllä ympäristöstä tuleva käyttäytymisen vahvistaminen.
3. Ongelma voitiin nähdä ratkaisuna johonkin toiseen ongelmaan.
4. Ongelman voitiin nähdä liittyvän menneisyyden ratkaisemattomiin ongelmiin, jotka kiinnittyivät nykyisiin objektsuhteisiin ja tilanteisiin.
5. Ongelman voitiin nähdä liittyvän siihen, miten ongelmasta puhutaan vuorovaikutuskokonaisuudessa, johon sekä perhe että terapeutti kuuluvat.
6. Ongelman voitiin nähdä liittyvän perheen huonosti jäsentyneeseen rakenteeseen.
7. Ongelma voitiin nähdä ongelman kyllästämänä kertomuksena.
8. Ongelman nähtiin edellyttävän koulutusta ja opetusta, jotta perheen sitä koskevan tiedon taso lisääntyisi.

2. Mikä oli keskeinen aikakehys tämän potilaan hoitoprosessissa?

(Halutessanne voitte valita alla olevista vaihtoehdoista kaksi keskeisintä siten, että merkitsette mielestänne keskeisimmän aikakehyksen numerolla 1 ja toiseksi keskeisimmän numerolla 2).

- | | |
|--|-------|
| 1. Menneisyys | ..... |
| 2. Nykyisyys | ..... |
| 3. Tulevaisuus | ..... |
| 4. Menneisyyden, nykyisyyden ja tulevaisuuden yhdistelmä | ..... |

3. Millainen oli terapeutin tai hoitotiimin rooli tämän potilaan hoitoprosessissa?

- | | |
|--|-------|
| 1. Neutraali. | |
| 2. Neutraali, muta uusia hypoteeseja perheen uskomussysteemille tarjoava | ..... |
| 3. Aktiivinen, perheen toimintaa tässä ja nyt muuttamaan pyrkivä | ..... |
| 4. Aktiivinen, manipulatiivinen ja ongelmakeskeinen | ..... |
| 5. Aktiivinen opettaja, kouluttaja ja neuvottelija | ..... |
| 6. Aktiivinen, uusia kertomuksia etsivä | ..... |
| 7. Tasavertainen, ei asiantuntijuutta korostava | ..... |

4. Kun ajattelette viittä viimeisintä skitsofreniaryhmän potilasta, joiden kohdalla olette toteuttaneen perheterapeuttisia interventioita, mitä seuraavista perheterapeuttisista lähestymistavoista on ensisijaisesti sovellettu heidän hoidossaan?

(Halutessanne voitta valita alla olevista lähestymistavoista kolme keskeisintä siten, että merkitsette mielestänne keskeisimmän lähestymistavan numerolla 1, seuraavaksi keskeisimmän numerolla 2, jne.)

- | | |
|---|-------|
| 1. Psykodynaaminen lähestymistapa | ..... |
| 2. Psykoedukatiivinen lähestymistapa | ..... |
| 3. Strateginen lähestymistapa | ..... |
| 4. Strukturaalinen lähestymistapa | ..... |
| 5. Behavioraalis-kognitiivinen lähestymistapa | ..... |
| 6. Milanolais-systeeminen lähestymistapa | ..... |
| 7. Narratiivinen lähestymistapa | ..... |
| 8. Reflektiivinen lähestymistapa | ..... |

5. Kun ajattelette koko hoitokeskuksenne hoitokulttuuria, mikä seuraavista perheterapeuttisista lähestymistavoista on hoitokulttuurissanne keskeisin?

(Halutessanne voitta valita alla olevista lähestymistavoista kolme keskeisintä siten, että merkitsette mielestänne keskeisimmän lähestymistavan numerolla 1, seuraavaksi keskeisimmän numerolla 2, jne.)

- | | |
|---|-------|
| 1. Psykodynaaminen lähestymistapa | ..... |
| 2. Psykoedukatiivinen lähestymistapa | ..... |
| 3. Strateginen lähestymistapa | ..... |
| 4. Strukturaalinen lähestymistapa | ..... |
| 5. Behavioraalis-kognitiivinen lähestymistapa | ..... |
| 6. Milanolais-systeeminen lähestymistapa | ..... |
| 7. Narratiivinen lähestymistapa | ..... |
| 8. Reflektiivinen lähestymistapa | ..... |