

**THERAPLAY-VUOROVAIKUTUSTERAPIA
SIJOITETTUIJEN LASTEN KEHITYKSEN TUKENA**

Pia Viitanen
Lisensiaatintutkimus
Kehitys- ja kasvatopsykologian
erikoistumiskoulutus
Jyväskylän yliopisto
Kevät 2007

Tiivistelmä

THERAPLAY-VUOROVAIKUTUSTERAPIA SIJOITETTUIJEN LASTEN KEHITYKSEN TUKENA

Pia Viitanen
Lisensiaatintutkimus
Kehitys- ja kasvatustieteiden erikoistumiskoulutus
Jyväskylän yliopisto
47 s., 1 liite
Kevät 2007

Tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella Theraplay-vuorovaikutusterapiasta saatuja kokemuksia SOS-lapsikyliin sijoitettujen lasten ja sijaisvanhempien välisen kiintymyssuhteen tukemisessa (N = 20). Huostaanotetuilla lapsilla kiintymyssuhde on usein vaurioitunut alkuperäisessä suhteessa vanhempiinsa ja heillä on vaikeuksia kiinnittyä toiseen ihmiseen. Turvallinen kiintymyssuhde nähdään lasta suojaavana tekijänä ja sen puuttuminen puolestaan altistaa ympäristön riskitekijöille. Kiintymyssuhdeteoria ja siihen pohjaavat tutkimukset ovat osoittaneet, että kiintymyssuhde vaikuttaa laaja-alaisesti lapsen niin fyysiseen, sosiaaliseen, emotionaaliseen kuin kognitiiviseenkin kehitykseen, hänen suhteeseen itseensä ja ympäristöönsä. Kiintymyssuhteen merkitys lapsen kehitykselle ja myös siinä esiintyvillä häiriöillä on nyt jo varsin laaja-alaisesti tunnistettu ja se on alkanut heijastua myös interventioihin. Tämä tutkimus pyrki osaltaan etsimään vastauksia siihen, missä määrin myönteisen kiintymyssuhdemallin rakentumiseen tähtäävällä työskentelyllä voidaan turvata myönteisempi kehityspolku sijoitetulle lapselle. Tutkimuksessa arvioitiin lapsen käyttäytymisongelmien määrässä (CBCL-arvioinnit) ja vanhemman ja lapsen vuorovaikutuksessa (MIM-vuorovaikutusarvioinnit) havaittuja muutoksia. Lapsen käyttäytymisongelmien määrää ja vakavuutta heijasteleva CBCL:n kokonaispistemäärä oli Theraplay-jakson jälkeisissä sijaisvanhempien arvioinneissa alhaisempi kuin lähtötilanteessa eli vanhemmat kuvasivat lapsilla olevan jakson jälkeen vähemmän ongelmia kuin sitä ennen. Myös lapsen ja vanhemman välisessä vuorovaikutuksessa tapahtui myönteistä muutosta. Muutokset molemmilla mittareilla arvioituna olivat tilastollisesti merkitseviä. Tulokset olivat samansuuntaisia huolimatta siitä, minkä ikäinen lapsi oli kyseessä, kuinka monia aiempia sijoituksia hänellä oli taustallaan, kuinka kauan hän oli ollut SOS-lapsikylässä, oliko sijoitus ollut hänen biologisten vanhempiensa tahdon mukainen tai oliko kyseessä tyttö tai poika. Tämä tutkimus tuo osaltaan tukea sille, että kiintymyssuhdeteoriaan pohjaava Theraplay-vuorovaikutusterapia soveltuu erilaisista lähtökohdista lähteville sijoitetuille lapsille kehityksen tueksi.

Avainsanat: kiintymyssuhde, kiintymyssuhteen tukeminen, sijoitetut lapset, Theraplay

THERAPLAY-VUOROVAIKUTUSTERAPIA SIOITETTUIEN LASTEN KEHITYKSEN TUKENA

Ihmisellä on biologinen taipumus pyrkiä kiinnittymään ja liittymään toisiin läheisissä ihmissuhteissa (Bowlby, 1988). Erityisen merkityksellinen on varhainen kiintymyssuhde vauvan ja häntä hoivaavan aikuisen välillä. Kiintymyssuhteessa lapsi ottaa ensiaskeleensa kohti ymmärrystä itsestä ja toisesta ihmisestä ja tämän suhteen kautta hän voi saavuttaa kehityspotentialinsa (Tronick ym., 1998). Perinteisesti lapsen käyttäytymis- ja tunne-elämän ongelmat kuvataan lapsen henkilökohtaisina ongelmina, vaikka niiden taustalla usein on lapsen ja vanhempien välisen kiintymyssuhteen ongelmia. Tavallinen lienee luonnehdinta, jonka mukaan lapsi on hankala, villi tai ujo ja arka persoonallisuudeltaan. Ongelmia ei tuolloin nähdä vuorovaikutussuhteeseen liittyvinä ja interventiot kohdistetaan lapseen. Kiintymyssuhdeteoria ja siihen pohjaavat tutkimukset ovat osoittaneet, että kiintymyssuhde vaikuttaa laaja-alaisesti lapsen niin fyysiseen, sosiaaliseen, emotionaaliseen kuin kognitiiviseenkin kehitykseen, hänen suhteeseen itseensä ja ympäristöönsä (Bowlby, 1988; Cassidy, 1999; Hughes, 1997; Schore, 2001; Siegel, 1999; Sroufe, 1988). Kiintymyssuhteen merkitys lapsen kehitykselle ja myös siinä esiintyville häiriöille on nyt jo varsin laaja-alaisesti tunnistettu ja se on alkanut heijastua myös interventioihin (Barth, ym., 2005; Dozier, ym., 2002; Hoffman, ym., 2006).

Turvallinen kiintymyssuhde on lasta suojaava tekijä (Glaser, 2000; Hodges & Tizard, 1989a; Sameroff, 1998). Sen rooli mediaattorina ulkoisten ja sisäisten riskitekijöiden ja psykologisten häiriöiden välillä nostaa kiintymyssuhteen ja sen tukemisen erityiseen asemaan riskissä olevien lasten kanssa työskenneltäessä. Lapsen sijoittamiseen alkuperäisen kodin ulkopuolelle liittyy tekijöitä, jotka muodostavat uhan lapsen kehitykselle (Bardy, 2001; Dozier, ym., 2002) etenkin koskien kiintymyssuhteen optimaalista kehitystä (Albus & Dozier, 1999). Huostaanotetuilla lapsilla kiintymyssuhde on usein vaurioitunut ja heillä on vaikeuksia kiinnittyä toiseen ihmiseen (Gauthier, Fortin & Jeliu, 2004). Kiintymyssuhde-ongelmien katsotaan olevan yhteydessä lapsilla ilmeneviin käyttäytymisen ja tunne-elämän ongelmiin (Hughes, 1997; Siegel, 1999; Sroufe, 1988) ja osaltaan selittävän oppimiseen ja tarkkaavaisuuden säätelyyn liittyviä pulmia (Glaser, 2000). Vanhemman ja lapsen välisen suhteen rakentuminen uudessa perheessä onkin keskeinen tekijä sijoituksen onnistumiselle (Dance, Rushton & Quinton, 2002; Dozier, ym., 2002) ja lapsen tunne-elämän ja käyttäytymisen myönteiselle kehitykselle.

Kiintymyssuhteen rakentumista tukemaan ja siinä olevia vaurioita korjaamaan on kehitetty erilaisia interventiomalleja. Interventiot, joissa hyödynnetään hyvän vanhempi-lapsi –suhteen elementtejä, ovat osoittautuneet lupaaviksi menetelmiksi. Tässä tutkimuksessa tutkitaan, miten sijoitettujen lasten kiinnittymistä uuteen vanhempaan voidaan tukea Theraplay-vuorovaikutusterapian keinoin ja miten kiintymyssuhteen tukeminen heijastuu lapsen käyttäytymisen oireisiin. Theraplay-vuorovaikutusterapiassa mallinnetaan hyvää vanhempi-lapsi-suhdetta ja tietoisesti rakennetaan uudelleen kiintymyssuhdetta, tapaa olla vuorovaikutuksessa toisen ihmisen kanssa. Monet teorioissa ja tutkimuksissa merkityksellisiksi kuvatut elementit kiintymyssuhteen rakentumisessa siirretään terapiassa käytäntöön, vanhemman ja lapsen väliseen vuorovaikutukseen.

Lapsen sijoittamiseen liittyvät kehitykselliset riskitekijät

Vuonna 2005 oli Suomessa kodin ulkopuolelle sijoitettuna 15 160 lasta ja nuorta. (Stakes, 2007). Lapsen sijoittamisen tavoitteena on ehkäistä lapsen syrjäytyminen ja turvata liittyminen toiseen ihmiseen ja ympäröivään yhteiskuntaan. Lasten sijoitusten taustalla on useimmiten vanhemman kyvyttömyys vastata lapsen tarpeisiin; vanhemman päihde-, parisuhde- ja mielenterveysongelmien seurauksena lasten hoidon laiminlyönti (Heino, 2001). Huolestuttavaa on, että viime vuosina sijoitettujen lasten määrä on Suomessa kasvanut 2-5%:n vuosivauhtia. Lasten sijoitukset ovat keskimäärin yhä lyhytaikaisempia, usein vain muutamia kuukausia kestäviä, eikä lasta useinkaan oteta huostaan (Heino, 2000). Suuntauksena on, että yhdelle lapselle kasaantuu elämänsä aikana useita sijoituksia ja epävarmuutta aiheuttavia riskitekijöitä: sijoituspaikka vaihtuu usein, sijoituksen pituus on epävarma ja biologisen perheen tapaamiset ovat epäsäännöllisiä ja heikosti ennustettavissa olevia.

Sijoituksia koskevien tutkimusten metodologisten ongelmien ja lukuisien väliin tulevien muuttujien vuoksi on vaikea tehdä päätelmiä siitä, missä määrin sijoituksella on myönteisiä ja missä määrin kielteisiä vaikutuksia lapsen elämään (Bardy, 2001; Harden, 2004; Rosenfeld ym., 1997). Rushtonin, Tresenderin ja Quintonin (1995) tutkimuksessa sijaisvanhempien kuvaamien ongelmien lukumäärä puolittui vuoden kuluessa sijoituksesta kun taas Dancen, Rushtonin ja Quintonin (2002) tutkimuksessa lasten käyttäytymisongelmat lisääntyivät hieman. Reddyn ja Pfeifferin (1997) mukaan hoidolliset sijoitukset saavat aikaan myönteisiä sosiaalis-psykologisia muutoksia lapsissa.

Lasta suojaavien tekijöiden ja riskitekijöiden arvioiminen ja niiden kumuloitumisen tarkastelu auttaa ymmärtämään, miksi jotkut sijoitetut lapset kärsivät vakavista ja laaja-alaisista ongelmista, kun taas toiset näyttävät selviävän elämässään hyvin (Henry, 1999, Rutter, 1993). Mallissaan lapsen selviytymiseen vaikuttavista riskitekijöistä Greenberg (1999) on jaotellut riskitekijät neljään ryhmään: 1) lapsen ominaisuudet (temperamentti, biologinen haavoittuvuus, neurokognitiivinen toiminta) 2) perhetilanne (sosioekonominen asema, sosiaalinen tuki, perhehistoria, koetut vastoinkäymiset ja traumat) 3) vanhemmuus 4) ja kiintymyssuhteen laatu. Ongelmat yhdellä alueella eivät näyttäisi tutkimusten valossa olevan suuri kehityksellinen riski, mutta ongelmat usealla osa-alueella heijastuvat psykopatologiana. Koska sijoitetuilla lapsilla on usein ongelmia useammalla kuin yhdellä osa-alueella, heidän kehitystään voidaan pitää uhattuna.

Hodgesin ja Tizardin (1989b) pitkittäistutkimuksessa varhainen laitossijoitus ei ollut yhteydessä lapsen älykkyyteen, mutta sillä oli selvä yhteys sekä käyttäytymisen että tunne-elämän ongelmiin. Leslien ja kollegoiden (2002) tutkimuksessa kaikilla sijoitetuilla lapsilla todettiin kehityksessä viivettä. Pelastakaa lapset ry:n tiedoista ilmenee, että tämän järjestön kautta vuosina 1993-1997 sijoitetuista 234:stä huostaanotetusta lapsesta kolme neljänestä oli kärsinyt vakavasta fyysisestä ja/tai psyykkisestä laiminlyönnistä ja kolmanneksella oli kehityksellisiä tai terveydellisiä ongelmia (Heino, 2001/www.pela.fi, tiedote 23.8.2001). Suomalaisessa tutkimuksessa (Kalland ym., 2001) on havaittu, että sijoitettujen lasten kuolleisuus on tavanomaista suurempi ja kuolleisuus on yhteydessä ennen kaikkea nuorten omaan käyttäytymiseen, väkivaltaan ja huumaavien aineiden käyttöön. McIntyre ja Keesler (1986) totesivat 158 sijoitettua lasta käsittävän tutkimuksen perusteella, että riski psykopatologiaan on sijoitetulla lapsella lähes yhdeksänkertainen verrattuna omassa kodissa elävään lapseen. Kyseessä on kuitenkin suhteellinen riski, ei syy-seuraus suhde. McIntyren ja Keeslerin otokseen kuuluvista lapsista puolella arvioitiin olevan psyykinen häiriö (Child Behavior Checklist kriteerein), ja 61%:lla näistä lapsista oli kyseessä moniongelmainen syndrooma ja vain 39%:n ongelmat rajautuivat yhdelle kapealle osa-alueelle. Sukupuoli, ikä tai sijoitusaika eivät olleet yhteydessä lapsen psykopatologiaan.

Sijoitetuilla lapsilla havaittujen ongelmien syiden selvittäminen on hyvin hankalaa ja tulokset ovat ristiriitaisia (Cantos, Gries, & Slis, 1996; Harden, 2004). Lapsen ikä on useiden tutkimusten mukaan olennaisesti sijoituksen onnistumiseen vaikuttava tekijä (Cantos, Gries, & Slis, 1996; Howe, 1997; Rushton, Tresender & Quinton, 1995). Nuorempana sijoitetuilla lapsilla on tyypillisesti vähemmän sekä käyttäytymisen että tunne-elämän ongelmia kuin myöhemmin sijoitetuilla lapsilla. Alle kaksivuotiaiden lasten

kiintymyssuhde rakentuu uuden suhteen mukaiseksi (Dozier, ym., 2000). Perhetilanteen katkosten suuri lukumäärä kasvattaa lapsen psyykkisen vaurioitumisen riskiä (Gauthier, Fortin & Jeliu, 2004). Myös perimällä on osoitettu olevan yhteyttä lapsen myöhempiin ongelmiin siten, että riippumatta lapsen iästä sijoituksen ajankohtana, käyttäytymisongelmat ovat todennäköisempiä lapsilla, joiden biologisilla vanhemmilla on ollut vastaavia ongelmia (Howe, 1997). Traumatisoivien kokemusten voimakkuus, kehityksellisten häiriöiden laajuus sekä vauvaikäisenä sellaisen käyttäytymisen ilmeneminen, joka häiritsee hoitajan kykyä reagoida lapsen viesteille, vaikuttavat siihen, miten nopeasti huostaanotettu lapsi kykenee muodostamaan merkityksellisen suhteen sijaisvanhempien kanssa (Gaensbauer & Harmon, 1982). Dance, Rushton ja Quinton (2002) havaitsivat hieman yllättäen, että lapsen ikä, aiempien sijoitusten lukumäärä, aiempi fyysinen tai seksuaalinen väkivalta sen enempää kuin lapsen oireiden määrä sijoitustilanteessa eivät olleet yhteydessä sijoituksen onnistumiseen (ks. myös Rushton, Tresender & Quinton, 1995). Sijoitus oli sen sijaan edistynyt heikosti niillä lapsilla, jotka oli biologisten vanhempiansa toiveesta otettu huostaan perheen muiden lasten jäädessä edelleen asumaan vanhempiansa luo, sekä niillä lapsilla, jotka olivat osoittaneet suhteessaan sijaisvanhempiin epäaitoja tunteita. Lapsen tunneilmaisun aitous oli yhteydessä suhteen rakentumiseen sijaisvanhempien kanssa ja sitä kautta sijoituksen edistymiseen.

Lapseen liittyvien tekijöiden ohella myös vanhemmuus vaikuttaa sijoituksen onnistumiseen (Dance, Rushton & Quinton, 2002; Dozier, ym., 2000). Lapsen kokeman vanhemmuuden laatu ennen sijoitusta on tärkeä sijoituksen tuloksen kannalta (Howe, 1997; Rushton, Tresender & Quinton, 1995), sillä hyvän vanhemmuuden puuttumisen on havaittu olevan merkitsevässä yhteydessä myöhempiin ongelmiin sijoituksessa. Jos lapsen kiintymyssuhdehistoriassa on kyllin hyvän hoidon jaksoja, jotka voivat aktivoitua uudelleen hyvässä ympäristössä, on sijoituksen ja lapsen kuntoutumisen ennuste huomattavasti parempi kuin jos tällaisia kokemuksia kyllin hyvästä hoidosta ei ole (Sroufe, Egeland & Kreutzer, 1990).

Sijoituksen onnistuminen on selvästi riippuvainen myös siitä, millaiseen perheeseen lapsi sijoitetaan ja kuinka halukas perhe on lapsen saamaan (Hodges & Tizard, 1989a). Howe (1997) havaitsi suojaavaksi tekijäksi muiden sijoitettujen lasten kuulumisen perheeseen, kun taas vanhempien biologisten lasten kuulumisen perheeseen näytti toimivan riskitekijänä. Sijoitus lapsettomalle pariskunnalle ennusti hyvää tulosta (Rushton, Tresender & Quinton, 1995), samoin vanhempien kokeneisuus sijaisvanhempina (Cantos, Gries & Slis, 1996), vanhempien johdonmukainen, lämmin ja sensitiivinen toimintatapa ongelmatilanteis-

sa (Rushton, Tresender & Quinton, 1995) ja voimavarojen käyttö vuorovaikutussuhteen rakentamiseen (Hodges & Tizard, 1989a). Valkosen (1995) tutkimuksessa perhehoitonooret nostivat vanhemmuuden tärkeiksi elementeiksi vastuun lapsen hoidosta ja kasvatuksesta ja vanhemman lasta kohtaan osoittaman rakkauden ja lämmön. Hyvän vuorovaikutussuhteen muodostuminen sijaisvanhemman ja nuoren välille edellytti sitä, että nuori koki tulevansa rakastetuksi ja arvostetuksi.

On esitetty, että suurin uhka sijoitetun lapsen kehitykselle on kiintymiskohteen menetys (Albus & Dozier, 1999). Vahvan kiintymyssuhteen kehittyminen on puolestaan yksi tärkeimmistä edellytyksistä sijoituksen onnistumiselle (Dance, Rushton & Quinton, 2002; Hodges & Tizard, 1989a; Rushton, Tresender & Quinton, 1995). Pysyvä, hoivaava perheympäristö suojaa parhaiten sijoitettua lasta riskitekijöiltä (Dozier, ym., 2000). Uusien kiintymyssuhteiden laatu on myös keskeinen sijoituksen onnistumisen indikaattori (Howe, 1997). Kiintymyssuhde ei rakennu kuitenkaan automaattisesti pelkästään perhesijoituksella. Kiintymyssuhteen rakentuminen riippuu ennen kaikkea siitä, kuinka sijaisvanhemmat kiintymyssuhteen rakentumista tukevat ja edistävät.

Kiintymyssuhteen kehityksellinen merkitys

Kiintymyssuhdetta on kuvattu kohtuna lapsen psykologiselle synnylle (Hughes, 1997). Bowlbyn (1988) mukaan kiintymyskäyttäytymisellä on biologinen perusta: se pohjaa evoluution myötä kehittyneeseen käyttäytymismalliin, jonka tavoitteena on pitää lapsi riittävän lähellä hoivaavaa aikuista. Lapselle on tärkeää säilyttää läheisyys aikuiseen ja hän voi päästä samaan päämäärään usealla keinolla. Pahoinpitelevässä ja laiminlyövässäkin ympäristössä lapsi kiinnittyy vanhempaan etsien sellaisen tavan olla vuorovaikutuksessa, jossa läheisyyden määrä maksimoituu ja uhan vaara minimoituu (Henry, 1999; Sroufe, 1988).

Kiintymyssuhde kehittyy vuorovaikutustilanteessa, mutta varhaislapsuuden jälkeen se sisäistyy yksilön ominaisuudeksi, *sisäiseksi malliksi* (Barnett & Vondra, 1999). Sisäinen työskentelymalli sisältää lapsen tunteen itsestään ja vanhemmistaan, hänen odotuksensa, toiveensa ja pelkonsa suhteessa ihmisiin ja ympäristöön (Bowlby, 1988). Kiintymyssuhdetta ja sisäisiä työskentelymalleja pidetäänkin luonteeltaan varsin pysyvinä, mutta ei muuttumattomina (Thompson, 1997). Sisäisten työskentelymallien vaikutuksen ajatellaan näkyvän mm. yksilön käyttäytymisessä, ihmissuhteissa, tunnesäätelyssä, omaelämäkerrallisessa muistissa ja kerronnassa (Siegel, 1999). Varsinkin vaikeilla elämäkokemuksilla on

osoitettu olevan yhteyttä kiintymyssuhteen muuttumiseen varhaislapsuuden jälkeen (Weinfeld, Sroufe & Egeland, 2000). Sisäiset työskentelymallit ohjaavat sosiaalisen tiedon havainnoimista, käsittelyä ja niistä tehtävää tulkintaa samoin kuin reaktioita tilanteisiin ja näin vähentävät spontaanin muutoksen mahdollisuutta (Barnett & Vondra, 1999, Fonagy, ym., 1995). Niiden on katsottu vaikuttavan mm. lapsen minäkäsitykseen ja mielialaan, tapaan havainnoida ympäristöään sekä stressin käsittelyyn ja kehitystehtävissä onnistumiseen (Cassidy, 1999; Gaensbauer & Harmon, 1982; Hughes, 1997; Siegel, 1999; Sroufe, 1988). Keskeisimmin kiintymyssuhde liitetään kuitenkin tunteiden säätelyn oppimiseen. Varhaisessa vuorovaikutuksessa rakentuvat kyky solmia läheisiä ihmissuhteita, tarjota ja ottaa vastaan hoivaa ja kyky organisoida tunteita (Bowlby, 1988; Siegel, 1999). Nämä ovat eheän persoonallisuuden ja mielenterveyden olennaisia piirteitä.

Kiintymyssuhteen *laatu* on riippuvainen lapsen kokemuksista hoitajansa kanssa (Cassidy, 1999). Lapsella voi olla useita laadultaan erilaisia kiintymyssuhdemalleja, jotka aktivoituvat erilaisissa sosiaalisissa tilanteissa (Field, ym., 1988; Hossain, ym., 1994). Kiinnittymisen ongelmien ajatellaan heijastuvan laaja-alaisesti lapsen kehitykseen (Greenspan & Lieberman, 1988, Hughes, 1997) Viralliseen tautiluokitukseen DSM-IV:een (American Psychiatric Association, 2000) sisältyy reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö. Tätä diagnoosiluokkaa pidetään kuitenkin yleisesti riittämättömänä kuvaamaan lasten vaikeasti häiriintyneitä kiintymyssuhteita. Zeanah ja Boris (2000) ovat todenneet, että seulomattomissa otoksissa esiin nousseiden *turvallisen* (engl. secure) ja *turvattoman* (engl. insecure avoidant, insecure resistant) kiintymyssuhdeluokkien ohella on riskiryhmien tutkimuksissa tunnistettu ilmiänsä näistä poikkeavia turvattomia kiintymyssuhteita. Zeanah ja Boris korostavat, että kiintymyssuhdehäiriöt tulisi nähdä lapsen ja ympäristön välisen vuorovaikutuksen häiriönä ja lapsen kasvun näkökulmasta adaptiivisena reaktiona ympäristölle, eikä erillisinä häiriöluokkina. Kyse on ihmissuhteen häiriöstä, joka heijastuu lapsen kehityksen ja käyttäytymisen häiriintymisenä.

Turvatonta kiintymyssuhdetta ei sinänsä pidetä patologisena, mutta se on kehityksellinen riskitekijä, joka on saanut sekä tutkijat että klinikot etsimään turvatonta kiintymyssuhdetta ehkäiseviä ja korjaavia tekijöitä (Belsky & Nezworski, 1988; Hoffman ym. 2006; Lieberman & Zeanah, 1999). Puutteellisen kiintymyssuhteen kokeneilla lapsilla on usein sosiaalisessa käyttäytymisessään poikkeavia piirteitä (Albus & Dozier, 1999; Hodges & Tizard, 1989a), mm. voimakasta aikuisen huomion etsimistä, yliystävällisyyttä ja vaikeuksia kaverisuhteissa. Pahoinpitelyn ja hylkäämiskokemusten on oletettu synnyttävän aivojen toiminnassa muutoksia, jotka ovat osaltaan näitä kokemuksia kokeneiden lasten ylivilpity-

neisyyden, aggressiivisuuden, oman toiminnan ohjauksen vaikeuksien, dissosiativisten reaktioiden ja alisuoriutumisen taustalla (Glaser, 2000). Kaltoin kohdeltu lapsi pyrkii ehkäisemään ja kieltämään tunteensa säästyäkseen vanhemman vihalta tai hylkäämiseltä (Crittenden, 1988). Tämä tiedostamaton prosessi voi johtaa epäselvyyteen omista tunteista ja niiden alkuperästä sekä vaikeuteen käsitellä niitä. Vaikeasti traumatisoituneilla väkivaltaa kokeneilla lapsilla ilmenee mielialan äkkinäisiä vaihteluja ja vihamielisyyttä, joka kohdistuu usein ihmisiin, joihin he ovat eniten kiintyneet (Bowlby, 1988). Kiintymyssuhteeseen liittyvät traumat heijastuvat käyttäytymiseen aktivoituen varsinkin kiinnittymiseen liittyvissä tilanteissa kuten vieraan ihmisen lähestyessä (Albus & Dozier, 1999).

Tronick työryhmineen (1998) on pyrkinyt *jaetun tietoisuuden* hypoteesin kautta etsimään selitystä sille, miksi yhteys toiseen ihmiseen on niin tärkeä paitsi eloonjäämisen näkökulmasta myös yksilön psyykkisen terveyden ja kehityksen kannalta. Miksi ihmiseen on sisäänrakennettuna järjestelmä, joka pyrkii kiinnittymään lähes kaikissa olosuhteissa? Jaettu tietoisuus on systeemi, joka on enemmän kuin kummankaan vuorovaikutuksen osapuolen systeemi yksinään ja joka mahdollistaa tietoisuuden laajentamisen monimuotoisemmaksi ja yhtenäisemmäksi kuin mihin yksilö yksin koskaan kykenisi. Jaetun tietoisuuden tila saavutetaan keskinäisen tunteiden säätelyn kautta. Hypoteesissa oletetaan, että jaetulla tietoisuudella on vaikuttavia kokemuksellisia ja kehityksellisiä seurauksia. Vanhemman ja lapsen välisen vuorovaikutuksen onnistumisen kautta saavutetaan jaettu tietoisuus ja lapsen on mahdollista saavuttaa kehityspotentialinsa. Jaetun tietoisuuden tilasta vaille jääminen puolestaan rajoittaa ja häiritsee lapsen kehitystä.

Kiintymyssuhteen syntyminen

Kiintymyskäyttäytyminen kehittyy ensimmäisten elinkuukausien aikana ja muuttaa muotoaan lapsen kasvaessa ja kehittyessä. Sisäinen työskentelymalli siitä, miten olemme suhteessa toiseen ihmiseen, rakentuu elämämme neljän ensimmäisen vuoden aikana suhteessa ensisijaisiin hoitajiimme (Greenspan & Lieberman, 1988). Kiintymyssuhteen muodostumista ja ylläpitämistä ohjaa keskushermosto, joka samalla muokkautuu ja muuntuu kokemusten mukaan (Schore, 2001; Siegel, 1999). Kiintymyssuhteen kehityksessä ei ole erityisiä vaiheita vaan kehityksen polkuja, jotka valikoituvat ympäristön ja yksilön välisessä vuorovaikutuksessa. Varhaisina vuosina kiintymyssuhde nähdään ennen kaikkea suhteen ominaisuutena, ja jos suhde muuttuu, muuttuu myös kiintymyssuhdemalli. Iän myötä

kiintymyssuhde muuttuu enemmän lapsen ominaisuudeksi, eikä näin ollen ole enää niin herkkä muutoksille ja lapsi siirtää sen tai sen johdannaisen seuraavaan uuteen suhteeseen (Hodges & Tizard, 1989a).

Kiintymyssuhdeteoriassa korostuu hoitavien aikuisten, etenkin äidin vaikutus kiintymyssuhteen kehitykseen (Cassidy, 1999). Yhteys, jonka kautta kiintymyssuhde muodostuu, saavutetaan ennen kaikkea ei-kielellisen viestinnän kautta (Bowlby, 1988; Stern, 1985; Tronick ym., 1998). Ilmeet, eleet, äänensävy ja kosketus välittävät tietoa sisäistä tilasta. Kummankin osallistujan on tavoitettava toisen tunnetila, jotta tunteiden säätely, resonanssi ja sitä kautta jaettu tietoisuus mahdollistuisi. Viesti siitä, että on tullut ymmärretyksi, ja yhteinen jaettu tietoisuus synnyttävät positiivisen tunnetilan, joka johtaa liittymiseen käyttäytymisen tasolla. Tässä tulee vastaan aikuisen *sensitiivisyys*. Sensitiivisyydellä tarkoitetaan virittymistä lapsen toiminnalle ja signaaleille, lapsen viestin oikea-aikaista huomaamista, oikeaa tulkintaa ja vastausta. Sensitiivisen käyttäytymisen kautta lapselle luodaan ympäristö, joka on ennustettavissa ja kontrolloitavissa oleva (Ainsworth, ym., 1978; Belsky & Isabella, 1988; Bowlby, 1988; Stern, 1985). Jos aikuinen ei jostain syystä, omaan kehityshistoriaansa tai sen hetken tilanteeseen liittyvästä syystä tulkitse lapsen viestiä oikein, ei jaetun tietoisuuden saavuttaminen ole mahdollista ja yhteys katkeaa. Lapsen ei-kielellisen viestinnän ja implisiittisten viestien ymmärtäminen ja peilaaminen, tunteiden resonanssi ja sitä kautta saavutettu jaettu tietoisuus ovat siten kiintymyssuhteen rakentumisen perustana.

Vanhemman sensitiivisyyden puutteiden tai epäjohdonmukaisuuden ajatellaan johtavan turvattoman kiintymyssuhteen rakentumiseen (Ainsworth, ym., 1978; Morgan, ym., 1982). Turvattoman kiintymyssuhteen muodostumiseen katsotaan olevan yhteydessä ennen kaikkea vanhemman tunkeutuvuus ja ylistimulointi, toisaalta välinpitämättömyys ja vetäytyminen vuorovaikutuksessa (Isabella, 1993; Isabella & Belsky, 1991). Tutkimuksissa on tehty sekä kiintymyssuhdeteorian keskeistä oletusta tukevia havaintoja, että myös havaintoja, jotka eivät tue yhteyttä äidin sensitiivisyyden ja turvallisen kiintymyssuhteen välillä (Belsky & Isabella, 1988). Sekä Van Ijzendoorn, Juffer ja Duyvesteyn (1995) että Goldsmith ja Alansky (1987) toteavat meta-analyysiensä perusteella, että äidin sensitiivisyys on selvässä yhteydessä kiintymyssuhteeseen, mutta yhteys kokonaisuudessaan on heikompi kuin kiintymyssuhdeteorian pohjalta voisi olettaa. Äidin sensitiivisyyden ja lapsen kiintymyssuhteen turvallisuuden välillä ilmenee kausaalista yhteyttä, mutta sensitiivisyys ei heidän mukaansa ole välttämätön tai yksinään riittävä turvallisen kiintymyssuhteen rakentumiselle.

Kehittyvään kiintymyssuhteeseen vaikuttavat useat tekijät. Van Ijzendoorn (1995) toteaa katsauksessaan, että noin 75%:ssa tapauksista vanhemman kiintymyssuhdetyyli siirtyy lapsen ja vanhemman väliseen kiintymyssuhteeseen. Vanhemman sisäisten mallien uskotaan ohjaavan hänen toimintaansa suhteessa lapseen ja tämä vuorovaikutus ohjaa lapsen kiintymyssuhteen rakentumista. Myös lapsen ominaisuudet kuten mahdolliset kehityshäiriöt, keskossuus, sairaudet, itsesäätelyn häiriöt ja temperamentti ovat yhteydessä muodostuvan kiintymyssuhteen laatuun (Goldsmith ja Alansky, 1987; Sprangler, Fremmer-Bombik & Grossmann, 1996). Kiintymyssuhteeseen vaikuttavien lapsen tai äidin ominaisuuksien vaikutuksen tutkimisen rinnalle on kaivattu vuorovaikutuksellisten mallien käyttöä, lapsen ja äidin yhteisvaikutuksen arvioimista (Atkinson, ym., 1999; Dance, Rushton & Quinton, 2002) ja ympäröivän kontekstin ja kulttuurin vaikutuksen arvioimista (Thompson, 1997). Belskyn (1997) esittämän ekologisen mallin mukaan kontekstiin (esim. parisuhde, sosiaalinen tuki) ja psykologisiin tekijöihin (esim. äidin persoonallisuus, psyykinen terveys) liittyvät tekijät vaikuttavat vanhemman ja lapsen vuorovaikutukseen ja sitä kautta kiintymyssuhteen laatuun.

Lapsi pyrkii aina sopeutumaan ympäristöönsä ja käyttäytymisellään maksimoimaan hoivan saamisen, kiintymyssuhteen (Sroufe, 1988). Pahoinpidellyt lapset kehittävät joukon käyttäytymismalleja selviytyäkseen ja sopeutuakseen vanhempiensa ominaisuuksiin (Henry, 1999). Välttelevä kiintymyssuhde voi olla hyvinkin adaptiivinen ympäristössä, jossa lapsi elää (Mc Kinsey Crittenden, 2000). Kun nämä lapset sijoitetaan sijaisperheeseen, aiemmin hyödylliset selviytymiskeinot eivät olekaan enää toimivia uudessa ympäristössä, vaan ne näyttävät ongelmiksi suhteessa uuteen vanhempaan ja asiantuntijoihin. Monet hylätyt, laiminlyödyt ja pahoinpidellyt lapset pitävät kiinni omaksumistaan selviytymiskeinoistaan eli työskentelymalleistaan ja tekevät kaikkensa muuttaakseen ympäristön olosuhteet siten, että heidän omaksumansa malli toimii siinä (Fonagy, ym., 1995). Lapset, joita biologiset vanhemmat ovat laiminlyöneet tai pahoinpidelleet, näkevät aikuiset usein epäluotettavina ja saavuttamattomissa olevina, jopa rankaisevina (Albus & Dozier, 1999). He odottavat sijaisvanhempien hetkellä millä hyvänsä paljastuvan välinpitämättömiksi ja huonosti kohteleviksi ja omalla käytöksellään provosoivat näin myös tapahtumaan. Näin he todistavat itselleen, että heidän käsityksensä maailmasta on oikea. Heitä ohjaa uskomus: ”Mieluummin oikeassa kuin yllätettynä”. Tunteensa kätkevät lapset puolestaan masentuvat ja heillä voi olla itsetuhoisia ajatuksia (Rosenfeld, ym., 1997).

Sroufen (1988) arvion mukaan ei ole olemassa sisäisen työskentelymallin kehityksen kriittistä vaihetta, vaan se rakentuu jatkuvasti ajan kuluessa kokemuksen myötä muokkau-

tuen ja joskus hyvinkin suuresti muuttuen. Ei ole kuitenkaan selvää, säilyykö joustavuus ympäristön muutoksille, jos lapsi on pitkään sopeutunut epäsuotuisiin olosuhteisiin ja kykeneekö hän muuntamaan käyttäytymistään, jos olosuhteet parantuvat (Crittenden, 1988). Kehitysneurologinen tutkimus antaa viitteitä siitä, että varhainen kiintymyssuhdemalli ja sen vaikutus aivoihin on varsin pysyvä, eikä ole altis muutoksille myöhempien kokemusten myötä (Punamäki, 2001; Schore, 2001; Sroufe, 1988). Muutos on siis vaikea ja vaativa.

Kiintymyssuhteen korjaamiseen tähtäävät interventiot

Vastasyntyneellä kehityspolut ovat avoinna ja vuorovaikutus ympäristön kanssa ohjaa kehityspolun valikoitumista (Bowlby, 1988). Muutokset siinä, miten lasta kohdellaan, voivat muuttaa kehityspolun suotuisampaan tai huonompaan suuntaan. Iän myötä aivojen plastisiteetti vähenee (Glaser, 2000) ja lapsi on entistä voimakkaammin omien kokemustensa säätelijä ja tulkitsija (Bowlby, 1988; Siegel, 1999). Vaikka kapasiteetti kehitykselliseen muutokseen vähenee iän myötä, muutos on kuitenkin mahdollinen läpi elämän. Tämä pysyvä potentiaali muutokselle antaa mahdollisuuden terapialle.

Interventiotutkimukset, joissa pyritään ehkäisemään tai korjaamaan turvatonta kiintymyssuhdetta ovat lisääntyneet (Dozier, ym., 2002; Toth ym., 2002; Van Ijzendoorn, Juffer & Duyvesteyn, 1995). Kiintymyssuhteen interventioissa taustaoletuksena on usein, että vanhemman sensitiivisyys on tärkein ja voimakkain kiintymyssuhdetta määrittävä tekijä ja intervention tulee siten kohdistua vanhempaan ja tämän käyttäytymisen muuttamiseen.

Van Ijzendoorn, Juffer ja Duyvesteyn (1995) jaottelevat interventiot ehkäiseviin ja terapeutisiin interventioihin. *Ehkäisevät interventiot* pyrkivät vanhemman sensitiivisyyden lisäämiseen tuen, tiedon, palautteen ja mallin avulla (Juffer, Van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1997; Toth ym., 2002; Van Ijzendoorn, Juffer & Duyvesteyn, 1995). Ne tähtäävät vanhemman ohjaamiseen käytännön tilanteissa; mallin antamiseen, onnistumisten huomioimiseen ja sitä kautta vanhemman pätevyyden tunteen kohentamiseen. Usein vanhemmat tarvitsevat käytännön ohjeita pystyäkseen luomaan tilanteen, jossa myönteinen vuorovaikutus lapsen kanssa on mahdollista (Emde & Robinson, 2000). Saatuaan mallin myönteisellä tavalla toimimisesta ja koettuaan lapsen myönteisen reaktion, lapsen toiminnan herättämä luontainen mielihyvä saattaa motivoida heitä yrittämään uudestaan.

Terapeuttisissa interventioissa pyritään auttamaan vanhempia menneisyytensä käsittelyn kautta herkistymään oman lapsensa signaaleille (Toth ym., 2002; Van Ijzendoorn, Juffer & Duyvesteyn, 1995). Tavoitteena on rikkoa sukupolvien yli jatkuva turvattoman

kiintymyssuhteen siirtyminen. Travis kollegoineen (2001) osoitti tutkimuksessaan, että aikuisen kiintymyssuhteen muuttaminen turvattomasta turvalliseksi onnistuu psykoterapian avulla. Empaattinen terapeutti voi synnyttää vanhemmalle tunteen, että hän on ihminen, joka ansaitsee hoivaa (Emde & Robinson, 2000). Tämä tunne voi ulottua koskemaan myös hänen lastaan. Terapeutin saatavuus ja herkkyys toimii mallina vanhemmalle. Vanhempi voi terapeutin avulla myös oppia tulkitsemaan lapsensa viestejä uudella tavalla ja havaitsemaan lapsen motiivit ja kyvyt. Tampereen yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrian klinikan perheosaston työskentelyssä vauvaperheiden kanssa (Kaukonen & Tamminen, 1998) kaksi hoitotapaa yhdistyvät toisiinsa: käsitteellisellä mielikuvatasolla vanhemmat tutkivat perheen sisäisiä representaatioita, ja käytännön tasolla vuorovaikutusta arvioidaan ja tuetaan päivittäisissä vuorovaikutustilanteissa.

Vanhempi-lapsi -suhteeseen voidaan pyrkiä vaikuttamaan myös lapsen kautta esimerkiksi yksilöterapian avulla (Barth ym. 2005; Kenrick, 2000). Perinteinen lapsiterapia perustuu lapsen ja terapeutin luottamukselliselle suhteelle ja kokemusten läpikäymiselle siinä (Hughes, 1997). Lapsi, jolla ei ole kokemusta luottamuksellisesta ihmissuhteesta, ei helposti kykene terapiasuhteessakaan rakentamaan sellaista terapeutin kanssa. Terapeutin keinot ovat rajoitetut, jos lapsella ei ole mahdollisuutta tai keinoja rakentaa kiintymyssuhdetta vanhempiin. Tästä syystä kiintymyssuhdehäiriöiden terapiassa vanhempien läsnäolo ja aktiivinen osallistuminen ja kiintymyssuhteen rakentaminen vanhemman ja lapsen välille on Hughesin (1997) mukaan tarpeen ennen kuin perinteinen lapsiterapia on mahdollinen.

Suurin osa kiintymyssuhteeseen vaikuttamaan pyrkivistä interventioista keskittyy siis vanhempaan, vanhemman käyttäytymisen tai sisäisten mielikuvien muuttamiseen oletuksena, että tätä kautta muutetaan lapsen kiintymyssuhteen laatua. Tärkeä kysymys onkin, muuttuuko lapsen kiintymyssuhde, jos vanhemman käyttäytyminen ja mielikuvat muuttuvat. Interventiotutkimusten tulokset ovat olleet epäselviä. Van Ijzendoorn, Juffer ja Duyvesteyn (1995) arvioivat katsauksessaan, että ehkäisevät, lyhytkestoiset interventiot ovat tehokkaampia vanhemman sensitiivisyyden parantamisessa kuin pitkät, intensiiviset ja terapeutitset interventiot. Lapsen kiintymyssuhteen muutos oli tutkimuksissa vähäistä, mutta kuitenkin myönteisen suuntaista. Näyttäisi siis olevan helpompaa muuttaa vanhemman käyttäytymistä kuin lapsen ja vanhemman välisen vuorovaikutuksen tai kiintymyssuhteen laatua. Viimeaikaisissa interventiotutkimuksissa on kuitenkin onnistuttu vaikuttamaan myös lapsen käsityksiin sekä vanhemmastaan, että myös itsestään (Toth ym., 2002). Van Ijzendoorn kollegoineen (1995) arvioivat käytettyjen mittareiden ja interventioiden erojen

sekä seurannan puuttumisen osaltaan vaikuttavan tuloksiin ja luotettavuutta heikentävien useiden tekijöiden vuoksi kokoavien päätelmien tekeminen on vaikeaa.

Sisäisten työskentelymallien vaikutus lapsen ympäristön tulkintaan ja omaan toimintaan ja sitä kautta rakentuviin vuorovaikutusmalleihin on Sinkkosen (2001) mukaan hoidon kannalta suuri haaste. Joskus vasta useiden vuosien terapian jälkeen lapsi rohkaistuu kokeilemaan uudenlaista tapaa olla vuorovaikutuksessa ja tätä kautta avautuu mahdollisuus työskentelymallien muutokselle. Varsinkin vaikeasti traumatisoituneet lapset pitävät kiinni, tutuista, joskin huonosti adaptiivisista malleistaan. Kiintymyssuhdetutkimus ja kliininen kokemus antavat Siegelin (1999) mukaan viitteitä siitä, että vaikka kokemuksilla on vaikutusta, implisiittisen muistin elementit säilyvät usein varsin muuttumattomina. Parin ensimmäisen elinvuoden kokemukset ovat pääosin implisiittisiä muistoja käyttäytymisen, tunteen, havaintojen ja kehomuistin tasolla. Implisiittiset muistikuvat tallentuvat ja palautuvat muistiin tiedostamattomasti ja ohjaavat havaintojamme ja käyttäytymistämme. Varhaislapsuudessa muodostuneet sisäiset työskentelymallit, jotka toimivat reaktiomalleina käyttäytymisen ja tunteen tasolla, ovat siis pääsääntöisesti tiedostamattomia ja implisiittiseen muistiin varastoituneita. Terapeuttisen kiintymyssuhteeseen vaikuttamisen on huomioitava tämä.

Yhteys toiseen ihmiseen on vaikuttava voima elämässämme ja tähän perustuu Tronickin ja hänen työryhmänsä (1998) mukaan myös terapioiden vaikuttavuus. Jaettu tietoisuus vaikuttaa lapsen tietoisuuden tilaan muodostaen implisiittisen tiedon ihmissuhteissa toimimisesta ja määrittelee tunteiden, sosiaalisuuden ja mielikuvien rakentumista. Terapiassa näitä olemassaolevia malleja rakennetaan uudelleen jaetun tietoisuuden tilan kautta. Se voidaan terapiassa saavuttaa, kun terapeutti kykenee virittäytymään ja löytämään asiakkaaseen sellaisen implisiittisen tason yhteyden, joka vastaa vauvan ja äidin välistä yhteyttä, toisin sanoen sanattomalla tasolla resonoimaan asiakkaan tunnetilan kanssa. Jaettu tietoisuuden tila on avain muutokseen. Jaetussa tietoisuuden tilassa, joka pohjaa implisiittiseen tietoon ja tunteisiin, ei tietoiseen tulkintaan ja sanoihin, uudelleenstrukturointi ja muutos sekä nykyisissä että aiemmissa mentaalisissa organisaatioissa on mahdollinen. Kun tällainen jaettu tila saavutetaan, asiakkaan implisiittinen tieto siitä, miten olla suhteessa toiseen ihmiseen muuttuu. Vanhat elementit on integroitava tähän uuteen tietoisuuden tilaan, joka on entistä monimuotoisempi ja yhtenäisempi. Terapian muutosvoima perustuu siis tunteiden yhteissäätelyn kautta muodostuvaan jaettuun tietoisuuteen ja sen vaikutukseen yksilöön.

Kiintymyssuhteiden rakentamiseen ja muuttamiseen tähtäävän terapian onkin oltava hyvin voimakkaasti mukaan kutsuva, kokemuksellinen (Hughes, 1997). Virittymisen kokemukset ovat keskeisiä, jotta lapsi kiinnittyisi terapeuttiin ja vanhempaan esiverbaalisella tasolla. Leikki vahvistaa ja helpottaa kiinnittymistä. Vanhemman ja lapsen välinen vuorovaikutus leikissä pitää sisällään paitsi katsekontaktin, fyysisen kontaktin, liikkeen, rytmin, jännityksen, ennakoinnin myös ennen kaikkea jaetun ilon ja hilpeyden tunteen ja täydellisen liittymisen. Yhdessä laulaessa, nauraessa ja liikkuesssa on olemassa vain aikuinen ja lapsi. Tällainen yhdessä oleminen, joka on niin olennainen normaalissa vanhempi-lapsi suhteessa, on oltava olennainen osa myös kiintymyssuhdetta korjaavaa terapiaa.

Theraplay-vuorovaikutusterapia kiintymyssuhteen ongelmien korjaamisessa

Theraplay on Ann Jernbergin 1960-luvulla kehittämä nimikesuojattu terapiamuoto kiintymyssuhteen ongelmien korjaamiseksi (Jernberg & Booth, 2003). Se syntyi tarpeesta löytää kustannuksiltaan ja ajankäytöltään perinteisiä terapioiden tehokkaampi, mutta samalla tuloksellinen hoitomuoto. Theraplayssä yhdistyvät usean eri teorian ja hoitomuodon elementit. Sen juuret ovat kiintymyssuhdeteoriassa, kehityspsykologiassa ja vuorovaikutusteorioissa. Se eroaa aktiivisuudellaan, vuorovaikutukseen sitouttamisella ja leikkisyydellään useista muista vuorovaikutusterapioista. Theraplayssä hoitomenetelmänä on jäljitellä varhaista vanhempi-vauva –suhdetta sen kaikissa muodoissaan ja tarjota näin korjaavia kokemuksia lapselle ja muuttaa vuorovaikutuksen sisältöä lapsen ja aikuisen välillä.

Theraplayssä oletetaan lapsen perusturvan rakentuvan ensinnäkin kokemuksesta siitä, että ei ole yksin ja vastuussa kaikesta vaan joku toinen huolehtii; toiseksi kokemuksesta siitä, että on pätevä ja voi itse vaikuttaa maailmaan sekä kolmanneksi mielihyvän kokemuksesta (Jernberg & Booth, 2003). Theraplayssä lapselle tarjotaan juuri näitä perusturvan taustalla olevia kokemuksia toisen ihmisen läsnäolosta ja vastuusta, mahdollisuudesta itse vaikuttaa ympäristöönsä ja mielihyvän kokemuksia itsestä ja vuorovaikutuksessa olemisesta. Terapiatilanteessa tarjotaan tietoisesti ja suunnitellusti korjaavia kokemuksia mallintamalla varhaista vuorovaikutusta. Tavoitteena on avata lapsessa ikkuna uudenlaiseen vuorovaikutukseen ja käsitykseen itsestä ja maailmasta. Samanaikaisesti tämä mahdollisuus avataan myös vanhemmassa ja nämä yhdistämällä tavoitellaan vanhemman ja lapsen vuorovaikutuksen muuttumista. Theraplay pyrkii vastaamaan niihin tarpeisiin, jotka ovat jääneet tyydyttymättä usein jo vauvaiässä. Lapsi kohdataan sillä tasolla, jolla hänen

tunne-elämänsä on. Ilmapiiri on myönteinen ja leikkisä ja muutosta haetaan tekemällä ja kokemalla, ei puhumalla.

Theraplayta on käytetty vuosien mittaan yhä enenevässä määrin kiintymyssuhdehäiriöistä kärsivien lasten kanssa (Jernberg & Booth, 2003). Varuillaan olevaan ja toiveissaan pettyneen lapsen kanssa on haastava rakentaa kiintymyssuhdetta. Theraplayssa huomioidaan lapsen tunne-elämän kehitystaso ja lähdetään tukemaan ja rohkaisemaan lapsen kiinnittymistä hänen kehitystasolleen sopivalla tavalla. Sijoitetut lapset ovat usein tottuneet luottamaan vain itseensä. Theraplayn kautta sijaisvanhempia tuetaan rakentamaan suhdetta lapseen ja vastaamaan hänen emotionaalisiin tarpeisiinsa. Monet vanhemmat ovat kokeneet helpotusta sen kautta, että ovat itse vanhempina kokeneet taitojensa kehittyneen ja varmuutensa kasvaneen. Theraplayn käyttäjät ovat todenneet terapian tuottavan nopeita ja vaikuttavia tuloksia, myös sijoitetuilla lapsilla (Jernberg & Booth, 2003; Franke & Wettig, 2003). Tieteellisiä vaikuttavuustutkimuksia on kuitenkin vähän saatavilla.

TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämä tutkimus oli osa RAY:n rahoituksella toteutettua interventiotutkimus-projektia (Mäkelä & Vierikko, 2004). Tutkimuksen kontekstina olivat kansainvälisen SOS-lapsikyläjärjestön Suomessa sijaitsevat lapsikylät, jotka tarjoavat kodin kuntien huostaanot-tamille, pitkäaikaista sijoitusta tarvitseville lapsille ja nuorille. Vuonna 2003 Suomen SOS-lapsikylien 35 kodissa oli sijoitettuna 160 lasta, joista viidesosa alle kouluikäisiä. SOS-lapsikylissä pyritään löytämään jokaiselle lapselle sopivat hoitomuodot ja uutena työmuotona projektin myötä otettiin käyttöön Theraplay-terapia. Projektin tarkoituksena oli selvittää, voidaanko Theraplay-vuorovaikutusterapialla vahvistaa SOS-lapsikyliin sijoitettujen lasten ja sijaisvanhempien välistä kiintymyssuhdetta.

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli osaltaan tarkastella Theraplay-menetelmästä saatuja kokemuksia SOS-lapsikyliin sijoitettujen lasten ja sijaisvanhempien välisen kiintymyssuhteen tukemisessa ja arvioida menetelmän soveltuvuutta käyttäytymisen ja tunne-elämän ongelmista kärsivien lasten kuntoutukseen tässä kontekstissa. Tutkimuskysymykset muotoiltiin seuraavasti:

1. Missä määrin vanhempien ja opettajien arvioimassa lapsen käyttäytymisongelmien määrässä tapahtui muutoksia lähtötilanteesta Theraplay-intervention jälkeiseen arviointiin? Olivatko mahdolliset muutokset käyttäytymisongelmissa pysyviä, eli nähtävissä vielä seurannassa vuoden kuluttua?
2. Selittävätkö taustatekijät (lapsen sukupuoli, ikä, sijoitusten lukumäärä, sijoituksen tahdonvastaisuus, ja sijoituksen kesto SOS-lapsikylässä) lapsen käyttäytymisongelmien määrää ja muutosta?
3. Missä määrin ja millaisia muutoksia vanhemman ja lapsen vuorovaikutuksessa tapahtui lähtötilanteesta Theraplay-intervention jälkeiseen aikaan?
4. Selittävätkö taustatekijät (lapsen sukupuoli, ikä, sijoitusten lukumäärä, sijoituksen tahdonvastaisuus, ja sijoituksen kesto SOS-lapsikylässä) vanhemman ja lapsen vuorovaikutussuhteen laatua ja muutosta?

TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tutkittavat

Theraplay-terapiaan valikoitui SOS-lapsikylien lapsista yhteensä 26 lasta. Näistä kuusi lasta jäi lopullisen tutkimusaineiston ulkopuolelle terapian jäätyä kesken tai vaillinaiseksi tai vanhempien osallistumattomuuden vuoksi. Näin ollen aineiston analyyseissa oli mukana yhteensä 20 lasta (poikia 11 ja tyttöjä 9) sijaisäitinsä kanssa. Tutkimusotokseen kuuluvien lasten ikä vaihteli tutkimuksen alkaessa ikävälillä 3-13 vuotta (keskiarvo oli 8 ½ vuotta). Lapsista kaksi oli alle 6-vuotiaita, 13 lapsista oli 6-10 -vuotiaita, ja 5 lasta sijoittui ikävälille 11-13 vuotta.

Hoidon alkaessa lapset olivat asuneet lapsikylässä keskimäärin 4 vuotta, vaihtelun ollessa vuodesta reiluun kymmeneen vuoteen. Lapsista 11 (55%) oli ennen SOS-lapsikylää ollut kerran sijoitettuna, viidelle lapselle sijoituspaikka oli ensimmäinen ja neljällä lapsella sijoituspaikkoja on takana 2 tai useampi. Lapsikyläsijoituksen aikana 5 lapsista on vaihtanut sijaisäitiä kylän sisällä. Puolet lapsista oli aikanaan huostaanotettu vanhempien tahdon vastaisesti, puolella lapsista biologiset vanhemmat olivat olleet myöntäväisiä huostaanottoon.

Terapiaan valinta tapahtui siten, että projektin alussa kartoitettiin kaikkien neljän SOS-lapsikylän ja yhden nuorisokylän lasten ja nuorten tilanne CBCL-oirekartoituksella (Achenbach & Edelbrock, 1981) sekä sijaisvanhempien että opettajien tai päiväkotien kuvaamana. Tämän arvion perusteella lapsista ja nuorista 54% lapsista oireili enemmän kuin 95% normaaliväestöstä. Näistä oireiden kriteeriarvon ylittävistä lapsista projektin ulkopuolelle rajattiin noin puolet lapsista sillä perusteella, että heillä oli jo meneillään tai alkamaisillaan jokin muu terapia tai hoito. Tutkimuksen ulkopuolelle rajattiin myös lapset, jotka olivat olleet lapsikylässä alle vuoden ajan. Seuraavassa vaiheessa SOS-lapsikylien johtajilta ja sosiaalityöntekijöiltä pyydettiin ehdotus projektiin mukaan otettavista lapsista. Yhdessä vanhempien ja työntekijöiden kanssa lopulta valittiin ne lapset, jotka osallistuivat projektiin. Osa lapsi-vanhempi pareista karsiutui pois vanhempien haluttomuuden tai ajankäyttöongelmien vuoksi. Terapiaan osallistuivat siis kaikki halukkaat lapsi-vanhempi parit, joissa lapsella ei ollut muuta hoitoa meneillään ja lapsen oireilu ylitti CBCL:n kriteeriarvot.

Theraplay-terapiassa istunnot räätälöidään yksilöllisesti lapsen tarpeita vastaavaksi sekä käyntien sisällön että käyntien määrän suhteen. Keskimäärin lapset ja heidän

sijaisvanhempansa (kaikissa tapauksissa äiti) osallistuivat 8 terapiakertaan. Kolmella lapsella terapia oli pituudeltaan 16 kertaa. Terapian toteutuksessa oli eroja myös lapsen asuinpaikan mukaan. Terapiat toteutettiin Tapiolassa Espoossa. Tapiolassa asuvat lapset (n = 5) kävivät terapiassa kerran viikossa, mutta muualla Suomessa sijaitsevista SOS-lapsikylistä lapset (n = 15) tulivat intensiivijaksoille Tapiolaan, jolloin terapia toteutettiin kahtena erillisenä viikon jaksena. Projektissa työskenteli kaksi työntekijää. Kaikissa terapioissa on ollut mukana terapeuttina ainakin toinen projektin työntekijöistä. Useimmiten he muodostivat työparin. Tämän tutkimuksen tekijä osallistui vain tulosten analyysivaiheeseen.

Menetelmät

Marschakin vuorovaikutusarvio (Jernberg ym., 1991). Marschakin vuorovaikutusarvio eli MIM on Marianne Marschakin kehittämä ja Ann Jernbergin laajentama vuorovaikutusarvio eri ikäisille lapsille ja heidän vanhemmilleen (Jernberg ym., 1991). MIM on pitkän kehitystyön tuloksena syntynyt strukturoitu tekniikka vanhemman ja lapsen välisen vuorovaikutuksen arvioimiseksi. Arviointi perustuu vuorovaikutuksen havainnointiin tehtävientekotilanteessa. Tehtävät on suunniteltu lapsen ikä- ja kehitystasolle sopiviksi ja niiden sisältämien erilaisten tilanteiden ja roolivaatimuksen kautta pyritään saamaan laaja käsitys lapsen ja vanhemman vuorovaikutussuhteesta. Huomio kiinnitetään ennen kaikkea vuorovaikutuksen vahvoihin osa-alueisiin. Arviointia varten on kehitetty erilaisia kaavakkeita. Marschakin vuorovaikutusarviota ei ole käytetty kovin laajalti tutkimuskäytössä, mutta Jernbergin (1991) mukaan se kuitenkin soveltuu hyvin paitsi tutkimuskäyttöön myös diagnosointiin, terapian suunnitteluun ja sen vaikutusten arviointiin sekä yleensä lapsen ja vanhemman välisen vuorovaikutuksen arviointiin esimerkiksi huoltajuusarvioinneissa.

MIM pyrkii kiintymyssuhdearviointien tavoin arvioimaan vanhemman ja lapsen vuorovaikutussuhteen laatua, mutta se eroaa niistä kuitenkin monin tavoin. Vierastilanne (Strange situation)-koeasetelmaa, jossa lapsen ja vanhemman kiintymyssuhdetta arvioidaan simuloitujen erotilanteiden havainnoinnin perusteella, on kritisoitu siitä, että tilanne ei välttämättä anna oikeanlaista kuvaa lapsen ja aikuisen välisestä suhteesta (Gaensbauer & Harmon, 1982). Kiintymyssuhdekäyttäytyminen voi vaihdella aikuisesta ja tilanteesta toiseen eikä yhteen tilanteeseen perustuva arvio välttämättä ole kovin luotettava. Kiintymyssuhdeongelmia on myös arvioitu kysymyksillä eroahdistuksesta ja kohtaamisten häiriöistä sekä harvoilla tunneilmauksilla (Rushton, Tresender & Quinton, 1995). Crittendenin (1988)

mukaan kiintymyssuhteen arvioinnissa olisi kuitenkin aina huomioitava konteksti, jossa vuorovaikutusta arvioidaan ja vanhempaan kohdistuvat roolivaatimukset. Vanhempi saattaa esimerkiksi olla kykenevä ja taitava hoivan antaja, mutta leikkikaverina, stimulaation tarjoajana riittämätön. Vapaa leikki-tilanne voi herättää myönteisiä vuorovaikutusmalleja, kun taas stressaava tilanne, kuten testaus, ero äidistä tai vaatimus yhteistyöhön voivat tuoda esiin vakaviakin häiriöitä (Gaensbauer & Harmon, 1982). MIM vuorovaikutusarviossa tehtävillä pyritään luomaan erilaisia tilanteita ja roolivaatimuksia ja näin saamaan laajempi käsitys vuorovaikutussuhteesta.

Tässä tutkimuksessa Marschakin vuorovaikutusarvio (MIM) tehtiin kaksi kertaa: ennen (I-mittaus) ja jälkeen terapian (II-mittaus). Vanhemman ja lapsen väliset vuorovaikutustilanteet videonauhoitettiin. MIM-arvion tekivät videonauhan perusteella projektin ulkopuoliset työntekijät, jotka eivät tienneet oliko kysymyksessä terapiaa edeltävä vai sitä seurannut arvio. Kolmen lapsen arvio puuttuu, joten MIM-vuorovaikutusarviota koskevat analyysit voitiin siten tehdä aineistossa, johon sisältyi 17 lasta. Tutkija sai valmiiksi koodatut arvioinnit käyttöönsä, mutta videoitu vuorovaikutusaineisto ei ollut hänen saatavillaan tutkimuseettisistä syistä (mm. anonymiteetin säilyttämiseksi).

Vuorovaikutuksen analyysissä käytettiin O'Connerin ja kollegoiden (2001) laatimaa pisteytysjärjestelmää, jossa arvioidaan vanhemman tapaa rakentaa vuorovaikutusta, jäsentää tilanteita, tukea ja hoivata lasta sekä asettaa sellaisia haasteita, joiden saavuttamisen kautta lapsi kykenee saavuttamaan tunteen onnistumisesta ja pätevydestä. O'Connorin pisteytyksessä muodostetaan neljä summamuuttujaa: jäsentäminen (structure), yhteyden rakentaminen (engage), haastaminen (challenge) ja hoivaaminen (nurture) sekä lasketaan kokonaispistemäärä. Kutakin osa-aluetta kartoitetaan 6-10 käyttäytymisen kuvauksella ja annetaan 0-3 pistettä sen mukaan miten onnistuneeksi vuorovaikutus sillä käyttäytymisen osa-alueella arvioitiin. Yhteensä arvioitavia kohtia on 31. Mitä suurempi on muuttujien arvo, sitä myönteisemmäksi ja onnistuneemmaksi vanhemman ja lapsen välinen vuorovaikutus arvioidaan.

Child Behavior Checklist. Child Behavior Checklist (Achenbach & Edelbrock, 1981) on eräs laajimmin käytetty lomakemuotoinen lapsen käyttäytymisen ongelmien arviointimenetelmä. CBCL:ssä on 113 lapsen käyttäytymistä kuvaavaa väittämää. Arvion tekijöinä voivat olla sekä vanhemmat että päivähoidon tai koulun henkilökunta (Teacher Report Form, TRF). Näin tavoitellaan laaja-alaisempaa näkemystä lapsesta. Vanhempi tai lapsen vakituinen

hoitaja arvioi kutakin lapsen käyttäytymisen piirrettä ja sen esiintymistä viimeisen kahden kuukauden aikana kolmiportaisella asteikolla (0 = ei totta, 1 = joskus 2 = usein).

CBCL tuottaa useita mittoja: oireiden kokonaispistemäärän (kaikkien osioiden summa), yläskaalojen summapistemäärät (sisäänpäinkääntyneet ja ulospäinsuuntautuneet oireet) sekä kahdeksan alaskaalan summapistemäärät. Yläskaalat muodostuvat seuraavasti:

Sisäänpäinkääntyneet oireet (3 alaskaalaa): Yhteydestä vetäytyminen, Somaattiset häiriöt, Ahdistuneisuus tai masentuneisuus,

Ulospäinsuuntautuneet oireet (2 alaskaalaa): Epäsosiaalinen käytös, Aggressiivisuus

Muut (3 alaskaalaa): Sosiaaliset ongelmat, Ajattelun häiriöt, Tarkkaavaisuuden häiriöt.

Lisäksi vanhempien lomakkeella kerätään tietoja lapsen koulumenestyksestä, harrastuksista, ihmissuhteista ja kotitöihin osallistumisesta.

CBCL:n on osoitettu olevan luotettava ja lapsen psyykkisiä ongelmia hyvin ennustava mittari (Roza, ym., 2003). CBCL ei kuitenkaan ole välttämättä luotettava erityisryhmien, kuten sijoitettujen lasten käyttäytymisongelmien havaitsemisessa (Rosenfeld, ym., 1997). Sitä on kuitenkin käytetty myös sijoitettujen lasten psykologisten häiriöiden arvioinnissa (Clark, ym., 1994; McIntyre & Keesler, 1986).

Vanhempien ja opettajien tekeminen CBCL-arviointien yhdenmukaisuutta tutkineet Cai, Kaiser ja Hancock (2004) havaitsivat, että vanhemmat kokonaisuudessaan raportoivat enemmän ongelmia kuin opettajat ja että ulospäinsuuntautuvien oireiden suhteen vanhemmat ja opettajat olivat havainnoissaan yhdenmukaisempia kuin sisäänpäinkääntyneissä oireissa. Iän merkitys ilmeni siten, että mitä vanhempi lapsi oli sitä yhdenmukaisempia arviot olivat. Pienimmillä lapsilla käyttäytymismallit ovat ehkä enemmän tilannesidonnaisia. Oli melko tavallista, että vanhempien raportoimat ongelmat eivät ilmenneet koulussa ja päinvastoin. Koska vanhemmat ja opettajat toimivat erilaisissa ympäristöissä ja erilaisissa rooleissa ja heidän odotuksensa ja vaatimuksensa lapsen käyttäytymisen suhteen ovat erilaiset, myös heidän havaintonsa lapsesta poikkeavat helposti toisistaan. Arvioitaessa lapsen ongelmia olisikin tärkeä tunkea kunkin ympäristön ominaisuudet ja lapsen toimintaan liittyvät odotukset.

Tässä tutkimuksessa oireiden alkukartoitus tehtiin CBCL-lomaketta käyttäen ennen Theraplay-jaksoa (I-mittaus) sekä kotona (lapsen vanhemmat/vanhempi) että koulussa/päiväkodissa (TRF). Intervention päätyttyä tehtiin heti toinen CBCL-arvio (II-mittaus). Jatkoseurannassa vanhemmilta pyydettiin CBCL-arviointeja seuraavasti: 3 kk hoidon päättymisestä (III-mittaus), 6 kk hoidon päättymisestä (IV-mittaus) ja viimein 12 kk hoidon päättymisestä (V-mittaus). Opettajan/ päivähoiton toinen arvio (TRF) sijoittuu ajallisesti

samaan aikaan vanhemman IV-mittauksen kanssa eli arvio on tehty noin 6 kuukautta hoidon päättymisen jälkeen.

	Alkumittaus	Loppumittaus	3 kk seuranta	6 kk seuranta	12 kk seuranta
Vanhemmat	I	II	III	IV	V
Koulu/päiväkoti	I	-	-	IV	-

Kullakin CBCL:n skaalalla on raja-arvo, joka määrittelee käyttäytymisongelman voimakkuuden. Tutkimuksessa käytettiin 5% :n raja-arvoa. Tutkittavien valintavaiheessa, jossa arvioitiin kaikki SOS-lapsikylien lapset, todettiin että 54.4%:lla arvioiduista lapsista oli ainakin jollakin osa-alueella oli niin suuria ongelmia, että ne ylittivät tämän 5%:n raja-arvon.

Tehtyjen arviointien luotettavuuden kannalta oli ongelmallista, että opettajan vaihtuminen oli tavallista ja osalla lapsista alku- ja loppuarvioinnin teki sama ja toisilla eri opettaja. Projektin työntekijöiden tuntuma oli, että lapsilla, joiden opettaja ei vaihtunut, opettaja-arvioinneissa ajankohdasta toiseen ei ollut niin suurta vaihtelua kuin lapsilla, joiden opettaja oli vaihtunut. He arvioivat, että opettajien arvioita on vaikeampi hyödyntää, koska arvioitsija usein vaihtui. (Mäkelä & Vierikko, 2004)

TULOKSET

Vanhemman arvioimat lapsen käyttäytymisen ongelmat

Vanhempien arviointeja lapsen käyttäytymisoireista (CBCL) analysoitiin alkumittauksen (I), loppumittauksen (II), 6 kuukauden seurannan (IV) ja 12 kuukauden (V) osalta. III-mittauksia puuttui osalta lapsista, joten III-mittauksen tuloksia ei käytetty. CBCL-arviointien analyyseissä käytettiin sekä kokonaispistemäärää että yläskaalojen (2 kpl) ja alaskaalojen (8 kpl) summapistemääriä. Analyyseissa tarkasteltiin sekä käyttäytymisongelmien *tasoa* (ts. summapisteiden ryhmäkeskiarvoja) eri mittausajankohtina että käyttäytymisongelmissa tapahtunutta *muutosta* terapiaa edeltäneen alkumittauksen tasosta myöhempisiin mittauksiin (muutosmuuttujien ryhmäkeskiarvoja). Arvioitaessa tapahtunutta muutosta käytettiin siis alkumittauksen ja myöhempien, terapian jälkeen tehtyjen arviointien erotuksena muodostettuja muuttujia (positiivisen kokonaisluvun saamiseksi erotusmuuttujaan lisättiin vakio 100, joten mitä suurempi muutosta kuvaavan muuttujan arvo on, sitä myönteisempi on muutos eli sitä vähemmän oireita lapsella on ollut terapian jälkeen). Muutosmuuttujien avulla voitiin arvioida käyttäytymisessä tapahtunutta muutosta ja siihen vaikuttaneita tekijöitä riippumatta siitä, mikä oli oireiden lähtötaso.

Tarkasteltaessa aineistoa lapsikohtaisesti (ks. Liite 1) ilmeni, että terapian jälkeisessä II-mittauksessa 17 lapsen vanhemmat arvioivat lapsellaan olevan vähemmän käyttäytymisongelmia (oireiden kokonaissumma) kuin lähtötilanteessa. Kokonaisuudessaan oireiden määrä siis väheni, mutta joillakin lapsilla oireiden määrä lisääntyi. IV-mittauksessa oireiden määrä edelleen väheni lähtötilanteeseen verrattuna ja tämä kehitys jatkui seuraavan kuuden kuukauden aikana niin että viimeisessä seurantamittauksessa vanhemmat kuvasivat kokonaisuudessaan vähiten ongelmia. 17 lapsella oireet vähenivät niin että viimeisellä seurantakerralla vanhemmat kuvasivat lapsella olevan vähemmän oireita kuin ensimmäisellä mittauksella. Kolmen lapsen vanhemmat kuvasivat oireiden lisääntyneen terapian jälkeen. Taulukossa 1 on esitetty lasten käyttäytymisongelmien keskiarvot ja keskihajonnat neljänä ajankohtana vanhempien arvioimana. Keskiarvoeroja eri mittauskertojen välillä tarkasteltaessa analyysimenetelmänä käytettiin toistettujen mittausten t-testiä.

Taulukko 1. Vanhemman arvioimien lasten käyttäytymisongelmien tason keskiarvot ja hajonnat alkumittauksesta 12 kuukauden seurantaan

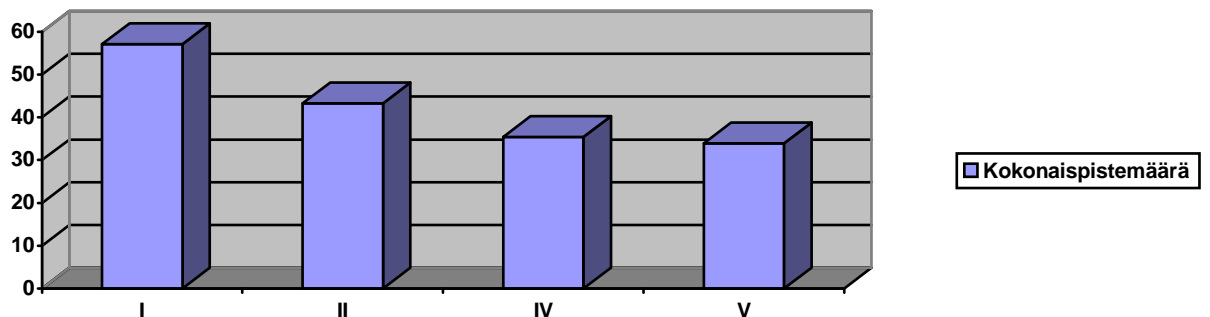
Vanhemman arviot lapsen käyttäytymisongelmista (CBCL)	Alkumittaus (I)		Loppumittaus (II)		6 kk:n seuranta (IV)		12 kk:n seuranta (V)	
	Ka	Sd	Ka	Sd	Ka	Sd	Ka	Sd
Kokonaispistemäärä ^a	57.15	21.92	43.30	24.69	35.45	24.26	33.95	22.83
Sisäänpäin-kääntyneet ongelmat ^b	13.10	5.43	9.75	5.25	7.05	5.26	6.95	5.22
Ulospäin-suuntautuneet ongelmat ^c	24.20	12.76	17.95	13.84	15.75	13.36	15.10	13.03

^a Kokonaispistemäärän vaihteluväli I: 24 – 90, II: 5 – 95, IV: 6 – 104, V: 3 – 91

^b Sisäänpäin kääntyneiden ongelmien vaihteluväli I: 2 – 22, II: 0 – 17, IV: 0 – 19, V: 0 – 18

^c Ulospäin suuntautuneiden ongelmien vaihteluväli I: 3 – 43, II: 0 – 44, IV: 0 – 52, V: 0 – 43

Kokonaispistemäärän osalta I- ja II-mittauksen keskiarvoero oli tilastollisesti merkitsevä ($t(19)=3.54$, $p < .01$) Oireiden vähenemisessä näytti olevan lisääntyvä trendi ajan kuluessa, sillä I-mittauksen ja 6 kuukautta terapian päättymisen jälkeen tehdyn IV-mittauksen keskiarvojen ero oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($t(19)=4.65$, $p < .001$) samoin kuin ero I- ja V-mittauksen välillä ($t(19)=5.50$, $p < .001$). Käyttäytymisoireissa tapahtunut muutos näyttäisi siis olevan varsin pysyvä, eikä ollut havaittavissa heiluriefektiä, jossa oireilu arvioidaan alkutilannetta vähäisemmäksi välittömästi terapian jälkeen, mutta oireilu palaa edeltävälle tasolle tai muuttuu jopa huonompaan suuntaan ajan kuluessa (ks. Kuvio 1).



Kuvio 1. Lasten käyttäytymisongelmien kokonaispistemäärän keskiarvot vanhempien arvioimana neljänä ajankohtana: I: alkumittaus, II: loppumittaus, IV: 6 kk:n seuranta, V: 12 kk:n seuranta.

Sisäänpäinkääntyneitä ongelmia vanhemmat kuvasivat kokonaisuudessaan olevan vähemmän kuin ulospäinsuuntautuneita ongelmia. Sisäänpäinkääntyneissä ongelmassa oireilun väheneminen oli havaittavissa selvemmin vasta jonkin ajan kuluttua interventtiosta. Välittömästi intervention jälkeen tehdyssä arvion (II-mittaus) sisäänpäinkääntyneiden ongelmien summapistemäärä erosi I-mittauksesta tilastollisesti melkein merkitsevästi ($t(19)=2.79$, $p < .05$). Keskiarvoero I-mittauksen ja IV-mittauksen pistemäärien välillä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($t(19)=5.40$, $p < .001$) samoin kuin I ja V-mittauksen välillä ($t(19)=5.13$, $p < .001$).

Ulospäinsuuntautuvien ongelmien arvioinneissa I- ja II-mittauksen välinen keskiarvoero oli toistettujen mittausten t-testillä arvioituna tilastollisesti erittäin merkitsevä ($t(19)=3.81$ $p < .001$). Keskiarvojen välinen ero säilyi jokseenkin samansuuruisena IV ja V-mittauksessa.

Alaskaalojen tasolla tehdyissä analyyseissä havaittiin, että ajattelun ongelmien ja somaattisen oireilun osa-alueilla ei tapahtunut tilastollisesti merkitsevää muutosta koko tutkimuksen aikana. Näillä osa-alueilla vanhemmat myös kuvasivat kaiken kaikkiaan vähiten ongelmia. Vanhempien arviointien mukaan käyttäytymisongelmien määrä lapsen vetäytyvässä käyttäytymisessä, tarkkaavaisuudessa tai sosiaalisissa ongelmassa ei muuttunut merkitsevästi I-mittauksesta II-mittaukseen, mutta kun 6 kuukautta oli kulunut terapian päättymisestä, ongelmat olivat vanhempien arvion mukaan vähäisempiä kaikilla näillä osa-alueilla. I- ja IV-mittauksen sekä I- ja V-mittauksen keskiarvojen väliset erot olivat näillä kolmella alaskaalalla tilastollisesti erittäin merkitseviä ($p < .001$). Kolmella muulla alaskaalalla, aggressiivisuudessa, ahdistuneisuudessa ja epäsosiaalisessa käyttäytymisessä keskiarvojen välinen ero oli alkumittauksesta jokaiseen seurantamittaukseen vähintään tilastollisesti melkein merkitsevä. Voidaan siten todeta, että vanhemmat kuvasivat oireiden vähenemistä systemaattisesti lähes kaikilla oirekuvauksen alaskaaloilla ja nämä erot keskiarvoissa alkumittauksen ja seurantamittausten välillä olivat pääsääntöisesti tilastollisesti merkitseviä.

CBCL:n oirekuvausta edeltäneissä kysymyksissä vanhemmat arvioivat lapsen suhteita kavereihin, sisaruksiin ja vanhempiin, lapsen koulumenestystä, taitavuutta harrastuksissa ja urheilulajeissa sekä itsenäisyyttä kotitöissä. Näistä kysymyksistä muodostettujen summamuuttujien pisteissä ei tapahtunut merkitsevää muutosta eri arviointikertojen välillä, vaan vanhemmat kokonaisuudessaan kuvasivat ja arvioivat lasta samalla tavalla näissä osioissa koko tutkimuksen ajan.

Opettajan arvioimat lapsen käyttäytymisen ongelmat

Opettajat arvioivat lapsen käyttäytymisen ongelmia kaksi kertaa, ennen terapiaa ja noin 6 kuukautta terapian jälkeen (IV-mittaus). Joillakin lapsista sekä arvioitsija että arviointiympäristö (päiväkoti/koulu) muuttuivat mittauskertojen välillä. Tämä heikentää tulosten vertailukelpoisuutta mittauskertojen välillä ja myös suhteessa vanhempien arviointeihin.

Taulukko 2. Opettajan arvioimien lasten käyttäytymisongelmien keskiarvot, hajonnat, vaihteluväli ja t-testin tulos alkumittauksesta kuusi kuukautta terapian päättymisestä tapahtuneeseen seurantaan

Opettajan arviot lapsen käyttäytymisongelmista (Teacher's Report Form)	Arviointien ajankohdat						t	p
	Alkumittaus (I)			6 kk seuranta (IV)				
	Ka	Sd	Vaihteluväli	Ka	Sd	Vaihteluväli		
Kokonaispistemäärä	51.45	33.67	7 - 121	43.40	42.00	3 - 137	0.97	ns
Sisäänpäinkääntyneet ongelmat	10.90	8.43	0 - 33	9.25	9.13	0 - 27	0.63	ns
Ulospäinsuuntautuneet ongelmat	18.40	18.12	0 - 59	14.50	16.28	0 - 59	1.39	ns

Opettajien arvioissa lasten käyttäytymisongelmista ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa I- ja IV-mittauksen kokonaispistemäärien välillä (ks. Taulukko 2). Lasten joukossa oli niitä, joiden kohdalla opettaja arvioi tilanteen suuresti parantuneen, toisaalta oli lapsia, joiden oireet olivat voimakkaasti lisääntyneet. Alaskaalojen keskiarvoeroja tarkasteltaessa ainoa tilastollisesti merkitsevä ilmeni opettaja-arvioinneissa sosiaalisuudessa havaituissa ongelmissa: ongelmien määrä väheni tilastollisesti melkein merkitsevästi alkutilanteesta 6 kk seurantaan ($t(14)=2.19$, $p < .05$).

Opettajien arvioissa lasten käyttäytymisongelmista oli enemmän hajontaa kuin vanhempien arvioissa. Opettajien ja vanhempien arviot eivät kokonaispistemäärän osalta kuitenkaan eronneet toisistaan vaan oireiden määrä arvioitiin kokonaisuudessaan samansuuruisiksi sekä alkumittauksessa ($t(32,548) = 0.63$, ns) että 6 kuukautta hoidon päättymisestä ($t(30,405)=-0.73$, ns). Yksilötasolla oli suuria eroja vanhempien ja opettajien arvioinneissa. Ero vanhemman ja opettajan arvion välillä oli yhtä CBCL:n keskihajontaa

suurempi alkumittauksessa 11 lapsen kohdalla (seitsemällä lapsella vanhemmat kuvasivat enemmän ongelmia kuin opettajat) ja terapian jälkeisessä IV-arvioinnissa 12 lapsen kohdalla (kuudella lapsella vanhemmat kuvasivat enemmän ongelmia kuin opettajat). Erot arvioinnissa eivät olleet systemaattisesti samoilla lapsilla, vaan esimerkiksi erään lapsen kohdalla alkumittauksessa ongelmia arvioitiin olevan suurin piirtein saman verran kotona ja koulussa (CBCL: 51, TRF: 62), mutta terapian jälkeisessä arvioissa kotona ongelmat olivat selvästi vähentyneet, kun taas koulussa lisääntyneet (CBCL: 9, TRF: 94).

Taustatekijöiden yhteydet vanhemman arviointeihin lapsen käyttäytymisongelmista

Sukupuoli. Vanhempien CBCL-arvioinneissa ei ilmennyt tilastollisesti merkitseviä eroja tyttöjen ja poikien välillä missään mittausajankohdassa. Vanhemmat arvioivat tyttöillä ja pojilla olevan sekä määrällisesti että laadullisesti yhteneväisesti ongelmia. Pistemäärissä eri mittauskertojen välillä tapahtuneen muutoksen suuruus ei ollut myöskään yhteydessä sukupuoleen.

Hienoisia trendejä sukupuolten välisiin eroihin ilmeni kuitenkin muutoksen ajoituksessa. Vanhempien arvioinneissa pojilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää muutosta aggressiivisuudessa I-mittauksesta II-mittaukseen, mutta I- ja IV -mittauksen välinen keskiarvoero aggressiivisuuden alaskaalalla oli tilastollisesti melkein merkitsevä ($t(10) = 2.34, p < .05$). Tyttöillä ilmeni aggressiivisuuden tilastollisesti merkitsevällä tasolla olevaa vähenemistä jo I-mittauksesta II-mittaukseen ($t(8) = 3.41, p < .01$). Sukupuolen vaikutus oli kaiken kaikkiaan tässä tutkimuksessa hyvin vähäinen.

Ikä. Lapset jaettiin kolmeen ryhmään iän perusteella: 3-7-vuotiaat ($N = 4$), 8-10-vuotiaat ($N = 11$), 11-13-vuotiaat ($N = 5$). Yksisuuntaisella varianssianalyysillä toteutetuissa analyyseissa ainoa ero ikäryhmien välillä ilmeni I-mittauksen sisäänpäin kääntyneiden ongelmien määrässä ($F(2)=5.00, p < .05$) ja jatkoanalyysit (Scheffe) paljastivat, että nuorimmilla 3-7-vuotiailla lapsilla oli vähemmän sisäänpäin kääntyneitä ongelmia kuin 8-10-vuotiailla. Lievät viitteet iän vaikutuksesta olivat sen suuntaisia, että nuoremmilla lapsilla tilanne tuntui muuttuvan ajan kuluessa yhä myönteisemmäksi, kun taas jo nuoruusikäen ehtineillä lapsilla muutos säilyi II-mittauksen tasolla. Nämä erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä. Ikä ei korreloinut merkitsevästi minkään CBCL-muuttujan kanssa. Tulosten päälinjana siis oli että vanhemmat kuvasivat saman verran ja saman suuntaisia ongelmia lapsilla iästä riippumatta.

Sijoitusten lukumäärä. Lapset jaettiin sijoitushistoriansa perusteella kahteen ryhmään sen perusteella kuinka monta kertaa kiintymyksen kohde oli vaihtunut eli lapsen sijoituspaikkaa vaihdettu. Ryhmän 1 (N=12) lapsilla oli yksi tai kaksi aiempaa sijoitusperhettä, ryhmän 2 (N=8) lapsilla kolme tai useampi. Ryhmien välillä ei ollut riippumattomien otosten t-testillä arvioituna merkitsevää eroa vanhempien CBCL-arviointien kokonaispistemäärissä tai yläskaalojen summapistemäärissä millään mittauskerralla (I, II, IV, V). Sillä kuinka monta kertaa lapsi oli ollut aiemmin sijoitettuna, ei siten ollut yhteyttä siihen kuinka paljon ja millaisia oireita vanhemmat kuvasivat heillä olevan.

Ryhmien välillä ilmeni kuitenkin yksi ero siinä, miten paljon kokonaispistemäärässä tapahtui muutosta eli kuinka paljon vanhemman mielestä lapsen oireilu väheni. Ero I- ja IV-mittauksen välillä oli alle kolme sijoitusta kokeneiden ryhmässä keskimäärin 29 pistettä, kun taas vähintään kolme sijoitusta kokeneiden ryhmässä ero oli keskimäärin 10 pistettä (ryhmä 1: muutosmuuttujan $ka = 129$, $sd = 17.6$; ryhmä 2: muutosmuuttujan $ka = 110$, $sd = 21.4$; $t(18) = 2.11$, $p < .05$) Vanhempien kuvaama oireiden väheneminen oli siis tilastollisesti melkein merkitsevästi suurempaa niillä lapsilla, joilla oli takanaan vain 1 tai 2 sijoitusta. Ryhmien välillä ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevää eroa tarkasteltaessa I- ja V-mittauksen välistä muutosmuuttujaa.

Sijoituksen tahdonvastaisuus. Lapset jaettiin kahteen ryhmään sen perusteella oliko heidän sijoituksensa ollut tahdonvastainen vai ei. Ryhmät olivat kooltaan yhtä suuret (N = 10). Erillisellä t-testillä arvioitiin ryhmien välisiä eroja CBCL:n kokonaispistemäärissä ja ylä- ja alaskaalojen pistemäärissä. Millään mittauskerralla (I, II, IV, V) ei näissä havaittu ryhmien välillä tilastollisesti merkitsevää eroa. Vanhempien kuvaus oireiden määrästä tai laadusta ei ollut yhteydessä siihen, oliko lapsi sijoitettu biologisten vanhempiensa tahdon mukaisesti vai sitä vastaan. Myöskään siinä ei ollut ryhmien välillä eroa, kuinka paljon oirekuvaus muuttui ajankohdasta toiseen.

Sijoitusaika. Vanhempien arvio lapsen käyttäytymisongelmista ja lapsen viettämä aika SOS-lapsikylässä eivät korreloineet suoraan toisiinsa. Sijoitusaika korreloi kuitenkin tilastollisesti melkein merkitsevästi I- ja II-mittauksen välisen muutoksen suuruuden eli muutosmuuttujan kanssa ($r = .46$, $p < .05$) siihen suuntaan, että mitä kauemmin lapsi oli ollut lapsikylässä sitä suurempia arvoja lapsi sai muutosmuuttujalla eli sitä selvempi oli käyttäytymisongelmien väheneminen. I- ja IV-mittauksen ja I- ja V-mittauksen välinen muutos ei sen sijaan korreloinut sijoitusajan kanssa. Näyttäisi siis siltä, että lapsikylässä vietetyn ajan yhteys tuloksiin heikkenee mitä kauemmin terapian päättymisestä on kulunut.

Sijoitusajan vaikutuksia tuloksiin arvioitiin myös jakamalla lapset kolmeen ryhmään sen perusteella, kuinka kauan he olivat olleet SOS-lapsikylässä tutkimuksen alkaessa. Ryhmän I (N = 3) lapset olivat olleet lapsikylässä alle 2 vuotta, ryhmän II (N = 10) lapset 2-5 vuotta ja ryhmän 3 (N = 7) lapset yli 5 vuotta. Käyttäen yksisuuntaista varianssianalyysiä havaittiin ryhmien kokonaispistemäärien keskiarvojen välillä tilastollisesti merkitsevä ero I-mittauksessa ($F(2)=8.06$, $p < .01$), joka jatkoanalyysien (Scheffé) mukaan liittyi siihen, että ryhmän 2 lapsilla käyttäytymisongelmien kokonaispistemäärä oli merkitsevästi pienempi kuin ryhmän 3 lapsilla. Terapian jälkeisissä II-, IV- ja V-mittauksissa ryhmien välillä ei ollut enää tilastollisesti merkitsevää eroa.

Kaiken kaikkiaan ilmeni viitteitä siitä, että niillä lapsilla, jotka olivat olleet pisimpään lapsikylässä, oli hieman muita enemmän käyttäytymisongelmia ja että näiden lasten kohdalla muutos myönteisempään oli suurin välittömästi terapian jälkeen. Tulokset ovat kuitenkin vain suuntaa antavia, eikä selvää yhteyttä sijoitusajan ja oireiden määrän tai muutoksen välillä ole osoitettavissa.

Taustatekijöiden yhteydet opettajan arviointeihin lapsen käyttäytymisongelmista

Sukupuolten välillä ei ollut eroa kokonaispistemäärissä tai yläskaalojen pistemäärissä kummallakaan mittauskerralla, eikä myöskään muutoksen suuruudessa riippumattomien otosten t-testillä arvioituna. *Lapsen iän* yhteyttä opettajien arvioihin tutkittiin sekä korrelaatioiden että yksisuuntaisen varianssianalyysin avulla. Lapsen ikä ei korreloinut opettajien arviointien kokonaispistemäärän tai ylä- ja alaskaalojen pistemäärien kanssa. Ikä ei myöskään ollut tilastollisesti merkitsevällä tavalla yhteydessä siihen, kuinka paljon muutoksia opettajat kuvasivat, vaikka ilmeni trendiä siihen, että eniten myönteistä muutosta opettajat kuvasivat vanhimmilla lapsilla. *Aiempien sijoitusten* lukumäärän perusteella muodostetut kaksi ryhmää eivät riippumattomien otosten t-testissä eronneet tilastollisesti merkitsevästi toisistaan I ja II-mittauksen kokonaispistemäärissä eivätkä myöskään muutoksen suuruudessa.. *Sijoituksen tahdonvastaisuus* ei myöskään ollut yhteydessä lapsilla kuvattuihin käyttäytymisongelmiin. Ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa kummallakaan mittauskerralla kokonais- tai yläskaalojen pistemäärissä. Yksisuuntaisella varianssianalyysillä tarkasteltiin *SOS-lapsikylässä vietetyn ajan* yhteyttä opettajien arvioon, mutta sillä miten kauan lapsi oli ollut sijoitettuna SOS-lapsikylään ei ollut yhteyttä siihen, kuinka paljon oireita opettajat kuvasivat lapsella olevan tai oireiden muutokseen. Analyysien

perusteella mikään taustamuuttujista ei selittänyt opettajien arviointeihin perustuvaa lasten käyttäytymisongelmien vaihtelua.

Vanhemman ja lapsen vuorovaikutuksen arviointi

MIM-vuorovaikutusarviota koskevat analyysit tehtiin aineistossa, johon sisältyi 17 lasta. Analyyseissa käytettiin neljää summamuuttujaa: jäsentäminen (structure), yhteyden rakentaminen (engage), haastaminen (challenge) ja hoivaaminen (nurture) sekä kokonaispistemäärä. Mitä suurempi on näin muodostettujen muuttujien arvo, sitä myönteisemmäksi ja onnistuneemmaksi vanhemman ja lapsen välinen vuorovaikutus arvioidaan. Arvioitaessa tapahtunutta muutosta mittauskertojen välillä muodostettiin muutosmuuttuja. Terapian jälkeisen mittauksen kokonaispistemäärästä vähennettiin alkumittauksen kokonaispistemäärä ja erotukseen lisättiin 100 positiivisten lukujen varmistamiseksi (mitä suurempi luku oli, sitä myönteisempi oli vuorovaikutuksen muutos). Muutosmuuttujaa käytettiin arvioitaessa taustamuuttujien yhteyttä lapsen ja vanhemman välisessä vuorovaikutuksessa havaittuun muutokseen.

Ero alku- ja loppumittauksen välillä oli kaikissa MIM-summamuuttujissa tilastollisesti merkitsevä. Lapsen ja vanhemman välinen vuorovaikutus tällä menetelmällä arvioituna muuttui merkitsevästi myönteisemmäksi kaikilla arvioituilla vuorovaikutuksen osa-alueilla (ks. Taulukko 3). Lapsikohtaisesti tarkasteltuna 15 lapsen ja vanhemman vuorovaikutus muuttui myönteisemmäksi. Kahden lapsen kohdalla vanhemman ja lapsen välinen vuorovaikutus arvioitiin II-mittauksessa hieman heikommaksi kuin I-mittauksella.

Taulukko 3. Marchakin vuorovaikutusarvion (MIM) keskiarvot, hajonnat ja t-testin tulos alkumittauksesta välittömästi terapian päättymisen jälkeen tehtyyn loppumittaukseen

Marchakin vuorovaikutusarvion summamuuttujat	Alkumittaus (I)		Loppumittaus (II)		t
	Ka	Sd	Ka	Sd	
Kokonaispistemäärä	62.29	11.86	75.56	16.04	-5.47 ***
Jäsentäminen	14.47	2.88	16.29	3.39	-3.08 **
Haastaminen	13.06	2.38	16.41	3.14	-4.78 ***
Yhteyden rakentaminen	18.12	4.58	22.06	5.20	-4.35 ***
Hoivaaminen	16.65	3.20	20.79	6.05	-3.40 **

** p < .01; *** p < .001

Taustatekijöiden yhteydet vanhemman ja lapsen väliseen vuorovaikutukseen

Sukupuolella ei ollut yhteyttä MIM-arvioiden kokonaissummaan tai alakategorioiden summapistemääriin alku- eikä loppumittauksessa riippumattomien otosten t-testillä arvioituna. Tyttöjen ja poikien välillä ei ollut myöskään eroa sen suhteen, kuinka paljon vuorovaikutuksen laadussa tapahtui muutosta mittauskertojen välillä. Havaittu muutos alku- ja loppumittauksen välillä ei korreloinut *lapsen iän* kanssa tilastollisesti merkitsevällä tasolla ($r = -.41$, ns). Tulos kuitenkin antaisi viitteitä siihen, että mitä nuorempi lapsi, sitä myönteisempi muutos saattaisi olla. *Aiempien sijoitusten lukumäärä* ei erotellut lapsia MIM-muuttujilla.

SOS-lapsikyläsijoituksen pituus eli aika, jonka lapsi oli tutkimuksen alkaessa viettänyt lapsikylässä, korreloi sekä alku- että loppumittauksen kokonaispistemäärän kanssa (I-mittaus: $r = .49$ $p < .05$; II-mittaus: $r = .59$, $p < .05$). Mitä pidempään lapsi oli ollut SOS-lapsikylässä sitä myönteisemmäksi vuorovaikutus vanhemman ja lapsen välillä arvioitiin. Sijoitusajan pituuden perusteella muodostettujen ryhmien eroja yksisuuntaisella varianssi-analyysillä verrattaessa I-mittauksen kokonaispistemäärässä ryhmän 1 ja 3 välillä oli suuntaa antava ero ($p < .10$). MIM-arviot koskien lapsia, jotka olivat olleet pisimpään SOS-lapsikylässä, olivat siis jonkin verran myönteisempiä I-mittauksessa kuin koskien lapsia, jotka olivat olleet alle 2 vuotta lapsikylässä. Terapian jälkeisessä mittauksessa sijoitusaika ei enää erotellut lapsia. Sijoitusaika ei myöskään korreloinut MIM-arviossa havaitun muutoksen kanssa eli pistemäärissä tapahtui muutosta saman verran riippumatta siitä, kuinka kauan lapsi oli lapsikylässä ollut. Vertailtaessa riippumattomien otosten t-testillä lapsia, jotka olivat *tahdonvastaisesti sijoitettuja* niihin lapsiin, joiden vanhemmat olivat suostuneet sijoitukseen, ei havaittu eroja MIM-arvion alku- ja loppumittauksen pistemäärien eikä tapahtuneen muutoksen välillä.

Käyttäytymisongelmissa ja vuorovaikutuksessa tapahtuneen muutoksen samansuuntaisuus

Sekä vanhempien CBCL-arvioinneissa lasten oireista että MIM-vuorovaikutusarvioinnissa oli havaittavissa muutosta myönteiseen suuntaan: lasten oireet vähenivät ja vuorovaikutus vanhempien kanssa parantui. Oli siten yllättävää, että näiden muuttujien välisessä korrelatiivisessa tarkastelussa ei ilmennyt tilastollisesti merkitsevää yhteyttä: CBCL:n pistemäärät eivät korreloineet millään muuttujalla eivätkä millään mittauskerralla MIM-

muuttujien kanssa. Myöskään havaittu muutos CBCL:n pistemäärissä ei korreloinut MIM-pistemäärissä tapahtuneiden muutosten kanssa.

Käyttäytymisongelmissa ja vuorovaikutuksessa tapahtuneen muutoksen samansuuntaisuutta tarkasteltiin keskiarvojen sijasta myös yksilöllisemmällä tasolla (ks. Taulukko 4). Lapset jaettiin kahteen ryhmään sen perusteella, arvioivatko vanhemmat lapsella ongelmien lisääntyneen vai vähentyneen I-mittauksesta V-mittaukseen eli 12 kuukauden seurantaan (kaikilla lapsista havaittiin muutosta jompaankumpaan suuntaan, mutta muutos saattoi olla pienimmillään 1 pisteen suuruinen). Samoin lapset jaettiin kahteen ryhmään sen perusteella oliko kehitys myönteinen vai kielteinen vanhemman ja lapsen välisen vuorovaikutuksen arviossa.

Taulukko 4. CBCL- ja MIM-arviointien muutoksen myönteisyyden vs. kielteisyyden ristiintaulukointi

CBCL-muutos I – ja V-mittauksen välillä	MIM-arviointien muutos	
	kielteinen	myönteinen
Ongelmat lisääntyneet	1	2
Ongelmat vähentyneet	1	13

Tämänkaltainen aineiston luokittelu paljasti, että 13 lasta 17:stä eli 76% lapsista kuului ryhmään, jossa sekä vuorovaikutus parani että vanhemmat kuvasivat lapsella vähemmän käyttäytymisongelmia. Muutos oli siis pääosin samansuuntainen: lapsen käyttäytymisen oireet vähenivät samalla kun vuorovaikutus vanhemman kanssa kehittyi myönteiseen suuntaan.

Seuraavaksi lapset jaettiin ryhmiin siten, että CBCL:n suhteen ryhmässä 1 olivat lapset, joilla muutos vanhempien arvioinneissa oli I- ja V-mittauksen välillä alle keskihajonnan suuruinen ja ryhmässä 2 lapset, joilla vanhempien arvioinneissa oli tapahtunut muutosta yli keskihajonnan verran (jälkimmäisessä ryhmässä muutos oli kaikilla myönteinen eli oireet olivat vähentyneet). MIM-arviointien perusteella jaoteltiin lapset siten, että ryhmän 1 lapsilla muutos pistemäärissä muutos oli alle keskihajonnan suuruinen, ryhmän 2 lapsilla muutos yli keskihajonnan luokkaa (jälkimmäisessä ryhmässä muutos oli kaikilla myönteinen).

Taulukko 5. CBCL- ja MIM-arvioinneissa tapahtuneen muutoksen suuruuden ristiintaulukointi

CBCL-muutos I – ja V- mittauksen välillä	MIM-arviointien muutos	
	Alle 1 sd	Yli 1 sd
Alle 1 sd	2	6
Yli 1 sd (ongelmat vähentyneet)	5	4

CBCL-arvioinneissa yhteensä 9 lapsella muutos myönteiseen oli yhtä keskihajontaa suurempi ja MIM-arviossa yhteensä kymmenellä lapsella muutos myönteiseen oli yhtä keskihajontaa suurempi. Ristiintaulukointi (ks. Taulukko 5) paljasti kuitenkin, että vain neljä lasta kuului molemmilla muuttujilla ryhmään, jossa muutos oli yhtä keskihajontaa suurempi (χ^2 -testillä arvioiden tilastollista riippuvuutta muuttujien suhteen ei ilmene).

POHDINTA

Lapsen sijoittamiseen ja sitä edeltäviin vaiheisiin liittyy monia kehityksellisiä riskitekijöitä, joista merkittävimpiä ovat kiintymyssuhteen eriaisteiset häiriöt. Sijoituksen myötä usein ulkoiset riskitekijät saadaan minimoitua, mutta onnistutaanko tunnistamaan sisäiset riskitekijät ja mahdollistetaanko lapsen liittyminen toisiin ja sitä kautta ympäröivään yhteiskuntaan? Toteutuuko lastensuojelun tavoite, ehkäiseekö sijoitus syrjäytymisen ja johtaa liittymiseen ja myönteisimmille kehityspoluille siirtymiseen, vai voiko lopputuloksena olla lapsen lopullinen syrjäytyminen ilman yhteyttä alkuperäisperheeseen tai sijaisperheeseen? Tämä tutkimus pyrki osaltaan etsimään vastauksia siihen, missä määrin uuden, myönteisen kiintymyssuhdemallin rakentumiseen tähtävällä työskentelyllä voidaan turvata myönteisempi kehityspolku sijoitetulle lapselle.

Tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella Theraplay-interventiosta saatuja kokemuksia SOS-lapsikyliin sijoitettujen lasten ja heidän sijaisvanhempiensa välisen kiintymyssuhteen tukemisessa (N = 20). Tutkimuksessa arvioitiin lapsen käyttäytymisoireiden määrässä (vanhempien ja opettajien CBCL-arvioinnit; Achenbach & Edelbrock, 1981) ja vanhemman ja lapsen vuorovaikutuksessa tapahtuneita muutoksia (Marschak Interaction Method; MIM; Jernberg, ym., 1991; O'Conner ym., 2001). Lapsen käyttäytymisoireiden määrää ja vakavuutta heijasteleva CBCL:n kokonaispistemäärä ja yläskaalojen summapistemäärät olivat terapian jälkeisissä sijaisvanhempien arvioinneissa alhaisempia kuin lähtötilanteessa eli he kuvasivat lapsilla olevan vähemmän ongelmia intervention jälkeen kuin aiemmin. CBCL:n kokonaispistemäärän perusteella lasten käyttäytymisoireiden väheneminen oli voimakkainta heti hoidon päättymisen jälkeen ja puoli vuotta terapian päättymisestä, mutta oireiden väheneminen jatkui sen jälkeenkin, joskin hidastuen. Vähiten käyttäytymisen ongelmia sijaisvanhemmat kuvasivat viimeisellä arviointikerralla vuosi terapian päättymisen jälkeen. Myös vanhempien ja lasten välinen vuorovaikutus muuttui tilastollisesti merkittävästi myönteisemmäksi. Yksilötason vaihtelu oli kuitenkin suurta näissä arvioissa. Opettajien CBCL-arvioinneissa ei ollut nähtävissä viitteitä systemaattisesta lasten käyttäytymisoireiden vähenemisestä, arviointien luotettavuutta kuitenkin heikensi mm. arvioijan vaihtuminen ja se, että aineistoa oli vain kahdesta mittausajankohdasta.

Aiemmissä tutkimuksissa on arvioitu, että sijoituksen onnistumiseen vaikuttaa olennaisesti *lapsen ikä* (Cantos, Gries, & Slis, 1996; Howe, 1997; Rushton, Tresender & Quinton, 1995) sen suuntaisesti, että mitä nuorempa lapsi on sijoitettu, sitä vähemmän

tunne-elämän ja käyttäytymisen ongelmia hänellä keskimäärin todetaan. Kiintymyssuhdeteoriassa oletetaan sisäisten työskentelymallien olevan joustavampia pienillä lapsilla ja heidän näin olevan vastaanottavaisempia ympäristössä ja vuorovaikutussuhteessa tapahtuville muutoksille (Bowlby, 1988; Greenspan & Lieberman, 1988; Sroufe, 1988). Havainnot eivät ole kuitenkaan olleet aivan yhdenmukaisia, eikä iällä aina ole osoitettu olevan mitään yhteyttä lasten ongelmien määrään (Dance, Rushton & Quinton, 2002; McIntyre ja Keesler, 1986). Nyt raportoitavassa tutkimuksessa ikä ei ollut voimakkaasti yhteydessä tuloksiin. Vanhempien kuvaamien käyttäytymisongelmien määrä alkumittauksessa tai ongelmien määrässä tapahtunut muutos ei ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä lapsen ikään. Hienoista yhteyttä oli havaittavissa siihen suuntaan, että nuorempien lapsien kohdalla myönteinen muutos etenisi myös välittömän loppumittauksen jälkeisissä seurannoissa, kun taas vanhemmilla lapsilla käyttäytymisoireiden väheneminen ei enää jatkuisi. Tällainen trendi olisi ymmärrettävä sen kautta, että pienten lasten käyttäytymisen terapian jälkeen saattaisi helpommin muuttua siten, että he saavuttavat myönteisemmän kehityspolun. Lapsen iällä ei ollut tässä tutkimuksessa kuitenkaan tilastollisesti merkitsevää yhteyttä vanhemman ja lapsen välisen vuorovaikutuksen laatuun tai siinä tapahtuneeseen muutokseen, mikä ei tue teorian ajatusta siitä, että nuoremmilla lapsilla sisäiset työskentelymallit olisivat lähteneet muuttumaan vanhempia lapsia voimakkaammin. Vuorovaikutusarvio tehtiin tosin vain heti terapian päättymisen jälkeen ja sisäisten työskentelymallien muutos edellyttäisi todennäköisesti pitemmän aikavälin näkyäkseen selvästi. Mielenkiintoista olisikin ollut tehdä vuorovaikutusarvio vuosi terapian päättymisen jälkeen ja näin arvioida sisäisissä työskentelymalleissa ja sitä kautta vuorovaikutuksessa tapahtuneita muutoksia. Iän merkitystä arvioitaessa on tärkeää myös huomioida, että lasten taustassa olevat erilaiset kokemukset vaikuttavat eri tavoin eri ikävaiheissa. Voi olla, että osa menneisyyden käsittelystä on näillä nuorilla lapsilla edessäpäin ja vaikeudet nousevat esiin esimerkiksi murrosiässä.

Kirjallisuudessa lapsen kiinnittymisen onnistumisen yhtenä ennustajana on esitetty *aiempien sijoitusten lukumäärää*. Oletuksena on, että mitä useammin lapsi on menettänyt kiintymyksen kohteensa, sitä heikommin hän myöhemmin uskaltaa kiinnittyä (vrt. Gauthier, Fortin & Jeliu, 2004; Sroufe, Egeland & Kreutzer, 1990). Löytyy kuitenkin myös tutkimuksia, joissa aiempien sijoitusten lukumäärällä ei ole voitu osoittaa olevan yhteyttä sijoituksen onnistumiseen (Dance, Rushton & Quinton, 2002). Tässä tutkimuksessa lapsen aiempien sijoitusten lukumäärä ei ollut selvässä yhteydessä lapsen käyttäytymisen oireisiin, vuorovaikutuksen laatuun tai niissä havaittuihin muutoksiin. Havaittiin kuitenkin, että alussa

käyttäytymisoireet vähenivät nopeammin niillä lapsilla, joilla oli taustallaan vähiten katkoksia perhesuhteissa. Myöhemmissä seurantamittauksissa eroja ei ollut enää havaittavissa. Tämä antaa viitteitä siitä, että useita sijoituksia kokenut lapsi tarvitsee enemmän aikaa ja vahvistusta löytääkseen myönteisen kehityspolun kuin lapsi, jolla katkoksia perhesuhteissa on ollut vähemmän.

Myöskään *sukupuoli* ei ollut yhteydessä tutkimuksen tuloksiin. Tämä havainto on yhteneväinen kirjallisuuden kanssa, jossa pääosin on myös todettu, että sukupuoli ei ole selittävänä tekijänä arvioitaessa sijoitetun lapsen oireita ja sijoittamisen onnistumista (McIntyre ja Keesler, 1986). Sijoituksen *tahdonvastaisuus* ei myöskään ollut yhteydessä käyttäytymisongelmien määrään tai vuorovaikutussuhteen laatuun. Tähän osaltaan vaikuttanee se, että tutkimuksessa olivat mukana vain ne lapset, jotka olivat olleet vähintään vuoden sijoitettuina lapsikylään. Tässä ajassa biologisten vanhempien suhtautuminen huostaanottoon on saattanut muuttua ja tilanteen hyväksyminen on todennäköisempää kuin lapsilla, jotka ovat juuri sijoitettu.

McIntyren ja Keeslerin (1986) tutkimuksessa *sijoituksen kesto* ei ollut yhteydessä lapsen psyykkiseen oireiluun. Myöskään tässä tutkimuksessa ei voitu osoittaa selvää yhteyttä lapsen SOS-lapsikylässä viettämän ajan ja lapsen käyttäytymisen ongelmien määrään tai vuorovaikutuksen laadun välillä. Vanhemman ja lapsen väliseen vuorovaikutukseen sijoituksen kestolla oli lievää yhteyttä siihen suuntaan, että lähtötilanteessa vuorovaikutuksen laadun arvioitiin olevan sitä myönteisempää, mitä kauemmin lapsi oli ollut sijoitettuna. Sijoituksen kestolla ei kuitenkaan ollut yhteyttä siihen, kuinka paljon vuorovaikutuksessa tapahtui kehitystä. Vuorovaikutuksen laadulla mitattuna terapiasta hyödyttiin siis yhtä paljon riippumatta siitä, kuinka kauan lapset olivat lapsikylässä olleet. Tämä antaa viitteitä siitä, että terapia toimii niin vakiintuneissa kuin uudemmissakin vanhempi-lapsisuhteissa.

Vaikka pitkään sijoitettuna olleiden lasten vuorovaikutussuhde sijaisvanhempaansa oli siis MIM-arvion perusteella lähtötilanteessa myönteinen, vanhempien arvioinneissa ilmeni eniten ongelmia juuri niillä lapsilla, jotka olivat olleet pisimpään lapsikylässä. Tästä havainnosta viriää esiin kirjallisuudessa esiintyvä kysymys siitä, lisääntyvätkö oireet, kun aikuinen lähentyy lasta. Kiintymyssuhteeseen liittyvät traumat aktivoituvat kiinnittymiseen liittyvissä tilanteissa (Albus & Dozier, 1999). Lapset usein pyrkivät käyttämään aiemmin hyviksi kokemiaan selviytymiskeinoja, jotka näyttävät ympäristölle usein ongelmallisena käyttäytymisenä (Siegel, 1999). Tässä tutkimuksessa intervention jälkeen ongelmat vähenivät nopeimmin juuri näillä lapsilla. Auttoiko valmiiksi olemassa oleva myönteinen vuorovaikutussuhde lasta ja vanhempia löytämään nopeammin uusia tapoja olla yhdessä ja

ilmaista itseään? Sijoituksen kesto ei toiminut lapsia erottelevana tekijänä myöhemmillä seurantakerroilla, joten sen mahdollinen vaikutus tuntuisi liittyvän lähinnä käyttäytymisongelmissa tapahtuvien muutosten nopeuteen.

Kaikkiaan ryhmätasolla tarkasteltuna voitiin siis todeta, että lasten käyttäytymisoireilua koskevissa vanhempien arvioinneissa ja lapsen ja vanhemman välisessä vuorovaikutuksessa tapahtui selvää myönteistä muutosta, joita ei voida selittää satunnaisella vaihtelulla. Siihen, mikä myönteistä muutosta selittää, ei tämä tutkimus anna suoraa vastausta. Kontrolliryhmän puuttuminen heikentää mahdollisuuksia tehdä päätelmiä terapian vaikuttavuudesta. Merkille pantavaa oli, että mikään käytettävissä olleista taustamuuttujista ei ollut selvästi yhteydessä muutoksen suuruuteen lapsen käyttäytymisoireissa tai vanhemman ja lapsen välisessä vuorovaikutuksessa. Tulokset olivat samansuuntaisia riippumatta siitä, minkä ikäinen lapsi oli kyseessä, kuinka monia aiempia sijoituksia hänellä oli taustallaan, kuinka kauan hän oli ollut SOS-lapsikylässä, oliko sijoitus ollut hänen biologisten vanhempiensa tahdon mukainen tai oliko kyseessä tyttö tai poika. Suuremmalla aineistolla taustamuuttujien mahdollinen rooli yksilöiden välisiä eroja selittävinä tekijöinä olisi saattanut tulla selvemmin esiin. Nyt havaitut hienoiset erot ovat vain suuntaa antavia tai mahdollisesti satunnaisia aineiston pieni koko huomioiden.

Theraplayn lähtökohtana on suunnitella kullekin lapselle ja hänen vanhemmilleen sopiva, yksilöllinen, lapsen tarpeita vastaava terapiarunko. Suunnitelma pohjaa MIM-arviossa saatuihin havaintoihin. Se, että eroja ei taustamuuttujien suhteen ilmennyt, saattaa myös selittyä osaltaan sillä, että terapia onnistui vastaamaan erilaisiin tarpeisiin ja näin ollen toimi erilaisista lähtökohdista huolimatta. Sinkkonen (2001) nostaa esiin tarpeen kehittää kiintymyssuhdeteorian avulla entistä täsmällisempiä terapiamenetelmiä, jotka vastaisivat asiakkaan tarpeita. Juffer kollegoineen (1997) toteaa, että intervention, joka pyrkii vanhemman sensitiivisyyden lisäämiseen, olisi oltava sensitiivinen ja virittäydäyttävä kunkin erityisiin tarpeisiin. Interventio voi olla toisen perheen kohdalla tehokas ja toisen ei, joten ohjelman olisi kyettävä mukautumaan kunkin perheen tarpeisiin. Theraplay pyrkii vastaamaan tähän haasteeseen.

Vanhempien arvioinneissa havaittu selkeä lasten käyttäytymisoireiden väheneminen ja vuorovaikutuksen muuttuminen myönteisemmäksi puhuu terapian vaikuttavuuden puolesta. Toisaalta kyse saattaa myös olla vanhempien toiveesta nähdä muutosta tai vanhempien muuttuneesta suhtautumisesta lapseen. Theraplay pyrkii rakentamaan vanhemmalle ymmärrystä lapsen käyttäytymisestä, ja kun lapsen hankalakin käyttäytyminen muuttuu ymmärrettäväksi, kokemus siitä vanhemmalla muuttuu. Ymmärrys ja uudet keinot tekevät

tilanteesta hallittavamman, eikä lapsen käyttäytyminen tunnu välttämättä enää samalla tavalla hankalalta. Tendenssiä kuvata lapsi ylipäätään myönteisemmässä valossa terapian jälkeen ei näyttänyt olevan, koska vanhempien CBCL-lomakkeella antamat arvioinnit lapsen taidoista, harrastuksista, koulunkäynnistä tai ihmissuhteista eivät muuttuneet tutkimuksen aikana.

Yksilötasolla tarkasteltuna havaittiin, että oireiden määrässä tapahtui suurtakin vaihtelua tutkimuksen aikana ja oireet myös lisääntyivät jollakin tai useammallakin mittauskerralla. Opettajien kuvausten erilaisuus vanhempien kanssa voi myös olla heijastumaa siitä, että lapsen oirehdinta näyttäytyi uudella tavalla etenkin suhteessa vanhempaan. Myönteisempi suhde itseen ja toiseen voi heijastua oireiden vähenemisenä, toisilla lapsilla taas tämä uusi yhteys saattaa näkyä rohkeutena tuoda esiin paha olonsa. Näkymätön lapsi muuttuu näkyväksi ja tällöin käyttäytymisoireiden määrässä sinänsä saattaa tapahtua myös lisääntymistä (Mäkelä & Vierikko, 2004). Tarkempi esimerkiksi haastatteluun pohjaava arvio lapsen oirehdinnasta olisi voinut antaa lisävalaistusta lapsen oirehdinnassa tapahtuneisiin muutoksiin ja vanhempien kokemukseen niistä.

Theraplay-terapian taustaoletuksena on, että lapsen havaitut käyttäytymisoireet ovat ennen kaikkea yhteydessä kiintymyssuhteeseen. Kun tässä suhteessa tapahtuu muutos, se heijastuu muutoksina lapsen suhteessa itseensä ja ympäristöönsä ja sitä kautta lapsen käyttäytymiseen. Vanhempien arvioinneissa lasten käyttäytymisoireista tapahtui muutos. Tapahtuiko kiintymyssuhteessa muutos vai oliko kysymys jostain muusta? Kaikki tutkittavat lapset olivat sen ikäisiä, että sisäisten työskentelymallien oletetaan jo rakentuneen varsin pysyviksi ja niihin saattaa olla vaikea vaikuttaa terapian keinoin. Vuorovaikutuksessa tapahtuneen muutoksen tarkempi analyysi olisi voinut antaa lisävalaistusta tähän, mutta MIM-vuorovaikutusarvion videot eivät olleet käytettävissä tutkittavien anonymiteetin turvaamiseksi. Crittenden (1988) on todennut, että turvallisesti kiinnittynyt lapsi pystyy sopeuttamaan käytöstään joustavammin kuin turvattomasti kiinnittyneet lapset. Käyttäytymisen säätelyn muuttuminen heijastuu usein oireiden vähenemisenä. Tämän perusteella lapsen käyttäytymisoireiden väheneminen ja parantunut vuorovaikutus voisi olla osoitus jonkin asteisesta muutoksesta lasten kiintymyssuhteessa terapian jälkeen.

Se, että CBCL:n ja MIM-arvioinnin tulokset eivät kuitenkaan korreloineet keskenään vaatisi tarkempaa tarkastelua. On todennäköistä, että aineiston pieni koko oli eräs este tilastollisesti merkitsevien yhteyksien ilmenemiselle. Suurimmalla osalla lapsista kehitys oli myönteinen molemmilla mittareilla arvioituna. Ei voida kuitenkaan tehdä vahvaa päätelmää siitä, että kiintymyssuhteen ja sitä ilmentävän vuorovaikutuksen parantumisen myötä myös

käyttäytymisoireet olisivat vähentyneet. MIM-arvioinnin tekeminen vielä kolmannen kerran, vuosi terapian päättymisestä, sekä syvällisempi analyysi, olisi saattanut antaa tarkemman kuvan vuorovaikutussuhteesta tapahtuneesta muutoksesta ja myös sen mahdollisesta yhteydestä oirekuvaukseen. Kiintymyssuhteen myönteinen kehitys voi toisilla lapsilla näkyä oireiden vähenemisenä, toisilla taas lisääntymisenä. Huomionarvoista on myös se, että MIM-arviointimenetelmän käyttö sinänsä voi jo toimia interventiona, kun vanhemmat voivat ulkoapäin katsella omaa toimintaansa suhteessa lapseen. Osa interventioista on lapsen ja vanhemman välisen vuorovaikutuksen videoimista ja siitä palautteen antamista. Jo sen on havaittu vaikuttavan vanhemman ja lapsen väliseen suhteeseen ja vanhemman toimintaan (Van Ijzendoorn, Juffer ja Duyvesteyn 1995).

Theraplayssa vanhempien osallisuus on olennainen osa terapiaa. Interventio voi antaa vanhemmille uuden mallin toimintaansa. Jufferin, Van Ijzendoornin ja Bakermans-Kranenburgin (1997) tapaustutkimus antaa viitteitä siihen, että lyhytkin interventio voi saada aikaan muutoksia äidin toiminnassa, jotka näkyvät lapsen ja äidin välisessä vuorovaikutuksessa ja kiintymyssuhteen laadussa. Sensitiivisyyden kasvu voi jäädä vain väliaikaiseksi, jos taustalla olevat sisäiset mallit eivät muutu. Lapsen kasvaessa lapsen tarpeet muuttuvat, eivätkä vanhemmat välttämättä ole kykeneviä yleistämään omaksuttuja käyttäytymismalleja uuteen tilanteeseen. Tällöin lapsi voi kokea romahduksenomaisen sensitiivisyyden päättymisen. Toinen mahdollinen hypoteesi kehityskulusta intervention jälkeen on positiivisempi. Läheisyys ja fyysinen kontakti lapsen kanssa voi parantaa vanhemman kykyä kiintymyssuhteeseen sekä kumppanuuteen, ja lapsen myönteinen suhtautuminen vanhempaan muokkaa vanhemman käyttäytymistä ja vahvistaa sensitiivistä käyttäytymistä. Pienikin muutos voi johtaa kasautuen suuriin muutoksiin. Turvallisesti kiintynyt lapsi virittää positiivista vuorovaikutusta vanhemman kanssa. Bowlby (1988) puhuu itseään toteuttavasta ennusteesta, joka ylläpitää ja vahvistaa vuorovaikutusmallia. Vuoden seuranta intervention jälkeen antoi mahdollisuuden seurata intervention vaikutuksia pidemmällä aikavälillä. Käyttäytymisoireet eivät palanneet alkutasolle vaan myönteinen kehitys jatkui koko vuoden ajan. Näyttäisi siltä, että interventio sai aikaan myönteisen ”lumipalloefektin”.

Sijoitettujen lasten terapeutin tukemisen kohdalla nousee esiin aivan erityisiä kysymyksiä. Onko oikein pyrkiä rakentamaan suhdetta aikuiseen, joka ei mahdollisesti tule olemaan lapsen huoltaja kovin pitkään? Pitäisikö sijaisvanhempien kiinnittyä ja kiintyä lapseen? Sijaisvanhempiin kohdistuvat moninaiset odotukset voidaan nähdä toisiinsa yhteensopimattomina (Rosenfeld, ym., 1997). Heitä ohjataan sitoutumaan vaikeasti käyttäytyvään lapseen, hoivaamaan ja kasvattamaan häntä ja samanaikaisesti tukemaan

lapsen suhdetta biologisiin vanhempiin ja eroamaan lapsesta helposti ja hienovaraisesti, kun sen aika on. Huostaanoton jälkeen lapsi usein vieraantuu biologisista vanhemmistaan ja sijaisvanhemmat saavat mahdollisuuden psykologisen vanhemman asemaan lapsen elämässä (Valkonen, 1995). Jerberg ja Booth (2003) katsovat, että kiintymyssuhteen rakentuminen sijaisvanhemman ja lapsen välille on paitsi aiheellista myös välttämätöntä. Kiinnittyminen sijaisvanhempaan mahdollistaa lapselle hyvän suhteen myös muihin lähellä oleviin aikuisiin ja myöhemmin esimerkiksi adoptiovanhempiin. SOS-lapsikylissä sijoitetut lapset ovat ensisijaisesti pitkäaikaisesti sijoitettuja, huostaanotettuja lapsia, joilla ei aktiivisesti ylläpidetä ajatusta siirtymisestä takaisin alkuperäisperheeseen. Tällöin kiinnittyminen lapsikyläperheeseen voidaan pitää tarkoituksenmukaisena ja mahdollisena.

Rosenfeld kollegoineen (1997) toteaa, että sijaisvanhempia olisi tuettava luomaan hoivaava ja johdonmukainen ympäristö, jossa lapsen emotionaaliset tarpeet tunnustetaan ja tunteiden nostattamat tilanteet hallitaan. Theraplay-terapiassa vanhemmilla onkin keskeinen rooli ja heitä ohjataan toimimaan suhteessa lapseen tavalla, joka antaa lapselle mahdollisuuden rakentaa myönteistä käsitystä itsestään ja vuorovaikutuksesta toiseen ihmiseen. Vaikuttavuuden voisi sanoa osin tapahtuvan vanhemman kautta. Tällöin vanhemman lähtöominaisuudet, esim. kyky oman toiminnan reflektointiin, oma kiintymyssuhdehistoria, olemassa oleva tarve ja halu tällaiseen työskentelyyn vaikuttavat siihen, miten Theraplayn tyyppinen terapia voi onnistua. Tässä tutkimuksessa kaikki vanhemmat olivat halukkaita osallistumaan terapiaan, muita taustatietoja ei ollut käytettävissä vanhempien osalta. SOS-lapsikylä sijaisvanhemmilla voi kuitenkin olettaa olevan keskimääräistä parempi kyky toimia erilaisten lasten kanssa, esim. toimia tunnetasolla ja lähteä suhteeseen mukaan omine tunteineen. He toimivat kokemukseen, mutta myös ammatillisuuteen nojaten.

Terapia vaatii aikuiselta paljon. Pohdittavaksi tässä tutkimuksessa siis nousee se, miten sijaisvanhempi on valmis lähtemään tunnetasolla mukaan, menemään osaksi kiintymyssuhdetta ja miten se vaikuttaa terapian onnistumiseen. Se on raskas, vaativa asia. Jaksako sijaisvanhempi sitä tehdä? Jos vanhempi vastustaa tunnetasolla lapseen liittymistä, muutos suhteessa lapseen voi myös tapahtua kognitiivisella tasolla, jolloin aikuisen käyttäytyminen ja hoiva voi jonkinasteisesti muuttua. Tarkemmalla vuorovaikutuksen analyysillä olisi kenties mahdollista arvioida terapian vaikuttavuuden eroja vanhemman eriasteisissa sitoutumisen tasoissa. On esitetty, että muutos käyttäytymisen tasolla voi, jonkin ajan kuluttua, johtaa muutokseen myös käsitteellisellä, mielikuvatasolla (Juffer, Van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1997; Van Ijzendoorn, Juffer & Duyvestey, 1995).

Sisäisten mallien muuttuminen voi kestää kuitenkin kauemmin kuin uusien käyttäytymismallien oppiminen. Kuinka kauan muutos kestää – voiko se tapahtua sijais-suhteessa?

Theraplayssa vauhditetaan uuden toimivamman vuorovaikutussuhteen rakentumista ja muutosta. Theraplayssä pyritään muuttamaan lapsen sisäisiä malleja ja ennen kaikkea implisiittisellä tasolla muistissa olevia tunne- ja käyttäytymistason elementtejä. Theraplay-työskentelyn keskeinen tavoite saavuttaa lapsen kanssa jaettu tietoisuus osaltaan selittänee havaittua muutosta, joka tapahtui vuorovaikutussuhteissa ja lapsen käyttäytymisessä. Suhteessa sijaisvanhempaan rakentuva uusi kiintymyssuhde ei korvaa entisiä vaan antaa uuden mallin toisista ja muokkaa käsitystä itsestä. Myöhemmin, erilaisissa tilanteissa myös aiemmat vuorovaikutukselliset mallit mahdollisesti aktivoituvat.

Mielenkiintoista olisi seurata tutkimuksen lapsia erilaisissa tilanteissa, eri ihmissuhteissa ja arvioida heidän kiintymyssuhdettaan niissä. Terapian lupauksena on, että myönteisen vuorovaikutuksen kehä vahvistuu niillä osapuolilla, jotka uskaltavat lähteä suhteeseen, mutta hyötyä ei saavuteta niillä, joilla säilyy pelko kiinnittyä ja kiintyä. On siis mietittävä, kenelle tällainen terapia on hyödyllinen, millainen lähtötilanteen oltava ja missä määrin terapian aloittamista koskevaa päätöstä tehdessä on syytä tarkastella lapsen ja toisaalta vanhemman ominaisuuksia. Kokemus aikuisesta luotettavana ja turvallisena henkilönä on paranemisen lähtökohtana. Toipuakseen lapsen on ymmärrettävä kokemansa asiat sekä järjen että tunteen tasolla ja joskus on tarpeen varsinkin vaikeasti traumatisoitujen lasten kohdalla jatkaa perinteisempien lapsiterapioiden ja traumaterapian menetelmin kokemusten käsittelyä.

Kiintymyssuhteen arvioimiseksi ja korjaamiseksi tarvitaan työvälineitä. Perustason psykologeilla on tarvetta erityisesti tehokkaista, ajankäytöllisesti mielekkäistä työvälineistä. Perinteinen työskentelytapa on ollut vanhempien ohjaaminen keskustelun avulla. Vuorovaikutussuhdetta on arvioitu osin intuitiivisesti vanhempien ja lasten yhteiskäynnillä, mutta joskus lasta ei tavata lainkaan. Psykologeilla saattaa mielessään olla käsitys siitä, mistä ongelma juontaa juurensa, mutta sen ilmaiseminen vanhemmille niin, että he sen itse oivaltaisivat ja näkisivät, on vaikeaa. Theraplay-menetelmän kehittäminen on lähtenyt liikkeelle siitä, että avun tarvisijoita on ollut enemmän suhteessa niihin, jotka apua antavat. Monet psykologiset terapiat ovat aikaa vieviä ja vain osa potentiaalisista asiakkaista pääsee avun piiriin. Theraplay-menetelmää käyttävä interventio on kestoaltaan lyhyt - toimiiko se kuntouttavasti? Theraplay näyttäisi tämän tutkimuksen valossa olevan vaikuttava menetelmä lapsen tilanteen ohjaamiselle myönteisempään suuntaan ja tarjoaisi näin paitsi sijoitettujen

lasten kanssa työskenteleville, myös aivan perustasolla kiintymyssuhdeongelmien kanssa työskenteleville psykologeille toimivan työvälineen.

Kiintymyssuhdeteoria on viitekehys, jonka kautta voi yrittää ymmärtää niin sijoitetuilla kuin muillakin lapsilla havaittuja kehityksen ongelmia ja jonka kautta voi myös etsiä kehitystä tukevia keinoja. Tämä tutkimus tuo osaltaan tukea sille, että kiintymyssuhdeteoriaan pohjaava Theraplay soveltuu menetelmänä erilaisista lähtökohdista lähtevien sijoitettujen lasten kehityksen tueksi. Theraplay voi helpottaa myönteisen kehityspolun löytymistä. Se, mitkä tekijät selittävät terapian jälkeen havaittua muutosta, ja mitkä tekijät ylipäänsä myötä- ja vastavaikuttavat liittymiseen ja syrjäytymiseen, vaatii pitkää ja laaja-alaista tutkimusta. Yksittäinen tutkimus voi parhaimmillaankin valottaa vain pientä osaa lapsen kehitykseen vaikuttavista tekijöistä. Käytännön työssä kukin tilanne ja vuorovaikutussuhteen laatu on arvioitava erikseen ja tämän pohjalta rakennettava interventio. Theraplay tarjoaa yhden mahdollisuuden. Se on interventiona lupauksia herättävä tuoden jotain uutta ja myönteistä lapsen elämään.

LÄHTEET

Achenbach, T.M. & Edelbrock, C. (1981) Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four to sixteen. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 46 (serial No. 188).

Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Water, E. & Wall, S. (1978) *Patterns of attachment, a psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Albus, K. & Dozier, M. (1999) Indiscriminate friendliness and terror of strangers in infancy: Contributions from the study of infants in foster care. *Infant Mental Health Journal*, 20, (1), 30-41.

American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Atkinson, L., Chisholm, V.C., Scott, B., Goldberg, S., Vaughn, B.E., Blackwell, J., Dickens, S. & Tam, F. (1999) Maternal sensitivity, child functional level and attachment in down syndrome. Teoksessa J.I. Vondra & D. Barnett (toim.), *Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk* (s. 45-66). Monographs of the Society for Research in Child Development, serial number 258, 64(3).

Bardy, M. (2001) Pikkulapsen sijoitus oman kodin ulkopuolelle – syrjäytymisen ja liittymisen lähtökohtana. Teoksessa I. Järventie & H. Sauli (toim.), *Eriarvoinen lapsuus*. (s. 47-82). Porvoo: WSOY.

Barnett, D. & Vondra, J.I. (1999) Atypical patterns of early attachment: Theory, research and current directions. Teoksessa J.I. Vondra & D. Barnett (toim.), *Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk* (s.1-24). Monographs of the Society for Research in child development, serial number 258, 64(3).

Barth, R., Crea, T., John, K., Thoburn, J. & Quinton, D. (2005) Beyond the attachment theory and therapy: Towards sensitive and evidence-based interventions with foster and adoptive families in distress. *Child and Family Social Work*, 10, 257-268.

Belsky, J. (1997) Classical and contextual determinants of attachment security. Teoksessa W. Koops, J.B. Hoeksma & D.C. van den Boom (toim.), *Development of interaction and attachment: traditional and non-traditional approaches* (s. 39-58). Amsterdam: Royal Netherlands Academy of Arts and Sciences.

Belsky, J. & Isabella, R. (1988) Maternal, infant and social-contextual determinants of attachment security. Teoksessa J. Belsky & T. Nezworski (toim.), *Clinical implications of attachment* (s. 41-94). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Belsky, J. & Nezworski T. (1988) *Clinical implications of attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Bowlby, J. (1988) *A secure base. Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.

- Cai, X., Kaiser A.P. & Hancock, T.B. (2004) Parent and teacher agreement on Child Behavior Checklist items in a sample of preschoolers from low-income and predominantly African American families. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, (2), 303-312.
- Cantos, A.L., Gries, L.T. & Slis, V. (1996) Correlates of therapy referral in foster children. *Child Abuse and Neglect*, 20, (19), 921-931.
- Cassidy, J. (1999) The nature of the child's ties. Teoksessa J. Cassidy & P.R. Shaver (toim.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (s. 3-20). New York: Guilford Press.
- Clark, H., Prange, M., Lee, B. Adlai, L., McDonald, B. & Stewart, E. (1994) Improving adjustment outcomes for foster children with emotional and behavioural disorders: Early findings from controlled study on individualized services. *Journal of Emotional and Behavioural Disorders*, 2, 207- 218.
- Crittenden, P. (1988) Relationships at risk. Teoksessa J. Belsky & T. Nezworski (toim.), *Clinical implications of attachment* (s. 136-174). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Dance, C., Rushton, A. & Quinton, D. (2002). Emotional abuse in early childhood: Relationships with progress in subsequent family placement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 395-407.
- Dozier, M., Albus, K.E., Fisher, P.A. & Sepulveda, S. (2002) Intervention for foster parents: Implications for developmental theory. *Development and Psychopathology*, 14, 843-860.
- Dozier, M., Albus, K.E., Stovall, K.C. & Bates, B. (2000) Attachment for infants in foster care: The role of caregiver state of mind. *Child Development*, 72, 1467-1477.
- Emde, R. & Robinson, J. (2000) Guiding principles for a theory of early intervention. A developmental-psychoanalytic perspective. Teoksessa J. Shonkoff & J. Meisels.(toim.), *Handbook of early childhood intervention*.(s. 160-178). New York: Cambridge University Press.
- Field, T., Healy, B., Goldstein, S. & Perry, S. (1988) Infants of depressed mothers show depressed behavior even with nondepressed adults. *Child Development*, 59, (6), 1569-1579.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Matton, G. & Target, M. (1995) Attachment, the reflective self and borderline states: The predictive specificity of the adult attachment interview and pathological emotional development. Teoksessa S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (toim.), *Attachment theory. Social, developmental and clinical perspectives* (s. 233-278). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Franke, U. & Wettig, H. (2003) Theraplay and Theraplay research in Germany. *The Theraplay Institute Newsletter*. Fall/Winter, 7-8.

Gaensbauer, T.J. & Harmon, R.J. (1982) Attachment in abused/neglected and premature infants: Implications for the concept of attachment. Teoksessa R.N. Emde & R.J. Harmon (toim.), *The development of attachment and affiliative systems* (s. 268-280). New York: Plenum Press.

Gauthier, Y., Fortin, G. & Jeliu, G. (2004) Clinical application of attachment theory in permanency planning for children in foster care: The importance of continuity of care. *Journal of Infant Mental Health Journal*, 25 (4), 379-396.

Glaser, D. (2000) Child abuse and neglect and the brain – a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 97-116.

Goldsmith, H.H. & Alansky J.A. (1987) Maternal and infant temperamental predictors of attachment: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (6), 805-816.

Greenberg, M. (1999) Attachment and psychopathology in childhood. Teoksessa J. Cassidy & P.R. Shaver (toim.), *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications*. (s. 469-496). New York: Guilford Press.

Greenspan, S.I. & Lieberman A.F. (1988) A clinical approach to attachment. Teoksessa J. Belsky & T. Nezworski (toim.), *Clinical implications of attachment* (s. 387-424). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Harden, B.J. (2004) Safety and stability for foster children: A developmental perspective. *The Future of Children*, 14 (1), 31-47.

Heino, T. (2000) *Lasten psykososiaaliset palvelut ja lastensuojelu*. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. Stakes, raportteja 250.

Heino, T. (2001) Psykososiaalisten palvelujen hajaannuksen aika. Teoksessa M. Bardy, M.Salmi & T. Heino(toim.), *Mikä lapsiamme uhkaa? Suuntaviivoja 2000-luvun lapsipoliittiseen keskusteluun* (s. 82-88). Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus, raportteja 263.

Henry, D.L. (1999) Resilience in maltreated children: Implications for special needs adoption. *Child Welfare*, 78, 519-540.

Hodges, J. & Tizard, B. (1989a) Social and family relationships of ex-institutional adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 77-97.

Hodges, J. & Tizard, B. (1989b) IQ and behavioural adjustment of ex-institutional adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 53-75.

Hoffman, K., Marvin, R., Cooper, G. & Powell, B. (2006) Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications: The circle of security intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (6), 1017-1026.

- Hossain, Z., Field, T. Gonzalez, J. & Malhurs, J. (1994) Infants of depressed mothers interact better with their nondepressed fathers. *Infant Mental Health Journal*, 15 (4), 348-357.
- Howe, D.(1997) Parent-reported problems in 211 adopted children: Some risk and protective factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38 (4), 401-411.
- Hughes, D.A. (1997) *Facilitating developmental attachment. The road to emotional recovery and behavioral change in foster and adopted children*. Northvale, NJ: Aronson.
- Isabella, R. (1993) Origins of attachment: Maternal interactive behavior across the first year. *Child Development*, 64 (2), 605-621.
- Isabella, R. (1993) Origins of attachment: Maternal interactive behavior across the first year. *Child Development*, 64 (2), 605-621.
- Isabella, R. & Belsky, J. (1991) Interactional synchrony and the origins of infant mother attachment: A replication study. *Child Development*, 62 (2), 373-384.
- Jernberg, A.M. (1991) Assessing parent-child interactions with the Marschak Interaction Method (MIM). Teoksessa C.E. Schaefer, K. Gitlin & A. Sandgrund (toim.), *Play diagnosis and assessment* (s. 493-516). New York: Wiley.
- Jernberg, A. & Booth, P. (2003) *Theraplay. Vuorovaikutusterapian käsikirja*. Jyväskylä: Gummerus.
- Jernberg, A.M., Booth, P.B., Koller, T. & Allert, A. (1991) *Manual for the Administration and the Clinical Interpretation of the Marschak Interaction Method (MIM): Pre-School and School Age* (revised). Chicago, IL: Theraplay Institute,.
- Juffer, F., Van Ijzendoorn M.H. & Bakermans-Kranenburg M.J. (1997) Intervention in transmission of insecure attachment: A case study. *Psychological Reports*, 80, 531-543.
- Kalland, M., Pensola, T., Merilainen, J. & Sinkkonen, J. (2001) Mortality in children registered in the Finnish child welfare registry: Population based study. *British Medical Journal*, 323 (7306), 207-208.
- Kaukonen, P. & Tamminen, T. (1998) The psychiatric infant – family ward at Tampere University Hospital. *Infant Mental Health Journal*, 19 (2), 168-179.
- Kenrick, J. (2000) "Be a kid": The traumatic impact of repeated separations on children who are fostered and adopted. *Journal of Child Psychotherapy*, 26 (3), 393-412.
- Leslie, L.K., Gordon, J.N., Ganger, W. & Gist, K. (2002) Developmental delay in young children in child welfare by initial placement type. *Infant Mental Health Journal*, 23, 496-516.

- Lieberman, A.F. & Zeanah, C.H. (1999) Contributions of attachment theory to infant-parent psychotherapy and other interventions with infants and young children. Teoksessa J. Cassidy & P.R. Shaver (toim.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. (s. 555-574). New York: Guilford Press.
- McIntyre, A. & Keesler T.Y. (1986) Psychological disorders among foster children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 15 (4), 297-303.
- Mc KinseyCrittenden, P. (2000) Vaarallinen käyttäytyminen ja vaaralliset ympäristöt: 35 vuotta tutkimusta pahoinpitelyn vaikutuksista lapsen kehitykseen. Teoksessa J. Sinkkonen & M. Kalland (toim.), *Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen* (s. 115-145). Vantaa: WSOY.
- Morgan, G.A., Busch-Rossnagel, N.A., Culp, R.E., Vance, A.K. & Fritz, J.J. (1982) Infant's differential social response to mother and experimenter. Teoksessa R.N. Emde & R.J. Harmon (toim.), *The development of attachment and affiliative systems* (s. 245-262). New York: Plenum Press.
- Mäkelä, J. & Vierikko, I. (2004) *Kuinka yhteys löytyy. Vuorovaikutusterapia huostaanotettujen lasten hoidon tukena*. Raportti Theraplay-projektista SOS-lapsikylissä 2001-2004. Espoo: SOS-lapsikylä ry.
- O'Conner, K., Ammen, S, Hitchcock & Backman (2001) *Marschak Interaction Method Rating System*. Unpublished manual. Alliant University, California.
- Punamäki, R-L. (2001) Kiintymyssuhteen ja traumaattisen kokemuksen yhteys. Teoksessa J. Sinkkonen & M. Kalland (toim.), *Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen* (s. 174-197). Vantaa: WSOY.
- Reddy, L.A. & Pfeiffer, S.I. (1997) Effectiveness of treatment foster care with children and adolescents: A review of outcome studies. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (5), 581-588.
- Roza, S.J., Hofstra, M.B., Van der Ende, J. & Verhulst, F.C. (2003) Stable prediction of mood and anxiety disorders based on behavioral and emotional problems in childhood: A 14-year follow-up during childhood, adolescence and young adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 160 (12), 2116-2121.
- Rosenfeld, A.A., Pilowsky D.J., Fine, P., Thorpe, M., Fein, E., Simms, M.D., Halfon, N., Irwin, M., Alfaro, J., Saletsky, R. & Nickman, S. (1997) Foster care: An update. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (4), 448-457.
- Rushton, A., Treseder, J. & Quinton, D. (1995) An eight-year prospective study of older boys placed in permanent substitute families: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36 (4), 687-695.
- Rutter, M. (1993) Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626-631.

Sameroff, A. (1998) Management of clinical problems and emotional care: Environmental risk factors in infancy. *Pediatrics*, 102 (5), 1287-1292.

Schore, A.N. (2001) Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22 (1-2), 7-66.

Siegel, D. (1999) *The developing mind. How relationships and the brain interact to shape who we are*. New York: Guilford Press.

Sinkkonen, J.(2001) Kiintymyssuhdehäiriöiden yhteydet psykopatologiaan. Teoksessa J. Sinkkonen & M. Kalland (toim.), *Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen* (s. 146-173). Vantaa: WSOY.

Sprangler, G., Fremmer-Bombik, E. & Grossmann, K. (1996) Social and individual determinants of infant attachment security and disorganization. *Infant Mental Health Journal*, 17 (2), 127-139.

Sroufe, L.A. (1988) The role of infant-caregiver attachment in development. Teoksessa J. Belsky & T. Nezworski (toim.), *Clinical implications of attachment* (s.18-38). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Sroufe, L.A., Egeland, B. & Kreutzer, T. (1990) The fate of early experience following developmental change: Longitudinal approaches to individual adaptation in childhood. *Child Development*, 61, 1363-1373.

Stakes (2007) *Tilastot ja rekisterit* [luettu 12.3.2007] Saatavilla www.muodossa:www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Lapsuusjaperhe/lastensuojelu.htm

Stern, D. (1985) *The interpersonal world of infant*. New York: Basic Books

Thompson, R.A. (1997) Attachment in context. Teoksessa W. Koops, J.B. Hoeksma & D.C. van den Boom (toim.), *Development of interaction and attachment: Traditional and non-traditional approaches* (s. 201-218). Amsterdam: Royal Netherlands Academy of Arts and Sciences.

Toth, S.L., Maughan, A., Manly, J.T., Spaghola, M. & Cicchetti, D. (2002) The relative efficacy of two interventions in altering maltreated preschool children's representational models: Implications for attachment theory. *Development and Psychopathology*, 14, 877-908.

Travis, L.A., Binder, J.L., Bliwise, N.G. & Horne-Moyer, H.L. (2001) Changes in clients' attachment styles over the course of time limited dynamic psychotherapy. *Psychotherapy*, 38 (2), 149-159.

Tronick, E.Z., Bruschiweiler-Stern N., Harrison, A.M, Lyons-Ruth K., Morgan A. C., Nahum J.P., Sander L., Stern D.N. (1998) Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant Mental Health Journal*, 19 (3), 290-299.

Valkonen, L. (1995) *Kuka on minun vanhempani? Perhehoitotuorten vanhempisuhteet*. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus, tutkimuksia 52.

Van Ijzendoorn, M.H. (1995) Adult attachment representations, parental responsiveness and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117, 387-403.

Van Ijzendoorn, M.H., Juffer, F. & Duyvesteyn M.G.C. (1995) Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: A review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36 (2), 225-248.

Weinfeld, N.S., Sroufe, L.A. & Egeland B. (2000) Attachment from infancy to early adulthood in a high risk sample: Continuity, discontinuity and their correlates. *Child Development*, 71 (3), 695-702.

Zeanah, C. & Boris, N. (2000) Disturbances and disorders of attachment in early childhood. Teoksessa C. Zeanah (toim.), *Handbook of infant mental health* (s.352-368). New York: Guilford Press.

Liite 1. Kokonaispistemäärät ja muutospistemäärät käyttäytymisongelmien arvioinneissa (CBCL) ja lapsen ja vanhemman välisen vuorovaikutuksen arvioinneissa (MIM) eri ajankohtina -

Lapsen koodi	Child Behavior Checklist					Marschakin vuorovaikutusarvio		
	CBCL I	CBCL II	CBCL IV	CBCL V	Muutos I-V	MIM I	MIM II	Muutos I - II
1	90	67	57	77	113	58	80	122
2	81	61	51	29	152	87	94	107
3	31	25	25	22	109	66	82	116
4	81	95	65	46	135	40	50	110
5	85	46	51	43	142	63	97	134
6	46	42	51	27	119	63	93	130
7	33	23	19	20	113	60	67	107
8	87	55	44	49	138	61	70	109
9	50	59	12	21	129	69	81	112
10	36	32	45	43	93	42	39	97
11	34	22	33	42	92	48	71	123
12	74	90	104	91	83	67	83	116
13	56	38	34	44	112	62	73	111
14	24	22	11	3	121	59	58	99
15	56	40	27	22	134	78	96	118
16	87	69	40	53	134	61	73	112
17	51	37	9	15	136	75	78	103
18	44	7	6	4	140			
19	39	31	14	15	124			
20	58	5	11	13	145			

CBCL-arviointien ajankohdat: I alkumittaus, II loppumittaus, IV 6 kk:n seuranta, V 12 kk:n seuranta. MIM-arviointien ajankohdat: .I alkumittaus, II loppumittaus.