

HOITON TYYTYVÄISYYS JA TERAPEUTTINEN MUUTOS PERHETERAPIASSA

- **Diskurssianalyttinen tutkimus uhmakkuus- ja käytöshäiriödiagnoosin saaneiden lasten perheiden kokemuksista perheterapian yhteistutkimushaastattelussa**

Julia Haarala
Emmi Takko
Pro gradu -tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Psykologian laitos
Huhtikuu 2021

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Psykologian laitos

HAARALA, JULIA & TAKKO, EMMI: Hoitoon tyytyväisyys ja terapeuttinen muutos perheterapiassa - Diskurssianalyttinen tutkimus uhmakkuus- ja käytöshäiriödiagnoosin saaneiden lasten perheiden kokemuksista perheterapian yhteistutkimushaastattelussa

Pro-gradu -tutkielma, 45 s., 1 liite.

Ohjaaja: Aarno Laitila

Psykologia

Huhtikuu 2021

Tässä tutkimuksessa tarkastelemme perheterapiaan osallistuneiden perheiden puheessa esiintyvää hoitoon tyytyväisyyttä hoitoprosessia heikentävien ja edistävien tekijöiden näkökulmasta. Tämän lisäksi tarkastelemme perheterapian myötä tapahtuneita muutoksia sekä näiden yhteyttä hoitoon tyytyväisyyteen. Aihetta on tärkeä tutkia, jotta pystytään tarjoamaan tehokasta ja tarpeenmukaista perheterapiaa sekä tukemaan muutosta edistäviä tekijöitä. Asiakkaiden kokemusten tutkiminen on olennaista, koska perheen asiantuntijuudella heidän omassa elämässään on ratkaiseva merkitys ja perheterapian tavoitteena on perheen hyvinvoinnin lisääminen. Aineistomme rakentui Kuopion yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrian poliklinikalla perheterapian seurantana toteutetuista yhteistutkimushaastatteluiden videotallenteista, jotka on kerätty yhteistyössä Jyväskylän yliopiston Psykologian opetus- ja tutkimusclinikan kanssa. Tässä tutkimuksessa tutkimme kolmea uhmakkuus- ja käytöshäiriödiagnoosin saaneen lapsen sekä hänen perheenjäsenten tuottamaa puhetta laadullisesti käyttäen diskurssianalyysia.

Tutkimuksessamme havaitsimme, että kahdessa perheessä hoitoon tyytyväisyys ja terapiassa tapahtunut muutos näyttivät olevan yhteydessä. Yhden perheen kohdalla runsaista muutoksista huolimatta perhe ilmensi tyytymättömyyttä. Tämän perusteella huomasimme, että hoitoon tyytyväisyyden ja perheterapian myötä tapahtuvien muutosten välillä ei aina automaattisesti ole yhteyttä. Perheen kokemuksissa terapiaprosessia edistävinä ja heikentävinä tekijöinä nousivat esiin hoidon tarpeenmukaisuus, kokemus hoidon vaikuttavuudesta, luottamus hoitohenkilökuntaan, odotukset ja motivaatio terapiaprosessia kohtaan sekä ympäristön tuki. Nämä tekijät näyttäytyivät dimensionaalisesti joko heikentävinä tai edistävinä tekijöinä. Muutosten havainnoinnin kannalta merkittävässä roolissa oli perheenjäsenten diskursseihin liittyvät tunnelataukset, jotka mahdollisesti vaikuttivat terapiaprosessin reflektiiviseen havainnointiin. Perheissä nousi esiin 1. asteen, vuorovaikutuksen, valtasuhteiden sekä positioiden muutosta perheterapian seurauksena. Tuloksemme tarjoavat uudenlaista näkökulmaa siitä, miten hoitoon tyytyväisyys muodostuu perheen vuorovaikutuksessa kehämäisesti sekä mitkä tekijät mahdollisesti estävät tai edistävät muutosta perheterapiassa. Tuloksemme tuovat lisäksi tärkeää tietoa näiden prosessien yhteyksistä toisiinsa.

Avainsanat: perheterapia, perheterapiatutkimus, uhmakkuus- ja käytöshäiriö, terapeuttinen muutos, hoitoon tyytyväisyys, ensimmäisen ja toisen asteen muutos

University of Jyväskylä
Department of Psychology

HAARALA, JULIA & TAKKO, EMMI: Treatment satisfaction and therapeutic change in family therapy- Discourse analytical research about family therapy experiences of children with oppositional defiant disorder and conduct disorder and their families in collaborative post-therapy research interview

Master's thesis, 45p., 1 appendix.

Supervisor: Aarno Laitila

Psychology

April 2020

In this research we are investigating treatment satisfaction and therapeutic change in family therapy follow-up with discourse analytic ways. We are defining treatment satisfaction through weakening and promoting factors of family therapy that families brought up in their speech. We are also investigating if treatment satisfaction and therapeutic change in family therapy are connected. This topic is significant to explore because family therapy should be effective and meet the individual needs of families. It is also necessary to be aware and support the promoting factors of therapeutic change. To investigate client experience is essential because they are experts in their own lives and the goal of family therapy is to increase the wellbeing of family. Our data has been gathered by Kuopio University hospital Child Psychiatry Clinic together with Psychotherapy training and research centre University of Jyväskylä. We are using the collaborative post-therapy research interviews as our data and we are investigating three children with oppositional defiant disorder and conduct disorder and their families using discourse analysis.

In our research we found out that in two families treatment satisfaction and therapeutic change seemed to be connected. Nevertheless, in one family there had been a lot of dissatisfaction regardless of therapeutic change. Based on this, we can assume that there is no automatic connection between treatment satisfaction and therapeutic change. As promoting and weakening factors in the speech of families emerged to be therapy that respond to client needs, experiences about effectiveness of treatment, trust in healthcare, expectations and motivation for the therapy process and environmental support. These factors appeared to be dimensional either weakening or promoting therapeutic processes. Emotional charge in family members speech was crucial in terms of detecting changes in therapy. Strong emotional charge might prevent reflective observation. As therapeutic change in the speech of families, we discovered first order change, change in interaction, in power relationships and in positions. Our results provide new perspectives about how treatment satisfaction consists circularly in family interaction and which factors might possibly promote or prevent therapeutic change. Our results also provide significant information about the connections between these processes.

Keywords: family therapy, family therapy research, Oppositional defiant disorder, Conduct disorder, therapeutic change, treatment satisfaction, first- and second order change

Sisällysluettelo

1. JOHDANTO	1
1.1 Perheterapia	2
1.2 Perheterapian tuloksellisuus ja hoitoon tyytyväisyys.....	3
1.2 Yhteistutkimushaastattelu	4
1.4 Uhmakkuus- ja käytöshäiriö.....	5
1.4.1 Uhmakkuus- ja käytöshäiriön vaikutus perheiden valtasuhteisiin.....	7
1.5 Terapeuttinen muutos perheterapiassa	7
1.5.1 Ensimmäisen asteen muutos	7
1.5.2 Toisen asteen muutos.....	8
1.6 Tutkimustehtävä -ja kysymykset.....	10
2. MENETELMÄT.....	10
2.1 Tutkimusaineisto ja tutkittavat.....	10
2.2 Tutkimusmenetelmä	12
2.3 Analyysin eteneminen	13
3. TULOKSET.....	14
3.1 Hoitoon tyytyväisyys.....	14
3.2 Terapeuttinen muutos	15
3.3 Perhe 1	15
3.3.1 Vanhemman ambivalentti ja refleктоiva diskurssi	16
3.3.2 Terapeuttinen muutos vanhemman ambivalentissa- ja refleктоivassa diskurssissa	18
3.3.3 Lapsen ulkopuolisuuden- ja vastustelevuuden diskurssit	18
3.3.4 Terapeuttinen muutos lapsen ulkopuolisuuden- ja vastustelevuuden diskursseissa.....	20
3.4 Perhe 2.....	20
3.4.1 Vanhemman uhri- ja refleктоiva diskurssi.....	21
3.4.2 Terapeuttinen muutos vanhemman uhri- ja refleктоivassa diskurssissa.....	22
3.4.3 Lasten puolusteleiva ja alistuva diskurssi	24
3.4.4 Terapeuttinen muutos lasten puolusteleivassa- ja alistuvassa diskurssissa	26
3.5 Perhe 3.....	27
3.5.1 Vanhemman toiveikkuus- ja refleктоiva diskurssi	27
3.5.2 Terapeuttinen muutos vanhemman toiveikkuus -ja refleктоivassa diskursseissa.....	29
3.5.3 Lapsen toiveikkuusdiskurssi	30
3.5.4 Terapeuttinen muutos lapsen toiveikkuusdiskurssissa	31
4. POHDINTA.....	32
4.1 Tutkimuksen laadun arviointi	36

LÄHTEET.....	39
LIITTEET	46

1. JOHDANTO

Perheterapia on menetelmä, jolla voidaan hoitaa sekä yksilön psyykkistä oirehdintaa että perheen sisäisessä vuorovaikutuksessa esiintyviä ongelmia (Aaltonen & Laitila, 2020). Perheterapian kontekstissa ongelmat nähdään syntyvän osana perheen vuorovaikutusta, jolloin lähtökohtana on perheen omien resurssien hyödyntäminen ja selviytymiskeinojen vahvistaminen (Barker & Chang, 2013; Sexton, Weeks, & Robbins, 2003). Perheterapian on todettu olevan tehokas menetelmä lasten uhmakkuus- ja käytöshäiriöiden hoitoon (Carr, 2009; Carr, 2018). Lasten uhmakkuus- ja käytöshäiriöt ovat monimuotoisia ja yleisiä lastenpsykiatrisia häiriöitä, joita kuvaa laaja-alainen impulsiivisuus, piittaamattomuus toisen oikeuksista ja hyvinvoinnista sekä yhteiskunnan säännöistä (Aronen & Lindberg, 2016). Perheterapiassa perheet ovat ilmentäneet hoitoon tyytyväisyyttä, mikäli lapsen oireissa on tapahtunut selkeää muutosta (Brestan, Jacobs, Rayfield, & Eyberg, 1999; Ankuta & Abeles, 1993).

Perheterapiassa pyritään tunnistamaan ja muuttamaan sellaisia vuorovaikutuksellisia prosesseja, jotka saattavat ylläpitää ongelmia perheessä (Aaltonen & Piha, 2016). Perheterapiassa tavoitellaan sekä ensimmäisen asteen muutosta eli yksilön hyvinvoinnin kasvua ja oireiden lieventymistä, että toisen asteen muutosta eli perhesysteemin muutosta itsessään (Davey, Davey, Tubbs, Savla, & Anderson, 2012). Terapiassa pyritään itsehavainnoinnin avulla position muutokseen, joka mahdollistaa asiakkaan toimijuuden kasvun (Leiman, 2012).

Tässä tutkimuksessa tutkimme uhmakkuus- ja käytöshäiriödiagnoosin saaneiden lasten ja heidän perheenjäsenten kokemaa hoitoon tyytyväisyyttä ja terapeutista muutosta perheterapian seurantana toteutetussa yhteistutkimushaastattelun kontekstissa. Tarkastelemme perheiden hoitoon tyytyväisyyden kokemusta heidän puheessaan esiin tulevien hoitoprosessia heikentävien ja edistävien tekijöiden avulla. Tutkimme miten hoitoon tyytyväisyys ja terapeutin muutos ovat yhteydessä toisiinsa tarkastelemalla perheenjäsenten diskursseja diskurssianalyttisin keinoin. Käytimme laadullisista menetelmistä diskurssianalyysiä, jotta pääsimme tarkastelemaan kolmen perheen itse tuottamaa kokemuksellista näkökulmaa perheterapiasta. Perheterapiaan liittyvää hoitoon tyytyväisyyttä on tutkittu jonkin verran (Brestan ym., 1999; Woodward, Santa-Barbara, Levin, & Epstein, 1978), mutta diskurssien avulla tarkasteltu hoitoon tyytyväisyyden yhteys terapiassa tapahtuneisiin muutoksiin tuottaa uudenlaista näkökulmaa ilmiöön. Lisäksi tutkimuksemme tuo näkyville myös lasten kokemukset perheterapiasta, joka mahdollistaa lasten ja vanhempien näkökulmien rinnakkaisen tarkastelun. Tutkimuksemme laajentaa tietoa perheen kannalta

hyödyllisistä ja muutoksen mahdollistavista tekijöistä, jonka avulla perheterapiaa voidaan muokata tarpeisiin sopivaksi ja vaikuttavaksi kokonaisuudeksi.

1.1 Perheterapia

Perheterapia on psykoterapian muoto, jossa pyritään ymmärtämään ja hoitamaan ammatillisesti perheen sisäistä vuorovaikutusta sekä perheen yksittäisillä henkilöillä esiintyviä psyykkisiä häiriöitä (Aaltonen & Laitila, 2020). Perheterapia voidaan toteuttaa itsenäisenä hoitomuotona tai muun hoidon tukena, hyödyntäen erilaisia menetelmiä kuten avointa keskustelua ja perinteisiä teknisiä interventioita (Aaltonen & Laitila, 2020). Perheterapiaan tulon syyt liittyvät useimmiten vuorovaikutukselliseksi hahmotettuihin ongelmiin ja niiden selvittelyyn, vaikeiden mielenterveyden häiriöiden hoitoon sekä erilaisiin perheen kriiseihin. Yleisiä mielenterveyden häiriöitä, joita perheterapiassa hoidetaan ovat esimerkiksi tunne- ja käytöshäiriöt sekä syömishäiriöt, joihin liittyy usein vuorovaikutuksen alueella riippuvuuteen liittyviä ongelmia. (Aaltonen, 2006.) Perheterapeuttisessa työskentelyssä on tavoitteena löytää niitä vuorovaikutuksessa esiintyviä tekijöitä, jotka ylläpitävät yksilöllistä patologiaa, estäen perheen vuorovaikutuksen kehitystä (Aaltonen & Piha, 2016).

Perheterapian taustalla vaikuttavat monet teoreettiset lähestymistavat, jotka ovat integroituneet yhteen perheterapian kehittyessä (Aaltonen & Piha, 2016). Perheterapian teoreettisesta suuntauksesta huolimatta perheterapiassa näkyy systeemiteoria, sillä perhettä tulee tarkastella vuorovaikutuksen uniikkina yksikkönä (Goldenberg & Goldenberg, 2012). Kun perheet on alettu näkemään vuorovaikutusjärjestelminä, siirryttiin pois kausaalista ajattelusta, jossa jokin tila nähtiin itseaiheutettuna (Wahlström, 1992). Perhelähtöisen lähestymistavan taustalla esiintyy oletus siitä, että ongelmat muodostuvat perheen dynaamisessa vuorovaikutuksessa sekä yhteydessä muihin sosiaalisiin systeemeihin (Barker & Chang, 2013).

Perheterapiassa perhe määritellään luonnollisesti yhteenkuuluvaksi vuorovaikutusyksiköksi, jota yhdistää jaettu ongelma ja sen käsittely (Aaltonen, 2006). Perhettä yhdistää sen jäsenten yhdessä jakamat kokemukset, säännöt ja merkitykset, luoden siitä systeemin. Yksilöt määrittävät itseään vuorovaikutuksessa muihin, joten perhettä ja sen yksilöitä voidaan tarkastella vuorovaikutuksen elementtien näkökulmasta. (Barker & Chang, 2013.) Perheen eri osien yhteyttä luonnehtii kehämäinen syy-seuraus malli (Aaltonen, 2006).

Perheterapeuttisessa työskentelyssä terapeutti on kiinnostuneen utelias ja yrittää jatkuvasti hahmottaa perheen myönteisiä voimavaroja (Aaltonen, 2006). Lähtökohtana on perheen selviytymiskeinojen vahvistaminen ja kehittää perheen taitoja hyödyntää omia resurssejaan (Sexton ym., 2003). Terapeutin tavoitteena on pyrkiä ymmärtämään perheen vuorovaikutuksessa syntyviä ilmiöitä ja saada perheenjäsenet oivaltamaan vuorovaikutuksessa ilmeneviä tekijöitä terapian avulla (Aaltonen, 2006). Terapeutin rooli on tilannetta ja terapiassa syntyviä tunteita tulkitseva. Perhettä kohdatessa tulee huomioida millaista kehitysvaihetta perhe käy läpi ja millaiset ovat perheen luontaiset tavat toimia. (Barker & Chang, 2013.) Terapian tavoitteena ei ole kuitenkaan vain ymmärtää mistä ongelma on lähtöisin, vaan pyrkiä muuttamaan perheen vuorovaikutuksen ja tunneilmaisun dynamiikkaa (Barker & Chang, 2013). Perheterapiassa koko perheelle suunnattu psykoedukaatio on myös tärkeä keino tukea perheen ymmärrystä tilanteesta (Aaltonen, 2006).

Perheterapia voidaan toteuttaa tarvittaessa myös asiakkaan kotona, jolloin saadaan lisättyä hoidon tehokkuutta ja vaikutusten jatkuvuutta osana perheen aitoa ympäristöä. Aiheen yleisyydestä huolimatta siitä löytyy kuitenkin vielä vähän tutkittua tietoa. (Cortes, 2004.) Kotona toteutettavalla työskentelyllä on kuitenkin havaittu olevan erilaisia hyötyjä, kuten se, että perheenjäsenten on helpompi sitoutua kotona toteutettavaan työhön (Adnopo, 2002). Kotona toteutettavan terapian avulla voidaan päästä myös helpommin käsiksi perheen dynamiikkaan ja arjen monimuotoisiin ongelmiin (Cortes, 2004). On kuitenkin huomattu, että terapeutin terapeuttiseen työskentelyyn saattaa vaikuttaa kotona toteutettavaan työhön liittyvä vieraana olemisen tunne (Christensen, 1995).

1.2 Perheterapian tuloksellisuus ja hoitoon tyytyväisyys

Perheterapian tuloksellisuutta on tutkittu vähemmän kuin muiden psykoterapiamuotojen tuloksellisuutta. Tämä johtuu siitä, että perheterapia käsitteenä on vaikeammin määriteltävissä kuin muut psykoterapiamuodot ja siihen liittyvät interventiotavat ja teoriakokonaisuudet ovat niin moninaiset ja laajat, että niiden vertailu on ongelmallista. Merkityksellistä on myös se, mihin tuloksellisuustutkimuksissa kiinnitetään huomio. Onko huomion kohteena muutokset oireissa, diagnoosissa, sopeutumistavoissa, perheen vuorovaikutuksessa vai kenties hoitoon tyytyväisyydessä. (Aaltonen, 2006.)

Perheterapian on todettu olevan tehokasta monien ongelmien hoitoon, usein jopa tehokkaampaa kuin yksilöterapia (Barker & Chang, 2013; Crane & Payne, 2011). Meta-analyysien tulokset kertovat, että systeemiset interventiot, kuten perheterapia, ovat vaikuttavia moniin lasten ja aikuisten ihmissuhde- tai mielenterveysongelmiin (Carr, 2009). Perheterapian on myös osoitettu olevan kustannustehokasta verrattuna yksilöterapiaan (Crane ym., 2013; Crane & Christenson, 2012).

Laadullisissa tutkimuksissa, joissa on tutkittu perheterapian tehokkuutta, ei ole esiintynyt huomattavia eroja eri teoreettisten näkökulmien välillä (Barker & Chang, 2013). Perheterapian vaikutukset ovat myös suhteellisen pysyviä, jopa pysyvämpiä kuin yksilöterapian vaikutukset (Crane ym., 2013). Watzlawickin, Weaklandin ja Fischin (1974) tutkimuksessa 72 % asiakkaista raportoi kolme kuukautta perheterapian päätyttyä oireiden kokonaisvaltaista tai huomattavaa vähentymistä. Perheterapian tehokkuus riippuu kuitenkin perheestä, perheen ja terapeutin yhteensopivuudesta sekä käytettyjen menetelmien sopivuudesta. Positiiviset tulokset johtuvat usein lisääntyneestä yhteisestä ymmärryksestä koskien perheen tilannetta sekä perheen tunneilmaisun ja kommunikaation kehittämistä. (Barker & Chang, 2013.)

Terapian tuloksellisuutta voidaan tutkia myös hoitoon tyytyväisyyden näkökulmasta. Terapiakontekstissa asiakastyytyväisyydellä viitataan tasoon, jolla asiakkaat ovat pitäneet terapiaprosessista tai sen lopputuloksesta (Brestan ym., 1999). Merkittävä tekijä lopputulokseen tyytyväisyyden kannalta on asiakkaan oireiden lievittyminen (Ankuta & Abeles, 1993). Perheterapiassa, jossa hoidettiin lapsen käytöshäiriöitä, äidin tyytyväisyys terapiaan liittyi lapsessa tapahtuneeseen muutokseen. Mitä suurempaa muutosta lapsessa oli tapahtunut, sitä tyytyväisempi äiti oli terapiaan. Vanhemmat ovat usein erityisen herkkiä huomaamaan lapsen käyttäytymisen muutoksia, ja tämä voi heijastua terapiaan liittyviin asenteisiin. (Brestan ym., 1999.) Tutkimusten mukaan he, jotka olivat tyytyväisiä terapiaan, olivat niitä, joilla oli tiukimmat kriteerit muutokselle. Nämä kriteerit liittyivät oireiden häviämiseen ja pysyvään muutokseen, joka säilyy ajan kuluessa. (Ankuta & Abeles, 1993.)

1.2 Yhteistutkimushaastattelu

Yhteistutkimushaastattelu on Tom Andersenin (1997) kehittämä arvioiva sekä terapeutin menetelmä, jossa asiakas sekä terapeutti yhdessä reflektioivat terapian sisältöjä ja arvioivat terapiaprosessia ulkopuolisen haastattelijan avulla (Andersen, 1997). Yhteistutkimushaastattelussa voidaan jakaa sekä asiakkaan että terapeutin ajatuksia ja tunteita, tehden näkyväksi molempien olotiloja terapian aikana (Ronnås, 2014). Terapeutilta kysytään esimerkiksi, jäikö jotain sanomatta, mitä asioita asiakas pitäisi työssä tärkeänä sekä olivatko käytetyt menetelmät toimivia. Asiakkaalta taas kysytään asioita, jotka jäivät erityisesti mieleen, mitä jäi puhumatta ja oliko asiakkaalla mahdollisuutta kertoa jotain hoidon kannalta merkityksellistä hoitoprosessin aikana. (Borgengren ym., 2005). Menetelmä on enemmän kuin vain hoidon arviointia (Lind & Carlsson, 2006), sillä se on mahdollisuus syventää yhteistyösuhdetta, kehittää terapeutin ammattitaitoa sekä saada aikaan

terapeuttisia vaikutuksia. Kun terapeutit ja asiakkaat yhdessä pohtivat yhteistyötä, syntyy parhaimmillaan uudenlaista ymmärrystä siitä, mikä terapiassa on hyödyllistä. Sen avulla voidaan lisätä yhteenkuuluvuuden tunnetta, jonka on tutkittu lisäävän tasa-arvoisuutta asiakkaan ja terapeutin välillä. (Ronnås, 2014.) Menetelmä on yhteisen tutkiskelun ja yhteistyön työkalu, jonka avulla asiakkaalla on mahdollisuus kokea itsensä arvostetuksi (Gustafsson & Weine, 2006). Yhteistutkimushaastattelu tarjoaa turvallisen alustan osallistujien yhteiseen keskusteluun siitä, mikä oli hyödyllistä tai toisaalta vaikeaa terapiaprosessin aikana (Helimäki, Laitila, & Kumpulainen, 2021).

1.4 Uhmakkuus- ja käytöshäiriö

Lasten uhmakkuus- ja käytöshäiriöt ovat monimuotoisia lastenpsykiatrisia häiriöitä, joita kuvaavat laaja-alainen impulsiivisuus, piittaamattomuus toisen oikeuksista, hyvinvoinnista sekä yhteiskunnan säännöistä (Aronen & Lindberg, 2016). Uhmakkuushäiriöllä tarkoitetaan lapsen ikä- ja kehitystasoon liittyvää poikkeuksellisen voimakasta suuttumusta ja ärtymystä (Buitelaar ym., 2013) sekä uhmakkuutta ja tottelemattomuutta auktoriteetteja kohtaan (Aronen, 2006). Käytöshäiriötä taas kuvaa toistuva ulos- tai sisäänpäin suuntautuva aggressiivinen käyttäytyminen sekä antisosiaalisuus, josta on haittaa lapsen itsensä lisäksi myös lapsen lähipiirille (Buitelaar ym., 2013). Käytöshäiriöön voi liittyä myös erilaisia tunnekyliä piirteitä, kuten katumuksen, empatian ja syyllisyyden puutetta sekä muiden manipulointia. Lasten uhmakkuus- ja käytöshäiriöt ovat yksi suurimmista tekijöistä, miksi lapset ja nuoret tarvitsevat psykiatrista hoitoa. Häiriön esiintyvyys vaihtelee 3–8 % välillä eri tutkimusten määrittelytavoista riippuen, häiriön ollessa yleisempi pojilla kuin tytöillä. (Aronen & Lindberg, 2016.)

ICD-10 tautiluokituksessa käytöshäiriö voidaan erotella oireiden vakavuuden ja pitkäkestoisuuden perusteella lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan käytöshäiriöön, sekä oireiden luonteen perusteella perheensisäiseen, epäsosiaaliseen tai sosiaaliseen käytöshäiriöön (Aronen & Lindberg, 2016). Diagnoosia tehdessä on tärkeää kerätä tietoa eri tahoilta, huomioiden kuitenkin, että oireet voivat olla tietyissä tilanteissa vaikeasti havaittavissa (Buitelaar ym., 2013). Oireet voivat ilmentyä monella eri tavalla, myös päällekkäin muiden häiriöiden kanssa, kuten tarkkaavuuden tai oppimishäiriöiden kanssa (Aronen & Lindberg, 2016).

Häiriölle voivat altistaa erilaiset psykososiaaliset ympäristöön, vanhemmuuteen ja lapseen liittyvät tekijät (Aronen, 2006) sekä genetiikkaan, aivojen rakenteeseen ja toimintaan liittyvät tekijät (Aronen & Lindberg, 2016). Lapsuudenaikaiset vaikeudet ja epäjohtonmukaisuudet kasvatuksessa,

kaltoinkohtelu sekä kiintymyssuhdevaikeudet voivat myös lisätä riskiä käytöshäiriöille (Aronen, 2006). Eri tekijöiden vaikutuksia voi kuitenkin olla vaikea erottaa toisistaan (Vuori, Tuulio-Henriksson, Nissinen, & Autti-Rämö, 2015). Lapsilla, joilla on diagnosoitu käytöshäiriö, on havaittu esiintyvän enemmän ristiriitaisuuksia lapsen ja vanhemman välisessä vuorovaikutuksessa (Deault, 2010). Lapsen psykopatologialla on havaittu olevan yhteys perheen heikentyneeseen vuorovaikutussysteemiin, kuten kykyyn ratkaista konflikteja (Schuham, 1970).

Hoitona lasten uhmakkuus- ja käytöshäiriöihin käytetään ensisijaisesti perhe- ja verkostointerventioita, lapsen sosiaalisten taitojen harjoittelua sekä vanhempien taitojen ohjausta (Aronen & Lindberg, 2016). Psykososiaalisella perheinterventiolla tarkoitetaan perheterapiaa, strukturoitua vanhempainohjausta sekä erityisiä perheterapeuttisia hoito-ohjelmia. Keskiössä on vanhemman ja lapsen vuorovaikutuksen kehittäminen. (Vuori ym., 2015.) Vanhempien mukaan ottamisen taustalla on ajatus siitä, että lapsen käyttäytyminen muodostuu vuorovaikutuksessa vanhemman kanssa, jolloin muutoksen tulee tapahtua lapsen luonnollisessa ympäristössä (Griest & Wells, 1983). Lapsen psyykkiset oireet voivat lisätä vanhemman kuormittuneisuutta, mikä voi heikentää lapsen ja vanhemman välistä vuorovaikutusta (Deault, 2010). Hoidon tavoitteena onkin heikentää käytöshäiriötä ylläpitävää negatiivista vuorovaikutusta ja luoda tilalle myönteisiä kommunikoinnin tapoja (Aronen, 2006). Hoidon tulee olla pitkäkestoista, perhelähtöistä, psykoedukatiivista ymmärrystä lisäävää sekä vanhemmuutta tukevaa (Buitelaar ym., 2013), kuitenkin niin, että lapsen tukeminen on keskiössä (Aronen & Lindberg, 2016). Lääkehoidolla voidaan lisätä impulsiivisen käyttäytymisen hallintaa, mutta sitä harkitaan vain, mikäli asianmukaiset psykososiaaliset hoitomuodot eivät ole auttaneet riittävästi oireiden hallinnassa ja mikäli aggressiivinen käytös on vaaraksi lapselle itselleen tai lähipiirille (Aronen & Lindberg, 2016). Varhaisella puuttumisella on tärkeä merkitys tulevaisuuden ennusteen kannalta (Aronen, 2006), sillä uhmakkuus- ja käytöshäiriöllä on yhteys myöhempiin ongelmiin kuten rikollisuuteen, psyykkisiin häiriöihin sekä päihteiden käyttöön (Aronen & Lindberg, 2016).

Systeemisten eli perhekeskeisten interventioiden on todettu olevan tehokkaita yksittäisenä hoitona tai osana multimodaalisia ohjelmia monien erilaisten ongelmien hoitoon, kuten esimerkiksi käytöshäiriöiden hoitoon (Carr, 2018; Carr, 2009). Perheterapian tehokkuudesta on tutkimukseen perustuvaa näyttöä erityisesti nuorten käytöshäiriöihin suunnatuista interventioista (Goldenberg & Goldenberg, 2012). Toiminnallisen perheterapian avulla on pystytty vähentämään nuorten käytöshäiriöön liittyviä oireita (Sexton & Turner, 2010), esimerkiksi interventioissa, joissa on ollut tavoitteena muuttaa perheen sisäisiä kognitiivisia, emotionaalisia sekä behavioraalisia prosesseja, jotka ylläpitävät ongelmaa (Alexander & Sexton, 2002).

1.4.1 Uhmakkuus- ja käytöshäiriön vaikutus perheiden valtasuhteisiin

Lapsen käytöshäiriöön voi liittyä erilaisia vallankäytön keinoja (Ghanizadeh & Jafari, 2010). Lapsen vanhempaan kohdistama väkivalta nähdään normaalista valta-asetelmasta poikkeavana, tahallisenä psyykkisen, fyysisen tai taloudellisen haitan tuottamisena vanhemmalle, mikä nähdään syntyneen valtasuhteiden muutoksesta perheessä (Calvete, Orue, & Gámez-Guadix, 2013). Valta voidaan nähdä kykynä muuttaa toisen ihmisen käyttäytymistä osana sosiaalista systeemiä (Cromwell & Olsen, 1975). Valtasuhteiden määrittäminen on kuitenkin haastavaa, sillä valta voi saada perheessä hyvin erilaisia muotoja (Safilios-Rothschild, 1970). Lapsen fyysisiä vallankäytön keinoja ovat esimerkiksi lyöminen ja töniminen, kun taas psyykkisiä ovat vanhemman manipulointi, pelon luominen sekä vanhemman tai lapsen itsensä vahingoittamisella uhkaileminen (Ghanizadeh & Jafari, 2010). Usein lasten vanhempiin kohdistamaan väkivaltaiseen käytökseen liittyen on havaittu vanhempien avuttomuuden tunteiden kokemuksia, sillä vanhempien kokema väkivalta saattaa usein jäädä huomaamatta. Tämän takia vanhempiin kohdistuvaa väkivaltaa olisi tärkeä tutkia ja ymmärtää laajemmin. (Tew & Nixon, 2010.)

1.5 Terapeuttinen muutos perheterapiassa

Psykoterapian tarkoitus on saada aikaan muutosta asiakkaassa (Ogles, 2013). Perheterapiassa muutokseen suhtaudutaan eri tavalla kuin muissa terapeuttisissa viitekehyksissä (Davey ym., 2012). Perheterapian tavoitteena on saada aikaan muutoksia yksittäisten perheenjäsenten oireilussa sekä kokonaisvaltaisesti perheen vuorovaikutuksessa (Aaltonen & Laitila, 2020). Näitä muutoksia voidaan tarkastella ensimmäisen ja toisen asteen muutoksen kautta (Davey ym., 2012).

1.5.1 Ensimmäisen asteen muutos

Ensimmäisen asteen muutoksella perheterapiassa tarkoitetaan havaittavissa olevaa yksilön oireiden konkreettista helpottumista tai hyvinvoinnin paranemista, joka on usein terveydenhoidon ensisijainen tavoite. Tällaisia muutoksia ovat jo olemassa olevissa systeemeissä tapahtuvat pintapuoliset muutokset, joita pystytään mittaamaan erilaisilla mittareilla esimerkiksi masennusoireiden vähentymisen suhteen (Davey ym., 2012.)

Perheterapian tavoitteena on kehittää asiakkaan itsehavainnointia terapeuttiseksi työkaluksi (Davey ym., 2012). Itsehavainnoinnin kehittyminen mahdollistaa uudenlaisen suhteen muodostamisen ongelmaa kohtaan, mikä voi edesauttaa toimijuuden kasvua. Pyrkimyksenä on siirtymä objektipositiosta subjektipositioon. (Leiman, 2012.) Objektipositiolla tarkoitetaan tilaa, jossa asiakkaalla on tunne, ettei hän saa kiinni omista oireistaan ja ne hallitsevat elämää. Tähän liittyy usein pakottava tarve suojautua ja usein nämä suojautumiskeinot saattavat ylläpitää ongelmaa. Subjektipositio puolestaan tarkoittaa tilannetta, jossa asiakkaan suhde ongelmiin on muuttunut, voimaantunut ja asiakkaan toimijuus suhteessa ongelmiin on kasvanut. Matkaa objektipositiosta kohti subjektipositiota käydään lähikehityksen vyöhykkeellä ja välietappina voidaan pitää havait sijapositiota. Lähikehityksen vyöhykkeelle kuuluu yksilön potentiaaliset kyvyt, joihin hän ei yksin yllä, mutta joita terapeutin avustuksella voidaan käyttää. Havait sijapositiota voidaan puolestaan pitää yhdessä rakennettuna metapositiona suhteessa asiakkaalle tyypillisiin tapoihin havainnoida itseään. (Leiman, 2012.)

Toimijuudella tarkoitetaan yksilön kykyä vaikuttaa omaan toimintaan ja elämäntilanteeseen ja siihen vaikuttaa merkittävästi kokemus omasta pystyvyydestä (Bandura, 2006). Toimijuus on tarkoituksenmukaista ja tavoitteellista toimintaa (Lee, 2004). Sosiaalinen toimijuus on yksilön käsitys siitä, uskooko hän voivansa vaikuttaa muihin ihmisiin ja millainen tämä vaikutus mahdollisesti on sekä mikä merkitys sillä on. Sosiaalinen toimijuus syntyy osana vuorovaikutusta, joka on perheterapiassa tärkeä tarkastelun kohde. (De Mol, Reijmers, Verhofstadt, & Kuczynski, 2018.) Toimijuuteen liittyy neljä keskeistä tekijää, jotka ovat tarkoituksellisuus, ennakointi, itsesäätely ja itsereflektio (Bandura, 2006). Tarkoituksellisuudella viitataan tulevan suunnitteluun esimerkiksi tavoitteiden ja välitavoitteiden tekemiseen. Ennakointi on tämän lisäksi lopputuloksen arviointia. Itsesäätelyllä viitataan oman toiminnan ja motivaation säätelyyn kohti tavoitteita. Itsereflektio puolestaan sisältää käsityksen omasta toiminnasta ja kyvyn arvioida omaa toimintaa ja sen merkityksiä. Ihmiset asennoituvat oman toimijuutensa suhteen joko optimistisesti tai pessimistisesti, mikä vaikuttaa yksilön motivaatioon, tavoitteisiin ja periksiantamattomuuteen vaikeuksia kohdatessa. Toimijuuden laatu vaikuttaa siihen, miten erilaiset mahdollisuudet nähdään. (Bandura, 2006.)

1.5.2 Toisen asteen muutos

Toisen asteen muutoksella tarkoitetaan systeemin eli perheen muutosta itsessään (Davey ym., 2012). Tätä muutosta voidaan luonnehtia muutokseksi perustavanlaatuisissa toimintatavoissa, jotka

vaikuttavat laaja-alaisesti koko systeemin toimintaan (Murray, 2002). Toisen asteen muutoksen tarkastelemisen avulla pystytään tutkimaan systeemisellä tasolla prosessin taustalla olevia muutoksia. Ensimmäisen asteen muutokset vaikuttavat toisen asteen muutoksiin. Muutos toisen asteen prosesseissa sisältää kokemuksellisen ulottuvuuden, mikä tekee siitä ensimmäisen asteen muutokseen verrattuna vaikeammin mitattavan tai havainnoitavan ilmiön. (Davey ym., 2012.) Toisen asteen muutos vaatii muutoksen näkökulmassa tai merkityksissä (Murray, 2002).

Toisen asteen muutoksia voidaan tarkastella Daveyn ja kollegoiden (2012) mukaan sääntöjen muutoksen, uudelleen muotoilun ja uudelleen kalibroinnin avulla. Sääntöjen muutoksen myötä koko systeemi eli perhe toimii vuorovaikutuksellisen muutoksen kautta eri tavalla. Perhe muuttaa näkökulmaansa ja tapaansa ajatella ja toimia. Kiinnostuneita ollaan myös siitä, miten perheen säännöt ja piirteet ovat yhteydessä ensimmäisen asteen muutokseen. Uudelleen muotoilulla viitataan uusien merkitysten luomiseen perheen sisällä. Kalibroinnilla puolestaan tarkoitetaan perheen epäsuorien syy-seuraussuhteiden hahmottamista ja niiden muokkaamista, mikä edesauttaa tasapainoon pääsyä. Kalibroinnin avulla pyritään löytämään keinoja, joiden avulla toimintaa muokataan haluttuun suuntaan. Kalibrointia voisi olla esimerkiksi uudenlainen tapa kohdata käytöshäiriöistä kumpuavat ristiriitatilanteet. (Davey ym., 2012).

Daloksen ja Aldridgen (1986) mukaan perheterapian toisen asteen muutosta voidaan tarkastella neljän eri osa-alueen kautta. Behavioraalinen muutos tarkoittaa muutosta perheen toimintatavoissa, kun taas rakenteellisella muutoksella tarkoitetaan perheen hierarkioihin, allianssiin sekä rajoihin liittyvää muutosta. Kommunikaatioon liittyvällä muutoksella tarkoitetaan muutosta kommunikaation määrässä tai laadussa. Neljäntenä kategoriana pidetään perheen kokemuksiin liittyviä muutoksia, kuten sitä, miten perhe selittää tai ratkaisee konflikteja. (Dallos & Aldridge, 1986).

Toisen asteen muutosta voidaan havainnoida tarkastelemalla perheen vuorovaikutusta (Dallos & Aldridge, 1986). Vuorovaikutus on transaktionaalinen prosessi, jossa yksilöt luovat, jakavat ja säätelevät merkityksiä. Vuorovaikutus riippuu intersubjektiivisuudesta, jolla tarkoitetaan jaettua ymmärryksen tilaa. Vuorovaikutuksen onnistuminen riippuu palautteesta tai tulkinnoista, joita osapuolet tekevät toistensa toiminnasta. Vuorovaikutuksen muotoutuminen on kaikissa perheissä jatkuva prosessi ja siinä heijastuvat perheen menneisyys, nykyisyys ja tulevaisuus, määrittäen perheen todellisuutta sekä ihmissuhteita. (Segrin & Flora, 2011.) Perheen vuorovaikutusta määrittävät Olsonin (1993) kolmen dimension mallin mukaan yhtenäisyys ja sopeutuvaisuus. Sopeutuvaisuus tarkoittaa perheen sääntöihin, valtasuhteisiin sekä rooleihin liittyvää joustavuutta. Sopeutuvaisuuden avulla perheellä on kyky muokata resursseja, voimavaroja, ympäristöä ja perheen sisäisesti asetettuja vaatimuksia vastaaviksi. (Olson, 2000.) Yhtenäisyys eli koheesio puolestaan edustaa emotionaalista

kytköstä perheenjäsenten välillä ja näkyy perheessä yhdessä toimimisena, esimerkiksi rajojen asettamisessa tai päätöksenteossa. Vuorovaikutus toimii näiden kahden dimension mahdollistavana työvälineenä perheessä. (Olson, 1993). Muutos perheen yhtenäisyydessä ja sopeutuvaisuudessa tapahtuu vuorovaikutusta tukemalla, kuten lisäämällä perheen itsereflektiota sekä kuuntelu- ja keskustelutaitoja (Olson, 2000). Empaattisuus, tarkkaavainen kuunteleminen, selkeys sekä tärkeistä asioista keskusteleminen tukevat myös perheen sopeutuvuutta ja yhtenäisyyttä (Segrin & Flora, 2011). Toisen asteen muutoksen voidaan nähdä liittyvän nimenomaan systeemien sopeutuvaisuuteen eli kykyyn adaptoitua systeemin tarpeita vastaaviksi (Olson, 2000).

1.6 Tutkimustehtävä -ja kysymykset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia perheenjäsenten hoitoon tyytyväisyyden yhteyttä perheterapian aikana tapahtuneisiin muutoksiin diskurssianalyysin avulla. Aineistona oli uhmakkuus- ja käytöshäiriön hoitoon kohdistetun perheterapian seuranta toteutetut yhteistutkimushaastattelut. Tarkastelimme aineistolähtöisesti hoitoon tyytyväisyyttä perheenjäsenten esiin tuomien heikentävien ja edistävien tekijöiden kautta. Lisäksi tarkastelimme perheissä tapahtuneita muutoksia sekä niiden yhteyttä hoitoon tyytyväisyyteen. Aiemman tutkimuksen perusteella uskomme, että mikäli perhe kokee hyötyneensä hoidosta, perheessä on tapahtunut muutoksia. Tutkimme näitä teemoja seuraavien tutkimuskysymysten avulla:

1. Miten terapiaprosessia heikentäviksi ja edistäviksi koetut tekijät näyttäytyvät suhteessa perheen hoitoon tyytyväisyyteen perheenjäsenten diskursseissa?
2. Millaisia terapeuttisia muutoksia perheenjäsenten tuottamissa diskursseissa nousee esiin?

2. MENETELMÄT

2.1 Tutkimusaineisto ja tutkittavat

Tämä Pro gradu -tutkielma on tehty osana uhmakkuus- ja käytöshäiriödiagnoosin saaneiden lasten Perhekeskeinen hoito ja systemaattinen potilaspalautte syntyneen ehkäisyssä -tutkimusprojektia (Laitila, 2015). Projekti on toteutettu yhteistyössä Kuopion Yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrian poliklinikan, Itä-Suomen yliopiston lastenpsykiatrian oppiaineen ja Jyväskylän yliopiston

psykoterapian opetus- ja tutkimusklinikan kanssa alkaen vuodesta 2015. Perheterapian istunnot toteutettiin lastenpsykiatrian poliklinikalla Kuopiossa sekä kotona toteutettuina hoitoina. Yhteistutkimushaastattelut suoritettiin poliklinikalla. Tutkimusprojektin tavoitteena on tutkia osallisuutta ja toimijuutta tukevia terapeuttisia työvälineitä sekä perheterapian tehokkuutta. (Laitila, 2015.)

Tutkimusaineisto pitää sisällään sekä laadullisesti että määrällisesti kerättyä materiaalia. Se koostuu ääni- ja videotallenteista, taustatietolomakkeista sekä potilaspalautekyselyistä. Aineistoa säilytetään Kuopion yliopiston lastenpsykiatrian poliklinikalla. Lisäksi ääni- ja videotallenteista on tehty kopio tutkimuskäyttöä varten, jota säilytetään Jyväskylän yliopiston Psykologian laitoksen Psykoterapian opetus- ja tutkimusklinikan potilasarkistossa. Pro gradu- tutkielmamme aineistona toimivat yhteistutkimushaastattelut, jotka on kerätty noin 18 kuukautta terapian loppumisen jälkeen. Seurantahaastattelun yhteydessä perhe täytti lomakkeita, joita käytettiin myös terapian aikana. Näitä olivat esimerkiksi Development And Well-Being Assessment (DAWBA) sekä Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT).

Tutkimuksen sisäänottokriteerinä oli lapsen uhmakkuus- tai käytöshäiriödiagnoosi. Lisäksi osalla lapsista esiintyi liitännäissairauksia, kuten autismikirjon häiriöitä ja tarkkaavuuden häiriöitä. Tutkimukseen ei otettu mukaan lapsia, joilla esiintyi vakavia somaattisia sairauksia. Tutkimukseen osallistuneet lapset olivat 6-12-vuotiaita terapiaprosessin aikana (N=14). Yhteistutkimushaastatteluissa lapsia perheineen oli mukana yhteensä 8. Tutkittavien osallisuus tutkimukseen oli vapaaehtoista ja mikäli he olisivat halunneet keskeyttää tutkimuksen, tämä ei olisi vaikuttanut heidän hoitoprosessiinsa.

Otoksemme koostuu kolmen perheen seurantaan toteutetuista yhteistutkimushaastatteluista. Perheet valikoituivat otokseen erilaisen hoitoon tyytyväisyyden kokemuksen perusteella. Lapset olivat yhteistutkimushaastattelun aikana noin 8–14-vuotiaita. Yhteistutkimushaastattelussa mukana olivat hoidosta vastuussa olleet työntekijät, ulkopuolinen haastattelija sekä perhe vaihtelevin kokoonpanoin. Jokaisesta otoksemme perheistä paikalla oli vain osa perheenjäsenistä. Yhteistutkimushaastattelut vaihtelivat kestoltaan 60–90 minuutin välillä. Perheiden perheterapia-istuntojen määrä vaihteli kolmen ja viidentoista istunnon välillä, joista osa oli toteutunut kotona ja osa poliklinikalla.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin tutkimuseettinen toimikunta on arvioinut uhmakkuus- ja käytöshäiriödiagnoosin saaneiden lasten Perhekeskeinen hoito ja systemaattinen potilaspalaute syrjäytymisen ehkäisyssä- projektin ja hyväksynyt hankkeen 17.3.2015. Tutkielmaan liittyvää aineistoa on käsitelty vain Jyväskylän yliopiston Psykologian laitoksen psykoterapian opetus- ja tutkimusklinikan tiloissa. Aineistoa on säilytetty kolmen erillisen lukon takana. Kaikilta tutkittavilta

on saatu kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Tämän osatutkimuksen eettisyyden toteutumista ja eettisten kysymysten ratkaisuja arvioidaan lisää pohdinnassa.

2.2 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmänä käytimme diskurssianalyysiä. Diskurssilla tarkoitetaan merkityksistä, tulkinnoista ja tarinoista muodostuvia kokonaisuuksia. Sen avulla voidaan tutkia, miten merkityksenanto rakentuu sosiaalisen identiteetin, valtasuhteiden sekä systeemien vuorovaikutuksessa. (Burck, 2005.) Diskurssin käsitteellä viitataan lausetta suurempiin merkityskokonaisuuksiin ja varsinaiseen kielenkäyttöön tietyissä tilanteissa. Se ohjaa toimintaa sekä muokkaa asioista puhumisen tyyliä sekä niiden merkityksiä. (Pynnönen, 2013.) Diskurssit määrittyvät suhteessa toisiinsa ja siten saavat erilaisia painoarvoja ja merkityksiä erilaisissa konteksteissa (Jokinen, Juhila, & Suominen, 2016).

Diskurssianalyysia voidaan pitää eräänlaisena lähestymistapana (Wahlström, 1992), jossa tutkitaan sitä, miten asiat sanotaan (Pälli & Lillqvist, 2020). Menetelmän avulla pyritään tutkimaan erilaisia funktioita, joita kieli saa aikaan (Burck, 2005), sekä analysoimaan merkitysisältöjen eli diskurssien vaikutuksia ja merkityksiä (Jokinen ym., 2016). Tarkastelun kohteena on se, miten yksilöt tuottavat ja kuvaavat käsitystään todellisuudesta, arvoista, uskomuksista sekä muista subjektiivisista näkemyksistä (Pynnönen, 2013). Diskurssianalyysissä painotetaan toimijuuden merkitystä sekä sitä, miten yksilöt positioivat itseään ja muita (Burck, 2005). Menetelmää käyttäessä ollaan kiinnostuneita todellisuuden ja puheessa esiintyvien merkitysten välisestä suhteesta (Wahlström, 1992).

Valitsimme menetelmäksi diskurssianalyysin, koska halusimme analysoida puheen sisältöjä ja merkityksiä. Menetelmä sopii erityisesti tutkimusasetelmiin, joissa halutaan saada tietoa jonkin ilmiön tai asian ymmärryksestä sekä kielen roolista tämän ymmärryksen tuottamisessa (Pälli & Lillqvist, 2020). Menetelmän avulla voidaan tutkia vuorovaikutuksellisia sekä tekstuaalisia aineistoja (Jokinen, Suoninen, & Wahlström, 2000). Menetelmä sopii siis aineistoomme, joka koostui yhteistutkimushaastattelun videotallenteista ja niiden litteraatioista. Diskurssianalyysi on hyödyllinen lähestymistapa tutkia psykoterapiaa, vaikka sitä on käytetty tähän tarkoitukseen vähän. Menetelmän avulla voidaan tuottaa yksityiskohtaista kuvailua terapian sisällöistä ennaltamääriteltujen tekijöiden sijaan. (Avdi & Georgaca, 2007.) Diskurssianalyysiä on käytetty perheterapian muutosprosessien tutkimuksessa (Burck, Frosh, Strickland-Clark, & Morgan, 1998). Diskurssianalyysissä terapeuttinen keskustelu nähdään muutoksen mahdollistajana, ikään kuin välittävänä tekijänä. Diskurssin avulla

yksilölle muodostuu tietynlainen viitekehys eli tapa nähdä ja kokea asiat, joka on tutkimuksemme kohteena. (Wahlström, 1992.)

2.3 Analyysin eteneminen

Aloitimme työskentelyn aineistolähtöisesti aineistoon tutustumalla. Katselimme yhteistutkimushaastatteluvideot useaan otteeseen tutkimuskohdetta ideoiden. Aluksi huomiomme keskittyi uhmakkuus- ja käytöshäiriöön perheen vuorovaikutuksessa, erityisesti perheessä esiintyvät valtasuhteet nousivat esiin. Tämän jälkeen lähdimme laajentamaan näkökulmaamme myös muihin perheessä esiin nouseviin ilmiöihin. Toisella tarkastelukierroksella kiinnostuksemme rajautui hoitoon tyytyväisyyteen sekä perheessä terapian seurauksena tapahtuneisiin muutoksiin. Näiden teemojen tarkastelu mahdollistui niiden toistuvuuden takia. Litteroimme yhteistutkimushaastatteluita ja koodasimme eri väreillä aineistosta hoitoon tyytyväisyyteen sekä terapeutin muutokseen liittyviä tekijöitä. Aluksi tarkastelimme sekä terapeutin että perheiden puheita, mutta päädyimme rajaamaan tutkimuksemme perheiden puheeseen. Päädyimme perheiden puheen tarkasteluun, koska tutkimuskohteemme keskittyi perheiden diskursseihin ja kokemuksiin. Perheiden ja työntekijöiden näkökulmien erottaminen oli yhteistutkimushaastattelun rakenteen takia mahdollista, koska puheenvuorot olivat jaettu selkeästi erilleen. Erittelimme puheessa esiintyviä sävyjä, emootioita sekä toimijuutta, joiden pohjalta muodostimme diskursseja kaikille paikalla olleille perheenjäsenille. Valittuamme menetelmäksi diskurssianalyysin, lähdimme erottelemaan tekstistä erilaisia diskursseja värittämällä. Seuraavaksi tarkastelimme uudelleen hoitoprosessia edistäviä ja heikentäviä tekijöitä sekä terapeutin muutosta diskurssien näkökulmasta sekä näiden välisiä yhteyksiä. Näin sidosimme tarkastelemamme ilmiöt yhteen diskurssien kanssa. Tämän jälkeen analysoimme diskursseittain hoitoon tyytyväisyyttä ja muutosprosesseja. Tutkimuskysymykset ovat muotoutuneet läpi tutkimusprosessin vastaamaan kiinnostuksen kohteitamme.

Analyysin etenemisen ohjenuorana hyödynsimme Burckin (2005) esittelemää diskurssianalyysin etenemisen kolmea vaihetta sekä Pynnösen (2013) kolmivaiheista prosessia. Ensimmäisessä vaiheessa tarkastelimme, miten yhteistutkimushaastattelussa kielen avulla rakennetaan erilaisia merkityskokonaisuuksia (Burck, 2005). Aluksi huomion kohteena olivat sanat, vertaukset, metaforat ja selonteot kokonaisuudessaan. Tuloksena analyysin ensimmäisestä vaiheesta syntyi yhteistutkimushaastattelun pohjalta muodostuneet kantavat teemat ja ominaisuudet. (Pynnönen, 2013.) Toisessa vaiheessa tarkastelimme vaihtelua merkityskokonaisuuksien sisällä

(Burck, 2005), tulkitsemalla ja laajentamalla ymmärrystä yhteistutkimushaastattelujen ilmiöistä (Pynnönen, 2013). Kolmannessa vaiheessa pohdimme kyseenalaistamalla ja näkökulmaa vaihtamalla, millaisia vaikutuksia diskurssi saa aikaan (Burck, 2005). Erityisenä huomion kohteena oli tiettyjen diskurssien vallitsevuus ja itsestäänselvyyksien murtaminen (Pynnönen, 2013).

3. TULOKSET

3.1 Hoitoon tyytyväisyys

Ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä tarkastelimme miten terapiaprosessia heikentäviksi ja edistäviksi koetut tekijät näkyivät suhteessa perheen hoitoon tyytyväisyyteen. Löysimme aineistosta viisi eri ulottuvuutta, joilla kuvataan terapiaprosessin heikentäviä ja edistäviä tekijöitä. Näiden tekijöiden sekä diskursseissa esiintyvien sävyjen avulla arvioimme perheiden hoitoon tyytyväisyyttä. Heikentäviä ja edistäviä tekijöitä olivat hoidon tarpeenmukaisuus, kokemus hoidon vaikuttavuudesta, luottamus hoitohenkilökuntaan, odotukset ja motivaatio terapiaprosessia kohtaan sekä ympäristön tuki. Tarpeenmukaisuudella tarkoitamme tässä tutkimuksessa asiakkaiden tarpeiden ja toiveiden tunnistamista ja huomiointia mahdollisuuksien mukaan. Kokemus hoidon vaikuttavuudesta tarkoittaa kokemuksia siitä, onko hoito ollut hyödyllistä tai hyödyttöä. Luottamus hoitohenkilökuntaan tarkoittaa perheen sisällä esiintyvää myönteistä turvallisuuden tunnetta suhteessa hoitohenkilökuntaan. Odotukset ja motivaatio terapiaprosessia kohtaan pitävät sisällään yksilöihin liittyvää motivoituneisuutta ja odotuksia terapian kulusta ja vaikuttavuudesta. Ympäristön tuella tarkoitamme sekä perheen sisältä että perheen lähipiiristä saatavaa henkistä ja sosiaalista tukea. Nämä ulottuvuudet toimivat janaana joko terapiaprosessia heikentävänä tai edistävänä tekijänä.

Erittelimme erilaisia diskursseja kolmen esimerkkiperheen kohdalla. Diskursseissa tulee esiin perheenjäsenten toimijuudentunto. Toimijuudella tarkoitamme yksilön käsityksiä omista vaikutusmahdollisuuksista omaa toimintaa ja elämää koskien. Terapiaan ja erityisesti yhteistutkimushaastatteluun tullaan lähtökohtaisesti pohtimaan ja tarkastelemaan läpikäytyä prosessia, johon kuuluu reflektointi. Tämän pohjalta kaikissa perheissä näkyy vaihtelevasti refleктоiva diskurssi, jonka ympärille rakentuivat perheenjäsenten vaihtehtoiset diskurssit. Refleктоivaa diskurssia kuvaa neutraalisuus ja syy-seuraussuhteiden ilmentyminen. Refleктоivassa

diskurssissa henkilö tuottaa puhetta, jossa hän havainnoi tilannetta pohdiskelevasti. Yksilön toimijuuden taso näyttäytyy suhteellisen pysyvänä yksilön diskurssista riippumatta ja tämän takia refleктоivaan diskurssiin liittyvä toimijuus vaihtelee henkilöstä riippuen.

3.2 Terapeuttinen muutos

Toisessa tutkimuskysymyksessä tarkastelimme diskurssien avulla perheterapiassa esiin nousevia muutoksia. Löysimme aineistostamme seuraavia terapeuttisia muutoksia: ensimmäisen asteen, vuorovaikutuksen, valtasuhteiden sekä positioiden muutoksen. Ensimmäisen asteen muutoksella tarkoitamme lapsen oireissa tapahtuvaa lieventymistä ja hyvinvoinnin paranemista. Vuorovaikutuksen muutoksella tarkoitamme perheen kokonaisvaltaisessa vuorovaikutuksessa tapahtuvia muutoksia, joka voi pitää sisällään vuorovaikutuksen määrällisen ja laadullisen rikastumisen. Valtasuhteiden muutoksena pidämme perheen roolien tasapainottumista sekä uhmakkuus- ja käytöshäiriöön liittyvien oireiden hallitsevuuden heikkenemistä. Positioiden muutoksella tarkoitamme itsehavainnoinnin lisääntymistä niin, että henkilö pystyy tarkastelemaan omaa toimintaansa etäältä, joka mahdollistaa paremman toimijuuden.

Esittelemme ja määrittelemme seuraavaksi kolmen esimerkkiperheen diskursseja sekä aineisto-otteita, vastaten molempiin tutkimuskysymyksiin perheittäin. Perheenjäsenistä vain osa oli paikalla yhteistutkimushaastattelussa. Aineisto-otteista on tunnistetiedot muutettu ja niitä on hieman tiivistetty luettavuuden parantamiseksi.

3.3 Perhe 1

Yhteistutkimushaastatteluun osallistuivat perheen äiti (Ä) ja lapsi (T). Lisäksi paikalla olivat kaksi terapeuttia sekä haastattelija (H). Vanhemman puheesta löysimme vaihtelua kahden eri diskurssin välillä, joita olivat ambivalentti ja refleктоiva diskurssi. Lisäksi löysimme lapsen puheesta kaksi diskurssia: ulkopuolisuuden- ja vastustelevuuden diskurssit.

3.3.1 Vanhemman ambivalentti ja refleктоiva diskurssi

Ambivalentti-diskurssi kuvaa hoidon edistäviä ja heikentäviä tekijöitä kaksijakoisesti. Ambivalentilla tarkoitamme vastakohtaisia tunteita herättävää merkitystä. Ambivalentissa diskurssissa tapahtuu vaihtelua voimakkaan turhautuneisuuden ja neutraalin ymmärtäväisyyden välillä. Diskurssissa korostuu kuitenkin negatiivinen tunnelataus ja positiiviset ilmaisut jäävät vähemmälle.

Ambivalentissa diskurssissa esiintyvistä kohtalaisen heikosta toimijuudesta ja voimakkaista tunteista johtuen, äiti ei kykene erittelemään heikentäviä ja edistäviä tekijöitä laaja-alaisesti. Refleктоivassa diskurssissa puolestaan äidin vahvempi toimijuus ja neutraalisuus mahdollistavat hoidon edistävien ja heikentävien tekijöiden kriittisen tarkastelun. Perheen äidin hoitoon tyytyväisyys näyttäytyy suhteellisen heikkona.

Aineisto-ote 1:

Ä: mutta niin taas kun ajattelee näin taaksepäin se on helppo silloin arvioida mut se oli aika paljon ja pitkään sitä et jos nyt ei ollut kovinkaan hyvä eikä saatu mitään aikaan et siihen olisi pitänyt ehkä aikaisemmin puuttua mutta sitten taas kun ei tunne tyyppiä niin sitten on tietysti hankala miettiä niitä keinoja joita ois et tää on vähän tämmönen

Aineisto-ote 2:

H: joo oliko siinä teidän vanhempien kannalta missään sellaista vaihetta että olisitte aatelleet et ei tällaista hoitoa jaksa

Ä: no voi kuule kaikissa on aina aateltu kun tietysti se mikä siinä ehkä eniten arveluttaa on se et kun ei rupee näkymään niitä tuloksia (.) ja kun ei tämä niinku muuta mitään ja mikään ei muutu mihinkään ja (.) no eihän se siinä viikossa tai kahdessa kuukaudessakaan välttämättä muutu mihinkään mutta se että (.) mutta ehkä se on se oma kärsimättömyys ja se oma väsyminen ja kaikki tämmönen mikä siihen sitten vaikuttaa

Aineisto-ote 3:

H: no jos aattelee et sä oot sanonut et T:n on vaikea luottaa tai tota ei aina tykännyt tai vastusti niin jos aattelee et hänellä on hyvät syyt joka tapauksessa vastustaa jotakin tästä niin mitä sä aattelet mitä ne T:n hyvät syyt vastustaa ois voinut olla

Ä: no se et se ei nähnyt niinkun se sanoo monesti ite et ei oo mitään hyötyä tästä

H: et sitä hyötyä ei oltu pystytty ikään kuin hänelle konkretisoimaan riittävästi

Ä: no ei ei varmasti ja niinkun sanoin jo aikaisemminkin et se on et puhutaan kuitenkin sen verran abstrakteista asioista ja niin paljon tulevaisuudesta et eihän hän nää sitä tulevaisuutta semmosena kuin minä sen näen

H: joo

Ä: eihän pysty ajattelemaan sitä että mihin se johtaa

Ambivalenssin kahtiajakoisuus tulee esiin vanhemman asemanvaihteluina ja kokemuksessa hoidon vaikuttavuudesta. Vanhempi asemoi itsensä arvioivaan positioon tuottamalla erilaisia kehitysehdotuksia, mutta toisaalta vanhempi tuo esiin oman tietämyksensä rajat vetoamalla tilanteen

hankaluuteen luoden kuvaa oman toimijuutensa heikkoudesta. Vanhempi luo erilaisia selontekoja hoidon edistävästä ja heikentävistä tekijöistä tuoden esiin sekä tyytyväisyyttä hoidon kulusta että kehitysehdotuksia hoitoon liittyen. Hoidon vaikuttavuuden kokemus toimii tässä tilanteessa sekä edistävänä että heikentävänä tekijänä kahtiajakoisuuden takia. Hoidon vaikutuksia ei ole pystytty konkretisoimaan riittävän nopeasti, joka voi heikentää luottamusta hoitohenkilökuntaan. Heikko luottamus hoitohenkilökuntaan voi näyttäytyä tässä perheessä hoitoprosessia heikentävänä tekijänä.

Ambivalenttiin diskurssiin liittyy mustavalkoista ajattelua, joka näkyy ajattelun luokittelevuutena. Mustavalkoisen ajattelun kautta (aineisto-ote 3) äiti saattaa rajata lapsen toimijuutta terapiaistuntojen täysivaltaisena jäsenenä määrittelemällä lapsen kyvykkyyttä. Äiti saattaa heikentää lapsen mahdollisuuksia muutokseen, sillä äidin tarjoama tuki ei tue lapsen osallisuutta terapiaprosessissa. Ympäristön tuki voi tässä tilanteessa toimia terapiaprosessia heikentävänä tekijänä.

Aineisto ote 4:

Ä: itelle tuli tässä semmonen villi visio mieleen että ehkä toimintaa vois silleenkin kehittää et aattelis vaikka jonkun semmosen aikuisten tapaamisen missä katottais jotain teemoja että mitä voitaisi niinku käsitellä (.) et eihän sen tarvitsis olla mitenkään näin tiukasti sidonnainen olla mutta se kun lähdetään keskustelemaan sitten ne jutut lähtee menemään minne menee tai on tarve keskustella jostain muusta niin antaa mennä ja jos ei niin sitten otetaan se teema mikä on vaikka väkivaltainen käyttäytyminen tai tota

H: mm

Ä: kouluongelmat tai oma jaksaminen tai mitä ne ikinä sit onkaan (.) et sit se ois ehkä vähän suunnitelmallisempaa et ite osais (.) valmistautua kenties

Aineisto-ote 5:

Ä: ja sitten toisaalta kun ajattelee sitä että kun puhunut ääneen niitä asioita niin siinä on saattanut jokin asia sitten myös kirkastuu itelle

H: mmm

Ä: ja niinku se mitä siellä T:n toiminnan tausta saattaisi olla

H: mm..että se lisäsi jotain oivallusta tai

Ä: kyllä omaa ajattelua ynnä muuta

H: mm

Ä: ja kyllä mä uskon että se vähän T:llakin kilkutti niitä kelloja aina silleen että (.) että kun sitä on sanottu että aina niin pitkään kun sitä on näitä käytösoireita ynnä muita niin niin pitkään tarvitaan apua ja niin pitkään käydään sitten Kyssillä (.) hankaluuksia tai millä nimikkeillä niitä onkaan kuvattu että

Reflektoivassa diskurssissa henkilön toimijuus näyttäytyy hieman vahvempana, joka näkyy hoidon kriittisenä tarkasteluna. Reflektoiva diskurssi luo kuvaa siitä, että asiakkaan tarpeita ei ole huomioitu riittävästi, joten tarpeenmukaisuus eli terapeuttien kyky reagoida asiakkaan tarpeisiin sensitiivisesti ja joustavasti näyttäytyy tässä tilanteessa siis terapiaprosessia heikentävänä tekijänä.

Äiti kuvaa, että olisi kaivannut enemmän aikuisten välistä neuvottelua ilman lapsen läsnäoloa, tietyistä teemoista puhumista ja toivetta tarpeiden paremmasta huomioimisesta. Perheterapian ennakoimattomuus ja samanaikainen avoimuus näyttäytyivät äidille haasteellisina. Neutraalista reflektioivasta diskurssista käsin vanhempi tuo monipuolisemmin ja puolueettomasti esiin hoidon edistäviä ja heikentäviä tekijöitä, kun tunnelataus ei vie tilaa puheenvuorosta.

3.3.2 Terapeuttinen muutos vanhemman ambivalentissa- ja reflektioivassa diskurssissa

Vanhemman diskursseissa nousee esiin joitakin yksittäisiä terapian aikana tapahtuneita muutoksia ja perheessä hoitoon tyytyväisyys näyttäytyy suhteellisen heikkona. Esimerkiksi perheen vuorovaikutuksessa on tapahtunut muutosta. Ambivalentissa diskurssissa vanhempi tuottaa puhetta, jossa nousee esiin lähinnä hoitoon liittyvää kritiikkiä. Ambivalentissa diskurssissa äiti jää helposti kiinni kielteiseen tunteeseen, mikä saattaa estää häntä näkemästä positiivisia asioita terapiassa. Reflektioivassa diskurssissa äiti pystyy tunnistamaan muutoksia, joita terapian aikana on tapahtunut. Äiti kuvailee, että “jokin asia on kirkastunut itselle”, jolla hän viittaa ymmärryksen kasvuun lapsen toiminnan taustalla vaikuttavista tekijöistä. Hän näkee ymmärryksen kasvaneen myös lapsessa, mikä on johtanut lapsen asenteen muutokseen. Äiti tekee syy-seuraussuhteen siitä, että keskustelun avulla on päästy ymmärryksen kasvuun. Tämän voisi tulkita olevan myönteistä vuorovaikutuksen muutosta. Perheessä on pystytty keskustelemaan asioista, joista ei ehkä aikaisemmin ole keskusteltu.

3.3.3 Lapsen ulkopuolisuuden- ja vastustelevuuden diskurssit

Lapsen puheessa vaihtelevat ulkopuolisuuden ja vastustelevuuden diskurssit. Ulkopuolisuuden diskurssia kuvastavat puheet siitä, että lapsi kokee jääneensä ulkopuoliseksi, eikä hän ole tullut kuulluksi. Vastustelevuuden diskurssia luonnehtivat minimivastaukset ja vastusteleva asennoituminen tilanteessa. Vastustelevuuden- ja ulkopuolisuuden diskursseissa toimijuus näyttäytyy heikkona ja sen kautta lapsi kuvailee epäsuorasti terapiakokemustaan. Lapsen diskursseista välittyy suhteellisen heikko hoitoon tyytyväisyys hoitoa heikentävien tekijöiden korostuessa.

Aineisto-ote 6:

H: no jos aatellaan mikä tässä työskentelyn aikana oli teille hyödyllistä (.) ja tämä kysymys koskee T sinuakin mikä niissä keskusteluissa oli hyödyllistä ja niissä asioissa mitä te teitte nimenomaan T1 ja T2 kanssa

T: en tiedä eikä paljon kiinnosta

H: no minä olen kyllä siitä huolimatta kovasti kiinnostunut siitä myös siitä sinun en tiedä vastauksesta mutta mä annan nyt kuitenkin äidille ensin puheenvuoron

Ä: T sinä voisit myös osallistua keskusteluun niin sitten saattais olla jotain mukavaakin luvassa, koska

T: tää on tylsää ja mä en viitti ja ((ääntelyä))

Aineisto-ote 7:

H: mitä sä aattelet T et tuliko siinä työskentelyssä jota te teitte jotakin mikä oli haitallista

T: liika kysely

H: liika kysely joo, tarkoitatko kysymyksiä jotka osoitettiin sinulle?

T: niin

H: niin että sinulle tuli liikaa kysymyksiä. Olisitko sä toivonut että olisi kysytty enemmän sinun vanhemmilta?

T: joo

H: eikö heiltä kysytty riittävästi vai olivatko ne vääriä asioita mitä heiltä kysyttiin?

T: ei kysytty riittävästi tai olisi kysytty niin paljon et multa ei ois kysytty mitään

Vastusteleavuuden diskurssi tulee esiin useina “en tiedä” vastauksina sekä lapsen kiinnostuksen puutteena. Lapsi tuottaa selontekoa, jossa hän luo kuvaa terapiaprosessista tylsänä ja merkityksettömänä, joka tuo esiin myös motivaation vähäisyyttä. Motivaation vähäisyyttä voidaan pitää terapiaprosessia heikentävänä tekijänä. Lapsi saattaa vastusteleavuuden diskurssin kautta pitää etäisyyttä vaikeisiin asioihin, joita terapiassa käsitellään. Lapsi esimerkiksi sanoo, että häneltä ei olisi pitänyt kysyä mitään. Lapsi saattaa näin myös itse rajata itseään terapiaprosessin ulkopuolelle.

Aineisto-ote 8:

H: anteeksi mitä sanoit se meni nyt mulla ohi

T: no meni sitten

Ä: mitä sanoit en minäkään kuullu

T: en minä sitä tahallani tee

Ä: nii no etpä tietenkään

(aikuiset myötäelävät)

H: joo (.) puhuttiinko siitä joskus siitä sillä tavalla että tuota niin et siitä ois ajateltu et sä teet sen jotenkin pahalla tai tarkoituksella tai tahallisesti

T: ehkä

H: joo (.) Saitko sä silloin sanottua tätä mitä sä sanoit nyt että et sinä sitä tahallasi tee

T: en

H: joo. Silloin se jäi sanomatta mutta nyt se on mahdollista sanoa joo

Ulkopuolisuuden diskurssin kautta lapsi tuo esiin kokemuksen siitä, että häntä ei ole kuultu riittävästi ja, että terapian aikana aikuisilla olisi ollut käsitys siitä, että hän on tehnyt asioita tahallaan. Vuorovaikutuksen rajoittuessa aikuiskeskusteluun, lapsella ei ole ollut riittäviä vuorovaikutuskeinoja, mikä on heikentänyt lapsen tarpeiden huomioimista ja toimijuutta. Riittämätön tarpeenmukaisuus on siis tässä toiminut heikentävänä tekijänä.

3.3.4 Terapeuttinen muutos lapsen ulkopuolisuuden- ja vastustelevuuden diskursseissa

Lapsen ulkopuolisuuden diskurssissa tulee esille position muutos sekä perheessä tapahtunut vuorovaikutuksen muutos. Position muutos tulee esiin, kun lapsi sanoo “en mä sitä tahallaan tehnyt” (aineisto-ote 8). Lapsi pystyy tekemään eroa oman itsen ja käytöshäiriön oireiden välille, ymmärtäen oman toiminnan taustoja, mikä kertoo pojan itsehavainnoinnin kehittymisestä. Lapsen esiin tuoma position muutos kertoo myös vuorovaikutuksen muutoksesta, jonka lapsi pystyi tuomaan esiin vasta yhteistutkimushaastattelussa terapian päätyttyä. Lapsi pystyy tällöin tuomaan vuorovaikutuksessa esiin asian, jota ei ole aikaisemmin saanut sanottua. Vastustelevuuden diskurssin kautta lapsi ei tuo esille muutoksia, koska vastustelevuus itsessään estää mahdollisuuksia tarkastella terapiaprosessia toiminnan ja tunteen tasolla.

Ensimmäisessä perheessä hoitoon tyytyväisyys näyttäytyy suhteellisen heikkona ja terapian aikana tapahtunutta terapeuttista muutosta tuodaan esille vain vähän. Positiivinen yhteys hoitoon tyytyväisyyden ja terapiassa tapahtuneiden muutosten välillä on siis nähtävissä.

3.4 Perhe 2

Perheessä 2 paikalla ovat perheen äiti (Ä), lapsi, jolla on käytöshäiriö (S) ja hänen sisaruksensa (M) sekä terapeutti ja haastattelija (H). Äidin puheesta löysimme uhridiskurssin ja refleктоivan diskurssin. S:n puheessa esiintyy puolustelemaa diskurssia ja sisaruksen (M) puheesta erittelimme alistuvan diskurssin.

3.4.1 Vanhemman uhri- ja reflektioiva diskurssi

Uhridiskurssia kuvaa vanhemman avuttomuuden ja turhautuneisuuden kokemukset, joita määrittää toimijuuden heikkous. Lisäksi uhridiskurssin avulla kuvataan tyytymättömyyttä hoitoon, joka tulee esiin vanhemman kokemuksena siitä, että häntä ei ole hoitoprosessin aikana uskottu. Diskurssin avulla vanhempi positioi itsensä ongelman syyn ulkopuolella olevaksi uhriksi. Uhridiskurssissa näkyväksi tuleva heikko toimijuus sekä voimakas tunnelataus johtavat ylikorostuneeseen heikentävien tekijöiden havainnoimiseen äidin puheessa. Perheessä hoitoon tyytyväisyys näyttäytyy heikkona.

Aineisto-ote 9:

H: joo (5) no mikä sä aattelet et miltä se sitten tämmönen työskentely tuntu niinku tuloksiltaan että ^et et et^

Ä: (.) mmm (2) siis kaiken kaikkiaan vai siis tämä perheterapeutin työskentely vai?

H: noo eh nimenomaan se perheterapia

Ä: (.) no siis

H: perheterapia jos puhutaan siitä niinku e erillisenä

Ä: mmh (.) odotukset varmaanki oli siellä (.) hyvinkin korkeella ja (.) ja ja (.) sitten just oli se varmaan niinku T1 tossa sano että tota (.) hyvin vahvasti oli sitte se jossain vaiheessa että niinku (.) koin että ei niinku uskota

H: joo

Ä: et niinku sitä (.) et jotenki tavallaa että kun se on niin lyhyt se aika kun tavallaan mitä siinä niinku loppupelissä on ja (.) sitten oli sitä tavallaa (.) lapsi pysty sillee niinku sitä itseään niinku pidättämään semmosen niiku pienen niiku hetken että ei sit tiä (.) ja ja (.) vetämään sitä roolia ja (.) välillä sitten tuli tuolta lääkäriltä vähä semmosta niiku sydäntä särkevää palautetta itelle (.) et et (.)

Aineisto-ote 10:

Ä: et et niinku ja sitte tavallaa mä vaa muistan yhen kerran ku tultii tänneäin keskustelemaa lääkärin kanssa sillosta ensimmäistä että olis alotettu lääkitys nin nin nin (.) ja oli tavallaan niinku kotona keskusteltu näistä mahdollisuuksista niin sitten tavallaan kävi täällä lähin itkien pois ja taas niinku palattii ja sitä lääkettä ei alotettu

H: joo

Ä: et et (4) se ja tavallaa että ois niinku ehkä niinku opettavaisena kokemuksena niinku koko lapsen sairaudesta ja nuista niinku (.) et miten paljon niinku lapsi pystyy niinku oikeesti pelaamaan niinku aikuisten välillä (.) ihan niinkun ammattilaisten ja sen niinku loppupelissä miten niinku oikeesti niinku kuraattorit kouluterkkarit opettajat kaikki niinku meni siihen jopa osastotki meni ensimmäisen viikon niinku nii ennen ku niinku tavallaa ymmärsi sen että vedetään ihan höplästä niinku lapsen puolesta

Uhridiskurssia rakentavat kuvaukset lapsen uhmakkuus- ja käytöshäiriön hallitsevuudesta. Äiti kuvaa esimerkiksi lapsen hallitsevan koko elämää sekä “vetävän höplästä”, jolla äiti viittaa siihen, että lapsi tarkoituksellisesti peittelisi ongelmia. Äiti positioi itseään uhriksi sekä lapsen käytöshäiriön hallitsevuuden osalta että hoitoprosessin kohdalla. Uhridiskurssista välittyy äidin kokemus siitä, että hoidossa ei ole riittävästi huomioitu perheen tarpeita ja toiveita, joka on vaikuttanut heikentävästi kokemukseen hoidon vaikuttavuudesta. Lisäksi äiti kyseenalaistaa hoitohenkilökunnan tekemiä ratkaisuja, mikä heijastaa heikkoa luottamusta hoitohenkilökuntaan. Tässä tilanteessa tarpeenmukaisuus, kokemus hoidon vaikuttavuudesta ja heikko luottamus hoitohenkilökuntaan ovat olleet terapiaprosessia heikentäviä tekijöitä.

Aineisto-ote 11:

H: näitä on tietysti aika vaikee tuota nii erotella et mikä kaikki on mitenki vaikuttanu mut jos aattelet aattelet niitä T1, T2 tota nin kotikäyntejä niin mitä sä aattelet et mikä olis mahdollisesti niiden nimenomasten käyntien semmonen pitempiaikainen hyöty tai hyödyttömyys?

Ä: mmm (.) no siis se että niiku niitä tavallaa oppi vähä sitte siinä vähän M kanssa semmosta sisarusvuorovaikutusta ja just niinku tuotaki kyseistä peliä ja (.) et sieltä on jäänyt sit semmosia niinku et ne pysty et ees olemaan siinä saman pöydän ääressä ja

H: joo

Ä: ja ja

H: tarkotatko näitä tällösiä tilanteita mihin M viittas että tuota niin S ei uhkaile häntä

Ä: joo

Reflektoivassa diskurssissa tunnelataus ei ole niin hallitseva ja äiti kuvaa neutraalimmin hoidon kulkua pystyen erittelemään konkreettisia muutoksia, joita perheterapian avulla on saavutettu. Terapian aikana ilmenevä kyky reflektointiin voi toimia ylipäätään hoitoprosessia edistävänä tekijänä, sillä terapiaprosessissa on tärkeää pystyä etäännyttämään itseään tunteiden hallitsevuudesta itsehavainnoinnin mahdollistamiseksi.

3.4.2 Terapeuttinen muutos vanhemman uhri- ja reflektioivassa diskurssissa

Aineisto-ote 12:

Ä: siitä niiku lähettii sitte opettelemaan tämmöstä taas niinku ihan normaalia arki sitä vuorovaikutusta ja semmosta että pystyy keskustelemaan ja käytti siellä keilaamassa ja (.) pysty maistelemaa ruokia ja kertomaan millekkä se maistu ja (.) millekkä se lyöminen tuntuu ja (.) miksi hän lyö ja musta se oli merkittävää ku ite koki sitte niinku olonsa paljon rauhallisemmaks

H: joo

Ä: et

H: et se ku S sano tässä että hän on rauhottunut se on tota ni sitä mitä hän on oppinu havaitsemaan itekki?

Ä: kyllä

H: joo

Ä: että onhan se niiku paljon itekki helpompi olla

Aineisto-ote 13:

Ä: Mm(h) (.) oon joo niinku itse sitä just pohtinu silleen että niinku(h) (.) joskus niinku sanoin oikeesti että kiitin luoja siitä että niitä tuli niitä kiinnipitotilanteita että muun muassa sen jälkeen ja ja (.) muistan niinku ikuisesti kun itkin yläkerrassa T1 kanssa ja S haukku T1:sen ja sano T1 sillen että kyllä tää lapsi on pakko saada niinku hoitoon (.) et se et miten se menee niin transsiin (.) ja sitte ku se on niinku pitkän aikaaki se et se ei välillä niinku hyvä että tietää (.) omaa nimeensä tai sitte ja (.) sitte alotetaan lääkitys ja se rupee niinku (.) vaikuttamaan noin nii sitte ku se tulee sanoo että ↑hei äiti mitä sulle kuuluu niin ^huh(h)^ (.) se puhuu mulle ((syvä huokaisu)) (1) ja siis semmosta että niinku voi käydä sitä niinku tänään tällästä vuorokeskustelua ja(h) (.) toki välillä sitte et pitää nyt aina että (.) mut mut (.) ja sitte se että S on nyt kouluikäinen ni me me voimme käydä ↑suihkussa (.) että nyt vasta lapsi oppi sillen että ihminen täytyy pestä ja

Yhteistutkimushaastattelussa ilmenneestä voimakkaasta tyytymättömyydestä huolimatta perheessä on tapahtunut paljon myönteisiä muutoksia. Perheessä tapahtui I asteen, vuorovaikutuksen ja positoiden muutosta. Perheterapiassa tapahtuneita muutoksia tuodaan esille lähinnä reflektiivisistä diskurssista. Uhidiskurssiin liittyvät voimakkaat negatiiviset tunteet ja minäkeskeinen näkökulma voivat estää muutosten havainnoimista. Uhidiskurssista käsin äiti saa kuitenkin tuotua esiin perheessä tapahtunutta vuorovaikutuksen muutosta, kuvailemalla tänä päivänä onnistuvia arjen toimenpiteitä suhteessa aikaisempaan (aineisto-ote 13).

Reflektoivassa diskurssissa äiti tuo esiin ensimmäisen asteen muutosta, korostaen lääkkeiden merkitystä muutoksessa. Äiti kuvaa neutraalisti voimakkaiden aggressiivisten oireiden vähentymistä ja turvallisuuden tunteen kasvua. Näissä kuvauksissa äiti heijastelee myös luottamuksen kasvua. Lapsen oireiden vähentyessä ja turvallisuuden tunteen kasvaessa, myös perhesysteemeissä on tapahtunut kehitystä. Perheessä on tapahtunut vuorovaikutuksen muutosta, jota heijastelee muutokset sisarusvuorovaikutuksessa, yhteisessä keskustelussa sekä perheen arkisessa toimintakyvyssä. Äiti kuvaa myös S:n position muutosta, kuvatessaan perheen sisäistä vuoropuhelua ja S:n itsehavainnoinnin kehittymistä (aineisto-ote 12).

3.4.3 Lasten puolusteleva ja alistuva diskurssi

Lapsen (S), jolla esiintyy uhmakkuus- ja käytöshäiriöoireita, puheesta voidaan löytää puolusteleva diskurssi. Puolustelevaa diskurssia määrittävät lapsen ilmaukset, joissa hän puolustelee omia tekojaan sekä luo kuvaa tekojen tahattomuudesta. Sisaruksen (M) puheesta löysimme alistuvan diskurssin, jota kuvastaa tunteiden minimoinnin ja peittelyn kautta tilanteeseen sopeutumisen sekä heikko toimijuus. Puolustelevassa ja alistuvassa diskurssissa lapset kuvaavat hoidosta olleen hyötyä, mutta eivät tarkemmin tuo esiin kokemuksiaan tyytyväisyydestä hoitoon.

Aineisto-ote 14:

H: joo (5) mitäs ajatuksia tää (.) S sinussa herätti

S: ai et mitä tuhmuuksia oon tehny

H: emm mm emmä kyllä si niin kys(h)yny mutta jos sä haluat siihen vastata ni se on kyllä ihan ihan (.) käy niinki

S: no (.) nyt sanonksmä mitä tuhmuuksia mä oon tehny

H: sä voit sanoa sen tai sit sä kommentoija sitä että et mitä sä aattelit tuosta mitä T1 kerto (.) niistä käynneistä teillä kotona

S: mä kerron mitä tuhmuuksia mä oon tehny

Aineisto-ote 15:

H: joo (.) ja näiden eläinten hyvinvointiki se vaikutti se mitä S elämässä oli silloin menossa

S: (-) olin pieni (-) paljon pienempi

Aineisto-ote 16:

H: joo (3) no mi mitä mitä sinä tai myös lapset aattelevat että saiko teijän perhe apua

S: sai

H: näistä hoitajaksoista? (.) kerrotko S että mitä mitä apua [teijän perhe]

S: rauhottumaa kyllä

H: rupes rauhottumaa sinä rupesit rauhottumaa?

S: mm (nyökkää)

H: joo o

Puolustelevaa diskurssia rakennetaan sanoilla, joilla viitataan tekojen tahattomuuteen, toistamalla esimerkiksi "vahingossa" sanaa. Puolustelevassa diskurssissa tulee esiin lapsen käsitys omasta identiteetistään, joka rakentuu tuhmuuksien kautta. Tämä tulee esille, kun lapsi haluaa kuvata

omia tuhmuuksiaan kysymättä. Puolusteleavassa diskurssissa tulee esiin lapsen tasapainoilu hyväksyttävän ja tuhman pojan identiteettien välillä.

Aineisto-ote 17:

H: joo (5) mitä sä M aattelet saiko teijän perhe apua tästä tästä hoitokerrasta mikä oli silloin ku T1 ja T2 kävivät teillä?

M: mm sai

H: joo miten sää sen avun näät?

M: mm (2) (-)

H: joo o

M: (-) en uskalla (--)

H: joo no onks se nyt tänä päivänä toisin?

M: no no emmä uskalla mennä lähelle esim jos se uhkaa jollain vaik (.) no yhesti se tuli nokkosella tälle ja sitte mulle tuli tähän sellaset ihan hirveet päit ja sit se punotti ja hirveesti siitä

S: [se oli vitsi]

H: [joo]

S: [se ei ollu tarkotus sua sillä huitasta]

M: ja sitte kirveli ihan hirveesti

H: joo (.) elikkä jos S uhkailee ni sä et tänä päivänäkään uskalla mennä hänen lähelle

M: jos se uhkailee vaikka jollain kepillä tai semmosella

H: joo

S: [en oo uhkaillu pitkää aikaa kepeillä kyl]

H: annatko S nyt M:n kertoa

M: ni sitte en mee S lähelle mut jos se ei uhkaile millään ni sitte uskallan (.) esim nyt se ei uh(h)kaile millää

H: mm no mitä sä aattelet onks se S uhkailu vähentyny sitte?

M: nojoo aikalaila

H: aikalaila sä oot sitä et se on aikalaila (.) tiitätkö sä tai mikä sun käsitys on et mikä siinä auttoi että S:n uhkailu on vähentyny?

M: emmä

H: no ei sitä välttämättä kukaan osaa sanoa mutta mitä sä kuvittelet?

M: (-) äiti ja isi aina komentaa sitä S:ää

Ä: (hehe)

H: että äiti ja isä komentaa ni se auttaa niinkö?

M: mm

Aineisto-esimerkissä 17 puolustelemaa diskurssia kuvaa esimerkiksi ilmaisu “se oli vitsi”, joka tässä tilanteessa saattaa toimia myös vallan välineenä. Lapsi yrittää tahattomuuteen vetoamalla sekä vähättelyn avulla heikentää siskon ilmaisun merkitystä ja toimijuutta. Tämän myötä sisarukselle rakentuu alistuva diskurssi, jossa hän kuvaa pelkoa ja tilanteiden arvaamattomuutta. Sisaruksen alistuvaa diskurssia vahvistaa sisarussuhteiden epäsymmetrisyys, mikä tulee esille M:n puheen keskeytyksinä S:n toimesta.

3.4.4 Terapeuttinen muutos lasten puolustelemaa- ja alistuvassa diskurssissa

Lasten diskursseissa tuodaan esiin epäsuorasti erilaisia muutosprosesseja. Näitä olivat I asteen, positioiden, valtasuhteiden ja vuorovaikutuksen muutos. Puolustelemaa diskurssissa tulee esille positioiden muutosta, kun lapsi sanoo “olin pienempi, paljon pienempi” (aineisto-ote 15). Lapsi siis tekee eroa menneen ja nykyisen itsen välille, omaa toimintaa arvioiden. Lapsi kuvaa myös omaa ensimmäisen asteen muutosta, kuvatessaan omaa rauhoittumistaan.

Alistuvassa diskurssissa sisarus tuo esille uhkailun vähentymistä eli lapsessa tapahtunutta ensimmäisen asteen muutosta. Tämä voi olla myös seurausta sisarussuhteiden parantumisesta ja vuorovaikutuksen muutoksesta. Toisaalta tämä kertoo myös perheen valtasuhteiden tasapainottumisesta, kun lapsen käyttöhäiriön oireet eivät hallitse ja kontrolloi perheen toimintaa. Sisarus tuo esille, että sekä valtasuhteet sisarusten välillä että vanhempien ja lasten välillä ovat normalisoituneet (aineisto-ote 11 ja 17). On kuitenkin huomattava, että valtasuhteiden epätasapainoisuutta esiintyy edelleen, koska sisarus tuo alistuvasta diskurssista käsin esiin pelokkuutta myös yhteistutkimushaastattelussa.

Toisessa perheessä hoitoon tyytyväisyys näyttäyty huomattavan heikkona, erityisesti perheen äidin diskursseissa. Tästä huolimatta perheessä on tapahtunut paljon muutoksia perheterapian seurauksena. Tässä tapauksessa hoitoon tyytyväisyyden ja terapiassa tapahtuneiden muutosten välillä ei ole nähtävissä yhteyttä.

3.5 Perhe 3

Perheen 3 yhteistutkimushaastattelussa paikalla oli lapsi (P), perheen äiti (Ä), Haastattelija (H) ja terapeutti (T). Vanhemman puheessa esiintyi toiveikkuus- ja refleктоiva diskurssi. Lapsen puheessa esiintyi myös toiveikkuusdiskurssi.

3.5.1 Vanhemman toiveikkuus- ja refleктоiva diskurssi

Toiveikkuusdiskurssia kuvaa asioiden tarkastelu myönteisellä tavalla, optimistinen elämänasenne ja suhteellisen vahvana näyttäytyvä toimijuus. Näiden kautta pystytään näkemään positiivisia muutoksia ja niiden laaja-alaisia vaikutuksia syy-seuraussuhteiden kautta. Refleктоivaan diskurssiin ei liity yhtä voimakkaita myönteisiä tunteita kuin toiveikkuusdiskurssiin. Äidin refleктоiva diskurssi näyttää avoimena itsen ja tilanteen havainnointina. Toiveikkuus- ja refleктоivan diskurssin toimijuus näyttää suhteellisen vahvana, jonka kautta äiti pystyy erittelemään monipuolisesti edistäviä ja heikentäviä tekijöitä luoden omaa ymmärrystä lisääviä syy-seuraussuhteita. Edistävien tekijöiden merkitys korostuu hoitoon tyytyväisyyden ollessa korkealla.

Aineisto-ote 18:

H: joo kysyin tota niin T:ltä että oliko tämä heidän työskentelynsä fiksuutta tai jotakin lapsen erityiskykyä tai jotakin semmoista mikä on teidän koko perheessä joka tämän tuloksen ja muutoksen mahdollisti niin miten sinä arvioit

Ä: no siis mä luulen että se on vähän kaikkien noiden kolmen sellainen yhteissumma et nyt sattuu sit vaan kerralla oikea tyyli

H: joo

Ä: ja niinku hoitomuoto lähtee sitten tilannetta parantamaan ja varmaan sitten myös se et kun se tilanne oli oikeesti jo niin kriittinen (.) meillä kotona ja sit oltiin erittäin avoimia ottamaan kaikki apu vastaan (.) siis et todennäköisesti siinä oli kaikkien kolmen yhteissumma et

H: joo

Ä: et kaikki natsas vaan niin hyvin

Aineisto-ote 19:

H: että mikä mielikuva teillä on niistä oman voinnin arvioinnin ja sit niiden keskustelun arvioinnin lomakkeista

P: en minä enää muista

Ä: minä ainakin muistan sen verran et nehän rupes varsinkin lapsen äkkiä menemään sinne oikeaan laitaan et jos se oma jaksaminen oli ensin aika siellä nollassa ja mieliala nollassa niin se olit tosiaan ihan pari kolme

käyntiä kun se rupesi olemaan yli puolen välin sitten siellä positiivisemman puolella ja mikä toki kyllä sitten näkyi ihan meillä kotona arkenäkin ja tuota siinäpä se mun muistikuva sitten jää

H: joo oliko se sulle tärkeä tieto nimenomaan et ne lapsen arviot muuttuu niissä

Ä: no toki kyllähän mullakin varmaan samaan tahtiin ne lähti lapsen kanssa lähti menemään sitten kun hän oli positiivisempi ja ite ei tarvinnu yötä myöten huolehtia ja surkutella ja voivotella et pysty itekin lepäämään ja rentoutumaan eri tavalla niin kyllä meillä varmaan aika lailla samaan tahtiin meni sinne positiivisemman puolelle

Toiveikkuusdiskurssia rakennetaan ilmaisuilla, joilla kuvataan kokonaisvaltaista onnistumista, esimerkiksi sanomalla, että “kaikki vaan natsas niin hyvin”. Äiti tarttuu herkästi positiivisiin asioihin ja tuo niitä avoimemmin esiin, korostaen vaikutusten välittömyyttä ja tehokkuutta. Aineisto-otteista (18 ja 19) tulee esille myönteinen kokemus hoidon vaikuttavuudesta sekä perheen kokonaisvaltainen motivoituneisuus terapiaprosessissa. Äiti kuvaa koko perheen olleen avoin avulle, joka viestii muutosvalmiudesta, motivaatiosta ja toimijuuteen liittyvästä pystyvyyden tunteesta. Äiti kuvaa lisäksi, että hoito on vastannut perheen tarpeita, joten tarpeenmukaisuutta voidaan pitää terapiaprosessia edistävänä tekijänä.

Aineisto-ote 20:

H: jos aattelee sit näitä keskusteluja tällaisen kielteisemmän näkökulman oliko niissä jotain semmoista mistä aattelee et se oli turhaa tai hyödytöntä tai sitten jopa haitallista

Ä: no ei ainakaan haitallista ollut todennäköisesti en nyt hirveen tarkkaan muista mutta saattoi olla että joku kerta kun jotain piirreltiin jotain sukupuuta tai jotain muuta niin saatoin miettiä siinä istunnon aikana että mitähän tämä hyödyttää mutta sitten kun sitä pohti

H: mm

Ä: mietti ja keskustelua käytiin sitten vielä miehen kanssa mitä oltiin tänään tehty niin sitten tavallaan huomasi lapsissakin sitä muutosta että olihan siinä järkeä ja hyötyä (.) et tosiaan saattoi olla siinä istunnon aikana ihan miettiä että no voiko tästä olla mitään hyötyä mutta sitten tosissaan kun sitä prosessoiti ja (.) ja keskusteltiin ja näin niin en ainakaan muista että olisi ollut mitään sellaista hyödytöntä

Reflektioivassa diskurssissa äiti kuvailee neutraalisti terapiaprosessin tapahtumia. Diskurssista tulee ilmi, että äiti näkee ongelmien olevan peräisin koko perheen vuorovaikutuksessa syntyvistä tekijöistä. Äiti kykenee realistisesti tarkastelemaan omaa osuuttaan perheen vuorovaikutuksessa, säilyttäen samalla aktiivisen toimijan roolin terapiassa. Reflektioivassa diskurssissa edistävänä tekijänä esiintyy luottamus hoitohenkilökuntaa kohtaan, joka tulee esille toimijuuden pysyvyytenä vaikeuksista huolimatta ja uskona siitä, että hoito on vaikuttavaa. Äiti kuvailee, että vaikka välitön kokemus jostakin menetelmästä olisikin ollut kriittinen tai jonkin menetelmän merkitys ei ollut heti ymmärrettävissä, on hän silti jaksanut uskoa hoidon vaikuttavuuteen ja jatkaa prosessia eteenpäin.

3.5.2 Terapeuttinen muutos vanhemman toiveikkuus -ja reflektioivassa diskursseissa

Aineisto-ote 21:

H: joo miten sun kannalta

Ä: no ehkä tämäkin että perheentoinintatapa muuttu niin se ei ehkä hirveesti muuttunut vaan se et lapsi osallistu sitten et tuli pois sieltä omasta huoneesta ja näki sitten mitä muuta tapahtuu perheessä sillä aikaa kun hän siellä sängyssä mököttää mutta tuota

H: et sä et ootko sä siis samaa mieltä että lapsi muuttu ensin

Ä: joo joo lapsi muuttu ensin kyllä

H: joo

Ä: ja tietysti kun se mieliala alko muuttumaan ja vähän näki tavallaan sitten niitä värejäkin enemmän elämässä (.). Iniin olihan sitä helpompi itsekkin sitten kehua kun oli niinku syytä (.) ja aihehtakin sitten antaa sitä positiivista palautetta että kun pysty olemaan koulussa koko päivän ilman poissaoloja ja tuli hymy huulilla kotiin ja osallistui lounaille ja syö perheen kanssa

Aineisto-ote 22:

H: tarkoittaako tuo että esimerkiksi sinä olit etäännyntynyt näiden vaikeuksien vuoksi lapsestasi vai

Ä: no varmaan joo et et meiltähän hävis niinä vaikeimpina aikoina kokonaan se kommunikaatioyhteys et vaikka minä kuinka puhua papatin ei tullut minkäänlaista vastakaikua minä ehkä menin vähän kireeks saatoin sitten ehkä korottaa ääntä tai puhua kireämmällä äänensävyllä ja mikä taas varmaan vei Ja vielä enemmän eteenpäin synkkytenkin ehkä ja sitten kun sitä vastakaikua ei tullut siihen keskusteluun niin ehkä siten vähän lopetinkin sitten että annapa olla sitten niinku sen meidän vuorovaikutuksen sitten että annoin niinku olla siellä omassa synkkydessään ja sitten vaan aina pohdin että mitähän sille vois tehdä että paranis tuo mutta sitten kun se tosiaan lähti se lapsen oma ajattelu ehkä muuttumaan ja tavallaan positiivista tulemaan sinne ajatteluun mukaan niin et varmaan sit muuttu koska meillä yleensä aikaisemmin on ollut lapsen hyvä kommunikaatioyhteys poislukien tosiaan se kaksivuotta sitten takanen syksy sillonhan se katkes meiltä ihan tyystin täysin

H: mmm

P: ja nyt on taas hyvä

Ä: ja nyt on taas

P: ehkä parempi kuin aikaisemmin

Ä: niin kyllä et sitä on sit paljon opeteltu ihan kaikin puolin sitä kommunikaatiota ja puhumista että et et mut tosiaan siitä positiivista koen että just tavallaan se siinä oli joku läsnä ja kuunteli (.) ja tavallaan sellainen tuki et tiesi et mun ei tarvii nyt yksin jaksaa ja pystyy tätä yksin selvittämään

H: joo (.) lapsi tota näki et molemmat osapuolet on muuttunut ja sä korostit että enemmän lapsi onko siinä koko perheen kokonaisuudessa jokin muuttunut sun kannalta

Ä: tuota no varmaan on mä luulen et meillä on kaikin puolin niin kuin nyt se keskusteluyhteys ihan niinku puolin ja toisin kaikkien perheenjäsenten kesken parantunut

Perheterapian aikana tapahtuneita muutoksia tuodaan vanhemman puheessa esille lähinnä toiveikkuusdiskurssin kautta, koska hoitoon tyytyväisyys on ollut niin korkealla. Vanhemman toiveikkuusdiskurssissa tuodaan esille runsaasti ensimmäisen asteen muutosta. Äiti esimerkiksi kuvailee lapsen alkaneen näkemään värejä elämässään ja mielialan parantuneen nopeasti. Lapsessa tapahtunut mielialan kohentuminen on vaikuttanut koko perheen hyvinvointiin. Luottamus äidin ja

lapsen välillä on kasvanut (aineisto-ote 19), joka tulee esiin äidin kuvailusta “ei ite tarvii yötä myöten surkutella”. Parantunut luottamus perheessä on voinut edesauttaa perheessä tapahtunutta vuorovaikutuksen muutosta, jota kuvataan kommunikaatioyhteyden parantumisena ja kaikkien perheenjäsenten välisen lämpimyden kasvuna.

3.5.3 Lapsen toiveikkuusdiskurssi

Aineisto-ote 23:

H: joo no T1 tuossa ihan omaa työn kehittämistä ajatellen nimesi pari kysymystä alkaen tästä että miten ajatus näistä kotikäynneistä osana työtä näin jälkeen päin tuntuu et miten se istu et mitä se P tarkoitti sulle et ne tapahtuu osin siellä kotona ja mitä se tarkoitti koko perheelle

P: no olihan se aika uskomatonta että tapahtu osin kotona ja juteltiin siellä ja kyllä se autto paljon siihen olotilaan mikä mulla silloin oli

H: joo (.) ja jatkatko millä tavalla se autto

P: siitä sai sitä positiivista tunnetta jolla jaksoi (.) eteenpäin ja sit oli perheen tuki koko ajan (.) paikalla oli aina kun tarvitsi

Aineisto-ote 24:

H: jos käännetään tätä näkökulmaa vähän toiveikkaampaan niin mitä aattelette mikä hoidossa oli sitten siinä nimenomaan osittain kotona toteutettavasta työskentelystä niin mikä siinä oli hyödyllistä ja miten (.) jos sä P taas vastaat ensin

P: mmm ehkä se avun määrä mikä mulle tuotiin

H: määrä

P: niin

H: joo

P: sitä tuli ihan kaikkialta sitten rupes tulemaan positiivista palautetta perheeltä jokapäiväisesti pääsin touhuamaan ja pidettiin hauskaa perheen kanssa pelattiin pihapelejä ja vaikka mitä ja sitten että rupesi tulemaan niitä ystäviä jotka kannusti (.) koulusta

H: no mitä sä aattelet että tota niin muuttuiko se perheen toiminta ja asenne sinua kohtaan vai muuttuiko sä ite vastaanottavaisemmaksi siihen

P: vähän kumpaakin ehkä

H: molempia

P: mm

H: kumpi muuttui ensin

P: luultavasti minä

H: sinä

P: mmm

H: joo mikä sen mahdollisti

P: se semmonen energiapiikki vaan tuli et nyt mä teen kaiken oikein ja teen kaiken niinkun pyydetään ja sit rupes perhe vastaanottamaan kans ja me ruvettiin viettämään aikaa perheen kanssa

Lapsen toiveikkuusdiskurssissa esiintyy vahva toimijuus ja korkea hoitoon tyytyväisyys. Diskurssissa kuvataan hoitoon liittyviä tekijöitä, edistäviä tekijöitä korostaen. Toiveikkuusdiskurssi rakentuu voimakkaiden positiivisten sanavalintojen ja ilmaisujen kautta. Kuvailut näyttävät toisinaan jopa korostuneen optimistisina. Lapsi käyttää energiapiikki vertauskuvaa (aineisto-ote 24), jolla viittaa positiivisten tunteiden aaltoon, joka saattoi olla seurausta hoidon nopeasta vaikuttavuudesta. Vertauskuvan avulla lapsi voimistaa kuvaa vahvasta toimijuudestaan.

Kokemus hoidon vaikuttavuudesta ja tarpeenmukaisuus ovat toimineet hoitoa edistävinä tekijöinä. Hoito on ollut määrältään ja vaikutuksiltaan lapsen tarpeiden mukaista. Lapsi esimerkiksi kuvaa, että ei usko enää koskaan ajautuvan yhtä huonoon tilanteeseen, koska kokee saaneensa terapiasta pysyviä työkaluja. Lisäksi positiivinen palaute ja ympäristön johdonmukainen tuki näyttävät myös edistävinä tekijöinä. Lapsi korostaa perheen tuen, erityisesti äidin tuen tärkeyttä. Myös koulu ja ystävät näyttävät tärkeinä tuen muotoina.

3.5.4 Terapeuttinen muutos lapsen toiveikkuusdiskurssissa

Tässä perheessä lapsen voimakas toimijuus ja hoitoon tyytyväisyys näyttäisi olevan yhteydessä terapian aikana tapahtuneiden muutosten runsauteen. Terapeuttisia muutoksia olivat esimerkiksi 1. asteen, positioiden ja vuorovaikutuksen muutos. Toiveikkuusdiskurssissa lapsi tuo esiin hyvinvoinnin kasvua ja omien oireiden vähentymistä. Lapsen diskurssista nousee esiin myös position muutos (aineisto-ote 24), kun lapsi tarkastelee itsessä tapahtunutta muutosta ja siihen vaikuttaneita tekijöitä. Lapsi pystyy tarkastelemaan tilannetta realistisesti erotellen oman toiminnan osuuden koko perheessä tapahtuneesta muutoksesta itsehavainnoinnin avulla. Lapsen toiveikkuusdiskurssissa tuodaan esiin myös perheessä tapahtunutta vuorovaikutuksen muutosta (aineisto-ote 24). Lapsi kuvaa kommunikaatioyhteyden parantuneen koko perheen kesken.

Tässä perheessä äidin ja lapsen korkea toimijuus ja hoitoon tyytyväisyys näyttäisi olevan yhteydessä terapiassa tapahtuneiden muutosprosessien runsauteen. Näitä muutosprosesseja olivat I asteen, positioiden ja vuorovaikutuksen muutos.

4. POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia perheterapian yhteistutkimushaastattelussa esiin tulevaa hoitoon tyytyväisyyttä ja terapian aikana tapahtuneita muutoksia sekä niiden yhteyksiä diskurssianalyttisellä tavalla. Hoitoon tyytyväisyyttä tutkimme diskurssien erilaisten painotusten sekä perheen kokemuksissa esiin tulevien hoitoprosessia heikentävien ja edistävien tekijöiden avulla. Näitä dimensioita olivat hoidon tarpeenmukaisuus, kokemus hoidon vaikuttavuudesta, luottamus hoitohenkilökuntaan, odotukset ja motivaatio sekä ympäristön tuki. Terapeuttisia muutoksia tutkimuksessamme olivat I asteen, vuorovaikutuksen, positioiden ja valtasuhteiden muutos. Aiemman tutkimuksen mukaisesti tutkimuksen kahdessa perheessä (perheet 1 ja 3) hoitoon tyytyväisyydellä ja terapeuttisella muutoksella näyttäisi olevan yhteys. Yhdessä perheessä (perhe 2) yhteistutkimushaastattelussa ilmenneestä heikosta hoitoon tyytyväisyydestä huolimatta perheessä oli tapahtunut paljon muutoksia, eli näiden välillä ei näyttäisi olevan samanlaista yhteyttä kuin kahdessa muussa perheessä (Taulukko 1).

Taulukko 1. Tutkimuksen keskeiset tulokset.

	Diskurssit	Tyytyväisyys	Muutos
Perhe 1	Ambivalentti D. Refleктоiva D. Ulkopuolisuuden D. Vastustelevuuden D.	Suhteellisen heikko	Vähäisiä muutoksia
Perhe 2	Uhri D. Refleктоiva D. Puolusteleva D. Alistuva D.	Huomattavan heikko	Paljon muutoksia
Perhe 3	Toiveikkaus D. Refleктоiva D.	Korkea	Paljon muutoksia

Ensimmäisessä perheessä hoitoon tyytyväisyys näyttäytyi suhteellisen heikkona ja muutosprosesseja ilmeni vähän. Riittämätön tarpeenmukaisuus sekä kokemus hoidon vaikuttamattomuudesta korostuivat hoitoprosessia heikentävinä tekijöinä. Perheen äidin ambivalentissa diskurssissa vaihteli turhautuneisuus sekä neutraali suhtautuminen hoitoon, mutta päällimmäisenä vanhemman diskursseista jäi hoitoon tyytymätön vaikutelma. Äidin tyytymättömyyden taustalla voi olla subjektiivinen näkemys siitä, että perheterapia ei ole ollut lähtökohtaisesti sopiva tapa hoitaa lapsen käytöshäiriöön liittyvää oirehdintaa. Vaikuttaisi siltä, että äidin kokemuksen mukaan vain perheen lapsi tarvitsisi hoitoa. Tässä perheessä lapsen ja vanhemman tarpeet näyttivät olevan ristiriitaisia. Perheterapian onnistumiseen vaikuttaa se, jakaako perhe yhteisen tavoitteen ja onko perhe valmiina tekemään kompromisseja, jotta voidaan yhteisesti luoda riittävä turvallisuuden kokemus vaikeimpienkin asioiden läpikäymiselle (Barker & Chang, 2013). Äidin tuodessa useasti esiin tarpeensa aikuisten väliseen keskusteluun, lapselle voi muodostua heikko positio vuorovaikutuksessa vanhempaan. Lapsi saattaa omaksua ulkoapäin asetetun position, mikä saattoi näkyä lapsen käyttäytymisessä yhteistutkimushaastattelu tilanteessa muodostaen lapsen puheessa esiintyviä ulkopuolisuuden ja vastustelevuuden diskursseja. Lapsi nähdään usein vain osittain keskustelun jäsenenä, sillä on näyttöä siitä, että lapset jäävät usein vuorovaikutuksen ja aikuiskeskustelun ulkopuolelle heitä ja heidän perhettään koskevissa asioissa. (O'Reilly, 2006). Lapsen asema perheterapiassa voi olla erityisen heikko silloin, kun lapsi on aikuisen kanssa eri mieltä (Avdi, 2015).

Ensimmäisen perheen lapsella esiintyi vastustelevuutta mutta myös ulkopuolisuuden kokemusta vähäisten osallistumistapojen vuoksi. Lapsen vastustelevuus saattaa syntyä tilanteessa, jossa lapsi kokee olevansa terapiassa liian keskiössä. Tällöin lapsi käyttää erilaisia strategioita vetäytyäkseen pois huomion keskiöstä, kuten esittämällä vastarintaa. (Lobatto, 2002.) Vastustelevuus voi liittyä myös tutkimushaastatteluun tilanteena, sillä tilanne on uudenlainen ja haastatteliija on lapselle vieras aikuinen. Toisaalta lapsi tuo yhteistutkimushaastattelun aikana esille asian, jota ei ole aikaisemmin saanut sanottua. Vaikka lapsi olisi yhteistutkimushaastattelussa haavoittuvassa asemassa suhteessa tilanteen aikuisiin, on lapsella mahdollisuus tuoda esiin omia näkemyksiään reflektiivasti (Helimäki ym., 2021).

Kolmannessa perheessä hoitoon tyytyväisyys näyttäytyi erittäin korkeana ja hoitoa edistävinä tekijöinä esiintyy hoidon tarpeenmukaisuus, ympäristön tuki, perheen odotukset ja motivaatio sekä kokemus hoidon vaikuttavuudesta. Erilaisissa asiakaslähtöisissä psykoterapioissa pidetään erityisen tärkeänä asiakkaiden ääntä ja omaa asiantuntijuutta (Laitila, 2004). Näyttäisi siltä, että tässä perheessä perheenjäsenet ovat tulleet kuulluksi ja heidän tarpeensa on huomioitu. Perheen voimakkaan positiiviset kuvailut hoitoprosessiin liittyen voivat olla tarve ilmentää kiitollisuutta terapeuteille sekä

ylläpitää myönteistä kuvaa perheen tilanteesta. Äidin ja lapsen toiveikkaus ja myönteinen asenne voivat vahvistaa toisiaan. Vanhemman lämpimyydellä on todettu olevan myönteinen vaikutus nuoren ongelmakäyttäytymiseen (Greenberg & Lippold, 2013) ja positiivisen vuorovaikutuksen ja mielenterveyden välillä on havaittu olevan myönteinen yhteys (Lee & Szinovacz, 2016). Lisäksi positiivinen vanhemman ja lapsen välinen vuorovaikutus edistää nuoren sopeutumiskykyä (Lippold, Davis, Lawson, & McHale, 2016). Mikäli toiveikkuusdiskurssiin liittyvää positiivista ajattelua olisi nähtävissä jo terapiaprosessin aikana, voitaisiin sitä pitää terapiaprosessia edistävänä tekijänä. Siihen voidaan olettaa liittyvän myönteisiä odotuksia terapiaa kohtaan, vahvaa toimijuutta sekä motivaatiota hoitoon. Mikäli äiti on ilmentänyt terapian aikana samankaltaista toiveikkautta kuin yhteistutkimushaastattelussa, lapsi on saattanut nähdä itsensä positiivisemmassa valossa ja liittyy omaan identiteettiinsä myönteisiä ominaisuuksia, jotka ovat voineet lisätä lapsen toimijuutta tilanteessa. Korkea koettu toimijuus voi vaikuttaa ihmisen tapaan nähdä omat toimintamahdollisuudet. Uskomus omasta pystyvyydestä vaikuttaa kognitiivisiin, motivationaalisiin, tunne- sekä päätöksentekoprosesseihin. (Bandura, 2006.) Korkea koettu toimijuus on voinut mahdollistaa perheessä esiintyvät runsaat muutokset. 1. ja 3. perheiden tulokset tukevat aiempia tutkimustuloksia siitä, että hoitoon tyytyväisyys on merkittävästi yhteydessä havaittuihin muutosprosesseihin (Ankuta & Abeles, 1993; Brestan ym., 1999).

Toisessa perheessä hoitoon tyytyväisyys näyttäytyi heikkona, jota määritteli vanhemman tunnelautunut uhridiskurssi, kielteinen kokemus hoidon vaikuttavuudesta, vähäinen tarpeenmukaisuus sekä luottamuksen puute hoitohenkilökuntaan. Lasten diskursseissa selkeää kuvausta hoitoon tyytyväisyydestä ei synny. On mahdollista, että lapset ilmentävät vanhemman olettamia positioita, jolloin lasten oikeat mielipiteet saattavat jäädä syrjään (Moore & Seu, 2011). Perheessä tuotiin kuitenkin laajasti esille erilaisia muutoksia perheterapian seurauksena. Tämä tulos poikkeaa aiemmista tutkimustuloksista (Ankuta & Abeles, 1993; Brestan ym., 1999). Perheen äidillä oli kokemus siitä, että hänen asiantuntijuuttaan oman perheensä tilanteesta ei ole kunnioitettu terapian aikana. Perheen äiti ja hoitohenkilökunta olivat eri mieltä hoidon kulusta ja menetelmistä. Bohartin ja Waden (2013) mukaan terapeutti ja asiakas voivat olla eri mieltä terapian kannalta merkittävistä terapeuttisista hetkistä. Tämän vuoksi hoitohenkilökunnalta saattaa jäädä näkemättä vanhemman näkemys muutokseen vaadittavista tekijöistä (Bohart & Wade, 2013), joka voi saada aikaan kokemuksen siitä, ettei vanhempi ole tullut kuulluksi. Vanhemman tyytymättömyyden taustalla saattoi olla myös jo hoitoon tullessa käsitys sen hyödyttömyydestä. Yhteistutkimushaastattelussa tuli esille vanhemman korkeat odotukset, jotka eivät täytyneet. Äidin diskursseista tulee ilmi käsitys siitä, että lapsen häiriökäyttäytyminen on perheen ongelmien ydin. Uhmakkuus- ja käytöshäiriön taustalla voi olla kuitenkin monenlaisia erilaisia perhetekijöitä, joiden työstäminen voi vaatia pitkäjänteistä

työskentelyä lapsen perheen kanssa (Griest & Wells, 1983). Äidin tyytymättömyys voi olla seurausta myös muista terapian aikana heränneistä tuntemuksista. Esimerkiksi äiti on saattanut kokea oman minuuden ja vanhemmuuden tulleen uhatuksi perheterapeuttisten keskustelujen myötä, ja siten koki tarpeelliseksi yhteistutkimushaastattelussa puolustaa itseään uhridiskurssin kautta.

Shadishin ja Baldwinin (2003) mukaan keskimäärin 71 prosenttia perheterapiaan osallistuneista perheistä voi paremmin terapian jälkeen seurannassa verrattuna kontrolliryhmään (Shadish & Baldwin, 2003). Myös Watzlawickin, Weaklandin ja Fischin (1974) mukaan 40 prosenttia perheterapian asiakkaista raportoi kokonaisvaltaista oireiden vähentymistä ja 32 prosenttia huomattavaa helpotusta kolme kuukautta perheterapian loppumisen jälkeen. Tässäkin tutkimuksessa on otettava huomioon, että kaikki perheet eivät hyödy perheterapeuttisesta työskentelystä. Psykoterapian tuloksellisuuden taustalla vaikuttavat terapian ulkopuoliset tekijät, terapiaan liittyvät odotukset, terapiatekniikat ja terapioiden yhteiset tekijät, kuten esimerkiksi terapeutin allianssi eli yhteistyö terapeutin ja asiakkaan välillä sekä terapeutin empaattisuus ja lämpimyys (Sprenkle, Davis, & Lebow, 2013; Lambert & Barley, 2001). Ulkopuolisia tekijöitä voivat olla esimerkiksi elämäntilanteeseen tai sosiaaliseen tukeen liittyvät asiat (Lambert & Barley, 2001) ja niiden osuuden terapian tuloksellisuudesta on todettu olevan jopa 40 % (Leiman, 2020). Perheterapiassa tapahtunutta muutosta tarkasteltaessa on otettava huomioon, että seurantana toteutetussa yhteistutkimushaastattelussa esille tuodut muutokset voivat olla seurausta myös muista tekijöistä. Näitä voivat olla esimerkiksi normatiivinen kehitys sekä perheen muut mahdolliset tukimuodot perheterapian ohella. Myös perheiden kokonaisvaltainen lähtötilanne on voinut poiketa toisistaan, esimerkiksi uhmakkuus- ja käytöshäiriöön liittyvä oirehdinta on voinut olla eritasoista perheissä.

Kun asiakas arvioi hoitoprosessia, oireiden vähenemisellä on suuri merkitys hoitoon tyytyväisyyden kannalta (Ankuta & Abeles, 1993). Mikäli vanhemman odotukset terapiaprosessin vaikuttavuudesta eivät vastaa lapsessa tapahtunutta muutosta, voi hoitoon tyytymättömyys ja turhautuneisuus korostua. Tämä oli nähtävissä ensimmäisessä ja toisessa perheessä. Voi olla, että osalla perheistä on ollut epärealistisen toiveikkaat odotukset perheterapian vaikuttavuutta kohtaan. Perheissä on saattanut tapahtua pieniä muutoksia perheterapian aikana, mutta vanhemman tunnelautunut diskurssi voi heikentää niiden tarkastelua. Lisäksi vanhemmalla ja terapeuteilla on saattanut olla erilaiset käsitykset muutoksesta. Toimivan terapeutin työskentelyn takaamiseksi olisi tärkeä käydä läpi esimerkiksi mitä muutos tarkoittaa, miten sen voi havaita ja miten muutosprosessi etenee. (Dallos & Aldridge, 1986.) Lapsen käyttäytymisessä nähtävät muutokset vaikuttavat vanhemman asenteisiin terapiaa kohtaan (Brestan ym., 1999). Tämä voi estää sekä muutosten havaitsemista että niiden tapahtumista.

Woodwardin ja kollegoiden (1978) tutkimuksessa huomattiin, että vaikka perheterapiaan osallistuneet perheet ilmensivät tutkimuksessa yleistä tyytyväisyyttä perheterapiaa kohtaan, ilmeni heillä myös tyytymättömyyttä tiettyihin tekijöihin. Perheistä 45 % raportoi tyytymättömyyttä esimerkiksi hoidon kokonaisvaltaisuuteen sekä tarkoituksenmukaisuuteen liittyen. Yleisen hoitoon tyytyväisyyden ei pitäisi olla ainoa hoidon vaikuttavuuden arviointiin käytetty menetelmä, sillä perheissä, joissa esiintyi tyytymättömyyttä, ilmeni myös tyytyväisyyttä terapiaa kohtaan (Woodward ym., 1978). Hoitoon tyytyväisyys näyttäytyi tässäkin tutkimuksessa moniulotteisena ilmiönä, jossa tyytyväisyys ja tyytymättömyys hoitoa kohtaan kulkivat rinnakkain. Asiakas saattaa omaksua hoitoon tyytymättömyyttä ilmentävän diskurssin ja ylläpitää sitä myönteisistä hoidon vaikutuksista huolimatta (Brestan ym., 1999).

4.1 Tutkimuksen laadun arviointi

Tutkimuksemme antoi uudenlaista näkökulmaa siitä, miten hoitoon tyytyväisyys muodostuu perheterapian kontekstissa sekä siitä, mitä perheet arvostavat perheterapeuttisessa työskentelyssä. Tutkimustuloksemme vahvistavat aiempaa tietoa siitä, että hoitoon tyytyväisyys on yhteydessä terapian aikana tapahtuneisiin muutoksiin. Tutkimuksemme tuo kuitenkin uutta tietoa siitä, että hoito voi olla vaikuttavaa, vaikka asiakas olisi hoitoon tyytymätön. Saimme myös uutta tietoa siitä, että asiakkaan diskurssin tunnelatauksella näyttäisi olevan huomattava merkitys terapeutin prosessin havainnoinnin kannalta. Tutkimuksemme tuo esiin, miten tärkeää on, että asiakas pystyy saavuttamaan reflektiivisen position terapiatilanteessa, jotta neutraalimpi havainnointi mahdollistuu. Lisäksi diskurssien avulla saimme tietoa perheenjäsenten toimijuudesta. Asiakkaan toimijuuden vahvistamiseksi ja myönteisen asenteen säilyttämiseksi on tärkeää pystyä konkretisoimaan pieniäkin muutoksia perheterapiassa. Saimme uutta näkökulmaa myös siitä, millaiset tekijät saattavat estää tai mahdollistaa muutosten tapahtumista perheterapiassa. Tämän tiedon avulla perheterapiassa pystytään tunnistamaan muutosta estäviä tekijöitä ja keskittymään edistäviin tekijöihin. Tutkimuksemme toi esiin myös perheenjäsenten diskurssien toisiaan vahvistavan luonteen. Tämä tuo tärkeää tietoa vuorovaikutuksen kehämäisyydestä vanhemman ja lapsen välillä. Vanhemman toiminnalla voi olla vaikutus lapsen mahdollisuuksiin osallistua perheterapiassa. Terapiassa olisi tärkeää tiedostaa ja puuttua kielteisiin vuorovaikutuksen kehiin, jotka voivat estää terapian vaikuttavuutta.

Tapaustutkimuksen avulla pystyimme tutkimaan, miksi toiset perheet hyötyivät hoidosta enemmän kuin toiset. Kolmen erilaisen perheen tutkiminen mahdollisti ilmiön monipuolisen tarkastelun, sillä niiden hoitoon tyytyväisyyden tasot vaihtelivat. Pystyimme syventymään perheiden dynamiikkaan samanaikaisesti puheen sävyjen ja sisältöjen tutkimisen tasolla. Tutkimuksen vahvuutena on myös se, että tarkastelimme sekä vanhempien että lasten diskursseja. Tämä mahdollisti sen, että kaikkien paikalla olevien perheenjäsenten kokemus tuli tarkasteltavaksi ja perheen välisen vuorovaikutuksen ilmiöt tulivat esille. Huomasimme eroja perheenjäsenten näkemyksissä hoitoon liittyen, joka antaa merkityksellistä tietoa yksilöiden subjektiivisista kokemuksista. Perheen asiantuntijuudella heidän omista asioistaan on ratkaiseva merkitys ja siksi on tärkeää tutkia asiakkaiden subjektiivista näkökulmaa. Perheterapian tavoitteena on perheen hyvinvoinnin lisääminen, jolloin perheen kokemus hoidon vaikuttavuudesta on tärkeässä roolissa. Tarkastelumme tapahtuivat aineistolähtöisesti sen pohjalta, mitä perhe tilanteessa tuotti, ilman lapsen diagnoosiin liittyvää häiriökeskeistä tarkastelua. Tämä mahdollistaa tulosten hyödyntämisen yleisesti perheterapian kontekstissa ja osana erilaisia vuorovaikutuksen ilmiöitä. Yhteistutkimushaastattelun strukturoitu rakenne mahdollisti samojen teemojen sekä subjektiivisten kokemusten vertailun perheiden välillä. Muutosten tarkastelu seuranta-haastattelun avulla kertoo mahdollisesti niiden pysyvistä luonteesta.

Aineiston keruussa ja tutkimuksen teossa on noudatettu eettisiä periaatteita. Perheterapiaistuntojen videotallenteita on käsitelty ainoastaan Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen tiloissa. Haasteena on ollut kuitenkin yksityisyyden suojan säilyttäminen COVID-19 pandemian vaatiman etätyöskentelyn takia. Sekä asiakkaiden että työntekijöiden yksityisyyden suojaaminen on otettu huomioon koko tutkimusprosessin ajan anonymisoimalla mahdolliset tunnistetiedot litteraatioissa. Perheiden yksityisyys on huomioitu myös häivyttämällä perheen kokoonpanoa ja tarinaa tuloksia esittäessä valikoimalla sekä muokkaamalla aineisto-otteita niin, että perheiden tunnistamattomuus säilyy.

On tärkeää ottaa huomioon, että tutkimusprosessia ovat ohjanneet tutkijoiden subjektiiviset tulkinnat sekä sosiaalinen ympäristö. Olemme tiedostaneet tämän koko tutkimusprosessin ajan ja pyrkineet minimoimaan tätä yhteisten keskustelujen, omien ajatusten kriittisen tarkastelun, kyseenalaistamisen ja erilaisten näkökulmien pohdinnan avulla. Tutkimuksen aineistolähtöisyys on saattanut lisätä tutkijoiden subjektiivista näkökulmaa. Toisaalta tämä on antanut vapauden tarkastella aineistosta esiin nousseita ilmiöitä sellaisena kuin ne ovat. Tutkimuksessa tarkastelimme hoitoon tyytyväisyyttä ja muutosprosesseja vain perheenjäsenten puheen avulla. Tämän takia tarkasteltuihin ilmiöihin voi vaikuttaa rajoittavasti tutkittavien subjektiivisuus, tilannetekijät sekä tutkijoiden tapa tulkita ilmiöitä. Lisäksi yhteistutkimushaastatteluissa paikalla oli vain osa perheenjäsenistä, joten

kaikkien perheenjäsenten kokemuksia ei pystytty tarkastelemaan. Perheiden välillä saattaa myös ilmetä eroja esimerkiksi tavassa kokea ja suhteellistaa muutoksia. Yhteistutkimushaastattelun strukturoidusta rakenteesta huolimatta subjektiivisten kokemusten vertailuun täytyy suhtautua kriittisesti. Myös perheet lähestyvät terapian tarkastelua omista tulkintatavoistaan ja sosiaalisesta maailmastaan käsin. Tarkastelimme ilmiötä suhteellisen pienellä otoksella, joka voi heikentää tulosten yleistettävyyttä. Kuitenkin tällaista yksityiskohtaista laadullista tutkimusta on haasteellista tehdä suuremmilla otoksilla.

Tämä tutkimus tuotti tietoa, jonka avulla perheterapiassa voidaan kiinnittää huomio muutoksen kannalta tärkeisiin tekijöihin. Perheterapian muutosten taustalla olevia tekijöitä on tärkeä tutkia, jotta voitaisiin tarjota mahdollisimman tehokasta ja tarpeenmukaista hoitoa. Myös asiakkaiden hoitoon tyytyväisyyteen keskittyminen on tärkeää, koska se vaikuttaa terapiaan liittyvien asenteiden ja motivaation kautta terapian lopputulokseen. Uhmakkuus- ja käytöshäiriöt ovat yleinen lastenpsykiatrinen ongelma, joka vaikuttaa laaja-alaisesti koko perheen hyvinvointiin. Häiriön tehokas ja tuloksellinen hoito olisi yhteiskunnallisesti kustannustehokasta sekä merkittävää, koska uhmakkuus- ja käytöshäiriön tiedetään olevan yhteydessä myöhempiin psykososiaalisiin vaikeuksiin. Tulevaisuudessa olisi mielenkiintoista yhdistää subjektiivisiin kokemuksiin määrällisesti kerättyä tietoa perheen hoitoon tyytyväisyydestä ja muutoksista. Myös hoitoon tyytyväisyyden arvioimiseksi on jatkossa tarve kehittää monipuolisempia psykometrisia testejä (Brestan ym., 1999). Yleistettävyyden parantamiseksi tutkimuksen voisi jatkossa suorittaa laajemmalla otoskoolla. Lisäksi pitkittäistutkimuksella voitaisiin saada mielenkiintoista tietoa perheterapian muutosten pysyvyydestä. Olisi myös mielenkiintoista tutkia hoitoon tyytyväisyyttä terapiaprosessin aikana suhteessa seurannassa ilmenevään hoitoon tyytyväisyyteen.

LÄHTEET

- Aaltonen, J., & Piha, J. (2016). Perheterapia. Teoksessa L. Kumpula, E. Aronen, H. Ebeling, E. Laukkanen, M. Marttunen, K. Puura & A. Sourander (Eds.), *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria* (pp. 603-612). Tallinna: Printon.
- Aaltonen, J. (2006). Perheterapia psykoterapian muotona. *Duodecim*, 122(6), 724-31.
- Aaltonen, J., & Laitila, A. (2020). Perheterapia. Teoksessa J. Aaltonen, H. Kalska & M. Huttunen (Eds.), *Psykoterapiat* (pp. 243-260). Helsinki: Duodecim.
- Aaltonen, J., & Piha, J. (2016). Perheterapia. Teoksessa K. Kumpulainen, E. Aronen, H. Ebeling, E. Laukkanen, M. Marttunen, K. Puura, . . . V. Aalberg (Eds.), *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria* (pp. 603-612). Tallinna: Printon.
- Adnopo, J. (2002). Home-based treatment for children with serious emotional disturbance. *Handbook of Serious Emotional Disturbance in Children and Adolescents*, , 334-350.
- Alexander, J. F., & Sexton, T. L. (2002). Functional family therapy: A model for treating high-risk, acting-out youth.
- Andersen, T. (1997). Researching client-therapist relationships: A collaborative study for informing therapy. *Journal of Systemic Therapies*, (Vol. 16, No. 2)
- Ankuta, G. Y., & Abeles, N. (1993). Client satisfaction, clinical significance, and meaningful change in psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(1), 70-74.
doi:10.1037/0735-7028.24.1.70
- Aronen, E. (2006). Lasten häiriökäyttäytyminen. *Lastenpsykiatria Katsaus*, 132; 961–6. Haettu: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/223965/Lasten_h_iri_k_ytt_ytyminen.pdf?sequence=1
- Aronen, E., & Lindberg, N. (2016). Lasten ja nuorten käytöshäiriöt. Teoksessa E. Aronen, H. Ebeling, E. Laukkanen, M. Marttunen, K. Puura & A. Sourander (Eds.), *Lastenpsykiatria ja*

- nuorisopsykiatria* (pp. 254-263). Helsinki: Duodecim.
- Avdi, E. (2015). Discourses of development in the consulting room: Analysing family therapy with children. *Feminism & Psychology*, 25(3), 363-380. doi:10.1177/0959353514564196
- Avdi, E., & Georgaca, E. (2007). Discourse analysis and psychotherapy: A critical review. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 9(2), 157-176.
- Bandura, A. (2006). Toward a psychology of human agency. *Perspectives on Psychological Science*, 1(2), 164-180.
- Barker, P., & Chang, J. (2013). *Basic family therapy* (6. painos) John Wiley & Sons, Ltd.
- Bohart, A. C., & Wade, A. G. (2013). The client in psychotherapy. Teoksessa M. J. Lambert, & (toim.) (Eds.), *Bergin and garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 219-257) John Wiley & Sons Inc.
- Borgengren, M., Carina, B., Carlsson, E., Gustaffson, K., Lind, A., Weine, B., . . . Wätcher, A. (2005). *Samforskning - att lära av klienten*
- Brestan, E. V., Jacobs, J. R., Rayfield, A. D., & Eyberg, S. M. (1999). A consumer satisfaction measure for parent-child treatments and its relation to measures of child behavior change. *Behavior Therapy*, 30(1), 17-30. doi:https://doi-org.ezproxy.jyu.fi/10.1016/S0005-7894(99)80043-4
- Buitelaar, J. K., Smeets, K. C., Herpers, P., Scheepers, F., Glennon, J., & Rommelse, N. N. J. (2013). Conduct disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22, S49-S54. doi:10.1007/s00787-012-0361-y
- Burck, C. (2005). Comparing qualitative research methodologies for systemic research: The use of grounded theory, discourse analysis and narrative analysis. *Journal of Family Therapy*, 27(3), 237-262.
- Burck, C., Frosh, S., Strickland-Clark, L., & Morgan, K. (1998). The process of enabling change: A study of therapist interventions in family therapy. *Journal of Family Therapy*, 20(3), 253-267.

- Calvete, E., Orue, I., & Gámez-Guadix, M. (2013). Child-to-parent violence: Emotional and behavioral predictors. *Journal of Interpersonal Violence, 28*(4), 755-772.
- Carr, A. (2009). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy, 31*(1), 3-45. doi:10.1111/j.1467-6427.2008.00451.x
- Carr, A. (2018). Family therapy and systemic interventions for child-focused problems: The current evidence base. *Journal of Family Therapy*, doi:10.1111/1467-6427.12226
- Christensen, L. L. (1995). Therapists' perspectives on home-based family therapy. *The American Journal of Family Therapy, 23*(4), 306-314.
- Cortes, L. (2004). Home-based family therapy: A misunderstanding of the role and a new challenge for therapists. *The Family Journal, 12*(2), 184-188.
- Crane, D. R., & Christenson, J. D. (2012). A summary report of the cost-effectiveness of the profession and practice of marriage and family therapy. *Contemporary Family Therapy, 34*(2), 204-216.
- Crane, D. R., Christenson, J. D., Dobbs, S. M., Schaalje, G. B., Moore, A. M., Pedal, F. F. C., . . . Marshall, E. S. (2013). Costs of treating depression with individual versus family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 39*(4), 457-469. doi:10.1111/j.1752-0606.2012.00326.x
- Crane, D.R., & Payne, S. H. (2011). Individual versus family psychotherapy in managed care: Comparing the costs of treatment by the mental health professions. *Journal of Marital and Family Therapy, 37*(3), 273–289. <https://doi-org.ezproxy.jyu.fi/10.1111/j.1752-0606.2009.00170.x>
- Cromwell, R. E., & Olsen, D. H. (1975). *Power in families*. Sage.
- Dallos, R., & Aldridge, D. (1986). Change: How do we recognize it? *Journal of Family Therapy, 8*(1), 45-59.
- Davey, M. P., Davey, A., Tubbs, C., Savla, J., & Anderson, S. (2012). Second order change and evidence-based practice. *Journal of Family Therapy, 34*(1), 72-90. doi:10.1111/j.1467-

6427.2010.00499.x

- Deault, L. C. (2010). A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Psychiatry & Human Development, 41*(2), 168-192.
- De Mol, J., Reijmers, E., Verhofstadt, L., & Kuczynski, L. (2018). Reconstructing a sense of relational agency in family therapy. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, 39*(1), 54–66. <https://doi-org.ezproxy.jyu.fi/10.1002/anzf.1278>
- Ghanizadeh, A., & Jafari, P. (2010). Risk factors of abuse of parents by their ADHD children. *European Child & Adolescent Psychiatry, 19*(1), 75-81.
- Goldenberg, H., & Goldenberg, I. (2012). Family therapy: An overview.
- Greenberg, M. T., & Lippold, M. A. (2013). Promoting healthy outcomes among youth with multiple risks: Innovative approaches. *Annual Review of Public Health, 34*, 253-270.
doi:10.1146/annurev-publhealth-031811-124619
- Griest, D. L., & Wells, K. C. (1983). Behavioral family therapy with conduct disorders in children. *Behavior Therapy, 14*(1), 37-53. doi:[https://doi-org.ezproxy.jyu.fi/10.1016/S0005-7894\(83\)80086-0](https://doi-org.ezproxy.jyu.fi/10.1016/S0005-7894(83)80086-0)
- Gustafsson, K., & Weine. (2006). Klienten som lärare. *I Inledning, , 91.*
- Helimäki, M., Laitila, A., & Kumpulainen, K. (2021). "You helped me out of that darkness" children as dialogical partners in the collaborative post-family therapy research interview. *Journal of Marital and Family Therapy,*
- Jokinen, A., Suoninen, E., & Wahlström, J. (2000). Miten tavoittaa auttamistyön ydintä? Teoksessa A. Jokinen, & E. Suoninen (Eds.), *Auttamistyö keskusteluna* (pp. 15-33). Tampere: Vastapaino.
- Jokinen, A., Juhila, K., & Suoninen, E. (2016). *Diskurssianalyysi: Teoriat, peruskäsitteet ja käyttö.* Tampere: Vastapaino. Retrieved from <https://www.ellibslibrary.com/jyu/9789517685276>
- Laitila, A. (2004). *Dimensions of expertise in family therapeutic process* University of Jyväskylä.

- Laitila, A. (2015). *Research plan: Family-centered treatment and systematic feedback in the prevention of social exclusion for children diagnosed with conduct and oppositional defiant disorders.*
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357.
- Lee, C. (2004). Agency and purpose in narrative therapy: Questioning the postmodern rejection of metanarrative. *Journal of Psychology and Theology*, 32(3), 221–231.
- Lee, H. J., & Szinovacz, M. E. (2016). Positive, negative, and ambivalent interactions with family and friends: Associations with well-being. *Journal of Marriage and Family*, 78(3), 660-679. doi:10.1111/jomf.12302
- Leiman, M. (2012). Psykoterapioiden yhteinen perusprosessi. In S. Eronen, & P. Lahti-Nuutila (Eds.), *Mikä psykoterapiassa auttaa? integratiivisen lähestymistavan perusteita* (pp. 71–90). Helsinki: Edita.
- Leiman, M. (2020). Vaikuttavuustutkimuksen pulmallisuus psykoterapiassa. Teoksessa M. Huttunen, H. Kalska & J. Aaltonen (Eds.), Helsinki: Duodecim.
- Lind, A., & Carlsson, E. (2006). Vad gör en förändringsprocess möjlig? *I Inledning*, , 129.
- Lippold, M. A., Davis, K. D., Lawson, K. M., & McHale, S. M. (2016). Day-to-day consistency in positive parent–child interactions and youth well-being. *Journal of Child and Family Studies*, 25(12), 3584-3592. doi:10.1007/s10826-016-0502-x
- Lobatto, W. (2002). Talking to children about family therapy: A qualitative research study. *Journal of Family Therapy*, 24(3), 330–343. <https://doi-org.ezproxy.jyu.fi/10.1111/1467-6427.00221>
- Moore, L., & Seu, I. B. (2011). Giving children a voice: Children's positioning in family therapy. *Journal of Family Therapy*, 33(3), 279-301. doi:10.1111/j.1467-6427.2011.00556.x
- Murray, R. (2002). The phenomenon of psychotherapeutic change: Second-order change in

- one's experience of self. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32(2-3), 167-177.
- Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of family therapy*, 22(2), 144-167.
- Olson, D. H. (1993). Circumplex model of marital and family systems: Assessing family functioning.
- O'Reilly, M. (2006). Should children be seen and not heard? an examination of how children's interruptions are treated in family therapy. *Discourse Studies*, 8(4), 549-566.
- Ogles, B. M. (2013). Measuring change in psychotherapy research. Teoksessa M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 134-166) John Wiley & Sons Inc.
- Pälli, P., & Lillqvist, E. (2020). Diskurssianalyysi. *Kielentutkimuksen Menetelmiä II*,
- Pynnönen, A. (2013). *Diskurssianalyysi : Tapa tutkia, tulkita ja olla kriittinen*. Jyväskylä: University of Jyväskylä. Haettu: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-5471-0>
- Ronnås, B. (2014). Samforskning: En möjlighet i pågående terapi.
- Russell Crane, D., & Payne, S. H. (2011). Individual versus family psychotherapy in managed care: Comparing the costs of treatment by the mental health professions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(3), 273-289. doi:10.1111/j.1752-0606.2009.00170.x
- Safilios-Rothschild, C. (1970). The study of family power structure: A review 1960-1969. *Journal of Marriage and Family*, 32(4), 539-552. doi:10.2307/350250
- Schuham, A. I. (1970). Power relations in emotionally disturbed and normal family triads. *Journal of Abnormal Psychology*, 75(1), 30-37. doi:10.1037/h0028804
- Segrin, C., & Flora, J. (2011). *Family communication*. Routledge.
- Sexton, T., & Turner, C. W. (2010). The effectiveness of functional family therapy for youth with behavioral problems in a community practice setting. *Journal of Family Psychology*, 24(3), 339.
- Sexton, T. L., Weeks, G. R., & Robbins, M. S. (2003). *Handbook of family therapy: The science*

- and practice of working with families and couples*. New York: Routledge. Haettu:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=106414&site=ehost-live>
- Shadish, W. R., & Baldwin, S. A. (2003). Meta-analysis of MFT interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(4), 547-570.
- Sprenkle, D. H., Davis, S. D., & Lebow, J. L. (2013). *Common factors in couple and family therapy: The overlooked foundation for effective practice* Guilford Publications.
- Tew, J., & Nixon, J. (2010). Parent abuse: Opening up a discussion of a complex instance of family power relations. *Social Policy and Society*, 9(4), 579–589.
- Vuori, M., Tuulio-Henriksson, A., Nissinen, H., & Autti-Rämö, I. (2015). Psykososiaaliset perheinterventiot lapsen aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön sekä uhmakkuus- ja käytöshäiriöiden hoidossa. *Duodecim*, 1561–1568.
- Wahlström, J. (1992). Merkitysten muodostuminen ja muuttuminen perheterapeuttisessa keskustelussa: Diskurssianalyttinen tutkimus. *Jyväskylä: Jyväskylän Yliopisto*,
- Weakland, J. H., Fisch, R., Watzlawick, P., & Bodin, A. M. (1974). Brief therapy: Focused problem resolution. *Family process*, 13(2), 141-168.
- Woodward, C. A., Santa-Barbara, J., Levin, S., & Epstein, N. B. (1978). Aspects of consumer satisfaction with brief family therapy. *Family Process*, 17(4), 399-407.

LIITTEET

Litteraatiomerkit

(.)= Mikrotauko

(5)= tauko ja tauon pituus suluissa merkittynä

(- -)= jakso josta ei saanut selvää

Hehe = naurua

< >=hidastunut puheennopeus

KYLLÄ= äänen voimistuminen

ky(h)llä= suluissa oleva, suluissa oleva h sanan sisällä kuvaa uloshengitystä, useimmiten kyse nauraen lausutusta sanasta

↑= Nouseva intonaatio

[=Päällekkäispuhunnan alku

] = Päällekkäispuhunnan loppu

^joo^= ympäristöä vaimeampaa puhetta