

MERKITYKSENANNON MUUTOKSET PERHETERAPIASSA

- Uhmakkuus- ja käytöshäiriödiagnoosin saaneiden lasten oireille annetut merkitykset ja niiden yhteys perheen vuorovaikutussysteemiin

Jenni Happonen

Hanna Keski-Petäjä

Pro gradu -tutkielma

Psykologian laitos

Jyväskylän yliopisto

Toukokuu 2022

HAPPONEN, JENNI; KESKI-PETÄJÄ HANNA: Merkityksenannon muutokset perheterapiassa – Uhmakkuus- ja käytöshäiriödiagnoosin saaneiden lasten oireille annetut merkitykset ja niiden yhteys perheen vuorovaikutussysteemiin

Pro gradu -tutkielma, 56 s., 6 liites.

Ohjaaja: Aarno Laitila

Psykologia

Toukokuu 2022

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella uhmakkuus- ja käytöshäiriödiagnoosin saaneiden lasten oireille annettuja merkityksiä perheterapiassa, ja näiden merkityksenantojen yhteyttä perheenjäsenten väliseen vuorovaikutukseen. Tarkastelimme diskurssianalyysin avulla sitä, miten lapselle ja hänen oireilleen annettujen merkitysten muutokset ovat yhteydessä perheenjäsenten keskinäisen vuorovaikutuksen muutokseen perheterapian aikana ja sen jälkeen 18 kuukauden päästä seurannassa sekä sitä, miten perheterapiassa tapahtuvat merkityksenantoprosessit ovat yhteydessä perheenjäsenten kokemaan hyvinvointiin ja kokemuksiin terapiaistunnoista potilaspalautelomakkeilla mitattuna. Aineistomme koostui kahden perheen kotona ja lastenpsykiatrian poliklinikalla toteutetuista perheterapiaistuntojen videotallenteista, taustatiedoista sekä lomakeaineistosta. Tutkimusprojekti toteutettiin yhteistyössä Jyväskylän yliopiston Psykoterapian opetus- ja tutkimusklinikan ja Kuopion yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrian poliklinikan kanssa.

Tunnistimme aineistosta kaksi diskurssia, jotka nimesimme ongelmadiskurssiksi ja muutosmahdollisuuden tunnistavaksi diskurssiksi. Ongelmadiskurssia ilmensi kuusi merkityksenantotapaa: patologisointi ja syyllistäminen, kielteiseen käytökseen keskittyminen, kommunikaation toimimattomuus, vastustaminen, väsymys ja turhautuminen vanhemmuudessa sekä epäluottamus. Merkityksenannon tapojen muutos ilmeni pyrkimyksenä lapsen käyttäytymisen taustojen ymmärtämiseen, myönteisen käytöksen huomaamisena, toimivana kommunikaationa, hoitoon sitoutumisena ja osallistumisena, vanhemmuuden lisääntyneinä voimavaroina sekä lisääntyneenä luottamuksena.

Tulokset osoittavat, että merkityksenannon tavoissa tapahtui muutoksia terapian aikana ja ne ilmenivät eri tavoin tarkastelemissamme kahdessa perheessä. Muutokset pysyivät 18 kuukauden seurannassa. Muutoksien taustalla oli erityisesti vanhempien kyky nähdä hyvä lapsessaan, joka mahdollisti vuorovaikutuksen muuttumisen pakottamisesta ja uhmaamisesta vastustuksen vähenemiseen ja lapsen palkitsemiseen. Merkityksenannon muutokset ilmenivät myös siinä, miten perheet kokivat terapiaistunnot ja terapeuttisen allianssin sekä hyvinvointinsa potilaspalautelomakkeilla mitattuna. Tutkimustulokset tuovat esille perheterapiaprosessin aikana tapahtuvan muutoksen moniulotteisuutta. Tulokset auttavat uhmakkuus- ja käytöshäiriödiagnoosin saaneiden lasten ja heidän perheidensä kanssa kliinistä työtä tekeviä perheterapeutteja, psykologeja ja muita terveydenhuollon ammattihenkilöitä ymmärtämään terapiassa ilmenevää muutosprosessia, sen mekanismeja sekä muutoksien vaikutusta perheen vuorovaikutukseen.

Avainsanat: perheterapia, perheterapiatutkimus, uhmakkuus- ja käytöshäiriöt, diskurssianalyysi, merkityksenannon prosessi, psykoterapioiden yhteiset vaikuttavat tekijät

UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ
Department of Psychology

HAPPONEN, JENNI; KESKI-PETÄJÄ, HANNA: The change of giving meanings in family therapy with children diagnosed with Oppositional Defiant and Conduct Disorder

Master's thesis, 56 p., 6 appendixes

Supervisor: Aarno Laitila

Psychology

May 2022

The aim of this study was to investigate meanings given for the symptoms of the children diagnosed with Oppositional Defiant and Conduct Disorder in the context of family therapy. We also studied the connection between these given meanings and family interaction. We used discourse analysis to examine how the perceived change in the meanings was connected to the interaction between the family members during the family therapy sessions and a follow up after 18-months. We also examined how these changes in the meaning process were connected to the measured wellbeing of the families and families' experiences of the therapy sessions. In this study, the collection of data consisted of video tapes at therapy sessions of two families, background information of the family members, and quantitative measurements from progress research upon patient feedback. Family therapy sessions for the first family were held at home and for the second family at child psychiatry clinic. This research project was implemented in cooperation between the Psychotherapy Training and Research Centre of University of Jyväskylä and Kuopio University Hospital Child Psychiatry clinic.

Two discourses were identified from the data. First was the Problem Discourse and second was the Discourse Recognizing the Possibility for Change. The Problem Discourse was identified in six processes of giving meanings: pathologizing and accusing, focusing on negative behaviour, non-functional communication, resistance, fatigue and frustration in parenthood, and distrust. The change in the process of giving meanings manifested in the endeavours to understand the children's actions, paying attention to positive behaviour, functional communication, participating and engagement in treatment, increased resources of parenthood, and increased trust.

The results of this study indicate that a change in the process of giving meanings was taking place during the therapy. The results were also verified in the follow-up after 18-months. The change in the process of giving meanings was different between the two families. The most important factor behind the change was the parents' ability to see good in their children. This enabled the former coercive and punishment-based communication to change into the parents beginning to reward their children. The defiant children became less resistant. The change in the process of giving meanings was apparent in the families' perception of the therapy sessions, therapeutic alliance, and wellbeing measured with patient feedback. The outcomes of this study demonstrated the multidimensional nature of the overall process of change within the framework of family therapy. This study provides beneficial understanding for professionals working with the children diagnosed with Oppositional Defiant and Conduct Disorder and their families. New understanding is provided on overall processes of meanings and mechanisms behind the change, and their effects on family communication.

Key words: family therapy, family therapy research, Oppositional Defiant Disorder, Conduct Disorder, discourse analysis, the process of giving meaning, common factors

SISÄLLYSLUETTELO

1. JOHDANTO	1
1.1. Uhmakkuus- ja käytöshäiriöt lapsilla ja nuorilla	2
1.2. Perheterapia	4
1.3. Terapeuttinen muutos perheterapiassa.....	6
1.4. Psykoterapioiden yhteiset vaikuttavat tekijät	8
1.5. Perheenjäsenten välinen kielteinen vuorovaikutus	10
1.6. Tutkimusongelma ja tutkimuskysymykset	11
2. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	12
2.1. Aineisto ja osallistujat	12
2.2. Tutkimuksen etiikka	14
2.3. Menetelmän esittely.....	14
2.4. Potilaspalautelomakkeet	15
2.5. Analyysin eteneminen	16
3. TULOKSET	18
3.1. Diskurssit.....	18
3.1.1. Patologisointi ja syyllistäminen.....	19
3.1.2. Kielteiseen käytökseen keskittyminen.....	23
3.1.3. Kommunikaation toimimattomuus	25
3.1.4. Vastustaminen	28
3.1.5. Väsymys ja turhautuminen vanhemmuudessa.....	30
3.1.6. Epäluottamus	32
3.2. Muutosarviointiasteikko ORS ja lapsen muutosarviointiasteikko CORS	34
3.3. Terapiaistunnon arviointiasteikko SRS ja lapsen terapiaistunnon arviointiasteikko CSRS	35
4. POHDINTA	36
4.1. Tutkimuksen laadun arviointi.....	42
4.2. Käytännön sovellus- ja jatkotutkimusmahdollisuudet.....	43
LÄHTEET	46
LIITTEET	51

1. JOHDANTO

Perhe voidaan nähdä sosiaalisena systeeminä, jossa vallitsevat erilaiset säännöt, roolit, valtarakenteet ja vuorovaikutusmallit, joiden välillä ja avulla perheenjäsenet rakentavat keskinäistä vuorovaikutustaan, ja ratkaisevat erilaisia systeemissä esiintyviä ongelmia (Goldenberg & Goldenberg, 2013). Tämä perheen alati muovaantuva, yksilöllinen vuorovaikutussysteemi voi häiriintyä silloin, kun jossakin perhesysteemin osassa ilmenee ongelmia. Uhmakkuus- ja käytöshäiriödiagnoosin saaneiden lasten hoidossa on tärkeää huomioida koko perhe, sillä perhe muodostaa yhden tärkeimmistä palasista lapsen psykososiaaliselle kehitykselle (Vuori ym., 2015). Hoito on yksilöllistä ja sisältää usein erilaisia hoitomuotoja, mutta ensisijaisina hoitomuotoina toimivat perhesysteemiin ja lapsen vuorovaikutusverkostoon kohdistuvat psykososiaaliset interventiot (Aronen & Lindberg, 2016). Perheterapia onkin lasten uhmakkuus- ja käytöshäiriön hoitoon sopiva hoitomuoto (Vuori ym., 2015), sillä perheterapian tarkoituksena on hoitaa koko perhettä, ei vain oireilevaa perheenjäsentä. Perheterapia on todettu tulokselliseksi hoitomuodoksi uhmakkuus- ja käytöshäiriöiden hoidossa useissa eri tutkimuksissa (Carr, 2019; von Sydow ym., 2013), usein juuri sen perheen vuorovaikutussysteemiä uudelleen rakentavan luonteen takia.

Perheterapiassa perhe ja terapeutti muodostavat terapeuttisen systeemin, jonka vuorovaikutuksessa syntyy uusia merkityksenannon tapahtumia (Aaltonen & Piha, 2016). Nämä tapahtumat muuttavat perheen ongelmille antamia merkityksiä ja luovat uusia merkityksiä, sekä auttavat perheenjäseniä löytämään uusia ratkaisuja tilanteisiin, joissa vuorovaikutus on jollain tavalla häiriintynyt. Lapsikeskeisessä perheterapiassa on keskiössä potilaana olevan lapsen oireilu. Tämä lähestymistapa on todettu tutkimuksissa tehokkaaksi yksinään tai muiden perhekeskeisten lähestymistapojen osana lapsuusiän käyttäytymisen häiriöiden hoidossa (Aaltonen & Piha, 2016).

Uhmakkuus- ja käytöshäiriödiagnoosin saaneen lapsen oireilu vaikuttaa koko perhesysteemiin. Lapsen psyykinen oireilu johtaa yleensä vanhemman kuormittuneisuuteen, mikä edelleen tuottaa kielteisiä elementtejä lapsen ja vanhemman väliseen vuorovaikutukseen (Vuori ym., 2015). Käytöshäiriöön liittyvät ongelmat saavat usein vanhemmat muuttamaan kasvatustyyliään ankarammaksi, mikä aiheuttaa lapsessa uhmakkaan vastareaktion (Smith ym., 2014). Uhmakkuus- ja käytöshäiriödiagnoosin saaneiden lasten vanhempien toimintamallit voivat olla kestäättömiä kasvatuksellisesta näkökulmasta ja perheterapia voi tarjota apua näiden mallien purkamiseen. Koska uhmakkuus- ja käytöshäiriödiagnoosin saaneen lapsen kyky käsitellä tunteitaan voi olla rajoittunut, perheterapiassa keskitytään myös lapsen sosioemotionaalisten taitojen vahvistamiseen (Vuori ym.,

2015). Perheterapian pyrkimyksenä onkin muuttaa perheen vuorovaikutusverkkoa, joka ylläpitää yksilön psykopatologiaa ja näin tavoitella perheen vuorovaikutuksen potentiaalia voimavaralähtöisesti (Aaltonen & Piha, 2016; Rasheed ym., 2011).

Psykoterapian prosessitutkimuksessa tarkastellaan asiakas- ja terapeuttisysteemin välistä vuorovaikutusta ja pyritään tunnistamaan vuorovaikutuksessa ilmenevät muutosprosessit (Goldenberg & Goldenberg, 2013). Koska lasten ja nuorten uhmakkuus- ja käytöshäiriöt ovat varsin yleisiä häiriöitä (Aronen & Lindberg, 2016; Vuori ym., 2015), on syytä keskittyä niiden hoidossa havaittaviin koko perheen vuorovaikutussysteemin muutoksiin. Terapeuttiseen muutosprosessiin vaikuttavista tekijöistä sekä yksilöllisen muutoksen ja ihmissuhteissa tapahtuvan muutoksen mekanismeista ei ole tehty vielä paljoa tutkimusta (Goldenberg & Goldenberg, 2013). Näin ollen laadullisella prosessitutkimuksella voidaan kaventaa tutkimuksen ja käytännön välillä vallitsevaa kuilua (Goldenberg & Goldenberg, 2013).

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan vuorovaikutuksessa muodostuneiden merkitysrakenteiden ja potilaspalautelomakkeiden näkökulmasta uhmakkuus- ja käytöshäiriödiagnoosin saaneiden lasten perheterapiaprosessia, keskittyen erityisesti vuorovaikutuksen muutokseen perheenjäsenten välillä perheterapiaprosessin aikana ja sen jälkeen 18 kuukauden päästä seurannassa. Tarkastelun apuna käytetään diskurssianalyysia, potilaspalautelomakkeita ja DAWBA-yhteenvetoja. Lasten ja nuorten uhmakkuus- ja käytöshäiriöiden yleisyyden takia on erityisen tärkeää tarkastella, millaiset vuorovaikutukselliset tekijät mahdollistavat perheterapeuttisen hoidon onnistumisen lasten ja nuorten uhmakkuus- ja käytöshäiriöiden hoidossa. Perheenjäsenten täyttämällä potilaspalautelomakkeilla taas saadaan esiin jokaisen perheenjäsenen oma subjektiivinen, keskustelussa mahdollisesti piiloon jäävä kokemus, joka antaa lisäarvoa auttaessaan terapeuttia ymmärtämään paremmin perheen vuorovaikutustapoja ja käyttäytymistä (Goldenberg & Goldenberg, 2013).

1.1. Uhmakkuus- ja käytöshäiriöt lapsilla ja nuorilla

Lasten ja nuorten käytöshäiriöt kuuluvat yleisimpiin lastenpsykiatriin ja nuorisopsykiatriin häiriöihin (Aronen & Lindberg, 2016). Ne ovat iästä riippumatta yleisempiä pojilla kuin tytöillä (Aronen & Lindberg, 2016; von der Pahlen & Marttunen, 2013). Kouluikäisillä lapsilla niiden esiintyvyydeksi on arvioitu 3–8 % ja nuoruusikäisillä noin 5–10 % (Aronen & Lindberg, 2016). Käytöshäiriö jaetaan oireiden vaikeustason perusteella kolmeen eri tasoon: lievään, keskivaikeaan ja vaikea-asteiseen käytöshäiriöön. ICD-10 mukaan käytöshäiriö voidaan jaotella perheensisäiseen

käytöshäiriöön (F91.0), epäsosiaaliseen käytöshäiriöön (F91.1, lapsen käytös on epäsosiaalista, hyökkäävää ja poikkeavaa muihin lapsiin verrattuna) ja sosiaaliseen käytöshäiriöön (F91.2, lapsella on ystävyysuhteita, mutta niihin liittyy rikollisuutta tai muuta epäsosiaalista toimintaa). Käytöshäiriöön liittyy toimintakyvyn heikkenemistä aiheuttavaa, pitkäaikaista ja laaja-alaista muiden oikeuksista ja hyvinvoinnista sekä yhteisön laeista, normeista ja säännöistä piittaamaton käytös. Tällainen käytös voi luoda haasteita sosiaalisessa toiminnassa ja johtaa ikätovereista etäännyntymiseen (Vitaro ym., 2001). ICD-10:n mukaan uhmakkuushäiriö (F91.3) luokitellaan myös käytöshäiriön yhdeksi alaluokaksi (Aronen & Lindberg, 2016). Uhmakkuushäiriötä pidetäänkin ICD-10:n mukaan käytöshäiriön lievempänä muotona, johon liittyy lapsen toimintakykyä alentava pitkäkestoinen ja ikätasosta poikkeava vastahakoinen, uhmaava tai vihamielinen käyttäytyminen.

DSM-V mukaan käytöshäiriö määritellään toistuvaksi ja itsepintaiseksi muiden oikeuksia ja ikäryhmän tärkeitä sosiaalisia normeja rikkovaksi käyttäytymismalliksi, johon kuuluu seuraavista kolmen tai useamman kriteerin täyttyminen 12 viime kuukauden aikana, ja ainakin yhden kriteerin täyttyminen viimeisen puolen vuoden aikana: aggressiivisuus ihmisiä ja eläimiä kohtaan, omaisuuden tuhoaminen, vilpillisyys tai varkaus ja vakava sääntöjen rikkominen (Aronen & Lindberg, 2016). DSM-V luokittelee uhmakkuushäiriön käytöshäiriöstä erilliseksi häiriöksi (American psychiatric association, 2013).

Käytöshäiriöihin liittyy monihäiriöisyys, komorbiditeetti (Aronen & Lindberg, 2016). Yleisimpiä lasten uhmakkuus- ja käytöshäiriöiden kanssa esiintyvistä häiriöistä ovat tarkkaavaisuushäiriö (ADHD) ja masennusoireet. Nuoruusikäisillä yleisimmin esiintyviä komorbidisia häiriöitä ovat ADHD, masennustilat sekä ahdistuneisuus- ja päihdehäiriöt. ICD-10 luokittelusta löytyy myös erillinen käytöshäiriön ja muun häiriön yhdistelmä, masennusoireinen käytöshäiriö (F92.0).

Käytöshäiriön syntyä ei selitä mikään yksittäinen tekijä, vaan sen tausta selittyy monilla, niin geneettisillä, aivoperustaisilla, vuorovaikutussidonnaisilla kuin ympäristöön liittyvillä tekijöillä (Aronen & Lindberg, 2016). Vaikka vanhemman ja lapsen välisen vuorovaikutuksen syy-seuraussuhdetta käytöshäiriöiden synnylle on vaikeaa todeta, tietyt vanhemmuuteen liittyvät piirteet (masennus, rikollisuus, päihteet) voivat ylläpitää käytöshäiriötä (von der Pahlen & Marttunen, 2013). On myös todettu, että negatiivinen lapsen ja vanhemman välinen vuorovaikutussuhde ylläpitää lapsen käytösongelmaa, jos lapsen kiinnittyvä huomio sidotaan kielteiseen käytökseen ja myönteinen käytös jätetään huomioimatta (Aronen & Lindberg, 2016). Jos perheestä puuttuvat rajat, säännöllisyys ja turvallisuus, voi lapsi alkaa hakeutua epäsosiaaliseen seuraan ja löytää sieltä itselleen haitallisia käytösmalleja. Myös esimerkiksi ydinperheen hajoaminen, lapsen eläminen erossa vanhemmistaan, fyysinen, seksuaalinen ja henkinen hyväksikäyttö sekä vanhemman

sitoutumattomuus tai epäjohtonmukainen ja erityisen ankara kasvatus ovat psykososiaalisia riskitekijöitä käytöshäiriön synnylle.

Käytöshäiriöiden tehokkaan hoidon merkitys korostuu lasten ja nuorten vertaisryhmistä ja koulutuksesta syrjäytymisen sekä lapsen tai nuoren itselle haitallisten käyttäytymismallien omaksumisen estämisessä (Timonen, 2018). Positiivisen ja lämpimän vuorovaikutuksen on todettu ehkäisevän käytösongelmien kehittymistä (Aronen & Lindberg, 2016). Lasten käytöshäiriöiden hoidossa on useimmiten tavoitteena vanhemmuuden vahvistaminen, jossa pyritään lisäämään vanhemman ja lapsen välistä myönteistä vuorovaikutusta ja tukemaan vanhemman toimintaa siten, että se tukisi lapsen toivottua käytöstä ja edelleen vähentäisi ongelmakäytöstä (von der Pahlen & Marttunen, 2013). Näin ollen voidaan tukea esimerkiksi vanhempien kasvatukseenkeinoja, johdonmukaista vanhemmuutta ja perheenjäsenten välistä tunnevuorovaikutusta.

Hoidon olisi tärkeää alkaa ajoissa, sillä lapsena alkaneet käytöshäiriöt altistavat tulevaisuudessa erilaisille riskeille ja jatkuvat yleensä pitkälle nuoruusikään (Aronen & Lindberg, 2016; von der Pahlen & Marttunen, 2013). Noin 30–40 % käytöshäiriödiagnoosin saaneista nuorista täyttää aikuisiässä antisosiaalisen persoonallisuushäiriön diagnostiset kriteerit (Aronen & Lindberg, 2016). Myös riski sairastua muihin mielenterveyden häiriöihin, ajautua rikolliseen toimintaan ja altistua aikuisiän perhe-elämän ongelmiin on suurentunut. Vakavana riskinä on itsemurha- ja väkivaltakuolleisuuden lisääntyminen. Myös muut terveysongelmat sekä huono psykososiaalinen selviytyminen ja taloudellisen toimeentulon haasteet ovat yleisiä.

Vanhemman ja lapsen vuorovaikutuksen voidaan ajatella värittyvän helpommin kielteiseksi, kun lapsi oireilee eksternalisoivasti eli ulospäinsuuntautuvasti. Lapsen käytös väsyttää vanhemmat, mikä edelleen ohjaa vanhempia suhtautumaan lapseen kielteisesti (Smith ym., 2014). Tulevaisuuden kannalta olisi tärkeää selvittää, mitkä tekijät vähentävät tehokkaimmin lapsen ja nuoren oireilua ja voiko juuri vuorovaikutuksen muutos myönteisempään suuntaan olla hyödyksi lasten ja nuorten uhmakkuus- ja käytöshäiriöiden hoidossa.

1.2. Perheterapia

Perheterapia on yksi lapsen psyykkisten haasteiden ja perheen vuorovaikutuksen ongelmien hoitomuodoista. Se perustuu teoreettisesti kiintymyssuhdeteorianta, sosiokognitiiviseen teoriaan ja systeemiteoriaan (Vuori ym., 2015). Perheterapian pyrkimyksenä on muokata perheen vuorovaikutusverkkoa, joka ylläpitää yksilön psykopatologiaa tai estää kehityksellisesti rakentavien

ratkaisujen tekemisen (Aaltonen & Piha, 2016). Lähtökohtana on perheterapeutin tai perheterapeutin työryhmän luoma terapeutin tila, jossa perhe terapeutin opastuksella kehittää uudenlaisia vuorovaikutuksellisia toimintatapoja ongelmien ja oireiden vähentämiseksi (Davey ym., 2012). Näin yritetään päästä käsiksi perheen vuorovaikutuksen voimavaroihin ja potentiaaliin (Aaltonen & Piha, 2016). Yksi keskeisimmistä perheterapian lähtökohdista on työntekijän ja usean perheenjäsenen samanaikainen tapaaminen, ja tilanteen vuorovaikutuskokonaisuudesta syntyvä kokemuksellisuus (Aaltonen & Piha, 2016). Terapiaistunnoissa voi siis olla läsnä oireilevan lapsen ja hänen vanhempiansa lisäksi myös esimerkiksi perheen muut lapset. Terapeutin ja perheen muodostamassa terapeuttisessa systeemissä perheen menneisyys voidaan nähdä ja ymmärtää uudella tavalla, sillä perheterapeutin interventiot haastavat tutkimaan ja yhdessä arvioimaan perheen hierarkiaa ja vallitsevia uskomusjärjestelmiä. Näitä jatkuvia merkityksenannon tapahtumia voidaan nimittää avoimeksi dialogiksi ja niillä on välitön vaikutus perheen nykyisyyteen (Aaltonen & Piha, 2016). Ne muuttavat perheen oireille tai ongelmille antamia merkityksiä ja auttavat löytämään uusia ratkaisuja. Itse muutosprosessi tapahtuu pääosin terapiaistuntojen ulkopuolella, perheen arkipäiväisessä vuorovaikutuksessa (Aaltonen & Piha, 2016).

Lapsikeskeisen perheterapian lähtökohtana on potilaana olevan lapsen oireilu ja lapsen ja vanhemman välinen vuorovaikutus. Se on todettu tutkimuksissa tehokkaaksi joko yksinään tai muiden perhekeskeisten lähestymistapojen osana lapsuusiän käyttäytymishäiriön hoidossa (Aaltonen & Piha, 2016). Uhmakkuus- ja käytöshäiriödiagnoosin saanut lapsi on pääasiallinen asiakas, ja lapsen osallistamisen keskusteluun voidaankin siitä syystä nähdä erityisen tärkeänä. Lapsi myös säätelee terapian rytmiä ja huomaa helposti, jos perheterapiassa keskitytään vanhempiin lapsen sijasta. Tämä saattaa itsessään johtaa lapsen huomionhakuiseen käyttäytymiseen (Aaltonen & Piha, 2016). Siksi onkin tärkeää, että terapeutti pyrkii olemaan kaikkien puolella, syyllistämättä ketään ja hahmottaa jatkuvasti perheen voimavaroja (Aaltonen & Piha, 2016).

Perheterapiaa koskeva tutkimus on kehittynyt vuorovaikutuksessa useiden muiden psykoterapiamuotojen kanssa, eikä perheterapian taustalla ole mitään yksittäistä psykologista teoriaa. Tästä syystä perheterapeutisessa hoidossa pyritään integroimaan hoitokeinoja ja -muotoja useista eri psykoterapiamuodoista ja vuorovaikutuspsykologian alueilta (Aaltonen & Piha, 2016). Perheterapia on jo itsessään sateenvarjokäsite useille erilaisille lähestymistavoille (Vuori ym., 2015). Näiden erilaisten lähestymistapojen välillä ei ole kuitenkaan havaittu merkittäviä eroja tuloksellisuudessa (Carr, 1991). Perheterapeutin hoidon pituus vaihtelee parista istunnosta kahteenkymmeneen, jolloin kokonaiskesto on puolesta vuodesta puoleentoista (Aaltonen & Piha, 2016). Eri pituiset lähestymistavat tuottavat kuitenkin saman tuloksen (Wahlström, 1992). Perheterapian on todettu

olevan vaikuttavaa monilla yksilön toimintakyvyn osa-alueilla ja sen positiiviset vaikutukset kantavat pitkälle, monien vuosien päähän (von Sydow ym., 2013).

Tutkimukset ovat löytäneet muutamia perheterapian tuloksellisuutta heikentäviä tekijöitä. Terapian kesken jättäminen, perheen sisäinen stressi ja lapseen liittyvät tekijät ovat näistä keskeisimpiä (Chamberlain & Rosicky, 1995). Terapiaprosessin keskeyttävät tutkimusten mukaan todennäköisimmin perheet, joilla on matala sosioekonominen asema tai joissa äiti on masentunut (Chamberlain & Rosicky, 1995). Perheen taloudelliset huolet ja sosiaalisen tuen puute vaikuttavat myös kielteisesti terapiaprosessin jatkamiseen. Mitä vanhempi lapsi on tai mitä enemmän hänellä ilmenee käytöshäiriöoireita (Kazdin, 1990), sitä todennäköisemmin terapia keskeytyy (Chamberlain & Rosicky, 1995). Onkin siis tärkeää tunnistaa lapsen uhmakkuus- tai käytöshäiriö mahdollisimman varhain ja varmistaa perheen sosiaalinen tukiverkosto annetun perheterapeuttisen hoidon tuloksellisuuden varmistamiseksi.

1.3. Terapeuttinen muutos perheterapiassa

Terapeuttinen muutosprosessi voidaan teoreettisesti jakaa ensimmäisen ja toisen asteen muutokseen (Watzlawick ym., 1974). Ensimmäisen asteen muutos käsittää yksilön oireiden lievittämisen tai ongelman ratkaisemisen ja systeemin jäsenten käyttäytymisen muutokset (Davey ym., 2012; Goldenberg & Goldenberg, 2013, 309). Terapeuttinen muutos tapahtuu tällöin yksilön ajattelussa, käytöksessä tai oireissa. Ensimmäisen asteen muutos on usein psykoterapian vaikuttavuustutkimusten kiinnostuksen kohde, koska se tavoitetaan helposti yksilöllisten mittareiden avulla. Davey ja kollegat (2012) kuitenkin painottavat, ettei tällainen muutos perheterapiakontekstissa välttämättä tuota pysyvää muutosta, koska se ei muuta itse systeemin rakennetta tai sen toimintaa ohjaavia sääntöjä.

Toisen asteen muutos ilmenee systeemin laadullisena muutoksena (Davey ym., 2012). Perheterapiassa terapeutti auttaa perhettä muuttamaan vuorovaikutustaan, jonka jälkeen myös systeemin sisällä tapahtuu uudelleenjärjestymistä (Goldenberg & Goldenberg, 2013, 309). Tämä muuttaa perhesysteemin toimintaa. Toisen asteen muutosta voidaan tarkastella kolmesta eri näkökulmasta (Davey ym., 2012). Ensimmäisenä voidaan pyrkiä systeemin sääntöjen muuttamiseen, jonka seurauksena systeemin sisäinen vuorovaikutus muuttuu. Tarkoituksena ei siis ole patologisten vuorovaikutusprosessien lopputuloksien muuttaminen, vaan niihin johtaviin tekijöihin keskittyminen. Davey kollegoineen (2012) esittävät, että tällöin myös lopputulema voi muuttua.

Toisaalta, vaikka lopputulema ei muuttuisi, siihen johtava prosessi kuitenkin perustavanlaatuisesti muuttuu.

Toinen näkökulma toisen asteen muutokseen käsittää uudelleenmuotoilun (Davey ym., 2012). Sen seurauksena systeemin rakenne ja jäsentyminen voivat perustavanlaatuisesti muuttua, koska yhtä perheenjäsentä koskevat ongelmat aletaankin nähdä koko perhesysteemin toiminnasta johtuvina, ja siten koko perhettä koskevinä. Uudenlaisten näkökulmien seurauksena perhesysteemissä nousee esille uusia toimintamalleja (Davey ym., 2012). Perheterapiassa esimerkiksi lapsen ja vanhemman väliset riidat voidaan uudelleenmuotoilla niin, että perhe näkisi ne mahdollisuutena jäsenten omien tarpeiden ilmaisuun. Tähän myös Wahlström (1992) viittaa merkityksen muutoksella, jossa esimerkiksi kontekstitason muutos (tässä tapauksessa riitely) vaikuttaa koko merkitysrakenteen muuttumiseen.

Uudelleenmuotoilun ja systeemin sääntöjen muuttamisen lisäksi toisen asteen muutosta voidaan tarkastella uudelleenkalibroinnin näkökulmasta, jossa systeemi saatetaan uuteen tasapainotilaan (Davey ym., 2012). Systeemin käyttäytymismalleja pyritään muuttamaan. Tämän näkökulman pohjalta perheterapiassa voidaan riitelevän perheen kanssa pyrkiä muotoilemaan riidoille uusi lopputilanne, joka tukee yksilön oireiden ja perheen ongelmien vähenemistä.

Terapeuttista muutosta on pyritty käsitteellistämään myös muilla tavoin. Dallos ja Aldridge (1986) jakavat terapeuttisen muutoksen neljään löyhään kategoriaan, joita ovat yksilöiden käyttäytymisessä tapahtuva muutos, rakenteellinen muutos, kokemuksellinen muutos ja kommunikaation muutos. Käyttäytymisessä muutos ilmenee esimerkiksi yksilön eleissä, tietyissä toimintatavoissa tai ilmaisutavoissa. Rakenteellinen muutos ilmenee perheen sisäisissä ihmissuhteissa, kun perhehierarkia järjestyy uudelleen. Perheenjäsenten yhteisen ymmärryksen muutokset ja ongelmien ratkaisemisen muuttuminen ilmentävät terapeuttisen muutoksen kokemuksellista ulottuvuutta. Kommunikaation muutoksessa tarkastellaan sitä, mitä perheessä kommunikoidaan, miten se tapahtuu ja mitä kommunikaatiokanavia käytetään.

Perheterapeuttien ja asiakkaana olevan perheen käsitykset muutoksesta voivat erota toisistaan (Dallos & Aldridge, 1986). Asiakkaan toivoma terapeuttinen lopputulos tai siihen johtava muutosprosessi voivat olla jotakin sellaista, mitä asiantuntijat tai tutkimukset eivät tunnista tai pidä tärkeänä (Bohart & Wade, 2013). Aiemmissa tutkimuksissa on esimerkiksi havaittu, että asiakas voi pitää terapian merkittävänä hetkinä eri tilanteita kuin terapeutti. Onkin siis tärkeää, että asiantuntijoilla ja terapeuteilla sekä perheellä on yhteisymmärrys muutoksesta ja sen luonteesta (Dallos & Aldridge, 1986).

1.4. Psykoterapioiden yhteiset vaikuttavat tekijät

Terapeutista muutosta tarkasteltaessa on huomioitava se, mikä muutoksen saa aikaan. Terapeutista muutosta on tutkittu sekä yksittäisissä terapiasuuntauksissa vaikuttavien tekijöiden näkökulmasta että laajemmin psykoterapioiden yhteisten muutoksia tuottavien tekijöiden näkökulmasta (Sprenkle ym., 2009). Onkin siis perusteltua pohtia muutoksia tuottavia tekijöitä laajemmasta näkökulmasta käsin, eikä vain perheterapiakontekstissa.

Tässä pro gradu -tutkielmassa teoreettisena viitekehyksenä toimii psykoterapioiden yhteiset vaikuttavat tekijät (*common factors*). Tämä tarkoittaa sitä, että kaikille vaikuttaville psykoterapioille voidaan löytää terapiarajat ylittäviä, yhteisiä, muutosta tuottavia tekijöitä (Sprenkle ym., 2009; Wampold, 2015). Ajatukselle yhteisistä tekijöistä on esitetty monia puoltavia argumentteja. On esimerkiksi huomattu, että tietyn terapiamallin tai tekniikan käyttäminen yksinään vaikuttaa vain vähän hoidon lopputulokseen (Karam ym., 2015). Käytännön työssä vain harva psykoterapeutti hyödyntää vain yhtä tai kahta terapeutista näkökulmaa työssään (Karam ym., 2015). Yhteisten vaikuttavien tekijöiden viitekehystä puoltavat siis sekä tutkimuksissa saadut tulokset että käytännön terapiatyöstä tehdyt huomiot.

Tutkimuksissa on tunnistettu useita erilaisia psykoterapioille yhteisiä vaikuttavia tekijöitä. Niitä ovat muun muassa tietyt asiakkaaseen ja terapeuttiin liittyvät tekijät, terapeutin allianssi, erilaiset interventiot sekä asiakkailta jatkuvasti saatu muodollinen palaute (Karam ym., 2015; Wampold, 2015). Asiakkaan elämäntilanne ja ympäristö vaikuttavat ilmenevään muutokseen pääosin terapiaprosessin ulkopuolella. Toisaalta asiakkaan tietyt piirteet, kuten esimerkiksi terapiaprosessiin sitoutuminen, odotukset hoidolta ja kyky käsitellä terapiassa ilmeneviä asioita syvällisesti voivat vaikuttaa siihen, että tietyt asiakkaat hyötyvät terapiasta enemmän kuin toiset (Karam ym., 2015, Wampold, 2015).

Terapian vaikuttavuuteen liittyvillä terapeutin ominaisuuksilla Karam kollegoineen (2015) tarkoittavat sitä, että terapeutin hyödyntämällä, asiakkaalle sopivilla terapiatekniikoilla ja työtavoilla on merkittävä vaikutus asiakkaan auttamisessa. Muutos on suurinta, kun taidokas ja empaattinen psykoterapeutti tarjoaa luottamusta, hyväksyntää ja kunnioitusta, sekä tukee asiakkaan kanssa tehtävää yhteistyötä (Karam ym., 2015; Wampold, 2015).

Terapeutin allianssi, joka on yksi tutkituimpia vaikuttavia tekijöitä, rakentuu kolmesta elementistä (Bordin, 1979; Wampold, 2015). Ensinnäkin allianssin mahdollistaa terapeutin ja asiakkaan välinen suhde, jossa ilmenee luottamusta ja sitoutumista (Karam ym., 2015). Toiseksi asiakas ja terapeutti tekevät töitä yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Kolmas elementti on se, että

yhteiset tavoitteet saavutetaan toiminnoin, jotka sekä asiakas että terapeutti kokevat hyvinä ja uskottavina. Terapeutti tarjoaa asiakkaalle interventioita, jotka muuttavat joko käyttäytymistä, asiakkaan ajattelua suhteessa ongelmaansa ja elämäkokemuksiinsa tai vaikuttavat asiakkaan tunnekokemuksiin ja -sääteilyyn (Karam ym., 2015).

Perhe- ja pariterapioille on löydetty omia yhteisiä vaikuttavia tekijöitä, jotka osittain poikkeavat yksilöterapioiden yhteisistä tekijöistä (Aaltonen & Laitila, 2020, Karam ym., 2015; Sprenkle ym., 2009). Terapioiden systeeminen lähestymistapa vaatii sen, että vaikuttavia tekijöitä arvioitaessa on huomioitava sekä jokainen systeemin jäsen itsenäisenä yksikkönä että systeemin jäsenten väliset suhteet ja systeemin piirteet kokonaisuudessaan. Sekä Karam ym. (2009) että Sprenkle ym. (2015) listaavat samat neljä pari- ja perheterapioiden vaikuttavaa tekijää. Ensimmäiseksi näissä suuntauksissa ongelmat käsitellään vuorovaikutussuhteiden piirissä. Toiseksi pari- ja perheterapioissa pyritään häiritsemään toimimattomia tai patologisoivia suhdemalleja. Tämä tarkoittaa sitä, että terapeutti auttaa asiakkaita katkaisemaan ja myöhemmässä vaiheessa prosessoimaan asiakkaiden rooleja tai asemia ongelmia tuottavissa vuorovaikutuksellisissa hetkissä. Tässä terapeutti käyttää hyväkseen behavioraalisia, kognitiivisia ja affekteihin perustuvia interventioita (Karam ym., 2015).

Kolmas pari- ja perheterapioiden vaikuttava tekijä on hoidettavan systeemin laajentaminen vain lähimmäisistä myös sellaisiin ihmisiin, jotka vaikuttavat ongelmaan, vaikka eivät olisikaan fyysisesti läsnä terapiaprosessissa (Karam ym., 2015). Neljäs tekijä liittyy terapeuttiseen allianssiin ja sen laajentamiseen. Terapeutti ei muodosta allianssia vain yksittäisten perheenjäsenten kanssa vaan myös tiettyihin yksilöä laajempiin yksiköihin, esimerkiksi vanhempiin sekä koko perheeseen (Karam ym., 2015).

Psykoterapioiden muutoksia tuottavia tekijöitä on siis tunnistettu useita. Näiden tekijöiden lisäksi voidaan arvioida myös sitä, mikä on minimivaatimus muutoksen tuottamiseksi. Rogers (1992) esittelee artikkelissaan välttämättömiksi tekijöiksi arvioimiaan psykoterapeuttisia ilmiöitä. Muutoksen tuottaa hänen mukaansa kahden ihmisen välinen psykologinen kontakti, jossa terapeutti kokee ehdotonta hyväksyntää asiakasta kohtaan, ymmärtää empaattisesti asiakkaan sisäistä maailmaa ja viestii sekä hyväksynnästä että ymmärryksestään asiakkaalle. Rogersin (1992) mukaan on myös tärkeää, että asiakas pystyy havaitsemaan terapeutin hyväksynnän ja ymmärryksen. Nämä tekijät ovat riittäviä muutoksen tapahtumiseksi (Rogers, 1992).

1.5. Perheenjäsenten välinen kielteinen vuorovaikutus

Luonteeltaan kielteinen vanhemman ja lapsen välinen vuorovaikutus toimii sekä käytöshäiriön riskitekijänä että ylläpitää jo kehittyntä käyttäytymisen ongelmaa (Aronen & Lindberg, 2016; Smith ym., 2014). Käytöshäiriödiagnoosin saaneen lapsen vanhempien tapa kasvattaa lastaan on usein ristiriitainen ja ankara, ja perustuu pakottamiseen (Smith ym., 2014). Toisaalta haastavasti käyttäytyvä lapsi saa aikaan vanhempien kasvatustyylin muuttumista ankarammaksi. Lapsen käytös saa vanhemmissa aikaan turhautumista, joka voi ilmetä lapsen haukkumisena tai uhkailuna sen sijaan, että huonon käytöksen seuraukset olisivat tehokkaita ja toimivia (Smith ym., 2014). Tämä entisestään lisää lapsen aggressiivista ja uhmakasta käyttäytymistä. Kyseessä on siis vuorovaikutuksellinen kehä, jossa vanhemmat tiedostamattaan vahvistavat lapsen haastavaa käytöstä, mikä puolestaan saa vanhemmissa aikaan vihaa ja turhautumista (Smith ym., 2014). Perhesysteemi siis mallintaa ja vahvistaa käytöshaasteita (Dadds ym., 1992). On myös huomattu, että käytöshäiriödiagnoosin saaneen lapsen sisarusten ongelmakäyttäytymisen määrä on ryhmätasolla lähes samantapaista kuin käytöshäiriödiagnoosin saaneen lapsen (Dadds ym., 1992).

Smith kollegoineen (2014) kuvaavat artikkelissaan Gerald Pattersonin teoriaa pakottavasta vuorovaikutuskehästä. Pakottamiseen perustuva vuorovaikutuksen kehä tai pakottava vuorovaikutuksen tapa (*coercion theory, coercive family process*) selittää käytöshäiriön kehittymistä ja ylläpysymistä perhedynamiikalla, joka on luonteeltaan pakottavaa ja kielteisiin puoliin keskittyvää. Lapsen ja vanhemman välisissä konflikteissa reagointi on uhmakasta ja vihaista. Käytöshäiriödiagnoosin saaneiden lasten on todettu ilmentävän perheenjäsenten yhteisissä ongelmanratkaisutilanteissa enemmän kielteisyyttä puheessaan sekä vihaisia ja masentuneita tunnekokemuksia kuin lapset, joilla ei ole käytöshäiriödiagnoosia (Sanders ym., 1992). Pakottavan ja uhmakkaan perhedynamiikan jatkuessa pitkään lapsi oppii kotoa ihmissuhdemallin, joka yleistyy myös muihin vuorovaikutustilanteisiin kodin ulkopuolella (Smith ym., 2014).

Sandersin ja kollegoiden (1992) tutkimuksessa selvisi, että myös käytöshäiriödiagnoosin saaneiden lasten vanhemmat ilmensivät ongelmanratkaisutilanteissa vihaisia tunnekokemuksia ja kielteisyyttä puheessaan. Tutkimuksissa onkin todettu, että vanhemman lapseen liittyvillä tunteilla ja kognitioilla on merkittävä rooli ankaran ja pakottavan vanhemmuustyylin taustalla (Smith ym., 2015). Vanhemmuudessaan ankara aikuinen huomioi vain lapsen kielteisen käytöksen ja useimmiten ylireagoi siihen. Tämä on huomattu esimerkiksi tutkimuksessa, jossa vanhemman pyyntöön neutraalisti reagoi lapsi sai silti vanhemmassa aikaan kielteisen reaktion (Smith ym., 2015). Tässä tilanteessa vanhempi on oppinut olettamaan lapsen olevan tottelematon, ja tulkitsee tällöin lapsen

monitulkintaisen käytöksen pyrkimyksenä olla tottelematta pyyntöä. Vanhemman reaktioiden taustalla ovat hänen implisiittiset ja tiedostamattomat uskomuksensa ja asenteensa lapsen käytöksen syistä ja tarkoituksista (Smith ym., 2015). Tätä kutsutaan suhdeskeemaksi (*relational schema, RS*) (Bullock & Dishion, 2007). Tämä skeema on automatisoinut ja ohjaa yksilön toimintaa ja reaktioita vuorovaikutuksellisissa tapahtumissa.

Suhdeskeema muodostuu sekä vanhemman ja lapsen välisessä vuorovaikutuksessa että vanhemman omien lapsuuden kokemusten pohjalta (Smith ym., 2015). Kielteisen suhdeskeeman (*negative relational schema*) omaksunut vanhempi tulkitsee lapsensa käyttäytyvän tahallaan provosoivasti ja kokee vanhempana toimimisen turhauttavana (Smith ym., 2015). Myönteisen suhdeskeeman (*positive relational schema*) omaava vanhempi taas kokee lapsensa pääpiirteittäin hyvää tarkoittavana ja tottelevaisena. Tutkimusten mukaan suhdeskeemat ovat suhteellisen muuttumattomia ja niitä on vaikea muuttaa (Smith ym., 2015). Siksi interventioissa kannattaa skeemojen sijaan keskittyä vanhempien pakottamiseen perustuvan kasvatustyylin muuttamiseen, sillä sen on todettu ehkäisevän käytöshäiriön ja muiden käyttäytymisen ongelmien pahenemista (Smith ym., 2014).

1.6. Tutkimusongelma ja tutkimuskysymykset

Perheterapian tuloksellisuutta tarkasteltaessa on keskitytty moniin erilaisiin tekijöihin, mutta useimmat tuloksellisuustutkimukset koskevat oiremuutoksia (Aaltonen & Piha, 2016). Lapsen käytöshaasteet vaikuttavat koko perheen elämään ja perheenjäsenten väliseen vuorovaikutukseen (Smith ym., 2014), joten lapsen oireille annetut kielteiset merkitykset vaikuttavat lapsen ja vanhemman väliseen vuorovaikutukseen ja sitä kautta vahvistavat lapsen käyttäytymisen haasteita. Onkin siis perusteltua ajatella, että lapsen oireille annettujen merkitysten muutokset perheterapiaprosessissa vaikuttavat myönteisesti perheen toimintatapoihin ja vuorovaikutukseen. Tässä tutkimuksessa tarkoituksenamme on tarkastella uhmakkuus- ja käytöshäiriödiagnoosin saaneiden lasten oireille annettuja merkityksiä, ja näiden merkityksenantojen yhteyttä perheenjäsenten väliseen vuorovaikutukseen perheterapian aikana. Lisäksi tarkastelemme sitä, ovatko muutokset säilyneet 18 kuukautta hoidon jälkeen toteutetussa seuranta-aastattelussa. Näin ollen tutkimuskysymyksemme ovat seuraavat:

1. Miten lapselle ja hänen oireilleen annettujen merkitysten muutokset ovat yhteydessä perheenjäsenten keskinäisen vuorovaikutuksen muutokseen perheterapian aikana ja 18 kuukauden jälkeen toteutetussa seurannassa?
2. Miten perheterapiassa tapahtuvat merkityksenannon muutokset ovat yhteydessä perheenjäsenten kokemaan hyvinvointiin ja kokemuksiin terapiaistunnoista potilaspalautelomakkeilla mitattuna?

2. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

2.1. Aineisto ja osallistujat

Tämä pro gradu -tutkielma on osa vuosina 2015–2019 toteutettua Uhmakkuus- ja käytöshäiriödiagnoosin saaneiden lasten perhekeskeinen hoito ja systemaattinen potilaspalautte syrjäytymisen ehkäisyssä -tutkimushanketta (Laitila, 2015). Hanke on toteutettu yhteistyössä Jyväskylän yliopiston Psykoterapian opetus- ja tutkimusklinikan, Itä-Suomen yliopiston lastenpsykiatrian oppiaineen sekä Kuopion yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrian poliklinikan kanssa. Hankkeen tavoitteena on edistää perheterapian tehokkuutta tutkimalla perheenjäsenten toimijuutta ja osallisuutta tukevia terapeuttisia työvälineitä.

Tutkimushankkeessa tutkittavat olivat 6-12-vuotiaita lapsia sekä heidän perheitään (N = 14). Tutkimusryhmän lisäksi hankkeessa kerättiin myös vertailuryhmä, jossa perheet saivat tavanomaista perheterapeuttista hoitoa ilman potilaspalauttejärjestelmää. Perheen valintakriteerinä tutkimukseen toimi lapsen uhmakkuus- ja/tai käytöshäiriödiagnoosi. Poissulkukriteerinä oli lapsella esiintyvät vakavat somaattiset sairaudet. Taustatiedot tutkimukseen osallistuneilta lapsilta kerättiin internet-pohjaisella Development and Well-Being Assessment (DAWBA) -mittarilla, joka kartoittaa lapsella ilmenevää psyykkistä oireistoa. Mittari antaa ehdotuksia psykiatrisesta diagnoosista huomioiden ICD-10- ja DSM-IV-tautiluokitukset. Perheet täyttivät DAWBA:n myös 18 kuukautta hoidon päättymisen jälkeen seurantana toteutetun yhteistutkimushaastattelun ohessa.

Tutkimushankkeen aineisto koostuu perheterapiaistuntojen video- ja äänitallenteista, taustatietolomakkeista, potilaspalautekyselyistä sekä DAWBA-yhteenvedoista. Terapiaistunnot toteutettiin Kuopion yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrian poliklinikalla ja kotikäynteinä. Aineistoa säilytetään Kuopion yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrian poliklinikan tiloissa ja siitä

tehtyä kopiota säilytetään Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen Psykoterapian opetus- ja tutkimusklinikan potilasarkistossa.

Tässä tutkimuksessa otokseksi rajautui kaksi eri perhettä. Tutkimuksen aineisto koostui kuudesta videoidusta perheterapiaistunnosta ja niistä muodostetuista litteraateista, kahdesta seurantahaastattelusta, potilaspalautelomakkeista sekä DAWBA-yhteenvedoista. Kyseiset perheet valikoituivat tarkastelumme kohteeksi useiden syiden vuoksi. Ensinnäkin molemmissa tapauksissa tutkimamme ilmiö esiintyi monipuolisesti, sillä tapaukset erosivat toisistaan perhekoonpanon, lasten iän sekä terapiaympäristön osalta. Toiseksi molemmat perheet olivat osallistuneet seurantana toteutettuun yhteistutkimushaastatteluun. Valituista tapauksista tuli myös löytyä potilaspalautelomakkeet analyysiin valittujen tapaamisten osalta sekä DAWBA-yhteenvedot hoidon alusta ja hoidon loputtua.

Tutkittavien identiteetin suojaamiseksi käytimme perheenjäsenistä pseudonyymejä. Ensimmäiseen tarkasteltuun perheeseen kuuluu kaksi lasta, isä ja äiti. Perheen vanhempi poika Elias oli vuonna 2016 perheterapian alkaessa 7-vuotias. Hänellä oli diagnosoitu uhmakkuushäiriö ja lisäksi oli pohdittu autismikirjon mahdollisuutta. Perheterapiaprosessi loppui 2017. Terapia toteutettiin lastenpsykiatrian poliklinikalla ja videoituja terapiaistuntoja on yhteensä 15. Perhettä hoiti työpari, josta vähintään toisella oli perheterapeuttipätevyyden antava koulutus. Tutkimukseen valikoimme istunnoista ensimmäisen, yhdeksännen, viimeisen ja seurantahaastattelun. Yhdeksäs video valikoitui tutkimukseen sen takia, että terapiaistunnossa mukana oli myös Eliaksen sisarus. Tämän ansiosta pystyimme tarkastelemaan myös sisarusten välistä vuorovaikutusta perheterapiaistunnon aikana. Jatkossa viittaamme Eliaksen perheeseen ”ensimmäisenä perheenä”.

Toiseen tarkasteltuun perheeseen kuuluu 12-vuotias poika Rasmus, sisarus ja vanhemmat. Rasmuksella oli diagnosoitu masennusoireinen käytöshäiriö sekä aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö. Terapiaprosessi alkoi syksyllä 2017 ja loppui saman vuoden joulukuussa. Terapiaan osallistui Rasmus, hänen äitinsä ja sisaruksensa, sekä työpari, josta vähintään toisella oli perheterapeuttipätevyyden antava koulutus. Perheterapia toteutettiin kotikäynteinä ja videoituja istuntoja on kolme, joista valitsimme tarkasteluun jokaisen. Istuntojen lisäksi valitsimme tutkimukseen myös seurantahaastattelun. Jatkossa viittaamme Rasmuksen perheeseen ”toisena perheenä”.

2.2. Tutkimuksen etiikka

Uhmakkuus- ja käytöshäiriödiagnoosin saaneiden lasten perhekeskeinen hoito ja systemaattinen potilaspalaute syrjäytymisen ehkäisyssä -hanke on arvioitu Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin tutkimuseettisen toimikunnan toimesta ja sille on annettu myönteinen päätös 17.3.2015. Tutkimushankkeeseen osallistuneet perheet ovat antaneet kirjallisen suostumuksen osallistumisestaan, ja keskeyttäminen on ollut mahdollista missä tahansa vaiheessa ilman, että se olisi vaikuttanut annettuun hoitoon. Tässä osatutkimuksessa aineistoa on käsitelty vain Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen Psykoterapian opetus- ja tutkimusklinikan tiloissa ja aineistoa on säilytetty kulkuluvan vaativassa tilassa lukitussa kaapissa.

2.3. Menetelmän esittely

Valitsimme aineiston analyysimenetelmäksi diskurssianalyysin. Yleisen määritelmän mukaan diskurssianalyysi ei ole selkeärajanen tutkimusmenetelmä, vaan pikemminkin lähestymistapa tai orientaatio, joka tutkii monipuolisesti kielen käyttöä ja toimintoja sosiaalisissa rakenteissa (Jokinen ym., 2016; Wahlström, 1992). Diskurssianalyysissä tarkastellaan diskursseja, jotka voidaan yksinkertaisesti määritellä ”sosiaalisen toiminnan ja kielenkäytön yhteenkietoutumiseksi” (Pälli & Lillqvist, 2020). Diskurssit ovat sosiokulttuuriseen kontekstiin liittyviä merkitysrakenteita, ja diskurssianalyysi onkin sosiaaliseen konstruktionismiin liittyvä lähestymistapa; kieli ja merkitykset rakentuvat sosiaalisesti ja käytetty kieli rakentaa todellisuutta (Georgaca & Avdi, 2012).

Diskurssianalyysisessä tarkastelussa olimme kiinnostuneita siitä vuorovaikutuksellisesta kontekstista, jossa kieltä rakennetaan, ja jota kieli edelleen rakentaa. Pertti Alasuutari (1999) käsittelee kirjassaan Erving Goffmanin käsitettä ”kehys”, joka voidaan liittää diskurssianalyyttiseen lähestymistapaan. Diskurssianalyysissä voidaan tarkastella sitä, miten tämä tilanteen kehys (tieto siitä, mitä tilanteessa tapahtuu ja miten toiminnot määritellään) rakentaa tilannetta itsessään (Alasuutari, 1999). Terapeuttisessa kontekstissa voidaan tarkastella sitä, mitä terapeuttien läsnäolo ja terapeuttinen ympäristö tuovat tilanteeseen. Juuri tämä perheterapiassa mahdollisesti tapahtuva muutos terapeuttisessa kontekstissa nousi kiinnostuksen kohteeksemme. Perheterapiassa ilmenevässä psykoterapeuttisessa keskustelussa tarkastellaan toiminnoille ja tapahtumille annettuja ja annettavia merkityksiä (Wahlström, 1992). Keskustelun kautta siihen osallistuva yksilö pystyy huomaamaan

sen, miten sijoittuu kertomissaan ja toisten kertomissa tarinoissa. Tämä vaikuttaa yksilön itsetietoisuuteen, toimijuuteen ja elämäkertaan (Wahlström, 1992). Diskurssianalyysin avulla pyrimme tarkastelemaan, muuttavatko terapeutin konteksti ja vuorovaikutuksessa mahdollisesti tapahtuvat muutokset tapahtumille annettuja merkityksiä ja yksilön asettumista kerrottuihin tarinoihin. Tekemämme analyysin luotettavuutta käsitellään pohdinta-luvussa.

Aineiston analyysin eteneminen kuvataan tarkemmin myöhemmässä alaluvussa, mutta etenimme analyysissa päinvastaisesti kuin yleisesti saattaa olla tapana: löysimme tuloksia ennen kuin olimme sitoutuneet tarkkaan analyysimenetelmään. Käytimme aineiston analyysin tukena Jarl Wahlströmin (1992) väitöskirjaa *Merkitysten muodostuminen ja muuttuminen perheterapeuttisessa keskustelussa*. Koska tutkimuskysymyksemme koski perheterapiassa tapahtuvia muutoksia, diskurssianalyysin kautta tarkasteltavat merkitysten muutokset tuntuivat luonnolliselta tavalta tarkastella aineistoa. Lopulliseksi analyysimenetelmäksi valikoitui näin Wahlströminkin väitöskirjassaan käyttämä diskurssianalyysi.

2.4. Potilaspalautelomakkeet

Määrällisenä mittarina terapeutin muutoksen arvioimisessa käytimme sekä aikuisten Outcome Rating Scale (ORS) ja lasten Child Outcome Rating Scale (CORS) -lomakkeiden että aikuisten Session Rating Scale (SRS) ja lasten Child Session Rating Scale (CSRS) -lomakkeiden summapistemääriä ja katkaisurajoja. Lomakkeet olivat visuo-analogisia. ORS- ja CORS-lomakkeet sisältävät neljä jana-asteikkoa välillä 0–10, jotka kuvaavat neljää hyvinvoinnin osa-aluetta (Miller & Duncan, 2004). Lomakkeen maksimipistemäärä on 40 pistettä. ORS-lomakkeen kliininen katkaisuraja on 25 pistettä ja CORS-lomakkeen 32 pistettä (Low ym., 2012; Miller & Duncan, 2004). Katkaisurajan alittavat pisteet kuvaavat yksilön suurempaa henkistä pahoinvointia ja rajan ylittävät taas suurempaa hyvinvointia (Miller & Duncan, 2004).

SRS- ja CSRS-lomakkeet sisältävät neljä jana-asteikkoa välillä 0–10, jotka kuvaavat neljää terapian kulkuun liittyvää osa-aluetta ja lomakkeiden maksimipistemäärä on 40 pistettä (Miller ym., 2002). Katkaisuraja lomakkeissa on 36 pistettä (Duncan & Reese, 2015; Low ym., 2012; Miller ym., 2002). Lomakkeet oli täytetty jokaisen terapiaistunnon alussa ja lopussa kaikkien läsnä olevien perheenjäsenten ja terapeutin toimesta. Niiden avulla saatiin esiin yksilön henkilökohtainen kokemus, joka ei välttämättä suoraan välity perheterapeuteille keskustelussa (Goldenberg & Goldenberg, 2013).

2.5. Analyysin eteneminen

Aineiston analyysi eteni aineistolähtöisesti. Videoituihin perheterapiaistuntoihin, täytettyihin potilaspalautelomakkeisiin, taustatietolomakkeisiin sekä potilaskertomuksiin tutustumisen jälkeen hahmottelimme aiheeseen liittyvää teoriapohjaa, jonka avulla ryhdyimme miettimään, mitä olisi olennaista keskittyä tutkimaan. Pyrimme valitsemaan alustavien tutkimuskysymysten pohjalta sellaiset potilastapaukset, joissa näkyisi tutkittavaa muutosta, sekä katsomaan, että videoituja istuntoja olisi tarpeeksi analyysin tekemiseksi. Rajasimme tarkastelun kohteeksi ne tapaukset, joista löytyi myös seurantahaastattelu, koska alustavan tutkimuskysymyksemme mukaisesti tarkastelimme perheterapiassa tapahtuvaa muutosta myös pidemmällä aikavälillä. Poistimme tarkastelusta myös tapaukset, joissa ei ollut DAWBA-yhteenvetoja tai potilaspalautelomakkeita aineiston kvantitatiivista analyysia varten.

Valitsimme tutkimukseen kaksi perhettä, joissa toisessa perheterapiaistunnot toteutettiin poliklinikalla ja toisessa perheen omassa kodissa. Halusimme analyysiin mukaan molemmissa konteksteissa tapahtuvia perheterapiaistuntoja kontekstin vaikutuksen vertailun mahdollistamiseksi. Rajasimme istunnot niihin, joissa ilmeni lapsen ja vanhempien tai sisarusten välistä kielteistä vuorovaikutusta. Tällöin tarkastelun ulkopuolelle rajautuivat myös ne videoidut istunnot, joissa potilaana oleva lapsi ei ollut mukana. Lopulliseen tarkasteluun valitsimme neljä videoitua tapaamista molemmista tapauksista niin, että videot antoivat kuvan perheterapiaprosessin alusta, keskeltä ja lopusta, sekä 18 kuukautta hoidon jälkeen seurantahaastattelussa perheen tilanteesta. Toisessa tapauksessa videoituja istuntoja oli vain neljä ja valitsimme tarkasteluun niistä jokaisen.

Aloitimme analyysin taulukoimalla istunnoista hetkiä, joissa ilmeni joko suoraan perheenjäsenten välistä kielteistä vuorovaikutusta tai joissa kerrottiin aiemmista konfliktitilanteista, ja joita usein myös muut läsnä olevat perheenjäsenet kommentoivat. Huomioimme myös sellaiset hetket, joissa kuvattiin vuorovaikutuksen muuttumista tai muutosta ja siihen tähtääviä pyrkimyksiä. Taulukko jaettiin kahteen sarakkeeseen, joissa toisessa esiintyivät litteroidut hetket terapiaistunnoista ja toisessa analysoijan huomioidut hetkestä. Kutsuimme tätä analyysin vaihetta ensimmäisen asteen koodaukseksi. Aloitimme myös kategorisoimaan valitsemiemme hetkien vuorovaikutuksen tyyliä sen kautta, minkälaista kielteistä vuorovaikutusta ilmaisevia luokkia ja minkälaisia muutosta edesauttavia luokkia niistä oli löydettävissä.

Analyysia jatkettiin laajentamalla tarkastelu koskemaan pelkän vuorovaikutuksen sävyn lisäksi myös sitä vuorovaikutuksellista kontekstia, jossa terapeutit pyrkivät tunnistamaan ja tuomaan esille perheen vuorovaikutuksessa ilmeneviä ongelmia tai niitä ylläpitäviä malleja, sekä muutoksen

mahdollisuuksia. Tämä tarkastelu toteutettiin myös taulukkomuotoisena, lisäämällä ensimmäisen asteen koodauksessa luotuun taulukkoon kolmas sarake, joka piti sisällään laajemman kontekstuaalisen analyysin tilanteesta esiintyvistä vuorovaikutuksesta niin perheen kuin terapeuttien välillä. Näin siirryimme toisen asteen koodaukseen. Käytimme toisen asteen koodauksessa tukena löytämiämme vuorovaikutuksen kategorioita, sillä havaitsimme otteissa myös kategorioiden mukaisia vuorovaikutustyyplejä, ja ryhdyimme erittelemään niitä tarkemmin. Tässä vaiheessa aineiston tarkasteluun tuli vahvemmin mukaan teorialähtöisyys, sillä vuorovaikutuksen kategorisoinnissa käytimme tukena myös Pattersonin mallissaan esittämiä pakottamiseen perustuvaan vuorovaikutuskehään liittyviä ilmiöitä.

Koodasimme ensin toisen potilastapauksen tallennemateriaalin litteraatiot ja sen jälkeen toisen. Löysimme yhtäläisyyksiä tapauksista ja kirjoitimme näitä huomioita ylös samalla, kun teimme toisen asteen koodausta. Yhtäläisyyksien huomioimisen lisäksi pyrimme tarkastelemaan toiseksi analysoimaamme tapausta mahdollisimman objektiivisesti niin, ettei ensimmäinen koodattu tapaus värittäisi liikaa havainnointiamme. Tältä ei luonnollisesti voinut täysin välttyä. Teimme ensimmäisen asteen koodauksen erikseen katsomatta molemmat samoja videoita, mutta toisen asteen koodauksen aikana katsoimme kaikki videot yhdessä ja keskustelimme havainnoistamme.

Toisen asteen koodauksen jälkeen tarkastelimme litteroituja tekstiotteita ilman raakadataa (videoituja istuntoja). Loimme kaksi diskurssia, joiden alle jaottelimme aineistossa esiintyviä ilmiöitä edelleen apunamme pakottamiseen perustuvan vuorovaikutuskehän malli. Tämän jälkeen pyrimme luokittelemaan litteroituja aineisto-otteita eri merkityksenantotapojen alle ja rajaamaan lopulliseen tarkasteluun päätyvät otteet mahdollisimman informatiivisiksi ja diskurssia parhaiten edustavimmiksi. Videoitujen terapiaistuntojen ja niistä tehtyjen litteraatioiden lisäksi hyödynsimme tutkimuksessa DAWBA-yhteenvetoja ja potilaspalautelomakkeita, koska halusimme tarkastella sekä lapsen oireiden muutosta että perheenjäsenten hyvinvoinnissa tapahtuvia muutoksia ja kokemuksia terapian kulusta hoitoprosessin aikana.

3. TULOKSET

3.1. Diskurssit

Tunnistimme aineistosta kaksi diskurssia, jotka nimesimme ongelmadiskurssiksi ja muutosmahdollisuuden tunnistavaksi diskurssiksi. Ongelmadiskurssilla tarkoitamme perheterapiaistunnoissa ilmenneessä keskustelussa annettuja merkityksiä tilanteille ja perheenjäsenille, jotka ylläpitävät tai pahentavat lapsen uhmakkuus- tai käytöshäiriöön liittyvää oireistoa. Muutosmahdollisuuden tunnistava diskurssi käsittää ongelmaan ja sen taustaan liittyvät muuttuneet tai muutoksen mahdollistavat merkityksenannot, jotka voitiin löytää vanhempien, terapeuttien tai lapsen puheesta. Niiden avulla perheen sisällä ilmenevä vuorovaikutus muuttui toimivammaksi ja oireilevan lapsen tarpeet paremmin huomioon ottavaksi.

Diskurssit tuottavat, ylläpitävät ja uusintavat tiettyjä merkitysrakenteita. Terapeuttinen konteksti pyrkii muokkaamaan puheessa ilmeneviä merkityksenantoja (esim. oirekuvaus) ja niistä välittyviä introspektiivisiä tulkintoja. Löysimme aineistosta viisi ongelmadiskurssia heijastavaa merkityksenantotapaa ja niissä ilmenevät muutokset (taulukko 1).

Ongelmadiskurssi	Muutosmahdollisuuden tunnistava diskurssi
Patologisointi ja syyllistäminen	Pyrkimys lapsen käyttäytymisen taustojen ymmärtämiseen
Kielteiseen käytökseen keskittyminen	Myönteisen käytöksen huomaaminen
Toimimaton kommunikaatio	Toimiva kommunikaatio
Vastustaminen	Hoitoon sitoutuminen ja osallistuminen
Turhautuminen ja väsymys vanhemmuudessa	Vanhemmuuden voimavarat
Epäluottamus	Luottamus

Taulukko 1. Ongelmadiskurssin ja muutosmahdollisuuden tunnistavan diskurssin ilmenemisen tavat perheterapiassa käydyssä keskustelussa.

Tulosten esittely etenee niin, että käsittelemme ensin ongelmadiskurssia mukailevan merkityksenantokäytännön tapauksittain ja tämän jälkeen siinä mahdollisesti ilmenevän muutoksen tai muutoksen mahdollistavan merkityksenantotavan. Esittelemme siis sitä, miten keskustelussa ilmenevät ongelmat muuttuivat perheterapiaprosessin aikana.

Tallenteiden litteroinnissa on käytetty seuraavia merkintätapoja:

[] yksittäisiä sanoja poistettu

[päällekkäispuhunnan alku

] päällekkäispuhunnan loppu

(()) litteroijan omia huomioita

(.) mikrotauko: 0.2 sekuntia tai vähemmän

(2.0) mikrotaukoa pidempi tauko: pituus on ilmoitettu sekunteina

3.1.1. Patologisointi ja syyllistäminen

Patologisoivalla merkityksenantokäytännöllä tarkoitamme vanhempien, lapsen ja terapeuttien tapaa määrittää lasta tahallaan uhmakkaaksi ja provosoivaksi. Tarkastelemissamme perheissä lapsen uhmakas toiminta nähtiin hänen tietoisena valintanaan, jonka tarkoitus oli tehdä perheen elämästä vaikeaa. Ongelmat liitettiin osaksi lapsen persoonallisuutta, eikä puhettavassa ollut tilaa muiden lapsen toimintaan vaikuttavien tekijöiden pohdinnalle. Syyllistämällä tarkoitetaan tässä yhteydessä sitä, että vanhemmat yrittivät aktivoida lapsessaan syyllisyyden tunteen teoistaan tai lapsi syytti itseään toiminnastaan. Muutosmahdollisuuden tunnistavana diskurssina voitiin nähdä se, että vanhemmat ja lapsi itse pyrkivät ymmärtämään lapsen toiminnan taustoja paremmin. He eivät nähneet lapsen toimintaa tahallisenä, vaan uhmakkuus- ja käytöshäiriöön kuuluvana, myös lapselle itselleen ongelmallisena käytöksenä.

Ensimmäisessä tapauksessa vanhemmat toivat terapiassa käydyissä keskusteluissa ilmi monia lapseen liittyviä patologisoivia ja syyllistäviä kuvauksia. He kuvasivat ensimmäisessä tapaamisessa sekä ennen perheterapiaprosessin alkua tehdyssä DAWBA-arvioinnissa yhdeksi ongelmaksi lapsen taipumuksen valehdella.

Ote 1, perhe 1, istunto 1, (24:50-25:00)

Ä: mutta kun eihän tuokaan tunnusta sitten niitä asioita

((tekstiä poistettu))

Ä: se pyrkii loppuun asti valehtelemaan kaikesta mistä ikinä vaan pystyy

Otteessa äiti luo puheessaan kuvaa siitä, että poika haluaa tarkoituksella ja tietoisesti valehdella kaikesta mahdollisesta. Samankaltainen kuvaus ilmeni myös vanhempien kertomuksessa siitä, kun lapsi pelaa lautapelejä.

Ote 2, perhe 1, istunto 9, (40:07-40:33)

I: Eliaksella Elias ku haluaa aina voittaa nii se sitten Niiloa tuota niin

Ä: ensinnäkin se [huijaa

I: huijaa]

Ä: ja sitte se hermostuu jos se ei ite voita

I: mm

T: onko se sama tilanne jos aikuiset on siinä mukana

Ä: on

T: joo

I: mm

Ä: paitsi siinä se ei tietysti pysty huijaamaan

I: mm mutta sehän tietysti harmittaa yli kaiken sitten

E: pystyn pystynpäs jos isi ei oo valmisteluissa tai äiti

Ä: no nii no sitte tiät vaikka missä Afrikan tähti on

Isä kertoo, että lapsi haluaa aina voittaa pelit, johon äiti jatkaa kuvaamalla, että voittaminen mahdollistuu huijaamalla. Isä jatkaa myöhemmin, että lasta harmittaa, jos huijaaminen ei vanhempien läsnä ollessa ole mahdollista. Lapsi myös omassa puheenvuorossaan vahvistaa itseensä liitettyä huijarin leimaa kertomalla, kuinka huijaaminen on mahdollista jo pelin alkuvalmisteluissa. Hän joiltain osin hyväksyy vanhempien kertomuksen itsestään valehtelijana ja huijarina, mutta puheenvuorosta voidaan havaita myös lapsen leikillistä suhtautumista pelaamiseen ja yhdessä olemisen sääntöihin. Lapsi ei siis kuitenkaan yksiselitteisesti hyväksy vanhempiensa häneen liittämää tarinaa.

Vanhempien kuvaukset lapsen käytöksestä eivät kuitenkaan aina olleet linjassa keskenään. Ensimmäisessä istunnossa vanhemmat kertoivat lapsen toiminnasta koulussa.

Ote 3, perhe 1, istunto 1, (23:38-23:56)

I: mitä nyt tuolla koulussa tietysti vähä vähä ollu näitä (.) pieniä sääntöjä unohtumisia ja tämmösiä

T1: mm joo

Ä: nii tietosta sääntöjen rikkomista

T1: joo

T2: jaaha

Ä: on se semmonen

Jo ennen hoitoa toteutetussa DAWBA-arvioinnissa vanhemmat raportoivat, että lapsi ei piittaa säännöistä. Isä kertoo otteessa, kuinka koulussa lapsi saattaa unohtaessaan rikkoa koulun sääntöjä. Isän mielestä tämä on kuitenkin pientä ja ei kovinkaan vakavaa. Äiti kuitenkin painottaa, että sääntöjen rikkominen on tietoista. Tilanteessa korostuu isän ja äidin näkemysten ristiriitaisuus. Äidin näkemyksen mukaan lapsen toiminnan taustalla on halu toimia uhmakkaasti ja vastustavasti. Isä

liittää sääntöjen rikkomisen tilannetekijöihin – lapsi kyllä haluaisi toimia sääntöjen mukaisesti, mutta unohtaa välillä niiden olemassaolon.

Patologisoivassa ja syyllistävässä merkityksenantokäytännössä muutos ilmeni siinä, että lapsi ja vanhemmat ymmärsivät paremmin lapsen käyttäytymisen taustoja. Keskusteluissa pyrittiin kasvavissa määrin pohtimaan lapsen näkökulmaa, ja lapsen toimintaa ei enää selitetty tahallisuudella. Tämä ei siis tarkoita sitä, että esimerkiksi lapsen valehtelu terapian ansiosta vähenisi, vaan vanhemmat oppivat suhtautumaan siihen uudella tavalla. Tämä ilmeni myös terapian jälkeen toteutetussa DAWBA-arvioinnissa, jossa vanhemmat edelleen raportoivat lapsen valehtelevan. He kuitenkin kuvasivat lapsen vahvuudeksi luotettavuuden ja vastuullisuuden. Seurantahaastattelussa käytiin keskustelu, jossa lapsi toi ilmi oman näkökulmansa käytöksensä taustoihin.

Ote 4, perhe 1, seurantahaastattelu, (45:00-45:54)

E: en mä ikinä sitä tee

((tekstiä poistettu))

E: pahallakaan

H: anteeks mitä sä sanoit (.) se meni nyt mulla ohi

E: no meni sitte ((naurahtaa))

Ä: mitä sanoit en minäkä kuullu

E: no en minä sitä pahallani tee

Ä: nii no etpä tietenkään

H: nii, nii, joo, joo

T1 & T2: mm

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

E: ehkä

H: joo (.) saitko sä silloin sanottua tätä minkä sä sanoit nyt että et sinä sitä pahallasi tee

E: en

H: joo sillan se jäi sanomatta (.) mutta nyt se on mahdollista sanoo joo

Lapsi kertoo, ettei tarkoita pahaa käyttäytymisellään. Äiti vahvistaa tätä näkökulmaa myötäilemällä. Haastattelijä kysyy lapselta tähän liittyen siitä, kokiko hän vanhempien ja terapeuttien mieltäneen hänen uhmakkaan käytöksensä tahallisena ja tarkoituksellisena. Lapsen epäröivä vastaus viittaa siihen, ettei hän ehkä täysin hyväksy ehdotettua ajatusta kokemuksestaan, mutta ei myöskään kiellä sitä. Keskustelun jatkuessa käy myös ilmi, ettei lapsi ollut saanut aikaisemmin kerrottua kokemuksistaan ääneen. Lapsen spontaani puheenvuoro heijastaa kuitenkin sitä, että hän on kokenut vanhempien ja terapeuttien nähneen hänen käyttäytymisensä tietoisena tapana vastustaa ja uhmata aikuisia. Lapsi ei ole kuitenkaan osannut tehdä toisin.

Toisessa tapauksessa korostui lapsen suhtautuminen itseensä kielteisesti ja patologisoivasti. Myös DAWBA-yhteenvedosta kävi ilmi, että lapsi koki mielialansa surulliseksi ja ärtyisäksi. Lisäksi

arvioinnista nousi esille itsensä tarpeettomaksi tunteminen, syyllisyyden tunteet ja kuoleman ajattelu. Pojan itsetunto värittyi matalana niin terapeutin kuin DAWBA-arvioinnin mukaan. Lapsen puheesta heijastuikin toisen tapaamisen aikana epätoivo omasta tilanteestaan ja näköalattomuus tulevaisuutta kohtaan. Äidin reaktiot pojan kertomaan kuvastavat äidin turhautumista pojan kielteisyyteen:

Ote 5, perhe 2, istunto 2, (01:04:24-01:08:27)

T1: minkähälainen reitti tolle Rasmukselle tulee se vois olla niinku

R: sillan alla loppu elämä

((äiti kohottaa kulmakarvojaan ja katsoo T2 merkitsevästi))

T1: heei höpönhöpön

((tekstiä poistettu))

R: en kyllä ikinä pysty alottamaan puhtaalta pöydältä kun näitä on ollu ennenkin

((äiti nyökkää turhautuneena))

Jo kolmannella tapaamiskerralla pojan puheessa näkyi kuitenkin uudenlainen suhtautuminen itsen. Vaikka poikaa harmittaa koulussa tapahtunut vastoinikäyminen, poika tarttuu terapeutin tarjoamaan ehdotukseen siitä, ettei tilanteeseen kannata takertua. Lapsi pystyy puheen tasolla liittymään terapeutin putki-metaforaan. Itsesyytökset ovat loppuneet ja epäonnistuminen nähdään luonnollisena asiana, josta voi toipua:

Ote 6, perhe 2, istunto 3, (24:02-24:13)

T1: [] Rasmus takertuu semmoseen jos tulee semmonen pieni nyt tämmönen kömmähdys niinkun joka on ihan ymmärrettävä et kyl se putki jatkuu siitä sitten ja

R: putkimies rakentaa uuen putken helposti

((naurua))

T1: juuri näin

Pojan mieliala parani terapian aikana ja tulevaisuus alkoi näyttää valoisammalta. DAWBA-arvioinnin mukaan poika ja äiti molemmat kuvasivat pojan mielialan parantuneen, mikä välittyi myös koti- ja akuuttihoidon työntekijöille sekä perhetyöntekijöille. Arvioinnin mukaan mielialan paranemiseen vaikutti mielialalääkityksen aloittaminen. Esimerkiksi kuolemaan liittyvät ajatukset loppuivat pian lääkkeen aloittamisen jälkeen. Terapeutin mukaan pojan itsetunto parani hoidon aikana. DAWBA-arvioinnin mukaan pojan itsetunto kuvautui hoidon loppupuolella hetkellisesti huonompana, mutta jatkohoidossa tultaisiin keskittymään juuri itsetunnon vahvistamiseen. Itsensä näkeminen muunakin kuin ongelmana oli voinut olla itsetuntoa parantava tekijä pojalle.

3.1.2. Kielteiseen käytökseen keskittyminen

Uhmakkuus- ja käytöshäiriödiagnoosin saaneen lapsen vanhempien toimintamallit lapsen vaikean käytöksen suhteen voivat olla toimimattomia ja pitää sisällään esimerkiksi rankaisemista. Molemmissa potilastapauksissa ilmeni vanhempien ongelmallisia tapoja reagoida lapsen oireilusta johtuvaan käytökseen. Muutoksena näkyi uudenlainen suhtautuminen lapsen käytökseen ja kielteisten puolien sijaan myönteiseen toimintaan keskittyminen esimerkiksi palkkioiden ja kehumisen kautta.

Toisessa tapauksessa vanhemmat olivat käyttäneet kasvatuksessa paljon rangaistuksia, esimerkiksi kotiaarestia. Ensimmäisellä tapaamisella terapeutin johdolla pohditaan, voisiko rangaistuksen sijasta poikaa motivoida palkkioin. Äiti on myöntäväinen terapeutin ehdotukseen, ja ilmaisee näin jo ensimmäisellä tapaamisella olevansa valmis muuttamaan suhtautumistaan pojan käytökseen. Valmius muutokseen oli jo ollut vanhempien mielessä, sillä vanhemmat olivat pohtineet aiemmin, miten tilannetta saisi muutettua ja keskityttyä rangaistuksien sijaan johonkin muuhun.

Ote 7, perhe 2, istunto 1, (19:54-20:41)

T1: tota mietin [] sillä lailla että ihan selkeestihän semmosesta ku öö tekee semmosia niinkun vaikka nyt toi tupakin poltosta ja niin

Ä: mm

T1: että siinä on niinkun rangaistus tulee asiasta

Ä: mm

T1: ja siitä niinku pidetään

Ä: mm

T1: kiinni

Ä: kyllä

T1: mut tota sitä mietin [] sitä että saisko siihen jotenkin [] mikä vois olla semmonen [] vähän niinkun siltä palkkiopuolelta et mikä vois olla semmonen kannu-

Ä: niin

T1: sekä niinkun semmonen juttu ja miten sitä vois niinkun

Ä: kyllä ja sitä me niinkun mietittiin Mikon kanssa kun tuntuu että et me koko ajan vaan niinkun rangaistusta ja rangaistusta ja rangaistusta

T2: mm

Ä: et mitenkä mut mitenkä tämmöseen tilanteeseen saa sitten tavallaan

T1: mm

Ä: sen porkkanan

T1: niin (.) sitä vois voitaa tässä hetki vaikka vähän mieltäkin yhdessä sitten niinkun sitä että mikä

Ä: niin

Äiti kertoi tapaamisissa, että kehuminen ja positiivisen palautteen antaminen oli hänelle vaikeaa. Hän vertasi itseään lasten isään, jolle kehuminen oli helpompaa. Toinen vanhemmista pyrki siis jo

vahvistamaan pojan myönteistä toimintaa. Äiti asetti itsensä osaksi ongelmaa ymmärtäessään, että hän keskittyi vain pojan kielteiseen käytökseen. Toisaalta hän kertoi pyrkivänsä muistuttamaan itseään siitä, että poikaa tulisi kehua juuri pienistä arjen asioista, koska hän ymmärsi, että poika ei pystynyt toiminnassaan samaan kuin muut perheenjäsenet.

Myöhemmin, kolmannen tapaamisen aikana ilmeni, että palkitseminen oli otettu käyttöön ja tämä oli sitouttanut Rasmusta toimimaan uudella tavalla. Tupakointi oli ollut osa Rasmuksen ongelmakäyttäytymistä ja tapaamisessa poika kertoo lopettaneensa sen terapeutin ottaessa asian esille. Hänen mukaansa tupakanpolto on osa ”hölmöilyä”, jotakin aiempaa aikakautta hänen toiminnassaan:

Ote 8, perhe 2, istunto 3, (24:51-26:02)

T1: no sitten täytyy sitä kysyä sitten tässä mites sen tupakin polton kanssa onks siinä nyt minkälaisia asioita

R: no se kuuluu siihen hölmöilyyn enkä nytten (.) no se onkse 23 päivä kun tulee täyteen

Ä: niin mä en muista mitenkä te Mikon kanssa sovitte sillon

((tekstiä poistettu))

R: se oli kaks viikkoo

((tekstiä poistettu))

R: niin, niin en oo yhtään polttanu sinä aikana

T1: hieno homma

((tekstiä poistettu))

T1: sä oot hienosti tuossa asiassa sitten ryhdistäytyny

T3: oot hienosti kyllä

T2: onko ollu hankala olla röökaamatta

R: ei oo

T2: eikö oo

R: ei oo ollu

T2: ei oo tullu yhtään semmosta läheltä piti tilannetta

R: ei oo tullu yhtään sellasta on niinku ihan uskomattoman niinkun motiivi

T1: noniin

T2: joo mikä se on se motiivi

R: no se on justiin se palkinto ja tälläin ja en mä mä en halua enää koskea tupakkaan

T1: hyvä ja siihen on sitten varmaan nyt kun se täytyy tuo niin [] oisko sit hyvä suunnitella siihen joku semmonen seuraava etappi

Toinen terapeuteista pyrkii jopa haastamaan Rasmuksen kertomusta siitä, että tupakoimatta oleminen ei ole ollut vaikeaa. Haastamisen kautta nousee esille Rasmuksen motivaatio tupakoimattomuutta kohtaan. Hänen mukaansa suurin motivaatiotekijä tupakoinnin lopettamisessa on ollut palkinto. Terapeutti vahvistaa palkitsemisen jatkamisen kannattavuutta esittäessään, että jokin seuraava palkinto olisi paikallaan, jotta Rasmuksen motivaatio pysyisi yllä. Terapeutti ja Rasmus pohtivat kuitenkin suurimman palkinnon tupakoimattomuudesta olevan Rasmuksen saama positiivinen palaute:

Ote 9, perhe 2, istunto 3, (26:29-26:45)

T2: mut tuntuuks se yhtään siltä nyttien varmasti on ollu ehkä uskon näin et semmonen positiivisen palautteen määrä on lisääntyny

R: mm ((nyökkää))

T2: tuntuuks se yhtään semmoselle hienolle jutulle ku sä saat

R: kyllä

T2: niin kun se on varmaan se kaikkein suurin palkinto siitä

R: niin on

3.1.3. Kommunikaation toimimattomuus

Perheterapiassa pyritään parantamaan perheenjäsenten välistä vuorovaikutusta, joten vuorovaikutukselle ja sen toimivuudelle annetut kielteiset merkitykset voidaan nähdä ongelmadiskurssin ilmentäjänä. Toimimaton kommunikaatio loi ja ylläpiti ongelmia perhesysteemin vuorovaikutuksessa. Muutosmahdollisuuden tunnistavaa diskurssia heijasteli merkityksenantotapa, jossa ilmeni kommunikaation muuttuminen toimivammaksi perheenjäsenten välillä.

Ensimmäisessä tapauksessa terapiakeskusteluissa ilmeni, kuinka vanhempien ja lapsen välillä ei pystytty käymään keskustelua lapsen vastustamisen takia.

Ote 10, perhe 1, istunto 1, (46:27-47:15)

Ä: [] hän sanoutuu irti niistä totaalisesti ja ei se halua kuunnella puhua eikä keskustella mittään

((tekstiä poistettu))

T2: se rupee sitten vähän hermostuttamaan kun mennään [niihin asioihin

Ä: niin ei se] halua [] niistä jutella ja sitten kun ois niinku vähän niinku pakko niin sitten rupee kyrsimään ja sitten ruvetaan huutamaan ja käyttäytymään mitenkä sattuu ja ja monesti sitten tulee sitä väkivaltaista käyttäytymistä siinä ohessa

((tekstiä poistettu))

I: sitten on sitä itkua ja potkua ja

T2: niin et monenlaista sitten tulee siihen mukaan

Otteessa äiti kuvaa sitä, kuinka lapsi ei ristiriitatilanteissa halua keskustella tai kuunnella. Terapeutti kuvaa omaa käsitystään tapahtumakulusta kuvaamalla lapsen hermostumista vaikeista aiheista keskusteltaessa. Äiti myöntää tämän ja kertoo, kuinka yrittää pakottaen saada lasta keskusteluun mukaan, josta lapsi hänen mukaansa ärsyyntyy. Tätä seuraa lapsen huutaminen ja väkivaltainen käyttäytyminen, jota myös isä kuvaa puheenvuorossaan samalla yhtyen äidin käsitykseen ristiriitatilanteissa toimimisesta.

Samankaltaista vuorovaikutuksen tapaa vanhemmat kuvasivat jo ennen perheterapian alkua DAWBA-arvioinnissa. Yhteenvedosta ilmeni, kuinka lapsi ei suostunut keskustelemaan vanhempiensa kanssa. Merkittävää tästä kertomuksesta teki se, että vanhemmat kertoivat keskustelun toimivan yhtenä kasvatuksellisena keinona konfliktitilanteissa ja kokivat keinottomuutta, kun lapsi ei osallistunut asioiden selvittelyyn keskustelun kautta. He kuitenkin samassa arvioinnissa kuvasivat myös sitä, kuinka lapsen sosiaaliset kyvyt olivat riittämättömät. Lapsi ei pyrkinyt keskusteluyhteyteen ja yhdeksännessä istunnossa äiti kertoikin, että poika ei oma-aloitteisesti kerro kokemuksistaan vanhemmilleen, tai ne ovat lyhytsanaisia ja pintapuolisia.

Ongelmaa ylläpiti siis se, että vanhempien tyypillisen vuorovaikutustyylin ja lapselle mielekkään vuorovaikutustyylin välillä oli ristiriita. Seurantahaastattelussa äidin puheenvuorosta kuvastuu, kuinka hän on ymmärtänyt lapsen sosiaalisten taitojen pulmien vaikuttavan siihen, miten tämä toimi keskusteluissa, erityisesti, jos ne keskittyvät lapselle vaikeisiin aiheisiin:

Ote 11, perhe 1, seurantahaastattelu, (21:40-22:17)

H: niin miten [] sä aattelet että oliko ne tylsiä niinku ylipäättään vai oliko ne [] tylsiä sen vuoksi että näissä vääjäämättä puhutaan asioista [] joista ei ehkä oo tottunu puhumaan ääneen tai ne on niin vaikeita [että

Ä: no se]

H: niistä puhuminen on vaikeaa [tai

Ä: no sekä] että että siellä käsitellään asioita joista hän ei halua puhua useimmiten ne ei oo kovin positiivisia asioita

H: joo

Ä: sitku lähetään ehtimään niitä ratkasuja tietyllä tavalla tai keskustelemaan niistä ja sitte ku [] sosiaaliset taidot on aika heikot niin se tietysti tuo omat haasteensa taas tähän

Äidin puheesta ei suoraan ilmene, että lapsen ja vanhempien välinen kommunikaatio olisi parantunut. Äiti kuitenkin ymmärtää, että lapsen sosiaaliset pulmat toivat haasteita lapsen osallistumiseen ja keskustelemiseen terapiassa.

Toisessa tapauksessa äidin ja pojan välistä vuorovaikutusta käsiteltiin seurantahaastattelussa. Haastattelijä ottaa esiin äidin ja pojan suhteen ennen terapiaprosessia ja sen aikana:

Ote 12, perhe 2, seurantahaastattelu, (46:01-46:49)

H: tarkottaako tuo että et esimerkiksi niin sinä olit jotenki etääntyny näiden vaikeuksien vuoksi lapsestasi vai

Ä: [] varmaan joo ja just ku näitä silloin hävis sitten ihan niinä huonompina aikoina kokonaan se kommunikaatioyhteys että vaikka minä miten puhua papatin ei tuu minkäänäköstä vastakaikua minä ehkä menin vähän kireeks saatoin sitten no no korottaa ääntä tai puhua kireemmällä äänensävyllä ja mikä taas sitten varmasti vei Rasmusta vielä enemmän eteenpäin sitten sinne synkkyyteenkin ja sit ku sitä vastakaikua ei tullu siihen keskusteluun niin ehkä vähän niinku lopetinkin sitten no et annanpa olla sitten niinku tavallaan sen meidän vuorovaikutuksen

että sitten annoin niinku olla siellä ja siellä omassa synkkydessään ja sitten vaan aina pohti että mitähän sille vois nyt tehdä että paranis tuo

Äidin vastauksen mukaan kommunikaatioyhteys hänen ja Rasmusen välillä katosi kokonaan vaikeimpina aikoina. Äidin kertomuksessa kuvastuu pakottamiseen perustuva vuorovaikutuksen kehä. Kun äiti ei saanut reaktiota pojalta, hänen suhtautumisensa poikaan muuttui, mikä edelleen johti pojan sulkeutumiseen. Äiti kuvaa viimeisessä lauseessaan pohtineensa, mitä hänen pitäisi tehdä vuorovaikutuksen paranemiseksi. Äiti siis halusi vuorovaikutuksen muuttuvan, mutta ei tiennyt, mitä tehdä muutoksen mahdollistamiseksi.

Siirtymä ongelmadiskurssista muutosmahdollisuuden tunnistavaan diskurssiin tapahtui kommunikaation lisääntyessä ja rakentuessa uudella tavalla. Äidin mukaan perheessä oli jouduttu opettelemaan kommunikaatiota ja keskustelemista puolin ja toisin. Äiti ja Rasmus kertovat seurantahaastattelussa, että muutosta tapahtui pojan asenteessa ja osallistumisessa perheen yhteiseen toimintaan. Terapeutti esittää perheen vuorovaikutussysteemin muuttuneen terapian seurauksena. Tämä ei tapahtunut vain siksi, että Rasmus olisi muuttunut, vaan koska koko perheen tapa olla vuorovaikutuksessa muuttui. Muutos tapahtui koko perhesysteemissä, vaikka se olisikin alkanut yhdestä systeemin osasta, ja laajeni näin koskemaan koko systeemiä.

Ote 13, perhe 2, seurantahaastattelu, (01:10:26-01:11:00)

T: [] Rasmus sanoit että sä muutuit ensin mutta [] aina on että myös kaikkien pitää muuttua ja sitten [] siitä lähti [] semmonen niinkun positiivinen niinkun kehitys ja se

Ä: mm

T: ja se on juuri semmosen negatiivisen vuorovaikutuksen ehkä muuttuminen semmoseen positiivisempaan [] että yksin ei voi vaan muuttua mutta [] jostakinhan joku juttu aina alkaa ja sitten se

Ä: mm

T: niinku tavallaan sitten lähtee tukemaan sitä semmosta (2.0) hyvinvointia

Seurantahaastattelussa äiti kertoi yllättyneensä siitä, että pelkkä keskustelu auttoi poikaa niin paljon. Hän kertoi miettineensä, mitä olisi itse voinut tehdä toisin auttaakseen poikaa. Äiti kuitenkin ymmärsi, että hänen suhteensa poikaan eroaa terapeutisesta suhteesta. Hän kuvasi olevansa niin lähellä lastaan, ettei pystynyt ymmärtämään tilannetta ammattiauttajan tavoin. Perheterapiassa perhe tarkastelee tilannettaan yhdessä ulkopuolisen henkilön kanssa ja tämä ulkopuolinen henkilö, terapeutti, mahdollistaa perheenjäsenten näkökulmien muutoksen. Tällainen näkökulman muutos näkyi äidin kertomuksessa. Äiti jatkaakin kertomalla kokeneensa, että ei pystynyt auttamaan poikaansa, kuitenkaan syyllistämättä itseään asiasta:

Ote 14, perhe 2, seurantahaastattelu, (01:08:31-01:08:51)

Ä: että (2.0) ei kait se nyt paha asia oo jos minä joudun apua hakemaan myönnän itelleni että en pystyny lastani auttamaan

R: no mut sinä autoit minut pois sieltä sy-synkkydestä

Ä: niin ((naurahtaa)) no siis mutta minä sain siihen apua

R: mm

Ä: että niinku ei se

R: en minä enää niin syvälle ikinä [voi vajota että

Ä: ei]

Äidin puheenvuoron jälkeen poika sanoo, että juuri äidin apu sai hänet pois synkkydestä. Poika näkee siis äidin mahdollistaneen muutoksen terapian rinnalla. Toisaalta äiti oli ohjannut pojan terapiaan ja hän huomauttaakin saaneensa apua vaikeaan tilanteeseen. Niin DAWBA-arvioinnissa kuin tapaamisissa äiti ilmaisi, että pojan mielialaoireet olivat hänelle yksi suurimmista huolenaiheista, ja näin yksi tärkeimmistä syistä avun hakemiseen. Oteessa kuvastuu pojan ja äidin vuorovaikutussuhteen merkitys pojan hyvinvoinnille. Kaikista kommunikaation haasteista huolimatta poika näkee äidin tuen olleen merkityksellistä sen kannalta, että hänen mielialansa parani.

3.1.4. Vastustaminen

Asiakkaat saattavat vastustaa terapiaprosessin aikana tapahtuvia muutoksia. Hoitoon sitoutuminen ja osallistuminen voivat kuitenkin edesauttaa hoidon onnistumista. Ongelmadiskurssia ilmensi perheen vastustava asenne hoitoa kohtaan ja muutosmahdollisuuden tunnistava diskurssi ilmeni perheen osallistumisena hoitoon ja vastaanottavaisuutena hoitoprosessia kohtaan.

Ensimmäisessä tapauksessa lapsen osallistuminen perheterapiaistunnoissa yhteiseen keskusteluun oli läpi prosessin vähäistä. Lapsi vastasi usein kysymyksiin kuvaamalla niiden olevan tylsiä ja vastusti sekä itse terapiaistunnoille tulemistä että niiden aikana osallistumista. Terapian jälkeen toteutetussa DAWBA-arvioinnissa vanhemmat kuvasivat lapsen myös ahdistuvan häneen kohdistetusta huomiosta, sekä pelkäävän ja vastustavan uusia tilanteita. Seurantahaastattelussa äiti kuvaa lapsen terapiaan liittyvää käyttäytymistä:

Ote 15, perhe 1, seurantahaastattelu, (27:35-28:30)

Ä: [] kyllähän se niinku jossain määrin varmasti itekki ymmärsi sen että tässä niinku haetaan niitä apukeinoja ja hyötyjä et eihän se nyt enää muistaakseni sillon loppuajasta niin kauheeta ollut tämä tuleminen ja niin edelleen

H: miten se näkyi tai kuului siinä Eliaksen puheessa se että et se ikään kuin taittui se voimakkain vastustus

Ä: no se ei niinku koko aamua ja iltaa ollut että en haluu lähteä en lähe en mene siellä on ihan tylsää tyhmää en todellakaan haluu sinne

H: mm

Ä: et se niinku loppu

H: joo

Ä: ja sitte se vastustus väheni niin sanotusti ihan tää tämmönen verbaalinen

H: joo joo

Ä: ja sitte tietysti se että niinku puhuttiin jopa sitten teillekin [] vähän eri tavalla et se ei ollu vaan sitä ihan tylsää ihan tyhmää en tiedä en halua tietää en sano mitään

Äiti kertoo, että terapiaprosessin alussa poika vastusti terapiaan lähtöä. Hän ei myöskään halunnut keskustella terapeuttien kanssa, vaan puhui heille äidin mukaan kielteiseen sävyyn. Lapsi koki kaiken terapiaan liittyvän tylsänä ja tyhmänä. Äiti kuitenkin kuvaa, kuinka lapsen vastustaminen terapiaa ja terapeutteja kohtaan väheni terapiaprosessin aikana. Hän kertoo ajattelevansa, että lapsi alkoi ymmärtämään sitä, että terapialla haetaan apukeinoja ja hänen elämäänsä edesauttavia hyötyjä. Vastustavan lapsen huomattiin muuttuneen osallistuvammaksi ja häntä kiitettiin siitä. Tätä kuvaavat myös terapeutit seurantahaastattelussa pohtiessaan sitä, tapahtuiko perheessä muutosta perheterapiaprosessin aikana:

Ote 16, perhe 1, seurantahaastattelu, (07:13-07:44)

T1: mutta muistelen että siinä vaiheessa jotenkin niinkun Elias ainakin alussa oli et me [] oltiin uteliaita ja hän ei tykänny

T2: niin kyllä

T1: kun hänen asioista puhuttiin (.) jotenkin ite aattelen et siinä kyllä tapahtu semmonen selkee kaari ja Elias alko enemmän kertomaan itsekin

T2: kyllä niin oli

T1: omista kuulumisista

T2: niitä tuli niitä hetkiä enemmän

T1: kyllä

T2: että Elias olikin sitten enemmän mejän kanssa ja ehkä juttelikin asioista ja jotakin aina välillä niinkun kertokin itsestään et asettu myös pohtimaan

T1: kyllä

Toisessa tapauksessa tärkeä tekijä hoidon onnistumiselle oli perheen motivaatio hoitoon. Äidin kertomuksessa ei missään terapiaprosessin vaiheessa välittynyt hoidon vastustaminen. Rasmusen vastustaminen ilmeni hänen vetäytymisensä ja vähäisenä osallistumisena terapiaan hoitoprosessin alussa.

Kolmannella tapaamiskerralla Rasmus osallistui käytyyn keskusteluun aiempia tapaamisia aktiivisemmin. Seurantahaastattelussa terapeutti kertoi, että perhe oli sitoutunut hoitoon, mikä oli terapeutin mukaan yksi tekijä hoidon onnistumisen näkökulmasta. Terapeutin mukaan nopea muutos

mahdollistui juuri sitoutuneisuuden ja hoidon intensiivisyyden takia. Äiti itse kuvaa sitoutuneisuuttaan niin vahvaksi, että olisi tullut hoidon perässä minne tahansa:

Ote 17, perhe 2, seuranta-haastattelu, (35:01-35:11)

Ä: niin ja toki siis tietysti en niinkun että jos se ois tapahtunu täällä ((poliklinikalla)) niin kyllähän minä oisin tullu

H: joo joo

Ä: sen avun perässä ihan vaikka minne mutta että sillä tavalla niinkun et se tapahtu siellä kotona niin kyllähän se oli

H: joo

Ä: niinkun helpompi

3.1.5. Väsymys ja turhautuminen vanhemmuudessa

Vanhempien epäonnistumisen kokemukset lastensa kanssa toimimisesta rakensivat ja ylläpitivät ongelmadiskurssia. Vanhemmuuteen liittyi väsymystä, turhautumista, epätoivoa, huolta ja keinottomuutta. Muutosmahdollisuuden tunnistava diskurssi ilmeni, kun vanhempien puheessa välittyi kokemus omien voimavarojen tunnistamisesta, onnistumisista ja uudenlaisista kasvatukseenkeinoista.

Toisessa tapauksessa poika käyttäytyi aggressiivisesti äitiään kohtaan ja haukkui äitiään. Seuraavassa otteesta kuvastuu äidin epätoivo ja turhautuminen tilanteeseen:

Ote 18, perhe 2, istunto 2, (31:39-32:06)

Ä: ((tekstiä poistettu)) nii nyt sitte taas niinku sanotaanko viimeinen viikko on ollu siis ihan tosi semmosta niinkun ((huokaus)) emmätiä se oli tiistaina tosiaan ihan siis kun sehän heitti mua tyynyllä päin näköö että mene vittuun siitä ja oot ihan tosi paska mutsi ja ((epäselvää)) niin näköjään oon et kun kasvatan valehtelevan lapsen että tosi epäonnistunu äitinä oon

Äiti kuvailee lastaan ”valehtelevaksi”, mutta siirtää syyn siitä itselleen; hän on omien sanojensa mukaan kasvattanut valehtelevan lapsen, eikä vain kuvaa Rasmusta valehtelijana. Äidin sarkastisesti väritynyt kommentti siitä, kuinka hän on epäonnistunut äitinä kasvattaessaan valehtelevan lapsen, tuo ilmi äidin syytöksen itseään kohtaan.

Toisella tapaamiskerralla kävi ilmi, että myös vanhempien kasvatustyyliet erosivat toisistaan, mikä aiheutti ristiriitoja äidin ja isän välille. Otteesta äiti kertoo joutuvansa asettamaan rangaistukset ja rajat:

Ote 19, perhe 2, istunto 2, (30:25-30:34)

Ä: nii on vähän käyny semmonen lin-linjaus että minä oon se paska mutsi ja minä asetan ne rajat että Mikko sitten vaan pitää ne puhuttelut ja loput ((epäselvää))

Hoidon aikana äidin puheessa toistui kuvaus siitä, että hän kokee olevansa huono vanhempi. Hän liitti useasti pojan huonon käytöksen omaan toimintaansa ja syytti itseään siitä, ettei ollut pystynyt kasvattamaan lastaan toisin. Äiti koki yksinäisyyttä vanhempana joutuessaan ottamaan kasvatuksessa erilaisen roolin kuin isä, ja pojan aggression purkautuminen äitiin lisäsi hänen kokemaansa epäonnistumista vanhempana.

Jo kolmannella tapaamiskerralla äiti kertoo, että muutosta kasvatustyylien yhdentymisessä on tapahtunut. Rankaisemisesta on siirrytty palkitsemiseen ja isä osallistuu enemmän pojan kasvatukseen:

Ote 20, perhe 2, istunto 3, (37:45-38:05)

T2: no mites äidillä ja Mikolla on nyt tämä yhteinen linjan löytyminen näissä kasvatuksellisissa asioissa onnistunu

Ä: no on tosi hyvin Mikko on tosi paljon nyt kyllä niinkun tsempannu et se on tosiaan Rasmusen kanssa tehny noita yhteisiä sopimuksia ja

((R nyökyttelee))

((tekstiä poistettu))

R: elokuvissa ja syömässä käytiin eilen

T1: hienoa tosi hienoa

Ä: niin kävivät [] Mikko ja pojat kävi

Terapiaprosessin aikana isän ja Rasmusen yhteinen aika lisääntyi. Äidin kertoman mukaan Rasmus oli suhtautunut isään vaihtelevasti vuosien varrella. Hoidon aikana Rasmusen ja isän suhde parantui. Isä sai vanhempana sijaa pojan elämässä, mikä helpotti myös äidin ja isän kasvatuksellista yhteistyötä.

Pojan uhmakas käyttäytyminen aiheutti vanhemmille kasvatuksellisia haasteita. Poika karkaili kotoa, tupakoi ja lähti koulusta luvatta. Äidin keinottomuus lapsen uhman edessä kuvastuu seuraavassa otteessa:

Ote 21, perhe 2, istunto 1, (15:49-16:44)

Ä: ((tekstiä poistettu)) sitte loppuviimein mä sanoin että jos et sä kohta kerro missä sä oot nii mun on pakko soittaa poliisille

T2: mm

Ä: että tämmönen peli ei niinku vetele et sä niinkun karkaat

T2: joo

Ä: hän ei sitten reagoinu siihenkään ja minä sit yritin soittaa ei vastaa ((tekstiä poistettu)) no sitte minä [] jouduin niinku uhkailemaan [] et se on semmonen homma että [] minä en näköjään niinku pysty takaamaan sinun turvallisuutta kotona että kun sinä karkaat etkä piä

niinku sopimuksista kiinni että minusta ei selvästikkää oo [] pitämään huolta ja [] turvaamaan sinun olemista ja elämistä nii et minun pitää varmaan soittaa Saaralle ja pyytää uudelleen sijoituspäätöstä sinulle

T2: mm

Ä: nii siinä vaiheessa sitten soitti että älä älä pliiis tee sitä et hän kertoo missä hän on että tuutko hakemaan

Äiti itse nimeää vaikeassa vuorovaikutustilanteessa käyttämänsä puhutavan uhkailuksi, ja ilmaisee näin myös omien rajojensa tulleen vastaan. Huoli pojasta toimii äidille perusteluna sille, miksi hänen tulisi turvautua lastensuojelun toimijoihin. Kertomuksesta välittyikin äidin suuri huoli siitä, että hän ei kykene vanhempana pitämään huolta pojastaan.

Seurantahaastattelussa äiti kuvaa sitä, kuinka pojan mielialan paraneminen vähensi hänen huoltaan pojan hyvinvoinnista:

Ote 22, perhe 2, seurantahaastattelu, (59:31-59:45)

Ä: että tietysti kun hän oli positiivisempi ja ite ei tarvinnu yötä myöten huolehtia ja surkutella ja voitotella et pysty itekin lepäämään niinku rentoutumaan eri tavalla (.) niin kyllä meillä varmaan aika lailla samaan tahtiin sitten niinku meni sinne positiivisemmän puolelle

Rasmuksen mielialan paraneminen vaikutti myös hänen käytökseensä. Pojan toiminta muuttui hoidon aikana vastuullisemmaksi ja hän alkoi toimia vanhempien asettamien sääntöjen mukaisesti. Myös DAWBA-arvioinnissa äiti kuvasi, että hoidon aikana pojan mieliala kohosi ja hän alkoi noudattaa kotiintuloaikoja, paransi koulunkäyntiään ja säilytti kaverisuhteensa ikätasoisena. Äidin voimavarat lisääntyivät, kun hän huolehtimisen sijaan pystyi rentoutumaan. Äidin ja isän tasa-arvoisuus vanhemmuudessa ja perheen lisääntyneet voimavarat muokkasivat perheen hierarkiaa ja loivat uudenlaisia tapoja toimia ristiriitatilanteissa.

3.1.6. Epäluottamus

Epäluottamus ongelmadiskurssia ilmentävänä merkityksenannon tapana heijastui perheenjäsenten puheessa joko vanhemman ilmaistuna epäluottamuksena lasta kohtaan tai lapsen epäluottamuksena aikuisia kohtaan. Muutosmahdollisuuden tunnistavaa diskurssia rakensi ilmaistu luottamuksen lisääntyminen lapsen ja aikuisen välillä.

Ensimmäisessä tapauksessa äiti kuvaa seurantahaastattelussa sitä, miten lapsen oli vaikea luottaa perheen ulkopuolisiin aikuisiin ja luottamuksen rakentaminen kesti pitkään:

Ote 23, perhe 1, seuranta-haastattelu, (34:37-35:45)

H: no mitä te aattelette tällä hetkellä [] sen hoidon pidempiaikaisesta hyödystä tai hyödyttömyydestä

((tekstiä poistettu))

Ä: [] no ainakin niinku se että no niitähän on varmasti montaki mutta se että on taas tullut luottamusta niinku johonkin ulkopuolisiin henkilöihin koska hänhän on hirmu epäluuloinen kaikkia kohtaan

H: mm

Ä: ja sen luottamuksen rakentaminen kestää ihan hirveen pitkään ja se että on niinkun tullut sekin äly et voi olla muitakin aikuisia ketkä voi olla varsin luotettavia

Äiti kertoo, että yksi hoidon pidempiaikaisempia hyötyjä oli juuri se, että poika oppi luottamaan enemmän aikuisiin, esimerkiksi hoitaviin työntekijöihin. Tätä kuvasi myös toinen työntekijöistä samassa haastattelussa kertomalla luottamuksen vahvistuneen puolin ja toisin pojan kanssa yhteisen työskentelyn aikana. Terapia oli auttanut lasta luottamaan ja suhtautumaan uudella tavalla muihin ihmisiin.

Toisessa tapauksessa äidin ja pojan suhteesta välittyi terapian alussa epäluottamus. Pojan ongelmakäyttäytyminen (esimerkiksi karkailu ja päihteiden käyttäminen) sai äidin näkemään pojan epäluotettavana. Äiti ei uskonut pojan puheisiin tai luottanut poikaan. Etenkin pojan tupakointi ja sen salailu herätti äidissä epäluottamusta.

Ote 24, perhe 2, istunto 1, (23:08-23:45)

Ä: ja nyt mitä oon sitten taas niinku takkia haistellu esimerkiks nii hihathan ne haisee ihan tupakalta

T2: mmh

Ä: ja se ei vaan niinku se haju siitä häviää

T2: mmh [kyllä

Ä: että kyllähän] se kuitenkin mietonis jos hän ei tupakois

T1: mmh

Ä: mut se vaan haisee yhtä voimakkaasti

T2: mmh

Ä: koko [] ajan sitte siitä ja sittehän Rasmus itse yrittää sitä että kun ei hän mutta ku hänen kaverit

T2: mmh

Ä: mä en tajuu et jos vaan kaverit polttais ja siitä [tarttuis se haju nii se ei ois niinku hihansuissa ihan

T2: se ei oo ei niinku niin] joo

Ä: että ja sitten tosiaan nyt kaks kaks kolttisytkäriä oon löytäny hänen taskustaan filttäreitä ja sitten tuon sätkäkoneen

T2: joo joo

Ä: ja ne on takavarikoitu sitten

Äidin mukaan poika väittää, että ei tupakoi itse. Äiti ei kuitenkaan usko lastaan, sillä hän on haistanut tupakan pojan hihoissa. Käydessään läpi Rasmuksen tavaroita äiti on löytänyt tupakointivälineitä,

joiden Rasmus on väittänyt olevan kavereidensa. Äidin ja pojan vuorovaikutuksessa vallitsevan epäluottamuksen takia äiti ei uskonut pojan kertomukseen.

Hoidon aikana Rasmus lopetti tupakoinnin. Kolmannella tapaamisella puhuttaessa pojan tupakanpolton lopettamisesta äiti kertoi, että Rasmus tulee itse osoittamaan, että ei ole tupakoinut. Molemmipuolinen luottamus oli lisääntynyt. Äiti ei vahtinut pojan toimintaa käymällä läpi hänen tavaroitaan, vaan tupakoimattomuudesta oli tehty yhteinen sopimus. Poika halusi ilman erillistä pyyntöä osoittaa toimineensa sovitulla tavalla.

Muutosmahdollisuuden tunnistava diskurssi välittyi myös äidin ja Rasmusen lisääntyneestä, avoimesta vuorovaikutuksesta. Verrattuna terapiaa edeltäneeseen tilanteeseen, jossa Rasmus lähti kotoa ilmoittamatta ja karkaili, oli hän terapiaprosessin lopussa halukas noudattamaan kotiintuloaikoja. Äiti kykeni luottamaan siihen, että Rasmus ilmoitti menoistansa, eikä huolestunut siitä, jos sovitusta poikettiin. Poika halusi, että häneen luotetaan ja toimi sen mahdollistamiseksi. Luottamus äidin ja pojan välillä kuvastuu seuraavassa otteessa:

Ote 25, perhe 2, istunto 3, (28:18-28:38)

R: ((surullisella äänellä)) mä myöhästyin viis minuuttia ((lyö päätään kevyesti pöytään))

Ä: mut sä ilmoitit sä laitoit Mikolle viestin [] että oot tulossa 5 minuuttia vielä menee ja sulla meni se 5 minuuttia

R: mm

((tekstiä poistettu))

T4: sen kun sen ite huomioi että hei nyt tulee tämmönen ja ilmottaa siitä niin se on tosi tärkeitä

Ä: niin kyllä niinpä että ei tullu semmonen hätä ja huoli että missä se sit on vaan että se ite tiesin että

3.2. Muutosarviointiasteikko ORS ja lapsen muutosarviointiasteikko CORS

Ensimmäisessä tarkastelemassamme perheessä lomakkeet täytettiin jokaisen istunnon alussa. Niitä täyttivät istunnosta riippuen isä, äiti ja lapsi. Elias täytti lapsille tarkoitetun CORS-lomakkeen 10 istunnolla. Isä täytti ORS-lomakkeen kaikilla 15 istunnolla sekä hoitoneuvottelussa ja äiti 13 istunnolla ja hoitoneuvottelussa.

Eliaksen alin pistemäärä oli 26,2 neljännellä istunnolla ja korkein pistemäärä oli 40 seitsemännellä, yhdeksännellä, 11., 12. ja viimeisellä istunnolla. Eliaksen CORS-pistemäärät olivat neljättä istuntoa lukuun ottamatta kliinisen katkaisurajan yläpuolella. Isän alin pistemäärä oli 28,1 11. istunnolla ja korkein 33,8 ensimmäisellä istunnolla ja hoitoneuvottelussa. Äidin alin pistemäärä oli 29,8 samalla istunnolla kuin isällä, eli 11. ja korkein pistemäärä oli 35,1 neljännellä istunnolla.

Toisessa tapauksessa äiti ja Rasmus täyttivät lomakkeet jokaisen istunnon alussa. Rasmus täytti CORS-lomakkeen jokaisella kolmella kerralla. Myös äiti täytti ORS-lomakkeen jokaisella kerralla. Rasmuksen ja äidin ORS- ja CORS- summapistemäärät pysyivät jokaisella istunnolla katkaisurajan yläpuolella. Rasmuksen alin pistemäärä oli 35.5 ensimmäisellä istunnolla, ja korkein pistemäärä oli 39.9 kolmannella istunnolla. Äidin alin pistemäärä oli 27.9 toisella istunnolla ja korkein pistemäärä 37.3 kolmannella istunnolla. Rasmuksen täyttämien lomakkeiden summapistemäärissä oli nouseva kehityssuunta. Huomionarvoista on se, että Rasmuksen CORS-pistemäärät toisessa istunnossa kuvasivat henkistä hyvinvointia, vaikka istunnon aikana videoissa välittyi lapsen kokema paha olo. Äidin täyttämien lomakkeiden summapistemäärät laskivat toisella istunnolla, mutta nousivat taas kolmannella istunnolla huomattavasti. Äiti kertoi seurannassa, että Rasmuksen mielialan nousu vaikutti äidin hyvinvointiin myönteisesti ja tämä johti korkeampiin pistemääriin myös potilaspalautelomakkeissa.

3.3. Terapiaistunnon arviointiasteikko SRS ja lapsen terapiaistunnon arviointiasteikko CSRS

Tarkastelemisamme perheissä SRS-lomakkeet täytettiin jokaisen istunnon lopussa. Niitä täyttivät ensimmäisessä perheessä istunnosta riippuen isä, äiti, lapsi ja perheterapeuttiyöpari. Yhdeksännessä istunnossa lomakkeen täytti myös perheen nuorempi lapsi. Elias täytti lomakkeen 10 istunnolla. Isä täytti lomakkeen kaikilla 15 istunnolla sekä hoitoneuvottelussa ja äiti 13 istunnolla ja hoitoneuvottelussa.

Eliaksen alin pistemäärä oli 16,8 yhdeksännellä istunnolla ja korkein 40 toisella istunnolla. Vain yhdessä istunnossa (toinen istunto) Eliaksen SRS-pisteet ylittivät katkaisurajan. Huomionarvoista on myös se, että Elias vaihtoi ensimmäisellä istunnolla ”Kuinka tärkeää” - ulottuvuuden pistemäärää 4,9:stä 10:een terapeuttien kommentoitua Eliaksen täyttämää lomaketta. Summapistemäärän laskemisessa käytettiin Eliaksen muuttamaa pistemäärää. Myös Eliaksen antama alin pistemäärä yhdeksännellä istunnolla heijasteli istunnon ilmapiiriä, jossa äiti joutui jatkuvasti torumaan lapsia ja rajoittamaan heitä fyysisesti. Vanhemmat eivät kuitenkaan kokeneet yhdeksännettä istuntoa terapiaprosessin huonoimpana. Isän alin pistemäärä oli 28,2 ensimmäisellä istunnolla ja korkein pistemäärä oli 35,8 kuudennella istunnolla. Isän SRS-pisteet olivat jokaisella istunnolla alle katkaisurajan. Isän suhtautumisessa hoidon aloitukseen voitiin havaita kielteisyyttä, mikä on voinut vaikuttaa etenkin ensimmäisen istunnon pistemääriin. Äidin alin pistemäärä oli 30,6

11. istunnolla ja korkein 40 10. ja 14. istunnolla sekä hoitoneuvottelussa. Äidin kohdalla katkaisurajan ylittävät pisteet tulevat istunnoista, joissa äiti ja isä olivat kahdestaan ilman lasta (istunnot 3, 8, 10, 13, 14 ja hoitoneuvottelu). Myös 12. istunnolla äidin pisteet ylittävät katkaisurajan, vaikka lapsi on mukana. Istunnon aikana korostuu toiminnallisuus; sekä äiti että isä pelaavat lapsen kanssa ja kommunikaatio terapeuttien ja perheen välillä säilyy rauhallisena.

Toisessa tapauksessa terapiaistunnon vuorovaikutusta arvioivia lomakkeita täyttivät äiti, Rasmus ja kaksi terapeuttia. Lomakkeet täytettiin kaikkien osallistujien toimesta jokaisella kolmella tapaamiskerralla. Rasmuksen alin pistemäärä oli 33,5 pistettä toisella istunnolla ja korkein pistemäärä 39,9 pistettä kolmannella istunnolla. SRS-pistemäärät pysyivät katkaisurajan yläpuolella muilla paitsi toisella tapaamiskerralla. Äidin SRS-pistemäärät pysyivät katkaisurajan yläpuolella jokaisella tapaamisella. Alin pistemäärä oli 37,7 toisella istunnolla ja ylin pistemäärä oli 40 ensimmäisellä istunnolla.

Toisella tapaamiskerralla terapiaistunto kriisiytyi, ja Rasmus lähti paikalta. Istunnon aikana Rasmus oli vastahakoinen osallistumaan eikä äidin ja Rasmuksen välinen yhteistyö toiminut. Myös terapeuttien oli vaikeaa saada kontaktia lapseen. Tämä näkyi niin terapeuttien kuin Rasmuksen terapiaistunnon arvioinneissa. Tarkastellessa jokaista SRS-lomakkeen janaa erikseen voitiin havaita, että Rasmuksen alhaisimmat pistemäärät olivat osiossa ”mitä teimme” (pidin siitä mitä teimme tänään tai en pitänyt siitä, mitä teimme tänään). Osiossa ”kuunteleminen” (terapeutti kuunteli minua tai terapeutti ei kuunnellut minua) Rasmus oli antanut lähes täydet pisteet, minkä voidaan ajatella osoittavan, että tilanteen kriisiytymisestä huolimatta lapsi koki tulleen kuulluksi tilanteessa. Äidin SRS-lomakkeessa osa-alueiden pistemäärät olivat lähes täysiä, mutta osio ”yleisesti” (yleisesti ottaen päivän istunto oli hyvä tai keskustelusta puuttui jotain) sai hieman alemman arvon kuin muut osiot.

Terapeuttien täyttämien lomakkeiden summapistemääriä ei laskettu, koska tämä ei ollut olennaista tutkimuskysymysten kannalta. Toisen tapauksen silmämääräisessä tarkastelussa havaittiin kuitenkin, että toisen terapeutin SRS-pistemäärät olivat toisella tapaamiskerralla huomattavasti matalammat kuin yleensä. Muilla kerroilla terapeutti oli antanut korkeampia pistemääriä. Toinen terapeuteista antoi vain hieman alemmat pisteet kuin muilla kerroilla.

4. POHDINTA

Tässä pro gradu -tutkielmassa tarkastelimme perheterapiassa käydyssä keskustelussa ilmeneviä merkityksenantoja uhmakkuus- ja käytöshäiriödiagnoosin saaneille lapsille ja heidän oireilleen, sekä

näiden merkityksenantojen muutosta terapiaprosessin aikana ja sen jälkeen 18 kuukauden seurannassa. Lisäksi tutkimme uhmakkuus- ja käytöshäiriödiagnoosin saaneisiin lapsiin ja häiriön oireisiin liittyvien muuttuvien merkityksenantojen yhteyttä perheensisäiseen vuorovaikutukseen. Tarkastelimme myös sitä, miten perheterapiassa tapahtuvat merkityksenannon muutokset ovat yhteydessä perheenjäsenten kokemaan hyvinvointiin ja kokemuksiin terapiaistunnoista potilaspalautelomakkeilla mitattuna.

Tarkastelemiemme perheiden puheessa ilmeni kaksi diskurssia, ongelmadiskurssi ja muutosmahdollisuuden tunnistava diskurssi. Löysimme kuusi näitä diskursseja ilmentävää merkityksenantotapaa, joita tarkastelimme yksitellen. Jokaiselle ongelmadiskurssia ilmentävälle tavalle löytyi vastinparina muutosmahdollisuuden tunnistavaa diskurssia ilmentävä merkityksenantotapa, joten terapiaprosesseissa ilmeni merkityksenantojen muutoksia. Nämä merkityksenantojen muutokset olivat yhteydessä perheen sisäiseen vuorovaikutukseen siten, että toisessa perheessä vuorovaikutuksen voitiin huomata parantuneen hoidon aikana. Ensimmäisessä perheessä ei näkynyt yhtä selkeää muutosta, mutta muutos äidin ja lapsen välisessä vuorovaikutuksessa oli kuitenkin havaittavissa.

Ensimmäisen perheen SRS-pistemäärät olivat vanhemmilla lähes jokaisella tapaamiskerralla alle katkaisurajan. Lapsen CSRS-pistemäärät olivat jokaisella tapaamisella alle katkaisurajan, joten voidaan tulkita, että lapsi ei kokenut terapiaa mielekkäänä tai hyödyllisenä, ja allianssi terapeuttien ja lapsen välillä oli heikko. Korkeimmat pistemäärät vanhemmat antoivat tapaamisilla, joissa lapsi ei ollut mukana. Voidaan pohtia, vaikuttiko terapiaistunnon arviointiin se, että vanhemmat saivat keskittyä lapsen ongelmien sijasta omiin kokemuksiinsa. Ensimmäisen perheen ORS- ja CORS-pistemäärät olivat vaihtelevia, joten niistä ei voitu tehdä suoria johtopäätöksiä merkityksenannon muutoksia koskien. Osassa tapaamisista lapsi antoi maksimipisteet, kun vanhemmat samalla istunnolla antoivat matalia pisteitä. Tämä voi liittyä siihen, että uhmakkuuteen taipuvainen lapsi kielsi ongelmien olemassaolon tai ei halunnut kohdata niitä. On kuitenkin muistettava, että muutoksesta ei aina seuraa myönteisiä reaktioita, vaan se voi herättää myös ristiriitaisia kokemuksia ja vastustusta juuri siksi, että perheen ylläpitämiä toiminta- ja ajatusmalleja pyritään muokkaamaan terapian aikana (Dallos & Aldridge, 1986). Lapsi myönsi avuttomuutensa ääneen vasta seuranta-haastattelussa kertoessaan, että ei tehnyt pahallaan tekoja, mutta ei saanut tätä sanotuksi hoidon aikana. Tämä voidaan nähdä merkittävänä ilmaisuna lapselta, joka on aiemmin pyrkinyt kieltämään ongelmansa.

Toisen perheen ORS- ja CORS-pistemäärät olivat niin äidillä kuin lapsella jokaisella kerralla kliinisen katkaisurajan yläpuolella. Myös SRS- ja CSRS-pistemäärät pysyivät katkaisurajan yläpuolella lukuun ottamatta toista tapaamista, jossa pojan CSRS-pistemäärät jäivät alle katkaisurajan. Poika kuitenkin arvioi tässäkin tilanteessa tullessa kuulluksi terapiassa, minkä

voidaan ajatella olevan tärkeä tekijä merkityksenannon muutokselle suhteessa itseen ja siihen, miten lapsi ajattelee muiden näkevän itsensä ja asemansa osana ongelmaa. Potilaspalautelomakkeita arvioidessa on tärkeää ottaa huomioon niiden validiteetti ja se, että niiden täyttämässä voi myös ilmetä haasteita, erityisesti lasten kanssa. Esimerkiksi Eliaksen antamat pistemäärät eivät aina pysyneet lomakkeen janojen sisäpuolella. Toisaalta lomakkeet kuitenkin heijastelevat jokaisen perheenjäsenen henkilökohtaista kokemusta, joka voi vaihdella paljonkin ja on arvokasta tietoa itsessään (Goldenberg & Goldenberg, 2013).

Potilaspalautelomakkeilla saatu tieto on voinut vaikuttaa myös perheiden terapiasta saamaan hyötyyn. Asiakkaiden antama palaute vahvistaa terapeutista allianssia, auttaa terapeuttia kohdentamaan interventiota oikein ja ehkäisee terapiaprosessin keskeyttämistä (Karam ym., 2015). Terapeutti voi palautteen perusteella tunnistaa yksilön, jolle annettu hoito ei ole vaikuttavaa (Halford ym., 2011). Lomakkeet myös kannustavat terapeuttia keskustelemaan terapiassa tapahtuvasta edistymisestä ja terapeuttisesta allianssista asiakkaiden kanssa.

Tarkastelemissamme perheissä tapahtui sekä ensimmäisen että toisen asteen muutoksia. Molemmissa tapauksissa terapiaprosessissa ilmeni uudelleenmuotoilua (Davey ym., 2012), joka ilmeni merkityksenantojen muutoksina. Esimerkiksi ensimmäisessä tapauksessa lapsen kielteisten vastaustapojen taustoja alettiin tarkastelemaan ja ymmärtämään syvemmin. Terapeutit pohtivat seurantahaastattelussa lapsen verbaalista vastustamista, joka ilmeni lapsen ”tylsää” tai ”ihan tyhmää” -vastauksina hänelle esitettyihin kysymyksiin. Seurantahaastattelussa päädyttiin yhdessä siihen, että lapsi saattoi kokea jotkin terapiassa keskustellut aiheet liian vaikeina eikä pystynyt ymmärtämään käytyjen keskustelujen hyötyjä. Kyse ei siis ollutkaan pelkästään siitä, että lapsi olisi kokenut keskustelut ”tylsinä”.

Erityisesti toisessa tapauksessa ilmeni ensimmäisen asteen muutosta lapsen oireilun vähetessä ja käytöksen muuttuessa terapiaprosessin aikana (Davey ym., 2012). Lisäksi toisen asteen muutoksena voitiin havaita perheen vuorovaikutuksen muutos lapsen käytöksen muuttuessa (Dallos & Aldridge, 1986; Davey ym. 2012). Seurantahaastattelussa keskusteltiin siitä, muuttuiko ensin lapsen tapa olla vuorovaikutuksessa vanhempiinsa vai vanhempien vuorovaikutus lapseen. Esitettiin, että lapsen myönteisempi suhtautuminen muihin perheenjäseniin muutti myös perheen suhtautumista lapseen. Lapsen käyttäytymisen muutos laajeni siis koskettamaan koko perhesysteemiä.

Ensimmäisen ja toisen asteen muutoksien lisäksi tunnistimme tapauksissa myös tutkimuskirjallisuudessa esiteltyjä muita muutoksen luokkia. Näitä olivat perhehierarkian uudelleenjärjestyminen ja muutokset perheen yhteisessä ymmärryksessä ongelmien suhteen (Dallos & Aldridge, 1986). Löydökset siis myötäilevät aikaisempaa tutkimuskirjallisuutta.

Molemmissa tarkastelemissamme perheissä vanhempien reaktiot lapsen uhmakkuus- ja käytöshäiriöstä johtuvaan käytökseen ennen perheterapiaa tai sen aikana olivat käyttäytymisen haasteita ylläpitäviä tai niitä jopa lisääviä. Vanhemmat keskittyivät korostuneesti lapsen vaikeaan käytökseen ja rankaisivat lasta siitä. Perheiden sisäisessä vuorovaikutuksessa ilmeni jo aikaisemmassa tutkimuskirjallisuudessa muotoiltu kielteinen kehä, jossa vanhemman käsky tai laatima ankara sääntö saa lapsessa aikaan uhmakkuutta ja vastustusta (Smith ym., 2014). Lapsen uhmakas reaktio sai vanhemmat entisestään kiristämään kasvatustyyliään käskyihin ja pakottamiseen perustuvaksi. Näin vanhemmat pyrkivät pitämään ongelman hallinnassaan.

Kielteisen vuorovaikutuksen kehän muuttamiseksi on siis keskityttävä siihen, mitä vanhempi ajattelee lapsestaan, miten vanhempi suhtautuu lapsensa käyttäytymiseen ja miten lapsi on vuorovaikutuksessa vanhempiinsa. Molemmissa tarkastelemissamme tapauksissa vanhempien tapa kertoa lapsensa toiminnasta muuttui terapiaprosessin aikana. He ymmärsivät, että lapsi ei tahallaan toimi uhmatukseen tai vastustaakseen vanhempiaan. Ensimmäisessä tapauksessa lapsella oli merkittäviä sosiaalisia haasteita ja hänen kohdallaan oli pohdittu myös autismikirjon häiriön diagnosointia. Toisessa tapauksessa lapsella oli diagnosoitu masennuspiirteinen käytöshäiriö, ja hänen matala mielialansa vaikutti hänen osallistumiseensa perhe-elämään ja suhteeseen vanhempiinsa. Uudenlaisen ymmärryksen ansiosta vanhemmat pystyivät tukemaan lastaan esimerkiksi keskittymällä rankaisemisen sijaan vahvistamaan lapsen toivottua käytöstä tai suhteuttamaan odotuksiaan siihen, mihin lapsi kykenee arkipäiväisissä tilanteissa. Myönteiseen keskittymällä vanhemmat pystyivät näkemään lapsessaan myös tämän taidot ja vahvuudet.

Perheistä toinen hyötyi perheterapiasta selkeästi toista enemmän. Tarkastelussa on kuitenkin otettava huomioon muutosprosessin universaali luonne; muutos näyttää aina eri perheissä erilaiselta (Dallos & Aldridge, 1986). Tutkimuksissa on myös havaittu, että osa uhmakkuus- ja käytöshäiriödiagnoosin saaneista lapsista ei hyödy annetusta hoidosta (Carr, 2019; Laitila, 2015).

Hoidosta enemmän hyötynneissä perheissä voidaan tunnistaa useita terapian tuloksellisuuteen myönteisesti vaikuttaneita tekijöitä. Perhe oli sitoutunut terapiaprosessiin, jonka näemme jo itsessään muutoksen mahdollistajana, emmekä ainoastaan muutosprosessin tuloksena. Erityisesti äidillä oli kyky käsitellä terapiassa keskusteltuja aiheita syvällisesti ja monesta näkökulmasta (Karam ym., 2015). Rasmus oli myös Eliasta sitoutuneempi tilanteensa muuttamiseksi ja toimi pääosin yhteistyössä perheterapeuttien kanssa. Hän oli myös Eliasta vanhempi, jolla saattoi olla vaikutusta terapeutisesta hoidosta saatuun hyötyyn. Terapeuttinen allianssi oli Rasmuksen perheen kohdalla vahvempaa. Perheelle sopivat työntekijät, joiden kanssa perhe teki yhdessä töitä hoidollisten tavoitteiden saavuttamiseksi, toimivin menetelmin ja oikeanlaisessa ympäristössä, edesauttoivat muutoksen tapahtumista (Bordin, 1979; Karam ym., 2015). Myös se, miten Rasmuksen

suhtautuminen omiin ongelmiinsa muuttui, saattoi vaikuttaa terapian onnistumiseen. Leimanin (2007, 193) mukaan terapian onnistumisen kannalta lapsen halu muutokseen onkin tärkeämpää kuin oireiden luonne. Toisen tapauksen perhe sai perheterapiahoidon aikana myös muuta tukea lastensuojelulta ja koululta. Saatu tuki saattoi auttaa muuttamaan vaikeaa tilannetta kotona, sillä RCT-tutkimuksien (*Randomized Controlled Trial*) meta-analyyseissä perhettä tukevien tahojen välisen yhteistyön vahvistamisen on todettu johtavan tulokselliseen perheterapeuttiseen hoitoon (von Sydow ym., 2013).

Tarkastelemalla psykoterapioiden yhteisiä vaikuttavia tekijöitä voidaan myös ymmärtää paremmin sitä, miksi perheille annettu hoito vaikutti eri tavoin perheestä riippuen. Eliaksen vastustus terapiaa kohtaan, käytettyjen menetelmien toimimattomuus sekä vanhempien epävarmuus hoidon hyödyistä saattoivat vaikuttaa siihen, miksi perhe koki myöhemmät annetut interventiot perheterapiaa hyödyllisempinä. On myös tärkeää huomioida, että Eliaksella ilmeni monia sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyviä haasteita, jotka saattoivat vaikuttaa hänen kykyynsä liittyä osaksi yhteistä terapiaistunnoilla käytyä keskustelua.

Eliaksen perheessä vanhemmat aloittivat perheterapian epävarmoina perheterapeuttisen hoidon hyödyistä. He kertoivat, ettei heille ei tarjottu muita hoidollisia vaihtoehtoja. Tutkimusten mukaan perheen odotukset terapian hyödystä vaikuttavat terapeuttisen prosessin tuloksellisuuteen ja asiakkaan hoitomotivaatioon (Sprenkle & Blow, 2004; Tallman & Bohart, 1999, 105). Toisaalta Eliaksen perhe oli valmis kokeilemaan mitä tahansa tarjottua hoitoa vaikean tilanteen takia. Perheterapian myötä he pääsivät myös lastenpsykiatrian osastolla toteutuneelle koko perheen hoitajaksolle ja lapsi yksilöterapiaan. Vaikka perheterapia ei itsessään tuottanut perheessä suuria muutoksia, mahdollisti se myöhemmät vaikuttavammat hoitomuodot.

Leimanin (2007) mukaan on yleistä, että käytöshäiriödiagnoosin saaneiden lasten vanhemmat kokevat, että heitä syytetään lapsen ongelmista ja ulkopuoliset leimaavat lapsen ”pahaksi”. Eliaksen perheessä tätä leimaa lapseen asettivat vanhemmat itse. Työntekijät yrittivät luoda näkökulman vaihdosta vanhempien asenteeseen lastansa kohtaan ja saada vanhempia näkemään hyvän lapsessaan. Helsingin Sanomiin haastatellun, käytöshäiriöitä tutkineen lastenpsykiatrian professorin André Souranderin mukaan tällainen hyvän huomaaminen lapsessa on tärkeä taito, joka vanhempien tulisi opetella, jotta käytöshäiriödiagnoosin saaneen lapsen käytös muuttuisi parempaan suuntaan (Puttonen, 2022). On siis hoidon vaikuttavuuden kannalta tärkeää, että vanhempien kielteisiä näkemyksiä lapsestaan pyritään muokkaamaan myönteisemmiksi. Ulospäin oirehtiva lapsi voi kuitenkin hankaloittaa myös perheterapeuttien kokemusta siitä, millaisen yhteyden he saavat luotua lapseen (Leiman, 2007). Onkin tärkeää, että myös perheterapeutit tiedostavat omat asenteensa lasta kohtaan.

Yhteistyö käytöshäiriödiagnoosin saaneiden lasten vanhempien kanssa on välttämätön edellytys lapsen ja koko perheen tilanteen muuttumiselle, mutta yhteistyö heidän kanssaan ei välttämättä ole aina yksinkertaista (Leiman, 2007). Onkin yleistä, että käytöshäiriödiagnoosin saaneiden lasten vanhemmat näkevät lapsen oireet ja psykoterapian osoituksena omasta epäonnistumisestaan, mikä voi vaikuttaa vanhempien suhtautumiseen terapiaa kohtaan. Tämän takia on erityisen tärkeää, että terapeutti kykenee asettumaan myös vanhempien asemaan ja auttamaan heitä löytämään uusia ja rakentavampia tapoja toimia lapsensa kanssa.

Terapian tuloksellisuutta arvioitaessa on otettava huomioon myös muut mahdolliset vaikuttavat tekijät. Yksi huomionarvoinen tekijä toisessa potilastapauksessa oli se, että lapsi aloitti hoidon aikana mielialalääkityksen, joka paransi hänen mielialaansa selkeästi ja edesauttoi terapiaan sitoutumista. von Sydow ym. (2010) totesivat tutkimuksessaan, että pelkkä systemaattinen terapia itsessään ei aina ole tuloksellista, vaan esimerkiksi vakavan masennuksen hoidossa myös lääkehoito voi olla tarpeellinen. Kiinalaisessa tutkimuksessa ADHD- ja uhmakkuus- ja käytöshäiriödiagnoosin saaneiden lasten hyperaktiivisuus väheni pelkän lääkityksen sekä terapian ja lääkehoidon yhdistelmällä (von Sydow ym., 2013; Zhu & Lian, 2009). Yhdistelmähoito todettiin tutkimuksessa kuitenkin tehokkaammaksi, koska se vähensi myös muita oireita (käytöksen haasteita, oppimisvaikeuksia, psykosomaattisia oireita ja ahdistusta) ja paransi perheen yhtenäisyyttä.

Halusimme huomioida tutkimuksessa myös mahdollisia terapiakontekstin tuomia eroja. Ensimmäisen perheen terapiaistunnot toteutettiin poliklinikalla ja toisen perheen heidän omassa kodissaan. Kotityöskentelyssä käytettiin apuna erilaisia työkaluja, kuten sukupuun tekoa, mitä ei poliklinikalla tehty. Ensimmäisen tapauksen seuranta haastattelussa pohdittiin, olisiko perhe hyötynyt toiminnallisemmista terapiaistunnoista, joissa aikuispuhe olisi ollut vähäisempää. Lapsikeskeisessä perheterapiassa olisikin tärkeää kiinnittää huomiota siihen, miten myös lapselle luodaan tila osallistua keskusteluun ja terapeutin prosessiin.

Johnsonin ym. (2002) kotona tapahtuvaa terapiaa käsittelevän tutkimuksen mukaan sekä asiakkaat että terapeutit raportoivat kotona tapahtuvan terapian olevan luonnollisempaa, vähemmän stressaavaa ja terapeutista allianssia vahvistavaa. Kokemusta ei kuitenkaan voitu vahvistaa empiirisesti. Tutkimuksessamme toisen perheen äiti koki, että kotona tapahtuva terapia oli helpommin saavutettavaa, etenkin, kun lapsi oli uhmakas ja haluton osallistumaan tapaamisiin. Terapeutin konteksti voi sekä vahvistaa että heikentää terapeutista allianssia (Johnson ym., 2002), joten on tärkeää huomioida myös kontekstin merkitys hoidon tuloksellisuudessa. Tulevaisuutta ajatellen erilaisten kontekstien mahdollista vaikutusta merkityksenannon muutoksiin voisikin tutkia tarkemmin.

4.1. Tutkimuksen laadun arviointi

Tutkimuksen rajoituksena voidaan nähdä otoksen pieni koko. Tutkimuksen laadulliseen tarkasteluun valikoitiin koko aineistosta kaksi tapausta ja näin ollen löydetty tulokset koskevat vain näitä kahta tutkimukseen valikoitua perhettä, eikä niitä voida yleistää koskemaan muita tapauksia. Toisaalta pieni otoskoko mahdollisti kuitenkin tapausten syvällisen ja kokonaisvaltaisen tarkastelun. Lopulliseen analyysiin valittiin edustavimmat otteet tutkimuskysymyksien kannalta. Tulosten tarkastelussa tulisikin tiedostaa, että perheiden tilanteen kuvaaminen täysin todellisuuden mukaisesti valittujen otteiden avulla ei ollut mahdollista.

Tutkimushankkeessa oli tutkimusryhmän lisäksi myös vertailuryhmä, joka sai tavanomaista perheterapeuttista hoitoa ilman potilaspalauttejärjestelmää. Käytännössä vertailuryhmä jäi kuitenkin liian pieneksi eikä vertailumahdollisuutta tarjoutunut. Jatkotutkimuksia ajatellen sekä suuremman tutkimusryhmän että vertailuryhmän kokoaminen toisi luotettavuutta tutkimukseen ja mahdollistaisi myös potilaspalautteen roolin ja vaikuttavuuden määrällisen tarkastelun.

On myös hyvä huomioida, että perheterapiaistunnot videoitiin, mikä toi omat haasteensa perheiden saamaan hoitoon. Wahlströmin (1992) mukaan perheterapia voidaan kokea epämiellyttävänä liittyen terapiassa käytettäviin apuvälineisiin, esimerkiksi videokameraan. Ensimmäisen perheen lapsi huomioikin kameran joissakin tilanteissa ja kävi katselemassa ja koskemassa kameraa.

Käytimme aineiston tarkasteluun diskurssianalyysia. Diskurssianalyysi tutkimusmenetelmänä asetti tiettyjä rajoituksia. Aineiston syvällisempi tarkastelu olisi voinut vaatia myös muun kuin puhutun kielen tarkastelua. Toisaalta diskurssianalyysin hyöty aineiston tarkastelussa liittyi juuri puhutun kielen tarkasteluun ja keskustelussa rakentuvien diskurssien ja niitä ilmentävien merkitysentapojen muutoksiin. Koska diskurssianalyysi pohjautuu menetelmänä sosiaaliseen konstruktionismiin (Georgaca & Avdi, 2012), on luonnollista tarkastella perhesysteemissä tapahtunutta muutosta diskurssien kautta. Diskurssianalyysissa kielellinen tulkinta yhdistetään sosiaalisen toiminnan tarkasteluun (Pälli & Lillqvist, 2020, 375). Koska käytetty kieli rakentaa ja muokkaa vuorovaikutusta, on muutos sen varaan rakentuneissa sosiaalisissa merkitysrakenteissa itsessään merkityksellistä terapian hyötyjä ja tuloksellisuutta tarkasteltaessa (Georgaca & Avdi, 2012). Terapiassa käydyn keskustelun merkitys nousee esille juuri muuttuneissa puhetavoissa ja puheen rakenteessa; vuorovaikutus ei vain muutu itsessään, vaan käytetty kieli muuttaa sitä. Kun perheterapiassa edesautetaan uudenlaisten diskurssien syntymistä perheenjäsenten välille, muokataan samalla laajempaa kokonaisuutta – perheen vuorovaikutussysteemiä.

Otimme tutkimuksessa huomioon myös DAWBA-arvioinnit, mutta emme kuitenkaan tarkastelleet niiden diskursiivista arvoa. Onkin mahdollista, että ennen hoidon alkua tehty DAWBA-arviointi ja siinä käytetyt käsitteet ovat voineet jollakin tavalla vaikuttaa vanhempien käyttämiin käsitteisiin ja ohjata heidän ajatteluaan hoidon aikana.

Tutkimuksessa tekemiemme havaintojen ja tulkintojen luotettavuuden varmistamiseksi keräsimme teoriaa tukemaan tekemiämme havaintoja ja perustimme tutkimuksemme vahvasti kahteen, tutkittuun teoriataustaan (psykoterapioiden yhteiset vaikuttavat tekijät ja pakottamiseen perustuva vuorovaikutuskehä). Aloitimme aineiston tarkastelun ilman mitään tiettyä teoriaperustaa. Pyrimme siis tarkastelemaan aineistoa ensin ilman teorian ohjaavaa vaikutusta. Loimme alustavien havaintojemme pohjalta kategorioita, joita tiivistimme ja muokkasimme palatessamme aineistoon yhä uudelleen. Hyödynsimme tutkimuksessamme myös monipuolisesti käytössä olevaa dataa, sillä videotallenteiden lisäksi tarkastelimme potilaspalautelomakkeita ja DAWBA-arviointeja. Näin pystyimme esimerkiksi vertailemaan eri tietolähteitä toisiinsa. Valikoimme tutkimukseemme sellaiset videoidut istunnot, jotka kuvasivat mahdollisimman kattavasti koko perheterapiaprosessia (alusta, keskeltä ja lopusta). Tutkimuksen validiteettia lisäsi myös se, että kuvasimme ja taustoitimme tarkasti ja yksityiskohtaisesti analyysissa esiintyviä vuorovaikutustilanteita. Diskurssianalyysiin valittujen näytteiden avulla lukija pystyi seuraamaan päättelymme etenemistä ja sitä, miten ja mistä teimme johtopäätöksiä. Saimme koko tutkimusprosessin ajan myös ohjausta ja palautetta analyysistamme aiheeseen tutustuneilta henkilöiltä, joka lisäsi havaintojemme luotettavuutta.

Tutkimuksen eettisyyttä ajatellen asiakkaiden ja työntekijöiden identiteettisuoja huomioitiin poistamalla tunnistetiedot tutkimusraportista sekä käyttämällä pseudonyymejä. Epäolennaiset yksityiskohdat tutkimuksen kannalta (esimerkiksi sisarusten iät) jätettiin pois. Otteita muokattiin siten, että murre sanoja vaihdettiin yleiskielisempiin sanoihin. Aineistoa säilytetään ja käsiteltiin eettisten periaatteiden mukaisesti vain Jyväskylän yliopiston Psykoterapian opetus- ja tutkimusklinikan tiloissa. Aineiston käsittely toteutettiin suljetussa tilassa kuulokkeita käyttäen.

4.2. Käytännön sovellus- ja jatkotutkimusmahdollisuudet

Tutkimuksemme tarjoaa useita jatkotutkimuksen mahdollisuuksia. Perheet osallistuivat seurantana toteutettuun yhteistutkimushaastatteluun 18 kuukautta terapiaprosessin jälkeen. Tarkastelimme tutkimuksessa terapiaprosessin lisäksi myös sen jälkeistä aikaa seurantahaastattelun avulla, koska halusimme tarkastella terapiasta saatujen hyötyjen pidempiaikaisuutta. Esimerkiksi von Sydow

kollegoineen (2013) havaitsivat, että hoidettaessa systemaattisella perheterapialla ulospäinsuuntautuvia käyttäytymisoireita ilmentäviä lapsia, hoidossa ilmenneet positiiviset vaikutukset kantoivat useiden vuosien päähän. Tästä syystä tutkimuksessa oli perusteltua tarkastella, ovatko mahdolliset terapian aikana tapahtuneet muutokset merkityksenannoissa ja perheenjäsenten välisessä vuorovaikutuksessa pitkäaikaisia. Jatkotutkimuksia ajatellen olisi tärkeää tarkastella, millainen muutoksen pysyvyys on myös 18 kuukauden jälkeen.

Uhmakkuus- ja käytöshäiriöiden psykososiaalisilla hoitomuodoilla, esimerkiksi perheterapialla, voidaan ehkäistä yksilön syrjäytymistä ja päätymistä rikolliseen toimintaan myöhemmin elämässä (Sawyer & Borduin, 2011; von Sydow, 2013). Helsingin Sanomissa haastatellun lastenpsykiatri Souranderin mukaan uhmakkuus- ja käytöshäiriön tunnistaminen ja hoito on tärkeää esimerkiksi sen takia, että valtaosa rikoksia tekevistä on oireillut käyttäytymisen kautta jo lapsuudessaan (Puttonen, 2022).

Merkityksenantojen muutokset – erityisesti se, että vanhempi näkee lapsessaan uudella tavalla myös hyvää – tukee lapsen käyttäytymisen muutosta parempaan. Huutamisen, rankaisemisen ja uhkailun sijasta lapsen hyvään käytökseen keskittyminen ja sen palkitseminen tukee tällaisen käytöksen yleistymistä. Samalla myös lapsen itsetunto kohenee, kun hän vanhemmiltaan saamansa palautteen perusteella huomaa myös itse vahvuutensa. Vanhempien valmentaminen lapsen tukemiseksi käytöshäiriöiden hoidossa onkin tärkeää ja sitä on käytetty tuloksellisesti uhmakkuus- ja käytöshäiriöiden hoidossa (Carr, 2001, 2019; Serketich & Dumas, 1996). Vanhemmuuden taidot luovat kotiin turvallisen ja lämpimän ympäristön, jossa lapsi saa tarvitsemansa tuen ja jossa toteutuvat selkeät, vanhempien yhdessä jakamat kasvatukselliset periaatteet.

Tulevaisuudessa olisi tärkeää tarkastella vielä syvemmin sitä, mikä terapiassa saa ongelmadiskurssin ja perheenjäsenten välisen vuorovaikutuksen muuttumaan ja mitkä tekijät siihen vaikuttavat diskurssien muutoksien lisäksi. Jatkotutkimuksissa voitaisiin myös tarkastella sitä, missä vaiheessa perheterapiaa ongelmadiskurssi alkaa muuttumaan, ja miten. Lisäksi olisi tärkeää tarkastella sitä, toistuvatko samanlaiset ilmiöt muiden perheiden ja uhmakkuus- ja käytöshäiriödiagnoosin saaneiden lasten kohdalla. Jatkotutkimusta ajatellen myös tutkimusaineiston suurempi koko toisi mahdollisuuden laajempaan analyysiin ja mahdollistaisi esimerkiksi kvantitatiivisen tarkastelun. On kuitenkin tärkeää ymmärtää, että muutosprosessin mekanismeja laadullisesti tutkimalla saadaan tietoa siitä, mikä perheterapiasta tekee sopivaa yhdelle perheelle, mutta ei toiselle. Määrällisen tutkimuksenteon yleisyyden seurauksena esimerkiksi se, miten asiakas kokee terapian aikana tapahtuneet muutokset, on jäänyt vähemmälle huomiolle (Helmeke & Sprenkle, 2000). Muutoksen tutkiminen laadullisesti johtaa yhä vaikuttavampaan hoitoon. Tieto

hyödyttää myös kliinistä työtä tekeviä terapeutteja, sillä hoidon kohdentaminen paranee, kun tiedetään, mikä perheterapiassa on vaikuttavaa, ja kenelle se sopii.

LÄHTEET

- Aaltonen, J. & Laitila, A. (2020). Perheterapia. Teoksessa Huttunen, M., Kalska, H. & Aaltonen, J. (toim.) *Psykoterapiat* (4., uudistettu painos). Duodecim, 243–261.
- Aaltonen, J., & Piha, J. (2016). Perheterapia. Teoksessa Kumpulainen, K. Aronen, E. Ebeling, H. Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.) *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. Duodecim, 603–612.
- Alasuutari, P. (1999). Laadullinen tutkimus. 3. painos. Tampere: Vastapaino.
- American psychiatric association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-V. (5. painos). APA.
- Aronen, E., & Lindberg, N. (2016). Lasten ja nuorten käytöshäiriöt. Teoksessa Kumpulainen, K. Aronen, E. Ebeling, H. Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.) *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. Duodecim, 254–263.
- Bohart, A.C. & Wade, A.G. (2013). The client in psychotherapy. Teoksessa Lambert, M.J. & Bergin, A.E. (toim.) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. John Wiley & Sons, Incorporated, 219-257.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 16(3), 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Bullock, B.M. & Dishion, T.J. (2007). Family processes and adolescent problem behavior: Integrating relationship narratives into understanding development and change. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(3), 396–407. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31802d0b27>
- Carr, A. (1991). Milan systemic family therapy: A review of ten empirical investigations. *Journal of family therapy*, 13(3), 237-263. <https://doi.org/10.1046/j..1991.00425.x>
- Carr, A. (2001). What works with children and adolescents? *Éisteacht: Journal of the Irish Association of Counselling and Therapy*, 2 (19), 30-35.
- Carr, A. (2019). Family therapy and systemic interventions for child-focused problems: the current evidence base. *Journal of Family Therapy*, 41, 153–213. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12226>
- Chamberlain, P. & Rosicky, J.G. (1995). The effectiveness of family therapy in the treatment of adolescents with conduct disorders and delinquency. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(4), 441-456. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1995.tb00174.x>

- Dadds, M.R., Sanders, M.R., Morrison, M. & Rebgetz, M. (1992). Childhood depression and conduct disorder: II. An analysis of family interaction patterns in the home. *Journal of abnormal psychology*, 101(3), 505-51.
- Dallos, R. & Aldridge, D. (1986). Change: How do we recognize it? *Journal of Family Therapy*, 8, 45–59. <https://doi.org/10.1046/j..1986.00703.x>
- Davey, M.P., Davey, A., Tubbs, C., Savla, J. & Anderson, S. (2012). Second order change and evidence-based practice. *Journal of Family Therapy*, 34, 72–90. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2010.00499.x>
- Duncan, B.L. & Reese, R.J. (2015). The partners for change outcome management system (PCOMS): Revisiting the client’s frame of reference. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 52(4), 391-401. <https://doi.org/10.1037/pst0000026>
- Georgaca, E. & Avdi, E. (2012). Discourse analysis. Teoksessa Thompson, A.R. & Harper, D. (toim.) *Qualitative research methods in mental health and psychotherapy: a guide for students and practitioners*. Wiley, 147–161.
- Goldenberg, H. & Goldenberg, I. (2013). *Family therapy: An overview* (8th international ed.). Brooks/Cole.
- Halford, W.K., Hayes, S., Christensen, A., Lambert, M., Baucom, D.H. & Atkins, D.C. (2011). Toward making progress feedback an effective common factor in couple therapy. *Behavior therapy*, 43(1), 49-60. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.005>
- Helmeke, K.B. & Sprenkle, D.H. (2000). Clients' perceptions of pivotal moments in couples therapy: A qualitative study of change in therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26 (4), 469–483. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2000.tb00317.x>
- Johnson, L.N., Wright, D.W. & Ketring, S.A. (2002). The therapeutic alliance in home-based family therapy: Is it predictive of outcome? *Journal of Marital and Family Therapy*, 28 (1), 93–102. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2002.tb01177.x>
- Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. (2016). Diskursiivinen maailma: Teoreettiset lähtökohdat ja analyttiset käsitteet. Teoksessa Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. (toim.) *Diskurssianalyysi: teorian, peruskäsitteet ja käyttö*. Vastapaino, 25-50.
- Karam, E.A., Blow, A.J., Sprenkle, D.H. & Davis, S.D. (2015). Strengthening the systemic ties that bind: Integrating common factors into marriage and family therapy curricula. *Journal of marital and family therapy*, 41(2), 136–149. <https://doi.org/10.1111/jmft.12096>
- Kazdin, A.E. (1990). Premature termination from treatment among children referred for antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 415-425. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1990.tb01578.x>

- 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.
- Leiman, A-M. (2007). Käytöshäiriö – Levottomuuteen kätkeytyvän kivun ymmärtäminen hoidollisin keinoin. Teoksessa Schulman, M., Kalland, M., Leiman, A-M. & Siltala, P. (toim.) *Lastenpsykoterapia ja sen vuorovaikutukselliset ulottuvuudet*. Therapeia-säätiö, 185–197.
- Low, D.C., Miller, S.D. & Squire, B. (2012). The Outcome Rating Scales (ORS) & Session Rating Scales (SRS): Feedback informed treatment in child and adolescent mental health services (CAMHS). *The Children and Young People’s Improving Access to Psychological Therapies programme*. [Luettu 7.4.2022] Haettu osoitteesta: <https://www.corc.uk.net/outcome-experience-measures/outcome-rating-scale-ors-child-outcome-rating-scale-cors/>
- Miller, S.D., & Duncan, B.L. (2004). *The Outcome Rating Scales: Administration and scoring manual*. Author.
- Miller, S.D., & Duncan, B.L., & Johnson, L. (2002). *The Session Rating Scale*. Author.
- Puttonen, M. (2.4.2022). Lapsen käytöshäiriö paranee valmentamalla vanhempia. *Helsingin Sanomat*. <https://www.hs.fi/tiede/art-2000008446104.html> [Luettu 12.4.2022]
- Pälli, P. & Lillqvist, E. (2020). Diskurssianalyysi. Teoksessa Luodonpää-Manni, M., Hamunen, M., Konstenius, R., Miestamo, M., Nikanne, U. & Sinnemäki, K. (toim.) *Kielentutkimuksen menetelmiä II*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 374–411.
- Rasheed J.M., Rasheed M.N. & Marley J.A. (2011). *Family therapy: models and techniques*. SAGE Publications.
- Rogers, C.R. (1992). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (6), 827-832.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.60.6.827>
- Sanders, M.R., Dadds, M.R., Johnston, B.M. & Cash, R. (1992). Childhood depression and conduct disorder: I. Behavioral, affective, and cognitive aspects of family problem-solving interactions. *Journal of abnormal psychology*, 101(3), 495–504.
- Sawyer, A.M. & Borduin, C.M. (2011). Effects of multisystemic therapy through midlife: A 21.9-year follow-up to a randomized clinical trial with serious and violent offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(5), 643–652.
- Serketich, W. & Dumas, J.E. (1996). The effectiveness of behavioural parent training to modify antisocial behaviour in children: A meta-analysis. *Behaviour Therapy*, 27, 171–186.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(96\)80013-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(96)80013-X)

- Smith, J.D., Dishion, T.J., Shaw, D.S., Wilson, M.N., Winter, C.C., & Patterson, G.R. (2014). Coercive family process and early-onset conduct problems from age 2 to school entry. *Development and Psychopathology*, 26 (4pt1), 917–932.
<https://doi.org/10.1017/S0954579414000169>
- Smith, J.D., Dishion, T.J., Shaw, D.S., & Wilson, M.N. (2015). Negative relational schemas predict the trajectory of coercive dynamics during early childhood. *Journal of abnormal child psychology*, 43(4), 693–703. <https://doi.org/10.1007/s10802-014-9936-z>
- Sprenkle, D.H., & Blow, A.J. (2004). Common factors and our sacred models. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30 (2), 113–129. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2004.tb01228.x>
- Sprenkle, D.H., Davis, S.D. & Lebow, J.L. (2009). *Common factors in couple and family therapy*. Guilford Press, The.
- Tallman, K. & Bohart, A.C. (1999). The client as a common factor: clients as self-healers. Teoksessa Hubble, M.A., Duncan, B.L., & Miller, S.D. (toim.) *The heart and soul of change: What works in therapy*. American Psychological Association, 91–131.
- Timonen, T. (2018) Lasten ja nuorten vaikeiden käytöshäiriöiden hoito. Teoksessa Ranta, K., Fredriksson, J., Koskinen, M., Tuomisto, M. T. & Charpentier, P. (toim.) *Lasten ja nuorten kognitiiviset ja käyttäytymisterapiat*. Duodecim.
- Wahlström, J. (1992). *Merkitysten muodostuminen ja muuttuminen perheterapeuttisessa keskustelussa: Diskurssianalyttinen tutkimus*. Jyväskylän yliopisto.
- Wampold, B.E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14 (3), 270–277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Watzlawick, P., Weakland, J.H. & Fisch, R. (1974). *Change: principles of problem formation and problem resolution*. W.W. Norton.
- Vitaro, F., Tremblay, R.E. & Bukowski, W.M. (2001). Friends, friendships and conduct disorders. Teoksessa Hill, J & Maughan, B. (toim.) *Conduct disorders in childhood and adolescence*. Cambridge University Press, 346-376.
- von der Pahlen, B. & Marttunen, M. (2013). Käytöshäiriöt. Teoksessa Huurre, T., Viialainen, R., Marttunen, M. & Strandholm, T. (toim.) *Nuorten mielenterveyshäiriöt: Opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 96–107.
- von Sydow, K., Beher, Schweitzer, J., Retzlaff, R. (2010). The efficacy of systemic therapy with adult patients: A meta-content analysis of 38 randomized controlled trials. *Family Process*, 49 (4), 457–485. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2010.01334.x>

- von Sydow, K., Retzlaff, R., Beher, S., Haun, M.W., & Schweitzer, J. (2013). The efficacy of systemic therapy for childhood and adolescent externalizing disorders: a systematic review of 47 RCT. *Family Process*, 52, 576–618. <https://doi.org/10.1111/famp.12047>
- Vuori, N., Tuulio-Henriksson, A., Nissinen, H. & Autti-Rämö, I. (2015). Psykososiaaliset perheinterventiot lapsen aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön sekä uhmakkuus- ja käytöshäiriöiden hoidossa. *Duodecim*, 131(17), 1561–1568.
- Zhu, Z. & Lian, P. (2009). Effect of structural family therapy on ADHD children with oppositional defiant disorder. *Journal of Taishan Medical College*, 30 (6), 440–442.

LIITTEET

Liite 1.

MUUTOSARVIOINTIASTEIKKO (ORS)

Nimi: _____

Pvm: _____ No: _____

Auta meitä ymmärtämään, miten olet voinut kuluneen viikon aikana, mukaan lukien tämän päivän. Mieti alla olevia elämänalueita ja merkitse rasti sille kohdalle, millä tunnet olevasi. Janan vasen reuna merkitsee alemmaa ja oikea reuna korkeampaa tasoa.

Yleisesti:
(Yleinen elämäntilanne)

|-----|

Yksilöllisesti:
(Henkilökohtainen hyvinvointi)

|-----|

Läheisten ihmissuhteiden osalta:
(Perhe ja muut läheiset ihmissuhteet)

|-----|

Sosiaalisesti:
(Työ, koulu, ystävyysuhteet)

|-----|

Liite 2.

TERAPIAISTUNNON ARVIOINTIASTEIKKO (SRS V.3.0)

Nimi: _____

Pvm: _____ **No:** _____

Terapeutit: _____

Arvioisitko tämänkertaisen keskustelumme seuraavien asteikkojen osalta. Aseta merkki sille kohdalle, joka parhaiten kuvaa Sinun kokemustasi

Terapiasuhde:

En kokenut tulevani kuulluksi |-----| Tulin kuulluksi,
kuulluksi
minua ymmärrettiin
ja kunnioitettiin

Päämäärä ja keskustelun aiheet:

Me emme työskennelleet ja keskustelleet niistä aiheista, |-----| Me työskentelimme ja keskustelimme
joista olisin halunnut
toivomistani
aiheista

Työskentelytapa ja menetelmä:

Terapeuttien |-----| Työskentelytapa
työtapa ei sopinut minulle |-----| Työskentelytapa sopi
Terapeuttien
minulle hyvin

Yleisesti:

Keskustelusta puuttui jotain |-----| Yleisesti ottaen päivän istunto oli
hyvä

Liite 3.

TERAPIAISTUNNON ARVIOINTIASTEIKKO TERAPEUTEILLE (SRS V.3.0)

Nimi: _____ Pvm: _____ No: _____

Terapeutit: _____

Arvioisitko tämänkertaisen keskustelumme seuraavien asteikkojen osalta. Aseta merkki sille kohdalle, joka parhaiten kuvaa Sinun kokemustasi

Terapiasuhde:

En kokenut tulevani kuul-
luksi minua ymmär-
rettiin ja
kunnioitettiin
Tulin kuulluksi,

Päämäärä ja keskustelun aiheet:

Me emme työskennelleet ja keskustel-
leet niistä aiheista,
joista olisin halunnut
toivomistani
aiheista
Me työskentelimme ja keskustelimme

Työskentelytapa ja menetelmä:

Terapeuttien
työtapa ei tuntunut
sopivan perheelle
Terapeuttien
työtapa
sopi perheelle hyvin

Yleisesti:

Keskustelusta puuttui jotain
hyvä
Yleisesti ottaen päivän istunto oli

Mitä kuuluu?

Nimi _____ Ikä: _____

Tapaamiskerta _____ Päivämäärä _____

Lomakkeen täyttäjät: lapsi aikuinen

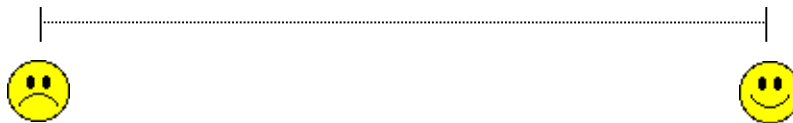
Jos täyttäjänä aikuinen, niin mikä on suhteesi lapseen?

Vanhempi, hoitaja, muu, mikä? _____

Miten sinulla sujuu? Miten asiat ovat tällä hetkellä? Merkitse alla oleville viivastoille kokemuksesi mukaan. *Jos aikuinen täyttää lomakkeen, niin mieti kuinka lapsella sujuu.*

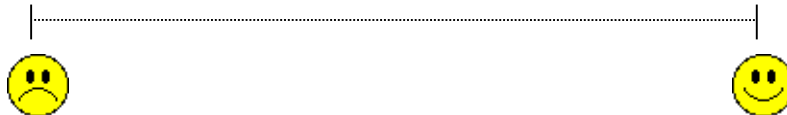
Minä

Mitä minulle kuuluu?



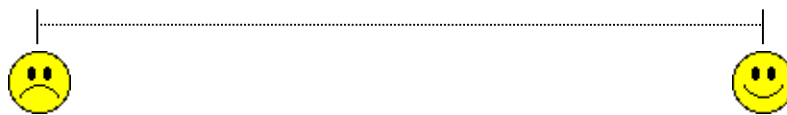
Perhe

Mitä perheelle kuuluu?



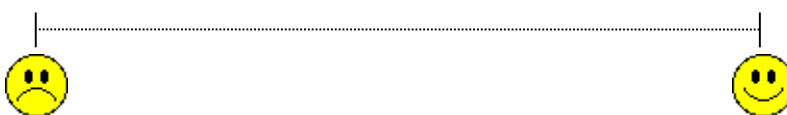
Koulu

Miten koulussa sujuu?



Kaikki

Miten asiat ylipäätään sujuvat?



Alkuperäinen versio, jota muokattu.

Institute for the Study of Therapeutic Change

www.talkingcure.com

© 2003, Barry L. Duncan, Scott D. Miller, Jacqueline A. Sparks

Lapsi arvioijana

Nimi _____ Ikä: _____
Tapaamiskerta _____ Päivämäärä _____

Millaista yhteinen aikamme oli? Merkitse alla oleville viivoille oma kokemuksesi.

Kuunteleminen

Terapeutti ei kuunnellut minua.



Terapeutti kuunteli minua.

Kuinka tärkeää

Se mitä teimme ja puhuimme ei ollut oikeastaan tärkeää minulle.



Se mitä teimme ja mistä puhuimme, oli tärkeää minulle.

Mitä teimme

En pitänyt siitä, mitä teimme tänään.



Pidin siitä, mitä teimme tänään.

Yleisesti

Toivoisin, että voisimme tehdä jotakin toisin.



Toivon, että teemme jotakin samantapaista seuraavalla kerralla.

Alkuperäinen versio, jota muokattu.

Institute for the Study of Therapeutic Change

www.talkingcure.com

© 2003, Barry L. Duncan, Scott D. Miller, Jacqueline A. Sparks

Liite 6.

Lapsi arvioijana

Nimi _____ Ikä _____

Tapaamiskerta _____ Pvm _____

Valitse kasvoista se, joka sopii sinulle parhaiten tai piirrä oma ilmeesi.



Alkuperäinen versio:
Institute for the Study of Therapeutic Change

www.talkingcure.com

© 2003, Barry L. Duncan, Scott D. Miller, Andy Huggins, & Jacqueline Sparks