

UHMAKKUUS- JA KÄYTÖSHÄIRIÖIDEN HOIDON

MERKITTÄVÄT HETKET:

ALLIANSSIKATKOKSET PERHETERAPIASSA

Henni Elomaa

Oona Saikkonen

Pro gradu -tutkielma

Psykologian laitos

Kesäkuu 2022

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Psykologian laitos

ELOMAA HENNI, SAIKKONEN OONA: Uhmakkuus- ja käytöshäiriöiden hoidon merkittävät hetket: allianssikatkokset perheterapiassa

Pro gradu -tutkielma, 51 s., 1 liite

Ohjaaja: Aarno Laitila

Psykologia

Kesäkuu 2022

Tässä pro gradu -tutkielmassa tarkastellaan ensimmäistä kertaa Suomessa allianssikatkoksten tyypejä ja esiintyvyyttä uhmakkuus- ja käytöshäiriödiagnoosin saaneiden lasten perheterapeuttisessa interventiossa. Tutkimusaineistomme koostuu Kuopion Yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrian poliklinikalla toteutettujen perheterapiaistuntojen videotallenteista. Tutkimuksessa keskitytään terapeutin ja lapsen yhteistyösuhteessa ilmeneviin häiriötiloihin eli allianssikatkoksiin. Allianssin laatu on psykoterapeuttisen muutoksen kannalta merkittävä tekijä, minkä vuoksi sen tarkastelu on myös suomalaisessa perheterapiakontekstissa mielekästä. Analyysimenetelmänä tutkimuksessa käytetään keskustelunanalyysia, mutta menetelmässä on myös sisällönanalyttisiä piirteitä. Tutkimustulokset tuovat ilmi erilaisia allianssikatkoksten tyypejä ja niiden taustasyitä kyseisessä aineistossa. Lisäksi tutkimuksen tärkeä havainto on, että monet allianssikatkokset jäivät ratkaisematta. Allianssikatkokset ovat väistämätön osa terapiaprosessia, mutta ratkaisemattomina ne voivat vaikuttaa heikentävästi allianssin laatuun, jolloin positiivinen muutos voi vaarantua. Tutkimus lisää ammattilaisten tietoisuutta erilaisista allianssikatkoksista ja niiden merkityksestä perheterapeuttisissa interventioissa. Lisäksi tutkimuksen antaman tiedon pohjalta ammattilaisten on mahdollista vahvistaa lapsen asemaa terapiaprosessinsa itsenäisenä toimijana.

Avainsanat: uhmakkuus- ja käytöshäiriö, perheterapia, allianssi, allianssikatkokset, allianssi perheterapiassa, merkittävät hetket

SISÄLLYSLUETTELO

1. JOHDANTO.....	1
1.1. Uhmakkuus- ja käytöshäiriö.....	1
1.2. Perheterapia.....	4
1.3. Allianssi.....	5
1.4. Allianssikatkokset.....	7
1.4.1. Konfrontaatiokatkokset ja vetäytymiskatkokset.....	8
1.5. Lapsen asema terapeutisessa kontekstissa.....	9
1.6. Tutkimuskysymykset ja tutkimuksen tavoite.....	10
2. MENETELMÄT.....	11
2.1. Aineisto.....	11
2.2. Tutkimuksen etiikka.....	12
2.3. Keskustelunalyysi.....	13
2.4. Analyysin eteneminen.....	14
3. TULOKSET.....	16
3.1. Lapsen ilmentämät vetäytymiskatkokset.....	16
3.1.1. Sijaistoiminta.....	16
3.1.2. Puhumattomuus tai minimivastaus.....	17
3.1.3. Puheenaiheen vaihto	18
3.1.4. Perääntyvä elekieli.....	19
3.2. Lapsen ilmentämät konfrontaatiokatkokset.....	20
3.2.1. Oman toimijuuden ylläpito.....	20
3.2.2. Aggressio.....	22
3.2.3. Tyytymättömyys.....	24
3.3. Terapeutin ilmentämät vetäytymiskatkokset.....	26
3.3.1. Tilanteen tai puheenaiheen kesken jättäminen.....	26
3.3.2. Pitkä puheenvuoro.....	27
3.3.3. Lapsen sivuuttaminen.....	29
3.4. Terapeutin ilmentämät konfrontaatiokatkokset.....	31
3.4.1. Turhautuminen.....	31

3.4.2. Väittelytilanteeseen joutuminen.....	32
4. POHDINTA.....	34
4.1. Tulosten tulkinta.....	35
4.1.1. Lapsen ilmentämät allianssikatkokset.....	35
4.1.2. Terapeutin ilmentämät allianssikatkokset.....	37
4.1.3. Turvallisen tilan luomisen tärkeys lapsipotilaiden kanssa.....	39
4.1.4. Perheen huomioiminen osana uhmakkuus- ja käytöshäiriöön kohdistuvaa interventiota.....	39
4.2. Tutkimuksen laadun arviointi.....	40
4.2.1. Tutkimuseettiset ratkaisut.....	40
4.2.2. Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset.....	40
4.3. Jatkotutkimusehdotukset.....	42
4.4. Kliiniset implikaatiot.....	42
LÄHTEET.....	44
LIITTEET.....	51

1. JOHDANTO

Tämä pro gradu -tutkielma on osa Uhmakkuus- ja käytöshäiriödiagnoosin saaneiden lasten perheterapeutin hoito ja systemaattinen potilaspalaute syrjäytymisen ehkäisyssä - tutkimusprojektia. Tutkimuskohteenamme on terapeutin ja lapsen välisen allianssin katkostilanteiden tyypit ja tapahtumakontekstit. Kiinnostuksemme kohdistui edellä mainittuihin teemoihin siksi, että niitä ei ole tutkittu käyttämässämme aineistossa eikä ylipäänsäkään Suomessa. Tutkimuksen tavoitteena on antaa uutta tietoa lapsen ja terapeutin välisistä allianssikatkoksista uhmakkuus- ja käytöshäiriödiagnoosin saaneiden lasten perheterapeuttisessa interventioissa. Tätä tietoa voidaan soveltaa sosiaali- ja terveydenhoitoalan ammattikäytäntöihin vahvistamaan työntekijöiden ja asiakkaiden välisten yhteistyösuhteiden laatua, mikä voi luoda turvallisemman työskentely-ympäristön kaikille perhesysteemin jäsenille.

1.1. Uhmakkuus- ja käytöshäiriöt

Uhmakkuus- ja käytöshäiriöistä puhutaan usein yhdessä, sillä ne kuuluvat samalle jatkumolle. ICD-10-tautiluokituksessa uhmakkuushäiriön ajatellaan olevan käytöshäiriön lievempi alatyyppe, kun taas DSM-5-tautiluokituksessa se luokitellaan erilliseksi, mutta usein käytöshäiriötä edeltäväksi ja toisinaan sen kanssa samanaikaisesti esiintyväksi häiriöksi (Aronen & Lindberg, 2016; DSM-5-luokitus, 2014; ICD-10-hakuohjelma, 2021). Uhmakkuushäiriö diagnosoidaan usein nuoremmille lapsille, jotka eivät täytä kaikkia käytöshäiriön kriteerejä, mutta osoittavat samankaltaista oirehdintaa (DSM-5-tautiluokitus, 2014; Kring ym., 2014; ICD-10-hakuohjelma, 2021). DSM-5-tautiluokituksessa uhmakkuushäiriötä kuvataan kolmella kategorialla, joita ovat ärtynyt ja vihainen mieliala, riitaisa ja uhmakas käytös sekä kostonhaluisuus. Uhmakkuushäiriöön liittyy tyypillisesti myös merkittävää auktoriteettien vastustusta ja yhteistyökyvyttömyyttä (ICD-10-hakuohjelma, 2021). Lisäksi uhmakkuus on tyypillisesti luonteeltaan provokatiivista, jolloin lapsi toimii itse yhteenottojen aloittajana. ICD-10-tautiluokituksen (2021) ja DSM-5-tautiluokitusten (2014) mukaiset oireluettelot uhmakkuushäiriölle vastaavat pitkälti toisiaan ja vaikka ICD-10-tautiluokituksessa oireita ei jaeta erillisiin kategorioihin, ne kuitenkin jakautuvat sisällöiltään laajalti kolmen edellä mainitun yläkategorian alle. Lisäksi molemmat tautiluokitukset määrittelevät, että oireiden tulee olla jatkunut vähintään kuusi kuukautta diagnoosin asettamiseksi.

Käytöshäiriötä puolestaan kuvaa jatkuva yhteiskunnan säännöistä ja normeista sekä toisten ihmisten hyvinvoinnista ja oikeuksista piittaamaton antisosiaalinen käytös (Aronen, 2006; Aronen & Lindberg, 2016; DSM-5-tautiluokitus, 2014; ICD-10-hakuohjelma, 2021). DSM-5- ja ICD-10-tautiluokitukset määrittelevät käytöshäiriön oireet määrällisesti eri tavoin, mutta niiden sisällöt ovat laajalti toisiaan vastaavat (DSM-5-tautiluokitus, 2014; ICD-10-hakuohjelma, 2021). Lisäksi DSM-5-tautiluokitus jakaa oireet neljään eri yläkategoriaan, jotka ovat aggressio ihmisiä ja eläimiä kohtaan, omaisuuden tuhoaminen, petollisuus tai varkaus ja vakava sääntöjen rikkominen (Sourander & Aronen, 2021; DSM-5-tautiluokitus, 2014; Kring ym., 2014). ICD-10-tautiluokituksessa vastaavia yläkategorioita ei ole määritelty, mutta listatut oireet jakautuvat pitkälti niiden alle (Aronen & Lindberg 2016; DSM-5-tautiluokitus, 2014; ICD-10-hakuohjelma, 2021). Molempien tautiluokitusten mukaan ainakin osan oireista tulee olla jatkunut vähintään kuuden kuukauden ajan. Jotta uhmakkuus- tai käytöshäiriö voitaisiin diagnosoida, käytösongelmien täytyy olla myös selvästi lapsen ikätasosta poikkeavia, pitkään kestäneitä sekä aiheuttaa lapselle ja hänen ympäristölleen toiminnallista haittaa.

ICD-10-tautiluokitus jakaa käytöshäiriöt uhmakkuushäiriön lisäksi kolmeen muuhun alatyypin sen mukaan, missä kontekstissa lapsen ongelmat tulevat esille ja millaisia ihmissuhteita hän kykenee muodostamaan (ICD-10-hakuohjelma, 2021; Sourander & Aronen, 2021). Kyseiset alatyypit ovat perheensisäinen, epäsosiaalinen ja sosiaalinen muoto. ICD-10-tautiluokituksen (2021) mukaan perheensisäinen käytöshäiriö tarkoittaa sitä, että häiriö näkyy selkeästi vain perheessä ja kohdistuu yleensä yhteen tai kahteen lapsen läheiseen. Epäsosiaalista ja sosiaalista käytöshäiriötä erottaa se, onko lapsella kestäviä ystävyyssuhteita vai ei. Epäsosiaalisessa käytöshäiriössä lapsella on heikot välit vertaisiinsa, mikä näkyy torjuntana, epäsuosiona ja eristäytymisenä. Sosiaalisessa käytöshäiriössä lapsella on kestäviä suhteita ikätovereihinsa, mutta lapsen vertaisryhmä koostuu usein muista epäsosiaalisessa toiminnassa mukana olevista lapsista, jolloin häiriökäyttäytymistä esiintyy tyypillisesti koko ryhmässä. Käytöshäiriö jaetaan kahteen alamuotoon sen alkamisiän mukaan: lapsuudessa alkanut muoto alkaa alle 10-vuotiaana ja nuoruudessa alkanut muoto sen jälkeen. Lisäksi lapsuudessa alkanut alamuoto johtaa todennäköisemmin samanaikaiseen aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöön, fyysiseen aggressioon toisia kohtaan ja antisosiaalisen persoonallisuushäiriön kehittymiseen (DSM-5-tautiluokitus, 2014). Lapsuudessa alkanut käytöshäiriö on usein myös myöhemmin alkanutta vaikeahoitaisempi ja sillä on huonompi ennuste (Sourander & Aronen, 2021; Kring ym., 2014).

Käytöshäiriöiden esiintyvyys kouluikäisillä lapsilla on 3–8 % ja ne ovat huomattavasti yleisempiä pojilla kuin tytöillä sekä nuoremmilla lapsilla kuin vanhemmilla lapsilla (Sourander &

Aronen, 2021). Käytöshäiriöiden ohessa lapsella voi esiintyä masennusta, ahdistusta, unihäiriöitä, aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriötä sekä nuorilla päihdehäiriöitä (Aronen, 2006; Kring ym., 2014). Lisäksi käytöshäiriödiagnoosin saaneiden lasten ja nuorten kognitiivinen kapasiteetti ja suorituskky voivat olla keskivertoa heikompia, heillä voi olla vaikeuksia toiminnanohjauksessa sekä ongelmia oppimisessa, etenkin kielellisen kehityksen ja lukemisen alueilla (Aronen & Lindberg, 2016; Kring ym. 2014).

Riskitekijöitä käytöshäiriön synnylle on löydettävissä sekä lapsen ympäristöstä että perimästä. Ongelmat vanhemmuudessa, kuten välinpitämätön vanhemmuus, ankara tai epäjohtonmukainen kasvatus sekä valvonnan puute voivat vaikuttaa merkittävästi lapsen käytöshäiriön kehittymiseen (Aronen & Lindberg, 2016; Kring ym., 2014). Riskiä lisää myös vanhemman antisosiaalinen persoonallisuus tai rikollisuus. Myös ydinperheen hajoaminen, vanhemmista erossa eläminen, laitossijoitus, kaltoinkohtelu ja hyväksikäyttö muodostavat riskin käytöshäiriöiden synnylle (Aronen, 2006; Aronen & Lindberg, 2016; Kring ym., 2014). Taustalla voi olla myös lapsen kehityksellisiä haasteita, kuten varhainen murrosikä erityisesti tytöillä, kaveripiirin antisosiaalinen käytös ja elinympäristön köyhyys.

Lasten käytösongelmia hoidetaan yleisimmin psykososiaalisilla interventioilla, etenkin vanhemmuustaitojen ohjauksella, lapsen sosiaalisten taitojen harjoittelulla sekä muilla käytösongelmien hoitoon tarkoitetuilla perhe- ja verkostointerventioilla, joista on runsaasti tutkimusnäyttöä käytöshäiriöiden hoidossa (Aronen, 2006; Aronen & Lindberg, 2016). Kyseiset interventiot pohjautuvat suurimmilta osin kiintymyssuhdeteorioihin ja sosiaalisen oppimisen teorioihin.

Käytöshäiriö kuitenkin jatkuu monien lasten ja nuorten kohdalla aikuisuuteen saakka. Noin 30–40% käytöshäiriöstä kärsivistä nuorista täyttää antisosiaalisen persoonallisuushäiriön diagnostiset kriteerit aikuisuudessa (Aronen & Lindberg, 2016.; DSM-5-tautiluokitus, 2014). Lapsuudessa alkavalla pitkäkestoisella uhmakkuus- ja käytöshäiriöllä voi olla myös negatiivisia vaikutuksia yksilön elämään myöhemmin nuoruudessa ja aikuisuudessa (Aronen & Lindberg, 2016; Erskine ym., 2016; Kring ym., 2014). Tällaisia vaikutuksia voivat olla esimerkiksi päihteidenkäyttö, muut psyykkiset häiriöt, somaattiset terveysongelmat, antisosialisuus, itsetuhoisuus, sekä heikko taloudellinen ja psykososiaalinen selviytyminen. Käytöshäiriö lisää riskiä myös koulun keskeyttämiseen, väkivaltaisuuteen ja rikollisuuteen (Erskine ym., 2016).

1.2. Perheterapia

Perheterapian historia juontaa juurensa toisen maailmansodan jälkeiseen aikaan, kun psykoterapiassa käsiteltävien teemojen skaala kasvoi ja tutkijat sekä klinikot alkoivat ensimmäistä kertaa huomioida perheen roolia mahdollisena mielen haasteiden ylläpitäjänä (Goldenberg ym., 2017). Nykyisin perheterapialla tarkoitetaan hoitomuotoa, jota voidaan soveltaa tarkasti rajattuihin mielenterveyden ongelmiin, perheen vuorovaikutuksen häiriöihin tai luonnollisesti elämäntapaan kuuluviin kehityskriiseihin. Parhaimmillaan perheterapiaa voidaan toteuttaa itsenäisenä hoitomuotona tai osana toista psykoterapiaprosessia tai yleisempää sosiaali- ja terveydenhuoltoa (Aaltonen & Seikkula, 2009; Aaltonen & Laitila, 2020). Mielenterveyspalvelujen järjestäminen ja kehittäminen ei ole kuitenkaan Suomessa aina optimaalisesti koordinoitua, joten perheiden saama hoito voi vaihdella (Solantaus & Santalahti, 2013). Täten perheterapeuttisen työskentely-ympäristön eri aspekteista saatetaan tarvita lisää tutkimustietoa, jotta optimaalinen hoito olisi mahdollista yhtenäistää koko maan laajuiseksi.

Perheen määritelmä on muuttanut muotoaan yhteiskunnassamme, ja nykyisin käsite pitää sisällään monenlaisia perhemuotoja. Yleisenä määritelmänä pidetäänkin sellaista sosiaalista systeemiä, jossa vallitsee muun muassa kehittynyt säännöstö, roolijako, valtajärjestelmä ja sisäistetyt toimintamallit, joiden avulla ongelmia ratkaistaan (Goldenberg ym., 2017). Perhe muodostaa lapsen psykososiaalisen kehityksen tärkeimmän ympäristön ja siihen liittyvien interventtioiden on tarkoitus tukea koko perheyhteisöä (Vuori ym., 2015). Perhekeskeisen hoidon primaarikohteena on kuitenkin potilas osana perheverkostoaan (Larivaara ym., 2009). Potilas siis huomioidaan sekä yksilönä että osana perhettä. Ajatus pohjautuu systeemiteoriaan, joka luo perustavanlaatuisen pohjan perhekeskeiselle, eli myös perheterapeuttiselle työlle (Goldenberg ym., 2017; Larivaara ym., 2009; Wahlbeck, 2009; Aaltonen & Laitila, 2020). Systeemiteoriaan pohjautuvassa ajattelussa lähtökohtana on, että ilmiöitä tarkastellaan toisiinsa kytkeytyneinä ja monella eri tasolla. Perhekeskeisessä hoidossa ollaan kiinnostuneita potilaan lisäksi muistakin hänen elämäänsä kuuluvista henkilöistä, kuten perheenjäsenistä, muista auttavista tahoista sekä abstraktimmalta tasolta yksilön elämään vaikuttavasta kulttuurista ja yhteiskunnasta (Goldenberg ym., 2017; Larivaara ym., 2009).

Perheterapian lopullinen tavoite on se, että perheen psykopatologiset, joustamattomia ratkaisumalleja ylläpitävät vuorovaikutuksen tavat muuttuisivat (Aaltonen & Laitila, 2020). On todettu, että perhekeskeinen hoito ja perheterapia voivat onnistuessaan vähentää perheensisäistä kuormitusta, ongelmien uusiutumista sekä haitallista vuorovaikutusta (Aaltonen & Laitila, 2020; Wahlbeck, 2009). Hoito voi myös vähentää ongelmien kroonistumista sekä lääkehoidon ja psykiatrisen osastohoidon tarvetta (Aaltonen & Seikkula, 2009). Perheterapia onkin havaittu

tulokselliseksi hoitomuodoksi muun muassa lasten ja nuorten käytöshäiriöiden, tunne-elämän häiriöiden ja syömishäiriöiden hoidossa (Aaltonen & Piha, 2016; Carr, 2019; von Sydow, 2013). Toisaalta muun muassa lojaliteettiristiriidat, vahvasti eriävät perheenjäsenten näkökulmat ja syyllistäminen tai vaihtoehtoisesti syyllisyyden häivyttäminen näkymättömiin voivat vaikuttaa negatiivisesti perheterapian tuloksellisuuteen (Aaltonen & Laitila, 2020). Perheterapiasta on olemassa kuitenkin vähän tuloksellisuustutkimusta verrattuna muihin vakiintuneisiin psykoterapian muotoihin: perheterapia on käsitteenä vaikeammin määriteltävissä, sillä se pitää sisällään monia erilaisia teoreettisia näkökulmia ja hoitomuotoja (Aaltonen & Laitila, 2020). Se perustuu niin monimuotoisiin vuorovaikutusrakenteisiin, että kaikenkattavia mittareita voi olla hankalaa löytää (Aaltonen & Seikkula, 2009). Esimerkiksi terapeutin yhteistyösuhteen tutkiminen perheterapeuttisessa kontekstissa voisi vahvistaa hoidon tuloksellisuutta.

1.3. Allianssi

Allianssi eli terapeutin yhteistyösuhde voidaan määritellä hieman eri tavoin sen kontekstista ja käyttötarkoituksesta riippuen. Tunnetuin määritelmä on kuitenkin Bordinin (1979), jonka mukaan allianssi muodostuu kolmesta komponentista, jotka ovat side terapeutin ja potilaan välillä sekä yhteisymmärrys terapian tavoitteista ja terapiaan kuuluvista tehtävistä. Raitin (2000) mukaan terapeutin ja potilaan välisessä siteessä korostuu allianssin affektiivinen puoli, kun taas yhteisymmärrys tavoitteista ja tehtävistä viittaa allianssin kognitiivisiin osiin. Allianssi mahdollistaa asiakkaan tehokkaan työskentelyn ja auttaa terapeutia laatimaan sopivampia interventioita. Voidaan myös ajatella, että allianssi on jatkuvaa tietoa ja tiedostamatonta dynaamisuuteen perustuvaa neuvottelua ammattilaisen ja asiakkaan välillä (Safran ym., 2006).

Perheterapian kontekstissa allianssi määritellään terapeutin ja asiakkaan välisen suhteen muodoksi, joka koskee heidän kykyään sitoutua prosessiin ja työskennellä yhdessä terapiassa (Rait, 2000). Perheterapiassa allianssilla voidaan ajatella olevan neljä ulottuvuutta: emotionaalinen yhteys terapeutin ja asiakkaiden välillä, sitoutuminen terapeutin prosessiin, jaettu tarkoituksen kokemus perheen sisällä ja turvallisuuden tunne terapeutin prosessissa (Friendlander ym., 2006). Tällaisessa kontekstissa terapeutin tulee rakentaa suhde jokaiseen perheenjäseneseen. Allianssia tuleekin tarkastella systeemisestä näkökulmasta, sillä perheterapiassa terapeutin allianssi yhden perheenjäsenen kanssa väistämättä vaikuttaa muihin perheenjäseniin. Allianssin laatu ei myöskään riipu ainoastaan terapeutin suhteesta perheenjäseniin, vaan myös perheenjäsenten keskinäisistä suhteista. Terapeutin täytyy rakentaa yksilöllisten allianssien lisäksi myös erilaisia allianssin

alasysteemejä, kuten yhteinen allianssi vanhempien, sisarusten tai koko perheen kanssa (Kivlighan Jr. ym., 2022; Pinosof & Catherall, 1986; Rait, 2000).

Perheterapiassa terapeutin tulee kyetä liikkumaan edestakaisin perheenjäsenten välillä ja vastata kunkin kutsuihin liittyä tämän kanssa muutoksen puolelle. Terapeutti voi toisinaan valita jonkun perheenjäsenistä ikään kuin terapeuttiparikseen rohkaistakseen häntä sekä tunnistaakseen ja tukeakseen hänen uusia toimintamallejaan. Jokaisen perheenjäsenen tulisi päästä tähän rooliin jossain vaiheessa terapiaa (Rait, 2000). Minuchinin (1974) sekä Muntiglin ja Horvathin (2016) mukaan terapeutin liittyminen (joining) perheeseen onkin perheterapiassa tärkeä menetelmä allianssin muodostamiseksi ja siinä syntyneiden katkosten korjaamiseksi, ja sitä pidetään edellytyksenä kliiniselle työskentelylle. Liittyminen johtaa yhteistyösuhteeseen, jonka kautta terapeutti saa riittävästi vapautta toimia perheessä sekä uudelleenjärjestää (restructuring) perheen uskomusjärjestelmiä ja struktuuria, eli edistää muutoksia. Liittymisellä terapeutti kertoo perheelle, että hän ymmärtää heitä sekä työskentelee heidän kanssaan ja heitä varten (Minuchin, 1974). Liittyminen voi olla esimerkiksi sellaisen kielen ja käyttäytymisen hyödyntämistä, jonka asiakassysteemi koee arvostavana, ja lohdullisenakin. Lisäksi empaattisuus, kunnioitus, toivon herättäminen realistisen optimismin avulla, ongelmien uudelleenmuotoilu sekä ratkaisuihin ja niiden saavuttamisen todennäköisyydestä puhuminen voivat auttaa luomaan positiivista allianssia (Bordin, 1979; Friedlander ym., 2006; Sprenkle ym., 2009). Allianssi rakentuu kuitenkin myös perhesysteemin ja terapeutin keskinäisten vuorovaikutustapojen ja sopimusten kautta (Kivlighan Jr. ym., 2022). Täten jotkut systeemin sisäiset allianssia vahvistavat tai heikentävät aspektit voivat olla hyvinkin yksilökohtaisia, elleivät jopa selittämättömissä.

Perheterapiassa asiakkaiden raportoimat jakautuneet eli epätasapainoiset allianssit ovat yleisiä. Edellä mainitulla käsitteellä tarkoitetaan ilmiötä, jossa yhden perheenjäsenen käsitys allianssista eroaa huomattavasti toisen perheenjäsenen käsityksestä (Friedlander ym., 2006; Sprenkle ym., 2009). Jakautuneiden allianssien yleisyys voi johtua osittain siitä, että perheterapiaan tullaan usein silloin, kuin perheenjäsenten kesken on käynnissä jokin konflikti (Friedlander ym., 2018). Myös sillä, että kaikki perheenjäsenet eivät yleensä ole yhtä motivoituneita terapiaprosessiin sen alussa, voi olla vaikutuksensa allianssien jakautuneisuuteen. Jakautunut allianssi voi kehittyä myös terapian aikana, jos joku tai jotkut perheenjäsenistä kokevat terapeutin liittyvän vahvemmin toisten perheenjäsenten kanssa (Sprenkle ym., 2009). Allianssien jakautuneisuus voi vaikuttaa interventioiden tuloksellisuuteen negatiivisesti. Mitä parempi allianssi perheenjäsenillä on terapeutin ja toistensa kanssa, sen onnistuneemmaksi terapia usein koetaan (Friedlander ym., 2018; Sprenkle ym., 2009). Perheterapiassa allianssi tarjoaakin kontekstin terapeutin ja perheenjäsenten väliselle

yhteenkuuluvuudelle ja mahdollisuuden korjaaville kokemuksille (Safran, 1993a). Terapeutin ja asiakkaan välisen allianssin vahvuus on hyvin merkityksellistä psykoterapeuttisen muutoksen saavuttamisessa (Bordin, 1979).

1.4. Allianssikatkokset

Allianssikatkos terapeuttisessa prosessissa voidaan määritellä negatiiviseksi muutokseksi allianssin laadussa tai meneillään olevaksi ongelmaksi allianssin luomisessa (Safran, 1993a). Safranin ja muiden (2006) mukaan sekä terapeutilla että asiakkaalla on omat eriaisteiset vaikutuksensa allianssikatkoksten syntyyn. Allianssikatkoksiin vaikuttavat esimerkiksi terapeutin ja asiakkaan henkilökohtaiset ihmissuhdemallit sekä vuorovaikutustyyli, jotka ovat muotoutuneet heidän aiemmissa vuorovaikutuskokemuksissaan.

Ryanin ja Decin (2017) psykologisten perustarpeiden teorian (BPNT) mukaan ihmisellä on tietyt perustarpeet, joiden täytyminen on keskeistä yksilön menestykselle ja hyvinvoinnille. Nämä tarpeet ovat autonomia, kompetenssi ja yhteenkuuluvuus. Niiden täytymisestä seuraa hyvinvointia ja kasvua, kun taas niiden toteutumattomuus voi johtaa tyytymättömyyden ja puutteellisuuden kokemuksiin. Myös Safran ja Muran (2000) toteavat, että ihmisellä on vastaavia perustarpeita; samanaikaiset tarpeet ilmaista itseään ja kyvykkyyttään sekä säilyttää yhteenkuuluvuuden kokemus toisiin ihmisiin. Heidän mukaansa ihmiset usein pelkäävät vieraannuttavansa toiset, mistä voi seurata todellisten tarpeiden ja toiveiden piilottamista yhteenkuuluvuuden saavuttamiseksi. Seurauksena on useimmiten kuitenkin vain pinnallista yhteenkuuluvuutta ja todellisen itseilmaisun heikkenemistä. Tämän vuoksi allianssikatkoksia tunnistettaessa ja niitä korjattaessa on tärkeää auttaa asiakasta oppimaan, että hän voi ilmaista itseään yksilöllisellä tavalla ja puolustaa itseään ilman, että yhteistyösuhde hajoaa.

Allianssikatkoksten voimakkuus ja kesto vaihtelee ohimenevistä, hienovaraisista väärinymmärryksistä merkittäviin esteisiin, jotka ratkaisemattomina voivat johtaa intervention epäonnistumiseen tai sen keskeyttämiseen (Rait, 2000). Vaikka allianssikatkoksista voikin muodostua haaste terapiaprosessille, ne kuitenkin antavat terapeutille ja asiakkaalle tarpeellista tietoa ja mahdollisuuden aidoille korjaaville kokemuksille ja uuden oppimiselle (Safran, 1993b). Allianssikatkokset ovat terapeuttisessa prosessissa välttämättömiä ja niitä tapahtuu melko usein. Katkoksen tunnistaminen ja käsitteleminen asiakkaan kanssa on hyvin merkityksellistä asiakkaan maladaptiivisten ihmissuhdemallien tutkimisessa ja uudelleenjärjestelyssä. (Safran, 1993a; Safran

ym., 2001; Safran ym., 2006). Allianssikatkokset jaetaan tyypillisesti kahteen pääluokkaan: konfrontaatio- ja vetäytymiskatkoksiin (Safran & Muran, 2000; Safran ym., 2001; Safran ym., 2006).

1.4.1. Vetäytymiskatkokset ja konfrontaatiokatkokset

Jokaisen allianssikatkoksen voidaan ajatella alkavan niin sanotulla “markkerilla” (marker), eli jonkinlaisella jännitteisellä reaktiolla, kuten kommentilla tai toiminnolla (Kokko, 2007). Implisiittisellä tasolla nämä markkerit voidaan ymmärtää osoituksena terapeutin ja asiakkaan tarpeiden tai toiveiden välisestä ristiriidasta (Muran & Safran, 2016). Tämän määritelmän mukaan markkerit voidaan jakaa joko vetäytymis- tai konfrontaatiokatkoksiin, jotka kuvastavat tätä keskinäistä ristiriitaa.

Vetäytymiskatkokset voivat ilmetä monella tavalla, ja niitä voi olla haastavaa havaita (Kokko, 2007; Muran & Safran, 2016). Vetäytymiskatkoksen tapahtuessa asiakas tai terapeutti etäännyy toisista terapiaistunnon osanottajista, omista tunnekokemuksistaan tai jostakin terapian meneillään olevasta prosessista. Niiden tyypillisimpiä muotoja ovat muun muassa minimaaliset vastaukset, puheenaiheen vaihto, älyllistäminen tai tarinointi (Escudero ym., 2012; Kokko, 2007; Muran & Safran, 2016). Vetäytymiskatkoksissa voi olla kyse myös asiakkaan tarpeesta vältellä omia tunnekokemuksiaan keskittymällä yhteyden luomiseen terapeutin kanssa, mikä saattaa ilmetä liiallisena mukailuna (Muran & Safran, 2016). Lisäksi katkoksia voi esiintyä tilanteissa, joissa potilaan on vaikeaa ilmaista tunteitaan tai huolenaiheitaan (Safran ym., 2014). Yleisesti vetäytymiskatkoksessa tarve yhteenkuuluvuuteen nousee autonomian tarpeen yläpuolelle (Safran & Muran, 2000). Terapeutti voi huomata vetäytymiskatkoksen tapahtuvan esimerkiksi oman dominoivuuden ja kontrolloinnin tarpeensa kasvamisen kautta. Allianssikatkoksen tyypillä on merkitystä sille, miten katkos on mielekästä ratkaista. Vetäytymiskatkoksen korjaamiseksi voi olla hyödyllistä keskittyä tyytymättömyyden lähteisiin suoremmin terapeutin tuen ja validoinnin avulla (Safran ym., 2001). Näin voi olla mahdollista vahvistaa asiakkaan minäpystyvyyden kokemuksia.

Konfrontaatiokatkoksen aikana asiakas ilmaisee suoraan suuttumusta, tyytymättömyyttä tai loukkaantumista terapeuttia tai jotakin terapian kontekstia kohtaan (Kokko, 2007; Safran & Muran, 2000; Muran & Safran, 2016). Kyseinen katkos tapahtuu todennäköisimmin silloin, kun potilas tai terapeutti kokee tarvetta autonomiaan ja erillisyyteen (Kokko, 2007). Konfrontaatiokatkokset sisältävät olennaisesti toimintamalleja, jotka asettuvat jotakin terapiaprosessin osaa vastaan (Muran & Safran, 2016). Konfrontaatiokatkoksia ilmentäville toimille on ominaista aggressio ja

kontrollinhakuisuus, joskus myös liiallinen ystävällisyys. Potilas saattaa esimerkiksi esittää moitteita tai kritiikkiä liittyen terapeutin persoonaan, terapian toimintatapoihin, käytännön järjestelyihin tai terapian etenemiseen väärällä tavalla (Escudero ym., 2012; Kokko, 2007). Konfrontaatiokatkokset saattavat ilmetä lapsilla esimerkiksi suorana kieltäytymisenä osallistumasta yhteisiin tehtäviin tai vihamielisenä ja pilkkaavana käytöksenä (Friedlander ym., 2011). Terapeuttien ilmentämistä konfrontaatiokatkoksista on vähemmän tutkimusta, mutta useimmiten asiakkaan vihamielisyys aiheuttaa myös terapeutissa suojautumistarvetta ja mahdollisesti myös vastareaktioita (Safran & Muran, 2000). Konfrontaatiokatkoksen selvittämisessä on tärkeää keskittyä erilaisiin surun ja suuttumukseen tunteisiin (Safran & Muran, 2000). Näiden niin sanottujen toissijaisten tunteiden takana voi piillä ensisijaisia tunteita, kuten vihaa ja haavoittuvuutta, joiden validointi voi korjata tapahtuneen katkoksen.

Allianssikatkokset ovat aina seurausta monisuuntaisesta vuorovaikutuksesta (Kokko, 2007). Katkoksen puheeksi ottaminen terapiaistuntojen tässä ja nyt -tilanteissa voi opettaa kaikille osapuolille neuvottelemista omista perustavanlaatuisista tarpeista, kuten toimijuudesta ja yhteenkuuluvuudesta (Safran ym., 2014). Voidaankin todeta, että vaikka allianssikatkokset voivat liittyä heikompaan tuloksellisuuteen ja suurentuneeseen hoidon keskeyttämisriskiin, saattavat ne selvitettyinä olla yhteydessä jopa parempaan hoitotulokseen (Larsson ym., 2018). Myös negatiivisten tunteiden sallittu kokeminen on osa vahvaa allianssia, ja muiden tunteiden lisäksi myös tällaisia tunteita kokevat asiakkaat voivat hyötyä terapiasta enemmän (Hatcher & Barends, 1996).

1.5. Lapsen asema terapeutisessa kontekstissa

Lapseen kohdistuva psykoterapia on neuvottelua lapsen toiveiden ja tarpeiden sekä terapeutin kiinnostuksen kohteiden ja vaatimusten välillä (Järvinen, 2007). Hoidon primaarikohteena on aina potilas (Larivaara ym., 2009). Tästä huolimatta voi käydä kuitenkin niin, että vaikka interventio aloitetaan lapsen oireilun takia, niin itse perheterapeuttisen työskentelyprosessin aikana lapsi jää sivusta seuraavaksi osapuoleksi (Piha, 1999). Uhmakkuus- ja käytöshäiriödiagnoosin saaneiden lasten perheterapiakonteksteissa on havaittu, että lapset ovat vaarassa asemoitua terapiaistunnoilla “ongelmiksi” (Helimäki ym., 2022). Tästä aiheutuvat negatiiviset vuorovaikutustilanteet luovat turvatonta ilmapiiriä, jossa lapsi ei tule kuulluksi ja nähdyksi. Terapeutin voi olla hankalaa luoda sellainen tila, jossa sekä lapsi että aikuiset otettaisiin huomioon yhdenvertaisina osallistujina (Lobatto, 2002).

Lasta huomioonottavamman ilmapiirin luominen voisi helpottaa esimerkiksi vahvan allianssin rakentamisella. Tutkimusten mukaan aidosti toimivan yhteistyösuhteen rakentaminen lasten ja nuorten kanssa on kuitenkin erityisen haastavaa (Thompson ym., 2007). Terapiaprosessi haastaakin aina potilaan lisäksi myös terapeuttia (Aaltonen & Piha, 2016; Rober, 1998). Lapsen ikätasoon sopivien työskentelymenetelmien käyttö voidaan toisinaan kokea hankalaksi; lasten konkreettisen, nonverbaalisen maailman ja aikuisten abstraktin sekä verbaalisen asiasisältöisen maailman yhteenliittäminen terapiaistunnoilla voi olla hankalaa. Yksilöllisten työskentelymenetelmien käytön lisäksi utelias ja empaattinen asenne, lapsen kunnioitus, ja hänen kokemustensa validointi, yhteisiin tavoitteisiin sitoutuminen sekä kongruenssi voivat vahvistaa lapsen ikätason mukaista työskentelyä (Larivaara ym., 2009; Miller & McLeod, 2001; O'Reilly & Parker, 2012; Sprenkle ym., 2009). Näin lapsen asema oman elämänsä asiantuntijana kasvaa ja myös allianssin konstruktioit vahvistuvat. On kuitenkin luonnollista, että tie parempaan yhteistyösuhteeseen ei aina ole näin suoraviivainen (Järvinen, 2007). Terapeuttisessa kontekstissa on hyvä tiedostaa, että lapsen muutosmotivaatio tai kehitystaso käsiteltävien asioiden syvälliselle ymmärrykselle eivät välttämättä ole samalla tasolla kuin aikuisella. Näkemyseroja esimerkiksi terapian toimivuuteen ja tavoitteisiin nähden voi terapeutin ja lapsen välillä olla merkittävästikin. Edellä mainittujen asioiden korjaamiseksi tai vahvistamiseksi allianssin tutkiminen on tärkeää.

1.6. Tutkimuskysymykset ja tutkimuksen tavoite

Allianssikatkoksia on tutkittu Suomessa perheterapioiden kontekstissa varsin vähän, eikä tietääksemme lainkaan lapsiperhetyössä. Lisäksi niiden rooli uhmakkuus- ja käytöshäiriödiagnoosin saaneiden lasten hoidossa on epäselvä. Tavoitteenamme on tutkia, millaisina allianssikatkokset ilmenevät lasten uhmakkuus- ja käytöshäiriöihin kohdistetussa perheterapeuttisessa interventiossa. Tutkimuksemme pyrkii tuottamaan uutta tietoa siitä, miten perheterapeuttista työtä voitaisiin kehittää. Kyseinen tieto voisi vahvistaa myös lapsen omaa asemaa intervention täysivaltaisena jäsenenä.

Näiden tutkimusongelmien selvittämiseksi olemme laatineet seuraavat tutkimuskysymykset:

1. Millaisia allianssikatkosten tyyppisiä uhmakkuus- ja käytöshäiriödiagnoosin saaneiden lasten perheterapeuttisissa interventiossa esiintyy terapeutin ja lapsen välillä?
2. Millaisissa terapeutin ja potilaan vuorovaikutustilanteissa allianssikatkoksia tapahtuu?

2. MENETELMÄT

Pro gradumme toimii osana Uhmakkuus- ja käytöshäiriödiagnoosin saaneiden lasten perheterapeuttinen hoito ja systemaattinen potilaspalaute syrjäytymisen ehkäisyssä - tutkimusprojektia (Laitila, 2015). Projekti on aloitettu vuonna 2015 ja se on toteutettu yhteistyössä Kuopion yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrian poliklinikan sekä Jyväskylän yliopiston Psykoterapian opetus- ja tutkimusklinikan kanssa. Tutkimuksen tavoitteena on tutkia perheterapian tehokkuutta sekä perheiden ja perheenjäsenten toimijuutta edistäviä psykoterapeuttisia työkaluja.

2.1. Aineisto

Tutkimusprojektin otos koostuu 6-12-vuotiaista lapsista perheineen (N = 14). Mukana olleilta lapsilta kerättiin perusdiagnostiset tiedot ennen intervention alkua. Tiedonkeruuseen käytettiin verkkopohjaista kehitystä ja hyvinvointia mittaavaa DAWBA:a (Development and Well-Being Assessment). DAWBA huomioi DSM-4 ja ICD-10 tautiluokitusjärjestelmät antaessaan suosituksen psykiatrisesta diagnoosista. Tutkimuksen sisäänottokriteerinä oli polikliinisellä arviointijaksolla sekä DAWBA:n pohjalta diagnosoitu uhmakkuus- ja käytöshäiriö. Lisäksi informaatiota perheen tilanteesta kerättiin teemahaastattelulla ja perheen verkostokartalla. Tietoa saatiin AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) -päihdekyselyllä, SCORE-15 (Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation) -perhekyselyillä sekä lähisuhdeväkivallan suodatin- ja kartoituskyselyn avulla. Lapsilla teetettiin ikätasoon sopiva lasten SCORE-kysely. Lisäksi terapeutista allianssia ja kokemuksia terapeutisesta prosessista mitattiin SRS V.3.0 (Session Rating Scale)-, ORS- (Outcome Rating Scale), ja CORS (Child Outcome Rating Scale)-lomakkeilla.

Omaa tutkimustamme varten rajasimme otoksen kahteen perheeseen. Osatutkimuksen aineistona käytimme näiden kahden perheen perheterapiaistuntoja, joista kaikki toteutettiin poliklinikalla. Tutkittavien perheiden istunnoista valitsimme lähempään tarkasteluun kolme istuntoa molemmilta niiden ajallisen sijoittumisen ja osallistujien kokoonpanon perusteella. Istunnot

sijoittuvat keskimäärin noin vuoden mittaisten terapiaprosessien alkuun, keskelle ja loppuun. Käytämme tutkittavista pseudonyymejä heidän anonymiteettinsa suojaksi. Usva oli aineistonkeruun alkamisajankohtana 9-vuotias ja hänellä on diagnosoitu uhmakkuus- ja käytöshäiriö. Usvan perheeseen kuuluvat äiti, isä sekä isosisarus. Tästä perheestä käytetään tulososiossa nimeä Perhe 1. Valo oli intervention alkaessa 8-vuotias ja hänellä on diagnosoitu uhmakkuus- ja käytöshäiriö sekä aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö. Valon perheeseen kuuluvat sijaisvanhemmat Anni ja Matti, sekä muualla asuvat äiti ja pikkusisar. Tästä perheestä käytetään tuloksissa ilmausta Perhe 2. Tutkimuskohteista käytämme tulososion litteraatioissa seuraavia lyhenteitä: Usva = P1, Valo = P2, Ä = äiti ja SV1 = sijaisvanhempi Anni. Muilla perheenjäsenillä ei ole puheenvuoroja valituissa litteraatioissa tai he eivät ole paikalla kyseisillä istunnoilla.

Tutkimusprojektissa työskennelleet työparit olivat koulutukseltaan psykologeja, sosiaalityöntekijöitä ja sairaanhoitajia, joista osalla oli myös psykoterapeuttikoulutus. Usvan perheen terapeutilla oli psykoterapeuttikoulutus perheterapiassa. Hänestä käytämme tulososion litteraatioissa lyhennettä T1. Valon perheen kanssa työskennelleestä työparista toisella oli myös edellä mainittu koulutus, toisella muu sosiaali- ja terveystieteiden koulutus. Heistä tulososion litteraatioissa ovat käytössä lyhenteet T2 ja T3. Valitsimme tutkimukseemme sellaisia istuntoja, joissa osallistujien kokoonpano oli tyypillisin. Näin yhteistyösuhteen ja myös siinä tapahtuvien katkosten tutkiminen oli mahdollisimman luotettavaa. Usvan kohdalla paikalla olivat hänen lisäksi vain terapeutti ja äiti. Valon istunnoista kaikilla paitsi yhdellä oli paikalla lapsen lisäksi toinen hänen sijaisvanhemmistaan ja kaksi terapeuttia. Yhdellä istunnoista paikalla oli lapsen molemmat sijaisvanhemmat. Valitsimme näitä kokoonpanoja noudattavista istunnoista yhden alusta, keskeltä ja lopusta. Näin saimme koherentin kuvan myös allianssin kehityksestä mahdollisimman pitkällä aikavälillä.

2.2. Tutkimuksen etiikka

Uhmakkuus- ja käytöshäiriödiagnoosin saaneiden lasten perhekeskeinen hoito ja systemaattinen potilaspalaute syrjäytymisen ehkäisyssä -tutkimushanke on arvioitu Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin tutkimuseettisessä toimikunnassa. Hanketta puoltava päätös saatiin 17.3.2015. Sekä tutkimukseen osallistuneet huoltajat että lapset ovat antaneet kirjallisen suostumuksensa tutkimukseen osallistumisesta. Tässä pro gradussa hyödynnettyä kuutta tunnisteita sisältävää videotallennetta on käsitelty vain Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen Psykoterapian opetus- ja tutkimusklinikan tiloissa. Tutkielman tekijät ovat allekirjoittaneet salassapitosopimuksen. Aineiston käsittelyssä esille tulleita eettisiä haasteita eritellään pohdinnassa.

2.3. Keskustelunalyysi analyysin menetelmänä

Keskustelunalyysia voidaan pitää etnometodologisen tutkimuksen valtavirtamenetelmänä (Heritage, 1984). Menetelmän uranuurtajina pidetään Harvey Sacksia ja hänen kollegoitaan Gail Jeffersonia ja Emanuel Schegloffia (Hakulinen, 1998). Keskustelunalyysin tavoitteena on tutkia ihmisen arkitoimintaa ja sosiaalista interaktiota sekä löytää vuorovaikutuksesta säännönmukaisuuksia (Eskola & Suoranta, 1998). Nykypäivänä keskustelunalyysin käyttö tutkimusmenetelmänä on laajentunut muun muassa psykologian, sosiaalipsykologian ja antropologian kentillä myös spesifimpiin roolijakoihin ja symmetrioihin, kuten terapiaistuntoihin ja lääkäri-potilas-asetelmiin (Flick, 2006; Heritage, 1984). Peräkylän (2019) mukaan keskustelunalyyttisellä tutkimuksella on psykoterapiaistunnoilla kaksi tehtävää. Ensinnäkin sen avulla voidaan etsiä vuorovaikutuksen tapoja, jotka palvelevat terapeutin ja asiakkaan institutionaalisia tehtäviä. Toiseksi keskustelunalyysi voi ilmentää terapiaprosessin muutoskohtia tutkimalla erilaisia dialogisia järjestyksiä. Tarkemmin keskustelunalyyttisessä tutkimuksessa voidaan tutkia keskustelun lisäksi ekstralingvististä ja paralingvististä viestintää (Eskola & Suoranta, 1998). Ekstralingvistisellä viestinnällä tarkoitetaan esimerkiksi eleitä, ilmeitä, ryhtiä, asentoa ja silmien liikkeitä, joita puhuja toteuttaa. Paralingvistinen viestintä puolestaan tarkoittaa esimerkiksi puheen voimakkuutta ja nopeutta sekä äänensävyä ja intonaatiota. Ajattelempa, että edellä mainitun tiedon valossa keskustelunalyysi on perusteltu analyysimenetelmä terapiaistuntojen sosiaalisten konstruktioiden, eli muun muassa allianssin rakentumisen tai allianssikatkosten tutkimiseen.

Keskustelunalyysin tekeminen on vahvasti aineistovetoista ja induktiivista (Stevanovic ym., 2016). Keskustelunalyysin yleinen periaate on, että vuorovaikutus rakentuu järjestelmällisesti, eikä lähtökohtaisesti mitään löydöksiä sosiaalisessa interaktiossa pidä määritellä satunnaisiksi (Hakulinen, 1998). Toiseksi vuorovaikutuksen konteksti vaikuttaa sekä vuorovaikutuksen laatuun, mutta lisäksi sen voidaan ajatella tuottavan ja jäljentävän sosiaalista prosessia. Loppujen lopuksi puheen vastaanottajan tulkinta muodostuu kontekstin ja ilmaisutavan yhteisvaikutuksesta. Päätökset ja tulkinnat siitä, mikä on tutkittavassa vuorovaikutustilanteessa oleellista, perustuu havaintoihin ja oletuksiin, joita tutkija tekee aineistosta (Heritage, 1984; Flick, 2006).

Keskustelunalyyttinen tutkimus aloitetaan tarkastelemalla aineistoa motiivittomasti, eli ilman pyrkimyksiä löytää sieltä tiettyjä ilmiöitä. (Stevanovic ym., 2016). Aineistoa läpikäydään useita kertoja ja tarkastelun aikana tehdään huomioita ja muistiinpanoja. Aineistoa tarkastellaan usein myös datasessioissa yhdessä muiden tutkijoiden kanssa, mikä lisää analyysin perusteltavuutta sekä tutkimuksen luotettavuutta. Lopulta näiden huomioiden pohjalta rakennetaan tutkimuskysymykset.

Tarkemmin keskustelunanalyttisen tutkimuksen vaiheet voidaan jakaa vuorovaikutustilanteiden eli primaariaineiston tallentamiseen, tallenteiden litteroimiseen, valittujen kohtien analysoimiseen ja tutkimuksen raportointiin (Flick, 2006). Keskustelunanalyysia tehdessä pyritään siihen, että aineisto olisi kerätty mahdollisimman aidossa ja luonnollisessa tilanteessa ja vuorovaikutuksen tulisi tapahtua itsestään, ilman tutkijan puuttumista.

Keskustelunanalyysin lisäksi tutkimusmenetelmässämme on myös sisällönanalyttisia piirteitä, sillä aineistoa on määrällisesti hieman normaalia enemmän kuin keskustelunanalyysissa yleensä. Lisäksi aineiston kategorisointivaiheessa käytimme paljon teemoittelevaa otetta, mikä on rinnastettavissa sisällönanalyysiin.

2.4. Analyysin eteneminen

Aloitimme aineiston läpikäynnin katsomalla ja kuuntelemalla aineistoa kokonaisuudessaan. Ensiksi pohdimme, keskittyisikö tutkimuksemme tutkittavien kodeissa vai poliklinikalla toteutettuihin perheterapiaistuntoihin. Päädyimme poliklinikka-aineistoon, sillä koimme, että istuntojen tarkastelu voisi olla kliinisessä ympäristössä häiriöttömämpää ja näin ollen luotettavammin havainnoitavissa. Samoihin aikoihin kiinnostuimme erityisesti allianssin konstruktioista. Kävimme läpi kaikkien tutkimukseen osallistuneiden klinikalla hoidossa olleiden lasten ja heidän perheidensä ensimmäiset ja viimeiset videot. Samalla teimme muistiinpanoja istuntojen selkeistä yhteistyön vahvistumisen hetkistä sekä vaihtoehtoisesti sen katkoksista ja muuten vuorovaikutuksen kannalta ongelmallisista kohdista. Tämän vaiheen jälkeen poissuljimme perheitä videoiden pienen määrän, liian suuren tunnistettavuuden riskin sekä puuttuvan datan perusteella. Valitsimme kaksi perhettä, joilla oli lähestulkoon sama määrä videoita ja joiden kohdalla tutkimus oli viety alusta loppuun asti.

Seuraavaksi analysoimme laajasti valittujen perheiden terapiaprosesseja ennen lopulliseen tutkimukseen otettavien istuntojen valitsemista. Keskustelimme paljon siitä, miten kukin koimme lasten ja terapeuttien välisen allianssin kullakin istunnolla ja laajemmin sen kehityksen läpi terapiaprosessin. Teimme tarkempia muistiinpanoja istuntojen tapahtumista ja luokittelimme alustavasti sisältöjä allianssin käsitteen näkökulmasta. Päätimme keskittyä videoihin erityisesti prosessin alku-, keski-, ja loppuvaiheista. Tasaisen ajallisen jakautuneisuuden lisäksi kiinnitimme huomiota istuntojen osallistujien kokoonpanoihin; videoissa perheterapiaan potilaan lisäksi osallistuneiden henkilöiden tuli olla pitkäaikaisesti prosessiin sitoutuneita, eli lapsen huoltajia ja terapeutteja. Näin allianssin eri nyanssit saattoivat tulla selkeimmin esille. Näiden huomioiden

perusteella päädyimme valitsemaan ensimmäiseltä perheeltä 3., 12. ja 17. ja toiselta perheeltä 1., 6. ja 13. istunnon.

Tämän jälkeen teimme uuden, entistä tarkemman havainnointikierroksen, jota koskien pidimme ensimmäisen datasession pro gradu -ohjaajamme kanssa. Datasession jälkeen teimme päätöksen, että muodostaisimme tutkimuskysymyksemme allianssikatkoksiin liittyen. Pidimme toisen datasession ohjaajamme kanssa perustellaksemme tutkimuskysymyksemme valinnan ja keskustellaksemme tarkemmin havainnoitavien videoiden sisällöistä allianssikatkosten näkökulmasta. Seuraavaksi läpikävimme aineiston allianssikatkoksia silmällä pitäen ja poimimme ne erilleen muusta datasta. Litteroimme valitut kohdat ja katsoimme videot uudelleen. Pidimme kolmannen datasession, jossa katsoimme valitut kohdat videoilta yhdessä ohjaajamme kanssa validiteetin arvioimiseksi. Aloimme keräämään listaa havaitsemiemme katkosten laaduista ja muodostimme niistä ensin 31 erillistä kategoriaa. Luokittelimme löydöksemme lapsen, terapeutin ja vanhemman ilmentämiksi katkoksiksi. Sen, kenen ilmentämä katkos on kyseessä, määrittää se, kenellä on puheenvuoro silloin, kun katkos tapahtuu. Muodostimme yksitoista pääkategoriaa; neljä lapsen, neljä terapeutin ja kolme huoltajan ilmentämää katkostyyppiä. Tämän jälkeen aloimme tiivistämään ja yhdistämään edellä mainittuja kategorioita allianssikatkoksia koskevan kirjallisuuden sekä oman empiirisen tietomme perusteella. Lapsen ja terapeutin katkokset jakautuivat luonnollisesti vetäytymis- ja kofrontaatiokatkoksiin. Huoltajan katkosten kohdalla tällaista jakautumista ei ollut kuitenkaan havaittavissa. Olimme pohtineet huoltajien ilmentämien allianssikatkosten mielekkyyttä tutkimuksessamme jo pitkään, joten tämän havainnon myötä päätimme jättää vanhempien tarkastelun tutkimuksemme ulkopuolelle.

Seuraavaksi aloimme kirjoittaa tutkielmamme tulososiota. Vielä tässä vaiheessa päätimme yhdistää kaksi lapsen ilmentämää konfrontaatiokatkosten kategoriaa toisiinsa, sillä huomasimme niiden olevan laajalti päällekkäisiä. Näin jäivät jäljelle yhteensä neljä pääkategoriaa sekä lapsen että terapeutin ilmentäminä ja yhteensä 12 alakategoriaa. Palasimme vielä analyysivaiheen loppuun tarkistamaan alkuperäisestä videoaineistosta käytössämme olevien litteraatioiden ja muun sisällön oikeellisuuden.

3. TULOKSET

Tarkastelimme keskustelunanalyysin avulla allianssikatkokosten esiintyvyyttä sekä pyrimme löytämään potilaan ja terapeutin toiminnasta lähtöisin olevia katkokosten tyyppejä. Havaitsimme aineistostamme sekä konfrontaatio- että vetäytymiskatkoksia, joten loimme niistä kaksi yläkategoriaa havainnoillemme. Löydetyt allianssikatkokset on jaoteltu potilaan tai terapeutin ilmentämiksi ja tyyppitelty edellä mainittujen yläkategorioiden alle.

3.1. Lapsen ilmentämät vetäytymiskatkokset

Havaituissa vetäytymiskatkoksissa potilas osittain etäännyttyä terapeutista, omasta tunne- ja kokemusmaailmastaan tai jostain terveellisen prosessin osasta, mikä ilmenee välttelevänä käyttäytymisenä. Kyseiset katkostyypit eivät estäneet istunnon etenemistä, vaan enemmänkin johtivat lapsen sivuun jäämiseen.

3.1.1. Sijaistoiminta

Sijaistoimintaa katkoskäyttäytymisenä esiintyi lapsilla verrattain usein. Näissä tilanteissa istunnoilla oli kyse hetkistä, jotka vaikuttivat saavan lapsen olotilan jollain tavalla vaikeaksi tai epämotivoituneeksi. Potilas vetäytyi tilanteesta asiaan kuulumattomaan leikkiin tai puhelimen näytön pariin. Tällöin terapeutin esittämät tavoitteet tai kysymykset jäivät useimmiten vaille vastausta tai riittävää huomiota.

Ote 1. Perhe 1

Poliklinikka, 17. istunto (51:43-52:00)

Istunnolla on keskusteltu Usvan käytöksestä koulussa. Keskiössä on ollut se, mitä siellä on todellisuudessa tapahtunut. Usvan äiti on keskustellut koulun henkilökunnan kanssa ja on kertonut istunnon aikana siitä, miten lapsi on koulun työntekijöiden mukaan käyttäytynyt. Potilas on kiistänyt äidin kertomat väitteet.

- 1 T1: No mitäs mieltä sä oot niistä-niistä ö-höpö (.) jutuista et onks sitte tullu sillai (.) höpöteltyy
- 2 pissakakkajuttuja (.) vähänniinku (.) vitsillä? Kevennykseks
- 3 P1: ((P1 on hiljaa ja selaa puhelintaan, ei ota katsekontaktia terapeuttiin)) (6.0)
- 4 Ä: °Ehkä siellä on ollu°

Terapeutti kysyy Usvalta suoran kysymyksen saadakseen tietoa tapahtuneesta. Hän yrittää keventää tilannetta esittämällä oletuksen siitä, että potilas ei todennäköisesti ole tarkoittanut puheitaan muuten kuin tunnelman kevennykseksi (rivit 1 ja 2). Samalla hän liittyy äidin uskomukseen tapahtuneesta ja hylkää lapsen esittämän version asiasta, jolloin Usvasta tulee selontekovelvollinen aikuisten määrittämälle todellisuudelle. Lapsi katsoo tiukasti puhelintaan eikä ota katsekontaktia terapeuttiin. Hän jatkaa sijaistoimintaa ja yhteistyöstä vetäytymistä pysyen puhumattomana (rivi 3). Pitkän hiljaisuuden jälkeen potilaan äiti vastaa kysymykseen hänen puolestaan (rivi 4).

3.1.2. Puhumattomuus tai minimivastaus

Puhumattomuus ja minimivastaukset olivat aineistossamme tyypillisiä. Kun terapeutti otti esille aiheen, josta lapsi syystä tai toisesta ei halunnut puhua, vastauksena keskustelun avaukselle oli usein täysi hiljaisuus tai informaatioköyhä, vajavainen vastaus. Usein potilaan hiljenemistä edelsi tilanne, jonka aikana hän ei ollut tullut kunnolla kuulluksi tai hänen puheenvuoronsa oli tullut kokonaisuudessaan sivuutetuksi.

Ote 2. Perhe 2

Poliklinikka, 13. istunto (56:06-57:08)

Valo on ollut läpi terapiaistunnon huonotuulinen sekä kotona tapahtuneiden että istuntoa koskeneiden toteutumattomien odotusten vuoksi. Potilas on täyttänyt SRS-palautelomakkeeseen tiedon siitä, että hän ei ollut kokenut tulleensa juurikaan kuulluksi terapiaistunnon aikana. Terapeutit ottavat asian puheeksi selvittääkseen yhteistyösuhteen pulmaa tarkemmin.

- 1 T2: Mitä sinä ajattelit siitä ku sulla on välillä ollu et sä oot tykänny siitä mitä täällä tein ja tän::ään sinä oot
- 2 ajatellu (.) vähän toisella tavalla ni (.) halusitko sä tästä san::oo vähän enemmän Valo?

- 3 P2: ((P2 kohauttaa hartioitaan ja pelaa puhelimellaan, murahtaa))
- 4 T2: Mitä teimme. Ei ollu niin mielekästä tän::ään niinkö?
- 5 P2: Mm
- 6 T2: Joo. Haluutko muuta san::oo siitä?
- 7 P2: °Eh°
- 8 T2: Antaa palautetta vähä enemmän? (2.0) Joo. No entäs sitten kun tuli sulle semmonen olo että ei oo oikee
- 9 minä ja (T3:n nimi) ehkä niin kuunneltu sinua ni (.) haluutko sä tuosta san::oo, mikä kohta erityisesti tuli
- 10 sulle semmonen olo että ei sinua kuunneltu? (5.0)
- 11 P2: ((kohauttaa hartioitaan, ei ota katsekontaktia terapeuttiin)) °mhm (.) en os::aa san::oo°

Terapeutti tiedustelee potilaansa mielipiteitä istunnosta (rivit 1 ja 2). Lapsi ei ole tälle vastaanottavainen, vaan keskittyy puhelimellaan pelaamiseen eikä ota katsekontaktia terapeuttiin (rivi 3). Terapeutti jatkaa pyrkimystään saada selville Valon ajatuksia (rivit 4 ja 6), mutta lapsi ei edelleenkään ota osaa keskusteluun ja vetäytyy tilanteesta vastaten ainoastaan minimivastauksin (rivit 5 ja 7). Otteen lopussa terapeutti yrittää vielä kerran saada Valon kertomaan siitä, miksi hän on kokenut ettei ole tullut kuulluksi istunnolla (rivit 8-10). Tarkentavaa kysymystä seuraa pitkä hiljaisuus, jonka jälkeen lapsi vetäytyy tilanteesta kertoen, ettei osaa vastata kysymykseen (rivi 11).

3.1.3. Puheenaiheen vaihto

Otteissamme esiintyi tilanteita, joiden aikana potilaat vaihtoivat puheenaihetta kesken keskustelun. Potilas viestitti näin muille terapian osanottajille joko suorasti tai epäsuorasti, että halusi siirtyä johonkin muuhun teemaan tai kokonaan pois istuntotilanteesta.

Ote 3. Perhe 1

Poliklinikka, 3. istunto (21:29-21:48)

Terapeutti ja Usva ovat neuvotelleet istunnon kestoajasta. Terapeutti yrittää kartoittaa potilaansa toiveita tämän ja äidin välisen keskustelun sisällöstä. Hänen tavoitteenaan on aloittaa suora vuorovaikutus heidän välillään, sillä aiemmin istunnolla on keskitytty lähinnä lapsen ja äidin erillisten kokemusten ja tunteiden käsittelyyn.

- 1 T1: No, tota mm (.) mitäs sä Usva ite nyt aattelisit sitte että: (.) et tuota mistä mejjän ois hyvä tällä kertaa
2 vielä äitin kanssa puhua yhdessä? (4.0)
3 P1: ((haukottelee ja kohauttelee olkapäitään. Ei ota kontaktia terapeuttiin))
4 T1: Onko jotain erityisempää mitä tulee mieleen
5 P1: Eei, paitsi paljon kello on, menny monta minuuttia

Terapeutti esittää lapselle tutkivan kysymyksen siitä, mistä tämä haluaisi äitinsä kanssa puhua (rivit 1 ja 2). Usva asettuu kysymyksen jälkeen passiivisempaan asemaan kuin aiemmin istunnolla, eikä vastaa kysymykseen (rivi 3). Hän on pitkään hiljaa eikä ota kontaktia terapeuttiin, kunnes terapeutti toistaa kysymyksen eri muodossa (rivi 4). Lapsi vastaa kieltävästi ja vaihtaa puheenaiheen kysymällä kellonaikaa sekä ilmaisemalla, että aikaa on kulunut jo tovi (rivi 5). Samalla hän kyseenalaistaa keskustelun merkityksen ja antaa ymmärtää, että olisi valmis siirtymään eteenpäin.

3.1.4. Perääntyvä elekieli

Lasten käyttäytymisessä oli havaittavissa myös selvää nonverbaalista, ulkoisesti nähtävissä olevaa vetäytymistä, mitä kutsumme tutkimuksessamme perääntyväksi elekieleksi. Tällaista tapahtui usein lapselle oletettavasti raskaiden puheenaiheiden yhteydessä. Esillä olleisiin aiheisiin näytti liittyvän lapsen kohdalla hankalia tunteita, kuten häpeää, surua, ahdistusta tai pelkoa. Näissä hetkissä potilaiden käytöksessä ilmeni piiloutumista, vetäytyvää elekieltä ja tilanteesta pois lähtemistä.

Ote 4. Perhe 2

Poliklinikka, 6. Istunto (03:00-03:31)

Keskustelu on kääntynyt siihen, että koulussa on tapahtunut jotain, mistä potilas on pahoittanut mielensä. Valo ei halua itse kertoa terapeuteille tapahtuneesta, sillä hankala tilanne on liittynyt perhesuhteisiin, jotka ovat potilaalle erityisen herkkiä teemoja aiempien terapiaistuntojen aikana käytyjen keskustelujen perusteella. Tulomatkalla sijaisvanhempi Anni on puhunut Valon kanssa siitä, että tulisiko aiheesta keskustella terapiassa, mutta Valo on todennut, että hän ei kykene puhumaan eikä koe, että siitä olisi hyötyä. Terapeutit yrittävät saada lasta sanomaan aiheesta jotakin, jolloin Valo toteaa Annin tietävän siitä ja siirtää kertomisvastuun hänelle.

- 1 P2: Anni voit selittää sillei hiljaisesti ((katsoo sijaisvanhempaa))
2 SV1: Öö mil-mitä tarkoitat hiljaisesti?
3 P2: ((laittaa hupun päähän)) Siten että mä en kuule tästä läpi ((laittaa hupun kiinni kasvojen eteen))
4 T2: Ai et onko tää semmonen että sinä et vaan haluais tästä nyt puhua::aan? Joo
5 T3: Mut voitaisko miettiä Valo sitäki että voisko siitä jota::ki puhua sillä tavalla että se ois sinun kannalta
6 niinku (.)

(Neljä riviä poistettu)

- 7 P2: Anni voi kertoa silleen hiljaisesti
8 SV1: Si-si-sitä tuossa-
9 P2: [ettei kuule]

Valo ehdottaa, että Anni voisi kertoa asiasta tarkemmin (rivi 1). Anni kysyy, mitä lapsi tällä tarkoittaa (rivi 2). Valo piiloutuu syvälle pusakkaansa peittäen näköyhteytensä muihin, samalla perustellen aikuisille sitä, ettei piilosta kuule itseään satuttavaa kertomusta (rivi 3). Molemmat terapeutit yrittävät tarttua potilaan suojautumiseen validoimalla hänen perääntymistään, mutta kuitenkin kannustaen tätä puhumaan omien rajojensa ehdoilla (rivit 4-6). Tilanne kuitenkin loppuu potilaan hiljaiseen toteamiseen siitä, että Anni voi kertoa asiasta, jos hän voi olla itse piilossa eikä hänen tarvitse kuunnella kertomusta (rivit 7 ja 9).

3.2. Lapsen ilmentämät konfrontaatiokatkokset

Havaituissa konfrontaatiokatkoksisissa potilas pyrkii ylläpitämään asemaansa istunnolla sekä ilmaisee suoraan suuttumusta, halveksuntaa tai tyytymättömyyttä terapeuttia tai jotain terapian aspektia kohtaan. Lasten tapauksissa konfrontaatiokatkoksia tapahtui tilanteissa, joissa terapeutin ja lapsen välillä oli selkeitä erimielisyyksiä tai potilas ei syystä tai toisesta ollut halukas osallistumaan keskusteluun.

3.2.1. Oman toimijuuden ylläpito

Havaitsimme potilailla oman toimijuuden tai hallinnan ylläpitämiseen tai palauttamiseen viittaavaa käytöstä tilanteissa, joissa keskustelu alkoi muodostua aikuisten väliseksi ja lasta sivuuttavaksi. Havaittuja ulkoisia keinoja oman toimijuuden palauttamiseen olivat suora kieltäytyminen, puolustautuva elekieli ja aktiivisen roolin ottaminen istunnon täysivaltaisena jäsenenä.

Ote 5. Perhe 1

Poliklinikka, 12. istunto (57:13-57:26)

Terapiassa tuotettujen kuvausten mukaan lapsella on isäänsä haastava suhde, ja läpi istuntojen isän satunnainen osallistuminen istunnoille esiintyy paljon vastahakoisuutta ja suoraa vastustamista herättävänä aiheena. Terapeutti ja Usvan äiti ovat kuitenkin ottaneet yhteistuumin esille isän sekä sisaruksen osallistumisen istunnoille, jotta heidän näkökulmastaan terapiasta voisi tulla myös perheen vuorovaikutuksen kannalta tuloksellista.

- 1 T1: Mut (.) minusta ihan hyvin voi-vois veli joskus tulla muk::aan ja- ja toki se isäki ois tosi tervetullut
2 P1: [Nii joku vuoden päästä]
3 T1: Että ois ihan hyvä mejän puhua porukalla
4 Ä: [Nii]
5 P1: @Minä en sitten tule siihen mukaan@ ((pitää katseensa sylissään olevassa lelussa, puhuu ilmeillen ja
6 suutaan väännellen))
7 T1: Puhuttehan te kotonakin jo ((ihmeissään))
8 P1: Ei puhuta ((katsoo terapeutin ohi))
9 T1: Ettekö?
10 P1: Ei. ((toistaa sanan ”ei” äännettömästi huuliaan liikuttaen ja päättään pudistaen neljä kertaa))
11 Ä: Kato minä tuota:: (.) pistin aamulla viestiä (isälle)
12 P1: [@Meillä on kotona rauhallinen tunnelma@] siellä ei puhuta
13 P1: ((vääntelee suutaan ja nostaa leukaansa))
14 Ä, T1: ((Äiti ja terapeutti naurahtavat ja katsovat toisiaan))
15 Ä: Aha on r(h)auhallinen tunnelma... ((vaihtaa puheenaihetta, mihin terapeutti liittyy mukaan))

Terapeutti ja vanhempi toteavat, että olisi terapian edistymisen kannalta hyödyllistä ottaa muitakin perheenjäseniä mukaan istunnoille (rivit 1,3 ja 4). Usva ei ole samaa mieltä tästä terapian tavoitteesta ja kieltäytyy sen toteuttamisesta esittäen vastaväitteitä. Huomatessaan aikuisten jatkavan tavoitteesta puhumista keskenään, Usva vetoaa omaan mukanaoloonsa ikään kuin ehtona yhteistyösuhteen toteutumiselle (rivit 2, 5, ja 6). Terapeutti yrittää suostutella Usvaa sanoen, että keskustelutilanne voisi olla samanlainen kuin kotonakin, minkä lapsi kieltää toden, ettei kotonakaan puhuta (rivit 7-10). Äiti kiusaantuu ja yrittää vaihtaa puheenaihetta, minkä aikana lapsi kuitenkin palaa

puhumattomuuden aiheeseen ivalliseen sävyyn puhuen, ikään kuin aikuisempaa puhetapaa matkien, huomattessaan aikuisten huomion kiinnittyvän muihin asioihin (rivit 11-13). Aikuiset vaihtavat keskenään merkitsevän katseen, äiti naurahtaa lapsen ilmaukselle ja vaihtaa puheenaihetta uudestaan. Terapeutti liittyy mukaan aiheen vaihtamiseen (rivit 14 ja 15).

Ote 6. Perhe 2

Poliklinikka, 1. Istunto, 3. tallenne (03:52-03:59)

Valo on maininnut sivulauseessa, että on riidellyt luokkakaverinsa kanssa koulussa. Terapeutit yrittävät saada lasta kertomaan tapahtuneesta enemmän.

- 1 T2: Minkälainen asia se oli sitte, mistä tuo riita nytte
2 P2: [En kerro] ((pistää kädet puuskaan))
3 T2: Annetaaks Annin auttaa sua tässä kertomisessa
4 P2: [°En halua kertoa°] ((pistää kätensä syvemmin puuskaan ja ristii
5 jalkansa))

Terapeutti kysyy potilaalta suoran ja avoimen kysymyksen riidan alkusyystä (rivi 1). Valo kommunikoi sekä verbaalisesti että nonverbaalisesti, ettei asiasta puhuminen sovi hänelle (rivi 2). Terapeutti yrittää siirtää kertomisvastuun sijaisvanhempille Annille (rivi 3), mutta ennen kuin tämä on ehtinyt vastata, Valo toistaa kieltäytymisensä hiljaisesti mutta uhmakkaasti yrittäen samalla palauttaa oman hallintansa ja toimijuutensa itseään koskevaan kysymykseen liittyen (rivit 4 ja 5).

3.2.2. Aggressio

Aineistossamme esiintyi myös suoraa sanojen ja eleiden kautta tapahtuvaa aggressiota terapeuttia kohtaan. Havaitsemiamme aggression muotoja olivat hyökkäävä elekieli, huutaminen, provokaatio ja terapeutin pilkkaaminen matkimalla. Toisella aineistomme potilaista esiintyi toisinaan myös itsensä satuttamista mahdollisesti katkostilanteista johtuvan turhautumisen seurauksena. Luettaessamme myös turhautumisen osaksi kategoriaa, ja sitä esiintyi erityisesti terapian puheenaiheisiin ja tavoitteisiin liittyen.

Ote 7. Perhe 1

Poliklinikka, 12. istunto (44:54-45:07)

Terapeutti keskustelee Usvan ja tämän äidin kanssa lapsen voimakastahtoisuudesta ja äkkinäisistä raivokohtauksista, joita on ilmennyt kotona.

- 1 T1: Miten vois kuitenkin niitä kiukkuja myös purkaa silleen että (.) ne ei purkaudu sitte niinku iha hankalalla
2 tavalla?
3 P1: ((jännittää leukaperiään))
4 Ä: Mm
5 T1: Et mä aattelin jos sä nyt patoat ((yrittää ottaa katsekontaktia potilaaseen ja ojentaa kätensä häntä kohti))
6 P1: [S(h)illeen] että vet::ää tuntematonta turpaan ((nauraa ivallisesti))
7 Ä: Hah. Noh
8 T1: °Nii° ((vetää kätensä pois ja alkaa kosketella kaulakoruaan hermostuneen oloisena))

Terapeutti pohtii ääneen, millaisia rakentavampia keinoja kiukkujen purkamiseen voitaisiin yhdessä keksiä (rivit 1 ja 2). Äiti myötäilee, mutta lapsi ei vastaa mitään ja kiristelee leukaperiään (rivit 3 ja 4). Terapeutti jatkaa puheenvuoroaan yrittäen selventää, miksi kiukkujen purkamiseen olisi tärkeää löytää jokin ratkaisu (rivi 5). Terapeutti ei ehdi saattaa lausettaan loppuun, kun lapsi keskeyttää hänet ivallisesti nauraen ja ehdottaa ratkaisuksi tuntemattomien lyömistä (rivi 6). Äiti ottaa Usvan kommentin vastaan vitsinä (rivi 7). Lapsen provokatiivinen kommentti vaikuttaa saavan terapeutin hermostuneeksi; hän vetää aiemmin avoimen ja selvittelevän elehdintänsä tueksi ojentamansa käden takaisin syliinsä ja alkaa kosketella kaulakoruaan (rivi 8). Lapsen kommenttiin ei enää palata.

Ote 8. Perhe 2

Poliklinikka, 6. istunto (08:14-09:06)

Valo on kertonut ORS-lomakkeessaan, että koulussa on ilmennyt vastoinkäymisiä. Terapeutit tiedustelevat, mitä lapsi tällä tarkoittaa, mutta hän ei halua kertoa aiheesta terapeuteille, koska kokee, ettei se onnistuisi sanomatta tiettyjä sanoja, joista ääneen puhumisen hän kokee vaikeaksi. Anni valaisee tilannetta ja käy ilmi, että lapsen ahdistuneessa tunnetilassa on kyse koulussa tehdyistä

äitienpäivävalmisteluista. Lapsi ahdistuu keskustelun etenemisestä hänen mielestään väärään suuntaan ja piiloutuu ylös asti suljettavaan huppuunsa.

- 1 P2: ((on piilossa hupussaan))
2 T2: Nii nyt sun ei tarvii- me ei kukaan ei painosteta sua sanomaan sitä sanaa
3 P2: ((huokaa äänekkäästi))
4 T2: Voitaisko me auttaa sua varomaan sanomasta sitä sanomaa-sanaa että (.) ei:: tartte välttämättä sitä sanaa
5 sanook::aan mutta mietin sitä-
6 P2: Noku sitä ei pysty sanomaan kun se on monta (.) sanaa eri sanaan
7 T2: Ai::van sä nyt pähkäilet ja sua huolestuttaa että jos se sana tul::ee ja-
8 P2: Noku se o- riittää vaan että tul::ee nii (.) asia mikä kuvailee sitä
9 T2: Nii. Kun mä mietin sitä kun sä meet ihan piiloon että (.) ↑mikähän puoli nyt on niin (.) jotenki vaarallisen
10 olonen ettei sais sinusta näkyä? Onko se se (.) että se asia tai ne sanat ni (.) ku sanoit että ne menee päähän
11 että ni satuttaa
12 P2: [EN HALUU VIELÄKÄÄN PUHUA SIITÄ MITENKÄÄN] ((turhautuneena, mutta päättäväisenä,
13 kurtistaa kasvojaan))

Valo on tilanteen alussa hautautunut hupparinsa sisään (rivi 1). Terapeutti kertoo Valolle, etteivät he terapeuttiparinsa kanssa aio painostaa tätä sanomaan sanoja, joita hän ei halua sanoa, mutta haluaisivat silti kuulla tapahtuneesta jollakin toisella tavalla (rivit 2 ja 4). Valo ilmaisee turhautumistaan huokaisemalla äänekkäästi vastauksena terapeuttien keskustelun avaukselle (rivi 3). Terapeutit yrittävät löytää keinoja vaikeiden sanojen välttämiseksi (rivit 4, 5 ja 7). Lapsi toteaa kerta toisensa jälkeen, ettei tapahtumista kertominen onnistu ilman näitä ilmaisuja, jotka tuovat mieleen toisia sanoja, joista puhuminen tuntuu vaikealta (rivit 6 ja 8). Terapeutti yrittää selvittää lapsen kieltäytymisen takana olevia ajatuksia ja tunteita (rivit 9-11). Tilanteen pitkittyessä Valo lopulta hermostuu ja tokaisee kovaan ääneen, ettei halua puhua asiasta mitenkään ottaen samalla aktiivisen roolin keskustelun lopettajana (rivit 12 ja 13).

3.2.3. Tyytymättömyys

Aineistossamme potilaat ilmaisivat myös tyytymättömyyttä terapian eri osa-alueita kohtaan. Tyytymättömyys esiintyi usein kyseenalaistuksena tai pettymyksenä ja kohdistui joko terapeuttiin, hänen toimintatapoihinsa, terapian tavoitteisiin tai kokonaisuudessaan kyseessä olevaan istuntoon.

Kyseenalaistus kohdistui erityisen usein siihen, mitä istunnolla tehdään ja mihin tutkimusaineiston tallentamiseen tarkoitettua kameraa tarvitaan, kun taas pettymys liittyi yleisimmin terapian tavoitteisiin ja lapsen kuulluksi tulemattomuuden kokemukseen.

Ote 9. Perhe 2

Poliklinikka, 6. istunto (25:02-26:23)

Istunnolla on puhuttu Valolle herkästä aiheesta. Potilas osoittaa mielipahaansa suoraan, ja moittii terapeutteja sekä Annia siitä, että asia on otettu esille ilman hänen suostumustaan.

1 P2: En halunnu ottaa mutta otetti sitte silti ((kurtistaa kulmiaan))

2 SV1: Mitä?

3 P2: Minä en halunnu ottaa tuota yhtä mutta te otitte silti °sen puheeksi°

4 T3: [Tämä]

5 T2: En minä oikein vieläkään tiä ((epäselvää, Anni niistä samaan aikaan)) me puhuttiin siitä sun pahasta
6 mielestä puhuttin mutta ei puhuttu tuosta (.) merkinnästä

(Yhdeksän riviä poistettu. Terapeuttien päällekkäin puhumista ja selvittelyä siitä, mitä on sanottu. Joukossa P2:n yrityksiä päästä mukaan keskusteluun.)

7 T3: Minä kuulin kyllä sillä tavallaki sen että (.) et sinä itsehän Valo myös otit tavallaan tämän ihan ensin
8 puheeksi. Sinä sanoit että tästä en halua puhua

9 P2: [Nii minä sanoin että ei siitä puhuta] ((turhautuneella ja ärtyneellä äänensävyllä, pistää kätensä puuskaan
10 ja liikehtii jaloillaan))

(Seitsemän riviä poistettu. Terapeutit puhuvat toistensa päälle yrittäen selvittää P2:lle, että he eivät ole yrittäneet keskustella itse asiasta, josta lapsi ei ole halunnut puhua, vaan enemmänkin siihen liittyneistä tunteista)

11 T3: ((T2:n nimi)) minä- yritettiin varmaan puhua siitä sillä lailla mikä tuntuis sinusta ihan sopivalta että ei
12 liikaa puhuttais

13 T2: Mm

14 T3: Mutta nyt sinä (.) näytät aika murheelliselta ja sanot että puhuttiin liikaa

Valo ilmaisee pettymyksensä siihen, että istunnon puheenaihe on ylittänyt hänen rajansa. Hän kokee, että asia on otettu esille vasten hänen tahtoaan (rivit 1 ja 3). Terapeutit sekä Anni ovat asiasta eri mieltä; itse aiheesta ei ole puhuttu, siihen liittyvästä ikävästä tunteesta kylläkin (rivit 5-8). Lapsen turhautuminen on nähtävissä sekä verbaalisesti että nonverbaalisesti hänen ärtyneessä äänensävyssään sekä käsien ja jalkojen liikutteluna. Hän on edelleen sitä mieltä, että hän on kieltäytynyt puhumasta, mistä terapeutit eivät ole samaa mieltä (rivit 9 ja 10). Terapeutit kertovat,

että ovat yrittäneet välttää kivuliaimpien osuuksien esille ottoa ja alkavat lopuksi puhumaan toistensa päälle yrittäessään selittää tilannetta lapselle. Tilanne loppuu toisen terapeutin yritykseen selvittää lapsen tunteita, minkä jälkeen lapsi lakkaa ottamasta osaa keskusteluun (rivit 11-14).

3.3. Terapeutin ilmentämät vetäytymiskatkokset

Terapeuttiin kohdistuvan havainnointimme mukaan vetäytymiskatkokset olivat konfrontaatiokatkoksia yleisempiä. Terapeutti saattoi lähestyä jotakin lapselle emotionaalisesti latauksellista aihetta tai tunnetilaa, mutta teki kuitenkin väistöliikkeen saadessaan lapselta palautetta, joka ei tukenut hänen tavoitettaan.

3.3.1. Tilanteen tai puheenaiheen kesken jättäminen

Aineistossa esiintyi tilanteita, joissa terapeutti jätti jostakin aiheesta keskustelemisen tai yhteisen sopimuksen tekemisen kesken, eikä hetkeen näin ollen syntynyt konsensusta. Puheenaiheen kesken jättäminen toteutui joko aiheen vaihtamisen tai lapsen puheenvuorojen huomiotta jättämisen kautta. Konkreettisemmin tilanteen kesken jättäminen tapahtui terapeutin toimesta siten, että hän lopetti tilanteen joko myötäilemällä lasta tai siirtämällä huomionsa toisaalle.

Ote 10. Perhe 1

Poliklinikka, 17. istunto, 2. tallenne (06:23-06:56)

Istunnolla on tullut ilmi vakava tilanne Usvan koulussa. Keskustelua on käyty siitä, onko lapsen hyvä mennä kouluun kyseisenä päivänä ollenkaan voimakkaan ahdistuneisuutensa vuoksi. Terapeutti on ensiksi ollut äidin kanssa samaa mieltä siitä, että kouluun meneminen ei välttämättä ole järkevää. Istunnon lopuksi hän kuitenkin ehdottaa kouluun lähtemistä vastoin aiempaa kantaansa.

- 1 T1: Kierrätte koulun kautta, siel on ruokailu (.) ja (.) ja tuota (.) ja ja koitat olla tän päivää siellä koulussa ja-
- 2 Ä: Kaheltatoista l-
- 3 T1: Kaheltatoista loppuu?
- 4 Ä: Nii

5 T1: No sulla on onneks lyhyt päivä. Sit pääset kot::ii (lemmikin nimi) luokse
6 P1: [En] mene ((päättäväisesti, selaa
7 puhelintaan, eikä ota ei ota katsekontaktia terapeuttiin))
8 T1: Et sulla on nyt semmonen tunne et sinä (.) et halua mennä sinne
9 P1: Mm
10 T1: ((naksauttaa kieltä ja huokaa)) Joo-o? No tuota
11 Ä: [No katotaan, katotaan]
12 T1: Nonii tuumailkaa ((sulkee muistiinpanokirjansa ja nousee ylös tuolistaan))
13 Ä: ((nousee ylös tuolistaan ja ojentaa palautelomakkeita kysyvästi))
14 T1: Se on se (.) öö- jätä vaan siihen pöydän päälle niin korjaan sitte- mites ens perjantaina mä oon sillon
15 töissä, että (.) et pitäiskö mejän kuitenkin joku aika (.) kattoo vielä tässä

Terapeutti yrittää rohkaista lasta kouluun menemisen suhteen (rivi 1). Keskustelussa tulee äidin kautta ilmi, että koulupäivä olisi lyhyehkö (rivi 2). Terapeutti huomaa vihjeen ja houkuttelee potilasta sillä, että kotiinpääsy olisi jo lähellä (rivi 5). Usva kuitenkin kieltäytyy ilmeisen uhmakkaasti, mikä vaikuttaa saavan terapeutin neuvottomaksi ja hämmentyneeksi (rivit 6-10). Äiti ottaa vastuun keskustelusta sekä lapsestaan ja ilmaisee heidän harkitsevansa asiaa istunnolta lähdettyään (rivi 11). Terapeutti helpottuu, vastuuttaa äidin ja lapsen päättämään tulevasta päivästä ja alkaa liikehtiä tuolissaan (rivi 12). Hän vaihtaa aiheen seuraavan tapaamisen ajankohtaan (rivit 14-15).

3.3.2. Pitkä puheenvuoro

Terapeuttien vuorovaikutuksessa esiintyi istuntojen normaalista poikkeavia pitkiä ja monimutkaisia lapselle osoitettuja puheenvuoroja, joiden avuin terapeutti yritti selkeyttää ajatuksiaan lasta koskevasta aiheesta. Havaitsimme pitkiä puheenvuoroja tilanteissa, joiden aikana terapeutin ja potilaan keskusteluyhteys syystä tai toisesta heikkeni tai joissa terapeutti tunnisti lapsen vaikeuden tavoittaa hänen keskeistä viestiään.

Ote 11. Perhe 2

Poliklinikka 1. Istunto (13:08-14:31)

Valoa hävettää näkyä tutkimusprojektin kamerassa. Työntekijät ja Anni yrittävät selittää hänelle, että kamera on tutkimusprojektin kannalta tärkeä. Terapeutit yrittävät eläytyä Valon tunnekokemukseen ja esittävät asiassa olevan mahdollisesti kyse siitä, että potilas pelkää, että videoiden katsoja näkisi tämän pelkästään huonona tai pahana. Ratkaisuyrityksenä tähän terapeutit ottavat hyllystä kaksi pehmeää palloa, vihreän ja punaisen, konkreettisesti kuvaamaan Valon hyviä puolia ja kehitettäviä puolia. Lapsi ei ole tälle vastaanottavainen, eikä osallistu keskusteluun. Terapeutti jatkaa vertauskuvansa rakentamista pyrkien rohkaisemaan lasta.

1 T2: ...Ja Valo on sillä tavalla hyvä poika että lapsella on tahto olla enemmän tätä (.) se on, mä jotenki nyt
2 tämän perusteella alan olla iha (.) vakuuttunu siitä että (.) Valolla on halu olla sillä tavalla niinku (.)
3 pärjätä, ja halu kohdella hyvin jottei joutuis näihin pulmiin. Mut Valo minä voin sen sanoa että (.) meitä
4 ei oo ketään semmosta ihmistä maailmassa jolla ei olis jotaki sellasta vähä harmittav::aaki puolta

5 P2: ((vetää lelulaatikon hyllystä ja alkaa leikkiä))

(Seitsemän riviä poistettu, T2 jatkaa pitkää puheenvuoroaan) (3.0)

6 P2: ((on syventynyt leikkimiseen))

7 T2: Jaksoitkohan äsken kuunnella?

8 P2: °En° ((katsahtaa terapeuttiin, mutta jatkaa sen jälkeen leikkiä))

9 T2: Etkö. Nii että... ((jatkaa pitkää puheenvuoroaan))

(Neljä riviä poistettu)

10 P2: ((syventyy leikkiin, eikä näkyvästi reagoi terapeutin puheeseen. Terapeutti kääntää keskustelun lopulta
11 aikuisten väliseksi))

Terapeutti esittää Valolle metaforan siitä, että ihmiset eivät ole pelkästään hyviä tai pahoja (rivit 1-4). Tässä kohtaa lapsen keskittyminen herpaantuu, hän vetää lelulaatikon esiin ja alkaa koluamaan sitä (rivit 5). Terapeutti jatkaa puheenvuoroaan potilaansa responsiivisuuden puutteesta huolimatta. Hän yrittää saada Valon ymmärtämään, että kaikissa ihmisissä on myös huonoja puolia, eikä niitä tarvitse hävetä tai piilotella. Lapsi ei reagoi puheen päättymiseen, vaan jatkaa hiljaisuudessa leikkimistä (rivi 6). Lopulta terapeutti kysyy Valolta suoraan, jaksoiko tämä kuunnella, mihin lapsi vastaa kieltävästi (rivit 7 ja 8). Terapeutti jatkaa vielä hetken puhumista samasta aiheesta, mutta lapsen reaktioiden puuttuessa hän siirtää keskustelun aikuisten väliseksi (rivit 9-11).

3.3.3. Lapsen sivuuttaminen

Viimeiseksi vetäytymiskatkoksen muodoksi luokittelemme lapsen sivuuttamisen. Sivuuttamiseksi luemme tilanteet, joissa terapeutti ei kuunnellut lasta tai puhui hänen päälle, ohitti lapsen tunnetiloja tai jätti lapsen kokonaan keskustelun ulkopuolelle. Tämän kaltaisissa tilanteissa terapeutin yhteistyösuhteen neuvotteluun pohjaava ulottuvuus puuttui, jolloin lapsi positioitiin istunnon passiiviseksi ja vastaanottavaksi osapuoleksi.

Ote 12. Perhe 1

Poliklinikka, 17. istunto, 2. videotallenne (00:24-00:56)

Usvan äiti on käynyt keskustelua koulun henkilökunnan kanssa koskien lapsen käyttäytymistä koulussa. Koulusta on kerrottu Usvan uhkailleen toisia lapsia väkivallalla sekä kertoneen voivansa neuvoa tovereitaan väkivaltaisten tekojen toteuttamisessa kotona. Potilas kuitenkin kieltää puheet. Äiti on järkyttynyt eikä tiedä, kumpaa osapuolta uskoa. Istunnolla on keskitytty tapahtuneen selvittelyyn.

- 1 Ä: Nii. Sitte tuommonen (.) tuoki että jos kerta ei oo sanonu noita- ((elehtii kädellään viitaten koulun
2 väitteisiin))
3 T1: Niin niitä
4 Ä: [Jotenki] musta tuntuuki et ku Usva on itekki niin perhekeskeinen ja perhe ja perhe että jotenki
5 tuntuu ihan ku- ((liikuttuu))
6 T1: [Nii] no kyllä ihan sellane niinku tuntuma tulee tästä että:: et on tosi että-
7 Ä: Nii:: että en tiiä onko voinu Usva tuommosta sitte san::oo että (.) ett::ä ((kohauttaa hartioitaan, pudistaa
8 päättään)) sekki pitt- on niinku e- järkevä selvittää ku mä sanoin k- kysyin että kuka siellä semmosta
9 san::oo mutta ei tietenkää ((huolestuneena))
10 T1: [No mites sitten] onks siellä öy- kuraattoria siellä koululla?

Keskustelu on kääntynyt aikuisten väliseksi ja puolustuskannalla oleva Usva jätetään häntä koskevan aiheen sivustaseuraajaksi. Aikuiset pohtivat, mitä lapsi on koulussa puhunut ja mitä ei, kysymättä asiaa suoraan lapselta. Äiti on ilmeisen huolestunut ja järkyttynyt kuulemastaan (rivit 1-5). Terapeutti validoi äidin tunteita ja positioi itsensä samankaltaiselle huolestuneelle näkökannalle (rivi 6). Äiti

jatkaa terapeutille kohdistettua kertomustaan ilmeisen liikuttuneena (rivit 7-9). Terapeutti esittää ehdotuksen asian eteenpäin viemiselle (rivi 10), edelleenkin jättäen lapsen keskustelun ulkopuolelle, vaikka ehdotetut toimenpiteet kohdistuvatkin suoraan häneen. Näin tilanne määritellään vain aikuisten keskinäisen keskustelun kautta.

Ote 13. Perhe 2

Poliklinikka, 6. istunto (06:27-07:42)

Istunnon aikana on tullut ilmi, että Valo on keskustellut sijaisvanhempi Annin kanssa ikävistä tunteistaan äitienpäivää kohtaan. Samasta asiasta on ollut puhetta jo edellisellä istunnolla, mikä on saanut lapsen poikkeuksellisesti itkemään. Tapahtunut on jäänyt hieman auki, ja terapeutit yrittävät selvittää lapsen tunnetilaa. Lapsi on vastahakoinen kertomaan mietteistään aiheeseen liittyen, joten terapeutit kohdistavat huomionsa Anniin selvittääkseen tilannetta ja saadakseen keskustelua eteenpäin.

((aikuisten keskustelua))

- 1 T3: Ettei mennä asioihin vielä vaa ihan että kun (.) meillähän oli, tuli mieleen se meillä on varmaan mielessä
2 se
3 P2: (--)((yrittää saada sanansa kuulluksi aikuisten keskustelun läpi))
4 T3: viime kertaki
5 SV1: Nii

(Viisi riviä poistettu, aikuisten keskinäistä päälle puhumista)

- 6 T3: että kun mulla tuli mieleen että onko tässä vähän samanlainen tilanne kun viimeks (.) kun sinä tulit
7 tänne, ja sitten sinä juttelit että oli joku asia josta sä halusit, pystyit sanomaan jonkun yhden sanan ja (.)
8 sitten mä muistan et siinä kävi jotenkin niin että (.) sitten tuota mekin varmaan autettiin (.) et- tai toivottiin
9 että voikohan sitten Anni kertoo ja sitten Anni kertoki siitä niin paljon, että sinulle tuli sit ihan (.) paha
10 olo siitä silloin, että rupes ihan itkettää ja näin (.) niin me varmaan nyt haetaan sitä tässä ((T1:n nimi))
11 kanssa että ei (.) ei tarviisakaan käydä sillä tavalla tällä kertaa
12 T2: Nii
13 P2: No:h-
14 T2: et jos me ke- löyettäis jot::ain keinoja miten, millä lailla vois puhua niin että-
15 P2: Sitä ei pysty sanomaan-
16 T3: ei tulis niin paha olo

Aikuisten välillä tapahtuu aluksi väärinymmärrys, jota he jäävät selvittelemään (rivit 1-5). Lapsikin yrittää osallistua keskusteluun, mutta ei saa ääntään kuuluviin aikuisten puheen yli. Aikuiset jatkavat keskustelua ja terapeutit yrittävät löytää yksimielisyyttä siihen, miten aiheesta puhutaan (rivit 6-14). Toinen terapeuteista kohdistaa pidemmän puheenvuoronsa Valolle (rivit 6-11), mutta hänelle ei loppujen lopuksi jää paljoakaan tilaa vastata siihen (rivit 13, 15 ja 17). Katkelman ilmentämässä kohdassa korostuu aikuislähtöinen keskustelu ja pitkät puheenvuorot, joiden aikana lapsen on vaikea saada tilaa omalle ilmaisulleen.

3.4. Terapeutin ilmentämät konfrontaatiokatkokset

Konfrontaatiokatkoksia esiintyi terapeuteilla havaintojemme mukaan vähemmän kuin lapsilla. Terapeutin ilmentämiä konfrontaatiokatkoksia esiintyi sellaisissa vuorovaikutuksellisissa umpikujatilanteissa, joista perääntyminen olisi ollut haastavaa jo toteutetun selvityspyrkimyksen vuoksi. Tilanteissa korostui potilaan ja terapeutin väliset erimielisyydet ja terapeuttien neuvottomuus siitä, miten tilanteessa tulisi toimia.

3.4.1. Turhautuminen

Otteissa esiintyi jumiutuneita hetkiä, joissa lapsi ei toiminut terapeutin toivomalla tavalla tai ollut muutoin vastaanottavainen terapeutin aloitteille. Kärjistyessään edellä mainitun kaltaiset tilanteet johtivat terapeutin turhautumiseen. Tällöin terapeuteissa oli havaittavissa puherytmin, äänenpainojen ja ylipäänsä työskentelytyylin muutoksia, joiden annettiin näkyä potilaalle ja tämän huoltajalle sanallisten ja sanattomien viestien, kuten kommenttien tai kehonkielen kautta.

Ote 14. Perhe 2

Poliklinikka, 13. Istunto (54:54-55:40)

Valo on ollut istunnolla melko vastahakoinen ja keskittynyt peliin puhelimessaan. Istunnon loppu lähestyy ja terapeutit haluavat lapsen täyttävän arviointilomakkeen.

- 1 T2: Valo- teetkö ensin tuon katokku lopetet::aan tää kerta↑((aiempaa napakammin)). Niinii sitte voit näyttää
2 vähä vielä lis::ää niitä Annille ja Matille
- 3 P2: [Hei tässon] muuten tää koneen muoto (epäselvää, kertoo jostain puhelimessaan olevasta
4 asiasta) ((näyttää puhelinta T2:lle))
- 5 T2: ((selvittää kurkkuaan)) Joo. Nyt Valo mää ootan et sää tekisit ton palautteen kanssa tän °kiitos°
6 ((puhetyyli muuttuu kireäksi))
- 7 P2: ((jatkaa puhelimensa selailua)) (5.0)
- 8 T2: Ootko nyt Valo ystävällinen ((tavallista nopeammin ja kovemmallalla äänenvoimakkuudella)) ja laitat sen
9 niin saadaan (.) pillit pussiin
- 10 P2: ((hypistelee palautelomaketta, mutta katsoo yhä puhelintaan))
- 11 T2: Nyt kovasti kiinnostaa nyt tuo (.) Flowie- Flowwee siellä

Terapeutti pyytää jämäkästi Valoa täyttämään arviointilomakkeen selittäen, että istunto saataisiin näin loppuun (rivit 1-2). Lapsi ei kuuntelee vaan näyttää terapeutille puhelimessaan olevaa peliä (rivit 3-4). Terapeutti ei lähde mukaan Valon keskustelun aloitukseen ja kehottaa lasta uudelleen täyttämään palautelomakkeen edellistä tiukempaan sävyyn (rivit 5-6). Potilas ei toimi pyydetyllä tavalla, vaan keskittyy puhelimensa katselemiseen (rivi 7). Pitkän hiljaisuuden jälkeen terapeutti turhautuu lapsen tottelemattomuuteen ja korottaa ääntään saadakseen hänet täyttämään arviointilomakkeen, jotta istunto voitaisiin saattaa loppuun (rivit 8-9). Valo keskittyy yhä puhelimeensa (rivi 10), jolloin terapeutti lopettaa vaativat puheenvuoronsa ja toteaa vuorovaikutusta keventäväkseen, mutta yhä hieman ärsyyntyneellä äänenpainolla, että lapsen mielenkiinto taitaa olla muualla (rivi 11).

3.4.2. Väittelytilanteeseen joutuminen

Havaitsimme aineistossamme tilanteita, joissa terapeutti ja potilas joutuivat keskenään hetkelliseen väittelyyn. Useimmiten kiistelyssä oli kyse kahden vastakkaisen terapian tavoitteisiin tai toimintatapoihin liittyvän näkökulman yhteentörmäyksestä. Terapeutti esitti suoran ehdotuksen johonkin aiheeseen liittyen, ja lapsi kutsui hänet mukaan väittelyyn. Kumpikaan osapuoli ei ollut valmis joustamaan omasta mielipiteestään, mikä johti näkökulmien eskaloitumiseen.

Ote 15. Perhe 1

Poliklinikka, 12. istunto (50:56-51:17)

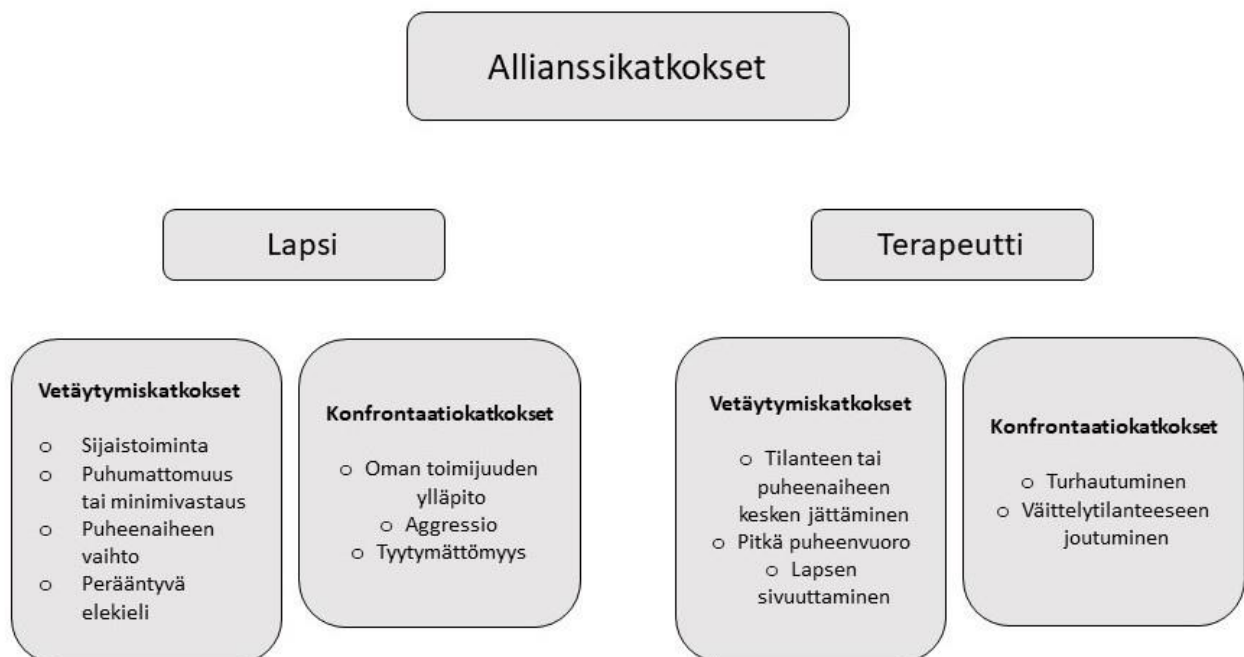
Istunnolla on keskusteltu lapsen isän tavasta kääntää vakavatkin asiat huumoriksi. Terapeutti tiedustelee Usvalta, olisiko hänen mahdollista keskustella isänsä kanssa aiheesta. Lapsen vastahakoisuus voi johtua siitä, että terapiassa tuotettujen kuvausten mukaan hänen suhteensa isäänsä on monimutkainen ja hankala.

- 1 T1: Ja sit sää rupeisit sanomaan isälle että (.) että isä hei @mitä sää oikeesti tarkotat tolla että älä pelleile@
2 Ä: Mm
3 P1: Enkä sano ((leikkii eikä ota katsekontaktia terapeuttiin))
4 T1: No entä jos sanoisit?
5 P1: [@SANO ITE@] ((murisee, katsoo terapeuttia kohti))
6 T1: Jos sille sanois-
7 P1: °Sano ite° ((murisee))
8 T1: (-) nii minäki sanoisi jos saisin isän tänne tuoliin istumaan
9 P1: Mutkun @isä ei tule@ ((murisee)) °minä en halua et se tulee° ((katsoo terapeuttia kurtistettujen kulmien
10 alta))
11 T1: Eli sinä et halua että isä tulee. O::kei

Terapeutti ehdottaa Usvalle tapaa, jonka avulla hän voisi keskustella isänsä kanssa ja siirtää vastuun isän ja lapsen suhteesta Usvalle (rivi 1). Äiti yhtyy terapeutin ehdotukseen, mutta lapsi kieltäytyy (rivit 2-3). Terapeutti ehdottaa samaa uudelleen (rivi 4), mutta potilas keskeyttää hänet ja sanoo kovaäänisesti samalla muristen, että jos terapeutti haluaa puhua aiheesta hänen isälleen, voi hän tehdä sen itse (rivi 5). Terapeutti aloittaa uuden ehdotuksen aiheesta, mutta ei ehdi sanoa kuin muutaman sanan, kun Usva keskeyttää hänet uudelleen (rivit 6-7). Terapeutti toteaa, että sanoisi asiansa lapsen isälle, jos saisi hänet paikalle terapiaan (rivi 8). Tähän vastauksena Usva toteaa jälleen aggressiivisesti, että isä ei ole tulossa terapiaan, koska hän ei halua tätä paikalle (rivit 9-10). Terapeutti reflektoi lapsen sanoman, ja keskustelu päättyy (rivi 11). Terapian toimintatapoihin ja tavoitteisiin liittyen syntyy siis erimielinen väittelytilanne, mihin molemmat osapuolet jäävät kiinni ja keskustelu jää avonaiseksi.

4. POHDINTA

Tutkimuksemme tavoite oli tutkia, millaisia allianssikatkosten tyyppisiä uhmakkuus- ja käytöshäiriödiagnoosin saaneiden lasten perheterapeuttisissa interventiossa esiintyy terapeutin ja lapsen välillä sekä selvittää, millaisissa vuorovaikutustilanteissa katkoksia tapahtuu. Aineistostamme löytyi molempia allianssikatkosten päätyyppejä, eli vetäytymis- ja konfrontaatiokatkoksia, mikä tukee Safranin ja Muranin näkemyksiä (Safran & Muran, 2000; Safran ym., 2001; Safran ym., 2006; Muran & Safran, 2016). Jaoinme sekä potilaalta että terapeutilta löytämämme vetäytymis- ja konfrontaatiokatkokset yhteensä 11 alakategoriaan (Kuvio 1). Lapsen ilmentämiä vetäytymiskatkoksia olivat sijaistointi, puhumattomuus tai minimivastaus, puheenaiheen vaihto ja perääntyminen. Lapsen konfrontaatiokatkoksia puolestaan olivat oman toimijuuden ylläpito, aggressio ja tyytymättömyys. Terapeutin ilmentämiä vetäytymiskatkoksia olivat tilanteen tai puheenaiheen kesken jättäminen, pitkä puheenvuoro sekä lapsen sivuuttaminen. Terapeutin konfrontaatiokatkoksiksi luemme turhautumisen ja väittelytilanteeseen joutumisen.



Kuvio 1. Tutkimuksessa tunnistetut potilaan ja terapeutin ilmentämät allianssikatkokset ylä- ja alakategorioittain.

4.1. Tulokset suhteessa tietoon lasten osallisuudesta perheterapeuttisessa hoidossa

Havaintojemme mukaan vetäytymiskatkokset olivat käyttämässämme aineistossa yleisempiä kuin konfrontaatiokatkokset. Katkosten erilaiset tyypit saattoivat esiintyä joissakin tilanteissa myös päällekkäisinä. Löytämämme katkostyyppit kohdistuivat usein Bordinin (1979) allianssimallin kahteen osa-alueeseen: yhteisymmärrykseen terapian tavoitteista ja tehtävistä. Lapsen ja terapeutin tarpeet ja toiveet olivat siis jatkuvasti jännitteisessä tilassa, mikä onkin allianssikatkosten tapahtumisen tärkein markkeri (Muran & Safran, 2016). Lähes kaikki löytämistämme katkostilanteista jäivät ratkaisematta, millä saattoi olla vaikutusta terapiaprosessiin. Tutkimillamme istunnoilla vallitsi aikuislähtöinen ilmapiiri: usein potilaat jäivät oman asiansa sivustaseuraajiksi, mikä näkyi myös yhteistyösuhteen rakentamisen vaikeutena.

4.1.1. Lapsen ilmentämät allianssikatkokset

Ensimmäiseksi lapsen ilmentämien vetäytymiskatkosten alakategoriaksi valikoitui sijaistointi, johon luokittelimme aineistossamme tilanteeseen kuulumattoman matkapuhelimen käytön ja leikkimisen. Potilaat päätyivät näiden toimintojen pariin usein sellaisissa tilanteissa, joissa heihin kohdistettiin joko pitkiä selittäviä puheenvuoroja tai sellaisia kysymyksiä, joihin lapsella ei syystä tai toisesta ollut motivaatiota vastata. Toinen alakategorioistamme oli puhumattomuus ja minimivastaukset. Kyseisen katkostyyppin aikana terapeutin yrityksistä huolimatta potilas vastasi hänelle esitettyyn kysymykseen tai tehtävään joko hyvin minimaalisesti tai ei lainkaan. Tässä alakategoriassa ajatteleminen korostuneen saman motivaation puutteen keskustelun ylläpitämiseen kuin sijaistoinnissa. Sijaistointi, puhumattomuus ja minimivastaukset näyttäytyivätkin aineistossa sekä vetäytymis- että protestikeinoina. Kolmas alakategoria eli puheenaiheen vaihtaminen ilmeni lapselle intiimien teemojen kohdalla. Tämän katkostyyppin aikana lapsi esitti muille puheenaiheen selkeällä vaihtamisella, että halusi siirtyä toisiin aiheisiin. Neljänneksi alakategoriaksi valitsimme perääntyvän elekielen. Havaitimme tilanteisiin liittyvän vaikeammin käsiteltäviä tunteita. Kyseisten hetkien aikana lapsi saattoi esimerkiksi vältellä katsekontaktia, käyttää käsiään itsensä suojana, siirtyä istumaan täysin tuolinsa nurkkaan tai piiloutua vaatteisiinsa. Silmin nähtävää perääntyvää elekieltä esiintyi aineistossamme verrattain usein. Kaikki löytämämme lapsen toteuttamat vetäytymiskatkosten alatyypit tukivat Friedlanderin ja kollegoiden (2011), Escuderon ja muiden (2012) sekä Kokon (2007) tutkimustuloksia.

Lapsen konfrontaatiokatkostyypeistä ensimmäiseen, oman toimijuuden ylläpidon kategoriaan liitimme suoran kieltäytymisen, puolustautuvan elekielen sekä aktiivisen roolin tavoittelemisen

terapian täysivaltaisena jäsenenä. Havainnot saavat tukea muun muassa Friedlanderin ja kumppaneiden (2011) sekä Escuderon ja kollegoiden (2012) tutkimustuloksista. Havaitsemissamme hetkissä lapsen omat tarpeet ja toiveet tulivat aikuisten tavoitteiden ylittämiksi, jolloin lapsi joutui sellaiseen tilanteeseen, johon käyttäytymisensä perusteella ei ollut vielä valmis. Kyseiset vuorovaikutuksen hetket tuottivat konfrontaatiokatkoksia, joiden aikana lapsi osoitti selkeästi erimielisyytensä esimerkiksi kieltäytymällä puhumasta tai esittämällä selkeitä vastalauseita tai -ehdotelmia. Toiseen alakategoriaan eli aggressioon liitimme hyökkäävän elekielen, kuten murisemisen ja potkimisen, huutamisen, terapeutin pilkkaamisen tai provosoimisen, itseen kohdistuvan väkivallan sekä turhautumisen. Lapsen aggressiiviseen käyttäytymiseen ei istunnoilla syvemmin puututtu, mutta erityisesti lasten turhautuminen antoi kuitenkin terapeuteille mahdollisuuden ymmärtää paremmin lapsen sekä vuorovaikutuksen tilaa. Turhautuminen merkitsi useimmiten sitä, että potilas näytti neuvottomuutensa yhteistyösuhdetta uhkaavassa tilanteessa. Se toimi monissa hetkissä sellaisena reaktiona, johon terapeuttien oli tässä aineistossa helpointa tarttua. Kolmas konfrontaatiokatkokosten alakategoriamme, tyytymättömyys, näkyi selkeänä negatiivisena palautteena. Tämä havainto oli yhtenevä Escuderon ja kollegoiden (2012) sekä Kokon (2007) näkemysten kanssa. Tarkemmin negatiivinen palaute ilmeni kyseenalaistuksena tai pettymyksenä jotakin terapian osaa kohtaan. Moitteet johtuivat potilaiden mukaan esimerkiksi siitä, että jostakin aiheesta ei potilaan mielestä ollut sopivaa keskustella tai ettei hän ollut kokenut tulleen kuulluksi istunnon aikana.

Lapsen ilmentämät allianssikatkokset johtuivat havaintojemme mukaan useimmiten erimielisyyksistä liittyen terapian tehtäviin ja tavoitteisiin. Terapeuteilla ei näyttänyt olevan keinoja pysähtyä ja keskustella allianssikatkoksista, mikä saattoi pitkittää katkostilanteita. Bordinin (1979) mukaan hoidon tarkoituksen ja tavoitteiden selkeä esittäminen onkin allianssin muodostamisen kannalta tärkeää. Tutkimuksemme aineistona on ainoastaan nauhoitetut istunnot, minkä vuoksi emme voi tietää, millaisia keskusteluja potilaiden ja heidän perheidensä kanssa on käyty videoinnin ulkopuolella. Istunnoilla ei kuitenkaan näy viitteitä selventävistä keskusteluista liittyen terapian yhteisiin tehtäviin ja tavoitteisiin, minkä vuoksi jäimmekin pohtimaan, oliko lapsille selvää, miksi terapiassa oltiin ja mitä siellä ololla tavoiteltiin. Mahdollinen epäselvyys terapian tehtävistä ja tavoitteista voikin olla vaikuttanut potilaiden sitoutumiseen sekä osallistumisen kokemukseen terapiaprosessia kohtaan.

Tulkitsimme lapsen osoittamien allianssikatkokosten viitanneen myös siihen, että keskiössä olleet aiheet olivat heille emotionaalisesti kuormittavia. Lapset saattoivat yrittää välttää vaikeita tunnekokemuksia vetäytymällä pois tilanteesta tai vaihtoehtoisesti konfrontoimalla terapeuttia, samalla suojaan haavoittuvaa minäänsä (Järvinen, 2007). Emotionaalisen kuormittavuuden lisäksi

liian vähäinen autonomia voi johtaa lapsen vetäytyvään tai vaihtoehtoisesti konfrontoivaan käytökseen terapiassa (Egozi ym., 2021). Autonomia onkin yksi ihmisen kolmesta psykologisesta perustarpeesta ja siten olennainen tekijä myös sisäisen motivaation kehittämisessä ja ylläpitämisessä (Ryan & Deci, 2017). Sen puuttuminen voi johtaa motivaation ongelmiin, mikä voi näkyä myös yhteistyösuhteen haasteina. Ajattelemme, että joskus allianssikatkoksten tapahtuessa saattoi olla kyse myös siitä, että terapeutit eivät olleet täysin ymmärtäneet lapsen luomia keskustelun säännöstöjä ja rajoja oikein. Lisäksi lapsen haluttomuus liittyä terapeutin tarjoamiin tavoitteisiin ja tehtäviin saattoi liittyä liian korkeisiin vaatimuksiin; lapsen ikätasoon sopivien työskentelytapojen löytäminen voikin olla haastavaa (Aaltonen & Piha, 2016; Rober, 1998).

4.1.2. Terapeutin ilmentämät allianssikatkokset

Jaoin myös terapeutin ilmentämät allianssikatkokset vetäytymis- ja konfrontaatiokatkoksiin. Löydöksemme tukee Safranin ja Muranin (2000) tutkimustuloksia siitä, että potilaan negatiiviset reaktiot saattavat aiheuttaa defensiviisyyttä ja vastareaktioita myös terapeutissa. Ensimmäinen terapeutin ilmentämien vetäytymiskatkoksten alakategoria oli tilanteen tai puheenaiheen kesken jättäminen. Aineistossamme esiintyy otteita, joissa terapeutti alkaa selvittämään haastavaa tilannetta selkein tavoittein, mutta kohdatessaan vastustusta tai muita negatiivisia reaktioita potilaan taholta, hän perääntyy aikeistaan. Tämä havainto saa tukea Asplandin ja kumppaneiden (2008) tutkimustuloksista. Puheenaiheen kesken jättäminen tapahtui joko myötäilyn, potilaan puheenvuorojen huomiotta jättämisen tai huomion muualle suuntaamisen kautta. Toista vetäytymiskatkoksen tyyppiä, terapeutin toteuttamia pitkiä puheenvuoroja ilmeni tilanteissa, joissa hän oli yrittänyt vaikuttaa potilaaseen jollain sanomallaan, mihin tämä ei ollut kuitenkaan reagoinut. Lapsen vetäytymisen seurauksena terapeutti yritti selittää asiansa toisella tavalla ja toisti sanomansa pitkästi ilmaistuna. Kolmantena terapeuttien ilmentämien vetäytymiskatkoksten alakategoriana oli lapsen sivuuttaminen. Kyseinen katkostyyppi oli laajalti läsnä useissa tarkastelemissamme istunnoissa. Näissä tilanteissa terapeutti ei kuunnellut lasta, puhui tämän päälle tai ohitti lapsen havaittavissa olevia tunnetiloja. Sivuttamisesta seurasi usein sellaisista tilanteista, joissa potilaalta oli kysytty jotakin, mihin tämä ei vastannut, jolloin esimerkiksi vanhempi saattoi vastata lapsen puolesta. Kun sama kuvio toistui useamman kerran, lapsi ikään kuin unohdettiin häntä koskevan keskustelun ulkopuolelle, jolloin potilaan ongelmien käsittelystä muodostui aikuisten keskinäinen keskusteluareena. Tällaisiin tilanteisiin liittyi paljon lapsesta puhumista ongelmadiskurssin kautta potilaan itsensä ollessa paikalla. Sivuttamisen tilanteet olivat siitä erityisiä, että niissä terapeutin ja huoltajan yhteistyö toimi hyvin ja allianssi tuntui tulevan jopa vahvistetuksi. Samalla kuitenkin

potilas jätettiin tämän yhteistyösuhteen ulkopuolelle. Mielenkiintoista onkin se, että kokiko lapsi näissä hetkissä huoltajien ja terapeutin keskinäisen ajatustenvaihdon hänen tilanteestaan totuudenmukaisena vai tuliko lapsen kokemus vääristellyksi toisten tulkitsemana. Toisin sanoen, voiko lapsi tulla aidosti kuulluksi, jos hänen oma näkökulmansa sivuutetaan? Lapsen ulkopuolelle jäämisen ilmiö vastaa muun muassa Helimäen ja kumppaneiden (2022), Lobatton (2002) ja Pihan (1999) tutkimustuloksia.

Ensimmäisenä terapeutin ilmentämien konfrontaatiokatkosten alakategoriana on turhautuminen ja toisena väittelytilanteet. Näissä tilanteissa joko potilas ei toiminut terapeutin toivomalla tavalla tai hetki jumiutui lapsen osallistumisen tai terapeutin keinojen puutteen vuoksi. Ajattelemme, että molemmissa edellä mainituissa katkostilanteissa oli loppujen lopuksi kyse terapian tavoitteisiin tai toimintatapoihin liittyvien näkemysten, toiveiden tai tarpeiden yhteentörmäyksestä, mikä saa tukea myös Safranin ja muiden (2006) sekä Safranin ja Muranin (2016) tutkimustuloksista. Katkosten korjaaminen vaikeutui mahdollisesti siksi, että toimivan allianssin neuvotteluun pohjaavaa ulottuvuutta ei edellä mainitun kaltaisissa tilanteissa pystytty syystä tai toisesta saavuttamaan.

Yleisesti ottaen terapeutin toiminnasta havaitut konfrontaatiokatkokset olivat aineistossamme potilaan katkoksiin verrattuna hienovaraisempia. Terapeuttisessa kontekstissa työntekijän omat tunnetilat ja -kokemukset toimivat ikään kuin sisäisinä suunnannäyttäjinä ja työn helpottajina, jolloin ne eivät luonnollisestikaan ilmene viestinnän keskiössä. Terapeutin ilmentämät allianssikatkokset tapahtuivat usein tilanteissa, joissa perheen allianssit jakautuivat. Tulkitsemme näiden allianssikatkosten taustalla voivan olla terapeutin tarve päästä pois allianssia uhkaavista tilanteista ja säilyttää jo saavutettu yhteistyösuhde. Sprenklen ja kumppaneiden (2009) mukaan jakautuneen allianssin tilanteissa terapeutin on tärkeää ylläpitää allianssia niiden perheenjäsenten parissa, joiden kanssa se on yhä vahva. Tutkimusten mukaan radikaali position muuttaminen ja heikkoa allianssia kokevien perheenjäsenten puolelle asettuminen heidän motivoimisekseen voi johtaa jo vahvemmin istuntoon sitoutuneiden asiakkaiden ”menettämiseen”, eikä siis yleensä auta tilannetta. Heikkoa allianssia kokevien perheenjäsenten inkluusio on tehtävä muilla liittymisen tavoilla. Esimerkiksi suora keskustelu allianssin ongelmista ja terapeutin utelias ja tuomitsematon suhtautuminen aiheeseen voi auttaa allianssikatkosten ratkaisemisessa. Kokon (2007) mukaan terapeuttien ilmentämien katkosten taustalla voi olla usein myös kasvanutta kontrollon tarvetta. Ajattelemme, että tämä voi vähentää potilaan kokemaa autonomiaa, mikä puolestaan voi aiheuttaa lapsen ja terapeutin tarpeiden välistä ristiriitaa ja siten vaikeuttaa allianssin muodostumista. Koemme myös, että joissakin hetkissä terapeutit eivät välttämättä tunnista katkostilanteen tapahtumia, mikä lisää entistä enemmän tietouden kasvattamisen painoarvoa.

4.1.3. Turvallisen tilan luomisen tärkeys lapsipotilaiden kanssa

Yleisesti tarpeiden tai toiveiden ristiriidasta johtuva potilaan ärtymys ja vastustus kohdistui enemmänkin johonkin terapiaprosessin osa-alueeseen, eikä niinkään terapeutin epäonnistumisiin yksilönä. Lisäksi ne voivat liittyä potilaan kokemukseen turvattomasta ilmapiiristä (Järvinen, 2007). Toisaalta ihmisille, etenkin lapsille, on luontaista tuntee ahdistusta tai ärtymystä uusissa, oudoissa tilanteissa. Tämä voi viitata siihen, että aina terapeutisesti haastavissa tilanteissa ei ole kyse allianssikatkoksisista. Vaikeista asioista keskusteleminen on kuormittavaa ja vielä tunnetaitoja harjoittelevat lapset voivat luonnollisesti yrittää välttää ikäviä tunnekokemuksia; he eivät välttämättä ymmärrä vaikeista tunteista tai kokemuksista puhumisen merkitystä. Etenkin lapsilla, joilla on diagnosoitu uhmakkuus- tai käytöshäiriö, itsesäätelykeinot ja tunnetaidot ovat puutteellisia (DSM-5-tautiluokitus, 2014; ICD-10-hakuohjelma, 2021). Koemme, että tämä voi ilmetä terapiassa juuri ärtymyksenä ja vastustuksena. Täten turvallisen terapeuttisen kulttuurin luominen perheterapiassa on tärkeää osapuolten välisen luottamuksen saavuttamiseksi ja mahdollisen varautuneisuuden vähentämiseksi. Jos potilas ei ole varma tulevansa aidosti ja empaattisesti kohdatuksi, hän todennäköisesti jättää tarinansa kertomatta (Rober, 1998). Turvallinen terapeutin kulttuuri on merkityksellinen tekijä myös vahvan allianssin rakentamisessa; yksi allianssin osa-alueista on emotionaalinen side terapeutin ja asiakkaan välillä, johon kuuluu olennaisesti osapuolten välinen empatia ja kunnioitus (Bordin, 1979; Friedlander, 2006). Terapeutin tehtävä on luoda edellä mainitun kaltainen työskentely-ympäristö, jotta allianssi voisi rakentua vahvaksi (Muntigl & Horvath, 2016).

4.1.4. Perheen huomioiminen osana uhmakkuus- ja käytöshäiriöön kohdistuvaa interventiota

Turvallisen terapiaympäristön luomiseksi on kuitenkin kiinnitettävä huomiota myös kontekstiin. Perheen mukaan ottaminen uhmakkuus- ja käytöshäiriön psykososiaaliseen hoitoon on tärkeää, sillä perheellä voi olla merkittävä vaikutus lapsen käytöshäiriöiden kehittymiseen. Ongelmat vanhemmuudessa, kuten välinpitämätön, ankara tai epä johdonmukainen kasvatus, kaltainkohtelu sekä valvonnan puute voivat olla uhmakkuus- tai käytöshäiriön taustalla (Aronen & Lindberg, 2016; Kring ym., 2014). Lapsen käytöshäiriö puolestaan vaikuttaa hänen ympäristöönsä ja voi näin aiheuttaa koko perheen ristiriitatilanteita: perheterapiaan tullaankin usein silloin, kun perheenjäsenten kesken on käynnissä jokin konflikti (Friedlander ym., 2018). Perheen ilmapiiri ja toimintakulttuuri voivat myös osaltaan ylläpitää käytöshäiriöitä. Käytöshäiriöillä voi esimerkiksi olla jokin funktio

perheessä, kuten emotionaalisen etäisyyden säätely tai vanhempien välisten konfliktien välttely (Keiley, 2002). Lisäksi perheessä saattaa vallita uskomus, jonka mukaan uhmakkuus- tai käytöshäiriödiagnoosin saanut lapsi on jonkinlainen ongelma (Helimäki ym., 2022). Perheterapia pyrkii muuttamaan tällaisia toimintoja ja uskomuksia uudelleenjärjestämällä perheen suhteita ja etsimällä rakentavampia toimintamalleja (Keiley, 2002). Jotta tässä onnistuttaisiin, terapeutin tulee liittyä perheenjäseniin ja sitä kautta muodostaa toimiva allianssi heistä jokaisen kanssa. Jokainen näistä yksittäisistä alliansseista vaikuttaa väistämättä myös muihin perheenjäseniin (Gelso, 2019; Gvion & Bar, 2014; Pinsof & Catherall, 1986). Lisäksi voidaan ajatella, että terapeutin näkemys allianssin tärkeydestä voi vaikuttaa positiivisesti myös asiakkaiden sisäisiin kokemuksiin yhteistyösuhteen laadusta (Kivlighan Jr. ym., 2022). Allianssin muodostumisen myötä terapeutti saa riittävästi vapautta toimia perheessä sekä kyseenalaistaa perheen uskomusjärjestelmiä ja struktuuria, eli edistää muutoksia (Minuchin, 1974). Näin perheterapian systeemiteoreettinen viitekehys sekä perhekeskeisen hoidon vaatimukset täyttyvät kokonaisuudessaan.

4.2. Tutkimuksen laadun arviointi

4.2.1. Tutkimuseettiset ratkaisut

Tutkimuksen eettisyys on erittäin tärkeää myös tutkimuksen laadun kannalta ja olemmekin pyrkineet vahvistamaan eettisyyttä erilaisilla osallistujia suojaavilla keinoilla. Aineistomme potilaiden ja työntekijöiden henkilöllisyyksiä on pyritty suojelemaan heistä käytetyillä pseudonyymeillä ja erilaisten nauhoilla esiintyvien tunnistetietojen poistamisella tai muuttamisella. Tunnistettavuutta on vähenetty myös esimerkiksi murreilmaisujen muuttamisella yleiskieleksi, litteraatioiden lyhentämisellä ja kokonaisten otteiden karsimisella. Aineistoa on käsitelty ainoastaan siihen määritellyissä tiloissa Jyväskylän Yliopiston Psykoterapian opetus- ja tutkimuslinikalla. Aineiston analysointi tapahtui yksityisessä huoneessa kuulokkeiden avulla ja tietokoneella, jossa ei ole Internetyhteyttä.

4.2.2. Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset

Tuloksemme allianssikatkosten tyypeistä vastaavat aiempaa tutkimuskirjallisuutta, mikä lisää tutkimuksemme luotettavuutta. Vastaavaa tutkimusta allianssikatkoksisista uhmakkuus- ja käytöshäiriödiagnoosin saaneiden potilaiden kanssa toteutetusta perheterapiasta ei ole tietääksemme

tehty aiemmin. Tämän vuoksi tutkimuksemme tuottaa uutta tietoa lapsen ja terapeutin ilmentämistä allianssikatkokista, sekä uhmakkuus- ja käytöshäiriödiagnoosin saaneiden lasten kanssa työskentelystä perheterapiakontekstissa. Pidämme etuna myös parityöskentelyn mahdollistamaa jatkuvaa ajatusten vaihtamista: analyysivaiheessa vertailimme paljon tulkintojamme katkostilanteista ja lopulliset kategoriamme syntyivät yhtenevien havaintojemme sekä laajan reflektoinnin tuloksena. Etsimme useista lähteistä erilaisia teorioita, malleja ja tutkimustuloksia kategorialuokittelumme perustaksi. Luonnollisesti kuitenkin kaikkia kirjallisuudesta löydettyjä kategorioita ei löytynyt aineistostamme, joten kategoriat rakentuivat lopulta juuri aineistoamme kuvaaviksi. Lopullisia kategorioita ja niihin liittyviä otteita on tarkasteltu datasessioilla yhdessä ohjaajamme avustuksella sekä graduseminaareissa kanssaopiskelijoiden kanssa. Huolellinen perehtyminen molempien potilaiden terapiaprosesseihin ennen tutkimuksen lopullisen aineiston valitsemista varmistaa sen, että otteissamme ja tutkimuksessamme esille tuleva allianssin laatu kuvaa läpi koko terapiaprosessin ilmennyttä allianssia. Koemme, että tutkimuksemme tulokset voidaankin yleistää koskemaan molempien lasten terapiaprosesseja kokonaisuudessaan. Olemme pyrkineet kuvaamaan tutkimuksemme vaiheet läpinäkyvästi ja selkeästi perustellen: hyödynsimme esimerkiksi tarkasti kuvattuja aineisto-otteita havainnollistamaan tutkimustuloksiamme, mikä selkeyttää tekemiämme johtopäätöksiä lukijalle.

Tutkielmassamme on kuitenkin myös rajoituksia. Aineisto on kvalitatiiviselle tutkimukselle tyypillisesti suppea, joten havaintomme ovat tapauskohtaisia, eivätkä niinkään yleistettävissä laajempaan populaatioon. Tutkimuksemme aineistona toimi videot ja tutkijoiden havaintotieto, jolloin tutkimukseen voi kohdistua arviointivinoumaa. Myös kameran läsnäolo on voinut vaikuttaa terapiaistuntojen sosiaalisen kanssakäymisen luonnollisuuteen. Joskus kamera oli myös asetettu istunnoilla siten, että kaikkien osaaottavien henkilöiden kasvojen ilmeet ja muut eleet eivät näkyneet kameraan selkeästi, millä on voinut olla vaikutusta tekemiimme tulkintoihin. Tutkimusasetelmamme on rajattu koskemaan allianssikatkoksia, mikä rajaa pois yhteistyösuhteiden kannalta toimivia hetkiä, joita kuitenkin myös havaitsimme videotallenteilta. Loppujen lopuksi on useimmiten yksilöllistä, miten jokainen terapiaprosessin osanottaja kokee terapeuttisen allianssin; yhteistyösuhte ei rakennu yleisestä kaavasta, vaan sitä voivat värittää muun muassa terapeutin tai asiakkaan henkilöhistoria, käytettyjen menetelmien toimivuus tai erilaiset sessioilla tapahtuneet, kertaluontoiset tilanteet. Lisäksi on hyvä huomioida, että lapsen käyttäytymiseen voi vaikuttaa myös perheterapiaistunnon arjesta poikkeava vuorovaikutustilanne. Näissä tilanteissa lapsi on yksin useamman aikuisen kanssa ja häneen kohdistuu paljon kysymyksiä ja huomiota. Tämä voi olla lapselle luonnollisestikin jännittävää ja siten aiheuttaa hänessä tavallisesta poikkeavaa käyttäytymistä. Aikuislähtöisen

keskustelun ulkopuolelle jääminen voikin tapahtua helposti ilman, että tilanteeseen liittyy vaikeita aiheita tai voimakkaita tunnekokemuksia.

4.3. Jatkotutkimusehdotukset

Tutkimuksemme keskittyy allianssikatkoksiin vähemmän tutkitussa kontekstissa: jatkotutkimus on siis tarpeellista. Tulevaisuudessa allianssikatkoksia perheterapiassa olisi mielekästä tutkia suuremmilla otoskoilla tai erilaisten mielenterveyden tai käyttäytymisen haasteiden konteksteissa, jolloin tietoutta voitaisiin yleistää myös muunlaisin terapiaympäristöihin. Perheterapiassa allianssi rakentuu monimutkaisemmin kuin yksilöterapiassa, minkä vuoksi esimerkiksi huoltajien sisällyttäminen tutkimukseen voisi lisätä tietoutta yhteistyösuhteen rakentumisesta useamman ihmisen kesken. Saadun datan luotettavuutta ja todenmukaisuutta voitaisiin vahvistaa prosessin osanottajien yksilökohtaisia haastatteluja tai kyselyitä hyödyntämällä. Myös hoitokontaktin pituuden säätely lyhyemmäksi tai vaihtoehtoisesti pidemmäksi voisi vaikuttaa allianssin rakentumiseen ja näin myös saataviin tutkimustuloksiin. Tämä tutkimus paneutuu ainoastaan allianssikatkokosten havainnointiin ja erittelyyn. Kliinisen työn kehittämisen kannalta voisi olla hedelmällistä tutkia esimerkiksi samankaltaisen laadullisen tutkimusotteen avulla hyvän ja vahvan yhteistyösuhteen komponentteja sekä sitä, miten jo tapahtuneita allianssikatkoksia ratkaistaan. Näin ilmiöstä voitaisiin saada laajempi kokonaiskuva. Voidaan myös ajatella, että allianssikatkokosten lähestyminen rakentavalta kannalta voisi poistaa niiden sisältämää mahdollista stigmaa ja tehdä niistä luonnollisen osan terapiaprosessia, millä voisi olla jopa positiivisia vaikutuksia. Lisäksi terapian osanottajien taustatietojen vaikutusta allianssin rakentumiseen olisi mielenkiintoista tutkia. Terapeuttinen yhteistyösuhte ei synny tyhjiössä; systeemiteoreettisesti ajatellen sen laatuun voi vaikuttaa esimerkiksi yksilön kiintymyssuhde, sukupuoli, henkilöhistoria, sosioekonominen tausta tai laajemmin muun muassa kulttuuri tai yhteiskunnallinen tila.

4.4. Kliiniset implikaatiot

Tutkimuksemme lisää tietoutta uhmakkuus- ja käytöshäiriödiagnoosin saaneiden lasten kohtaamisesta perheterapeuttisessa kontekstissa sekä laajemmin allianssin merkityksestä perheterapiaprosessin olennaisena osana: erilaisten allianssikatkokosten ja niille tyypillisten tilanteiden tunnistaminen voi johtaa yhteistyösuhteen rakentamiselle otollisen toimintaympäristön löytymiseen.

Kokonaisuudessaan pro gradu -tutkielmamme korostaakin allianssin ilmiön asemaa sekä positiivisen että negatiivisen terapeutin muutoksen mahdollistajana. Lisäksi tutkimuksemme osoittaa, että lapsen asemaa terapiaprosessissa tulisi vahvistaa. Istunnoilla mukana olevien aikuisten tulisi osata antaa lapselle tilaa jakaa omia kokemuksiaan sekä tulla kuulluksi ja nähdyksi. Täten voidaan vahvistaa lapsen toimijuutta ja asemaa terapiaprosessissa aikuisten tavoin tasa-arvoisena jäsenenä.

LÄHDELUETTELO

Aaltonen & Laitila (2020). Perheterapia. Teoksessa Huttunen, M., Kalska, H., Aaltonen, J. & Huttunen, M. O. *Psykoterapiat* (4., uudistettu painos.), 243-261. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

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*, 254-263. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Aaltonen, J. & Seikkula, J. Perheterapian tuloksellisuus. Teoksessa Larivaara, P., Lindroos, S., Heikkilä, T. (toim.) (2009). *Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto*. 435-445. Duodecim.

Aspland, H., Llewelyn, S., Hardy, G. E., Barkham, M., & Stiles, W. (2008). Alliance ruptures and rupture resolution in cognitive-behavior therapy: A preliminary task analysis. *Psychotherapy Research*, 18, 699-710. doi: 10.1080/10503300802291463

Aronen, E. (2006). Lasten häiriökäyttäytyminen. *Duodecim*. 132(10), 961-966.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo13145.pdf>

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*, 254-263. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Black, D.W & Grant, J.E. (2014). *DSM-5 guidebook: the essential companion to the Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5. painos. American Psychiatric Publishing. Washington, DC.

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260.

Carr, A. (2019). Family therapy and systemic interventions for child-focused problems: The current evidence base. *Journal of Family Therapy*, 41(2), 153-213.

Goldenberg, H., Goldenberg, I., & Stanton, M. (2017). *Family Therapy: An Overview*. Cengage Learning.

Gelso, C. (2019). *The therapeutic relationship in psychotherapy practice. An integrative perspective*. Routledge.

Gvion, Y., & Bar, N. (2014). Sliding doors: Some reflections on the parent–child–therapist triangle in parent work–child psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 40(1), 58–72.

<https://doi.org/10.1080/0075417X.2014.883138>

Egozi, S., Tishby, O. & Wiseman, H. (2021). Therapeutic distance in client-therapist narratives: Client attachment, therapist attachment, and dyadic effects. *Psychotherapy research*, 31(8), 963-976.

<https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1874069>

Erskine, H.E., Norman, R.E., Ferrari, A.J., Chan, G.C.K., Copeland, W.E., Whiteford, H.A., & Scott, J.G. (2016). Long-Term Outcomes of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Conduct Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55 (10), 841-850. doi:10.1016/j.jaac.2016.06.016.

Escudero, V., Boogmans, E., Loots, G. & Friedlander, M. L. (2012). Alliance Rupture and Repair in Conjoint Family Therapy: An Exploratory Study. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 49(1), 26-37.

<https://doi.org/10.1037/a0026747>

Eskola, J. & Suoranta, J. (1998). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Vastapaino.

Flick, U. (2006). *An introduction to qualitative research*, 3. painos. Sage Publications.

Friedlander, M. L., Bernardi, S. & Lee, H. (2010). Better Versus Worse Family Therapy Sessions as Reflected in Clients' Alliance-Related Behavior. *Journal of counseling psychology*, 57(2), 198-204.

<https://doi.org/10.1037/a0019088>

Friedlander, M.L., Escudero, V., Welmers-van de Poll, M.J. & Heatherington, L. (2018). Meta-Analysis of the Alliance–Outcome Relation in Couple and Family Therapy.

Psychotherapy, 55(4), 356 –371.

Friedlander, M. L., Escudero, V., Heatherington, L. & Diamond, G. M. (2011). Alliance in Couple and Family Therapy. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 48(1), 25-33. <https://doi.org/10.1037/a0022060>

Friedlander, M.L., Escudero, V., Horvath, A. O., Heatherington, L., Cabero, A. & Martens, M.P. (2006). System for Observing Family Therapy Alliances: A Tool for Research and Practice. *Journal of Counselling Psychology*, 53(2), 214 –224.

Hakulinen, A. (1998). Vuorottelujäsennys. Teoksessa L. Tainio (toim.), *Keskustelunanalyysin perusteet*, 2. painos, 32-55. Tampere: Vastapaino.

Hatcher, R. L., & Barends, A. W. (1996). Patients' view of the alliance in psychotherapy: Exploratory factor analysis of three alliance measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 13-26. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1326>

Helimäki, M., Laitila, A., & Kumpulainen, K. (2022). Why Am I the Only One You're Talking to, Talk to Them, They Haven't Said a Word? Pitfalls and Challenges of Having the Child in the Focus of Family Therapy. *The American Journal of Family Therapy*, 50(2), 113-130. <https://doi.org/10.1080/01926187.2020.1870582>

Heritage, J. (1984). *Garfinkel and ethnomethodology*. Polity Press.

Järvinen, E. Allianssi lasten psykoterapiassa - "Miks mun pitää täällä käydä?". Teoksessa Kokko, A. & Hakanen, A. (2007). *Näkökulmia psykoterapiatyöhön: Kognitiivis-konstruktivistista psykoterapiaa teoriassa ja käytännössä*. Jyväskylän koulutuskeskus.

Keiley, M. K. (2002). Attachment and Affect Regulation: A Framework for Family Treatment of Conduct Disorder. *Family Process*, 41(3), 477–493. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2002.41312.x>

Kivlighan Jr., D.M., Escudero, V., Friedlander, M. & Orlowski, E. (2022). Illustrating systemic change in family therapy: How therapists' and clients' alliance perceptions codevelop over time. *Psychotherapy Research*. <https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2071131>

Kokko, A. Terapeuttisen allianssin katkokset refleksiivisyyden näkökulmasta. Teoksessa Kokko, A. & Hakanen, A. (2007). *Näkökulmia psykoterapiatyöhön: Kognitiivis-konstruktivistista psykoterapiaa teoriassa ja käytännössä*. Jyväskylän koulutuskeskus.

Kring, A.M., Johnson, S.L., Davison, G., & Neale, J. (2014). Disorders of childhood: conduct disorder. Teoksessa A.M. Kring, S.L. Johnson, G. Davison & J. Neale, *Abnormal psychology*. 12. painos, DSM-5 päivitys, 405-412. John Wiley & Sons.

Kustannus Oy Duodecim. (2021). ICD-10-hakuohjelma. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
Viitattu 29.3.2022

Larivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä, T. Perhekeskeisen työn teoreettiset perusteet. Teoksessa Larivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä, T. I. (toim.) (2009). *Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto*. 18-33. Duodecim.

Larsson, M. H., Falkenström, F., Andersson, G., & Holmqvist, R. (2018). Alliance ruptures and repairs in psychotherapy in primary care. *Psychotherapy Research*, 28(1), 123-136.

Lobatto, W. (2002). Talking to children about family therapy: A qualitative research study. *Journal of Family Therapy*, 24, 330–343. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00221>

Miller, L. D. & McLeod, E. (2001). Children as Participants in Family Therapy: Practice, Research, and Theoretical Concerns. *The Family journal (Alexandria, Va.)*, 9(4), 375-383.
<https://doi.org/10.1177/1066480701094004>

Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Harvard University Press.

Muntigl, P. & Horvath, A. O. (2016). A conversation analytic study of building and repairing the alliance in family therapy. *Journal of family therapy*, 38(1), 102-119. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12109>

Muran, J.C. & Safran, J.D. (2016). Therapeutic alliance ruptures. Teoksessa A.E. Wenzel (toim.), *Sage Encyclopedia of Abnormal & Clinical Psychology*. New York: Sage Publications.

O'Reilly, M., & Parker, N. (2012). You can take a horse to water but you can't make it drink': Exploring children's engagement and resistance in family therapy. *Contemporary Family Therapy*, 35(3), 491– 507. <https://doi.org/10.1007/s10591-012-9220-8>

Anssi Peräkylä (2019) Conversation Analysis and Psychotherapy: Identifying Transformative Sequences, *Research on Language and Social Interaction*, 52:3, 257-280, <https://doi.org/10.1080/08351813.2019.1631044>

Piha, J. (1999). Lapsikeskeinen perheterapia. Teoksessa Aaltonen, J. & Rinne, R. (toim.) *Vuoropuhelua vuosituhannen vaihtuessa*. Suomen mielenterveysseura.

Pinsolf, W. M., & Catherall, D. R. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple and individual therapy scales. *Journal of marital and family therapy*, 12(2), 137-151.

Rait, D. S. (2000). The therapeutic alliance in couples and family therapy. *Journal of clinical psychology*, 56(2), 211-224.

Rober, P. (1998). Reflections on Ways to Create a Safe Therapeutic Culture for Children in Family Therapy. *Family process*, 37(2), 201-213. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1998.00201.x>

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). Basic Psychological Needs Theory: Satisfaction and Frustration of Autonomy, Competence and Relatedness in Relation to Psychological Wellness and Full Functioning. Teoksessa Ryan, R. M., & Deci, E. L. *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*, 239-271. New York: Guilford Publishing.

Safran, J. D. (1993a). Breaches in the therapeutic alliance: An arena for negotiating authentic relatedness. *Psychotherapy*. 30(1), 11-24. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.30.1.11>

Safran, J.D (1993b). The therapeutic alliance rupture as a transtheoretical phenomenon: Definitional and conceptual issues. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3, 33–49. <https://doi.org/10.1037/h0101190>

Safran, J.D. & Muran, J.C. (2000). Resolving Therapeutic Alliance Ruptures: Diversity and Integration. *Psychotherapy in Practice*, 56(2), 233–243.

Safran, J.D., Muran, J.C., Wallner Samstag, L. & Stevens, C. (2001). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 38/W(4) <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.406>

Safran, J. D., Muran, J.C. & Rothman, M. (2006). The Therapeutic Alliance: Cultivating and Negotiating the Therapeutic Relationship. Teoksessa O'Donohue, W., Cummings, N. A., & Cummings, J. L. *Clinical Strategies for Becoming a Master Psychotherapist. Practical Resources for the Mental Health Professional*, 37-54. Academic Press.

Safran, J. D., Muran, J. C. & Shaker, A. (2014). Research on Therapeutic Impasses and Ruptures in the Therapeutic Alliance. *Contemporary psychoanalysis*, 50(1-2), 211-232.

<https://doi.org/10.1080/00107530.2014.880318>

Solantaus, T., & Santalahti, P. (2013) Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut. Teoksessa Sihto M., Palosuo H., Topo P., Vuorekoski L., Leppo K. (toim.). *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*, 309-313. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Sourander, A., & Aronen, E. (2021). Lastenpsykiatria. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M., & Partonen, T. (toim.). *Psykiatria*. 15. painos, 734-767. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Sprenkle, D. H., Davis, S. D., & Lebow, J. L. (2009). *Common Factors in couple and family therapy*. Guilford Press, New York.

Stevanovic, M., Lindholm, C., Arminen, I. (2016). *Keskustelunanalyysi: Kuinka tutkia sosiaalista toimintaa ja vuorovaikutusta*. Vastapaino.

Thompson, S., Bender, K., Lantry, J., & Flynn, P. (2007). Treatment engagement: Building therapeutic alliance in home-based treatment with adolescents and their families. *Contemporary Family Therapy*, 29(1-2), 39-55

Vuori, M., Tuulio-Henriksson, A., Nissinen, H., & Autti-Rämö, I. (2015). Psykososiaaliset perheinterventiot lapsen aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön sekä uhmakkuus- ja käytöshäiriöiden hoidossa. *Duodecim*, 1561–1568. <https://www.duodecimlehti.fi/duo12413>

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(4), 576-618.

Wahlbeck, J.C. Perheterapeuttisen työn mahdollisuudet ja haasteet. Teoksessa Larivaara, P., Lindroos, S., Heikkilä, T. (toim.) (2009). *Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto*. 298-313. Duodecim.

LIITTEET

Liite 1.

Litterointimerkit

↑ nouseva intonaatio

niin äänen voimakkuuden nousu sanan tai sananosan aikana

[päällekkäisen puhumisen alku

] päällekkäisen puhumisen loppu

(.) mikrotauko: 0.2 sekuntia tai vähemmän

(2.0) mikrotaukoa pidempi tauko, pituus on ilmoitettu tasasekunnein

:: äänteen venytys

NIIN voimakkaampi ääni

°° ympäristöä vaimeampaa puhetta

£ £ hymyillen sanottu sana tai jakso

ky(h)llä suluissa oleva h-kirjain sanan sisällä kuvaa nauraen lausuttua sanaa

ni- (tavuviiva) sana jää kesken

(-) sana, josta ei ole saatu selvää

(--) pitempi jakso, josta ei ole saatu selvää

(()) litteroijan kommentteja ja selityksiä tilanteesta