

This is a self-archived version of an original article. This version may differ from the original in pagination and typographic details.

Author(s): Laitila, Aarno

Title: Lapset perheterapiassa : osallistujina vai interventioiden kohteina

Year: 2024

Version: Published version

Copyright: © 2024 Suomen perhe- ja pariterapiayhdistys ry

Rights: In Copyright

Rights url: <http://rightsstatements.org/page/InC/1.0/?language=en>

Please cite the original version:

Laitila, A. (2024). Lapset perheterapiassa : osallistujina vai interventioiden kohteina. Perhe- ja pariterapialehti, 40(2), 95-108. <https://perhejapariterapialehti.journal.fi/article/view/148279>

Lapset perheterapiassa – osallistujina vai interventioiden kohteina

Aarno Laitila

Professori emeritus, FT, kouluttajapsykoterapeutti



Tiivistelmä

Artikkeli käsittelee lasten asemaa ja osallistumista perheterapeuttisissa prosesseissa. Lähtökohtanani on perheterapian kehityshistoria kattaen tässä tekstissä vaikeitten mielenterveyden häiriöiden näkökulman, sekä sosiaalityön, lasten psykoterapian ja voimavara-keskeisyyden näkökulmat. Tähän liittyy pohdintaa kehityshistorian ja erityisesti tuon kehitysvaiheen keskeisten pioneerien interventiotekniikoita korosta- neesta vaiheesta – minkä perinnön se on jättänyt perhe- terapialle. Kehityshistoriasta siirrytään lähemmäksi tätä päivää, jota määrittää, ainakin osittain, kiire saada aikaan muutosta. Pyrin pohtimaan, onko kyseessä organisaation, liiketaloudellisten tavoitteiden vai perheiden hädän tuottamasta kiireestä ja aikapai- neesta. Pohdin lyhyesti myös kysymystä perhe- terapian kokoonpanosta ja sitä, tukevatko siihen liittyvät ratkaisut lapsen kohteellistamista vai osallistamista?

Johdanto

Käsittelen tässä kirjoituksessani lasten asemaa ja roolia perheterapiassa. Pyrin tunnistamaan erilaisia kehitysaaltoja sekä työskentelyn reunaehtoja, jotka ovat näkyneet ja näkyvät lasten roolia käsiteltäessä. Reunaehtoja ovat perheterapeuttien osaaminen ja lapsuuteen liittyvät käsitykset ja uskomukset, toimipisteiden julkilausutut toimintakulttuurit ja hoito-orientaatio sekä etenkin julkista palvelujärjestelmää koskien toimintaa ohjaavien päätösten rooli. Kehitysaallot taas liittyvät paljolti siihen, miten perheterapia nähdään psykoterapiana ja miten psykoterapia nähdään osana palvelujärjestelmää. Samalla nämä kehitysaallot tulevat varsin erilaisista näkökulmista (esimerkiksi ohjaavat teorit, interventioden rooli, muutoksen sisältö ja niin edelleen), mutta olen halunnut ottaa niitä mukaan siitä huolimatta, että tiettyä riitasointuisuutta voisi tulla näkyviin tarkastelun suhteesta perheterapian käytäntöön, teoriaan ja yhteiskunnalliseen asemaan. Pyrin asettamaan perheterapian osaksi kotimaista palvelujärjestelmää, jonka uudelleenorganisoinnin kannalta keskeisen SOTE-uudistuksen vaikutukset ovat osin alkaneet näkyä ja osin ovat vielä tuntematonta tulevaisuutta. Toimin viime vuosikymmenen alkupuolella ja puolivälissä silloisen Perheterapia-lehden päätoimittajana ja osaa näistä pohdinnoista olen käsitellyt jo joissakin pääkirjoituksissani. Niillä siis lienee itselleni jonkinlainen pysyvä erityismerkitys, joka herättää mielenkiintoni.

Perheterapialla on kaksoisrooli: Ensinnäkin se on *psykoterapiaa*. Toiseksi se on vuorovaikutuksen moniulotteisuuden muistavan perhekeskeisen systeemisen ajattelun kautta myös *orientaatioperusta* (erityisesti julkisen palvelun) hoitoorganisaatioiden lapsiperheitä koskevan palvelutehtävän jäsentämiseksi ja kehittämiseksi. Vaikka painopisteeni on lapsiperhetyössä, palaan seuraavassa kehityshistoriapainotteisessa osassa jonkin verran kyllä myös siihen, mikä rooli aikuisten ja aikuistuvien nuorten mielenterveyden ongelmien tutkimuksen ja perhe- ja verkostokeskeisen hoidon kehittämisellä on ollut perheterapialle, mutta painopisteeni on joka tapauksessa lapsiperhetyössä. Tällainen kaksoisrooli voi vaikuttaa yllättävältä, mutta itse asiassa näissä samaisissa julkisen palvelun organisaatioissa tällä ajattelulla on ajallisesti edeltävien psykoterapioiden mukaisesti pyritty myös ylläpitämään terapeuttista ajattelua vastaavassa kehittämisroolissa, ja tarkemmin sanottuna perheterapeuttista ajattelua. Tämä hoitoa keskeisesti ohjaava terapeuttinen ajattelu on ollut selkeästi helpompi ottaa vastaan ja sulattaa, kun hoito on kohdistunut yksilöön. Perhekeskeisyyttä ajatellen siihen liittyvä terapeuttinen ajattelu on saanut roolin ehkä lastenpsykiatrisessa osastohoidossa (Piha 1988) sekä ainakin jonkin vaiheen kunnallisessa perheneuvonnassa.

Jokin perheterapiassa kuitenkin haastaa selvästi yksilökeskeistä ja yksilön itsemääräämisoikeutta korostavaa psykososiaalisia palveluja ohjaavaa ajattelua. Yksi tällainen haastava lause oli jo Helm Stierlinin työtovereineen kirjoittamassa

Perheterapian perusta -kirjassa (Das erste Familiengespräch – Theorie – Praxis – Beispiele) oleva tekstin väliotsikko: Me olemme kaikki riippuvaisia (Stierlin, Rücker-Emden, Wetzel & Wirsching 1979, 12). Voisi olettaa tämän lausuman perheterapeuttisessa yhteydessä ennakoineen me-pronominin käytöllä tuossa kehityksen varsin varhaisessa vaiheessa jo toisen asteen kybernetiikkaa. Jos tuo hieman rohkea tulkinta on oikein, niin Stierlinin ryhmän voi sanoa olleen ensimmäisten joukossa tuomassa avoimempia työtapoja perheterapeuttiseen työskentelyyn ajalle tyypillisten observeivoin ja peili-ikkunan käyttöä hyväksikäyttäneiden työtapojen tilalle.

Sananen historiasta

Vakiintuneet oppikirjojen esittämät tavat kuvata perheterapian kehittymistä (esim. Goldenberg, Stanton & Goldenberg 2020) sijoittavat tähän kehityshistoriaan vaikeitten mielenterveyden häiriöiden hoidon ja niitä koskevat tutkimukset, etenkin 1950-luvun jälkipuoliskolla. Tämän keskeisenä maamerkkinä mainitaan tyypillisesti Gregory Batesonin ja työryhmän julkaisema kaksoissidosartikkeli (Bateson, Jackson, Haley & Weakland 1956). Tuohon samaan perinteeseen voi katsoa liittyvän myös kotimaassa kehitetyn tarpeenmukaisen hoitomallin kehittäjän, professori Yrjö Alasen väitöskirjatutkimuksen skitsofreniapotilaiden äideistä (Alanen 1958). Tämän kirjoituksen teeman kannalta erityisesti Alasen väitöskirjan alaotsikko on kiinnostava, sillä siinä yhdeksi teemaksi nousee äiti-lapsi-suhde: A study of the personality and the mother-child relationship of 100 mothers and the significance of these factors in the pathogenesis of schizophrenia, in comparison with heredity.

Vaikeiden mielenterveyden häiriöiden lisäksi kirjallisuudessa tyypillisesti mainitaan ajallisesti vielä varhaisemmat sosiaalityöhön liittyneet kehittämisprojektit ja niissä jo orastanut yhteisöjen merkitys. Myös lapsuuteen ja lasten psykoterapiaan liittyneet ilmiöt ovat olleet keskeinen osa kehityshistoriaa. Mielenkiintoisella tavalla tämä viimeinen ilmiö tulee usein perustelluksi brittiläisen lasten (yksilö)psykoterapian kehittäjän ja tutkijan Donald Woods Winnicottin lausumasta ajatuksesta: "I once said: 'there is no such thing as an infant' meaning, of course, that wherever one finds an infant one finds maternal care, and without maternal care there would be no infant" (Winnicott 1993, 39). Winnicott osoitti selkeästi, miten perheenjäseniin liittyvät sanat ovat informaation sisältönsä lisäksi suhdekäsitteitä, vaikka tosiasiallisesti viittauksessa korostuu äidillinen hoiva ja suhdeulottuvuus jää tuon hoivan kontekstina enemmän implisiittiseksi. Tämä äidillisen hoivan ja vauvan rooli korostuu vielä selvemmin siinä tekstissä, johon tuo kuuluisa alaviite on liitetty: The infant and the maternal care together form a unit (Winnicott 1993, 39). Tässä tapauksessa ilmoitetut julkaisun vuosiluvut ovat hieman hämääviä, sillä Winnicott kertoo ilmaiseensa tuon

alaviitteen ajatuksensa British Psycho-Analytical Society'n tieteellisessä tapaamisessa jo noin vuonna 1940.

Perheterapian varhaiseen kehityshistoriaan kuuluvat myös karismaattiset kehittäjäpersoonat esim. Virginia Satir, Salvador Minuchin, Murray Bowen, Paul Watzlawick, Jay Haley. Heidän kunkin työtä luonnehti oman lähestymistavan kehittäminen. Tuon kehitysvaiheen yhtenä piirteenä oli selvästi interventiivisten terapiatekniikoiden kehittäminen ja eräiden auktoriteettien tutkimusvastaisuus tai -kriittisyys.

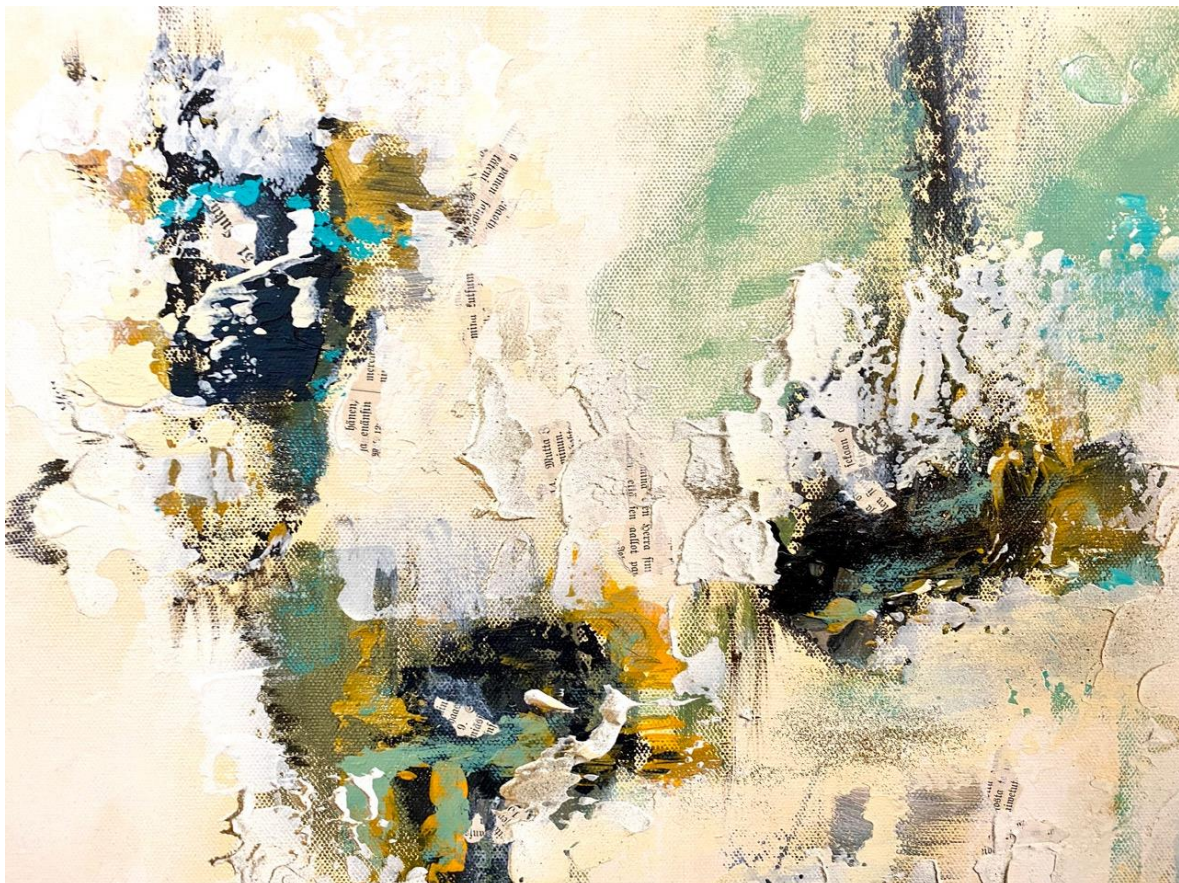
Lasten roolia erityisenä teemana ensimmäisenä nosti esille Nathan Ackerman (1970), jonka nimissä perustettiin myös Ackerman-instituutti. Vuoden 1970 artikkelissaan Ackerman pohti lasten mukaan ottamista itsestään selvyytensä perheterapian prosessiin. Samalla hän kuitenkin pohti myös sitä, että teemaan liittyviä julkaisuja ei sitä edeltäviltä vuosilta löytynyt. Vaikka Ackermanin artikkelin julkaisemisesta on yli 50 vuotta, haluan sivuhuomautuksena todeta, ettei se ole menettänyt mitään ajankohtaisuudestaan noina väliin jäävinä vuosina, vaan lasten rooliin liittyviä pohdintoja on syytä esittää ja muistuttaa toistuvasti. Ja ehkä on syytä korostaa vielä sitä, että Ackerman kirjoittaa tässä lasten osuutta esiin nostavassa artikkelissaan huomattavan paljon myös kolmen sukupolven perheterapiasta, joka lienee, ainakin kotimaisessa toimintaympäristössä, varsin harvinainen ja vähän toteutettu työtapo. Oma kuvitelmani onkin, että isovanhemmat ovat tyypillisemmin tulleet kutsutuiksi erilaisiin verkostoterapeuttisiin istuntoihin/verkostokokouksiin, mutta ydinperheen prosesseihin mukaan kutsuminen olisi huomattavasti harvinaisempaa. Lastensuojelutoimenpiteenä tehty sukulaissijoitus johtaa sitten usein hoidon tarpeen toteamisen jälkeen taas lapsen perinteisimmästä ydinperhekokoonpanosta poikkeavien istuntojen toteutumiseen perheterapiatapaamisissa. Hoito alkaa tällöin sijoitusperheestä ja näihin tapaamisiin biologiset vanhemmat osallistuvat useimmiten erillisellä sopimuksella. Näihin kokoonpanoihin isovanhemmatkin kuuluvat jossakin määrin, joko itse sijaisvanhempina tai osana sijoitusperheen lähitukiverkostoa.

Ackermanin työn kestävyyttä voi hahmottaa sillä, että hän kuvasi artikkelissaan havaintojaan siitä, miten terapeuttien on helpointa liittyä kutakuinkin itsensä kanssa samanikäisiin ihmisiin ja lapsiin huomiota kiinnittävien taikka oma-aloitteisesti ja aktiivisesti lasten kanssa keskustelevien terapeuttien määrä oli varsin pieni (Ackerman 1970). Runsaat 20 vuotta myöhemmin Korner ja Brown (1990) osoittivat näiden lukujen olevan sitkeästi varsin samoilla sijoillaan. Miller ja McLeod (2001) toistivat vielä tuota selvitystä myöhemmin Ackermanin havainnon. Heidän mukaansa lasten osallistumisesta koskeva tutkimus oli edelleen varsin vähäistä ja he väittivät teeman olevan "huomiotta jätetyn". Lasten aktiivinen mukaan ottaminen perheterapeuttiseen keskusteluun ei siis automattisesti kuulu perheterapeutin

kliiniseen käytäntöön ja siksi sitä on korostettava ja harjoitettava koulutuksissa. Tässä suhteessa 1990-luvulla maassamme käynnistynyt lapsikeskeisten tai -lähtöisten perheterapiakoulutusten rooli on ollut erittäin positiivinen ei vain taitojen oppimisen, vaan myös teeman yleisesti tunnetuksi tekemisen kannalta.

Strategisen, ongelmanratkaisua korostavan perheterapian perustaja Jay Haley sisällytti omaan teokseensa Problem-Solving Therapy (1979) laajan tapauskuvauksen otsikolla Modern Little Hans. Siinä tuli hyvin näkyville - enemmän tai vähemmän piilotetun Freud-kritiikin lisäksi - voimavaralähtöinen perheen vanhempien toiminnan ja roolien sekä arkiseen todellisuuteen liittyvien asioiden tutkiminen, tunnistaminen ja kaiken tuon hyväksikäyttö osana perheterapeuttista interventiota.

Edellä nimettyjen pioneeriperheterapeuttien työ tarkoitti sitä, että perheen merkitys ja käsitteellistäminen vuorovaikutuskokonaisuutena hyväksyttiin hyvin monella suunnalla ja perheen mukaan ottaminen hoitoihin johti varsin erilaisista teoreettisista lähestymistavoista perusteluihin interventioihin. Osassa näitä varhaisia terapiatekniikoita kehittäneitä työtapoja perhe asettui hoidon kohteeksi ja osassa taas sekä hoidon toteuttajaksi että sen kohteeksi. Vuorovaikutuksellisella tasolla tämä tarkoitti sitä, että perheet ja perheenjäsenet olivat ensisijaisesti joko informantteja klinikoiden työskennellessä ja suunnitellessa terapeuttisia toimenpiteitä tai ennen muuta osallistujia itseään koskevaan hoitotapahtumaan.



Perheterapia osana psykoterapeuttisia menetelmiä

Kutakuinkin kaikki psykoterapiat ilmaisevat omasta roolistaan ja merkityksestään julistamis- ja markkinointihenkisesti sitä, miten mullistavia ne ovat suhteessa jo olemassa oleviin mielenterveyden ongelmien hoitomenetelmiin ja etenkin toisiin psykoterapian menetelmiin. Oma näppituntumani on, että ilman eriytymistä sekä erillisyyden ja erityisyyden korostamista oman tontin saavuttaminen on haastavaa myös psykoterapian kentällä. Legitimitetistä, arvostuksesta, paremmuudesta ja markkinoista kilpailua korostavat puheenvuorot näyttävät tulevan käytännössä ensin. Sen sijaan vuoropuhelua ja vuorovaikutusta sekä integraation arvostamista tavoittelevat puheenvuorot tulevat selkeästi eri kehitysvaiheessa oman aseman vakiintumisen jälkeen, kuin nämä erityisyyttä korostavat puheenvuorot.

Systemisten terapioiden sisäiseen kehitykseen merkittävä rooli ollut sosiaali- ja terveystalouden piiristä esitetyillä ajatuksilla. Näillä tarkoitan siis sitä, että yksittäisen perheenjäsenen ongelma nähdään perhekokonaisuuteen vaikuttavana ja näin perhekeskeisen työotteen yhtenä merkittävimpana perusteluna. Samalla näiden palvelujen tuottaminen ja toteutuminen on resurssoinnin osalta selkeästi yhteydessä yleisiin talouden suhdanteisiin ja toisistaan eriävien teoreettisten lähestymistapojen keskinäiseen kilpailuun.

Psykoterapian vaikuttavuus eli hoitojen tuloksellisuus on pysyvästi olennainen osa kaikkien psykoterapian menetelmien kehitystä. Tämä korostuu jo siinä, että tällaisten psykososiaalisten hoitomuotojen merkitys pitää perustella toistuvasti efektikokoluilla. Psykoterapiatutkimuksen seniori, professori Michael Lambert (2008) totesi piikikkäästi, kuinka psykoterapian efektikoon ollessa 0.50:n luokkaa sen merkitystä pitää osoittaa, vakuuttaa ja todistella. Lambert totesi, että hänelle kolesterolin alentamislääkettä suosittelleen lääkärin taas ei tarvitse perustella kyseisen lääkkeen hoidollista vaikuttavuutta, vaikka lääkkeen efektikoko on 0.05.

Vaikuttavuustutkimuksen keskeisin lähestymistapa terveystaloudellisille päätöksentekijöille ei kuitenkaan välttämättä ole pelkästään menetelmän tulosta kuvaava efektikoko, joka on saatu kokeellisen tutkimuksen ihanteita noudattavalla satunnaistetulla kliinisellä kokeella (Randomized Clinical Trial, RCT) tutkien. Yhtä keskeiseksi, tai jopa keskeisemmäksi, muodostuu kustannustehokkuuteen liittyvä arviointi käytettyjen voimavarojen (=henkilöresurssit ja työaika) suhteesta saavutettuun muutokseen. Russell Cranen (2014) mukaan kysymys ja lähtökohtainen oletus perheterapeuttisten hoitojen kalleudesta liittyy siihen, että perheterapiaa pyritään toteuttamaan työryhmä- tai työparityönä. Tämän lisäksi kotona toteutuva perheterapia ajoittuu usein perheen vanhempien työpäivien jälkeen, mikä teettää terapeuteilla iltatöitä toimistotyötuntien ulkopuolella. Kaikki edellä mainittu on omiaan nostamaan perheterapioiden aiheuttamia kustannuksia ja johtaa helposti

siihen virhepäätelmään, että hoidon kokonaiskustannukset ovat jo lähtökohtaisesti muita hoitoja suuremmat. Cranen löydös oli nimittäin se, että kotona toteutuva perheterapia maksoi 10 % siitä, mitä klinikalla toteutettu tavanmukainen hoito ilman perheterapiaa. Laskettaessa keskiarvo klinikassa toteutetun perheterapian sisältävän hoidon ja kotona toteutetun perheterapian hinnalle, Cranen esittämä luku oli kotona toteutuvan hoidon kustannuksille alle 15 % siitä, mitä klinikalla toteutettu perheterapian sisältävä hoito oli maksanut. Hoidon toteuttaminen ihmisten omassa kodissa, siis oikeastaan omassa elinympäristössä, on merkityksellistä ainakin lapsipotilaiden ja nuoruusikäisten potilaiden kohdalla.

Jos kääntää katseen tässä kohdassa lapseen perheterapiaan osallistuvina, mitä siinä tapauksessa efekतिकoko ja kotona toteutuvan perheterapian edullisuus tarkoittavat. Psykoterapia tuottaa muutosta, se on kiistatonta, mutta kun lapsi elää lapsuuttaan, hän kohtaa kasvussaan toistuvasti uudenlaisia kehityshaasteita. Jos toimintakyky ja elämänlaatu on kohentunut psykoterapian avulla, onko saavutettu muutos kestävää uusien kehityshaasteiden kohdalla ajan kuluessa? Muutoksen kestävyys, psykoterapian tuottamat uudenlaiset haasteiden käsittelykeinot, läheisten sosiaalinen tuki ja muut vastaavat positiiviset asiat mitataan hyvin konkreettisesti noissa uusissa kehityshaasteissa. Muutoksen kestävyys on kaiken kaikkiaan yksi keskeinen asia kaikkien psykoterapioiden tehoa ajatellen ja yksi raadollinen havainto on se, että psykoterapian tuottama muutos on suurimmillaan terapian päättyessä ja siitä eteenpäin se vähenee (esim. Knekt, Lindfors, Laaksonen 2010). Lasten kohdalla tämä viittaa kysymykseen siitä, muodostuuko uudessa tilanteessa uusien kehityshaasteiden kohdalla keskeiseksi mielenterveyden ongelmiin liittyvä riski vai onnistuneen hoidon tuottama resurssi?

Syystä tai toisesta – vaikka itse ajattelisin syyn olevan nimenomaan talous – lasten mielenterveyspalvelujen kohdalla lasten oman elämänpiirin huomioiminen, eli lähimpien ihmissuhteiden huomioiminen ja hoidon toteuttaminen kotona, ei ole ollut riittävä peruste toteuttaa hoitoja perheterapeuttisesti tai edes perhekeskeisesti. Sen sijaan lasten kohdalla perustellaan mielellään yksittäisten perheinterventioiden mielekkyyttä prosessimuotoisen perheterapian sijasta (Josephson 2015). Tavoitteesta tavata lasten asioissa koko perhettä - ainakin edes sen yhden kerran - oli osittain luovuttu jo ennen siirtymää yksittäisten perheinterventioiden suuntaan. Taustalla oli systeemiseen ajatteluun omaksutun ”ongelman määrittämisen systeemin” tulo yhdeksi tavattavaa kokoonpanoa määrittäväksi tekijäksi. Osinhan tuon muutoksen voi ajatella olleen vastaliike sille, että edeltäneen systeemisen painotuksen aikana koko perheen tapaaminen oli vaatimus. Vaatimusta jotkut kansainvälisesti arvostetut kollegat vielä tehostivat perheen lähettämällä kotiin odotushuoneesta, elleivät kaikki perheenjäsenet olleet saapuneet paikalle.

Ja tuon vastaliikkeeksi nimeämäni jälkeen olikin helppo edetä tai palata ”kasvatusneuvolastrategiaan”, jonka mukaisesti vanhemmilla oli eri työntekijä kuin lapsella (Piha 2018). Hoitopaikoissa tämä näkyi muun muassa yrityksenä integroida yksilöpsykologista, leikkiä hyväksikäyttävää työskentelyä perhekeskeiseen ajatteluun niin kutsutulla Theraplay-menetelmällä, joka tulee varsin lähelle Josephsonin visiota lasten hoidoista. Perhekeskeisyyden yhtenä muunnelmana sen voi katsoa korostavan samaa interventio- tai tekniikkakeskeisyyttä, joka määritteli ensimmäisiä perheterapian kehittymisen vuosikymmeniä. Samalla jäljelle jää kysymys siitä, tuottaako näin järjestetty hoito ainoastaan helpotusta oireiluun jättäen huomiotta lapsen muut elinympäristöt ja ihmissuhteet sekä jättäen saavuttamatta kestäviä systeemisiä muutoksia (Ford Sori, Dermer & Wesolowski, 2006).

Hyvät syyt jättää lapset huomiotta perheterapiassa

Mikko Oranen toimi aikoinaan Ensi- ja turvakotien liitossa, jossa hän oli mukana perheissä tapahtuvan väkivallan selvittelyn lapsiin kohdistuvassa kehittämissankkeessa Lapsen aika. Hän julkaisi järjestön Esikko-lehdessä artikkelin Viisi ”hyvää” syytä unohtaa lapset (Oranen 1998). Tiivistettynä nuo syyt olivat

1. Lapset eivät ole nähneet eivätkä kuulleet mitään.
2. Ei se ole koskaan lapsiin koskenut,
3. Lapset eivät ymmärrä, mistä on kysymys.
4. Lapset unohtavat niin nopeasti.
5. Lapset ovat joustavia, kyllä he selviytyvät.

Koska teksti käsitteli väkivaltaa, joka ei tule läheskään riittävässä määrin esille perheterapioissa, annoin erään koulutusryhmän (vuosina 2011–2014) tehtäväksi jatkaa Orasen esittämää luetteloa syillä, joilla voi perustella sitä, että lapsia ei oteta mukaan perhekeskeiseen työskentelyyn tai perheterapiaan muissakaan ongelmissa. Se tuotti seuraavat teemat:

Vanhemmuus on avain muutokseen.

Lapsen näkeminen on riittävää tilanteen arvioimiseksi.

Lapsi otetaan mukaan vasta, kun aikuinen on siinä kunnossa.

Tieto on helpommin ja nopeammin saatavissa aikuisilta.

Vanhempien ääni (lastenpsykiatrisessa) osastotyössä on hennompi kuin lapsen.

Perheessä (=vanhemmilla) ei ole vielä riittävästi avoimuutta.

Se (=lapsi) ei halua.

Omasta viiden kohdan luettelostaan Oranen sanoo syiden olevan myyttejä, joilla aikuiset voivat perustella omien silmiensä sulkemista lasten todellisuudelta (1998) ja aikuiset-sana pitää sisällään niin vanhemmat kuin ammattilaisetkin. Sama myyttien ja uskomusten varaan rakentuneisuus on havaittavissa myös koulutusryhmän kehittämässä syissä. Lapsuutta on helppo idealisoida: korostaa haavoittumattomuutta ja joustavuutta – tai juuri päinvastaisesti lapsen ymmärtämättömyyttä ja haavoittumisherkkyyttä – lapsen kehitysvaiheita tai nopeaa unohtamista. Edellä mainituissa, osin vastakkaisissa uskomuksissa, jää huomaamatta, että oman perheen elämä on lapsen todellisuutta 24/7. Tuossa todellisuudessa lapsi elää sille altistuen kaiken sen kanssa, jonka käsittelyyn häntä ei haluta ottaa mukaan perheterapeuttisessa keskustelussa esimerkiksi suojelun nimissä. Ratkaisuja tehtäessä kaikkien perheterapeuttien olisi syytä miettiä sitä, mitä vaihtoehtoja lapselle jää, millaisia etuja ja haittoja kukin eri valinta tuottaa niin lyhyellä kuin pitemmällä aikavälillä ja mitkä niitten välittömät seuraukset ovat perheen hyvinvoinnille.

Amerikkalaiset Catherine Ford Sori ja Douglas Sprenkle (2004) ovat myös kirjoittaneet teemaan liittyen siitä, onko joitakin asioita, joiden käsittelyyn lasta ei tule ottaa mukaan: Lähtökohtana heillä on se, että lapset tulevat mukaan niin lasten kuin aikuistenkin asioita koskeviin keskusteluihin ja saman ajatuksen jakaa myös Lund työtovereineen (2002). Näitä lasten osallistumisen kannalta ei-toivottuja teemoja olivat, ei ehkä kovin yllättäen, aikuisten keskustelu keskinäisestä seksuaalisuudesta ja seksuaalisesta kanssakäymisestä sekä toisena erityisen herkkien aiheiden käsittely kuten esimerkiksi se, miten lapsille kerrotaan vanhemman sairaudesta. Näistä on lähtökohtaisesti helppo olla samaa mieltä, ja periaate tulee hyvin lähelle sitä, miten Beardsleen Huomioi lapset -työmallissa vanhempia valmennetaan ja autetaan kertomaan vastaavista asioista lapsilleen (Solantaus & Beardslee 1996; Solantaus ym. 2009).

Samalla on kuitenkin muistettava, että on esimerkiksi yöllisiä tilanteita, joissa lapsi uteliaisuuttaan, vahingossa, huononisuuttaan tai muusta sellaisesta syystä saapuu paikalle, kun vanhemmat ovat seksuaalisessa kanssakäymisessä. Onko tämän mukaan ajateltava, että lapsi saa jäädä yksin kokemuksensa kanssa kehittäen omaa ymmärrystään, fantasioitaan ja selitysmallejaan tykönään? Vai onko mahdollista käsitellä lapselle vastauksia tarjoavalla tavalla sitä, mitä ”tuollainen yöllinen kanssakäyminen” tai aikuisten keskinäinen seksuaalisuus tarkoittaa ja mistä siinä on kyse? Kuten voi huomata, kysymykseni ovat johdatteluvia. Perusteluna johdattelulle oli se, että mikään elämän alue ei välttämättä ole sellainen, että se ei jossakin tilanteessa saattaisi koskettaa myös lapsen elämää ja tulla osaksi hänen

todellisuuttaan, ajattelemme me aikuiset siitä mitä hyvänsä. Ja luontevinta sellaisissa tilanteissa tietysti olisi, että se keskustelu voitaisiin käydä kotona, vaikka samalla teema voi olla hämmentävä tai jopa avuttomaksi tekevä.

Maurizio Andolfi on lapsille kertomisen teemaan ja heidän suojelemiseensa liittyen kommentoinut haastetta sanomalla: ”Huonoin totuus on parempi kuin paras valhe” (2016, 162). Näin ollen me ammattilaiset joudumme miettimään aiemmin selkeäksi ajattelemiemme rajausten mielekkyyttä ja tapoja keskustella tästä, vaikka se voi tuottaa hämmennystä ja avuttomuuden tunteita myös itsellemme. Andolfi korostaa autenttisuutta terapeutin vuorovaikutuksellisenä tavoitteena lasten kanssa, mikä tässä yhteydessä painottuu luotettavuuteen ja tarkkuuteen.

Mitä siis tehdä lasten mukana ollessa?

Vaikka väliotsikko vaikuttaa viittaavan tämän artikkelin ohjeosastoon, niin sellaista saattaa olla turha odottaa. Tai turha odottaa muuta kuin professori Jukka Aaltosen (2002) Kuopion kansallisessa perheterapiakongressissa perheterapian etiikkaa käsitelleessä paneelissa muotoilemaa perheterapian kategorista imperatiivia: ”Toimi niin, että toiminnallasi edistät perheenjäsenten välistä vuorovaikutusta.” Tästä voi esimerkiksi kukin perheterapeutti johtaa itsereflektiivisen kysymyksen siitä, ovatko käsittelyyn otettavat asiat ja tapa haastatella perheitä ja perheenjäseniä terapiaistunnoissa sellaisia, jotka edistävät kaikkien läsnäolijoiden mahdollisuutta osallistua keskusteluun omista lähtökohdistaan; asettaako perheterapeutti kysymyksensä niin, että kukin mukana olija pystyy kysymykset ymmärtämään ikävaiheestaan riippumatta.

Terapeuttitekijän rooli, niin ammatillisesti kuin henkilökohtaisesti, on psykoterapiatutkimuksessa tunnistettu (Heinonen ym. 2014; Heinonen & Nissen-Lie 2020) yhtenä yhteistyön reunaehtona, joka on joko mahdollistamassa tai rajoittamassa suhteen toimivuutta. Perheterapian piirissä tuollaista tutkimusta en tiedä tehdyn, vaikka terapeutin henkilökohtaiseen kouluttautumiseen ja omaan kehittymiseen onkin kiinnitetty huomiota (esimerkiksi Aponte 1994; Carlson & Erickson 2001). Oletukseni monitoimijaisia tapaamisia koskien on, että juuri niissä tuon tekijän rooli korostuu.

Ne toimintatavat, jotka istuvat itselle ja sopivat kunkin omaan työskentelytyyliin, ovat opittavissa olevia. Oppiminen voi toteutua sekä itsenäisesti löydöksinä ja innovaatioina erilaisista kliinisen työn ongelman ratkaisuista eri työkonteksteissa. Se voi toteutua myös koulutusten kautta tulevana (Ford Sori & Sprenkle 2004) ja niin ikään luonnollisesti varsin laajasti kirjallisuudesta (esimerkiksi Crenshaw 2015; Ford Sori 2006; Gil 2014) ja koko ajan kumuloituvasta, artikkelijulkaisuista rakentuvana osaamisena. Esimerkiksi vuonna 2002 Lund työtovereineen julkaisi katsausartikkelin,

jonka tavoitteeksi kirjoittajat asettivat artikkelin tiivistelmässä sen, että terapeutit saavat siitä niin teoreettisen, terapian rakenteeseen ja käytäntöön sopivan kuvan ja tämän varmistamiseksi he kuvaavat siinä myös terapeuttisia tekniikoita ja niiden soveltamisen perusteita terapian eri vaiheissa. Andolfin (2016) korostaman leikillisyyden ja leikin käytön, siis oikeastaan leikin, perheterapiaistunnossa on tutkitusti todettu olevan lasten osallistumista edistävää ja lapsi-terapeuttisyhteistyösuhdetta lujittavaa (Willis, Walters & Crane 2013). Tällä on myös omia kehityssuuntia havaittavissa leikkilähtöisissä lapsi-vanhempi psykoterapioissa (McClintock 2024).

Lopuksi

Artikkelin alussa kuvasin perheterapian kaksoisroolia. Uskallan tässä vaiheessa väittää myös, että perheterapian asiakkaat, hoidossa olevat potilaat perheineen, ovat myös kaksoisroolissa. He ovat sekä hoidon kohteena että hoitoon osallistuvina hoidon keskeisiä toteuttajia. Kukin perheenjäsen osallistuu perheterapiaan omista lähtökohdistaan, joita terapeutti tai terapeuttinen työryhmä ei pyri muuttamaan, vaan tavoittamaan nämä lähtökohdat ja tutustumaan niihin. Hoitoprosessin toteuttajan rooli toteutuu vastaanotolla käyntien aikana ja vastaanoton ulkopuolella käyntien välissä, arjessa ja juhlassa, viikolla ja pyhäisin. Kuulluksi ja vakavasti otetuksi tulemisen kautta sekä yhteisen muutosmahdollisuuksien pohtimisen ja tunnistamisen kautta tapaamisissa tavoitetut muutosmahdollisuudet voivat siirtyä perheiden elämään pysyvämmiksi. Voi kuitenkin olla, että osa perheistä saapuu tapaamisiin vastaanotolle odotuksella, jossa korostuvat ammattilaisten toimenpiteet, jotka rajoittuvat oireilevaan käytökseen tai perheenjäseneneen. Työskentelytavan periaatteiden mukaisesti perheenjäsenille voidaan heidän odotuksiaan kunnioittavalla tavalla työskentelyn alkaessa ja kuluessa tehdä avoimeksi yhteisen työskentelyn periaatteita ja perusteluja niille. Itse asiassa tämä on sellaista avoimuutta, jota ammattilaiselta voi perustellusti toivoa ja odottaa, jotta se myös realisoisi kaikille erikäisille läsnäolijoille sitä, mistä hoitotapahtumassa on kyse ja mitä siinä on odotettavissa.

Lähteet

Aaltonen, J. (2002). *Perheterapian tulevaisuus 5 vuoden kuluttua: Etiikka ennen vaikuttavuutta*. Puheenvuoro Suomalaisessa perheterapiakongressissa, Kuopio 14.-15.11.2002.

Alanen, Y.O. (1958). *The mothers of schizophrenic patients. A study of the personality and the mother-child relationship of 100 mothers and the significance of these factors in the*

- pathogenesis of schizophrenia, in comparison with heredity.* Helsinki: University of Helsinki.
- Andolfi, M. (2016). How to Give Voice to Children in Family Therapy. Teoksessa M. Borcsa & P. Stratton (toim.) *Origins and Originality in Family Therapy and Systemic Practice*, 143-168. Switzerland: Springer.
- Aponte, H. J. (1994) How Personal Can Training Get? *Journal of Marital and Family Therapy*, 20, 3-15.
- Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J. & Weakland, J. (1956). Toward a Theory of Schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251-264.
- Carlson, T. D. & Erickson, M. J. (2001). Honoring and Privileging Personal Experience and Knowledge: Ideas for a Narrative Therapy Approach to the Training and Supervision of New Therapists. *Contemporary Family Therapy*, 23, 199-220.
- Crane, D. R. (2014). The Efficiency of Family Therapy. Kutsupuheenvuoro 1st European Conference on Systemic Research in Therapy, Education and Organisational Development. 6-8 March 2014, Heidelberg, Germany.
- Crenshaw, W. (2015). *Treating Families and Children in the Child Protective System – Strategies for Systemic Advocacy and Family Healing*. New York: Routledge.
- Ford Sori, C. & Sprenkle, D. H. (2004). Training Family Therapists to Work with Children and Families: A Modified Delphi Study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30, 479-495. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2004.tb01257.x>
- Ford Sori, C. (Toim.) (2006). *Engaging Children in Family Therapy. Creative Approaches to Integrating Theory and Research in Clinical Practice*. New York: Routledge.
- Ford Sori, C., Dermer, S. & Wesolowski, G. (2006). Involving Children in Family Counseling and Involving Parents in Children's Counseling. Teoksessa C. Ford Sori (Toim.) *Engaging Children in Family Therapy. Creative Approaches to Integrating Theory and Research in Clinical Practice*, 139-157. New York: Routledge.
- Gil, E. (2014) *Play in Family Therapy*. New York: The Guilford Press.
- Goldenberg, I., Stanton, M. & Goldenberg, H. (2020). *Family Therapy – An Overview, ninth edition*. Boston, US: Cengage.
- Haley, J. (1979). *Familjeterapi – hur man löser problem, (Problem Solving Therapy)*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Heinonen, E., Lindfors, O., Härkänen, T., Virtala, E., Jääskeläinen, T. & Knekt, P. (2014). Therapists' professional and personal characteristics as predictors of

- working alliance in short-term and long-term psychotherapies. *Clinical psychology & psychotherapy*, 21, 475-494. <https://doi.org/10.1002/cpp.1852>
- Heinonen, E. & Nissen-Lie, H.A. (2020). The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: a systematic review. *Psychotherapy Research*, 30, 417-432. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1620366>
- Josephson, A. M. (2015). From family therapy to family intervention. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 24, 457-470. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chc.2015.02.002>
- Knekt, P., Lindfors, O, & Laaksonen, M. (2010) Helsingin psykoterapiatutkimus – psykoterapioiden vaikuttavuus viiden vuoden seurannassa. Helsinki: Yliopistopaino.
- Korner, S. & Brown, G. (1990). Exclusion of Children from Family Psychotherapy: Family Therapists' Beliefs and Practices. *Journal of Family Psychology*, 3(4), 420-430.
- Lambert, M. (2008). Monitoring patient treatment respons: An evidence-based practice. Keynote-puheenvuoro Psykoterapiatutkimuksen päivillä
- Lund, L. K., Schindler Zimmerman, T. & Haddock S. A. (2002). The Theory, Structure, and Techniques for the Inclusion of Children in Family Therapy: A Literature Review. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28, 445-454.
- McClintock, D. (2024) Family-Centered Play Therapy: The Integration of Child-Parent Relationship Therapy and Family Play Therapy. *International Journal of Play Therapy*, 33, 107-116. <https://doi.org/10.1037/pla0000217>
- Miller, L. D. & McLeod, E. (2001). Children as Participants in Family Therapy: Practice, Research, and Theoretical Concerns. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 9, 375-383.
- Oranen, M. (1998). Viisi hyvää syytä unohtaa lapset. *Esikko*, 2/98, 5-9.
- Piha, J. (1988). Lastenpsykiatrinen osastohoito Turussa. *Perheterapia*, 1/1988, 4-12.
- Piha, J. (2018). Milloin, kenelle ja millaista psykoterapiaa? Puheenvuoro Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen (SLPY) koulutuspäivillä 16.4.2018 Helsingissä.
- Solantaus, T. & Beardslee, W. (1996). Kun isä tai äiti sairastaa depressiota: Interventio lasten psyykkisten häiriöiden ehkäisemiseksi. *Duodecim*, 112, 1647-1656.
- Solantaus, T., Toikka, S., Alasuutari, M., Beardslee, W. R. & Paavonen, J. (2009). Safety, Feasibility and Family Experiences of Preventive Interventions for Children and

Families with Parental Depression. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11(4), 15-24.

Stierlin, H., Rücker-Emden, I., Wetzell, N. & Wirsching, M. (1979). *Perheterapian perusta*. Espoo: Weilin+Göös.

Willis, A. B., Walters, L. H. & Crane, D. R. (2013). Assessing Play-Based Activities, Child Talk, and Single Session Outcome in Family Therapy with Young Children. *Journal of Marital and Family Therapy*, 40, 287-301. <https://doi.org/10.1111/jmft.12048>

Winnicott, D.W. (1994). The Theory of Parent-Infant Relationship, teoksessa M. Masud R. Khan (Toim.) *The Maturation Processes and the Facilitating Environment. Studies in the Theory of Emotional Development*, 13th Printing, 37-55. Madison, U.S.: International Universities Press.

