

SATAKUNNAN AMMATTIKORKEAKOULU

Tuija Väkiparta

THERAPLAY-VUOROVAIKUTUSTERAPIAN TUNNETTAVUUS
JA SEN HYÖDYT SATAKUNNAN JA PIRKANMAAN
LASTENSUOJELULAITOKSISSA



Sosiaalialan koulutusohjelma
Sosiaalipedagogiikan suuntautumisvaihtoehto

2009

THERAPLAY-VUOROVAIKUTUSTERAPIAN TUNNISTETTAVUUS JA SEN HYÖDYT SATAKUNNAN JA PIRKANMAAN LASTENSUOJELULAITOKSIS-SSA

Väkiparta Tuija

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysalan Porin yksikkö

Sosiaalialan koulutusohjelma

Sosiaalipedagogiikan suuntautumisvaihtoehto, sosionomi (AMK)

Maaliskuu 2009

Työn ohjaaja: Hamilo Outi, THM, HTM

YKL: 59.562

Sivumäärä: 44

Asiasanat: Theraplay, lastensuojelulaitokset, kiintymyssuhde, itsetunto, vuorovaikutus

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää miten hyvin Satakunnan ja Pirkanmaan lastensuojelulaitoksissa tunnetaan theraplay- vuorovaikutusterapia ja miten sitä lastensuojelulaitoksissa käytetään. Aiheen työhöni sain siitä, kun olin kesällä 2007 töissä MLL:n Kuntoutus- ja kehittämiskeskus Huvituksessa Yläneellä. Siellä tätä Theraplay- terapiaa käytetään hyvin onnistuneesti.

Tutkimuksen tarkoituksena on saada vastaus kysymyksiin:

1. Tunnetaanko ja käytetäänkö Theraplay- vuorovaikutusterapiaa Satakunnan ja Pirkanmaan lastensuojelulaitoksissa ja jos ei, niin miksi ei?
2. Minkälaisia vaikutuksia Theraplay-terapialla on ollut lapsiin lastensuojelulaitoksen henkilökunnan näkemysten mukaan?
 - a) Onko lapsen itsetunto kohonnut Theraplay- terapian aikana?
 - b) Onko lapsen käyttäytymisessä suhteessa muihin ihmisiin tapahtunut muutoksia?
 - c) Onko lapselle syntynyt parempi kiintymyssuhde sijaisäitiin tai omahoitajaan

Tutkimus suoritettiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen. Kyselylomakkeen lähetin yhteensä 42:een Satakunnan ja Pirkanmaan lastensuojelulaitukseen. Niistä palautui 22 kappaletta. Satakunnassa vastausprosentti oli 40 %. Pirkanmaalla taas 66 %. Kokonaisvastausprosentiksi muodostui 53 %. Kyselyn tulos osoitti, ettei Theraplay- vuorovaikutusterapiaa tunneta Satakunnan lastensuojelulaitoksissa. Näin sen käyttämisestä ei ollut kokemuksia. Pirkanmaan lastensuojelulaitoksissa taas asia oli hyvin tunnettu ja jonkin verran käytössäkin. Vastauksista kävi ilmi, että henkilökunnan mielestä Theraplay- terapialla on ollu positiivisia vaikutuksia. Theraplay-kuntoutusta saaneet ylivilkkaat lapset ovat rauhoittuneet ja ujut lapset saaneet rohkeutta ilmaista itseään. Vastauksista ilmeni myös, että lasten käyttäytyminen oli tasapainottunut ja itsetunto kohonnut. Kiintymyssuhde sijaisäitiin tai omahoitajaan oli myös parantunut. Terapiajaksojen pituus oli keskimäärin yksi vuosi.

THERAPLAY-INTERACTION THERAPY- ITS IDENTIFICATION AND BENEFITS IN CHILD WELFARE INSTITUTIONS IN SATAKUNTA AND PIRKANMAA

Väkiparta, Tuija

Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Social Pedagogy

Unit of Social Services and Health Care in Pori, Maamiehenkatu 10, 28500 Pori

March 2009

Tutor: Hamilo Outi, Senior Lecturer. MNSc, MAAdm

PLC: 59.562

Number of Pages: 44

Key Words: Theraplay, child welfare institutions, attachment, self-esteem, interaction

The purpose of this study was to find out how well Theraplay-interaction therapy is known in child welfare institutions in the provinces of Satakunta and Pirkanmaa and how it is used in these institutions. The theme for this research arose when I was working at the Mannerheim League for Child Welfare Huvitus Rehabilitation and Development Center in Yläne in the summer of 2007. There this Theraplay-therapy was used very successfully.

The purpose of this study was to answer the following questions: 1. Is Theraplay-interaction therapy known and used in child welfare institutions in Satakunta and Pirkanmaa and if not, why? 2. What kind of influences has Theraplay-therapy had on children from the staff's perspective? a) Has the children's self-esteem risen during Theraplay-therapy? b) Has the children's behaviour with other people changed? c) Are the children better attached to their foster mother or personal nurse?

The study was carried out using the quantitative research method. The questionnaire I sent altogether to 42 child welfare institutions in Satakunta and Pirkanmaa and 22 of them replied. In Satakunta the response rate was 40 %. In Pirkanmaa it was 66%. The total response rate was 53%. The results of this questionnaire showed that Theraplay was not known in the child welfare institutions of Satakunta. Thus they had no experience of using the therapy. In the child welfare institutions of Pirkanmaa the therapy was well known and even fairly much in use. The answers showed that from the staff's perspective Theraplay-therapy has had positive influences. Overactive children who have got Theraplay-therapy are calmer and shy children have got courage to express themselves. The answers showed also that the children's behavior was more balanced and their self-esteem had risen. Attachment to the foster mother or the personal nurse was also better. Lengths of Theraplay-therapy period were on average one year.

SISÄLLYSLUETTELO
TIIVISTELMÄ
ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	5
2	KIINTYMYSSUHDE	6
2.1.	Kiintymyssuhteen määrittelyä.....	6
2.2.	Turvallinen ja turvaton kiintymyssuhde.....	8
3	HYVÄ VUOROVAIKUTUS.....	12
4	HYVÄ ITSETUNTO JA SEN ILMENEMISMUODOT	13
5	THERAPLAY-VUOROVAIKUTUSTERAPIA	15
5.1.	Mikä on Theraplay?.....	15
5.2.	Theraplayn historia.....	18
5.3.	Theraplay – menetelmän perusasioita	20
5.3.1.	Prosessin kulku	20
5.3.2.	Theraplay - hoidon vaiheet.....	21
5.4.	Theraplayn osa-alueet	23
5.5.	Theraplay ja traumatisoitunut, sijoitettu lapsi	24
6	LASTENSUOJELULAIN EDELLYTTÄMÄT KUNTOUTTAVAT TUKITOIMET	27
7	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	30
7.1.	Tutkimusongelma ja –kysymykset ja tutkimuksen tavoite	30
7.2.	Tutkimuksen kulku ja tutkimusmenetelmät	30
7.3.	Aineiston käsittely ja analyysi.....	31
7.4.	Tutkimuksen luotettavuus	32
8	TULOKSET	33
8.1.	Vastaajien profiili	33
8.2.	Theraplayn tunnettavuus vastaajien mukaan	33
8.3.	Vuorovaikutuksen kehittyminen terapian jakson aikana.....	37
8.4.	Itsetunnon kohentuminen.....	38
8.5.	Kiintymyssuhteen muodostuminen	39
8.6	Muiden terapioiden käyttö lastensuojelulaitoksissa	40
9	POHDINTA.....	42
9.1.	Johtopäätökset	42
9.2.	Jatkotutkimusaiheet	44
	LÄHTEET.....	45
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Theraplay- vuorovaikutusterapia on lähtöisin USA:sta ja on rantautunut Suomenkin lastensuojelulaitosten käyttöön. Theraplay- vuorovaikutusterapia on aikuisjohtoinen lyhytkestoinen terapiamuoto, jonka tarkoituksena on kiintymyssuhteen eheyttäminen. Aiheen työhöni sain, kun olin kesällä 2007 töissä MLL:n Kuntoutus- ja kehittämiss- keskus Huvituksessa Yläneellä. Siellä tätä Theraplay- terapiaa käytetään hyvin on- nistuneesti. Tulokset tuntuivat olevan hyviä perhetyössä. Halusin siis saada selvyy- den, käytetäänkö tätä terapiaa Satakunnan ja Pirkanmaan lastensuojelulaitoksissa ja onko siitä ollut apua lapsille, joilla on ollut ongelmia terveen kiintymyssuhteen muo- dostumisessa.

Tästä lähtökohdasta käsin minua kiinnosti selvittää tunnetaanko ja käytetäänkö The- raplay- vuorovaikutusterapiaa Satakunnan ja Pirkanmaan lastensuojelulaitoksissa? Selvitän myös minkälaisia vaikutuksia Theraplay- terapialla on ollut lapsiin lasten- suojelulaitoksen henkilökunnan näkemysten mukaan.

Työn alussa kerron kiintymyssuhdeteoriasta, joka liittyy olennaisesti tämän terapian käyttöön. Tuon esille miten turvaton tai turvallinen kiintymyssuhde vaikuttaa lapsen kehittymiseen terveeksi tasapainoiseksi aikuiseksi. Viidennessä luvussa kerron, mikä Theraplay- terapia on ja sen historiaa. Terapiahan on alun perin kehitetty Yhdysval- loissa 60-luvun lopulla Chicagon syrjäytymisvaarassa olevien lasten varhaiskuntou- tusohjelmaksi. Luvussa viisi kerron myös, mitkä ovat Theraplay- terapian hoitovai- heet. Theraplayn vaikutuksista kuntoutukseen osallistuneisiin lapsiin kerron myös. Luvussa kuusi kerron lastensuojelulain edellyttämistä kuntouttavista tukitoimista si- joitettujen lasten suhteen. Luku seitsemän sisältää kyselytutkimuksen tavoitteet ja toteutumisen. Kyselyn tulokset selvitän työn kahdeksannessa luvussa. Lopuksi on yhteenveto ja johtopäätökset.

2 KIINTYMYSSUHDE

2.1. Kiintymyssuhteen määrittelyä

Kiintymyssuhdeteoriassa on vaikutteita sekä psykoanalyysin periaatteista että eläinten käyttäytymistä tutkivasta etiologiasta, eläinten leimautumiskäyttäytymisen alueelta. Brittiläinen psykiatri ja psykoanalyytikko John Bolwby päätteli näistä lähtökohdista, että myös ihmislapsen varhaiskehitystä säätelee vahvasti turvallisuuden tarve ja pyrkimys pysytellä erityisesti potentiaalisesti vaarallisissa tilanteissa mahdollisimman lähellä hoivaavaa aikuista.

<http://fi.wikipedia.org/wiki/Kiintymyssuhdeteoria>

Bolwbyn omien sanojen mukaan; ”*Kiintymyssuhdeteoria on yritys käsitteellistää ihmisen taipumusta muodostaa voimakkaita tunnesiteitä toisiin ihmisiin ja selittää niitä ahdistuksena, vihamielisyytenä, depressiona ja tunteiden eristämisenä ilmeneviä stressin muotoja, jotka aiheuttavat tahattomista erokokemuksista ja menetyksistä*” (suom. Jari Sinkkonen) <http://fi.wikipedia.org/wiki/Kiintymyssuhdeteoria>

Kiintymyssuhdeteorian lähtökohta on luonnonvalinnan tuloksena ihmisessä ja ylipäättään kädellisissä kehittynyt kiintymyssysteemi, jonka tarkoitus on tarjota avuttomalle jälkeläiselle turvaa ympäristön vaaroja vastaan. Tämä systeemi tavallaan kysyy kaiken aikaa. ”Onko kiintymyshahmoni riittävän lähellä?”. Tavallisesti lapsella on yksi ensisijainen kiintymyshahmo: tyypillisesti äiti.

<http://fi.wikipedia.org/wiki/Kiintymyssuhdeteoria>

Lasten kiintymyssysteemin on todettu muodostuvan etenkin sillä perusteella, kuinka luotettavasti ja ennustettavasti äiti reagoi lapsen läheisyyden tarpeeseen. Lapsi oppii luottamaan äidin rakkauteen ja sammalla muodostuu perusturvallisuus, joka on varhaislapsuuden kehityksen kannalta tärkeää. Kiintymyssuhteen laatu vaikuttaa lapsen persoonalliseen kehitykseen. <http://fi.wikipedia.org/wiki/Kiintymyssuhdeteoria>

Bowlby on luokitellut kiintymyssuhdemallit seuraaviin:” – **Hajanainen kiintymyssuhde - Ristiriitainen kiintymyssuhde – Turvallinen kiintymyssuhde – Turvaton kiintymyssuhde – Välttelevä kiintymyssuhde.**”

<http://fi.wikipedia.org/wiki/Kiintymyssuhdeteoria>

John Bowlby on kuvaillut kiintymyssuhdetta ihmisen voimakkaaksi haluksi ylläpitää läheisyyttä toiseen ihmiseen, varmistaen että hän on saatavilla. Jos tämä toinen vastaa hänen tarpeisiinsa, kohdistuu tähän toiseen suuri rakkaus. Kun tämä mekanismi toimii tehokkaasti, luo se vahvaa turvallisuuden ja tyytyväisyyden tunnetta, mutta myös sen suhteen koettu lyhyt- tai pitkäkestoinen pettymys aiheuttaa hetkellistä tai jatkuvaa ahdistusta ja tyytymättömyyttä. (Sinkkonen & Kalland 2003,13.)

Lapsella on synnynnäinen tarve kiinnittyä hoitajaansa oman turvallisuudentarpeensa vuoksi. Vauva kiinnittyy aina johonkuhun, myös laiminlyövään ja etäiseen, jopa vihamieliseen aikuiseen, jos parempaa ei ole saatavilla. (Niemelä & Siltanen & Tamminen 2003,93.)

Vauva havainnoi ihmisten maailmaa äidin käyttäytymisestä käsin. Se mitä äiti tekee kasvoillaan, äänellään, vartalollaan ja käsillään toisiaan seuraavina toimintoina, luovat lapselle jatkuvasti tarkentuvaa kuvaa siitä, millaista ihmisten välinen vuorovaikutus ja yhdessä olo ovat. (Stern.1982,16.)

Vauvan herkin aika todeta kiintymyskohteen luotettavuus/epäluotettavuus on kuudesta kuukaudesta viiteen ikävuoteen. Lapsen omanarvontunto ja toisten kunnioittaminen kehittyvät niin ikään varhaisista kiintymyskokemuksista. Luottamus tai sen puuttuminen rakentuu lapsen kehittyessä paitsi vauvaiässä myös lapsuudessa ja nuoruudessa. Monien tutkimusten mukaan lapsen turvallisuuden tunteen ja sosiaalis-emotionaalisen toiminnan kehittämisessä keskeinen tekijä on äidin saatavilla olo. (Psyka, www.edu oulu.fi.)

Vuorovaikutustapahtumat, kuten syöttäminen, vaipanvaihto ja leikkihetki, jättävät vauvan mieleen muistijälkiä. Toistuessaan riittävän samankaltaisina, syntyy yleistystä eli representaatioita, jotka sulautuvat suuremmiksi kokonaisuuksiksi.

Pikkuhiljaa representaatiot ovat sulautuneet sisäisiksi työskentelymalleiksi, joihin sisältyy muistikuvia ja odotuksia. Hoivaa ja turvallisuutta sisältävät sisäiset työskentelymallit, jotka ovat jäsentyneet luovat maailmaan järjestystä ja ennakoitavuutta sekä mahdollistavat voimavarojen vapautumisen ympäristön tutkimista varten. (Sinkkonen & Kalland. 2003, 155)

Työskentelymallit merkitsevät taipumusta pysytellä opituissa ja hyviksi koetuissa skeemoissa. Turvallisesti kiinnittynyt lapsi pitää kiinni omaksumistaan selviytymisstrategioista. Usein hylätyt, laiminlyödyt ja pahoinpidellyt lapset yrittävät epätoivoisesti muuttaa olosuhteita siten, että heidän oppima, aikanaan toimivaksi havaittu strategia olisi jälleen käyttökelpoinen. (Sinkkonen & Kalland 2003, 155–156.)

2.2. Turvallinen ja turvaton kiintymyssuhde

Kiintymyssuhteen laatu riippuu pääasiassa äidin sensitiivisyydestä eli sensitiivisellä äidillä on turvallisesti kiinnittynyt lapsi. Tämä väite näyttäisi pätevän paremminkin silloin, kun lapsi on terve. Äidin ominaisuuksien lisäksi kiintymiseen vaikuttaa mm. myös lapsen temperamentti sekä äidin saatavilla oleva emotionaalinen tuki. (Niemelä & Siltala & Tamminen. 2003, 99–100.)

Lapsuuden varhaiset ihmissuhteet toimivat tunteiden ja ajattelun kehittymisen harjoittelukenttänä. Vuorovaikutuksessa lapsi oppii tavat, joilla herättää vanhempien huomion ja saa lohtua sekä turvaa. Samalla lapsi saa kokemuksia siitä, onko hän hoi-
van arvoinen, ovatko ihmiset luotettavia ja voiko heidän käyttäytymistään ennakoida. Lapsi oppii ilmaisemaan tunteitaan siten, että ne herättävät vastakaikua ja hyväksyntää. Mielensisäiset mallit, jotka lapsi oppii jo varhaislapsuudessa, eivät sellaisenaan siirry myöhempään elämään, mutta ne ohjaavat lasta uusissa tilanteissa ja haasteissa. Kiintymyssuhdemallilla on vaikutusta siihen, miten lapsi havainnoi ja tulkitsee ympäristöään sekä miten käsittelee stressaavia tunteitaan ja ajatuksiaan. Kiintymyssuhdemalli on yhteydessä myös siihen, miten lapsi onnistuu kehitystehtävissään. (Sinkkonen & Kalland. 2003, 174.)

Yhdysvaltalainen kehityspsykologi Mary Ainsworth tutkimusryhmineen on tutkinut vuoden ikäisten lasten kiintymyssuhdetta äitiinsä.

AINSWORTH luokittelee kiintymyssuhteet seuraavalla tavalla:

Turvallisesti kiintyneet	(secure, TypeB)
Turvottomasti kiintyneet - välttelevät	(avoidant, type A)
Turvottomasti kiintyneet – ristiriitaiset ja vastahankaiset	(ambivalent– resistant, typeC)

Tutkimuksesta saatiin seuraavanlaisia tuloksia:

Turvallisesti kiinnittyneet lapset ovat oppineet luottamaan äidin saatavilla oloon. He ovat niin ikään oppineet ensimmäisenä ikävuotenaan käyttämään äitiä turvanaan tutkiessaan maailmaa. He olettavat, että äiti vastaa heidän kulloiseenkin hoidon tarpeeseen asian mukaisesti. (Sinkkonen & Kalland. 2003, 35–37.)

Turvottomasti kiintyneet – välttelevät lapset ovat oppineet, ettei äitiä voi käyttää turvapesänä. He pyrkivät välttämään erityisesti kielteisten tunteidensa ilmaisua ja tarvitsevuutensa osoittamista. Lapsi oppii muita keinoja säädellä tunnetilaansa, hän muuntaa omaa käyttäytymistään, joko kiintymyssuhdejärjestelmää vaimentamalla tai tehostamalla. Vaimentamalla lapsi voi suojautua torjuvilta reaktioilta ja samalla ylläpitää äidin sallimaa läheisyyttä. Lapsi välttää esimerkiksi pidempää syli- tai katsekontaktia hoitajaansa. (Sinkkonen & Kalland. 2003, 35–37.)

Kiintymyssuhdejärjestelmäänsä tehostavat lapset ovat oppineet, että vääristämällä tunneilmaisujaan ylimyönteiseen suuntaan, voivat he ylläpitää masentuneen äidin huomiota hetken. (Sinkkonen & Kalland. 2003, 35–37.)

Turvottomasti kiintyneet – ristiriitaiset ja vastahankaiset lapset ovat edustukseltaan epäjohdonmukaisesti lapsiensa kanssa toimivien äitien lapsia.

Nämä lapset eivät ole vielä vuoden iässä pystyneet löytämään toimivaa strategiaa hallitakseen äitinsä monimuotoisia ja vaikeasti ennakoitavissa olevia vuorovaikutustapoja. (Sinkkonen & Kalland. 2003, 35–37.)

Sinkkonen ja Kalland (2003, 178 -179) ovat kuvanneet kunkin lapsen eri ikäkaudella olevia kehityshaasteita ja sitä, miten turvallisesti ja turvattomasti kiintyneet lapset niistä selviävät:

Vauvaiässä kehityshaasteina ovat turvallisuuden tunteen kokeminen ja rohkeus tutkia ympäristöä. Turvallisesti kiintynyt lapsi oppii luottamaan turvan olemassaoloon ja omiin kykyihinsä. Hän saa ilmaista tunteitaan. Välttelevästi kiintyneen lapsen voimavaroiksi voidaan luetella se, että hän luottaa omaan itseensä, jonka kautta hänen tekemisensä painottuu ympäristön tutkimiseen. Epäonnistumiset taas haavoittavat hänen itseluottamustaan. Hän oppii välttämään negatiivisia tunneilmaisuja ja peittämään tarvitsevuutensa. Ristiriitaisesti kiinnittynyt lapsi pystyy ilmaisemaan sekä positiivisia että negatiivisia tunteitaan. Häntä haavoittaa turvan ennakoimattomuus. Hänellä on alhainen stressinsietokyky, ja häneltä puuttuu uskallus tutkimusmatkailuun. Lapsi on jatkuvasti valpas, pelokas ja ylivirittynyt. (Sinkkonen & Kalland.2003, 178 -179)

Leikki-ään kehitystehtäviin kuuluvat tunteiden hallinnan oppiminen, roolien ottaminen ja toisten mielenliikkeiden tunnistaminen. Lapsi oppii toden ja mielikuvituksen raja-aidat. Turvallisesti kiintynyt lapsi käyttää monenlaisia tunteita. Hän pystyy ennakoimaan toisten käyttäytymistä. Hän liikkuu toden ja mielikuvituksen välillä. Hän on myös haavoittuva: hänen odotuksensa ja kokemuksensa toisten hyväntahtoisuudesta ovat ristiriitaisia. Välttelevästi kiintynyt lapsi on omatoiminen ja hän harjoittelee tunteita eri leikeissä ja mielikuvissa. Hänen tunneilmaisunsa on kuitenkin vähäistä ja hän on ujo ja syrjäänvetäytyvä. Lapsi pakenee helposti mielikuvitusmaailmaan. Ristiriitaisesti kiintyneen lapsen voimavaroiksi on laskettava voimakkaat ja elävät mielikuvat ja kyky vastaanottaa kompensoivia kokemuksia. Hän liioittelee tunteitaan ja hänen on vaikeaa kontrolloida niitä. Häntä haavoittaa toisten ennakoimaton käytös. Lapsen odotukset ovat pettymyksenäyteisiä. (Sinkkonen & Kalland.2003, 178 -179)

Keskilapsuudessa hiotaan ongelmanratkaisutaitoja, luodaan ystävyssuhteita ja opitaan tuntemaan monimutkaisia syy-yhteyksiä.

Turvallisesti kiintyneen lapsen voimavaroihin kuuluu tasapaino kognitiivis-emotionaalisessa kehityksessä sekä realistinen ymmärrys läheisyydestä ja erillisyydestä. Hänen haavoittuvia puoliaan ovat tunteiden jakamiseen liittyvien odotusten ja kokemusten välinen ristiriita. Välttelevästi kiintyneen voimavaroihin lukeutuvat kehittynyt merkityssisältöjen muisti sekä kiinnostus ajatteluun ja ongelmanratkaisuun. Hänen haavoittuvia puoliaan ovat riski jäädä yksin, vaikeus yhdistää tunteita ja järkeilyä ja vaikeus tunnistaa monimutkaisia tunteita. Ristiriitaisesti kiintyneen lapsen voimavarat tässä kehitysvaiheessa ovat kehittynyt jaksottainen muisti sekä intensiiviset ystävyys-suhteet. Hän tarvitsee tukea pystyäkseen päättämään monimutkaisia syy-seuraussuhteita. Hänen ystävyys-suhteisiinsa liittyy konflikteja ja riippuvuutta. Hän tulkitsee vinoutuneesti toisen motiiveja. (Sinkkonen & Kalland.2003, 178 -179)

Nuoruuden kehityshaasteisiin kuuluu tulevaisuuden suunnittelu sekä intiimin suhteen luominen. Turvallisesti kiintyneellä on realistinen näkemys omista mahdollisuuksistaan ja hänen on helppo kokea läheisyyttä. Hänen ”naiviin turvallinen” kehityshistoriansa aiheuttaa hänelle pettymyksiä ihmissuhteissa. Välttelevästi kiintyneellä on korkea älyllisten suoritusten taso. Hänen on vaikeaa luoda intiimejä suhteita. Hän ei luota ihmisiin. Ristiriitaisesti kiintyneen tunnesuhteita leimaa intensiivisyys ja lojailisuus. Hänen on vaikeaa tehdä päätöksiä, intiimit suhteet ovat riippuvaisia ja ladattuja. Hänen maailmankuvansa on helposti kyyninen ja pettynyt. Tutkimuksissa on todettu, että jos kasvuolosuhteet pysyvät suotuisina, säilyy turvallinen kiintymyssuhde turvallisena. Stressaavat ja traumaattiset kokemukset, esimerkiksi vanhempien avioero, läheisen kuolema tai hylkäämiset voivat tehdä turvallisesti kiintyneestä lapsesta turvattoman. Positiivisilla muutoksilla voidaan vastaavasti luoda mahdollisuuksia turvallisen kiintymyssuhteen kehitykselle. Esimerkkejä positiivisista kokemuksista ovat vanhempien terapia, sosioekonomisen tilanteen paraneminen ja hyvät korvaavat ihmissuhteet. (Sinkkonen & Kalland. 2003, 175–176.)

Jos hyväksymme sen lähtökohdan, että välttelevästi kiintynyt ihminen kieltää tunteitaan ja ristiriitaisesti kiintyneen on vaikeaa loogisten ja kognitiivisten rakenteiden kanssa, ymmärrämme, että kummallekin pitäisi hoidossa kyetä tarjoamaan sitä, mitä häneltä puuttuu.

Välttelevä lapsi tarvitsisi siis rohkaisua tunteidensa ilmaisemiseen ja ristiriitainen hyötyisi selkeistä rakenteista.

Kiintymyssuhdeteorian avulla on jatkossa mahdollista löytää nykyistä täsmällisempiä menetelmiä ja terapiatekniikoita, jotka vastaavat parhaiten kyseessä olevan ihmisen tarpeisiin. (Sinkkonen & Kalland 2003, 173.)

3 HYVÄ VUOROVAIKUTUS

Hyvä vuorovaikutus syntyy, kun vanhempi ymmärtää vauvan ilmaisemat tunteet ja reagoi niihin. Vuorovaikutusta rakennetaan päivittäisissä arjen tilanteissa. Hyvässä suhteessa vauva kokee, että häntä rakastetaan, ihaillaan ja arvostetaan. Vauva ei kuitenkaan ymmärrä sanoja. Vauvan ja vanhemman välinen vuorovaikutussuhde rakentuu ensimmäisen vuoden aikana pitkälti sanattomaan yhdessäoloon. (Salo, S & Tuomi, K. 2008, 9.)

”Kun ajattelemme, mitkä ovat varhaisen vanhempi-lapsisuhteen oleellisemmat elementit, on melko helposti löydettävissä niitä kulmakiviä, jotka ovat selvästi havaittavissa hyvässä vuorovaikutuksessa. Vauvan ja vanhemman välillä on intensiivistä katsekontaktia ja vahvaa tunneyhteyttä. Fyysinen läheisyys ja koskettaminen sekä vauvan pitely ovat olennainen osa vuorovaikutusta.” Alussa lapsen fyysinen hoiva on psyykkistä hoivaa parhaimmillaan. Vauvan psyyke alkaa rakentua ensisijaisesti fyysisistä, kehollisista kokemuksista ja sensomotorisista tuntemuksista. Niiden välityksellä hän alkaa rakentaa käsitystä itsestään ja ympäröivästä maailmasta sekä sen säännönmukaisuudesta tai ennustamattomuudesta. Vauvan aivot ja neurobiologia rakentuvat kokemusten pohjalta ja vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa.” (Tuovila, P. 2008, 60 – 61.)

”Kosketus on meidän kaikkien ensimmäinen kieli. Kosketus välittää meille paljon tietoa. Millaiset ovat kehoni rajat, miten minua pidellään, olenko arvokas? Hoitamillani lapsilla ei kaikilla ole ollut hyvää varhaisen vuorovaikutuksen kokemusta. Siksi terapia pyrkii paikkamaan näitä puutteita.” (Tuovila, P. 2008, 175.)

”Lapsi tulkitsee vuorovaikutuksessa toisen kasvoista viestin itsestään. Hän lukee kasvoilta vanhemman mielialat. Tämä lukutaito on ihmisillä jo syntyessään: onko lapsi ihastelun aihe, katsotaanko häntä hyväksyen, vihaisesti vai vain ohimennen? Vanhempi on peili, jonka avulla lapsi piirtää oman minuutensa rajat. Lapsen aivot kehittyvät nimenomaan vuorovaikutuksellisissa kokemuksissa.”(Tuovila, P. 2008, 176.)

4 HYVÄ ITSETUNTO JA SEN ILMENEMISMUODOT

Psykologian professori Keltikangas – Järvinen (1994,17) on määritellyt hyvän itsetunnon seuraavasti: *”Itsetunto on tunnetta, että olen hyvä. Itsetunto on hyvä silloin kun ihmisen minäkäsityksessä ovat voitolla positiiviset ominaisuudet, ja huono silloin kun negatiivisten ominaisuuksien määrä on suurempi kuin positiivisten.”*

Keltikangas- Järvisen kirjassa ”Hyvä itsetunto” kirjailija ilmentää hyvää itsetuntoa seuraavilla tavoilla:

Ihminen tuntee olevansa hyvä

Hän näkee hyvät ominaisuutensa huonompia tärkeämpinä. Heikkouksien ja puutteiden myöntäminen ei romuta hänen itseluottamustaan. Ollakseen hyvä hänen ei tarvitse olla paras tai muita parempi kaikessa. Hyvien ominaisuuksiensa lisäksi hän havaitsee ja tietää myös heikkoutensa ja pyrkii pääsemään huonoista piirteistään eroon.(Keltikangas-Järvinen, L.2003,17)

Ihminen luottaa itseensä ja arvostaa itseään

Hän pitää kiinni oikeiksi katsomistaan päämääristä. Hän ei anna loukata itseään vaan puolustaa itseään ja oikeuksiaan. Hän omaa kyvyn olla tyytyväinen omiin suorituksiinsa ja uskaltaa asettaa itselleen korkeita vaatimuksia sekä ottaa haasteita vastaan. Hän uskoo voivansa vaikuttaa ratkaisuillaan elämäänsä. Hän uskoo myös kykyynsä hallita vastaan tulevia asioita ja ongelmia eikä jää aina miettimään ja katumaan tekemiään päätöksiä.(Keltikangas-Järvinen, L.2003,18)

Ihminen näkee oman elämänsä arvokkaana ja ainutlaatuisena

Hän kykenee näkemään oman elämänsä ainutkertaisuuden ja ymmärtää olevansa tärkeä sinänsä tarvitsematta osoittaa tätä erityisin suorituksin tai onnistumisin. Hänen elämänsä arvo ei ole riippuvainen muiden hänelle antamasta arvostuksesta tai yhteiskunnallisella menetyksellä mitattuna. Hänen itsetuntonsa ei ole selitettävissä niillä tapahtumilla tai ihmisen ominaisuuksilla, joita muut hänessä näkevät. (Keltikangas-Järvinen, L.2003,18–19)

Ihmisellä on kykyä arvostaa muita ihmisiä

Hän kykenee näkemään toisen ihmisen osaamisen ja arvostamaan sitä ja antamaan arvoa toisen mielipiteille. Hän kykenee ihailemaan toista ihmistä ja asettamaan itselleen auktoriteetteja, muttei ole riippuvainen niistä eikä koe niitä itselleen uhkana. Hän näkee elämänsä enemmän hyviä puolia kuin huonon itsetunnon omaava. (Keltikangas-Järvinen, L.2003,19)

Ihminen pystyy tekemään itsenäisiä ratkaisuja oman elämänsä suhteen ja on riippumaton muiden mielipiteistä

Hän ei ole jatkuvasti huolestunut siitä, mitä muut ajattelevat tai huolissaan muiden hyväksynnästä. Hän ei pyri aina ajattelemaan ja toimimaan yleisen mielipiteen mukaan, tällainen rohkeus ei kuitenkaan tarkoita muiden loukkaamista. Hän ei ole ratkaisuisaan riippuvainen toisista ihmisistä. (Keltikangas-Järvinen, L.2003,20)

Ihminen kykenee sietämään epäonnistumisia ja pettymyksiä

Hän pystyy myöntämään omia virheitään ja pohtii, mitä tapahtuneesta voisi oppia seuraavia tilanteita varten. Hän ymmärtää, että vaikka teki jonkin asian huonosti, se ei tee hänestä itsestään huonoa. (Keltikangas-Järvinen, L.2003,22–23)

Itsetunto rakentuu niiden kokemusten kautta, joita ihminen saa muista ihmisistä ja ympäristöstä. Itsetunnon kehitys on pitkä tapahtuma.

Lapsuudessa itsetunnon kehitys lähtee siitä, miten lasta hoidetaan. Myöhemmin on tärkeää, millaisena hoitajat kokevat lapsen ja millaista heidän suhtautumisensa on tämän suorituksiin, onnistumisiin ja epäonnistumisiin. Vanhempien ja kodin lisäksi lapsen itsetuntoa rakentavat myös koulu, toverit ja harrastukset.

Koulussa lapselle muodostuu oppimisen kautta käsitys siitä millainen hän on, ja miten helposti hän pystyy omaksumaan erilaista tietoa. (Keltikangas- Järvinen, L.2003, 123.)

5 THERAPLAY-VUOROVAIKUTUSTERAPIA

5.1. Mikä on Theraplay?

Theraplay on lyhytkestoinen vuorovaikutusterapia, joka jäljittelee pienen lapsen ja hänen vanhempansa luonnollista, tervettä vuorovaikutussuhdetta. Se on yhtä aikaa fyysinen, yksilöllinen, keskitetty, leikkisä ja hauska. Theraplay on hoitomuoto, joka vahvistaa lapsen tervettä itsetuntoa, kyvykkyyttä sosiaalisissa suhteissa ja korjaa kiintymyssuhteen vaurioita. (Jernberg & Booth. 2003, 17,29.)

Theraplayn tarkoituksena on rakentaa ja vahvistaa lapsen ja häntä hoitavan aikuisen vuorovaikutusta sekä synnyttää ja lujittaa heidän kiintymyssuhdettaan. (Jernberg & Booth. 2003, 29).

Se pyrkii aktiivisesti rakentamaan myönteistä tunneyhteyttä lapsen ja vanhemman/hoitavan aikuisen välille. Vanhemmat/hoitavat aikuiset otetaan terapiaan mukaan, yleensä ensin he toimivat tarkkailijoina, myöhemmin rinnakkaisterapeutteina. Lapselle pyritään tarjoamaan kokemuksia, joiden avulla lapsi tuntee itsensä arvokkaaksi ja rakastettavaksi. <http://www.theraplay.fi/>

Theraplay- hoidossa pyritään aktiivisesti mallintamaan samanlaista aktiivista ja läheistä vuorovaikutusta, joka syntyy luonnostaan pienen vauvan ja vanhemman välisessä terveessä suhteessa. Tämän suhteen keskeinen sisältö on välittää lapselle kokemus merkityksellisyydestä, arvokkuudesta ja rakastettuna olemisesta. Tähän pyritään siten, että aikuinen jäsentää ja johtaa vahvasti vuorovaikutuksen kulkua lapsen sanattomia viestejä ja aloitteita mahdollisimman paljon hyväksi käyttäen.

Kontaktia luodaan fyysisen läheisyyden ja hoivan kautta tarjoten lapselle mielihyvän kokemuksia ja viestittäen kehon merkityksellisyyttä. Terapeutin keskeinen tehtävä on säilyttää jatkuva emotionaalinen yhteys lapseen siten, että lapsi saa uudenlaisen kokemuksen itsestään ymmärrettynä ja hyväksyttynä myös sanattomien viestien tasolla. Yhteys rakennetaan iloisen ja yllätyksellisen leikkisyyden avulla. Oleellista on myös tarjota lapselle kokemuksia onnistumisesta ja omien rajojen ylittämisestä ja lapsen tervettä itsetuntoa vahvistetaan riittävällä haasteellisuudella. <http://www.theraplay.fi/>

Theraplay on aikuisjohtoinen terapiamuoto, joka antaa lapselle mahdollisuuden rentoutua ottamaan vastaan sitä hyvää, johon hänellä on oikeus ja jota aikuinen hänelle antaa vaatimatta takaisin mitään. Kun lapsi tuntee, että hänen seurastaan voi iloita ja nauttia aidosti, syntyy hänelle halu antautua yhdessä koettuun hyvään oloon. (Mäkelä & Vierikko 2004,21.)

Theraplay on pääasiassa esikielelliselle tasolle sijoittuvaa vuorovaikutusta, eikä käytä leluja, mielikuvia eikä symboleja. Perusajatuksena on luoda uudelleen tilanne, jossa lapselle tarjotaan sellaisia tärkeitä varhaisvaiheen kokemuksia, joiden puuttuminen on häirinnyt hänen hyvää kehitystään. Lapsi ei voi kasvaa eteenpäin, ellei häntä ensin auteta kasvamaan taaksepäin (Sannemann.2003. 12–13).

Theraplay- terapiaa käytetään tällä hetkellä Suomessa hyvin monimuotoisesti esim.

- erilaisten varhaisvaiheiden kehityksellisten ongelmien (syömis-, unihäiriöt)
- vuorovaikutushäiriöiden
- emotionaalisten häiriöiden
- käyttäytymisen hallinnan ja säätelyn (sis. neurologispohjaiset oireyhtymät)
- vaikeiden traumaperäisten sopeutumishäiriöiden ja kiintymyssuhdeongelmien (mm. sijaishuolto, adoptiolapset) hoidossa.

Theraplayta käytetään Suomessa lasten psykiatrisessa hoidossa ja perhekuntoutuksessa mm. MLL:n Kehittämisen- ja kuntoutuskeskus Huvituksessa, Yläneellä sekä SOS - lapsikylissä. Lisäksi joitakin Theraplayn osioita käytetään päiväkotien arjessa. Theraplay- terapiassa sekä lapsella että vanhemmilla on oma terapeuttinsa. Toisinaan sama työntekijä voi olla molemmissa rooleissa. <http://www.theraplay.fi/>

Theraplayta voidaan tehdä myös ryhmämuotoisena, jolloin terapeutteja on useampia. Tilanteesta riippuen Theraplay -hoito voidaan toteuttaa kotona, klinikalla, päiväkodissa tms. Theraplay- istunnot videoidaan ja työskentely edellyttää terapeutilta osallistumista säännölliseen työnohjaukseen, jota voidaan antaa myös ryhmässä.
<http://www.theraplay.fi/>

Theraplay on lyhytterapia, jonka istuntojen määrä vaihtelee ollen keskimäärin 10 – 20 kertaa. Terapian päätyttyä pidetään vielä seurantakäyntejä vaihtelevalla frekvenssillä. Koska lapset ja hänen tarpeensa ovat yksilöllisiä, myös terapia on yksilöllistä. Terapia perustuu MI-arvointiin, jossa arvioidaan erilaisten vuorovaikutustehtävien avulla lapsen ja vanhemman välistä vuorovaikutusta. Arvio tehdään videoimalla tilanne, jossa lapsi ja vanhempi ovat kahdestaan, ja he suorittavat terapeutin antamia tehtäviä ja leikkejä. Terapiaistunnoissa lapsi ja terapeutti ovat huoneessa, jonne näkee toisesta huoneesta. Toisessa huoneessa ovat vanhemmat terapeuttinsa kanssa. Lapsi ja terapeutti toteuttavat Theraplay – aktiviteetteja terapeutin johdolla ja vanhemmat seuraavat ja keskustelevat terapeuttinsa kanssa tapahtumista. Pyrkimyksenä on luoda vanhemmille uusia näkökulmia ja elämyksiä siitä, miten olla lapsen kanssa vuorovaikutuksessa oikein. <http://fi.wikipedia.org/wiki/Theraplay>

Theraplay koostuu neljästä eri osa-alueesta: rakenteellisuudesta, yhteisyydestä, hoivaamisesta ja haastavuudesta. Rakenteellisuus auttaa lasta jäsentämään maailmaa. Yhteisyys on lapsen ja vanhemman välistä yhteyttä. Hoivaaminen rauhoittaa ja luo turvaa. Haastavuus luo puitteet lapsen kehittymiselle. Näitä kaikkia neljää käytetään Theraplayssa, mutta niiden keskinäinen painotus riippuu siitä, millaisia ongelmia lapsella on. Theraplayssa on olemassa erikseen sovellukset mm. murrosikäisten ja vammaisten hoitoon. Lisäksi on olemassa ryhmille suunniteltu Theraplay, jolloin terapeutteja on useampia. Jokaisella erikoissovelluksella on omat vaatimuksensa. Theraplay- terapiaa antavat Suomen Theraplay- yhdistyksen koulutuksen suorittaneet theraplay- terapeutit tai koulutuksessa olevat työnohjatut.

<http://fi.wikipedia.org/wiki/Theraplay>

5.2. Theraplayn historia

Theraplayn juuret juontavat kehitysteorioihin, kiintymysteoriaan, kehityspsykologiaan ja hyväksi koettuihin esikoulukäytäntöihin. Theraplayssa pyritään yhdistämään useiden eri alojen tietämystä ja laajentamaan sitä rakentavasti. (Jernberg & Booth 2003, 21.)

Theraplay syntyi vuonna 1968 Yhdysvalloissa, Chicagon Head Start- projektin yhteydessä. Projektin tarkoituksena oli estää slummialueiden, yleensä värillisten lasten syrjäytyminen ja se oli varhennetun esiopetuksen kokeilu. (Mäkelä & Vierikko 2004, 21.) Chicagon alueen psykologisten palvelujen johtajana toimii psykologi Ann Jernberg, jolle annettiin tehtäväksi paikantaa psykologisen avun tarpeessa olevat lapset ja ohjata heidät eri hoitomuotoihin. Kun tutkittiin Chicagon alueen psykologisia hoitoresursseja, huomattiin, että tehokkaan hoidon järjestäminen edes muutamalle lapselle oli mahdotonta. Avun tarpeessa olevia lapsia oli kartoitettu useita satoja. Hoitokeskuksia oli vain muutamia ja käytettävissä oleva terapia oli pitkäkestoista ja kallista. Lisäksi hoitokeskukset sijaitsivat kaukana niistä tarvitsevista perheistä. Tilanne vaikutti kriittiseltä. Lapsille piti järjestää hoito, mutta hoitopaikkoja ja resursseja ei ollut. Tarvittiin uudenlaista kuntoutusta, joka vie hoidon sinne, missä lapsi on ja joka vaikuttaa nopeasti. Hoidon piti olla myös sellaista, että kokemattomammatkin mielenterveystyöntekijät pystyivät sitä antamaan. (Jernberg & Booth 2003, 22.)

Jernberg kokosi ympärilleen lasten kanssa työskenteleviä aikuisia, kasvatusalan ammattilaisia, korkeakouluopiskelijoita ja projektissa työskenteleviä Head Start- äitejä. He paneutuivat yhdessä miettimään, mitä lapsi tarvitsee. Miten lapsi voisi kasvaa elämänhaluiseksi ja itseensä luottavaksi ihmiseksi? Miten pelko ja arvottomuuden tunteet väistyisivät ja lapsen itsevarmuus lisääntyisi? Miten lapsi oppisi rakastamaan ja arvostamaan itseään ja pitämään puolensa? Näitä miettiessään he oivalsivat, että lapsi tarvitsee turvaa, iloa ja yhteyden toiseen ihmiseen. (Mäkelä, Vierikko 2004, 22.)

Näin syntyi hoitomenetelmä, jonka mallina käytettiin tervettä pikkulapsen ja vanhemman suhdetta.

Jernberg lainasi lisäelementtejä Austin Des Lauriersin ja Viola Brodyn teoksista. Des Lauriers piti tärkeänä katsekontaktia ja fyysistä kosketusta lapsen ja terapeutin välillä. Brody painotti terapeutin ja lapsen hoivasuhdetta, johon kuului fyysinen kosketus, tuudittaminen, laulaminen ja sylissä pitäminen. (Jernberg & Booth. 2003, 21.)

Vähän myöhemmin toiminnan kehittyessä Brodyn entinen oppilas Ernestine Thomas liitti mukaan yhden tärkeimmistä Theraplayn elementeistä, joka korostaa lapsen terveyttä, kapasiteettia ja voimavaroja. Suhtautuminen lapseen on myönteistä ja toiveikasta. (Jernberg & Booth. 2003, 21.)

Melko pian alettiin kouluttaa ryhmä mielenterveystyöntekijöitä, jotka menivät kouluhin tekemään tiivistä yksilöllistä työtä apua tarvitsevien lasten kanssa muutamaksi viikoksi kerrallaan. Kuten kaikki epätavallinen ja uusi, kohtasi tämäkin uusi menetelmä aluksi suurta vastustusta hoitavilta ja kasvattavilta tahoilta. Mutta kun hoidosta alettiin saada positiivisia kokemuksia, alkoivat opettajat, vanhemmat ja sosiaalityöntekijät lähettää lapsia yksityisesti hoitoon. (Jernberg & Booth 2003, 22.)

Theraplay – instituutti perustettiin vuonna 1971 ja vuonna 1976, lähinnä hoitomenetelmän väärinkäytösten takia, theraplay rekisteröitiin palvelumerkiksi. Tänäänkin Theraplay – instituutti on ei- kaupallinen, hoito-, koulutus- ja neuvontakeskus. Theraplay – terapeutteja alettiin kouluttaa 1980-luvulla. He ovat vieneet ideat mukaansa omiin keskuksiinsa muun muassa Australiaan, Etelä-Afrikkaan, Israeliin, Kanadaan, Koreaan, Saksaan ja Suomeen. (Jernberg & Booth.2003,22.)

Näistä vain Kanadassa, Saksassa ja Suomessa on omaa kansallista koulutusta. Suomessa toimii Suomen theraplay – yhdistys ry., jonka kotisivut ovat osoitteessa www.theraplay.fi. (Mäkelä & Vierikko. 2004, 26).

5.3. Theraplay – menetelmän perusasioita

5.3.1. Prosessin kulku

Theraplay – hoitoa annetaan kouluissa, mielenterveyden avohoitoklinikoilla, sairaaloissa, kuntoutuslaitoksissa, yksityisvastaanotoilla, sijaishuollossa sekä kodeissa. Vaikka Theraplay – menetelmällä on hoidettu kaikenikäisiä ihmisiä, ovat hoidettavat yleensä puolestatoista ikävuodesta neljääntoista vuotiaita. Theraplayta on käytetty menestyksekkäästi monenlaisten käytöshäiriöiden hoidossa, kuten sulkeutuneisuus, masentuneisuus, passiivisuus, aggressiivisuus ja ylivilkkaus. Lasten ongelmat ovat eriasteisia vaihdellen lievästä ahdistuksesta ja kouluhäirinnästä autismiin ja laaja-alaiseen kehityshäiriöön. (Jernberg & Booth 2003, 30.)

Theraplay – hoidolla on kolme tavoitetta, joilla pyritään:

1. Auttamaan lasta korvaamaan huonot ratkaisut ja käytösmallit terveillä, ja luovilla ja ikään sopivilla vaihtoehdoilla.
 2. Kasvattamaan lapsen itseluottamusta.
 3. Rakentamaan lapsen ja hänen huoltajiensa välille hyvä vuorovaikutussuhde.
- (Jernberg & Booth 2003, 30.)

Tärkeää on, että lapsen ja aikuisen välille syntyy *aito* vuorovaikutussuhde. Theraplay – terapeutti välttää mielikuvitusmaailmaa ja keskittyy lapsen ja aikuisen sen hetkiseen tilanteeseen toimimalla määrätietoisesti ja myönteisesti. (Jernberg & Booth. 2003, 30.)

Vaikka terapiatuokion vuorovaikutusleikit on suunniteltu tuottamaan iloa jokaiselle lapselle, ovat hoitoon ohjatut lapset usein rakentaneet ympärilleen suojamuurin, jolla he torjuvat kipeästi tarvitsemansa vuorovaikutuksen. Tämän vuoksi Theraplay – hoitoon kuuluu lapsen rinnalla pysyminen koko väistämättömän vastarintajakson ajan. (Jernberg & Booth 2003, 30.)

Terapeutti korostaa lapsen terveyttä ja voimaa avoimesti. Optimistinen asenne kertoo lapselle, että hänellä on toivoa ja että hänessä on paljon hyvää ja rakastettavaa.

Lapselle välittyy terapeutin silmien ja vähitellen myös vanhempiansa silmien kautta kuva itsestään ainutlaatuisena ja rakastettavana ihmisenä, jonka seurassa on hyvä olla. (Jernberg & Booth 2003, 30.)

Theraplay- menetelmän soveltaminen vaatii istunnolta tietyt valmiudet. Theraplay-tilan tulee olla yksinkertainen, mukava ja toimiva, sillä paikka on tarkoitettu rentoon oleiluun ja hauskanpitoon. Lattialla voi olla isoja lattiatyynyjä, säkkituoleja ja heiteltäviä tyynyjä. Tilassa voi olla myös yksisuuntainen peili-ikkuna. Tämän takana vanhemmat ja toinen terapeuteista, joka työskentelee vanhempien kanssa, voivat seurata lapsen ja hänen terapeuttinsa työskentelyä Theraplay- huoneessa. Theraplay – menetelmän soveltaminen ei ole sidottu näihin puitteisiin, vaan se on muunneltavissa valitseviin oloihin esimerkiksi kouluissa, kodeissa ja yksityisvastaanotoilla. Terapia – hoito alkaa arviointijaksolla, joka kestää kolme istuntoa. Varsinainen hoitajakso kestää noin kaksikymmentä istuntoa, mutta voi tapauksesta riippuen kestää pitempäänkin. Tapaamiset ovat kerran viikossa. Hoitajaksoa seuraa noin vuoden pituinen seurantajakso, jolloin tapaamisia on neljästä kuuteen kertaan. Theraplay- istunnot kestävät yleensä kolmekymmentä tai neljäkymmentä minuuttia. (Jernberg & Booth 2003, 31.)

Ominaista Theraplay – menetelmälle on se, että hoitoon otetaan mukaan lapsen lisäksi myös vanhemmat tai lapsen huoltajat. Hoidon kannalta on ihanteellisinta, jos terapiaan osallistuu vähintään kaksi terapeuttia, joista toinen työskentelee lapsen ja toinen vanhempien kanssa. Menetelmää voi soveltaa myös yksi terapeutti, joka tällöin työskentelee sekä lapsen että vanhempien kanssa. (Jernberg & Booth 2003, 31.)

5.3.2. Theraplay - hoidon vaiheet

Kuten edellä mainittiin, theraplay – hoito jakaantuu arviointi-, hoito- ja seurantajaksoon.

A) *Arviointijakso* koostuu kolmesta vaiheesta: Ensimmäisellä tapaamisella haastatellaan vanhempia tai huoltajia ja kartoitetaan perheen taustaa ja sen hetkistä tilannetta.

Tämä tapahtuu ilman lasta. Seuraavaksi arvioidaan lapsen suhdetta kumpaankin vanhempaan MIM – menetelmän (Marschak Interaction Method) avulla.

Tämä havainnointitekniikka on suunniteltu selvittämään lapsen ja huoltajan välisen suhteen laatua ja luonnetta. Viimeiseksi pidettävässä palauteistunnossa huoltajille esitetään alustava arvio lapsen tilanteesta. Arviota havainnollistetaan MIM – vuorovaikutusarviosta kuvatuilla videoilla. Jos terapeutit päätyvät suosittelemaan Theraplay – hoitoa ja vanhemmat siihen suostuvat, sovitaan yhdessä terapiaistuntojen lukumäärästä. (Jernberg, & Booth. 2003, 149.)

B) Hoitojakso

Theraplay – istunnot suunnitellaan lapsen yksilöllisiä tarpeita silmällä pitäen houkutteleviksi ja hauskoiksi. Ohjelmaa voidaan mukailla lapsen vastaanottavuudesta riippuen istunnon aikana. Leikit vaihtelevat aktiivisista rauhallisiin. Istunnon lopussa lapsi saa yleensä suupaloja, rauhoittavaa hoivaa ja hänelle lauletaan. Jo ensimmäisestä terapiatuokiosta alkaen terapeutti alkaa aktiivisesti rakentaa yhteyttä lapseen. Tämä tapahtuu reippaalla tervetuloilla ja tarkistamalla lapsen tärkeitä erityispiirteitä, kuten silmien värin ja kokeilemalla, miten vahvat lapsen kädet tai jalat ovat. Jokainen lapsi reagoi terapeutin jutusteluun omalla tavallaan, siispä myös yhteyden rakentamiseen kuluva aika on yksilöllinen. Vanhempien kanssa työskentelyn ensimmäinen tavoite on kouluttaa heidät oman lapsensa terapeuteiksi. Lopullinen tavoite taas on, ettei terapiaa enää tarvita, koska lapsen ja vanhempien vuorovaikutusmallit ovat muuttuneet pysyvästi terveiksi. (Jernberg, & Booth 2003, 149.)

Lapsi ja terapeutti ovat yleensä kaksin vanhempien tarkkaillessa heitä neljän ensimmäisen hoitoistunnon aikana. Vanhempien apuna toimii terapeutti, joka auttaa heitä ymmärtämään terapian kulkua ja valmistelee heitä liittymään lapsen seuraan. Vanhemmat kokeilevat joitakin aktiviteetteja kotona istuntojen välillä. Lopuissa hoito-etuokioissa ovat läsnä sekä vanhemmat että heidän terapeuttinsa. Vanhemmat leikkivät vuorovaikutusleikkejä lapsensa kanssa Theraplay – terapeutin ohjauksessa. Viimeisellä hoitojaksolla terapiakerralla pidetään juhlat, jossa juhlistaan lapsen saavutuksia ja vahvuuksia painopisteen ollessa lapsen ja vanhempiensa kyvyssä nauttia toistensa seurasta. (Jernberg & Booth. 2003, 31.)

C) Seurantajakso

Seurantajakso kestää yleensä noin vuoden. Kolmen ensimmäisen kuukauden käynnit tehdään kerran kuukaudessa ja sen jälkeen käyntejä harvennetaan neljännesvuosittain tapahtuviksi. Vanhemmat tulevat terapiaistuntoihin mukaan jokaisen kerran puolivälissä. Terapiaistunnon alkupuolella he voivat keskustella terapeutinsa kanssa mieltä askarruttavista asioista. Terapiahuoneessa vanhemmat saavat esittää uusia leikkejä, joita he ovat leikkineet kotona lapsensa kanssa. (Jernberg & Booth. 2003, 32.)

5.4. Theraplayn osa-alueet

Theraplayssa on neljä osa-aluetta, joiden avulla aikuinen välittää lapselle tärkeitä perusviestejä. Ne painottuvat hoidossa yksilöllisesti riippuen kyseessä olevan lapsen erityisistä pulmista. Nämä osa-alueet ovat: **yhteyden rakentaminen ja vahvistaminen, hoiva, jäsentäminen ja haaste.**

1. Yhteyden rakentamisen ja vahvistamisen tarkoituksena on viestiä lapselle, että tämä on aivan erityinen ja ihastuttava, että häneen halutaan tutustua paremmin ja ettei häntä jätetä yksin.
2. Hoiva viestii lapselle, että muista on tärkeää, että hänestä tuntuu hyvältä.
3. Jäsentäminen viestii lapselle, että maailma on turvallinen ja ennustettava, eikä lapsen tarvitse pitää siitä huolta.
4. Haaste viestii lapselle, että hän voi vaikuttaa asioihin, eivätkä ne vain ”tapahdu”.
(Mäkelä, J. 2004, 22.)

Theraplay – terapeutti tutkii, millainen lapsi hänen luokseen on tullut tarkastelemalla hänen erityispiirteitään, kuten hymyä, tähtisilmiä, pisamia, hiuksia. Myös pipit hoidetaan. Tätä kautta lapselle viestitetään: On tärkeää, että sinä voit hyvin!

Tämä toistetaan lapselle joka istunnossa ja vähitellen lapsi alkaa itsekin uskoa olevansa erityinen, vaikka hänen alkuun olisi vaikeaa kuunnella mitään hyvää itsestään. Ihailun kohteena olemalla lapsi alkaa pikkuhiljaa uskoa sen, minkä hän näkee terapeutin silmissä ja kuulee tämän äänessä: ”Minä olen ihana tähtisilmäinen poika!”

Havainnointia autetaan apuna käyttäen lapselle sopivia leikkejä, joissa lapsi onnistuu varmasti. Hän huomaa omat toimivat kätensä ja vahvat jalkansa ja saa kokemuksen itsestään taitavana oppijana sekä kykenevänä kasvuun. (Mäkelä & Vierikko. 2004, 23–24.)

Ennen istuntoa aikuinen tekee suunnitelman istunnon kulusta. Sitä ei muuteta, vaikka lapsi protestoisikin, vaan aikuinen päättää, mitä leikkejä leikitään missäkin järjestyksessä. Aikuinen päättää myös, milloin leikki aloitetaan ja lopetetaan. Aikuisjohtoisuus antaa lapselle turvaa. Theraplayta on arvosteltu eniten juuri sen aikuisjohtoisuuden vuoksi, sillä aikuinen saattaa olla itsepäinenkin etsiessään sitkeästi yhteyttä lapseen. Theraplay haastaa ja rohkaisee lasta pitämään hauskaa toisten kanssa. Lapsi saa kokemuksen jaetusta hauskaista yhdessäolosta positiivisessa hengessä, eikä lasta jätetä yksin. (Mäkelä & Vierikko. 2004, 24.)

5.5. Theraplay ja traumatisoitunut, sijoitettu lapsi

Jamesin mukaan trauma on psyykkinen vaurio, joka syntyy, kun todellinen tai nähty vaarauhka ylittää henkilön normaalin kestokyvyn. (Jernberg, Booth 2003, 257.) Pitkään jatkuvat traumaattiset kokemukset voivat muuttaa lapsen käyttäytymistä ja niillä voi olla neurologisia, fysiologisia, emotionaalisia ja sosiaalisia vaikutuksia. Selviytyäkseen arjesta, lapsi on pakotettu ottamaan käyttöönsä erilaisia selviytymisstrategioita, jotka saattavat myöhemmin aiheuttaa ongelmia lapsi-vanhempisuhteessa ja estää vanhempia auttamasta lastaan. Vanhemmat tulkitsevat lastensa oireilun helposti häiriökäyttäytymiseksi ja keskittyvät sen korjaamiseen, eivätkä näe lapsen todellisia tarpeita. (Jernberg & Booth. 2003, 259.)

Janes ja Perry (Jernberg & Booth. 2003, 259–261.) ovat kuvanneet trauman vaikutuksia lapsen käyttäytymiseen seuraavalla tavalla:

Trauma aiheuttaa pysyvän pelkotilan.

Varuillaanolo saa lapsessa aikaan hälytystilan, jota seuraa ”taistele tai pakene” – reaktio. (Jernberg & Booth. 2003, 259)

Äkillinen pelko herää nopeasti ja on poistettavissa, mutta jos lapsi jää vaille tyyntytystä ja lohdutusta tai jos trauma on jatkuva, hän saattaa jäädä pysyvän pelon valtaan. Tällöin lapsi voi olla impulsiivinen, ylivireä, motorisesti hyperaktiivinen, sisäänpäin kääntynyt tai masentunut. Hänellä voi ilmetä unihäiriöitä ja ahdistusta. (Jernberg & Booth. 2003, 259)

Trauma saa aikaan muistihäiriön.

Traumaattiset kokemukset eivät tallennu aivoihin samalla tavalla kuin muut tapahtumat.¹⁾ Ne eivät integroidu menneisiin muistoihin, vaan jäävät erillisiksi tietoisuuden ulkopuolelle kokonaan tai osittain. Voimakkaat muistot traumasta voivat tunkeutua tietoisuuteen aivan kuin ne tapahtuisivat nykyajassa.²⁾ Toinen muistihäiriö on sellainen, joka tekee mahdolliseksi traumaattisesta kokemuksesta selviytyneelle toimia ilman, että hän tukehtuisi tunteista, ajatuksista ja järkytyksestä. Tätä kutsutaan projektiiviseksi dissosiaatioksi. Muistihäiriö voidaan tulkita valehteluksi, aggressiivisuudeksi, sulkeutuneisuudeksi, omituiseksi käytökseksi tai omissa maailmoissaan olemiseksi. (Jernberg & Booth. 2003, 259–260.)

Trauma synnyttää tunteiden säätelyhäiriön.

Traumaattisesta kokemuksesta selviytyneille on vaikeuksia hallita kunnolla tunteitaan, jotka heilahtelevat laidasta laitaan. Iloinen lapsi alkaa yhtäkkiä raivota ja joutuu täysin pois suunniltaan. (Jernberg & Booth. 2003, 260.)

Trauma saa karttamaan läheisyyttä.

Moni lapsi alkaa karttaa läheistä ihmissuhdetta, koska se asettaa lapsen alttiiksi haa-voittumiselle, ja hän menettää kontrollin. Läheinen ihmissuhde merkitsee siksi enemmän uhkaa kuin turvaa. Tällaiset lapset voivat vältellä katsekontaktia, käyttäytyvät vihamielisesti, kontrolloivasti, pikkuvanhasta, ovat varautuneita, takertuvia ja ylivilkkaita. (Jernberg & Booth. 2003, 260.)

Trauma aiheuttaa kiihtymyksen ja turtumuksen oravanpyörän.

Traumatisoidun lapsen käyttäytymisen moni kummallinen piirre auttaa lasta kestämään sietämätöntä ahdistusta. Sekä kielteisellä että tahallaan ärsyttävällä käytöksellä on tarkoitus saada helpotusta vaikeaan ahdistukseen.

Pelästynyt lapsi nostaa tietoisesti tai tiedostamattaan levottomuuteensa sellaiselle tasolle, että siitä seuraa automaattisesti turtumus. (Jernberg & Booth. 2003, 260.)

Trauma saa lapsen torjumaan myönteiset kokemukset.

Lapsi ei usko ansaitsevansa mitään hyvää. Siksi hän sabotoi, mitätöi ja torjuu positiiviset kokemukset. Hän käyttäytyy tavalla, joka estää vanhempia ymmärtämästä lapsen tarpeita ja vastaamaan niihin empaattisesti. Näin lapsi jää vaille kipeästi tarvitsemaansa hoivaa. Trauma voi vaikuttaa myös lapsen itsearvostukseen tehden hänestä passiivisen ja puolustuskyvyttömän. Se voi saada hänet pelkäämään kosketusta, joka ikään kuin tuottaisi kipua tai olisi vaarallista. (Jernberg & Booth. 2003, 261.)

Lapsen täytyy ymmärtää ja pystyä käsittelemään oma traumaattinen kokemuksensa. Traumatisoituneella lapsella on seuraavanlaisia tarpeita, jotka pystytään täyttämään Theraplay – terapian avulla.

- Tarve siihen, että lapsi saisi tuntea olevansa luotettavan ja turvallisen aikuisen lohdutuksen ja huolenpidon kohteena.
- Tarve siihen, että lapsi oppisi jälleen luottamaan.
- Tarve siihen, että lapsi hallitsisi tunteitaan
- Tarve siihen, että hänelle kehittyisi positiivinen minäkuva.
- Tarve siihen, että lapsi saisi tuntea olevansa kyllin vahva puolustamaan itseään.
- Tarve siihen, että lapsi saisi kokea hoivaavaa kosketusta ilman hyväksikäyttöä tai väkivaltaa.
- Tarve siihen, että rikki mennyt kiintymyssuhde eheytyisi tai rakennettaisiin uusi kiintymyssuhde. (Jernberg & Booth. 2003, 261.)

Viimeisenä mainittu tarve on kaikkein tärkein. Kun rakennetaan turvallista kiintymyssuhdetta, tulevat monet muut tarpeet samalla täytetyiksi. Sijoitetut lapset tarvitsevat vahvaa vanhemmuutta ja paljon empatiaa, hauskanpitoa ja opastusta. He ovat kokeneet ristiriitoja, epäonnistumisia ja menetyksiä, eikä heille ole kehittynyt turvallista kiintymyssuhdetta tai se on katkennut. (Jernberg & Booth 2003, 262.)

Lindamanin mukaan (Jernberg & Booth 2003, 281.) Theraplay – hoitoon tuoduilla, sijoitetuilla lapsilla on havaittu viidenlaisia käytöshäiriöitä:

- Lasten on vaikea hyväksyä aikuisten johtoasemaa.
- Heillä on ongelmia yhteyden luomisessa ja sosiaalisessa kanssakäymisessä.
- Heidän on vaikea suostua hoivattaviksi.
- He eivät tunne itseään arvokkaiksi ja osaaviksi.
- Heidän on vaikea hallita ja ilmaista tunteitaan. (Jernberg & Booth 2003, 281.)

Theraplayn avulla pystytään auttamaan lapsia em. käytöshäiriöiden kanssa. Theraplayn jäsentävyyden avulla voidaan vaikuttaa kontrolli- ja käyttäytymisongelmiin. Vanhempi asetetaan johtoasemaan, lapselle asetetaan rajat, lapsen olo tehdään turvaliseksi ja yhteinen toiminta suunnitellaan jo etukäteen. Yhteyden rakentamisen ja vahvistamisen avulla lapsi houkuttelee vuorovaikutukseen. Theraplay – hoidossa etsitään keinoja hoivata sijoitettua lasta, esimerkiksi vammoista huolehtiminen, käsi- ja jalkojen rasvaus, laulaminen, tuudittaminen, lempiruokien ja – juomien antaminen. Lapsen huonoa itsetuntoa vahvistetaan sellaisilla aktiviteeteilla, joissa lapsen on mahdollista onnistua. Monien sijoitettujen lasten on vaikea nimetä tunteitaan ja hän kokee ne pelottaviksi. Lasta autetaan hyväksymään paremmin tunteensa tunnistamalla ja nimeämällä eri tunnetiloja (*”Sinulla on tänään vaikeaa, taidat olla vähän surullinen”* tai *”Näen leveän hymysi, näytät iloiselta tänään”*). Lapsen tunteita myös tunnustetaan. (*”Se teki sinut varmaan vihaiseksi! Minä ainakin järkyttyisin, jos minulle tapahtuisi sellaista”*). (Jernberg & Booth 2003, 289.)

6 LASTENSUOJELULAIN EDELLYTTÄMÄT KUNTOUTTAVAT TUKITOIMET

Lastensuojelulaki (683/1983) on Suomen lastensuojelulainsäädännön ydin, johon on sisällytetty tärkeimmät lastensuojelua koskevat säännökset.

Lastensuojelulain ohella Laki lapsen huollosta ja tapaamisoikeudesta sekä Lapsen oikeuksien sopimus määrittelevät lasten suojelua ja kohtelua inhimillisenä ja oikeudellisenä subjektina muun lapsi- ja rikosoikeuden ohella. Uusi lastensuojelulaki (417/2007) tuli voimaan 1.1.2008. <http://www.kunnat.net/>

Uusi laki korostaa kasvuoloja kehittävää tehtävää, vanhemmuuden tukea ja ehkäisevän toiminnan tehokasta toteuttamista sekä avohuollon monipuolisten kuntouttavien tukitoimien merkitystä. <http://www.kunnat.net/>

Lastensuojelulaki velvoittaa laajasti kuntaa ja kunnan eri toimialoja. Kunnan keskeiset tehtävät voidaan jakaa kolmeen ryhmään

- kunnassa asuvien lasten kasvuolojen kehittäminen ja ongelmien vähentäminen ja ehkäiseminen,
- lasten vanhempien ja muiden lasten kasvatuksesta huolehtivien tukeminen sekä ehkäisevä lastensuojelu,
- lapsi- ja perhekohtaisen varsinaisen lastensuojelun järjestäminen. <http://www.kunnat.net/>

Ehkäisevää lastensuojelua on myös kunnan muiden palvelujen piirissä annettava erityinen tuki, silloin kun lapsi ei ole lastensuojelun asiakkaana. Uuteen lakiin on nykyisiä säännöksiä velvoittavammin kirjattu myös palveluista esimerkiksi terveydenhuollossa ja koulutoimissa. <http://www.kunnat.net/>

Kunnan tehtävänä on huolehtia, että ehkäisevä lastensuojelu ja lapsi- ja perhekohtainen lastensuojelu järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve eri vuorokauden aikoina edellyttää. Kunnalla tulee siten olla tietoa lastensuojelun tarpeesta. <http://www.kunnat.net/>

Uutena säännöksenä todetaan, että lastensuojelun on oltava laadultaan sellaista, että se takaa lastensuojelun tarpeessa oleville lapsille ja nuorille sekä heidän perheilleen heidän tarvitsemansa avun ja tuen. Tämä edellyttää, että kunta määrittää lastensuojelun laadun sekä varmistaa lastensuojelupalvelujen toimivuuden ja räätälöinnin tarpeiden mukaan. Lastensuojelun tulee näin ollen olla vaikuttavaa.

Lain mukaan kunnan tai kuntien yhdessä on laadittava suunnitelma lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämiseksi ja lastensuojelun järjestämiseksi ja kehittämiseksi. Suunnitelma hyväksytään valtuustossa ja tarkistetaan vähintään kerran neljässä vuodessa.

<http://www.kunnat.net/>

Suunnitelman ohjausvaikutusta laaja-alaisesti kunnan toimintaan korostaa se, että suunnitelmassa esitettävät asiat on otettava huomioon kunnan talousarviota ja –suunnitelmaa laadittaessa. <http://www.kunnat.net/>

Muut lastensuojelun avohuollon tukitoimet:

Sosiaalihuollosta vastaavan toimielimen on toimeentulotuesta annetun lain ([1412/1997](#)) mukaisen toimeentulotuen ja ehkäisevän toimeentulotuen lisäksi järjestettävä tarvittaessa lapsen ja perheen tuen tarpeisiin perustuva asiakassuunnitelma huomioon ottaen lastensuojelun avohuollon tukitoimina:

- 1) tukea lapsen ja perheen ongelmatilanteen selvittämiseen;
- 2) lapsen taloudellinen ja muu tukeminen koulunkäynnissä, ammatin ja asunnon hankinnassa, työhön sijoittumisessa, harrastuksissa, läheisten ihmissuhteiden ylläpitämisessä sekä muiden henkilökohtaisten tarpeiden tyydyttämisessä;
- 3) tukihenkilö tai -perhe;
- 4) **lapsen kuntoutumista tukevia hoito- ja -terapiapalveluja;**
- 5) perhetyötä;
- 6) koko perheen 37 §:ssä tarkoitettu sijoitus perhe- tai laitoshoidon;
- 7) vertaisryhmätoimintaa;
- 8) loma- ja virkistystoimintaa; sekä
- 9) muita lasta ja perhettä tukevia palveluja ja tukitoimia

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=lastensuojelulaki>

Lastensuojelulaki velvoittaa kuntia järjestämään lapsille ja heidän perheilleen avo-
huollon tukitoimena tarvittavia kuntoutumista tukevia hoito- ja terapiapalveluja.

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

7.1. Tutkimusongelma ja – kysymykset ja tutkimuksen tavoite

Tutkimuksen avulla halusin selvittää käytetäänkö Theraplay- terapiamuotoa Satakunnan ja Pirkanmaan lastensuojelulaitoksissa ja onko siitä ollut apua lapsille, joilla on ollut ongelmia terveen kiintymyssuhteen muodostamisessa.

Tutkimuksen tarkoituksena on saada vastaus kysymyksiin:

1. Tunnettaanko ja käytetäänkö Theraplay- vuorovaikutusterapiaa Satakunnan ja Pirkanmaan lastensuojelulaitoksissa ja jos ei, niin miksi ei?
2. Minkälaisia vaikutuksia Theraplay- terapialla on ollut lapsiin lastensuojelulaitoksen henkilökunnan näkemysten mukaan?
 - a) Onko lapsen itsetunto kohonnut Theraplay- terapian aikana
 - b) Onko lapsen käyttäytymisessä suhteessa muihin ihmisiin tapahtunut muutoksia?
 - c) Onko lapselle syntynyt parempi kiintymyssuhde sijaisäitiin tai omahoitajaan?

7.2. Tutkimuksen kulku ja tutkimusmenetelmät

Internetistä löysin sitten Tamperelaisen Theraplay- terapeutin ja erikoispsykologi Pirjo Tuovilan. Hän kyllä kertoi muuten paljon kyseisestä terapiasta ja sen eroista hänen ja kollegoidensa kehittämään ”koppahoito” eli ”vierihoito” -terapiaan nähden. Hän antoi myös myöhemmin sähköpostitse hyviä kirjallisuusvinkkejä. Hän oli muutenkin hyvin kannustava ja ilahtunut, että joku on kiinnostunut tästä aiheesta.

Siis hyvin monitahoista ja vähän ”kivistäkin” tuntui työn aloittamisvaihe kyseisestä aiheesta olevan. Mutta en antanut periksi, koska pidän haasteista ja aihe kiinnosti minua kovasti.

Lopulta päädyin siihen, että teen työn kvantitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen, siitä miten tämä terapia yleensä tunnetaan Satakunnan lastensuojelulaitoksissa ja onko se niissä käytössä. Kyselytutkimuksen avulla sain tähän asiaan selville. Lähetin kyselylomakkeen (Liite 2) sekä kunnallisille että yksityisille lastensuojelulaitoksille, yhteensä 20 lastensuojelulaitokseen. Niistä palautui ainoastaan 8 kappaletta. Vastausprosentti tässä kyselyssä jäi siis 40 %:n. Oliko vastaamatta jättäneiden joukossa niitä, jotka olivat muutenkin kyseenalaistaneet Theraplay- menetelmää sen hoidollisuuden vuoksi?

Siksi katsoin aiheelliseksi tehdä toisen vastaavan kyselyn Pirkanmaan lastensuojelulaitoksiin. Lisäsin kyselyyn ainoastaan kysymyksen siitä, miksi ei mahdollisesti tunneta kyseistä terapiaa.

Lähetin kyselyn 21:een Pirkanmaan lastensuojelulaitokseen. Lähetin kyselyn myös Tampereen kaupungin viiteen perhetukikeskukseen. Luvan siihen sain Tampereen kaupungin lastensuojelun johtavalta psykologilta Eija Marttilalta. Lähetin kyselyn myös 16:ta yksityiseen lastensuojelulaitokseen. Niistä palautui 14 kappaletta. Vastausprosentiksi tuli siis mukavasti 66,6 %. Kokonaisvastausprosentiksi muodostui siis 53,6 %.

7.3. Aineiston käsittely ja analyysi

Toteutin tutkimuksen kvantitatiivisena (määrällisenä) tutkimuksena. Menetelmää käytetään melko paljon sosiaali- ja yhteiskuntatieteissä. Tutkimus oli empiirinen ja aineisto koottiin kyselylomaketta apuna käyttäen. Kyselylomake oli puolistrukturoitu sisältäen sekä suljettuja että avoimia kysymyksiä. Kyselylomakkeessa on 16 kysymystä. Pääosin kysymykset koskivat Theraplay- vuorovaikutusterapiaa, sen tunnettavuutta ja käyttöä. Kysymyksissä kysyttiin myös ryhmä-theraplaysta. Samoin terapian saatavuudesta ja kestosta kysyttiin.

Kyselylomaketta laadittaessa lähtökohtana olivat Theraplay- terapialle asetetut tavoitteet: lapsen kiintymyssuhteen syventäminen omaohjaajaan sekä itsetunnon koahoaminen. Lisäksi halusin selvittää terapian toimivuutta sijoitetun lapsen kuntoutumisessa. Kyselyssä oli täysin avoimia kysymyksiä viisi. Tulosten analysoinnissa käytettiin yksiulotteisia jakaumia ja kuviona pylväsdiagrammia. Avointen kysymysten ja strukturoitujen kysymysten vastaukset luin läpi ja niistä etsin samaa tarkoittavat asiat ja ne kategorioin. Avointen kysymysten ja strukturoitujen kysymysten perusteluosioista erotettiin samanlaisuudet ja erilaisuudet. Kategorioiden vastaukset laskettiin yhteen ja osa niistä esitetään suorina lainauksina.

7.4. Tutkimuksen luotettavuus

Eräs tutkimuksen keskeisistä kysymyksistä on luotettavuus. Luotettavuutta voidaan tarkastella niin aineiston keruun ja mittaamisen kuin tulosten luotettavuudenkin suhteen. Tutkimustulosten luotettavuus on suoraan verrannollinen mittarin luotettavuuteen. (Hirsijärvi 2005,206).

Mittarin tulee olla niin tarkka, että se rajaa tutkittavan käsitteen ja sen tulee olla myös täsmällinen eli sen pitäisi kuvata tutkittavaa käsitettä oikein. (Paunonen & Vehviläinen – Julkunen. 1998,206.) Tutkimuksen luotettavuus voidaan ilmaista kahdella termillä: validiteetillä ja realibiteetillä (Hirsijärvi.2005,206).

Validiteetillä tarkoitetaan, mittaako mittari todella sitä mitä sen tulisi mitata. Mittarit ja menetelmät eivät aina vastaa sitä todellisuutta, jota tutkija kuvittelee tutkivansa. Kyselylomakkeen esitestauksella saadaan kuva siitä, ymmärtävätkö vastaajat asian samoin kuin tutkija on ajatellut ja ovatko vastaukset keskenään yhdensuuntaisia. Esimerkiksi kysymyslomakkeen kysymyksiin saadaan kyllä vastaukset, mutta vastaajat ovat ymmärtäneet kysymykset aivan toisin kuin tutkija on ajatellut, ja tällöin eivät myöskään tulokset ole päteviä eivätkä tosia. (Hirsijärvi. 2005,217.) Testasin kyselylomakkeen kahdella vastaajalla ennen lomakkeiden lähettämistä.

Tutkimuksen reliaabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta. Mittauksen tai tutkimuksen reliaabelius tarkoittaa sen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Reliaabelius voidaan todeta esimerkiksi, jos kaksi arvioijaa päätyy samaan tulokseen, tai jos samaa henkilöä tutkitaan eri tutkimuskerroilla ja saadaan sama tulos, voidaan tulos todeta reliaabeliksi. (Hirsijärvi. 2005,216.)

8 TULOKSET

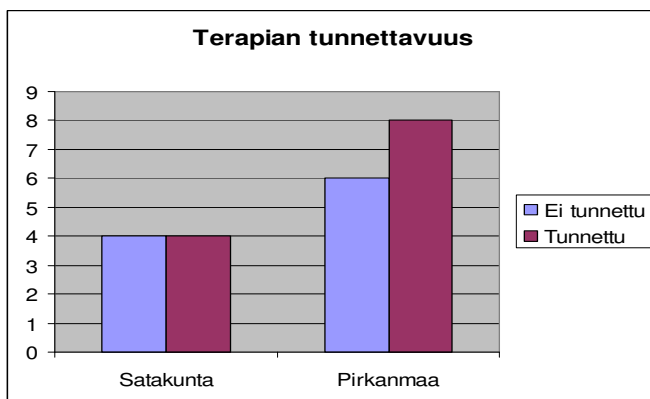
8.1. Vastaajien profiili

Vastaajat ovat, joko julkisen tai yksityisen lastensuojelulaitoksen johtajia. Heillä suurimmalla osalla on jo pitkä työkokemus lastensuojelusektorilla. Lyhin työkokemus oli n. 4 kuukautta. Pisin työkokemus taas on kestänyt jo 20 vuotta.

8.2. Theraplayn tunnettavuus vastaajien mukaan

Kyselyyn vastanneesta 22 vastaajasta 12 tunsi Theraplay- terapian. He olivat tutustuneet terapiaan, joko luennoilla, kursseilla tai mm. Pirjo Tuovilan koulutuksissa. Toiset tiesivät asiasta hyvinkin paljon ja toiset taas eivät tuntuneet tietävän tätä kyseistä terapiaa ollenkaan.

Ensimmäisessä kysymyksessä kysyttiin henkilökunnalta mielipidettä siitä, onko Theraplay- vuorovaikutusterapia tuttu heidän työyhteisössään. Vastaukset jakaantuivat siten, että Satakunnassa vastaajista 50 % (n=4) koki tuntevansa theraplayn. Satakunnassa 50 % (n=4) vastaajista ei tuntenut theraplayta. Pirkanmaalla vastaajista, 43 % (n=6) vastasi että, ei tuntenut theraplayta. Pirkanmaalla 57 % (n=8) vastaajista vastasi tuntevansa theraplayn. Vastaukset eivät tuttuuden osalta eronneet merkittävästi Pirkanmaan ja Satakunnan vastaajien osalta.



Toisessa kysymyksessä kysyttiin henkilökunnalta siitä, missä ovat tutustuneet kyseiseen terapiaan. Vastaukset jakaantuivat siten, että Satakunnassa vastattiin ” *eri kouluksissa*” (n=3 kpl) ja ” *2 työntekijää on suorittanut Theraplay- perusteet (Turun Kesäyliopisto 2007)*”(n=1 kpl). Satakunnan vastaajista neljä ei vastannut tähän kysymykseen. Pirkanmaalla vastattiin että, ” *Termi tuttu Taysin lp-osastoilla istutuista palavereista.*” (n=1 kpl), ” *luennot, koulutukset, konsultaatio.*” (n=1 kpl), ” *Pirjo Tuovilan koulutuksessa, joka on kouluttanut seudulla 10v.*” (n=5 kpl),”*opiskeluajanani ja ammattikirjallisuudesta. Lähinnä oman kiinnostuksen pohjalta.*” (n=1 kpl), ” *Miltei kaikki työntekijät ovat aiemmasta työssään tutustuneet theraplayhin.*” (n=1 kpl). Pirkanmaan vastaajista viisi ei vastannut tähän kysymykseen. Vastauksista käy selville, miten erilaisissa tilanteissa on tutustuttu Theraplayhin. Pirkanmaalla näkyy se, että Pirjo Tuovila on siellä kouluttanut alan ihmisiä.

Kolmannessa kysymyksessä kysyttiin henkilökunnalta siitä, kuinka monta lasta saa theraplay – terapiaa heidän työyhteisössään tällä hetkellä? Vastaukset jakaantuivat siten, että Satakunnan vastaajista 100 % (n=8 kpl) vastasi että, ” ei saa yhtään.”. Pirkanmaan vastaajista 7 % (n=1 kpl) vastasi että, ”saa yksi.”. Vastauksissa ei siis ollut merkittävää eroa.

Neljännessä kysymyksessä kysyttiin henkilökunnalta siitä, onko aikaisemmin heidän työyhteisöstään osallistunut lapsia theraplay- terapiaan ja jos on niin milloin ja missä? Vastaukset jakaantuivat siten, että Satakunnassa vastattiin että, ”*Ei, theraplayta suositeltiin, mutta sitä ei ollut tällä alueella mahdollista saada silloin.*” (n=3 kpl). Satakunnan vastaajista viisi ei vastannut tähän kysymykseen. Pirkanmaalla vastattiin että, ”*kyllä Tampereella. Pirjo Tuovilan ohjauksessa*” (n=1 kpl), ”*Taysin sairaalajaksoilla*” (n=2 kpl), ”*on 1 ja 2 vuotta sitten, Lempäälä ja Tampere*” (n=1 kpl), ”*Edell, työpaikassa käytettiin paljon, eli nyk. ei käytetä yhtään, vaikka tarvetta olisi sillä alueella ei ole Theraplay- terapeutteja.*” (n=1 kpl). Pirkanmaan vastaajista yhdeksän ei vastannut tähän kysymykseen. Satakunnassa lapsia ei ollut osallistunut theraplay- terapiaan. Pirkanmaalla oli osallistuttu theraplay- terapiaan, lähinnä Taysin sairaalajaksoilla, mutta myös Pirjo Tuovilan ohjauksessa.

Viidennessä kysymyksessä kysyttiin henkilökunnalta siitä, onko ryhmä – theraplay tuttu heidän työyhteisössään? Vastaukset jakaantuivat siten, että Satakunnan vastaajista 100 % (n=8 kpl) vastasi, että ryhmä- theraplay ei ole tuttu. Pirkanmaalla 43 % (n=6 kpl) vastaajista vastasi että kyllä ryhmä- theraplay on tuttu. Pirkanmaalla 57 % (n=8 kpl) vastaajista vastasi, että ryhmä- theraplay ei ole tuttu. Vastauksista käy selkeästi ilmi, ettei ryhmä- theraplaya tunnettu kummallakaan alueella.

Kuudennessa kysymyksessä kysyttiin henkilökunnalta siitä, käykö joku/jotkut heidän asiakkaistaan tällä hetkellä ryhmä – theraplay terapiassa? Vastaukset jakaantuivat siten, että Satakunnan vastaajista 100 % (n=8 kpl) vastasi että, ei ole käynyt kukaan. Pirkanmaan vastaajista vastasi myös 100 % (n=14 kpl) että, ei ole käynyt kukaan.

Seitsemännessä kysymyksessä kysyttiin henkilökunnalta siitä, onko joku/jotkut heidän asiakkaistaan aikaisemmin osallistunut ryhmä - theraplayhin? Vastaukset jakaantuivat siten, että Satakunnan vastaajista 13 % (n=1 kpl) vastasi että, on aikaisemmin. Satakunnan vastaajista seitsemän ei vastannut tähän kysymykseen. Pirkanmaan vastaajista 29 % (n=4 kpl) vastasi että, kyllä on.

Pirkanmaan vastaajista kymmenen ei vastannut tähän kysymykseen. Vastauksista käy selville, että aikaisemmin on ryhmä-theraplayhin osallistuttu. Varsinkin Pirkanmaalla (29 %) näin on ollut.

Kahdeksannessa kysymyksessä kysyttiin henkilökunnalta siitä, keneltä ostavat ko. palvelut ja missä theraplay – istunnot pidetään? Vastaukset jakaantuivat siten, että Satakunnan vastaajista 13 % (n=1 kpl) vastasi että, *”Ei ole ostettu mistään, mutta koulutuksen kautta olemme pystyneet käyttämään theraplay – menetelmiä työssämme työvälineenä.”*. Satakunnan vastaajista seitsemän ei vastannut tähän kysymykseen. Pirkanmaan vastaajista 14 % (n=2 kpl) vastasi että, *”Perheneuvolat, ja pidetään Tays”*. Pirkanmaan vastaajista kaksitoista ei vastannut tähän kysymykseen. Vastauksista käy selville, että Satakunnassa ei ollut ostettu ja Pirkanmaalla ne on ostettu mm. perheneuvoloista.

Yhdeksännessä kysymyksessä kysyttiin henkilökunnalta siitä, kuka maksaa Theraplay – terapiasta syntyvät kustannukset? Vastaukset jakaantuivat siten, että Satakunnassa vastattiin että, *”Lapsen sijoittava kunta tai Kela riippuen lähettävästä lääkäristä.”* (n=1 kpl). Satakunnan vastaajista seitsemän ei vastannut tähän kysymykseen. Pirkanmaalla vastattiin että, *”Lasten sijoittaneet kunnat.”* (1 kpl), *”Perhekoti ja osan sijoittajakunta, joka lapsen on perhekotiin sijoittanut.”* (n=2 kpl), *”Yhteiskunta, koska julkista terveyden huoltoa.”* (n=1 kpl). Pirkanmaan vastaajista kymmenen ei vastannut tähän kysymykseen. Vastauksista käy selville, että kustannukset maksaa pääasiassa lapsen sijoittanut kunta.

Kymmenessä kysymyksessä kysyttiin henkilökunnalta siitä, miten pitkäkestoista theraplay – terapiaa on yleensä ollut? Vastaukset jakaantuivat siten, että, Satakunnan vastaajista 13 % (n=1 kpl) vastasi *”yli 3 vuotta”*. Satakunnan vastaajista seitsemän ei vastannut tähän kysymykseen. Pirkanmaan vastaajista 29 % (n=4 kpl) vastasi, että *”alle 1 vuotta.”*. Vastaajista 7 % (n=1 kpl) vastasi, että *”1 vuotta.”* Vastaajista 7 % (n=1 kpl) vastasi, että *”n.2 vuotta”*. Pirkanmaan vastaajista kahdeksan ei vastannut tähän kysymykseen.

Vastauksista käy selville, että Satakunnan vastauksessa on ollut pitkäkestoinen terapia. Pirkanmaan vastauksissa tulee ilmi, että keskimääräinen kesto on alle 1 vuotta.

8.3. Vuorovaikutuksen kehittyminen terapian jakson aikana

Yhdennessätoista kysymyksessä kysyttiin henkilökunnalta mielipidettä siitä, olivatko he havainneet muutosta lapsen käyttäytymisessä suhteessa muihin ihmisiin terapiajakson aikana ja jos vastaus on kyllä, niin miten käytös on muuttunut?

Seuraavana on otteita henkilökunnan vastauksista.

Satakunnassa vastattiin että,

”Kyllä, turvallisuuden ja kiintymyksen lisääntyminen. Kanssakäymisestä tulee aidompaa myös kaksipuolisesti eli ohjaajan suhde lapseen muuttuu myös positiiviseen suuntaan.” (n=1 kpl). Satakunnan vastaajista seitsemän ei vastannut tähän kysymykseen.

Pirkanmaalla vastattiin että,

” Omien tunteiden tunnistus, kiinnittyminen, levollisuus, suhde lapseen parantunut, lapsi rauhoittunut.” (n=1 kpl)

” Kyllä, terapia lähentää suhdetta terapiassa yhdessä käyvän lapsen ja aikuisen välillä.” (n=1 kpl)

”Kyllä, muutoksia näkyi lasten vuorovaikutussuhteissa toisiin ryhmäläisiin ja ohjaajiin.” (n=1 kpl)

” jossain, määrin ”parempaan suuntaan”.” (n=1 kpl). Pirkanmaan vastaajista kymmenen ei vastannut tähän kysymykseen.

Vastauksista käy selville, että lasten käyttäytyminen muita ihmisiä kohtaan oli parantunut. He olivat myös oppineet tunnistamaan omia tunteitaan ja tulleet levollisemmiksi.

8.4. Itsetunnon kohentuminen

Kahdennessatoista kysymyksessä kysyttiin henkilökunnan mielipidettä siitä, oliko heidän mielestään lapsen/lasten itsetunto kohonnut theraplay – terapian vaikutuksesta ja jos oli, niin miten?

Seuraavana on otteita henkilökunnan vastauksista.

Satakunnassa vastattiin että,

” *On kohonnut, koska theraplay – menetelmät korostavat positiivista palautetta päivittäin.*” (n=1 kpl). Satakunnan vastaajista seitsemän ei vastannut tähän kysymykseen.

Pirkanmaalla vastattiin että,

” *Kyllä, hieman rauhallisempaan suuntaan.*” (n=2 kpl)

” *Kyllä, esim. vetäytynyt lapsi rohkaistui ja nousi tasavertaiseksi. Ryhmässä yliaktiivinen lapsi oppi odottamaan ja ottamaan huomioon muita lapsia.*” (n=1 kpl)

” *Kyllä, vakavat masennusoireet lievenivät, ulospäin suuntautuneisuus kasvoi, usko omaan itseen pystyvänä ja kykenevänä ihmisenä kasvoi.*” (n=1 kpl). Pirkanmaan vastaajista kymmenen ei vastannut tähän kysymykseen. Vastauksista käy selville, että lasten itsetunto oli kohonnut ja jopa masennusoireet olivat lievittyneet.

8.5. Kiintymyssuhteen muodostuminen

Kolmannessatoista kysymyksessä kysyttiin henkilökunnalta mielipidettä siitä, oliko heidän mielestään lapselle/lapsille syntynyt parempi kiintymyssuhde esim. omahoitajaan tai sijaisäitiä kohtaan terapiajakson aikana?

Seuraavana on otteita henkilökunnan vastauksista.

Satakunnassa vastattiin että,

*” On, kiintymyssuhde on syventynyt ja vakiintunut merkittävästi theraplayn ansios-
ta.”* (n=1 kpl). Satakunnan vastaajista seitsemän ei vastannut tähän kysymykseen.

Pirkanmaalla vastattiin että,

” ei.” (n=3 kpl)

” kyllä, suhde on muuttunut niin, että lapsi kokee saaneensa itselleen uuden äidin.”
(n=3 kpl)

” hieman (jaksot ovat olleet liian lyhyitä).” (n=1 kpl). Pirkanmaan vastaajista seitsemän ei vastannut tähän kysymykseen. Vastauksista käy selville, että lasten kiintymyssuhteet, joko omahoitajaan tai sijaisäitiin olivat parantuneet.

Neljännessätoista kysymyksessä, janan 1 - 5 avulla, kysyttiin henkilökunnalta mielipidettä siitä, kuinka tärkeä osa Theraplay – terapialla on heidän mielestään ollut lapsen kuntoutumisessa?

Vastaukset jakaantuivat siten, että Satakunnan vastaajista 13 % (n=1 kpl) vastasi, että on ollut hyvin tärkeä 5.

Satakunnan vastaajista seitsemän ei vastannut tähän kysymykseen. Pirkanmaan vastaajista 7 % (n=1 kpl) vastasi, että ei ole ollenkaan tärkeä 1. Pirkanmaan vastaajista 14 % (n=2 kpl) vastasi, että on jonkin verran tärkeä 4. Pirkanmaan vastaajista 36 % (n=5) vastasi että, on ollut hyvin tärkeä 5. Pirkanmaan vastaajista kahdeksan ei vastannut tähän kysymykseen. Vastauksista käy ilmi, että Theraplay- terapian osuutta lapsen kuntoutumisessa pidetään tärkeänä.

8.6 Muiden terapioiden käyttö lastensuojelulaitoksissa

Viidennessätoista kysymyksessä kysyttiin henkilökunnan mielipidettä siitä, että jos heidän työyhteisössään ei ole käytetty Theraplay- vuorovaikutusterapiaa, niin miksi ei? Vastaukset jakaantuivat siten, että Satakunnassa ei vastannut kukaan 100 % (n=8 kpl).

Seuraavana on otteita henkilökunnan vastauksista.

Pirkanmaalla vastattiin että,

” Olemme tehneet työtä 20 v. ja meillä on lyhytkestoisten terapioiden pitkä koulutus ja kokemus sopivat lastensuojelun ammatill. perhekotiin. Theraplay sopii sairaala olosuhteisiin.” (n=1 kpl)

” Sitä ei ole Jämsässä saatavilla.” (n=1 kpl)

” koska meillä asuu 12 -17 v. nuoria. nuorille suunnattua ko. terapiamuotoa ei juuri saatavissa ja nuorten sitoutuminen/sitouttaminen siihen erittäin haasteellista. Olemme päivystävää kriisihoitoa nuorille tarjoava yksikkö, lyhyet hoitojaksot. Henkilökunnassa ei ole terapeuttikoulutuksen saaneita.” (n=3 kpl)

” ei tarvetta tällä hetkellä, mutta myöhemmin ehkä.” (n=1 kpl)

”käyttämättömyys ei ole ollut tietoinen valinta. Jonain kertana vielä käytämmekin.

Vaikka tiedämmekin jotain Theraplaysta, niin se on kuitenkin Suomessa melko uutta.” (n=1kpl)

” olemme lastenkoti, joten meillä pyritään ensisijaisesti kasvattamaan, ohjaamaan, opastamaan ja opettamaan. Terapiat jätämme terveydenhuollolle.” (n=1 kpl). Pirkanmaan vastaajista seitsemän ei vastannut tähän kysymykseen. Vastaukset siihen kysymykseen miksi ei tämä terapia ole käytössä olivat hyvin hajanaisia. Ajateltiin terapian kuuluvan sairaalaan. Vedottiin myös siihen ettei, ole tarvetta kyseiseen terapiaan.

Kuudennessatoista kysymyksessä kysyttiin henkilökunnalta siitä, mitä muita terapi-
oita on ollut käytössä heidän työyhteisössään (esim. ”koppahoitoterapia”)?

Seuraavana on otteita henkilökunnan vastauksista.

Satakunnassa vastattiin että,

*” Musiikki – terapia, taideterapia menetelmät, koppahoito-vierihoito – terapia” so-
vellettuna omiin menetelmiin”. (n=1 kpl)*

” musiikki-terapia, ratkaisukeskeinen terapia, psykoterapia” (n=1 kpl). Satakunnan vastaajista kuusi ei vastannut tähän kysymykseen.

Pirkanmaalla vastattiin että,

” Ostamme terapiat talon ulkopuolelta, esim. taide- ja musiikkiterapiat.” (n=2 kpl)

” neuropsykologista kuntoutusta, psykoterapia” (n=2 kpl)

*” lähes kaikilla nuoristamme on oma psykoterapia, osalla myös taide- tai toimin ta-
terapia” (n=1 kpl)*

*” sovellettu koppahoito-ryhmä äideille sekä äiti-vauva ryhmä, jossa sovellettiin
theraplay – menetelmiä. Useita äiti-vauva psykoterapia ryhmiä ollut aiemmin.” (n=1
kpl)*

”koppahoito, DDP- vuorovaikutteinen kehityopsykoterapia, pitkäkestoinen psykoterapia, Toimintaterapia yms.” (n=1 kpl)

” Jos saisin ottaisin DDP – terapeutin kiljuen vastaan, mutta valitettavasti julkinen psykiatria on ”jämähtänyt” keskusteluun pohjautuviin terapioihin.” (n=1 kpl)

” Emme käytä ”terapioiden”. Lähestymistapoja on monenlaisia ja käytänteet muodostuu hyvin erilaisista tavoista, myös asioita ja ”sovelluksia” Theraplaysta käytössä arjessa, muttei terapiana. Tällä hetkellä kaksi nuorista käy terapiassa, näiden viitekehukset ovat Ratkaisukeskeinen ja psykoanalyysi.” (n=2 kpl.). Pirkanmaan vastaajista neljä ei vastannut tähän kysymykseen. Vastauksista käy hyvin selkeästi ilmi, että terapioiden on hyvin paljon erilaisia käytössä lastensuojelulaitoksissa.

9 POHDINTA

9.1. Johtopäätökset

Tämän tutkimukseni johtopäätökseksi voisi sanoa seuraavaa. Kyselyn tulos osoitti, ettei Theraplay- vuorovaikutusterapiaa tunnettu Satakunnan lastensuojelulaitoksissa juuri ollenkaan. Ei siis voinut olla kokemuksia. Syitä Satakunnan lastensuojelulaitosten alhaiseen vastausprosenttiin on hyvin vaikea arvioida. Syyt voivat olla monetkin. Pirkanmaan lastensuojelulaitoksissa taas asia oli hyvin tunnettu ja jopa melko paljon käytössäkin. Se miksi Pirkanmaalla tunnetaan Theraplay- vuorovaikutusterapia niin hyvin, on selitettävissä sillä, että Theraplay- terapeutti Pirjo Tuovila on jo 10 vuoden ajan Tampereelta käsin kouluttanut asiasta alan ihmisiä ja tunnettavuus tulee sitä kautta. Satakunnassa taas ei ole saatavissa kyseistä terapia-muotoa, koska ei ole kyseiseen terapiaan kouluttautunutta terapeuttia.

Toinen tärkeä syy siihen, miksei Theraplay- terapiaa käytetä Satakunnan lastensuojelulaitoksissa, on että matka Tampereelle katsotaan lapselle liian rasittavaksi.

Nämä seikat tulivat esille myös kyselyn vastauksissa. Tämä on tietysti valitettavaa satakuntalaisten lasten kannalta.

Aivan selkeä vastaus tuli myös siihen, ovatko lapset saaneet itsetuntoa kohentavia kokemuksia tämän terapian aikana. Kaikki asiaan vastanneet vastasivat, että lasten itsetunto oli kohonnut. Syrjäänvetäytyvät lapset rohkaistuivat tulemaan esille ja vastaavasti kuntoutusta saaneet ylivilkkaat lapset kykenivät rauhoittumaan. Kaiken kaikkiaan lapset saivat kokemuksen, että myös he ovat kykeneviä ja osaavia lapsia monessa asiassa.

Terapiajaksojen pituuksissa tuntui olevan kovasti hajontaa. Pirkanmaalla ne olivat keskimäärin vastausten mukaan vain vuoden pituisia.

Ryhmä-theraplayta ei ollut käytössä kummallakaan alueella, mikä kyllä vähän hämmästytti. Tutkimuksen tulos herätti myös kysymyksen siitä että, miksi ei tätä terapiamuotoa käytetä enempää kuin sillä kuitenkin saadaan hyviä tuloksia lyhyemmässä ajassa ja taloudellisemmin kuin esim. pitkäkestoista psykoterapiaa käytettäessä.

Theraplay-vuorovaikutusterapialla saadaan positiivisia vaikutuksia aikaan. Kiintymyssuhde sijaisäitiin tai omahoitajaan parantuu ja eheytyy. Theraplay-kuntoutusta saaneet ylivilkkaat lapset rauhoittuvat ja ujut lapset saavat rohkeutta ilmaista itseään. Henkilökunnan vastauksista ilmeni myös, että lasten käyttäytyminen oli tasapainotunut ja itsetunto kohentunut. Tämän kautta myös heidän vuorovaikutustaitonsa olivat kohentuneet.

Tämän opinnäytetyön tekeminen on ollut antoisa ja pitkä prosessi. Ajatus tästä tutkimuksesta syntyi jo viime keväänä 2008, tutkimusongelma tarkentui tänä talvena (2008). Ensimmäisen kyselyn lähetin marraskuussa 2008 Satakunnan lastensuojelulaitoksiin ja toisen kyselyn Pirkanmaan lastensuojelulaitoksiin tammikuussa 2009. Varsinainen kirjoitusprosessi on tapahtunut nyt talvella 2008-2009. Loppurutistus tapahtui maaliskuussa 2009, kun kyselyjen tulokset ovat selvillä. Mielenkiinto aiheeseen säilyi koko ajan.

9.2. Jatkotutkimusaiheet

Tämän tutkimukseni pohjalta alkoi ainakin itseäni kovasti kiinnostaa se, että kartoitaisi minkälaisia terapiapalveluja lastensuojelulaitokset yleensä käyttävät. Tämä siitä syystä, että huomasin kyselyni pohjalta terapioiden kirjon olevan tosi laaja. Myös siitä syystä, että tavallinen kodinomaisuus ja arjesta huolehtiminen eivät enää yksin riitä vastaamaan lastensuojelulasten yhä moninaisempiin hoidon tarpeisiin, vaan työhön tarvitaan entistä syvällisempää näkemystä ja keinoja. Lasten arkeen tarvitaan heitä eheyttävät terapeutitset vuorovaikutussuhteet ja elementit. Siinä voisi myös selvittää, mitkä seikat vaikuttavat lastensuojelulaitoksissa näiden palvelujen valintaan. Samalla voisi myös tutkia, onko julkisella ja yksityisellä puolella eroja näiden palvelujen käytössä ja saatavuudessa.

LÄHTEET

Arkimies, K.2008. Terveisiä sijaisperheestä! Yhdessä lapsen parhaaksi. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Gerhardt, S.2007. Rakkaus ratkaisee, varhaisen vuorovaikutuksen merkitys aivojen kehittymiselle. Helsinki. Edita Prima Oy

Hirsijärvi, S & Remes, P & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu. Otavan Kirjapaino.

Jernberg, A. M & Booth, PB. 2003. Theraplay, Vuorovaikutusterapian käsikirja. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy

Keltikangas-Järvinen, L.2003. Hyvä itsetunto. Helsinki. WSOY.

Ketola, J (Toim.).2008. Menetyksistä mahdollisuuksiin. Juva. WS Bookwell Oy.

Mäkelä, J & Vierikko, I.2004. Kuinka yhteys löytyy? Vuorovaikutusterapia huostaan otettujen lasten hoidon tukena. Espoo. SOS – lapsikylä.

Niemelä, P & Siltala, P & Tamminen, T. 2003. Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. Helsinki. WSOY.

Salo, S & Tuomi, K.2008. Hoivaa ja leiki: vauvan ja vanhemman vuorovaikutus.+ cd. Suomen theraplay – yhdistys ry.

Sanneman, Psykologi- lehti 7/2003.

Sinkkonen, J & Kalland, M. (toim.).2000. Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen. Helsinki, WSOY.

Stern, D.1982. Ensimmäinen ihmissuhde.

Tikka, P. 2006. TUIKI, TUIKI, TÄHTÖNEN: Theraplay- menetelmä lastenkotiin sijoitetun lapsen kiintymyssuhteen ja itsetunnon vahvistajana. SAMK. Sosionomi (AMK). Sosiaalipedagogiikan suuntautumisvaihtoehto. Lopputyö.

Elektroniset lähteet:

Wikipedia.2009.[Viitattu5.3.2009]Saatavissa:

<http://fi.wikipedia.org/wiki/Kiintymyssuhdeteoria>

Wikipedia.2009.[Viitattu 5.3.2009]Saatavissa: <http://fi.wikipedia.org/wiki/Theraplay>

Suomen Theraplay- yhdistys ry. Mitä on theraplay.2009. [Viitattu 4.3.2009]

Saatavissa: <http://www.theraplay.fi/>

Finlex. Ajantasainen lainsäädäntö. 13.4.2007.[Viitattu 4.3.2009] Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=lastensuojelulaki>

Kunnat.net. Lastensuojelu. 2009. [Viitattu 4.3.2009]

Saatavissa: http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;10336;59563

Hei!

Opiskelen Satakunnan Ammattikorkeakoulun sosionomi (amk) – aikuiskoulutuksessa. Teen opinnäytetyötä Theraplay- vuorovaikutusterapiasta.. Työssäni selvitän, miten hyvin theraplay- vuorovaikutusterapia tunnetaan ja miten laajasti sitä käytetään Pirkanmaan lastensuojelulaitoksissa. Voit auttaa minua työssäni täyttämällä oheisen kyselylomakkeen. Kaikki vastaukset ovat hyvin tärkeitä opinnäytetyöni kannalta. Kysymyksiä voi lähettää tarvittaessa sähköpostiin

[REDACTED]

Toivon teiltä vastauksia 23.1.2009 mennessä.

Toivon, että Sinulla olisi aikaa miettiä vastauksiasi rauhassa.

Suurkiitokset vaivannäöstäsi ja Hyvää Uutta Vuotta 2009 !

Tuija Väkiparta
Satakunnan Ammattikorkeakoulu

Työn ohjaaja:
Lehtori
Outi Hamilo

KYSELY

(Laittakaa rasti sopivaksi katsomaanne kohtaan tai vastatkaa parilla lauseella.)

1. Onko **Theraplay** – vuorovaikutusterapia tuttu teidän työyhteisössänne?

kyllä ☐ ei ☐

2. Missä olette tutustuneet kyseiseen terapiaan?

3. Kuinka monta lasta saa theraplay- terapiaa teidän työyhteisössänne tällä hetkellä?

4. Onko aikaisemmin teidän työyhteisöstänne osallistunut lapsia theraplay- terapiaan? Jos on niin milloin ja missä?

5. Onko **ryhmä- theraplay** tuttu teidän työyhteisössänne?

kyllä ☐ ei ☐

6. Käykö joku/jotkut teidän asiakkaistanne tällä hetkellä ryhmä- theraplay terapiassa?

☐ ☐

kyllä

ei

7. Onko joku/jotkut teidän asiakkaistanne aikaisemmin osallistunut ryhmä – therapyhin?

kyllä

ei

8. Keneltä ostatte ko. palvelut? Missä therapy- istunnot pidetään?

9. Kuka maksaa Therapy- terapiasta syntyvät kustannukset?

10. Miten pitkäkestoista therapy- terapia on yleensä ollut?

alle 1 vuotta

1 vuosi

2 vuotta

3 vuotta

yli

3 vuotta

11. Oletteko havainnut muutosta lapsen käyttäytymisessä suhteessa muihin ihmisiin terapiajakson aikana? Jos kyllä, niin miten käytös on muuttunut?

12. Onko mielestänne lapsen/lasten itsetunto kohonnut therapy- terapian vaikutuksesta? Jos on, niin miten?

13. Onko mielestänne lapselle/lapsille syntynyt parempi kiintymyssuhde esim. omahoitajaa tai sijaisäitiä kohtaan terapiajakson aikana?

14. Kuinka tärkeä osa Theraplay - terapialla on teidän mielestänne ollut lapsen kuntoutumisessa?

1 2 3 4 5

ei ollenkaan tärkeä

jonkin verran tärkeänä

hyvin tärkeä

15. Jos teidän työyhteisössänne ei ole käytetty Theraplay- vuorovaikutusterapiaa, niin miksi ei?

16. Mitä muita terapioita on ollut käytössä teidän työyhteisössänne (esim. ”koppahoito-terapia”)?

Kiitos vaivannäöstänne!

Tuija Väkiparta