

Pauliina Nieminen

**KOTONA TEHTÄVÄ PERHEKUNTOUTUS,
ASIAKKAAN KOTIYMPÄRISTÖN TUOMAT ERITYISPIIRTEET TERAPEUTTISELLE
TYÖSKENTELYLLE**

Lasten ja nuorten erikoispsykologikoulutus
Lopputyö
4/2019

TURUN YLIOPISTO

Psykologian ja logopedian laitos

NIEMINEN, PAULIINA: Kotona tehtävä perhekuntoutus, asiakkaan kotiympäristön tuomat erityispiirteet terapeuttille työskentelylle

Erikoispsykologikoulutuksen lopputyö, 25s.

Ohjaaja Riikka Korja

Psykologia / Lasten ja nuorten erikoispsykologikoulutus: 2016-2019

Huhtikuu 2019

Kotona tehtävä perhekuntoutus on Suomessa lastensuojelulain mukaista avohuollon palvelua, jota yleensä toteutetaan moniammatillisena terapeuttille työskentelynä perheiden kotona. Kotona tehtävästä perhekuntoutuksesta ei ole virallista määritelmää, eikä sen vaikuttavuudesta ole tutkimusta. Lisäksi asiakasperheiden kotona tehtävä terapeuttille työskentely on suhteellisen uusi työmuoto Suomessa, sillä aiemmin perhekuntoutusta on toteutettu laitospalveluina. Suurin osa tämän hetken terveydenhuollon hoitomenetelmistä toteutetaan työntekijän toimistolla, mikä on todettu sitoutumisen kannalta olevan hankalaa korkean riskin perheissä. Täten kotona tehtävä perhekuntoutus palvelee parhaiten juuri näitä perheitä. Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on tarkastella kotona tehtävän työn erityispiirteitä ja niiden huomioimista terapeuttille työskentelyssä perheiden kanssa. Perhekuntoutuksesta ei ole tehty tutkimusta, jonka vuoksi katsaukseen on huomioitu kotiin tehtävän perheterapian artikkeleita.

Kotona tehtävä työskentely vaikuttaa edistävän asiakasperheen sitoutumista perheterapiaan. Asiakasperheen kotiympäristön avulla terapeutti kykenee edes auttamaan terapeutin ja asiakasperheen välistä allianssia ja yhteistyösuhdetta, mikä on kuntoutuksen vaikuttavuuden ja siihen sitoutumisen kannalta oleellista. Kuitenkin perheen kotona tehtävän työskentelyssä perhe saattaa olla haavoittuvaisempi työntekijän sanomisiin ja herkemmin tarkkailla työntekijän ominaisuuksia, mitä tavanomaisessa vastaanotolla tapahtuvassa terapeuttille työssä. Kotona tehtävä terapeuttille työskentely vaikuttaa haastavan tämän vuoksi työntekijää olemaan tietoinen omasta roolistaan, sekä toiminnastaan tavanomaista vastaanottotilassa tapahtuvaa työskentelyä enemmän. Lisäksi työntekijän turvallisuuden kokemuksella on työskentelyn aikana merkitystä yhteistyösuhteen luomiselle asiakasperheen kanssa.

Kotona tehtävä perhekuntoutus, jossa työskentely tapahtuu perheen kotona yhdessä sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon ammattilaisten kanssa, haastaa vielä hetkellä Suomen palvelujärjestelmää, mutta on tarvittava hoitomuoto vastaamaan tämän hetken puuttuviin palveluihin. Kotona tehtävästä perhekuntoutuksesta tarvitaan tutkimusta laadukkaiden moniammatillisten palveluiden takaamiseksi.

Asiasanat: perhekuntoutus, perheterapia, kotona tehtävä työ,

Sisällysluettelo

1. JOHDANTO.....	1
1.1. KUNTOUTUKSEN TERMINOLOGIA	3
1.1.1. Lääkinnällinen kuntoutus	3
1.1.2. Sosiaalinen kuntoutus.....	5
1.1.3. Kuntoutuksen vaikuttavuus.....	6
1.1.4. Kotona tehtävä perhekuntoutus.....	8
1.2. VANHEMMUUS JA PERHESUHTEIDEN PSYKOLOGIA	9
1.3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	12
2. MENETELMÄ.....	12
3. TULOKSET	14
4. POHDINTA.....	22
LÄHTEET.....	26

1. Johdanto

Tämä narratiivinen katsaus käsittelee kotona tehtävää perhekuntoutusta. Kotona tehtävä perhekuntoutus on yksi tärkeä ja käytetty sosiaalityön palvelu, joka on lastensuojelun avohuollon tukitoimi (Lastensuojelulaki 2017/471). Kotiin tehtävän perhekuntoutuksen tarkastelu on aiheena hyvinkin relevantti, sillä se pitää sisällään monia tällä hetkellä puhuttavia Suomen sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmän epäkohtiin liittyviä asioita. Kotiin tehtävässä perhekuntoutuksessa työskennellään sosiaalihuollon ja terveydenhuollon rajapinnalla, sillä perhekuntoutuksessa asiakkaan kuntoutuksen tavoitteissa yhdistyy sekä sosiaalisia että terveydellisiä haasteita. Tämän vuoksi moniammatillisuus on onnistuneen perhekuntoutuksen perusedellytyksiä, jotta perheen moninaiisiin haasteisiin osataan vastata. Kotona tehtävä perhekuntoutus on itsessään erityylistä työskentelyä, mitä perinteisempi vastaanotolla työskentely, sillä koti työskentely-ympäristönä luo erilaiset puitteet työskentelylle. Kotona tehtävä työskentely haastaa siten jo työympäristön vuoksi työntekijää ja työskentelyä asiakkaan kotona pidetään vaativana työmuotona (Macchi & O'Conner, 2010). Kotona tehtävän työn etuna vaikuttaa olevan varsinkin korkean riskin perheissä, joissa haasteet ovat moninaisia, että asiakasperheet sitoutuvat työskentelyyn paremmin (esim. Adnopo, 2002; Dembo, Dudell, Livingston & Schmeidler, 2002; Heggler, Melton & Smith, 1992; Slesnick & Prestopnik, 2004; Zarski & Fluhart, 1992). Tämän suuntaista kuntouttavaa ja terapeutista työskentelyä on kuitenkin huomattavasti vähemmän Suomessa tarjolla (Vuori, Tuulio-Henriksson & Autti-Rämö, 2018). Huikon ym., (2017) selvityksen mukaan Suomessa eri palveluita tuottavat tahot (perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, sekä lastensuojelu) jakavat saman kokemuksen siitä, että on olemassa joukko perheitä niin sanottuja väliinpuotoaja perheitä, joille oikeanlaista palvelua ei ole saatavilla. Väliinpuotoaja perheissä vanhemmat eivät joko näe hoidon tarvetta, tai eivät pysty siihen sitoutumaan (Hulkko ym., 2017). Lisäksi näissä perheissä sekä vanhemmilla että lapsilla voi olla monenlaisia haasteita, eivätkä tarjotut palvelut joko vastaa perheen kykyä vastaanottaa palvelua tai psykiatrista palvelua ei voida lasten elinolosuhteiden vuoksi tarjota (Hulkko ym., 2017). Tämän vuoksi perheiden kotona tehtävä työskentely saattaa olla ainut kuntouttava hoidollinen menetelmä perheille, jotka vastaanotolla tapahtuvaan työskentelyyn eivät pysty sitoutumaan tai eivät koe sitä hyödylliseksi.

Suomessa terveydenhuollon puolella kotona tehtävä perhekuntoutusta tai sen tyyppistä työskentelyä tehdään vähemmän, sillä pääosin perhettä kuntouttavat palvelut ovat rajautuneet kodin ulkopuolella tehtävään työskentelyyn (Vuori, Tuulio-Henriksson & Autti-Rämö, 2018). Yhdysvalloissa kotona

tehtävä perheterapia on viime aikoina yleistynyt, vastatakseen edellä mainittujen väliinputoaja perheiden haasteisiin (Szapocznik & Williams, 2000).

Sosiaalihuollon puolella kotona tehtävä työ on tyypillisempää. Perinteinen käytännön kotitöihin liittyvä perhetyö, jota tehdään asiakasperheen kotona, on kuulunut sosiaalihuollon palveluihin jo 1900 -luvun alkukymmenistä alkaen (Nätkin & Vuori, 2007). Lastensuojelun avohuollon palveluihin on 1980-luvulta alkaen kuulunut myös laitospäästä (Jalonen, 1999), mikä on hyvin erilainen kuntoutusmuoto verrattuna kotona tehtävään kuntoutukseen, sillä tällöin varsinainen perheen kanssa työskentely toteutuu kotiympäristön ulkopuolella. Tosin sanoen sekä terveydenhoidon, että sosiaalihuollon näkökulmasta kotona tehtävä perhekuntoutus on Suomessa uusimpia työskentelytapoja, mikä haastaa terveys- että sosiaalialan ammattilaisia moniulotteisempaan työskentelyyn. Tämän vuoksi kotiin tehtävän perhekuntoutuksen tarkastelu on myös kehittyvän palvelujärjestelmän kannalta tärkeää. Uudenlaisen työmuodon vuoksi harvalla kunnalla on mahdollisuuksia omana työnä tarjota perheille moniammatillista kotona tehtävää perhekuntoutusta (Suuniitty, 2014). Tällä hetkellä kotona tehtävä perhekuntoutus on yksi ostetuimpia ostopalveluita yksityisellä puolella yrityksissä, joilla sitä on tarjolla (Ailoranta, 2019).

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on tarkastella kotona tehtävää perhekuntoutusta ja erityisesti työympäristön eli asiakasperheen kodin tuomia erityispiirteitä ja niiden vaikutusta itse työskentelyyn. Katsauksen tavoitteena on tuoda esille kotiin tehtävän kuntoutuksellisen ja terapeuttisen työn erityispiirteitä, joita työskentelyssä tulisi huomioida kuntoutustavoitteiden saavuttamiseksi. Koska perhekuntoutuksesta on ylipäättään vähän tutkimuksia, katsauksessa määritellään ensin perhekuntoutus huomioimalla jo tunnetut suomalaisen palvelujärjestelmän kuntoutusmuodot, sekä tuodaan esille kuntoutuksen vaikuttavuudesta tehtyä aiempaa tutkimusta. Koska perhekuntoutus on sosiaali- ja terveyshuollon rajapinnalla olevaa työskentelyä, on katsauksessa pyritty huomioimaan molemmat ammatilliset näkökulmat. Tämän vuoksi katsaukseen sisällytettiin artikkelien lisäksi sekä terveydenhuollon sekä sosiaalihuollon palveluihin liittyviä sosiaali- ja terveysministeriön raportteja, sekä lakeja, jotta kuntoutuksen monialaisuus tulisi mahdollisimman hyvin huomioitua.

1.1. Kuntoutuksen terminologia

Monialaista kuntoutusta on tehty Suomessa jo pitkään. Alun perin 1940-luvulla kuntoutus suomennettiin vieraskielisestä termistä *rehabilitaatio* 1940-luvulla kuntoutumiseksi, mutta 1960-1970-luvuilla kuntouttamisen sijaan aloitettiin käyttämään käsitteensä kuntoutus, sillä kuntoutuminen viittaa lähinnä ulkopuolisen toimijan toimintaan, kun taas sanassa kuntoutus toiminnassa tulee esille myös kuntoutusasiakas (Järvikoski, 2013). Kuntoutusta määritellään prosessina, jossa ”keskeistä on se, että henkilö tekee suunnitelmia ja asettaa tavoitteita, jotka ovat tärkeitä ja sopivia hänen omiin olosuhteisiinsa. Kuntoutus ei ole prosessi, joka tehdään ihmiselle, vaan prosessi, jonka ihminen itse toteuttaa ammattilaisten, perheen ja ystävien johdolla ja tuella.” (Ward, Barnes, Stark & Ryan, 2009, otettu Järvikoski, 2013). Kuntoutus on prosessi, jossa ammattilaisen rooli on kuntoutujaa tukeva, ei häntä määräävä, jolloin kuntoutukseen osallistujaa pyritään saamaan ammattilaisen avulla niitä tietoja ja taitoja, joita tavoitteiden saavuttamiseksi tarvitaan (Järvikoski, 2013). Suomessa kuntoutusta voidaan määritellä joko sen sisällön (esim. eri terapiamuodot) mukaisina kuntoutusmuotoina tai sen järjestämisestä (esim. Kela) tai toteutuksesta vastuussa olevien tahojen kautta (Autti-Rämö & Salminen, 2016). Näin ollen yhtenä tapana voi olla kuntoutusmuotojen lajittelu lääkinälliseen, ammatilliseen, sosiaaliseen sekä kasvatukselliseen kuntoutukseen, joita määrittää ja ohjaa erilaiset lait (Autti-Rämö & Salminen, 2016, Kuntoutusportti, 2019). Lääkinällinen kuntoutus perustuu lääkärin tekemään kuntoutumissuunnitelmaan, jossa kuntoutukseen voi sisältyä muun muassa erilaisia terapioida fyysisen tai psyykkisen toimintakyvyn kuntoutumiseksi (Kuntoutusportti, 2019). Sosiaalinen kuntoutus perustuu sosiaalityöntekijän tekemään asiakassuunnitelmaan, jossa kuntoutus on sosiaalityöntekijän tai sosiaaliohjaajan ohjaamaa sosiaalisen toimintakyvyn kuntoutusta (Kuntoutusportti, 2019; Sosiaalihuoltolaki 2014/1301). Sosiaalinen kuntoutus voi olla muun muassa ohjausta arkipäivän toiminnoista suoriutumisessa tai ohjausta oikeanlaisiin kuntoutuspalveluihin (Kuntoutusportti, 2019). Tässä katsauksessa tarkastellaan kuntoutusmuodoista lääkinällistä ja sosiaalista kuntoutusta, sillä kotiin tehtävä perhekuntoutus rinnastuu sekä sosiaaliseen, että lääkinälliseen kuntoutuksen piiriin.

1.1.1. Lääkinällinen kuntoutus

Lääkinällisen kuntoutuksen tavoitteena on tukea kuntoutujaa elämäntilanteen hallinnassa ja hänen itsenäistä suoriutumista päivittäisissä toiminnoissa. (Kuntoutusportti, 2019). Lääkinällinen kuntoutus voidaan määritellä yksilön fyysisistä ja psyykkistä toimintakykyä parantaviksi

toimenpiteiksi, jotka on käynnistetty lääketieteellisten tutkimusten pohjalta, mikä tarkoittaa diagnoosin asettamista edellytykseksi lääkinällisen kuntoutukseen pääsemiseksi (Kuntoutusportti, 2019). Lääkinällisen kuntoutus, mikä on terveydenhuollon toimintaa, on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin (Terveydenhuoltolaki 2010/1326 §8). Lääkinällisen kuntoutuksen toteutuksesta yleensä vastaa Suomessa erikoissairaanhoido, kuten lasten ja nuorten psykiatrian poliklinikat, Kela tai yksityiset ostopalvelut (Autti-Rämö, Salminen, Rajavaara, Ylinen, 2016).

Vaikka tällä hetkellä lastenpsykiatrisessa menetelmä valikoimassa ei ole näyttöön perustuvia hoitoja kaikkien kliinisten pulmien hoitamiseksi, on näyttöön perustuvien menetelmien määrä kuitenkin parin viime vuosikymmenen aikana lisääntynyt (Huikko ym., 2017). Tutkimuksellista näyttöä on kuitenkin jo varsin monenlaisista perhettä koskevista hoitomenetelmistä. Erilaiset psykososiaaliset hoitomenetelmät, jotka perustuvat struktuuriseen vanhemman ohjaukseen, ovat yksi tutkituimpia ja vahvaa näyttöä saaneita menetelmiä (esim. Karjalainen Santalahti, & Sihvo, 2016; Sourander, McGrath & Ristkari ym., 2016; Sanders, Kirby, Tellegen & Day, 2014). Psykososiaalisten hoitomenetelmien käyttöä suositellaankin ensisijaisesti lasten ja nuorten psyykkisissä neuropsykiatristen häiriöiden hoidossa esimerkiksi aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriössä (Käypä hoito, 2017), jossa vanhemman ohjauksella on ensisijainen vaikutus lapsen häiriön säätelyyn. Tämän lisäksi on näyttöä erilaisista interventioista, joissa vahvistetaan vanhemman ja lapsen välistä vuorovaikutusta esim. Video Interaction Guidance (VIG), Theraplay (Kasvun tuki, 2019) ja vanhemman reflektiivistä kykyä vanhemmuudessa (Camoirano, 2017), sekä interventioita, joissa käsitellään perheessä tapahtuneita muutoksia lapsen näkökulman kautta (Solantaus, Paavonen, Toikka & Punamäki, 2010). Koko perhettä huomioivia pidempikestoisia lääkinällisiä kuntoutuksia on muuan muassa erilaiset terapiat, kuten perheterapia, sekä Kelan palvelut (esim. Kelan organisoimat hankkeet), jotka on tarkoitettu täydentämään terveydenhuollon palveluja (Linnakangas, Lehtoranta, Järvikoski & Suikkanen, 2010). Pääasiassa kuntoutukset toteutetaan toimipisteissä, ja tällä hetkellä harvalla lääkinällistä kuntoutusta tarjoavalla taholla on mahdollisuutta jalkautua perheiden kotiin. Vaikka jo 1990-luvulla onkin todettu muuan muassa interventiotutkimuksessa yhteydessä kotikäyntien saattavan olla yksi mahdollinen tapa toteuttaa preventiivistä tukea vanhemmalle (Aronen & Kurkela, 1996).

1.1.2. Sosiaalinen kuntoutus

Sosiaalinen kuntoutus on yksi vuonna 2015 voimaan tulleen sosiaalihuoltolain palveluja (Sosiaalihuoltolaki 2014/1301 §17). Lain mukaan *”sosiaalisella kuntoutuksella tarkoitetaan sosiaalityön ja sosiaaliohjauksen keinoin annettavaa tehostettua tukea sosiaalisen toimintakyvyn vahvistamiseksi, syrjäytymisen torjumiseksi ja osallisuuden edistämiseksi. Sosiaaliseen kuntoutukseen kuuluu, sosiaalisen toimintakyvyn ja kuntoutustarpeen selvittäminen, kuntoutusneuvonta ja -ohjaus sekä tarvittaessa kuntoutuspalvelujen yhteensovittaminen, valmennus arkipäivän toiminnoista suoriutumiseen ja elämänhallintaan, ryhmätoiminta ja tuki sosiaalisiin vuorovaikutussuhteisiin, muut tarvittavat sosiaalista kuntoutumista edistävät toimenpiteet”* (Sosiaalihuoltolaki 2014/1301 §17). Sosiaalihuoltolaissa (2014/301) ei perhekuntoutusta mainita yhdestä annettavista palveluista, vaan perheitä koskevat palvelut muun muassa muodostuvat kasvatus- ja perheneuvonnasta, perhetyöstä, sosiaaliohjauksesta ja sosiaalityöstä. Näistä palveluista kasvatus ja perheneuvonnan työskentelyssä on paljon kuntoutuksellisen työskentelytavan päällekkäisyyttä lasten psykiatrian poliklinikoiden työskentelyn kanssa (Hulkko ym., 2017). Perhetyö voidaan määritellä vahvemmin konkreettiseksi avuksi ja ohjaukseksi (Heino, 2008), ja siten eroaa perhekuntoutuksesta.

Lastensuojelulaissa (2007/417 §36, §37) avohuollon tukitoimiin voi kuulua sosiaalihuoltolain palveluiden lisäksi lapsen kuntoutumista tukevia hoito- ja terapiapalveluita, avohuollon sijoitus perhe- tai laitoshoidon, tehostettua perhetyötä, sekä perhekuntoutusta. Perhekuntoutuksen saamiseksi tulee siis olla lastensuojelun asiakkaana. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Lastensuojelun käsikirjassa määritellään perhekuntoutus kuntouttavana toimintana koko perheelle, joka on suunniteltua ja tavoitteellista, mutta perhekuntoutuksen rajataan tapahtuvan laitosympäristössä (Lastensuojelun käsikirja, 2018). Lastensuojelun käsikirjan (2018) mukaan perhekuntoutuksen tavoitteena on *”lasten kasvuolosuhteiden turvaaminen, vanhempien tukeminen kasvatustehtävässä ja perheen omien voimavarojen vahvistaminen, sekä perheenjäsenten välisen vuorovaikutuksen tukeminen erilaisin toiminnallisilla menetelmillä, arjen taitojen harjoittelu ja säännöllisen päivärutmin vakiinnuttaminen”*. Tarkempaa määritelmää ei perhekuntoutukseen ole. Määritelmä jättää palvelun järjestäjän vastuulle menetelmällisen osaamisen, eikä määrittele tarkemmin kuntouttajan koulutusta. Kuntoutuksen saatavuuden näkökulmasta sosiaalinen kuntoutus on palvelua, jota säätelee sosiaalihuoltolaki, mutta perhekuntoutus on lastensuojelulain alaista palvelua. Tällä on merkitystä siinä, millaiseen palveluun lapsiperheet ovat oikeutettuja kuuluessaan sosiaalihuoltolain alaiseen asiakkuuteen.

1.1.3. Kuntoutuksen vaikuttavuus

Perheiden kuntouttamisen tavoitteena on aina muutos tämän hetken tilanteesta. Muutoksen mahdollistumiseen vaikuttavat niin tavoitteen onnistumiseen käytetyt menetelmät, työntekijän ammattitaito, sekä kuntoutujan motivaatio (Härkäpää, Valkonen & Järvikoski, 2016). Roesslerin (1989) mukaan kuntoutujan motivaatioon vaikuttavat kuntoutujan käsitys kuntoutuksen tavoitteen arvosta, siitä miten todennäköistä tavoitteen saavuttaminen on, sekä muutosta edistävät tai ehkäisevät ympäristötekijät. Bandura (2001) on kuvannut yksilön omalla pystyvyyden tunteella (self-efficacy) olevan merkitystä, siihen miten yksilö motivoituu suorittamaan tai kuntoutumaan annetusta asiasta. Mikäli yksilö ei itse usko asiaan pystyvänsä, hän todennäköisemmin jättää asian tekemisen yrittämättä (Bandura, 2001). Lisäksi Banduran (2001) mukaan yksilön tulee uskoa, että suunniteltu toiminta tukee tavoitteen toteutumista (niin sanottu tulosodotus), jotta yksilö tulee toimineeksi suunnitelman mukaisesti. Tämä edellä kuvattu Banduran sosio-kognitiiviseen teoria (2001) on eniten sovelletuin teoria kuntouksessa (Härkäpää, Valkonen & Järvikoski, 2016).

Tällä hetkellä perheitä koskevista kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta on jonkin verran tietoa, vaikka luotettavien tutkimusasetelmien tekeminen kuntoutuksellisesta työstä on haastavaa (Wahlström, 2012). Koska psykoterapian vaikuttavuudesta on paljon tutkimuksia, tässä katsauksessa esitellään nyt lyhyesti yksilöterapian yleisesti todetut vaikuttavuutta parantavat mekanismit, sillä tutkimusnäyttö siitä on vankin ja tutkituin. Tämän lisäksi esitellään perheterapian vaikuttavuustutkimusta ja näyttöön perustuvien psykososiaalisten interventioden vaikuttavuustutkimusta. Sosiaalityössä interventiotutkimuksia ei ole tehty, vaan menetelmiin liittyvät tutkimukset ovat olleet lähinnä kuvailevia tutkimuksia (esim. Suuniitty, 2014) ja tämän vuoksi niitä ei tässä katsauksessa esitellä.

Yksilöpsykoterapia

Yksilöpsykoterapia on yksi kuntoutusmuoto, jossa terapeutin kanssa vuorovaikutuksessa tavoitteena on yksilön psyykkisen toimintakyvyn lisääminen (Lindberg, Stenius, Salo, 2015). Psykoterapiassa on vahvaa tutkimusnäyttöä siitä, että psykoterapia on vaikuttava hoitomuoto psyykkisiin häiriöihin, eikä varsinaisia eroja eri psykoterapiasuuntauksien välillä ole havaittu hoidon vaikuttavuudessa (esim. Lambert & Barley, 2001; Lindberg, Stenius, Salo, 2015; Wampold, 2001). Keskeisimmät vaikuttavat tekijät psykoterapiassa on psykoterapiasuhteessa esille tuleva terapeutin vuorovaikutus, sekä terapeutin ja asiakkaan välinen yhteistyösuhde (Lindberg, Stenius, Salo, 2015; Wahlström, 2012). Psykoterapioiden vaikuttavuustutkimuksissa on keskitetty tarkastelemaan niin

sanottuja yleisiä muuttujia (common factors), jotka ovat terapiasuuntauksesta huolimatta samanlaisia, sekä yksittäisiä muuttujia (specific factor), jotka erottavat terapiasuuntauksien erityispiirteitä vaikuttavuuden suhteen toisistaan (Wahlström, 2012). Terapeutin ja asiakkaan yhteistyösuhde, sekä keskinäinen terapeuttisen vuorovaikutus ovat yleisiä muuttujia, jotka suuntauksesta riippumatta vaikuttavat terapian tuloksellisuuteen (Wahlström, 2012). Knekt, Lindfors, Laaksonen, Renlund, Haaramo, Härkänen ja Virtala (2010) tutkivat psykoterapiakäyntimäärien vaikutusta terapian vaikuttavuuden kannalta ja totesivat, että lyhyt kestoiset terapiat vaikuttivat nopeammin, mutta loppuseurannassa pidempikestoiset terapiat olivat vaikuttavampia. Yleisistä muuttujista asiakkaan henkilökohtaiset ominaisuudet vaikuttavat enemmän terapian tuloksellisuuteen kuin asiakkaalle asetettu diagnoosi (Wahlström, 2012). Asiakkaan henkilökohtaisten ominaisuuksien lisäksi asiakkaan motivaatio, muutosvaihe, kyky muodostaa ja ylläpitää vuorovaikutussuhteita, sekä psyykkisen häiriön luonne vaikuttivat terapian tuloksellisuuteen (Wahlström, 2012). Keskeinen yleinen tekijä on terapeutin ominaisuudet, joista ainoastaan terapeutin persoonalliset piirteet, sekä empaattinen mukautumiskyky paransivat hoidon tuloksellisuutta, eikä hoidon kannalta ollut keskeistä terapeutin ikä, koulutus, sukupuoli tai teoreettinen viitekehys (Wahlström, 2012). Tämän tuloksen on ajateltu selittyvän sillä, että terapeutin persoonalliset piirteet ja empaattinen mukautumiskyky vaikuttavat terapeutin kykyyn luoda asiakkaaseen yhteistyösuhde (Wahlström, 2012).

Norcrossin (2010) mukaan psykoterapeuttinen prosessi alkaa ilmapiirin luomisesta asiakkaan ja terapeutin välillä, jolloin viitekehyksellä tai teoreettisilla taidoilla ei ole merkitystä. Yleisesti hyväksytty ajatus on, että terapeuttinen hoito on jatkumo, jossa asiakas kokee turvalliseksi yhteistyösuhteen ja terapeutti pystyy empaattisella, toivoa ja luottamusta herättävällä tavalla käsittelemään asiakkaalle merkityksiä asioita (Wahlström, 2012). Palautteenannon terapeutin ja asiakkaan välillä koetaan tärkeänä ja kehitettävänä asiana (Wahlström, 2012), sillä terapeutit eivät herkästi tunnista asiakkaan heikentynyttä toimintakykyä (Shimokawa, Lambert, & Smart, 2011).

Perheterapia

Perheterapia on terapeuttista toimintaa, jolla pyritään vaikuttamaan perheenjäsenten välisiin vuorovaikutussuhteisiin siten, että ne eivät ylläpidä psyykkistä oireilua vaan vähentävät sitä (Wahlberg, 2012). Wahlbergin (1994) mukaan perheterapiassa on käytössä monenlaisia erilaisia menetelmiä, mutta hoidon kannalta on merkittävää, miten oikeanlaiset menetelmät osataan valita perheen tarvetta palvelevaksi. Vaikuttavuuseroja ei erilaisten perheterapioiden välillä ole (Shadis &

Baldwin, 2003). Perheterapian vaikuttavuustutkimuksessa on todettu, perheenjäsenten ominaisuuksien, perheterapeutin ominaisuuksien, terapiasuhteen, sekä terapeutin luottamuksen omaa menetelmäänsä kohtaan vaikuttavan perheterapian vaikuttavuuteen (Wahlberg, 2012). Perheterapian tuloksellisuuteen vaikuttaa myös asiakasperheen, sekä terapeutin myönteinen ja hyväksytty vuorovaikutuksellinen työskentelytapa, jota kautta jumiutuneita vuorovaikutussuhteita voi perheenjäsenten välillä muuttaa (Wahlberg, 2012). Lisäksi hyötynä koko perheen kanssa työskentelyssä on, että perheterapeutti kykenee ymmärtämään oireilevan perheenjäsenen vaikutuksen muihin perheenjäseniin, ja sitä kautta ymmärtämään paremmin perheen kokonaistilanteen (Sprenkle, Davis & Lebow, 2009).

Psykososiaaliset hoitomenetelmät

Tutkituimmat psykososiaaliset hoitomenetelmät ovat strukturoituja ja vanhemman ohjaukseen suunnattuja menetelmiä (Dishion, Forgatch, Chamberlain, & Pelham, 2016; Pffner & Haack, 2014). Menetelmät perustuvat kognitiiviseen-käyttäytymisterapiaan, sekä sosiaalisen oppimisen teoriaan (Bandura, 2001, Dishion, Forgatch, Chamberlain, & Pelham, 2016), jossa ydin ajatuksena on vahvistaa vanhemman myönteistä reagoititapaa lapsen käyttäytymiseen ja tätä kautta vähentää lapsen ei-toivottua käyttäytymistä. Tutkimusten mukaan (esim. Dishion, Forgatch, Chamberlain, & Pelham, 2016; Kaehler, Jacobs, & Jones, 2016) lasten tunteiden säätelyn ja käyttäytymisen pulmat lisäävät vanhempien stressiä ja psyykkistä kuormittavuutta, jolloin vanhemman on vaikeampaa säädellä omia reaktioitaan ja täten vanhempi omalla käyttäytymisellään saattaa vahvistaa lapsen käytöspulmaa. Tällä hetkellä tutkituimpia ja eniten käytössä olevia psykososiaalisia hoitomenetelmiä ovat Ihmeelliset vuodet, Voimaperheet, Perhekoulu POP, Triple-P (Karjalainen Santalahti, & Sihvo, 2016; Sourander, McGrath & Ristkari ym., 2016; Kasvuntuki, 2019), jotka kaikki perustuvat strukturoituun vanhempien ohjaukseen. Hoitomenetelmien on todettu olevan tehokas keino lasten tunteiden säätelyn ja käytösongelmien hoidossa, sekä ennaltaehkäisyssä (Sourander, McGrath & Ristkari ym., 2016; Stringaris, Vidal-Ribas, Brotman & Leibenluft, 2018).

1.1.4. Kotona tehtävä perhekuntoutus

Perhekuntoutuksesta ei ole olemassa virrallista määritelmää, jonka vuoksi tässä katsauksessa perhekuntoutuksella tarkoitetaan kaikkia kuntoutusmuotoja, jotka pyrkivät edistämään niin perheenjäsenten psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Perhekuntoutus on koko perheen prosessi, jossa suunnitellusti autetaan perhettä saavuttamaan tavoitteensa. Perhekuntoutuksessa vaikuttaa olevan monia samoja elementtejä, mitä psykoterapiassa, perheterapiassa, että psykososiaalisissa

hoitomenetelmissä. Perhekuntoutus perustuu luottamukselliseen vuorovaikutukselliseen työskentelyyn, jossa asiakasperheen ja työntekijän välisen allianssin kautta pyritään vaikuttamaan joko yksittäisen perheenjäsenen toimintaan, perheenjäsenten välisiin suhteisiin tai koko perheen toimintaan. Perhekuntoutuksessa pyritään kaikkien perheenjäsenten kanssa luomaan hyvä allianssi, kuten perheterapiassakin. Perhekuntoutuksessa perheen tavoitteiden mukaisesti voidaan hyödyntää erilaisia menetelmiä, kuten esimerkiksi psykososiaalisista hoitomenetelmistä struktuurisia keinoja ohjata vanhempaa. Kuten teraatioissakin perhekuntoutuksessa työskennellään suunnitelmallisesti, siten, että työssä on selkeä struktuuri. Keskeinen vaikuttavuutta lisäävä tekijä vaikuttaa niin teraatioissa kuin perhekuntoutuksessa olevan yhteinen ymmärrys ja hyväksyntä työskentelytavasta. Näin ollen perhekuntoutus voi olla parhaimmillaan sekoitus eri menetelmiä, jotka palvelevat perheen tarvetta. Vaikka kotiin tehtävä perhekuntoutus tapahtuu pääsääntöisesti perheen kotona, työskentelyyn voi kuulua myös toiminnallisia elementtejä, kuten metsätretken tekeminen perheen kanssa yhdessä. Koska perhekuntoutus voi olla hyvinkin soveltavalla tavalla tehtyä kuntoutusta, on hoidon vaikuttavuuden kannalta keskeistä ymmärtää kuntoutuksen tavoite ja siihen vaikuttavat mekanismit.

1.2. Vanhemmuus ja perhesuhteiden psykologia

Perhekuntoutuksella pyritään useimmiten vaikuttamaan vanhemmuuden ja perhesuhteiden laatuun, koska näiden tiedetään olevan keskeisesti vaikuttamassa myös lapsen yksilölliseen hyvinvointiin. Vanhemman oma hyvinvointi ja toimintakyky suhteessa lapseen vaikuttaa aina lapsen kehitykseen (Barlow, Smailagic, Huband, Roloff & Bennett, 2014). Vanhemmuuteen asettautuminen alkaa jo mielikuvatasolla ensimmäisen raskauskolmanneksen aikana, jolloin vanhemman mielikuvat tulevasta vauvasta sekä fyysisellä käytännön tasolla, että emotionaalisella tasolla alkavat aktivoitua (Slade, 2002). Raskausaikaiset mielikuvat auttavat vanhempaa virittäytymään lapsen ja vanhemman tulevaan kiintymyssuhteeseen, jota vanhempi alkaa muodostaa lapseen lapsen synnyttyä (Slade, 2002), Kiintymyssuhdeteorian (Bowlby, 2005) mukaan lapsella on myötäsyttyinen kyky tavoitella vanhempansa huomioita ja vanhemmalla on vastaava taipumus muodostaa hoivaavaa suhdetta lapseensa lapsen synnyttyä. Vastavuoroisessa vuorovaikutuksessa lapsen ja vanhemman välille muodostuu kiintymyssuhde ja kiintymyssuhteenlaatuun vaikuttaa ensisijaisesti se, miten vanhempi kykenee huomioimaan lasta. Turvallinen kiintymyssuhde on lapsen kehityksen perusta ja vaikuttaa siltä, että se suojaa lasta stressitilanteissa (Kalland, 2014). Tämän hetken tutkimustiedon mukaan vanhemman ja lapsen turvallisen kiintymyssuhteen muodostumiseen ensisijaisesti vaikuttaa vanhemman kyky reagoida, sekä emotionaalisesti (sensitiivisyys), että käyttäytymisentasolla

(responsiivisuus) lapsen tarpeisiin (Jaffe, 2001; Grienenberger, Kelly, & Slade, 2005). Lisäksi turvallisen kiintymyssuhteen muodostumiseen vaikuttaa vanhemman kyky pohtia lapsen tarpeita, tunteita ja kokemuksia arkipäivän tilanteissa ja miten ne näyttäytyvät lapsen ja vanhemman ollessa vuorovaikutuksessa keskenään (vanhemman reflektiivinen kyky) (Fonagy, 1997; Kalland, 2014). Vanhemmuudessa vanhemman reflektiivinen kyky näkyy siinä, miten vanhempi kykenee erityisesti arjen hankalissa tilanteissa näkemään lapsen käyttäytymisen taustalla olevia tunteita tai aikomuksia (Pajulo, Salo & Pyykkönen, 2015). Vanhemman reflektiivinen kyky perustuu mentalisaatioteoriaan (Fonagy, 1991), jossa mentalisaatio tarkoittaa yksilön kykyä pohtia tietoisia ja tiedostamattomia tunteita itsessä ja toisessa (Kalland, 2015). Koska vanhemman hyvä reflektiivinen kyky eli mentalisaatiokyky on yhteydessä hyvään vuorovaikutukseen lapsen kanssa, turvalliseen kiintymyssuhteeseen, sekä lapsen oman mentalisaatiokyvyn kehittymiseen (Camoirano, 2017; Pajulo, Salo & Pyykkönen, 2015), on vanhemman oman mentalisaatiokyvyn vahvistaminen keskeinen asia vanhemmuudessa. Vanhemman mentalisaatiokyvyn vahvistaminen onkin todettu olevan vaikuttavampi tapa muuttaa vanhemman vuorovaikutustapaa, kuin esimerkiksi vanhemman mielikuvien kautta työskentely tai opettujen käytösmallien käyttö (Slade, 2005).

Lapsen myönteistä kehitystä voidaan siis selittää erilaisilla psykologisilla teorioilla, kuten jo kuvatulla kiintymyssuhdeteorialla, mentalisaatioteorialla, sekä muilla teoreettisilla viitekehyksillä esim. sosio-kognitiivisilla teoriolla (esim. Thomas & Zimmer-Gembeck, 2007). Näiden lisäksi emotionaalisen saatavillaolon teoria tuo vanhemmuuteen ja lapsen psyykkisen kehityksen tunnetason tulokulman ja kytkee edellä mainittuja teorioita toisiinsa. Emotionaalisen saatavillaolon teorian (Biringen ym., 2012) mukaan lapsen kehityksen kannalta on tärkeää, että vanhempi osaa virittäytyä lapsen kielteisten ja myönteisten tunteiden kirjoon, ja pystyy toimimaan lapsen kanssa sensitiivisellä ja jäsentävällä tavalla, tukien lasta lasten tunteiden tai toiveiden ilmaisussa turvallisesti ja lasta säädellen. Teoriassa korostuu tunteidensäätelyn näkökulma, jossa vanhemman tavalla reagoida lapsen tunneviesteihin, lapsi saa kokemuksen ymmärretyksi tulemisesta. Tätä kautta lapsi saa kokemuksen omien tunteidensa hallinnasta ja siitä, että aikuisen avulla omiin tunteisiin pystyy vaikuttamaan, mikä on perusta lapsen psyykkiselle itsensäätelylle (Salo & Flykt, 2013). Vanhemmuuden näkökulmasta tarkasteltuna emotionaalinen saatavillaolo näyttäytyy siten, että vanhemman ollessa kytköksissä lapsensa tunteisiin ja pystyessään sensitiivisellä, jäsentävällä tavalla auttamaan lastaan lapsen tunteiden ja kokemusten kanssa, vanhempi ei koe lasta niin herkästi raskaaksi ja vanhempi pystyy aidosti ilmaisemaan myönteistä välittämistä lapselle (Salo & Flykt, 2013). Tämä vaatii vanhemmalta mentalisaatiokykyä ja toisaalta lapsen ja vanhemman tunneyhteyden vahvistaminen tukee lapsen ja vanhemman välistä suhdetta.

Vanhemmuutta tarkastellessa on vanhemman oman taustahistorian merkitys vanhemmuuteen merkittävä. On vahvaa osoitusta siitä, että vanhemman lapsuuden aikainen traumatisoituminen haittaa vanhempana toimimista muun muassa siten, että vanhemmuus koetaan kuormittavampana (Bailey ym., 2012; Schechter ym., 2012). Kuitenkin lapsuusajan traumat eivät suoraan määrää kykyä toimia vanhempana, vaan merkityksellisempää on, miten vanhempi on traumaansa pystynyt työstämään (Berthelot, 2015). Tämän vuoksi onkin tärkeää, että vanhemmuutta tarkastellaan siinä tilanteessa missä perhe kulloinkin on. Vanhemman taustahistorian lisäksi vanhemman psyykkisellä hyvinvoinnilla on suuri vaikutus vanhemman tapaan toimia vanhempana ja sitä kautta sillä on merkitystä lapsen kehitykselle. Lukuisat tutkimukset ovat osoittaneet psyykkisten häiriöiden vaikuttavan juuri vanhemman kykyyn toimia vuorovaikutuksessa lapsen kanssa sensitiivisesti ja jäsentävästi (esim. Easterbrooks ym., 2000; Johnston, Mash, Miller, & NiNowski, 2012).

Vanhemmuuteen kuuluu vanhemman oman hyvinvoinnin ja taustahistorian lisäksi yleensä myös vanhemman parisuhde. Lapsen näkökulmasta vanhempien parisuhde on lapselle kuin turvapesä (Bowlby, 1969). Tämän vuoksi parisuhteen riidat tai vanhempien parisuhteen epätasapainoisuus on uhka lapsen kokemalle turvallisuudelle vanempien suhteesta, ja parisuhteen riidat vaikuttavat sekä perheenjäsenten välisiin suhteisiin, että tunneilmapiiriin perheessä (Korja & Lindblom, 2013). Lapsuudenperheen tunneilmapiirillä on vaikutusta myöhemmin lapsen tunteiden säätelyn strategioihin, sillä Lindblomin (2017) mukaan vauvaiässä perheiden erilaiset vuorovaikutus ja suhteessa olemisen tyylit ennustivat lasten tunteiden säätelyn keinoja myöhemmin kouluiässä. Tutkimuksessa muun muassa osoitettiin, että vanhempien parisuhteen varhaiset ongelmat tai viileät ja kriisiytyvät perhetyypit ennakoivat kielteisesti lasten tunteiden säätelyä myöhemmin keskilapsuudessa (Lindblom, 2017). Lapsen kehityksen tukemisen keinoja pohtiessa, onkin huomioitava vanhemman vanhemmuuden lisäksi, vanhemman hyvinvointi, sekä vanhemman mahdollinen parisuhde. Tämän vuoksi vanhempien, lasten sekä koko perheen taustahistorian tunteminen ja sen merkityksen ymmärtäminen on tarpeen, jotta perhekuntoutuksen tavoitteet ja menetelmät osataan poimia perheen tarvetta palvelevaksi.

Kotona tehtävästä perhekuntoutuksesta ei ole suoranaista määritelmää, huolimatta siitä, että perhekuntoutus on mainittu lastensuojelulain yhtenä avoimuuden palveluna. Perhekuntoutus on terapeutista työtä perheen kanssa, jossa keskeistä on hyvän ja luottamuksellinen yhteistyön saavuttaminen asiakasperheen kanssa. Yhteistyön ja hyvän allianssin saavuttaminen tiedetään olevan psykoterapioiden keskeisempiä vaikuttavuustekijöitä, joihin terapeutin omat ominaisuudet vaikuttavat eniten. Tämän katsauksen tarkoituksena on tarkastella asiakasperheen kotona tehtävässä

terapeuttisessa työskentelyssä huomioitavia erityispiirteitä, sillä asiakkaan koti työskentelyympäristönä on työntekijää haastava, mutta mahdollisesti myös yhteistyötä ja työskentelyn vaikuttavuutta lisäävä tekijä. Katsauksen tavoitteena on lisätä ymmärrystä kotiin tehtävästä terapeuttisesta työskentelystä.

1.3. Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on tarkastella kotona tehtävää perhekuntoutusta, siitä terapeuttisesta näkökulmasta, mitkä ovat kotoa tehtävän työskentelyn huomioitavia erityispiirteitä, sen hyötyjä ja vaatimuksia työntekijöille.

Tutkimuskysymyksenä ovat:

1. Mitkä ovat kuntoutukseen sitoutumista ja edistymistä parantavat, sekä heikentävät mekanismit kotona tehtävässä perhekuntoutuksessa?
2. Mitä asioita kotiin tehtävässä työskentelyssä ylipäätään tulisi ottaa huomioon?

2. Menetelmä

Tämän narratiivisen kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on kuvata kotona tehtävän perhekuntoutuksen erityispiirteitä. Tietokantahauissa (PsycINFO) hakusanoina käytettiin: home-based tai in-home tai home environment ja family therapy tai family counseling tai family intervention. Hakusanat eli kotiympäristöön viittaava hakusana sekä itse työskentelyyn viittaava hakusana tuli olla molemmat artikkelissa (all text). Aikaikkunana oli vuodet 1980-2019 ja vain englannin kieliset vertaisarvioidut artikkelit, jotka olivat kokonaan saatavissa huomioitiin. Perhekuntoutuksen suora käänös ”family rehabilitation” tuotti vain laitosten kuntoutuksen tutkimuksia, jonka vuoksi tätä ei hakusanana käytetty. Koska varsinaisesta kotiin tehtävästä perhekuntoutuksesta ei ole tutkimusta, laajennetaan kotiin tehtävä työ myös kotiin tehtäviin perheterapia tai perheinterventio tutkimuksiin. Haku tuotti yhteensä 152 artikkelia.

Tämän jälkeen kaikki artikkelit silmäiltiin otsikko ja abstraktitasolla ja vain tämän katsauksen tarkoitukseen sopivat artikkelit valittiin. Tässä kohtaa kaikkiaan 33 artikkelia oli valikoitunut tarkasteluun.

Tämän jälkeen valittujen artikkelien tuli täyttää seuraavat kriteerit:

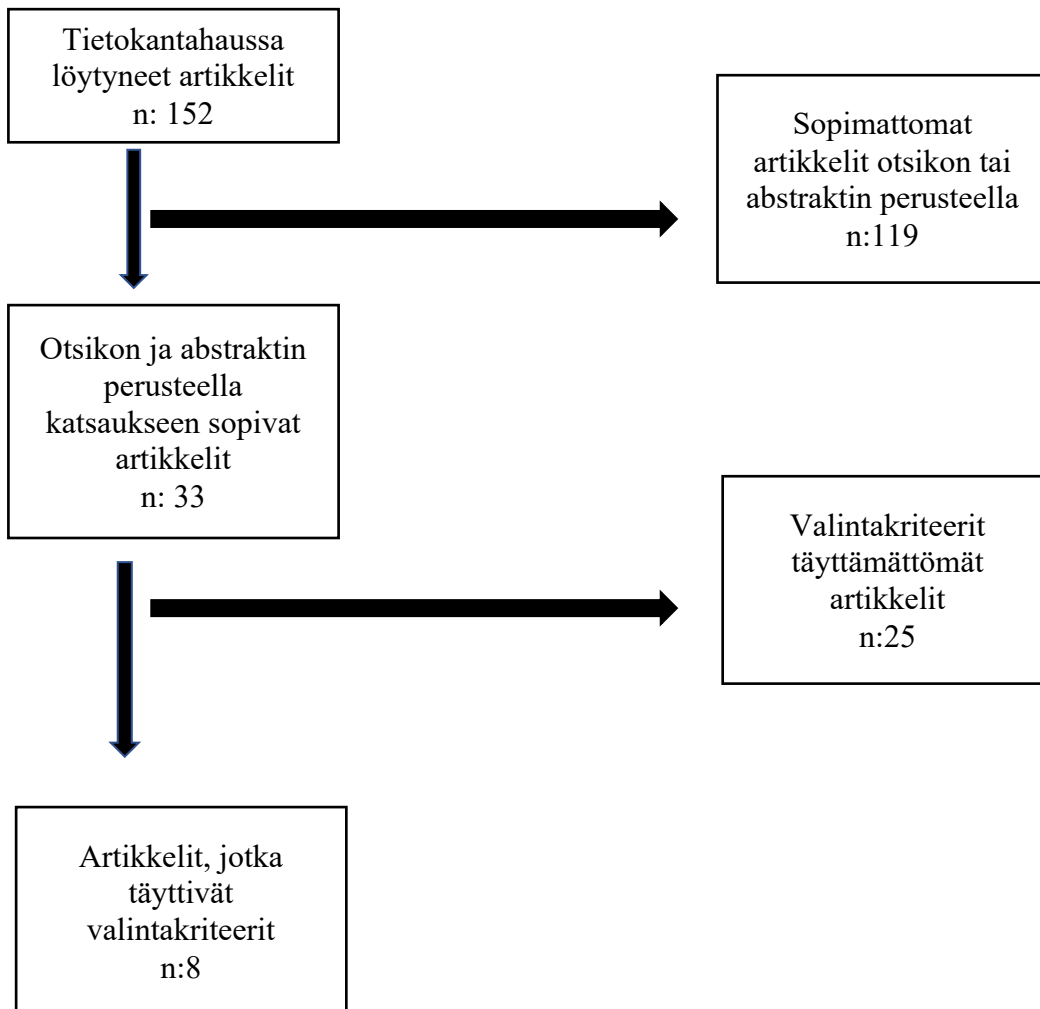
- 1) käytetyt terapeutit olivat yleisesti tunnettuja hoitomenetelmiä
- 2) kyseessä oli koko perhettä koskeva hoitajakso
- 3) työntekijät olivat koulutettuja psykoterapeutteja tai psykologeja
- 4) työskentely oli tapahtunut asiakkaan kotona
- 5) artikkeli kuvasi kotona tehtävän työskentelyn erityispiirteitä

Artikkelien poissulkukriteerit olivat seuraavat:

- 1) työskentelytapa ei ollut terapeutin esim. perhetyö
- 2) kyseessä oli yksittäisen intervention vaikuttavuustutkimus
- 3) työskentely oli pääosin toteutettu vastaanottotiloissa

Kaikkiaan 8 artikkelia täytti edellä mainitut valintakriteerit. Nämä artikkelit valikoituivat tähän katsaukseen (ks. Kuvio 1). Valituissa artikkeleissa pyritään nimenomaan kuvaamaan asiakkaan kotona tehtävän työskentelyn erityispiirteitä.

Kuvio 1. Artikkelien valintaprosessi tässä kirjallisuuskatsauksessa.



3. Tulokset

Tämän kirjallisuuskatsauksen artikkelihaun perusteella kotiin tehtävästä terapeuttisesta työskentelystä on vain vähän tutkimuksia, mutta tutkimustulokset sen hyödyistä, vaikuttavista tekijöistä ja kotona tehtävän työn haasteista ovat samansuuntaisia. Tutkimusaineiston artikkelit ovat koottuna Taulukossa 1, jossa on kuvattu tutkimusasetelmat, otoskoot, sekä kuvaus toteutetusta perheterapiasta. Artikkelit eivät ole keskenään vertailukelpoisia, sillä puolet artikkeleista ovat katsauksia, joissa kuvaillaan laadullisesti kotona tehtävään perheterapian erityispiirteitä (Taulukko 1.).

TAULUKKO 1. Tutkimusartikkelien tarkoitukset, tutkimusasetelmat, otoskoot ja toteutunut terapia

<i>tutkimus</i>	<i>tutkimuksen tarkoitus</i>	<i>n</i>	<i>arviointimenetelmä</i>	<i>annetun terapian toteutus</i>
Christensen, (1995)	kuvata perheterapeuttien havaintoja työskentelystä	10 perheterapeuttia*	puolistrukturoitu haastattelu**	kotona tehty perheterapia, ei tarkempaa tietoa toteutuksesta
Fuller, (2004)	katsaus, johon koottu kotiin tehtävän perheterapian hyötyjä ja rajoittavia tekijöitä			kotona tehty perheterapia, ei tarkempaa tietoa toteutuksesta
Glebova yms., (2012)	tutkia terapeutin mukavuuden tunteen vaikutusta allianssin syntymiseen asiakkaan kanssa	51 perheterapeuttia* 185 asiakasperhettä	Therapist comfort scale, Neighbourhood rating scale, Working Alliance Inventory	kotona tehtävä multisysteeminen perheterapia, 1 käynti viikossa 17 viikon ajan
Jordan, Alvarado, Braley, Williams, (2001)	katsaus, johon koottu kotiin tehtävän perheterapian hyötyjä ja rajoittavia tekijöitä			kotona tehty multisysteeminen perheterapia, ei tarkempaa tietoa
McWey, Humphrey, Pazdera, (2011)	tutkia kotiin tehtävän perheterapian vaikuttavuutta asiakasperheen ja terapeutin näkökulmasta	24 vanhempaa ja 6 perheterapeuttia*	puolistrukturoitu haastattelu vanhemmalle**	kaksi perheterapiakäyntiä viikossa, kuuden viikon ajan
Reiter,(2000)	katsaus, johon koottu kotiin tehtävän perheterapian hyötyjä ja rajoittavia tekijöitä			kotona tehty perheterapia, ei tarkempaa tietoa toteutuksesta
Thompson, Bender, Lantry, Flynn,(2007)	tutkia kotona tehtävän perheterapian terapeutin allianssin vaikutusta hoidon sitoutumiseen	19 asiakasperhettä	puolistrukturoitu haastattelu vanhemmalle ja nuorelle**	12 viikoittaista voimavarakeskeistä perheterapiakäyntiä perheiden kotona
Woods, (1988)	katsaus, johon koottu kotiin tehtävän perheterapian hyötyjä ja rajoittavia tekijöitä			kotona tehty perheterapia, ei tarkempaa tietoa toteutuksesta

* perheterapeuttien suuntauksesta ei tarkempaa tietoa, kaikkien terapeuttien pohjakoulutus ylempi korkeakoulututkinto

**ei virallista haastattelurunkoa käytössä

Christensenin (1995) laadullisessa tutkimuksessa tutkittiin perheterapeuttien kokemuksia kotona tehtävästä perheterapiasta. Tutkimuksessa oli mukana kymmenen perheterapeuttia, jotka kaikki tekivät kunnallisella puolella perheterapiaa sosiaalihuollon asiakkaiden kotona. Kaikki haastateltavat olivat perheterapeutteja, mutta heidän koulutus ja työkokemusta ei tarkemmin tutkimuksessa tuotu esille. Itse toteutetusta perheterapiasta ei artikkelissa ollut kuvausta. Tutkimuksessa keskeisimmiksi yhteneväisiksi teemoiksi nousi haastatteluiden perusteella esille kotiympäristö työskentelyä häiritsevänä ja edesauttavana tekijänä, turvallisuus, kotiympäristön vaikutus työskentelyyn sekä työskentelyn vaikuttavuus (Christensen, 1995). Asiakkaan koti työskentely-ympäristönä koettiin osittain työskentelyä häiritsevänä, sillä työskentely saattoi keskeytyä työntekijästä riippumattomista syistä, kuten puhelimen soimisena, tai naapurin spontaanilla vierailulla. Tämä tuli esille kokemattomimmilta tai vähemmän perheterapiaa tehneiltä perheterapeuteilta, sillä kokeneimmat perheterapeutit eivät kokeneet kotiympäristöä yhtä häiritsevänä (Christensen, 1995). Perheterapeutit nostivat esille oman ja asiakkaiden turvallisuuden kotona tehtävässä työskentelyssä. Tutkimuksen mukaan kotona tehtävään perheterapiaan saattoi vaikuttaa työntekijän turvallisuuden tunne siitä, miten rohkeasti työntekijä uskalsi haastaa asiakasperhettä miettimään omaa toimintaansa ja perheterapeutti ei välttämättä kokenut omaa oloaan turvalliseksi konfrontoida asiakkaan kertomaa asiakkaan kotioloissa (Christensen, 1995). Toisin sanoen koti työskentely-ympäristönä ei luonut perheterapeutille yhtä riittävää turvallisuuden tunnetta mitä vastaanottotiloissa perheterapia olisi mahdollistanut. Christensenin (1995) mukaan suurin osa haastatelluista perheterapeuteista kokikin perheterapian olevan vaikuttavampaa vastaanottotiloissa kuin perheen kotona. Tutkimuksen perusteella perheterapeutin kokema turvallisuuden tunne saattaa vaikuttaa perheterapian tehokkuuteen työskennellessä asiakasperheen kotona ja perheterapeutin turvattomuuden tunne haitata terapiaprosessia (Christensen, 1995). Christensenin (1995) tutkimuksen aikana kännykät eivät olleet vielä yleistyneet, joten tutkimuksessa mietitään suosituksena erilaisen teknologian hyödyntämistä tulevaisuudessa.

McWeyn Humphreysin ja Pazderan (2011) tutkimuksessa tarkasteltiin sekä asiakasperheiden että perheterapeuttien kokemusta kotona tehdystä perheterapiasta. Kaikki perheet olivat sosiaalihuollon asiakkaina ja luokiteltu korkean riskin perheiksi siinä mielessä, että kaikissa perheissä lapsen tai nuoren huostaanotosta sosiaalityöntekijän kanssa oli jo puhuttu. Tutkimuksessa haastateltiin asiakasperheiden vanhempien kokemuksia saadusta kotiin tehtävästä perheterapiasta, sekä perheterapeutteja. Perheterapian tarkemmasta viitekehityksestä ei tutkimuksessa puhuttu, mutta perheterapia toteutettiin perheiden kotona kaksi kertaa viikossa kuuden viikon ajan. Tutkimuksen keskeisemmät havainnot asiakasvanhempien kokemuksesta perheterapiasta olivat kotiin tehtävän

perheterapian saatavuus ja helppous liittyen perheterapian toteuttamiseen kotona, perheterapeutin ominaisuuksien tärkeys terapian vaikuttavuuden kannalta, sekä omassa kodissa tapahtuvan työskentelyn haavoittavuus (McWey, Humphreys, & Pazdera, 2011). Kotiin tehtävän perheterapian saatavuus ja helppous oli perheterapian jatkuvuutta tukeva tekijä ja asiakasperheiden mukaan kotona tehtävä perheterapia mahdollisti perheen kanssa työskentelyn. Asiakasperheet arvostivat terapeuttia, jolla ei ollut kiire ja terapeutti pystyi rauhassa tutustumaan perheen asioihin. Yhteistyön kannalta oleellista oli asiakasperheiden näkökulmasta, että terapeutti ymmärsi perheen tilanteen, ei syyllistänyt, tuominut tai kertonut oppikirjamaisesti ohjeita tilanteessa (McWey, Humphreys, & Pazdera, 2011). Asiakasperheet tuottivatkin arvostavan työskentelyssä enemmän perheterapeutin ominaisuuksia, kuin hänen koulutustasoaan. Näiden lisäksi perheet kokivat olevansa haavoittuvassa asemassa työskentelyn tapahtuessa perheen kotona (McWey, Humphreys, & Pazdera, 2011). Tutkimuksen mukaan tämä tarkoitti sitä, että perheet kokivat, etteivät voi hämätä tai esittää kotona muuta kuin he oikeasti ovat, jolloin perheterapeutti näkee perheen aidosti sellaisena kuin he ovat. Tämä saattaa liittyä myös siihen, miksi erityisesti perheterapeutin sensitiivisiä piirteitä asiakasperheet tässä tutkimuksessa arvostivat. Tutkimuksessa perheterapeuttien haastatteluissa nousi esille, että terapeutit kokivat voivansa vastaanottoympäristöä enemmän havainnoida perheen ympäristöä kotona tehtävässä perheterapiassa ja saavansa tarkemmin tietoa perheestä (McWey, Humphreys, & Pazdera, 2011). Perheterapeutit olivat havainneet perheiden hyötyvän kotiin tehtävästä perheterapiasta, jotka aikataulullisten tai muiden käytännön syiden vuoksi eivät kykene vastaanottotyöskentelyyn. McWeyn, Humphreyn ja Pazderan (2011) mukaan perheterapeutit kokivat kotona tehtävän perheterapian vastaanottotyötä haastavampana, sillä perheen kotona työskennellessä työntekijä joutuu todellisissa tilanteissa selvittämään perheenjäsenten välejä ja osa perheterapeuteista koki vahvaa riittämättömyyden tunne näissä tilanteissa (McWey, Humphreys, & Pazdera, 2011). Perheterapeutit toivat esille yksimielisesti lisäkoulutautumisen tarpeen (McWey, Humphreys ja Pazdera, 2011).

Thompsonin, Benderin, Lantryn ja Flynnin (2007) tutkimuksessa tutkittiin miten kotiin tehtävän perheterapiassa perheterapeutin ja perheen välillä syntynyt allianssi vaikutti perheterapiaan sitoutumiseen. Kaikissa asiakasperheissä oli 12-18-vuotias nuori, jolla oli sosiaalihuollon asiakkuus. Työskentely oli 12 viikon ajan kerran viikossa toteutettua voimavarakeskeistä perheterapiaa perheiden kotona. Perheterapia työskentelyjakson jälkeen sekä terapiaan osallistuneet nuoret että vanhemmat haastateltiin ja arvioitiin sitä, miten osallistujat arvioivat terapeutin onnistuneen suhteen luomisessa perheen kanssa, sekä arvioivat sitä, miten perhe oli sitoutunut itse hoitoon, sekä sitä miten perheen keskinäinen yhteistyö oli kehittynyt hoidon aikana. Tutkimuksen

mukaan sekä vanhempien että nuorten myönteinen suhde terapeuttiin edisti asiakasperheen perheenjäsenten välistä suhdetta ja tätä kautta vaikutti koko perheen sitoutumiseen perheterapiaan (Thompson, Bender, Lantry, & Flynn, 2007). Tutkimuksen mukaan yhteistyön rakentamista perheen kanssa edesauttoi erityisesti perheterapeutin ominaisuudet (Thompson, Bender, Lantry, & Flynn, 2007). Perheterapeutin miellyttävä ja ystävällinen puhetapa, sekä perheterapeutin rauhallisena, neutraalina ja syyllistämättömänä pysyminen selvitellessä perheenjäsenten välisiä konflikteja arvostettiin erityisesti (Thompson, Bender, Lantry, & Flynn, 2007). Terapeutin miellyttävyyteen asiakasperheen näkökulmasta vaikutti myös terapeutin epävirallisuus, mikä saattoi näkyä terapeutin istumisena lattialla, tervehdystavoissa, terapeutin rentona vaatetuksena, sekä terapeutin kiireettömyys (Thompson, Bender, Lantry, & Flynn, 2007). Erityisesti nuorten vastauksissa näkyi nuorten arvostus aktiivista ja aidosti perheenjäsenistä kiinnostuvaa perheterapeuttia kohtaan, mutta nuorten vastauksissa allianssin merkitys perheterapeuttisessa työskentelyssä ei tullut esille yhtä vahvasti, mitä vanhempien vastauksissa (Thompson, Bender, Lantry, & Flynn, 2007). Tutkimus antaa viitettä siitä, että perheterapeutin ja perheenjäsenten välinen allianssi edistää myös myönteisesti perheenjäsenten keskinäistä allianssia toisiinsa.

Glebova, Foster, Cunningham, Brennan & Whitmore, (2012) tutkimuksessa tutkittiin asiakasperheen kotona tehtävän perheterapian perheterapeutin mukavuuden tunteen yhteyttä allianssin muodostamiseen asiakasperheen kanssa. Tutkimuksessa oli mukana 51 perheterapeuttia ja 185 asiakasperhettä, sillä kaikilla perheterapeuteilla oli useampi asiakasperhe. Hoitomuotona oli multisysteminen kotona toteutettu perheterapia, jossa oli viikoittaiset käynnit 17 viikon ajan. Perheterapeutin mukavuuden ja turvallisuuden tunnetta arvioitiin The Therapist Comfort Scale -kyselylomakkeella neljässä kohtaa perheterapiajakson aikana. Lisäksi asiakasperhe täytti samoissa aikamittauspisteissä kyselyn (Neighbourhood Rating Scale), jossa kysyttiin asuinalueen turvallisuutta ja viihtyisyyttä, sekä perheterapiaan liittyvän kyselyn (the Emotional Bonding subscale of the Working Alliance Inventory) terapeutin ja asiakasperheen välille syntyneestä allianssista. Tutkimuksissa osoitettiin, että perheterapeutin kokema mukavuuden ja turvallisuuden tunne oli yhteydessä rakentuneeseen allianssiin perheen kanssa (Glebova, Foster, Cunningham, Brennan & Whitmore, 2012). Toisin sanoen perheterapeutin kokiessaan olonsa perheen luona turvalliseksi ja mukavaksi, kykeni hän luomaan hyvän allianssin perheen kanssa. Terapeutin mukavuuden tunteeseen vaikutti muun muassa, miten turvalliseksi terapeutti koki perheterapian toteuttamisen perheen kotona itsensä ja perheenjäsenten puolesta (Glebova, Foster, Cunningham, Brennan & Whitmore, 2012). Huomioitavaa on, että tutkimuksessa vain asiakasperhe täytti perheterapeutin ja asiakasperheen allianssia arvioivan kyselyn. Tutkimuksessa tuli myös esille, että

perheterapeuttien välillä oli merkitseviä eroja siinä, miten turvalliseksi työskentely perheissä koettiin. Perheterapeuttien turvallisuuden ja mukavuuden tunteessa ei tapahtunut aikamittauspisteiden välillä muutosta, mikä saattaa tarkoittaa sitä, ettei terapeutin kokema turvallisuuden tunne vahvistunut, vaikka asiakasperhe tuli tutummaksi työskentelyn edetessä (Glebova, Foster, Cunningham, Brennan & Whitmore, 2012). Perheterapeutin turvallisuuden ja mukavuuden tunteeseen vaikutti myös perheen sosioekonominen asema, mikä saattoi näkyä muun muassa missä alueella ja millaisessa asunnossa asiakasperhe asui (Glebova, Foster, Cunningham, Brennan & Whitmore, 2012). Perheen etnisyydellä tai siinä miten perheterapeutin ja asiakasperheen etnisyydet kohtasivat ei ollut vaikutusta perheterapeutin turvallisuuden kokemukseen (Glebova, Foster, Cunningham, Brennan & Whitmore, 2012). Tutkimus antaa viitteitä siitä, että perheterapeutin kokemus omasta ja muiden perheenjäsenten turvallisuudesta kotona tehtävässä työskentelyssä on merkittävää onnistuneen allianssin rakentamisen kannalta (Glebova, Foster, Cunningham, Brennan & Whitmore, 2012). Kotona tehtävässä työskentelyssä on terapeutin omalla turvallisuuden kokemuksella merkitystä perheterapeuttisessa työssä.

Seuraavaksi esitetyt artikkelit (Woods, 1988; Reiter, 2000; Jordan, Alvarado, Braley & Williams, 2001; Fuller, 2004) kuvailevat kotona tehtävässä perheterapiassa kotiympäristön mahdollisuuksia terapeuttisessa työskentelyssä, sekä kotona tehtävään työhön liittyviä mahdollisia riskejä, mutta artikkelit eivät ole varsinaisia tutkimuksia. Artikkeleissa ei ole tarkkaan määritelty millaisesta kotiin tehtävästä perheterapiasta on kysymys. Artikkeleissa tarkoitetaan kotona tehtävällä perheterapialla (home-based family therapy) perheterapiaa, joka Yhdysvalloissa kuuluu osana sosiaalihuollon palveluita.

Woodsin (1988) katsauksessa on koottuna kotona tehtävän perheterapian erityispiirteitä, mutta katsauksessa ei ole tehty varsinaista tutkimusta asiasta. Woodsin (1988) mukaan kotona tehtävän terapian hyötyjä ovat perheterapian suunnittelu perheen tarpeita palvelevaksi, mahdollisuus perheen suoraan havainnointiin, uusien toimintatapojen implementointi, sekä se, että terapeutti tutustumalla perheeseen perheen omassa kodissa, terapeutti omaksuu nopeammin perhesysteemin. Perheterapian tekemisessä perheen kotona perheen arkikäytännöt tulevat selvemmin näkyväksi, jolloin perheterapian toteutuminen pystytään suunnittelemaan, siten ettei käynneistä ole enemmän haittaa tai rasitetta, mikä myös todennäköisesti lisää perheen sitoutumista annettuun terapiaan (Woods, 1988). Kotiympäristössä mahdollistuu perheenjäsenten välisten suhteiden, sekä toimintatapojen suora havainnointi, jonka terapeutti voi heti sanallistaa ääneen (Woods, 1988). Suoraan havainnointiin voi liittyä myös perheen kodin tuoma lisätieto perheestä muun muassa perheenjäsenten valokuvat tai rikkoutuneet huonekalut, mikä saattaa olla hoidon kannalta

merkittävää (Woods, 1988). Uusien toimintatapojen implementoinnilla Woodsin (1988) mukaan tarkoitetaan sitä, miten perheterapeutti kykenee perheen kotona luomaan perheenjäsenten välille toimintatapoja, jotka otetaan heti käytäntöön perheterapian tapahtuessa perheen kotona. Woodsin (1988) mukaan terapeutti antaa jo pelkällä läsnäolollaan asiakasperheen luona perheelle viestin halustaan tutustua perheeseen paremmin, sekä asettaa itsensä haavoittuvaan asemaan ollessaan vieraana perheen kodissa. Tällainen asetelma edistää terapeutin ja asiakasperheen välistä yhteistyösuhdetta ja sitä kautta perhe saattaa olla vastaanottavaisempi tarjotulle avulle (Woods, 1988).

Reiterin (2000) artikkelissa on koottuna kotona tehtävän perheterapian erityispiirteitä, mutta katsauksessa ei ole tehty varsinaista tutkimusta asiasta. Artikkelissa painotetaan asiakkaan kotiympäristön hyödyntämistä yhteistyön rakentamisessa asiakasperheen kanssa. Kotiympäristöön tutustumalla terapeutti pystyy hyödyntämään sitä liittymisessä (joining) perheen systeemiin, sekä hyödyntäessään näkemäänsä perheen kotona (utilization) terapeuttisessa keskustelussa (Reiter, 2000). Tämä voi näkyä käytännössä siinä, että tutustuessa perheeseen kotiympäristöä voi hyödyntää muun muassa antaen asiakasperheen esitellä ja kertoa omasta kodistaan. Reiterin (2000) mukaan terapeutin aktiivinen ja utelias suhtautuminen perheen kotiin ja asiakkaan puheeseen hänelle merkityksellisistä esineistä, edistää liittymistä perhesysteemiin ja sitä kautta terapeutti voi muodostaa yhteistyösuhdetta perheen kanssa (Reiter, 2000). Työskentelyssä antamalla asiakkaan päättää missä huoneessa käynti pidetään tai millaisia perheen omia lautapelejä pelataan, voi terapeutti omien sen hetkisten havaintojensa kautta edistää perheen kanssa keskustelua (Reiter, 2000). Tämä kautta perheen asuinympäristöä voidaan hyödyntää yhteistyösuhteen muodostamisessa, sekä itse työskentelyssä (Reiter, 2000).

Jordanin, Alvaradon, Braleyn ja Williamsin (2001) katsauksessa esiteltiin yleisemmin kotona tehtävän perheterapian piirteitä, mutta katsauksessa ei ole tehty varsinaista tutkimusta asiasta. Katsauksessa keskeisemmin nousi esille, miten kotona tehtävässä terapeuttisessa työssä mahdollistuu perheen kotiympäristön havainnointi ja havaintojen hyödyntäminen itse perheterapiassa. Tämä tarkoittaa sitä, että terapeutin tulee kyetä oikea-aikaiseen ympäristön havainnointiin ja asioiden puheeksi nostamiseen itse työskentelyssä (Jordan, Alvarado, Braley & Williams, 2001). Artikkelissa korostetaan sitä, että havainnoinnilla tarkoitetaan perheenjäsenten sekä toimintatason, eli käyttäytymisen havainnointia, että emotionaalisen tason, eli tunneilmapiirin havainnointia. Jordanin, Alvaradon, Braleyn ja Williamsin (2001) korostavatkin terapeutin täytyvän luovan ensin kaikkiin perheenjäseniin riittävä allianssi, jotta terapeutti pystyy työskentelemään näkemiensä havaintojen kanssa. Työskentely vaatii terapeutilta monenlaisia taitoja, jotta terapeutti

osaa arvioida havaintojaan ja miten toimia havaintojensa kanssa. Jordanin, Alvaradon, Braleyn ja Williamsin (2001) mukaan kotona tehtävässä perheterapiassa työn haasteena on erityisesti terapeutin omien rajojen ja oman roolin tiedostaminen. Tämä tarkoittaa sitä, että terapeutin tutustuessa ja liittyessä mukaan perhesysteemiin terapeutin rooli pysyy kaikille perheenjäsenille selvänä. Kotona tehtävässä perheterapiassa riskinä on, että perheterapeutista tulee ongelmien ratkoja, siten että terapeutti pyrkii yksin ratkomaan perheen ongelmaa, sen sijaan että houkuttelee kaikki perheenjäsenet yhdessä ratkomaan perheen haastetta (Jordan, Alvarado, Braley & Williams, 2001).

Fullerin (2004) katsauksessa on koottuna kotona tehtävän perheterapian erityispiirteitä, mutta katsauksessa ei ole tehty varsinaista tutkimusta asiasta. Fullerin (2004) mukaan kotona tehtävässä perheterapian hyötyinä on kotiympäristön hyödyntäminen yhteistyösuhteen muodostamisessa, perheenjäsenten välisen toiminnan havainnoinnissa, sekä se miten erilaisia toimintamalleja pystytään heti ottamaan käyttöön perheen kodissa ollessa. Kotona tehtävän perheterapian riskinä Fullerin (2004) mukaan on se, miten herkästi kotikäynti saattaa mennä enemmän sosiaaliseen vierailuun, kuin itse terapeutin työskentelyyn, mikäli terapeutti ei ole riittävän tietoinen omasta roolistaan. Ensisijaisena hyötynä Fuller (2004) siis näkee kotona tehtävässä perheterapiassa sen, miten terapeutti pyrkii luomaan suhdetta asiakasperheeseen, siten että terapeutti mukauttaa omaa rooliaan suhteessa perheeseen, jotta pääsee osaksi asiakasperhettä. Terapeutin tulee ikään kuin muokata omaa rooliaan siten, että se sopii perheen tyyliin ja tässä terapeutti pystyy hyödyntämään perheen kotia saadakseen ymmärryksen perheen tavoista ja olemisesta. Kotona tehtävä työ tuo mahdollisuuden suoraan havainnointiin perheen kodista ja sen antamista vihjeistä perheestä ja sen dynamiikasta (Fuller, 2004). Poiketen tavanomaisesta terapiasta kotona tehtävässä työssä voidaan tarkastella sitä, ketkä perheenjäsenet ovat kotona, mutta eivät osallistu itse tapaamiseen, sekä sitä ketkä eivät ole ylipäättään kotona tapaamisen aikana. Lisäksi Fullerin (2004) mukaan kotona tehtävän työskentelyn etuna on erilaisten interventioiden kohdalla, se että intervention tuomia käytänteitä voidaan heti kokeilla ja harjoitella kotona. Fullerin (2004) mukaan asiakkaan kotona tehtävässä perheterapiassa joidenkin perheiden kohdalla on riskinä, että kotikäynnistä tulee sosiaalinen vierailu, eikä varsinaisesta perheterapian käynnin aiheesta päästä puhumaan. Tätä saattaa vaikeuttaa muun muassa asiakasperheen tarjoilut. Tämän vuoksi terapeutin vastuulla on puheenaiheen muuttaminen käynnin tarkoituksen mukaiseksi, ilman myönteistä ilmapiiriä muuttamalla, esimerkiksi ottamalla vihon esille merkiksi käynnin luonteen muutoksesta (Fuller, 2004). Tämä tarkoittaa sitä, että terapeutin tulee olla tietoinen omasta roolistaan kotikäynnin aikana

huolimatta muuttuvista ja yllättävistä tilanteista ja terapeutin täytyy pystyä pitämään käynnin tarkoitus mielessään huolimatta siitä, mitä kotikäynnin aikana tapahtuu.

4. Pohdinta

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on tarkastella kotiin tehtävää perhekuntoutusta ja erityisesti työympäristön eli asiakasperheen kodin tuomia erityispiirteitä ja niiden vaikutusta itse työskentelyyn. Katsauksen tavoitteena on tuoda esille kotiin tehtävän kuntoutuksellisen ja terapeuttisen työn erityispiirteitä, joita työskentelyssä tulisi huomioida kuntoutustavoitteiden saavuttamiseksi. Katsauksen artikkelihauussa tuli esille, ettei kotiin tehtävästä perhekuntoutusta ole tutkimuksia, jonka vuoksi kirjallisuushaku rajautui kotiin tehtävään perheterapiaan ja sen myötä kaikkiaan kahdeksan artikkelia valikoitui tähän katsaukseen. Vaikka tähän kirjallisuuskatsaukseen valikoituneet artikkelit tarkastelivat kotona tehtävää perheterapiaa, voi tutkimustuloksia rinnastaa kotona tehtävään perhekuntoutukseen.

Katsausartikkelin perusteella vaikuttaa siltä, että terapeuttisessa työskentelyssä työntekijä kykenee hyödyntämään asiakkaan kotia yhteistyön muodostamisessa monenlaisella tavalla. Onnistuneen yhteistyösuhteen muodostuminen asiakasperheen ja terapeutin välille sitoutti asiakasperhettä työskentelyyn perheen kotona (McWey, Humphreys, & Pazdera, 2011; Thompson, Bender, Lantry, & Flynn, 2007, Reiter, 2000). Jo itsessään asiakkaan kotiin tuleminen sen sijaan, että tapaaminen järjestettäisiin työntekijän työtiloissa, luo asiakkaalle vaikutelma siitä, että hänen perheestään ollaan kiinnostuneita (Reiter, 2000; Woods, 1988). Artikkeleissa tuli vahvasti esille, että asiakasperheet kokevat perheterapeutin ominaisuuksien vaikuttavan yhteistyön rakentumiseen ja terapian tuloksellisuuteen (McWey, 2008; McWey, Humphreys, & Pazdera, 2011; Thompson, Bender, Lantry, & Flynn, 2007). Perheterapeuttien neutraali, syyttelemätön puhetapa ja aktiivinen osallistuminen, sekä kiinnostunut asenne perheen asioista edisti allianssin syntymistä perheiden ja terapeuttien välillä, ja edisti myös perheenjäsenten keskinäistä sitoutumista annettuun perheterapiaan (Thompson, Bender, Lantry, & Flynn, 2007). Nämä ovat kaikki ominaisuuksia, joita myös tavanomaisella vastaanotolla tapahtuvassa perheterapiassa pidetään tärkeinä, mutta saattaa olla, että tavatessa perhettä heidän omassa kodissa näiden piirteiden tärkeys korostuu. Katsauksessa tulikin esille, että asiakkaat olivat kokeneet olevansa haavoittuvammassa tilassa työntekijän tullessa perheen kotiin (McWey, Humphreys, & Pazdera, 2011), jonka vuoksi saattaa olla, että perheterapeutin puhetapaa ja puhetta tulkitaan kotioloissa herkemmin. Katsausartikkelien perusteella kotona tehtävän perheterapian hyödyksi nähdään mahdollisuus havainnoida perheentilanteita perheen aidossa ympäristössä, jolloin tilanteissa pystyy heti pysähtymään ja

miettimään tapahtunutta perheen kanssa (Fuller, 2004; Jordan, Alvarado, Braley & Williams, 2001; McWey, 2008; Woods, 1988), jolloin perhe saa myös kokemuksen välittömästä palautteesta.

Kotona tehtävässä työskentelyssä on myös mahdollisia riskejä ja katsaukseen valikoiduissa artikkeleissa tuli esille samankaltaisia haasteita. Asiakkaan kotiympäristössä käyntien struktuuri on herkemmin rikottavissa, sillä kotona saattaa tapahtua jotain sellaista, mihin työntekijä ei pysty vaikuttamaan (Christensen, 1995). Perheterapeutti tulee olla tietoinen omasta roolistaan perheestä, sekä rajoistaan, jotta ennakoimattomista tilanteista huolimatta, käynnin tarkoitus ja tavoite pysyy mielessä (Fuller, 2004; Jordan, Alvarado, Braley & Williams, 2001). Perheterapeutin oma, sekä muiden perheenjäsenten turvallisuuden tunne oli keskeinen kotiin tehtävän työtä mahdollisesti heikentävä tekijä (Christensen, 1995; Glebova, Foster, Cunningham, Brennan & Whitmore, 2012). Perheterapeutin kokema turvallisuuden tunne oli yhteydessä perheen kanssa muodostettuun yhteistyösuhteen laatuun (Glebova, Foster, Cunningham, Brennan & Whitmore, 2012). Artikkelien perusteella perheterapeutin turvallisuuden tunteella on keskeinen merkitys siihen, miten perheterapeutti kykenee toteuttamaan hoidon perheen kotona.

Katsauksen tulokset ovat yhtenäiset aiemman terapiatutkimuksen kanssa, jossa terapeutin ominaisuuksilla, kuten empatia kyvyllä vaikuttaa olevan eniten vaikutusta yhteistyösuhteen muodostumiseen ja sitä kautta hoidon vaikuttavuuteen (Lindberg, Stenius, Salo, 2015; Wahlström, 2012). Työntekijän näkökulmasta työskentely haastaa monessa mielessä, sillä ollessa asiakasperheen kotona, jossa voi ennakoimattomasti asioita tapahtua, saattaa olla huomattavasti haastavampaa pysyä neutraalina, mitä vastaanottotiloissa. Artikkeleissa oli heikosti kuvattu haastateltujen perheterapeuttien aiempaa työkokemusta ja ikää, sillä perheterapeuttien tapaa toimia ennakoimattomissa tilanteissa perheiden kotona saattaisi myös selittää perheterapeuttien kokemattomuus työskennellä perheiden kotona. Christensenin (1995) artikkelissa tuli esille, miten kokeneemmat perheterapeutit eivät kokeneet kotikäyntien ennakoimattomia häiriöitä itse työskentelyä häiritseväksi, kun taas kokemattomammat perheterapeutit kokivat häiriöt työskentelyn laatua heikentäväksi. Perheterapeuttien kokemukset turvallisuuden tunteesta vaihtelivat paljon kotona tehtävässä perheterapiassa (Glebovan, Foster, Cunningham, Brennan & Whitmore, 2012), jolloin voi miettiä selittääkö turvallisuuden kokemusta myös terapeuttien yksilölliset erot ja kyvyt toimia spontaanisti tilanteessa, jonka kokee uhkaavana.

Nyt esitetyt havainnot kotona tehtävän perheterapian erityispiirteistä on rinnastettavissa kotona tehtävään perhekuntoutukseen. Tämän katsauksen perusteella keskeistä on työntekijänä kiinnittää huomiota omaan tapaansa puhua, toimia ja asettautua perheen kodissa. Aktiivinen ja aito uteliaisuus

työskentelyyn, sekä pyrkimys luoda allianssi kaikkien perheenjäsenten kesken ovat keskeisiä piirteitä yhteistyön muodostamiseksi. Perheen kodin ottaminen mukaan keskusteluun tai lasten osallistaminen esittelemällä heille tärkeitä huoneita voisi myös tukea yhteistyösuhteen luomista. Perhekuntoutusta toteutetaan yleensä työparina, jolloin työskennellessä parin kanssa perheen kotona työskentely on turvallisempaa jo pelkän työparin läsnäolon vuoksi. Katsauksen perusteella voi todeta kotiin tehtävässä työssä olevan etunsa varsinkin perheiden kohdalla, joille tavanomaisesti toteutetut hoitomenetelmät eivät sovellu. Vaikka tähän katsaukseen valikoituneet artikkelit olivat yhtä australialaista artikkelia huomioimatta yhdysvaltalaisia, on Suomessakin todetusti joukko perheitä, joille ei tämän hetkiset tavanomaiset palvelut sovellu (Hulkko yms., 2017). Suomen kuntoutusjärjestelmä on eriytynyt joko lääkinälliseen tai sosiaaliseen kuntoutukseen, jolloin perheissä, joissa tarvitaan monenlaista kuntoutusta, palvelut ovat sirpaleiset. Tämän lisäksi kotona tehtävä terapeutin työskentely ei vielä tällä hetkellä ole Suomessa kovinkaan käytettyä ja tämän katsauksen perusteella asiakkaan kotiympäristössä työskentelyssä on erityispiirteitä, mitkä tulee ottaa huomioon terapeutin työskentelyssä.

Tämän kirjallisuuskatsauksen rajoituksina on kotiin tehtävästä terapeutin työstä tehty vähäinen tutkimus. Tähän katsaukseen valikoituneista artikkeleista puolet oli laadullisia kuvauksia kotiin tehtävästä perheterapiasta, joissa oli heikosti kuvattuna itse menetelmä. Aiheen tarkastelua vaikuttaa hankaloittavan se, että kotiin tehtävä perheterapia (home-based family therapy) on Yhdysvalloissa käytetty palvelu sosiaalihuollon palveluissa, kun taas Suomessa perheterapia on yksi lääkinällisen kuntoutuksen terapiamuoto. Tämä näkyi esimerkiksi siinä, että perheterapia oli useimmissa artikkeleissa kestollaan vain muutamia kuukausia. Kaikissa valituissa artikkeleissa otokset ovat sosiaalihuollon asiakkaita, jotka saattavat olla jo lähtökohtaisesti vaikeasti sitoutuneita palveluun tai ovat mahdollisesti pakotettuina ottamaan palvelun vastaan. Tämän vuoksi voi olla, että terapeutin turvallisuuden tunne nousi niinkin keskeiseen asemaan artikkeleissa. Tämän artikkelin tarkoituksena ei kuitenkaan ollut tarkastella itse terapiamuotoa vaan työympäristön erityispiirteitä, jonka vuoksi perheterapian erilainen toteutustapa ei siten heikennä tässä työssä esille tulleita tuloksia. Katsauksessa esiteltyjen artikkelien keskeisimmät havainnot tai terapeutin kokemukset ovat kuitenkin samansuuntaisia, vaikka otoskoot artikkeleissa ovatkin pieniä ja menetelmät, joilla perheterapeuteja on haastateltu hyvin vaihtelevia ja puolistrukturoituja.

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on tarkastella kotiin tehtävää perhekuntoutusta ja erityisesti asiakasperheen kodin tuomia erityispiirteitä ja niiden vaikutusta itse työskentelyyn. Terapeutin työskentelyssä työntekijä kykenee hyödyntämään asiakkaan kotia yhteistyön muodostamisessa monenlaisella tavalla ja onnistuneen yhteistyösuhteen muodostuminen

asiakasperheen ja terapeutin välille sitouttaa asiakasperhettä työskentelyyn. Kotona tehtävän työskentelyssä tulee huomioida terapeutin kokema turvallisuus, koska sillä on vaikutusta perheen kanssa yhteistyön muodostamiseen. Perheterapeutin tulee myös olla tietoinen omasta roolistaan ja rajoistaan toteuttaakseen perheterapiaa tavoitteiden mukaisesti. Kotiin tehtävän terapeutin ja moniammatillisen perhekuntoutuksen tarve on ilmeinen ja olisi jatkossa suositeltavaa tarkastella erilaisia interventio- ja terapiamuotoja siitä näkökulmasta, miten ne olisivat sovellettavissa toteutettavaksi asiakasperheen luona. Lisäksi suositeltavaa olisi, että terveyden ja sosiaalialan ammattilaisten osaaminen tulisi hyödynnettyä yhteisesti, sillä korkean riskin tai väliinputoaja perheiden kohdalla tarvitaan monialaista osaamista

Lähteet

*Kirjallisuuskatsauksessa mukana olleet artikkelit

Adnopo, J. (2002). Home-based treatment for children with serious emotional disturbance. Teoksessa D. T. Marsh & M.A. Fristad (toim.), *Handbook of serious emotional disturbance in children and adolescents* (s. 334-350). New York: John Wiley.

Ailoranta, M. (2019). Sosiaalityöntekijä, Profiam Sosiaalipalvelut. Suullinen tiedonanto. 19.3.2019.

Autti-Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M., & Ylinen, A. (2016). Kuntoutuminen. Tallinna: Printon Trukikoda.

Autti-Rämö, I. & Salminen, A-L. (2016). Kuntoutumisen hyvät käytännöt. Teoksessa I. Autti-Rämö, A-L. Salminen, M. Rajavaara & A. Ylinen (toim.), *Kuntoutuminen* (s. 14-17). Tallinna: Printon Trukikoda.

Aronen, E.T., & Kurkela, S.A. (1996). Long-term effects of an early home-based intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1665-1672.

Bandura, A. (2001). Social Cognitive theory: an agentic perspective. *Annual Review of psychology*, 52, 1-26.

Barlow, J., Smailagic, N., Hubbard, N., Roloff, V., & Bennett, C. (2014). Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. *Cochrane database of systematic reviews*, 5.

Biringen, Z., Altenhofen, S., Aberle, J., Baker, M., Brosal, A., Bennet, S., Coker, E., Lee, C., Meyer, B., Moorlag, A. & Swaim, R. (2012). Emotional availability, attachment, and intervention in center-based care for infants and toddlers. *Development and Psychopathology*, 24, 23–24.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (2005). *A Secure base*. London: Routledge.

Camoirano, A. (2017). Mentalizing Makes Parenting Work: A Review about Parental Reflective Functioning and Clinical Interventions to Improve It. *Frontier Psychology*, 8, 1-12.

* Christensen, L. L. (1995). Therapists' perspectives on home-based family therapy. *The American Journal of Family Therapy*, 23, 306–314

Cortes, L. (2004). Home-based family therapy: A misunderstanding of the role and a new challenge for therapists. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 12, 184–188.

Dembo, R., Dudell, G., Livingston, S., & Schmeidler, L. (2002). Family empowerment intervention: Conceptual foundations and clinical practices. Teoksessa R. Dembo & N. J. Pallone (toim.), *Family Empowerment as an intervention strategy in juvenile delinquency* (s. 1-31). Binghamton, NY: Haworth Clinical Practise Press.

- Dishion, T., Forgatch, M., Chamberlain, P., & Pelham, W.E. (2016). The Oregon model of behavior family therapy. From intervention design promoting large-scale system change. *Behaviour Therapy*, 47, 301-309.
- Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking. Some clinical and theoretical considerations in the treatment of borderline patients. *International Journal of Psychoanalysis*, 72.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.
- *Fuller, A. (2004). Crisis: Home-based family therapy. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 25, 177-182.
- *Glebova, T., Foster, S.L., Cunningham, P.B., Brennan, P.A., & Whitmore, E. (2012). Examining Therapist Comfort in Delivering Family therapy in Home and Community Setting: Development and Evaluation of the Therapist Comfort Scale. *Psychotherapy*, 49, 52-61.
- Grieblenberger, J.F., Kelly, K., & Slade, A. (2005). Maternal reflective functioning, mother-infant affective communication, and infant attachment: exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment. *Attachment and Human Development*, 7, 299-311.
- Henggeler, S. W., Melton, G. B., & Smith, L. A. (1992). Family preservation using Multisystemic therapy: An effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 953-961.
- Heino, T. (2008). Lastensuojelun avohuolto ja perhetyö, kehitys, nykytila, haasteet ja kehittämisehdotukset. Helsinki. Stakes
- Huikko, E., Kovanen, L., Torniainen-Holm, M., Vuori, M., Lämsä, R., Tuulio-Henriksson, A., & Santalahti, P. (2017). Selvitys 5-12 -vuotiaiden lasten mielenterveyshäiriöiden hoito- ja kuntoutuspalvelujärjestelmässä Suomessa. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 14/2014.
- Hukkanen, R., Sourander, A., Santalahti, P., & Bergroth, L. (2005) Have psychiatric problems of children in children's homes increased? *Nordic Journal of Psychiatry*. 5, 481-5.
- Härkäpää, K., Valkonen, J., & Järvikoski, A. (2016). Kuntoutujan motivaatio ja sitoutuminen. Teoksessa I. Autti-Rämö, A-L. Salminen, M. Rajavaara & A. Ylinen (toim.), Kuntoutuminen (s. 74-82). Tallinna: Printon Trukikoda.
- Jaffe, J., Beebe, B., Feldstein, S., Crown, C.L, & Jasnow, M.D. (2001). Rhythms of dialogue in infancy: coordinated timing in development. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 66, 1-132.
- Jalonen, K. (1999). Emilia ja Eemil. Perhekuntoutuskeskus Lauste ry. Turku: Painoprisma
- Johnston, C., Mash, E., Miller, N., & Ninowski, J. (2012). Parenting in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Clinical psychology review*, 32, 215-228.

*Jordan, K., Alvarado, J., Braley, R., & Williams, L. (2001). Family Preservation Through Home-Based Family Therapy: An Overview. *Journal of Family Psychotherapy*, 12, 31-43.

Järvikoski A. (2013). Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusraportteja ja muistioita 2013:43. Helsinki: STM.

Kaehler, L.A., Jacob, M., Jones, D.J. (2016). Distilling common history and practise elements to inform dissemination. Hanf-model BPT programs as an example. *Clinical child and psychology review*, 19, 236-258.

Kalland, M. (2014). Vanhemman mentalisaatiokyky. Teoksessa A. Viinikka (toim.), Mentalisaatio perheiden kohtaamisessa, s.26-38. Tampere: Hämeen Kirjapaino Oy

Karjalainen, P., Santalahti, P., & Sihvo, S. (2016). Vaikuttavatko vanhemmuustaitoja tukevat ohjelmat lapsen käytöshäiriöiden ja -ongelmien ehkäisyssä ja vähentämisessä? *Duodecim*, 132, 967-974.

Kasvun tuki (2019). Työmenetelmät. Viitattu 9.3.2019.
https://www.kasvuntuki.fi/tyomenetelmät/?_sfm_kohderyhma=perheet

Knekt, P., Lindfors, O., Laaksonen, M., Renlund, C., Haaramo, P., Härkänen T., & Virtala, E. (2010). Quasi-experimental study on the effectiveness of psychoanalysis, long-term and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms, work ability and functional capacity during a 5-year follow-up. *Journal of Affective disorders*, 132, 37-47.

Korja, R. & Lindblom, J. (2013). Dynaamiset perhesuhteet vauvaperheissä. *Psykologia*, 48, 356-370.

Kuntoutusportti (2019). Kuntoutusmuodot. Viitattu 23.2.2019
<https://kuntoutusportti.fi/kuntoutujalle/kuntoutuksen-jaottelut/sosiaalinen-kuntoutus/>

Käypä hoito suositus (2017). Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö. Viitattu 23.2.2019.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50061>

Käypä hoito suositus (2018). Käytöshäiriöt (lapset ja nuoret). Viitattu 9.3.2019.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50118>

Lamber, M.J. & Barley, D.E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, 38, 357-361.

Lastensuojelun käsikirja (2018). Perhekuntoutus. Viitattu 9.3.2019.
<https://thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja/tyoprosessi/avohuolto/lastensuojelun-avohuollon-tukitoimet/perhekuntoutus>

Lastensuojelulaki (2017). Viitattu 8.3.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>

Lindberg, M., Stenius, J., & Salo, O. (2015). Psykoanalyttinen viitekehys hoitosuhteen tukena. Teoksessa M. Lindberg, O. Louheranta, K. Mustonen, O. Salo & J. Stenius (toim.), *Psykoterapeuttinen hoitosuhde* (s.12-24). Tallinna: Printon Trukikoda.

- Lindblom, J. (2017). Significance of early Family Environment on Children's Affect Regulation. From family autonomy and intimacy to attentional process and mental health. Tampereen Yliopiston väitöskirja, 2287. Tampere University Press. Luettavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/101411/978-952-03-0457-7.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Linnakangas, R., Lehtoranta, P., Järvikoski, A., & Suikkanen, A. (2010) Perhekuntoutus puntarissa. Kelan psykiatrisen perhekuntoutuksen kehittämishankkeen arviointi. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia, 109, 2010.
- Norcross, J. C. (2010). The therapeutic relationship. Teoksessa B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (toim.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy*, 2.painos (s. 113-141). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Nätkin, Ritva & Vuori, Jaana (2007) Perhetyön tieto ja kritiikki. Johdanto perhetyön muuttuvaan kenttään. Teoksessa Jaana Vuori & Ritva Nätkin (toim.) Perhetyön tieto. Tampere: Vastapaino, 7-38.
- Macchi, C.R. & O'Conner, N. (2010). Common components of Home-based family therapy models: The HBFT partnerships in Kansas. *Contemporary Family therapy*, 32, 444-458.
- *McWey, L.M., Humpreys, J., Pazdera, A.L. (2011). Action-oriented evaluation of an in-homefamily therapy program for families at risk for foster care placement. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37, 137-152.
- Pajulo, M., Salo, S., & Pyykkönen, N. (2015). Mentalisaatio ihmistä suojaavana tekijänä. *Duodecim*, 131, 1050-1057.
- Pfiffner, L.J., & Haack, L. (2014). Behavior management for school-aged children with ADHD. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23, 731-746.
- *Reiter, M.D. (2000). Utilizing the Home Environment in Home-Based Family therapy. *Journal of Family therapy*, 11, 27-39.
- Roessler, RT. (1989). Motivational factors influencing return to work. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 20, 14-17.
- Sandels, M. R., Kirby, J.N., Tellegen, C. L. & Day, J. J. (2014). The triple P-Positive parenting program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clinical Psychology Review*, 34, 337-357.
- Shadis W.R. & Baldwin, S.A. (2003). Meta-analysis of MFT interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 547-570.
- Shimokawa, K., Lambert, M. J., & Smart, D.W. (2010). Enhancing Treatment Outcome of Patients at Risk of Treatment Failure: Meta-Analytic and Mega-Analytic Review of a Psychotherapy Quality Assurance System. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 298-311.
- Salo, S. & Flykt, M. (2013). Lapsen ja vanhemman välisen emotionaalisen saatavillaolon merkitys lapsen kehityksessä ja hyvinvoinnissa. *Psykologia*, 48, 403-416.

- Slade, A. (2002). Keeping the baby in mind: A critical factor in perinatal mental health. *Zero to Three*, 6, 10-16.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: an introduction. *Attach Human Dev*, 7, 269-281.
- Solantaus, T., Paavonen, E.J., Toikka, S., & Punamäki, R-L. (2010). Preventive interventions in families with parental depression: Children's psychosocial symptoms and prosocial behaviour. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 883-892.
- Sosiaalihooltolaki (2014). Viitattu 9.3.2019.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=sosiaalihooltolaki>
- Sosiaalihooltolain soveltamisopas (2017). Sosiaali- terveystieteiden ministeriö. Julkaisuja 2017:5. Helsinki.
- Sprengle, D.H., Davis, S.D. & Lebow, J.L. (2009). Common factors in couple and family therapy. The overlooked foundation for effective practice. New York: The Guildford Press.
- Sourander, A., McGrath, P.J., Ristkari, T. ym., (2016). Internet-assisted parent training intervention for disruptive behavior in 4-year-old children. A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 73, 378-387.
- Stringaris, A., Vidal-Ribas, P., Brotman, M.A. & Leibenluft, E. (2018). Practitioner view. Definition, recognition, and treatment challenges of irritability in young people. *The Journal of child psychology and psychiatry*, 59, 721-739.
- Suuniitty, J. (2014). Lastensuojelun intensiivinen kotikuntoutus asiakirjojen valossa. Pro gradu, Turun yliopisto.
- Szapocznik, J., & Williams, R. A. (2000). Brief strategic family therapy: Twenty-five years of interplay among theory, research, and practice in adolescent behavior problems and drug abuse. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 117-134.
- Terveystieteidenhoitolaki (2010): 8§ Laatu ja potilasturvallisuus. Viitattu 9.3.2019.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L1P8>
- Thomas, R. & Zimmer-Gembeck, M.J. (2007). Behavioral outcomes of parent interaction therapy and Triple-P – Positive parenting program: A review and meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 475–95.
- *Thompson, S. J., Bender, K., Lantry, J., & Flynn, P. M. (2007). Treatment engagement: Building therapeutic alliance in home-based treatment with adolescents and their families. *Contemporary Family Therapy*, 29, 39–55.
- Wahlberg, K.E. (1994). Biopsykososiaalinen malli perheterapiassa. *Perheterapia*, 10, 37-42.
- Wahlberg, K.E. (2012). Perhe- ja verkostoterapeuttinen näkökulma psykoterapiassa. Teoksessa S. Eronen & P. Lahti-Nuutila (toim.), *Mikä psykoterapiassa auttaa?* (s.213-236). Porvoo: Bookwell.

Walström, J. (2012). Psykoterapian tulos ja siihen vaikuttavat tekijät. Teoksessa S. Eronen & P. Lahti-Nuuttila (toim.), *Mikä psykoterapiassa auttaa?* (s.35-70). Porvoo: Bookwell.

Ward, A.B., Barnes, M.P., Stark, S.C., & Ryan, S. (2009) Oxford handbook of clinical rehabilitation.

Westman R, Haverinen R, Ristikartano V, Koivisto J, Malmivaara A. Perheinterventioiden vaikuttavuus. Helsinki: Stakes, FinSoc Arviointiraportteja 5, 2005.

*Woods, L. J. (1988). Home-based family therapy. *Social Work, May-June*, 211-214.

Vuori, M., Tuulio-Henriksson, A., & Autti-Rämö, I. (2018). Kelan kehittämän monimuotoisen perhekuntoutuksen tuloksellisuus, soveltuvuus ja hyväksyttävyyys. Sosiaali- ja terveysturvan raportteja, 11, 2018.

Zarski, J.J. & Fluharty, L.B. (1992). Treating emotionally disturbed youth: A comparison of home-based and outpatient intervention. *Contemporary family therapy*, 14, 335-350.