



MDFT NUORISOPSYKIATRISENA HOITOMUOTONA

- TAYSIN NUORISOPSYKIATRIAN
VASTUUALUE

LK Mikko Uimonen
Syventävä opinnäytetyö
Tampereen yliopisto
2016

Tampereen yliopisto

Lääketieteen yksikkö

Mikko Uimonen: MDFT nuorisopsykiatrisena hoitomuotona – Taysin nuorisopsykiatrian vastuualue

Kirjallinen työ, 83 s.

Ohjaaja: professori Riittakerttu Kaltiala-Heino

Toukokuu 2016

Avainsanat: käytöshäiriö, perheterapia, hoitoprosessi.

MDFT (Monimuotoinen perheterapia) on perhekeskeinen intensiivinen yhdistelmähoitomuoto, joka on alun perin kehitetty nuorten päihde- ja käytöshäiriöiden hoitoon. MDFT:n lähtökohtana on huomioida nuoren koko elinympäristö nuoren oireilun riski- ja toisaalta suojatekijänä.

MDFT-hoidossa työtä tehdään niin nuoren ja vanhempien kanssa kuten myös koko perheen kesken. Lisäksi tehdään yhteistyötä perheen ulkoisten toimijoiden, kuten kouluhenkilökunnan ja lastensuojelun kanssa.

MDFT on ollut käytössä Taysin nuorisopsykiatrian vastuualueella vuodesta 2011. MDFT:a on käytetty Taysissa monenlaisiin nuorisopsykiatrisiin ongelmiin alkuperäisten käyttöindikaatioiden, käytös- ja päihdehäiriöiden lisäksi.

Tämä opinnäytetyö koostuu MDFT-menetelmän esittelystä, MDFT:n vaikuttavuutta koskevaa tutkimustietoa käsittelevästä kirjallisuuskatsauksesta sekä MDFT-menetelmän käyttöä Taysissa kartoittavasta tutkimuksesta. Tutkimuksen keskeisinä tavoitteina oli kartoittaa potilasryhmiä, joille MDFT:a on käytetty, kartoittaa MDFT:n toteutukseen liittyviä asioita sekä arvioida MDFT-hoidon kirjaamisen laatua sairaskertomuksissa.

Sisällysluettelo

1.JOHDANTO.....	4
1.1.Nuorten käytöshäiriöt	4
1.2.Uudet vaatimukset nuorten käytöshäiriön hoidossa	8
2.MDFT MENETELMÄNÄ	9
2.1.Teoreettinen viitekehys.....	10
2.2.MDFT:n tavoitteet	10
2.3.MDFT kliinisessä työssä	11
2.3.1.MDFT-hoidon toteutus	13
2.3.1.1.Vaihe I	14
2.3.1.2.Vaihe II	18
2.3.1.3.Vaihe III	22
2.4.MDFT:n vertailua muihin psykososiaalisiin yhdistelmähoitoihin: MST ja FFT.....	23
2.4.1. FFT	24
2.4.2.MST.....	24
3.MDFT:N VAIKUTTAVUUDEN ARVIOINTIA	25
3.1.Vaikuttavuuden kriteerit	25
3.2.Tutkimuskatsaus MDFT:n vaikuttavuudesta	26
3.2.1.Vaikuttavuus vastemuuttujien osalta.....	26
3.2.2.Hoidon tehoon vaikuttavat MDFT-hoidon ominaispiirteet.....	29
3.2.3.MDFT:n tehoon vaikuttavat tapauskohtaiset muuttujat	31
3.2.4.MDFT:n sekä sen vaikuttavuustutkimusten heikkouksia	32
3.3.Lopuksi.....	34
4.MDFT:N SOVELTUVUUS NUORISOPSYKIATRISTEN ONGELMIEN HOITOON	35
4.1.Nuoruusiän kehitys ja sen ongelmat	35
4.2.MDFT:n mahdollisuudet nuorisopsykiatrisessa hoidossa	37
4.3.MDFT:n sovellutus psykososiaalisen kehityksen häiriöiden hoitoon	38
4.3.1.Masennus	39
4.3.2.Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD).....	41
4.3.3.Syömishäiriöt.....	43
5.MDFT nuorisopsykiatrisena hoitomuotona - Taysin nuorisopsykiatrian vastuualue	46
5.1.JOHDANTO.....	46
5.2.AINEISTO JA MENETELMÄT	48
5.3.TULOKSET	48
5.4.POHDINTA	63
5.5.PÄÄTELMÄT	70
LÄHTEET	70

1. JOHDANTO

1.1. Nuorten käytöshäiriöt

Nuorten käytöshäiriöillä (F91) tarkoitetaan häiriöitä, joissa nuoren käytös rikkoo ikäryhmän sosiaalisia normeja. Käytöshäiriöt voivat ilmetä aggressiivisena, asosiaalisena tai uhmakkaana käytöksenä, esimerkiksi tappeluna, varasteluna, kiusaamisena, ilkeänä tai tiuhoina ja voimakkaina raivokohtauksina. Edellä mainittujen käyttäytymismallin sekä oireiden tulee olla usein toistuvia ja pitkään jatkuvia. (WHO 1994)

Käytöshäiriö-diagnoosin perusteena käytetään ICD-10-luokituksen mukaan 23 oireen listaa (taulukko 1).

Taulukko 1. Käytöshäiriön diagnostiset kriteerit (WHO 1994)
1. Kehitystasoon verrattuna epätavallisen paljon tai vaikeita kiukkukohtauksia
2. Riitelee usein aikuisten kanssa
3. Kieltäytyy usein aktiivisesti toteuttamasta aikuisten pyyntöjä tai uhmaa sääntöjä
4. Tekee usein ilmeisen tarkoituksellisesti asioita, jotka ärsyttävät muita ihmisiä
5. Syyttää usein muita omista virheistään tai huonosta käytöksestään
6. Suuttuu herkästi tai on helposti toisten ärsytettävissä
7. On usein vihainen tai harmistunut
8. On usein ilkeä tai kostonhaluinen
9. Usein valehtelee tai rikkoo lupauksia saadakseen hyötyä tai suosiota tai välttää velvollisuuksia
10. Aloittaa usein fyysisiä tappeluita (ei sisällä sisarusten välisiä tappeluita)
11. On käyttänyt asetta, joka voi aiheuttaa vakavaa fyysistä vahinkoa toisille (esim. maila, tiiliskivi, rikottu pullo, puukko, ampuma-ase)
12. Viipyy usein yömyöhään ulkona vanhempien kielloista huolimatta (alkanut ennen 13 vuoden ikää)
13. Kohdistaa toisiin ihmisiin fyysistä julmuutta (esim. sitoo, viiltelee tai polttaa uhria)
14. Kohdistaa fyysistä julmuutta eläimiin
15. Tuhoaa tahallaan muiden omaisuutta (muulla tavalla kuin tulipalon sytyttämällä)
16. Sytyttää tarkoituksella tulipaloja, joissa vakavan vahingon riski
17. Varastaa tärkeitä tai arvokkaita tavaroita kotoa tai muualta, ei vahingoita uhria (esim. myymälävarkaus, murto, väärennys)
18. Usein koulupinnausta (alkanut ennen 13 vuoden ikää)
19. On karannut kodista tai sijaiskodista vähintään kahdesti ja on karannut kerran pidemmäksi aikaa kuin yhdeksi yöksi (ei sisällä pakenemista fyysisen tai seksuaalisen väkivallan seurauksena)
20. Tekee rikoksen uhria vahingoittaen (esim. käsilaukun sieppaaminen, muu väkivaltainen ryöstö, kiristys)
21. Pakottaa toisen henkilön sukupuoliyhteyteen kanssaan
22. Kiusaa ja pelottelee usein toisia (esim. tahallinen kivun tai vamman aiheuttaminen, jatkuva uhkailu, ahdistelu, vainoaminen tai häirintä)

23. Murtautuu toisen henkilön asuntoon, muuhun rakennukseen tai autoon

Kohdissa 11, 13, 15, 16, 20, 21 ja 23 mainittujen oireiden esiintyminen vain kerran riittää kriteerin täyttymiseen.

Listatut oireet ilmentävät aggressiivista, väkivaltaista ja asosiaalista käytöstä. Diagnoosiin vaaditaan useiden listan oireiden ilmenemistä tai oireiden ollessa vakavia, myös yhden oireen jatkuva ilmeneminen riittää. Diagnoosia asetettaessa on tärkeää huomioida nuoruusiän normaali, kehitysvaiheeseen kuuluva kapinointi sekä uhmakkuus, jotka voivat vaikuttaa käytöshäiriönomaisilta. Nämä kehitykseen kuuluvat käytösoireet tulee erottaa vakavammista, käytöshäiriödiagnoosiin johtavista oireista yli-diagnosoinnin välttämiseksi. (WHO 1994)

Moniin muihin psykiatriisiin häiriöihin kuuluu myös käytöshäiriön kriteerit täyttäviä käyttäytymismalleja, mutta tällöin kuitenkin käytöshäiriön sijasta diagnoosiksi asetetaan etusijalle menevä häiriö tai sairaus. Näitä ovat esimerkiksi skitsofrenia, depressio sekä asosiaalinen persoonallisuushäiriö. (WHO 1994)

Käytöshäiriötyypit

Käytöshäiriöiden monimuotoisuuden vuoksi niiden jako alaryhmiin on vaikeaa ja vakiintumatonta. ICD-10 luokituksessa jaon perusteena ovat käytöshäiriön ilmenemisen erot kuitenkin niin, että käytöshäiriön diagnostiset kriteerit täyttyvät. Perheensisäisessä käytöshäiriössä häiriön ilmeneminen rajoittuu perheen sisälle, nuori saattaa varastaa tai tuhota perheen omaisuutta. Perheensisäinen käytöshäiriö voi myös kohdistua nuoren ihmissuhteisiin perheen sisällä, mutta tällöin perheen ulkopuolisten suhteiden tulee kuitenkin pysyä normien rajoissa. Epäsosiaalisessa käytöshäiriössä nuoren sosiaalinen integroituminen vertaisryhmään on puutteellinen tai täysin puuttuva. Tämä johtaa huonoihin suhteisiin ikätovereihin sekä eristäytymiseen. Seurauksena myös kestävät ystävyyssuhteet puuttuvat. Sosiaalinen käytöshäiriö eroaa epäsosiaalisesta lähinnä suhteessa vertaisryhmään. Sosiaalisesta käytöshäiriöstä kärsivä nuori on hyvin sopeutunut vertaisryhmäänsä ja hänellä on kestäviä ystävyyssuhteita ikätovereihinsa. Epäsosiaalinen tai rikollinen käytös voi liittyä nuoren edustaman vertaisryhmän sisällä hyväksytyihin toimintamalleihin, jolloin sosiaalisesti ei-hyväksytystä toiminnasta tulee ryhmän sisällä hyväksyttyä toimintaa. Uhmakkuushäiriötä voidaan pitää vakavampien käytöshäiriöiden esiasteena. Siihen kuuluu usein jatkuva uhmakas, vihamielinen sekä provokatiivinen käytös. Uhmakkuushäiriö eroaa muista käytöshäiriötyypeistä varsinkin lainvastaisen toiminnan sekä muiden ihmisten perusoikeuksia rikkovan toiminnan, kuten kiusaaminen ja pahoinpitely, puuttumisena. Edellä mainittujen käytöshäiriötyyppien lisäksi on myös määrittelemättömiä käytöshäiriöitä, jotka eivät täytä muiden alaryhmien kriteereitä. (WHO 1994)

Esiintyvyys ja riskitekijät

Käytöshäiriöiden yleisyys vaihtelee kansainvälisesti eri tutkimuksissa nuoruusikäisillä pojilla 2-16% ja tytöillä 1-9% välillä. Suuret vaihteluvälit aiheutuvat eri tutkimuksissa käytettyjen käytöshäiriökriteerien pienistä eroista sekä myös tutkittavien nuorten taustojen eroista. Suurista vaihteluväleistä huolimatta käytöshäiriö on nuoruusikäisillä yleisempi pojilla kuin tytöillä. (Loeber ym. 2000)

Käytöshäiriöiden riskitekijöitä on tutkittu paljon, mutta yksiselitteisiä häiriön aiheuttajia ei ole löydetty. Tutkimukset ovat sen sijaan paljastaneet riskitekijöiden suuren määrän. Pääosin käytöshäiriöiden mahdolliset riskitekijät voidaan jakaa biologisiin, psyykkisiin ja kognitiivisiin sekä psykososiaalisiin tekijöihin. (Burke ym. 2002)

Biologisia tekijöitä ovat esimerkiksi geenit, prenataalinen ja varhaisen kehityksen aikainen altistuminen hermomyrkyille sekä fyysiset hermostovammat. Käytöshäiriöiden biologisia syitä yhdistäviä tekijöitä ei kuitenkaan ole pystytty osoittamaan, joten niiden käyttö etiologisena selittäjänä perustuu ainoastaan hypoteesiin, eikä tieteelliseen näyttöön. (Burke ym. 2002)

Psyykkisistä riskitekijöistä varsinkin nuoren temperamentti sekä varhaisen kehityksen aikaisen kiintymyssuhteen laatu ovat ratkaisevassa asemassa käytöshäiriöille altistavina tekijöinä. Temperamenttipiirteiltään haastavilla tai turvottomasti hoitajaansa kiintyneillä lapsilla on tulevaisuudessa suuri riski sairastua käytöshäiriöön verrattaessa temperamentiltään helppoihin lapsiin tai lapsiin, joiden kiintymyssuhde hoitajaansa on turvallinen. Kognitiivisia riskitekijöitä ovat nuoren kognitiivisten kykyjen puutteet, jotka vaikeuttavat esimerkiksi koulunkäyntiä sekä sosiaalisten tilanteiden hallintaa. (Burke ym. 2002)

Perhedynamiikan ongelmat ja vanhempien mielenterveyshäiriöt ovat hyvä esimerkki käytöshäiriöiden psykososiaalisista riskitekijöistä. Vanhempien käyttämän kasvatusmetodin merkitys on suuri. Jos kasvatusmetodi on heikko, kasvaa nuoren käytöshäiriöriski huomattavasti. Käytöshäiriön riskiin vaikuttavia kasvatuksellisia piirteitä ovat esimerkiksi vanhemman riittämätön osallistuminen lapsen elämään, lapsen ja vanhemman välisten konfliktien käsittelyn ongelmat sekä ankara ja epäjohdonmukainen kuri ja rangaistukset. Näistä johtuen nuoren voi olla vaikea tulkita sosiaalisia tilanteita ja toimia niiden vaatimusten mukaisesti. Toisaalta kasvatus voi olla häiriöltä suojaava tekijä. Turvallinen, huolehtiva ja johdonmukainen kasvatus ennustaa nuoren tervettä kehitystä. Myös perheen sosioekonominen asema ennustaa käytöshäiriöiden esiintyvyyttä. Perheen pienet tulot tai työttömyys ennustavat suuremmalla todennäköisyydellä nuoren käytöshäiriötä kuin korkea tulotaso. (Burke ym. 2002, Loeber ym. 2000)

Kuten kasvatus, myös kaveripiiri voi olla sekä suojaava että riskiä lisäävä tekijä. Kaveripiirin epäsosiaalinen toiminta ja toisaalta myös kaveripiirin puuttuminen ja vertaisryhmän hyljeksintä nostavat käytöshäiriön riskiä. Kaveripiirin normien mukainen käyttäytyminen puolestaan ohjaa nuoria terveeseen suuntaan. (Burke ym. 2002)

Nuorten käytöshäiriöiden perinteinen hoito

Käytöshäiriöiden hoidossa ei ole ollut yhtä yleispätevää hoitoa, vaan käytettyjä hoitomuotoja on useita. Hoitomuotojen runsaus johtuu häiriöön liittyvien ongelmien monimuotoisuudesta. Käytöshäiriön hoidossa onkin tärkeää, ettei keskitytä vain yhden ongelmakohtaan hoitoon, vaan huomioidaan hoidossa laaja-alaisesti kaikki nuoren elämän osa-alueet, kuten perhe, ikätoverisuhteet, koulussa suoriutuminen sekä käytös, ja niihin liittyvät ongelmat. Eri hoitomuotoja valittaessa onkin tärkeää kartoittaa nämä ongelmat, ja valita niiden hoitoon parhaiten sopiva hoitomuoto. (Ebeling ym. 2004)

Käytöshäiriöisen nuoren hoidon päätavoitteena on vakiinnuttaa nuoren normaali arkielämä. Usein käytöshäiriö ilmenee vaikeudessa suoriutua jokapäiväisistä rutiineista. Hoidossa pyritään säännöllistämään riittävä ruokailu, yöunet sekä koulunkäynti. Lisäksi koulunkäynnin tukemiseksi nuorelle laaditaan realistiset oppimistavoitteet sekä järjestetään sopiva oppimisympäristö. Myös nuoren ihmissuhteisiin kiinnitetään huomiota. Nuoren perhesuhteet ja -rooli pyritään hoitamaan kehitykselle suotuisiksi, ja nuorelle pyritään löytämään tervettä kehitystä tukeva kaveripiiri esimerkiksi harrastusten parista. Sopiva harrastus onkin tärkeä niin sosiaalisten suhteiden ja taitojen kannalta kuin myös vapaa-ajan hallinnan kannalta. Harrastus vie häiriökäyttäytymiseltä aikaa ja energiaa samalla, kun terveelle kehitykselle niitä jää enemmän. (Lehto-Salo ja Marttunen 2006)

Käytöshäiriön onnistuneen hoidon edellytyksiä ovat yksinkertaistettuna hoitoon osallistuvien tahojen välinen toimiva yhteistyö, hoidettavan nuoren kaikkien ongelmakohtien samanaikainen huomiointi ja hoito sekä hoidon riittävän pitkä kesto. (Lehto-Salo ja Marttunen 2006)

Ongelmia käytöshäiriöiden nuorisopsykiatriseen hoitoon aiheuttaa hoitoketjun yleinen katkeaminen jopa puolessa tapauksista nuoren tai hänen perheensä lopettaessa hoidon kesken. Vaikeasti käytöshäiriöiset nuoret lopettavat hoidon lievempiä tapauksia useammin. Myös psykiatrisen hoitohenkilökunnan sekä hoidettavien, nuoren ja hänen perheensä, väliset kommunikaatiovaikeudet tuovat ongelmia hoidon toteutukseen. Yleisenä ongelmana on, etteivät hoidettavat täysin ymmärrä hoitohenkilökunnan käyttämää kieltä, jolloin nuori tai hänen perheensä saattavat kokea, etteivät he ole tulleet kuulluksi. (Lehto-Salo ja Marttunen 2006)

Hoitomuodot

Kuten aikaisemmin jo mainittiin, käytöshäiriöiden hoito on monimuotoista ja vakiintumatonta (Ebeling ym. 2004). Hoitomuodot voidaan kuitenkin karkeasti jakaa psykososiaalisiin hoitoihin, kuten vanhempainohjaus ja yhdistelmähoitot, lääkehoitoon sekä osastohoitoon (Lehto-Salo ja Marttunen 2006).

Vanhempainohjauksella pyritään muuttamaan vanhempien kasvatuksellisia metodeja ja sitä kautta ohjaamaan nuoren käytöstä ehkäisten näin häiriökäyttäytymistä. Pääajatuksena on johdonmukaistaa vanhempien käyttämää syy-seuraus-käytäntöä eli vanhempi johdonmukaisesti palkitsee, kun nuori toimii oikein, ja toisaalta ei-toivottu käytös aiheuttaa sopivia sanktioita. Näin voidaan ehkäistä ristiriitaisesta kasvatuksesta johtuvaa oireilua. Vanhempainohjaus on tehokas hoitomuoto varhaisnuorten käytöshäiriöisten hoidossa, mutta vanhemmilla murrosikäisillä vanhempainohjauksen hoidollinen teho heikkenee ikäoverisuhteiden merkityksen kasvaessa ja vanhempien merkityksen pienentyessä nuoren elämässä. (AACAP 1997, Lehto-Salo ja Marttunen 2006)

Yhdistelmähoitot ovat nimensä mukaan useita erilaisia hoitomuotoja yhdisteleviä hoitokokonaisuuksia. Pääajatuksena yhdistelmähoidoissa on hoitaa kaikkia nuoren elämän ongelmakohtia samanaikaisesti, ja koska ongelmat ovat monimuotoisia, vaaditaan niiden hoitoon myöskin erilaisia hoitoja. Esimerkkinä yhdistelmähoidoista on MST (Multi-Systemic Therapy). MST-hoidon alussa kartoitetaan nuoren elämän eri osa-alueet, kuten esimerkiksi koulu, perhe ja ystäväpiiri, ja niihin liittyvät ongelmat. Löydettyjen tarkkaan määritettyjen ongelmien pohjalta rakennetaan yksilöllinen hoitosuunnitelma. Hoitomuotoja on esimerkiksi perhe-, pari-, yksilö- ja käyttäytymisterapia sekä lääkehoito. MST:n liittyy myöskin nuoren vanhempien avustaminen omista ongelmistaan sekä tietoisuuden lisääminen vanhemmuudesta. (Lehto-Salo ja Marttunen 2006)

Toinen esimerkki yhdistelmähoitomuodosta on funktionaalinen perheterapia (functional family therapy, FFT). FFT:n lähtökohtana on oletus, että nuoren oireilu aiheutuu perhesysteemin ongelmista. FFT:n tavoitteena onkin lisätä perheterapeuttisin menetelmin perheen sisäistä vuorovaikutusta sekä parantaa perheen jäsenten kommunikaatio- ja ilmaisutaitoja. (Ebeling ym. 2004)

Myös yksilöterapiaa voidaan käyttää käytöshäiriön hoidossa riippuen häiriön vakavuudesta ja nuoren kyvystä luottaa aikuiseen. Jos nuori ei kykene luottamaan häntä hoitavaan henkilöön, ei toimivan terapisuhteen luominen ole mahdollista. (Lehto-Salo ja Marttunen 2006)

Käytöshäiriöitä hoidetaan myös psykolääkkeiden avulla. Lääkkeet eivät varsinaisesti paranna käytöshäiriötä, vaan ne voivat auttaa käytöshäiriöoireiden hallinnassa ja sitä kautta ovat hyödyllinen apukeino muun hoidon

tukena. Erityistä hyötyä lääkkeitä on yhtäaikaishäiriöiden, kuten tarkkaavaisuus- tai mielialahäiriöiden, hoidossa. (Lehto-Salo ja Marttunen 2006)

Ryhmähoidoilla tarkoitetaan ryhmässä tapahtuvaa terapeutista toimintaa. Erilaisia ryhmiä ovat esimerkiksi luovat ryhmät, kuten taide- ja musiikkiryhmät, käyttäytymisterapeuttiset ryhmät sekä ongelmakeskeiset ryhmät, kuten päihdeettömyyteen tukevat ryhmät. Ryhmähoitojen vahvuutena on varsinkin vertaisryhmän tuki, joka auttaa nuorta sitoutumaan hoitoon. Erityisesti tilanteissa, joissa nuorella on vaikeuksia luottaa aikuisiin, on ryhmähoito toimiva interventio. Toisaalta on myös todettu, että käytöshäiriöisten nuorten kokoaminen yhteen voi pahentaa käytösoireita vertaisryhmän vahvistaessa yksilön häiriökäyttäytymistä. (Kazdin 1997, Lehto-Salo ja Marttunen 2006)

Osastohoitoa käytetään käytöshäiriön hoidossa riippuen hoidettavan nuoren häiriöiden vakavuudesta sekä häiriönuoren perheen hoitovalmiudesta ja voimavaroista. Hoidon alussa nuori otetaan nuorisopsykiatriselle osastolle tutkimusjaksolle, jolloin kartoitetaan esimerkiksi nuoren muut sairaudet ja häiriöt, aiemmat hoitajaksot, tilanne koulunkäynnin osalta, sosiaaliset suhteet ja valmiudet, perheen kyky toteuttaa hoitoa, päihteiden käyttö sekä rikostaustat. Tutkimusjakso on yleensä lyhytkestoinen ja hoito jatkuu tarvittavan kartoituksen jälkeen sosiaalitoimen yksiköissä, kuten nuorisokodeissa, koulukodeissa tai perhekodeissa. (Lehto-Salo ja Marttunen 2006)

1.2. Uudet vaatimukset nuorten käytöshäiriön hoidossa

Viimeaikoina tietoisuus nuorten käytöshäiriöiden ja päihdeongelmien synty- ja riskitekijöistä on lisääntynyt merkittävästi. Tutkimukset ovat osoittaneet käytöshäiriön ja sen kehityksen taustalla olevan laaja-alaisesti eri elämänalueilla useita tekijöitä, jotka voivat osaltaan vaikuttaa käytöshäiriön syntyyn sen riskiä suurentaen tai toisaalta sitä pienentäen. Näin ollen nuorten käytöshäiriöihin ei ole yhtä yleispätevää interventiota, vaan muutos pyritään saavuttamaan tapauskohtaisesti erilaisten interventioiden erilaisilla yhdistelmillä. Tätä silmälläpitäen on käytöshäiriöiden hoidon suunnittelussa otettu käyttöön uusi kokonaisvaltaisempi lähestymistapa, mikä on johtanut yhdistelmähoitojen, kuten MDFT, MST ja FFT, kehitykseen. Pääajatuksena on, että monimuotoiseen ongelmaan tarvitaan monimuotoinen hoito. (Ebeling ym. 2004, Liddle ym. 2005)

MDFT (Multidimensional Family Therapy) eli monimuotoinen perheterapia on perhekeskeistä lähestymistapaa hyödyntävä yhdistelmähoitomuoto. MDFT:ssä pyritään kartoittamaan ja huomioimaan mahdollisimman laajasti nuoren elinympäristö ja sen ongelmat, sekä toisaalta integroimaan hoitoa ja apua tarjoavat palvelut. Tavoitteena on perheen hoitoon osallistuvien tahojen saumaton yhteistyö ja sen avulla nuoren elämän kaikkien ongelmakohtien samanaikainen hoito. (Liddle ym. 2005)

MDFT-hoito toteutuu eri kohdealueilla tiettyjen vaiheiden mukaan aina samassa järjestyksessä. Jokaiselle vaiheelle on omat tavoitteensa, joiden saavuttaminen on edellytyksenä etenemiselle seuraavaan vaiheeseen. Tarkoista raameista huolimatta hoidossa avainasemassa on tarkan suunnitelman ja sen noudattamisen sekä toisaalta joustavuuden ja muuttuviin tilanteisiin sopeutuvuuden välinen tasapaino. (Liddle ym. 2005)

Jokainen käytöshäiriöinen nuori on ainutlaatuinen niin elämänsähistorialtaan, kuten myös persoonaltaan. Käytöshäiriön hoito ei lopulta koskaan etenekään tiettyjen kaavojen mukaan, vaan tilanteet muuttuvat jatkuvasti, ja hoito edistyy tapauskohtaisesti omaan tahtiinsa. Hoidon onnistumiseksi muuttuviin tilanteisiin ja odottamattomiin käännteisiin tulee varautua, ja mahdollisuuksien mukaan niitä tulisi myös ennakoita. (Liddle ym. 2005)

MDFT-hoidossa terapeutin tärkeinä apuvälineinä ovat nuoren ja hänen perheensä jatkuva tarkkailu ja arviointi. Näiden avulla terapeutti pystyy mukauttamaan hoidon muuttuvien tilanteiden vaatimaan suuntaan. Tiiviin tarkkailun ja arvioinnin tavoitteena on lisäksi löytää nuoren elämään ja käytöshäiriön kehittymiseen vaikuttavat riski- ja suojatekijät. Kun riskitekijät ovat tiedossa, voidaan niihin tehokkaasti vaikuttaa ja minimoida niiden vaikutus kohdentamalla hoito oikeisiin asioihin. Toisaalta suojatekijöiden kartoittaminen on tärkeää, sillä ne ovat nuoren voimavara ja niitä voidaan hyödyntää hoidossa. (Liddle 2010)

Nuorten käytöshäiriöiden hoidossa ongelmia ovat aiheuttaneet hoitohenkilökunnan ja hoidettavan perheen väliset kommunikaatio-ongelmat, jotka ovat johtaneet usein hoidon katkeamiseen (Lehto-Salo ja Marttunen 2006). MDFT-hoidossa on yksi vastaava terapeutti, joka on sitoutunut perheen auttamiseen ja on vastuussa hoidon toteutumisesta. Vastaava terapeutti on tiiviissä yhteistyössä perheen kanssa. Hänen vastuullaan on pitää huolta hoito-organisaation ja perheen välisestä kommunikaatiosta olemalla linkkinä perheen jäsenten ja terveydenhuollon, oikeuslaitoksen, koulun sekä muiden palveluiden välillä. Näin vältetään väärinkäsitysten aiheuttamilta hoidon keskeytyksiltä. (Liddle ym. 2005)

Nuoren normaalin arkielämän vakiinnuttaminen on yksi käytöshäiriön onnistuneen hoidon perustavoitteista (Lehto-Salo ja Marttunen 2006). Hoitoprosessin päättymisen jälkeen nuori ja hänen perheensä voivat kokea jääneensä yksin vaille tarvitsemaansa tukea. Tällöin hoidossa saavutetut elämänmuutokset ovat jääneet väliaikaisiksi, kun perheen toiminta on pikkuhiljaa palautunut vanhaan. Tämän välttämiseksi MDFT-hoito pyrkii liittämään hoidon ja sen tuoman muutoksen suoraan perheen arkeen. (Liddle ym. 2005)

Terapiatapaamiset pyritään järjestämään nuoren ja perheen omassa normaalissa elinympäristössä esimerkiksi perheen kotona, läheisissä kahviloissa tai ravintoloissa, nuoren koulussa tai missä vain nuorelle merkityksellisessä paikassa. Toisaalta hoitajakso on intensiivinen ja terapiatapaamisia on useampia viikossa. Lisäksi tapaamisten välillä pidetään yhteyttä puhelimitse. Näin taataan hoidon jatkuvuus ja elämänmuutoksen jatkuva läsnäolo arjessa. (Liddle ym. 2005)

Hoidon väistämättömään päättymiseen valmistautuminen aloitetaan jo hyvissä ajoin ja siitä puhutaan avoimesti. Avoin keskustelu auttaa käsittelemään hoidon päättymiseen liittyviä mahdollisia pelkoja sekä tunnistamaan siihen liittyviä vaikeuksia. Näin vaikeuksiin voidaan reagoida ja valmistautua jo etukäteen. Hyvän valmistautumisen ansiosta perheellä riittää paremmin työkaluja selviytyä hoidon jälkeisestä arjesta nuoren tervettä kehitystä edistäen ja hoidon tulokset eivät jää väliaikaisiksi. (Liddle ym. 2005)

2. MDFT MENETELMÄNÄ

MDFT eli monimuotoinen perheterapia (Multi-Dimensional Family Therapy) on tutkimuspohjaiseen tietoon perustuva perhekeskeistä lähestymistapaa hyödyntävä monimuotoinen interventio nuorten käytöshäiriöiden hoitoon. Menetelmän on kehittänyt professori Howard Liddle Miamin yliopiston lääketieteellisestä tiedekunnasta. MDFT-menetelmää ja sen toteuttamista koskeva kirjallisuus pohjautuu pääasiassa Liddlen tuotantoon. (Liddle ym. 2005)

MDFT-hoidossa käytöshäiriönuoren suoran auttamisen lisäksi luodaan nuorelle terveellisen kehityksen mahdollistava ympäristö vaikuttamalla useisiin nuoren elämässä merkityksellisiin verkostoihin samanaikaisesti. MDFT:n vaikutusalue on jaettu neljään kohdealueeseen, joissa hoitoa toteutetaan. Näitä kohdealueita ovat nuori itse, vanhemmat yksilöinä, perhe ja sen sisäinen vuorovaikutus sekä perheen ulkoiset verkostot. MDFT-hoidon tuloksena saavutetaan perheensisäisen vuorovaikutuksen paraneminen sekä perheen toimintatapojen muuttuminen nuoren tervettä kehitystä edistäväksi. (Liddle ym. 2005)

2.1. Teoreettinen viitekehys

Tietoisuus nuorten käytöshäiriöistä ja niiden kehityksestä on lisääntynyt viime aikoina useiden tutkimusten myötä. Kehityspsykologinen ja -psykopatologinen tutkimus ovat osoittaneet häiriökäytöksen riskitekijöiden olevan sekä nuoren psykologisista ominaisuuksista että myöskin elinympäristöstä johtuvia monimuotoisia tekijöitä. Tähän pohjautuen on käytöshäiriöiden hoidossa otettu vanhan yksilökeskeisen lähestymistavan tilalle uusi, ongelmaa useasta näkökulmasta tarkasteleva lähestymistapa, joka on myös MDFT-hoidon keskeinen lähtökohta. MDFT on kehitetty hyödyntäen useiden teorioiden tarjoamia näkökulmia nuorten ongelmiin, ja näiden teorioiden tarjoamaa tietämystä myös hyödynnetään käytännössä MDFT-hoidossa. (Liddle 2010)

Eryteisesti neljä teoreettista näkökulmaa painottuvat. MDFT perhekeskeisenä hoitomuotona hyödyntää perheen vuorovaikutusta ja tunnesidettä nuoren kehitystä tukevana ja turvaavana peruskivenä, jonka varaan nuoren hyvinvointi rakentuu. Kehityspsykologisen tarkastelun avulla pyritään löytämään nuoren historiasta ja nykyhetkestä häiriökäytökseen johtavia haitallisia elämäntapahtumia ja kasvatuksellisia epäkohtia. Riski- ja voimavara-ajattelua käytetään tunnistettaessa nuoren elämään vaikuttavia käytöshäiriöriskiä lisääviä tekijöitä eri elämänalueilla. Toisaalta myös nuorella elämässään olevien voimavarojen tunnistaminen on tärkeää, jolloin niiden hyödyntäminen hoitoprosessissa mahdollistuu. Sosiaaliekologinen näkökulma tarjoaa mahdollisuuden tutkia nuoreen vaikuttavia perheen ulkoisia verkostoja, kuten koulu, oikeuslaitos tai työpaikka, sekä niiden ja nuoren välistä vuorovaikutusta. (Liddle 2010)

2.2. MDFT:n tavoitteet

Nuorisopsykiatrisena hoitomuotona MDFT:n päätavoitteena on auttaa nuorta ja ohjata hänen elämänsä terveen kehityksen raiteille. Pääpainon ollessa nuoren auttamisessa on myös jokaisella MDFT:n kohdealueella omat alatavoitteensa, jotka palvelevat perheen yhteistoiminnan edistämisen kautta nuoren kehitystä. (Liddle ym. 2005)

MDFT-hoito pureutuu erityisesti käytöshäiriönuoren ja hänen perheensä virheellisiin ajatus- ja toimintamalleihin sekä niistä aiheutuviin käytöshäiriöoireisiin. Näin mielenterveyden ja elämänhallinnan ongelmille altistavia haitallisia toimintoja voidaan tehokkaasti ehkäistä ja korvata tervettä kehitystä edistävillä ja rakentavilla toimintamalleilla. (Liddle ym. 2005)

Nuoren tavoitteet

Nuoren käytösongelmat ovat usein seurausta nuoren puutteellisista kyvystä ilmaista itseään ja tarpeitaan. Sosiaalisten taitojen kehittäminen onkin keskeisessä asemassa nuoren interventioissa. Hoidon aikana nuorelle opetetaan keinoja vaikuttavaan vuorovaikutukseen. Näin nuori voi välttää väärinkäsityksistä aiheutuvan turhautumisen ja siitä kumpuavan häiriökäyttäytymisen. Myös itsetuntemus ja tunteiden hallinnan taidot korostuvat nuoren hoidossa. Nuorta opetetaan hallitsemaan turhautumistaan ja pahaa oloa sekä arvioimaan turhautumista aiheuttavaa tilannetta ilman, että tunteet saavat vallan. Tuloksena nuori selviytyy paremmin sosiaalisista tilanteista sekä pystyy löytämään vaihtoehtoja häiriökäyttäytymiselleen. (Burke ym. 2002, Laukkanen 2012, Liddle ym. 2005)

Vanhempien tavoitteet

Vanhempiin liittyvän hoidon lähtökohtana on panostaa vanhemman hyvinvointiin yksilönä. Kun vanhemman omat tarpeet ja unelmat huomioidaan ja niihin pyritään vastaamaan, vanhemmalla riittää voimavaroja paremmin myös nuoren kasvatukseen ja hänestä välittämiseen. Tärkeä tavoite onkin vahvistaa vanhemman tunnesidettä lapseensa, ja sitä kautta lisätä vanhemman osallistumista nuoren elämään. Vanhempien kohdalla myös vuorovaikutustaitojen sekä ikäsovinnaisten kasvatuskäytäntöjen opettelu on tärkeä osa hoitoa. Vanhempien tulisi pystyä asettamaan nuorelle sopivat rajat sekä perustelevaan niiden merkitys nuorelle niin, että nuori ymmärtää niiden tarkoituksen. Lopputuloksena pyritään luomaan uusi perheensisäinen sosiaalinen ympäristö, joka toimii perustana nuoren käytöksen ja asenteiden muutoksille. (Laukkanen 2012, Liddle ym. 2005)

Perheen vuorovaikutuksen tavoitteet

Sekä nuoreen että vanhempiin kohdistuvat tavoitteet vuorovaikutustaitojen kehittymisestä luovat pohjaa perheen sisäisen vuorovaikutuksen ja yhteistyön paranemiselle. Kun perheenjäsenet osaavat ilmaista itseään vaikuttavasti, välttään väärinkäsitysten aiheuttamilta konflikteilta. Toisaalta ajoittain syntyviä konfliktitilanteita voidaan yhdessä ratkoa tehokkaammin. Perheen vuorovaikutuksen tavoitteita ovatkin perheen sisäisten konfliktien vähentäminen ja ongelman ratkaisun paraneminen. Myös perheen sisäisen tunnesiteen ja yhteenkuuluvuuden vahvistaminen ovat tärkeitä tavoitteita perheen hoidossa. (Laukkanen 2012, Liddle ym. 2005)

Perheen ulkopuoliset verkostot

Usein käytöshäiriönuori ja hänen perheensä eivät osaa itse hakea tarvitsemaansa apua sitä tarjoavilta tahoilta, tai he voivat kokea vaikeaselkoiset byrokraatit jopa heitä uhkaavina, jolloin perheen ongelmat voivat syventyä entisestään avun viivästyessä. Perhettä autetaan asioimaan ja toimimaan yhteistyössä erilaisten sosiaalisten verkostojen, kuten koulu, oikeuslaitos, sosiaalitoimisto sekä vapaa-ajan aktiviteetit, kanssa. (Laukkanen 2012, Liddle ym. 2005)

2.3. MDFT kliinisessä työssä

MDFT-ohjelma on yhden vastaavan terapeutin organisoima ja suorittama. Vastaavalla terapeutilla on kuitenkin ympärillään muutaman ihmisen hoitotiimi, joka avustaa laaja-alaisissa interventioissa. Yhden vastaavan terapeutin mallin avulla voidaan välttää ongelmat tiedonkulussa ja toisaalta rakentaa vahva terapiasuhde perheenjäsenten ja terapeutin välille. Terapiatyössä hyödynnetään lähestymis- ja toimintatapoja kognitiivis-behavioraalista yksilöterapiasta niin nuoren, vanhempien ja heidän parisuhteensa kuten myös perheen ja sen dynamiikan parissa. (Liddle ym. 2005, Meichenbaum ym. 2009)

Työ nojautuu muutamiin peruseriaatteisiin. Nämä periaatteet ohjaavat terapeuttia työssään ja kertovat mitä terapeutin tulee tehdä ja mitä ei. Ensimmäisenä on tärkeä muistaa MDFT:n lähtökohta ja lähestymistapa käytöshäiriöön. Nuoren käytöshäiriö on moniulotteinen ilmiö, jonka taustalla on useita vaikuttajia, kuten perhe, nuoren psyykkiset kyvyt ja elinympäristö. Tästä johtuen myös muutoksen tulee olla moniulotteinen. Tätä ajatusta silmälläpitäen MDFT-hoito ulottuu samanaikaisesti usealle vaikutusalueelle nuoren elämässä. Pyrkimyksenä on ohjata nuoren koko elinympäristö tervettä kehitystä edistävään suuntaan. Käytetyt hoitomuodot yksilöidään nuoren, vanhempien sekä perheen tarpeiden mukaan. Interventiot valitaan tunnistettuja etiologisia riski- ja suojatekijöitä silmälläpitäen. (Liddle ym. 2005)

Onnistuneen hoitosuhteen luominen niin nuoreen, vanhempiin, muihin perheenjäseniin kuin myös perheen ulkoihin tekijöihin on elintärkeää MDFT-hoidossa. Tässä ratkaisevassa asemassa ovat terapeutin positiivinen asenne, kannustava käytös ja sitoutuneisuus. Terapeutti on puolueeton ja pyrkii ajamaan kaikkien osapuolien etua asettumatta ketään vastaan. Terapeutin rooli hoitosuhteessa on olla ratkaisukeskeinen sekä innostunut ja kannustava. Näin nuori ja hänen perheensä saa tunteen turvallisuudesta ja hoidon jatkuvuudesta vaikeuksista huolimatta. Onnistunut hoitosuhde ja sen tuoma luottamus mahdollistaa merkityksellisten ja vaikeiden asioiden käsittelyn terapiatapaamisissa. (Liddle ym. 2005)

MDFT-työssä terapeutti, nuori sekä hänen perheensä kohtaavat vuorovaikutuksellisia vaikeuksia ja ongelmatilanteita väistämättä. Näitä ongelmia ei vältellä vaan ne kohdataan tärkeinä mahdollisuuksina tunnistaa ja käsitellä perheen vuorovaikutuksen epäkohtia. Terapeutille ongelmatilanteet tarjoavat oleellista tietoa siitä, mihin terapiatapaamisissa tulee kiinnittää huomiota. Vaikeuksien voittamisessa terapeutin asenne ja myönteisyys antavat myös perheelle uskoa ja motivaatiota. (Liddle ym. 2005)

Suunnitelmallisuus ja joustavuus sopivassa suhteessa ovat onnistuneen hoidon kulmakiviä. Terapeutti suunnittelee hoidon ja arvioi suunnitelman toteutumista sekä sopeuttaa ja muokkaa hoitoa tarpeen mukaan. Arvioinnissa terapeutti käyttää hoitotulosten, olosuhteiden sekä nuorelta, perheeltä tai muilta saamansa palautteen tuomaa informaatiota hoidon toteutumisesta ja muutostarpeista. (Liddle ym. 2005)

Koska nuoren elämänmuutos ei tapahdu yhtäkkiä vaan vaiheittain, myös MDFT-hoito-ohjelma on suunniteltu vaiheittaiseksi prosessiksi. Hoidon teemat, suunnitelmat ja toteutus muuttuu hoidon vaiheen mukaan. Hoito etenee asteittain niin, että aiemmin opitut taidot ja kohdealueella saavutetut tavoitteet luovat perustukset tulevalle hoidolle niin samalla kuin myös kaikilla muillakin kohdealueilla. Näin esimerkiksi nuoren yksilötapaamisissa harjoittelemat tunteenilmaisutaidot edistävät perheen yhteistä vuorovaikutusta. Pienet kehityskaskeleet vievät muutosprosessia eteenpäin kohti suurempia tavoitteita tasaisesti kaikilla kohdealueilla. (Liddle ym. 2005)

Terapiatapaamisten kokoonpano ja tavoitteet

Terapeutin vastuulla on järjestää tapaamiset ja tehdä päätös siitä, ketkä niihin osallistuu. Tapaamiset kuitenkin sovitaan luonnollisesti yhteistyössä osallistujien kanssa. Sen, ketkä kulloiseenkin tapahtumaan osallistuu, päättää terapeutti sen mukaan, mitkä ovat kyseisen tapaamisen tavoitteet. Tavoitteet perustuvat MDFT-hoidon ennaltamäärättyihin tavoitteisiin, mutta vaihtelevat sen hetkisen tilanteen mukaan. Esimerkiksi nopeasti muuttuvat tilanteet kuten terapian ulkopuolella tapahtuvat nuorta tai perhettä vahingoittavat tapahtumat tai rajut riidat vaativat nopeaa reagointia terapeutilta tapaamisen järjestämiseksi ja tilanteen selvittämiseksi. Näin vältetään mahdolliset lisävahingot. Toisaalta, jos terapeutti arvioi jonkun hoidon kohdealueen kehityksen vaativan lisähuomiota, voi hän järjestää tapaamisen, jossa käsitellään juuri tämän kohdealueen ongelmia. (Liddle ym. 2005)

Terapeutti valitsee tapaamisiin sellaisen kokoonpanon, joka palvelee tavoitteiden saavuttamista parhaiten. Jos terapeutti haluaa esimerkiksi tarkkailla perheen vuorovaikutusta tai yksilöiden rooleja perheessä, voidaan järjestää perhetapaaminen. Toisaalta yksilötapaamisia voidaan järjestää, kun halutaan valmistella perheenjäseniä ryhmätapaamisiin taikka keskustella yksilöiden tuntemuksista ja kokemuksista ongelmiin tai hoitoon liittyen. Terapeutti voi lisäksi yksilötapaamisista saatavan informaation avulla ohjata ryhmätapaamisen keskustelua keskeisiin teemoihin. (Liddle ym. 2005)

Päihdeseula

Päihdeseula on MDFT-hoidon tärkeä apuväline. Seulonta tehdään viikoittain virtsanäytteellä. Seulon tuloksia käsitellään aina avoimesti perhetapaamisissa. Nuorelle annetaan mahdollisuus itse kertoa perheelleen testin tulokset, jolloin päihdeseulaa voidaan käyttää myös työkaluna kohti perheensisäistä avoimuutta ja rehellisyyttä. Tulosten käsittelyn myötä perheen jäsenet voivat ilmaista omia tuntemuksiaan päihteisiin ja niiden käyttöön liittyvään elämäntapaan liittyen. Samalla terapeutti voi auttaa vanhempia ymmärtämään nuoren päihteiden käyttöä ja lisätä kärsivällisyyttä päihteiden lopettamisessa. Lisäksi jo säännöllinen päihteiden käytön seulonta luo päihteille negatiivisen leiman ja liittyy ne omaan kontekstiinsa. (Liddle ym. 2005)

Ennen näytteenottoa nuorelle tulee antaa mahdollisuus kertoa itse mikä testin tulos tulee olemaan. Näin nuori saa mahdollisuuden olla rehellinen terapeuttia ja perhettään kohtaan. Avoimuus ja rehellisyys ovat niin toimivan hoitosuhteen, kuin myös toimivan perhe-elämän kulmakiviä. Jos nuori antaa positiivisen näytteen tai kieltäytyy seulasta, terapeutti keskustelee asiasta nuoren kanssa yksilötapaamisessa. Nuorta ei syyllistetä päihteiden käytöstä vaan hänelle pyritään ilmaisemaan huoli siitä, että hän ei saa tällä hetkellä tarvitsemaansa tukea päihteiden lopettamiseen. Näin voidaan rakentavasti keskustella nuoren kokemuksista tuen tarpeestaan päihteettömyyteen. Toisaalta keskustellaan päihteiden käytön kontekstista, missä, milloin, kenen kanssa ja kuinka usein. Tärkeä käsiteltävä aihe on päihteiden käytön herättämät tuntemukset niin ennen käyttöä, kuten myös käytön jälkeen. Pohdintojen tuloksena pyritään etsimään keino, jolla päihteiden käyttö olisi voinut olla vältettävissä. (Liddle ym. 2005)

Negatiivinen seula antaa perheenjäsenille toivoa nuoren muutoksen suhteen, monesti vanhemmat pitävätkin päihteitä syyppäänä kaikkiin nuoren ongelmiin. Sitä kautta päihteettömyys luo perheeseen luottamusta ja positiivista ilmapiiriä. (Liddle ym. 2005)

2.3.1. MDFT-hoidon toteutus

MDFT-hoitoprosessi rakentuu määritellyn konseptin mukaan. Hoito etenee kohdealueillaan tiettyjen vaiheiden mukaan aina samassa järjestyksessä. MDFT-hoito toteutetaan jokaisella kohdealueellaan kolmessa vaiheessa niin, että hoidon onnistuminen ja tavoitteiden täytyminen ovat edellytyksenä etenemiselle seuraavaan vaiheeseen. Ensimmäisen vaiheen tavoite on perustaa toimiva hoitosuhde perheen ja terapeutin välille. Toisessa vaiheessa puolestaan tapahtuu suurin osa MDFT-hoidon varsinaisesta hoito- ja muutostyöstä. Toinen vaihe on siksi myös koko hoidon pisin vaihe. Kolmannessa eli viimeisessä vaiheessa hoidon tulokset muutetaan pysyväksi osaksi perheen elämää myös hoidon jälkeen sekä päätetään hoito. (Liddle ym. 2005)

Konseptin noudattaminen auttaa terapeuttia suunnittelemaan hoitoa sekä pitämään moniulotteinen hoitoprosessi hallinnassa. Jokainen nuori on kuitenkin ainutlaatuinen yksilö, ja siksi yksikään hoitoprosessi ei käytännössä etene valmiiden kaavojen mukaan. MDFT-hoidon tulisikin rakentua suunnitelmallisuuden ja toisaalta joustavuuden sopivasta suhteesta. Joustavuuteen pyritään nuoren ja perheen tarpeiden mukaan terapeutin suorittaman jatkuvan seurannan ja arvioinnin avulla. (Liddle ym. 2005)

Hoidon ja sen etenemisen arviointi ja seuranta jatkuu läpi koko MDFT-ohjelman. Terapeutti seuraa erikseen kaikkia hoidon neljää kohdealuetta samanaikaisesti kartoittaen kunkin kohdealueen sen hetkiset heikkoudet ja vahvuudet sekä vasteen hoitoon. Seuranta tapahtuu sekä kahdenkeskisissä tapaamisissa että koko perheen yhteistapaamisissa niin spontaaneissa kuin myös ohjatuissa vuorovaikutustilanteissa. (Liddle ym. 2005)

Jatkuvan seurannan myötä terapeutille rakentuu kokonaisvaltainen kliininen kuva jokaisesta perheenjäsenestä yksilönä ja myös perheen yhteisestä vuorovaikutuksesta. Tutustuminen perheen toimintaan ja historiaan avaa ikkunoita ongelmien alkuperän tarkasteluun ja tunnistamiseen. Kerätyn informaation avulla voidaan kartoittaa

alueet, jossa kipeimmin hoitoa tarvitaan, ja toisaalta ne alueet, jossa kehitys on helpoiten saavutettavissa, ja näin kohdentaa hoitoa tehokkaasti. (Liddle ym. 2005)

Hoidon alussa pyritään muodostamaan mahdollisimman kattava käsitys nuoren ja hänen perheensä tilanteesta ensimmäisten tapaamisten aikana tehtävällä perusarvioinnilla. Perusarviointi auttaa löytämään nuoren kehitystä uhkaavia ongelmia ja sitä kautta auttaa eri interventioiden valinnassa. Perusarvioinnin pohjalta tehdään hoitosuunnitelma, jonka pohjalta hoitoa aletaan toteuttaa. Suunnitelmasta selviää hoidon kaikki päätavoitteet ja välitavoitteet sekä se, miten tavoitteet saavutetaan. Tavoitteet järjestetään niin tärkeyden kuin myös sen mukaan, kuinka helposti ne ovat saavutettavissa. Näin hoito voidaan suunnitella niin, että ensiksi saavutetut tavoitteet rakentavat perustukset seuraaville tärkeämmille tavoitteille ja toisaalta vaikeampinakaan aikoina kehitys ei pysähdy. (Liddle ym. 2005)

Lopputuloksena MDFT-hoito luo nuorelle vanhan käytöshäiriöelämäntavan kanssa yhteen sopimattoman elinympäristön, jolloin vanha elämäntapa korvautuu uudella, tuottavalla ja terveellä tavalla kasvaa ja kehittyä. Tavoitteena on, että nuori alkaa rakentaa elämäänsä uusien kehitystehtävien avulla terveeseen suuntaan. (Liddle ym. 2005)

MDFT-hoito on intensiivinen prosessi, jossa suhteellisen lyhyessä ajassa pyritään suorittamaan kokonaisvaltainen muutos käytöshäiriönuoren ja hänen perheensä elämässä. Hoito-ohjelman kokonaiskesto vaihtelee tapauskohtaisesti viidestä kuukaudesta yhdeksään kuukauteen. Terapiakontakteja on useita viikossa. Kasvokkaisten tapaamisten lisäksi terapeutti hyödyntää puhelinta yhteydenpidossa pitäen itsensä ajan tasalla nuoren ja perheen tilanteesta. (Ehrling 2015)

2.3.1.1. Vaihe I

MDFT-hoidon ensimmäinen vaihe keskittyy toimivan hoitosuhteen luontiin sekä perheen hoitomotivaation herättämiseen ja vahvistamiseen. Perhe toivotetaan tervetulleeksi MDFT-hoito-ohjelmaan ja tutustutetaan hoitoon. Perusasiat, kuten hoidon vaatimukset, tapaamisten luonne sekä luottamuksellisuus, käydään läpi ja selvitetään heti alussa. Lisäksi käsitellään, miten yhteydenpito perheen ulkoisiin verkostoihin auttaa nuorta hoidon aikana. Myös perheenjäsenten hoitoon liittyviin kysymyksiin etsitään vastaukset. (Liddle ym. 2005)

Nuoreen ja hänen perheeseensä tutustutaan kunnolla ja pyritään saamaan käsitys perheen nykytilanteesta sekä suunnitellaan hoito tämänhetkisten vaatimusten mukaan. Hoidon alkuvaiheessa luodaan hoidolle aikarajoja ja tavoitteita yhdessä perheen kanssa. Lisäksi sovitaan terapiatapaamisille tavoiteaikoja, jotka sopivat perheelle. Perheenjäsenten vaikuttaminen hoidon kulkuun lisää hoitomotivaatiota ja sitä kautta parantaa hoidon tuloksia. (Liddle ym. 2005)

Perheen vuorovaikutus

Arviointiprosessi alkaa heti MDFT-hoidon alun perhetapaamisessa. Perheen kokoontuessa terapeutti voi tarkkailla ja arvioida perheen keskinäistä kommunikointia ja ongelmanratkaisua. Oleellisia merkillepantavia asioita ovat perheen sisäisten ihmissuhteiden luonne, eli kuka on kenenkin liittolainen tai ketäkin vastaan, sekä se, mikä on kunkin perheenjäsenen rooli perheessä ja toisaalta suhde käytöshäiriönuoren elämään. Perheenjäsenten puhetapa toisilleen usein paljastaa ongelmia koskevat erimielisyydet ja sitä tarkkailemalla saadaan tietoa ihmissuhteista. Tärkeää on myös huomioida terapiatapaamisen keskustelun teemat eli puhutaanko oikeista ongelmista vai ainoastaan pinnallisesti. Ongelman ydin onkin usein ongelmankäsittelyn heikko laatu tai se, että oikeita ongelmia ei edes osata tai uskalleta kohdata. Toisaalta myös tunteenilmaisun merkitys perheen arjessa tulee huomioida. Osoittavatko perheenjäsenet rakkautta ja lämpöä toisilleen ja

kuinka usein, sekä pystytäänkö perheessä osoittamaan ja käsittelemään rakentavasti myös kielteisiä tunteita. Terapeutti voi käyttää tarkkailussaan apuna kohdennettuja kysymyksiä ja toisaalta vain seurata perheen keskustelua. (Liddle ym. 2005)

Perheen historiaan tutustuminen on ongelmien alkulähteiden ja kehitykseen vaikuttaneiden tekijöiden tunnistamisen kannalta välttämätöntä. Perhetapaamisissa käsitellään perheen kokemia tapahtumia ja niistä johtuvia myönteisiä ja kielteisiä vaikutuksia nuoreen ja perheeseen. Myös mahdollisia vaikeita kielteisiä tapahtumia, kuten esimerkiksi heitteelle jättö, laiminlyönti tai hyväksikäyttö, käsitellään ja huomioidaan hoidon suunnittelussa. (Liddle ym. 2005)

Perheen vuorovaikutuksen arviointi tapahtuu myös terapeutin ja kunkin perheenjäsenen kahdenkeskisissä tapaamisissa. Terapeutti tapaa kaikki perheenjäsenet kahden kesken aikaisessa hoidon vaiheessa jo ensimmäisten perhetapaamisten yhteydessä. Kahdenkeskisissä tapaamisissa selvitetään kunkin perheenjäsenen yksilöllinen näkökulma käytöshäiriönuoreen ja näkemys siitä, mikä käytöshäiriön on aiheuttanut. Lisäksi pyritään selvittämään yksilölliset toiveet siitä, mitä perheen ja nuoren elämässä tulisi muuttaa tilanteen parantamiseksi. Samalla saadaan informaatiota kunkin perheenjäsenen suhteesta ja mahdollisesta osuudesta nuoren ongelmiin. (Liddle ym. 2005)

Perheen vuorovaikutuksen hoitoa suunnitellessa tavoitteena on muuttaa nuoren kehitystä jarruttavia ja vääristäviä vuorovaikutusmalleja. Vuorovaikutustaitoja opetellaan ohjatuissa perhetapaamisissa, joissa käsitellään perheen jokapäiväisen elämän merkityksellisiä teemoja. Perheenjäseniä autetaan terapeutin ohjauksella uudenlaiseen vaikuttavaan kommunikointiin ja yhteistyöhön ongelmien ratkaisussa. Keskusteluissa ei syyllistetä ketään tai pahoiteta kenenkään mieltä, ja sitä kautta heikennetä kenenkään motivaatiota. (Liddle ym. 2005)

Jo hoidon alusta lähtien pyritään vahvistamaan vanhempien ja nuoren välistä tunnesidettä ohjaamalla vuorovaikutusta enemmän empatiaa, yhteydellisyttä ja rakkautta ilmentävään suuntaan. Näin riitelyn ja etäännyneisyyden alle jäänyt lapsen ja vanhemman välinen rakkaus saattaa hiljalleen palautua mieleen ja sitä kautta vahvistaa perheen tunnesidettä. (Liddle ym. 2005)

Nuori

Hoidon alussa terapeutti pyrkii sitouttamaan nuoren hoitoon osoittamalla ongelmakohtia nuoren elämässä sekä sitä kautta selkiyttämään hoidon merkityksen ja tarpeen. Terapeutti painottaa olevansa nuoren asialla ja toimivansa nuoren hyväksi. Ongelmista keskustellaan ja nuoren omia näkemyksiä ja toiveita niihin liittyen kuunnellaan. Nuorta rohkaistaan yhteistyöhön hoidon suunnittelussa, tavoitteiden asettamisessa sekä toteutuksessa. Näin nuorella pysyy kokemus vaikutusvallasta omaan hoitoonsa eikä terapeutista muodostu tavoittamaton auktoriteetti. (Liddle ym. 2005)

Ensimmäisten tapaamisten aikana koko hoidon pääpaino on tutustumisessa nuoreen ja sekä eläytymisessä hänen maailmaansa. Tapaamisissa nuorta rohkaistaan puhumaan elämästään ja kertomaan kiinnostuksen kohteistaan, vapaa-ajan vietostaan sekä kaikesta mitä pitää tärkeänä. Terapeutti ohjaa nuorta myös kertomaan ihmissuhdeverkostostaan kavereineen, sisaruksineen, tyttö- tai poikaystävineen. Terapeutti pyrkii osoittamaan keskusteluissa arvostusta ja kiinnostusta ilman tuomitsevaa tai auktoritaarista tunnelmaa. Keskustelujen lisäksi terapeutti vierailee nuoren tärkeinä pitämässä paikoissa, kuten koulussa, kotona tai esimerkiksi paikallisessa kahvilassa. Mahdollisuuksien mukaan myös terapiatapaamisia pyritään järjestämään nuorelle merkityksellisissä paikoissa, joissa nuori voi kokea olonsa turvalliseksi. (Liddle ym. 2005)

Myös nuoren sisäiseen maailmaan tutustuminen on ongelmien ymmärtämisen kannalta välttämätöntä. Terapeutti rohkaisee nuorta kertomaan avoimesti toiveistaan, unelmistaan ja tavoitteistaan sekä toisaalta huolistaan, murheistaan ja peloistaan. Terapeutti korostaa vahvuuksia ja taitoja käyttäen niitä nuoren motivoimiseen hoitoon. Terapeutti pyrkii muodostamaan käsityksen nuoren minäkuvasta ja siitä, miten nuori määrittelee itsensä, sekä siitä, keneksi nuori haluaa tulevaisuudessa tulla. (Liddle ym. 2005)

Tutustumisen yhteydessä terapeutti kerää tärkeää tietoa häiriökäyttäytymiseen johtavista asenteista ja ajattelutavoista. Nuoren sisäinen maailma tunteineen, motiiveineen ja ajattelutapoineen onkin oleellinen hoidon kohde. Interventiot keskittyvät häiriökäyttäytymistä ja päihteitä koskevien asenteiden ja uskomusten muuttamiseen. Nuori oppii itse arvioimaan toimintaansa ja siitä aiheutuvia seurauksia uudesta näkökulmasta. Lisäksi häiriökäyttäytymiselle pyritään löytämään vaihtoehtoisia ajanviettotapoja ja harrastuksia. Näin nuori voi täyttää vapaa-aikansa rakentavilla ajanvietteillä, eikä häiriökäytökselle jää tilaa nuoren elämässä. (Liddle ym. 2005)

Tutustumisen ja nuoren arvioinnin oleellinen tavoite on selvittää nuoren elämän historia niin perhe-elämän, kaverisuhteiden, koulun, rikostaustan kuin myös erityisesti käytöshäiriön luonteen ja vaikeuden osalta. Myös vaikeista ja kipeistä kokemuksista pyritään keskustelemaan avoimesti. Pyrkimys on löytää nuoren elämästä merkityksellisiä ongelmakohtia, joita voidaan hyödyntää hoidon suunnittelussa. Toisaalta myös nuoren omat näkemykset hoidon tavoitteista ja nykytilanteestaan ovat tärkeitä huomioitavia asioita hoitoa suunnitellessa. Sen lisäksi, että keskustelut tuo tärkeää tietoa nuoren elämästä, keskustelu nuoren elämän vaikeuksista myös luo perustaa nuoren ja terapeutin väliselle luottamukselle ja hoitosuhteelle. Näin nuoren sitoutuminen hoitoon lisääntyy. (Liddle ym. 2005)

Nuoren hoidossa keskeisessä asemassa on opettaa nuorelle elämänhallinnan taitoja. Erityisesti sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyvät taidot, kuten vakuuttava ja toimiva kommunikointi ja siitä seuraava erimielisyyksien ja ihmissuhdeongelmien tehokas ratkaisu auttaa nuorta selviytymään useista elämässään kohtamistaan vaikeuksista. Joskus nuori kuitenkin välttämättä kohtaa elämässään tilanteita, jotka aiheuttavat turhautumista ja muita negatiivisia tunteita. Näiden tilanteiden rakentavaan selvittämiseen nuorelle opetetaan tunteiden hallintaa, jolloin nuori pystyy välttämään tarpeettomia raivopuuskia ja impulsiivisia vihareaktioita. (Liddle ym. 2005)

Nuoren terveystilanteen kattava kartoittaminen on myös tärkeä osa perusarviointia. Terveysongelmat ja myös seksuaalisuuteen liittyvät ongelmat pyritään selvittämään ja hoitamaan tarpeen mukaan. Mahdolliset samanaikaiset mielenterveyshäiriöt selvitetään aikaisemmista hoitokertomuksista ja psykiatrisista lausunnoista sekä pyritään tarjoamaan niihin sopiva hoito asiaankuuluvilta avuntarjoajilta sopeuttaen se MDFT-hoitoon. (Liddle ym. 2005)

Vanhemmat

Kuten nuoreen, myös vanhempiin tutustutaan yksilöinä ainutlaatuisine historioineen, kiinnostuksineen, tavoitteineen ja huolineen heti hoidon alussa toimivan hoitosuhteen luomiseksi. Vanhempien näkemyksiä roolistaan vanhempana ja kasvattajana selvitetään keskustelemalla heidän omista lapsuusajan kokemuksistaan perhe-elämästä sekä heidän saamastaan kasvatuksesta. (Liddle ym. 2005)

Vanhempien henkisen ja kasvatuksellisen kapasiteetin selvittämiseksi kartoitetaan heidän sen hetkinen konkreettinen vanhemmuuden tuoma työtaakka ja stressi sekä toisaalta kasvatusmotivaatio ja omat kokemuksensa panostuksestaan nuoreen. Vanhemmille korostetaan tehdyn työn suurta taakkaa sekä vanhemman panostusta nuoreen käytöshäiriöstä huolimatta. Näin mahdollisesti epäonnistuneisuutta ja

lannistuneisuutta poteviin vanhempiin voidaan valaa uskoa itseensä vanhempana ja sitä kautta sitoutuneisuutta hoitoon. (Liddle ym. 2005)

Vanhempien psyykkisten ominaisuuksien lisäksi kerätään tietoa kasvatuksellisista perustaidoista, kuten käytetyistä kasvatuskäytännöistä, rajojen asettamisesta sekä kommunikaatiotaidoista lapsen ja vanhemman välisessä vuorovaikutuksessa. Vanhemmilta tiedustellaan aikaisempia yrityksiä ja välineitä puuttua nuoren ongelmiin sekä pohditaan niiden vaikutuksia nuoreen ja perheen elämään onnistumisineen ja epäonnistumisineen. Samalla voidaan pohtia vanhempien mielteitä nuoren käytöshäiriön kehityksestä ja siihen vaikuttaneista tapahtumista. (Liddle ym. 2005)

Ensimmäisen vaiheen tavoitteena tutustumisen lisäksi on herätellä ja vahvistaa vanhempien tunnesidettä nuoreen. Jos vanhempi kokee epäonnistuneensa kasvattajana ja vieraantuneensa lapsensa elämästä, on vanhempien sitoutuneisuus hoitoon usein heikko. Tällöin terapeutin vastuu tunnesiteen vahvistajana korostuu. Vanhempien kanssa keskustellaan perheen menneisyydestä ja ajasta, jolloin asiat olivat paremmin, sekä herätellään muistoja, tunteita ja toiveita nuoreen liittyen. Näin vanhemman nuorta koskevat kovettuneet käsitykset ja mielipiteet väistyvät hetkeksi, mikä voi luoda vanhemmalle tilaisuuden kokea menneisyyden läheisyyden ja vanhemman rakkauden nuorta kohtaan uudelleen. Näin voidaan pehmittää vanhemman kovaa suhtautumista nuoreen ja herättää vanhemmissa uutta toivoa nuoren suhteen. Tämä on tärkein ensiaskel kohti vanhempien sitoutumista hoitoon. (Liddle ym. 2005)

Vaikka MDFT tähtää nuoren auttamiseen, on hoidon kohteena kuitenkin koko perhe. Onkin tärkeää painottaa vanhemmille hoidon olevan myös heitä varten. Terapeutti on samalla lailla vanhempien kuin myös nuoren asialla. Vanhemmille selvitetään heidän tärkeä rooli nuoren hoitamisessa ja heitä motivoidaan kokeilemaan uudenlaisia tehokkaita kasvatukseen keinoja käytöshäiriön hoitamiseksi sekä myös tulevaisuuden varalta toimivan perhe-elämän mahdollistamiseksi. Lisäksi vanhempien mielenterveyshäiriöt ja päihdeongelmat selvitetään ja niihin tarjotaan asianmukainen hoito. (Liddle ym. 2005)

Perheen ulkopuoliset verkostot

MDFT-terapeutti toimii hoidon alusta lähtien tiiviissä yhteistyössä nuoren ja perheen kannalta merkittävien sosiaalisten verkostojen kanssa ja sitä kautta luo muutokselle suotuisaa ympäristöä. Terapeutti pyrkii parantamaan perheen neuvottelukykä näiden verkostojen kanssa, jolloin perhe saa tarvitsemansa avun tai toisaalta velvollisuudet, kuten laki- ja kouluasiat, hoidettua. Perheen ulkoisten verkostojen kohdalla MDFT-ohjelma etenee enemmän jatkumona kuin vaiheittain, kuten muut kohdealueet, vaikka jotkut interventiot painottuvatkin tiettyyn hoidon vaiheeseen. (Liddle ym. 2005)

Perheen ulkoisten verkostojen arvioinnissa pyritään muodostamaan kokonaiskuva nuoren sekä perheen suhteista ympäristöönsä ja siihen kuuluviin verkostoihin. Sitä kautta saadaan tietoa perheen selviytymisestä monimutkaisten byrokraatioiden kanssa. Tietoa kerätään kaikista oleellisista lähteistä, kuten esimerkiksi koulusta ja oikeuslaitokselta sekä toisaalta nuorelta ja perheeltä itseltään, jolloin saadaan kattava kuva kunkin sosiaalisen toimijan suhteesta nuoreen ja hänen ongelmiin. (Liddle ym. 2005)

Kouluvaikeudet ja niistä aiheutuva turhautuminen usein ilmenevät häiriökäytöksenä. Koulussa selviytyminen ja sen turvaaminen onkin tärkeä tavoite nuoren häiriökäyttäytymisen ehkäisemiseksi. Terapeutti toimii tiiviissä yhteistyössä koululaitoksen kanssa ja pyrkii edistämään nuoren koulussa selviytymistä auttamalla nuoren ohjaamisessa sopivimpaan oppimisympäristöön, esimerkiksi erityisluokalle. Terapeutti hankkii tiedot nuoren koulumenestyksestä ja muista merkinnöistä sekä niiden pohjalta neuvottelee sekä nuoren että kouluhenkilökunnan kanssa löytääkseen ongelmakohtia ja parannusehdotuksia nuoren oppimisympäristössä. Yhteistyö alkaa heti hoidon alussa, jolloin terapeutti järjestää tapaamisen kouluhenkilökunnan kanssa.

Terapeutti toimii myös linkkinä perheen ja koululaitoksen välillä sekä auttaa vanhempia kommunikoimaan kouluhenkilökunnan kanssa tehokkaasti. (Liddle ym. 2005)

Kuten koulun parissa, myös oikeuslaitoksen kanssa terapeutti toimii tiiviissä yhteistyössä päätehtävänä toimia nuoren hyväksi tämän puolestapuhujana. Terapeutti pyrkii luomaan tiiviin yhteistyösuhteen oikeusvirkaileijoiden, mahdollisen ehdonalaisvalvojan sekä muiden nuorta koskevien oikeuden päätösten kannalta merkittävien ihmisten kanssa. Jälleen terapeutti auttaa vanhempia kommunikoimaan oikeusvirkaileijoiden kanssa ehkäisten väärinkäsityksistä johtuvia ongelmatilanteita. (Liddle ym. 2005)

Nuoren tämän hetkisen tilanteen kartoittamiseksi tulee selvittää miten ja kenen kanssa nuori viettää vapaa-aikaansa. Nuorta rohkaistaan kertomaan rehellisesti ja yksityiskohtaisesti ystävästään, ikätovereistaan, asuinalueestaan ja vapaa-ajan aktiviteeteistaan. Terapeutti ottaa selvää nuoren elinympäristön vapaa-ajan toimintatarjonnasta ja sitä kautta etsii nuorelle vaihtoehtoisia ajanviettopaikoja häiriökäyttäytymisen ja päihteiden käytön tilalle. (Liddle ym. 2005)

Käytöshäiriöisen nuoren vanhemmat ovat usein liian väsyneitä ja kuormittuneita hoitamaan nuoren asioita ja toisaalta hakemaan tarvitsemiansa palveluita. Terapeutti auttaa selvittämään perheen ja sosiaalisten verkostojen ja laitosten välisiä ongelmia, jolloin vanhemmilla riittää paremmin voimavaroja kasvatuksellisiin tehtäviin stressin ja työkuorman pienentyessä. Terapeutti myös kartoittaa perheen rahatilanteen ja rahallisen tuen tarpeen sekä avustaa perhettä hakemaan tarvitsemaansa apua sosiaalitoimistosta. (Liddle ym. 2005)

2.3.1.2. Vaihe II

Hoidon toinen vaihe on kestoltaan pisin MDFT-hoidon vaihe. Toisessa vaiheessa tehdään suurin osa varsinaisesta muutostyöstä. Yksilötapaamisissa sekä nuoren että vanhempien kanssa käydään läpi yksilöitä koskevia ongelmia, mutta toisaalta opetellaan neuvottelutaitoja ja siten valmistaudutaan käsittelemään yhteisiä ongelmia perhetapaamisissa tuloksellisesti. Terapeutti hyödyntää jatkuvaa tilannearviointia ja perheen kehityksen seuranta hoidon kohdistamiseen sekä nuoren ja perheen tarpeiden tunnistamiseen. Näin suunnitelmista voidaan joustaa tai niitä voidaan muokata paremmin perheen tarpeita vastaaviksi. (Liddle ym. 2005)

Nuori

MDFT-hoidon toinen vaihe perustuu ensimmäisessä vaiheessa tehtyyn pohjatyöhön. Toisessa vaiheessa keskiössä nuoren hoidossa ovat itsetuntemus ja elämänhallinnan taidot, tavoitteellisuus, kommunikaatiotaidot sekä yleisestä terveydestä huolehtiminen. (Liddle ym. 2005)

Nuorelle opetetaan itsetutkiskelua, jonka avulla hän pystyy itse arvioimaan toimintaansa ja sen seurauksia. Tapaamisissa käsitellään nuoren elämän ongelmia, jolloin hän voi pohtia ongelmakäyttäytymisen huonoja ja toisaalta myös hyviä puolia. Pohdinnoissa tähdätään avoimuuteen ja ongelmien peittelemättömyyteen. Näin nuori pystyy tunnistamaan toimiansa seuraukset myös toisesta näkökulmasta. Nuori ohjataan arvioimaan toimintaansa kriittisesti sekä tunnistamaan tekojensa seuraukset, riskit ja vaikutukset läheisiin. (Liddle ym. 2005)

Toisaalta terapeutti auttaa nuorta käsittelemään kriittisen itsetutkiskelun herättämiä tunteita. Nuori on voinut jo aikaisemmin miettiä muutostarpeita ja jopa yrittänyt muutosta siinä kuitenkin onnistumatta. On tärkeää käsitellä nuoren odotuksia ja tavoitteita muutoksen suhteen sekä toisaalta myös hänen kokemia muutokseen liittyviä esteitä ja ristiriitoja. Lisäksi käsitellään nuoren elämää ennen muutosta sekä asioita, joita

hän saattaa entisestä elämästään kaivata. Näin nuorta voidaan valmistaa muutokseen ja elämään muutoksen jälkeen. (Liddle ym. 2005)

Itsetutkiskelun myötä nuori oppii tunnistamaan tunteitaan. Tavoitteena on, että kun nuori osaa tunnistaa tunteensa, hän pystyisi myös hallitsemaan niitä stressaavissa tilanteissa. Negatiivisten tunteiden, kuten vihan, turhautumisen ja toivottomuuden, käsitteleminen rakentavasti tuo nuorelle tehokkaan työkalun menestyä elämässään välttämättä häiriöllistä käyttäytymistä. Näin nuori voi päästä ulos noidankehästä, jossa turhautumisen aikaansaama häiriökäytös seurauksineen tuottaa entistä enemmän turhautumista ja muita negatiivisia tunteita. Tarvittaessa nuori voidaan ohjata myös vihanhallintaryhmään. (Liddle ym. 2005)

Nuorta autetaan myös asettamaan tavoitteita ja sitä kautta toteuttamaan unelmiaan. Tavoitteellisuus avaa nuorelle tien, jota seuraamalla hänellä on mahdollisuus menestyä elämässään ja toisaalta välttää kehitystä vahingoittavaa elämäntapaa. Tapaamisissa keskustellaan nuoren unelmista ja toiveista sekä identiteetistä, kuka hän on ollut, kuka hän on nyt ja kuka hän haluaa tulevaisuudessa olla. Keskustelujen pohjalta luodaan nuorelle pitemmän aikavälin tavoitteita sekä välitavoitteita, joiden avulla nuori voi onnistua saavuttamaan unelmansa. (Liddle ym. 2005)

Tavoitteiden asettamisen lisäksi nuorelle opetetaan, miten asetetut tavoitteet voidaan tehokkaasti saavuttaa. Avainasemassa on ratkaisukeskeinen asenne ongelmia kohdatessa. On tärkeää, ettei nuori jäisi toimettomana vellomaan epätoivossa kohdatessaan vaikeuksia, vaan pikemminkin alkaisi suunnitelmallisesti pienin askelin ratkaisemaan niitä. Nuorta autetaan etsimään uusia näkökulmia ja lähestymistapoja vaikeisiin asioihin, jotta hän ei joutuisi umpikujaan niiden käsittelyssä. Onnistuminen pienissäkin asioissa antaa nuorelle uskoa mahdollisuuksiinsa menestyä. Aluksi voittamattomalta vaikuttanut este muuttuu tällaisen ajattelu- ja toimintatavan myötä täysin mahdolliseksi selvittää. (Liddle ym. 2005)

Itsetuntemuksen ja oman elämän hallinnan lisäksi on tärkeää, että nuori osaa toimia yhteistyössä ympärillään olevien ihmisten kanssa. Yhteistyötaitoista tärkeimmäksi nousee vaikuttava kommunikointi. Nuorta autetaan luomaan uudenlainen tapa ilmaista itseään ja tuntemuksiaan niin, että mahdollisilta väärinkäsityksiltä ja niistä aiheutuvilta ongelmilta vältyttäisiin. (Liddle ym. 2005)

Nuoren yksilötapaamisissa valmistaudutaan myös tuleviin perhetapaamisiin. Terapeutti rohkaisee nuorta kertomaan vanhemmilleen omasta jokapäiväisestä maailmastaan, ajatuksistaan sekä näkemyksistään suhteessa omaan elämäntilanteeseensa. Lisäksi nuori valmistellaan keskustelemaan niistä vanhempiensa kanssa. Myöhemmässä vaiheessa käsitellään sitä, millaisia parannuksia nuoren mielestä pitäisi elämässään tapahtua elämäntilanteensa kohentamiseksi suhteessa käytöshäiriöön ja päihteisiin. (Liddle ym. 2005)

Yleinen terveystieteellinen osa-alue on oleellinen osa terapiaa. Nuoren kanssa keskustellaan seksuaalisuudesta ja siihen liittyvästä riskikäyttäytymisestä pyrkimyksenä turvata nuoren normaali seksuaalisuuden kehitys. Mielenterveyteen liittyviä ongelmia käsitellään ja niihin pyritään tarjoamaan apua, tarvittaessa järjestetään säännöllisiä tapaamisia psykiatrin kanssa. Huumesekulaari käytetään läpi hoidon ja tuloksista keskustellaan niin nuoren kanssa kahden kesken kuten myös koko perheen kesken. Keskusteluissa huomioidaan päihteiden vaikutukset sekä nuoren fyysiseen terveyteen että nuoren ja hänen perheensä mielenterveyteen ja perheen ilmapiiriin. (Liddle ym. 2005)

Toisen vaiheen pääajatuksena on saattaa nuori tietoiseksi tilanteestaan, ja että niin kauan kuin nykyinen elämäntilanne ja ongelmat jatkuvat, hänellä tulee olemaan vaikeuksia saavuttaa keskusteluissa ilmenneitä tavoitteitaan ja unelmiaan. Ongelmien tiedostaminen herättää nuorella motivaatiota muutokseen sekä avaa reitin muuttaa asioita. Terapeutti etsii aktiivisesti yhdessä nuoren kanssa vaihtoehtoisia toimintamalleja häiriökäytökselle. Perheen tuki sekä interventioiden luoma uusi elinympäristö ja ilmapiiri ovat ratkaisevassa asemassa muutoksen onnistumisessa. (Liddle ym. 2005)

Vanhemmat

Vanhempien kohdalla hoidon onnistumisen kannalta korvaamattomassa roolissa ovat vanhempien sekä mahdollisesti heidän parisuhteensa hyvinvointi. Vanhempien tarpeet ja niiden huomiointi luovat perustan kasvatuskäytäntöjen muuttamiselle. Kun vanhemmat voivat hyvin, riittää heillä enemmän voimavaroja myös nuoren kasvatukseen. Tapaamisissa vanhempien kanssa keskustellaan heidän omasta elämästään ja unelmistaan sekä autetaan vanhempia arvioimaan psyykkisiä voimavarojaan. Terapeutti auttaa sopeuttamaan itsestä huolenpidon sekä unelmien toteuttamisen tehokkaaseen ja terveelliseen kasvatukseen. (Liddle ym. 2005)

Parisuhteen hyvinvointi vaikuttaa paljon vanhempien hyvinvointiin yksilöinä sekä toisaalta myös kasvatuksen johdonmukaisuuteen ja yhteistyöhön. Tapaamisissa käsitellään parisuhteeseen liittyviä ongelmia ja etsitään niihin ratkaisuja. Tavoitteena on vahvistaa vanhempien välistä rakkautta sekä toisillensa osoittamaa tukea ja kunnioitusta. Terapeutti painottaa myös puolisoiden yhteistyön merkitystä nuoren kannalta, sillä ongelmat kasvatuksellisessa yhteistyössä ja johdonmukaisuudessa uhkaavat nuoren hyvinvointia ja tulevaisuutta. (Liddle ym. 2005)

Kuten nuoren kohdalla, myös vanhemmille opetetaan itsetutkiskelua ja oman toiminnan kriittistä arviointia erityisesti päihteiden käytön ja muun riskikäytöksen osalta. Vanhemmat saattavat vähätellä oman toimintansa esimerkin vaikutusta nuoren elämään. Terapeutti pyrkii käytännön esimerkein ohjaamaan vanhemmat tarkastelemaan toimintaansa uudesta näkökulmasta sekä rohkaisee tarvittaessa muutokseen. Vanhempien elämänmuutoksen ja avun hakemisen merkitys nuorelle esimerkkinä on todella voimakas. (Liddle ym. 2005)

Käytännön toiminnan lisäksi tärkeä merkitys on vanhempien asenteilla ja suhtautumisella nuoren tervettä kehitystä ohjaaviin tekijöihin. Vanhemmille painotetaan päihteiden vastaista sekä koulua ja harrastuksia suosivaa suhtautumista riippumatta omasta päihde- tai koulutustaustasta. Positiivinen suhtautuminen koulutukseen vaikuttaa myös nuoren koulua koskeviin asenteisiin. Tavoitteena on lisätä nuoren motivaatiota opiskella ja menestyä koulussa. Näin vanhemmat rohkaisee nuorta muuttamaan elämäntapansa terveeseen ja tuottavaan suuntaan erossa päihteistä ja häiriökäyttäytymisestä. (Liddle ym. 2005)

Hoitoprosessin ensimmäisessä vaiheessa kartoitettiin vanhempien kasvatuksellisia perustaitoja. Toisen vaiheen tavoitteena on puuttua ilmenneisiin ongelmakohtiin ja vaikeuksiin sekä ohjata kasvatuskäytäntö nuoren normatiivista kehitystä tukevaan suuntaan. Kasvatuksellisia asioita käydään läpi vanhempien kesken ja sovelletaan opittuja taitoja perhetapaamisissa. Tarvittaessa terapeutti ohjaa ja auttaa vanhempia selviytymään uudesta opitusta roolistaan nuoren kasvattajina. Monesti vanhemmat ovat menettäneet uskonsa omiin kykyihinsä vanhempina ja siksi siirtyneet hieman syrjään vanhemman roolistaan. Terapeutin tuleekin rohkaista ja kannustaa heitä ottamaan uudestaan roolinsa sekä auttaa heitä palauttamaan auktoriteettinsa. (Liddle ym. 2005)

Vanhemmille opetetaan sopivia kasvatuskäytäntöjä. Avainasemassa tehokkaaseen kasvatukseen on vanhempien avoimuus. Vanhempia opetetaan perustelevaan toimintaansa, jotta nuori ymmärtää heitä, eikä nuorelle jää kuva heidän mielivaltaisesta päätöksenteosta. Näin vanhemmat voivat asettaa toimintansa ymmärrettävään kontekstiin. Avoimuuteen liittyy myös emotionaalinen läsnäolo ja vastaanottavuus. Välittämisen ja rakkauden osoittaminen tuo nuorelle luottamusta siitä, että vanhempi pyrkii toimimaan hänen hyväkseen. Nuoren on myös helpompi avautua emotionaalisesti läsnä olevalle vanhemmalle tuntemuksistaan ja ongelmistaan. (Liddle ym. 2005)

Terveen kehityksen turvaamiseksi nuorelle tulee asettaa ikään ja kehitystasoon sopivat rajat ja pelisäännöt. Terapeutti opastaa vanhempia yksilötapaamisissa rajojen asettamisessa käyttäen hyväkseen tietämystään

normaalista nuoruusiän kehityksestä. Toisaalta käsitellään asetettujen rajojen rikkomisesta aiheutuvia sopivia rangaistuksia sekä myös niiden noudattamisesta annettavia palkkioita. Rajoista ja pelisäännöistä neuvotellaan varsinaisesti perhetapaamisissa yhdessä nuoren kanssa, jolloin nuori saa itsekin mahdollisuuden kertoa mielipiteensä ja vaikuttaa niihin. Asetettujen rajojen sekä seurauskäytäntöjen perustelu nuorelle on vanhemmalle tärkeä oppitunti kohti kasvatuksellista avoimuutta. (Liddle ym. 2005)

Rajojen ja sääntöjen noudattamisen valvonta on vanhempien tehtävä. Vanhempien täytyy tietää missä ja kenen kanssa nuori viettää aikaa. Näin he voivat puuttua nuoren kannalta haitalliseen toimintaan ajoissa. Vanhempien tulee vaatia myös nuorelta avoimuutta tekemisistään ja toisaalta perustella valvonnan merkitys nuorelle. Asetettujen seurauskäytäntöjen toimeenpano rangaistuksineen ja palkintoineen vahvistaa vanhempien auktoriteettia ja antaa asetetuille rajoille käytännön merkityksen. (Liddle ym. 2005)

Onnistunut rajojen asettaminen ja seurauskäytäntöjen noudattaminen lisää vanhempien uskoa omiin kykyihinsä vanhempina. Samalla nuori näkee vanhemmat oikeissa vanhemman rooleissa, mikä puolestaan lisää nuoren luottamusta vanhempiinsa ja luo turvallisen ilmapiirin perheeseen. (Liddle ym. 2005)

Myös vanhempien kanssa valmistaudutaan tuleviin perhetapaamisiin jo yksilötapaamisissa. Tärkeää on valmistella vanhemmat kuuntelemaan rauhallisina nuorta hänen kertoessa elämästään ja ajatuksistaan siihen liittyen. Monesti nuoren näkökulmat ja kertomukset voivat herättää vanhemmissa voimakkaita tunteita. Perhetapaamisten onnistumiseksi vanhempien tulee kuitenkin pystyä hillitsemään itsensä voimakkailta tunteenpurkauksilta. Yksilötapaamisissa keskustellaan myös aikaisemmissa perhetapaamisissa heränneistä tunteista ja pohditaan niiden syitä tavoitteena parantaa vanhempien itsetuntemusta ja tunteiden hallintaa. (Liddle ym. 2005)

Perheen vuorovaikutus

Toisen vaiheen päätavoite perheen vuorovaikutuksen kohdalla on kehittää perheen ongelmanratkaisutaitoja yhteisten ongelmien selvittelyssä. Pyrkimyksenä on löytää perheelle tehokkaita ja positiivisia keinoja itseilmaisuuksiin ja neuvotteluun ilman tappeluita. Perhetapaamisiin valmistaudutaan kunnolla jo yksilötapaamisissa sekä nuoren että vanhempien kanssa. Näin perhetapaamisista saadaan suurin hyöty irti ja vältetään turhat konfliktit. Itse käytöshäiriön ja sen syiden käsittely vaatii perheeltä paljon, ja sen eteen tehdään paljon pohjatyötä niin perheen neuvottelutaitojen kuten myös hoitoon sitoutuneisuuden osalta. (Liddle ym. 2005)

Perheen vuorovaikutuksen onnistuminen lähtee yhteistyöstä ja yhteishengestä. Perheenjäsenten tulee kokea olonsa turvalliseksi ja rakastetuksi vuorovaikutustilanteissa. Terapeutti korostaakin positiivisen ja toisia tukevan asenteen tärkeyttä sekä pyrkii vahvistamaan perheen tunnesidettä ohjaamalla kommunikointia lämminsävyiseen ja rakastavaan suuntaan. Lisäksi terapeutti auttaa perheenjäseniä ilmaisemaan tunteitaan. (Liddle ym. 2005)

Positiivisten odotusten ja toivon herättely muutoksen suhteen lisää koko perheen hoitomotivaatiota. Jo pienet muutokset perheen arjessa ja nuoren toiminnassa luovat uskoa nuoren ja toisaalta perheen kykyyn parantaa toimintaansa. Lisäksi terapeutti aktiivisesti korostaa pieniäkin onnistumisen askeleita, jolloin perheenjäsenet itsekin huomaavat hitaasti tapahtuvan muutoksen. Nämä pienet askeleet lisäävät jo itsessään hoitomotivaatiota sekä myös helpottaa uusien askeleiden ottamisessa. Esimerkiksi nuoren lisääntynyt avoimuus ongelmiensa suhteen helpottaa niiden yhteistä käsittelyä ja ratkaisua tulevaisuudessa. Samoin myös vanhempien lisääntynyt vastaanottavuus ja havainnointi ovat huomionarvoisia ja tärkeitä kasvatuksellisia muutoksia. (Liddle ym. 2005)

Perhettä opetetaan ja autetaan keskustelemaan tärkeistä ja myös vaikeista asioista. Alussa keskitytään pelkästään perheenjäsenten välisen kommunikaation lisäämiseen käsittelemällä pienempiä ongelmia. Näin perhe saa kokemuksen onnistuneesta vuorovaikutuksesta. Myöhemmin siirrytään vaikeampiin ja suurempiin asioihin ja ongelmiin. (Liddle ym. 2005)

Usein perheenjäsenten välille on nuoren käytöshäiriön myötä ja toisaalta jo ennen sitä muodostunut vaikeita ihmissuhdeongelmia, jotka haittaavat normaalia kanssakäymistä. Näiden ongelmien selvittely perhetapaamisissa puhdistaa perheen ilmapiiriä ja lisää yhteisöllisyyden tunnetta. Terapeutin rooli tapaamisissa on puolueettomana sovittelijana. (Liddle ym. 2005)

Nuoren kehityksen kannalta sekä toisaalta myös neuvottelutaitojen harjoittelun kannalta tärkeässä osassa on sopivien rajojen asettaminen nuorelle. Terapeutti on jo aikaisemmin keskustellut vanhempien kanssa nuoren kehitysvaiheeseen soveltuvista rajaus- ja seurauskäytännöistä. Näin vanhemmilla on jo tietämystä siitä, mihin neuvotteluissa tähdätään. Lopulliset pelisäännöt kuitenkin neuvotellaan yhteistyössä nuoren kanssa, jolloin nuorelle ei jää tunne, että vanhemmat autoritaarisesti päättää hänen elämästään. Terapeutti rohkaisee kaikkia neuvottelun osapuolia ilmaisemaan ja perustelevaan mielipiteitään avoimesti, jotta kellekään ei jäisi mitään hampaankoloon. Lisäksi vanhempia ohjataan perustelevaan asettamiaan rajoja ja seurauskäytäntöjä painottaen nuoresta välittämistä. (Liddle ym. 2005)

Vaikeiden asioiden yhteinen käsittely perheessä on välttämätöntä koko perheen hyvinvoinnin kannalta. Terapeutti auttaa nuorta kertomaan maailmastaan käytöshäiriöineen ja kokemuksistaan avoimesti ilman vanhempien keskeytyksiä tai tuomitsemista. Samalla terapeutti auttaa vanhempia kuuntelemaan ja reagoimaan kuulemaansa rakentavasti, esimerkiksi ilmaisemalla katumusta tai anteeksi pyytämällä. Myös vanhempia autetaan kertomaan omat kokemuksensa nuoren toiminnan suhteen sekä oma osuutensa vaikeissa tapahtumissa. Vanhemmat saavat näin mahdollisuuden selittää toimintaansa sekä kertoa henkisestä taakastaan ja stressistään, jotka ovat vaikuttaneet tapahtumiin. Tavoitteena on kaikkien osapuolien tunteita ja kokemuksia avoimesti käsittelevä keskustelu. Kokemusten jakaminen auttaa nuorta ja vanhempia ymmärtämään toistensa näkökulmia vaikeissa asioissa, mikä helpottaa perheen arkea tulevaisuudessakin. (Liddle ym. 2005)

2.3.1.3. Vaihe III

MDFT-hoidon kolmas vaihe päättää hoito-ohjelman. Kolmannessa vaiheessa tavoitteena on muuttaa hoidossa saavutetut muutokset pysyväksi osaksi perheen arkea tulevaisuudessakin. Kolmannen vaiheen tapaamisissa käydään läpi tapahtunutta kehitystä niin yksilötasolla kuten myös koko perheen toiminnassa. Terapeutin tehtävänä on korostaa saavutettua kehitystä ja tuoda muutos perheen nähtäville. Lisäksi perheenjäsenet arvioivat itse kehitystään ja pohtivat, mitkä asiat toimivat nyt paremmin. Kunkin perheenjäsenen kanssa käsitellään saavutettua muutosta omalla kohdallaan ja pohditaan muutoksen aiheuttaneita tekijöitä. (Liddle ym. 2005)

Ennen hoidon päättymistä aloitetaan huolellinen valmistautuminen hoito-ohjelman jälkeiseen elämään. Tärkeää on, että hoidon päättymisestä keskustellaan, jotta kukin perheenjäsen osaa siihen valmistautua. Perhetapaamisissa keskustellaan perheen valmiuksista kohdata ja selvittää normaaliin elämään kuuluvia vaikeuksia. Lisäksi yksilötapaamisissa käydään läpi hoidon päättymiseen liittyviä tuntemuksia ja mahdollisia pelkoja. Hoidon päätteeksi kuunnellaan perheen antamaa palautetta niin terapeutin toiminnasta kuten myös koko MDFT-ohjelmasta hoidon kehittämiseksi tulevaisuudessa. (Liddle ym. 2005)

2.4. MDFT:n vertailua muihin psykososiaalisiin yhdistelmähoitoihin: MST ja FFT

Lisääntyneen nuorten psykiatristen ongelmien etiologiaan liittyvän tietämyksen myötä on hoitojen suunnittelussa siirrytty kokonaisvaltaisempaan lähestymistapaan. Nuoren psykiatrinen oireilu ja häiriökäyttäytyminen ovat monimuotoisia ongelmia, joihin liittyy monia tekijöitä laaja-alaisesti nuoren kaikilta elämänalueilta. Tämän ajatuksen pohjalta on kehitetty nuoren ongelmia laajasti kartoittavia monimuotoisia yhdistelmähoitoja. FFT (Functional family therapy) ja MST (Multi systemic therapy) ovat MDFT:n kanssa samankaltaisia, laaja-alaista lähestymistapaa hyödyntäviä sekä saman tyyppisiin ongelmiin tarkoitettuja psykososiaalisia perheterapiamuotoja. (Liddle ym. 2005, Sexton ja Alexander 2005, Schoenwald ja Henggeler 2005)

MDFT:n, MST:n ja FFT:n yhteiset vahvuudet

MDFT-, MST- ja FFT-hoidoilla on useita yhteisiä vahvuuksia, jotka tekevät niistä tehokkaita nuoren ja hänen perheensä auttamisessa. Lähtökohtaisesti hoitomuotojen kokonaisvaltainen ja laaja lähestymistapa ongelmiin antaa kattavan kuvan nuoren sen hetkisestä tilanteesta sekä ongelmiin johtaneista tekijöistä. Tämä mahdollistaa ongelmien laajan käsittelyn usealla elämänalueella samanaikaisesti. Näin luodaan nuorelle tervettä kehitystä edistävä elinympäristö, jossa kehityksen uhkatekijöiden vaikutus on minimoitu. (Liddle ym. 2005, Sexton ja Alexander 2005, Schoenwald ja Henggeler 2005)

Perheen tuen hyödyntäminen muutoksen välineenä on hoidon onnistumisen kannalta erittäin tärkeää. Perheen luoma ilmapiiri ja terveille kehitykselle otollinen ympäristö auttaa nuorta pitämään etäisyyttä kehityksen riskitekijöihin, kuten päihteisiin ja epäedulliseen vertaisryhmään. Kun nuori kohdatessaan psykologisia kriisejä saa tarvitsemansa psyykkisen tuen ja emotionaalisen turvan perheeltään, ei hän joudu etsimään niitä päihteistä tai muista kehityksen uhkatekijöistä. (Liddle ym. 2005, Sexton ja Alexander 2005, Schoenwald ja Henggeler 2005)

Jokainen hoidettava nuori perheineen on omanlainen taustoiltaan ja ongelmiltaan. Tämän vuoksi jokainen hoitoprosessi tulee suunnitella ja toteuttaa yksilöidysti vastaamaan tapauksen asettamia vaatimuksia. MDFT, MST ja FFT hyödyntävät jatkuvaa arviointia ja tarkkailua, joiden avulla voidaan tunnistaa nuoren ja perheen tarpeet sekä kohdentaa hoitoa sinne, missä sitä eniten tarvitaan. Jatkuva arviointi mahdollistaa sopivan joustavuuden aiemmin laaditusta suunnitelmasta kuitenkin niin, että hoitoprosessi pysyy hallinnassa. Näin myös perhe voi kokea, että heidän tarpeita kuunnellaan ja niihin pyritään vastaamaan. Osana perheen tarpeiden huomiointia on hoito-ohjelmien jalkautuvuus perheiden elinympäristöön. Terapiatapaamiset pyritään järjestämään perheen normaalissa elinympäristössä sellaisissa paikoissa, joissa nuori perheineen voi kokea olonsa turvalliseksi. Näin hoidon tulokset linkittyvät vahvemmin perheen arkeen myös hoito-ohjelman päätyttyä. (Liddle ym. 2005, Sexton ja Alexander 2005, Schoenwald ja Henggeler 2005)

MDFT-, MST- ja FFT-hoitojen vahvuus on niiden soveltuvuus myös heikosti motivoituneille nuorille ja perheille. Hoitomotivaation herättäminen ja hoitoon sitouttaminen kuuluvat tärkeänä osana hoito-ohjelmien alkuvaiheeseen. Tämä on tärkeää, sillä käytöshäiriöinen nuori voi olla vastahakoinen osallistumaan hoitoon kokien, ettei tarvitse apua. Toisaalta perheenjäsenet saattavat olla menettäneet toivonsa muutoksen suhteen. (Liddle ym. 2005, Sexton ja Alexander 2005, Schoenwald ja Henggeler 2005)

2.4.1. FFT

FFT on 1970-luvulta lähtösin oleva käytösongelmaisten nuorten hoitoon suunnattu perhekeskeinen yhdistelmähoitomuoto, jota on muokattu vuosikymmenten saatossa klinisen työn tuoman kokemuksen sekä

toisaalta tieteen kehittyessä. Terapian kehitykseen ovat vaikuttaneet useat tieteelliset suuntaukset ja teoriat, kuten systeemi- ja attribuutioteoriat sekä sosiaalinen konstruktionismi. FFT nykyisellään painottaa erityisesti perheen positiivisen ilmapiirin ja toimivan yhteisen ongelmanratkaisun tärkeyttä käytöshäiriöisen nuoren hoidossa. (Sexton ja Alexander 2005)

FFT-hoitoprosessi jakaantuu kolmeen erilliseen vaiheeseen, jotka vastaavat pääpiirteissään MDFT:n vaiheita. Vaiheet eroavat toisistaan tavoitteiltaan sekä teemoiltaan. Ensimmäinen vaihe keskittyy hoitomotivaation herättämiseen ja terapiasuhteen luontiin. Toinen vaihe on varsinainen muutosvaihe, jossa pyritään saavuttamaan haluttu perheen toiminnan muutos. Kolmannessa vaiheessa aiemmin saavutetut tulokset muutetaan osaksi nuoren ja perheen jokapäiväistä elämää. Hoidon selkeä vaiheittaisuus alatavoitteineen auttaa terapeuttia hallinnoimaan ja ohjaamaan terapiaprosessia. (Liddle ym. 2005, Sexton ja Alexander 2005)

Poiketen MDFT:n usean kohdealueen mallista, FFT:n kohdealue rajautuu pääasiassa perheen sisälle keskittyen perheen vuorovaikutukseen ja yhteiseen ongelmanratkaisuun. FFT-tapaamiset ovat perhetapaamisia, joissa ongelmia käsitellään yhteisesti. Hoidolliset päätavoitteet liittyvät vahvasti perheen vuorovaikutukseen ja yhteishenkeen. Erityisesti hoidon alussa keskeinen tavoite on vähentää perheen sisäistä negatiivista vuorovaikutusta ja syyllistämistä samalla vahvistaen tunnesidettä perheenjäsenten välillä. Myöhemmin keskitytään rakentavan neuvottelun ja ongelmanratkaisun opetteluun. FFT:n suurimpana heikkoutena on suppea kohdealue, jonka seurauksena mahdollisten perheen ulkoisten ongelmatekijöiden huomiointi ja ratkaisu voi jäädä vajavaiseksi. Toisaalta perheen yhteisten ongelmanratkaisutaitojen kehittäminen antaa perheelle työkalut selvittää hoidon ulkopuolelle jäävistä ongelmista itsenäisesti. (Liddle ym. 2005, Sexton ja Alexander 2005)

Kuten MDFT, myös FFT tasapainottelee suunnitelmallisuuden ja joustavuuden välillä. Suunnitelmallisuus piirtää hoidolle suuntaviivat, joita seuraamalla päästään haluttuun tulokseen. Hoidon suunnittelussa terapeutti hyödyntää FFT-hoidon vaiheittaista mallia sekä muutamia määriteltyjä peruseriaatteita. Toisaalta sopivan suunnitelmista joustavuuden avulla pystytään ottamaan perheen tarpeet paremmin huomioon. Perheen jatkuva arviointi onkin tärkeä osa myös FFT:a. Arvioimalla perheen kehitystä ja hoidon etenemistä terapeutti tunnistaa nuoreen ja perheeseen vaikuttavat riskitekijät sekä hoidon ongelmakohdat, joiden perusteella hän muokkaa hoitosuunnitelmaa vastaamaan vaatimuksia. (Liddle ym. 2005, Sexton ja Alexander 2005)

FFT-hoitoprosessin kokonaiskesto vaihtelee kolmen ja kuuden kuukauden välillä. Tapauksesta riippuen terapiatapaamisia kertyy yleensä 12-20. (Graham ym. 2014, Sexton ja Turner 2010)

2.4.2. MST

MST on sosiaaliekologiseen kehitysteoriaan sekä aikaisempiin käytännönläheisiin perheterapioihin pohjautuva psykososiaalinen yhdistelmähoitomuoto käytösongelmallisille nuorille. MST hyödyntää ongelmalähtöistä lähestymistapaa. Hoidon tavoitteena onkin tunnistaa ja ratkaista oireiden taustalla vaikuttavat nuoren kehitystä uhkaavat ongelmakohdat sekä sitä kautta luoda nuorelle tervettä kehitystä edistävä elinympäristö. (Schoenwald ja Henggeler 2005)

Toisin kuin MDFT ja FFT, MST etenee enemmän jatkumona kuin vaiheittain, vaikkakin samat pääteemat, kuin MDFT:n ja FFT:n eri vaiheissa, sisältyvät myös MST-hoitoon. Toisaalta, kuten MDFT, myös MST vaikuttaa laajasti eri kohdealueilla, mutta MDFT:n ennalta määriteltyjen neljän kohdealueen sijaan MST:n kohdealueiden määrä vaihtelee tapauksen ja tarpeen mukaan. Hoitoprosessin alussa terapeutti määrittelee yhdessä perheen kanssa hoidolle ihanteelliset tavoitteet, joihin hoito-ohjelmalla pyritään. Terapeutti myös arvioi nuoren ongelmia ja niiden syytä laajasti huomioiden nuoren koko elinpiirin ja sosiaaliset verkostot.

Arvioinnin perusteella terapeutti tekee hypoteeseja ongelmien alkuperästä. Hypoteesien perusteella puolestaan määritellään välitavoitteita ja kohdennetaan interventioita. Interventioiden tuloksia arvioimalla terapeutti tarkentaa, muokkaa ja luo uusia hypoteeseja tai tunnistaa uusia ongelmia. Näin hoito etenee kehämäisesti hypoteesien jatkuvasti tarkentuessa ja uusien kehityskohteiden ilmetessä. Lopullisena päämääränä on ratkaista nuoren kehitystä uhkaavat ongelmat ja ohjata nuori tervettä kehitystä tukevaan elintapaan. (Liddle ym. 2005, Schoenwald ja Henggeler 2005)

Verrattuna MDFT:n, MST on joustavampi hoito-ohjelma vaihteellisuuden ja valmiiksi määriteltyjen kohdealueiden puuttuessa. MST-interventiot kohdistuvat sinne, missä ongelmakohtia ilmentyy ja hoidon suunnittelu ja toteutus tapahtuu täysin perheen tarpeita arvioiden ja kuunnellen. Tällaisen mallin vahvuutena onkin erityisesti sen joustavuus ja siten sovellettavuus monimuotoisiin häiriöihin. Toisaalta heikkoutena MST-mallissa on hoidon kohdistuminen ja rajoittuminen vain tunnistettuihin ongelmiin, jolloin jotkut tunnistamattomat, nuoren kehityksen kannalta elintärkeiden ongelmien hoito voi jäädä huomiotta. MDFT-terapiassa puolestaan huomioidaan ja kartoitetaan valmiiksi määriteltyjen kohdealueiden avulla joka tapauksessa ainakin nuoren lähipiiriin liittyviä ongelmakohtia sekä lisäksi opetetaan ongelmanratkaisutaitoja tulevien vaikeuksien varalta. Näin myös terapiassa ilmenemättä jääneiden ongelmien käsittely ja ratkaisu hoidon päätyttyä helpottuu. (Liddle ym. 2005, Schoenwald ja Henggeler 2005)

MST-hoito on kestoltaan neljästä kuuteen kuukautta. Hoidon aikana terapiakontaktien yhteenlaskettu aika vaihtelee kahdesta tunnista aina viiteentoista tuntiin viikossa perhettä kohden. Tämän lisäksi terapeutti on joka päivä vuorokauden ympäri tavoitettavissa puhelimitse. (Schoenwald ja Henggeler 2005)

3. MDFT:N VAIKUTTAVUUDEN ARVIOINTIA

3.1. Vaikuttavuuden kriteerit

Nuorisopsykiatrisen hoidon päätavoitteena on nimenomaan nuoren auttaminen sekä terveen kehityksen turvaaminen ja sitä uhkaavien ongelmien ratkaiseminen (Marttunen ja Kaltiala-Heino 2014). Tähän ajatukseen pohjautuen MDFT pyrkii luomaan nuorelle elinympäristön, jossa terve kasvaminen mahdollistuu, vaikuttamalla koko perheen ja siihen kuuluvien yksilöiden haitallisiin ajatus- ja toimintamalleihin. (Liddle ym. 2005)

MDFT:n vaikuttavuuden perustana on näkökulma, että nuoren psykiatristen ongelmien lähtökohtana ovat psyykettä horjuttavat elämäntapahtumat, joita nuori ei ole vielä valmis kohtaamaan ja käsittelemään yksin. Jos nuori ei vaikeassa tilanteessaan saa tukea ja turvaa vanhemmiltaan tai muilta kasvattajiltaan, voi hän alkaa oireilemaan internalisoiden, kuten masennuksena tai ahdistuksena, tai eksternalisoiden, kuten häiriökäytöksenä tai päihteiden käyttönä. Oireilu aiheuttaa nuorelle eri elämänalueilla monimuotoisia ongelmia, jotka lisäävät psyykkistä stressiä entisestään, mikä puolestaan johtaa nuoren kehitystä uhkaavan noidankehän syntymiseen. MDFT pyrkii katkaisemaan tämän noidankehän kokonaisvaltaisella muutoksella nuoren elinympäristössä. Samalla perhe valjastetaan tukemaan nuoren tervettä kehitystä antamalla nuorelle psyykkistä turvaa lisääntyneen kommunikoinnin sekä vahvistuneen tunnesiteen avulla. (Aalberg ja Siimes 1999, Liddle ym. 2005)

MDFT:n tavoiteltu vaikuttavuus perustuu neljällä kohdealueellaan toteutettuun muutokseen. Vaikuttavuuden edellytyksenä on kunkin kohdealueen alatavoitteiden täyttyminen. Kokonaisuutena MDFT:n vaste koostuu nuoren psyykkisten voimavarojen vahvistamisesta, perheen emotionaalisen tuen ja toisaalta rajojen asettamisen luomasta turvasta sekä sosiaalisiin verkostoihin liittyvien ongelmakohtien ratkaisemisesta. (Liddle ym. 2005)

MDFT:n vaikuttavuutta käytös- ja päihdehäiriön hoidossa on tutkittu mittaamalla erityisesti nuoren eksternalisoivan oireilun ilmentymistä ennen hoitoa ja sen jälkeen. Nuoren kannalta oleellisina muuttujina näin vaikuttavuuden kriteereinä on pidetty päihteiden käyttöä, sen yleisyyttä ja määrää sekä muiden eksternalisoivien oireiden, kuten häiriökäytökseksi tulkittava toiminta ja rikollisuus, ilmentymistä. Myös internalisoivien oireiden ilmentyminen on huomioitu tutkimuksissa vaikkakin suppeammin kuin eksternalisoivien (Dakof ym. 2015, Henderson ym. 2009, Henderson ym. 2010, Hendriks ym. 2011, Hendriks ym. 2012, Hogue ym. 2006a, Hogue ym. 2006b, Hogue ym. 2008, Liddle ym. 2001, Liddle ym. 2004, Liddle ym. 2008, Liddle ym. 2009, Phan ym. 2011, Righter ym. 2010, Rowe ym. 2013, Schaub ym. 2014). Perheen kannalta tarkasteltaessa vaikuttavuuden kriteereinä on käytetty perheen vuorovaikutuksen laatua ja määrää, vanhempien kasvatuksellisia taitoja ja osallistumista nuoren elämään. (Henderson ym. 2009, Hogue ym. 2006a, Liddle ym. 2001, Liddle ym. 2004, Liddle ym. 2009)

Merkillepantavaa MDFT:n vaikuttavuutta kartoittaneissa tutkimuksissa on päihdeongelman painottaminen käytöshäiriön kustannuksella hoidettavana ongelmana (Dakof ym. 2015, Henderson ym. 2009, Henderson ym. 2010, Hendriks ym. 2011, Hendriks ym. 2012, Hogue ym. 2006a, Hogue ym. 2006b, Hogue ym. 2008, Liddle ym. 2001, Liddle ym. 2004, Liddle ym. 2008, Liddle ym. 2009, Phan ym. 2011, Righter ym. 2010, Rowe ym. 2013, Schaub ym. 2014, Shelef ym. 2005). Tiedossa on, että päihdehäiriö ja käytöshäiriö ovat läheisessä yhteydessä toisiinsa, ja ne esiintyvätkin usein samanaikaisesti. Käytöshäiriöön liittyy useita päihdeongelmille altistavia ominaispiirteitä, kuten lisääntynyt vuorovaikutus päihteiden käyttäjien kanssa, alttius ikäryhmän normeja rikkovaan käyttäytymiseen ja impulsiivisuus sekä tunteiden hallinnan puutteet ja ahdistus, joihin nuori saattaa hakea apua päihteistä (Marttunen ja Kaltiala-Heino 2014). Päihdeongelmien voisi näin ajatella olevan käytöshäiriön seurausta tai oireita. Toisaalta eksternalisoivia ja internalisoivia oireita pidettiin tutkimuksissa päihdehäiriön oireina, vaikka ne itse asiassa ovat käytöshäiriön tunnusmerkkejä. Onko oikeasti siis hoidettu käytöshäiriötä ja mitattu vastetta päihteidenkäytön aiheuttamilla oireilla? Vai ovatko käytös- ja päihdehäiriöt itse asiassa pohjimmiltaan saman ongelman eri ilmenemismuotoja?

3.2. Tutkimuskatsaus MDFT:n vaikuttavuudesta

3.2.1. Vaikuttavuus vastemuuttujien osalta

Päihteiden käyttö

Päihteiden, erityisesti kannabiksen, mutta myös alkoholin ja voimakkaampien huumeiden, käyttö on ollut MDFT:n vaikuttavuutta selvittäneiden tutkimusten tärkeimpänä vastemuuttujana. Tutkimuksissa MDFT:n on todettu vähentävän päihteiden käyttöä merkittävästi. MDFT sekä harvensi päihteiden käyttökertoja että vähensi käytettyjen päihteiden määrää (Dakof ym. 2015, Henderson ym. 2010, Hendriks ym. 2011, Hendriks ym. 2012, Liddle ym. 2001, Liddle ym. 2004, Liddle ym. 2008, Liddle ym. 2009, Phan ym. 2011, Righter ym. 2010, Schaub ym. 2014).

MDFT:n vaikutusta kannabiksen käytön taajuuteen on tutkittu retrospektiivisesti tarkastellen käyttökertojen määrää viimeisten 30 tai 90 päivän aikana. Tutkimusten mukaan päivien, joina kannabista oli käytetty, osuus oli pienentynyt MDFT-hoidossa 32-58% 12 kuukauden seurannan jälkeen, kun verrokkiryhmissä, joissa hoitoina oli nuorisoryhmäterapia AGT (Adolescent Group Therapy) tai kognitiivis-behavioraalinen yksilöterapia CBT (Cognitive Behavioral Therapy), vastaavat luvut olivat 24-46% (Hendriks ym. 2011, Liddle ym. 2001, Liddle ym. 2008). Myös poltettujen sätkien määrä oli vähentynyt 45% 12 kuukauden seurannan jälkeen (Hendriks ym. 2011).

MDFT lisäsi selvästi myös kieltäytymistä päihteistä. Tutkimuksissa kannabista enintään yhden kerran viimeisen 30 päivän aikana käyttäneiden nuorten osuus kasvoi MDFT:n tuloksena 7 prosentista 64 prosenttiin

verrokkihoidon, CBT:n kasvattaessa osuutta 4 prosentista 44 prosenttiin (Liddle ym. 2008). Toisessa tutkimuksessa MDFT-hoitoa saaneista kannabista käyttäneistä nuorista 98% lopetti käytön kokonaan. AGT-hoitoa saaneista kannabiksen käyttäjistä puolestaan 70% lopetti käytön. (Liddle ym. 2004).

MDFT:n vähentävä vaikutus päihteiden käyttöön oli verrokkiryhmää, AGT:a saaneita nuoria, selvästi nopeampi ja voimakkaampi (Liddle ym. 2001, Liddle ym. 2009) ja päihteiden käyttö myös jatkoi vähenemistä vielä MDFT-hoidon päätyttyä 12 kuukauden seurannassa (Liddle ym. 2008). Lisäksi saavutetut tulokset olivat pysyneet vielä 24 kuukauden seurannan jälkeen ja päihteiden käyttö oli edelleen yli 40% vähäisempää kuin lähtötilanteessa (Dakof ym. 2015).

Erytisen tehokkaaksi MDFT osoittautui jos päihteiden käyttö oli runsasta ja siten päihdeongelma oli vakava. Lievemmissä tapauksissa verrokkit AGT ja CBT olivat yhtä tehokkaita kuin MDFT, jotka kaikki kuitenkin todettiin tehokkaiksi päihdeongelman hoidossa. Lisäksi jos nuorella oli päihdeongelman lisäksi muita mielenterveysongelmia, osoittautui MDFT verrokkejaan tehokkaammaksi. (Henderson ym. 2010)

Eksternalisointi

MDFT:n vaikuttavuutta tutkineissa tutkimuksissa käytösoireet ovat korvattu eksternalisoivan oireen käsitteellä (Dakof ym. 2015, Liddle ym. 2001, Liddle ym. 2004, Schaub ym. 2014). Eksternalisoivilla oireilla tarkoitetaan nimensä mukaan psyykkisen oireilun suuntautumista ja ilmentymistä ihmisestä ulospäin kohdistuen itsensä lisäksi myös muihin. Eksternalisoivat oireet ovat käytöshäiriölle tyypillisiä oireita, kuten fyysinen tai sanallinen väkivalta, epäsosiaalinen käytös sekä rikollinen toiminta (Suvisaari 2013).

MDFT-hoidon on todettu vähentävän eksternalisoivia oireita lähes kaksi kertaa enemmän kuin AGT (Liddle ym. 2004). Tutkimusten mukaan MDFT vähentää eksternalisoivia oireita 12 kuukauden seuranta-aikana 13-38% (Dakof ym. 2015, Liddle ym. 2001, Schaub ym. 2014). AGT puolestaan pystyi 11-18% vähenemään (Dakof ym. 2015, Liddle ym. 2001) ja CBT 20-36% vähenemään (Schaub ym. 2014). Huolimatta MDFT:n tehon laajajhkosta vaihtelusta tutkimusten välillä verrattuna AGT:n ja CBT:n, MDFT osoittautui jokaisessa tutkimuksessa verrokkejaan tehokkaammaksi eksternalisoinnin vähentämisessä. Vaihtelut tuloksissa selittyvät erilaisilla mittaustavoilla sekä hoitomuotojen sovelluttamisilla tutkimuksiin sopivaksi.

MDFT:n on myös todettu säilyttävän hyvin hoidolla saavutetut tulokset. 24 kuukauden seurannassa MDFT-hoidolla saavutetut 12 kuukauden seurannan jälkeen mitatut tulokset olivat säilyneet muuttumattomina. Toisaalta verrokki AGT:n 12 kuukauden seurannan arvosta eksternalisointi oli 24 kuukauden jälkeen uudestaan lisääntynyt lähes kolmanneksen (Dakof ym. 2015).

Rikollisuus

Rikollinen toiminta on eksternalisoivan oireilun muoto (Suvisaari 2013). Rikollisuus edustaa käytöshäiriön vakavimmasta päästä olevaa oireilua, minkä vuoksi sitä on käsitelty tutkimuksissa eksternalisoinnista erillisenä muuttujana (Dakof ym. 2015, Hendriks ym. 2011, Liddle ym. 2004, Liddle ym. 2009). Erytisesti vakavat rikokset, kuten väkivaltarikokset, seksuaalirikokset ja vakavat omaisuusrikokset, voivat aiheuttaa niin nuorelle itselleen kuin myös rikoksen uhreille vaikeita psyykkisiä, fyysisiä sekä taloudellisia seuraamuksia (Marttunen ja Kaltiala-Heino 2014).

Tutkimuksissa MDFT:n on todettu vähentävän rikollista toimintaa merkittävästi. Yhdysvaltalais tutkimuksessa jopa 91% hoidon alussa viimeisten 30 päivän aikana säännöllisesti rikolliseen toimintaan osallistuneista MDFT:a saaneista nuorista oli lopettanut lain vastaisen toiminnan kokonaan. Verrokkihoito AGT puolestaan

pienensi rikollisten osuutta 35% (Liddle ym. 2004). Toisessa tutkimuksessa MDFT:a saaneista rikollisnuorista 42% kuuden kuukauden ja 53% vuoden seurannan jälkeen oli lopettanut rikollisen toiminnan viimeisten 30 päivän ajalta. AGT:lla rikollisnuorten osuus pieneni puolessa vuodessa 41%, mutta vuoden seurannan jälkeen osuus oli lähtenyt kasvuun osuuden ollessa alkutilannetta enää 36% pienempi (Liddle ym. 2009).

Erityisesti vakavat rikokset (väkivalta- ja seksuaalirikokset sekä vakavat omaisuusrikokset) väheni MDFT-hoidossa. Retrospektiivisesti viimeisten 30-90 päivän ajalta kartoitettujen vakavien rikosten vähenemä vaihteli eri tutkimuksissa 50-100% välillä (Dakof ym. 2015, Hendriks ym. 2011, Liddle ym. 2004). AGT:lla vähenemä oli 36-44% (Dakof ym. 2015, Liddle ym. 2004). Toisaalta Alankomaissa toteutetun MDFT:a ja CBT:a vertailleen tutkimuksen mukaan MDFT ja CBT osoittautuivat yhtä tehokkaiksi vakavan rikollisuuden vähentämisessä (Hendriks ym. 2011).

Internalisointi

Internalisoivat oireet ovat ihmisen sisäiseen maailmaan painottuvaa psyykkistä oireilua, joka ilmenee esimerkiksi ahdistuksena tai masennuksena (Suvisaari 2013). Internalisointi on merkittävä käytöshäiriön riskitekijä sisäisen pahan olon purkautuessa häiriökäytöksenä tai päihteiden käyttönä (Liddle ym. 2009, Marttunen ja Kaltiala-Heino 2014). Siksi käytöshäiriön hoitomuotojen vaikutusta internalisoivien oireiden ilmentymiseen on olennaista tutkia.

MDFT:n tehoa internalisoinnin vähentämisessä kartoittaneiden tutkimusten antamat tulokset osoittavat MDFT:n vähentävän internalisoivaa oireilua merkittävästi. Eurooppalaisen tutkimuksen mukaan MDFT:a saaneiden nuorten internalisointi väheni kuuden kuukauden seurannassa 25-26% ja vuoden jälkeen vähenemä oli 26-35%. Verrokkihoito CBT:lla vastaavat luvut olivat 18-24% ja 19-34% (Schaub ym. 2014). Samansuuntaisia tuloksia antoi myös Yhdysvalloissa tehty tutkimus, jonka mukaan internalisointi väheni MDFT-nuorilla hoidon alusta hoidon loppuun 18% verrokki AGT:n pystyessä 10% vähenemään (Liddle ym. 2004). Toisessa yhdysvaltalais tutkimuksessa internalisointi väheni MDFT-nuorilla kuuden kuukauden seurannassa jopa 87% ja vuoden jälkeen internalisointi oli vähentynyt yhteensä 90%. AGT-hoitoa saaneilla nuorilla internalisointi väheni puolessa vuodessa 19% ja vuoden jälkeen luku kasvoi 56%:n (Liddle ym. 2009). Suuret erot prosenteissa selittynevät toisistaan poikkeavilla mittaustavoilla.

Perheen toimintakyky

MDFT perhekeskeisenä hoitomuotona painottaa perheen vuorovaikutuksen ja yhteenkuuluvuuden merkitystä kasvavan nuoren mielenterveyden kulmakivenä ja voimavarana (Liddle ym. 2005). Tämän vuoksi on oleellista tutkia MDFT:n vaikutusta perhesysteemin toimintaan.

Tutkimusten mukaan MDFT on osoittautunut verrokkihoitoihin, AGT:n ja CBT:n verrattuna lähinnä yhtä hyväksi tai vain heikosti paremmaksi perheen vuorovaikutuksen hoidossa (Liddle ym. 2004, Liddle ym. 2009, Schaub ym. 2014). Vain yhdessä tutkimuksessa MDFT pystyi selkeästi verrokkiaan parempaan tulokseen perheen toiminnan parantajana MDFT:n parantaessa perheen toimintakyky pisteitään 23% AGT:n jäädessä 3%:n parannukseen (Liddle ym. 2001).

Tutkimukset siis osoittavat yksilökeskeisen CBT:n ja vertaisryhmäkeskeisen AGT:n olevan MDFT:n veroisia tai vain lievästi heikompia perheen vuorovaikutuksen parantamisessa, mikä on yllättävää MDFT:n perhekeskeisyyden näkökulmasta. Onko siis niin, että MDFT:n perheen toiminnan kehittämiseen käytetyt interventiot ovatkin tehottomia? Vai ovatko tutkimuksissa käytetyt perheen toimintaa tarkastelevat mittarit soveltumattomia tarkoitukseensa?

Perheen merkitys ja sen luoma tuki on nuoren subjektiivinen kokemus, jonka objektiivinen mittaaminen voi olla vaikea tehtävä. Perheen vuorovaikutuksen laatua mitattiin perheen koheesiota ja konflikteja kartoittavilla kyselylomakkeilla (Liddle ym. 2004, Schaub ym. 2014) tai nuoren raportoimalla tarkistuslistamaisella kyselyllä (Liddle ym. 2009). Ennalta tarkkaan määritetyt kysymykset voivat jättää olennaisia, vaikeasti tarkkailtavia asioita huomiotta ja toisaalta painottaa määrällisiä elementtejä perheen vuorovaikutuksessa. Toisaalta MDFT:n verrokkiinsa nähden selkeästi parempaa tehoa osoittaneessa tutkimuksessa perheen vuorovaikutuksen mitattiin ulkopuolisten tarkkailijoiden avulla. Tarkkailijat seurasivat perheen yhteistä vuorovaikutusta ja neuvottelua 20 minuuttia kestävältä nauhoitteelta, jonka jälkeen he pisteyttivät perheen vuorovaikutuksen oman tulkintansa mukaan (Liddle ym. 2001). Ulkopuolisten tarkkailijoiden tulkitessa perheen vuorovaikutusta jäävät yksilöiden sisäiset tuntemukset sekä perheen luontaiset normit ainakin osittain auttamatta pisteytyksen ulkopuolelle.

Koulu ja opiskelu

MDFT-hoitoon kuuluu ohjata nuori itselleen parhaiten sopivaan oppimisympäristöön esimerkiksi erityisopetukseen. Tavoitteena on turvata nuoren oppiminen ja mahdollisesti parantaa koulumenestystä (Liddle ym. 2005). Koulumenestyksen huomioineissa tutkimuksissa MDFT-nuorten kouluarvosanat olivat parantuneet lähtötilanteesta 12 kuukauden seurannan jälkeen. Arvosanat nousivat jopa 48% verrokki AGT:n parantaessa arvosanoja 22% (Liddle ym. 2001). Toisessa tutkimuksessa puolen vuoden seurannan jälkeen parannus oli 16%, mutta 12 kuukauden jälkeen tulokset olivat kääntyneet laskuun arvosanojen ollessa enää 8% lähtötilannetta korkeampia. Verrokkihoidossa, AGT:ssa tulokset olivat kuitenkin vielä heikommat. Puolenvuoden jälkeen arvosanat olivat huonontuneet 17% ja vuoden jälkeen 24% (Liddle ym. 2009).

Arvosanojen lisäksi koulutuksen onnistumista on tutkittu selvittämällä oppimista ja koulunkäyntiä haittaavien akateemiseen suorituskkyyn liittyvien ongelmien, kuten motivaation puute ja oppituntien kokeminen liian vaikeaksi, ilmentymistä ennen hoitoa ja sen jälkeen. Tutkimuksessa MDFT pystyi vähentämään näitä ongelmia 15% AGT:n vähentäessä ongelmia 11% (Liddle ym. 2004).

Suurempi vaikutus kohdistui puolestaan koulussa käyttäytymiseen kouluhäiriköinnin vähentyessä MDFT:n tuloksena huomattavasti. Tutkimuksessa säännöllisesti koulussa häiriköineistä MDFT-nuorista jopa 84% lopetti häiriköinnin. Sen sijaan AGT pienensi häiriköiden osuutta 28% (Liddle ym. 2004). Samassa tutkimuksessa MDFT-nuorten kurinpidolliset kouluongelmat vähenivät keskimäärin 15% AGT:n vähentäessä niitä 7% (Liddle ym. 2004). Näitä tuloksia tukee myös toisen tutkimuksen tulokset, joiden mukaan MDFT:n vaikutus käytösarvosanoihin on AGT:a huomattavasti myönteisempi MDFT:n nostaessa käytösnumeroa 12 kuukauden seurannan jälkeen 12% AGT:n puolestaan huonontaessa arvosanaa 10% (Liddle ym. 2009).

3.2.2. Hoidon tehoon vaikuttavat MDFT-hoidon ominaispiirteet

Hoidon määrä

Hoidon määrä mitattuna hoitokertojen lukumäärällä ja hoitjakson pituutena on kääntäen verrannollinen nuoren ongelmien vakavuuden kanssa. Mitä enemmän hoitoa, sitä parempi oli nuoren tilanne hoidon päätyttyä, ja vastaavasti vähempi hoito merkitsi heikkoja tuloksia (Liddle ym. 2008). Nuorten saamaa hoidon määrää hoitjakson aikana kartoittaneiden tutkimusten mukaan MDFT-nuoret saivat merkittävästi enemmän hoitoa, jopa 3-4 kertaisen määrän tunteina ja kaksinkertaisen määrän viikkoina, kuin verrokkihoito CBT:ssa (Hendriks ym. 2011, Rowe ym. 2013). Lisäksi MDFT-nuorilla käytöshäiriön suhteen myönteinen kehitys jatkui

vielä hoidon päätyttyä, mikä viittaa perheen suureen merkitykseen käytös- ja päihdeongelmien hoidossa (Liddle ym. 2008). Näin ollen MDFT:n hoidollinen teho ulottuu vielä hoidon jälkeiseenkin aikaan.

Hoidon keskeytyminen

MDFT:ssä hoidon keskeytyminen oli huomattavasti vähäisempää, kuin verrokkihoidoissa AGT:ssa ja CBT:ssa. Eri tutkimuksissa MDFT:n keskeyttäneiden osuus on vaihdellut 3-30% välillä (Hendriks ym. 2011, Liddle ym. 2001, Liddle ym. 2009, Rowe ym. 2013), kun puolestaan AGT:ssä vastaava osuus oli 28-48% (Liddle ym. 2001, Liddle ym. 2009) ja CBT:ssä 52-72% (Hendriks ym. 2011, Rowe ym. 2013).

Erot hoidon keskeytymisen yleisyydessä voidaan ainakin osittain selittää MDFT:n perhekeskeisyydellä. MDFT:ssa hoitoon sitoutuu nuoren itsensä lisäksi myös vanhemmat ja muut perheenjäsenet. Näin hoidon keskeytyminen ei ole ainoastaan yhden ihmisen mielijohteiden, vaan koko perheen yhteisen päätöksen varassa. Tutkimuksissa on havaittu erityisesti vanhempien tärkeä osuus perheen sitoutumisessa hoitoon. Vahva ja toimiva terapiasuhte vanhempien ja terapeutin välillä vähensi merkittävästi hoidon keskeytymistä, kun terapiasuhteella nuoren ja terapeutin välillä puolestaan ei ollut vastaavaa merkitystä. Vanhempien sitoutuminen hoitoon sekä hoidon tavoitteiden hyväksyminen ja sisäistäminen saivat heidät itsensäkin muuttamaan toimintaansa perheen toiminnan parantamiseksi. Samalla vanhemmat ohjasivat perheen toimintaa terapiakeskeisesti, mikä puolestaan vähensi perheestä johtuvaa hoidon keskeytymistä. (Shelef ym. 2005)

Tutkimuksen mukaan MDFT-hoito keskeytyi useammin nuorilla, joiden ongelmat olivat suhteessa lieviä. Lisäksi keskeyttäneet olivat iältään nuorempia, kuin ei-keskeyttäneet. Toisaalta vaikeammin ongelmaiset ja suhteessa vanhemmat pysyivät paremmin hoidossa keskeyttämättä. Syyksi tähän arvioitiin vaikeampien tapausten ja varttuneempien nuorten kohdalla, että he tunnistivat ongelmansa ja kokivat terapian mahdollisuutena muutokseen. Toisaalta nuoremmat ja vähäongelmaisemmat saattoivat kokea olevansa tarpeeksi terveitä ja ilman avun tarvetta, jolloin he saattoivat vähätellä ongelmiaan. Siksi keskeyttäminen oli helppo ratkaisu. Myöskään vanhemmat eivät todennäköisesti riittävästi sitoudu hoitoon, jos nuoren oireilu on lievää. Joka tapauksessa tulokset antavat myönteisen odotusarvon MDFT:n tuloksista erityisesti hoidon tarpeessa olevien nuorten kohdalla heidän sitoutuessa hoitoon kaikkein vahvimmin. Huomion arvoista kuitenkin on, että hoitoon jo motivoituneet nuoret perheineen todennäköisesti raportoivat ongelmistaan avoimemmin, kuin ei-motivoituneet, jotka puolestaan saattoivat vähätellä ongelmiaan ja avun tarvettaan. Näin ollen ongelmien vakavuuden yhteys hoidon keskeytymiseen jäi epäselväksi. (Robbins ym. 2006)

Perhekeskeisyys ja ihmissuhteet

Vanhempien kasvatustaidot kehittyivät MDFT-hoidossa. Ikään sopiva rajojen asettaminen, valvonta ja kurinpito lisääntyi ja kehittyi paremmin nuoren kehitystä tukeviksi (Henderson ym. 2009, Liddle ym. 2009). Toisaalta vanhempien osallistuminen nuoren elämään lisääntyi ja suhtautuminen nuoreen muuttui hyväksyvämmäksi ja ymmärtävämmäksi (Liddle ym. 2009).

Vanhempien ymmärtäessä nuoren elämää ja siihen liittyviä näkökulmia, perheen yhteinen ongelmanratkaisu mahdollistuu ja helpottuu huomattavasti. MDFT:n onkin todettu parantavan myös perhesuhteita ja perheen yhteenkuuluvuutta (Liddle ym. 2009), vaikka perheen konfliktit eivät erityisesti vähentyneetkään (Schaub ym. 2014). Tämä viittaa perheen kehittyneisiin ongelmanratkaisutaitoihin riitojen ratketessa ilman katkeruutta ja syylistämistä. Toisaalta on havaittu perheen konfliktien parantavan vastetta MDFT:n (Schaub ym. 2014).

Perheen sisäisten ristiriitojen ja peiteltyjen tunteiden purkautuminen riidoissa voi puhdistaa perheen ilmapiiriä erityisesti, jos riidat selvitetään syylistämättä ja toisia ymmärtämällä.

Päihteiden käyttäjien ja rikollisten kanssa vietetty aika on merkittävä riskitekijä myös nuoren häiriökäytöstä ajatellen. MDFT-hoitoa saaneiden nuorten vuorovaikutus rikollisiin kavereihin väheni huomattavasti enemmän, kuin verrokkihoito AGT:ssa (Liddle ym. 2004). Myös MDFT:ssä merkittävästi lisääntynyt valvonta lisäsi nuorten kieltäytymistä päihteistä (Henderson ym. 2009). Näin vanhemmat pystyvät puuttumaan nuoren vapaa-ajan viettoon tehokkaammin ja ohjaamaan nuorta päihhteettömyyteen.

3.2.3. MDFT:n tehoon vaikuttavat tapauskohtaiset muuttujat

Kohderyhmä

MDFT:n vaikuttavuutta on tutkittu eri kohderyhmissä ja selvitetty, millaisissa tapauksissa MDFT on erityisen tehokas. Iän merkitystä hoitomuodon vaikuttavuuteen selvittäneen tutkimuksen mukaan MDFT oli erityisen tehokas 13-16-vuotiailla, kun puolestaan vanhemmilla, 17-18-vuotiailla CBT osoittautui tehokkaammaksi hoitomuodoksi käytös- ja päihdehäiriön hoidossa (Hendriks ym. 2012).

MDFT osoittautui myös tehokkaimmaksi hoidoksi vakavammissa käytös- ja päihdehäiriöissä sekä jos nuorella oli samanaikaishäiriöitä (Henderson ym. 2010, Hendriks ym. 2011). CBT:a ja MDFT:a päihdehäiriön hoidossa vertailleen tutkimuksen mukaan MDFT osoittautui CBT:a tehokkaammaksi erityisesti jos nuorella oli todettu käytöshäiriö. Jos puolestaan käytöshäiriötä ei ollut todettavissa, CBT osoittautui tehokkaammaksi (Hendriks ym. 2012). Myös vaikeat perheongelmat ennustivat MDFT:n verrokiaan parempaa tehoa (Hendriks ym. 2011). Lievissä päihde- tai käytöshäiriöissä MDFT:n ei todettu vaikuttavuudeltaan eroavan verrokeistaan CBT:sta tai AGT:sta (Henderson ym. 2010, Hendriks ym. 2011).

Tulokset viittaavat nuoren psyykkisen ja kognitiivisen kapasiteetin olevan tärkeä ennustetekijä MDFT:n tehokkuudessa verrattuna muihin hoitomuotoihin. Iän merkitys MDFT:n voisi selittyä nuoren kognitiivisen kehitystason mukaan. Vanhemmat käytöshäiriöiset, jotka ovat saavuttaneet tietyn kognitiivisen kehitystason pystyvät hyötymään kognitiivista kapasiteettia vaativasta CBT:sta, kun puolestaan nuoremmat vaativat enemmän perheen ja elinympäristön tukea hyötyäkseen terapiasta. Toisaalta nuoremmat ovat enemmän perheen ja vanhempien vaikutusten alaisia verrattuna 16-18-vuotiaisiin, jotka alkavat hiljalleen itsenäistyä perheen vaikutuspiiristä. Myös nuoren psyykettä kuormittavat samanaikaissairaudet verottavat nuoren kognitiivista kapasiteettia, jolloin nuori tarvitsee ympäriltään tukea terveen kehityksen turvaamiseksi. (Aalberg ja Siimes 1999, Marttunen ja Kaltiala-Heino 2014)

Terapiasuhte

Terapiasuhteen merkitystä hoitotuloksiin on kartoitettu tutkimalla terapiasuhteen laatua hoidon alussa niin terapeutin ja nuoren, kuten myös terapeutin ja vanhempien välillä. Näistä ratkaisevaksi osoittautui tutkimuksissa erityisesti terapiasuhte terapeutin ja vanhempien välillä. Sen ollessa hyvä hoitotulokset olivat parempia riippumatta terapiasuhteesta nuoreen (Shelef ym. 2005). Vahva terapiasuhte vanhempiin ennusti merkittävästi vähentynyttä päihteiden käyttöä ja eksternalisointia (Hogue ym. 2006b) sekä toisaalta vähentynyttä hoidon keskeytymistä (Shelef ym. 2005).

Terapiasuhte nuoren ja terapeutin välillä ei itsenäisesti ennustanut hyviä hoitotuloksia (Shelef ym. 2005). Kuitenkin terapiasuhteen vanhempiin ollessa samanaikaisesti vahva, oli vahva terapiasuhte nuoreen yhteydessä nuoren vähentyneeseen internalisointiin (Hogue ym. 2006a). Nuoren ja terapeutin väliselle

hoitosuhteelle oli tyypillistä kehittyminen hoidon edetessä. Hoidon alussa vahva suhde yleensä heikkeni ja heikko suhde vahvistui ajan myötä. Samalla eksternalisointi kehittyi terapiasuhteen kanssa samansuuntaisesti, suhteen heiketessä eksternalisointi lisääntyi ja päinvastoin (Hogue ym. 2006a). Syynä havaitulle kehitykselle ovat mahdollisesti nuoren liian suuret odotukset MDFT:n suhteen, jotka hoidon edetessä alkavat kostautua hoitomotivaatiota heikentäen. Toisaalta jos MDFT:n alussa nuori ei usko muutokseen eikä näin odota hoidolta mitään, voi terapian edetessä saavutetut tulokset ruokkia nuoren motivaatiota ja sitoutumista hoitoon vahvistamalla näin ennalta heikkoa terapiasuhdetta (Hogue ym. 2006a). Terapiasuhteen laatu nuoreen ei vaikuttanut hoidon keskeytymiseen (Shelef ym. 2005).

Hoidon toteutus

MDFT-mallin täsmällinen noudattaminen oli yhteydessä parantuneeseen hoitovasteeseen erityisesti eksternalisoinnin ja päihteiden käytön osalta (Hogue ym. 2008, Rowe ym. 2013). Toisaalta liika ohjeiden ja hoitomallin noudattaminen lisäsi nuoren internalisoivaa oireilua hoitoprosessin ollessa jäykkä ja perheen tarpeisiin muovautumaton (Hogue ym. 2008). Näin ollen paras hoitovaste voidaan saavuttaa MDFT-mallin tarkalla noudattamisella kuitenkin perheen tarpeita kuunnellen ja niihin hoitoa sopivasti muovaten.

MDFT-hoidossa käytettyjen interventioiden oikeanlainen kohdistaminen parantaa hoitovastetta. Perhekeskeisiä ja toisaalta yksilökeskeisiä terapiatapaamisia niin nuoren kuten myös vanhempien kanssa tulisi olla hoito-ohjelmassa sopivassa suhteessa ja tarpeeksi paljon. Tutkimuksen mukaan perhekeskeiset interventiot ennustavat vanhempien raportoimaa vähenemistä nuoren eksternalisoinnissa ja internalisoinnissa. Perhekeskeisyys ennustaa myös pitkäaikaistuloksia parantamalla perheen kommunikaatiotaitoja, lisäämällä yhteisöllisyyttä sekä vähentäen konflikteja. Näiden edellytyksenä kuitenkin on, että yksilökeskeisiä interventioita nuoren kanssa myös käytetään paljon. Tulokset puhuvat MDFT:n peruseriaatteiden puolesta MDFT-ohjelman kohdistuessa hoito samanaikaisesti mahdollisimman useaan kohteeseen parhaan vasteen saavuttamiseksi. (Hogue ym. 2006b)

Myös terapeutin pätevyyden vaikutusta MDFT-hoidon vasteeseen on tutkittu. Tulosten perusteella terapeutin pätevyys ei kuitenkaan ollut yhteydessä vasteeseen (Hogue ym. 2008). Mahdollisina syinä tähän arvioitiin olevan puutteellinen mittaustapa, tutkimukseen valittujen terapeuttien tietyn pätevyysrajan ylittävä pätevyys ja terapeuttikoulutuksen poistamat eroavaisuudet terapeuttien välillä sekä kontrolloitu tutkimusympäristö. Toisaalta myös toinen tutkimus on antanut samansuuntaisia tuloksia osoittaen, että hoitovasteen kannalta tärkeämpi oli tapa, jolla MDFT-hoitoa suoritetaan, kuin että kuka hoitoa suorittaa (Robbins ym. 2006). Tulokset antavat viitteitä MDFT:n vahvuuksista hoitomuotona riippumatta terapeutin ominaisuuksista.

3.2.4. MDFT:n sekä sen vaikuttavuustutkimusten heikkouksia

Näyttö MDFT:n huonosta tehosta

Vaikka MDFT on tutkimuksissa todettu pääsääntöisesti tehokkaaksi hoitomuodoksi käytös- ja päihdehäiriön hoidossa, ovat muutamat tutkimukset toisaalta osoittaneet MDFT:n heikkoa vaikuttavuutta. MDFT:a ja AGT:a vertailleen tutkimuksen mukaan hoidon päätyttyä MDFT ja AGT osoittautuivat yhtä vaikuttaviksi huolimatta MDFT:n kokonaisvaltaisemmasta ja intensiivisemmästä luonteesta (Dakof ym. 2015). 24 kuukauden seurannan jälkeen MDFT:n teho oli kuitenkin AGT:a selvästi parempi, mikä viittaa siihen, että MDFT antaa nuorelle paremmin valmiuksia terveelliseen elämään myös hoidon ja sen tuoman tuen päätyttyä (Dakof ym. 2015). MDFT aiheuttaa muutoksen nuoren koko elinympäristöön muuttaessa perheen virheellisiä toimintatapoja ja

toisaalta lisää yhteistyötä sosiaalisten verkostojen ja laitosten kanssa. Näin muutos ei ole yksin nuoren harteilla. (Liddle ym. 2005)

MDFT:a ja CBT:a vertailleet eurooppalaistutkimusten mukaan hoitomuodot olivat yhtä tehokkaita päävastemuuttujien, kannabiksen käytön määrän ja rikollisuuden, osalta (Hendriks ym. 2011, Phan ym. 2011, Righter ym. 2010, Schaub ym. 2014). Olennaista on kuitenkin huomata, että näissä tuloksissa ikä, komorbiditeetti ja ongelmien vakavuus ovat jätetty huomiotta sekoittavina tekijöinä. Muiden, eri sekoittavien tekijöiden merkitystä kartoittaneiden tutkimusten tulokset viittaavatkin juuri näiden muuttujien merkittävään osuuteen hoidon vaikuttavuuden kannalta erilaisissa potilasryhmissä (Henderson ym. 2010, Hendriks ym. 2012).

Yleistettävyyden rajoitukset

MDFT-hoitoa ja sen vaikuttavuutta tutkineista tutkimuksista suurin osa on tehty USA:ssa (Dakof ym. 2015, Henderson ym. 2009, Henderson ym. 2010, Hogue ym. 2006a, Hogue ym. 2006b, Hogue ym. 2008, Liddle ym. 2001, Liddle ym. 2004, Liddle ym. 2008, Liddle ym. 2009, Shelef ym. 2005). Näin ollen tutkimusolosuhteet ovat olleet amerikkalaisyhteiskunnan sekä sen kulttuurien, lakien ja normien mukaisia. Näiden tutkimusten sovellettavuus esimerkiksi Eurooppaan ja Suomeen ei ole pulmatonta. Toisaalta vaikka MDFT:n vaikuttavuutta Euroopan maissa on tutkittu verrattain vähän, on MDFT yhdessä tutkimuksessa todettu yhtä tehokkaaksi Länsi-Euroopassa, kuin USA:ssa (Rowe ym. 2013).

Huomioitavaa on myös tutkimuksiin valittujen nuorten etniset taustat. Useimmissa tutkimuksissa suurin osa nuorista kuului asuinpaikassaan etniseen vähemmistöön (Dakof ym. 2015, Henderson ym. 2009, Henderson ym. 2010, Hogue ym. 2006a, Hogue ym. 2006b, Hogue ym. 2008, Liddle ym. 2004, Liddle ym. 2008, Liddle ym. 2009, Robbins ym. 2006). Oliko juuri vähemmistöihin kuuluvia nuoria valittu tutkimuksiin tarkoituksella, vai onko niin, että etnisiin vähemmistöihin kuuluvat nuoret oireilevat käytösongelmilla muita enemmän? Entä onko valittujen nuorten kulttuuritaustassa jotain, minkä takia MDFT olisi erityisen vaikuttava, esimerkiksi vahvemmin nuoren elämässä vaikuttava perhe- tai yhteisökeskeisyys verrattuna kantaväestöön?

Samaan aikaan tutkimuksiin osallistuneet perheet kuuluivat useimmiten matalimman tulotason joukkoon (Henderson ym. 2009, Hogue ym. 2008, Liddle ym. 2004, Liddle ym. 2008, Liddle ym. 2009, Robbins ym. 2006). Pienet tulot ovat varsinkin USA:laisessa yhteiskunnassa etnisiin vähemmistöihin kuuluvien ongelma. Onko MDFT soveltuva myös keski- ja korkeatuloisten perheiden hoidossa?

Tutkittavien nuorten joukossa oli usein myös selkeä sukupuolien epätasainen jakauma lähes kaikkien nuorten ollessa poikia (Dakof ym. 2015, Hogue ym. 2006a, Hogue ym. 2006b, Hogue ym. 2008, Liddle ym. 2001, Liddle ym. 2008, Robbins ym. 2006, Shelef ym. 2005). Tämän seurauksena sukupuolivaikutuksen merkitys tuloksiin huomioitiin vajavaisesti. Myös sukupuolivaikutuksen kohdalla on oleellista miettiä samoja asioita kuin etnisten taustojen kohdalla. Onko pojat valittu tarkoituksella vai johtuuko valikoituminen poikien suuremmasta taipumuksesta käytösongelmiin, sekä toisaalta voisiko MDFT olla soveltuvampi poikien, kuin tyttöjen hoitoon?

Tutkimusten sovellettavuutta normaaliin hoitoon heikentää MDFT:n ja vertailtavien hoitomuotojen sovittaminen ja muokkaaminen tutkimusasetelmiin sopiviksi. Tutkimuksissa käytetyt terapiaohjelmat poikkesivat normaalitilanteesta ulkopuolelta määritettyjen rajojen mukaan esimerkiksi hoidon kokonaiskeston sekä tapaamistiheyden ja -määrien osalta (Dakof ym. 2015, Henderson ym. 2009, Henderson ym. 2010, Hendriks ym. 2011, Hendriks ym. 2012, Hogue ym. 2006a, Hogue ym. 2006b, Hogue ym. 2008, Liddle ym. 2001, Liddle ym. 2004, Liddle ym. 2008, Liddle ym. 2009, Phan ym. 2011, Righter ym. 2010, Rowe ym. 2013, Robbins ym. 2006, Schaub ym. 2014, Shelef ym. 2005). Rajauksen vaikutus kohdistui voimakkaammin MDFT:n

kuin verrokkeihinsa MDFT:n ollessa lähtökohtaisesti intensiivisempi ja laaja-alaisempi hoitomuoto. Näin ollen MDFT:n voisi olettaa olevan normaalitilanteessa tutkimukseen sovitettua hoitoa tehokkaampi.

Monessa tutkimuksessa kerättiin tietoa nuoren ja perheen raportoinnilla tai tarkkailijoiden avulla (Henderson ym. 2009, Henderson ym. 2010, Hendriks ym. 2011, Hogue ym. 2006a, Liddle ym. 2008, Phan ym. 2011, Righter ym. 2010, Robbins ym. 2006, Schaub ym. 2014). Näihin menetelmiin liittyy voimakkaasti inhimillistä tulkinnanvaraisuutta ja sitä kautta informaatioharhan riskiä, mikä heikentää tulosten luotettavuutta.

3.3. Lopuksi

Käytös- ja päihdehäiriön hoitoon MDFT on tutkimusten mukaan osoittautunut tehokkaaksi hoitomuodoksi. Tämän katsauksen tutkimusten nuorista käytännössä jokaisella olikin todettu päihdehäiriö samalla, kun vakavat samanaikaiset mielenterveyshäiriöt, kuten psykoosit ja osastohoitoa vaativat ongelmat olivat pääasiassa suljettu pois. Myös katkaisuhoidon vaativat päihdeongelmat oli yleensä jätetty tutkimusten ulkopuolelle. Pääasiallisiksi vastemuuttujiksi tutkimuksiin oli valittu päihteiden käyttö, rikollinen toiminta, eksternalisointi ja internalisointi. Päihteiden käyttö oli selkeästi painottunut lähes jokaisessa tutkimuksessa ja sitä pidettiin tärkeimpänä hoitomuodon vaikuttavuuden mittarina. Käytöshäiriöoireita mitattiin joko eksternalisointia, rikollisuutta tai molempia kartoittamalla. Nuoren sisäisen oireilun ja kärsimyksen mittari oli internalisointi-muuttuja. Ulospäin näkyvien käytöshäiriöoireiden lisäksi myös internalisointi väheni MDFT-hoidossa.

Myös vanhempien suhde nuoreen parani ja vanhemmat saivat MDFT:n myötä välineitä osallistua ja hallita nuoren elämää. Vanhempien rajojen asettaminen sekä niiden valvonta ja kuri kehittyi ja lisääntyi. Samalla vanhempien osallistuminen nuoren elämään lisääntyi ja vanhempien suhtautuminen nuoreen muuttui ymmärtävämmäksi ja hyväksyvämmäksi.

Perheen toiminnan muutosta kartoittaneiden tutkimusten tulokset antoivat jokseenkin ristiriitaisia tuloksia. Perheenjäsenten täyttämien lomakkeiden mukaan perheen vuorovaikutuksen muutos ei ollut MDFT:ssa verrokkihoitoja parempi. Toisaalta perheen ulkopuolisten tarkkailijoiden mukaan MDFT osoittautui perheen vuorovaikutuksen osalta paremmaksi. Perhesuhteet ja yhteenkuuluvuus kuitenkin osoittautuivat merkittävästi parantuneen, vaikka konfliktit eivät varsinaisesti vähentyneetkään. Tämä kertoo ongelmien rakentavasta ratkaisusta yhteisymmärryksessä sekä selittää toisaalta perheen vuorovaikutuksen muutosta koskevat ristiriitaiset tulokset. Ulkopuoliset tarkkailijat näkevät yhteisymmärryksessä tapahtuvan ongelmanratkaisun, mutta perheenjäsenet kokevat jatkuvat konfliktit ongelmaksi perheelle, vaikka niiden ratkaisu tapahtuisikin ilman syyllistämistä ja katkeruutta.

MDFT osoittautui tutkimuksissa erityisen tehokkaaksi varhaisemmassa nuoruusiässä olevien nuorten hoidossa. Tässä lienee oleellista perheen ja vanhempien suuri merkitys nuoren elämässä, jolloin perheeseen laajasti kohdistettu interventio ulottuu kattamaan valtaosan nuoren elinpiiristä. Toisaalta MDFT oli tehokkaampi käytöshäiriöisten päihteiden käyttäjien kohdalla, kuin pelkästään päihdehäiriöisillä. Lisäksi käytösongelmien vaikeus oli suoraan verrannollinen MDFT:n vasteeseen. Tulokset viittaavat nuoren kognitiivisen kapasiteetin merkitykseen hoitomuodon valinnassa. Rajalliset kognitiiviset kyvyt iän ja kehitystason, vaikean oireilun tai psyykkisten voimavarojen puutteen vuoksi ovat MDFT-hoidon indikaatioita. Perheen luoma muutosta tukeva ympäristö auttaa nuorta selviytymään voimavaroja vaativasta muutoksesta.

MDFT-hoidossa nuori ja perhe saavat merkittävästi enemmän hoitoa, kuin verrokkihoidoissa. Tämä näkyy loppuun asti viedyn hoidon tapaamisten kokonaismäärässä ja tunteissa. MDFT:n vahvuus oli tutkimuksissa lisäksi hoidon vasteen ulottuminen myös hoidon jälkeiseen aikaan myönteisen kehityksen jatkuessa vielä seurannassa hoidon päätyttyä, mikä lienee koko perheessä toteutetun muutoksen seurausta. Toisaalta MDFT-

hoito keskeytyi verrokkihoitoja huomattavasti harvemmin. Syynä tähän lienee se, ettei hoidon keskeytyminen ole MDFT:ssa ainoastaan nuoren päätös, vaan suurin päätösvalta on yleensä vanhemmilla. Näin ollen MDFT keskeytyi yleensä tilanteissa, joissa vanhempien sitoutuminen hoitoon oli heikkoa johtuen esimerkiksi nuoren lievästä oireilusta. Hoidon vasteen kannalta myös terapiasuhte vanhempiin osoittautui tärkeämmäksi kuin terapiasuhte nuoreen, mikä puolestaan jälleen korostaa vanhempien merkitystä hoidon tuloksellisuudessa.

Hoitoprosessin rakentaminen ja toteutus konseptin mukaan paransi vastetta, jos siihen sisältyi sopivissa määrin joustavuutta perheen tarpeiden mukaan. Konsepti antaa hoidolle selkeät suuntaviivat, joita pitkin on helppo edetä. Toisaalta joustavuus auttaa kohtaamaan perheen tarpeet. Vasteeseen vaikuttaa myös interventioiden ja niissä käsiteltävien teemojen sopiva kohdistus yksilökeskeisistä aina koko perheen käsittäviin teemoihin. MDFT-hoidon suuri vahvuus oli tutkimusten mukaan se, että jos edelliset ovat kunnossa, ei terapeutin pätevyydellä ollut vaikutusta hoidon vasteeseen. Näin ollen tärkeimmässä asemassa on itse hoitomuoto eikä esimerkiksi terapeutin henkilökohtaiset kyvyt ja ominaisuudet.

Tutkimusten perusteella voidaan todeta MDFT:lla olevan laaja-alainen vaikutus nuoreen niin ulkoiseen kuin sisäiseenkin maailmaan käsittäen emotionaaliset ja psykososiaaliset ongelmakohdat ja ristiriidat. Näin ollen käytösongelmien lisäksi MDFT kattaa paljon laajemman osan nuorisopsykiatrisesta häiriökirjosta. Voisiko MDFT:lla siis olla laajemmatkin nuorisopsykiatriset sovellusmahdollisuudet käsittäen muitakin psykososiaalisen kehityksen ongelmien vaikutuksesta syntyneitä häiriöitä?

4. MDFT:N SOVELTUVUUS NUORISOPSYKIATRISTEN ONGELMIEN HOITOOON

4.1. Nuoruusiän kehitys ja sen ongelmat

Nuoruusikä on mullistavaa aikaa elämässä. Keho muuttuu lyhyessä ajassa aikuisempaan suuntaan, kasvava viettipaine ja autonomian tarve luovat nuoren minuudelle uuden ja tuntemattoman ympäristön, johon liittyy paljon hyviä ja mielenkiintoisia kokemuksia, mutta toisaalta myös kehityksellisiä riskejä ja pelkoja. Nuoruusiässä myös keskushermosto kypsyy aikuisen tasolle ja kognitiivinen kehitys saavuttaa huippunsa. Normatiivinen psyykinen kehitys nuoruusiässä ei kuitenkaan etene lineaarisesti, vaan kehitykseen kuuluu progression ja regression vuorottelua. (Aalberg ja Siimes 1999)

Nuoruusiän itsenäistymisprosessiin kuuluu kolme psykososiaalista kehitystehtävää, jotka nuoren tulee ratkaista autonomian ja sitä kautta aikuisen ihmisen identiteetin sekä oman kehon hallinnan saavuttaakseen. Ongelmat kehitystehtävien ratkaisemisessa voi aiheuttaa nuorelle psyykkisiä häiriöitä, jotka vaikuttavat vielä aikuisikäisenä. (Aalberg ja Siimes 1999)

Ruumiinkuvan ja seksuaalisuuden jäsentäminen

Murrosiässä tapahtuvat nopeat muutokset omassa kehossa aiheuttavat hämmennystä ja peilistä näkyvä keho ei ehkä näytä enää tutulta. Myös kehon sisällä tapahtuu muutoksia ja uudenlaisen viettipaineen aktivoituminen herättää tunteita, joita nuori ei ymmärrä. Nopean muutoksen ja viettipaineen aiheuttama stressi ylittävät nuoren psyykkiset voimavarat, jolloin nuori joutuu käyttämään lapsenomaisia selviytymiskeinoja hallitakseen kuohunutta. Tästä aiheutuva nuoruusiän psykososiaalinen taantuma aiheuttaa nuorena mm. lapsellisen käytöksen korostumisen (huonot tavat, epäsiisteys, uhmakkuus), puheen köyhtymisen (lauseet lyhenevät, kirosanat lisääntyvät) sekä kouluongelmia (keskittymisvaikeus, motivaatio-ongelmat). (Aalberg ja Siimes 1999)

Lapsenomaisten suojautumis- ja hallintakeinojen aktivoituminen nostaa myös lapsuuden aikaiset tiedostamattomaan suljetut kokemukset uudelleen tietoisuuteen. Tämä avaa nuorelle keinoja käsitellä ja jäsentää lapsuudessa koetut traumat uudelleen. Hajanaisenkin lapsuuden läpikäynyt nuori voi vielä korjata tapahtuneita vahinkoja käsittelemällä lapsuuden kokemusten herättämiä tunnekuohuja kypsempänä ja valmiimpana, kuin lapsena. (Aalberg ja Siimes 1999)

Normaalisti taantuma palautuu ja psykososiaaliset kyvyt saavuttavat vanhan kehitystasonsa nopeasti samalla, kun nuori omaksuu uuden minäkuvansa ja psyykkisiä voimavarojen vapautuu. Taantuman palautumattomuus tai taantuman puuttuminen nuoruudesta kokonaan ovat psyykkisen häiriön merkkejä ja ennustavat tulevia psykiatrisia ongelmia. (Aalberg ja Siimes 1999)

Irrrottautuminen vanhemmista

Vanhempien luoma psykososiaalinen turva ja tyydytys alkavat nuoruudessa menettämään vanhaa lapsuuden aikaista merkitystään. Varhaisnuori kamppailee autonomian ja riippuvuuden ristiriidassa. Nuori haluaa itsenäistyä ja olla riippumaton vanhemmistaan, mutta toisaalta taas kaipaa lapsenomaista läheisyyttä ja riippuvuutta. Kamppailu ja itsenäistymispyrkimykset näkyvät nuoren uhmakkaana käytöksenä ja varsinaisena riidan haastamisena vanhemmilleen. Nuori saa riidoista voimaa itsenäistymisprosessiinsa. Itsenäistymisen edellytyksenä on nuoren sosiaalisen verkoston tuki. Aikaisemmin vanhemmilta saatu psyykkinen tuki ja turva löytyvät kaveripiiristä. (Aalberg ja Siimes 1999)

Nuoruusikään ja itsenäistymiseen kuuluu tietynlainen kypsymättömyys, jolla tarkoitetaan hetkessä elämistä, lyhytjänteisyyttä sekä nopeasti asiasta ja kiinnostuksenkohteesta toiseen siirtymistä. Nuoren maailma on mahdollisuuksia täynnä. Uusia ideoita ja ideologioita omaksutaan ja unohdetaan jatkuvasti. Nuori oppii elämään kokeilemalla erilaisia vaihtoehtoja, erehtymällä ja yrittämällä uudestaan. Vanhempien vastuu korostuu rajojen asettajana ja ylläpitäjänä kypsymättömälle nuorelle. Nuori tarvitsee rajoja, jotta hänelle tulee turvallinen olo tutustuessaan maailmaan ja toisaalta vakavampien väärin ratkaisujen välttämiseksi. Nuoren kasvaessa myös rajojen tulee muovautua kehityksen mukana. (Aalberg ja Siimes 1999)

Ongelmat rajojen asettamisessa ovat yleisiä nuoren psyykkisen oireilun syytekijöitä. Jos vanhemmat eivät kykene asettamaan nuorelle kehitykseen sopivia rajoja, alkaa nuori omatoimisesti etsimään olemattomia rajojaan, mikä johtaa ylilyönteihin ja ongelmiin. Liika sallivuus johtaa nuoren liian suureen vastuuseen liian aikasin, jolloin nuori siirtyy aikuisuuteen läpikäymättä nuoruusiän psyykkistä kehitystä. Toisaalta jos nuorelle asetetut rajat ovat liian tiukkoja, nuori ei saa mahdollisuutta tutustua maailmaan ja nuoruuden kehitys tukahtuu. (Aalberg ja Siimes 1999, Moilanen ym. 2004)

Ikätoverisuhteiden korostuminen

Murrosikäisen maailmassa korostuvat narsistiset mielikuvat ja ajatusmallit. Nuoruuden kuohunta ja sosiaalisten suhteiden muutos aiheuttavat minäkuvan ja itsetunnon haurautta, jolloin nuoren maailma voi horjua pienistäkin pettymyksistä. Tätä kompensoidakseen nuori luo itselleen kaikkivoipaisuuden mielikuvia sekä välittää ulospäin korostetun itsevarmaa kuvaa käyttäytymistään tehostamalla. Itsevarmasta ilmiästä huolimatta nuori tarvitsee psykososiaalista tukea ja hyväksyntää itsetuntonsa suojaksi. Aikaisemmin vanhemmilta saatu tuki ei enää riitä nuorelle, vaan ikätovereiden merkitys korostuu. (Aalberg ja Siimes 1999)

Irrrottautua vanhemmista nuori tarvitsee kuohuntaansa ja viettipaineeseensa psykososiaalista tukea, jota hän saa kavereiltaan. Nuoren elämä muuttuu perhekeskeisyydestä kohti kaveripiiri- ja ryhmäkeskeisyyttä. Aikaa kuluu entistä enemmän kavereiden seurassa. Ryhmän sisällä murrosiän kuohuntaan kuuluvia

tuntemuksia ja kokemuksia voidaan jakaa ja käsitellä. Näin nuori voi huomata myös muiden kamppailevan samanlaisten ongelmien kanssa. (Aalberg ja Siimes 1999)

Toisaalta ikätovereilta saatu palaute omasta itsestään on nuoren maailmassa ratkaisevan tärkeä merkki siitä, että hänet on hyväksytty sellaisenaan ryhmän jäseneksi. Nuoren itsetunto on vahvasti sen varassa, minkälaista palautetta hän ryhmältä saa. Itsetuntoaan suojatakseen nuori kuitenkin käyttää narsistisia suojakeinoja ulkoistaan negatiiviset asiat ympäristöstä johtuviksi ja positiiviset asiat omaksi ansiokseen. (Aalberg ja Siimes 1999)

Jos nuori jää vaille kaveripiirin tukea esimerkiksi sen vuoksi, ettei nuorella ole kavereita tai että hänet suljetaan ryhmän ulkopuolelle tai hän joutuu pitkäaikaisesti kiusaamisen kohteeksi, nuoren psyykinen kehitys häiriintyy ja irrottautuminen vanhemmista estyy. (Aalberg ja Siimes 1999)

4.2. MDFT:n mahdollisuudet nuorisopsykiatrisessa hoidossa

MDFT:n vaikutusmekanismi perustuu laajasti nuoren elämässä toteutettavaan muutokseen kullakin hoidon kohdealueella, jolloin varsinkin nuoren sosiaalisen ympäristön luoma tuki ja turvaverkko vahvistuu. Eri kohdealueita sekä käytettyjä hoitomuotoja ja -keinoja voidaan tapauskohtaisesti painottaa hoidettavien nuoren ja perheen tarpeiden mukaan. Lisäksi nuoren ongelman laatu ja ominaisuudet muovaavat hoitoa tarvetta vastaavasti. MDFT-hoito-ohjelma on siis laajan kattavuuden lisäksi joustava (Liddle ym. 2005). Voisiko MDFT:a siis soveltaa nuorten käytös- ja päihdeongelmien lisäksi myös muiden nuorisopsykiatristen ongelmien hoitoon?

Murrosiän kuuhunta sekä identiteetin ja persoonallisuuden kehitykseen kuuluva epävakaas altistavat nuoren psyykkisille ongelmille. Samalla nuoren kyky käsitellä stressiä on heikentynyt. Nopea kehitys ja muuttuvat tilanteet tekevät nuoren psyykkisestä oireilusta monimuotoista ja nopeasti vaihtelevaa. Nuori ei myllerryksessään kykene muodostamaan pysyvää oireistoa, vaan saman alkuperän psyykinen stressi voi purkautua esimerkiksi käytösongelmina tai masentuneisuutena. Tämän vuoksi nykymuotoinen oireisiin perustuva nuorisopsykiatrinen häiriöluokitus on puutteellinen ongelmien alkuperän ja kehityksen sekä elimellisten vikojen jäädessä diagnostiikassa taka-alalle. (Aalberg ja Siimes 1999, Marttunen ja Kaltiala-Heino 2014, Moilanen ym. 2004)

Diagnoosin merkitys hoidon suunnittelussa on tämänhetkisessä nuorisopsykiatriassa ratkaiseva. Jos diagnoosi asetetaan oireilun mukaan, myös hoito painottuu oireilun vähentämiseen. Tällöin ongelmien syytekijät voivat jäädä edelleen nuoren elämään, jolloin sairauden uusiutumistodennäköisyys on erityisen suuri tai nuori voi oireilla muuntuneella oireistolla. Toisaalta jos nuoren psyykkistä oireilua lähestyy keskittyen ongelmien alkuperään ja kehitykseen, huomataan, että nuoren psyykkisen oireilun taustalta löytyy toistuvasti samoja psyykkisiä, sosiaalisia sekä biologisia tekijöitä. (Marttunen ja Kaltiala-Heino 2014, Moilanen ym. 2004)

Eri häiriöiden yhteiset riski- ja syytekijät sekä kehitykseen vaikuttavat muuttujat antavat hyvän kuvan nuoruusiän psyykkisten häiriöiden yhteisestä luonteesta sekä toisaalta niiden yhteisestä hoidosta. Taustatekijöiden perusteella nuorisopsykiatriset häiriöt voidaan karkeasti jakaa skitsofrenia-tyyppiin vaikeisiin psykooseihin, elimellisestä kehityshäiriöstä johtuviin psyykkisiin häiriöihin sekä psykososiaalisista tekijöistä johtuviin tunne-elämän ja kognition häiriöihin, vaikkakin tämän luokittelun rajat ovat vain häilyvät. Kuitenkin mainituista varsinkin viimeinen häiriöryhmä, johon kuuluvat ainakin mielialahäiriöt, käytös- ja päihdehäiriö, syömishäiriöt sekä persoonallisuushäiriöt, käsittää riski- ja syytekijäprofiilin sekä toisaalta oireiston, joiden hoitoon MDFT:a voisi interventioiden ja päätavoitteiden perusteella laajemminkin soveltaa. (Liddle ym. 2005, Marttunen ja Kaltiala-Heino 2014, Moilanen ym. 2004)

Psykososiaalisen kehityksen ongelmien yleiset tunnuspiirteet ja riskitekijät

Tunnusomaista psykososiaalisen kehityksen ongelmista johtuville häiriöille on niiden hidas kehitys usean altisteen yhteisvaikutuksesta epäedullisen kasvu- ja elinympäristön seurauksena. Vaikka mielenterveyshäiriöiden on todettu periytyvän, on olennaista pohtia, välittykö perimän vaikutus geneettisesti vai psykososiaalisen vaikutuksen myötä. Varhaisnuori on elänyt koko elämänsä vahvasti perheen ja vanhempien vaikutuspiirissä. Tämän vuoksi perheen merkitys psyykkisten häiriöiden kehityksessä on suuri, ja perheen toiminnan ja kasvatuksen ongelmat korostuvat psyykkisten häiriöiden riskitekijöinä. Myös perheen ulkopuoliset sosiaaliset suhteet kasvattavat merkitystään varhaisnuoruuden jälkeen nuoren itsenäistyessä vanhemmistaan. (Marttunen ja Kaltiala-Heino 2014, Moilanen ym. 2004)

Perheen vuorovaikutuksen laatu ja yleinen ilmapiiri luovat pohjan lapsen ja nuoren kokemuksille sosiaalisesta vuorovaikutuksesta. Vanhempien käyttämät kasvatuskäytännöt ja ikään sopiva rajojen asettaminen asettavat raamit nuorelle tutustua maailmaan. Kehitystason huomioimattomuus sekä epäjohtonmukainen sosiaalinen ja emotionaalinen ympäristö perheen arjessa johtaa nuoren vaikeuksiin tulkita ja sisäistää sosiaalisia signaaleja, mikä johtaa ristiriitoihin ympäristön kanssa. Seurauksena nuori rakentaa käsitystään turvattomasta maailmasta, mikä puolestaan hermistää puolustautumaan psyykkisiä uhkia vastaan sekä toisaalta kasvattaa taipumusta hakea välitöntä tyydytystä vietti-impulsseihin. Nuori ei epäluuloisuuttaan uskalla olla turvallisesti riippuvainen vanhemmistaan, vaan joutuu itsenäistymään ennen kuin olisi siihen oikeasti valmis. (Aalberg ja Siimes 1999, Moilanen ym. 2004)

Toisaalta perheen suhtautuminen kasvavaan nuoreen vaikuttaa merkittävästi nuoren itsetuntoon. Suorituskeskeisyys ja korkea vaatimustaso sekä suoranainen vähättely ja alistus ovat vahingoittavia murrosikäisen itsetunnolle ja sitä kautta psyykkiselle hyvinvoinnille. (Moilanen ym. 2004)

Myös nuoren suhde perheen ulkoiseen sosiaaliseen ympäristöön on merkittävässä roolissa psyykkisten ongelmien kehityksessä. Nuoruusiässä kaveripiirin merkitys korostuu psykososiaalisen tuen lähteenä irrottautumisprosessissa vanhemmista. Ongelmia ilmaantuu, jos nuori jää ilman vertaisryhmän tukea kavereiden puutteesta johtuvan sosiaalisen deprivaaation, ryhmän ulkopuolelle sulkemisen tai kiusaamisen kohteeksi joutumisen vuoksi. Tällöin irrottautuminen vanhemmista estyy ja nuori jää lapsenomaiseen riippuvuuteen vanhemmistaan. (Aalberg ja Siimes 1999)

Nuoren psyykinen kapasiteetti ja kyky stressin hallintaan ovat vahvasti yhteydessä psyykkisten ongelmien kehittymiseen. Vaikeudet vietti-impulssien ja psykyen rakennetta horjuttavien tapahtumien käsittelyssä esimerkiksi selviytymiskeinojen heikkouden tai huonon itsetunnon vuoksi yhdessä nuoruusiän kuohunnan kanssa johtaa mielenterveysongelmariskin merkittävään kasvuun. Jos nuoren resurssit eivät riitä käsittelemään psyykkistä painetta, alkaa nuori oireilemaan oman temperamenttinsa ja opittujen suojautumiskeinojensa mukaan joko eksternalisoiden tai internalisoiden. (Aalberg ja Siimes 1999, Moilanen ym. 2004)

4.3. MDFT:n sovellutus psykososiaalisen kehityksen häiriöiden hoitoon

MDFT voisi vaikutuskentän laajuutensa vuoksi soveltua siis muidenkin psykososiaalisen kehityksen laaja-alaisista ongelmista johtuvien häiriöiden hoitoon. Seuraavassa muutama esimerkki nuorisopsykiatrisista ongelmista, joihin MDFT:a voisi pienillä muutoksilla ja painotuseroilla soveltaa.

4.3.1. Masennus

Masennus kuuluu mielialahäiriöihin ja sen pääasiallisia oireita ovatkin mielialan suhteellisen pysyvä, tilanteesta riippumaton lasku ja siitä seuraavat arjessa jaksamisen ja selviytymisen ongelmat. Masentunut nuori kärsii kyvyttömyydestä keskittyä, tuntee mielenkiintoa tai nauttia asioista, jotka ovat normaalisti tuottaneet mielihyvää. Masentuneella nuorella on usein myös ongelmia itsetuntonsa ja minäkuvansa kanssa ja kokemus syyllisyydestä ja arvottomuudesta voi syventää masennusta entisestään. Masennukseen kuuluu usein myös uniongelmia sekä ruokahaluttomuutta. (Moilanen ym. 2004)

Nuoren masentuneisuus myös heikentää jo valmiiksi riittämättömiä selviytymiskeinoja. Psykkisten voimavarojen puutteessa masentunut nuori ei kykene johdonmukaiseen ongelman käsittelyyn, vaan tulkitsee ympärillään tapahtuvat asiat itseään vastaan ja oman huonouden aiheuttamiksi. Masentunut nuori vetäytyy sosiaalisista suhteista ja elämäänsä kuuluneista aktiviteeteista. Toimettomuus ja yksinäisyys puolestaan voivat johtaa masentuneisuutta ruokkivaan kierteeseen. (Moilanen ym. 2004)

Nuoruusiän masennuksella on paljon yhteistä käytöshäiriön kanssa. Käytöshäiriön oireilun painottuessa eksternalisoiviin oireisiin, masennuksen oireilu painottuu vastaavasti internalisointiin. Painotuksista huolimatta molempiin häiriöihin kuuluu sekä eksternalisointia että internalisointia. Lisäksi molempien häiriöiden riskitekijöinä korostuvat sosiaalisen ympäristön vaikutukset. Masentunut nuori on usein elämässään kokenut huolenpidon tai tarpeidensa laiminlyönnistä johtuvaa turvattomuutta, joka on jättänyt jälkensä nuoren itsetuntoon. Pettymykset ihmissuhteissa, kuten alistaminen, eristäminen, kiusaaminen ja läheisen ihmissuhteen menetys luovat nuorelle kokemuksen, ettei hän saa ympäriltään tukea psyykkisen stressin käsittelyyn, mikä saa nuoren vetäytymään ja kohdistamaan oireilunsa sisäiseen maailmaansa. (Moilanen ym. 2004)

Käytöshäiriön oireiston kehitykseen kuuluu usein kasvatuksellinen rajattomuus ja arvaamattomuus. Sosiaalisen ympäristön ollessa liian laaja ja monimutkainen ymmärtää, tulee lapselle epävarmuuden ja turvattomuuden tunne. Tämä herättää lapsessa jatkuvan tarpeen puolustautua, jolloin lapsi omaksuu aggressiivisen peruskäyttäytymismallin. Usein käytöshäiriön kehitykseen kuuluu myös aggressiivinen mallihenkilö, jota lapsi ihailee ja johon samastuu. Näin lapsi ilmentäessään matkittua aggressiivista käyttäytymistä oppii purkamaan psyykkistä stressiään ja samalla saamaan tahtonsa nopeasti läpi. (Aalberg ja Siimes 1999, Moilanen ym. 2004)

Toisin kuin käytöshäiriöön kuuluva sosiaalinen rajojen puute, masennuksen kehitykseen johtaa pikemminkin lapsen omiin sisäisiin psyyken rajoihin kohdistuvat hyökkäykset, kuten sanallinen, kasvatuksellinen tai seksuaalinen väkivalta. Joutuessaan toistuvasti väkivallan kohteeksi esimerkiksi perhe- tai kouluympäristössä, lapsi pyrkii voimakkaammin suojelemaan psyykettään oppien näin alistuvan ja sisäänpäin vetäytyvän toimintamallin stressaavissa tilanteissa. (Aalberg ja Siimes 1999, Moilanen ym. 2004)

Nuoruusiän masennusta on hoidettu perinteisesti psykososiaalisilla hoitomuodoilla, lähinnä yksilöpsykoterapioilla, kuten kognitiivis-behavioraalisella, psykodynaamisella ja interpersonaalisella psykoterapioilla. Lisäksi lääkkeellinen hoito on tärkeä osa nuoruusiän masennuksen hoitoa vaikeammissa tapauksissa tai jos psykososiaalisilla interventioilla ei saada riittävää vastetta. Lääkehoito ei kuitenkaan koskaan ole ainoa masentuneen nuoren hoito vaan sitä käytetään psykososiaalisten interventioiden kanssa lisänä. Perheterapiaa on sovellettu masentuneen nuoren hoitoon tapauksissa, joissa on katsottu masennuksen olevan seurausta perhelähtöisistä ongelmista. (Isometsä ym. 2014, Marttunen ja Kaltiala-Heino 2014, Moilanen ym. 2004)

Masennuksen hoidossa MDFT:n suurimpana vahvuutena olisi nuoren sosiaalisen ympäristön luoman tuen ja turvaverkon vahvistus. Moniulotteinen ja laaja terapia antaisi perheenjäsenille, kouluhenkilökunnalle sekä muille nuoren kanssa tekemisissä oleville ihmisille välineitä auttaa ja siten turvata nuoren toipuminen masennuksesta. Masentunut tarvitsee erityisen paljon tukea ja ymmärrystä sairaudestaan. Koko sosiaalisen ympäristön mukaantulo antaisi nuorelle mahdollisuuden kokea olonsa turvalliseksi sekä saada tarvitessaan tukea psyykkisiin ongelmiinsa. Nuoruusiän masennuksella on myös suuri uusiutumisenriski. Uusiutumisen ehkäisemiseksi onkin tärkeää ulottaa terapia nuoren elinympäristön kattavaksi, jolloin sosiaalisen ympäristön suojatekijät voivat ehkäistä masennuksen uusiutumista. (Liddle ym. 2005, Marttunen ja Kaltiala-Heino 2014, Moilanen ym. 2004)

Poiketen käytöshäiriön eksternalisointiin kohdistuvasta hoidosta, masennusoireisen hoidossa painotuksena on vähentää internalisoivaa oireilua. MDFT:n on todettu vähentävän verrokkejaan tehokkaammin internalisoivaa oireilua hoidon kohdistuessa käytöshäiriön hoitoon (Liddle ym. 2004, Liddle ym. 2009, Schaub ym. 2014). Jos käytöshäiriön sijaan hoidon kohteeksi otetaan masennus, voidaan oletettavasti interventioita uudelleen kohdistamalla saavuttaa internalisoinnin osalta jopa parempia tuloksia.

Masentuneen nuoren hoitoon sovellettuna MDFT:n tavoitteet neljällä kohdealueella poikkeavat luonnollisesti käytöshäiriön hoidon tavoitteista. Nuoren yksilötapaamisissa tärkeimmäksi tavoitteeksi nousee masennusta ruokkivien ajatusmallien ja toimintatapojen murtaminen. Tässä tärkeässä roolissa olisi opetella itsetuntemuksen ja tunteiden hallinnan taitoja, joiden avulla nuori voisi pohtia kriittisesti omia negatiivisävytteisiä tulkintojaan ympäröivistä tapahtumista. Toisaalta myös masentuneen nuoren olisi tärkeä pystyä ilmaisemaan tunteitaan ja avun tarvettaan saadakseen tukea ja apua stressaavissa tilanteissa. Masentunut nuori kohdistaa oireilunsa sisäänpäin jääden henkisessä kamppailussaan yksin. Siksi myös tunteen ilmaisemisen opettelu olisi olennainen tavoite nuoren yksilötapaamisissa MDFT-hoidossa. (Liddle ym. 2005, Marttunen ja Kaltiala-Heino 2014, Moilanen ym. 2004)

Nuoren masennuksen hoidossa vanhempien kohdealueella MDFT:n tavoitteet olisivat jotakuinkin samoja, kuin käytöshäiriön hoidossa. Ikään sopivien kasvatuskäytäntöjen opettelu sekä sopivien rajojen asettaminen ovat tärkeässä asemassa myös masentuneen nuoren kohdalla. Käytännön lisäksi erityisesti vanhempien luoma emotionaalinen läsnäolo ja tuki nuorelle nousevat masentuneisuuden aiheuttaman pahan olon keskellä tärkeään rooliin. Vanhempien läsnäolo ja sen osoittaminen luo nuorelle tunteen, ettei jää kärsimyksessään yksin. Vanhemmille opetettaisiin tapaamisissa myös työkaluja, joilla he voisivat tunnistaa nuoren psyykkistä oireilua ja näin tehokkaammin tarjota apuaan. (Liddle ym. 2005, Marttunen ja Kaltiala-Heino 2014, Moilanen ym. 2004)

Perheen merkitystä nuoren psyykkisen hyvinvoinnin voimavarana on hyödynnetty masennuksen hoidossa melko rajallisesti ja perheen rooli hoidossa onkin ollut enemmän häiriön osasytteenä, kuin keinona parantua (Isometsä ym. 2014, Marttunen ja Kaltiala-Heino 2014). Masentuneen nuoren perhe on parhaimmillaan erityisen tärkeä mielenterveyttä suojaava ja vahvistava voimavara, jos sen apua vain osataan hyödyntää. MDFT:n tehtävä olisikin saada nämä voimavarat tehokkaasti esiin lisäämällä ja parantamalla perheen vuorovaikutusta. Varsinkin perheen sisäisellä emotionaalisella ympäristöllä, jossa tunteita voi avoimesti osoittaa ja käsitellä turvallisesti, on ihanteellinen nuoren mielenterveyttä suojaava ja korjaava vaikutus. Tähän pyrkien perhetapaamisissa opeteltaisiin vaikuttavaa vuorovaikutusta, johon kuuluvat olennaisena osana tunteiden näyttäminen sekä toisaalta empaattinen reagoiminen. Lisäksi mahdolliset perheen toiminnan ongelmakohdat pyrittäisiin korjaamaan. (Liddle ym. 2005, Marttunen ja Kaltiala-Heino 2014, Moilanen ym. 2004)

MDFT:n perheen ulkoisten tekijöiden kohdealueella olisi tärkeää selvittää nuoren kaveripiirin ja muun sosiaalisen ympäristön merkitys masennuksen kehitykseen. Erityiseen käsittelyyn tulisi ottaa nuoruusiän

masennukseen tiiviisti yhteydessä olevat kiusaaminen, hyljeksintä sekä muu henkinen tai fyysinen väkivalta. Mikäli jotain edellä mainituista havaitaan, tulisi niihin puuttua välittömästi ja riittävän voimakkaasti. Yhteistyö koulun kanssa on avainasemassa kiusaamiseen puuttumisessa. Toisaalta yhteistyö olisi tärkeää myös masentuneen nuoren oppimisen kannalta psyykkisten ja kognitiivisten voimavarojen ollessa vähissä. Huonon koulumenestyksen masennusta ruokkiva vaikutus ja siitä johtuva noidankehä tulisi myös huomioida ja siihen puuttua oppimisen turvaamiseksi. (Liddle ym. 2005, Marttunen ja Kaltiala-Heino 2014, Moilanen ym. 2004)

4.3.2. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD)

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöllä eli ADHD:lla (Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder) tarkoitetaan nimensä mukaan häiriötä, joihin liittyy keskittymisvaikeuksia pitempiäikäistä tarkkaavuuden kohdentamista vaativiin toimintoihin sekä ylivilkkautta ja harkintakyvyn puutetta. ADHD-nuoren tarkkaavaisuus siirtyy nopeasti asiasta seuraavaan edellisten toimintojen jäädessä kesken. Tuloksena toiminnan hajanaisuus ja tuottamattomuus, jotka ulottuvat myös sosiaalisiin suhteisiin. (Moilanen ym. 2004)

Kouluongelmat ovat ADHD-nuorella erittäin yleisiä. Keskittymisen vaikeus ja kärsivällisyyden puute oppimisen suhteen turhauttaa nuorta, mikä ilmenee häiriköintinä. ADHD-nuoren on vaikeaa sitoutua pitkän aikavälin tavoitteisiin, sillä tavoitteiden tuoman palkinnon saavuttamisessa kestää liian kauan ja nuori ei pysty ylläpitämään kiinnostustaan. (Moilanen ym. 2004)

Kuten käytöshäiriössä, myös ADHD-nuorella voi olla ongelmia sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyvien kirjoittamattomien sääntöjen hahmotuksessa, mikä ilmenee käytöshäiriön aggressiivisuuden ja uhman sijaan enemmän tahattomana estottomuutena ja sosiaalisena rohkeutena. Seurauksena nuori joutuu konfliktitilanteisiin, mikä jatkuvana kierteenä vaikuttaa heikentävästi nuoren itsetuntoon. Noidankehä voi johtaa nuoren hyljeksintään ja pitemmällä aikavälillä syrjäytymiseen. Sosiaalisen vuorovaikutuksen jatkuvat pettymykset voivat pahentaa psyykkistä oireilua, joka voi ilmetä internalisointina tai näkyvämmiin eksternalisointina. ADHD voi ilman hoitoa johtaa käytöshäiriötä muistuttavaan oireistoon. (Moilanen ym. 2004)

ADHD on yhdistetty aivojen kehityshäiriöön, johon liittyy laajasti havaitsemisen, kognition ja toiminnan ohjauksen integratiiviset ongelmat, jotka vaikuttavat lapsen vuorovaikutus- ja toimintakykyyn. Toisaalta ADHD:n liittyy vahvasti myös varhaiseen psykososiaaliseen kehitykseen liittyviä tekijöitä (Moilanen ym. 2004). On selvää, että aivojen toiminnan häiriöt vaikuttavat lapsen kokemukseen maailmasta. Vastavuoroisesti kokemukset muokkaavat lapsen aivoissa tapahtuvaa kognitiivista ja emotionaalista toimintaa. Tästä seuraa psyykkiseen oireiluun johtavan vaikutuksen noidankehämäinen kertaantuminen ja ongelman syventyminen ADHD-lapsen hermoston kehityksessä.

Lapsi rakentaa maailmaansa kokemuksiensa ja tulkintojensa kautta. Jos lapsi saa tarvitsemansa huomion ja turvan sitä hakiessaan, hänelle muodostuu turvallinen tunne, että hänen tarpeistaan välitetään ja, että hän saa niihin tyydytyksen silloin, kun sitä tarvii. Näin lapsi voi välittömän tyydytyksen sijaan luottaa myös siihen, että hänen tarpeitaan kuunnellaan myös myöhemminkin. ADHD-lapsilla usein sosiaalinen ja emotionaalinen laiminlyönti, esimerkiksi epäedullisten perheolosuhteiden vuoksi, herättää turvattomuuden ja ympäristöön kohdistuvan epäluulon tunteita. Tämä lisää lapsen taipumusta hakea välitöntä tyydytystä tarpeisiinsa, jolloin impulssien ja virikkeiden hallintakyky heikkenee. Lisäksi vanhempien kasvatuksellinen passiivisuus ja sallivuus antavat tilaa lapsen hyperaktiiviselle oireilulle, jolloin impulsiivisuus ja hyperaktiivisuus juurtuu lapsen persoonaan. Samalla vanhempien kyky tunnistaa lapsensa tarpeita heikkenee. (Moilanen ym. 2004)

Käytöshäiriön tapaan ADHD:n hoito on nuoren itsensä, perheen ja sosiaalisen ympäristön huomioiva ja monimuotoisia interventioita hyödyntävä prosessi. ADHD:n hoidossa painottuvat kasvuolosuhteiden

muovaaminen nuoren psyykkisiä voimavaroja tukevaksi sekä toisaalta ADHD:n keskeisimpiä oireita tehokkaasti vähentävä lääkitys. Perinteisesti ADHD:n hoitoon käytettyjä interventioita ovat lääkehoidon lisäksi sairauteen liittyvä vanhempien valistus ja neuvonta, kasvatuksellinen ohjaus ja tukeminen sekä koulutuksen ja oppimisen turvaaminen. Lisäksi erilaisia psykoterapioita voidaan käyttää tarpeen mukaan nuoren internalisoivan oireilun hoitoon, sosiaalisten taitojen opetteluun sekä perheen toiminnan ongelmiin. (Moilanen ym. 2013)

MDFT ja ADHD

ADHD:ssa ja käytöshäiriössä on paljon toisiaan muistuttavia piirteitä. Kuitenkin oireilun taustatekijöissä voidaan todeta eroavaisuuksia. Käytöshäiriöön liittyy ensisijaisesti tietoista uhmakasta ja aggressiivista käytöstä, jolla on usein selkeä määränpää. ADHD-nuoren uhmakkuus ja epäsosialisuus puolestaan liittyy enemmänkin sosiaalisten taitojen puutteeseen sekä ajattelemattomuuteen (Marttunen ja Kaltiala-Heino 2014, Moilanen ym. 2004). Tämän vuoksi ADHD:n hoitoon suunnattuna MDFT keskittyisi enemmän sosiaalisten taitojen ja psyykkisten apuvälineiden opetteluun, kuin eksternalisoivan oireilun vähentämiseen.

ADHD:n ja käytöshäiriön samankaltaisen oireiston vuoksi MDFT:a voisi soveltaa myös ADHD-nuoren hoitoon. ADHD:n hoitoon on perinteisesti käytettykin lääkehoidon lisäksi useita erilaisia MDFT-hoitoonkin sisältyviä psykososiaalisia interventioita, kuitenkin suurilta osin toisistaan erillisinä tukitoimina (Liddle ym. 2005, Moilanen ym. 2013). MDFT:n vahvuus olisikin hoitokokonaisuuden integroiminen yhden vastaavan terapeutin vastuulle, jolloin laaja-alaista hoitoa pystyisi paremmin hallitsemaan ja samalla huolehtimaan kunkin kohdealueen tavoitteiden täyttymisestä helpottuisi. On kuitenkin huomioitava ADHD:n liittyvien hermostollisen kehityksen ongelmien suhteellisen pysyvä ja krooninen luonne (Moilanen ym. 2004), joka aiheuttaisi MDFT-hoidon jälkeisen käytöshäiriöitä pitempiaikaisen seurannan tarpeen nuoren kehityksen turvaamiseksi. MDFT kuitenkin loisi ADHD-nuorelle paremmat edellytykset selviytyä häiriönsä kanssa, jolloin tulevia hoitojaksoja pystyttäisiin ehkäisemään.

Eri kohdealueiden tavoitteet ADHD:n MDFT-hoidossa olisivat samankaltaisia kuin käytöshäiriöllä. Nuoren yksilötapaamisissa keskityttäisiin opettelemaan vaikuttavaa vuorovaikutusta ja sosiaalisia taitoja. ADHD-nuoren käytösongelmat ovat seurausta vaikeuksista hahmottaa sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyviä kirjoittamattomia sääntöjä sekä tunnistaa vuorovaikutuksen ongelmakohtia (Moilanen ym. 2004). Yksilötapaamisissa opeteltaisiin vuorovaikutukseen liittyvien ongelmien tunnistamista ja niiden vaikuttavaa ratkaisua. Lisäksi lääkehoitoa hyödynnettäisiin nuoren puutteellista keskittymiskykyä parantamaan vähentäen siten myös yliaktiivista käytöstä (Moilanen ym. 2013). Karkeasti voisi siis sanoa, että nuoren neurobiologiset valmiudet tuodaan lääkehoidolla sille tasolle, jossa normaalien psykososiaalisten taitojen oppiminen MDFT-interventioissa mahdollistuu. (Liddle ym. 2005, Moilanen ym. 2013)

Vanhempien kohdealueella hoidon lähtökohtana olisi ADHD-häiriöön liittyvä tiedonanto ja valistus. Jotta vanhemmat voisivat tehokkaasti vaikuttaa nuoren kehitykseen, heidän olisi tärkeä tietää häiriön luonteesta ja syistä sekä tulevaisuuden kehityksestä. Valistuksen tulisi olla realistista, mutta kuitenkin kannustavaa. ADHD-nuoren kehitystä tukevien kasvatusten opettelu ja käyttöönotto antaa vanhemmille käytännön työkaluja vaikuttaa lapsensa kehitykseen. Avainasemassa vanhempien tapaamisissa olisivatkin kehitystasoon sopiva rajojen asettaminen sekä johdonmukaiset palkitsemis- ja rangaistuskäytännöt, joiden tulisi olla ADHD:n liittyvää yliaktiivisuutta rajaavaa ja toisaalta keskittynyttä toimintaa suosivaa. Tapaamisissa pohdittaisiin vanhempien luoman kasvuympäristön merkitystä nuoren kehitykseen, mikä puolestaan motivoi vanhempia kehitystä tukevaan kasvatukseen. (Liddle ym. 2005, Moilanen ym. 2013)

Perhetapaamisissa tavoitteena olisi luoda perheeseen säännöllinen arkirytm, joka auttaisi nuorta hallitsemaan virikkeitään ja sitä kautta keskittymään. Tutut arkirutiinit vähentävät tilaa ADHD-nuoren impulsiiviselta ja harkitsemattomalta toiminnalta, jolloin nuoren keskittyminen pysyy paremmin sovitussa asioissa. Samalla perheympäristön ja sopivien rajojen luomaa terveellistä kehitysympäristöä vahvistettaisiin keskittymällä tapaamisissa perheen vuorovaikutuksen ja empaattisuuden lisäämiseen. Myös perheen toimintakykyyn liittyvät ongelmakohdat huomioitaisiin ja ne pyrittäisiin oikaisemaan. Vaikka ADHD onkin melko pysyvä häiriö, perheen antama tuki ja rajat auttaisivat nuorta pitämään ADHD:n oireilun paremmin hallinnassa vielä MDFT-hoidon jälkeenkin. (Liddle ym. 2005, Moilanen ym. 2013)

ADHD:lle ominaiset kouluongelmat ovat suurimmassa roolissa MDFT:n perheen ulkoisten tekijöiden kohdealueella. Oppimisen vaikeudet sekä niistä johtuva turhautuminen ja häiriköinti vaativat puuttumista. ADHD-nuori tarvitsee oppiakseen normaalia enemmän opettajan huomiota (Moilanen ym. 2004). Tällöin oppimisen turvaamiseksi vaihtoehtoina olisi säännöllinen tukiopeus tai tarvittaessa siirto erityisluokalle, jossa nuori saisi tarvitsemansa henkilökohtaisen huomion. Näin ollen MDFT-terapeutin yhteistyö koululaitoksen kanssa olisi äärimmäisen tärkeää. (Liddle ym. 2005, Moilanen ym. 2013)

4.3.3. Syömishäiriöt

Syömishäiriöillä tarkoitetaan psykiatrisia häiriöitä, joihin kuuluu syömiskäyttäytymisen häiriintyminen. Usein syömishäiriön taustalla on lihomisen pelko sekä laihtumistavoite, joiden myötä syömishäiriöstä kärsivä pakonomaisesti muokkaa ruokailutottumuksiaan niukkaenergiseen suuntaan sekä harrastaa paljon liikuntaa. Yleisimpiä syömishäiriöitä ovat laihuushäiriö, anorexia nervosa, sekä ahmimishäiriö, bulimia nervosa. (Suokas ym. 2014b)

Anorexia nervosa eli varsinainen laihuushäiriö hengenvaarallinen sairaus, johon kuuluu tarkoituksellinen huomattava painon pudotus, joka johtaa usein vakavaan alipainoisuuteen. Tämän seurauksena potilaalla voi esiintyä psyykkisen ja fyysisen kehityksen häiriöitä ja hidastumista. Laihuushäiriötä sairastavalla nuorella esiintyviä fyysisiä somaattisia oireita ovat esimerkiksi hormonitoiminnan häiriöt, jotka ilmenevät erityisesti amenorreana ja jatkuvana vilun tunteena, sekä verenkiertoelimistön ongelmat, joihin kuuluu sydämen harvalyöntisyys ja matala verenpaine. (Moilanen ym. 2004, Suokas ym. 2014b)

Nuoren laihuushäiriö voi kehittyä huomaamattomasti, vaikkakin sairaus huomataan yleensä aiemmin, kuin ahmimishäiriö, joka voi pysyä piilossa pitkään. Monesti häiriön kehittyminen on alkanut elintapojen muuttamisesta terveellisempään suuntaan tarkoituksena painonhallinta ja laihtuminen. Muutoksen myötä aloitettu syömisen tarkkailu muuttuu pikkuhiljaa pakonomaiseksi, jolloin ruokavalio alkaa yksipuolistua ja niukentua. Laihtumisestaan huolimatta laihuushäiriöstä kärsivä nuori kokee olevansa liian lihava, mikä kertoo häiriön aiheuttamasta ruumiinkuvan vääristymästä. Tehostaakseen laihtumistaan nuori saattaa lisäksi oksennella säännöllisesti, käyttää painoa alentavia lääkkeitä, kuten ulostus- ja nesteenoistolääkkeitä, tai harrastaa ravitsemustilaansa nähden liikaa liikuntaa. (Moilanen ym. 2004, Suokas ym. 2014b)

Bulimia nervosa eli ahmimishäiriö on syömishäiriö, johon ominaisesti kuuluu säännöllisesti toistuvia ahmimiskohtauksia, jolloin potilas syö pakonomaisesti suuria määriä ruokaa. Ahmiminen aiheuttaa potilaassa itseinhoa ja ahdistusta, jota kohtauksen jälkeen pyrkii korjaamaan oksentamalla. Ahmimishäiriöstä kärsivän ajattelu pyörii tiiviisti syömisen ympärillä, voimakas ja jatkuva halu syödä ohjaa nuoren ajattelua. Toisaalta suuri lihomisen pelko johtaa pakonomaiseen tarpeeseen kumota ruoan lihottavat vaikutukset, jolloin ahmimiskohtausten välillä ahmimishäiriönuori pyrkii toistuvasti laihduttamaan liikunnalla, lääkkeillä ja niukkaenergisellä ruokavaliolla tai jopa paastolla. (Moilanen ym. 2004, Suokas ym. 2014b)

Ahmimishäiriötä sairastavat ovat yleensä normaalipainoisia ja toisaalta häiriö ei aiheuta juurikaan ulkoisesti havaittavia merkkejä, joten sen havaitseminen on usein haastavaa. Kuten laihuushäiriössä, myös ahmimishäiriössä voidaan kuitenkin havaita samoja aliravitsemuksen aiheuttamia peruselintoimintojen häiriöitä. Lisäksi ahmimishäiriölle tyypillisiä löydöksiä ovat toistuvasta oksentamisesta johtuvat hammaskiilteen ja ruoansulatuskanavan alkupään vauriot sekä elektrolyyttitasapainon häiriöt. (Moilanen ym. 2004, Suokas ym. 2014b)

Nuorten syömishäiriöt ovat useiden tekijöiden yhteisvaikutuksesta johtuvia monimuotoisia häiriöitä. Kuitenkin syömishäiriön taustalta löytyy useimmiten omaan itseensä suunnattua kriittisyyttä ja siitä johtuvaa minäkuvan heikkoutta ja haurautta. Suojellakseen psyykettään nuoren mieleen rakentuu kaavamaisia ja vääristyneitä ajatusmalleja, joissa keskeistä on ulkonäön ja laihuuden merkitys oman ihmisarvon mittarina. Nämä ajatusmallit ovat joustamattomia ja jopa pakko-oireiden kaltaisia. Laihuuden tavoitteluun pyrkivän ajatusmaailman yhtenä lähteenä voidaan pitää länsimaisen yhteiskunnan ja median levittämää kuvaa kauneusihanteista ja niihin liittyvistä mielikuvista, joissa laihuutta ja hyvää kuntoa pidetään elämässä menestymisen ja onnellisuuden kannalta välttämättöminä ominaisuuksina.

Nuoruusiän myllerryksessä psyyken ollessa haavoittuvimmillaan nuori on erityisen herkkä muilta saadulle ulkonäköönsä liittyvälle palautteelle. Nuori saattaa huomaamattomastakin itseensä liittyvästä kommentista aloittaa laihdutuksen tarkoituksenaan vahvistaa omanarvontunnettaan. Laihdutukseen kuuluva ruokamäärän rajoittaminen voi antaa nuorelle tunteen kehon ja mielen hallinnasta, mikä puolestaan ruokkii laihduttamiseen liittyviä myönteisiä mielikuvia. Laihduttamisesta kehittyä nuorelle hitaasti ja huomaamatta tiedostamaton keino hallita mielensisäisiä ajankohtaisia ongelmia, ja nuori voi pitää laihtumista niiden ratkaisukeinona. (Aalberg ja Siimes 1999, Moilanen ym. 2004, Suokas ym. 2014b)

Laihuushäiriötä sairastavan nuoren persoonallisuuteen on liitetty tunnollisuuden ja ahkeruuden piirteitä. Lisäksi laihuushäiriönuori pyrkii sopeutumaan ympäristöstään tuleviin odotuksiin olemalla hyväkäyttöksinen sekä peittämällä kielteisiä tunteitaan (Moilanen ym. 2004, Suokas ym. 2014b). Kasvava lapsi ja nuori tarvitsee tunnustusta omasta kelvollisuudestaan. Jos lapsi ei saa kehuja, hän yrittää entistä pakonomaisemmin saada huomiota muokkaamalla käytöstään ympäristön odotusten mukaiseksi. Tästä seuraavat tunnollisuus ja ahkeruus ovat yhteydessä vaatimaan kasvatukseen ja siihen liittyviin odotuksiin, minkä seurauksena ne sulautuvat nuoren persoonallisuuden ominaisuuksiksi (Aalberg ja Siimes 1999, Moilanen ym. 2004, Suokas ym. 2014b). Näiden luonteenpiirteiden ilmentämisen tavoitteena saattaakin olla elämässä menestymisen kautta hankittu muiden hyväksyntä.

Hyväksynnän tavoittelun myötä oppii nuori pitämään kielteiset tunteet sisällään, jolloin ne jäävät kuormittamaan nuoren psyykettä altistaen mielenterveyden ongelmille. Nuoren ulkonäköön liittyvä huomautus voi merkitä hänelle itseensä kohdistuvia odotuksia laihuudesta, ja psyykkisten voimavarojen puutteessa nuori heikentynyt itsetuntoa vahvistaakseen pyrkii täyttämään odotukset aloittamalla laihdutuksen, vaikka varsinaista laihtumisen tarvetta ei nuorella olisikaan. Näin ollen laihtumisen tavoitteena on terveyden sijaan olla muiden silmissä hyväksyttävä.

Verrattuna laihuushäiriötä sairastaviin, ahmimishäiriöisillä nuorilla on suurempi taipumus impulsiiviseen toimintaan. Ero laihuus- ja ahmimishäiriön välille syntyy syömättömyyden ennen pitkää aiheuttaman itsehillinnän pettämisenä ahmimishäiriöisellä, jolloin nuori ahmii suuria määriä tiukan dieettinsä kieltämiä runsasenergisistä ruokia ja herkkuja. Ahmimisen mukanaan tuoma syyllisyys saa nuoren yrittämään ehkäistä ahmimisesta johtuvaa lihomista entistä ankarammilla laihdutuskeinoilla, kuten oksentamalla tai paastoamalla, mikä johtaa uuteen ahmimiskohtaukseen ja sitä kautta jatkuvaan noidankehään. (Moilanen ym. 2004, Suokas ym. 2014b)

Syömishäiriöiden hoidon lähtökohta on korjata aliravitsemus sekä nuoren ollessa alipainoinen, saada paino nousuun normaalipainon saavuttamiseksi. Vaikeassa aliravitsemuksessa hoidon alussa saatetaan tarvita lyhyttä osastohoitojaksoa. Pääsääntöisesti syömishäiriöt hoidetaan kuitenkin avohoidossa psykososiaalisilla menetelmillä, joiden tavoitteena on vähentää nuoren psyykkistä oireilua sekä vahvistaa psyykkisiä voimavaroja ja harjoitella sosiaalisia taitoja. Psykososiaaliseen hoitoon on käytetty sekä yksilö- että perheterapeuttisia menetelmiä. Lyhyiden ja intensiivisten perheterapioiden on havaittu olevan yksilöterapiota vaikuttavampia perheen luoman sosiaalisen tukiverkon vaikuttaessa vielä pitkään hoidon jälkeen. Perheinterventioista suomalaisessa Käypä hoito-suosituksessa nostetaan esiin perhepohjainen hoito (Family Based Treatment, FBT), joka on syömishäiriöiden hoitoon kehitetty ja tutkimustietoon perustuva strukturoitu terapiamuoto. (Lock ym. 2010, Suokas ym. 2014b, Suokas ym. 2014a)

MDFT ja syömishäiriöt

MDFT:a ei ole aikaisemmin sovellettu syömishäiriöiden hoitoon, vaikka syömishäiriöstä kärsivän nuoren itsetunnon ja -arvostuksen ongelmat psykososiaalisine ilmenemismuotoineen sekä syömishäiriölle altistavat ja siitä seuraavat perheen vuorovaikutuksen ongelmat luovat MDFT:lle laajan vaikutuskentän. Kuitenkin erityisen haasteen syömishäiriön hoitoon luo ongelman somaattinen ulottuvuus. Syömättömyys ja siitä johtuvat ongelmat lisäävät tarvetta moniammatilliselle yhteistyölle ja konsultoinnille nuoren fyysisen terveyden turvaamiseksi. MDFT:n vahvuutena syömishäiriön hoidossa olisikin moniammatillisen yhteistyön koordinointi sekä yksilöön ja yhteisöön liittyvien suojatekijöiden vahvistaminen. (Liddle ym. 2005, Suokas ym. 2014b)

Syömishäiriön hoitoon sovellettaessa MDFT-hoitoon kuuluu jatkuva painon seuranta (vrt. pähteiden käytön seuranta päihdeseulalla käytöshäiriön hoidossa). Lisäksi syömishäiriöstä toipuvan nuoren ruokavalion seuranta sekä mahdollisen ruokavalio-ohjelman noudattamiseen motivoiminen olisivat tärkeitä hoidon osia. (Liddle ym. 2005, Suokas ym. 2014b)

MDFT-hoito tulisi aloittaa välittömästi mahdollisen osastohoitojakson päätyttyä hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Terapeutin olisi tarpeellista olla selvillä nuoren tilanteesta jo osastohoidon aikana, jolloin kotiutumisen laitoksesta menisi mahdollisimman ongelmitta. Paluu osastolta kotiympäristöön saattaa laukaista syömishäiriöoireilun uudelleen. Syömishäiriöisen nuoren kohdalla hoidon aloitus on aina erityisen merkittävässä asemassa hoitomotivaation ollessa usein heikko. Syömishäiriötä sairastavan voi olla vaikeaa luopua syömättömyydestään ja laihduttamisestaan niiden aikaisemmin oltua psyykkisten ongelmien hallinta- ja ratkaisukeino. Parantumisen edellytyksenä onkin turvallinen ja luottamuksellinen terapisuhde nuoren ja terapeutin välillä (Suokas ym. 2014a, Suokas ym. 2014b).

Syömishäiriöisen nuoren kohdealueella terapiatyön tulisi keskittyä nuoren ulkonäköönsä liittyvien ajatusrakenteiden ja mielteiden murtamiseen sekä niiden uudelleen rakentamiseen terveellä tavalla. Pyrkimyksenä olisi korjata nuoren ruumiinkuva sekä poistaa laihduttamiseen liitetyt sitä ihannoivat mielteet, kuten onnellisuus ja menestys. Jotta uuden, terveen ruumiinkuvan omaksuminen mahdollistuisi, olisi tärkeää paneutua nuoren psyykkisiin voimavaroihin ja itsetunnon vahvistamiseen. Heikko itsetunto altistaa sosiaalisten signaalien negatiivissävytteiseen tulkintaan, jolloin haavoittuvuus ulkonäköönsä liittyviin kommentteihin lisääntyy, mikä puolestaan on syömishäiriölle voimakkaasti altistava piirre (Suokas ym. 2014b). Itsetuntoa vahvistaakseen terapeutin tulisi korostaa nuoren vahvuuksia sekä asioita, joista nuori tulee oikeasti onnelliseksi. Samalla tulisi selkiyttää ero laihooden ja onnellisuuden välillä. Myös nuoren taipumusta täydellisyyttä tavoittelevaan ja jäykkään toimintamalliin pyrittäisiin lieventämään nuoren itseensä kohdistaman hyväksynnän merkitystä korostamalla. Minäkuvan ja asenteiden muutoksen ohella

yksilötapaamisten tavoitteena olisi opettaa nuorelle keinoja hallita psyykkistä stressiään ja ahdistustaan. (Liddle ym. 2005)

Vanhempien kohdalla painotuksena olisi emotionaalisen läsnäolon ja positiivisen tunneilmaisun tärkeyden korostaminen vuorovaikutuksessa syömishäiriöisen nuoren kanssa. Nuori tarvitsee psyykkistä turvaa irrottautuessaan syömishäiriöoireilustaan, jolloin vanhempien ja perheen luoma turvallinen ja hyväksyvä ympäristö on ratkaisevassa asemassa. Toisaalta vanhempien tietoisuuden lisääminen syömishäiriöihin liittyvistä asioista niin häiriön luonteen kuten myös hoidon osalta kuuluisi tapaamisten teemoihin. Vanhemmille opetettaisiin myös keinoja tarkkailla ja tunnistaa nuoren syömishäiriöoireita häiriön mahdollisen uusiutumisen varalle. Samalla myös nuoren ongelmien aiheuttamaa psyykkistä stressiä olisi mahdollista käsitellä vanhempien kanssa. (Liddle ym. 2005, Suokas ym. 2014b)

Perheen vaikuttava vuorovaikutus on kriittinen osa syömishäiriöisen nuoren ja perheen toipumista. Syömishäiriöön johtanut psyykkisen stressin kasaantuminen voi osaltaan olla peräisin myös perheen vuorovaikutuksen ongelmista, jolloin syömishäiriön hoidossa ne tulee tunnistaa ja niihin tulee puuttua. Toisaalta syömishäiriö ja nuoren kieltäytyminen ruoasta on voinut aiheuttaa perheenjäsenten välille vaikeita vaiettuja ristiriitoja, jotka ovat muuttaneet normaalia vuorovaikutusta. Perhe on ikään kuin sopeutunut syömishäiriöön. Tämä puolestaan johtaa syömishäiriötä ruokkivaan noidankehään, joka tulee katkaista perheen toipumiseksi (Suokas ym. 2014b). Syömishäiriön kehitykseen vaikuttaneita ja sen seurauksena ilmestyneitä ongelmia tulisi MDFT:n perhetapaamisissa käsitellä yhteisesti rakentavaan sävyyn syyllistämistä välttämällä ja emotionaalista yhteyttä korostaen, jolloin ymmärryksen kautta voidaan luoda turvallinen ympäristö nuoren ja koko perheen toipumiselle. (Liddle ym. 2005)

MDFT:n perheen ulkoisella kohdealueella hoidon aikainen koulunkäynnin turvaaminen ja mahdolliseen koulukiusaamiseen puuttuminen luomalla tiivis yhteistyösuhde koulun kanssa olisi jälleen tärkeä osa terapeutin tehtäviä. Toisaalta syömishäiriöön liittyvän fyysisen puolen hoidon turvaamiseksi terapeutin tehtäväksi tulisi huolehtia hoitoprosessin kokonaisvaltaisuudesta koordinoimalla niin psyykkistä kuin fyysistä terveyttä hoitavan moniammatillisen työryhmän yhteistyö. (Liddle ym. 2005, Suokas ym. 2014a, Suokas ym. 2014b)

5. MDFT nuorisopsykiatrisena hoitomuotona - Taysin nuorisopsykiatrian vastuualue

5.1. JOHDANTO

Lisääntyneen tutkimustiedon myötä nuorisopsykiatrisessa hoidossa on alettu hyödyntämään aikaisempaa laaja-alaisempaa lähestymistapaa nuorten psyykkisiin ongelmiin ja siten monimuotoisempia interventioita. Nuoruusiän psyykkisen kehityksen dynaamisen luonteen vuoksi siihen liittyvät ongelmat ovat monimuotoisia ja muuttuvia. Tältä pohjalta Yhdysvalloissa on kehitetty uusi yhdistelmähoitomuoto, MDFT (Multi-Dimensional Family Therapy), nuoruusiän päihde- ja käytöshäiriöiden hoitoon. (Ebeling ym. 2004, Liddle ym. 2005)

MDFT on tutkimustietoon perustuva intensiivinen yhdistelmähoito, joka hyödyntää useiden teoriasuuntausten luomaa tietopohjaa. MDFT:ssa painottuvat kehityspsykologian, perheterapian, riskivoimavara-ajattelun sekä sosiaaliekologian näkökulmat (Liddle ym. 2005).

MDFT-hoito etenee neljällä kohdealueellaan tiettyjen kolmen vaiheen mukaan toteutettavalla muutoksella. Hoidon neljä kohdealuetta ovat nuori, vanhemmat, perheen vuorovaikutus sekä perheen ulkoiset verkostot.

Kullakin kohdealueella on omat tavoitteensa sekä menetelmänsä, joilla tavoitteisiin pyritään. Hoito etenee kolmen vaiheen mukaan. Pääpiirteissään ensimmäinen vaihe on terapiasuhteen luomisvaihe sekä hoitomotivaation herättely. Toinen vaihe on hoidon varsinainen vaikuttava vaihe, jossa muutos pääosin toteutetaan ja siksi toinen vaihe on MDFT:n pisin vaihe. Kolmanteen vaiheeseen kuuluu perheen valmisteleminen elämään MDFT:n päätyttyä. Kolmas vaihe päättää hoidon. Hoidon vaihteellisuus näkyy myös välitavoitteiden saavuttamisen luodessa pohjaa seuraaville tavoitteille. Näin ollen aikaisempien vaiheiden onnistunut suorittaminen ennen siirtymistä seuraaviin on välttämätöntä hoidon etenemisen kannalta. MDFT-hoitoprosessi on kestoltaan 5-9 kuukautta ja siihen kuuluu useita terapiakontakteja viikossa. (Ehrling 2015, Liddle ym. 2005)

Kullakin MDFT:n kohdealueella on omat alatavoitteensa, jotka palvelevat hoidon päätavoitetta, nuoren auttamista. Nuoren kohdealueella tavoitteena on opettaa tunteiden hallintaa ja itsesäätyä sekä toimivia vuorovaikutustaitoja. Vanhempien kohdalla opetellaan keinoja vaikuttavaan kasvatukseen ja vahvistetaan tunnesidettä lapseen. Perheen vuorovaikutusta parannetaan opettelemalla yhteisiä ongelmanratkaisutaitoja ja vaikuttavaa itseilmaisua. Myös perheen yhteenkuuluvuuden tunnetta pyritään vahvistamaan. Perheen ulkopuolisilla systeemeillä tarkoitetaan perheeseen kuulumattomia nuoren elämään vaikuttavia toimijoita, kuten esimerkiksi koululaitosta, oikeuslaitosta, vapaa-ajan aktiviteetteja sekä kaveripiiriä. Tavoitteena on luoda sosiaalisten laitosten kanssa toimiva yhteistyösuhde nuoren ongelmien ratkaisemiseksi sekä toisaalta tarjota vaihtoehtoja häiriökäyttäytymiselle. (Liddle ym. 2005)

MDFT-hoito perustuu ennalta määritellyn strukturoituun malliin, joka on kuitenkin sopivissa määrin joustava. Kukin MDFT-hoitoprosessi siis yksilöityy nuoren ja perheen tarpeiden mukaan vastaamaan tapauskohtaisia vaatimuksia. Terapeutti arvioi jatkuvasti hoidon etenemistä ja seuraa tavoitteiden täyttymistä. Havaintojensa perusteella terapeutti tekee tarvittavia muutoksia yhteistyössä perheen kanssa. (Liddle ym. 2005)

Vaikka MDFT on alun perin kehitetty nuorten päihde- ja käytösongelmien hoitoon (Liddle ym. 2005), ulottuu sen vaikutuspiiri myös muiden nuorisopsykiatristen ongelmien riski- ja syytekijöihin. Useimpien nuorisopsykiatristen häiriöiden taustalta löytyy psykososiaalisia ongelmia, jotka osaltaan johtavat nuoren psyykkiseen oireiluun (Collishaw ym. 2010, Isomaa ym. 2013, Luopa ym. 2014, Väänänen ym. 2014). MDFT:n tavoitteena syntyvä nuoren tervettä kehitystä tukeva psykososiaalinen kasvuympäristö syntyy, kun oireilun taustalla olevat ongelmat tunnistetaan ja niihin puututaan sekä ongelmilta suojaavia tekijöitä vahvistetaan (Liddle ym. 2005). Nuoruusiän kehityksen aikaiset mielenterveysongelmat näyttäytyvät lisäksi monimuotoisina ja muuntuvina oireistoina, mikä tekee nuorisopsykiatrisesta diagnostiikasta liikkuvajaisista (Aalberg ja Siimes 1999). Näin ollen MDFT:a voisi soveltaa tilannekohtaisesti käytös- ja päihdeongelmien ohella myös muiden nuorisopsykiatristen häiriöiden hoitoon.

MDFT:a on Suomessa käytetty varsin vähän ja suomalaisia tutkimuksia sen käytöstä ja vaikuttavuudesta ei ole. MDFT on ollut käytössä Taysin Nuorisopsykiatrian vastuualueella vuodesta 2011 lähtien. Vaikka ulkomaiset tutkimukset ovatkin antaneet lupaavia tuloksia MDFT:n vaikuttavuudesta (Dakof ym. 2015, Henderson ym. 2010, Hendriks ym. 2011, Hendriks ym. 2012, Liddle ym. 2001, Liddle ym. 2004, Liddle ym. 2008, Liddle ym. 2009, Phan ym. 2011, Richter ym. 2010, Schaub ym. 2014), on muistettava suuret kulttuurin ja perhesysteemin erot, joilla voi olla vaikutusta MDFT:n vaikuttavuuteen suomalaisilla nuorilla.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa MDFT:n käyttöä Taysin Nuorisopsykiatrian vastuualueella ja sitä kautta luoda suuntaviivoja toiminnan kehittämiseksi. Yksityiskohtaisemmin tavoitteena on 1: Selvittää, millaisille potilaille ja missä hoidon vaiheessa on MDFT:a käytetty, 2: Selvittää, miten MDFT-hoito on toteutettu, 3: Arvioida MDFT-hoidon kirjaamisen asianmukaisuutta ja sairaskertomusten laatua, eli sitä onko edellisten kohtien arviointiin tarvittavat asiat tarkoituksenmukaisesti kirjattu sekä sitä voidaanko kirjausten

perusteella arvioida MDFT:n vaikuttavuutta suomalaisilla potilailla.

5.2. AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkittavien potilaiden aineisto muodostui kaikista Taysin Nuorisopsykiatrian vastuualueella MDFT:llä hoidetuista potilaista. Potilaiden hoitajaksot sijottuvat aikavälille 27.4.2011-22.11.2015. Nuoret tunnistettiin MDFT-työryhmän kirjanpidosta.

Aineisto kerättiin retrospektiivisesti potilaiden sairauskertomuksia lukemalla ja kerätyt tiedot kirjattiin ennalta määriteltyyn strukturoituun tiedonkeruulomakkeeseen (Liite 1). Lomakkeella kartoitettiin MDFT:llä hoidettujen nuorten perustietoja ja heidän ongelmiansa ominaispiirteitä, MDFT-hoidon toteutusta sekä sairaskertomusten laatua. Nuoren psyykkisestä oireilusta kerättiin tietoa kehittämistyötä varten laaditun 21-kohtaisen oirelistan avulla ja perheriskitekijöitä kartoitettiin 10-kohtaisella riskitekijälistalla, joita on aikaisemmin käytetty nuorisopsykiatrisessa tutkimuksessa ja kehittämistyössä (Lindberg ym. 2012, Reponen 2014, Talonen 2014). Osassa tiedonkeruulomakkeen kohdista oli valmiiksi määritellyt vaihtoehdot ja osaan kohdista puolestaan vastattiin vapaamuotoisella kuvauksella. Avoimet kohdat käytiin läpi aineistonkeruuprosessin päätteeksi ja mahdollisesti luokiteltiin jälkikäteen.

Tiedonkeruulomakkeella kerätty aineisto koottiin ja analysoitiin IBM SPSS-aineistonkäsittelyohjelmalla.

5.3. TULOKSET

Taustatiedot

Aineisto koostui Taysin Nuorisopsykiatrian vastuualueella MDFT-intervention saaneista 41 nuoresta. Kolmen MDFT-hoidetun nuoren sairaskertomuksia ei löydetty ja tämän vuoksi heidät poissuljettiin analyysistä. Lopullinen tutkittavien ryhmä koostui siis 38 nuoresta. Näistä kaksi hoidettua nuorta kuului samaan perheeseen ja näin ollen heillä oli yhteinen MDFT-hoito. Näiden nuorten esitiedot kerättiin erikseen, mutta MDFT-hoitoon liittyvät tiedot vain kertaalleen. Yhdellä tutkittavien ryhmän nuorella MDFT oli vielä aineistonkeruuvaiheessa kesken ja siksi hänet jätettiin ulkopuolelle MDFT-hoitoa koskevasta analyysistä. Sosiodemografiset ja sairaushistoriatiedot kuitenkin hyödynnettiin. Nuoria oli siis 38, perheitä 37 ja MDFT-hoitoprosesseja 36.

Taulukko 1. MDFT-intervention saaneiden nuorten ikä- ja sukupuolijakauma	
Ikä (vuotta)	
Keskiarvo (SD)	15,1 (1,3)
Ikäryhmät (n, %)	
Varhaisnuoret (12-14)	12 (31,6)
Keskinuoret (15-18)	26 (68,4)
Sukupuoli (n, %)	
Poikia	12 (31,6)
Tyttöjä	26 (68,4)

Tutkittavat nuoret olivat MDFT:n alkaessa iältään 13-17-vuotiaita keskiarvon ollessa 15,1 (SD 1,3). Nuorista kolmannes oli poikia ja loput tyttöjä (taulukko 1). Huomattavaa kuitenkin on, että analyysistä poissuljetut kolme nuorta olivat kaikki poikia, mikä tasapainottaisi hieman sukupuolten välistä eroa. Tutkittavista noin kolmannes oli varhaisnuoruusikäisiä (12-14v) ja kaksi kolmannesta keskinuoruusikäisiä (15-18v). Nuoret perheineen olivat kotoisin yhtä lukuun ottamatta Pirkanmaalta. Yksi nuori oli kotoisin (Muuramesta) Keski-Suomesta, 18 nuorta oli Tamperelaisia ja loput 19 pirkanmaalaisista pienemmistä kunnista.

Taulukko 2. Asuminen (n, %)				
	Kaikki	Pojat	Tytöt	p-arvo
Molempien vanhempien luona	10 (26,3)	3 (25,0)	7 (26,9)	ns
Äidin tai äidin ja isäpuolen luona	21 (55,3)	7 (58,3)	14 (53,8)	ns
Isän tai isän ja äiti puolen luona	1 (2,6)	0 (0,0)	1 (3,8)	ns
Veljen luona	1 (2,6)	0 (0,0)	1 (3,8)	ns
Nuori yksin omassa asunnossaan	1 (2,6)	0 (0,0)	1 (3,8)	ns
Lastensuojelulaitos	4 (10,5)	2 (16,7)	2 (7,7)	ns

Suurin osa, 84,2% nuorista asui hoidon alkaessa jommankumman tai molempien vanhempiensa luona (taulukko 2). Merkittäviä eroja sukupuolten tai ikäryhmien välillä ei asumisessa havaittu.

Tutkittavien perheiden ongelmat ennen MDFT:n alkamista näyttäytyivät sairaskertomuksissa monimuotoisina (taulukko 3). Vain noin joka kuudennessa perheessä ei sairaskertomuksen perusteella ilmentynyt mainittavia ongelmia. Lopuissa perheistä kertomuksen perusteella ilmeni psykiatristen häiriöiden riskitekijöiksi tunnettuja ongelmia.

Taulukko 3. Perheiden ongelmat (n,%)				
	Kaikki	Pojat	Tytöt	p-arvo
Perheet, joissa ilmentynyt ongelmia	31 (83,8)	9 (75,0)	22 (88,0)	ns
Perheet, joissa ei mainittavia ongelmia	6 (16,2)	3 (25,0)	3 (12,0)	ns
Perheväkivalta	8 (21,6)	3 (25,0)	5 (20,0)	ns
Vanhempien päihdeongelma	14 (37,8)	3 (25,0)	11 (44,0)	ns
Eroprosessi tai erokriisi perheessä	4 (10,8)	1 (8,3)	3 (12,0)	ns
Kuolemantapaus perheessä	2 (5,4)	3 (25,0)	0 (0,0)	ns
Vanhempien vakavaa somaattista sairautta	1 (2,7)	0 (0,0)	1 (4,0)	ns
Vanhempien vakavia mielenterveysongelmia	13 (35,1)	5 (41,7)	8 (32,0)	ns
Vaikeita taloudellisia ongelmia	5 (13,5)	0 (0,0)	5 (20,0)	ns
Sisaruksiin liittyviä ongelmia	5 (13,5)	2 (16,7)	3 (12,0)	ns
Seksuaalisen hyväksikäytön epäilyjä perheessä	1 (2,7)	0 (0,0)	1 (4,0)	ns
Vanhemmuuden ja kasvatuksen ongelmat	14 (37,8)	4 (33,3)	10 (40,0)	ns
Perheen vuorovaikutusongelmat ja jatkuva riitely	12 (32,4)	1 (8,3)	11 (44,0)	ns
Muita perheen ongelmia	3 (8,1)	0 (0,0)	3 (12,0)	ns

Yleisimpinä ilmenneinä ongelmina olivat noin kolmanneksella perheistä ilmenneet vanhempien alkoholiongelma, vanhempien mielenterveysongelma, vanhemmuuden ja kasvatuksen ongelmat sekä perheen vuorovaikutusongelmat. Lisäksi perheväkivaltaa ilmeni yli viidenneksessä perheistä.

Vanhempien työelämäosallisuudesta ja ammasteista kerättiin lisäksi tietoja. Näitä koskevat tiedot osoittautuivat puutteellisiksi ja vanhentuneiksi ja siten epäluotettaviksi. Osassa kertomuksista ei ollut mitään mainintaa vanhempien työelämästä ja osassa viimeisimmät maininnat olivat useiden vuosien takaa, jolloin moniongelmaisten perheiden vanhempien työtilanne on voinut useaan kertaan muuttua.

Nuorista 89,5%:lla oli kertomusten mukaan sisarusia ja 10,5% olivat puolestaan perheensä ainoita lapsia. Myös sisarusten kohdalla oli tulkinnallisia vaikeuksia. Osassa kertomuksista oli merkintä ainoastaan nuoren kanssa samaan aikaan kotona asuvista sisarusista ja siten esimerkiksi poismuuttaneet tai vanhempien erotilanteessa toisen vanhemman luokse muuttaneet sisarukset jätetty kokonaan kirjaamatta. Toisaalta taas uusperheissä asuvien nuorten kohdalla vanhemman uuden puolison lapset ovat voineet olla nuorelle yhtä tärkeitä ja merkityksellisiä kuin oikeat sisarukset. Näin ollen tulkinnanvaraisuuden ja subjektiivisuuden vuoksi sisarustilanteen kategorisoiva kartoittaminen ei ollut mielekästä.

Nuorten ongelmien laatu ja oireet

Tutkittavien nuorten diagnoosiluokista (taulukko 4) merkittävimminä korostuivat mielialahäiriö-luokka (F30-39) sekä käytös- ja tunnehäiriöt sekä ADHD-luokka (F90-99). Mielialahäiriödiagnoosin oli saanut yli puolet nuorista, samoin myös käytös- ja tunnehäiriö- tai ADHD-diagnoosi oli yli puolella nuorista. Lisäksi ahdistuneisuus- ja stressihäiriöitä (F40-49) esiintyi neljällä nuorella kymmenestä. Autismikirjon häiriö tai muu psyykkisen kehityksen häiriö (F80-89) oli puolestaan diagnosoitu viidenneksellä.

Taulukko 4. Diagnoosit (n, %)				
	Kaikki	Pojat	Tytöt	p-arvo
Mielialahäiriöt (F30-39)	21 (55,3)	6 (50,0)	15 (57,7)	ns
Käytös- ja tunnehäiriöt sekä ADHD (F90-99)	21 (55,3)	10 (83,3)	11 (42,3)	0,018
Ahdistuneisuus- ja stressihäiriöt (F40-49)	16 (42,1)	1 (8,3)	15 (57,7)	0,004
Autismi ja muut psyykkisen kehityksen häiriöt (F80-89)	8 (21,1)	3 (25,0)	5 (19,2)	ns
Päihteiden käyttöön liittyvät häiriöt (F10-19)	5 (13,2)	2 (16,7)	3 (11,5)	ns
Syömishäiriöt (F50-59)*	5 (13,2)	0 (0,0)	5 (19,2)	ns
Sukupuoli-identiteetin tai seksuaalisen kehityksen ongelmat (F64, F66)	3 (7,9)	1 (8,3)	2 (7,7)	ns
Psykoottisoireiset häiriöt (F20-29)	2 (5,3)	1 (8,3)	1 (3,8)	ns
*F50-59-luokasta esiintyi vain syömishäiriöitä				

Poikia ja tyttöjä erikseen tarkasteltaessa selkeitä eroja havaittiin käytös- ja tunnehäiriö sekä ADHD-luokassa, jossa poikien suhteellinen osuus oli merkitsevästi suurempi kuin tyttöillä (p=0,018). Toisaalta ahdistuneisuus- ja stressihäiriö-luokassa tyttöjen suhteellinen osuus oli puolestaan poikien osuutta merkitsevästi suurempi

($p=0,004$). Lisäksi syömishäiriödiagnoosi oli viidenneksellä tytöistä, mutta pojista ei kenelläkään. Tämä ero ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkittävä.

Nuoruusiän nopean psyykkisen kehityksen ja siitä seuraavan monimuotoisen oireilun vuoksi eri oireityyppien esiintyminen antaa kattavamman kuvan MDFT:aan ohjautuneiden nuorten ongelmista, kuin heille asetetut diagnoosit. Taulukosta 5 käy ilmi erilaisten oireiden esiintyminen tutkittujen nuorten joukossa. Selkeästi eniten tutkituilla nuorilla oli internalisoivia oireita kuten masennusta ja ahdistuneisuutta. Mahdollisesti tähän liittyen myös itsetuhoisuus oli yleistä. Myös eksternalisoivaa oireilua esiintyi monimuotoisesti yli puolella nuorista. Toiminnanohjaukseen liittyviä ongelmia oli samoin yli puolella nuorista. Hieman alle puolet nuorista käytti päihteitä. Nukkumisvaikeudet olivat myös yleinen ongelma. Näitä esiintyi yli puolella nuorista.

Taulukko 5. Oireilu ennen MDFT-hoidon alkua (n, %)				
	Kaikki	Pojat	Tytöt	p-arvo
Internalisoivaa oireilua				
Jotain internalisoivaa oireilua	34 (89,5)	10 (83,3)	24 (92,3)	ns
Masennusta	31 (81,6)	9 (75,0)	22 (84,6)	ns
Vauhdikkuutta, maanisuutta	11 (28,9)	6 (50,0)	5 (19,2)	ns
Ahdistuneisuutta	30 (78,9)	8 (66,7)	22 (84,6)	ns
Eksternalisoivaa oireilua				
Jotain eksternalisoivaa oireilua	25 (65,8)	12 (100,0)	13 (50,0)	ns
Ei-fyysistä aggressiivisuutta muita kohtaan	15 (39,5)	9 (75,0)	6 (23,1)	ns
Raivokohtauksia	17 (44,7)	9 (75,0)	8 (30,8)	0,011
Väkivaltaista käytöstä henkilöitä kohtaan	17 (44,7)	10 (83,3)	7 (26,9)	0,001
Esineisiin kohdistuvaa rikkomista ja tuhoamista	12 (31,6)	6 (50,0)	6 (23,1)	ns
Uhmakkuutta	6 (15,8)	3 (25,0)	3 (11,5)	ns
Omaisuusrikkoksia	9 (25,0)	6 (50,0)	3 (11,5)	ns
Huolestuttavaa seksuaalikäyttäytymistä	2 (5,30)	2 (16,7)	0 (0,0)	ns
Itsetuhoisuus				
Jotain itsetuhoisuutta	28 (73,7)	6 (50,0)	22 (84,6)	ns
Itsetuhoisia ajatuksia, puheita tai suunnitelmia	25 (65,8)	6 (50,0)	19 (73,1)	ns
Itsemurhayritys	9 (25,0)	0 (0,0)	9 (34,6)	ns
Itsetuhoista käytöstä ilman varsinaista itsemurhayritystä	18 (50,0)	1 (8,3)	17 (65,4)	0,001
Päihteet				
Jotain päihteiden käyttöä	17 (44,7)	7 (58,3)	10 (38,5)	ns
Huolestuttavaa alkoholin käyttöä	17 (44,7)	7 (58,3)	10 (38,5)	ns
Laittomien päihteiden käyttöä	5 (13,2)	2 (16,7)	3 (11,5)	ns
Toiminnan ohjauksen ongelmat				
Jotain toiminnanohjauksen ongelmia	25 (65,8)	11 (91,7)	14 (53,8)	ns
Impulssikontrollin ongelmia	16 (42,1)	8 (66,7)	8 (30,8)	0,037
Keskittymisvaikeuksia	18 (50,0)	9 (75,0)	9 (34,6)	0,020

Muita oireita				
Syömishäiriöoireita	10 (26,3)	0 (0,0)	10 (38,5)	ns
Psykoottisia oireita	14 (36,8)	4 (33,3)	10 (38,5)	ns
Uni- ja nukahtamisongelmia	25 (65,8)	8 (66,7)	17 (65,4)	ns
Koulusta poisjäämistä	26 (68,4)	9 (75,0)	17 (65,4)	ns
Karkailua	10 (26,3)	3 (25,0)	7 (26,9)	ns
Eistäytymistä	10 (26,3)	3 (25,0)	7 (26,9)	ns
Sukupuoli-identiteetin ongelmia	3 (7,9)	0 (0,0)	3 (11,5)	ns
Muita oireita	16 (42,1)	5 (41,7)	11 (42,3)	ns

Sukupuolieroja oli havaittavissa eri oireryhmien välillä. Toiminnanohjaukselliset ongelmat olivat merkittävästi yleisempiä pojilla kuin tytöillä. Impulssikontrollin ongelmia oli tulosten mukaan pojilla kaksinkertaisesti verrattuna tyttöihin ($p=0,037$) ja samoin keskittymisvaikeuksia ($p=0,020$). Eksternalisoivista oireista raivokohtaukset ($p=0,011$) ja väkivalta henkilöitä kohtaan ($p=0,001$) olivat myös yleisempiä pojilla. Itsetuhoista käytöstä ilman itsemurhayritystä oli tilastollisesti merkittävästi enemmän tytöillä kuin pojilla ($p=0,001$).

Muissa oirekokonaisuuksissa tai oireissa ei havaittu tilastollisesti merkittävää sukupuolieroja, mutta huomiota kiinnittää kuitenkin se, että eksternalisoivaa oireilua esiintyi jokaisella tutkimusryhmän pojalla, kun tytöistä vain puolet oireilivat eksternalisoivien. Lähemmässä tarkastelussa edellä mainittujen raivokohtausten ja henkilöihin kohdistuvan väkivallan lisäksi muutkin eksternalisoivan oireilun tyypit olivat pojilla useissa tapauksissa jopa yli kolme kertaa yleisempää kuin tytöillä. Toisaalta kaikki nuoret, jotka olivat yrittäneet itsemurhaa, olivat tyttöjä. Samoin syömishäiriöoireilun kohdalla tytöistä neljä kymmenestä kärsi syömishäiriöoireista ja pojista ei kukaan. Aineiston pieni koko saattoi aiheuttaa tilastollisessa testauksessa II-tyypin harhaa, minkä vuoksi merkittäviä eroja ei sukupuolten välillä pystytty näiden muuttujien kohdalla osoittamaan.

Ikäryhmittäisessä tarkastelussa keskinuoret käyttivät varhaisnuoria tilastollisesti merkittävästi enemmän päihteitä ($p=0,018$) ja alkoholia ($p=0,018$).

Koulunkäynnin ja oppimisen arviointiin oli oppimisen eteneminen tarkoitus luokitella neljään kategoriaan (etenee ongelmitta ikätasoisesti, etenee ikätasolla tukitoimin, jäljessä ikätasosta, ei käy koulua). Koska osa nuorista oli jo suorittanut peruskoulun ja siirtynyt ammattikouluun tai lukioon, joissa ikätasollinen erottelu ei enää ole adekvaattia, taikka kouluongelmat olivat lähtöisin lapsuudesta ja varhaisnuoruudesta, jolloin nuori jäänyt ikätasostaan jo nuorena, mutta myöhemmin opinnot edennyt ongelmitta, ei ollut mielekäästä luokitella oppimista edellä mainittuihin luokkiin ja näin ollen päädyttiin muuttamaan luokittelua. Luokittelua vaikeutti osittain myös epäjohdonmukainen kirjaaminen, jonka vuoksi useissa tapauksissa jäi tulkinnanvara oppimisen etenemisestä. Lopulta oppiminen luokiteltiin vain kahteen luokkaan (etenee ongelmitta; vaikeuksia koulunkäynnissä tai ei käy koulua) riippumatta siitä, onko peruskoulu vielä kesken vai suoritettu (taulukko 6). Suurin osa nuorista tarvitsi koulunkäyntiinsä tai opintoihinsa tukitoimia ja helpotuksia taikka heillä ei ollut koulu- tai opiskelupaikkaa ollenkaan.

Taulukko 6. Koulu ja oppiminen (n, %)				
	Kaikki	Pojat	Tytöt	p-arvo
Oppiminen				

Etenee ongelmitta	15 (39,5)	0 (0,0)	15 (57,7)	ns
Vaikeuksia koulunkäynnissä tai ei käy koulua	23 (60,5)	12 (100,0)	11 (42,3)	ns
Kouluongelmat				
Runsaat poissaoloja	26 (68,4)	10 (83,3)	16 (61,5)	ns
Häiriköinti	8 (21,1)	5 (41,7)	3 (11,5)	ns

Tutkimuksen nuorista jokaisella pojalla ilmeni vaikeuksia selvitä opinnoistaan, tytöistä puolestaan vain neljällä kymmenestä. Loput tytöt etenivät opinnoissaan ongelmitta. Tilastollisesti merkitsevää sukupuoliero oppimisen etenemisessä ei kuitenkaan havaittu.

Kouluongelmista merkittävin oli runsaat poissaolot (taulukko 6). Kuten koulunkäynnin etenemisen arvioinnissa, myös kouluongelmien kohdalla kertomuksissa oli tulkinnanvaraisuutta. Ongelmallista oli esimerkiksi erottaa vaikeasta ahdistuksesta tai pahasta olost johtuva kyvyttömyys olla koulussa varsinaisesta lintaamisesta, joka liittyy omaehtoiseen ja sääntöjä uhmaavaan käytökseen, ja johon toisaalta ei välttämättä liity koulussa oloon liittyviä negatiivisia voimakkaita tuntemuksia. Tämän vuoksi runsaat koulupoissaolot kerättiin vain yhdeksi kategoriaksi.

Sekä koulupoissaolot että häiriköinti olivat yleisempiä pojilla. Häiriköintiä esiintyi pojilla noin neljä kertaa niin usein kuin tytöillä. Lisäksi poissaoloja esiintyi keskinuorilla kaksi kertaa niin usein, kuin varhaisnuorilla (80,8% vs. 41,7%). Erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkittäviä.

Kaverisuhteiden arviointi oli kirjauksissa osittain kattavaa. Kaikissa kertomuksissa oli viitteitä nuoren sosiaalisesta elämästä. Kuitenkin kaverisuhteiden merkitystä ja vaikutusta, eli sitä onko kaveripiiri ja sen vaikutus prososiaalinen vai epäsosiaalinen vai ehkä molempia, oli vaikea erottaa. Tämän vuoksi jos mainittiin nuorella olevan kavereita, tulkittiin kaverisuhteet aina prososiaalisiksi. Toisaalta jos oli maininta kaveripiirin epäsosiaalisesta toiminnasta, lisättiin merkintä epäsosiaalisesta kaveripiiristä (taulukko 7).

Taulukko 7. Nuorten sosiaaliset suhteet (n, %)				
	Kaikki	Pojat	Tytöt	p-arvo
Vertaisryhmäsuhteet				
Prososiaaliset ystävyyssuhteet	36 (94,7)	10 (83,3)	26 (100,0)	ns
Epäsosiaalinen kaveripiiri	17 (44,7)	8 (66,7)	9 (34,6)	ns
Kiusaaminen				
Kiusaa itse	2 (5,3)	2 (16,7)	0 (0,0)	ns
Kiusaamisen uhri	22 (57,9)	7 (58,3)	15 (57,7)	ns

Kaikilla tytöillä oli prososiaalisia kaverisuhteita ja pojistakin melkein kaikilla. Kaveripiirin epäsosiaalista toimintaa esiintyi vajaalla puolella nuorista, pojilla kaksi kertaa niin usein kuin tytöillä. Tulos ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkittävä. Ikäryhmien välillä ei ollut eroa.

Kertomuksissa oli pääsääntöisesti merkintä siitä, onko nuori joutunut itse kiusatuksi tai eikö ole. Toisaalta siitä, onko nuori itse syyllistynyt kiusaamiseen, oli vain harvoissa kertomuksissa maininta. Näin ollen jäi vaikutelma, että kiusaamista saattoi esiintyä havaittuja kahta tapausta useammalla nuorella. Yli puolet nuorista oli itse joutunut kiusaamisen uhriksi.

Vapaa-ajan toiminnasta ja harrastuksista ei kertomuksissa ollut selkeitä merkintöjä. Näitä koskevat tiedot kerättiin lähinnä kirjauksista, joissa on ollut maininta nuoren sen päiväisistä harrastuksellisista tekemisistä. Tämä puolestaan aiheuttaa epätarkkuutta, sillä nuori on saattanut olla vain satunnaisesti viettämässä aikaa kyseisessä toiminnassa. Toisaalta varsinaiset harrastukset ovat voineet jäädä kirjaamatta. Kuitenkin nuoren vapaa-ajan toiminta on hyödyllinen toimintakyvyn mittari ja osoitus rakentavasta ajanvietosta. Kertomuksista ilmeni suurimmalla osalla niin pojista kuten myös tytöistä olevan jonkinlaista harrastuksellisesta toimintaa (taulukko 8).

	Kaikki	Pojat	Tytöt	p-arvo
Liikunta ja urheilu	18 (47,4)	6 (50,0)	12 (46,2)	ns
Musiikki	2 (5,3)	0 (0,0)	2 (7,7)	ns
Kuvataide	3 (7,9)	0 (0,0)	3 (11,5)	ns
Kerhotoiminta	4 (10,5)	0 (0,0)	4 (15,4)	ns
Tietokone- ja videopelit	4 (10,5)	4 (33,3)	0 (0,0)	ns
Muuta	7 (18,4)	0 (0,0)	7 (26,9)	ns
Jotain harrastuksellista toimintaa (edellä mainitut mukaan lukien)	25 (65,8)	8 (66,7)	17 (65,4)	ns

Suosituin harrastusmuoto oli liikunta. Noin puolella nuorista oli liikuntaharrastus. Vajaalla viidenneksellä tytöistä, mutta ei yhdelläkään pojalla, oli taiteellinen harrastus musiikin tai kuvataiteen parissa. Toisaalta kolmannes pojista, mutta ei yksikään tyttö, puolestaan pelasi tietokone- tai videopelejä. Erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkittäviä.

Mielenterveyshäiriöiden aiheuttamista haitoista nuorelle kerättiin tietoa erikseen neljältä elämän alueelta (koulu ja opiskelu, sosiaaliset suhteet, perhesuhteet, rikosoikeudelliset sanktiot). Aluksi kartoitettiin suljetulla kysymyksellä, aiheuttiko häiriö haittoja kyseisellä elämänalueella vai ei (taulukko 9). Tämän jälkeen mikäli haittoja ilmeni, kartoitettiin avoimella kysymyksellä, mitä ja millaisia ilmenneet ongelmat olivat. Lopuksi löydökset eriteltiin ja analysoitiin.

	Kaikki	Pojat	Tytöt	p-arvo
Koulu ja opiskelu	28 (73,7)	12 (100,0)	16 (61,5)	ns
Sosiaaliset suhteet	12 (31,6)	4 (33,3)	8 (30,8)	ns
Perhesuhteet	21 (55,3)	7 (58,3)	14 (53,8)	ns
Rikosoikeudelliset sanktiot	4 (10,5)	3 (25,0)	1 (3,8)	ns

Kouluun ja opiskeluun liittyviä häiriön aiheuttamia haittoja ilmeni noin kolmella nuorella neljästä, kaikilla pojilla ja yli puolella tytöistä. Haitat ilmenivät oppimisvaikeuksina, motivaatio-ongelmina, ahdistuneisuutena. Sosiaalisissa suhteissa aiheutui kolmanneksella nuorista sukupuolesta riippumatta haittoja, jotka ilmenivät vetäytymisenä ihmissuhteista, kiusaamisen kohteeksi joutumisena tai taipumuksena päätyä epäsosiaaliseen kaveripiiriin. Perhesuhteissa haitat olivat riitoja, joihin saattoi liittyä myös väkivaltaisia yhteenottoja,

perheenjäsenten huolta sekä luottamuspujaa vanhempien ja nuoren välillä. Perhesuhteisiin aiheutuneita haittoja esiintyi yli puolella nuorista, yhtä paljon molemmilla sukupuolilla. Rikosoikeudellisia sanktioita oli saanut neljä nuorta sakkojen muodossa.

Nuoren suhtautumista ongelmiinsa kartoitettiin suljetulla kysymyksellä, että onko suhtautumisesta mainintaa vai ei. Tämän lisäksi mikäli suhtautumisesta oli maininta, avoimella kysymyksellä kartoitettiin, millainen nuoren suhtautuminen oli. Myös vanhempien suhtautumisesta nuoren ongelmiin kerättiin tietoa vastaavilla kysymyksillä. Lopuksi avoimien kohtien vastaukset analysoitiin ja luokiteltiin. Tulokset on esitelty taulukossa 10.

Taulukko 10. Perheenjäsenten suhtautuminen nuoren ongelmiin (n, %)					
Nuori		Kaikki	Pojat	Tytöt	p-arvo
Oli maininta	Yhteensä	13 (35,1)	4 (33,3)	9 (36,0)	ns
	Joista				
	Nuori tunnistaa ongelman ja avun tarpeensa	5 (13,5)	2 (50,0)	3 (33,3)	ns
	Nuori ei koe itsellään olevan ongelmia tai tarvetta muutokseen	5 (13,5)	2 (50,0)	3 (33,3)	ns
	Häiriö ahdistaa tai pelottaa nuorta	3 (8,1)	0 (0,0)	3 (33,3)	ns
Ei mainintaa		24 (64,9)	8 (66,7)	16 (64,0)	ns
Vanhemmat					
Oli maininta	Yhteensä	14 (38,9)	5 (41,7)	9 (37,5)	ns
	Joista				
	Huolestunut nuoresta	7 (50,0)	3 (60,0)	4 (44,4)	ns
	Kokemus keinottomuudesta tai riittämättömyydestä nuoren auttamiseksi	4 (28,6)	1 (20,0)	3 (33,3)	ns
	Väsynyt, turhautunut tai kyllästynyt nuoren tilanteeseen	3 (21,4)	1 (20,0)	2 (22,2)	ns
Ei mainintaa		22 (61,1)	7 (58,3)	15 (62,5)	ns

Merkittävimpana löydöksinä olivat se, että nuoren suhtautumisesta ongelmiinsa oli maininta vain noin kolmanneksessa kertomuksista sekä se, että myöskään vanhempien suhtautumisesta ei ollut merkintä kuin reilussa kolmanneksessa tapauksista.

Hoitohistoria

Nuorten hoitohistoriasta ennen MDFT:n aloitusta kerättiin tietoa siitä, kenen läheteellä nuori on päätenyt Taysin nuorisopsykiatrian vastuualueelle erikoissairaanhoidon, mitä hoitoja nuoren kohdalla on käytetty ja mitä lääkkeitä nuorella on ollut käytössä. Lisäksi kartoitettiin hoitajakson pituus ennen MDFT:n alkamista.

Taulukosta 11 ilmenee, kenen läheteellä tutkitut nuoret olivat alun perin ohjautuneet Taysin nuorisopsykiatrian vastuualueelle hoitoon.

Taulukko 11. Lähetete TAYSin Nuorisopsykiatrian vastuualueelle (n, %)				
	Kaikki	Pojat	Tytöt	p-arvo
Koulu- tai opiskelijaterveydenhuolto	3 (7,9)	0 (0,0)	3 (11,5)	ns
Perusterveydenhuolto	9 (23,7)	3 (25,0)	6 (23,2)	ns
Kunnallinen nuorten mielenterveystyöryhmä	9 (23,7)	1 (8,3)	8 (30,8)	ns
Lastenpsykiatrialta jatkohoitoon	5 (13,2)	3 (25,0)	2 (7,7)	ns
Ensiavusta tai lastenosastolta kriisiläheteellä	5 (13,2)	1 (8,3)	4 (15,4)	ns
Muu	7 (18,4)	4 (33,3)	3 (11,5)	ns

Yleisimmin nuoret olivat saaneet läheteen Taysin nuorisopsykiatrian vastuualueelle perusterveydenhuollon tai kunnallisen nuorten mielenterveystyöryhmän kautta. Pojat tulivat yleensä perusterveydenhuollon kautta tai lastenpsykiatrian puolelta iän myötä jatkohoitoon. Tytöt tulivat useimmiten kunnallisen mielenterveystyöryhmän kautta.

Hoitojakson pituus ennen MDFT:n aloitusta vaihteli paljon tapauskohtaisesti. Jotkut nuoret olivat olleet erikoissairaanhoidon asiakkaana Taysin nuorisopsykiatrian vastuualueella vuosia ja heille oli kokeiltu useampia eri hoitomuotoja, joillakin puolestaan MDFT oli ensimmäinen käytetty hoitomuoto. Taulukossa 12 on esitetty hoitojakson pituudet sukupuolen mukaan eroteltuna.

Taulukko 12. Hoitojakson kesto ennen MDFT:n alkua (päivää)				
	Kaikki	Pojat	Tytöt	p-arvo
Mediaani	210	255	195	ns
Keskiarvo	312	391	275	ns
Keskihajonta	291	392	245	ns

Pojilla hoitojakson pituuden mediaani oli neljänneksen tyttöjen vastaavaa suurempi. Tilastollisesti merkitsevää eroa ei sukupuolten tai ikäryhmien välillä kuitenkaan havaittu.

MDFT oli hoitojaksolla ensimmäinen käytetty hoitomuoto ainoastaan kahdessa tapauksessa (taulukko 13). Muilla nuorilla oli ennen MDFT:a käytetty muita hoitomuotoja. Keskimäärin oli käytetty 2,7:a muuta hoitomuotoa ennen MDFT:n alkamista.

Taulukko 13. Hoitojaksolla aikaisemmin käytetyt hoidot (n, %)				
	Kaikki	Pojat	Tytöt	p-arvo
Yksilöhoitosuhde	23 (60,5)	8 (66,7)	15 (57,7)	ns
Perheinterventio	5 (13,2)	1 (8,3)	4 (15,4)	ns
Lääkehoito	26 (68,4)	11 (91,7)	15 (57,7)	ns
Ryhmähoidot	1 (2,6)	1 (8,3)	0 (0,0)	ns

Osastohoito	20 (52,6)	5 (41,7)	15 (57,7)	ns
Tehostetun avohoidon yksikkö (NPSi)	10 (26,3)	2 (16,7)	8 (30,8)	ns
Toimintaterapia, yksilöterapia, neuropsykologinen kuntoutus	8 (21,1)	4 (33,3)	4 (15,4)	ns
Muu	8 (21,1)	0 (0,0)	8 (30,8)	ns
MDFT ensimmäinen hoitomuoto	2 (5,3)	0 (0,0)	2 (7,7)	ns

Sukupuolten tai ikäryhmien välillä ei käytettyjen hoitojen määrässä ollut merkitseviä eroja. Käytetyimmät hoitomuodot olivat lääkehoito, yksilöhoitosuhde ja osastohoito. Pojilla yleisin käytetty hoitomuoto oli melkein kaikilla ollut lääkehoito. Tytöillä yleisimpiä olivat yksilöhoitosuhde, lääkehoito sekä osastohoito, joista kutakin oli ollut yli puolella tytöistä.

Taulukossa 14 on näkyvissä nuorilla käytössä olleet psyyken lääkeaineryhmät MDFT:n alkamisen aikaan.

Taulukko 14. Psyyken lääkitys ennen MDFT:n alkua (n, %)				
	Kaikki	Pojat	Tytöt	p-arvo
Antipsykootit	14 (36,8)	5 (41,7)	9 (34,6)	ns
Antidepressiivit	14 (36,8)	5 (41,7)	9 (34,6)	ns
ADHD-lääkkeet	5 (13,2)	4 (33,3)	1 (3,8)	ns
Anksiolyytit	5 (13,2)	0 (0,0)	5 (19,2)	ns
Melatoniini	13 (34,2)	4 (33,3)	9 (34,6)	ns

Antidepressiivit ja antipsykootit olivat käytetyimpiä lääkeaineita. Antipsykootti-ryhmän lääkkeitä käytettiin useimmissa tapauksissa psykoottisten oireiden hoidon sijaan unilääkkeenä (ketiapiini) taikka mielialan tasaajana (ketiapiini, aripipratsoli) yhdessä antidepressiivin kanssa. Myös melatoniinin käyttö oli yleistä nukahtamisvaikeuksissa. Muita unilääkkeitä ei nuorilla ollut käytössä. Lääkityksen käytössä ei ilmennyt tilastollisesti merkittäviä sukupuoli- tai ikäryhmäeroja.

Taulukossa 15 on esitelty nuoren ja vanhempien motivoituminen hoitoon. Suurin osa nuorista oli hoidon alkaessa motivoitunut MDFT:n. Vanhempien kohdalla motivaatio tarkoitti nuoren kasvatuksesta vastaavan vanhemman motivaatiota. Näin ollen eronneiden vanhempien kohdalla sen vanhemman, jonka luona nuori asuu tai joka on nuorelle läheisin, motivaatio oli oleellinen. Toisen, nuoren elämään vähemmän osallistuvan tai kokonaan osallistumattoman vanhemman motivaatiota ei näin ollen kartoitettu.

Taulukko 15. Hoitomotivaatio hoidon alkaessa (n, %)					
		Kaikki	Pojat	Tytöt	p-arvo
Nuori	Oli motivoitunut	18 (48,6)	6 (50,0)	12 (48,0)	ns
	Neutraali	6 (16,2)	1 (8,3)	5 (20,0)	ns
	Ei motivoitunut	5 (13,5)	2 (16,7)	3 (12,0)	ns
	Ei merkintää, ei tiedossa	8 (21,6)	3 (25,0)	5 (20,0)	ns

Nuoren vanhemmat	Oli motivoitunut	27 (75,0)	9 (75,0)	18 (75,0)	ns
	Ei motivoitunut	1 (2,8)	1 (8,3)	0 (0,0)	ns
	Ei merkintää, ei tiedossa	8 (22,2)	2 (16,7)	6 (25,0)	ns

62,1% niistä nuorista, joiden motivaatiosta oli sairaskertomuksessa merkintä, oli motivoituneita. Vanhemmista vastaava prosenttiosuus oli 96,4%, eli vanhemmat olivat yhtä lukuun ottamatta kaikissa tapauksissa motivoituneita hoitoon. Huomionarvoisin löydös oli kuitenkin se, että reilussa viidenneksessä tapauksista merkintää nuoren motivaatiosta MDFT-interventioon ei sairaskertomuksesta löytynyt, samoin merkintä vanhempien motivaatiosta puuttui viidenneksestä kertomuksista.

MDFT-hoitoprosessi

MDFT- hoidon kesto oli keskimäärin 219 päivää (taulukko 16). Hoidon keston arviointia kuitenkin vaikeuttivat epämääräiset merkinnät MDFT-hoidon päättymisestä. Joissakin tapauksissa hoidon päättymisestä ei ollut minkäänlaista kirjausta ja joissakin puolestaan MDFT-tapaamisia oli kirjattu vielä sen jälkeen, kun MDFT oli kirjauksessa todettu päättäneeksi. Lisäksi joissain tapauksissa hoito loppui suunnitelmista poiketen kesken. Näiden tapausten erittelemisen osoittautui kuitenkin vaikeaksi hoidon päättymiseen liittyvien kirjausten epämääräisyyden vuoksi.

Taulukko 16. MDFT:n kesto (päivää)				
	Kaikki	Pojat	Tytöt	p-arvo
Keskiarvo (SD)	219 (71)	208 (66)	224 (74)	ns
Mediaani	216	214	216	ns

MDFT-hoito oli kestoltaan keskimäärin 7 kuukautta. Hoidon kesto ei tilastollisesti merkitsevästi eronnut sukupuolten tai ikäryhmien välillä.

MDFT-hoidon aikana järjestetyt tapaamiset laskettiin ja luokiteltiin neljään kategoriaan (nuoren yksilötapaamiset, vanhempien tapaamiset, perhetapaamiset, verkosto- ja muut tapaamiset; taulukko 17). Kukin tapaamistapahtuma laskettiin yhdeksi tapaamiseksi sitä parhaiten vastaavaan kategoriaan. Nuoren tapaamisissa terapeutti tapasi ainoastaan nuorta ja vanhempien tapaamisissa ainoastaan toista tai molempia vanhempia. Perhetapaamisissa olivat läsnä vähintään nuori ja toinen vanhempi, yleensä muitakin perheenjäseniä. Perhetapaamiset saatettiin jakaa pienempiin tapaamisiin niin, että niissä tavattiin perheen jäseniä erikseen erilaisissa kokoonpanoissa ja lopuksi kokoonnuttiin keskustelemaan koko perheen kesken. Huolimatta perhetapaamisten jakamisesta osiin, laskettiin koko tapahtuma ainoastaan yhdeksi perhetapaamiseksi.

Puhelinkontaktit on laskettu sairaskertomuksista edellyttäen, että niistä oli selkeä kirjaus, ja että kirjauksen mukaan puhelun aikana käsiteltiin terapiaan kuuluvia hoidollisia teemoja. Sellaiset kirjatut puhelut, joissa on käsitelty ainoastaan sovittuja tapaamisaikoja tai niiden peruuntumisia, ovat jätetty pois laskuista.

Taulukko 17. Hoitokontaktien määrä (keskiarvo)					
		Kaikki	Pojat	Tytöt	p-arvo
Tapaamiset	Yhteensä	29,0	25,3	30,9	ns
	Nuoren yksilötapaamiset	10,4	8,6	11,4	ns
	Vanhempien tapaamiset (yksilö- ja yhteistapaamiset)	5,7	6,0	5,6	ns
	Perhetapaamiset	9,6	7,8	10,5	ns
	Verkostotapaamiset ja muut tapaamiset	3,2	2,9	3,4	ns
Puhelinkontaktit	Yhteensä	25,1	24,6	25,3	ns
	Nuori	6,3	5,2	6,8	ns
	Vanhemmat	14,6	16,3	13,7	ns
	Muut	4,2	3,2	4,8	ns
Kontaktit yhteensä		54,1	49,9	56,2	ns

MDFT-hoidon aikana hoidollisia kontakteja oli keskimäärin yhteensä 54,1. Luku sisältää kaikki tapaamiset ja puhelut niin nuoren, vanhempien kuten myös perheen ulkoisten verkostojen kanssa. Poikien hoitoprosesseissa hoidollisia kontakteja kertyi tyttöjä noin 11% vähemmän. Tämä selittyi täysin poikien hoitoprosessissa järjestettyjen tapaamisten pienemmällä määrällä, sillä puhelinkontakteja oli yhtä paljon sukupuolesta riippumatta. Tapaamisia oli pojilla yhteensä 18% vähemmän kuin tytöillä. Tyttöjen hoidoissa molempia nuoren yksilötapaamisia ja perhetapaamisia järjestettiin keskimäärin lähes kolme tapaamista poikia enemmän. Erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä. Myöskään ikäryhmien välillä ei havaittu merkitseviä eroja.

Taulukosta 18 ilmenee, keitä MDFT-hoidon aikana nuoren lisäksi tavattiin.

Taulukko 18. Keitä MDFT-hoidossa nuoren lisäksi tavattiin (n, %)				
	Kaikki	Pojat	Tytöt	p-arvo
Äiti	35 (97,2)	12 (100,0)	23 (95,8)	ns
Isä	23 (63,9)	7 (58,3)	16 (66,7)	ns
Äitipuoli	5 (13,9)	3 (25,0)	2 (8,3)	ns
Isäpuoli	8 (22,2)	3 (25,0)	5 (20,8)	ns
Sisarukset	18 (50,0)	8 (66,7)	10 (41,7)	ns
Koulu	21 (58,3)	9 (75,0)	12 (50,0)	ns
Lastensuojelu	20 (55,6)	5 (41,7)	15 (62,5)	ns
Työvoimatoimi	1 (2,8)	0 (0,0)	1 (4,2)	ns
Päihdepalvelut	3 (8,3)	0 (0,0)	3 (12,5)	ns
Muita	19 (52,8)	5 (41,7)	14 (58,3)	ns

Selkeästi eniten tehtiin yhteistyötä äidin kanssa, joka oli yhtä tapauslukuun ottamatta mukana kaikissa hoitoprosesseissa. Myös isä oli mukana hoidossa suurimmassa osassa tapauksista. Perheen ulkoisista verkostoista eniten hoidoissa oli mukana koulu ja lastensuojelu.

MDFT-terapiatapaamisissa käsitellyt teemat vaihtelivat tapauskohtaisesti. Kuitenkin kullakin kohdealueella tietyt teemat nousivat esiin toistuvasti. Tärkeimmät hoidossa käsitellyt teemat ovat eriteltyinä taulukossa 19.

Taulukko 19. Tärkeimmät terapian aikana käsitellyt teemat kohdealueittain (n, %)				
	Kaikki	Pojat	Tytöt	p-arvo
Nuori				
Tunteet, tunteiden hallintakeinot ja itsetuhoisuus	24 (68,6)	7 (63,6)	17 (70,8)	ns
Sosiaaliset suhteet, kaverit ja seurustelu	23 (65,7)	7 (63,6)	16 (66,7)	ns
Lääkitys ja motivaatio lääkehoitoon	21 (60,0)	6 (54,5)	15 (62,5)	ns
Arjen hallinta, suunnitelmallisuus	23 (65,7)	8 (72,7)	15 (62,5)	ns
Vanhemmat				
Kasvatustaidot ja -valmiudet	27 (77,1)	9 (81,8)	18 (75,0)	ns
Hyvinvointi ja parisuhde	23 (65,7)	6 (54,5)	17 (70,8)	ns
Perhe				
Kodin säännöt ja palkio-rangaistuskäytännöt	27 (77,1)	8 (72,7)	19 (79,2)	ns
Perheen sisäiset ihmissuhteet ja roolit	18 (51,4)	5 (45,5)	13 (54,2)	ns
Vuorovaikutus	19 (54,3)	5 (45,5)	14 (58,3)	ns
Konfliktit ja niiden yhteinen ratkaiseminen	18 (51,4)	4 (36,4)	14 (58,3)	ns
Perheen ulkoiset verkostot				
Koulunkäynti- ja opiskeluasiat sekä niihin liittyvät tukitoimet	27 (77,1)	10 (90,9)	17 (70,8)	ns

Nuoren kohdalla tärkeimpinä teemoina olivat tunteet ja niiden hallintakeinot. Vanhempien kanssa tärkeimpiä teemoja olivat kasvatustaidot ja -valmiudet. Perheen osalta käsiteltyin aihe oli kodin säännöt ja palkio-rangaistuskäytännöt. Perheen ulkoisten verkostojen osalta tärkein asia oli kouluasioiden selvittely.

MDFT-hoidon päätyttyä yli puolet nuorista jäi edelleen Taysin nuorisopsykiatrian vastuualueelle erikoissairaanhoidon potilaiksi (taulukko 20). Jatkohoitona erikoissairaanhoidon jääneillä käytettiin useimmiten yksilöhoitosuhdetta tai lääkehoitoa. Kunnallisten nuorten mielenterveyspalveluiden asiakkaaksi siirtyi noin kolmannes nuorista. Neljällä nuorella alkoi sosiaalitoimen puolelta perhetyö. Heistä kaksi oli lisäksi edelleen erikoissairaanhoidon asiakkaana yksilöhoitosuhteessa ja lääkehoidossa. Perustason tai kouluterveydenhuollon seurantaan päätyi kolme nuorta, joista kaksi oli kieltäytynyt tarjotusta avohoidon kontaktista. Ainoastaan kahdella nuorella hoidon tarve todettiin päättyneeksi.

Taulukko 20. Jatkohoito MDFT:n päätyttyä (n, %)				
	Kaikki	Pojat	Tytöt	p-arvo
Yhteensä	21 (56,8)	10 (83,3)	9 (36,0)	ns

Nuorisopsykiatrian vastuualueella erikoissairaanhoidossa	Yksilöhoitosuhde	16 (43,2)	7 (58,3)	9 (36,0)	ns
	Perheinterventio	2 (5,4)	1 (8,3)	1 (4,0)	ns
	Lääkehoito	13 (35,1)	7 (58,3)	6 (24,0)	ns
	Osastohoito	1 (2,7)	0 (0,0)	1 (4,0)	ns
	Tehostetun avohoidon yksikkö (NPSi)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	ns
	Ryhmähoidot	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	ns
	Toimintaterapia, yksilöterapia, neuropsykologinen kuntoutus	4 (10,8)	2 (16,7)	2 (8,0)	ns
	Muu	4 (10,8)	1 (8,3)	3 (12,0)	ns
Kunnallinen nuorten mielenterveyspalvelu	9 (24,3)	1 (8,3)	8 (32,0)	ns	
Perustason tai kouluterveydenhuollon seuranta	3 (8,1)	0 (0,0)	3 (12,0)	ns	
Lastensuojelun/sosiaalitoimen perhetyö	4 (10,8)	0 (0,0)	4 (16,0)	ns	
Hoidon tarve todettiin päättyneeksi	2 (5,4)	1 (8,3)	1 (4,0)	ns	

Pojista yli neljä viidestä jäi MDFT:n päätyttyä Taysin nuorisopsykiatrian vastuualueelle jatkohoitoon, tytöistä vain reilu kolmannes. Tytöistä kolmannes siirtyi kunnalliseen nuorisopsykiatriseen hoitoon. Ikäryhmittäisessä vertailussa tilastollisesti merkitsevä ero ilmeni varhaisnuorien jäädessä keskinuoria merkittävästi useammin Taysin nuorisopsykiatrian vastuualueelle hoitoon yksilöhoitosuhteeseen ($p=0,046$).

Tuloksellisuus ja kirjaaminen

Esitiedot

Nuorten esitietojen kerääminen sairaskertomuksista osoittautui vaikeaksi ja aikaa vieväksi prosessiksi. Esitietoja joutui etsimään useista eri kirjauksista pitkän aikavälin alueelta. Tämä altisti tiedon keruun ajan myötä tapahtuneiden muutosten aiheuttamille virheille sekä tulkinnanvaraisuudelle. Vaikeuksia oli erityisesti jo pitkään Taysin nuorisopsykiatrian vastuualueella hoidossa olleiden nuorten kohdalla, joissa nuorisopsykiatriset sairaskertomusmerkinnät saattoivat olla yli kaksi vuotta vanhoja. Näissä kertomuksissa esitiedot saattoivat olla kattavat siihen aikaan, kun nuori oli tullut nuorisopsykiatriseen hoitoon, mutta ajan kuluessa ja tilanteiden muuttuessa ne olivat kuitenkin vanhentuneet. Selkeimmin ongelmat näkyivät ajan myötä muuttuvissa asioissa, kuten oireilussa, nuoren asumistilanteessa, koulun käynnissä ja sen ongelmissa, sosiaalisissa suhteissa ja harrastuksissa. Näiden asioiden kohdalla joutui usein pohtimaan sitä, onko vanhoissa sairaskertomusmerkinnöissä mainitut tiedot edelleen valideja ja voiko tietoihin edelleen luottaa.

Nuoren ohjautumista MDFT-interventioon, eli sitä, miksi MDFT:n ajateltiin olevan vaikuttava kyseiselle nuorelle, oli kertomuksissa perusteltu melko niukasti. Tämän myötä monesti jäi auki, miksi kyseinen nuori on MDFT-terapiassa ja mitä annettavaa MDFT:lla on nuoren ongelmien ratkaisuun.

Hoitoprosessi

Myös MDFT-hoitoprosessin kirjaamisen taso vaihteli paljon. Selkeitä eroja kirjaamisen tasossa pystyi havaitsemaan kirjaavasta terapeutista riippuen. Eri terapeutit kirjasivat terapiakontaktitapahtumat eri

tarkkuuksilla eri asioita painottaen, eikä kirjaamisessa ollut yhteistä selkeää mallia. Aikahorisontissa oli havaittavissa kehitystä kirjausten parantuessa ensimmäisistä, todella niukoista kirjauksista nopeasti tyydyttävälle tasolle. Yleensä yksittäiset sairaskertomusmerkinnät olivat laajoja ja niistä sai hyvän kuvan, mitä tapaamisissa käsiteltiin. Silti useimmiten epäselväksi jäi se, miksi kyseisiä teemoja käsiteltiin ja mitä käsitellyllä saavutettiin. Tämän vuoksi hoidon kokonaisuutta tai suunnitelmaa hoidon toteuttamisesta ei kirjauksista pystynyt hahmottamaan.

Selkein puute oli se, että hoidon tavoitteet olivat kirjattu alle kolmanneksessa kertomuksista (taulukko 21) ja niissäkin sairaskertomuksissa, joissa tavoitteet olivat näkyvissä, oli suuria tarkkuuseroja. Kertomuksissa, joissa tavoitteet olivat merkitty, alle puolessa ne olivat eritelty kattavasti. Lopuissa tavoitteet olivat esitetty perheenjäsenten toiveina muutoksesta tai yleisinä pohdintoina perheen elämän epäkohdista. Näissä tapauksissa saattoi jäädä kuva, että muutostoiveet tarkoittavat teemoja, joita perhe toivoo terapiassa käsiteltävän, eikä konkreettisia tavoitteita, joiden eteen tehdään työtä ja joita hoidolla pyritään saavuttamaan.

Taulukko 21. Tavoitteet ja tuloksellisuus (n, %)	
Tavoitteet eritelty ja kirjattu	11 (29,7)
Tavoitteiden saavuttamiseen otettu kantaa	19 (51,4)

Niissä kertomuksissa, joissa tavoitteet olivat näkyvissä, korostuivat nuoren kohdealueen tavoitteina tunteidenhallintataitojen parantaminen, koulunkäynnin tukeminen sekä asumisjärjestelyjen ja sijoitusasumisen selvittely. Vanhempien kohdalla tärkeimpänä tavoitteena oli kasvatustaitojen kehittäminen. Perheen kohdealueella tärkeimmiksi nousivat perheen vuorovaikutuksen parantaminen, kodin sääntöjen ja seurauksikäytäntöjen sopiminen, luottamuksen palauttaminen perheeseen sekä perheen yhteisen ajan lisääntyminen.

MDFT-hoitoprosessien vaihteellisuudesta ei kirjausten perusteella saanut selkeää kuvaa. Selkeitä vaihteellisuuteen liittyviä eri teemojen painotuksia tai välitavoitteita ei myöskään ollut kirjattu. Myöskään eri kohdealueilla tapahtuvasta työstä erillisine tavoitteineen ei kirjauksissa saanut selkeää kuvaa.

Useissa tapauksissa kirjausten perusteella sai sellaisen kuvan, että terapian teemoina käsiteltäisiin lähinnä päivittäisiä tapahtumia ja sen hetkisiä asioita. Seurauksena jäi käsitys, ettei terapiassa päästy pureutumaan varsinaisiin ongelmiin, kuten nuoren mielenterveys ja perheen vuorovaikutus, vaan ongelmien käsittely jäi melko pinnalliselle tasolle.

Huumeseulan käytöstä ja tuloksista oli alun perin tarkoitus kerätä tarkkaa tietoa siitä, kuinka monta kertaa sitä on käytetty, montako kertaa saatiin positiivinen tulos ja mitä huumeseulalla löydettiin. Kävi kuitenkin ilmi, ettei huumeseulan käyttöä tai tuloksia ole juurikaan kirjattu sairaskertomuksiin. Tämän vuoksi päädyttiin keräämään tietoa ainoastaan siitä, onko huumeseulaa ylipäänsä yhdelläkään sanalla mainittu kertomuksissa. Tulokset on esitelty taulukossa 22.

Taulukko 22. Huumeseula (n, %)	
Ei mitään mainintaa	29 (80,6)
Oli maininta	6 (16,7)
Käyttö ja tulokset eritelty ja kirjattu	1 (2,8)

Ainoastaan yhdessä sairaskertomuksessa huumeseu­lan käyttö oli kattavasti eritelty. Kuudessa tapauksessa oli huumeseu­lasta maininta, mutta sen käytön määrästä tai tuloksista ei ollut tietoa tai tiedot olivat selvästi puutteelliset. Lopuissa 29:ssä kertomuksessa ei huumeseu­lasta ollut minkäänlaista mainintaa.

Lähes kaikki nuoret saivat MDFT-intervention loputtua jatkohoitoa. MDFT:a seuraavat hoitomuodot olivat teksteissä merkittynä epäselvästi. Useissa tapauksissa jäi tulkinnan varaa siitä, millainen oli nuoren avun tarve MDFT:n päätyttyä sekä siitä, miten nuoren hoitoa jatkettiin. Myöskään jatkohoitosuunnitelmaa ei ollut säännöllisesti merkitty ja sen myötä oli vaikea hahmottaa, miksi kyseisen tyyppiseen jatkohoitoon päädyttiin. Lisäksi useista kertomuksista puuttui selkeä kirjaus MDFT-intervention päättymisestä.

Hoidon tulokset

Myös hoidon tulosten kirjaaminen oli vaihtelevaa. Tavoitteiden saavuttamiseen otettiin kantaa noin puolessa kertomuksista (taulukko 21). Tuloksia ei juurikaan eritelty kohdealueittain tai tavoitteittain, vaan useimmiten tavoitteet ainoastaan todettiin täyttyneiksi tai osittain täyttyneiksi huolimatta siitä oliko kyseisiä tavoitteita edes merkitty kertomukseen. Ainoastaan neljässä sairaskertomuksessa MDFT:n tavoitteet ja tulokset olivat yhteen­vetona kohdealueittain selkeästi eriteltyinä.

MDFT:n tuloksellisuutta pystyi arvioimaan kertomusten perusteella vain kolmasosassa tapauksista (taulukko 23).

	Kaikki	Pojat	Tytöt	p-arvo
Perhe hyötyi selvästi hoidosta	6 (16,7)	1 (8,3)	5 (20,8)	ns
Perhe hyötyi osittain hoidosta	4 (11,1)	1 (8,3)	3 (12,5)	ns
Perhe ei hyötynyt hoidosta	2 (5,6)	1 (8,3)	1 (4,2)	ns
Ei voi ottaa kantaa	24 (66,7)	9 (75,0)	15 (62,5)	ns

Näistä puolessa perhe selkeästi hyötyi hoidosta. Kolmanneksessa perheen hyötyminen hoidosta oli osittaista, jolloin esimerkiksi hoidon positiivinen vaikutus näkyi vain jollain kohdealueella, kun muilla kohdealueilla oli edelleen vakavia ongelmia. Lopuissa tapauksista perhe ei hyötynyt hoidosta, eli ongelmat eivät hoidosta huolimatta vähentyneet eikä muutakaan suotuisaa muutosta perheen tai nuoren tilanteessa saavutettu. Kahdessa kolmasosassa tapauksista hoidon tuloksellisuuteen ei pystynyt ottamaan kantaa.

5.4. POHDINTA

Nuorten ongelmat ja oireet

Vaikka MDFT on alun perin nuorten päihde- ja käytöshäiriön hoitoon kehitetty interventio (Liddle ym. 2005), oli sitä käytetty Taysin nuorisopsykiatrian vastuualueella näiden lisäksi laajasti erilaisista ongelmista kärsivien nuorten hoidossa. Yllättäen nuorten internalisoivat ongelmat olivat jopa eksternalisointia tai päihdeongelmia yleisempiä MDFT-intervention saaneiden nuorten joukossa, erityisesti tyttöjen kohdalla. Tähän tosin vaikuttaa yliopistosaraalassa hoidettava perustason nuorisopsykiatriaa vaativampi ja komorbisempi potilasaineisto. Ongelmien vaikeus ja komorbiditeetti ovatkin usein yliopistosarjatasoisen hoidon indikaatioita.

MDFT:n laaja vaikutuspiiri kattaen nuorten psyykkisten ongelmien riskitekijät sekä toisaalta psyykkisten oireiden hoidon mahdollistaa intervention soveltamisen alkuperäistä käyttökohdetta laajempaan kohderyhmään. MDFT:n on myös tutkimuksissa osoitettu olevan tehokas niin eksternalisoivan kuin internalisoivankin oireilun sekä päihdeongelmien hoidossa (Dakof ym. 2015, Henderson ym. 2010, Hendriks ym. 2011, Hendriks ym. 2012, Liddle ym. 2001, Liddle ym. 2004, Liddle ym. 2008, Liddle ym. 2009, Phan ym. 2011, Righter ym. 2010, Schaub ym. 2014).

Poikien ja tyttöjen välillä havaitut erilailla painottuvat oireluokat antaa viitteitä yleisemminkin psyykkisen oireilun eroista sukupuolten välillä. Se, että tämän tutkimuksen kaikki pojat, mutta vain puolet tytöistä oireilivat eksternalisoivien, kertoo siitä, että pojilla on suurempi taipumus kohdistaa psyykkisestä stressistä kumpuava aggressio itsestä ulospäin (Bromet ym. 2011, Lehtinen ym. 1990, Pirkola ym. 2005, Suvisaari ym. 2009, Zahn-Waxler ym. 2000). Lisäksi pojilla yleisesti esiintyneet toiminnanohjauksen ongelmat altistavat eksternalisoivalle oireilulle harkintakyvyn puutteessa (Pirkola ym. 2005, Salokangas ym. 1994, Young ym. 2009). Toisaalta tytöillä usein esiintynyt itsetuhoisuus sekä syömishäiriöoireilu puolestaan viittaavat tyttöjen kohdistavan aggression itseensä. Internalisoivia oireita oli havaittavissa lähes kaikilla nuorilla, suunnilleen yhtä paljon sukupuolesta riippumatta. Tämä herättää ajatuksen internalisoivan oireilun tärkeästä osuudesta poikien eksternalisoinnin ja toisaalta tyttöjen itsetuhoisuuden syytekijänä. Pojat pyrkivät purkamaan pahan olonsa aggressiivisesti kohdistuen pahan olonsa muihin esimerkiksi fyysisellä tai henkisenä väkivaltana, tytöt puolestaan hallitsivat pahaa oloaan itsetuhoisella toiminnalla, kuten viiltelemällä tai itsemurhalla, tai syömättömyydellä.

Internalisoivan oireilun riskitekijät nuorilla ovat samoja sukupuolesta riippumatta (Marttunen ja Kaltiala-Heino 2014, Moilanen ym. 2004). MDFT:n voisikin olettaa näihin riskitekijöihin kohdistuvana hoitona soveltuvan laajasti monenlaisen internalisointiin pohjautuvan oireilun ehkäisemiseen, kuten Taysin nuorisopsykiatrian vastualueella sitä onkin jo sovellettu. Lisäksi nuoren oireilun mukaan oikein kohdistettuna voidaan vähentää nuorten ajankohtaista oireilua.

MDFT:n vaikuttavuutta kartoittaneissa tutkimuksissa tärkeimpiä vastemuuttujia ovat yleensä olleet nimenomaan eksternalisoivat oireet sekä päihteiden käyttö (Dakof ym. 2015, Henderson ym. 2010, Hendriks ym. 2011, Hendriks ym. 2012, Liddle ym. 2001, Liddle ym. 2004, Liddle ym. 2008, Liddle ym. 2009, Phan ym. 2011, Righter ym. 2010, Schaub ym. 2014). Internalisoivan oireilun osuus näiden taustalla on jäänyt tutkimuksissa pimentoon, vaikka internalisoivien oireidenkin on todettu MDFT:lla vähentyvän (Liddle ym. 2004, Liddle ym. 2009, Schaub ym. 2014). Useimmissa tutkimuksissa lisäksi esimerkiksi itsetuhoisuus sekä muut päihdeongelmia vakavammat nuorisopsykiatriset ongelmat olivat poissulkukriteereinä (Dakof ym. 2015, Henderson ym. 2010, Hendriks ym. 2011, Hendriks ym. 2012, Liddle ym. 2004, Liddle ym. 2008, Liddle ym. 2009), jolloin MDFT:n vaikuttavuuden mahdollisuuksia on kartoitettu itseasiassa melko rajallisesti. Lisäksi sukupuolijakauma on ollut tutkimuksissa selkeästi poikavoittoinen lähes kaikkien tutkimusten nuorten ollessa poikia (Dakof ym. 2015, Henderson ym. 2010, Hendriks ym. 2011, Hendriks ym. 2012, Liddle ym. 2001, Liddle ym. 2004, Liddle ym. 2008, Liddle ym. 2009, Phan ym. 2011, Righter ym. 2010, Schaub ym. 2014). Näin ollen tyttöjen kohdalla MDFT:n vaikuttavuutta ylipäänsä on tutkittu todella vähän. Kuitenkin MDFT:n teemat ja tavoitteet (taulukko 24) kohdistuvat pohjimmiltaan nimenomaan internalisoivaan oireiluun.

Kognitiivisen kapasiteetin ja toiminnan ohjauksen ongelmat antoivat kertomuksissa viitteitä MDFT:n heikommasta vaikuttavuudesta. Vaikka näistä ongelmista kärsivät nuoret olivat kertomusten perusteella sitoutuneita terapiaan ja pyrkivät toimimaan sovittujen asioiden mukaisesti, ajautuivat he jatkuvasti toimimaan vastoin sovittua. Kykenemättömyys toimia sovittujen asioiden mukaisesti johtui ilmeisesti enemmän nuorten ymmärtämättömyydestä kuin tietoisesta uhmakkuudesta. Näiden nuorten kohdalla heräsi ajatus vaikeudesta hahmottaa tilanteita ja tunnistaa niihin liittyviä syy-seuraussuhteita, jotka jatkuvasti veivät nuorta kohti ongelmia. Lisäksi impulssikontrollin vaikeudet altistivat heitä huonoille valinnoille. Tällaiset

kognitiivisen kapasiteetin ongelmat johtivat siihen, ettei MDFT:ssa saavutettu hoidon alusta loppuun asti jatkuvaa selkeää kehitystä nuoren tilanteessa, koska nuoren kykenemättömyys toteuttaa sovittuja asioita palautti kehityksen takaisin lähtöpisteeseen.

Tämä edelleen viittaa internalisoivan oireilun tärkeään osaan MDFT:n vaikuttavuuden kannalta. Jos nuoren oireilu on enemmän lähtöisin ymmärtämättömyydestä eikä internalisoivasta oireilusta, ei MDFT:lla ole näiden nuorten kohdalla odotettavissa merkittävää vaikuttavuutta. Kuitenkin tilanne saattoi parantua muilla kohdealueilla esimerkiksi vanhempien saadessa parempia työvälineitä vaativan nuoren kasvatukseen tai kouluasioiden järjestettyä paremmin. Silti hoidon paremmaksi kohdistamiseksi ja parhaan tehon saavuttamiseksi olisi oleellista tunnistaa nämä nuoret ennen MDFT:n aloitusta ja rakentaa hoitoprosessi paremmin heidän tuen tarvettaan vastaavaksi, tai pohtia myös muita vaihtoehtoisia hoitomuotoja. MDFT:n vaikuttavuutta kartoittaneissa tutkimuksissa kognitiivisen kehityksen häiriöt olivat usein poissulkukriteerinä (Dakof ym. 2015, Hogue ym. 2006a, Hogue ym. 2006b, Liddle ym. 2001, Liddle ym. 2004, Liddle ym. 2008, Liddle ym. 2009, Shelef ym. 2005), jolloin näyttöä MDFT:n tehosta näillä nuorilla ei myöskään ole.

Ikä

MDFT on tutkimuksissa todettu tehokkaaksi käytösongelmien hoidossa erityisesti varhaisnuorilla (Hendriks ym. 2012). Syyksi tähän arveltiin sitä, että nuoremmat ovat voimakkaammin perheen vaikutuspiirin alla, kuin itsenäistyvät varttuneemmat nuoret, joilla kaveripiiri ottaa suurempaa roolia sosiaalisen tuen lähteenä. Samoin myös nuorempien rajallisempi kognitiivinen kapasiteetti lisää perheeltä saadun tuen tarvetta muutoksen toteuttamiseen. Tulosten perusteella käytösongelmiin tulisi puuttua perheinterventiolla jo varhaisessa nuoruusiässä, jolloin perheen muodostaman sosiaalisen ympäristön merkitys on vielä suuri. Taysin nuorisopsykiatrian vastuualueella MDFT-intervention saaneet olivat keskimäärin 15-vuotiaita, kolmasosa alle viisitoista, loput 15 tai yli. MDFT-intervention paremmaksi kohdistamiseksi tutkimustiedon mukaan erityisesti varhaisnuoret perheineen tulisi ohjata MDFT-interventioon vielä keskinuoruusikäisiä herkemmin. Näin voidaan ehkäistä nuoren oireilun kehittyminen ja paheneminen korjaamalla ongelmakohdat ennen ongelmien eskaloitumista.

Perhe ja asuminen

Lähes kaikki nuoret asuivat MDFT:n alkaessa vanhempiensa luona. Perheen kotona asuvan nuoren arki on vahvasti sidoksissa perheen arkeen. Tämän myötä perheen toiminta ja sen ongelmat vaikuttivat osaltaan myös tämän tutkimuksen nuorten oireiluun useissa tapauksissa riskitekijänä, mutta joissain tapauksissa myös voimavarana. Lisäksi sama perhe saattoi olla nuorelle vahva suojatekijä, mutta samalla perhettä varjostavat ongelmat saattoivat pahentaa oireilua.

MDFT on todettu ulkomaisissa tutkimuksissa vaikuttavan hyvin perheen ongelmiin (Hendriks ym. 2011). Tämän tutkimuksen perheistä selkeästi suurimmassa osassa esiintyi vakavia nuoren tervettä kehitystä uhkaavia ongelmia. Perheen ongelmista yleisimpiä olivat perheen vuorovaikutusongelmat, kasvatukselliset ongelmat, vanhempien päihde- tai mielenterveysongelmat. Näistä erityisesti kaksi ensiksi mainittua ovat MDFT:n vaikutuspiiriin kuuluvia perheen ongelmia, joihin terapialla pyritään vaikuttamaan. MDFT:n vaikutusta vanhempien kasvatuksellisiin valmiuksiin selvittäneiden tutkimusten mukaan MDFT parantaa huomattavasti vanhempien kasvatustaitoja sekä emotionaalista yhteyttä nuoreen (Henderson ym. 2009, Liddle ym. 2009). Samalla myös perheen ihmissuhteet ja yhteenkuuluvuus vahvistuivat. Vanhempien päihde- ja mielenterveysongelmat ovat luonteeltaan sellaisia ongelmia, että niiden hoitoon tarvitaan useimmiten

MDFT:n lisäksi myös muita apua. MDFT-terapeutti kuitenkin tukee ja avustaa tarvittaessa vanhempia avun hakemisessa.

Pieni osa nuorista asui jossain muualla, kuin vanhempiensa luona. Näiden nuorten kohdalla perheen vaikutus nuoreen oli ymmärrettävästi pienempi, kuin vanhempiensa luona asuvilla, ja siksi on olennaista pohtia perhekeskeisen interventio-ohjelman mielekkyyttä. Toisaalta lastensuojelulaitoksessa sijoituksessa asuvien nuorten kohdalla hoidon tavoitteena usein oli tavoitteena kotiin palaaminen, jolloin perheen kanssa työskentely oli näissä tapauksissa perusteltua.

Hoidon intensiteetti ja toteutus

Terapiatapaamisia järjestettiin sairaskertomusten mukaan keskimäärin noin kerran viikossa. Tämän lisäksi puhelinkontakteja oli keskimäärin vajaa kerran viikossa. Huomioiden, että tapaamisissa saatettiin tavata vain yhtä perheenjäsentä ja samoin puhelut kohdistuivat yhdelle perheenjäsenelle, oli terapiakontakteja melko harvoin. Tämä puolestaan lisäsi perheen omaa vastuuta muutoksen toteuttamisessa ja ylläpidossa, vaikka voimavaroja ja apuvälineitä ei vielä välttämättä ollutkaan. Tämän myötä terapialla jo saavutetut tulokset saattoivat valua hukkaan, kun ilman kunnollista tukea jääneet perheen jäsenet palasivat osittain vanhaan toimintamalliin ja seuranneet epäonnistumiset puolestaan ruokkivat epäuskoa hoidon mahdollisuuksiin. Toisaalta on myös mahdollista, ettei kaikkia terapiakontakteja ole kirjattu sairaskertomukseen.

MDFT:ssa terapiakontakteja tulisi olla useina päivinä viikossa (Ehrling 2015), jolloin perhe saa jatkuvasti tarvitsemaansa tukea muutoksen ylläpitämiseen arjessa sekä toisaalta sosiaalisen paineen toimia sovittujen asioiden mukaisesti. MDFT:n tulisi olla suhteellisen lyhytkestoinen, mutta sitäkin intensiivisempi terapia, jossa pyritään toteuttamaan suuri muutos lyhyessä ajassa. Lyhyt aika terapiakontaktien välillä mahdollistaa kehityksen niin, että voidaan jatkaa siitä, mihin viimeksi jäätiin. Näin pystytään edistymään jatkuvasti läpi terapian. Jos puolestaan aikaväli kasvaa liian suureksi, palataan tuloksissa aina lähemmäs lähtötasoa, eikä hoidolla saavuteta parasta tehoa. Siksi MDFT:n koko potentiaalinen hyväksikäyttämiseksi kontakteja tulisi olla kirjattuja kontakteja useammin.

MDFT:ssa terapeutin vastuulla on päättää, keitä terapiatapaamisiin osallistuu sen mukaan, millainen kokoonpano parhaiten palvelee tavoitteiden täyttymistä (Liddle ym. 2005). Kertomusten mukaan terapiatapaamisia järjestettiin usein sellaisilla kokoonpanoilla ja silloin, kuin perheelle sopi perheen menojen mennessä terapian edelle. Hoitoa toteutettiin useissa tapauksissa täysin perheen ehdoilla. Tämä antoi viitteitä perheen jäsenten heikosta hoitomotiivista tai hoidon merkityksen ymmärtämättömyydestä, kun tapaamisia peruuntui harrastusten ja lomamatkojen vuoksi tai pelkästään haluttomuuden vuoksi. Vaikka perheellä tuleekin olla omaa aikaa myös terapian ohessa, niin olisi hyödyllistä painottaa terapiaprosessin ja sen tuoman muutoksen merkitystä perheen elämässä.

Terapiakonseptin tarkan kaavan mukaan noudattamisen suhteessa joustavuuteen perheen tarpeita noudattaen vaikutusta kartoittaneessa tutkimuksessa todettiin, että paras teho saavutetaan, jos konseptia noudatetaan tarkasti mallin mukaan, mutta joustetaan samalla perheen tarpeiden mukaan (Hogue ym. 2008, Rowe ym. 2013). Perheiden kohdalla tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että perhe sitoutuu toimimaan terapiakonseptin mukaan sopivilla tapauskohtaisilla joustoilla, eikä niin, että terapiakonsepti rakennetaan perheen arkea mukailevaksi. Terapian tulisi muuttaa perheen arkea nuoren kehitystä tukevaksi, mutta valmista arkirutiinia on vaikea muuttaa. Jos vanhoista arkirutiineista irrottaudutaan heti MDFT:n alussa, voidaan muutosprojekti aloittaa puhtaalta pöydältä. Toisaalta tämä vaatisi erityisen intensiivistä työtä varsinkin hoidon alkuvaiheessa, koska perheellä ei ole vielä voimavaroja tai kykyä ylläpitää muutosta.

Teemat ja tavoitteet

MDFT perustuu neljällä kohdealueellaan samanaikaisesti toteutettavaan muutokseen. Kullakin kohdealueella on omat teemansa ja tavoitteensa (Liddle ym. 2005). Muutoksen etenemistä arvioidaan kullakin kohdealueella erikseen ja lisätään terapian intensiteettiä niillä kohdealueilla, joissa on selkeimmin parannettavaa. Käytännön työssä kohdealueiden rajat ymmärrettävästi hämärtyy eri kohdealueiden tavoitteiden täyttymisen palvellessa myös toisiaan.

MDFT-konseptin noudattaminen hoidon toteuttajan näkökulmasta tarkoittaa sitä, että hoito toteutetaan aina kullekin kohdealueelle ennalta määriteltyjen teemojen mukaan. Näiden taulukossa 24 esitelyjen pääteemojen avulla pyritään saavuttamaan hoidolle nuoren ja perheen tilanteen mukaan asetetut tapauskohtaiset tavoitteet. Pyrkimyksenä olisi saavuttaa pääteemojen mukaan kokonaisvaltainen muutos nuoren tervettä kehitystä edistävään suuntaan.

Taulukko 24. MDFT:n pääteemat kohdealueittain sekä tärkeimmät käsitellyt teemat kohdealueittain Taysin nuorisopsykiatrian vastuualueella	
Kirjallisuus (Liddle ym. 2005):	Taysin nuorisopsykiatrian vastuualue:
Nuori	Nuori
Vuorovaikutustaidot	Sosiaaliset suhteet
Itseilmaisutaidot	Tunteidenhallinta
Tunteidenhallinta	Motivointi lääkehoitoon
Itsetuntemus (Käytösongelmien rooli nuoren elämässä)	Arjenhallinta ja suunnitelmallisuus
Vanhemmat	Vanhemmat
Oma hyvinvointi ja parisuhde	Oma hyvinvointi ja parisuhde
Kasvatustaidot	Kasvatustaidot ja valmiudet
Tunneside lapseen	
Perhe	Perhe
Ongelmien ja konfliktien ratkaisukyky	Konfliktit ja niiden ratkaisu
Vuorovaikutus ja ilmapiiri	Vuorovaikutus
Perheen sisäiset ihmissuhteet	Ihmissuhteet ja roolit
	Kodin säännöt ja seurauksetkäytännöt
Perheen ulkoiset verkostot	Perheen ulkoiset verkostot
Yhteistyö ja avun hakeminen perheen ulkoisilta verkostoilta	Koulu ja sen tukitoimet

Sairaskertomusten perusteella MDFT-konseptin mukaisia yleisiä pääteemoja oli käsitelty useimmissa tapauksissa. Toisaalta joissain tapauksissa oli havaittavissa teemojen painottumista lähinnä nuoren selkeimmin näkyviin ongelmiin muiden elämänalueiden jäädessä vähemmälle huomiolle. Konseptin noudattamisen merkitystä ja tarvetta pohtiessa herää kysymys, oliko tapauskohtaisia teemoja painotettu liikaa kokonaisvaltaisuuden kustannuksella? Oliko hoidon tavoitteena oireiden väheneminen tai muuttuminen vähemmän häiritseviksi tai näkymättömämmäksi, vai tavoiteltiinko kokonaisvaltaista muutosta nuoren elämässä?

Yleisesti ottaen Taysin nuorisopsykiatrian vastuualueella toteutuneissa MDFT-hoidoissa käsitellyt teemat mukailivat läheisesti kirjallisuuden mukaisia pääteemoja. Ilmenneet erot johtunevat suurelta osin erilaisesta luokittelusta. Selvimpiä eroja oli nuoren kanssa käsitellyissä teemoissa. Nuoren kanssa käsittelyyn olivat nousseet sosiaaliset suhteet, kuten kaveri- ja seurustelusuhteet, sekä niiden merkitys nuorelle, mutta sosiaalisia taitoja, kuten itseilmaisu- ja vuorovaikutustaitoja, ei säännönmukaisesti käsitelty. Näin siis pureuduttiin nuoren hoidon aikaisiin ongelmaan, mutta sosiaalisten taitojen puutteessa niiden opetteluun sosiaalisia ongelmia ennaltaehkäisevä vaikutus jäi saavuttamatta. Toisaalta arjenhallinnan taidot ja suunnitelmallisuus olivat nuoren kanssa tulevaisuuden ongelmien ennaltaehkäisyn kannalta olennaisessa roolissa niiden auttaessa nuorta selviytymään normaaleista nuoruusikäen kuuluvista rutiineista ja velvollisuuksista.

Kutakin pääteemaa oli käsitelty kertomustekstien perusteella vain 50-80% tapauksista, vaikka mainittujen teemojen tulisi olla käsittelyssä säännönmukaisesti jokaisessa hoitoprosessissa. Erityisesti perheen vuorovaikutusta ja konfliktien ratkaisutaitoja käsiteltiin verrattain harvoin prosenttiosuuksien ollessa vain hieman yli 50. Tämän perusteella perheen toimintaan liittyviä ongelmia käsiteltiin todella vähän huomioiden sen, että MDFT on kuitenkin perhekeskeinen interventio. Tulokseen vaikutti toisaalta kirjaamisen ja sen tulkinnan ongelmat.

Suurimmassa osassa tapauksista MDFT:n vaikuttavuuteen ei sairaskertomusten perusteella voinut ottaa kantaa. Kuitenkin niissä tapauksissa, joissa oli riittävästi tietoa tuloksista (n=12), voitiin todeta perheen hyötynneen ainakin osittain MDFT-interventiosta 83,3%:ssa (n=10) ja 50%:ssa (n=6) voitiin todeta perheen hyötynneen selvästi. Vaikka tulokset vaikuttavat lupaavilta, pieni tapausmäärä heikentää kuitenkin tulosten luotettavuutta, ja siksi niiden pohjalta ei voi vetää päteviä johtopäätöksiä. Huomattavaa on kuitenkin se, että MDFT:n päätyttyä yli puolet nuorista jäi edelleen Taysin nuorisopsykiatrian vastuualueelle erikoissairaanhoidon-tasoiseen jatkohoitoon ja vain kahden nuoren hoidon tarve voitiin todeta päättyneeksi. Näin ollen lähes kaikki nuoret tarvitsivat MDFT:n jälkeen edelleen hoitoa. MDFT ei siis pystynyt täysin poistamaan ongelmia. Toisaalta tämä voi kertoa enemmän hyvin toimivasta jatkohoidon järjestämisestä, normaaliin arkeen paluun helpottamisesta erilaisin jatkohoidollisin tukitoimin tai jatkohoitoa vaativista komorbiditeeteista, kuin MDFT:n huonosta tehosta.

Sairaskertomusten laatu

Tämän tutkimuksen selkein ja luotettavin löydös lienee sairaskertomuskirjaamisessa ilmenneet epätarkkuuteen ja tulkinnanvaraisuuteen liittyneet ongelmat.

Nuorten esitietoja piti etsiä useista sairaskertomusmerkinnöistä laajalla aikahaarukalla ja niitä joutui poimimaan useista eri kirjauksista. Yleisesti ottaen nuoruusiän nopean kehityksen ja muuttuvien tilanteiden myötä olisi hyödyllistä päivittää hoidon kannalta merkitykselliset esitiedot säännöllisin väliajoin tehtävälle kokoavalle sairaskertomusmerkinnälle varsinkin pitemmissä hoitosuhteissa. Tämän avulla kaikki hoidon toteutukseen osallistuvat pysyisivät ajan tasalla nuoren tilanteesta. Lisäksi esitietojen säännöllinen päivittäminen helpottaa hoidollista vastuunjakoa ja yhteistyötä. Toisaalta säännöllisin väliajoin tehtävistä esitietopäivityksistä voisi seurata nuoren kehitystä suhteessa hänen ongelmiinsa.

MDFT-hoidon kirjaamisessa suurin ongelma oli se, ettei kirjausten perusteella saanut hyvää kuvaa hoitoprosessin kokonaisuudesta. Hoidon tavoitteet sekä keinot ja aikarajat niiden saavuttamiseen puuttui säännönmukaisesti kertomuksista. Näiden myötä ei saanut selvyyttä useista nuoren tilanteen ja toisaalta hoidon vaikuttavuuden kannalta merkittävistä asioista, kuten mitä MDFT:lla tavoitellaan nuoren tilanteen parantamiseksi ja miksi ylipäänsä on ajateltu kyseisen nuoren olevan sopiva saamaan MDFT-intervention.

Myöskään hoidon tuloksia ei voinut kirjausten perusteella arvioida, ja näin ollen MDFT:n merkitys nuoren tilanteen kehityksessä jäi epäselväksi.

Huomioiden MDFT:n kokonaisvaltaisuuden ja verrattain pitkän keston olisi olennaista tehdä hoidon päätteeksi yhteenveto, jossa on kootusti kaikki oleellinen hoitoon liittyvä informaatio. Yhteenvedossa tulisi olla vastaus siihen, miksi MDFT aloitettiin kyseiselle nuorelle ja mitkä asiat tukivat MDFT:n mahdollista vaikuttavuutta. Toisaalta miksi terapiaa toteutettiin niin kuin toteutettiin sekä mitä MDFT:lla saavutettiin ja mitä jäi saavuttamatta. Yhteenvedon sisältämää tietoa hyödyntämällä tulisi voida arvioida oliko MDFT:sta hyötyä. Tätä tietoa puolestaan voi käyttää vaikuttavuuden tutkimisessa sekä toisaalta nuoren hoidon suunnittelussa.

Metodipohdinta

On huomioitava tämän tutkimuksen tekemiseen liittyvät ongelmakohdat ja heikkoudet. Esinäkin tutkittavien nuorten ja perheiden lukumäärä oli pieni. MDFT on Taysin nuorisopsykiatrian vastuualueella ollut käytössä melko lyhyen ajan, minkä vuoksi MDFT-intervention saaneita nuoria perheineen oli vielä todella vähän. Pienen määrän vuoksi tulokset altistuivat II-tyyppin harhalle, ja tämän vuoksi jotkut suuremmassa aineistossa tilastollisesti merkitsevät erot jäivät mahdollisesti havaitsematta. Toisaalta pienen aineiston myötä sekoittavien tekijöiden ja syy-seuraussuhteiden hallinta alaryhmäanalyysillä ei ollut mahdollista.

Aineiston keruu tapahtui sairaskertomuksia lukemalla ja keräämällä tietoa ennalta laadittuun strukturoituun tiedonkeruukaavakkeeseen. Tiedonkeruutavan vuoksi aineisto altistui sekä kirjaavan osapuolen epätarkalle kirjaamiselle sekä toisaalta lukijan tulkinnolle. Kirjaukset olivat suurelta osin epätasaisia, eivätkä aina vastanneet täysin ennalta määritellyn kaavakkeen kohtia, jolloin lukija joutui luottamaan subjektiiviseen tulkintaansa sovittaessaan sairaskertomusmerkintöjä tiedonkeruukaavakkeelle. Lisäksi tulkinnallisen harhan mahdollisuutta saattoi lisätä se, että lukijoita oli vain yksi. Toisaalta kuitenkin yhden tiedonkerääjän etuna oli se, ettei syntynyt tulkitsijoiden välisiä eroja. Näin tulkinta pysyi johdonmukaisena läpi aineistonkeruuprosessin. Myös strukturoitu tiedonkeruu vähensi tulkinnan aiheuttamaa harhaa.

Kirjaamiseen liittyvät epätarkkuudet heikensivät luotettavuutta nuorten esitietoja ja hoidon toteutusta koskevien tietojen osalta. Toisaalta ilmenneiden ongelmien myötä saatiin informaatiota kirjaamisen tasosta ja luotettavuudesta.

Vahvuuksia tällä tutkimuksella oli myös useita. MDFT:n käyttöä Suomessa on tutkittu vähän, joten tietoa intervention käytöstä tai kohderyhmistä Suomessa ei ennen tätä tutkimusta juurikaan ole ollut. Näin ollen tämä tutkimus tuo uutta tietoa hoidon toteuttamisen ja kirjaamisen kehityskohteista sekä toisaalta paljastaa uusia tutkimuskohteita hoidon kehittämiseksi.

Aineiston keräämisessä käytetty tiedonkeruulomake oli laaja sisältäen paljon erilaisia muuttujia. Lomakkeella pystyttiin näin kartoittamaan sekä hoidon toteuttamiseen liittyviä että kirjaamisen laatua koskevia tietoja kattavasti. Samalla myös näiden puutoskohtia pystyttiin paremmin tunnistamaan.

Tutkimus nojautuu kansainväliseen laajaan MDFT:n vaikuttavuutta kartoittaneeseen kirjallisuuskatsaukseen. Katsauksen löydöksiä hyödynnettiin tämän tutkimuksen tulosten tulkintaan ja hoidollisten kehityskohtien tunnistamiseen.

Lisäksi tutkimuksen vahvuutena oli objektiivinen tutkija, joka ei ole ollut Taysin nuorisopsykiatrian vastuualueella potilastyössä eikä ole osallistunut MDFT-hoidon toteutukseen.

5.5. PÄÄTELMÄT

MDFT:n oikein kohdistamiseksi tulisi tähänastisen tiedon valossa valita interventioon varhaisnuoruusikäisiä nuoria, jotka oireilevat internalisoiden tai muiden näkyvämpien oireiden taustalla on internalisointia. Lisäksi tulisi osoittaa perheen osuus ongelmien syy- tai riskitekijänä. MDFT:n toteutuksessa tulee tulevaisuudessa kiinnittää huomiota riittävään intensiteettiin, kokonaisvaltaisuuteen sekä hoitokonseptin järjestelmälliseen noudattamiseen.

Tulevaisuudessa sairaskertomuskirjaamiseen tulisi yleisesti Taysin nuorisopsykiatrian vastuualueella kiinnittää huomiota. MDFT-hoidon indikaatioiden, tavoitteiden sekä saavutettujen tulosten selkeä merkintä mahdollistaa MDFT:n toteutuksen ja vaikuttavuuden luotettavan arvioinnin jälkikäteen. Lisäksi nuorten esitietojen säännöllinen päivittäminen todennäköisesti myös helpottaisi hoidollista yhteistyötä. Luotettavan ja kattavan informaation avulla voidaan MDFT:n vaikuttavuutta arvioida tulevaisuudessa paremmin.

LÄHTEET

- AACAP: Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Conduct Disorder. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1997; vol. 36, 122S-136S.
- Aalberg V., Siimes M. Lapsesta aikuiseksi - nuoren kypsyminen naiseksi tai mieheksi. Helsinki: Nemo, 1999.
- Bromet E., Andrade L.H., Hwang I., Sampson N.A., Alonso J., de Girolamo G., de Graaf R., Demyttenaere K., Hu C., Iwata N., Karam A.N., Kaur J., Kostyuchenko S., Lépine J., Levinson D., Matschinger H., Mora E.M.M., Browne M.O., Posada-Villa J., Viana M.C., Williams D.R., Kessler R.C. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine* 2011. 9: 90.
- Burke J.D., Loeber R., Birhamer B. Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder: A Review of the Past 10 Years, Part II. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2002; vol. 41, issue 11, 1275-93.
- Collishaw S., Maughan B., Natarajan L., Pickles A. Trends in adolescent emotional problems in England: a comparison of two national cohorts twenty years apart. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2010. 51: 885-94.
- Dakof G.A., Henderson C.E., Rowe C.L., Boustani M., Greenbaum P.E., Wang W., Hawes S., Linares C., Liddle H.A. A Randomized Clinical Trial of Family Therapy in Juvenile Drug Court. *Journal of Family Psychology* 2015; 29(2), 232-41.
- Ebeling H., Hokkanen T., Tuominen T., Kataja H., Henttonen A., Marttunen M. Nuorten käytöshäiriöiden arviointi ja hoito. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2004; 120(1), 33-42.
- Ehrling L. Multidimensional family therapy. Uusi työtapa nuorten monimuotoisiin ongelmiin. Kokemuksia MDFT:n mahdollisuuksista. 2.1.2015.
www.mielenterveysseura.fi/sites/default/files/materials_files/mdft_net.pdf
- Graham C., Carr A., Rooney B., Sexton T., Satterfield L.R.W. Evaluation of functional family therapy in an Irish context. *Journal of Family Therapy* 2014; 36, 20–38.
- Henderson C.E., Rowe C.L., Dakof G.A., Hawes S.W., Liddle H.A. Parenting Practices as Mediators of Treatment Effects in an Early-Intervention Trial of Multidimensional Family Therapy. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse* 2009; 35(4), 220-6.
- Henderson C.E., Dakof G.A., Greenbaum P.E., Liddle H.A. Effectiveness of Multidimensional Family Therapy With Higher Severity Substance-Abusing Adolescents: Report From Two Randomized Controlled Trials. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 2010; 78(6), 885-97.
- Hendriks V., van der Schee E., Blanken P. Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: Main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in The Netherlands. *Drug & Alcohol Dependence* 2011; 119(1-2), 64-71.
- Hendriks V., van der Schee E., Blanken P. Matching adolescents with a cannabis use disorder to multidimensional family therapy or cognitive behavioral therapy: Treatment effect moderators in a randomized controlled trial. *Drug & Alcohol Dependence* 2012; 125(1-2): 119-26.
- Hogue A., Dauber S., Samuolis J., Liddle H.A. Treatment Techniques and Outcomes in Multidimensional Family Therapy for Adolescent Behavior Problems. *Journal of Family Psychology* 2006; 20(4), 535-43. (a)

- Hogue A., Dauber S., Stambaugh L.F., Cecero J.J., Liddle H.A. Early Therapeutic Alliance and Treatment Outcome in Individual and Family Therapy for Adolescent Behavior Problems. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 2006; 74(1), 121-29. (b)
- Hogue A., Henderson C.E., Dauber S., Barajas P.C., Fried A., Liddle H.A. Treatment Adherence, Competence, and Outcome in Individual and Family Therapy for Adolescent Behavior Problems. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 2008; 76(4), 544-55.
- Isomaa R., Väänänen J.M., Fröjd S., Kaltiala-Heino R., Marttunen M. How low is low? Low self-esteem as an indicator of internalizing psychopathology in adolescence. *Health Education & Behavior* 2013. 40: 392-9.
- Isometsä E., Kinnunen E., Kivekäs T., Koponen H., Lappalainen J., Lindfors O., Marttunen M., Pirkola S., Jousilahti P., Tuunainen A. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Depressio. Käypä hoito-suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2014. (Artikkelin tunnus: hoi50023)
- Lehtinen V., Joukamaa M., Lahtela K., Raitasalo R., Jyrkinen E., Maatela J., Aromaa A. Prevalence of mental disorders among adults in Finland: basic results from the Mini Finland Health Survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1990. 81: 418-25.
- Kazdin A.E. Practitioner review: Psychosocial treatments for conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1997; vol. 38, issue 2, 161-78.
- Laukkanen E. Nuorten psykoterapian uudet mahdollisuudet. *Suomen Lääkärilehti* 2012; 67(13), 1053-59.
- Lehto-Salo P., Marttunen M. Käytöshäiriöt ja niiden hoito, kirjassa Laukkanen E., Marttunen M., Miettinen S., Pietikäinen M. Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Kustannus Oy Duodecim 2006; 1. painos, 99-111.
- Liddle H.A., Dakof G.A., Parker K., Diamond G.S., Barrett K., Tejeda M. Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: results of a randomized clinical trial. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse* 2001; 27(4), 651-88.
- Liddle H.A., Rowe C.L., Dakof G.A., Ungaro R.A., Henderson C.E. Early Intervention for Adolescent Substance Abuse: Pretreatment to Posttreatment Outcomes of a Randomized Clinical Trial Comparing Multidimensional Family Therapy and Peer Group Treatment. *Journal of Psychoactive Drugs* 2004; 36(1), 49-63.
- Liddle H.A., Rodrigues R.A., Dakof G.A., Kanzki E., Marvel F.A. Multidimensional Family Therapy: A Science-Based Treatment for Adolescent Drug Abuse. *Handbook of clinical family therapy* (Lebow J.) 2005; 128-63.
- Liddle H.A., Dakof G.A., Turner R.M., Henderson C.E., Greenbaum P.E. Treating adolescent drug abuse: a randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. *Addiction* 2008; 103(10), 1660-70.
- Liddle H.A., Rowe C.L., Dakof G.A., Henderson C.E., Greenbaum P.E. Multidimensional Family Therapy for Young Adolescent Substance Abuse: Twelve-Month Outcomes of a Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 2009; 77(1), 12-25.
- Liddle H.A. Treating Adolescent Substance Abuse Using Multidimensional Family Therapy. *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (Weisz J., Kazdin A.) 2010; 2. painos, 416-32.
- Lindberg N., Sailas E., Kaltiala-Heino R. The copycat phenomenon after two Finnish school shootings: an adolescent psychiatric perspective. *BMC Psychiatry* 2012. Jul 28: 12(1): 91.

- Lock J., Le Grange D., Agras W.S., Moyer A., Bryson S.W., Jo B. Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry* 2010, 67:1025-32.
- Loeber R., Burke J.D., Lahey B.B., Winters A., Zera M. Oppositional Defiant and Conduct Disorder: A Review of the Past 10 Years, Part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2000; vol. 39, issue 12, 1468-84.
- Luopa P., Kivimäki H., Matikka., Vilkki S., Jokela J., Laukkanen E., Paananen R. Nuorten hyvinvointi Suomessa 2000-2013. Kouluterveyskyselyn tulokset. THL. Raportti 25/2014.
- Marttunen M., Kaltiala-Heino R. Nuorisopsykiatria, kirjassa Lönnqvist J., Marttunen M., Henriksson M., Partonen T. *Psykiatria*. Kustannus Oy Duodecim 2014; 11. painos.
- Moilanen I., Räsänen E., Tamminen T., Almqvist F., Piha J., Kumpulainen K. Lasten- ja nuorisopsykiatria, 3. painos, sivut 201-371. Kustannus Oy Duodecim 2004.
- Moilanen I., Puustjärvi A., Laukkala T., Närhi V., Olsén P., Pihlakoski L., Raevuori A., Virkkunen L., Voutilainen A. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologinen yhdistys ry:n, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Lastenpsykiatryhdistyksen asettama työryhmä. ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret). Käypä hoito-suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2013. (Artikkelin tunnus: hoi50061)
- Meichenbaum D., Carlson J., Kjos D., Wyatt R.C., Seid E.L. *Instructor's Manual for Cognitive-Behavioral Therapy*. Psychotherapy.net, 2009. <http://www.psychotherapy.net/data/uploads/5110394f10a74.pdf>
- Phan O., Henderson C.E., Angelidis T., Weil P., van Toorn M., Rigter R., Soria C., Rigter H. European youth care sites serve different populations of adolescents with cannabis use disorder. Baseline and referral data from the INCANT trial. *BMC Psychiatry* 2011; 11:110.
- Pirkola S.P., Isometsä E., Suvisaari J., Aro H., Joukamaa M., Poikolainen K., Koskinen S., Aromaa A., Lönnqvist J.K. DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population - results from the Health 2000 Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2005. 40: 1-10.
- Reponen E. Adolescents with first episode of schizophrenia group psychosis: a comparison to adolescents with other severe mental disorders. Syventävä opinnäytetyö, Tampereen yliopisto 2014.
- Rigter H., Pelc I., Tossman P., Phan O., Grichting E., Hendriks V., Rowe C. Study protocol INCANT: a transnational randomized trial of Multidimensional Family Therapy versus treatment as usual for adolescents with cannabis use disorder. *BMC Psychiatry* 2010; 10:28.
- Robbins M.S., Liddle H.A., Turner C.W., Dakof G.A., Alexander J.F., Kogan S.M. Adolescent and Parent Therapeutic Alliances as Predictors of Dropout in Multidimensional Family Therapy. *Journal of Family Psychology* 2006; 20(1), 108-16.
- Rowe C; Rigter H; Henderson C; Gantner A; Mos K; Nielsen P; Phan O. Implementation fidelity of Multidimensional Family Therapy in an international trial. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2013; 44(4), 391-9.
- Salokangas R.K.R., Stengard E., Poutanen O. DEPS - uusi väline depression seurantaan. *Duodecim* 1994. 110: 1141-8.

- Schaub M.P., Henderson C.E., Pelc I., Tossmann P., Phan O., Hendriks V., Rowe C., Rigter H. Multidimensional family therapy decreases the rate of externalising behavioural disorder symptoms in cannabis abusing adolescents: outcomes of the INCANT trial. *BMC Psychiatry* 2014; 14:26.
- Schoenwald S.K., Henggeler S.W. Multisystemic Therapy for Adolescents with Serious Externalizing Problems. *Handbook of clinical family therapy* (Lebow J.) 2005; 103-27.
- Sexton T.L., Alexander J.F. Functional Family Therapy for Externalizing Disorders in Adolescents. *Handbook of clinical family therapy* (Lebow J.) 2005; 164-91.
- Sexton T., Turner C.W. The Effectiveness of Functional Family Therapy for Youth With Behavioral Problems in a Community Practice Setting. *Journal of Family Psychology* 2010; Vol. 24, No. 3, 339 –48.
- Shelef K., Diamond G.M., Diamond G.S., Liddle H.A. Adolescent and Parent Alliance and Treatment Outcome in Multidimensional Family Therapy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 2005; 73(4), 689-98.
- Suokas J., Alenius H., Ebeling H., Haapasalo-Pesu K., Järvi L., Koskinen M., Laukkanen E., Meskanen K., Morin-Papunen L., Ryöppönen A., Salonen U., Tossavainen P., Vuorela P. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Syömishäiriöt. Käypä hoito-suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2014. (Artikkelin tunnus: hoi50101) (a)
- Suokas J., Rissanen A. Syömishäiriöt, kirjassa Lönnqvist J., Marttunen M., Henriksson M., Partonen T. *Psykiatria*. Kustannus Oy Duodecim 2014; 11. painos. (b)
- Suvisaari J., Aalto-Setälä T., Tuulio-Henriksson A., Härkänen T., Saarni S.I., Perälä J., Schreck M., Castaneda A., Hintikka J., Kestilä L., Lähteenmäki S., Latvala A., Koskinen S., Marttunen M., Lönnqvist J. Mental disorders in young adulthood. *Psychological Medicine* 2009. 39: 287-99.
- Suvisaari J. Mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyden sukupuolierot. *Suomen Lääkärilehti* 20/2013. vsk 68, 1487-92.
- Talonen S. Gender differences in early onset schizophrenia spectrum disorders. Syventävä opinnäytetyö, Tampereen yliopisto 2014.
- Väänänen J.M., Isomaa R., Kaltiala-Heino R., Fröjd S., Helminen M., Marttunen M. Decrease in self-esteem mediates the association between symptoms of social phobia and depression in middle adolescence in a sex-specific manner: a 2-year follow-up of a prospective population cohort study. *BMC Psychiatry* 2014. 14: 79. DOI: 10.1186/1471-244X-14-79.
- WHO: Psykiatrian luokituskäsikirja - Suomalaisen Tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos* 2012 (WHO 1994), 305-12.
- Young E.A., Kornstein S.G., Marcus S.M., Harvey A.T., Warden D., Wisniewski S.R., Balasubramani G.K., Fava M., Trivedi M.H., Rush A.J. Sex differences in response to citalopram: a STAR*D report. *Journal of Psychiatric Research* 2009. 43: 503-11.
- Zahn-Waxler C., Klimes-Dougan B., Slaterry M.J. Internalizing problems of childhood and adolescence: prospects, pitfalls, and progress in understanding the development of anxiety and depression. *Development and Psychopathology* 2000. 12: 443-66.

LIITE 1: Tiedonkeruulomake

MDFT:n käytön evaluaatio Taysin Nuorisopsykiatrian vastuualueella:

Tiedonkeruulomake

Perustiedot:

1. Ikä _____

2. Sukupuoli _____

3. Kotikunta _____

4. Perhetausta

a. Äidin työelämäosallisuus

0.ei työelämässä

1.työelämässä, ammatti _____

b. Isän työelämäosallisuus

0.ei työelämässä

1.työelämässä, ammatti _____

b.Etninen tausta

c.Kenen kanssa asuu

1.Molemmat vanhemmat

2.Äiti tai äiti ja isäpuoli

3.Isä tai isä ja äitipuoli

4.Muut sukulaiset, ketkä? _____

5.Sijaisperhe

6.Lastensuojelulaitos

7.Muut, ketkä? _____

d.Sisarukset

0.ei

1.kyllä _____

5. Perheen ongelmat

		Kyllä (1)	Ei (0)
A	Perheväkivalta		
B	Vanhempien päihdeongelma		
C	Eroprosessi tai erokriisi perheessä		
D	Kuolemantapaus perheessä		
E	Vanhempien vakavaa somaattista sairautta		
F	Vanhempien vakavia mielenterveysongelmia		

G	Vaikeita taloudellisia ongelmia, työttömyys		
H	Sisaruksiin liittyviä vakavia ongelmia		
I	Seksuaalisen hyväksikäytön epäilyjä perheessä		
J	Muuta*		

*Mitä? _____

6. Vapaa-ajan aktiviteetit

		Kyllä (1)	Ei (0)
A	Urheilu ja liikunta		
B	Musiikki		
C	Kuvataide		
D	Kerhotoiminta		
E	Tietokone- ja videopelit		
F	Muut ajanviettotavat*		

*Mitä? _____

7. Koulumenestys

a. Oppiminen

1. Etenee ongelmitta ikätasoisesti
2. Etenee ikätasolla tukitoimin
3. Jäljessä ikätasosta
4. Ei käy koulua

b. Ongelmakäyttäytyminen koulussa

a. Lintsaaminen

- 0. ei
- 1. kyllä

b. Häiriköinti

- 0. ei
- 1. kyllä

8. Vertaisryhmä suhde

a. Prososiaaliset ystävyysuhteet (läheiset ystävyysuhteet, psykososiaalinen tuki)

- 0. ei
- 1. kyllä

b. Epäsosiaalinen kaveripiiri (epäsosiaalisuus, päihteet, väkivalta)

- 0. ei
- 1. kyllä

c. Kiusaaminen

a. Kiusaako itse

- 0. ei
- 1. kyllä

b. Onko kiusaamisen uhri

- 0. ei
- 1. kyllä

9. Hoidon syy

a.Diagnoosi(t) tutkimusvaiheen päättyessä

b.Laatu, erityispiirteet (tilannekuvaus MDFT-päätöksen aikaan, vapaamuotoinen tiivistelmä)

10. Kenen aloitteesta nuori hakeutunut hoitoon nuorisopsykiatrian vastuualueelle

a.Nuoren oma päätös

0.ei

1.kyllä

b.Vanhempien päätös

0.ei

1.kyllä

c.Koulu, kouluterveydenhuolto, opiskelijaterveydenhuolto

0.ei

1.kyllä

d.Lastensuojelu

0.ei

1.kyllä

e.Perusterveydenhuolto

0.ei

1.kyllä

f.Kunnallinen nuorten mielenterveystyöryhmä

0.ei

1.kyllä

g.Muu

0.ei

1.kyllä,

kuka? _____

11. Oireet nuorisopsykiatrisen kontaktin aikana, ennen MDFT:n aloittamista

		Kyllä (1)	Ei (0)
A	Itsetuhoisia puheita, ajatuksia, suunnitelmia		
B	Itsemurhayritys		
C	Viiltelyä tai vastaavaa itsetuhoista käytöstä ilman varsinaista yritystä		
D	Psykoottisia oireita		
E	Masennusta		
F	Vauhdikkuutta, maanisuuutta		

G	Ei-fyysistä aggressiivisuutta muita kohtaan		
H	Raivokohtauksia		
I	Väkivaltaista käyttäytymistä henkilöitä kohtaan		
J	Esineisiin kohdistuvaa rikkomista ja tuhoamista		
K	Huolestuttavaa seksuaalikäyttäytymistä		
L	Huolestuttavaa alkoholin käyttöä		
M	Laittomien päihteiden käyttöä		
N	Koulusta poisjäämistä		
O	Omaisuusrikoksia (varkaudet, murrot, väärennökset, yms.)		
P	Syömishäiriöoireita		
Q	Eristäytymistä		
R	Impulssikontrollin ongelmia		
S	Karkailua		
T	Ahdistuneisuutta		
U	Keskittymisvaikeuksia		
V	Muita oireita*		

*Mitä? _____

12. Mielenterveyden ja/tai käyttäytymisen häiriön aiheuttamat haitat nuorelle

a. Koulu tai työpaikka

0.ei

1.kyllä, mitä?

b. Sosiaaliset suhteet

0.ei

1.kyllä, mitä?

c. Perhesuhteet

0.ei

1.kyllä, mitä?

d. Rikosoikeudelliset sanktiot

0.ei

1.kyllä, mitä?

13. Hoitohistoria nuorisopsykiatrialla (MDFT:a edeltäneet hoidot, hoitomuodot)

		Kyllä (1)	Ei (0)
A	Yksilöhoitosuhde		
B	Perheinterventiot		
C	Lääkehoito		

D	Ryhmähoidot		
E	Osastohoito		
F	Tehostetun avohoidon yksikkö (NPS-I)		
G	Toimintaterapia, yksilöterapia, neuropsykologinen kuntoutus		
H	Muu*		

*Mikä? _____

14. Psyykelääkitys nuorisopsykiatrisen hoitojakson aikana

		Kyllä (1)	Ei (0)
A	Antipsykootit		
B	Antidepressivit		
C	Antileptit/mielialan tasaajat		
D	ADHD-lääkkeet		
E	Anksiolyytit		
F	Unilääkkeet		
G	Melatoniini		

MDFT:n toteutus:

15. Hoitoaika

a. Aloitus pvm. ____ . ____ . ____

b. Lopetus pvm. ____ . ____ . ____

16. Tapaamisten lukumäärä _____

17. Onko sairaskertomuksissa mainittu, mitä interventioita käytettiin

0.ei

1.kyllä, mitä?

18. Onko sairaskertomuksissa mainittu, mitä teemoja tapaamisissa käsiteltiin

0.ei

1.kyllä, mitä?

19. **Hoidolle asetetut tavoitteet** (kohdealueittain)

a.Nuori

b.Vanhemmat

c.Perhe

d.Perheen ulkoinen

20. **Ketä MDFT-tapaamisten aikana tavattiin**

		Kyllä (1)	Ei (0)
A	Äiti		
B	Isä		
C	Äitipuoli		
D	Isäpuoli		
E	Sisarukset		
F	Koulu		
G	Lastensuojelu		
H	Työvoimatoimi		
I	Päihdepalvelut		

J	Rikosseuraamustoimijat		
K	Muu*		

*Kuka? _____

21. Mainitaanko sairaskertomuksessa nuoren motivaatiosta MDFT:hen?

0.ei

1.kyllä, mitä?

22. Entä vanhempien motivaatiosta?

0.ei

1.kyllä, mitä?

23. Mainitaanko sairaskertomuksissa nuoren suhtautumisesta häiriöönsä?

0.ei

1.kyllä, mitä?

24. Entä vanhempien suhtautumisesta nuoren häiriöön?

0.ei

1.kyllä, mitä?

25. Huumeseulan käyttö

a.Montako kertaa MDFT:n aikana _____

b.Montako kertaa positiivinen tulos _____

-Mitä löytyi?

26. Arvioidaanko kertomuksessa MDFT:n tavoitteiden saavuttamista?

0.ei

1.kyllä, miten?

27. Jatkohoito

1.Nuori edelleen erikoissairaanhoidon potilas nuorisopsykiatrian vastuualueella

-Millaisia hoitomuotoja päätettiin seuraavana käyttää?

		Kyllä (1)	Ei (0)
A	Yksilöhoitosuhde		
B	Perheinterventiot		

C	Lääkehoito		
D	Ryhmähoidot		
E	Osastohoito		
F	Tehostetun avohoidon yksikkö (NPS-I)		
G	Toimintaterapia, yksilöterapia, neuropsykologinen kuntoutus		
H	Muu*		

*Mitä? _____

- 2.Siirrettiin kunnallisen nuorten mt-palvelun asiakkaaksi
- 3.Perustason, kouluterveydenhuollon seuranta
- 4.Hoidon tarve todettiin päättyneeksi

Sairaskertomusten laatu:

28. Tavoitteet

- a.Oliko tavoitteet merkitty
 - 0.ei
 - 1.kyllä
- b.Otettiin kantaa tavoitteiden saavuttamiseen
 - 0.ei
 - 1.kyllä

29. Mitä tietoja puuttui tai jäi epäselväksi, joita olisi tarvittu hoidon tuloksellisuuden arvioimiseksi? (kattavuus, asianmukaisuus, ymmärrettävyys, yksityiskohtaisuus)
