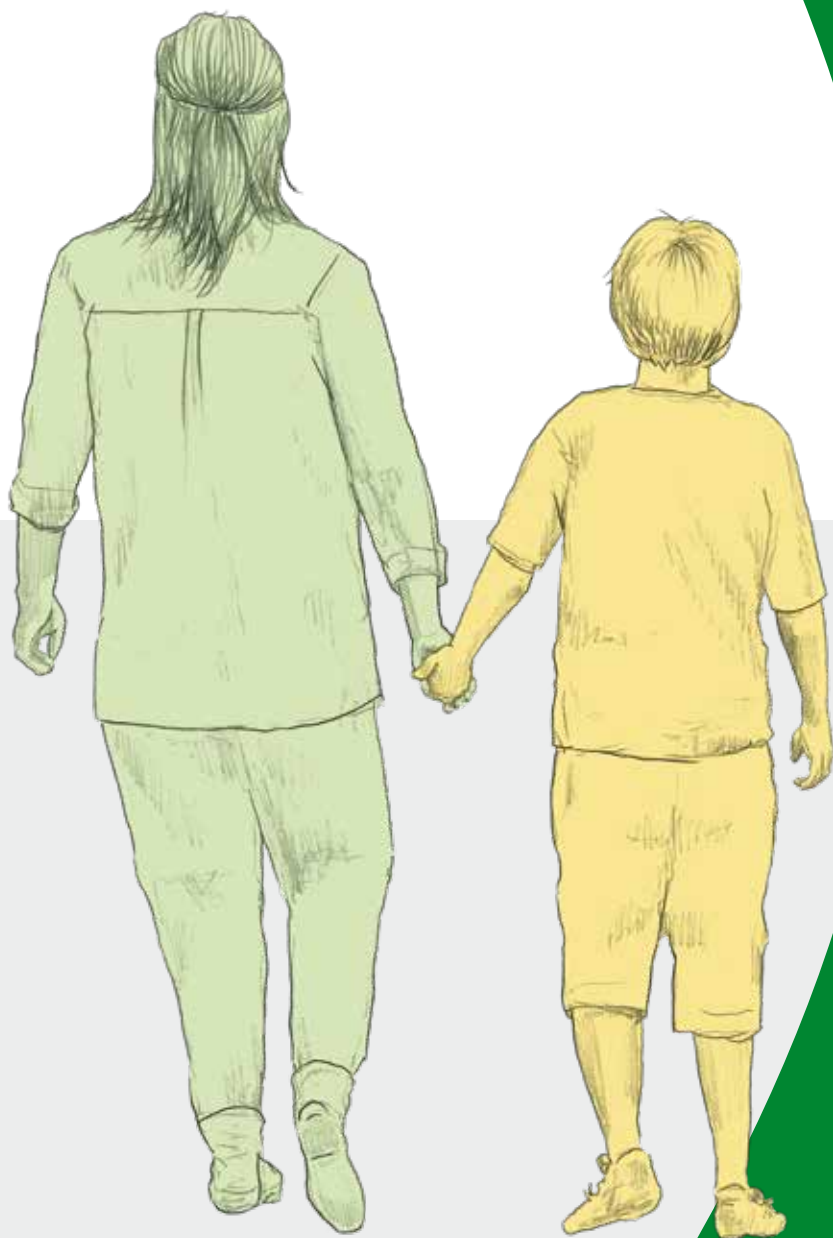


Kiintymyssuhdeterapia

Käytännön esimerkkejä integratiivisesta kiintymyssuhde- ja käyttäytymisterapiasta henkilöillä, joilla on älyllinen kehitysvamma tai näkövamma ja älyllinen kehitysvamma



Toimittanut:
Paula Sterkenburg
Veerle Andries

Bartiméus:
Sarja

Kiintymyssuhdeterapia

Käytännön esimerkkejä integratiivisesta kiintymyssuhde- ja käyttäytymisterapiasta henkilöillä, joilla on älyllinen kehitysvamma tai näkövamma ja älyllinen kehitysvamma

ACADEMISCHE WERKPLAATS

Bartiméus:



Bartiméus haluaa tallentaa ja jakaa tietoa ja kokemuksia näkövammaisten ihmisten potentiaalista. Bartiméus-sarja on esimerkki tästä.

Bartiméus

Van Renesselaan 30A

3703 AJ Zeist

T : +31 (0)88 99 888

E : info@bartimeus.nl

Minä: www.bartimeus.nl

Toimittanut:

Paula Sterkenburg

Veerle Andries

Kuvia:

Linda Rusconi, www.portretloket.nl

Pagina 30: Guido van Eekelen, www.metropolisfilm.nl

Tämän kirjan on kääntänyt englannista suomeksi:

Oili Sauna-aho

Tätä julkaisua on tukenut taloudellisesti ZonMW, joka myönsi palkinnon tutkimuslaboratoriolle ”Sosiaaliset suhteet ja kiintymys”
Bartiméus - Vrije Universiteit Amsterdam

Suunnittelu ja tuotanto:



ISBN/EAN: 978-94-91838-99-6

Ensimmäinen painos

© Bartiméus 2025

Kaikki oikeudet pidätetään. Mitään tämän julkaisun osaa ei saa jäljentää, tallentaa hakujärjestelmään tai siirtää missään muodossa tai millään tavalla, sähköisesti, mekaanisesti, valokopioimalla, tallentamalla tai muulla tavoin ilman julkaisijan etukäteen antamaa kirjallista lupaa.

Esipuhe

Tämä kirja *Kiintymyssuhdeterapiasta: käytännön esimerkkejä*, Paula Sterkenburgin ja Veerle Andriesin toimittama Integrative Therapy for Attachment and Behavior (ITAB), esittelee terapeuttisen lähestymistavan niille, joilla on vaikea älyllinen kehitysvamma, joiden käyttäytyminen on hyvin haastavaa ja jotka eivät hyödy tavanomaisista strukturoiduista menetelmistä. Heidän kohdallaan kiintymyssuhde on avainasemassa henkilön kehityksen etenemiselle ja muiden terapeuttisten vaihtoehtojen soveltamiselle.

Tämä kirja koostuu kahdesta osasta: Aluksi on lyhyt johdanto teoriaperustaan, mikä antaa tärkeää tietoa kiintymyksestä, esimerkiksi ”turvallisuuden kehästä” ja käyttäytymisterapiasta, kuten sovellettu käyttäytymisanalyysi. Toinen osa, mikä on tämän kirjan pääosa, koostuu kuudesta asiakaskuvauksesta, joissa 9-18 kuukauden ajan heitä hoitaneet terapeutit kertovat terapian kulusta. Kirja päättyy yhteenvetoon muista esimerkeistä. Näin lukija voi osallistua istuntoihin ja ”kirjata” erilaiset esteet ja onnistumiset, joita esiintyy koko prosessin ajan. Tämä kutsu liittyä mukaan näin intensiiviseen hoidon etenemisen seuraamiseen toivottavasti inspiroi ja antaa mahdollisuuksia pohtia kriittisesti omaa tapaa olla vuorovaikutuksessa asiakkaiden kanssa ja laajentaa sitä.

ITAB perustuu turvallisen kiintymyssuhteen muodostamiseen ihmisiin, joilla on vaikeaa haastavaa käyttäytymistä, mikä puolestaan on edellytys käyttäytymisen muutokselle. Lähestymistapaa voidaan täydentää erilaisilla muilla terapia- tai kuntoutusmenetelmillä kuten puheterapialla tai stressinhallinnalla, mikä tekee siitä integroivan, aivan kuten nimi lupaa. Vaikka ITAB on aikaa vievä toimenpide, se vaikuttaa suuresti henkilön elämänlaatuun ja osallistumiseen niin välittömään kuin laajempaan sosiaaliseen ympäristöön.

Ja nyt toivotan sinulle jännittävää matkaa yhdessä lahjakkaiden terapeuttien kanssa, joihin tutustut koko kirjan ajan. Toivottavasti nautit matkasta!

Tohtori Tanja Sappok

Berliinin kehitysvammaisten mielenterveyskeskus, ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge, Berliini, Saksa

Toimittajat ja kirjoittajat

Toimittajat

Paula Sterkenburg on professorina ”Henkilöt, joilla on näkövamma tai näkö- ja älyllinen kehitysvamma; sosiaaliset suhteet & ICT” Amsterdamin Vrije Universiteit -yliopistossa. Professuuri liittyy työhön Bartiméuksen lisensoituna psykologina/terapeuttina.

Veerle Andries, tutkija-ammattilainen Akateemisessa Työpajassa ”Sosiaaliset suhteet ja kiintymys” Bartiméus - Vrije Universiteit Amsterdam ja kehityspsykologi Odionissa.

Kirjoittajat

Wendy Engelbertink, yleinen terveystieteiden psykologi, De Twentse Zorgcentra
Marynne van Groenigen-Hulst, mielenterveyspsykologi, Ons Tweede Thuis

Renate Hilgers, kehityspsykologian asiantuntija, Amerpoort
Mieke Hoenderboom, kehityspsykologin asiantuntija, 's Heeren Loo
Henri Koelewijn, kehityspsykologin asiantuntija, Amerpoort
Truus van Ramshorst, mielenterveyspsykologi, Esdégé-Reigersdaal
Margot Vos, kehityspsykologi, Ons Tweede Thuis
Mirjam Wouda, mielenterveyspsykologi, Ons Tweede Thuis

Kirjan kommentoijat

Francien Dekker-Van der Sande, kliininen psykologi/lasten ja nuorten psykoterapeutti, Bartiméus.

Bartelien Hilberink, kehityspsykologin asiantuntija, Bartiméus
Bernardien Marskamp-Van Aperlo, mielenterveyspsykologi ja kehityspsykologin asiantuntija, Bartiméus.

Sisällys

Esipuhe	3
Toimittajat ja kirjoittajat	5
Kirjan tavoitteet	8

Osa 1: Teoria

1	Lyhyt yhteenveto interventtiosta	13
2	Kohderyhmä	13
3	Tavoite	16
4	Muut tavoitteet	16
5	Muut tavoitteet vanhemmalle/ hoitajalle	18
6	Lähestymistapa	19
7	Terapiamenetelmästä	23
8	Kenelle?	23
9	Syitä	24
10	Seuraukset	28
11	Kaavio asiakas- ja ympäristötekijöistä ja ITAB-tavoitteet	29
12	Perustelut	30
13	Tutkimustietoa	35
14	”Turvallisuuden kehä”	37
15	ITAB: in interventtioprosessin arviointi	38
16	ITAB käytännössä	39
17	Lasten ja näkö- ja älyllisesti kehitysvammaisten aikuisten hoito	39

Osa 2: Käytäntö 41

Johdanto 43

1 Evan tapaus 44

Nuori nainen, jolla on näkö- ja liikuntavamma sekä vaikea älyllinen kehitysvamma

Margot Vos

2 Jeffrey tapaus 56

Yhdeksänvuotias monivammainen poika, jolla on vaikea älyllinen kehitysvamma

Renate Hilgers

3 Myrthen tapaus 67

Nainen, joka on sokea, liikuntavamma ja vaikea älyllinen kehitysvamma

Truus van Ramshorst

4 Tapaus Peter 80

Aikuinen mies, jolla on vaikea älyllinen kehitysvamma, epilepsia ja vaikeuksia aistitiedon käsittelyssä

Marynne van Groenigen-Hulst (ITAB-terapeutti) ja Mirjam Wouda

5 Maryn tapaus 92

Viisitoistavuotias tyttö, jolla on keskivaikea kehitysvamma

Mieke Hoenderboom

6 Limein tapaus 103

Yksitoistavuotias tyttö, jolla on keskivaikea älyllinen kehitysvamma

Henri Koelewijn

7 Erilaista tapausesimerkkiä 118

Wendy Engelbertink

Loppuyhteenveto 127

Sanasto 131

Lähteet 133

Kiitokset 142

Toimittajista 144

Kirjan tavoitteet

Kuten talo, ”kiintymyssuhde” koostuu välttämättömistä elementeistä. Talon rakentamiseksi tehdään ensin perusta; vankka perusta, jolla tukipalkit lepäävät. Perustan jälkeen rakennetaan seinät ja katto. Kun rakennat taloa, et voi vain asettaa kasaa tiilejä päällekkäin. Se vaatii yleensä huolellisen muurauksen. Kun talon tiilet on asetettu oikein ja talo on kiinteä, on tärkeää myös eristää se hyvin. Tämä varmistaa, että lämpö ei voi vain häviä ulos talosta talvella ja että lämpötila kesällä on miellyttävä (eikä liian lämmin). Talon eristämisen jälkeen seuraa monia vaiheita. Viimeinen vaihe on talon kalustaminen ja viimeistely. Tässä vaiheessa valitaan esimerkiksi sopivia huonekaluja. Talon sisustaminen ennen rakennuksen osien pystyttämistä ei ole kovin hyödyllistä. Huonekalut voivat päätyä raunioiden alle, jos epävakaa talo romahtaa. Siksi talon rakentaminen ei tapahdu yhdessä yössä; tarvitaan suunnitelma ja piirustukset. Rakentaminen tehdään askel askeleelta ja se vaatii aikaa, kärsivällisyyttä ja energiaa. Jos kaikki menee hyvin, kaiken kovan ja kärsivällisen työn jälkeen talo on vankka: lämmin ja viihtyisä paikka, jossa voi rentoutua. Lisäksi se on yksityinen ja turvallinen paikka, johon kukaan ei voi vain kulkea sisään ja ulos ilman avainta.

Kiintymyssuhteen kehittyminen hoitajan ja lapsen välille ei myöskään tapahdu automaattisesti yhdessä yössä. Aivan kuten talon rakentaminen, se vaatii suunnitelmaa, ammattitaitoa, aikaa, energiaa ja luottamusta. Useimmat lapset kehittävät kiintymyssuhteen. *Turvallinen* kiintymyssuhteessa vallitsee perusturvallisuuden tunne ja perusluottamus. Toisin sanoen se antaa vankan perustan. On kuitenkin myös monia lapsia, jotka tarvitsevat enemmän aikaa saavuttaakseen seuraavan kehityksen virstanpylvään. Tämä voi johtua lapsen omista ominaisuuksista (sisäisistä), kuten näkö- ja/tai älyllisestä vammasta ja/tai autismista. Tällaiset lapseen liittyvät tekijät voivat estää turvallisen kiintymyssuhteen kehittymisen. Vanhempiin liittyvillä tekijöillä (ulkoisilla) on myös merkitystä (epävarman) kiintymyssuhteen kehittämisessä. Traumaattisia kokemuksia läpikäyneille lapsille turvallisen kiintymyssuhteen kehittyminen voi olla haastavaa. Traumaattisia kokemuksia ovat laiminlyönti, sijaisperheeseen sijoittaminen, merkittävän henkilön menettäminen tai hoitajien vaihtuminen.

Kiintymyksen kehityksen eri vaiheet määrittävät suurelta osin sen, miten lapsen emotionaalinen kehitys etenee. Joillakin vaikeasti vammaisilla lapsilla, joilla on lisäksi kommunikaatiohäiriö, ei ole riittäviä mahdollisuuksia kehittää kiintymyssuhteita, jos he joutuvat kasvamaan monien eri hoitajien kanssa ja saattavat kohdata riittämätöntä huolenpitoa. Tämä voi johtaa riittämättömään perusluottamukseen kiintymyssuhteessa, mikä voi aiheuttaa vaikeita ongelmia. Joskus seurauksena voi olla, ettei hoitajan/merkittävän henkilön ei ole enää mahdollista tarjota riittävää tukea. Lapsen näkyvä käyttäytyminen voidaan nähdä selviytymiskeinona, toisin sanoen itsesuojelukeinona.

Ilman väliintuloa asiakkaiden ahdistuneisuus ja paniikin oireet voivat jatkua. Epävarmalla kiintymyssuhteella voi olla aikuisikään ulottuvia seurauksia.

Haastava käyttäytyminen voi niin vakavaa, että voidaan joutua rajoittamaan asiakkaan vapautta rajoitustoimenpitein hänen suojelemiseksi. Vapautta rajoittavat toimenpiteet voivat kuitenkin muodostaa esteen ”todelliselle” ja mukavalle kontaktille lapsen kanssa. Rajoittaminen voi johtaa siihen, että kontaktista tulee pääasiassa toiminnallinen. Tästä seuraa noidankehä, jossa lapsen/ aikuisen käyttäytymistä ei ymmärretä riittävän hyvin tai lapselle ei anneta riittävästi rakkautta ja huomiota. Tällöin säännöllisesti lapsen kanssa toimiva hoitaja voi tuntea olonsa epävarmaksi ja ahdistuneeksi, mikä puolestaan vaikeuttaa hoitajaa reagoimasta herkästi lapsen signaaleihin ja voi johtaa lapsen lisääntyneeseen eristäytymiseen. Avain hyvään ja turvalliseen vuorovaikutukseen näiden lasten kanssa on tämän kehän rikkominen.

Vuonna 2000 kirjattiin Integrative Therapy for Attachment and Behavior (ITAB) – toimintamalli. Intervention tavoitteena on katkaista noidankehä niillä näkö- ja kehitysvammaisilla lapsilla, joilla on vaikeaa haastavaa käyttäytymistä ja kiintymyssuhdehäiriö.

Vuosien mittaan toimintamallia on mukautettu edelleen (päivitetyt versiot julkaistiin vuosina 2008, 2014 ja 2020), ja sitä on testattu myös tieteellisesti. ITAB sisältyy myös interventiona useisiin tietokantoihin: Vilans (Vilans Intervention Database) ja Alankomaiden nuorisoinstituutti (NJI-tietokanta Effective Youth Interventions). Käytännössä ITAB:ia on tarjottu myös lapsille ja aikuisille, joilla on vaikea ja keskivaikea kehitysvamma (ilman näkövammaa).

Terapian lähestymistapa keskittyy kiintymyssuhteen rakentamiseen lapsen ja lasta hoitavan henkilön välille.

Kun lapsen ja häntä hoitavan henkilön välille on muodostunut kiintymyssuhde, käyttäytymisen muutos voi vasta alkaa. Kehittämällä kiintymyssuhdetta suurin osa lapsen haastavasta käyttäytymisestä vähitellen häviää, koska kiintymyssuhteesta tulee puskuri stressille. Tutkimusten havainnot osoittavat haastavan käyttäytymisen vähentyneen merkittävästi ja myös kortisolimittausten perusteella stressi on vähentynyt merkittävästi. Käyttäytymisen muututtua huomio terapiassa siirtyy taitojen yleistämiseen tai toimintamallin siirtämiseen lasta hoitaville. Näin päivittäin lapsen kanssa toimivat voivat ylläpitää käyttäytymistä ja pääsevät syvempään kontaktiin lapsen kanssa. Tässä vaiheessa terapiaa keskitytään edistämään hoitajien sensitiivisyyttä ja kykyä vastata näkö- ja älyllisesti kehitysvammaisen lapsen tai aikuisen tarpeisiin.

Kirjassa kuvataan ITAB-terapiaa käytännön esimerkein. Seitsemän terapeuttia jakaa ITAB-kokemuksensa.

Tässä kirjassa käytetään erilaisia termejä, joita selitetään tarkemmin sanastossa (s. 112). Usein käytetty sana ”asiakas” voi olla: lapsi, nuori tai aikuinen. Lisäksi sanaa ”hoitaja” käytetään usein yhdessä ”vanhemman” kanssa. Termillä tarkoitetaan myös kasvattajaa ja lasta hoitavaa/ohjaavaa henkilöä.

Tämän kirjan arvo on siinä, että se konkretisoi terapeuteille / ammattilaisille, vanhemmille ja muille kiinnostuneille, mitä ITAB-ohjelma sisältää ja mitä terapeutin on tarkalleen ottaen tehtävä mielekkään kontaktin kehittämiseksi asiakkaan kanssa. Kirja on opas ammattilaisille, jotka ovat kiinnostuneita soveltamaan ITAB-terapiaa käytännössä. Näiden esimerkkien kautta näyttäytyvät teoreettisesti perusteltujen intervention käytännön pääpiirteet. Tämä luo mahdollisuuden vertailla eri terapeuttien lähestymistapoja. Näin eri terapeutit voivat inspiroitua, keskustella sekä etsiä kriittisesti ja ratkaisukeskeisesti uusia mahdollisuuksia parantaa ITAB-terapiaansa.

Osa 1: Teoria

Vastaava teksti löytyy hollanniksi Alankomaiden Jeugdinstituutin (NJI) tietokannasta Effectieve Jeugdinterventies (Effective Youth Interventions).

1 Lyhyt yhteenveto interventtiosta

Kiintymyssuhde- ja käyttäytymisen integratiivinen terapia (ITAB) on psykoterapeuttinen hoito, joka kohdentuu kiintymyssuhteeseen ja vaikeaan haastavaan käyttäytymiseen. Tavallisia haasteita ovat aggressiivinen käyttäytyminen hoitajia kohtaan, itsensä vahingoittaminen tai kontaktista vetäytyminen. Terapian kohderyhmänä ovat lapset, nuoret ja aikuiset, jotka ovat monivammaisia: vaikea älyllinen kehitysvamma (ja mahdollisia lisäksi näkövamma) sekä vakavia kiintymyssuhde- ja käyttäytymisongelmia. Lähestymistavan painopiste on kiintymyssuhteen kehittämisessä asiakkaan ja terapeutin välille.

ITAB-toimintamallia on myös sovellettu lapsille, nuorille ja aikuisille, joilla on näkö- ja keskivaikea älyllinen kehitysvamma tai keskivaikea älyllinen vamma (ITAB-MID). ITAB-MID-protokollaa on jo sovellettu käytännössä, mutta sitä ei ole vielä tieteellisesti testattu.

2 Kohderyhmä

ITAB¹ on tarkoitettu yli 9 kuukauden ikäisille lapsille, nuorille ja aikuisille, joilla on näkövamma ja/tai vaikea älyllinen kehitysvamma ja joilla on vakavia kiintymyssuhde- ja käyttäytymisongelmia.

Menetelmän käytön kriteerit (psykologin tutkimusten perusteella):

- Lapset, joiden kehitysikä on vähintään 9 kuukautta² nuoret ja aikuiset, joilla on keskivaikea älyllinen kehitysvamma (IQ < 50)³
- Asiakkaat, joilla on tai ei ole näkövammaa WHO: n standardien mukaisesti.

1 Lapsille ja aikuisille, joiden kehitysikä on alle 9 kuukautta kts. Sterkenburg, 2012.

2 ITAB-toimintamalli on kehitetty lapsille, nuorille ja aikuisille, joilla on vaikea älyllinen kehitysvamma (IQ < 35) ja joilla voi olla lisäksi näkövamma. ITAB-MID-protokolla on kehitetty lapsille, nuorille ja aikuisille, joilla on keskivaikea älyllinen kehitysvamma (35 < IQ < 50), ja joilla voi olla lisäksi näkövamma.

3 Konsensuspöytäkirja Ernstig Probleemgedrag (CEP) (Kramer, 2001).

- Asiakkaat, joille aiemmat päivittäiseen hoivaan ja elämäntilanteeseen kohdistuneet interventiot ovat osoittautuneet tehottomiksi. Näin on, mikäli nämä aikaisemmat interventiot osoittavat edelleen ongelmakäyttäytymistä ja pisteet Severe Challenging Behavior Consensus Protocol (CEP) - arvioinnissa eivät ole vähentyneet.
- Asiakkaat, jotka saavat (tai ovat aiemmin saaneet) vahingollista, patogeenista, huolenpitoa. Patogeeninen huolenpito määritetään asiakaskertomustiedon ja tulohaastattelun perusteella. Tämän jälkeen arvioidaan, täytyvätkö patogeenisen huolenpidon kriteerit. Huolenpito on patogeenistä, mikäli ensisijainen hoitaja on laiminlyönyt emotionaalisesti tai fyysisesti tai kohdellut huonosti asiakasta ja / tai että asiakasta hoitaneet henkilöt ovat vaihtuneet usein, minkä seurauksena asiakas ei ole kyennyt rakentamaan vakaata kiintymyssuhdetta hoitajaansa. DSM-5 kuvaa patogeenistä huolenpitoa lapsen kokeman riittämättömän huolenpidon äärimmäisenä muotona. Vähintään yksi seuraavista kriteereistä tulisi tällöin täyttyä:
 1. Sosiaalinen laiminlyönti tai puute, jossa aikuinen hoitaja laiminlyö jatkuvasti emotionaalisia perustarpeita lohdutukseen, rohkaisuun ja kiintymykseen.
 2. Lapsen fyysisten perustarpeiden jatkuva laiminlyönti / kasvaminen epätavallisissa ympäristöissä, mikä rajoittaa vakavasti vakaiden kiintymyssuhteiden muodostumista.
 3. Säännöllisen hoitajan toistuva vaihtaminen, mikä estää kiintymyssuhteen muodostumisen (Amerikan Psykiatrinen Yhdistys, 2013).
- Kiintymyssuhdetta tutkittaessa voidaan tunnistaa merkkejä, jotka kertovat häiriintyneestä kiintymyssuhdekäyttäytymisestä tai -suhdehäiriöstä. Kiintymyssuhteen tutkimus sisältää:
 - Kehityksellinen anamneesi/kuvaus siitä, miten asiakkaan kiintymyssuhde on kehittynyt. Tämä tehdään asiakastietojen ja vanhempien tai huoltajien haastattelun perusteella. Näistä haetaan tietoa patogeenisestä huolenpidosta / hoitajien muutoksista sekä kiintymyssuhteen kehityskulusta ja huoltajan vanhemmuustyylistä syntymästä alkaen.

- Luettelo pienten lasten häiriintyneen kiintymyssuhteen oireista (BSDA; Boris & Zeanah, 2005; Zeanah, Mammen & Lieberman, 1993; Dekker-Van der Sande & Janssen, 2010): yli 22 pistettä voi viitata häiriintyneeseen kiintymyskäyttäytymiseen.
- Kiintymyssuhteen kliininen havainnointi. Tämän strukturoidun havainnoinnin tarkoituksena on tarkkailla asiakkaan kiintymykseen liittyvää käyttäytymistä kiintymyssuhdehahmoon (vanhempi/hoitaja) ja asiakkaalle tuntemattomaan aikuiseen (arvioija). Pisteytys tehdään BSDA:n avulla (Boris & Zeanah, 2005; Zeanah, Mammen & Lieberman, 1993; Dekker-Van der Sande & Janssen, 2010).
- Kun täytät taulukon edellä mainituilla tiedoilla Dekker-Van der Sande & Janssenin (2010) kuvaamalla tavalla ja keskimääräinen pistemäärä on välillä 22–33, *mukaan lukien* patologinen hoito, diagnostisten tulosten perusteella voidaan puhua kiintymyssuhdehäiriöstä (Giltaij, 2017).
- BSDA:n kuvaus kts. myös Stor ja Storsbergen (2006) ja Sterkenburg, Meddeler-Polman ja Schrijver (2021).
- Lisätietoja ongelmallisen kiintymyssuhteen diagnostiikasta: De Schipper, Sterkenburg, Giltaij, Schuengel, ja Oosterman (2017) sekä De Wolff, Dekker-Van der Sande, Sterkenburg ja Thoomes-Vreugdenhill (2014).
- Lapsen käyttäytyminen on haastavaa. Käyttäytyminen on vaikeasti ja pitkäaikaisesti haastavaa, mikäli lapsi saa 3 tai 4 pistettä (mikä tarkoittaa korkeaa pistemäärää) Vaikean haastavan käyttäytymisen konsensustoimintamallissa (hollanniksi: Consensus-protocol Ernstig Probleemgedrag, CEP; Kramer, 2001). Hoidon alussa ja lopussa täytetään myös kehitystä ja käyttäytymistä koskeva kyselylomake (hollanniksi: Vragenlijst over Ontwikkeling en Gedrag, VOG; Koot & Dekker, 2001) sekä häiritsevän käyttäytymisen asteikko-Z (hollanniksi: de Storend Gedragsschaal-Z, SGZ; Kraijer & Kema, 1994) vanhempien ja hoitajien kesken.
- ABC-mallin (Antecedents Behavior Consequences) (Ellis, 1991) mukaisen haastavan käyttäytymisen toiminnallisen analyysin avulla kehityspsykologi sulkee pois muut mahdolliset haastavan käyttäytymisen syyt, kuten lääketieteelliset syyt.
- Interventio on sopiva myös vaikeasti kehitysvammaisille maahanmuuttajille. Sterkenburgin (2008) tekemän tieteellisen tutkimuksen aikana osallistui adoptoitu lapsi Afrikasta ja

pakolaisvanhempien lapsi Aasiasta. Tulokset olivat samanlaisia kuten kuin hollantilaista alkuperää olevilla lapsilla.

- Vanhempi/hoitaja tarvitsee tukea herkän ja reagoivan hoitotyön edistämiseksi ja kontaktin/suhteen ylläpitämiseen lapseen.

Vasta-aihekriteerit (kehityspsykologin arvioitava):

- Autismin kirjon diagnoosi. Tämä suljetaan pois erotusdiagnoosin avulla ja käyttämällä AUTI-R-asteikkoa (Van Berckelaer-Onnes & Hoekman, 1991)
- Asiakas on erittäin herkkä pienimmällekin kosketukselle (yliherkkyys kosketukselle/kosketuksen vastustaminen).
- Vanhemmuus ja hoitojärjestelyt ovat epävakaita. Tämä tarkoittaa sitä, että pidemmällä aikavälillä ei ole yhtäkään henkilöä, jonka kanssa asiakas voisi rakentaa kiintymyssuhdetta.
- Vanhempi/hoitaja ei ole kiinnostunut saamaan tukea eikä halua noudattaa terapeutin suosituksia, joita tarjotaan ja jalkautetaan kolmannessa vaiheessa.

Näkö- ja lievästi älyllisesti kehitysvammaisten tai lievästi älyllisesti kehitysvammaisten asiakkaiden hoidosta katso Dekker-Van der Sande ja Sterkenburg (2016).

3 Tavoite

Hoidon lopussa asiakas on avoin kontaktille muiden hänelle tärkeiden henkilöiden kanssa (terapeutin lisäksi) ja asiakas on helpommin lähestyttävä ongelmakäyttäytymisen vähennyttävä.

4 Muut tavoitteet

Terapeutti päättää asiakkaan toissijaisista tavoitteista ja määrittää, milloin hoidon seuraava vaihe alkaa. Haastava käyttäytyminen kirjataan tarkkailulistoille ennen hoitoa, ennen käyttäytymisterapian aloittamista sekä hoidon lopussa. Hoidon lopussa verrataan haastavan käyttäytymisen muutoksia ennen hoitoa olleeseen tilanteeseen käyttäen hyväksi standardoitujen arviointimenetelmien ja havaintoihin perustuvien menetelmien pistemääriä.

Tavoitteet ITAB:in eri vaiheissa:

Vaihe 1: Vaiheen 1 (kiintymysterapia) lopussa, noin neljä kuukautta intervention alkamisen jälkeen, asiakkaan ja terapeutin välille on muodostunut kiintymyssuhde. Asiakas hakee apua, tukea tai lohtua terapeutilta ja ryhtyy asioihin, jotka eivät ehkä aiemmin olleet mahdollisia.

Vaihe 1.1 Suhteen luominen tavoitteet:

- Noin viiden viikon kuluttua asiakas voi aloittaa tai päättää kontaktin terapeuttiin itse.
- Vaiheen lopussa asiakas voi muodostaa uudelleen kontaktin terapeuttiin.
- Tämän vaiheen lopussa asiakas kulkee terapeutin mukana.
- Tämän vaiheen lopussa asiakas pitää terapiaistunnoista. Asiakas osoittaa tämän rennolla asennolla ja hymyilemällä.

Vaihe 1.2 Symbioosi tavoitteet:

- Asiakas hakeutuu terapeutin fyysiseen läheisyyteen noin kymmenen viikon kuluttua esimerkiksi istumalla sohvalla tai matolla yhdessä
- Kymmenen viikon kuluttua asiakas vastaa terapeutin aloitteisiin. Tämä voi tapahtua esimerkiksi hyväksymällä terapeutin tarjoamat lelut ja leikkimällä niillä jonkin aikaa.
- Vaiheen lopussa asiakas voi silloin tällöin tehdä aloitteen yhdessä leikkimiseen.
- Lopussa asiakas pystyy ylläpitämään yhtäjaksoista kontaktia terapeuttiin yhä pitempiä aikoja .

Vaihe 1.3 Yksilöllistymisen rohkaiseminen tavoitteet:

- Noin viidentoista viikon kuluttua asiakas voi tehdä aloitteita leikkiäkseen leluilla/esineillä.
- Vaiheen lopussa asiakas tutkii ympäristöä ja leluja.
- Asiakas on mielellään terapeutin läheisyydessä (asiakas hymyilee, hänellä on rento asento ja hän lähestyy terapeuttia omasta aloitteestaan).
- Asiakas nauttii yhdessä ja terapeutin rinnalla leikkimisestä, leluilla leikkimisestä, hyväksyy terapeutin tarjoamia leluja ja nauttii lelujen ojentamisesta terapeutille.
- Tämän vaiheen lopussa asiakas voi leikkiä yksin jonkin aikaa terapeutin poistuttua huoneesta.

- Vaiheen lopussa asiakas voi helposti luoda uudelleen kontaktin terapeuttiin sen jälkeen, kun terapeutti on poistunut huoneesta ja palannut takaisin.

Vaihe 2: Vaiheen 2 (käyttäytymisterapia) lopussa, noin kuusi kuukautta intervention alkamisen jälkeen, asiakkaan käyttäytyminen on toivottavampaa haastavan käyttäytymisen sijaan.

- Kuuden kuukauden kuluttua asiakas voi käyttää sanallista ja sanatonta kehonkieltä kertoakseen terapeutille, mistä hän pitää ja mistä ei.
- Asiakkaalla on aiempaa vähemmän aggressiivista, itseään vahingoittavaa ja vetäytyvää käyttäytymistä (CEP-pistemäärä enintään 1).

Vaihe 3: Vaiheen 3 (yleistyminen) lopussa, noin kymmenen kuukautta Intervention alkamisen jälkeen, asiakas hakee apua, tukea tai lohtua päivittäiseltä hoitajalta tai vanhemmalta. Asiakas osallistuu myös mukaviin ja kehitystä tukeviin toimintoihin.

5 Muut tavoitteet vanhemmalle/hoitajalle

Vanhemman/hoitajan toissijaiset tavoitteet määrittää asiakkaan kanssa toimivan tiimin kehityspsykologi. Tavoitteiden asettaminen tapahtuu yhteistyössä terapeutin kanssa. Kehityspsykologi arvioi raporttien, havaintojen ja tiimikeskustelujen perusteella, tarvitaanko lisäharjoituksia aistitiedon käsittelemiseen.

Vaihe 3:

- Kolmannen vaiheen lopussa vanhempi/hoitaja osaa vastata ja tukea lasta sensitiivisellä tavalla. Vanhempi/hoitaja:
 - osaa havainnoida asiakkaan sanallisia ja sanattomia signaaleja (katsominen ja kuunteleminen). Esimerkiksi hän näkee, kun asiakas ei tunnu ymmärtävän jotain tai vastustaa jotain.
 - osaa tunnistaa asiakkaan signaalit ja osaa kuvata ne asiakkaalle: ”Sinä itket. Ymmärrän, että koska olet nälkäinen / sinulla likainen vaippa / olet väsynyt / olet kyllästynyt jne.

- osaa vastata asianmukaisesti asiakkaan signaaleihin: antaa asiakkaalle juomista tai puhtaan vaipan ja lohduttaa.
- Vanhempi/hoitaja rohkaisee asiakasta ympäristön tutkimiseen: auttaa asiakasta ja pitää hauskaa yhdessä.

6 Lähestymistapa

ITAB on vaiheittainen yksilöllinen psykoterapeuttinen hoito, jossa jokaisella vaiheella on tietty tehtävä, joka riippuu edellisen vaiheen onnistuneesta läpikäymisestä. Ensimmäisessä, noin neljä kuukautta kestävässä vaiheessa rakennetaan kiintymyssuhde asiakkaan kanssa (uudelleen tai ensimmäistä kertaa) intensiivisen kontaktin kautta. Tämä vaihe koostuu kolmesta alavaiheesta: ”suhteen luominen ja kontaktin ottaminen” (joka kestää noin neljästä kuuteen viikkoa), ”symbioosi” (joka kestää noin viisi viikkoa) ja ”yksilöllistymisen rohkaiseminen” (joka kestää noin viisi viikkoa). Toinen vaihe on käyttäytymisterapia, joka kestää noin kaksi kuukautta. Kolmas vaihe (joka kestää neljästä kuuteen kuukautta) koostuu yleistämisestä ja lopetusvaiheesta, johon vanhemmat ja hoitajat osallistuvat. Vaiheiden kesto on joustava. Jos kunkin (ala)vaiheen kriteerit/ tavoitteet täyttyvät, voidaan siirtyä seuraavaan (ala)vaiheeseen.

Terapia koostuu kolmesta tunnin istunnosta viikossa, ja se toteutetaan asiakkaan päivittäisessä ympäristössä; paikassa, jossa on vähän ympäristön melua ja jossa asiakas tuntee olonsa turvallisiksi ja mukavaksi. Hoitajien kanssa neuvotellen valitaan tila, jossa on vähiten ärsykejä. Noin vuoden hoitajakson aikana vakituiset hoitajat tukevat asiakasta.

6.1 Miten huomioidaan älyllinen kehitysvamma?

ITAB-lähestymistavassa terapeutti ymmärtää ja huomioi empaattisesti asiakkaan vaikean älyllisen kehitysvamman ja ilmaisutavan käyttämällä lyhyitä lauseita, eleitä ja intonaatiota. Hän jäsentää istuntojen kulun, jotta asiakas voi ennakoida, mitä tapahtuu seuraavaksi ja pitämällä istunnot asiakkaan kotona. Lähestymistavassa otetaan huomioon myös lasten ja aikuisten välinen laaja ikähaarukka. Tämä vaikuttaa asiakkaan ja hoitajan

välisen fyysisen kontaktin muotoon. Pienten lasten kanssa terapeutti ottaa enemmän fyysistä kontaktia (halaaminen, sylissä pitäminen, edestakaisin keinuminen jne.). Vanhempien lasten/aikuisten ei ole mahdollista tai sopivaa istua terapeutin sylissä. Keinuminen edestakaisin vanhempien lasten kanssa voidaan toteuttaa esimerkiksi seisten.

6.2 Miten näkövammat huomioidaan?

ITAB-lähestymistavassa asiakkaan näkövamma huomioidaan luomalla optimaalinen ympäristö: rajoittamalla tai poistamalla häiritseviä ulkoisia ääniä tai melua sekä rajoittamalla tai poistamalla häiritseviä näköärsykeitä. Lisäksi terapeutti kiinnittää erityistä huomiota kontaktin luomiseen ja leikin aloittamiseen. Näkövammaisen lapsen on vaikea löytää ympäröivää maailmaa, koska he eivät voi tehdä sitä ollenkaan tai vain rajoitetusti. Siksi terapeutti ottaa aktiivisesti kontaktia ja tarjoaa leikkimateriaaleja. Terapeutti voi ottaa kontaktin äänen ja kosketuksen kautta. Esimerkiksi: sanottamalla liikkeitä ja ääniä; osoittamalla, että hän aikoo koskettaa toista henkilöä ennen kuin hän koskettaa häntä; puhumalla tai tuottamalla ääntä, kun hän siirtyy kauemmas, jotta asiakas voi kuulla, missä terapeutti on huoneessa; selittämällä sanallisesti ja olemalla ennakoitava, esimerkiksi tervehtimällä ja koskettamalla henkilöä samalla tavalla joka kerta. Rituaalien käyttäminen voi tukea tätä. Turvallisesta suhteesta käsin asiakasta haastetaan reagoimaan ja tutkimaan maailmaa omaan tahtiinsa.

6.3 Vaiheiden kuvaus

Vaihe 1

Vaihe 1.1: Suhteen muodostaminen – kontaktin ottaminen

Istuntojen aikana terapeutti seuraa asiakkaan käyttäytymistä ja mukauttaa omaansa sen mukaan. Alussa terapeutti säilyttää sellaisen fyysisen etäisyyden, minkä asiakas tuntee mukavaksi; asiakas siis määrittää fyysisen etäisyyden. Jos asiakas kuitenkin haluaa istua terapeutin sylissä, tämä ottaa asiakkaan syliinsä. Jos asiakas haluaa tilaa, terapeutti pitää etäisyyttä. Terapeutin ja asiakkaan välinen fyysinen etäisyys on se etäisyys, jossa asiakas tuntee olonsa mukavaksi.

Terapeutti alkaa vähitellen rakentamaan fyysistä kontaktia. Terapeutti voi koskea erittäin kevyesti asiakasta paikkaan, jonka tämä hyväksyy, esimerkiksi taputtaa selkään, sivellä kättä tai jalkaa. Ensin voi koskettaa vain sormenpäillä ja sitten koko kädellä. Alkuun kosketus kestää vain muutaman sekunnin, sitten vähitellen lisätetään aikaa minuuttiin tai sitä pidemmäksi. Terapeutti nimeää ja sanottaa sen, mitä hän näkee, mitä tapahtuu ja mitä tulee tapahtumaan. Terapeutti puhuu pehmeästi toistavalla, melodisella ja kysyvällä äänellä (aivan kuten puhuttaessa pienelle lapselle). Terapeutti on hyvin valpas; hän ei vain puhu, vaan myös kuuntelee ja odottaa asiakkaan reaktioita. Terapeutti ilmaisee puheella sen, mitä hän ajattelee asiakkaan tuntevan. Vähitellen asiakas alkaa tekemään itse enemmän aloitteita. Terapeutti seuraa asiakkaan liikkeitä (peilaa niitä). Rytmisen kielen ja liikkeiden käyttö lisääntyy. On tärkeä säilyttää suhteessa leikkisyys, esimerkiksi vaihtelemalla äänen sävyä (kovaa - hiljaa, korkealta - matalalta, nopeasti - hitaasti). Tämän vaiheen aikana terapeutti hyräilee lauluja, keinuttelee edestakaisin asiakkaan kanssa ja seuraa liikkeissään asiakasta. Jos asiakas kävelee, terapeutti kävelee hänen kanssaan. Kun asiakas laulaa, terapeutti laulaa hänen kanssaan. Jos asiakas näprää terapeutin vaatteita, terapeutti näprää asiakkaan vaatteita.

Ongelmakäyttäytymisestä ei rangaista asiakasta, koska se johtuu asiakkaan korkeasta stressitasosta. Jos asiakas raapii tai yrittää purra terapeuttia, terapeutti vastaa lohduttavalla ja rauhoittavalla äänensävyllä sanomalla esimerkiksi ”hiljaa, hiljaa”, ”se on OK”, ”shh-shh”. Jos asiakas kävelee pois, hänet tuodaan takaisin huoneeseen, jossa terapiaistunnot pidetään. Tämä tehdään selittäen rauhallisella äänellä selvästi, mitä tapahtuu.

Vaihe 1.2: Symbioosi – turvallinen kiintymys

Terapeutti jäljittelee ja peilaa kaikkia ääniä ja sanoja. Hän liikkuu yhdessä asiakkaan kanssa siihen suuntaan, johon asiakkaan ennakoidaan liikkuvan. Jos asiakas katkaisee kontaktin terapeuttiin (esimerkiksi työntämällä terapeutin pois), hän tekee vielä enemmän aloitteita kontaktin palauttamiseksi. Asiakas pyrkii pääsemään lähemmäksi terapeuttia. Terapeutti vastaa siihen positiivisesti, rohkaisten ja hyväksyen lähestymisen. Tässä vaiheessa terapeutti laulaa ja liikkuu musiikin tahtiin yhdessä asiakkaan kanssa. Yhdessä leikkiminen alkaa kehittyä (katsotaan yhdessä kirjaa, tutkitaan yhdessä esineitä ja materiaaleja).

Vaihe 1.3: Yksilöllistymisen rohkaiseminen

Terapeutti rohkaisee asiakasta ilmaisemaan omia toiveitaan ja tunteitaan. Hän tekee tämän kannustamalla asiakkaan aloitteita ja noudattamalla hänen toiveitaan. Tavoitteena on asiakkaan omien tunteiden ja halujen ilmaisemisella mahdollistaa ”minän” tai ”egon” kehittyminen, mikä puolestaan mahdollistaa positiivisen toivotun käyttäytymisen. On tärkeää vastata toiveisiin, kuten asiakkaan halutessa kuunnella tiettyä musiikkia tai ilmoittaessa haluavansa istua tietyssä paikassa.

Vaihe 2 Käyttäytymisterapia

Tämän vaiheen tarkoituksena on oppia uusia toivottuja käyttäytymismalleja korvaamaan ei-toivotut käyttäytymismallit, jotka häiritsevät ryhmässä toimimista ja suhteen rakentumista vakituisiin hoitajiin. Esimerkkejä näistä ei-toivotuista käyttäytymismalleista ovat nipistäminen, lyöminen, potkiminen ja huutaminen. Yhdessä vanhempien/hoitajien kanssa terapeutti ja muut käyttäytymisen asiantuntijat kartoittavat ongelmakäyttäytymisen tilanteet analysoimalla, mikä edeltää ongelmakäyttäytymistä ja mitä siitä seuraa asiakkaalle (Antecedent-Behaviour-Consequent [ABC] -analyysi eli käyttäytymisanalyysi). Tämä analyysi kohdistuu päivittäisiin tilanteisiin asiakkaan elinympäristössä, esimerkiksi vapaa-ajalla, sosiaalisissa vuorovaikutushetkissä tai päivittäisessä hoito/ohjaustilanteissa. Analyysin avulla saadaan kuva ei-toivotusta käyttäytymismallista, sen merkityksestä ja seurauksista, jotka vahvistavat ja ylläpitävät käyttäytymismallia. Käyttäytymisanalyysi toistetaan jokaisen ongelmakäyttäytymisen osalta. Kun ongelmakäyttäytymisen alkuperä tunnetaan, terapeutti, mukana olevat muut asiantuntijat ja päivittäin asiakasta hoitavat etsivät vaihtoehtoisia/toivottuja käyttäytymismalleja, joilla on sama merkitys asiakkaalle kuin ei-toivotulla. Seuraavaksi terapeutti keskittyy opettamaan näitä vaihtoehtoisia käyttäytymismalleja. Halutun käyttäytymismallin vahvistamiseksi terapeutti käyttää sosiaalista palkitsemista: hellää kosketusta (taputus ja halaus), nyökkäyksillä/hymyillä ja kehuilla (kiinnittäen erityistä huomiota äänen sävyyn). Käyttäytymisterapiasuunnitelmassa sovitaan siitä, miten haluttua käyttäytymistä vahvistetaan. Esimerkiksi asiakkaalle, joka ei pysty säätelemään tunteitaan hyvin (ja hermostuu helposti), terapeutti voi tarjota esineen, jota hän voi puristaa. Joka kerta kun terapeutti antaa asiakkaalle tämän esineen ja asiakas käyttäytyy rauhallisemmin,

terapeutti kehuu häntä. Ei-toivottu käytös jätetään huomiotta ja lopetetaan vain, jos asiakas uhkaa vahingoittaa itseään tai terapeuttia. Käyttäytymisterapiaa tarjotaan vain yksilöllisenä hoitona (ilman yleistämistä muihin paikkoihin/ihmisiin).

Vaiheen 3 yleistäminen ja lopetusvaihe

Vanhemmilla ja vakituisilla hoitajilla on tärkeä rooli yleistämisessä, joten heille tulee muodostua hyvä kontakti asiakkaaseen tämän kehittyessä terapian aikana. Heidän tulisi rakentaa kontaktia asiakkaaseen tarjotessaan hänelle leikkimateriaalia, leikkiessään ja liikkeessaan yhdessä ja muissa mahdollisissa tilanteissa. Psykoterapian asteittainen lopettaminen kulkee siis käsi kädessä tukemalla vanhempien ja/tai hoitajien ja asiakkaan välistä vuorovaikutusta päivittäisessä ympäristössään.

7 Terapiamenetelmästä

Kattavasti terapiamenetelmää on kuvattu teoksessa Braet ja Bögels (Eds.) (2020). *Protocolaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten deel 2* (pp. 767-792). Den Haag, Alankomaat: Boom Lemma. Luku 18: Sterkenburg en Schuengel, Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag. Katso myös elokuva-aboITAB-hoito: "Attachment" (www.bartimeus.nl).

8 Kenelle?

ITAB keskittyy hoitamaan kiintymyssuhdeongelmia (kuten lähestyminen ja torjunta, kontrolloiva käyttäytyminen, vaikeus tai kyvyttömyys ottaa vastaan lohdutusta kumppanilta stressitilanteissa) ja haastavaa käyttäytymistä (kuten aggressiivisuus hoitajia kohtaan, itsensä vahingoittaminen tai vetäytyminen kontaktista) henkilöillä, joilla on keskivaikea tai vaikea älyllinen kehitysvamma ja lisäksi myös mahdollisesti näkövamma. Itsensä vahingoittamista aiheuttava käyttäytyminen voi ilmetä nipistämisenä, lyömisenä, raapimisena tai hakkaamisena (jolloin se voi johtaa jopa verenvuotoon). Tällöin lapsen haastava käyttäytyminen on niin vakavaa, että lapsen kasvattajan tai

aikuisesta huolehtivan henkilön (jonka kanssa suhde on katkennut) on lähes mahdotonta jatkaa hänestä huolehtimista. Nämä lapset ja aikuiset viettävät paljon aikaa eristyksissä muusta ryhmästä hoito/asuinyksikössä ja saavat paljon henkilökohtaista huolenpitoa.

Esiintyvyys

Vuonna 2018 Alankomaiden sosiaalitutkimusinstituutti (SCP) arvioi, että noin 440 000 henkilöllä (2,6% väestöstä) maassa on älyllinen kehitysvamma (IQ < 70), joista kuudesosalla (noin 70 000) on vakava älyllinen kehitysvamma (Woittiez et ai., 2019). Näkövamma esiintyvyys on korkea henkilöillä, joilla on vaikea älyllinen kehitysvamma ja lisäksi muita vammoja, vaihdellen 66,7 prosentista (Van Splunder, Stilma, Bernsen & Evenhuis, 2006) 92 prosenttiin (Van den Broek, Janssen, Van Ramshorst & Deen, 2006). Kiintymyssuhdeongelmien yleisyydestä kehitysvammaisilla henkilöillä ei ole vielä paljon tutkittua tietoa. Janssenin, Schuengelin ja Stolkin mukaan (2002) riskit kiintymyssuhdeongelmiin tässä kohderyhmässä ovat suurempia kuin henkilöillä, joilla ei ole älyllistä kehitysvammaa. Tutkimusten perusteella kiintymyssuhdeongelmat selittävät huomattavan osan kehitysvammaisten henkilöiden käyttäytymisongelmien suuresta esiintyvyydestä; kehitysvammaisilla 30–60 prosenttia ja vielä suurempi esiintyvyys vaikeasti kehitysvammaisilla henkilöillä (Janssen, Schuengel & Stolk, 2002; Dekker & Koot, 2004). Bartiméusilta neuvoja saaneiden asiakkaiden asiakaskertomuksista (2010) tehty tutkimus osoittaa, että 60 prosentilla näkö- ja älyllisesti kehitysvammaisista lapsista ongelmakäyttäytyminen voi johtua kiintymyssuhdeongelmista (Bartiméus Magazine, 2004, nro 2; Arentz, Sterkenburg & Stolk, 2010).

9 Syitä

Asiakkaaseen liittyviä tekijöitä

Älyllinen kehitysvamma

Älyllisesti kehitysvammaiset ihmiset tarvitsevat enemmän aikaa tiedon käsittelyyn. Heillä on enemmän vaikeuksia jäsentää sanallista, ei-sanallista ja aistitietoa sekä erottaa olennaiset ja epäolennaiset asiat (Kraijer & Plas, 2014; Van Nieuwenhuizen, 2012). Objekti- ja henkilöpsykyvyyden kehittyminen kestää heillä kauemmin. Älyllisesti

kehitysvammaisten henkilöiden on vaikeampi käsitellä stressiä. Rajoittuneiden kommunikaatio- ja kognitiivisten kykyjensä tai muiden (motorisen/aistitiedon käsittely) rajoitustensa vuoksi heillä on tavallista vaikeampaa luoda suhdetta kiintymyshahmoon tai merkitsevään henkilöön, joka tarjoaa lohtua ja suojaa (Janssen, Schuengel & Stolk, 2002a, 2002b; Sterkenburg & Dyzel, 2021; Sterkenburg, Zaal ja Dekkers-Verbon, 2021). He yrittävät etsiä läheisyyttä, kontaktia, tukea, lohtua ja jatkuvuutta kiintymyshahmolta eri tavalla. Ihmiset, joilla on syvä älyllinen kehitysvamma ja joiden kehitysikä yltää noin yhdeksään kuukauteen, kykenevät luomaan kiintymyssuhteen, koska heillä on tietoisuus ihmisten ja esineiden olemassaolosta, vaikka ne katoaisivat hetkeksi näkyvistä. Ihmiset, joilla ei ole tätä tietoisuutta, voivat kuitenkin osoittaa kiintymyskäyttäytymistä ja he tarvitsevat myös turvallisuutta ja huolenpitoa (Vandersande, Bosmans, Sterkenburg, Schuengel, Van den Noortgate & Maes, 2020). Kun henkilön kognitiivinen taso on em. alempi, hänen ymmärryskykynsä ja viestintänsä on rajallisempaa. Tällöin hoitajalta edellytetään suurempaa herkkyyttä reagoida (Sterkenburg, 2011). Älyllinen kehitysvamma on siis riskitekijä kiintymyssuhdehäiriölle (Schuengel & Janssen, 2006).

Näkö- ja älyllinen kehitysvamma

Näkö- ja älyllisesti kehitysvammaisten ihmisten on vielä vaikeampaa käsitellä tietoa, koska heillä on suurempia vaikeuksia aistia ei-sanallista ja visuaalista/näköön perustuvaa tietoa. He eivät käsittele tätä tietoa niin nopeasti tai eivät huomioi sitä ollenkaan. Näkövamma estää vanhemman ja lapsen varhaisen vuorovaikutuksen, joten näkö- ja älyllisesti kehitysvammaisilla ihmisillä on lisääntynyt riski kiintymyssuhdehäiriöihin. Gunther (2004) toteaa, että näkövammaiset lapset jäävät paitsi katsekontaktista, he jäävät paitsi katsekontrollia ja palautetta.

Näkövammaiselta lapselta puuttuu visuaalista tietoa, jota muut aistit voivat kompensoida kiintymyssuhteen kehittymiseksi. Näkövammaiset tekevät tämän esimerkiksi käyttämällä kuulo- tai tuntoärsykeitä tai hajuaistia. Muita aisteja käyttämällä nämä lapset oppivat erottamaan tutut heille tuntemattomista ihmisistä. Tämä on vaikeampaa kuin käyttämällä visuaalisia toimintoja, koska lapset voivat varmistaa vanhempansa läsnäolon ja henkilöllisyyden vain, kun vanhempi on heitä lähellä. He tunnistavat vanhemman kosketuksen, hajun ja äänen avulla, kun vanhempi puhuu tai äänтелеe jotain. Koska näkövammaiset

lapset oppivat nämä taidot suhteellisen myöhään, he kehittävät myös suhteellisen myöhään ihmisten ja heitä ympäröivän tilan sisäisiä representaatioita. Tämän seurauksena (ja heidän lisääntynyt riippuvuutensa kasvattajasta) eroahdistus ja vieraiden pelko kestävät pidempään ja ilmenee voimakkaammin verrattuna lapsiin, joilla ei ole näkövammaa (Egan, 1979; Gringhuis, Moonen & van Woudenberg, 1996; Jonker, Sterkenburg & Van Rensburg, 2015; Hoffman, Sterkenburg & Van Rensburg, 2017). Näkö- ja älyllisesti kehitysvammaisilla henkilöillä on vielä suuremmat vaikeudet kompensoida vammojaan verrattuna heihin, joilla on joko näkö- tai älyllinen kehitysvamma. (Van Duijvenboden, Pietersen & Straus, 2018). Näkövammaiset turvautuvat kognitiivisiin taitoihinsa (kuten muistiin ja kielellisiin kykyihin) tiedon käsittelyssä. Älyllisesti kehitysvammaiset ihmiset turvautuvat puolestaan visuaalisiin taitoihinsa. He oppivat enemmän tarkkailemalla muita ja vähemmän käyttämällä kieltä. Näkö- ja älyllisen kehitysvamman yhdistelmä vaikeuttaa älykkyyden, muistin tai näön kompensoivaa käyttöä. Siksi kontaktin muodostaminen merkitykselliseen henkilöön vaikeutuu, mikä lisää kiintymyshäiriön riskiä (Gunther, 2004).

Vanhemmuus- ja ympäristötekijät

Patogeeniset/vahingolliset ympäristön vaikutukset

Schuengel ja Janssen (2006) esittävät, että kiintymyssuhteeseen liittyvät patogeeniset ympäristövaikutukset, kuten laiminlyönti, huono kohtelu, hyväksikäyttö ja ensisijaisten hoitajien varhaiset ja toistuvat muutokset, ovat yleisempiä älyllisesti kehitysvammaisilla lapsilla (Giltaij, Sterkenburg & Schuengel, 2016). Jotkut vaikeasti älyllisesti kehitysvammaiset lapset joutuvat kasvamaan liian monien hoitajien kanssa, joutuvat selviytymään kommunikaatiovaikeuksiensa kanssa ja saavat joskus riittämätöntä huolenpitoa, jolloin heillä ei ole riittäviä mahdollisuuksia muodostaa kiintymyssuhteita. Nämä tekijät voimistavat asiakkaan kokemaa stressiä, koska hän ei voi saada kontaktia kiintymyshahmoon päivittäisissä ongelmatilanteissa. Tämä lisää lapsen riskiä haastavalle käyttäytymiselle.

Aggressiivisesta käytöksestä voi tulla lapselle keino tuoda esiin kokemaansa jännitystilaa, surua, stressiä tai ikävystymistä.

Puutteet vanhemman selviytymiskeinoissa

Lapsen syntyessä hänen vanhemmilleen syntyy odotuksia ja ajatuksia lapsensa kehityksestä ja kasvatuksesta. Kun vanhemmat saavat tietää, että heidän lapsellaan on näkö- ja/tai älyllinen kehitysvamma, he voivat kokea tämän uutisen isona menetyksenä. Vanhemmat saattavat kamppailla surun, epätoivon ja syyllisyyden tunteiden kanssa. Se voi myös johtaa hämmennykseen, kysymyksiin ja epävarmuuteen. Lapsen näkö- ja/tai älyllisen kehitysvamman diagnoosi voi osua samaan aikaan haastavien tilanteiden, kuten lääketieteellisten komplikaatioiden (esim. hapenpuute syntymän yhteydessä tai oireyhtymät) ja pitkäaikaisen sairaalahoidon kanssa. Lisäksi vanhemmat voivat kohdata ei-toivottuja neuvoja, kieltämistä ja ymmärryksen puutetta ympäristöltä. Vanhemmat voivat joutua epätasapainoon diagnoosin edessä. Tätä seuraa selviytymisprosessi tasapainon palauttamiseksi (Van der Weck, Bos & Sterkenburg, 2021). Tämä selviytymisprosessi voi vaikeuttaa vanhempien emotionaalista saatavuutta ja lisätä kyvyttömyyden tunnetta, minkä seurauksena he eivät pysty reagoimaan sensitiivisesti lapseensa. On tärkeää, että vanhemmat käsittelevät riittävästi lapsensa vammaisuuttaan, jotta lapsi kokisi riittävästi turvallisuutta ja ymmärrystä. (De Belie & Van Hove, 2005).

Kyvyttömyys reagoida riittävän herkästi / vanhemmuustaidot

Älyllisesti kehitysvammaisen lapsen kasvattaminen vaatii vanhemmilta vahvaa tiedostamista ja sensitiivisyyttä (Janssen et al., 2002a, 2002b). Kun lapsella on näkövamma älylliseen kehitysvammaisuuden lisäksi, hänen käyttäytymisensä ja toiveidensa riittävän oikea tulkinta muuttuu vielä monimutkaisemmaksi (Gunther, 2004). Kun henkilöllä on näkö- ja älyllisen kehitysvamman lisäksi kuulovamma, vanhemman tulee oppii uusia ja erityisiä viestintätaitoja (Damen & Worm, 2013). Monet vanhemmat kohtaavat odottamattomia ongelmia, joissa he eivät voi luottaa tuttuihin lastenkasvatustapoihinsa. Älyllisesti kehitysvammaisten lasten vanhempien on opittava arvioimaan lapsensa kehitysikää eikä lapsen kalenteri-ikää. Myös älyllisesti kehitysvammaisten lasten osoittamat kiintymysignaalit voivat olla vähemmän vahvoja ja kiintymyksen kehittyminen voi olla hitaampaa (De Belie & Morisse, 2007). Näkövamma tai näkö- ja kuulovamma voi näkyä lapsessa hämmentävänä tai heikommin tunnistettavana kiintymyskäyttäytymisenä / kiintymyssignaalina (Gunther, 2004; Van den Broek et al., 2017).

Kiintymyssuhteen katkeaminen: Kodin ulkopuolinen sijoitus tai pitkäaikainen sairaalahoito

Kun näkö- ja/tai älyllisesti kehitysvammainen henkilö sijoitetaan pois kotoa tai otetaan sairaalaan (pitkäksi aikaa) ilman pysyvää hoitaja, hoitajan ja lapsen väliseen kiintymyssuhteeseen voi tulla säröjä. Tämä voi aiheuttaa lapselle paljon stressiä. Kodin ulkopuolisessa sijoituksessa lapsen on tultava toimeen erilaisten hoitajien kanssa, jotka tulevat ja menevät (vuorotyöaikataulun tai henkilöstön vaihtuvuuden vuoksi), mikä vaikeuttaa uusien kiintymyssuhteiden muodostamista lisäten lapsen kokemaa stressiä.

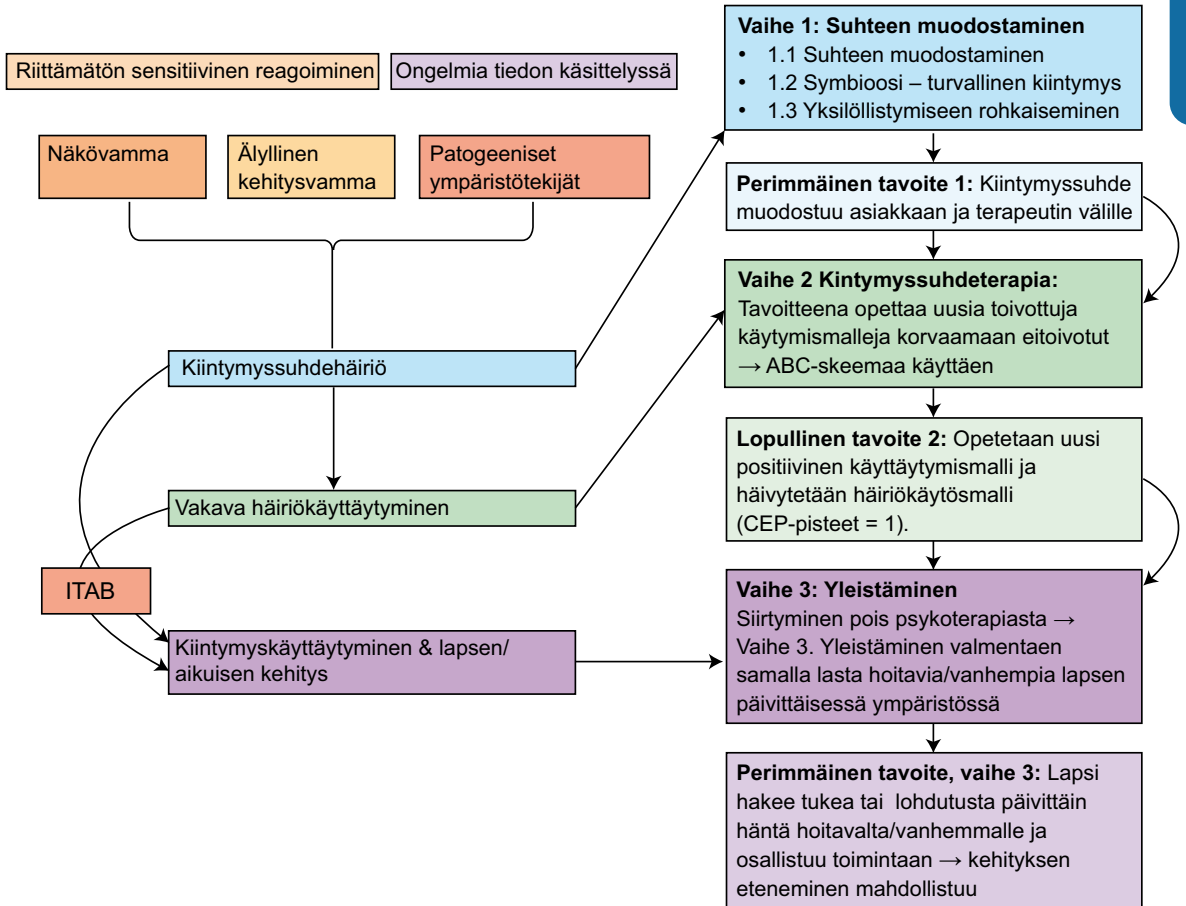
10 Seuraukset

Jos interventiota ei tehdä, lasten/aikuisten kärsimys käyttäytymis- ja psykiatrisista häiriöistä jatkuu. Lisäksi he hyötyvät vähemmän käyttäytymisterapioista ja he ovat edelleen ahdistuneita.

Ongelmakäyttäytyminen voi olla äärimmäisen vaikeaa ja lasta voidaan joutua suojelemaan itseltään. Vakavimmissa tapauksissa joudutaan käyttämään rajoitustoimenpiteitä. Esimerkiksi yksi aiemmin mainitun tutkimuksen lapsista (Sterkenburg, Schuengel & Janssen, 2008) oli käyttänyt käsivarsitukia yhdeksän vuoden ajan ennen terapiaa suojaamaan itsensä vahingoittamiselta. Tästä seurasi, että lapsen kontakti ulkomaailmaan oli vähäinen. Lapsesta tuli yhä eristäytyneempi, mikä johti entistä vakavampaan haastavaan käyttäytymiseen (Schuengel & Janssen, 2006).

Terapeuttisten interventioiden avulla asiakkaan ja merkitsevän henkilön välinen kiintymyssuhde voi kehittyä positiivisella tavalla. Näin mahdollistuvat merkitykselliset vuorovaikutushetket, hauskanpito, vastavuoroisuus ja rennompia kontaktia ja läheisyys.

11 Kaavio asiakas- ja ympäristötekijöistä ja ITAB-tavoitteet



Kuva 1 Kaavio tekijöistä, joihin voidaan ja joihin ei voida vaikuttaa, sekä ITAB-hoidon tavoitteet.

Tekijät, joihin voidaan vaikuttaa:

- Asiakkaan kiintymyssuhdekäyttäytyminen
- Vanhemman/hoitajan herkkyys reagoida nykyhetkessä

Tekijät, joihin ei voida vaikuttaa:

- Asiakkaan älyllinen ja/tai näkövamma
- Menneisyyden patogeeniset ympäristövaikutukset

12 Perustelut

Aiemmat interventiot, jotka on suunnattu päivittäiseen ohjaamiseen (mukaan lukien tarkkaavuus - ja käyttäytymisterapeuttiset lähestymistavat) ja elämäntilanteisiin (mukaan lukien osaamisen lisääminen, ympäristön mukauttaminen), ovat osoittautuneet tehottomiksi tutkimuksessa kohderyhmässä. Tarvittiin toisenlaista lähestymistapaa. Lasten/aikuisten haastava käyttäytyminen voi muuttua niin vakavaksi, että lapsen vanhempien/huoltajien ei enää mahdollistaa jatkaa hänen huolenpitoaan. Jotkut vaikeasti vammaiset henkilöt kasvavat liian monien eri hoitajien kanssa, joutuvat selviytymään kommunikaationsa rajoitustensa kanssa, ja saattavat saada riittämätöntä huolenpitoa (hoitajien reagointikyvyn riittämättömyys), jolloin heillä ei ole riittäviä mahdollisuuksia kehittää kiintymyssuhteita. Näiden ihmisten on yhä vaikeampaa muodostaa kiintymyssuhteita. Lasten ollessa sosiaalisessa eristyksessä hoitajien hyväksynnällä tai paheksunnalla ei juurikaan ole vaikutusta heihin, mikä tekee lähes mahdottomaksi ohjata heidän käyttäytymismallejaan. Tämä tarkoittaa, että ettei näihin lapsiin/aikuisiin voi enää vaikuttaa sosiaalinen hyväksynnällä (rohkaisu) tai paheksunnalla (estäminen). Tämä rajoittaa tehokkaan käyttäytymisterapian mahdollisuuksia, sillä käyttäytymisterapiassa on parempi toimia sosiaalisen vaikuttamisen kautta (Scott & Dadds, 2009).

ITAB:in lähestymistapa on intensiivinen, koska terapeutti panostaa ensin luottamuksen rakentamiseen asiakkaan kanssa. Tämä edellyttää usein toistuvien terapiaistuntojen lisäksi terapeutilta erityisen herkkää reagointia (Sterkenburg & Schuengel, 2010). Tapa, jolla kiintymyssuhde rakentuu, muodostaa puskurin lapsen stressiä vastaan (Schuengel et al., 2009; Sterkenburg & Schuengel, 2011).

Kiintymyssuhteen kautta inverventiolla pystytään muuttamaan ja vähentämään tehokkaammin haastavaa käyttäytymistä (tämä on intervention vaiheen 2 tavoite). Kiintymyssuhteen muodostamisen jälkeen terapeutti laajentaa kiintymyssuhteen asiakkaan laajempaan verkostoon. Tämä on osa ITAB: n intensiivistä lähestymistapaa. Näin toimitaan (vaiheessa 3), koska asiakkaat pystyvät ylläpitämään kiintymyssuhdetta useiden ihmisten kanssa samanaikaisesti (De Schipper, Stolk & Schuengel, 2006; Juffer, 1993) ja myös siksi, että tällä tavoin voidaan tukea muita henkilöitä vuorovaikutuksessa lapsen kanssa. Terapeutti voi vähitellen vetäytyä siirtämällä hoidon asiakkaan läheisille.

Mistä ITAB-lähestymistapa koostuu?

Kiintymyssuhteen kehittyminen

ITAB käyttää kiintymyssuhdeteorian elementtejä. Koska kyseessä on häiriön hoito, ITAB:in ensimmäisen vaiheen tarkoituksena on muodostaa kiintymyssuhde. Kiintymyssuhdeteoria keskittyy erityisesti yksilön kehityksen ja toisaalta lapsen ja merkittävän henkilön välisen (vanhemmuus)suhteen väliseen vuorovaikutukseen (Bowlby, 1984). Bowlby (1984) kuvaa neljää vaihetta kiintymyssuhteen kehittymisessä:

1. Kiintymyssuhteen ensimmäisessä vaiheessa asiakas osoittaa käyttäytymisellään läheisyyden, huolenpidon tai lohdutuksen tarpeita tekemättä eroa eri ihmisten välillä. Tässä vaiheessa lapsi pystyy kiinnittämään ihmiskasvoja muistuttaviin kuvioihin.
2. Toisessa vaiheessa lapsi osoittaa käyttäytymisellään tarpeitaan läheisyyteen, huolenpitoon tai lohdutukseen yhden tai kahden hoitajan kanssa, jotka ovat läsnä päivittäin. Tässä vaiheessa lapsi tunnistaa tietyn hoitajan äänen ja reagoi tähän hymyllä, äänellä tai liikkeellä.
3. Kolmannessa vaiheessa lapsi rauhoittuu pääasiassa kiintymyshahmon läheisyydessä. Tässä vaiheessa passiivisen kiintymyskäyttäytymisen (signaalien lähettäminen, huomion herättäminen) lisäksi lapsi hakee aktiivisesti läheisyyttä merkitsevään henkilöön (seuraa toista tämän ryömiessä, liikkuessa). Toisaalta lapsi haluaa tutkia, ja toisaalta lapsi hakeutuu merkitsevän henkilön läheisyyteen, kun hän kohtaa vieraan henkilön tai uuden ympäristön. Tämän vaiheen lopussa lapsella on kyky muodostaa sisäinen representaatio/mielikuva

henkilöstä. Lapsi alkaa myös erottaa itsensä muista (Schuengel & Janssen, 2011).

4. Neljännessä vaiheessa lapsi pystyy ottamaan huomioon vanhemman toiveet ja suunnitelmat sekä eläytymään heidän tunnetiloihinsa. Lapsi huomaa, että vanhemman suunnitelmat eivät aina vastaa hänen omia suunnitelmiaan. Tässä vaiheessa muodostuu ”psykologinen läheisyys” ja lapsi tietää, että lapsesta huolehtiva henkilö tulee aina olemaan hänen tukena tarjoten läheisyyttä, huolenpitoa, lohdutusta ja turvaa.

Tässä mainittuja Bowlbyn (1984) kuvaamia vaiheita seurataan ITAB:in ensimmäisessä vaiheessa. Tämä vaihe koostuu kiintymyssuhteen muodostamisesta asiakkaan ja terapeutin välille, mikä toimii puskurina asiakkaan stressiä vastaan. On mahdollista muodostaa kiintymyssuhde kehitysvammaisen lapsen ja terveydenhuollon ammattihenkilön välille (De Schipper, Stolk & Schuengel, 2006; Zegers, Schuengel, Van IJzendoorn ja Janssens, 2006). Terapeutti saavuttaa kiintymyssuhteen olemalla herkkä lapsen signaaleille (sensitiivisyys) ja vastaamalla riittävästi näihin signaaleihin (reagointikyky, kuten läheisyyden tarjoaminen, kehuminen, rauhoittelu jne.). Terapeutti pystyy virittämään asiakkaan kanssa peilaamalla tämän käyttäytymistä ja tunteita (Sterkenburg & Dyzel, 2020; 2021; Sterkenburg, Meddeler-Polman, & Schrijver, 2021). Bowlbyn vaiheet kääntyvät myös vaiheen 1 tavoitteeksi; kiintymyssuhteen muodostaminen asiakkaan ja terapeutin välille, jossa asiakas voi hakea apua, tukea tai lohtua terapeutilta. Lisäksi Bowlbyn vaiheet näkyvät ITABin tarkemmin määritellyissä asiakkaan muissa tavoitteissa. Näitä ovat kontaktin ottaminen, liikehtiminen terapeutin kanssa, läheisyyden etsiminen, terapeutin aloitteisiin vastaaminen, kontaktin ylläpitäminen, lelujen/esineiden/ympäristön tutkiminen, itseksensä leikkiminen sekä leikistä pidättäytyminen, kun terapeutti poistuu huoneesta ja kontaktin muodostaminen uudelleen, kun terapeutti palaa huoneeseen.

Käyttäytymisterapia

Lisäksi TAB:ssä käytetään sosiaalisen oppimisen teorian elementtejä (Bandura, 1977). Sosiaalisen oppimisen teoria olettaa, että käyttäytymiseen vaikuttaa se, mikä edeltää käyttäytymistä ja mitä siitä seuraa. Tämä voidaan esittää ABC - mallina, jossa A tarkoittaa edeltävää (tai aktivoivaa tapahtumaa), B tarkoittaa käyttäytymistä ja C käyttäytymisen seurausta. Tiettyjä sosiaalisen oppimisen

teorian ITAB:ssa käytettyjä elementtejä ovat sammuttaminen (eli ei-toivotun käyttäytymisen lopettaminen), huomion siirtäminen, sosiaalinen palkkio, halutun käyttäytymisen oppiminen (esim. lyömisen sijaan opettamalla lapselle, kuinka hän voi osoittaa kädellään mitä hän haluaa tai tarvitsee) ja taitojen vahvistaminen (positiivinen vahvistaminen, kehuminen) (Gardner et al., 2018; Juffer, Bakermans-Kranenburg, & Van IJzendoorn, 2017). Näitä seikkoja käsitellään ITAB:in vaiheessa 2, ja ne on muokattu tämän vaiheen tavoitteiksi. Tämän vaiheen lopussa lapsi toimii uusien, toivottujen käyttäytymismallien mukaisesti haastavan käyttäytymisen sijaan. Lisäksi sosiaalisen oppimisen teorian elementit löytyvät tarkemmin kuvatuista muista lapsen tavoitteista. Tavoitteena on, että lapsen käyttäytyy vähemmän aggressiivisesti, itseään vahingoittavasti ja/tai vetäytyvästi ja pystyy ilmaisemaan omia toiveitaan (käyttämällä sekä sanallisia että sanattomia signaaleja).

Yleistäminen

ITAB:in vaiheen 3 tarkoituksena on edistää asiakkaan ja hoitajan välistä suhdetta. Kiintymyssuhdeteoriasta tiedämme, että kiintymyssuhde muodostuu useamman kuin yhden hoitajan kanssa (Juffer, 1993). Jokainen ihminen kykenee sisäistämään kiintymyssuhteet useisiin hoitajiin. Tätä kutsutaan myös kiintymysverkostoksi. De Schipperin, Stolkin ja Schuengelin (2005) tutkimus osoittaa, että ammattihoitajat voivat olla kiintymyshahmoja älyllisesti kehitysvammaisille lapsille, joilla on käyttäytymisongelmia. Tällöin hoitajat voivat toimia turvasatamana ja siten kompensoida kiintymyssuhdeongelmia, joita näkö- ja älyllisesti kehitysvammaiset lapset ovat aiemmin kokeneet.

Hoitajan ja asiakkaan turvallinen kiintymyssuhde antaa asiakkaalle mahdollisuuden säädellä tunteitaan paremmin stressin aikana. Hoitajan kyky reagoida herkästi on tärkeää, koska sen odotetaan vahvistavan turvallista asiakkaiden välistä vuorovaikutusta (De Schipper, Stolk & Schuengel, 2005).

Kolmannessa vaiheessa terapeutti pyrkii laajentamaan lapsen kiintymyssuhdeverkostoa.

Vaiheittainen hoito on parempi, koska kiintymyssuhde säätelee stressiä, mikä antaa asiakkaalle mahdollisuuden oppia uutta, toivottua käyttäytymistä (Schuengel et al., 2009). Tässä vaiheessa terapeutti käyttää videotallenteita. Tutkimusnäytön perusteella keskusteleminen asiakkaan ja vanhemman / hoitajan välisestä

vuorovaikutuksesta auttaa vanhempaa / hoitajaa ymmärtämään paremmin asiakkaan tarpeita (Steele et al., 2014). Videopalaute tarjoaa mahdollisuuden tehdä lapsen signaaleja ja ilmeitä näkyviksi, ja näin herkistää vanhemman/hoitajan kykyä havainnoida asiakasta ja tuntee empatiaa häntä kohtaan. Terapeutti pyytää vanhempaa/hoitajaa puhumaan asiakkaan puolesta ("sanottaa lapsen puolesta"). Tällöin vanhempi/hoitaja pukee sanoiksi asiakkaan käyttäytymisen, tunteet ja ilmeet, joita videolla näkyy. Tällä tavoin vanhempia/hoitajia kannustetaan tarkastelemaan käyttäytymistä asiakkaan näkökulmasta. Lisäksi herkkyyssketjua käytetään selittämään, kuinka tärkeää on reagoida asianmukaisesti asiakkaan osoittamiin signaaleihin.

Herkkyyssketju koostuu asiakkaan @ signaalista, merkitsevän henkilön @ reaktioista (esimerkiksi: itku @ asiakkaan lohduttaminen (esimerkiksi: lapsen syliin ottaminen / keinuminen) @ rauhallisempi hengitys (Juffer et al., 2017). Tällä tavoin terapeutti pyrkii vahvistamaan asiakkaan vanhempien/hoitajien herkkyyttä (kuten vanhemman/hoitajan muissa tavoitteissa on kuvattu) (VIPP-V: Platje et al., 2018) ja osoittamaan, kuinka lapsen ei-toivottua käyttäytymistä voidaan vähentää sosiaalisen palkkion avulla. Näkövamma (lisävamma) vaatii vanhemmilta/huoltajilta erityistä herkkyyttä, jotta henkilön muiden aistikanavien kyvyt huomioidaan ja tulkitaan asianmukaisesti hänen signaalejaan. Näkövammaiset jäävät paitsi ulkoa tulevaa visuaalista stimulaatiota, mikä tarkoittaa, että heillä on vähemmän tarvetta tutkia ympäristöä. Lisäksi näkövammaiset leikkivät enemmän "stereotyyppisiä"/toistavia leikkejä kuin ne, joilla ei ole näkövammaa (esim. laittavat leluja riviin tai pyörittelevät esineitä) (Van Duijvenboden, Pietersen ja Straus, 2018). Videotallenteet ja palaute voivat antaa oivalluksia asiakkaan käyttäytymisestä ja rohkaisevat vanhempia/hoitajia tukemaan asiakkaan kehitystä, esimerkiksi tutkimaan ympäröivää maailmaa.

Tässä vaiheessa voidaan rohkaista myös muita vuorovaikutuksen muotoja. Esimerkiksi leikkejä, joissa toinen tekee perässä samaa, mitä toinen edellä. Vaikeasti kehitysvammaisten henkilöiden vanhemmille on kehitetty erilaisia työkalupakkeja tämän tyyppisiin leikkeihin (Van Wingerden, Bos & Sterkenburg, 2021) tai Barti-mat; interaktiivinen leikkimatto (Dyzel, Dekkers-Verbon, Toeters & Sterkenburg, toim.). Videotallenteista keskusteltaessa terapeutti yhdistää molempien teorioiden elementit muihin sekä asiakkaalle että vanhemmalle/

hoitajalle asetettuihin tavoitteisiin. Katso yksityiskohtainen kuvaus ja hoitomenetelmä ITAB:lle: Sterkenburg ja Schuengel (2020).

13 Tutkimustietoa

ITAB: n vaikutuksista tehdyn tieteellisen tutkimuksen tulokset osoittavat, että ITAB-terapeutti on asiakkaalle turvasatama tämän kokiessa pelkoa, stressiä ja väsymystä sekä turvallinen perusta uusien asioiden tutkimiselle (Schuengel et al., 2009; Sterkenburg & Schuengel, 2010, 2011).

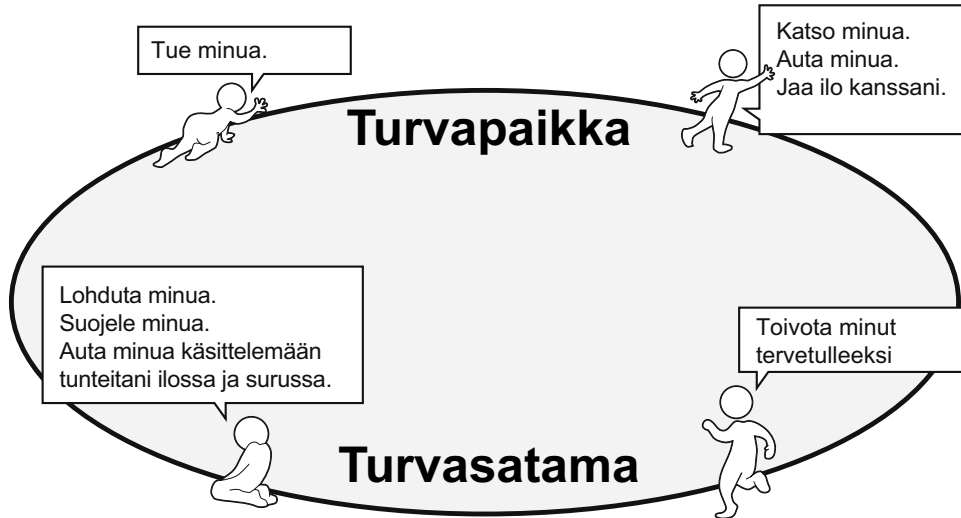
ITAB-terapian tehokkuuden tutkimiseksi kaksi terapeuttia antoi ITAB-terapiaa ja piti seurantaistuntoja vuorotellen hoitosuunnitelman mukaisesti. Ensimmäisessä vaiheessa asiakkaalla oli vuorotellen istuntoja kiintymysuhdeterapeutin kanssa (joka pyrki rakentamaan kiintymyssuhdetta) ja kontrolliterapeutin kanssa (joka antoi pelkkää positiivista huomiota asiakkaalle). Hoidon toisessa vaiheessa molemmat terapeutit antoivat samanlaista käyttäytymisterapiaa. Tutkittiin, etsikö asiakas enemmän läheisyyttä stressin hetkinä ITAB-terapeuttiin vai kontrolliterapeuttiin. Tästä pääteltiin, muodostiko ITAB-terapeutti turvasataman asiakkaalle (Schuengel et al., 2009). Lisäksi tutkittiin, siirtyikö tutkiva käyttäytyminen ITAB-terapeuttia kohtaan myös esineiden tutkimiseen (Sterkenburg & Schuengel, 2010, 2011).

Tutkimus osoitti, että ITAB-terapeutti herätti asiakkaissa huomattavasti enemmän kiintymyskäyttäytymistä kuin kontrollisessioiden terapeutti. Asiakkaiden käyttäytymisessä oli myös havaittavissa huomattavasti pitempiä jaksoja, jolloin he hakivat aktiivisesti tai erittäin aktiivisesti läheisyyttä terapeuttiin. Lisäksi sympaattisen ja parasympaattisen hermoston ollessa hyvin aktiivinen asiakkaat etsivät (erittäin) aktiivisesti selvästi pitempiaikaista läheisyyttä ITAB-terapeutilta verrattuna kontrolli-istuntojen terapeuttiin (Schuengel et al., 2009). ITAB-terapeutti toimi myös turvallisena tukikohtana asiakkaille. Asiakkaat osoittivat enemmän kiinnostusta ITAB-terapeuttia kohtaan vaiheessa 1.1 (suhteen muodostuminen)

ja vaiheessa 1.2 (symbioosi) verrattuna kontrolli-istuntojen terapeuttiin. Vaiheessa 1.3 (yksilöllistymisen rohkaiseminen) asiakkaat tutkivat enemmän esineitä (Sterkenburg & Schuengel, 2010, 2011). Tämä näkyi myös käyttäytymisterapian vaiheessa; tämä on asiakkaalle stressaava vaihe, jossa syntyy asiakkaalle vaikeita tilanteita, jotka voivat laukaista haastavan käyttäytymisen. ITAB-terapeutti ja kontrolliryhmän terapeutti kävivät läpi saman käyttäytymisterapiaohjelman, joka oli suunniteltu jokaiselle asiakkaalle erikseen. Psykofysiologiset mittaukset istuntojen aikana sykkeen perusteella osoittivat, että ITAB-terapeutin antamana käyttäytymisterapia oli huomattavasti vähemmän stressaavaa verrattuna kontrollihoitoistuntoihin. Lisäksi todettiin, että kaikkien asiakkaiden haastava käyttäytyminen oli vähentynyt hoitojakson loppuun mennessä. Tämä näkyi sekä terapiaistuntojen aikana että päivittäisessä elinympäristössä. Positiivinen vaikutus havaittiin sekä alku- että lopullisissa diagnooseissa, jotka perustuivat Haastavan käyttäytymisen konsensus-toimintamalliin (CEP) (Kramer, 2001), Häiritsevään käyttäytymisasteikkoon (hollanniksi: Storend Gedragschaal-Z SGZ, Kraijer & Kema, 1994), päivittäismerkintöihin ja terapiaistuntojen aikana tehtyihin riippumattomiin havaintoihin. Jo terapian ensimmäisessä vaiheessa haastava käyttäytyminen oli vähentynyt huomattavasti, ja tämä jatkui terapian toisessa ja kolmannessa vaiheessa. Koska asiakkaat osoittivat huomattavasti enemmän toivottua käyttäytymistä ITAB-terapeutin kuin kontrolliterapeutin antamien käyttäytymisterapiaistuntojen aikana, ITAB-hoito osoittautui tehokkaammaksi kuin kontrolli-istunnot. Näiden havaintojen pohjalta voidaan päätellä, että ITAB-terapia oli tehokkaampaa asiakkaille kuin pelkästään käyttäytymisterapian tarjoaminen. Kontrolli-istunnon pitäjä oli terapeutti, jonka asiakas tunsi, mutta jonka kanssa hän ei ollut rakentanut kiintymyssuhdetta (Sterkenburg, Schuengel & Janssen, 2008).

14 ”Turvallisuuden kehä”

”Turvallisuuden kehän” kehittivät Marvin, Cooper, Hoffman ja Powell (2002), ja sitä voidaan käyttää kuvaamaan sidosprosessia.



Turvallisuuden kehä

Perustuu: Turvallisuuden kehä: Mitä lapset tarvitsevat vanhemmiltaan (Marvin, Cooper, Hoffman & Powell, 2002; Powell, Cooper, Hoffman & Marvin, 2016).

Turvapaikka tarkoittaa, että voi turvautua merkitsevään henkilöön, joka on emotionaalisesti saatavilla ja joka voi tarjota lohtua ja suojaa. Tällainen herkästi reagoiva kiintymyshahmo edistää tunteiden säätelyä (Sterkenburg, Zaal & Dekkers- Verbon, 2021). Turvallinen tukikohta tarjoaa henkilölle tilaa tutkia, tutustua ympäristöön ja saada tukea merkitsevältä henkilöltä / hoitajalta. Tämä tukee henkilön tutkimiskäyttäytymistä. Tämä viittaa lauseeseen: ”Tarvitsen sinua... tukemaan tutkimista.”

Oppiminen ja löytäminen tapahtuvat hetkissä. Kun joku on peloissaan tai tarvitsee varmistusta/läheisyyttä, henkilö voi hakea lohtua merkitsevältä henkilöltä (turvasatama). Kun henkilö on saanut lohdutusta ja turvaa, hän voi jatkaa ympäristön tutkimista turvallisesta tukikohdasta. Turvallinen tukikohta ja turvasatama ovat toisistaan riippuvaisia. Henkilö tuntee olonsa turvalliseksi siellä, missä on tasapaino turvapaikan ja turvasataman toimintojen välillä (Powell et al., 2016).

15 ITAB: in interventioprosessin arviointi

RINO-ryhmässä (post-master-koulutuskeskus Utrechtissa, Alankomaissa) on järjestetty vuosittainen kiintymyssuhdeterapian peruskurssi vuodesta 2006 lähtien, ja yksitoista kehityopsykologia ovat tähän mennessä käyneet myös kiintymyssuhdeterapian käytännön kurssin. Käytännön kurssi koostuu kahdestatoista enintään kolmen tunnin kokouksesta, jotka pidetään kuukauden välein. Tapaamiset pidetään kahden tai kolmen kurssilaisen ryhmässä tai yksin (tunti/kerta). Kurssille osallistuvat oppivat suorittamaan ITAB-terapiaa itsenäisesti ohjatusti. Niille kurssilaisille, jotka saivat ohjausta 2019 vuoteen saakka, lähetettiin anonymi linkki Qualtricsin kyselyyn sähköpostitse. Kuusi yhdestätoista ITAB-terapeutista täytti kyselylomakkeen. Näistä neljä (66,7 %) oli aloittanut ITAB-hoidon kolme vuotta sitten, yksi vastaaja (16,7 %) kaksi vuotta sitten ja toinen hiljattain.

Kyselyn vastaukset osoittavat, että tällä hetkellä kehitettyä ja testattua terapiatoimintamallia voidaan toteuttaa käytännössä, eikä sitä tarvitse juurikaan parantaa. Lähes kaikki vastaajat onnistuivat noudattamaan terapiatoimintamallia, vaikka siinä on muutamia sudenkuoppia. Yksi ehdotus toimintamallin parantamiseksi oli, että sitä muokattaisiin sovellettavaksi myös henkilöihin, joilla on motorisia rajoitteita, esimerkiksi pyörätuolia käyttäviin. Lisäksi kaikki eivät onnistuneet viemään läpi terapiaa vuoden kuluessa. Tämä näkökohta voitaisiin ottaa paremmin huomioon. Koska ITAB on intensiivinen (kolme istuntoa viikossa) ja terapiajaksoa pidennetään usein, asiakkaiden vaihtuvuus ei ole kovin korkea. Vastaajat ilmoittivat terapialla olevan kysyntää, ja asiakkaita olevan jonossa odottamassa terapiaa. Lisää terapeutteja voitaisiin mahdollisesti kouluttaa tulevaisuudessa tarjoamaan enemmän ITAB-terapiaa. Lähes kaikki vastaajat olivat käyneet läpi kaikki terapian vaiheet. Yksi vastaaja ei ollut pystynyt viemään toista eikä kolmatta vaihetta läpi, mutta oli käynyt läpi perusteellisesti ensimmäisen vaiheen kaikki alavaiheet. Enemmän huomiota voitaisiin kiinnittää käyttäytymisterapiaan ja yleistämisvaiheeseen sekä hoitajien/vanhempien yleiseen neuvontaan intervention jälkeen. Tämä on tärkeää, koska puolet vaikeasti älyllisesti kehitysvammaisista asiakkaista palasi hoitoon, esimerkiksi

koska toteutus tiimissä oli ollut tehotonta tai heikentynyt tiimissä tapahtuneiden muutosten takia.

16 ITAB käytännössä

Prosessin arviointi osoittaa, että toimintamalliin voidaan lisätä työkaluja käyttäytymisterapiasta ja yleistämisestä. Kyselyyn vastaajien ja muiden ITAB-terapeuttien kokemuksilla voi olla tärkeä rooli näissä vaiheissa. Siksi päätettiin yhdistää seitsemän ITAB-terapeutin erilaiset kokemukset, jotta terapeutit saavat laajemman ymmärryksen terapian etenemisestä.

17 Lasten ja näkö- ja älyllisesti kehitysvammaisten aikuisten hoito

Sterkenburgin ja Braakmanin kirjassa (2019) kuvataan yleisesti näkö- ja älyllisesti kehitysvammaisten lasten ja aikuisten hoidossa huomioitavia asioita. Näitä ovat:

- a. On äärimmäisen tärkeää kiinnittää huomiota turvalliseen terapiaympäristöön: Mikäli mahdollista, on tärkeää että asiakas voi ilmaista, missä hän haluaa istua (selkä ikkunaan tai hämärämmässä valossa).
- b. Kiinnitä huomiota, että huonekalut ovat turvallisia, mukaan lukien pyöristetyt pöydän kulmat.
- c. Pyri ehkäisemään taustamelua.
- d. Varmista, että osaaminen ja tieto siirtyvät asiakkaalle, vanhemmille ja hoitajille ymmärrettävästi.
- e. Käytä vastavärejä ja isoja kuvamerkkejä.
- f. Jos kyseessä on harjoitus, pidä kesto sopivana ja kieli ymmärrettävänä.
- g. Varmista, että vanhemmat ja huoltajat osallistuvat hoitoon, koska he voivat auttaa tulkitsemaan näkövammaisuuteen liittyviä merkkejä tai käyttäytymistä.

ITAB:in aikana on hyvä huomioida edelleen seuraavia seikkoja: Varmista ennakoitavuus selittämällä, missä aiot istua, mitä aiot tehdä ja mitä ympäristössä tapahtuu. Selitysten toistaminen voi myös olla tärkeää, jotta asiakkaalla on hyvä käsitys siitä, mitä tulee tapahtumaan ja/tai mitä häneltä odotetaan. Näkövammaiset henkilöt tarvitsevat enemmän aikaa tiedon käsittelyyn: anna asiakkaalle hänen tarvitsemansa aika ja muista hidastaa tahtiasi. Kun otat kontaktia asiakkaaseen, mainitse myös hänen nimensä. Mainitsemalla hänen nimensä asiakas tietää, että puhut hänen kanssaan.

Sen lisäksi, että ilmaiset puheella, mitä ympäristössä tapahtuu, sanota myös asiakkaan tunteet ja käyttäytyminen. Kutsumme tätä ”tunteiden ja käyttäytymisen peilaamiseksi” (Sterkenburg et al., 2021). Näkövammaisten asiakkaiden kanssa kiinnitä vielä enemmän huomiota äänesi sävyyn ja puhuttujen sanojesi rytmiin. Yritä puhua rauhallisesti, jotta voit rauhoittaa asiakasta, joka voi olla hyvin stressaantunut. Toista viestisi. Esimerkiksi: ”Eikö olekin jännittävää istua sohvalla yhdessä? Eikö olekin jännittävää? Istun vain sohvalle kanssasi; joten vedetään henkeä yhdessä, kun istumme sohvalle yhdessä.”

Kun hoidon aikana käytetään leluja tai esineitä, laita ne samaan paikkaan. Asiakas voi sitten ajan myötä löytää ne itse.

Osa 2: Käytäntö

Yhteenveto ja johtopäätökset

Yhteenveto ja johtopäätökset

Yhteenveto ja johtopäätökset

Yhteenveto ja johtopäätökset

Yhteenveto ja johtopäätökset

Yhteenveto ja johtopäätökset

Yhteenveto ja johtopäätökset

Yhteenveto ja johtopäätökset

Johdanto

Osa 1 sisältää yksityiskohtaisen kuvauksen ITAB:n tieteellisestä perustasta ja terapiamenetelmän kuvauksen. Terapia on sovittujen menetelmien mukainen (Dozier, Highley, Albus, & Nutter, 2002; Došen, 1990; Došen & Day, 2001; Fisher, Ellis ja Chamberlain, 1999).

Se yhdistää suhteen muodostamisen (kiintymyssuhdeteoria) ja uuden halutun käyttäytymisen oppimisen (oppimisteoria). Integratiivisen terapian kiintymyssuhdekäyttäytymisen (ITAB) terapiamenetelmää kuvataan laajasti myös julkaisuissa Sterkenburg ja Schuengel (2020), ja muutoksen vaikutuksista ja taustalla olevista mekanismeista on tehty tieteellistä tutkimusta (Schuengel, De Schipper & Sterkenburg, 2003; Sterkenburg, Janssen, & Schuengel, 2008, Sterkenburg, Schuengel ja Janssen, 2008; Schuengel, Sterkenburg, Jeczynski, Janssen ja Jongbloed, 2009).

Osa 2 sisältää useita terapeutin kuvaamia käytännön tapauksia, ja tapauskuvaukset on kirjoitettu ensimmäisessä persoonassa. Henkilöt, jotka ovat tapauksiin osallistuneet, ovat antaneet suostumuksensa anonymisoitujen tapausten julkaisemiseen.

Alussa on lyhyt kuvaus henkilöstä, ongelmista ja valmistautumisesta ITAB-terapiaan. Seuraavaksi on kuvaus ITAB-terapian kulusta ja sen vaiheista sekä alavaiheista:

Vaihe 1: Kiintymyssuhdeterapia

Vaihe 1.1. Suhteen luominen

Vaihe 1.2 Symbioosi

Vaihe 1.3 Yksilöllistymiseen rohkaiseminen

Vaihe 2: Käyttäytymisterapia

Vaihe 3: Yleistäminen

Lopuksi kerrotaan lopettamisvaiheesta, jota seuraa asiakkaan omaisten antama palaute. Tapauksen lopussa terapeutti esittelee itsensä.

1 Evan tapaus

Nuori nainen, jolla on näkö- ja liikuntavamma sekä vaikea älyllinen kehitysvamma

Margot Vos

1 Johdanto tapaukseen

1.1 Tulotilanne ja arviointi

Eva on nuori aikuinen nainen, jolla on näkö- ja liikuntavamma sekä vaikea älyllinen kehitysvamma. Hänen vammansa syytä ei ole pystytty tunnistamaan. Vaikka vamman uskottiin johtuvan monista synnynnäisistä häiriöistä muodostuvasta oireyhtymästä, geneettisessä tutkimuksessa oireyhtymää ei löytynyt. Pian syntymän jälkeen hänet leikattiin sydänvian takia. Hän on heikkonäköinen, ja hänellä on kompleksisia silmävikoja, joiden vuoksi hänet leikattiin nuorena. Eva kuulee hyvin ja ymmärtää yksinkertaisia lauseita. Vaikka hän ei puhu, hän pystyy kommunikoimaan ei-sanallisesti käyttäytymisen kautta. Hän on kiinnostunut puuhailemaan muovisten ja lehdistä leikattujen värikkäiden valokuvien kanssa. Hän päästää ne käsistään tuulettimen alla, heittää niitä ympäriinsä ja rapistelee niitä. Tämä lisää kuitenkin hänellä jännittyneisyyttä ja vakavaa itsensä vahingoittamista. Tämä itsensä vahingoittaminen on johtanut fyysisiin ja toiminnallisiin vaurioihin. Hoitajat kokevat, että Evan pelko aiheuttaa vakavaa toimintakyvyttömyyttä. Asiakkaan aiemman tutkimuksen perusteella, jossa käytettiin Vaikean haastavan käyttäytymisen konsensustoimintamallia (*konsensusprotokolla Ernstig Probleemgedrag*, CEP), hänellä oli erittäin vakava ongelma (pisteet 3).

Vuoden 2015 tehdyn arvioinnin perusteella heräsi kysymys: Onko kyse kiintymyssuhdehäiriöstä ja jos on, mitä hoitoa suositellaan? Diagnoosi perustuu hollantilaiseen seulontainstrumenttiin, Häiriintyneen kiintymyskäyttäytymisen signaalilistaan (LSDB: Boris & Zeanah, 2005, Zeanah, Mammen & Lieberman, 1993).⁴

4 Luettelo pienten lasten häiriintyneen kiintymyssuhteen oireista (BSDA), Boris ja Zeanah (2005)

Molempia vanhempia ja henkilökohtaista hoitajaa haastateltiin. Lisäksi käytiin läpi asiakasasiakirjoja. Toiseksi arvioitiin hänen kiintymyskäyttäytymistään. Tämä tehtiin käyttämällä Kliinistä kiintymyssuhteen havainnointia (COA). Tämän tulokset sisällytettiin LSDB:n arviointiin. Arviointi tehtiin kuten Dekker-Van der Sande ja Janssen (2010) ovat kuvanneet.

LSDB: n keskimääräinen pistemäärä 24,1 osoittaa, että kiintymyssuhdehäiriö on todennäköinen. Vuonna 2016 Eva rekisteröitiin ITAB:iin päiväaikaista toimintaa järjestävän palvelulaitoksen neuvontapisteen kautta, jossa hän joutui jonottamaan hoitoon pääsyä. Hoito alkoi keväällä 2017 ja jatkui heinäkuuhun 2019.

1.2 Valmistautuminen ITAB:iin

Eva asuu kotona vanhempiensa kanssa. Päivisin hän on asumisyksikön yhteydessä olevassa päivätoimintakeskuksessa. Evalla on iltapäivähoitoa yhdessä asumisryhmistä. Lähtitulevaisuudessa hänen on tarkoitus myös yöpyä tässä asumisryhmässä. ITAB on suunniteltu toteutettavaksi päivätoimintakeskuksessa tiiviissä yhteistyössä siellä toimivan tiimin kanssa.

Keskustelin omahoitajan kanssa siitä, missä ja mihin aikaan terapiaa tulisi antaa. Aluksi valitsimme kiinteän ajan kiinteinä päivinä: joka maanantai-, keskiviikko - ja perjantaiamu. Mutta pysyvää paikkaa oli vaikea sopia; paikan piti olla tuttu, rauhallisessa ympäristössä ja siellä tuli olla kuvausmahdollisuus. Aluksi päädyimme pohjakerroksen vierashuoneeseen. Ensimmäisen tapaamisen aikana kävi kuitenkin selväksi, että tässä vieraassa tilassa Eva tunsu olonsa epävarmaksi. Siksi siirsimme terapian Evan omaan huoneeseen päivätoimintakeskukseen, jossa hän hyväksyi minut. Haittapuolena oli kuitenkin se, ettei kuvaaminen onnistunut hänen huoneessaan. Siksi ensimmäisen yhteydenoton jälkeen siirsimme terapian hänelle tuttuun liikuntatilaan.

Omahoitaja informoi vanhempia ja varasi ajan haastattelua varten. Tämän haastattelun aikana selitettiin ITAB:in tavoitteet, keskusteltiin odotuksista ja tehtiin sopimuksia työmenetelmistä, keskinäisestä viestinnästä, suostumuksesta saada Evan asiakastietoja sekä filmimateriaalin käytöstä. Sovimme, että raportoin jokaisesta istunnosta sekä vanhemmille että omahoitajalle ja teen määrääjoin

väliarvioinnin. Lisäksi sain jokaisen istunnon jälkeen lyhyen palautteen päivätoimintakeskuksen tiimiltä.

2 ITAB-hoito

2.1 Vaihe 1: Kiintymyssuhdeterapia

Vaihe 1.1: Suhteen muodostaminen – kontaktin ottaminen

Alun perin olin varannut istuntoja varten tilan päivätoimintakeskuksen ulkopuolelta. Eva alkoi lyödä itseään kasvoihin ja itkeä huoneessa. Hän makasi vuorotellen sängyn ja tyynyn päällä. Seurasin häntä, mutta hän ei antanut minun lohduttaa itseään. Valitettavasti hänen onnistui lyömään itseään niin kovaa, että hänen nenänsä alkoi vuotaa verta. Vein hänet kylpyhuoneeseen ja pyyhin hänen kätensä ja kasvonsa märällä pesulapulla. Toistin tämän muutaman kerran, koska se tuntui rauhoittavan häntä. Sen jälkeen Eva käveli ovelle. Kun menin seisomaan hänen viereensä, hän kietoi kätensä hartioideni ympärille ja veti ovenkahvasta. Tulkitsin tämän pyynnöksi poistua huoneesta ja avasin oven. Sanoitin tämän, ja kävelimme yhdessä takaisin päivätoimintakeskukseen, jossa olimme hetken hänen huoneessaan. Eva hyväksyi läsnäolon. Tuon ensimmäisen kokemuksen takia jäin hänen huoneeseensa kahden seuraavan istunnon ajaksi, ja hän hyväksyi läsnäolon. Kun hän lähti huoneesta, seurasin häntä. Kun hän meni takaisin huoneeseensa, seurasin häntä.

Noin kaksi viikkoa ensimmäisen tapaamisen jälkeen aloin pitää harjoituksia liikuntatilassa. Aluksi Eva ei liittynyt seuraani heti, kun kutsuin häntä: hän löi itseään kasvoihin tai meni pois luotani. Osoittautui tärkeäksi odottaa, kunnes hän oli päättänyt, liittyisikö hän minuun vai ei, ja olin ilmaissut selvästi sanoilla sen, mitä aiomme tehdä. Tästä tuli pysyvä rituaali; Odotin mukanani valokuvia ja aikakauslehtiä sisältävä muovilaatikko, kunnes hän reagoi. Sen jälkeen saatoin pyytää hänet mukaani. Jonkin ajan kuluttua Eva reagoi suoraan läsnäolooni nousemalla seisomaan ja tarttumalla käteeni. Koko terapiajakson aikana muovilaatikon osoittaminen säilyi signaalina siitä, että aiomme tehdä jotain yhdessä.

Liikuntatilassa noudatimme aluksi myös pysyvää rituaalia, jossa ympäristö pysyi samana, samoin kuin istunnon kulku. Jonkin ajan kuluttua Eva ei enää tarvinnut tätä rituaalia ja rituaalia voitiin muunnella. Aluksi Eva määritteli jokaisen istunnon pysymällä

liikuntatilassa tai kävelemällä poistumisovelle (joko lyhyen tai pidemmän ajan kuluttua). Tulkitsin tämän niin, että hän halusi palata ryhmän oleskeluhuoneeseen ja seurasin häntä sinne. Vähitellen Eva viipyi liikuntatilassa pidempiä aikoja. Toisaalta siksi, että hän halusi sitä, ja toisaalta siksi, että yritin viivyttää hetkeä, jolloin hän seisoi ovella (katso Symbioosi).

Jonkin ajan kuluttua Eva pystyi jäämään, kunnes annoin lopetusmerkin. Tätä varten kehitimme myös rituaalin; noustakseen seisomaan Eva tarvitsi apuani; Istuin polvilleni ja Eva nousi ylös käyttäen hartioitani tukena. Myöhemmissä istunnoissa rituaalia ei tarvittu; ilmoitus, että ”olemme valmiita ja kerätään tavarat” muodostui riittävän tunnistettavaksi.

Vaihe 1.2: Symbioosi

Liikuntatilassa työskentelimme suurella istuintyynyllä. Eva istuutui ja etsi kuvia tai aikakauslehtiä muovilaatikosta, jonka varmistin aina olevan hänen käsivartensa ulottuville, jotta hän löytäisi niitä helposti itse. Sitten hän makasi ja liehutti kuvia tuulettimen edessä. Istuuduin lähelle hänen viereensä. Muutaman ensimmäisen kuukauden ajan Eva haki paljon fyysistä kontaktia: hän laittoi jalkansa minun jalkojeni päälle, kietoi kätensä minun ympärilleni, keinutti itseään minua vasten. Tulin mukaan laittamalla käteni hänen hartioidensa ympärille, keinumalla, laulamalla ja hieromalla hänen hartioitaan tai olkavarsiaan.



Noina hetkinä hän saattoi vetää hiuksistani kovaa. Hänen äitinsä kuvaili sitä ”rakkauden merkiksi”. Ymmärsin sen samalla tavalla: Kun hän veti hiuksistani, laitoin käteni hänen päälleen, tulin mukaan liikkeeseen ja puin hänen tunteensa sanoiksi. Tällä tavoin seurasin asiakkaan aloitetta muodostaa kontakti minuun, mutta samalla varmistin, ettei hänen hiuksistani vetäminen satuttanut minua. Kun seurasin hänen liikkeitään, hän rentoutui ja päästi sen jälkeen taas irti hiuksistani. Hän lakkasi aikanaan vetämästä hiuksistani, mutta sillä saattoi olla myös jotain tekemistä sen kanssa, että kontaktimme muuttui ajan myötä vähemmän fyysiseksi.

Peilasin hänen leikkiään valokuvilla ja lehdillä. Keräsin hänen kuviaan, kun hän oli heittänyt ne ympäri huonetta. Jonkin ajan kuluttua tein muunnelmia; Eva heitti kuvat pois ja minä heitin ne jälleen takaisin. Tai annoin hänelle valokuvia, jotka hän sitten heitti pois. Saatoimme joko heiluttaa tai selata lehteä yhdessä, tai ”nuuskia” (joskus kirjaimellisesti: näkövamma pienentää näköetäisyyttä!) yhdessä sanoen, kuinka hyvältä se tuoksui, tai kerroin rauhallisella äänellä kaiken, mitä sivulla näkyi.

Pian Eva alkoi kysellä minulta asioita taputtamalla minua, työntämällä kättäni tiettyyn suuntaan tai viemällä minut tiettyyn paikkaan. Reagoin tähän aina myönteisesti, minkä seurauksena hänen kysymysmääränsä kasvoi. Hän oli myös yhä aloitteellisempi toiminnassamme istuntojen aikana. Myöhemmin pystyin olemaan enemmän ja vähemmän reagoiva. En enää aina pyrkinyt heti vastaamaan kysymyksiin, vaan odotin hetken. Jos Eva esimerkiksi seisoi ovella lopettaakseen istunnon, saatoin kävellä ympäri liikuntatilaa hänen kanssaan, ja Istuutua hänen kanssaan jonnekin muualle jatkamaan toimintaa. Kun hän tönäisi kättäni, odotin hetken, kunnes hän ilmaisi selvemmin, mitä halusi.

Hetkiä, jolloin Eva oli levoton tai vahingoitti itseään, oli säännöllisesti. Silloin yritin rauhoittaa ja lohduttaa häntä, minkä jälkeen hän lopetti nopeasti itsensä vahingoittamisen. Surullisena ollessaan häntä oli vaikeampi lohduttaa. Eva saattoi maata minua vasten jopa kaksikymmentä minuuttia ja itkeä. Muutaman kuukauden kuluttua nämä levottomuus- ja itkujaksot lyhenivät. Eva antoi lohduttaa itseään nopeammin, minkä jälkeen hän pystyi jatkamaan toimintaa.

Myöhemmin levottomuutta ja itsensä vahingoittamista esiintyi vain satunnaisesti.

Vaihe 1.3: Yksilöllistymiseen rohkaiseminen

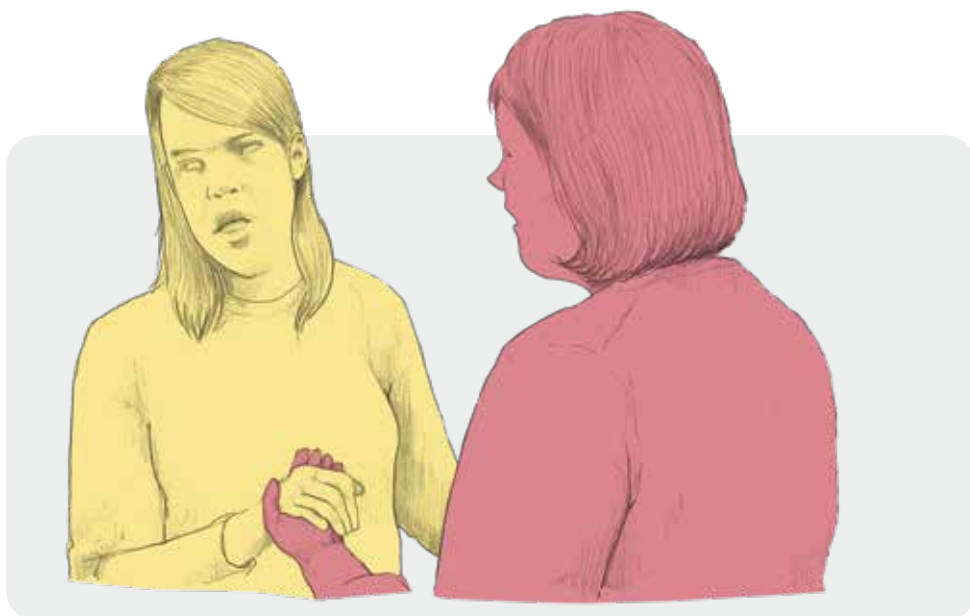
Jonkin ajan kuluttua laajensin leikkiämme valokuvilla ja aikakauslehdillä - huomioiden hänen näkövammansa - muilla leikkimateriaaleilla, kuten musiikkilaatikoilla, musiikkikirjoilla, piikkipalloilla, valaistuilla palloilla.

Heitin yhtäkkiä pallon kuvien väliin. Lisäsimme myös ”musiikkikirjoja” muovilaatikkoomme. Eva rakasti kirjoista tulevia ääniä ja piti kirjat lähellä korvaansa. Hän aloitti itse eräänlaisen kurkistusleikin.

Ryhmässä hän saattoi nauttia vetäessään jotain päänsä yli, kuten takkia tai peittoa. Toin myös peiton mukaan istuntoihin. Kun hän veti sen päänsä yli, huusin: ”Missä olet nyt? En näe sinua enää!” Ja kun hän otti peiton pois päänsä päältä, sanoin: ”Ahaa - siinähan sinä olet taas!”

Eva rakasti tätä leikkiä: hän veti peiton päänsä päälle kerta toisensa jälkeen ja odotti, kunnes huusin: ”Missä olet nyt?”, jonka jälkeen hän nauroi. Myöhemmissä istunnoissa hän pystyi myös ravistamaan peittoaan ja vetämään sen sitten pois!

Vuorottelu osoittautui myös hauskaksi peliksi. Esimerkiksi: kun Eva polki jalkaansa maahan, tein samoin. Parin kerran jälkeen vaihdoimme rooleja: Eva löi maahan kantapäällään minun odottaessa, jonka jälkeen tein saman, ja hän teki sen uudelleen. Hän piti leikkimisestä aktivaatiolelun kanssa, jonka avulla hän pystyi saamaan aikaan kaikenlaisia ääniä. Hän nautti kovasti sen lattiaan pamauttamisesta, minkä jälkeen sanoin «Pum». Sitten hän toisti tekonsa ja riemuitsi.



Eva tarvitsi hieman enemmän aikaa tottuakseen laajempiin toimintoihin. Liikuntatilassa oli suuri (ilma) tyyny. Kun näytin hänelle tyynyn ensimmäisen kerran, hän ei ollut kiinnostunut. Sitten pumpppasin tyynyyn ilmaa muutaman kerran, minkä jälkeen (hänen uteliaisuutensa voitti ja) hän kiinnostui. Hän meni itseksensä katsomaan, mikä se oli, ja kiipesi hyvin varovasti sen reunalle. Minun läsnä ollessani ja hänen kuvansa ja aikakauslehtensä lähellä Eva uskalsi mennä joka kerta hieman pidemmälle, kunnes hän lopulta makasi kokonaan tyynyn päällä! Kerran, kun en ollut pumpannut tyynyä, hän itse pyysi minua pumpppaamaan sen. Hän teki tämän viemällä minut (tyhjälle) ilmatyynylle ja työntämällä käteni sitä kohti. Näin tämän saman toimintamallin, kun käytimme taikapöytää⁵ aulassa.

Pari ensimmäistä kertaa olin laittanut kaiken valmiiksi ja tuonut Evan (mukana muovilaatikko, jossa oli valokuvia ja lehtiä) tilaan. Eva istuutui kanssani pöydän ääreen, ja leikimme pääasiassa valokuvilla.

5 Tovertafel (jäljempänä taikapöytä) on pieni laatikko, jossa on projektori, anturit, kaiuttimet ja prosessori, jotka yhdessä heijastavat erilaisia pelejä pöydälle. Värilliset kohteet reagoivat käsien ja käsivarsien liikkeisiin.

Seuraavilla kerroilla hän huomasi paremmin pöydällä olevat kuvat ja niihin liittyvät äänet.

Hän saattoi maata nenä pöydässä kiinni tai katsoa johonkin suuntaan. Hän nauroi erilaisille äänille ja musiikille. Muutaman kerran jälkeen Eva pystyi viemään minut taikapöydän luo heti tullessamme sisään. Myös tässä toiminnassa muovilaatikko ja sen sisältö olivat edelleen tärkeitä. Jos unohdimme sen, hän palaisi takaisin hakemaan sen!

2.2 Vaihe 2 Käyttäytymisterapia

Kiintymyssuhdeterapiavaiheen jälkeen suuri osa levottomasta käyttäytymisestä oli jo hävinnyt. Kuitenkin levotonta käyttäytymistä iltapäivisin ilmeni säännöllisesti. Tämä käyttäytyminen ilmeni seuraavasti: Eva oli fyysisesti levoton, etsivä, seiso i ovella tai ikkunan luona. Hän saattoi itkeä ja vahingoittaa itseään, eikä hyväksynyt mitään huomiota tai häiriötekijöitä. Hoitajat tunsivat suurta epävarmuutta siitä, miten pitäisi toimia; sellaisina hetkinä he tuskin kykenivät ottamaan häneen kontaktia. ABC-analyysin tekemistä suunniteltiin, mutta eri syistä hoitajat eivät onnistuneet tekemään sitä. Siksi siirsin sessiot Evan kanssa iltapäivään. Siten saatoin nähdä itse, mitä tapahtui, ja kokeilla, mitä Eva tarvitsi päästäkseen pois sellaisesta mielentilasta. Perusteellista ABC-analyysiä varten minulla oli erillinen konsultaatio Evan hoitajien kanssa, ja keskustelimme hänen päiväohjelmastaan liittyen hänen levottomuutensa iltapäivisin.

Iltapäivänistunnoissa Evan mielialat saattoivat vaihdella. Ne vaihtelivat rentoutuneesta erittäin levottomaan. Istuntojen kulku riippui tuolloin hänen mielialastaan. Hän palasi kuitenkin joka kerta leikkimään ja pitämään hauskaa, kun rauhoitin häntä. Tästä opin, että huolimatta myöhäisemmästä vuorokaudenajasta, hän pystyi silti ottamaan vastaan lohdutusta ja apua ihmiseltä, johon hän luotti.

Hoitajien haastattelut osoittivat, että päivän aikana esiintyi paljon levottomuutta ja epävarmuutta. Henkilöstön kokoonpanossa ja päiväohjelmassa ei ollut pysyvyyttä. Tämän seurauksena Evalta puuttui päivästä rakenne ja toimintojen jakaantuminen tasaisesti koko päivän ajalle. Tämän takia hän väsähti lounaan jälkeen, eikä enää pystynyt lähtemään aktiviteetteihin, ja hän tarvitsi enemmän henkilöä, johon hän luotti. Näihin tilanteisiin kohdennettiin toimenpiteitä; muodostettiin pysyvä tiimi, joka koostui kahdesta päivätoimintakeskuksen vakituisesta työntekijästä, ja joiden tukena oli kaksi vakituista työntekijää asumisyksiköstä. Päiväohjelmassa

esitettiin konkreettisesti työ ja toiminta jokaisen päivän osalta. Hoitajat noudattivat tätä päiväkohtaista ohjelmaa.

2.3 Vaihe 3: yleistäminen ja lopetusvaihe

Keskusteluissa hoitajien kanssa kävi myös ilmi, että he eivät tienneet, miten saada kontakti Evaan. Kun hän oli rentoutunut, he pelkäsivät ”häiritä” häntä. Heidän kokemuksensa oli, että jos he yrittivät ottaa kontaktia Evaan, hän pyysi jotain, josta heidän täytyi kieltäytyä, jolloin Eva vahingoitti itseään. Kun hän taas oli jännittynyt ja levoton, he eivät tienneet, miten toimia. Analyysin perusteella sellaisella hetkellä Eva oli liian kiihtynyt ja tarvitsi rauhaa ja hiljaisuutta ”olla yksin huoneessaan”. Siksi hänelle tarjottiin ”eristäytymistä”. Tämä taas johti siihen, että kontakti hoidollisten hetkien ulkopuolella väheni minimiin.

Koska hoitajat olivat epävarmoja siitä, miten olla kontaktissa Evan kanssa, he eivät voineet olla hänen tarvitsemiaan luotettavia henkilöitä. Tämän takia terapian loppuvaihe päätettiin keskittää hoitajien ja Evan välisen kontaktin edistämiseen. Tätä varten käytettiin kontaktivalmennusmenetelmää Viisi Elefanttia (*Vijf Olifanten*, De Geeter & Munsterman, 2017). Kaikki neljä tiimin jäsentä seurasivat tätä kontaktivalmennusta. Kontaktimallin esittelyn jälkeen heitä valmennettiin olemaan kontaktissa Evan kanssa hyödyntäen videopalautetta. Luottamuksen rakentamiseksi sovittiin, että he käyttäisivät tätä tietoa ja opetteluhetkiään päivittäin ollessaan kontaktissa Evan kanssa. Siitä lähtien tällaiset kontaktihetket ovat olleet mukana uudessa päiväohjelmassa.

Tämä lisäsi minusta erityisesti Evan luottamusta uskoutua myös hoitajilleen. Side, jonka hän rakentaa tällä tavalla hoitajiinsa, muodostaa puskurin päivittäistä stressiä vastaan ja antaa hänelle mahdollisuuden laajentaa kokemuspiiriään.

3 Lopetusvaihe

Eva on oppinut rakentamaan luottamuksellisen suhteen ”luotettavaan henkilöön”. Sopeutuminen Evan tahtiin ja tunnistettavien rituaalien käyttäminen ovat auttaneet häntä tässä. Suhteiden vahvistuessa Eva näyttää myös pystyvän päästämään irti näistä rituaaleista. Suhteet, joita hän luo nyt hoitajiensa kanssa, muodostavat puskurin päivittäistä stressiä vastaan ja antavat hänelle tilaa laajentaa

kokemuspiiriään. Luotettujen hoitajiensa kanssa hän voi nyt pitää hauskaa, pyytää apua ja lohtua ja ottaa vastaan uudenlaisia toimintoja. Eva hyväksyy luotetun henkilön tilapäisen poissaolon. Heidän taas tavatessaan hän jatkaa siitä, mihin jäätiin. Hänellä on jonkinlainen käsitys rooleista leikissä (vuorottelu), mutta hän ei kykene tuntemaan empatiaa toista kohtaan. Tämän vuoksi hänen tapansa esittää kysymyksiä tuntuu joskus jokseenkin itsepintaiselta, vaikka hän ei sitä tarkoita. Hänellä on omia tuttuja asioita, kuten valokuvia ja aikakauslehtiä. Nämä ovat hänelle tärkeitä tuki. Niiden lähellä ollessa hän uskaltaa tarttua uusiin haasteisiin.

ITAB:in tavoite vähentää stressin kasautumista ja itsensä vahingoittamista on suurelta osin saavutettu. Omahoitajien pelko toimia Evan kanssa on vähentynyt suurelta osin kontaktivalmennuksella. Jännitystä syntyy edelleen tilanteen ollessa epäselvä, jos hänelle tärkeät hoitajat ovat poissa tai jos hän on fyysisesti huonovointinen. Vähintään yhden luotettavan hoitajan läsnäolo ja tuttu päiväohjelma ovat edelleen edellytys sille, että Eva voi tuntea olonsa mukavaksi ja turvalliseksi. Omahoitajat joutuvat edelleen tekemään töitä ollessaan kontaktissa Evan kanssa. Uudet hoitajat tarvitsevat tähän apua muun muassa noudattamalla tiimin kehittämää ”suhteen kehittämissuunnitelmaa”.

Mielestäni ITAB on erittäin tehokas tapa olla kontaktissa asiakkaaseen ja saada asiakkaan luottamus. Intensiivisen yksilöllisen kontaktin aikana luottamus kasvaa nopeasti, mikä mahdollistaa kiintymyksen. Kokemukseni on, että tätä on vaikea siirtää hoitajille jokapäiväisessä työympäristössä. Tämän mahdollistamiseksi on kiinnitettävä erityistä huomiota. On myös tärkeää siirtää tietoa terapiasta ja tarvittavista ylimääräisistä tilannekohtaisista mukautuksista huomioiden Evan näkövamma.

Eva oppi nopeasti luottamaan terapeuttiinsa. Sen laajentaminen luottamukseksi hoitajiinsa osoittautui paljon vaikeammaksi. Tämä näyttää yleisesti pätevän kaikkiin osapuoliin. Kuten tämä tapaus tekee selväksi, näytti ensin tarpeelliselta työskennellä hoitajien ja Evan välisen kontaktin parissa. Tässä tilanteessa Evan ja hänen hoitajiensa välillä oli hyvin vähän todellista kontaktia. Käsitykseen Evasta liittyi myös ennakkoluuloja ja (väärä) uskomuksia. Terapeutin on tärkeää kiinnittää tähän paljon huomiota, ja sen tulee olla osa terapiaa. Joka

tapauksessa otin tehtäväkseni auttaa hoitajia ottamaan kontakti Evaan ja tarkistamaan käsitystään hänestä.

Arjen käytäntö voi myös vaikeuttaa kaikkien osapuolten (ITAB-terapeutin, asiakkaan, hoitajien, sukulaisten) mahdollisuutta siirtää ITAB-terapeutin ja asiakkaan välillä oleva vakiintunut luottamussuhde hoitajiin. Työpainheet, henkilöstön vaihtuvuus ja määrä sekä muiden asiakkaiden haasteet voivat tehdä tästä erittäin vaikeaa. Käytännön on täytettävä tietyt edellytykset, jotta tämän olisi mahdollista onnistua. Tarkoitin pysyvää tiimiä, päivittäisen ohjelman selkeyttä ja ennustettavuutta sekä mahdollisuuksia toimia joustavasti eri tavoin ja eri henkilöiden kanssa. Tästäkin on tärkeää puhua paljon tiimin kanssa, eläytyä heidän tilanteeseensa ja siihen, miten he kokevat tilanteen. Myös johdon tuki on tässä tärkeää. Olen itse saanut paljon tukea yksikön esihenkilöltä. Ja hän puolestaan myös antaa tiimille paljon tukea tässä.

4 Raportointi asiakkaan sukulaisille

Kun päätös ”aloittaa ITAB” tehtiin, Evan vanhemmat joutuivat odottamaan jonkin aikaa sen aloittamista (organisatorisista syistä). Vanhemmat kokivat tämän vaikeaksi. Odotusaika ei kuitenkaan vaikuttanut heidän ja minun väliseemme yhteistyöhön. Vanhempien - minun - henkilökohtaisen hoitajan ja tiimin välisestä viestinnästä on tehty selkeät sopimukset. Näin kaikki osapuolet pidettiin hyvin ajan tasalla prosessin etenemisestä.

Sekä vanhemmat että päivätoimintakeskuksen tiimi tunnistivat terapian suurimmiksi pullonkauloiksi levottomuuden, jännitystilan lisääntymisen ja itsensä vahingoittamisen. Vanhemmat eivät tienneet etukäteen, mitä odottaa terapialta. He toivoivat, että se helpottaisi heidän tyttärensä jännittyneisyyttä.

Tiimi toivoi, että terapia voisi vähentää heidän pelkoaan interventiosta.

Vaikeita tilanteita olivat esimerkiksi tilanteet, joissa vanhemmat halusivat minun reagoivan tietyllä tavalla Evan käytökseen, kun mielestäni ITAB:in teoreettisen taustan perusteella olisi ollut parempi toimia toisella tavalla. Esimerkiksi hänen vanhempansa halusivat minun ”kieltävän” hiusten vetämisen, kun ”seurasin häntä”

säilyttääkseni kontaktin. Me (Evan vanhemmat ja minä) olemme aina pystyneet keskustelemaan tästä. Toisaalta heillä oli joskus vinkkejä tai rituaaleja, jotka pystyin sisällyttämään hyvin terapiaan. Puhuin säännöllisesti hoitajien kanssa siitä, kuinka he voisivat muokata kontaktiaan Evaan niin, että he voisivat muodostaa kontaktin häneen. Tähän käytettiin paljon aikaa. Henkilökunnan jäsenten oli kuitenkin vaikeaa vapautua tietyistä käsityksistä. Esimerkiksi ”käyttäytyä samalla lailla kuin lapsi” nähtiin ”antamisena periksi Evalle tavalle toimia omalla tavallaan, mikä ei ole mahdollista”. He mainitsivat: ”Meillä on muitakin asiakkaita. En voi käyttää kaikkea aikaa tähän yhteen ihmiseen.” Ja: ”Meillä ei ole aikaa siihen, meillä on aina kiire”. Näitä mielipiteitä oli vaikea muuttaa. ”Turvallisuuden kehän” esittely antoi heille käsityksen siitä, miten Evan käyttäytymistä voidaan tukea, *Vijf Olifantenin* (Viisi norsua) kontaktinottotavan lisäksi. Keskusteltaessa terapian loppuraportista vanhemmat ja hoitaja pääsivät yhteisymmärrykseen.

5 Terapeutista

Margot Vos

Työurani hoitoalalla alkoi psykiatriassa, jossa suoritin sairaanhoitajan AMK-tutkinnon. Tutustuin kehityopsykologiaan harjoittelussa. Ilmoittauduin kehityopsykologian kurssille Nijmegenin yliopistossa Alankomaissa, jonka jälkeen suoritin maisterin tutkinnon. Sitten jäin kotiin useaksi vuodeksi tuolloin syntyneiden lasteni takia.

Kun lapseni kasvoivat, aloin työskennellä osa-aikaisesti hoitajana kehitysvammaisten hoitoyksikössä. Muutaman vuoden jälkeen aloitin kehityopsykologian uudelleen Ons Tweede Thuisissa. Jatko-opinnoissani osallistuin kiintymysterapian peruskurssiin tullakseni ITAB-terapeutiksi. Saamani ohjauksen jälkeen pystyin antamaan terapiaa organisaatiossa, mikä osoittautui mielestäni erittäin tyydyttäväksi ja toivoa antavaksi, kuten tässä tapauksessa kuvasin.

2 Jeffrey'n tapaus

Yhdeksänvuotias monivammainen poika, jolla on vaikea älyllinen kehitysvamma

Renate Hilgers

1 Tapauksen esittely

1.1 Tulotilanne ja arviointi

Tulotilanne

Läheiset työtoverini, kehityopsykologit terveydenhuollon organisaatiossa, tiesivät, että olin käynyt ITAB-terapeutin kurssin, ja että annoin ensimmäistä terapiajaksoani, joka sujui hyvin. Siksi vuonna 2016 kollegani kysyi minulta, voisiko ITAB sopia Jeffreylle, tuolloin 9-vuotias monivammainen poika, jolla oli vaikea älyllinen kehitysvamma ja jonka asioissa kollegani oli mukana. Jeffrey oli asunut palveluntuottajan asumisyksikössä vuodesta 2014. Sitä ennen hän oli asunut eri paikkakunnalla saman palveluntuottajan yksikössä (2012–2014). Jeffrey näytti usein hyvin stressaantuneelta - päivittäiset toimet saattoivat aiheuttaa haastavaa käyttäytymistä. Hän esimerkiksi puri kättään kovasti. Lisäksi hän oksensi säännöllisesti, ja hänen painonsa oli huolestuttava. Hänellä on rakastavat vanhemmat, joihin hänellä on hyvä kontakti. Jeffrey oli helposti lähestyttävä pieni poika: hän olisi valmis olemaan kaikkien kanssa heidän lähestyessään. Hänen isänsä mukaan ”Jeffrey on kiinnostunut ihmisistä”.

Jeffreyllä on hyvin harvinainen oireyhtymä, vastasyntyneen diabetes (DEND-oireyhtymä), johon liittyy kehitysviivästymä ja epilepsia. Hän vietti ensimmäisen vuotensa sairaalassa, jossa hänelle tehtiin monia lääketieteellisiä tutkimuksia.

Seuraavina vuosina hän joutui myös sairaalaan monta kertaa. Syntymän jälkeen hän meni hoitokotiin, jossa hän vietti neljä vuotta. Siksi hän ei ollut koskaan asunut vanhempiensa kanssa. Varttuessaan hän tapasi useita eri ihmisiä, jotka kaikki eivät keskittyneet hänen psykologisiin tarpeisiinsa millään tavalla. Hänellä ei juurikaan ollut kokemuksia siitä, että hän olisi voinut toteuttaa tarpeitaan kehollaan, tai että hän voisi itse vaikuttaa asioihin. Myönteistä kehitystä oli kuitenkin nähtävissä intensiivisen ylimääräisen tuen, moniammatillisen tuen, pysyvän asuinpaikan ja päivätoiminnan sekä

vanhemmiltaan saadun hoidon ansiosta. Näiden ansiosta hänen kokemansa stressi oli vähentynyt vaihdettaessa asentoa tai kun hänet vietiin päivätoimintaan.

Kuitenkin oli huoli siitä, että haastava käyttäytyminen lisääntyisi tulevaisuudessa. Tämän takia päädyttiin arvioimaan tarkemmin kiintymyssuhdetta, jota epäiltiin häiriintyneeksi.

Arviointi

Pienten lasten häiriintyneen kiintymyssuhteen käyttäytymismerkkit-pisteytyslomaketta (Boris & Zeanah, 2005; Zeanah, Mammen & Lieberman, 1993) käytettiin arvioinnissa. Osiot pisteytettiin monin tavoin; Jeffreyyn asiakaskertomuksesta etsittiin mahdollisia häiriintyneen kiintymyssuhteen merkejä ja haastateltiin vanhemmat ja luotettu hoitaja. ”Clinical Observation of Attachment” (Kiintymyssuhteen kliininen havainnointi) (COA)- havainnointitesti tehtiin yhdessä Jeffreyyn äidin sekä Jeffreyille tuntemattoman henkilön kanssa. Kaksi kehityspsykologia pisteyttivät videotallenteen käyttäen Pienten lasten häiriintyneen kiintymyssuhteen käyttäytymismerkkit-pisteytyslomaketta (Boris & Zeanah, 2005; Zeanah, Mammen & Lieberman, 1993). Tämä tehtiin Dekker-Van der Sanden ja Janssenin (2010) julkaiseman menettelyn mukaisesti. Arvioinnin keskiarvo oli 23, joka viittasi häiriintyneeseen kiintymyssuhdekäyttäytymiseen.

1.2 ITAB:iin valmistautuminen

Aiemmalla terapiajaksolla koin hyödylliseksi järjestää istunnot sekä asumisyksikössä että päivätoiminnassa, jotta voisin ottaa molemmat hoitotiimit mukaan prosessiin. Siksi pidin noin tunnin istunnot Jeffreyyn omassa (makuu)huoneessa kahdesti viikossa ja kerran viikossa sovituissa huoneissa Jeffreyyn päivätoimintakeskuksessa, mikä ei ollut helppoa tilanpuutteen vuoksi. Siksi varattiin pysyvä huone. Tämä edellytti jonkin verran etukäteisvalmisteluja, kuten säkkituolin ja tyynyjen tuomista huoneeseen. Jeffreyille oli välttämätöntä päästä pois pyörätuolistaan. Hänen omassa huoneessaan pidettyjen istuntojen aikana kaikki oli käsillä. Toinen tärkeä ehto oli, että ympäristön melu häiritsisi mahdollisimman vähän, jotta voimme keskittyä täysin toisiinsa. Aluksi Jeffreyyn huoneen ovi oli hieman auki, jotta hoitajat voisivat kurkata sinne. Jeffrey kuitenkin häiriintyi liikaa, kun hän kuuli ääniä käytävällä. Myöhemmin hoidon viimeisessä vaiheessa hänen huomionsa ei

herpaantunut yhtä helposti, ja pidin istunnot olohuoneessa ja päivätoimintakeskuksen ryhmähuoneessa.

Kävin aina ensin ryhmässä kuulemassa, miten Jeffrey voi ja mitä minun pitäisi ottaa huomioon, kuten oliko ollut kiireinen päivä tai oliko hän juuri syönyt aterian tai oliko hän oksentanut. Otin ensin kontaktin Jeffreyyn ryhmässä ja vein hänet sen jälkeen huoneeseen. Ensimmäisen antamani terapiajakson aikana kuvasin yhden istunnon viikossa. Jeffreyyn tapauksessa kuvasin kuitenkin kahden viikon välein ja myöhemmin vielä harvemmin. Videotallenteiden katselu on hyödyllistä, mutta intensiivistä.

2 ITAB-hoito

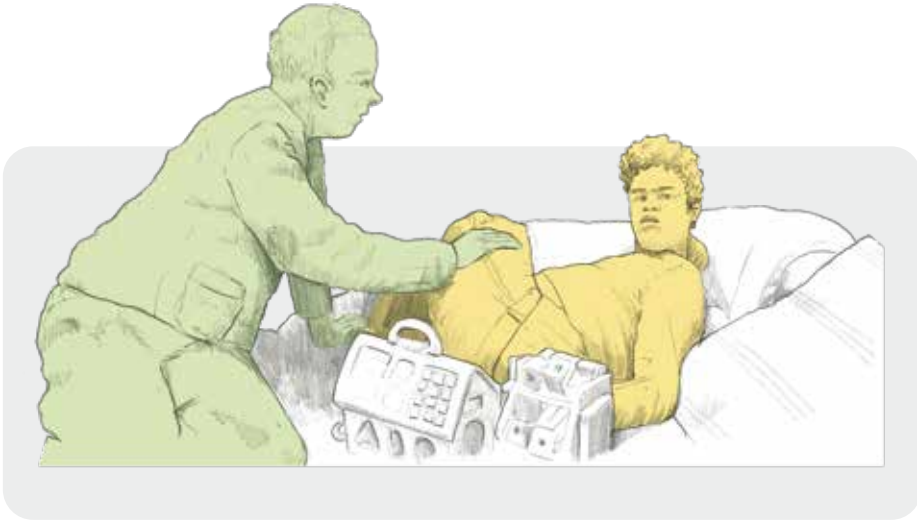
2.1 Vaihe 1 kiintymyssuhdeterapia

Vaihe 1.1: Suhteen muodostaminen- kontaktin ottaminen

Jeffrey kävi odotetusti tämän vaiheen läpi melko sujuvasti. Tämä oli täysin erilaista verrattuna aiempaan terapiajaksooni toisen asiakkaan kanssa, jossa kesti kuukausia ennen kuin asiakas hyväksyi sen, että pysyisin samassa huoneessa. Jeffreyyn tapauksessa kontaktin ottaminen Jeffreyyn ei vaatinut paljon vaivaa. Hän otti välittömästi kontaktin ja suhtautui myönteisesti. Toisinaan hänellä oli välillä muuta kiireisempää tekemistä; käsien/sormien liikuttaminen, vartalon liikuttaminen eteen ja taakse tai potkiminen jaloillaan. Peilaamalla näitä toimintoja kontakti oli helppo palauttaa.

Jeffrey nautti läheisyydestä. Kun pääni lepäsi hänen päätänsä vasten, hän pystyi kääntymään puoleeni ja äänteleämään miellyttävällä äänellä. Hän kykeni ilmaisemaan nautintoa ja kikattamaan. Alussa Jeffrey saattoi nopeasti innostua liikaa. Yritin aina rauhoittaa hänet ajoissa. Siinä mielessä en seurannut häntä täysin. Sessiot olivat erittäin mukavia. Alussa Jeffreyyn mieliala saattoi kuitenkin muuttua hetkestä toiseen.

Syy hänen mielialan vaihteluihinsa jäi epäselväksi. Epäilin, että se johtui osittain fyysisistä syistä (vatsaongelmat, ruuan ylösnousu ruokatorveen jne.) ja positiivisen stressin (innostuksen) säätelyn ongelmista. Mielialan vaihtelut eivät kuitenkaan kestäneet kauan. Jeffrey rauhoittui yleensä nopeasti.



Vaihe 1.2 Symbioosi

Sessiot koostuivat samoista rituaaleista, jotta Jeffrey pystyisi tunnistamaan ja ennakoimaan mitä tapahtuu. Juttelimme ensin hetken Jeffreyyn istuessa tuolissaan, jotta hän voisi ”laskeutua”. Sen jälkeen kysyin häneltä, haluaisiko hän minun laulavan hänelle ”hämähäkkilaulun”. Hän ei aina vastannut tähän. Hän näytti kuitenkin tunnistavan hetken, jolloin häntä kutitettiin niskasta. Hän saattoi alkaa nauramaan ja nostamaan hartioitaan hieman. Jeffrey näytti pitävän parempana pää päätä vasten -leikkiä. Kun hän taivutti päätään eteenpäin, reagoin välittömästi. Jeffrey nautti tästä ja tuotti nautinnon ääniä, joita sitten matkin. Tässäkin yritin provosoida häntä odottamalla aina hänen aloitettaan: saatoin reagoida siihen välittömästi ja haastoin sen jälkeen Jeffreyyn olemaan reagoimatta välittömästi. Joskus hän potkaista innostuksesta, minkä jälkeen minä polkaisin lattiaa. Tässäkin peilasin Jeffreyä välittömästi ja odotin hänen aloittavan uudelleen.

Haastoin Jeffreyyn myös ilmoittamaan halunsa siirtyä säkkituoliin. Laitoin säkkituolin lähelle ja kun hän katsoi sitä (aluksi sattumalta), kysyin heti: ”Jeffrey, haluatko istua säkkituolissa?” Jos hän ei vastannut, yritin myöhemmin uudelleen. Jos hän nauroi tai osoitti innostusta, siirryimme säkkituoliin ja onnittelin häntä sanomalla: ”Hienosti kerroit minulle”. Säkkituolissa hän saattoi maata rauhallisesti leveästi hymyillen. Mutta sitten hän saattoi yrittää nousta istumaan. Hänestä oli aina hauskaa, kun jäljittelin häntä tässä.

Hän saattoi myös maata hiljaa vieressäni nauttien olostaan. Hän oli yleensä rento ja haki fyysistä kontaktia. Pelasimme kaikenlaisia käsileikkejä. Tässäkin yritin provosoida Jeffreytä tekemään aloitteen. Tein niin joskus leikin aikana, jolloin pysähdyin odottamaan hänen tekevän aloitteen. Yleensä hän teki erilaisia ääniä, joita matkin. Jos olimme maanneet säkkituolissa jo jonkin aikaa, yritin haastaa Jeffreytä ilmoittamaan, että hän halusi istua sohvalla (samalla tavalla kuin säkkituolissa).

Sohvalla meillä oli myös rituaaleja. Yksi vakiorituaali oli laulu 'Soutaa, soutaa...', siihen liittyvine liikkeineen. Peili oli myös vakiintunut osa istuntoa; se oli Jeffreyn suosikki. Hän ilmaisi usein haluavansa peilin nojautumalla taaksepäin ja katsomalla sitä. Joskus yritin teeskennellä, etten ymmärtänyt häntä, ja otin jonkin muun tavarat. Hankalinta oli, että Jeffrey oli helppo saada tyytyväiseksi. Joten kun hän pyysi peiliä ja nappasin sen sijaan pehmolelun, hän hyväksyi myös sen. Jeffreyllä oli hyvin hauskaa peilin kanssa. Leikimme kaikenlaisia leikkejä sen kanssa. Joskus käänsin peiliä taaksepäin provosoidakseni häneltä reaktion. Hän heilutti kättään aina kovasti vetääkseen peiliä itseään kohti. Hän saattoi seurata peiliä etäältäkin. Jatkoimme soutamislaulun laulamista ja liikkeiden tekemistä rauhallisesti. Yleensä kun Jeffrey alkoi liikkua, vastasin sanomalla: "Hei, haluatko soutaa?" Jeffrey nautti siitä, että häntä pompoteltiin hieman ylös ja alas kappaleen "Hurraa!" osassa. Pysähdyin tarkoituksella ensimmäisen "hurraa" jälkeen ja odotin hänen reaktiotaan. Sitten hän selvästi näytti odottavan, ja jonkin ajan kuluttua hän silloin tällöin teki liikkeen. Aloin epäillä kuitenkin yhä enemmän, istuiko Jeffrey edelleen mukavasti sylissäni. Hän rakasti sitä ja pystyi lepäämään onnellisena minua vasten, mutta jonkin ajan kuluttua alkoi näyttää siltä, ettei hän enää istunut mukavasti. Joskus hän näytti kipua irtistämällä tai valittavalla äänellä tai hänen kehonsa oli jännittynyt. Asennon vaihtaminen auttoi usein.

Yritin myös stimuloida Jeffreytä hänen siirtyessä takaisin tuoliinsa: halusin hänen katsovan tuolia ja kysyin: "Haluatko mennä takaisin tuoliisi?" Jos hän mielestäni vahvistaisi haluavansa takaisin tuoliinsa, auttaisin häntä välittömästi. Jeffrey tunsu olonsa mukavaksi istuessaan tuolissaan. Teimme pelin, jossa piilouduimme pyyhkeen alle; ensin Jeffrey, sitten minä. Haastoin Jeffreyn vetämään pyyhkeen pois. Se oli hänestä hauskaa.

Yleensä hän teki parhaansa vetääkseen pyyhkeen pois; joskus hän jäi pyyhkeen alle nauramaan. Päätimme istunnon aina samaan lauluun.

Vaihe 1.3 Yksilöllistymiseen rohkaiseminen

Jeffrey ja minä aloimme työskennellä lelujen ja muiden kiinteiden materiaalien, kuten punaisen piikkipallon, värillisen pallon, peilin, laulukirjan, lukukirjan, karhun ja helistimen kanssa. Yritin provosoida Jeffreytä ottamaan aloite niin, että materiaalit olivat samoissa paikoissa ja niihin liittyivät kiinteät rituaalit.

Aloitimme istunnot aina rauhallisella laskeutumisella ja jutustelulla. Avauskappaleen ”Hämä-, hämähäkki” jälkeen kysyin: ”Jeffrey, mitä tehdään” ja odotin, että hän katsoo lelukoria. Hän yleensä toimi näin. Lelukori oli aina samassa paikassa lähellä häntä. Jos hän ei katsonut koriin, kysyin hetken kuluttua: ”Otetaanko lelu?” tai ”Otetaanko pallo?” ja odotin hänen reaktiotaan. Tarttumalla leluun samasta kohdasta ja antamalla Jeffreyyn seurata, hän alkoi myöhemmin pyytää sitä itse. Sama tapahtui peilin kanssa, joka oli pysyvästi sohvan takana. Jeffrey alkoi tarkkailla keskittyneemmin ja oppi, että hän pystyi osoittamaan jotain näyttäen keskittyneeltä. Sen lisäksi, että harjoittelimme aloitteen tekemistä: ”Näytä minulle mitä sinä haluat”, harjoittelimme myös valintojen tekemistä; punainen pallo vai värikäs pallo, pallo vai laulukirja. Tämän leikin aikana aloimme työstää ”objektin pysyvyyttä”: pallo, peili, kirja olivat poissa näkyvistä. Jeffrey onnistui saamaan pallon näkyviin itse ilkkurisella ilmeellä. Hänestä oli myös todella hauskaa heittää vasta rakennettu DUPLO-torni pöydältä. Jeffrey alkoi käsittää myös vähitellen, että pidin peiliä sohvan vieressä. Nähdessään peilin kääntöpuolen olevan häntä kohti hän yritti kääntää sen oikein päin. Jeffrey saattoi pitää hauskaa heittämällä esineitä. Silti joskus se saattoi olla liian hauskaa. Oli edelleen tärkeää säädellä hänen innostustaan ja varmistaa, että innostus ei muuttunut yli-innostuneisuudeksi.

Pystyin ohjaamaan Jeffreyyn käyttämään tiettyä lelua kehittämällä mieltymyksen siihen. Esimerkiksi kun hän ilmoitti haluavansa peilin ja otin karhun, näin reaktion hänen kasvoillaan: ”Hei, se ei ole oikein”. Kun Jeffrey näytti aluksi kelpuuttavan minkä tahansa, hän alkoi näyttää mieltymyksiään yhä enemmän. Vähitellen saatoin poistua huoneesta silloin tällöin. Tämä ei ollut ongelma. Hän jatkoi leikkimistä lelulla, mutta huomasin myös, että hän odotti minun palaavan, koska hän reagoi aina hymyillen paluuseeni.

Minun ei tarvinnut ottaa enää automaattisesti Jeffreytä syliini. Mutta joskus tuolissaan Jeffrey saattoi liikkua paljon. Tämä näytti lisääntyvän vuoden aikana. Usein onnistuin katkaisemaan tämän ottamalla hänet syliini hetkeksi. Jeffrey alkoi kommunikoida enemmän. Vuorovaikutus jatkui käyttäen äänen intonaatiota. Tänä aikana hoitajat tekivät ABC-analyysin jäljellä olevasta haastavasta käyttäytymisestä.



2.2 Vaihe 2 Uuden positiivisen käyttäytymisen oppiminen

ABC-analyysin mukaan Jeffrey puri toisinaan edelleen kättään. Erityisesti odotushetket näyttivät huolestuttavan. Hän puri harvoin kättään istuntojemme aikana. Jos sitä tapahtui, hän näytti ilmaisevan tällä tavoin, että hän tunsu olonsa fyysisesti epämukavaksi tai ärsykyttä oli liikaa.

Innostuksestaan huolimatta Jeffrey osoitti usein selvästi, milloin meidän pitäisi pysähtyä hetkeksi. Hän tarvitsisi muutaman minuutin lepoa (joskus jopa lyhyemmän), minkä jälkeen hän pystyi jatkamaan. Oli tärkeää seurata huolellisesti näitä signaaleja ja vastata niihin riittävästi.

Koska käsien pureminen istuntojen aikana johtui tekijöistä, jotka eivät aina olleet hallinnassani, tätä käyttäytymistä oli vaikea muuttaa. Hänen kehityksensä stimulointi keskittymällä kommunikaatioon oli välttämätöntä. Istuntojen aikana Jeffrey'n käyttäytymisessä

näki useita tilanteita, joissa hän voisi parantaa viestintäänsä. Puheterapeutti oli samaa mieltä ja ehdotti, että kokeilisimme käyttää valokuvia.

Jeffreyyn suosikkiesineistä tehtiin useita A4-kokoisia valokuvia, joita käytettiin istuntojen aikana. Joka kerta tarjottiin kaksi kuvaa samanaikaisesti, yksi vasemmalla ja toinen oikealla. Jeffrey vastasi tähän innostuneesti ja teki nopeasti valinnan. Joskus häntä piti muistuttaa katsomaan molemmat kuvat ensin. Kun kuvassa näkyvää esinettä pidettiin kuvan vieressä, hän hymyili ja katsoi valokuvasta esineeseen ja takaisin kuvaan. Jeffreyyn ollessaan levoton yritin saada hänet laittamaan tutin suuhunsa itse. Jos hän oli levoton, sanoin: ”Jeffrey, se ei ole välttämätöntä”, ja kosketin häntä painamalla olkapäätä. ”Voit ottaa tuttisi”. Näin tehdessään Jeffrey oppi, että hän pystyi ottamaan tuttinsa ollessaan hyvin levoton.

2.3 Vaihe 3 Yleistäminen/yksilöllistyminen

Sen sijaan, että olisimme työskennelleet hänen makuuhuoneessaan tai päiväkeskuksen erillisessä huoneessa, työskentelimme olohuoneessa ja yhteistilassa useita kertoja. Oli hienoa nähdä, kuinka Jeffrey pystyi nyt keskittymään, vaikka olohuoneessa oli hieman kiireisempää. Yhden kerran asiat eivät menneet niin hyvin johtuen palvelukodin toisen asiakkaan kuolemasta johtuneesta levottomuudesta.

Kuvat olivat menestys, ja hän teki usein harkitun valinnan. Joskus minun piti kysyä häntä katsomaan molemmat kuvat ensin, mutta valinnan jälkeen hän kurkotti toiselle puolelle (seuraten valittua valokuvaa), jos kuvat vaihdettiin.

Jossain vaiheessa Jeffrey lakkasi valitsemasta. Hän kyllästyi kuvissa näkyviin palloihin eikä enää valinnut niiden välillä. Kun laitoin nämä kuvat pois ja nappasin kuvan, jossa oli kuvakirja, hän reagoi innostuneesti ja kurkotti valokuvaa. Sekä palvelukodin hoitajat että päivätoiminnan tiimi ovat nähneet videomateriaalia näistä istunnoista. Tiimeille siirrettiin myös Jeffreyyn kehityksen tukeminen, selittäen samalla ”turvallisuuden kehän” (Powell et al., 2016) merkitys. Kerroin mikä oli tärkeää Jeffreyyn päivittäisessä hoidossa ja mitä muuta tarvittiin. Hoitajille esiteltiin Hi Sense APP (hollanninkielinen appi, jolla voi seurata asiakkaan sydämen sykkeen kautta stressitasoa) (www.embinbeeld.nl; myös Van Wingerden et al., 2018; 2019), jotta he

voisivat lisätä herkkyyttään reagoida. Katsoimme yhdessä vanhempien kanssa videon koko terapian kulusta. Terapian aikana pidin kaikki ajan tasalla sekä suullisesti että kirjallisilla raporteilla.

Uskon, että tähän viimeiseen vaiheeseen tarvitaan enemmän aikaa, jotta terapia juurtuu hyvin ja voidaan varmistaa mahdollisimman hyvin sensitiivisen ja reagoivan hoidon jatkuminen. Tässä tapauksessa minusta sattui tulemaan Jeffrey'n asioita ja edistymistä seuraava kehityspsykologi. Näin ei aina ole yleensä, ja tämän takia mielestäni hyvän toiminnan jatkumisen seuraamiseen tarvitaan enemmän aikaa.

3 Lopetusvaihe

Jeffrey kehittyi positiivisesti ja muuttui ihmisenä koko terapian ajan. Kaikki asianosaiset vahvistivat tämän: hoitajat, vanhemmat ja omahoitajat. Hänestä tuli rennompempi ja hän vaikutti tasapainoisemmalta. Hän meni pois tolaltaan paljon harvemmin ja tuli tietoisemmaksi lähiympäristöstään - hänen maailmansa laajeni. Erityisesti viestinnässä hän kehittyi paljon: hän alkoi kommunikoida enemmän, ja hänen viestintäänsä pystyi tukemaan yhä useammin. Juuri nyt hän pystyy tekemään päiväohjelmassaan ja päivittäisissä toiminnoissaan erilaisia valintoja. Hän on myös kokenut, että hän voi käyttää kehoaan kommunikoidakseen muiden kanssa. Hoidon aikana hän alkoi käyttää pyörillä varustettua tuolia, jolla hän pystyy liikkumaan käyttäen jalkojaan. Hän alkoi myös ojennella käsiään ja yrittää liikkua esineiden luo, jotka ovat hieman kauempana hänestä. Jeffrey on onnistunut vaikuttamaan omaan elämäänsä! Samaan aikaan hän ilmaisee selvästi, jos liian monta asiaa tapahtuu samanaikaisesti, ja ettei hyväksy sitä.

Monet pohtivat terapian alussa, liittyikö syy hänen toistuvaan oksenteluunsa huomion saamiseen. Kuitenkin ollessani hyvin lähellä Jeffreyä, näin fyysisiä signaaleja, jotka osoittivat fyysisistä epä mukavuutta, jolle hän ei voinut tehdä mitään.

Tietenkin jännitys voi laukaista oksentelun. Tämä fyysinen puoli sai myös paljon huomiota terapian aikana; hänen fyysisen puolensa selvittämiseksi tehtiin erilaisia tutkimuksia ja interventioita. Hänen alhainen painonsa oli edelleen huolenaihe, mutta vähitellen hänen painonsa alkoi taas nousta. Oksenteleminen väheni. Kaikki

asianosaiset näkevät oksentelun nyt eri tavalla. Huolet hänen fyysisestä hyvinvoinnistaan vaikuttavat kuitenkin joskus myönteiseen kehitykseen. Tämä on ymmärrettävää, mutta on tärkeää kiinnittää huomiota myös hänen emotionaalisiin tarpeisiinsa. Erityisesti silloin, kun Jeffrey ei voi fyysisesti hyvin, hänelle on tärkeää kokea jotain tavanomaisuudesta poikkeavaa ja pitää myös hauskaa. Tämä on edelleen tärkeää pitää mielessä.

Neuvoni muille terapeuteille on muistaa laajempi näkökulma ja ottaa huomioon myös muut näkökohdat. Koska terapeuttina näet paljon asiakasta ja olet lähellä häntä, voit usein huomata signaaleja. On todella hyödyllistä videoida tilanteita, ja suosittelen tekemään koko terapiajaksosta noin kymmenen minuutin tiivistelmän, jotta prosessi tulee selvästi näkyviin. Itse pidin tätä ihanana toisena terapiakurssina, josta nautin, ja opin myös terapiaprosessista. Tulokset vahvistivat minulle jälleen, että tämä terapia on erittäin hyödyllinen henkilöille, joilla on älyllinen kehitysvamma ja haastavaa käyttäytymistä. Toivoisin, että useammat asiakkaat saisivat kiintymyssuhdeterapiaa. On erittäin palkitsevaa edistää asiakkaiden hyvinvointia.

4 Raportointi asiakkaan omaisille

Kathalijne, Jeffrey'n äiti, sanoi: "Minusta ITAB-terapia oli erittäin positiivinen Jeffreyille. Muistan ajatelleeni etukäteen, että se olisi erittäin raskasta, kun Renate kertoi minulle vierailevansa Jeffrey'n luona kaksi tai kolme kertaa viikossa vuoden ajan. Miten Jeffrey reagoisi häneen? Tuntisiko hän olonsa turvalliseksi hänen kanssaan? Mitä silloin voisi tapahtua? Tulisiko hän vähemmän pelokkaaksi? Ja mikä vaikutus sillä olisi hänen oksenteluunsa? Pystyisikö hän ilmaisemaan selkeämmin, mitä hän haluaa ja mitä ei? Miten hän kehittyisi? Minulla oli kaikenlaisia kysymyksiä ja olin utelias, mutta valitettavasti en voinut seurata terapiaa itse. Siksi oli niin mukavaa kuulla välillä, miten asiat menivät Jeffrey'n kanssa ja mitä askeleita he ottivat yhdessä. Se saattoi olla katse tai ilme tunnistamisesta, hymy, ääni ja joskus selkeä reaktio.

Video terapian lopussa oli ihana. Näin selvästi, miten hän oli kehittynyt kuukausien aikana: lisääntyneen turvallisuuden tunteen takia hän pystyi näyttämään paremmin, mistä hän piti ja mistä ei, mitä hän halusi ja mitä ei jne. Hän pystyi valitsemaan tietoisesti

kahden lelun välillä, vastata kysymykseen tai osoittaa, että hän oli onnellinen tai liian innoissaan. Lopultakin hän pystyi ilmaisemaan sisäisiä tunteitaan ja toiveitaan. Mikä virstanpylväs! Tietenkin se vaati paljon tarkkaavuutta ja silmää hienovaraisille signaaleille, mutta hän selvästi nautti siitä. Ja niin hän tekee tänäkin päivänä. Kun muistelen terapia-aikaa, ITAB-terapia merkitsi paljon ja mahdollisti nykyisen kehityksen. Nykyään - heikosta terveydestään huolimatta - hän voi todella hyvin ja kehittyy edelleen joka päivä. Vaikka hän ei pysty puhumaan, hän on oppinut kommunikoimaan. En voisi kuvitella suurempaa lahjaa Jeffreyille!”

5 Terapeutista

Renate Hilgers

Työskentelen yleisenä kehityspsykologina Amerpoortissa. Minulla on yli kahdenkymmenen vuoden kokemus kehitysvammaisista henkilöistä. Keskityn ensisijaisesti asiakkaisiin, jotka ovat monivammaisia ja joilla on vaikea älyllinen kehitysvamma. ITAB-terapeutin työn lisäksi olen aktiivinen tämän yrityksen ydintiimissä, joka keskittyy näihin asiakkaisiin, LACCS-ohjelman kouluttaja ja myös mukana tiimissä, joissa on näitä asiakkaita.

Sain tietää ITAB:stä vuonna 2005, kun yksi ”Amerpoortin” asiakas osallistui ITAB: n tieteelliseen vaikutustutkimukseen. Yksi palvelukodin asiakkaista, jossa työskentelin tuolloin, osallistui tähän tutkimukseen. Kiinnostuin ITAB:sta terapiana ja asetin tavoitteeksi tulla ITAB-terapeutiksi kehityspsykologin koulutuksen jälkeen. Vuonna 2012 suoritin kehityspsykologin koulutukseni ja osallistuin kiintymyssuhdeterapiakurssille vuonna 2015 sekä osallistuin ITAB-ohjaukseen.

Minulle tärkeä painopiste työssäni on saada hyvä kontakti. Asiakkaalle on erittäin tärkeää saada koko huomio itselleen. Sen lisäksi, että valmennan hoitajia tässä, voin myös osallistua tekemällä itse ITAB-terapiaa. ITAB on erittäin intensiivinen hoito, mutta se antaa minulle paljon energiaa. Näen lopputulokset. Samalla tämä terapia sopii minulle henkilökohtaisesti hyvin, ja voin näin jatkossakin hyödyntää käytännön tietojani ja asiantuntemustani asiakkaiden hoidossa.

3 Myrthen tapaus

Nainen, joka on sokea, ja jolla on liikuntavamma ja vaikea älyllinen kehitysvamma

Truus van Ramshorst

1 Johdatus tapaukseen

1.1 Tulotilanne ja arviointi

Myrthe ja minä olimme tunteneet toisemme useita vuosia ennen kuin sain päätökseen ensimmäisen koulutukseen kuuluneen ITAB-terapian Jaran kanssa. Myrthen käytös muistutti minua Jaran käytöksestä ja sanoin usein: ”Jos Myrthe ei olisi ollut pyörätuolissa, hän olisi käyttäytynyt aivan kuten Jara”. Epäilin, hyötyisikö myös Myrthe ITAB-hoidosta. En tiennyt, täyttikö Myrthe hoidon kriteerit fyysisten vammojen ja lähes täydellisen sokeutensa takia. Hän asuu vaikeasti liikuntavammaisten ja kehitysvammaisten hoitoyksikössä. Arviointi, jossa käytetään Pienten lasten häiriintyneen kiintymyssuhteen käyttäytymismerkki -listaa (Boris & Zeanah, 2005; Zeanah, Mammen & Lieberman, 1993; Dekker-Van der Sande en Janssen, 2010) vahvisti jo epäillyn kiintymyssuhdehäiriön. Lisäksi tehtiin tapausanalyysi ja koottiin esitiedot haastatellen hänen vanhempiaan Bakker-Van Zeilin (1986) haastattelukysymysten mukaisesti.

Yksi ITAB:n lähtökriteereistä on yli yhdeksän kuukauden kehitysikä. Koska Myrthen kognitiivisista kyvyistä ei ollut selvyyttä, keskitimme arvioinnin myös esineiden pysyvyyteen. Kun Myrtheä tarkkailtiin päivittäisissä tilanteissa, kävi selväksi, että hän pystyi löytämään esineen uudelleen sen jälkeen, kun se oli kadonnut näkyvistä. ITAB-hoidon ja siihen liittyvän ”ylimääräisen tuen” rahoittamiseksi tehtiin hakemus. Pyyntöön suostuttiin Myrthen ollessa 25-vuotias.

1.2 Valmistautuminen ITAB -terapiaan

Sillä välin kehitysvammaisuuteen erikoistunut lääkäri ja minä (Myrthen kehityspsykologi ja terapeutti) valmistauduimme esittelemään kiintymyssuhdepsykoedukaatiota hänen asuinyksikkönsä hoitajille. Myrthe kärsi monista terveysongelmista, joita ei voitu selittää lääketieteellisesti.

Esimerkiksi: kokee kipua: mutta missä ja miksi? sekä vaikeudet lääkityksen ottamisessa. Näiden ongelmien epäiltiin liittyvän stressiin ja ahdistukseen. Psykoedukaatio oli monialaista yhteistyötä, jossa puhuttiin asioista, joiden kanssa me kaikki kamppailimme. Me emme olleet tyytyväisiä antamaamme hoitoon erityisesti, koska lääketieteellistä selitystä näihin ei löytynyt esimerkiksi hänen kurkustaan, lantiostaan tai selästään.

Hänellä oli itsetuhoista käyttäytymistä, kun hän söi istuen tuolissaan. Itsetuhoinen käytös ilmeni hiusten kiskomisena ilman selvää syytä.

Hoitajat tunnistivat Myrthen käytöksen tapausvideosta

”Kiintymyssuhde: psykoterapeuttinen hoito” (Bartiméus, 2007). Se antoi toivoa siitä, että terapiasta voisi olla hyötyä Myrthelle. Samalla viikolla keskusteltiin vanhempien kanssa. Myrthen pitkään jatkuneen huonon fyysisen olotilan ja levottoman käytöksen (kovaääninen itku ja valitus) vuoksi hänen vanhempansa olivat alkaneet menettää toivonsa Myrthen elämänlaadun paranemisesta. He olivat ilmaisseet huolensa ja menettäneet uskonsa siihen, että tilanne muuttuisi. Myös sosiaalityöntekijän kanssa pidettiin tapaamisia. Nämä olivat hankalia keskusteluja, koska kaikki puhuivat omasta roolistaan ja osuudestaan käsin, sekä vanhemmat että ammattilaiset. Oli tärkeää saada vanhempien luottamus valitsemamme terapian mahdollisuuksiin. Ymmärrettävästi he olivat huolissaan aiempien kokemusien takia, kun he olivat olleet Myrthen kanssa. He näkivät kuitenkin myös joitain yhtäläisyyksiä videolla näkyvän asiakkaan ja Myrthen välillä, mikä oli heidän mielestään rauhoittavaa. Lopulta kun rahoitus oli saatu, terapia voitiin aloittaa.

Myrthe asuu suhteellisen uudessa asumisyksikössä, jossa hänellä on oma asunto. Tämä oli hyvä paikka terapian aloittamiselle. Kävin yksikössä muutaman kerran etukäteen, jotta Myrthe voisi tutustua minuun ja ääneeni (mikä oli tärkeää, koska hän on sokea). Hoitajat varmistivat, että Myrthe oli vesisängyssä, kun tulin käymään hänen luonaan. Olin valinnut tämän rutiinin tietoisesti pitääkseni siirtymisen ihmisestä toiseen selkeänä Myrthelle. Tämän lisäksi en pystynyt käyttämään nostolaitetta. Pöydällä oli muistikirja, johon kirjoitin havainnoistani istuntojen aikana. Näin vanhemmat ja huoltajat voisivat lukea kokemuksiani ja vastata niihin tarvittaessa. Muistiinpanojen kirjoittamisesta tuli mukava rituaali lopussa. Sen jälkeen laitoin kengät jalkaani ja takin päälleni, ja kun vedin vetoketjun ylös, sanoin: ”Kuuletko tuon Myrthe? Olen valmis lähtemään” ja sanoin ”hei” kolme kertaa samalla, kun kävelin pois helposti huomattavalla tavalla.

Ensimmäiset kolme kuukautta kävin Myrthen luona kolme kertaa viikossa ja sen jälkeen johtuen käytännön syistä kahdesti viikossa.

2 ITAB-terapia

2.1 Vaihe 1: Kiintymyssuhdeterapia

Vaihe 1.1 Suhteen muodostaminen – kontaktin ottaminen

Aluksi Myrthe oli kovin stressaantunut. Tämä näkyi hänen käytöksessään: hän alkoi kiskoa hiuksiaan lujaa ja purra kättään. Tämän estämiseksi rauhoittelin häntä, hyräilin hieman ja puhuin rauhallisesti. Pidin häntä kädestä, ja hän seurasi liikettäni. Heti kun päästin hänen kätensä irti, hän tarttui heti uudelleen hiuksiinsa ja alkoi voihkia. Vasta noin viidentoista minuutin rauhoittelun ja liikuttelun jälkeen, jossa tuin varovasti hänen kättään, hän rentoutui ja puri kättään ja veti hiuksiaan vähemmän. Hän oli myös utelias ja näytti hakevan kontaktia minuun ja lähestyvän minua. Hän liikkui kättään minun suuntaani ja yritti löytää minut.

Jakamalla kokemuksiani Myrthen itseään vahingoittavasta käytöksestä hoitajat tunsivat tulleen ymmärretyksi ja kokivat saaneensa tukea huoleksaan hänestä. Alussa Myrthellä oli itseään vahingoittavaa käyttäytymistä; tilanne oli hänelle uusi ja siksi stressaava.

Ensimmäiset kaksi viikkoa hän oli edelleen hyvin levoton istunnon jälkeen, mikä jatkui koko aamun ajan hänen ollessaan toimintakeskuksessa. Siksi sovimme istuntojen siirtämisestä iltapäivän loppuun. Näin hänen rutiininsa aamulla meni jälleen tavalliseen tapaan istuntojen sitä keskeyttämättä. Tämä osoittautui paljon paremmaksi Myrthelle.

Hänen näkövammansa (sokeus) takia kontaktimme tapahtui enimmäkseen kehonkielen kautta. Hän piti heti käsien taputuspelistä eri intensiteeteillä ja rytmeillä. Hän pystyi hyvin osoittamaan, milloin hän halusi lisää tätä toistamalla eleen tai taputtamalla itse nopeammin. Hän saattoi innostua kovasti laulaessaan itse tekemäämme kappaletta, jossa siirryimme vähitellen ”hitaasta” ”nopeampaan” ja ”vielä nopeammasta” ”supernopeaan” tahtiin. Pian hän pystyi ilmoittamaan haluavansa tämän kappaleen ja milloin hän

halusi sen menevän nopeammin (samanlainen kuin leikki: 'Näin akat ajaa... näin ukot ajaa')."

Kontaktin ottaminen hänen kätensä kautta oli edelleen melko vaikeaa, koska hän makasi yleensä selällään eikä voinut helposti kääntyä vaikean liikuntavammansa takia. Kun hän antoi minun tulla lähemmäs päälläni, hän alkoi usein kosketella suutani, nenää ja kasvojani. Suuni tuntui olevan hänen suosikkinsa: siihen liittyi jännitystä ja kirjaimellisesti musiikkia. Hän pystyi työntämään minut pois luotaan myös fyysisesti. Tulkitsin tämän "tauon ajaksi". Joskus hän oli levoton, ja tällöin hänellä oli lelu, jolla hän koputti hampaitaan melko voimakkaasti. Normaalisti hän antoi lelun helposti takaisin, mutta jännittyneenä hän piti siitä tiukasti kiinni. Se saattoi muuttua rajuksi: pelkkä ääni kovamuovisen lelun osuessa hampaisiin sai minut kanan lihalle.



Myrthe huomasi jokaisessa istunnossa toistuvan rutiinin melko nopeasti. Mukana oli sisäänrakennettuja rituaaleja, jotka lisäsivät ennustettavuutta, esimerkiksi otin käyttöön aloitusrituaalin, jota seurasi loppulaulu (jossa lauloimme "seis" viisi kertaa ja sitten "valmis"). Loimme omia yhteisiä rytmejä lauluihin, jotka sopivat vesisängyn aaltoileviin liikkeisiin. Näin pystyimme liikkumaan yhdessä mukavasti edestakaisin.

Minun piti olla valppaana hänen rajoituksistaan: vasemman käden vakavasta fyysisestä vammasta ja sokeudesta. Esimerkiksi

odottamaton melu pelotti häntä paljon. Meillä oli myös ihania hetkiä yhdessä vesisängyllä; ”edestakaisin kulkevien” aaltojen jälkeen en tehnyt mitään vähään aikaan. Sitten odotin muutaman sekunnin, kunnes sanoin: ”Mennään taas, nopeammin, nopeammin ja nopeammin”.

Myöhemmin huomasin Myrthen ottavan tässä aloitteen. Työntäessään käsivarttaan minua vasten hyvin hienovaraisella liikkeellä (jonka tulkitsin tarkoittavan, että hän halusi meidän jatkavan liikkumista) aloitin liikkeen uudelleen. Hän toisti hienovaraisen käsivartensa liikkeen minua kohti pysähtyessäni. ”Työntävällä käsivarren liikkeellä hän alkoi osoittaa selvemmin, että hän halusi heilua ”edestakaisin” vesisängyssä. Hän oli innoissaan tietäessään, että saisin hänet liikkumaan yhä nopeammin: hänellä oli hauskaa jo etukäteen, ja kerran hän nauroi, kun liikuimme kovasti ylös ja alas. Koska tämä tallennettiin videolle, pystyimme näyttämään muille Myrthen hoitoon osallistuneille, kuinka hauskoja nämä vuorovaikutushetket olivat. Jokapäiväisessä elämässä hän alkoi nyt myös ojentaa yhä enemmän kättään kohti kontaktileikkejä. Alkuun kaikkien oli totuttava tähän ”uuteen Myrtheen”. Oli kuitenkin hetkiä, jolloin hän saattoi myös yrittää purra toisen kättä ilman varoitusta. Siitä huolimatta itsensä vahingoittavan käytöksen voimakkuus väheni, ja muut alkoivat hiljalleen kokea kontaktin ottamisen häneen yhä palkitsevampana.

Vähitellen muodostui yhteenkuuluvuuden tunne. Myrthe pystyi tekemään aloitteita ja saattoi joskus yllättävän hyvin osoittaa käsillään, halusiko hän jompaakumpaa liikettä. Ja niin minun oli keksittävä ja sovitettava tiettyjä lauluja voidakseni esittää ne rytmissä, joka ”sopii meille”. Hän piti monista asioista vain lyhyen aikaa. Hän usein haastoi minua keksimään jotain uutta ja jos onnistuin, minut palkittiin naurulla. Hän halusi toistaa sitä kymmenestä viiteentoista kertaa. Muistan syntymäpäivälaulun, jonka nimi oli hänelle tutusta henkilöstä (äiti, isä, sisko, hoitaja), joka päättyi ”hurraa”, jolloin me kaikki heilutimme käsiämme ilmassa. Hänen käsivarsillaan heilumisen voimakkuudesta pystyi hyvin näkemään stressitason hänen kehossaan. Usein hänen kätensä eivät nousseet kovin korkealle, mutta joskus ne nousivat melko helposti. Saatoin vähitellen alkaa haastaa häntä yhä enemmän käyttämällä liikkeitä, jotka tietyissä laulussa tulivat kohtaan, jossa ”odotimme sekunnin”, minkä jälkeen Myrthe oivalsi, että hänen oli tehtävä jotain minun puolestani jatkaakseni laulamista. Tämä tapahtui hollantilaisen kappaleen ”Piet

de Smeerpoets” (”Likainen Pete, mene ja pese itsesi”) kanssa, jossa kosketaan ensin käsiä ja sitten jalkoja, polvia, päätä, hiuksia ja lopuksi poskia.

Tällaisen kontaktitavan ja laulun avulla pystyin haastamaan häntä yhä enemmän ”odottamaan hetki” ja vähitellen hän ymmärsi, että hänen täytyi tehdä jotain saadakseen minut taas liikkeelle. Näiden kappaleiden avulla terapiatavoite oli olla kontaktissa vireessä ja epävireessä. Joka kerta minun piti odottaa jonkin aikaa, ennen kuin hän ilmoitti, haluaako hän jatkaa. Minun oli oltava tässä tarkkana: Myrthe ilmaisi hyvin selvästi, mitä hän ei halunnut (työntäminen pois, kääntyminen pois jne.), mutta joskus oli melko vaikea saada selville sitä, mitä hän itse asiassa halusi. Erittäin läheinen fyysinen kontakti, jossa makasimme yhdessä kasvotusten, oli hyvin erityinen. Hän liikkui melkein aina päätänsä ja saatoin tuntea, kuinka innostavana hän piti kontaktia.

Samaan aikaan Myrthe alkoi saada idean, että voi tehdä erilaisia liikkeitä käsillä ja keholla. Esimerkiksi: taputa käsiä, liiku vasemmalta oikealle ja siirrä päätä alas kohti jalkoja. Tein eleistäni hyvin suuria ja sanoin aina, että hän osasi ”ilmaista sen niin hyvin”. Onnittelin häntä sanomalla: ”Olet niin fiksu”. Koska hän tuskin pystyi liikuttamaan kehoaan, näiden liikkeiden tekeminen ei ollut hänelle helppoa. Myrthen vammautuneen käden huomioiminen pyörimisen ja leikin aikana onnistui kuitenkin hyvin. Hänellä oli huumorintajua, ja pystyin hyvin vastaamaan siihen. Olimme hyvää vauhtia matkalla symbioosin vaiheeseen. Tutkiessaan kasvojani hän alkoi tunnustella yhä enemmän kädellään ja joskus suullaan. Hän huomasi, että hän pystyi ohjaamaan minua: kun hän työnsi kätensä suulleni, suuni alkoi liikkua ja laulaa. Hän piti tätä suurena löytönä. Käytin tätä löytöä innokkaasti ja useissa muunnelmissa: suuni pystyi myös puhaltamaan tai pitämään ääniä.

Yli viiden kuukauden kuluttua Myrthelle tuli erittäin vaikea ajanjakso, jolloin hän oli hyvin stressaantunut, ja hänen kehonsa oli jännittynyt. Tämä aika kesti heinäkuusta lokakuuhun. Meidän oli pakko etsiä uusia kontaktin muotoja, mutta hän pystyi säilyttämään kontaktin vain hyvin lyhyen aikaa.

Hänen kehossaan oli paljon jännitystä ja levottomuutta. Istunnot veivät häneltä paljon energiaa, ja hän alkoi näyttää yhä

väsyneemmältä. Öisin hän ei saanut unta ja nukahti sitten viereeni makaamaan. Kaikki olivat huolissaan ja surullisia tästä, ja sen seurauksena hänen vanhempansa ja hoitajansa viettivät ensimmäistä kertaa enemmän aikaa Myrthen kanssa. Huolimatta hänen itkukohtauksistaan ja vaikka hän vaikutti hyvin onnettomalta, hänen vanhempansa ja hoitajansa ilmoittivat, että välillä oli myös ihania (kontakti)hetkiä. He kertoivat, että nämä hetket olivat heille uusia, ja että aiempina vaikeina aikoina, ennen hoidon aloittamista, tällaisia hetkiä ei juuri ollut ollut. Pystyimme näkemään häntä katsomalla, milloin hän ei halunnut tai voinut ottaa kontaktia vähään aikaan. Hän pystyi osoittamaan tämän erittäin hyvin. Oli vaikea nähdä häntä tässä tilassa, ja tunsimme itsemme melko avuttomaksi, mutta jotain oli muuttunut myös kontaktin muodostamisessa hänen kanssaan. Tämä antoi meille kaikille rohkeutta jatkaa. Myrthen kokemus siitä, että olemme hänen tukenaan vaikeina hetkinä, näytti vaikuttavan positiivisesti. Minulle terapeutina, mutta varmasti myös Myrthen tiimin kehityspsykologina hänen kotonaan, oli järkevää sisällyttää hoitajien kanssa käytyihin keskusteluihin myös nämä vaikeiden aikojen kokemukset.

Vaihe 1.2 Symbioosi

Lokakuun lopulta seurasi muutama rauhallinen kuukausi, jolloin Myrthe oli yleensä rento. Hän pystyi osoittamaan yhä paremmin, mitä hän halusi, kuten käsien taputusleikin tai yhdessä vesisängyn ”heiluttamisen”. Kuinka hitaasti tai kuinka nopeasti hän halusi leikkiä, ei ollut aina helppo nähdä, mutta ”todellisen” kontaktin hetkiä oli varmasti yhä enemmän. Hän lähti mukaan liikkeisiin ja teki aloitteen myös itse aloittamalla liikkeen tai siirtämällä päätään lähemmäs minua.

Jokapäiväisessä elämässä ihmiset näkivät, että Myrthe pystyi nauttimaan toiminta – reaktio -peleistä, ja että hänellä oli enemmän mielenrauhaa. Joulukuussa koimme Myrthen elämän kohokohdan. Suuren joulujuhlan aikana hän istui ensimmäistä kertaa hiljaa pöydässä perheensä ja hoitajansa kanssa. Tätä ei ollut koskaan ennen tapahtunut, ja se kesti jo jonkin aikaa. Kaikki nauttivat tästä. Oli ihanaa nähdä hänen vanhempansa istumassa Myrthen kummallakin puolella. Myös hänen siskonsa ja velipuolensa olivat siellä. Hän oli iloinen ja näytti nauttivan musiikista, ruoasta ja tunnelmasta. Ajattelin, että tämä oli käänteentekevä hetki. Kymmenen kuukauden terapian jälkeen voisimme siirtyä seuraavaan vaiheeseen: ”Yksilöllistymiseen rohkaiseminen”.

Vaihe 1.3 Yksilöllistymiseen rohkaiseminen

Tässä vaiheessa Myrthe haastettiin yhä useammin tekemään yksi asia toisensa jälkeen ja otettiin lelut käyttöön. Mutta hän itse asiassa mieluummin leikki kanssani tai käteni kanssa. Kun olin useasti tarjonnut leluja, hän kuitenkin nauroi vieraille leluille, joita esittelin hänelle. Esimerkkejä näistä leluista olivat kellot ja pelle, joka keikkuu pehmeästi taakse- ja eteenpäin samalla kun siitä lähtee ääniä. Hän piti tätä mielenkiintoisena vähän aikaa, ja joskus hänelle onnistui leikistä toiseen vaihtaminen. Tämä jäi haastavaksi, koska hän ei nähnyt lelua eikä siksi voinut helposti poimia sitä eikä tuntea sitä suullaan.

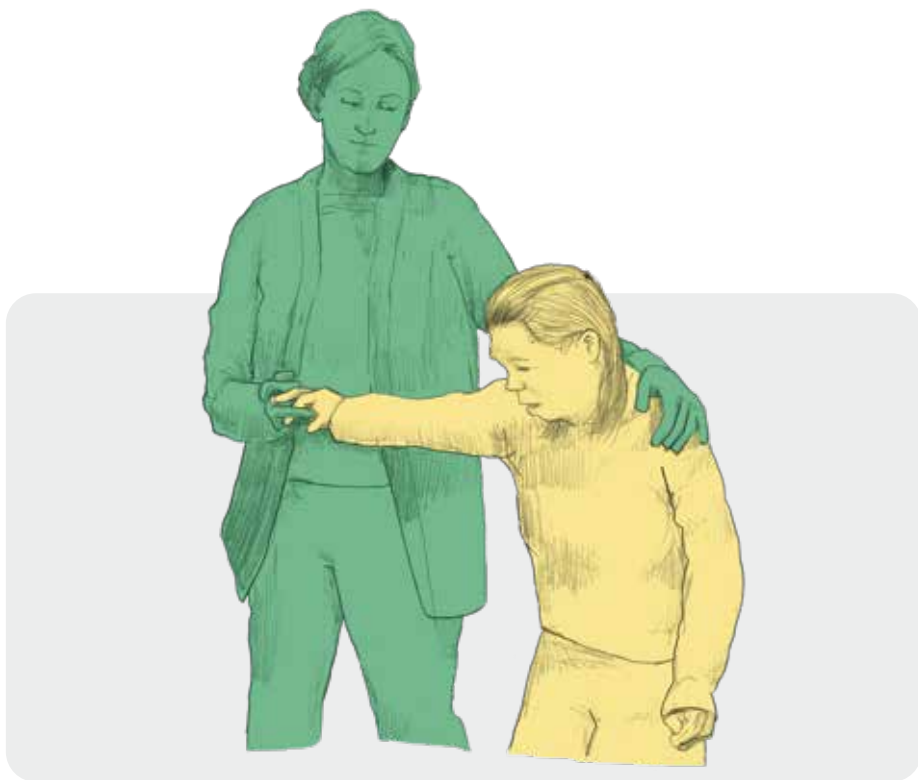
Myrthe äännähti silloin, kun toinenkin henkilö äännähti. Hän seurasi käsien ja käsivarsien yhä erilaisempia liikkeitä ja vesisängyn aaltoja. Hän rakasti piilotettujen lelujen etsimistä, kun hänelle antoi pieniä vihjeitä siitä, mistä ne löytyvät, kuten kahiseva paperi. Olimme tehneet tämän aiemmin niin, että käteni oli hänen jalallaan ja vatsallaan (tuntemuksen kautta), ja nyt hän lähti etsimään äänen perusteella. Aluksi häneltä kesti hyvin pitkään löytää paperi, mutta rohkaistessani häntä ja toistamalla kahisevaa ääntä hän pystyi löytämään sen nopeammin. Toisaalta hän tarvitsi tällaisten aktivoivien leikkien haastetta ja toisaalta myös huumori oli tärkeää. Jos odotin vahingossa liian kauan tai olin liian kaukana hänestä, Myrthe ei enää halunnut olla mukana.

Myrthen vesisänky oli pieni. ”Vuorottelu” -leikki oli mahdollista vain silloin, kun makasi hänen vieressään. Suuremman vesisängyn ostaminen osoittautui ratkaisevaksi tekijäksi. Aluksi leikki ei mennyt kovin sujuvasti, ja Myrthen täytyi tottua siihen, koska aallot olivat hitaampia ja hänen täytyi olla kärsivällisempi, jotta ne palaisivat. Hän oppi tämän hyvin nopeasti. Pienessä vesisängyssä hän pystyi kääntymään helposti pitämällä aina kiinni läheltä laitaa. Suuressa vesisängyssä tämä vaati paljon enemmän ponnistelua. Vaikutti kuitenkin, että hän voisi todella nauttia liikkumisesta: pyöriä heiluttamalla käsiään muutaman kerran. Hän sai paljon tilaa liikkua uudessa vesisängyssä, ja nyt hän pystyi viihdyttämään itseään jonkin aikaa liikkumalla ja pyörimällä. Hänen toimintakeskukseensa asennettiin myös uusi suuri vesisänky, mikä oli mukavaa. Nyt hoitajien oli myös helpompi maata hänen vieressään ja leikkiä hänen kanssaan peilaten häntä.

Jatkoa: sopivien lelujen etsiminen

Terapian aikana Myrthe pystyi leikkimään leluilla, vaikka se oli hänelle edelleen vaikeaa. Löysimme leluja, joiden painikkeilla saa äänet ja musiikin päälle. Hän rakasti tätä. Isälle videot Myrthen innostuksesta olivat hyvä merkki. Rauhallisemman käytöksen lisäksi hän näki, että Myrthe pystyi taas nauramaan ääneen leluista kuuluvan hauskan musiikin vuoksi. Näitä täytyi annostella, koska hän saattoi joskus innostua liikaa.

Oli hankalaa, että suurin osa leluista oli valmistettu kovasta muovista, mikä ei ollut hänelle turvallista. Hän saattoi lyödä hampaansa tai päänsä niihin yllättäen. Pehmeolulut eivät kuitenkaan kiinnostaneet häntä. Jokapäiväisessä elämässä luotettavien ihmisten ollessa hänen vieressään Myrthe keskittyi enimmäkseen fyysiseen kontaktiin. Hän veti heitä itseään kohti ja työnsi taas heitä pois. Myrthe osasi hyvin viihdyttää itseään musiikilla. Hoitajat olivat täyttäneet kolme koria leluilla, joista tuli ääniä hänen sen hetkisen mielialansa mukaan. Myrthe piti myös äänikirjasta. Emme tähän päivään mennessä tiedä, mitä hän tarkalleen ymmärsi kirjasta, mutta nämä näyttivät olevan hänelle nautinnollisia aktiviteetteja.



2.2 Vaihe 2: uusien positiivisten käyttäytymismallien oppiminen (kahdeksantoista kuukauden terapian jälkeen)

Moniammatillisessa konsultaatiossa keskustelimme jäljellä olevasta haastavasta käyttäytymisestä. Raivokasta haastavaa käyttäytymistä esiintyi huomattavasti harvemmin. Ne olivat kestoaltaan lyhyempiä, ja ne oli helpompi saada loppumaan. Näin oli sekä asumisyksikössä että toimintakeskuksessa. Päivällisaika asumisessa osoittautui hänelle erityisen haavoittuvaksi hetkeksi. Tiimissä näistä oli jo keskustelu videotallenteiden avulla. Myös siirtymähetket olivat haavoittuvia esimerkiksi tuoilta vesisängylle siirryttäessä. Toimintakeskuksessa lisääntyntä jännitystä aiheuttaneet hetket tapahtuivat kuitenkin ”odotushetkinä” ennen ja jälkeen ruokailun. Stressiä pyrittiin vähentämään laulujen avulla ja lisäämällä ennustettavuutta. Terapian aikana harjoitutin ”odottamista” tai nopeaa vaihtamista johonkin muuhun tekemiseen.

Tälle oli kuitenkin vähän käyttöä terapiassa. Tässä painopiste oli jokapäiväisessä elämässä. Ajan myötä Myrthen käytös rauhoittui. Hän pystyi odottamaan pidempiä aikoja esimerkiksi odottaessaan isäänsä, joka tuli hakemaan hänet uimaan.

Aiemmin lähtöön oli aina liittynyt innostusta ja jännitystä. Kaiken kaikkiaan näytti siltä, että Myrthe kehittyi edelleen viestintätaitoissaan. Tässä hänen tuekseen otettiin mukaan puheterapeutti.

2.3 Vaihe 3: yleistäminen/yksilöllistyminen noin kahdenkymmenen kuukauden terapian jälkeen

Kesäkuussa päätimme lopettaa terapian hitaasti. Sinä kesänä tuli kuitenkin vaikeampi ajanjakso. Tänä aikana Myrthen nukkuminen vaikeutui kuumuuden, lomien ja myös sen vuoksi, että hänen terapeuttinsa oli poissa kolme viikkoa. Tämä takapakki ei kuitenkaan ollut niin vaikea kuin se, minkä hän oli kokenut edellisenä vuonna. Tällä kertaa itkukohtaukset olivat lievempiä. Kesti muutaman kuukauden ennen kuin Myrthe pystyi jälleen rentoutumaan ja hänen unensa parani. Tiimi ilmoitti, että tällä kertaa häneen sai kontaktin, ja että tämä oli erilaista kuin aiemmin. Terapian lopettamista lykättiin syyskuun loppuun. Aloin lyhentämään istuntoja, ja sen jälkeen pidensin vähitellen niiden välejä.

3 Lopetusvaihe

Terapia näytti onnistuneen. Myrthelle sopivien lelujen tai muiden aktiviteettien löytäminen tuntui kuitenkin olevan edelleen haaste. Niiden löytämistä jatkettiin niin sanotussa 'leikkiterapiakontaktissa', jossa hoitajia tuettiin. Kolme kuukautta ITAB-terapian aloittamisen jälkeen Myrthen käyttäytymisessä ja kontaktissa oli havaittavissa parannusta. Koska toimin myös hänen asumisyksikkönsä kehityopsykologina, pystyin seuraamaan hänen prosessiaan myös tässä roolissa. Se oli hyvin innostavaa ja tehokasta. Yksikön hoitajien tiimi johti prosessia, eikä ollut aina helppoa ottaa toimintakeskuksen hoitajia tai vanhempia riittävästi mukaan tähän. Tämä vaati paljon konsultointia ja koordinointia. Jos mentiin liian nopeasti tai hitaasti, siitä aiheutui stressiä. Koska minulla on kaksoisrooli terapeutina ja yksikön kehityopsykologina, pystyin helposti itse tekemään välttämättömiä toimenpiteitä, kun näin siihen aihetta. Viestintä onnistui suoraan, mikä oli mukavaa ja tehokasta. Toisaalta tämä kaksoisrooli saattoi myös olla hankala, esimerkiksi silloin, kun selkeän edistyksen kauden jälkeen asiat menivät huonommin.

Kokemukseni mukaan on tärkeää siirtää ja yleistää toimintamallit asiakkaan päivätoimintapaikkaan. Tästä hyötyvät sekä asiakas että päivätoiminnan hoitajat. On hyvä, jos yleistämisvaihe johtaa rauhalliseen ja luottamukselliseen kontaktiin asiakkaan kanssa. Minulle terapeutina oli erityisen tärkeää huomata, että Myrthe tuntui pääsevän kiinni moniin asioihin niin nopeasti. Tämä osoitti, että hän voi edelleen oppia ja ottaa kehitysaskelaita. Kun otetaan huomioon hänen rajoituksensa, oli välillä vaikea löytää sopivia pelejä/leluja, joilla hän voi leikkiä. Hänen kykynsä ottaa kontaktia ja miten hän salli kontaktin stressaantuneena ja jännittyneenä oli muuttunut paljon, mistä oli hyötyä kaikille osapuolille. Sopivan tilan ja sopivien olosuhteiden löytäminen oli hieman haastavaa. Suuri vesisänky tarjosi mahdollisuuden leikkisään kontaktiin hoitajien kanssa. Lisäksi se antoi Myrthelle enemmän tilaa liikkua, mikä on erittäin tärkeää liikuntavammaiselle henkilölle. Nyt kun terapia on saatu päätökseen, Myrthe näyttää kykenevän muodostamaan luottamuksellisia suhteita, jotka hän kokee turvallisiksi, useiden ihmisten kanssa.

4 Raportointi asiakkaan omaisille

Hoitajat ja vanhemmat kokivat terapian erittäin arvokkaaksi prosessiksi. Heidän mielestään Myrthe on todella edistynyt. Kun omahoitajatiimit ja minä säteilimme innostusta, huomasimme vanhempien meitä varovaisemmin kasvattavan toiveitaan ja odotuksiaan tyttärensä elämää kohtaan. He ovat kuitenkin yhtä mieltä siitä, että Myrthe nauttii elämästä huomattavasti useammin. Myös seuraavat joulunvietot onnistuivat. Myrthen äidistä on erittäin mukava maata vesisängyllä tyttärensä vieressä ja olla läheisessä kontaktissa häneen. Kerran he jopa nukahtivat yhdessä. Äiti oli hyvin yllättynyt tästä ja piti sitä ihanana hetkenä. Isä on taas lähikontaktissa viikoittaisilla uintisessioilla tyttärensä kanssa.

Vaikeita aikoja tulee varmasti vielä. Terapiaprosessi vanhempien, kehitysvammaisuuteen erikoistuneen lääkärin, henkilökohtaisen avustajan ja sosiaalityöntekijän kanssa on kuitenkin antanut meille kaikille mahdollisuuden saada päätös aiheelle ”Myrthen sietämätön kärsimys”. Tämä oli hyvin rohkaisevaa kaikille asianosaisille. Pystyimme keskustelemaan huolista ja myös miellyttävistä asioista avoimesti ja rehellisesti keskenämme.

5 Terapeutista

Truus van Ramshorst

Olen kehityopsykologi ja mielenterveyspsykologi sekä leikkiterapeutti, ja työskennellyt Esdégé-Reigersdaalissa, Alankomaissa yli kaksikymmentä vuotta. Tämä on Pohjois-Hollannin provinssissa sijaitseva keskus, joka tarjoaa tukea kehitysvammaisille ihmisille. Olen erikoistunut vaikeasti kehitysvammaisten tukemiseen ja kuulun myös kansalliseen Platform for Severe and Multiple Disabilities -foorumiin (Landelijk-alusta EMG). Täällä työskentelen vaikeasti kehitysvammaisten ihmisten elämänlaadun parantamiseksi. Tämä on suuri intohimoni ja haasteeni. Tästä intohimosta olen kehittänyt yhdessä Paula Sterkenburgin kanssa kurssin ”Luottamussuhteen rakentaminen” omassa organisaatiossamme. Tämä kurssi sopii täydellisesti visioomme, jonka mukaan ”todellinen kontakti” on yksi tärkeimpiä tukipilareita elämässämme ja siten myös ihmisille, joiden kanssa työskentelemme.

Toinen osa työtäni on terapian ja neuvonnan antaminen lievästi ja keskivaikeasti kehitysvammaisille asiakkaille sekä heidän vanhemmilleen ja hoitajilleen. Sekä omalla Spelkamer Luttik-leikkiterapiavastaanotollani että työssäni Esdégé-Reigersdaalissa olen erikoistunut kiintymyssuhdeongelmien hoitoon. Sovellan työssäni ITAB-kurssia sekä J.C.A. Thoomes-Vreugdenhilin differentiaatio- ja vaiheterapiaa, jonka avulla voin toimia terapeuttina sekä vammaisille että vammattomille lapsille. Nämä terapiat ovat kestoaltaan pitempiä, mikä sopii minulle henkilökohtaisesti hyvin. Työni mielenterveyspsykologina Esdégé-Reigersdaalissa ja työni leikkiterapeuttina omalla vastaanotollani ”Spelkamer Luttik” täydentävät toisiaan erittäin hyvin.

4 Tapaus Peter

Aikuinen mies, jolla on vaikea älyllinen kehitysvamma, epilepsia ja vaikeuksia aistitiedon käsittelyssä

Marynne van Groenigen-Hulst (ITAB-terapeutti) ja Mirjam Wouda

1 Johdanto tapaukseen

1.1 Tulotilanne ja arviointi

Peter on hyväntuulinen aikuinen mies, jolla on vaikea älyllinen kehitysvamma, epilepsia ja vaikeuksia aistitiedon käsittelyssä. Hänellä on synnynnäinen mikrokefalia, jonka seurauksena häneltä puuttuu aivojen vasen puoli kokonaan ja oikea puoli osittain. Hänen vanhempansa hylkäsivät hänet vauvana, ja hänet adoptoitiin myöhemmin. Hänen adoptiovanhempansa osallistuvat aktiivisesti hänen elämäänsä. Peterin käyttäytyminen on ollut ongelmallista liittyen syömiseen ja juomiseen varhaislapsuudesta alkaen. Kun Peter tuntee olonsa epämiellyttäväksi, hän vahingoittaa itseään (puree kättään, lyö päätänsä). Viimeisten kuuden vuoden aikana on huomattu hänen yskivän, kakovan ja sylkevän paljon ja nielemisen olevan vaikeaa. Terveydelliset ja sosiaalisen käyttäytymisen arvioinnit eivät antaneet tietoa siitä, miten näitä ongelmia olisi voinut helpottaa. Peter kärsii olotilastaan, mikä johtaa säännöllisesti oksenteluun. Se vaikeuttaa läheisten halaamista ja ottamasta fyysistä kontaktia häneen. Peter hakee hoitajiensa läheisyyttä, hän seuraa heitä ympäriinsä ja istuu mielellään heidän sylissään. Joskus hän ottaa hoitajaa kädestä ja vie hänet sinne, missä hän voi selventää asiaansa. Kosketus voi olla kovakourainen. Hän voi myös työntää hoitajat pois; hän ei aina halua lohdutusta ollessaan surullinen. Hän kommunikoi pääasiassa käyttäytymisensä kautta; hän ymmärtää sanat «kyllä» ja «ei» ja osaa käyttää niitä.

Vuonna 2015 Peterin arvioinnit keskittyivät häiriintyneeseen kiintymyssuhteeseen. Arvioinnissa käytettiin Boriksen ja Zeanahin (2005) ja Zeanan, Mammenin ja Liebermanin (1993) listaa Häiriintyneen kiintymyssuhteen merkeistä. Haastatteluissa haastateltiin päivätoiminnan ja asumispaikan hoitajaa. Lisäksi selvitettiin asiakastiedoista hänen elämänhistoriaansa ja käyttäytymistään.

Lopuksi arviointi täydennettiin analysoimalla video Kiintymyssuhteen Kliinisestä havainnoinnista (COA) käyttäen hyväksi arviointilistaa. Arviointiin perustuva kokonaiskeskiarvo (Dekker-Van der Sanden ja Janssenin, 2010, kuvaaman menetelmän mukaisesti) oli 26,33, mikä merkitsi kiinnittymishäiriötä. Näiden tulosten, Peterin vaikean älyllisen kehitysvamman, adoptiohistorian sekä haastavan käyttäytymisen perusteella suositeltiin aloittamaan ITAB-terapia. Peterin laillisen edustajan kanssa neuvottelun jälkeen hänet otettiin ITAB-terapiaan sen palveluntuottajan hoito- ja neuvontapisteessä, jossa hän asuu ja osallistuu päivätoimintaan.

1.2 ITAB-terapiaan valmistautuminen

Luettuani Peterin tapausasiakirjat ja tutustuttuani hänen kiintymyssuhteensa kehitykseen perusteellisesti selitin hänen laillisille edustajilleen ja henkilökohtaisille hoitajilleen terapian pääpiirteet, sen tarkoituksen ja miten aion aloittaa ITAB-terapian.

Kun otetaan huomioon hoidon intensiteetti ja pituus, pidin tärkeänä saada sille laaja tuki. Pyysin myös kirjallista lupaa kuvata jokainen sessio. Työskennellessäni oli mukana digitaalinen itkuhälytin, jotta hoitajat näkisivät ja kuulisivat, mitä tein, koska makuuhuoneen ovesa ei ollut ikkunaa tai ovisilmää. Terapeuttina minua häiritsi se, etten tiennyt kuka seurasi meitä ja olivatko hoitajat seuranneet istuntoa. Vaikka oli hyvä, että hoitajat pystyivät seuraamaan mitä teimme (saavutettavissa/avoimuus), olin samaan aikaan hyvin tietoinen siitä, että kaikki näkivät ja kuulivat kaiken. Tämä oli joskus haastavaa, koska terapiaa saatettiin aliarvioida tai arvioida väärin. Hoitajat olivat kriittisiä ja ihmettelivät, mitä oikeastaan tein: ”No, mekin voimme tehdä Peterin perässä kaiken rauhallisesti ja mennä kaikkeen mukaan.” Oli kuitenkin tärkeämpää, että istunnot olivat muiden seurattavissa, vaikka koin itselleni terapeuttina vaikeammaksi muodostaa turvallisuuden tunnetta asiakkaalle ja itselleni. Se antoi myös hoitajille mahdollisuuden jakaa ajatuksia herkästi reagoivasta lähestymistavasta ja luottamuksellisen suhteen rakentamisesta.

Yhdessä Peterin henkilökohtaisten hoitajien kanssa sovimme tapaamisillemme kiinteät päivät ja ajat, jotka sopivat hänen päiväohjelmaansa. Peter pystyy liikkumaan ja kävelee paljon. Lailliset edustajat antoivat meille luvan lukita ovi ensimmäisen istunnon aikana, jotta hän ei voinut kävellä pois. Tämä ei kuitenkaan osoittautunut tarpeelliseksi.

Hän häiriintyi helposti, ja siksi valitsimme istuntojen paikaksi hänen makuuhuoneensa, jossa hänellä oli sohva. Sovimme, että tapaamme kahtena aamuna viikossa, ja että tapaamisen jälkeen vien hänet itse päivätoimintaan vähentäen siirtymiä. Kolmannella kerralla järjestys kuitenkin muuttui, ja palasimme yhdessä päivätoiminnasta hänen kotiinsa. Peterin hoitorutiinit lyhensivät aikaamme keskittyä luottamuksellisen suhteen rakentamiseen. Hoitajat halusivat kuitenkin, että minä antaisin hänelle juomista. Jonkin ajan kuluttua sovimme, että hoitajat voisivat jatkaa juoman antamista hänelle, jotta olisi selvää, kuka teki mitäkin. Tämä vaati keskustelua hoitajien kanssa, mutta pääsimme tästä helposti sopimukseen.

Vanhempien, mentorin ja omahoitajien konsultaatio tapahtui kuuden viikon välein. Neljännesvuosittain pidimme myös tapaamisen Peterin asumisyksikön hoitajan ja päivätoimintahoitajien kanssa pitääksemme heidät mukana terapiaprosessissa. Teimme tämän vahvistaaksemme tukea ja lopulta siirtääksemme vastuun hänen hoitajilleen (yleistämisvaihe). Siirtovaihe vaatii jonkin verran luovuutta ja aikaa selittää ja harjoitella käytännössä.

2 ITAB-terapia

2.1 Vaihe 1: Kiintymyssuhdeterapia

Vaihe 1.1 Suhteen muodostaminen - Kontaktin ottaminen

Aluksi aloin peilata Peterin käyttäytymistä saadakseni kontaktin. Näin tehdessäni seurasin häntä. Hänen makuuhuoneessaan kävelimme useita kertoja edestakaisin ovelta ikkunan luo. Peilasin, kun hän polki jalkaa, koputti ikkunalautaa, oveaan tai sänkyään. Ensimmäisillä kerroilla hänen kävellessään makuuhuoneensa ovelle ja avatessaan sen hän joskus myös lähti huoneesta. Olisin voinut seurata häntä, mutta hän ei olisi ollut enää kiinnostunut jatkamaan istuntoa ja palaamaan huoneeseensa. Muutaman kerran jälkeen pystyin harhauttamaan häntä poistumasta huoneesta kävelemällä edestakaisin ja menemälle ovelle ovenkahvan eteen itse. Tämä hämäsi häntä avaamasta ovea itse ja kävelemästä ulos. Hän nautti oven paiskaamisesta voimakkaasti kiinni ja siitä, että peilasin sen ääntä pamauttamalla lattiaa äänekkäästi. Ensimmäisissä istunnoissa en näyttänyt olevan hänen huomionsa keskipisteenä; sen sijaan hän jatkoi liikkumista huoneessaan.

Muutaman istunnon jälkeen hän alkoi kuitenkin jo huomata minun peilaavan häntä, mikä oli merkittävää. Näytti siltä, että hän teki tarkoituksella tiettyjä asioita, esimerkiksi koputti omaa takapuoltaan nähdäkseen, peilaisinko häntä. Tämä alkoi kuukauden terapian jälkeen.

Vähitellen Peterin huomio siirtyi minuun peilatellessani häntä ja myös muulloin. Alkoi rituaali, jossa lauloimme laulun yhdessä jokaisen istunnon alussa ja lopussa. Jokainen sessio alkoi laulamalla hollantilainen laulu, jossa laitoimme nyrkkimme päällekkäin ("Deze vuist op deze vuist"), ja päättyi lauluun "Hei Peter, nyt tämä loppuu...". Fyysinen etäisyys välillämme istuntojen aikana määräytyi pääasiassa sen mukaan, mikä hänestä tuntui mukavalta. Aluksi hän vastusti voimakkaasti fyysistä kontaktia, mitä tietysti kunnioitin. Istuntojen edetessä hän alkoi vähitellen etsiä enemmän fyysistä läheisyyttä. Hän saattoi hyväksyä minun siirtyvän lähemmäs hänen saadessaan yskäkohtauksen, joka saattoi muuttua kakomiseksi tai jopa oksentamiseksi. Joskus hän näytti jopa hakevan tukea nojautumalla minua vasten ja laittamalla kätensä ja kasvonsa olkapäälleni samalla katsoen minua. Aluksi hän saattoi työntää minua voimakkaasti taaksepäin, jos laitoin käteni hänen olkapäälleen tai selälleen. Fyysinen kontakti oli mahdollinen vain, kun hän itse teki aloitteen. Sallin Peterin tekemän aloitteen, olin hyvin välittävä, enkä koskaan kieltänyt sitä.

Puin vaatteitteni päälle korkeakauluksisen puseron joka istunnon ajaksi suojaamaan syljeltä, jota joskus sain Peterin ottaessa kontaktia. Näin pystyin pitämään itseni puhtaana loppupäivän. Vaikka häneltä valui paljon sylkeä ja saattoi joskus kakoa, annoin hänen ottaa kontaktia. Kuukautta myöhemmin pystyimme hyvin ottamaan fyysisen kontaktin. Istuimme vierekkäin hänen makuuhuoneensa sohvalla, jossa lauloin lauluja. Myöhemmin hän laittoi jalkansa syliini ja sen jälkeen hän halusi istua sylissäni. Aluksi pystyimme ottamaan katsekontaktin vain muutaman sekunnin ajan, mutta pian hän pystyi tähän pidempiä aikoja, ja lopulta hän ei enää katsonut pois. Peilaus pysyi tärkeänä osana sessioitamme.



Vaihe 1.2 Symbioosi

Yhdessä laulaminen Peterin istuessa sylissäni johti läheisempään kontaktiin välillämme. Hän istui kasvot minuun päin. Pystyimme liikkumaan ja tekemään ääniä yhdessä, koska pystyin ennakoimaan hänen käyttäytymistään erittäin hyvin. Joskus pystyimme jopa tekemään synkronoituja liikkeitä ja ääniä, koska olin oppinut tuntemaan hänet. Joskus näytti melkein siltä, että hänen itkiessään aistin vahvoja tunteita. Kontaktissa keinuimme hellästi edestakaisin kappaleiden mukana. Kiinteät rituaalit otettiin käyttöön: toistimme tiettyjä leikkejä ja lauluja, kuten 'Täältä tulee pieni hiiri...' mikä lisäsi ennakoitavuutta. Toistimme niitä loputtomasti. Kun hän kuuli ensimmäiset sanat tai äänensävyn, hän tiesi välittömästi, mitä oli tapahtumassa. Tämä vaihe istuntojen alussa sisälsi enemmän vaihtelua; joskus lauloimme laulun tai aloitimme leikin. Tässä symbioosin vaiheessa oli viikon tauko lomien takia, mikä huolestutti minua hieman. Viikon kuluttua hän kuitenkin tunnisti minut heti ensimmäisestä "Hei"-sanasta, ja pystyimme jatkamaan istuntoja ikään kuin mitään ei olisi tapahtunut. Tämä tarkoitti sitä, että symbioosi saattoi katketa, minkä jälkeen se muodostui uudelleen.

Keinuimme edestakaisin selät vastakkain. Laitoin suuren peilin huoneeseen, jotta voisin nähdä hänen reaktionsa. Tämä osoittautui

erittäin hyväksi silloin, kun Peter istui sylissäni ja leikimme kontaktileikkejä, koska silloin saatoimme katsoa toisiamme myös peilin kautta. Kesti jonkin aikaa ennen kuin hän ymmärsi tämän hauskuuden, mutta sen jälkeen hän nautti siitä kovasti. Yhdessä leikkimiseen tuli vähitellen myös 'epävireisyyttä'. Esimerkiksi saatoin pysähtyä kesken laulun tai runon ja odotin, että hän ilmaisisi haluavansa minun jatkavan. Aluksi merkki saattoi olla hyvin pieni signaali, kuten minuun katsominen tai katsekontaktin ottaminen. Myöhemmin vaadin häntä odottamalla pitempään merkkiä, jotta hän voisi osoittaa vielä selvemmin, mitä hän halusi. Tämä tarkoitti usein leikin tai laulun jatkamista. Tätä leikkiä kehitettiin edelleen seuraavassa vaiheessa.

Vaihe 1.3 Yksilöllistymiseen rohkaiseminen

"Vireinen ja epävireinen leikki" kehittyi edelleen tässä vaiheessa. Provosoin edelleen Peteriä ilmaisemaan selvemmin, mitä hän halusi. Jos hän teki niin, palkitsin hänet vastaamalla hänen pyyntöönsä, kuten laulamalla tietyn laulun, jatkamalla runoa tai pelaamalla peliä. Joka kerta lopetin "vireisyyteen", jotta hän tuntisi olonsa turvalliseksi tehdäkseen aloitteen. Tämä johti erilaiseen leikin muotoon, jossa vuorottelimme. Matkimme toistemme ääniä esimerkiksi naksuttamalla kielellä. Hänen istuntojen aikana tuottamissaan äänissä kuului yhä enemmän vaihtelua. Peter selvästi nautti tästä "keskustelusta", jossa tuotimme ääniä vuorotellen.

Yhdessä leikkimisen hetkien välissä oli tilaa myös symbioosivaiheen (vaihe 1.2) mukaiselle käyttäytymiselle, kuten lohdutuksen, läheisyyden ja turvallisuuden hakemiselle. Näitä hetkiä esiintyi ajan myötä yhä harvemmin, ja joka kerta stimuloin jonkin ajan kuluttua aloittamaan leikin uudelleen. Tämä on tärkeä osa "turvallisuuden kehää". Jos vain lohduttaisin häntä, hän voisi "juuttua itkukohtauksiinsa" ja jatkaa lohdutuksen hakemista. Kun hän oli saanut lohdutusta, hänelle oli tärkeää jatkaa ympäristönsä tutkimista ja leikkimistä. Autoin häntä siirtymään tähän tarjoamalla hänelle lelua, jolla leikkiä aloittaen yhteisen leikin.

Selvitin, oliko Peterillä käsitys esineen ja henkilön pysyvyydestä. Tätä harjoiteltiin yksinkertaisesti piilottamalla esine osittain ja myöhemmin kokonaan nähdäkseni, aloittaisiko hän sen etsimisen.

Tämä ei kuitenkaan vaatinut paljon tarkkaavaisuutta, koska hän tiesi heti, mistä etsiä! Peterin oli tärkeää oppia, että kun jokin tai joku katosi hetkeksi näkyvistä, tuo henkilö ei *itse asiassa* kadonnut, vaan pystyi olemaan läsnä ja saattoi ilmestyä uudelleen näkyviin. Tässä vaiheessa lelut otettiin mukaan istuntoihin. Aluksi leikimme niillä yhdessä, ja myöhemmin hän leikki leluilla yksin. Hän näytti suosivan leluja, jotka reagoivat, kun hän kosketti niitä, kuten aktivointileluja. Yhdessä aktivointilelussa (vanhempi versio) oli painikkeet, jotka antoivat ääniä niitä painettaessa, kun taas toisessa oli paristot ja sillä soitettiin erilaisia melodioita. Monen näyttämisen jälkeen ja rohkaistuneena kokeilemaan niitä itse Peter pystyi lopulta leikkimään niillä jopa viidestä kymmeneen minuuttia. Hän heitteli irrallisia leluja, joten päivätoiminnassa ja asumisyksikössä hän alkoi käyttää esiliinaa, johon ne oli ommeltu kiinni. Näin hän pystyi helposti leikkimään niillä. Sessioiden aikana yritin rauhoitella Petriä hänen heitellessään leluja. Pyrin olemaan vähemmän innostunut tai kiinnittämättä siihen huomiota. Lopulta Peter ja minä laitoimme lelut takaisin pussiin. Aloitin tämän harjoittelun ottamalla vähitellen enemmän etäisyyttä Peteriin hänen leikkiessään. Ensin hän istui sylissäni tai sohvalla, myöhemmin istuin jakkaralla siirtäen sitä vähitellen taaksepäin ja sivulle. Sillä välin jatkoin hänen kannustamistaan sanomalla hänen leikkivän hienosti. Vastasin, kun hän otti katsekontaktin rohkaisemalla häntä jatkamaan. Lopulta harjoittelimme hänen jatkavan leikkiään yksin jopa silloin, kun lähdin huoneesta. Hän pystyi tekemään sen askel askeleelta; aluksi lyhyen hetken, sitten hieman kauemmin ja lopuksi muutaman minuutin. Joskus tämä sujui paremmin ja välillä heikommin. Joskus hän pystyi jäämään istumaan sohvalle lelu sylissään, kun olin lähtenyt huoneesta, mutta hän saattoi lopettaa leikkimisen katsoen ovelle ja odottaen minun palaavan. Palatessani huoneeseen, varmistin aina, että loimme uudelleen lämpimän kontaktin ja palkitsin hänet onnittelemalla häntä siitä, kuinka hyvin hän oli pysynyt paikallaan ja jatkanut leikkiä. Sen jälkeen asettauduin huoneessa niin, että välillämme oli taas jonkin verran etäisyyttä.

2.2 Vaihe 2 Käyttäytymisterapia

Hoitajat toivat esille Peterin syljen erityksen olevan hankalinta hänen hoitamisessaan. Joskus hän myös sylki purressaan kättään ja saattoi tämän jälkeen hakata päätänsä seinään.

ABC-analyysissa tuli esille, että eri hoitajat reagoivat tähän käyttäytymiseen eri tavalla: joskus se jätettiin huomiotta, kun taas

toisinaan siihen puututtiin korjaavalla tavalla tai hänelle kerrottiin, että hoitaja palaisi istumaan hänen kanssaan uudelleen jonkin ajan kuluttua. Toisinaan hoitajat ottivat hänet syliinsä tai siirtyivät hänen päiväohjelmassaan seuraavaan toimintaan. Vaikutti siltä, että ei-toivottu käytös tapahtui useimmiten päiväohjelman siirtymävaiheessa tai kun kontakti hoitajaan oli jostain syystä katkennut. Käyttäytymisterapiavaiheessa opitaan uutta toivottua käyttäytymistä, jonka jälkeen ei-toivottu käyttäytyminen häviää. Olennaista tässä on jatkuvasti palkita sosiaalista käyttäytymistä antamalla positiivista huomiota tai kehua.

Niinpä aloitimme harjoituksen, jossa Peter osoitti mitä hän halusi silittämällä käsivarttani, olkapäästäni tai selkääni. Lauloin laulun ja sitten kysyin häneltä, halusiko hän kuulla toisen. Jos hän nyökkäsi ”kyllä”, vastasin: ”Silitä minua” ja näytin, mitä odotin. Kun hän teki niin, kehuin häntä tästä kovasti, ja palkitsin hänet välittömästi laulamalla hänelle laulun. Harjoittelimme myös kuplien puhaltamista: ”Haluatko minun puhaltavan lisää kuplia? Jos haluat, silitä minun käsivarttani.” Jos hän teki niin, kehuin häntä kovasti ja täytin lupaukseni välittömästi puhaltamalla kuplia. Noin viiden tai kuuden istunnon jälkeen Peter alkoi ymmärtää palkitsemisen käsitteen tämän halutun käyttäytymisen (silittämisen) avulla ja alkoi silittää aktiivisesti. Aluksi tämä tapahtui vain silloin, kun olimme kasvokkain, mutta myöhemmin myös silloin, kun käänsin selkäni häntä kohti kuten katsoessani ulos ikkunasta tai kun ”kirjoitin” jotain muistikirjaan.

Teimme tämän, koska tiesin, että myöhemmin kaikki hoitajat eivät olisi häneen päin kääntyneenä istuessaan ryhmässä ja olisi hyvä, jos hän voisi myös silloin osoittaa selkeästi jotain tai pyytää jotain. Myöhemmin päivittäisessä toiminnassa hoitajatiimi huomasi, että hän näytti keskittyvän heihin enemmän. Hän alkoi myös kommunikoida enemmän, osoittaa mitä hän halusi juoda ja pyytää huomiota osoittamalla jotain kävellessään ulkona (jaettu tarkkaavaisuus). Esimerkki tästä oli, kun hän meni kerran kävelylle äitinsä kanssa ja osoitti ikkunalaudalla istuvan kissan suuntaan. Koska halusimme tutkia, pystyisikö Peter parantamaan viestintätaitojaan, sovittiin tapaaminen palveluiden kehityspsykologin ja puheterapeutin kanssa. Lisäksi sovin tapaamisen Peterin kahden henkilökohtaisen hoitajan kanssa ja kehityspsykologin kanssa keskustellaksemme siitä, miten uusi toivottu käyttäytyminen saataisiin osaksi päivittäistä hoitotyötä. Olimme nyt siirtyneet yleistämisvaiheeseen.

2.3 Vaihe 3 yleistäminen

Kahdenkeskisissä sessioissamme Peter käytti uutta toivottua, vaihtoehtoista käyttäytymistä: silittäminen sylkemisen sijaan. Heti sen jälkeen hän sai sosiaalisen palkkion kehuina tai henkilökohtaista huomiota kuten kysymällä, mitä hän halusi. Saatoin kysyä: ”Haluatko kuulla toisen laulun? Haluatko minun painavan sitä painiketta uudelleen? Haluatko minun puhaltavan vielä kuplia?” Huomasin, että palkitsemisjärjestelmä rohkaisi Peteriä tarpeeksi käyttäytymään halutulla tavalla yhä uudelleen.

Peterin turvallisuuden tunne kasvoi kontaktimme kehittyessä. Hän alkoi kokeilla kontaktiamme yhä enemmän esimerkiksi vitsailemalla. Tiimipalaverissa selitettiin tarkemmin vaihtoehtoisten käyttäytymismallien oppimista ja keskusteltiin niistä videotallenteiden avulla. Kaikki hoitajat suostuivat aloittamaan työskentelyn tämän parissa. Jotkut hoitajat halusivat aloittaa työskentelyn terapeutin avulla, joten tästä sovittiin. Tämän jälkeen molemmat omahoitajat osallistuivat terapiaistuntoon kerran, jotta he pystyivät tukemaan kollegoitaan sen toteuttamisessa. Seuraavat istunnot tapahtuivat olohuoneessa, esimerkiksi päivätoiminnassa tai hetkinä, jolloin he nauttivat juomaa asumisyksikössä. Tämä oli tärkeää, koska se antoi Peterille mahdollisuuden jakaa huomioitaan ja voisin itse olla mallina (esimerkkinä) hoitajille.

Peter jatkoi leikkimistä aktivointileluilla ja muilla vastaavilla. Leikkiterapeutilta kysyttiin neuvoa, millaiset lelut olisivat hänelle parhaimpia, koska sillä hetkellä hän näytti ottavan askeleita kehityksessä myös tällä alueella. (Hollannin) Centre for Consultation and Expertise (CCE) sitoutui rahoittamaan Peterin tarvitseman hoidon jatkumisen seuraavien kahden vuoden ajan. Panostus käytettiin videokoulutukseen kehityspsykologin ja ITAB-terapeutin ohjauksessa uuden hoitotyötylin omaksumiseksi ja vahvistamaan ”Turvallisuuden kehää”.

Suosituksesi asiakkaan hoitosuunnitelmaan:

- Työskentele ”turvallisuuden kehän” mukaan. Ole turvapaikka, josta Peter voi löytää lohtua, jakaa iloa ja hallita tunteitaan ja tunnetilojaan. Ole turvallinen tukikohta, josta käsin Peter voi tutkia ympäröivää maailmaa.
- Ohjaa vaihtoehtoiseen käyttäytymiseen (kuten silittämiseen) Peterin käyttäytyessä ei-toivotulla tavalla (kuten sylkemällä).

- Reagoi herkästi jokaiseen pieneen signaaliin, jonka Peter antaa halutessaan kontaktia tai kommunikoida.
- Palkitse toivottu käytös kehumalla; keskittymällä häneen ja antaen hänelle jakamatonta huomiota hetkeksi.
- Ole herkkä ja vastaanottavainen Peterille.
- Pidä hauskaa Peterin kanssa pelaamalla kontaktipelejä yhdessä.

3 Lopetusvaihe

Peter oli oppinut luomaan kontaktin luotettavaan merkitsevään henkilöön. Ajan myötä hän alkoi osoittaa enemmän kiintymystä ja pystyi näyttämään selvemmin, etsikö hän lohtua vai apua. Lisäksi hän nauttii yhdessä tekemisestä. Hänen ympärillään oli yhteisesti jaettu maailma (jaettu tarkkaavaisuus) ja hän pystyi viihdyttämään itseään itsenäisesti pidempiä aikoja (tutkiminen). Peter sylkee edelleen joskus, mutta aiempaa paljon harvemmin. Hän pyytää huomiota silittämällä sylkemisen sijaan. Tämä tekee hoitajille miellyttävämmäksi ja helpommaksi ottaa häneen kontakti, ja Peter on myös avoimempi ottamaan kontaktia, kun luotettava merkitsevä henkilöä tekee aloitteen.

Kokemukseni perusteella tiimin kanssa työskentelyyn ja terapian yleistämiseen arkielämään voi liittyä tiettyjä haasteita ja pulmia. Vaikka Peterin hoitajatiimi oli hyvin motivoitunut parantamaan hänen tilannettaan, he suhtautuivat myös epäilevästi hänen kykyynsä kehittyä ja myös omiin kykyihinsä vaikuttaa hänen käyttäytymiseensä ja saada aikaan muutoksia. Kesti jonkin aikaa, ennen kuin ITAB:lla oli näkyvä vaikutus. Joskus parannukset eivät olleet heti nähtävissä. Psykoedukaatio, joka mahdollistaa ymmärryksen asiakkaan terapian tarpeesta, terapiassa tapahtuvista muutoksista sekä suhteesta asiakkaaseen, on erittäin tärkeää.

Tässä tapauksessa terapia eteni nopeasti. Peterin emotionaaliset ja kognitiiviset kyvyt kehittyivät merkittävästi. Suurin haaste oli saada hoitajat mukaan ja saada aikaan muutoksia hänen päivittäisessä ympäristössään. Tämä oli joskus vaikeaa johtuen työvuorosuunnittelun ongelmista ja vuokratyövoiman käytöstä. Tämän takia toteutusvaihe vaati erityistä huomiota. Ratkaisuna tähän oli koulutusvideoiden käyttö, joiden tarkoituksena oli parantaa hoitajien herkkyyttä ja reagoitokykyä. Minulle henkilökohtaisesti jatkuvuuden

varmistaminen oli kuitenkin joskus vaikeaa, koska tiimistä puuttui välillä jäseniä. Terapeuttina et voi tietenkään hallita ulkoisia olosuhteita

4 Raportointi asiakkaan omaisille

Peterin vanhemmat ja laillinen edustaja huomasivat Peterin olevan avoimempi ympäristölleen. Hän osoitti asioita, joita halusi muiden katsovan (jaettu tarkkavaisuus). Yhä useammin hän haki huomiota toivottavammilla tavoilla kuin sylkeminen. Lisäksi kun hoitaja alkoi harjoitella ”silittämällä pyytämistä”, hän alkoi toimimaan näin yhä useimmin kyseisen henkilön kanssa. Joskus hän näytti myös tekevän tämän vain saadakseen positiivisen kontaktihetken, koska sosiaalinen palkinto silittämisestä oli kehuminen, mikä oli hänelle merkittävä yllyke. Nämä kontaktihetket vahvistivat positiivista suhdetta hoitajaan, mikä lisäsi puolestaan Peterin toivottua käyttäytymistä ja vähensi haastavaa käyttäytymistä.

Aluksi epäiltiin, hyötyisikö Peter tästä terapiasta. Olihan hänen käyttöksensä ollut samaa jo vuosia, ja alussa näytti siltä, että tilanne oli jossain määrin hyväksytty. Terapian aikana kaikki kuitenkin innostuivat yhä enemmän katsellessaan videoita istunnoista. Terapian lopussa vanhemmat ja hoitajat olivat yllättyneitä ja erittäin tyytyväisiä tuloksiin.

5 Terapeutista

Marynne van Groenigen-Hulst

Olen kehityspsykologi ja mielenterveyspsykologi. Vuodesta 1997 lähtien olen työskennellyt vammaisten parissa, ensin omahoitajana ja myöhemmin kehityspsykologina. Erityisesti sydäntäni lähellä ovat asumisyksiköissä asuvat asiakkaat, joilla on lievä, vaikea tai syvä älyllinen kehitysvamma ja lisäksi muita vammoja. Nautin työskentelystä niin lasten kuin vanhustenkin kanssa. Olen työskennellyt erilaisten haastavien käyttäytymismuotojen parissa, jotka vaativat räätälöityä hoitoa sen sijaan, että olisin ”vain” säätänyt hoitotyyliä. Joillakin asiakkailla on esiintynyt tietynlaista käyttäytymistä niin pitkään, ja joka on niin syvälle juurtunutta, että

hoitajat yksinkertaisesti hyväksyvät sen osana asiakkaan olemusta. Olen myös kohdannut ihmisiä, joiden elämä ja liikkumatila on muuttunut hyvin rajoittuneeksi, mikä puolestaan johtaa usein haastavampaan käyttäytymiseen.

Aloin opiskella intensiivisesti kiintymyssuhdetta törmättyäni Amsterdamin Vrije Universiteitin kiintymyssuhdetutkimukseen. Koska tiedän kiintymyssuhdeongelmista kärsivien asiakkaiden yleisyyden, olen päättänyt auttaa luomaan turvallisen kiintymyssuhteen aina kun se on mahdollista. Minulle pelkkä ongelman diagnosointi ei riitä! Käytyäni kiintymyssuhteen ja ohjauksen peruskurssin tunnen olevani valmis edistämään tätä asiaa myönteisellä tavalla. Työskentely asiakkaiden kanssa kahdenkeskisessä ympäristössä rikastuttaa työtäni kehityopsykologina valtavasti. Tämä on todella lahja. Keskustelen mielelläni myös muiden kanssa erilaisista hoitomahdollisuuksista ja muista näihin liittyvistä asioista. Tämä pitää minut keskittyneenä ja auttaa refleктоimaan omaa toimintaani.

Mirjam Wouda

Olen kehityopsykologi ja mielenterveyspsykologi samassa Marynne van Groeningen-Hulstin hoitolaitoksessa. Osallistuin kiintymysterapiakurssille ja olen terapeutti Ons Tweede Thuis -laitoksen hoitolaitoksen terapiaosastolla.

5 Maryn tapaus

Viisitoistavuotias tyttö, jolla on keskivaikea kehitysvamma

Mieke Hoenderboom

1 Johdanto tapaukseen

1.1 Tulotilanne ja arviointi

Kollegani pyynnöstä luin yhteenvedon Marystä, viisitoistavuotiaasta lievästi kehitysvammaisesta työstä, joka asunut asumispalveluissa noin kaksi- tai kolmevuotiaasta lähtien. Ennen asumispaikkaan siirtymistä hän asui äitinsä ja pikkuveljensä kanssa. Hänen äitinsä oli naimaton, ja hänellä oli päihderiippuvuus (alkoholi). Äiti ei pystynyt antamaan Maryn tarvitsemaa huolenpitoa, ja Mary oli laiminlyöty. Ajan myötä Mary siirrettiin hoitokodista toiseen, koska hänen tarvitsemaansa hoitoa ei voitu antaa. Kun hän oli noin kaksitoistavuotias, hän päätyi asumaan suuren hoitokodin ryhmäkotiin.

Maryn kohdalla nousi usein epäily, että hänellä voisi olla autismi. Hoitajat ryhmäkodista eivät onnistunut huolehtimaan hänestä samalla tavalla ja rauhoittamaan häntä. Joskus he näyttivät löytäneen sopivan hoitotyylin, mutta kun tämä osoittautui tehottomaksi, Maryn käytös muuttui aggressiiviseksi. Hänen hämmennystään kuvailtiin ”kaoottiseksi”. Joskus esimerkiksi päivätoiminnan hoitajat luulivat löytäneensä hänelle hauskan pelin, koska hän oli aiemmin reagoinut siihen positiivisesti, mutta usein sen jälkeen hän ei enää pitänyt siinä vaan rikkoi tavaroita.

Sama koski yhdessä kävelyä; ensimmäiset kerrat onnistuivat hyvin, mutta myöhemmin Mary ei halunnut enää lähteä. Hoitajat kokeilivat erilaisia aktiviteetteja, mutta mikään ei tuntunut onnistuvan pidempää aikaa. Jotkut hoitajat ajattelivat, että Marylla oli erityinen kontakti joihinkin hoitajiin, mutta tämäkään ei osoittautunut todeksi. Joskus näytti siltä, että Mary halusi ryhtyä kontaktiin hoitajan kanssa, mutta sitten hän hylkäsi hoitajan kieltäytymällä yhteistyöstä tai lyömällä tai potkimalla häntä.

Hoitajien oli vaikea saada kontaktia Maryyn. Heti kun he lähestyivät häntä, hän käveli pois ja käyttäytyi aggressiivisesti: lyömällä,

tökkimällä silmiä tai kasvoja sekä raapimalla hoitajien käsiä. Hoitajat olivat jatkuvasti varuillaan ja välttivät tulemasta hänen lähelleen. Mary pelästyi tai innostui liikaa, jos joku tuli liian lähelle. Aggressiivisen käytöksen vuoksi monet ihmiset etääntyivät hänestä, eikä hän saanut sitä, mitä hän niin kipeästi tarvitsi: kontaktia ja läheisyyttä. Mary eristettiin, ja hän eristäytyi yhä enemmän ryhmänsä jäsenistä aggressiivisen käytöksensä vuoksi ja koska hoitajien mukaan Mary oli yliherkkä ärsykeille. Kun muut asiakkaat istuivat olohuoneen pöydän ääressä, Mary istui sohvalle. Haastava käyttäytyminen oli erittäin intensiivistä.

Mary käyttäytyi aggressiivisesti useita kertoja päivässä. Hänellä ei ollut enää mahdollista iloita ja unohtaa kaikki muu ympärillään. Hänellä oli aina vartija. Aika ajoin hänen äitinsä tuli käymään laillisen edustajan ja pikkuveljen kanssa. Hänen äidilläänkään ei näyttänyt olevan todellista kontaktia Maryyn. Hoitajien mukaan hän reagoi vierailuihin, mutta jäi epäselväksi, reagoiko hän erityisesti äitinsä läsnäoloon.

Mary käytti pyjamaa yöllä; yksiosainen yöpaita, jossa oli vetoketju takana, koska muuten hän riisui vaatteensa. Aluksi en saanut mennä liian lähelle häntä terapiahuoneessa. Kun tein niin, hän käveli pois tai reagoi aggressiivisesti. Mary poistui tilanteesta, mutta hän ei juossut karkuun itse rakennuksesta. Hän meni usein toiseen paikkaan tai huoneeseen. Mary etsi paikkoja, jotka olivat hänelle tuttuja, kuten leikkihuone ja puutarha, jossa hän usein leikki hiekalla ja vedellä, mitä hän rakasti.

Hänen ongelmallisen historiansa vuoksi epäiltiin häiriintynyttä kiintymyssuhdetta. Tein diagnostisen tutkimuksen käyttäen Kliinistä kiintymyssuhteen havainnointi - menetelmää (COA) ja Listaa Häiriintyneen kiintymyssuhteen käyttäytymisen merkeistä pienillä lapsilla (BSDA; Boris & Zeanah, 2005; Zeanah, Mammen & Lieberman, 1993; Giltaij, Sterkenburg & Schuengel, 2017; Giltaij, 2017) Dekker-Van der Sanden ja Janssenin (2010) mukaan. Tulokset vahvistivat jälleen kerran epäilyn kiintymyssuhteen häiriintymisestä. Aloitin terapian Maryn kanssa, kun hän oli viisitoista vuotta vanha. Tämä oli ensimmäinen kerta, kun tein ITAB-terapiaa.

1.2 ITAB-terapian valmistelut

Terapiaistunnot pidettiin leikkihuoneessa, jossa oli patja ja myös kaksi pompupalloa. Huone oli suunniteltu mielen rauhoittamiseen ja se sisälsi vähän ulkoisia ärsykeitä. Oletimme, että tämä oli hänelle tuttu tila ja huone sijaitsi talossa.

Käytin asianmukaisia vaatteita, koska hän oli fyysisesti hyvin aktiivinen.

Päätin käyttää silmälaseja suojellakseni silmiäni, jos hän yrittäisi tökkiä niitä ollessaan aggressiivinen. Mietin, miten terapeutina voisin ottaa häneen kontaktia läheltä ja niinpä suoja- tai aurinkolasien käyttäminen tuntui kokeilemisen arvoiselta. Silmälasien käyttö ei näyttänyt olevan este terapialle, eikä hän yrittänyt poistaa niitä kasvoiltani. Hoitajat eivät käyttäneet silmälaseja, koska he pysyivät etäällä hänestä. Syynä tähän oli se, että he eivät enää pystyneet olemaan häneen aidossa kontaktissa. Marylla ei ollut näkövammaa, joten hän pystyi helposti ja epäröimättä tökkäämään oikeaa etu- ja keskisormeaan jonkun silmiä kohti.

Leikkihuone oli aina käytettävissä, mutta ei aina puhdas. Lisäksi vaikeutena oli, että siinä oli kaksi sisäänkäyntiä. Tämän vuoksi en ollut koskaan täysin varma, tulisiko joku toiselta puolelta terapian aikana. Tämä ei häirinnyt minua paljoa, mutta huomasin sen häiritsevän Maryä. Kun käytävältä kuului melua, hän meni hälytystilaan. Pystyin kuitenkin varmistamaan toisen sisäänkäynnin lukitsemisen, jotta kukaan muu ei päässyt huoneeseen vahingossa.

Toisen ryhmän hoitajat eivät juurikaan ottaneet huomioon terapiaistuntoja, eikä toisesta käytävästä tulevat äänet loppuneet. Toisen oven sulkeminen kuitenkin ehkäisi yllättäviä tilanteita.

2 ITAB-terapia

2.1 Vaiheen 1 kiintymyssuhdeterapia

Vaihe 1.1 Suhteen muodostaminen - Kontaktin ottaminen

Lokakuussa aloitin ensimmäisen vaiheen, joka kesti pitkään. Jokainen istunto kesti noin 45 minuuttia. Aloitin usein positiivisella toiminnalla, kuten laulamalla laulun yhdessä. Istuntojen alussa Mary makasi ensin patjalla ja sitten minä seurasin häntä makaamalla myös hänen vieressään. Sen jälkeen hän istuutui nojautuen palloa vasten ja minä istuin toista palloa vasten. Mary tajusi nopeasti, että matkin kaikkia hänen tekojaan. Heti kun pääsin liian lähelle hänen mielestään,

hän yritti tökätä silmiäni tai naarmuttaa kättäni. Tämä tapahtui pari kertaa. Tällaisten ”raapimistilanteiden” jälkeen oli molemmille hermoja raastavaa kohdata uudelleen. Mary oli tottunut siihen, että ihmiset pysyvät kaukana hänestä ja pitivät etäisyyttä silloin, kun hän käyttäytyi aggressiivisesti. Ja nyt minä kuitenkin palasin aina takaisin. Kun makasimme lattialla, Mary siirsi jalkansa omaani kohti ja tein samoin. Annoin jalkani koskettaa häntä hieman pidempään. Istuimme usein vastapäätä toisiamme ja hän nosti käsiään eteensä. Jäljittelin tätä. En heti vetänyt käsiäni taaksepäin, vaan annoin niiden olla, jotta hän voisi koskettaa niitä. Tällä tavoin yritin antaa hänelle mahdollisuuden ottaa kontaktia. Odotin, että hän reagoisi. Näin yritin madaltaa hänen kontaktinottokynnystään. Tein tämän myös nähdäkseni, voisiko hän koskettaa käsiäni. Huhtikuussa (kuusi kuukautta hoidon aloittamisen jälkeen) koin ensimmäisen todellisen kontaktin. Hän kosketti kättäni sormellaan hellästi. Se oli ihana hetki.



Vaihe 1.2 Symbioosi

Kun tulin yksikköön, Mary sanoi nimeni ja käveli leikkihuoneeseen. Joskus hän oli jo siellä, koska tiesi minun tulevan. Tässä vaiheessa yritin provosoida häntä pidemmälle odottamalla aina ensin hänen aloitettaan, johon reagoisin. Odotin hetken Maryn reaktiota, jotta hän voisi reagoida taas ensin.

Tässä vaiheessa Mary reagoi minuun vapaammin ja vähemmän varautuneesti. Hän liikkui paljon ja oli notkea. Hän pystyi tekemään hassuja liikkeitä patjalla. Yritin pysyä mukana hänen liikkeissään, mutta en ollut yhtä notkea kuin hän. Esimerkiksi hän onnistui pitämään jalkaansa kasvojaan vasten, mihin en todellakaan pystynyt ja totesin sen hänelle. Silloin näin usein hymyn, aivan kuin hän olisi sanonut: «Haha, et voi tehdä sitä». Huolimatta hänen suuresta notkeudestaan, yritin mennä niin pitkälle kuin pystyin matkiessani häntä peilaten hänen käyttäytymistään ja tunteitaan/henkistä tilaansa.

Tässä vaiheessa toin leluja, joilla leikkiä, kuten vauvahelistin, pehmoleluja ja ”smurffilimaa” (nestemäistä kumia purkissa). Aluksi halusin tehdä jotain vedellä ja hiekalla, koska hän piti niistä kovasti, mutta tämä ei vaikuttanut kovin käytännölliseltä leikkihuoneessa. Valitsin nestemäisen kumin, jonka voi liu’uttaa sormien läpi, puristaa sitä, ja se pysyy silti yhtenä kappaleena. Aluksi Mary ei tuntunut tietävän, mitä tehdä tällä materiaalilla. Vauvahelistin päästi äänen ja sitä voitiin pyörittää ympäriinsä. Hän näytti pitävän tästä. Leikkiessä ei ollut vuorovaikutusta, Mary usein vain veti leluja itseään kohti. Hän ei leikkinyt paljon materiaalilla. Hän oli hyvin paneutunut omaan kehoonsa, riisui vaatteensa, leikki varpaillaan. Leikki oli hyvin yksinkertaista; kyse oli kehon tuntemuksista. Päivän aikana hoitajat yrittivät löytää tavaroita, jota hän halusi koskettaa ja tuntea. Tämä oli löytämisen vaihetta.

Marylla ei ollut erityistä kiinnostusta esineitä kohtaan. Menin kerran pois huoneesta nähdäkseni videokamerasta, tekisikö hän mitään niiden kanssa, kun en olisi siellä. Hän heitti edessään olevat tavarat sivulleen eikä leikkinyt niiden kanssa ollenkaan.

Olin tuonut kovia, pehmeitä ja puristettavia leluja, mutta tämä ei tuntunut merkitsevän hänelle mitään. Yritin herättää hänen uteliaisuuttaan koskettamalla ja tunnustelemalla esineitä yhdessä käsillämme ja kasvoillamme ja pitämällä niistä kiinni. En saanut vaikutelmaa, että hän todella piti siitä tai että hän pitäisi niistä tarpeeksi alkaakseen leikkiä niillä itse. Hän nautti enemmän kehonsa liikkeistä, jossa hän teki aloitteen ja minä peilasin hänen äänensä ja liikkeensä. Näissä peilausleikeissä näin usein hymyn hänen kasvoillaan. Minulla oli tunne, että nämä olivat todellisia kontaktin hetkiä. Kuvailin (sanoitin) hänen käyttäytymistään ja tunteitaan sekä omaa käyttäytymistäni ja tunteitani (tarvittaessa). Esimerkiksi:

”Näen hymyn sinun kasvoillasi, taidat nauttia siitä. Minäkin nautin leikistämme.”

Tässä vaiheessa en enää käyttänyt silmälaseja ja tökkiminen ja raapiminen vähenivät huomattavasti. Tätä taipumusta ei enää tuntunut olevan. Asumisyksikön hoitajat kertoivat, että Mary haki oma-aloitteisesti enemmän läheisyyttä ja kontaktia.

Vaihe 1.3 Yksilöllistymiseen rohkaiseminen

Maryn ja minun välisen etäisyys muuttui. Hän antoi minun päästä lähemmäs itseään, ja hän oli rento, kun lähdin ja palasin. Hänen tekemisensä ja tunteiden peilaamisen lisäksi leikimme myös yhdessä. Pystyimme nyt istumaan lähempänä toisiamme. Kahden ensimmäisen vaiheen aikana istuimme patjalla vastakkain jalat ojennettuna suoraan eteenpäin jalkojen koskettaessa toisiaan. Jossain vaiheessa pystyimme istumaan jalat vierekkäin. Tulin istumaan hänen viereensä enkä häntä vastapäätä. Ensimmäisillä kerroilla, kun tein tämän, hän palasi hyvin nopeasti istumaan minua vastapäätä. Vähitellen hän oppi luottamaan minuun ja pystyin istumaan hänen vieressään useammin. Leikin aikana oli paljon vuorottelua: hän yritti saada minulta enemmän reaktioita hulluttelemalla. Fyysinen kontakti oli ollut erityisen vaikeaa Marylle ennen terapiaa. Hänestä tuntui olevan hyvin pelottavaa ja hermostuttavaa, kun ihmiset tulivat liian lähelle. Lisäämällä kontaktileikkiä pystyin selvittämään, miten hän reagoi kontaktiin koskettaessani häntä ja pääsin häntä lähemmäs. Tämän vaiheen lopussa Mary pystyi pysymään kontaktissa pidempään ja katkaisi kontaktin paljon aiempaa harvemmin.

Loppuvaiheessa toin mukanani muita esineitä, mutta vaikka tarjosin niitä useita kertoja, Mary ei kiinnostunut vielääkään niistä. Hän oli kuitenkin kiinnostunut kontaktileikeistä ja laulujen laulamisesta. Aloitimme sessiot aina lattialla, lauloimme laulun ja lopetimme aina liikkeeseen ’valmis’ (hieromalla toistemme käsiä). Hän kuunteli lauluja. Monet asiat olivat uusia, koska hän ei ollut tottunut leikkimään tai tekemään mitään vain hovin vuoksi (äänen tuottaminen lelulla tai laulun laulaminen). Tähän asti, kun joku otti häneen kontaktia, se oli liittynyt hoitotoimenpiteeseen kuten lapsena vaipanvaihto tai antamalla hänelle pullon. Hoitajaan oli kontakti vain silloin, kun se oli välttämätöntä ja tämä kontakti sisälsi hyvin rajoittunutta vuorovaikutusta ja huomiota Marylle ihmisenä ja hänen tuntemuksilleen.

Ensimmäisen vaiheen lopussa hän pystyi sanallisesti ilmoittamaan ”valmis”, kun istunnot olivat kestäneet hänen mielestään tarpeeksi kauan. Alussa lähtiessäni sain vaikutelman, että hänen kokemuksensa mukaan olin yksinkertaisesti poissa.

Ajan kuluessa hän kuitenkin sanoi usein: ”Heippa, Mieke” ja alkoi heiluttaa tarkoituksellisesti. Hoitajat sanoivat säännöllisesti, että Mary näytti pitävän istunnoista, koska hän kysyi heiltä usein: ”Onko Mieke tulossa?”.



Ajan myötä asumisessa haastava käyttäytyminen harveni. Mary saattoi nyt jäädä olohuoneeseen pidemmäksi aikaa kävelemättä pois. Ei myöskään ollut enää niin paljon tarvetta eristää hänet muista asiakkaista. Mary osallistui enemmän ryhmässä. Toimintakeskuksen hoitajat alkoivat tarjota enemmän erilaisia leluja ja materiaaleja. He näkivät, ettei Mary torjunut niitä, ja näyttivät olevan avoimempi niille.

2.2 Vaihe 2 Käyttäytymisterapia

Pysyin olohuoneessa pidempiä aikoja enkä mennyt suoraan leikkihuoneeseen Maryn kanssa. Näytin, että oli myös mahdollista vain jäädä olohuoneeseen. Aloitin tarkoituksella keskustelun hoitajan kanssa ja Mary odotti minua hetken. Mary pystyi istumaan pidempään,

hän viipyi pidempään olohuoneessa ja päivätoiminta sujui yhä paremmin. Hän pystyi nyt olemaan olohuoneessa ja ottaa enemmän kontaktia muihin ympärillään. Vaikka Mary alun perin käveli pois, kun joku tuli liian lähelle, hän kykeni nyt istumaan paikoillaan, jos joku istui hänen viereensä sohvalle.

Tein kaksi ABC-analyysiä: toisen asumisyksikön hoitajille ja toisen päivätoimintakeskuksen hoitajille. Olin enemmän tekemisissä asumisen hoitajien kanssa, koska leikkihuone, jossa annoin terapiaa, oli hänen kotonaan/asunnossaan. Huomasin, että voisin helpottaa tiedon siirtoa pysymällä asumisryhmässä hieman pidempään ja puhumalla hoitajien kanssa. Asumisyksikön ABC-analyysi osoitti, että Maryn levoton käyttäytyminen oli vähentynyt. Hän pystyi edelleen käyttäytymään haastavasti tilanteissa, joissa hän tunsikin olevansa loukussa. Näin oli esimerkiksi tietyissä hoitotoiminnoissa, kuten varpaankynsien leikkaamisessa. Nämä olivat tilanteita, joissa hoito edellytti fyysistä kosketusta. ABC-analyysi päivätoimintakeskuksessa osoitti, että Mary pystyi selviytymään paremmin; jos joku tuli huoneeseen, hän reagoi vähemmän levottomasti kuin aiemmin. Mary oli edelleen varuillaan ja levoton, jos toinen asiakas tai hoitaja tuli yhtäkkiä päivätoimintakeskukseen. Hoitajien oli kuitenkin helpompi kääntää tämä reaktio toiseksi, ja he pystyivät rauhoittamaan hänet nopeammin.

2.3 Vaihe 3 yleistäminen

Jotta tämä vaihe olisi mahdollisimman onnistunut, käytin videomateriaalia selittääkseni hoitotiimille kiintymyssuhteesta ja ITAB-terapiasta. Opetin heille, miten Maryn kanssa voi leikkiä ja olla vuorovaikutuksessa. Päivätoimintakeskuksen hoitajat kertoivat, että Mary näytti jaksavan paremmin; hän reagoi paremmin muiden ihmisten läsnäoloon huoneessa. He tarjosivat erilaisia materiaaleja. Jos hoitajien mielestä Mary piti tietystä tavaroista, he tarjosivat hänelle myös sellaista, joka tuntui erilaiselta. Esimerkiksi kun hän näytti pitävän pehmolelusta, hoitajat kokeilivat antamalla hänelle myös kumilelun. Positiiviset muutokset nähtyään hoitajat alkoivat harkitsemaan Maryn päivätoiminta-aikojen pidentämistä.

Asumisyksikössä oli säännöllisesti hetkiä, jolloin huoneessa oli muita tai kun siellä oli paljon toimintaa. Yhdessä asumisyksikön hoitajien kanssa tarkistin, oliko Mary vielä levoton tuolloin, mutta

näin ei käynyt. Niinpä ajattelimme kokeilla, pystyisikö Mary olemaan olohuoneessa pidempia aikoja.

Keskustelimme siitä, mitkä muutokset omahoitajien antamaan tukeen olisivat toivottavia. Jotkut hoitajat ymmärsivät ja sisäistivät välittömästi tiedon, videotallenteisiin liittyvät selitykset ja muuttivat tapaa, jolla he hoitivat Maryä. Muut hoitajat pysyivät joskus mielipiteessään ja sanoivat: ”Kyllä, hän ymmärtää” tai ”Hän tekee sen vain ärsyttääkseen meitä”. Kuvailin ”turvallisuuden kehää” ja pyrin lisäämään hoitajien asiantuntemusta ja ymmärrystä Maryn käyttäytymisestä. Kaikki hoitajat saivat koulutusta kiintymyssuhteesta. Autoin heitä säännöllisesti tunnistamaan tiettyjä Maryn käyttäytymismalleja, jotka näkyivät koulutusvideoissa.

3 Lopetusvaihe

Merkittäviä askelia oli otettu. Mary pystyi nyt ottamaan kontaktin tökkimättä tai raapimatta kenenkään silmiä. Oli erittäin mukavaa antaa hänelle terapiaa.

ITAB-terapia vaatii terapeutilta huomattavasti aikaa; Maryn terapiajakso kesti yli vuoden. Huomasin, että terapian antaminen voi olla intensiivistä. Olen nähnyt, miten ihmiset/organisaatiot voivat jättäytyä pois jo edeltä käsin. Siksi on mielestäni tärkeää, että asianomainen hoito-organisaatio tukee terapian toteutumista. Ennen terapian aloittamista kysyin Maryn kehityopsykologilta, onko asumisyksikön johtajalta suostumus terapiaan. Riittävän tiedon tarjoaminen alusta alkaen on olennaisen tärkeää. Koska terapiajakso voi olla pitkäaikainen, on tärkeää, ettei kovin moni asia muutu terapian aikana, jotta saadut tulokset voidaan liittää terapiaan eikä muihin sisäisiin tekijöihin yksikössä.

Mary sai henkilökohtaista ohjausta päivän aikana. Paikallisohtaja halusi meidän vähentävän tätä korkeiden kustannusten vuoksi. Huomasin, että kaikki päivätoimintakeskuksen hoitajat eivät pystyneet selviytymään tästä paineesta. Tämä tehostettu ohjaus teki heidät levottomiksi, ja he halusivat lopettaa sen. Pitkällä aikavälillä terapia voi kuitenkin hyödyttää organisaatiota ja johtajia paljon, kun ylityöt (kustannukset) ja sairaudet tai henkilöstön ylikuormitus vähenevät. Mary voi nyt terapian jälkeen osallistua enemmän ryhmään; hän

kokee asumisessa ja päivätoimintakeskuksessa vähemmän stressiä, jolloin myös muut asiakkaat kokevat vähemmän stressiä. Se edistää positiivista ilmapiiriä ja lisää yleistä tyytyväisyyttä.

Luulen, että asumisyksikkö hyötyi enemmän Maryn terapiasta, koska hän oli siellä enemmän. Marylla oli päivätoimintaa kaksi tuntia päivässä ja loppupäivän hän oli asumisyksikössään. Minulla oli enemmän yhteyksiä kotihoitajiin. Jälkikäteen ajateltuna olisi voinut olla parempi, jos terapian arviointihetket olisi suunniteltu yhdessä asumisyksikön ja päivätoimintakeskuksen kanssa, sillä arviointihetket eivät lopulta osuneet yhteen. Asumisryhmän ja päivätoimintayksikön hoitajat pitivät arvioinnit eri aikoina yhteensopimattomien aikataulujen vuoksi. Ehkä paremmalla suunnittelulla alusta alkaen arvioinnit olisi voitu suunnitella yhdessä.

Sekä asumisyksikön että päivätoimintakeskuksen hoitajat huomasivat, että Maryn ”tökkimiskäyttäytymistä” esiintyi harvemmin. Toisinaan hän oli edelleen levoton, mutta hoitajat pystyivät nyt paremmin säätelemään levottomuutta hänen puolestaan.

4 Raportointi asiakkaan omaisille

Maryn syntymäpäivänä hänen huoltajansa, äitinsä ja pikkuveljensä tulivat käymään. Yleensä Mary osoitti aggressiivista käytöstä pikkuveljeään kohtaan. Tällä kertaa näin ei kuitenkaan käynyt ja kaikki olivat yllättyneitä. Hänen veljensä sanoi, että Mary oli muuttunut ja reagoi ystävällisemmin. Vaikka hänen äitinsä vieraili Maryn luona sovittujen vierailujärjestelyjen mukaisesti, terapiasta ei ollut mahdollista puhua kovin syvällisesti. Vuosittaisissa tukisuunnitelmakokouksissa terapiaa käsiteltiin ja arvioitiin. Hänen huoltajansa oli myös läsnä tässä kokouksessa.

5 Terapeutista

Mieke Hoenderboom

Olen kehityspsykologian asiantuntija, ja työskentelen 's Heeren Loossa, joka tarjoaa hoitoa kehitysvammaisille henkilöille. Tällä hetkellä työskentelen poliklinikalla sekä lapsille ja nuorille tarkoitettussa maatilayksikössä. Työskentelen myös freelancerina erilaisissa toiminnoissa. Opiskelin ammattikorkeakoulussa Harenissa ja Alankomaiden Rijks Groningen (RUG) yliopistossa. Kandiharjoittelun aikana aloin keskustella kehityspsykologin kanssa, ja ajattelin myöhemmin, että olisi mukavaa opiskella erityisopetusta RUG:ssa, minne päädyinkin. Valmistuttuani maisteriksi työskentelin ensin Alankomaiden pohjoisosassa ja sitten Twentessä maan itäosassa. Kiintymyssuhde on kiinnostanut minua jo vuosia ja työni kautta törmäsin ITAB-terapiaan. Kävin kiintymyssuhdeterapian peruskurssin ja sitä seuranneet ohjauskerrat osana ITAB-terapiakoulutusta.

6 Limein tapaus

Yksitoistavuotias tyttö, jolla on keskivaikea älyllinen kehitysvamma

Henri Koelewijn

1 Johdanto tapaukseen

1.1 Tulotilanne ja arviointi

On torstai-iltapäivä. Limeistä järjestetään konsultaatio palveluyksikössä. Kokoushuoneessa hoitajat, kehityopsykologi, CCE-konsultti⁶, yleislääkäri ja Limein vanhemmat istuvat yhdessä keskustelemaan suunnitelmasta/lähestymistavasta.

Limei on asunut tässä keskuksessa jo useita kuukausia. Ensimmäiset kuukaudet tuntuivat menevän hyvin. Näytti siltä, että Limei sopeutui nopeasti uuteen kotiinsa. Hoitajat kuvailivat häntä iloiseksi ja spontaaniksi. Mutta nyt, muutama kuukausi myöhemmin, kuva on erilainen. Kuulemisen tarkoituksena oli vastata kysymykseen: ”Mitä Limei tarvitsee tunteakseen olonsa mukavaksi ja rennoksi kotiympäristössään?” Viime aikoina hoitajat ovat todistaneet monia tilanteita, joissa Limei on käyttäytynyt aggressiivisesti eikä hän ole ollut se rento ja mukava Limei, jonka he aiemmin tunsivat. Hän välttää kontaktia tai on aggressiivinen hoitajiaan kohtaan. Tämän fyysisen aggression lisäksi hänellä on myös sanallista aggressiota. Hän kutsuu hoitajiaan ”Per**leiksi” ja kiroaa ja huutaa paljon.

CCE: n konsultti on juuri esitellyt raporttinsa. Hän kuvailee Limeitä tytöksi, jolla on turvaton kiintymyssuhdekehitys. Äiti kysyy: ”Tarjoaako palveluyksikkö terapiaa lapsille, joilla on kiintymyssuhdehäiriö?”

6 (CCE): Terveystenhuollon ammattilaisten kumppani, kun tarvitaan asiantuntemusta pitkäaikaista ammatillista hoitoa ja tukea henkilöille, joilla on vakavaa haastavaa käyttäytymistä.

Tämä tapaus kuvaa Limein ITAB-terapian kulkua. Limein lyhyen esittelyn jälkeen selitetään terapian jokainen vaihe. Tekstissä kuvataan sitä, mitä on tehty ja myös kurkistaa itse terapiaistuntoihin.

1.2 ITAB-terapian valmistelu

Kun tapasin Limein, hän oli yksitoistavuotias tyttö, jolla oli keskivaikea älyllinen kehitysvamma. Hän oli syntynyt Kiinassa, ja vanhemmat olivat hylänneet hänet. Kun hän oli kaksivuotias, hollantilainen pariskunta adoptoi Limein. Ei ole tiedossa, mitä tarkalleen ottaen tapahtui hänen elämänsä ensimmäisinä kuukausina. Hänen adoptioperheensä havaitsi kehitysviiveen varhaisessa vaiheessa.

Limei asui kahdeksan kehitysvammaisen lapsen ryhmässä ja kävi päivisin erityiskoulua. Hän jatkoi siellä käymistä, vaikka hänellä ei mennyt hyvin. Kuin ihmeen kaupalla hän ei koskaan osoittanut vihaa tai aggressiivista käytöstä koulussa. Päinvastoin hän keskittyi hyvin opettajan tarinoihin, oli hyvin motivoitunut ja keskittyi tehtäviinsä ja oli avuksi muille lapsille.

Työskentelin kehityspsykologina siinä hoitolaitoksessa, jossa Limei asui. En ollut mukana hänen koti/asumisryhmässään. Minua pyydettiin antamaan Limeille ITAB -terapiaa.

Ennen terapian aloittamista tarvitsin lisätietoja Limein kehitystasosta, taustasta, elämänkulusta ja käyttäytymisestä. Valmisteluvaiheessa olin yhteydessä hänen vanhempiinsa, yleislääkäriinsä, hoitajiinsa ja tarkkailin Limeitä hänen asumisryhmässään. Yhdessä Limein (adoptio) perheen ja hoitajien kanssa päätimme, miten selittäisimme terapian alkamisen. Valitsimme termin ”leikkikaveri”. Kaikki osapuolet sopivat, että he kommunikoivat Limeille, että vierailisin hänen luonaan leikkikaverina kahdesti viikossa.

2 ITAB-terapia

2.1 Vaihe 1 Kiintymyssuhdeterapia

Kiintymyssuhteen ja käyttäytymisen integratiivinen terapia koostuu kolmesta vaiheesta. Kiintymyssuhdeterapiavaihe, käyttäytymisterapiavaihe ja yleistämisvaihe. Nämä on kuvattu ITAB-hoitotoimintamallissa (Sterkenburg & Schuengel, 2020). Tämä toimintamalli on mukautettu vastaamaan keskivaikeasti kehitysvammaisten ihmisten tarpeita ja toiveita (Sterkenburg & Weijburg-Melis, 2017). Tällaisia mukautuksia ovat esimerkiksi peli- ja leikkimateriaalien käyttäminen. Lisäksi terapian tiheys on kahdesta kolmeen kertaan viikossa.

On keskiviikko. Olen matkalla Limein yksikköön. Vanhemmat ja hoitajat kertoivat hänelle, että tulisin käymään joka viikko; maanantaisin ja keskiviikkoisin. He näyttivät hänelle kuvan minusta ja kertoivat, että olen tästä lähtien hänen «leikkikaverinsa». Tänään aloitan hoidon. Katsotaanpa ensin, saanko häneen kontaktin. Hoitaja avaa oven ja vie minut Limein makuuhuoneeseen. Siellä hän istuu hiljaa odottamassa saapumistani. Hän kättelee hieman epä mukavan oloisesti. Hoitaja kertoo hänelle, että olen tullut leikkimään hänen kanssaan.

Vaihe 1.1 Suhteen muodostaminen - Kontaktin ottaminen

Kysyn Limeiltä, onko hänellä pelejä. Hän vie minut lelukaapille ja näyttää minulle lelut. Seuraan ja reagoin: ”Hitsi, miten paljon leluja sinulla onkaan! Mitä me pelaisimme?” Hän tarttuu nopeasti kolmeen laatikkoon ja antaa ne minulle ja kävelee suoraan leikkihuoneeseen. Tämä on kalustamaton huone talon ensimmäisessä kerroksessa. Huone on melkein tyhjä. Siellä on kaappi ja penkki, jossa on sivupöytä. Siellä on matto, jolla on tyynyjä. Kysyn häneltä, missä aiomme istua. Limei viittaa minun menemään sohvalle: ”Sinun täytyy istua siellä”. Hän istahtaa matolle ja aloittaa ensimmäisen leikin. Hän alkaa järjestellä leluja innokkaasti.

Kuvailen sanallisesti, mitä hän tekee, ja peilaan hänen käyttäytymistään. Sillä välin hän pitää minua silmällä ja sanoo: ”Lopeta se”.



Ensimmäisten viikkojen aikana lähinnä peilasin ja seurasin Limein tunteita ja käyttäytymistä. Tein näin, koska halusin toistaiseksi hänen ottavan johtoaseman. Painopiste oli virittäytymisestä hänen mielentilaansa; hänen tunteisiinsa ja ajatuksiinsa. Yritin peilata hänen käytöstään toistamatta sitä kirjaimellisesti, koska huomasin, että se ärsytti häntä. Niinpä mukautin reaktiotani; muutin äänen sävyä, ikään kuin olisin tiivistänyt jotain tai käänsin sen kysymykseksi. Jos hän esimerkiksi sanoisi: «Menen huomenna kouluun», reagoisin: «Ai, menet huomenna kouluun» - joskus kysyen, joskus todeten. Sillä hetkellä oli erityisen tärkeää, ettei häntä pidetty ”tietolähteenä”. Olisi ollut houkuttelevaa kysyä, mitä hän aikoi tehdä koulussa tai mikä opettajan nimi oli. Näin tekemällä ottaisin kuitenkin keskustelussa johtoaseman, ja halusin hänen ottavan johtajan roolin. Halusin myös saada yhteyden siihen, miten hän koki maailman. Hänen ei tarvinnut olla yhteydessä minuun tai kiinnostuksen kohteisiini ja ajatuksiini. Hän oli keskipiste, joten tässä vaiheessa tavoitteena oli aina olla tietoinen siitä. Näin hänen olemassaolonsa tunnustettiin viestillä: ”Olet täällä, olet merkityksellinen, sinulla on vaikutusvaltaa”. Halusin virittäytyä hänen mielentilaansa.

Muutaman istunnon jälkeen rakenne alkoi muodostua. Saapumisestani kahdesti viikossa tuli ennustettava ja tuttu.

Lähestymistapani tuli tutuksi ja turvalliseksi. Kontakti oli rennompaa ja leikkiminen rauhallisempaa. Tuttu kuvio kehittyi myös itse leikissä ja kontaktissa hänen kanssaan. Tätä rakentavan kontaktin prosessia kuitenkin häiritsi ajanjakso, jolloin hän oli hyvin stressaantunut kaksi kuukautta terapian alkamisen jälkeen. Jatkoin vierailua ja leikkikuviomme jatkui. En havainnut paljon stressaantumista terapiaistuntojen aikana, mutta huomasin, että leikkivauhti oli nopeampi ja kesto lyhyempi. Limeillä oli kiire leikissään, ja hän oli vain hetkellisesti kontaktissa. Hän halusi mennä takaisin makuuhuoneeseensa mahdollisimman pian. Kun kuuden viikon kuluttua tilanne oli rauhoittunut, saatoimme ottaa uuden askeleen kontaktissa. Yhä useammin syntyi eräänlainen yksikkö ("me").

Nyt on kesäkuu, kolme kuukautta myöhemmin. Makaamme vatsallamme matolla tekemässä palapeliä. Melkein ilman sanoja onnistumme jatkamaan leikkiä. Hän ottaa palan; otan palan. Se on tuttu rytmi. Olemme tehneet näin ennenkin. Limei riisuu kenkäänsä. "Ota kengät pois, Hédi!", "Haluatko minun ottavan kenkäni pois?", "Hyvä on, ota ne pois". Sitten hän ottaa kenkäni pois. Makaan taas ja teeskentelen olevani hieman jäykkä selästäni. Limei tarttuu heti tyynyyn ja laittaa sen pääni viereen. "Makaa hetki", hän sanoo.

Samalla hän painaa kömpelösti pääni tyynyyn. "Oi, ihanaa", sanon. Limei jatkaa palapeliä tyytyväisenä itseensä. Jatkan makaamista. Muutama minuutti myöhemmin palapeli on valmis, hän siivoaa sen ja poimii seuraavan laatikon. Istun taas ylös ja liityn hänen peliinsä.... "Maanantaina tulet uudestaan", hän sanoo itselleen. "Maanantaina tulen uudestaan", vastaan.

Vaihe 1.2 Symbioosi

Leikin aikana kehitämme tietyn etenemistavan. Leikin aloittamiseen ja yhteydenpitoon ei tarvittu paljon selityksiä. Viestinnästä tuli yhä intuitiivisempaa. Ymmärrämme intuitiivisesti toistemme tempon, etäisyyden ja vuorovaikutuksen. Videokuvat osoittivat selvästi, että fyysinen etäisyys oli pienentynyt. Yhdessä keskityimme pelaamaamme peliin. Joskus hän oli fyysisessä kontaktissa, kun hän kosketti lyhyesti kättäni tai käsivarttani.

Tänä aikana jouduimme vaihtamaan leikkihuonetta uuden asukkaan saapumisen vuoksi. Uudessa huoneessa lattialla ei ollut juurikaan tilaa leikkiä. Sitä käytettiin toisena olohuoneena, ja se

oli kalustettu ruokailu- ja oleskelutilaksi. Meidän oli pakko pelata peliä ruokapöydässä, ja tämä osoittautui pullonkaulaksi. Pöytä oli kirjaimellisesti meidän välillä. Tämä huone oli myös oleskelutilan vieressä, ja sieltä tuleva melu häiritsi Limein keskittymistä ja leikkiä. Hän tuli ahdistuneeksi ja valppaaksi, ollen jatkuvasti hajamielinen, ja hänellä oli enemmän vaikeuksia leikkiä sekä luoda ja pitää kontaktia.

Ohjauskerran aikana totesimme, että lauta-/korttipelit tai palapelit olivat liian monimutkaisia, jotta hän voisi paneutua niihin täysin. Hän laati omat sääntönsä, koska hän ei nähnyt pelin kokonaisuutta, mikä oli erityisen vaativaa hänen kognitiiviselle toimintatasolleen. Halusin tavoittaa tunteet ja tunnetilat. Siitä lähtien yritin esitellä aistikokemukseen ja fantasiaan pohjautuvia pelejä ja leikkejä sekä lukea hänelle satuja.

Pääsimme käyttämään alkuperäistä huonetta uudelleen kesälomien jälkeen. Tästä oli apua, ja Limei oli jälleen aloitteellisempi. Toin uusia materiaaleja, kuten köysiä ja lakanoita, teltan rakentamiseen. Tämä antoi uutta tietoa hänen sisäisestä maailmastaan: hänellä ei ollut työskentelysuunnitelmaa, hän vain aloitti löytämästään tavarasta ja jäi siihen jumiin. Myöhemmin hän pyysi apua ja siirtyi johtavasta asemasta seuraavaan asemaan. Aina vain hetkeksi, koska tästä seurasi hänelle tunne, ettei hän voinut hallita tilannetta, mikä sai hänet hermostuneeksi.

Tuona aikana yritin myös tarjota aistileikkejä, mutta se onnistui vain rajoitetusti. Hän ei halunnut leikkiä savella juurikaan, ja käsilläänkin vain lyhyen ajan. Sain hänen huomionsa vain kirjaimilla ja nimillä. Hän rakasti fyysisiä aktiviteetteja, kuten pallopelejä. Hänen keksimänsä peli oli enemmänkin mielikuvituspeli pallolla kuin pallopeli, jossa oli sääntöjä. Hän teki jonkun tempun tai meni lattialle, ja minun piti seurata häntä. Tämän avulla saatoinkin kokeilla virittäytymistä tai säätelemistä: ”vireessä” ja ”epävireessä”.

Limei avaa oven hymyillen. Ennen kuin hän tervehtii minua, hän katsoo tuomaani laukkuun. ”Palloja!” hän huomaa. ”Katsopa tarkemmin, mitä muuta siinä on?” Erilaisten pallojen vieressä on jalkapallon kokoinen vaahtonoppa. Huoneessa ollessaan hän kääntää pussin ympäri ja valitsee kaksi palloa ja nopan. Toin myös kolme vannetta. Hän asettaa vanteet huoneeseen, heittää noppaa, huutaa pisteiden lukumäärän. Hän pompottaa palloa annetun määrän kertoja ja hyppää vanteelta toiselle. ”Nyt Hédi!” hän huutaa, istuu paikalleni

ja katsoo minua. Kopioin häntä tarkalleen. Hän seuraa tarkasti, mitä teen. Sitten hän keksii uuden harjoituksen, jonka myös kopioin. En tarkoituksellisesti tee sitä oikein, ja liikun hieman kömpelösti. ”Ei, Hédi! Takaisin!” Kysyn selvennystä ja aloitan uudelleen noudattamalla huolellisesti hänen ohjeitaan. Jonkin ajan kuluttua en [taaskaan] edelleenkään noudata hänen ohjeitaan.

Tehtyäni sen väärin ”vahingossa” aluksi teen nyt selväksi, että haluan asioiden olevan toisin. Se aiheuttaa stressiä Limeille. Hän vastaa korjaamalla minua: ”Hei, se ei ole sallittua, mene nyt käytävälle!” Ensimmäisen kerran hän keskeyttää pelin ja lähettää minut käytävälle eräänlaisena ”rangaistuksena”. Kun alan taas kuunnella häntä, pystymme jatkamaan peliä. Hän ei ole vielä onnistunut luopumaan hallinnasta. Se hermostuttaa edelleen häntä liikaa.

Vaihe 1.3 Yksilöllistymiseen rohkaiseminen

Yksilöllistymisvaiheeseen rohkaisemisen aikana aloin leikkiä piilosta, en kuunnellut häntä enää tai osallistuin, koska haluaisin jotain erilaista, ”sinä ja minä”, ja aloin korostaa omaa mielipidettäni. Tämän terapiavaiheen alussa en pystynyt rauhoittamaan (säätelmään) häntä leikkihuoneessa. Kun stressi Limeillä kävi liian suureksi, hän sanoi minulle päättäväisesti, että minun oli mentävä kotiin. Hän alkoi heti siivota ja lähti leikkihuoneesta.

Tämä tapahtui joskus jo kymmenen minuutin kuluttua. En onnistunut muuttamaan hänen mieltään. Hän halusi palata huoneeseensa mahdollisimman pian. Hänen huoneensa oli paikka, jossa hän tunsii olonsa turvallisimmaksi, ja jossa hän pystyi säätelmään stressiään. Noina hetkinä valitsin terapiaistunnon lopettamisen ja vastaamisen hänen tarpeisiinsa, jotta voimme ylläpitää rakentamaamme kiintymyssuhdetta. Kuvailin kuitenkin joka kerta hänen tunteitaan.

Aluksi hän ei voinut puhua tunteistaan. Muutaman kerran tämä johti hallitsemattomaan vihaan ja aggressioon. Hän hyökkäsi kimppuuni, mutta samalla hän pysäytti itsensä. Pari ensimmäistä kertaa istunto oli tämän jälkeen ohi. Myöhemmin hän pystyi kertomaan minulle, mistä hän oli ollut vihainen. ”Sanoin, että voit ottaa sinisen sotilaan ja minä punaisen sotilaan, ja haluat punaisen, etkä osallistu enää”, ”Et kuuntele, Hédi!” ja vastasin: ”Ahaa, siksi olet vihainen, on hyvä, että kerrot minulle”, ”Sovimmeko sen?” Tämän jälkeen pystyimme lopettamaan terapian sovinnossa, ja myöhemmin onnistuimme jatkamaan peliä ja säätelmään kontaktin tuottamaa stressiä. Oli

myös silmiinpistävää, että tänä aikana hän alkoi puhua yhä enemmän ensimmäisessä persoonassa; ”Minä haluan..., minä haluan..., minulla on...”.

Olen leikkihuoneessa Limein kanssa ja huomaan, että hän on levoton. Hänen vauhtinsa on kova, hänen hengityksensä on pinnallista, hän puhuu kovalla, komentavalla äänellä. Olen tuonut paperiarkin, ja haluan piirtää ääriviivat hänen jalastaan paksulla huopakynällä. Laitan lakanan pöydälle, mutta hän tarttuu siihen, laittaa sen pussiin ja sanoo: ”Emme aio tehdä sitä!” Peilaan hänen käytöstään sanomalla: ”Laitat paperin pussiin, emme aio piirtää. Mitä aiomme tehdä?” Hän poimii palapelin, heittää palaset lattialle ja panee minut maton viereen. ”Et saa liittyä”, hän sanoo kovalla äänellä. Istun alas ja katson, mitä hän tekee, mutta minuutin kuluttua hän siivoaa palaset leikkimättä niillä. Sitten hän tarttuu lautapeliin⁷ ja sanoo: ”Minulla on punainen ja sinulla sininen”. Tähän vastaan tiukasti: ”Haluan punaisen”. Hän toistaa kovalla äänellä: ”Ei, minulla on punainen ja sinulla on sininen.”

Käännyn hänestä pois päin, istun kädet ristissä ja toistan: ”Haluan punaisen”. Sitten hän työntää pöytää useita kertoja, aina kovemmin ja kovemmin selkääni vasten ja heittää pöydän. ”Hedi, mene kotiin!” hän huutaa. Käännyn ympäri ja sanon rauhallisesti: ”Olet vihainen”. Silloin jännitys laantuu ja kontaktimme jatkuu.

Hän pystyy sanomaan, miksi hän on vihainen. Ensin korkealla äänellä, sitten hieman rauhallisemmin. Sillä välin hän siivoaa. Hän ei pysty jatkamaan pelaamista, mutta hän pystyy säätelemään stressiä jonkin verran puhumalla. Päätämme kättelyyn ja keskustelemme siitä, mitä aiomme tehdä seuraavalla kerralla.

2.2 Vaihe 2 Käyttäytymisterapia

ABC-analyysi tehtiin pääasiassa siksi, koska Limei ei kyennyt säätelemään stressiä ja hänellä oli liiallinen tarve hallita tilanteita. Kun hän oli stressaantunut, hän painosti muita kontrolloiden ja oli silloin hyvin vaativa. Muiden oli noudatettava hänen ”käskyjään” tai lähdettävä välittömästi. Yleensä hän ei onnistunut säätelemään tunteitaan ja päätyi kiroilemaan tai lyömään menettäen lopulta täysin itsehillintänsä. Auttamalla häntä tunnistamaan ja ilmaisemaan sekä

7 Alankomaalainen lautapeli: ”Mens erger je niet”

säätelmään paremmin omia tunteitaan odotimme hänen säätävän niitä itse paremmin.

Terapian tässä vaiheessa aloin työstää tunteiden tunnistamista, jotta Limei saisi paremmin stressinsä hallintaansa. Esittelin neljä perustunnetta kuvilla, ja annoin hänen kirjoittaa merkityksen kunkin kuvan alle. Käytin myös perustunteita teemana mielikuvituspeleissä. Leikimme pehmoleluilla, hatuilla, erilaisilla tarinoilla ja rooleilla. Aluksi se oli hänelle pelottavaa ja tapahtui pääasiassa minun aloitteestani. Limei seurasi esimerkkiäni. Muutaman viikon kuluttua hän teki yhä enemmän aloitteita ja esitti mielikuvitustarinoita; rakensimme pienen teltan nallekarhuille ja luokittelimme pehmoleluja.

Sitten aloin puhua yhä enemmän omista tunteistani. ”Olen onnellinen tänään, en pidä tästä, se tekee minut surulliseksi” tai ”Pelotat minua”. Sitten aloin viitata hänen tunteisiinsa: ”Näen, että näytät...”. Muotoilen lauseen aina omasta näkökulmastani ”minä...”; korostaakseni tapaa, jolla näin asiat. Heti kun hän oli vastaanottavainen tälle, aloin tehdä eroa ”vähän” ja ”paljon” välillä. ”Kuinka vihainen olet? Näin vähän vai näin paljon?”

Hänen tunteensa muuttuivat hitaasti eriytyneemmiksi. Ne eivät enää aina menneet yli. Hän alkoi erottaa omat tunteensa muiden tunteista. Hän toipui nopeasti, kun hän oli hetkellisesti epätasapainossa. Tätä varten hän tarvitsi edelleen aikuisen apua ja tukea. Tämän seurauksena leikkiä käytettiin yhä enemmän hetkenä reflektoida.

Hän toi todellisia tapahtumia elämästään leikkeihin. Hän järjesteli tietoa, käsitteli sitä ja myöhemmin sääteli stressiään liittyen aiheisiin, jotka olivat hänelle epäselviä, uusia tai jännittäviä.

2.3 Vaihe 3 yleistäminen

Tässä vaiheessa tavoitteena oli siirtää hankitut taidot ja leikkimalli hoitajatiimille ja integroida tämä osaksi Limein päivittäistä ohjausta.

Limei kehittyi tässä vaiheessa selvästi. Terapian aikana hän osoitti yhä enemmän kiintymyskäyttäytymistä. Tämä tarkoitti, että hän jakoi kokemuksensa (jaettu tarkkaavaisuus), jakoi mielentilansa, pyysi selvennystä, teki aloitteen leikkiä, otti kädestä ja otti minut

mukaan leikkiinsä, näytti tunteita ja puki ne sanoiksi, haki tukea stressitilanteissa ja pystyi toipumaan kontaktin aikana.



Leikkiminen antoi hänelle viikon aikana mahdollisuuden reflektoida. Tällä tavoin hän pystyi ”kommunikoimaan” sen, mitä hänen mielessään oli. Joskus kyse oli vanhempien lomasta, toisinaan sedän kuolemasta, pääsiäislounaasta koulussa tai joskus vain siitä, kuka oli ollut hänen ryhmässään sinä päivänä. Leikkihetket auttoivat jäsentämään ja käsittelemään tietoa sekä säätelemään stressiä.

Tiimi totesi, että heidän yhteytensä ja suhteensa Limeihin oli muuttumassa. Tuomitsematta Limeitä he ilmaisivat hänen käytöksensä ja mielentilansa. He antoivat hänelle aikaa reagoida ja ehdottivat sitten, että ehkä hän pyysi jotain. Tämä auttoi Limeitä tulemaan tietoiseksi omasta käyttäytymisestään ja ajatuksistaan sekä jäsentämään niitä.

Ehdotukseni tiimille oli pyrkiä kohti kiinteämpiä ”leikkihetkiä” viikko-ohjelmassa. ”Leikin” aikana hoitajat vain seuraisivat lapsen

esimerkkiä. Esimerkiksi huoneajan jälkeen iltapäivällä vähintään kahdesti viikossa leikkimällä kahden kesken noin viisitoista minuuttia. Näiden ”leikkihetkien” aikana Limei sai mahdollisuuden puhua, piirtää, kirjoittaa tai tuoda esiin mielentilaansa (kokemuksia, ajatuksia ja tunteita).

Tiimipalaverissa nimettiin kaksi hoitajaa aloittamaan nämä leikkihetket. Muotoilin ohjeet yhdelle A4-sivulle ja sovin hoitajien kanssa hetkistä, jolloin valmennan heitä. Näinä hetkinä hoitajat jakoivat kokemuksiaan. Yritin kuvailla sanoin, mitä he ja Limei tekivät, ja tein muutoksia tarpeen mukaan. Jos asiat menisivät hyvin, hänen kanssaan ”leikkivien” hoitajien määrä voisi kasvaa. Tämä käytäntö on jatkunut tähän päivään asti.

3 Lopetusvaihe

On vaikea osoittaa objektiivisesti, miten ITAB-terapia on hyödyttänyt Limeitä. Terapia-aika mukaan lukien olen ollut mukana Limein kehityksessä kahden vuoden ajan. Paljon on saatu aikaan ja hänessä on näkynyt paljon kehitystä, mutta voidaanko kaikki tämä katsoa johtuvan kahdesti viikossa järjestettävistä ITAB-istunnoista? En voi olla siitä varma. Tuona aikana on ollut mukana myös useita tärkeitä henkilöitä kuten esimerkiksi vanhemmat, hoitajat, opettajat ja puheterapeutit.

Terapian lopussa Limei osoitti selvästi eriytyneempiä tunteita. Alkuvaiheessa, kun stressi kasvoi, Limein aggressiivisuus vanhempia ja hoitajia kohtaan näkyi nopeasti kiroiluna, potkimisena, lyömisenä ja hiuksista vetämisenä. Hän menetti täysin itsensä hallinnan ja vetäytyi huoneeseensa. Terapiajakson jälkeen, kun hän oli hieman stressaantunut, hänen onnistui ilmaisemaan, että joku asia jännitti häntä tai että hän ei ymmärtänyt jotain ennen kuin stressi kasvoi liian suureksi. Hoitajat pystyivät nyt myös tulkitsemaan paremmin hänen signaalejaan. Puhumalla (peilaamalla) Limein käytöstä ja tunteita sekä kysymällä, oliko hänellä kysyttävää, Limei pystyi yleensä hoitajansa avulla ilmaisemaan, mikä häntä vaivasi piirtämällä tai kirjoittamalla muutaman sanan. Auttamalla Limeitä järjestämään maailmaansa hänen stressinsä voisi vähentyä, ja hän voisi jatkaa päiväohjelmaansa.

Aggressiivinen käytös ja voimakkaat tunnetilat eivät olleet täysin hävinneet. Limei kamppaili edelleen vaikeina aikoina varsinkin, kun maailma näyttäytyi arvaamattomana esimerkiksi luotettavan hoitajan lähdettyä tai koronasulun aikana. Tällöin hän menetti kontrollin ja luottamuksen ympäristöönsä. Noina hetkinä vanha käytös palasi. Vanhemmat ja huoltajat kykenivät kuitenkin nyt selviytymään tästä paremmin. Tämän seurauksena he eivät «kainostelleet», vaan laativat nopeasti toimintasuunnitelman, jonka tarkoituksena oli palauttaa ennustettavampi maailma Limeille. ”Vaikeasti ymmärrettävä käyttäytyminen” tuli ymmärrettäväksi. Saamalla yhteys Limein mielentilaan oli ”haastavaa käyttäytymistä” nyt mahdollista vähentää ja rajoittaa. Terapialla on selvästi ollut positiivinen vaikutus erilaisiin tilanteisiin. Kaksi kertaa viikossa pidettävät istunnot tarjosivat turvallisen paikan Limeille ilmaista ajatuksia ja tunteita. Stressaavien tapahtumien sattuessa hän pystyi jakamaan pelkonsa ja ajatuksensa istuntojen aikana. Hän teki tämän omalla tavallaan: joskus mielikuvitusleikin, tarinan tai piirustuksen kautta ja joskus emotionaalisen käyttäytymisen kautta.

Terapian aikana ”minän” käsite kehittyi selvästi.

Yksilöllistymisvaiheessa korostin voimakkaasti eroa ”minän” ja ”sinun” välillä. Tämä on jatkunut vahvana. Minä-viestit lisääntyivät hänen päivittäisessä kielenkäytössään. Hän osoitti selvästi oman tahtonsa ensin aikuisen tuella, joka sanoitti hänen viestinsä. Jonkin ajan kuluttua, jos joku halusi jotain erilaista kuin Limei tai hänellä oli erilainen mielipide siitä tuli vähemmän hermoja koettelevaa.

Terapian loppuvaiheen aikana Limein ja aikuisten välillä oli jopa jonkin verran mielipiteiden vaihtoa. Sen lisäksi, että Limei oli tietoinen omasta tahdostaan, hän tuli myös tietoiseksi siitä, miten muut kokivat maailman. Hän esimerkiksi kysyi, mitä olin tehnyt lomallani ja kuunteli minua tarkkaavaisesti. Hän pystyi myös hyväksymään sen, jos halusin jotain erilaista kuin hän.

Lisäksi minua hämmästytti se, että ITAB-istuntojen aikana en aina ollut käsittänyt, että Limei kävi läpi ”huonoa” ajanjaksoa. Jossain vaiheessa hänen vaatteensa lojuivat kasoissa leikkihuoneessa, ja näin että hänen vaatekaappinsa oli siirretty hänen huoneestaan käytävälle. Sillä hetkellä en kuitenkaan ollut yhdistänyt tätä hänen käytökseensä. Tein toisen huomion kaikista niistä vaatteista leikkihuoneessa ja ajattelin, että olipa hienoa, että kaikista ylimääräisistä ärsykkeistä

huolimatta hän jatkoi leikkiä keskeytyksettä. Hän kertoi minulle, että hän oli saamassa uuden kaapin. En kysynyt siitä, ja keskityin leikkiin tässä ja nyt. Myöhemmin ymmärsin syyn: hän ei tuolloin voinut sietää mitään makuuhuoneessaan ja oli poistanut vaatekaappinsa huoneestaan. Ilmeisesti ITAB-istunnot olivat riittävän tuttuja ja turvallisia, jotta hän pystyi jatkamaan terapiaa tuona vaikeana aikana.

Monet asiat ovat olleet minulle tärkeitä terapian aikana. Ensiksikin saamani ohjaus. Keskustelemalla session videotallenteesta pystyin paremmin ymmärtämään Limein käyttäytymistä ja määrittelemään sen tiettyyn kehitysvaiheeseen kuuluvaksi. Esimerkiksi kun hän tarttui käteeni ja otti minut mukaansa, tämä oli selkeä askel kiinnittymiseen. Sain tällaisia oivalluksia ohjauksen aikana. Samalla pystyin keskustelemaan siitä, miten ja milloin tulisi ottaa seuraava askel seuraavaan vaiheeseen.

Toinen tärkeä tapahtuma oli tapaaminen toisessa terveydenhuollon laitoksessa toimivan ITAB-kollegan kanssa, joka oli myös antanut terapiaa asiakkaalle, jolla on keskivaikea älyllinen kehitysvamma. Hän sai minut ymmärtämään, että minun ei pitäisi nähdä lasta ”tietolähteenä”. Tämä auttoi minua vain seuraamaan Limein esimerkkiä kysymättä häneltä selventäviä kysymyksiä. Tämä esti minua ohjaamasta tai ottamasta keskustelua haltuuni tahattomasti. Jälkimmäisessä tapauksessa en pystyisi virittäytymään hänen aloitteeseensa. Tämä oli kuitenkin erityisen tärkeää kontaktin ja luottamuksen rakentamisessa.

Limei oli ensimmäinen ITAB-asiakkaani. Aloitin tämän terapiajakson hyvin avoimin mielin ja ilman suuria odotuksia. Ensinnäkin minulla itselläni ei ollut kokemusta ITAB-terapeuttina toimimisesta enkä voinut ennakoita intervention mahdollisia vaikutuksia. Toiseksi en halunnut ladata tiedostamattani liian suuria paineita prosessiin, joten rajoitin odotuksiani.

Siitä huolimatta siitä on ollut paljon hyötyä Limeille, hänen vanhemmilleen ja hoitajilleen. Prosessi oli intensiivinen: tunnin istunto kahdesti viikossa joka viikko. Lisäksi kuuden viikon välein oli myös ohjausistuntoja Amsterdamin Vrije Universiteitissa. Tämä kaikki merkitsi ajallisesti huomattavaa panostusta. Opin aloittamaan terapiaistunnot ilman tarkkaa suunnitelmaa. Aluksi minulla oli ideoita siitä, mitä sessiot pitäisi sisältää, mutta huomasin, että asiat menivät aina toisin. Mitä enemmän pystyin päästämään suunnitelmasta irti, sitä paremmin pystyin olemaan kontaktissa. Tämä osoittautui

aluksi erityisen tärkeäksi, koska saatuaamme kontaktin pystyimme kehittämään luottamuksellisen suhteen. Myöhemmin aloin tietoisesti käyttäytyä tietyllä tavalla, esimerkiksi osoittamalla haluavani punaisen pelinappulan, kun Limei antoi minulle vihreän. Tein tämän auttaakseni häntä harjoittelemaan stressin säätelyä sanojen avulla.

4 Raportointi asiakkaan omaisille

Olen neuvotellut säännöllisesti Limein vanhempien kanssa terapian etenemisestä. Näiden keskustelujen aikana puhuimme terapiaistuntojen videokatkelmista. Hänen vanhempansa huomasivat, kuinka rento Limei oli leikin aikana ja kuinka avoimesti hän näytti olevan kontaktissamme. Huomioitteni lisäksi Limein vanhemmat alkoivat ymmärtämään enemmän hänen käytöstään istuntojen aikana. He pystyivät myös paremmin ymmärtämään mitä hän sanoi ja pystyivät liittämään sen tiettyihin tapahtumiin koulussa tai perheessä. Limein vanhemmat näkivät selvän yhteyden hänen toivotumman käyttäytymisensä, tilanteeseen paremmin sopivan mielialansa ja terapian aloittamisen välillä.

Ensimmäisen konsultaation aikana Limein äiti kysyi minulta, pelkäsinkö Limein lyövän minua. En ollut pitänyt sitä mahdollisuutena, enkä ollut tuntenut oloani uhatuksi siihen mennessä. Sitten kuitenkin ymmärsin, että Limei löi äitiään tai hyökkäsi säännöllisesti hänen päälleen tänä aikana. Aloimme puhua ”johdon antamisesta hänelle” istuntojen aikana: en halunnut häneltä mitään, seurasin hänen aloitettaan, ja jos hän ei halunnut jatkaa, lopetin sen, mitä olimme tekemässä.

Tämä antoi vanhemmille oivalluksia siitä, miten reagoida, kun he vierailivat hänen asumisyksikössään. Yleensä heillä oli selkeä suunnitelma. He tulivat hakemaan Limein, tekivät jotain yhdessä, minkä jälkeen he toivat hänet takaisin ja sanoivat heipat vähän myöhemmin. Näiden vierailujen aikana Limei mainitsi säännöllisesti haluavansa palata asumisyksikköön. Hänen vanhempansa kuvailivat kuitenkin, mitä he aikoivat tehdä seuraavaksi, mikä oli tarkkaan mietitty, ja jonka tavoitteena oli saada vierailu sujumaan positiivisella tavalla. Lyhyesti sanottuna he pitkittivät vierailujaan. Kävi päinvastoin: vierailun pitkittäminen johti usein stressiin ja Limei suuttui.

Terapiajakson jälkeen vanhemmat suhtautuivat vierailuihin rennommin. Ei liikaa odotuksia, vaan yrityksiä vastata Limein signaaleihin. He tekivät selväksi, että he ymmärsivät Limeitä, ja että heille oli okei, jos hän halusi mennä esimerkiksi asumisyksikköönsä tai huoneeseensa. Tämä lähestymistapa asetti Limeille vähemmän vaatimuksia ja vähensi tunnepurkauksia vierailujen aikana.

5 Terapeutista

Henri Koelewijn

Työskentelen kehityopsykologian asiantuntijana Amerpoortissa, kehitysvammaisten hoitolaitoksessa. Olen mukana kuudessa asumisyksikössä Christophoruksessa ja Nieuwenoordissa, joissa työskentelen pääasiassa lasten ja nuorten kanssa, joilla on keskivaikea tai vaikea älyllinen kehitysvamma, ja joiden käyttäytyminen on vaikeasti ymmärrettävää. Kehityopsykologina olen viime kädessä vastuussa annetusta hoidosta. Pysin luomaan yksilöllisen hoitosuunnitelman moniammatillisessa yhteistyössä. Suunnitelmat ovat räätälöityjä. Jokaisen asiakkaan kohdalla pyrimme suunnittelemaan sen mukaan, mikä sopii heidän tarpeisiinsa ja kehitykseensä. Hoidon painopiste on pääasiassa kehityksen ja elämän normalisoinnissa mahdollisuuksien mukaan. Tämä tarkoittaa asiakkaan tukemista siten, että hän voi mennä kouluun tai työhön, viettää merkityksellistä vapaa-aikaa, osallistua sosiaaliseen elämään ja ylläpitää sosiaalisia kontakteja. Fokus ei ole ensisijaisesti ”haastavan käyttäytymisen” vähentämisessä, vaan asiakkaan elämän rikastuttamisessa, mikä yleensä johtaa ”haastavan käyttäytymisen” vähentymiseen. Joskus tarvitaan kuitenkin lisäpanostusta asiakkaan kehityksen esteiden poistamiseksi tai trauman käsittelyyn.

Kehityopsykologin työni lisäksi työskentelen nyt ITAB-terapeuttina Amerpoortin arviointi- ja hoitokeskuksessa. Limein tapauksessa minuun otti yhteyttä tämän organisaation yleislääkäri. Yhdessä CCE:n kanssa hänen mielestään Limei hyötyisi ITAB-terapiasta, koska ITAB on tehokas hoito diagnosoituun häiriintyneeseen kiintymyssuhteeseen.

7 Erilaista tapausesimerkkiä

Alla Wendy Engelbertink tarjoaa yleisempää pohdintaa ITAB-kokemuksistaan täydennettynä useilla lyhyillä tapauskuvauksilla. Nämä tapauskuvaukset liittyvät eri asiakkaisiin.

Wendy Engelbertink

1 Johdanto

1.1 Tulotilanne ja arviointi

Monia terapeutteja askarruttaa se, miten ITAB-terapiajakso voi onnistua organisaatiossa, joka tarjoaa hoitoa ja tukea henkilöille, joilla on älyllinen tai näkö- ja älyllinen kehitysvamma. Tässä luvussa kerron enemmän tilanteiden kulusta organisaatiossa esimerkkien ja henkilökohtaisten terapiakokemusten perusteella.

Aluksi ITAB-hakemuksia tuli pääasiassa terapeutin omista tapauksista, koska he olivat keskittyneet kiintymyssuhteeseen. Lisäksi tarkasteltaessa ITAB-terapiaan soveltuvia asiakkaita huomioidaan terapeutin oma tapausmäärä. Organisaation muiden kehityopsykologien fokus on vähitellen laajentunut kiintymyssuhteeseen. Tämä on vaatinut merkittäviä panostuksia:

1. Kehityopsykologeille ja hoitajille järjestettiin koulutuspäiviä kiintymyksestä ja kiintymyssuhdeongelmista koko organisaatiossa.
2. Kehityopsykologeille pidettiin kiintymystä käsitteleviä videopalavereita, joissa he jakoivat tapauksiaan liittyen kiintymyssuhteisiin.
3. Ensimmäisten ITAB-hoitojaksojen, jotka kaikki saatiin onnistuneesti päätökseen, tuloksista annettiin palaute hoitajille ja johtajille, ja korostettiin pitkän aikavälin hyötyjä, esimerkiksi henkilöstön stressin väheneminen ja taloudelliset hyödyt, koska henkilökohtaista omahoitoa ei enää tarvittu.
4. Lisäksi perustettiin kiintymyssuhdeteemaan keskittyvä työryhmä. Tämä ryhmä koostuu kehityopsykologeista, jotka ovat yhteydessä kiintymyssuhteiden arviointi- ja terapiakoulutuksesta organisaation koulutusten järjestäjiin, tiimien johtajiin ja osaamisen kehittämisestä vastaaviin.

Mukana oleva kehityspsykologi hakee asiakkaalleen terapiaa ITAB-terapeutilta. Asiakkaasta annetaan lyhyt kuvaus; ongelmat, diagnoosit ja terapeuttinen tarve. Jos arviointiprosessi ei ole vielä päättynyt, kiintymyssuhde työryhmän kehityspsykologi suorittaa arvioinnin. On tärkeää tehdä kehitysanamneesi ongelmien mahdollisista syistä. Kiintymyssuhde ongelmien ja autismin tai muiden häiriöiden välinen erotusdiagnostiikka on harkittava etukäteen huolellisesti. Toimintamallia (Dekkers-Van der Sande & Janssen, 2010; Giltaij et al., 2017; Giltaij, 2017) kiintymyssuhde ongelmien diagnosoinnista tulisi seurata mahdollisimman tarkasti. Kun arviointi on valmis, määritellään asiakkaan tarvitseman hoidon taso. Indikaatio terapiaan on suurempi, jos asiakkaalla on vakavaa haastavaa käyttäytymistä ja saa pistemäärän ”3” vakava haastava käyttäytyminen -konsensustoimintamallissa. Tämä pistemäärä merkitsee vakavaa haastavaa käyttäytymistä. Lisäksi selvitetään terapian mahdolliset vasta-aiheet asiakkaalle ja hänen ympäristölleen. Syitä olla aloittamatta terapia voivat olla: hoitajatiimiltä puuttuu sensitiivisesti reagoiva hoitotyyli, yksikön henkilöstön työvuorosuunnittelu ei ole ennustettavaa ja/tai yksikössä on liian suuri henkilöstön vaihtuvuus. Näissä tilanteissa selvitetään vaihtoehtoja ratkaisujen löytämiseksi näihin ongelmiin; mitä tiimi tarvitsee halutun, sensitiivisesti reagoivan hoidon tason saavuttamiseksi, jotta terapiaa voidaan tarjota ja/tai mitä voidaan tehdä pysyvämmän hoitajatiimin varmistamiseksi. Kun nämä asiat ovat toteutuneet, ITAB-terapia voidaan aloittaa.

1.2 ITAB-terapian valmistelu

Hoito-organisaatiomme tarjoaa terapian omassa toimipisteessämme osana psykoterapeuttista hoitoa. Sekä asumisyksiköiden että avohoidon asiakkaat ovat oikeutettuja ITAB:iin. Käytännössä terapiaa tarjotaan kuitenkin yleensä kehitysvammaisille henkilöille, jotka eivät enää asu kotona. Terapia voidaan antaa joko asumisyksikössä tai päivätoimintakeskuksessa tai näiden yhdistelmänä. On tärkeää, että käytettävissä on huone, jota muut eivät käytä tuona aikana. Tämä huone tulisi mieluiten sisustaa houkuttelevalla tavalla. Terapiakurssien käyneet, jotka ovat valmistuneet tähän mennessä, ovat käyttäneet leikkihuonetta, toimistoa, rentoutumishuonetta ja asiakaskohtaista olohuonetta. On tärkeää, että terapian aikana huonetta voivat käyttää yksinomaan asiakas ja terapeutti, jotta on riittävästi aikaa ja tilaa kontaktin luomiseen ja ylläpitämiseen; aloittaa ja rakentaa luottamuksellinen suhde, keskittyä toisiinsa ja pystyä työskentelemään (yhdessä) materiaalien kanssa. Huoneen tulee

tarjota mahdollisuus keskittyä vain kahdenkeskiseen toimintaan. Keskustellessamme hoitajan, asiakkaan kehityspsykologin ja mahdollisesti myös asiakkaan itsensä kanssa selvitämme, miten asiakas pystyy ottamaan kontaktia, millaisella materiaalilla hän leikkii tai käyttää, ja mitä muita tapoja on ottaa häneen kontaktia. Tila on kuitenkin periaatteessa kaikkien käytettävissä, kuten esimerkiksi hoitajille, jotka haluavat kurkata huoneeseen.

2 ITAB-hoito

2.1 Vaihe 1: Kiintymyssuhdeterapia

Vaihe 1.1 Suhteen muodostaminen – Kontaktin ottaminen

Terapian aloittaminen on aina hieman stressaavaa. On tärkeää muodostaa kattava kuva asiakkaasta valinnan, tulotilanteen ja arvioinnin jälkeen. ITAB-terapian alussa on tärkeää kiinnittää huomiota asiakkaalle sopivan rituaalin kehittämiseen ja kontaktin ottamiseen. Kun otat kontaktia, peilaat asiakkaan käyttäytymistä ja mielentilaa mahdollisimman paljon. Tämä voidaan tehdä omaksumalla sama asento kuin asiakas: samojen eleiden ja äänien tekeminen, sanojen toistaminen (tai äänet, jos asiakas ei voi puhua) ja mahdollisten tunteiden nimeäminen ja sanottaminen. Terapiaistuntojen videotallenteet tarjoavat mahdollisuuden muistella kontaktihetkiä ja tapaa, jolla ne menivät. Videotallenteiden etuna on, että kontaktihetkien kehittymistä ja mukavuutta voidaan havaita paremmin.

Meganin tapaus: Kävelimme Meganin, jolla on keskivaikea kehitysvamma, kanssa paljon terapian ensimmäisessä vaiheessa. Hänelle tämä oli tärkeä tapa käsitellä stressiä, jota hän oli kokenut kontaktissa toisen henkilön kanssa. Tämä oli myös tärkeä interventio asumisyksikköön stressin vähentämiseksi. Kävelyretkiemme aikana pystyimme kävelemään toistemme lähellä käsi kädessä, jotta Megan pystyisi paremmin hyväksymään läheisyyteni. Kävely oli myös mukava tapa peilata: kävelimme samassa rytmissä ja toistin hänen sanansa monta kertaa. Vähitellen kävelylenkit lyhenivät ja aika terapiahuoneessa piteni.

Joskus on melkoinen haaste saada kontakti asiakkaaseen ensimmäisessä vaiheessa. Ratkaisuna on päästää irti omista ideoistasi: mitä tahansa tapahtuukin, anna sen tapahtua ja tartu mahdollisuuksiin rakentaa kontaktia. Kehitä sen jälkeen tätä kontaktia edelleen ja valmistaudu seuraamaan ja peilaamaan. Katsomalla taaksepäin ja pohtimalla videotallenteita interventio voidaan jalostaa ja räätälöidä asiakkaalle poikkeamatta terapiatoimintamallista.

Reflektion tärkeys: ”Koin hieman vaikeaksi sen, kun asiakas toistuvasti vetäytyy kontaktista. Kun mahdollisuudet kontaktiin vähenevät, se voi johtaa siihen, että tunnen itseni voimattomaksi terapeutina. Pohdinta ja ohjaushetket ovat auttaneet minua asettamaan asiakkaan käyttäytymisen oikeaan kontekstiin ja ennakoimaan sitä. ”Turvallisuuden kehän” läpikäyminen yhdessä toisen kanssa ja asiakkaan käyttäytymisen tunnistaminen siinä auttaa minua löytämään vastauksen käyttäytymiseen ja tarpeisiin sen takana.”

Vaihe 1.2 Symbioosi

Symbioosin vaiheessa leikkiminen ja hauskanpito yhdessä ovat erityinen kokemus. ”Vireessä – ei-vireessä” -leikillä on erittäin tärkeä rooli tässä vaiheessa. Se vaatii terapeutilta suurta herkkyyttä ja reagointikykyä.

Kokemus: ”Joka kerta olen kokenut, että symbioosin vaihe on suhteellisen lyhyt verrattuna hoidon muihin vaiheisiin. Mielestäni yhdessä liikkuminen ja vireessä/epävireessä oleminen on äärimmäisen voimakas interventio, joka toimii syvällä tietoisuuden tasolla. Ilman sanoja asiakkaan pienin signaali muuttuu vaikuttamisen tunteeksi, joka perustuu yhdessä kokemiseen, tuntemiseen ja olemiseen. Terapeutin tarjoama turvasatama asiakkaan ollessa stressaantunut tuottaa sillä hetkellä asiakkaalle stressin laukeamisen ja valtavasti iloa.

Jolietin tapaus: Jolietin tapauksessa saavuimme tähän nimenomaiseen vaiheeseen jouluna. Koko session ajan olimme keinuneet edestakaisin joululaulujen tahdissa.

Koin ihanan leikkisän vuorovaikutuksen ja ajattelin, että tämä sopii vuodenaikaan: kontaktin etsimiseen ja löytämiseen.

Olin aidosti iloinen hänen puolestaan siitä, että hän oli tuona aikana luonut uudelleen kontaktin vanhempiinsa ja halusi omasta aloitteestaan mennä kotiin jouluksi. Siihen asti kotiin palaaminen ei ollut ollut mahdollista pitkään aikaan hänen haastavan käytöksensä vuoksi. Toisaalta kotiin lähteminen oli hänelle hieman hermostuttavaa, ja toisaalta oli mukavaa päästä taas kotiin. Vierailut hänen vanhempiensa luona, mukaan lukien yöpyminen, jatkuivat hyvin sen jälkeen.

Vaihe 1.3 Yksilöllistymiseen rohkaiseminen

Yksilöllistymisvaiheessa voidaan käyttää hauskoja ja erityisiä muunnelmia käytetyistä aktiviteeteista. Tämä riippuu asiakkaan mieltymyksistä ja kyvyistä.

Jolietin tapaus: Joliet tykkäsi värittää, tanssia, soittaa, pelata muistipelejä ja dominoa sekä osallistua fitness-tv-ohjelmaan nimeltä ”Alankomaat liikkuu”⁸ Nautin huomattavasti, että hänen kiinnostuksensa eri toimintoihin lisääntyi edelleen. Näin terapiaistuntojen aikana myös kehitystä ”yhdessä tekemisestä” ”haluun tehdä se yksin”. Joskus ajattelin ja tunsin: ”Mitä minä täällä teen? Minua ei enää tarvita.” Tämä ei kuitenkaan ollut täysin totta: vaikka en aina tehnyt mitään erityistä, läsnäoloni huoneessa ja yhdessä oleminen, jossa huomioni ei ollut keskittynyt ja pysyin käytettävissä, stimuloi ehdottomasti Jolietin turvallisuuden tunnetta hänen tutkiessaan ja turvasatamaan hakeutumisessa tarvittaessa. Olen muuten tulkinnut sen myös merkiksi siitä, että terapia on päättymässä, ja voisin harkita siirtymistä siirtymä- ja yleistämisvaiheeseen.

Tässä vaiheessa alat myös katkaista ja muodostaa kontaktin uudelleen: tarkkailet ja koet, millä tavoin lyhyt ero ja jälleenyhdistyminen tapahtuvat. Joskus tämä tapahtuu spontaanisti itse tilanteesta ja toisinaan tarkoituksella.

8 ”Nederland Bewegingissä”

Martinin tapaus: Laitoin tarkoituksella vain yhden tuolin terapiahuoneeseen, joten minun piti mennä ulos hakemaan toinen. Videotallenteet osoittivat, että Martin oli jatkanut toimintaansa, ja hän myös otti uudelleen kontaktiin minuun, terapeuttiin, kun olin palannut ja saatoimme jatkaa leikkimistä yhdessä. Nämä ovat todellisia onnistumisen hetkiä sekä asiakkaalle että minulle, terapeutille.

2.2 Vaihe 2 Käyttäytymisterapia

Tämä vaihe keskittyy halutun käyttäytymisen oppimiseen ei-toivotun käyttäytymisen tilalle. Tässä vaiheessa tiettyä ei-toivottua käyttäytymistä esiintyy edelleen asiakkaan kannalta kriittisillä hetkillä. Kartoittamalla kunnolla milloin tätä tapahtuu, positiivista vahvistamista hyödyntävä terapia voi opettaa asiakkaalle uutta, toivottavaa käyttäytymistä. Turvallisena ja luotettavana ihmisenä terapeutti voi auttaa säätelemään stressiä (yhteissäätely) luodakseen asiakkaalle tilaa oppia uutta käyttäytymistä. Tämä voi kuitenkin koetella myös hermoja.

Meltemin tapaus: Jotta voimme muodostaa yhteyden tilanteisiin, joissa ei-toivottua käyttäytymistä edelleen esiintyy, on välttämätöntä luoda näitä tilanteita myös terapiassa. Terapeutti voi tietoisesti tuottaa asiakkaalle stressaavia tilanteita ja herättää ei-toivottua käyttäytymistä. Esimerkiksi Meltemin oli vaikea puhua hiljaisemmin. Hänelle sanottiin usein: "Sinun ei tarvitse huutaa noin", "kuulen sinut"; tai kun hän halusi halata: "Voitko olla hellempi?" Meltemille tämä puolestaan aiheutti stressiä. Terapiassa harjoittelimme pallojen heittämistä: joko lujaa tai rauhallisesti heittämällä maaliin ja pysymällä tiettyjen rajojen sisällä tai yrittämällä osua seinään. Tämä aiheutti myös paljon melua ja sain myöhemmin apua kollegalta, joka tuli hetkeksi huoneeseen sanomaan, että se häiritsi häntä. Tämä stressasi paljon Meltemiä, mutta sanottamalla hänen tunteensa (mielentilan) havaitsin hänen emotionaalisesta reaktiostaan, että hän oli saanut tilaa sekä oli helpottunut: "Sinua pelotti, että tuo häiritsi häntä." Meltem oli samaa mieltä, ja tämä sai hänet tuntemaan itsensä nähdyksi ja kuulluksi stressaavasta tilanteesta. Yhdessä löysimme

ratkaisun: ilmoitimme etukäteen, että aiomme pitää meteliä noin kymmenen minuuttia.

Ohjauksen merkitys: ”Terapeuttina olin hyvin järkyttynyt siitä, että minun piti tehdä asiakkaan kanssa jotain, mikä koitteli hänen hermojaan. Se tuntui tietynlaiselta käyttäytymisen provosoinnilta, vaikka koko terapiajakson tavoitteena on nimenomaan vähentää häiriökäyttäytymistä. Voisiko tämä vaarantaa juuri muodostuneen kiintymyssuhteen? Keskustelimme ja käsitelimme tätä laajasti ohjauksessa, ja pystyin myös ilmaisemaan omat huoleni. Tärkein tästä oppimani asia on, että pitää todellakin tietoisesti etsiä stressaavaa hetkeä, ”oppia” uutta käyttäytymistä samalla, kun säilytät vakaan perustan turvalliselle kiintymyssuhteelle. Jo muodostunut kiintymyssuhde selviää tästä. Asiakas tietää, missä turvasatama on ja että se on käytettävissä. Minulle oli silmiä avaavaa kokea, että kaikkia «turvallisuuden kehän» elementtejä tarvitaan turvallisen kiintymyssuhteen kehittämiseen. Stressin hetket olivat siis myös asiakkaalle erittäin tärkeitä: turvasatama on olemassa ja muodostaa puskurin, jonne asiakas voi aina palata stressin aikana. Tämä on todella helpottanut minua etsimään stressaavia hetkiä asiakkaalle, koska loppujen lopuksi se auttaa asiakasta käsittelemään stressiä ja oppimaan vaihtoehtoisen toivotun käyttäytymisen ei-toivotun käyttäytymisen sijaan.”

On tärkeää tehdä käyttäytymisanalyysi hyvin, jotta voidaan harkita huolellisesti, mitkä vaihtoehtoiset käyttäytymismallit ovat käytännössä toteutettavissa ja toivottavia. Siksi on tärkeää keskustella tästä asumisyksikön kehityopsykologin ja hoitajien kanssa.

3 Lopetusvaihe

ITAB-terapiaa saaneet asiakkaat ovat kaikki yksilöllisesti kehittyneet paljon. Tämä on johtanut parempaan käyttäytymisen hallintaan, laajempaan valikoimaan mukavia toimintoja ja parempaan tunteiden säätelyyn verrattuna terapiaa edeltävä aikaa. Hoitajat ovat tulleet tietoisemmiksi tunteiden säätelystä ja ovat tietoisempia keskipisteestä tilanteessa, joka voi mahdollisesti eskaloitua. Aluksi keskipiste oli vielä haastavassa käyttäytymisessä. Kun hoitajat olivat tulleet tästä tietoisemmiksi ja saivat enemmän positiivisia kokemuksia, keskipiste siirtyi tunteiden säätelyyn ja uuden käyttäytymisen oppimiseen. Omahoitajat hyötyivät saamastaan tuesta erottaa tunteiden säätely ja ”normaali kasvatus” toisistaan. Säännöt, rajat ja puitteet olivat edelleen tärkeitä, ja niitä voitiin noudattaa rauhallisesti ja selkeästi. Kuitenkin on tärkeää säädellä asiakkaan tunnetilaa sen voimistuessa, jotta voidaan jatkaa toimintaa sääntöjen, palkkioiden ja puitteiden mukaan rauhanomaisesti. Lisäksi hoitajilla on myös omia tunteita, joita tulisi säädellä. Jotkut hoitajat pystyvät hallitsemaan niitä paremmin kuin muut, mutta useimmat hyötyvät terapeutin / hoitokoordinaattorin tuesta. Psykoedukaation tarjoaminen voi olla hyödyllistä ja tukea hoitajia.

Jolietin tapaus: Joliet saatiin kiinni olohuoneessa hänen kauhoessaan maapähkinävoita täynnä olevaa purkkia. Vuorossa ollut hoitaja aloitti tietysti korostamalla sääntöjä ja odotuksia: ”Hei, mitä sinä siellä teet?! Se ei ole sallittua!” Hoitajan reaktio johtui eräänlaisesta hämmästyksestä tapahtuneesta, mutta Joliet koki sen rangaistuksena. Joliet stressaantui ja alkoi itkeä. Hän ei tiennyt mitä tehdä paitsi panikoida. Hoitaja näki, miten hänen reaktionsa vaikutti Joliettiin ja ymmärsi, että sääntöjen ja odotusten asettaminen oli haitallista sillä hetkellä. Ensimmäinen asia oli säädellä tunteita: peilata stressireaktiota ja mielentilaa, pysyä rauhallisena ja antaa aikaa rauhoittua yhdessä. Kun Joliet oli jälleen rauhoittunut, hoitaja pystyi palauttamaan rajat ja puitteet rauhasa. Tilanteissa, joissa asiakas käyttäytyy haastavasti, intervention tavoitteena voi joskus olla nopea siirtyminen ensin tunteiden säätelyyn, jonka jälkeen voidaan asettaa rajoja ja sitten ehdottaa/keskustella vaihtoehtoista ratkaisusta.

4 Raportointi asiakkaan omaisille

Palaute terapiasta asiakkaan hoitajilta ja omaisilta ei yksistään ole tärkeää. Tämän lisäksi myös sen pohtiminen, miten terapia sujui, on välttämätöntä ajatellen tulevia terapiajaksoja.

Käytännön kokemus: ”Olen usein saanut positiivista palautetta hoitajilta ja vanhemmilta. Se on ihanaa. Esimerkiksi eräs hoitaja hyvästeli asumisryhmän muiden tavoitteidensa takia, ja hän kertoi hyötäneensä paljon siitä, mitä olin kertonut hänelle tunteiden säätelystä ja sopivamman käyttäytymisen edistämisestä. Hän sovelsi sitä usein työtilanteisiin ja myös omien lastensa kanssa. Se todella antoi minulle energiaa! Vanhemmilta tuli suuri kohteliaisuus: ”Olemme niin onnellisia, että tyttäremme haluaa tulla takaisin kotiin ja että meillä on *kodikas* ilmapiiri, kun hän on kotona.”

5 Terapeutista

Wendy Engelbertink

Olen terveystieteiden psykologi ja ITAB-terapeutti De Twentse Zorgcentrassa, Alankomaissa. Vuonna 2005 valmistuin kehityopsykologiksi Amsterdamin Vrije Universiteitista, jossa tuolloin tutkimus keskittyi kiintymyssuhteeseen. Opinnäytetyössäni tein osatutkimuksen ITAB:n vaikutuksista läheisyyden ja kontaktien hakemisen sekä stressin asteesta nuorilla, joilla on vaikea älyllinen kehitysvamma ja näkövamma sekä häiriintynyt kiintymyssuhde. Vuonna 2019 minusta tuli mielenterveyspsykologi. De Twentse Zorgcentrassa keskityn erityisesti kiintymysteemaan.

Loppuyhteenvedo

Yhteenveto koulun opinnäytteen työstä ja tuloksista.

Opinnäytteen tarkoitus ja tavoitteet.

Opinnäytteen menetelmät ja työvälineet.

Opinnäytteen tulokset ja johtopäätökset.

Opinnäytteen arvioinnin tulokset.

Opinnäytteen lopputulokset.

Opinnäytteen lopputulokset.

Opinnäytteen lopputulokset.

Loppuyhteenveto

Kaikille lapsille turvallinen side vanhempiin edistää tervettä sosioemotionaalista kehitystä. Tämä koskee luonnollisesti myös lapsia ja aikuisia, joilla on älyllinen kehitysvamma tai sen lisäksi näkövamma.

Kun lapsi tai aikuinen, jolla on älyllinen kehitysvamma tai sen lisäksi näkövamma, tuntee olonsa turvalliseksi, hän voi kehittää omia kykyjään positiivisella tavalla ja oppia säätelemään omia tunteitaan. Kaikilla näkövammasta ja älyllisistä kehitysvammoista tai älyllisistä kehitysvammoista kärsivillä ihmisillä ei kuitenkaan ole turvallista kiintymyssuhdetta kiintymyssuhdehahmoon. Tämä voi johtaa vakavaan haastavaan käyttäytymiseen ja/tai itsensä vahingoittavaan käyttäytymiseen. Tälle ihmisryhmälle on kehitetty kiintymyssuhteen ja käyttäytymisen integratiivinen terapia. Tässä terapiassa kiintymyssuhdeterapeutti solmii lapsen tai aikuisen kanssa, jolla on älyllinen kehitysvamma tai sen lisäksi näkövamma, kiintymyssuhteen ensimmäistä kertaa tai luo sen uudelleen. Kiintymyssuhteen kautta asiakas oppii säätelemään stressiä ja vähentämään tai estämään haastavaa käyttäytymistä ja itsetuhoista käyttäytymistä. Tätä seuraa yleistämisvaihe, jossa keskitytään hoitajien (vanhemmat, asumisyksikön tai päivätoimintakeskuksen hoitajat) asianmukaiseen, herkästi reagoivaan hoitoon.

Tämän kirjan 1 osa kuvasi intervention tavoitteet ja toissijaiset tavoitteet. Lisäksi annoimme lisätietoja interventiosta. Viittasimme terapiaa koskeviin julkaisuihin ja hahmottelimme hoidon tehokkaita elementtejä. Tätä tekstiä on tarjottu myös Alankomaiden nuorisoinstituutille (NJI) intervention rekisteröimiseksi uudelleen NJI-tietokantaan.

Osassa 2 seitsemän terapeuttia, jotka antavat ITAB-terapiaa antoivat käytännön esimerkkejä terapiasta. Nämä esimerkit antavat lukijalle oivalluksia erilaisista terapiatilanteista:

1. nuori aikuinen nainen, jolla on näkövamma, liikuntavamma ja vaikea älyllinen kehitysvamma.
2. Yhdeksänvuotias monivammainen poika, jolla on vaikea älyllinen kehitysvamma.
3. Nainen, joka on sokea, ja jolla on vaikea liikunta- sekä vaikea älyllinen kehitysvamma.
4. Aikuinen mies, jolla on vaikea älyllinen kehitysvamma, epilepsia ja aistitiedonkäsittelyn häiriö.
5. Viisitoistavuotias tyttö, jolla on keskivaikea älyllinen vamma.
6. Yksitoistavuotias tyttö, jolla on keskivaikea älyllinen vamma.
7. Viimeisessä luvussa esiteltiin edellisistä poikkeavia kokemuksia luomaan ymmärrystä erilaisista terapiatilanteista.

Sanasto

ABC-analyysi: *Käyttäytymisanalyysi.* Tällä työkalulla saadaan käsitys asiakkaan haastavasta käyttäytymisestä; sitä edeltävistä ja seuraavista tilannekohtaisista tekijöistä, joiden avulla voidaan lähteä muuttamaan käyttäytymismallia.

Aktivaatiokeskus: tämä on seinään kiinnitettävä, erillisistä alustoista koostuva leikki/peli, joissa on erilaisia sorminäppäryyttä, hienomotorisia taitoja ja silmän ja käden koordinaatiota stimuloivia pelitoimintoja.

Konsultaatio- ja asiantuntijakeskus (CCE): terveydenhuollon ammattilaisten kumppani, kun tarvitaan asiantuntemusta pitkäaikaista ammatillista hoitoa ja tukea tarvitsevien ihmisten vaikeasta haastavasta käyttäytymisestä.

Yhteissäättely: osa kehitysvammaisista asiakkaista ei (vielä) pysty säätelemään tunteitaan täysin yksin. He ovat riippuvaisia vanhemmastaan/hoitajastaan niiden ”yhteissääntelyssä”. Tämä tarkoittaa, että vanhempi/hoitaja säätelee/ohjaa asiakkaan tunnetilaa niin, että asiakas oppii rauhoittumaan.

Virittyneenä/epävireessä: tämä tarkoittaa, että terapeutti keskeyttää hetkeksi tietyn toiminnan (esim. laulaminen, ääneen lukeminen) ja odottaa asiakkaan reaktiota ennen toiminnan jatkamista. Asiakkaan reaktio voi olla pieni signaali, kuten katse, ääni, katsekontaktin etsiminen tai kosketus. Tällä tavoin pyritään vahvistamaan asiakkaan aloitteellisuutta ja sen suuntaa sekä kontaktia.

Jaettu tarkkaavaisuus: tämä edeltää mentalisaatiota. Asiakas ja merkityksellinen henkilö (vanhempi/terapeutti) keskittyvät yhdessä kolmanteen kohteeseen. Asiakas oppii, että terapeutin osoittaessa sormellaan kyse ei ole sormesta, vaan siitä, mitä osoitetaan, esimerkiksi leikkieläimestä. Tämä auttaa asiakasta näkemään asioita erilaisista, niin omasta kuin toisenkin, näkökulmasta.

Mallintaminen: menetelmä, jolla opitaan jäljittelemään jonkun toisen toivottua käyttäytymistä ja tekemään siitä omaa.

Vakavan haastavan käyttäytymisen konsensusmenettelytapa (hollanninkielisessä konsensuspöytäkirjassa Ernstig Probleemgedrag; CEP): menettelytapa, jossa kuvataan, miten kehitysvammaisen henkilön haastavaa käyttäytymistä voidaan arvioida.

Symbioosi: tämä liittyy asiakkaan ja terapeutin välisen kontaktin katkeamiseen ja sen palautumiseen. Silloin kun asiakas on katkaissut kontaktin terapeuttiin (esimerkiksi työntämällä terapeutin pois luotaan), asiakas tekee enemmän aloitteita kontaktin palauttamiseksi terapeuttiin. Asiakas ottaa tällöin kontaktin uudelleen terapeuttiin. Terapeutti reagoi tähän positiivisesti, mikä vahvistaa kontaktia ja lisää hyväksyntää.

Lähteet

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5* (5de editie). American Psychiatric Publishing.
- Arentz, G.M.H.J., Sterkenburg, P.S., & Stolk, J. (2008). 'Care for people with an intellectual disability who also have a visual impairment: a train the trainers programme'. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52 (August), 766.
- Bakker-Van Zeil, T. (1986). *Hechten en loslaten in therapie*. Scriptie in het kader van de technisch-theoretische cursus experimentele psychotherapie. Bodegraven.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.
- Boris, N. W., & Zeanah, C. H. (2005). 'Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Reactive Attachment Disorder of Infancy and Early Childhood'. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(11), 1206–1219.
- Bowlby, J. (1984). *Attachment and Loss: Volume 1: Attachment*. London: Penguin Books.
- De Belie, E. & Morisse, F. (Red., 2007). *Gehechtheid en gehechtheidsproblemen bij personen met een verstandelijke beperking*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- De Geeter, K., & Munsterman, K. (2017). *Zo werkt Vijf Olifanten*. Opgevraagd op 10 februari 2019 van <http://www.vijfolifanten.nl/zo-werkt-vijf-olifanten>
- Dekker-Van der Sande, F. & Janssen, C.G.C. (2010). *Signalen van verstoord gehechtheidsgedrag: Best practice voor het diagnosticeren van gehechtheidsproblemen bij kinderen/jongeren met een visuele en/of licht verstandelijke beperking*. Den Haag: Lemma.
- Dekker-Van der Sande, F. & Sterkenburg, P.S. (2016). *Mentalization can be learned: Introduction to Mentalization Based Support (MBS)*. Doorn: Bartiméus Series.
- De Schipper, J.C., Sterkenburg, P., Giltaij, H., Schuengel, C. & Oosterman, M. (2017). 'Diagnostiek van verstoorde gehechtheid' (pp. 257-276). In: Bosmans, G., Claes, L., Bijttebier, P. & Noens, I. (Eds.), *Diagnostiek bij kinderen, jongeren en gezinnen, deel IV: Specifieke klachten onder de loep*. Leuven: Acco.

- De Schipper, J.C., Stolk, J., & Schuengel, C. (2006). 'Professional caretakers as attachment figures in day care centers for children with intellectual disability and behaviour problems'. *Research in Developmental Disabilities*, 27, 203-216.
- De Wolff, M., Dekker-Van der Sande, F., Sterkenburg, P.S., & Thoomes-Vreugdenhill, A. (2014). *Richtlijn Problematische Gehechtheid*. <https://richtlijnenjeugdhulp.nl/problematische-gehechtheid/>
- Došen, A. (1990). *Psychische en gedragsstoornissen bij zwakzinnigen: een ontwikkelingsdynamische benadering*. Amsterdam: Boom.
- Došen, A. & Day, K. (2001). *Treating mental illness and behaviour disorders in children and adults with mental retardation*. London: American Psychiatric Press.
- Dozier, M., Highley, E., Albus, K.E., & Nutter, A. (2002). 'Intervening with foster infants' caregivers: Targeting three critical needs'. *Infant Mental Health Journal*, 23, 541-554.
- Egan, D.F. (1979). 'The early development of visually handicapped children'. In: V. Smith & J. Keen (red.), *Visual handicap in children* (pp. 137-144). London: William Heinemann Medical Books.
- Ellis, A. (1991). 'The revised ABC's of rational-emotive therapy (RET)'. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behaviour Therapy*, 9(3), 139-172.
- Fisher, P.A., Ellis, B. H., & Chamberlain, P. (1999). 'Early intervention foster care: A model for preventing risk in young children who have been maltreated'. *Children's Services: Social Policy, Research, and Practice*, 2, 159-182.
- Gardner, F., Leijten, P., Melendez-Torres, G.J., Landau, S., Harris, V., Mann, J., Beecham, J., Hutchings, J., & Scott, S. (2018). 'The Earlier the Better? Individual Participant Data and Traditional Meta- analysis of Age Effects of Parenting Interventions'. *Child Development*, 90(1), 7-19.
- Giltaij, H.P. (2017). *Diagnostic Assessment of Attachment Related Disorders in Children with Intellectual Disability*. (promotor: prof. dr. C. Schuengel; co-promotor: dr. P.S. Sterkenburg). Doorn: Bartiméus Series.
- Giltaij, H., Sterkenburg, P., & Schuengel, C. (2016). 'Gehechtheidsstoornissen'. In: R. Didden, P. Troost, X. Moonen, & W. Groen (Eds.), *Handboek Psychiatrie en lichte verstandelijke beperking* (pp. 127-144). Utrecht: De Tijdstroom.

- Giltaij, H.P., Sterkenburg, P.S. & Schuengel, C. (2016). 'Adaptive behaviour, comorbid psychiatric symptoms, and attachment disorders'. *Advances in Mental Health & Intellectual Disabilities*, 10(1), 82-91.
- Giltaij, H.P., Sterkenburg, P.S., & Schuengel C. (2017). 'Clinical diagnosis of disordered attachment behaviour: Convergence of observations, interviews, and case records'. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1-17.
- Gringhuis, D., Moonen, J. & Van Woudenberg, P. (1996). *Kinderen die slecht zien: ontwikkeling, opvoeding, onderwijs en hulpverlening*. Houten: Van Loghum.
- Gunther, F. (2004). *Diagnostiek en behandeling van mensen met een visuele en verstandelijke beperking*. Doorn: Bartiméus.
- Hoffman, N., Sterkenburg, P.S., & Van Rensburg, E. (2017). 'The effect of technology assisted therapy for intellectually and visually impaired adults suffering from separation anxiety: Conquering the fear'. *Assistive Technology*, 31(2), 98-105.
- Janssen, C.G.C., Schuengel, C. & Stolk, J. (2002a). 'Gedragsproblemen bij mensen met een ernstige verstandelijke beperking, gehechtheidsproblemen en psychologische stress. Een verklaringsmodel met implicaties voor onderzoek en praktijk'. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan verstandelijk gehandicapten*, 1, 3-20.
- Janssen, C.G.C., Schuengel, C., & Stolk, J. (2002b). 'Understanding challenging behaviour in people with severe and profound intellectual disability: a stress-attachment model'. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46(6).
- Jonker, D., Sterkenburg, P.S., & Van Rensburg, E. (2015). 'Caregiver-mediated therapy for an adult with visual and intellectual impairment suffering from separation anxiety'. *Research in Developmental Disabilities*, 47(12), 1-13. DOI: 10.1016/j.ridd.2015.08.005.
- Juffer, F. (1993). 'Kinderen, ouders en primaire gehechtheid'. *Gezin*, 5(4): 226-240.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M.J., & Van IJzendoorn, M. H. (2017). 'Pairing attachment theory and social learning theory in video-feedback intervention to promote positive parenting'. *Current Opinion in Psychology*, 15, 189-194.

- Koot, H.M. & Dekker, M.C. (2001). *Handleiding voor de VOG. Ouder- en leerkrachtversie*. Rotterdam: Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Erasmus Medisch Centrum, Sophia Kinderziekenhuis/Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Kraijer, D.W., & Kema, G.N. (1994). *SGZ, Storend Gedragsschaal voor Zwakzinnigen: Handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Kraijer, D.W., & Plas, J.J. (2014). *Handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid: classificatie, test- en schaalgebruik*. Amsterdam, Nederland: Pearson.
- Kramer, G.J.A. (Ed.). (2001). *Consensusprotocol Ernstig Probleemgedrag. Handleiding voor het beschrijven en beoordelen van probleemsituaties rond cliënten van de gehandicaptenzorg*. Utrecht: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland.
- Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K., & Powell, B. (2002). 'The Circle of Security project: Attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads'. *Attachment and Human Development*, 4, 107-124.
- Platje, E., Sterkenburg, P., Overbeek, M., Kef, S., & Schuengel, C. (2018). 'The efficacy of VIPP-V parenting training for parents of young children with a visual or visual-and-intellectual disability: a randomized controlled trial'. *Attachment and Human Development*, 20(5), 455-472.
- Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K., & Marvin, R. (2016). *De cirkel van veiligheid-interventie: het bevorderen van gehechtheid in ouder-kindrelaties* (Druk 1). Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Schuengel, C., de Schipper, C. & Sterkenburg, P. (2003). 'Hechtingsstoornissen en verstoorde gehechtheid'. In: S. Colijn, E.C.A. Collumbien, G. Lietaer & R.W. Trijsburg (Eds.), *Handboek Integratieve Psychotherapie*. (VI 8.1: p.1-24). Utrecht: De Tijdstroom.
- Schuengel C. & Janssen C.G.C. (2006). 'People with mental retardation and psychopathology: Stress, affect regulation and attachment. A review'. *International Review of Research in Mental Retardation*, 32, 229-260.
- Schuengel, C. & Janssen, C.G.C. (2011). 'Deep heart stimulation': psychotherapie bij 'moeilijke' cliënten met verstoord 'sociaal engagement' (pp. 74-87). In: Zevalkink, J. & Sterkenburg, P. (Red.). *Voor de verandering. Een psychodynamische kijk op verandering*. Assen: Van Gorcum.

- Schuengel, C., Sterkenburg, P.S., Jeczynski, P., Janssen, C.G.C., & Jongbloed, G. (2009). 'Supporting affect regulation in children with multiple disabilities during psychotherapy: A multiple case design study of therapeutic attachment'. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), Apr, 291-301.
- Scott, S., & Dadds, M.R. (2009). 'Practitioner Review: When parent training doesn't work: theory-driven clinical strategies'. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(12), 1441-1450.
- Steele, M., Steele, H., Bate, J., Knafo, H., Kinsey, M., Bonuck, K., Meisner, P., & Murphy, A. (2014). 'Looking from the outside in: the use of video in attachment-based interventions'. *Attachment and Human Development*, 16(4), 402-415.
- Sterkenburg, P.S. (2008). *Intervening in Stress, Attachment and Challenging Behaviour: Effects in Children with Multiple Disabilities*. (promotor: prof. dr. C. Schuengel; co-promotor: dr. C.G.C. Janssen). Doorn: Bartiméus Series.
- Sterkenburg P. (2012). *Developing attachment: a workbook for building up a secure relationship with children or adults with severe intellectual or multiple disabilities*. Doorn: Bartiméus Series.
- Sterkenburg, P.S. (2013). *Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG) - Effectieve jeugdinterventies* | NJI. [https://www.nji.nl/nl/Databank/Integratieve-Therapie-voor-Gehechtheid-en-Gedrag-\(ITGG\)](https://www.nji.nl/nl/Databank/Integratieve-Therapie-voor-Gehechtheid-en-Gedrag-(ITGG)).
- Sterkenburg, P.S. (2019). 'Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag'. Hoofdstuk 18, p.298-304. In J. De Bruijn & B. Twint (Eds.), *Handboek Verstandelijke Beperking: vijftientig succesvolle methoden*. Amsterdam: Boom.
- Sterkenburg, P.S. & Braakman, J. (2019). 'Effect van psychotherapie bij mensen met een verstandelijke beperking en benodigde aanpassingen'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 61(11). 792-797.
- Sterkenburg, P.S. & Dyzel, V. (2020). 'Speciaal spel stimuleert veilige hechting bij een beperking'. *Vroeg, vakblad*. 12-14.
- Sterkenburg, P.S. & Dyzel, V. (2021). 'The importance of social relationships for persons with an intellectual disability: emotion regulation and how ICT can support parents and caregiver' (pp 275-290). In: De Bruijn, J., Van den Broek, A., Vonk, J., Twint, B. (ed.). *Manual emotional development & intellectual disability*. Shoreham-by-Sea: Pavilion Publishing.

- Sterkenburg, P.S., Janssen, C.G.C. & Schuengel, C. (2008). 'The effect of an attachment-based behaviour therapy for children with visual and severe intellectual disabilities'. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 12, 126-135.
- Sterkenburg, P.S., Meddeler-Polman, B., & Schrijver, J. (2021). *Attachment in Practice. Workbook for everyone involved in the education and care of children and adults with a visual-and-intellectual or intellectual disability*. Zeist: Bartiméus Reeks.
- Sterkenburg, P.S. & Schuengel, C. (2020). 'Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag' (pp. 767-792). In Braet, C., & Bögels, S. (Eds.), *Protocolaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten deel 2* (1ste editie). Den Haag: Boom.
- Sterkenburg, P.S. & Schuengel, C. (2010). 'Integratieve therapie voor gehechtheid en gedrag. Psychotherapie voor kinderen met een visuele en ernstig verstandelijke beperking'. *Kinder- en jeugd psychotherapie*, 37(1/2), 24-38.
- Sterkenburg, P.S. & Schuengel, C. (2011). 'De gehechtheidsrelatie als buffer tegen stress' (Pp. 87-100). In: J. Zevalkink en P. Sterkenburg (red). *Voor de verandering: een psychodynamische kijk op ontwikkeling*. Assen: Van Gorcum.
- Sterkenburg, P.S., Schuengel, C. & Janssen, C.G.C. (2008). 'Developing a therapeutic relationship with a blind client with a severe intellectual disability and persistent challenging behaviour'. *Disability and Rehabilitation*, 30(17), 1318-1327.
- Sterkenburg, P.S. & Weijburg-Melis, M. (2017). *Protocol: Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag: Matig- en licht verstandelijke beperking*. Doorn: Bartiméus. Internal publication.
- Sterkenburg, P.S., Zaal, S. & Dekkers-Verbon, P. (2021). 'Development of emotion regulation and the role of the attachment relationship' (pp. 117-134). In: De Bruijn, J., Van den Broek, A., Vonk, J., Twint, B. (ed.). *Manual emotional development & intellectual disability*. Shoreham-by-Sea: Pavilion Publishing.
- Stolk, J., Arentz, T., & Sterkenburg, P. (2009). *Care with Vision: Understanding and helping people with an intellectual and visual disability*. Doorn: Bartiméus Series.
- Stor, P. & Storsbergen, H. (2006). *Onveilig gehecht of een hechtingsstoornis, het onderkennen van hechtingsproblematiek bij mensen met een verstandelijke beperking*. Utrecht: Lemma.

- Vandesande, S. Bosmans, G., Sterkenburg, P., Schuengel, C., Van Den Noortgate, W. & Maes, B. (2020). 'Comfort provided by parents versus strangers after eliciting stress in children with severe or profound intellectual disabilities: does it make a difference?' *Attachment and Human Development*, 22(4), 425-447.
- Van Berckelaer-Onnes, I.A. & Hoekman, J. (1991). *AUTI-R Schaal ten behoeve van de onderkenning van vroegkinderlijk autisme. Handleiding en Verantwoording*. Amsterdam: Harcourt Test Publishers.
- Van den Broek, E.G.C., Janssen, C.G.C., Ramshorst, T. van, & Deen, L. (2006). 'Visual Impairments in People with Severe and Profound Multiple Disabilities: An Inventory of Visual Functioning'. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(6), 470-475.
- Van den Broek, E.G.C., Van Eijden, A.J.P.M., Overbeek, M.M., Kef, S., Sterkenburg, P.S., & Schuengel, C. (2017). 'A systematic review of the literature on parenting of young children with visual impairments and the adaptations for Video-Feedback Intervention to Promote Positive Parenting (VIPP)'. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 29(3), 503-545.
- Van Duijvenboden, T. Pietersen, M., & Straus, M.-L. (2018). *Met het oog op meedoen: over de ondersteuningsbehoefte van mensen met een visuele en verstandelijke beperking*. WebEdu, Bartiméus Reeks.
- Van der Weck, S., Bos, A. & Sterkenburg, P.S. (2021). 'Mothers of children with a disability and their life experience: A Qualitative study'. *Journal of Applied Research in Intellectual Disability*, 34: 1243.
- Van Nieuwenhuijzen, M. (2012). 'De (h)erkenning van jongeren met een lichte verstandelijke beperking; Een overzicht van de stand van zaken'. *NTZ*, 3, p.68-78.
- Van Splunder, J., Stilma, J. S., Bernsen, R. M. D., & Evenhuis, H. M. (2006). 'Prevalence of visual impairment in adults with intellectual disabilities in the Netherlands: cross-sectional study'. *Eye*. 20(9), 1004-1010.
- Van Wingerden, E., Bos, G., & Sterkenburg, P.S. (2021). 'Bringing technology into the homes of children with PIMD to promote parent-child interaction'. *Journal of Applied Research in Intellectual Disability*, 34: 1249.
- Van Wingerden, E., Sterkenburg, P.S., & Wouda, M. (2018). 'Improving empathy and self-efficacy in caregivers of persons with intellectual disabilities, using m-learning (HiSense APP-ID): study protocol for a randomized controlled trial'. *Trials*, 19:400, 1-8.

- Van Wingerden, E., Wouda, M. & Sterkenburg, P. (2019). 'Effectiveness of m-learning HiSense APP-ID in enhancing knowledge, empathy, and self-efficacy in caregivers of persons with intellectual disabilities: a randomized controlled trial'. *Health and Technology*, 9(5), 893-901.
- Woittiez, I.B., Eggink, E., Ras, M. (2019). *Het aantal mensen met een licht verstandelijke beperking. Notitie ten behoeve van het IBO-LVB*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).
- Zeanah, C.H., Mammen, O.K., & Lieberman, A.F. (1993). 'Disorders of attachment'. In: C.H. Zeanah (eds.). *Handbook of infant mental health* (pp. 332-339). New York: Guilford Press.
- Zegers, M.A.M., Schuengel, C., Van IJzendoorn, M. H., & Janssens, J.M. A. M. (2006). 'Attachment representations of institutionalized adolescents and their professional caregivers: Predicting the development of therapeutic relationships'. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(3), 325-334.

Videoita

Bartiméus. (2007). Attachment.

<https://www.bartimeus.nl/video-attachment>

Nettisivuja

[https:// www.bartimeus.nl/specialistische-kennis/gehechtheid](https://www.bartimeus.nl/specialistische-kennis/gehechtheid)

[https:// www.rinogroep.nl/opleiding/5984/integratieve-therapie-voor-gehechtheid-en-gedrag-ITAB.html](https://www.rinogroep.nl/opleiding/5984/integratieve-therapie-voor-gehechtheid-en-gedrag-ITAB.html)

[https:// www.nji.nl/nl/Databank/Integratieve-Therapie-voor-Gehechtheid-en-Gedrag-\(ITAB\)](https://www.nji.nl/nl/Databank/Integratieve-Therapie-voor-Gehechtheid-en-Gedrag-(ITAB))

[https:// www.nji.nl/nl/Databank/Integratieve-Therapie-voor-Gehechtheid-en-Gedrag-\(ITAB\)](https://www.nji.nl/nl/Databank/Integratieve-Therapie-voor-Gehechtheid-en-Gedrag-(ITAB))

[https:// www.fgb.vu.nl/nl/onderzoek/academische-werkplaatsen/bartimeus/index.aspx](https://www.fgb.vu.nl/nl/onderzoek/academische-werkplaatsen/bartimeus/index.aspx)

[https:// www.bartimeus.nl/publicaties](https://www.bartimeus.nl/publicaties) <https://www.bartimeus.nl/specialistische-kennis/gehechtheid>

Kiitokset

ZonMW:n tutkimuslaboratorion ”Social relations and attachment” , Bartiméus - Vrije Universiteit Amsterdam, rahoitus mahdollisti tämän kirjan julkaisemisen. Tutkimuslaboratorion tavoitteena on kehittää hoidon ja palvelujen laatua käytännössä lisäämään näkövammaisten sekä näkö- ja älyllisesti kehitysvammaisten hyvinvointia. Lisäksi Bartiméus-säätiön ja Bartiméus-rahaston perustaman Vrije Universiteit Amsterdamin ”Näkövammaiset, näkö- ja älyllisesti kehitysvammaiset ihmiset: sosiaaliset suhteet ja tieto- ja viestintätekniikka” – erityisprofessorin tarkoituksena on yhdistää tiede ja käytäntö. Tässä kirjassa yhdistämme näyttöön perustuvan ja käytännönläheisen tiedon ja haluamme jakaa tietoa, kokemusta ja käytännön esimerkkejä muiden ITAB-terapeuttien kanssa. Tämä oli mahdollista vain tekemällä yhteistyötä ja kuulemalla käytännön kollegoita. Seitsemän mielenterveys- ja kehityspsykologia tuottivat kukin yhden luvun. Tämä kirja ei olisi voinut valmistua ilman teidän avoimuuttanne ja halukkuuttanne jakaa työnne. Kiitoksia paljon:

Wendy Engelbertink, yleinen terveystieteiden psykologi, De Twentse Zorgcentra

Marynne van Groenigen-Hulst, mielenterveyspsykologi, Ons Tweede Thuis

Renate Hilgers, kehityspsykologian asiantuntija, Amerpoort Mieke Hoenderboom, kehityspsykologin asiantuntija, 's Heeren Loo

Henri Koelewijn, kehityspsykologian asiantuntija, Amerpoort

Truus van Ramshorst, mielenterveyspsykologi, Esdégé-Reigersdaal

Margot Vos, kehityspsykologi, Ons Tweede Thuis

Mirjam Wouda, mielenterveyspsykologi, Ons Tweede Thuis

ITAB-terapiaa saaneiden asiakkaiden vanhemmat tai sukulaiset (tapaukset on anonymisoituja) ovat antaneet luvan kuvata terapiaa. Olemme siitä hyvin kiitollisia. Kuvat ovat anonymisoituja, eivätkä ne ole kuvia kuvata asiakkaita.

Haluamme kiittää ohjausryhmää kriittisestä näkemyksestä ja rakentavasta palautteesta. Kiitos Francien Dekker-Van der Sande, Bartelien Hilberink ja Bernardien Marskamp-van Aperlo. Lisäksi kiitos Astrid Kokille palautteestasi tekstistä.

Kiitos Bartiméuksen lukukomitealle: Cornelië Ensing, Truus van Duijvenboden, Esther Tigchelaar ja Judith Verwey arvokkaasta palautteesta.

Kiitos Lucia Willemille tämän kirjan aloittamisesta ja yhteydenotosta Linda Rusconiin. Kiitos Linda kuvituksista, tällä lisäyksellä tästä on tullut houkutteleva työkirja.

Carlo Schuengel ja Cees Janssen olivat tiiviisti mukana ITAB-terapiaa koskevissa tieteellisissä tutkimuksissa. Sen lisäksi, että Francien Dekker-Van der Sande toimi terapeuttina ITAB:n parissa tehdyn tieteellisen työn aikana, hän osallistui myös parhaiden käytäntöjen kehittämiseen kiintymyssuhdeongelmien arvioimiseksi. Hans Giltaij lisäsi väitöskirjatutkimuksellaan tieteellistä tietoa häiriintyneen kiintymyssuhdehäiriön diagnosoinnista (Reactive Attachment Disorder; RAD ja estynyt sosiaalisen sitoutumisen häiriö; DSED). Myös muut Vrije Universiteitin kollegat, Clasien de Schipper ja Mirjam Oosterman, osallistuivat aktiivisesti diagnostiikkaan liittyvän tieteellisen tiedon siirtämiseen käytäntöön. Nämä ja muut kollegat Bartiméuksesta ja Amsterdamin Vrije Universiteit -yliopistosta lisäsivät tietämystä kiintymyksestä näkö- ja älyllisesti tai älyllisesti kehitysvammaisten ihmisten hoidosta. Olemme erittäin kiitollisia heidän panoksestaan!

Haluamme kiittää muita tärkeitä ihmisiä elämässämme siitä, että he ovat ”turvallinen tukikohta” ja ”turvasatama”, josta käsin voimme kehittää ja käyttää kykyjämme!
Kiitos vanhemmillemme.

Paula Sterkenburg ja Veerle Andries

Toimittajista

Paula Sterkenburg on professori ”Ihmiset, joilla on näkövamma tai näkö- ja älyllinen kehitysvamma; sosiaaliset suhteet & ICT” Amsterdamin Vrije Universiteit -yliopistossa. Professuurin perustivat Bartiméus-säätiö ja Bartiméus-rahasto. Hän on mielenterveyspsykologi ja yleinen terveystieteiden psykologi Bartiméuksessa. Vuodesta 2009 lähtien hän on ollut ”Social Relations and Attachment” -tutkimuslaboratorion koordinaattori Bartiméus - Vrije Universiteit Amsterdamissa. Vuodesta 2015 lähtien hän on koordinoanut yhdessä Mirjam Woudan kanssa kumppanuutta Ons Tweede Thuis - Vrije Universiteit Amsterdamin kanssa. Hän väitteli tohtoriksi vuonna 2008 Amsterdamin Vrije Universiteit -yliopistossa. Soveltavasta tutkimuksesta hän sai Alankomaiden vammaisten terveystieteen tuottajien yhdistyksen ensimmäisen palkinnon vuonna 2007. Vuonna 2012 hän sai Groningenin yliopiston Han Nakken palkinnon merkittävimmästä käytännön saavutuksesta työkirjastaan ”Kiintymyssuhteen kehittäminen”. Vuonna 2013 hän voitti ”Fonds NutsOhra ja Vilansin palkinnon ehdotuksella digitaalisesta sovelluksesta teemana: ”Vaikeasti monivammaisten henkilöiden oman vaikutusvallan ja johtajuuden lisääminen. Vuonna 2015 hän päätyi kolmen parhaan joukkoon VU EMGO+ Societal Impact Award -palkinnossa. Vuonna 2016 projekti ”Lopeta kiusaaminen nyt” oli VGN Disability Care Award -palkinnon ehdokaslistalla. Vuonna 2017 hän sai sairausvakuutusyhtiöiltä innovaatorahaston palkinnon hankkeesta ”Peilaaminen leikkien” (”Spelenderwijs Spiegelen”).

Vuonna 2017 Veerle Andries suoritti erityisopetuksen kandidaattiohjelman AP-Hogeschoolissa Antwerpenissä Belgiassa. Viimeisenä kandidaattivuotenaan hän suoritti harjoittelun Amsterdamissa Ons Tweede Thuis -säätiössä, joka tuottaa asumispalveluja henkilöille, joilla on älyllinen kehitysvamma ja muita siihen liittyviä ongelmia. Hän suoritti kehityspedagogian maisterin tutkinnon Vrije Universiteit Amsterdamissa, Alankomaissa. Hän työskentelee nyt tutkija-ammattilaisena Bartiméus - Vrije Universiteit Amsterdamin tutkimuslaboratoriossa ”Social Relations and Attachment” ja kehityspedagogina Odionissa.

Kiintymyssuhdeterapia

**Kiintymyssuhdeterapia Käytännön esimerkkejä
integratiivisesta kiintymyssuhde- ja käyttäytymisterapiasta
henkilöillä, joilla on älyllinen kehitysvamma tai
näkövamma ja älyllinen kehitysvamma.**

Integratiivinen kiintymyssuhde- ja käyttäytymisterapia (ITGG) on tarkoitettu näkö- ja kehitysvammaisten lasten ja aikuisten kiintymyssuhdeongelmien hoitoon. ITGG:n päätavoite on, että tämän toimintamallin avulla terapeutista tulee lapsen/aikuisen kiintymyshahmo. Terapian aikana asiakas alkaa tuntea olonsa turvallisiksi terapeutin kanssa. Turvallinen suhde asiakkaan ja terapeutin välillä tarjoaa tukea stressin aikana ja edistää tunteiden säätelyä. Ajan myötä myös käyttäytymisongelmat vähenevät tai niitä ei enää ole. Terapeuttiin muodostuneen kiintymyssuhteen kautta asiakas voi solmia myös muita kiintymyssuhteita. Tässä kirjassa annamme yleiskatsauksen terapiasta (osa 1). Tämän jälkeen erilaisia ITGG-terapiaprosesseja kuvataan yksityiskohtaisesti tapausesimerkkien perusteella (osa 2). Tämän kirjan tavoitteena on antaa lukijalle enemmän tietoa ITGG-hoidon kulusta. ”On hienoa lukea, miten ITGG-hoito inspiroi terapeutteja käsittelemään näkö- ja kehitysvammaisten asiakkaiden kiintymyssuhdeongelmia.” Francien Dekker-Van der Sande, kliininen psykologi / lapsi- ja nuorisoterapeutti, Bartiméus.

Bartiméus:

Kaikille ihmisille, jotka ovat
näkövammaisia tai sokeita

Artikkelinumero
163143190115

ISBN 978-94-91838-99-6

