

MITÄ TARKOITTA REAKTIIVINEN KIINTYMYSSUHDEHÄIRIÖ - DIAGNOOSI LAPSESSA

Arjen haasteet ja lastensuojelun perhehoitajan
kokemukset, sosiaalihuollolta tarpeellinen tuki

Marina Häggback
Lapin yliopisto
pro gradu - tutkielma
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Sosiaalityö
Kevät 2024

TIIVISTELMÄ

Lapin yliopisto

Tiedekunta: Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Työn nimi: MITÄ TARKOITTAA REAKTIIVINEN KIINTYMYSSUHDEHÄIRIÖ -
DIAGNOOSI LAPSESSA. Arjen haasteet ja lastensuojelun perhehoitajan kokemukset,
sosiaalihuollolta tarpeellinen tuki

Tekijä: Marina Häggback

Koulutusohjelma/oppiaine: Sosiaalityö, Lapin Yliopisto

Työn laji: Pro gradu -tutkielma/Maisteritutkielma

Sivumäärä: 54 sivua + 3 liitettä

Vuosi: 2024

Tiivistelmä: Pro gradu-tutkielmani aihe on miten reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö-diagnoosi lapsessa vaikuttaa perhehoitajan arkeen, mitä apua ja tukea perheelle tarjotaan, mitä toiveita perhehoitajilla itsellä on sijoituksen pysyvyyden turvaamiseksi. Tutkielmani tavoite on lisätä tietämystä ja ymmärrystä ammattilaisten ja erityisesti sosiaalityöntekijöiden keskuudessa tästä harvinaisesta mutta erittäin vaikeasta diagnoosista. Reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö on vaikea tunnistaa sen moniongelmallisuuden vuoksi. Tähän häiriöön liittyy ICD-10 luokituksen mukaan tietyt kriteerit että tämä häiriö lapselle diagnostisoidaan. Kuitenkin tähän häiriöön liittyy paljon jo tiedossa olevaa käyttäytymisongelmaa joka näkyy esimerkiksi ADHD, aspebergerissa, FASD:ssä ja erinäisissä mielenterveysdiagnooseissa.

Tutkielmani lähtökohta on lisätä tietoa perhehoitajan kokemuksen kautta sosiaalityön kontekstiin. Tutkielmani teoreettinen viitekehys rakentuu neljästä osiosta; kiintymyssuhdeteoria, pysyvyys, erityisntason palvelu ja kokemus. Tutkimukseni osoittaa että sosiaalityöntekijän vahva tuki perhehoitajille on hyvän perhehoidon tae. Tutkimukseni osoittaa myös että sosiaalityöntekijän tietämys myös vähemmän tiedossa olevista diagnooseista ja näiden vaikutuksesta sijaisperheeseen on sijoitetun lapsen kannalta pysyvyyden tae.

"Elämä RAD-lapsen kanssa on niin erikoista, että en osaa edes selittää kuinka erikoista se on..."

-RAD-lapsen sijaisäiti

"RAD-lapsen aggressiivisuus räjähti. Löi minut mustelmille ja haavaumille leikkikalulla. Jouduttiin turvautumaan poliisiin, joka tuli lujaa luullen minun lyöneen lastani. Paikan päällä heille valkeni totuus... (lapsi alakouluikäinen)" – RAD-lapsen sijaisäiti

"Kiintymyssuhde on lapsen kehitykselle erittäin tärkeää. Jos aivoille ei suoda positiivisia kokemuksia ja jos lapsen ja hoivaajan välillä ei ole vuorovaikutusta, aivojen kehitys häiriintyy." (Sinkkonen, J., 2004)

"Parhaimmillaan sosiaaliohjaajan ammattitaito sijaisvanhempien tukijana, lapsen tilanteen arvioijana sekä toimivan yhteistyön ylläpitäjänä auttaa sijaisperhettä jaksamaan. Säännöllinen ja toimiva yhteistyö on perhehoidon laadun tae" (Jauhunen, T. 2011)

Sisällysluettelo

1	Johdanto	4
2	Käsiteelliset määrittelyt	7
2.1	Kiintymyssuhdehäiriö ja reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö-diagnoosi (RAD)	8
2.2	Kiintymyssuhteen merkitys lapselle.....	16
2.3	Lastensuojelu vs erityisen tuen tason palvelut	18
2.4	Sijoitetut lapset perhehoidossa, aiempaa tutkimusta.....	24
3	Tutkimuksen lähtökohdat	31
3.1	Tutkimustehtävä.....	31
3.2	Keskeiset käsitteet.....	32
3.3	Teoreettinen viitekehys	32
3.3.1	Kiintymyssuhdeteoria	32
3.3.2	Pysyvyys.....	34
3.3.3	Erityisen vaativan tason palvelu.....	35
3.3.4	Kokemus	36
4	Tutkimuksen toteutus	36
4.1	Tutkimuksen lähestymistapa.....	36
4.2	Laadullinen tutkimus.....	37
4.3	Aineiston hankinta ja kuvaus	38
4.4	Tutkijan rooli ja tutkimuksen eettisyys	38
5	Tutkimuksen tulokset.....	40
5.1	Perheissä näyttäytyvät arjen haasteet	40
5.2	Viranomaisten tarjottua tukea	44
5.3	Mikä tuki ja apu olisi auttanut.....	46
6	Tutkimuksen tulokset.....	48
6.1	Arjen haasteet RAD-lapsen kanssa.....	48
6.2	Sosiaalityöntekijän tarjoama tuki ja ymmärrys RAD-diagnoosista.....	50
6.3	Perheiden kokemukset.....	51
7	Johtopäätökset ja omaa pohdintaa.....	52
8	Lähdeluettelo	54
9	LIITE 1. Haastattelukysymykset	57
10	LIITE 2 Kysely Facebook ryhmään	58
11	Liite 3 Haastattelevan tutkimuslupa pro gradu-tutkielmaan.....	59

1 Johdanto

Pro gradu- tutkielman aihe on, millaisia haasteita reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö-diagnoosi lapsessa tuo perhehoitajan arkeen. Millä tavalla sosiaalityö pystyy tukemaan perhehoitajan arkea ja jaksamista. Haastattelututkimuksen kautta tarkastelen mitä haasteita perhehoitajat kokevat arjessa ja miten näitä perheitä olisi mahdollista tukea, jotta sijoitussuhde ei katkea ja lapselle turvataan pysyvyyttä ja mahdollisuuden kasvaa aikuiseksi perhehoidossa. Haastattelututkimuksen tueksi otin sekä kansainvälisiä että kotimaisia vertaisarvioituja artikkeleita.

Reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö-diagnoosi on hyvin huonosti tunnettu diagnoosi joka useasti sekoittuu ADHD-ongelmiin (Honor 2008, 237–238.).

Pro gradu tutkielmassani tarkastelen mitkä asiat ovat sosiaalityössä tärkeitä huomioida kun sijoitetulla lapsella todetaan tai epäillään reaktiivista kiintymyssuhdehäiriötä.

Pro gradu - tutkielmani teoreettinen viitekehys rakentuu kiintymyssuhdeteoriasta, pysyvyydestä, erityisen tason palvelu sekä kokemus. Tutkimuksen mukaan sosiaaliset ongelmat voivat olla osasyitä reaktiivisen kiintymyssuhdehäiriön syntymiseen lapsessa. Häiriön syntymekanismit ovat tutkijoilla tiedossa, kukaan ei vielä kuitenkaan osaa varmasti sanoa mitkä ilmiöt vaikuttaa eniten häiriön syntymiseen. (Honor 2008, 237–238.).

Pro gradu-tutkielmani on jatkoa kandidaatin tutkimukseeni jonka tein Jyväskylän yliopiston Chydeniuksen yliopistokeskukseen vuonna 2018. Kandidaatin tutkimuksessani tutkiin miten reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö-diagnoosi näkyi lapsessa, miten diagnoosi vaikutti lapsen käyttäytymiseen, mitkä olivat häiriön syntymekanismit, miten diagnoosin tunnistaa, mitä kuntouttavaa tutkittua hoitoa oli juuri silloin olemassa sekä mitä käytännön ohjeita siihen mennessä oli tarjolla arjen tueksi perheille ja ammattilaisille.

Kiinnostukseni tätä aihetta kohtaan lähti siitä, että olin työssäni lastensuojelunpiirissä huomannut että jotkut lapsiasiakkaani eivät sopineet oikein mihinkään diagnoosiin. Kaikilla oli käytöshäiriö mutta sen monimuotoisuuden vuoksi mitään konkreettista apua ei oltu koskaan perhehoitajalle saanut. Perhehoitaja oli uupumassa. Erilaisten tukijärjestelyiden kautta saatiin yhdessä perhehoitajan kanssa rakennettu arjen missä lapsen haasteet huomioitiin ja koko perheen jaksamista tuettiin erilaisin järjestelyin. Lapselle saatiin myös järjestettyä oikeanlaiset tutkimukset jonka

kautta annettiin lapselle reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö-diagnoosi. Perhehoitajalle oli diagnoosin saaminen lapselle avasi paremman mahdollisuuden erilaisiin tukiin. Kyseisessä tapauksessa saatiin estettyä lapsen uudelleen sijoituksen vahvoilla tukitoimilla.

Meidän perheemme on yli 10 vuotta elänyt ja hoitanut lasta jolle diagnostisoitu vuosia sitten reaktiivinen kiintymyssuhde häiriö. Tietoni diagnoosin monimutkaisuudesta ja vaativuudesta auttoi minua tässä tapauksessa niin että pystyin tukemaan ja auttamaan lasta ja perhehoitajaa tarpeen mukaisesti. Tästä kerron lisää luvussa missä käsittelen tutkijan roolia.

Suomessa on viime vuosina tehty jonkin verran tutkimusta reaktiivisesta kiintymyssuhdehäiriö-diagnoosista ja olen löytänyt sekä uutta että vanhempaa tutkimusmateriaalia pro gradu-tutkielmaani. Adoptio organisaatiot ovat tehneet hyvän faktayhteenvedon internettiin, josta löytyy diagnoosista hyvää tutkittua tietoa. Adoptiota miettivät vanhemmat voivat tutustua erilaisiin psyykkiseen oireiluun adoptiolapsella, ja tässä kontekstissa yksi diagnoosi on reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö. Tässä pro gradu -tutkielmassa olen katsonut reaktiivista kiintymyssuhdehäiriö-diagnoosia perhehoidon näkökulmasta ja tähän liittyvän haasteellisuuden. Tutkimukset osoittaa, että myös adoptoidussa lapsessa esiintyy tämä diagnoosi joten tätä pro gradu -tutkielmaa voi käyttää myös faktatietona adoptio-tapauksiin liittyen. (<http://www.tietovipu.fi/sn-adoptiot/rad.html>).

Kansainvälisellä tasolla reaktiivista kiintymyssuhdehäiriö-diagnoosia on tutkittu laajasti adoptioita ajatellen. Kyseessä on diagnoosi, joka tuottaa lapselle pitkävaikutteisia psykososiaalisia vaikeuksia elämässä. Tutkijoiden mukaan, että häiriö voi laueta lapsen varhaisiän puuttuvasta kiintymyssuhteesta lapsen hoivaajan. Lapsen laiminlyönti, psyykkinen ja fyysinen pahoinpitely sekä kaltoinkohtelu voi laukaista reaktiivisen kiintymyssuhdehäiriön lapsessa.

Myös meillä Suomessa monet huostaanotetut lapset kärsivät kyseisestä häiriöstä joko ilman asetettua diagnoosia tai asetetulla diagnoosilla. Tutkimusten mukaan lapsi tai nuori voi oireilla pahasti eikä välttämättä aina saa tarvitsevaansa apua diagnoosin hoitamiseen. Häiriötä tunnetaan ammattisella tasolla hyvin huonosti eikä ammattilaiset osaa välttämättä edes yhdistää lapsen moniongelmallinen käytösongelma RAD-epäilyyn. (Honor 2008,234; Hall & Geher 2003,145).

Toivon että pro gradu-tutkielmani antaisi mahdollisimman paljon tietoa sosiaalityön ja terveydenhuollon tai muille lasten kanssa työskenteleville ammattiryhmille. Pro gradu-tutkielmani toivon tuovani esiin mahdollisimman paljon tarpeellista faktatietoa. Toivon että lukija myös heijastaa lukemaansa omiin vaikeisiin asiakastapauksiin ja voisi tätä kautta hyödyntää pro gradu - tutkielmasta

saatua faktatietoa oman työn käytäntöihin. Toivon että tietoa lisäämällä saataisiin moniongelmallisesti käyttäytyviä lapsia diagnostisoitua oikealla tavalla ja tämän kautta kohdennettua apua ja tukea sekä lapselle että perhehoitajille.

Jos tällä pro gradu-tutkielmalla saataisiin edes yksi uudelleensijoitus estetty ajattelen että olemme voiton puolella. On aina lapsen etu saada asua aikuisuuteen asti perheessä mihin hänet on alkuvaiheessa sijoitettu. Tutkimukset osoittaa, että katkenneet kiintymyssuhteet on lapsen mielenterveyden kannalta huono asia, tämän vuoksi pyrin auttamaan valistamalla sosiaali- ja terveystieteen ihmisiä tästä erikoisesta lapsen sosiaaliseen toimintakykyyn vaikuttavasta häiriöstä. (Sinkkonen,2004,1866–67.).

Lapsen parasta on kasvatusympäristössä pysyvyys, jatkuvat vuorovaikutteiset kiintymyssuhteet ja turvallinen ja ennustettava kasvatusympäristö missä lapsella on sekä rajoja että rakkautta. Perhehoitajat pyrkivät sijoitetuille lapsille luomaan tällaisen ympäristön. Sosiaalityöntekijällä on tärkeä rooli tuketessaan perhehoitajaa heidän tehtävissään kasvattaa sijoitetuista lapsista tasapainoisia ja itsenäisesti pärjääviä aikuisia. Jos sijoitetulla lapsella sattuu olemaan RAD-häiriö diagnoosi tai tämän epäily on todella tärkeää, että perhehoitaja saa kaiken tarvitsemansa avun ja tuen. Tällä tavalla mahdollistetaan sijoitetulle lapselle samaa pysyvyyttä elämässään, kun muille sijoitetuille lapsille, jolla RAD-diagnoosia ei epäillä. (Janhunen 2011,7).

Tutkimukset osoittavat arjen olevan todella haasteellista ja raskasta perhehoitajille, jos lapsella todettu reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö diagnoosi tai jos tätä epäillään. Koen tämän vuoksi suurta tarvetta lisätutkimukseen tästä aiheesta. Tutkimukseni mukaan RAD-diagnoosin saanut lapsi joudutaan useasti uudelleen sijoittamaan juuri haasteellisen ja manipuloivan käytöksensä vuoksi. Toivon saavani tässä pro gradu -tutkielmassa selvitettyä mikä apu ja tuki voisi tukea perhehoitajia jaksamaan.

Uutisissa otsikoidaan miten nuorien ADHD-diagnosointi lisääntynyt, itse mietin miten moni näistä voi olla väärin diagnostisoitu ja potevatkin RAD-diagnoosia? Samalla mietin kevään aikana tapahtunutta kouluammuntaa. Empatiakyvytön on yksi oireilu, joka liittyy vahvasti RAD-diagnoosiin. Löydetyt tutkimukset herättävät mietteitä miten moni ihminen meidän yhteiskunnassamme potee tietämättään tätä RAD-diagnoosia. RAD-diagnoosilla kun on myös

samankaltaisuutta useamman tunnetun diagnoosin kanssa (mainittu mm autismikirjo, FASD, PTSD, sekä ADHD). (<http://www.tietovipu.fi/sn-adoptiot/rad.html9>).

Toivon että pro gradu- tutkielma herättää ammattilaisia miettimään RAD-diagnoosi, jos mitkään muut tiedossa olevat diagnoosit ei vastaa lapsen käytökseen. Toivon myös, että diagnoosista tehtäisiin laajemmin tutkimuksia, sillä uskon että moni lapsi lastensuojelussa jää sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoiden tietämättömyyden vuoksi diagnostisoimatta. Useasti sijoituspaikkaa vaihtavat lapset, jolla on haasteellinen käytös, voi olla se asiakaskunta mitä pitäisi perusteellisemmin tutkia juuri RAD-näkökulmasta.

Käytän tässä pro gradu-tutkielmassa sanaa *perhehoitaja* tai *sijaisperhe/vanhempi*. Näillä sanoilla viitataan perheeseen, jonka vanhemmat ovat kouluttautuneet lain vaatimalla tavalla hoitamaan ulkopuolisten henkilöiden lapsia ja nuoria jota sijoitetaan biokodin ulkopuolelle lastensuojelullisin perustein. (THL, lastensuojelun käsikirja 2024.).

Alla lause Interpedia-sivuston blogista joka pätee mielestäni sekä adoptio- että sijoitettuun lapsen ja näyttää reaktiivisen kiintymyssuhdehäiriö-diagnoosin tunnistamisen tärkeyttä:

” Sitkeä kiintymyssuhdehäiriö kannattaa tutkia laajasti. Jos lapsen sopeutumisessa tai kehityksessä on huolestuttavia merkkejä, kannattaa apua hakea viimeistään yhdeksän kuukauden kuluttua adoptiosta.” –
(<https://interpedia.fi/blogi/koskaan-ei-ole-liian-myohaista-muodostaa-kiintymyssuhdetta/>)

2 Käsiteelliset määrittelyt

Pro gradu- tutkielmani tavoite on lisätä sosiaalityöntekijöiden keskuudessa tietoa reaktiivisesta kiintymyssuhdehäiriö- diagnoosista ja sen vaikutuksesta perhehoitajien jaksamiseen. Diagnoosi on tutkimusten mukaan moniongelmallinen ja ammattilaisenkin voi olla vaikea tätä tunnistaa. Tämä vähemmän tunnettu diagnoosi, joka vaikuttaa vahvasti lapsen käyttäytymiseen ja sosiaaliseen kehitykseen. (Honor 2008,234; Hall & Geher 2003,145).

Lapsilla ja nuorilla on uutisten mukaan lisääntymässä vaikeat käyttäytymishäiriöt. Tuolloin olisi mielestäni hyvä, että sosiaalityöntekijöillä olisi sekä tietoa ja osaamista reaktiivisesta kiintymyssuhdehäiriö diagnoosista.

Pro gradu-tutkielmani lähtökohta on, että reaktiivisen kiintymyssuhdehäiriö-diagnoosin vaikutuksesta perhehoitajien arkeen on hyvin vähäistä tietoa. Tutkimukseni myös osoittaa mielestäni, että ammattilaisten keskuudessa ei välttämättä olla edes tietoisia tästä vaikeahoidettavasta diagnoosista.

2.1 Kiintymyssuhdehäiriö ja reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö-diagnoosi (RAD)

Ymmärtääksemme miten reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö syntyy täytyy ensin selvittää mikä tutkijoiden mukaan on reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö. Käytän tässä pro gradu-tutkielmassa häiriön englantilaista lyhennettä: RAD. Käytän tutkielmassani myös sanaa *RAD-lapsi* millä viitataan lapseen, jolle diagnosoitu reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö ICD-10 luokituksen mukaisesti. Tällä sanalla erotan diagnosoitujen ja ei diagnosoitujen lapset toisistaan. *RAD-häiriö* sanalla viitataan reaktiiviseen kiintymyssuhdehäiriöön, käytän tätä sanaa tässä tutkielmassa lyhenteenä.

Reaktiivista kiintymyssuhdehäiriötä (RAD) kuvaillaan Hornorin (2008) tutkimusartikkelissa seuraavasti; ”häiriö, joka huomattavasti ja vahvasti vaikuttaa lapsen sosiaaliseen kehitykseen.” Honor (2008,145) tutkimuksen mukaan RAD-häiriö kehittyy ennen lapsen viidettä ikävuotta. Tutkimuksen mukaan häiriö voi kehittyä, kun lasta kaltoinkohdellaan, lapsi jätetään heitteille tai laiminlyödään. Aikuisen raju välinpitämättömyys lapsen varhaisessa iässä voi myös laukaista häiriön. RAD on todistettusti yksi niistä häiriöistä, joka voi kehittyä lapselle, kun tämä kokee kaltoinkohtelua varhaisiässä. Artikkelissa kerrotaan myös, että RAD voi olla suuri osasy siihen, miksi kaltoinkohdelluilla lapsilla ja nuorilla diagnosoidaan useasti käyttäytymishäiriö. Ymmärtääksemme mitä RAD lapselle ja perheelle tarkoittaa, meidän täytyy myös tarkastella mikä on lapselle terve kiintymyssuhde ja mikä on traumaperäinen kiintymyssuhde.

Näitä kiintymyssuhde-termejä käsittelen seuraavassa osiossa. Tässä osiossa avaan mikä on RAD ja mitkä ovat sen RAD-häiriön syntymekanismit.

Miten RAD näkyy lapsen käytöksessä

Artikkelissaan Hornor (2008) toteaa, että RAD kehittyy lapsen patogeenisestä hoidosta, eli laiminlyönnistä ja lapsen estyneen mahdollisuus saada terveellisesti ja turvallisesti kiintyä hoivaajaansa. RAD kuvataan olevan eniten häiriintynyt ja sosiaalisen kehityksen kannalta kaikkein

vaikein diagnoosi lapselle. Reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö aiheutuu lapsen varhaisiän kiintymyssuhteen puuttumisesta. Varhaisiän vuorovaikutus ja terveellinen kiintyminen hoivaajaan, antaa lapselle hyvän perustan kasvaa tasapainoiseksi aikuiseksi. (Mts.234.).

Hall ja Geher (2003) toteaa omassa artikkelissaan, että RAD-diagnoosi herättää paljon keskusteluita tutkijoiden kesken. Tutkimuksia on häiriöstä tehty hyvin vähän. Häiriön laajuuden vuoksi on vaikeaa osoittaa mihin ja miten häiriö oikeasti lapsessa vaikuttaa. Todettu on, että häiriö vaikuttaa lapsen erikoiseen ja käsittämättömään käyttäytymiseen, sekä tätä myöde myös perheeseen ja ylipäättään lapsen koko elinympäristöön. Tutkijoiden mukaan RAD-häiriön tutkinnassa kannattaisi keskittyä enemmän lapsen käyttäytymiseen ja tämän ongelmallisuuteen, kun häiriön mukana tuleviin muihin oireisiin. Häiriö estää tehokkaasti lasta kehittämään normaaleja, rakastavaisia suhteita läheisiinsä ja ystäviinsä. (Mts.145.).

Tutkimusten osoittavat, että kaikista traumatisoituneista lapsista noin 80 % kärsii jonkinmoisista RAD-diagnoosin sopivista oireilusta. Kuitenkin vain noin 1 % lapsista diagnostisoidaan RAD-diagnoosilla. Hall ja Geherin (2003) tutkimus, joka perustuu sijais- tai biovanhempien kyselytutkimukseen, osoittaa että RAD-diagnoosia saanut lapsi näyttää muun muassa: julmuutta eläimiä kohtaan, osaksi myös muita ihmisiä kohtaan. Lapsi voi olla valikoimattoman sosiaalinen ventovieraita ihmisiä kohtaan ja lähteä heidän mukaansa. Lapsi on kykenemätön ottamaan vastaan hellyyttä perheenjäseniltä sekä kykenemätön tuntemaan katumusta ja empatiaa. Kyselykaavakkeet osoittivat, että lapsella oli kyky muokata käyttäytymistään omalla haluamallaan tavalla tarkoittaen, että lapsi pystyy säätelemään omaa käytöstään, jos kokee tällä tavalla saavuttavansa jotain tiettyä haluamaansa. (Hall&Geher,2003,149.).

Tutkimuksen mukaan häiriö kehittyy ennen 5 ikävuotta, mutta RAD-häiriötä on huomattu jo yhden kuukauden ikäisessä vauvassa. Häiriöön ei olla vielä tällä hetkellä löydetty mitään luonnollista ongelmaa, vaan häiriö näyttää kehittyvän, kun lasta kaltoinkohdellaan ja laiminlyödään varhaislapsuudessa. (Hall&Geher,2003,146.).

Ongelma on Gail Hornorin (2008) artikkelin mukaan, että myös muissa traumahäiriöissä kuten: posttraumaattisessa stressisyndroomassa, autismisuudessa, skitsofreniassa, vaikeissa kehityshäiriöissä ja muissa neuropsykiatrisissa oireyhtymissä on samankaltaista käyttäytymistä, kun RAD-diagnoosin saanut lapsi. Hornor (2008) kuitenkin huomauttaa tutkimuksessaan, että lapsi, joka on hyvin välttävä ja vetäytyvä ei välttämättä ole kehittänyt RAD-häiriötä, vaan tämä voi johtua myös vaan lapsen omasta persoonallisuudesta. (Mts.237–238.).

Honorin (2008) tutkimuksen mukaan diagnoosin asetusta varten tarvitaan, laaja-alainen ja perusteellinen tutkimus lapsen historiasta, tämän läheisistä ja lapsen nykyisistä ja entisistä elinoloista. Lapsen taustoja täytyy selvittää perusteellisesti ja laiminlyönnin tapahtumista pitää jollain tapaa saada varmennettua, tai sitten laiminlyönnistä pitäisi olla tiedossa selvää näyttöä. Lapsen käyttäytymistä, sekä kotona että koulussa ja päiväkodissa pitää tarkastella ja huolellisesti kirjata mitenkä lapsi käyttäytyy eri tilanteissa. Mahdolliset poikkeavuuksia kirjataan tarkasti. ICD-10 asetetut kriteerit lapsen omalaatuisesta käyttäytymiseen pitää täytyä ennen diagnoosin asettamista. Lapsen laiminlyöntihistoria pitää jollain tapaa voida varmentamaan ja todeta. (Honor 2008, 237–238.).

Kaltoinkohdellut lapset voivat käytöshäiriönsä vuoksi saada tämän diagnoosin, jos ICD-10 luokan kriteerit täyttyvät. Tutkijoiden mukaan, suoranaista hyvin toimivaa hoitoa ei tähän häiriöön tällä hetkellä ole ja osasy tähän on diagnoosin laajuus. Tiedossa on, että lapsen kaltoin kohtelu; psyykkisesti, seksuaalisesti, emotionaalisesti, lapsen heitteillejätto, laiminlyönti ja aikuisen välinpitämättömyys lapsen ollessa alle 5-vuotias voi laukaista tämän häiriön. Artikkelissa todetaan, että häiriön tunnistaminen ja ymmärtäminen olisi erittäin tärkeää, sillä epävakaa ja epämääräinen kiintymyssuhde on todettu olevan yhteydessä psykopatologian kehitykseen, myöhemmässä lapsuudessa. (Hanson&Spratt, 2000,137.).

Tuoreita pre- ja perinataalisia riskitekijätutkimuksia RAD:iin liittyen

Tutkija Subina Upadhyaya (2021) on tutkimuksessaan Turun Yliopistoon selvittänyt masennusdiagnoosien suuntauksia sekä reaktiivisen kiintymyssuhdehäiriöön liittyviä lasten pre- ja perinataalisia riskitekijöitä. Hän toteaa tutkimuksessaan, että sikiön aivot kehittyvät paljon raskausviikolla 22, tällöin aivot ovat erittäin alttiit elinympäristön vaikutuksille. Tämän tutkimuksen mukaan ollaan huomattu aivojen rakenteissa ja toiminnassa muutoksia, kaiketi tunnesäätelyyn liittyvillä alueilla sekä hippokampuksessa. Tutkijan mukaan on todettu, että nämä aivomuutokset voivat vaikuttaa lapsen sosioemotionaalisiin asioihin. Muutokset voivat myös tutkimusten mukaan aiheuttaa käyttäytymishäiriötä ja myöhemmin myös mielenterveydellisiä ongelmia. (Upadhyaya 2021, 37).

Tutkija Upadhyaya (2021) toteaa tutkimuksessaan, että reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö lapsessa on harvinainen mutta vakava häiriö, joka vaikuttaa lapsen sosiaaliseen toimintakykyyn. Tutkijan mukaan RAD-lapsi on emotionaalisesti vetäytyvä sekä hakee turvaa hoitajaltaan ambivalentisti, RAD-lapsella on vaikeuksia lähestyä muita sosiaalisesti, hän myös näyttää ärtymystä tai on pelokas hyvin selittämättömällä tavalla. Reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö on hyvin harvinaista. Esiintyvyys

Suomessa yleisväestössä on tutkijan mukaan alle 1 %. Tutkija toteaa kuitenkin, että varmaa väestössä esiintyvyyttä reaktiivisesta kiintymyssuhde häiriöstä ei voida tarkkaan sanoa sillä epidemiologisia tutkimuksia ei aiheesta olla tehty missä esiintyvyyttä väestössä olisi selvitetty perusteellisesti. Tutkija Upahdyayan (2021) tehty tutkimus perustuu hoitoilmoitusjärjestelmä Hilmosta otettuja diagnooseja vuodelta 1987–2007. Tässä tutkimuksessa tutkija löysi (n) 37 682 kappaletta asetettuja masennusdiagnooseja. Näistä (n) 614 kappaletta oli diagnostisoitu reaktiivisella kiintymyssuhdehäiriöllä, eli noin 1.6 prosenttia. (Upadhyaya 2021, 37–38).

Masennus- ja RAD-diagnoosi vaikuttavat toisiinsa

Upadhyaya (2021) mukaan masennus on yleisesti tutkittu mielenterveyshäiriö, kun taas reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö on harvinainen häiriö, joka vaikuttaa suuresti lapsen sosiaaliseen toimintakykyyn. Upadhyaya (2021) mukaan reaktiivisen kiintymyssuhdehäiriön diagnostisointi vaatii tietoa lapsen riittämättömästä huolenpidosta. Riittämätön huolenpito on todettu olevan osasyynä myös masennuksen ilmenemiseen. Tutkijan mukaan reaktiivista kiintymyssuhdehäiriötä on tutkittu Isossa-Britanniassa köyhemmän väestön keskuudessa, tulos on 1.40 %. Sijaishuollossa vastaavat luvut ovat 19.4 % ja kaltoinkohdelluilla taaperoilla sijaishuollossa tulos oli 38-40%. (Upadhyaya 2021, 37–38).

Tutkimuksen mukaan lapsi, jolla todettu reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö on suurempi riski myös sairastua muuhun psykiatriseen diagnoosiin mihin liittyy oppimisvaikeuksia, tunne elämän ongelmia sekä huonoja sosiaalisia taitoja. Häiriön pitkäaikaisia seurauksia ei tutkijan mukaan tutkimuksia tehdessä tunneta. Riskitekijöitä sairastua reaktiiviseen kiintymyssuhdehäiriöön on tutkijan mukaan muun muassa vanhempien kodittomuus, äidin psykiatrinen diagnoosi, laiminlyönti, kaltoinkohtelua tai lapsen riittämätöntä hoivaa, lapsi, joka kokenut vaikeaa derivaatiota. Tutkijan mukaan varhaislapsuuden positiiviset kokemukset ovat hermoston kehitykseen kannalta tärkeitä ja nämä kokemukset voivat kumota riskitekijöitä. Bukarestissa on tutkijan mukaan tehty laajempi tutkimus reaktiivisesta kiintymyssuhde häiriöstä ja siinä tutkimuksessa on todettu, että häiriön merkit vähenivät, kun lapsi sijoitettiin asumaan suotavampaan ympäristöön. (Upadhyaya 2021, 37-38).

Tutkija Upadhyaya (2021) toteaa tutkimuksessaan, että masennusta ja reaktiivista kiintymyssuhdehäiriötä on raportoitu esiintyvän samanaikaisesti, syy tähän voi olla samankaltaiset riskitekijät.

Tutkija on tarkastellut Bukarestissa tehtyä interventiotutkimusta missä tutkittu 22-54 kuukauden ikäisiä lapsia. Tässä todettiin että 54 kuukauden iässä masennusta sairastavat lapset eivät täyttäneet reaktiivisen kiintymyssuhde häiriön kriteereitä. (Mts. 38).

Tutkijat Upadhyaya & Chudal & Luntamo & Hinkka-Yli-Salomäki & Sucksdorff & Lehtonen & Sourander on vuonna 2020 tehnyt tutkimuksen miten perinataaliset riskitekijät vaikuttavat reaktiivisen kiintymyssuhde häiriön kehittymiseen. Tutkimuksen mukaan alhainen syntymäpaino voi vaikuttaa reaktiivisen kiintymyssuhdehäiriön kehittymiseen ja tämän vuoksi on erittäin tärkeää, että hoivaajaa tuetaan vuorovaikutteiseen hoivaan lapsen kanssa. (Mts. 1603).

RAD-diagnoosin vaikutus lapsen käytökseen

Tutkimuksessa todetaan, että reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö vaikuttaa eniten sosiaalisiin toimintoihin. Lapsi hakee ambivalentilla tavalla turvaa hoivaajaltaan ja on emotionaalisesti vetäytyvä. Lapsi näyttää vähäistä kiintymystä hoivaajaansa ja näyttää määrittelemätöntä pelkoa ja ärtymystä hoivaajaansa kohtaan. Tutkimuksen mukaan reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö kehittyy lapsen ollessa alle viisi vuotta ja diagnosoidaan useasti lapsissa, jolla on kaltoinkohtelua ja laiminlyöntiä taustassaan. Reaktiiviseen kiintymyssuhdehäiriöön kuuluu myös, tutkimuksen mukaan, lisääntynyt riski komorbiditeettiin sisältäen käytöshäiriötä, tunteiden hallinnan vaikeus sekä oppimisvaikeudet. Reaktiivista kiintymyssuhdehäiriö lapsella tuottaa tälle vaikeuksia tuoda esiin toiveitaan ja tarpeitaan sosiaalisesti hyväksytyllä tavalla. Reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö vaikuttaa myös lapsen kognitiiviseen toimintaan. Reaktiivinen kiintymyssuhde häiriöllä on tutkimuksen mukaan yhdistetty negatiiviseen lopputulemaan; paljon ongelmia sekä lapsen sisällä että käytöksessä ulospäin, joka johtaa huonoihin sosiaalisiin suhteisiin ja mahdollisesti myös masennukseen. Tutkimus osoittaa, että suurin osa reaktiivista kiintymyssuhdehäiriötä koskevista tutkimuksissa on tehty klinikka olosuhteissa ja ovat keskittyneet lähes yksinomaan häiriön esiintyvyyteen fenotyyppisiin ominaisuuksiin ja liitännäissairauksiin. Reaktiivisen kiintymyssuhdehäiriön etiologiset tutkimukset on tehty enimmäkseen vähävaraisten väestön ryhmissä, ja ne ovat keskittyneet lähes yksinomaan psykososiaalisiin tekijöihin ja nämä ovat olleet riittämätön hoito, sosiaalinen laiminlyönti tai tämän puute sekä hoivaajan jatkuva vaihto. (Upadhyaya ym. 2020, 1603–1604).

Upadhyaya ym. (2020) toteaa tutkimuksessaan, että lapsen alhainen syntymäpaino, ennen aikainen synnytys ja vauvan joutuminen vauva-teholle lisää riskiä että vauvalle kehittyy reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö-diagnoosi. Kyseinen tutkimus osoittaa, että lapsen alhainen syntymäpaino ja

ennenaikainen synnytys liittyy osaksi äidin sosioekonomiseen asemaan. Äidillä voi olla huonot lähtökohdat omassa elämässään ja tällöin oman elämän hallinta voi myös olla huono. Tämä vaikuttaa vauvan syntymäpainoon ja apgar-pisteisiin synnytyksessä. Tutkimuksen mukaan äidin ja lapsen vuorovaikutusta pitää tällaisessa tilanteessa tukea vahvasti. Jos vauva joutuu jäämään sairaalaan erinäisistä syistä, on tärkeää, että vauvan ja äidin vuorovaikutusta ja tervettä kiintymystä tuetaan tutkimuksen mukaan mahdollisimman paljon eri tavoilla. (Mts. 1604–1610).

RAD-diagnoosia löytyy myös adoptoiduissa lapsissa

Sn-adoptiot.fi-sivustulla annetaan lapsia adoptoiville vanhemmille tietoa lasten mahdollisista erityistarpeista ja mitä adoptoitujen lasten erityistarpeet voivat tarkoittaa. Tällä sivustolla käsitellään RAD eli reaktiivista käyttäytymishäiriötä ja annetaan tästä häiriöstä tällä hetkellä tiedossa olevaa tietoa. Otan tämän lähteen mukaan pro gradu-tutkielmaani, sillä adoptoidulla lapsella ja sijoitetulla lapsella on useasti samankaltaiset taustat. Ero näiden välillä on, että adoptoidulla lapsella ei ole adoption jälkeen minkäänlaista kontaktia biologisiin vanhempiinsa.

Sivustolla todetaan, että RAD on kiintymyssuhdehäiriöistä vaikein muodostunut häiriö. RAD on seuraus varhaisiän riittämättömästä hoidosta, pysyvän aikuisen hoivan puutteesta sekä kaltoinkohtelusta. Kuitenkaan ainoastaan pienelle osalle kaltoinkohdelluista lapsista kehittää RAD-häiriön. Sivustolla todetaan, että vaikeudet muodostaa kiintymyssuhdetta hoivaajaan on monella adoptoidulla lapsella, takana vaikuttaa syntymä-äidin menetys sekä usein myös elämä vaikeissa olosuhteissa varhaislapsuudessa. (<http://www.tietovipu.fi/sn-adoptiot/rad.html>).

Sivustolla todetaan, että RAD- lapsi ei pysty normaalilla tavalla ottamaan vastaan hoivaavan aikuisen lohdutusta. Lapsi ei pysty näyttämään aitoja positiivisia tunteita eikä myöskään ole kykenevä näyttämään kiintymystä häntä hoivaavaa aikuista kohtaan. RAD-lapsi pyrkii kontrolloimaan kaiken tavoin ympäristöään sekä ihmissuhteitaan, lapsi saa raivokohtauksia, fyysinen kontakti toiseen ihmiseen tapahtuu lapsen ehdoilla ja useasti väkivaltaisesti. Sivuston mukaan RAD-häiriö on adoptiokontekstissa pelätyin erityistarve lapsella. Ongelmana on, että vain äärimmäisen harvoin on tiedossa, että adoptoitavalla lapsella on reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö. Sivuston mukaan RAD-häiriötä määriteltiin USA:ssa ensimmäisen kerran 1980-luvulla DSM-III kriteeristöä laatiessa. Sivustolla kerrotaan, että 1990-luvun loppuun mennessä RAD-häiriötä oli tutkittu äärimmäisen vähän. Historiaa lukiessa todetaan, että vastaavaa käytöstä on todettu psykiatrian puolella ihmisissä kautta aikojen. Reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö on tavallaan varhaislapsuudessa kehittyvä selviytymiskeino äärimmäisissä elinolosuhteissa missä tavallinen selviytymiskeinot eivät päde.

Sivusto ottaa esimerkkinä ruoan puutteen ja miten ravintoa hankkiessa täytyy rikkoa sääntöjä ja normeja. Tämä kehittää RAD-häiriötä potevassa lapsessa epäinhimillisiä selviytymisstrategioita. Lapsi oppii, että vain sääntöjä rikkomalla voi saavuttaa haluamaansa, empatialla ei ole mitään merkitystä, aikuisiin eikä ihmisiin ylipäättään ei voi luottaa ja kun lapsi kerta on näillä keinoilla alkuelämässään pärjännyt miksi ottaa riskin ja luottaa enää kehenkään. (<http://www.tietovipu.fi/sn-adoptiot/rad.html>).

RAD-diagnostisoinnin vaikeudet ja päällekkäisyydet

Sivuston mukaan varsin harvalla lapsella kuitenkin kehittyy reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö. Usein näillä lapsilla on myös muita kehitykseen liittyviä haasteita ja vaikeus määritellä mikä haaste kuuluu mihinkäkin ryhmään on hyvin tutkijoiden tiedossa. Sivustolla mainitaan miten kiintymyssuhdehäiriöiden sekä ali- että yli diagnostisointia tapahtuu juuri liittyen siihen että nähtävissä on sekä psykiatrisia, neuropsykiatrisia että neurologista päällekkäisyyttä oireilussa. Sivuston mukaan myös FASD:iin kuuluvia oireiluja voi RAD-häiriöstä erottaa. Näihin kuuluu muun muassa: (<http://www.tietovipu.fi/sn-adoptiot/rad.html>)

- pinnallisesti ja herttainen lapsi, joka ottaa hyvin kontaktia
- todella taitavaa ympäristön manipulointia
- osaa olla valikoimattoman sosiaalinen täysin vieraita ihmisiä kohtaan
- ei ota vastaan hellyydenosoituksia
- vahingoittaa sekä itseään että muita ympärillä olevia ihmisiä
- julma eläimille
- valehtelee syyttä
- varastelua ilman minkäänlaista katumusta
- impulssikontrolli puuttuu
- oppimisvaikeudet
- ei ymmärrä syy-seuraus suhdetta
- hyvin itsekeskeinen eikä aidosti välitä muista
- syö joko liikaa tai sitten todella vähän
- poikkeavasti kiinnostunut verestä, tulesta ja väkivallasta
- jatkuvaa puhetulvaa, keskeyttää ja kontrolloi sekä pyrkii häiritsemään muita puhetulvallaan
- poikkeavaa ripustautumista ja vaatimista saadakseen tahtoaan läpi
- osaa taitavasti manipuloida ja provosoida aikuisia vastakkain

- syyttää aikuisia perusteettomasti hyväksikäytöstä sekä kaltoinkohtelusta ja pahoinpitelystä itseään kohtaan
- kokee olevansa oikeutettu saamaan haluamaansa aina
- saa ympäristöä näkemään vanhempien tekemisiä vihamielisinä ja kohtuuttomina

Muita mahdollisia oireyhtymiä, jotka voivat myös liittyä RAD-häiriö diagnoosiin

RAD-häiriö on tutkimusten mukaan todella vaikea häiriö myös ammattilaisten huomata. Monesti myös neljä jo hyvin tunnettua diagnoosia voi näyttäytyä samankaltaisena käytöksenä lapsessa. Tämän vuoksi on tärkeää, että lasta tutkitaan laajasti ja selvitetään mistä oikeasti on kyse. SN-adoption sivuilla mainitaan muun muassa:

1. Autismikirjo

- useasti tämä näyttäytyy samankaltaisena oireiluna suhteessa toisiin ihmisiin kuten estynyt kiintymyssuhdehäiriö. Tässä häiriössä on kuitenkin enemmän kyvyttömyys, kun haluttomuus hakeutua muiden ihmisten seuraan. Autismiin liittyy useasti myös kognitiivista, sosiaalista ja kielellistä haastetta enemmän, kun RAD-häiriöön.

2. Fasd

On alkoholin aiheuttama aivovaurio lapsessa. Tähän häiriöön kuuluu muun muassa valikoimaton sosiaalinen piirre. FASD-oireiluun liittyy myös syyllisyydentunnon puutosta, valehtelemista, poikkeavia tunnereaktiota, tottelemattomuutta sekä varastelutaipumusta. Nämä samat oireet näkyvät RAD-häiriössä ja riskinä on että neurologisen diagnoosin sijaan lapselle asetetaan RAD-diagnoosi.

3. PTSD

Traumaperäinen stressihäiriö voi liittyä erityisesti lasta huolehtiviin aikuisiin. Lapsella voi tulla yllättävissä tilanteissa pelko- tai raivokohtauksia. Lapsi voi myös pyrkiä välttämään tilanteita, joka tuo traumakokemukset mieleen.

4. ADHD

sekä lisäksi mahdollinen ODD uhmakkuushäiriö: tähän häiriöön liittyvä ahdistus voi saada lapsen käyttäytymään RAD-häiriöön liittyvällä tavalla. Ahdistus tekee, että lapsi käyttäytyy

kontrolloivasti, hakee konfliktia, on aggressiivinen ja impulsiivinen sekä vastustaa aikuisia.
(<http://www.tietovipu.fi/sn-adoptiot/rad.html>)

2.2 Kiintymyssuhteen merkitys lapselle

Sinkkonen (2004) kertoo omassa artikkelissaan, miten kiintymyssuhde on koko ihmisen elämänaikana läsnä. Ihmisinä haluamme kaikki olla jollain tapaa tunnesidoksissa toiseen ihmiseen. Syntyessään lapsi hakeutuu vanhempiensa läheisyyteen yrittämällä äänellään herättää vanhempiensa tai hoivaajansa huomiota, jotta lapsi pääsisi turvaan. Kiintymyssuhde on lapsen kehitykselle todella tärkeää. Aivomme kehittyy ja kypsyy kun saavat riittävästi positiivisia kokemuksia elämässä. Jos aivoille ei suoda näitä hyviä kokemuksia, jos lapsen ja hoitajan välillä ei ole vuorovaikutusta, aivojen kehitys häiriintyy. (Sinkkonen, 2004, 1866–67.).

Pienikin vauva osaa mukautua ja tottua saamaansa hoivaan. Joskus kokemus hoivasta on kuitenkin ristiriitainen ja traumaattinen, tällöin lapsen keskushermoston normaali kehitys voi vaarantua. Jos pieni vauva joutuu jatkuvasti elämään tietynlaisessa hälytystilassa, vauvan stressinsietokyky ja kyky säädellä mielialoja voi vahingoittua. Vauva oppii säätelämään tunteitaan aistihavaintojen kautta. Kun pieni vauva itkee vauvan hoivaaja vastaa normaalisti tähän. Vauvan tyynnyttely auttaa tätä rauhoittumaan ja vauva alkaa luottaa siihen, että aikuinen auttaa, kun hänelle tulee paha olo tai pelko. Sinkkonen (2004) antaa esimerkiksi: vauva, joka asuu päihteitä käyttävän äidin kanssa tai joka voi psyykkisesti huonosti, oppii että vauvan hätään ei aina välttämättä kukaan vastaa. Hänen äitinsä toiminta voi olla tässä suhteessa vaihtelevaa ja ristiriitaista. Tämän kaltaiset tapahtumat voivat olla lapselle hyvin traumaattisia. Tämän kaltaiset tapahtumat jäävät väijäämättä lapsen kehittymättömän aivon muistiin. Kun lasta ei tueta ja lohduteta tunnekuohussa, lapsi oppii vähitellen torjumaan omia tunteitaan ja näiden ilmaisua ympäristölle. Kyseisten kokemusten perusteella lapsi oppii omanlaisensa käytöksen. Tällä käytöksellä lapsen hätään vastataan. Lapsi säätelää tunteitaan niin, että hoivaaja hyväksyy lapsen käytöksen ja tällä tavalla lapsi saa hakemaansa huomiota. (Sinkkonen, 2004, 1866–67.).

Kiintymyssuhteen kehityksen alku

Tutkimukset osoittavat, että lapsen kiintymyssuhde alkaa kehittyä ensimmäisen elinvuoden aikana. Kiintymyssuhde kehittyy jatkuvasti koko lapsen elämän aikana. Kiintymyssuhteella ei ole mitenkään yhteyttä verisukulaisuuteen, vaan lapsi, joka on jossain kohtaa jäänyt vaille riittävää hoivaa ja

huomiota, voi kehittää terveen kiintymyssuhteen toiseen aikuiseen, jolta hän kokee saavansa tukea, lämpöä ja ymmärrystä. (Sinkkonen,2004,1870.).

Kiintymyssuhteessa tärkein on hoivaajan kyky aistia lapsen tunteita ja vastata näihin asianmukaisesti ja tilanteen mukaisesti. Nämä kokemukset ovat lapselle tärkeitä, jotta aivot kehittyvät oikeanlaisella tavalla. Sinkkosen (2004) tuo tutkimuksessaan esiin, että orbitofrontaalinen kuorikerros aivoissamme säätelee meidän tunnekykyjämme sekä tarkkavaisuutta. Eli jos hyviä kokemuksia ei ole ollut lapsen alkuvaiheessa riittävästi, tämän kehitys voi jäädä vajaaksi. Tämänkaltaisen kehitysvaje voi aiheuttaa lapsella affektisignaalien puutetta, joka jatkossa vaikeuttaa lapsen kykyä hahmottaa ja tulkita muiden ihmisten antamia affektisignaaleja. Tässä tutkimuksessa todetaan, että kortisolipitoisuuksien liiallinen määrä, joka aiheutuu kun lapsi elää jatkuvassa stressitilanteessa, voi myös aiheuttaa että aivojen kokonaistilavuus jää lapsella normaalia pienemmäksi. (Sinkkonen,2004,1871.).

Turvallinen kiintymyssuhde

Turvallinen kiintymyssuhde, joka tarkoittaa, että lapsi on kasvanut elinympäristössä missä lapsen tarpeisiin on vastattu. Lapsen tunnekuuhuihin on vastattu riittävällä tarvittavalla tavalla ja lasta on tyydynyt tarpeen mukaan. Lapsi kokee tällöin turvallisuutta ja osaa itse säädellä ja näyttää tunteitaan. Lapsi kehittää myös tällöin empaattisen kyvyn. Vastakohta tähän turvallisesti kiintyneeseen lapsiryhmään, ovat ne lapset, joille kiintymyssuhdetta kehenkään hoivaajaan ei ole syntynyt. Runsaat torjumiskokemukset ja hyvien kokemusten puuttumisen tekee, että lapsen kiintymysastetta hoivaajaan on mahdotonta arvioida ja tämän ongelman kehitys nimetään reaktiiviseksi kiintymyssuhdehäiriöksi. (Sinkkonen,2004,1868.).

Turvattomuutta kiintymyssuhteessa

Sinkkonen (2004) kirjoittaa artikkelissaan, miten moni asia vaikuttaa lapsen turvattomuuteen. Tutkimuksessaan hän kirjoittaa, että Mary Ainsworth, joka on Sinkkosen (2004) mukaan kiintymyssuhteiden guru, on tutkinut lapsen turvattomuutta yhdessä John Bowlbyn kanssa. Ainsworth on Sinkkosen (2004) mukaan tuonut esiin, miten moni asia oikeasti vaikuttaa terveelliseen kiintymyssuhteeseen, turvallisuuden sekä turvattomuuden tunteeseen. Sinkkosen (2004) mukaan määrittelemisen mikä vaikuttaa, on todella haastavaa. Selvää on kuitenkin, että lapsi, joka kokee olevansa uhattuna., lapsi joka ei saa hoivaajalta lohdutusta, lapsi jota pahoinpidellään ja joka joutuu usein rangaistuksi tai joka kokee paljon käsittelemätöntä traumaa varhaisessa lapsuusiässä, kehittää organisoitumatonta kiintymyssuhdetta, jos edes sitäkään. Tämä taas vaikuttaa lapsen tulevaan

käyttöön, lapsen ongelmaratkaisukykyihin sekä yleensä kokonaisvaltaisesti lapsen elämään ja elinympäristöön. (Mts.1868.).

Mitä lapsi tarvitsee hyvään normaaliin kehitykseen

Lapsi tarvitsee hyvään kehitykseen ja kasvuun, ymmärtäväisen ympäristön missä lapsi saa hyviä kokemuksia riittävästi, jotta lapsen aivot kehittyvät normaalisti. Tämä ei Sinkkosen (2004) mukaan tarkoita, että lapsi ei saisi kokea minkäänlaista pettymystä tai että lapsi ei saisi osoittaa ärtymystään, nämä tunteet täytyy myös olla lapselle sallittuja. Lapsen pitää kokea, että hänen tunteensa hyväksytään ja että hänellä on aikuinen, joka hyväksyy hänet kokonaisvaltaisesti. Aikuinen joka kestää ja tukee lasta kun tämän tunteet kuohuaa, aikuinen joka omalla käytöksellään auttaa lasta ymmärtämään että tunteet eivät ole vaarallisia, vaan ihmiselle normaalia. Lapsi tarvitsee tietää, että hän on yhtä rakas myös tunnekuohun jälkeen. (Mts.1871.).

2.3 Lastensuojelu vs erityisen tuen tason palvelut

Tässä alaluvussa esitän sosiaalityössä tehtyjä tutkimuksia kiintymykseen liittyvistä ongelmista sekä perhehoidossa tehtyjä tutkimuksia tuen tarpeesta.

Miten lasta ja perhettä voidaan sosiaalityöntekijän näkökulmasta tukea

Vasquez & Stenslandin (2015)artikkelissa painotetaan reaktiivisen kiintymyssuhdehäiriön tunnistamisen tärkeyttä. Sosiaalityöntekijän kyky tunnistaa RAD-häiriötä tukisi sekä lasta ja perhehoitajia. Tutkimukset osoittavat, että osa RAD-lapsista reagoi vahvasti ja näkyvästi julkisilla paikoilla, kun taas osa RAD-lapsista reagoivat vahvasti kotiloissa vaan perheen kesken. Tutkijoiden mukaan perheiden kokemukset tässä tutkimuksessa oli että tapauksissa missä lapsi reagoi ainoastaan kotona, perheen omat huolenaiheet eivät tulleet kuulluksi. Tutkimus osoittaakin, että sosiaalityöntekijä pitäisi tutustua perusteellisesti perheeseen ja lapseen jo asiakkuuden alkuvaiheessa. Tällä tavalla erilaiset käyttäytymishäiriöt tulisivat ilmi heti alkuun ja perheet saisivat varhaisessa vaiheessa tarvitsemaansa tukea ja apua. Näin ongelmatilanteet voitaisiin huomata jo varhaisessa vaiheessa sijoitusta. (Vasquez&Stensland 2015,330).

Tunnistaako sosiaalihuollon ammattilaiset kiintymykseen liittyvät ongelmat?

Sjöström, Hägglöf ja Engström on tutkimuksessaan *Anknytningsproblem mellan föräldrar och barn* tutkinut sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen lasten- ja äitiysneuvolassa sekä sosiaalitoimistolla osaamista perheiden kiintymyssuhde ongelmiin. Lähtökohta tutkimuksessa on, että molemmat ammattikunnat auttavat perheitä työkseen. Matalankynnyksen palveluina nämä pitäisi osata tunnistaa kiintymyssuhteeseen liittyviä ongelmia. Tutkimus kuitenkin osoitti, että ajanpuute ja työtahti tekee että ammattilaiset ehtivät keskittyä pääsääntöisesti vaan lapseen. Terveystenhuollon päämääränä antaa perheelle tukea , hyvää lääkinnällistä hoitoa sekä huomata perheen/lapsen psykologisia ongelmia ajoissa. (Sjöström ym. 2022,39)

Sosiaalihuollon tuki keskittyy taas sosiaalisten ongelmien ehkäisyyn mutta myös interventioita ryhmiin tai henkilöihin, jolla on sosiaalisia tai psykososiaalisia ongelmia. Sosiaalipalvelu voi olla sekä ennaltaehkäisevää että pakkokeino. Sosiaalipalveluiden on selvitettävä asioiden laita jos saavat ilmoituksen missä epäillä lapset tai nuoren kaltoinkohtelua tai hoitoon liittyviä ongelmia. Tutkimus osoittaa kuitenkin että kun on kyseessä lapsen tunneperäisistä ongelmista, sosiaalipalveluihin otetaan yhteyttä vasta kun lapsi on kouluiässä. Tutkimuksen mukaan lapsi, jolla on kiintymykseen liittyviä ongelmia seuraukset voivat tällöin olla katastrofaaliset ja pitkäjänteisiä. Sjöström ym(2002) tutkimuksen mukaan tuoreiden vanhempien kiintymys lapseensa voi välillä olla välttävä, kaiken lapsen syntyessä. Ajan myötä tämä kuitenkin korjaantuu ja kiintymyssuhde alkaa terveeltä pohjalta. Joidenkin perheiden kohdalla kiintymyssuhdeongelmat jatkut syystä tai toisesta, ja tämä tarkoittaa että lapsen kiintymys vanhempansa ei kehity terveellisellä tavalla. Tutkimuksen mukaan terveyden – ja sosiaalialan ammattilaiset eivät aina osaa tunnistaa mikä on terveellinen kiintymyssuhde lapsen ja aikuisen välillä. Huomattu on, että pääsääntöisesti sosiaalihuollon interventio perustuu paljolti perheen sosiaalisiin ongelmiin eikä painopisteenä ole niinkään lapsen ja aikuisen välinen suhde Tämän tutkimuksen mukaan puuttuu tutkimusta siitä miten sosiaalialan ammattilaiset kokee työnsä kiintymyssuhde häiriöisten perheiden kanssa. Tämä tutkimus avaa vähän tätä osaamispuutetta meidän yhteiskunnassamme. Tutkimus tehty haastattelututkimuksena. (Sjöström ym. 2022,39–40).

Sjöströmin ym(2002) tutkimuksen tulosten mukaan sosiaalialan ammattilaiset kokivat epävarmuutta kohdata perheen vanhempia kiintymyssuhde aiheessa. Pelko liittyi paljolti siihen, että ajateltiin tähän puuttumisen tuottavan yhteistyöongelmia perheen kanssa, jos työntekijä lähti kyseenalaistamaan vanhemman ja lapsen välistä suhdetta. Puuttuminen vaatii siis rohkeutta mutta pelko yhteistyö-ongelmista tai siitä että perhe ei haluaisi enää olla yhteistyössä teki, että työntekijä ei ottanut asiaa puheeksi. Joidenkin työntekijöiden kohdalla ongelmana oli vanhemman totaalinen epätietoisuus siitä,

että hänen ja lapsen välinen kiintymyssuhde oli puutteellinen. Tämä havainto vaikeutti vieläkin enemmän yhteistyötä. (Mts. 2002, 40–41)

Haastattelututkimuksessa tuli ilmi, että työntekijät eivät luottaneet omiin kykyihinsä tunnistaa kiintymyssuhdepuutteita sekä kykyä antaa perheelle tässä apua. Ongelmaksi kehittyi tästä se, että konkreettinen apu perheelle tuli aika myöhäisessä vaiheessa sillä ongelmat tulivat selvemmin vasta esiin lapsen ollessa jo kouluikäinen. Toisena ongelmana sosiaalityöntekijät kokivat omat tunteensa, kun näki lapsen kaltoinkohtelua. Vaikka sosiaalityöntekijät ymmärsivät, että työssään kohtaavat lapsen kaltoinkohtelua tämä oli tavallaan myös se osa sosiaalityössä mikä koettiin raskaaksi ja tähän työntekijät toivoivatkin työnohjausta ja mahdollisuuden purkaa tunteitaan. Haasteena koettiin myös sen, että työnkuvaan ei ollut mitään selvää ohjetta. Sosiaalityöntekijä teki työtään oman persoonansa ja kokemuksen pohjalta ja yhteistyö perheiden kanssa perustuu paljolti tähän. Tämä osa työnkuvaa taas vaikutti yhteistyöhaasteisiin perheen kanssa. Jos olit onnistunut saamaan hyvän yhteistyön perheen kanssa et mielellään lähtenyt tätä rikkomaan kyseenalaistamalla lapsen ja vanhemmat kiintymyssuhdetta. Tutkimuksessa todettiin, että sosiaalityö ja yhteistyö vanhempien kanssa vaatii työntekijältä rohkeutta kyseenalaistaa, rohkeutta luottaa omiin kykyihinsä ja omaan ”mahatunteeseensa” että jotain ei perheessä täsmää. Sosiaalityöntekijältä vaadittiin kykyä saada selvitettyä mistä oma tunne tulee ja tämä vaatii rohkeutta että voi perheen kanssa asiasta keskustella. (Sjöström ym. 2022, 41-43)

Miten mahdollistaa pysyvyyttä sijoituksessa (purkautumisen ehkäiseminen)

Perhehoitoliiton kyselyssä vuonna 2004 ilmeni että sijoitusten purkuun voi olla sijaisperheen liittyviä tekijöitä kuten; perhehoitajan sairastuminen, ikääntyminen tai elämän tilanteen muutos. Aloitteen sijoituksen purkuun oli tämän tutkimuksen mukaan lapsi itse, sosiaalityöntekijä, perhehoitajat tai biovanhemmat. Sijoituksen katkeamisen jälkeen lapset muuttivat, tutkimuksen mukaan, toiseen sijaisperheeseen, ammatilliseen perhekotiin, itsenäiseen asumiseen, laitokseen tai kotiutui biovanhemmille. Noin 46 prosenttia näistä lapsista, jonka kohdalle osui sijoituksen purku, sijoitettiin uudelleen toiseen sijaisperheeseen. (Janhunen 2011, 7)

Janhunen(2011) kirjoittaa tutkimuksessaan että sijoitusten pysyvyyttä ollaan viime vuosikymmenen aikana tutkittu paljon sekä Amerikassa että Englannissa. Kiinnostus aiheetta kohtaan on kuitenkin viimeisinä vuosina myös herännyt Pohjoismaissa. Suomessa ollaan kartoitettu sijoitusten katkeamista perhehoitajien ja sosiaalityöntekijöiden avulla. Tutkimus osoitti että suunnittelematonta katkeamista sijoituksissa tapahtuu yhä enemmän ja syyt ovat tutkimuksen mukaan seuraavat:

- lapsen murrosikä
 - vaikeasti oireileva ja erityistä huolenpitoa vaativat murrosikäiset nuoret
 - yhteistyöongelmat biovanhempien kanssa
 - lapseen liittyviä tunnesiteiden syntymisongelmia
 - pelko siitä, että lapsen ongelmat ”tarttuu” sijaisperheen biolapseen
- (Mts., 7)

Janhunen (2011) kirjoittaa tutkimuksessaan, että kansainväliset tutkimukset osoittavat, että perhesijoituksia purkaantuu 10-20% tai jopa 20-50%. Haastetta vertailemiseen asettaa eri maiden eri lainsäädännöt. Janhusen (2011) mukaan Suomessa tehty tutkimus osoittaa, että sijoituksen pysyvyyttä suojaavat tekijät ovat:

- perhehoitajien omat voimavarat
- perhehoitajien koulutushalukkuus
- perhehoitajien sosiaalisen verkoston tuki
- toimiva yhteistyö perhehoitajien ja biovanhempien välillä

Lisäksi tutkimus osoitti, että sijoitetun lapsen varhainen sijoittaminen sekä perhehoitajien kyvyttömyys saada omia lapsia liittyvät positiivisesti toisiinsa jatkumoa ajatellen. (Mts.,7)

Tutkimuksen mukaan pitkäaikaisen sijoituksen purkuun vaikuttaa monet syyt ja taustalla on useasti monenlaiset tekijät. Tutkimuksen mukaan purkuun vaikuttaa sijoituksen aikana ja ennen sijoitusta tapahtuneet asiat. Nämä asiat liittyvät sijoitettuun lapseen, syntymävanhempien suhtautumiseen sijoitukseen, perhehoidon sosiaalityöhön sekä perhehoitajaan ja tämän perheen rakenteeseen.

Tutkimuksessa ei tuoda esiin ensisijaista syytä sijoituksen katkeamiseen vaan todetaan vaan että useat syyt rinnakkain vaikuttavat toisiinsa niin että sijoitus puretaan. (Janhunen 2011,7.).

Syyt ovat tutkimusten mukaan olleet:

A. Perhehoitajan muuttunut tilanne

- esimerkkinä perheenjäsenen kuolema tai sairastuminen, avioerossa perhehoitaja toteaa että ei yksin pärjää lapsen kanssa, biologisen lapsen syntyminen tai muutto toiselle paikkakunnalle

B. Kaltoinkohtelua

- kaltoinkohtelua tai tämän epäily perhehoidossa (psykykkistä tai fyysistä), hoidon laiminlyöntiä yms.

C. Perhehoitajan väsymys

- väsymys voi liittyä lapsen oireiluun tai biovanhemman jatkuva puuttuminen sijoituksen kulkuun
- tuen puute viranomaispuolelta ja voimien hiipuminen, elämästä katoaa kevyet ja iloiset asiat, jotka tukevat jaksamista
- väsyminen etenee uupumiseksi

D. Lapsen vaikea oirekäyttäytyminen

- lapsi on keskimääräistä enemmän traumatisoitu, taustalla voi olla useat uudelleen sijoitukset, perinnöllisiä neurologisia ongelmia, väkivalta- ja hyväksikäyttöä

E. Lapsen itsenäistyminen

- lapsi muuttaa omilleen mutta yhteydenpito yleensä pysyy perhehoitajiin. Jos lapsi on loukannut perhehoitajiaan pahasti oireilemalla vahvasti suhde lapsen ja perhehoitajan välillä voi katketa.

F. Yhteistyöongelmat biovanhempien kanssa

- harvoin tapahtuu katkeamista tämän vuoksi
- biovanhemman aggressiivinen käytös ja uhkailu voi kuitenkin olla sijoituksen purkamisen syy

G. Yhteistyöongelmat perhehoitajien ja sosiaalityöntekijän välillä

- syynä ollut useasti yhteistyön vähyys sekä sosiaalityöntekijän antamat riittämättömät tiedot perhehoitajalle
- useasti perhehoitajat kokivat olevansa sosiaalityöntekijän asiakkaita, ei yhteistyökumppaneita
- sosiaalityöntekijä on biovanhemman puolella esimerkiksi tapaamisten sopimisessa (ei huomioida perhehoitajan arjen kokonaisuutta)
- palkkiot ja tukitoimet eivät toteudu, vaikka sovittu
- perhehoitajalta vaaditaan avoimuutta muuta sosiaalityöntekijä itse ei ole avoin ja rehellinen lasta koskevien tietojen antamisessa

(Janhunen 2011, 8–10).

Tarpeellinen tuki perhehoidossa

Tutkimuksessa todetaan, että sosiaalityöntekijä pitää tukea perhehoitajia monimuotoisesti jotta perhehoitaja jaksaa parhaalla mahdollisella tavalla hoitaa sijoitettua lasta. Näitä tukimuotoja voidaan jakaa eri alueisiin:

- tiedolliseen tukeen
- emotionaaliseen tukeen

- taloudelliseen tukeen
- aineelliseen tukeen
- toiminnalliseen tukeen

(Janhunen 2011, 22)

Sosiaalityön tulee tutkimuksen mukaan tukea sijoitettua lasta, perhehoitajia ja biovanhempia tarpeen mukaisesti suhteessa lapsen tarpeeseen, sijaisperheen rakennetta (esim yksinhuoltaja, perheen koko, huomioden perheiden taloutta sekä työaikoja) sekä sijaisperheen kokonaisvaltaiset tarpeet. Sosiaalityöntekijä tulee tavata lasta tarpeeksi usein sekä tutustua myös perhehoitajiin kunnolla.

” Parhaimmillaan sosiaalityöntekijän ammattitaito vanhempien tukijana sekä lapsen tilanteen arvioijana sekä toimiva yhteistyö auttaa sijaisperhettä jaksamaan. Säännöllinen ja toimiva yhteistyö on myös perhehoidon laadun tae.”

(Suora lainaus Janhunen 2011,22)

Pahimmassa tapauksessa perhehoitajat kokee, että eivät voi pyytää sosiaalityöntekijältä apua. Jos perhehoitaja kertoo todellisesta tilanteestaan, esimerkiksi väsymyksestä, rahaan liittyvää sekä jaksamisestaan, sosiaalityöntekijät ovat uhanneet uudelleen sijoittaa lasta, kokeneet perhettä raha-ahneeksi ja itsekkäiksi. Parhaimmassa tapauksessa perhehoitajat kuitenkin kokee että sosiaalityöntekijöiltä saa tarvittavaa aikaa, tukea ja resursseja joka vastaa perheen tarpeita (esimerkiksi vapaapäivien mahdollistaminen, arjen apua kuten kotitöihin apua, vertaistukea, työnohjausta sekä säännöllisiä koulutuksia. Säännöllinen yhteys sosiaalityöntekijän kanssa listataan myös toimivana tuenmuotona.

(Janhunen 2011, 24).

Jos sijoitus katkeaa

Tutkimuksessa todetaan, että kaikki osapuolet tarvitsevat tukea ja apua, jos sijoitus katkeaa suunnittelemattomasti. Tärkeää on, että kaikki osapuolet saavat purkaa tunteitaan sillä sijoituksen purkautumisessa on nähtävissä kriisi elementtejä kuten; shokkivaihe, tunteiden kaaos ja lopulta tilanteen hyväksyminen. Pahimmillaan suunnittelematon katkeaminen voi aiheuttaa shokin. Perhehoitoliiton puolelta olla järjestetty vertaistukiryhmäviikonloppuja mihin sijaisvanhemmat voivat tarpeen mukaan osallistua. (Janhunen 2011,44).

2.4 Sijoitetut lapset perhehoidossa, aiempaa tutkimusta

Hall & Geher (2003) toteaa tutkimuksessaan, että RAD-lapsilla on vahva antisosiaalinen käyttäytymismalli, joka voi olla haasteellinen käsitellä perheessä missä lasta kasvatetaan. Selvää on kuitenkin, että RAD-lapsen epänormaali sosiaalinen käytös, ja kaikki tähän liittyvää on hoivaaville perheille suuri huolenaihe. Artikkelissa kerrotaan myös, että RAD-lapsen epänormaalin sosiaalisen käyttäytymismalli on ympäristön helppoa huomata, vaikeus RAD-lapsessa onkin huomata totaali kiintymyssuhteen ja empatian puuttuminen. (Hall&Geher,2003,146–147.).

RAD-lapsi ei ole alkuelämässään kokenut normaalia ja terveellistä kiintymyssuhdetta. Artikkelissa todetaankin, että kiintymyssuhteen puuttuminen voi aiheuttaa, että lapsi ei välttämättä koko elämänsä aikana pysty kehittämään normaalia ja tervettä kiintymyssuhdetta kehenkään. Lapsella on tutkimusten mukaan suurempi riski sairastua erilaisiin psyykkisiin sairauksiin. Lapsella on myös suurempi riski kehittää tunnetason ongelmia myöhemmin aikuiselämässä. Artikkelin mukaan RAD-lapset ovat useasti hyvin aggressiivisia ja tutkimukset ovat osoittaneet, että varhaislapsuuden huonot kokemukset vaikuttavat lapsen aggressiivisuuteen. RAD-lapset eivät osaa millään tavalla käsitellä ympärillä olevien ihmisten elämässä tapahtuvia kärsimyksiä ja ongelmia, omien väkivaltakokemuksiensa vuoksi. (Hall&Geher,2003,147–148.).

Lapsen RAD-diagnoosi vaikutus koko perheeseen

RAD-diagnoosi vaikuttaa Hall ja Geher (2003) tutkimuksen mukaan selvästikin koko perheeseen, mutta myös lapsen muuhun elinympäristöön kuten päiväkotiin ja kouluun. Perheet kokevat tutkimusten mukaan kototilanteet hyvin haasteelliseksi RAD-lapsen moniulotteisen ongelmallisuuden vuoksi. Perheessä asuvia muita lapsia täytyy RAD-lapsen raivolta ja ilkeilyltä useasti suojata, samalla kuitenkin tiedostetaan, että RAD-lapsi myös tarvitsee hoitoa, mutta täysin eri tavalla kuin muut lapset. Monesti perheet saavat ulkopuolisilta ihmisiltä ehdotuksia kuten esimerkiksi ”lasta täytyy rakastaa enemmän ja rakkaudella nämä oireetkin häipyvät”. Tutkimukset osoittavat, että vaikka reaktiivista kiintymyssuhdehäiriötä potevia lapsia rakastettaisiin kuinka, he eivät rakkaudesta pysty eheytymään. RAD-lapsen kiintymyssuhde täytyy rakentaa uudestaan ja lapsen pitää saada hyviä vuorovaikutteisia suhteita, ennen kun pystyvät vastaanottamaan minkäänlaista rakkautta keneltäkään. Häiriön hoitaminen tutkimuksen mukaan todella haastavaa, sillä tutkimukset osoittavat, että perinteisillä tunnetuilla terapioidella ei ole minkäänlaisia hoidollisia vaikutuksia näiden RAD-lasten ongelmiin. (Mts.149.).

Koulussa

Kouluissa koetaan haasteellista opettaa RAD-lapsia näiden moninaisten sosiaalisten ongelmien ja ulospäinsuuntautuneen aggression vuoksi. Useasti kaverit pelkäävät RAD-lasta, sillä tämä kiusaa ja lyö heitä. Tutkimuksen mukaan ongelmana on, että RAD-lapset eivät sovi hyvin erikoisluokkaan mutta eivät myöskään normaali luokkaan. Useasti RAD-lapsi löytää myös nopeasti samanhenkisiä kavereita koulusta ja yhdessä nämä voivat muodostaa hyvin vaikeasti hallittavan ryhmän. (Hall&Geher,2003,149.).

Sijaisperheiden kokemukset

Vuonna 2015 sosiaalityön professori Matthew Vasquez ja sosiaalityön tohtorikandidaatti Meredith Stensland julkaisivat artikkelin tutkimuksestaan; miten perheet kokevat RAD-lasten kanssa työskentelyn ja elämisen. Tutkimuksen mukaan vanhemmat kokivat ympäristön suhtautumisen lapsen käyttäytymiseen haasteellisena. Tutkimuksessa tuotiin myös esiin tarpeesta saada sosiaalityöntekijän vankka tuki sijoituksen alkuvaiheessa. (Mts. 322–323.).

Kyseiseen tutkimukseen osallistui tuolloin 5 sijoitettua lasta ja heidän sijaisperheensä. Reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö diagnoosi oli asetettu kaikilla lapsilla. Tutkimuksen sisääntulo kriteereinä oli, että jokaisella perheellä olisi biologisia lapsia, jotta pystyisivät verrata RAD-lapsen käyttäytymisen normaalilapsen käyttäytymiseen. (Vasquez&Stensland 2015,322–323.).

Vaikeahoidettava RAD-diagnoosi

Vasquezen ja Stenslandin (2015) tutkimus keskittyi RAD-lapsen hoidollisiin haasteisiin. Perheen ja lapsen avunsaannin haasteisiin, perheen elinympäristön ymmärtämättömyyteen siitä miten haastavaa ja vaikeaa on hoitaa lasta, jolla on reaktiivista kiintymyssuhdehäiriö. Tutkimus kohdentuu perhehoitajan uupumiseen sekä sijaisperheen biologisten lasten kokemukseen kasvaa RAD-lapsen varjossa. (Mts.320.).

Tutkimuksessa tuotiin esiin tutkittua tietoa, miten DSM:ssä (DSM 5, APA 2013) on todettu, että RAD-diagnooseja on tutkimusten mukaan kaksi erilaista;

1. Varhaisiän reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö
2. Estoton sosiaalinen sitoutumishäiriö.

Tutkimuksessa Vasquez ja Stensland(2015) kertoo, että diagnoosin erittäminen perustuu suuresta Bukarestissa tehdystä tutkimuksesta vuonna 2011. Tutkijat kertovat, että Bukarestin tutkimuksen mukaan lapsi, jolla oli todettu estoton RAD- diagnoosi ei näyttänyt parantumisen merkkejä vaikka hänet sijoitettiin turvalliseen ja eheytymistä edistävään ympäristöön. Estynyt RAD- tyyppi näytti kuitenkin, turvallisessa elinympäristössä, selvästi parantumisen merkkejä. (Mts.320.).

Kaksi eri häiriötyyppiä

Tutkimukset osoittaa, että RAD-diagnoosi on kahta eri tyyppiä; *estynyt tai estoton*. Tässä osiossa esitän teille mitkä ovat näiden kahden ero.

Estynyt

Lapsella on estynyt RAD-käyttäytymistapa. Tutkimuksen mukaan estyneellä RAD-lapsella on vaikeuksia muodostaa normaaleja suhteita muihin ihmisiin, myös ystäväsuhteet tuottavat hankaluutta. Lapsella on vaikeuksia sosiaalisen vuorovaikutuksen kanssa, hellyyden vastaanottaminen on lapselle vaikeaa ja lapsi ei myöskään kykene itse näyttämään hellyyttä hänen elämänsä tärkeille ihmisille. Lapsella ei ole kykyä luoda suhteita kanssaihminen kanssa, esimerkiksi ystäväsuhteita ei kehity. Lapsen käytös on epäitsenäistä, ambivalenttia ja ristiriitaista. Artikkelissa tutkija vertaa tätä käyttäytymistapaa jähmettyneeseen katsojaan. (Hornor,2008,235.).

Estoton

Tässä mallissa lapsella on estoton RAD-käyttäytymistapa, mikä tarkoittaa että käyttäytyminen on huomiohakuista. Tämän tyylin RAD-lapsi on täysin kyvytön selektiivisesti valita kiintymyksen kohdettaan. Lapsi voi näyttää kiintymystään täysin ventovieraille ihmisille ja lähteä näiden matkaan. Lapsella sosiaaliset suhteet tuottavat hankaluuksia, lapselta puuttuu myös omien impulssien kontrollointi. (Hornor,2008,235.).

Muuta

RAD esiintyy tutkimuksen mukaan molemmilla edellä mainituilla malleilla. Aiemmin nämä mallit erotettiin selvästi toisistaan, mutta tutkimukset ovat vahvistaneet, että mallit voivat sekoittua keskenään. Tutkimuksen mukaan molempien mallien hahmottaminen RAD-lapsessa ei ole mitenkään harvinaista(Hornor,2008,235.).

Hornorin (2008) tutkimuksessa oli mukana 94 sijaislasta ikähaarukalla 10–47 kuukautta. Tutkimuksessa todettiin, että peräti 17 % tutkimukseen osallistuneista lapsista olivat molempia RAD-tyyppiä. Kriteereinä välttävään-ryhmällä oli hellyyden osoituksen vastaanottamisen vaikeudet sekä emotionaalisen ja sosiaalisen vastavuoroisuuden puuttuminen. Myös tunteiden säätely ja lohdutuksen vastaanottaminen tuotti tälle ryhmälle vaikeuksia. (Hornor,2008,235.).

Estottomalla-ryhmällä oli Hornorin (2008) artikkelin mukaan sisäänottokriteerinä valikoimatonta selektiivistä kiintymyksen kohdetta eli lapsi ei ikävöinyt hoitajaansa, kun lapsi vietiin häneltä pois. Lapsi ei edes katsonut hoitajansa perään. Lapsi oli valikoimattoman sosiaalinen täysin hänelle ventovieraita ihmisiä kohtaan ja hyvin halukas seuraamaan näitä ihmisiä mihin tahansa. Tutkimuksessa todettiin, että lapsi pystyy perhekodissaan kehittämään jonkinmoisen kiintymyssuhteeseen vuosien varrella, jos lapsi saa kasvaa johdonmukaisessa ja hoivaavassa ympäristössä. Tutkimuksen mukaan RAD-häiriö esiintyy kuitenkin lapsella hyvin monta vuotta asuinympäristöstä huolimatta. (Mts.235.).

RAD-diagnoosin vaikutus perheeseen ja muuhun toimintaympäristöön

Vasquez ja Stensland (2015) totesivat tutkimuksessaan, että sijaisperheet eivät voineet millään tavalla valmistautua siihen, mitä elämä RAD-lapsen kanssa tulee olemaan. Perheet eivät etukäteen pystyneet ymmärtämään häiriön moniongelmallisuutta, eivätkä mitenkään voineet valmistautua siihen miten vakavasta ja vaikeahoidettavasta käyttäytymishäiriöstä ja kehitysvaikeudesta lapsen elämässä olikaan kyse. Vaikka lapsen historia olikin sijaisperheillä tiedossa, kiintymyssuhdeongelmat ja tähän liittyvä lapsen käyttäytymisongelma oli hyvin vaikea kaikkien tunnistaa. Useasti perheet joutuivat itse etsiä tarvitsemaansa apua ja tukea arkeen. Lapsen hoidon haasteellisuus vei kuitenkin suuren osan vanhempien voimavaroista, jolloin omatoiminen avunetsintä koettiin hyvin raskaana. Apua ja tukea ongelmaan ei myöskään ollut useimmiten des tarjolla. (Mts.321–322.).

Ongelmaksi koettiin myös se, että useasti viranomais- ja hoitotahoilla oli todella vähän tietoa RAD:ista ja mitä tämä häiriö tarkoittaa lapselle ja lapsen käyttäytymiselle. Perheiden RAD-lapsia diagnosoitiin tutkimuksen mukaan useasti ADHD:llä tai PTSD:llä, vasta kun RAD-diagnoosia alettiin miettiä, perheet kokivat diagnoosin vastaavan lapsen käyttäytymistä. Oikean diagnoosin asettaminen lapselle oli perheelle useasti vapauttavaa, sillä tällöin he pääsivät informoimaan lapsen hoitotahoja sekä koulua kyseisestä diagnoosista. Suuri osa perheistä kokivat kuitenkin, että heitä ei kuultu ja myös lapsia hoitavia tahoja oli vaikeaa tiedottaa tästä diagnoosista. Vanhemmat kokivat monesti, että heitä ei uskottu, kun kertoivat lapsen oireiluja. Vanhemmat kokivat, että kaiketi

kouluilla oli yhteistyövaikeuksia lasten asioissa ja useasti menikin niin että sijaisvanhempien pyynnöistä huolimatta koulu ei antanut lapselle sen tarvitsemaa tukea ja apua. Tämä aiheutti sijaisvanhemmissa suurta surua ja huolta ja vaikutti tällöin heidän jaksamiseensa. Kokemuksena sijaisvanhemmat kertoivat tilanteen olevan uuvuttavaa ja raskasta.

Sijaisvanhemmat kokivat syvää häpeää lapsen käyttäytymisestä. Avun saaminen lapselle koettiin artikkelin mukaan hyvin vaikeaksi sillä RAD ei näy missään tapaa lapsen ulkonäössä. Artikkelissa kerrotaan esimerkkinä miten kahden Down-lapsen äiti kertoi saaneensa enemmän apua ja ymmärrystä Down-lapselleen kun RAD-lapselleen. Useasti perhehoitajat saivat kommentteja RAD-lapsesta muun muassa että lapsi oli huonosti kasvatettu, ja tämä taas lisäsi ennestään perheen kokemaa taakkaa häpeästä ja ahdistuksesta. (Vasquez & Stensland 2015, 325.).

Perheet kokivat vahvasti Vasquezin ja Stenslandin (2015) tutkimuksen mukaan, että elämä oli RAD-lapsen kanssa jatkuvaa tappelua. Lapsen kanssa kotona oli erilaisia haasteita mutta myös ympärillä olevat läheiset perheenjäsenet sekä koulun henkilökunnan kanssa sai olla jatkuvasti konfliktissa, kun ymmärrystä lapsen käytökseen ei ympäristöllä ollut. Koulun asenne oli useasti suorastaan hylkäävää, kun perheet halusivat koululle kertoa mitä ongelmia RAD-lapsen kanssa voi olla. Perheet kokivat, että koulun työntekijät eivät ottaneet vastaan mitään tietoa RAD:ista tai miten tätä häiriötä potevaa lasta käsitellään. Yksi perheistä kertoi artikkelissa, miten hän oli ottanut lapsen kouluun yhteyttä informointia varten:

”Hetimitä kun selventyitettä että nuorella oli RAD-diagnoosi, otin yhteyttä rehtoriin sähköpostilla. Kerroin tarkasti heille mitkä ovat tyypillisiä RAD-oireita ja mitkä käyttäytymiset johtuvat RAD-häiriöstä. Kerroin että Travisilla oli jokainen näistä oireista. Minulle ei edes vastattu tähän. Koulu jatkuvasti erotti Travisin. Kerroin heille, että tähänhän Travis pyrkiikin. Hän haluaa vain olla kotona ja te suotte hänelle sen mahdollisuuden, kun ette huomaa hänen manipuloivaa käytöstä”. (Vasquez & Stensland 2015, 326.) (Vapaakäännös suomeksi/2024/mh.)

Perheet kertoi Vasquez & Stenslandin (2015) tutkimuksessa miten lapsi oppii nopeasti miten tiettyä käytöstä koulussa voi käyttää että saisi manipuloitua tahtoaan läpi. Tutkimukset osoittavatkin, että taidokas manipulointi on yksi RAD-diagnoosin liittyvistä käyttäytymishäiriöistä. Tutkimuksessa tulee esiin, miten RAD-lasten sijaisvanhemmat useasti saivat eri tavoilla taistella lapsensa oikeuksista koulussa sekä koulun lapselle antamaa väärä kohtelua vastaan häiriön epätietoisuuden vuoksi. Perheet kokivat tästä suurta turhautuneisuutta, kun eivät ikinä tulleet kuulleeksi lapsen asioissa. (Mts.326.).

Vanhemmat kertoivat tutkimuksessa, että heidän tunteensa olivat useasti pinnassa. Tutkimus osoitti että tämän vuoksi koulussa ehkä koettiin, että vanhemmalla ei ollut tarpeeksi osaamista kouluttaakseen heitä RAD-häiriöstä. Taas vanhempien kokema jatkuva stressi, sosiaalinen syrjäytyminen ja uupumus voisi artikkelin mukaan johtua siitä, että vanhemmat ei tullut kuulluksi, eivätkä he saaneet tarpeeksi tukea, jotta heidän jaksaminen pysyisi kunnossa. (Vasquez& Stensland 2015,326–329.).

Epänormaali sosiaalinen käyttäytymismalli

Hall & Geher (2003) toteaa tutkimuksessaan, että RAD-lapsilla on vahva antisosiaalinen käyttäytymismalli, joka voi olla haasteellinen käsitellä perheessä missä lasta kasvatetaan. Selvää on kuitenkin, että RAD-lapsen epänormaali sosiaalinen käytös, ja kaikki tähän liittyvää on hoivaaville perheille suuri huolenaihe. Artikkelissa kerrotaan myös, että RAD-lapsen epänormaali sosiaalinen käyttäytymismalli on ympäristön helppoa huomata, vaikeus RAD-lapsessa onkin huomata totaali kiintymyssuhteen ja empatian puuttuminen. (Hall&Geher,2003,146–147.).

RAD-lapsi ei ole alkuelämässään kokenut normaalia ja terveellistä kiintymyssuhdetta. Artikkelissa todetaankin, että kiintymyssuhteen puuttuminen voi aiheuttaa, että lapsi ei välttämättä koko elämänsä aikana pysty kehittämään normaalia ja tervettä kiintymyssuhdetta kehenkään. Lapsella on tutkimusten mukaan suurempi riski sairastua erilaisiin psyykkisiin sairauksiin. Lapsella on myös suurempi riski kehittää tunnetason ongelmia myöhemmin aikuiselämässä. Artikkelin mukaan RAD-lapset ovat useasti hyvin aggressiivisia ja tutkimukset ovat osoittaneet, että varhaislapsuuden huonot kokemukset vaikuttavat lapsen aggressiivisuuteen. RAD-lapset eivät osaa millään tavalla käsitellä ympärillä olevien ihmisten elämässä tapahtuvia kärsimyksiä ja ongelmia, omien väkivaltakokemuksiensa vuoksi. (Hall&Geher,2003,147–148.).

Lapsen psyykinen kehitys ja varhaisen vuorovaikutuksen tärkeys

Ymmärtääksemme vuorovaikutuksen ja kiintymyssuhteen tärkeyden paneudun Mirjami Mäntymaan ja Tuula Tammisen tutkimukseen lapsen psyykkisestä kehityksestä ja varhaisesta vuorovaikutuksesta.

Mäntymaa & Tamminen (1999) kertoo tutkimuksessaan, että lapsen varhainen vuorovaikutus hoivaajaansa on erittäin tärkeää. Kehityspsykologian piirissä aihetta on tutkittu jo pitkään ja psykologian alalla kaikkein eniten. Tutkimuksessa todetaan, että vuorovaikutussuhteet ja tähän

liittyvät osat antavat osapuolille subjektiivisen kokemuksen tapahtumista. Näihin kokemuksiin liittyvät muistot ja mielikuvat muodostavat lapselle konkreettisen muiston. Syntyessään vauva pystyy biologisesti, kommunikatiivisesti, kognitiivisesti sekä sosiaalisten ja emotionaalisten ja toiminnallisten taitojensa avulla etsimään aktiivisesti vuorovaikutusta toiseen ihmiseen. Samalla vauva pystyy säätelemään omaa käyttäytymistään niin että on vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. Varhainen vuorovaikutus hoivaajan kanssa tarkoittaa toistuva ja jatkuva yhteys vauvan ja hoivaajan välillä ja tämä kehittää ihmissuhdetta. Vuorovaikutteinen suhde muuntuu vuosien varrella mutta hoivaajan ja lapsen välinen suhde jatkuu koko lapsen eliniän ja jatkuu myös hoivaajan kuoleman jälkeen aikuisen lapsen elämässä. Tutkimuksessa todetaan, että lapsen kehitykseen liittyvät suurimmat muutokset tapahtuvat lapsen **kolmen ensimmäisten ikävuosien aikana**. (Mts. 2447–2448).

Riski- ja suojatekijät

Tutkimuksessa todetaan, että psyykkisesti terveitä lapsia voi kasvaa ja kehittyä myös vaikeimmissa olosuhteissa ja hyvissäkkin olosuhteissa kehittyvä lapsi voi psyykkisesti häiriintyä. Tutkimuksen mukaan, että sekä riski- että suojatekijöitä voi löytyä lapsen elinympäristöstä. Näihin tekijöihin vaikuttaa hoivaajat, hoivaajiin liittyvät asiat, perhe kokonaisuutena sekä tähän liittyvät sosiaalisten ympäristön tekijät. Tutkijoiden mukaan tiedossa on, että hoivaajan ja lapsen välinen terve vuorovaikutteinen suhde on lasta tukevaa ja kehitystä edistävä osa lapsen kehitystä. Tutkimus osoittaa, että kun arvioidaan riski- tai suojatekijöitä vuorovaikutuskysymyksissä, täytyy arvioida kokonaisuus ja mitä suojatekijöitä tai riskitekijöitä lapsen kasvuympäristössä on. Tiedossa on tutkimuksen mukaan, että vauvaiän keskosuus sekä vauvan vakava sairaus voi olla kehitykseen liittyen riski. Vauvan ja hoivaajan välinen terve vuorovaikutus voi taas vähentää tämän vaikuttavuutta lapsen kehitykseen. Hoivaajan kyky toimia lapsen erityisyyden huomioiden mahdollistaa myös lapselle terveen kehityksen mahdollisuuden.

(Mäntymaa & Tamminen, 1999, 2448)

Vuorovaikutuksellinen suhde

Kyseisen tutkimuksen mukaan hoivaajan psyykkiset häiriöt tai oirehdinta voivat geenien kautta periytyä lapseen. Tutkimukset osoittaa että psyykkisten häiriöiden suurempi huolenaihe on hoivaajan heikentynyt kyky rakentaa lapseensa vuorovaikutuksellinen suhde. Eli tästä voi todeta, että hyvä vuorovaikutuksellinen suhde lapsen ja hoivaajan välillä suojaa lapsen kehitystä.

Lapsen hoivaajien keskinäiset riidat ja riitaisa suhde vaikuttaa haitallisesti lapsen kehitykseen.

Vanhempien kyky pystyä hoitamaan vanhempien tehtävää, perheen sosioekonominen asema,

vanhempien emotionaalinen hätä taloudellisista syistä vaikuttavat kaikki lapsen terveeseen kehitykseen. Tutkimuksessa todetaan, että hyvin nuorien äitien kyky olla lapsen kanssa vuorovaikutuksessa voi olla puutteellista, tämä taas voi vaarantaa lapsen terveen vuorovaikutuksen kehittymistä. Kyseisen tutkimuksen mukaan vauvat ovat erittäin herkkiä vanhemman tunnetiloihin. Vauvat oppivat tutkimuksen mukaan, miten käyttäytyä esimerkiksi äidin tullessa lähelle. Jos äidin reaktio ei olekaan sitä mihin vauva on tottunut, vauva saattaa hämmentyä. Viime vuosina vuorovaikutuksen tutkimiseen on kehitetty myös hoitoja jotka estävät ongelmien syntyä ja tällä tavalla lapsen psyykkinen terve kehitys saadaan turvattu ajoissa. Kyseisen tutkimuksen mukaan olisi tärkeää, että yhteiskunnallisesti puututtaisiin enemmän lapsen ja vanhemman väliseen vuorovaikutukseen ja terveellisen kiintymyssuhteen luomiseen parhaalla mahdollisella tavalla (Mäntymaa & Tamminen, 1999, 2449–2453)

3 Tutkimuksen lähtökohdat

Pro gradu -tutkielmani juuret kumpuaa ihmisten välisistä kiintymyssuhteista, vuorovaikutuksesta sekä lapsen alkuvaiheen kokeama kaltoinkohtelu. Aikaisemmat tutkimusten näkökulma on ollut selittää mikä reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö on, miten se kehittyy ja mitä tämä lapselle ja tämän elinympäristölle tarkoittaa. Tutkielmassani tarkastelen reaktiivista kiintymyssuhdehäiriötä kokemuksen ja arjen näkökulmasta. Tiedon tuottaminen on perusteltua sillä lastensuojelun lapsiasiakkaat voivat joutua siirtämään moneenkin kertaan sijoituspaikkaa jos oikeanlaista osoitettua apua ei ole perheille saatavilla. Tutkielmani tavoite on tuoda esiin tämän kyseisen diagnoosin moniulotteisen ongelman ja perhehoitajien arjen haasteita. Käsittelen tähän liittyen mikä diagnoosiin kuuluu, miten se kehittyy ja vaikuttaa lapseen mutta käsittelen myös kiintymyssuhteen tärkeyttä, vuorovaikutusta, pysyvyyden tärkeyttä sekä sosiaalisten ongelmien vaikutusta kyseisen häiriön kehitykseen.

Perhehoito on Suomessa laissa säädelty hoitomuoto. Lastensuojelulaki määrittelee miten sijaishoitoa toteutetaan kun lapsi joudutaan siirtämään ulkopuolisen tahon hoitoon.

3.1 Tutkimustehtävä

1. Mitkä haasteet RAD-lapsen sijaisperheellä kokee arjessa olevan.

2. Millä tavalla sosiaalitoimi on tukenut sijaisperheen jaksamista arjessa (onko tukitoimet auttaneet?)
3. Mitä konkreettista tukea sijaisperheet kaipaavat oman jaksamisen tueksi ja sijoituksen katkeamisen estämiseksi

Pro gradu-tutkielmani toivon lisäävän tietoa ja mietintää sosiaalityöntekijöiden keskuudessa. Aina eivät asiat ole niin yksinkertaisia, kun miltä alkuun voi näyttää. Reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö on sen verran erikoinen häiriö, että tilanteen ymmärtämiseen täytyy panostaa aikaa ja etsiä tarvitsemaansa tietoa. Tutkimukset ovat osoittaneet RAD-lapsen arjen perhehoitajana olevan todella haasteellista ja raskasta. Koen suurta tarvetta lisätutkimukseen aiheesta, sillä useasti RAD-lapsia joudutaan uudelleen sijoittamaan haasteellisen ja erikoisen käytöksensä vuoksi. Toivon saavani tässä pro gradu -tutkielmassa selvitettyä miten haasteellista perhehoitajan arki on, kun sijoitetulla lapsella on erittäin haastava diagnoosi. Toivon myös saavani tietoa mikä apu ja tuki voisi tukea perhehoitajia jaksamaan vaativaa mutta tärkeää työtään.

3.2 Keskeiset käsitteet

sosiaaliset ongelmat, kiintymyssuhde, kokemus, erityisen vaativan tason palvelun tarve, perhehoito, osallisuus, kokemus, kiintymyssuhde, pysyvyys, erityisen vaativan tason palvelua, lastensuojelu

3.3 Teoreettinen viitekehys

Pro gradu tutkielmani teoreettinen viitekehys on: kiintymyssuhdeteoria, sosiaaliset ongelmat, pysyvyys, erityisen vaativan tason palvelua, kokemus. Seuraavissa luvuissa käyn nämä läpi.

3.3.1 Kiintymyssuhdeteoria

Pro gradu -tutkielmani teoreettinen viitekehys perustuu brittiläisen psykiatrin ja psykoanalyytikon John Bowlbyn (1907–1990), kehittämään kiintymyssuhdeteoriaan. Kiintymyssuhdeteoria on kehityspsykologian keskeisempiä teorioita. Teoria perustuu lapsen ja hoivaajan väliseen varhaiseen vuorovaikutukseen. Avaan kiintymyssuhdeteoriaa enemmän luvussa 3. Kiintymyssuhdeteoria on teoreettisena viitekehyksenä hyvin olennainen sillä lapsen ja hoivaajan välisen kiintymyksen puuttumisen vuoksi voi lapsi kehittää reaktiivisen kiintymyssuhdehäiriön. Häiriön kehitykseen vaikuttaa tutkimusten mukaan myös moni muu lapsen elämässä tapahtuva asia, tätä käsittelin luvussa 2.

Tutkimusten mukaan lapsen ja hoivaajan välinen puuttuvasta kiintymyssuhteesta voi olla pitkävaikutteiset seuraamukset. Bowlby, Bowlby ja Gatling (1988) kirjoittaa kirjassaan, että lapsi vaistomaisesti hakeutuu itseään turvallisempaan ja vahvempaan ihmiseen. Eniten lapsen ja hoivaajan välinen suhde tulee esiin kun lapsi jossain kohtaa kokee pelkoa, on kipeä tai tarvitsee rauhoitusta tai suojaa. Muussa tapauksissa kun tällöin lapsen riippuvaisuus-suhde hoivaajaan ei ole näin vahva. Vauvalla on varhaislapsuudessa vahva tarve saada tunteitaan ja tarpeitaan tyydynyttyksi. Kun suhde hoivaajaan on terve ja hoivaaja vastaa lapsen tarpeisiin tämän tarvitsemalla tavalla, tämä kannustaa lasta luottamaan siihen, että häntä hoidetaan ja lapsi saa tilanteen vaatiessa lohtua ja turvaa aikuiselta. Lapsen tunne siitä, että hoivaava aikuinen vastaa lapsen tarpeeseen rohkaisee lasta ylläpitämään tätä suhdetta. (Mts.46.).

Bowlby ym. (1988) mielipide oli että kiintymyssuhde näyttäytyy vahvinten lapsuudessa ja että kiintymyssuhde kattaa koko ihmisen elämänkaaren, erilaisissa muodoissa ja konteksteissa. Tutkijat totesivat että biologisesti kiintymyssuhde on ihmisen mielen suojaustoiminto. Kun epäillä vaara tai muuten koetaan epävarmuutta/pelkoa tavoitteena on saada nopeasti yhteyden tähän turvallista yksilöön. Luotto on, että tämä yksilö on olevan valmis tukemaan ja auttamaan kun olet hätätilassa. Kiintymyssuhdeteoriaa on vuosien saatossa muokattu, sitä on vahvasti vuosikymmenten aikana myös kyseenalaistettu. Historian alussa puhuttiin riippuvaisuusteoriasta, sana riippuvainen oli kuitenkin negatiivinen, joten vuosien saatossa teorian nimi vaihdettiin kiintymyssuhdeteoriaksi. (Mts.46.).

Halusin kuitenkin tuoda pro gradu tutkielmaani osaksi alkuperäisen kirjoittajan teosta, vaikka kiintymyssuhdeteoriaa onkin muokattu alkuperäisversiosta monesti.

Kiintymyssuhdeteoriaa on, kuten tässä kirjassakin mainitaan moneen kertaan revidoitu vuosien saatossa. Oikea sana olisi varmaankin kiintymyssuhdeteorioita. Päätin kumminkin, että pro gradu tutkielmassani käytän ainoastaan yksikkömuotoa ja sillä viitataan kaikkiin kiintymyssuhdeteorioihin, jotka ovat vuosien saatossa olleet muokattavissa. Bowlby ym. (1988) mainitsee kirjassaan, että tutkimukset osoittavat, että monet lapset suosivat aina yhtä hoivaajaa ja yleensä tämä on äiti. Jos äiti ei ole lähettyvillä, kun ja jos lapsi kokee surua tai pelkoa, lapsi tyytyy toiseen hoivaajaan. Hoivaaja saa mieluiten olla joku jonka lapsi tuntee jo hyvin. Taas lapsi joka ei välitä mihin tai keneen hoivaajaan hän kääntyy, on kirjoittajien mukaan todennäköisesti vakavasti häiriintynyt kiintymyssuhteessaan. (Mts.47-48.).

Sosiaaliset ongelmat

Toinen teoreettinen viitekehyseni on sosiaaliset ongelmat. Sosiaaliset ongelmat on tutkimuksen mukaan osoittanut osaksi olevan osa reaktiivisen kiintymyssuhdehäiriön kehitystä lapsessa. Päihdeongelma voi vaikuttaa asumisongelmaan ja asumisongelma taas mielenterveysongelmaan. Mielenterveysongelma taas vaikuttaa elämän hallintaan ja henkilön hyvinvointiin. Oma ajatukseni tässä on sosiaalisen perimän vaikutus kaikkeen yllä mainittuun. Tiedämme kaikki, että sosiaalinen perimä vaikuttaa myös sosiaaliin ongelmiin. THL:n tutkimuksessa on vastattu tutkimuskysymyksiin ympäri Suomea (n=13 eri kuntaa). Tutkimuksen mukaan erinäiset sosiaaliset ongelmat painottuivat eri maantieteellisille alueille. Esimerkiksi pääkaupunkiseudulla asumiseen liittyvät ongelmat olivat suuret ja niin edelleen. (THL 2022).

Tutkimukseni näkökulma on perhehoitajan kokemukset, haasteet ja avunsaanti. Tästä näkökulmasta ajattelen, että hyvin haasteellisesti käyttäytyvä lapsi voi aiheuttaa myös perhehoitajan perheelle sosiaalisia ongelmia. Lapsen haastava käytös voi aiheuttaa, että perhehoitajat joutuu jättäytymään sosiaalisen elämän ulkopuolelle. Perhehoitajille ja perheeseen kohdistuneet paineet lapsen haastavan käytöksen vuoksi voi aiheuttaa perhehoitajille parisuhdeongelmia, mielenterveyteen liittyviä ongelmia sekä ongelmia oman jaksamisen kanssa. Näin ollen mielestäni sosiaaliset ongelmat voi näkyä sekä lapsen bioperheessä lapsen elämän alkuvaiheessa että perhehoidossa ajan kuluessa.

Seuraavassa alaluvussa käsittelen pysyvyyttä

3.3.2 Pysyvyys

Tutkimukset osoittavat, että sijoitetulle lapselle sijoituksen katkeaminen on lapselle kriisi, joka aktivoi heidän aikaisempia kokemuksiansa heitteille jätöstä ja sijoituksesta. Sijoitetuilla lapsilla on takanaan ainakin yksi tällainen trauma ja siihen vielä lisäksi biovanhempien päihde- ja/tai mielenterveysongelmat ja bioperheessä koettu väkivalta. Jos lapsi joudutaan sijoittamaan uudelleen, tämä tarkoittaa lapselle uusi traumaattinen kokemus lisää, muiden lisäksi. Sijoituksessa solmittujen suhteiden katkeaminen altistaa lasta käytöshäiriöongelmille sekä emotionaalisille ongelmille. Perhehoitajalle sijoituksen katkeaminen aiheuttaa epäonnistumisen tunnetta, surua, vihaa ja häpeän tunnetta, joskus myös iloa ja tavallaan helpotusta. (Janhunen 2011,5–6).

Janhusen (2011) tutkimuksen mukaan perhehoitajan tukeminen on tärkein tehtävä sosiaalityölle, jotta sijoitetulle lapselle suotaisiin pysyvä ja rakastava kotiympäristö missä lapsi voi kehittyä ja kasvaa vastuulliseksi aikuiseksi. Perhehoitajien jaksamisen seuranta ja väsymys onkin Janhusen (2011) mukaan erittäin tärkeää elementti huomioida sosiaalityössä pysyvyys näkökulmasta. Tutkimukset

osoittavat, että perhehoitajan väsymys ja jaksaminen on suurin syy Suomessa minkä vuoksi lapsi joudutaan uudelleen sijoittamaan. (Mts.8,32).

Sijoituksen katkeaminen

Lastensuojelulaki määrittelee milloin lapsi pitää ottaa huostaan ja milloin on järjestettävä lapselle sijaishuoltopaikka. Tutkimukset osoittavat että 90 prosenttia pitkäaikaisista perhesijoituksista on pysyviä ja noin 10 prosenttia sijoituksista päättyy lapsen kotiuttamiseen bioperheeseen tai lapsen uudelleen sijoitukseen. Janhusen (2011) tekemässä tutkimuksessa hän toteaa, että sijoituksen katkeaminen on aina sekä lapselle että aikuiselle kriisi, joka aktivoi aikaisemmat sijoitus- ja hylkäämiskokemukset. Sijoitetuilla lapsilla on kaikilla takanaan ainakin yksi ero läheisistä aikuisista. Lisäksi näillä lapsilla on useasti myös kaltoinkohtelua, laiminlyöntiä, väkivallan kokemusta, syntymävanhempien mielenterveys- ja päihdeongelmat, biovanhempien kyvyttömyys nähdä lapsen tarpeet ja asettaa nämä omien tarpeiden edelle. Kun sijoitus jostain syystä katkeaa, tämä on lapselle taas yksi traumaattinen kokemus lisää, johon lapsi tarvitsee aikuisen apua. Lapsi lähtökohtaisesti kokee hylätyksi tulemisen tunnetta, kun sijoitus purkaantuu, huonosti hoidettuna purkaantuminen voi olla traumaattinen kokemus kaikille osapuolille. (Mts. 5–7)

3.3.3 Erityisen vaativan tason palvelu

Yhteiskunnassamme on tällä hetkellä kohdennettu suurta kehittämispainetta jo toimivilla hyvinvointialueilla Suomessa. Eri toimijat kehittävät Valtionneuvoston johdolla tälläkin hetkellä meidän ehkä tulevaa porrastettua sosiaali- ja terveystalaa. Otan tämän hieman tuntemattoman käsitteen mukaan pro gradu-tutkielmaani, sillä mielestäni tämän hetkessä hyvinvoinnin palvelujärjestelmässä reaktiivista kiintymyshäiriö-diagnoosin saanut lapsi ja tämän perhehoitajat, ei saa sitä palvelua ja apua mitä nämä tarvitsivat uudelleen sijoituksen ehkäisemiseksi ja lapsen tervehtymisen mahdollistamiseksi. Koen että erityisen vaativan tason palvelua tarjottuna lähipalveluina olisi sekä perheen että lapsen kannalta todella hyvä vaihtoehto.

Ehdotuksena on Valtionneuvoston tutkimuksessa, että palvelurakenne toimisi lähipalvelulähtöisyys lähtökohtana ja palvelua saisi tutulta luotettavalta ammattilaiselta. Tutkimuksessa kerrotaankin miten lastensuojelulaki ei nykyisellään ohjaa porrastettuihin palveluihin vaan tämän kaltainen työskentely vaatii vielä lisää tutkimuksia ja lakimuutoksia sekä arviointia ennen, kun voitaisiin tätä toteuttaa. ”Erityisen tuen” -käsite on tutkimuksen mukaan ollut tarkoituksena ohjata lastensuojelupalveluita mutta on jäänyt nykyisellään vaan kirjaimiksi. Tutkijat toteavat, että vuonna 2016 uudistunut Sosiaalihuoltolaki oli tarkoitus kehittää niin että palveluita voisi tarjota asiakkaalle tarpeiden

mukaisesti eri tasolla. Tämä on kuitenkin jäänyt kehittämättä. Tarkoituksena oli kehittää sosiaalipalveluita eri tasoille, helposta vaativaan. (Marjamäki & Heikkilä 2024, 16,61,63-64).

3.3.4 Kokemus

Toikkanen & Virtanen (2018) mukaan *kokemus* on sana, joka herättää ihmisessä muistoja. Tämä on tunnetta herättävä tuttavallinen sana, johon useasti liittyy henkilökohtaista kokemusta. Kokemus on käsitteenä sana, jota tutkimuksissa käytetään määrittelemään tutkimusta. (Mts.7).

Kokemus on käsitteenä ainutkertainen ja tunnistettava ilmiö, joka samalla yhdistää ja on subjektiivinen. Kokemus osallistuu yleisesti hyväksytyyn ja jaettuun tietoon ja toisaalta se antaa yksilölle luvan kertoa omat kokemuksensa sekä mahdollistaa mielipiteen nostamista tiedon mukaiseen rooliin. (Toikkanen & Virtanen (toim.)2018,9).

Tässä pro gradu-tutkielmassa tuon esiin kokemuksen tietoa haastattelututkimukseni kautta. Tässä haastattelussa perhehoitajat ovat saaneet tuoda esiin omat kokemuksensa erilaisista arjen haasteista, tuesta ja toiveista.

4 Tutkimuksen toteutus

Tässä luvussa käsittelen pro gradu-tutkielman lähestymistapaa sekä avaan käytettyjä aineistokeruu ja analyysimenetelmiä. Lopussa tarkastelen pro gradu-tutkielman luotettavuutta ja eettisyyttä.

4.1 Tutkimuksen lähestymistapa

Olen tutkimuksessani käyttänyt fenomenologista analyysitapaa. Tavoitteenani on ollut tuoda esiin perhehoitajien kokemus tutkittavasta ilmiöstä. Toikkanen & Virtanen (2018) kirjoittaa artikkelissaan, miten kokemus on samalla sekä ainutkertainen että subjektiivinen. Samalla kun kokemus on arvokas tieto yksilöltä, kun kokemusta jaetaan, niin samalla kokemus on myös yleisellä tasolla jaettavaa ja hyväksyttävää tietoa. (Mts. 9.).

” Kokemus antaa yksilölle mahdollisuuden ilmaista kokemuksensa ja toisaalta se mahdollistaa mielipiteen korottamisen tiedon kaltaiseen rooliin” (Toikkanen & Virtanen, 2018,9.).

Kokemuksen tutkijan tehtävä on neutraalisti selvitettävä, millainen kokemus ihmisellä on. Tutkijan omia ennakko-oletuksia ei saa sisällyttää tulkintaan. Kirjailijan mukaan tutkija on väistämättä osa

tarkkailemaansa kohdetta eikä voi näin ollen olla täysin objektiivinen. Jos tutkijalla on aiheesta, omaa kokemusta hänen tulee tiedostaa nämä ja hyödyntää omaa osaamistaan tutkimuksessa. Fenomenologinen tutkimustapa korostaa tutkijan roolia osaksi tutkittavaa tietoa. Tässä nähdään kokemusmaailmat ja yksilöiden elämät ainutlaatuisena ja jatkuvasti muuttuvana, tällöin myös kokemus nähdään tietona, joka on yksilöllistä ja muuttuvaa. (Tökkäri 2018, 65-66.).

Tökkäri (2018) jatkaa artikkelissaan, että kokemuksen kautta saatu tutkimustieto on yksilöllistä eikä tätä voida yleistää, kirjoittajan mukaan kokoavia johtopäätöksiä voidaan kuitenkin tehdä sillä osallistuvien ihmisten elämäntilanteet voivat olla samankaltaisia ja tästä voidaan vetää johtopäätöksen, että kokemus on tutkituilla vastaavanlainen. Kokemusten avulla tarkennetaan käsityksiä, uskomuksia, asenteita ja mielipiteitä tutkittavasta aiheesta. Kirjailijan mukaan tutkimusaiheisto kerätään useammalta yksilöltä. (Tökkäri 2018, 66-67.).

4.2 Laadullinen tutkimus

Laadullinen tutkimus toimii, Tuomi & Sarajärven (2018) mukaan, orientaatioperustana ja tietynlaisena tutkimus käsitteiden määritelmänä. Toimittajat painottavat kuitenkin myös sitä, että laadullisen tutkimuksen oppaissa on aina omanlaisensa näkökulmat ja tämän vuoksi on tutkijana tärkeätä huomioida, että ohjeita ei oteta absoluuttisena totuutena. Toimijat kertovatkin, että ihanne olisikin, että olisi vain yksi ainoa tapa määritellä ohjeistavaa näkökulmaa mutta jo aloitteleva tutkija on tietoinen siitä, että näin ei todellisuudessa ole. (Laadullisen tutkimuksen perusteet. Luku 1 Mistä laadullinen tutkimus on tehty (toim. Tuomi & Sarajärvi 2018))

Toimittajien mukaan teorian merkitys laadullisessa tutkimuksessa on kuitenkin ehdoton. Teoria ohjaa tutkimuksessa ja teorian kautta saadaan tutkimukseen asetettua viitekehyksen ja näkökulmaa. Toimittajien mukaan viitekehys viittaa tutkimuksen keskeisiin käsitteisiin ja näiden välisiin suhteisiin mutta sinänsä viitekehys ei merkitse kuvausta jossain tietyssä järjestyksessä. Toimijoiden mukaan viitekehys jaetaan kahteen eri osaan; metodologia, jota tutkimus ohjaa sekä ilmiöstä jo tiedossa olevaa tietoa. Toimittajat korostavat, näiden mainittujen lisäksi, havaintojen ja objektiivisuuden tärkeyttä. (Laadullisen tutkimuksen perusteet. Luku 1 Mistä laadullinen tutkimus on tehty (toim. Tuomi & Sarajärvi 2018))

4.3 Aineiston hankinta ja kuvaus

Haastattelututkimuksen tein puolistrukturoidulla haastattelumenetelmällä. Haastattelu on Oppariavun mukaan joustava menetelmä, jossa pystytään selventämään vastauksia ja tarvittaessa syventämään tietoa. Tutkijan rooli on selkeästi tuoda esiin haastattelevan käsitystä, ajatusta, tunteita ja kokemuksia. Haastattelu sopii hyvin kehittämistyöhön, kun sen avulla voi nopeasti saada kerättyä tarkempaa tietoa tutkittavasta aiheesta. Hankala asia haastattelututkimuksen kanssa on, että se vie aikaa ja vaatii tutkijalta improvisointikykyä, joustoa sekä objektiivisuutta. (<https://oppiapu.wordpress.com/menetelmat/haastattelut/>).

Puolistrukturoidulla haastattelumenetelmällä kysymykset on laadittu etukäteen mutta niiden järjestystä voidaan tarvittaessa joustavasti muuttaa. Kysymyksiä voi myös tarvittaessa jättää pois ja niitä voi muunnella. (<https://oppiapu.wordpress.com/menetelmat/haastattelut/>)

Haastateltavaksi tutkimukseeni valikoitui viisi sijaisperhettä eri puolilta Suomea. Kaikki toimivat tai olivat toimineet sijaisperheenä lapselle jolle diagnostisoitu reaktiivinen kiintymyssuhde häiriö, tämä oli kriteerinä osallistua haastattelututkimukseen. Sijaisperheet valikoituivat Facebookin kautta olemassa olevasta ryhmästä. Perheet ilmoittautuivat itse haastattelututkimukseen, haastattelevia perheitä löytyi alle tunnissa. Jokaisen perheen kanssa sovimme teams tapaamisen pitkien välimatkojen vuoksi. Facebook-ryhmään kerroin haastattelututkimuksesta ja avasin tutkimukseni taustoja. Tutkimuslupaa pyysin sähköisessä muodossa vielä jokaiselta tutkimukseen osallistuvalla perheellä erikseen missä avasin mitä tutkimusmateriaalille tapahtuu tutkimuksen aikana ja tämän jälkeen.

Haastattelututkimukseni lähtökohta oli sijaisperheiden omat kokemukset ja kertomukset arjesta RAD-lapsen kanssa. Tökkäri (2018) kertookin artikkelissaan siitä, miten kokemuksen kautta saatu yksilöllinen tieto voi olla samankaltainen ja tästä tehdään johtopäätökset. (Tökkäri 2018, 66–67.).

4.4 Tutkijan rooli ja tutkimuksen eettisyys

Tökkäri (2018) avaa artikkelissaan, että jos tutkijalla on aiheesta, omaa kokemusta hänen tulee tiedostaa tämän ja hyödyntää omaa osaamistaan tutkimuksessa. Minulla on omaa käytännön kokemusta reaktiivisesta kiintymyssuhdehäiriö- diagnoosista ja kiinnostus aiheita kohtaan heräsi jo silloin kun emme saaneet mitään apua ja tukea vaikeasti oireilevan lapsen kanssa. Olen kandiditutkintoni tehnyt näkökulmasta mikä RAD on ja pro gradu tutkielmassa kysymyspohjana on perhehoitajien kokemukset. (Mts. 65–66.).

Tökkärin (2018, 66-67) mukaan kokemuksen avulla tarkennetaan käsityksiä, uskomuksia, asenteita ja mielipiteitä tutkittavasta aiheesta.

Koen että laaja yli 10 vuoden kokemukseni aiheesta on auttanut minua rajaamaan aihetta vastaamaan asetettuja kysymyksiä. Koen myös, että haastatteluissa oli myös helppoa pysyä tutkimuskysymyksissä, kun omaa tietoa oli jo aiheesta valtavasti. Kuitenkin olen Tökkärin sanojen mukaisesti ollut objektiivinen tutkimusta tehdessä sillä tässä tutkimuksessa oli kysymys haastatteluun osallistuneiden perheiden kokemuksista. Minulla on ollut helppo samaistua heidän kokemuksiin mutta lähtökohtaisesti meillä on kuitenkin erilainen konteksti ja arki missä eletään.

Olen työssäni sosiaalityöntekijänä lastensuojelun piirissä törmännyt kyseiseen diagnoosiin lapsessa. Kykyäni tunnistaa reaktiivista kiintymyssuhdehäiriötä pohjautuu siihen, että meidän perheessä on viimeisen 10 vuoden aikana asunut sijoitettu lapsi jolla toiselle on diagnosoitu reaktiivinen kiintymyssuhde häiriö.

Tutkijana tavoitteeni on tuoda esiin reaktiivisen kiintymyssuhde häiriön moniongelmallista käyttäytymismallia ja tämän vaikutusta sijaisperheen arkeen, sosiaalityöntekijän tärkeä rooli tässä kontekstissa sijoituksen katkeamisen estämiseksi. Sijaisvanhempi roolissani olen useaan otteeseen tavannut sijaisperheitä, jotka lapsen haasteellisen käyttäytymisen, sosiaalityöntekijän tuen puuttuessa sekä sijaisperheen oman jaksamisen vuoksi on joutunut luopumaan sijoitetusta lapsesta. Sijoitettu lapsi on pääsääntöisesti siirretty lastensuojelulaitokseen mutta perheiden tietoon on monesti tullut, että laitospaikatkin ovat useaan otteeseen vaihtuneet ensimmäisen sijaishuoltomuutoksen jälkeen. Tämän vuoksi painotan tässä pro gradu-tutkielmassani esiin pysyvyyden tärkeyden ja millä tutkitulla tavalla sosiaalityö voi tähän pysyvyyteen vaikuttaa.

Pro gradu-tutkielma aiheeni on asia joka on lähellä sydäntäni ja koen että on ollut sekä haasteellista että palkitsevaa saada tehdä tämän tutkimusmatkan faktatietojen pohjalta. Näen että sijaisperheroolini on edesauttanut minua tutkimusaineiston etsinnässä sillä, olen vahvasti pystynyt rajaamaan aihetta juuri pro gradu-tutkielman kysymysasettelua vastaavaksi. Sekä maailmalla että Suomessa on jonkin verran tutkimuksia aihepiiristäni tehty mutta eri näkökulmista. Koen että henkilökohtainen roolini aiheeseen on myös edesauttanut minua etsimään syvällisemmin tietoa aiheesta, samalla olen voinut pitää neutraalin tutkijanäkökulmani, kun tavoitteena ollut että tuon

tiedossa olevaa tutkittua tietoa sosiaalityön ja sijaishuollon tietoon, jotta tiedossa on faktat mihin apua ja tukea voi perustaa.

5 Tutkimuksen tulokset

Haastattelut tein keväällä 2024. Kaikki haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Haastattelukyselyn toteutin puolistrukturoidulla kyselymenetelmällä, jolloin kysymykset etenivät loogisesti eteenpäin johdattaen vastaajaa ensin omista kokemuksista ja tämän jälkeen siirryttiin vastaajan avun ja tuen toiveisiin. Aineistoni keruu tapahtui haastattelemalla viisi sijaisperhettä, jolla ollut tai on lapsi, jolle todettu reaktiivinen kiintymyssuhde häiriö - diagnoosi.

Keräämäni aineistoa olin rajannut rajaamalla kysymyksiä niin että saisin olennaista tietoa tutkimuskysymyksiini. Tutkimukseen osallistui viisi sijaisperhettä, jolla on asunut tai asuu reaktiivisen kiintymyssuhdehäiriö – diagnoosin saanut lapsi. Haastatteluun osallistuneet perheet asuvat eri paikkakunnilla Suomessa. Lisään tähän vielä, että kaikki lapset tässä haastattelussa olivat sijoitettu perheisiin n. 1–4 vuoden ikäisinä. Lapset olivat asuneet sijaisperheissä haastatteluhetkellä n. 8–12 vuotta. Haastatteleman perheet olivat toimineet sijaisperheenä yli 10 vuotta ja osalla heillä oli sosiaalialan koulutusta sekä vankkaa psykologian osaamista.

Seuraavassa osiossa purkaan litteroidut haastattelut, loppuosiossa analysoin aineistoa. Haastattelukysymykset löytyvät pro gradu – tutkielman liitteestä. (Liite 1)

5.1 Perheissä näyttäytyvät arjen haasteet

Kaikki haastatteluun osallistuneet perheet kokivat haastetta *lapsen jatkuvassa valehtelussa*, perheet kertoivat, että myös olemattomista asioista piti aina valehdella. Valehtelua koettiin mahdottomuutena kitkeä pois, lapsi valehteli sekä kotona, koulussa että muissa konteksteissa missä lapsi liikkui. Tämä haaste nousi jokaisessa viidessä haastattelussa esiin ja valehtelua oli kaikkien perheiden mukaan ollut koko ajan lapsi perheessä asunut, mutta lapsen iän karttuessa valehtelu paheni. Perhe neljä kertoi lapsen valehdellessa katsovan sijaisvanhempaa suoraan silmiin. Perheen mukaan lapsi jatkoi valehteluaan, vaikka perheen tiedossa oli, että lapsen puheet olivat täyttä valhetta. Perhe viisi kertoi, miten valppaana piti itse jatkuvasti olla ja tilanteen tasalla, että ehtii ennakoida lapsen käytöstä. Lapsen käytös muuttui alle sekunnissa ja tilanne ryöstäytyi äkkiä käsistä aiheuttaen kaaosta ennen kun tilanne saatiin taas rauhoitettua.

Perhe yksi ”silmät kirkkaana lapsi katsoi päin ja kielsi asian, vaikka aikuiset tiedettiin jo totuus”... **Perhe kaksi** ”lapsi valehteli koulussa että ei ikinä saanut kotona ruokaa, koulu uskoi...” **Perhe yksi** ”lapsi osasi olla hyvin uskottava...kertoi aina uskottavalla tavalla tapahtumista, totuus oli todella vaikeaa saada selville...” **Perhe kolme** ”lapsi valehdellut bioäidille järkkyyä juttuja meistä, asia edennyt poliisitutkintaan mutta tutkinnassa ei todettu mitään” **perhe viisi** ”lapsi valehdellut sosiaalityöntekijöille ja koulussa että ei saa uusia vaatteita, onneksi oltiin säästetty kaikki kuitit vaateostoksista niin oli näyttää mitä olimme ostaneet...”

Toinen haasteellinen käytös oli kaikkien perheiden mukaan lapsen *varastaminen*, myös tässä kaikki haastatellut perheet kertoivat lapsen varastelun olevan asia (piirre) jota piti yrittää ennakoida, jos kävi esimerkiksi kylässä tai kaupassa. Perhe kaksi, neljä ja viisi totesivatkin, että lasta ei pystynyt ottamaan mukaan kauppaan ilman valvontaa, valvonta merkitsi, että yhden aikuisen aika meni täysin lapsen valvomiseen.

Perhe neljä ”en voinut ottaa lopuksi kauppaan mukaan ollenkaan, en pystynyt valvomaan varastelua, kun olin yksin”... **Kaikki viisi perhettä** ”muiden lasten huoneet piti olla lukittuna, että lapsi ei pääse varastamaan muiden tavaroita...” **Perhe kolme** ”omaan makuuhuoneeseen asennettiin Abloy-lukko; makuuhuone toimii arvoesineiden sekä lääkkeiden varastona, lapsi varasti näitä ja myi kadulla...(lapsi tuolloin 14 v)... **Perhe neljä** ”lapsi kollasi aina kaikkien takintaskut kun oltiin kylässä, tarkoituksena ottaa mitä löytää, jouduttiin valvomaan lasta koko ajan...” **Perhe neljä** ”lopuksi päädyttiin siihen että juhlia pidetään kun lapsi ei ole paikalla.. ei pystytty valvomaan lasta, kun haluttiin olla sosiaalisia myös meidän ystävien kanssa...” **Perhe kolme** ”se on sellaista sisäisen tyhjyyden ruokkimista materiaalilla...kun mikään ei riitä”

Kolmas haasteellinen käytös oli lapsen *manipuloiva käytös* ympäristöä kohtaan. Kaikki perheet mainitsivat lapsen manipuloinnista ja miten taitavasti lapsi osasi tätä tehdä. Tutkimuksen mukaan lapsi manipuloi taitavasti aikuisia ihmisiä näiden huomaamatta. Perhe kolme kertoi lapsen ”kaksinaamaisuudesta” vedoten tässä siihen, että tilanteen mukaan lapsi pystyi muokkaamaan omaa käytöstään niin että lapsi siitä hyötyisi jollain tapaa, hyöty ei tarvinnut olla suuri mutta lapsen itse kokema. Perhe yksi kertoi miten manipulointi ja tästä tullut hyöty muuttui vuosien varrella. Perhe viisi kertoi, että lapsi hymyili ystävällisesti muille mutta omalle perheelle raivosi. Perhe yksi kertoi, miten lapsi nanosekunnissa pystyi ”lukemaan” aikuisen vieraan ihmisen ja kertoa tälle mitä tämä haluaisi kuulla.

Perhe yksi ”lapsi peilaa todella taitavasti aikuisen ihmisen eri mikro ilmeet tilanteessa kun tilanteessa...” **Perhe kolme** ”olen nähnyt miten lapsi, kun napista kääntämällä muuttaa käytöstään jos kokee tästä hyötyvän jollain tapaa.” **Perhe viisi** ”lapsi yrittää julkisesti näyttää, että hänelle ollaan epäoikeudenmukaisia ja ilkeitä kun rajataan esimerkiksi hänen karkinostamista, kun lapsi huomaa että tämänkaltainen käytöstä voidaankin käyttää häntä vastaan kertomalla ääneen että ehkä parempi jättää karkit hyllyyn jos käytös tämänkaltainen lapsi heittäytyy

*säälinhakuun ympäriltä olevilta ihmisiltä...” **Perhe viisi** ” sijaisperheitä ei uskota, kun kerrotaan mikä meidän arki RAD-lapsen kanssa oikeasti on...”*

Perhe viisi kertoo lapsen raivoamisesta kotona, myös perhe yksi kertoi miten toiminnanohjaus ja rajat piti jatkuvasti olla samoja, haasteet alkoi perhe yhden mukaan, kun johdonmukainen toiminnanohjaus muuttui vapaaksi. Oma toiminnanohjausta ei ollut kenelläkään näistä viidestä lapsesta, kukaan niistä ei ollut ikinä pystynyt leikkimään omatoimisesti, kaikilla oli silmittömiä raivokohtauksia kotonaan. Myös ilkeää käytöstä sekä satuttamista eläimille tapahtui kaikissa perheissä näiden lasten toimesta. Perheet kertoivat miten muut lapset perheissä joutuivat valvomaan omia tavaroitaan sillä, RAD-lapset rikkoivat ne, jos käsiinsä sai. Kaikki viisi perhettä myös kertoi lapsen empatiakyvyttömyydestä ja väkivaltaisuudesta kaikkia perheenjäseniä kohtaan tavalla tai toisella. Kaikki viisi perhettä myös kertoivat, että RAD-lastaa ei pystynyt ikinä jättämään kotiin ilman aikuisen valvontaa, ei edes yläkouluiässä, aina tapahtui jotain tai sitten muille kotona oleville lapsille oltiin väkivaltaisia tai muuten ilkeitä. Kaikki perheet myös kertoivat, miten kodin kaikki kaapit kollattiin läpi heti, jos lapsi sai tähän mahdollisuuden. Perhe neljä kertoi, miten lapsi oli tahallaan hypännyt koiranpennun päälle niin että koiralta oli katkennut jalka, lapsi oli nauranut ja ollut todella vahingoniloinen tästä. Viisi perhettä myös kertoi, miten lapsi sijoituksen alussa lähti hymyillen täysin ventovieraiden ihmisten mukana.

***Perhe viisi** ”pystyy jättämään yksin maksimissaan puoli tuntia... (lapsen ikä 11 v). **Perhe 4** ” ikinä ei voinut yksin kotiin jättää... (lapsi 14 v). **Perhe kaksi** ” 4 vuotiaana pahoinpiteli päiväkodissa toisen alle kolme vuotiaan lapsen potkimalla ja lyömällä tätä mustelmille, sosiaalityöntekijä ja päiväkotityöntekijät piti tätä käytöstä normaalina kun lasta harmitti joku...” **Perhe viisi** ”lapsi oli alkuvaiheessa hyvin väkivaltainen minua kohtaan, löit minut useasti mustelmille, rauhoittui vuosien tuki mutta kuitenkin...nykyään lyö kavereitaan kyllä, mutta satunnaisesti vaan minua...”*

Arjen muokkausta

Perhe neljä kertoi miten lapsen huone jouduttiin sijoittamaan niin että lapsi oli täysin aikuisen valvonnasta koko ajan, perhe kertoi myös, miten lapsen käytös rajoitti aikuisten omaa menemistä, kun ei lasta missään vaiheessa voitu jättää yksin, yläasteikäisenäkään. Kaikki perheet kertoivat, miten olivat joutuneet joko molemmat tai ainakin toinen vanhemmista jäämään kotiin palkkatyöstään.

***Perhe viisi** ”lapsi vaatii kotona aikuisen joka asettaa rajoja ja toimii järjenään, rajojen pitäminen on tärkeää...” **Perhe yksi** ”lapsi ei opi virheistään vaan oppii ”väistämään osumaa” seuraavalla kerralla, ei siis auta käytöksen muutoksen vaikka yrittää ohjata ja neuvoa...” **perhe kaksi** ” kaikki terävät esineet kodissa laitettiin kaappiin munalukkojen taakse ..”*

Perhe kaksi kertoi miten he olivat joutuneet rakentamaan väliseiniä ruokapöytään sillä lapsi sylki muiden lasten päälle ja oli ilkeä muille ruokailutilanteessa. Lapsi ei pystynyt keskittymään syömiseen

ilman välisenää kertoo perhe kaksi. Perhe kaksi kertoo, miten aina piti olla valmiina hakemaan lasta koulusta, kun soittivat että eivät lapsen kanssa pärjää, rajoitti omia menemisiä ja omien asioiden hoitoa vahvasti. Samainen perhe kertoo myös, miten ikinä ei voitu lapsen kanssa lähteä mihinkään, edes pienelle reissulle. Lapsella ei lomapaikkaa mihin mennä ja perhe sosiaalisesti eristäytyi tämän vuoksi.

Perhe kaksi ”lasta ei voitu jättää mihinkään, kun koko ajan sai pelätä, että siellä paikassa varastaa, hävetti...”
”jos johonkin erehdyttiin lähtemään lapsi oireili sekä ennen reissua että jälkeen raivoamalla ja huutamalla, ei sitä raivoamista vaan jaksanut kuunnella ... parempi olla vaan kotona.”

Perhe kolme kertoi, miten lukkoja sai laittaa sekä kaappeihin että muiden lasten huoneisiin. Heti kun silmä vältti, lapsi varasti muiden lasten saamia synttärirahoja yms. ilman katumusta. Lapsi ei myöntänyt varastaneensa, vaikka teos oli nähty.

Perhe neljä kertoo miten lapsen sanaan tai selityksiin ei pystynyt ikinä luottamaan, kaiken sanomisen piti aina jotenkin vahvistaa muualta. Perhe kolme toi esiin miten lapsi ei ikinä ottanut vastuuta mistään mitä oli tehnyt ja miten lukollinen kassakaappi hankittu ja kaksi lukkoa asennettu eri kaappeihin mihin kaikki omat ja muiden lasten arvotavarat ja rahat lukittiin.

Perhe kolme kertoi ”sosiaalityöntekijän sanoneen, että lasta ei saa pitää vastuussa varastamisesta vaan lapseen pitää luottaa, sosiaalityöntekijä ehdotti, että perhe jättää rahansa pöytään niin lapsi lopettaa kyllä varastamisen, sosiaalityöntekijän mielestä lukkojen asentaminen aiheutti lapsessa halua varastaa...” **Perhe neljä** ”aloimme lopulta epäroimään jo itseämme, podimme koko ajan huonoa omatuntoa, kun tuntui että emme tehneet tarpeeksi, lapsi valitti kaikesta ja viranomaiset uskoivat kaiken. Pelättiin että tullaan hulluksi, kun yritettiin tehdä kuten meitä ohjeistettiin...oli ihan hullua mitä meiltä vaadittiin, kukaan ei kuunnellut meitä...” **Perhe kolme** ”lapsi huusi useasti; aina minua syytetään kaikesta, miksi minua aina syytetään kaikesta, kun yritettiin selittää, että ei syytetä vaan lapsi on oikeasti tehnyt lapsi joko raivosi tai sitten lähti tilanteesta pois. Ikinä lapsi ei vastuuta tekemisistään ottanut.”

Perhe yksi kertoi, miten omia puheitaan sai jatkuvasti varoa lapsen ollessa lähettyvillä, oli myös pakko miettiä, miten lasta kohtasit, sillä todellisuus muuttui hetkessä ja valheita lapsi kertoili koko ajan viranomaisille, sillä lapsi koki vääryyttä, kun lasta normaalisti rajattiin. Perhe yksi kertoo jatkuvasta ennakkoinnista ja miten eläimiäkään ei voinut jättää lapsen lähettyville ilman valvontaa. Muiden lasten tavaraakin häipyi, jos ei lasta oltu valvomassa jatkuvasti, ikää lapsella tuolloin 15 vuotta.

Perhe yksi ”lapsi vääristää aikuisen puhetta ja kohtaamisia vastaamaan omaa totuuttaan, kun on vihainen, kun häntä on syytä esimerkiksi rajoitettu, tuntuu välillä että lapsella on psykopaattisia piirteitä...” **Perhe viisi** ”lasta ei voi valvomatta jättää ikinä, rikkonut seiniä huoneessaan kun on kielletty tekemästä, lapsella haasteellista

ymmärtää ja ottaa vastaan ohjausta, lapsi yrittää splitata meitä aikuisia, meille olisi voinut tulla avioero tämän lapsen puheiden ja käyttäytymisen vuoksi...”

5.2 Viranomaisten tarjottua tukea

Perhe yhdellä ollut vain työnohjausta. Sosiaalityöntekijöissä suuri vaihtuvuus ja lapsen traumakierrettä vahvistettu sijaisperheen mukaan sillä, että kotilomat ei lopetettu, vaikka lapsi itse toivonut, haasteelliset biovanhemmat joka haukkui kotilomien aikana lasta. Sosiaalityöntekijän tuen puute lapselle aiheuttanut lapselle pahan negatiivisen kierteen RAD-diagnoosin lisäksi. Lääkäri suositellut lapselle EHO-paikkaa mutta johtava sosiaalityöntekijä evännyt lapselta tämän avun. Yhteistyö sosiaalipuolen kanssa ollut haastavaa sekä sijaisperheelle että muille yhteistyötahoille.

Perhe kaksi kertoo, että mitään apua ja tukea ei olla koko aikana tarjottu, työnohjauksen saivat, kun sitä kovasti sosiaalityöntekijältä vaativat. Perhe kaksi kertoo, että sosiaalityön puolelta vaadittiin perheeltä osallistumista psykiatrian vuorovaikutustutkimukseen, mitään ongelmia tässä ei löydetty, mitään konkreettista apua ei ikinä saatu tämän jälkeen. Perhe kaksi pyytänyt vuosien varrella lomitusperhettä useaan otteeseen tai tukihenkilöä, mitään ei myönnetty. Sosiaalitoimen puolesta syytetty sijaisperhettä vanhemmuuden puutteesta, kohtelu viranomaispuolelta ollut epäasiallista perhettä kohtaan kaikella tavoin. Kiinniottokoulutusta annettu psykiatrian puolelta perheelle, ainut konkreettinen apu mitä saatu,

Perhe kolmella ollut apuna tiivistä sosiaaliohjausta ensimmäiset 2–3 vuotta, tämän jälkeen vähennetty. Lapsi saanut Theraplayta, perhe saanut työnohjausta, lapselle etsitty tukihenkilö ja tämä myös saanut Nepsy-valmentajan, biosuku ottanut lasta luokseen säännöllisin väliajoin. Apua jouduttu kuitenkin itse etsimään ja tämä koettu raskaaksi vaativan arjen lisäksi.

Perhe neljällä ollut tukena lomaperheen mahdollisuus yksi kerta kuukaudessa sekä työnohjausta, ei muuta.

Perhe viisi saanut tukea sosiaalitoimelta alkuvaiheessa, tällä hetkellä ei ole edes lain suomaa työnohjausta mutta perhehoidon sosiaaliohjaaja käy säännöllisin väliajoin tukikäynneillä.. Myönnetty taloudellista tukea perheelle, jotta toinen vanhemmista pystyy olemaan kotona valvomassa lasta. Sosiaalitoimelta tullut päätös, että pyritään tukemaan perhettä kaikella tavoin, että sijoitus ei katkeaisi. Perheellä on sosiaalityöntekijä joka kuuntelee ja uskoo perhettä, sosiaalityöntekijä pyrkii ymmärtämään kotona olevia haasteita ja tarjoaa konkreettista apua perheelle, tämä koetaan perheessä erittäin arvokkaana apuna ja osasy siihen että ei olla vielä luovutettu vaikka on raskasta välillä.

Lapselle myönnetty myös DDP-terapiaa joka vahvistanut hoivaajan ja lapsen välistä kiintymyssuhdetta.. Alussa lastenhoitaja käynyt pari tuntia viikossa, mahdollistaen perhehoitajien omaa hengähdystaukoa.

Perheiden toiveet oman jaksamisen tueksi

Perhe yksi olisi toivonut lomaperhemahdollisuuden, tämä olisi mahdollistanut heille tarvitsemaansa hengähdystaukoa ja edesauttanut jaksamista. Perhe olisi myös toivonut sosiaalityöntekijän ymmärrystä ja osaamista miten RAD-lapsi toimii ja mitä häiriö lapselle ja perheelle merkitsee ja miten haasteellista arki oikeasti on. He olisivat toivoneet enemmän tukitoimia perheen jaksamista ajatellen. Sosiaalipuolelta enemmän työskentelyä biovanhempien kanssa, jotta nämä sisäistäisivät sijoituksen ja heille olisi myös pitänyt avata minkä vuoksi lapsi on oikeasti sijoitettu, niin että olisivat oikeasti ymmärtäneet. Perhehoitaja koki että sosiaalityöntekijä ei uskaltanut/halunnut puuttua epäkohtiin ja pitää lapsen puolta. Sosiaalityöntekijän vaihtuvuus oli myös ongelma.

Perhe kaksi toivoi, että lapselle olisi myönnetty tukihenkilön jotta lapsella olisi tällä tavalla mahdollistettu harrastus ja samanaikaisesti sijaisperhe olisi saanut pienen hengähdystauon intensiivisestä arjesta. Perhe olisi toivonut tukiperheen joka olisi mahdollistanut vapaan yksi tai kaksi viikonloppua kuukaudessa lapsen haasteellisen käytöksen vuoksi, tämä koettiin olisi tukenut omaa jaksamista. Perhe olisi myös toivonut sosiaalityöntekijän tukea ja ymmärrystä perheen haasteelliseen arkeen.

Perhe kolme olisi toivonut, että sosiaalityöntekijä olisi ymmärtänyt mikä on reaktiivinen kiintymyssuhde häiriö ja miten vahvasti se vaikuttaa lapsen käytökseen. He olisivat toivoneet sosiaalityöntekijän ymmärrystä miten RAD-lapsi oireilee sekä sosiaalityöntekijän luottoa siihen mitä sijaisperhe kertoo. Perhe olisi toivonut että sosiaalityöntekijä olisi itsekin perehtynyt siihen mitä RAD oikeasti tarkoittaa. Sosiaalityöntekijän ymmärrystä siitä, että RAD-lastat ei voi vaan rakastaa ehjäksi, tarvitaan myös muita tukikeinoja. Sosiaalityöntekijän ymmärrystä siitä, että on myös sijaisperheelle henkisesti raskasta kun lapsi ei ota heidän rakkautta ja kiintymystä vastaan vaikka perhe antaa ja antaa.

Perhe neljä olisi toivonut parempaa tukea psykiatriselta hoitoyksiköltä, pelkkä lääkitseminen ei riitä vaan myös tarkastuskontrolleja olisi pitänyt olla. Perhe olisi toivonut, että lapsi olisi saanut tarvitsemansa tukihenkilön, sellainen, jolla olisi ollut psykologian osaamista. Perhe koki, että olisivat tarvinneet enemmän vapaata, kun yksi kerta kuukaudessa. Perhe olisi toivonut sosiaalityöntekijän

ymmärrystä siihen miten haasteellisessa elämäntilanteessa perhe elää RAD-lapsen kanssa. Perhe koki suuta tarvetta enempään vapaaseen ja tukeen kuormittavan arjen vuoksi. Perhe toivoi lapselle omaa keskusteluapua ja tukea mutta tätä ei myönnetty. Perhe olisi toivonut sosiaalityöntekijältä tiheämpiä käyntejä kun kyse oli RAD-lapsesta, tällöin sosiaalityöntekijä olisi paremmin voinut saada todellisen kuvan siitä mitä haasteita RAD-lapsen kanssa arjessa oli.

Perhe viisi toivoisi sosiaalitoimen täyden tuen ja ymmärrystä mitä RAD diagnoosi lapselle ja perheelle tarkoittaa. Perhe kertoo rehellisesti suoraan kotitilanteen sosiaalityöntekijöille tämä aiheuttanut välillä hämmennystä sosiaalipuolella. Perheen toive olisi että sosiaalityöntekijä kuuntelisi lasta kun lapsi ei halua tavata biosukua, nämä käynnit aiheuttaa lapselle raivokohtauksia ja epävarmuutta joka lisää RAD-oireilua. RAD-diagnoosin saanut lapsi tarvitsee tuttua ja ennakoivaa arkea, ei voi olla jatkuvasti johonkin suuntaan menossa.

Perhe yksi ”viisi vuotta meni ilman minkäänlaisia tukitoimia...olimme jaksamisen äärirajoilla.” **Perhe kaksi** ”sosiaalityöntekijän osaamista häiriöstä ja että joku olisi myös informoinut koulua mitä diagnoosi tarkoittaa lapselle.” **Perhe kolme** ”lapsenhoito mahdollisuus, ikinä ei voinut jättää lasta kotiin kun kuskattiin muita lapsia harrastuksiin..” **Perhe neljä** ”lapsi päätti tehdä itsestään Lasun koulussa, kun sosiaalityöntekijät saapuivat meille kotiin, lapsi oli juuri kysynyt mennäänkö laskettelemaan viikonloppuna, lapsi itki vuolaasti kun ei olisi halunnut lähteä meiltä mihinkään...soittelee vieläkin joka viikko kuulumisia ja ikäväänsä kotiin meille..” **Perhe viisi** ”rajoja pitää saada ja uskaltaa asettaa näin vaativalle lapselle, muuten lasta ei pysty pitämään perheessä...sosiaalityöntekijän pitää tämän ymmärtää ja tässä tukea perhettä...”

5.3 Mikä tuki ja apu olisi auttanut

Perhe yksi kertoo, että lapsi uudelleen sijoitettu yli 10 vuoden yhteisten vuosien jälkeen kriisiluonteisesti. Perhe koki, että uudelleen sijoituksen olisi voitu estää antamalla vahvempaa tukea lapselle ja myös perheelle. Sosiaalityöntekijä olisi pitänyt mahdollistaa perheelle hengähdystaukoja, lapselle olisi pitänyt järjestää tukihenkilötoimintaa ja psykiatrian suosituksia olisi pitänyt sosiaalipuolelta noudattaa. Yhteistyö sosiaalitoimen kanssa oli haasteellista, kun sosiaalityöntekijä ei ymmärtänyt diagnoosia ja miten tämä perheen arkeen ja lapseen vaikutti.

”Lapselle tämä siirto pois meiltä oli traumaattinen kokemus, lapsi pitää vielä yhteyttä meihin, lasta uudelleen sijoitettiin vielä kaksi kertaa tämän meiltä siirron jälkeen, kun laitokset eivät lapselle pärjännyt. Lapsi nyt aikuinen ja pohtii näitä asioita paljon; miksi näin tehtiin...”

Perhe kaksi olisi toivonut lapselle koulupaikan lähistöllä olevasta erikoiskoulusta missä olisi voinut löytyä parempaa ymmärrystä lapsen diagnoosia ajatellen. Lähikoulu oli eri mieltä ja lapsi laitettiin normaalikouluun. Perhe kaksi toivoisi, että lapsia kuunneltaisiin jos eivät halua mennä tapaamaan

bioperhettä. Sosiaalityöntekijä ei tehnyt vanhemmille seuloja, vaikka lapsi tuotti pettymystään ja pelkoaan, lisätraumaattinen kokemus lapselle joka vahvisti RAD-oireilua. Lapsi saapunut perheeseen ihan pienenä, uudelleen sijoitettu 12 vuotiaana. Nyt 15 vuotiaana sijoitettu jo viidenteen paikkaan missä myös palkattu lisäväkeä että pärjäisivät lapsen kanssa, yhteensä lapsi ollut nyt seitsemässä eri paikassa lyhyen elämänsä aikana. Meillä kuitenkin suurin osa tästä. Edelleen soittelee sijaisperheelle ja kertoo kuulumisiaan, sosiaalityöntekijä myöntänyt jälkeinpäin antaneensa liian vähän tukea perheelle, kun kyseessä näin haastava lapsi.

”Toivottiin että lapselle tehtäisiin psykiatrisella laaja-alaiset tutkimukset, sieltä ei kuitenkaan haluttu leimata lasta niin mitään tutkimuksia ei ikinä tehty...”

Perhe kolme olisi toivonut sosiaalityöntekijän ymmärtävän ja tunnistavan RAD-oireilua. Perhe olisi toivonut sosiaalipuolen ymmärrystä mitä arki oikeasti lapsen kanssa on ja että olisivat nähneet ongelmat todellisina eikä vähätelty niitä. Sijaisperheen kokemus oli, että eivät olleet tullut kuulluksi. Sosiaalityöntekijä oli ollut hyvin ärtynyt, kun perhe kertonut, että täytyy lukita muiden tavarat piiloon, kun RAD-lapsi varastaa. Sosiaalityöntekijän ymmärrys siitä miten haastava lapsi perheeseen oli sijoitettu, oli täysin olematonta. Sijaisperheelle ei kertaakaan välittynyt tunne, että heitä ymmärretään ja kuunnellaan. Lapsi tullut perheeseen viisi vuotiaana, 15 vuotiaana sijoitettu muualle, nyt seitsemännessä laitospaikassa. Sijaisperheessä ollut kymmenen vuotta.

”Oltiin jaksamisen äärirajoilla ja mietittiin, ollaanko tulossa hulluksi. Olisimme toivoneet että sosiaalityöntekijä myöntäisi että hänellä ei ollut mitään osaamista RAD-häiriöstä eikä yrittänyt vähätellä meidän puhettamme. Koettiin erittäin raskaaksi sen että meidän puhetta epäiltiin.”

Perhe neljä olisi toivonut sosiaalityöntekijältä ymmärrystä mitä RAD-lapsi perheessä tarkoittaa ja miten haastavaa lapsen kanssa on arjessa. Toiveena olisi myös ollut ammattihenkilöiden tiivistä työskentelyä kotiin perheeseen sekä perheterapeuttia, jolleka olisi viikoittain saanut purkaa omia tunteitaan. Lapsi oli tullut perheeseen 1.5 vuotiaana, 12 vuotiaana uudelleensijoitettu perheestä, lapsi nyt 14 vuotias ja on edelleen yhteydessä sijaisperheeseen, kaipaa kotiin.

”sosiaalityöntekijä myöntänyt, että ottivat lapsen perheestä liian hennoin perustein, nyt sosiaalityöntekijä tekee kovasti töitä, että ottaisimme lapsen takaisin...emme usko että enää onnistuu kun lapsi nyt omaksunut laitoksen tapoja”

Perhe viisi kokee, että perheohjaajan säännölliset käynnit, vahva tuki ja sosiaalityöntekijän usko perheeseen on ollut voimavara. Perhe koki että kun säännöllisesti saa purkaa omia tunteitaan, jaksaa paremmin. Kun perheeseen sijoitetaan RAD, viranomainen pitää olla hyvin helposti tavoitettavissa. Tärkeää olisi sosiaalityöntekijöiden pysyvyys jotta perhe ei joudu aina uudelleen käydä tilanteita läpi.

Tärkeää olisi vahvaa tukea sosiaalipuolelta yhteistyöasioissa. Perheen toiveena oli lisää RAD-tietämystä sosiaalitoimeen, että ymmärtävät oikeasti mitä arki perheessä on. Lapsi tullut 4-vuotiaana, on nyt 12 vuotta ja asuu edelleen perheessä. Sosiaalityöntekijän ymmärrys ja vahva tuki on auttanut perhettä jaksamaan. Säännöllisesti käyvä sosiaaliohjaaja, jolla myös RAD-tietoa auttaa purkamaan perheen tunteita ja tulla ymmärretyksi. Lapsi ollut neljässä sijoituspaikassa ennen nykyistä.

"Sosiaalipuolella pitäisi olla ymmärrystä siitä, että lapsia ei saisi pitää liian pitkään kriisiperheissä, kun lapset siirtyvät muualle kiintymyssuhde katkeaa ja tämä ei ole lapsen kehitykselle hyväksi..."

6 Tutkimuksen tulokset

Tutkimukseni tulokset esitän tässä tulosluvussa. Olen jakanut tutkimustuloksia kolmeen osioon: arjen haasteet, sosiaalitoimen tuki sekä sijaisperheiden kokemukset. Seuraavassa luvussa esitän omat ajatukseni ja tutkimuksen yhteenvedon.

Mäntymaa & Tamminen (1999, 2447-2448) toteaa tutkimuksessaan että vastasyntynyt vauva pystyy taitojensa avulla heti etsimään vuorovaikutusta toisen ihmisen kanssa. Vauva osaa jo syntyessään myös säätelämään omaa käyttäytymistään niin että vuorovaikutus ympäristön kanssa säilyy. Vuorovaikutustaidot kehittyvät ajan myötä kun vauva saa olla hoivaajansa kanssa jatkuvassa vuorovaikutuksessa ja saa tältä tarvitsemaansa hellyyttä, huomiota ja turvaa. Tutkimukset osoittaa, että lapsen kehitykseen liittyvät suurimmat muutokset tapahtuu ennen lapsen kolmatta ikävuotta. Kyseisen tutkimuksen mukaan hyvä vuorovaikutuksellinen suhde lapsen ja hoivaajan välillä suojaa lapsen normaalia kehitystä. Upadhyayan(2021, 37) kirjoittamassa artikkelissa tutkimukset osoittavat että RAD-diagnoosin saanut lapsen aivoissa on todettu rakenteellisia muutoksia. Nämä muutokset on todettu vaikuttavan lapsen sosioemotionaalisiin kykyihin.

Tästä minä teen johtopäätöksen, että lapsen kolme ensimmäistä vuotta on normaalin kiintymyssuhteen ja vuorovaikutuksen kehittämisen kannalta ne kaikkein tärkeimmät. Seuraavassa tulosluvussa esitän teille mitä voi tapahtua jos normaali kehitys syystä tai toisesta ei lapselle suoda. Tutkimukseni osoittaa että kun lapselle kehittyy reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö arki on hyvin haasteellista. Mainitsen alaluvuissa sanan *perhe*, tällä sanalla viittaaan sijaisperheeseen/perhehoitajan perheeseen.

6.1 Arjen haasteet RAD-lapsen kanssa

Haastattelututkimukseni mukaan perheet kokivat RAD-diagnoosin saaneen lapsen kanssa elämisen hyvin haasteelliseksi. Hall & Geherin (2003, 145) tutkimuksessa todetaan, että RAD-häiriön laajuus tekee sen osoittamisen ja vaikutuksen lapsen käytökseen hyvin vaikeaksi. RAD-lapsen käytöksen muutokset ovat nopeat ja lapsella on olemattomat itsehillintätaidot. Tämän diagnoosin saaneet lapset eivät myöskään tunne katumusta eikä empatiaa ketään ihmistä tai eläintä kohtaan. Näillä lapsilla on erinomainen opittu taito säätää tarvittaessa omaa käytöstään niin että saavat jotain tiettyä haluamaansa (Hall & Geher 2003, 149).

Perheet kertoivat haastatteluissa, miten heidän RAD-lapsensa manipuloi ympäristöä miellyttävällä käytöksellään, kun tavoitteli jotain tiettyä, perheet myös kertoivat jatkuvasta valehtelusta, muiden tavaroiden varastamisesta ja miten perheillä täytyy sekä oman että muiden perheessä asuvien lasten vuoksi olla lukollisia kaappeja mihin laitettiin arvoesineitä, rahaa ja teräesineitä. Lapsen vaihtelevan käytöksen vuoksi normaalia perhe-elämää täytyy rajoittaa RAD-lapselle sopivaksi. Vasquez & Stenlandin (2015) tutkimus osoitti, miten nopeasti RAD-lapsi oppii manipuloimaan omaa käytöstään niin, jotta sai haluamaansa läpi. Tutkimuksen mukaan yksi RAD-häiriön käyttäytymishäiriöistä onkin taidokas manipulointi. (Mts, 326)

Tutkimukseeni osallistuneet perheet kokivat kaikki viisi myös RAD- lapsen manipulatiivista käytöstä hyvin haasteellisena ja vaikeana saada hallintaan sekä ulkopuolisen huomata.

Tutkimukseeni osallistuneet perheet toivat haasteellisena käytöksenä lapsen empatiakyvyn puuttuminen sekä sen että perheen yrityksistä huolimatta normaalia kiintymyssuhdetta ei RAD-lapsen ja hoivaajan välille kehittynyt. Perheiden RAD-lapsia ei myöskään voitu jättää ikinä valvomatta eikä näin ollen voineet ikinä jättää lasta yksin kotiin, vaikka lapsi olisi pitänyt iän mukaan tähän pystyä. Perheet toivat esiin että jos jättivät yksin kotiin niin aina jotain sattuu, toisten tavarat oli pengottu ja varastettu tai sitten muiden lasten kanssa oli syntynyt syystä tai toisesta jonkinlaista kinastelua ja kahakkaa. Perheet toivat esiin miten herttainen, sosiaalisen valikoimaton ja mukava lapsi pystyi tarvittaessa olemaan vieraita ihmisiä kohtaan. SN-adotio.fi sivulla ollaan listattu mitkä oireilut RAD-häiriöön kuuluu ja muun muassa perheiden haastattelussa mainitut käytökset löytyvät tästä listauksesta. (<http://www.tietovipu.fi/sn-adoptiot/rad.html>).

Haastatteluun osallistuneet perheet kertoivat RAD-lapsen silmittömistä raivokohtauksista ja tämän haasteellisuudesta kotioiloissa. Perheet kertoivat, että useasti nämä raivokohtaukset näkyivät vaan kotioiloissa oman turvallisen perheen kesken. Perheet kokivat, että heitä ei ulkopuoliset uskonut, sillä RAD-lapsi hyvin harvoin näytti omaa käytöstään kenellekään muulle. Perheet kertoivat, miten heiltä vaadittiin jatkuvaa ennakointia, että näitä lapsen raivokohtauksia saatiin vähän vähennettyä. Vasquez

& Stenslandin (2015,330) tutkimuksessa todetaankin, että perheet kokivat juuri tätä lapsen vahvaa reagoitua kotona raskaaksi, sillä useasti perhettä ei uskottu kun näistä viranomaisille kerrottiin. Hall & Geher (2003,146–147) toteaa tutkimuksessaan, että RAD-lapsen epänormaali sosiaalinen käyttäytymismalli on ympäristön huomattavissa, totaali kiintymyssuhteen ja empatian puuttuminen onkin vaikeampaa huomata. Ammattihenkilöiden osaamattomuus aiheesta aiheuttaa tutkimuksen mukaan sijaisperheille suurta huolta ja epävarmuutta.

6.2 Sosiaalityöntekijän tarjoama tuki ja ymmärrys RAD-diagnoosista

Haastattelututkimukseni mukaan neljä perhettä viidestä toi esiin, että sosiaalitoimen tarjoama tuki oli olematon tai ei mitään. Ainoastaan yhden perheen kohdalla sosiaalitoimi oli tehnyt päätöksen, että perhettä tuetaan vahvasti sijoituksen katkeamisen estämiseksi ja tässä olivat myös onnistuneet. Sosiaalitoimen tuen puutteen vuoksi muilla perheillä oli eskaloituneet tilanteet täysin. Sosiaalitoimen ja erityisesti sosiaalityöntekijän ymmärtämättömyys ja tuen puute korostui vahvasti perheiden puheissa. Perheet kokivat, että sosiaalityöntekijöiden epätietoisuus mitä RAD-häiriö lapselle ja sijaisperheelle tarkoittaa oli monesti este saada minkäänlaista tukea ja apua haastavaan kotitilanteeseen. Perheet eivät kokeneet, että heidän osaamistaan RAD-diagnoosista kuultiin ja monesti sosiaalityöntekijät myös painottivat, epätietoisuuttaan, että reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö ja kiintymyssuhdehäiriö ovat sama asia. Perheet kokivat sekä sosiaalityöntekijältä että muilta yhteistyökumppaneilta, mistä hakivat apua, että perheitä syytettiin perheen ongelmista. Tunne siitä, että yhteistyökumppanit eivät ymmärtäneet RAD-häiriön harvinaisuuden ja vaativuuden oli perheillä hyvin vahva. Yksi perhe kertoi, miten sosiaalityöntekijät oli perheelle sanoneet:

”kaikilla sijoitetuilla lapsilla on jonkinlainen kiintymyssuhdehäiriö eikä tähän pidä takertua...”

Toinen perhe kertoi, miten olivat vaatineet sosiaalityöntekijältä apua lapselle ja koti- tilanteeseen. Perhe kertoi haastattelussa, miten heitä oli tämän vuoksi leimattu yhteistyöhaluttomiksi ja vaikeiksi ihan johtavalle tasolle saakka. Perhe kertoi, miten heidän mainettaan oli muille yhteistyötahoillekin mustamaalattu sosiaalitoimen toimesta kun vaativat kotiinsa apua.

Yksi perhe kertoi siitä, miten sosiaalityöntekijä oli kyseenalaistanut heidän rakkauttaan sijoitettua lasta kohtaan ja tuonut esiin sen että sosiaalitoimen näkökulmastansa lasta eheytetään rakastamalla.

”rakastatteko te oikeasti tätä lasta... lapsi tarvitsee enemmän rakkautta.”

Vasquez ja Stenslandin (2015) tutkimuksessa painotetaan reaktiivisen kiintymyssuhdehäiriön tunnistamisen tärkeyttä. Tutkimus osoittaa, että sosiaalityöntekijän kyky tunnistaa häiriötä tukisi sekä RAD-lasten että tämän sijaisperhettä. Kyseisen tutkimuksen mukaan sosiaalityöntekijöiden pitäisi tutustua perusteellisesti perheeseen ja RAD-lapsen jo sijoituksen alkuvaiheessa. Tämä voisi tutkimuksen mukaan edesauttaa häiriön tunnistamista ja perheen tuen saantia (Mts.330).

Vasquez ja Stenslandin (2015) tutkimuksessa todettiin, että sijaisperheet eivät millään tavalla pystyneet valmistautua RAD-lapsen käyttökseen ja mitä elämä tämän kanssa tulee olemaan. Häiriön moniongelmallisuus ei voitu tietää eikä hoidettavuudesta, vaikka lapsen historia olikin tiedossa. Tutkimuksessa tuli myös esille, miten sosiaalityöntekijätkään eivät osanneet tunnistaa häiriötä, vaikka olivatkin jo hoitaneet lapsen asioita jonkun aikaa.

Hall & Geherin (2003,149) tutkimuksen mukaan RAD-lapsen rakastaminen ei pelkästään auta lapsen eheytymiseen. RAD-lapsen vuorovaikutteiset suhteet tarvitsevat rakentaa uudestaan ennen, kun lapsi pystyy itse vastaanottamaan keneltäkään minkäänlaista rakkautta.

Vasquez & Stenslandin (2015,320) tutkimus perustuu Bukarestissa tehtyyn tutkimukseen vuonna 2011. Tässä tutkimuksessa todettiin, että vaikka RAD-lapsi sijoitetaan rakastavaan ja turvalliseen ympäristöön lapsi ei välttämättä eheydy koskaan. Heidän tutkimuksensa osoitti, että RAD-tyypillä oli vaikutus ja estoton RAD-tyyppi ei tutkimuksessa näyttänyt sijoituspaikasta huolimatta parantumisen merkkejä, kun taas estyneessä RAD-lapsessa oli huomattavissa parantumista.

Janhunen (2017, 22) painottaa tutkimuksessa, että on tärkeää, että sosiaalityöntekijä tukee monimuotoisesti sijaisperhettä, että nämä jaksavat parhaalla mahdollisella tavalla hoitaa sijoitettua lasta. Emotionaalinen tuki auttaa tutkimuksen mukaan sijaisperheitä jaksamaan.

Janhunen (2017) jatkaa että sosiaalityöntekijän rooli on tukea sijoitettua lasta, tämän biovanhempia ja sijaisvanhempia suhteessa lapsen tarpeeseen, sijaisperheen tarpeeseen ja kokonaistilanteen huomioiden (Mts.22).

6.3 Perheiden kokemukset

Hall & Geherin (2003,149) tutkimus vahvistaa, että perheet kokivat kotitilanteita hyvin haasteellisiksi RAD-lapsen moniongelmallisuuden vuoksi. RAD-lapsen raivo ja ilkeily teki, että muita lapsia piti turvata ja suojata näiltä. Perheet tiedostivat tutkimuksessa myös, että RAD-lapsikin tarvitsee hoitoa, vaan täysin eri tavalla, kun normaali lapsi. Vasquez & Stenslandin (2015,325) tutkimuksen mukaan sijaisvanhemmat kokivat suurta häpeää RAD-lapsen käytöksestä. Kyseisen tutkimuksen mukaan

avun saaminen tilanteeseen koettiin hyvin haasteellisenä, sillä RAD-häiriö ei näy mitenkään lapsen ulkonäössä, kuten esimerkiksi Down-syndrooma näkyy. Tutkimus osoittikin, että perhe, jolla oli lapsi joka ulkonäöltään oli erilainen, saivatkin herkemmin apua tälle lapselle kun RAD-lapselleen.

Haastateltujen perheiden kokemukset painottuivat RAD-lapsen haasteelliseen käytökseen, tämän vaativaan hoitoon, ympärillä olevien verkostojen tuen puuttuminen, kun RAD-lapsi pystyi viranomaisia ja yhteistyötahoja manipuloimaan ja tätä eivät nämä uskoneet tai pystyneet tunnistamaan. Lapsen jatkuva valehtelu ja varastelu sekä sosiaalityöntekijöiden puuttuva tuki tilanteeseen koettiin raskaana. Perheet kokivat uudelleen sijoittamisen estämiseksi tärkein elementti olisi ollut sosiaalityöntekijän ymmärrys RAD-häiriöstä sekä panostus avun antoon ja perheen henkiseen tukeen. Perheet olisivat tutkimuksen mukaan toivoneet parempaa yhteistyötä sosiaalityöntekijän kanssa, haastetta tähän toi, että työntekijät vaihtuivat usein ja joka kerta piti aloittaa uudestaan asioiden ja tilanteiden puointia. Useat perheet kokivat, että he eivät tulleet kuulluksi sijoitetun lapsen asioissa ja heitä ei millään tavalla uskottu.

Janhunen (2011) avaa tutkimuksessaan, miten monet sijaisperheet eivät uskalla pyytää apua lapsen sosiaalityöntekijältä. He eivät, tutkimuksen mukaan, uskalla kertoa totuutta väsymyksestään ja jaksamisestaan, syynä on tutkimuksessa osoittanut olevan sosiaalityöntekijän vallankäyttö uhkaamalla uudelleen sijoittaa lapsen sekä sosiaalityöntekijän näkemyksensä siitä, että sijaisperheet ovat vain itsekkäitä. Parhaimmillaan sosiaalityöntekijät voivat kuitenkin olla se yksi asia mikä listataan perhehoitajien keskuudessa jaksamisen tukevana muotona. (Mts.22–24).

7 Johtopäätökset ja omaa pohdintaa

Haastattelututkimukseni osoitti, että mukana olleet perheet kokivat arjen RAD-lapsen sijaisvanhempina raskaaksi ja haasteelliseksi. Tutkimuksen mukaan RAD-lapsen hyvin haastava ja erikoinen käytös sekä perheeltä puuttuva vahva ja ammatillinen tuki oli kaksi asiaa joka tuli esiin tutkimuksessa. Yhteistyötahojen sekä sosiaalityöntekijöiden osaamattomuus ja vaikeus ymmärtää reaktiivisen kiintymyssuhteen laajuus ja moninaisuus nousi vahvasti esiin. Tutkimuksen johtopäätöksenä voi selvästi huomioda miten tärkeää perheelle suunnattu arjen tuki sekä sosiaalityöntekijän RAD-osaaminen sijoitetun lapsen kannalta on. Viidestä perheestä neljä lasta oli sijoitettu uudelleen, joillakin näistä lapsista oli jo perheiden tietojen mukaan menossa useampi sijoituspaikka heidän perheestä muuton jälkeen. Tämä on mielestäni vahvaa näyttöä siitä, miten tärkeää oikeanlainen kohdennettu tuki on sijaisperheille, jos heille sijoitetaan RAD-diagnoosia saanut

lapsi. Oireilu näkyy perheiden mukaan heti alkusijoituksen aikana, joten perheet olivat pyytäneet apua useamman vuoden ennen sijoituksen katkeamista.

Tutkimus osoittaa, että RAD-lapsen sijaisperheeseen kehittyy vuosien varrella monta erilaista ongelmia, yhtenä nousee käsite: sosiaaliset ongelmat. RAD-lapsen haasteellisen käytöksen vuoksi sosiaaliset ongelmat paisuvat perheessä, sijaisperhe joutuu RAD-lapsen käytöksen vuoksi eristäytymään itseään yhteiskunnasta ja ystäviltään. Tämä sen vuoksi että RAD-lapsen käytöstä ei voida ennakoida tarkoittaen, että sijaisperhe elää jatkuvassa hälytystilassa valmiina ennakoimaan ja reagoimaan lapsen käytökseen. Tutkimus osoitti, että perheet kokevat tämän hyvin raskaana ja mieluummin eristäytyvät, kun ottivat ne konfliktit mitä esimerkiksi varastelusta lapsen toimesta seurasi.

Tutkimuksen mukaan oikeanlainen kohdennettu apu ja tuki voi ehkäistä RAD-lapsen uudelleen sijoituksen. Neljä perhettä olisi toivonut enemmän apua, kun mitä sosiaalityöntekijä heille myönsi ja sijoitukset katkesivat 10 vuoden yhdessäelön jälkeen tilanteen eskaloitua täysin.

Itse jään miettimään onko tässä avun evämaisessä ajateltu lapsen etua vai mitä? Perhe, jossa RAD-lapsi vielä asuu, oli saanut ja sai vieläkin tarvitsemaansa vahvaa tukea ja apua. Tämä perhe koki, että sosiaalityöntekijän tuki sekä muut tarvittavat avut ja tuet arjessa oli perheen jaksamisen kannalta erittäin tärkeää. Minun johtopäätökseni tutkimuksesta on, että varhainen ja riittävä kokonaisvaltainen tuki ja apu on todella tärkeää RAD-lapsen sijaisperheelle. RAD-lapset näyttävät tutkimuksen mukaan oireilevan hieman eri tavoilla, joillakin tietty piirre on vahvempi kuin toisilla. Ajattelen että tästä voi vetää johtopäätöksenä sen, että mitään valmista kaavaa ei voi avunantoon vetää. Sosiaalityöntekijän rooli on kuunnella ja yrittää ymmärtää sijaisperheen arkea ja yhdessä sijaisperheen kanssa rakentaa heidän lähtökohtien mukainen apu ja tuki, joka kantaisi perhettä jaksamaan RAD-lapsen kanssa.

8 Lähdeluettelo

Mäntymaa, Mirjami & Tamminen, Tuula (1999). Varhainen vuorovaikutus ja lapsen psyykkinen kehitys. *Duodemic* 1999:115:22: 2447-2453

<https://www.duodecimlehti.fi/duo91150>

Janhunen, Tarja (2011). *Pysyvyyden turvaaminen perhehoidossa. Käsikirja sijoitusten purkautumisen ehkäisemiseksi*. Jyväskylä: Jyväskylän Yliopistopaino.

https://www.perhehoitoliitto.fi/files/1887/pysyvyyden_turvaaminen2018netti.pdf

Upadhyaya, Subina (2021). *Masennuksen ilmaantuvuus, pre- ja perinataaliset riskitekijät sekä lapsuusiän reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö: valtakunnallinen rekisteritutkimus*. Kasvun tuki aikakauslehti 2/2021

<https://journal.fi/kasvuntuki/article/view/128206/77336>

Subina Upadhyaya, Roshan Chudal, Terhi Luntamo, Susanna Hinkka-Yli-Salomäki, Minna Sucksdorff, Liisa Lehtonen, Andre Sourander.(2020) *Perinatal risk factors and reactive attachment disorder: A nationwide population-based study*.

Acta Paediatrica. 109:8. August.1503-1691. Foundation *Acta Pædiatrica*. Published by John Wiley & Sons Ltd

<https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.ulapland.fi/doi/10.1111/apa.15156>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Karjalainen, Pekka & Kivipelto, Minna (2022) *Alueellinen eriytyminen ja huono-osaisuus sosiaalityössä*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos.

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143707/URN_ISBN_978-952-343-806-4.pdf?sequence=1

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Kustannusosakeyhtiö Tammi 2018. Uudistettu laitos. E-kirja.

<https://www.ellibslibrary.com/book/9789520400118>

Sosiaali- ja terveysministeriö. Heikkilä, Marja & Marjamäki, Pirjo (2024:5) *Sosiaalihuollon porrasteisuus uusissa sote-rakenteissa. Nykytila ja ehdotukset*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö (STM)

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/165424/STM_2024_5_rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Toikkanen, Jarkko ja Virtanen, I. A.(toim.) (2018) *Kokemuksen käsitteen ja käytön jäljillä*. 7-25
Tökkäri, Virpi(toim) (2018) *Fenomenologisen, hermeneuttis-fenomenologisen ja narratiivisen kokemuksen tutkimuksen käytäntöjä*. 64-85
Kirjassa: Kokemuksen tutkimus VI. Kokemuksen käsite ja käyttö.
Rovaniemi: Lapland University Press.
https://lada.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/63420/Kokemuksen_tutkimus_VI_Toikkanen_Virtanen_pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sn-adoptio.fi - verkkosivu (etsitty 14.5.2024)

<http://www.tietovipu.fi/sn-adoptiot/rad.html>

Bowlby, R.P.L., Bowlby, R.J.M. & Gatling, A. (1988). *A Secure Base*. Routledge.

Käännös ruotsiksi Philippa Wiking. En trygg bas. Falkenberg: Bokförlaget Natur och Kultur (1994).

Spratt, Eve G. & Hanson, Rochelle F. (2000). Reactive Attachment Disorder: What We Know about the Disorder and Implications for Treatment. *Child Maltreatment*, 5:2, May. 137-145.

Hall, Sara Elizabeth Kay & Geher, Glenn (2003). Behavioral and Personality Characteristics of Children With Reactive Attachment Disorder. *The Journal of Psychology*, 137:2, 145-162,

Hornor, Gail (2008). Reactive attachment disorder. *Journal of Pediatric Health Care*. 22:4, 234-239.

Sinkkonen, Jari (2004). Kiintymyssuhdeteoria–tutkimuslöydöksistä käytännön sovelluksiin. *Duodecim*, 120:15, 1866-1873.

Vasquez, Matthew & Stensland, Meredith (2015). Adopted Children with Reactive Attachment Disorder: A Qualitative Study on Family Processes. *Clinical Social Work Journal*. 44:3, 319-332.

Lastensuojelun käsikirja (2024) Terveyden ja hyvinvoinninlaitos.

<https://thl.fi/julkaisut/kasikirjat/lastensuojelun-kasikirja/tyoprosessi/sijaishuolto/sijaishuollon-muodot/perhehoito>

Lehtomaa, M. 2008. Fenomenologinen kokemuksen tutkimus: haastattelu, analyysi ja ymmärtäminen. Teoksessa J. Perttula & T. Latomaa (toim.) Kokemuksen tutkimus.

Merkitys – tulkinta – ymmärtäminen. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 163 – 194.

https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/63420/Kokemuksen_tutkimus_VI_Toikkanen_Virtanen_pdf.pdf

Oppariapu (Haettu netistä 27.05.2024)

<https://oppiapu.wordpress.com/menetelmat/haastattelut/>

Katsottu 28.05.2024

(<https://interpedia.fi/blogi/koskaan-ei-ole-liian-myohaista-muodostaa-kiintymyssuhdetta/>)

9 LIITE 1. Haastattelukysymykset

1. Kerro perheessä näyttäytyvät arjen haasteet?
2. Oletteko joutuneet muokkaamaan arkeanne RAD-lapsen oireilun vuoksi?
3. Mitä tukea ja apua viranomaiset ovat teidän perheelle tarjonneet?
4. Mitä konkreettista apua ja tukea toivoisitte/olisitte toivoneet oman jaksamisen tueksi?
5. Osaatko sanoa mikä tuki ja apu olisi auttanut/auttaisi teitä jaksamaan niin että lasta ei jouduttaisi/olisi jouduttu uudelleen sijoittaa?

10 LIITE 2 Kysely Facebook ryhmään

Tietoa tulevasta Pro gradu- tutkielmastani. Aihe vaihtui loppumetreillä ja palasin RAD-aiheeseen.

Lähtökohta tutkimuksessani on RAD-lapsen sijaisperheen arjen haasteet, millä tapaa ja millä tukitoimilla on sos.toimi tukenut arjen jaksamisessa, mitä konkreettista apua olisitta toivoneet/toivoisitta oman jaksamisen tueksi ja sijoituksen katkeamisen estämiseksi.

Gradua teen Lapin yliopistoon. Ohjaajani on Kaisa Kostamo-Pääkkö. Tutkimuslupaa haastatteluun pyydän heiltä, joka tähän osallistuu.

Iso kiitos teille! Tuodaan tämä häiriö näkyviin että saadaan tarvitsemaamme apua ja tukea.

11 Liite 3 Haastattelevan tutkimuslupa pro gradu-tutkielmaan

Suostun haastattelevaksi pro gradu – tutkielmaan, joka koskee RAD-lapsen kanssa elävän sijaisperheen haasteita arjessa, mitä tukitoimia on sijaisperheelle tarjottu ja annettu ja mitä konkreettista apua ja tukea sijaisperhe itse toivoisi.

Suostun siihen, että antamani tietoja voidaan käyttää luottamuksellisesti tutkimustarkoitukseen. Olen saanut tarvitsemaani tietoa pro gradu -tutkimuksesta sekä tietoa siitä mistä saan mahdollista lisätietoa tarvittaessa. Haastattelussa esiin tulevia haastattelevan henkilökohtaisia tietoja ja asioita ei luovuteta ulkopuoliselle. Aineistoa käsittelee vain tutkimuksen tekijä. Tunnistetiedot poistetaan, eikä yksittäistä henkilöä voida tunnistaa.

Haastattelut toteutetaan sähköisesti teamsin kautta sijaisperheen kanssa sovittuna ajankohtana. Haastatteluun on varattu aikaa 1–2 tuntia.

Haastatteluun osallistuneet ovat ilmoittaneet kiinnostuksensa osallistua pro gradu-tutkielmaan facebook-ryhmässä esitetyn kyselyn mukaisesti.

Kiitos!

Terveisin,

Marina Häggback