

KEHITYSVAMMAISUUS JA PSYKOLOGINEN OIREILU: SOVELLETUN KÄYTTÄYTYMISANALYYSIN JA PSYKOFYYSISEN FYSIOTERAPIAN KEINOT KEHITYSVAMMAISEN LAPSEN JA NUOREN KÄYTTÄYTYMISEN SÄÄTELYN OPPIMISESSA

Kehitysvammaisilla henkilöillä esiintyy tutkitusti enemmän mielenterveyden ja käytöksen häiriöitä kuin neurotyypillisillä henkilöillä. Neurotyypillisillä henkilöillä viitataan ei-kehitysvammaisiin henkilöihin. Kliinisessä työssä mielenterveys- ja käytöshäiriöt näkyvät haastavana käyttäytymisenä, joka vaihtelee verbaalisesta hyökkäävyydestä ympäristön vahingoittamiseen. Pahimmillaan haastava käyttäytyminen näkyy fyysisenä väkivaltaisuuksena itseä tai muita ihmisiä kohtaan.

Terhi Koskentausta on tutkinut 155 lasta vuonna 2006 Pääjärven kuntoutuskeskuksessa tarkoituksenaan selvittää psykologisen oireilun esiintyvyyttä, tyyppejä ja riskitekijöitä kehitysvammaisilla lapsilla. Ennen tutkimusta heistä 11 %:lla oli psykiatrinen diagnoosi, tutkimuksen jälkeen luku nousi 33 %:iin. Näistä lapsista 13 %:lle asetettiin autismikirjon diagnoosi ja 6 %:lle hyperkinesia-diagnoosi. Tunteiden ja käyttäytymisen säätelyyn liittyvää erilaista oireilua, esimerkiksi hyperaktiivisuutta, hyperkinesiaa ja impulsiivisuutta, esiintyi 10 %:lla. Näillä 10 %:lla oireilu oli selvää, mutta se ei täyttänyt ICD-10-kriteeristöä diagnoosin asettamiseksi. (Kos-

kentausta 2006, 40.)

Koskentaustan tutkimustulokset psykologisen oireilun esiintyvyydestä kehitysvammaisilla lapsilla ja nuorilla ovat samankaltaisia muualla tehtyjen tutkimusten kanssa. Emerson tutki 264 kehitysvammaista lasta Isossa-Britanniassa. Psykologista oireilua esiintyi 39 %:lla, näistä emotionaalisia häiriöitä 9,5 %:lla ja käytöshäiriöitä 25 %:lla. Emerson toteaaakin, että yksi psykologisen oireilun riskitekijä on kehitysvammaisuus. Kehitysvammaisilla lapsilla on yli seitsenkertainen riski psykiatriseen diagnoosiin kuin neurotyypillisillä lapsilla. (Emerson 2003, 56.)

Sevin, Bowers-Stephens ja Carfton (2003) tutkivat 150 nuorta, joilla oli diagnoosina sekä kehitysvamma että psykiatrinen häiriö. Tutkimuksen tavoitteena oli muun muassa tutkia mielenterveysongelmien esiintyvyyttä kyseisillä henkilöillä ja heidän diagnostista historiaansa. Tulosten mukaan tyypillisin diagnoosi oli käytöshäiriö, yleisimpänä niistä uhakuushäiriö. Käytöshäiriöitä oli 32 %:lla nuorista ja tarkkaavuus- ja yliaktiivisuushäiriö 17 %:lla. Masentuneisuutta esiintyi 24 %:lla. Kolmasosa henkilöistä sai mielialaongelmaksi luokiteltavan diagnoosin. Näiden yleisimpien

diagnoosien lisäksi diagnosoitiin muun muassa nykysoireyhtymää, pelkotiloja ja trauma-peräistä stressioireyhtymää. (Sevin ym. 2003, 147–161.)

Koskentaustan, Emersonin ja Sevinin tulokset ovat samankaltaisia. Psykologisen oireilun esiintyvyys kehitysvammaisilla lapsilla ja nuorilla vaihtelee 30–40 %:n välillä. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kehitysvammanhuollon toimialueen Ylisen hoiva- ja kuntoutuspalvelujen asiakkailta esiintyy samankaltaista psykologista oireilua. Oireilua esiintyy kaikissa ikäluokissa. Tämän vuoksi haluttiin etsiä keinoja vähentää alaikäisten kehitysvammaisten asiakkaiden haastavaa käyttäytymistä ja heihin kohdistuvia pakkotoimenpiteitä. Keinoja lähdettiin etsimään Näyttöön perustuvan toiminnan kehittäminen -hankkeen kautta.

Kehittämishankkeen taustaa

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä on toteutettu Näyttöön perustuvan toiminnan hanketta vuodesta 2012. Hankkeen tarkoituksena on ollut kehittää näyttöön perustuvaa toimintaa hoitotyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Kehitysvammanhuollon toimialue osallistui vuonna 2013 hankkeeseen selvittämällä, kuinka kehitysvammaisten lasten ja nuorten käyttäytymisen säätelyn taitoja voitaisiin edistää sovelletun käyttäytymisanalyysin ja psykofyysisen fysioterapian keinoin. Kehittämishankkeen tavoitteena oli opettaa asiakkaille käyttäytymisen säätelyn taitoja niin, että haastava käyttäytyminen ja sen myötä asiakkaisiin kohdistuvat pakkotoimenpiteet vähenisivät. Teoriaperusta hankkeelle saatiin kasvatustieteiden, psykologian sekä terveystieteiden alueilta.

Sovellettu käyttäytymisanalyysi on näyttöön perustuva interventiomuoto, jolla tutkitaan ja pyritään muuttamaan käyttäytymistä suotuisammaksi. Sovelletussa käyttäytymisanalyysissä keskitytään havaittavissa oleviin suhteisiin ympäristön ja käyttäytymisen välillä. (Meyer 2012, 6–7.) Asiakkaiden haastavaan käyttäytymiseen vastataan käyttäytymisanalyyttisten periaatteiden

mukaan. Näiden mukaan käyttäytyminen vahvistuu, heikkenee tai sammuu sen mukaan, mitä siitä seuraa. Perusolettamuksena oli myös se, että käyttäytymistä on helpompaa muuttaa positiivisten kuin negatiivisten seurausten kautta tai negatiivisten seurausten välttämisen kautta.

Käyttäytymisanalyyttisistä menetelmistä otettiin käyttöön toivotun kohdekäyttäytymisen vahvistaminen positiivisen vahvistuksen avulla. Menetelmä perustuu operanttiin oppimiseen. Siinä vahvisteen ilmaantuminen tai lisääntyminen kohdekäyttäytymisen jälkeen lisää vastaavan käyttäytymisen todennäköisyyttä tulevaisuudessa. (Tuomisto ym. 2005, 30.) Esimerkiksi jos lapsi käyttäytyy hyvin ruokapöydässä (kohdekäyttäytyminen) ja ohjaaja kiittää lasta siitä ja antaa positiivista palautetta (vahviste), on todennäköisempää, että lapsi käyttäytyy tulevaisuudessa ruokapöydässä hyvin.

Rahaketalous on käyttäytymistä muuttava hoito-ohjelma, jonka perustana on myös operantti oppiminen. Asiakkaan kanssa sovitaan rahakkeesta, joka toimii yleistyneenä ehdollistuneena vahvisteena. Yleistyneet ehdollistuneet vahvisteet (tässä tapauksessa rahakkeet) ovat vahvisteita, jotka ovat liittyneet muihin asiakkaan vahvisteisiin. Rahakkeet voivat olla esimerkiksi tarroja, merkkejä tai kuponkeja. Asiakas voi kerätä rahakkeita ja vaihtaa ne sitten lunastusvahvisteeseen. Lunastusvahvisteena voi toimia jokin kulutushyödyke, esimerkiksi syötävä herkku. Lunastusvahvisteena voivat toimia myös tavarat, esimerkiksi lehdet, tai mahdollisuus tehdä itselle mieluisaa toimintaa, esimerkiksi pelata pelikonsolilla. (Kadzin 1977, 3, 47–49.)

Psykofyysisen fysioterapian tavoitteena on asiakkaan kokonaisvaltaisen toimintakyvyn edistäminen. Asiakkaan toimintakykyä ja voimavaroja tuetaan ja vahvistetaan. Asiakkaan keho, mieli ja ympäristö ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään. Tunteet ja ajatukset vaikuttavat kehoon ja luovat kokemuksen omasta kehosta. Toisaalta kehon tunteet vaikuttavat mieleen. Psykofyysinen fysioterapia perustuu kokemukselliseen oppimiseen, asioita tarkastellaan asiakkaan elämys-

ten ja kokemusten kautta. (Talvitie ym. 2006, 256.) Psykofyysisen fysioterapian harjoitteista osa muistuttaa hyvin pitkälle erilaisia tietoisien läsnäolon taitoja (mindfulness). Tietoisien läsnäolon vaikuttavuutta kehitysvammaisten asiakkaiden kuntoutusmenetelmänä on tutkittu paljon viimeisten viiden vuoden aikana. Tulokset ovat lupaavia. Tietoisien läsnäolon harjoitteiden avulla on esimerkiksi pystytty vähentämään kehitysvammaisten ja psykoottisten aikuisten aggressiivista käyttäytymistä (Singh ym. 2003), fyysistä ja verbaalista hyökkäävyyttä (Singh ym. 2008) sekä estetty asiakkaan siirto laitokseen avohoidosta (Adkins ym. 2010, Singh ym. 2007). (Hwang & Kearney 2013.)

Interventio

Intervention alkuvaiheessa kerättiin kuu-kauden mittainen pohjatieto viikoilla 36–39 vuonna 2013. Tänä aikana laskettiin asiakkaisiin kohdistuneiden pakkotoimenpiteiden määrä viikkotasolla ja tehtiin kaksi arviota Cohen-Mansfieldin levottomuusasteikolla (CMAI) sekä toteutettiin psykofyysisen ryhmän alkukysely. Asiakkaita kehittämishankkeeseen valikoitui neljä. Kaikki asiakkaat olivat pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevia kehitysvammaisia poikia iältään 10–16 vuotta. Kaikilla heistä esiintyi impulsiivista käyttäytymistä sekä puutteita sosiaalisissa taidoissa.

Interventio toteutettiin käyttämällä sovelletun käyttäytymisanalyysin menetelmiä (positiivinen vahvistaminen, sammuttaminen, rahaketalous) ja psykofyysisen fysioterapian menetelmiä. Sovelletussa käyttäytymisanalyysissa jokaiselle asiakkaalle määriteltiin ennen intervention aloittamista ne kohdekäyttäytymisen muodot, joita haluttiin vahvistaa. Osaston henkilökunnalle annettiin yksityiskohtaiset ohjeet siitä, kuinka kohdekäyttäytymistä vahvistetaan. Henkilökunta seurasi antamiensa vahvisteiden määrää mekaanisilla laskureilla, ja merkitsivät laskurin antaman vahvisteiden määrän työvuoronsa päätteeksi seurantalomakkeeseen. Hankkeeseen osallistuvilla asiakkailla oli jokaisella käytössään myös hänelle räätälöity rahaketelouden sovel-

lus. Esimerkiksi kolme helmeä keräämällä asiakas ansaitsi itselleen ylimääräistä aikaa pelikonsolilla pelaamiseen. Psykofyysinen fysioterapia toteutui kehittämishankkeessa kymmenen ryhmäkerran sekä osastolla tehtävien harjoitteiden muodossa. Ryhmässä tehtävät harjoitteet olivat maadoitus-, hengitys-, rentoutus-, liike- ja kehotietoisuusharjoitteita. Ennen intervention aloittamista osaston henkilökuntaa koulutettiin. Koulutusten sisältönä olivat edellä mainitut hanketta ohjaavat menetelmät, toivotun kohdekäyttäytymisen tehokas vahvistaminen sekä osastolla tehtävät psykofyysisen fysioterapian harjoitteet.

Interventio toteutettiin viikoilla 40–48. Tänä aikana asiakkaat osallistuivat kymmenen kertaa psykofyysisen fysioterapian ryhmään ja tekivät harjoitteita lähes päivittäin osastolla henkilökunnan ohjaamina. Toimintaterapeutti oli jalkautuneena asiakkaiden pienryhmään 2–3 aamuna viikossa aamutoimien ajan ennen asiakkaiden kouluun lähtöä ohjaten henkilökuntaa kohdekäyttäytymisen vahvistamisessa. Henkilökunta seurasi koko kehittämishankkeen ajan antamiensa vahvisteiden lukumäärää mekaanisilla laskureilla.

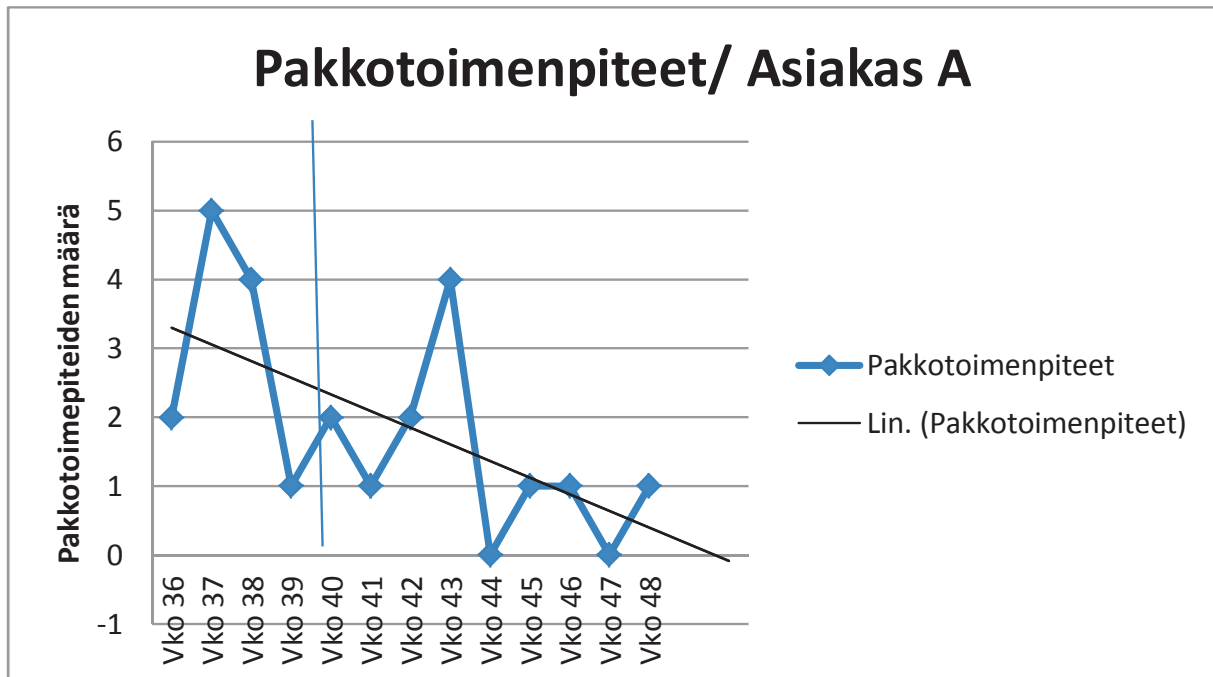
Intervention vaikuttavuutta mitattiin Cohen-Mansfieldin levottomuusasteikolla (Cohen-Mansfield Agitation Inventory, CMAI), asiakkaisiin kohdistuneiden pakkotoimenpiteiden määrällä sekä psykofyysisen fysioterapian ryhmän alku- ja loppukyselyllä. CMAI on alun perin kehitetty ikääntyneiden asiakkaiden levottoman käyttäytymisen esiintyvyyshyden mittaamiseen. Nykyään sitä käytetään levottomuusoireiden vaikeusasteen arvioimiseen hoiva- ja asumisyksiköissä asuville henkilöille. CMAI-kysely sisältää 29 yleistä levottomuusoiretta. (THL 2014.) Mittari otettiin käyttöön vaikka kohderyhmä on eri, koska arvioitavat käyttäytymisen muodot olivat niitä, joita hankkeeseen osallistuvilla asiakkailla esiintyi. Osaston henkilökunta teki CMAI-arviot kahden viikon välein. Pakkotoimenpiteitä seurattiin potilastietojärjestelmästä viikoittain. Psykofyysisen fysioterapian alku- ja loppukyselyt olivat ryhmää ohjanneen fysioterapeutin itse laatimia. Alkukysely suoritettiin ennen ryhmän aloittamista ja loppukysely vii-

meisellä ryhmäkerralla. Jälkiseuranta tapahtui kuukauden kuluttua intervention päättymisestä yhden kerran CMAI-arviolla.

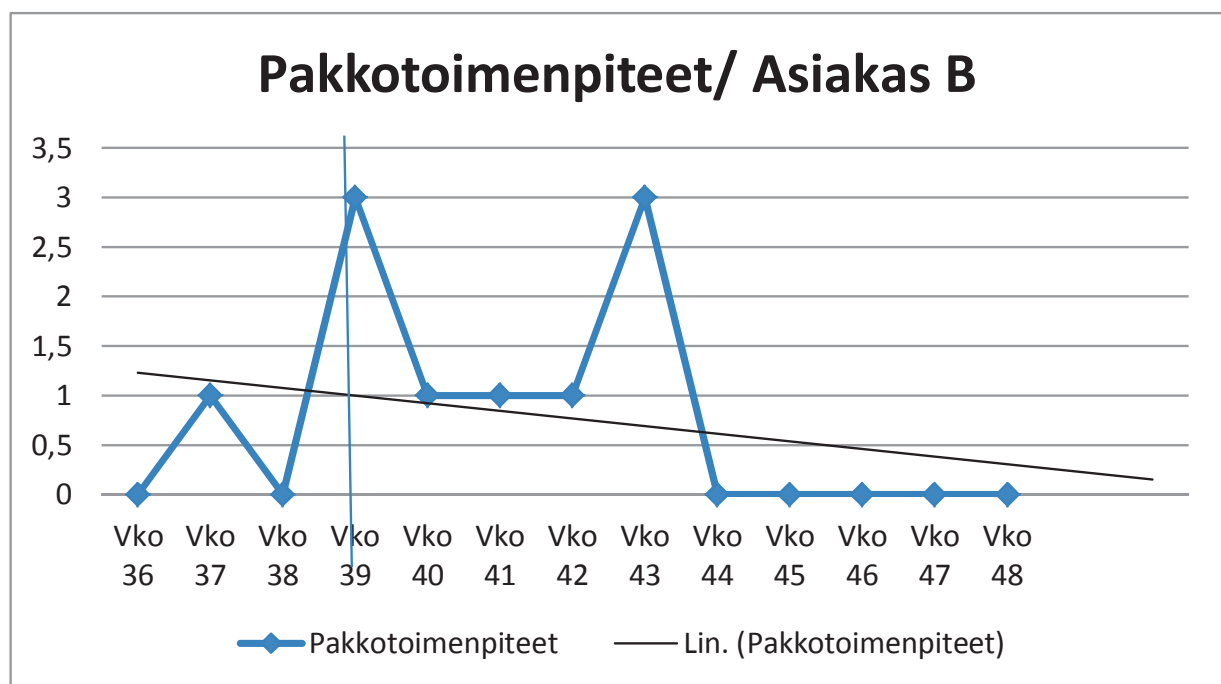
Tulokset

Kehittämishankkeen aikana asiakkaiden haastava käyttäytyminen kokonaisuutena ja pak-

kotoimenpiteiden määrä vähenivät kaikilla asiakkailla. Kehittämishankkeeseen osallistuneista neljästä asiakkaasta vain kahdella jouduttiin turvautumaan pakkotoimenpiteisiin, mutta niiden lukumäärä laski molemmilla. Asiakas A:n pakkotoimenpiteet laskivat lähtötilanteen keskimääräisestä kolmesta yhteen. Asiakas B:llä muutos oli keskimääräisestä yh-



Kuva 1. Pakkotoimenpiteet; asiakas A.



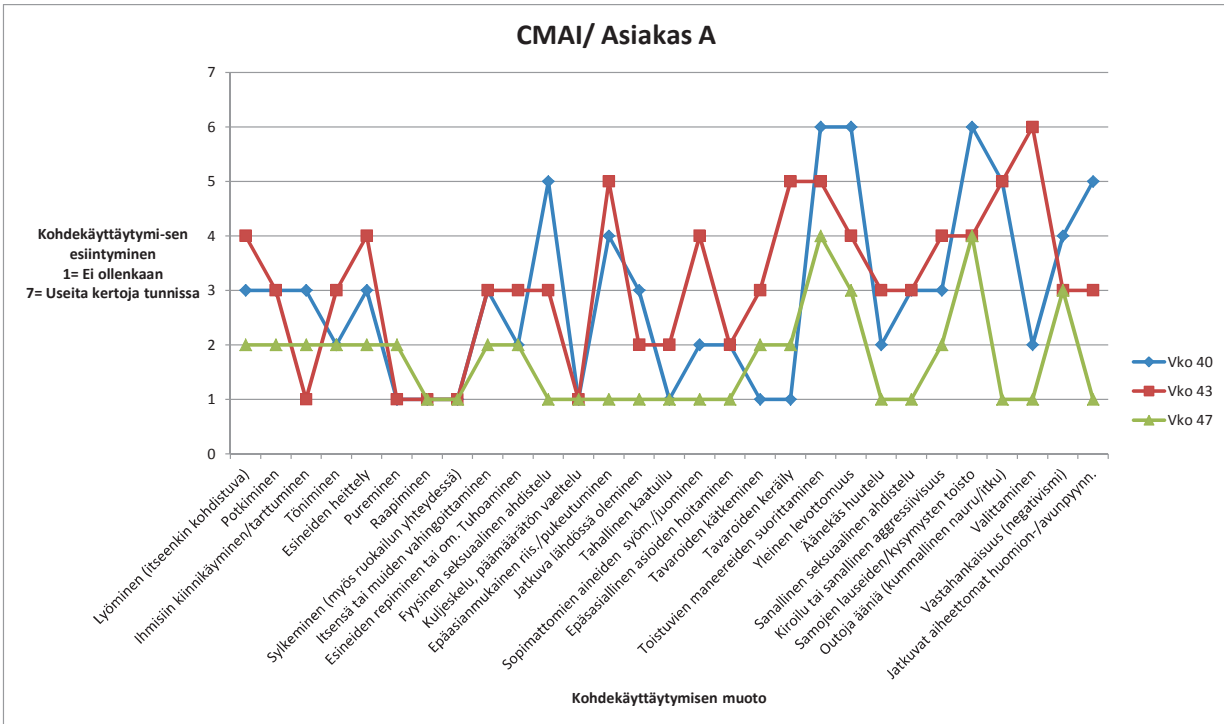
Kuva 2. Pakkotoimenpiteet; asiakas B.

destä nollaan. Huomattavaa kuitenkin on, että asiakas B:llä intervention kahdeksasta viikosta viisi viimeistä sujuivat ilman pakkotoimenpiteitä. Molempien asiakkaiden tulostrendi oli laskeva.

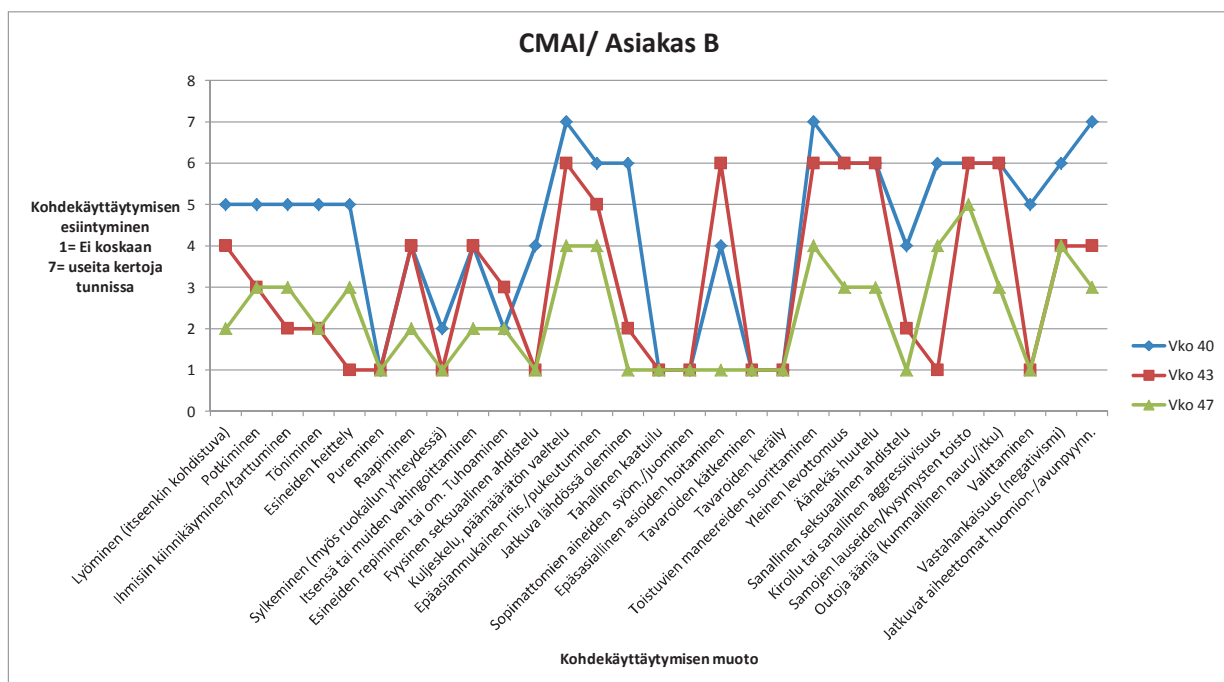
CMAI-tulosten arvioinnin helpottamiseksi asiakkailta eniten esiintyneet käyttäyty-

mismuodot luokiteltiin viiteen eri käyttäytymisluokkaan. Nämä käyttäytymisluokat olivat manereiden toisto, yleinen levottomuus, verbaalinen hyökkävyys, lievä fyysinen aggressiivisuus ja fyysinen aggressiivisuus.

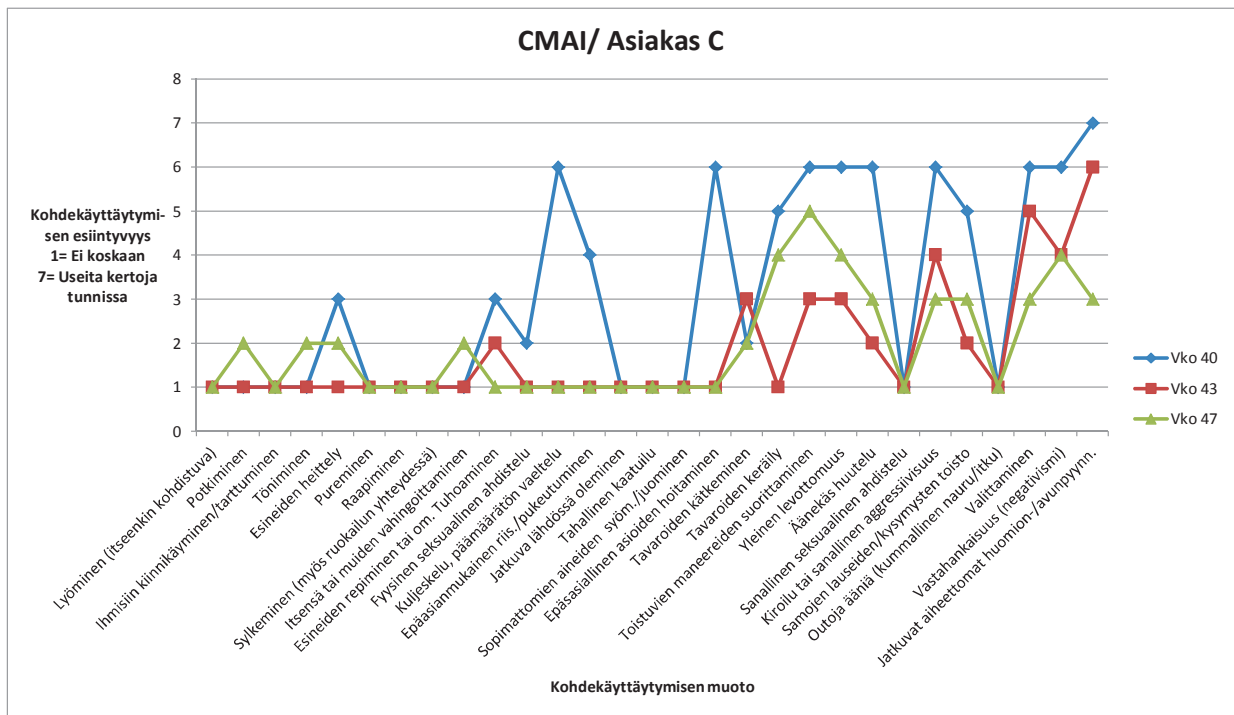
Asiakkaan A ongelmakäyttäytyminen väheni selvästi: verbaalinen hyökkävyys, yle-



Kuva 3. CMAI intervention aikana; asiakas A.



Kuva 4. CMAI intervention aikana; asiakas B.



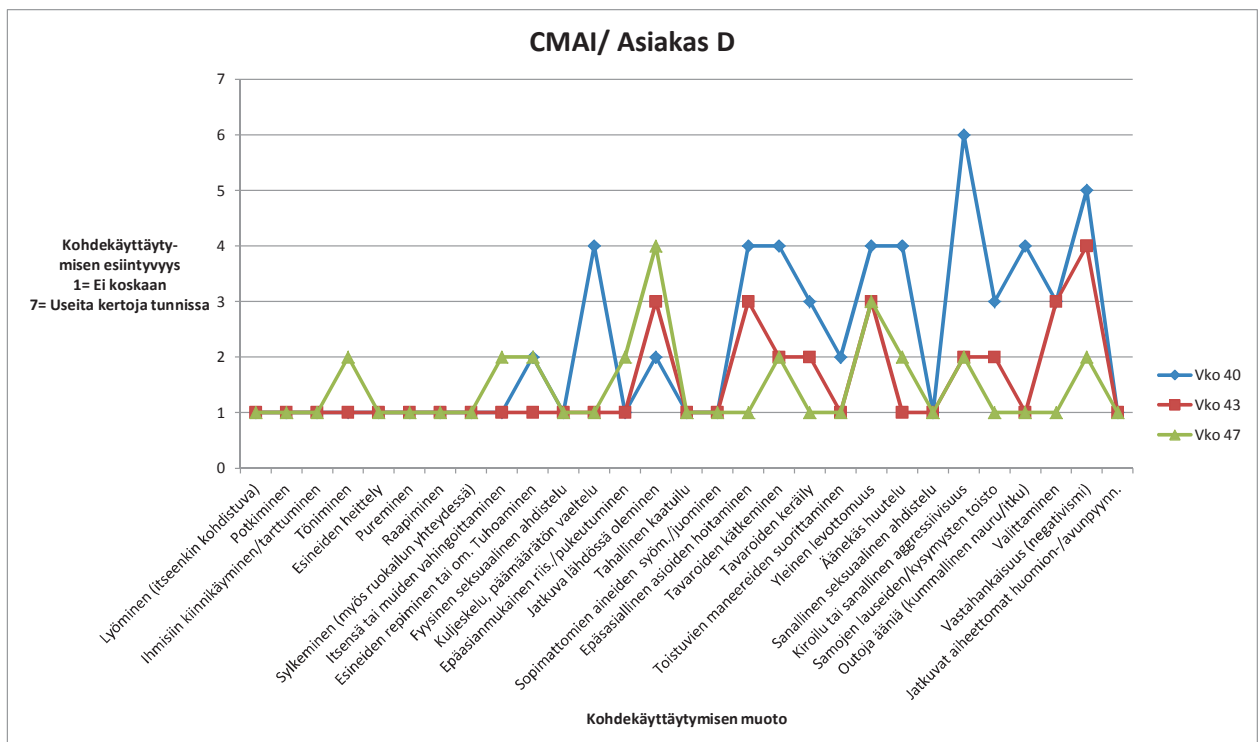
Kuva 5. CMAI intervention aikana; asiakas C.

nen levottomuus, fyysinen seksuaalinen ahdistelu sekä manereiden toisto vähenivät. Epätoivottava käyttäytyminen ei lisääntynyt missään CMAI-asteikon käyttäytymisen muodoissa.

Asiakkaalla B eniten vähenivät verbaa-

linen hyökkävyys ja yleinen levottomuus. Epätoivottava käyttäytyminen ei lisääntynyt.

Asiakkaalla C eniten väheni verbaalinen hyökkävyys. Myös yleinen levottomuus väheni, mutta fyysinen aggressiivisuus lisääntyi hieman intervention aikana.



Kuva 6. CMAI intervention aikana; asiakas D.

Asiakkaalla D eniten väheni verbaalinen hyökkävyys. Yleisen levottomuuden käyttäytymislukassa väheni kuljeskelu ja päämäärätön vaeltelu, toisaalta jatkuva lähdössä oleminen lisääntyi hieman. Myös fyysisen aggressiivisuuden käyttäytymislukassa ei-toivottu käyttäytyminen lisääntyi lievästi.

Psykofyysisen fysioterapian alku- ja loppuarvioinneissa näkyi myös muutos. Kyse-lyssä arvioitiin janalla omaa päivittäistä selviytymistä, fyysistä kuntoa, suhtautumista omaan kehoon, somaattista ja psykologista oireilua sekä ryhmässä viihtymistä. Kolme neljästä koki selviytyvänsä paremmin päivittäisistä askareista ja arvioi fyysisen kuntonsa paremmaksi. Kaksi osallistujista koki suhtautumisensa omaan kehoonsa paremmaksi. Kehoa kuvailevien tuntemusten määrittelyssä oli tapahtunut muutosta. Alkukyselyssä asiakkaat kuvailivat kehoaan sanoilla vahva, ylpeä, jäykkä, pehmeä, sopiva, heikko, painava ja taipuisa. Loppukyselyssä kehoa kuvattiin sanoilla vahva, pehmeä, painava, taipuisa ja pieni. Sanoja heikko ja jäykkä ei käyttänyt kukaan. Kaksi asiakasta ei ollut kokenut hermostuneisuutta viimeisen kuukauden aikana. Yksi asiakkaista koki lihasjännityksensä vähentyneen. Ahdistuneisuudessa, väsymyksen tunteessa ja nukahtamisvaikeuksissa ei tapahtunut muutosta. Osallistujat viihtyivät psykofyysisen fysioterapian ryhmässä hyvin.

Jälkiseuranta toteutettiin CMAI-asteikolla mitattuna neljän viikon kuluttua intervention päättymisestä. Jälkiseurannassa näkyi haastavan käyttäytymisen palaamista. Eniten lisääntyi verbaalinen hyökkävyys, hieman lisääntyi myös lievä fyysinen ja selkeämpi fyysinen aggressiivisuus. Intervention aikana ongelmakäyttäytyminen vähentyi kokonaisuutena kaikilla asiakkailla, ja pakkotoimenpiteiden määrä laski. Asiakkaiden hyvinvoinnin lisääntyminen näkyi myös psykofyysisen ryhmän alku- ja loppuarvioita vertailtaessa.

Pohdinta

Kehitysvammaisten lasten ja nuorten riski psykologiseen oireiluun ja käyttäytymisen säätelyyn ongelmiin on seitsenkertainen

neurotyypillisiin lapsiin ja nuoriin verrattuna. Tämä on otettava huomioon kehitysvammaisten lasten ja nuorten kanssa työskennellessä. Psykologinen oireilu ja käyttäytymisen säätelyn ongelmat näkyvät jokapäiväisessä elämässä esimerkiksi keskittymisen ongelmina, ärtyneisyytenä, vetäytymisenä tai hyperaktiivisuutena. Stressitilanteissa nämä ongelmat saattavat eskaloitua haastavaksi käyttäytymiseksi, joka pahimmillaan ilmenee fyysisenä aggressiivisuutena itseä, ympäristöä tai muita ihmisiä kohtaan. Haastavasti käyttäytyvä kehitysvammaisen lapsi ja nuori herättää ympäristössään monenlaisia tunteita; esimerkiksi hätäännystä, surua, hämmennystä ja ahdistusta. Yleinen tunne on myös keinottomuuden tunne lasta tai nuorta autettaessa.

Käyttäytymisanalyttiset menetelmät tarjoavat uuden näkökulman haastavaan käyttäytymiseen perinteisten kasvatuskeinojen rinnalle. Käyttäytymisanalyttisistä menetelmistä erilaiset suoraan ongelmakäyttäytymisen vähentämiseen tarkoitetut seurausjärjestelmät ovat tuttuja kehitysvamma-alalla työskenteleville. Käytännössä usein ensisijaisesti turvaututaan negatiivisen ja positiivisen heikentämisen menetelmiin käyttäytymisen hallinnassa. Negatiivisessa heikentämisessä pyritään vähentämään käyttäytymistä eväämällä asiakkaalta käyttäytymisen seurauksena jokin miellyttävä asia. Käytännössä tällä tarkoitetaan esimerkiksi pelikieltoa tai viikokorahan pidättämistä. Myös ”jäähyt” laske- taan negatiivisen heikentämisen menetelmiin. Positiivisessa heikentämisessä käyttäytymistä pyritään vähentämään lisäämällä käyttäytymisen jälkeen jokin epämiellyttävä seuraus. Esimerkiksi kun lapsi kiroilee, häntä torutaan. Negatiivisen ja positiivisen heikentämisen menetelmiin turvaututaan, koska niiden avulla käyttäytyminen yleensä saadaan pysäytettyä ja se saattaa pysyä jonkin aikaa poissa. Ongelmana on se, että näillä menetelmillä asiakas ei opi uusia taitoja käyttäytymisensä hallintaan. Näiden menetelmien seurauksena on, että asiakas pahimmillaan oppii itse käyttämään rankaisemista keinona ongelmiensa ratkaisuun, alkaa vetäytyä seurausten pelossa, hänen käyttäytymisvalikoimansa ka-

peutuu, aggressiivisuus saattaa lisääntyä ja itsetunto laskea. (Meyer ym. 2012, 627–632.)

Haastavaa käyttäytymistä voidaan pyrkiä vähentämään myös sammuttamalla. Kliinisessä työssä tästä käytetään usein termiä ”huomiotta jättäminen”. Olettamuksena on, että haastava käyttäytyminen sammuu, kun käyttäytymisestä ei seuraa mitään. Kaikkien edellä mainittujen keinojen heikkoutena on se, että ne eivät opeta asiakkaalle uutta käyttäytymistä ja uusia taitoja haastavan käyttäytymisen tilalle. Tämän takia on tärkeätä opettaa asiakkaalle uusia tapoja toimia tilanteissa, jotka hän kokee epämiellyttävinä tai kuormittavina. Pelkkä haastavan käyttäytymisen heikentäminen tai sammuttaminen ei riitä. Asiakkaalle on opetettava uusia taitoja, joita hän voi tarpeen vaatiessa käyttää. Haastava käyttäytyminen pyritään muuttamaan harjoitteiden avulla taitavaksi käyttäytymiseksi.

Taitoharjoittelua tehostettiin kehittämishankkeessa vahvistamalla toivottua kohdekäyttäytymistä. Kun asiakas käyttäytyi toivotulla tavalla, häntä kiitettiin ja toivottu käyttäytyminen huomioitiin. Asiakkailla oli mahdollisuus myös ansaita helmiä taitoharjoittelun avulla. Intervention aikana keskityttiin toivotun käyttäytymisen vahvistamiseen ja uusien taitojen opetteluun haastavaan käyttäytymiseen puuttumisen sijasta. Haastava käyttäytyminen pyrittiin sammuttamaan huomiotta jättämisen keinoin kuitenkin aina kun se oli mahdollista. Jos tilanne vaati työntekijän puuttumista, pyrittiin ensisijaisesti pysäyttämään haastava käyttäytyminen ja ohjaamaan asiakas toimimaan toivotulla tavalla. Vain viime kädessä puututtiin tilanteeseen rangaistusten avulla, esimerkiksi kun fyysistä väkivaltaa esiintyi.

Sidney W. Bijou’n sanoin: ”Tutkimukset ovat osoittaneet, että tehokkain keino vähentää ongelmallista käyttäytymistä lapsilla on vahvistaa toivottua käyttäytymistä positiivisen vahvistamisen keinoin sen sijaan, että pyrittäisiin vähentämään ei-toivottua käyttäytymistä käyttämällä vastentahtoisia tai negatiivisia prosesseja.” (Latham 2012, 201.) Tämä oli koko kehittämishankkeen ydin.

Kasvatus- ja kuntoutustyössä keskitytään

liikaa ongelmalliseen käyttäytymiseen ja pyritään sen vähentämiseen. Näkökulma on edelleen liian ongelma- ja oirekeskeinen. Hyvästä käyttäytymisestä 95–97 % jää vahvistamatta, eli siihen ei kiinnitetä mitään huomiota. Palautteen antamisessa suositellaan, että jokaista yhtä negatiivista palautetta kohden tulisi antaa kahdeksan positiivista palautetta. Ihmiset haluavat elää positiivisessa ympäristössä nauttien elämästään, eivätkä negatiivisessa ympäristössä rangaistuksia vältellen. (Tuomisto 2013.)

Kehittämishankkeen toteuttamisessa pyrittiin mahdollisimman suureen mittauksen ja arvioinnin luotettavuuteen. Pakkotoimenpiteiden lukumääräinen mittaaminen potilastietojärjestelmästä on hyvä tapa seurata pakkotoimenpiteisiin liittyviä muutoksia. CMAI valittiin käyttöön, koska se on TOIMIA-tietokannassa luokiteltu luotettavaksi mittariksi. Alku- ja loppukyselyyn ei löytynyt tarkoituksenmukaista välinettä, joten fysioterapeutti laati sen itse. Samaa lomaketta käytettiin ryhmän alku- ja loppuvaiheessa. Intervention toteuttamisessa toimintaterapeutti ohjasi osaston henkilökuntaa kohdekäyttäytymisen vahvistamisessa. Henkilökunnalla oli käytössä mekaaniset laskurit, joilla he seurasivat antamiensa vahvisteiden määrää. Osaston henkilökunta merkitsi työvuoronsa päättyessä mittarin näyttämän vahvisteiden määrän nimettömänä seurantalomakkeeseen. Kaikki neljä asiakasta osallistuivat säännöllisesti psykofyysisen fysioterapian ryhmään, ja tekivät harjoitteita säännöllisesti osastolla henkilökunnan ohjauksessa. Näillä keinoin pyrittiin mahdollisimman hyvään luotettavuuteen mittaamisessa sekä varmistamaan intervention jatkuvuus.

Intervention aikana haastava käyttäytyminen vähentyi kaikilla neljällä asiakkaalla intervention edetessä. Intervention jälkeen suoritettiin jälkiseuranta neljä viikkoa viimeisestä mittaamisesta. Jälkiseurannan mittaamisen ajankohta oli huono, koska se osui joulunalusviikolle. Tällöin asiakkaiden joululoma alkoi ja useat odottivat mahdollista kotilomaansa. Jälkiseurannassa näkyi haastavan käyttäytymisen palaamista, joka saattoi johtua enna-

koimattomasta asetelman alkutilanteen palautuksesta (intervention puuttuminen). Intervention keskeytyi viikolla 50. Osaston pienryhmässä työskentelevästä henkilökunnasta kuusi koulutettiin toteuttamaan interventiota. Jälkiseurannan kahden viimeisen viikon aikana heistä vain kolme työskenteli pienryhmässä, yksi työskenteli ainoastaan yövuoroissa. Käytännössä vahvistamista ei tapahtunut siis jälkiseurannan kahdella viimeisellä viikolla yhtä paljon kuin intervention aikana. Myös psykofyysisen fysioterapian ryhmä oli tauolla. Rahaketelouden toteuttamista oli jatkettu intervention päättymisen jälkeen. Vaikka asetelman lähtötilanteen palauttaminen ja intervention tilapäinen keskeytyminen on eettisesti huono asia asiakkaiden ollessa alaikäisiä lapsia, se antaa viitteitä intervention tuloksellisuudesta. Asetelman lähtötilanteen palauttamista ei suunniteltu, vaan se tapahtui työvuorjärjestelyjen vuoksi.

On vaikeata sanoa miten eri tekijät (asetelman palautus vs. mittaamisen ajankohta) ovat vaikuttaneet haastavan käyttäytymisen lievään lisääntymiseen asetelman lähtötilanteen palauttamisen jälkeen. Huomattavaa kuitenkin on, että haastava käyttäytyminen lisääntyi eniten verbaalisena hyökkäävyytenä. Lievä fyysinen aggressiivisuus ja fyysinen aggressiivisuus lisääntyivät hieman. Verbaalinen hyökkävyys ei ole toivottua käyttäytymistä, mutta se on kuitenkin vähemmän itseä ja ympäristöä vahingoittavaa kuin fyysinen aggressiivisuus. Vihaisuuden osoittaminen verbaalisesti on taitavampaa käyttäytymistä kuin sen osoittaminen fyysisesti. Asiakkaat osasivat toisin sanoen ilmaista vihaisuuttaan taitavammin jatkoseurannan aikana kuin ennen interventiota. Kaikkein taitavin käyttäytymisen säätely liittyi intervention loppuun. Tämä kertoo siitä, että pitkäjänteisen, ohjatun taitoharjoittelun avulla asiakkaat oppivat tunnesäätelyn taitoja.

Kehittämishankkeen myötä osoitettiin, että sovelletun käyttäytymisanalyysin ja psykofyysisen fysioterapian keinoin voidaan opettaa käyttäytymisen säätelyn keinoja kehitysvammaisille lapsille ja nuorille. Kehittämishankkeelle asetetut tavoitteet saavutet-

tiin pakkotoimenpiteiden määrän ja haastavan käyttäytymisen vähenemisen myötä. Kehittämishanke onnistui hyvin, koska hankkeeseen osallistunut henkilökunta sitoutui menetelmien käyttöön. Hoitohenkilökunta kertoi motivaation työhönsä kasvaneen, kun työn tulokset näkyivät asiakkaiden käyttäytymisessä. On vaikeata analysoida, kumpi komponentti vaikutti hyvään tulokseen enemmän, käyttäytymisanalyttiset vai psykofyysisen fysioterapian menetelmät. Tällä ei työryhmälle ollut merkitystä. Tärkeintä on, että asiakkaat oppivat uusia taitoja ja kuntoutumisen kautta ovat lähempänä kohti paluuta omiin koiteihinsa.

Satu Heikkinen, toimintaterapeutti AMK, suorittaa sovelletun ja kliinisen käyttäytymisanalyysin opintoja Tampereen yliopistossa

Martti Tuomisto, Med. dr. (PhD), nimikesuojattu psykoterapeutti (vaativa erityistaso), terveyspsykologian dosentti (Tampereen yliopisto), psykoterapiakouluttaja

Lähteet

- Emerson, E. (2003). Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 51–58.
- Hwang, Yoon-Suk & Keraney, Patrick (2013). A systematic review of mindfulness intervention for individuals with developmental disabilities: Long-Term practice and long lasting effects. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 314–326.
- Kadzin, Alan E. (1977). *The Token Economy. A Review and Evaluation*. New York: Plenum Press.
- Koskentausta, Terhi (2006). *Psychiatric disturbances in children with intellectual disabilities. Prevalence, risk factors and analysis*. Helsinki: Lammi-Paino Oy.
- Latham, Glenn I. (2012). *The Power of Positive Parenting*. USA: P & T Ink.
- Meyer, G. Roy, Sulzer-Azaroff, Beth & Wallace, Michele (2013). *Behavior Analysis for lasting change*. 2nd. edition. New York: Sloan Publishing, LLC.
- Sevin, Jay A., Bowers-Stephens, Cheryl & Crafton, Clifford G. (2003). Psychiatric Disorders in Adolescents with Developmental Disabilities: Logitudinal Data of Diagnostic Disagreement in 150 Clients. *Child Psychiatry and Human Development*, 3(24), 147–163.
- Talvitie, Ulla, Karppi, Sirkka-Liisa & Mansikkamäki,

Tarja (2006). Fysioterapia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

THL (2014). Cohen-Mansfieldin levottomuusasteikko. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tiedosto ladattavissa osoitteessa <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/86/>. Noudettu 12.11.2014.

Tuomisto, Martti T. (2013) Positiivinen vanhemmuus. Luento Tampereen yliopistossa 11.2.2013.

Tuomisto, M. T., Lappalainen, R. & Timonen, T. (2005). Funktionaalisen käyttäytymis-analyysin perusteet sovellettua käyttäytymistiedettä varten. Tampere: Suomen Käyttäytymistieteellinen Tutkimuslaitos.





13th Congress of European Forum
for Research in Rehabilitation

Marina Congress Center, Helsinki, Finland, 6-9 May 2015

EFRR2015 www.efrr2015.org

**“Being,
Doing,
Participating”**

Further information:
efrr2015@confedent.fi