

Työpapereita

2/99

F i n *S* **o c**

Sosiaalihuollon
menetelmien
arviointiprojekti

**RATKAISUKESKEISEN MENETELMÄN
ARVIOINTITUTKIMUS**

Kirjallisuuskatsaus

Merja Anis

STAKES
SOSIAALI- JA TERVEYSALAN
TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISKESKUS



RATKAISUKESKEISEN MENETELMÄN ARVIOINTITUTKIMUS

Kirjallisuuskatsaus

Merja Anis

Stakes * FinSoc
Helsinki

STAKES * FinSoc-projekti

Julkaisua voi tilata maksutta osoitteesta
STAKES
Sosiaali- ja terveysalan
tutkimus- ja kehittämiskeskus
FINSOC/Hilkka Nyström
PL 220 00531 Helsinki

Puh: (09) 39671 ja 3967 2313
fax: (09) 3967 2227

©Stakes 1999

Taitto:
L^AT_EX 2_ε
3. marraskuuta 2020 Mikko Mäntysaari

Esipuhe

Sosiaalihuollon menetelmien arviointiprojekti (FinSoc) pyrkii edistämään yleisesti käytettävien työmenetelmien tuntemusta ja arviointia. Ratkaisukeskeinen työote on yksi sosiaalityöntekijöiden keskeinen työmenetelmä, joka esimerkiksi ruotsalaisen sosiaalityön työmenetelmiä kartoittavan tutkimuksen mukaan (Bergmark & Lundström 1998) oli sosiaalityön toimintakentästä riippumatta yksi tyypillisesti mainituista työmenetelmistä. Myös Suomessa ratkaisukeskeinen työote on pitkään ollut sosiaalityöntekijöiden suosiossa.

Se, että ratkaisukeskeinen työote on laajalti tunnettu ja tunnustettu sosiaalityön menetelmä, ei merkitse sitä, että tämän menetelmän vaikutuksia olisi runsaasti tutkittu. Kuten käsillä oleva kirjallisuuskatsaus osoittaa, on ratkaisukeskeisen työmenetelmän käyttöön paneutuvia empiirisiä sosiaalityötä koskevia tutkimuksia vähänlaisesti. Erittäin sosiaalityöhön kytkeytyviä tutkimuksia on vielä niukemmin. Osin kyse voi olla siitä, että ratkaisukeskeistä työotetta on vaikea tutkia. Kyse on työntekijän persoonallisuuteen tiiviisti liittyvistä toimintaperiaatteista, joiden erottaminen työntekijän kokonaispersoonallisuudesta tarkastelun kohteeksi on vaikeaa, ehkä tarpeetonkin. Kun esimerkiksi lääketieteellisessä tutkimuksessa hoidon vaikuttavuutta pyritään tarkastelemaan satunnaistetulla koeasetelmalla ja mahdollisimman laajoilla aineistoilla, on sosiaalityön tutkimuksissa tyydyttävä huomattavasti vaatimattomampiin tutkimusasetelmiin. Kyse on ennenkaikkea ihmisten elämänongelmien vaikeasti täsmennettävästä luonteesta, sovellettujen työmenetelmien tiiviistä kytkeytymisestä asiakkaan ja työntekijän suhteeseen. Ei siis ihme, että sosiaalityön tutkimuksessa käytetään pieniä ja usein yksinomaan laadullisia aineistoja.

Merja Anis näyttää tutkimuksellaan uuden tavan tehdä sosiaalityön tutkimusta. Aina ei ole tarvis kerätä omaa aineistoa: hyvin mielenkiintoisia tuloksia saa aikaan myös keräämällä yksiin kansiin olemassaolevaa tutkimusta. Samalla esiin nousee uusia tutkimustarpeita. Olisi tietysti hyvä, jos käytettävissä olisi enemmän kotimaisia, riittävässä määrin vertailukelpoisia empiirisiä tutkimuksia ratkaisukeskeisestä metodista ja myös muista sosiaalityön keskeisistä menetelmistä.

FinSoc toivoo, että tästä raportista on hyötyä sekä käytännön sosiaalityössä että sosiaalityön tutkimuksen uudelleensuuntaamisessa.

Mikko Mäntysaari

Tiivistelmä

Merja Anis: Ratkaisukeskeisen menetelmän arviointitutkimus. Kirjallisuuskatsaus. Stakes, FinSoc Työpapereita 2. Helsinki 1999. ISBN 951-33-0732-8. ISSN 1455-9064.

Kirjallisuuskatsaukseen sisältyy 42 ratkaisukeskeisen menetelmän arviointia koskevaa empiiristä tutkimusta. Tutkimukset on tyypiteltä viiteen ryhmään: tuloksellisuustutkimukset, prosessitutkimukset, työntekijöitä koskevat tutkimukset, tapauskohtaisen arvioinnin kokeilut ja ennaltaehkäisevän työn kokeilut. Arviointimenetelmiä ja arviointien tuloksia analysoidaan tässä katsauksessa enemmän sosiaalityön näkökulmasta kuin aikaisemmin tehdyissä ratkaisukeskeisen menetelmän kirjallisuuskatsauksissa, joissa korostuu terapianäkökulma. Sosiaalityössä, kuten terapiassakin, ratkaisukeskeinen malli on lisännyt menetelmävalikoimaa ja tarjonnut vaihtoehdon diagnostiselle ja ongelmapainotteiselle työkäytännölle.

Tutkimustulokset osoittavat, että ratkaisukeskeisen työn tuloksellisuus on samaa tasoa kuin psykoterapian ja sosiaalityön tuloksellisuus meta-analyysien ja kirjallisuuskatsausten perusteella yleisemminkin. Tuloksellisuusarviointien mukaan keskimäärin 54 – 87 prosenttia tutkimuksiin osallistuneista asiakkaista on saavuttanut ratkaisukeskeiselle terapialle asetetut tavoitteet kokonaan tai osittain. Kun ratkaisukeskeisen menetelmän tuloksellisuutta on verrattu ongelmaakeskeisempään työmalliin, tavoitteiden saavuttamisen asteessa ei ole havaittu määrällisiä eroja erilaisten työtapojen välillä. Erot eri menetelmien välillä ovat laadullisia. Ratkaisukeskeisessä työskentelyssä korostuvat tavoitteiden selkeys, työskentelyn myönteisyys sekä asiakkaiden ja työntekijöiden tyytyväisyys verrattuna ongelmaakeskeisempään työmalliin. Ratkaisukeskeisellä työtavalla on kyetty edistämään asiakkaiden itseluottamusta, omatoimista ongelmanratkaisukykyä ja optimismia tulevaisuuden suhteen enemmän kuin ongelmaakeskeisellä työskentelyllä.

Ratkaisukeskeisen menetelmän prosessiarviointien tulokset - samoin kuin terapia- tutkimusten tulokset yleisemminkin viittaavat siihen johtopäätökseen, että "vuorovaikutusilmasto" ja "työntekijän vaikutus" ovat tärkeimpiä psykososiaalisen työn onnistuneisuuteen vaikuttavia tekijöitä. Ratkaisukeskeisessä työmallissa näihin tekijöihin on tietoisesti kiinnitetty suurta huomiota. Tutkimustulokset osoittavat, että työntekijä voi tietoisilla keskusteluvalinnoilla ja vuorovaikutustavoilla vaikuttaa keskustelun sisältöön ja asiakasuhteen laatuun. Ratkaisukeskeisen mallin onnistunut soveltaminen vaatii työntekijältä paitsi menetelmän tekniikoiden hallintaa, myös ratkaisukeskeisen ajattelun hyväksymistä ja sisäistämistä.

Eri työmenetelmien välisiä eroja on tuloksellisuustutkimuksissa ollut vaikea saada

esiin. Kirjallisuuskatsauksessa ehdotetaan menetelmäkeskeisen tutkimuksen vaihtoehtoksi ns. "mallittamista", jossa haetaan terapialle ja sosiaalityölle hyödyllisiä malleja eri työntekijöiden työtapoja ja ominaisuuksia havainnoimalla.

Sammandrag

Merja Anis: Ratkaisukeskeisen menetelmän arviointitutkimus. Kirjallisuuskatsaus. [Utvärderingsforskning av den lösningsfokuserade metoden. – en litteraturöversikt.] Stakes, FinSoc Työpapereita 2. Helsinki 1999. ISBN 951-33-0732-8. ISSN 1455-9064.

Den här litteraturöversikten innefattar 42 empiriska undersökningar som gäller utvärdering/evaluering av den lösningsfokuserade metoden. Undersökningarna har typifierats i fem grupper: undersökningar av effektivitet, processundersökningar, undersökningar som gäller personalen, försök till single case evaluation och försök till förebyggande arbete. Evalueringsmetoder och evalueringsresultat analyseras i denna litteraturöversikt i större grad ur socialarbetets synvinkel än i tidigare, om den lösningsfokuserade metoden utförda litteraturöversikter, i vilka terapisynevinkeln accentueras. Den lösningsfokuserade modellen har i socialarbetet, såsom även i terapin ökat urvalet av metoder och erbjudit ett alternativ för den diagnostiska och problembetonade arbetspraxisen.

Undersökningens resultat påvisar att resultat av det lösningsfokuserade arbetet är på samma nivå som psykoterapiens och socialarbetets resultat utgående från metaanalys och litteraturöversikter. Enligt utvärderingarna av resultat har 54 - 87,2 procent av klienterna som deltagit i undersökningarna uppnått helt eller delvis målen för det lösningsfokuserade terapi. När resultaten av den lösningsfokuserade metoden har jämförts med den mer problemcentrerade arbetsmodellen har inga kvantitativa skillnader mellan olika arbetssätt observerats i fråga om graden av uppnående av mål. Skillnaderna mellan olika metoder är kvalitativa. Det som är utmärkande för det lösningsfokuserade arbetet i jämförelse med den mer problemcentrerade arbetsmodellen är att målen är tydliga och klara, arbetet positivt samt att både klienterna och de anställda är nöjda. Med hjälp av det lösningsfokuserade arbetssättet har man i större grad, än med hjälp av det problemcentrerade arbetssättet, lyckats främja klienternas självförtroende, förmåga att självständigt lösa problem samt optimism med tanke på framtiden.

Resultaten från processutvärderingar av den lösningsfokuserade metoden - såsom även resultaten från terapiundersökningar även i större utsträckning - tyder på den slutsatsen att miljön av växelverkan och den anställdas inverkan "är de viktigaste faktorer som inverkar på att det psykosociala arbetet lyckas. På dessa faktorer fäster den lösningsfokuserade arbetsmodellen medvetet stor uppmärksamhet.. Resultaten tyder på att den anställda kan genom medvetna val av diskussioner och interaktionssätt påverka diskussionens innehåll och kvaliteten på förhållandet till klienten. För att tillämpningen av den lösningsfokuserade modellen skall lyckas, krävs av den anställda förutom

kontroll av den tekniska sidan av metoden, även godkännande och tillägnande av den lösningsfokuserade tänkesättet.

Skillnaderna mellan olika arbetsmetoder har i undersökningarna om resultat varit svåra att uppvisa. Därför rekommenderas i litteraturöversikten, som ett alternativ till metodcentrerad undersökning s.k. modellutveckling som söker nyttiga modeller för terapi och socialarbete genom observationer av de anställdas arbetsätt och karakteristik.

Abstract

Merja Anis: Ratkaisukeskeisen menetelmän arviointitutkimus. Kirjallisuuskatsaus. [The evaluation of solution-focused therapy. A literature review] National Research and Development Centre for Welfare and Health (Stakes). FinSoc Työpapereita 2. Helsinki 1999. ISBN 951-33-0732-8. ISSN 1455-9064.

The present literature review assesses 42 empirical studies on solution-focused methods. The studies are divided into five groups: effectiveness studies, process studies, studies on the work of professionals in the field of social care, single-case evaluations and evaluation of preventive work. The current review analyses the evaluation methods and their results from the angle of social work contrary to previous reviews that focus more on applied therapies. For social work as well as for therapies, the solution-focused method offers a new approach and alternative to be used instead of the diagnostic and problem-oriented methods.

The results indicate that the effectiveness of solution-focused methods is of the same order as that of psychological therapies and social work as estimated by meta analyses and literature reviews in general. According to effectiveness estimations, approximately 54 to 87 per cent of clients having participated in the included studies had reached all or nearly all objectives set for the solution-focused therapy. When comparing the results from solution-focused methods to those from more problem-oriented models, no quantitative differences were observed as regards achievement of objectives. The differences were qualitative. The solution-focused methods emphasize clarity of objectives, positive approach and satisfaction of clients and professionals as compared to more problem-oriented models. Solution-focused methods have helped more than problem-oriented ones to promote the clients' self-confidence, independent problem-solving and optimism about the future.

Analysis of the results from process studies, as also results from therapy studies in general indicate that an interactive climate' and professional impact' are the major factors contributing to the success of psycho-social work. The solution-focused model consciously focuses strongly on these factors. The study results indicate that a professional can affect the contents of the discussions and quality of the relationship with the client by making conscious choices of topics and by applying adequate interactive methods. Successful application of a solution-focused model calls for control of the related techniques but also for acceptance and understanding of the solution-focused approach.

It has been difficult to bring out the differences between the various working methods by effectiveness studies. The current literature review, therefore, proposes the method-

centered studies to be replaced by so-called modeling' that looks for useful models for therapies and social work through observation of working habits and characteristics of various professionals.

Sisältö

1 Johdanto	1
1.1 Tutkimuksen tarkoitus ja kohde	1
1.2 Tutkimusaineisto ja tutkimuksen sisältö	2
2 Ratkaisukeskeinen työmenetelmä	5
2.1 Ratkaisukeskeisen näkökulman kehittelytyö	5
2.2 Ratkaisukeskeinen malli sosiaalityössä	6
2.3 Ratkaisukeskeisen menetelmän periaatteita ja interventiivisiä kysymyksiä	8
2.4 Ratkaisukeskeinen työmalli Suomessa	12
3 Kirjallisuuskatsaus arviointimenetelmänä	15
4 Näkökulmia sosiaalityön ja terapian arviointiin	17
4.1 Psykoterapian arviointi	18
4.2 Sosiaalityön arviointi	21
4.3 Sosiaalityön ja terapian arvioinnin metodologisia ongelmia	23
5 Ratkaisukeskeisen menetelmän tutkimus ja arviointi	25
5.1 Ratkaisukeskeisen työn tuloksellisuuden arviointi	25
5.1.1 Vertailevien tutkimusten tuloksia	29
5.1.2 Tuloksellisuuden osatekijöitä	32
5.2 Tapauskohtainen arviointi ja itsearviointiasteikot	35
5.3 Työntekijöitä koskevat tutkimukset	38
5.4 Prosessitutkimukset	43
5.4.1 Ratkaisukeskeisten kysymysten vaikutukset ja terapeuttien käyttämät strategiat	44
5.4.2 Asiakas subjektina vai objektina?	50
5.4.3 Asiakkaan voimavarojen vahvistaminen puheella	52
5.4.4 Kognitiiviset prosessit	55
5.4.5 Terapia kaoottisena prosessina	57
5.5 Ratkaisukeskeisiä sovellutuksia ennaltaehkäisevässä työssä	58
6 Yhteenveto ja johtopäätökset	63
6.1 Ratkaisukeskeisen työn tuloksellisuus	63
6.2 Ratkaisukeskeinen työ prosessinäkökulmasta	67
6.3 Työntekijän rooli	69
6.4 Sosiaalityön arviointiin soveltuvia malleja	71
6.5 Johtopäätökset	72

Taulukot	104
Kirjallisuus	104

1 Johdanto

1.1 Tutkimuksen tarkoitus ja kohde

Ratkaisukeskeisen menetelmän arviointitutkimus on osa Stakesin FinSoc-projektia, jonka tavoitteena on edistää sosiaalipalvelujen ja sosiaalityön menetelmien arviointia Suomessa. Tärkeimpien työmenetelmien toimivuudesta halutaan saada tutkimuksellista näyttöä. Projektilla halutaan myös edistää evaluaatiomenetelmien tuntemusta tutkimalla, minkälaisia arviointimenetelmiä maailmalla on käytössä, ja miten niitä voisi soveltaa Suomessa.

Ratkaisukeskeinen menetelmä on sosiaalihuollossa yleisesti käytössä oleva työmalli. Eri puolilla Suomea järjestetään vuosittain lukuisia ratkaisukeskeisen menetelmän koulutustilaisuuksia, ja useat kunnat ovat kouluttaneet sosiaalihuollon henkilöstöään tämän menetelmän käyttöön (Ahola & Furman 1990, Sundman 1995). Menetelmän arviointiin liittyvistä tutkimuksista ei ole ollut kattavaa tietoa. Koska ratkaisukeskeisyydellä on vahva asema suomalaisessa auttamistyössä, on sen arvioimiseen ollut myös yleistä kiinnostusta sosiaalihuollon kentällä. FinSoc-projektin alkaessa vuonna 1997 kerättiin kuntien sosiaalihuollon henkilöstöltä tietoa niistä aiheista, joista haluttiin arviointitietoa. Ratkaisukeskeinen työmenetelmä oli yksi yleisesti mainittu mielenkiinnon kohde.

Kirjallisuushaku tuotti ratkaisukeskeisen menetelmän tutkimukseen liittyviä viitteitä sen verran, että kokoavan kirjallisuuskatsauksen laatiminen näytti tarkoituksenmukaisimmalta arviointitavalta. Kun arviointitietoa on olemassa, on hyödyllistä koota saatavilla oleva tieto, ja arvioida sen perusteella, minkälaista käytäntöä ja tutkimusta jatkossa olisi hyvä toteuttaa.

Ratkaisukeskeinen työmenetelmä on psykososiaalisen työn malli. Sitä käyttävät mm. psykiatrit, psykologit ja sosiaalityöntekijät erilaisissa työtilanteissa. Aikaisemmin tehdyissä kirjallisuuskatsauksissa ratkaisukeskeistä menetelmää on arvioitu selkeästi terapianäkökulmasta. Tällaisia katsauksia ovat Yhdysvalloissa ja Espanjassa tehtyjä ratkaisukeskeisen terapian tuloksellisuus-, prosessi- ja laadullisia tutkimuksia esittelevä A. Jay McKeelin (1996) artikkeli teoksessa: "Handbook of Solution- Focused Brief Therapy"(1996) sekä Antti Mattilan artikkeli (1998) ratkaisukeskeisen terapian tuloksellisuudesta teoksessa: "Voimavarat, ratkaisut ja tarinat".

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on painottaa enemmän sosiaalityön näkökulmaa, joka monessa suhteessa poikkeaa terapianäkökulmasta. Yhtäläisyyksiä on kuitenkin niin paljon, että näkökulmien yhdistäminen on hedelmällistä. Kuten Pekka Saarnio (1992) toteaa "Yksilökohtaisen sosiaalityön perusteita--teoksen esipuheessa, monet asiakassuhteeseen liittyvät kysymykset eivät ole vain sosiaalityölle ominaisia:

Koska päteviä selityspäruustoja ja metodisia orientaatioita on kehitetty pitkälle muilla ihmistyön kentillä, niitä ei kannata yrittää keksiä sosiaalityössä uudelleen. Niiden hyödyntämättä jättäminen professionaalisten tai tieteellisten raja-aitojen vuoksi olisi resurssien hukkaamista. (Saarnio 1992.)

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on selvittää, miten ratkaisukeskeistä työmenetelmää on tähän mennessä arvioitu Suomessa ja muualla maailmassa. Tutkimuskohteena ovat arvioinneissa käytetyt *evaluoointimenetelmät* sekä arvioinneista saadut *tulokset*. Tutkimuksen kaksi pääasiallista näkökulmaa ovat ratkaisukeskeisen työmenetelmän arviointi toisaalta *tuloksellisuusnäkökulmasta* ja toisaalta *prosessinäkökulmasta*. Tuloksellisuustutkimuksissa pyritään mittamaan menetelmän vaikuttavuutta kvantitatiivisin tutkimusmenetelmin. Prosessitutkimuksissa halutaan selvittää, mitä terapiaprosessissa tapahtuu ja minkälaiset tekijät vaikuttavat tuloksellisuuteen. Kvantitatiivisten menetelmien lisäksi prosessitutkimuksissa käytetään usein kvalitatiivisia tutkimusmenetelmiä. Yhtenä prosessitutkimuksen tyyppinä voidaan pitää työntekijöihin liittyvien tekijöiden arviointia. Tässä katsauksessa työntekijöihin liittyviä tutkimuksia on käsitelty omana ryhmänään. Omat ryhmänsä muodostavat myös tapauskohtaisen arvioinnin ja ennaltaehkäisevän työn kokeilut.

Tälle tutkimukselle asetettu pääkysymys on avoin kysymys: Mitä hyödyllistä ratkaisukeskeisen menetelmän tähän mennessä tehdyllä tutkimuksella on annettavaa sosiaalityön käytäntöön ja arviointiin? Tarkempia kysymyksiä ovat: Mitä tutkimukset osoittavat ratkaisukeskeisen menetelmän tuloksellisuudesta? Mitkä tekijät vaikuttavat tuloksellisuuteen? Millä tavalla ratkaisukeskeinen työote voisi lisätä asiakaslähtöisyyttä ja parantaa asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutusta? Minkälaista arviointitutkimusta sosiaalityön kontekstissa olisi järkevää tehdä?

1.2 Tutkimusaineisto ja tutkimuksen sisältö

Tutkimusmateriaalina ovat ratkaisukeskeisestä työmenetelmästä tehdyt empiiriset arvioinnit ja arviointitutkimukset. Aineistoon on sisällytetty kaikki kirjallisuushaun perusteella löytyneet suomen-, englannin- ja ruotsinkieliset arviointi- ja tutkimusraportit sekä artikkelit, joissa raportoidaan ratkaisukeskeisen työmallin evaluoinnista sosiaalityön tai terapian alalta. Aineistoon sisältyy lisäksi yksi saksankielinen artikkeli (Burr 1993), jossa on englanninkielinen lyhennelmä. Aineistoon on sisällytetty ne tutkimukset, joissa on todettu, että kohteena on ratkaisukeskeinen tai ratkaisusuuntautunut työmalli tai että tutkimuskohde on pääosiltaan ratkaisukeskeistä työmallia edustavaa. Kaikkia aineistoon sisällytettyjä tutkimuksia ei ole erityisesti määritelty arviointitutkimuksiksi, mutta ne on otettu mukaan, koska niiden sisältö ja tulokset ainakin osittain koskevat selvästi ratkaisukeskeisen mallin arviointia. Näitä ovat Jaatisen (1996) A-klinikoita koskeva tutkimus ja Forsbergin (1998) perhetukikeskuksia ja sosiaalitoimistoja koskeva tutkimus, joissa molemmissa suuri osa tutkimusaineistosta koskee ratkaisukeskeistä työtapaa. Tarkoituksena on ollut käyttää kaikki mahdollinen saatavissa oleva informaatio.

Aineistona on 42 ratkaisukeskeisestä työmallista tehtyä empiiristä tutkimusta. Aineisto on löytynyt erilaisten tietokantojen avulla. Stakesin tietopalvelu suoritti kirjallisuushaun syksyllä 1997 seuraavista tietokannoista: MEDIC, ASSIA, MEDLINE ja SOCIOFILE. Suuri osa aineistosta on löytynyt Internetin välityksellä. European Brief Therapy Association koordinoi ratkaisukeskeisen menetelmän tutkimusta ja ylläpitää kirjallisuusluetteloita mm. Internetissä. Joitakin tutkimuksia on löytynyt yliopistojen tietokannoista ja asiantuntijoiden tietojen perusteella. Osa tiedonhaun tuottamasta materiaalista on ollut teoreettista ja kuvailevaa kirjallisuutta, eikä sitä ole sisällytetty aineistoon. Tutkimusmateriaalina ovat empiiriset tutkimukset. Teoreettista ja kuvailevaa kirjallisuutta on käytetty oheismateriaalina antamassa viitekehystä ja selityksiä varsinaisen aineiston tuottamalle informaatiolle.

On hyvinkin mahdollista, että kirjallisuushaku ei ole tavoittanut kaikkia olemassa olevia ratkaisukeskeisen työmallin tutkimuksia. Suomalaisten tutkimusten osalta aineisto on todennäköisesti kattavampi kuin ulkomaisten tutkimusten osalta, koska suomalainen aineisto on ollut helpommin saavutettavissa. Materiaali on heterogeenista tutkimusasetelmien, -menetelmien ja tutkittavien aineistojen laajuuden suhteen, joten suorilla vertailuilla on ollut vaikea tehdä. Kaikki aineistoon sisällytetyt tutkimukset on raportin lopussa koottu matriiseihin, joissa on esitelty tutkimusten sisällöt tiivistetyssä muodossa.

2 Ratkaisukeskeinen työmenetelmä

2.1 Ratkaisukeskeisen näkökulman kehittelytyö

Ratkaisukeskeinen lyhytterapiamalli kehitettiin Yhdysvalloissa. Menetelmä kehittyi käytännön kokemusten ja kriittisen ajattelun tuloksena (Berg & De Jong 1996). Merkittävimmät työryhmät ovat Mental Research Institute (MRI) Palo Altossa Kaliforniassa sekä Brief Family Therapy Center (BFTC) Wisconsinissa. MRI:ssä menetelmän kehittämiseen vaikutti merkittävästi Milton Erickson ja BFTC:ssä Steve de Shazer ja Insoo Kim Berg työryhmineen. (de Shazer ym. 1988.) Ratkaisukeskeistä lyhytterapiaa alettiin kehittää vuonna 1980 ja se sai nimensä vuonna 1982. Menetelmän kehittäminen on kohdistunut käytännön terapiatyöhön, harjoitteluun ja opettamiseen ennemmin kuin tutkimukseen. (de Shazer & Berg 1997, 121.) Varsinkin Steve de Shazer (1985, 1988, 1991) on alusta alkaen keskittynyt myös mallin teoreettiseen tutkimukseen, mutta sen empiirinen tutkimus ja arviointi on yleistynyt vasta 1990-luvulla.

Ratkaisukeskeisen tai toiselta nimeltään voimavarasuuntautuneen lyhytterapiamallin tausta juontuu ns. systeemiseen perheterapialiikkeeseen. Systeeminen perheterapia korostaa vuorovaikutuksellista näkökulmaa. Terapiassa ei hoideta vain yksilöitä, vaan koko ympäröivää systeemiä, tavallisesti perhettä. Systeemisen näkemyksen mukaan muutos yksilössä voi aiheuttaa muutoksen koko systeemissä ja päinvastoin. Ero systeemisen perheterapian ja ratkaisukeskeisen lyhytterapian välillä on se, että siinä missä systeeminen perheterapia näyttää pyrkivän muuttamaan piilevää systeemiä, ratkaisukeskeinen lyhytterapia on enemmänkin kiinnostunut siitä, mikä on näkyvillä, havaittavasta vuorovaikutuksesta. (de Shazer 1995, 71.)

Ratkaisukeskeinen menetelmä perustuu ihmisten julkituotuihin toiminta- ja ajattelutapoihin. Systeemisen terapian idea on mukana ratkaisukeskeisissä sovellutuksissa siten, että tilanteen eri osapuolet osallistuvat yhteistyöhön. Ammatillisissa yhteyksissä pyritään yleensä siihen, että asiakkaiden mielestä tärkeät ihmiset osallistuisivat. Osapuolten osaamista ja voimavaroja hyödyntäen pyritään tavoitteen saavuttamiseen. (Sundman 1995, 21.)

Ratkaisukeskeisessä mallissa korostetaan ongelmien ja ratkaisujen tulkinnallista, konstruktivistista luonnetta. Asiakkaiden omia tulkintoja ja selityksiä pidetään auttamistyön lähtökohtina ja uskotaan, että asioille annettuja merkityksiä voidaan terapian avulla muuttaa asiakkaille suotuisampaan muotoon. Asiakasta autetaan luomaan ongelmaan uusi viitekehys, joka voi edesauttaa ratkaisun löytämistä ongelmaan. Terapiatilanteissa käytettävään puheeseen ja keskustelutekniikoihin kiinnitetään suurta huomiota, koska uskotaan tulkintojen muodostuvan ja säilyvän puheen välityksellä. (Franklin 1995.) Systeemisen ajattelun kehittymisen myötä on alettu kiinnittää huomiota siihen, että silloinkin, kun terapeutit ajattelevat vain keräävänsä tietoa, he samalla

tahtomattaankin myös vaikuttavat asiakkaidensa tapaan tulkita ja ymmärtää ongelmiin. Systemisen ajattelun mukaan haastattelu ei ole koskaan pelkkää tietojen keräämistä, vaan interventio, jolla voi olla niin haitallisia kuin hyödyllisiä vaikutuksia. (Tomm 1988.)

Ratkaisukeskeinen menetelmä on konsultaatiotyypinen ja ei-häiriökeskeinen. Kyseessä on ennemminkin erityinen tapa kuvata ja lähestyä ongelmia ja niiden ratkaisuja kuin objektiivisten ongelmien poistamiseen tähtäävä menetelmä (de Shazer ym.1988, Berg 1991, Riikonen 1992). Furman ja Ahola (1995, 9) toteavat, että kun kyseessä on ihmisten kanssakäymiseen liittyvä ongelma, ongelma-keskeinen lähestymistapa käy yleensä pulmalliseksi, sillä ihmisillä on asioista eriäviä käsityksiä. Ratkaisukeskeisessä menetelmässä korostetaan onnistumisia, voimavaroja ja ratkaisuja.

Ratkaisukeskeisen mallin kehittäjät ovat laatineet valmiita kysymyssarjoja, joilla ratkaisut voidaan hahmottaa. Menetelmä on kuitenkin enemmänkin tekninen apuväline. Se ei sisällä mitään valmiita ratkaisuja. Työntekijä voi luovuutta käyttämällä edesauttaa ratkaisuihin pääsemistä (Sundman 1995). Luovuus ja joustavien ratkaisujen etsiminen kulloisestakin tilanteesta riippuen on ominaista kokeneille ratkaisukeskeisesti toimiville terapeuteille. Ideoita ja metaforia haetaan mielikuvitusta käyttäen. Esimerkiksi Matthew Selekman (1993, 13-14) vertaa terapeuttia improvisoivaan taiteilijaan. Hän käyttää myös vertausta Columbo-tekniikkaan, kun terapiassa etsitään kunkin asiakkaan ainutlaatuisista vuorovaikutustapaa. Terapeutille on usein hyödyllistä omaksua etsivälle tyypillinen ei-tietämisen asenne asiakkaan suhteen ja kysellä asioista ilmaisematta mitään ennakkokäsityksiä. (Selekman 1993, 26.)

Riikonen (1992, 68) on tiivistänyt ratkaisukeskeisen mallin logiikan viisiportaiseen jäsenyykseen:

- Hankitaan kuvaus riittävän hyvästä tilanteesta ja sen saavuttamiseen liittyvästä luottamuksesta ja motivaatiosta.
- Tutkitaan, onko riittävän hyviä tilanteita jo esiintynyt tai onko niiden suuntaista kehitystä jo havaittavissa.
- Selvitetään, miten asiakas selittää poikkeuksia tai edistystä.
- Mietitään yhdessä asiakkaan kanssa, minkälaisia käytännöllisiä keinoja näiden selitysten pohjalta voi löytää.
- Autetaan asiakasta soveltamaan näitä keinoja aiempaa tehokkaammin ja enemmän.

2.2 Ratkaisukeskeinen malli sosiaalityössä

Ratkaisukeskeinen malli sosiaalityössä liittyy psykososiaaliseen työhön, jossa korostuvat terapeuttinen orientaatio sekä työntekijän ja asiakkaan vuorovaikutukseen liittyvät tekijät. Granfelt (1993) ymmärtää psykososiaalisen työn sellaiseksi asiakaskohtaisen sosiaalityön orientaatioksi, jossa terapeuttinen ulottuvuus on tietoisesti tunnustettu työn

osa-alue, ja jossa työskentelyn ulkopuolelle ei rajata sen enempää taloudellisia, sosiaalisia kuin psyykkisiä ongelmia. Psykososiaalisen työn yhteiskunnallinen tehtävä on usein määritelty siten, että sen avulla yritetään auttaa niitä ihmisiä, jotka jäävät perinteisen psykoterapian ulkopuolelle, mutta eivät ole autettavissa pelkästään sosiaalipalveluilla tai -etuuksilla (esim. Sipilä 1989).

Sosiaalityössä ratkaisukeskeisyys on tarjonnut selkeän, myönteiseen vuorovaikutukseen perustuvan työmallin, joka sisältää paljon samoja perusaineksia kuin perinteiset case work- ja perhetyömallit. Ratkaisukeskeinen malli sisältää kuitenkin muita menetelmiä selkeämpiä ja konkreettisempia haastattelutekniikoita ja vuorovaikutusmalleja. Myös korostunut asiakaskeisyys ja huomion siirtäminen pois ongelmista erottavat ratkaisukeskeisyyden perinteisistä työtavoista.

Eräänä ratkaisukeskeisen menetelmän rajoituksena on pidetty sen ongelmallista suhdetta sosiaaliseen kontrolliin (Riikonen 1992, Arnkil & Eriksson 1996). Tämä näkökulma korostuu sosiaalityössä, jota tehdään usein tuen ja kontrollin välimaastossa. Asiakkaiden tavoitteiden asettaminen työskentelyn lähtökohdaksi on hankalampaa kuin terapiaympäristöissä, joissa asiakkaat tulevat terapiaan omasta aloitteestaan. Toisin kuin psykoterapeutti, sosiaalityöntekijä käyttää myös sitä yhteiskunnallista valtaa, mihin hänellä asemansa perusteella on velvollisuus. Varsinkin silloin, kun ihmiset eivät ole oman motivaationsa, vaan erilaisten pakkojen vuoksi asiakkaina, korostuu sosiaalityön poliittinen ulottuvuus. (Granfelt 1993.)

Ratkaisukeskeisen menetelmän kehittäjät (esim. de Shazer 1984, Berg 1991) korostavat kuitenkin mallin hyödyllisyyttä erityisesti hankalissa asiakastapauksissa, joissa kontrollitekiä usein on läsnä. Ratkaisukeskeisessä ajattelussa asiakkaiden vastarintaa nähdään yhteistyön luomisen keinona. Tämän näkemyksen mukaan työntekijä voi omilla vuorovaikutustavoillaan joko lisätä tai vähentää asiakkaan vastarintaa (Tohn & Oshlag 1996).

Sosiaalityön ammatillisessa kirjallisuudessa alettiin 1980-luvun lopulla kirjoittaa menetelmällisestä suuntauksesta, jota kutsutaan englanninkielisellä termillä "strengths perspective" (De Jong & Miller 1995, 729). Tätä termiä käytettiin ensimmäisen kerran Weickin, Rappin, Sullivanin ja Kisthardin (1989) artikkelissa, jossa käsiteltiin mallin filosofisia ja teoreettisia lähtöoletuksia (De Jong & Miller 1995, 729). Artikkelissa vertaillaan ongelmiin ja patologiaan keskittyvää sosiaalityötä ja voimavaroja painottavaa sosiaalityötä sekä niiden taustalla olevia ongelma- ja ihmiskäsityksiä. Artikkelissa viitataan myös tuloksellisuustutkimuksiin (esim. Modrcin ym. 1988), joissa on todettu, että voimavaramallin mukaisella sosiaalityöllä on päästy hyviin tuloksiin, kun sitä on sovellettu kroonisesti psyykkisesti sairaisiin ihmisiin. Voimavarasuuntautunut malli on sisällöltään ja tekniikaltaan hyvin lähellä ratkaisukeskeistä mallia. Siinä painotetaan kuitenkin vahvemmin empowerment-tavoitetta, asiakkaiden vahvistamista, joka nähdään yhteiskunnallisesti kytkeytyneenä ja sosiaalityöhön kiinteästi kuuluvana.

Voimavaramallissa katsotaan, että sosiaalityön alkuperäinen ja ensisijainen tarkoitus on auttaa ihmisiä suhteessa toisiinsa ja suhteessa sosiaalisiin instituutioihin siten, että sosiaalinen ja taloudellinen oikeudenmukaisuus toteutuisi (Cowger 1994, 263). Tästä näkökulmasta käytännön sosiaalityön keskeisenä tehtävänä on asiakkaiden vahvistaminen, empowerment. Tämä tavoite voidaan saavuttaa löytämällä ja ottamalla käyt-

töön asiakkaiden omat resurssit ja voimavarat. Tämä näkemys on vaihtoehto ja kriittikki aikaisemmin vallinneelle diagnostiselle, normatiiviselle ja ongelmapainotteiselle sosiaalityön käytännölle. Asiakkaiden vahvistumiseen liittyy kaksi vuorovaikutuksessa olevaa dynamiikkaa: persoonallinen, yksilöllinen vahvistuminen ja sosiaalinen vahvistuminen. Sosiaalinen oikeudenmukaisuus nähdään suhteessa asiakkaiden sosiaaliin toimintakykyyn ja sitä kautta yksilölliseen toimintakykyyn. (Holmes 1992, Cowger 1994.)

Empowerment-näkemyksen mukaan käytännön sosiaalityön tulisi pyrkiä lisäämään asiakkaiden omaa kontrolli- ja hallintakykyä elämänsä suhteen. Olennaista on, että ihmiset lähtevät itse liikkeelle, voimistuvat ja tulevat mahdollisimman täysivaltaisiksi elämänsä subjekteiksi (Karisto ym. 1998). Tähän liittyy myös tietoisuus valtasuhteista ja omasta asemasta. Mallissa korostetaan sosiaalityön väistämättä poliittista luonnetta (Cowger 1994).

Suomalaisessa sosiaalityössä puhutaan yleensä ratkaisu- ja voimavarasuuntautuneesta mallista, joka on ratkaisukeskeisen lyhytterapian sosiaalityön käytäntöihin sovellettu malli. Tähän kirjallisuuskatsaukseen on otettu mukaan tutkimukset, joissa arvioidaan ratkaisukeskeistä (solution-focused), ratkaisu- tai voimavarasuuntautunutta (solution-oriented) tai ratkaisuterapiaa (solution therapy).

2.3 Ratkaisukeskeisen menetelmän periaatteita ja interventiivisiä kysymyksiä

Myönteisyys ja voimavarat. Ratkaisukeskeisessä ajattelussa uskotaan, että asiakkailla on resursseja ja voimavaroja ratkaista ongelmansa. Työntekijän tehtävänä on auttaa asiakasta löytämään nuo kyvyt ja saada ne käyttöön, jotta ongelma voidaan ratkaista. (O'Hanlon & Weiner-Davis 1990.) Asiakkaan aikaisempia onnistumisia pyritään käyttämään hyväksi ratkaisua etsittäessä. Työskentelyn kuluessa selvitetään, mitä asiakas osaa ja miten hän voisi soveltaa paremmin jo osaamiaan asioita nykytilanteessaan. (Berg 1991.)

Ratkaisukeskeisessä työskentelyssä korostetaan normaalisuutta ja terveyttä. Ongelmien katsotaan kuuluvan elämään, eikä ongelmatilanteissa olevia ihmisiä pidetä poikkeavina. Ratkaisukeskeisessä työskentelyssä pyritään luomaan kuvia siitä, miten asiat voisivat olla paremmin ja auttaa ihmisiä näkemään mahdollisuuksia, joita muuten ei ehkä ymmärrettäisi sekä herättää toimintaa, jota ei ehkä muuten syntyisi. Tilanteissa, jossa ongelmaa ei voida kokonaan poistaa, etsitään keinoja, joiden avulla ongelman kanssa voi tulla paremmin toimeen. (O'Hanlon & Weiner-Davis 1990.) Tällainen tilanne voi olla esimerkiksi jonkin kroonisen sairauden kanssa eläminen.

Muutokseen tähdittäessä luodaan muutosodotuksia asiakkaalle. Ratkaisukeskeisesti suuntautuneet työntekijät ovat huomanneet, että työntekijän omat ennakkokäsitykset ja odotukset vaikuttavat lopputuloksiin, ja hyödyntävät tätä käyttämällä positiivisia ennako-oletuksia. Työntekijä voi esimerkiksi kysyä: "Minkä ongelman suhteen voin auttaa teitä?" tai "Mikä on toisin silloin, kun ongelmaa ei enää ilmene?"

Ratkaisukeskeisessä työskentelyssä keskitytään pikemminkin tulevaisuuteen kuin

menneisyyteen. Keskustelu menneisyydestä voi kuitenkin olla kannustavaa ja rohkaisevaa, jos menneisyyden tapahtumia tarkastellaan kasvattavina ja opettavina kokemuksina ennemmin kuin ongelmien alkulähteenä. Menneisyys nähdään voimavarana. (Berg 1991, Furman & Ahola 1995.)

Muutos ja poikkeukset. Ratkaisukeskeisessä ajattelussa muutosta pidetään jatkuvana. Ihmisen koko elämän katsotaan olevan jatkuvassa muutostilassa olemista. Siksi asiakkaalle pyritään luomaan vaikutelma, että ongelman pysyminen olisi yllättävää. Jos asiakkaat ilmoittavat, että muutosta ei ole tapahtunut, ratkaisukeskeinen ajatus on, että heidän käsityksensä tilanteesta on vain pysynyt samana. Työntekijä ohjaa istunnon aikana käytävää keskustelua muutosta koskevien ennakkokäsitysten ja olettamusten suuntaan. (Berg 1991.)

Ratkaisukeskeisen ajattelun mukaan pienikin muutos asiakkaan elämässä on merkittävä, koska se yleensä johtaa toisiin muutoksiin muilla elämänalueilla. Systemisesti ajatellen yhden perheenjäsenen muuttunut käyttäytyminen aiheuttaa sen, että muiden perheenjäsenten on reagoitava muutokseen. Toisaalta yksikin myönteinen muutos lisää usein optimistisuutta ja rohkeutta pyrkiä uusiin muutoksiin (O'Hanlon & Weiner-Davis 1990).

Ratkaisukeskeisessä ajattelussa uskotaan, että hyvinkin nopea muutos ja ongelman häviäminen ovat mahdollisia. Asiakkaan ja työntekijän kahta ensimmäistä tapaamiskertaa pidetään ratkaisevan tärkeinä terapian tuloksellisuuden kannalta. Ratkaisukeskeistä menetelmää käyttävät terapeutit ovat havainneet, että asiakkaat saavuttavat usein jo ensimmäisen tapaamisen vuorovaikutuksen tuloksena uuden ja optimistisemmän näkökulman tilanteeseensa. Työntekijän usko siihen, mitä lopulta voidaan saavuttaa, saattaa olla yksi tärkeimmistä asiakkaan muutosodotuksiin vaikuttavista tekijöistä. (O'Hanlon & Weiner-Davis 1990.)

Menetelmän kehittäjät kiinnostuivat alussa poikkeuksista, siitä mikä toimii (de Shazer ym. 1988, de Shazer & Berg 1997). Yleinen ratkaisukeskeinen ensimmäisen asiakastapaamisen yhteydessä esitettävä kysymys kuuluu: "Mitä sellaista elämässänne on tapahtunut kyseessä olevan ongelman suhteen ajanvarauksen jälkeen, jonka toivoisitte jatkuvan?" Tällä kysymyksellä pyritään siirtämään asiakkaan huomio hänen omiin onnistumisiinsa ja muutoksen havaitsemiseen. Ratkaisukeskeisen menetelmän kehittäjät ovat huomanneet, että ennen ensimmäistä tapaamista alkuun lähtenyt muutos on hyvin yleistä, ja kysymys on havaittu hyödylliseksi. Jos asiakas ei ole huomannut muutoksia ajanvarauksen jälkeen, voidaan kysymys muotoilla uudelleen siten, että haetaankin asiakkaan aikaisemmin elämässään kokemia onnistumisia tai tilanteita, jolloin ongelmaa ei esiinny. Poikkeusten avulla voidaan hahmottaa muutosta siten, että tutkitaan, mitä asiakas on tehnyt silloin, kun ongelmaa ei esiinny. Tällaista "ratkaisukäyttäytymistä" pyritään lisäämään jatkossa. Samalla pyritään siihen, että ei toistettaisi sellaisia ratkaisuyrityksiä, jotka eivät aikaisemmin ole toimineet, vaan etsitään sitä, mikä toimii ja minkä asiakas itse saa toimimaan. (Weiner-Davis ym. 1987, Berg 1991.)

Ensimmäisellä tapaamisella työntekijä usein antaa ratkaisukeskeisen kotitehtävän. Asiakkaan tai asiakasperheen tulee huomioda niitä tilanteita ennen seuraavaa terapia-tapaamista, jolloin ongelmaa ei esiinny, mitä hän silloin tekee ja mitä muut tekevät, mikä on toisin kuin ongelman esiintyessä. Tällä interventiolla pyritään myös muutoksen

havaitsemiseen ja konkretisoimiseen samoin kuin asiakkaan omien kykyjen korostamiseen. (de Shazer ym. 1988, Adams ym. 1991, Jordan & Quinn 1994.)

Muutosta konkretisoidaan usein asteikkokysymyksillä. Asiakas saa terapian eri vaiheissa arvioida asteikolla yhdestä kymmeneen, missä kohtaa hän milloinkin on kyseessä olevan ongelman tai tavoitteen saavuttamisen suhteen. Usein käytetty kysymys on: "Mitä sinun tulisi tehdä, jotta kohoaisit asteikolla haluamaasi kohtaan (esimerkiksi neljästä yhdeksään)?" Näin voidaan myös konkretisoida työskentelyn tavoitteita. (Franklin ym. 1997.)

Tavoite. Ratkaisukeskeisen ajattelun mukaan ei ole olemassa yhtä ja oikeaa tapaa elää ja toimia. Sen vuoksi korostetaan, että asiakkaan omat tavoitteet tulee pitää työskentelyn lähtökohtana. Ratkaisukeskeisesti toimivat työntekijät ovat havainneet, että monien asiakkaiden aikaisemmat terapiakokemukset ovat olleet pettymyksiä sen vuoksi, että asiakkaan omat tavoitenäkemykset on sivuutettu. Työntekijä on itsepintaisesti esittänyt omaa käsitystään varsinaisesta ongelmasta ja hoidon oikeasta päämäärästä. Ratkaisukeskeisesti toimivat työntekijät esittävät asiakkaan tavoitteille vaihtoehtoja vain poikkeustapauksissa. Selviä poikkeuksia ovat lainvastaiset tavoitteet, kuten esimerkiksi lapseen kohdistuvat väärinkäytökset. Toinen poikkeusryhmä ovat selvästi epärealistiset tavoitteet, joita pyritään konkretisoimaan saavutettavalle tasolle. (O'Hanlon & Weiner-Davis 1989.)

Bergin (1991) mukaan tavoite koostuu kahdesta osatekijästä: se, mihin tähdätään ja se, miten se pyritään saavuttamaan. Ilman selkeästi määriteltyjä tavoitteita on asiakkaan ja työntekijän yhteistyötä vaikea arvioida. Tavoitteen tulisi olla pieni, yksinkertainen ja realistisesti saavutettavissa. Berg (emt.) toteaa myös, että tavoite olisi hyvä muotoilla siten, että kyseessä on uuden positiivisen käyttäytymisen aloittaminen ennemmin kuin olemassa olevan negatiivisen käyttäytymisen lopettaminen. Tavoite tulisi ilmaista konkreettisina, mitattavissa olevina ja käyttäytymistä koskevin asioina, jotta sen saavuttamista voitaisiin arvioida. Tavoitteen saavuttamisen on oltava asiakkaalle itselleen tärkeää ja asiakkaan tulisi ymmärtää, että tavoitteen saavuttaminen edellyttää mahdollisesti kovaa työtä ja epäonnistumiset ovat mahdollisia. (Berg 1991.)

Tavoitteiden konstruoimiseen ja tulevaisuuteen suuntautumiseen käytetään interventiivisiä kysymyksiä. Yleinen ratkaisukeskeinen kysymys on ihmekysymys: "Kuvitellaan, että ensi yönä nukkuessasi tapahtuu ihme, ja kaikki ne ongelmat, joiden vuoksi tässä keskustelemme, ovat yön aikana ratkenneet. Miten asiat sitten ovat? Mitkä asiat ovat eri tavalla? Mistä sinä sen ensimmäisenä huomaat? Millaisia ihmiset ovat sinulle tämän ihmeen jälkeen? Millainen itse olet?" (Makkonen 1995, 22). Ihmekysymys auttaa asiakasta kuvittelemaan tilannetta ilman ongelmaa. Kun ihmetilanteeseen haetaan konkreettisia kuvauksia, voidaan niiden mukaisesti muotoilla tavoitteita (de Shazer ym. 1988).

Tavoitteita pyritään tarkentamaan tai korjaamaan, mikäli siihen on tarvetta työskentelyn edetessä. Ratkaisukeskeinen työote vaatii joustavuutta ja jatkuvaa arviointia työntekijältä. Koska muutosta pidetään jatkuvana ja väistämättömänä, myös työskentelyprosessi ja tavoitteet tulee nähdä muuttuvina (Andersson & Goolishian 1988).

Asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutus. Ratkaisukeskeisessä ajattelussa asiakas ja työntekijä nähdään tasaveroisina yhteistyökumppaneina, joiden yhteistyössä tavoitteet ja

muutos konstruoidaan. Ratkaisukeskeisen menetelmän kehittäjät ja sitä käyttävät työntekijät painottavat asiakaskeskeisyyttä eri tavoin. Jopa BFTC:ssä eri terapeuteilla on erilaisia tyyplejä toteuttaa tätä periaatetta. Tyyplit vaihtelevat myös asiakkaan ominaisuuksien ja tilanteen mukaan. Asiakas-työntekijä -suhde on työntekijälle väline, jonka avulla pyritään saavuttamaan tiettyjä tavoitteita.

Ratkaisukeskeisen mallin kehittäjät ovat luokitelleet asiakkaat kolmeen tyyppiin sen mukaisesti, minkälaiselta asiakas-työntekijä -suhde vaikuttaa alkuvaiheessa. Tyypit ovat "vierailija", "valittaja" ja "tosiasiakas" (George ym. 1990, Berg 1991, Selekman 1993). Vierailija on asiakas, jolla ei omasta mielestään ole ongelmaa, ja alussa näyttää siltä, että työntekijällä ja asiakkaalla ei ole yhteistä tehtävää. Vierailija tulee yleensä jonkun muun lähettämänä työntekijän vastaanotolle ja on usein yhteistyöhaluton. Asiakkaan tavoite esimerkiksi lastensuojelutapauksessa saattaa olla vain viranomaisista eroon pääseminen. Vierailijalle työntekijä voi antaa paljon myönteistä palautetta siitä, mikä näyttää menevän hyvin. Työntekijä on kärsivällinen ja pyrkii "liittymään" asiakkaan elämään. Hän etsii tapoja vaikuttaa kohti muutosta. (Berg 1991.)

Valittaja-asiakas saattaa kuvailla ongelmia hyvin yksityiskohtaisesti ja omata vankkoja käsityksiä siitä, mitä on vialla ja mitä pitäisi muuttaa. Hän ei kuitenkaan näe itseään aktiivisena osapuolena ongelman ratkaisussa. Hän kykenee näkemään ratkaisun ongelmaan ja odottaa muutoksia, mutta ei ole vielä itse valmis toimimaan. Valittajalle annetaan myös paljon myönteistä palautetta ongelman ja ratkaisun miettimisestä ja siitä, jos hän on tehnyt edes jotain pientä muutoksen aikaansaamiseksi. (Berg 1991.)

Työskentelyn tarkoituksena on, että jokaisesta asiakkaasta tulisi tosiasiakas, joka haluaa muuttua ja toimia muutoksen aikaansaamiseksi. Asiakkaan ja työntekijän välinen suhde nähdään prosessina. Alkulähtökohdat voivat olla hankalat, mutta työskentelyn tuloksena pyritään yhteisesti muotoiltuihin tavoitteisiin ja motivoituneeseen työskentelyyn kohti muutosta. (Berg 1991.)

Haastattelu ja puhe. Ratkaisukeskeisessä ajattelussa pidetään asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutuksellista suhdetta systeeminä, jossa kaikella toiminnalla ja puheella on merkitystä. Haastatteluun ja kieleen kiinnitetään suurta huomiota. Samalla kun työntekijä haastattelee asiakasta, hän voi kielellisen tai ei- kielellisen viestinnän kautta vaikuttaa asiakkaaseen. Puhetyylin ja -aiheiden valinnat ja painotukset nähdään tärkeinä vuorovaikutussuhdetta suuntaavina tekijöinä. Haastattelu on työntekijälle ensiarvoisen tärkeä työmenetelmä, ei ainoastaan tiedon keräämiseksi, vaan myös keskustelun ohjailemiseksi niin, että se palvelee ratkaisujen löytymistä. (Berg 1991.) Keskustelua pyritään ohjailemaan kohti tulevaisuutta ja tavoitteita. Myönteistä "ratkaisupuhetta" pyritään korostamaan ja lisäämään. Se on keskeinen tavoite ja keino (esim. de Shazer 1991, Furman & Ahola 1995). Ammattislangia ja "patologista" sanastoa halutaan välttää ja käyttää enemmän asiakkaalle itselleen ominaisia sanontoja. Työntekijä pyrkii löytämään kullekin asiakkaalle sopivan keskustelutyylin (de Shazer 1988).

Puhetta käytetään ratkaisukeskeisesti esimerkiksi antamalla asioille uusia merkityksiä. Positiivinen uudelleenmäärittely on yksi ratkaisukeskeisen työskentelyn ja yleisemminkin perheterapian interventiotekniikka. Se on tapa auttaa asiakasta näkemään ongelmansa uudessa valossa ja hahmottamaan uusia ratkaisuja. Uudelleenmäärittely on kielellisesti vaihtoehtoinen tapa kuvata asiakkaan vuorovaikutusta ympäristönsä

kanssa. Esimerkiksi nalkuttava voidaan määritellä huolestuneeksi ja riitely itsenäisyyden osoitukseksi. Kun asiakasta autetaan näkemään ja kuvailemaan asioita uudessa valossa, on mahdollista, että hän ajattelee, tuntee ja toimii eri tavalla kuin ennen. (Berg 1991.)

Tauko. Ratkaisukeskeisen haastattelun jälkeen pidetään usein lyhyehkö tauko, jolloin työntekijät voivat keskustella asiakastapauksesta. Tauon jälkeen asiakkaalle annetaan palaute, jossa korostetaan asiakkaan vahvuuksia ja kykyjä (de Shazer ym. 1988). Jos terapiaistuntoa on seuraamassa tiimi, tauon aikana työntekijät keskustelevat tiimin kanssa asiakastapauksesta. De Shazer ja Berg (1997) pitävät taukoa olennaisena ratkaisukeskeiseen malliin kuuluvana toimintatapana. Terapiaympäristöissä tauko usein kuuluu-kin asiaan. Sosiaalitoimistoissa käytetyt toimintatavat ovat todennäköisesti vaihtelevia tilanteesta riippuen.

Työskentelyn päättäminen. Ratkaisukeskeinen lyhytterapia on yleensä melko lyhyttä. Terapiaympäristöissä yleinen istuntojen määrä on noin 3 - 7 kertaa (Mattila 1998). Työskentelyn päättämisen kriteerinä on tavallisesti tavoitteen saavuttaminen tai sovittu aikaraja. Aikarajan asettaminen on koettu hyödylliseksi, koska se lisää asiakkaan ja työntekijän motivaatiota ja työskentelyn selkeyttä. Sosiaalityössä aikarajaa parempi tapa on arvioida tavoitteita uudelleen ja sopia etenemisestä asiakkaan kanssa. Asiakassuhde voi päättyä myös siihen, että hän siirtyy toisen palvelun piiriin. (Berg 1991.)

Selekman (1993, 155) on sitä mieltä, että muutos on selvästi tapahtunut silloin, kun asiakkaat pystyvät tekemään eron vanhojen ongelmakeskeisten uskomustensa ja käytäytymisensä sekä uuden ratkaisukeskeisen näkemyksen ja vuorovaikutusmallien välillä. Muutosta vahvistavia kysymyksiä terapian lopussa ovat esimerkiksi seuraavat: "Mitä sinun pitäisi tehdä, että tilanne huononisi?", "Mitä sinun tulisi tehdä estääksesi tilanteen huononeminen?", "Mitä sinun tulee jatkaa edelleen, jotta muutokset jatkuisivat?" Näillä kysymyksillä halutaan varautua tilanteen huononemiseen ja miettiä keinoja muutoksen jatkumiseksi. (Selekman 1993.)

2.4 Ratkaisukeskeinen työmalli Suomessa

Ratkaisukeskeinen työmalli tuli Suomeen 1980-luvun lopulla. Tällä vuosikymmenellä se on yleistynyt terapian ja sosiaalityön eri alueilla. Lyhytterapioihin liittyvä keskustelu on julkisuudessa ollut toisinaan kiihvasta (esim. Helsingin Sanomien mielipidesivulla 23.6.98, 7.7.98, 17.7.98) analyyttisen ja ratkaisukeskeisen terapiakoulukunnan välillä. Keskustelu on koskenut toisaalta terapiasuuntausten sisällöllisiä eroja ja toisaalta kustannuksia. Lyhytterapioiden etuja yhteiskunnan kustannusten säästäjinä on korostettu yleisemminkin.

Kouluttajatahoja ovat mm. Mannerheimin Lastensuojeluliitto ja Lyhytterapiainstituutti Oy, jotka ovat yhteistyössä järjestäneet ratkaisukeskeistä lyhytterapiakoulutusta vuodesta 1985. Lyhytterapiainstituutti Oy on järjestänyt koulutusta myös yhteistyössä yliopistojen täydennyskoulutuskeskusten ja kesäyliopistojen kanssa. (Psykoterapia Suomessa 1995.) Suomessa toimii myös Ratkaisu- ja voimavarasuuntautuneiden menettelmien edistämisyhdistys, joka julkaisee Ratkes-lehteä neljä kertaa vuodessa.

Kuntoutussäätiö ylläpitää ratkaisukeskeistä terapiaa harjoittavaa Voimavarasuuntautuneen Asiakastyön Kehittämiskeskusta (VAK-keskus) Helsingissä. Kela tukee VAK-keskuksessa käyvien asiakkaiden terapiaa. VAK-keskuksen toiminnasta julkaistiin syksyllä 1998 kokoomateos "Voimavarat, ratkaisut ja tarinat", joka sisältää artikkeleita ratkaisukeskeisestä terapiasta eri näkökulmista sekä VAK-keskuksessa suoritettun tuloksellisuusarvioinnin (Vataja ym. 1998). Antti Mattila (1998) on teokseen sisältyvässä artikkelissaan koonnut ratkaisukeskeisen terapian tuloksellisuustutkimuksista tieto- ja yleisemminkin.

3 Kirjallisuuskatsaus arviointimenetelmänä

Ratkaisukeskeisen työmallin arviointimenetelmänä olen käyttänyt kirjallisuuskatsaus- ta, jonka puitteissa on mahdollista tuoda esiin hyvinkin erilaisia evaluointitapoja ja - tuloksia. Koska ratkaisukeskeistä mallia on arvioitu vasta suhteellisen vähän ja tieto on hajallaan, kirjallisuuskatsauksella voidaan luoda tietoperustaa käytetyistä metodeista ja käsitteistä ja helpottaa aiheen tutkimista tulevaisuudessa. Kirjallisuuskatsaus voi toimi- mia tietolähteenä myös käytännön asiakastyössä (Grinnel 1993, 388). Kirjallisuuskat- sauksella pyritään kokoamaan ja analysoimaan aiheen kannalta tärkeää tutkimustietoa tutkimussynteesiksi ja tuomaan esiin aiheen kannalta tärkeitä sisällöllisiä ja menetel- mällisiä näkökohtia. Sen pohjalta voidaan myös löytää ne alueet, joihin tutkimukset eivät ole antaneet vastauksia ja suunnata jatkossa tehtäviä tutkimuksia näille alueille. (Cooper 1998, 3.)

Grinnelin (1993) mukaan kirjallisuuskatsauksella pyritään seuraaviin päämääriin:

1. Perehtyminen tutkimusaiheen taustaan ja historiaan.
2. Mahdollisten tutkimustapojen määrittely.
3. Aikaisempien tutkimusten vahvuuksien ja heikkouksien arviointi.
4. Käsitteellisen viitekehyksen ja päämäärän luominen nykyiselle tutkimukselle.

Kirjallisuuskatsauksen laatimisessa voidaan erottaa seuraavat vaiheet:

- Tutkimusongelman määrittely.
- Tutkimuksen ja aineiston rajojen määrittely – mikä aineisto otetaan mukaan ja mikä jätetään ulkopuolelle.
- Suunnitelman laatiminen kirjallisuuden etsimistä varten.
- Tietolähteiden paikallistaminen ja käyttöönotto.
- Tiedon evaluointi.
- Tiedon organisointi.
- Tiedon analysointi.
- Synteesin laatiminen ja tulosten raportointi.
(Grinnel 1993, Goodman 1993, Cooper 1998).

Kirjallisuuskatsauksen sisältö noudattaa seuraavaa mallia:

1. Kirjallisuudesta löytyneiden pääteemojen ja tulosten esittely.
2. Tärkeimpien käsitteiden organisointi ja dokumentointi tutkimusraporttien yhteydessä.
3. Tehtyjen tutkimusten kriittinen tarkastelu.
4. Alan johtavien tutkimussuuntausten raportointi.
5. Tutkimusmetodologian tärkeiden aspektien tunnistaminen.
6. Suositukset jatkotutkimuksia varten. (Grinnel 1993, Cooper 1998.)

Kirjallisuuskatsauksessa tutkimuksen sisältö määrittyy pitkälti saatavilla olevan aineiston perusteella (Cooper 1998). Tässä raportissa olen kiinnittänyt paljon huomiota tutkimusten tuloksiin käytännöllisestä näkökulmasta ja tutkimusten metodologiaan sisällölliseltä kannalta, koska näitä asioita on aineiston perusteella ollut mahdollista arvioida. Tutkimusten ja menetelmien toteuttamisen tekninen puoli on jäänyt vähemmälle huomiolle, koska näitä vaiheita ei ole tutkimusraporteissa tavallisesti selvästi selostettu. Poikkeuksena ovat ne tutkimukset, jotka on tehty yliopistollisina opinnäytteinä, ja joista on ollut alkuperäinen tutkimusraportti käytettävissä. Useimmat aineistoon kuuluvat tutkimukset ovat olleet käytössä artikkeleina, joissa raportointi on suppeampaa kuin varsinaisissa tutkimusraporteissa. Lukiessani tutkimuksia olen kiinnittänyt huomiota seikkoihin, jotka mielestäni ovat merkittäviä käytännön auttamistyön ja arvioinnin kannalta. Kirjallisuuskatsauksen sisältö on pitkälti omien valintojeni tulos. Raportin lopussa oleviin taulukoihin olen pyrkinyt tiivistetysti kokoamaan perusasiat kaikista tutkimuksista.

4 Näkökulmia sosiaalityön ja terapian arviointiin

Arvioinnista tai arviointitutkimuksesta ei ole mahdollista esittää yksiselitteistä ja yleisesti hyväksyttyä määritelmää, koska arviointi on hyvin käytännönläheistä ja siitä syystä hyvin vaihtelevaa ja moninaista. Arvioinnin sisältö ja muoto riippuvat hyvin voimakkaasti siitä toimintaympäristöstä, jossa arviointitietoja hankitaan sekä niistä konkreettisista käytännön toimintatilanteista, joissa arviointitietoja käytetään. (Sinkkonen & Kinnunen 1994, 21.) Evaluatiivinen lähestymistapa on ominainen suurelle osalle sosiaalipoliittisia tutkimuksia, vaikkei niitä ole kutsuttukaan evaluaatiotutkimuksiksi (Rajavaara 1992, 52). Evaluatio voidaan ymmärtää laajasti "sateenvarjoterminä" (Koskiahho 1990). Se sisältää erilaisia tekniikoita ja menettelytapoja, joilla esimerkiksi hyvinvointivaltion palveluja, ohjelmia ja projekteja voidaan arvioida.

Yleisellä tasolla voidaan sanoa, että arvioinnin tai evaluaation pitäisi olla "hyvän käytännön" edistämistä (Everitt & Hardiker 1996, 27). Harri Sintosen (1987) mukaan evaluaatiolla voidaan ymmärtää yhden tai useamman toiminnon tai toimenpiteen hyvyden arviointia. Kun ei ole olemassa mitään yleistä hyvyyden kriteeriä, on siitä aina erikseen päätettävä tai sovittava. Yleisesti ottaen hyvyys määritellään tavoitteen saavuttamisen funktiona. Evaluatio-käsitteen kautta arviointi samastuu usein evaluaatiotutkimukseen, jolloin arvioinnissa korostuu tutkimuksellinen ote ja tiedontuotanto (Jokiranta 1993, 288). Evaluatiotutkimuksen ote voi olla perustutkimuksellinen, jos tutkimus ei rajoitu pelkästään jonkin toiminnan arviointiin, vaan sisältää pohdintaa itse tiedonintressistä ja tiedon sisällöstä (Koskiahho 1990) sekä mahdollisesti tähän liittyvää tutkimusmenetelmällistä kehittämistyötä (Rajavaara 1990).

Keskustelussa sosiaalityön arvioinnista korostuu vallitsevan ulkoapäin ohjatun arvioinnin kritiikki enemmän kuin psykoterapian tutkimuksessa. Sosiaalityön arvioinnissa on nähty kaksi eri näkökulmaa tai arviointitapaa, perinteinen ulkoapäin ohjattu, mittaamiseen ja objektiiviseen tietoon pyrkivä evaluointi sekä "arkiarviointi" tai sosiaalityöntekijöiden itse-evaluatio (Rajavaara 1992, Everitt & Hardiker 1992, Shaw & Shaw 1997). Ulkoapäin ohjatussa evaluaatiotutkimuksessa tutkijat tarkastelevat arvioinnin kohteena olevia käytäntöjä toiminnan ulkopuolisina, kun itse-evaluatiossa toimintaa toteuttavat työntekijät itse arvioivat työtään kehittämensä arviointimeneteltyin. Ajatuksena on, että omaehtoisen työnsä jäsentämisen ja arvioinnin kautta työntekijät saavat välittömämmin työnsä kehittämistä palvelevaa tietoa kuin mitä ulkopuolisten tekemät tutkimukset voisivat tarjota. Samalla tutkimusmethodiset kysymykset ja tieteelliset kriteerit täyttävä raportointi eivät ole yhtä keskeisiä kuin varsinaisessa evaluaatiotutkimuksessa. Sosiaalityön itse-evaluatiota on kehitelty Yhdysvalloissa 1970-luvulta lähtien erityisesti niin sanottujen single-case design-tutkimusasetelmien muo-

dossa. (Rajavaara 1992, 53.)

Toimintaa ohjaavien käsitteiden, oletusten ja merkitysten kriittinen tarkastelu on sosiaalityöhön liittyvissä keskusteluissa nostettu esiin diskurssianalyttisen tutkimuksen yhteydessä (Rojek 1988, Fredin 1993, Karvinen 1993). Ammattikieli, sen käsitteet ja oletukset, ovat aina myös yhteiskunnallisen vallan ja ideologian kantajia. Asiakasnäkökulmaa on tuotu esiin korostamalla sosiaalityön vuorovaikutuksellista luonnetta, jossa lähtökohtana on asiakkaan elämä ja todellisuus.

Marketta Rajavaara (1992) on kuvaillut arviointitapoja ulottuvuudella konventionaalinen ja konstruktivistinen evaluaatio. Konventionaalien arviointi on lähinnä mittamista, kvantifioivan tiedon tuotantoa arvioitavasta kohteesta. Konstruktivistisen evaluaatiotutkimuksen ajatuksena on puolestaan joustavuus ja vuorovaikutus tutkimuskohteen ja tutkijan välillä. Konstruktivistisessa arvioinnissa tulos ei ole kuvaus siitä, kuinka asiat todella ovat, vaan olennaisia ovat merkitysrakenteet eli konstruktiot, joiden avulla toimijat hahmottavat toimintaympäristöään sekä omaa ja muiden toimintaa. Konstruktivistisessa arvioinnissa korostuu oppimisprosessi, jossa arviointiin osallistuvat intressiryhmät yhdessä selvittävät, millaisia käsityksiä heillä on arvioitavasta alueesta (Rajavaara 1992, Jokiranta 1993). Tieteen asiantuntijoiden rinnalle tulevat eri alojen toimijat, joiden kokemustieto mahdollistaa uusien näkökulmien avaamisen, tieteen kritiikin ja sen tietoaukkojen täydentämisen. Konstruktivistisen evaluoinnin tarvetta voidaan perustella sillä, että monimutkaistuvassa maailmassa tarvitaan uudella tavalla vastavuoroista, arvioivaa ja keskustelevaa suhdetta erilaisten tietämisen tapojen välille. (Mutka 1998, 184.)

Arvioinnin näkökulmat eivät ole toisiaan poissulkevia tai vaihtoehtoisia keskenään. Olennaista on nähdä erilaisten arviointikäytäntöjen tarkoitus ja toimintatapa (Jokiranta 1993). Ratkaisukeskeisen työmallin tutkimuksessa korostetaan menetelmän ja sen lähtökohtien konstruktivistista viitekehystä. Ratkaisukeskeisen mallin kehittäjät (de Shazer & Berg 1997) ja arviointeja toteuttaneet tutkijat toteavat yleisesti, että tutkimuksen tulisi noudattaa menetelmälle ominaisia lähtökohtia, joiden mukaan asiakkaiden asioilleen antamia merkityksiä tulee kunnioittaa mahdollisimman pitkälle.

4.1 Psykoterapian arviointi

Psykoterapia on määritelty mielen hoidoksi, jonka tavoitteet ja keinot eroavat neuvonnasta ja ohjauksesta tai esimerkiksi fyysisen terapian muodoista. Psykoterapia on psyykkisten ongelmien ja terveen psykologisen kehityksen esteiden poistamista ja lievittämistä sekä yksilön oman kehityksen tukemista psykoterapeuttisessa yhteistyösuhteessa (Psykoterapia Suomessa 1995).

Psykoterapian tuloksellisuustutkimusta on Suomessa harjoitettu toistaiseksi melko vähän. (Psykoterapia Suomessa 1995). Maailmalla psykoterapian vaikuttavuutta on tutkittu jo 1930-luvulta lähtien (Lambert & Bergin 1994). Vuonna 1952 julkaistiin H. J. Eysenckin artikkeli, jossa todetaan, että psykoterapialla ei ole voitu todeta olevan mitään parantavaa vaikutusta neuroottisilla potilailla verrattuna ilman hoitoa jääneisiin potilaisiin. Psykoterapian tuloksellisuutta koskevia kontrolloituja tutkimuksia on sit-

temmin esitelty useissa laajoissa katsauksissa (esim. Lambert & Bergin 1994), ja tutkimukset ovat osoittaneet vakuuttavasti, että psykoterapia on tehokasta, ja että sen vaikutukset ovat myös kestäviä. Lambertin ja Berginin (1994) meta-analyysissä todetaan, että keskimäärin 66 % terapiaan osallistuneista aikuisasiakkaista on hyötynyt hoidosta. Joissakin meta-arvioissa onnistuneisuusprosentit ovat tätä korkeampia, noin 70–80 % (esim. Koss & Shiang 1994, Psykoterapia Suomessa 1995).

Pitkien ja lyhyiden terapiamuotojen välillä ei ole havaittu eroja tuloksellisuudessa. Lyhyillä terapioidella päästään keskimäärin yhtä hyvään tulokseen kuin pitkällä terapioidella (Koss & Shiang 1994, Lambert & Bergin 1994). Pitkien ja lyhyiden psykoterapiamallien vaikuttavuutta verrataan myös Suomessa meneillään olevassa Psykoterapiaprojektissa HYKS:n psykiatrian klinikalla. (Psykoterapia Suomessa 1995, Mattila 1998).

Psykoterapiaan liittyy myös riskejä ja negatiivisen vaikutuksen mahdollisuus. Hyvä terapeutin ammattitaito edellyttääkin käytössä olevien menetelmien rajoitusten tunnistamisen lisäksi myös tietoa muiden hoitomuotojen mahdollisuuksista. (Psykoterapia Suomessa 1995). Psykoterapian tutkimuksessakin on alettu yhä enemmän korostaa eklektismia ja eri työtapojen yhdistämistä. Pyritään välttämään vahvoja kannanottoja jonkin tietyn teorian tai menetelmän puolesta. Eri terapiamenetelmiä vertailevissa tutkimuksissa ei ole myöskään osoitettu eroja tuloksellisuudessa menetelmien välillä. (Lambert & Bergin 1994).

Psykoterapiatutkimuksissa puhutaan ns. "placebohoidosta" ja "epäspesifisistä" tekijöistä, joilla tarkoitetaan sellaisia ulottuvuuksia terapia-asetelmassa, jotka eivät ole millekään terapiamenetelmälle erityisiä, vaan jotka jollain tavalla liittyvät kaikenlaiseen psykososiaaliseen auttamistyöhön. Tällaisia yleisiä tekijöitä ovat esimerkiksi asiakkaan kokemat paranemisodotukset, terapeutin antama huomio, lämpö, rohkaisu, ymmärtäminen ja keskustelu. Näitä tekijöitä ei tutkimuksessa pidetä triviaaleina tai merkityksettöminä, sillä niillä katsotaan olevan merkittävä rooli asiakkaiden tilanteiden paranemisessa. Tutkimuksissa on osoitettu, että tällaiset yleiset parantavat tekijät ovat osa terapian tuloksellisuutta, mutta kun on verrattu ns. "placebohoitoa" ja muodollista psykoterapiaa, on todettu ammattitaitoisen terapeutin antamalla psykoterapialla olevan selvästi suuremmat vaikutukset paranemiseen kuin pelkällä huomion antamisella ja keskustelulla. (Lambert & Bergin 1994.)

Toisaalta epäspesifit tekijät voivat aktivoida tai toimia välittäjinä erityisille menetelmiin liittyville tekijöille. Tutkimuksissa, joissa on verrattu eri terapiatyylejä ja -menetelmiä toisiinsa on päädytty siihen johtopäätökseen, että ammattitaitoiset terapeutit, jotka käyttävät parhaiten osaamaansa ja hyväksi kokemaansa menetelmää, saavuttavat parhaita tuloksia menetelmästä riippumatta. (Lambert & Bergin 1994.)

Vaikka terapian on todettu olevan tuloksellista, tutkimukset eivät ole kyenneet antamaan selviä vastauksia siihen, mikä terapiassa toimii (Stiles ym. 1986, Riikonen 1992, Jaatinen 1996). Tutkimuksissa on haluttu selvittää tarkemmin hoidon tuloksellisuutta ilmaisevia muuttujia sekä asiakkaan itsensä että hoitoa antavien ja arvioivien henkilöiden näkökulmasta. On haluttu vastauksia kysymyksiin: miten hoidon tulos näkyy ja mikä muuttuu, kun terapia on tuloksellista? On myös haluttu selvittää terapiaprosessissa myönteisesti vaikuttavia tekijöitä. Kliinisissä hoitotutkimuksissa on pyritty kehittämään ja tutkimaan eri terapiamuotojen soveltuvuutta erityyppisiin psyykkisiin on-

gelmiin. (Psykoteraapia Suomessa 1995.)

Tuloksellisuutta ilmaiseviksi muuttujiksi on tutkimuksissa määritelty esim.

- lääkeshoidon tarpeen vähentyminen
- sairauspoissaolojen vähentyminen
- oireiden lievittyminen ja poistuminen
- työ- ja toimintakyvyn parantuminen
- sairaalahoitopäivien ja muiden hoitotahojen käytön väheneminen
- asiakkaan omakohtainen kokemus ja arvio tilanteensa paranemisesta
- terapeutin arvio asiakkaan tilanteen paranemisesta.

(Psykoteraapia Suomessa 1995, 8.)

Psykoteraapian prosessitutkimus tutkii mm. terapeutista muutosta, ongelmanratkaisukeinoja sekä merkitysjärjestelmiä ja havaitsemisen jäsentymistä. Psykoterapeuttista muutosta edistävien ja estävien prosessien tutkimuksessa asetetaan seuraavanlaisia kysymyksiä:

- millaiset prosessit terapiassa asiakas ja terapeutti kokevat muutosta auttavina tai estävinä,
- miten suuri on kunkin mainitun tekijän osuus,
- esiintyykö asiakkaan ja terapeutin asemasta johtuvia eroja ja
- minkälaiset prosessit erottelevat huonoja ja hyviä terapiaistuntoja.

(Psykoteraapia Suomessa 1995, 8.)

Edistävät ja estävät prosessit sijoittuvat tavallisesti kolmeen kategoriaan: vuorovaikutuksen laatuun, spesifeihin terapeuttiin interventioihin ja asiakkaaseen liittyviin tekijöihin. Parhaiten erottelevaksi tekijäksi on usein osoittautunut terapeutin vuorovaikutuksen luonne, "vuorovaikutusilmasto". (Jones ym. 1988, Lambert & Bergin 1994, Koss & Shiang 1994, Psykoteraapia Suomessa 1995.)

On myös huomattu, että terapeutin intentionaaliset interventiot muotoilevat ja määrittelevät vuorovaikutussuhdetta ratkaisevasti. Yleiset vuorovaikutuksen laatuun vaikuttavat tekijät, kuten terapeutin yhteistyösuhde asiakkaan ja työntekijän välillä, ovat läheisesti yhteydessä terapeutin tekniikoiden taitavaan valintaan ja soveltamiseen. (Jones ym. 1988, 55.) Tärkeitä paranemiseen vaikuttavia tekijöitä onnistuneen terapian päättäneillä asiakkailla ovat olleet:

- terapeutin persoonallisuus,
- terapeutin apu asiakkaalle parempaan itsensä ja ongelmiansa ymmärtämiseen,

- rohkaiseminen vaikeiden asioiden kohtaamisessa,
- mahdollisuus puhua ymmärtävälle ihmiselle
(Jones ym. 1988, Psykoterapia Suomessa 1995).

Prosessien tutkimisen tavoitteena on myös saada tietoa asiakkaiden pyrkimyksistä ja keinoista ratkaista ristiriitoja ja ongelmallisia reaktioita sekä samalla terapeutin pyrkimyksistä auttaa asiakasta ratkaisemaan niitä. Tällaisen tutkimusintressin tuottamien tulosten pohjalta on päädytty seuraaviin johtopäätöksiin:

- terapeutti voi auttaa asiakasta suuntaamaan havaitsemistaan siten, että tämä tulee paremmin tietoiseksi ongelmakäyttäytymisensä sisäisistä prosesseista,
- erityisesti emotionaalisten kokemismallien parempi tietoisuus auttaa muutosta,
- kokemuksen aktiivisempi ilmaisu auttaa rakentamaan kokonaisvaltaista kokemista,
- terapeutin empaattinen paneutuminen asiakkaaseen sekä johdonmukainen ja aito vuorovaikutus tukevat sellaisia prosesseja, joka auttavat terapiassa.

(Psykoterapia Suomessa 1995, 9.)

Kun muutosprosessia on tutkittu asiakkaan havaintojen jäsentämisen ja siinä tapahtuvien muutosten kautta, ovat tutkimuksen perustana yleensä informaation prosessoinnin teorit, joihin liittyy konstruktivistinen näkemys ihmisen psyykkisestä muutoksesta (Psykoterapia Suomessa 1995). Näkemyksen mukaan kullakin yksilöllä on oma tapansa rakentaa merkitysjärjestelmiä suhteessa itseen ja ympäröivään maailmaan. Uuden tiedon sisäistäminen on yhteydessä näihin merkitysjärjestelmiin. Tutkimuksissa on osoitettu mm. seuraavia havaitsemisen muutosprosesseja, joilla on yhteys positiiviseen muutokseen ja jotka auttavat rakentamaan uusia ongelmien ratkaisutapoja myös terapian ulkopuolella:

- asiakkaat tulevat paremmin tietoisiksi tunteistaan ja sellaisista minän aspekteista, joihin heillä on ollut aikaisemmin huono kosketus,
- asiakkaille rakentuu uutta ymmärtämistä itsestä ja muista, mikä auttaa asiakasta paremmin selittämään omaa käyttäytymistään,
- myönteiset arvioinnit itsestä ja muista lisääntyvät.

(Psykoterapia Suomessa 1995, 9.)

4.2 Sosiaalityön arviointi

Sosiaalityön systemaattista arviointia on tehty psykoterapian arviointiin nähden vähän. Kuitenkin jo case workin pioneeri, Mary Richmond (1917), piti tärkeänä sosiaalityön arviointitiedon tuottamista ennen kaikkea ammatillis-metodisista syistä (Rajavaara 1992, 21). Suomessa sosiaalityön arviointitoiminta on yleistynyt vasta viime vuosina.

Yhdysvalloissa ja Englannissa vaikuttavuusarviointeja on tehty pidempään. Macdonald ym. (1992) sijoittavat sosiaalityön tuloksellisuusarvioinnin alkamisen 1960–1970-luvulle, jolloin amerikkalaiset arvioinnit osoittivat lähinnä negatiivisia tuloksia. Positiivisia tuloksia alkoi näkyä 1980-luvulla, kun alettiin käyttää pienempiä otoksia ja spesifioituja tutkimusasetelmia ja tutkimusmetodologiaa kehitettiin tutkimuskohteisiin sopivammaksi (Sheldon 1986, 234- 235).

Macdonaldin ym. (1992) artikkelissa on koottu tietoa 95 sosiaalityön tuloksellisuusarvioinnista ajalta 1979–1991. Näistä arvioinneista 75 % osoittaa selkeästi positiivisia sosiaalityön tuloksia. Jos otetaan mukaan myös ne tutkimukset, joissa on jonkin verran myönteistä näyttöä, osuus nousee 83 %:iin. Eri menetelmien kohdalla näyttää siltä, että kognitiivis-behavioraaliset sekä perheterapiaan perustuvat sosiaalityön menetelmät näyttävät eniten onnistuneita tuloksia verrattuna casework-menetelmään. Kognitiivis-behavioraaliset menetelmät olivat aineistossa myös yleisimmin edustettuna.

Macdonaldin ym. (1992) katsaukseen sisältyy kokeellisia, kvasikokeellisia, "esikokeellisia" ja asiakaskyselytutkimuksia. Asiakaskyselyt osoittavat tyypillisesti, että asiakkaat ovat tyytyväisiä sosiaalityöntekijöiden työskentelytapoihin, mutta yleinen epätietoisuus vallitsee sen suhteen, mitä tavoitteita työskentelyllä on ollut. Tutkimustulokset osoittavat, että myönteiset tulokset sosiaalityössä ovat yhteydessä selkeään ja avoimeen tavoitteista ja työskentelyn aikaperiodista sopimiseen asiakkaiden kanssa työmenetelmästä riippumatta. Sillä, että asiakkaan kanssa sovitaan, missä ajassa tavoitteet on tarkoitus saavuttaa, on tutkimusten mukaan motivaatiota lisäävä vaikutus. (Macdonald ym. 1992.)

Suomessa ei ole tehty kokoavia katsauksia sosiaalityön arvioinneista. Yksittäisiä arviointikokeiluja ja -projekteja on kuitenkin lukuisia, mutta niitä ei ole tässä yhteydessä mahdollisuus laajemmin esitellä. Helsingin kaupungin vaikuttavuuden arviointikokeilu lastensuojelun avohuollossa vuonna 1990 (1991) osoittaa myönteisiä tuloksia. 254 asiakkaan otoksessa kokonaistilanteen arvioinnissa tavoitteet oli saavutettu kokonaan 22.4 prosentilla ja osittain 54.7 prosentilla lapsista tai nuorista. Myönteisiä tuloksia oli siis yhteensä 77.1 prosentilla aineistossa olevista lapsista tai nuorista. Kun verrattiin asiakkaiden ja sosiaalityöntekijöiden näkemyseroja ongelmatilanteen määrittelystä, tavoitteiden asettelusta ja tavoitteiden saavuttamisesta, havaittiin, että noin 60 prosentissa tapauksista asiakas ja työntekijä olivat samaa mieltä ja noin 40 prosentissa eri mieltä. Tavoitteellisen työskentelyn yleisimpinä esteinä sosiaalityöntekijät näkivät neljä tekijää, jotka muodostavat 72.4 prosenttia koetuista esteistä:

- ongelmatilanteeseen nähden liian vaativat tavoitteet,
- sosiaalityön menetelmien / resurssien riittämättömyys,
- asiakkaan ja työntekijän erimielisyys tavoitteista,
- asiakas ei sitoutunut tavoitteisiin

(Vaikuttavuuden arviointikokeilu, 1991.)

Nämä tulokset viittaavat samaan johtopäätökseen, joka tuli esiin psykoterapian arvioinneista: tavoitteiden selkeys ja realistisuus on yksi tuloksellisen työskentelyn tärkeä edellytys.

4.3 Sosiaalityön ja terapian arvioinnin metodologisia ongelmia

Sosiaalityön ja terapian tuloksellisuus- ja prosessitutkimuksessa on lukuisia metodologisia ongelmia, joita on alan tutkimusraporteissa pohdittu laajasti. Tuloksellisuuskriteerin valinta ja siihen sopivan tutkimusasetelman kehittäminen on pulmallista. Erilaisia tuloksellisuuskriteerejä käytettäessä kuva tuloksellisuudesta muodostuu erilaiseksi. Kriteerien valinta onkin aina sidoksissa arvioijan teoreettiseen ja menetelmälliseen viitekehykseen ja tutkimuksen tavoitteeseen (Frude 1980, Kirkby & Smyrniotis 1990). Erilaiset terapeutit perustuvat erilaisiin taustaoletuksiin ongelmien ja muutoksen luonteesta. Mikä tahansa yhden kriteerin perusteella tehty arviointi on epätarkoituksenmukainen mittaamaan terapian vaikutusta muuten kuin suhteessa osallisena oleviin asiakkaisiin ja kyseessä olevaan terapiatapahtumaan ja teoreettiseen viitekehykseen. (Frude 1980.)

Tuloksellisuustutkimuksissa on tyypillisesti arvioitu erilaisten tekniikoiden ja menetelmien tuloksellisuutta enemmän kuin terapiakäytännön tuloksellisuutta. On puhuttu tekniikan ylipainotuksesta terapiatutkimuksessa (Garfield 1997). Kuitenkin paljon tuloksellisuuden vaihtelusta liittyy persoonallisiin tekijöihin enemmän kuin tekniikoihin. Voitaisiin yhtä hyvin kysyä: Minkälainen terapia, kenen antamana ja millaisissa olosuhteissa, on kaikkein tuloksellisinta tälle yksilölle, jolla on tuo erityinen ongelma? (Frude 1980, Jones ym. 1988, Leiman 1990).

Kokeellisen tutkimuksen edellytyksinä on yleensä mainittu seuraavat (esim. Frude 1980):

1. tutkimuksessa tulisi olla selkeä määritelmä työmenetelmästä tai -mallista, jota käytetään,
2. asiakkaat tulisi valita satunnaisotannalla koe- ja kontrolliryhmään,
3. molempien ryhmien tulisi olla vertailukelpoisia kaikkien tärkeiden muuttujien suhteen,
4. kaikki käytetyt tuloksellisuusmittarit tulisi määritellä selkeästi,
5. seuranta-ajan tulisi olla tarkoituksenmukainen.

Näitä kriteerejä ei yleensä voida terapian tai sosiaalityön tutkimuksessa täysin toteuttaa. Riippumattoman muuttujan eli terapiamenetelmän kohdalla ongelmana on se, että on vaikea todentaa tietyn menetelmän toteutumista terapiassa. Saman suuntauksen terapeuttit eivät ole työssään niin yhdenmukaisia, että terapeuttitekniikan vaikutus saataisiin näkyviin (Leiman 1990, 217). Myös asiakkaan tilanteessa vaikuttaa aina

samanaikaisesti muita terapiaan liittymättömiä asioita. Useat tutkijat ovat myös todenneet, että "todellista" kontrolliryhmää ei voi olla olemassa, koska monet tuntemattomat tekijät vaikuttavat vertailuryhmän jäseniin ja mittaukseen (Frude 1980, Leiman 1990, Kirkby & Smyrnios 1990). Ryhmällä on myös erilainen motivaation lähtötaso ja psykologisesti tilanne on erilainen (Frude 1980).

Tutkimuksista, jotka on toteutettu ryhmävertailuina on siirrytty vähitellen tutkittavien ryhmien variaation sisällölliseen tutkimukseen (Leiman 1990). On havaittu, että ryhmävertailut vääristävät juuri niitä ilmiöitä, joita terapiatutkimuksessa pitäisi ymmärtää. Erityiset asiakas- ja terapeuttimuuttujien yhdistelmät luovat erityisen terapeutin suhteen ja lopputuloksen. 1980-luvulta alkaen onkin lisääntyvästi kiinnitetty huomiota yksittäisten terapeutti–asiakas –parien tutkimisen merkitykseen. (Leiman 1990, 220-221.) On myös ajateltu, että terapeuttiset interventiot ehkä saavat aikaan monimutkaisia tapahtumasarjoja, joista suuri osa tapahtuu terapiaistunnon ulkopuolella (Stiles ym. 1986).

Tuloksellisuustutkimuksen yksi tärkeä idea on oppia palautteen ja kokemuksen kautta ja sitä kautta kehittää uusia menetelmiä. Tutkimuksia voidaan lukea sellaisena kuin ne antavat tietoa tietyistä asiakasryhmästä, terapeutista, tekniikasta jne. pyrkimättä laajoihin yleistyksiin.

5 Ratkaisukeskeisen menetelmän tutkimus ja arviointi

Ratkaisukeskeisen menetelmän periaatteissa ja tutkimusten epistemologiassa korostuu kriittinen näkemys objektivistista todellisuuskäsitystä kohtaan. Tutkimuksissa mainitaan usein konstruktionistinen tai konstruktivistinen viitekehys, joka on menetelmän taustalla, ja korostetaan, että myös tutkimuksessa tulisi huomioida todellisuuden tulkinnallinen luonne ja kunkin tilanteen ainutlaatuisuus.

Sosiaalisen konstruktionismin ja konstruktivismiin käsitteitä on usein käytetty rinnakkain sosiaalityön ja perheterapian kirjallisuudessa, vaikka ne ovat erillisiä teorioita (Franklin 1995). Sosiaalinen konstruktionismi sisältää näkemyksen, jonka mukaan asioiden merkitykset syntyvät tiettyjen olosuhteiden tai traditioiden puitteissa. Kulttuuri, yhteisö ja instituutiot vaikuttavat ihmisten tapaan tulkita asioita. Konstruktivistisessä viitekehyksessä todellisuus nähdään subjektin luomana. Sen mukaan ihmiset muodostavat ulkoisesta todellisuudesta olettamuksia, joille jatkuvasti etsitään todisteita. Ihmiset nähdään muutoskykyisinä ja vuorovaikutussuhteet muutosta edistävinä. (Franklin 1995.)

Konstruktivistisen näkemyksen mukaan terapeuttisessa vuorovaikutustilanteessa asiakas ja työntekijä yhdessä muodostavat uusia merkityksiä ja tulkintoja asiakkaan tilanteesta, ongelmasta ja ratkaisusta (Berg & De Jong 1996, Tomm 1988). Arvioinnin ja tutkimuksen näkökulmasta konstruktivistinen viitekehys merkitsee sitä, että tuloksellisuustutkimuksissa kriteerinä on tyypillisesti käytetty asiakkaiden omia subjektiivisia ilmoituksia tavoitteiden saavuttamisen asteesta. Arvioinneissa käytetyt asteikkomittarit perustuvat asiakkaan alku-, loppu- ja seuranta-arvion vertaamiseen. Prosessitutkimuksissa tutkimuskohteet ja -asetelmat liittyvät useimmiten vuorovaikutuksen, kommunikaation ja puheen tutkimiseen. Puhe ja keskustelu nähdään muuttuvana ja tulkinnallisena prosessina.

Tutkimusaineistoon sisältyvät ratkaisukeskeisen menetelmän tutkimukset on jatkossa luokiteltu viiteen ryhmään: tuloksellisuustutkimukset, tapauskohtaisen arvioinnin kokeilut, työntekijänäkökulmaan painottuvat tutkimukset, prosessitutkimukset ja ennaltaehkäisevän työn kokeilut.

5.1 Ratkaisukeskeisen työn tuloksellisuuden arviointi

Tutkimusaineistoon sisältyvien tuloksellisuusarviointien kysymyksenasettelut, tuloksellisuuskriteerit, tutkittavien asiakasryhmien koot, seuranta-ajat ja tulosten raportointitavat ovat vaihtelevia. Suorien vertailujen tekeminen on sen vuoksi kyseenalaista.

Myös tutkimusmenetelmien, -asetelmien ja -tulosten raportointitavat vaihtelevat. Jotakin tietoja on ollut vaikeaa tai jopa mahdotonta löytää raporteista, vaikka tieto tutkimusongelman tai –asetelman perusteella pitäisi sisältyä raporttiin. Joissakin tutkimuksissa on käytetty kvantitatiivisia tutkimusmenetelmiä ja määrällisiä tietoja olisi tutkimusasetelmien ja –menetelmien perusteella pitänyt olla saatavilla, mutta tulokset on kuitenkin raportoitu pelkästään laadullisina muutoksina tai vertailuina. Ratkaisukeskeisten interventioiden tuloksellisuutta on yleisimmin mitattu ennen–jälkeen -asetelmilla. Kontrolliryhmää on käytetty harvoin.

Ratkaisukeskeisen työmallin tuloksellisuusarviointeja on aineistossa 16 kappaletta ja lisäksi yksi tuloksellisuusarviointi sisältyy espanjalaiseen prosessitutkimukseen (Beyebach ym. 1996). Aineistoon sisältyvistä tuloksellisuusarvioinneista on kuusi tehty Yhdysvalloissa (Kiser & Nunnally 1990, Sirles ym. 1993, De Jong & Hopwood 1996, Eakes ym. 1997, Zimmerman ym. 1997, Harris 1998), neljä Suomessa (Sundman 1993 ja 1995, Mannerheimin Lastensuojeluliiton ... 1996, Vataja ym. 1998), kolme Englannissa (Macdonald 1994 ja 1997, Wheeler 1995), kaksi Ruotsissa (Stål & Agelen 1996, Lindforss & Magnusson 1997) ja yksi Saksassa (Burr 1993). Ulkomaiset tuloksellisuusarvioinnit on raportin lopussa esitelty taulukossa 1 ja suomalaiset taulukossa 2.

Ratkaisukeskeisen asiakastyön tuloksellisuutta koskeissa arvioinneissa on pyritty selvittämään kuinka suuri osa tutkittavana olevista asiakkaista on saavuttanut hoidolle asetetut tavoitteet joko kokonaan tai osittain. Mittaus on yleensä toteutettu asiakkaille tehtynä kyselynä, jolloin terapian alussa kysytään asiakkaan arviota ongelman vakavuudesta asteikolla 1 – 10 tai jollakin muulla asteikolla. Tuloksellisuutta on arvioitu vertailemalla alkuarviota terapian lopussa annettuun arvioon ja myöhemmin posti- tai puhelinkyselynä toteutettuun seuranta- arvioon. Seurantakyselyjä on toteutettu puoli vuotta – kaksi vuotta terapian päättymisen jälkeen. Yleisin ratkaisukeskeisten terapiaistuntojen määrä asiakasta tai perhettä kohti on 4 – 5 kertaa. Istuntojen määrän vaihteluväli aineistossa on yhdestä 31 kertaan.

Tyypillisiä tuloksellisuuskysymyksiä ovat seuraavat:

- Onko terapialle tai konsultaatiolle asetettu tavoite saavutettu?
- Onko terapiaan tulon syynä ollut ongelma ratkennut kokonaan tai osittain?
- Onko hoidon tulos riittävän hyvä?
- Minkälainen on tilanne ongelman suhteen kyselyhetkellä asteikolla 1 – 10?
- Jos tavoitetta ei ole saavutettu, onko tapahtunut mitään muutosta tavoitetta kohti?

Terapian tai konsultaation vaikutusta asiakkaiden elämäntilanteeseen laajemmin on kysytty seuraavasti:

- Onko ilmennyt muita ongelmia?
- Tuliko muita ongelmia ratkaistua samalla?

- Onko muilla elämänalueilla tapahtunut muutosta?
- Onko ollut tarvetta hakeutua muiden palvelujen piiriin?

Kymmenessä arvioinnissa (Kiser & Nunnally 1990, Sirles ym. 1993, Sundman 1993, Burr 1993, De Jong & Hopwood 1996, Stål & Agelen 1996, Beyebach ym. 1996, Eakes ym. 1997, Zimmerman ym. 1997, Harris 1998) on käytetty pelkästään asiakkaiden omaa arviota tavoitteen saavuttamisesta tai tilanteen paranemisesta. Viidessä arvioinnissa (Macdonald 1994 ja 1997, Mannerheimin Lastensuojeluliitto 1996, Sundman 1997, Vataja ym. 1998) on asiakkaan arvion lisäksi käytetty työntekijän tai lähettävän tahon arviota tavoitteen saavuttamisesta. Asiakkaan oma arvio on näissä kuitenkin asetettu etusijalle. Työntekijän arviota on käytetty niissä tapauksissa, joissa asiakkaalta ei ole saatu vastausta (esim. Macdonald 1994 ja 1997). Asiakkaan ja työntekijän arviot hoidon tuloksellisuudesta eivät merkitsevästi poikkea toisistaan.

Joissakin tutkimuksissa on tuloksellisuuden kriteerinä käytetty asiakirjamerkintöjä tai muita rekistereitä. Wheeler (1995) arvioi työnsä tuloksellisuutta omien asiakirjamerkintöjensä perusteella. Lindforssin ja Magnussonin (1997) tutkimuksessa tuloksellisuuden mittarina käytettiin sitä, että rikosrekisterissä ei ollut mainintaa uudesta rikoksesta vapautuneilla vangeilla.

Tulokset on yleensä ilmaistu prosentteina, mutta joissakin kvantitatiivista tutkimusasetelmaa noudattaneissa tutkimuksissa tulokset on kuitenkin raportoitu vain laadullisesti (Sundman 1995, Eakes ym. 1997, Zimmerman ym. 1997) tai aineiston ollessa pieni on käytetty laadullisten kuvailujen lisäksi todellisia lukumääriä (esim. Stål & Agelen 1996). Tutkimuksissa, joissa tulokset on kuvailtu laadullisesti, on yleensä käytetty vertailuasetelmia ja eroja toiseen työtapaan on havainnollistettu enemmän kvalitatiivisesti kuin kvantitatiivisesti. Arvioinneissa, joista on saatavilla prosentuaaliset onnistuneisuusarvot, aineistojen koot vaihtelevat 36 ja 275 asiakastapauksen välillä.

Ratkaisukeskeisen työskentelyn välitön terapian lopussa saatu tulos on saatavissa seitsemästä tutkimuksesta prosenttilukuina (Sirles ym. 1993, Wheeler 1995, Beyebach ym. 1996, De Jong & Hopwood 1996, Mannerheimin Lastensuojeluliiton ... 1996, Harris 1998, Vataja ym. 1998), ja näissä arvioissa onnistuneiden tulosten osuus vaihtelee 54 – 87.2 prosenttiin asiakastapauksista. Onnistuneet tulokset ovat niitä asiakastapauksia, joissa tavoitteet on saavutettu osittain tai kokonaan tai hoidon tulos on ollut riittävä. Näiden seitsemän tutkimuksen keskimääräinen onnistuneisuusprosentti on 71.9. Vähintään puoli vuotta terapian tai konsultaation päättymisen jälkeen tehtyjen seurantatutkimusten tulos on saatavilla kahdeksasta tutkimuksesta (Kiser & Nunnally 1990, Burr 1993, Sundman 1993, Macdonald 1994 ja 1997, De Jong & Hopwood 1996, Mannerheimin Lastensuojeluliiton ... 1996, Lindforss & Magnusson 1997). Näissä arvioinneissa onnistuneisuus vaihtelee 40 ja 86 prosentin välillä ja keskiarvo on 67.3 %.

Koska tuloksellisuuden kriteerit, kyselytavat, aineistojen koot ja aikavälit terapian loppumisen ja seurantakyselyn välillä vaihtelevat, onnistuneisuuden keskiarvot ovat lähinnä viitteellisiä ja suuntaa antavia. Ne osoittavat, että ratkaisukeskeisellä menetelmällä on päästy ainakin yhtä hyviin tuloksiin kuin keskimäärin muillakin psykoterapian ja sosiaalityön menetelmillä. Tutkimusten tyypillinen johtopäätös on, että ratkaisukeskeisellä työotteella päästään vähintään yhtä hyviin tuloksiin kuin muillakin

menetelmillä, mutta todennäköisesti lyhyemmässä ajassa. Lyhytterapioissa on todettu olevan käyntikertoja keskimäärin 15-30 (Garfield & Bergin 1994), joten ratkaisukeskeisen terapian keskimäärin viisi käyntiä asiakasta kohti lyhentää terapian kestoa merkittävästi (myös Mattila 1998, 119). Tähän mennessä saadut tutkimustulokset ovat lupaavia, mutta kuten McKeel (1996) ja Mattilakin (1998) toteavat, tieteellisesti pätevä näyttö puuttuu. Tutkimuksia on tehty suhteellisen vähän ja tutkimuksissa on puutteita. Otokset ovat usein pieniä, tuloksellisuusmittarit epätäsmällisiä, kontrolliryhmä puuttuu usein, vastausprosentit seurannoissa vaihtelevat ja vastauksia on tulkittu kovin optimistisesti (Mattila 1998). Monesti arvioinnin suorittajat ovat itse ratkaisukeskeisesti työskenteleviä terapeutteja, jolloin tutkimusten neutraalisuus luonnollisesti vähenee.

Suurimpia asiakasotoksia on käytetty Brief Family Therapy Centerin sekä Mannerheimin Lastensuojeluliiton ja Voimavarasuuntautuneen asiakastyön keskuksen toteuttamissa seurantatutkimuksissa, joissa tuloksia kysyttiin 136–275 asiakkaalta. Brief Family Therapy Centerissä tehdyissä kahdessa tuloksellisuusarvioinnissa (Kiser & Nunnally 1990, De Jong & Hopwood 1996) hyvien tulosten osuus on 77–86 prosenttia. Myös Mannerheimin Lastensuojeluliiton (1996) ja Voimavarasuuntautuneen Asiakastyön kehittämiskeskuksen (Vataja ym. 1998) tulokset ovat hyviä. Mannerheimin Lastensuojeluliiton (1996) seurannassa terapian tai konsultaation päättyessä 87,2 prosenttia tutkituista asiakkaista arvioi, että tilanne ongelman suhteen oli parantunut riittävästi. Puolen vuoden kuluttua terapian päättymisestä vastaava luku oli 62,7 prosenttia. VAK-keskuksen seurannassa 42 prosenttia vastanneista asiakkaista oli edistynyt merkittävästi ja 31 prosenttia oli edistynyt jonkin verran konsultaation päättyessä (Vataja ym. 1998).

Edellä mainituissa neljässä tutkimuksessa ei ole käytetty vertailuryhmiä. Tämä rajoitus on todettu myös tutkimusraporteissa ja tekijät suosittelevatkin vertailuryhmien käyttöä ja paremmin kontrolloitujen tutkimusten toteuttamista jatkossa. Tekijät toteavat myös, että käytetyt arviointiasteikot eivät ole objektiivisia ja standardoituja mittareita, vaan jokainen asiakas käyttää niitä omalla tavallaan (esim. Vataja ym. 1998).

Tuloksellisuustutkimuksista neljä (Sirles ym. 1993, Sundman 1993, Eakes ym. 1997, Zimmerman ym. 1997) on tehty perhe- ja pariterapian yhteydessä. Tutkimusten tulokset osoittavat, että ratkaisukeskeinen perheterapia edesauttoi ongelmallisten käyttäytymismallien tunnistamista ja hallitsemista sekä edisti yksimielisyyden syntymistä perheiden sisällä. Sundmanin (1993) tutkimuksessa 62 prosenttia haastatelluista avioliitto- ja perheneuvolan asiakkaista saavutti terapialle asetetun tavoitteen. Tutkimuksessa haastateltiin puhelimitse 76 asiakasta. Sirlesin ym. (1993) tutkimuksessa haastateltiin 42 perheväkivaltilanteen vuoksi ratkaisukeskeiseen terapiaan ohjattua asiakasta. Tutkimuksessa todettiin, että 54 prosenttia perheväkivaltaan syyllistyneistä miehistä ja 84 prosenttia perheväkivallan uhreista piti terapiaa hyödyllisenä. Terapia auttoi hallitsemaan päihteiden käyttöä, riitelyä ja väkivaltaan johtavia tilanteita.

Edellä mainittujen neljän perheterapiaa arvioivien tutkimusten tekijät toteavat, että otosten pienuudesta johtuen tulokset koskevat vain tutkimuskohteena olevia ryhmiä, eikä niiden perusteella saada yleistettävää tietoa. Sundmanin (1993) tutkimuksessa mainitaan monia tutkimuksen toteuttamiseen liittyviä ongelmia, kuten sopivan vertailuryhmän löytäminen, terapeuttien henkilökohtaisten erojen vaikutus ja terapian

ohella vaikuttavat muut tekijät. Tekijä toteaaakin, että näistä ongelmista johtuen tutkimuksen tavoitteeksi ei edes asetettu tieteellisesti pätevän arvioinnin toteuttamista perheneuvolan työstä.

Tuloksellisuustutkimuksista kolme (Macdonald 1994 ja 1997, Harris 1998) on tehty mielensterveystoimistoissa ja kaksi (Burr 1993, Wheeler 1995) lasten ja nuorten psykiatrisessa avohoidossa. Aikuispsykiatriassa hyvien tulosten osuus oli 62 – 70 prosenttia ja lasten ja nuorten psykiatrisessa hoidossa 67 – 77 prosenttia. Macdonaldin (1994 ja 1997) artikkeleissa ei ole otettu kantaa siihen, ovatko tutkimustulokset tieteellisesti päteviä, mutta Harris (1998) toteaa, että hänen tutkimuksensa on enemmänkin kuvaileva kuin syy-seuraus -suhteita esittävä.

Ratkaisukeskeisen psykososiaalisen työn tulokset ovat pitkälti laadullisia elämänhallintaan ja itseluottamukseen liittyviä muutoksia ihmisten elämässä. Tähän johtopäätökseen tulee myös McKeel (1996), joka on koonnut ratkaisukeskeisen terapian tutkimustuloksia. Tähän mennessä saadut tutkimustulokset osoittavat useita laadullisia muutoksia asiakkaiden elämässä ratkaisukeskeisen terapian tuloksena. Asiakkaiden ilmaissullisuus ja aktiivisuus on lisääntynyt (esim. Eakes ym. 1997, Zimmerman ym.1997), itseluottamus ja -tuntemus on lisääntynyt samoin kuin optimismi tulevaisuuden suhteen ja kyky ratkaista ongelmia omatoimisesti (esim. Stål & Agelen 1996, Zimmerman ym. 1997, Vataja 1998). Tuloksellisuustutkimusten perusteella voi päätellä, että ratkaisukeskeinen tavoite asiakkaiden omien voimavarojen ja vahvuuksien käyttöön ottamisesta on toteutunut merkittävällä osalla tutkittavista asiakkaista.

Ratkaisukeskeisessä ajattelussa nähdään ongelman ja ratkaisun olevan tietyssä määrin riippumattomia toisistaan (de Shazer 1985). Jokin muutos elämässä voi saada aikaan merkittäviä muutoksia jollakin toisella elämänalueella. Myös tutkimustulokset osoittavat, että asiakkaat, jotka ovat hyötynet ratkaisukeskeisestä hoidosta, ovat usein onnistuneet ratkaisemaan myös muita ongelmia kuin terapiaan hakeutumisen syynä olevan ongelman (esim. Kiser & Nunnally 1990, Burr 1993, Sundman 1993, Macdonald 1997, Harris 1998). Yhden pääongelman ratkaisu helpottaa selviytymistä muiden asioiden kanssa. Toisaalta asiakkaat ehkä oppivat tulemaan toimeen vaikeuksiensa kanssa.

5.1.1 Vertailevien tutkimusten tuloksia

Tuloksellisuustutkimuksia, joissa ratkaisukeskeistä menetelmää on verrattu johonkin toiseen menetelmään, on aineistossa viisi kappaletta (Wheeler 1995, Eakes ym. 1997, Harris 1998, Sundman 1993 ja 1995). Terapiaa tai sosiaalityötä, joihin vertailuryhmät ovat osallistuneet on tutkimuksissa tyypillisesti kutsuttu ”perinteiseksi malliksi”, joka on ongelmakeskeisempää kuin ratkaisukeskeinen terapia. Tutkimuksissa ei ole havaittu eroja tuloksellisuudessa ratkaisukeskeisen ja perinteisen työtavan välillä, kun tavoitteen saavuttamista on kysytty asiakkaalta. Erot ovat enemmän laadullisia kuin määrällisiä. Ratkaisukeskeisissä interventioissa korostuu tavoitteiden selkeys, työskenteilyn myönteisyys, ilmaisullisuus, asiakkaan itseluottamuksen lisääntyminen ja yleinen tyytyväisyys verrattuna ongelmakeskeisiin interventioihin.

Esimerkkinä yhden työntekijän itsearviointista voi mainita englantilaisen psykiatrisen sosiaalityöntekijän (Wheeler 1995) lasten psykiatrisessa avohoitoyksikössä toteutta-

man tuloksellisuusarvioinnin. Sosiaalityöntekijä tutki asiakasdokumenttien perusteella, miten tuloksellista hänen työnsä oli ennen ja jälkeen ratkaisukeskeisen koulutuksen. Ratkaisukeskeisellä mallilla hoidettuun ryhmään kuului 34 asiakasta ja perinteisemmällä menetelmällä hoidettuun ryhmään 39 asiakasta, jotka kävivät terapiassa ennen kuin työntekijä omaksui ratkaisukeskeisen työorientaation. Sosiaalityöntekijän omaksettua ratkaisukeskeisen työorientaation keskeyttäneiden asiakkaiden osuus väheni 26:sta 22 prosenttiin, siirtoa toiseen palveluun tarvinneet asiakkaat vähenivät 31:stä 11 prosenttiin ja onnistuneiden tulosten osuus lisääntyi 43:sta 67 prosenttiin. (Wheeler 1995.)

Tulokset perustuvat asiakirjamerkintöihin, ja tekijä toteaa, että hän oli mahdollisesti halukkaampi näkemään hyviä tuloksia käytettyään ratkaisukeskeistä menetelmää. Sosiaalityöntekijän positiivinen asenne vaikutti mahdollisesti myös asiakkaisiin, mitä ratkaisukeskeisessä mallissa pidetäänkin toivottavana. Itsearviointin tuloksia ei voi yleistää, mutta se toimii esimerkkinä siitä, minkälaista arviointia jokainen työntekijä voi halutessaan omassa työssään toteuttaa ja saada mahdollisesti uutta näkökulmaa asiakastyöhön.

Tutkimuksia, joissa ratkaisukeskeisen terapian tuloksia on verrattu ilman terapiaa jääneen asiakasryhmän tuloksiin, on aineistossa kaksi (Lindfors & Magnusson 1997, Zimmerman ym. 1997). Tällöin on mitattu vain sitä, onko ratkaisukeskeinen terapia tuloksellisempaa kuin kokonaan ilman hoitoa jääminen. Zimmermanin ym. (1997) tutkimuksessa koeryhmänä oli 23 ratkaisukeskeiseen pariterapiaryhmään osallistunutta avioparia ja vertailuryhmänä 13 avioparia, jotka eivät olleet hakeutuneet terapiaan. Vertailuryhmä saatiin kokoon alueelle levitetyillä mainoslehtisillä. Kaikki tutkimukseen osallistuneet parit täyttivät kyselylomakkeen ennen terapian alkamista. Asteikkomittareilla arvioitiin ahdistuneisuutta ja sopeutumista parisuhteessa terapian alku- ja lopputilanteessa. Tulosten mukaan terapiaryhmän seuranta-arvot lähenivät vertailuryhmän alkutestiarvoja tunteiden ilmaisun ja tyytyväisyyden suhteen. Terapiaan osallistuvien pariin riidat olivat muuttuneet lyhyemmiksi sekä ongelmanratkaisukyky, spontaaniisuus ja fyysinen kiintymys oli lisääntynyt. (Zimmerman ym. 1997.)

Ruotsalaisessa vankilassa toteutetussa tutkimus- ja hoitoprojektissa (Lindfors & Magnusson 1997) valittiin koeryhmään 30 vankia, jotka osallistuivat ratkaisukeskeiseen verkostoterapiaan ennen vapautumistaan ja kontrolliryhmään samasta vankilasta toiset 30 vankia, jotka eivät saaneet terapiaa ennen vapautumistaan. Kaikilla tutkimukseen osallistuneilla vangeilla oli pitkä rikos- ja päihdeura. Vankilan tavallisesta ohjeistosta joustettiin, jotta terapiaan osallistuvien vankien omaiset tai muut läheiset ihmiset saattoivat osallistua istuntoihin. Terapiassa pyrittiin hyödyntämään vangin ja hänen lähiverkostonsa voimavaroja, jotta vangit eivät syyllistyisi uusiin rikoksiin vapaututtuaan. Vankila on erityislaatuinen paikka järjestää terapiaa, koska siellä terapiaan osallistuminen on lähes täydellistä ja vapautumisen hämmöttäessä vankien motivaatio on korkealla. Seurantatulokset osoittavat, että muutos parempaan säilyi vapautumisen jälkeen terapiaan osallistuneilla vangeilla.

Vuosi vankilasta vapautumisen jälkeen tehdyssä seurantamittauksessa havaittiin, että koeryhmästä 47 prosenttia ja kontrolliryhmästä 24 prosenttia oli selviytynyt ilman uusintarikoksia. Toinen seurantamittaus tehtiin 16 kuukautta vapautumisen jälkeen ja

silloin havaittiin, että koeryhmästä 40 prosenttia ja kontrolliryhmästä 14 prosenttia ei ollut syyllistynyt uuteen rikokseen. Kontrolliryhmän vangit olivat myös syyllistyneet vakavampiin rikoksiin kuin koeryhmän vangit. Suurin ero ryhmien välillä oli huumerikoksissa: kaksi kertaa enemmän vankeja vertailuryhmästä syyllistyi huumerikoksiin kuin koeryhmästä. Tekijät toteavat johtopäätöksissä, että ratkaisukeskeisellä verkostoterapialla voitiin vähentää rikosten uusimista ja uusien rikosten vakavuutta pitkän rikosuran omaavilla vangeilla 16 kuukautta vankilasta vapautumisen jälkeen. (Lindfors & Magnusson 1997.)

Tällaiseen tutkimusasetelmaan liittyy yleensä eettisiä ongelmia, koska monet kontrolliryhmään valitut halusivat osallistua terapiaan. Psykoterapian ja sosiaalityön vaikuttavuustutkimuksissa on tämäntyyppistä asetelmaa kuitenkin käytetty, kun on haluttu selvittää, onko asiakastyöllä minkäänlaisia vaikutuksia verrattuna ryhmiin, jotka eivät osallistu lainkaan terapiaan tai konsultaatioon. Vertailukelpoista kontrolliryhmää on tällaisiin asetelmiin vaikea löytää. Vankilakokeilussa ryhmät olivat periaatteessa samanlaisessa tilanteessa, mutta motivaatio oli todennäköisesti korkeammalla terapia-ryhmään osallistuneilla. Toisaalta motivaatio voidaan nähdä myös prosessina ja osana terapian tuloksellisuutta (esim. Miller 1985).

Lindforsin ja Magnussonin (1997) tutkimus koskee ratkaisukeskeisen mallin soveltamista verkostoterapiaan, joka vaikuttaa sopivalta lyhytterapiamallilta vapautuvien vankien kohdalla. Tutkimusta koskevassa artikkelissa ei käydä keskustelua siitä, onko vastaavanlaisissa tilanteissa kokeiltu muita terapiamalleja ja mikä olisi juuri ratkaisukeskeisen mallin etu toisenlaisiin lyhytterapioihin verrattuna.

Tutkimusaineiston ainoa sosiaalitoimistojen ratkaisukeskeiseen sosiaalityöhön liittyvä tuloksellisuusarviointi on Peter Sundmanin (1995) helsinkiläisissä sosiaalitoimistoissa toteuttama tutkimus. Tutkimusasetelma sisälsi ratkaisukeskeistä sosiaalityötä harjoittavan koeryhmän ja perinteisempää työtapaa toteuttavan koeryhmän. Koeryhmään kuului yhdeksän ja vertailuryhmään yksitoista sosiaalityöntekijää. Kultakin sosiaalityöntekijältä valittiin kymmenen asiakastapausta satunnaisvalinnalla. Kaikki sosiaalityöntekijät täyttivät aluksi yhdessä asiakkaan kanssa kyselylomakkeen, joka koski asiakkaan nykyistä tilannetta, tavoitteita ja niiden saavuttamiskeinoja. Jokainen sosiaalityöntekijä myös nauhoitti yhden sattumanvaraisesti valitun asiakastapaamisen laadullista analyysia varten. Samat toimenpiteet toistettiin vuoden päästä ja vielä uudelleen puolentoista vuoden kuluttua.

Kyselyistä runsas puolet saatiin täydellisinä. Vertailuryhmä aloitti kielteisimmillä kannanotoilla kuin koeryhmä, mutta lopussa molemmilla ryhmillä oli samantyyppisiä arvioita asiakkaiden tilanteista. Vertailuryhmässä oli enemmän muutosta myönteiseen suuntaan. Ryhmien välillä ei ollut eroja tavoitteiden saavuttamisessa, mutta ratkaisukeskeistä sosiaalityötä toteuttavan koeryhmän asiakkaat olivat tyytyväisempiä saamaansa apuun. Koeryhmässä myös keskityttiin harvempiin tavoitteisiin kuin vertailuryhmässä. Ryhmien väliset erot olivat enemmän laadullisia kuin määrällisiä. Koeryhmän asiakkaat kokivat tavoitteet mielekkäiksi ja niiden saavuttamisella oli todellista merkitystä elämässä. Asiakkaan ja työntekijän suhde muuttui ratkaisukeskeisessä sosiaalityössä myönteisemmäksi ja henkilökohtaisemmaksi kuin vertailuryhmässä. Työntekijät tekivät vähemmän ja asiakkaat tekivät enemmän itse. (Sundman 1995.)

Sundman (1995) mainitsee tutkimuksen rajoituksena sen, että hän oli itse aikaisemmin toiminut koeryhmän kouluttajana, joten asema tutkijana ei ollut neutraali. Hän toteaa myös, että tutkimus tavoitti vain osan siitä, mitä sosiaalityöntekijät tekivät asiakkaiden kanssa, sillä yhteistyötahot jäivät tutkimuksen ulkopuolelle.

Vertailevien tutkimusten vaikeutena on yleensä se, että ratkaisukeskeisen työtavan todentumista on vaikea kontrolloida todellisissa työtilanteissa, jos asiakastapaamisia ei havainnoida tai nauhoiteta ääni- tai videonauhalle. Zimmermanin ym. (1997) tutkimuksessa käytettiin peili-ikkunan takana olevaa tiimiä ja Eakesin ym. (1997) tutkimuksessa videointia.

5.1.2 Tuloksellisuuden osatekijöitä

Ratkaisukeskeisen työmallin arvioinneissa on tuloksellisuutta tutkittu erilaisten muutustujen suhteen, joista tärkeimmät ovat käyntien määrä, tavoitteista sopiminen, asiakkaiden ja työntekijän ominaisuudet sekä ongelman laatu. Tuloksellisuuteen vaikuttavia tekijöitä on laajemmin ja tarkemmin arvioitu prosessitutkimuksissa. Tuloksellisuustutkimuksissa tämä näkökulma tulee esiin lähinnä demografisten ja terapian tulon syytä koskevien asiakaskyselyjen ja terapeuttien antamien tietojen kautta.

Käyntien määrä. Ratkaisukeskeisen menetelmän arvioinnit osoittavat, että terapian tuloksellisuus on yhteydessä käyntikertojen määrään. Kiserin ja Nunnallyn (1990) tutkimuksessa selvitettiin tuloksellisuuden suhdetta terapian pituuteen. Tulosten mukaan tuloksellisuus näyttäisi olevan suurinta neljännen ja kymmenennen istuntokerran välillä. Asiakkaat, joilla on vähintään neljä käyntiä saavuttavat tavoitteen todennäköisemmin kuin ne, joilla käyntejä on vähemmän. Myös muut tutkimukset osoittavat, että käyntejä tulisi olla ainakin neljä tai viisi, jotta tulokset olisivat mahdollisimman hyviä (Macdonald 1994, De Jong & Hopwood 1996, Harris 1998).

Sundmanin (1993) avioliitto- ja perheneuvonnan vaikuttavuutta koskevassa tutkimuksessa todetaan, että asiakaskäyntien määrä perheneuvolassa väheni ratkaisukeskeisen työorientaation omaksumisen myötä ja myös hoitoaika asiakasta kohti lyheni. Asiakkaat kuitenkin valittivat, että käyntejä oli liian vähän tai että ne olivat liian lyhyitä. Tutkimuksessa todetaan, että positiivisia muutoksia ei ehkä varmistettu riittävästi hoidon loputtua, ja monet asiakkaat hakeutuivat jälkeinpäin muualle hoitoon. Myös Metcalf ja Thomas (1994) toteavat, että työntekijän kannattaa aina kysyä asiakkaalta selvästi, mikä terapiassa on hyödyllistä, ja milloin tapaamiset voidaan lopettaa. Vaikka ratkaisukeskeinen terapia yleensä onkin lyhyttä, sen ei välttämättä tarvitse olla hyvin lyhyttä (de Shazer 1985). Istuntokertojen määrä tulisi arvioida aina asiakaskohteisesti. Yleisesti ottaen kaikki terapia on melko lyhytkestoista. Asiakaskäyntien määrä vaihtelee yleisimmin kuuden ja kymmenen käyntikerran välillä riippumatta terapeutin orientaatiosta. (Gurman & Kniskern 1981, Koss & Shiang 1994.)

Tavoitteista sopiminen. Hyödylliset tavoitteet terapiassa tai konsultaatiossa voivat liittyä joko uusien toimintojen aloittamiseen tai vanhojen, ei-toivottujen lopettamiseen. Ratkaisukeskeisessä työmallissa uusien toimintojen aloittaminen nähdään hyödyllisempänä ja muutokseen pyritään pienten, arkipäiväisten ja hyvin konkreettisten tavoitteiden avulla. Vallitsevaa tilannetta ja tavoitteen saavuttamisen astetta mitataan yleensä

asteikolla yhdestä kymmeneen, jolloin yksi kuvaa mahdollisimman huonoa tilannetta ja kymmenen tavoitteen saavuttamista. Asteikkokysymysten tarkoituksena on selkeyttää tavoitteita ja auttaa asiakasta näkemään, mitä hänen tulisi tehdä, jotta haluttu tavoite olisi lähempänä. Asteikkotekniikkaa käytetään myös asiakkaiden realiteettien "ankuroimiseen" ja auttamaan heitä näkemään muutosta esille otetuissa ongelmissa.

Tavoitteenasettelu ja tavoitteissa pysyminen on psykoterapian tuloksellisuustutkimusten mukaan avuksi tuloksellisuudelle, kun asiakkaalla on tavoitteenasettajan rooli. Kun asiakkaat itse määrittelevät hoidon tavoitteet, he saavuttavat ne nopeammin ja säilyttävät ne pidempään. (Gurman & Kniskern 1981, Koss & Shiang 1994.) Samaan johtopäätökseen tullaan ratkaisukeskeisen menetelmän arvioinneissa joiden tulokset osoittavat, että selkeä tavoitteen asettelu on yhteydessä hyvään tulokseen (Macdonald 1994 ja 1997, Sirles ym. 1993, Beyebach ym.1996).

Hyvin muotoillut tavoitteet saavat ihmiset tuntemaan, että tavoitteiden saavuttaminen riippuu heistä itsestään. Beyebachin ym.(1996) tutkimustulokset osoittavat, että mitä selkeämpiä tavoitteet ovat, sitä paremmin ihmiset sitoutuvat niihin. Ratkaisukeskeisessä työskentelyssä asiakkaan omat tavoitteet pyritään pitämään ensisijaisina. Työntekijän tehtävänä on keskustelun asiantuntijana auttaa löytämään ja selkeyttämään tavoitteita. Asiakkaan näkökulmasta vieras ongelmanjäsenitys tai tavoitteenasettelu johtaa helposti siihen, että yhteistyö muuttuu kamppailuksi. Ihmiset eivät mielellään tee asioita, jotka eivät ole heidän kannaltaan ymmärrettäviä, lupaavia ja järkeviä. (de Shazer 1984, Andersson & Goolishian 1988, Riikonen 1992.)

Terapiatilanteessa asiakkaan käyntien määräästä ja halutuista tavoitteista sopiminen kuuluu yleensä asiaan, varsinkin jos asiakas on omasta aloitteestaan tullut terapiaan. Sosiaalityössä tilanne näyttää olevan usein toisenlainen. Sundman (1995) huomasi ratkaisukeskeistä sosiaalityötä arvioidessaan, että tavoite on sosiaalityössä monimutkainen ja muuttuva neuvottelun tulos. Sosiaalityön sisällössä tavoitteet myös usein sekoittuvat keinoihin. Sosiaalityön tuloksellisuutta oli vaikea mitata, koska peruskäsite - tavoite - oli vaikeasti määriteltävissä. Andersson ja Goolishian (1988) katsovat, että koska asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutus on puheessa jatkuvasti uudelleen muotoutuvaa ja muuttuvaa, myös tavoite on muuttuva käsite. Tavoitteen muuttuminen on osa asiakastyön prosessia, eikä sitä tarvitse nähdä ongelmana.

Tavoitteita pyritään usein konkretisoimaan ihmekysymyksen avulla. Bergin (1991) mukaan ihmekysymys vie kohti asiakkaan asettamia tavoitteita, jolloin asiakkaan on helppo sitoutua tavoitteisiin. Makkosen (1995) havaintojen mukaan lastensuojelun asiakkaat vastaavat tavallisesti ihmekysymykseen hyvin niukkasanaisesti, mikä saattaa merkitä sitä, että heille on vaikeata kuvitella hyvää tulevaisuutta. Arnkilin (1996, 213) mukaan ratkaisukeskeisenkin työskentely tulee psykososiaalisessa työssä osaksi kontrollia siten, että työntekijä joutuu ohjaamaan asiakkaan tavoitteita tiettyyn suuntaan ja tietyssä aikaperspektiivissä, jos asiakas ei itse ole innostunut tulevaisuuden suunnittelusta. Tällaisen asiakkaan kohdalla työntekijä joutuu omaksumaan ohjailevamman roolin.

Asiakkaan ja työntekijän ominaisuudet. Ratkaisukeskeisessä työmallissa korostetaan, että työntekijän tulee kohdata jokainen asiakas yksilöllisesti ja ainutlaatuisena. Asiakkaan omaa elämänprosessia ja viitekehystä tulee kunnioittaa ja pitää lähtökohtana

muutokseen pyrittäessä. Terapiaympäristöissä tehdyissä arviointitutkimuksissa onkin saatu tuloksia, joiden mukaan hyvin monenlaiset ihmiset ovat hyötäneet ratkaisukeskeisestä terapiasta. Tutkimuksissa on terapian tuloksia tarkasteltu erikseen asiakkaiden iän, sukupuolen sekä etnisen ja sosioekonomisen taustan mukaan.

Laajin näistä tutkimuksista on Brief Family Therapy Centerissä tehty arviointi (De Jong & Hopwood 1996), jossa tutkittiin 275 asiakkaan terapian tuloksia. Tutkittavista asiakkaista runsas puolet oli afroamerikkalaisia, runsas kolmasosa valkoisia ja 8 prosenttia muista etnisistä ryhmistä. Asiakkaista 43 prosenttia oli työssäkäyviä ja 57 prosenttia ei ollut työssä, naisia oli 60 prosenttia ja miehiä 40 prosenttia asiakkaista. Tuloksista voi päätellä, että terapia oli tässä tutkimuksessa yhtä tehokasta riippumatta asiakkaan ominaisuuksista tai taustasta. Samanlaisiin tuloksiin on päästy muissakin tutkimuksissa Yhdysvalloissa ja Englannissa (esim. Kiser & Nunnally 1990, Macdonald 1994 ja 1997). Tässä suhteessa ratkaisukeskeisellä työotteella on etuja, sillä psykoterapian meta-analyyseissä on aiemmin havaittu, että alemmista sosiaaliryhmistä tulevat asiakkaat lopettavat terapian useammin kesken ja hyötävät siitä vähemmän kuin ylemmät sosiaaliryhmät (Garfield 1994).

Yhtenä ratkaisukeskeisen ajattelun keskeisenä periaatteena on asiakkaiden toiseuden kunnioittaminen. Voimavaroja haetaan asiakkaan omista kulttuurisista ja sosiaalisista lähtökohdista. Empowerment –tavoitetta korostavassa sosiaalityön mallissa asiakaskeskeisyyttä painotetaan erityisen paljon (Cowger 1994, De Jong & Miller 1995). Prosessitutkimusten yhteydessä tulee esiin, että asiakaslähtöisyys toteutuu käytännön työtilanteissa vaihtelevasti.

Myös terapeutin sukupuolen ja etnisen taustan vaikutusta terapian tuloksiin on tutkittu. De Jongin ja Hopwoodin (1996) sekä Harrisin (1998) tutkimuksissa päädyttiin siihen johtopäätökseen, että terapeutin sukupuolella tai etnisellä taustalla ei ollut merkitystä tulosten kannalta. Asiakassuhteeseen vaikuttavat työntekijän ominaisuudet liittyvät työntekijän persoonallisuuteen ja vuorovaikutustaitoihin, eikä niinkään ulkoisiin ominaisuuksiin. Tähän liittyen voi mainita Fredinin (1993) tutkimustuloksen, jonka mukaan asiakkaan ja sosiaalityöntekijän väliset keskustelut sosiaalitoimistossa olivat vuorovaikutuksellisesti tasa- arvoisempia, kun naissosiaalityöntekijät puhuivat naisasiakkaiden kanssa verrattuna tilanteeseen, jossa naissosiaalityöntekijä puhui miesasiakkaan kanssa. Naissosiaalityöntekijöiden ja miesasiakkaiden välisissä keskusteluissa oli kaksi kertaa enemmän hajoittavia elementtejä kuin naissosiaalityöntekijöiden ja naisasiakkaiden välillä. Fredinin tutkimuksessa ei arvioida ratkaisukeskeistä työotetta, mutta tulokset ovat muuten huomionarvoisia ja voivat toimia vertailukohtana ratkaisukeskeiseen malliin liittyville tutkimustuloksille.

Ongelman laatu. Tutkituilla asiakkailla on ollut erilaisia syitä tulla terapiaan: masentuneisuus, ahdistus, lasten kasvatukseen liittyvät vaikeudet, parisuhdeongelmat, päihdeongelmat. Terapiaan on tullut asiakkaita myös esimerkiksi lastensuojeluviranomaisen tai oikeuslaitoksen läheteillä. Ratkaisukeskeisestä menetelmästä tähän mennessä tehdyissä arvioinneissa todetaan yleisesti, ettei asiakkaan terapiaan tulon syynä olevan ongelman luonne ole yhteydessä ratkaisukeskeisessä työskentelyssä saavutettuihin tuloksiin. Tähän johtopäätökseen on tultu useissa tutkimuksissa (Mannerheimin Lastensuojeluliiton ... 1996, Macdonald 1994 ja 1997, De Jong & Hopwood 1996, Harris 1998).

Tuloksilla voi nähdä olevan yhteyttä sen ratkaisukeskeisen olettamuksen kanssa, että ratkaisu ei välttämättä suoranaisesti liity ongelmaan. Jokin muutos asiakkaan elämässä voi saada aikaan toisia muutoksia.

Tähän oletukseen liittyy ratkaisukeskeisen mallin kysymys ennen ensimmäistä terapiaistuntoa tapahtuneista muutoksista asiakkaan elämässä. Kun huomio kiinnitetään asiakkaan omiin vaiheisiin ja määritellään onnistumiset ja myönteiset muutokset "ratkaisukäyttäytymiseksi", asiakkaan tulkinta ongelmasta ja odotukset ongelman ratkaisusta saattavat muuttua. Vuorovaikutuksessa myös terapeutin odotukset vaikuttavat asiakkaan odotuksiin (Lawson 1994). Monien tutkimusten tulokset viittaavat siihen, että ennen terapiaa tai konsultaatiota alkaneiden muutosten tai myönteisten tapahtumien kysyminen on hyödyllistä, koska se siirtää asiakkaan huomion ongelmista hänen omiin kykyihinsä (Weiner-Davis ym. 1987, Lawson 1994, Allgood ym. 1995).

Ongelmien laatuun liittyvistä eroista tulosten suhteen raportoidaan neljässä tutkimuksessa. Tulokset ovat olleet heikompia pitkään jatkuneissa ja hyvin vaikeissa psyykkisissä ongelmissa.

Mielenterveysongelmiin liittyvässä terapiassa on huomattu, että jos ongelma on kestänyt useita vuosia, tulos oli heikompi ja tällöin tarvittiin useammin jatkotoimenpiteitä (Macdonald 1994 ja 1997). Tavallisesti tutkimusaineistoon on valikoitunut asiakkaita, joiden on katsottu hyötyvän keskusteluun pohjautuvasta hoidosta. Esimerkiksi Mannerheimin Lastensuojeluliiton (1993) raportissa todetaan, että avoimesti psykoottisen asiakkaan kanssa oli vaikea löytää rakentavaa tapaa keskustella. Tämä koskee luonnollisesti kaikenlaista keskusteluun perustuvaa terapiaa. VAK-keskuksen seurannassa (Vataja ym. 1998) huomattiin, että eläkkeellä olevien tilanne oli vaikeampi sekä konsultaation alussa että lopussa, ja edistystä tapahtui vähemmän kuin muilla asiakkailla. Nuoret asiakkaat taas hyötyivät terapiasta nopeasti.

5.2 Tapauskohtainen arviointi ja itsearviointiasteikot

Tapauskohtaista arviointia ja itsearviointiasteikkoja käytetään asiakaskohtaisesti tuottamaan tietoa tavoitteiden saavuttamisen asteesta ja terapiaprosessin edistymisestä. Ne ovat käytännön asiakastyön välineitä. Tapauskohtaisen arvioinnin avulla saadaan tietoa myös työn tuloksellisuudesta. Kun monien asiakkaiden arviointeja yhdistetään, voidaan näillä menetelmillä arvioida tuloksellisuutta laajemminkin kuin asiakaskohtaisesti. Menetelmä on ollut pitkään käytössä ainakin Yhdysvalloissa. Suomessa sitä ovat tehneet tunnetuksi Ilmari Rostila ja Mikko Mäntysaari (1997) sosiaalityön arvioinnin välineenä. Ratkaisukeskeisen menetelmän arviointiin liittyen on julkaistu ainakin kaksi aiheeseen liittyvää artikkelia (Polk 1996, Franklin ym. 1997). Nämä tutkimukset ovat raportin lopussa taulukossa 3.

Franklin ym. (1997) halusivat tutkia itsearviointiasteikkojen hyödyllisyyttä ratkaisukeskeisen terapian arvioinnissa. Itsearviointiasteikot ovat yhteensopivia ratkaisukeskeisen menetelmän asteikkokysymysten kanssa ja tarjoavat joustavan metodin tuloksellisuuden mittaamiseen konstruktivistisen viitekehyksen mukaisesti, sillä niissä huomioidaan asiakkaan omia tapoja rakentaa todellisuutta. Asiakkaan omaa kieltä, merki-

tyksiä ja kokemuksia käytetään yksilöllisten asteikkojen luomiseen.

Asteikkotekniikkaa käytetään asiakkaan realiteettien ankkuroimiseen ja auttamaan asiakasta näkemään muutosta ongelmien suhteen. Brief Family Therapy Centerissä kehitetyssä tekniikassa käytetään yleensä asteikkoa yhdestä kymmeneen. Asteikolla on monia käyttömahdollisuuksia. Asiakkaalta voidaan kysyä, missä kohtaa asteikolla asiakas on omasta mielestään ongelman ratkaisun suhteen. Asteikkoja käytetään myös poikkeusten hakemiseen ja "ihmeiden" konstruoimiseen ratkaisukäyttämisen tunnistamiseksi esimerkiksi kysymällä, miten asiakas onnistui kohoamaan asteikolla neljästä viiteen. Tuloksellisuusmittaus on yksi asteikkojen käyttömahdollisuus. Niiden avulla saadaan tietoa joustavasti ja nopeasti asiakaskohtaisesti. (Franklin 1997.)

Franklin (1997) kuvailee, että itsearviointiasteikkoja voidaan käyttää yksittäisinä asteikkoina, kaksinapaisina tai moniulotteisina asteikkoina, jotta asiakkaan omat konstruktiot saadaan mahdollisimman hyvin esille. Esimerkiksi jos asiakkaana olevan nuoren tavoitteena on tulla paremmin toimeen äitinsä kanssa, yksittäisinä ulottuvuuksina voi olla "ei tee mitä pyydetään" versus "suostuu tekemään, mitä pyydetään" ja "pyydetäessä tekemään jotain, sanoo vastaan" versus "ei sano vastaan". Kaksinapaiset ulottuvuudet voisivat olla "äiti huutaa ja kiljuu" versus "puhutaan yhdessä" ja "nauraa ja vitasailee". Muutosta näillä ulottuvuuksilla kuvaillaan graafisella esityksellä.

Franklinin ym. (1997) tapaustutkimuksessa asiakkaana oli kolme sosiaalityöntekijöiden harkitusti valitsemaa nuorisotoimiston asiakasta. Nuorisotoimistossa oli usean vuoden ajan käytetty ratkaisukeskeistä työmallia. Kukin tutkimukseen osallistunut asiakas kävi terapiassa neljä kertaa. Arviointiin käytettiin sekä asiakkaiden itsearviointiasteikkoja (client self-anchored scales) että standardisoituja perhearviointimittareita, kuten Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III (FACES III) ja Family Satisfaction Inventory. Molemmat standardisoidut mittarit perustuvat asiakaskyselyyn. Standardisoitua mittausta varten suoritettiin kysely terapian alussa ja lopussa. Itsearviointiasteikon arviot merkittiin jokaisella terapiakäynnillä. Arviointi suoritettiin sitä varten laadittujen tietokoneohjelmien avulla (Franklin ym. 1993). Seurantakysely tehtiin puhelimitse kolmen kuukauden kuluttua terapian päättymisestä.

Franklinin ym. (1997) tutkimuksessa havaittiin, että työntekijät pitivät itsearviointiasteikkoja käytännöllisempinä ja hyödyllisempinä kuin standardisoituja mittareita. Standardisoitu arvio voitiin mitata vain terapian alussa ja lopussa, ei terapian kuluessa, joten arviota ei voitu täysin verrata itsearviointiasteikon arvoihin. Tarkoitusta varten laadittu tietokoneohjelma helpotti arvioinnin suorittamista. Itsearviointiasteikon avulla tuloksellisuutta voidaan kuvata sekä laadullisesti että määrällisesti. Tutkimukseen osallistuneiden kolmen asiakkaan kohdalla tapahtunut muutos parempaan alku- ja lopputilannetta verrattaessa oli tilastollisesti merkittävä. (Franklin ym. 1997.)

Kun asteikkojen avulla pyritään saamaan tilastollista tietoa terapian tuloksellisuudesta, ongelmana on määrittellä kunkin asiakkaan lähtötilanne ja alkuarvot, jotka ovat keskenään verrannollisia. Franklin ym. (1997) toteavat, että jos asteikkoja käytetään asiakaskohtaisen työn lisäksi tilastollisen tuloksellisuuden mittaamiseen, tutkijoiden ja asiakastyöntekijöiden tulisi sopia keskenään yhtenäisestä käytännöstä asteikkojen laadinnassa validiteetin ja reliabiliteetin parantamiseksi

Polkin (1996) artikkelissa seurataan yhden päihdehoitoon työpaikalta ohjatun asiak-

kaan hoitoprosessia. Sosiaalityöntekijän asiakkaana olevalla miehellä oli ehdollinen tuomio ja velkaongelmia. Päihdeongelma oli alkanut vakavasti haitata työssä käyntiä. Ennen hoidon alkamista asiakkaasta kerättiin asiakirjoihin perustuvaa tietoa kolmen viikon ajalta. Työmenetelmänä oli ratkaisukeskeinen yksilöllisyyttä, terveyttä ja normaalisuutta korostava päihdehoitomalli, jonka ajatuksena on, että on olemassa niin monta alkoholismia kuin on alkoholisteja. Kohtelu on yksilöllistä, ei yleistävää. Hoitoa ja asiakkaan edistymistä seurattiin kuuden viikon ajan. Tuloksellisuusmittareina hoidon aikana käytettiin asiakkaan omaa ja puolison kirjanpitoa juomisen poissaolosta sekä ulkoisena mittarina työnantajan ilmoitusta työssäolopäivistä kolmen viikon aikana. Kahden ensimmäisen mittarin kohdalla todettiin olevan heikko validiteetti, mutta kolmas mittari oli luotettava. Hoidon seurannassa käytettiin muutosta kuvaavia taulukoita. (Polk 1996.)

Ratkaisukeskeisen terapian aikana juominen väheni asteittain. Asiakkaan ja puolison kirjanpidot olivat yhteneviä. Työssäkäynti lisääntyi kuuden viikon aikana neljästä päivästä viiteen tai kuuteen päivään viikossa. Asiakkaan asenne työssäkäyntiin muuttui myönteisemmäksi ja hän saavutti myös muita tavoitteita talouden suunnittelun suhteen. Tekijä toteaa, että tutkimusmenetelmillä saattaa olla vaikutusta hoidon tuloksiin, mitä ratkaisukeskeisessä mallissa pidetäänkin toivottavana. Asteikkoja ja taulukoita käyttämällä tavoitteet ja edistyminen tulevat hyvin konkreettisiksi. (Polk 1996.)

David Besa (1994) on tutkinut tapauskohtaisen evaluoinnin soveltamista narratiiviseen perheterapiaan lasten ja aikuisten välisiin ristiriitoihin liittyvissä ongelmissa ja luettelee tämän arviointitavan etuja seuraavasti:

1. Tapauskohtainen arviointi ei edellytä ihmisten "normalisointia", normaalin ja poikkeavan vertailemista.
2. Se ei edellytä ihmisten diagnostista luokittelua tai erittelyä.
3. Se korostaa suoria mittareita, kuten käyttäytymisen mittausta, eikä epäsuoria mittareita, kuten asiakaskyselyt.
4. Asiakkaat voivat osallistua ongelmien määrittelyyn, aineiston keräämiseen ja mahdollisesti myös aineiston analyysiin.
5. Jokainen interventio voidaan räätälöidä perheen ainutlaatuisten tilanteiden mukaisesti.
6. Kokeellinen malli voidaan muotoilla ja muuttaa arvioinnin kuluessa tarpeen mukaan.

Rostilan ja Mäntysaaren (1997) tapauskohtaisen evaluoinnin kokeiluissa huomattiin, että menetelmä soveltui paremmin perhetukikeskusten työhön kuin sosiaalitoimistojen sosiaalityöhön. Sosiaalityössä oli vain harvoin mahdollista ajatella asiakassuhteen käynnistyvän perusteellisella tilanteen selvittelyllä, sillä toimenpiteisiin piti usein ryhtyä hyvin nopeasti. Sosiaalityöntekijöiden oli myös vaikea määritellä asiakastyössään

rajattuja interventioita. Sekä sosiaalityöntekijät että perhetukikeskusten työntekijät pitivät kielteisenä sitä, että asetelman laatiminen, seurantalomakkeiden "paperinmakuisuus" ja ongelmasta muistuttaminen voisi häiritä asiakassuhdetta, vaikka kokeiluun yleisesti suhtauduttiinkin myönteisesti.

Kokeilun lopussa perhetukikeskusten työntekijät kuitenkin totesivat, että arviointi ei häirinyt asiakassuhteita, eikä siihen kulunut liikaa aikaa. Monien mielestä se oli lisännyt työn tavoitteellisuutta. Ratkaisukeskeistä työmenetelmää soveltavissa perhetukikeskuksissa haluttiin korostaa myönteisiä asioita kielteisten sijasta (esimerkiksi koulusta poissaolon sijasta tarkkailtiin läsnäoloa), mikä lisää työskentelyn positiivisuutta. Tapauskohtaista arviointia suorittaessaan työntekijät tasapainoilivat tutun, arkisen toiminnan seurattavuuden ja systemaattisesti dokumentoivan mittauksen vaatimusten välillä. Kirjoittajat toteavat, että tapaukset, joissa seuranta-asetelman laatiminen osittain tai kokonaan epäonnistui, voidaan tulkita näihin kahteen eri tapaan liittyvinä valintoina. (Rostila & Mäntysaari 1997.)

Kokeilun perusteella tekijät (Rostila & Mäntysaari 1997) päättävät, että tapauskohtainen evaluaatio voidaan nähdä intuitiivisen arvioinnin, "näppituntuman" jatkeena ja täydentäjänä. Seuranta-asetelma sopii asiakassuhteisiin sitä paremmin, mitä selkeämmin työ muodostuu yhteistoiminnalliseksi muutostyöksi. Tilanteisiin, joissa työntekijä on jäsentymättömämmin asiakkaan tuki ja resurssi, asetelma sopii huonommin. Menetelmä voi myös vaikuttaa toimipisteen kehittämistyöhön ja työkuultuuriin siten, että se ohjaa pohtimaan työn tavoitteita paitsi asiakaskohtaisesti myös osana koko toimipisteen tavoitteita koskevaa keskustelua. (Rostila & Mäntysaari 1997.)

5.3 Työntekijöitä koskevat tutkimukset

Käytettävissä oleva arviointiaineisto sisältää kuusi tutkimusta, joissa on käytetty työntekijöiden haastatteluja tai kyselyjä ratkaisukeskeisen koulutuksen vaikutusten (Jylhä-Savolainen 1994, Saarnio ym. 1996) tai työn sisältöjen ja toimintatapojen (Makkonen 1991, Alpolo & Hurskainen 1992, Laurila 1998, Forsberg 1998) selvittämiseen. Näissä tutkimuksissa työntekijöiden haastattelu- tai kyselyaineisto muodostaa merkittävän osan tutkimusta, vaikka muitakin aineistoja on käytetty haastattelujen ohella, esim. havainnointia, videointia, asiakasdokumentteja ja -kyselyjä sekä päiväkirjoja. Arviointi painottuu työntekijänäkökulmaan. Työntekijänäkökulmaan painottuvat tutkimukset on esitetty taulukossa 4 raportin lopussa.

Ratkaisukeskeisen koulutuksen vaikutuksia koskevassa kahdessa tutkimuksessa (Jylhä-Savolainen 1994, Saarnio ym. 1996) merkittävin huomio oli, että koulutus on lisännyt työn positiivisuutta ja menetelmävalikoimaa. Arja Riitta Jylhä-Savolaisen (1994) tutkimuksessa selvitettiin vertailuasetelmaa ja Heppnerin ongelmanratkaisumittaria käyttäen, mitä vaikutuksia ratkaisukeskeisellä koulutuksella on ollut Hyvin-kään sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden työhön. 69 koeryhmän jäsentä osallistui koulutukseen ja 35 vertailuryhmän jäsentä ei osallistunut koulutukseen. Tuloksissa ilmeni, että ratkaisukeskeisen koulutuksen jälkeen työn kuormittuneisuus ja stressi oli vähentynyt, liiallinen vaatimustaso madaltunut ja ajattelu muuttunut myönteisem-

mäksi. Ratkaisukeskeisyys oli antanut uusia voimavaroja työhön. Ongelmanratkaisukyky ei kuitenkaan ollut yhteydessä koulutukseen. (Jylhä-Savolainen 1994.)

Pekka Saarnion ym. (1996) koulutuksen vaikuttavuutta koskevaan tutkimukseen osallistui kahdeksan työntekijää Tampereen viidestä perhetukikeskuksesta viisi vuotta ratkaisukeskeisen koulutuksen päättymisen jälkeen. Aineistona olivat paitsi työntekijöiden haastattelut ja kysely, myös videotehtävä, jossa työntekijät seurasivat videolta ratkaisukeskeistä terapiaistuntoa. Tutkittavien tehtävänä oli kommentoida ääneen terapeutin työskentelyä samalla kun tilanne videoitiin. Haastattelujen avulla tutkittiin työntekijöiden kuvailevaa tietoa työmenetelmistä ja -teorioista. Videotehtävän tarkoituksena oli tuottaa tietoa tutkittavien automatisoituneesta, sisäistyneestä ammattitiedosta ja -taidosta.

Tulokset osoittavat, että ratkaisukeskeisen menetelmän sisäistämisen asteessa oli yksilöllisiä eroja työntekijöiden välillä. Osa työntekijöistä suhtautui menetelmää mekaanisesti, jolloin voidaan puhua ns. käsiteverbalismista. Tämä merkitsee, että julkilausutut ratkaisukeskeiset periaatteet esiintyvät omana asiakastyöstä irrallisena käsitejärjestelmänä. Tietoperusta nähdään irrallisena käytännöstä. Menetelmän periaatteet on opittu, mutta niitä ei osata joustavasti soveltaa käytännön tilanteissa. Osa työntekijöistä oli sisäistänyt ratkaisukeskeisen ajattelun ja sovelsi menetelmää sujuvasti ja joustavasti. Kolmas ryhmä olivat ne työntekijät, jotka olivat sisäistäneet ratkaisukeskeisyyden paitsi asiakastyössä myös omaan elämäänsä soveltuvana viitekehystenä. (Saarnio ym. 1996.)

Tutkimustulokset koskevat kyseessä olevaa tutkimustilannetta, eikä niistä voi tehdä johtopäätöksiä siitä, miten työntekijät käyttävät menetelmää oikeissa työtilanteissa. Tekijät (Saarnio ym. 1996) toteavatkin, että tutkimusnäkökulma tulisi laajentaa todellisiin työtilanteisiin, jolloin voitaisiin tutkia, miten ratkaisukeskeisiä tietorakenteita sovelletaan käytännön auttamistyössä. Pitkittäinen tutkimusote mahdollistaisi taitojen kehittymisen seurannan.

Saarnio (1992) on käsitellyt sosiaalityön sosiaalisen asiantuntemuksen kehittymistä vaiheittain. Hänen mukaansa kehitys alkaa jäykän metodisesta ja korostuneen rationaalista aloittelijan työskentelystä ja etenee todellisen asiantuntijan toimintaan, jossa tieto ja metodien hallinta on niin syvästi sisäistynyt, että hän kykenee käyttämään niitä työskentelyssään intuitiivisesti ja vapaasti soveltaen. McKeel (1996) viittaa tutkimukseen (Skidmore 1993), jossa selvitettiin ratkaisukeskeiseen koulutukseen osallistuneiden terapeuttien menetelmän käyttöä työssään. Tutkimus osoitti, että vaikka ratkaisukeskeistä menetelmää käytettiin pääasiallisena työtapana, useimmat terapeutit sovelsivat sen yhteydessä myös muita menetelmiä. Menetelmien tehokkuudessa ei nähty olevan eroja.

Nina Laurilan (1998) pro gradu-työssä todettiin, että ratkaisukeskeiseen koulutukseen osallistuneet sosiaalityöntekijät tarkastelivat enemmän oman työnsä onnistuneisuutta kuin onnistuneisuutta asiakkaan tilanteen paranemisena. Käytännön työtilanteissa sosiaalityöntekijät eivät kuitenkaan käyttäytyneet korostuneen metodisesti. Saarnion (1992) tapaan voi päätellä, että menetelmällisyyden korostuneisuus liittyy tiettyyn vaiheeseen menetelmän oppimisprosessissa. Kun menetelmä on kokemusten kautta sisäistynyt, sen käyttö tulee joustavammaksi.

Ratkaisukeskeisen menetelmän käytön suurimpina esteinä on nähty olevan erilaiset ulkoiset pakot ja muiden työntekijöiden tai yhteistyötahojen vastustus (Saarnio ym. 1996, Laurila 1998). Toisaalta esimerkiksi Matti Alpolan ja Petri Hurskaisen (1992) tutkimuksessa todettiin, että uuden menetelmän opiskelun aikana on esiintynyt kritiikittömyyttä. Omaan ja toisten työskentelyyn ei ole kyetty suhtautumaan kriittisesti. Tekijät arvelevat tämän johtuvan puutteellisesta menetelmän hallinnasta. On tavallaan katsottu, että oma tietomäärä ei riitä toisen työn kritisointiin uudessa viitekehysessä. (Alpola & Hurskainen 1992.) Myös Saarnio ym. (1996) huomasivat koulutuksen vaikutuksia tutkiessaan, että uuteen menetelmään suhtauduttiin hyvin kritiikittömästi. Työskentelyn kehittyessä kritiikin määrä todennäköisesti kasvaa.

Laitospainotteisesta lastensuojelusta on joissakin kunnissa siirrytty avopainotteiseen ratkaisu- ja voimavarakeskeiseen perhetukikeskuspalveluun. Tällaisten koko organisaation kattavien muutosprosessien taustalla ovat sekä taloudelliset että työn sisällölliset tekijät. Siirtyminen avopainotteiseen perhetyöhön on ollut keino vähentää kustannuksia ja tarjota palveluja entistä useammille asiakasperheille. Toisaalta työn sisällöt ovat muuttuneet myönteisemmiksi ja jäsentyneemmiksi ja vastuuta on siirtynyt aikaisempaa enemmän asiakkaille itselleen. Kehitystä on haluttu ohjata vallitsevasta byrokratiakulttuurista palvelukulttuuriksi, johon lisäksi kytkeytyisi voimakkaampi tulorientoituneisuus. (Sierla & Alpola 1990, Alpola & Hurskainen 1992, Tuurala 1993, Rautjärvi 1995).

Alpolan ja Hurskaisen (1992) sekä Hannele Forsbergin (1998) laadullisissa tutkimuksissa vertaillaan perhetukikeskusten ratkaisukeskeistä työtappaa ns. tavanomaiseen työmalliin. Laurilan (1998) pro gradu -työssä vertailuasetelma koskee sosiaalitoimistojen ratkaisukeskeistä ja ns. tavanomaista työtappaa. Näissä kolmessa tutkimuksessa näkökulma liittyy lastensuojelutyön sisältöihin ja toimintatapoihin.

Alpolan ja Hurskaisen (1992) tapaustutkimus kuvailee Vanamon lastenkodin muutosprosessia nuoriso- ja perheasemaksi. Aineistona ovat ratkaisukeskeisen koulutuksen saaneiden ohjaajien teemahaastattelut. Sen jälkeen, kun systeeminen, perhe- ja ratkaisukeskeinen työtapa oli otettu käyttöön, ohjaajat olivat kokeneet työviihtyvyyden lisääntyneen ja työn sisältöjen parantuneen. Ohjaajat näkivät selvän yhteyden työmenetelmän ja työviihtyvyyden välillä. Työssä viihtyminen on lisännyt työmotivaatiota ja vaikuttanut siten suoraan asiakastyön tuloksellisuuteen. Tosin sillä ehdolla, että menetelmä nähdään mielekkäänä ja se hallitaan riittävän hyvin. (Alpola & Hurskainen 1992.)

Alpolan ja Hurskaisen (1992) tutkimuksessa huomattiin, että perhetukikeskuksen ohjaajat olivat luopuneet perinteisestä asiantuntijan roolistaan ja toimivat enemminkin yhteistyökumppaneina asiakkaiden kanssa. Vastuu oli entistä enemmän siirtynyt toisaalta lastensuojelun sosiaalityöntekijöiltä nuoriso- ja perheasemalle ja toisaalta ohjaajilta asiakasperheille itselleen. Työntekijät näkivät työn tuloksina erilaisia asioita. Pitkällä aikavälillä tuloksia on vaikea arvioida, joten työn tuloksiksi kuvailtiin välittömiä tuloksia:

- muutosprosessin alulle saaminen,
- jonkin ongelmatilanteen yli pääseminen,

- perhe saadaan tekemään omia ratkaisuja ongelmatilanteessa,
- ei-toivotun käyttäytymisen poisjääminen, käyttäytymisen havaittava positiivinen muutos tai kotiuttaminen,
- asiakkaiden tyytyväisyys,
- epäonnistuminenkin voi olla työn tulosta, jos sen avulla voidaan auttaa asiakasta hakemaan uusia mahdollisuuksia, joista voi olla enemmän hyötyä.

Arvioinnin tekijät (Alpola & Hurskainen 1992) toteavat, että he ovat toteuttaneet evaluaatiotutkimuksen, jossa evaluaation rooli nähdään ajattelun, keskustelun ja toiminnan herättäjänä ja tutkimukseen osallistuvien oikeutena suorittaa oman työnsä itsearviointia. Tutkittavien tulkintojen ja merkityksenantojen kuvailu ja esittäminen on ollut keskeistä. He huomauttavat lisäksi, että tapaustutkimuksella on enemmän syvyyttä kuin yleistettävyyttä.

Hannele Forsberg (1998) vertaili etnografisessa tutkimuksessaan Tampereen ratkaisukeskeistä työmallia soveltavien perhetukikeskusten ja kolmen muille paikkakunnille sijoittuvan sosiaalitoimiston lastensuojelun työtapoja ja asiantuntijakulttuureja havainnoimalla työkäytäntöjä, haastattelemalla työntekijöitä ja tutkimalla kirjallisia dokumentteja sekä ääni- ja videonauhoituksia. Tekijä toteaa tutkimuksensa noudattavan sosiaalisen konstruktionismin traditiota.

Tutkimuksessa havaittiin, että sosiaalitoimistoissa asiakkaiden perhesuhteet ja lasten ominaisuudet kuvataan usein kielteisin määrein ja perhetukikeskuksissa samoista asiakkaista puhutaan myönteisesti ja toiveikkaasti. Forsberg (1998) puhuu kahdesta erilaisesta toimintakulttuurista, jotka elävät samojen organisaatioiden sisällä, mutta joiden painotus vaihtelee. Sosiaalitoimistoissa korostuu moderni, sektoroitunut ja byrokraattinen asiantuntijuus ja perhetukikeskuksissa joustava, luova ja omintakeinen asiantuntijuus.

Toimintakulttuurit eivät ole millään yksinkertaisella tavalla keskenään vaihtoehtoisia. Forsberg (1998) toteaa, että erityisesti sosiaalitoimistojen lastensuojelun sisältämät kontrolliin, pakkoon ja lasten oikeuksien valvontaan liittyvät työtehtävät, joiden motiivit tulevat lainsäädännöstä, ja johon suuntaan myös sosiaalityöntekijät joutuvat toimintaansa perustelemaan, näyttävät tuottavan ongelmakeskeisiä, negatiivisia näyttöjä etsiviä perhe- ja lapsimäärityksiä. Tutkimuksessa havaittiin, että samanlaisten ulkoisten työtehtävien velvoittamana on mahdollisuus valita toisinkin. Tekijä toivoo tutkimuksesta välittyvän, että ei ole olemassa yksiselitteisesti hyviä tai huonoja auttamisen tapoja ja kulttuureja, mutta valintamahdollisuus on olemassa. (Forsberg 1998.)

Perhetukikeskusten ratkaisukeskeisessä työssä lähdetään liikkeelle ns. "optimismin säännöstä", jonka mukaan jokainen vanhempi rakastaa lastaan ja pyrkii hyvään lapsensa kanssa. Vasta jos löytyy näyttöä toisenlaisesta toiminnasta, sääntö kumoutuu. Sosiaalitoimistoissa elää "optimismin säännön" kanssa myös "epäilyn sääntö", ajatus siitä, että vanhempi voi olla myös potentiaalinen uhka lapselleen. Tämä sääntö pohjautuu sosiaalitoimiston vastuuseen toimia lasten suojelun asianajajana. (Forsberg 1998, 288-289.)

Painotukset määrittyvät paljolti organisaation toimenkuvan ja tehtävän perusteella. Lastensuojelun sosiaalityöhön liittyy erottamattomasti kontrollinäkökulma, joka helposti tuo mukanaan negatiivisia kuvauksia. Nina Laurilan pro gradu-tutkielmassa (1998), jossa vertailtiin ratkaisukeskeistä ja ns. tavanomaista sosiaalitoimiston lastensuojelutyötä haastattelemalla sosiaalityöntekijöitä ja asiakkaita sekä havainnoimalla asiakastilanteita, todettiin, että ratkaisukeskeinen lastensuojelutyö ei eroa ns. tavanomaisesta lastensuojelutyöstä asiakkaiden vaikutusmahdollisuuksien, työn ongelma-kohtien, työn onnistuneisuuden, eikä työssä esiintyvän kontrollin määrän suhteen, vaikka koulutus oli tuonut mukanaan erilaisia tekniikoita ja työntekijöiden työtyytyväisyys ja -motivaatio oli lisääntynyt. Molemmissa työtavoissa pyrittiin ratkaisuihin, eikä jääty pohtimaan ongelmia. Laurilan (1998) aineistona oli 13 sosiaalityöntekijän ja 10 lastensuojelun asiakkaan teemahaastattelua sekä yhdeksän havainnoitua asiakastilannetta.

Ratkaisukeskeisyys sisältää paljon sellaisia periaatteita ja työtapoja, joita monet työntekijät toteuttavat intuitiivisesti työskentelemättä tietoisesti ratkaisukeskeisesti. Tämä voi olla yksi syy sille, että ratkaisukeskeisen mallin eroja muunlaiseen tapaan nähdessä on vaikea osoittaa. Tämän totesi myös Sundman (1995), jonka tutkimuksessa ei voitu osoittaa eroja tuloksellisuudessa ratkaisukeskeisen ja perinteisen sosiaalityön välillä.

Ratkaisukeskeisen koulutuksen ja työmenetelmän käyttöönoton merkitys näkyy selvimminkin juuri keinovalikoiman runsaudessa ja käytön useudessa. Pitkälle kehittyneen osaamisen ja ammattitaidon tunnusmerkkinä voidaankin nähdä valikoivuus ja menetelmien kaavamaisen käytön vastustus (Saarnio ym. 1996). Sekä psykoterapian että sosiaalityön tutkimuksessa ja käytännössä on nähtävissä ns. eklektismin lisääntyminen. Pyritään välttämään vahvoja kannanottoja jonkin tietyn menetelmän puolesta. Kuhunkin tilanteeseen ja kullekin asiakkaalle pyritään löytämään mahdollisimman sopeva menettelytapa. Tutkimusten tekijät ovat korostaneet, että vallitsevalle käytännölle on olemassa vaihtoehtoisia tapoja ja eri tapojen paremmuuden arviointi on tavallisesti hyödyllistä (esim. Jaatinen 1996, Forsberg 1998).

Mikko Makkosen (1991) tutkimus on määritelty kehittämistutkimukseksi ja tehty käytännön avioeroauttamisen tarpeisiin. Tutkimuksen tarkoitus oli avioeroauttajien vallitsevan työkäytännön tutkiminen ja kehittämisvaihtoehtojen esittäminen. Tutkimusaineistona olivat 17 avioeroauttajan haastattelut, teemakeskustelut, asiakastapauskertomukset ja päiväkirjat sekä muutama asiakastilanne. Tutkimus osoitti, että avioeroajattelussa löytyy kaksi mallia, ongelmallisuusmalli ja normaalisuusmalli sen mukaan, miten avioerotilanne työntekijöiden kuvauksissa ilmenee. Yleisenä avioeroauttamisen menetelmänä ajattelutavoista riippumatta työntekijät esittivät suoran, neuvottelevan, vaihtoehtoja selventävän ja sopimushakuisen keskustelun, jota tekijä kutsuu ratkaisuvaihtoehtojen aktivointimenetelmäksi. Tekijä esittää tähän malliin ja ratkaisukeskeisiin interventioihin perustuen selkeän menetelmän avioeroauttamisen keinoksi. (Makkonen 1991.)

Mainittujen kuuden työntekijän näkökulmaa esiin tuoneen tutkimuksen perusteella voi päätellä, että ratkaisukeskeisen työorientaation omaksumisella on selvästi myönteisiä vaikutuksia ainakin auttajina toimiviin työntekijöihin. Systeminäkökulmasta työn-

tekijää ei voi sulkea ulos terapeuttisesta muutosprosessista. Työntekijän asenne ja keskustelun valinnat vaikuttavat prosessiin, jossa muutoksia tapahtuu tai ei tapahdu. Terapeutit ovat itse todenneet, että he ovat olleet halukkaampia näkemään myönteisiä muutoksia asiakkaiden tilanteissa ratkaisukeskeisen työorientaation omaksumisen jälkeen (esim. Wheeler 1995). Yhtenä tuloksellisuuden tekijänä voidaan nähdä se, että ratkaisukeskeinen koulutus on tehokas muuttamaan työntekijöitä, jotka sitten auttavat asiakasta tavoitteiden saavuttamisessa. Merkittävää on se, että asiakas hyötyy hoidosta. Tästä näkökulmasta ratkaisukeskeisyydellä on ns. empowerment-vaikutus. Se voimistaa sekä työntekijää että asiakasta.

Systeemisestä näkökulmasta tällaista muutosta on kutsuttu ns. "toisen asteen muutokseksi" tai "yhteistyössä tapahtuvaksi systeemin muutokseksi" (collaborative systems change) (Anderson & Goolishian 1988), jota konstruktionistisesta näkökulmasta nähdään tapahtuvan koko terapiaprosessin ajan vuorovaikutuksellisenä tapahtumana asiakkaan ja työntekijän välillä. Systeeminen näkökulma voidaan laajentaa myös organisaatioiden tasolle. Ratkaisukeskeisen työn toimivuus edellyttää joustavuutta ja muuntumiskykyä paitsi yksittäisiltä työntekijöiltä, myös organisaatioilta. Työn tavoitteet ja toimintavat pitäisi organisaatioiden ja verkostojen sisällä yhteisesti neuvotella ja sopia.

5.4 Prosessitutkimukset

Prosessitutkimuksia käytetään silloin, kun halutaan tietoa jonkin tietyn intervention tai kysymysstrategian vaikutuksista tai merkityksestä terapiatilanteessa tai kun halutaan tutkia, miten terapiamalli toteutuu todellisessa terapiaistunnossa. Ratkaisukeskeisen interventiomallin tutkimuksissa on terapiaprosessin osatekijöinä tutkittu interventiivisten kysymysten vaikutuksia, merkittäviä terapiatapahtumia, työntekijän ja asiakkaan käsityksiä sekä puheen ja keskustelun sisältöjä. Prosessitutkimuksissa on käytetty useimmiten laadullisia tutkimusmenetelmiä tai laadullisten ja määrällisten menetelmien yhdistelmiä.

Prosessitutkimuksia on aineistossa 16 kappaletta. Ratkaisukeskeisten kysymysten vaikutuksia arvioivat viisi tutkimusta on tehty Yhdysvalloissa (Weiner-Davis ym. 1987, Adams ym. 1991, Jordan & Quinn 1994, Lawson 1994, Allgood ym. 1995), samoin merkittäviä terapiatapahtumia (Becerril 1994) ja terapeutin strategiamalleja (Gale & Newfield 1992) koskevat tutkimukset. Merkittävän prosessitutkimusryhmän muodostavat terapiapuheen sisältöjä, merkityksiä ja vuorovaikutusmalleja tarkastelevat keskustelu- ja diskurssianalyttiset tutkimukset, joista suurin osa on tehty Suomessa (Riikonen 1992, Saarnio ym. 1994, Helander 1996, Jaatinen 1996). Tähän ryhmään kuuluvat myös espanjalaisten Beyebachin ym. (1996, myös Beyebach & Carranza 1997) ja yhdysvaltalaisien Metcalfin ym. (1996, myös Metcalf & Thomas 1994) tutkimukset. Beyebachin ym. (1996) ja Helanderin (1997) kokeilut kognitiivisten muuttujien soveltuvuudesta ratkaisukeskeisen terapian tutkimukseen muodostavat oman ryhmän. Schiepekin (1997) tapaus tutkimus on metodinen kokeilu. Tutkimusten raportointi seuraa osittain tutkimussisältöjä, osittain menetelmiä. Ulkomaiset prosessitutkimukset on myös esitelty

taulukossa 5 ja suomalaiset taulukossa 6 raportin lopussa.

5.4.1 Ratkaisukeskeisten kysymysten vaikutukset ja terapeuttien käyttämät strategiat

Ratkaisukeskeisen terapiamallin kehittäjät ovat käytännön työssään huomanneet, että aika usein asiakkaiden tilanteissa on tapahtunut toivottavia muutoksia ajanvarauksen ja ensimmäisen terapiaistunnon välisenä aikana. Jo se, että asiakas päättää varata ajan terapeutilta, on merkittävä muutos, ja sen jälkeen alkaa usein muutoksia näkyä enemmänkin. (de Shazer ym. 1988.) Terapeutti kysyy asiakkaalta: "Mitä sellaista on tapahtunut ajanvarauksen ja ensimmäisen terapiaistunnon välisenä aikana, minkä toivoisitte jatkuvan?" Tällainen kysymys selkeyttää ja konkretisoi tavoitteita ja luo muutosodotuksia.

Weiner-Davis, de Shazer ja Gingerich (1987), jotka kaikki ovat ratkaisukeskeisen menetelmän kehittäjiä, tutkivat tällaisten muutosten yleisyyttä kunnallisen nuorisotoimiston asiakkailla. Tutkimukseen saatiin mukaan 30 perhettä, joilla oli ongelmia nuorten koulu- tai päihdeongelmien tai perheristiriitojen vuoksi. Ensimmäisen terapiaistunnon yhteydessä perheiltä kysyttiin, olivatko he huomanneet toivottavia muutoksia ajanvarauksen ja ensimmäisen istunnon välisenä aikana. Kaksi kolmasosaa perheistä ilmoitti huomanneensa myönteistä ja toivottavaa muutosta ongelman suhteen ennen terapian alkamista. (Weiner-Davis ym. 1997.) Lawson (1994) toteutti samanlaisen kyselyn avioliitto- ja perheneuvolan 82 asiakkaalle. Tutkittavista 62,2 prosenttia kertoi huomanneensa muutoksia. Kahta asiakasperhettä lukuunottamatta muutokset olivat toivottuja. (Lawson 1994.)

Näiden kahden tutkimuksen (Weiner-Davis ym. 1987, Lawson 1994) johtopäätöksenä on, että terapeuttien on hyödyllistä kiinnittää huomiota ennen terapiaa alkaneisiin muutoksiin, koska se voi vahvistaa asiakkaan odotuksia ongelman ratkaisusta ja kohdistaa huomion asiakkaan omiin onnistumisiin. Jos toivottavia muutoksia ei ole ilmennyt ajanvarauksen jälkeen, voidaan kysymys muotoilla uudelleen siten, että pyydetään asiakasta palauttamaan mieleen mitä hyvänsä onnistumiskokemuksia, joita hänellä on elämässään ollut jonkin asian suhteen. Näin päästään heti alussa keskustelemaan asiakkaan omista voimavaroista ja suunnata keskustelua tavoitteita kohti.

Lawson (1994) toteaa oman tutkimuksensa heikkoudeksi sen, että kysymys ennen ensimmäistä terapiaistuntoa tapahtuneista muutoksista esitettiin johdattelevassa muodossa. Kysymyksen muoto antoi olettaa, että ennen terapiaa alkaneet muutokset ovat enemmän sääntö kuin poikkeus. Toisaalta terapian yhteydessä johdattelevien kysymysten tarkoituksena on juuri edistää muutosta. Terapeutin odotusten nähdään vaikuttavan asiakkaan odotuksiin.

Allgood ym. (1995) selvittivät, onko ajanvarauksen ja ensimmäisen terapiaistunnon välillä alkaneella muutoksella yhteyttä terapian keskeyttämiseen 200 perheterapiassa käyneellä asiakkaalla. Vastaukset saatiin 76 asiakkaalta. Tulokset osoittavat, että asiakkaat, joilla ei ollut terapiaa edeltäviä muutoksia, lopettivat useammin terapian kesken sopimatta asiasta terapeutin kanssa ja istuntoja oli myös vähemmän kuin niillä perheillä, jotka olivat huomanneet muutoksia ennen terapian alkamista. Tekijät tulkitsevat tu-

loksia siten, että pienikin havaittu muutos elämässä johtaa usein toiseen muutoksen ja tämä puolestaan yhä uusiin muutoksiin, jolloin pienelläkin alulla voi olla ns. "lumipal-lovaikutus", joka auttaa ongelman ratkaisussa. Tämän vuoksi terapeutin on hyödyllistä kysyä ennen terapiaa alkaneesta edistymisestä ja rakentaa keskustelua sen pohjalta. (Allgood ym. 1995.)

Ensimmäisen terapiaistunnon aikana ratkaisukeskeisesti toimivat terapeutit antavat usein asiakkaille kotitehtäväksi seurata ennen seuraavaa terapiaistuntoa niitä tilanteita, jolloin ongelmaa ei esiinny. Tarkoituksena on löytää poikkeuksia. Asiakkaan huomio kiinnitetään siihen, mitä hän tekee silloin, kun ongelma on poissa tai tilanne on jollain tavalla parempi. Tämän ratkaisukeskeisen intervention vaikutuksia on arvioitu kahdessa tutkimuksessa (Adams ym. 1991, Jordan & Quinn 1994).

Adamsin ym. (1991) tutkimuksessa muodostettiin kolme erilaista perheterapiaryhmää, joissa kaikissa oli 20 perhettä. Ensimmäiseen asiakasryhmään sovellettiin ratkaisukeskeistä ensimmäisen istunnon kotitehtävää ja sen jälkeen ongelmakeskeistä terapiaa, toiseen ryhmään sovellettiin ratkaisukeskeistä kotitehtävää ja ratkaisukeskeistä terapiaa ja kolmanteen ryhmään ongelmakeskeistä kotitehtävää ja ongelmakeskeistä terapiaa. Ongelmakeskeinen kotitehtävä oli muotoiltu siten, että asiakkaiden tuli huomioida ennen toista terapiakäyntiä niitä tilanteita, jolloin ongelma yleensä esiintyy. Ongelmakeskeinen terapiamalli oli struktuurallis-strategista. Terapeutteja oli 15 ja lisäksi istuntoihin osallistui ulkopuolisia tarkkailijoita. Sekä asiakkaat, terapeutit että tarkkailijat täyttivät kyselyn, joka perustui asteikkokysymyksiin. Jordanin ja Quinin (1994) toteuttamassa samantyyppisessä tutkimuksessa oli ratkaisukeskeiseen perheterapiaan osallistunut 15 asiakkaan koeryhmä ja ongelmakeskeiseen terapiaan osallistunut 25 asiakkaan vertailuryhmä sekä 13 eri terapeuttia.

Näiden kahden tutkimuksen (Adams ym. 1991, Jordan & Quinn 1994) tulokset osoittavat, että perheissä, joihin sovellettiin ratkaisukeskeistä ensimmäisen istunnon kotitehtävää korostuivat tavoitteiden selkeys ja perheen yksimielisyys. Terapiaistunnot koettiin positiivisempina, sujuvampina ja syvällisempinä kuin ongelmakeskeiseen interventioon osallistuneissa perheissä. Terapeutit ja ulkopuoliset tarkkailijat näkivät enemmän edistystä perheissä, joihin sovellettiin ratkaisukeskeistä kotitehtävää kuin ongelmakeskeiseen interventioon osallistuneissa perheissä. Adams ym. (1991) huomauttavat, että kotitehtävän muotoilulla ei ollut vaikutusta terapian tuloksellisuuteen. Jordan ja Quinn (1994) toteavat, että heidän tutkimuksessaan ei tuloksellisuutta edes arvioitu.

Gale ja Newfield (1992) kokeilivat yhden terapiaistunnon tapaustutkimuksella, miten terapeutti käyttää puhetta ratkaisukeskeisessä terapiassa saavuttaakseen tiettyjä terapeuttisia tuloksia. Asiakkaana oli aviopari, jolla oli ollut perheongelmia viimeisinä kolmena vuotena. Sekä terapeutti että asiakkaana ollut aviopari olivat arvioineet istunnon onnistuneeksi ja terapeutti piti sitä edustavana näyttönä omasta työstään. Terapeutina toimi Bill O'Hanlon, joka on yksi ratkaisukeskeisen mallin kehittäjistä. Terapiaistunto oli videoitu ja keskustelu analysoitiin ulkopuolisten tutkijoiden avustuksella. (Gale & Newfield 1992.)

Tekijät (Gale & Newfield 1992) toteavat, että keskusteluanalyysillä pyritään löytämään ja kuvailemaan vuorovaikutusmalleja, ei osanottajien sisäisiä tiloja. Terapiatilant-

ne tulkitaan systeemiksi, jossa kunkin puhujan kommunikaatiotoiminta on sekä tilanteen muovailemaa että tilannetta uudistavaa. Menetelmän validiteettia tutkittiin selvittämällä, miten osanottajat itse ymmärsivät puhettaan. Tekijät kuvailevat tutkimusotettaan hermeneuttiseksi tapaustutkimukseksi, jolla ei ole yleistettävyyttä. Tutkimusotteen vahvuutena he pitivät sitä, että aineisto on kaikkien nähtävillä ja uudet tulkinnat ovat mahdollisia. (Gale & Newfield 1992.)

Tutkitusta terapiaistunnosta löytyi yhdeksän selvää strategiamallia, joita terapeutti käytti saavuttaakseen tiettyjä keskusteluun liittyviä tavoitteita:

1. Vastausten "puristaminen" ja työstäminen asiakkaalta moneen kertaan, kunnes asiakas antaa vastauksen tiettyyn kysymykseen, riippumatta siitä kuinka paljon aikaa vastauksen hakemiseen menee.
2. Epäselvien kysymysten selkeyttäminen, kunnes asiakas varmasti ymmärtää.
3. Väitteen muotoilu niin kauan, kunnes terapeutti saa sen vastauksen, jota on etsinyt.
4. Terapeutti esittää kysymyksiä tai mahdollisia ongelmia ja antaa niihin vastauksen itse.
5. Vastanottajan väärinymmärryksen tai torjunnan huomioimatta jättäminen ja jatkaminen, kuin väite olisi hyväksytty.
6. Terapeutti puhuu asiakkaan puheen päälle saadakseen puheenvuoron.
7. Tapahtumien ja merkitysten uudelleenmuotoilu, uusien merkitysten antaminen.
8. Mahdollisen vastauksen tarjoaminen.
9. Huumorin käyttäminen, jotta ongelmallinen aihe voidaan muuntaa ratkaisutehmäksi.

Tutkimus on kuvaus yhden terapeutin ja yhden asiakasparin yhdestä istunnosta, eikä siis yleistettävissä. Tutkimuksessa saatiin tietoa siitä, miten terapeutti käyttää puhetta pyrkiessään tiettyihin päämääriin keskustelussa. Tekijät toteavat, että tutkimus osoittaa myös, että terapeutin suhde luo epätasa-arvoisen, hierarkisen suhteen osanottajien välille. Terapeutti Bill O'Hanlon huomasi itsekkin tutkimuksen yhteydessä, että hänen puhetapansa oli dominoivaa, ja ehkä asiakkaan omia aloitteita jäi istunnossa huomaamatta. (Gale & Newfield 1992.)

Kommunikaatioon sisältyvää valtaelementtiä käsittelee myös Fredinin (1993) Ruotsissa toteuttama tutkimus, joka ei koske ratkaisukeskeistä menetelmää. Diskurssianalyttisessä sosiaalitoimistojen puhetta koskevassa tutkimuksessa todettiin, että seitsemässä tutkitussa sosiaalityöntekijän ja asiakkaan välisessä dialogissa 80 prosenttia puheesta oli sellaista, jossa sosiaalityöntekijä ohjasi puheenaiheita strategisesti tärkeämpiin aiheisiin. Fredin (1993) tuo esiin työntekijän ja asiakkaan välisen valta-asetelman,

jossa työntekijä voi kielellisesti määritellä asiakkaan ongelmia ja sosiaalista todellisuutta. Nämä kielellisesti muotoillut konstruktiot voivat muodostua pysyviksi määritelmiksi, joilla on seurauksia asiakkaan elämässä. Sillä, jolla on parhaat kielelliset valmiudet, on suurin vaikutusvalta. Tämä asettaa työntekijälle vaatimuksen tiedostaa vaikutusvaltansa ja kommunikaation eettisen puolen. (Fredin 1993.)

Gale ja Newfield (1992) suosittelevat keskusteluanalyysin käyttöä myös muiden menetelmien yhteydessä esimerkiksi etnografisissa tutkimuksissa ja "Elliotin interpersonal process recall" -menetelmän yhteydessä. Becerril (1994) onkin käyttänyt Elliotin tekniikkaa tutkiessaan merkittäviä terapiatapahtumia ratkaisukeskeisessä terapiassa. Becerril määrittelee tutkimuksensa fenomenologiseksi tapaustutkimukseksi. Tutkimusasetelmassa ei ole pyrittykään yleistettävyyteen, vaan merkittävintä on tutkimusmenetelmän kokeilu sekä vuorovaikutusmallien etsiminen ja kuvaileminen. Tutkimukseen osallistui neljä asiakasta, jotka olivat itsekkin terapeutteja. Työntekijänä oli yksi kokenut terapeutti, A. Jaya. (Becerril 1994.)

Becerrilin tutkimuksessa pyrittiin selvittämään, mitkä ovat terapeutin, asiakkaiden ja ulkopuolisen tarkkailijan tunnistamat merkittävät terapiatapahtumat ratkaisukeskeisissä terapiaistunnoissa. Elliotin tekniikan (Becerril 1994, 25-31) mukaisesti terapiaistunnot nauhoitettiin ääninauhalle ja tutkija oli läsnä tarkkailemassa istuntoja tehden muistiinpanoja. Kaikki osallistujat kuuntelivat ääninauhat vuorokauden sisällä istunnon jälkeen kukin erikseen. Merkittävien terapiatapahtumien hyödyllisyyttä asiakkaille mitattiin asteikolla yhdestä kymmeneen. Tutkija haastatteli osallistujat heti ääninauhan kuuntelemisen jälkeen sekä uudelleen kolmen kuukauden kuluttua. Tarkoituksena oli mahdollisimman tarkasti palauttaa osallistujien mieleen, mitä terapiaistunnoissa tapahtui ja mikä niissä oli merkittävää.

Istunnoista erottuivat seuraavat ratkaisukeskeiseen menetelmään liittyvät tapahtumat, jotka ovat yhteydessä terapeutin toimintaan: tavoitteen asettaminen, ongelman kuvailu, ratkaisun kuvailu, asiakkaan vahvuuksien arvostaminen ja interventtiivisten yhteenvedojen antaminen liittyen asiakkaan toimintaan muutoksen aikaansaamiseksi. Asiakas ja terapeutti kykenivät erottelemaan tapahtumia tutkijaa paremmin. Kolmen kuukauden jälkeen tehdyssä seurantakyselyssä kaikki asiakkaat mainitsivat yksi tai kaksi tapahtumaa, joilla oli edelleen vaikutusta heidän elämässään. Kolme näistä tapahtumista oli samoja, jotka oli tunnistettu merkittäviksi tapahtumiksi terapian jälkeen: asiakkaan kokemus omista vahvuuksistaan, ihmekysymyksen vaikutus, joka liittyy ratkaisun kuvailemiseen sekä terapeutin apu löytää tasapainoa siinä, miten paljon asiakas huomioi itseään ja muita ihmisiä. (Becerril 1994.)

Tutkimuksessa tunnistettiin myös vähemmän hyödyllisiä tapahtumia. Terapeutin tunnistamia merkittäviä, mutta ei hyödyllisiä tapahtumia olivat mm. asiakkaan käyttämän sanan tai ilmaisun korvaaminen terapeutin ilmaisulla, terapeutin naurahdukset, haukottelu ja lepäävä asento istunnon aikana, terapeutin käyttämä vertaus, jota asiakas ei ymmärtänyt erilaisen kulttuuritaustan vuoksi sekä terapeutin ilmaisema epäily käytettyä terapiatekniikkaa kohtaan, koska se ei ollut hänen tavanomainen tyyliinsä. Asiakkaan tunnistamia vähemmän hyödyllisiä tapahtumia istuntojen aikana olivat istunnon aikana pidetty tauko sekä se, että terapeutti kehotti asiakasta rentoutumaan ja jättämään terapian tekemisen terapeutille. (Becerril 1994, 107-108.)

Becerril (1994) toteaa, että valittu tutkimusote oli hyödyllinen, koska kolmen kuukauden kuluttua mainitut tapahtumat olivat samoja kuin terapian jälkeen tunnistetut tapahtumat. Tutkimusmenetelmä on työläs ja hankala soveltaa suureen asiakasryhmään. Sen etuna on tarkkuus ja syvällisyys. Kun terapiaistunto käydään uudelleen läpi ääninauhan avulla pian istunnon jälkeen, merkittävät asiat ovat melko helposti tunnistettavissa ja palautettavissa mieleen. Tällaisessa tutkimusoteessa tulevat esiin myös non-verbaaliset vuorovaikutusmallit, mitkä puheen tutkimisessa jäävät piiloon.

Saarnio (1997) on sosiaalityön vuorovaikutuksen tutkimista käsittelevässä artikkelissaan esittänyt samantyyppisen Casparin (1997) kehittämän terapeutin ajatuskuluja seurailevan tutkimusasetelman, jossa terapiaistunto sekä äänitetään että videoidaan. Äänite litteroidaan välittömästi ja sen jälkeen terapeutti tallentaa istuntoon liittyneet ajatuskulkunsa sanelukoneelle ja kommentoi litteroidun äänitteen. Lopuksi terapeutti vielä katsoo ja kommentoi videonauhan. Käytäntö on työläs, mutta saatava informaatio on monipuolista. (Saarnio 1997, 37-38.)

Tässä kappaleessa kuvailtujen seitsemän arvioinnin (Weiner-Davis ym. 1987, Lawson 1994, Allgood ym. 1995, Jordan & Quinn 1994, Adams ym. 1991, Gale & Newfield 1992, Becerril 1994) perusteella voi päätellä, että ratkaisukeskeinen terapiakin on näissä tapauksissa ollut ohjailevaa ja strategista. Terapeutilla on vahvasti keskustelua ohjaileva rooli, vaikka tavoitteet ja voimavarat haetaankin asiakkaan maailmasta. Gale ja Newfield (1992) päättelevät tutkimuksensa lopuksi, että tehokas terapia on "temaattista". He kuvailevat teorioita ja terapiamalleja "partateriksi", jotka leikkaavat läpi yksityiskohtien ja ohjaavat painottamaan joitakin elementtejä ja jättämään huomiotta toisia. Ratkaisukeskeisen työmenetelmän strategiat ja interventiiviset kysymykset näyttävät tehtyjen tutkimusten valossa toimivan tehokkaasti tällaisina leikkaajina. Tutkimusten tekijät korostavat kuitenkin tutkimustensa rajoituksia. Ne on tehty suhteellisen pienillä otoksilla tai tapaustutkimuksina. Niiden merkittävintä antia ovat käytännön terapia-työhön sovellettavissa olevat mallit.

Espanjassa Salamancan yliopistollisessa terapiakeskuksessa toteutettu ratkaisukeskeisen terapian prosessitutkimus (Beyebach ym. 1996) sopii esiteltäväksi edellisten terapeutteja interventiota koskevien tutkimusten jälkeen, koska sen tekijät ovat tutkimustulosten pohjalta esittäneet selkeitä käytännön vihjeitä terapiahaastatteluja varten. Tässä tutkimuksessa selviteltiin ratkaisukeskeisen terapian kommunikaatiomallien yhteyksiä terapian keskeyttämiseen 32 asiakastapauksessa. Asiakkaista puolet keskeytti terapian ennen terapeutin kanssa sovittua lopettamisajankohtaa ja puolet jatkoi terapiaa loppuun asti. Terapiahaastattelut nauhoitettiin ja asiakkaille suoritettiin kysely ennen ensimmäistä istuntoa ja 6 – 35 kuukauden kuluttua terapian päättymisestä. Terapiatilannetta analysoidtiin suhdetapausprosessina käyttäen "Family-Relational Communication Control Coding Scheme –tekniikkaa" (F-RCCCS) (Beyebach ym. 1996, 307.) Tämän kolmivaiheisen koodaustekniikan avulla puheenvuoroista muodostettiin yhdeksän erilaista paria sen mukaan oliko kukin puheenvuoro hallitseva, alistuva vai neutraali.

Beyebach ym. (1996) toteavat, että tutkimuksen viitekehys on sosiaalisen konstruktionismin teoria, jonka mukaan kommunikaatio on suhteellista ja muotoutuu asiakkaan ja terapeutin välisessä vuorovaikutuksessa. Tutkijat toteavat myös, että Salamancan yliopistossa toteutetaan perinteistä akateemista tieteellistä tutkimusta, joka ei

ole osallistuvaa. Pyrkimyksenä on olla vaikuttamatta terapiatilanteeseen, reliabiliteetti ja validiteetti ovat tärkeitä ja tilastollista tietoa ei vältetä. Tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita muutosprosessista, joka tapahtuu terapian kuluessa ja siitä, mikä on muutoksen suhde terapeutin ja asiakkaan väliseen suhteeseen. (Beyebach ym. 1996.)

Tulokset osoittivat, että keskeyttäneiden asiakkaiden ryhmässä oli vähemmän tukevia interventioita ja vähemmän neutraalista symmetriaa kuin terapiaa jatkaneiden ryhmässä. Selvä kysymys-vastaus -malli oli yleisempää niissä istunnoissa, joissa asiakas keskeytti terapian. Tekijät tulkitsevat tämän siten, että kysymysten ja vastausten ristitulella oleminen voi aiheuttaa epämukavuuden ja kilpailun tuntemuksia osanottajilla. Terapian keskeyttäneet asiakkaat olivat useammin eri mieltä, keskeyttivät useammin terapeutin puheen ja olivat yleisesti hallitsevampia kuin terapiaa jatkaneet. Keskeyttäneiden terapiaistunnoissa vuorovaikutus oli yleisesti ottaen ristiriitaisempaa kuin jatkaneiden istunnoissa. (Beyebach ym. 1996.)

Tekijät (Beyebach ym. 1996) esittävät johtopäätöksenä, että suhteellisen kontrollin näkökulmasta tulokset viittaavat siihen, että keskeyttäneiden asiakkaiden terapeutit eivät hallitse asiakkaiden dominoivaa käytöstä tarkoituksenmukaisesti, ja ovat vaikeuksissa yrittäessään säilyttää asemansa. Tekijät korostavat kuitenkin, että tutkimuksen perusteella ei voi vetää kausaalisia johtopäätöksiä syistä ja seurauksista, koska tilanteissa voi olla monia tuntemattomia muuttujia, joiden vaikutusta ei voida tietää.

Tekijät antavat tutkimustulosten perusteella vihjeitä käytännön terapiakeskusteluja varten. Terapeutin tulisi koko istunnon ajan kuunnella ja huomioida paitsi keskustelun sisältöä myös keskusteluprosessin kulkua. Eräs tärkeä keskustelullinen taito on löytää sopiva keskustelutapa (communicational "fit") kunkin asiakkaan kanssa (de Shazer 1988). Terapeutin tulisi toisaalta pyrkiä symmetriaan asiakkaan kanssa, mutta toisaalta varoa liikaa yksimielisyyttä. Erityisesti sellaisten asiakkaiden kanssa, joiden kanssa terapeutin on vaikea kommunikoida, pitäisi välttää tiukkaa kysymys-vastaus -mallia ja pyrkiä saamaan informaatiota muilla keinoilla. Tällaisia keinoja ovat aktiivisen kuuntelun muodot esimerkiksi yhteenvedojen esittäminen asiakkaan puheesta, asioiden uudelleen muotoilu, sisällön laajentaminen jne. Kommentteja asiakkaan puheeseen voivat olla esim. "Hyvä", "Ymmärrän", jne. Terapeutin tulisi suhteuttaa oma aktiivisuutensa ja keskustelutapansa kullekin asiakkaalle sopivaksi. (Beyebach ym. 1996.)

Walter ja Peller (1996) toteavat, että ratkaisukeskeinen malli on siirtynyt 80 -luvun radikaalista konstruktivismista ja strategisesta terapiasta enemmän yhteistoiminnallisuutta korostavaan konsultaatiosuuntaukseen. Terapiassa annetaan nykyisin enemmän painoa keskusteluun kuin interventioihin ja tehtäviin. Tutkimuksistakin näkyvät erilaiset tyylit ja painotukset ratkaisukeskeisen menetelmän käytännön sovelluksissa. Esimerkiksi Galen ja Newfieldin (1992) tutkimuksessa kuvailtu ohjaileva terapiatyylipöikkeää selvästi Beyebachin ym. (1996) antamista keskustelumalleista.

Eräässä lyhytterapiaa koskevassa tutkimuksessa (Regan & Hill 1992) haluttiin selvittää, mitä asiakkaat jättävät kertomatta terapiatilanteessa. Tutkimus osoitti, että terapian vuorovaikutusilmasto huononi selvästi, jos terapeutti avoimesti arvaili asioita, joita asiakas jätti sanomatta. Tutkimuksessa päätellään, että työntekijän on ehkä hyödyllistä omaksua ajatus, että asiakas suhtautuu terapiaan ja terapeuttiin myönteisesti, eikä ruveta arvailemaan mahdollisia kielteisiä asioita, joita asiakas ei tuo esiin. Asiak-

kaan salassa pitämät asiat liittyivät tutkimuksen mukaan yleensä kielteisiin tunteisiin. Tutkijat tulkitsevat, että asiakas saattaa tuntea olevansa enemmän tilanteen hallinnassa, kun hän pitää joitain asioita salassa ja voi tuottaa materiaalia omien valintojensa pohjalta. Toisaalta terapiaprosessin kuluessa luottamus työntekijään yleensä lisääntyy ja asiakas voi avoimemmin kertoa asioistaan. (Regan & Hill 1992, 173.)

Tilannesidonnaisuudella on myös tärkeä merkitys asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutuksessa. Se, miten hyvin asiakas ja työntekijä tuntevat toisensa, ja onko kyseessä esimerkiksi toimeentulotuki- vai terapiakeskustelu tai se, miten paljon työntekijällä on kokemusta erilaisista asiakastilanteista määrittelee pitkälti myös vuorovaikutuksen luonnetta. (Regan & Hill 1992, 173.)

5.4.2 Asiakas subjektina vai objektina?

Ratkaisukeskeisessä ajattelussa korostetaan auttajana toimivan työntekijän ja asiakkaan tasapuolista asemaa, jolloin työntekijän rooli on vähemmän aktiivinen kuin perinteisessä terapiassa. Terapiatilanteen tulisi ohjautua pitkälti asiakkaan lähtökohdista käsin. Tutkimukset osoittavat kuitenkin, että työntekijän roolin aktiivisuus ja ohjaavuus voi vaihdella hyvinkin paljon terapeutista ja asiakkaasta riippuen. Ratkaisukeskeisen suuntauksen sisälläkin on monenlaisia tapoja ja tyylejä. Julkiläusutut periaatteet ovat lähinnä lähtökohtia ja perusajatuksia, joita sovelletaan tilanteesta riippuen eri tavoin.

Metcalf ym. (1996, myös Metcalf & Thomas 1994) tutkivat, miten terapeutti ymmärtää roolinsa terapiaprosessissa ja miten asiakkaan käsitys terapiasta on verrannollinen terapeutin käsitykseen. Muita kysymyksiä, joihin haettiin vastausta, oli selvittää, mikälainen käsitys terapeutilla ja asiakkailla on terapiaan tulon syistä, terapiassa tapahtuvasta muutoksesta ja terapian lopettamisesta. Tutkimuksessa käytettiin liittouma – käsitettä kuvaamaan asiakas-terapeutti –suhdetta. Liittouma sisältää sekä asiakkaan että terapeutin vaikutukset ja korostaa molempien yhteistoiminnallista kumppanuutta.

Tutkimusta varten haastateltiin kuusi pariterapian onnistuneesti päättäneitä aviotaivoparia ja heidän terapeuttinsa etnografisella haastattelulla. Tutkimus toteutettiin Brief Family Therapy Centerissä (BFTC), koska haluttiin tutkia mahdollisimman ”puhdasta” ratkaisukeskeistä terapiamallia. Myös asiakkaat valittiin harkitusti, koska haluttiin selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat terapian onnistumiseen. Osa kysymyksistä oli suunniteltu etukäteen ja osa haastattelusta muotoutui haastateltavan antamien vastausten mukaan. Asiakkaille esitetty pääkysymys oli: ”Mikä terapiaprosessissa mielestäsi oli kaikkein hyödyllisintä?” Terapeutilta kysyttiin: ”Mitä sellaista teit terapiaprosessissa, joka näytti edesauttavan muutosta?” (Metcalf ym. 1996.)

Vastauksista ilmeni, että asiakkaat näkivät terapeutin aktiivisemmässä roolissa kuin terapeutit itse ja pitivät terapeutin aktiivisuutta myös hyödyllisenä. Asiakkaat näkivät terapeutin terapiaprosessia ohjaavana, neuvoja antavana ja opettavana. Kukaan terapeuteista ei nähnyt itseään ohjaavassa roolissa. Terapeutit ja asiakkaat jakoivat kuitenkin yhteisen näkemyksen terapiasta vahvistavana, kuuntelevana ja asiakaspainotteisena prosessina. (Metcalf ym. 1996.)

Asiakkaiden ja terapeuttien selitykset terapiaan tulon syistä poikkesivat myös toisistaan huomattavasti. Terapeutit määrittelivät asiakkaiden terapiaan tulon syyt ”pa-

tologisesti”, ongelma- ja oirekeskeisesti, kun taas asiakkailla oli konkreettisemmat ja “maanläheisemmät” selitykset terapiaan tulolle. Selitysten sisältö oli sama, mutta kie-
lalliset ilmaisut olivat hyvin erilaisia. Tekijät (Metcalf ym.1996) toteavat, että ratkai-
sukeskeisistä periaatteista poikkeavasti terapeutit luottivat asiantuntijapuheeseen en-
nemmin kuin asiakkaiden omiin selityksiin. Asiakkailla ja terapeuteilla oli myös sel-
västi erilaiset käsitykset terapian lopettamisesta. Terapeuteilla oli se käsitys, että lopet-
tamisesta oli sovittu yhteisesti asiakkaan kanssa, kun taas asiakkaiden käsityksen mu-
kaan terapeutti oli päättänyt terapian päättymisestä ja joidenkin mielestä terapia oli jää-
nyt kesken. Tekijät tulkitsevat tämän niin, että terapeutit pyrkivät mahdollisimman ly-
hyeen terapiaan, eivätkä ehkä riittävästi ota huomioon asiakkaan näkemyksiä. (Metcalf
ym. 1996.) Tämä johtopäätös tuli esiin myös tuloksellisuustutkimusten yhteydessä.

Metcalfin ym. (1996) tutkimustulosten mukaan asiakkaat painottivat terapiaproses-
sissa enemmän terapiasuhteeseen liittyviä tekijöitä, kun taas terapeutit näkivät tera-
piaan liittyvät kysymykset ja tekniikat merkittävinä. Metcalf ym. (1996) viittaavat ai-
kaisempiin terapialiittoumaa arvioiviin tutkimuksiin, joissa on todettu, että asiakkai-
den käsitykset liittoumasta ennustavat selvemmin terapian tuloksellisuutta kuin tera-
peuttien käsitykset. Asiakkaiden näkökulmasta tärkeimpiä muutosta edistäviä tekijöitä
ovat terapeutin antama apu, lämpö, välittäminen, emotionaalinen paneutuminen ja yri-
tykset järjestää asiakkaalle tärkeitä materiaalisia asioita. Terapeutin näkökulmasta voi-
makkaimmat edistymistä määräävät tekijät ovat asiakkaan osallistuminen, yhteistyön
ymmärtäminen ja asiakkaan positiiviset ominaisuudet. (Metcalf ym. 1996.)

Kaikki Metcalfin ym. (1996) tutkimukseen valitut asiakastapaukset olivat kuitenkin
päättäneet onnistuneesti huolimatta terapeuttien ja asiakkaiden eroavista käsityksis-
tä. Tekijät korostavat sellaisen tutkimuksen tarvetta, jossa pyritään selvittämään, mikä
on hyödyllistä asiakkaille enemmän kuin sitä, mikä on tehokasta terapiassa. He ko-
rostavat myös, että käytännön asiakastyössä tulisi entistä enemmän huomioida asiak-
kaan omia kategorioita ja selityksiä, koska tutkimusten mukaan asiakas on tärkein tera-
pian onnistumisen arvioija. (Metcalf ym. 1996). Ratkaisukeskeinen ajattelu perustuukin
pitkälti juuri tähän näkemykseen, vaikka asiakaspainotteisuus toteutuukin käytännön
työssä eri asteisesti.

Jaana Jaatinen (1996) tutki diskurssianalyttisesti sitä, miten hoitoideologiassa muo-
toillut työn periaatteet ja tavoitteet toteutuvat käytännön terapiatapaamisissa kahdek-
salla suomalaisella A-klinikalla. Tutkimuksessa haluttiin selvittää, mitä keskustelulli-
sia seurauksia puheteoilla on terapiatilanteessa. Tutkimusaineistona oli 36 äänitettyä
terapiakeskustelua ja 23 terapeutin haastattelua. Ratkaisukeskeinen lähestymistapa oli
aineistossa vahvasti edustettuna. Aineistossa erottuu kahdenlaista keskustelutodelli-
suutta myös ratkaisukeskeisen työmallin mukaisessa terapiassa. Hallitsevassa diskur-
siivisessa käytännössä asiakas tuottaa keskusteluun materiaalia ja terapeutti on tämän
materiaalin käsittelijä. Terapeutti tarjoaa rakentavia ajatuksia ja uusia näkökulmia ja
asiakas on saamassa jotain. Valinnat nousevat terapeutin maailmasta. (Jaatinen 1996.)

Jaatinen (1996) toteaa, että myös vaihtoehtoisessa käytännössä terapeutti on ratkai-
seva valintojen tekijä, mutta valinnat ovat laadullisesti erilaisia. Vaihtoehtoisessa käy-
tännössä asiakkaan tuottama keskustelumateriaali säilyy asiakkaan omaisuutena. Te-
rapeutti ei ota asiakkaan materiaalia käsittelyyn, vaan kohdistaa keskustelun asiakkaa-

seen itseensä ja tekee tilaa asiakkaan omalle työskentelylle. Tällaisessa käytännössä terapeutin ensisijainen tehtävä ja keino on tehdä kysymyksiä. Kysymyksissä ratkaisevaa on se, että ne jättävät yleensä asiakkaan kuvaamat sisällöt koskemattomiksi. Ne viittaavat asiakkaan materiaaliin väljällä, yleisen tason määreillä. Kysymykset voivat nostaa asiakkaan keskustelun keskiöön, ja tuolla siirrolla asiakkaasta tulee työskentelijä ja toimija. Kun asiakas pidetään tarkastelun kiintopisteenä, niin myös asiakkaan asettamat merkityskytkennät pysyvät varmemmin mukana. Terapeutin asiantuntemuksena on tietää jotain menetelmällistä ja keskustelullista, mutta suhteessa asiakkaaseen hän omaksuu tietämättömyyden näkökulman (myös Andersson & Goolishian 1988). Asiakaslähtöisyys edellyttää epävarmuuden, epäselvyyden ja kaaoksen hyväksymistä. Varmuus voi tulla tarkkaan konkretisoidusta keskustelumenetelmästä, joka tarjoaa tilan asiakkaan merkityksille (Jaatinen 1996, myös Miller 1985).

Jaatinen (1996) tutkimuksessa huomioidaan myös, että ratkaisukeskeistä työskentelyä kuvailevissa kirjallisissa tapausselostuksissa kannetaan asiakaslähtöisyydelle täysin vastakkaista viestiä. Ratkaisukeskeisen lähestymistavan perusajatuksena on asiakaslähtöisyys. Kuitenkin terapiakuvauksissa terapeutit ovat ratkaisevia ratkaisujen keksijöitä, jotka tarjoavat mallejaan asiakkaalle. Ideologinen teksti ja terapiatilanteita kuvaavat esimerkit muodostavat ristiriitaisen kuvan. (Jaatinen 1996.)

Jaatinen (1996) ei ota kantaa siihen, kumpi keskustelukäytäntö on parempi, vaan haluaa osoittaa, että asiakaslähtöinen keskustelukäytäntö on mahdollinen vaihtoehto, vaikka se edustaakin tutkimusaineistossa vain pientä osaa. Tutkimus osoittaa, että idea asiakkaan ehdoilla toimimisesta ei ole helposti yhteensovitettavissa perinteisten asiantuntijakäytäntöjen kanssa. Käytännössä tämä näkyy siten, että ajatus asiakkaasta toiminnan subjektina on asiantuntijoille selvä, mutta idean konkreettisia toteuttamistapoja ei useinkaan tiedetä. Sanotaan, että voimavarat löytyvät asiakkaalta, mutta ei tiedetä, mistä löytymiseen tarvittavat välineet ja keinot tulevat. On vaikea määritellä ulkopuolelta tulevat rajat ja samalla säilyttää asiakkaan oma ote asioihin. (Jaatinen 1996.)

Ilmari Rostila (1988) ilmaisee asian siten, että asiakkaan ja työntekijän välinen suhde on kulttuurisesti määräytyneet alistavaksi ja kontrolloivaksi. Näin ollen työntekijän ja asiakkaan on asioiden käsittelyssä, kuten kommunikaatiossa, tuotettava asiakkaan itsemääräytymistä vahvistava kokemus. Asiakkaan ja työntekijän orientaatiot ovat suhteellisia, eikä ehdottomia. Suuntautumisessa tietyn orientaation mukaan on kyse valinnasta. (Rostila 1988, 62- 63.) Ratkaisukeskeisen menetelmän kohdalla suhteellista orientaatiota on tutkittu kommunikaationäkökulmasta.

5.4.3 Asiakkaan voimavarojen vahvistaminen puheella

Eero Riikonen (1992) on tutkinut ratkaisukeskeistä haastattelutapaa kvantitatiivisen sisällönanalyysin keinoin. Tutkimuksessa pohditaan psykososiaalisen auttamistyön ongelmakäsityksiä ja haastatteluperiaatteita sekä niiden suhdetta kompetenssi- eli voimavarakeskeiseen asiakastyöhön. Riikonen tuo esiin objektivististen ongelmamallien rajoituksia ja osoittaa, miten ei-objektivistisella ongelmien lähestymistavalla päästään voimavarakeskeiseen asiakastyöhön.

Objektivistisiin ongelmamalleihin, jotka Riikosen mukaan hallitsevat auttamisalojen

ongelmanjäsenystapoja, sisältyy olettamus, että tarkasteltavan ilmiön tai ongelman olemassaolo ja luonne ei riipu tarkastelijasta ja käytetyistä kuvauksista, vaan ongelmat ovat sellaisinaan olemassa. Tästä seuraa, että objektiiviset ongelmamallit eivät kykene ottamaan huomioon sitä, että sekä asiakkaan että asiantuntijan tulkinnat luovat ongelmia koskevaa todellisuutta. Konstruktivistisesta lähtökohdasta katsottuna kielelliset ilmiöt eivät ole pelkkiä kuvauksia. Ne ovat myös sosiaalista vuorovaikutusta ja todellisuutta muodostavia. (Riikonen 1992, Helander 1996.)

Ei-objektivististen ongelmakäsitysten lähtökohta on, että ongelmamallit ja -luokitukset luovat sosiaalista todellisuutta. Riikonen (1992) toteaa, että psykologisia, psykososiaalisia ja psykiatrisia ongelmia koskevien selitysmallien tulisi olla sopusoinnussa inhimillisten ongelmien monitasoisuuden, merkityssidonnaisuuden ja vuorovaikutuksellisuuden kanssa. Ongelmamallien tulisi ottaa huomioon se, että ongelmien kanssa työskentely on aina ongelmakuvauksien ja ongelmaesittelyn käsittelyä. Ongelmien luokittelu ja määrittely on pohjimmiltaan interventtiivistä. Haastattelu ja tiedon kerääminen ovat ongelmiin vaikuttamista (Tomm 1988, Riikonen 1992).

Riikonen (1992) pyrkii tutkimuksessaan selvittämään, millä tavalla tutkimuksen, luokittelun, haastattelun tai muiden tiedonkeruun muotojen interventtiivisyyttä on mahdollista käyttää asiakkaan kompetenssin tukemiseen ja lisäämiseen. Kompetenssilla tarkoitetaan asiakkaan kykyä hallita ja taitoa hyödyntää olosuhteita, kokemuksia, mielikuvia, muistoja sekä kieltä ja kertomuksellisia rakenteita hyvinvoinnin kannalta suotuisalla tavalla (Riikonen 1992, 8).

Riikosen tutkimusaineistona oli 14 ratkaisukeskeisiä haastatteluperiaatteita noudattavaa haastattelua, jotka on videoitu tai äänitetty, sekä seitsemän opetuskäyttöön tehtyä erilaisia häiriötyyppejä ja yleispsykiatrista haastattelutapaa esittelevää haastattelua tai haastattelukatkelmaa. Tutkimusmenetelmänä käytettiin kvantitatiivista sisällön tutkimusta. Puheenvuororakenteen määrittelyssä käytetty lähestymistapa sijoittuu laadullisten ja määrällisten menetelmien välimaastoon. (Riikonen 1992.)

Keskustelujen analyysi osoittaa, että ratkaisukeskeisessä haastatteluaineistossa esiintyi enemmän kompetenssisuuntautuneita kysymyksiä ja kompetenssivastauksia kuin yleispsykiatrisissa haastatteluissa. Mikäli asiakas tuo esiin voimavaramateriaalia, pitäytyy haastattelija ratkaisukeskeisissä haastatteluissa useammin tässä aihepiirissä. Yleispsykiatrisissa haastatteluissa haastattelija reagoi harvemmin asiakkaan esiin tuomaan kompetenssimateriaaliin kompetenssisuuntautuneilla kysymyksillä. Ratkaisukeskeisissä haastatteluissa asiakkaan edeltävä puheenvuorotyyppi ohjaa selvästi sitä, onko seuraava haastattelijapuheenvuoro kompetenssikeskeinen. Yleispsykiatristen haastattelujen suhteen tätä johtopäätöstä ei voi tehdä. (Riikonen 1992.)

Kompetenssipuhetta esiintyi ratkaisukeskeisissä haastatteluissa runsaat kolme kertaa enemmän kuin yleispsykiatrisissa haastatteluissa. Haastattelijan käyttämät kompetenssikeskeiset perustrategiat luokiteltiin seuraavasti:

- onnistumisten ja kompetenssin osoittaminen,
- todennäköisesti kompetenssivastauksiin johtavien puheenaiheiden ja kysymystyyppien valinta,

- tavoitteiden selvittely ja kehittäminen,
- toiminnalliset ja kehitysväestävät metaforat.

(Riikonen 1992.)

Riikonen (1992) toteaa, että psykososiaalisen auttamistyön asiakastapaamisten lähtökohtana on yleensä se, että asiakkaan todellisuus on ongelmakertomuksen hallitseva. Ratkaisukeskeisesti toimiva haastattelija käyttää tietoisesti omaa jäsentämisvaltaansa siirtääkseen kompetenssikeskeisen tarkastelutavan hallitsevaan asemaan. Syntyy tilanne, jossa asiakas joutuu ainakin tilapäisesti katsomaan elämäänsä aiempaa onnistumiskeskeisemmästä näkökulmasta. (Riikonen 1992.)

Riikonen (1992) muistuttaa, että myös ratkaisukeskeisissä haastatteluissa asiakkaan ongelmapuheen ohjaava vaikutus on suuri ja se on usein väistämätöntä. Monet asiakkaat tuntevat usein suurta tarvetta kertoa ongelmistaan. Liian voimakas pyrkimys puheenaiheiden muuttamiseen saattaa olla vastoin asiakkaan odotuksia ja joskus jopa loukkaavaa. Riikonen toteaa, että haastatteluja ei voi "ratkaisukeskeistää" nopeammassa tahdissa kuin mihin asiakkaat ovat valmiita. Kompetenssin lisääntymistä voikin Riikosen mielestä pitää läpikotaisin vuorovaikutuksellisenä tapahtumana. Ansiota ja vastuuta tuloksista ei voi säilyttää yksinomaan haastattelijalle ja hänen kysymyksilleen.

Riikonen (1992) viittaa konstruktivistiseen näkemykseen, jonka mukaan ongelmiin liittyvä ja niitä tuottava vaihtoehdottomuus on usein tulkinnallista. Hän toteaa, että auttamisalojen tulisi kyetä tarkastelemaan asiakkaiden ongelmia sekä objektivististen että ei-objektivististen kehysten avulla. Hän ei aseta näkökulmia paremmuusjärjestykseen. Useimpien psykoterapian, sosiaalityön ja kuntoutuksen ongelmien kohdalla on kuitenkin tärkeää tukea asiakkaan omaa elämänhallintaa, omien voimavarojen hyödyntämistä ja omaa toimintaa. Tämä on helpompaa ei-objektivistisilla ongelmamalleilla. (Riikonen 1992.)

Pekka Saarnio ym. (1994) ovat soveltaneet kvantitatiivista sisällönanalyysia sosiaalityöntekijöiden ja toimeentulotukiasiakkaiden välisen vuorovaikutuksen tutkimiseen ja Jaakko Helander (1996) ryhmäterapien puheenvuororakenteen tutkimiseen. Saarnio ym. (1994) selvittivät, onko sosiaalityöntekijöiden ja toimeentulotukiasiakkaiden välinen vuorovaikutus ongelma- vai kompetenssikeskeistä vai neutraalia. Tutkimusta varten valittiin satunnaisotannalla Peter Sundmanin (1995) vuonna 1993 keräämästä helsinkiläisiä sosiaalitoimistoja koskevasta nauhoitetusta aineistosta neljä ratkaisukeskeisesti työskentelevää sosiaalityöntekijää ja neljä asiakasta. Puheenvuorot luokiteltiin ilmaisusisällön perusteella ongelma-, kompetenssi- ja neutraaleihin ilmaisuihin. Puheenvuororakenteiden perusteella tutkittiin, voidaanko sosiaalityössä havaita puheenvuorojen ohjaava vaikutus. (Saarnio ym. 1994.)

Saarnion ym. (1994) tutkimuksessa havaittiin, että suurin osa tutkimusaineiston puheenvuoroista oli neutraaleja. Edellisellä puheenvuorolla oli ohjaava vaikutus seuraavaan puheenvuoroon. Ongelma- ja kompetenssikeskeiset puheenvuorot ohjasivat herkästi seuraavien puheenvuorojen sisällöt kaltaisikseen (Saarnio ym. 1994). Tekijät toteavat, että neutraalien puheenvuorojen yksityiskohtaisempi luokittelu olisi saattanut

olla tarpeen ja että vuorovaikutukseen liittyy runsaasti myös nonverbaalia kommunikaatiota, jota voitaisiin tutkia videonauhoitusten avulla. Tekijät pohtivat myös, olisiko mielekkäämpää jakaa tutkittava keskustelu teemojen perusteella puheenvuoroparien ryppäisiin, eikä tutkia puheenvuoropareja erikseen, ja saataisiinko näin ehkä toisenlaisia tuloksia. (Saarnio ym. 1994.)

Helanderin (1996) tutkimus on samantyyppinen metodinen kokeilu kuin Saarnion ym. (1994) tutkimus. Tutkittavina oli viisi aikuista, joilla oli todettu luku- ja kirjoitusvaikeus. Tutkittavat osallistuivat ratkaisukeskeiseen lyhytterapiaryhmään, koska luku- ja kirjoitusvaikeudet aiheuttivat heille psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia. Ryhmä koontui seitsemän kertaa. Ryhmän ohjaajana oli tutkija itse toisen psykologin kanssa. Nauhoitettu keskusteluaineisto luokiteltiin ongelma-, kompetenssi- ja neutraalipuheeseen. Kompetenssipuheen osuus kasvoi koko prosessin ajan sekä ryhmän ohjaajien että jäsenten käyttämissä puheenvuoroissa niin, että sen määrä istuntojen lopussa oli yli kolminkertainen alkutilanteeseen verrattuna. (Helander 1996.)

Helander (1996) pitää Riikosen havaintoluokituksen heikkoutena sitä, että se keskittyy sosiaalisen vuorovaikutuksen pelkistämiseen muodollisiksi piirteiksi. Hän ehdottaa laadullisen tutkimuksen metodeja käyttävää keskustelunanalyysiä havaintoluokittelun rinnalle, jotta saataisiin lisää tietoa niistä sisällöistä, mitä terapiaistunnoissa puhutaan.

Riikosen (1992), Saarnion ym. (1994) ja Helanderin (1996) tutkimukset osoittavat, että puheen sisällöillä on seuraavia puheenvuoroja ohjaava vaikutus asiakastilanteissa. Kompetenssipuheen tietoinen lisääminen on mahdollista ja voidaan olettaa, että voimavarailmausten lisääntyminen asiakkaiden puheessa saattaa suunnata heidän puhettaan ja toimintaansa pysyvämmin myönteiseen suuntaan. Helander (1996) sijoittaa kompetenssiorientoituneen ilmaisutavan lähelle suhtautumistavan, asennoitumisen ja attribuutioiden käsitteitä. Ilmaisuu suuntaa ongelmien tarkastelutapaa ja yksilö kykenee ehkä käyttämään enemmän onnistumisia kuin ongelmien esiintymistä eritteleviä ilmaisuja ja suuntaamaan puhetta enemmän tulevaisuuteen kuin menneisyyteen. Tällainen näkemys johtaa kognitioiden, tiedollisten rakenteiden, tutkimiseen. Ratkaisukeskeisen terapiamallin kahdessa tutkimuksessa onkin kokeilunomaisesti pyritty soveltamaan kognitiivisen psykologian tutkimusmenetelmiä toisaalta asiakkaiden itsehallinnan ja -kontrollin näkökulmasta (Beyebach 1996) ja toisaalta asiakkaiden attribuutioiden muutoksen näkökulmasta (Helander 1997).

5.4.4 Kognitiiviset prosessit

Espanjalaiset Salamancan yliopiston tutkijat (Beyebach ym. 1996) sovelsivat kognitiivista psykologiaa tutkiessaan ratkaisukeskeisen terapian tuloksia mielenterveystoimiston 39 asiakkaalla. Tutkimuksessa haluttiin selvittää, minkälainen on kognitiivisten kontrollimuuttujien ja ratkaisukeskeisten muuttujien suhde sekä näiden suhde terapian tuloksiin. Kontrollimuuttujia tässä tutkimuksessa ovat asiakkaiden kokemukset ja odotukset omasta itsehallinnasta, kuten ”pystyvyys” (self-efficacy), asioiden hallintakyky ja onnistumisodotukset. Näitä muuttujia selvitettiin asiakaskyselyllä ja mitattiin asteikkomittareilla (Generalized Expectancies of Control Scale eli GECS ja Specific Ex-

pectancies of Problem Solving Scale eli SEC-PS) (Beyebach ym. 1996, 319-320). Kaikilla asiakkailla oli sama terapeutti, joka myös luokitteli terapiassa käytetyt ratkaisukeskeiset muuttujat standardimallin mukaan. Ratkaisukeskeiset muuttujat ovat malliin liittyviä interventioita ja kysymyksiä. (Beyebach ym. 1996.)

Beyebachin ym. (1996) tutkimuksen tärkeimmät tulokset olivat, että ”pystyvyyttä”, itseluottamusta ja itsehallintaa kokeneet asiakkaat olivat useammin huomanneet parannusta tilanteessaan jo ennen terapian alkamista kuin ne, joilla ”pystyvyys”- ja hallintakokemukset olivat vähäiset. Tämä tulos liittyy ratkaisukeskeiseen kysymykseen ajanvarauksen ja ensimmäisen terapiaistunnon välillä alkaneesta muutoksesta. Asiakkailla, joilla on selkeät tavoitteet, on myös suuremmat onnistumisodotukset ja usko, että ratkaisun löytyminen riippuu heistä itsestään. Asiakkaat, jotka luottavat terapeuttiin ja joilla on korkeat onnistumisodotukset, sitoutuvat terapiaan paremmin kuin asiakkaat, joilla ei ole näitä kokemuksia. Niillä asiakkailla, jotka tekivät terapeutin ehdottamia ”kotiharjoituksia” oli suurempi kokemus omasta ”pystyvyydestä” kuin niillä, jotka eivät tehneet harjoituksia. (Beyebach 1996.)

Beyebach ym. (1996) huomauttavat, että tutkimuksessa käytetyt kognitiiviset muuttujat tulee nähdä konstruktivistisesti. Ne eivät ole ihmisten pysyviä ja muuttumattomia ominaisuuksia, vaan muuttuvia ja kehittyviä. Tulokset vahvistavat sen oletuksen, että terapeutin on hyödyllistä luoda tilanteita, joissa asiakkaat voivat kokea suurempaa elämänhallintaa ja itseluottamusta. Asiakkaiden kannalta hyödyllisempää kuin huomata, ”mikä toimii”, on huomata, minkä he itse voivat saada toimimaan. Beyebachin ym.(1996) tutkimus vahvistaa myös sitä johtopäätöstä, joka tuli esiin tuloksellisuustutkimusten yhteydessä, että ennen terapiaa alkanut muutos, selkeät tavoitteet ja asiakkaiden itsehallinnan tukeminen ovat yhteydessä hyviin tuloksiin terapiassa.

Jaakko Helanderin (1997) tutkimuksessa käytettiin hypoteesia, että ratkaisusuuntautuneessa lyhytterapiassa asiakkaiden ongelmakuvaukset, tavoitekuvaukset ja riittävän hyvän tilanteen saavuttamisen kuvaus saattavat lisätä kausaaliattribuutioita terapia-prosessin kuluessa. Kausaaliattribuutioilla on tutkimuksessa tarkoitettu yksilöiden antamia selityksiä itsensä ja ympäristönsä käyttäytymisen syistä. Syytekijöitä arvioitiin kolmella ulottuvuudella: sijainti, pystyvyys ja kontrolloitavuus. Attribuutioiden sijainti voi olla joko ulkopuolinen tai yksilön sisäinen, ne ovat joko pysyviä tai tilapäisiä ja niitä voi joko kontrolloida tai ei. Syyn sijainti vaikuttaa siihen, millaisia tunteita on seurauksena onnistumisesta tai epäonnistumisesta. Tulevia suorituksia koskeviin odotuksiin taas vaikuttaa se, arvioidaanko syytekijät pysyviksi vai tilapäisiksi. Attribuutiot luovat odotuksia tulevasta toiminnasta ja vaikuttavat tätä kautta käyttäytymiseen. (Helander 1997.)

Helanderin (1997) mukaan ratkaisukeskeisessä terapiassa pyritään suuntaamaan uudelleen kehä, jotka muodostavat asiakkaan pysyvinä pitämät ongelmallisiksi koetut tilanteet. Hän toteaa, että terapeutin poikkeusten ja muutosten etsintäprosessi on samalla asiakkaan attribuoinnin korjaamista suuntaamalla tämän huomiota toimivampaan attribuutiotyyliin. Tutkimuksella pyrittiin selvittämään attribuutiotutkimuksen mielekkyyttä ratkaisusuuntautuneen lyhytterapian tutkimisen kannalta. (Helander 1997.)

Helanderin tutkimuksessa (1997) tutkimusongelmana oli ratkaisusuuntautuneeseen

yksilöterapiaan osallistuneiden 22 aikuisen ja ryhmämuotoiseen ratkaisusuuntautuneeseen lyhytterapiaan osallistuneiden 14 aikuisen kokeman ongelman, terapiassa asettaman tavoitteen ja terapian jälkeistä tilannetta koskevien attribuointien ja niiden muutosten selvittäminen. Yksilöterapiaa antoi kolme eri terapeuttia ja kolmessa terapiaryhmässä oli kussakin kaksi ohjaajaa. Aineistona käytettiin terapeuttien muistiinpanoja, ääninauhoituksia sekä asiakkaiden haastatteluja ongelma- ja tavoitekuvausten saamiseksi. Viimeisen istunnon jälkeen kunkin ryhmän osallistujat kokoontuivat yhteiseen ryhmäkohtaiseen istuntoon, jossa osallistujia pyydettiin arvioimaan terapiaprosessin lopputuloksen kannalta subjektiivisesti merkityksellisiä tilanteita. (Helander 1997.)

Edellä kuvailtu arviointimenetelmä muistuttaa Elliotin (Interpersonal Process Recall) tekniikkaa, jota Becerrill (1994) käytti merkittäviä terapiatapahtumia koskevassa tutkimuksessaan, vaikka Helander (1997) ei artikkelissaan mainitsekaan menetelmän nimeä tai alkuperää. Helanderin tutkimuksessa (1997) analyysimenetelmänä oli sisällön analyysi ja luokittelu.

Helander (1997) toteaa, että hypoteesi attribuointien muutoksesta toteutui aineistossa. Osallistujien ongelma- ja tavoitekuvauksista sekä terapian jälkeisen tilanteen kuvauksista oli erotettavissa kahta osallistujaa lukuunottamatta yksi tai useampia attribuutioulottuvuuksia. Kolmekymmentä ongelma- ja tavoitekuvausta sisälsi attribuoinnit sisäinen, pysyvä ja ei-kontrolloitavissa. Tällainen ongelma- ja tavoitekuvaus on esimerkiksi: "En jaksakaan tehdä mitään enkä tarttua mihinkään." Kuusi ongelma- ja tavoitekuvausta sisälsi attribuoinnit ulkoinen, tilapäinen ja ei-kontrolloitavissa, esimerkiksi: "En oikein ymmärrä, miksi muut puuttuvat asioihini ja sanovat aika usein, että olen omituinen". (Helander 1997.)

Tavoitekuvausten attribuutiot olivat vastakkaisia ongelma- ja tavoitekuvausten attribuutiolle. Valtaosan tavoitteet suuntautuivat sisäisestä ulkoiseen, pysyvästä tilapäiseen ja ei-kontrolloitavasta kontrolloitavaan, esimerkiksi: "Jos tätä masennusta ei olisi, niin jaksaisin varmaan kiinnostua uusistakin asioista tai ainakin jatkaa jotain vanhoja harrastuksia". Ryhmäterapiaan osallistuneista kaksi ryhmää ilmaisi palauteistunnossa, että terapiaprosessin aikana merkittävimpiä hetkiä olivat muiden ryhmän jäsenten antama palaute, kokemukset ja neuvot. (Helander 1997.)

Helander (1997) määrittelee ratkaisukeskeisen työtavan kompensoivaksi malliksi ja analysoi sen orientaatiota näin: "Siinä pyritään antamaan juuri tällä hetkellä tarvittavat välineet ja mahdollisuudet ongelman ratkaisemiseksi. Vastuu ratkaisusta jää kuitenkin henkilölle itselleen. Auttaja antaa asiantuntijuutensa toisen käyttöön. Mallin keskeinen ajatus on, että auttaja ei voi varsinaisesti hoitaa, vain tasoittaa puutteita." Ratkaisusuuntautuneen terapian perusajatuksen mukaisesti terapeutti itse asiassa auttaa asiakasta tämän attribuoinnin muutosprosessissa. (Helander 1997, 46.)

5.4.5 Terapia kaottisena prosessina

Terapiaa on tutkittu myös ulkoisesta näkökulmasta kaaosteorian lähtökohdista. Saksalaiset Schiepek ym. (1997) halusivat selvittää, löytyykö terapeuttisessa vuorovaikutuksessa kaaosta ja nonlinearista dynamiikkaa aikasarja-analyysin avulla. Tekijä toteaa, että kokeellisen tutkimuksen deterministinen näkemys suorasta ja lineaarisesta

kausalisuudesta ei tarjoa tarkoituksenmukaista teoriaa psykoterapian tutkimukseen, ja sen vuoksi haluttiin kokeilla kaaosteorian näkemystä kaavamaisesta kompleksisuudesta. Malli on haettu neuropsykologiasta, ja tehty siitä sovellutus terapiaprosessin tutkimusta varten. Tekijä toteaa konstruktivistisesta näkökulmasta, että tutkimus ei edusta pelkästään tutkittavana olevaa asiakas-terapeutti vuorovaikutusta, vaan metasysteemiä, joka koostuu havainnoidusta ja havaitsevista systeemeistä. Toisin sanoen terapiaprosessin tarkkailija oli myös osa tutkittavaa systeemiä. Tuloksetkin koskevat siis vain kyseessä olevaa tapausta. Tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää psykoterapian tutkimuksen metodologiaa uudella kokeilulla. (Schiepek ym. 1997.)

Tutkimukseen osallistui yksi psykosomaattisesta oireilusta kärsivä asiakas ja hänen terapeuttinsa sekä ulkopuolinen koulutettu tarkkailija, joka teki muistiinpanoja terapiatilanteissa. Ratkaisukeskeisiä terapiaistuntoja oli 13. Tutkimuksessa käytettiin Sequential Plan Analysis –tekniikkaa (Schiepek ym. 1997, 176-178), jonka avulla terapeutin ja asiakkaan vuorovaikutustapoja koodattiin. Vuorovaikutustavat määriteltiin verbaalisesti tai ei-verbaalisesti ilmaistuksi intentioiksi sosiaalisessa tilanteessa. Nämä tavat voivat olla tiedostettuja tai tiedostamattomia. Terapiatilanteen tarkkailija ei ollut tietoinen tutkimuksen taustaolettamuksista. Tarkkailijan laadulliset arviot johtivat tiettyjen algoritmien pohjalta terapeuttisen vuorovaikutuksen kvantitatiiviseen kuvaukseen aikasarja-analyysillä. (Schiepek 1997, 178-186.)

Schiepek ym. (1997) toteavat, että kyseessä oleva terapia oli tulokseltaan ”puolionnistunutta”. Asiakkaan oireet vähenivät ja hän alkoi analysoida tilannettaan ja elämäntarinaansa. Asiakkaan arvion mukaan osa ongelmista poistui, osassa ei tapahtunut parantumista. Terapeuttisen vuorovaikutuksen kaoottinen luonne oli aikasarja-analyysissä tutkijoiden mukaan selvästi havaittavissa. Asiakkaan vuorovaikutusmallit olivat enemmän kaoottisia ja heikommin ennakoitavissa kuin terapeutin mallit. Tekijät toteavat, että asiakkaan käyttäytymisen on tarkoituskin muuttua, joten siksi se on epävakampaa. Terapeutin roolina taas on tietynlaisen järjestyksen tuottaminen. (Schiepek ym. 1997.)

Schiepek ym. (1997) mukaan metodinen kokeilu oli hyödyllinen, ja he suosittelevat psykoterapian tutkimukseen ”karkeaa lyhytaikasarja-analyysiä”, jonka avulla voidaan havainnoida yhtä terapiaistuntoa. Saksassa on tehty myös muita systeemisen ja konstruktivistisen psykoterapian tutkimuskokeiluja, joissa on sovellettu aikasarja-analyysiä. Artikkelit on julkaistu saksalaisessa aikakauslehdessä (Sammet- Hofmann I. ym. 1994, Schiepek 1994).

5.5 Ratkaisukeskeisiä sovellutuksia ennaltaehkäisevässä työssä

Kirjallisuusaineistoon sisältyy kaksi arviointia, jotka ovat ennaltaehkäisevän työn seuranta tutkimuksia (Hetzler ym. 1993, Aambo 1997). Nämä tutkimukset on esitelty taulukossa 7 tutkimusraportin lopussa. Australiassa ratkaisukeskeistä mallia on käytetty ennaltaehkäisevän lapsi-, nuoriso- ja perhepalvelun puhelinneuvonnassa (Hetzler ym. 1993). Kyseessä on ennaltaehkäisevä toimintamalli, jossa kehitysnäkökulma ja normaali vanhemmuus ovat lähtökohtina. Tarvittava informaatio kerätään soittajalta ensin-

mäisellä soittokerralla. Puhelinneuvoja soittaa asiakkaalle takaisin tämän suostumuksella samana tai seuraavana päivänä ja antaa palautteen. Ratkaisukeskeisissä ja systeemisisissä terapiaistunnoissa käytetään usein taukoa, jonka aikana terapeutti keskustelee taustatiimin kanssa ja muotoilee palautteen, joka annetaan asiakkaalle tauon jälkeen. Australialaisessa kokeilussa tätä taukoa sovellettiin puhelinneuvonnassa. Seurantatutkimuksella haluttiin selvittää, olivatko puhelinneuvonnan asiakkaat tyytyväisiä neuvontaan ja siinä käytettyyn taukoon. (Hetzler ym. 1993.)

Neljän kuukauden aikana puhelinneuvontaan soittaneille 40 asiakkaalle tehtiin puhelinhaastattelu kaksi tai kolme viikkoa puhelinneuvonnan jälkeen. Puolella asiakkaista käytettiin taukoa ja puolella ei. Asiakkaiden ja tutkijan arvioita neuvonnan hyödyllisyydestä vertailtiin myös keskenään. Tulokset osoittivat, että 80 prosenttia tutkituista oli tyytyväisiä puhelinneuvontaan. Taukoryhmän tyytyväisyys ei eronnut yleisestä tuloksesta. Vastanneista 85 prosenttia kykeni palauttamaan puhelinneuvojan ehdotuksen mieleensä suurelta osin ja 60 prosenttia kertoi toteuttaneensa puhelinneuvojan ehdotuksia. Tutkija arvioi yleensä puhelut hyödyllisemmiksi kuin asiakkaat itse. Tauon käyttö koettiin hyödylliseksi erityisesti neuvojen kannalta, koska se antaa harkinta-aikaa. (Hetzler ym. 1993.)

Hetzler ym. (1993) mukaan ratkaisukeskeinen puhelinneuvonta maksimoi lyhytinterventio mahdollisuudet, mutta se ei tarkoita paremmuutta johonkin toiseen neuvontamalliin nähden. Tutkimuksessa ei käytetty vertailuryhmää. Tarvittaessa asiakkaita ohjataan muihin palveluihin. Puhelinneuvonta tarjoaa välittömän palvelun, jota soittaja voi hallita omien tarpeidensa mukaan ja halutessaan pysyä nimettömänä. Soittaja kontrolloi myös intervention pituutta.

Tekijät toteavat, että vaihtoehtoiset neuvontapalvelut ovat tulleet entistä tärkeämmiksi palvelujen leikkausten ja pitkien jonotusaikojen vuoksi. Ennaltaehkäisevässä mielessä puhelinneuvonta on tehokasta, koska se sopii monenlaisille avuntarvitsijoille, kuten niille, joilla on selkeät tarpeet ja jotka haluavat välitöntä apua tilanteeseensa tai niille, jotka haluavat "kokeilla jäätä", eivätkä ole halukkaita suoraan kontaktiin. Puhelinneuvonnassa myös kustannukset ovat pienet. (Hetzler ym. 1993.)

Hyvin toisentyypistä ratkaisukeskeisen mallin sovellutusta käsittelee Aambon (1997) artikkeli, jossa kerrotaan Norjassa toteutetusta ennaltaehkäisevästä yhdyskuntatyöstä erään maahanmuuttajaryhmän parissa. Kokeilu toteutettiin Oslossa, alueella, jonka asukkaista lähes kolmannes on maahanmuuttajia. Alueen väestöllä on huono asumistaso sekä paljon sosiaalisia ja terveydellisiä ongelmia. Riippuvuus sosiaalipalveluista on yleistä. Korkea työttömyysaste ja väestön heterogeenisuus esimerkiksi kielten suhteen koettiin haasteeksi sosiaali- ja terveyspalveluille. (Aambo 1997.)

Kokeilun ja tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, onko mahdollista kehittää tai kouluttaa eri kulttuuritaustoista tulevia naisia tarjoamaan terveysvalistusta kulttuurinsa muille jäsenille. Artikkelissa (Aambo 1997) todetaan, että tällaisten "luonnollisten auttajien" kouluttaminen on ollut menestyksestä monissa maissa, mutta ei ole itsestään selvää, että sama olisi mahdollista sellaisessa säännöstellyssä yhteiskunnassa kuten Norjassa. Ajatuksena oli myös auttajien ja autettavien välisen kuilun pienentäminen. Projektia olivat tukemassa ja ohjaamassa Insoo Kim Berg ja Steve de Shazer BFTC:stä. Palkattuja työntekijöitä oli kaksi. (Aambo 1997.)

Pilottitutkimus suoritettiin vuonna 1993 ja varsinaisen tutkimusryhmän kokoaminen aloitettiin tammikuussa 1994, jolloin alkoivat säännölliset kokoontumiset. Projektia varten haastateltiin 40 maahanmuuttajanaista. Lopulliseen ryhmään saatiin 11 pakistaniasta naista. Naisryhmältä kysyttiin, minkälaisesta terveystiedosta he ovat kiinnostuneita ja mitä he jo osaavat. Naiset keskustelivat pienryhmissä ja kertoivat toivomuksensa sen jälkeen. Toivomukset luokiteltiin seuraavasti: "vaikeuksien kanssa toimeen tuleminen", "terveellinen ruoka" ja "muut". Organisoitu informaatio annettiin takaisin naisille, jotka keskustelivat jälleen pienryhmissä siitä, mikä on uutta ja mikä on hyödyllistä jokapäiväisessä elämässä. (Aambo 1997.)

Käytännön järjestelyjä varten projektin naiset keräsivät rahaa järjestämällä keittokurssin, jossa norjalaiset saattoivat opetella pakistanilaisten ruokien tekemistä. Samalla pakistanilaiset naiset alkoivat kiinnittää enemmän huomiota ruoan sisältöön ja terveellisyyteen. Projektin ajatuksena oli soveltaa ratkaisukeskeistä mallia ilman "terapeuttisia rituaaleja" terveyteen liittyvän tiedon jakamiseen. Projektiin liittyi empowerment-tavoite, ajatus, että ihmiset kykenevät itse määrittelemään omat ongelmansa ja ratkaisunsa ja koko yhteisö voi hyötyä tästä. (Aambo 1997.)

Ryhmätapaamisissa naiset huomasivat, että heidän kokemansa ongelmat olivat suurelta osin yhteisiä, eikä vain pakistanilaisille vaan usein myös norjalaisille. Ryhmään osallistuva työntekijä pyrki pitämään keskustelun ratkaisu- ja voimavarakeskeisenä ja edesauttamaan jo olemassa olevan tiedon esiin tuleamista. Naiset veivät ryhmässä saamaansa informaatiota myös kotiin miehilleen ja lapsilleen ja tunsivat olevansa vahvempia äiteinä. (Aambo 1997.)

Kesäkuussa 1995 suoritettiin arviointi kysymällä naisten mielipiteitä projektista. He olivat kokeneet oppineensa uusia asioita, heidän oli helpompi puhua lääkärien kanssa ja he olivat itsenäisempiä, vapaampia ja itsevarmempia. Ulkopuolinen arviointi suoritettiin vuoden 1995 lopulla monitahoisesti:

1. keskustelut ja avoimet haastattelut projektin johtajan ja työntekijän kanssa,
2. puolistrukturoitu haastattelu osallistuville naisille ja joillekin perheenjäsenille,
3. yhden työnantajan haastattelu,
4. niiden terveydenhuollon työntekijöiden haastattelu, jotka opettivat ryhmässä,
5. ryhmän havainnointi opetustilanteissa ja keittokurssilla,
6. kaikkien naisten ryhmähaastattelu.

Ulkopuolisen arvioinnin tulokset osoittivat, että naisten itsehoito ja ruokavalio oli muuttunut projektin tuloksena, sekä tietoisuus omista kyvyistä ja taidoista oli vahvistunut. Projektin yhteydessä järjestetty keittokurssi koettiin hyödylliseksi, ja uusia kursseja järjestettiin projektin jälkeen. Naiset olivat myös muodostaneet uusia omia ryhmiään. Tammikuussa 1996 kolme uutta ryhmää oli muodostettu ja kaksi muuta ryhmää oli suunnitteilla. (Aambo 1997.)

Projektin tuloksena naiset kiinnostuivat hankkimaan tietoa laajemminkin norjalaisesta yhteiskunnasta, esimerkiksi työnhakuun, lasten kasvatukseen, hätätilanteisiin ja vanhenemiseen liittyvissä asioissa (Aambo 1997). Terveystenhoitohenkilöstö ja osallistuvat naiset oppivat toinen toisiltaan ja kulttuurinen etäisyys pieneni. Osallistujien motivaatio norjan kielen oppimiseen kasvoi ja yksi osallistuneista naisista sai työpaikan projektin tuloksena. (Aambo 1997.)

Tekijä toteaa johtopäätöksinä, että ratkaisukeskeisen menetelmän joustava soveltaminen terveysvalistuksessa loi empowermentia projektiin osallistuneiden keskuudessa suhteellisen lyhyessä ajassa. Osallistujien itsenäisyys ja itsearvostus kehittyivät tavalla, joka sai tukea myös heidän perheiltään. Annetun informaation sovittaminen osallistujien jo olemassa olevaan tietoon edesauttoi käyttäytymisen muutosta. (Aambo 1997.)

Aambon (1997) raportoitu projekti on hyvä esimerkki asiakkaita vahvistavasta työtavasta ja konstruktivistisesta tutkimuksesta, johon kaikki projektin osapuolet osallistuivat. Projekti toteutettiin terveysvalistuksen alalla, mutta tällainen työ- ja tutkimustapa sopisi erittäin hyvin myös sosiaalityön käytäntöön ja tutkimukseen, esimerkiksi juuri maahanmuuttajien omien voimavarojen käyttöön saamiseksi.

6 Yhteenveto ja johtopäätökset

Tähän ratkaisukeskeisen menetelmän arviointia käsittelevään kirjallisuuskatsaukseen sisältyy 42 tutkimusta. Ratkaisukeskeisen menetelmän arviointikirjallisuus muodostaa heterogeenisen kokonaisuuden tutkimusasetelmien, -menetelmien ja -aineistojen suhteen. Tässä katsauksessa ei ole analysoitu tutkimusten validiteettiin ja reliabiliteettiin liittyviä asioita muuten kuin siltä osin, mitä tekijät ovat raporteissaan ottaneet esiin. Suuri osa aineistosta antaa tältä osin vain niukasti tietoa. Kirjallisuuskatsauksen sisältö määrittänyt hyvin pitkälti käytettävissä olevan aineiston tarjoamaan tietoon. Tämän katsauksen tarkoituksena on ollut tuoda esiin mahdollisten arviointimenetelmien ja -asetelmien moninaisuutta sekä arviointien tuloksia. Vaikka kirjallisuusaineisto on heterogeenista, tutkimustuloksissa on nähtävissä selkeitä yhdenmukaisia linjoja.

6.1 Ratkaisukeskeisen työn tuloksellisuus

Ratkaisukeskeisen menetelmän tuloksellisuutta koskevia arviointeja on aineistossa kuusitoista kappaletta. Tuloksellisuusarvioinnit ovat kvantitatiivisia asiakaskyselyin toteutettuja seurantatutkimuksia. Terapian tai konsultaation tuloksia on mitattu kysymällä asiakkailta, missä määrin terapialle tai konsultaatiolle asetettu tavoite on saavutettu, onko kyseessä oleva ongelma ratkennut, onko tulos riittävän hyvä tai jokin vastaavanlainen tuloksellisuutta mittaava kysymys. Ratkaisukeskeisen mallin tutkimuksissa arvioinnin painopiste on asiakkaan omalla mielipiteellä. Tutkimuksessa korostetaan ratkaisukeskeistä periaatetta asiakkaasta oman tilanteensa parhaana asiantuntijana.

Ratkaisukeskeisen mallin tuloksellisuus näyttää tähän mennessä tehdyn tutkimuksen valossa olevan samaa tasoa kuin psykoterapian ja sosiaalityön tuloksellisuus meta-analyysien ja kirjallisuuskatsausten perusteella yleisemminkin. Tähän katsaukseen sisältyvien tuloksellisuusarviointien mukaan 54 - 87.2 prosenttia asiakkaista on saavuttanut ratkaisukeskeiselle terapialle asetetut tavoitteet kokonaan tai osittain. Muutoksen pysyvyyttä on arvioitu seurantakyselyillä, joita on toteutettu noin puolesta vuodesta kahteen vuoteen terapian päättymisen jälkeen. Näissä seurantatutkimuksissa onnistuneiden asiakastapausten osuus on 40 - 86 prosenttia.

Ratkaisukeskeisen mallin arvioinneissa kuten muidenkin asiakastyön menetelmien arvioinneissa ei ole osoitettu eroja tuloksellisuudessa verrattuna muihin menetelmiin. Erot eri menetelmien välillä näyttäisivät olevan laadullisia ja terapiaprosessiin liittyviä. Ratkaisukeskeisen mallin arvioinneissakin korostuvat menetelmän laadulliset erot ongelmakeskeisempiin asiakastyön menetelmiin verrattuna.

Ratkaisukeskeisen menetelmän tavoitteet ja periaatteet ovat tutkimusten mukaan to-

teutuneet siten, että asiakkaiden itseluottamus ja -tuntemus, kyky omatoimiseen ongelmanratkaisuun, optimismi tulevaisuuden suhteen sekä aktiivisuus ja ilmaisukyky ovat lisääntyneet terapian tai konsultaation yhteydessä enemmän kuin ongelmakeskeisemmän asiakastyön malleissa. Ratkaisukeskeisessä työskentelyssä korostuvat myös tavoitteiden selkeys, työskentelyn myönteisyys ja yleinen tyytyväisyys terapiaan tai konsultaatioon verrattuna ongelmakeskeisempään malliin.

Tehdyn tutkimuksen valossa ei ole näyttöä siitä, sopiiko ratkaisukeskeinen työmalli mahdollisesti paremmin joihinkin tiettyihin asiakastilanteisiin kuin toisiin. Tällaisen ns. "matsauksen" kautta olisi ehkä mahdollista saada eroja enemmän näkyviin. Toisaalta erilaisia työmalleja yhteensovittamalla ja kullekin asiakkaalle sopivasti räätälöityjä malleja käyttämällä voidaan ehkä saavuttaa vielä suurempia etuja. Terapiatutkimuksessa olisi ehkä syytä kehittää tutkimusasetelmia tällaisten räätälöityjen työtapojen arviointiin asiakaskohtaisesti.

Sosiaalitoimiston sosiaalityössä ratkaisukeskeisyys on lisännyt työskentelyn myönteisyyttä ja menetelmävalikoimaa, mikä on tervetullutta ja tarpeellista muutosta sosiaalityön arjessa. Kahdessa sosiaalitoimistojen ratkaisukeskeistä ja perinteisempää sosiaalityötä vertailevassa tutkimuksessa ei voitu osoittaa eroja sen suhteen, miten erilainen työote vaikuttaisi työn tuloksellisuuteen (Sundman 1995) tai asiakkaiden asemaan (Laurila 1998). Ratkaisukeskeinen työmenetelmä sisältää piirteitä, joita monet sosiaalityöntekijät toteuttavat intuitiivisesti ilman että olisivat tutustuneet ratkaisukeskeiseen menetelmään. Näin ollen ei ole helppo toteuttaa vertailevia tutkimuksia, joissa tietyn työmenetelmän toteutumista voitaisiin kontrolloida.

Ratkaisukeskeisyyden yhteiskunnallinen mahdollisuus on siinä, että sen avulla voidaan ehkä luoda asiakkaille "empowermentia", vahvuuksia ottaa omat voimat käyttöön ja tulla aktiivisiksi oman elämänsä vaikuttajiksi. Tätä kautta voidaan löytää ratkaisukeskeisyyden yhteiskunnallinen kytkentä ja vastata menetelmää kohtaan esitettyyn kritiikkiin liiallisesta ongelmien ja ratkaisujen yksilöllistämisestä ja irrottamisesta yhteiskunnallisista yhteyksistään. Sosiaalityön ja sosiaalityöntekijöiden mahdollisuudet vaikuttaa asiakkaiden elämää koskettaviin rakenteellisiin ongelmiin nykytilanteessa ovat vähäiset, mutta empowerment-idea toteutuessaan voisi tuottaa yksilöä laajemmalle vaikuttavia muutoksia (Karisto ym. 1997).

Ratkaisukeskeisyyteen sisältyvä voimavaranäkökulma toteuttaa sosiaalityön alkupeäisiä jo case workin klassikoiden korostamia periaatteita, joiden mukaan sosiaalityön tavoitteena on asiakkaan omien resurssien käyttöön saaminen ja sosiaalisen ympäristön hyödyntäminen tämän tavoitteen saavuttamiseksi. Ratkaisukeskeisen mallin selkeät haastattelu- ja keskustelutekniikat antavat käytännöllisiä välineitä tähän tavoitteeseen pyrkimiselle. Muihin vanhempiin sosiaalityön menetelmiin nähden ratkaisukeskeisen mallin tarjoamat välineet ovat konkreettisempia ja helpommin sovellettavissa käytännön työtilanteissa.

Ratkaisukeskeinen terapia terapiaympäristöissä on tavallisesti lyhyttä. Tutkimukset osoittavat, että ratkaisukeskeisen terapian tuloksellisuus on suurinta neljännessä ja kymmenennen istuntokerran välillä. Istuntokertojen määrä tulisi aina arvioida asiakaskohtaisesti, eikä pitää terapian lyhyttä tavoitteena sinänsä, sillä asiakkaat ovat joissakin tapauksissa kokeneet terapian jääneen kesken ja terapeutin päättäneen istuntojen lo-

pettamisesta sopimatta siitä selkeästi asiakkaan kanssa.

Tutkimukset osoittavat vahvasti, että asiakastyölle asetettujen tavoitteiden selkeys, realistisuus ja asiakaslähtöisyys ovat yhteydessä tuloksellisuuteen. Tavoitteiden tulee olla asiakkaille mielekkäitä ja hyvin konkreettisia, jotta asiakkaalla olisi tarpeeksi motivaatiota pyrkiä tavoitteita kohti ja tavoitteiden toteutumista voitaisiin seurata. Tämä ratkaisukeskeisen mallin periaate osoittautuu tutkimusten valossa merkittäväksi hyviin tuloksiin liittyväksi tekijäksi. Toisaalta tavoitteiden selkeys ja konkreettisuus helpottaa mittaamista, joten tuloksia on voitu paremmin arvioida. Voidaan ajatella, että ilman selviä tavoitteita, arviointia ei voida tarkoituksenmukaisesti suorittaa. Sitä, miten tuloksellista terapiaa on ollut asiakkaiden kokonaiselämäntilanteen kannalta, eivät tutkimusten tulokset välttämättä tuo esiin. Koska ratkaisukeskeinen menetelmä keskittyy juuri asiakkaan kulloinkin ajankohtaiseen elämäntilanteeseen ja pieniin arkipäiväisiin tavoitteisiin, tutkimusten tulokset ovat tästä näkökulmasta ja päämäärästä nähden myönteisiä ja lupaavia.

Sosiaalityössä tavoitteiden asettamiseen tulee kuitenkin suhtautua joustavasti. Tavoitteet tulisi nähdä muuttuvina, koska tilanteetkin muuttuvat. Rajavaara (1992, 64) toteaa Börjesoniin ja Håkanssoniin (1990) viitaten, ettei tavoitteiden saavuttamista voida kaikissa tilanteissa pitää sosiaalityön onnistuneisuuden kriteerinä. Jos tavoitteenasetteluun sitoudutaan liian jäykästi, suunnitelmien kariutuessa ja tavoitteiden väljähtäessä asioiden hoidon hallinta saattaa kadota. Sosiaalityössä onnistuminen edellyttää, että työntekijät asettavat toiminnalleen vain väljän vaatimuksen paneutua asiakkaan asioihin ja katsovat tavoitteiden olevan aina muutettavissa.

Paitsi ratkaisukeskeisen menetelmän tutkimuksissa myös psykoterapian ja sosiaalityön arvioinneissa yleisemminkin tavoitteiden merkitys on todettu sekä merkittäväksi että moniselitteiseksi asiaksi. Tavoitteiden selkeys ja realistisuus voi parhaiten toteutua, jos niihin suhtaudutaan joustavasti ja niistä neuvotellaan työprosessin kuluessa toistuvasti. Tämä on erityisen tärkeitä sosiaalityön käytännöissä, joissa työprosessit eivät ole yhtä selkeästi rajattuja kuin psykoterapiassa. Tavoitteellisuus tuo ristiriitojen paineessa tehtävälle työlle selkeyttä ja rajoja.

Sosiaalityössä ongelmana nähdään usein asiakkaiden motivaation puute (esim. Vaikuttavuuden arviointikokeilu 1991, Laurila 1998), koska monilla asiakkailla asiakkuus alkaa vastoin omaa tahtoa. Jotta asiakas sitoutuu tavoitteisiin, hänen tulisi olla motivoitunut pyrkimään muutokseen. Motivaatiota on perinteisesti psykoterapiassakin pidetty asiakkaan ominaisuutena ja hoitotulosta selittävänä tekijänä (Jaatinen 1996). Asiakkaan negatiivista asennetta, vihamielisyyttä ja epäluottamusta on pidetty ominaisuuksina, jotka selittävät huonoa hoitotulosta. Asiakkaan kielteisten käyttäytymistapojen on havaittu siirtyvän myös työntekijään, jolloin hyvän vuorovaikutussuhteen luominen on vaikeaa. (Koss & Shiang 1994).

William Miller (1985) on päihdehuollon haastatteluja kehittäessään siirtänyt motivaation terapiaprosessin olennaiseksi osaksi ja työntekijän vastuualueelle kuuluvaksi. Motivaatio voi selittyä työntekijän valitsemasta vuorovaikutustavasta käsin. Motivaatiota voidaan luoda tai motiiviristiriitaa voidaan johdatella myönteisen ratkaisun suuntaan. Lähestymistapa ottaa lähtökohdaksi myös sen, että muutokseen suhtautuminen on aina ambivalenttia. Ristiriidan käsittely on osa koko ongelmanratkaisupro-

sessia. (Jaatinen 1996.) Työntekijä voi houkutella esiin asiakkaan vastaväitteet tavalla, jolla lähestyy ongelmaa. Esim. suora todistelu on erittäin huono tapa yrittää muuttaa toisen ihmisen mielipidettä. Puolustaessaan kielellisesti kantaansa ihminen sitoutuu voimakkaammin tämän kannan taakse (Miller 1985, 6).

Motivoivan haastattelun avainperiaatteita ovat leimautumisen korostamattomuus sekä asiakkaan oman vastuun ja kykyjen korostaminen. Se edellyttää työntekijältä reflektiivistä ja tarkkaa kuuntelua ja liiallisen ohjaamisen ja määräämisen välttämistä. Jaatinen (1996, 47) viittaa päihdehuollon alalla tehtyihin tuloksellisuustutkimuksiin (esim. Miller ym. 1993) ja toteaa, että ohjaavaan terapiatyöihin verrattuna empaattisuutta ja asiakaslähtöisyyttä korostava motivoiva haastattelu on auttanut asiakkaita vähentämään alkoholiongelmia ratkaisevasti paremmin.

Myös ratkaisukeskeisen työmenetelmän kehittäjät (esim. de Shazer 1984, Berg 1991) korostavat vastustuksen ja kieltämisen tulkinallista luonnetta puhuessaan vastustuksen kuolemasta. Asiakkaan vastustus ja ongelman kieltäminen ovat osa vuorovaikutusprosessia ja niitä voidaan käyttää hyväksi yhteistyötä luotaessa. Jos asiakkaan tavoitteena on itse asiassa päästä eroon työntekijästä lastensuojelutoimenpiteitä vaativassa tilanteessa, voidaan keskustella siitä, millä edellytyksillä työntekijä voi jättää asiakkaan rauhaan (Berg 1991). Asiakaslähtöisyys tavoitteiden asettamisessa on selvä strateginen valinta, jolla pyritään yhteistyöhön asiakkaan kanssa. Työntekijän tulisi kiinnittää suurta huomiota siihen, miten hän omalla kommunikaatiotavallaan joko luo tai vähentää asiakkaan vastarintaa (Tohn & Oshlag 1996).

Ratkaisukeskeisen mallin periaate asiakkaiden erilaisten taustojen ja ominaisuuksien kunnioittamisesta näyttää arviointien perusteella toteutuneen. Terapian tuloksellisuutta on tarkasteltu suhteessa asiakkaiden ja työntekijöiden etnisiin ja sosioekonomisiin taustoihin sekä eri ikäryhmillä. Nämä demografiset tekijät eivät olleet yhteydessä ratkaisukeskeisen terapian tuloksiin. Arvioijat pitivät tätä tulosta merkittävänä, koska perinteisten psykoterapioiden on havaittu olevan toimivampia ylemmillä sosiaaliryhmillä ja alempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvat ovat helpommin keskeyttäneet terapian.

Ratkaisukeskeisessä ajattelussa tulevat selkeästi esiin postmodernin yhteiskunnan asiakastyölle tuomat haasteet. Yhteiskunnan jäsenet eivät ole yhdenmukaisesti ajattelevia ja toimivia, vaan erilaiset kulttuuritaustat ja merkitykset elävät rinnakkain. Näin ollen eivät asiakastyössä riitä sellaiset teoriat ja ongelmakäsitykset, joissa uskotaan yhteen oikeaan elämäntapaan ja asioiden merkityksiä ei nähdä moniselitteisinä. Terapian ja sosiaalityön tulisi olla kulttuurisesti kompetenttia erilaisille ihmisille, eikä tarjota vain yhtä oikeata ratkaisua. Ratkaisukeskeisen menetelmän asiakaslähtöisyyttä korostava periaate vastaa tähän postmodernin haasteeseen. Tämän periaatteen toteutumista käytännön työssä on tutkittu hyvin vähän, mutta olemassaolevat tutkimukset näyttävät lupaavia tuloksia mallin soveltamisesta erilaisiin ihmisiin ja tilanteisiin.

6.2 Ratkaisukeskeinen työ prosessinäkökulmasta

Tutkittavassa kirjallisuusaineistossa on prosessitutkimuksia kuusitoista kappaletta. Kun prosessitutkimuksissa on arvioitu sitä, miten ratkaisukeskeisen menetelmän ideat ja periaatteet toteutuvat käytännön työtilanteissa, eniten moniselitteistä näyttää olevan asiakaslähtöisyyden toteuttaminen. Asiakaslähtöisyys toteutuu hyvin eri tavoin ja eri asteisesti työntekijästä riippuen. Itse asiassa ratkaisukeskeisen työtavan sisällä on tietoisesti erilaisia malleja soveltavia terapeutteja, mutta myös terapeutit, jotka omasta mielestään toimivat hyvin asiakaskeskeisesti, voivat asiakkaiden mielestä olla ohjailevia neuvonantajia. Asiakkaat voivat kokea ohjailevan tyylin myös hyödyllisenä. Monet tulevat terapiaan siinä toivossa, että saisivat hyviä neuvoja ja ohjausta.

Asiakaskeskeisyys työn lähtökohtana on kuitenkin koettu hyödylliseksi. Se on ensisijassa strateginen valinta hyvän vuorovaikutuksen luomiseksi. Niin sanotuilla "vaikeilla asiakkailla", valittajilla ja vierailijoilla, ratkaisukeskeinen asiakaslähtöisyys on tuottanut hyviä tuloksia ainakin siten, että työntekijä ja asiakas ovat kysyneet sopimaan yhteisestä tehtävästä. Muissa palveluissa hankaliksi koettuja asiakkaita on usein kyetty auttamaan ratkaisukeskeisellä työtavalla. Kamppailu on voitu muuttaa yhteistyöksi, mikä on kaikenlaisen psykososiaalisen auttamisen peruslähtökohta.

Suomalaisessa kirjallisuudessa on pohdittu sitä, miten ratkaisukeskeiset ideat asiakaslähtöisyydestä voivat toteutua sosiaalityössä, joka sisältää paljon kontrollia. Mielestäni tällaiset pohdinnat ovat hyödyllisiä sen harhaluulon poistamiseksi, että työmenetelmä sellaisenaan voisi olla takeena kontrollivapaasta työskentelystä. Ratkaisukeskeisen menetelmän ideat ovat kuitenkin sovellettavissa hyvinkin monenlaisiin psykososiaalisen työn tilanteisiin vuorovaikutusmallien tarjoajina. Mielestäni juuri vuorovaikutusmallien ja keskustelutekniikoiden kehittäminen - on itse asiassa menetelmän varsinainen tavoite ja alkuperäinen ajatus. Ei voida ajatella, että yksittäisellä työmenetelmällä voitaisiin poistaa sosiaalityön yhteiskunnallisia velvoitteita. Se, että ratkaisukeskeinen sosiaalityö ei ole kontrollivapaata, ei merkitse, että ratkaisukeskeinen työote ei olisi hyödyllinen työmalli myös ja erityisesti sosiaalityön vaikeissa asiakastilanteissa.

Ratkaisukeskeiseen menetelmään sisältyvät interventtiiviset kysymykset tähtäävät tavallisesti asiakkaan omien resurssien löytämiseen. Asiakkaalle on hyödyllistä huomata, mitä hän on itse saanut toimimaan. Tutkimustulokset osoittavat, että huomion kiinnittäminen asiakkaan omiin onnistumisiin lisää hänen odotuksiaan ongelman ratkaisusta. Asiakkaan kokemat odotukset ja kokemus omasta elämänhallinnasta puolestaan ovat yhteydessä terapiassa saatuihin tuloksiin niiden tutkimusten mukaan, joissa on tutkittu kognitiivisia, ihmisten tiedollisiin rakenteisiin liittyviä tekijöitä. Asiakkaat, joilla onnistumisodotukset ovat korkealla, sitoutuvat paremmin työskentelyyn. Aikaisempien onnistumisten etsiminen ja asiakkaiden itsehallinnan tukeminen ennustavat hyviä tuloksia terapiassa. Terapiaan osallistuvien asiakkaiden asioille antamia selityksiä ja merkityksiä pyritään työskentelyprosessin aikana tietoisesti muuttamaan, ja olemassa olevien tutkimustulosten perusteella tällainen muutos on myös mahdollinen.

Psykologinen tiedollisten rakenteiden tutkimus tuo mielenkiintoisen ulottuvuuden ratkaisukeskeisen menetelmän prosessitutkimuksiin. Niiden lähtökohtana on ajatus, että ratkaisukeskeiset interventiot itse asiassa tähtäävät vaikuttamaan ihmisten kog-

nitioihin, oppimis- ja merkitysjärjestelmiin. Jos kognitiivisiin tekijöihin on mahdollista vaikuttaa, voidaan olettaa muutosten olevan myös jossain määrin pysyviä. Sosiaalityössäkin on hyödyllistä käyttää psykologisen tutkimuksen tuottamaa tietoa. On hyvä muistaa kunkin ihmisen psykologinen minäkuva ja merkityksmaailma, koska myös se ohjailee ihmisen ajatuksia ja toimintaa. Minäkuva muotoutuu vuorovaikutuksessa sosiaalisen ja taloudellisen todellisuuden kanssa. Esimerkiksi työmarkkinoilta pysyvästi syrjäytyneiden ihmisten minäkäsitys yhdessä sosiaalisten ja taloudellisten ongelmien kanssa aiheuttaa hyvinkin todennäköisesti kroonista voimattomuutta (Granfelt 1993). Psykososiaalisessa auttamistyössä voidaan pyrkiä muutokseen kumpaakin, sekä sosiaalista että psykologista tietä käyttäen.

Ratkaisukeskeisessä menetelmässä terapeuttiseen muutokseen pyritään keskustelun ja puheen avulla. Tutkimustulokset ovat osoittaneet, että työntekijän on mahdollista ohjata keskustelua enemmän ratkaisu- ja voimavarakeskeiseksi tietoisilla keskusteluvaihtoimilla. Psykososiaalisen työn asiakaskeskusteluja koskevissa tutkimuksissa on huomattu, että terapiakeskustelu on vahvasti vuorovaikutuksellinen tapahtuma, ja se osapuoli, jolla on parhaimmat keskustelulliset taidot, voi ohjailta puheenaiheita ja keskustelun suuntaa. Tavallisesti keskustelullisesti vahvempi osapuoli on työntekijä, jolla on työhönsä vaadittava koulutus ja kokemus. Työntekijän on hyvä tiedostaa omaan asemaansa liittyvä valta ja omien keskustelullisten valintojensa seuraukset.

Työntekijän tulisi seurata paitsi keskustelun sisältöä, myös keskusteluprosessia, ja pyrkiä löytämään kullekin asiakkaalle sopiva keskustelutapa. Asiakkaasta ja tilanteesta riippuen työntekijällä on mahdollisuus käyttää kysymyksiin painottuvaa tekniikkaa tai esimerkiksi sellaista liiallista kyselyä välttävää aktiivista kuuntelua, johon sisältyy yhteenvetoja, kommentteja, sisällön laajentamista jne. Suhteellista kommunikaatiota koskevassa tutkimuksessa huomattiin, että liian tiukka kysymys vastaus malli voi aiheuttaa ongelmia sellaisten asiakkaiden kanssa, joiden kanssa työntekijällä on hankaluuksia löytää sopivaa keskustelutyyliä. Ratkaisukeskeisen periaatteen mukaisesti työntekijän on usein hyödyllistä omaksua tietämättömän rooli suhteessa asiakkaaseen. Työntekijän tulee silloin hyväksyä tietty epävarmuus ja kaaos asiakastilanteessa ja luottaa hallitsemansa keskustelutekniikan tuomaan varmuuteen.

Edellä olevasta, kuten aikaisemmista terapian prosessitutkimuksista voidaan päätellä, että tärkeimpiä psykososiaalisen työn onnistuneisuuteen liittyviä tekijöitä on "vuorovaikutusilmasto". Asiakkaan odotukset ja hallinnan kokemukset liittyvät lähtömotivaatioon, mutta motivaatiokin on hyödyllistä nähdä prosessina, jonka kanssa on mahdollista työskennellä. Juuri tähän ratkaisukeskeisellä työmenetelmällä on mahdollisuus panostaa. Hyvän vuorovaikutuksen luominen ja asiakkaan motivoiminen ovat pitkälti työntekijän vastuualueella. Jo case workin klassikot korostivat vuorovaikutuksen merkitystä, joten tämä havainto ei suinkaan ole uusi. Asiakkaan elämäntilanne on se, jonka pitäisi psykososiaalisen työskentelyn tuloksena muuttua. Asiakas saattaa tuoda vuorovaikutustilanteeseen kaaosta. Työntekijän ammatillisena tehtävänä on tämän kaaoksen selvittely ja toimivaan vuorovaikutukseen pyrkiminen, jotta tavoitteista voidaan sopia ja seurata tilanteen muuttumista yhdessä asiakkaan kanssa.

6.3 Työntekijän rooli

Ratkaisukeskeisen ajattelutavan omaksuminen on ollut työntekijöille selvästi myönteinen ja vahvistava kokemus. Se on monille ollut ajattelutapaa mullistava uusi näkemys laajemminkin kuin vain työhön liittyen. Toisaalta monet ovat ajatelleet ja työskennelleet ratkaisukeskeisesti ennen kuin ovat menetelmään edes tutustuneet.

Kokonaisvaltainen ratkaisukeskeinen työmalli toteutuu parhaiten silloin, kun koko työyhteisö tai organisaatio on omaksunut työtavan, ja kaikki ovat tietoisia ratkaisukeskeisen työn sisällöstä ja päämääristä. Ratkaisukeskeisyyden toteuttaminen vaatii joustavuutta ja ennakkoluulottomuuttakin. Parhaimmillaan se luo uudenlaista, vähemmän byrokraattista toimintakulttuuria, jossa räätälöidään asiakas- ja perhekohtaisia joustavia ratkaisuja. Menetelmä ei välttämättä toimi pelkkänä teknisenä ratkaisuna, vaan sen tuloksellinen toteuttaminen vaatii työntekijöiltä paitsi ratkaisukeskeisen menetelmän tekniikoiden hallintaa, myös ratkaisukeskeisen ajattelun hyväksymistä ja sisäistämistä. Työntekijän pitää itse uskoa myönteiseen muutokseen ja tavoitteisiin, jotta voisi auttaa asiakasta muuttamaan ajattelu- ja toimintatapojaan.

Ratkaisukeskeisyys sopii hyvin yhdistettäväksi muihin työmenetelmiin. Maailmalla on kokeiltu monenlaisia ratkaisukeskeisen työskentelyn sovellutuksia ja yhä enemmän korostetaan niin sanottua eklektismiä, erilaisten työmenetelmien yhdistämistä ja käyttämistä rinnakkain. Pitkälle kehittyneen ammattitaidon tunnusmerkki auttamistyössä on se, että osataan valita kuhunkin tilanteeseen sopiva toimintamalli. Ratkaisukeskeisyys soveltuu hyvin yleiseksi viitekehyykseksi monenlaiseen auttamistyöhön. Joustavassa soveltamisessa voidaan asiakaslähtöisesti puhua pitkäänkin ongelmista, jos se on asiakkaalle tärkeää. Työntekijä voi "ratkaisukeskeistä" keskustelua kullekin asiakkaalle sopivassa tahdissa.

Haastattelustrategioita, vuorovaikutusta ja kognitioita tutkivista prosessitutkimuksista nousee työntekijän merkitys ja rooli keskeiseksi. Psykososiaalisen työn tekijän rooliin kuuluu menetelmien ja tekniikoiden hallinta, tieto, luovuus, tunne, eettinen ja yhteiskunnallinen näkemys sekä refleksiivisyys. Näiden kaikkien yhteisvaikutuksesta syntyy työntekijän ammatillinen taito. Psykososiaalisen työn tekijältä vaaditaan joustavuutta, välittämistä, sitoutumista, uteliaisuutta, luovuutta, keskustelumenetelmien joustavaa hallintaa, sosiaalista ja psykologista tietoa, itsetuntemusta, yhteiskunnan toimintojen tuntemusta ja kykyä käyttää näitä ominaisuuksia kuhunkin tilanteeseen sopivalla tavalla. Tavallaan asiakastyöntekijä joutuu toimimaan erilaisissa rooleissa riippuen siitä, mitä asiakas tuo vuorovaikutustilanteeseen. Työntekijä voi olla aktiivinen ohjailija ja keksijä, selventäjä tai kuuntelija riippuen kulloisestakin tilanteesta. Työntekijän roolivalikoiman runsaus ja roolivalintojen joustavuus näyttäisi olevan yhteydessä siihen, minkälaisen vuorovaikutussuhteen hän kykenee asiakassuhteessa luomaan.

Arja Jokinen (1995, 145) toteaa, että sosiaalityön tavoitteena ei voi olla asiakkaan sisäistä eheää tahtoa ja identiteettiä etsivä empaattinen ymmärtäjä sen paremmin kuin "objektiivisella" tiedolla asiakasta määrittelevä tietäjäkään. Kiinteitä määrityksiä etsivien ymmärtäjien ja tietäjien sijasta sosiaalityö tarvitsee taitajaa, vuorovaikutuksellisia käytäntöjään aktiivisesti refleктоivaa työntekijää. Monenlaisiin alakulttuureihin ja vaihteleviin elämäntapoihin jakautuvan todellisuuden keskellä sosiaalityöntekijöiden on

kyettävä kehittämään asiantuntemustaan (ks. Mutka 1998, 179-180).

Vaikka korostetaan työntekijän persoonallisia ominaisuuksia ja taitoja, ei pidä unohtaa vuorovaikutuksen toista osapuolta, asiakasta. Vähemmän on tutkittu tai käyty yleistä keskustelua siitä, minkälaisiin asiakastilanteisiin sosiaalityöntekijä voi työssään joutua. Vuorovaikutus on kaksisuuntainen tapahtuma, joten työntekijän taito ei suinkaan aina voi olla riittävä selitys sosiaalityön onnistuneisuudelle. Vaikeiden asiakastilanteiden määrää on kuitenkin mahdollista vähentää, jos työntekijä kohdistaa huomion omaan toimintaansa.

Psykoterapian prosessitutkimuksissa työntekijään liittyvät persoonalliset ja ammatitaitoon liittyvät tekijät korostuvat terapian tuloksellisuuteen vaikuttavina tekijöinä. Se, että asiakas kokee työntekijän empaattisena, välittävänä ja luotettavana, ennustaa hyvän vuorovaikutussuhteen syntymistä. Ratkaisukeskeisen työmallin prosessitutkimuksissa korostuu samalla tavoin työntekijän merkitys. Asiakastyön menetelmät antavat keskustelullisia taitoja ja viitekehyksiä, mutta eri menetelmien tuloksellisuudessa ei näytä olevan eroja.

Sol L. Garfield (1997) toteaa uudehkossa artikkelissaan, että terapeutin vaikutus on psykoterapian tutkimuksessa laiminlyöty tutkimuskohde, vaikka terapeutin ominaisuuksilla on arvioitu olevan merkittävä osuus asiakastyön tuloksellisuudessa. Garfield viittaa Luborskyn ym. (1986) analyysiin, jossa todettiin, että terapeutin vaikutusten suuruus peitti alleen kaikki eri menetelmien eroihin liittyvät tekijät neljässä terapeutin vaikutuksia ja menetelmiä vertailevassa tutkimuksessa. Terapeuttien persoonallisia ominaisuuksia ei ole Garfieldin mukaan enemmän tutkittu toisaalta, koska terapiakäytäntö ja tutkimus on pitkään ollut menetelmäkeskeistä yksittäiset terapeutit ovat sitoutuneet ja ilmoittautuneet tietyn menetelmän kannattajiksi ja soveltajiksi ja toisaalta, koska terapeutin vaikutusten tutkimus kohdistuisi liian henkilökohtaiselle ja yksilölliselle alueelle. Yksittäisten työntekijöiden työskentelyn tutkiminen voisi vaikuttaa jopa heidän ammatilliseen uraansa tai jonkin toimipisteen maineeseen sekä myönteisessä että kielteisessä mielessä.

Terapiamenetelmien tuloksellisuuden vertailuissa toistuu johtopäätös, että tuloksellisin on menetelmä, jonka terapeutti hallitsee ja jonka hän uskoo soveltuvan kunkin asiakkaan tilanteeseen. Kun menetelmien vertailuja on jo tehty suhteellisen paljon ja tulokset viittaavat johdonmukaisesti edellä mainittuun päätelmään, vaikuttaisi hedelmällisemmältä tutkia eri työntekijöiden ammatillisia ominaisuuksia ja työtapoja, ja etsiä sitä kautta asiakastyölle hyödyllisiä malleja.

Terapeuttien ja sosiaalityöntekijöiden taidot ja kyvyt kehittyvät käytännön työssä vuosien aikana. Vaikka he yrittävät opettaa taitojaan muille, se ei aina onnistu, koska he eivät aina itsekään tietoisella tasolla tiedä, miten he todella toimivat. NLP:n piirissä onkin kehitetty tutkimusmalleja, joiden avulla voidaan mallittaa tiedostamattomalla tasolla tapahtuvaa taituruutta. Tällainen ns. mallittaminen on yksinkertaisimmillaan sitä, että etsitään henkilö, joka osaa jonkin taidon ja sen jälkeen tutkitaan, miten hän sen tekee. (Heikkilä 1997, 178).

6.4 Sosiaalityön arviointiin soveltuvia malleja

Tämän kirjallisuuskatsauksen tutkimusaineistosta löytyy muutamia arviointeja, joissa on käytetty monitahoarviointia ja tutkittavat ovat olleet mukana tutkimusprosessin eri vaiheissa. Hyvänä esimerkkinä on Aambon (1997) Norjassa toteuttama yhdistetty yhdyskuntatyö- ja tutkimusprojekti, jossa on selkeät yhteiskunnalliset kytkennät ja empowerment tavoite. Se on toimiva malli ratkaisukeskeisen sosiaalityön projekteille ja tutkimukselle. Samoin Alpolan ja Hurskaisen (1992) sekä Makkosen (1991) työntekijöitä koskevat tutkimukset, jotka on myös toteutettu siten, että tutkittavana olevat työntekijät olivat osallisina tutkimuksessa ja saattoivat vaikuttaa tutkimuksen sisältöön. Makkosen tutkimuksella pyrittiin tietoisesti työn kehittämiseen.

Becerillin (1994) tutkimuksessa käytetty muistelutekniikka voisi soveltua myös sosiaalityön tutkimukseen. Tutkimus oli metodinen kokeilu, jossa terapiaan osallistuneet vuorokauden sisällä istunnosta tapasivat tutkijan ja yrittivät palauttaa mieleen tärkeitä terapiaistunnossa tapahtuneita asioita, joilla oli tärkeä henkilökohtainen merkitys. Tapahtumien merkitysten pysyvyyttä testattiin myöhemmin puhelinseurannalla. Menetelmä säilyttää tutkittavien asioille antamat merkitykset ja sillä päästää syvälliseen analyysiin. Kun menetelmään lisätään videointi, saatava informaatio lisääntyy.

Ratkaisukeskeisen mallin prosessitutkimukset ovat pitkälti keskittyneet kielen ja puheen tutkimiseen, koska niiden merkitys korostuu ratkaisukeskeisessä ajattelussa. Tutkimusten kautta on saatu hyödyllistä tietoa kielenkäytön ja vallankäytön yhteyksistä, kielen mahdollisuuksista muuntaa merkityksiä, asiakkaan ja työntekijän puheen eroista jne. Tutkittaessa puhetta jää ei-verbaalinen kommunikaatio yleensä huomaamatta, koska keskusteluaineisto nauhoitetaan tavallisesti ääninauhoille. Suuri osa asiakkaan ja työntekijän välisestä kommunikaatiosta jää näin ollen analysoimatta. On asiakastilanteita, joissa puhutulla keskustelulla on rajoituksensa. Esimerkiksi suomea vain välttävästi osaavat tai tulkin avustuksella asioivat maahanmuuttajat tai kuulovammaiset asiakkaat ovat kielellisesti hyvin erilaisessa asemassa kuin muut.

Vuorovaikutuksen tutkimista voisi laajentaa ei-verbaalisen kommunikaation alueelle käyttämällä videonauhoituksia. Näin saataisiin kiinnostavaa aineistoa ilmeiden, eleiden ja merkkien kielestä, mikä on olennainen osa vuorovaikutusta. Vähän on tutkittu tai edes kiinnitetty huomioita myös siihen, mitä asiakas tietoisesti tai tiedostamatta jättää sanomatta terapiaistunnossa. Keskusteluanalyysiltä piiloon jäävä vuorovaikutus voi olla terapiaprosessin kannalta yhtä merkittävää kuin puheessa ilmaistut asiat. Ei-kielellisen vuorovaikutuksen tutkiminen vaatisi ehkä enemmän aikaa ja vaivaa tutkijalta sekä avoimuutta tutkittavilta henkilöiltä. On hyvä muistaa, että keskustelu- tai diskurssianalyysillä saadaan esiin vain osa informaatiosta, vaikka niiden avulla onkin saatu avattua ennen piilossa olleita sosiaalisen vuorovaikutuksen rakenteita.

Tapauskohtainen arviointi on työkäytännöille hyödylliseksi osoittautunut kvantitatiivinen mittaustapa, joka ratkaisu- ja asiakaslähtöisesti toteutettuna voi myönteisessä mielessä säilyttää tapahtumille ja tavoitteille annetut merkitykset ja konkretisoida työprosessia. Työntekijöiden näkökulmasta tapauskohtainen arviointitapa on todettu mielekkäämmäksi kuin standardisoidut mittarit ratkaisukeskeisessä asiakastyössä. Monet sosiaalityöntekijät harjoittavat kuitenkin mieluummin niin sanottua arkiarviointia tai

itsearviointia, joka kuuluu intuitiivisesti sosiaalityön työprosessiin. Kaikkien asiakastilanteiden yhteydessä ei välttämättä ole mielekästä ja tarkoituksenmukaista kuvata tilannetta graafisesti. Sosiaalityössä käytössä olevat huoltosuunnitelmat voivat yhtä hyvin palvella arviointia.

6.5 Johtopäätökset

Ratkaisukeskeisen menetelmän tutkimus on yleistynyt 1990 luvulla, mutta mallin toimivuutta on toistaiseksi tutkittu hyvin vähän sosiaalityön työkäytännöissä. Terapiaympäristöissä saatuja tutkimustuloksia menetelmän interventioiden toimivuudesta voidaan pitkälti hyödyntää myös sosiaalityön käytännöissä. Asiakassuhteeseen vaikuttavat tekijät ovat sosiaalityön ja terapian työtilanteissa melko samanlaisia. Ratkaisukeskeisen menetelmän etuja erityisesti vaikeissa asiakastilanteissa on kirjallisuudessa yleisesti korostettu. Tutkimustulokset osoittavat, että työskentelyn myönteisyys ja asiakaslähtöisyys edesauttavat hyvän vuorovaikutussuhteen luomista ja tavoitteiden määrittelyä hyvin monenlaisissa asiakassuhteissa ja tilanteissa.

Ratkaisukeskeisen työn tuloksellisuus on tehdyn tutkimuksen valossa samaa tasoa kuin psykoterapian ja sosiaalityön tuloksellisuus yleisemminkin. Tutkimuksella ei ole kyetty osoittamaan eroja eri työmenetelmien tuloksellisuudessa, kun kriteerinä on käytetty terapialle tai konsultaatiolle asetetun tavoitteen saavuttamisen astetta. Erot eri menetelmien välillä ovat laadullisia ja työprosessin sisältöön liittyviä.

Prosessitutkimuksissa on arvioitu ratkaisukeskeisen menetelmän periaatteiden toteutumista työtilanteissa. Arviointitulokset osoittavat, että ratkaisukeskeisessä työmallissa korostuvat työskentelyn myönteisyys sekä tavoitteiden selkeys ja realismi, joiden on todettu olevan yhteydessä myös työskentelyn tuloksellisuuteen. Tutkimukset osoittavat, että asiakkaiden omia voimavaroja on ratkaisukeskeisen työskentelyn tuloksena saatu käyttöön. Työntekijät ovat myös kokeneet työn mielekkäämmäksi ja myönteisemmäksi omaksuttuaan ratkaisukeskeisen työotteen. Ratkaisukeskeisellä menetelmällä on saatu aikaan empowermentia. Se on vahvistanut sekä asiakkaita että työntekijöitä. Voidaan sanoa, että ratkaisukeskeisen menetelmän tuloksena on laadukas työskentelyprosessi, jos menetelmän peruseriaatteet ovat toteutettavissa ja työntekijät ovat sisäistäneet ratkaisukeskeisen ajattelun.

Aambon (1997) yhdyskuntatyön kokeilua koskeva tutkimus osoittaa, että ratkaisukeskeistä mallia voidaan tuloksellisesti soveltaa myös laajemmin kuin yksilö- tai perhekohtaisesti luomaan empowermentia jonkin asuinalueen ja väestöryhmän keskuudessa. Voimavaranaäkökulma sisältää myös yhteiskunnallisesti merkittävän mahdollisuuden, jos sen avulla saadaan ihmisten omat kyvyt ja resurssit käyttöön.

Sosiaalityöhön liittyvää kontrollinäkökulmaa on usein pidetty ongelmallisena ratkaisukeskeisen menetelmän yhteydessä. Ratkaisukeskeisen näkemyksen omaksuminen ei välttämättä vähennä sosiaalityön yhteydessä koettua kontrollia, mutta tutkimukset osoittavat, että menetelmä tarjoaa työskentelymalleja ja vuorovaikutustapoja, joilla asiakassuhteen laatua voidaan parantaa ja lisätä asiakkaiden omaa osuutta työprosessissa. Ratkaisukeskeiset haastattelu- ja keskustelumallit antavat käytännöllisiä välineitä

sosiaalityön menetelmävalikoimaan ja lisäävät työskentelyn myönteisyyttä. Selkeiden ja joustavien tavoitteiden sekä aikaperspektiivin käyttäminen antavat sosiaalityöhön järjestystä ja rajoja, joita on usein muuten vaikea löytää.

Ratkaisukeskeisessä mallissa korostetaan ensimmäisten tapaamisten ja vuorovaikutussuhteen luomisen merkitystä. Hyvän vuorovaikutuksen rakentaminen on edellytys onnistuneelle työskentelyprosessille. Heti työskentelyn alkuvaiheessa etsitään myös asiakkaan omia onnistumiskokemuksia ja olemassa olevia voimavaroja. Kun näihin asioihin panostetaan työprosessin alkuvaiheessa, voidaan tavoitteisiin päästä suhteellisen lyhyessä ajassa. Tutkimus osoittaa tuloksellisuuden olevan suurinta neljännen ja kymmenennen istuntokerran välillä.

Asiakaslähtöisyys on yksi ratkaisukeskeisen mallin peruserä. Tutkimuksen valossa näyttää siltä, että asiakaslähtöisyyden toteutuminen käytännön työssä on vaihtelevaa. Ratkaisukeskeisesti toimivat työntekijät saattavat käytännön työtilanteissa olla hyvinkin ohjailevia ja opastavia. Asiakkaat voivat myös kokea ohjailevan tyylin hyödylliseksi. Tutkimuksissa korostetaan, että työntekijän on tärkeää sopeuttaa oma työskentelytapansa kullekin asiakkaalle sopivaksi seuraamalla jatkuvasti sekä keskustelun sisältöä että vuorovaikutusprosessia. Asiakaslähtöisyys tavoitteiden asettamisessa ja keskustelussa on strateginen valinta, jolla pyritään toimimaan vuorovaikutukseen ja asiakkaille mielekkäiden tavoitteiden määrittelyyn.

Ratkaisukeskeisen menetelmän tutkimuksista voidaan päätellä, että työntekijän rooli ja vuorovaikutustaidot ovat olennaisen tärkeitä työskentelyn onnistuneisuuteen vaikuttavia tekijöitä. Työntekijä voi tietoisilla keskusteluvalinnoilla ja vuorovaikutustavoilla ohjata työskentelyprosessia ja keskustelun sisältöä. Koska eri menetelmien toteutumista käytännön työtilanteissa on ollut vaikeaa tutkimuksissa todentaa ja kontrolloida, eikä eri menetelmien tuloksellisuudessa ole kyetty osoittamaan merkittäviä eroja, on myös monissa psykoterapian meta-analyyseissa korostettu menetelmäkeskeisyyden sijasta työntekijän ammatillisten ominaisuuksien ja yksittäisten työntekijä-asiakas-suhteiden merkitystä terapian onnistuneisuuteen olennaisesti vaikuttavina tekijöinä.

Sosiaalityön ja terapian käytännöissä voisi löytyä hyödyllisiä malleja, jos menetelmä-tutkimuksen sijasta tutkittaisiin eri työntekijöiden työskentelytapoja. Tällaisen mallittamisen avulla olisi mahdollista arvioida myös räätälöityjä työtapoja, joissa eri menetelmiä on yhdistetty asiakas- ja tilannekohtaisesti. Pitkälle kehittyneen ammattitaidon tunnuspiirteenä onkin pidetty erilaisten menetelmien hallintaa ja joustavaa soveltamista asiakas- ja perhekohtaisesti. Ratkaisukeskeiset periaatteet soveltuvat hyvin yleiseksi viitekehyykseksi myös räätälöityihin malleihin.

Myös tähän kirjallisuuskatsaukseen sisältyvästä aineistosta löytyy hyviä mallittamisen välineitä. Ulkopuolisen havainnoinnin lisäksi voidaan mallittamisessa käyttää esimerkiksi Becerrillin (1994) tutkimuksessa esiteltyä muistelutekniikkaa, jossa työntekijöitä ja asiakkaita pyydettiin terapiaistunnon jälkeen palauttamaan mieleen terapiaistunnossa kokemiaan hyödyllisiä ja vähemmän hyödyllisiä interventioita ja tapahtumia. Myös Makkosen (1991), Galen & Newfieldin (1992), Metcalfin ym. (1996), Beyebachin ym. (1996) ja Schiepekin (1997) tutkimuksista löytyy erilaisia mallittamisen tapoja.

Taulukko 6.1: Ratkaisukeskeisen menetelmän ulkomaiset prosessitutkimukset julkaisuvuoden mukaan.

Arvioinnin tekijä ja julkaisu-vuosi	Tutkimus-ongelma tai tehtävä ja interventio	Asetelma/ Metodi	Osallistujat ja kohde	Keskeiset tulokset
1. Weiner-Davis, de Shazer, Gingerich 1987 USA	Kuinka yleistä on, että asiakkaiden tilanteissa tapahtuu paranemista ajanvarauksen ja ensimmäisen terapia-istunnon välillä? Ratkaisukeskeisen menetelmän kysymys ennen terapiaa alkaneista muutoksista	Kysely asiakkaille ensimmäisen terapiaistunnon yhteydessä	30 perhettä, jotka tulivat kunnalliseen nuorisotoimistoon nuorten perhe-, koulu- tai päihdeongelmien vuoksi omasta aloitteestaan, koulun, oikeuslaitoksen tai poliisin lähettämänä	2/3 perheistä oli huomannut myönteistä ja toivottavaa muutosta ajanvarauksen ja ensimmäisen terapiaistunnon välillä vanhempien ilmoituksen mukaan

Taulukko 6.1: Ratkaisukeskeisen menetelmän ulkomaiset prosessitutkimukset julkaisuvuoden mukaan.

<p>2. Adams, Piercy, Jurich 1991</p>	<p>Ensimmäisen terapiaistunnon "kotitehtävän" vaikutukset asiakkaaseen ja terapeuttiin ratkaisukeskeisessä ja ja strukturaalis-strategisessa terapiassa toisen istunnon ja kymmenen istunnon jälkeen</p>	<p>Asteikkokysymykset asiakkaille terapeuteille ja ulkopuolisille havainnoijille Kolme erilaista interventiota ja tutkimusryhmää joita vertailtiin toisiinsa: 1) ratkaisukeskeinen kotitehtävä ja ongelma-keskeinen terapia, 2) ratkaisukeskeinen kotitehtävä ja ratkaisukeskeinen terapia, 3) ongelma-keskeinen kotitehtävä ja ongelma-keskeinen terapia</p> <p>Varianssianalyysi ja χ^2 -testi</p>	<p>Tammikuun 1988 ja toukokuun 1989 välillä käyneistä asiakkaista 60 satunnaisesti valittua perhettä kahdesta perheterapia-keskuksesta. Kolme koeryhmää, joissa kussakin 20 perhettä. 15 eri terapeuttia ja ulkopuoliset havainnoitsijat.</p>	<p>Tavoitteet olivat selkeämpiä ja perhe yksimielisempi ryhmässä, joissa sovellettiin ratkaisukeskeistä "kotitehtävää" verrattuna ongelma-keskeiseen interventioon osallistuneisiin perheisiin</p> <p>"Kotitehtävällä" ei ollut vaikutusta terapian tuloksiin tai perheen tulosmyönteisyyteen. Terapeutit ja ulkopuoliset havainnoijat näkivät eniten edistymistä ryhmässä, joihin sovellettiin ratkaisukeskeistä "kotitehtävää".</p>
--	--	---	---	---

Taulukko 6.1: Ratkaisukeskeisen menetelmän ulkomaiset prosessitutkimukset julkaisuvuoden mukaan.

<p>3. Gale, Newfield 1992 USA</p>	<p>Miten terapeutti käyttää puhetta ratkaisukeskeisessä terapiassa saavuttaakseen tiettyjä terapeuttisia tuloksia?</p>	<p>Yhden terapiaistunnon keskustelunanalyysi, jolla pyrittiin vuorovaikutusmallien löytämiseen. Istunto videoitiin ja analysoitiin käyttämällä tekijän lisäksi muita tutkijoita.</p>	<p>Asiakkaana aviopari, jolla oli perheongelmia. Yksi terapeutti.</p>	<p>Istunnosta löytyi 9 selvää vuorovaikutusmallia, joita terapeutti käytti saavuttaakseen tuloksia. Tehokas terapia on "temaattista".</p>
<p>4. Jordan, Quinn, 1994 USA</p>	<p>Ongelmakeskeisen ja ratkaisukeskeisen perheterapian ensimmäisen "kotitehtävän" vaikutusten vertailu.</p>	<p>Kysely asiakkaille toisen terapiaistunnon jälkeen. Kahden riippumattoman havainnoinnin arviointi. Multivarianssianalyysi</p>	<p>Ongelmakeskeisessä terapiaryhmässä oli 25 asiakasta ja ratkaisukeskeisessä 15 asiakasta. 13 eri terapeuttia.</p>	<p>Asiakkaan kokema ongelman paraneminen ja tulosodotukset sekä istunnon syvällisyys, sujuvuus ja positiivisuus korostuivat ratkaisukeskeisessä terapiassa. Terapeuttisen liittoutuman, kiintymyksen ja koetun paranemiskyvyn suhteen ei havaittu eroja terapiamallien välillä.</p>

Taulukko 6.1: Ratkaisukeskeisen menetelmän ulkomaiset prosessitutkimukset julkaisuvuoden mukaan.

<p>5. Becerril 1994 USA</p>	<p>Mitkä ovat terapeutin, asiakkaiden ja ulkopuolisen havainnoijan tunnistamat merkittävät terapiatapahtumat ratkaisukeskeisissä terapiaistunnoissa?</p>	<p>Terapiaistunnot nauhoitettiin ja tutkija oli läsnä tehden muistimpanoja. Osallistujat kuuntelivat nauhoituksen istunnon jälkeen ja tutkija haastatteli heidät silloin ja kolmen kk kuluttua Laadullinen aineiston analyysi.</p>	<p>Neljä asiakasta, jotka olivat itse terapeutteja. Kaikilla oli sama terapeutti.</p>	<p>Terapiaistunnoissa erottui 9 selvää mallia. Asiakkaiden ja havainnoijien tunnistamat tapahtumat liittyivät kaikkiin terapeutin toimintaan. Kolmen kuukauden seurannassa kaikki osallistujat mainitsivat 1-2 tapahtumaa, joilla oli edelleen vaikutusta heidän elämäänsä: 1) kokemus kompetensista, 2) kokemus ihmekysymyksestä 3) terapeutin apu tasapainon löytämisessä suhteessa omaan itseen ja toisiin ihmisiin.</p>
---	--	--	---	---

Taulukko 6.1: Ratkaisukeskeisen menetelmän ulkomaiset prosessitutkimukset julkaisuvuoden mukaan.

<p>6. Lawson 1994 USA</p>	<p>Tapahtuuko asiakkaiden tilanteissa toivottavia muutoksia ajanvarauksen ja ensimmäisen perheterapia-istunnon välisenä aikana? Ratkaisukeskeinen kysymys ennen terapiaa alkaneista muutoksista.</p>	<p>Asiakkaiden haastattelu ensimmäisen terapia-istunnon yhteydessä.</p>	<p>Avioliitto- ja perheneuvolan 82 asiakasta. Kaksi terapeuttia, jotka käyttivät ratkaisukeskeistä mallia ja 8 jotka käyttivät ongelma-keistä mallia</p>	<p>62.2 % tutkittavista kertoi huomanneensa muutoksia ajanvarauksen ja ensimmäisen terapia-istunnon välillä. Kahta asiakasta lukuunottamatta muutokset olivat toivottuja. Terapeuttien on hyödyllistä kiinnittää huomiota ennen terapiaa alkaneisiin muutoksiin koska ne voivat muuttaa asiakkaan odotuksia ongelman ratkaisusta.</p>
<p>7. Allgood, Parham, Salts, Smith 1995 USA</p>	<p>Ajanvarauksen ja ensimmäisen terapia-istunnon välillä alkaneen muutoksen yhteys terapian keskeyttämiseen. Ratkaisukeskeinen kysymys ennen terapiaa alkaneista muutoksista.</p>	<p>Asiakaskysely ensimmäisen terapia-istunnon yhteydessä. Terapian loputtua terapeutti täytti kyselylomakkeen</p>	<p>Tammikuun 1991 ja huhtikuun 1992 välillä perheterapiassa käyneet 200 asiakasta. Asiakkaat, joilla ei ollut terapiaa edeltäviä muutoksia, lopettivat useammin terapian kesken ja istuntoja oli vähemmän kuin asiakkailla, jotka olivat huomanneet muutoksia ennen</p>	<p>Terapeutin kannattaa kysyä ennen terapiaa alkaneista muutoksista koska pieni muutos voi johtaa toiseen muutokseen jne. (ns. lumipallovaikutus)</p>

Taulukko 6.1: Ratkaisukeskeisen menetelmän ulkomaiset prosessitutkimukset julkaisuvuoden mukaan.

<p>8. Metcalf, Thomas, Duncan, Miller, Hubble 1996 USA</p>	<p>Miten terapeutti ymmärtää roolinsa ja terapiaprosessin ratkaisukeskeisessä terapiassa. Miten asiakkaan käsitys terapiasta on verrannollinen terapeutin käsitykseen.</p>	<p>Pariterapian onnistuneesti päättäneiden asiakkaiden ja heidän terapeuttinsa haastattelut erikseen. Laadullinen vertaileva analyysi.</p>	<p>6 pariterapiaan osallistunutta avio- tai avoparia, jotka olivat päättäneet terapian onnistuneesti ja heidän terapeuttinsa .</p>	<p>Asiakkaat näkivät terapeutin aktiivisemmassa roolissa kuin terapeutit itse ja pitivät aktiivisuutta hyödyllisenä. Asiakkaiden ja terapeuttien selitykset terapiaan tulon syistä erosivat huomattavasti. Terapeutit määrittivät ongelmat ”patologisesti”, mikä on vierasta ratkaisukeskeiselle ajattelulle.</p>
--	--	---	--	--

Taulukko 6.1: Ratkaisukeskeisen menetelmän ulkomaiset prosessitutkimukset julkaisuvuoden mukaan.

<p>9. Beyebach, Morejon, Palenzuela, Rodríguez-Arias 1996 Espanja</p>	<p>Ratkaisukeskeisen terapian kommunikaatiomallien yhteys terapian keskeyttämiseen. Tähän yhdistettiin tuloksellisuusmittaus.</p>	<p>Nauhoitetut terapiahaastattelut, asiakaskysely ennen ensimmäistä istuntoa ja asiakkaiden puhelinseurantakysely 6-35 kk kuluttua terapian päättymisestä. Analyysi kolmessa vaiheessa: 1) jokainen puheenvuoro koodattiin, 2) uusi koodaaminen "kontrollikoodiksi", 3) yksittäisiä koodeista parikoodiksi muuntaminen.</p>	<p>Salaman terapia- keskuksen asiakkaat kolmen vuoden ajalta. 16 asiakastapausta, jotka eivät keskeyttäneet terapiaa.</p>	<p>Keskeyttäneiden ryhmässä terapia sisälsi vähemmän tukevia interventioita kuin terapiaa jatkaneiden ryhmässä. Selvä kysymys-vastaus -malli oli yleisempää keskeyttäneiden kuin jatkaneiden ryhmässä. Keskeyttäneet asiakkaat olivat hallitsevampia kuin jatkaneet ja vuorovaikutus oli ristiriitaisempaa. Tuloksellisuus: Terapian lopussa 71 % asiakkaista ilmoitti ongelman korjautuneen tai tilanteen parantuneen olen- aisesti. Käyntejä oli keskimäärin viisi. Seurannassa näistä 38 % tilanteen paraneminen oli ollut pysyvää.</p>
---	--	--	---	--

Taulukko 6.1: Ratkaisukeskeisen menetelmän ulkomaiset prosessitutkimukset julkaisuvuoden mukaan.

<p>10. Beyebach, Morejon, Palenzuela, Rodriguez-Arias 1996 Espanja</p>	<p>Mikä on kognitiivisten kontrollimuttujien ja ratkaisukeskeisten muuttujien suhde. Mikä on edellä mainittujen muuttujien suhde ratkaisukeskeisen terapian tuloksiin.</p>	<p>Asiakkaiden kontrolli- kokemuksia ja odotuksia (pystyvyys, asioiden hallinta, onnistumis- odotukset) selvitettiin kyselyllä ja mitattiin asteikkomittareilla.</p> <p>Terapeutti luokitteli käytetyt ratkaisukes- keiset muuttujat standardimallin mukaan. Terapian tuloksia mitattiin terapian loputtua.</p>	<p>Julkisen mielenterveys- toimiston 39 asiakasta terapiassa vv. 1992-93</p>	<p>Itsehallintaa ja pystyvyyttä kokeneet asiakkaat olivat huomanneet parannusta tilanteessa ennen terapiaa useammin kuin ne, joilla em. kokemukset olivat alhaiset. Asiakkailla joilla on selkeät tavoitteet, on myös suuremmat onnistumis- odotukset ja usko, että ratkaisun löytäminen riippuu heistä itsestään.</p> <p>Asiakkaat jotka luottivat terapeuttiin, ja joilla on korkeat onnistumisodotukset, sitoutuivat terapiaan paremmin kuin asiakkaat, joilla ei ole em. kokemuksia. Ennen terapiaa alkanut muutos, selkeät tavoitteet ja asiakkaiden itsehallinnan tukeminen ovat yhteydessä hyviin tuloksiin terapiassa.</p>
--	--	---	--	--

Taulukko 6.1: Ratkaisukeskeisen menetelmän ulkomaiset prosessitutkimukset julkaisuvuoden mukaan.

<p>11. Schiepek 1997 Saksa</p>	<p>Vuorovaikutukselliset prosessit terapeutin ja asiakkaan välillä. Onko vuorovaikutuksessa havaittavissa kaaosta? Ratkaisukeskeinen interventio.</p>	<p>Riippumaton havainnoitsija teki merkintöjä yhden asiakkaan ja terapeutin 13 istunnon terapiatilanteista etsimällä verbaaleja ja nonverbaaleja vuorovaikutusmalleja. Laadulliset havainnot koodattiin ja muutettiin kvantitatiiviseksi aikasarjoiksi. Aikasarja-analyysi.</p> <p>Viitekehystenä kaosteorio.</p>	<p>Fyysisten oireiden, sairastumisen pelon ja persoonallisten ongelmien vuoksi yksilöterapiaan tullut naisasiakas ja hänen terapeuttinsa.</p>	<p>Terapia oli "puoliiksi" onnistunutta. Huomattavia muutoksia olivat hyvin voimakkaiden oireiden väheneminen ja asiakkaan oman tilanteensa analysointikyvyn paraneminen. Vuorovaikutustilanteen kaoottinen luonne oli selvästi havaittavissa Asiakkaan vuorovaikutusmallit olivat enemmän kaoottisia ja vähemmän ennakoitavissa kuin terapeutin. Psykoterapian tutkimuksen metodiksi suositellaan karkeasti erottelevaa lyhytaikasarja-analyysia tapaustutkimuksia varten.</p>
--	---	---	---	---

Kirjallisuus

Aambo A. (1997): Tasteful solutions: Solution-Focused work with groups of immigrants. *Contemporary Family Therapy*, Vol. 19, No. 1, March 1997, (63-79).

Adams J. F., Piercy F. P., Jurich J. A. (1991): Effects of solution focused therapy's "Formula first session task" on compliance and outcome in family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, Vol. 17, No. 3, (277-290).

Ahola T., Furman B. (1990): Juonia juupoille. Ratkaisukeskeinen lähestymistapa päihdeongelmiin. Lyhytterapiainstituutti Oy.

Allgood S. M., Parham K. B., Salts C. J. and Smith T. A. (1995): The association between pretreatment change and unplanned termination in family therapy. *The American Journal of Family Therapy*, Vol. 23, No. 3, (195-202).

Alpolo M., Hurskainen P. (1992): Ratkaisukeskeinen työote lastensuojelussa. Perhekeskeisen työn sisältöjen kehittäminen Nuoriso- ja perheasema Vanamossa. Lastensuojelun laitoshuollon neuvottelukunnan julkaisu 6. Lastensuojelun Keskusliitto. Helsinki.

Anderson H. & Goolishian H. A. (1988): Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27, (371-393).

Arnkil E., Eriksson E. (1996): Kenelle jää kontrollin Musta Pekka kortti ?. *Sosiaalitoimisto verkostoissaan. Stakes. Tutkimuksia 63. Gummerus. Jyväskylä.*

Becerril M. L. (1994): Identification of significant therapy events by therapist, client and researcher in solution-focused therapy. UMI Dissertation Services. A Bell & Howell Company. Denton, Texas.

Berg I. K. (1991): Perhekeskeisen työn opas. Käytännön vihjeitä lastensuojeluun. Mannerheimin Lastensuojeluliitto.

Berg I. K., De Jong P. (1996): Solution-Building Conversations: Co-Constructing a Sense of Competence with Clients. *Families in Society*, June 1996, (376-391).

Bergmark, Å., Lundström, T. (1998): Metoder i socialt arbete. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 4, vol. 5. s 291-314.

Besa D. (1994): Evaluating Narrative Family Therapy Using Single-System Research Designs. *Research on Social Work Practice*, Vol. 4, No. 3, July 1994, (309-325).

Beyebach M., Morejon A., Palenzuela D. L., Rodriquez-Arias J. L. (1996): Research on the Process of Solution-Focused Brief Therapy. Teoksessa: *Handbook of Solution-Focused Brief Therapy* (ed.) Miller S. D., Hubble M. A., Duncan B. S. Jossey-Bass Publishers, San Francisco.

Beyebach M. and Carranza V. E. (1997): Therapeutic interaction and dropout: measuring relational communication in solution-focused therapy. *Journal of Family Therapy*, 19, (173-212).

- Burr W. (1993): Evaluation der Anwendung lösungsorientierter Kurzttherapie in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis. *Familiendynamik*, 18, (11-21).
- Börjeson B., Håkanson H. (1990): Hotade, försummade, övergivna är familjehemsplacering en möjlighet för barnen ? En bok för socialarbetare I den sociala barnomsorgen. Rabén & Sjögren. Stockholm.
- Caspar F. (1997): What goes on in a psychotherapist's mind ? *Psychotherapy Research* 7 (2), (105-125).
- Cooper H. (1998): *Synthesizing Research. A Guide for Literature Reviews*. Applied Social Research Methods Series. Volume 2. Sage Publications. Thousand Oaks. London. New Delhi.
- Cowger C. D. (1994): Assessing Client Strengths: Clinical Assessment for Client Empowerment. *Social Work*, Vol. 39, No. 3, (262-268).
- De Jong P. and Miller S. D. (1995): How to Interview for Client Strengths. *Social Work*, Vol. 40, Nov. 1995, No. 6, (721-864).
- De Jong, P., Hopwood L. E. (1996): Outcome Research on Treatment Conducted at the Brief Family Therapy Center, 1992-1993. Teoksessa: *Handbook of Solution-Focused Brief Therapy*. (ed.) Miller S. D., Hubble M. A., Duncan B. L. Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
- de Shazer S. (1984): The Death of Resistance. *Family Process*, 23, (79-93).
- de Shazer S. (1985): *Keys to Solutions in Brief Therapy*. New York: Norton.
- de Shazer S. (1988): *Clues: Investigating Solutions in Brief Therapy*. New York: Norton.
- de Shazer S. (1991): *Putting Differences to Work*. New York: Norton.
- de Shazer S. (1995): *Ratkaisevat erot. Ratkaisukeskeinen terapia auttamistyössä. Vastapaino*. Tampere.
- de Shazer S., Berg I. K., Lipchik E., Nunnally E., Molnar A., Gingerich W., Weiner-Davis M. (1988): *Ratkaisukeskeinen lyhytterapia. Perheterapia 1a/88*.
- de Shazer S., Berg I.K. (1997): 'What works?' Remarks on research aspects of Solution-Focused Brief Therapy. *Journal of Family Therapy*, 19, (121-124).
- Eakes G., Walsh S., Markowski M., Cain H. and Swanson M. (1997): Family centred brief solution-focused therapy with chronic schizophrenia: a pilot study. *Journal of Family Therapy*, 19, (145-158).
- Everitt A., Hardiker P. (1996): *Evaluating for Good Practice*. British Association of Social Workers. Macmillan Press Ltd. Houndsmills, Basingstoke, Hampshire and London.
- Eysenck H. J. (1952): The effects of Psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, (210-215). Teoksessa: *Yksilökohtaisen sosiaalityön perusteita*. (toim.) Saarnio P. Tampereen yliopisto . Tampere 1992. (319-324).
- Forsberg H. (1998): *Perheen ja lapsen tähden. Etnografia kahdesta lastensuojelun asiantuntijakulttuurista*. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Lastensuojelun keskusliitto. Gummerus kirjapaino Oy, Saarijärvi.
- Franklin C. (1995): Expanding the vision of the social constructionist debates: Creating relevance for practitioners. *Families in Society*, 76(7), (395-407).

Franklin C., Corcoran J., Nowicki J., Streeter C. (1997): Using client self-anchored scales to measure outcomes in solution-focused therapy. *Journal of Systemic Therapies*, Vol. 16, No. 3, (246-265).

Franklin C., Nowicki J., Trapp J., Schwab A. J. & Peterson J. (1993): A Computerized assessment system for brief, crisis oriented youth services. *Families in Society*, 74, (603-611).

Fredin E. (1993): Dialogen I socialt arbete. En studie av socialbyråsamtal I ljustet av modern dialogteori. University of Linköping. *Studies in Communication*. Kanaltryckeriet. Motala.

Frude N. (1980): Methodological problems in the evaluation of family therapy. *Journal of Family Therapy*, 2, (29-44).

Furman B., Ahola T. (1995): Muuttuset. Terapiasta ratkaisuihin. Lyhytterapiainstituutti Oy. Otava. Keuruu

Gale J., Newfield N. (1992): A conversation analysis of a solution-focused marital therapy session. *Journal of Marital and Family Therapy*, Vol. 18, No. 2, (153-165).

Garfield S. L. (1994): Research on client variables in psychotherapy. Teoksessa: *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4 th ed.) (ed.) Bergin A. E. & Garfield S. L. Wiley. New York.

Garfield S. L. (1997): The Therapist as a Neglected Variable in Psychotherapy Research. *Clinical Psychology: Science and Practice*. Vol. 4, No. 1, Spring 1997, (40-43).

George E., Iveson C., Ratner H. (1990): *Problem to Solution: Brief Therapy with Individuals and Families*. Brief Therapy Press. London.

Goodman C. (1993): Literature Searching and Evidence Interpretation for Assessing Health Care Practices. SBU. The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care.

Granfelt R. (1993): Psykososiaalinen orientaatio sosiaalityössä. Teoksessa: *Monisärmäinen sosiaalityö* (toim.) Granfelt R., Jokiranta H., Karvinen S., Matthies A-L., Pohjola A. *Sosiaaliturvan Keskusliitto*. Helsinki.

Grinnel R. M. (1993): *Social Work Research and Evaluation*. F. E. Peacock Publishers. Inc. Itasca, Illinois.

Gurman A. S., Kniskern D. P. (1981): *Family Therapy Outcome Research: Knowns and Unknowns*. Teoksessa: *Handbook of Family Therapy*. (ed.) Gurman A. S., Kniskern D. P. Brunner/Mazel Publishers, New York 1981.

Handbook of Solution-Focused Brief Therapy (1996). (ed.) Miller S. D., Hubble M. A., Duncan B. S. Jossey-Bass Publishers. San Francisco.

Harris R. (1998): *Solution Therapy in The Public Sector*. Julkaisematon käsikirjoitus. Solution Therapy Associates. North Carolina.

Heikkilä L. (1997): Mallittaminen. Teoksessa: *Monessa mielessä. NLP Mielikirja II*. (toim.) Asikainen R., von Harpe P. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Helander J. (1997): Kausaaliattribuutiot ja ratkaisusuuntautunut lyhytterapia: yksilö- ja ryhmäterapiaan osallistuneiden aikuisten ongelmaansa koskevat attribuoinnit ja niiden muutokset. *Perheterapia* 4/97.

Helander J. (1996): Puheenvuoroanalyysi ratkaisukeskeisestä ryhmäprosessista. *Psykologia* 31, (244-251).

Hetzler S., Wilkins V., Carrig H., Thomas J., Senior P. (1993): An Evaluation of Caller Satisfaction with Solution-Focused Telephone Counseling. *Australian Social Work*, June 1993, Vol. 46, No 2, (51-55).

Holmes G. E. (1992): Social Work research and the Empowerment Paradigm. Teoksessa: *The Strengths Perspective in Social Work Practice*. (ed.) Saleeby D. University of Kansas. Longman. New York & London.

Jaatinen J. (1996): Terapeuttinen keskustelutodellisuus. Diskurssianalyttinen tutkimus alkoholiongelmien sosiaaliterapeuttisesta hoidosta. *Stakes, tutkimuksia 72*, Helsinki.

Jokinen A. (1995): Neuvottelu asiakkaan identiteeteistä. Teoksessa: *Sosiaalityö, asiakkuus ja sosiaaliset ongelmat. Konstruktionistinen näkökulma*. (toim.) Jokinen A., Juhila K., Pösö T. Sosiaaliturvan keskusliitto. Helsinki.

Jokiranta H. (1993): Arviointi ja sosiaalityö. Teoksessa: *Monisärmäinen sosiaalityö*. (toim.) Granfelt R., Jokiranta H., Karvinen S., Matthies A-L., Pohjola A. Sosiaaliturvan Keskusliitto. Helsinki.

Jones E. E., Cumming J. D., Horowitz M. J. (1988): Another Look at the Nonspecific Hypothesis of Therapeutic Effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 56, No. 1, (48-55).

Jordan K., Quinn W. H. (1994): Session two outcome of the formula first session task in problem- and solution-focused approaches. *The American Journal of Family Therapy*, Vol. 22, No. 1, (3-16).

Jylhä-Savolainen A-R. (1994): Ratkaisukeskeinen terapeuttinen lähestymistapa sosiaali- ja terveydenhuollossa: koulutuksen vaikuttavuus. *Kellokosken sairaalan julkaisuja 3/1994*.

Karisto A., Takala P., Haapola I. (1997): Matkalla nykyaikaan. Elintason, elämäntavan ja sosiaalipolitiikan muutos Suomessa. *WSOY*. Juva.

Karvinen S. (1993): Reflektiivinen ammatillisuus sosiaalityössä. Teoksessa: *Monisärmäinen sosiaalityö*. (toim.) Granfelt R., Jokiranta H., Karvinen S., Matthies A-L., Pohjola A. Sosiaaliturvan Keskusliitto. Helsinki.

Kirkby R. J., Smyrnios K. X. (1990): Child-Oriented Family Therapy Outcome Research. Comparisons Between Brief Family Therapy and an Alternative Treatment. *A. New Zealand Journal of Family Therapy* Vol. 11, No. 2, (75-84).

Kiser D. J. and Nunnally E. (1990): The Relationship Between Treatment Length and Goal Achievement in Solution-Focused Brief Therapy. *Julkaisematon käsikirjoitus*. BFTC.

Koskiahho B. (1990): Ohi, läpi ja reunojen yli. Tutkimuksenteon peruskysymyksiä. *Gaudeamus*. Helsinki.

Koss M. P., Shiang J. (1994): Research on brief psychotherapy. Teoksessa: *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (ed.) Bergin A. E., Garfield S. L. Wiley. New York.

Lambert M. J. & Bergin A. E. (1994): The effectiveness of psychotherapy. Teoksessa: *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (ed.) Bergin A. E., Garfield S. L. Wiley. New York.

- Laurila N. (1998): Miten ratkaisukeskeinen lähestymistapa lastensuojelussa eroaa ns. perinteisestä lastensuojelutyöstä? Julkaisematon pro gradu tutkielma. Sosiaalipolitiikka. Turun Yliopisto.
- Lawson D. (1994): Identifying Pretreatment Change. *Journal of Counseling & Development*, Vol. 72, January/February 1994, (244-248).
- Leiman P. M. (1990): Kontrolloidut kokeet psykoterapian tuloksellisuustutkimuksessa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 27, (119-126).
- Lindfors L., Magnusson D. (1997): Solution-Focused Therapy in Prison. *Contemporary Family Therapy*, Vol. 19, No. 1, March 1997, (89-103).
- Luborsky L., Crits-Christoph P., McLellan A. T., Woody G., Piper W., Liberman B., Imber S., Pilkonis P. (1986): Do therapists vary much in their success? Findings from four outcome studies. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, (501-512).
- Macdonald A.J. (1994): Brief therapy in adult psychiatry. *Journal of Family Therapy*, 16, (415-426).
- Macdonald A.J. (1997): Brief therapy in adult psychiatry further outcomes. *Journal of Family Therapy*, 19, (213-222).
- Macdonald G., Sheldon B., Gillespie J. (1992): Contemporary Studies of the Effectiveness of Social Work. *British Journal of Social Work*, 22(6), (615-643).
- Makkonen M. (1991): Avioeroauttamisen keinot. Avioeroauttajien työstä ja sen kehittämismahdollisuuksista. *Mannerheimin Lastensuojeluliitto*.
- Makkonen M. (1995): Keskustelutyö lastensuojelussa. *Mannerheimin Lastensuojeluliitto*. Gummerus. Saarijärvi.
- Mannerheimin Lastensuojeluliiton ratkaisukeskeisen asiakastyön kokeilu. *MLL Raportti vuosilta 1990-1993*. Helsinki 1996.
- Mattila A. (1998): Ratkaisukeskeisen terapian tuloksellisuudesta. Teoksessa: *Voimavarat, ratkaisut ja tarinat*. (toim.) Antti Mattila. Working Papers 16/1998. Kuntoutusäätiö.
- McKeel A. J. (1996): A Clinician's Guide to Research on Solution-Focused Brief Therapy. Teoksessa: *Handbook of Solution-Focused Brief Therapy*. (ed.) Miller S. D., Hubble M. A., Duncan B. S. Jossey Bass Publishers. San Francisco.
- Metcalf Linda, Thomas Frank (1994): Client and Therapist Perceptions of Solution Focused Brief Therapy: A Qualitative Analysis. *Journal of Family Psychotherapy*, Vol 5(4), (49-66).
- Metcalf L., Thomas F. N., Duncan B. L., Miller S. D., Hubble M. A. (1996): What Works in Solution-Focused Brief Therapy: A Qualitative Analysis of Client and Therapist Perceptions. Teoksessa: *Handbook of Solution-Focused Brief Therapy*. (ed.) Miller S. D., Hubble M. A., Duncan B. S. Jossey Bass Publishers. San Francisco.
- Miller W. R. (1985): Motivoiva haastattelu ongelmajuojujen hoidossa. *Päihdehuollon koulutusaineisto sarja*. Järvenpään sosiaalisairaala.
- Miller W. R., Benefield G. R. & Tonigan J. S. (1993): Enchancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, (455-461).
- Modrcin M, Rapp C. A., Poertner J. (1988): The evaluation of case management services to the chronically mentally ill. *Evaluation and Program Planning*, 11, (307-314).

- Mutka U. (1998): Sosiaalityön neljäs käänne. Asiantuntijuuden mahdollisuudet vahvan hyvinvointivaltion jälkeen. SoPhi. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.
- O'Hanlon W. H., Weiner-Davis M. (1990): Ratkaisut löytyvät. Psykoterapian uusi suunta. Tammi. Hämeenlinna.
- Perheterapia 1a/88. Perheterapia-lehden erikoisnumero. Ratkaisukeskeinen terapia.
- Polk, G. W. (1996): Treatment of Problem Drinking Behavior using Solution-Focused Therapy: Single Subject Design. *Crisis Intervention* Vol. 3, (13-24).
- Psykoterapia Suomessa (1995) (toim.) Pyökkänen K., Pöllänen R., Upanne M. Stakes. Oppaita 29. Helsinki
- Rajavaara M. (1990): Evaluaatiotutkimus ja sosiaalihuollon kenttä. Teoksessa: Suomalainen sosiaalityö. Sosiaalipolitiikka 1990:2. Sosiaalipoliittinen yhdistys. Helsinki.
- Rajavaara, M. (1992): Tavallisesta perheestä tapaukseksi. Sosiaalitoimiston asiakastyö arvioinnin kohteena. Helsingin yliopisto. Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus. Gummerus. Jyväskylä.
- Rautjärvi J. (1995): Kuopion perhetukikeskusuudistus. Tuloksellisuuden arvioinnista laatuun. Teoksessa: Tulokseksi laatu. (toim.) Haverinen R., Maaniittu M., Mäntysaari M. Stakes. Raportteja 179. Gummerus. Saarijärvi.
- Regan A. M. and Hill C. E. (1992): Investigation of What Clients and Counselors Do Not Say in Brief Therapy. *Journal of Counseling Psychology*, Vol. 39, No. 2, (168-174).
- Richmond M. (1917): *Social Diagnosis*. Russel Sage Foundation. New York.
- Riikonen, E. (1992): Auttamistyön ongelmakäsitykset ja haastattelukäytännöt. Ongelmakielestä kompetenssikieleen. *Kuntoutussäätiö. Tutkimuksia* 32/1992. Helsinki.
- Rojek C., Peacock G., Collins S. (1988): *Social Work & Received Ideas*. Routledge. London and New York.
- Rostila I.(1988): Subjektina sosiaalitoimistossa. Asiakassuhteen analysointia toimeentulotuki-, PAV- ja lastensuojeluasiakkaiden kokemusten avulla. Sosiaalihuollon julkaisuja 7/1988. VAPK. Helsinki.
- Rostila, I., Mäntysaari M. (1997): Tapauskohtainen evaluointi sosiaalityön välineenä. Stakes. Raportteja 212. Gummerus. Saarijärvi.
- Saarnio P: (1992): Esipuhe teoksessa: Yksilökohtaisen sosiaalityön perusteita. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitoksen tutkimuksia. Sosiaalipolitiikan käytäntö ja opetus. Sarja C: Nro 3. Tampere.
- Saarnio P. (1992): Noviisista ekspertiksi. Sosiaalityön taitojen yksilöllinen kehittyminen. *Janus* 1 (1), (89-98).
- Saarnio P., Ahola M., Jokinen P., Koskinen M., Vuorela R. (1994): Puheen ohjaava vaikutus sosiaalityön asiakastilanteissa. *Perheterapia* 3/96, (33-36).
- Saarnio P., Aareskoski K., Kojo S., Koskinen H., Lehto P., Tamminen M., Tulensalo H., Ylänen T. (1996): Ratkaisukeskeisen koulutuksen vaikutuksia. *Perheterapia* 2/96.
- Saarnio P. (1997): Sosiaalityön vuorovaikutuksen tutkimisesta. *Perheterapia* 4/97.
- Saleeby D. (1992): Introduction. *Power in the People*. Teoksessa: *The Strengths Perspective in Social Work Practice*. (ed.) Saleeby D. University of Kansas. Longman. New York & London.
- Sammet-Hofmann I., Stuhr U., Meyer A. E. (1994): Ergebnisse und Probleme zeitreiheanalytischer Einzelfallbetrachtungen bei klientenzentriert und psychodynamischer

Kurzpsychotherapie. (Results and problems of time series analysis of individual observations in client-centered and psychodynamik brief psychotherapy). *Z-Klin-Psychol-Psychopathol-Psychoter.* 42(1):27-41.

Schiepek G.(1994): Ist eine systemische Psychotherapieforschung möglich? (Is systemic psychotherapy research possible?) *Z-Klin-Psychol-Psychopatol-Psychoter.* 42(4):297-318.

Schiepek G., Kowalik Z. J., Schutz A., Köhler M., Richter K., Strunk G., Muhlnickel W., Elbert T. (1997): Psychotherapy as a Chaotic process i. Coding the client-therapist interaction by means of sequential plan analysis and the search for chaos: a stationary approach. *Psychotherapy Research* 7(2), (173-194).

Selekman M. D. (1993): *Pathways to Change. Brief Therapy Solutions with Difficult Adolescents.* The Guilford Press. New York.

Shaw I., Shaw A. (1997): Keeping Social Work Honest: Evaluating as Profession and Practice. *British Journal of Social Work* 27, 847-869.

Sheldon B. (1986): Social Work Effectiveness Experiments: Review and Implications. *British Journal of Social Work*, 16, (223-242).

Sierla J., Alpolo M. (1990): Eryityislastenkodista nuoriso- ja perheasemaksi. Sosiaali-hallituksen raporttisarja Nro 15/1990. Helsinki.

Sinkkonen S., Kinnunen J. (1994): Arviointi ja seuranta julkisella sektorilla. Kuopion yliopiston julkaisu E. Yhteiskuntatieteet 22/1994.

Sintonen H. (1987): Sosiaalihuollon vaikuttavuusprojekti. Teoksessa: Purola ym. (toim.) Vaikuttavuuden arvioinnin mahdollisuuksista ja menetelmistä sosiaalihuollosa. Sosiaalihuollon julkaisu. Valtion painatuskeskus. Helsinki.

Sipilä J. (1989): *Sosiaalityön jäljillä.* Tammi. Helsinki.

Sirles E.A., Lipchik E., Kowalski K. (1993): A Consumer's Perspective on Domestic Violence Interventions. *Journal of Family Violence*, Vol. 8, No. 3, (267-276).

Skidmore J. E. (1993): A follow-up of therapists trained in the use of the solution-focused brief therapy model. Doctoral dissertation. University of South Dakota.

Stiles W. B., Shapiro D. A., Elliot R. (1986): "Are All Psychotherapies Equivalent?" *American Psychologist*, 41, (165-180). Teoksessa: Yksilökohtaisen sosiaalityön perusteita. (toim. Saarnio P.) Tampereen yliopisto . Tampere.

Stål K. Agelen C. (1996): Den lösningsfokuserade terapimetoden. *Arbetsmarknadssstyrelsen.* Vra 1996:6.

Sundman P. (1993): Avioliitto- ja perheneuvonnan vaikuttavuus. Helsingin kaupunki. Sosiaaliviraston julkaisusarja A7/1993.

Sundman P. (1995): Ratkaisukeskeisyys sosiaalityössä. Helsingin kaupunki. Sosiaaliviraston julkaisusarja D2/1995.

Sundman P. (1997): Solution-focused ideas in social work. *Journal of Family Therapy*, 19, (159-172).

Tohn S. L., Oshlag J. A. (1996): Solution-Focused Therapy with Mandated Clients. Cooperating with the Uncooperative. Teoksessa: *Handbook of Solution-Focused Brief Therapy.* (ed.) Miller S. D., Hubble M. A., Duncan B. S. Jossey Bass Publishers. San Francisco.

Tomm K. (1988): *Interventiivinen haastattelu .* Gummerus. Jyväskylä .

Tuurala T. (1993): Lastensuojelusta perheiden tukemiseen. Perheiden palvelujen kehittäminen Tampereen perhetukikeskuksissa. Suomen Kuntaliitto.Helsinki.

Vaikuttavuuden arviointikokeilu lastensuojelun avohuollossa vuonna 1990. Esitystapojen demonstrointia. (1991) Helsingin kaupunki . Sosiaaliviraston julkaisusarja A 2/1991.

Vataja S., Vierros A., Mattila A. (1998): Asiakasseuranta VAK-keskuksessa. Teoksessa: Voimavarat, ratkaisut ja tarinat. (1998). (toim.) Antti Mattila. Working Papers 16/1998. Kuntoutusäätiö.

Voimavarat, ratkaisut ja tarinat. (1998). (toim.) Antti Mattila. Working Papers 16/1998. Kuntoutusäätiö.

Walter J. L., Peller J. E. (1996): Rethinking Our Assumptions: Assuming Anew in a Postmodern World. Teoksessa: Handbook of Solution-Focused Brief Therapy. (ed.) Miller S. D., Hubble M. A., Duncan B. S. Jossey Bass Publishers. San Francisco.

Weick A., Rapp C., Sullivan W. P. and Kisthardt W. (1989): A Strengths Perspective for Social Work Practice. Social Work, Vol. 34, No. 4, (350-354).

Weiner-Davis, M., de Shazer S., Gingerich W. J. (1987): Building on pretreatment change to construct the therapeutic solution: An exploratory study. Journal of Marital and Family Therapy, Vol. 13, No. 4, (359-363).

Wheeler John (1995): Believing in Miracles: The Implication and Possibilities of Using Solution-Focused Therapy in a Child Mental Health Setting . ACPP Review & Newsletter , Vol. 17, No. 5 (255-261).

Zimmerman T.S., Prest L.A. and Wetzel B.E. (1997): Solution-focused couples therapy groups: an empirical study. Journal of Family Therapy, 19, (125-144).

INTERNET –OSOITTEITA:

EBTA (European Brief Therapy Association) homepage:
<http://heml.passagen.se/solution/ebta.htm>

EBTA Newsletter website:
<http://home1.swipnet.se/w-11664/EBTANews.html>

Briefftc:
<http://www.brief-therapy.org>

Sft forum:
listserv@maelsrom.stjohns.edu

The Brief Solution Focused Therapy webpage:
<http://inetarena.com/bneben>

Sft with different populations:
www.talkingcure.com/solutionfocused.htm

Kirjallisuutta:
www.the-therapist/ltd.uk