

Päihdeasiakkaan taustan ja motivoivan alkuhaastattelun yhteydet hoidon tuloksiin

Tutkimme, mitkä asiakasta sekä asiakkaan ja työntekijän välistä vuorovaikutusta kuvaavat tekijät motivoivassa alkuhaastattelussa ennustivat päihteiden käytön vähentämistä puolen vuoden seurannassa. Aineisto koostui asiakkaiden ($n=38$) taustatietolomakkeista ja seurantahaastatteluista sekä nauhoitetuista ja litteroiduista ensikeskusteluista A-klinikalla. Koodasimme terapiassa tapahtuvaa vuorovaikutusta motivoivan haastattelun (MH) noudattamiseen ja asiakkaan muutospuheen tutkimiseen kehitetyillä menetelmillä. Asiakkaan taustatekijöiden ja vuorovaikutuksen yhteyttä hoidon jatkuvuuteen ja päihteiden vähentämiseen analysoimme kuvailevilla ja korrelaatioiden laskemiseen perustuvilla menetelmillä sekä hierarkkisella lineaarisella regressioanalyysillä. Asiakkaan muutospystyvyys ja riippuvuustekijät vaikuttivat MH:n toteutumiseen. Alun vähentämistavoite ja työntekijän empaattinen suhtautuminen edistivät hoitoon sitoutumista. Hierarkkinen lineaarinen regressiomalli ennusti 49 % tuloksista ($p<0.005$). Asiakkaan puhetta vahvistava monimuotoinen reflektointi lisäsi asiakkaan muutospuhetta ($p<0.05$) ja ennusti päihteiden vähentämistä ($p<0.05$). Pelkästään kysymyksiin perustunut muutospuheen herättely ennusti päihteiden käytön lisääntymistä ($p<0.05$).

MARIA RAKKOLAINEN, ANJA KOSKI-JÄNNES, KARI TOLONEN, MARTTI T. TUOMISTO

JOHDANTO

Asiakkaan muutosvalmiuteen ja päihdehoidon tuloksellisuuteen vaikuttavia hoitovuorovaikutuksen avaintekijöitä tunnetaan vielä huonosti. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tutkia yksityiskohtaisesti tavanomaisessa A-klinikkaympäristössä toteutunutta päihdeasiakkaan ja terapeutin ensimmäistä motivoivaa keskustelua ja sen yhteyksiä asiakkaan myöhempään päihteiden käyttöön. Tutkimus kuuluu Suomen Akatemian rahoittamaan (2007–2011) ”Prosessi- ja tuloksellisuustutkimus päihdeongelmaisten motivoivista alkuhaastatteluista” -hankkeeseen, jossa selvitetään ensimmäistä kertaa suomalaisen päihdehoidon kontekstissa seikkaperäisesti motivoivan haastattelun (MH) toteutumista ja vaikutusta hoitotuloksiin. MH on hoidollinen lähestymistapa, joka syntyi 30 vuotta sitten Yhdysvalloissa (1). Sittemmin se on levinnyt eri puolille maail-

maa, ja sitä on pyritty monin tavoin parantamaan ja soveltamaan erilaisiin päihde- ja käyttäytymisongelmiin (2). Menetelmän kehittäjien mukaan:

”MH on asiakaslähtöinen, muutostavoitteeseen suuntaava keskustelutapa, jossa kiinnitetään erityistä huomiota asiakkaan muutosta koskevaan puheeseen. Sen tarkoituksena on vahvistaa asiakkaan henkilökohtaista motivaatiota ja sitoutumista muutokseen, herättelemällä ja tutkimalla asiakkaan omia syitä muuttua hyväksyvässä ja myötätuntoisessa hengessä.” (3).

Käsillä olevaa tutkimusaineistoa koskevassa aiemmassa artikkelissa tarkasteltiin MH:n käyttöä A-klinikan ensimmäisissä hoitotapaamisissa (4). Tutkimus osoitti, että MH:n vuorovaikutus-tyyliä eli sen henkeä hallittiin A-klinikkatyössä melko hyvin, mutta sille ominaisia perustaitoja käytettiin ensitapaamisilla hyvin satunnaisesti ja vain muutama työntekijä hallitsi niitä taitavasti.

Tässä tutkimuksessa jatketaan aineiston analyysiä selvittämällä, mitkä asiakkaan taustaa ja hoitovuorovaikutusta kuvaavat tekijät ovat yhteydessä asiakkaan muutospuheeseen, hoidon jatkamiseen ja päihteiden käytön vähentämiseen alkuaastattelun jälkeisen puolen vuoden aikana.

AIEMPI TUTKIMUS

MH:n vaikuttavia mekanismeja on viime vuosina tutkittu intensiivisesti Yhdysvalloissa ja joissakin Euroopan maissa (3). Työntekijän toiminnan ja päihdehoidon tulosten väliltä löydetty ensimmäiset yhteydet osoittivat, että työntekijän empaattisuus ja vuorovaikutustaidot vaikuttivat asiakkaaseen hoidon aikana ja asiakkaan juomiseen hyvin pitkään hoidon päätyttyä (5, 6). Empaattinen suhtautuminen kuuluu keskeisesti MH:n vuorovaikutustyyliin (3), vaikka empatia ei sinänsä erota sitä useista muista hoitomuodoista. Sen sijaan MH:n vastainen käyttäytyminen, kuten asiakkaan konfrontointi ja suora ohjaaminen, herättää asiakkaassa vastustusta (6), mikä Apodacan ja Longaboughin (7) katsauksen mukaan ennustaa johdonmukaisesti ja vahvasti huonoa hoitotulosta. Tasavertainen vuorovaikutus puolestaan edistää asiakkaan hoitoon osallistumista ja parantaa hoitotulosta. Tästä syystä työntekijä pidättäytyy MH:ssa asiakkaan tiedon, kokemuksen ja autonomian ohittavasta asiantuntija-asemasta (3, 6).

Erityistä huomiota MH:n vaikutusmekanismeja tutkittaessa on kiinnitetty asiakkaan muutospuheeseen, koska tätä asiakkaan itseä motivoivaa puhetta on pidetty tässä lähestymistavassa alusta alkaen keskeisenä. Muutospuhe jakautuu valmistelemaan ja aktivoimaan muutospuheeseen sen mukaan, ilmaiseeko asiakas syitä, halua, kykyä tai tarvetta päihteiden käytön muutokseen vai sitoutumista ja konkreettisia askelia kohti muutosta (8). William Miller (1–3) on perustellut muutospuheen tärkeyttä muun muassa itsehavaintoteorialla (self-perception theory) (9) sekä kognitiivisella dissonanssilla (10). Itsehavaintoteorian mukaan asiakas huomaa haluavansa muuttua kuullessaan itsensä puhuvan muutoksen puolesta. Kognitiivisen dissonanssin teoria (10) taas ennustaa, että asiakkaan halu muuttaa käyttäytymistään kasvaa, jos hänen ilmaisemansa muutosta puoltavat ajatukset ja arvot ovat ristiriidassa hänen päihteiden käyttönsä kanssa.

Muutospuheen merkitykselle on löytynyt selvää tutkimusnäyttöä, ja sitä pidetään lupaavimpana MH:n vaikuttavuutta välittävänä tekijänä

(7, 11–13). Työntekijän MH:n hengen mukainen yhteistyöhön panostava, asiakkaan sisäistä motivaatiota esiin kutsuva ja autonomiaa kunnioittava vuorovaikutustyyli (6, 14, 15) sekä asiakaskeksien terapian perustaidot (avokysymykset, reflektointi, asiakkaan tukeminen, yhteenvedot) ovat menetelmiä, joilla herätellään tavoitteellisesti asiakkaan muutospuhetta (16). Näiden menetelmien on todettu lisäävän asiakkaan hoitoon osallistumista (17–19), muutospuhetta (12, 20–22) ja hoitoon sitoutumista (23, 24). Asiakkaan hoidon aikainen muutospuhe (25) sekä muutos- ja sitoutumispuheen voimistuminen (8, 26, 27) ovat olleet yhteydessä myös myöhempään päihteiden käytön vähentämiseen. Muutospuheen herättely ja vahvistaminen on MH:un kuuluva erityistaito, ja useiden tutkimusten mukaan työntekijän taitavuudella, erityisesti reflektioidolla, on ratkaiseva vaikutus asiakkaan muutospuheeseen (16, 28).

Aikaisempien tutkimustulosten pohjalta olemme, että 1) MH:a hyödyntävä lähestymistapa edistää asiakkaan hoitoon sitoutumista ja että 2) työntekijän MH-taidot ovat yhteydessä asiakkaiden muutos- ja sitoutumispuheeseen, 3) mikä puolestaan ennakoii heidän päihteiden käyttönsä vähenemistä puolen vuoden seurannassa. Koska asiakas on päihteiden käytön muutoksessa avainhenkilö (3) tarkastelemme lisäksi, 4) vaikuttavatko asiakkaan demografiset, päihteisiin ja alkumotivaatioon liittyvät taustatekijät MH:n toteutumiseen ja asiakkaan muutospuheeseen sekä 5) missä määrin ne ennustavat muutospuhetta ja hoitotulosta.

MENETELMÄT

Tutkimusluvut. Helsingin kaupunki sekä A-kliinikkasäätiön hoito- ja tutkimuseettinen toimikunta hyväksyivät hankkeen tutkimussuunnitelman ja antoivat sille tutkimusluvan. Työntekijöiden ja asiakkaiden tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Työntekijät ja asiakkaat saivat suullisen ja kirjallisen selvityksen tutkimuksesta ja allekirjoittivat tutkimussuostumuksen ennen hoidon alkua koskien nauhoituksia, keskustelun kulua koskevia kyselyjä sekä asiakkaiden seuranta-kyselyihin osallistumista. Asiakkaalla oli oikeus keskeyttää osallistumisensa tutkimukseen sen vaikuttamatta hänen saamaansa hoitoon.

Työntekijöiden rekrytointi. Työntekijöitä alettiin hankkia tutkimukseen syksyllä 2007 tiedottamalla tutkimuksesta avohoitoyksiköiden johtajille puhelimitse ja sähköpostitse. Tutkimukseen

kutsuttiin vapaaehtoisia A-klinikoiden päihde-työntekijöitä, jotka olivat saaneet lyhyen koulutuksen motivoivasta haastattelusta ja kertoivat käyttävänsä sitä työssään. Ennen tutkimuksen alkua he saivat motivoivaa haastattelua koskevan puolen päivän kertauskoulutuksen. Tutkimukseen osallistui 16 päihde-työntekijää. He olivat kaikki naisia, taustakoulutukseltaan sosiaalialan tai sairaanhoidon ammattilaisia.

Tutkimukseen lopulta lupautuvia ei ollut helppo löytää, joten osanottajien rekrytointi oli hidasta. Sitä jouduttaakseen A-klinikkasäätiö tarjosi työntekijöille 50 euron asiakaskohtaisen kertakorvauksen tutkimukseen osallistumisesta. Osallistumiskynnystä madallettiin myös siirtymällä kuvatallennuksesta äänitallennukseen. Aineistonkeruu päättyi kesällä 2010.

Asiakkaiden rekrytointi. Tutkimuksella ei haluttu häiritä A-klinikan normaalikäytäntöjä, mikä vuoksi työntekijät toimivat asiakkaiden rekrytoijina. Työntekijät kysyivät mahdollisilta tutkimusasiakkailta alustavaa suostumusta ennen ensimmäistä keskustelua. Edellytyksenä asiakkaiden osallistumiselle oli täysi-ikäisyys, alkoholi- tai huumeongelma sekä uusi tai vähintään puolen vuoden kuluttua edellisestä hoitojaksosta uudelleen alkava asiakkuus A-klinikalla. Asiakkaiden rekrytoinnissa ei edellytetty systemaattisuutta. Kliinisesti arvioituna näkyvästi psykiatrisesti oireileville ja hyvin huonokuntoisille asiakkaille ei tarjottu osallistumismahdollisuutta.

Tutkimusasiakkaat. Tutkimukseen osallistui kaiken kaikkiaan 38 alkoholi- tai huumeongelman vuoksi hoitoon hakeutunutta asiakasta.

Asiakkaat tulivat päihdehoitoon pääasiassa oma-aloitteisesti. Kahdeksan tuli hoitoon ohjatuna: kolme työpaikan ja neljä sosiaali- tai terveysviranomaisen ohjaamana, yksi lähiomaisen neuvosta. Asiakkaat kertoivat ensitapaamisten aikana myös mielenterveysongelmistaan (16 henkilöä), kuten masennuksesta, paniikkihäiriöstä ja kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä, mutta virallista diagnoosia ei ollut käytettävissä.

Kyselyaineistot. Ensimmäisten keskustelujen yhteydessä työntekijä keräsi asiakkaan itse tai yhdessä työntekijän kanssa täyttämän esitietolomakkeen, jossa kysyttiin asiakkaan demografisia, päihteiden käyttöön ja alkumotivaatioon liittyviä tietoja

Puolen vuoden seurannan tutkija toteutti käyttäen samaa kyselypohjaa kuin esitietolomakkeessa. Asiakkailta kysyttiin heidän senhetkisestä elämäntilanteestaan ja kuluneen puolen vuoden

aikaisesta päihteiden käytöstään. Seurantakyselyt tehtiin puhelimitse. Jos asiakasta ei tavoitettu, tutkija yritti tavoittaa häntä asiakkaan nimeämän yhteyshenkilön avulla. Asiakkaita lähestyttiin tarvittaessa myös kirjeitse ja sähköpostitse.

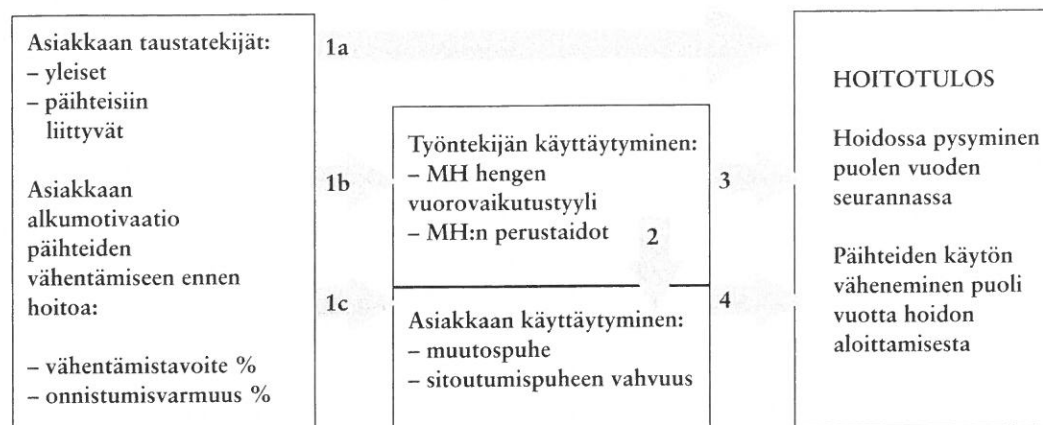
Vuorovaikutusaineisto. Kerätty vuorovaikutusaineisto koostuu 38 asiakkaan kahdesta ensimmäisestä nauhoitetusta tapaamisesta. Tässä tutkimuksessa analysoitavina ovat aivan ensimmäiset, noin tunnin mittaiset tapaamiset. Kaksi näistä nauhoituksista epäonnistui, ja ne jäivät pois vuorovaikutusanalyysistä. MH:n toteutumista kuvaavat 36 onnistunutta nauhoitusta purettiin tekstimuotoon eli litteroitiin.

Vuorovaikutuksen tutkimusmenetelmät. Työntekijän käyttäytymistä ensitapaamisissa koodattiin MITI (Motivational Interviewing Treatment Integrity) -koodausmenetelmällä (29). Sen avulla tehtiin yleisarviot MH:n hengestä, työntekijän empaattisuudesta ja keskustelun suuntaamisesta asteikolla 1 = ei lainkaan, 5 = paljon. Arvio MH:n hengestä muodostettiin yhteistyön, evokaation eli muutospuheen herättelyn ja autonomian tukemisen keskiarvon pohjalta. MITI:n avulla arvioitiin lisäksi työntekijän yksittäisistä puheilmamuista MH:n perustaitojen käyttöä. Puheen koodausluokkia olivat: tiedon välittäminen, kysyminen, reflektio, MH:n mukainen ja MH:n vastainen ilmaisu. Kysyminen ja reflektio koodattiin lisäksi alaluokkiin suljettu vai avoin kysymys ja yksinkertainen vai monimuotoinen reflektio. (4). Keskustelusta arvioitiin Motivoivan haastattelun viittä kliinistä indikaattoria: MH:n hengen keskiarvoa ja neljää perustaitoa, jotka olivat avointen kysymysten prosenttiosuus kaikista kysymyksistä (AK/K*100), reflektioiden eli heijastavan kuuntelun osuus suhteessa kysymyksiin (R/K*100), MH:n mukaisten ja MH:n vastaisten ilmaisujen suhdeluku (MHM/(MHM+MHV)*100), sekä monimuotoisten reflektioiden osuus kaikista reflektioista (MR/R*100). Kyseiset prosenttiluvut osoittivat, kuinka paljon työntekijä oli noudattanut MH:n henkeä ja perustaitoja joko keskustelun alusta, keskeltä tai lopusta arpomalla valitusta 20 minuutin jaksosta. Tuloksia verrattiin kliinisiin, asian- tuntijoiden laatimiin motivoivan haastattelun harjoittelija- ja osajatason kynnysarvoihin. (4, 29.)

Asiakkaan puhe koodattiin sitoutumispuheen koodausmenetelmällä (8, 30). Analyysi tehtiin koko istunnosta. Koodaus kohdistui niihin asiakkaan ilmaisuihin, joilla hän tuo esille halua, kykyä, tarvetta, syitä, valmiutta tai sitoutumista *tavoitteena olevaan muutokseen*, päihteiden

Kuvio 1.

Tutkimusasetelma ja analyysin vaiheet (1–4): Asiakkaan alkumotivaation ja motivoivan päihdehaastattelun yhteys hoidossa pysymiseen ja päihteiden käytön vähentämiseen puolen vuoden kuluttua hoidon aloittamisesta.



käytön vähentämiseen tai lopettamiseen. *Muutospuhetta* (change talk) olivat muutoksen suuntaiset ilmaisut. Ne saivat positiivisen varauksen (esim. ”Haluan lopettaa arkiviikolla juomisen” H+). Muuttumattomuutta puoltava puhe eli *ylläpitopuhe* (sustain talk) koodattiin negatiivisella varauksella (esim. ”En halua luopua viikonlopuna juomisesta” H-). Muutosta koskeva puhe koodattiin vain, jos se liittyi päihteidenkäytön lopettamiseen tai jatkamiseen, ei asiakkaan muihin muutostavoitteisiin (esim. parisuhteen ristiriidat). Muutos- ja ylläpitopuheesta koodattiin varauksen lisäksi ilmaisun vahvuus asteikolla +5 ja -5 (esim. ”Minun pitäisi vähentää juomista”, tarve +3, ”En pysty lopettamaan juomista”, kyky -5). Ristiriitainen puhe, jossa asiakas kumoaa samassa lauseessa oman muutospuheensa ylläpitopuheella (esim. ”Haluaisin vähentää juomista, mutta tykkään humalatilasta”) koodattiin nollapuheeksi (0) samoin kuin muutkin muutossuunnaltaan epäselvät ilmaisut.

Koodauksen lopuksi laskettiin asiakkaan istunnon aikaisen muutospuheen määrä (syy, halu, kyky, tarve, sitoutuminen). Muutospuheen osuus (%) laskettiin siten, että asiakkaan muutoksen suuntaisten ilmaisujen (positiivinen syy, halu, kyky, tarve, sitoutuminen) summa jaettiin muutospuheen ja ylläpitopuheen (negatiivinen syy, halu, kyky, tarve, sitoutuminen) summalla, joka kerrottiin sadalla. Muutospuheen keskimääräinen voima kussakin ilmaisuluokassa saatiin las-

kemalla yhteen kaikki kyseisen ilmaisuluokan (esim. sitoutuminen) vahvuudet ja jakamalla ne luokan kaikkien ilmaisujen määrällä. (30.)

Tutkimusasetelma. Analyysi toteutettiin vaiheittain (1–4, Kuvio 1). Ensin tehtiin katon analyysi, jonka jälkeen tutkittiin, muuttuiko päihteiden käyttö puolen vuoden seurannassa ja oliko demografisilla, päihteisiin tai alkumotivaatioon liittyvillä taustatekijöillä (1a) yhteyttä hoidossa pysymiseen ja päihteiden käytön vähentämiseen. Sen jälkeen tutkittiin kaikkien taustatekijöiden yhteyttä työntekijän MH:n mukaiseen käyttäytymiseen (1b) ja asiakkaan muutospuheeseen (1c) sekä työntekijän MH:n taitojen yhteyttä asiakkaan muutospuheeseen (2). Lopuksi tutkittiin, oliko työntekijän vuorovaikutustyyli (3) tai asiakkaan muutospuhe (4) yhteydessä hoidossa pysymiseen ja päihteiden käytön muutokseen puolen vuoden seurannassa. Koska toteutettu analyysi oli monivaiheinen ja siinä tarkasteltiin päihteiden vähentämistä mahdollisesti välittäviä tekijöitä, kuten työntekijän MH:n taitoja, asiakkaan muutospuhetta ja hoidon jatkumista, edellisen vaiheen riippuva muuttuja saattoi seuraavassa vaiheessa olla riippumaton muuttuja. Lopulliseen päihteiden käytön vähentämistä kuvaavaan malliin otettiin vaiheiden 1–4 tilastollisesti merkitsevät yhteydet.

Taustamuuttujat. Riippumattomina muuttujina toimivat asiakkaan demografiset taustatekijät. Useampiluokkaiset laadulliset taustamuuttujat

dikotomisoitiin analysointia varten: parisuhde (ei ole / on), lapsia (ei ole / on), lasten asuminen (ei kotona / kotona), asuminen (epäitsenäinen / itsenäinen) peruskoulutus (kansa-, keski- ja peruskoulu / ylioppilas), ammatillinen koulutus (ei ole / on), työtilanne (työtön, sairauslomalla, eläkkeellä / työssä, opiskelee). Ikää tarkasteltiin jatkuvana ja kuuteen kahdeksan vuoden luokkaan kategorisoinnana muuttujana. Alkoholiin liittyvistä taustatekijöistä tarkasteltiin AUDIT-testin ja huumeisiin liittyvistä taustatekijöistä SDS-testin alkupisteitä sekä lisäksi dikotomisoituina muuttujina asuin-kumppanin päihteen käyttöä (ei käyttöä / on), muita riippuvuuksia (ei / on), aikaisempia avo- ja laitospäihdehoitoja puolen vuoden sisällä ennen hoidon aloitusta (ei / on), sekä hoitoa edeltäneeltä 3 kuukauden ajalta päihdehoitolääkkeiden (antabus, buprenorfiini ym.) käyttöä (ei / on) ja osallistumista vertaistukiryhmään (ei / on). Lisäksi kysyttiin yleisempien päihteen kokeilusta ja käytöstä sekä senhetkistä ensisijaista ja toissijaista päihdetä. Demografisia ja päihteen liittyviä taustatekijöitä tarkastellaan päihteen vähentämistä edesauttavina tai vaikeuttavina tekijöinä.

Asiakkaan alkumotivaatiota kuvaavina indikaattoreina toimivat hänen esitetolomakkeessa ilmoittamansa pääpäihteen vähentämistavoite (0–100 %) ja sen vähentämistä koskeva, muutospystyvyttä kuvaava onnistumisvarmuus (0–100 %).

Vuorovaikutusmuuttujat. Motivoivan haastattelun noudattamista ja hallintaa kuvaavina muuttujina käytettiin MITI:n viittä kliinistä indikaattoria: MH:n hengen keskiarvoa ja neljää perustaitoa (avokysymysten, reflektioiden, monimuotoisten reflektioiden ja muiden MH:n mukaisten ilmaisujen käyttöä) (29). Kukin taito luokiteltiin ohjeiden mukaisesti aloittelijan (0), harjoittelijan (1) tai osaajan (2) tasoiseksi (ks. edellä; 4) ja niiden toteutumisesta tehtiin myös järjestysasteikollinen summamuuttuja, joka sai arvoja 0–4 riippuen siitä, montako neljästä perustaidosta työntekijä käytti istunnossa vähintään harjoittelijatasolla (29). Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että erityisesti työntekijän reflektiotaito on yhteydessä hoitotuloksiin (13, 16). Siksi monimuotoisten reflektioiden taidosta tehtiin myös dikotominen muuttuja ”monimuotoisten reflektioiden riittävä taito” yhdistämällä harjoittelijan ja osaajan tasot yhdeksi muuttujaksi (1) aloittelijatason säilyessä ennallaan (0). MH:n hengen yhteyttä riippuviin muuttujiin tarkasteltiin sekä sen osatekijöiden että kokonaiskeskiar-

von kautta. Myös MH:n keskeisen elementin, empatian yhteyttä hoitotulokseen tutkittiin.

Asiakkaan muutospuheen indikaattoreina käytettiin asiakkaan keskimääräistä istunnonai-kaista muutospuhetta ja keskimääräistä sitoutumispuheen vahvuutta (8, 26).

Tulosmuuttujat. Asiakkaan hoidon jatkumista puolen vuoden seurannassa joko A-klinikalla tai muussa päihdehoidossa käsiteltiin hoitotulosta välittävänä tekijänä ja toissijaisena tulosmuuttujana (0 = ei jatkanut tai 1 = jatkoi hoidossa). Tutkimuksen päätulosmuuttuja oli asiakkaan päihteen käytön muutos puolen vuoden kuluttua hoidon aloituksesta. Alkoholi-ongelmien hoidon vaikutusten arviointi perustui AUDIT- (Alcohol Disorder Identification Test, 31) pisteisiin (0–40 pistettä) sekä psykososiaalisia (ystävyyssuhteita ja sosiaalista elämää, terveyttä, mielialaa, perhe-elämää, työtä/opintoja tai taloudellista tilannetta) alkoholihaittoja koskevin kysymyksiin (32, 33; 0–6 pistettä). Huumeongelmissa tarkasteltiin vastaavasti SDS Severity of Dependence Scale, (34, 35) -testin tulosta. SDS-testin pistemäärä (0–15 pistettä) kuvaa haittojen ja riippuvuuden määrää pääpäihteenä pidetystä huumeesta. Koska osallistujien pääpäihde saattoi olla joko alkoholi tai huume, tehtiin yhdistelmämuuttuja pääpäihteen mukaan seurantavaiheen AUDIT- tai SDS-pisteiden muutosprosentista. Jos pääpäihde oli alkoholi, muutos laskettiin kaavalla $(AUDIT1-AUDIT2/AUDIT1)*100$ tai jos pääpäihde oli huume, käytettiin vastaavasti kaavaa $(SDS1-SDS2/SDS1)*100$.

Tilastolliset menetelmät. Kaikki tilastolliset testit tehtiin SPSS 19.1 ohjelmalla ja testien merkitsevyystasoksi asetettiin $p < 0.05$. Mann-Whitneyn U-testin ja χ^2 -testin avulla tarkasteltiin, erosivatko tutkimukseen osallistuneiden ja siitä pudonneiden demografiset ja päihteen käyttöön liittyvät taustatekijät toisistaan. Päihdehoitotutkimuksissa suositellaan yleisesti nk. intention-treat -menettelyä eli kaikkien tutkimukseen tulleiden pitämistä mukana myös tulosten esittelyvaiheessa ja seurannasta pudonneiden puuttuvien tietojen korvaamista heidän alkuarvoillaan (36, 37). AUDIT- ja SDS-testien sekä psykososiaalisten haittojen alkuarvoja ja puolen vuoden tuloksia verrattiin sen jälkeen joko toistettujen mittauksen t-testillä tai Wilcoxonin U-testillä riippuen muuttujan jakaumasta. Taustamuuttujien yhteyttä hoidon tulosmuuttujiin tarkasteltiin seuraavaksi kukin muuttujan laadusta riippuen ristiintaulukoidulla tai joko Pearsonin tulomomentti- tai Spear-

manin järjestyskorrelaatiokertoimen avulla. Koska kiinnostuksemme kohdistui ennen kaikkea vuorovaikutuksen vaikutuksiin, hoitotuloksia tarkasteltaessa vakioimme osittaiskorrelaatiolla ne asiakkaan taustatekijät, jotka ennustivat tilastollisesti merkitsevästi päihteiden vähentämistä hierarkkisessa lineaarisessa regressiomallissa.

Muutospuhetta ja päihteiden vähentämistä ennustavia tekijöitä tarkasteltiin hierarkkisella lineaarisella regressionanalyysillä. Sen avulla tutkittiin, mitkä analyysin vaiheissa 1–4 (Kuvio 1) havaitut tilastollisesti merkitsevät yhteydet ennustivat parhaiten muutospuhetta ja päihteiden vähentämistä. Muutospuhetta ennustava malli aloitettiin tarkastelemalla asiakkaan alkutilanteen demografisten, päihteiden käyttö- ja alkumotivaatiotekijöiden yhteyttä muutospuheeseen. Toisella askelmalla malliin lisättiin työntekijän MH:n taidot. Päihteiden vähentämistä ennustava malli aloitettiin demografisilla taustatekijöillä, ja toisella askeleella malliin lisättiin alun päihteiden käyttöön liittyvät muutujat. Kolmannella ja neljännellä askeleella edettiin MH:n teorian mukaisesti työntekijän yleisistä vuorovaikutuspiirteistä MH:n perustaitoihin. Viidennellä askeleella malliin lisättiin asiakkaan muutospuhe. Hoidon jatkuvuus puolen vuoden seurannassa täydensi kuudennella askeleella päihteiden vähentämistä kuvaavan kokonaismallin.

TULOKSET

ASIAKKAIDEN TAUSTATIEDOT

Asiakkaiden (N=38) keski-ikä oli 40 vuotta, nuorin oli 19-vuotias ja vanhin 66-vuotias. Valtaosa oli miehiä (71 %) ja siviilisäädyltään naimattomia (42 %). Yli puolella (55 %) oli lapsia. Neljä viidestä oli käynyt kansa-, keski- tai peruskoulun, mutta suurimmalla osalla ei ollut muuta ammatikoulutusta kuin korkeintaan ammattikursseja (58 %). Asiakkaista lähes puolet oli tutkimushetkellä työttöminä, lomautettuina, eläkkeellä tai sairauslomalla, mutta lähes yhtä suuri osa kävi ansiotyössä, toimi yrittäjänä tai opiskelijana. Puolet tutkimukseen osallistuneista asiakkaista oli joskus ollut laitoshoidossa päihdeongelmansa takia, ja kolmannes oli käyttänyt päihteiden käyttöä hillitsevää lääkitystä kolmen kuukauden sisällä ennen hoitoon tuloa.

KADON ANALYYSI

Puolen vuoden seurantaan osallistui 30 asiakasta (79 %). Seurannasta putosi 4 alkoholi-ongelmais-

ta ja 4 huumeongelmasta. Keski-ikältään he olivat 36-vuotiaita. Seurannasta pudonneet eivät demografisilta taustatiedoiltaan eronneet tilastollisesti merkitsevästi tutkimukseen osallistuneista. Seurannasta pudonneilla oli kuitenkin merkitsevästi lievempi alkoholi-ongelma hoidon alkaessa kuin siihen osallistuneilla: AUDIT-testin keskiarvo oli osallistujilla 23,43 ja pudonneilla 17,63. (U=62, tarkka $p=0.036$). Myös SDS-pisteiden keskiarvo oli alhaisempi pudonneilla (7,75) kuin osallistujilla (9,78), mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p>0.05$). Seurantaan osallistuneet olivat siis alun alkaen vaikeammin päihde-ongelmaisia kuin siitä pudonneet.

PÄIHITEIDEN KÄYTTÖ JA HOITON SITOUTUMINEN

Alkoholia ensisijaisesti käyttäneillä (29 henkilöä) oli takanaan ongelmakäyttöä keskimäärin 12 vuotta. Heistä 19 tavoitteli vähentämistä ja kahdeksan täysraittuutta, yksi ei halunnut muuttaa alkoholinkäyttöään ja yksi ei ilmaissut tavoitettaan. Toissijaisena päihteenä he käyttivät tupakkaa (8 henkilöä) tai kannabista (3 henkilöä). Ensisijaisista huumeiden käyttäjistä (9 henkilöä) kuusi tavoitteli käytön vähentämistä ja kolme täysraittuutta. Heistä viisi käytti päähuumeenaan buprenorfinia, useiden huumeiden sekakäyttäjiä oli kaksi, kannabiksen ja amfetamiinin käyttäjiä yksi kumpaakin. Buprenorfinia oli käytetty keskimäärin 7 vuotta, muita huumeita 1,6–5,5 vuotta. Vain yksi huumeidenkäyttäjä nimesi toissijaiseksi päihtekseen alkoholin, kaikki muut jonkin toisen huumeen. Kannabiksen tai buprenorfinin vuoksi hoitoon tulleet käyttivät alkoholia muita vähemmän (AUDIT-pisteitä 7–10). Sen sijaan muilla huumeiden käyttäjillä (3 henkilöä) oli lähes yhtä korkeat lähtötason AUDIT-pisteet (22–25 pistettä) kuin alkoholin vuoksi hoidossa olleilla.

Asiakkaiden lähtötason ja puolen vuoden seurannan AUDIT- ja SDS-pisteet jakautuivat normaalisti (Shapiro-Wilk 0.95, *ns.*). Taulukko 1 osoittaa, että asiakkaiden AUDIT-pisteillä mitattu alkoholi-ongelma väheni erittäin merkitsevästi puolen vuoden seurannassa sekä ensisijaisesti alkoholi-ongelmallisilla (40 %) että koko ryhmässä (36 %). Alkoholihaittoja koskeva summamuuttuja ei jakautunut normaalisti, joten muutoksia siinä testattiin Wilcoxonin U-testillä. Alkoholin takia hoidossa olleilla alkoholihaitat vähenivät 54 % eli erittäin merkitsevästi. Huumeiden käyttöä mittaavan SDS-testin keskiarvo pieneni pääpäihteenään huumeita käyttäneillä (9 henkilöä) puolen vuoden seurannassa 10 %, mutta tulos ei ollut tilastolli-

Taulukko 1.

Osanottajien AUDIT -, alkoholihaitta- ja SDS -pisteet ennen hoitoa ja puolen vuoden seurannassa sekä muutoksen tilastollinen merkitsevyys.

	<i>n</i>	Esitieto (ka, sd)	Puolen vuoden seuranta (ka, sd)	Muutos
AUDIT 10 ₁				
Kaikki osallistujat	38	23.42 (8.39)	14.92 (9.20)	t(37) = 4.61***
Alkoholi pääpäähteenä	29	26.21 (6.33)	15.62 (9.77)	t(28) = 4.71***
Alkoholihaitat ₂	29	4.72 (1.46)	2.17 (2.27)	Z = -4.03***
SDS ₂				
Huumeet pääpäähteenä	9	9.78 (2.99)	8.78 (4.32)	t(8) = 1.16*

₁= Toistettujen mittausten t-testi, ₂= Wilcoxonin U-testi * *p* < .05, *** *p* < .001

sesti merkitsevä. AUDIT- ja SDS-pisteiden vähentämisprosenttien yhdistelmämuuttujassa asiakkaiden keskimääräinen vähentämisprosentti oli 30,5.

Puolen vuoden seurantaan osallistuneista 30 asiakkaasta 24 oli jatkanut avo- tai laitoshoidossa A-klinikalla tai muualla, vain kuudella vastaajalla ei ollut enää hoitokontaktia seurannassa. Seurantajakson aikana AA-, NA- tai A-klinikan vertaistukiryhmässä käyneitä oli neljä, kun ennen hoitoa heitä oli kolme. Hoidossa jatkaneilla 20 alkoholiongelmallisella asiakkaalla AUDIT-pisteet vähenivät puolella (49 %), kun 9 hoidon päättäneillä pisteet vähenivät vain viidenneksellä (20 %). Alkoholihaitat vähenivät edellisillä noin viidestä kahteen haittaan, kun hoidosta poisjääneillä oli alkutilanteen neljästä haitasta seurannassa vain yksi haitta vähemmän. Vastaavasti hoitoa jatkaneilla neljällä huumeongelmallisella SDS-pisteet putosivat viidenneksen (21 %), kun hoidosta poisjääneillä ei voitu todeta mitään muutosta.

Asiakkaan hoidossa pysyminen puolen vuoden seurannassa korreloi merkitsevästi päihteiden käytön vähenemiseen ($r_s = 0,38, p < 0.05$). Hoidossa jatkaminen vaikutti alkoholin kokonaiskulutuksen vähenemiseen sekä elämänlaadun paranemiseen haittojen vähetessä. Koska hoidossa jatkaminen oli näin vahvassa yhteydessä päihteiden vähentämiseen, sitä tarkasteltiin ensisijaista hoitotulosta välittävänä muuttujana.

ASIAKKAAN TAUSTA- JA MOTIVAATIOMUUTTUJEN YHTEYDET HOITOOIN JA SEN TULOKSIIN

Ensin katsoimme, mitkä asiakkaan alkutilanteen tekijät korreloivat merkitsevästi hoidossa pysymiseen ja hoitotulokseen (Kuvio 1, yhteys 1a).

Taulukko 2 osoittaa, että ammatillinen koulutus, koetut alkoholihaitat ja SDS-pisteet olivat positiivisesti yhteydessä hoidossa pysymiseen. Ikä jatkuvana muuttujana ei korreloinut hoitotuloksiin, mutta kuuteen kahdeksan vuoden pituiseen luokkaan ryhmiteltynä yhteys oli merkitsevä ($\chi^2_{(5)} = 12,48, p = 0.029$). Eri ikäryhmien lähempi tarkastelu osoitti, että erityisesti 51–58-vuotiaat jatkoivat hoidossa (10 asiakasta 11:sta). Eri päihdeongelmia runsaasti kokeneet, ammatillisesti koulutetut ja iältään vanhemmat asiakkaat pysyivät siis hoidossa muita paremmin.

Päihteiden käytön vähentämiseen taas korreloivat positiivisesti korkeampi koulutus, työssäkäynti, päihdehoitoon osallistuminen edeltäneen puolen vuoden sisällä sekä AUDIT-esipisteillä mitattu ongelman vaikea-asteisuus. Päihteiden käyttöä rajoittavan lääkkeen, kuten buprenorfiinin ($n=5$), rauhoittavien ($n=6$) ja antabuksen ($n=1$), käyttö ennen hoitoa korreloi puolestaan negatiivisesti hoitotulokseen.

Ennen vuorovaikutusmuuttujien tarkastelua halusimme vakioita päihteiden vähentämistä ennustavat taustamuuttujat ja siksi tutkimme hierarkkisen lineaarisen regressioanalyysin avulla tilastollisesti merkitseviksi osoittautuneiden hoitoa edeltäneiden tekijöiden yhteyttä hoitotulokseen. Päihteiden käytön vähentämistä ennustaviksi tekijöiksi jäivät demografsista taustatekijöistä vain työssäkäynti ($\beta = 0.440, F_{1,36} = 8.65, p = 0.016$) ja päihteisiin liittyvistä taustatekijöistä päihdehoitoon osallistuminen tutkimusta edeltäneen puolen vuoden sisällä ($\beta = 0.309, p = 0.043$). Näiden taustamuuttujien vaikutus ($F_{2,35} = 6,96, \text{selitysaste } R^2 = 0,28$) vakioitiin osittaiskorrelaatiolla ($r_{\text{työ, hoito}}$),

Taulukko 2.

Asiakkaiden ($n = 38$) demografisten ja päihteisiin liittyvien taustatekijöiden korrelaatiot (r_s) hoidon tulomuuttujiin puolen vuoden seurannassa.

Taustamuuttujat	Hoidossa pysyminen	Päihteiden käytön vähentäminen
Työssä olo (ei/on)	ns.	.48**
Peruskoulu/ylioppilas	ns.	.33*
AUDIT -alkupisteet ¹	ns.	.38*
Ollut 6 kk:n sisällä avo- tai laitoshoidossa (ei/on)	ns.	.42**
Käyttänyt päihdelääkkeitä 3 kk:n aikana (ei/on)	ns.	-.41*
Ammatillinen koulutus (ei/kyllä)	.36*	ns.
Alkoholin haitat	.34*	ns.
SDS -alkupisteet	.33*	ns.

¹ Pearsonin tulomomenttikorrelaatiokerroin * $p < .05$, ** $p < .01$

kun tarkasteltiin tulomuuttujiin vaikuttavia yhteyksiä.

Asiakkaat halusivat vähentää päihteiden käyttöään keskimäärin 77 % (sd=26, vaihteluväli 0–100 %) alkutilanteesta. Heidän arvionsa tavoitteensa onnistumisvarmuudesta oli keskimäärin 72 % (sd=22, vaihteluväli 20–80 %). Asiakkaan onnistumisvarmuus ei ollut yhteydessä hoidossa pysymiseen tai päihteiden käytön vähentämiseen (ns). Päihteiden vähentämistavoite sen sijaan korreloi positiivisesti hoidossa jatkamiseen puolen vuoden seurannassa ($r_{\text{työ, hoito [32]}}=0.38$, $p=0.028$), mutta ei päihteiden vähentämiseen (ns).

ASIAKKAAN TAUSTAMUUTTUJIIEN YHTEYS MH:N TOTEUTUMISEEN

Toiseksi tutkimme, vaikuttivatko asiakkaan taustatekijät ja alkumotivaatio tapaan, jolla työntekijä suhtautui asiakkaaseen ja MH:n vuorovaikutus toteutui (Kuvio 1, yhteys 1b). Alkutilanteen muuttujista onnistumisvarmuus ennen hoidon aloitusta korreloi positiivisesti työntekijän MH:n perustaitojen käyttöön ($r_s=0.35$, $p=0.039$). MH:n henkeä taas sovellettiin erityisesti sellaisiin henkilöihin, joilla oli päihdeongelman lisäksi jokin muu riippuvuus ($r_s=0.37$, $p=0.028$). Sen sijaan työntekijät suhtautuivat vähemmän MH:n mukaisesti sellaisiin asiakkaisiin, jotka asuivat toisen päihdeongelmaisen kanssa: MH:n henki ($r_s=-0.36$, $p=0.034$) sekä empatia ($r_s=-0.38$, $p=0.021$) korreloivat negatiivisesti asiakkaan asuinkumppanin päihdeongelmaan. Asiakkaan päihteisiin liittyvät taustatekijät ja muutospystyvyys vaikuttivat siis siihen, miten työntekijä suhtautui asiakkaaseen ja miten MH toteutui alkutapaamisessa.

Kolmanneksi tarkastelimme asiakkaiden taustatekijöiden ja alkumotivaation välittymistä myös heidän muutos- ja sitoutumispuheeseensa (Kuvio 1, yhteys 1c). Korkeampi koulutus (ylioppilas vai ei; $r_s=0.34$, $p=0.042$), suurempi vähentämistavoite ($r_s=0.39$, $p=0.024$) ja varmuus muutoksen onnistumisesta ($r_s=0.37$, $p=0.029$) lisäsivät asiakkaan muutospuhetta. Osallistujien taustaa ja alkumotivaatiota kuvaavat tekijät heijastuivat myös heidän sitoutumispuheensa vahvuuteen. Ne asiakkaat, joilla oli (avo)puoliso ($r_s=0.34$, $p=0.046$) ja jotka olivat olleet puolen vuoden sisällä ennen hoidon aloitusta päihdehoidossa ($r_s=0.33$, $p=0.050$), ilmaisivat vahvempaa sitoutumista muutokseen kuin muut hoidossa olleet. Myös asiakkaan hoitoa edeltävä vähentämistavoite ($r_s=0.45$, $p=0.008$) ja selvä raittiustavoite ($r_s=0.49$, $p=0.003$) sekä niihin liittyvä onnistumisvarmuus ($r_s=0.57$, $p=0.001$) näkyivät sitoutumispuheen vahvuudessa korreloiden siihen voimakkaasti.

Asiakkaiden onnistumisvarmuus ennen hoitoa näyttää vaikuttaneen keskeisimmin MH:n toteutumiseen. Se vaikutti ensinnäkin siihen, missä määrin asiakas puhui muutoksesta, ja toiseksi siihen, missä määrin työntekijä noudatti MH:n perustaitoja. Asiakkaan taustatekijät vaikuttivat myös hänen muutos- ja sitoutumispuheeseensa samoin kuin siihen, miten työntekijän suhtautui asiakkaaseen ja noudatti MH:n henkeä ja perustaitoja.

TYÖNTEKIJÄN MH-TAITOJEN VAIKUTUS ASIAKKAAN MUUTOSPUHEESEEN

Seuraavassa vaiheessa analyysi kohdistui työntekijän ja asiakkaan väliseen vuorovaikutukseen

Taulukko 3.

Asiakkaan muutospuhetta selittävät tekijät.

	selittävä muuttuja	Beta	R ²	ΔR ²
Askel 1.	Onnistumisvarmuus	.440*	.19*	
Askel 2.	Onnistumisvarmuus	.366*	.29*	.10
	Monimuotoisten reflektioiden riittävä hallinta	.313*		

* $p < .05$

(Kuvio 1, yhteys 2). Kuten tutkimuksen alussa oletimme, työntekijän MH:n perustaidot kaiken kaikkiaan ($r_s = 0.37, p = 0.026$) ja tekniikoista monimuotoisten reflektioiden osaava käyttö ($r_s = 0.38, p = 0.022$) korreloivat positiivisesti asiakkaan muutospuheeseen. Lisäksi työntekijän vuorovaikutustyyleistä autonomian tukeminen korreloi positiivisesti asiakkaan sitoutumispuheen keskimääräiseen vahvuuteen ($r_s = 0.34, p = 0.046$).

Koska muutospuhetta pidetään MH:n keskeisenä välittävänä tekijänä, tarkastelimme hierarkkisella lineaarisella regressioanalyysillä, mitkä muutospuheeseen korreloivat tausta- ja hoitomuuttajat ennustivat sitä parhaiten (Taulukko 3). Ensimmäisellä askeleella malliin tulivat edellä merkitseväksi osoittautuneet tausta- ja alkumotivaatiotekijät.

Taulukosta 3 nähdään, että asiakkaan onnistumisvarmuus selitti viidenneksen ($R^2 = 0.19$) muutospuheen vaihtelusta. Se oli ainoa asiakkaan tausta- ja alkumotivaatiomuuttujista, joka oli yhteydessä hoidon aikaiseen muutospuheeseen. Kun malliin lisättiin toisella askeleella työntekijän käyttäytymistä koskevat merkitsevät yhteydet, onnistumisvarmuuden lisäksi muutospuhetta vahvimmin selittäväksi tekijäksi jäi työntekijän monimuotoisten reflektioiden riittävä taito. Ne yhdessä ennustivat merkitsevästi asiakkaan muutospuhetta ($F_{2,33} = 6.61, p = 0.004$) ja selittivät yli neljänneksen ($R^2 = 0.29$) sen vaihtelusta. Vaikka MH:n perustaitojen käyttö olikin tässä aineistossa vähäistä, yksin riittävän taitava, harjoittelija- tai osaajatason monimuotoisten reflektioiden taito eli kyky syventää keskustelua yrittämällä tavoittaa asiakkaan puheen suuntaa, merkitystä tai tunnetilaa (3), ennusti tilastollisesti merkitsevästi muutoksen suuntaisten ilmaisujen lisääntymistä asiakkaan puheessa.

MOTIVOIVAN HAASTATELUN JA MUUTOSPUHEEN YHTEYS TULOSMUUTUJIIIN

Seuraavaksi tutkimme ensin työntekijän käyttäytymisen suoraa yhteyttä asiakkaan taustatiedoilla vakioituihin hoidon tuloksiin (Kuvio 1, yhteys 3). Työntekijöiden empaattisuus sai istunnoissa keskimäärin arvon 3,5 (sd 1,23), yhteistyö 3,47 (sd 1,03), evokaatio 3,44 (sd 1,08), autonomian tukeminen 3,61 (sd 0,96) ja keskustelun suuntaaminen 4,72 (sd 0,78) asteikolla 1 = ei lainkaan, 5 = paljon. Näistä terapeutin toiminnan yksittäisistä yleisarvioista empatia ($r_{\text{työ, hoito [32]}} = 0.37, p = 0.031$) ja yhteistyö ($r_{\text{työ, hoito [32]}} = 0.36, p = 0.037$) korreloivat positiivisesti asiakkaan hoidossa pysymiseen, mutta ei päihteiden käytön vähenemiseen. MH:n henki toteutui Moyersin ym. (29) kriteerein riittävästi (≥ 3.5) puolessa istunnoista (4). Sen mittamisessa käytetty yhteistyön, autonomian tukemisen ja evokaation yhdistelmämuuttuja ei kuitenkaan vastoin odotuksia korreloinut merkitsevästi hoidossa pysymiseen tai päihteiden käytön muutokseen. MH:n perustaitojen käyttö, joka toteutui viidessä alkuistunnossa 36:sta kaikilta osaamisalueilta vähintään harjoittelijatasolla, ei sekään korreloinut merkitsevästi hoidossa pysymiseen tai päihteiden käytön vähentämiseen.

Toiseksi tutkimme asiakkaan muutos- ja sitoutumispuheen suoraa yhteyttä hoitotuloksiin (Kuvio 1, yhteys 4). Asiakkaat puhuivat muutokseen sitoutumisesta keskimäärin positiivisesti, heikolla vahvuudella 0,7 (sd 0,69) vaihteluvälillä -5-+5. Asiakkaiden muutoshalua (ka 1,5, sd 1), tarvetta (ka 0,5, sd 1,3) ja syytä (ka 0,8, sd 0,8) koskevat ilmaisut olivat keskimäärin positiivisia ja muutoskykyä ilmaiseva puhe lievästi negatiivista (ka -0,1, sd 1,3). Pääasiassa asiakkaat siis halusivat muutosta, mutta kokivat muutoskykynsä heikoksi. Kaiken kaikkiaan positiivisen muutos-

puheen osuus positiivisesta ja negatiivisesta muutospuheesta oli 63 % (sd 10). Asiakkaat siis suhtautuivat muutokseen silti enimmäkseen myönteisesti. Asiakkaan muutospuhe ei tällä ensimmäisellä tapaamiskerralla kuitenkaan ennustanut hoidossa pysymistä eikä päihteiden käytön vähentämistä (*ns*). Tässä aineistossa se ei siis ollut hoidon tuloksellisuutta välittävä tekijä.

PÄIHTEIDEN KÄYTÖN MUUTOSTA ENNUSTAVA KOKONAISMALLI

Lopuksi tutkimme hierarkkisella lineaarisella regressioanalyysillä, mitkä edellä kuvatuissa korrelaatioanalyysissä merkitseväksi osoittautuneet asiakkaan taustatekijät (Taulukko 4; askeleet 1 ja 2), MH:n vuorovaikutustekijät (askeleet 3, 4 ja 5) ja hoidossa jatkaminen (askel 6) ennustivat parhaiten asiakkaiden päihteiden vähentämistä.

Taulukko 4 osoittaa, että taustatekijöistä asiakkaan työssäkäynti ($p < 0.05$) selitti päihteiden vähentämistä vahvasti, sillä se jäi tilastollisesti merkitseväksi muutoksen ennustajaksi joka aske-

leella. Vuorovaikutustekijöistä monimuotoisten reflektioiden prosenttiosuus ennusti parhaiten asiakkaan päihteiden vähentämistä (askeleet 4–6). Evokaatio (askeleet 4–6), joka pohjautui vain asiakkaan muutosta herätteleviin kysymyksiin ilman syventävää reflektointia, johti tässä aineistossa ei-toivottuun hoitotulokseen. Asiakkaan keskimääräinen muutospuhe ei selittänyt hoitotulosta, mutta ei liioin muuttanut mallin toimivuutta (askeleet 5 ja 6). Lopullinen malli (askel 6) sopi aineistoon hyvin ($F_{(6,29)}=4,631$, $p=0.002$) ennustaen 49 % päihteiden vähentämistä ($R^2=0.49$, Korjattu $R^2=0.38$).

POHDINTA

HOITON SITOUTUMINEN JA PÄIHTEIDEN KÄYTÖN VÄHENTÄMINEN

Millerin ja Rollnickin mukaan (3) muutokseen motivoituminen tapahtuu asiakkaan ja työntekijän yhteisenä prosessina. Tässä yhteistyösuhteen

Taulukko 4.

Hierarkkinen lineaarinen regressioanalyysi asiakkaan päihteiden käyttöä puolen vuoden kuluttua hoidon aloittamisesta ennustavista tekijöistä.

	Selittävä muuttuja	β	R^2	ΔR^2
Askel 1	Töissä	.432*	.19*	
Askel 2	Töissä	.359*		
	Ollut päihdehoidossa ¹	.320*	.28*	.09
Askel 3	Töissä	.378*		
	Ollut päihdehoidossa ¹	.306		
Askel 4	Evokaatio	-.150	.31*	.03
	Töissä	.374*		
	Ollut päihdehoidossa ¹	.285		
Askel 5	Evokaatio	-.350*		
	Monimuotoisten reflektioiden %	.393*	.42*	.11
	Töissä	.365*		
	Ollut päihdehoidossa ¹	.303*		
Askel 6	Evokaatio	-.334*		
	Monimuotoisten reflektioiden %	.418*		
	Muutospuhe	-.112	.43*	.01
	Töissä	.364*		
	Ollut päihdehoidossa ¹	.266		
Askel 6	Evokaatio	-.347*		
	Monimuotoisten reflektioiden %	.372*		
	Muutospuhe	-.069		
	Hoidon jatkuminen ²	.251	.49*	.06

* $p < .05$; ¹= 6 kk:n sisällä ennen nykyistä hoitoa; ²= 6 kk:n seurannassa

muodostamisessa suurin osa A-klinikan työntekijöistä onnistui erinomaisesti: neljä viidestä seurantaan osallistuneesta oli edelleen jonkin päihdehoidon piirissä puolen vuoden kuluttua hoidon alkamisesta. Aikaisempien päihdehoitotutkimusten (6, 38–40) tapaan työntekijän empaattinen ja tasavertaiseen yhteistyöhön suuntautunut tyyli oli yhteydessä asiakkaiden hoidossa pysymiseen, joka puolestaan ennusti 6 % asiakkaan päihteen käytön vähenemisestä. Seurantaan vastanneista 30 asiakkaasta 22 kertoi myös hyötynneensä hoidosta.

Hoidossa pysyivät paremmin vanhemmat, ammatillisesti koulutetut ja enemmän haittoja kokeneet asiakkaat kuin nuoret, kouluttamattomat ja vähemmän haittoja kokeneet. Vastaavasti Saarnion (41) tutkimuksessa asiakkaiden korkea ikä oli yhteydessä avohoidossa pysymiseen. Myös Kuusiston (42) mukaan hoitoon hakeuduttiin, kun ongelmat alkoivat kasaantua ja pystyvyys niiden voittamiseen omin avuin koettiin liian heikoksi. Ammatillisesti koulutettujen, vanhempien ja enemmän haittoja kokeneiden asiakkaiden saattaa olla muita helpompaa asettaa omalle päihteen käytölleen sekä hoidolle selviä tavoitteita, jotka auttavat yhteistyöhön sitoutumisessa ja päihteen vähentämisessä.

Osanottajien päihteen käyttö vähentyi tilastollisesti merkitsevästi puolen vuoden seurannassa. Alkoholihaitat vähenivät puoleen lähtötilanteesta ja AUDIT-pisteet yli kolmanneksen niin alkoholia pääpäihteenään käyttäneillä kuin koko aineistossakin, mutta huumeita ensisijaisesti käyttäneillä 9 osanottajalla huumeiden käyttöön liittyvä kymmenesosan väheneminen lähtötilanteesta ei ollut tilastollisesti merkitsevää.

Taustamuuttujista asiakkaan työssäkäynti ja päihdehoitoon osallistuminen tutkimusta edeltäneen puolen vuoden aikana ennusti hoidon onnistumista seurannassa selittäen lähes kolmanneksen päihteen vähentämisen vaihtelusta. Molemmat tekijät kertovat asiakkaan muutosvalmiudesta hoitoon tullessa. Työsuhteen säilyttäminen on monelle tärkeä motivoiva tekijä ja aiempi hoitoon osallistuminen osoittaa, että ongelma on jo tunnustettu. On yleistä, että asiakas on havahtunut ongelmaan ja alkanut valmistella muutosta ennen hoitoon osallistumista, jolloin terapian ensisijaisena tehtävänä on varmistaa muutoksen onnistuminen (43, 44).

Taustamuuttujista päihteen käyttöä hillitsevien lääkkeiden käyttö sen sijaan oli yhteydessä huonompaa hoitotulokseen. Myös Kuusisto

ja Saarnio (45) tekivät projektissaan saman havainnon. Asiakkaat eivät aina näe reseptillä saatujen lääkkeiden yhteyttä päihdeongelmaansa. Lääkkeet normalisoivat usein toimintakykyä, mutta voivat myös ylläpitää ja jopa pahentaa päihdeongelmaa, jos päihteen käyttö jatkuu. On oletettavaa, että lääkkeitä käyttävät ne, joilla muutenkin on huomommat edellytykset rajoittaa päihteen käyttöään.

Työntekijän riittävä ja osaava monimuotoisten reflektioiden taito välitti motivoivan haastattelun prosessia ja tuloksellisuutta ratkaisevalla tavalla. Kuten aiemmissa tutkimuksissa (13, 16) ymmärrystä välittäneet ja keskustelua syventäneet monimuotoiset reflektiot olivat muutoksessa hyvin olennaisessa roolissa. Asiakkaan tunnetilaa ja puheen merkityksiä heijastava kuunteleminen ennusti niin muutospuhetta kuin myöhempää päihteen käytön vähenemistä.

Asiakkaiden muutoksen suuntainen puhe oli keskimäärin heikkoa, joten motivoiva haastattelu oli sopiva menetelmä ensitapaamisiin. Oletuksemme asiakkaan muutos- ja sitoutumispuheen välittymisestä suoraan puolen vuoden hoitotuloksiin ei kuitenkaan saanut tukea tästä aineistosta. Tämä saattaa johtua MH:n vähäisestä toteutumisesta (4), aineiston pienuudesta sekä erilaisten päihteen käyttäjiä yhdistävästä aineistosta. Osa keskusteluista kului myös asiakkaan senhetkisten muiden huolien parissa. Tämä oli työntekijältä sinänsä hoitosuhdetta vahvistava ratkaisu, mutta näissä keskustelun kohdissa ei muutospuhe toteutunut. Vaikka asiakkaat puhuivat päihteen käytöstä ja niihin liittyvistä haitoista, keskustelun aikana heidän tavoitteensa päihteen käytön suhteen jäi usein avoimeksi. Vahvin selitys sille, ettei muutospuhe ennustanut hoitotulosta lieneekin se, että tällaisen puheen tulee kohdistua riittävän konkreettiseen tavoitteeseen, jotta sen muutosvoima tulee esille (46).

Motivoivaan haastatteluun keskeisesti kuuluva evokaatio voi toteutua oikein vasta, kun työntekijä ja asiakas pääsevät yhteisymmärryksen keskustelun fokuksesta ja suunnasta (3). Monessa ensitapaamisessa nämä eivät olleet selvillä ennen muutospuheen herättelyä, mikä voi selittää evokaation negatiivisen yhteyden hoitotulokseen. Se, että työntekijä herättelee kysymyksiin muotomotivaatiota ennen asiakkaan ilmaisemaa omaa tavoitetta, voi olla haitallista, koska asiakas ei silloin puhu omasta muutostavoitteestaan, vaan reagoi työntekijän esittämään muutostarpeeseen. Voi olla, että työntekijät pystyvät soveltamaan

myös MH:n perustaitoja paremmin, kun keskustelun fokus ja tavoite selkeytyvät. Se selvinnee aineistoon kuuluvien toisten tapaamisten tutkimisella.

Vaikka asiakkaan muutospuhe ei tässä tutkimuksessa välittänyt hoitotuloksia, se ei tarkoita, että asiakkaiden ensitapaamisissa ei olisi tapahtunut päihteiden vähentämisen kannalta tärkeätä muutosta. Suomalaisessa puhelukulttuurissa ei välttämättä sitouduta samalla tavalla verbaalisesti kuin vastaavissa amerikkalaistutkimuksissa on nähty tapahtuvan (esim. 8). Kvantitatiivisten tutkimusten ohella tarvitaan laadullisia menetelmiä, jotka tavoittavat tarkemmin muutospuheen sisällöllisiä ja laadullisia muutoksia sekä siihen vaikuttavia kulttuuri- ja tilannesidonnaisia tekijöitä (47).

ASIAKASTA KUVAAVIEN MUUTTUJIEN VAIKUTUS MOTIVOIVAN HAASTATELUN TOTEUTUMISEEN JA MUUTOSPUHEESEEN

Asiakkaan oma päihteiden vähentämistavoite ja siihen liittyvä onnistumisvarmuus ennen hoitoa heijastuivat positiivisesti hänen muutos- ja sitoutumispuheeseensa. Hoitoa edeltävän tilanteen vaikutuksista muutospuheeseen kertoo myös se, että asiakkaan raittiustavoite ja päihdehoitoon osallistuminen edeltävän puolen vuoden aikana samoin kuin se, oliko asiakkaalla kumppani vai ei korreloivat positiivisesti sitoutumispuheen voimakkuuteen. Toisin sanoen, asiakkaan muutosvalmius vaikutti jo itsessään muutos- ja sitoutumispuheeseen.

Uusi tulos oli myös se, että asiakkaan taustatekijät ja alkumotivaatio vaikuttivat paitsi asiakkaan muutospuheeseen myös MH:n toteutumiseen alkutapaamisissa. MH:n henki toteutui paremmin useasta riippuvuusongelmasta kärsiviin, päihdeongelmansa tiedostaviin asiakkaisiin ja vastaavasti huonommin toisen päihdeongelman kanssa asuviin asiakkaisiin, joiden ympäristö saattaa olla ylivoimainen este muutokselle. Työntekijän optimistinen alkuarvio asiakkaan muutosmahdollisuuksista lieneekin ensiarvoisen tärkeää MH:n toteutumisen kannalta.

Kaiken kaikkiaan motivoivan haastattelun perustaitoja osattiin tai voitiin parhaiten soveltaa asiakkaisiin, jotka olivat jo omaehtoisesti valmiimpia muutokseen. MH:n perustaitojen mukainen käyttäytyminen ja ymmärtävä yhteistyö toteutuivat helpommin niiden asiakkaiden kanssa, jotka olivat riittävän tietoisia omasta ongelmastaan ja varmoja omasta onnistumisestaan ennen ensitapaamista. Asiakkaat myös sitoutuivat muu-

tokseen paremmin, jos heillä oli jo ennen hoitoa selvä raittiustavoite.

Tulokset ovat samansuuntaisia aikaisempien tutkimusten kanssa, jotka ovat osoittaneet, että asiakas ja hänen päihteiden käytön muutokseen kohdistamansa pystyvyysodotukset ennen hoitoa pohjustavat yhteistyösuhteen muodostumista (48, 49). Vaikka ensisijaisesti työntekijä luo edellytykset yhteistyösuhteen alkamiselle ja empatian osoittamiselle, ne eivät riipu yksin hänestä, vaan peilaavat ennen kaikkea asiakkaan ja työntekijän välistä onnistunutta yhteistoimintaa (45). Tätä yhteyttä on valottanut myös Knuuttilan ja kumppaneiden (50) tutkimus, jossa asiakkaan vähäinen muutosvalmius sekä työntekijän vähäinen empaattisuus ennakoivat hoidon varhaista päättymistä. Niin ikään Kuusiston ym. (51) tutkimuksessa asiakkaiden suurempi pystyvydentunne hoidon alussa ennusti hoidon jatkuvuutta ja suurempi pystyvydentunne yhdessä korkeampien hoito-odotuksen kanssa ennusti suurempaa päihdeettömien päivien määrää puolen vuoden seurannassa. Myös Kaddenin ja Littin (52) katsauksen mukaan useat tutkimukset ovat osoittaneet, että asiakkaan päihteiden käytön rajoittamista koskeva pystyvyyden tunne ennakoii hänen myöhempää päihteiden käytön vähentämistään.

Asiakkaan onnistumisvarmuuden, demografisten ja päihteisiin liittyvien taustatekijöiden sekä MH:n toteutumisen väliset tulokset valottavat tärkeällä tavalla päihdehoidon alkutapaamisen haasteita. Tavoitteensa saavuttamisesta epävarmat, sekä vähäisten päihdeettömien tukiverkostojen varassa olevat asiakkaat suhtautuvat muutokseen ja työntekijään usein ristiriitaisesti, jopa vastahakoisesti, jolloin he eivät todennäköisesti puhu avoimesti asioistaan. Tästä saattaa muodostua vuorovaikutuksen vahvistama negatiivinen kehä, jossa varautunut asiakas ei herätä työntekijässä empatiaa johtaen vuorovaikutuksen karikoihin (53) ja asiakkaan hoidosta poisjäämiseen. Näitä asiakkaan pystyvyysodotusten, muutosvalmiuden sekä MH:n toteutumisen yhteyksiä hoidossa pysymiseen ja hoitotuloksiin ovat viime aikoina pohtineet myös useat muut tutkijat (7, 28, 54).

On mahdollista, että asiakkaalla täytyy olla jonkinlainen kompetenssin tunne, ennen kuin hän voi asettaa itselleen selvän muutostavoitteen. Joskus asiakkaiden vuorovaikutustaidot, joko päihdeongelman ja sen tuoman huonovointisuuden tai muun seikan vuoksi, ovat niin heikot, että taidokaskaan työntekijä ei saa heitä avautumaan. Osa asiakkaista saattaa tarvita konkreettisempaa

tukea ja pystyvyyden vahvistamista kuin MH. Tämä on tullut esiin mm. Project Matchissa (55), jossa omaan muutoskykyynsä luottavat asiakkaat hyötyivät MH:sta, kun taas sitä epäilevät asiakkaat hyötyivät enemmän kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta, jossa työntekijällä on aktiivisempi rooli asiakkaan ongelmatilanteiden ennakoimisessa ja voimavarojen vahvistamisessa sekä kognitiivisen kapasiteetin huomioimisessa (26). Asiakkaiden erilaiset pystyvyyssodotukset päihteiden vähentämistä ja sitä koskevaa kokonaisvaltaista elämänmuutosta kohtaan saattavat heijastaa eroja heidän ongelmanratkaisutaidoissaan. Työntekijöiden taitoa tunnistaa ja kohdata asiakkaiden erilaisia pystyvyyssodotusprofileja tulisi jatkossa tutkia tarkemmin, sillä aihe on kliinisen työn kannalta erityisen tärkeä ja vaikuttanee oletettavasti merkittävästi asiakkaiden hoidossa pysymiseen ja päihteiden vähentämiseen (26, 52).

TUTKIMUKSEN TOTEUTUKSEN ARVIOINTIA

Aiempi tutkimus (20, 12) on osoittanut vahvan yhteyden MH:n keskeisten vuorovaikutuspiirteiden, asiakkaan muutospuheen ja päihteiden vähentämisen välillä. Päädyimme aineiston mallintamisessa hierarkkiseen lineaariseen regressioanalyysiin, jolla pystymme testaamaan aiempia tutkimuslöydöksiä sekä sitä, miten vahvasti asiakkaan taustatekijät vaikuttivat asiakkaiden päihteiden vähentämiseen MH:n toteutuessa ekologisesti valideissa, hoidon tosiasiallista toteutumista kuvaavissa olosuhteissa. Aineisto on melko pieni monimuuttujamenetelmän käyttöön, eikä tilastollinen voima riitä tuomaan esille kaikkia mahdollisesti tärkeitä yhteyksiä. Löydetty malli sopii hyvin tähän aineistoon ja mallin selitysaste on hyvä. Tässä esitetyjä tuloksia voidaan pitää luonteeltaan eksploratiivisina yhteyksinä, joita voidaan myöhemmin isommilla aineistoilla testata.

Huumeiden käyttäjät (9 henkilöä) ja myös nuorimmat osanottajat saattoivat omina alaryhminään vaikuttaa tuloksiin niin, että esimerkiksi MH:n ja muutospuheen vaikuttavuus ei tullut näin pienessä aineistossa esiin tilastollisesti merkitseväksi. Suurella osalla päihdeasiakkaista on jonkinasteinen päihteisiin liittyvä tai muu mielen-terveysongelma. Osa asiakkaista myös kertoi niistä ensitapaamisella. Mielen-terveysongelman yhteyttä hoitotulokseen ei kuitenkaan voitu huomioda, koska käytössä ei ollut diagnostisia kriteerejä, kaikki osanottajat eivät niistä välttämättä ensikäynneillä kerro, eikä sitä heiltä systemaattisesti kysytty. Jatkossa MH:n ja kaksoisdiagnoosi-

asiakkaiden hoidon tuloksellisuutta voisi tutkia laaja-alaisemmin seuraamalla asiakkaiden mielialaan ja elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä. Saattaa olla, että tässä ryhmässä hoidon tuloksellisuus näkyy ensin mielialaan ja elämänlaadun ko-henemisena ja vasta myöhemmin päihteiden vähenemisenä.

Tuloksiin on osaltaan vaikuttanut myös tutkimukseen osallistuminen tausta- ja seurantakyselyineen, mikä on osalla saattanut toimia kannustimena pysyä hoidossa ja omassa vähentämissä päätöksessä. Lisäksi, jos taustatiedot olisi kerätty ennen ensitapaamista, kuten monissa aiemmissa tutkimuksissa, asiakkaat olisivat ehtineet miettiä tilannettaan ennen hoitoa ja se olisi saattanut vaikuttaa muutospuhetta koskeviin tuloksiin.

Puolen vuoden seurantaan osallistui 79 % ($n = 30$) tutkimukseen osallistuneista. Tulosta voi pitää hyvänä etenkin alkoholinkäyttäjillä, sillä heidän vastausprosenttinsa seurannassa oli 86 %, kun huumeidenkäyttäjistä vastasi seurannassa vain noin puolet. Huumeidenkäyttäjien puhelinliittymä ei usein ollut enää puolen vuoden seurannassa käytössä, eikä heidän nimeämiään yhteyshenkilöitä tavoitettu.

Asiakkaan ja työntekijän puheen koodausmenetelmien rajoituksena on, etteivät ne tavoita yhteisen fokuksen löytymistä tai yhtä MH:n toteutumisen keskeistä elementtiä, asiakkaan muutosristiriidan käsittelyä. MH:n noudattamista ja asiakkaan muutospuhetta arvioivia menetelmiä tulisi jatkossa kehittää erityisesti tästä näkökulmasta sen selvittämiseksi, mitkä vuorovaikutustekijät edistävät asiakkaan omaehtoisen tavoitteen löytymistä, muutosristiriidan käsittelyä ja ennen kaikkea sen ratkaisemista (7, 16).

Hoidossa pysyminen puolen vuoden seurannassa ennusti vahvasti asiakkaiden päihteiden käytön vähentämistä. Tässä löydettyjä ensitapaamisen vuorovaikutuspiirteiden ja asiakkaan alkumotivaation yhteyksiä tuloksiin voidaankin pitää melko lupaavina päihteiden vähentämiseen vaikuttavina tekijöinä.

LOPUKSI

Tämän tutkimuksen tulokset tukivat näkemystä, jonka mukaan asiakkaan omista lähtökohdista nouseva pyrkimys muutokseen ovat avainasemassa riippuvuudesta toipumisessa (56). Asiakkaan omaehtoisen muutoksen kannalta on myös ratkaisevaa, miten toiveikkaasti työntekijä heti alussa suhtautuu asiakkaan toipumismahdollisuuksiin (57). Tutkimus osoitti, että asiakkaan kyky

utkia
mieli-
jöitä.
oksel-
n ko-
n vä-

s tut-
taky-
kan-
ämisi-
rätty
missa
iettä
t vai-

, (n =
pitää
eidän
kun
vain
tymä
rassa
kilöi-

isme-
a yh-
teu-
tos-
ta ja
lmiä

skul-
tus-
voit-
rä ja

ran-
iden
paa-
lku-
itää
vai-

ystä,
lista
nas-
aan
rat-
lus-
uk-
yky

toteuttaa tavoitteena oleva muutos vahvistuu tai heikentyy hoidon aikana ja sen jälkeisissä sosiaalisissa tilanteissa useiden muutosta virittävien tai estävien motivaatiotekijöiden välityksellä ja Kuusista (42) mukailleen se syntyy ennen kaikkea yksilön oman merkityksenannon kautta.

Tulosten pohjalta MH:n koulutuksessa ja työnohjauksessa tulisi kiinnittää erityistä huomiota asiakkaan muutospystyvyyden tukemiseen, sekä muutospuheen heijastavaan kuunteluun. Taitavalla asiakkaan puheen tunnetilaa, intentioi-

ta ja merkityksiä heijastavalla kuuntelemisella työntekijä vaikuttaa näiden merkitysten löytymiseen ja vahvistumiseen asiakkaan puheessa jo ensitapaamisen aikana tavalla, joka näkyy myös myöhempänä päihteiden käytön vähenemisenä.

KIITOKSET

Tutkimuksen rahoitti Suomen Akatemia (1118424), SOVAKO ja Alkoholitutkimussäätiö. Erityiskiitos kaikille työntekijöille ja asiakkaille, jotka osallistivat tutkimukseen.

Rakkolainen M, Koski-Jännes A, Tolonen K, Tuomisto MT. The relationship of client and interaction factors with the outcome of initial motivational sessions with substance abusers

Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2015;52:102–117

We investigated which client and interaction factors between client and counselor in the initial motivational sessions predicted clients' substance abuse at six-month follow-up. The data included the clients' (n=38) background information and follow-up interviews, and the transcribed first sessions at A-clinics. The therapeutic interaction was coded by methods for assessing the integrity of motivational interviewing (MI) and clients' change talk. We analyzed the relationship between the clients' background characteristics and the interaction variables with treatment retention and substance abuse with descriptive and correlative methods, and modeled the data with hierarchical linear regression analysis. The clients' self-efficacy for change and dependency factors had an impact on the realization of MI. The clients' initial reduction goal and the counselors' emphatic attitudes towards the client correlated positively with treatment retention. The hierarchical regression model predicted 49% of the outcome ($p < 0.005$). Counselors' complex reflections promoted change talk ($p < 0.05$) and decreased clients' substance abuse ($p < 0.05$). Evocation that was based solely on questions increased clients' substance abuse ($p < 0.05$).

KIRJALLISUUS

- (1) Miller WR. Motivational interviewing with problem drinkers. Behavioural psychotherapy 1983;11:147–172.
- (2) Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing. Preparing people for change. 2nd edit. New York: Guilford Press; 2002.
- (3) Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Helping people change 3rd edit. New York: Guilford Press; 2013.
- (4) Rakkolainen M. Motivoivan haastattelun toteutuminen päihdehoidon ensitapaamisissa. Psykologia 2012;47:4–19.
- (5) Valle S. Interpersonal functioning of alcoholism counselors and treatment outcome. J Stud Alcohol 1981;42:783–790.
- (6) Miller WR, Benefield R, Tonigan J. Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. J Consult Clin Psychol 1993;61:455–461.
- (7) Apodaca T, Longabaugh R. Mechanisms of change in motivational interviewing: a review and preliminary evaluation of the evidence. Addiction 2009;104:705–715.
- (8) Amrhein P, Miller WR, Yahne C, ym. Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. J Consult Clin Psychol 2003;71:862–878.
- (9) Bem D. Self-perception theory. Adv Exp Soc Psychol 1972;6:1–62.
- (10) Festinger L. A theory of cognitive dissonance. Stanford, CA: Stanford University Press; 1957.
- (11) Miller WR, Rose G. Toward a theory of motivational interviewing. Am Psychol 2009;64:527–537.
- (12) Moyers T, Martin T, Houck J, ym. From in-session behaviors to drinking outcomes: a causal chain for motivational interviewing. J Consult Clin Psychol 2009;77:1113–1124.
- (13) Gaume J, Bertholet N, Faouzi M, ym. Counselor motivational interviewing skills and young adult change talk articulation during brief motivational interventions. J Subst Abuse Treat 2010;39:272–281.
- (14) Moyers T, Miller WR, Hendrickson S. How does motivational interviewing work? Therapist interpersonal skill predicts client involvement within motivational interviewing sessions. J Consult Clin Psychol 2005;73:590–598.

- (15) Boardman T, Catley D, Grobe J, ym. Using motivational interviewing with smokers: Do therapist behaviors relate to engagement and therapeutic alliance? *J Subst Abuse Treat* 2006;31:329–339.
- (16) Glynn L, Moyers T. Chasing change talk: the clinician's role in evoking client language about change. *J Subst Abuse Treat* 2010;39:65–70.
- (17) Catley D, Harris K, Mayo M, ym. Adherence to principles of motivational interviewing and client within-session behavior. *Behav Cogn Psychother* 2006;34:43–56.
- (18) Moyers T, Martin T. Therapist influence on client language during motivational interviewing sessions. *J Subst Abuse Treat* 2006;30:245–251.
- (19) Gaume J, Gmel G, Faouzi M, ym. Counsellor behaviours and patient language during brief motivational interventions: a sequential analysis of speech. *Addiction* 2008;103:1793–1800.
- (20) Moyers T, Martin T, Christopher P, ym. Client language as a mediator of motivational interviewing efficacy: where is the evidence? *Alcohol Clin Exp Res* 2007;31:40–47.
- (21) Vader A, Walters S, Prabhu G, ym. The language of motivational interviewing and feedback: Counselor language, client language, and client drinking outcomes. *Psychol Addict Behav* 2010;24:190–197.
- (22) Morgenstern J, Kuerbis A, Amrhein P, ym. Motivational interviewing: A pilot test of active ingredients and mechanisms of change. *Psychol Addict Behav* 2012;26:859–869.
- (23) Connors G, Walitzer K, Dermen S. Preparing clients for alcoholism treatment: Effects on treatment participation and outcomes. *J Consult Clin Psychol* 2002;70:1161–1169.
- (24) Smith D, Hall J, Jang M, ym. Therapist adherence to a motivational interviewing intervention improves treatment entry for substance-misusing adolescents with low problem perception. *J Stud Alcohol Drugs* 2009;70:101–105.
- (25) Martin T, Christopher P, Houck J, ym. The structure of client language and drinking outcomes in project match. *Psychol Addict Behav* 2011;25:439–445.
- (26) Aharonovich E, Amrhein P, Bisaga A, ym. Cognition, commitment language, and behavioral change among cocaine dependent patients. *Psychol Addict Behav* 2008;22:557–562.
- (27) Bertholet N, Faouzi M, Gmel G, ym. Change talk sequence during brief motivational intervention, towards or away from drinking. *Addiction* 2010;105:2106–2112.
- (28) Daepfen J, Bertholet N, Gaume J. What process research tells us about brief intervention efficacy. *Drug Alcohol Rev* 2010;29:612–616.
- (29) Moyers T, Martin T, Manuel J, ym. Revised Global Scales: Motivational Interviewing Treatment Integrity 3.1.1 (MITI 3.1.1). University of New Mexico, Center on Alcoholism, Substance Abuse and Addictions (CASAA), 2010. Luettu 15.3.2015. http://casaa.unm.edu/download/MITI3_1.pdf
- (30) Amrhein P. A training manual for coding client commitment language. Julkaisematon käsikirja, 2007.
- (31) Babor T, Higgins-Biddle J, Saunders J, ym. AUDIT -The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary care. Second edit. World Health Organization 2001. Luettu 15.3.2015. http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6a.pdf
- (32) Juomatapatesti. Luettu 15.3.2015. <http://www.paihdelinkki.fi/testaa/juomatapatesti>
- (33) Rehm J, Frick U, Bondy S. A reliability and validity analysis of an alcohol-related harm scale for surveys. *J Stud Alcohol Drugs* 1999; 60:202–208.
- (34) Gossop M, Darke S, Griffiths P, ym. The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction* 1995;90:607–614.
- (35) Gossop M, Best D, Marsden J, ym. Test-retest reliability of the Severity of Dependence Scale. *Addiction* 1997;92:353–354.
- (36) Gupta S. Intention-to-treat concept: A review. *Perspect Clin Res* 2011;2:109–112
- (37) Streiner D, Geddes J. Intention to treat analysis in clinical trials when there are missing data. *Evid Based Ment Health* 2001;4:70–71.
- (38) Najavits L, Crits-Christoph P, Dierberger A. Clinicians' impact on the quality of substance use disorder treatment. *Subst Use Misuse* 2000;35:2161–2190.
- (39) Meier P, Barrowclough C, Donmall M. The role of therapeutic alliance in treatment of substance misuse: a critical review of the literature. *Addiction* 2005;100:304–316.
- (40) Knuuttila V, Kuusisto K, Saarnio P, ym. Early working alliance in outpatient substance abuse treatment: Predicting substance use frequency and client satisfaction. *Clin Psychol* 2012;16:123–135.
- (41) Saarnio P. Mitkä tekijät vaikuttavat terapisuhteen keskeyttämiseen avopäihdehoidossa? *YP* 2001;66:224–232.
- (42) Kuusisto K. Kolme reittiä alkoholista toipumiseen. Väitöskirja, Tampere: Tampere University Press; 2010.
- (43) Skutle A, Berg G. Training controlled drinking for early-stage problem drinkers. *Br J Addiction* 1987;82:493–501.
- (44) Miller, WR, Rollnick, S. Motivational Interviewing. Preparing people to change addictive behavior. New York: The Guilford Press;1991, 30–32.
- (45) Kuusisto K, Saarnio P. Päihdehoidon toimivuus yleisten tekijöiden valossa. Katsaus projektin tuloksiin. *YP*2012;77:290–301.
- (46) Scheel M. Client Common Factors Represented by Client Motivation and Autonomy. *Couns Psychol* 2011;39:276–285.
- (47) Rakkolainen M, Ehrling L. Reflektointi taitona ja tekniikkana motivoivassa haastattelussa. *Psykologia* 2012; 47:20–37

- (48) Ilgen M, Tiet Q, Finney J, ym. Self-efficacy, therapeutic alliance, and alcohol-use disorder treatment outcomes. *J Stud Alcohol* 2006;67:465–472.
- (49) Imel Z, Baer J, Martino S, ym. Mutual influence in therapist competence and adherence to motivational enhancement therapy. *Drug Alcohol Depend* 2011;115:229–236.
- (50) Knuuttila V, Kuusisto K, Saarnio P. Client characteristics and therapist style: A combined analysis of effectiveness in substance abuse treatment. *Nordisk Alkohol Nark* 2011;28:321–338.
- (51) Kuusisto K, Knuuttila V, Saarnio P. Clients' self-efficacy and outcome expectations: Impact on retention and effectiveness in outpatient substance abuse treatment. *Addict Disord Their Treat* 2011;10:157–168.
- (52) Kadden R, Litt M. The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addict Behav* 2011;36:1120–1126.
- (53) Francis N, Rollnick S, McCambridge J, ym. When smokers are resistant to change: experimental analysis of the effect of patient resistance on practitioner behavior. *Addiction* 2005;100:1175–1182.
- (54) Hallgren K, Moyers T. Does readiness to change predict in-session motivational language? Correspondence between two conceptualizations of client motivation. *Addiction* 2011;106:1261–1269.
- (55) Project Match Research Group. Project MATCH secondary a priori hypotheses. *Addiction* 1997;92:1671–1698.
- (56) Imel Z, Wampold B, Miller S, ym. Distinctions without a difference: Direct comparisons of psychotherapies for alcohol use disorders. *Psychol Addict Behav* 2008;22:533–543.
- (57) Dearing R, Barrick C, Dermen S, ym. Indicators of client engagement: Influences on alcohol treatment satisfaction and outcomes. *Drug Alcohol Rev* 2005;19:71–78.

MARIA RAKKOLAINEN

YTM, sosiaalipsykologi, tutkija

Tampereen yliopisto

Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö

ANJA KOSKI-JÄNNES

VTT, sosiaalipsykologian professori (emerita)

Tampereen yliopisto

Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö

KARI TOLONEN

YTM, tutkija

Tampereen yliopisto

Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö

MARTTI T. TUOMISTO

Med. Dr., klinisen psykologian, interventioiden ja

psykoterapeuttikoulutuksen professori

Tampereen yliopisto

Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö

Maria Rakkolainen vastasi tutkimuksen aineiston keruusta, aineiston vuorovaikutuksen koodauksesta ja tilastollisesta analyysistä sekä artikkelin käsikirjoituksesta. Anja Koski-Jännes toimi koko projektin ja tämän osatutkimuksen ohjaajana sekä osallistui artikkelin kirjoittamiseen. Martti Tuomisto ohjasi aineiston hierarkkista lineaarista regressioanalyysia sekä osallistui artikkelin kirjoittamiseen. Kari Tolonen osallistui asiakkaan ja työntekijän puheen koodaukseen.