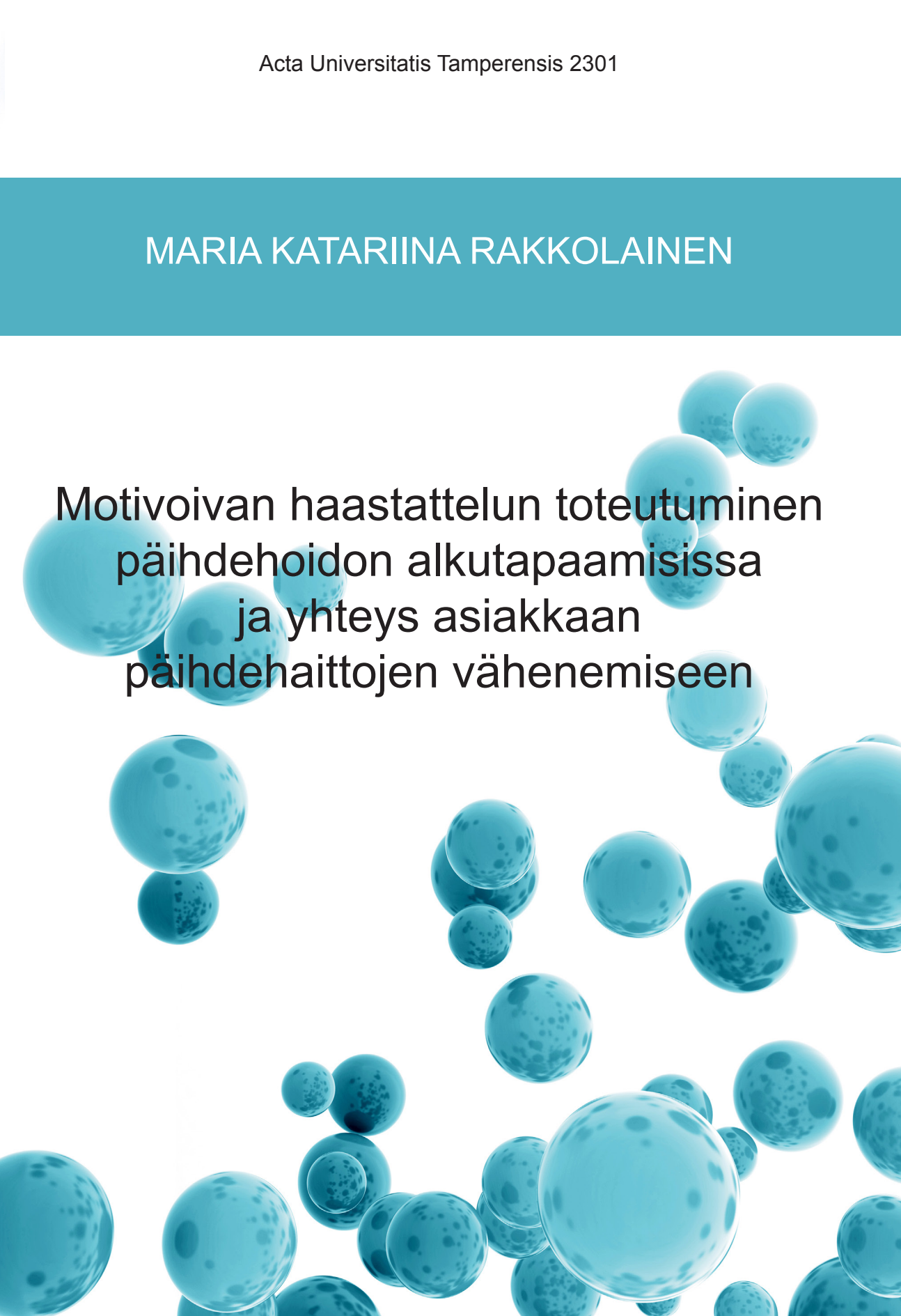


MARIA KATARIINA RAKKOLAINEN

Motivoivan haastattelun toteutuminen  
päihdehoidon alkutapaamisissa  
ja yhteys asiakkaan  
päihdehaittojen vähenemiseen





MARIA KATARIINA RAKKOLAINEN

Motivoivan haastattelun toteutuminen  
päihdehoidon alkutapaamisissa  
ja yhteys asiakkaan  
päihdehaittojen vähenemiseen



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston  
yhteiskuntatieteiden tiedekunnan tiedekuntaneuvoston suostumuksella  
julkisesti tarkastettavaksi Tampereen yliopiston Linna-rakennuksen  
Väinö Linna -salissa, Kalevantie 5, Tampere,  
26. päivänä elokuuta 2017 klo 12.

TAMPEREEN YLIOPISTO

MARIA KATARIINA RAKKOLAINEN

Motivoivan haastattelun toteutuminen  
päihdehoidon alkutapaamisissa  
ja yhteys asiakkaan  
päihdehaittojen vähenemiseen

*Acta Universitatis Tamperensis 2301  
Tampere University Press  
Tampere 2017*



TAMPEREEN  
YLIOPISTO

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA  
Tampereen yliopisto  
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -ohjelmalla  
Tampereen yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti.

Copyright ©2017 Tampere University Press ja tekijä

Kannen suunnittelu  
Mikko Reinikka

Acta Universitatis Tamperensis 2301  
ISBN 978-952-03-0503-1 (nid.)  
ISSN-L 1455-1616  
ISSN 1455-1616

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1804  
ISBN 978-952-03-0504-8 (pdf)  
ISSN 1456-954X  
<http://tampub.uta.fi>

Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print  
Tampere 2017



# Kiitokset

Katsoessani taaksepäin matkaani tämän väitöskirjan tekijäksi muistelen kiitollisuudella monia tärkeitä hetkiä ja ihmisiä elämässäni. Erityinen kiitos sinulle professori Anja Koski-Jännes johduksestasi sosiaalipsykologian alaan ja tutkijaksi. Jo kandidivaiheen opinnoissani rohkaisit graduntekoon huomattavasti kiinnostukseni riippuvuuksista toipumiseen, kerroit motivoivasta haastattelusta, sekä päihdehoidon haasteista. Avullasi sain rahoituksen gradulleni Rikosseuraamusvirastolta, mikä oli suuri asia minulle aloittavana yhteiskuntatieteilijänä. Vuonna 2007 kysyit alustavaa kiinnostustani väitöskirjan tekemiseen hakiessasi rahoitusta Suomen Akatemialta motivoivaa haastattelua koskevaan hankkeeseen. Onkin selvää, että Anja ilman sinua, en olisi väitöskirjani kanssa tässä ja nyt. Kiitos kaikesta. Olen oppinut sinulta paljon. Kiitos esimerkistäsi ja tienraivaamisesta päihdehoidon tutkijana. Ennen kaikkea kiitos myötätuulesta ja solidaarisuudesta. Olet läpi tämän pitkän prosessin tarkastanut mitä pikimmin minun polveilevaa kirjoitustani ja selkeyttänyt ajatukseni uskollisesti ja lannistumatta. Kiitos siis periksiantamattomasta ohjauksesta ja ystävyydestä.

Suomen Akatemian vuosina 2008–2010 rahoittamassa Motivoivien alkuhaastattelujen prosessi- ja tuloksellisuustutkimus eli MISA-hankkeessa minulla oli ilo toimia yhdessä A-klinikka kontekstin vastaavana tutkijana toimineen VTT Leena Ehrlingin kanssa. En olisi voinut toivoa parempaa kollegaa ja kanssakulkijaa kuin sinä Leena. Kiitos työhuoneen jakamisesta ja työyhteisöstä Helsingin yliopistolla. Sinun huumorintajusi ja myötätuntosi sekä akateeminen osaamisesi auttoivat minua elämässä ja työssä eteenpäin ohi ”minusta ei ehkä olekaan tähän” ja läpi valkoisen paperin kauhun. Olet Leena mitä pyyteettömin ihminen. Akateeminen yhteistyömme oli melko ainutlaatuista. Kaksi tieteellisesti täysin erilaista maailmaa löysivät lopulta yhteisen tavan kommunikoida. Ei vaivan arvoista, mahdotonta, joku sanoisi. Merkityksellisten vuorovaikutushetkien ja kohtaamisten tutkiminen kanssasi oli itselleni tärkeintä tässä työssä.

MISA-projektin Kriminaalihuoltolaitoskontekstissa työskenteleville tutkijoille johtavalle tutkijalle dosentti Harri Sarpavaaralle ja tutkija Kari Toloselle kiitos yhteistyöstä. Harri toimit minulle yhtenä tutkijan esikuvana. Ihailen sinnikkyyttäsi. Kari, kiitos sinulle kaikesta humanista avusta ja tuesta erityisesti koodauksen ja

tilastotieteen kryptisessä maailmassa. Hurtti huumorisi on pelastanut minut monesta kiperästä tilanteesta. Autoit elefantin syömisessä viisaiden ohjeidesi avulla. Vaivoja matkalla toki oli. Usein siksi, että vastoin ohjeitasi, koetin syödä liikaa kerralla tai ahdoin suuhuni jotain täysi syömäkelvotonta. Tuottaahan tämä elefanti myös aika paljon jätettä.

Työni toiselle ohjaajalle professori Martti T. Tuomistolle suuri kiitos erityisesti menetelmällisistä ja akateemiseen kirjoittamiseen liittyvistä neuvoistasi. Anjan siirtyessä eläkkeelle sinä Martti tulit mukaan ohjausprosessiin ja autoit viimeisen artikkelin kanssa ratkaisevasti. Avullasi aloin taas nähdä metsää puilta ja uskoa siihen, että työn loppu voisi todella hämöttää horisontissa. Erityiskiitos myös työni esitarkastaneille professori Arto Hiltuselle ja dosentti Jari Lahdelle heidän arvokkaista kommentistaan työni viimeistelyvaiheessa.

Anja Koski-Jänneksen ja edesmenneen professori Pekka Saarnion vetämän monitieteisen Riippuvuus-jatkokoulutusseminaarin osallistujat ovat kommentoineet työtäni sen eri vaiheissa. Pekka toimi innoituksena päihdehoitotutkimukseen perehtymisestä ja antoi työlleni rakentavaa palautetta sekä uutta luettavaa. Kiitos Katja Kuusisto, Tytti Artkoski, Vesa Knuutila, Tanja Hirschovits-Gertz, Marjo Pennonen, Atte Oksanen, sekä moni muu ryhmäläinen kommentistanne ja kysymyksistänne, sekä omista addiktioalan töistänne, jotka siivittivät omaa työtäni eteenpäin.

Suurkiitos tutkimuksen mahdollistaneille rahoittajille. Suomen Akatemia rahoitti MISA-hanketta (1118424) kolmen vuoden apurahalla. SOVAKO - Sosiaalitieteiden valtakunnallinen jatkokoulutusohjelma antoi vuoden apurahan työni jatkamiseen. Alkoholitutkimussäätiö mahdollisti työni loppuunsaattamisen kahdella puolen vuoden apurahalla. Kiitos kuuluu myös Helsingin yliopiston sosiaalipsykologian laitoksen johtaja professori Anna-Maija Pirttilä-Backmanille ja A-klinikkasäätiön silloiselle tutkimusjohtaja Tuukka Tammelle työhuoneiden järjestymisestä tänne kotikaupunkiini Helsinkiin. A-klinikkasäätiölle kiitos myös aineiston keruun vauhdittamisesta kannustaessanne tutkimukseen osallistuneita työntekijöitä rahapalkkioin. Niin ikään kiitos silloiselle Kettutien A-poliklinikan johtaja Hanna Ahokkaalle aineiston keruun jouduttumisesta.

Erityinen, lämmin kiitos kaikille tutkimukseen osallistuneille työntekijöille ja asiakkaille. Ilman teitä ei tätä kirjaa olisi. Kiitos teille hektistä päihdetyötä tekevät terapeutit, jotka annoitte meille tutkijoille aikaanne ja perehdyitte tutkimuksessa tarvittaviin papereihin ja toimenpiteisiin. Kiitos teille A-klinikan asiakkaat, jotka päästitte meidät mukaan päihdehoidon ensitapaamiseenne nauhurimme ja lomakkeidemme kanssa. Erityinen kiitos siitä, että jaksoitte sitoutua

tutkimukseemme aina puolen vuoden ja vuoden seurantakyselyyn saakka. Hetket aineiston ja kaikkien teidän osallistujien parissa ovat olleet todella antoisia. Olen oppinut teiltä niin tutkijana, kuin ihmisenä. Toivon, että työni vie eteenpäin sitä toivoa päihdeongelman muutoksesta, minkä olette puheellanne minulle välittäneet.

Vanhemmilleni Ritvalle ja Ensioille kiitos kivijalasta, josta on ollut hyvä ponnistaa kohti omia unelmia. Annoitte minulle kotona korvaamattoman perinnön, kunnioituksen ihmiseen ja sydämen sivistykseen. Isäni Ensio, rakas Enska-pappa et ole koskaan vähätellyt pyrkimyksiäni, vaan aina hiljaisesti kannustanut minua eteenpäin. Olen aina tiennyt, että vaikka epäonnistuisin, sinä tuet minua. Rakas äitini Ritva menehtyi vaikeaan sairauteen viime keväänä. Äiti, sinä kannustit aina elämässä eteenpäin ja iloitsit opinnoistani. Ennen kaikkea ikävöin kanssasi jaettua levollista hiljaisuutta. Surukseni sinä et ole paikalla väitöspäivänäni. Onneksi ehdin kertoa sinulle, että työni on vihdoinkin valmis.

Kiitos ystävydestä Sirpa, Selene, Susanna, Elina ja Laura. Kanssanne ilot moninkertaistuvat ja surut puolittuvat, elämä on. Kiitos, että ystävyys on kestänyt läpi tutkijan erakoitumisen ja tämän kirjan synnytystuskien. Turvakodin vanhoille työkavereille, erityisesti Kristiina sinulle kiitos rohkaisustasi jatko-opintoihini.

Appivanhemmilleni Tuire ja Mauri Lähteenmäelle kiitos, että olette ottaneet minut perheeseen. Hetket kanssanne luonnon parissa ovat ladanneet perheemme akkuja. Kiitos Virpi ystävydestäsi. Kiitos Kimmo musiikista. Kiitos kuuluu myös rakkaalle veljelleni Aarolle perheineen. Ihanaa, että elämän keskiössä on ollut joskus muutakin kuin tämä työ. Olette kaikki minulle korvaamattoman tärkeitä.

Rakas puolisoni Risto. Olet minun luotettava kallioni. Kiitos, että sain toteuttaa haaveeni. Mahdollistit sen, ja tämä kirja on tai oli meidän projektimme. Kiitos yhteiselosta ja siitä, että välillä on ollut harmaa arki, välillä värikkäämpi juhla. Minä sinua vaan. Onneksemme väitöskirjani on välillä mennyt elämässäni sivupolulle. Elämäämme on tullut jotain paljon tärkeämpää, on tullut lapsemme Eero, Iiro ja Aava. Onneksi, sillä niin elämä jatkuu ja on heissä. Teidän kauttanne lapset opin lisää armollisuutta itseäni kohtaan, elämään heittäytymistä, hassuttelua ja kikatusta, sekä syvältä kumpuavaa viisautta ja luottamusta elämään ja Luojaan. Omistan tämän kirjan teille.

Tuiskuavassa Helsingissä tammikuussa 2017.





# Tiivistelmä

Motivoivan haastattelun toteutuminen päihdehoidon alkutapaamisissa ja yhteys asiakkaan päihdehaittojen vähenemiseen. Tampereen yliopisto, 2017.

Motivoiva haastattelu (MH, motivational interviewing) on näyttöpohjainen päihdehoidon menetelmä, jonka aktiivisista ainesosista on alustavaa tutkimusnäyttöä. Vielä ei kuitenkaan tarkalleen tiedetä, mitkä hoitosuhteen ja siinä tapahtuvan vuorovaikutuksen tekijät ovat ratkaisevan tärkeitä asiakkaan muutoksen kannalta. Tässä pilottitutkimuksessa arvioin MH:n toteutumista ensimmäistä kertaa Suomessa osana tavanomaista A-klinikkatyötä. Tutkimuksen tavoitteina oli selvittää 1) missä määrin suomalaiset päihdetyöntekijät käyttävät motivoivan haastattelun vuorovaikutustyyliä ja perustaitoja ensitapaamisissa? 2) toimiiko motivoivan haastattelun noudattamista koskeva koodausmenetelmä suomenkielisissä hoitokeskusteluissa? 3) mitkä asiakasta ja motivoivalle haastattelulle ominaista hoitovuorovaikutusta kuvaavat tekijät selittävät parhaiten päihdehaittojen vähenemistä puolen vuoden seurannassa?

Tutkimukseen osallistui 38 päihdeongelmaista, 19–66-vuotiasta asiakasta ja heidän 16 A-klinikkatyöntekijäänsä. Vuorovaikutusaineisto koostui 36 ääni- tai videonauhoidetusta ensitapaamisesta. Työntekijän MH:n mukaista käyttäytymistä arvioitiin Motivational Interviewing Treatment Integrity (MITI) -menetelmällä ja asiakkaan käyttäytymistä sitoutumispuheen koodausmenetelmällä. Lisäksi asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutusta tarkasteltiin koodauksen ongelmakohdissa keskustelunanalyysillä. Ensitapaamisen yhteydessä asiakkailta kerättiin demografisia ja päihteiden käyttöön sekä aikaisempaan hoitoon liittyviä tietoja. Samaa kyselyä käytettiin puolen vuoden seurannassa, jossa kysyttiin myös hoidon jatkumista.

Motivoivan haastattelun noudattamisen arviointi MITI:llä osoitti, että puolet tutkimukseen osallistuneista työntekijöistä oli omaksunut riittävän hyvin MH:n hengen mukaisen vuorovaikutustyylin. Sen sijaan menetelmän perustaidot olivat paljon satunnaisemmin käytössä. Erityisesti työntekijät käyttivät avokysymyksiä aivan liian vähän. Kaiken kaikkiaan suomennettu MITI osoittautui riittävän

luotettavaksi mittariksi motivoivan haastattelun toteutumisen ja osaamisen varmistamiseen.

Koodauksessa ilmeni kuitenkin joitakin toistuvia ongelmakohtia. Tarkempi keskustelun mikroanalyysi osoitti, että näissä kohdin ei aina toteutunut MH:n oletuksen mukainen vuorovaikutus. Työntekijän suljettuun kysymykseen asiakas saattoi vastata pitkällä selonteolla ja toisaalta työntekijän reflektiot saattoivat ohittaa asiakkaan näkökulman sen sijaan, että ne olisivat toimineet asiakkaan kuuntelemisen välineenä. Korjaamalla koodausta saatujen tulosten pohjalta MITI:n validiteettia kysymisen ja reflektion koodeissa voidaan parantaa vastaamaan toteutunutta dialogia ja motivoivan haastattelun tavoitteita.

Tehdyissä analyysissä osoittautui, että asiakkaiden päihdeongelman vaikeusaste, jota mitattiin pääpähneen mukaisilla Audit- ja SDS-pisteillä, väheni keskimäärin kolmanneksella puolen vuoden seurannassa. Hoidon jatkuminen puolen vuoden seurannassa korreloi positiivisesti päihdehaittojen vähenemiseen. Hoidon välittömiä vaikutuksia koskevat tulokset osoittivat, että asiakkaan varmuus muutoksen onnistumisesta ennen hoidon alkua ja työntekijän riittävän taitava asiakkaan puheen merkityksiä heijastava monimuotoisten reflektioiden käyttö olivat yhteydessä asiakkaan muutospuheeseen.

Asiakkaan taustatekijöistä, motivoivan haastattelun vuorovaikutusmuuttujista sekä hoidon jatkumisesta koostuvassa kokonaismallissa päihdehaittojen vähenemistä merkitsevästi ( $p < .05$ ) selittäviksi tekijöiksi jäivät tässä aineistossa asiakkaan työssäkäynti ja työntekijän taitava monimuotoisten reflektioiden käyttö. Asiakkaan muutospuheen herättely sen sijaan ei ollut yhteydessä päihdehaittojen vähenemiseen ilmeisesti koska se nojasi pääasiassa kysymyksiin ja yksinkertaisiin reflektioihin eikä niinkään asiakkaan kuunteluun ja hänen omien tavoitteittensa mukaiseen muutokseen.

Tutkimuksen pohjalta voidaan päätellä, että lyhyen koulutuksen jälkeen työntekijät tarvitsevat ohjausta motivoivan haastattelun noudattamiseen. Suomennettua ja kulttuuriimme muokattua MITI:ä voidaan käyttää tähän työnohjaukseen. MH:n koulutuksessa ja käyttöön otossa tulee kiinnittää huomiota dialogisuuden toteutumiseen. Asiakkaan näkökulmaa tarkentava ja ymmärrystä avartava reflektointi näyttää olevan olennaisen tärkeitä asiakkaan positiivisen muutosasenteen ylläpitämisessä ja tulevassa käyttäytymisen muutoksessa.

Avainsanat: motivoiva haastattelu, motivoiva keskustelu, MITI, muutospuhe, päihdehoito, käyttäytymisen muutos, hoidon aloitus, hoidon jatkuvuus, prosessi- ja tuloksellisuustutkimus

# Abstract

The adherence of motivational interviewing in the initial substance abuse setting and its effect on clients' substance abuse harm reduction.

Tampere: University of Tampere, Faculty of Social Sciences, Doctoral Dissertation, 2017.

Motivational interviewing (MI) is a substance abuse (SU) counselling method that has preliminary research support for its active ingredients. Thus far it is not known, however, which factors in this clinical relationship and interaction between the client and therapist are decisive for clients' change. In this pilot study I evaluate for the first time in Finland how MI is implemented in the initial substance abuse counselling sessions as a part of normal outpatient treatment in A-clinics. The goals of the study were to investigate: 1) to what extent the initial sessions reflect MI spirit and techniques, 2) is the MITI -coding instrument reliable and valid in Finnish treatment setting, 3) and finally what factors of the client and therapist interaction in MI predicts the substance abuse harm reduction at the six- month follow-up after the initial treatment session.

The data consists of 38 from 19 to 66-year old clients and their 16 A-clinic counsellors. The interaction data consist of 36 audio-or video recorded first sessions, since two recordings failed. The counselor behavior was coded with MITI (Motivational interviewing treatment integrity) and the clients' behavior was coded with Amrhein's training manual for coding client commitment language. Problematic coding sequences were analyzed with conversation analysis. Information about the clients' background, SU and prior treatment were collected in the initial session. The same questionnaire was used in the follow-up study including a question about continuing contact with treatment.

Evaluating Motivational interviewing treatment integrity with MITI revealed that half of the counselors in this study implemented the spirit of MI sufficiently. However, the use of technical skills was much more occasional. Especially too few of the counsellors used open questions sufficiently. Overall the MITI proved to be a fairly reliable method for evaluating MI treatment integrity.

However, it appeared to be some problematic sequences in coding that were further scrutinized by conversation analysis. This microanalysis revealed that the interaction between the client and counselor did not follow the assumed path in these sequences. Clients replied to many of the closed question with long accounts. Furthermore, reflective listening did not always lead to hearing the clients but also to passing their point of view. I suggest that coding should be adapted to the actual dialogue in terms of whether the dialogue is open or not. This could further improve the validity of question and reflection codes.

Analysis showed that the clients SU harm reduced to one third measured by their Audit- or SDS- scores depending on their primary addiction. The clients' treatment retention and continuing care at six-month follow up correlated positively with the SU outcome. The interaction analysis revealed that clients' change-making self-confidence and counselors' sufficient use of complex reflections predicted change talk.

The overall model explained the client's SU problem reduction with factors consisting of client background, MI interaction and continuing treatment. The significant positive predictors of SU harm reduction ( $p < .05$ ) were the clients' employment and the counselors' use of complex reflections. Evocation that mostly relied on questions and simple reflections did not decrease clients SU problem probably because it relied less on listening to the clients and their own change goal.

To conclude, Finnish SU counselors need guidance after MI training to implement this evidence-based method more effectively. Translated and slightly culturally modified MITI is a tool for this supervision. In MI training and implementation more attention should be paid on eliciting dialogue. It seems to be crucially important to have genuine interest in the clients' perspective and shared understanding with reflective listening as a means of promoting clients' change talk and behavior change.

Keywords: motivational interviewing, MITI, change talk, substance abuse treatment, behavior change, treatment retention, process and outcome study

# Sisällys

Tiivistelmä.....	
Abstract.....	
1    JOHDANTO.....	11
1.1    Tutkimuksen lähtökohdat.....	12
1.2    Väitöskirjan sisältö.....	14
2    MOTIVOIVA HAASTATTELU.....	15
2.1    Mitä on motivoiva haastattelu?.....	15
2.2    Menetelmän vuorovaikutustyyli ja perustaidot .....	18
2.3    Taustateoriat .....	23
2.4    Motivoiva haastattelu päihdehoidossa.....	29
2.4.1    Miten motivoivan haastattelun vaikutuksia on tutkittu?.....	30
2.4.2    Motivoivan haastattelun hengen ja perustaitojen oppiminen.....	32
2.4.3    Motivoivan haastattelun yhteys asiakkaan muutosmotivaatioon.....	34
2.4.4    Motivoivan haastattelun vuorovaikutustutkimukset .....	37
3    VÄITÖSKIRJAN TAVOITTEET .....	49
3.1    Väitöstutkimuksen konteksti.....	49
3.2    Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset .....	49
3.2.1    Motivoivan haastattelun hengen ja perustaitojen käyttö ensitapaamisissa – työntekijän käyttäytymisen koodaus (tutkimus I).....	52
3.2.2    Koodausmenetelmän toimivuus suomenkielisissä hoitokeskusteluissa - koodauksen ongelmakohtien laadullinen tarkastelu keskusteluanalysillä (tutkimukset II ja III).....	53
3.2.3    Motivoivan haastattelun yhteys asiakkaan muutospuheeseen ja päihdehaittojen vähenemiseen puolen vuoden seurannassa (tutkimus IV).....	54
3.3    Tutkimushypoteesit (tutkimus IV).....	55

4	MENETELMÄT.....	57
4.1	Tutkimusluvut ja osallistujien rekrytointi .....	57
4.2	Tutkimuksen osanottajat.....	59
4.3	Tutkimusaineistot.....	61
4.3.1	Tausta- ja seurantakyselyt.....	61
4.3.2	Vuorovaikutusaineisto .....	62
4.4	Aineiston arviointimenetelmät.....	63
4.4.1	Motivoivan haastattelun noudattamisen koodaus.....	63
4.4.2	Asiakkaan muutos- ja sitoutumispuheen koodaus.....	67
4.4.3	Keskusteluanalyysi.....	68
4.5	Mittaukset ja aineiston tunnusluvut .....	71
4.5.1	Taustamuuttujat .....	71
4.5.2	Vuorovaikutusmuuttujat .....	73
4.5.3	Tulosmuuttujat.....	73
4.6	Kvantitatiivisen aineiston analyysimenetelmät ja tutkimusasetelma.....	74
4.6.1	Tilastolliset menetelmät tutkimuksessa I.....	74
4.6.2	Tutkimusasetelma ja tilastolliset menetelmät tutkimuksessa IV .....	75
5	TULOKSET .....	79
5.1	Motivoivan haastattelun noudattaminen päihdehoidon ensitapaamisissa.....	79
5.1.1	Missä määrin päihdehoidon ensitapaamiset noudattivat motivoivan haastattelun henkeä ja perustaitoja (tutkimus I)?.....	79
5.1.2	Voidaanko MITI:llä arvioida riittävän luotettavasti motivoivan haastattelun noudattamista (tutkimus I)? .....	82
5.1.3	MITI -koodauksen toimivuus suomenkielisissä keskusteluissa (tutkimukset II ja III).....	83
5.2	Päihdehaittojen vähenemiseen vaikuttavat tekijät puolen vuoden seurannassa.....	92
6	KESKUSTELU.....	100
6.1	Osatutkimusteni keskeisimmät tulokset.....	100
6.1.1	Motivoiva haastattelu on yksinkertaisuudessaan haastava terapeuttilinen menetelmä, jota vain harva hallitsee lyhyen workshop -koulutuksen pohjalta.....	104
6.1.2	MITI antaa riittävän luotettavan arvion MH:n noudattamisesta, mutta ilmaisujen vuorovaikutustehtävän huomioiminen voisi parantaa koodauksen validiteettia .....	109
6.1.3	Asiakasta ja ensikäynnin vuorovaikutusta kuvaavat tekijät ennustivat asiakkaan päihdehaittojen vähenemistä puolen vuoden seurannassa.....	112

6.2	Tutkimuksen kriittinen arviointi.....	119
6.3	Tulosten merkitys kliinisen päihdetyön kannalta.....	125
6.4	Jatkotutkimusten aiheita .....	129
6.5	Lopuksi.....	133
7	LIITTEET.....	136
8	LÄHTEET.....	194

# Kuviot ja taulukot

## Kuviot

Kuvio 1. MH:n prosessitutkimusten kausaalisten yhteyksien tarkastelu Apodacan ja Longabaugh'n (2009, s. 706) katsauksen mukaan.....	31
Kuvio 2. Asiakkaan alkumotivaation ja motivoivan ensikeskustelun yhteys asiakkaan päihdehaittojen vähenemiseen puolen vuoden kuluttua hoidon aloittamisesta. Tutkimusasetelma ja analyysin vaiheet.....	76

## Taulukot

Taulukko 1. Tutkimukseen osallistuneiden ja seurannasta pudonneiden asiakkaiden yleiset ja päihteisiin liittyvät taustatekijät.....	60
Taulukko 2. Motivoivan haastattelun harjoittelija- ja osaajatason käyttäytymisindikaattorit ja kynnsarvot (Moyers ja muut, 2010). .....	66
Taulukko 3. Motivoivan haastattelun hengen ja tekniikoiden keskimääräinen toteutuminen kaikissa ensimmäisissä päihdeistunnoissa (n=36) MITI:n käyttäytymisindikaattorien ja kynnsarvojen (Moyers ja muut, 2010, 27) mukaan mitattuna.....	80
Taulukko 4. Työntekijöiden keskimääräinen motivoivan haastattelun hengen ja vuorovaikutustekniikoiden noudattaminen (Moyers ja muut, 2010) MH:n hengen mukaisessa järjestyksessä.....	81
Taulukko 5. Asiakkaan muutospuhetta selittävät tekijät. ....	96
Taulukko 6. Hierarkkinen lineaarinen regressioanalyysi asiakkaan päihdehaittojen vähenemistä puolen vuoden kuluttua hoidon aloittamisesta ennustavista tekijöistä. ....	98
Taulukko 7. Väitöskirjan osatutkimusten peruskysymykset, keskeiset tulokset ja päätelmät tutkimusartikkelien I–IV mukaan.....	102



## Alkuperäiset julkaisut

I Rakkolainen, M. (2012). Motivoivan haastattelun toteutuminen päihdehoidon ensitapaamisissa. *Psykologia*, 47(1), 4–19.

II Rakkolainen, M. & Ehrling, L. (2010). Motivoivan haastattelun analyysi kahdella eri menetelmällä. Teoksessa: J. Ruusuvuori, P. Nikander & M. Hyvärinen (toim.), *Haastattelun analyysi* (s. 325–350). Tampere: Vastapaino.

III Rakkolainen, M. & Ehrling, L. (2012). Reflektointi taitona ja tekniikkana motivoivassa haastattelussa. *Psykologia*, 47(1), 20–37.

IV Rakkolainen, M., Koski-Jännes, A., Tuomisto, M. & Tolonen K. (2015). Päihdeasiakkaan taustan ja motivoivan alkuhaastattelun yhteydet hoidon tuloksiin. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 52, 102–117.

Kiitos artikkelien kustantajille julkaisuluvasta.



Uteliaan mielen valitseminen  
on haavoittuvan mielen valitsemista,  
sillä uteliaisuus edellyttää  
epävarmuuteen suostumista.

Brene Brown, *Rising strong* (2015)



# 1 JOHDANTO

Hyvä hoitosuhde asiakkaan ja työntekijän välillä heti päihdehoidon ensitapaamisissa on ratkaisevan tärkeitä asiakkaan muutosmotivaation, hoitoon sitoutumisen ja sitä seuraavan hyvän hoitotuloksen kannalta (Blodgett, Maisel, Fuh, Wilbourne & Finney, 2014; Longshore & Teruya, 2006; Miller & Rollnick, 1991, s. 6), sillä vaikka hoitoon hakeutuvan asiakkaan päihdeongelma on usein vakava, monet asiakkaista jättäytyvät jo muutaman tapaamiskerran jälkeen pois hoidosta (Baekeland & Lundwall 1975; Connors, Walitzer, & Dermen, 2002; Kuusisto & Saarnio 2012, s. 296). MH, jota kutsutaan myös nimellä motivoiva keskustelu (Mustajoki, 1998), on Yhdysvalloissa yli 30 vuotta sitten päihdehoitoon kehitetty terapeutinen keskustelumenetelmä (Miller, 1983), jossa työntekijä luo hyvän yhteistyösuhteen asiakkaaseen ja edistää asiakkaan oman muutosmotivaation selkiintymistä ja vahvistumista välttämällä suoraa ohjailua tai painostamista (Miller & Rollnick, 2013). Menetelmässä on keskeistä asiakkaan itsenäisen muutospäätöksen kunnioittaminen sekä asiakaslähtöisyys (Miller & Rollnick, 1991, 2002, 2013).

MH sopii moniin eri käyttäytymisen muutostilanteisiin ja siitä on tullut hyvin suosittu menetelmä eri puolilla maailmaa. Sitä on sovellettu päihde- ja käyttäytymisongelmien lisäksi (Lahti, 2001; Miller & Rollnick, 1991) lääkityksen noudattamisen (Easthall, Song & Bhattacharya, 2013), elintapaneuvonnan ja kroonisten sairauksien (Rollnick, Miller & Butler, 2007), kuten diabeteksen hoidon (Steinberg & Miller, 2015) sekä psykiatrian (Arkowitz, Westra, Miller & Rollnick, 2008), sosiaalialan (Hohman, 2011) ja rikosseuraamusalan (Koski-Jännes, Riittinen & Saarnio, 2008; McMurrin, 2002; Rakkolainen, 2008) eri asiakastilanteisiin, joissa työtetään asiakkaan muutosmotivaatiota. Menetelmää voidaan käyttää sekä ongelmakäyttäytymisen vähentämiseen, että toivotun käyttäytymisen

vahvistamiseen (Boardman, Catley, Grobe, Little & Ahluwalia, 2006; Connors ja muut, 2002; Rollnick ja muut, 2008). MH toimii erityisen hyvin yhdistettynä muihin näyttöpohjaisiin terapioihin parantaen niiden vaikuttavuutta (Hettema, Steele & Miller, 2005; Westra, Arkowitz & Dozois, 2009) ja sitä sovelletaankin yleensä muiden käytössä olevien työmenetelmien rinnalla (Miller & Rose, 2009). Vaikka sitä käytetään usein hoidon alussa asiakkaan motivaation herättelyyn ja vahvistamiseen, sen perustaitoja ja periaatteita voidaan soveltaa missä tahansa hoidon vaiheessa, kun asiakkaan motivaatiota ja päätöksentekoa edellyttävät kysymykset nousevat hoidossa esille (Emt., 2009). Menetelmän suosio edellyttää, että sen vaikutuksia tutkitaan myös eri kulttuuri- ja kielialueilla sekä satunnaistetuin kokein että hyödyntäen tarkempia prosessitutkimuksen menetelmiä erilaisissa hoitopopulaatioissa (Lee ja muut, 2013). Käsillä oleva työ edustaa jälkimmäistä hoitovuorovaikutukseen ja sen vaikutuksiin keskittyvää lähestymistapaa.

## 1.1 Tutkimuksen lähtökohdat

Vaikka MH on tunnettu Suomessa jo 80-luvulta alkaen ja 40 % A-klinikoiden työntekijöistä ilmoitti sitä käyttävänsä osana menetelmäarsenaaliaan jo vuonna 2000 (Pienimäki, 2001), sen tosiasiallista osaamista, saati sen välittömiä tai myöhempiä vaikutuksia ei meillä ole juurikaan tutkittu. Pyrin tällä tutkimuksella alustavasti vastaamaan tähän tiedon tarpeeseen. Väitöskirja koostuu neljästä artikkelista, joissa tarkastelen motivoivan haastattelun toteutumista A-klinikoiden tavanomaisissa alkutapaamisissa sekä hoidon tuloksia puolen vuoden kuluttua. Tutkimukseni kuuluu Suomen Akatemian vuosina 2007–2011 rahoittamaan ja professori Anja Koski-Jänneksen johtamaan ”Prosessi- ja tuloksellisuustutkimus päihdeongelmaisten motivoivista alkuhaastatteluista” -hankkeeseen, jossa näitä kysymyksiä tutkitaan naturalistisissa olosuhteissa paitsi A-klinikoiden myös rikosseuraamuspuolen asiakastyössä.

Aikaisemmista tutkimuksista tiedetään, että MH voi lisätä asiakkaiden hoidon aikaista, muutospuheena ja hoitoon sitoutumisena ilmenevää muutosmotivaatiota (Moyers ja muut, 2007; Moyers, Martin, Houck, Christopher & Tonigan, 2009) ja päihteiden käytön vähentämistä (Hetteema ja muut, 2005; Lahti, 2008; Lahti, Rakkolainen & Koski-Jännes, 2013; Lundahl, Kunz, Brownell, Tollefson & Burke, 2010). Huolimatta runsaasta tutkimuksesta, vielä ei kuitenkaan tarkalleen tiedetä, mihin menetelmän vaikutus luonnollisissa hoitotilanteissa perustuu (Forsberg, Ernst & Farbring, 2011; Miller & Rose, 2009), mitä erityistä asiakkaan ja työntekijän välisissä päihdekeskusteluissa tulee tapahtua, jotta asiakas muuttuu. Väitöskirjassani pyrin selvittämään näitä hoitosuhteessa esiintyviä tekijöitä sekä niiden yhteyttä asiakkaan käyttäytymisen muutokseen.

Aluksi tutkin, missä määrin MH:a käytetään päihdeasiakkaiden ja työntekijöiden ensitapaamisissa A-klinikalla. Näin saadaan tietoa myös siitä, onko nykyinen tavanomainen workshop-tyyppinen koulutuskäytäntö meillä riittävää. Arvioin työntekijöiden MH:n noudattamista tähän tarkoitukseen kehitetyllä menetelmällä (Moyers, Martin, Manuel, Miller & Ernst, 2010). Tarkastelen myös, miten luotettavasti tällä Yhdysvalloissa kehitetyllä koodausmenetelmällä voidaan arvioida hoidon toteutumista suomenkielisessä hoitotilanteessa. Lisäksi tarkastelen koodauksen ongelmakohtia yhdessä keskusteluanalyysiä soveltavan Leena Ehrlingin kanssa koodauksen validiteetin lisäämiseksi. MH:n noudattamisen yhtenä kriteerinä voidaan pitää sen toteutumista tavalla, joka vaikuttaa asiakkaan muutospuheen lisääntymiseen ja vahvistumiseen, sekä myöhempään päihteiden käytön vähentämiseen (Apodaca & Longabaugh, 2009; Miller & Rose, 2009). Sen vuoksi tutkin myös, toteutuvatko nämä pääosin amerikkalaisissa hoitotutkimuksissa saadut tulokset myös tavanomaisessa suomalaisessa päihdekeskustelussa arvioimalla asiakkaan hoidon aikaista puhetta tähän tarkoitukseen kehitetyllä muutospuheen määrää ja voimakkuutta arvioivalla Sitoutumispuheen koodausmenetelmällä (Amrhein, 2007.) Useimpiin aiemmin tehtyihin tutkimuksiin nähden uusi näkökulma tutkimuksessani on asiakkaan psykososiaalisten tekijöiden vaikutuksen

tarkastelu suhteessa MH:n toteutumiseen ja päihdehaittojen vähenemiseen. Näiden MH:a, muutospuhetta ja päihdehaittojen vähentämistä selittävien tekijöiden tarkastelu auttaa ymmärtämään, mihin tekijöihin päihdehoidon alkutapaamisissa ja MH:n koulutuksissa tulee jatkossa kiinnittää erityistä huomiota, jotta asiakkaat saavat parhaimman avun päihdeongelmasta irtautumiseen.

## 1.2 Väitöskirjan sisältö

Tässä väitöskirjani johdanto-osan luvussa kaksi käsittelen MH:n kehitystä ja sen mukana kulkeneita teoreettisia viitekehyksiä 30 vuoden ajalta. Tarkastelen menetelmän historiaa lyhyesti sen ensimmäisestä julkaisusta (Miller, 1983) tätä hoidollista lähestymistapaa esittelevän perusteoksen monin tavoin uusittuun kolmanteen painokseen asti (Miller & Rollnick, 2013). Luvussa kolme tarkastelen MH:n oppimista koskevia tutkimustuloksia, kuvaan lyhyesti sen arviointiin kehitettyjä menetelmiä sekä niitä viimeaikaisia päihdehoidon vuorovaikutusprosessia ja hoitotuloksia koskevia tutkimuksia, jotka liittyvät oman tutkimukseni teemoihin.

Tutkimukseni yleiset tavoitteet sekä artikkeleita koskevat tarkennetut tutkimuskysymykset ja hypoteesit esittelen luvussa neljä. Tutkimukseni metodologiaa kuvaan luvussa viisi. Aluksi kerron työntekijöiden ja asiakkaiden rekrytoinnista, tutkimusluvista sekä kysely- ja vuorovaikutusaineiston keruusta. Esittelen myös tutkimuksissani käytetyt vuorovaikutuksen analyysimenetelmät sekä aineiston tilastolliset tutkimusmenetelmät. Tutkimukseni keskeiset tulokset esittelen luvussa kuusi tutkimuskysymysteni kautta. Luvussa seitsemän keskustelen keskeisistä tuloksista MH:n toteutumisen ja erityisesti käytännön päihdetyön haasteiden kannalta. Tässä yhteydessä arvioin myös käyttämäni tutkimusmenetelmien validiteettia ja reliabiliteettia, sekä pohdin tuloksia ja niistä tehtyjä päätelmiä kriittisesti. Nostan myös esille mielestäni tärkeitä jatkotutkimusten aiheita.



## 2 MOTIVOIVA HAASTATTELU

### 2.1 Mitä on motivoiva haastattelu?

MH sai alkunsa William R. Millerin artikkelista (1983), jossa hän kiteytti omille päihdeterapeutti- ja opetuskokemuksilleen perustuvan näkemyksensä toimivasta päihdehoitokeskustelusta. Asiakasta kuunteleva, hyväksyvä ja kunnioittava työskentelytapa poikkesi täysin silloin vallalla olleesta, työntekijän asiantuntijuuteen nojaavasta, asiakkaan päihdeongelmaa ja heikkouksia korostavasta hoitokulttuurista (Miller & Rollnick, 1991; Miller & Rose, 2009). Omassa työtavassaan Miller oli kiinnostunut erityisesti asiakkaan näkökulmasta, siitä mitä päihdeongelmainen itse tilanteestaan ajatteli, minkälaisia ongelmia hän koki sekä aikoiko hän tehdä tilanteelleen jotain. Hän yhdisti oppimansa käyttäytymisterapian ja asiakaslähtöisen terapian keskeiset ajatukset ja perustaidot muutoshakuiseen keskustelun ohjaukseen (Miller, 1983). Miller käytti ilmiöiden selittämiseen sosiaalipsykologisia teorioita, joiden avulla hän avasi asiakkaan kokemaa muutoksen hankaluutta kognitiivisen dissonanssin teorialla (Festinger, 1957) ja toisaalta sitä suurta potentiaalia, mitä muutosta koskeva vuorovaikutustilanne ja sen tuottama asiakkaan itseä havainnoiva (Bem, 1972), motivoiva puhe voi saada aikaan. Sittenmin menetelmän teoria on täydentynyt tehtyjen tutkimusten pohjalta ja käytännön sovellutukset ovat laajentuneet monenlaisiin terveys- sekä ongelmakäyttäytymisiin. Menetelmän kehitystyö käy ilmi sitä koskevan perusteoksen kolmesta eri versiosta (Miller & Rollnick, 1991, 2002, 2013). Uusimmassa painoksessaan Miller ja Rollnick luonnehtivat menetelmää seuraavasti:

*”Motivoiva baastattelu 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”* (Miller & Rollnick, 2013, 29).

MH sopii erityisen hyvin päihdehoidon ensitapaamisiin, joissa työskentelyä ollaan aloittamassa ja asiakkaan suhtautuminen sekä hoitoon että muutoksen toteuttamiseen on usein ristiriitaista (Barrera, Smith & Norton, 2016; Dean, Britt, Bell, Stanley & Collings, 2016; Westra, Arkowitz & Dozois, 2009). Keskustelun aluksi tavoitteena on kuunnella asiakkaan senhetkistä suhtautumista käsillä olevaan ongelmaan. Usein muutosta pohtiva, päättämätön asiakas suhtautuu päihteiden käyttöön ristiriitaisesti: hän haluaa juoda, mutta samalla myös lopettaa juomisen. Edellä kuvattu ambivalenssi syntyy, kun asiakkaan sen hetkinen elämäntilanne ei vastaa hänen toiveitaan, tavoitteitaan ja arvojaan (Miller & Rollnick, 2002, s. 25). Asiakkaan tunnistamaton ja ratkaisematon ristiriita estää häntä muutospäätöksen tekemisessä. Ymmärtämättä tätä ristiriidan kokemusta asiakas on helppo tyrmätä ”huonosti motivoituneeksi” ja ”hankalaksi” ongelmatapaukseksi. Näissä tilanteissa käy helposti niin, että työntekijä ottaa hyvin aktiivisen roolin ja yrittää ratkaista tilanteen asiakkaan puolesta esittämällä hänelle muutoksen etuja, toimimalla asiantuntijana ja paremmin tietäjänä, kritisoidulla tai diagnosoimalla ongelmaa tai kiirehtimällä sen ratkaisua, johon asiakas vastaa usein keskeyttämällä, väittämällä vastaan, välttelemällä tai näennäisesti myötäilemällä työntekijää (Miller & Rollnick, 2002, s. 43–51). Vuorovaikutus näissä tilanteissa ei edistä asiakkaan muutosta.

Asiakkaan ambivalenssin ohittava vuorovaikutus voikin siten hoidon alussa johtaa ei-toivottuun lopputulokseen, jopa asiakkaan ongelman pahenemiseen (Miller, Benefield & Tonigan, 1993). Alun perin muutokselle avoin asiakas saattaa perustella työntekijälle ongelmaansa tavalla, jossa hän vakuuttuu sen välttämättömyydestä ja muutoksen mahdottomuudesta. Työntekijää myötäilevä asiakas saattaa mukautua tämän neuvoihin tavalla, joka ei pidemmän päälle auta

häntä omakohtaisen muutoksen toteuttamisessa. Ambivalenssissaan ohitettu asiakas voi myös kokea, että työntekijä ei ymmärrä häntä, eikä asiakas siten halua jatkaa yhteistä työskentelyä. Asiakas jää yksin niin ristiriidan kokemuksen kuin alkuperäisen ongelmansa kanssa. Näin alkaneet vuorovaikutussuhteet ja niistä alkaneet käyttäytymisen muutokset eivät usein ole myöskään kestäviä. (Miller & Rollnick, 1991, 2002).

MH:ssa keskeistä on ajatus siitä, että motivaatiota ei tarkastella niinkään yksilöllisenä ominaisuutena tai deterministisenä syy-tekijänä, vaan vuorovaikutuksen yhtenä elementtinä, johon terapeutti omalta osaltaan pyrkii vaikuttamaan positiivisesti, muutosta edistäen. Ymmärtäen vuorovaikutuksen yhteyden asiakkaan motivaatioon työntekijä ei reagoi asiakkaan muutosvastaisuuteen pyrkimällä voittamaan häntä puolelleen, vaan hän lähestyy tilannetta ymmärtäen asiakkaan käyttäytymistä tämän sisäisen ambivalenssin näkökulmasta. Siten asiakkaan ongelmaa perusteleva puhe tai muutoksen vastustus ei muodostu muutoksen esteeksi, joka työntekijän tulisi raivata tieltään tai korjata, vaan voimavaraksi, jota voidaan hyödyntää muutoksen toteuttamisessa. Kun työntekijä hyväksyy asiakkaan senhetkisen ristiriidan, hän voi tutkia yhdessä asiakkaan kanssa vallitsevan tilanteen ja muutoksen eri puolia. Näin toimien asiakkaan sisäinen ristiriita ei siirry asiakkaan ja työntekijän väliseen vuorovaikutukseen, vaan pysyy asiakkaan kokemuksena ja ilmiönä, johon hän pystyy omilla valinnoillaan vaikuttamaan. (Miller & Rollnick, 1991, 2013). Tämä työtapa edellyttää työntekijältä avointa ja reflektoivaa ajattelua suhteessa omaan vuorovaikutustyyliin. Jos keskustelu ei etene, tai asiakas on puolustuskannalla, työntekijä voi ikään kuin siirtyä sivuun ja tarkastella tilannetta sieltä käsin tai vaihtaa puheenaihetta. Joka tapauksessa tämänkaltaisessa dialogisessa vuorovaikutuksessa terapeutti on tietoinen omasta toiminnastaan ja tarpeen mukaan muuttaa omaa toimintaansa muuttaakseen vuorovaikutuksen luonnetta, saadakseen asiakkaan mukaan avoimeen keskusteluun. (Mönkkönen, 2002, s. 44–47, 56–59.)

MH:ssa on tavoitteena, että asiakas itse ratkaisee ambivalenssinsa oman muutospuheensa kautta. Työntekijän ohjatesa asiakasta pohtimaan omia perustelujaan muutokselle eli syitä, halua, kykyä, tarvetta sekä senhetkistä sitoutumistaan muutokseen asiakas vakuuttuu muutoksen tarpeellisuudesta oman muutospuheensa sekä työntekijän hyväksyvän vuorovaikutuksen kautta. (Miller & Rollnick, 2013). Asiakasta kuuntelevalla vuorovaikutustyyllillä ja keskustelua MH:n perustaitojen avulla muutokseen ohjaten työntekijä voi kääntää asiakkaan mahdottomalta tuntuvan tilanteen muutoksen mahdollisuudeksi ja päätöstä edellyttäväksi valinnanvapaudeksi.

## 2.2 Menetelmän vuorovaikutustyyli ja perustaidot

MH:n muutostavoitteellinen keskustelu toteutuu asiakaslähtöiseen terapiaan kuuluvien perustaitojen sekä motivoivan haastattelun hengen mukaisen vuorovaikutustyylin avulla. Se, miten työntekijä asiakkaansa kohtaa on menetelmän noudattamisessa olennaisempaa kuin menetelmän tekninen osaaminen. Perustaitojen hallitsemista ensisijaisempaa on se lähestymistapa, jolla asiakkaaseen ja tämän muutospotentiaaliin suhtaudutaan ja millä ehdoin keskustelussa edetään. (Rollnick & Miller, 1995). Täten MH:a voidaan pitää pikemmin periaatepohjaisena kuin käsikirjapohjaisena interventiomuotona. MH:n henki eli sille ominainen vuorovaikutustyyli edellyttää sitä, että asiakkaan ihmisarvo hyväksytään ehdoitta ja häntä kuunnellaan empaattisesti. Lisäksi vuorovaikutus toteutuu tasavertaisessa, vastavuoroisessa yhteistyössä, asiakkaan autonomiaa kunnioittaen ja hänen omaehtoista motivaatiotaan niin kutsutulla evokaatiolla herätellen. (Miller & Rollnick, 2011.)

Hyväksyntä on asiakkaan kokonaisvaltaista näkyväksi tekemistä ja hänen avointa tukemistaan. Oikein kohdistetun empatian avulla työntekijä pyrkii ymmärtämään asiakkaan henkilökohtaista näkökulmaa. MH:ssa työntekijä ja asiakas toimivat tasavertaisessa yhteistyössä siten, että asiakas on oman tilanteensa asiantuntija ja

työntekijä hänen muutosoppaansa ja tukensa. Asiakkaan tavoitteita, päätösvaltaa ja valinnanvapautta eli autonomiaa kunnioitetaan myös silloin, kun hänen kanssaan ollaan eri mieltä. (Miller & Moyers, 2006). MH:ssa asiakasta ei suostutella muuttumaan, vaan hänen omaa motivaatiotaan ja itseohjautuvuuttaan herätellään ja tuetaan. MH:n hengen mukaan toimittaessa vältetään vuorovaikutusta, jossa asiakas kokisi tarvetta perustella senhetkistä ongelmaansa tai puolustautua työntekijää, hänen neuvojaan tai varoituksiaan vastaan. (Miller & Rollnick, 2013; Miller & Rose, 2009). Sen vuoksi työntekijä välttää omien näkemystensä todistelua ja niistä väittelemistä asiakkaan kanssa. Perusoletuksena on, että ihminen muuttuu huomattavasti omien perustelujensa puoltavan muutosta. Tavoitteena on löytää sellaiset sanavalinnat ja ajatukset, jotka asiakas hyväksyy. Muutosta koskeva konfrontointi tapahtuu sen sijaan muutoskeskustelun kautta. Asiakas huomaa oman puheensa kautta, että hänen toiveensa ja tavoitteensa eivät toteudu senhetkisessä tilanteessa. Vastakkainasettelu senhetkisen ongelmatilanteen sekä muutostarpeen kanssa on eräänlaista pehmeää konfrontointia (Miller & Rollnick, 1991, s. 58). Sen lähtökohta on kuitenkin asiakkaan oma pohdinta ja tilanteen tarkastelu, eikä niinkään ulkopuolinen muutokseen suostuttelu, saati pakottaminen.

MH:n vuorovaikutusta ohjaavat perustaidot ovat lähtöisin Carl Rogersin asiakaslähtöisestä terapiasta. Perustaitoihin kuuluu ensinnäkin avointen kysymysten tekeminen, jotta asiakas saa itse omin sanoin kertoa tilanteestaan. Toinen keskeinen taito on reflektointi eli heijastava kuuntelu, jossa asiakkaan puheeseen vastataan toistaen, toisin sanoen, vahvistaen tai selventäen asiakkaan puhetta tai sitten avaten siihen uutta näkökulmaa. Kolmas taito koostuu yhteenvedoista, joissa kerrataan asiakkaan ongelman ja sen ratkaisun kannalta keskeisiä asioita. Neljäs taito on asiakkaan vahvistaminen ja tukeminen ymmärrystä ja arvostusta viestivin ilmaisin. Viides MH:n vuorovaikutusta ohjaava perustaito on asiakkaan muutospuheen herätteleminen ja vahvistaminen. Se on MH:n strateginen osuus, jonka avulla työntekijä ohjaa muuten asiakaslähtöisenä terapiana toteutuneen keskustelun

muutoksen suuntaan. (Miller & Rollnick, 2002, 2013.) Seuraavaksi kuvaan hieman tarkemmin näitä MH:n perustaitoja.

Ensitapaamisissa on erityisen tärkeätä, että keskustelussa on hyväksyvä ilmapiiri, jossa asiakas voi kertoa asioistaan avoimesti ja luottamuksellisesti. Tavoitteena on, että asiakas puhuisi suurimman osan ajasta työntekijän kuunnellessa häntä tarkkaavaisesti ja rohkaisevasti. Aivan keskeinen taito MH:ssä on esittää avoimia kysymyksiä. Niihin vastaamalla asiakas joutuu pohtimaan omia vaikuttimiaan laajasti ja tulee näin ilmaiseeksi myös mahdollisia ristiriitaisia ajatuksiaan. Suljetut kysymykset, joihin voi vastata lyhyesti ”kyllä” tai ”ei” tai tarjoamalla kysytyjä tietoja esimerkiksi: ”Montako alkoholiannosta juot päivässä?” tai ”Oletko ensi kertaa päihdehoidossa?” johtavat helposti tilanteeseen, jossa työntekijä ohjaa keskustelua kysymyksiin, eikä hän siten saa käsitystä asiakkaan kokemuksista, tunteista, ajatuksista tai kokonaistilanteesta. Seurauksena on usein myös asiakkaan passivoituminen ilman, että hän pohtisi sen tarkemmin vastauksiaan tai omaa tilannettaan. Vastaavasti avoimet kysymykset, kuten: ”Mitä ajattelet alkoholinikäytöstäsi?”, ”Mistä olet huolissasi omassa tilanteessasi?” tai ”Minkälaista muutosta olet ajatellut elämääsi?” vievät keskustelua eteenpäin ja laittavat asiakkaan pohtimaan tilannettaan ja motivaatiotaan muutosta edistävällä tavalla, kuten kuvaamalla nykytilanteensa haittoja ja omia muutostarpeitaan ja tavoitteitaan. (Miller & Rollnick, 2002, s. 65–67.) Suljettuja kysymyksiä voi toki olla joukossa, mutta keskustelua ei pidä aloittaa niillä, eikä niitä tule esittää peräjälkeen (Steinweg & Worth, 1993).

Asiakkaan puheen reflektointi eli heijastava kuuntelu on yksi keskeisimmistä ja myös vaikeimmista MH:n perustaidoista (Miller & Rollnick, 2002, s. 67). Reflektioivassa puheenvuorossa työntekijä tarkistaa, että hän kuulee ja ymmärtää asiakasta ja hänen näkökulmaansa oikein. Samalla hän voi tarkentaa ja vahvistaa kuulemaansa. Työntekijän osatessa asettua asiakkaan asemaan taitavasti, hän voi reflektoida asiakkaan puheesta myös ilmaisematta jääneitä tai epäsuorasti kerrottuja asioita luottamusta herättävällä tavalla. Tämän kaltainen oikein kohdennettu,

asiakkaan ajatuksen, kokemuksen ja tunteen kohtaava reflektio on myös hyvin keskeinen tapa viestiä empatiaa. Osuvat ja oikein kohdistetut reflektioidut luottamusta ja yhteistyötä, mikä puolestaan vahvistaa merkittävästi asiakkaan hoitoon sitoutumista ja ennakoitua positiivista muutosta. (Miller & Rollnick, 2002, s. 7, 37.) Heijastava kuuntelu edellyttää reflektioivaa ajattelua, jossa työntekijä ei oleta, että hänen käsityksensä kuulemastaan automaattisesti vastaisi toisen osapuolen vastaavaa merkitystä kertomastaan. Reflektioita voidaan tehdä yksinkertaisesti toistamalla joitakin asiakkaan sanoja tai ilmaisemalla sama asia toisin sanoin ja käyttämällä monimuotoisia reflektiota, kuten asiakkaan puhetta selventäviä, merkitystä vahvistavia, tunnetta korostavia tai eri puheenvuoroja yhdistäviä reflektioita. (Mt, s. 67–73.)

Reflektioivien yhteenvedojen avulla työntekijä kokoaa asiakkaan puheesta muutoksen kannalta merkittävimmät asiat. Tämä asiakkaan muutospuheen strateginen ja intentionaalinen kohdentaminen auttaa asiakasta ristiriidan ratkaisemisessa hänen kuullessaan omaa muutospuhettaan keskustelussa useasti (Arkowitz ja muut, 2008, s. 7–8; Miller & Rose, 2009). Keskeisten asioiden yhteen kerääminen antaa asiakkaalle mahdollisuuden tarkastella omaa muutosmotivaatiotaan ja tavoitettaan kokonaisuutena. Reflektioivaa yhteenvedoa voi käyttää myös haastattelujen alussa ja lopussa eräänlaisena siirtymävaiheena toiseen aiheeseen tai keskustelun päättämiseen. Yhteenvedo voi myös kerrata asiakkaalle tärkeitä asioita aikaisemmilta keskusteluerroilta. (Miller & Rollnick, 2002, s. 74–76.)

Motivoivan haastattelun perustaitoihin kuuluu myös osoittaa avoimesti tukea ja arvostusta asiakasta ja hänen pyrkimyksiään kohtaan. Tuomalla esille vahvuuksia asiakkaan persoonallisuudessa ja näkemällä asiakkaan vilpittömät muutosyritykset joskus myös epäonnistumisten takana työntekijä viestii asiakkaalle hyväksyntää ja muutosuskoa. Työntekijän pyrkiessä huomioimaan positiivisella palautteella pienetkin muutoksen aiheet asiakkaan ajattelussa ja käyttäytymisessä, asiakas voi itsekin alkaa nähdä itsensä uudessa valossa. Rohkaisevat, tukea antavat ja

vilpittömät palautteet, kuten: ”Olet sinnikäs! Vaikka sinun on vaikea vähentää juomistasi, näen, että yrität parhaasi” syventävät asiakkaan muutosvalmiuksia ja hänen uskoaan vaikeuksista selviytymiseen. (Mt, s. 73.) Asiakkaan ollessa vaikean, joskus mahdottomalta tuntuvan muutostilanteen edessä, työntekijän hyvään kiinnittyvä näkökulma voi merkittäväällä tavalla lisätä asiakkaan uskoa itseensä ja toiveikkuutta tulevaisuutta kohtaan. Kaiken kaikkiaan näiden motivoivan haastattelun perustaitojen tarkoituksena on saada asiakas avautumaan senhetkisestä tilanteestaan, ohjata keskustelua kohti muutosta ja tukea asiakkaan henkilökohtaisia pyrkimyksiä (Koski-Jännes ja muut, 2008, s. 50–55; Miller & Rollnick, 1991, s. 3–13, 2002, 25, 65–84.)

MH on aina tavoitteellista siten, että sen keskiössä on jokin muutos asiakkaan elämässä. Työntekijän huomio kiinnittyy ensisijaisesti asiakkaan tätä asiaa koskevan muutospuheen (change talk) tunnistamiseen, herättelyyn ja vahvistamiseen. Muutospuheeksi kutsutaan sellaista asiakkaan puhetta, jossa hän perustelee omia motiivejaan muuttua: syitä, halua, kykyä, tarvetta ja sitoutumista muutokseen ja samalla suuntaa omaa tulevaa toimintaansa. Sen sijaan muutosvastaisessa puheessa (sustain talk, counter-change talk) asiakas kuvaa, miten ja miksi entiseen tapaan jatkaminen on hänen mielestään edelleen kannattavaa. MH:ssa työntekijä pyrkii minimoimaan asiakkaan muutosvastaista puhetta aktivoimalla ja ohjaamalla keskustelua muutoksen pohdintaan. Avoimet kysymykset muutoksen eduista ja mahdollisista esteistä, tulevaisuuden toiveista ja muutosaikomuksista samoin kuin asiakkaan positiivisia muutosasenteita heijastavat reflektiot ovat esimerkkejä tavoista herätellä ja vahvistaa muutospuhetta hoitokeskustelussa. (Miller & Rollnick, 1991, 2013).

MH:un on kuulunut alun alkaen myös neljä keskeistä vuorovaikutusperiaatetta, jotka toimivat eräänlaisina ohjenuorina työntekijän toiminnalle: empatian osoittaminen, ristiriidan voimistaminen senhetkisen tilanteen ja asiakkaan oman muutostavoitteen välillä, vastarinnan kiertäminen ja hyödyntäminen sekä asiakkaan oman muutosuskon vahvistaminen (Miller & Rollnick, 1991, s. 55–63, 2002, s. 36–



42). Perusteoksen viimeisimmässä, aineistomme keruun jälkeen ilmestyneessä painoksessa Miller ja Rollnick (2013) eivät enää esitä näitä vuorovaikutusperiaatteita sellaisenaan, vaan ne sisältyvät MH:n henkeen tai niin kutsuttuihin prosesseihin, jotka ovat tämän kirjan uusin anti menetelmän omaksumiseksi.

Hoidon ensimmäisessä prosessissa työntekijä luo pohjan avoimelle ja luottamukselliselle yhteistyösuhteelle kuuntelemalla ja ymmärtämällä asiakkaan näkökulmaa, kokemuksia ja arvoja. Hoidon alussa hyvin muodostunut yhteistyö jatkuu ja syvenee kaikissa sitä seuraavissa vuorovaikutusprosesseissa niitä kannatellen. Kun riittävä yhteys ja yhteisymmärrys ovat syntyneet, toisessa prosessissa työntekijä selventää keskustelun fokusta: minkälaisesta ongelmasta ja tilanteesta käsillä olevassa tilanteessa puhutaan sekä alustavasti mihin suuntaan ja miten vahvasti asiakas muutosta tavoittelee. Vasta, kun yhteisymmärrys on syntynyt ja työntekijä on saanut käsityksen asiakkaan senhetkisestä ongelman fokuksesta ja tavoitteesta, on kolmannen prosessin ja varsinaisen motivoivan haastattelun aika, jolloin työntekijä voi alkaa herätellä asiakkaan muutosmotivaatiota. Jos kyseinen evokaatio alkaa ennen kahta ensimmäistä prosessia, yhteistyötä ja fokuksen löytymistä, työntekijä herättelee asiakkaan motivaatiota omista eikä asiakkaan lähtökohdista käsin toimien vastoin motivoivan haastattelun henkeä. Neljänten prosessiin, joka on muutoksen konkreettinen suunnittelu, siirrytään vasta kun asiakas on siihen valmis. Tämä asiakkaan riittävä muutosvalmius näkyy siinä, että hänen muutospuheensa lisääntyy, hän saattaa kysyä neuvoa, miten voisi muutoksen toteuttaa, kuvittelee muutosta hypoteettisesti ja hänen vastustuksensa muutosta ja työntekijää kohtaan vähenee. (Miller & Rollnick, 2013.)

## 2.3 Taustateoriat

MH on syntynyt käytännön päihdetyön kokemuksesta ja menetelmä pohjautuu ennen kaikkea näiden implisiittisten, hoidossa toimiviksi todettujen vuorovaikutuspiirteiden kuvaamiseen. Parhaiten menetelmää kuvaavat

sosiaalipsykologiset ja sosiaalikognitiiviset vuorovaikutus- ja muutosteoriat ovat kuitenkin induktiivisen päättelyn pohjalta kulkeneet menetelmän mukana sen alusta asti empiirisiä havaintoja selventäen (Miller, 1983; Miller & Rollnick, 2012). Huomioitavaa on, että menetelmää kehitettäessä ensisijainen kiinnostus on kohdistunut käytännön työhön, siihen minkälainen vuorovaikutus parhaiten auttaa asiakasta ja vasta toissijaisesti teorioihin, jotka selittävät kyseisiä ilmiöitä. Siten uusien tutkimustulosten valossa osa teorioista, joilla sitä aluksi perusteltiin, on jäänyt taka-alalle. Menetelmän taustateoriaa on myös täydennetty ja täsmennetty uusien empiiristen havaintojen mukaan (Miller & Rollnick, 2013).

MH:a koskevassa ensimmäisessä oppikirjassa vuodelta 1991 (Miller & Rollnick, 1991) on mukana MH:n kanssa samoihin aikoihin kehittynyt transteoreettinen muutosvaihemalli (Prochaska & DiClemente, 1983; Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994; Prochaska & Velicer, 1997). Kyseisen mallin mukaan muutos on yleensä monivaiheinen ja eri muutosvaiheissa olevien asiakkaiden valmius ongelman kohtaamiseen ja käsittelyyn vuorovaikutustilanteissa on erilainen. Vaihemallia käytettiin MH:n alkuvaiheessa, koska sen avulla voitiin konkretisoida, miten erilaisin muutosvalmiuksin asiakkaat hoitoon tulevat ja miten työntekijöiden kannatti suhteuttaa oma työtapansa asiakkaan senhetkiseen muutosmotivaatioon. Esimerkiksi, jos asiakas hoitoon tullessaan ei tunnistanut ongelmaansa, työntekijän tehtävänä oli synnyttää ristiriitaa ohjaamalla keskustelua niihin havaintoihin ja tulkintoihin, joita asiakkaalla itsellään oli tästä ongelmasta. Vaihemallia ei kuitenkaan enää esitetä MH:n rinnalla (Miller & Rollnick, 2009). Tutkimuksissa ei ole löydetty johdonmukaista tukea asiakkaan muutosvalmiuden ja MH:n välillä. Sen sijaan ensisijaisena viitekehyksenä pidetään tällä hetkellä asiakkaan muutospuhetta, sen hoidollista tunnistamista, herättelyä ja vahvistumista hoidon aikana. (Miller & Rollnick, 2009, 2013).

MH:ssa on alusta asti ollut keskeisenä tavoitteena saada asiakas itse puhumaan muutoksen puolesta. Miller pohjasi oman terapeuttisen lähestymistapansa sosiaalipsykologisilla asenteenmuutosteorioilla perustellen ensimmäisessä

artikkelissaan muutospuheen merkitystä Festingerin (1957) kognitiivisen dissonanssin teorialla (Miller, 1983). Kognitiivinen dissonanssi syntyy tilanteessa, jossa asiakkaan senhetkinen ongelmakäyttäytyminen ja hänen havahtumisensa omasta käyttäytymisestä johtuviin haittoihin synnyttävät ristiriitaa. Perusajatuksena teoriassa on, että ihminen pyrkii tavalla tai toisella ajattelunsa ja uskomustensa johdonmukaisuuteen. Paljon alkoholia käyttävä ja samalla sen haitallisuudesta tietoinen ihminen joutuu selittämään itselleen tätä ristiriitaa. Usein tilanne ratkaistaan minimoimalla konfliktin aiheuttavia ajatuksia, kuten alkoholin haittoja ”En ole alkoholisti, koska käyn töissä”, ”Tilanteeni ei ole paha, koska en koskaan ota krapularyyppyä”. Johtopäätös voi yhtä hyvin olla myös käyttäytymisen muutos ”Juomiseni on karannut käsistä, siksi minun pitää lopettaa arkisin juominen”. Käyttäytymisen muutos on työlästä ja siksi ristiriitä pyritään ratkaisemaan muokkaamalla ensin omaa ajattelua. Motivoivassa keskustelussa työntekijä pyrkii luomaan epäsuhtaa senhetkisen tilanteen haitallisuuden ja muutoksen hyötyjen suhteen tavalla, joka auttaa asiakasta muutospäätöksen tekemisessä. Tavoitteena on, että hyväksyvässä ilmapiirissä asiakas itse havahtuu omassa elämässään ilmeneviin päihteiden haittoihin, jolloin kognitiivinen dissonanssi toimii muutoksen eduksi. Myöhemmin Miller ja Rollnick (2002, s. 38–39) pehmensivät kantaansa suhteessa kognitiivisen dissonanssin voimistamiseen ja puhuvat asiakkaan muutosprosessista yleisemmällä tasolla nykyisen ja toivotun tilanteen välisenä erona. Muutoksen tärkeys kasvaa siitä, että asiakas haluaa itselleen parempaa elämää, pois ei-toivotusta tilanteesta tai kohti tärkeitä henkilökohtaisia tavoitteita.

Miller (1983) ajatteli alkuperäisessä artikkelissaan muutospuheen herättelyn ja vahvistamisen toimivan muutoksen eduksi myös Bemlin (1967) itsehavaintoteorian mukaan: kuullessaan itsensä puhuvan muutoksen puolesta eli puhuessaan ”itseä motivoivaa puhetta” asiakas samalla havainnoi omaa muutosasennettaan eli haluaa muuttua (Miller, 1983). Itsehavaintoteoria pohjautuu siihen perusajatukseseen, että ihminen saa samalla tavalla tietoa omista asenteista, arvoista ja sisäistä maailmastaan kuin hänen ulkopuolellaan olevat ihmiset eli havainnoimalla omaa käyttäytymistään,

kuten puhetaan (Bem, 1972). Jos siis kuulemme itsemme perustelevan ääneen tiettyä näkökantaa, käytöksemme alkaa mukautua sen suuntaiseksi huolimatta siitä, että alun perin mielipiteemme olisi ollut toinen. Myös itsehavaintoteoriassa ajatellaan ihmisen välttävän sisäistä ristiriitaa eli kognitiivista dissonanssia. Pyrimme käyttäytymään omien asenteidemme mukaisesti. Siksi MH:ssa pyritään välttämään tilanteita, joissa keskustelu kuluu vain ongelman ja siihen liittyvän negatiivisen muutosasenteen ympärillä. Sen sijaan keskustelussa luodaan tilanne, jossa asiakas alkaa pohtia muutoksen mahdollisuutta ja käytännön toteutumista positiivisella mielellä.

Viimeaikaisin, luontevasti MH:n menetelmään ja henkeen sopiva teoreettinen viitekehys tulee Ryanin ja Decin (2000) niin kutsuttua sisäistä motivaatiota koskevasta itseohjautuvuusteoriasta (Self-determination theory; Miller & Rollnick, 2012). Teorian mukaan ympäristön odotukset ja vaatimukset muodostavat toimintaamme ohjaavan opitun, niin kutsutun ulkoisen motivaation. Toimintaa ohjaavat myös omat toiveemme siitä, millaista elämän tulisi olla suhteessa itsemme ja toisiin ihmisiin. Palkkioin ja sanktioin ohjatun, opitun ulkoisen motivaation lisäksi meillä on tavoitteellinen, sisäsyntyinen tarve toteuttaa itseämme ja tehdä asioita, joita pidämme itse mielekkäinä ja palkitsevina. Tämän lisäksi on olemassa kolmas motivaation ulottuvuus, niin kutsuttu antimotivaatio. Tällä käsitteellä Deci ja Ryan viittaavat opitun avuttomuuden kaltaiseen tilaan (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978), jossa ihminen kokee osaamattomuutta ja kompetenssin puutetta sekä uskoo asioiden olevan hallitsemattomia.

Decin ja Ryanin mukaan sisäinen motivaatio pitää sisällään kolme perustarvetta. Ensiksi koemme tarvetta itsenäisiin päätöksiin ja autonomiaan, jossa päätämme itse omista asioistamme ja toimimme ensisijassa itsellemme mielekkäällä tavalla. Toiseksi koemme tarvetta kompetenssiin, joka tarkoittaa koettua kykyä suoriutua eteemme tulevista haasteista ja tuntea olemassaolomme tarpeellisuutta. Kolmanneksi koemme synnynnäistä yhteenkuuluvuuden tarvetta eli tarvetta yhteisöllisyyteen, vastavuoroisiin, välittäviin ja merkityksellisiin ihmissuhteisiin.

(Deci & Ryan, 1985, 2000.) MH ottaa huomioon kaikki nämä ihmisen perustarpeet ja itseohjautuvuusteoreettisen viitekehys ikään kuin luontevasti sopii yhteen menetelmän kanssa. MH:n henki ja sen perustaidoista asiakkaan näkökulman kysyminen, refleктоiva kuuntelu ja asiakkaan vahvistaminen pitävät sisällään asiakkaan autonomian kunnioittamisen. Niin ikään asiakkaan itseohjautuva sisäsyntyinen motivaatio on MH:ssa työskentelyn lähtökohta. Asiakkaan kompetenssin tunnistaminen ja tukeminen sisältyvät MH:un ja asiakaslähtöisyyteen. Sen mukaan ihmiset pyrkivät itselleen parhaaseen ratkaisuun ja osaavat ja tietävät omista asioistaan parhaiten. Siksi hoidossa käytetään avoimia kysymyksiä, kysytään asiakkaan tietoa, osaamista, kokemuksia ja näkökulmaa ja lisäksi kompetenssi huomioidaan muun muassa tavassa, jolla työntekijä välittää tietoa neutraalisti ja asiakasta kuunnellen, sekä hänen pyrkimyksiään vahvistaen ja tukien. Hyväksyvä ja myötätuntoinen hoitosuhde, jossa työntekijä välttää asiantuntijana toimimista, vahvistaa kaiken kaikkiaan asiakkaan yhteenkuuluvuuden tunnetta työntekijän kanssa (Markland, Ryan, Vanessa & Rollnick, 2005).

Lopuksi, MH on perimmäiseltä luonteeltaan haastattelijan ja haastateltavan välistä dialogia (Tober & Raistrick, 2007). Menetelmän keskeisenä innoittajana on toiminut niin kutsuttu sokraattinen metodi, jossa kysymysten ja vastausten kautta etsittiin totuutta (Miller, 1983). Tämä dialogi tarkoittaa moniäänistä keskustelua ja kahdenvälistä, vastavuoroista vaikuttamista ja vuoropuhelua (Hankamäki, 2003; Mönkkönen, 2002, s. 33). Dialoginen vuorovaikutus on ideaalisesti määriteltynä reflektiivinen prosessi, jossa etsitään uusia tulkintoja, luodaan uusia merkityksiä ja pyritään ymmärryksen saavuttamiseen ja yhteiseen oppimiseen (Mönkkönen 2002, s. 33–34; Vierros, 1998). Sokraattisessa metodissa kysyminen on toisen henkilön totuuden etsimistä. Tavoitteena on, että se, mitä vastaaja keskustelussa argumentoi, tulee peilatuksi vain suhteessa hänen omaan ajatteluunsa. Siten dialogisessa peilissä ihminen kohtaa itsensä, oman totuutensa. Sokrates tähdensi, että keskusteluun täytyy aina liittyä myös ethos, pyrkimys toisen parhaaseen (Hankamäki, 2003, s. 30–33). Keskustelu toteutuu hyväksymällä toiseus ja havahtumalla siihen (Buber 1999;

emt., s. 60–65); Vilpitön hämmästyks ja ihmettely valmiiden määritelmien ja vastausten sijaan onkin aidon dialogisuuden lähtökohta (Mönkkönen, 2002, s. 19–21). (Rakkolainen, 2004.) MH:ssa dialogisuudella haetaan ensisijaisesti ymmärrystä asiakkaan tilanteeseen ja toissijaisesti tilanteen toiminnallista muutosta (Arnkil, Seikkula & Erikson, 2001).

Tässä väitöskirjassa tutkin MH:n noudattamista koodauksen lisäksi avoimen dialogin ja muutosdialogin käsitteiden kautta. Väitöskirjan teoreettisina viitekehyksinä toimii Bemlin itsehavaintoteoria sekä osin Decin ja Ryanin itseohjautuvuusteoria. Itseohjautuvuusteoria soveltuu tähän tehtävään hyvin, sillä se on kokonaisvaltaisin MH:n teoreettisista viitekehyksistä. Sen avulla voidaan teoreettisesti pohtia MH:n keskeisimpiä vaikuttavia tekijöitä suhteessa asiakkaan kompetenssiin, autonomiaan ja yhteenkuuluvuuden tunteeseen. Vastaavasti vuorovaikutuksen toimivuus tai toimimattomuus heijastuu myös työntekijän itseohjautuvuuteen, erityisesti ja siihen missä määrin hän onnistuu toteuttamaan MH:n perusideoita (Decker & Martino, 2013).

Asiakkaan muutospuheen teoreettisena viitekehyksenä tutkimuksessani on Bemlin (1972) itsehavaintoteoria. MH:ssa työntekijä pyrkii ensisijaisesti herättelemään ja vahvistamaan asiakkaan omia sisäsyntyisiä perusteluja muuttua, sillä asiakkaan omat muutosargumentit ja positiivinen muutosasenne toimivat parhaiten ristiriidan ratkaisemisen ja päätöksenteon tukena toisin kuin ulkokohtainen, asiatietoon tai auktoriteettiin pohjautuva motivaatio (Miller & Rollnick, 2001, s.13–19.) Itsehavaintoteorian toimivuudesta käytännön päihdetyössä on myös tutkimusnäyttöä, sillä asiakkaan hoidonaikeista muutospuhetta pidetään lupaavimpana motivoivan haastattelun vaikuttavuutta välittävänä tekijänä (Apodaca & Longabaugh, 2009; Miller & Rollnick, 2013; Miller & Rose, 2009).

## 2.4 Motivoiva haastattelu päihdehoidossa

MH:a on tutkittu lukuisissa satunnaistetuissa vertailututkimuksissa ja sen on todettu vaikuttavan positiivisesti päihdehoidon tuloksiin (Burke, Arkowitz & Menchola, 2003; Baird ja muut, 2007; Hettema ja muut, 2005; Lahti, 2008; Lundahl ja muut, 2010; Madson, Schimacher, Baer & Martino, 2016; Rubak, Sandbaek, Lauritzen & Christensen, 2005). Tässä yhteydessä on hyvä mainita, että suuri osa MH:n tutkimuksesta tulee Yhdysvalloista ja koskee itse asiassa motivoivan haastattelun sovellusta, manuaalipohjaista MET (Motivational Enhancement Therapy) -hoitoa (Miller, Zweben, DiClemente, & Rychtarik, 1992). Kuitenkin on tapana käyttää rinnakkain sekä MH- että MET-nimikettä myös näistä hoitotuloksista. MET -manuaali tehtiin suurta Project Match-hanketta varten, jossa tutkittiin minkätyyppiset alkoholistit hyötyvät parhaiten minkäkinlaisesta päihdehoidosta. Lopputulemana oli, että kaikki psykoterapeuttien toteuttamat eri hoitomuodot t olivat yhtä hyviä alkoholiongelman hoidossa. Motivoivan haastattelun etu kognitiiviseen ja kahdentoista askeleen ammatilliseen hoitoon nähden oli kuitenkin siinä, että yhtä hyvät hoidotulokset saatiin, vaikka MH toteutettiin vain neljässä tapaamisessa, kun verrokkihoidoissa oli kolminkertainen määrä tapaamisia (Project Match, 1998a). Motivoivan haastattelun erityisenä vahvuutena pidetään lisäksi sen soveltuvuutta hyvin erilaisille ja myös vaativille asiakkaille, jotka eivät pidä suorasta ohjailusta tai jotka vasta pohtivat muutosta (Koski-Jännes ja muut, 2008, s. 60; Miller & Rollnick, 2002, s. 26–27). Koska MH huomioi asiakkaan hoitoon ja motivaation vaikuttavia tekijöitä yksilöllisesti, se soveltuu hyvin myös moniongelmaisten, kuten kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoon (Lahti ja muut, 2013). Asiakkaalle räätälöidyn hoidon vaikuttavuudesta kertoo myös se, että MH toimii Yhdysvalloissa paremmin kulttuuriseen vähemmistöön kuuluvilla asiakkailla kuin kantaväestössä (Miller & Rollnick 2002, 2013).

## 2.4.1 Miten motivoivan haastattelun vaikutuksia on tutkittu?

Mihin MH:n vaikuttavuus ja tehokkuus päihdehoidossa kaiken kaikkiaan perustuu? Näihin kysymyksiin ovat viime vuosina pyrkineet vastaamaan useat menetelmän koulutusta, käyttöönottoa ja hoitovuorovaikutuksen erityispiirteitä arvioineet tutkimukset. Eri tutkimuksissa on yritetty selvittää, mitä riittäviä ja välttämättömiä tekijöitä onnistuneeseen päihdehoitoon tarvitaan. Parhaiten näihin kysymyksiin pystyvät vastaamaan prosessitutkimukset, joissa arvioidaan hoidon tosiasiallista toteutumista asiakkaan ja työntekijän välisessä vuorovaikutuksessa (Miller & Rollnick, 2013; Miller & Rose, 2009).

Ennen siirtymistä näihin tutkimuksiin kuvaan lyhyesti niissä käytettyjä vuorovaikutuksen analyysimenetelmiä. MH:n arviointiin on kehitetty useita erilaisia mittareita (Madson & Campbell, 2006). Viimeaikaiset MH:n prosessitutkimukset on toteutettu pääsääntöisesti tähän tarkoitukseen kehitettyjen koodausmenetelmien avulla. Osa niistä kohdistuu pelkästään työntekijän käyttäytymiseen (MITI; Moyers ja muut, 2010), osa sekä työntekijän että asiakkaan (MISC; Miller, 2000; Rakkolainen, 2004, 2008; SCOPE; Moyers & Martin, 2006) tai vain asiakkaan (Sitoutumispuheen koodaus; Amrhein, 2007; Amrhein, Miller, Yahne, Palmer & Fulcher, 2003) käyttäytymiseen istunnon aikana.

Useissa näistä koodausmenetelmistä arvioidaan ensin yleisellä tasolla työntekijän tai asiakkaan käyttäytymistä koko istunnon aikana. Varsinainen käyttäytymisen koodaus tehdään sen jälkeen sijoittamalla jokainen puheilmaisu sille kuuluvaan käyttäytymisloukkaan. Työntekijän käyttäytymisen koodauksen ensisijaisena tarkoituksena on arvioida työntekijän MH:n mukaista ja sen vastaista käyttäytymistä. Asiakkaan käyttäytymisen koodauksen tarkoituksena on hänen muutosmotivaationsa arvioiminen tutkimalla, suhtautuuko asiakas istunnossa muutokseen pääosin myönteisesti vai kielteisesti. (Miller, 2000.)

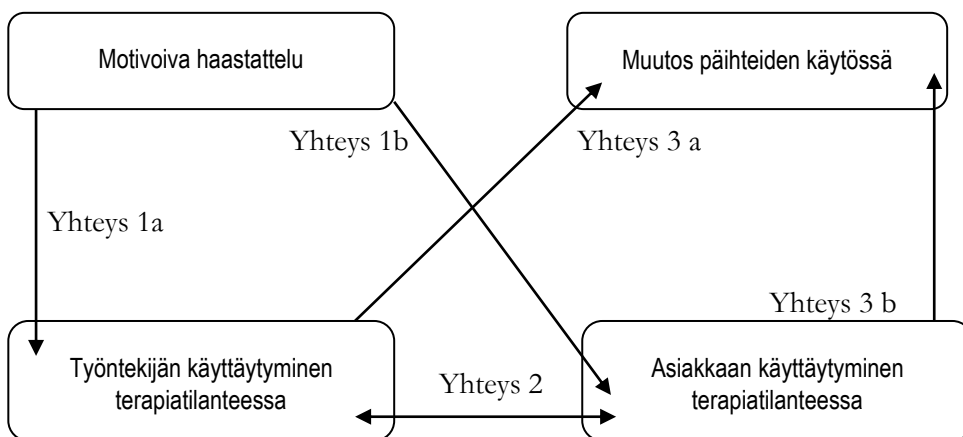
Kokonaisarvioiden ja koodaustulosten perusteella voidaan antaa työntekijöille henkilökohtaista palautetta MH:n oppimisesta ja arvioida koulutuksen vaikutusta.



Niiden avulla voidaan lisäksi varmistaa MH:n noudattaminen hoitotutkimuksissa ja arvioida terapeuttisten muuttujien vaikutusta asiakkaan hoitotuloksiin.

Aluksi näille menetelmille perustuvissa prosessi- ja tuloksellisuustutkimuksissa keskityttiin siihen, missä määrin työntekijän MH:n mukainen käyttäytyminen vaikuttaa asiakkaan muutospuheeseen. Sittemmin kiinnostus on kohdistunut puheen vastavuoroisuuteen ja siihen, mitä työntekijän yksittäisestä, menetelmän mukaisesta tai sen vastaisesta puheenvuorosta seuraa asiakkaan muutospuheen kannalta (Moyers & Martin, 2006).

MH:n vaikuttavia mekanismeja koskevassa, näille menetelmille perustuvassa katsauksessaan Apodaca ja Longabaugh (2009) keräsivät yhteen vuosina 1993–2007 tehdyt aihepiiriä koskevat päihdehoitotutkimukset. Artikkelissa tarkasteltiin kuviossa 1 näkyviä yhteyksiä (1–3).



**Kuvio 1.** MH:n prosessitutkimusten kausaalisten yhteyksien tarkastelu Apodacan ja Longabaugh'n (2009, s. 706) katsauksen mukaan.

Esittelen seuraavaksi MH:a koskevien päihdehoitotutkimusten tuloksia Apodacan ja Longabaugh'n (2009) malliin sisältyvien yhteyksien mukaisesti. Tarkastelen ensin MH:n noudattamista ja oppimista, sekä menetelmän luotettavaa erottumista muista päihdehoidon menetelmistä (yhteys 1 a). Sen jälkeen esitän tutkimuksia, joissa on

arvioitu MH:n vaikutusta asiakkaan hoidon aikana ilmenevään muutosmotivaatioon (yhteys 1 b). Teen lopuksi katsauksen MH:n prosessi- ja tuloksellisuustutkimuksiin esittelemällä pääasiassa hoitovuorovaikutusta objektiivisesti arvioineita päihdehoitotutkimuksia, joissa on tutkittu työntekijän MH:n vuorovaikutustyylin ja perustaitojen yhteyttä asiakkaan hoidonaikaiseen muutospuheeseen (yhteys 2), sekä työntekijän käyttäytymisen (yhteys 3a) ja asiakkaan käyttäytymisen suoraa yhteyttä asiakkaan myöhempään päihteiden käyttöön (yhteys 3b).

## 2.4.2 Motivoivan haastattelun hengen ja perustaitojen oppiminen

MH on menetelmä, jonka tiedollinen omaksuminen voi olla suhteellisen helppoa (Rubel, Sobell & Miller, 2000). Työntekijän MH:n mukaista käyttäytymistä, sen vuorovaikutustyylin ja perustaitojen tosiasiallista omaksumista ja noudattamista koulutuksen jälkeen arvioineet tutkimukset (ks. kuvio 1, yhteys 1 a) ovat kuitenkin osoittaneet menetelmän käytännön toteuttamisen olevan hyvinkin haasteellista (Miller & Moyers, 2006; Miller & Rollnick, 1991, s. 158, 2009; Schwalbe, Oh & Zweben, 2014). Miller ja Mount (2001) arvioivat ensimmäisessä MH:n koulutuksen vaikutusta arvioineessa tutkimuksessa 22 työntekijän käyttäytymistä ennen kaksipäiväistä koulutusta ja seurasivat vaikutuksia heti koulutuksen jälkeen näyttelijän avulla sekä kolme kuukautta myöhemmin oikeissa asiakastilanteissa. Työnäytteiden analysointi kolmen kuukauden seurannassa osoitti, että vaikka koulutus oli lisännyt osallistujien MH:n mukaista käyttäytymistä tilastollisesti merkitsevästi, se ei vastaavasti vähentänyt heidän MH:n vastaista käyttäytymistään, kuten neuvomista ilman lupaa ja konfrontointia. Työntekijöiden käyttämä puheaika ei liioin vähentynyt. Merkittävintä oli kuitenkin, että työntekijöiden MH:n hallinta ei ollut lisääntynyt siinä määrin merkittävästi, että sillä olisi ollut vaikutusta asiakkaiden muutospuheeseen.

Pilottitutkimusta seuraavassa MH:n oppimista koskevassa tutkimuksessa Miller, Yahne, Moyers, Martinez ja Pirritano (2004) seurasivat palautteen ja

henkilökohtaisen työnohjauksen vaikutusta oppimiseen verrokkiryhmänä odotusryhmäläiset, jotka saivat opetella menetelmää itsekseen. Tuloksena oli, että itsenäinen oppiminen kirjojen ja videoiden avulla ei tuottanut tulosta. Pelkkä workshop-koulutus paransi kyllä MH:n toteutumista heti koulutuksen jälkeen, mutta tulokset hiipuivat neljän kuukauden seurannassa. Palaute ja henkilökohtainen ohjaus olivat avainasemassa MH:n pysyvämpään oppimiseen vielä vuoden seurannassa.

On huomattu, että MH:n noudattaminen käytännön päihdetyössä ei ole helppoa, sillä se vaatii työntekijältä omakohtaista motivaatiota ja sitoutumista oppimiseen ja omaa työtä koskevaan palautteeseen (Decker & Martino, 2013). Menetelmän oppimiseen vaikuttaa myös kouluttajan MH:n mukainen koulutustyyli, koulutuksen sisältö ja sitä tukeva oppimateriaali sekä kouluttajan innostuneisuus ja sitoutuminen osallistujien oppimistavoitteisiin (Miller ja muut, 2004; Mitcheson, Bhavsar & McCambridge, 2009). MH:n omaksumiseen vaikuttaa osallistujien osaaminen ennen koulutusta (Carpenter ja muut, 2012) sekä työyhteisön ja organisaation suhtautuminen koulutukseen ja työnohjaukseen (Miller & Mount, 2001; Miller ja muut, 2004; Mitcheson ja muut, 2009; Moyers ja muut, 2008).

MH:a koskevia tutkimustuloksia tarkasteltaessa on syytä huomata, että sitä koskeviin kliinisiin tutkimuksiin osallistuvilla amerikkalaisilla työntekijöillä on usein psykologin koulutus. Siten heidän terapeuttinen lähtötason osaamisensa ja kyky ylläpitää omaa osaamistaan tausta- ja täydennyskoulutuksen sekä säännöllisen työnohjauksen avulla ei anna aivan realistista kuvaa MH:n oppimisesta ja taitojen ylläpidosta muun tyyppisen koulutustaustan työntekijöillä (Moyers ja muut, 2008). Viime aikoina onkin julkaistu yhä enemmän tutkimuksia, joissa käytetään naturalistisia tutkimusasetelmia, toisin sanoen olosuhteita, jotka vastaavat mahdollisimman paljon menetelmän tosiasiallista käyttöä vaihtelevissa olosuhteissa ja vaihtelevan koulutustaustan työntekijöillä (Forsberg, Ernst & Farbring, 2011; Forsberg, Forsberg, Lindqvist & Helgason, 2010).

Sen lisäksi, että MH:n siirtyminen käytännön taidoiksi on osoittautunut oletettua vaikeammaksi, on huomattu, että opitut taidot myös hiipuvat ajan myötä (Baer, ja muut, 2004; Miller ja muut, 2004; Moyers ja muut, 2008). Schwalbe kumppaneineen (2014) pyrki selvittämään meta-analyysissään, montako palautekertaa tarvitaan ehkäisemään koulutuksessa opittujen taitojen rapautuminen. Heidän lopputuloksensa oli, että tarvitaan kolmesta neljään palautekertaa puolen vuoden sisällä, jotta MH:n workshopissa opitut taidot pysyvät koulutuksen jälkeen. Työntekijän omalla oppimismotivaatiolla oli myös suuri merkitys MH:n taitojen pysyvyydessä: mitä enemmän työntekijältä jäi väliin palautetta tai valmennusta, sitä suurempi hiipuminen MH:n taidoissa ilmeni.

Entä missä määrin MH:n piirteet erottavat sen luotettavasti muista hoitomuodoista? Apodacan ja Longabaugh'n (2009) katsauksen mukaan MH:n henkeen sisältyvä empatia ja yhteistyö eivät luotettavasti erota sitä muista hoitomuodoista. Näin olleen koulutuksen vaikuttavuuden arviointi vain MH:n yleispiirteiden avulla ei anna kovin luotettavaa kuvaa menetelmän oppimisesta. Sen sijaan sen yksityiskohtaisemmat käyttäytymispiirteet, kuten asiakkaan tukeminen ja refleктоiva kuuntelu, erottavat sen luotettavasti minimaalisesta tai lumehoidosta (Miller ja muut, 1993) sekä tavanomaisesta hoidosta (Bien, Miller & Boroughs, 1993; Carroll ja muut, 2006). Myös MH:n vastainen käyttäytyminen, kuten konfrontointi, asiakkaan suora ohjaaminen ja varoittelu olivat Apodacan ja Longabaugh'n (2009) mukaan yleisempiä minimaalisen tai lumehoidon ryhmissä (Miller ja muut, 1993), tavanomaisen hoidon ryhmässä (Bien ja muut, 1993, Carroll ja muut, 2006) sekä toisen aktiivisen hoidon ryhmässä (Karno & Longabaugh, 2004).

### 2.4.3 Motivoivan haastattelun yhteys asiakkaan muutosmotivaatioon

Seuraavaksi esittelen tutkimuksia, joissa on arvioitu MH:n yhteyttä asiakkaan muutosta koskevaan pystyvyyden tunteeseen ja muutosvalmiuteen sekä hoitoon

sitoutumiseen (Kuvio 1, yhteys 1b). Asiakkaan senhetkisen tilanteen ja hänen toivomansa tulevaisuuden välisen ristiriidan kasvattaminen on yksi keskeinen MH:ssa käytetty terapeuttinen menetelmä, joten käyn lyhyesti läpi myös siihen liittyviä tutkimustuloksia.

Asiakkaan muutoksen toteuttamista koskevan itseluottamuksen tukeminen on keskeinen MH:un kuuluva piirre. Toistaiseksi tutkimustulokset MH:n vaikutuksesta asiakkaan itseluottamukseen ovat olleet ristiriitaisia (Apodaca & Longabaugh, 2009). Yhdessä tutkimuksessa MH lisäsi itseluottamusta verrattuna rentoutumiseen pohjautuneeseen kontrolliryhmään (Rohsenow ja muut, 2004). Toisessa tutkimuksessa pelkästään MH:a saaneiden asiakkaiden itseluottamus heikkeni verrattuna kahteen ryhmään, jotka saivat MH:n lisäksi muuta aktiivista hoitoa ja kannustimia (Budney, Higgins, Radonovich & Novy, 2000). Tuloksista ei voida tehdä vahvoja päätelmiä, sillä itseluottamuksen yhteyttä hoitotuloksiin ei tutkittu (Apodaca & Longabaugh, 2009).

Eriytyiset terapeuttiset tekniikat, kuten muutoksen etuja ja haittoja koskeva päätöksentekotaulukko ja siihen liittyvä vallitsevan ja toivotun tilanteen välisen epäsuhtan voimistaminen on MH:ssa yksi keino edistää asiakkaan muutosristiriidan käsittelyä ja ratkaisemista (Miller & Rollnick, 1991, 2002). Apodacan ja Longabaugh'n (2009) mukaan sitä on kuitenkin tutkittu yllättävän vähän. Kahdessa tutkimuksessa MH kasvatti asiakkaiden kokemaa ristiriitaa pelkkään arviointiin (McNally, Palfai & Kahler, 2005) ja rentoutumiseen pohjautuviin ryhmiin (Budney ja muut, 2000) verrattuna. Asiakkaan kokeman ristiriidan kasvaminen oli myös yhteydessä parempiin päihteiden käyttöä koskeviin hoitotuloksiin (Apodaca & Longabaugh, 2009; McNally ja muut, 2005). Miller ja Rose (2015) arvioivat katsauksessaan päätöksentekotaulukon käyttöä erilaisissa asiakastilanteissa. Heidän mukaansa siitä on hyötyä tilanteissa, joissa asiakas on tehnyt muutospäätöksen. Silloin muutoksen etujen ja haittojen pohdinta vahvistaa asiakasta muutokseen sitoutumisessa. Sen sijaan päätöksentekotaulukosta ei ole hyötyä, jos asiakas on ristiriitainen. Silloin seikkaperäinen muutoksen hyötyjen ja haittojen pohdinta

heikentää muutokseen sitoutumista ja sitä parempi tekniikka on muutospuheen herättely.

Yksi MH:n positiivinen vaikutus on asiakkaan hoitoon sitouttaminen. Ennen muiden aktiivisten hoitojen alkua MH:a saaneet asiakkaat ovat hoidossa aktiivisempia ja pysyvät siinä paremmin, kuin jos menetelmää käytettäisiin yksinään (Hetteima ja muut, 2005). Vertailututkimuksissa motivoiva haastattelu on tehostanut asiakkaiden hoitoon sitoutumista alkoholineuvontaa (Borsari & Carey, 2005) ja tavanomaista hoitoa paremmin (Longshore, Grills & Annon, 1999). Se on vaikuttanut myös tavanomaista hoitoa paremmin asiakkaan muutosaikomukseen hoidon jälkeen (Longshore ja muut, 1999). Menetelmän lisävahvuutena pidetään hoidon yksilöllistä kohdentumista kuhunkin asiakkaaseen. Tutkimuksessa, jossa erityisesti huomioitiin asiakkaiden taustakulttuuri, motivointikeskustelu vaikutti positiivisesti asiakkaiden hoitoon hakeutumiseen, lisäksi se vaikutti asiakkaiden muutosaikomukseen vahvemmin kuin tavanomainen hoito (Apodaca & Longabaugh, 2009; Longshore ja muut, 1999).

Alun perin on ajateltu, että MH toimisi eri muutosvaiheissa oleville asiakkaille kutakuinkin samalla tavoin lisäten heidän muutosvalmiuttaan. Tutkimuksia, joissa tarkasteltaisiin, miten MH vaikuttaa asiakkaan muutosvalmiuteen, on kuitenkin melko vähän ja niiden tulokset ovat olleet ristiriitaisia (Apodaca & Longabaugh, 2009). Tätä ilmiötä valottaa osaltaan Hallgrenin ja Moyersin (2011) tutkimus päihdehoitoasiakkaiden lähtötason muutosvalmiuden ja muutosvaiheen yhteydestä heidän muutospuheeseensa MET-hoidon aikana. Tulokset osoittivat, että asiakkaan muutosvaihe ennen hoidon alkua oli vain vähän ja epä johdonmukaisesti yhteydessä muutospuheeseen. Korkea muutosvalmius ennen hoitoa ei ennustanut enempää muutospuhetta, harkintavaiheessa oleminen tuotti ristiriitaisia tuloksia muutosta valmistelemaan puheeseen ja valmistelu-toimintavaiheessa oleminen ennen hoidon alkua ei ennakoanut hoidonaikaista sitoutumispuhetta. Tämä johtunee siitä, että asiakkaan motivaation ja siihen liittyvän ristiriitaisuuden mittaaminen on vaikeata. Asiakkaan muutosvalmius ja ambivalenssi ovat

dynaamisia, kontekstuaalisia ja moniulotteisia ilmiöitä. Niiden käsitteellistäminen ja mittaaminen on haasteellista (Hallgren & Moyers, 2011; McEvoy & Nathan, 2007; Zemore & Ajzen, 2014). Tutkijat ovatkin viime aikoina suuntautuneet siihen, miten MH:n vuorovaikutusta ja sen vaikutuksia pystyttäisiin mittaamaan ja kehittämään (Apodaca & Longabaugh, 2009; McEvoy & Nathan, 2007). Päähuomio näissä tutkimuksissa on siirtynyt asiakkaan hoidonaikeista muutosmotivaatiota ilmentävän muutospuheen tarkasteluun. Näin saadaan välitöntä tietoa asiakkaan käyttäytymisestä hoidon aikana.

#### 2.4.4 Motivoivan haastattelun vuorovaikutustutkimukset

Tarkastelen seuraavaksi ensin työntekijän MH:n taitojen välittömiä yhteyksiä asiakkaan käyttäytymiseen terapiatilanteessa (Kuvio 1, yhteys 2) ja suhteessa hänen myöhempään päihteiden käyttöönsä (Kuvio 1, yhteys 3a). Sen jälkeen keskityn tutkimuksiin asiakkaan terapiapuheen yhteyksistä hänen hoitotuloksiinsa (Kuvio 1, yhteys 3b).

#### Työntekijän motivoivan haastattelun taitojen yhteys asiakkaan hoitoon osallistumiseen ja muutospuheeseen

MH:n hengen mukaisen empaattisen ja yhteistyöhön pohjautuvan vuorovaikutustyylin on huomattu vaikuttavan kahdella tavalla positiivisesti asiakkaisiin. Ensiksi, työntekijän hyväksyvä ja tasavertainen suhtautuminen asiakkaaseen vähentää asiakkaan negatiivista käyttäytymistä, kuten vastustusta muutosta ja työntekijää kohtaan (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Miller & Rollnick, 1991, s. 26; Valle, 1981). Toiseksi, empaattinen kuuntelu voimistaa asiakkaan positiivista käyttäytymistä, kuten valmiutta omien kokemusten ja tunteiden jakamiseen vahvistaen hänen hoitoon osallistumista, siihen sitoutumista (Boardman

ja muut, 2006; Connors ja muut, 2002; Miller ja muut, 1993; Moyers, Miller & Hendrickson, 2005; Smith, Hall, Mijin & Arndt, 2009) sekä positiivista suhtautumista muutokseen (Catley, Harris, Mayo, Hall, Okuyemi & Boardman, 2006).

Vuonna 1993 tehdyssä pilottitutkimuksessa 42 asiakasta sai joko motivoivaa haastattelua tai ohjaavaa ja konfrontoivaa hoitoa (Miller ja muut, 1993). Osoittautui, että MH vähensi selvästi asiakkaan muutosvastaisuutta verrattuna silloin tavanomaiseen, konfrontoivaan hoitoon. Tuloksissa oli merkityksellistä yhteys työntekijän suoran ohjaamisen, asiakkaan muutosvastaisuuden ja hoitotulosten välillä. Konfrontointi lisäsi asiakkaan muutosvastaisuutta ennustaen johdonmukaisesti huonoja hoitotuloksia: mitä enemmän työntekijä painosti asiakasta muuttumaan, sitä enemmän asiakas vuoden kuluttua joi (Miller ja muut, 1993). Siksi MH:ssa painotetaan erityisesti, että työntekijän tulee välttää tilannetta, jossa asiakas joutuisi tarpeettomasti puolustelemaan ongelmakäytöstään reagoimalla kielteisesti työntekijän kysymyksiin, ohjeisiin ja neuvoihin. Tulos oli niin selvä, että yksittäisistä päihdehoitotutkimuksista se lienee vahvimmin vaikuttanut siihen, että konfrontoivan hoitotavan rinnalle alettiin etsiä muita vaihtoehtoja.

Kiinnostavan lisän tähän tuo Moyersin, Millerin ja Hendricksonin (2005) tutkimus, jonka mukaan työntekijän MH:n vastainen käyttäytyminen, kuten neuvominen ilman lupaa, lisäsi positiivisen hoitosuhteen, kuten empatian, tasavertaisuuden, aitouden ja hyväksynnän myönteistä vaikutusta asiakkaan hoitoon osallistumiseen. He arvelivat yllättävän tuloksen johtuvan siitä, että MH:n hengen mukaisessa, avoimuuteen ja vilpittömyyteen pohjautuvassa hoitosuhteessa työntekijällä on enemmän liikkumavaraa suhteessa asiakkaaseen, niin että asiakkaat kokevat työntekijän auttamisen positiivisena. Sen sijaan huonossa hoitosuhteessa asiakas saattaa tulkita työntekijän vastaavan käyttäytymisen negatiivisena viestinä, jossa asiakas kokee muutoksen hyväksytyksi tulemisen ehtona. Tämä tulos antaa osviittaa siitä, miksi hyvä hoitosuhde saattaa olla niin ratkaiseva hoidon tuloksellisuuden kannalta. (Miller ja muut, 1993; Moyers, Martin ja muut, 2005).



Hoitosuhdetta kuvaavia MH:n yleispiirteitä arvioidaan vain muutamilla työntekijän ja asiakkaan suhtautumista kuvaavilla Likert-asteikoilla, joiden objektiivisessa ja luotettavassa arvioinnissa on haasteita (Moyers, Martin ja muut, 2005). Hedelmällisempää onkin tutkia tarkemmin puheen tasolla, minkälaisia yhteyksiä työntekijän ja asiakkaan välisessä vuorovaikutuksessa syntyy.

Moyersin ja Martinin tutkimus (2006) oli ensimmäinen, jossa tarkasteltiin työntekijän ja asiakkaan puheenvuorojen perättäisyyttä sen selvittämiseksi, missä määrin työntekijän MH:n mukainen ja sen vastainen puhe vaikuttavat asiakkaan positiiviseen ja negatiiviseen muutosasenteeseen hoidon aikana. Seuratessaan seikkaperäisesti 38 työntekijän ja asiakkaan välisten puheenvuorojen todennäköisimpiä siirtymiä he löysivät vahvan yhteyden työntekijän MH:n vastaisen käyttäytymisen (kuten neuvominen ilman lupaa, konfrontointi, ohjaaminen ja varoittaminen) ja asiakkaan muutosvastaisen puheen välillä sekä vahvan yhteyden työntekijän MH:n mukaisen käyttäytymisen (kuten vahvistaminen, autonomian tukeminen, luvan kysyminen ja tuen antaminen) ja asiakkaan muutospuheen välillä. Tutkijat esittivät tulostensa pohjalta suosituksia asiakkaan muutospuheen lisäämiseksi: työntekijän tulisi tukea asiakkaan pyrkimyksiä, autonomiaa ja valinnanmahdollisuuksia ja välttää käyttäytymistä, joka ohittaa asiakkaan oman motivaation ja autonomian, jotta asiakkaan muutosvastaisuus ei lisäänty.

Glynn ja Moyers (2010) halusivat selvittää, missä määrin työntekijä todella vaikuttaa asiakkaan muutospuheeseen. He manipuloivat muutospuheen esiintymistä tutkimusasetelmassa, jossa työntekijän tehtävänä oli vaihtaa kahden terapeutin keskustelutyylin välillä saadessaan niistä vihjeen keskustelun aikana. Niistä toisessa työntekijä käytti MH:a eli herätteli ja vahvisti asiakkaan muutospuhetta ja toisessa hän kyseli asiakkaan alkoholinkäytöstä ja sen mahdollisista tulevaisuuden haitoista. Kohteena oli 47 keskustelua, jossa työntekijä vaihtoi tyyliä 12 minuutin välein. Tulokset osoittivat, että yliopistonuoret puhuivat enemmän alkoholinkäyttönsä muuttamisesta silloin, kun työntekijä tarkoituksellisesti sitä herätteli ja vahvisti. Työntekijän muutospuheen

tunnistamistaidoilla oli myös merkitystä, sillä asiakkaiden keskimääräinen muutospuhe vaihteli eri työntekijöillä 49 prosentista ja 73 prosenttiin. Tutkijoiden mukaan ristiriitaisen asiakkaan puhuessa muutoksen puolesta ja sitä vastaan, työntekijä voi hyvinkin ratkaisevasti vaikuttaa asiakkaan muutokseen kiinnittämällä riittävästi huomiota tämän puheeseen.

Apodacan ja muiden (2016) tutkimuksessa arvioitiin niin ikään sitä, missä määrin työntekijän MH:n perustaidot vaikuttivat asiakkaan muutospuheeseen ja muutosvastaiseen puheeseen tai muuhun aiheeseen. He tutkivat 92 yliopistop opiskelijan ja heidän kahdeksan työntekijänsä välisiä alkoholi-interventioita ja huomasivat, että muutospuhe oli todennäköisempää, jos työntekijä esitti vahvistavan kommentin, avoimen kysymyksen tai esitti yksinkertaisen tai monimuotoisen reflektion. Sen sijaan muutospuhe oli epätodennäköisempää, jos työntekijä esitti suljetun kysymyksen tai välitti tietoa. Toisaalta myös asiakkaan muutosvastainen puhe seurasi usein työntekijän avointa kysymystä, yksinkertaista tai monimuotoista reflektioita ja oli epätodennäköisempää, jos työntekijä esitti vahvistavan ilmaisun, välitti tietoa tai esitti suljetun kysymyksen. MH:n perustaidot eivät kaiken kaikkiaan tuottaneet muutospuhetta tai vähentäneet muutosvastaista puhetta. Ainoastaan asiakasta vahvistavat ilmaisut tuottivat muutospuhetta ja vähensivät muutosvastaista puhetta. Onkin selvää, että perustaidot eivät sellaisenaan lisää asiakkaan muutosmotivaatiota. Olennaista keskustelun edetessä on se, että työntekijä tavoitteellisesti ohjaa keskustelun sisältöä perustaitojen avulla tulevaan käyttäytymisen muutokseen.

Feldstein Ewingin, Filbeyn, Sabbinenin, Chandlerin ja Hutchisonin (2011) tutkimukset saattavat selittää jotain muutospuheen mekaniikasta. He pyrkivät selvittämään päihdeongelmaisen hoidon aikaisen muutospuheen ja sen jälkeisen päihdeiden käytön vähenemisen välistä yhteyttä tarkkailemalla aivojen aktivaatioalueita toiminnallisella magneettikuvauksella. Oletuksena oli, että MH:n aikainen muutospuhe muuttaisi asiakkaiden neurokognitiivista reagoitua alkoholin käyttöön liittyviin tilanneviihjeisiin. Tuloksena oli, että muutosvastainen

puhe yhdistettynä alkoholin tilannevihjeisiin lisäsi asiakkaiden aivojen aktiivitasoa alueilla, jotka palkitsevat juomista. Sen sijaan muutospuhe yhdistettynä alkoholin tilannevihjeisiin ei lisännyt aivojen toimintaa millään keskeisistä palkitsemista koskevista aktivointialueista. Vaikka tutkimusotos oli pieni, vain 10 osallistujaa, tuloksia voidaan pitää alustavana näyttönä siitä, miten muutospuhe voi aivan konkreettisesti vähentää addiktiivisiin tilannevihjeisiin reagoimista - ja sitä kautta vähentää myös päihteiden käyttöä. Sama tutkimusryhmä Feldstein Ewingin ja muiden (2016) uusimmassa tutkimuksessa tarkasteltiin niin ikään terapeutin kuuntelevan, monimuotoisten reflektioiden välittämän puheen ja ohjaavan, suljettujen kysymysten välittämän puheen yhteyttä päihdenuorten aivovasteisiin toiminnallisen magneettikuvauksen aikana ja myöhemmin käyttäytymisen muutoksena. Kiinnostavaa oli, että lopulta suljetut kysymykset olivat yhteydessä nuorten päihteiden käytön muutokseen. Tutkijat arvelivat, että odottamaton tulos voi johtua tutkittavien nuoresta iästä tai suljettujen kysymysten sisällöstä. Saattaa olla, että esitetyt kysymykset ovat ohjanneet asiakasta omaehtoiseen muutoksen pohtimiseen ja näin ollen ohjaava tyyli ei ole ollut niin haitallinen kuin yleensä on luultu (ks. Moyers, Martin ja muut, 2005). On myös muuta näyttöä siitä, että direktiivinen tyyli voi sopia paremmin osalle asiakkaista, jotka kaipaavat terapeutilta suoria neuvoja ja ohjausta (Ashton, 2006). Asiakkaan muutoksen kannalta näyttää olevan olennaisinta saada hoidossa yhteys asiakkaan itsehavainnointiin, joko asiakkaan oman muutospuheen (Houck, Moyers ja Teschen, 2013), työntekijän reflektioiden tai suorien kysymysten (Feldstein Ewing ja muut, 2016) ja ohjeiden kautta.

### **Motivoivan haastattelun keskeisten vuorovaikutuspiirteiden yhteys asiakkaan päihteiden käytön vähentämiseen**

Tutkimuksissa, joissa on arvioitu työntekijän vuorovaikutustyylin ja perustaitojen yhteyttä asiakkaan päihteiden vähentämiseen, on saatu vaihtelevia tuloksia (kuvio 1,

yhteys 3a). McCambridgen, Dayn, Thomasin ja Strangin (2011) tutkimuksessa työntekijän omaksuma MH:n henki sekä taitava monimuotoisten reflektioiden käyttö vaikuttivat itsenäisesti nuorten kannabiksen käytön lopettamiseen kolmen kuukauden seurannassa. MH ei kuitenkaan aina ole tuottanut oletettuja tuloksia (Smedslund ja muut, 2011). Esimerkiksi Feldsteinin ja Forchimesin (2007) tutkimuksessa haastattelijan empatiataso ei vaikuttanut merkittävästi opiskelijoiden alkoholinkäyttöön kahden kuukauden seurannassa. Sama tutkimus kuitenkin osoitti, että osallistujien alkoholihaitat ja runsas kertajuominen vähenivät intervention seurauksena. Tollisonin ja muiden (2008) tutkimuksessa taas MH:n kuuluvien yksinkertaisten reflektioiden yksipuolinen käyttö johti opiskelijoiden alkoholinkäytön lisääntymiseen kolme kuukautta keskustelun jälkeen. Työntekijän monipuolisten reflektioiden käyttö kuitenkin vaimensi tätä negatiivista hoitotulosta.

MH:a koskeissa tutkimuksissa onkin usein jäänyt epäselväksi, mitkä sen osatekijöistä kaiken kaikkiaan ovat ratkaisevia muutoksen kannalta. Tutkijoiden huomio on siksi suuntautunut etenkin viime vuosina hyvin kattaviin ja yksityiskohtaisiin prosessitutkimuksiin, joissa arvioidaan paitsi työntekijän myös asiakkaan puheen yhteyttä sen jälkeiseen päihteiden käyttöön. Näin pyritään myös selvittämään, mitkä tekijät selittävät hoitotulosten vaihtelua ja auttavat ymmärtämään MH:n aktiivisia aineisosa.

Paul Amrhein ja muiden (2003) tutkimus oli ensimmäinen, joka toi esille asiakkaan muutospuheen merkityksen hoidon onnistumisen kannalta. Tutkimuksen keskeisin löydös oli, että asiakkaan muutosta valmisteleva puhe eli syyt, halu, kyky ja tarve muutokseen ennakoivat sitä seuraavaa sitoutumispuhetta eli muutoksen aikomista ja suunnittelua. Sitoutumispuheen voimistuminen keskustelun loppupuolella taas ennakoi tulevaa päihteiden käytön lopettamista. Hodginsin, Chingin ja McEwen (2009) ongelmapelaajia ja Daepenin, Bertholetin, Gmelin ja Gaumen (2007) ongelmajoujia koskevat tutkimustulokset ovat myös vahvistaneet hoidon aikaisen sitoutumispuheen ja myönteisen hoitotuloksen välistä yhteyttä.

Muut tutkijat ovat tarkastelleet muutospuheen eri osa-alueiden yhteyttä päihdehoidon tuloksiin. Esimerkiksi Gaume, Gmel & Daepfen (2008a) tarkastelivat seikkaperäisesti potilaiden muutospuhetta lyhyen motivoivan intervention aikana ja sen yhteyttä potilaan myöhempään alkoholinkäyttöön. Asiakkaan positiivinen kykypuhe keskustelun aikana oli yhteydessä hänen alkoholinkäyttönsä vähenemiseen vuoden seurannassa. Muu asiakkaan muutospuhe tai työntekijän käyttäytyminen ei sen sijaan ennustanut hoitotulosta.

Moyersin ja muiden (2007) tutkimuksessa arvioitiin asiakkaan keskimääräisen muutospuheen yhteyttä päihdeiden vähentämiseen. Tutkimuksessa tarkasteltiin 45 ensimmäistä asiakastapaamista, jotka edustivat 12-askeleen terapiaa, kognitiivista käyttäytymisterapiaa ja MH:un pohjaavaa MET-terapiaa. Analyysin kohteena oli 15 nauhaa kustakin terapiasuuntauksesta. Osoittautui, että kaikissa hoitokontesteissa asiakkaan hoidonaikainen puhe ennusti päihdeiden käyttöä jopa 15 kuukauden päähän ensitapaamisesta. Tutkimus antoi siten alustavaa näyttöä siitä, että muutospuhe saattaa olla jossain määrin kaikissa hoidoissa esiintyvä niin sanottu yleinen tekijä.

Tutkiessaan MH:n vuorovaikutuksen ja hoitotulosten välistä prosessia Moyers Martin, Houck, Christopher, ja Tonigan (2009) löysivät niin ikään vahvistusta työntekijän MH:n mukaisen käyttäytymisen, asiakkaan muutospuheen määrän ja sitä seuraavan päihdeiden vähentämisen välillä. He tutkivat 63 MH:n ensitapaamista ja arvioivat sen yhteyttä asiakkaan päihdeiden käytön vähentämiseen viiden viikon kuluttua. Osoittautui, että mitä enemmän asiakas ilmaisi muutospuhetta, sitä vähemmän hän viiden viikon kuluttua joi. Myös työntekijän MH:n mukainen käyttäytyminen (kuten vahvistaminen, autonomian tukeminen, luvan kysyminen ja tuen antaminen) ennusti asiakkaan päihdeidenkäytön vähenemistä: mitä enemmän työntekijä oli puhunut MH:n mukaisesti, sitä vähemmän asiakas viiden viikon kuluttua joi. Tulosten tarkempi analyysi osoitti, että muutospuheen kannalta työntekijän reflektiotaito oli MH:n mukaista käyttäytymistä olennaisempaa. Kaiken kaikkiaan johdonmukainen tulos MH:n vuorovaikutustutkimuksissa näyttää olevan,

että se asiakkaan käyttäytyminen, mihin työntekijä huomionsa keskustelussa suuntaa, lisääntyy hoidossa ja sen jälkeen. Siksi työntekijän reflektiotaito saattaa olla paljon ratkaisevammassa roolissa asiakkaan muutospuheen kannalta kuin aiemmin on luultu. Gaume, Bertholet, Faouzi, Gmel ja Daepfen (2010) päätyivät samankaltaisiin tuloksiin. Tutkittuaan 149 lyhytinterventiota he ensin havaitsivat, että työntekijän kaikenlainen MH:n mukainen puhe johti selvästi todennäköisimmin asiakkaan muutospuheeseen, kun taas kaikenlainen MH:n vastainen puhe johti asiakkaan muutosvastaiseen tai neutraaliin puheeseen. Kuten Moyersin ja muiden tutkimuksessa (2009) myös heidän tarkempi analyysinsä osoitti, että erityisesti reflektointi lisäsi asiakkaan muutospuhetta.

Myös Vader, Walters, Prabhu, Houck ja Field (2010) havaitsivat, että sekä muutospuhe että muutosvastaisuus olivat oleteulla tavalla yhteydessä hoidon tuloksiin. Tutkimusasetelmassa paljon alkoholia käyttävät yliopistonuoret osallistuivat yhteen motivoivaan keskusteluun joko heidän juomistaan koskevalla palautteella tai ilman. Tulokset osoittivat, että henkilökohtaisen palautteen ryhmässä työntekijän MH:n mukainen puhe vaikutti myönteisesti opiskelijoiden muutospuheeseen. Lisäksi he olivat vähemmän muutosvastaisia palautteen jälkeen verrattuna vain MH:n saaneeseen ryhmään. Palauteryhmässä opiskelijat, joilla oli enemmän muutospuhetta, vähensivät juomistaan kolmen kuukauden seurannassa enemmän kuin verrokkiryhmäläiset. Vastaavasti muutosvastaiset opiskelijat saivat huonompia hoitotuloksia. Tutkimus antaakin aihetta selvittää tarkemmin henkilökohtaisen palautteen osuutta MH:n vaikuttavuudessa verrattuna MH:n toteuttamiseen ilman palautetta.

Miller ja Rose (2009) olettivatkin, että työntekijän MH:n hengen ja perustaitojen noudattaminen liittyyvät asiakkaan myönteiseen muutosta koskevaan puheeseen ja että tämä asiakkaan positiivinen puhe muutoksesta ennakoii hyvää hoitotulosta eli päihteiden käytön vähentämistä. Magill, Gaume, Apodaca, Walthers, Mastroleo, Borsari & Longabaugh (2014) arvioivat tämän kausaalimallin todenperäisyyttä omassa meta-analyysissään. He tutkivat 16 artikkelia, joissa oli arvioitu MH:n

kausaalista vaikutusta eri addiktioiden hoidossa. Tulokset osoittivat, että työntekijän MH:n mukaiset perustaidot korreloivat asiakkaan muutospuheen kanssa, mutta eivät vähentäneet merkitsevästi asiakkaan muutosvastaista puhetta. Sen sijaan MH:n vastaiset taidot olivat yhteydessä vähäisempään muutospuheeseen sekä muutosvastaisen puheen lisääntymiseen. Tutkituissa julkaisuissa muutospuhe ei ollut yhteydessä hoidon tuloksiin, mutta muutosvastainen puhe oli yhteydessä huonompiin hoitotuloksiin. Kiinnostavaa oli, että yhdistämällä keskimääräisen muutospuheen ja muutoksen vastaisen puheen ristiriidan pohdintaa kuvaavaksi yhteismuuttujaksi, jäljellejäänyt muutospuhe oli yhteydessä päihteiden vähentämiseen. Meta-analyysi siis tuki osittain oletettua MH:n kausaalimallia.

Myös muissa tutkimuksissa on vahvistunut oletus MH:n toimintamekanismeista. Työntekijän MH:n perustaidot kaiken kaikkiaan, kuten avokysymysten, reflektoinnin, asiakkaan tukemisen ja yhteenvetojen toteutuminen, lisäävät asiakkaan muospuhetta ja vähentävät muosvastaisuutta (Apodaca, Magill, Longabaugh, Jackson & Monti, 2013; Bertholet, Faouzi, Gmel, Gaume & Daepfen, 2010; Catley ja muut, 2006; Gaume, Gmel, Faouzi & Daepfen, 2008b; Gaume ja muut, 2010; Miller ja muut, 1993; Vader ja muut, 2010). Samat tutkimukset Catleyn ja muiden (2006) tutkimusta lukuun ottamatta ovat myös osoittaneet, että työntekijän MH:n vastainen toiminta eli konfrontointi, neuvojen ja huolien ilmaiseminen ilman asiakkaan lupaa, on merkitsevästi negatiivisessa yhteydessä asiakkaan muospuheeseen (Magill ja muut, 2014).

MH:n perustaidot ovat kuitenkin olleet yhteydessä myös muosvastaiseen puheeseen (Bertholet ja muut, 2010; Catley ja muut, 2006; Vader, ym. 2010; Gaume ja muut 2008b; Gaume ja muut, 2010, 2013). Ainoastaan Moyersin ja muiden (2009) tutkimuksessa tämä yhteys oli negatiivinen. Koska MH:un kuuluu keskeisesti ambivalenssin ja sen myötä myös muosvastaisten ajatusten pohtiminen, on selvää, että myös senhetkisestä päihteiden käytöstä keskustellaan jossain määrin. Magill, Stout ja Apodaca (2013) tutkivat tarkemmin asiakkaiden ambivalenssin ja muosositoutumisen käsittelyä laitoshoidon jälkeisessä jatkohoidossa sekä

avopäihdehoidossa. He huomasivat, että heikosti motivoituneilla avohoidossa olevilla asiakkailla liiallinen keskittyminen ristiriitaan johti juomisen lisääntymiseen. Sen sijaan sitoutumisen vahvistaminen oli yhteydessä raittiuteen sekä laitoshoidon jälkeisen jatkohoidon, että avohoidon ryhmissä, sekä lisäksi juomisen vähentämiseen avohoidon asiakkailla. Edellä kuvatut, osin vaihtelevat tulokset työntekijän MH:n perustaitojen yhteydestä asiakkaan puheeseen osoittavat, että oikean tasapainon löytäminen ristiriidan käsittelyn ja toisaalta muutoksen edistämisen välillä on MH:n toteutumisen kannalta ensiarvoisen tärkeää. Korrelaatiotutkimuksilla ei toisaalta välttämättä päästä tarkastelemaan kaikkia muutospuheeseen ja hoitotulokseen vaikuttavia tekijöitä kuten, missä kohdin ristiriitapuheen tulisi kääntyä muutospuheeksi ja myöhemmin sitoutumispuheeksi.

Tulokset asiakkaan muutospuheen ja myöhemmän käyttäytymisen muutoksen välillä ovat siis olleet osin vaihtelevia, mutta pääosin samansuuntaisia. Asiakkaan hoidon aikainen muutospuhe kaiken kaikkiaan (Martin, Christopher, Houck & Moyers, 2011), sekä erityisesti kyky muuttua (Gaume, Bertholet, Faouzi, Gmel & Daepfen, 2013; Gaume ja muut 2008a; Gaume, Gmel, Faouzi & Daepfen, 2009), sitoutuminen muutokseen (Aharonovich, Amrhein, Bisaga, Nunes & Hasin, 2008; Amrhein ja muut, 2003; Bertholet ja muut, 2010), halu ja tarve (Gaume ja muut, 2013) sekä syyt muuttua (Baer ja muut, 2008; Walker, Stephens, Rowland & Roffman, 2011) ovat olleet yhteydessä myöhempään päihteiden käytön vähentämiseen. Näyttää muutosvastaisen puheen negatiivisesta yhteydestä hoitotuloksiin on myös saatu. Baerin ja muiden (2008), Campbellin, Adamsonin ja Carterin (2010) sekä Gaumen ja muiden (2013) tutkimuksissa halu, kyky ja tarve jatkaa päihteiden käyttöä olivat oletetulla tavalla yhteydessä päihteiden käytön jatkumiseen ennallaan. Magillin, Apodacan, Barnettin ja Montin (2010) tutkimuksessa muutosvastaisuus hoidossa oli negatiivisessa yhteydessä muutossuunnitelman toteuttamiseen myöhemmin hoidossa. Muutosvastainen puhe on ollut yhteydessä ongelmakäyttäytymisen ennallaan jatkumiseen myös muualla kuin päihdehoidossa. Lombardin, Buttonin ja Westran (2015)



tutkimuksessa tutkittiin asiakkaiden muutospuhetta yleistyneen ahdistushäiriön hoidossa kognitiivisessa terapiassa. Asiakkaan hoidon alun muutosvastainen puhe oli yhteydessä hoidon jälkeisiin huolestuneisuuspisteisiin.

Kaiken kaikkiaan tutkimukset siis antavat alustavaa näyttöä siitä, että työntekijän MH:n osaaminen välittyy asiakkaan muutospuheeseen (Daeppen, Bertholet & Gaume, 2010; Delwyn ja muut, 2006; Glynn & Moyers, 2010) ja asiakkaan muutospuhe tai muutosvastainen puhe ennustavat päihdehoidon tuloksia MH:n oletusten mukaisesti (Anderson, Ogles, Patterson, Lambert & Vermeersch, 2009; Apodaca ja muut, 2014; Collins, Carey & Smyth, 2005; Morgenstern ja muut, 2012; Vader ja muut, 2010). Tämä muutosta edistävän vuorovaikutuksen yhteys hoitotuloksiin on myös pysynyt, vaikka asiakkaan lähtötason motivaatio, riippuvuuden aste (Walker ja muut, 2011) ja asiakkaan hoidon alun pystyvydentunne on vakioitu (Moyers ja muut, 2009).

Kliinisen päihdetyön kannalta erityisen innostavaa edellä kuvattujen vuorovaikutustutkimusten havainnoissa on se, että ne antavat konkreettisia suuntaviivoja terapeuteille siitä, mitä hoidossa tulisi ja ei tulisi tapahtua. Työntekijä voi omalla toiminnallaan todella vaikuttaa positiivisiin hoitotuloksiin. Tutkimuksissa on kuitenkin huomattu, että muutospuheen herättely ja vahvistaminen edellyttävät työntekijältä melko kokonaisvaltaista MH:n osaamista (Daeppen ja muut, 2010; Glynn & Moyers 2010) ja erityisesti monimuotoisten reflektioiden kohdentamista asiakkaan muutospuheeseen (Daeppen ja muut, 2010; Gaume ja muut, 2010; Moyers ja muut, 2009). Pelkästään MH:n mukainen vuorovaikutus ei kuitenkaan riitä. Vaikuttaakseen optimaalisesti asiakkaan muutosmotivaatioon myös työntekijän MH:n vastaisen puheen tulee olla vähäistä (Apodaca & Longabaugh, 2009; Magill ja muut, 2016; Miller ja muut, 2004). Gaumen ja muiden (2009) tutkimuksessa MH:n vastaisen puheen välttäminen oli itse asiassa olennaisempaa hoitotulosten kannalta kuin MH:n mukaisten perustaitojen käyttö. Erityisen kiinnostavaa heidän tuloksissaan lisäksi oli, että MH:n henkeä heikosti toteuttaneet työntekijät saivat hyviä hoitotuloksia vain

korkeaa muutospystyvyyttä hoidossa osoittavien asiakkaiden ryhmässä, kun taas henkeä osaavasti toteuttaneet työntekijät saivat hyviä hoitotuloksia riippumatta asiakkaan muutospystyvyydestä. Miten työntekijä hoidossa toimii, on siis tärkeätä hoitotulosten kannalta. Samoin on se, miten hän jättää toimimatta.

# 3 VÄITÖSKIRJAN TAVOITTEET

## 3.1 Väitöstutkimuksen konteksti

Asiakkaan muutosvalmiuteen ja päihdehoidon tuloksellisuuteen vaikuttavia hoitovuorovaikutustekijöitä tunnetaan meillä vielä huonosti. Suomen Akatemian vuosina 2007–2011 rahoittamassa, professori Anja Koski-Jänneksen (2006) johtamassa ”Prosessi- ja tuloksellisuustutkimus päihdeongelmaisten motivoivista alkuhaastatteluista” -hankkeessa selvitettiin ensimmäistä kertaa suomalaisen päihdehoidon kontekstissa seikkaperäisesti MH:n toteutumista ja vaikutusta hoitotuloksiin. Tutkimus toteutettiin A-klinikka- ja yhdyskuntaseuraamustyön yksiköissä. Hankkeen keskeisenä tavoitteena oli selvittää, miten MH:a toteutetaan A-klinikka- ja yhdyskuntaseuraamustyön kahdessa ensitapaamisessa. Lisäksi tutkittiin, miten työntekijän käyttäytyminen vaikuttaa asiakkaan päihteiden käytön muutosta ja sitoutumista koskevaan puheeseen näissä tapaamisissa sekä päihteiden käyttöön puolen vuoden ja vuoden kuluttua hoidon alkamisesta. Oma osuuteni tässä projektissa koski A-klinikka-aineiston aivan ensitapaamisia ja puolen vuoden seurannan tuloksia.

## 3.2 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Käsillä oleva tutkimus pohjautuu kahdeksalta eri A-klinikalta kerättyyn aineistoon. Vuorovaikutusaineistona ovat 38 asiakkaan ja heidän päihdetyöntekijänsä ensimmäiset nauhoitetut tapaamiset, jotka ovat usein ratkaisevia asiakkaan hoitoon sitoutumisen ja myöhemmän päihteiden vähentämisen kannalta. Tutkimuksen

yleisenä tavoitteena on arvioida yksityiskohtaisesti asiakkaan ja päihdetyöntekijän motivoivia alkukeskusteluja ja niissä toteutuneen vuorovaikutuksen yhteyksiä asiakkaan myöhempään päihteiden käyttöön puolen vuoden seurannassa. Vuoden seurantatulosten käsittely jää tuonnemmaksi.

Väitöskirjan keskeiset tutkimuskysymykset ovat:

- 1) Missä määrin suomalaiset päihdetyöntekijät käyttävät motivoivan haastattelun henkeä ja perustaitoja asiakkaan ja työntekijän ensitapaamisissa A-klinikalla? (tutkimukset I–III),
- 2) Kuinka luotettavasti ja pätevästi motivoivan haastattelun noudattamista koskeva koodausmenetelmä toimii suomenkielisissä hoitokeskusteluissa? (tutkimukset I–III),
- 3) Vaikuttaako motivoivan haastattelun toteutuminen asiakkaan muutospuheeseen, hoidon jatkuvuuteen ja päihdehaittojen vähenemiseen puolen vuoden seurannassa? (tutkimus IV).

Väitöskirjani koostuu neljästä artikkelista (I–IV), joissa arvioidaan motivoivan haastattelun toteutumista sekä määrällisesti että laadullisesti. Ensimmäisessä artikkelissa (tutkimus I) tutkin MH:n vuorovaikutustyylin ja perustaitojen toteutumista hoitokeskustelussa tähän tarkoitukseen kehitetyn MITI-menetelmän (Moyers ja muut, 2010) avulla. Koska menetelmää käytetään tässä ensimmäistä kertaa Suomessa, arvioin myös sen luotettavuutta tilastollisesti (tutkimus I). Tutkimuksissa II ja III arvioin yhdessä Leena Ehrlingin kanssa laadullisesti MITI:n koodaussääntöjen toimivuutta suomalaisella aineistolla. Tarkastelemme, miten asiakkaan näkökulman kuunteleminen toteutuu motivoivan haastattelun perustaitoihin kuuluvissa kysymyksissä (tutkimus II) ja reflektioissa (tutkimus III). Näissä kahdessa laadullisessa artikkelissa kiinnitämme siis huomiota sellaisiin koodausongelmiin, jotka voivat heikentää MITI:n validiteettia eli sen kykyä tavoittaa MH:n oletettuja vaikutuksia asiakkaaseen (ks. Forsberg, Berman, Källmen, Hermansson & Helgason, 2008). Viimeisessä artikkelissa (tutkimus IV) selvitetään, missä määrin tutkimuksessa I arvioidut työntekijän motivoivan haastattelun tyyli ja

perustaidot vaikuttavat asiakkaan muutospuheeseen, hoidon jatkuvuuteen ja päihdehaittojen vähenemiseen puolen vuoden seurannassa.

Kerron tarkemmin väitöskirjani kolmen keskeisen tutkimuskysymyksen muotoutumisesta luvuissa 3.2.1–3.2.3. Kuvaan myös, miten osa tutkimuskysymyksistä tarkentui aineiston analyysin aikana. Tutkimustani koskevat hypoteesit esitän alaluvussa 3.3.

### 3.2.1 Motivoivan haastattelun hengen ja perustaitojen käyttö ensitapaamisissa – työntekijän käyttäytymisen koodaus (tutkimus I)

Tutkimuksen aluksi keskeisin kysymykseni on: toteutuuko motivoiva haastattelu A-klinikan ensitapaamisissa eli missä määrin lyhyen MH-koulutuksen saaneet suomalaiset päihdetyöntekijät käyttävät motivoivan haastattelun henkeä ja perustaitoja? Tässä tarkoituksessa arvioin työntekijöiden yleistä, motivoivan haastattelun hengen eli vuorovaikutustyylin mukaista toimintaa koko istunnossa ja tutkin heidän motivoivan haastattelun perustaitoihin liittyvää puhettaan tähän tarkoitukseen kehitetyllä MITI koodausmenetelmällä (Moyers ja muut, 2010). Vertasin koko vuorovaikutusaineistoa sekä yksittäisiä työntekijöitä koskevia koodaustuloksia kliinisiin, asiantuntijoiden laatimiin kynnsarvoihin, jotka kuvaavat motivoivan haastattelun hengen ja sen perustaitojen hallintaa. Aineistona oli 36 A-klinikka-asiakkaan ensikäyntien nauhoitukset.

Artikkeli I on ensimmäinen Suomessa toteutettu tutkimus, jossa motivoivan haastattelun toteutumista tarkastellaan MITI-koodauksella. Sen vuoksi tarkastelin tässä yhteydessä myös toista tutkimuskysymystäni eli sitä, onko suomennettu MITI (Koski–Jännes, Rakkolainen & Tolonen, 2010; ks. liite 5) riittävän luotettava mittari motivoivan haastattelun arvioimiseen.

### 3.2.2 Koodausmenetelmän toimivuus suomenkielisissä hoitokeskusteluissa - koodauksen ongelmakohtien laadullinen tarkastelu keskustelunanalyysillä (tutkimukset II ja III)

Vuorovaikutusaineiston tarkastelu toi pian esille sen, että motivoivan haastattelun keskeisimpiin perustaitoihin kuuluvia avokysymyksiä ja reflektioita käytettiin hyvin vaihtelevasti. Tämä aiheutti paikoitellen haasteita koodaukselle, sillä aina ei ollut selvää, mitä työntekijä oli puheenvuorossaan tekemässä. Etenkin kysymysten ja reflektioiden koodaus ei ollut aina niin yksiselitteistä ja johdonmukaista kuin koodauksessa oletetaan (Moyers ja muut, 2010). Työn edetessä uudeksi tutkimusaiheeksi nousi ongelmallisten koodauskohtien tarkempi laadullinen erittely samaa aineistoa keskustelunanalyysin avulla tutkineen Leena Ehrlingin kanssa.

Tutkimuksessa II tarkastelemme yhdessä koodauksella (Rakkolainen) ja keskustelunanalyysillä (Ehrling) niitä poikkeuksellisia, mutta aika ajoitin toistuvia keskustelun kohtia, joissa työntekijä MITI:n koodaussääntöjen mukaan esitti suljetun kysymyksen, mutta joihin asiakas vastasi kuin avokysymykseen tarjoten pitkän selonteon. Aineistona oli 36 nauhoitettua ja litteroitua ensitapaamista. Tarkemman analyysin kohteena oli viisi keskustelua, joissa työntekijän suljetuiksi kysymyksiksi koodatut puheenvuorot eivät johtaneet oletetulla tavalla asiakkaan lyhyeen vastaukseen. Näissä kohdin ei toteutunut MH:n oletus vuorovaikutuksen kulusta. Tavoitteenamme oli selvittää, mitä näissä keskustelukohdissa tapahtuu eli millä vuorovaikutuskeinoilla muodoltaan suljettu kysymys tuottaa saman tuloksen kuin avokysymys eli asiakkaan pitkän selonteon. Tutkimme, oliko näissä kysymyskohdissa sellaisia toistuvia vuorovaikutuksen päätteitä, jotka selventäisivät suljetun ja avoimen kysymyksen koodaussääntöä ja tutkimuksen I käyttäytymisen koodausta.

Tutkimuksessa III tarkastelimme yhdessä koodauksella (Rakkolainen) ja keskustelunanalyysillä (Ehrling) niitä keskustelun kohtia, joissa koodaajat olivat erimielisiä ilmaisen reflektioluonteesta. Näissä reflektion kaltaisissa

puheenvuoroissa oli kysymyksen, työntekijän oman tulkinnan sekä epäsuoran konfrontoinnin piirteitä. Tarkemman analyysin kohteeksi valitsimme kahdeksan tutkimuksessa I rinnakkaiskoodattua nauhaa. Tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella, mitä ongelmallisissa reflektiokohdissa tapahtuu, oliko niissä sellaisia toistuvia vuorovaikutuksen piirteitä, joiden avulla reflektion koodaussääntöjä voitaisiin täsmentää. Tutkimuksella pyrittiin siten MITI:n reliabiliteetin ja validiteetin parantamiseen ja työntekijän reflektioivien vuorojen tarkempaan tunnistamiseen MH:n koulutuksen, työnohjauksen ja jatkotutkimusten tueksi.

### 3.2.3 Motivoivan haastattelun yhteys asiakkaan muutospuheeseen, hoidon jatkuvuuteen ja päihdehaittojen vähenemiseen puolen vuoden seurannassa (tutkimus IV)

Väitöskirjan keskeinen tutkimuskysymys MH:n noudattamisen lisäksi koski sen välittämiä ja myöhempiä vaikutuksia. Tehtävä jakautui kahteen osakysymykseen: 1) Lisääkö motivoivan haastattelun noudattaminen asiakkaan hoidon aikaista muutospuheena ilmenevää muutosmotivaatiota ja 2) parantaako motivoivan haastattelun toteutuminen (työntekijän MH:n mukainen käyttäytyminen ja asiakkaan muutospuhe) asiakkaan hoitoon sitoutumista ja päihdehaittojen vähenemistä puolen vuoden seurannassa? Tutkimus perustui 38 asiakkaan kysymyslomakkeilla koottuihin tausta- ja seurantatietoihin sekä heidän 36 ensikäyntiensä tekstimuotoon purettuihin keskustelujen nauhoituksiin. Asiakkaan päihdehaittojen vähenemistä koskeva muutos- ja sitoutumispuhe koodattiin siihen tarkoitukseen kehitetyn Sitoutumispuheen koodausmenetelmän avulla (Amrhein, 2007; katso liite 6).

Aineiston analyysi nosti esiin myös tarkentavia tutkimuskysymyksiä. Aiemmin on hyvin vähän tutkittu, miten muutospuheen lisäksi asiakkaan alkumotivaatio ja taustatekijät vaikuttavat työntekijän asenteeseen ja käyttäytymiseen asiakasta



kohtaan (Gaume ja muut, 2008b, s. 1794). Asiakkaan yleinen itseohjautuva motivaatio sekä erityisesti päihteisiin liittyvä itseohjautuva motivaatio saattavat vaikuttaa hoidon toteutumiseen ja tuloksiin (Guay, Mageau & Vallerand, 2003). Nelli Hankosen (2011) väitöskirja osoitti, että asiakkaan taustatekijät, kuten sukupuoli, sosioekonominen asema ja persoonallisuus vaikuttavat elämäntapamuutoksen toteutumiseen. Ne välittyvät muun muassa toiminnan suunnitteluun ja muutospystyvyyteen sekä muutosta koskevaan sosiaaliseen tukeen. Myös muut ovat havainneet sosioekonomisen aseman lieventävän muutosaikomuksen vaikutusta terveyskäyttäytymiseen (Connet ja muut, 2013). Koska tutkimuksessani ilmeni huomattavaa vaihtelua MH:n toteutumisessa, halusin tarkastella myös asiakkaan taustatekijöiden ja oman muutosmotivaation mahdollista vaikutusta hoidon toteutumiseen ja päihdehaittojen muutokseen. Lopuksi pyrin muodostamaan kokonaismallia niistä tekijöistä, jotka parhaiten selittävät asiakkaiden päihdehaittojen vähenemistä puolen vuoden seurannassa. (ks. Guay, Mageau, & Vallerand, 2003, 992).

### 3.3 Tutkimushypoteesit (tutkimus IV)

Tutkimusten I–III tavoitteena oli kuvata hoidon tosiasiallista toteutumista, joten niissä ei testattu mitään spesifiä hypoteesia. Sen sijaan artikkelissa IV otin lähtökohdaksi seuraavat MH:n toteutumista koskevat hypoteesit:

Hypoteesi 1: Motivoivan haastattelun perustaitojen toteutuminen korreloi positiivisesti asiakkaiden muutospuheeseen.

Hypoteesi 2: Asiakkaan muutospuhe korreloi positiivisesti hänen päihdehaittojen vähenemiseen puolen vuoden kuluttua hoidon aloittamisesta.

Hypoteesi 3: Motivoivan haastattelun toteutuminen ennustaa asiakkaiden päihdehaittojen vähenemistä puolen vuoden kuluttua hoidon aloituksesta.

Muulla saatujen tutkimustulosten pohjalta oletan siis, että MH:a hyödyntävä lähestymistapa edistää myös meillä hoitoon osallistumista (Moyers, Martin ja muut, 2005) ja että työntekijän MH-taidot ovat yhteydessä asiakkaiden muutos- ja sitoutumispuheeseen, joka puolestaan ennakoi heidän päihdehaittojen vähenemistä puolen vuoden seurannassa. Koska asiakas on päihdehaittojen muutoksessa avaintekijä (Miller & Rollnick 2013, s. 15) tarkastelen lisäksi, vaikuttavatko asiakkaan yleiset ja päihteisiin liittyvät taustatekijät MH:n toteutumiseen ja asiakkaan muutospuheeseen sekä missä määrin ne ennustavat muutospuhetta ja päihdehaittojen vähenemistä.

## 4 MENETELMÄT

### 4.1 Tutkimusluvut ja osallistujien rekrytointi

Ennen tutkimuksen alkua Helsingin kaupunki ja A-klinikkasäätiön hoito- ja tutkimuseettinen toimikunta hyväksyivät projektin tutkimussuunnitelman (Koski-Jännes, 2008) ja antoivat sille tutkimusluvan. Tutkimuksesta tiedotettiin ensin eri avohoitoyksiköiden johtajille puhelimitse ja sähköpostitse. Kerroimme tutkimuksesta eri toimipisteissä myös paikan päällä. Tutkimukseen rekrytoitiin vapaaehtoisia A-klinikoiden päihdetyöntekijöitä. Edellytyksenä osallistumiselle oli, että työntekijä oli saanut lyhyen koulutuksen motivoivan haastattelun periaatteista ja että hän kertoi käyttävänsä sitä työssään.

Ennen tutkimuksen aloitusta osallistumisesta kiinnostuneet päihdetyöntekijät saivat suullisen ja kirjallisen selvityksen tutkimuksen tavoitteista ja menetelmistä. Edellytyksenä tutkimukseen osallistumiselle oli aiempi osallistuminen motivoivan haastattelun koulutukseen ja pyrkimys menetelmän käyttöön omassa asiakastyössä. Työntekijöiden MH:n koulutusten ajankohtaa tai kestoja tai sisältöä ei kartoitettu tarkemmin, koska menetelmää koskevat koulutukset ovat tyypillisesti hyvin lyhytkestoisia, yhden tai muutaman päivän pituisia kursseja. Työntekijät saivat tutustua tutkimuslomakkeisiin ja he allekirjoittivat osallistumistaan koskevan tutkimussuostumuksen (ks. liite 1). Samassa tilaisuudessa työntekijät saivat tutkijoilta motivoivan haastattelun perusteita koskevan puolen päivän kertauskoulutuksen.

Työntekijöiden tehtävänä oli rekrytoida tutkimukseen osallistuvat asiakkaat ja kysyä heidän alustavaa osallistumissuostumustaan ennen ensimmäistä hoitokertaa. He myös keräsivät ensimmäisen tapaamisen yhteydessä asiakkaiden taustatietoja ja päihteen käyttöä koskevat taustakyselyt (ks. liite 3). Edellytyksenä asiakkaiden osallistumiselle oli täysikäisyys ja se, että heidän päihdeongelmansa kohdistui alkoholiin ja/tai huumausaineisiin. Lisäksi edellytettiin, että hoitokontaktit olivat uusia tai mahdollisesta aiemmasta hoitokontaktista oli kulunut yli 6 kuukautta. Tutkimukseen lupautuneet asiakkaat saivat hoidon alussa tutkimustiedotteen ja allekirjoittivat tutkimussuostumuksen (ks. liite 2). Asiakkaat sitoutuivat myös tutkijan yhteydenottoon puolen vuoden seurantakyselyssä koskien heidän päihteen käyttöä ja elämäntilannettaan. Osallistuminen tutkimukseen oli täysin vapaaehtoista ja asiakkaat saattoivat halutessaan keskeyttää osallistumisensa ilman, että se vaikutti heidän hoitoonsa.

Työntekijöiden toivottiin hankkivan vähintään kaksi tutkimusasiakasta, jotta heidän vuorovaikutustyyliään voisi tarkastella eri istunnoissa. Tarkkoja ehtoja osallistumiselle ei kuitenkaan asetettu.

Osanottajien rekrytointi osoittautui odotettua hitaammaksi. Tutkimusta jouduttaakseen A-klinikkasäätiö tarjosi tutkimukseen osallistuville työntekijöille 50 euron asiakaskohtaisen kertakorvauksen aineiston keruusta. Myös alun perin suunnitellusta videonauhoituksesta siirryttiin pelkkään ääninauhoitukseen, jotta mahdollinen osallistumiskynnys madaltuisi. Muutosvalmiutta kuvaavat mittarit Sokrates ja Urica jätettiin myös pois, koska työntekijät kokivat asiakkaiden taustakyselyn liian kuormittavaksi. Aineiston keruu alkoi syksyllä 2007, ja päättyi kesällä 2010. Tutkimukseen osallistui 16 terapeuttia ja heidän 38 asiakastaan kahdeksalta eri A-klinikalta.

## 4.2 Tutkimuksen osanottajat

Tutkimukseen osallistuneet 16 työntekijää olivat taustakoulutukseltaan sosiaalialan tai sairaanhoidon ammattilaisia ja usean vuoden ajan päihdehoitoon A-klinikkatyössä perehtyneitä. Heistä kaikki olivat naisia. Työntekijöiden rekrytointivaiheeseen, tutkimuksen esittelyyn ja kertauskoulutukseen osallistui myös miestyöntekijöitä, mutta jostain syystä he jäivät pois tutkimuksesta.

A-klinikat tarjoavat avohoidollista keskusteluapua päihdeongelmallisille asiakkaille. Klinikkoilla voi olla myös muita palveluja, kuten sairaanhoitajan päivystys ja päihdelääkärin vastaanotto. Useat klinikat tarjoavat myös muunlaista apua, kuten hoidollisia tai toiminnallisia ryhmiä tai akupunktiota. Useiden klinikoiden yhteydessä on myös katkaisuhuolto, jossa vieroitusoireita hoidetaan tarpeen mukaisesti lääkehoidolla. Hoito toteutetaan arvioinnin ja yksilöllisen hoitosuunnitelman mukaan.

Tutkimukseen osallistui kaiken kaikkiaan 38 alkoholi- tai huumeongelman vuoksi hoitoon hakeutunutta asiakasta. Asiakkaiden ensisijaisesti käyttämä päihde oli 29:llä alkoholi ja yhdeksällä henkilöllä huumeaineet. Asiakkaiden keskeiset taustatiedot on koottu taulukkoon 1. Heidän keski-ikänsä oli 40 vuotta, nuorin oli 19-vuotias ja vanhin 66-vuotias. Valtaosa oli miehiä ja siviilisäädyltään naimattomia. Yli puolella oli lapsia. Neljä viidestä oli käynyt kansa-, perus- tai keskikoulun, mutta valtaosalla ei ollut ammattikursseja lukuun ottamatta mitään ammattikoulutusta. Tutkimushetkellä lähes puolet osallistuneista oli työttöminä, lomautettuina, eläkkeellä tai sairauslomalla, mutta lähes yhtä suuri osa kävi ansiotyössä, toimi yrittäjänä tai opiskeli.

Taulukosta 1 nähdään myös, keitä ei tavoitettu seurantavaiheessa. Puolen vuoden seurantaan osallistui 30 asiakasta (79 %). Seurannasta putosi 4 alkoholiongelmaista ja 4 huumeongelmaista. Keski-ikältään he olivat 36-vuotiaita. Seurannasta pudonneilla oli useammin alhainen koulutustausta tai he olivat työttömiä, lomautettuja tai vailla aiempia hoitokontakteja.

**Taulukko 1.** Tutkimukseen osallistuneiden ja seurannasta pudonneiden asiakkaiden yleiset ja päihteisiin liittyvät taustatekijät

Osallistujien taustatiedot	n = 38	n	%	Seurannasta pudonneet (n = 8)
Sukupuoli	Miehiä	27	71	5
	Naisia	11	29	3
Parisuhde	Naimaton	16	42	2
	Parisuhteessa	13	34	3
	Eroamassa/eronnut	9	24	3
Lapsia	On lapsia	21	55	4
	Ei ole lapsia	17	45	4
Koulutus	Kansa-, perus-/keskikoulu	30	79	7
	Ylioppilas	8	21	1
Ammatillinen koulutus	Ei koulutusta	11	29	4
	Ammattikurssi	11	29	1
	Ammattikoulu- tai opisto	12	32	2
	Korkeakoulu	4	11	1
Työtilanne	Ansiotyössä	12	32	1
	Yrittäjänä	6	16	-
	Opiskelija	2	5	1
	Työtön/lomautettu	14	37	5
	Eläkkeellä	3	8	1
	Sairaslomalla	1	3	-
Pääpähde	Alkoholi	29	76	4
	Muut päihteet	9	24	4
Laitoshoido	Ei hoitojaksoja	19	50	4
	1–2 jaksoa	13	34	2
	3–5 jaksoa	5	13	2
	Yli 5 jaksoa	1	3	-
Avohoito	Ei hoitoja	23	61	7
	A-klinikalla/muualla	15	39	1
Päihdelääkitys	Ei ole käyttänyt	26	68	4
	On käyttänyt 3kk sisällä	12	32	4
Vertaistuki	Ei ole käynyt 3kk sisällä	35	92	8
	Käynyt tukiryhmässä	3	8	-

Asiakkaat hakeutuivat päihdehoitoon pääsääntöisesti oma-aloitteisesti. Kahdeksan tuli hoitoon ohjattuna: kolme työpaikan ja neljä sosiaali- tai terveysviranomaisen ohjaamana, yksi lähiomaisen neuvosta. Ensitapaamisilla 16 henkilöä kertoi työntekijälle mielenterveysongelmistaan, kuten masennuksesta, paniikkihäiriöstä ja kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä. A-klinikan perustyössä asiakkaiden mielenterveyshäiriöitä ei kartoiteta systemaattisesti, joten sitä ei tehty tässä tutkimuksessakaan. Virallisia diagnooseja eri mielenterveysongelmista ei ollut käytettävissä, eikä niitä siten voitu huomioida tuloksissa.

## 4.3 Tutkimusaineistot

### 4.3.1 Tausta- ja seurantakyselyt

Ensimmäisten keskustelujen yhteydessä työntekijä keräsi asiakkaan itse tai yhdessä työntekijän kanssa täyttämän esitietolomakkeen (liite 3), jossa kysyttiin asiakkaan demografisia taustatietoja. Kysely sisälsi päihteiden käyttöä mittaavat AUDIT- (Alcohol Use Disorder Identification Test; Babor, Higgins–Biddle, Saunders & Monteiro, 2001) ja SDS-testit (Severity of Dependence Scale; Gossop ja muut, 1995; Gossop, Best, Marsden & Strang, 1997) sekä Päihdelinkin juomatapatestiin liittyvät alkoholin haittojen kartoittavat kysymykset (Päihdelinkin juomatapatesti; ks. Rehm, Frick & Bondy, 1999). Lisäksi kartoitettiin asiakkaan päihteiden käyttöhistoriaa sekä alkumotivaatiota eli päihteiden vähentämistavoitetta (0–100 %) sekä varmuutta muutoksen onnistumisesta eli muutospystyvyyttä (0–100%). Alkuperäisessä tutkimusasetelmassa oli mukana myös Sokrates-lomake, mutta se jätettiin pois tutkimuksesta työntekijöiden kokiessa, että tutkimuslomakkeita oli liikaa.

Puolen vuoden seurannassa käytettiin samaa kyselypohjaa kuin esitietolomakkeessa (liite 4). Asiakkailta kysyttiin heidän kuluneen puolen vuoden

aikaisesta päihteiden käytöstään AUDIT-, SDS- ja juomatapatestien päihdehaittakysymysten pohjalta. Lisäksi kartoitettiin heidän senhetkistä elämäntilannettaan ja mahdollisia muutoksia kuluneen puolen vuoden ajalta. Tein itse seurantakyselyt pääsääntöisesti puhelimitse. Yhden tutkimusasiakkaan kysely toteutui tapaamisen aikana tehtynä haastatteluna. Jos tutkimusasiakkaita ei tavoitettu, soitin heidän nimeämälleen yhteyshenkilölle. Asiakkaita lähestyttiin tarvittaessa myös kirjeitse ja sähköpostitse.

### 4.3.2 Vuorovaikutusaineisto

Vuorovaikutusaineisto koostui tutkimuksen osanottajien kahdesta ensimmäisestä ääni- tai kuvataallennetusta päihdeistunnosta, joista tarkemman analyysin kohteeksi valittiin ensimmäiset istunnot. Koko aineistosta ( $n = 38$ ) kahden asiakkaan ensimmäinen päihdekeskustelu ei ollut koodattavissa. Yhdeltä asiakkaalta puuttui ensimmäinen nauhoitus, jonka jälkeen hän jäi pois hoidosta. Toisen asiakkaan molemmat nauhat käsittelivät vain tutkimuksen taustatietoa ja sitä koskevaa palautetta. Vuorovaikutusaineistoksi jäi siten 36 istuntoa. Neljältä asiakkaalta koodattiin vasta toinen tapaaminen sen vuoksi, että ensimmäinen kului tutkimuksen taustatietolomakkeen parissa.

Tapaamiset olivat keskimäärin noin tunnin pituisia vaihdellen 20 minuutista 73 minuuttiin. Aineisto jakautui epätasaisesti siten, että yhdellä työntekijällä oli viisi, kahdella neljä, kolmella kolme, kuudella kaksi ja neljällä yksi tutkimusasiakas. Kahdella asiakkaalla oli läheinen mukana tapaamisessa, mutta he eivät puuttuneet keskusteluun muutamia kommentteja lukuun ottamatta. Ääni- ja videonauhoitetut keskustelut litteroitiin eli purettiin tekstimuotoon. Litterointiin osallistui lisäksi projektin johtava tutkija ja kolme tehtävään palkattua opiskelijaa.



## 4.4 Aineiston arviointimenetelmät

### 4.4.1 Motivoivan haastattelun noudattamisen koodaus

Tutkin työntekijän käyttäytymistä ensitapaamisissa motivoivan haastattelun integriteettiä mittaavalla MITI-menetelmällä (Moyers ja muut 2010; ks. liite 5), jota käytin kaikissa väitöskirjani artikkeleissa. MITI koostuu kokonaisarvioista ja käyttäytymisen koodauksesta.

Kokonaisarvioissa työntekijän vuorovaikutustyyli pisteytetään koko istunnon ajalta asteikolla 1–5. Kokonaisarvio perustuu kokonaisvaikutelmaan siitä, miten hyvin työntekijä toteuttaa motivoivan haastattelun henkeä sen kolmella erikseen arvioitavalla osa-alueella, joita ovat evokaatio eli muutospuheen herättely, yhteistyö ja autonomian tukeminen. Lisäksi arvioidaan keskustelun suuntaamisen ja empatian osoittamisen taitoa.

Käyttäytymisen koodaus aloitetaan tunnistamalla työntekijän puheesta erilliset puheilmaisut eli ajatuskokonaisuudet. Käyttäytymiskoodeja on viisi: tiedon välittäminen, motivoivan haastattelun mukainen ilmaisu, motivoivan haastattelun vastainen ilmaisu, kysymys ja reflektio. Kullekin ilmaisulle annetaan vain yksi koodi. Koodaus pohjautuu sääntöihin, joiden mukaan puheilmaisu tunnistetaan. Lähtökohtana on, että koodaaja välttää puheen tulkintaa mahdollisimman johdonmukaisen ja luotettavan koodaustuloksen turvaamiseksi.

Kysymykset koodataan avoimiksi tai suljetuiksi. Avoin kysymys (AK) on ilmaisu, johon asiakas voi vastata useilla eri tavoilla. Kysymys saattaa hakea tietoa, kysyä asiakkaan näkemystä tai kehottaa häntä itsetutkiskeluun alkaen esimerkiksi sanoilla ”miten” tai ”mitä ajattelet?”. Suljettu kysymys (SK) on ilmaisu, johon asiakas voi vastata vain lyhyesti, usein ”kyllä” tai ”ei”. Suljettuja ovat myös kysymykset, joissa työntekijä tiedustelee jotain rajattua asiaa (”Kuinka paljon joit viime viikolla?”) tai pyytää valitsemaan jonkun esitetyistä vaihtoehdoista. Koska

koodauksella pyritään johdonmukaisuuteen, esimerkiksi –ko ja –kö alkuiset kysymykset koodataan ohjeen mukaan aina suljetuksi kysymykseksi.

Reflektioksi luokitellaan ilmaisu, jossa työntekijä vastaa asiakkaan puheeseen heijastamalla sitä toteamuksen muodossa. Reflektio saattaa sisältää uutta merkitystä tai materiaalia, mutta se olennaisella tavalla vangitsee ja palauttaa asiakkaalle jotain, mitä hän on juuri edellä sanonut. Reflektioista arvioidaan, ovatko ne yksinkertaisia vai monimuotoisia. Yksinkertainen reflektio (YR) ei lisää mitään asiakkaan puheeseen, vaan toistaa sanasta sanaan tai vähän toisin sanoin asiakkaan ilmaisun, osoittaen ymmärrystä ja kutsuen asiakasta jatkamaan puheenvuoroaan. Monimuotoisessa reflektiossa (MR) työntekijä pyrkii selventämään ja syventämään asiakkaan puheen merkityksiä poimien siitä esimerkiksi tunteita ja vaikeasti ilmaistavia kokemuksia. Valitsemalla asiakkaan puheenvuorosta jotain erityistä hän voi korostaa sen merkitystä tai viedä keskustelua siihen suuntaan. Hän voi myös tehdä refleктоivan yhteenvedon asiakkaan aiemmasta puheesta. Jos koodaaja ei ole varma, onko reflektio yksinkertainen vai monimuotoinen, koodataan ilmaisu yksinkertaiseksi reflektioksi. Reflektioiden laatua (empatiaa, keskustelun suuntaamista, MH:n henkeä) ei käyttäytymisen koodauksessa huomioda paitsi jos reflektion sisältö on avoimesti negatiivinen asiakasta kohtaan. Tällöin se koodataan MH:n vastaiseksi ilmaisuksi (MHV). Yleisemmin reflektoinnin laatu otetaan huomioon ainoastaan keskustelun kokonaisarvioissa. (Moyers ja muut, 2010.)

Motivoivan haastattelun mukaisia ilmaisuja (MHM) ovat vahvistaminen ja asiakkaan tukeminen, asiakkaan päätösvallan painottaminen ja luvan kysyminen. MH:n mukaisessa luvan kysymisessä työntekijä pyytää joko suoraan tai epäsuorasti asiakkaan suostumusta neuvomiseen, tiedon tai huolen esittämiseen tai tietoa ja neuvoja annetaan asiakkaan pyytäessä. Muussa tapauksessa neuvominen, tiedon tai huolen esittäminen ovat MH:n vastaisia ilmaisuja (MHV). Näihin kuuluu myös konfrontointi ja suora ohjaaminen käskyjen ja määräysten muodossa.

Tiedon antamista ovat ilmaisut, joissa työntekijä välittää asiakkaalle yleistä tai hoitoa koskevaa tietoa, antaa palautetta (esimerkiksi juomatapatestistä), opettaa

(esimerkiksi alkoholinkäytön terveysvaikutuksista) tai kertoo henkilökohtaisen mielipiteensä johonkin asiaan.

Koodauksen tarkoituksena on saada kokonaiskuva siitä, missä määrin työntekijä käyttää MH:n perustaitoja: avokysymyksillä annetaan asiakkaalle tilaa vastata omin sanoin, reflektioilla lisätään, vahvistetaan ja suunnataan asiakkaan puhetta ja osoitetaan ymmärrystä asiakkaan näkökulmaa ja puheen merkityksiä kohteen sekä tuodaan siihen uutta näkökulmaa. Motivoivan haastattelun mukaisten ja vastaisten ilmausten avulla tutkitaan, miten johdonmukaisesti työntekijä käyttää MH:lle ominaisia ilmaisuja ja välttää sille vastakkaisia.

MITI:ssä (Moyers ja muut, 2010) kunkin työntekijän käyttäytymistä koodataan satunnaisesti arpomalla valitun 20 minuutin jaksolta, jonka aloituskohta oli keskustelun alusta, keskeltä tai lopusta. Jos valittu koodauskohta sisälsi tutkimuslomakkeen täyttööä, palautteenantoa, uuden ajan sopimista tai muuta selvästi tavanomaisesta hoitovuorovaikutuksesta poikkeavaa, siirsin koodauskohtaa aikaisemmaksi tai myöhemmäksi. Näin varmistin, että koodaus koski tarkoituksenmukaisella tavalla keskustelun sisältöä.

Kun jokainen koodattavan jakson ilmaisu oli saanut oman käyttäytymiskoodinsa, laskin kunkin koodiluokan frekvenssit. Näistä summamuuttujista laskin MH:n perustaitoja kuvaavat viisi suhdelukua, jotka on esitetty taulukossa 2. Nämä käyttäytymisindikaattorit osoittavat, kuinka paljon työntekijä käytti MH:n perustaitoja arviointijakson aikana. Vertasin tuloksia taulukon 2 mukaisiin asiantuntijoiden laatimiin motivoivan haastattelun harjoittelija- ja osaaajatason kynnysarvoihin, jotka kuvastavat menetelmän riittävää ja taidokasta noudattamista. Kunkin osa-alueen tulisi toteutua vähintään harjoittelijatasolla (beginning proficiency), jotta kyseinen MH:n taito olisi riittävässä hallinnassa. Vastaava osaaajatason (competency) kynnysarvon toteutuminen tarkoittaa kyseisen osa-alueen taitavaa hallintaa. (Moyers ja muut, 2010.)

**Taulukko 2.** MH:n harjoittelija- ja osaajatason käyttäytymisindikaattorit ja kynnsarvot (Moyers ja muut, 2010).

MH:n koodaustulosten summamuuttajat ja kynnsarvot	Harjoittelijan taso	Osaajan taso
Kokonaisarvio (MH:n henki: evokaation, autonomian tukemisen ja yhteistyön keskiarvo)	≥ 3.5*	≥ 4*
Reflektioiden suhde kysymyksiin (R:K)	1	2
Monimuotoisten reflektioiden osuus kaikista reflektioista (MR %)	40 %	50 %
Avointen kysymysten osuus kaikista kysymyksistä (AK %)	50 %	70 %
MH:n mukaisten ilmaisujen osuus motivoivan haastattelun mukaisista ja vastaisista ilmaisuista (MHM %)	90 %	100 %

MITI = Motivational interviewing treatment integrity; \*Arviointi asteikolla 1–5.

MITI:n käyttö edellyttää riittävää koodausmenetelmään perehtymistä ja koulutusta. Kliinisen kokemuksen, kuten terapeuttina toimimisen ei ole osoitettu nopeuttavan sen oppimista. Suositeltavaa on vähintään 40 tunnin harjoittelu riittävän reliabiliteetin saavuttamiseksi ennen menetelmän varsinaista käyttöä. (Emt. 2010, s. 27.)

Perehdyin motivoivan haastattelun ensimmäiseen tutkimusmenetelmään MISC:iin ensi kerran tehdessäni pro gradu -työtäni (Rakkolainen, 2004). Olin myös mukana suomentamassa MITI käsikirjaa (Koski-Jännes ja muut, 2010) ja samalla sen keskeiset periaatteet tulivat tutuiksi. Osallistuin lisäksi Theresa Moyersin MITI-menetelmäkurssille ja harjoittelin sen käyttöä projektimme yhteisissä koodausharjoituksissa. Järjestimme yhdessä Tampereen yliopiston sosiaalipsykologian opiskelijoille koodauskurssin, joka koostui luennoista sekä yhteisistä koodausharjoituksista (n. 40 tuntia). Arvioimme oppimista useiden tasotestien avulla (ks. Moyers ja muut, 2010, s. 27). Koodasin itse kaikki 36 nauhaa. Rinnakkaiskoodaus tehtiin neljäosasta nauhoja (n = 9). Toinen rinnakkaiskoodaaja koodasi viisi ja toinen kolme nauhaa, jotka olin itse koodannut.

Rinnakkaiskoodaajat koodasivat myös keskenään yhden nauhan. Myös rinnakkaiskoodaajat olivat saaneet riittävän koulutuksen.

MITI on psykometrinen mittari, jonka avulla arvioidaan puhetta ja puheen heijastamaa kulttuurista käyttäytymistä, joten ilman reliabiliteetin tarkastelua sitä ei tule siirtää uuteen kieleen ja kulttuuriin. Tutkimuksessa I käytin suomentamaamme MITI 3.1.1:ä ensimmäistä kertaa ja arvioin samassa menetelmän reliabiliteettia suomen kielessä ja sen käytettävyyttä jatkossa. MITI-koodausta käytettiin kaikissa väitöskirjan artikkeleissa I–IV, keskeisimmin artikkeleissa I ja IV.

#### 4.4.2 Asiakkaan muutos- ja sitoutumispuheen koodaus

Tutkin asiakkaan puhetta Paul Amrhein (2007) sitoutumispuheen koodausmenetelmällä (ks. liite 6). Analyysi tehdään siinä koko istunnosta, mutta koodaus kohdistuu vain päihteiden käyttöön tai sen muutokseen liittyvään puheeseen (Amrhein ja muut, 2003). Muutospuhe (change talk) koostuu positiivisesta muutoksen suuntaisesta puheesta ja muutosvastainen puhe (sustain talk) koostuu vastaavasti muutoksen suhteen negatiivisesta, halua, kykyä, tarvetta, syitä, valmiutta tai sitoutumista koskevista ilmaisuista. Esimerkiksi ”Haluan lopettaa arkiviikolla juomisen” saa koodin H+, kun taas ”En halua luopua viikonloppuna juomisesta” saa koodin H-. Muutos- ja ennallaan jatkamispuheesta koodataan lisäksi sen voimakkuus +5 ja -5 välillä. Esimerkiksi ”ehkä pystyisin muuttumaan” kuvastaa heikkoa muutoskykyä (+K1), kun taas ”olen varma että pystyn muuttumaan” kuvastaa hyvin vahvaa pystyvyyden tunnetta (+K5). Ristiriitainen puhe, jossa asiakas kumoaa samassa lauseessa oman muutospuheensa ylläpitopuheella ”Tarkoitan, että haluan ja en halua (lopettaa)” koodataan nollapuheeksi (0) samoin kuin muutkin suunnaltaan epäselvät ilmaisut.

Koodauksen lopuksi laskin yhteen asiakkaan istunnon aikaiset muutospuheilmaisut (syy, halu, kyky, tarve, sitoutuminen – valmiuspuhetta ei keskusteluissa lainkaan ilmennyt). Muutospuheen osuuden (%) laskin jakamalla

asiakkaan muutoksen suuntaisten ilmaisujen summan muutospuheen ja ennallaan jatkamispuheen summalla, joka kerrotaan sadalla.

Sitoutumispuheen koodausmanuaalin kehittänyt Paul Amrhein vieraili Tampereen yliopistolla ja projektimme tutkijat perehtyivät hänen ohjauksessaan menetelmään englanniksi kääntämiemme A-klinikan aineistonäytteiden avulla. Paul Amrhein myös laski reliabiliteetin tekemistämme rinnakkaiskoodauksista ja hänen mukaansa vastaavuutemme koodausluokkien samanmielisyydessä oli riittävän hyväksi. Teimme projektin aikana lisäksi useita yhteisiä koodausharjoituksia samaa analyysimenetelmää väitöskirjassaan käyttävän Kari Tolosen kanssa ja näin johdonmukaistimme koodausanalyseja. Ilmausten luokittelu ja etenkin puheen vahvuuden arviointi osoittautui haastavaksi, kuten muutkin tutkijat ovat huomanneet (Moyers ja muut, 2009).

Muokkasin sitoutumispuheen vahvuutta kuvaavan listan vastaamaan suomenkieltä. Tutkimusryhmämme viisi jäsentä laittoivat kukin erikseen sitoutumista kuvaavat sanat järjestykseen vahvimasta heikoimpaan. Tein yhteenvedon siitä, mihin vahvuuteen kukin sana keskimäärin kuului. Käytännössä sitoutumispuheen vahvuuden tunnistamisessa ei tullut suuria eroja. Myös koodatessa erot vahvuuksissa eivät olleet suuria, yleensä yhden yksikön luokkaa. Olimme myös samaa mieltä siitä, milloin asiakkaan puhe oli muutospuhetta ja milloin päihteiden käytön jatkamista puoltavaa puhetta. Käsillä olevan tutkimuksen kannalta tämä on keskeinen seikka, sillä tutkimuksessa IV tarkastelin asiakkaan keskimääräistä muutospuhetta ja yhdistin eri muutospuheluokat keskenään, kuten Moyersin ja muiden (2007, 2009) sekä Magillin ja muiden (2014) tutkimuksissa.

#### 4.4.3 Keskustelunanalyysi

Artikkeleissa 2 ja 3 keskusteluja tutkittiin myös laadullisesti keskustelunanalyysillä. Keskustelunanalyysi (KA) on tähän tarkoitukseen sopiva vuorovaikutuksen tutkimusmenetelmä, jossa havainnoidaan arkipäiväisissä keskustelutilanteissa tai

institutionaalisessa tilanteessa tapahtuvaa vuorovaikutusta, sen jäsentymistä ja säännönmukaisuuksia (Ruusuvuori, 2010). Keskustelunanalyysi lähtee siitä, että kaikki puhe, ääneen puhuttu ja sanaton viestintä, on sosiaalisesti järjestynyttä toimintaa. Kiinnostuksen kohteena ovat keskustelun toistuvat piirteet ja vuorovaikutusprosessi, joista ilmenee millä puheen keinoilla osallistujat ohjaavat ja mahdollistavat toistensa toimintaa (Drew & Heritage, 1992). Toisin kuin alun perin Balesin (1951) tutkimuksista juontuvassa koodauksessa keskustelunanalyysissä tutkitaan puheenvuorojen liittymistä toisiinsa, ei niinkään yksittäisiä ja erillisiä puheilmaisuja (Peräkylä, 2004). Perusajatus KA:ssa on, että puheenvuorojen keskinäinen suhde näyttää, minkälaisesta sosiaalisesta toiminnosta on kyse, sekä millä keinoilla keskinäistä ymmärrystä eli intersubjektiivisuutta rakennetaan (Peräkylä, 2009). KA:ssa havainnoidaan keskustelun rakentumista vuoro vuorolta etenevänä puhujien välisenä yhteistoimintana, jossa kummankin osapuolen puheenvuorot ja keskustelukonteksti ovat tärkeitä (Sacks, Schegloff & Jefferson, 1974). Menetelmällä voidaan tarkastella puheenvuoron eri tehtäviä sekä lisäksi niitä oletuksia, mitä ilmaisut sisältävät vastaajan puheessa ja sitä mitkä tekijät parantavat tai hidastavat vuorovaikutuksen etenemistä ja yhteisymmärryksen eli samanmielisyyden rakentumista (McGee, Del Vento & Beavin Bavelas, 2005; Raevaara, 1993). Juuri puheenvuorojen yhteenliittyminen ja jatkuvuus tuottaa mahdollisuuden tutkia puheen jaettua intersubjektiivista merkitystä (Peräkylä, 2009). Tuloksena on vuorovaikutuksen kuvaus puhujien näkökulmasta käsin. (Rakkolainen & Ehrling, 2010).

Keskustelunanalyysillä tarkastellaan niitä sosiaalisen vuorovaikutuksen keinoja, joilla keskustelijat pitävät aihetta yllä, vaihtavat aihetta, sekä jäsentävät ja korjaavat toistensa puheenvuoroja. Kiinnostuksen kohteena on se, mitä osallistujat pitävät tärkeänä käsillä olevassa tilanteessa ja laajemmin kulttuurisessa merkityksessä. (Stevanovic & Peräkylä, 2015). Toisin kuin koodauksessa KA:ssa tutkitaan puheen sekvenssejä eli puheenvuorojen liittymistä toisiinsa esimerkiksi kysymys-vastaus vieruspareina. Puheenvuoron jäsenitys keskustelun sekvenssissä, osana

keskustelujaksoa, tuo esiin puhujan tulkinnan edeltävästä puheenvuorosta ja siitä, käsitteleekö hän edeltävää puhetta kysymyksenä, kannanottona, selontekona, pyyntönä tai vaikkapa korjauksena. Osallistujien orientoitumista tutkimalla voidaan tarkastella niitä ennako-oletuksia, joita osallistujat puheensa kautta välittävät (Ruusuvoori, 2005). Aineiston poikkeavia tapahtumia tutkimalla löydetään reunaehtoja sille, mitä osallistujat pitävät tavallisena ja mahdollisena eri keskustelutilanteissa. Tutkijan lähtökohta aineiston analyysiin on kaiken kaikkiaan motivoitumaton, toisin sanoen hän lähestyy vuorovaikutusta ilman ennako-oletuksia siitä, mitä vuorovaikutuksessa pitäisi tapahtua. Keskustelunanalyysin avulla pyritään tuomaan esille niitä seikkoja, joita keskustelijat pitävät tärkeinä kyseisessä vuorovaikutustilanteessa (Ruusuvoori, 2010). Aineistona käytetään yksityiskohtaisia nauhoitettujen puhetilanteiden litterointeja eli tekstimuotoon muutettuja keskusteluja.

Tässä väitöstutkimuksessa keskustelunanalyysin toteutti MISA-projektin A-klinikkapuolen vastaava tutkija VTT Leena Ehrling. Valitsimme tarkemman vuorovaikutuksen analyysin kohteeksi koodauksessa aika ajoin hankaliksi havaitut kysyvät ja refleктоivat vuorot. Näitä MH:n perustaitojen kannalta olennaisia puheilmajua oli välillä vaikeaa koodata, koska ne eivät vuorovaikutuksessa toteutuneet oletetulla tavalla. Koodauksella ei ollut mahdollista vastata, miksi koodaus näissä tilanteissa oli haastavaa. Keskustelunanalyysi sen sijaan kohdistuu juuri siihen, mitä osallistujien välissä tapahtuu. Koska keskustelunanalyysi ei tee ennako-oletuksia vuorovaikutuksesta, pystyimme sen avulla tutkimaan keskustelun toteutumista sekventiaalisesti huomioiden työntekijän yksittäisen puheilmajun sen kontekstissa eli suhteessa asiakkaan edeltäneeseen puheenvuoroon sekä sitä seuraavaan asiakkaan vuoroon. Tämän sekventiaalisen näkökulman avulla tarkastelimme, mitä näissä MH:n odotusten vastaisesti toimivissa koodauskohdissa tapahtui; miten asiakkaan näkökulma tuli, tai ei tullut niissä huomioiduksi.



## 4.5 Mittaukset ja aineiston tunnusluvut

Asiakkaiden demografiset tiedot, sekä päihteiden käyttöä ja alkumotivaatiota koskevat alkuarvot saatiin asiakkaiden taustatietolomakkeesta. Koodatun vuorovaikutusaineiston tunnusluvut laskin nauhoitetuista tapaamisista. Päihdehaittojen vähenemistä ja hoidossa pysymistä koskevat loppuarvot kokosin puolen vuoden seurantalomakkeista.

Asiakasta hoidon alkutilanteessa kuvaavat demografiset ja päihteiden käyttöön liittyvät tekijät olivat kautta linjan riippumattomia muuttujia ja muutos päihteiden käytössä oli keskeisin riippuva tulosmuuttuja. Työntekijän MH:n taidot, asiakkaan muutospuhe sekä hoidon jatkuminen puolen vuoden seurannassa esiintyvät analyysin eri vaiheissa sekä riippumattomina että riippuvina muuttujina, koska niitä tarkasteltiin muutosta välittävänä tekijöinä.

### 4.5.1 Taustamuuttujat

Asiakasta kuvaavia keskeisiä demografisia taustamuuttujia olivat sukupuoli, ikä, parisuhde, lapset, asuminen, peruskoulutus, ammattikoulutus ja työtilanne (ks. taulukko 1). Päihteiden käyttöä kuvaavina alkutilanteen muuttujina toimivat alkoholiongelmia mittaava AUDIT-testi (Babor ja muut, 2001), huumeongelmia mittaavaa SDS-testi (Gossop ja muut, 1997), koettujen alkoholihaittojen summa, asuinkumppanin päihteiden käyttö, muut riippuvuudet, aiempi avo- ja laitospäihdehoito puolen vuoden sisällä ennen hoidon aloitusta, sekä hoitoa edeltäneeltä 3 kuukauden ajalta päihdehoitolääkkeiden (antabus, buprenorfiini ym.) käyttö ja osallistuminen vertaistukiryhmään. Useampiluokkaiset laadulliset taustamuuttujat dikotomisoitiin analyysivaiheessa. Ikää tarkasteltiin myös jatkuvana ja kuuteen kahdeksan vuoden luokkaan kategorisoituna muuttujana.

Asiakkaan motivaatiota hoidon alkutilanteessa kuvaavina indikaattoreina toimivat hänen esitietolomakkeessa ilmoittamansa ensisijaisen päihteen

prosentuaalinen vähentämistavoite ja muutospystyvyyden tunnetta kuvaava prosentuaalinen varmuus muutoksena onnistumisesta. Ennen hoitoa asiakkaat halusivat vähentää päihteiden käyttöönsä keskimäärin 77 prosenttia ja olivat 72 prosenttisen varmoja omasta onnistumisestaan. Asiakkaiden keskinäinen vaihtelu oli suurta niin vähentämistavoitteessa (0–100 %) kuin onnistumisvarmuudessa (20–80 %). Alkoholia ja huumeita koskevista erillisistä tavoite- ja onnistumisvarmuusprosentteista tehtiin yksi tavoitetta ja yksi varmuutta kuvaava yhdistelmämuuttuja asiakkaan pääpäihteen mukaan.

Kuvaan tässä yhteydessä lyhyesti asiakkaiden päihteiden käyttöä ja muutostavoitetta hoidon alkutilanteessa. Vaikka kaikkia näitä taustatietoja ei tutkimuksessa käytetty, ne kuvastavat tutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden päihdeongelman laatua ja siksi otan ne tässä esiin osana aineiston kuvausta. Kaikista tutkimukseen osallistuneista asiakkaista kolme neljästä (74 %) oli alkutilanteen Auditin mukaan arvioituna korkeimmassa mahdollisessa riskiryhmässä (20–40 pistettä). Alkoholia pääpäihteenään käyttäneillä Auditin keskiarvo oli hoidon alussa 26 pistettä (kh 6), huumeiden käyttäjillä se oli 14 (kh 8). Keskimääräisen alkoholiannos tyypillisenä juomapäivänä oli 12 annosta (kh 6) ja juomapäiviä viikossa oli 2.6 (kh 1.5). Alkoholia ensisijaisesti käyttäneillä (29 henkilöä) oli takanaan ongelmakäyttöä keskimäärin 12 vuotta. Heistä 19:llä tavoite oli alkoholin vähentäminen ja kahdeksalla tavoite oli täysraittius, yksi ei halunnut muuttaa alkoholinkäyttöään ja yksi ei ilmaissut tavoitettaan. Ensisijaisista huumeiden käyttäjistä (9 henkilöä) kuusi tavoitteli käytön vähentämistä ja kolme täysraittiuutta. Heistä viisi käytti päähuumeenaan buprenorfiinia, useiden huumeiden sekakäyttäjiä oli kaksi, kannabiksen ja amfetamiinin käyttäjiä yksi kutakin. Buprenorfiinia oli keskimäärin käytetty 7 vuotta, muita huumeita 1,6–5,5 vuotta. Vain yksi huumeidenkäyttäjä nimesi toissijaiseksi päihdeekseen alkoholin, kaikki muut jonkin toisen huumeen. Kannabiksen (1 henkilö) tai buprenorfiinin (5 henkilöä) vuoksi hoitoon tulleitten päihdekäyttö keskittyi ensisijaisesti niihin, alkoholia he käyttivät 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.

#### 4.5.2 Vuorovaikutusmuuttajat

Käytin MH:n noudattamista ja hallintaa kuvaavina muuttujina Moyersin ja muiden (2010) ohjeistamia viittä osa-aluetta, jotka koskivat MH:n hengen keskiarvoa ja perustaitoja, jotka arvioitiin kussakin käyttäytymisluokassa joko aloittelijan (0), harjoittelijan (1) tai osaajan (2) tasoiseksi (ks. taulukko 2; Rakkolainen, 2012). Tutkimuksessa IV tein MH:n perustaitojen toteutumisesta summamuuttujan, joka sai arvoja 0–4 riippuen siitä, montako neljästä taidosta työntekijä käytti istunnossa vähintään harjoittelijatasolla. Samassa yhteydessä tarkastelin myös työntekijöiden MH:n taitojen yhteyttä tuloksiin. Yhdistin työntekijän riittävän (1) ja taitavan (2) tasoiset MH:n perustaidot luokkaan 1 eli MH taidot, näiden alle jääneet aloittelijataso taito sai vastaavasti arvon 0 eli ei-MH taidot (Moyers ja muut, 2010.) MH:n hengen yhteyttä riippuviin muuttujiin tarkastelin sekä sen osatekijöiden (evokaatio, autonomian tukeminen ja yhteistyö) että niiden keskiarvon kautta. Tutkin myös MH:n keskeisen elementin, empatian yhteyttä hoitotulokseen.

Asiakkaan muutospuheen indikaattoreina käytin asiakkaan keskimääräistä istunnonaikaista muutospuhetta ja keskimääräistä sitoutumispuheen vahvuutta (Aharonovich ja muut, 2008; Amrhein, 2007; Amrhein ja muut, 2003).

#### 4.5.3 Tulosmuuttajat

Tutkimuksen päätulosmuuttuja oli asiakkaan päihdehaittojen muutos puolen vuoden kuluttua hoidon aloituksesta. Koska aineisto sisälsi sekä alkoholi- että huumeriippuvaisia asiakkaita, päihteiden käytön muutosta mitattiin epäsuorasti AUDIT- ja SDS-pisteiden pisteiden perusteella. Alkoholi-ongelmien hoidon

vaikutusten arviointi perustui AUDIT-pisteisiin (maksimi 40 pistettä; Babor ja muut, 2001) sekä alkoholihaittoja koskeviin kysymyksiin (ystävyyssuhteet tai sosiaalinen elämä, terveys, mieliala, perhe-elämä, työ tai opinnot ja taloudellinen tilanne; 0–6 pistettä). Huumeongelmissa tarkasteltiin vastaavasti SDS-testin (Gossop ja muut, 1995) tulosta. Sen kokonaispistemäärä (maksimi 15 pistettä) kuvaa riippuvuuden astetta pääpäihteenä pidetystä huumeaineesta. Koska osallistujien pääpäihde saattoi olla joko alkoholi tai huume, tein yhdistelmämuuttujan pääpäihteen mukaan seurantavaiheen AUDIT- tai SDS-pisteiden muutosprosentista. Jos pääpäihde oli alkoholi, niin muutos laskettiin kaavalla  $(\text{AUDIT1}-\text{AUDIT2}/\text{AUDIT1}) \cdot 100$  tai jos pääpäihde oli huume, käytettiin kaavaa  $(\text{SDS1}-\text{SDS2}/\text{SDS1}) \cdot 100$ . Asiakkaan hoidossa jatkamista puolen vuoden seurannassa joko A-klinikalla tai muussa päihdehoidossa tarkastelin sekä hoitotulosta välittävänä tekijänä että toissijaisena tulosmuuttujana (0 = ei jatkanut tai 1 = jatkoi hoidossa).

## 4.6 Kvantitatiivisen aineiston analyysimenetelmät ja tutkimusasetelma

Tilastollisia menetelmiä käytin ensimmäisessä ja viimeisessä artikkelissa. Kaikki tilastolliset analyysit tehtiin SPSS 19.1 ohjelmalla ja testien merkitsevyytasoksi asetettiin  $p < 0.05$ .

### 4.6.1 Tilastolliset menetelmät tutkimuksessa I

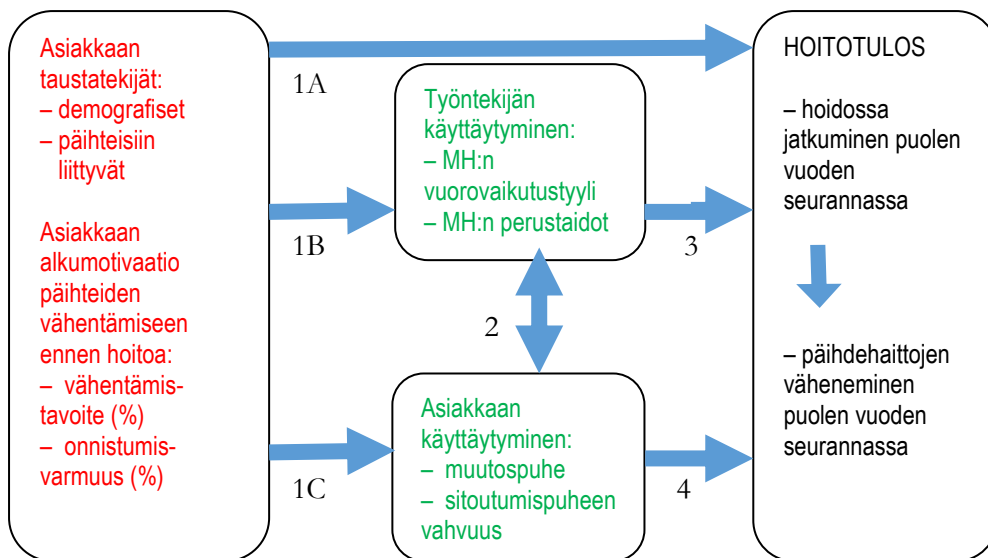
Motivoivan haastattelun käyttöä koskevassa artikkelissa käytin pääasiassa kuvailevia menetelmiä laskemalla keskiarvoja, frekvenssejä, korrelaatioita ja ristiintaulukoimalla saatuja tuloksia. MITI:n reliabiliteettia testasin sisäkorrelaatiokertoimella (ICC, Intra class correlation) ja Cronbachin alfalla.

Sisäkorrelaatiokerroin osoittaa, kuinka yksimielisiä eri koodaajat ovat luokituksista ja esiintykö heidän välillään systemaattisia eroja. Cicchetin (1994) mukaan sisäkorrelaatiokertoimen arvot voidaan luokitella tasoille: huono <0.40; kohtalainen 0.40–0.59; hyvä 0.60–0.74 ja erinomainen 0.75–1.00. Cronbachin  $\alpha$  (alfa) kuvaa mittarin konsistenssia eli tässä koodaajien yksimielisyyttä käyttäytymiskoodien välisten korrelaatioiden ja väittämien lukumäärän perusteella. Hyvänä alfan arvona pidetään yli 0.8:n saavia arvoja, 0.6:n arvoa pidetään vielä hyväksyttävänä, mutta sen alle jääviä arvoja pidetään liian heikkoina (George & Mallery, 2003; Rust & Golombok, 2009). Koska ICC huomioi sattumaltakin syntyvän yksimielisyyden samoin kuin systemaattiset erot arvioitsijoiden välillä, se tarjoaa konservatiivisemmän arvion kuin tässä niin ikään käytetty Cronbachin alfa (Moyers Martin, Manuel, Hendrickson & Miller, 2005).

#### 4.6.2 Tutkimusasetelma ja tilastolliset menetelmät tutkimuksessa IV

Tutkimuksessa IV tarkastelin asiakkaan tausta- ja motivaatiotekijöiden, hoitovuorovaikutuksen ja hoidon jatkumisen yhteyksiä ja vaikutuksia päihdehaittojen vähenemiseen puolen vuoden seurannassa (ks. Baron & Kenny, 1986). Toteutin analyysin vaiheittain kuviossa 2 esitetyn tutkimusasetelman mukaisesti.

**Kuvio 2.** Asiakkaan alkumotivaation ja motivoivan ensikeskustelun yhteys asiakkaan päihdehaittojen vähenemiseen puolen vuoden kuluttua hoidon aloittamisesta. Tutkimusasetelma ja analyysin vaiheet.



Aluksi testasin kuitenkin Mann-Whitneyn U-testin ja  $\chi^2$ -testin avulla, erosivatko tutkimukseen osallistuneiden ja siitä pudonneiden taustatekijät merkitsevästi toisistaan (ks. taulukko 1). Merkitseviä eroja niiden välillä ei ilmennyt. Kadon tuloksia mahdollisesti vinouttavan vaikutuksen takia tulosten analyysissä käytettiin päihdehoitotutkimuksissa yleisesti suositeltua nk. intention-to-treat -menettelyä eli kaikkien tutkimukseen tulleiden pitämistä mukana myös tulosten esittelyvaiheessa, jolloin seurannasta pudonneiden puuttuvat tiedot korvattiin heidän alkuarvoillaan (Gupta 2011; Streiner & Geddes 2001).

Vertasin AUDIT- ja SDS-testien sekä psykososiaalisten haittojen alkuarvoja ja puolen vuoden tuloksia joko toistettujen mittausten t-testillä tai Wilcoxonin U-testillä riippuen muuttujan jakaumasta. Taustamuuttujien yhteyttä hoidon tulosmuuttujiin tarkastelin korrelaatiokertoimilla. Koska kiinnostus kohdistui ennen kaikkea vuorovaikutuksen seurauksiin hoitotuloksia tarkasteltaessa, vakioin osittaiskorrelaatiolla ne asiakkaan taustatekijät, jotka ennustivat merkitsevästi

päihdehaittojen vähenemistä. Lopullisen hoitotulosta ennustavien muuttujien analyysi on tehty käyttäen näitä vakioituja arvoja.

Muutospuhetta ja päihdehaittojen vähenemistä selittäviä tekijöitä tarkastelin hierarkkisella lineaarisella regressionanalyysillä. Sen avulla voidaan teoriaan pohjautuvien valintojen pohjalta tarkastella, missä määrin eri askelilla lisätyt muuttujat selittävät tutkittua ilmiötä (Petrocelli, 2003). Tutkin, mitkä analyysin eri vaiheissa (kuvio 2) havaitut tilastollisesti merkitsevät ja teoreettisesti mielekkäät yhteydet selittivät parhaiten muutospuheen ja päihdehaittojen vähenemisen vaihtelua. Muutospuhetta ennustavan mallin ensimmäisellä askelmalla tarkastelin asiakkaan alkutilanteen demografisten, päihteiden käyttö- ja alkumotivaatiotekijöiden yhteyttä muutospuheeseen. Toisella askelmalla malliin lisättiin työntekijän MH:n taidot.

Päihdehaittojen vähenemistä ennustavan mallin rakentaminen alkoi asiakkaan demografisilla taustatekijöillä. Toisella askeleella malliin lisättiin alun päihteiden käyttöön liittyvät muuttujat. Seuraavilla askeleilla malliin lisättiin MH:n vuorovaikutustekijät: 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 päihdehaittojen vähenemistä selittävän kokonaismallin. Etenin sekä muutospuhetta että päihdehaittojen vähenemistä kuvaavan mallin oletusten mukaan. Tarkastelin, mikä kunkin askeleen muuttujista parhaiten jäi selittämään selitettävää tekijää ja etenin seuraavalle askeleelle.

Selittävien tekijöiden valinta perustui siten teoreettiseen malliin, jossa asiakkaan lähtötilanne on hoidon perusta ja sen jälkeen työntekijä toiminnallaan loi edellytykset hoidon toteutumiselle ja asiakkaan muutospuheelle. Hyvä hoitosuhde ja sen jatkuvuus tukevat asiakkaan päihdehaittojen vähenemistä, joten hoidossa pysyminen otettiin myös malliin mukaan. Tämän eksploratiivisen analyysin avulla

pyrin selvittämään aiemmissä korrealaatiotutkimuksissa tärkeiksi todettuja hoitosuhteeseen vaikuttavia tekijöitä käsillä olevassa aineistossa (Petrocelli, 2003).



# 5 TULOKSET

Käsittelen tutkimusten I–IV tärkeimmät tulokset tässä kolmen keskeisen tutkimuskysymyksen mukaan. Yksityiskohtaisemmat tulokset on esitelty alkuperäisissä tutkimusartikkeleissa.

## 5.1 Motivoivan haastattelun noudattaminen päihdehoidon ensitapaamisissa

### 5.1.1 Missä määrin päihdehoidon ensitapaamiset noudattivat motivoivan haastattelun henkeä ja perustaitoja (tutkimus I)?

MH:n henki toteutui tutkituissa ensitapaamisissa keskimäärin tarkasteltuna riittävän hyvin, harjoittelijatason arvolla 3.52 (asteikolla 1–5; vaihteluväli 2.22–4.67). MH:n eri osaamisalueiden keskimääräinen hallinta kaikissa tutkittavana olleissa ensitapaamisissa käy ilmi taulukosta 3. Taulukosta nähdään, että kolmannes (31 %) työntekijöistä osasi toteuttaa MH:n henkeä eli evokaatiota, autonomian tukemista ja yhteistyötä asiakkaan kanssa taitavasti ja viidennes työntekijöistä (19 %) ylsi harjoittelijatasolle. Kaiken kaikkiaan MH:n hengen mukainen vuorovaikutustyyli toteutui siis puolessa ensitapaamisista.

Tarkasteltaessa MH:n spesifien taitojen hallintaa kuvaavia suhdelukuja parhaiten hallittuja perustaitoja olivat MH:n mukaiset ilmaisut ja monimuotoiset reflektiot. Ne toteutuivat osaja- ja harjoittelijatasolla vajaassa puolessa (44 %) tapaamisista. Sen sijaan heikoiten hallittiin avokysymysten käyttöä: neljäviidesosaa istunnoista ei

täyttäneet MH:n kynnysarvoja avokysymysten käytössä. 13 prosentissa istunnoista niitä käytettiin riittävän hyvin ja vain 6 prosentissa istunnoista todella osaavasti. (Taulukko 3.)

**Taulukko 3.** MH:n hengen ja teknikoiden keskimääräinen toteutuminen kaikissa ensimmäisissä päihdeistunnoissa (n=36) MITI:n käyttäytymisindikaattorien ja kynnysarvojen (Moyers ja muut 2010, s. 27) mukaan mitattuna.

MH:n käyttäytymisen indikaattori	Osaaja-taso (ka)	Harjoittelija-taso (ka)	Aloittelija-taso (ka)	Yht. %
MH:n hengen keskiarvo	31 %	19 %	50 %	100
Reflektioiden suhde kysymyksiin (R/K)	13 %	25 %	63 %	100
Monimuotoisten reflektioiden % kaikista reflektioista (MR %)	13 %	31 %	56 %	100
Avointen kysymysten % kaikista kysymyksistä (AK %)	6 %	13 %	81 %	100
MH:n mukaisten ilmaisujen % MH:n mukaisten ja MH:n vastaisten ilmaisujen summasta (MHM %)	31 %	13 %	56 %	100

MITI= Motivational interviewing treatment integrity

Arvioin myös MH:n käytön johdonmukaisuutta ensitapaamisissa työntekijäkohtaisesti (taulukko 4). Oliko hengen ja perustaitojen omaksuminen yhteydessä toisiinsa, kuten Miller ja Moyers (2006) menetelmän oppimisprosessia koskevassa artikkelissaan otaksuvat? Osoittautui, että MH:n hengen omaksuminen oli yhteydessä perustaitojen käyttöön. Taulukosta 4 nähdään, että parhaiten sen henkeä noudattaneilla viidellä työntekijällä (numerot 12, 6, 9, 10 ja 7) perustaidot toteutuivat joko harjoittelija- tai osaajatasolla melko usein. Vastaavasti heikoimmin henkeä noudattaneilla työntekijöillä (nrot 11, 1, 13, 15 ja 5) perustaidot toteutui hyvin harvoin harjoittelija- tai osaajatasolla. Perustaidot ja MH:n henkeä ilmentävä vuorovaikutustyyli kulkivat käsi kädessä myös siten, että vain yksi työntekijä hallitsi kaikki perustaidot, mutta jäi vuorovaikutustyyliä aloittelijatasolle, sekin hyvin

lähellä kliinisesti arvioitua riittävää harjoittelijan osaamistasoa. Lisäksi MH:n hengen omaksuneista työntekijöistä vain yksi ei käyttänyt mitään MH:n perustaidoista. Vaikka näitä työntekijäkohtaisia tuloksia ei käytetty tutkimuksen IV tuloksissa, ne kuvaavat hyvin sitä, miten eri tavoin MH:n henki ja perustaidot aineistossa esiintyi.

**Taulukko 4.** Työntekijöiden keskimääräinen MH:n hengen ja vuorovaikutustekniikoiden noudattaminen (Moyers ja muut, 2010) MH:n hengen mukaisessa järjestyksessä.

Työntekijä nro/ Arvioituja istuntoja	MH:n hengen keskiarvo	MH:n tekniikoiden hallinta			
		Reflektio/ kysymys	Avo- kysymys %	Moni- muotoinen reflektio %	MH:n mukaisten ilmaisujen %
12/4	4,67**	1,06*	40	47*	97*
6/2	4,50**	2,96**	59*	48*	100**
9/2	4,33**	0,85	41	49*	50
10/2	4,00**	1,20*	81**	42*	82
7/1	4,00**	0,62	28	17	100*
14/3	3,78*	2,04**	35	37	94*
8/2	3,50*	1,06*	27	60**	100**
3/2	3,50*	0,51	22	28	88
4/1	3,33	1,41*	50*	41*	100**
2/5	3,33	0,95	36	32	68
16/2	3,17	0,89	35	13	84
11/3	3,11	0,22	31	51**	64
1/1	3,00	0,83	38	33	67
13/2	2,67	0,61	14	12	50
15 /1	2,33	0,40	23	9	100**
5/3	2,22	0,68	16	32	70
Keskiarvo	3,52*	1,0*	36	36	80
Vaihteluväli	2.22–4.67	0.22–2.96	14–81	9–60	50–100

\* = harjoittelijataso hallinta ja \*\* = taitajataso hallinta MITI:n kynnyksarvojen (Moyers ja muut, 2010) mukaan (ks. taulukko 2.)

MH:n perustaitojen käyttö oli ensitapaamisissa kaiken kaikkiaan melko satunnaista. Vain yksi kuudestatoista tutkimukseen osallistuneista työntekijöistä täytti kaikki MH:n hallintaa kuvaavat indikaattorit vähintään harjoittelijatasolla. Suhteessa kaikkiin 36 arvioituun keskusteluun vain neljässä (11 %) täyttyi kaikki motivoivan haastattelun osaamiskriteerit vähintään harjoittelijatasoisesti. Tulee huomioida, että käyttämäni kriteerit pohjautuvat kliinisesti tehtyihin (Miller, 2000) arviointeihin ja

on mahdollista, että kynnsarvot ovat kaiken kaikkiaan liian korkeat (Moyers & Hendriksson, 2010). Arviointiin on vaikuttanut myös, että vaikka henkeä mitattiin koko istunnon aikaisesta käyttäytymisestä, niin taitoja mitattiin vain MITI:n mukaan satunnaisesti valitun 20 minuutin jaksolta, joka ei välttämättä heijastanut koko istunnon aikaista käyttäytymistä. Lisäksi osassa istunnoista myös tutkimukseen kuuluvan taustakyselyn täyttö keskustelun aikana on osaltaan voinut heikentää taitojen käyttöä koskevia arvioita näissä alkutapaamisissa, vaikka koodauskohtaa siirrettiinkin, jos keskustelua käytiin vain lomaketta hyödyntäen.

### 5.1.2 Voidaanko MITI:llä arvioida riittävän luotettavasti motivoivan haastattelun noudattamista (tutkimus I)?

Tutkimuksessa I arvioin MH:n noudattamisen lisäksi MITI-koodausmenetelmän reliabiliteettia tarkastelemalla eri koodaajien välistä samanmielisyyttä työntekijän käyttäytymisestä. MH:n taitoja koskevan koodauksen keskimääräinen reliabiliteetti oli hyvä niin alfana kuin sisäkorrelaatiokertoimella mitattuna. Rinnakkaiskoodatun aineiston (817 koodia) Cronbachin alfan keskiarvo oli 0,85 ja vastaavan sisäkorrelaatiokertoimen keskiarvo oli 0,74. Tässä ei kuitenkaan ole huomioitu niin sanottua yli- tai alikoodausta eli niitä 104 lausumaa (13 %), joille toinen oli antanut koodin ja jota toinen ei ollut huomionnut. Pääsääntöisesti tämä johtui ylikoodauksesta eli siitä, että toinen koodaaja merkitsi niin sanotut minimipalautteet MH:n mukaisiksi kannustaviksi koodeiksi ja toinen koodaaja oli jättänyt ne koodaamatta. Tämän kaltaisesta vuorovaikutuksellisesta kannustamisesta ei sinänsä ole MITI:ssä ohjeistusta, joten oli siltäkin osin luontevaa jättää ne rinnakkaiskoodauksen ulkopuolelle.

MH:n henkeä koskevan arvion reliabiliteetti oli sekä sisäkorrelaatiokertoimella (0,77) että Cronbachin alfalla (0,96) mitattuna erinomainen. Niin ikään empatia sai erinomaisen arvon sisäkorrelaatiokertoimella mitattuna (0,82). Koodikohtaiset sisäkorrelaatiokertoimen reliabiliteetit vaihtelivat pääasiassa välillä hyvä ja

erinomainen. Ainoastaan kaksi käyttäytymiskoodia sai muita heikomman reliabiliteetin. MH:n vastainen sain huonon (0,33) ja monimuotoinen reflektio kohtalaisen (0,50) arvon sisäkorrelaatiokertoimella mitattuna. Pääsääntöisesti käyttäytymisen arviointi suomennetulla MITI:llä sujui luotettavasti. Koska koodaus osoittautui kuitenkin joiltakin osin pulmalliseksi, tai se tuotti MH:n oletusten vastaista käyttäytymistä asiakkaissa, päätimme tutkia tarkemmin keskustelunanalyysin avulla näitä koodauksen ongelmakohtia MITI:n sisällöllisen validiteetin vahvistamiseksi.

### 5.1.3 MITI -koodauksen toimivuus suomenkielisissä keskusteluissa (tutkimukset II ja III)

MH:n koodausta on etenkin Yhdysvalloissa pyritty jatkuvasti kehittämään uusien tutkimushavaintojen ja -hypoteesien pohjalta. Koodausjärjestelmiäkin on useammanlaisia, mikä johtuu usein siitä, että tietynlaisessa koodaustavassa on havaittu ongelmia tai puutteita esimerkiksi suhteessa siihen, mitä MH:lla pyritään tekemään tai mikä on sille ominaista. Lisäongelmia voi syntyä myös käännettäessä koodausohjeita toiselle kielelle ja toisenlaiseen keskustelukulttuuriin. Myös omassa tutkimuksessani törmäsin muutamiin tällaisiin ongelmiin, joita pyrin avaamaan yhdessä Leena Ehrlingin kanssa, jotta MH:n koodaus voisi paremmin tavoittaa sen, mitä sillä halutaan mitata.

#### Voiko suljettu kysymys johtaa avoimeen dialogiin? (tutkimus II)

MH:ssa työntekijä pyrki esittämään kysymykset tavalla, joka antaa asiakkaalle mahdollisuuden kertoa tilanteestaan omin sanoin. Käytännössä työntekijää ohjeistetaan tekemään avokysymyksiä, jotka alkavat usein sanoilla ”mitä” tai ”miten” ja välttämään suljettuja kysymyksiä, joihin voi vastata vain lyhyesti ”kyllä”

tai ”ei” tai tarjoamalla jotain faktatietoa. Artikkelissa II tarkastelimme rinnakkain koodauksella (Rakkolainen) ja keskustelunanalyysillä (Ehrling) niitä sinänsä harvemmin esiintyviä, mutta paikoin silti toistuvia keskustelun kohtia, joissa työntekijä MITI:n koodaussääntöjen mukaan esitti suljetun kysymyksen, mutta joihin asiakas vastasi kuin avokysymykseen tarjoamalla pitkän selonteon. Näin ollen keskustelu ei noudattanut MH:n oletusta vuorovaikutuksen luonteesta (Miller & Rollnick, 1991, s. 65–66, 71–73). Työntekijän käyttäytymisen koodaus MH:n kannalta ei-toivutulla suljetun kysymyksen koodilla ei olisi näissä tilanteissa tehnyt oikeutta sille, miten vuorovaikutus tosiasiaassa eteni evokatiivisilla kysymyksillä (Miller & Rollnick, 1991, s. 81–83).

Koodaus on psykometrinen menetelmä, jonka avulla pyritään saamaan mahdollisimman tarkkoja ja luotettavia mittauksia vuorovaikutuksen toteutumisesta. Sen tavoitteena on luoda kaikille koodaajille mahdollisimman yksitulkintainen ohjeistus siitä, miten puheenvuoroja sijoitetaan kuhunkin luokkaan, tässä yhteydessä avoimiin ja suljettuihin kysymyksiin. Tavoitteena on, että eri ihmisten tarkastellessa samaa keskustelua he päätyvät samaan johtopäätelmään arvioidessaan, mihin käyttäytymiskategoriaan työntekijän puheilmaisu kuuluu. Koodauksen avulla ei ole mahdollista päätellä, miksi suljetun kysymyksen muotoinen kysymys näissä keskustelun kohdissa toimi avokysymyksen tavoin. Siihen tarvittiin toinen näkökulma, joka löytyi keskustelunanalyysistä. Tutkimuksen II aineistona oli 36 nauhoitettua ja litteroitua ensitapaamista, joista tarkemman analyysin kohteeksi valittiin viisi keskustelua, joissa toistuivat nämä koodauksen kannalta ongelmalliset kysymyskohdat. Pyrimme arvioimaan tutkittuja kohtia sen selvittämiseksi, toistuuko niissä sellaisia vuorovaikutuksen piirteitä, jotka auttaisivat selventämään suljetun ja avoimen kysymyksen koodaussääntöä.

MH:ssa pyritään käyttämään avoimia kysymyksiä ja välttämään suljettujen kysymysten toistuvaa käyttöä. Koodaussäännöissä ”onko” ja ”-ko, -kö” alkuiset kysymykset koodataan ohjeen mukaan suljetuksi kysymyksiksi. Ajatuksena on, että tämän kaltaisiin, usein faktatietoa hakeviin kysymyksiin asiakkaat vastaavat lyhyesti

vain muutamalla sanalla. Arvioidessani ongelmallisia koodauskohtia, huomasin, että näin ei aina ollut. Suljetun kysymyksen muotoiset -ko, -kö päätteiset ja onko -alkuiset kysymykset, saattoivat toteuttaa vuorovaikutuksessa avokysymyksen tehtävää eli kutsua asiakasta avoimeen kerrontaan. Erityisesti kokemuksia, tunteita ja erityistilanteita koskevat kysymykset, kuten ”voisitko/haluaisitko kertoa”, ”onko sinulla ollut ajatusta”, ”oletko koskaan”, ”tuntuuko sinusta”, ”pohditko sinä”, kutsuivat asiakasta kuvailemaan tilannettaan, kokemuksiaan ja tunteitaan omin sanoin. Näissä tilanteissa olisi pikemmin ollut poikkeuksellista, jos asiakas olisi vastannut työntekijälle vain lyhyesti yhdellä tai kahdella sanalla ”tuntuu” tai ”pohdin”. Sen sijaan näihin kysymyksiin asiakkaat saattoivat perustella vastauksiaan melko laveasti pohtien ”Olen ajatellut näin, koska...” tai ”En ole koskaan ajatellut, sen sijaan...”. Näiden Koodauksessa tehtyjen yksittäisten havaintojen pohjalta ei ollut mahdollista muuttaa koodausohjeita ilman johdonmukaista perustelua. Milloin onko, -ko ja -kö kysymykset toimivat suljettuina kysymyksinä, milloin avoimina? Näihin kysymyksiin pystyi vastaamaan keskustelunanalyysi.

Keskustelunanalyysi vahvisti koodauksessa tehdyn havainnon, että asiakkaan kokemusten, tunteiden ja erityistilanteiden kartoittamista koskevat onko, -ko, -kö kysymykset toimivat useissa tilanteissa avoimeen kerrontaan kutsuvina kysymyksinä. Tarkempi analyysi osoitti myös, että samat kysymyksenasettelut saattoivat viestiä aiheen hienovaraista lähestymistä. Työntekijä keskustelee päihdehoidossa hyvin arkaluonteisista asioista, joista voidaan olettaa, että asiakkaan ei ole niistä helppo puhua, kuten retkahdustilanteet. Osoittautui, että kysymistapa, jossa asiakkaalle annetaan vaihtoehto kieltäytyä vastaamasta, viesti näissä tilanteissa hienotunteisuutta asiakkaan tunteita kohtaan, samalla kun se kutsui häntä jakamaan omaa näkökulmaansa niin halutessaan. ”Haluaisitko kertoa, mitkä tekijät vaikuttivat siihen, että retkahdit?” Näissä tilanteissa suljettu kysymys tuki asiakkaan autonomiaa, kysymys kutsui tutkimaan tilannetta yhdessä, eikä olettanut tai syyttänyt asiakasta, saati laittanut häntä tilivelvolliseksi. ”Kerro”, voisi tässä asiakkaan käyttäytymisen negatiivisia seurauksia tutkittaessa ikään kuin velvoittaa

häntä puhumaan ja saattaisi siten johtaa asiakkaan vetäytymiseen tai puolustautumiseen (Miller & Rollnick, 1991, s. 106–107). Tämän kaltaisissa tilanteissa amerikkalaisten koodausohjeiden mukainen suljettu kysymys: ”Haluaisitko kertoa, miksi menit sinne, vaikka tiesit, että siellä on huumeita” viestii itse asiassa aiheen arkaluonteisuutta ja kunnioittaa asiakkaan autonomiaa. Kysyjä tietää, että retkahdukseen johtavien tekijöiden käsittely ei välttämättä ole asiakkaalle mieluisaa ja näin muotoiltu kysymys ei haasta asiakkaan autonomiaa, kuten suora avokysymys ”Miksi menit...” voisi tehdä.

Suljetuissa kysymyksissä työntekijä saattoi myös tarjota asiakkaalle tulkintaehdotusta (”tarkoitatko että...”). Hän voi myös tarjota asiakkaalle erilaisia vaihtoehtoisia tapahtumakulkuja: ”...onko se liian vaikea ajatus vai onko se mahdollinen”. Reflektion sisältäviin suljettuihin kysymyksiin ja vaihtoehtoja tarjoaviin kysymyksiin asiakkaat niin ikään vastasivat usein laveasti, koska nämä työntekijän puheenvuorot hakivat laajempaa ymmärrystä tai perusteluja asiakkaan näkökulmaan, hänen vahvistustaan tai uutta tulkintaansa omasta tilanteestaan. Niitä voidaan pitää evokatiivisina kysymyksinä, erityisesti, jos ne kohdistuvat asiakkaan muutokseen (Miller & Rollnick, 1991, s. 81–83). Näitä avokysykyksten kaltaisia muutospuhetta herättäviä suljettuja kysymyksiä ei tulisi koodata suljetuiksi kysymyksiksi erityisesti, jos ne saavat aikaan muutospuhetta, mikä on Millerin ja Rollnickin mukaan (1991, s. 81–83) MH:n keskeinen tavoite.

Koodauksen ongelmakohtien yksityiskohtainen tarkastelu osoitti kaiken kaikkiaan, että suljetut kysymykset eivät ainoastaan hae asiakkaalta tietoa, vaan niiden avulla työntekijä voi myös kutsua asiakasta avoimeen dialogiin ja herättää muutospuhetta. Lisäksi ne voivat reflektionkaltaisesti tulkita asiakkaan tilannetta, ohjata ja rajata keskustelun suuntaa, sekä vähentää asiakkaan ja työntekijän välistä epäsymmetristä valtasuhdetta. Näin ollen suljetun kysymyksen muotoiset kysymykset voivat myös toteuttaa MH:n pyrkimystä kysyä asiakkaan näkökulmaa, osallistua hienovaraisesti asiakkaan ongelmallisiin kokemuksiin, tukea asiakkaan autonomiaa, vähentää keskusteluasetelman muodollisuutta ja viestiä asiakkaan



tilanteen ymmärtämistä. Kannattaa kuitenkin huomata, että samantyyppiset kysymykset voivat toisaalta sisältää myös MH:n vastaisia piirteitä muun muassa kohdistuessaan seikkaperäisesti asiakkaan jo ennalta tietämiin käyttäytymisen haittoihin. Toistuessaan peräkkäisissä vuoroissa tämän kaltaiset kysymykset saattavat johtaa tilanteeseen, jossa työntekijän vuorovaikutustyyli ei ole MH:n mukainen. Tämänkaltaisena keskustelutapana selontekoon velvoittavat ilmaisut voivat viestiä asiakkaalle MH:n vastaista, asiantuntijan ja asiakkaan välistä epäsuhtaista vuorovaikutusta. Myös näihin MH:n toteutumiselle haitallisiin mahdollisesti myös avokysymyksinä esitettyihin ilmaisuihin tulisi jatkotutkimuksissa ottaa kantaa.

Koodauksen ongelmakohtien yksityiskohtainen tutkiminen johti MITI -koodauksen suljetun ja avoimen kysymyksen koodaussäännön tarkentumiseen. Asiakkaan ajatuksen, tunteen ja kokemuksen, sekä erityisesti muutospuheen esiin kutsuminen dialogiin kutsuvalla ilmaisulla, esimerkiksi sanoilla: ”voisitko/haluaisitko kertoa”, ”onko sinulla ollut ajatusta”, ”tuntuuko sinusta”, tulisi koodata suomenkielessä avokysymyksiksi. Nämä suljetun kysymyksen muotoiset avoimet kysymykset ovat tunnistettavissa myös siitä, että asiakkaat pyrkivät vastaamaan niihin pitkällä kerronnalla. Näitä uusia koodausohjeita sovellettiin tutkimuksen I MITI-koodauksessa ja siten myös artikkelissa IV (ks. liite 5; liitteessä on nähtävillä koodauksen alkuperäinen ohje sekä suomenkieliseen versioon tehty muutos).

### Voiko reflektio ohittaa avoimen dialogin? (tutkimus III)

Tutkimuksessa III tarkastelimme yhdessä koodauksella (Rakkolainen) ja keskusteluanalyysillä (Ehrling) niitä tutkimuksen I reflektioivia puheenvuoroja, joiden rinnakkaiskoodauksessa oli eri näkemyksiä. Aineistona oli 36 A-klinikan ensitapaamisen vuorovaikutusnauhaa. Tarkempaan analyysiin valittiin kahdeksan tutkimuksessa I rinnakkaiskoodattua nauhaa, joissa reflektioiden muodon (yksinkertainen vai monimuotoinen) tunnistaminen tai ilmaisun erottaminen muista

puheen koodausluokista oli hankalaa. Tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella, löytyykö ongelmallisissa reflektiokohdissa senkaltaista vuorovaikutuksen säännönmukaisuutta, jota voitaisiin jatkossa käyttää suomennetun MITI:n reflektion koodausohjeissa ja tulevilla MH:n tutkimuksissa, koulutuksessa ja työnohjauksessa.

Tarkastellessani koodaustuloksia tarkemmin osoittautui, että refleктоivan ilmaisun tunnistaminen oli sinänsä luotettavaa. Monimuotoisten reflektioiden koodauksen muita hieman heikompi reliabiliteetti johtui niin sanotusta yli- tai alikoodauksesta eli siitä, että toinen koodaajista oli sijoittanut asiakkaan puhetta heijastavan ilmaisun yksinkertaisen reflektion ja toinen monimuotoisen reflektion luokkaan. Kun reflektioita tarkasteltiin vain yhtenä koodausluokkana yhdistäen yksinkertaiset ja monimuotoiset reflektiot, sisäkorrelaatiokerroin sai hyvän (0,74) ja Cronbachin alfa niin ikään hyvän (0,85) arvon. Tämä siis osaltaan selvensi tutkimuksen I reflektioiden reliabiliteettiin liittyvää ongelmaa, mutta ei ratkaissut niitä tilanteita, joissa reflektioita oli vaikea erottaa muista käyttäytymiskoodiluokista. Siihen tarkoitukseen sopi keskusteluanalyysi, jonka avulla voitiin tutkia, mitä näissä ongelmallisissa ja tulkinnanvaraisissa kohdissa tapahtui.

Keskusteluanalyysi osoitti, että vuorovaikutus eteni pääsääntöisesti työntekijälähtöisesti perussekvenssillä, jossa työntekijä vei puhetta eteenpäin kysymyksellä tai väitteellä, asiakas vastasi siihen omalla vuorollaan, jonka jälkeen työntekijä vastasi asiakkaan puheeseen käsitellen sitä joko valmiina tai keskeneräisenä. Työntekijän vastaanottava vuoro, niin sanottu kolmas positio toimi päihdehoidon ensitapaamisissa yhteisymmärryksen muodostamisen, ylläpitämisen ja korjaamisen paikkana (Bercelli, Rossanao & Viaro, 2008; Ehrling, 2006; Ruusuvuori, 2010). Näissä puheenvuoroissa työntekijä toi esille, mitä hän pitää käsillä olevan sosiaalisen suhteen ja vuorovaikutustilanteen kannalta tärkeänä (Stevanovic, & Peräkylä, 2015).

Asiakkaan puhetta vastaanottava työntekijän refleктоiva puheenvuoro toteutti yleisesti ottaen ensitapaamisissa monenlaisia vuorovaikutustehtäviä. Refleктоio-

koodin saavia ilmaisia käytettiin aineistossa pääsääntöisesti asiakkaan näkökulman vastaanottamiseen, näkökulman vahvistamiseen sekä keskustelua suuntaavaan eli auttavaan kuuntelemiseen. Näin ollen reflektiot useimmin toteuttivat MH:n oletusta reflektiosta kuuntelevana ja ohjaavana menetelmänä. Ongelmallisille koodauskohdille oli kuitenkin tyypillistä, että niissä asiakkaan näkökulman kuunteleminen ei aina yksiselitteisesti toteutunut, vaan refleктоiva ilmaisu saattoi myös ohittaa tai pysäyttää avoimen dialogin (ks. dialogisuudesta Mönkkönen, 2002). Näin kävi esimerkiksi tilanteissa, joissa toistoja käytettiin suljettujen kysymysten tapaan tiedon hakemiseen. Työntekijä saattoi myös toistaa asiakkaan puhetta tehdessään omia johtopäätöksiä tai arvioita asiakkaan tilanteesta tavalla, mikä ei tuottanut asiakaslähtöistä vuorovaikutusta.

Ongelmallisille reflektiokohdille oli ominaista, että niiden vuorovaikutustehtävä ei käynyt ilmi työntekijän yksittäisestä ilmaisusta, vaan työntekijän puheenvuoron intentio ja agenda ilmeni vasta pidemmässä keskustelujaksossa. Työntekijän puhetyyli näissä sekvensseissä ilmensi pääpiirteissään joko asiakaslähtöistä kuuntelevaa dialogia, tiedonhakuja tai asiakkaan tilanteen arviointia. Koodauksessa ongelma tulikin esiin juuri tässä aineiston lukutavassa, missä työntekijän puheilmauksia tarkastellaan pääsääntöisesti suhteessa asiakkaan välittömästi edeltäneeseen puheenvuoroon. Näissä yhteyksissä ei ollut aina mitenkään ilmiselvää, mitä keskustelussa tapahtuu, mikä työntekijän puheenvuoron intentio (kuten kysyminen, reflektointi) on. Usein yhdessä ja samassa ilmaisussa esiintyi useita intentiota (ks. Stiles, Honos-Webb, & Surko, 1998).

Asiakkaan puhetta toistavilla vuoroilla työntekijä enimmäkseen kutsui aiheesta lisää puhetta ja merkitsi aiheen ja asiakkaan esittämän näkökulman tärkeäksi (Ehrling, 2006, s. 127; Puchta, Potter & Wolff, 2004). Tämän kaltainen toisto saattoi kuitenkin toimia myös kiittäuksena, jossa työntekijä kertoi rekisteröineensä asiakkaan puheen, mutta samalla vaihtoi aiheita tai näkökulmaa. Paljon käytettynä niin sanottu kiittävä reflektioteknikka saattaa olla tehoton, sillä se ei

mahdollista asiakkaan korjaavaa, tarkentavaa tai aihetta avartavaa vuoroa, eikä siten edistä keskustelun syvenemistä (Miller & Rollnick, 1991, s. 77).

Rinnakkaiskoodattujen reflektiokohtien tarkempi analyysi osoitti siten kaiken kaikkiaan, että reflektioiden koodaaminen oli luotettavaa, kun yksinkertaisten ja monimuotoisten reflektioiden luokat yhdistettiin. Ongelmallisten ja tulkinnanvaraisten reflektioiden tarkempi tarkastelu selvensi, että pelkkä ilmaisun muoto, yksinkertainen vai monimuotoinen reflektio, antaa melko karkean kuvan työntekijän reflektiotaidosta. Sen sijaan reflektion koodaus toteutuneen vuorovaikutuksen, sen jatkuvuuden ja yhteisymmärryksen tai niiden katkosten muodossa antoi johdonmukaisemman kuvan työntekijän kuuntelutaidosta. Olennaista MH:n toteutumisen kannalta ei ole reflektion kompleksisuus, vaan pikemmin dialogin moniäänisyys ja jatkuvuus. Kutsuuko työntekijän reflektio asiakasta syventämään ja laajentamaan omaa kerrontaansa. Yksin tietoa keräävä, toistava reflektiotekniikka ei vie keskustelua avoimen dialogin suuntaan. Siinä keskustelu etenee työntekijän varassa, vaikka reflektion tarkoitus olisi edetä pikemmin kohti asiakasta ja hänen omaa pohdintaansa siitä, mikä on hänelle totta, mahdollista ja tulevaa.

Tehtyjen havaintojen mukaan reflektiot voitaisiin jatkossa luokitella uudella tavalla toteutuneen dialogisuuden mukaan. Ne yksinkertaiset reflektiot, jotka toistavat asiakkaan puheen, mutta sen jälkeen jatkavat vuoroa toisella ilmaisulla, saivat ”kuittaava reflektio” -koodin. Nämä reflektiot toteavat ääneen jotain asiakkaan puheesta, usein keräten tosiasioita ja tapahtumien yksityiskohtia, mutta jatkaen sitten toisella ilmaisulla omaa puheenvuoroa. Yksinkertaiset reflektiot, jotka toistavat asiakkaan näkökulman ja pyrkivät jatkamaan puhetta samasta aiheesta, saivat fasilitoivan eli auttavan ”toistava reflektio” -koodin. Asiakkaan puheen tunnetta ja merkitystä syventävät ja selventävät tai hänen puheenvuoroaan jatkavat ja täydentävät reflektiot saavat edelleen ”monimuotoinen reflektio” -koodin. (ks. Ehrling 2006, 115–154). Keskusteluissa oli myös jonkin verran asiakkaan puhetta toistavia ilmaisuja, joissa työntekijä teki oman arvioinnin ja johtopäätöksen

asiakkaan tilanteesta tyyliin ”sinun tilanteessasi on nyt kyse tästä ja tästä ilmiöstä”. Tämän kaltaisia ilmaisuja ei tulisi sekoittaa reflektioon, joka kohdistuu vain asiakkaan puheeseen. Jos niitä ilmenee keskustelussa, ne tulisi koodata omaan erilliseen luokkaansa esimerkiksi koodilla ”arvio”. Näiden terapeuttien tulkintojen yhteyttä MH:n noudattamiseen voisi jatkossa tutkia erikseen. Ne saattavat viedä asiakkaan tilannetta eteenpäin, mutta saattavat olla yhteistyösuhteen kannalta myös ongelmallisia, jos arvio onkin ennenaikainen tai väärin kohdistettu (Ackerman & Hilsenroth, 2001).

Edellä esitettyjä uusia reflektioluokkia ei ollut mahdollista käyttää käsillä olevassa tutkimuksessa, sillä keskusteluanalyysi tehtiin valmiin koodausanalyysin jälkeen. Tulokset kuitenkin täydensivät tärkeällä tavalla tehtyä koodausanalyysiä ja osaltaan kuvaavat MH:n noudattamisen haasteita. Reflektointi on haastava taito, jonka käytännön oppimiseen ja hiomiseen tulisi saada jatkossa tämänhetkistä koodausta toimivampia välineitä. Asiakkaan kuuntelemista ja yhteisymmärryksen syvenemistä kuvaavat uudet reflektioluokat saattavat toimia vanhoja koodausluokkia paremmin MH:n koulutuksessa ja työnohjauksessa, sillä niiden avulla voidaan tarkastella reflektioita keskustelun suuntaamisen välineenä tutkien sitä, miten tulisi reflektoida (ks. liite 5). Jos dialogisen reflektoinnin näkökulmaa halutaan laajentaa koskemaan asiakkaan muutoksen edistämistä, voidaan koodauslomakkeelle myös lisätä asiakkaan muutospuheen reflektointia (vastaan ottamista, fasilitointia ja moniäänisyyttä) koskevat alaluokat. Kaiken kaikkiaan tämä laadullinen analyysi osoitti, että reflektioiden teknistä osaamista olennaisempaa on niiden käyttö vuorovaikutuksen dynamiikassa tavalla, joka auttaa asiakasta eteenpäin oman ongelmansa määrittelyssä, jäsentämisessä ja ratkaisemisessa.

## 5.2 Päihdehaittojen vähenemiseen vaikuttavat tekijät puolen vuoden seurannassa

Tutkimuksessa IV arvioin MH:n keskeisiä vuorovaikutusprosesseja ja niiden syntymekaniikkaa sekä yhteyttä asiakkaan päihdehaittojen vähenemiseen puolen vuoden kuluttua hoidon aloituksesta (kuvion 2 yhteyksiä). Peruskysymykseni tässä osatutkimuksessa oli se, miten MH vaikuttaa asiakkaan muutospuheeseen sekä miten muutospuhe vaikuttaa päihdehaittojen vähenemiseen. Osatutkimukset I-III antoivat kuitenkin viitteitä siitä, että vaikka MH:n piirteitä toteutui ensitapaamisissa, menetelmän noudattamisessa oli myös selviä haasteita, jotka eivät välttämättä johtuneet vain koodauksen ongelmista. Tämän vuoksi laajensin näkökulmaani myös asiakkaan taustatekijöihin sen selvittämiseksi, vaikuttivatko ne osaltaan MH:n noudattamiseen ja päihdehaittojen vähenemiseen.

Tutkimuksella IV pyrin luomaan kokonaiskuvaa asiakkaan päihdehaittojen vähenemiseen vaikuttavista tekijöistä tarkastelemalla lopuksi hierarkkisen lineaarisen regressiomallin avulla, mitkä edellä kuvatuista tekijöistä jäivät selittämään asiakkaan positiivista muutosta.

### Vaikuttivatko asiakkaan ominaisuudet hoidon tuloksiin (tutkimus IV)?

Asiakkaiden AUDIT-pisteet vähenivät erittäin merkitsevästi puolen vuoden seurannassa ( $p < .001$ ) sekä ensisijaisesti alkoholiongelmaisilla (40 %) että koko ryhmässä (36 %). Alkoholin takia hoidossa olleilla alkoholihaitat vähenivät Wilcoxonin U-testin mukaan 54 % eli erittäin merkitsevästi. Huumeiden käyttöä mittaavan SDS-testin keskiarvo pieneni pääpähenteenään huumeita käyttäneillä vastaajilla (9 henkilöä) puolen vuoden seurannassa 10 prosenttia, mutta tulos ei ollut tilastollisesti merkitsevä. AUDIT- ja SDS-pisteiden yhdistelmämuuttujassa,

jota tässä käytettiin päihdehaittojen muutosta kuvaavana tulosuuttujana, asiakkaiden päihdeongelman aste pieneni keskimäärin 30,5 %.

Ennen motivoivan haastattelun vuorovaikutusyhteyksien tarkastelua halusin tutkia, vaikuttivatko asiakkaan alkutilanteen sosiodemografiset taustatekijät hoidon tuloksiin puolen vuoden seurannassa. Osoittautui, että korkeampi peruskoulutus ( $r_s=0.33$ ,  $p<0.05$ ) ja työssäkäynti ( $r=0.48$ ,  $p<0.01$ ) korreloivat positiivisesti päihteiden käytön vähenemiseen. Myös vaikea-asteisesta riippuvuusongelmasta kärsineet vähensivät päihteiden käyttöään merkitsevästi: aiempi päihdehoidossa olo edeltäneen puolen vuoden sisällä ( $r_s=0.42$ ,  $p<0.01$ ) sekä korkeammat AUDIT-pisteet ennen hoitoa ( $r_s=0.38$ ,  $p<0.05$ ) korreloivat positiivisesti hoitotulokseen. Toisaalta vakava päihdeongelma sisälsi riskin ongelmakäytön jatkumisesta: päihteiden käyttöä rajoittavien lääkkeiden käyttö ennen hoitoa (buprenorfiini  $n = 5$ , rauhoittavat  $n = 6$  tai antabus  $n = 1$ ) korreloi negatiivisesti ( $r_s = - 0.41$ ,  $p<0.05$ ) hoitotulokseen, kuten Brometin, Moosin, Blissin ja Wuthmannin (1977) tutkimuksessa. Asiakkaan päihteiden käyttöä koskeva vähentämistavoite ennen hoitoa ja siihen liittyvä onnistumisvarmuus eivät olleet tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä päihteiden vähentämiseen.

Tutkimuksen IV tavoitteena oli tutkia asiakkaan päihdehaittojen vähenemiseen liittyviä tekijöitä hierarkkisen lineaarisen regressioanalyysin avulla. Siksi ennen hoitokäyttäytymistä koskevien yhteyksien tarkastelua tutkin, ennustivatko asiakkaan taustamuuttajat päihdehaittojen vähenemistä. Ensimmäisellä askeleella otin mukaan nämä päihdehaittoihin merkitsevästi korreloivat asiakkaan yleiset taustamuuttajat ja toisella askeleella päihteisiin liittyvät, ongelman vakavuutta ja aiempaa hoitoa kuvaavat taustatekijät. Päihdehaittojen vähenemistä ennustaviksi tekijöiksi jäivät yleisistä taustatekijöistä työssäkäynti ( $\beta = .440$ ,  $F^{1,36}=8.65$ ,  $p=.016$ ) ja päihteisiin liittyvistä taustatekijöistä päihdehoitoon osallistuminen edeltäneen puolen vuoden sisällä ( $\beta = .309$ ,  $p=.043$ ).

## Vaikuttivatko asiakkaan taustatekijät MH:n toteutumiseen (tutkimus IV)?

Seuraavaksi tarkastelin tutkimuksessa IV, selittäisivätkö asiakkaan demografiset ja päihteisiin liittyvät taustatekijät (taulukko 1) tai alkumotivaatio (kuvio 1) jollain tavalla MH:n vuorovaikutuksen toteutumista. Osoittautui, että asiakkaan korkeampi peruskoulutus oli positiivisessa yhteydessä muutospuheeseen ( $r_s=0.34$ ,  $p=0.042$ ). On oletettavaa, että asiakkaan korkeampi koulutus vaikuttaa muutospuheeseen välittämällä yleistä kompetenssia eli asiakkaan osaamista, tietoja, taitoja, lisäten itseymmärrystä ja itsetuntoa sekä vähentämällä opittua avuttomuutta (Abramson ja muut, 1978; Hankonen, 2011). Asiakkaan omalla alkumotivaatiolla oli myös luonteva yhteys siihen, miten positiivisesti he suhtautuivat muutokseen. Asiakkaan päihneiden vähentämistavoite (%) sekä siihen liittyvä onnistumisvarmuus (%) ennen hoitoa korreloivat positiivisesti muutospuheeseen ( $r_s = 0.39$ ,  $p = 0.024$ ;  $r_s = 0.37$ ,  $p = 0.029$ ). Asiakkaiden taustatekijät heijastuivat muutospuheen lisäksi myös heidän sitoutumispuheensa vahvuuteen. Ne asiakkaat, joilla oli puoliso ja jotka olivat olleet puolen vuoden sisällä ennen hoidon alkua päihdehoidossa ( $r_s=0.34$ ,  $p=0.046$ ;  $r_s=0.33$ ,  $p=0.05$ ), ilmaisivat vahvempaa sitoutumista muutokseen. Sosiaalisilla suhteilla ja aiemmalla hoitokokemuksella oli siten yhteys asiakkaan muutos päätöksen sitoutumiseen. Päihdeongelma ja sen ratkaisuyritykset peilautuvat usein lähimpiin ihmissuhteisiin, sillä juuri niissä päihdeongelma aiheuttaa eniten huolta ja ristiriitoja (Raitasalo & Holmila, 2004). Asiakkaan ennen hoitoa asettama vähentämistavoite ja erityisesti vähentämistä koskeva onnistumisvarmuus näkyivät muutospuheen lisäksi sitoutumispuheen vahvuudessa korreloiden siihen vahvan positiivisesti ( $r_s=0.45$ ,  $p=0.008$ ;  $r_s=0.57$ ,  $p=0.001$ ). Kiinnostavaa oli, että selvä raittiustavoite korreloi sitoutumispuheen voimakkuuteen niin ikään vahvasti ( $r_s=0.49$ ,  $p=0.003$ ). Raittius onkin hyvin konkreettinen muutostavoite, jota usein edeltää lopettamispäätös ja siihen sitoutuminen (ks., Amrhein ja muut, 2003).



Entä vaikuttivatko asiakkaan päihteiden käyttöön liittyvät taustatekijät työntekijän MH:n mukaiseen toimintaan? Osoittautui, että MH:n henkeä sovellettiin parhaiten erityisesti sellaisiin henkilöihin, joilla oli päihdeongelman lisäksi jokin muu riippuvuus ( $r_s=0.37$ ,  $p=0.039$ ). Sen sijaan MH:n henkeä sovellettiin vähemmän sellaisiin asiakkaisiin, jotka asuivat toisen päihdeongelman kanssa, sillä MH:n henki sekä empatia korreloivat negatiivisesti asiakkaan asuinkumppanin päihdeongelmaan ( $r_s=-0.36$ ,  $p=0.034$ ;  $r_s=-0.38$ ,  $p=0.021$ ). Nämä tulokset liittyivät asiakkaan hoitomotivaatioon, sekä ongelman käsittelykykyyn hoidossa ja sen jälkeen. Aiemmista tutkimuksista tiedetään, että asuinkumppanin päihdeongelma vaikeuttaa asiakkaan päihteiden käytön muutosta (Apodaca ja muut, 2013). Osoittautui myös, että asiakkaan varmuus oman päihteiden vähentämistavoitteen onnistumisesta korreloi positiivisesti myös työntekijän MH:n perustaitojen käyttöön ( $r_s=0.35$ ,  $p=0.039$ ). Saattaa olla, että MH:a oli helpompaa toteuttaa päihteiden vähentämisen onnistumisesta varmempien asiakkaiden kanssa, jotka myös puhuivat enemmän muutoksen puolesta ja olivat vahvemmin sitoutuneita siihen.

Testasin tässä yhteydessä myös ensimmäisen hypoteesin (1) toteutumista, jonka mukaan työntekijän MH:n perustaitojen käyttö on positiivisessa yhteydessä asiakkaan muutospuheeseen. Työntekijän MH:n perustaidot korreloivatkin positiivisesti asiakkaan keskimääräiseen muutospuheeseen ( $r_s=0.37$ ,  $p=0.026$ ). Lisäksi näistä perustaidoista erityisesti monimuotoisten reflektioiden osaava käyttö korreloi positiivisesti asiakkaan keskimääräiseen muutospuheeseen ( $r_s=0.38$ ,  $p=0.022$ ). Nämä tulokset selittyvät kahdella tavalla, ensiksi työntekijän käyttäessä MH:n perustaitoja asiakkaan muutospuheen edellytykset lisääntyvät, ja toisaalta asiakkaan muutospuhe mahdollistaa työntekijän MH:n perustaitojen käyttöä (Apodaca ja muut, 2015; Glynn & Moyers, 2010; Vader ja muut 2010). Kiinnostavaa oli, että erityisesti asiakkaan autonomian tukeminen korreloi positiivisesti sitoutumispuheen keskimääräiseen voimakkuuteen ( $r_s=0.34$ ,  $p=0.046$ ).

Siten työntekijän korostaessa asiakkaan valinnanmahdollisuuksia asiakkaan oma muutos päätös vahvistui.

Seuraavaksi tarkastelin hierarkkisen lineaarisen regressioanalyysin avulla, mitkä muutospuheeseen korreloineista yksittäisistä asiakkaan tausta- ja hoitomuuttujista selittivät parhaiten asiakkaan muutospuhetta (taulukko 5). Mallissa selittävinä muuttujina olivat asiakkaan onnistumisvarmuus ja vähentämistavoite ennen hoitoa (askel 1) sekä työntekijän MH:n henki ja perustaitojen riittävä hallinta (askel 2).

**Taulukko 5.** Asiakkaan muutospuhetta selittävät tekijät.

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

\* p < .05

Taulukosta 5 nähdään, että paremmin muutosta selittäväksi tekijäksi ensimmäisellä askeleella jäi asiakkaan varmuus muutoksen onnistumisesta ennen hoitoa, joka selitti viidenneksen muutospuheen vaihtelusta (R<sup>2</sup> =.19). Kun malliin lisättiin työntekijän käyttäytymistä koskevat merkitsevät yhteydet, niin onnistumisvarmuuden lisäksi selittäväksi tekijäksi jäi työntekijän monimuotoisten reflektioiden riittävä taito. Asiakkaan onnistumisvarmuus ja työntekijän reflektiotaito yhdessä ennustivat asiakkaan muutospuheen määrää (F<sup>2,33</sup>=6.61, p=.004) ja selittivät lähes kolmanneksen (R<sup>2</sup> =.29) sen vaihtelusta.

**Vaikuttivatko motivoivan haastattelun vuorovaikutuspiirteet asiakkaan päihdehaittojen vähenemiseen (tutkimus IV)?**

Lopuksi tutkin työntekijän ja asiakkaan käyttäytymisen yhteyttä asiakkaan päihdehaittojen vähenemiseen puolen vuoden kuluttua hoidon aloituksesta.

Evokaatiosta, yhteistyöstä ja autonomian tukemisesta koostuva MH:n keskimääräinen henki tai MH:n perustaitojen käyttö eivät vastoin ennakkoodotuksia korreloineet merkitsevästi asiakkaan päihdehaittojen vähenemiseen. Hypoteesi 3 ei siten saanut selvää tukea tuloksista. Osoittautui, että puolen vuoden seurantaan osallistuneista 30 asiakkaasta suurin osa edelleen jatkoi avo- tai laitoshoidossa A-klinikalla tai muualla, ainoastaan kuusi vastaajaa ei ollut enää hoitokontaktissa seurannassa. Hoidon jatkuvuus puolen vuoden seurannassa oli kuitenkin positiivisessa yhteydessä asiakkaiden erittäin merkitsevään päihdehaittojen vähenemiseen ( $r_s=0.38$ ,  $p < 0.05$ ). Hoidon jatkuvuus kertonee osaltaan tutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden päihdeongelman laadusta ja hoidon tarpeesta.

Asiakkaan muutospuheen ja sitoutumispuheen määrä ja sitoutumispuheen voimakkuus eivät tällä ensimmäisellä tapaamiskerralla korreloineet merkitsevästi päihdehaittojen vähenemiseen hypoteesin kaksi (2) vastaisesti. Tässä aineistossa muutospuhe ei siis ollut hoidon tuloksellisuutta välittävä tekijä.

Tutkimuksen IV loppuksi arvioin hierarkkisella lineaarisella regressioanalyysillä, mitkä korrelaatioanalyysissä merkitseväksi osoittautuneet tekijät ja MH:n teoriassa ja aiemmissa tutkimuksissa merkitykselliset tekijät paransivat asiakkaan päihdehaittojen muutoksen selitystasetta puolen vuoden kuluttua hoidon aloituksesta. Malli koostui asiakkaan yleisistä ja päihteisiin liittyvistä taustatekijöistä, MH:n vuorovaikutuksesta ja asiakkaan muutospuheesta sekä hoidon jatkumisesta puolen vuoden seurannassa.

**Taulukko 6.** Hierarkkinen lineaarinen regressioanalyysi asiakkaan päihdehaittojen vähenemistä puolen vuoden kuluttua hoidon aloittamisesta ennustavista tekijöistä.

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

\*p < .05; <sup>1</sup>= 6 kk:n sisällä ennen nykyistä hoitoa; <sup>2</sup>= 6 kk:n seurannassa

Taulukosta 6 nähdään, että kaiken kaikkiaan asiakkaan työssäkäynti ennusti noin viidenneksen asiakkaan päihdehaittojen vähenemisestä. Sen lisäksi työntekijän monimuotoisten reflektioiden taito selitti noin kymmenesosan asiakkaan päihdehaittojen vähenemisestä. Kokonaismallissa työntekijän evokaatio eli muutospuheen herättely sen sijaan yllättäen heikensi hoitotulosta ja asiakkaan muutospuhe jäi vaille tilastollista merkitystä. Huomioitavaa kuitenkin on, että evokaatio ei yksin selittänyt päihdehaittojen muutosta, vaikka paransikin kokonaismallin selitysasetta. Sen sijaan monimuotoisten reflektioiden lisääminen malliin vaikutti evokaatioon muuttaen sen merkitseväksi päihdehaittojen vähenemistä negatiivisesti selittäväksi muuttujaksi. Kun evokaatio tapahtuu yleensä

reflektioiden ja kysymysten avulla, niin ilmeisesti tässä aineistossa evokaatio perustui liiallisesti kysymyksiin ja toistaviin reflektioihin, jotka olivat yhteydessä pikemminkin päihdehaittojen lisääntymiseen päinvastoin kuin asiakkaan puheen merkityksiä heijastavat ja syventävät monimuotoiset reflektiot. Asiakkaan muutoksen kannalta onkin olennaista, että muutosta herättelevät kysymykset ja sitä vahvistavat reflektiot kohdistuvat asiakkaan tilanteen kannalta oikeisiin asioihin. Huomioitavaa myös on, että vaikka muutospuhe ei ollut tässä aineistossa yhteydessä hoitotulokseen, se ei liioin muuttanut mallin toimivuutta. On myös mahdollista, että muutospuhetta heräteltiin tässä liian aikaisin eli ennen kuin hoitosuhde oli muodostunut kunnolla ja asiakkaan oma tavoite oli selvinnyt. Tai, että keskustelussa oli liikaa puhetta päihdeongelmasta. Tämä tulee esille MH:n prosessikuvauksessa uusimmassa kirjassa, jota meillä ei ollut käytössä tutkimusta tehtäessä. On myös todennäköistä, että osa muutospuheen selitysvuimasta sisältyy työntekijän monimuotoisiin reflektioihin (ks. taulukko 5). Kaiken kaikkiaan malli sopi aineistoon hyvin ( $F^{6,29} = 4,631$ ,  $p = .002$ ) selittäen 49 % päihdehaittojen vähenemisestä ( $R^2 = .49$ , Korjattu  $R^2 = .38$ ). (Taulukko 6.)

Hypoteesi kolme (3) sai siten osittain tukea tässä tutkimuksessa. MH:n mukainen asiakkaan puheen merkityksen tavoittava refleктоiva kuunteleminen ennusti asiakkaiden päihdehaittojen vähenemistä puolen vuoden kuluttua hoidon aloituksesta.

## 6 KESKUSTELU

Motivoiko päihdehoidon ensitapaaminen asiakasta muutokseen? Tuleeko asiakas ensitapaamisella kuulluksi ja autetuksi (Miller & Rollnick, 2013, s. 32)? Näihin kysymyksiin pyrin vastaamaan käsillä olevassa suomalaiselle A-klinikka-aineistolle pohjautuvassa tutkimuksessa. Väitöskirjani tavoitteena oli 1) tutkia MH:n hengen ja perustaitojen toteutumista päihdehoidon ensitapaamisissa, 2) arvioida MH:n integriteettiä mittaavan koodausmenetelmän luotettavuutta ja toimivuutta suomenkielessä ja 3) tutkia asiakkaan päihdehaittojen vähenemiseen vaikuttavia tekijöitä, ensisijaisesti sitä missä määrin MH:n vuorovaikutuksen eri piirteet ovat yhteydessä asiakkaan muutospuheeseen ja päihdehaittojen muutokseen puolen vuoden seurannassa.

### 6.1 Osatutkimusteni keskeisimmät tulokset

Olen koonnut taulukkoon 7 osatutkimusteni peruskysymykset, tulokset ja päätelmät. Esittelen aluksi kaikkein keskeisimmät tutkimustulokseni tutkimustavoitteitteni (1–3) mukaisessa järjestyksessä. Sen jälkeen tarkastelen tuloksia yksityiskohtaisemmin suhteuttaen ne aiempiin tutkimuksiin ja teorioihin.

Ensinnäkin tutkimus I osoitti, että MH:n henki toteutui puolessa tutkituista ensitapaamisista. Sen sijaan MH:n perustaitoja hallittiin melko heikosti ja vaihtelevasti. Erityisesti dialogisen keskustelun perustaitoa, avokysymyksiä käytettiin aivan liian harvoin. Toiseksi tutkimuksissa II ja III suljettujen kysymysten ja reflektioiden mikroanalyysi osoitti, että MH:n toteutumisen kannalta olennaista on se, kutsuuko työntekijän puheenvuoro asiakasta avoimeen dialogiin ja

itseohjautuvaan kerrontaan. Oletusten vastaisesti suljettu kysymys saattaa johtaa avoimeen kerrontaan ja toisaalta refleктоiva vuoro saattaa ohittaa avoimen dialogin, mikä tulee jatkossa huomioida koodauksessa. Kolmanneksi tutkimus IV osoitti, että asiakkaiden varmuus omaa päihdeiden vähentämistavoitetta kohtaan välittyi heidän muutospuheeseensa ja vaikutti MH:n toteutumiseen. Neljänneksi MH:n erityistaidoista asiakkaan puheen merkityksen heijastaminen eli monimuotoinen refleктоinti oli yhteydessä niin asiakkaan muutospuheen lisääntymiseen kuin asiakkaan päihdehaittojen vähenemiseen puolen vuoden kuluttua hoidon aloituksesta.

**Taulukko 7.** Väitöskirjan osatutkimusten peruskysymykset, keskeiset tulokset ja päätelmät tutkimusartikkelien I–IV mukaan.

	<b>Mitä tiedettiin aiemmasta tutkimuksesta</b>	<b>Mitä kysyttiin</b>	<b>Mitä tutkimus selvitti</b>	<b>Päätelmät</b>
I	MH:n oppiminen on vaikeaa ja toteuttaminen haastavaa.	Missä määrin ensitapaamisten vuorovaikutus toteuttaa MH:a? Kuinka luotettavasti suomennetut MITI koodausohjeet toimivat täkäläisissä hoitokeskusteluissa?	Puolet tapaamisista toteutti MH:n henkeä. MH:n perustaitoja käytettiin sen sijaan hyvin satunnaisesti. MH:n hengen sisäistäminen indikoi perustaitojen käyttöä. MITI:llä voidaan arvioida riittävän luotettavasti MH:n toteutumista.	MH:n koulutuksessa ja työnohjauksessa tarvitaan jatkossa objektiivista arviointia ja palautetta. Avokysymyksiä tulisi harjoitella enemmän ja käyttää heti hoidon alkaessa.
II	Suljetut kysymykset hakevat tietoa viestien asiantuntijavaltaa, rajaavat asiakkaan vastausmahdollisuutta ja johtavat asiakkaan passiiviseen rooliin. Avokysymykset kutsuvat asiakasta pohtimaan omaa tilannettaan. Aiemmat tulokset kysymysmuodon vaikutuksista ovat kuitenkin osin ristiriitaisia.	Milloin suljettu kysymys toimii avokysymyksen tavoin? Onko näissä keskustelukohdissa toistuvia piirteitä, jotka selventäisivät suljetun kysymyksen koodaussääntöä?	Suljetun kysymyksen muotoisiin -ko, -kö -päätteisiin lupaa kysyviin ja kertomaan kutsuviin kysymyksiin asiakkaat vastaavat usein pitkällä selonteolla. Tällaiset suljetut kysymykset voivat viestiä hienotunteisuutta ja asiakkaan autonomian kunnioitusta arkaluontoisissa asioissa.	Suljettu kysymys, joka johtaa MH:n mukaiseen avoimeen dialogiin tarkentaen asiakkaan näkökulmaa, tunnetta tai kokemusta, tulee koodata avokysymykseksi.



**Taulukko 7.** Väitöskirjan osatutkimusten peruskysymykset, keskeiset tulokset ja päätelmät tutkimusartikkelien I–IV mukaan.

	<b>Mitä tiedettiin aiemmasta tutkimuksesta</b>	<b>Mitä kysyttiin</b>	<b>Mitä tutkimus selvitti</b>	<b>Päätelmät</b>
III	Työntekijän reflektio auttaa asiakasta pohtimaan tilannettaan. Toistuvat yksinkertaiset reflektiot saattavat kuitenkin heikentää hoitotulosta.	Milloin reflektio ei toteuta kuuntelemisen tehtävää? Onko vaikeasti koodattavissa reflektiokohdissa yhteneväisyyttä, joka selventää reflektion koodausohjeita?	Reflektoivilla puheenvuoroilla on monenlaisia vuorovaikutustehtäviä. Pääsääntöisesti niillä kuunnellaan asiakkaan näkökulmaa MH:n oletuksen mukaisesti, mutta niillä voidaan myös kerätä tietoa, arvioida ja konfrontoida asiakasta. MITI:n validiteetti voisi parantua, jos reflektiot koodattaisiin toteutuneen vuorovaikutustehtävän eli sen mukaan, tuottaako reflektio avointa dialogia vai ei.	Nykyinen reflektion koodaus antaa karkean kuvan työntekijän reflektiotaidosta. Toteutuneen vuorovaikutuksen mukainen koodaus (vastaanottava, toistava ja monimuotoinen reflektio) sen sijaan antaisi työntekijälle havainnollisen palautteen hänen reflektiotaidostaan.
IV	MH lisää asiakkaan muutospuhetta ja päihdehaittojen vähenemistä, mutta tuloksissa on vaihtelua	Vaikuttavatko asiakkaan taustatekijät motivoivan haastattelun toteutumiseen ja hoitotuloksiin? Vaikuttaako MH:n toteutuminen muutospuheeseen ja hoidon tuloksiin puolen vuoden seurannassa?	Asiakkaan muutosvarmuus vaikutti MH:n toteutumiseen. Työntekijän reflektiotaito ennusti muutospuhetta sekä päihdehaittojen vähenemistä. Muutospuheen herättely vain kysymyksin saattaa johtaa ei-toivottuihin tuloksiin	Hoidon alussa tulisi kiinnittää erityistä huomiota asiakkaiden tasavertaiseen kohtaamiseen, muutospsytyvyyden tunnistamiseen ja tukemiseen, sekä muutospuheen merkitysten heijastavaan kuunteluun kyselemisen sijaan.

### 6.1.1 Motivoiva haastattelu on yksinkertaisuudessaan haastava terapeutinen menetelmä, jota vain harva hallitsee lyhyen workshop -koulutuksen pohjalta

Päihdehoidon tulosten tiedetään vaihtelevan sen mukaan, miten hyvin ja johdonmukaisesti työntekijät noudattavat käyttämiään hoitomenetelmiä (Luborsky, McLellan, Diguier, Woody & Seligman, 1997; Miller & Moyers, 2015a; Moyers ja muut, 2016; Valle, 1981). Aiemmat MH:a koskevat tutkimukset ovat osoittaneet, että sen hengen ja perustaitojen noudattaminen on haasteellista (Miller & Rollnick, 2009) niin osana kliinistä hoitotutkimusta (Moyers & Hendriksson, 2010) kuin käytännön päihdehoitotyötä (Forsberg, Forsberg, Lindqvist & Helgason, 2010). Vaikka MH on suosittu ja paljon koulutettu menetelmä Suomessa, sen käytännön toteutusta ei ole aiemmin systemaattisesti tutkittu maassamme. Väitöskirjani osatutkimuksessa I arvioin MH:n toteutumista ekologisesti valideissa olosuhteissa, osana tavanomaista A-klinikkahoitoa (treatment as usual). Tutkimukseen osallistuneilta työntekijöiltä ei siksi edellytetty osoitettavissa olevaa MH:n osaamista tai hallintaa. Tutkimusasetelma onkin siitä poikkeava, että MH:a on kansainvälisesti arvioitu enimmäkseen satunnaistetuilla kokeilla, joissa työntekijöitä on ensin koulutettu systemaattisesti ja sen hallintaa on arvioitu lyhyellä seuranta-ajalla (Moyers & Hendriksson, 2010). Tällaiset tutkimukset eivät kuitenkaan kuvasta sitä todellisuutta, jossa MH:a yleensä toteutetaan lyhyen koulutuksen jälkeen eri ammattialoilla.

Käsillä oleva pilottitutkimus osoitti, että puolet tutkimukseen osallistuneista 16 työntekijästä ilmensi päihdehoidon ensitapaamisissa motivoivan haastattelun henkeä kliinisesti arvioituna (Moyers ja muut 2010) riittävän hyvin. Viisi heistä osoitti siinä jopa osaajatason hallintaa. Tulos on hyvä, sillä vastaavassa MH:n oppimista arvioineessa ruotsalaisessa tutkimuksessa MH:n hengen riittävään omaksumiseen kului kahdella työntekijällä kolmesta koulutuksen jälkeen reilu vuosi, vaikka he saivat lisäksi työnohjausta (Forsberg ja muut, 2010). Se, että näin moni työntekijä meillä Suomessa toimi MH:n hengen mukaan lyhyen koulutuksen jälkeen

ja systemaattisen palautteen puuttuessa kertonee heidän sitoutumisestaan tämän suhtautumistavan oppimiseen (Schwalbe ja muut, 2014). Kliinisesti tarkastellen riittävään MH:n osaamiseen on meillä kuitenkin vielä matkaa, jos tavoitteeksi asetetaan Hallin, Staigerin, Simpsonin, Bestin ja Lubmanin (2016) realistiselta kuulostava karkeahko kriteeri, jossa 75 % työntekijöistä noudattaisi MH:n henkeä koulutuksen jälkeisessä seurannassa.

Työntekijäkohtaisia tuloksia tarkasteltaessa kävi myös ilmi, että MH:n hengen omaksuminen indikoi samalla parempaa perustaitojen hallintaa. Yleisesti ottaen MH:n perustaitojen käyttö oli kuitenkin työntekijöillä harvoin systemaattisessa käytössä. Kaiken kaikkiaan MH:n menetelmää toteutti riittävän hyvin reilu kolmannes tutkimukseen osallistuneista 16 työntekijästä. Taitojen puutteet johtuvat ilmeisesti siitä, että työntekijät olivat saaneet vain workshop-tasoista MH-koulutusta ilman asiakastapaamisista saatua palautetta.

Eniten vaikeuksia MH:n perustaidoissa tuottivat avoimet kysymykset. Sama ilmiö on tullut esille myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Trasher ja muut, 2006). Vain kolme työntekijää kuudestatoista kysyi avokysymyksiä riittävästi. Tämä johtaa helposti keskustelun vuorovaikutuksen karikoihin, kuten kysymys-vastaus ansaan, asiantuntija-ansaan ja liian nopean etenemisen ansaan (Miller & Rollnick, 2002, s. 55–56), jotka voivat suoraan huonontaa hoitotulosta (Apodaca ja muut, 2015; Trasher ja muut, 2006). Tämä tuli esille myös tutkimuksessa III, kun osa toistavista reflektioista toimi suljettujen kysymysten tapaan johtaen direktiiviseen keskusteluun.

Kaikkien istuntojen keskiarvoa tarkasteltaessa päihdetyöntekijät osasivat reflektoida riittävästi suhteessa esittämiinsä kysymyksiin. Tämä johtui kuitenkin osin siitä, että muutama taitava työntekijä, jolla oli enemmän kuin yksi asiakas, käytti reflektointia niin aktiivisesti, että keskimääräisesti tarkasteltuna reflektioiden käyttö oli riittävällä tasolla. Kun tämä huomioitiin, 38 % työntekijöistä osasi reflektoida riittävästi suhteessa esittämiinsä kysymyksiin. Reflektioiden riittävä määrä puheessa ei kuitenkaan vielä takaa niiden MH:n mukaista käyttöä (Tollison ja

muut, 2008), kuten huomasimme artikkelissa III tutkiessamme tarkemmin reflektioiden vuorovaikutustehtäviä. Osa erityisesti yksinkertaisista toistavista reflektioista ei toteuttanut MH:n mukaista asiakkaan näkökulman kuuntelemista ja dialogia, vaan enemmän asiantuntijalähtöistä, kysymyksiin nojaavaa vuorovaikutusta. Tämä on kliinisesti tärkeä huomio, sillä asiakkaan näkökulman kuunteleminen on ratkaisevan tärkeätä taidokkaassa reflektoinnissa ja asiakkaan muutosprosessin tukemisessa (Gaume ja muut, 2010, Glynn & Moyers, 2010), kuten tutkimus IV myös osoitti. Asiakkaan puheen merkityksen tavoittavat monimuotoiset reflektiot olivat yhteydessä niin muutospuheen lisääntymiseen kuin asiakkaan päihteiden käytön vähentämiseen. Löydös on tärkeä myös MH:n koulutuksen kannalta. Olennaista terapeuttisesti vaikuttavassa reflektiotekniikassa on asiakkaan kuulluksi tulemisen lisäksi se, että se vahvistaa asiakkaan itseohjautuvaa muutospystyvyyttä ja terapeuttista yhteisymmärrystä ensitapaamisen aikana (Maisto ja muut, 2015).

Se, että tässä aineistossa kaiken kaikkiaan oli vaihtelua MH:n toteutuksessa saattaa johtua siitä, että työntekijä on arvioinut asiakkaan tarvitsevan ohjaavampaa vuorovaikutusta havahtuakseen omaan ongelmakäyttäytymiseensä tai päästäkseen eteenpäin muutospäätoksessään (Project Match, 1998a). Onkin tärkeää, että työntekijät eivät vain orjallisesti noudata tiettyä vuorovaikutustekniikkaa, vaan osaavat suhteuttaa oman toimintansa asiakkaan senhetkiseen tilanteeseen ja hoidon tarpeeseen. Muussa tapauksessa hoito voi olla jopa haitallista asiakkaalle (Castonguay, Boswell, Constantino, Goldfried & Hill, 2010). On myös huomattu, että työntekijöiden välillä on vaihtelua sen vuoksi, että he osaavat hoitaa asiakkaiden ongelmia eri tavoin. Osa työntekijöistä on parempia kohtaamaan asiakkaiden masennusta ja mielenterveysongelmia, kuin päihdeongelmaa, jopa siinä määrin, että hoitotulokset voivat olla hyviä yhdellä ongelma-alueella ja huonoja toisella (Kraus, Castonguay, Boswell, Nordberg & Hayes, 2011). Joskus myös osoittautui nauhoja kuunnellessa, että asiakkaan vuorovaikutustaidot olivat niin heikot, joko vakavan päihdeongelman ja sen tuoman huonovointisuuden tai muun

seikan vuoksi, ettei taitavakaan työntekijä saanut keskustelua etenemään, mikä johtaa MH:n heikompaan toteutumiseen. Asiakkaat eivät ole keskenään samalla lähtöviivalla muutokseen nähden (Urbanoski, Kelly, Hoepfner & Slaymaker, 2012).

Saman työntekijän työskentelytyylin vaihtelu asiakkaasta toiseen saattaa selittyä osin myös tutkimuksen IV tuloksilla, jotka osoittivat, että asiakkaiden ominaisuudet, erityisesti hänen muutosjoustavuutensa vaikuttaa MH:n toteutumiseen. MH:n henkeä sovellettiin paremmin usean riippuvuusongelman omaaviin, päihdeongelmansa tiedostaviin asiakkaisiin ja vastaavasti huonommin niihin asiakkaisiin, jotka asuivat toisen päihdeongelmaisen kanssa. Asiakkaiden yleinen motivaatio ja psykososiaaliset tekijät vaikuttavat myös hoitoon sitoutumiseen, erityisesti muutosjoustavuuteen ja vaihtoehtojen pohtimiseen (Simpson, Rowan-Szal, Joe, Best, Day & Campbell, 2009; Urbanoski ja muut, 2012). Kaiken kaikkiaan MH:n perustaitojen käyttö ja ymmärtävä yhteistyö toteutuivat helpommin niiden asiakkaiden kanssa, jotka olivat melko motivoituneita päihteiden vähentämiseen ennen ensitapaamista.

On selvää, että mitä motivoituneempi muutokseen asiakas hoitoon tullessaan on, sitä halukkaampi hän on sitoutumaan hoitoon ja yhteistyöhön (Cook, Heather, McCambridge & UKATT research team, 2015). Urbanoskin, Kellyn, Hoepfnerin ja Slaymakerin (2012) tutkimus osoitti, että mitä vanhempi asiakas ja mitä korkeampi alkumotivaatio ja joustavuuden tunne sekä paremmat selviytymistaidot ja sitoutuminen 12-askeliseen ohjelmaan asiakkaalla oli, sitä vahvemman yhteistyösuhteen he muodostivat työntekijänsä kanssa. Asiakas vaikuttaakin monin tavoin työntekijän käyttäytymiseen. Esimerkiksi Gaume, Gmel, Faouzi, ja Daepfen, (2008b) havaitsivat, että asiakkaan puhuessa muusta kuin alkoholiongelmastaan myös työntekijä ajautui MH:n kannalta sivupuoleille, eikä vastannut MH:n mukaisella puheella. Francis, Rollnick, McCambridge, Butler, Lane ja Hood (2005) puolestaan havaitsivat, että asiakkaan ilmaistessa muutosvastaisuutta sitä seuraava työntekijän käyttäytyminen oli usein MH:n vastaista, kuten konfrontointia. Kuullessaan asiakkaan puhuvan ohi aiheen tai perustelevan omaa

ongelmakäyttöään työntekijä alkaa siten helposti ohjata keskustelua liian suoraviivaisesti muutosta kohti. Keskustelun oikeanlainen, dialogisuuteen kutsuva aloitus onkin siksi hyvin tärkeätä erityisesti heikon muutosuskon omaavilla asiakkailla.

Tulee myös huomioida, että tutkimus nauhoituksineen on saattanut vaikuttaa työntekijän käyttäytymiseen ja asiakkaan ja työntekijän väliseen vuorovaikutukseen. Tämä ongelma on tämänkaltaisissa hoitotutkimuksissa yleinen. Kuitenkin nauhoitukset ovat ainoa luotettava tapa saada tietoa hoitoprosessista. Mielestäni paras ratkaisu tähän olisi lisätä nauhoitukset osaksi koulutusta ja työnohjausta, jolloin oman työn arvioiminen olisi luonteva osa keskusteluterapeuttista työtä. Asiakkaille keskustelujen nauhoitukset ovat hyvin harvoin ongelma.

Kaiken kaikkiaan tutkimus I osoitti aikaisempien MH:n koulutuksen vaikutuksia arvioineiden kansainvälisten tutkimusten tapaan, että vallalla oleva lyhyt, workshop-tyylinen menetelmäkoulutus ei anna aivan riittäviä valmiuksia MH:n kompetenssin saavuttamiseen (Baer ja muut, 2004; Forsberg ja muut, 2010; Forsberg ja muut, 2011; Miller & Mount, 2001; Miller & Moyers 2006; Miller & Rollnick, 2009; Mitcheson ja muut, 2009; Schwalbe ja muut, 2014). Työntekijät tarvitsevat jatkossa täydennyskoulutusta sekä henkilökohtaista palautetta nauhoitetuista asiakaskeskusteluistaan oppiakseen MH:n perustaidot. Osa työntekijöistä tarvitsee myös ohjausta MH:n hengen ja empatian ilmaisemiseen. Uudet kysymyksiä ja reflektioita koskevat koodausohjeet voivat auttaa tunnistamaan näitä asiakkaan (muutospuheen) kuuntelemisen kannalta oikein kohdennettuja kysymyksiä ja reflektioita. Koulutuksessa ja työnohjauksessa kannattaakin panostaa erityisesti MH:n hengen omaksumiseen, sillä sen mukainen keskustelutyö näyttää edistävän myös perustaitojen omaksumista.

## 6.1.2 MITI antaa riittävän luotettavan arvion MH:n noudattamisesta, mutta ilmaisujen vuorovaikutustehtävän huomioiminen voisi parantaa koodauksen validiteettia

Tutkimus I osoitti myös, että MITI on riittävän luotettava työntekijän MH:n perustaitojen mittari, sillä sekä kokonaisarvioinneissa että valtaosassa käyttäytymiskoodista sen mittauksen tarkkuus oli sekä sisäkorrelaatiokertoimella että Cronbachin alfalla mitattuna hyvä. Käyttäytymiskoodien reliabiliteetit vastasivat yleisesti ottaen kansainvälisten tutkimusten tasoa (Forsberg, Källmen, Hermansson, Berman & Helgason, 2007; Pierson ja muut, 2007). MH:n hengen reliabiliteetti oli tutkimuksessamme jopa parempi kuin muissa vastaavissa tutkimuksissa (Brueck ja muut, 2009; Forsberg ja muut, 2007; Lee, Tavare, Popat-Jain & Naab, 2015; Moyers, Miller ja muut, 2005). Heikoimman reliabiliteetin yksittäisistä käyttäytymiskoodista sai MH:n vastainen käyttäytyminen. Monimuotoisten reflektioiden koodaus osoittautui myös reliabiliteetiltaan jonkin verran muita heikommaksi, mutta silti hyväksyttäväksi. Kuten myös muut tutkimukset ovat osoittaneet (Brueck ja muut, 2007; Moyers, Miller ja muut, 2005), näihin koodausluokkiin tulee kiinnittää erityistä huomiota myös suomenkielisen MITI:n käyttöönotossa.

MITI:ä on käytetty paljon MH:n koulutuksen arvioinnissa sekä myös hoitoprosessin ja tuloksellisuuden tutkimuksissa (Feldstein & Forcehimes, 2007; McCambridge ja muut, 2011; Tollison ja muut, 2008), mutta syitä koodauksen toistuviin ongelmakohtiin, monimuotoisten reflektioiden sekä motivoivan haastattelun vastaisten ilmaisujen muita heikompaan reliabiliteettiin (Brueck ja muut, 2009; Moyers, Miller ja muut, 2005) ei tiettävästi ole aiemmin tutkittu. Tutkimuksissa II ja III arvioin MITI:n suljettuihin kysymyksiin ja reflektioihin liittyvää käsitevaliditeettia.

Tutkimus I osoitti, että kysymysmuoto (avoin vai suljettu) on pääsääntöisesti helppo, luotettava ja toimiva perussääntö kysymysten koodaukselle.

Vuorovaikutuksen yksityiskohtaisempi tarkastelu tutkimuksessa II kuitenkin osoitti, että ongelmallisissa keskustelukohdissa voidaan tarkastella toteutunutta keskustelua dialogisuuden näkökulmasta ja näin parantaa MITI:n käsitevaliditeettia. Erityisesti lupaa kysyvät ja vaikeista keskusteluaiheista kertomaan kutsuvat -ko ja -kö-päätteiset suljetut kysymykset voivat tukea asiakkaan autonomiaa ja toteuttaa motivoivan haastattelun mukaista vuorovaikutusta. Nämä MH:a, asiakkaan autonomiaa ja avointa dialogia toteuttavat kohdat tulisi jatkossa huomioida koodauksessa, jotta MITI:n validiteetti paranisi. Omassa tutkimuksessani ratkaisin ongelman koodaamalla kyseiset ilmaisut avokysymyksen koodilla. Ilmaisujen tukiessa asiakkaan autonomiaa, voisi nämä kohdat koodata myös MH:n mukainen ilmaisu -koodilla. Joka tapauksessa olennaista on koodata nämä kohdat johdonmukaisesti MH:n noudattamista ilmentävillä koodeilla eikä sen vastaisena toimintana, kuten suljetun kysymyksen koodilla. Puheen muotoa olennaisempaa on sen tutkiminen, minkälainen työntekijän puhe saa aikaan asiakkaassa toivotun vastaustavan. (Miller & Rollnick 2002, 65–67).

Tutkimuksessa III reflektioiden ongelmakohtien tarkastelu osoitti tutkimuksen II tavoin, että MH:n toteutumisen kannalta olennaista oli työntekijän puheenvuoron muodon lisäksi se, miten asiakas siihen vastasi. Asiakkaan vastaus osoitti, kutsuiko työntekijän refleктоiva puheenvuoro häntä avoimeen, omaehtoiseen kerrontaan vai etenikö keskustelu direktiivisesti työntekijän ohjaamana. MH:n toteutumisen kannalta onkin olennaisempaa arvioida työntekijän kuuntelutaitoa eli sellaisia reflektioita, jotka saavat aikaan asiakkaan omaa pohdintaa, kuin mitata reflektioiden muodollista mutta tehotonta toteutumista. Haasteellista koodauksen kannalta reflektion arvioinnissa oli se, että yksittäisistä puheilmaisuista ei suoraan käynyt ilmi, mitä siinä oltiin tekemässä. Puheenvuoron tehtävä kävi ilmi vasta pidemmästä keskustelusekvenssistä, joka osoitti sen, toteuttiko vuorovaikutus avointa dialogia vai työntekijälähtöistä, direktiivistä keskustelua. Tulimme siihen tulokseen, että kuunteleminen on taito, jonka mittaamisessa on hyödyllistä käyttää yksinkertainen/monimuotoinen reflektio



luokittelun sijaan moniulotteisempaa koodausta sen selvittämiseksi, minkälaiset ilmaisut edistävät MH:n mukaista vuorovaikutusta.

Sen vuoksi ehdotimme tutkimuksessa III reflektioiden jaottelua ensisijaisesti niiden vuorovaikutustehtävien mukaan eli sen mukaan, miten asiakkaat niihin vastaavat. Näin ollen suomennettuun MITI:in (liite 7.1.) on lisätty ehdotus, että reflektiot saisivat joko vastaanottavan, toistavan tai moniäänisen reflektion koodin sen mukaan, missä määrin ne edistävät asiakkaan dialogista itsereflektiota. Tämänkaltaisen reflektioiden tarkastelu toteutuneen vuorovaikutustehtävän mukaan joko kuuntelevana vastaanottamisena, keskustelua helpottavana fasilitointina, tai moniäänisenä, yhteisymmärrystä syventävänä ja empatiaa välittävänä kuuntelutaitona antaa kliinisesti tarkemman kuvan työntekijän heijastavan kuuntelun taidosta kuin ilmaisun koodaus yksinkertaiseksi tai monimuotoiseksi reflektioksi.

Sekä tutkimuksen II että III vaikeasti koodattavien vuorovaikutuskohtien tarkastelu keskustelunanalyysin avulla selvensi empiirisesti sekä kysymisen että reflektoinnin koodaussääntöjä ja niiden reunaehtoja. Osoittautui, että puheenvuoron muotoa olennaisempaa on se, että työntekijä löytää riittävän tasapainon, jolloin keskustelu sekä fokuoitetu että etenee asiakkaan tavoitteita kohden. Kysymysten koodaussääntöjä käytettiin käsillä olevissa artikkeleissa I ja IV. Sen sijaan reflektion tarkennettuja koodaussääntöjä en voinut käyttää, sillä keskustelunanalyysi tehtiin koodauksen reliabiliteettia ja työntekijöiden MH-taitoja koskevan analyysin jälkeen. Näitä koodaussääntöjä voidaan kuitenkin jatkossa hyödyntää MH:n oppimisessa ja mahdollisissa jatkotutkimuksissa.

Vuorovaikutuksen tarkastelu rinnakkain koodauksen ja keskustelunanalyysin avulla tutkimuksissa II ja III osoitti kaiken kaikkiaan, että työntekijä ohjaa omilla puheenvuoroillaan asiakkaan vastausmahdollisuutta ja yhteisymmärryksen syntymistä. Keskustelukohdat, joissa työntekijä ohjaa keskustelua peräkkäisten kysymysten tai toistavien reflektioiden kautta tavalla, joka pikemmin ilmentää konfrontointia kuin avointa dialogia, on vaikea koodata. Näissä tilanteissa yksi

koodaaja voi käyttää suljetun kysymyksen koodia, toinen yksinkertaisen reflektion ja kolmas konfrontoinnin koodia. Sen vuoksi tässä esitetty tapa täydentää vuorovaikutuksen ongelmatilanteiden tarkastelua keskusteluanalyysillä osoittautui erityisen toimivaksi. Sen avulla voidaan paitsi selventää ongelma-kohtien koodausta myös valaista vuorovaikutuksen moniulotteisuutta, intentionaalisuutta, vastavuoroisuutta ja dynamiikkaa. Näin voidaan myös vahvistaa koodauksen reliabiliteettia ja validiteettia yksinkertaisena ja toistettavana puheen tutkimisen välineenä.

### 6.1.3 Asiakasta ja ensikäynnin vuorovaikutusta kuvaavat tekijät ennustivat päihdehaittojen vähenemistä puolen vuoden seurannassa

Väitöskirjani artikkelissa IV tutkin motivoivan päihdehoidon prosessia ja tuloksellisuutta. Tarkastelin ensisijaisesti, missä määrin MITI:llä (Moyers ja muut, 2010) arvioitu työntekijän MH:n hengen ja perustaitojen noudattaminen oli yhteydessä asiakkaan muutospuheeseen ja päihdehaittojen vähenemiseen puolen vuoden seurannassa. Toissijaisesti tutkin, missä määrin asiakkaan demografiset ja alkumotivaatiota kuvaavat tekijät vaikuttivat hoidon toteutumiseen ja päihdehaittojen vähenemiseen.

Tulokset osoittivat ensinnäkin, että asiakkaan onnistumisvarmuus oli yhteydessä hänen muutospuheensa määrään ja ennusti viidenneksen sen vaihtelusta. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa on osoitettu yhteys asiakkaan muutosta koskevan pystyvyydentunteen ja päihdehoidon toteutumisen välillä (Gaume, Bertholet & Daepfen, 2016; Kuusisto & Saarnio, 2012; Scheel, 2011). Muutoskeskustelun eteneminen edellyttää asiakkaalta tietynlaista valmiutta ongelman tunnistamiseen ja käsittelyyn. Mitä parempi asiakkaan pystyvyyden tunne on ennen hoitoa, sitä helpompaa hänen on omaa tilannettaan ja sen muutosta pohtia (Knuuttila, Kuusisto & Saarnio, 2011). MH:a toteutuu paremmin onnistumisestaan varmojen asiakkaiden kanssa. On selvää, että vuorovaikutuksessa on helpompaa tukea

olemassa olevaa muutosuskoa, kuin alkaa luoda muutosuskoa asiakkaan kanssa ikään kuin tyhjästä hoitotilanteesta (Daepfen ja muut, 2011; Gaume ja muut, 2009). Hoitoa edeltävän tilanteen vaikutuksista muutospuheeseen kertoo myös se, että asiakkaan raittiustavoite ja päihdehoitoon osallistuminen edeltävän puolen vuoden aikana samoin kuin se, että asiakkaalla oli kumppani korreloivat positiivisesti muutos- ja sitoutumispuheen voimakkuuteen. Toisin sanoen, asiakkaan muutosvalmius ja vähentämistä tukevat sosiaaliset suhteet voimistivat hänen muutos- ja sitoutumispuhettaan. Myös Harri Sarpavaaran päihdevuorovaikutusta koskeva semioottinen analyysi on osoittanut, että sosiaaliset suhteet, kuten perhe ja ystävyyssuhteet heijastuvat asiakkaan muutospuheeseen helpottaen tai vaikeuttaen muutosta (Sarpavaara, 2014a, 2014b, 2015).

Erityisen kiinnostavaa kuitenkin oli se, että työntekijän taidolla käyttää monimuotoisia reflektioita oli myös merkitystä muutospuheen lisäämisessä ohi asiakkaan muutospystyvyyden ennen hoitoa. Työntekijän kyky syventää keskustelua yrittämällä tavoittaa asiakkaan puheen suuntaa, tunnetilaa tai merkitystä (Miller & Rollnick 2013, s. 57–58, 407) ennusti merkitsevästi asiakkaan muutospuheen lisääntymistä näissä ensitapaamisissa. Tämä on kliinisesti tärkeä löydös, sillä se osoittaa, että työntekijä voi omalla toiminnallaan vaikuttaa asiakkaan positiiviseen muutosasenteeseen hoidon aikana. Myös aiemmat tutkimukset (Gaume ja muut, 2010; Glynn & Moyers 2010; Magill ja muut, 2016; Romano & Peters, 2014) ovat osoittaneet yhteyden työntekijän ymmärrystä välittäneiden ja keskustelua syventäneiden ilmaisujen ja asiakkaan muutospuheen välillä. On ajateltu, että tämä johtuisi siitä, että näissä puheenvuoroissa asiakas kuulee toiseen kertaan oman positiivisen muutosasenteensa ja vastatessaan työntekijän reflektioon hän kolmannen kerran vahvistaa omaa sisäistä muutosasennettaan (Miller & Rollnick, 2002). Toisaalta on hyvä muistaa, että MH:n vuorovaikutustekniikat, kuten reflektointi ei ole mikään muutospuheen tuottamisen automaatti. Apodacan ja muiden (2016) tutkimus osoitti, että työntekijän MH:n mukaiset ilmaisut, kuten avokysymykset ja reflektointi johtivat sitä seuraavaan asiakkaan muutospuheeseen,

mutta toisaalta samat vuorovaikutustekniikat lisäsivät myös päihteiden käytön suuntaista puhetta, mikä ilmentää muutosta koskevan ristiriidan voimistumista.

Asiakkaan istunnonaikainen muutospuheen lukumäärä ja voima eivät kuitenkaan odotetulla tavalla välittäneet tässä tutkimuksessa päihdehaittojen vähenemistä, vaikka aiemmissa tutkimuksissa ne ovat ennustaneet asiakkaan päihteiden käytön vähentämistä (Amrhein ja muut, 2003; Moyers ja muut 2007, 2009) ja niitä pidetään motivoivan haastattelun vaikutusten lupaavimpina indikaattoreina (Apodaca & Longabaugh, 2009). Kuitenkin myös muissa tutkimuksissa on saatu oman tutkimuksen suuntaisia tuloksia. Houckin ja Moyersin (2015) tutkimuksessa koko keskustelunaikainen keskimääräinen muutospuhe ei ennustanut päihteiden käytön vähenemistä, mutta sen sijaan muutospuheen jatkuminen sen alettua oli yhteydessä päihteiden käytön vähentämiseen. Myös oman havaintoni mukaan tämä saattaa olla tärkeä yhteys muutospuheen ja hoidon tuloksellisuuden kannalta. Ei niinkään se, että työntekijä herättelee muutospuhetta paljon eri aihepiireistä, vaan sen löytäminen, mikä juuri tällä asiakkaalla herättää halun jatkaa muutoksen seikkaperäisempää pohtimista. Jatkossa aihetta voisi tutkia koodaamalla vain niitä keskusteluhetkiä, joissa asiakas itse tuo esille oman muutostarpeensa ja seurata tämän muutospuheen kulkua.

Muutospuhetta koskeva lähtöodotusten vastainen tulos saattaa johtua myös siitä, että MH:n perustaitoja käytettiin kaiken kaikkiaan suhteellisen vähän näillä ensikäynneillä. Todettu muutospuhe oli myös vahvuudeltaan vain lievästi positiivista. Tulos voi johtua työntekijän osalta vain 20 minuutin koodausjaksosta, kokonaisuaineiston pienuudesta sekä erilaisten päihteiden käyttäjiä yhdistävästä aineistosta. Tässä saatu tulos ei kuitenkaan poissulje sitä, etteikö muutospuhe voisi välittää MH:n vaikutuksia ja asiakkaan tosiasiallista muutosta tutkimassamme asiakasryhmässä. Sitä saattoi vain olla vähemmän tässä ensimmäisessä kuin myöhemmissä tapaamisissa tai se kohdistui pikemminkin työntekijän kuin asiakkaan asettamiin tavoitteisiin. Tapaamisissa saattoi myös olla liikaa keskustelua asiakkaan muista huolista ja päihdeongelmasta haittoineen eikä niinkään siitä, mitä

asiakas haluaa tilanteelleen tehdä ja mikä on hänen henkilökohtainen muutostavoitteenensa (Feldstein Ewing ja muut, 2014). Saattaa myös olla, että osallistujien taustatekijät välittyvät muutospuheeseen eri tavalla tässä aineistossa kuin yleensä MH:a tutkittaessa satunnaistetuissa tutkimusasetelmissä, joissa asiakkaat ovat keskimäärin paremmasta sosioekonomisesta asemasta kuin tavanomaista päihdehoitoa saavat asiakkaat (Susukida, Crum, Stuart, Ebnesajjad, ja Mojtabai, 2015) Lisäksi useissa ensitapaamisissa asiakkaan tavoite jäi epäselväksi. Ilman selvää muutostavoitetta keskustelu päihdeongelmasta jää hyvin tulkinnanvaraiselle tasolle, sillä silloin ei ole selvää, puhuuko asiakas päihteiden käytön haitoista syynä muuttua vai syynä jatkaa kuten ennenkin. Työntekijä saattaa esimerkiksi tulkita asiakkaan kertomat päihdehaitat merkiksi tämän muutoshalusta. Samaan aikaan asiakas saattaa omasta näkökulmastaan kuvata haittoja tilanteena, jolle hän ei mahda mitään: ”vaikka minulla on näin paljon haittoja juomisesta, en silti pysty muuttumaan”. Siksi asiakkaan ongelman tunnistamiseen (”mitä ajattelet näistä haitoista”), muutosvalmiuden ja sitoutumisen kysymiseen (”mitä olet ajatellut tehdä juomisellesi”) ja konkreettisiin muutostavoitteisiin tulee kiinnittää huomiota hoidon alkuvaiheessa. Samasta syystä asiakkaan näkökulmaa tarkistavat ja syventävät reflektiöt ovat MH:n noudattamisessa tärkeitä, sillä niiden avulla keskustelun molemmat osapuolet saavat selvän kuvan asiakkaan senhetkisestä muutosvalmiudesta, kyvystä ja halusta voittaa käsillä oleva päihdeongelma.

Tutkimuksessa IV kävi ilmi, että neljä viidestä tutkimukseen osallistujasta jatkoi päihdehoidossa vielä puolen vuoden seurannan aikana. Tämä asiakkaiden hoidon jatkuvuus oli yhteydessä heidän päihdehaittojen merkitsevään vähentämiseen kolmanneksella lähtötilanteesta puolen vuoden seurannassa. Käytännössä alkutilanteessa kolme päivää viikossa juoneet joivat puolen vuoden seurannassa enää kaksi päivää viikossa. Millerin ja Manuelin (2008) mukaan tämä tulos ei vielä vakuuta päihdetyöntekijöitä hoidon tehokkuudesta. Heidän tutkimuksessaan terapeuttien mielestä asiakkaan tulee puolittaa päihteiden käyttönsä, jotta he tulevat riittävän vakuuttuneiksi menetelmän vaikutuksesta.

Asiakkaan hoidossa pysymisen ja päihdehoidon tulosten välinen yhteys on ollut vahva myös aiemmissa päihdehoitotutkimuksissa (Meier, Barrowclough & Donmall, 2005; Miller ja muut, 1993; Najavits, Crits-Christoph & Dierberger, 2000; Knuutila, Kuusisto, Saarnio & Nummi, 2012a, 2012b; Project Match, 1998b). Olisi kiinnostavaa tarkastella, että jos MH toteutuisi useammin hoidon alkutapaamisissa, voisiko se lisätä asiakkaiden päihdehaittojen vähenemistä ja vähentää jatkohoidon tarvetta. Yleensä MH:a käytetään vain hoidon alussa 1–4 tapaamiskerralla ja tarvittaessa, jos motivaatiokysymykset hidastavat hoidon edistymistä. Hoidon sisältö ensitapaamisten jälkeen ei ollut enää tutkimuksemme aihe.

Artikkelin IV päätavoitteena oli tutkia, mitkä asiakasta ja ensitapaamisen vuorovaikutusta kuvaavat tekijät tässä suomalaisessa aineistossa selittivät parhaiten asiakkaan pääasiallisen päihdeongelman helpottumista puolen vuoden kuluttua hoidon aloituksesta. Tehtävä oli haasteellinen, sillä aineisto oli pieni ja kuten tutkimus I osoitti, MH:n tosiasiallinen käyttö oli osin satunnaista. Tutkimusasetelmani mahdollisti kuitenkin työntekijän taitotason ja hoidon vaikutusten välisten yhteyksien tutkimisen. Esimerkiksi monimuotoisia reflektioita käytettiin keskusteluissa riittävästi. Aineistosta löytyi myös MH:n teorian ja tutkimushypoteesien kannalta johdonmukaisia ja merkitseviä korrelaatioita, joten kokonaismallin rakentaminen hierarkkisen lineaarisen regressioanalyysin avulla oli mielekästä (taulukko 6).

Mallin ensimmäisen ja toisen askelen tulokset osoittivat, että taustamuuttujista asiakkaan työssäkäynti ja päihdehoitoon osallistuminen tutkimusta edeltäneen puolen vuoden aikana ennustivat lähes kolmanneksen hoitotulosten vaihtelusta. Molemmat tekijät kertovat asiakkaan muutosvalmiudesta hoitoon tullessa. Työsuhteen säilyttäminen tuli esille myös asiakkaiden puheissa tärkeänä päihdehaittojen vähenemistä motivoivana tekijänä. Työssäkäynnin yhteys päihdehoidon tuloksiin on huomattu myös aiemmissa tutkimuksissa (Ornstein & Cherepon, 1985). Työsuhteen tuoma sosioekonominen asema parantaa asiakkaan

yleistä kompetenssia, mahdollisuutta vaikuttaa omaan taloudelliseen tilanteeseen sekä lisää psykologista ja sosiaalista kompetenssia, yhteenkuuluvuuden ja osaamisen tunnetta sekä elämänhallintaa. Se myös konkreettisesti ehkäisee päihteiden käyttöä, koska työajalla päihteitä ei käytetä. Vain yksi poikkeuksellinen tutkimukseen osallistuneista asiakkaista käytti alkoholia vain työpaikallaan, ei lainkaan kotonaan. Myös aiempi hoitoon osallistuminen lisää valmiutta päihdeongelman hyväksymiseen, avun vastaanottamiseen ja ongelman käsittelyyn. Monesti asiakkaat alkavat valmistella itseään muutokseen jo ennen hoitoa, jolloin terapiaan osallistumisella varmistetaan jo alkaneen muutoksen onnistuminen (Miller & Rollnick, 1991, s. 30–32; Skutle & Berg, 1987).

Mielenkiintoinen havainto oli se, että kun muutospuheen herättely eli evokaatio tuotiin malliin analyysin kolmannella askelella, sen vaikutus oli lievästi negatiivinen, mikä viittaa joko siihen, että muutospuhetta yritettiin herätellä liian aikaisin, väärin keinoin tai pikemminkin työntekijän kuin asiakkaan ehdoilla. Kun malliin neljännellä askelella lisättiin monimuotoiset reflektiot, jotka olivat positiivisessa yhteydessä hoitotulokseen, evokaation negatiivinen yhteys hoitotulokseen voimistui tilastollisesti merkitsevälle tasolle. Koska muutospuhetta herätellään yleensä sekä reflektioiden että kysymysten avulla, evokaation jäljelle jäänyt vaikutus perustui ilmeisesti kysymysten ja ehkä toistavien reflektioiden avulla tehtyihin yrityksiin saada asiakas suuntautumaan kohti muutosta, mikä osoittautui pikemminkin haitalliseksi kuin hyödylliseksi, etenkin kun valtaosa kysymyksistä oli vielä suljettuja kysymyksiä. Tällä tavoin herätelty muutospuhe ei vienyt asiakkaan muutosprosessia eteenpäin. Sama havainto toistui myös tutkimuksissa II ja III; olennaista työntekijän vuorovaikutustyyliä oli se, missä määrin se tuotti dialogista yhteisymmärrystä.

On vielä tähdennettävä, että motivoivaan haastatteluun keskeisesti kuuluva evokaatio voi toteutua oikein vasta, kun keskustelu etenee riittävän avoimena dialogina (Hartzler, Beadnell, Rosengren, Dunn & Baer, 2010), jolloin työntekijä ja asiakas pääsevät yhteisymmärrykseen keskustelun fokuksesta ja suunnasta (Miller &

Rollnick, 2013). Monessa ensitapaamisessa keskustelun fokus ja asiakkaan muutostavoite eivät olleet selvillä ennen muutospuheen herättelyä, jolloin evokaatio on liian aikaista. Työntekijä herätellessä pääasiassa kysymyksin asiakkaan muutosmotivaatiota ennen hänen itse ilmaisemaansa tavoitetta, asiakas ei puhu omasta muutostavoitteestaan, vaan reagoi työntekijän esittämään muutostarpeeseen. Tästä voi kehittyä ennenaikaisen kohdentamisen ansa, jossa työntekijä alkaa ajaa muutosta ja asiakas peräännytyy (Ackerman & Hilsenroth, 2001; Miller & Rollnick, 2002). Tällaisessa tilanteessa Bemmin esittämä itsehavaintoteoria ei toteudu optimaalisella tavalla asiakkaan omaehtoisena, sisäistä motivaatiota kuvaavana puheena, vaan aiheen ulkokohtaisena pohdintana, joka ei sellaisenaan välttämättä ole yhteydessä tosiasialliseen muutokseen.

Kaiken kaikkiaan kokonaismalli selitti 49 % päihdehaittojen vähenemisen vaihtelusta puolen vuoden seurannassa. Lopullisissa mallissa positiivisesti päihdehaittojen vähenemistä merkitsevästi selittäviksi tekijöiksi jäivät asiakkaan työssäkäynti ja työntekijän monimuotoisten reflektioiden osuus kaikista reflektioista. Saatu tulos vahvisti erityisesti monimuotoisten reflektioiden merkitystä asiakkaan muutosprosessissa (Gaume ja muut, 2010; Glynn & Moyers 2010; Hartzler ja muut, 2010). Samankaltaisen tuloksen saivat myös Barnett, Moyers, Sussman, Smith, Rohrbach, Sun ja Spruijt (2014) omassa analyysissään. Heidän analyysinsä osoitti, että opiskelijoiden marihuanan vähentämiseen vaikutti erityisesti asiakkaan muutospuheen monimuotoinen reflektointi. Monimuotoisten reflektioiden yhteys asiakkaan päihdehaittojen vähenemiseen liittyy myös terapeutin empaattisuuteen, jonka yleisesti tiedetään välittävän hoidon tuloksia (Moyers, Houck, Rice, Longabaugh & Miller, 2016). Monimuotoisia reflektioita käytetään useimmin keinona osoittaa asiakkaan kuuntelemista, asiakkaan kokemuksen, näkökulman ja kompetenssin esiintuomista ja pyrkimystä yhteisymmärrykseen (Miller & Rollnick, 2002, s. 7, 37). Tämä tuli ilmi Fischerin ja Moyersin (2014) tutkimuksessa, jossa nimenomaan työntekijän refleктоivat puheenvuorot korreloivat asiakkaan muutospuheeseen ja muutosvastaiseen puheeseen. Empatian



osoittamisen lisäksi monimuotoiset reflektiot myös pitävät yllä avointa dialogia ja vastavuoroisuutta, sillä työntekijän reflektio liittyy asiakkaan edeltäviin puheenvuoroihin. Koska monimuotoiset reflektiot kohdistuvat asiakkaan puheeseen, ne näyttävät tukevan keskustelussa asiakkaan itseohjautuvuutta: omaehtoisuutta ja kyvykkyyttä lisäten asiakkaan ja työntekijän välistä yhteenkuuluvuutta itseohjautuvuusteorian mukaisesti (Deci & Ryan, 1985, 2000; Moyers, 2014).

## 6.2 Tutkimuksen kriittinen arviointi

Väitöstutkimukseni on osa MISA-hanketta, jonka vuorovaikutusaineistoa ja sen välittömiä ja myöhempiä vaikutuksia arvioin osatutkimuksissa I–IV. Artikkelit I oli ensimmäinen suomalainen tutkimus, jossa MH:n integriteettiä on tutkittu tšekäläisessä A-klinikkakontekstissa. Lukuun ottamatta muutamia pieniä kokeiluja (esim. Rakkolainen, 2004) MH:n toteutumista ei ole Suomessa systemaattisesti tutkittu. Samassa artikkelissa arvioitiin myös ensikertaa tähän tarkoitukseen kehitetyn koodausjärjestelmän (MITI) luotettavuutta Suomessa. Tutkimus tarjosi riittävän tarkkaa tietoa MH:n osaamisen tasosta työntekijöillä, jotka ovat saaneet workshop-tasoisesta koulutuksesta, mutta eivät henkilökohtaista palautetta ja ohjausta. Uutta useimpiin aiempiin ulkomaisiin tutkimuksiin nähden oli se, että hoidon toteutumista arvioitiin naturalistisessa tutkimusasetelmassa. Näin saatiin tietoa siitä, missä määrin MH sen nykyisellä lyhyellä koulutuksella siirtyy käytännön päihdetyöhön suomenkielisessä hoitokontekstissa.

Tutkimuksissa II ja III oli täysin uutta kahden lähtökohtaisesti hyvin erilaisen tutkimusmenetelmän rinnakkainen käyttö. MITI-koodauksen kysymysten ja reflektioiden reliabiliteettia ja validiteettia tarkasteltiin toisella tutkimusmenetelmällä, keskusteluanalyysillä, jotta saataisiin luotettavasti havainnoitua hoidon tosiasiallista toteutumista koskevaa tietoa vuorovaikutuksen luonteesta suhteessa MH:n oletuksiin. Vuorovaikutuksen mikroanalyysi tuotti

kysymysten ja reflektioiden luokittelusääntöihin tutkimustietoon pohjautuvia parannuksia. Aineiston laadullinen tarkastelu toi myös esille sellaisia uusia puolia hoitokeskusteluista, joita muissa koodausjärjestelmissä ei ole tunnistettu. On tärkeätä, että MITI:n kaltainen objektiivinen psykometrinen mittari kehittyi tutkimustiedon, eikä yksittäisten havaintojen tai mutu-tuntuman mukaan. Kun MITI:n ongelmakohtia parannetaan tällä tavoin empiiriseen tutkimustietoon nojaten, on mahdollista saada entistä luotettavampaa, vertailukelpoista ja kumuloituvaa tietoa MH:n vaikuttavista osatekijöistä ja prosesseista.

Tutkimuksessa IV uutta useimpiin aikaisempiin tutkimuksiin nähden oli se, että myös asiakkaan taustatekijöitä ja alkumotivaatiota tarkasteltiin suhteessa MH:n toteutumiseen ja asiakkaan päihdehaittojen vähenemiseen. Tämä on tärkeä lisä aikaisempiin tutkimuksiin, sillä aiemmat MH:a koskevat tutkimustulokset on saatu satunnaistetuissa koekasetelmissa, joissa työntekijät ovat usein olleet psykoterapeutteja ja asiakkaat ovat usein pidemmälle koulutettuja ja useammin työelämässä kuin tavanomaista päihdehoitoa saavat (Susukida ja muut, 2015). Yksittäisten yhteyksien lisäksi tutkin, mitkä tekijät lisäävät päihdehaittojen vähenemisen selityksastetta. Muutospuheen ennustamisessa oli niin ikään uutta se, että lähtökohdaksi otettiin asiakkaan alkumotivaatio ja sen vaikutus työntekijän MH:n käyttöön.

Tutkimuksessani oli myös omat rajoituksensa. Tutkimuksen I puutteena oli erityisesti MH:n vastaisten ilmaisujen heikko reliabiliteetti sekä koodauksen ongelmakohdat. Koska MH:n vastaisia ilmaisuja oli aineistossa kaiken kaikkiaan vähän, niiden heikko reliabiliteetti ei kuitenkaan suuresti vaikuttanut MH:n integriteetin arviointiin. Myös tutkimusten II ja III mikroanalyysi osin selvensi tätä puutetta osoittaessaan, että MH:n vastaiset ilmaisut eivät esiintyneet niinkään yksittäisissä puheenvuoroissa kuin pidemmissä keskustelusekvensseissä, minkä vuoksi näiden ilmaisujen luotettava koodaus oli hankalaa.

Artikkelin II puutteena oli suljettujen kysymysten ongelmallisten koodauskohtien määrällinen tarkastelu. Siinä missä tutkimuksessa III tarkastelin

myös määrällisesti, missä määrin reflektioiden koodaus oli ongelmallista, tällaista analyysiä en tutkimuksessa II tehnyt. Artikkelissa III olisi saattanut hyödyllistä merkitä reflektiokohtiin eli lihavoitujen huomiorivien kohdalle MITI:n koodit. Näin ei tehty, koska keskusteluanalyysin ja koodauksen rinnakkainen seuraaminen on haasteellista ja artikkelin tarkoituksena oli tuoda esille koodauksessa esiintyvät ongelmat, puheenvuorojen moniäänisyys, tulkinnanvaraisuus ja vastavuoroisuus. Pohdinassa olisi kuitenkin voinut huomioida, missä aineistoa kuvaavissa keskustelukohdissa esiintyi uusien reflektiokoodien mukaista puhetta, kuten toistavaa ja vastaanottavaa reflektointia. Se olisi havainnollistanut paremmin sitä, miten esittämämme uudet koodit selventävät joitain koodauksen ongelmakohtia. Tutkimuksissa II ja III olisi voinut myös tarkastella vuorovaikutuksen dynamiikan toteutumista teoreettisen viitekehyksen, kuten itseohjautuvuusteorian (Deci & Ryan, 1985) mukaan. Vuorovaikutuksen ongelmakohtia olisi voinut tarkastella myös avoimen dialogin käsitteen kautta. Nyt tutkittavat vuorovaikutusilmiöt rajautuivat valitettavasti vain koodauksen piiriin, vaikka niitä olisi ollut mahdollista tarkastella teoreettisesti ja käsitteellisesti laajemmin.

Tutkimuksen IV rajoituksina oli ensinnäkin melko pieni aineisto monimuuttujamenetelmän käyttöön. Aineiston tilastollinen voima ei riitä tuomaan esille kaikkia mahdollisesti tärkeitä yhteyksiä, joten päihdehaittojen vähenemistä koskevien tulosten tulkinnassa tulee olla varovainen. Toisen alkutapaamisen tutkiminen MITI:llä olisi mahdollisesti antanut paremman kuvan sekä MH:n hallinnasta että asiakkaan muutospuheen merkityksestä. Kun tarkoitus oli alun perin tutkia nimenomaan MH:n hallinnan ja asiakkaan muutospuheen kykyä ennustaa päihdehaittojen muutosta, niin esteeksi nousivat puutteet MH:n hallinnassa. Tämä saattoi lisätä asiakkaan ominaisuuksien merkitystä tuloksissa.

Tulosmuuttujana artikkelissa IV käytettiin prosentuaalista muutosta asiakkaan pääasiallisen päihteen mukaisissa AUDIT- ja SDS-pisteissä, jotka mittaavat pikemminkin riippuvuusoireita kuin käyttöä sellaisenaan. Koska ne eivät kuitenkaan ole riippuvuusmittareina yhteismitallisia, tulkitsin niiden ilmentävän joka

tapauksessa päihteiden käyttöä, joskin epäsuorasti. Tätä seikkaa olisi silti voitu vielä selventää artikkelissa IV. Osanottajien päihteiden käyttö ei siis itsessään vähentynyt kolmanneksella, vaan ko. muutos koski heidän riippuvuusasteitaan näillä kahdella mittarilla. Tuloksia arvioitaessa ei myöskään voitu ottaa huomioon sitä, että jotkut osanottajat ovat voineet vähentää pääasiallisen päihteensä käyttöä samalla kun he ovat lisänneet jonkun muun päihteiden käyttöä. Kaiken kaikkiaan tutkimuksessa IV löydetty hoidon tuloksellisuutta kuvaava malli sopi kuitenkin käsillä olevaan aineistoon hyvin ja mallin selitysaste on hyvä. Voidaankin olettaa, että ne tekijät, jotka ensitapaamisten vuorovaikutuksessa ovat olleet asiakkaan päihdehaittojen vähenemisen kannalta kaikkein merkityksellisimpiä, näkyivät näissä puolen vuoden seurantatuloksissa.

Koska tutkimuksessa ei ollut koeasetelmaa, ei voida varmaksi sanoa, mistä asiakkaan päihdehaittojen väheneminen johtuu. On myös mahdollista, että jokin muu tekijä kuin hoito selittää asiakkaan päihdehaittojen vähenemistä. Tässä esitettyjä tuloksia tulee kuitenkin pitää luonteeltaan eksploratiivisina yhteyksinä, joita voidaan myöhemmin testata isommilla aineistoilla. Oletettavaa on, että jos jatkotutkimuksissa MH:n prosessia ja tuloksellisuutta tarkastellaan uudelleen, työntekijän kuuntelu- ja kohtaamistaidoilla voi olla ratkaiseva merkitys asiakkaan muutoksen kannalta (Anderson ja muut, 2009; Daepfen ja muut, 2011; Gaume ja muut, 2010; Glynn & Moyers, 2010). Lisäksi, asiakkaan taustatekijöitä ei tule ohittaa hoitotutkimuksissa, vaan pikemmin pohtia missä määrin ne suoraan ja välillisesti vaikuttavat hoidon toteutumiseen ja tuloksiin (Scheel, 2011). Asiakkaan taustatekijät, sosioekonominen asema, pystyvyyden tunne ja identiteetti vaikuttavat motivaatioon, kokonaisterveydentilaan, päihteiden käyttöön sekä sosiaaliseen kanssakäymisen terapiassa, eikä näitä tekijöitä tulisi poissulkea vuorovaikutustutkimuksesta (Buckingham, Frings & Albery, 2013; Chen & Miller, 2013; Dingle, Cyrus & Frings, 2015; Oyserman & Destin, 2010).

Aineiston keruuseen liittyi myös haasteita. Rekrytoinnin hitauden ja vaikeuden takia aineisto jäi pieneksi. Työntekijät rekrytoivat tutkimukseen osallistuneet

asiakkaat ja on mahdollista, että asiakkaat ovat jollain tavalla valikoituneet tutkimukseen esimerkiksi työssäkäyntiin tai muutosvalmiuteen liittyen. Osa työntekijöistä myös koki, että tutkimuslomakkeet haittasivat ensitapaamisen vuorovaikutusta. Tämän häiriön pyrin ratkaisemaan niin, että en arvioinut lainkaan selvästi lomakkeen täyttöön liittyvää keskustelua. Taustatietojen keräämisen ajoituksella on kuitenkin voinut olla vaikutusta tutkimuksen tuloksiin. Jos taustatiedot olisi kerätty ennen ensitapaamista kuten monissa vastaavissa tutkimuksissa, asiakkaat olisivat niiden kautta miettineet tilannettaan ja se olisi saattanut itsessään lisätä muutospuhetta ensitapaamisten yhteydessä. Osa työntekijöistä koki myös tallennukset häiritseväksi. Tämäntapaista tutkimusta ei kuitenkaan voida toteuttaa ilman jonkinlaista tallennetta keskustelun kulusta. Olisi hyvä, että vuorovaikutuksen tallennuksista tulisi jatkossa luonteva oppimisen väline, koska niiden välityksellä saa parhaiten palautetta omasta toiminnasta.

Tavoitteena oli saada tutkimukseen joko ensikertalaisia A-klinikalla tai henkilöitä, joiden edellisestä hoitokontaktistaan olisi kulunut yli puoli vuotta. Analyysivaiheessa kävi kuitenkin ilmi, että suuri osa osanottajista ilmoitti käyneensä avo- tai laitospäihdehoidossa puolen vuoden sisällä ennen tutkimuksen alkua. On oletettavaa, että tämä hoito on ollut katkaisuhoidoa eikä psykososiaalista hoitoa.

Puolen vuoden seurannassa oli mukana 79 % ( $n = 30$ ) tutkimukseen osallistuneista. Tulosta voi pitää hyvänä etenkin alkoholinkäyttäjillä, joista 86 % vastasi seurantaan, kun huumeidenkäyttäjistä niin teki vain noin puolet. Huumeidenkäyttäjien puhelinliittymät eivät usein olleet enää puolen vuoden seurannassa käytössä, eikä heidän nimeämiään yhteyshenkilöitä tavoitettu. Tutkimuksessa käytettiin puuttuvien seurantatietojen takia nk. intention-to-treat analyysiä, jonka mukaan seurannasta pudonneiden asiakkaiden tiedot korvattiin heidän alkuarvoillaan. Tätä menettelyä voi pitää melko varovaisena puuttuvien tietojen käsittelytapana, sillä osa pudonneista on saattanut vähentää päihteiden käyttöään, toisten jatkaessa entiseen tapaan tai jopa lisäten kulutustaan.

Tuloksia olisi voinut parantaa keskittymällä vain joko alkoholin tai huumeiden käyttäjiin, mutta pelkkiä alkoholin tai huumeiden käyttäjiä on asiakkaisissa entistä vähemmän kaikkinaisen sekakäytön yleistyessä. Huumeiden käyttäjät (9 henkilöä) ja myös nuorimmat osanottajat saattoivat omina alaryhminään vaikuttaa tuloksiin lisäämällä niiden vaihtelua ja vähentämällä havaittujen yhteyksien merkitsevyyttä. Lisäksi suurella osalla päihdeasiakkaista on jonkinasteinen päihteisiin liittyvä tai muu mielenterveysongelma, jota ei voitu huomioida, koska käytössä ei ollut diagnostisia kriteerejä, eivätkä kaikki osanottajat niistä välttämättä ensikäynneillä edes kerro, varsinkaan kun sitä ei heiltä systemaattisesti kysytä. Jatkossa MH:n ja kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoitotuloksia voisi tutkia laaja-alaisemmin seuraamalla myös asiakkaiden mielialaan ja elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä.

Huolimatta rajoituksistaan tällä tutkimuksella on omat vahvuutensa. Tutkimus on toteutettu ekologisesti valideissa olosuhteissa, osana A-klinikan päivittäistä hoitotyötä. Ensitapaamisen vuorovaikutusaineisto on analysoitu seikkaperäisesti sekä laadullisilla että määrällisillä tutkimusmenetelmillä. Työntekijän puheen koodausmenetelmää on tutkimuksessa arvioitu kriittisesti ja sen ongelmakohtiin on puututtu. Prosessitutkimus on toteutettu vaiheistetusti ja asiakkaan päihdehaittojen muutokseen välillisesti vaikuttavia tekijöitä yksittäin ja yhdessä tarkastellen.

Tutkimusten I–III kontribuutiot käsillä olevaan väitöskirjaan ovat suomennetun MITI:n reliabiliteetin arvioimisen lisäksi MITI:n käsitevaliditeetin parantaminen keskusteluanalyysin avulla liittyen suljettuihin kysymyksiin ja reflektioihin. Tutkimusten I–III tulokset osoittavat myös konkreettisen tarpeen MH:n koulutukseen ja työnohjaukseen, sekä MITI:n kautta välineen MH:n implementoinnin ja vaikuttavuuden parantamiseen. Tulokset MH:n prosessista ja tuloksellisuudesta ovat osin sovellettavissa myös muihin hoitovuorovaikutuksen tilanteisiin, joissa tarvitaan avointa dialogia ja asiakkaan kuuntelemista. On oletettavaa, että samat kysymisen ja kuuntelemisen haasteet ovat läsnä päihdehoidon lisäksi myös muissa asiakkaan ja työntekijän välisissä hoitotilanteissa.

Tutkimukseni asettuu yhdeltä osin institutionaalisen vuorovaikutustutkimuksen kenttään, jota on Suomessa toteutettu muun muassa keskusteluanalyysillä Anssi Peräkylän (2004; 2009) ja Marja-Leena Sorjosen (Sorjonen, Peräkylä & Eskola, 2001) johdolla. Päihdehoidon vuorovaikutusta on aiemmin tutkinut muun muassa Mia Halonen (2002) tutkiessaan Myllyhoidollista ryhmäterapiaa. Jaana Jaatinen (1996) käytti puolestaan diskurssianalyysia A-klinikan vuorovaikutuksen analysointiin väitöskirjassaan. Käyttämäni metodi, käyttäytymisen koodaus on lähellä niin keskusteluanalyysia kuin muita vuorovaikutustutkimuksen menetelmiä, kuten diskurssianalyysia sillä erotuksella, että puheen luokittelu pohjautuu tutkija- ja teorialähtöiseen viitekehykseen. Tutkimukseni tuokin uuden näkökulman tähän institutionaalisen vuorovaikutuksen tarkasteluun, sillä koodaus teoreettisine viitekehyksineen mahdollistaa hoitoprosessin tarkastelun lisäksi sen tuloksellisuuden mittaamisen ja hypoteesin testauksen sekä myös jatkossa suurien aineistojen tilastollisen analyysin.

### 6.3 Tulosten merkitys klinisen päihdetyön kannalta

Kaiken kaikkiaan tutkimusten I–IV tuloksia voidaan pitää lähtökohtana MH:n koulutuksen kehittämiseksi, työnohjaukselle ja jatkotutkimuksille Suomessa. MH:n oppimista ja noudattamista tulisi myös jatkossa arvioida objektiivisesti MITT:n kaltaisella mittarilla. Menetelmän tosiasiallista oppimista tulisi parantaa palautteiden ja arvioiden avulla, kunnes työntekijä on saavuttanut siinä riittävän kompetenssin. Tämä edellyttää niin yksittäiseltä työntekijältä kuin työyhteisöltä innostusta uuden oppimiseen sekä työnantajan taloudellista ja ajallisesti pitkäjänteistä sitoutumista menetelmän juurruttamiseen. Se olisi kuitenkin hyvä investointi työntekijöiden osaamiseen ja työssä jaksamiseen. Englannissa on huomattu, että työntekijöiden ja työyhteisön keskinäinen avoimuus oppimista ja muutosta – uusia ajatuksia, uusia työtapoja, taitojen kehittämistä ja tietojen kartuttamista - kohtaan ja näiden taitojen harjoittelu ja koulutus lisäävät työntekijöiden hyvinvointia. Ilmapiiiri, jossa

työntekijöistä rohkaistaan avoimeen keskusteluun ja kunnioitetaan työntekijöiden mielipiteitä, vaikuttaa suoraan myös asiakkaisiin, jotka kokevat tullessa ymmärretyksi, arvostetuiksi ja autetuiksi (Phillips & Bourne, 2008; Simpson ja muut, 2009). Lyhyt MH:n koulutus ilman ohjausta ja palautetta antaa tiedollisia, mutta ei vielä takaa taidollisia valmiuksia MH:n noudattamiseen. Taitojensa kehittämiseen työntekijät tarvitsevat yksilöllistä ohjausta ja palautetta. Nykytilanteessa MH:sta voi myös syntyä vääränlainen kuva, että ”ei se toimi”, vaikka työntekijä ei ole vielä oppinut sitä riittävästi ja oikein soveltamaan. (Swalbe ja muut, 2014.)

Jos yksittäisen työntekijän tai hoitoyksikön tavoitteena on MH:n noudattaminen, tulee menetelmän koulutusta ja sen käytännön toteutusta suunnitella ja arvioida johdonmukaisesti (Bennett, Moore, Vaughan, Rouse, Gibbins, Thomas, James & Gower, 2007). On osoittautunut, että systemaattinen ohjaus, jossa työntekijä saa palautetta omasta osaamisestaan, on kiistatta paras ja kenties ainoa keino juurruttaa motivoivan haastattelun menetelmä tosiasialliseen käyttöön (Dunn ja muut, 2016; Martino ja muut, 2016; Schwalbe ja muut, 2014). Tähän tarkoitukseen on myös kehitetty manuaali (Martino ja muut, 2006). Moyersin ja Hendrikssonin (2010) mukaan paras tapa tehokkaaseen implementointiin olisi mitata työntekijöiden lähtötasot ennen koulutusta ja huomioida ne koulutusta suunniteltaessa. Heidän mukaansa lähtötasoltaan heikompien työntekijöiden taidot hiipuvat muita nopeammin. Menetelmää sovellettaessa saatetaan myös kadottaa jo kertaalleen opitut MH:n keskeisimmät piirteet (Sulkko & Riittinen, 2008), joten taitoja tulee ylläpitää täydennuskoulutuksin (Miller ja muut, 2004). Kaiken kaikkiaan MH:n systemaattinen käyttöönotto voisi vähentää työntekijöiden välistä vaihtelua asiakkaiden saamassa hoidossa (Najavits ja muut, 2000) ja parantaa menetelmän vaikuttavuutta (Madson & Campbell, 2006; Martino, Ball, Nich, Frankforter & Carroll, 2008; Miller, Sorenson, Selzer & Brigham, 2006; Krampe ja muut, 2008). Systemaattisen MH:n implementoinnin



jälkeen myös tässä esitettyjä tuloksia voisi testata isommalla aineistolla ja löytää myös niitä asiakastilanteita, joissa MH ei toimi.

Kysymysten ja reflektioiden koodausongelmat kertonevat myös kyseisten perustaitojen hallinnan ongelmista käytännön päihdetyössä. Työntekijät eivät välttämättä ole tietoisia omasta, mahdollisesti tehottomasta tai jopa haitallisesta kysymys- tai reflektiotavastaan (Tollison ja muut, 2008). On havaittu, että yksinkertaisten reflektioiden käytön oppii melko nopeasti, mutta terapeuttisesti vaikuttavampien monimuotoisten reflektioiden, MH:n hengen ja empatian omaksumiseen menee enemmän aikaa (Forsberg ja muut, 2010; Miller & Rollnick, 1991, 171). Kun halutaan saada tarkempi kuva työntekijän heijastavan kuuntelun vaikutuksesta asiakkaaseen, reflektioita olisi hyödyllistä tarkastella toteutuneen dialogin ja vuorovaikutustehtävän mukaan, kuittauksena, fasilitointina ja syventävänä reflektiona, kuten ehdotimme artikkelissa III. Lisäksi voisi olla hyödyllistä luokitella, missä määrin työntekijän reflektiot kohdistuvat muutospuheeseen tai asiakkaan muuhun puheeseen, sillä MH:n oppimisessa muutospuheen tunnistamisen, herättelyn ja vahvistamisen taito on keskeistä (Miller & Moyers, 2006). Uudessa MITI:ssä muutospuheen herättelyä ja ohittamista arvioidaan asteikolla 1–5 kokonaisarvioissa, mutta työntekijälle olisi hyödyllistä saada yksityiskohtaista palautetta siitä, missä kohdin hän tunnistaa muutospuhetta ja missä kohdin ohittaa sen.

Kiinnostavan näkökulman motivoivan haastattelun mukaisen vuorovaikutuksen oppimiseen tuo Millerin ja kumppaneiden tutkimus (Miller, Hedrick & Orlofsky, 1991), jossa työntekijän itsetunto ennen MH:n koulutusta korreloi heidän koulutuksen jälkeiseen empaattisuuteensa. Työntekijän itsetunto saattaakin esittää ratkaisevaa osaa siinä, miten hän kykenee huomioimaan hoidossa asiakkaan heikon pystyvyyden, pähteiden käyttöä puoltavan puheen ja terapeutin vastustamisen (Madson, Loignon & Lane, 2009). Ryanin ja Decin (2008) itseohjautuvuusteoriaa voisi jatkossa siten tarkastella myös työntekijän näkökulmasta: mitkä tekijät vaikuttavat työntekijän autonomian, kompetenssin ja yhteenkuuluvuuden tunteisiin

suhteessa motivoivan haastattelun noudattamiseen. Ja, missä määrin nämä tekijät liittyvät menetelmän koulutukseen, työyhteisöön ja asiakkaaseen. Aiheen tarkastelu voisi valaista MH:n oppimisen, empatian ja hoitotyön vaihteluun vaikuttavia tekijöitä (Miller & Moyers, 2015a).

Tutkimukseni osoitti, että asiakkaan omista lähtökohdista nouseva pyrkimys muutokseen ennen hoidon aloitusta välittyi hänen muutospuheeseensa ja vaikutti työntekijän MH:n noudattamiseen. Mitä motivoituneempi asiakas on hoitoon tullessaan, sitä helpompaa työntekijän on hänen muutostaan tukea (ks. myös Ayres ja muut, 2013). Kuitenkin, refleктоimalla eli kuuntelemalla ja selventämällä asiakkaan puheen merkityksiä, työntekijä voi konkreettisesti edistää myös heikon muutospystyvyyden asiakkaan muutosmotivaatiota ja toipumista. On kuitenkin muistettava, että heijastava kuuntelu on haastava terapeuttinen taito, jonka avulla voidaan paitsi syventää asiakkaan näkökulmaa dialogissa myös rajata ja ohittaa asiakkaan puheen sisältöjä (Ackerman & Hilsenroth, 2003), kuten havaitsimme artikkelissa III. Myös työntekijöiden kysymistaitoon, sen vahvistamiseen ja karikoihin tulee erityisesti panostaa MH:n koulutuksessa ja työnohjauksessa (Forsberg ja muut, 2010; McCambridge ja muut, 2011).

Asiakkaan oma muutosusko sekä hoitavan työntekijän, perheen ja ystävien tuki (Apodaca ja muut, 2013; Koski-Jännes, 1992; Sarpavaara 2014a, 2014b, 2015; Simoneau & Bergeron, 2003) sekä elämän mielekkyys, kuten työ luovat monella tavalla asiakkaalle muutoksen mahdollisuuden tai sen esteen. Tavoitteensa saavuttamisesta epävarmat, sekä vähäisten päihdeettömien tukiverkoston varassa olevat asiakkaat suhtautuvat muutokseen ja työntekijään usein ristiriitaisesti, jopa vastahakoisesti, jolloin he eivät todennäköisesti puhu avoimesti asioistaan. Varautunut asiakas ei ole omiaan herättämään työntekijän empatiaa ja muutosuskoa, jolloin vuorovaikutus voi ajautua helpommin vastakkainasetteluun (Francis ja muut, 2005) ja myös asiakkaan hoidosta poisjäämiseen (Knuuttila, Kuusisto & Saarnio, 2011). Näihin asiakkaisiin tuleekin kiinnittää erityistä huomiota hoidon alkutapaamisissa pohtien reaalaisia keinoja heidän muutosuskonsa

vahvistamiseen. MH:n hallinnan erityinen piirre onkin työntekijän taidossa välttää tilanteita, joissa asiakkaan ambivalenssi ja sen mukanaan tuoma vastahakaisuus muutosta kohtaan siirtyy asiakkaan ja terapeutin väliseen vuorovaikutukseen (Moyers & Rollnick, 2002). Systemaattinen palaute lienee paras keino auttaa terapeutteja löytämään uusia vuorovaikutuskeinoja tämänkaltaisissa käytännön vuorovaikutustilanteissa.

Osatutkimuksen IV tuloksilla on hyvin konkreettista merkitystä käytännön päihdetyöhön. On merkillepantavaa, että panostamalla työntekijän reflektiotaitoon, erityisesti asiakkaan puheen merkityksiä tavoittaviin ja niitä syventäviin reflektioihin ja toisaalta välttämällä dialogia sulkevia suljettuja kysymyksiä ja toistavia reflektioita ensitapaamisissa voidaan vaikuttaa asiakkaan positiiviseen muutosasenteeseen sekä mahdollisesti myös tulevaan käyttäytymisen muutokseen.

Tutkimukseni päätavoitteena oli tarkastella päihdehoidon prosessiin vaikuttavia tekijöitä, ja arvioida toteutuuko motivoivan haastattelun menetelmä käytännön päihdetyössä. Saamillani tuloksilla on merkitystä niin MH:n koulutukselle, työnohjaukselle ja laajamittaiselle käyttöön otolle eri ammattialoilla. Asiakkaiden taustekijöiden yhteys hoidon toteutumiseen antoi myös viitteitä siitä, että asiakkaat tuovat hoitoon koko elämänsä osaamisineen, vahvuuksine ja heikkouksineen, ja näitä tekijöitä voidaan hoitoprosessissa hyödyntää. Näiden piirteiden tarkastelu jatkotutkimuksissa voisi valaista myös aiemmin havaittuja suuria eroja asiakkaiden saamassa hoidossa (Miller & Moyers, 2015a).

## 6.4 Jatkotutkimusten aiheita

Väitöstutkimukseni MH:n tosiasiallista noudattamista suomalaisessa päihdehoidossa on luonteeltaan eksploraatiivinen ja sen tulokset tulee suuremmalla aineistolla tarkistaa. Jatkotutkimusta voisi tehdä tarkastelemalla työntekijän ja asiakkaan keskustelun arviointilomakkeita, toisen tapaamisen yhteydessä mahdollisesti annetun palautteen yhteyttä hoidon tuloksiin, sekä tarkastella vuoden

seurannan tuloksia kaiken kaikkiaan. Asiakkaan alkumotivaation ja pystyvyyden tunteen lisäksi jatkossa voisi tarkastella niitä sosiodemografisia tekijöitä, jotka vaikuttavat muutospuheen eri puoliin ja MH:n toteutumiseen. Asiakkaan yksilöllisen muutoksen avaintekijöitä, kuten sosiaalisen identiteetin yhteyttä muutospuheeseen voisi jatkossa tarkastella muutosta välittävänä tekijänä (Buckingham ja muut, 2013; Hänninen & Koski-Jännes, 1999; Koski-Jännes, 2002). Asiakkaan persoonallisuus, vanhemmuus ja taloudellinen tilanne, voivat olla joitain niistä taustatekijöistä, jotka vaikuttavat välillisesti tai suoraan asiakkaan motivaatioon, hyvinvointiin ja hoidon tuloksiin (Dingle ja muut, 2015; Koski-Jännes, 1992; Kostamo, 2002). Teoreettisesti MH:a toteutumista suhteessa asiakkaan muutospystyvyyteen voisi tutkia esimerkiksi HAPA (Health action process approach; Schwarzer, 1992, 1999) -mallin avulla.

Muutos asiakkaan käyttäytymisessä alkaa oman oivalluksen, muuttuneiden merkitysten sekä niitä tukevien ympäristötekijöiden ja toteutuneiden päätösten kautta (Kuusisto, 2010). Tätä asiakkaan ajattelun laadullista muutosta ja työntekijän roolia siinä, voisi jatkossa tutkia kvantitatiivisen mittaamisen ohella kvalitatiivisilla menetelmillä. Niitä yhdistämällä voitaisiin tavoittaa asiakkaan näkökulman muuttuminen ja oppiminen sekä ajatuksen laadullinen muutos tavalla, jota pelkkä muutospuheen koodaus ei tavoita (Patterson & Forgatch, 1985). Tähän tarkoitukseen sopii esimerkiksi William Stilesin Assimilaatiomalli (Stiles, 2002), joka huomioi keskustelun vastavuoroisuutta ja intentionaalisuutta sekä asiakkaan itseä havainnoivaa positiota suhteessa käsillä olevaan ongelmaan. Näihin kysymyksiin aion itse perehtyä samoja ensitapaamisia koskevissa jatkotutkimuksissani, joissa tarkastelen asiakkaan ongelman tunnistamista hoidon alussa ja sen muutoksia keskustelun aikana.

MH:n oppimista voisi jatkossa tutkia työntekijän muutos- ja pystyvyydasenteiden näkökulmasta (Ilgen, Tiet, Finney & Moos, 2006; Imel, Baer, Martino, Ball & Carroll, 2011). Aihe on tärkeä asiakkaiden hoidossa pysymisen ja päihteiden vähentämisen kannalta (Aharonovich ja muut, 2008, Kadden & Litt, 2011).

Tärkeätä olisi tietää, mitkä työntekijän toimintaan ja osaamiseen vaikuttavat tekijät ovat ratkaisevia, jotta yhteisymmärrys ja optimismi välittyvät asiakkaaseen, jolla on heikko motivaatio ja kompetenssi (Gaume, 2009). Olipa kyseessä mikä hoitomuoto tahansa, työntekijöiden mielikuvat asiakkaiden ”hoidettavuudesta” saattavat vaikuttaa siihen keihin panostetaan (Brener, von Hippel, von Hippel, Resnick & Treloar, 2010; Järvinen, 2002; van Boekel, Brouwers, van Weeghel & Garretsen, 2013).

Myös reflektiotekniikan oppimista (Madson ja muut, 2009) ja sen toteutumisen reunaehtoja voisi myös jatkossa tarkastella tarkemmin (Gaume ja muut, 2010; Moyers ja muut, 2009). Olisi tärkeätä tietää enemmän siitä, mitä seikkoja reflektoidessa työntekijä saa aikaan terapeuttisesti vaikuttavan vasteen, kuten muutospuhetta, sekä milloin reflektio pysäyttää muutosta koskevan dialogin. Reflektioiden tunnistaminen sekä vuorovaikutustehtävän mukaan eli miten reflektoidaan että sisältöjen mukaan eli mitä reflektoidaan, voisi syventää ymmärrystä MH:n tehokkaista aineisista ja lisätä päihdehoidon vaikuttavuutta (Moyers ja muut 2009). Jatkossa vastaavatyypistä laadullista analyysiä olisi hyödyllistä tehdä myös MH:n vastaisista ilmauksista, joiden reliabiliteetti jäi omassa tutkimuksessani alhaiseksi.

MH:n yksityiskohtaisempien vaikuttavien ainesosien kannalta MITI:n ja myös sitä seikkaperäisemmän MISC:n selvänä rajoituksena on, etteivät ne tavoita yhteisymmärryksen tai sen puuttumisen tai katkosten ilmenemistä (De Jonge, Schippers & Schaap, 2005; Rakkolainen, 2004), yhteisen fokuksen löytymistä tai yhtä MH:n toteutumisen keskeistä elementtiä, asiakkaan muutosristiriidan käsittelyä (Moyers ja muut, 2010, 2014). MH:n noudattamista arvioivia menetelmiä tulisikin jatkossa kehittää erityisesti näistä näkökulmista sen selvittämiseksi, mitkä vuorovaikutustekijät edistävät asiakkaan itseohjautuvan tavoitteen löytymistä ja muutosristiriidan ratkaisemista (Apodaca & Longabaugh 2009; Glynn & Moyers, 2010). Jatkossa olisi hyödyllistä tutkia artikkelissa III esitettyjä reflektioiden vuorovaikutustehtäviä ja näiden koodausluokkien reliabiliteettia. On mahdollista,

että MITT:n reliabiliteetti monimuotoisten reflektioiden ja tulevaisuudessa myös MH:n vastaisten ilmaisujen osalta paranisi muissakin kielissä, jos niiden koodaussäännöissä otettaisiin huomioon tekemämme ehdotukset koodausohjeiden parantamiseksi. Joka tapauksessa koodausta tulisi kehittää sellaiseen suuntaan, joka parhaiten edistää MH:a opettelevien taitoja.

Tunnusomaista nykyisille asiakkaan puheen koodausmenetelmille on, että ne laskevat yhteen muutospuheen määrää sekä vahvuutta. Istuntokohtaisia tuloksia tarkasteltaessa voidaan päätellä, onko asiakas puhunut enemmän muutoksen puolesta vai sen vastaisesti tai onko muutospuheen voima vahvistunut tai heikentynyt keskustelun aikana. Ambivalenssia ei näissä koodausmenetelmissä tutkita ilmiönä, eikä niissä tarkastella, tapahtuuko sen suhteen muutoksia keskustelun aikana, vaikka se on olennainen kysymys MH:n toteutumisen, ristiriidan tutkimisen ja ratkaisemisen kannalta. Nykyisellä mittaustavalla ikään kuin oletetaan, että jos asiakkaan muutospuhe ja sitoutumispuhe lisääntyvät hoidon aikana työntekijä on toiminut MH:n mukaisesti ja hän on jollain tavoin auttanut asiakasta ristiriidan ratkaisussa. (Amrhein ja muut, 2003; Moyers ja muut, 2007). Kaiken kaikkiaan on selvää, että emme vielä riittävästi ymmärrä asiakkaan muutokseen vaikuttavia tekijöitä. Miten asiakkaan anti-motivaatio, ambivalenssi ja muutospuhe liittyvät toisiinsa, ovatko ne saman motivaatiota kuvaavan jatkumon eri puolia vai aivan erillisiä ilmiöitä (Abramson ja muut, 1978; McEvoy & Nathan, 2007). Kvantitatiivisen koodaustutkimusten ohella tarvitaankin myös laadullisia menetelmiä, jotka tavoittavat tarkemmin asiakkaan puheen sisällöllisiä ja laadullisia muutoksia sekä siihen vaikuttavia kulttuuri- ja tilannesidonnaisia tekijöitä. Näihin tekijöihin ovat kanssani samassa MISA -hankkeessa perehtyneet Leena Ehrling keskusteluanalysysillä (Ehrling, 2009) ja Harri Sarpavaara semioottisella analyysillä (Sarpavaara, 2010, 2014a, 2014b, 2015, 2016; Sarpavaara & Koski-Jännes, 2013).

Nykyiset koodausmenetelmät eivät myöskään mittaa sitä, missä määrin asiakas on työntekijän kanssa eri mieltä. Terapeutin vastustamista ei mitattu Amrheinin ja muiden (2003) tutkimuksessa ollenkaan. Moyersin ja muiden (2007) tutkimuksessa

terapeutin vastustaminen koodattiin luokkaan ”asiakkaan muu puhe”, muiden ei-muutospuhe ilmaisujen kanssa. Siten, tietääkseni näitä ilmaisuja ei ole lainkaan tutkittu. On mahdollista, että nämä ilmaisut on myös tulkittu muutoksen vastustamiseksi, mitä ne eivät sellaisenaan ole. Kun tiedetään, miten merkittävässä roolissa asiakkaan autonomian kokemus hoidossa on (Miller ja muut, 1993; Ryan, Lynch, Vansteenkiste & Deci, 2011), tällaiset erimielisyydet työntekijän kanssa voivat merkittäväällä tavalla vaikuttaa hoidon tuloksiin, eikä niitä näin ollen tule ohittaa vuorovaikutuksen koodauksessa.

## 6.5 Lopuksi

Aikaisemmista MH:n prosessi- ja tuloksellisuustutkimuksista ja käsillä olevasta pilottitutkimuksesta voi saada jo joitain keskeisiä suuntaviivoja onnistuneeseen päihdehoitoon. Vielä ei kuitenkaan riittävästi ymmärretä itse hoitosuhteeseen ja sen vaihteluun vaikuttavia tekijöitä (Magill, Kiluk, McCrady, Tonigan, & Longabaugh, 2015). Tämä on tullut ilmi eri päihdehoitomenetelmien vaikuttavuutta ja paremmuutta arvioivissa suurissa kliinisissä hoitotutkimuksissa (Project Match, 1998a; UKATT, 2005), joiden tuloksia tarkasteltaessa on tultu johtopäätelmään, että kaikki asianmukaiset ja hyvin perustellut menetelmät ovat lähes yhtä hyviä (Imel, Wampold, Miller & Fleming, 2008).

Kilpailu eri hoitojen paremmuudesta onkin nostanut keskiöön työntekijän ja asiakkaan välisen hoitosuhteen. Kuten psykoterapiatutkimuksissakin on osoitettu, käytettyä terapiamenetelmää olennaisempaa hoitotulosten kannalta on se, miten vahva terapeutin yhteistyösuhde eli allianssi on sekä miten empaattisesti työntekijä asiakkaansa kohtaa (Magill ja muut, 2015, s. 245; Miller & Moyers, 2015a; Moyers ja muut, 2016). Tämä tulee erityisen hyvin näkyviin tutkimuksissa, jotka osoittavat suuria eroja eri työntekijöiden hoitotuloksissa (esim. Bruun & Markkanen 1956, s. 68–69; Miller & Rollnick, 2013, s. 370–371; Saarnio, 2002).

Olennaista on myös se, että työntekijä osaa tunnistaa asiakkaansa ominaispiirteitä ja sovittaa omaa käyttäytymistään asiakkaan mukaan hoidon aikana. On huomattu, että työntekijän direktiivisyys toimii huonosti vastahakoisten ja vihaisuuteen taipuvaisten asiakkaiden kanssa, kun taas direktiivisempi hoitomuoto näyttää sopivan asiakkaille, jotka kaipaavat ohjausta (Ashton, 2006). Toisaalta vaikeista tunteista keskusteleminen depression taipuvaisilla asiakkailla tuottaa huonompia hoitotuloksia (Magill ja muut, 2015). Tunnistamalla näitä asiakkaan erityispiirteitä työntekijä voi välttää vastakkainasettelua hoidon aikana ja siten optimoida hoitoa (Wagner & Ingersoll, 2008). Myös hoidon sisältö, se mistä puhutaan, vaikuttaa hoitotuloksiin. Keskustelu asiakkaan päihteisiin liittyvistä uskomuksista (”kaikki juovat yhtä paljon kuin minä”) ja odotuksista (”tulen seurallisemmaksi, kun juon”) voi vaikuttaa päihteiden käytön ja haittojen vähenemiseen (Yurasek ja muut, 2015). Työntekijä vaikuttaa omalla toiminnallaan siten merkittävästi hoitotuloksiin. Tiedetään, että erityisesti työntekijän vuorovaikutustaidot, empatia, hoitotulosta koskevat odotukset sekä hoitomenetelmän asianmukainen ja taitava noudattaminen ovat keskeisiä päihdehoidon tuloksiin vaikuttavia tekijöitä (Miller & Moyers, 2015a). Suomessa samankaltaisia tuloksia on saatu professori Pekka Saarnion hoitosuhdetta koskevassa tutkimushankkeessa (Artkoski, Kuusisto & Saarnio, 2012; Artkoski & Saarnio, 2012; Kuusisto, Knuutila & Saarnio, 2011; Knuutila, ja muut, 2012a, 2012b).

Vaikka erilaisten hyvin perusteltujen hoitomuotojen tuloksellisuudessa ei ole juuri eroa, ei tästä tule tehdä päätelmää, että hoidon prosessia ja vaikuttavuutta ei tulisi lainkaan enää tutkia tai että on täysin samantekevää millä keinoin asiakkaita autetaan. Sen sijaan, kuten käsillä olevassa tutkimuksessani olen pyrkinyt tekemään, myös jatkossa hoitosuhteessa esiintyviä niin sanottuja hoidon yleisiä tekijöitä tulisi tutkia tarkemmin ja monipuolisemmin sen selvittämiseksi, miten yhteistyösuhde ja empatia muodostuvat, ja mitä tekijöitä onnistuneen hoitosuhteen ylläpitämiseen ja asiakkaan muutospystyvyyden parantamiseen tarvitaan. (Anderson ja muut, 2009; Dearing, Barrick, Dermen & Walitzer, 2005; Maisto ja muut, 2015; Miller &



Moyers, 2015a, 2015b; Project Match, 1998c; Scheel, 2011). Olennaista on myös tutkia ilmiöitä teorialähtöisesti, löytää johdonmukaiset ja yhtenäiset käsitteet ja tutkimusmenetelmät, joilla päästään systemaattisesti haluttuun lopputulokseen (Magill, ja muut, 2015).

Tämä pilottitutkimus osoitti, että jos ensitapaamisissa halutaan käyttää erityisesti näyttöpohjaisena tunnettua (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus, 2015) motivoivaa haastattelua, sen mukaisessa vuorovaikutustyyliässä ja erityisesti perustaidoissa on vielä kehitettävää. Vaikka työntekijöiden MH:n taidoissa oli parantamisen varaa, kuitenkin suurin osa asiakkaista jatkoi edelleen hoidossa puolen vuoden seurannassa. Kaiken kaikkiaan punainen lanka MH:n noudattamisen kannalta syntyi avoimen dialogin toteutumisesta hoidon ensitapaamisissa. Olennaista päihdehoidon alkaessa oli se, että ensitapaamisessa syntyi luottamuksellinen hoitosuhde, jossa työntekijä pyrki muutosorientoituneeseen dialogiin asiakkaan kanssa kohdistuen kuuntelemisen taitonsa yksittäisen asiakkaan muutoksen kannalta olennaisiin seikkoihin ja asiakkaasta itsestään lähtevän muutoksen tukemiseen.

## 7 LIITTEET

Liite 1. Työntekijän tutkimustiedote

Liite 2. Asiakkaan tutkimussuostumus

Liite 3. Asiakkaan taustatietolomake

Liite 4. Asiakkaan puolen vuoden seurantalomake

Liite 5. Motivoivan haastattelun noudattaminen 3.1.1 –koodauskäsikirja

Liite 6. Asiakkaan sitoutumispuheen koodauskäsikirja



28.11.2007

## **Motivoiva haastattelu A-klinikkakontekstissa – prosessi ja tuloksellisuustutkimus**

Projektin johtaja professori Anja Koski-Jännes  
s-posti: anja.koski-jannes@uta.fi  
Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos  
33014 Tampereen yliopisto

Vastaava tutkija Leena Ehrling  
s-posti: leena.ehrling@helsinki.fi  
Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos  
33014 Tampereen yliopisto

### **TUTKIMUSTIEDOTE OHJAAJILLE**

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan ohjaajan ja asiakkaan välistä vuorovaikutusta päihdehoitoprosessin alkuvaiheen tapaamisissa ja selvitetään näiden istuntojen yhteyttä hoitotuloksiin. Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että päihdehoidon jatkon kannalta on ratkaisevaa se, mitä parin ensimmäisen tapaamiskerran aikana tapahtuu asiakkaan ja päihdetyöntekijän välisessä vuorovaikutuksessa. Tässä tutkimuksessa lähdetään tarkastelemaan yksityiskohtaisesti tätä vuorovaikutusta ja sen yhteyttä hoitotuloksiin.

#### Tutkimuksen peruskysymyksiä ovat:

- 1) Mitä sellaista asiakkaan ja ohjaajan välisessä vuorovaikutuksessa tapahtuu parin ensimmäisen päihdekonsultaation aikana, joka lisää päihdeongelman asiakkaan sitoutumista muutokseen ja hänen halukkuuttaan jatkaa hoitoa?
- 2) Onko ensimmäisillä tapaamiskerroilla havaittavalla sitoutumisen voimakkuudella yhteyttä myöhempään hoitotuloksiin?

Tutkimus toteutetaan Tampereen yliopistossa vuosina 2007–2010 ja sitä rahoittaa Suomen Akatemia. Tavoitteena on kerätä varsin mittava aineisto ja analysoida

kaikkiaan 50 asiakkaan ja heidän ohjaajansa päihdekeskustelut hoidon alkuvaiheessa. Aineiston analyysissä käytetään sekä laadullisia että määrällisiä menetelmiä. Keskustelut analysoidaan käyttäen motivoivan haastattelun koodaukseen kehitettyä menetelmää sekä keskusteluanalyysia. Lomaketiedot analysoidaan SPSS-tilasto-ohjelmalla.

Tutkimuksen tulokset raportoidaan Suomen Akatemialle ja A-klinikkasäätiölle. Tutkimuksen pohjalta kirjoitetaan artikkeleita englannin- ja suomenkielisiin tieteellisiin julkaisuihin. Tutkimusta esitellään myös kotimaisissa ja kansainvälisissä konferensseissa.

Tällä tutkimuksella on sekä tieteellistä että välitöntä käytännön merkitystä. Ensinnäkin projekti lisää tietoa tehokaan päihdehuollon perusmekanismeista. Toiseksi, projektilla on koulutuksellinen merkitys: tutkimuksen kautta saatava palaute auttaa päihdehuollossa työskenteleviä ohjaajia syventämään entisestään motivointitaitojaan.

Tutkimus on pyritty rakentamaan siten, että se mahdollisimman vähän häiritsee tavanomaista työskentelyä. Tutkimusaineisto kootaan ensimmäisen, toisen ja kolmannen tapaamisen yhteydessä. Seuranta-aineisto, jonka tutkija kerää, kootaan 6 ja 12 kuukauden kuluttua ensimmäisestä tapaamisesta.

#### Tutkimukseen osallistuminen edellyttää:

##### Ensimmäinen tapaaminen:

Ohjaaja kertoo tutkimuksesta päihdeongelmaiselle asiakkaalle ja kysyy hänen halukkuuttaan osallistua tutkimukseen

→ Asiakas allekirjoittaa tutkimussuostumuksen (asiakkaalle kopio)

→ Asiakas täyttää (yhdessä ohjaajan kanssa) elämäntilannettaan ja päihteidenkäyttöään kartoittavan MISA-esitietolomakkeen (sisältää juomatapatestin).

Asiakas täyttää Socrates /8A tai Socrates /8 D -lomakkeen

##### Toinen keskustelu:

Ohjaaja tallentaa keskustelun videonauhalle

→ Tapaamisen päätteeksi ohjaaja pyytää asiakasta täyttämään Keskustelun arviointi -lomakkeen. Asiakas sulkee täytetyn lomakkeen kirjekuoreen ja antaa sen ohjaajalle

→ Ohjaaja täyttää oman Keskustelun arviointi -lomakkeen

→ Ohjaaja antaa asiakkaalle kirjallisen palautteen MISA-esitietolomakkeesta asiakkaan päihteiden käytöstä (ks. moniste ”Päihteiden käyttöä koskeva palaute”)

##### Kolmas keskustelu:

Ohjaaja tallentaa keskustelun videonauhalle

→ Ohjaaja ottaa keskustelun yhteydessä esille palautteen MISA-lomakkeesta (ks. moniste ”Päihteiden käyttöä koskeva palaute”)

- Ohjaaja pyytää asiakasta täyttämään Keskustelun arviointi -lomakkeen. Asiakas sulkee täytetyn lomakkeen kirjekuoreen ja antaa sen ohjaajalle
- Ohjaaja täyttää oman Keskustelun arviointi -lomakkeen

Kolmannen keskustelun jälkeen ota yhteys Leena Ehrlingiin aineiston noutamiseen liittyen (sovitaan erikseen).

Alkuvaiheen jälkeen aineiston keruu jatkuu siten, että tutkijat ottavat asiakkaaseen suoraan yhteyttä:

6 kuukauden kuluttua ensimmäisestä tapaamisesta: Tutkija pyytää asiakasta kertomaan sen hetkisestä hoito- ja päihdetilanteestaan joko puhelimitse, sähköpostitse tai postitse.

12 kuukauden kuluttua ensimmäisestä tapaamisesta: Toimitaan samoin kuin 6 kuukauden kohdalla.

Tutkimukseen osallistuminen on sekä ohjaajalle että asiakkaalle vapaaehtoista. Asiakas voi jättäytyä tutkimuksesta pois ilman, että se millään tavoin vaikuttaa yhteistyöhön hänen ohjaajansa kanssa.

Kaikki tutkimuksessa koottava aineisto on ehdottoman luottamuksellista ja se säilytetään Tampereen yliopiston tiloissa niin, ettei siihen ole pääsyä ulkopuolisilla. Tutkimuksen tulokset esitetään niin, etteivät yksittäiset henkilöt ole tunnistettavissa. Tutkimuksen päätyttyä yksittäisiä tunnistettavia asiakkaita koskeva tutkimusaineisto (mukaan lukien videonauhat) hävitetään. Keskusteluista kirjatut ja tunnistetietojen osalta muutetut tekstitiedostot arkistoidaan aihetta koskevan tieteellisen tutkimuksen ja opetuksen käyttöön Yhteiskuntatieteelliseen tietoarkistoon.

Lisätietoja tutkimuksesta antavat projektin vastaava tutkija Leena Ehrling ja professori Anja Koski-Jännes.

## Liite 2. Asiakkaan tutkimussuostumus



2.12.2007

### **Motivoiva haastattelu A–klinikkakontekstissa – prosessi ja tuloksellisuustutkimus**

Tampereen yliopisto  
Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos  
Projektin johtaja professori Anja Koski-Jännes

### **ASIAKKAAN TUTKIMUSSUOSTUMUS**

Tieto ja kokemus päihdehuollosta osoittavat, että ensimmäiset asiakkaan ja työntekijän väliset istunnot ovat päihdekuntoutuksen toteutumisen ja jatkon kannalta tärkeitä. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan sitä, mitä muutamissa ensimmäisissä keskustelussa tapahtuu ja miten tapahtumat mahdollisesti ovat yhteydessä päihdehoidon jatkoon. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa uutta tietoa päihdekonsultaation vuorovaikutuksesta. Siten tutkimus osaltaan on mukana kehittämässä päihdehuollon työvälineitä entistä toimivimmiksi. Tutkimusta rahoittaa Suomen Akatemia ja se tapahtuu Tampereen yliopistossa.

Tieteellisen tutkimusaineiston kokoamiseksi pyydämme lupaa video- tai ääninauhoittaa päihdekonsultaationne. Lisäksi toivomme, että täytätte kyselylomakkeet, joilla kartoitetaan päihdetilannettanne. Lomakkeiden täyttämiseen menee aikaa noin 15-30 minuuttia. Lomakekyselyt toteutetaan hoidon alussa ja kunkin nauhoitetun keskustelun nauhoituksen päätteeksi sekä 6 ja 12 kuukauden kuluttua hoidon alkamisesta.

Video- tai äänimateriaaliin ja niistä tehtyihin tekstitiedostoihin on pääsy ainoastaan projektin tutkijoilla. Kaikki tutkimuksessa koottava yksittäisiä henkilöitä koskeva tieto on luottamuksellista eikä siitä anneta tietoja ulkopuoliselle. Tutkimukseen osallistuvien tunnistettavuuteen liittyvät tiedot muutetaan siten, että osallistujien henkilöllisyyttä ei ole mahdollista tunnistaa. Tutkimusaineisto säilytetään lukituissa tiloissa Tampereen yliopistolla. Tunnistetiedot sisältävä tutkimusaineisto hävitetään, kun tutkimus on valmis.

Tutkimuksen osallistuminen edellyttää

- taustatieto- ja alkuarviointilomakkeiden täyttämistä
- asiakastapaamisten video- tai ääninauhoittamista
- asiakastapaamisten arvioimista lyhyesti istunnon lopuksi
- päihdehoitotilannetta ja päihdeidenkäyttöä selvittävän lomakekyselyn täyttämistä 6 ja 12 kuukautta motivoivien alkuhaastattelujen jälkeen (tapahtuu joko sähköpostitse, postitse tai puhelimitse)

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Tutkimuksesta voi jättäytyä pois, ilman että se millään tavalla vaikuttaa päihdehoitoon.

Tällä tutkimussopimuksella sitoudun osallistumaan edellä kuvattuun tutkimukseen.

Paikka ja aika: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Osanottajan allekirjoitus

\_\_\_\_\_  
Työntekijän allekirjoitus

\_\_\_\_\_  
Nimen selvennys (tekstaamalla)

\_\_\_\_\_  
Nimen selvennys

Osanottajan yhteystiedot:

Osoite:

Puhelinnumero:

Sähköpostiosoite:

Mikäli emme tavoite sinua tästä osoitteesta, ilmoittaisitko yhteyshenkilön, jonka kautta voimme saada yhteyden sinuun.

Yhteyshenkilön yhteystiedot:

Nimi:

Osoite:

Puhelinnumero:

Sähköpostiosoite:

Lisätietoja tutkimuksesta antavat

- tutkija Leena Ehrling (leena.ehrling@helsinki.fi) ja professori Anja Koski-Jännes (anja.koski-jannes@uta.fi) Tampereen yliopiston sosiaalipsykologian laitokselta

Liite 3. Asiakkaan taustatietolomake



2.12.2007

**MISA – ESITIETOLOMAKE**

Nro:

Nimi:

Osoite:

Puhelin:

S-posti:

Lomakkeen täyttöpäivämäärä: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
pv kk vuosi

Ympyröi sopivin vaihtoehto

**TAUSTATIEDOT**

**1. Syntymävuosi:**

**2. Sukupuoli:** 1. Mies 2. Nainen

**3. Asumismuoto:**

- |                            |                |
|----------------------------|----------------|
| 1. Omassa/vuokra-asunnossa | 6. Asunnoton   |
| 2. Vanhempien luona        | 7. Laitoksessa |
| 3. Ystävien luona          | 8. Asuntolassa |
| 4. Solu/alivuokralainen    | 9. Ei tietoa   |
| 5. Tukiasunnossa           |                |

**4. Siviilisäätty:**

- |  |                              |
|--|------------------------------|
| 1. Naimaton  | 3. Asumusero/muuten erillään |
| 2. Avo- tai avioliitossa tai rekisteröidyssä suhteessa | 4. Eronnut                   |
|  | 5. Leski                     |

**5. Onko sinulla lapsia?**

- |       |                                |
|-------|--------------------------------|
| 0. Ei | 1. Kyllä; lasten syntymävuodet |
|-------|--------------------------------|
- 

**6. Jos sinulla on lapsia, asuvatko he (osa lapsista) luonasi?**

1. Ei
2. Kyllä
3. Osittain



## 7. Mikä on peruskoulutuksesi?

- |                                      |                                       |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Kansakoulu tai kansalaiskoulu     | 3. Ammattikoulu, kouluasteen          |
| 2. Peruskoulu tai keskikoulu         | ammattillinen tutkinto                |
| 3. Ylioppilastutkinto                | 4. Opistotasoinen ammattikoulutus     |
| 8. Mikä on ammattikoulutuksesi?      | 5. Ammattikorkeakoulututkinto         |
| 1. Ei ammatillista koulutusta        | 6. Yliopisto- tai korkeakoulututkinto |
| 2. Ammattikurssi, muu lyhyt koulutus |                                       |

## 9. Pääasiallinen työtilanteesi viimeisen vuoden aikana?

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| 1. Palkansaaja                                    | 5. Opiskelija                       |
| 2. Yrittäjä tai yksityinen<br>ammattinharjoittaja | 6. Vanhempainlomalla, hoitovapaalla |
| 3. Työtön tai lomautettu                          | 7. Hoidat kotia                     |
| 4. Eläkkeellä                                     | 8. Muu tilanne, mikä?               |
|   | 10. Mikä on ammattisi?              |

## ELÄMÄNTILANNE JA PÄIHTEIDEN KÄYTTÖ

### 11. Kuinka usein juot alkoholijuomia?

- |                                     |                                    |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| 0. En koskaan                       | 3. 2 - 3 kertaa viikossa           |
| 1. Kerran kuukaudessa tai harvemmin | 4. 4 tai useampia kertoja viikossa |
| 2. 2 - 4 kertaa kuukaudessa         |                                    |

**12. Kuinka monta annosta alkoholia juot tyypillisenä alkoholin käyttöpäivänä?** (Yksi annos vastaa yhtä 33 cl pulloa keskiolutta, samanvahvuista siideriä tai lonkeroa, 12 cl mietoa viiniä, 8 cl väkevää viiniä tai juomasekoitusta tai 4 cl väkevää alkoholia)

- |          |   |
|----------|---|
| 0. 1 - 2 | 3. 7 - 9  |
| 1. 3 - 4 | 4. 10 tai enemmän, kuinka paljon<br>tavallisesti? _____ annosta |
| 2. 5 - 6 |   |

**13. Kuinka usein juot enemmän kuin kuusi annosta alkoholia yhdellä kertaa?** (Kuusi annosta vastaa kuutta 33 cl pulloa keskiolutta tai samanvahvuista siideriä tai lonkeroa, neljää 0,5 l keskioluttuoppia, yhtä 0,75 l pulloa mietoa viiniä tai 0,25 l viinaa)

- |                                      |                                    |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| 0. En koskaan                        | 3. Kerran viikossa                 |
| 1. Harvemmin kuin kerran kuukaudessa | 4. Päivittäin tai lähes päivittäin |
| 2. Kerran kuukaudessa                |                                    |

**14. Kuinka usein viimeksi kuluneen puolen vuoden aikana on käynyt niin, että aloitettuasi et ole voinut lopettaa juomista?**

- |                                      |                                    |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| 0. Ei kertaakaan                     | 3. Kerran viikossa                 |
| 1. Harvemmin kuin kerran kuukaudessa | 4. Päivittäin tai lähes päivittäin |
| 2. Kerran kuukaudessa                |                                    |

**15. Kuinka usein viimeksi kuluneen puolen vuoden aikana olet jättänyt tekemättä jotakin sinulta odotettua juomisen takia?**

- |                                      |                                    |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| 0. Ei kertaakaan                     | 3. Kerran viikossa                 |
| 1. Harvemmin kuin kerran kuukaudessa | 4. Päivittäin tai lähes päivittäin |
| 2. Kerran kuukaudessa                |                                    |

**16. Kuinka usein viimeksi kuluneen puolen vuoden aikana olet tarvinnut juomisen jälkeen aamulla krapularyypyn päästäksesi liikkeelle?**

- |                                      |                                    |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| 0. Ei kertaakaan                     | 3. Kerran viikossa                 |
| 1. Harvemmin kuin kerran kuukaudessa | 4. Päivittäin tai lähes päivittäin |
| 2. Kerran kuukaudessa                |                                    |

**17. Kuinka usein viimeksi kuluneen puolen vuoden aikana olet tuntenut syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?**

- |                                      |                                    |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| 0. En kertaakaan                     | 3. Kerran viikossa                 |
| 1. Harvemmin kuin kerran kuukaudessa | 4. Päivittäin tai lähes päivittäin |
| 2. Kerran kuukaudessa                |                                    |

**18. Kuinka usein viimeksi kuluneen puolen vuoden aikana on käynyt niin, ettet ole pystynyt muistamaan edellisen illan tapahtumia juomisen takia?**

- |                                      |                                    |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| 0. Ei kertaakaan                     | 3. Kerran viikossa                 |
| 1. Harvemmin kuin kerran kuukaudessa | 4. Päivittäin tai lähes päivittäin |
| 2. Kerran kuukaudessa                |                                    |

**19. Oletko sinä tai onko joku muu satuttanut tai loukannut itseään juomisesi takia?**

- 0. Ei
- 2. Kyllä - mutta ei viimeksi kuluneen vuoden aikana
- 4. Kyllä - viimeksi kuluneen vuoden aikana

**20. Onko sukulaisesi, ystäväsi, lääkäri tai muu terveydenhuollon ammattilainen ollut huolestunut alkoholinkäytöstäsi tai ehdottanut, että joisit vähemmän?**

- 0. Ei
- 2. Kyllä - mutta ei viimeksi kuluneen vuoden aikana
- 4. Kyllä - viimeksi kuluneen vuoden aikana

**21. Paljonko olet käyttänyt alkoholia viimeistä juomiskertaasi edeltäneen kuukauden aikana?** Muistele viimeksi kuluneen kuukauden alkoholinkäyttöäsi. Kirjaa tähän esimerkki tyypillisestä viikon alkoholinkulutuksesta

Ma	Ti	Ke	To	Pe	La	Su
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Valitse ruutu ja kirjoita siihen määrää ilmaiseva luku. Merkitse juotujen alkoholijuomien annosmäärät. Ympyröi vielä päivät, jolloin käytit jotakin muuta päihdettä kuin alkoholia

**22. Montako annosta joit viimeisimmällä juomakerrallasi? \_\_\_\_\_ annosta**

**23. Mikä on suurin annosmäärä, jonka olet viimeisen puolen vuoden aikana käyttänyt yhdessä vuorokaudessa? \_\_\_\_\_annosta**

**24. Onko sinusta tuntunut viimeksi kuluneen puolen vuoden aikana siltä, että alkoholinkäyttösi on vaikuttanut kielteisesti ystävyys-suhteisiisi tai sosiaaliseen elämääsi?**

0. Ei                      1. Kyllä

**25. Onko sinusta tuntunut viimeksi kuluneen puolen vuoden aikana siltä, että alkoholinkäyttösi on vaikuttanut kielteisesti terveyteesi?**

0. Ei                      1. Kyllä

**26. Onko sinusta tuntunut viimeksi kuluneen puolen vuoden aikana siltä, että alkoholinkäyttösi on vaikuttanut kielteisesti mielialaasi?**

0. Ei                      1. Kyllä

**27. Onko sinusta tuntunut viimeksi kuluneen puolen vuoden aikana siltä, että alkoholinkäyttösi on vaikuttanut kielteisesti perhe-elämääsi tai parisuhteeseesi?**

0. Ei                      1. Kyllä

**28. Onko sinusta tuntunut viimeksi kuluneen puolen vuoden aikana siltä, että alkoholinkäyttösi on vaikuttanut kielteisesti työhösi, opintoihisi tai työllistymismahdollisuuksiisi?**

0. Ei                      1. Kyllä

**29. Onko sinusta tuntunut viimeksi kuluneen puolen vuoden aikana siltä, että alkoholinkäyttösi on vaikuttanut kielteisesti taloudelliseen tilanteesi?**

0. Ei                      1. Kyllä

30. Kuinka paljon painat? \_\_\_\_\_ kg

31. Juotko enimmäkseen?

1. kotona
2. ravintolassa
3. Kotona ja ravintolassa suunnilleen yhtä usein

32. Mikä seuraavista kuvaa parhaiten viimeaikaisia alkoholin käyttötapaasi?

1. Juon suhteellisen tasaisesti
2. Juon kausittain, juomisjaksot vaihtelevat raittiiden jaksojen kanssa
3. Juon vaihtelevasti (välillä päivittäin, välillä harvemmin, välillä raittiita jaksuja)

33. Päihteiden käyttö

	Oletko koskaan käyttänyt?		Ikä aloittaessa	Ongelmakäytön kesto vuosina	Monenako päivänä käytit viimeksi kuluneen kk:n aikana
	En	kyllä			
Alkoholi	0	1			
Impattavat liuottimet	0	1			
Kannabis	0	1			
Rauhoittavat lääkkeet	0	1			
Amfetamiini	0	1			
Heroiini, opium	0	1			
Buprenorfiini	0	1			
Kokaiini, crack	0	1			
Hallusinogeenit	0	1			
Nikotiini	0	1			
Muu, mikä?	0	1			
	0	1			

34. Mikä on ensisijainen päihteesi? \_\_\_\_\_

35. Mikä on toissijainen päihteesi? \_\_\_\_\_

Vastaa seuraaviin kysymyksiin ensisijaisen päihteesi mukaan.

VIIMEISEN 6 KK:N AIKANA:	Ei koskaan	Joskus	Usein	Aina/ lähes aina
36. Onko sinusta tuntunut ettet pysty hallitsemaan tämän aineen käyttöäsi?	0	1	2	3
37. Onko sinua ahdistanut tai huolestuttanut se mahdollisuus, että sinulta puuttuu seuraava annos käyttämäsi ainetta?	0	1	2	3
38. Oletko ollut huolestunut aineen käytöstäsi?	0	1	2	3
39. Oletko toivonut voivasi lopettaa käytön?	0	1	2	3
	Ei vaikeaa	Melko vaikeaa	Hyvin vaikeaa	Mahdotonta
40. Kuinka vaikealta sinusta on tuntunut lopettaa tai olla käyttämättä ko. ainetta?	0	1	2	3

**41. Oletko viimeisen 6 kk:n aikana vahingoittanut toista ihmistä ollessasi päihteen vaikutuksen alainen?**

0. Ei                      1. Kyllä

**42. Oletko viimeisen 6 kk:n aikana syyllistynyt rikokseen ollessasi päihteen vaikutuksen alainen?**

0. Ei                      1. Kyllä

## TAVOITTEET

**43. Mikä on tavoitteesi alkoholin käytön suhteen?**

1. Täysraittius
2. Vähentäminen, kuinka paljon? \_\_\_\_\_ %
3. Ei muutosta

**44. Kuinka varma olet onnistumisestasi?** Arvioi prosentteina 0-100, siten että 100% = täysin varma onnistuminen ja 0 = täysin varma epäonnistuminen

\_\_\_\_\_ % varma

**45. Mikä on tavoitteesi huumeiden/päihdyttävien lääkkeiden käytön suhteen?**

1. Täysraittius
2. Vähentäminen, kuinka paljon? \_\_\_\_\_ %
3. Ei muutosta

**46. Kuinka varma olet onnistumisestasi? \_\_\_\_\_ % varma**

**47. Onko jollakin nykyisistä asuinkumppaneistasi päihdeongelma tai runsasta käyttöä?**

0. Ei
1. On, keillä? \_\_\_\_\_

**48. Onko sinulla nykyään jokin muu haitallinen riippuvuus kuin päihderiippuvuus?**

0. Ei
1. On:
  - a. Peliriippuvuus
  - b. Seksiriippuvuus
  - c. Nettiriippuvuus
  - d. Muu, mikä? \_\_\_\_\_

**HOIDOT**

**49. Montako hoitajaksoa sinulla on ollut kaiken kaikkiaan päihdehuollon laitoksissa?**

0. Ei yhtään      1. 1-2 jaksoa      2. 3-5 jaksoa      3. yli 5 jaksoa

**50. Oletko ollut viimeisten 6 kuukauden aikana avo- tai laitoshoidossa päihdeongelmasi takia?**

0. En
1. Kyllä, A-klinikalla
2. Muualla, missä? \_\_\_\_\_

**51. Oletko osallistunut viimeisten 3 kuukauden aikana johonkin päihdeongelmaisten vertaistukiryhmään?**

0. En
1. Kyllä, AA/NA:han
2. Kyllä, johonkin muuhun, mihin? \_\_\_\_\_

**52. Oletko käyttänyt jotain lääkettä rajoittaaksesi päihteiden käyttöäsi viimeisten 3 kuukauden aikana?**

- |                       |  |
|-----------------------|--|
| 0. En mitään          | 3. Kyllä, buprenorfiinia (Temgesic, Subutex) |
| 1. Kyllä, antabusta   | 4. Kyllä, jotain muuta? _____                |
| 2. Kyllä, naltrexonia |  |

**KIITOS YHTEISTYÖSTÄ!**

Liite 4. Asiakkaan puolen vuoden seurantalomake



15.05.2008

**MISA - SEURANTALOMAKE**

Nro:

Nimi:

Osoite:

Puhelin:

S-posti

Lomakkeen täyttöpäivämäärä: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
pv                      kk                      vuosi

Ympyröi sopivin vaihtoehto

**TAUSTATIEDOT**

Vastaa viimeisen puolen vuoden osalta

**1. a) Onko asumismuodossasi tapahtunut muutoksia viimeisen puolen vuoden sisällä?**

0. Ei

1. Kyllä                      **Millaisia?**

- |                            |                |
|----------------------------|----------------|
| 1. Omassa/vuokra-asunnossa | 6. Asunnoton   |
| 2. Vanhempien luona        | 7. Laitoksessa |
| 3. Ystävien luona          | 8. Asuntolassa |
| 4. Solu/alivuokralainen    | 9. Ei tietoa   |
| 5. Tukiasunnossa           |                |

**b) Onko siviilisäädystäsi tapahtunut muutoksia viimeisen puolen vuoden sisällä?**

0. Ei

1. Kyllä                      **Millaisia?**

- |  |                              |
|--|------------------------------|
| 1. Naimaton  | 3. Asumusero/muuten erillään |
| 2. Avo- / avioliitossa tai rekisteröidyssä suhteessa | 4. Eronnut                   |
|  | 5. Leski                     |

**c) Jos sinulla on lapsia, onko lastesi asuinmuodossa tapahtunut muutoksia?**

0. Ei

1. Kyllä

## Asuvatko he (osa lapsista) nyt luonasi?

1. Ei
2. Kyllä
3. Osittain

## 2. Pääasiallinen työtilanteesi viimeisen puolen vuoden aikana?

1. Palkansaaja
2. Yrittäjä tai yksityinen ammatinharjoittaja
3. Työtön tai lomautettu
4. Eläkkeellä
5. Opiskelija
6. Vanhempainlomalla, hoitovapaalla
7. Hoidat kotia
8. Muu tilanne, mikä?

## ELÄMÄNTILANNE JA PÄIHTEIDEN KÄYTTÖ

### Vastaa viimeisen puolen vuoden osalta

#### 3. Kuinka usein juot alkoholijuomia?

0. En koskaan (> siirry kysymykseen 22)
1. Kerran kuukaudessa tai harvemmin
2. 2 - 4 kertaa kuukaudessa
3. 2 - 3 kertaa viikossa
4. 4 tai useampia kertoja viikossa

#### 4. Kuinka monta annosta alkoholia juot tyypillisenä alkoholin käyttöpäivänä? (Yksi annos vastaa yhtä 33 cl pulloa keskiolutta, samanvahvuista siideriä tai lonkeroa, 12 cl mietoa viiniä, 8 cl väkevää viiniä tai juomasekoitusta tai 4 cl väkevää alkoholia)

- 0 1 - 2
1. 3 - 4
2. 5 - 6
3. 7 - 9
4. 10 tai enemmän , kuinka paljon tavallisesti? \_\_\_\_\_ annosta

#### 5. Kuinka usein juot enemmän kuin kuusi annosta alkoholia yhdellä kertaa? (Kuusi annosta vastaa kuutta 33 cl pulloa keskiolutta tai samanvahvuista siideriä tai lonkeroa, neljää 0,5 l keskioluttuoppia, yhtä 0,75 l pulloa mietoa viiniä tai 0,25 l viinaa)

0. En koskaan
1. Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
2. Kerran kuukaudessa
3. Kerran viikossa
4. Päivittäin tai lähes päivittäin

#### 6. Kuinka usein viimeksi kuluneen puolen vuoden aikana on käynyt niin, että aloitettuasi et ole voinut lopettaa juomista?

0. Ei kertaakaan
1. Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
2. Kerran kuukaudessa
3. Kerran viikossa
4. Päivittäin tai lähes päivittäin



**7. Kuinka usein viimeksi kuluneen puolen vuoden aikana olet jättänyt tekemättä jotakin sinulta odotettua juomisen takia?**

- |                                      |                                    |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| 0. Ei kertaakaan                     | 3. Kerran viikossa                 |
| 1. Harvemmin kuin kerran kuukaudessa | 4. Päivittäin tai lähes päivittäin |
| 2. Kerran kuukaudessa                |                                    |

**8. Kuinka usein viimeksi kuluneen puolen vuoden aikana olet tarvinnut juomisen jälkeen aamulla krapularyypyn päästäksesi liikkeelle?**

- |                                      |                                    |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| 0. Ei kertaakaan                     | 3. Kerran viikossa                 |
| 1. Harvemmin kuin kerran kuukaudessa | 4. Päivittäin tai lähes päivittäin |
| 2. Kerran kuukaudessa                |                                    |

**9. Kuinka usein viimeksi kuluneen puolen vuoden aikana olet tuntenut syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?**

- |                                      |                                    |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| 0. En kertaakaan                     | 3. Kerran viikossa                 |
| 1. Harvemmin kuin kerran kuukaudessa | 4. Päivittäin tai lähes päivittäin |
| 2. Kerran kuukaudessa                |                                    |

**10. Kuinka usein viimeksi kuluneen puolen vuoden aikana on käynyt niin, ettet ole pystynyt muistamaan edellisen illan tapahtumia juomisen takia?**

- |                                      |                                    |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| 0. Ei kertaakaan                     | 3. Kerran viikossa                 |
| 1. Harvemmin kuin kerran kuukaudessa | 4. Päivittäin tai lähes päivittäin |
| 2. Kerran kuukaudessa                |                                    |

**11. Oletko sinä tai onko joku muu satuttanut tai loukannut itseään juomisesi takia?**

- 0. Ei
- 2. Kyllä - mutta ei viimeksi kuluneen puolen vuoden aikana
- 4. Kyllä - viimeksi kuluneen puolen vuoden aikana

**12. Onko sukulaisesi, ystäväsi, lääkäri tai muu terveydenhuollon ammattilainen ollut huolestunut alkoholinkäytöstäsi tai ehdottanut, että joisit vähemmän?**

- 0. Ei
- 2. Kyllä - mutta ei viimeksi kuluneen puolen vuoden aikana
- 4. Kyllä - viimeksi kuluneen puolen vuoden aikana

**13. Montako annosta joit viimeisimmällä juomakerrallasi? \_\_\_\_\_ annosta (ks. kysymys 4)**

**14. Onko sinusta tuntunut viimeksi kuluneen puolen vuoden aikana siltä, että alkoholinkäyttösi on vaikuttanut kielteisesti ystävyys-suhteisiisi tai sosiaaliseen elämääsi?**

0. Ei                      1. Kyllä

**15. Entä terveyteesi?**

0. Ei                      1. Kyllä

**16. Entä mielialaasi?**

0. Ei                      1. Kyllä

**17. Entä perhe-elämääsi tai parisuhteeseesi?**

0. Ei                      1. Kyllä

**18. Entä työhösi, opintoihisi tai työllistymismahdollisuuksiisi?**

0. Ei                      1. Kyllä

**19. Entä taloudelliseen tilanteeseesi?**

0. Ei                      1. Kyllä

**20. Onko painosi muuttunut viimeisen puolen vuoden aikana?**

0. Ei  
1. Kyllä. Kuinka paljon painat nyt? \_\_\_\_\_ kg

**21. Mikä seuraavista kuvaa parhaiten alkoholin käyttötapojasi viimeisen puolen vuoden aikana?**

1. Juon suhteellisen tasaisesti
2. Juon kausittain, juomisjaksoit vaihtelevat raittiiden jaksojen kanssa
3. Juon vaihtelevasti (välillä päivittäin, välillä harvemmin, välillä raittiita jaksoja)

## 22. Päihteiden käyttö

Seuraavassa kysytään muiden päihteiden kuin alkoholin käyttöä!

	Oletko käyttänyt viimeisen puolen vuoden aikana?		Monenako päivänä käytit viimeksi kuluneen kk:n (30 vrk) aikana
	En	kyllä	
Impattavat liuottimet	0	1	
Kannabis	0	1	
Rauhoittavat lääkkeet	0	1	
Amfetamiini	0	1	
Heroiini, opium	0	1	
Buprenorfiini	0	1	
Kokaiini, crack	0	1	
Hallusinogeenit	0	1	
Nikotiini	0	1	
Muu, mikä?	0	1	
	0	1	

Jos olet käyttänyt päihteitä viimeisen puolen vuoden aikana

**23. Mikä on nyt ensisijainen päihteesi?** \_\_\_\_\_

**24. Mikä on nyt toissijainen päihteesi?** \_\_\_\_\_

Vastaa seuraaviin kysymyksiin ensisijaisen päihteesi mukaan.

Vain jos lääkkeet/ huumeet ensisijainen päihde (Ei kysytä, jos alkoholi ensisijainen päihde)

VIIMEISEN 6 KK:N AIKANA:	Ei koskaan	Joskus	Usein	Aina/ lähes aina
25. Onko sinusta tuntunut ettet pysty hallitsemaan tämän aineen käyttöäsi?	0	1	2	3
26. Onko sinua ahdistanut tai huolestuttanut se mahdollisuus, että sinulta puuttuu seuraava annos käyttämäsi ainetta?	0	1	2	3
27. Oletko ollut huolestunut aineen käytöstäsi?	0	1	2	3
28. Oletko toivonut voivasi lopettaa käytön?	0	1	2	3
	Ei vaikeaa	Melko vaikeaa	Hyvin vaikeaa	Mahdotonta
29. Kuinka vaikealta sinusta on tuntunut lopettaa tai olla käyttämättä ko. ainetta?	0	1	2	3

**30. Oletko viimeisen 6 kk:n aikana vahingoittanut toista ihmistä ollessasi päihteen vaikutuksen alainen?** (Ei kysytä, jos alkoholi ensisijainen päihde)

0. En                      1. Kyllä

**31. Oletko viimeisen 6 kk:n aikana syyllistynyt rikokseen ollessasi päihteen vaikutuksen alainen?**

0. En                      1. Kyllä

**32. Onko jollakin nykyisistä asuinkumppaneistasi päihdeongelma tai runsasta käyttöä?**

0. Ei  
1. On, keillä? \_\_\_\_\_

**33. Onko sinulla nykyään jokin muu haitallinen riippuvuus kuin päihderiippuvuus?**

0. Ei  
1. On:    a. Peliriippuvuus  
          b. Seksiriippuvuus  
          c. Nettiriippuvuus  
          d. Muu, mikä? \_\_\_\_\_

## HOIDOT

**34. Oletko ollut viimeisten 6 kuukauden aikana avo- tai laitoshoidossa päihdeongelmasi takia?**

0. En

1. Kyllä, A-klinikalla

2. Muualla, missä? \_\_\_\_\_

**35. Oletko osallistunut viimeisten 3 kuukauden aikana johonkin päihdeongelmaisten vertaistukiryhmään?**

0. En

1. Kyllä, AA/NA:han

2. Kyllä, johonkin muuhun, mihin? \_\_\_\_\_

**36. Oletko käyttänyt jotain lääkettä rajoittaaksesi päihteiden käyttöäsi viimeisten 3 kuukauden aikana?**

0. En mitään

1. Kyllä, antabusta

2. Kyllä, naltrexonia

3. Kyllä, buprenorfiinia (Temgesic, Subutex)

4. Kyllä, jotain muuta? \_\_\_\_\_

**37. Oliko saamastasi a-klinikan päihdehoidosta sinulle hyötyä tavoitteittesi kannalta? Jos oli, niin mitä?**

**KIITOS YHTEISTYÖSTÄ!**

Liite 5. Motivoivan haastattelun noudattaminen 3.1.1 –koodauskäsikirja

Käsikirjoituksen luonnos: Ei saa siteerata ilman kirjoittajien lupaa  
Uudistetut kokonaisarvioinnit:

**Motivoivan haastattelun noudattaminen 3.1.1 -  
koodauskäsikirja**  
**The Motivational Interviewing Treatment Integrity  
(MITI 3.1-1)**

Theresa B. Moyers, Tim Martin, Jennifer K. Manuel & William R. Miller

University of New Mexico  
Center on Alcoholism Substance Abuse and Addictions, CASAA

Suom. Maria Rakkolainen, Kari Tolonen ja Anja Koski-Jännes

Kirjoittajan huomiot: motivoivan haastattelun suositusten noudattamista varten kehitetty (MITI) -koodausmenetelmä on instrumentti, jota jatkuvasti kehitetään. Menetelmä on käytettävissä tutkimuksellisiin sekä koulutuksellisiin tarpeisiin. Olemme varautuneet siihen, että tätä koodausjärjestelmää muokataan monin tavoin ennen kuin se on valmis. Jos löydät virheitä, epäjohtonmukaisuuksia tai sinulla on kehitysehdotuksia tai muunlaista palautetta, otathan meihin yhteyttä. Suhtaudumme innolla MITI:n kehittämiseen, sinun avullasi.  
Theresa Moyers, PhD (tmoyers@unm.edu)

Korjattu 22. tammikuuta 2010

Opettele, vertaile, kerää tosiasiat!  
Pavlov 1849-1936

Miten hyvin tai huonosti työntekijä käyttää motivoivaa haastattelua? MITI on käyttäytymisen koodausmenetelmä, joka vastaa tähän kysymykseen. MITI antaa myös palautetta, jota voidaan käyttää motivoivan haastattelun kliinisten taitojen parantamiseen. MITI on tarkoitettu käytettäväksi: 1) mittaamaan kliinisissä motivoivan haastattelun tutkimuksissa hoidon suositusten mukaista toteuttamista sekä 2) strukturoidun palautteen antamisen välineenä, jolla voidaan kehittää ja parantaa hoitokäytäntöjä myös tutkimusten ulkopuolisissa yhteyksissä.

On syytä huomioida, että MITI ja sen lähtökohtana toiminut MISC (the Motivational Interviewing Skills Code) eivät ole samasta tehtävästä keskenään kilpailevia mittausvälineitä. Ne ovat erilaisia työvälineitä ja ne on suunniteltu erilaisten tehtävien suorittamiseen. MISC on tyypillisesti hyödyllisempi yksityiskohtaiseen motivoivan haastattelun tärkeitä elementtejä ja kausaalisia mekanismeja tutkivaan prosessitutkimukseen. MITI ei voi korvata MISCiä näihin käyttötarkoituksiin. Vaihtoehtoisesti MITI saattaa olla hyödyllisempi yksinkertaisempia kysymyksiä esitettäessä (missä määrin tämä hoito on motivoivan haastattelun mukaista?) tai silloin kun tarvitaan kohdennetumpaa palautetta (miten työntekijämme voivat parantaa motivoivan haastattelun taitojaan) koulutuskäytössä. Erityiset erot MITIn ja MISCin välillä ovat:

MISC antaa mahdollisuuden tutkia kokonaisvaltaisesti haastattelijan ja asiakkaan käyttäytymistä sekä heidän välistä vuorovaikutustaan, MITI taas mittaa vain haastattelijan käyttäytymistä. MISC saattaa edellyttää jopa kolme erillistä kuuntelukertaa tai tietyn nauhan kohdan läpikäymistä. MITI edellyttää tyypillisesti vain yhtä kuuntelukertaa. MISC tarkastelee asiakkaan muutosvalmiuden eri puolia sekä sitoutumispuhetta, MITI ei tutki asiakkaan puhetta. Asiakkaan käyttäytymisen tutkiminen saattaa kuitenkin olla tärkeää ennakoitaessa hoidon tuloksellisuutta. MISC on poissulkeva ja perusteellinen koodaussysteemi, MITI ei. Monet tarkoin määritellyt ja MISCissä erikseen koodattavat käyttäytymiset yhdistetään MITIssä yhteen kategoriaan tai jätetään täysin koodaamatta. MITI ei ole monimutkainen koodausjärjestelmä, jolla voisi havaita asiantuntevan tai erityisen taitavan motivoivan haastattelun käytön. MITI on suunniteltu käytettäväksi hoidon suositusten mukaisuuden mittaamiseen ja palautteen antamiseen. On myös kehitetty tarkempia ja yksityiskohtaisempia koodausjärjestelmiä, mutta niitä käytetään harvoin, koska koodaajien koulutus ja istuntojen koodaus ovat kalliita ja aikaa vieviä. On huomattu, että MH:n asiantuntevat käyttäjät joskus turhautuvat MITIin, etenkin, kun he yrittävät käyttää sitä toimintakäytäntöjen parantamiseen. Meiltä kysytäänkin usein mahdollisuutta muuttaa tai lisätä jotakin MITIin. Yleensä näin tapahtuu silloin, kun ohjaaja haluaa päästä käsiksi MH:n käytännön ulottuvuuksiin, joita ei ole MITIssä. Me ymmärrämme tämän, mutta tiedämme myös, että nämä monimutkaisemmat MH-käytännön dimensiot (joita voi lisätä) eivät täytä tarkkoja reliabiliteetin ja validiteetin kriteereitä, joita edellytetään MITIn kaltaiselta empiirisesti validoidulta instrumentilta. MITIn yksikertaisuuden syy on se, että kliinisen käytännön monimutkaisemmillä elementeillä on erittäin vaikea saavuttaa reliabiliteettia. Emme halua estää MITIn muuttamista tai lisäyksiä siihen, mutta neuvomme tekemään selväksi, että tällaiset vaihtelut voivat antaa tai olla antamatta samanlaista reliabilia tietoa, jonka voi saavuttaa käyttämällä MITIä niin kuin tässä esitämme.

MITIn osatekijät

MITIssä on kaksi osatekijää: kokonaisarviot ja käyttäytymisarviot

Kokonaisarvioissa koodaaja kuvaa viisiportaisen arviointiasteikon yhdellä luvulla koko istunnon kulkua. Näiden arviointien on tarkoitus tavoittaa arvioitsijan yleisvaikutelma tietyistä ulottuvuudesta. Keskustelusta arvioidaan viittä eri ulottuvuutta: Evokaatiota, Yhteistyötä, Autonomian tukemista, Suuntaamista ja Empatiaa. Tämä tarkoittaa, että jokaiseen MITI kuuntelukertaan sisältyy viisi kokonaisarviointia.

Käyttätymisarviot edellyttävät, että koodaaja kirjaa haastattelijan kunkin käyttäytymistävän ilmenemiskerrat. Näitä kirjauksia tehdään valitun jakson alusta loppuun saakka. Koodaajan ei tarvitse arvioida tapahtumien laatua tai asiaankuuluvuutta, kuten kokonaisarvioissa, vaan ainoastaan kirjata käyttäytymistä.

Tyypillisesti sekä kokonaisarviot että käyttäytymisarviot tehdään samalla kuuntelukerralla ja tavallisesti käytetään satunnaisesti valittua 20-minuutin jaksoa nauhasta. Erityisen huolellisesti tulisi varmistaa, että nauhakohdat valitaan todella satunnaisesti, erityisesti kliinisissä tutkimuksissa, jotta voidaan tehdä oikeita päätelmiä motivoivan haastattelun suositusten noudattamisesta.

Nauha voidaan tarvittaessa pysäyttää, mutta nauhan liiallinen pysäyttely ja uudelleen käynnistys koodauksen aikana (päinvastoin kuin koulutuksessa tai ryhmäarvioinneissa) voi häiritä koodaajan kykyä muodostaa yleisvaikutelma, jota hän tarvitsee tehdessään kokonaisarvioita. Sen takia koodaajat voivat käyttää kahta kuuntelukertaa, kunnes ovat riittävän taitavia koodaussysteemin käytössä. Siinä tapauksessa ensimmäisellä kuuntelukerralla tulisi tehdä kokonaisarviot ja toisella kuuntelukerralla käyttäytymisarviot.

#### Tavoitekäyttäytymisen määrittäminen

Tärkeä tekijä motivoivan haastattelun taitavassa käytössä on haastattelijan pyrkimys edeauttaa tietyn käyttäytymisen tai ongelman muutosta. Taitavat haastattelijat pyrkivät aina mahdollisuuksien mukaan vahvistamaan ja herättelemään asiakkaan tiettyyn muutokseen liittyvää muutospuhetta. Koodaajien tulisi tietää ennen koodauksen aloittamista, mikä määritely tavoitekäyttäytymisen on, jos sellainen on. Siten koodaajat voivat tarkemmin arvioida, suuntaako työntekijä hoitoa tavoitekäyttäytymistä kohden, harhaileeko hän tai onko hän täysin metsässä. MITIä ei ole suunniteltu käytettäväksi interventioissa, joissa tavoitekäyttäytymistä ei voida määrittää.

#### KOKONAI SARVIOT

“Mikä on pitkän puheen lyhyt merkitys?”

Schiller (1759-1805)

Kokonaisarvioiden tarkoituksena on vangita arvioitsijan yleisvaikutelma siitä, miten hyvin tai huonosti haastattelija vastaa asteikon kuvausta. Vaikka samanaikaisesti voidaan arvioida monenlaisia elementtejä, arvioitsijan kokonaiskuva on kaikkein tärkein. Kokonaisarvioiden tulee heijastaa haastattelijan yleiskuvaa haastattelijasta, jota ei välttämättä voida jakaa yksittäisiin osatekijöihin. Kokonaisarviot annetaan viisi-portaisella Likert-asteikolla, jossa oletetusta lähtötasosta ”3” liikutaan ylös- tai alaspäin.

MITI 3.0:ssa motivoivan haastattelun Hengen kokonaisarviot on jaettu kolmeen luokkaan: Evokaatio, Yhteistyö sekä Autonomian tukeminen. Nämä arviot eivät ole toisistaan täysin riippumattomia, vaan ne voivat liittyä toisiinsa ja vaikuttaa toinen toisiinsa. Evokaation, Yhteistyön ja Autonomian tukemisen keskiarvo muodostaa Hengen kokonaisarvosanan. Suositus on, että keskiarvo ilmaistaan kahdella desimaalilla.



<b>Evokaatio eli muutospuheen herättely</b>				
<b>Matala</b>			<b>Korkea</b>	
1	2	3	4	5
Työntekijä tarjoaa aktiivisesti syitä muuttua tai valistaa muutoksen eduista tutustumatta lainkaan asiakkaan ajatuksiin, pyrkimyksiin tai motivaatioon.	Työntekijä luottaa opettamiseen ja tiedon jakamiseen sen kustannuksella, että hän tutkisi asiakkaan henkilökohtaista motivaatiota ja ajatuksia.	Työntekijä ei osoita erityistä kiinnostusta tai tiedosta asiakkaan omia syitä ja keinoja muuttua. Hän saattaa tarjota tietoa tai opetusta sovittamatta sitä asiakkaan tilanteeseen.	Työntekijä hyväksyy asiakkaan omat syyt muuttua sekä ajatukset siitä, miten muutoksen tulisi tapahtua. Asiakkaan vastustaessa hän ei pyri opettamaan tai määräämään.	Työntekijä ennakoi mahdollisuuksia herättää asiakkaan omia syitä muuttua ja ajatuksia siitä, miten muutoksen tulisi tapahtua.

Tämän asteikon on tarkoitus mitata sitä, missä määrin työntekijä ymmärtää sen, että muutosmotivaatio ja kyky edetä sitä kohti piilevät suurimmaksi osaksi asiakkaassa itsessään ja siksi hän keskittyy sen herättelyyn ja syventämiseen terapeuttisessa vuorovaikutuksessa.

### **Matalalla asteikossa**

Asteikon matalassa päässä olevilla työntekijöillä on vain pinnallinen kiinnostus asiakkaan ristiintä tai muutossyitä kohtaan ja he menettävät tilaisuuksia, joissa näitä voisi tutkia tarkemmin. He saattavat tehdä oletuksia asiakkaan aikomuksista muuttua (tai olla muuttumatta) tutkimatta asiaa tarkemmin, tai saattavat suhtautua asiakkaan omiin ajatuksiin välinpitämättömästi. Työntekijät, joiden evokaatio on heikko saattavat turvautua itsepintaisesti faktojen keräämiseen tai tiedon välittämiseen muutoksen edistämiskeinoina, ja he suhtautuvat usein epäillen asiakkaan tietämykseen pohdittavasta ongelmasta. Asteikon matalassa päässä olevat työntekijät eivät vastaa tarjottuun muutospuheeseen tai tekevät sen penseästi. He tarjoavat asiakkaille todennäköisesti syitä muuttua sen sijaan, että herättelisivät niitä asiakkaasta.

### **Korkealla asteikossa**

Asteikon korkeassa päässä olevat työntekijät ovat kiinnostuneita asiakkaiden henkilökohtaisista ja ainutlaatuisista ajatuksista koskien sitä, miksi muutos olisi hyvä tai huono ajatus. He eivät vain tartu näihin ajatuksiin asiakkaan niistä puhuessa, vaan myös pyrkivät aktiivisesti tutkimaan niitä silloin, kun asiakas ei niin tee. Vaikka työntekijät saattavat valistaa tai opettaa, evokaatioissa korkealla olevat työntekijät eivät nojautu siihen auttaakseen asiakkaita muuttumaan. Sen sijaan heille on tärkeämpää tutkia asiakkaan henkilökohtaisia syitä ja keinoja muuttua, eikä tätä tutkimista laiminlyödä istunnon muun sisällön tai tiedon takia. Hyvät evokaatiotaidot omaavat työntekijät ymmärtävät asiakkaan oman muutosta puoltavan puheen merkityksen ja luovat aktiivisesti mahdollisuuksia tuon puheen ilmenemiselle.

## Sanalliset ankkurit

1. Työntekijä tarjoaa aktiivisesti syytä muuttua tai valistaa muutoksen eduista tutustumatta lainkaan asiakkaan ajatuksiin, pyrkimyksiin tai motivaatioon.

Esimerkkejä:

- Sivuuuttaa tai ymmärtää väärin asiakkaan tavoitekäyttäytymistä koskevat ajatukset
- Tarjoaa väkisin opetusta, vaikka asiakas osoittaa jo tietävänsä kyseiset asiat
- Käyttää kysymyssarjaa, joka ei huomioi asiakkaan vastausten ainutlaatuisuutta
- Ohittaa tai jättää asiakkaan panoksen vaille huomiota
- Ei osoita kiinnostusta asiakkaan olosuhteita kohtaan
- Yrittää suostutella asiakasta muutokseen

2. Työntekijä luottaa opettamiseen ja tiedon jakamiseen sen kustannuksella, että hän tutkisi asiakkaan henkilökohtaista motivaatiota ja ajatuksia

Esimerkkejä:

- Ei ota huomioon asiakkaan kertomaa muutoksesta keskusteltaessa
- Epämääräiset tai vaillinaiset yritykset vastata asiakkaan muutospuheeseen
- Lievä tai pinnallinen kiinnostus asiakkaan näkökulmaa ja tilannetta kohtaan

3. Työntekijä ei osoita erityistä kiinnostusta tai tiedosta asiakkaan omia syytä ja keinoja muuttua. Hän saattaa tarjota tietoa tai opetusta sovittamatta sitä asiakkaan tilanteeseen.

Esimerkkejä:

- Menettää mahdollisuuksia tutkia asiakkaan muutosmotivaatiota (esimerkiksi menettäen mahdollisuuden puhua aikaisemmista onnistumisista niistä mainittaessa)
- Suhtautuu neutraalisti asiakkaan näkemyksiin ja tilanteeseen
- Vastaa satunnaisesti muutospuheeseen

4. Työntekijä hyväksyy asiakkaan omat syyt muuttua sekä ajatukset siitä, miten muutoksen tulisi tapahtua. Asiakkaan vastustaessa hän ei pyri opettamaan tai määräämään

Esimerkkejä:

- Antaa asiakkaan muutosajatusten ja motivaation suunnata keskustelua
- Huomioi asiakkaan muutosyyt sellaisenaan, muttei herättele tai käsittele niitä tarkemmin
- Vastaa johdonmukaisesti muutospuheeseen sen ilmetessä reflektioilla, tarkentavilla kysymyksillä tai kiinnostuksella

5. Työntekijä ennakoii mahdollisuuksia herättää asiakkaan omia syytä muuttua ja ajatuksia siitä, miten muutoksen tulisi tapahtua

Esimerkkejä:

- Osoittaa kiinnostusta asiakkaan ajatuksia ja kokemuksia kohtaan, erityisesti liittyen tavoitekäyttäytymiseen
- Auttaa asiakasta puhumaan itsensä muutokseen
- Käyttää strukturoituja terapeuttisia tehtäviä keinona vahvistaa ja herätellä muutospuhetta
- Ei menetä tilaisuutta tarkastella syvällisemmin asiakkaan tarjoamia syytä muuttua
- Etsii asiakkaan ajatuksia muutoksesta ja hänen motivaatiotaan suunnatakseen haastattelua
- Herättää strategisesti muutospuhetta ja vastaa johdonmukaisesti siihen milloin vain mahdollista

Yhteistyö				
Matala			Korkea	
1	2	3	4	5
Työntekijän aktiivinen asiantuntija-rooli hallitsee vuorovaikutusta. Yhteistyö puuttuu	Työntekijä vastaa yhteistyö mahdollisuuksiin pinta-puolisesti	Työntekijä ottaa huomioon asiakkaan tavoitteita, ajatuksia ja arvoja, mutta tekee sen innottomasti tai satunnaisesti. Ei ehkä huomaa tai ohittaa mahdollisuuksia syventää asiakkaan osallistumista keskusteluun.	Työntekijä vaalii yhteistyötä ja toimii tasavertaisesti, siten että asiakkaan ajatukset vaikuttavat keskustelun kulkuun tavalla, jota ne muuten eivät tekisi	Työntekijä aktiivisesti vaalii ja rohkaisee tasavertaista vallanjakoa vuorovaikutuksessa tavalla, jossa asiakkaan ajatukset vaikuttavat merkittävästi istunnon luonteeseen

Tämä asteikko kuvaa sitä, missä määrin työntekijä käyttäytyy ikään kuin haastattelu tapahtuisi kahden tasavertaisen osapuolen kesken, joilla molemmilla on pohdittavan ongelman kannalta mahdollisesti hyödyllisiä tietoja.

#### Matalalla asteikossa

Heikosti yhteistyötä tekevät työntekijät eivät pyri keskustelun aikana kohti yhteisymmärrystä. He luottavat etenemisessä yhdensuuntaiseen kommunikaatioon, joka pohjautuu työntekijän auktoriteettiin ja asiantuntijuuteen. He voivat olla vähätteleviä, liian passiivisia tai niin myöntäväisiä, että he eivät anna aitoa panosta vuorovaikutukseen. Nämä työntekijät luottavat omaan tietopohjaansa vastatessaan asiakkaan ongelmaan, eivätkä näytä arvostavan asiakkaan tietämystä. He ovat usein asiakkaan edellä määräten sekä tarpeen muuttua että keinot toteuttaa muutos. Heidän vuorovaikutuksensa asiakkaan kanssa vaikuttaa enemmän painimiselta kuin tanssimiselta.

#### Korkealla asteikossa

Työntekijät, jotka ovat korkealla yhteistyössä työskentelevät asiakkaan kanssa yhdessä kohti haastattelun tavoitteita. He eivät nojaa valta-asemaansa, asiantuntijuuteen tai auktoriteettiin saadakseen aikaan muutosta. He ovat kiinnostuneita asiakkaan ajatuksista ja ovat valmiita ottamaan ne vastaan. Nämä työntekijät osaavat hillitä omaa asiantuntijuuttaan käyttäen sitä strategisesti, eivätkä ennen kuin asiakas on valmis vastaanottamaan sitä. Yhteistyössä hyvin toimivat työntekijät vaikuttavat tanssivan sulavasti asiakkaan kanssa haastattelun aikana – yhdessä hetkessä vieden, seuraavassa seuraten asiakasta.

## Sanalliset ankkurit

1. Työntekijän aktiivinen asiantuntijarooli hallitsee vuorovaikutusta. Yhteistyö puuttuu.

### Esimerkkejä:

- Ottaa ilmiselvän asiantuntijaroolin
- Kielteä tai vähättelee asiakkaan ajatuksia
- Hallitsee keskustelua
- Väittää vastaan, kun asiakas tarjoaa vaihtoehtoisen lähestymistavan
- On passiivinen, poissaoleva tai vähättelevä

2. Työntekijä vastaa yhteistyömahdollisuuksiin pintapuolisesti

### Esimerkkejä:

- Vaikeus luopua asiantuntijaroolista
- Pintapuolinen kiinnostus asiakkaan panokseen
- Uhraa usein tilaisuuden molemminpuoliseen ongelman ratkaisemiseen tarjoamalla mieluummin tietoa tai asiantuntemusta
- Asiakkaan panoksen vähäinen huomioiminen
- Poissaoleva tai kärsimätön suhtautuminen asiakkaaseen

3. Työntekijä ottaa huomioon asiakkaan tavoitteita, ajatuksia ja arvoja, mutta tekee sen innottomasti tai satunnaisesti. Ei ehkä huomaa tai ohittaa mahdollisuuksia syventää asiakkaan osallistumista keskusteluun.

### Esimerkkejä:

- Saattaa hyödyntää yhteistyötilaisuudet, muttei suuntaa vuorovaikutusta saadakseen sitä aikaan
- Jonkin verran yhteyden luomista, mutta pinnallisella tasolla
- Pystyy antamaan tilaa asiakkaalle suurimman osan aikaa, mutta osoittaa välillä erimielisyyttä
- Uhraa muutamia tilaisuuksia yhteiseen ongelman ratkaisemiseen tarjoamalla tietoa ja asiantuntijuutta

4. Työntekijä vaalii yhteistyötä ja vallan jakamista siten että asiakkaan ajatukset vaikuttavat keskustelun kulkuun tavalla mitä ne muuten eivät tekisi

### Esimerkkejä:

- Jonkin verran istunnon strukturointia asiakkaan panoksen varmistamiseksi
- Kysyy asiakkaan näkemyksiä asioihin
- Ottaa asiakkaan mukaan ongelman ratkaisuun
- Ei vaadi päätöstä ennen kuin asiakas on valmis

5. Työntekijä aktiivisesti vaalii ja rohkaisee vallan jakamista vuorovaikutuksessa tavalla, jossa asiakkaan ajatukset merkittävästi vaikuttavat istunnon luonteeseen

### Esimerkkejä:

- Jäsentää aktiivisesti istuntoa tavalla, joka kannustaa asiakasta osallistumaan
- Kyselee asiakkaan ideoita
- Ottaa huomioon asiakkaan ehdotuksia
- ”Kaivaa” aktiivisesti esiin asiakkaan panosta
- Tunnistaa selkeästi asiakkaan asiantuntijuuden

- Hillitsee neuvojen antamista ja asiantuntijuutta asiakkaan panoksesta riippuen

<b>Autonomian tukeminen</b>				
<b>Matala</b>			<b>Korkea</b>	
1	2	3	4	5
Työntekijä kieltää aktiivisesti asiakkaan valinnanvapauden ja kontrollin.	Työntekijä pyrkii rajoittamaan asiakkaan käsitystä valinnanvapaudesta tai vastaa siihen pintapuolisesti.	Työntekijä suhtautuu neutraalisti asiakkaan autonomiaan ja valinnanvapauteen.	Työntekijä hyväksyy ja tukee asiakkaan autonomiaa.	Työntekijä vahvistaa merkittävästi asiakkaan autonomia-ilmmausten tunnetta ja merkitystä tavoilla, jotka selvästi laajentavat asiakkaan oman kontrollin ja valinnanvapauden kokemusta.

Tämän asteikon tarkoituksena on kuvata, missä määrin työntekijä tukee ja aktiivisesti vaalii asiakkaan näkemystä valinnanvapaudesta sen sijaan, että hän yrittäisi kontrolloida asiakkaan käyttäytymistä tai valintoja. Arviot autonomia-asteikolla sisältävät tiettyjen käyttäytymisten välttämistä ja tavoitteellisia strategioita autonomian lisäämiseksi tai tukemiseksi.

### **Matalalla asteikossa**

Heikosti autonomiaa tukevat työntekijät katsovat asiakkaan olevan kykenemätön etenemään terveyden suuntaan ilman työntekijän panosta. He saattavat olettaa, että asiakas muuttaa käyttäytymistään työntekijän parhaaksi arvioimaan suuntaan. Työntekijä voi sanoa suoraan asiakkaalle, ettei hänellä ole valinnanmahdollisuutta. Lisäksi työntekijä saattaa antaa ymmärtää, että ulkoiset seuraukset (kuten pidätys, muiden painostus) ovat poistaneet valinnanvapauden. Työntekijät voivat myös väittää, että on vain yksi tapa lähestyä tavoitetta tai he saattavat suhtautua pessimistisesti tai kyynisesti asiakkaan muutoskykyyn. Asiakkaan autonomiaa heikosti tukevat työntekijät saattavat esittää vaihtoehtoja, mutta tekevät sen vähättelevästi tai sarkastisesti. \*Huomioi: Älä alenna autonomia-arviota, jos työntekijä osoittaa ymmärrystä asiakkaan sen hetkisestä tilanteesta johtuvaa valintojen vähyyttä, toivottomuutta tai mielipahaa kohtaan.

### **Korkealla asteikossa**

Työntekijät, jotka ovat korkealla autonomian tukemisessa varmistavat joko suoraan tai epäsuorasti että valinnanvapaudesta ja kontrollista puhutaan istunnon aikana. He katsovat että asiakkaalla on mahdollisuus muuttua terveelliseen suuntaan. Tällä asteikolla korkealla olevat työntekijät auttavat asiakasta tunnistamaan vaihtoehtonsa tavoitekäyttäytymisen suhteen. Lisäksi

työntekijät saattavat suoraan ilmaista, että asiakas voi valita, haluaako hän muuttua vai pitää tilanteen ennallaan. He saattavat myös ilmaista optimismia asiakkaan muutoskykyä kohtaan.

Sanalliset ankkurit

1. Työntekijä kieltää aktiivisesti asiakkaan valinnanvapauden ja kontrollin.

Esimerkkejä:

- Ilmaisee selvästi, että asiakkaalla ei ole vaihtoehtoja
- Antaa ymmärtää, että ulkoiset seuraukset ovat poistaneet valinnanvapauden
- On pessimistinen, kyyninen tai sarkastinen tutkiessaan vaihtoehtoja ja valinnanmahdollisuuksia
- On joustamaton muutosvaihtoehdoissa

2. Työntekijä pyrkii rajoittamaan asiakkaan käsitystä valinnanvapaudesta tai vastaa siihen pintapuolisesti

Esimerkkejä:

- Ei työstä tai ota huomioon valinnanmahdollisuutta asiakkaan siitä puhuessa
- Vähättelee asiakkaan valinnanvapautta tai käsittelee sitä pinnallisesti
- Valinnanmahdollisuuden esille ottamisen jälkeen sivuuttaa aiheen
- Aitouden puute asiakkaan valinnanmahdollisuuksista keskusteltaessa
- Jättää aktiivisesti huomiotta asiakkaan valinnanmahdollisuuden, kun asiakas ottaa sen puheeksi

3. Työntekijä suhtautuu neutraalisti asiakkaan autonomiaan ja valinnanvapauteen

Esimerkkejä:

- Ei kiellä vaihtoehtoja tai valinnanvapautta, mutta ei pyri aktiivisesti niitä kehittämään.
- Ei ota puheeksi valinnanvapautta haastattelussa

4. Työntekijä hyväksyy ja tukee asiakkaan autonomiaa

Esimerkkejä:

- Tutkii aidosti asiakkaan vaihtoehtoja
- On samaa mieltä asiakkaan ilmaisesta, ettei häntä voida pakottaa muutokseen

5. Työntekijä vahvistaa merkittävästi asiakkaan autonomiailmausten tunnetta ja merkitystä tavoilla, jotka selvästi laajentavat asiakkaan oman kontrollin ja valinnanvapauden kokemusta.

Esimerkkejä:

- Työntekijä yrittää aktiivisesti saada esille asiakkaan sellaisia kommentteja, joiden kautta hän havaitsee paremmin tavoitekäyttäytymiseen liittyviä valintoja.
- Tutkii vaihtoehtoja vilpittömän aidosti ja ei-omistushaluisesti.
- Tunnustaa selvästi ja ilman sarkasmia, että asiakkaalla on vaihtoehto olla muuttumatta.
- Tarjoaa useita mahdollisuuksia keskustella asiakkaan vaihtoehdoista ja hallintakyvystä, jos asiakas ei ensiyrittämällä vastaa.
- Uskoo asiakkaan muutosideoihin ja motivaatioon.

<b>Suuntaaminen</b>				
<b>Matala</b>			<b>Korkea</b>	
1	2	3	4	5
Työntekijä ei vaikuta keskustelunaiheisiin tai istunnon suuntaan, ja keskustelu tavoitekäyttäytymisestä jää kokonaan asiakkaan varaan.	Työntekijä vaikuttaa vain vähän istunnon etenemiseen, eikä huomaa useimpia tilaisuuksia suunnata asiakkaan puhetta tavoitekäyttäytymiseen.	Työntekijä vaikuttaa jonkin verran istunnon suuntaan, mutta keskustelu poikkeaa helposti tavoitekäyttäytymisestä.	Työntekijä kykenee yleensä suuntaamaan istuntoa tavoitekäyttäytymiseen; istunnossa voi kuitenkin olla pitkiä rönsyileviä jaksoja, joiden aikana työntekijä ei yritä korjata suuntaa.	Työntekijä vaikuttaa istunnon etenemiseen eikä yleensä jätä käyttämättä tilaisuuksia ohjata asiakasta tavoitekäyttäytymiseen tai istunnon aiheeseen

Asteikko mittaa missä määrin työntekijä säilyttää riittävän keskittymisen tiettyyn tavoitekäyttäytymiseen tai siihen suoraan liittyviin asioihin. Toisin kuin muissa kokonaisarvioissa työntekijän korkeat pisteet tällä asteikolla eivät välttämättä merkitse parempaa motivoivan haastattelun käyttöä.

#### **Matalalla asteikossa**

Keskustelua vähän suuntaavat työntekijät eivät vaikuta istunnon aiheisiin tai kulkuun. He eivät näytä tutkivan mitään erityistä asiakkaan käyttäytymisen muutosta, eivätkä tartu tilaisuuksiin tuoda muutosta keskustelun aiheeksi. Keskustelua vähän suuntaavien työntekijöiden istunnoista voi puuttua rakenne ja ne todennäköisesti vaikuttavat tavoitteettomilta. Asiakkaat voivat päätyä keskustelemaan mistä vain heitä kiinnostavasta asiasta, ilman että työntekijä yrittäisi suunnata keskustelua mihinkään ongelmiin tuottamaan käyttäytymiseen. Työntekijä voi hyväksyä liiallisen keskittymisen menneisyyteen tai teoreettisiin selityksiin, jotka vievät huomiota nykyisen käyttäytymisen muuttamisesta. Keskustelua vähän suuntaavilta työntekijöiltä näyttää puuttuvan kompassisuunta, joka auttaisi heitä ohjaamaan istuntoa kohti erityistä, toivottavaa tulosta.

#### **Korkealla asteikossa**

Keskustelun suuntaamisessa korkealla olevat työntekijät vaikuttavat olennaisesti istunnon keskustelunaiheisiin ja kulkuun. He kohdistavat avoimesti huomionsa tavoitekäyttäytymiseen tai istuntoon tulemisen aiheeseen ja yrittävät johdonmukaisesti palata tavoitekäyttäytymiseen silloin, kun keskustelu lähtee rönsyilemään. Määräilevästi ja jäykästi ongelmaan keskittyvä työntekijä saattaa saada korkeat pisteet suuntaamisessa, mutta työntekijän ei tarvitse olla tyyli tai autoritaarinen saadakseen korkeat pisteet. Hän voi suunnata valikoivalla vahvistamisella asiakkaan puhetta kohti mahdollista huolen aihetta tai tavoitekäyttäytymisen muutosta. Suuntaamisessa korkean arvion saavat työntekijät palauttavat istunnon kompassisuunnan, jos keskustelun painopiste ajautuu liian kauaksi tavoitekäyttäytymisestä.

## Sanalliset ankkurit

1. Työntekijä ei vaikuta keskustelunaiheisiin tai istunnon suuntaan, ja keskustelu tavoitekäyttäytymisestä jää kokonaan asiakkaan varaan.

Esimerkkejä:

- Työntekijä ei onnistu luomaan istunnolle rakennetta.
- Istunto keskittyy lähes pelkästään aiheisiin, jotka vain sivuavat nykyistä ongelmaa
- Työntekijä suuntaa keskustelun asiakkaan persoonallisuuteen, lapsuuteen tai traumaattiseen menneisyyteen ja vain pinnallisesti tavoitekäyttäytymiseen
- Työntekijä keskittyy ei-direktiiviseen, asiakaskeskeiseen kuuntelemiseen
- Työntekijä seurailee passiivisesti asiakkaan puheen rönsyilyä aiheesta toiseen
- Tavoitekäyttäytymistä ei ole ilmaistu tai sitä ei voi päätellä istunnosta

2. Työntekijä vaikuttaa vain vähän istunnon etenemiseen, eikä huomaa useimpia tilaisuuksia suunnata asiakkaan puhetta tavoitekäyttäytymiseen.

Esimerkkejä:

- Työntekijä jäsentää keskustelua jonkin verran, mutta istunto rönsyilee merkittävästi ilmaistusta tavoitteesta
- Tavoitekäyttäytymisestä keskustellaan jonkin verran, mutta pääosa istunnosta kuluu muissa aiheissa
- Työntekijä yrittää vain pinnallisesti sitoa asiakkaan puhetta tavoitekäyttäytymiseen
- Suurin osa istunnosta kuluu ei-direktiiviseen, asiakaskeskeiseen kuunteluun ilman merkkiäkään valikoivasta vahvistamisesta, joka suuntaisi keskustelua tavoitekäyttäytymiseen

3. Työntekijä vaikuttaa jonkin verran istunnon suuntaan, mutta keskustelu poikkeaa helposti tavoitekäyttäytymisestä.

Esimerkkejä:

- Työntekijä luo jonkin verran rakennetta istuntoon, mutta ei seuraa sitä johdonmukaisesti
- Työntekijä vahvistaa valikoivasti asiakkaan tavoitekäyttäytymiseen liittyvää puhetta jonkin verran, mutta epäjohdonmukaisesti
- Työntekijä on halukas ottamaan puheeksi tavoitekäyttäytymisen, mutta poikkeaa siitä helposti
- Työntekijä keskittää suurimman osan istunnosta muuhun kuin tavoitekeskusteluun
- Istunnossa keskustellaan menneestä enemmän kuin nykyisestä tai tulevasta

4. Työntekijä kykenee yleensä suuntaamaan istuntoa tavoitekäyttäytymiseen; istunnossa voi kuitenkin olla pitkiä rönsyileviä jaksoja, joiden aikana työntekijä ei yritä korjata suuntaa.

Esimerkkejä:

- Työntekijän yrittää käyttää istunnon sovittua suunnitelmaa
- Tavoitekäyttäytyminen on selvillä, mutta työntekijä näyttää epäröivän suuntaako huomion siihen vai ei
- Asiakas saa työntekijän herkästi poikkeamaan tavoitekäyttäytymisestä



- Kun keskustelu alkaa rönsyillä työntekijä menettää usein tilaisuuden kääntää puheen tavoitekäyttämiseen

5. Työntekijä vaikuttaa istunnon etenemiseen eikä yleensä jätä käyttämättä tilaisuuksia ohjata asiakasta tavoitekäyttämiseen tai istunnon aiheeseen

Esimerkkejä:

- Tavoitekäyttäytyminen kuuluu istunnon puheenaiheisiin
- Työntekijä on näkyvästi kiinnostunut tavoitekäyttäytymisestä
- Työntekijä hallitsee hyvin istunnon ajankäytön ja siirtyy joustavasti terapeuttisista tehtävistä toisiin
- Työntekijä suuntaa johdonmukaisesti ja sujuvasti asiakkaan puhetta tavoitekäyttäytymisen muutokseen
- Istuntoaika puhutaan enemmän mahdollisesta muutoksesta kuin ongelman taustasta
- Työntekijä hallitsee istuntoa, eikä anna asiakkaan rönsyillä pois tavoitekäyttäytymisestä

<b>Empatia</b>				
<b>Matala</b>			<b>Korkea</b>	
1	2	3	4	5
Työntekijä ei osoita minkäänlaista kiinnostusta asiakkaan maailmankuvaa kohtaan, eikä huomioi lainkaan asiakkaan näkökulmaa.	Työntekijä yrittää satunnaisesti tutkia asiakkaan näkökulmaa. Työntekijän ymmärrys voi olla epätarkkaa tai se voi poiketa asiakkaan todellisesta merkityksestä.	Työntekijä yrittää aktiivisesti ymmärtää asiakkaan näkökulmaa, onnistuen siinä ajoittain.	Työntekijä osoittaa ymmärtävänsä hyvin asiakkaan maailmankuvaa, tekee aktiivisia ja toistuvia yrityksiä ymmärtää asiakkaan näkökulmaa. Ymmärtäminen rajoittuu suurimmaksi osaksi ilmaistuun sisältöön.	Työntekijä osoittaa ymmärtävänsä asiakkaan maailmankuvaa tarkasti, ei vain ilmaista sisältöä, vaan mitä asiakas tarkoittaa, mutta ei ole vielä sanonut

Tämä asteikko mittaa, kuinka paljon työntekijä ymmärtää tai yrittää ymmärtää asiakkaan näkökulmaa ja tunteita: kirjaimellisesti, kuinka paljon työntekijä yrittää ”kokeilla”, mitä asiakas tuntee tai ajattelee. Empatiata ei pitäisi sekoittaa lämpöön, hyväksyntään, aitouteen tai asiakkaan puolustamiseen; nämä ovat riippumattomia empatian arvioinnista. Heijastava kuuntelu on tärkeä osa tätä ominaisuutta, mutta tämän kokonaisarvion tarkoitus on tavoittaa kaikki yritykset, joita työntekijä tekee ymmärtääkseen asiakkaan näkökulmaa ja välittää tämän ymmärryksensä asiakkaalle.

### **Matalalla asteikossa**

Empatiassa matalan arvion saavat työntekijät ovat välinpitämättömiä tai jättävät aktiivisesti huomaamatta asiakkaan näkökulman ja kokemukset. He voivat kysellä tosiasioita tai noudattaa

omaa suunnitelmaansa, mutta he tekevät näin rakentaakseen kuvaa asiasta omasta näkökulmastaan pikemmin kuin ymmärtääkseen asiakkaan näkökulmaa. Työntekijä ei juuri yritä ymmärtää mutkikkaita tapahtumia ja tunteita syvällisesti, ja esitetyistä kysymyksistä heijastuu pinnallisuus ja kärsimättömyys. Ne voivat ilmaista vihamielisyyttä asiakkaan näkökulmaa kohtaan tai suoraan syyttää asiakasta kielteisistä seurauksista.

### **Korkealla asteikossa**

Empatiassa korkean arvion saaville työntekijöille istunto on mahdollisuus oppia tuntemaan asiakas. He ovat uteliaita. He käyttävät aikaa asiakkaan mielipiteiden ja ajatusten, erityisesti tavoitekäyttäytymisen, tutkimiseen. Empatia on näkyvää, kun sen tuottaja osoittaa aktiivista kiinnostusta ymmärtää, mitä asiakas sanoo. Se voi ilmetä myös, kun työntekijä seuraa tai hahmottaa tarkasti asiakkaan monipolvista tarinaa tai puhetta tai kyselee hienovaraisesti saadakseen selvää.

Sanalliset ankkurit

1. Työntekijä ei osoita minkäänlaista kiinnostusta asiakkaan maailmankuvaa kohtaan, eikä huomioi lainkaan asiakkaan näkökulmaa.

Esimerkkejä:

- Esittää vain tietokysymyksiä (usein ulkoisista syistä)
- Kysyy faktatietoa yrittämättä ymmärtää asiakkaan näkökulmaa

2. Työntekijä yrittää satunnaisesti tutkia asiakkaan näkökulmaa. Työntekijän ymmärrys voi olla epätarkkaa tai se voi poiketa asiakkaan todellisesta merkityksestä.

Esimerkkejä:

- Työntekijä tarjoaa reflektioita, mutta ne tulkitsevat väärin asiakkaan sanomaa
- Työntekijä esittää pinnallisia yrityksiä ymmärtää asiakasta

3. Työntekijä yrittää aktiivisesti ymmärtää asiakkaan näkökulmaa, onnistuen siinä ajoittain.

Esimerkkejä:

- Työntekijä osoittaa keskivertoa empatiaa asiakkaalle.
- Työntekijä voi tarjota muutamia tarkkoja reflektioita, mutta asiakkaan tarkoitus saattaa jäädä myös tajuamatta.
- Työntekijä yrittää ymmärtää asiakasta koko istunnon ajan, mutta ei oikein onnistu tässä

4. Työntekijä osoittaa ymmärtävänsä hyvin asiakkaan maailmankuvaa, tekee aktiivisia ja toistuvia yrityksiä ymmärtää asiakkaan näkökulmaa. Ymmärtäminen rajoittuu suurimmaksi osaksi ilmaistuun sisältöön.

Esimerkkejä:

- Työntekijä ilmaisee kiinnostusta asiakkaan näkökulmaan tai tilanteeseen
- Työntekijä tarjoaa tarkkoja reflektioita siitä, mitä asiakas on sanonut

- Työntekijä ilmaisee selvästi ymmärrystään asiakkaan näkökulmaan

5. Työntekijä osoittaa ymmärtävänsä asiakkaan maailmankuvaa tarkasti, ei vain ilmaista sisältöä, vaan mitä asiakas tarkoittaa, mutta ei ole vielä sanonut

Esimerkkejä:

- Työntekijä viestii onnistuneesti ymmärtävänsä asiakasta ohi sen, mitä asiakas on istunnossa sanonut
- Työntekijä näyttää olevansa erittäin kiinnostunut asiakkaan näkökulmasta tai tilanteesta
- Työntekijä yrittää ”asettua asiakkaan housuihin”
- Työntekijä rohkaisee usein asiakasta kertomaan enemmän kuin on tarpeen vain seuratakseen tarinaa
- Työntekijä käyttää paljon tarkkoja monimuotoisia reflektioita

#### D. KÄYTTÄYTYMISARVIOT

”Perusoletukseni on ollut jo pitkään, että pienet asiat ovat kaikkein tärkeimpiä.”  
Sherlock Holmes (A. Conan Doyle, 1892) A Case of Identity

Käyttäytymisarvioiden tarkoitus on kuvata työntekijän spesifiä käyttäytymistä riippumatta siitä, kuinka ne sopivat yleiseen käsitykseen haastattelijan MH:n käytöstä. Vaikka vuorovaikutuksen konteksti voi vähän vaikuttaa arvioitsijaan, käyttäytymisarviot tehdään yleensä luokittelun ja päättelysääntöjen perusteella (eikä niinkään tavoitella kokonaisvaltaista vaikutelmaa). Tulkintaan turvautumista käyttäytymiskoodin määrittelemiseksi pitäisi välttää.

Työntekijän puheen jakaminen ilmaisuihin käyttäytymiskoodausta varten

Ilmaisuilla tarkoitetaan kokonaista ajatusta. Ilmaisuihin loppuu kun yksi ajatus on esitetty. Uusi ajatus aloittaa aina uuden ilmaisun. Ilmaisuihin voi seurata toista ilmaisua työntekijän puheen virrassa, kuten lauseessa on perättäisiä ajatuksia. Asiakkaan vastaus lopettaa aina työntekijän ilmaisun, ja asiakkaan puhetta seuraava työntekijän vastaus on siten aina uusi ilmaisu.

Kaikkia työntekijän ilmaisuja ei koodata. Toisin kuin MISCissä, MITIssä ei ole kattavaa listaa mahdollisista koodista. Siksi jotkin työntekijän ilmaisut jäävät todennäköisesti koodaamatta. Vaikka MITI-koodit eivät ole kattavia, ne ovat toisensa poissulkevia niin, että sama ilmaisu voi saada vain yhden koodin.

Ilmaisu voidaan koodata yhdellä viidestä pääkoodista: 1) Tiedon antaminen, 2) MH:n mukainen, 3) MH:n vastainen, 4) Kysymykset, 5) Reflektiot. Kaksi kategoriaa (kysymykset ja reflektiot) tarvitsee alaluokituksen. Kun jokainen ilmaisu saa yhden ja vain yhden koodin, samaa ilmaisua ei voi koodata useammalla kuin yhdellä koodilla. Jokainen peräkkäinen ilmaisu voi kuitenkin saada eri koodin, vaikka ne olisivat samassa lauseessa. Siten pitkän vastauksen aikana esimerkiksi, jos työntekijä reflektoi, sitten konfrontoi ja sitten tekee kysymyksen, kaikki ilmaisut voidaan luokitella eri käyttäytymiskategorioihin edellyttäen, että ne ovat erillisiä ilmaisuja (ajatuksia). Tämä koskee myös alaluokituksia. Esimerkiksi, jos työntekijä kysyy avoimen kysymyksen, tarjoaa yksinkertaisen reflektion ja kysyy sitten suljetun kysymyksen, annetaan kaksi koodia: yksinkertainen reflektio ja avoin kysymys. (ks. s. 21 päättelysääntö koskien montaa

kysymystä samassa ilmaisussa). Vuoro on määritelty keskeytymättömäksi työntekijän ilmaisujen jaksoksi. Kun jotakin käyttäytymiskoodia on käytetty kerran vuorossa, sitä ei käytetä samassa vuorossa uudelleen. Vuoro sisältää kunkin koodin vain kerran.

Tarkastele seuraavaa työntekijän ilmaisua:

”No, voinko kysyä sinulta seuraavaa: koska sinut on pakotettu tulemaan tänne ja sinusta tuntuu, että kaikki nokkivat sinua kuin varikset, kuin parvi variksia lentäisi ympärilläsi nokkien sinua juomisesta, mitä haluaisit tehdä sinä aikana kun olet täällä? Mikä auttaisi sinua?”

Tämä vuoro jaettiin ilmaisuhin seuraavasti:

Ilmaisu yksi: ”No, voinko kysyä sinulta seuraavaa: koska sinut on pakotettu tulemaan tänne ja sinusta tuntuu, että kaikki nokkivat sinua kuin varikset, kuin parvi variksia lentäisi ympärilläsi ja nokkien sinua juomisesta,”

Ilmaisu kaksi: ”mitä haluaisit tehdä sinä aikana kun olet täällä? Mikä auttaisi sinua?”

Entä tämä haastattelijan vuoro:

”Se mitä sanot on aivan totta: se on sinusta kiinni. Kukaan ei tee sitä valintaa puolestasi. Kukaan ei voi valita puolestasi. Vaikka vaimosi haluaisi päättää puolestasi tai työnantajasi haluaisi päättää puolestasi, tai minä haluaisin päättää puolestasi; kukaan ei voi. Riippuu kokonaan sinusta, kuinka elät elämäsi, mitä teet huumeiden suhteen, mihin menet; se on sinun asiasi. Ja kuulen sinun taistelevan kysymyksestä, ”mitä haluan? Onko minun aika muuttaa asioita? Onko tämä huumeetesti varoituskello?”

Olemme jakaneet puheenvuoron lausumiin näin:

Ilmaisu yksi: ”Se mitä sanot, on aivan totta: se on sinusta kiinni. Kukaan ei tee sitä valintaa puolestasi. Kukaan ei voi valita puolestasi. Vaikka vaimosi haluaisi päättää puolestasi tai työnantajasi haluaisi päättää puolestasi, tai minä haluaisin päättää puolestasi; kukaan ei voi. Riippuu kokonaan sinusta, kuinka elät elämäsi, mitä teet huumeiden suhteen, mihin menet, se on sinun asiasi;”

Ilmaisu kaksi: ”Ja kuulen sinun taistelevan kysymyksestä, ”mitä haluan? Onko minun aika muuttaa asioita? Onko tämä huumeetesti varoituskello? ”

Asiakkaan ilmaiset, kuten joo (kyllä) tai aivan, jotka eivät keskeytä haastattelijan sekvenssiä, ovat fasilitoivia ilmaisuja. Näitä asiakkaan ilmaisuja ei koodata eivätkä ne katkaise haastattelijan ilmaisua. Kuitenkin, jos asiakas vastaa kysymykseen tai reflektioon ”joo” tai ”aivan” haastattelijan lausuma jaetaan ilmaisuksi. Esimerkiksi jos haastattelija sanoo:

”Olenko ymmärtänyt oikein, että et ole iloinen siitä, että olet täällä tänään, mutta haluat silti miettiä joidenkin muutosten tekemistä. Tajuat että juominen on aiheuttanut sinulle ongelmia ja että on aika tehdä muutos.”

Jos asiakas vastaa ”joo” läpi edellisen ilmaisun keinona ilmaista samanmielisyyttä terapeutin kanssa, asiakkaan puhe ei jaa ilmaisua.

# Käyttäytymiskoodit

## 1. Tiedon antaminen

Tätä kategoriaa käytetään kun työntekijä antaa tietoa, opettaa, antaa palautetta tai kertoo itsestään. Kun työntekijä ilmaisee mielipiteensä ilman neuvomista, käytetään tätä kategoriaa. Tiedon antaminen ei tarvitse alakoodia. Tiedon antamiseen kuuluu esimerkiksi:

### 1a. Palautteen antaminen arvioinnin tuloksista

Kerroit arvioinnissa, että tyypillisesti juot noin 18 annosta viikossa, 4% ikäisistäsi amerikkalaisista miehistä juo saman verran. (Tiedon antaminen)

\* Huomaa, että tämä ei ole reflektio. Arvioinnissa tuotetun tiedon tarkastelua ei tyypillisesti luokitella reflektioksi, vaikka reflektio-koodi voidaan antaa, jos työntekijä painottaa taitavasti tai rikastaa asiakkaan tuottamaa materiaalia.

### 1b. Henkilökohtainen palaute, jota ei ole vielä esitetty

Lääkärisi kertoi minulle, että olet yrittänyt kontrolloida verensokeriasi. (Tiedon antaminen)

Keskustelin vaimosi kanssa ja hän kertoi olevansa todella huolestunut juomisesi takia. (Tiedon antaminen)

### 1c. Hoitoon liittyvien ajatusten tai käsitteiden selittäminen

Tämä juomishalujen kirjaamiskotitehtävä on tärkeä, koska tiedämme halujen johtavan usein retkahduksiin. Halu on kuin varoituskello, joka neuvoo sinua tekemään jotakin eri tavalla. (Tiedon antaminen)

### 1d. Puheenaiheesta valistaminen

Ihmiset jotka syövät viisi hedelmää ja kasvista joka päivä vähentävät syöpäriskiään viisinkertaisesti. Tietynlaisissa syömissä kuten paksusuolen syöpä, vähennys on vielä suurempi. (Tiedon antaminen)

Jos huomaan sinun retkahtaneen, minun täytyy kertoa se ehdonalaisvalvojallesi. (Tiedon antaminen, koodaaja saattaa harkita motivoivan haastattelun vastaista koodia)

Koodaajien ei tarvitse tehdä eroa eri tiedon antamisen tapojen välillä. Kun koodaaja on päättänyt, että käyttäytyminen kuuluu johonkin tämän kategorian kohtaan, hän koodaa sen ilman jatkoerottelua.

Tiedon antamisen erottaminen MH:n vastaisesta käyttäytymisestä

Tiedon antamista ei pidä sekoittaa neuvon antamiseen, varoittamiseen, konfrontointiin tai määräämiseen.

Arvioinnissa kerroit, että tavallisesti juot 28 annosta viikossa. Tämä ylittää reilusti kohtuujoomisen rajat. (MH:n vastainen: Konfrontoiminen)

Pidä juomishaluistasi päiväkirjaa ja tuo se ensi kerralla niin katsotaan sitä yhdessä. (MH:n vastainen: Määrääminen)

Tuota, syöt tämän listan mukaan vain kaksi hedelmää päivässä, vaikka sanoit syöväsi viisi. On helppo pettaa itseään. (MH:n vastainen: Konfrontoiminen)

Se toimi minulla ja toimii sinullakin, jos kokeilet sitä. Meidän pitää löytää oikea AA-ryhmä sinulle. Et ole vain löytänyt vielä sopivaa. (MH:n vastainen: Neuvominen)

Suosittelen sinua käyttämään aina pyöräilykypärää. Se tosiaan suojaa sinua kolaritapauksessa. (MH:n vastainen: Neuvominen)

Tänään puhutaan joistakin asioista, jotka ovat toimineet muille. (Ei koodata – strukturoiva lausuma)

## 2. Kysymys

### 2a. Suljettu kysymys

Käytetään, kun työntekijä tekee asiakkaalle kysymyksen, johon voi vasta joko “kyllä” tai “ei”.

Käytitkö heroïinia tällä viikolla?  
Söitkö tällä viikolla viisi hedelmää ja vihannesta?  
Onko sinulla ollut vaikeuksia muistisi kanssa?

Koodataan myös, kun kysymys tarjoaa rajatun määrän vaihtoehtoja tai kun kysymykseen on vain yksi oikea vastaus.

Kuinka kauan olet käyttänyt heroïinia?  
Kuinka monta hedelmää tai vihannesta söit päivittäin tällä viikolla?  
Kuka on Yhdysvaltojen presidentti?

#### ***Lisäys suomenkieleseen käännökseen:***

Suljetut kysymykset, jotka kutsuvat asiakasta kertomaan laveammin kysytystä aiheesta ja jotka alkavat esimerkiksi sanoilla: *voitko, voisitko, teitkö, olisitko, haluatko, haluaisitko*, tulee koodata avoimeksi kysymykseksi, jos asiakas vastaa niihin avoimella kerronnalla.

”Voitko kertoa enemmän siitä miksi tulit tänne tänään?” (Avoim kysymys)  
”Voisitko selittää tarkemmin, mitä tarkoitat?” (Avoim kysymys)  
”Haluaisitko kertoa minulle siitä enemmän?” (Avoim kysymys)

### 2b. Avoim kysymys

Kysymys koodataan avoimeksi kysymykseksi, kun työntekijä tekee kysymyksen, johon voi olla paljon erilaisia vastauksia. Kysymys voi etsiä tietoa, kutsua esiin asiakkaan näkökulmaa tai rohkaista asiakasta itsetutkiskeluun. Avoim kysymys antaa vastaajalle mahdollisuuden yllättää kysyjän.

“Kerro lisää” – lausumat koodataan avoimiin kysymyksiin, ellei äänensävy ja konteksti viittaa koodeihin Ohjaaminen tai Konfrontointi.

Miten sinulla on mennyt heroinihimosi kanssa sen jälkeen kun viimeksi tapasimme?  
Kerro minulle hedelmien ja kasvisten syömisestäsi tällä viikolla.  
Miten olet siinä onnistunut?

Yleisesti, kysymysten sarja (työntekijän toistamat kysymykset ennen asiakkaan vastausta) koodataan yhdeksi kysymykseksi. Joskus työntekijä niputtaa kysymyksiä kysymällä ensi avoimen kysymyksen ja antamalla sen jälkeen sarjan “esimerkkejä” ennen kuin asiakas vastaa. Nämä koodataan yhdeksi avoimeksi kysymykseksi (ei, tässä tapauksessa yhdeksi avoimeksi kysymykseksi ja kahdeksi suljetuksi kysymykseksi).

Millä tavoin juomisesi on aiheuttanut sinulle ongelmia? Onko se aiheuttanut ongelmia suhteisiisi tai muistiisi? Entä vaikeuksia lain kanssa tai terveysongelmia?

Samoin, kun työntekijä tekee enemmän kuin yhden kysymyksen ilmaisussa, vain yksi kysymys koodataan. Päättylänsäännön mukaan, jos työntekijä esittää sekä avoimen että suljetun kysymyksen samassa ilmaisussa, avoin kysymys koodina lyö/voittaa suljetun kysymyksen, joten annetaan vain avoimen kysymyksen koodi. Niinpä, jos työntekijä sanoo, ” Mikä on juomisen lopettamisen tilanteesi? Kuulostaa, että se on tosi tärkeää sinulle. Oletko lopettanut aiemmin?” Tämä ilmaisu saa avoimen kysymyksen ja reflektion koodit.

## 2c. Kysymykset, jotka yrittävät olla reflektioita

Joskus työntekijä esittää lausuman, joka muuten täyttää reflektion kriteerit, mutta se sanotaan niin, että ääni nousee lopussa (ja näin saa sen kuulostamaan kysymykseltä). Nämä lausumat koodataan kysymyksiksi (joko avoimeksi tai suljetuksi), EI reflektioiksi.

## **3. Reflektio**

Tällä kategoriolla on tarkoitus tavoittaa heijastavan kuuntelun lausumat, joilla työntekijä vastaa asiakkaan ilmaisuihin. Reflektio voi tarjota uutta merkitystä tai materiaalia, mutta siihen liittyy oleellisesti, että se vangitsee ja palauttaa asiakkaalle jotakin, mitä tämä on juuri sanonut. Reflektiot täytyy vielä luokitella alakategorioihin Yksinkertainen tai Monimuotoinen.

### 3a. Yksinkertainen reflektio

Yksinkertaiset reflektiot välittävät tavallisesti ymmärrystä tai helpottavat asiakkaan ja työntekijän keskustelua. Nämä reflektiot lisäävät vähän tai ei lainkaan merkitystä (tai painoa) siihen, mitä asiakas on sanonut. Yksinkertainen reflektio voi tarttua hyvin tärkeään tai vahvaan asiakkaan emootioon, mutta se ei juuri poikkea asiakkaan lausuman alkuperäisestä tarkoituksesta. Työntekijän koonnit monista asiakkaan lausumista voidaan koodata yksinkertaiseksi reflektioksi, jos työntekijä ei käytä yhteenvetoa uuden näkökulman tai suunnan lisäämiseen.

### 3b. Monimuotoinen reflektio

Monimuotoiset reflektiot tyypillisesti lisäävät olennaisesti merkitystä tai painotusta siihen, mitä asiakas on sanonut. Näiden reflektioiden tavoite on välittää syvempää tai rikkaampaa kuvaa siitä,

mitä asiakas on sanonut. Joskus työntekijä voi painottaa jotain osaa asiakkaan puheesta kiinnittääkseen siihen huomiota tai muuttaakseen keskustelun suuntaa. Työntekijät voivat lisätä asiakkaan sanoihin hienovaraista tai selvää sisältöä, tai yhdistellä asiakkaan lausumia tehdäkseen monimuotoisia yhteenvetoja.

#### Ylinopeussakot

Asiakas: Tämä on hänen kolmas ylinopeussakkonsa kolmessa kuukaudessa. Vakuutusmaksumme nousee taivasiin. Voisin vaikka tappaa hänet. Eikö hän näe, että tarvitsemme rahat muihin menoihin?

Työntekijä: Se raivostuttaa sinua. (Reflektio, yksinkertainen)

Työntekijä: Se on viimeinen pisara. (Reflektio, monimuotoinen)

#### Veren sokerin kontrollointi

Työntekijä: Mitä sinulle on jo kerrottu verensokerin ylläpidosta? (Avoin kysymys)

Asiakas: Lasketko leikkiä? Olen kuullut luentoja, katsonut videoita, sairaanhoitaja on käynyt kotikäynnillä. Minulle on annettu kaikenlaisia neuvoja siitä, miten toimia paremmin, mutta minä en vain saa tehtyä niin. En tiedä miksi. Ehkä minulla on kuolemanvietti tai jokin sellainen, tiedätkö?

Työntekijä: Se lannistaa sinua aika lailla. (Reflektio, yksinkertainen)

Työntekijä: Et ole vielä yrittänyt kaikkea. (Reflektio, monimuotoinen)

#### Äidin riippumattomuus

Asiakas: Äitini tekee minut hulluksi. Hän sanoo haluavansa olla itsenäinen, mutta hän soittaa minulle neljästi päivässä ja esittää merkityksettömiä kysymyksiä. Kun sitten neuvon häntä, niin hän suuttuu.

Työntekijä: Suhde äitiisi stressaa sinua. (Yksinkertainen reflektio)

Työntekijä: Sinun on vaikea saada selville, mitä äitisi oikein haluaa. (Monimuotoinen reflektio)

Työntekijä: Onko sinun vaikea ymmärtää, mitä äitisi oikein haluaa? (Suljettu kysymys)

Työntekijä: Mitä arvelet äitisi oikein haluavan? (Avoin kysymys)

3c. PÄÄTTELYSÄÄNTÖ: Kun koodaaja ei pysty erottamaan, onko kyseessä yksinkertainen vai monimuotoinen reflektio, on syytä käyttää yksinkertaista. Oletusarvo: yksinkertainen.

#### 3d. Sarja reflektioita

Kun työntekijä esittää sarjan yksinkertaisia tai monimuotoisia reflektioita samassa ilmaisussa, koodataan vain monimuotoinen reflektio. Reflektiot esiintyvät usein sekvenssinä ja ylijakaminen voi vaikeuttaa reliabiliteetin saavuttamista ja voi poistaa ilmaisun tarkoituksen. Siksi, jos työntekijä tarjoaa yksinkertaisen reflektion, jota seuraa MH:n mukainen lausuma ja sitten monimuotoinen reflektio, vain koodit monimuotoinen reflektio ja MH:n mukainen annetaan.

#### 3e. Peräkkäinen reflektio ja kysymys

Joskus haastattelija aloittaa reflektiolla, mutta lisää (suljetun tai avoimen) kysymyksen ”tarkistaakseen” reflektion luotettavuuden. Kummatkin elementit on koodattava.

Et sitten koskaan enää halua käyttää heroïinia. Onko asia niin? (Reflektio, Suljettu kysymys)

Pomosi sanoi, että et voi tehdä enää ylitöitä. Mitä siitä päättelet? (Reflektio, Avoin kysymys)

#### 3e. Reflektiot, jotka ovat kysymysmuodossa



Joskus haastatteliija voi esittää lauseen, joka muuten täyttäisi reflektion kriteerit, mutta äänenkorkeuden nousu lauseen lopussa saa sen kuulostamaan kysymykseltä. Nämä lauseet koodataan kysymyksiksi (avoimiksi tai suljetuiksi) EIKÄ reflektioiksi (ks. 2c).

#### *Suomenkielinen käännös:*

Joskus on vaikea päätellä onko työntekijän toisto kysymys vai reflektio, koska suomenkielessä ei kysymyksissä ole nousevaa intonaatiota. Epäselvissä tapauksissa toisto koodataan suljetuksi kysymykseksi, etenkin, jos työntekijä esittää niitä useita peräkkäin ja asiakas vastaa siihen/niihin lyhyesti.

#### **Lisäys suomenkieliseen käännökseen:**

Edellä kuvattu reflektion koodaus ilmaisun rakenteen mukaan antaa melko karkean kuvan työntekijän reflektiotaidosta. Jos kiinnostus kohdistuu vuorovaikutuksen jatkuvuuteen ja yhteisymmärrykseen tai niiden katkoksiin, voi reflektioita koodata myös tarkemmin toteutuneen vuorovaikutuksen näkökulmasta. Tutkimuskäytössä kannattaa toistaiseksi käyttää edellä kuvattua reflektion koodausta yksinkertaiseen ja monimuotoiseen, sillä vuorovaikutustehtävän mukaan koodatun reflektion reliabiliteettia ei ole tutkittu. Jos uusia reflektiokodeja halutaan käyttää reflektiotekniikan arviointiin, merkitse vastaanottava ja toistava reflektio yksinkertaisen reflektion koodausluokkaan.

Uusi ehdotus reflektioiden koodaamiseksi toteutuneen vuorovaikutustehtävän mukaan (HUOM! Tämä koodaus perustuu tutkimuksen III tuloksille. Sitä ei käytetty tutkimuksissa I ja IV.)

#### Kuittaava reflektio

Reflektiot, jotka toistavat asiakkaan puheen, mutta heti sen jälkeen jatkavat puhetta toisella ilmaisulla saavat kuittaava reflektio -koodin. Näissä puheenvuoroissa koodataan sekä kuittaava reflektio, että sen jälkeinen reflektio omaan käyttäytymiskategoriaansa.

#### Toistava reflektio

Reflektiot, jotka toistavat asiakkaan näkökulman sanasta sanaan tai toisin sanoen ja pyrkivät jatkamaan asiakkaan puhetta samasta puheenaiheesta saavat keskustelua suuntaava eli auttava reflektio -koodin.

#### Monimuotoinen reflektio

Asiakkaan puheen, tunteen ja merkityksen jakavat syventävät ja yhteenvetävät ilmaisut sekä asiakkaan puhetta jatkavat ja täydentävät ilmaisut saavat monimuotoinen reflektio -koodin.

#### Huomioi lisäksi reflektiosta poikkeavat ilmaisut

#### Arvio

Asiakkaan puheesta tehdyt diagnostiset arvioinnit ja johtopäätökset tulisi koodata omaan erilliseen luokkaansa ”arvio” -koodilla. Nämä ilmaisut EIVÄT ole reflektioita, eikä niitä tulee laskea reflektioihin. Näin voidaan työnhajauksessa ja koulutuksessa kiinnittää huomiota kyseisiin vuorovaikutuskohtiin ja tarkastella niiden vaikutusta asiakkaaseen. Tutkimuksessa nämä ilmaisut voidaan koodata myös tiedon antamisen koodausluokkaan.

#### 4. MH:n mukainen

Tähän luokkaan sijoitetaan sellaiset haastattelijan ilmaisut, jotka ovat motivoivan haastattelun mukaisia. Koodaajat voivat olla alttiita koodaamaan kaikenlaisia hyviä ilmauksia MH:n mukaisiksi, vaikka ne eivät aidosti ”sovi” sellaisiksi. Koodaajien tulisi sen sijaan ottaa ne huomioon kokonaisarvioiden yhteydessä ja laskea MH:n mukaisiksi pelkästään spesifit käyttäytymismallit. MH:n mukaisten toimintojen kategoria koostuu seuraavista:

4a. Luvan kysyminen ennen neuvomista tai tiedon antamista tai sen kysyminen, mitä asiakas jo tietää tai mitä hänelle on kerrottu aiheesta ennen kuin tarjotaan neuvoja tai tietoa. Lupa oletetaan annetuksi, kun asiakas kysyy suoraan tietoa tai neuvoa ja hoitaja vastaa kysymykseen. Epäsuoraa luvan kysymistä voi myös esiintyä tilanteissa, joissa hoitaja tarjoaa asiakkaalle mahdollisuuden hylätä neuvon, mikäli se ei hänelle sovi.

Minulla on joitakin tietoja siitä, miten vähentää paksunsuolensyövän riskiä ja tuumailin tässä, että voisinkohan puhua siitä kanssasi. (MH:n mukainen)

Mitä sinulle on jo kerrottu alkoholinkäytöstä raskauden aikana? (MH:n mukainen)

Voi olla, että tämä ei sovi sinulle, mutta muutamilla asiakkailani on toiminut hyvin sellainen menettely, että he ovat panneet kännykkänsä hälyttämään heitä verensokerin tarkistamisesta kahden tunnin kuluttua lounaasta. (MH:n mukainen)

Huom! Kun lupa on kysytty ennen ohjeen antamista, MH:n vastaista koodia ei käytetä sitä seuraavan neuvon yhteydessä. Koko vuoro koodataan MH:n mukaiseksi.

4b. Asiakkaan vahvistaminen sanomalla hänelle jotain myönteistä tai kehumalla häntä. Vahvistaminen voi ilmetä myös niin, että kommentoidaan asiakkaan vahvuuksia, kykyjä tai yrityksiä millä tahansa alueella (ei siis vain tavoitekäyttämisen suhteen).

Olet ihminen, joka myös tekee sen, mitä on kerran päättänyt. (MH:n mukainen)

Sinulle on tärkeää olla hyvä vanhempi aivan kuten omat vanhempasi olivat sinulle (MH:n mukainen)

Olen tosi ylpeä sinusta. (MH:n mukainen)

4c. Asiakkaan hallinnan, valinnan vapauden, autonomian, päätösvalan korostaminen

Olet aivan oikeassa. Kukaan ei voi pakottaa sinua lopettamaan juomista. (MH:n mukainen)

Sinä tunnet itsesi parhaiten. Millainen tämän hoitosuunnitelman pitäisi mielestäsi olla? (MH:n mukainen)

Rippuu täysin sinusta itsestäsi, kuinka paljon hedelmiä ja vihanneksia päätät syödä. (MH:n mukainen)

Hyvä pointti. (MH:n mukainen)

4d. Asiakkaan tukeminen myötätuntoa ja sympatiaa ilmaisevilla lauseilla

Parkkipaikkahankaluudet ja sade eivät helpottaneet tänne tuloasi. (MH:n mukainen)

Tiedän, että juomisen lopettaminen on todella vaikeaa. (MH:n mukainen)

Elämässäsi tapahtuu nyt todella monenlaisia asioita. (MH:n mukainen)

MH:n mukaisiin ilmauksiin ei merkitä alakoodeja. Arvioitsija vain tunnistaa ne tähän luokkaan kuuluviksi ja merkitsee ne MH:n mukaisiksi käyttäytymisiksi.

4e. PÄÄTTELYSÄÄNTÖ: Koodi MH:n mukainen annetaan ilmaukselle, joka sijoittuu selvästi MH:n mukaiseen luokkaan. Epäröitäessä ilmaus saa vaihtoehdoisen koodin (esim. Avoin kysymys tai Reflektio).

4f. Muodollisia avaus- ja lopetuslausumia pidetään strukturoivina lausumina eikä niitä koodata. Näillä lausumilla on tapana aloittaa tai lopettaa istunto eikä niitä pidetä MH:n mukaisena käyttäytymisenä ellei työntekijä erityisesti vahvasta, korosta omaa hallintaa tai tue asiakasta.

Kiitos että tulit tänään (Struktuuri– ei koodata)  
Arvostan todella että tulit ja puhuit kanssani tänään. Tajuan että tämä on vaikeaa sinulle. (MH:n mukainen; Tukeminen)  
Toivottavasti sinulla on hyvä viikko. (Struktuuri – ei koodata)  
Teit tosi hyvää työtä tänään. Olet tosi vahva ihminen ja tiedän että voit tehdä tämän, koska kun päätät tehdä jotakin, tosiaan teet sen! (MH:n mukainen; vahvistaminen)

#### 4g. Keskustelua suuntaavat vahvistamiset

Työntekijä voi usein sanoa ”hyvä” keinona helpottaa tai siirtää keskustelua. Ellei tämä ole selvästi sidottu asiakkaan käyttäytymiseen tai ilmaisuun ja vahvasta asiakasta jollakin tavalla, näitä EI pitäisi koodata MH:n mukaiseksi. Usein tämänkaltainen ilmaisu alkaa esim. ”Ok, hyvä, no... eikä vahvasta asiakasta.

### **5. MH:n vastainen**

Tätä luokkaa käytetään kuvaamaan sellaisia haastattelijan toimintatapoja, jotka eivät ole sopusoinnussa MH:n kanssa. Tarkempia alakoodeja ei tällöin käytetä. Arvioitsijan tehtävä on ainoastaan tunnistaa ilmaukset tähän luokkaan kuuluviksi ja antaa niille koodi MH:n vastainen.

5a. Neuvominen ilman lupaa esittämällä ehdotuksia, tarjoamalla ratkaisuja tai mahdollisia toimintoja ilman, että ensin pyydetään asiakkaalta siihen lupaa. Puheessa ilmenee tällöin tavallisesti, mutta ei aina, sellaisia sanoja kuin: pitäisi, mikset tekisi näin, harkitse, yritä, ehdotan, neuvo, entä jos, voisit ym. Huomaa, että jos haastattelija ennen neuvon esittämistä pyytää joko suoraan tai epäsuorasti lupaa, ilmaisu koodataan eri tavalla.

Entä jos yrittäisit pyytää kyytiä ystävältäsi? (MH:n vastainen)  
Aluksi on parasta tarkistaa verensokeri viisi kertaa päivässä. (MH:n vastainen)  
Se ei ehkä ole niin paha juttu kuin kuvittelet. Ihmiset käyttäytyvät tavallisesti hyvin, jos annat heille siihen mahdollisuuden. (MH:n vastainen)

5b. Asiakkaan konfrontointi suoraan tai erimielisyyden selvä ilmaiseminen, väittely, korjaaminen, nolaaminen, syyttäminen, arvosteleminen, leimaaminen, moralisointi, pilkkaaminen, tai asiakkaan vilpittömyyden kyseenalaistaminen. Tällaisia toimintatapoja luonnehtii epätasainen vallanjako, johon liittyy vielä toisen tuomitsemista tai negatiivisuutta. Tähän kategoriaan kuuluvat tilanteet, joissa haastattelija esittää kysymyksen tai jopa reflektion, mutta hänen äänensävynsä on selvästi konfrontoiva.

Jonkin tunnetun tai asiakkaan kertoman negatiivisen asian toistaminen voi olla joko reflektio tai konfrontointi. Useimmat konfrontaatiot tunnistaa oikein tarkkailemalla huolellisesti puhujan äänensävyä ja kontekstia.

Käytit antabusta ja joit siitä huolimatta? (MH:n vastainen)

Onko tuo nyt oikea tapa kohdella ihmisiä, joita rakastat? (MH:n vastainen)

Kyllä, olet alkoholisti. Et ehkä usko sitä, mutta kyllä sinä olet. (MH:n vastainen)

Odota hetki. Tässä sanotaan, että sinun A1C on 12. Olen pahoillani, mutta ei ole mitenkään mahdollista, että olet laskenut hiilihydraattien määrän oikein, jos arvosi ovat näin korkeat. (MH:n vastainen)

5c. Asiakkaan ohjaaminen antamalla käskyjä, määräyksiä ja puhumalla imperatiivissa.

Älä tee niin! (MH:n vastainen)

Palauta tämä kotitehtävä minulle ensi viikolla. (MH:n vastainen)

Sinun on käytävä 90 kokouksessa 90 päivänä. (MH:n vastainen)

Tässäkään koodaajien ei tarvitse käyttää MH:n vastaisia alakategorioita. Kun koodaaja on päättänyt, että käytös on joko konfrontaatio tai käskeminen (tai jompi kumpi kahdesta muusta alakategoriasta) hän merkitsee sen MH:n vastaiseksi ja jatkaa koodausta.

5d. PÄÄTTELYSÄÄNTÖ: MH:n vastainen koodi annetaan, jos ilmaus sijoittuu selvästi tähän luokkaan. Epäröidessä annetaan vaihtoehtoinen koodi (esimerkiksi Informointi).

Raivokohtaukset

Asiakas: Mitä minun pitäisi teidän mielestänne tehdä, kun lapseni saa tällaisia raivokohtauksia. Tehän olette lääkäri.

Työntekijä: Et ole onnistunut ratkaisemaan tätä ongelmaa omin avuin, joten olet viimein valmis pyytämään apua. (MH:n vastainen)

Työntekijä: Lapsesi käyttäytyy ihan normaalisti. Eivät nämä ole mitään raivokohtauksia. (MH:n vastainen)

## **E. Lausumat, joita ei koodata MITIssä**

MITI ei ole tyhjentävä koodausjärjestelmä, jossa kaikki ilmaisut eivät saa käyttäytymiskoodia.

Esimerkkejä ilmaisuista, joita ei koodata MITIssä.

Tiedonanto itsestä lausumat:

”Lopetin juomisen kuusi vuotta sitten.”

Strukturilausumat:

” Nyt puhutaan viime viikon lomakkeista.”

Tervehdykset:

” Terve Joe. Kiitos kun tulit tänään.”

Keskustelua suuntaavat lausumat:

” Ok, sovittu. Hyvä.”

Aiemman istunnon sisältö:

”Viime viikolla mainitsit että olit oikein väsynyt.”

Kesken jäävät, vaillinaiset ajatukset:

” Mainitsit...” (asiakas keskeyttää)

Keskustelunaiheen ulkopuolinen asia:

”Täällä on vähän kylmä.”

## F. KOODATTAVAN JAKSON PITUUDEN JA TYYPIN VALINTA

MITIn kehittämissä käytettiin 20 minuutin jaksoja haastattelunauhoilta. MITIä voi ehkä käyttää myös pidempiin jaksoihin (esim. koko istunnon pituisiin). Varoitamme vain siitä, että yrityksemme lisätä koodattavan jakson pituutta liittyy 1) koodaajien huomion ylläpitämisen ongelmia, 2) vaikeus muodostaa kokonaisarvioita, kun tiedon määrä kasvoi, 3) vaikeuksia löytää riittävän pitkiä häiriöttömiä työskentelyaikoja kiireisessä ympäristössä.

Vastaavasti valtaosa alkuajan tiedoistamme on kerätty ääninauhoilta eikä videonauhoilta. MITIä voidaan käyttää myös videonauhojen koodaamiseen, mutta sitä ei pitäisi muuttaa visuaalisen tiedon keräämiseen.

## F. MITIN YHTEENVETOPISTEET

Koska MH:n toimivuuden kriittisiä piirteitä ei täydellisesti tavoiteta käyttäytymiskoodien määrällä, olemme havainneet että monissa koodauksen sovellutustilanteissa on enemmän hyötyä koodeista lasketuista yhteenvetopisteistä kuin yksittäisistä koodipistemääristä sellaisenaan. Esimerkiksi reflektioiden suhde kysymyksiin kuvaa ytimekkäästi yhtä MH:n kannalta tärkeää prosessia. Alla on lista yhteenvetopisteistä, jotka palvelevat tulostittareina arvioitaessa MH:n hallintaa. Lisäksi mukana ovat kaavat niiden laskemiseksi.

MH:n hengen kokonaisarvio = (Herättely + yhteistyö + autonomian tukeminen)/3

Monimuotoisten reflektioiden prosenttiosuus (%RM) = RM / kaikki reflektiot

Avointen kysymysten prosenttiosuus (%AK) = AK / (AK + SK)

Reflektioiden suhde kysymyksiin (R:K) = kaikki reflektiot / (AK + SK)

MH:n mukaisten ilmausten osuus (%MHM) = MHM / (MHM + MHV)

## G. MITIN HARJOTTELUSTRATEGIA

Antakaa minulle hedelmällinen virhe täynnä siemeniä, jotka pursuavat omia korjauksiaan.

Pareto 1848-1923

Koodaajien kouluttaminen luotettavalle ja mallikkaalle tasolle edellyttää tavallisesti vaiheittaisen oppimisprosessin. Olemme havainneet koodaajien onnistuvan parhaiten, jos he aloittavat melko yksinkertaisista tehtävistä ja etenevät monimutkaisempiin vasta kun he hallitsevat hyvin edelliset tehtävät. Suosittelemme, että koodaajat opettelevat tason I tehtävät niin hyvin, että heidän suorituksensa ovat riittävän reliabeleita ennen kuin he siirtyvät tasolle II. Vasta kun he hallitsevat samanaikaisesti I ja II tason tehtävät, he voivat siirtyä tason III tehtäviin. MH tekstien omaehtoista opiskelua ja videoitua oppimateriaalia voidaan hyödyntää kaikissa vaiheissa (ehkä parhaiten johdantona tason I tehtäviin).

Valmiiksi koodattujen mallitekstien käyttö auttaa koodaajien kompetenssin ja parannettavien alueiden arvioinnissa. Olemme havainneet, että koodaajilla on usein vaikeuksia jollakin alueella, mikä edellyttää intensiivisempää asiaan paneutumista. Ongelma-alueet voidaan tunnistaa testaamalla kunkin tason osaamista standardoitujen mallitekstien avulla. Usein tietyn tason hallintaa on testattava useammalla kuin yhdellä testillä. Olemme havainneet, että koodaajilta menee tyypillisesti 40 tuntia saavuttaa MITIN edellyttämä koodaajien välinen reliabiliteetti. Sen

lisäksi säännölliset (luultavasti viikoittaiset) ryhmäkoodausistunnot takaavat parhaiten sen, että tason heikkenemistä ei pääse tapahtumaan. Olemme huomanneet, että kliininen kokemus (esim. hoitokokemus) ei ennusta oppimisen helppoutta tai saavutettua pätevyyttä.

Tason I pätevydet: ilmausten erottaminen, tiedon antaminen ja avoimet/suljetut kysymykset

Tason II pätevydet: lisäksi reflektiot, MH:n mukaiset ja MH:n vastaiset ilmaisut

Tason III pätevydet: lisäksi kokonaisarviot

Alla on esitetty suosituksia työntekijän taidon ja pätevyyden kynnysarvoiksi MITI-koodausjärjestelmässä. Ota huomioon, että nämä pätevyystasot perustuvat asiantuntijoiden mielipiteisiin ja niiltä puuttuu vielä normatiivinen tai muu validoiva tuki. Keräämme paraikaa normatiivista tietoa korjattua MITIä varten. Näitä kynnysarvoja sekä muuta tietoa käytetään toistaiseksi työntekijän MH -pätevyyden ja -taidon arviointiin.

<b>Käyttäytymislaskelmat tai yhteenvetokoodien kynnysarvot</b> (Clinician proficiency and competency thresholds)	<b>Harjoittelijan taitotaso</b> (Beginning proficiency)	<b>Osaajan taitotaso</b> (Competency)
MH hengen kokonaisarvio	Keskiarvo 3.5	Keskiarvo 4
Reflektioiden suhde kysymyksiin (R:K)	1	2
Avointen kysymysten %-osuus kaikista kysymyksistä (% AK)	50 %	70 %
Monimuotoisten reflektioiden %-osuus kaikista reflektioista (% MR)	40 %	50 %
MH:n mukaisten ilmausten %-osuus kaikista MH:n mukaisista ja MH:n vastaisista ilmaisuista	90%	100%

**MITI – koodauslomake**

Uusi versio, kesäkuu 2007

Nauha# \_\_\_\_\_ Koodaaja: \_\_\_\_\_ Pvm: \_\_\_\_\_

**Kokonaisarviot**

Empatia		1	2	3	4	5
		Heikko			Vahva	
Keskustelun suuntaaminen		1	2	3	4	5
		Heikko			Vahva	
Evokaatio		1	2	3	4	5
		Heikko			Vahva	
Yhteistyösuhde		1	2	3	4	5
		Heikko			Vahva	
Autonomian tukeminen		1	2	3	4	5
		Heikko			Vahva	

MH:n hengen kokonaisarvio: \_\_\_\_\_

**Käyttätymiskoodit**

Tiedon antaminen			
MH:n mukainen	Luvan kysyminen, vahvistaminen, hallinnan korostaminen, tukeminen		
MH:n vastainen	Neuvominen, konfrontointi, ohjaaminen		
Kysymys (alakoodit)	Suljettu kysymys		
	Avoin kysymys		
Reflektio (alakoodit)	Yksinkertainen		
	Monimuotoinen		
	REFLEKTTOIDEN SUMMA		

Ensimmäinen lause: \_\_\_\_\_

Viimeinen lause: \_\_\_\_\_



## MITI-koodien luettelo

HERÄTTELY	(Kokonaisarvio herättelystä)
YHTEISTYÖ	(Kokonaisarvio yhteistyöstä)
AUTONOMIAN TUKEMINEN	(Kokonaisarvio asiakkaan autonomian tuesta)
SUUNTAAMINEN	(Kokonaisarvio suuntaamisesta)
EMPATIA	(Kokonaisarvio empatiasta)
MH:N HENKI	(Kokonaisarvio MH:n hengestä; herättelyn, yhteistyön ja autonomian tukemisen keskiarvo )
TA	Tiedon antaminen
MHM	Motivoivan haastattelun mukainen
MHV	Motivoivan haastattelun vastainen
AK	Avoim kysymys
SK	Suljettu kysymys
YR	Yksinkertainen reflektio
MR	Monimuotoinen reflektio

Huom! MITIn opettelemisen helpottamiseksi Ammattilaisten Harjoittelusarjasta löytyy kahden valmiiksi koodatun motivoivan haastattelun litteraatiot. Opettelun helpottamiseksi kukin haastattelu koodataan kahdesti – kerran kokonaisarvioiden osalta ja kerran ilmausten osalta – vaikka käytännössä kummatkin tehtävät tehtäisiin tavallisesti samanaikaisesti. Nämä litteraatiot samoin kuin MITI manuaali löytyvät netistä: <http://casaa.unm.edu/codinginst.html>.

## Liite 6. Asiakkaan sitoutumispuheen koodauskäsikirja

### **A Training Manual for Coding Client Commitment Language**

(päivitetty 8/07)

Suomentanut Maria Rakkolainen

Paul C. Amrhein, Ph.D  
Johtaja, Therapeutic Language Laboratory  
Department of Psychiatry  
Columbia University  
New York State Psychiatric Institute  
Division on Substance Abuse, Unit #120  
1051 Riverside Drive  
New York, NY 10032

Yhteystiedot:  
pa2146@columbia.edu  
(973) 655-7926 toimisto  
(201) 835-7276 matkapuhelin

Tämä manuaali esittelee tavan koodata terapeutin ja asiakkaan puheen litteraatiosta asiakkaan lausumia, joissa hän ilmaisee senhetkisen käyttäytymiseen liittyvää sitoutumista muutokseen tai muuttumattomuuteen. Asiakkaan lausumista koodataan myös sitoutumista pohjustavat tekijät: halu, pystyvyys, tarve, valmius ja syyt muuttua tai ylläpitää sen hetkistä tilannetta. Koodausjärjestelmän käyttöönotto vaatii tietyn toimintatavan, joka esitellään tässä käsikirjassa yksityiskohtaisesti.

## Ensimmäinen askel: Nauhoitusten esikäsitteily ennen koodausta

Yleinen toteutustapa tässä sekä muiden istuntojen puheen koodaukseen perustuvissa järjestelmissä (kuten MISC) on koodata ”oikeita” nauhoituksia tai näiden nauhojen siirrettyjä digitalisoituja versioita (esim. käyttämällä Goldwave -ohjelmaa, [www.goldwave.com](http://www.goldwave.com)). Tässä tapauksessa, ennen koodausta istunnon ajallinen kesto täytyy varmistaa desiili -kohtien määrittelemiseksi. Kasettinauhahan laskuria tai tietokoneen soittimen ajannäyttöä (Goldwave tai Windows Media Player) voidaan käyttää. Desiilikohdat tulee merkitä koodaustaulukkoon (Exelohjelmassa) ja niitä tulee noudattaa tarkoin nauhaa koodattaessa. Suoraan nauhalta koodaamisen hyötyjä ovat vähäiset kulut (verrattuna litterointiin), vähäisempi ajankäyttö, sekä tärkeän prosodiikan ja puhettavan tavoittaminen (äänenkorkeus ja -voimakkuus, puheen tauotus, tunteenpurkaukset jne.) Yhtenä haittapuolena on vaikeus paikantaa asiakkaan puhuessa reaaliajassa hänen puheestaan tiettyjä lausumia, jonka vuoksi koodaajien välinen reliabiliteetti voi mahdollisesti laskea.

Toinen vaihtoehto on se, että tutkija haluaa koodata ääninauhoitusten tai videonauhoitusten ääniosan litteraatiosta. Tämä tietysti vaatii terapeutin ja asiakkaan puheen sanatarkan jäljentämisen. Jokaiseen lausuaman tulee merkitä nauhoituksen laskurin (kasettinauhuri tai videonauhuri) arvo. Huom: ”lausuma”, huolimatta siitä, käytetäänkö suoraan nauhasta tai litteraatiosta koodausta, voi olla yksittäinen ilmaus tai toisiaan seuraavien ilmaisujen sarja (minimaalisella tai ilman terapeutin välihuomautusta) vastaten sisällöltään samaa aihetta tai ajatusta. Tämä ilmaisujen määrääminen on yleensä yksittäisen koodaajan tehtävä, ellei haluta toteuttaa sanatarkkaa ilmaus ilmaukselta analyysia. Litteroidessa tulee vähintäänkin merkitä nauhoituksen laskuriarvot lausumista/lausumakohdista, jotka vastaavat puheenvuorojen vaihdoksia terapeutin ja asiakkaan välillä. Näitä arvoja käytetään myöhemmin jokaisen asiakkaan koodien järjestämiseen.

## Toinen askel: Lausumien kategoriset ja numeeriset koodit

### Kategorioiden koodaaminen

Koodaaja aloittaa nauhoituksen (tai litteraation) alusta ja etenee lausuma lausumalta (tai rivi riviltä) merkiten lausumia, jotka edustavat kutakin kategoriaa. Lausumat nimetään kirjaimin: ”S”, sitoutumispuhe, ”H”, halu, ”P”, pystyvyys, ”T”, tarve, ”V”, valmius ja ”S” syy. Litteraatiota käytettäessä koodaaja merkitsee jokaisen valitun lausuman näitä kirjaimia käyttäen; jos koodataan suoraan ääninauhasta, kirjaa voimakkuuden arvot (ks. numeerinen voimakkuuden arviointi) kunkin kategorian kohdalle taulukkoon (katso taulukko 4.) Kategorioiden jakaminen on ainutkertaista, jokainen mahdollinen lausuma sijoitetaan vain yhteen luokkaan. Yleisesti ottaen koodaajan tulee luottaa omaan ymmärrykseen kielen arkisista käyttötavoista. Välillä kielioppi voi olla huonoa, joten turvautuminen ilmaisun merkitykseen ja tarkoitukseen on paras lähestymistapa. Välillä voi esiintyä vaikeaselkoista slangia tai satunnaisia muunkielisiä vaikutteita puheessa (esim. ruotsinkielinen sana suomeksi kirjoitettuna/lausuttuna). Koodaajan tulee tukeutua ilmaisun kontekstiin tavoittaakseen sen tarkoituksen, ja jos se ei ole mahdollista, tulee koodauksen ohjaajaa konsultoida ongelmakohdista.

Malliesimerkit puheen luokista, jotka ovat sitoutumispuheen taustalla (halu, pystyvyys, tarve, valmius ja syyt) ovat yleensä ottaen itsestään selviä (ks. taulukko 1, numeerisia arvoja käsitellään myöhemmin).

Taulukko 1.

**Koodatut lausumat: sitoutumispuheen taustalla olevat puheen luokat**

Kategoria

Halu:

- ”No, haluan lopettaa huumeiden käytön” (H +5)
- ”Tarkoitan, että haluan JA en halua (lopettaa)” (H 0)
- ”Minä todella pidän koko siitä rituaalista, tiedätkö” (H -4)

Pystyvyys:

- ”Pystyn siihen...se on tehtävissä” (P +4)
- ”Jos pääsisin irti näistä huumeista” (P 0)
- ”...okei no, voin mä joitakin huumeita käyttää” (P -3)

Tarve:

- ”Mun täytyy lopettaa” (T +4)
- ”Ei mun tarvii turvautua alkoholiin tai mihinkään” (T 0)
- ”Koska mä tarviin sitä joka päivä” (T -5)

Valmius:

- ”Oon valmis tekemään tämän” (V+5)
- ”En oo oikeen valmis pyytämään apua” (V 0)
- ”... sit kun mä oon valmis, mä lisään mun metadonin käyttöä ja lopetan (heroiiniin)” (V -2)

Syyt:

- ”Juon itseäni hengiltä” (S+5)
- ”Se vaivaa mua, kun en osaa tehdä asioita oikein” (S 0)
- ”Rentoudun. Mun ongelmat katoaa” (S -4)

---

Tietysti tulee myös joitain epäselviä tapauksia. Ohjenuorana, suhtaudu esimerkiksi lausumiin (1-2):

”Tarvitsen apua.”

”Mun täytyy saada apua.”

...pystyvyyden, ei tarpeen, ilmauksina, koska lausumien merkitys on se, että asiakkaalta puuttuu pystyvyyden tunne, kyky muuttua omin avuin. ”Tarve” -sana ei siten tässä kohtaa liity tarpeeseen muuttua.

Sitoutumispuheen koodausluokka vaatii itsessään erillisen käsittelyn. Sitoutumispuheen mallina voidaan pitää lausumia, jotka asiakas ja terapeutti mieltävät velvoittavan asiakasta käyttäytymisensä suhteen. Ilmaisuu voi olla joko suora sitoutumisverbin kautta (3) tai epäsuora (4):

”Vannon lopettavani tämän.”

”Mikään ei tule tällä kertaa estämään onnistumistani.”

Täydennettävä lista yleisistä teonsanoista ja verbirakenteista, joita käytetään suorissa sanallisen sitoutumisen ilmauksissa, löytyy taulukosta 2:

Taulukko 2. Esimerkkejä yleisistä verbeistä ja tekemiseen liittyvistä sanonnoista, joita käytetään suorissa sanallisen sitoutumisen ilmauksissa (listattu vähenevän sitoutumisen voimakkuuden mukaan)

takaan  
teen  
lupaan  
vannon  
sitoudun  
tulen tekemään  
annan sanani  
vakuutan  
omistaudun  
tiedän  
olen omistautunut  
menen takuuseen siitä...  
olen valmis  
aion  
odotan innolla  
suostun  
suunnittelen  
ratkaisen  
odotan  
hyväksyn  
julistan tarkoitukseni  
kannatan  
tuen  
uskon  
hyväksyn  
ilmoittaudun vapaaehtoiseksi  
tavoittelen  
pyrin  
ehdotan  
olen taipuvainen  
ennakoin  
ennustan  
tarkoitan  
aavistan  
visioin  
kuvittelen mielessäni  
lyön vetoa  
toivon  
riskeeraan  
yritän  
ajattelen  
oletan  
luulen  
epäilen  
harkitsen  
arvaan  
veikkaan  
katselen  
otan riskin

Epäsuorassa sitoutumispuheessa on kuitenkin tarpeen luottaa enemmän keskustelun kontekstiin tai muihin vihjeisiin. Jonkinlaisia julkilausuttuja tai piiloisia osoituksia epäsuorasta sitoutumispuheesta ovat ”jos...niin” ilmaisut, joissa asiakas ilmaisee suunnitelleensa, mitä hän tekee uhkaavan tilanteen ilmaantuessa. Lyhyesti sanoen, asiakas kertoo, että hänellä on suunnitelma ja tieto siitä, koska laittaa se täytäntöön. Lopuksi, asiakkaan puhetta siitä, miten hän on elämänsä järjestellyt (tuoden mahdollisesti julki puolustautumista) joko ylläpitääkseen tai muuttaakseen (nykyhetkessä tai menneisyydessä) päihteiden käyttöönsä, voidaan myös pitää sitoutumispuheen ilmauksena. Tarkastele esimerkiksi lausumia (5–7):

”Silloin aikoinaan olisin tehnyt mitä vaan humalan vuoksi.”

”Olin hänen kanssaan, jotta saisin huumeeni.”

”Olen muuttanut pois sieltä, jotta asiat muuttuisivat parempaan suuntaan”

Lisää esimerkkejä sitoutumispuheesta taulukossa 3:

---

Taulukko 3. Esimerkkejä asiakkaan sitoutumispuheesta  
(ratkaisevan tärkeät osuudet alleviivattuina)

Esimerkkejä sitoutumisesta ylläpitää huumeidenkäyttöä:

“...kodeiini joo, sä tiedät et sua särkee... sul on päänsärkyä... sä otat niitä koska siitä tulee samalla hyvä olo. Otin niitä jopa vähän hoitoon mukaan. (Sit -1)

”Mulla oli 20 vuotta aina silloin tällöin kokaiiniongelma. Aloin vetää viivoja nenän kautta niin ku kaikki muutkin. Sitten polttaminen tuli kuvioihin ja tietysti mä kokeilin sitä. (Sit -2)

”Tää viimeinen putki otti mut valtaansa...ajattelin kokaiinia enemmän kuin mitään muuta.” (Sit -2)

”En voi sanoa, etten pidä huumeista, koska jos mulla ois mahdollisuus...” (Sit -3)

”Sanoin niille etten käytä, ja käytin joka päivä.” (Sit -1)

Esimerkkejä sitoutumisesta huumeiden käytön muuttamiseen (vähentämiseen):

”Mä retkahtelen, yleisesti ottaen sitä mulle kuuluu... ajattelin, että on parempi tulla takasin ennen kuin se karkaisi taas mun käsistä.” (Sit +4)

”Haluan, että elämässä on tarkoitus...enkä käytä huumeita.” (Sit +4)

”Mutta sitten tulin raskaaksi ja vähensin kutakuinkin ehkä kahteen kertaan kuukaudessa.” (Sit +2)

Esimerkkejä ambivalenssista sitoutumispuheesta huumeiden käytön ylläpitoon tai muuttamiseen (vähentämiseen):

”...joskus se vaan muuttuu (huumeidenkäytön määrä), se riippuu minusta, joskus mä sanon ei, nyt riittää, oon saanut tarpeekseni ja kävelen pois. Ja sitten, tiedätkö... (Sit 0)

”Ajattelin että voisin ottaa pari annosta ja olla ajattelematta sitä muutaman kuukauden ajan. (Sit 0)

”Olen kauan yrittänyt päästä kuiville. Mä jatkan yrittämistä ja yrittämistä ja jatkan palaamista heroiniin.” (Sit 0)

Huomioi: Joissain tilanteissa terapeutin kommentti voi johtaa asiakkaan siihen viittaavaan vastaukseen, joka mahdollistaa koodaamisen:

Terapeutti:” Sinä et halua olla kuten jotkut ryhmästäsi?”

Asiakas:” Niin, koska tiedän, että melko pian... Aion laittaa sitä suoniini.” (Sit -3)

Terapeutti:”...Ja kun alat olla vähän pilvessä haluat lisää ja se laukaisee halun kokeilla muunlaisia huumeita.”

Asiakas:” Aivan, ...[mutta] viimeaikoina, ei kyllä missään nimessä.” (Sit +4)

Terapeutti:” Onko mitään tiettyä toimintaa mihin haluaisit osallistua, jotain suunnitelmia...?”

Asiakas:” Joo, kyllä varmaan. En ollut ajatellut sitä ollenkaan.” (Sit 0)

---

#### Ilmaisen voimakkuuden numeerinen arviointi

Välittömästi sen jälkeen kun ilmaisu on saanut luokan, siihen liitetään myös voimakkuutta ilmaiseva numero. Numero on poimittu asteikkoväliltä:

-5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4 +5

Numeron arvo osoittaa ilmaisen suuntaa; negatiivinen, jos ilmaisu osoittaa päihteiden käyttöä ylläpitävää puhetta, positiivinen, jos ilmaisu osoittaa päihteiden käyttöä vähentävää puhetta. Nolla, ”0” osoittaa, että ilmaisulla ei ole selkeää suuntaa (ilmaisten ambivalenssia tai epävarmuutta muutoksen suhteen). Numeron suuruus viittaa ilmaisen voimakkuuteen. Sitoutumispuheessa tämä tarkoittaa sitä, miten sitoutunut asiakas näyttää puheessaan olevan päihteiden käytön ylläpitoon tai vähentämiseen. Halu-puheessa kyse on siitä, miten voimakkaasti asiakas haluaa muuttaa päihteidenkäyttöään. Tässä kohtaa ”0” tarkoittaa ilmaisuja, joissa asiakas vaikuttaa olevan epävarma, ambivalentti tai vain välinpitämätön. Voimakkuus mitataan vastaavasti myös muissa puheen luokissa: pystyvyys, tarve, valmius ja syyt. Taulukoissa 1 ja 3 on myös esimerkkejä luokiteltujen ilmaisujen numeerisista arvoista (katso myös taulukkoa 2 verbien ilmaisuvoimakkuuden järjestyksestä). Validiteetin saavuttamiseksi koodaajien tulee tietysti työskennellä itsenäisesti. Siten kaikki lausumat eivät saa samoja luokituksia tai samoja numeerisia vahvuuksia eri koodaajien kesken. Kysymyksiä koodaajien välisestä reliabiliteetista käsitellään myöhemmin.

Koodataanko kaikki asiakkaan ilmaiset?

Tämän koodausjärjestelmän mukaan kaikkea asiakkaan puhetta ei koodata. Esimerkiksi asiakas voi joissain kohdin muistella perhetapahtumaa, jossa kohdin kertomuksen merkitys senhetkiseen terapiaistuntoon jää epäselväksi. Asiakas saattaa yksinkertaisesti vain pitää yllä keskustelua terapeutin kanssa. Kuitenkin holtittomasti puhuva asiakas saattaa itse asiassa epäsuorasti osoittaa olevansa sitoutunut, halukas, pystyvä, tarvitseva, valmis tai kertoa syistä muutokselle. Tähän liittyen, vaikka terapiaistunto saattaa keskittyä asiakkaan yhden päihteiden käytön vähentämiseen, on yleensä hyvä koodata samalla tavalla myös ilmaisuja liittyen muihin päihteisiin (tai jopa viittauksia pelaamiseen tai syömiseen). (Saattaa tosiaan olla hyödyllistä merkitä erikseen koodit jotka koskevat kohdepäihdettä ja -käyttäytymistä sekä ei-kohdepäihdettä ja -käyttäytymistä.) Analyysiemme mukaan kokonaisvaltainen lähestymistapa riippuvuuteen lisää

suuresti koodausjärjestelmän tarkkuutta. Lopuksi, on hyvä koodata erikseen sellaiset asiakkaan ilmaisut, jotka vaikuttavat lyhyiltä (jopa lipeviltä), myöntyväsiltä vastauksilta terapeutin kysymyksiin. Esimerkiksi, vastauksena terapeutin kysymykseen ”Oletko valmis muutokseen?” asiakas saattaa vasta ilmaisulla ”joo” tai ”mhm”. Nämä vastaukset tulee koodata ”TH” koodilla sekä luokitella ja numeroida. Myöhemmissä analyyseissä voit liittää ne muuhun aineistoon tai analysoida niiden esiintymistä erikseen (luokan esiintyvyyttä; voimakkuuden arvot rajautuvat todennäköisesti korkean positiiviselle vaihteluvälille).

Kolmas askel: Litteraatioiden käyttö, koodien järjestäminen ja koonti

Jos aikaa jää, on hyvä lukea litteroitu teksti uudelleen huolellisesti (tai kuunnella uudelleen siirretty nauhoitus) luokittelukoodien ja numeroinnin jälkeen, jotta voidaan tarkistaa ohitetut lausumat tai virheelliset koodit ja numerot. Tämän jälkeen koodaaja jakaa litteraation desiiilleihin (kymmenosiin). Desiilikohdat määräytyvät yksinkertaisesti ottamalla istunnon viimeinen laskettu arvo ja jakamalla se 10:llä. Litteraatioon merkitään vaakaviivoin jokainen desiilin kohta. Oletetaan esimerkiksi, että litteraation viimeinen arvo on 7689 (vastaten viimeistä ilmaisua). Viiva vedettäisiin joka 769:en hetken kohdalle alkaen ilmaisusta kohdassa 769 (tai juuri sitä ennen, jos vuoro ei osu juuri sille kohdalle) kunnes koko litteraatio on näin käyty läpi.

Jokainen koodaaja kirjaa kunkin asiakkaan koodit 6 (puheen luokat) x 10 (desiili) matriisiin kuten taulukossa 1:

Asiakas# \_\_\_\_\_ Koodaaja: \_\_\_\_\_

Taulukko 4

Puheen luokat

Desiili (tyypillinen puheenaihe)	Sitoutuminen	Halu	Pystyvyys	Tarve	Valmius	Syyt
1(A)	-3,-3, 3,-3,-2 -3,-4,-2,-1, -1,-2 Freq = 11 M = -1.909 SD = 1.868	Puuttuvat tiedot	Puuttuvat tiedot	-4  Freq=1 M= -4 SD=n/a	2  Freq=1 M= 2 SD= n/a	3,2,-5,-3,- 2,-2,-2,- 2,2,3 Freq= 10,M=- SD=2.7
2(B)	...	...	...	...	...	...
3(B)	...	...	...	...	...	...
4(B)	...	...	...	...	...	...
5(C)	...	...	...	...	...	...
6(C)	...	...	...	...	...	...
7(D)	...	...	...	...	...	...
8(E)	...	...	...	...	...	...
9(E)	...	...	...	...	...	...
10(F)	...	...	...	...	...	...

Lopuksi, lausumien frekvenssi, aritmeettinen keskiarvo ja keskihajonta lasketaan ja kirjataan jokaiseen soluun myöhempää analyysia varten. Tyhjiä soluja saattaa esiintyä; niistä solukohdista tulee tehdä maininta matriisiin (puuttuvat tiedot). Joitain arvoja saattaa esiintyä yhdellä koodaajalla, muttei toisella (toisilla); täysin tyhjiä soluista lasketaan frekvenssi, keskiarvo ja



keskihajonta, jotka arvioidaan myöhemmin käyttäen puuttuvan tiedon imputointi- eli paikkaustekniikkaa (ks. esim. SOLAS -tietokone-ohjelma). Jokaisen desiilin kohdalla, on hyvä merkitä ylös terapeutin esiin ottama keskustelun aihe tai aiheet käyttäen yksinkertaista koodausjärjestelmää (esim. ”A, B, C, D,” jne.). Esimerkiksi Amrhein, Miller, Yahne, Palmer & Fulcher (2003) tutkimuksessa todettiin, että asiakkaan vastaukset tiettyihin terapeutin osoittamiin kysymyksiin oli tärkeää huomioida, kuten: ”Mikä toi asiakkaan tapaamiseen? Mikä asiakkaan päihteiden käytössä on hyvää ja huonoa? Miten asiakas arvioi omaa päihteiden käyttöönsä suhteessa muihin/yleiseen päihteiden käyttöön? Mitä haittavaikutuksia päihteidenkäytöstä on asiakkaalle? Onko asiakas valmis muutokseen? Millainen olisi asiakkaan muutossuunnitelma? Mistä asiakas tietää, että suunnitelma toimii? Mikä esteitä saattaisi tulla suunnitelman toteuttamisen tielle?”

#### Askel 4: Tietojen analyysi

Koodaajien väliseen reliabiliteettiin liittyvät asiat

Alkuperehdytyksen ja harjoittelun jälkeen koodaajien tulee työskennellä itsenäisesti. Koodaus päättyy, kun kaikki koodit ovat tallennettuina matriisiin jokaisen asiakkaan ja jokaisen koodaajan osalta. Toivottavasti tässä vaiheessa koodaajien välillä ei ole enää karkeita erimielisyyksiä siitä mitkä ilmaisut kuuluvat mihinkin kategoriaan. Myöhemmin koodaajien välinen reliabiliteetti voidaan laskea. Kahdenlaiset reliabiliteetit tulee laskea: yksi kategorioiden vastaavuudesta (käytä Cohenin kappa) ja toinen kategorioiden sisältämien numeeristen arvojen vastaavuuteen (käytä yksinkertaista korrelaatiota kuvaamaan jatkuvaa muuttujaa tai luokkien sisäistä korrelaatiota (ICC). Arvot lasketaan erikseen jokaisesta asiakkaasta. Jos tietyn asiakkaan arvo jää alle 0.5, ohjaajan ja koodaajien tulee tavata ja keskustella siitä, mikä litteraation tieto on johtanut eroihin – mahdollisesti erehdykset ilmaisun tulkinnassa, voimakkuuden keskiarvoissa tai desiilitaukojen määrittämisessä. Asiakkaiden ilmaisukategorioiden ja vahvuusarvioiden keskiarvojen tulisi olla vähintään 0.70–0.80 luokkaa riittävän koodaajien välisen reliabiliteetin saavuttamiseksi.

Aineiston varsinainen analyysivaihe

Kun koodaajien välinen reliabiliteetti on laskettu ja todettu riittäväksi, jokaisesta asiakkaasta yhdistetään tiedot koodausmatriisiin laskien ainoastaan keskimääräiset koodaajakohtaiset arvot koskien frekvenssiä, vahvuuden keskiarvoa ja vahvuuden keskihajontaa jokaisen kuuden puheen kategorian X 10:en (desiilin) aineistomatriisista. Kun jokaisen asiakkaan koodauslomakkeet ovat valmiita, voi varsinainen analyysi alkaa. Suositeltavaa on, että tehdään kolme erillistä datamatriisia, yksi frekvenssille, yksi voimakkuudelle ja yksi keskihajonnalle. Esimerkkejä analyysitavoista, joissa kahta näistä, frekvenssiä ja vahvuutta, on mitattu, löytyy Amrhein ym. (2003) ja Amrhein ym. (2004) tutkimuksista.

## Lisäkommentteja

Puheen kategorioiden selitykset: Sit= Sitoutuminen, H= Halu, P= Pystyvyys, T= Tarve, V= Valmius ja S= Syyt.

1. Useimmat asiakkaan vastaukset terapeutin esittämiin kysymyksiin ja kommentteihin saattaavat vaikuttaa vain S puheilta. Kuitenkin usein S ilmaisut pitävät sisällään tai niitä seuraa Sit, H, P, T tai V ilmaisut (ts. koodattavia ajatuksia saattaa sisältyä laajempiin ilmaisu- ja ajatuskokonaisuuksiin).
2. Ollessasi epävarma, Sit, H, P, T ja V päihittävät S:n.
3. Yleisohjeena, etsi sellaisia sanoja kuten “tarvita”, “haluta”, “koska”, “pystyn”, “aion”, ennen kuin tulkitset laajempia ilmaisuja ”ajatuskokonaisuuksiksi”.
4. Osa lausumista saattaa vaikuttaa ilmaisevan enemmän kuin yhtä tarkoitusta ja vaikuttaa kahdella tavalla koodattavalta (esim. T ja P). Tällaisissa tapauksissa valitse vahvempi tai vahvin määräävistä kategorioista. Esimerkiksi jotkut ilmaisut saattavat vaikuttaa 51 % P, 49 % T, jolloin valitset P:n.
5. Jos arvioit ilmaisun jakautuvan tasapuolisesti kahteen kategoriaan, heitä kolikkoa (kirjaimellisesti). Jos asiakas toistaa itseään, joko kirjaimellisesti tai kiertoilmaisulla, pian ensimmäisen ilmaisun jälkeen, koodaa ensimmäinen ilmaisu yhteen kategoriaan ja toinen ilmaisu toiseen kategoriaan.
6. Älä ylitulkitse kliinisessä mielessä, arvioi ilmaisu siltä pohjalta, miten sen tulkitsisit jos keskustelisit asiakkaan kanssa, ei terapia istuntona. Tämä koodausmenetelmä perustuu enemmän siihen, mitä arkipäivän kielenkäyttäjänä tuot istuntoon, kuin siihen mitä koodausjärjestelmä opettaa tekemään. Jokaisen ilmaisun kohdalla kysy itseltäsi: Jos joku sanoisi ”...” minulle, mikä on ensivaikutelmani?
7. Useimpien asiakkaitten puheissa on paljon koodauksen kannalta merkityksellistä puhetta, vaikka sinun ei tarvitsekaan kokea velvoitetta löytää sitä kaikkea, on kuitenkin parempi ylikoodata kuin alikoodata asiakkaan puhetta liittyen heidän MENNEESEEN, NYKYISEEN TAI TULEVAAN päihteiden käyttöön.
8. Erityisesti silloin kun sinun on vaikea määrittää mihin kategoriaan ilmaisu kuuluu, seuraa miten terapeutti johdatteli asiakasta (ts. Sit, H, P, T, V ja S kannalta).
9. Jos et **TODELLAKAAN** saa selvyttä siitä mitä asiakas sanoo, älä koodaa sitä. Toivottavasti asiakas täsmentää sanottavansa, jos se on tärkeää.
10. Jos asiakas jättää päihteiden käyttöön liittyvän puheenaiheen (esim. alkaa puhua viikonlopun kalastusretkestään) koodaa vähemmän, täysin epäolennaista puhetta ei koodata.
11. Ole tarkkana ilmaisujen tietyistä erityispiirteistä:  
Vertaa esimerkiksi ilmaisuja ”Minä tarvitsen apua.” (P) ja ”Minun täytyy lopettaa.” (T)  
Törmätessäsi erityisen vaikeaan ilmaisuun, merkitse se ylös (nauhan numero, ajastimen kohta jne.) ja keskustele siitä koodausohjauksessa.

12. Joskus vakiintuneet ilmaisut (tai metaforat) voivat epäsuorasti ilmaista puhekatteioita:  
”Tulkoon tulta tai tulikiveä.” ( Sit)  
“En aio katsoa taakseni.” (Sit)

13. Sanat “menestys” ja “epäonnistuminen” viittaavat P:en. Muita P sanoja/sanontoja ovat ”keino, asiat jotka ovat saavutettavissa, työväline, aikomus, onnistua, pyrkiä, polku”.

14. Ilmaisun numeerisen arvon määrääminen ei ole pelkästään kiinni Sit, H, P, T, V ja S verbeistä, vaan myös verbiin sisältyvän väittämään ”ulottuvuudesta”.

Vertaa esimerkiksi:

”Lupaan lopettavani käytön kokonaan.” (Sit+5)

”Lupaan vähentäväni käyttöäni.” (Sit+3)

15. Jos ilmaisu sijoittuu desiilitaun molemmin puolin, koodi merkitään taulukon siihen desiilikohtaan, josta ilmaisu alkaa.

Lähteet:

Amrhein, P.C. (2004). How does motivational interviewing work? What client talk reveals. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18, 1-14.

Amrhein, P.C., Miller, W.R., Yahne, C., Palmer, M., & Fulcher, L. (2003). Commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 862-878.

## 8 LÄHTEET

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*, 49–74.
- Ackerman, Steven, J. & Hilsenroth, Mark, J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy, 38*(2), 171–185.
- Ackerman, Steven, J. & Hilsenroth, Mark, J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*(1), 1–33.
- Aharonovich, E., Amrhein, P., Bisaga, A., Nunes, & Hasin, D. (2008). Cognition, commitment language, and behavioral change among cocaine dependent patients. *Psychology of Addictive Behaviors, 22*(4), 557–562.
- Alkoholiongelmaisen hoito* (online) *Käypä hoito -suositus*. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015. Haettu 9.8.2016 osoitteesta [www.käypähoito.fi](http://www.käypähoito.fi)
- Amrhein, P. (2007). *A training manual for coding client commitment language*. Julkaisematon käsikirja.
- Amrhein, P.C., Miller, W.R., Yahne, C., Palmer, M., & Fulcher, L. (2003). Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(5), 862–878.
- Anderson, T., Ogles, B.M., Patterson, C.L., Lambert, M.J. & Vermeersch, D.A. (2009). Therapist effects: facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology, 65*(7), 755–768.
- Apodaca, T.R., Jackson, K.M., Borsari, B., Magill, M., Longabaugh, R., Mastroleo, N.R. & Barnett, N.P. (2016). Which individual therapist behaviors elicit client change talk and sustain talk in motivational interviewing? *Journal of Substance Abuse Treatment, 61*, 60–5.
- Apodaca, T.R. & Longabaugh, R. (2009). Mechanisms of change in motivational interviewing: a review and preliminary evaluation of the evidence. *Addiction, 104*, 705–715.
- Apodaca, T.R., Magill, M., Longabaugh, R., Jackson, K.M. & Monti, P.M. (2013). Effect of a Significant Other on Client Change Talk in Motivational Interviewing. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 81*(1), 35–46.
- Arkowitz, H., Westra, H.A., Miller, W.R., & Rollnick, S. (toim.). (2008). *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems*. New York: Guilford Press.
- Arnkil, T. E., Seikkula, J. & Eriksson, E. (2001). Avoimet dialogit ja ennakoitdialogit. Sosiaaliset verkostot psykososiaalisessa työssä. *Yhteiskuntapolitiikka, 66*(2), 97–110.
- Artkoski, T., Kuusisto, K. & Saarnio, P. (2012). Terapeutin vaikutus päihdehoidon toimivuuteen. Systemoitu katsaus 2000-luvun tutkimuksiin. *Psykologia, 47*(1), 38–55.
- Artkoski, T. & Saarnio, P. (2012). Therapist effects in substance abuse treatment: A naturalistic study. *Journal of Substance Use, 17*(5–6), 456–467.

- Ashton, M. (2006). My way or yours. *Drug and Alcohol Findings*, 15, 23–29.
- Ayres, K., Conner, M., Prestwich, A., Hurling, R., Cobain, M., Lawton, R. & O'Connor, D.B. (2013). Exploring the question–behaviour effect: randomized controlled trial of motivational and question–behaviour interventions. *British Journal of Health Psychology*, 18(1), 31–44.
- Babor, T.F., Higgins–Biddle, J.C., Saunders, J.B. & Monteiro, M.G. (2001). *AUDIT –The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary care. Second edit.* World Health Organization. Haettu 4.9.2015 osoitteesta [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67205/1/WHO\\_MSD\\_MSB\\_01.6a.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67205/1/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf)
- Baekeland, F. & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: a critical review. *Psychological Bulletin*, 82(5), 738–83.
- Baer, J., Beadnell, B., Garrett, S., Hartzler, B., Wells, E. & Peterson, P. (2008). Adolescent change language within a brief motivational intervention and substance use outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(4), 570–575.
- Baer, J., Rosengren, D., Dunn, C., Wells, E., Ogle, R. & Hartzler, B. (2004). An evaluation of workshop training in motivational interviewing for addiction and mental health clinicians. *Drug and Alcohol Dependence*, 73, 99–106.
- Baird, J., Longabaugh, R., Lee, C.S., Nirenberg, T.D., Woolard, R., Mello, M.J., Becker, B., Carty, P.K., Minugh, A., Stein, L., Clifford, P.R. & Gogineni, A. (2007). Treatment completion in a brief motivational intervention in the emergency department: the effect of multiple interventions and therapists' behavior. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(3), 71–75.
- Bales, R.F. (1951). *Interaction process analysis: a method for the study of small groups.* Toimen painos. MA: Addison-Wesley, Cambridge.
- Barnett, E., Moyers, T.B., Sussman, S., Smith, C., Rohrbach, L.A., Sun, P. & Spruijt-Metz, D.(2014). From counselor skill to decreased marijuana use: Does Change talk matter? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46, 498–505.
- Baron, R.M. & Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological reserch: conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173–1182.
- Barrera, T.L, Smith, A.H. & Norton, P.J. (2016). Motivational interviewing as an adjunct to cognitive behavioral therapy for anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 72(1), 5–14.
- Bem, D.J. (1972). Self–perception theory. *Advances in Experimental Social psychology*, 6, 1–62.
- Bennett, G., Moore, J., Vaughan, T., Rouse, L., Gibbins, J., Thomas, P., James, K. & Gower, P. (2007). Strengthening motivational interviewing skills following initial training: A randomised trial of work–based reflective practice. *Addictive Behaviors*, 32, 2963–2975.
- Bercelli, F., Rossanao, F., & Viaro, M. (2008). Clients' responses to therapists' re-interpretations. Teoksessa: A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen & I. Leudar (toim.) *Conversation Analysis and Psychotherapy* (s.43–61). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bertholet, N., Faouzi, M., Gmel, G., Gaume, J. & Daeppen, J.B. (2010). Change talk sequence during brief motivational intervention, towards or away from drinking. *Addiction*, 105, 2106–12.
- Bien, T.H, Miller, W.R. & Boroughs, J.M. (1993). Motivational interviewing with alcohol outpatients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 21(3), 47–356.

- Blodgett, J.C., Maisel, N.C., Fuh, I.L., Wilbourne, P.L. & Finney, J.W. (2014). How effective is continuing care for substance use disorders? A meta-analytic review. *Journal of Substance Abuse Treatment, 46*(2), 87–97.
- Boardman, T., Catley, D., Grobe, J.E., Little, T.D., & Ahluwalia, J.S. (2006). Using motivational interviewing with smokers: Do therapist behaviors relate to engagement and therapeutic alliance? *Journal of Substance Abuse Treatment, 31*, 329–339.
- Borsari, B. & Carey, K.B. (2005). Two brief alcohol interventions for mandated college students. *Psychology of Addictive Behaviors, 19*, 296–302.
- Brown, B. (2015). *Rising strong: The Reckoning. The Rumble. The Revolution*. New York: Random House.
- Brener L, von Hippel W, von Hippel C, Resnick I & Treloar C. (2010). Perceptions of discriminatory treatment by staff as predictors of drug treatment completion: Utility of a mixed methods approach. *Drug and Alcohol Review, 29*, 491–497.
- Bromet, E., Moos, R., Bliss, F. & Wuthmann, C. (1977). Posttreatment functioning of alcoholic patients: Its relation to program participation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45*(5), 829–842.
- Brueck, R., Frick, K., Loessl, B., Kriston, L., Schondelmaier, S., Go, C., Haerter, M. & Berner, M. (2009). Psychometric properties of the german version of motivational interviewing treatment integrity code. *Journal of Substance Abuse Treatment, 36*, 44–48.
- Bruun, K. & Markkanen, T. (1956). *Onko alkoholismi parannettavissa?* Helsinki: Väkiuomakysymyksen tutkimussäätiö, julkaisu no. 11.
- Buber, Martin 1999. *Minä ja sinä*. Suomentanut Jukka Pietilä. Alkuteos 1923. Juva: WSOY.
- Buckingham, S., Frings, D. & Albery, I.P. (2013). Group membership and social identity in addiction. *Psychology of Addictive Behaviors, 27*, 1132–1140. doi 10.1037/a0032480.
- Budney, A.J., Higgins, S.T., Radonovich, K.J. & Novy, P.L. (2000). Adding voucher incentives to copings skills and motivational enhancement improves outcomes during treatment for marijuana dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 1051–61.
- Burke, B.L., Arkowitz, H. & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 843–61.
- Campbell, S., Adamson, S. & Carter, J. (2010). Client language during motivational enhancement therapy and alcohol use outcome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 38*(4), 399–415.
- Carpenter, K.M., Cheng, W.Y., Smith, J.L., Amrhein, P.C., Brooks, A.C., Wain, M.R., Nunes, V. (2012). “Old dogs” and new skills: how clinician characteristics relate to motivational interviewing skills before, during and after training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(4), 560–573.
- Carroll, K.M., Ball, S.A., Nich, C., Martino, S., Frankforter, T.L., Farentinos, C., Kunkel, L.E., Mikulich-Gilbertson, S.K., Morgensters, J., Obert, J.L., Polcin, D., Snead, N. & Woody, G.E. (2006). Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: A multisite effectiveness study. *Drug and Alcohol Dependence, 81*, 301–312.
- Castonguay, L.G., Boswell, J.F., Constantino, M.J., Goldfier, M.R. & Hill, C.E. (2010). Training implications of harmful effects of psychological treatments. *American Psychologist 65*(1), 34–49.

- Catley, D., Harris, K., Mayo, M., Hall, S., Okuyemi, K. & Boardman, T. (2006). Adherence to principles of motivational interviewing and client within-session behavior. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *34*, 43–56.
- Chen, E. & Miller, G.E. (2013). Socioeconomic status and health: mediating and moderating factors. *Annual review of clinical psychology*, *9*, 723–749.
- Cicchetti, D. (1994). Guidelines, criteria and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, *6*(4), 284–290.
- Collins, S. E., Carey, K.B. & Smyth, J. (2005). Relationships of linguistic and motivation variables with drinking outcomes following two mailed brief interventions. *Journal of Studies on Alcohol*, *66*, 526–535.
- Connet, M., McEachan, R., Jackson, C., McMillan, B., Woolridge, M. & Lawton, R. (2013). Moderating effect of socioeconomic status on the relationship between health cognitions and behaviors. *Annals of Behavioral Medicine*, *46*(1), 19–30.
- Connors, G.J., Walitzer, K.S. & Dermen, K.H. (2002). Preparing clients for alcoholism treatment: Effects on treatment participation and outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*(5), 1161–9.
- Cook, S., Heather, N., McCambridge, J. & United Kingdom Alcohol Treatment Trial Research Team (2015). The role of the working alliance in treatment of alcohol problems. *Psychology of Addictive Behavior*, *29*(2), 371–81.
- Daepfen, J., Bertholet, N. & Gaume, J. (2010). What process research tells us about brief intervention efficacy. *Drug and Alcohol Review*, *29*, 612–616.
- Daepfen, J.B., Bertholet, N., Gmel, G. & Gaume, J. (2007). Communication during brief intervention, intention to change, and outcome. *Substance Abuse*, *28*(3), 43–51.
- Dean, S. Britt, E. Bell, E., Stanley, J. & Collings, S. (2016). Motivational interviewing to enhance adolescent mental health treatment engagement. a randomized clinical trial. *Psychological Medicine*, *5*, 1–9.
- Dearing, R.L., Barrick, C., Dermen, K.H. & Walitzer, K.S. (2005). Indicators of client engagement: Influences on alcohol treatment satisfaction and outcomes. *Psychology of Addictive Behavior*, *19*(1), 71–8.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behaviour*. New York: Plenum Press.
- Decker, S.E. & Martino, S. (2013). Unintended effects of training on clinicians' interest, confidence, and commitment in using motivational interviewing. *Drug and Alcohol Dependence*, *132*(3), 681–7.
- De Jonge, J., Schippers, G. & Schaap, C. (2005). The motivational interviewing skill code reliability and a critical appraisal. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *33* (1), 1–14.
- Delwyn, C., Harris, K.J., Mayo, M.S., Hall, S., Okuyemi, K. S., Boardman, T. & Ahluwalia, J.S. (2006). Adherence to principles of motivational interviewing and client within-session behavior. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *34*, 43–56.
- Dingle, G.A., Cruvys, T. & Frings, D. (2015). Social identities as pathways into and out of addiction. *Frontiers in Psychology*, *30*. Haettu 8.11.2016 osoitteesta <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01795>
- Drew, P. & Heritage, J. (toim.) (1992): *Talk at work. Interaction in institutional settings*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Dunn, C., Darnell, D., Atkins, D.C., Hallgren, K.A., Imel, Z.E., Bumgardner, K., Owens, M. & Roy-Byrne, P. (2016). Within-provider variability in motivational interviewing

- integrity for three years after MI training: does time heal? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 65, 74–82.
- Easthall, C., Song, F. & Bhattacharya, D.A. (2013). Meta-analysis of cognitive-based behaviour change techniques as interventions to improve medication adherence. *BMJ Open*, 3:e002749. Haettu 8.8.2016 osoitteesta <http://bmjopen.bmj.com/content/3/8/e002749.full.pdf+html>
- Ehrling, L. (2006). *Psyko-terapian vaikutusten arvioiminen. Kesku- stelunanalyttinen tutkimus arviointihaastattelun käytänteistä*. Sosiaalipsykologisia tutkimuksia 13. Yliopistopaino, Helsinki. Väitöskirja.
- Ehrling, L. (2009). *Yhteisen ymmärryksen rakentuminen päihdehuollon ensitapaamisissa*. Teoksessa T. Tammi, M. Aalto & A. Koski-Jännes (toim.): *Irti päihdeongelmista. Tutkimuksia hoidon ja ehkäisy- menettelmistä* (s. 145–170). Helsinki: Edita.
- Feldstein Ewing, S.W., Filbey, F.M., Sabbineni, A., Chandler, L.D. & Hutchison, K.E. (2011). How psychosocial alcohol interventions work: A preliminary look at what fMRI can tell us. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35 (4), 643–651.
- Feldstein, S. & Forchimes, A. (2007). Motivational interviewing with underage college drinkers: A preliminary look at the role of empathy and alliance. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 33 (5), 737–746.
- Feldstein Ewing, S.W., Houck, J.M., Yezhuvath, U., Shokri-Kojori, E., Truitt, D. & Filbey, F.M. (2016). The impact of therapists' words on the adolescent brain: in the context of addiction treatment. *Behavioural Brain research*, 297, 359–69.
- Feldstein Ewing, S.W., Yezhuvath, U., Houck, J.M. & Filbey, F.M. (2014). Brain-based origins of change language: A beginning. *Addictive Behaviors*, 39(12), 1904–1910.
- Festinger, L. (1957). *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford: Stanford University Press.
- Fischer, D.J. & Moyers, T.B. (2014). Is there an association between emphatic speech and change talk in motivational interviewing sessions? *Alcoholism Treatment Quarterly*, 32, 3–18.
- Forsberg, L., Berman, A., Källmen, H., Hermansson, U. & Helgason, A. (2008). A test of the validity of the motivational interviewing treatment integrity code. *Cognitive Behaviour Therapy*, 37(3), 183–191.
- Forsberg, L., Ernst, D. & Farbring, C.Å. (2011). Learning motivational interviewing in a real-life setting: a randomised controlled trial in the Swedish Prison Service. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21(3), 177–88.
- Forsberg, L., Forsberg, L.G., Lindqvist, H. & Helgason, A.R. (2010). Clinician acquisition and retention of Motivational Interviewing skills: A two-and-a-half-year exploratory study. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 5(8). Haettu 8.6.2011 osoitteesta <http://www.substanceabusepolicy.com/content/5/1/8>.
- Forsberg, L., Källmen, H., Hermansson, U., Berman, A. & Helgason, A. (2007). Coding counsellor behaviour in motivational interviewing sessions: inter-rater reliability for the Swedish motivational interviewing treatment integrity code (MITI). *Cognitive Behaviour Therapy*, 36 (3), 162–169.
- Francis, N., Rollnick, S., McCambridge, J., Butler, C., Lane, C. & Hood, K. (2005). When smokers are resistant to change: experimental analysis of the effect of patient resistance on practitioner behavior. *Addiction*, 100(8), 1175–1182.
- Gaume, J., Bertholet, N. & Daeppen, J.B. (2016). Readiness to change predicts drinking: findings from 12-month follow-up of alcohol use disorder outpatients. *Alcohol and alcoholism (online)*. Haettu 10.8.2016 osoitteesta <http://dx.doi.org/10.1093/alcalc/agw047>



- Gaume, J., Bertholet, N., Faouzi, M., Gmel, G. & Daepfen, J. (2010). Counselor motivational interviewing skills and young adult change talk articulation during brief motivational interventions. *Journal of Substance Abuse Treatment, 39*(3), 272–281.
- Gaume, J., Bertholet, N., Faouzi, M., Gmel, G. & Daepfen, J. (2013). Does change talk during brief motivational interventions with young men predict change in alcohol use? *Journal of Substance Abuse Treatment, 44*(2), 177–185.
- Gaume, J., Gmel, G. & Daepfen, J. (2008a). Brief alcohol interventions: Do counsellors' and patients' communication characteristics predict change? *Alcohol and alcoholism, 43*(1), 62–69.
- Gaume, J., Gmel, G., Faouzi, M. & Daepfen, J.B. (2008b). Counsellor behaviours and patient language during brief motivational interventions: a sequential analysis of speech. *Addiction, 103*(11), 1793–1800.
- Gaume, J., Gmel, G., Faouzi, M. & Daepfen, J. (2009). Counselor skill influences outcomes of brief motivational interventions. *Journal of Substance Abuse Treatment, 37*, 151–159.
- George, D. & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update (4th edit)*. Boston: Allyn & Bacon.
- Glynn, L.H. & Moyers, T.B. (2010). Chasing change talk: the clinician's role in evoking client language about change. *Journal of Substance Abuse Treatment, 39*(1), 65–70.
- Gossop, M., Best, D., Marsden, J. & Strang, J. (1997). Test–retest reliability of the Severity of Dependence Scale. *Addiction, 92*(3), 353.
- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W. & Strang, J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction, 90*(5), 607–14.
- Guay, F., Mageau, G.A. & Vallerand, R.J. (2003). On the hierarchical structure of self-determined motivation: A test of top-down, bottom-up, reciprocal, and horizontal effects. *Personality and Social Psychology Bulletin, 29*(8) 992–1004.
- Gupta, S.K. (2011). Intention–to–treat concept: A review. *Perspectives in Clinical Research, 2*, 109–12.
- Hall, K., Staiger, P.K., Simpson, A., Best, D. & Lubman, D.I. (2015). After 30 years of dissemination, have we achieved sustained practice change in motivational interviewing? *Addiction, 111*(7), 1144–1150.
- Hallgren, K.A. & Moyers, T.B. (2011). Does readiness to change predict in–session motivational language? Correspondence between two conceptualizations of client motivation. *Addiction, 106*(7), 1261–1269.
- Halonen, M. (2002). *Kertominen terapian välineenä. Tutkimus vuorovaikutuksesta Myllyhoidon ryhmäterapiassa*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran Toimituksia 899. Hakapaino, Helsinki.
- Hankamäki, J. (2003). *Dialoginen filosofia. Teoria, metodi ja politiikka*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hankonen, N. (2011). *Psychosocial processes of health behaviour change in a lifestyle intervention: Influences of gender, socioeconomic status and personality*. Tutkimus 51/2011. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Hartzler, B., Beadnell, B., Rosengren, D., Dunn, C. & Baer, J. (2010). Deconstructing Proficiency in Motivational Interviewing: Mechanics of Skilful Practitioner Delivery During Brief Simulated Encounters. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy, 38*(5), 611–628.

- Hettema, J., Steele, J. & Miller, W.R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91–111.
- Hodgins, D.C., Ching, L.E. & McEwen, J. (2009). Strength of commitment language in motivational interviewing and gambling outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(1), 122–130.
- Hohman, M. (2011). *Motivational Interviewing in Social Work Practice*. Guilford press: New York.
- Houck, J.M. & Moyers, T.B. (2015). Within-session communication patterns predict alcohol treatment outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 157(1), 205–209.
- Houck, J.M., Moyers, T.B. & Tesche, C.D. (2013). Through a glass darkly: some insights on change talk via magnetoencephalography. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(2), 489–500.
- Hänninen, V. & Koski-Jännes, A. (1999). Narratives of recovery from addictive behaviours, *Addiction* 94(12), 1837–1848.
- Ilgen, M., Tiet, Q., Finney, J. & Moos, R.H. (2006). Self-efficacy, therapeutic alliance, and alcohol-use disorder treatment outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 67(3), 465–72.
- Imel, Z.E., Baer, J.S., Martino, S., Ball, S.A. & Carroll, K.M. (2011). Mutual influence in therapist competence and adherence to motivational enhancement therapy. *Drug and Alcohol Dependence*, 115, 229–36.
- Imel, Z.E., Wampold, B.E., Miller, S.D. & Fleming, R.R. (2008). Distinctions without a difference: Direct comparisons of psychotherapies for alcohol use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22, 533–43.
- Jaatinen, J. (1996). *Terapeuttinen keskustelutodellisuus. Diskursianalyttinen tutkimus alkoholiongelmiin sosiaaliterapeuttisesta hoidosta*. Helsinki: Stakes.
- Järvinen, M. (2002). Institutionalised resignation – on the development of the Danish treatment system. *NAT (English Supplement)*, 19, 5–17.
- Kadden, R.M. & Litt, M.D. (2011). The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 36(12), 1120–6.
- Karno, M.P. & Longabaugh, R. (2004). What do we know? Process analysis and the search for a better understanding of Project MATCH's anger-by-treatment matching effect. *Journal of Studies on Alcohol*, 65, 501–512.
- Knuuttila, V., Kuusisto, K. & Saarnio, P. (2011). Client characteristics and therapist style: A combined analysis of effectiveness in substance abuse treatment. *Nordiske Studier om Alkohol and Drugs*, 28(4), 321–38.
- Knuuttila, V., Kuusisto, K. Saarnio, P. & Nummi, T. (2012a). Effect of early working alliance on retention in outpatient substance abuse treatment. *Counselling Psychology Quarterly*, 25(4), 361–375.
- Knuuttila, V. Kuusisto, K. Saarnio, P. & Nummi, T. (2012b). Early working alliance in outpatient substance abuse treatment: Predicting substance use frequency and client satisfaction. *Clinical Psychologist*, 16(3), 123–135.
- Koski-Jännes, A. (1992). *Alcohol addiction and self-regulation. A controlled trial of a relapse prevention program for Finnish alcoholics*. Helsinki: The Finnish Foundation for Alcohol Studies, Vol. 41, 198.
- Koski-Jännes, A. (2002). Social and personal identity projects on the recovery from addictive behaviours. *Addiction Research and Theory*, 10(2), 183–202.
- Koski-Jännes, A. (2008). *Motivoivan haastattelun periaatteet ja menetelmät*. Teoksessa A. Koski-Jännes, L. Riittinen ja P. Saarnio (toim.), *Kohoti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin*. (s. 41–64). Helsinki: Tammi.

- Koski-Jännes, A., Rakkolainen, M. & Tolonen, K. (suom.). (2010). *Undistetut yleisarvioinnit: Motivoivan haastattelun noudattaminen 3.1.1*. Julkaisematon käsikirja.
- Koski-Jännes, A., Riittinen, L. & Saarnio, P. (toim.)(2008). *Kohiti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin*. Jyväskylä: Tammi.
- Kostamo, P. (2002). *Taloudellisen stressin yhteys hyvinvointiin: persoonallisuuden yhteyttä muuntava rooli*. Psykologian laitos, Jyväskylä yliopisto. Pro gradu.
- Krampe, H., Stawicki, S., Ribbe, K., Wagner, T., Bartels, C., Kroener-Herwig, B. & Ehrenreich, H. (2008). Development of an outcome prediction measure for alcoholism therapy by multimodal monitoring of treatment processes. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 30–47.
- Kraus, D.R., Castonguay, L., Boswell, J.F., Nordberg, S.S. & Hayes, J.A. (2011). Therapist effectiveness: implications for accountability and patient care. *Psychotherapy Research* 21(3), 267–276.
- Kuusisto, K. (2010). *Kolme reittiä alkoholista toipumiseen*. Tampere University Press, Tampere. Väitöskirja.
- Kuusisto, K. Knuutila, V. & Saarnio, P. (2011). Clients' self-efficacy and outcome expectations: Impact on retention and effectiveness in outpatient substance abuse treatment. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 10(4), 157–168.
- Kuusisto, K. & Saarnio, P. (2012). Päihdehoidon toimivuus yleisten tekijöiden valossa. Katsaus projektin tuloksiin. *Yhteiskuntapolitiikka*, 77 (3), 290–301.
- Lahti, J. (2001). *Miksi joisin vähemmän. Motivaatiota edistävä terapia (MET) alkoholiongelman hoidossa*. Kognitiivisen psykoterapian ylemmän erityistason koulutuksen 1998–2001 lopputyö.
- Lahti, J. (2008). *Motivoiva haastattelu päihdehoidossa tutkimusten valossa*. Teoksessa A. Koski-Jännes, L. Riittinen ja P. Saarnio (toim.), *Kohiti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin*. (s. 82–106). Helsinki: Tammi.
- Lahti, J., Rakkolainen, M. & Koski-Jännes, A. (2013). Motivoiva haastattelu kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa. *Duodecim*, 129(19), 2063–2069.
- Lee, C.S., López, S.R., Colby, S.M., Rohsenow, D., Hernández, L., Borrelli, B. & Caetano, R. (2013). Assessing treatment fidelity in a cultural adaptation of culturally adapted motivational interviewing for latino heavy drinkers: results from a randomized clinical trial. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 12(4), 356–373.
- Lee, C.S., Tavare, T., Popat-Jain, A. & Naab, P. (2015). Assessing treatment fidelity in a cultural adaptation of motivational interviewing. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 14(2), 208–219.
- Lombardi, D.R., Button, M. & Westra H.A. (2014). Measuring motivation: change talk and counter-change talk in cognitive behavioral therapy for generalized anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43(1): 10.1080/16506073.2013.846400.
- Longshore, D., Grills, C. & Annon, K. (1999). Effects of a culturally congruent intervention on cognitive factors related to drug use recovery. *Substance Use & Misuse*, 34, 1223–41.
- Longshore, D. & Teruya, C. (2006). Treatment motivation in drug users: A theory-based analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 81(2), 179–188.
- Luborsky, L., McLellan, A.T., Diguier, L., Woody, G. & Seligman, D.A. (1997). The psychotherapist matters: Comparison of outcomes across twenty-two therapist and seven patient samples. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 53–65.

- Lundahl, B.W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D. & Burke, B.L. (2010). A meta-analysis of motivational interviewing: twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice, 20*(2), 137–160.
- McCambridge, J., Day, M., Thomas, B.A. & John Strang, J. (2011). Fidelity to Motivational Interviewing and subsequent cannabis cessation among adolescents. *Addictive Behaviors, 36*, 749–754.
- McEvoy, P.M. & Nathan, P. (2007). Perceived costs and benefits of behavioral change, reconsidering the value of ambivalence for psychotherapy outcomes. *Journal of Clinical Psychology, 63*(12), 1217–29.
- McGee, D., Del Vento, A. & Beavin Bavelas, J. (2005). An Interactional Model of Questions as Therapeutic Interventions. *Journal of Marital and Family Therapy, 31*(4), 371–384.
- McMurran, M. (toim.) (2002). *Motivating offenders to change. A guide to Enhancing Engagement in Therapy*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- McNally, A.M., Palfai, T.P. & Kahler, C.W. (2005). Motivational interventions for heavy drinking college students: Examining the role of discrepancy-related psychological processes. *Psychology of Addictive Behaviours, 19*, 79–87.
- Madson, M. & Campbell, T. (2006). Measures of fidelity in motivational enhancement: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment, 31*, 67–73.
- Madson, M., Loignon, A. & Lane, C. (2009). Training in motivational interviewing: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment, 36*, 101–109.
- Madson, M.B., Schimacher, J.A., Baer, J.S. & Martino, S. (2016). Motivational interviewing for substance abuse: mapping out the next generation of research. *The Journal of Substance Abuse Treatment, 65*, 1–5.
- Magill, M., Apodaca, T.R., Barnett, N.P. & Monti, P.M. (2010). The route to change: Within-session predictors of change plan completion in a motivational interview. *Journal of Substance Abuse Treatment, 38*, 299–305.
- Magill, M., Gaume, J., Apodaca, T.R., Walthers, J., Mastroleo, N.R., Borsari, B., & Longabaugh, R. (2014). The Technical Hypothesis of Motivational Interviewing: A Meta-Analysis of MI's Key Causal Model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(6), 973–83.
- Magill, M., Kiluk, B.D., McCrady, B.S., Tonigan, J.S. & Longabaugh, R. (2015). Active Ingredients of Treatment and Client Mechanisms of Change in Behavioral Treatments for Alcohol Use Disorders: Progress 10 Years Later. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 39*(10), 1852–62.
- Magill, M., Stout, R. L. & Apodaca, T.R. (2013). Therapist focus on ambivalence and commitment: a longitudinal analysis of Motivational Interviewing treatment ingredients. *Psychology of Addictive Behaviors, 27*(3), 754–62.
- Magill, M., Walthers, J., Mastroleo, N.R., Gaume, J., Longabaugh, R. & Apodaca, T.R. (2016). Therapist and client discussions of drinking and coping: a sequential analysis of therapy dialogues in three evidence-based alcohol use disorder treatments. *Addiction, 111*(6), 1011–1020.
- Maisto, S.A., Roos, C.R., O'Sickey, A.J., Kirouac, M., Connors, G.J., Tonigan, J.S. & Witkiewitz, K. (2015). The indirect effect of the therapeutic alliance and alcohol abstinence self-efficacy on alcohol use and alcohol-related problems in Project MATCH. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 39*(3), 504–13.
- Markland, D., Ryan, M.R., Vanessa, J.T. & Rollnick, S. (2005). Motivational interviewing and self-determination theory. *Journal of Social and Clinical Psychology, 24*(6), 811–831.

- Martin, T., Christopher, P.J., Houck, J.M. & Moyers, T.B. (2011). The structure of client language and drinking outcomes in project match. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(3), 439–45.
- Martino, S., Ball, S.A., Gallon, S.L., Hall, D., Garcia, M., Ceperich, S., Farentinos, C., Hamilton, J. & Hausotter, W. (2006). *Motivational Interviewing Assessment: Supervisory Tools for Enhancing Proficiency*. Salem, OR: Northwest Frontier Addiction Technology Transfer Center, Oregon Health and Science University.
- Martino, S., Ball, S.A., Nich, C., Frankforter, T.L. & Carroll, K.M. (2008). Community program therapist adherence and competence in motivational enhancement therapy. *Drug and Alcohol Dependence*, 96, 37–48.
- Martino, S., Paris, M., Añez, L., Nich, C., Canning-Ball, M., Hunkele, K., Olmstead, T.A. & Carroll, K.M. (2016). The Effectiveness and Cost of Clinical Supervision for Motivational Interviewing: A Randomized Controlled Trial. *The Journal of Substance Abuse Treatment*, 68, 11–23.
- Mattila-Aalto, M. (2009). *Kuntoutusosallisuuden diagnoosi. Tutkimus entisten rappiokäyttäjien kuntoutumisen muodoista, mekanismeista ja mahdollisuuksista*. Helsinki: Kuntoutussäätiön tutkimuksia 81/2009.
- Meier, P., Barrowclough, C. & Donmall, M. (2005). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. *Addiction*, 100(3), 304–316.
- Miller, W.R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural psychotherapy*, 11(7), 147–172.
- Miller, W.R. (2000). *Motivational Skill Code (MISC). Coder's manual*. Julkaisematon manuaali. Haettu 4.9.2015 osoitteesta <http://casaa.unm.edu/download/misc1.pdf>
- Miller, W.R., Benefield, R.G. & Tonigan, J.S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 455–461.
- Miller, W.R., Hedrick, K.E. & Orloffsky, D. (1991). The Helpful Responses Questionnaire: A procedure for measuring therapeutic empathy. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 444–448.
- Miller, W. R. & Manuel, J.K. (2008). How large must a treatment effect be before it matters to practitioners? An estimation method and demonstration. *Drug and Alcohol Review*, 27, 5, 524–528.
- Miller, W. R. & Mount, K. (2001). A small study of training in motivational interviewing: does one workshop change clinician and client behavior? *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 29(4), 457–471.
- Miller, W.R. & Moyers, T.B. (2015a). The forest and the trees: relational and specific factors in addiction treatment. *Addiction*, 110 (3), 401–413.
- Miller, W.R. & Moyers, T.B. (2015b). On having and eating the cake. *Addiction*, 110 (3), 418–419.
- Miller, W.R. & Moyers, T. (2006). Eight stages in learning motivational interviewing, *Journal of Teaching in the Addictions*, 5, 3–17.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing. Preparing people for change (2nd edit.)* New York: Guilford Press.
- Miller, W. & Rollnick, S. (2009). Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 129–140.

- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2011). *Motivational interviewing: What it is, how it works, how to learn it*. Workshop. 30.9.2011. Cardiff.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change (3rd edit)*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R. & Rose, G. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. *American Psychologist*, 64(6), 527–537.
- Miller, W.R. & Rose, G. (2015). Motivational interviewing and decisional balance: contrasting responses to client ambivalence. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(2), 129–141.
- Miller, W., Sorenson, J., Selzer, J. & Brigham, G. (2006). Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: a review with suggestions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 25–39.
- Miller, W., Yahne, C., Moyers, T., Martinez, J. & Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 1050–1062.
- Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C., & Rychtarik, R. G. (1992). *Motivational Enhancement Therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*. (Vol. 2, Project MATCH Monograph Series) Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Haettu 8.11.2016 osoitteesta <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/ProjectMatch/match02.pdf>
- Mitcheson, L., Bhavsar, K. & McCambridge, J. (2009). Randomized trial of training and supervision in motivational interviewing with adolescent drug treatment practitioners. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37, 73–78.
- Morgenstern, J., Kuerbis, A., Amrhein, P.C., Hail, L., Lynch, K. & McKay, J.R. (2012). Motivational Interviewing: A Pilot Test of Active Ingredients and Mechanisms of Change. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(4), 859–69.
- Moyers, T.B. (2014). The relationship in motivational interviewing. *Psychotherapy*, 51(3), 358–363.
- Moyers, T. & Hendrickson, S. (2010). *Learning how to improve MI practice using the MITI coding system. What to expect from clinicians when training and using MI: Research Findings*. Pre-conference workshop. Second International Conference on Motivational Interviewing, 6.6.2010, Stockholm, Sweden. Haettu 2.12.2011 osoitteesta <http://www.fhi.se/Documents/ICMI/Dokumentation/June-6/Moyers-and-Hendrickson-june6-pre-conference-workshops.pdf>
- Moyers, T.B., Houck, J., Rice, S.L., Longabaugh, R & Miller, W.R. (2016). Therapist empathy, combined behavioral intervention, and alcohol outcomes in the COMBINE research project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(3), 221–9.
- Moyers, T.B., Manuel, J.K. & Ernst, D. (2014). *Motivational interviewing Treatment Integrity Coding Manual 4.1*. Julkaisematon käsikirja. Haettu 29.4.2016 osoitteesta [http://casaa.unm.edu/download/MITI4\\_2.pdf](http://casaa.unm.edu/download/MITI4_2.pdf)
- Moyers, T.B., Manuel, J.K., Wilson, P.G. Hendrickson, S.M.L., Talcott, W. & Durand, P. (2008). A Randomized Trial Investigating Training in Motivational Interviewing for Behavioral Health Providers. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(2), 149–162.
- Moyers, T.B. & Martin, T. (2006). Therapist influence on client language during motivational interviewing sessions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30(3), 245–251.

- Moyers, T.B., Martin, T., Christopher, P.J., Houck, J.M., Tonigan, J.S. & Amrhein, P. (2007). Client language as a mediator of motivational interviewing efficacy: where is the evidence? *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 31(S3), 40–47.
- Moyers, T.B., Martin, T., Houck, J.M., Christopher, P.J. & Tonigan, J. S. (2009). From In-Session Behaviors to Drinking Outcomes: A Causal Chain for Motivational Interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1113–1124.
- Moyers, T., Martin, T., Manuel, J., Hendrickson, S. & Miller, W. (2005). Assessing competence in the use of motivational interviewing. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, 19–26.
- Moyers, T., Martin, T., Manuel, J., Miller, W. & Ernst, D. (2010). *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) Haettu 4.9.2015 osoitteesta [http://casaa.unm.edu/download/miti3\\_1.pdf](http://casaa.unm.edu/download/miti3_1.pdf).
- Moyers, T.B. & Miller, W.R. (2013). Is low therapist empathy toxic? *Psychology of Addictive Behavior*, 27 (3), 878–84.
- Moyers, T. B., Miller, W.R. & Hendrickson, S.M.L. (2005). How does motivational interviewing work? Therapist interpersonal skill predicts client involvement within motivational interviewing sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 590–598.
- Moyers, T. B. & Rollnick, S. (2002). A motivational interviewing perspective on resistance in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 58(2), 185–193.
- Mustajoki, P. (1998). Elämäntapojen muuttaminen terveellisemmiksi - miten autan potilasta? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 114(6), 531.
- Mönkkönen, K.(2002). *Dialogisuus kommunikaationa ja subteena. Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa*. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 94. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus. Väitöskirja.
- Najavits, L., Crits-Christoph, P. & Dierberger, A. (2000). Clinicians' impact on substance abuse treatment. *Substance Use and Misuse*, 35, 2161–2190.
- Ornstein, P. & Cherepon, J.A. (1985). Demographic variables as predictors of alcoholism treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 46(5), 425–432.
- Oyserman, D. & Destin, M. (2010). Identity-based motivation: implications for intervention. *Journal of Counseling Psychology*, 38 (7), 1001–1043.
- Patterson, G. R. & Forgatch, M. S. (1985). Therapist behavior as a determinant for client noncompliance: A paradox for the behavior modifier. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 846–851.
- Peräkylä, A. (2004). Two traditions of interaction research. *British Journal of Social Psychology*, 43(1), 1–20.
- Peräkylä, A. (2009). Mieli sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. *Sosiologia*, 46(4), 251–268.
- Petrocelli, J.V. (2003). Hierarchical multiple regression in counseling research: common problems and remedies. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 36, 9–22.
- Phillips, R. & Bourne, H. (2008). The impact of worker values on client outcomes within a drug treatment service. *The International Journal of Drug Policy*, 19(1), 33–41.
- Pienimäki A. (2001). *Päihdehoidon menetelmien kartoitus*. Alkoholi ja huumeet 2000 tilastoraportti 4/2001. Helsinki: Stakes
- Pierson, H., Hayes, S., Gifford, E., Roget, N., Padilla, M., Bissett, R., Berry, K., Kohlenberg, B., Rhode, R. & Fisher, G. (2007). An examination of the Motivational

- Interviewing Treatment Integrity code. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32(1), 11–17.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking – toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–5.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C. & DiClemente, C.C. (1994). *Changing for good*. New York: Avon Books.
- Prochaska, J.O. & Velicer, W.F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38–48
- Project MATCH Research Group. (1998a). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Treatment main effects and matching effects on drinking during treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 631–639.
- Project MATCH Research Group (1998b). Matching patients with alcohol disorders to treatments: Clinical Implications from Project MATCH. *Journal of Mental Health*, 7(6), 589–602.
- Project MATCH Research Group. (1998c). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three year drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(6), 1300–1311.
- Puchta, C., Potter, J. & Wolff, S. (2004): Repeat receipts: a device for generating visible data in market research focus groups. *Qualitative Research*, 4 (3), 285–309.
- Päihdelinkin juomatapatesti*. Haettu 20.5.2013 osoitteesta <http://www.paihdelinkki.fi/fi/testit-ja-laskurit/alkoholi/juomatapatesti>
- Raevaara, L. (1993). *Kysyminen toimintana*. Helsingin yliopiston suomen kielen laitos. Lisensiaatintyö.
- Raitasalo, K. & Holmila, M. (2004). The role of the spouse in regulating one's drinking. *Addiction Research and Theory*, 13 (2), 137–144.
- Rakkolainen, M. (2004). *“Velat muuttuu saataviksi” – Motivoivan haastattelun periaatteiden toteutuminen Mikkelin vankilan parityönä toteutetuissa päihdehaastatteluissa*. Pro gradu–työ. Sosiaalipsykologian ja sosiologian laitos, Kuopion yliopisto, 96 s. Julkaistu Vankeinhoidon koulutuskeskuksen verkkojulkaisusarjassa: [http://www.vhkk.fi/Rakkolainen\\_Maria.pdf](http://www.vhkk.fi/Rakkolainen_Maria.pdf)
- Rakkolainen, M. (2008). Motivoivan haastattelun arvioiminen. Teoksessa: A. Koski-Jännes, L. Riittinen, & P. Saarnio (toim.), *Kohsti muutosta. Motivoivien menetelmien käyttöön* (s. 107–122). Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Rakkolainen, M. (2012). *Motivoivan haastattelun toteutuminen päihdehoidon ensitapaamisissa*. *Psykologia*, 47(1), 4–19.
- Rakkolainen, M. & Ehrling, L. (2010). Motivoivan haastattelun analyysi kahdella eri menetelmällä. Teoksessa: J. Ruusuvaara, P. Nikander & M. Hyvärinen (toim.), *Haastattelun analyysi* (s. 325–350). Tampere: Vastapaino.
- Rakkolainen, M. & Ehrling, L. (2012). Reflektointi taitona ja tekniikkana motivoivassa haastattelussa. *Psykologia*, 47(1), 20–37.
- Rakkolainen, M., Koski-Jännes, A., Tuomisto, M. & Tolonen K. (2015). Päihdeasiakkaan taustan ja motivoivan alkuhaastattelun yhteydet hoidon tuloksiin. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 52, 102–117.
- Rohsenow, D.J., Monti, P.M., Martin, R.A., Colby, S.M., Myers, M.G., Gulliver, S.B., Brown, R.A., Mueller, T.I., Gordon, A. & Abrams, D.B. (2004). Motivational enhancement and coping skills training for cocaine abusers: effects on substance use outcomes. *Addiction*, 99, 862–74.



- Rollnick, S. & Miller, W. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325–334.
- Rollnick, S., Miller, W.R. & Butler, C. (2007). *Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior*. Guilford press.
- Romano, M. & Peters, L. (2014). Understanding the process of motivational interviewing: a review of the relational and technical hypotheses. *Psychotherapy Research*, DOI: 10.1080/10503307.2014.954154.
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T. & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *The British Journal of General Practice: the Journal of the Royal College of General Practitioners*, 55, (513), 305–12.
- Rubel, E.C., Sobell, L.C. & Miller, W.R. (2000). Do continuing education workshops improve participants' skills? Effects of a motivational interviewing workshop on substance–abuse counselors' skills and knowledge. *The Behavior Therapist*, 23(4), 73–77.
- Ruusuvuori, J. (2005). “Empathy” and “sympathy” in action. *Social Psychology Quarterly*, 68(3), 204–222.
- Ruusuvuori, J. (2010). *Vuorovaikutus ja valta haastattelussa –keskusteluanalyttinen näkökulma*. Teoksessa: J. Ruusuvuori, P. Nikander & M. Hyvärinen (toim.), *Haastattelun analyysi* (s. 269–299). Tampere: Vastapaino.
- Rust, J. & Golombok, S. (2009). *Modern psychometrics: The science of psychological assessment (3<sup>rd</sup> edit.)* Routledge: London.
- Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78.
- Ryan, R.M., Lynch, M.F., Vansteenkiste, M. & Deci, E. (2011). Motivation and autonomy in counseling, psychotherapy, and behavior change: a look at theory and practice. *The Counseling Psychologist*, 39 (2), 193–260.
- Saarnio, P. (2001). Mitkä tekijät vaikuttavat terapiasuhteen keskeyttämiseen avopäihdehoidossa? *Yhteiskuntapolitiikka*, 66(3) 224–32.
- Saarnio, P. (2002). Factors associated with dropping out from outpatient treatment of alcohol-other drug abuse. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 20, 2, 17–33.
- Sacks, H., Schegloff, E. A. & Jefferson, G. (1974). A simplest systematics for the organization of turn taking for conversation. *Language*, 50, 696–735. doi: 10.2307/412243.
- Sarpavaara, H. (2010). Metafora muutoksen välineenä ja ennustajana kriminaalihuollon motivoivissa päihdekeskusteluissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 75(3), 252–264.
- Sarpavaara, H. (2014a). The Meanings of Family in Substance Users’ Change Talk During Motivational Interviewing: A Qualitative Study. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 14(2), 175–190.
- Sarpavaara, H. (2014b). Talking about friends, drugs and change: Meanings of friendship in substance abusers' change talk. *Substance Use & Misuse*, 49(6), 645–653.
- Sarpavaara, H. (2015). Significant others in substance abusers’ change talk during motivational interviewing sessions in the Finnish Probation Service. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 32(1), 91–103.
- Sarpavaara, H. (2016). ”Weekend” as a symbolic sign in motivational counseling sessions in the probation service with substance abusers. *Time and Society*, 25(2), 320–333.

- Sarpavaara, H. & Koski-Jännes, A. (2013). Change as a Journey—Clients' Metaphoric Change Talk as an Outcome Predictor in Initial Motivational Sessions with Probationers. *Qualitative Research in Psychology, 10*(1), 86–101.
- Scheel, M. (2011). Client Common Factors Represented by Client Motivation and Autonomy. *The Counseling Psychologist, 39*(2), 276–85.
- Schwalbe, C.S., Oh, H.Y. & Zweben, A. (2014). Sustaining motivational interviewing: a meta-analysis of training studies. *Addiction, 109*(8), 1287–1294.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and new model. Kirjassa: Schwarzer, R.(toim.)*Self-efficacy: Thought control of action*. Washington, DC: Hemisphere. s. 217–243.
- Schwarzer, R. (1999). Self-regulatory processes in the adoption and maintenance of health behaviors. The role of optimism, goals, and threats. *Journal of Health Psychology, 4*, 115–127.
- Simoneau, H. & Bergeron, J. (2003). Factors affecting motivation during the first six weeks of treatment. *Addictive Behaviors, 28* (7), 1219–41.
- Simpson, D., Rowan-Szal, G.A., Joe, G.W., Best, D., Day, E. & Campbell, A. (2009). Relating counselor attributes to client engagement in England. *Journal of Substance Abuse Treatment, 36*(3), 313–320.
- Skutle, A. & Berg, G. (1987). Training controlled drinking for early-stage problem drinkers. *British Journal of Addiction, 82*, 493–01.
- Smedslund, G., Berg, R.C., Hammersrtöm, K.T., Steiro, A., Leiknes, K.A., Dahl, H.M. & Karlsem, K. (2011). Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 11*, 5. CD008063.
- Smith, D. C. Hall, J. A., Mijin J. & Arndt, S. (2009). Therapist adherence to a motivational interviewing intervention improves treatment entry for substance-misusing adolescents with low problem perception. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 70*, 101–105.
- Sorjonen, M-L., Peräkylä, A. & Eskola, K. (toim.) (2001). *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*. Tampere: Vastapaino.
- Steinberg, M.P. & Miller, W.R. (2015). *Motivational interviewing in diabetes care*. New York: Guilford Press.
- Steinweg, D.L., & Worth, H. (1993). Alcoholism: the keys to the CAGE. *The American Journal of Medicine, 94*(5), 520–3.
- Stevanovic, M. & Peräkylä, A. (2015). Experience sharing, emotional reciprocity, and turn-taking. *Frontiers in Psychology*. Haettu 29.4.2016 osoitteesta <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2015.00450/full>.
- Stiles, W.B. (2002). Assimilation of Problematic Experiences. Kirjassa: Norcross, J.C. (edit.)*Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. (ss. 357–365). New York: Oxford University Press.
- Stiles, W.B., Honos-Webb, L. & Surko, M. (1998). *Responsiveness in Psychotherapy. Clinical Psychology: Science and Practice, 5*, 439–458.
- Strang, J. & Mc Cambridge, J. (2004). Can the practitioner correctly predict outcome in motivational interviewing? *Journal of Substance Abuse Treatment, 27*, 83–88.
- Streiner, D. & Geddes, J. (2001). Intention to treat analysis in clinical trials when there are missing data. *Evidence Based Mental Health, 4*, 70–1.
- Sulkko, S. & Riittinen, L. (2008). Motivoivan haastattelun taitojen oppimisesta ja opettamisesta. Teoksessa A. Koski-Jännes, L. Riittinen, ja P. Saarnio (toim.), *Kohditi*

- muutosta. *Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin* (s. 65–81). Helsinki: Tammi.
- Susukida, R., Crum, R.M., Stuart, E.A., Ebnesajjad, C. & Mojtabai, R. (2015). Assessing sample representativeness in randomized controlled trials: application to the National Institute of Drugs Abuse Clinical Trials Network. *Addiction*, *111*, 7, 1226–1234.
- Thyrian, J., Freyer–Adam, J., Hannover, W., Roske, K., Mentzel, F., Kufeld, C., Bischof, G., Rumpf, H–J., John, U. & Hapke, U. (2007.) Adherence to the principles of Motivational Interviewing, clients' characteristics and behavior outcome in a smoking cessation and relapse prevention trial in women postpartum. *Addictive Behaviors*, *32*(10), 2297–2303.
- Tober, G. & Raistrick, D. (2007). *Motivational dialogue: Preparing addiction professionals for motivational interviewing practice*. Routledge: New York.
- Tollison, S.J., Lee, C.M., Neighbors, C., Neil, T.A., Olson, N.D. & Larimer, M.E. (2008). Questions and reflections: The use of motivational interviewing mikroskills in a peer–led brief alcohol intervention for college students. *Behavior Therapy*, *39*, 183–194.
- Trasher, A. D., Golin, C. E., Earp, J.A.L., Tien, H., Porter, C. & Howie, L. (2006). Motivational interviewing to support antiretroviral therapy adherence: The role of quality counseling. *Patient Education and Counseling*, *62*, 64–71.
- UKATT research team. (2005). Effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). *BMJ*, *331*, 541.
- Urbanoski, K.A., Kelly, J.F., Hoepfner, B.B. & Slaymaker, V. (2012). The role of therapeutic alliance in substance use disorder treatment for young adults. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *43*(3), 344–51.
- Vader, A.M., Walters, S.T., Prabhu, G.C., Houck, J.M. & Field, C.A. (2010). The Language of Motivational Interviewing and Feedback: Counselor Language, Client Language, and Client Drinking Outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors*, *24*(2), 190–197.
- Valle, S.K. (1981). Interpersonal functioning of alcoholism counselors and treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, *42*, 783–790.
- van Boekel, L.C., Brouwers, E.P., van Weeghel, J. & Garretsen, H.F. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance abuse disorder and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, *131*(1–2), 23–35.
- Van Denburg, T. F. & Kiesler, D. J. (2002). An interpersonal communication perspective on resistance in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, *58*(2), 195–205.
- Vierros, A.(1998). Yhteistyön luominen asiakastyössä. Teoksessa A. Mattila (toim.): *Voimavarat, ratkaisut ja tarinat* (s. 144–173). Kuntoutussäätiö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Wagner, C. & Ingersoll, K. (2008). Beyond cognition: broadening the emotional base of motivational interviewing. *Journal of Psychotherapy Integration*, *18*, 191–206.
- Walker, D., Stephens, R., Rowland, J. & Roffman, R.. (2011). The influence of client behavior during motivational interviewing on marijuana treatment outcome. *Addictive Behaviors: Special Issue: Addiction Treatment: Evidence–Based Policy and Practice*, *36*(6), 669–673.
- Westra, H.A., Arkowitz, H. & Dozois, D.J. (2009). Adding a motivational interviewing pretreatment to cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: a preliminary randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, *23*(8), 1106–17.

- Yurasek, A.M., Borsari, B., Magill, M., Mastroleo, N.R., Hustad, J.T.P., Tevyaw, T., Barnett, N.P., Kahler, C.W. & Monti, P.M. (2015). Descriptive norms and expectancies as mediators of a brief motivational intervention for mandated college students receiving stepped care for alcohol use. *Psychology of Addictive Behaviors, 29*(4), 1003–1011.
- Zemore, S. E. & Ajzen, I. (2014). Predicting substance abuse treatment completion using a new scale based on the theory of planned behavior. *Journal of Substance Abuse Treatment, 46*(2), 174–182.

MARIA RAKKOLAINEN

# Motivoivan haastattelun toteutuminen päihdehoidon ensitapaamisissa

Tutkimuksessa tarkasteltiin Suomessa yleisesti tunnetun päihdehoitomenetelmän, motivoivan haastattelun toteutumista päihdehoidon ensitapaamisissa. Aineistona olivat 16 työntekijän ja heidän 36 avohoidon asiakkaansa video- tai ääninauhoidetut ja litteroidut tapaamiset, jotka arvioitiin motivoivan haastattelun arviointiin kehitetyn MITI (Motivational Interviewing Treatment Integrity) -koodausmenetelmän avulla (Moyers ym., 2010). Tutkimuksessa tarkasteltiin ensin suomennetun MITI:n reliabiliteettia, joka osoittautui hyväksi lukuun ottamatta motivoivan haastattelun vastaisen ja monimuotoisen reflektion käyttäytymiskoodeja, joiden reliabiliteettiin tulee kiinnittää jatkossa huomiota. Motivoivan haastattelun noudattamista koskevat tulokset osoittivat, että puolet työntekijöistä harjoitti motivoivan haastattelun vuorovaikutustyyliä eli henkeä, osa erityisen taitavasti. Motivoivan haastattelun vuorovaikutustekniikoiden käyttö oli kuitenkin hyvin satunnaista ja suurin osa päihdehoidon ensitapaamisista ei toteuttanut motivoivan haastattelun menetelmää. Johtopäätöksenä on, että työntekijät tarvitsevat systemaattisempaa koulutusta ja työnohjausta ottaessaan motivoivan haastattelun käyttöön. Lisäksi motivoivan haastattelun oppimista ja soveltamista tulee jatkossa arvioida MITI:n kaltaisella objektiivisella mittarilla riittävän hyvän motivoivan haastattelun toteutumisen varmistamiseksi.

**Avainsanat:** motivoiva haastattelu, päihdehoito, avohoito, hoidon aloittaminen, reliabiliteetti, MITI

## JOHDANTO

Motivoiva haastattelu (engl. *motivational interviewing*) on alkujaan päihdeongelmaisten hoitoon kehitetty menetelmä (Miller, 1983), jossa asiakaslähtöisen terapian lähestymistapa ja tekniikat yhdistyvät muutostavoitteelliseen ja ohjaavaan vuorovaikutustyyliin (Miller & Rollnick, 1991, 3–13; Miller & Rollnick, 2002, 25). Menetelmässä työntekijä tutkii yhdessä asiakkaan kanssa tämän ongelmakäyttäytymisestä aiheutuva ristiriitaa tavoitteenaan auttaa asiakasta sen ratkaisemisessa. Ristiriita syntyy, kun asiakkaan sen hetkinen elämäntilanne ei vastaa hänen toiveitaan ja arvojaan. (Miller & Rollnick, 2002, 25). Tavoitteena menetelmässä on ensisijaisesti asiakkaan omakohtaisen motivaation herääminen ja vahvistuminen. Samalla työntekijä pyrkii toimimaan tavalla, joka ei synnytä asiakkaassa tarvetta

vastustaa työntekijää (Miller & Rollnick, 2011). Motivoivaa haastattelua käytetään usein ensimmäisillä tapaamiskerroilla vahvistamaan asiakkaan muutosmotivaatiota ja muutokseen sitoutumista. (Miller & Rollnick, 1991; Miller & Rollnick, 2002; Koski-Jännes ym., 2008.)

Motivoiva haastattelu on tunnettu Suomessa sen alkuaajoista lähtien. Sen periaatteita koulutetaan ja sovelletaan paljon päihdehoidon lisäksi mielenterveystyössä, terveyden- ja sairaanhoidossa sekä mm. Rikosseuraamuslaitoksen yksiköissä (Koski-Jännes ym., 2008). Motivoivaa haastattelua ja sen oppimista on tutkittu paljon muissa maissa (Miller & Rose, 2009). Aikaisemmat tutkimukset eivät kuitenkaan kerro menetelmän toteutuksesta Suomessa. Aihetta koskeva tutkimus on maassamme ollut kovin vähäistä, eikä motivoivan haastattelun noudattamisen tueksi kehitettyjä menetelmiä ole otettu käyttöön. Motivoivan haastattelun to-

teutumista on tutkittu myös varsin vähän oikeissa, ei-kokeellisissa päihdehoitotilanteissa.

Motivoivaa haastattelua tarkastellaan ensimmäistä kertaa Suomessa systemaattisesti Suomen Akatemian rahoittamassa projektissa ”Prosessi- ja tuloksellisuustutkimus päihdeongelmaisten motivoivista alkuhaastatteluista”. Projekti alkoi vuoden 2007 syksyllä professori Anja Koski-Jänneksen johtamana Tampereen yliopistossa. Projektin tarkoituksena on selvittää ensinnäkin, missä määrin päihdetyöntekijät käyttävät motivoivan haastattelun menetelmiä ensimmäisissä asiakastapaamisissa. Toisena tavoitteena on tutkia, miten työntekijän vuorovaikutustyyli vaikuttaa asiakkaan päihteiden käytön muutosta ja sitoutumista koskevaan puheeseen, hoidossa pysymiseen ja päihteidenkäyttöön 6 ja 12 kuukauden kuluttua hoidon alkamisesta. Tutkimus toteutettiin A-klinikoilla ja yhdyskuntaseuraamusyksiköissä. Käsillä oleva tutkimus koskee A-klinikka aineistoa.

Tässä artikkelissa keskityn tutkimuskysymyksistä ensimmäiseen, eli motivoivan haastattelun toteutumiseen päihdehuollon ensitapaamisissa. Arvioin sitä Theresa Moyersin ym. (2010) kehittämällä ja työryhmämme suomentamalla MITI-koodausmenetelmällä (Koski-Jännes ym., 2010). Se on motivoivan haastattelun arviointiin kehitetty psykometrinen mittari, jonka avulla arvioidaan ja luokitellaan työntekijän puhetta. Koodaus on sidoksissa käytettyyn kieleen ja sitä ympäröivään puhelukulttuuriin, joten ennen menetelmän käyttöön ottoa arvioin suomennetun MITI:n reliabiliteettia. Taustoitin tutkimustani ensin esittelemällä motivoivan haastattelun perusideoita ja sen oppimista koskevaa tutkimusta, jonka jälkeen esittelen lyhyesti MITI-menetelmää koskevia aikaisempia tutkimuksia.

## **Motivoivan haastattelun tyyli ja tekniikat**

Motivoivan haastattelun vaikuttavuutta erityisesti päihdeongelmien hoidossa on tutkittu paljon ja useiden katsausten ja meta-analyyysien valossa se näyttää lisäävän päihdehoidon tuloksellisuutta (Lundahl ym., 2010; Lahti, 2008; Hettema ym., 2005; Burke ym., 2003). Sen avulla saavutetaan lyhyemmässä ajassa yhtä hyviä tuloksia kuin muilla pitkäkestoisimmilla menetelmillä (kuten kognitiivinen terapia ja 12-askeleen hoito). Hetteman ym. (2005) meta-analyyysin mukaan motivoivan

haastattelun käyttö ennen muiden hoitojen alkua lisäsi asiakkaiden hoitoon osallistumista ja siinä pysymistä. Lähestymistapa sopii erityisen hyvin vastahakoisille ja omaa päätösvaltaansa varjeleville asiakkaille, jotka eivät vielä ole päättäneet, mitä he aikovat käytännössä tehdä ongelmalleen (Miller & Rollnick, 2002, 26–27; Koski-Jännes 2008, 60). Motivoiva haastattelu näyttää toimivan paremmin (Burke ym., 2003) ja on vaikutuksiltaan kestävämpi yhdistettynä muihin hoitomuotoihin verrattuna motivoivan haastattelun käyttöön ainoana hoitomuotona (Hettema ym., 2005; Miller & Rose, 2009). Motivoiva haastattelu edistää selvästi asiakkaiden hoitoon sitoutumista, mutta vielä ei tiedetä, mihin tarkalleen ottaen sen vaikutus perustuu.

Oleennaista menetelmässä on, että työntekijä toimii empaattisesti sekä motivoivan haastattelun hengen mukaisesti: tasavertaisesti, asiakkaan autonomiaa tukien sekä hänen omia perustelujaan muutokselle herätellen ja vahvistaen. Motivoivan haastattelun hengen mukainen suhtautuminen asiakkaaseen on menetelmän toteutumisessa ensisijaista käytettyihin tekniikoihin nähden (Rollnick & Miller, 1995). Näitä tekniikoita ovat avoimet kysymykset, reflektiot eli heijastava kuuntelu, vahvistaminen ja keskustelua tiivistävät yhteenvedot. Niiden avulla työntekijä pyrkii kuuntelemaan asiakasta, löytämään keskeisimmän muutosaiheen (keskustelun fokuksen ja agendan), jonka jälkeen hän pyrkii strategisesti kutsumaan esille asiakkaan omia perusteluja muutokselle (Miller & Rollnick, 2011).

Muutospuheeksi kutsutaan sellaista asiakkaan puhetta, jossa hän pohtii ja perustelee omia syitä, haluaan, kykyään, tarvettaan sekä sitoutumistaan muutokseen. Asiakkaan muutospuheen tutkiminen ja vahvistaminen on motivoivan haastattelun keskeisin piirre ja ns. punainen lanka, jota sen henki ja tekniikat pyrkivät vahvistamaan. (Miller & Rollnick, 1991, Miller & Rollnick, 2002; Koski-Jännes, 2008; 45–59).

## **Motivoivan haastattelun oppiminen**

Asiakkaiden motivaatioon liittyvät kysymykset herättävät keskustelua monissa eri hoitokontesteissa, joten kiinnostus motivoivan haastattelun oppimista kohtaan on suurta niin meillä kuin muualla maailmassa. Motivoivan haastattelun pe-

ruskäsitteet ja tekniikat ovat helposti lähestyttävää ja ymmärrettävää. Usein peruskoulutus toteutetaan muutaman päivän workshop-kursseina, jossa käydään läpi sen teoreettiset lähtökohdat ja tekniikat, joita harjoitellaan ryhmissä. Monet ajattelevat sen riittävän menetelmän oppimiseen. Koulutusta ja motivoivan haastattelun noudattamista koskevat tutkimukset kuitenkin osoittavat oppimisen olevan oletettua haasteellisempaa (Miller & Rollnick, 2009; Miller & Moyers, 2006; Miller & Rollnick, 1991, 158).

Millerin ja Mountin (2001) tutkimuksessa arvioitiin ehdonalaisvalvojen vuorovaikutustyyliä ennen ja jälkeen motivoivan haastattelun koulutuksen. Työntekijät kokivat hyötynensä workshop koulutuksesta merkittävästi. Työnäytteiden analysointi neljän kuukauden seurannassa osoitti tilastollisesti merkitsevää motivoivan haastattelun mukaisen käyttäytymisen muutosta. Se ei kuitenkaan ollut niin merkittävää, että sillä olisi ollut vaikutusta asiakkaiden muutospuheeseen. Vaikka koulutus oli lisännyt ehdonalaisvalvojen motivoivan haastattelun mukaista käyttäytymistä, se ei vähentänyt sen vastaista käyttäytymistä. Baerin ym. (2004) vastaavanlaisessa tutkimuksessa selvisi, että heti koulutuksen jälkeen opitut motivoivan haastattelun taidot rapautuivat aikaa myöten osoittaen tarpeen ylläpitää koulutusta ja ohjausta perusteiden oppimisen jälkeen. Mitchesonin ja kumppaneiden (2009) tutkimus osoitti niin ikään, että motivoivan haastattelun oppiminen on vaikeaa: koulutus ja sitä seuraava ohjaus eivät muuttaneet päihdetyöntekijöiden käyttäytymistä muuten kuin motivoivan haastattelun hengen omaksumisen osalta.

Viimeisimmässä ruotsalaisessa tutkimuksessa seurattiin kolmen työntekijän motivoivan haastattelun taitojen pysyvyyttä pitkässä, kahden ja puolen vuoden seurannassa 11:sta eri seurantapisteesä (Forsberg ym., 2010). Työntekijät saivat motivoivan haastattelun pohjakoulutuksen lisäksi jatkuvaa palautetta ja ohjausta sen mukaiseen työskentelyyn. Kaiken kaikkiaan työntekijöiden taidot paranivat seurannan aikana, mutta erot työntekijöiden ja eri mittauspisteiden välillä olivat suuria. Esimerkiksi kahdella työntekijällä motivoivan haastattelun hengen riittävän hyvän tason omaksuminen kesti lähes kaksi ja puoli vuotta, kun vastaavasti yksi työntekijöistä hallitsi sen erinomaisesti jo koulutuksen jälkeisessä puolen vuoden seurannassa.

Sen lisäksi, että motivoivan haastattelun perusteet eivät ole aivan helposti opittavissa, sitä käytetään usein muiden hoitomenetelmien rinnalla. Menetelmän taitava soveltaminen ja kytkeminen muihin menetelmiin on kuitenkin kaikkein vaikeimmin opittu taito (Miller & Moyers, 2006; Sulkko & Riittinen, 2008, 75–80). Motivoivan haastattelun pioneerien Millerin ja Moyersin (2006) mukaan ennen menetelmän soveltamista tulisi hallita motivoivan haastattelun henki, tekniikat sekä muutospuheen tunnistamisen ja vahvistamisen taidot. Ilman näitä perustaitoja on todennäköistä, että hoito ei vaikuta asiakkaaseen toivotulla tavalla (Miller & Mount, 2001). Yhtä tärkeää on myös poisoppia motivoivan haastattelun vastainen käyttäytyminen, kuten neuvominen kysymättä ensin asiakkaan lupaa siihen, sekä asiakkaan suora ohjaaminen käskemällä häntä (Gaume ym., 2009; Miller ym., 2004; Miller & Rollnick, 2009; Sulkko & Riittinen, 2008, 75).

### **Motivoivan haastattelun arvioiminen MITI-koodausmenetelmällä**

Motivoivan haastattelun noudattamisen arviointiin on kehitetty useita eri mittareita (Madson & Campbell, 2006). Ensimmäinen, ensisijaisesti tutkimustarkoitukseen kehitetty arviointimenetelmä on MISC (Motivational Interviewing Skill Code), jossa arvioidaan työntekijän ja asiakkaan puhetta sekä yleisarvioin että yksittäisiä puheilmauksia koodaamalla (Miller ym., 2008; ks. Rakkolainen, 2008; Koski-Jännes ym., 2008). Tästä kevyempi versio on MITI (Motivational Interviewing Treatment Integrity), joka on kehitetty erityisesti koulutuksen ja työnohjauksen tarpeisiin (Moyers ym., 2010). Viimeisin versio on nimeltään MITI 3.1.1. MITI:n avulla arvioidaan pelkästään työntekijän puhetta ja siitä ensisijaisesti motivoivan haastattelun perustaitojen hallintaa (Moyers ym., 2005a).

MITI:n kehittämisessä on käytetty erityistä huomiota sen psykometriseen reliabiliteettiin ja validiteettiin. Osaltaan nämä vaatimukset ovat johtaneet siihen, että MITI tavoittaa vain motivoivan haastattelun yleispiirteet, eikä sen kaikkia vaikuttavia osa-alueita, kuten menetelmän taitavaa ja intentionaalista käyttöä (Moyers ym., 2005a; Moyers ym., 2010; Brueck ym., 2009; Forsberg ym., 2008; Forsberg ym., 2007). Huolimatta näistä rajoituk-

sista koodauksella saadaan suhteellisen kattava ja tiivistetty kuvaus hoidon kulusta ja motivoivan haastattelun noudattamisesta (Moyers ym., 2005a; Forsberg ym., 2008; Madson & Campbell, 2006).

Koulutuskäytössä MITI:n avulla voidaan seurata oppimista, parantaa koulutuksen tehokkuutta ja laatua, tutkia motivoivan haastattelun omaksumiseen vaadittavaa aikaa, sekä palautteen ja lisäkoulutuksen tarvetta. Tutkimuksissa sen avulla on tarkasteltu muun muassa työntekijän motivoivan haastattelun taitojen ja hoitotuloksen välistä yhteyttä kannabiksen käytön lopettamiseen (McCambridge ym., 2011) ja alkoholinkäytön vähentämiseen (Tollison ym., 2008; Feldstein & Forchimes, 2007). Sen avulla on arvioitu myös motivoivan haastattelun oppimista (Mitcheson ym., 2009; Bennett ym., 2007) ja varmistettu sen toteutuksen laatua (Thyrian ym., 2007). Menetelmä soveltuu myös oman työn arviointiin (Moyers ym., 2010; Moyers ym., 2005a). Piersonin ym. (2007) mukaan vain kymmenen minuutin katkelma nauhoitetusta istunnosta riittää sen tarkistamiseksi, missä määrin oma työtapa vastaa motivoivan haastattelun suosituksia.

MITI:n psykometrinen reliabiliteetti on useissa tutkimuksissa ollut yleisesti ottaen hyvä (Moyers ym., 2005a; Forsberg ym., 2007; Pierson ym., 2007; Bennett 2007; Brueck ym., 2009). Vaikeutta on kuitenkin tuottanut empatian ja motivoivan haastattelun hengen (Moyers ym., 2005a; Forsberg ym., 2007; Brueck ym., 2009), monimuotoisten reflektioiden (Moyers ym., 2005a; Brueck ym., 2009) sekä motivoivan haastattelun vastaisten ilmaisujen koodaus (Brueck ym., 2009). MITI on käännetty mm. ranskaksi, tanskaksi, saksaksi, hollanniksi ja ruotsiksi. Koska koodaus pohjautuu puheen luokitteluun, ei MITI:ä tule ottaa käyttöön sellaisenaan, vaan sen reliabiliteetti uudessa kielessä ja kulttuurissa tulee tarkistaa ennen käyttöön ottoa. Käännösten reliabiliteettia on tutkittu mm. saksalaisen (Brueck ym., 2007) ja ruotsalaisen (Forsberg ym., 2007) MITI:n osalta ja niissä molemmissa on ilmennyt tarve tarkentaa koodauskäsikirjan ohjeistusta johtuen sekä kielen ja puhelukulttuurien eroista että niiden aiheuttamista tulkinnanvaraisuuksista. Forsberg ym. (2008) tutkivat lisäksi ruotsiksi käännetyn MITI:n validiteettia. MITI erotti motivoivan haastattelun tietoon ja neuvontaan pohjautuvasta hoitomuodosta, sekä motivoivan haastattelun

koulutuksen käyneet työntekijät niistä, jotka eivät olleet saaneet vastaavaa koulutusta.

Projektissamme käytettiin MITI:ä työntekijöiden motivoivan haastattelun toteutumisen tutkimiseen, koska sen avulla saadaan riittävän tarkka kuva siitä vastaavanko työntekijän taidot motivoivaa haastattelua vai eivät. Tämän artikkelin tavoitteena on ensinnäkin esitellä tätä uutta menetelmää, jolla voidaan systemaattisesti arvioida motivoivan haastattelun toteutumista. Toisena tavoitteena on antaa tietoa siitä, kuinka hyvin tavalliset A-klinikoiden työntekijät osaavat sitä käytännössä toteuttaa workshop-tyyppisten koulutusten jälkeen. Esittelen seuraavassa tutkimuksemme aineistoa ja menetelmiä keskittyen erityisesti MITI:n sisällön ja käytön kuvaukseen sekä suomennetun MITI:n reliabiliteettiin.

## MENETELMÄT

### Rekrytointi ja osanottajat

Tutkimukseen rekrytoitiin vapaaehtoisia A-klinikoiden avohoidon päihdetyöntekijöitä. Tutkimuksesta tiedotettiin eri avohoidon yksiköiden johtajille puhelimitse ja sähköpostitse. Kerroimme tutkimuksesta eri toimipisteissä myös paikan päällä. Edellytyksenä osallistumiselle oli, että työntekijät olivat saaneet lyhyen koulutuksen motivoivan haastattelun periaatteista ja kertoivat käyttävänsä sitä työssään. Ennen tutkimuksen alkua he saivat vielä tätä menetelmää koskevan puolen päivän kertauskoulutuksen ja allekirjoittivat tutkimussuostumuksen.

Työntekijöiden tehtävänä oli rekrytoida tutkimukseen asiakkaita ja kysyä heiltä alustavaa suostumusta tutkimukseen ennen ensitapaamista. Edellytyksenä asiakkaiden osallistumiselle oli täysikäisyys ja se, että heidän päihdeongelmansa kohdistui alkoholiin ja/tai huumausaineisiin. Lisäksi edellytettiin, että hoitokontaktit olivat uusia tai mahdollisesta aiemmasta hoitokontaktista oli yli 6 kuukautta aikaa. Asiakkaat saivat tutkimustiedotteen ja allekirjoittivat tutkimusluvan ennen hoidon alkua. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja asiakkaat saattoivat halutessaan keskeyttää osallistumisensa ilman, että se vaikutti heidän hoitoonsa.



A-klinikkasäätiönhoito- ja tutkimuseettinen toimikunta hyväksyi projektin tutkimussuunnitelman ja antoi sille tutkimusluvan. Työntekijöiden rekrytointi ja aineiston keruu aloitettiin syksyllä 2007. Koska rekrytointi oli hidasta, aineistonkeruuta joudutettiin myöhemmin siten, että A-klinikkasäätiö tarjosi työntekijöille 50 euron asiakaskohtaisen kertakorvauksen tutkimukseen osallistumisesta. Alun perin suunnitellusta videonauhoituksesta siirryttiin myös ääninauhoitukseen, jotta mahdollinen osallistumiskynnys madaltuisi. Aineistonkeruu päättyi kesällä 2009, siihen mennessä mukaan oli saatu 16 terapeuttia ja 38 asiakasta kahdeksalta A-klinikalta. Tutkimukseen osallistuneet 16 naispuolista työntekijää olivat taustakoulutukseltaan sosiaalialan tai sairaanhoidon ammattilaisia ja perehtyneet usean vuoden ajan päihdehoitoon työssään. Asiakkaiden pääpäihde oli joko alkoholi (N = 29) tai huumausaineet (N = 9). Asiakkaista miehiä oli 27 ja naisia 11, heidän keski-ikänsä oli 40 vuotta, nuorin asiakas oli 19-vuotias ja vanhin 66-vuotias.

### Istuntojen nauhoitukset

Vuorovaikutusaineisto koostui 38 asiakkaan ja heidän työntekijänsä välisestä kahdesta ensimmäisestä päihdeistunnosta, joista analyysin kohteena ovat tässä ensimmäiset istunnot. Työntekijöiden toivottiin hankkivan vähintään kaksi tutkimusasiakasta, jotta heidän vuorovaikutustyyliään voisi tarkastella eri istunnoissa. Tarkkoja ehtoja osallistumiselle ei kuitenkaan asetettu. Aineisto jakautui epätasaisesti siten, että yhdellä työntekijällä oli viisi, kahdella neljä, kolmella kolme, kuudella kaksi ja neljällä yksi tutkimusasiakas. Tutkimukseen osallistuneet työntekijät saivat halutessaan myös henkilökohtaisen palautteen motivoivan haastattelun taidostaan tutkimusnauhojensa pohjalta. Koko aineistosta kahden asiakkaan ensitapaamisia ei koodattu, joten vuorovaikutusaineistoksi muodostui 36 istuntoa. Yhdeltä asiakkaalta puuttui ensimmäinen nauhoitus, jonka jälkeen hän jäi pois hoidosta. Toisen asiakkaan molemmat nauhat käsitelivät vain tutkimuksen taustatietoa ja sitä koskevaa palautetta. Neljältä asiakkaalta koodattiin vasta toinen tapaaminen sen vuoksi, että ensimmäinen kuului tutkimuksen taustatietolomakkeen parissa. Ääni- ja videonauhoitetut istunnot litteroitiin eli purettiin tekstimuotoon.

### Koodauskäsikirjan käänös ja koodaajien koulutus

MITI:n käyttö edellyttää koodausmenetelmään perehtymistä ja koulutusta. Kliinisen kokemuksen, kuten terapeutina toimimisen ei ole osoitettu nopeuttavan MITI:n oppimista tai kompetenssin saavuttamista. Suositeltavaa on vähintään 40 tunnin harjoittelu riittävän reliabiliteetin saavuttamiseksi ennen menetelmän varsinaista käyttöä. (Moyers ym., 2010., 27)

Perehdyin motivoivan haastattelun tutkimusmenetelmiin ensi kerran tehdessäni pro gradu -työtäni (Rakkolainen, 2004). Olin myös mukana suomen-tamassa MITI käsikirjaa (Koski-Jännes ym., 2010) ja samalla sen keskeiset periaatteet tulivat tutuiksi. Osallistuin lisäksi Theresa Moyersin menetelmäkursseille ja harjoittelin sen käyttöä projektimme yhteisissä koodausharjoituksissa. Järjestimme yhdessä Tampereen yliopiston sosiaalipsykologian opiskelijoille koodauskurssin, joka koostui luennoista sekä yhteisistä koodausharjoituksista (n. 40 tuntia). Arvioimme oppimista useiden tasotestien avulla (ks. Moyers ym., 2010, 27). Toisena rinnakkaiskoodaajana toimi Anja Koski-Jännes ja toisena koodaajana MITI-kurssin suorittanut oppilas, joten myös heillä oli riittävät valmiudet MITI:n käyttöön (ks. Moyers ym., 2010, 27).

### Motivoivan haastattelun noudattamisen arviointi MITI:n avulla

MITI koostuu yleisarvioinnista ja käyttäytymisen koodauksesta. Yleisarvioinnissa työntekijän vuorovaikutustyyliä arvioidaan koko session osalta 1–5 Likert-asteikolla. Yleisarviointi perustuu yleisvaikutelmaan siitä, miten hyvin työntekijä toteuttaa motivoivan haastattelun henkeä sen kolmella erikseen arvioitavalla osa-alueella, joita ovat evokatio, yhteistyö ja autonomian tukeminen. Lisäksi arvioidaan keskustelun suuntaamisen ja empatian osoittamisen taitoa. Käyttäytymisen koodauksessa arvioidaan motivoivan haastattelun mukaista tai vastaista toimintaa satunnaisesti valitusta 20 minuutin jaksosta. Koodaus aloitetaan tunnistamalla työntekijän puheesta erilliset puheilmaisuudet (ts. ajatuskokonaisuudet). Kullekin ilmaisulle annetaan oma käyttäytymiskoodinsa. Koodeja on viisi: tiedon välittäminen, motivoivan haastattelun

mukainen ilmaisu (MHM), motivoivan haastattelun vastainen ilmaisu (MHV), kysymys ja reflektio. (Moyers ym., 2010.)

Tiedon välittämistä ovat ilmaisut, joissa työntekijä välittää asiakkaalle yleistä tai hoitoa koskevaa tietoa, antaa palautetta (esimerkiksi juomatapestatista), opettaa (esimerkiksi alkoholinkäytön terveysvaikutuksista) tai kertoo henkilökohtaisen mielipiteensä johonkin asiaan. Motivoivan haastattelun mukaisia ilmaisuja ovat vahvistaminen ja asiakkaan tukeminen, asiakkaan päätösvallan vahvistaminen ja luvan kysyminen. Motivoivan haastattelun mukaisessa luvan kysymisessä työntekijä pyytää joko suoraan tai epäsuorasti asiakkaan suostumuksen neuvomiseen, tiedon tai huolen välittämiseen. Luvan kysyminen voi tapahtua suoraan ("Sopiiko sinulle, että kerron..."), epäsuorasti ("Monet vastaavassa tilanteessa olevat asiakkaat ovat kokeneet hyväksi...", "Tämä ei ehkä koske sinua") tai asiakkaan pyytäessä tietoa ja neuvoja. Jos työntekijä ei pyydä tätä lupaa ennen neuvomista, tiedon tai huolen välittämistä, koodataan ilmaisu motivoivan haastattelun vastaiseksi. Motivoivan haastattelun vastaisia ilmaisuja ovat lisäksi konfrontointi ja suora ohjaaminen käskyjen ja määräysten muodossa. (Moyers ym., 2010.)

Kysymyksissä koodataan lisäksi, ovatko ne avoimia (AK) vai suljettuja (SK). Avoin kysymys on ilmaisu, johon asiakas voi vastata useilla eri tavoilla. Kysymys saattaa hakea tietoa, kysyä asiakkaan näkemystä tai kehottaa häntä itsetutkiskeluun alkaen esimerkiksi: "miten", "kerro", "mitä ajattelet". Suljettu kysymys on ilmaisu, johon asiakas voi vastata vain lyhyesti, usein "kyllä" tai "ei". Suljettuja kysymyksiä ovat myös ilmaisut, joissa työntekijä kysyy tiettyä, rajattua asiaa ("Miten paljon joit viime viikolla?") tai pyytää valitsemaan jonkun esitetyistä vaihtoehdoista. Kuten kysymyksistä myös reflektiosta arvioidaan, ovatko ne yksinkertaisia (YR) vai monimuotoisia (MR). Yksinkertaisia reflektioita ovat ilmaisut, jotka pysyvät hyvin lähellä asiakkaan käyttämää ilmaisua tai toistavat sen sanasta sanaan. Monimuotoiset reflektiot ovat ilmaisuja, joissa työntekijä lisää olennaisesti ilmaisun merkitystä tai korostaa ja painottaa asiakkaan puheesta jotain puolta. (Moyers ym., 2010.)

Näiden eri puheilmaisujen tunnistamisen tarkoituksena on katsoa, missä määrin työntekijä osaa käyttää motivoivan haastattelun eri tekniikoita: avokysymyksillä annetaan asiakkaalle tilaa vastata omin sanoin, reflektioilla vahvistetaan ja suunnataan asiakkaan puhetta (YR) ja osoitetaan

Motivoivan haastattelun koodaustulosten summamuuttujat ja kynnysarvot	Harjoittelijan taso	Osaajan taso
Yleisarvio (MH:n henki: evokaation, autonomian tukemisen ja yhteistyön keskiarvo)	≥ 3.5*	≥ 4*
Reflektioiden suhde kysymyksiin (R:K)	1	2
Monimuotoisten reflektioiden osuus kaikista reflektioista (MR %)	40 %	50 %
Avointen kysymysten osuus kaikista kysymyksistä (AK %)	50 %	70 %
MH:n mukaisten ilmaisujen osuus motivoivan haastattelun mukaisista ja vastaisista ilmaisuista (MHM %)	90 %	100 %

MITI = Motivational interviewing treatment integrity

\*Arviointi asteikolla 1–5.

**TAULUKKO 1.** Motivoivan haastattelun harjoittelija- ja osaajatason käyttäytymisindikaattorit ja kynnysarvot (Moyers ym., 2010).

ymmärrystä asiakkaan näkökulmaa ja puheen merkityksiä kohteen sekä tuodaan siihen uutta näkökulmaa (MR). Motivoivan haastattelun mukaisten ja vastaisten ilmausten avulla tutkitaan, miten johdonmukaisesti työntekijä käyttää motivoivaan haastatteluun kuuluvia ilmaisuja. Koodauskäsi-kirjan sisältöön ja tarkempiin ohjeisiin voi tutustua verkossa ([http://casaa.unm.edu/download/MITI3\\_1.pdf](http://casaa.unm.edu/download/MITI3_1.pdf)). (Moyers ym., 2010.)

Kunkin työntekijän käyttäytyminen koodattiin 20 minuutin jaksolta ja koko istunnosta tehtiin yleisarvio. Sen jälkeen laskettiin, kuinka paljon kutakin koodia tarkastellussa jaksossa esiintyi. Käyttäytymisfrekvensseistä laskettiin suhdeluvut, jotka kuvastavat motivoivan haastattelun tekniikoiden hallintaa ja niitä verrattiin motivoivan haastattelun asiantuntijoiden suositteluihin kynnysarvoihin, joiden tulisi toteutua vähintään harjoittelijatasolla (engl. *beginning proficiency*), jotta kyseinen motivoivan haastattelun osa-alue olisi riittävässä hallinnassa. Vastaava osaajatason (engl. *competency*) kynnysarvon toteutuminen tarkoittaa kyseisen osa-alueen taitavaa hallintaa. Työntekijän kompetenssia arvioidaan viiden eri osa-alueen indikaattorilla, joille kullekin on omat kynnysarvonsa (ks. Taulukko 1). Ne mittaavat motivoivan haastattelun henkeä ja periaatteita, reflektioiden suhdetta kysymyksiin, avointen kysymysten suhdetta kaikkiin kysymyksiin, monimuotoisten reflektioiden suhdetta kaikkiin reflektioihin sekä motivoivan haastattelun mukaisten ilmausten suhdetta sen mukaisten ja vastaisten ilmausten määrään. (Moyers ym., 2010.)

Koodauskohta valittiin keskustelun alusta, keskeltä tai lopusta arpomalla. Jos satunnaisesti valittu koodauskohta sisälsi tutkimuslomakkeen täyttöä, palautteenantoa, uuden ajan sopimista

tai muuta selvästi tavanomaisesta keskustelusta tai motivoivasta haastattelusta poikkeavaa puhetta, koodauskohta siirrettiin. Näin varmistettiin, että koodauskohta vastasi hoidossa käytettyä keskustelua.

### Mittarin reliabiliteetin tilastollinen arviointi

Aineiston tilastollinen analyysi tehtiin SPSS tilasto-ohjelmalla (versio 19.0). MITI:n reliabiliteettia tarkasteltiin sisäkorrelaatiokertoimella (ICC, Intra class correlation) ja Cronbachin alfalla. Sisäkorrelaatiokerroin osoittaa, kuinka yksimielisiä eri koodaajat ovat luokituksista ja esiintyykö heidän välillään systemaattisia eroja. Koska se huomioi sattumaltakin syntyvän yksimielisyyden samoin kuin systemaattiset erot arvioitsijoiden välillä, se tarjoaa konservatiivisemmän arvion kuin Cronbachin alfa (Moyers ym., 2005a). Cicchetin (1994) mukaan sisäkorrelaatiokertoimen arvot voidaan luokitella tasoille: huono alle 0.40; kohtalainen 0.40–0.59; hyvä 0.60–0.74 ja erinomainen 0.75–1.00. Cronbachin  $\alpha$  (alfa) kuvaa mittarin konsistenssia eli tässä koodaajien yksimielisyyttä käyttäytymiskoodien välisten korrelaatioiden ja väittämien lukumäärän perusteella. Hyvänä alfan arvona pidetään yli 0,80:n saavia arvoja, 0,60:n arvoa pidetään vielä hyväksyttävä, mutta sen alle jääviä arvoja pidetään liian heikkoina (George & Mallery, 2003).

Koodasin itse kaikki 36 nauhaa. Rinnakkaiskoodaus tehtiin neljäsosasta (25 %) nauhoja ( $n = 9$ ). Toinen rinnakkaiskoodaajista koodasi viisi nauhaa, toinen kolme nauhaa. Lisäksi rinnakkaiskoodaajat koodasivat keskenään yhden nauhan. Cronbachin alfan keskiarvo kaikista rinnakkaiskoodatuista istunnoista (817 koodia) oli 0.85 ja

Koodauspari	Nauhoja	Cronbachin alfa	Sisäkorrelaatiokerroin (ICC)	ICC taso
A – B	5	0.91	0.83	erinomainen
A – C	3	0.78	0.64	hyvä
B – C	1	0.66	0.50	kohtalainen
Keskiarvo	9	0.85	0.74	hyvä

**TAULUKKO 2.** MITI:n rinnakkaiskoodausten reliabiliteetti sisäkorrelaatiokertoimen (ICC) ja Cronbachin alfan mukaan laskettuna.

vastaavan sisäkorrelaatiokertoimen keskiarvo oli 0.74, joten koodauksen luotettavuutta voidaan pitää hyvänä. Näissä arvioissa ei ole huomioitu niitä 104 lausumaa (13 %), joille toinen oli antanut koodin ja jota toinen ei ollut lainkaan koodannut (yli- tai alikoodaus). Eri koodaajaparien välinen reliabiliteetti ilmenee taulukosta 2.

Taulukkoon 3 on koottu MITI:n yleisarviointien ja yksittäisten käyttäytymiskoodien reliabiliteetit. Motivoivan haastattelun henkeä koskevan arvion reliabiliteetti oli sekä sisäkorrelaatiokertoimella (.77) että Cronbachin alfalla (.96) mitattuna varsin hyvä. Myös empatia oli sisäkorrelaatiokertoimella mitattuna erinomainen (.82). Koodikohtaiset sisäkorrelaatiokertoimen reliabiliteettiarvot vaihtelivat välillä 0.33 motivoivan haastattelun vastainen (huono) ja 0.75 motivoivan haastattelun mukainen (erinomainen). (Taulukko 3.)

## TULOKSET

Missä määrin A-klinikoiden työntekijät sitten noudattavat motivoivan haastattelun henkeä ja vuorovaikutustaitoja tavatessaan päihdeongelmaisia asiakkaita ensi kertaa? Tarkastelin motivoivan haastattelun toteutumista ensin istuntokohtaisesti.

Kaikista arvioituista 36 istunnosta vain neljässä (11 %) täyttyivät kaikki motivoivan haastattelun osaamiskriteerit vähintään harjoittelijatasoisesti. Kaikkien istuntojen keskiarvolla mitattu jakautuminen eri kompetenssitasoille ilmenee taulukosta 4. Kun työntekijöiden motivoivan haastattelun hengen omaksumista tarkastellaan asteikolla 1–5, niin kaikkien istuntojen yhteiskeskiarvo oli 3.52 (vaihteluväli 2.22–4.67), joka edustaa ns. harjoittelijatasoisen taitavuutta (Moyers ym., 2010). Kaikkien 36 istunnon keskiarvot osoittavat, että motivoivan haastattelun hengen lisäksi istunnot yltyivät harjoittelijatasolle reflektoinnissa. Motivoivan haastattelun kynnsarvot avokysymysten, monimuotoisten reflektioiden ja motivoivan haastattelun mukaisten ilmaisujen osalta eivät täyttyneet. Monimuotoisten reflektioiden käyttö (36 %) oli kuitenkin melko lähellä harjoittelijatasoon vaadittavaa kynnsarvoa (40 %). Avointen kysymysten käyttöä hallittiin vähiten suhteessa asetettuihin kriteereihin. Lisäksi motivoivan haastattelun mukaisia ilmaisuja oli 80 prosenttia ilmaisusta, kun harjoittelijataso edellyttää 90 prosenttia. Istunnoissa oli siten hieman liian paljon myös motivoivan haastattelun vastaista käyttäytymistä.

Tämän jälkeen arvioitiin yksittäisten työntekijöiden toimintaa heidän istuntojensa keskiarvojen

MITI muuttuja	Cronbachin alfa	Sisäkorrelaatiokerroin (ICC)	ICC taso
MI henki	0.96	0.77	erinomainen
Empatia	0.89	0.82	erinomainen
Suuntaaminen	0.82	0.71	hyvä
Tiedon välittäminen	0.83	0.71	hyvä
MH:n mukainen	0.86	0.75	erinomainen
MH:n vastainen	0.45	0.33	huono
Yksinkertainen reflektio	0.77	0.61	hyvä
Monimuotoinen reflektio	0.67	0.50	kohtalainen
Suljettu kysymys	0.82	0.69	hyvä
Avoin kysymys	0.85	0.74	hyvä

MITI = Motivational interviewing treatment integrity

ICC = intraclass correlation

**TAULUKKO 3.** MITI:n yleisarviointien ja käyttäytymiskoodien reliabiliteetit sisäkorrelaatiokertoimen (ICC) ja Cronbachin alfan mukaan arvioituna.

perusteella. Tulokset on esitelty taulukossa 5 ryhmiteltynä sen mukaan, miten hyvin työntekijät keskimääräisesti istunnoissaan toteuttivat motivoivan haastattelun henkeä. Ylimpänä ovat motivoivan haastattelun henkeä osaavasti toteuttavat työntekijät (12, 6, 9 ja 7), heidän alapuolellaan sitä harjoittelijatasoisesti toteuttavat työntekijät (14, 8 ja 3) ja alimpana ne työntekijät, joiden istunnot eivät täyttäneet motivoivan haastattelun hengen harjoittelijatasoisen kynnysarvoa. Motivoivan haastattelun eri vuorovaikutustekniikoiden hallinta on merkitty taulukkoon yhdellä tähdellä (\*) sen toteutuessa harjoittelijatasolla ja kahdella tähdellä (\*\*) sen toteutuessa osajatasolla. Kuudestatoista työntekijästä viisi toteutti motivoivan haastattelun henkeä osajatasolla ( $\geq 4.0$ ) ja kolme harjoittelijatasolla ( $\geq 3.5$ ). Kahdeksan työntekijää jäi alle harjoittelijatasoisen, joskin heistä viisi oli sitä lähellä (arvon ollessa 3.0–3.3).

Jos taas motivoivan haastattelun henkeä ja tekniikoiden hallintaa tarkastellaan yhdessä, vain yksi työntekijä (numero 6) täyttää motivoivan haastat-

telun kaikki viisi kynnysarvoa. Kolme työntekijää (numerot 12, 10 ja 8) hallitsee motivoivan haastattelun hengen lisäksi sen muut osa-alueet yhtä lukuun ottamatta. Kolme työntekijää (9, 7 ja 14) on omaksunut motivoivan haastattelun hengen, mutta käyttää sen vuorovaikutustekniikoita vaihtelevasti. Riittävä hengen hallinta näyttää korreloivan tekniikoiden hallinnan kanssa, kahdeksasta hengen omaksuneesta työntekijästä vain yksi (4) ei toteuta mitään motivoivan haastattelun tekniikoista. Lisäksi yksi työntekijä (3) hallitsee kaikki tekniikat, muttei keskiarvolla mitattuna toteuta sen henkeä (taulukko 5).

Tarkasteltaessa taulukon 5 sarakkeissa, joissa kuvataan kunkin tekniikan hallintaa erikseen, kuusi työntekijää käyttää reflektioita suhteessa kysymyksiin vähintään harjoittelijatasoisesti ja seitsemän työntekijää käyttää monimuotoisia reflektioita suhteessa kaikkiin reflektioihin vähintään harjoittelijatasoisesti. Kuten myös kaikkien istuntojen keskiarvotaulukosta (ks. taulukko 3) ilmeni, heikoimmin hallittiin avointen kysymysten

Motivoivan haastattelun käyttäytymisen indikaattori	Osajan taso (ka)	Harjoittelijan taso (ka)	Aloittelijan taso (ka)	Yht. %	Kaikki istunnot (n = 36)		
					ka(sd)	min.	max.
MH:n hengen keskiarvo	31 %	19 %	50 %	100	3.52* (0.9)	1.67	5.0
Reflektioiden suhde kysymyksiin	13 %	25 %	63 %	100	1.0* (0.7)	0.14	3.33
Monimuotoisten reflektioiden % kaikista reflektioista	13 %	31 %	56 %	100	36 % (20)	0	77
Avointen kysymysten % kaikista kysymyksistä	6 %	13 %	81 %	100	36 % (20)	0	83
MHM:n ilmaisujen % MHM:sta ja MHV:sta ilmaisuista	31 %	13 %	56 %	100	83 % (23)	0	100

MITI= Motivational interviewing treatment integrity; MHM= motivoivan haastattelun mukainen, MHV= motivoivan haastattelun vastainen; \* Täyttää harjoittelijatasoisen kriteerit (Moyers ym. 2010) (taulukko 1)

**TAULUKKO 4.** Motivoivan haastattelun hengen ja tekniikoiden toteutuminen kaikissa ensimmäisissä päihdeistunnoissa (n=36) MITI:n käyttäytymisindikaattorien ja kynnysarvojen (Moyers ym. 2010) mukaan mitattuna.

käyttöä. Siinä harjoittelijatasolle yltää vain kolme työntekijää. Motivoivan haastattelun mukaisia ilmaisuja osattiin käyttää parhaiten: viisi työntekijää yltää siinä osaajatasolle ja kaksi työntekijää harjoittelijatasolle. Toisaalta kuudella työntekijällä on motivoivan haastattelun mukaisten ilmaisujen suhdeluku alle 70 prosenttia, joten heillä oli myös suhteellisen paljon motivoivan haastattelun vastaisia ilmaisuja (kuten neuvomista ilman lupaa).

## MOTIVOIVAN HAASTATELUN NOUDATTAMISEN TARKASTELU

Motivoiva haastattelu on suosittu ja paljon koulutettu menetelmä niin meillä kuin muualla, mutta sen käytännön toteutusta ei ole juurikaan tutkittu maassamme. Tämän tutkimuksen tärkein kontribuutio liittyy uuden motivoivan haastattelun arviointiin kehitetyn ja suomennetun MITI-menetelmän esittelyyn sekä sen avulla ensimmäiseen

Työntekijän nro/ Arviotujen istuntojen määrä	Motivoivan haastattelun hengen keskiarvo	Motivoivan haastattelun tekniikoiden hallinta			
		Reflektioiden suhde kysymyksiin	Avointen kysymysten %	Monimuotoisten reflektioiden %	MH:n mukaisten ilmaisuisten %
12/4	4,67**	1,06*	40	47*	97*
6/2	4,50**	2,96**	59*	48*	100**
9/2	4,33**	0,85	41	49*	50
10/2	4,00**	1,20*	81**	42*	82
7/1	4,00**	0,62	28	17	100*
14/3	3,78*	2,04**	35	37	94*
8/2	3,50*	1,06*	27	60**	100**
3/2	3,50*	0,51	22	28	88
4/1	3,33	1,41*	50*	41*	100**
2/5	3,33	0,95	36	32	68
16/2	3,17	0,89	35	13	84
11/3	3,11	0,22	31	51**	64
1/1	3,00	0,83	38	33	67
13/2	2,67	0,61	14	12	50
15 /1	2,33	0,40	23	9	100**
5/3	2,22	0,68	16	32	70
Keskiarvo	3,52*	1,0*	36	36	80
Vaihteluväli	2.22–4.67	0.22–2.96	14–81	9–60	50–100

\*= harjoittelijataso hallinta ja \*\* = osaajataso hallinta MITI:n kynnysarvojen (Moyers ym., 2010) mukaan (katso taulukko 1).

**TAULUKKO 5.** Kunkin työntekijän motivoivan haastattelun hengen ja vuorovaikutustekniikoiden hallinta. Arviot on mitattu istuntojen keskiarvosta ja esitetty taulukossa MH:n hengen mukaisessa järjestyksessä.

systemaattiseen suomalaisten päihdetyöntekijöiden motivoivan haastattelun taitojen arviointiin ekologisesti valideissa olosuhteissa, osana tavanomaista A-klinikoiden päihdehoitoa.

Tutkimus osoitti, että 16 työntekijästä puolet noudatti päihdehoidon ensitapaamisissa motivoivan haastattelun henkeä ja heistä viisi toteutti sitä taitavasti. Tulosta voi pitää hyvänä verrattuna vastaavaan ruotsalaiseen tutkimukseen (Forsberg ym., 2010), jossa työntekijöiden oli vaikeampi omaksua motivoivan haastattelun henkeä. Kaikkien istuntojen keskiarvolla mitattuna työntekijät osasivat myös reflektoida riittävän hyvin. Forsberg ym. (2010) havaitsivat niin ikään, että kaikista motivoivan haastattelun taidoista reflektioiden omaksuminen oli helpointa. Niiden esiintyminen puheessa ei kuitenkaan vielä takaa niiden motivoivan haastattelun mukaista, taitavaa käyttöä (Tollison ym., 2008). Tutkimme reflektioiden vuorovaikutustehtäviä tarkemmin tämän lehden toisessa artikkelissa yhdessä Leena Ehrlingin kanssa (Rakkolainen & Ehrling, 2012).

Istuntojen tarkempi analyysi osoitti, että kaikista 36 istunnosta vain neljässä kaikki motivoivan haastattelun vuorovaikutuskriteerit (Moyers ym., 2010) toteutuivat riittävässä määrin, joten vain noin kymmenesosa (11 %) istunnoista oli puhtaasti motivoivaa haastattelua. Työntekijäkohtaisia tuloksia tarkasteltaessa vain yksi työntekijä kuudestatoista käytti selvästi motivoivaa haastattelua sekä motivoivan haastattelun hengen että tekniikoiden osalta. Sen lisäksi viisi työntekijää täytti motivoivan haastattelun viidestä kriteeristä vähintään kolme, joten heidän voi katsoa toimineen enimmäkseen sen edellyttämällä tavoilla. Kaiken kaikkiaan motivoivaa haastattelua toteutti siis reilu kolmannes tutkimukseen osallistuneista 16 työntekijästä, mikä johtuu ilmeisesti siitä, että he olivat saaneet vain workshop-tasoista motivoivan haastattelun koulutusta.

Motivoivan haastattelun toteutumista on aikaisemmin arvioitu pääsääntöisesti tutkimuksissa, joissa työntekijöitä on koulutettu pitkään ja systemaattisesti tai sen oppimista on arvioitu lyhyellä seuranta-ajalla (Moyers & Hendriksson, 2010). Kumpikaan asetelma ei vastaa käsillä olevaa, luonnollista tutkimusasetelmaa. Paras vertailukohta on Forsbergin ym. (2011) tutkimus, jossa verrattiin tavanomaisia vankeinhoitosuunnitelmaan liitty-

viä haastatteluja tekeviä työntekijöitä, motivoivan haastattelun workshop-koulutuksessa käyneitä työntekijöitä sekä niitä työntekijöitä, jotka kyseisen koulutuksen jälkeen saivat jatkuvaa ohjausta ja palautetta motivoivan haastattelun taidoistaan työtovereiltaan. Tuloksena oli, että palautetta saaneet olivat paljon pätevämpiä motivoivan haastattelun noudattamisessa kuin tavanomaista keskustelua käyneet työntekijät, mutta pelkän koulutuksen saaneet eivät eronneet tavanomaista keskustelua tekevästä työntekijöistä motivoivan haastattelun taidoissaan. Kuten käsillä olevassa tutkimuksessa, myös kyseisessä ruotsalaisessa tutkimuksessa huomattava osa työntekijöistä ei toteuttanut motivoivaa haastattelua riittävällä, eli harjoittelijatasolla. (Forsberg ym., 2011.)

Oma tutkimukseni osoitti, että eniten vaikeuksia motivoivan haastattelun tekniikoista tuottivat avoimet kysymykset. Vain kolme työntekijää kuudestatoista käytti niitä riittävästi. Vähäinen avokysymysten käyttö johtaa useisiin ongelmiin motivoivan haastattelun toteutuksessa: asiakaslähtöisyys ja reflektointi vaikeutuvat, jos asiakas ei saa kertoa tilanteestaan omin sanoin. Suljettujen kysymysten kautta työntekijä ajautuu myös helposti moniin tunnetuihin terapeutin keskustelun sudenkuoppiin, kuten kysymys-vastaus ansaan, asiantuntija-ansaan ja liian nopean etenemisen ansaan (Miller & Rollnick, 2002, 55–56). Tulos on samansuuntainen aikaisempien tutkimusten kanssa osoittaen, että avokysymysten käyttöä ei ole helppo oppia (Forsberg ym., 2010; McCambridge ym., 2011).

Työntekijöiden työskentelytyyli vaihteli asiakkaasta toiseen. Yksi ymmärrettävä selitys on, että asiakkaat ja heidän muutosvalmiutensa vaikuttivat työntekijöiden vuorovaikutustyyliin joko voimistamisen motivoivan haastattelun mukaista tyyliä tai heikentäen sitä. Tässä tutkimuksessa ei mitattu asiakkaitten muutosvalmiutta eikä tarkasteltu asiakkaan puhetta. Näihin kysymyksiin pyrin vastaamaan jatkotutkimuksissani, joissa tarkastelen työntekijöiden vuorovaikutustyylin vaikutusta asiakkaan muutosta koskevaan puheeseen ja myöhempään päihdeiden käyttöön. Asiakkaan muutosvalmius ei kuitenkaan ole este motivoivan haastattelun toteutumiseen, vaan vaikuttaa lähinnä siihen, mitä strategioita työntekijä käyttää (tai on käyttämättä). Esimerkiksi muutosvalmiiden asiakkaiden



kohdalla työntekijä ei pyri herättämään ristiriitaa senhetkisen tilanteen ja toivotun tilanteen välillä, vaan siirtyy muutospuheen ja sitoutumisen vahvistamiseen sekä muutoksen suunnitteluun asiakkaan kanssa. (Miller & Rollnick, 2002, 126–139.)

Työntekijöiden kanssa käydyissä palautekeskusteluissa osa totesi, että kaikille asiakkaista motivoiva keskustelutyö ”ei sovi” tai se ”ei kannata”, etenkin jos asiakkaat vaikuttivat vastahakoisilta, päihdeongelma oli jatkunut hyvin pitkään ja asiakas ei vaikuttanut realistiselta senhetkisen tilanteensa tai tulevaisuutensa suhteen. On totta, että osa päihdehoidon asiakkaista haluaa tai tarvitseeikin motivoivaa haastattelua suorempaa hoidollista ohjausta saadaakseen itselleen apua tai ymmärtääkseen ongelmansa vakavuuden (Miller & Rollnick, 2002, 26). Toisaalta samat vastahakoiset asiakkaat ovat usein niitä, jotka nimenomaan hyötyisivät motivoivasta haastattelusta, koska se ohjaa heitä hienovaraisesti pohtimaan muutoksen mahdollisuutta herättämättä halua vastustaa työntekijää tai hoitoa (Miller & Rollnick, 2002, 26–27; Koski-Jännes 2008, 60). Heidän kohtaamisensa motivoivan haastattelun hengessä ja vastustusta kiertäen on erityisen haasteellista työntekijän motivoivan haastattelun vuorovaikutustaidoille (Miller & Moyers, 2006, 9–10) ja on siten saattanut herättää työntekijässä tunteen, että motivoiva haastattelu ”ei toimi”.

MITI:n kynnysarvot pohjautuvat asiantuntijoiden tekemiin kliinisiin arviointeihin motivoivan haastattelun riittävästä toteutumisesta (Moyers ym., 2010). Moyersin ja Hendrikssonin (2010) katsauksessa tarkasteltiin yhdeksää motivoivan haastattelun toteutumista arvioivaa tutkimusta. Työntekijät saavuttivat käyttäytymiskriteerien keskiarvolla mitattuna riittävän, harjoittelijataso 56–88 prosentissa tutkimuksista. Avokysymykset saivat tosin heikomman keskiarvon (22 %) ja osajatason kynnysarvo toteutui harvoin. On kuitenkin mahdollista, että avokysymysten ja erityisesti osajatason kynnysarvot on asetettu liian korkealle (Moyers & Hendriksson, 2010). Aiheesta tarvitaan lisätutkimuksia (Moyers ym., 2010). Omassa tutkimuksessa yksittäisten MITI osajatason kriteerien toteutumista voidaankin pitää erinomaisena tuloksena ja osoituksena asianomaisten työntekijöiden erityistaidoista.

Käsillä olevan tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida motivoivan haastattelun toteutumista ta-

vanomaisen päihdehoidon kontekstissa, eikä tutkimukseen osallistuneilta työntekijöiltä edellytetty motivoivan haastattelun osaamista tai hallintaa. Vaikka tässä esitettyjen tulosten mukaan työntekijät eivät vielä hallitsekaan edellytetyjä tekniikoita riittävästi, on oletettavaa, että koulutus on muuttanut heidän vuorovaikutustyyliään asiakaslähtöisempään suuntaan. Rohkaisevaa tuloksissa onkin se, että lyhyt koulutus ilman systemaattista palautetta on vaikuttanut työntekijöiden osaamistasoon siten, että puolet työntekijöistä on omaksunut motivoivan haastattelun mukaisen lähestymistavan eli hengen. Millerin & Moyersin (2006) mukaan nimenomaan hengen omaksuminen on ensisijaista menetelmän oppimisen kannalta.

Motivoiva haastattelu on ennen kaikkea tapa ja tyyli olla asiakkaan kanssa (Miller & Rollnick, 2002, 25). Sen hengen katsotaan kuvastavan hoidon ns. yleisiä tekijöitä ilmentäen myös hyvän yhteistyösuhteen eli allianssin muodostumista. Aikaisemmissa tutkimuksissa onkin huomattu, että jos työntekijä toimii motivoivan haastattelun hengen mukaisesti, hän voi joskus toimia myös sen vastaisesti, (kuten neuvoa ilman asiakkaan suostumusta) siten, että se jopa lisää asiakkaan hoitoon osallistumista (Moyers ym., 2005b). Mahdollinen selitys on, että empaattisessa, hyväksyvässä ja tasa-vertaisessa yhteistyösuhteessa asiakkaat arvostavat työntekijän rehellisyyttä ja hänen tarjoamaansa apua (Moyers ym., 2005b). Tämä lieneekin ensiarvoisen tärkeää tutkimuksen kohteena olleissa ensimmäisissä päihdetapaamisissa.

Suomennetun MITI:n reliabiliteetti vaihteli, mutta oli yleisesti ottaen sisäkorrelaatiokertoimella sekä Cronbachin alfalla mitattuna hyvä. Käyttäytymiskoodien reliabiliteetit vastasivat yleisesti ottaen kansainvälisten tutkimusten tasoa (Forsberg ym., 2007; Pierson ym., 2007). Sen sijaan etenkin motivoivan haastattelun hengen reliabiliteetti oli tutkimuksessamme parempi kuin muissa vastaavissa tutkimuksissa (Brueck ym., 2009; Forsberg ym., 2007; Moyers ym., 2005). Koko menetelmän reliabiliteetti oli kaiken kaikkiaan hyvä huomioon ottaen, että yhteisiä koodausharjoituksia ei koulutuksen jälkeen ollut ja siksi mahdolliset systemaattiset erimielisyydet näkyvät tuloksissa. Heikoimmat reliabiliteetit koskivat motivoivan haastattelun vastaisia toimintamalleja ja monimuotoisia reflektioita. Kuten vastaavissa tutkimuksissa (Brueck



ym., 2009) yksi syy motivoivan haastattelujen vastaisten ilmausten heikkoon reliabiliteettiin on ilmeisesti se, että niitä ilmenee hyvin harvoin. Niiden tunnistaminen on siten vaikeampaa ja kynnys motivoivan haastattelun vastaisen käyttäytymisen koodaamiseen nousee korkeaksi.

Työntekijöiden toimintaa oli välillä vaikea koodata. Kuten McCambridgen ym. (2011) ja Bennettin ym. (2007) tutkimuksissa, suljettujen kysymysten koodaaminen tuotti ajoittain ongelmia, sillä koodaussäännöt eivät aina vastanneet toteutunutta vuorovaikutusta. Suljettu kysymys saattoi esimerkiksi tuottaa asiakkaalta pidemmän vastauksen eli toimia avokysymyksen tapaan (Rakkolainen & Ehrling, 2010). Koodauksen ongelmatilanteet ratkaisimme koodausta harjoitellessamme tarkentamalla koodausohjeita vastaamaan paremmin suomen kieltä. Reflektioiden heikompa reliabiliteettiä arvioimme niin ikään tarkemmin tämän lehden toisessa artikkelissa, jossa tutkimme näitä vuoroja myös keskusteluanalyysillä sen selvittämiseksi, mitä niissä tapahtuu (Rakkolainen & Ehrling, 2012).

## JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämä artikkeli oli ensimmäinen systemaattisesti motivoivan haastattelun toteutusta suomalaisessa päihdehoitotilanteessa arvioiva tutkimus. Aikaisempien kansainvälisten tutkimusten tapaan tutkimus osoitti, että vallalla oleva workshop-tyylinen menetelmäkoulutus ei anna riittäviä valmiuksia motivoivan haastattelun hallintaan (Forsberg ym., 2011; Forsberg ym., 2010; Miller & Rollnick, 2009; Miller & Moyers, 2006; Mitcheson ym., 2009; Baer ym., 2004; Miller & Mount, 2001). Tulokset osoittivat, että työntekijät tarvitsevat jatkossa sekä henkilökohtaista palautetta että ohjausta oppiakseen motivoivan haastattelun tekniikat ja osa myös oppiakseen ilmaisemaan sen henkeä riittävästi (Forsberg ym., 2011; Miller ym., 2004; Baer ym. 2004; Miller & Mount, 2001; Miller & Rollnick, 2009).

Tuloksia voidaankin pitää lähtökohtana motivoivan haastattelun koulutuksen kehittämiseksi, työohjaukselle ja jatkotutkimuksille. Myös Suomessa motivoivan haastattelun oppimista ja noudattamista tulee tehostaa arvioimalla koulutuksen ja hoi-

don toteutumista objektiivisesti ja systemaattisesti. Yksinkertaisin ja siinä mielessä käyttökelpoinen menetelmä on tässä esitetty MITI, joka soveltuu hyvin tämänkaltaiseen motivoivan haastattelun perustaitojen kehittämiseen, jos koodauksen oppimiseen panostetaan riittävästi (Moyers ym., 2010, 27). MITI:n suomennetun version reliabiliteetti osoittautui kaiken kaikkiaan hyväksi, vaikka monimuotoisten reflektioiden ja motivoivan haastattelun vastaisten ilmaisujen tunnistamista tuleekin jatkossa parantaa.

Esittämäni tulokset tukevat Millerin ja Moyersin (2006) motivoivan haastattelun vaiheittaisen oppimisen mallia. Kahdeksasta eri vaiheesta työntekijöiden tulee ensin omaksua motivoivan haastattelun henki ja asiakaslähtöisen terapian perustekniikat (tässä reflektointi). Vasta sen jälkeen voidaan siirtyä sen strategisempiin tekniikoihin, kuten asiakkaan muutospuheen tunnistamiseen ja vahvistamiseen, vastustuksen kiertämiseen, muutossuunnitelman tekemiseen ja sitoutumisen vahvistamiseen. (Miller & Moyers, 2006.)

Motivoivan haastattelun oppimista on verrattavasti golfin pelaamisen oppimiseen (Miller ym., 2006). Teoriatunnit golfin perusteista auttavat ymmärtämään, mistä siinä kaiken kaikkiaan on kysymys, mutta ne eivät opeta lyömään palloa, seuraamaan mihin oma lyönti kulkee tai kerro mitä tekniikassa pitäisi korjata. Ilman palautetta on vaikea ohjata omaa toimintaa, joten pelkkään motivoivan haastattelun tiedolliseen koulutukseen pohjautuva oppiminen opettaa työntekijöitä vertauskuvallisesti ”lyömään palloa silmät ummessa.” (Miller ym., 2006).

Työntekijän on hyvin vaikea itse huomata, mitä hänen tulisi omassa tai asiakkaan toiminnassa tarkkailla opetellessaan motivoivaa haastattelua. Tässä ja itse tekniikoiden opettelussa istuntojen nauhoitukset ovat korvaamaton apu ja tuki. Työntekijöiltä saattaa kuitenkin olla vaikea saada istuntojen nauhoituksia (Baer ym., 2004; Bennett ym., 2007); he voivat kokea sen ahdistavaksi, vaikkakin opettavaksi ja tärkeäksi (ks. Forsberg ym., 2008; Forsberg ym., 2010). Olisi hyödyllistä, jos istuntojen nauhoituksesta muodostuisi koulutuksessa ja työohjauksessa käytäntö, jonka työntekijät voisivat kokea omakseen ja saatu palaute kannustaisi menetelmän käyttöön. Näin on toimittu yhdyskuntaseuraamusyksiköissä, joissa istuntojen nauhoitukset, vertais-

tuki sekä palaute ovat osa motivoivan työtavan opimista sekä laadunvalvontaa.

Jatkossa, jos työntekijän tai hoitoyksikön tavoitteena on motivoivan haastattelun noudattaminen, tulee menetelmän koulutusta ja sen käytännön toteutusta suunnitella ja arvioida johdonmukaisesti ja vaiheistetusti. Moyersin ja Hendrikssonin (2010) mukaan työntekijöiden lähtötasot tulisi mitata ja huomioida jo koulutusta suunniteltaessa, sillä lähtötasoltaan heikompien työntekijöiden taidot hiipuvat nopeammin kuin lähtötasoltaan osaavampien työntekijöiden taidot. Menetelmää sovellettaessa saatetaan myös kadottaa motivoivan haastattelun keskeisimmät piirteet (Sulko & Riittinen, 2008, 75), joten jo kerran opittuja taitoja tulee aika ajoin ylläpitää (Miller ym., 2004). Erityisenä haasteena motivoivan haastattelun käyttöön otossa onkin huomioida, miten lisätä motivoivan haastattelun soveltamista siten, että sen olennaiset vaikuttavat ainesosat pysyvät toteutuksessa mukana (Lahti 2008; Miller & Rose, 2009; Miller ym., 2006). Tämänkaltainen motivoivan haastattelun systemaattinen käyttöönotto voisi vähentää työntekijöiden välistä vaihtelua tavassa hoitaa asiakkaita (Najavits ym., 2000) ja mahdollistaisi jatkossa myös motivoivan haastattelun vaikuttavuuden arvioinnin maassamme (Krampe ym., 2008; Miller ym., 2006; Madson & Campbell, 2006; Moyers ym., 2005a).

Motivoivaa haastattelua on tutkittu hyvin vähän oikeissa päihdehoitotilanteissa ja tämänkaltaisia tutkimuksia tarvitaan lisää myös suomalaisessa kulttuurissa ja kontekstissa. On mahdollista, että kaikille hyvin eriasteisista päihdeongelmista toipuille asiakkaille menetelmä ei sovi. Jos Suomessa halutaan jatkossa arvioida motivoivan haastattelun vaikuttavuutta, käsillä olevat tulokset tulee ottaa huomioon sitä ennen. Työntekijän oma käsitys menetelmän käytöstä ei takaa sen käyttöä oikeassa hoitotilanteessa ja motivoivan haastattelun toteutumista tulee myös jatkossa arvioida objektiivisesti ennen sen vaikuttavuuden arviointia.

## Lähteet

Amrhein, P. Miller, W., Yahne, C., Palmer, M. & Fulcher, L. (2003). Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 5, 862–878.

Tässä esitettyjen tulosten tulkintaa rajoittaa suhteellisen pieni otos, 36 asiakasnauhaa. Lisäksi osalla työntekijöistä voitiin analysoida vain yhden tai kahden asiakkaan kanssa käytyjä keskusteluja, jolloin on vaikea tehdä yleistyksiä heidän menetelmän käytöstään. Työntekijän yksittäisiä ilmaisuja analysoitiin MITI:n avulla vain 20 minuutin jaksolta. Tätä kompensoi kuitenkin se, että yleisarviointi tehtiin koko istunnosta.

MITI-koodausmenetelmä ei tarkastele kaikkia motivoivan haastattelun olennaisia osa-alueita, kuten työntekijän muutospuheen herättelyn taitoa. Se ei myöskään kuvaa yksityiskohtaisesti hoidon prosessia tai sisältöä (Moyers ym., 2005b). Monipuolisemmatkaan koodausmenetelmät eivät pysty vastaamaan kaikilta osin näihin tärkeisiin motivoivaa haastattelua ja hoidon vaikuttavuutta koskeviin kysymyksiin (De Jonge ym., 2005). Koodausmenetelmiä tulisikin jatkossa kehittää enemmän tähän suuntaan.

Olen edellä kuvannut, missä määrin työntekijät sovelsivat päihdehoidon ensitapaamisissa motivoivan haastattelun henkeä ja tekniikoita. Se, että motivoiva haastattelu ei suurimmassa osassa istuntoja toteutunut, ei kuvaa muilta osin hoidon sisältöä tai laatua. Asiakkaan päihdeongelmasta toipumisen ja hoitoon sitoutumisen kannalta lienee tärkeintä, että näillä päihdehoidon ensikäynneillä asiakkaan tilanteeseen orientoidutaan ennen kaikkea motivoivan haastattelun hengessä, realistisesti ja optimistisesti (Wagner & Ingersoll, 2008; Rollnick & Miller, 1995).

## Kiitokset

Tutkimuksen on rahoittanut Suomen Akatemia (1118424). Haluan erityisesti kiittää kaikkia tutkimukseen osallistuneita työntekijöitä ja heidän asiakkaitaan.

Artikkeli on saapunut toimitukseen 1.8.2011 ja hyväksytty julkaistavaksi 17.1.2012.

Baer, J., Rosengren, D., Dunn, C., Wells, E., Ogle, R. & Hartzler, B. (2004). An evaluation of workshop training in motivational interviewing for addiction and mental health clinicians. *Drug and Alcohol Dependence*, 73, 99–106.

- Bennett, G., Moore, J., Vaughan, T., Rouse, L., Gibbins, J., Thomas, P., James, K. & Gower, P. (2007). Strengthening motivational interviewing skills following initial training: A randomised trial of work-based reflective practice. *Addictive Behaviors*, 32, 2963–2975.
- Brueck, R., Frick, K., Loessl, B., Kriston, L., Schondelmaier, S., Go, C., Haerter, M. & Berner, M. (2009). Psychometric properties of the German version of motivational interviewing treatment integrity code. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36, 44–48.
- Cicchetti, D. (1994). Guidelines, criteria and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6, 4, 284–290.
- De Jonge, J., Schippers, G. & Schaap, C. (2005). The motivational interviewing skill code reliability and a critical appraisal. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 1–14.
- Feldstein, S. & Forcehimes, A. (2007). Motivational interviewing with underage college drinkers: A preliminary look at the role of empathy and alliance. *American Journal of Drug Alcohol Abuse*, 33, 5, 737–746.
- Forsberg, L., Berman, A., Källmen, H., Hermansson, U. & Helgason, A. (2008). A test of the validity of the motivational interviewing treatment integrity code. *Cognitive Behaviour Therapy*, 37, 3, 183–191.
- Forsberg, L., Ernst, D. & Farbring, C. (2011). Learning motivational interviewing in a real-life setting: A randomised controlled trial in the Swedish Prison Service. *Criminal Behaviour & Mental Health*, 21, 3, 177–188.
- Forsberg, L., Forsberg, L.G., Lindqvist, H. & Helgason, A.R. (2010). Clinician acquisition and retention of Motivational Interviewing skills: A two-and-a-half-year exploratory study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 5, 8. Luettu 8.6.2011. <http://www.substanceabusepolicy.com/content/5/1/8>
- Forsberg, L., Källmen, H., Hermansson, U., Berman, A. & Helgason, A. (2007). **Coding counsellor behaviour in motivational interviewing sessions: inter-rater reliability for the Swedish motivational interviewing treatment integrity code (MITI).** *Cognitive Behaviour Therapy*, 36, 3, 162–169.
- Gaume, J., Gmel, G., Faouzi, M. & Daepfen J. (2009). Counselor skill influences outcomes of brief motivational interventions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37, 151–159.
- George, D. & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update* (4. painos.). Boston: Allyn & Bacon.
- Hodgins, D., Ching, L. & McEwen, J. (2009). Strength of commitment language in motivational interviewing and gambling outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23, 1, 122–130.
- Koski-Jännes, A. (2008). Motivoivan haastattelun periaatteet ja menetelmät. Teoksessa A. Koski-Jännes, L. Riittinen, ja P. Saarnio (toim.), *Kohti muutosta. Motivoitimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin*. (s. 41–64). Helsinki: Tammi.
- Koski-Jännes, A., Rakkolainen, M. & Tolonen, K. (2010). *Motivoivan haastattelun noudattaminen koodauskäsikirja*. Suomentettu, julkaisematon käsikirja.
- Koski-Jännes, A., Riittinen, L. & Saarnio, P. (toim.) (2008). *Kohti muutosta. Motivoitimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin*. Jyväskylä: Tammi.
- Krampe, H., Stawicki, S., Ribbe, K., Wagner, T., Bartels, C., Kroener-Herwig, B. & Ehrenreich, H. (2008). Development of an outcome prediction measure for alcoholism therapy by multimodal monitoring of treatment processes. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 30–47.
- Lahti, J. (2008). Motivoiva haastattelu päihdehoidossa tutkimusten valossa. Teoksessa A. Koski-Jännes, L. Riittinen, ja P. Saarnio (toim.), *Kohti muutosta. Motivoitimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin*. (s. 82–106). Helsinki: Tammi.
- Madson, M. & Campbell, T. (2006). Measures of fidelity in motivational enhancement: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 67–73.
- Madson, M., Loignon, A. & Lane, C. (2009). Training in motivational interviewing: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36, 101–109.
- McCambridge, J., Day, M., Bonita A. Thomas, B. & John Strang, J. (2011). Fidelity to Motivational Interviewing and subsequent cannabis cessation among adolescents. *Addictive Behaviors*, 36, 749–754.
- Mitcheson, L., Bhavsar, K. & McCambridge, J. (2009). Randomized trial of training and supervision in motivational interviewing with adolescent drug treatment practitioners. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37, 73–78.
- Meier, P., Barrowclough, C. & Donmall, M. (2005). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. *Addiction*, 100, 3, 304–316.
- Miller, W. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11, 147–172.
- Miller, W. & Mount, K. (2001). A small study of training in motivational interviewing: does one workshop change clinician and client behavior? *Behavioral and cognitive psychotherapy*, 29, 457–471.
- Miller, W. & Moyers, T. (2006). Eight stages in learning motivational interviewing. *Journal of Teaching in the Addictions*, 5, 3–17.
- Miller, W., Moyers, T., Ernst, D. and Amrhein, P. (2008). *Manual for the Motivational Interviewing Skill Code (MISC). Version*

- 2.1. Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions. The University of New Mexico. <http://casaa.unm.edu/download/misc.pdf>
- Miller, W. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing. Preparing people for change* (2. painos) New York: Guilford Press.
- Miller, W. & Rollnick, S. (2009). Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 129–140.
- Miller, W. & Rollnick, S. (2011). *Motivational interviewing: What it is, how it works, how to learn it*. Workshop. 30.9.2011. Cardiff.
- Miller, W. & Rose, G. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. *American Psychologist*, 64, 6, 527–537.
- Miller, W., Sorenson, J., Selzer, J. & Brigham, G. (2006). Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: a review with suggestions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 25–39.
- Miller, W., Yahne, C., Moyers, T., Martinez, J. & Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 1050–1062.
- Moyers, T. & Hendrickson, S. (2010). *Learning how to improve MI practice using the MITI coding system. What to expect from clinicians when training and using MI: Research Findings*. Pre-conference workshop. Second International Conference on Motivational Interviewing, 6.6.2010, Stockholm, Sweden. Luettu 2.12.2011. <http://www.fhi.se/Documents/ICMI/Dokumentation/June-6/Moyers-and-Hendrickson-june6-pre-conference-workshops.pdf>
- Moyers, T., Martin, T., Manuel, J., Hendrickson, S. & Miller, W. (2005a). Assessing competence in the use of motivational interviewing. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, 19–26.
- Moyers, T., Martin, T., Manuel, J., Miller, W. & Ernst, D. (2010). *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) Luettu 12.2.2010: [http://casaa.unm.edu/download/MITI3\\_1.pdf](http://casaa.unm.edu/download/MITI3_1.pdf)
- Moyers, T., Miller, W. & Hendrickson, S. (2005b). How does motivational interviewing work? Therapist interpersonal skill predicts client involvement within motivational interviewing sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 4, 590–598.
- Najavits, L., Crits-Christoph, P. & Dierberger, A. (2000). Clinicians' impact on substance abuse treatment. *Substance Use and Misuse*, 35, 2161–2190.
- Pierson, H., Hayes, S., Gifford, E., Roget, N., Padilla, M., Bissett, R., Berry, K., Kohlenberg, B., Rhode, R. & Fisher, G. (2007). An examination of the Motivational Interviewing Treatment Integrity code. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32, 1, 11–17.
- Rakkolainen, M. (2004). "Velat muuttuu saataviksi" – Motivoivan haastattelun periaatteiden toteutuminen Mikkelin vankilan parityönä toteutetuissa päihdehaastatteluissa. Pro gradu-työ. Sosiaalipsykologian ja sosiologian laitos, Kuopion yliopisto, 96 s. Julkaistu rikosseuraamusalan koulutuskeskuksen verkkojulkaisusarjassa: Tutkielmat ja selvitykset 5:2005. [http://www.vhkk.fi/Rakkolainen\\_Maria.pdf](http://www.vhkk.fi/Rakkolainen_Maria.pdf)
- Rakkolainen, M. (2008). Motivoivan haastattelun arvioiminen. Teoksessa: A. Koski-Jännes, L. Riittinen, & P. Saarnio (toim.), *Kohti muutosta. Motivoivintemelmää päihde- ja käyttäytymisongelmiin* (s.107–122). Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Rakkolainen, M. & Ehrling, L. (2010). Motivoivan haastattelun analyysi kahdella eri menetelmällä. Teoksessa: J. Ruusuvoori, P. Nikander & M. Hyvärinen (toim.), *Haastattelun analyysi* (s. 325–350). Tampere: Vastapaino.
- Rakkolainen, M. & Ehrling, L. (2012). Reflektointi taitona ja tekniikkana motivoivassa haastattelussa. *Psykologia*, 47, 1, 22–39.
- Rollnick, S. & Miller, W. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325–334.
- Sulkko, S. & Riittinen, L. (2008). Motivoivan haastattelun taitojen oppimisesta ja opettamisesta. Teoksessa A. Koski-Jännes, L. Riittinen, ja P. Saarnio (toim.), *Kohti muutosta. Motivoivintemelmää päihde- ja käyttäytymisongelmiin* (s. 65–81). Helsinki: Tammi.
- Tollison, S., Lee, C., Neighbors, C., Neil, T., Olson, N. & Larimer, M. (2008). Questions and reflections: The use of motivational interviewing micro skills in a peer-led brief alcohol intervention for college students. *Behavior Therapy*, 39, 183–194.
- Thyrian, J., Freyer-Adam, J., Hannover, W., Roske, K., Mentzel, F., Kufeld, C., Bischof, G., Rumpf, H.-J., John, U. & Hapke, U. (2007.) Adherence to the principles of Motivational Interviewing, clients' characteristics and behavior outcome in a smoking cessation and relapse prevention trial in women postpartum. *Addictive Behaviors*, 32, 10, 2297–2303.
- Wagner, C. & Ingersoll, K. (2008). Beyond cognition: Broadening the emotional base of motivational interviewing. *Journal of Psychotherapy Integration*, 18, 191–206.

# Motivoivan haastattelun analyysi kahdella eri menetelmällä

Rakkolainen, Maria ja Ehrling, Leena

Teoksessa: J. Ruusuvuori, P. Nikander & M. Hyvärinen (toim.), *Haastattelun analyysi* (s. 325–350). Tampere: Vastapaino.

Avainsanat:

*Vuorovaikutus, motivoiva haastattelu, koodaus, keskustelun analyysi, suljettu kysymys, prosessitutkimus, tuloksellisuustutkimus, emic–etic*

## ***Johdanto***

Saman tutkimusongelman äärellä olevat tutkijat toimivat usein omissa piireissään ja käyvät vain käyttämänsä menetelmän sisällä keskustelua oman tutkimusvälineensä vahvuuksista ja heikkouksista. Eri menetelmien välinen dialogi tutkimuslöydöksistä ja niiden vertailtavuudesta sekä menetelmien sisäisistä rajoituksista ja kehitysmahdollisuuksista on toistaiseksi ollut melko vähäistä. Erilaiset analyysimenetelmät nähdään usein kilpailuasetyksissä toisiinsa nähden, vaikka ne voisivat rakentavan dialogin avulla täydentää toisiaan niin ratkottaessa kunkin menetelmän sisäisiä ongelmia kuin vastattaessa erityisiin tutkimuskysymyksiin liittyviin haasteisiin.

Kuvaamme tässä luvussa kahta eri menetelmää, joita yhdistää sama tutkimuskohde: mikä tekee päihdehoidon asiakastyöstä vaikuttavaa? Vastauksia tähän kysymykseen on haettu päihdehoitotutkimuksissa useilla eri tavoilla. Isojen aineistojen analyysissa on käytetty määrällisiä tutkimusmenetelmiä, joilla voidaan mitata tutkittavan hoitomenetelmän erityisiä piirteitä sekä kaikille hoidoille yhteisiä yleisiä tekijöitä. Tällöin ei kuitenkaan päästä käsiksi itse hoitotilanteeseen ja siihen, *mikä* tekee kommunikaatiosta terapeuttista. Hoidon sisällön yksityiskohtainen tarkastelu eli prosessitutkimus puolestaan tuottaa tarkkaa tietoa hoitotapahtumista. Ongelmana tällöin on tulosten rajallinen yleistettävyyys. Tässä luvussa kuvataan,

miten tuloksia yleistävä ja prosessia kuvaava analyysimenetelmä voivat täydentää toisiaan vuorovaikutusta tutkittaessa. Käytämme esimerkkinä omaa tutkimustamme Suomen Akatemian rahoittamassa tutkimusprojektissa, jossa pyritään tunnistamaan sellaisia päihdeongelmaisten motivoivien haastattelujen (MH) ominaisuuksia ja ilmiöitä, jotka vaikuttavat hoidon tuloksiin. Jotta pystyisimme vastaamaan tähän haasteeseen mahdollisimman kattavasti ja eri näkökulmista, analysoimme samaa aineistoa puhetoimintojen luokitteluun pohjautuvan koodauksen ja keskusteluanalyysin avulla. Vaikka aineisto on sama, kyseiset menetelmät lähestyvät sitä erilaisten tutkimuskysymysten kautta. Motivoivan haastattelun *koodauksella* pyritään vastaamaan kysymyksiin siitä, missä määrin keskustelu noudattaa motivoivan haastattelun periaatteita ja lisää asiakkaan hoitoon sitoutumista. *Keskusteluanalyysillä* vastaavasti tarkastellaan, mitä työntekijän ja asiakkaan välisessä vuorovaikutuksessa tapahtuu ja mitkä vuorovaikutuksen piirteet luonnehtivat päihdehoidon ensikohtaamisia. Kummassakin menetelmässä siis tarkastellaan vuorovaikutusta, mutta eri näkökulmista: yhtäältä tutkijalähtöisesti tiettyjen ennalta-annettujen koodaussääntöjen ohjaamana ja toisaalta aineistolähtöisesti, osallistujan omia orientaatioita esiin nostaen.

### ***Etic ja emic näkökulmina***

MH:n vaikuttavuutta on tutkittu menetelmän alkuajoista lähtien ja työntekijän ja asiakkaan vuorovaikutuksen arvioimiseen on kehitetty useita erilaisia koodausmenetelmiä (Madson & Campbell, 2006). Yksi niistä on MITI 3.1.1, jonka avulla voidaan tutkia pelkästään työntekijän motivoivan haastattelun taitoja (Moyers ym. 2010). Koodaus edustaa tutkijalähtöistä aineiston analyysia, niin sanottua *etic* näkökulmaa. Tutkija voi siinä valmiiden käyttäytymislukien kautta tunnistaa työntekijän motivoivan haastattelutavan mukaista tai sen vastaista käyttäytymistä. MITI-koodaus koostuu sekä yleisarvioinnista että käyttäytymiskoodien laskemisesta. Yleisarvioinnissa tarkastellaan työntekijän vuorovaikutus<sup>tyyliä</sup> koodattavan jakson ajalta. Varsinainen koodaus tehdään havainnoimalla työntekijän puhetta valmiiden koodausluokkien, *käyttäytymiskategorioiden* pohjalta. Koodausluokkien ensisijainen tarkoitus on tunnistaa työntekijän motivoivan haastattelutavan mukaista toimintaa ja laskea, miten paljon työntekijän puheenvuorot ilmentävät MH:n menetelmällistä hallintaa. Saatuja koodausfrekvenssejä voidaan verrata asiantuntijoiden laatimiin kriteereihin eli niin sanottuihin kynnsarvoihin sen tarkistamiseksi, että keskustelu noudattaa riittävässä

määrin MH:n periaatteita. MITI:n avulla voidaan siis tehdä havaintoja ja tiivistyksiä siitä, miten työntekijä istunnossa toimii.

Keskustelunanalyysi (KA) puolestaan on aineistolähtöinen menetelmä. Se valottaa keskustelun rakentumista vuoro vuorolta osallistujien yhteistoiminnan tuloksena. Se avaa *emic* - eli puhujan oman näkökulman. Kuten koodauksessa, myös KA:ssa katsotaan, minkälaisia tehtäviä kukin vuoro keskustelussa toteuttaa. Olennainen ero suhteessa koodaukseen on, että KA:ssa puheenvuoron tehtävää vuorovaikutuksessa tulkitaan sen avulla, miten puhuja suhteuttaa sen edeltävään puheenvuoroon ja miten vastaanottaja sitä käsittelee seuraavassa vuorossaan. KA:n tärkein tulkinnallinen resurssi onkin puhujien omat tulkinnat, jotka he itse tuovat vuoroissaan esiin. KA:ssa tutkijan on mahdollista ottaa agnostinen eli ei-tietämisen kanta vuoron tarkoitteeseen. Analyysitulokset perustuvat materiaaliin, joka on kaikille näkyvässä, eikä tutkija tarvitse tietoa puhujien sisäisistä motiiveista.

Tässä luvussa käytämme rinnakkain koodausta ja keskustelunanalyysiä ja vertaamme menetelmien antia sen selvittämiseksi, mikä tekee päihdehoidon keskustelusta vaikuttavaa. Havainnollistamme tätä vertailua keskittymällä pelkästään suljettujen kysymysten tarkasteluun. Kuvaamme erityyppisten suljettujen kysymysten koodaussääntöihin liittyviä ongelmatilanteita ja katsomme, mitä KA-luenta kertoo näistä tilanteista. Esittelemme ensin MH:n periaatteisiin pohjautuvan koodausmenetelmän ja keskustelunanalyysin perusideat, jonka jälkeen tarkastelemme lyhyesti menetelmien yhtäläisyyksiä ja eroja. Sen jälkeen käymme tarkemmin läpi MITI:n ohjeet avointen ja suljettujen kysymysten koodaamisesta, sekä keskustelunanalyttisen näkökulman suljettuihin kysymyksiin. Analyysiosassa näytämme ja vertaamme tietoa, jota eri menetelmillä saadaan keskustelutilanteista.

### ***Motivoivan haastattelun koodaus***

*Motivoiva haastattelu.* Motivoiva haastattelu (MH) on tunnettu ja toimivaksi todettu haastattelumenetelmä, jonka tarkoituksena on asiakkaan sisäisen muutosmotivaation tukeminen päihdeiden käyttöön liittyvää ristiriitaa tutkimalla ja selvittämällä (Miller & Rollnick 1991). Motivoiva haastattelu sopii erityisen hyvin päihdehoidon ensitapaamisiin, joissa työskentelyä ollaan aloittamassa ja asiakas saattaa suhtautua sekä hoitoon että muutoksen toteuttamiseen ristiriitaisesti. (Miller & Rollnick, 2002.) MH:ssa on tietyt periaatteet ja vuorovaikutustekniikat, joiden avulla työntekijä herättelee asiakkaan sisäistä muutosmotivaatiota. Tekniikoita

tärkeämpää on kuitenkin työntekijän oikeanlainen työskentelytyyli ja suhtautumistapa asiakkaaseen. Empaattisen kuuntelun ohella työntekijän vuorovaikutustapaa kuvastaa niin sanottu MH:n henki, joka koostuu evokaatiosta eli muutosmotivaation herättelystä, yhteistyöstä ja asiakkaan autonomian tukemisesta. MH:n perustaitoihin kuuluu: *avointen kysymysten tekeminen*, jotta asiakas saa itse omin sanoin kertoa tilanteestaan, *reflektointi* eli heijastava kuuntelu, jossa vastataan asiakkaan puheeseen toistaen, toisin sanoen, vahvistaen tai selventäen asiakkaan puhetta tai avaten siihen uutta näkökulmaa, asiakkaan *vahvistaminen ja tukeminen* ymmärrystä ja arvostusta viestivin ilmaisin sekä *asiakkaan puheen yhteenvedot* tämän ongelman kannalta keskeisistä asioista. Viides, asiakkaan muutostavoitetta selkeyttävä perustaito – asiakkaan *muutospuheen herättelemine ja vahvistaminen* – on MH:ssa hyvin keskeinen. Avoimet kysymykset asiakkaan mahdollisesti kokemista haitoista ja muutoksen eduista, tulevaisuuden toiveista ja muutosaikomuksista ovat esimerkkejä tavoista herätellä muutospuhetta haastatteleamalla. (Miller & Rollnick, 2002, 65–84; Koski-Jännes, 2009, 50–55.)

Motivoivan haastattelun periaatteisiin pohjaavista koodausmenetelmistä MITI on kaikkein yksinkertaisimpia. Haastattelijoiden MH:n vuorovaikutustaitoja arvioidaan siinä ”Motivoivan haastattelun noudattaminen”-nimisen käsikirjan (Motivational Interviewing Treatment Integrity, MITI 3.1.1) avulla (Moyers ym. 2010). Ääni- tai videonauhoidetun istunnon arviointi tehdään siinä satunnaisesti valitusta 20 minuutin jaksosta tai koko istunnosta. Tutkimustarpeeseen on hyvä, että nauha on muutettu tekstimuotoon eli litteroitu, mutta koodauksen voi tehdä myös pelkästään nauhaa kuuntelemalla ja koodeja arviointilomakkeelle laskemalla (niin sanotulla tukkimiehen kirjanpidolla). (Moyers ym. 2010.)

MITI:ssä tehdään ensin *yleisarvioinnit* työntekijän *vuorovaikutustyylistä* 1–5 Likert -asteikolla. Varsinaisessa koodauksessa työntekijän puheenvuorosta tunnistetaan ja jaetaan erilliset *ilmaisut* eli ajatuskokonaisuudet, joista kukin saa oman käyttäytymiskoodinsa. Jos puheenvuorossa on useampi erillinen ilmaisu, jokainen saa oman koodinsa kuitenkin siten, että yhdessä puheenvuorossa voi olla kukin käyttäytymisloukka vain yhden kerran. Käyttäytymisloukkaa on viisi: tiedon välittäminen, motivoivan haastattelun mukainen ilmaisu, motivoivan haastattelun vastainen ilmaisu, kysymys ja reflektio. Kysymyksissä on lisäksi alaluokat: avoin ja suljettu, sekä reflektioiden kohdalla alaluokat: yksinkertainen ja monimuotoinen. Koodaus tehdään *päätelysääntöihin ja ohjeisiin nojautuen*. Koodauskäsikirjan ohjeet auttavat ilmaisujen jakamisessa, eri ilmaisujen tunnistamisessa ja erottelussa. Päätelysäännöt auttavat ratkaisemaan koodauksen ongelmatilanteita ja luovat yhtenäisen toimintalogiikan eri koodaajien välille. Esimerkkinä sääntö: jos koodaaja



ei ole varma siitä, onko reflektio yksinkertainen vai monimuotoinen, käytetään yksinkertaisen reflektion koodia. (Moyers ym. 2010.)

Koodauksen jälkeen lasketaan, kuinka paljon kutakin eri koodia tarkastellussa jaksossa esiintyi. Käyttäytymisen frekvenssejä laskemalla saadaan luvut, joita voidaan verrata motivoivan haastattelun asiantuntijoiden tekemiin suosituksiin: aloittelijan ja taitavan haastattelijan kynnsarvioihin, joiden tulisi toteutua, jotta työntekijän vuorovaikutustyylin ja – tekniikoiden voidaan sanoa vastaavan motivoivaa haastattelua. Viisi alinta hyväksyttävää kynnsarvoa kuvastavat 1) *riittävää MH -vuorovaikutustyylin tavoittamista* sekä tarkempaa *teknistä taitavuutta*, jota kuvaavat seuraavat kriteerit: 2) vähintään yksi reflektio jokaista esitettyä kysymystä kohden, 3) vähintään yhtä paljon avoimia ja suljettuja kysymyksiä, 4) monimuotoisia reflektioita lähes yhtä paljon kuin yksinkertaisia, sekä 5) motivoivan haastattelun mukaisia ilmaisuja vähintään 90 % kaikista MH:n mukaisista ja vastaisista ilmaisuista. (Moyers ym. 2010.)

Koodausmenetelmänä MITI on kehitetty niin työnohjaus- kuin tutkimustarkoituksiin ja sen vuoksi erityishuomiota menetelmän kehittämissä on kiinnitetty koodauksen validiteettiin ja reliabiliteettiin (Moyers ym. 2010; Forsberg ym. 2007; Moyers ym. 2005a). Koodauksessa on tarkoituksena tunnistaa työntekijän tiettyjä käyttäytymistapoja ilman, että huomioitaisiin miten ne sopivat yleisvaikutelmaan työntekijän MI:n hallinnasta. Vaikka keskustelukontekstilla on jonkin verran vaikutusta koodaajaan, koodin valinta pyritään tekemään yleensä luokittelu- ja päättelysääntöjen avulla sen sijaan, että yritettäisiin tavoittaa ilmaisun kokonaisvaikutelmaa. Koodien määrittämisessä pyritään siten keskittymään vain siihen, mihin luokkaan ilmaisu parhaiten sopii ja vältetään keskustelun nyanssien ja kontekstin huomioimista sekä päätelmiin tai ilmaisujen tulkintoihin turvautumista. (Miller ym. 2008.) Analyysiyksikköjen nimeäminen ja rajaaminen on tyypillistä tutkija- eli etic -lähtöisessä analyysissä, jossa tutkittava ilmiö on tarkasti määritelty ennen aineiston analyysiä ja tutkimuksen ensisijaisena tehtävänä on aineiston kuvaaminen tiiviisti ja yleistettävästi tietystä näkökulmasta käsin.

MH:n koodausmenetelmien juuret ovat sosiaalipsykologisessa ja balesilaisessa tutkimusperinteessä, jossa vuorovaikututusta havainnoidaan ja luokitellaan sekä lasketaan, missä määrin mitäkin ilmiötä keskustelussa esiintyy (katso Bales, 1951). Luokittelu ja laskenta -periaatteella toimivassa koodausjärjestelmässä työntekijän ja asiakkaan puheen luokat voivat muodostua esimerkiksi käytännön terapiatyön kokemuksesta, tutkimuslöydöksistä ja hypoteeseista. (Patterson & Forgatch, 1985; Peräkylä, 2004.) Vaikka MH pitää sisällään vuorovaikutustyylin, tietyt periaatteet ja vuorovaikutustekniikat, eivät MH tai siihen pohjautuva koodaus ole teorialähtöisiä

siinä mielessä, että MH teoriaa ollaan vasta kehittämässä 20 vuoden koodaustutkimusten löydösten pohjalta (Miller & Rose, 2009).

MH:n vuorovaikutuksen tutkimuksessa työntekijän ja asiakkaan puheen koodaus on niin sanottu valtavirtamenetelmä. Tutkimuksissa sen avulla voidaan tarkistaa käyttävätkö työntekijät MH:a, sekä tutkia tarkemmin hoidon prosessia ja vaikutuksia hoidon tuloksiin, kuten alkoholinkäytön vähentämiseen tai lopettamiseen. Tutkimukset ovatkin osoittaneet muun muassa, että työntekijän MH:n vastainen, konfrontoiva käyttäytyminen on lisännyt asiakkaan vastustusta työntekijää kohtaan ja ennustanut myöhempää alkoholinkäytön lisääntymistä (Miller ym. 1993). Vastaavasti MH:n mukaisten vuorovaikutustaitojen käyttö on ollut yhteydessä hyviin hoitotuloksiin (Gaume ym. 2008; Moyers ym. 2007).

Puheen luokittelu ei kuitenkaan ole aina yksiselitteistä, vaan koodausohjeista ja -säännöistä huolimatta ongelmatilanteita syntyy. Joskus voi olla vaikea ymmärtää, mitä työntekijä vuorossaan tekee. Sen lisäksi yksittäinen ilmaisu voi toteuttaa samanaikaisesti useita eri tehtäviä. Esimerkiksi kysymyksellään työntekijä voi samanaikaisesti konfrontoida asiakasta, jolloin vuoro koodataan päättelysäännön mukaan MH -vastaisella koodilla, eikä kysymyskoodilla. Keskustelun vastavuoroisuus luo koodaukselle omat haasteensa, sillä työntekijän puhetta tarkastellaan pääsääntöisesti omana kokonaisuutenaan, asiakkaan puheesta irrallisina ilmaisuina ja ajatuksina. Koodauksessa puheen vastavuoroisuus eli työntekijän puheenvuoron suhde asiakkaan puheenvuoroon huomioidaan vain ja ainoastaan tilanteissa, joissa työntekijä reflektoi asiakkaan puhetta tai konfrontoi häntä. Puheen vastavuoroisuuteen tarkemmin keskittyvä keskustelunanalyysi auttaa valaisemaan koodauksessa esille nousseita ongelmakohtia tarkastelemalla työntekijän puhetta ja puheen eri tehtäviä koodausta laaja-alaisemmin ja yksityiskohtaisemmin.

### ***Keskustelunanalyysi***

Keskustelunanalyysi (KA) on sekä teoria vuorovaikutuksen rakentumisesta että laadullinen tutkimusmenetelmä keskustelun prosessin erittelemiseen (). Se on alun perin syntynyt sosiaalitieteiden parissa arkikeskustelun tutkimusmenetelmäksi, mutta sitä käytetään yhä enenevässä määrin poikkitieteellisesti erilaisten institutionaalisten palvelutilanteiden tutkimiseen. Aineistona käytetään autenttisten puhetilanteiden ääni- ja kuvanauhoituksia ja niistä tehtyjä yksityiskohtaisia

litterointeja, joiden tuottamiseen tutkija ei itse osallistu. (Peräkylä 2003; Drew & Heritage, 1992.)

KA vastaa kysymyksiin, miten jotain saadaan keskustelussa aikaan ja mitä (kaikkia) vuorovaikutukseen kiinnittyviä tai institutionaalisia tehtäviä erilaiset puhetoiminnot keskustelussa hoitavat. Karkeasti yleistäen voisi todeta, että KA-tutkimuksessa kuvataan kielellisen toiminnan organisoitumista ja eritellään keskustelun käytänteitä – esimerkiksi kysymistä ja vastaamista, ehdottamista ja ehdotuksen vastaanottamista, aloittamista ja lopettamista. Tutkijan analyttinen katse kiinnittyy siihen, miten ja millä puheen keinoilla keskustelijat tuottavat jaettua ymmärrystä käsiteltävästä asiasta ja miten he puheessaan käsittelevät toistensa ymmärrystä ja aikeita. Jaetun ymmärryksen rakentumisen ytimessä on oletus puheen sekventiaalisesta (ryppäittäisestä) jaksottumisesta:

”*Seuraava* vuoro (tai muunlainen, ei-verbaalinen teko) tuo ilmi tulkinnan siitä, mitä *edellinen* puheenvuoro (tai muunlainen teko) tarkoitti. *Kolmas* puheenvuoro antaa ensimmäisen tuottajalle mahdollisuuden korjata tai ohjata toisen puheenvuoron puhujan ilmi tuomaa ymmärrystä siitä, mitä hän ensimmäisellä puheenvuorollaan tarkoitti. Tämän myötä puheenvuorojen välinen jatkuvuus ja peräkkäisten puheenvuorojen tiivis yhteen liittyminen tuottaa jaetun, intersubjektiveisen kokemuksen mahdollisuuden.”

(Peräkylä 2009)

Toisin sanoen, KA:ssa tarkastellaan puhujien välistä näkyvää, julkipantua toimintaa, ei yhden puhujan motiiveja tai mielialoja (mielen sisäisiä toimintoja). Tutkimuksessa ikään kuin annetaan ”aineiston puhua”. Tästä seuraa, että kaikki tulokset ovat todennettavissa aineistosta.

Aineistolähtöisyys merkitsee KA:ssa myös puheen yksityiskohtien huomioonottamista. Keskusteluanalyysissä puhe ymmärretään sosiaalisena toimintana. Toiminnot, joita ihmiset puheellaan tuottavat, ovat monimuotoisia. Toiminnot puolestaan rakentuvat useista erilaisista puheen yksityiskohdista, minkä vuoksi niitä ei KA:ssa käsitellä sivuseikkoina. Siksi KA:lle ominaista on sosiaalisen vuorovaikutuksen yksityiskohtien - äänenpainojen ja -sävyjen, puheen taukojen, mutta myös ei-kielellisen viestinnän, kuten katseiden, asentojen ja eleiden - käyttäminen mahdollisimman kattavasti analyysin resurssina.

KA-tutkimuksessa analyysin merkittävin vaihe on kokoelman tekeminen tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Tutkija poimii koko aineistosta, joka

tyypillisesti koostuu useammista keskusteluista eri osallistujien välillä, kaikki tutkittavan ilmiön esiintymiset. Kokoelman hän käy ote kerrallaan läpi, rinnastaa tapauksia toisiinsa ja pyrkii näin erittelemään ilmiön variaation, sen vuorovaikutukselliset rajaehdot ja seuraukset. Yksi analyysin tarkentamisen väline on tutkia poikkeavia tapauksia. Kokoelman tilanteet, joissa ilmiö näyttäytyy eri tavoin kuin muualla aineistossa, auttaa usein hahmottamaan ilmiön reunaehdoja ja dynamiikkaa.

### ***Menetelmien yhtäläisyydet ja erot***

Lähtökohtaisesti koodaukselle ja KA:lle yhteistä on siis kiinnostus vuorovaikutukseen ja puheenvuorojen eri tehtäviin. Kummassakin menetelmässä käytetään aineistona vuorovaikutustilanteen nauhoituksia ja niiden tekstimuotoisia litterointeja. Analyysillä pyritään selvittämään, miten se mitä tapahtuu, on saatu aikaan: koodauksessa valmiiden luokkien avulla, KA:ssa aineistolähtöisellä osallistujien omiin julkipantuihin tulkintoihin perustuvalla lukutavalla. Koodauksen luokitteleva analyysi on eräänlainen valmis malli, jossa tarkastellaan luokkien avulla mitä keskustelussa, sen yhdellä puheen ulottuvuudella, tapahtuu. Koodausta on kritisoitu siitä, että siinä ei voida katsoa keskustelun useita eri dimensioita samanaikaisesti. Koodauksen keskittyessä tarkastelemaan ilmaisun tehtävää, kuten kysymyksiä tai reflektioita, se jättää huomiotta keskustelun kontekstissa ilmenevän sosio-emotionaalisen ulottuvuuden, kuten samanmielisyyden. KA:ssa analyysin kohteena ovat sosiaalisen vuorovaikutuksen rakenteet ja käytänteet itsessään. Toisin kuin koodauksessa, KA:ssa ei pyritä tekemään yleistä kuvausta vuorovaikutuksesta, vaan yhden yksittäisen vuoron merkitys tulee näkyviin sitä ympäröivässä keskustelussa. (Peräkylä, 2003.)

Menetelmien eri tutkimustehtävät näkyvät siinä, että koodaus ja KA eroavat toisistaan analyysin tason suhteen. Koodaus on puhetoimintojen tunnistamista ja niiden erittelyä valmiiksi määriteltyihin luokkiin. Siinä keskeinen analyttinen periaate on analyysiyksikön eli työntekijän (tai asiakkaan) yksittäisen ilmaisun erojen ja samankaltaisuuksien etsiminen ja tunnistaminen (Mäkelä 1990, 44). KA:ssa puolestaan pyritään mahdollisimman ”*motivoitumattomaan*” aineiston analyysiin. Aineistoa luetaan ilman ennako-oletuksia tai teorianmuodostusta; siitä ei etsitä tiettyjä ennalta määriteltyjä puhetehtäviä, kuten koodauksessa. Tutkittavan ilmiön -vaikkapa kysymisen- vuorovaikutukselliset reunaehdot määritellään aineistosta käsin. KA:ssa analyysi kohdistetaan valikoiden tiettyihin aineiston toistuviin

piirteisiin. Koodauksessa puolestaan pyritään arvioimaan kokonaisia keskustelujaksoja tai vaikkapa kokonaisia hoitokertoja. Yhteistä molemmille menetelmille on pyrkimys välttää puhujien piilevien motiivien tulkintaa. Puhetta pyritään siis tarkastelemaan vain siitä välittömästi näkyvien piirteiden pohjalta.

## **Suljetut kysymykset koodaus- ja KA-näkökulmasta**

Motivoivassa haastattelussa työntekijän pyrkimyksenä on saada asiakas kertomaan tilanteestaan omin sanoin. Tavoitteena on, että vuorovaikutuksessa ei kehittyisi asiantuntija- vastaanottaja rooleja, jotka usein syntyvät, jos työntekijä suosii suljettuja kysymyksiä ja siten hallitsee keskustelun sisältöä ja suuntaa asiakkaan ajautuessa passiiviseen vastaajan rooliin. Sen vuoksi avoimia kysymyksiä tulee suosia ja liiallista suljettujen kysymysten käyttöä tulisi välttää. Vaikka kyse on työntekijän taidosta tehdä avoimia kysymyksiä, se osaltaan heijastuu myös keskustelun yleisluonteeseen ja siihen, miten paljon keskustelussa on tilaa tutkia asiakkaan muutosmotivaatiota. (Miller & Rollnick, 2002, 55–56). Seuraavassa tarkastelemme, miten ja millaisiksi suljetut kysymykset hahmottuvat yhtäältä MITI-koodauksen ja toisaalta keskusteluanalyysin avulla.

### ***Koodausnäkökulma kysymyksiin***

Avointen kysymysten tekeminen on yksi motivoivan haastattelun perustekniikoista. Avoin kysymyksen koodia käytetään, kun työntekijä tekee kysymyksen, johon voi olla useammanlaisia vastauksia. Kysymys voi etsiä tietoa, kutsua esiin asiakkaan näkökulmaa tai rohkaista asiakasta itsetutkiskeluun. Avoin kysymys antaa vastaajalle mahdollisuuden yllättää kysyjän. “Kerro lisää”-tyyliset rohkaisevat ilmaisut koodataan avoimiin kysymyksiin, ellei työntekijän äänensävy ja konteksti viittaa motivoivan haastattelun vastaisiin ilmaisiin.

Suljetun kysymyksen perusmuoto koodauksessa on kysymys, johon asiakas voi vasta joko “kyllä” tai “ei”. Se voi olla myös kysymys, joka tarjoaa hyvin rajatun määrän vaihtoehtoja, joista vain yksi on oikea tai se on niin sanottu lomakekysymys. Suljetut kysymykset, joiden tarkoitus on olla avoimia kysymyksiä,

mutta jotka alkavat sanoilla kuten: voitko, voisitko, teitkö, tekisitkö, pitäisikö, oletko, haluatko, onko; tai kysymyslätteellä -ko, -kö, koodataan myös ohjeen mukaan suljetuksi kysymykseksi. Koodausohjeen mukaan esimerkiksi kysymys: ”Voitko kertoa enemmän siitä mikä tuo sinut tänne tänään?” koodataan yksiselitteisesti suljetuksi kysymyksiksi -ko päätteensä vuoksi. (Moyers ym. 2010.)

Seuraavat esimerkit esittävät koodauksen perusajatuksen. Kaksi ensimmäistä esimerkkiä havainnollistavat puheenvuoron jakamista ilmisuihin, joille sitten annetaan oma koodinsa. Ensimmäinen esimerkki kuvaa koodausta yksinkertaisimmillaan, silloin kun työntekijän puheenvuoroa ei tarvitse jakaa useiksi erillisiksi ilmaisuiksi.

#### ESIMERKKI 1.

T: [mikä on pisimmillään semmonen aika et voi mennä ettet polta ollenkaan.]  
SULJETTU KYSYMYS

A: pisin ollu varmaa joku, pari kolme viikkoo. etten oo ollenkaa polttanu.

Työntekijän (T) puheenvuoro on ennen koodausta jaettu yhteen ilmaisuun hakasulkein. Ilmaisuu koodataan suljetuksi kysymykseksi sillä perusteella, että työntekijä kysyy siinä asiakkaalta (A) määrättyä asiaa, aikaa, jonka asiakas on pisimmillään ollut polttamatta.

Toinen esimerkki havainnollistaa pidempää, ja koodauksessa tyypillisintä työntekijän puheenvuoroa.

#### ESIMERKKI 2.

A: nii morkkis just/ nii/ ja sit, periaattees teki mieli lisää sit [niinku taas]

T: joo. [**miten, iso osuus jos sä aattelet** sillä mieliteolla ois voinu olla, tai **sillä morkkiksella ois voinu olla siihen että teki lisää mieli.**] AVOIN KYSYMYS että et et, [**ooksä kuinka paljon tottunu tämmösiä** niinkun jotenkin, **kurjii tunnetiloja niin, helpottamaa sil amfetamiinin käytöllä.**] SULJETTU KYSYMYS – EI KOODATA

A: aika usein [kyl] yleensä.

T: ahaa, joo. joo. joo

Esimerkissä työntekijä pyytää aluksi asiakasta pohtimaan retkahduksen jälkeistä tunnetta ja riskiä uudelle retkahdukselle esittäen kuitenkin heti perään tarkentavan kysymyksen (”ooksä kuinka paljon tottunu tämmösiä... kurjii tunnetiloja niin, helpottamaa sil amfetamiinin käytöllä”). Koodauksessa ilmaisut jaetaan kahdeksi erilliseksi kysymykseksi hakasulkein. Ensimmäinen ilmaisu saa avoimen kysymyksen koodin, sillä se kutsuu asiakasta pohtimaan morkkiksen ja

retkahduksen välistä yhteyttä. Jälkimmäinen ilmaisu saa suljetun kysymyksen koodin, tarkistavan -ko (ootko tottunut) -päätteisen kysymysmuotonsa perusteella. Koodaussäännön mukaan samassa kysymysvuorossa avoin kysymys voittaa suljetun, ja vain avoin kysymys otetaan huomioon koodausfrekvenssejä laskiessa. Pitkissä puheenvuoroissa ilmaisujen tunnistaminen ja jakaminen vaikeutuu, etenkin jos työntekijä hakee sanojaan tai pohjustaa kysymystään. Työntekijöiden pitkät puheenvuorot ovat aineistossamme hyvin tyypillisiä.

Muita MITI-koodauksessa suljetuiksi kysymyksiksi koodattavia ilmauksia ovat esimerkiksi onko-kysymykset, joihin asiakas voi vastata myöntämällä tai kieltämällä kysymyksen tekemän oletuksen:

### ESIMERKKI 3.

T: [onks se ihan rauhallinen paikka missä sä asut] SULJETTU KYSYMYS

A: o

Suljetuiksi kysymyksiksi koodataan myös suorat vaihtoehtokysymykset, joissa annetaan rajattu määrä vaihtoehtoja:

### ESIMERKKI 4.

T: [joit sä ne myös vai ostit sä vaan] SULJETTU KYSYMYS

A: join kaks

Koodauksessa nämä (esimerkit 3 ja 4) asettuvat suljettujen kysymysten luokkaan, sillä kysymysten kohde ja aihe ovat tarkasti rajattuja ja asiakas vastaa niihin yleensä lyhyesti, jopa yhdellä sanalla.

## ***KA näkökulma kysymyksiin***

KA:n perusajatuksia ovat, että sosiaalisen järjestyneisyyden keskeinen muoto on vuorottelu, vuorotellen toimiminen ja että puheenvuorot ennakoivat jollain tavalla sitä, millainen jatko on odotettavissa. Esimerkiksi kysymyksen esittäminen luo odotuksen vastauksesta. Kysymysten ja niiden aiheiden avulla voidaan suunnata keskustelua, siksi monissa institutionaalisissa tilanteissa (lääkärissä, neuvolassa jne.) vuorovaikutus nojautuu suuressa määrin kysymys-vastaus vierusparin varaan. Kysyminen ei kuitenkaan ole pelkkää tiedon keruuta, vaan kysymysten muotoilulla

voidaan samalla toteuttaa ja näyttää muitakin tehtäviä. Yksinkertaisimmillaan kysyminen ilmentää asetelmaa, jossa vastaanottajan oletetaan tietävän vastaus, kun taas kysyjä on tietämätön osapuoli. Kysymysten sanavalinnat ja muotoilun keinot välittävät myös kysyjän suhtautumista puheenaiheeseen; niiden avulla puhuja voi näyttää, mitä tietää tai olettaa puheena olevasta asiasta. (Raevaara 1993.)

Keskustelunanalyttinen näkökulma kysymyksiin toimintoina on siis varsin erilainen kuin koodaustutkimuksen. Menetelmien keskeinen ero on, että keskustelunanalyttisessä tutkimusperinteessä kysymys määritellään kysymykseksi ensisijaisesti vuorolla tehtävän toiminnan, ei rakenteen perusteella. Vuoro tulkitaan kysymykseksi, jos puhujat kohtelevat sitä kysymyksenä, eli vastaanottavissa vuoroissaan vastaavat siihen. Kysymyksen tehtävää hoitava vuoro voi rakenteeltaan olla yhtä hyvin kysymys- kuin väitemuotoinenkin. (Raevaara 1993.). (Kysymisen ja kielipöytäsuhteesta katso Heritage & Roth 1995, Halonen 2002).

Keskustelunanalyysissä kysymyksiä ei siis nähdä selvärajaisena luokkana, vaan kysymyksen tehtävää voi kantaa kysymysmuotoisen vuoron, kuten ”Miten paljon sinä juot?”, lisäksi vaikkapa väitemuotoinen vuoro, kuten ”Sinä juot paljon” tai edellisen puheen toisto, kuten ”Juot paljon”. Kaksi jälkimmäistä puheenvuoroa toimivat kysymyksinä vain, jos edeltävästä kontekstista on pääteltävissä, että haastattelijalla ei ole tietoa siitä, paljonko haastateltava juo (muutoin voisi tulkita arvioksi). Tällöin ne tekevät odotuksenmukaiseksi vähintäänkin sen, että alkuperäisen puheen esittäjä vahvistaa puhujan esittämät oletukset (Halonen 2002).

Kysymysmuotoiset vuorot voidaan KA -tutkimuksessakin luokitella avokysymyksiin ja suljettuihin kysymyksiin, aivan kuten koodaustutkimuksessa. *Avokysymys* eli niin sanottu hakukysymys alkaa kysymyspronominilla mitä, miksi, miten tms. ja tekee odotuksenmukaiseksi laajan vastauksen, sillä se kutsuu vastaajaa kuvaamaan jotain ei-tarkasti rajattua aluetta (Mitä ajattelet juomisestasi?). KA -tutkimuksessa pelkkä muodon tunnistaminen ei kuitenkaan riitä, vaan lisäksi tarkastellaan, mitä muuta kysymys tekee. Avokysymysten kohdalla tarkastellaan, mitä se presupponoi eli edellyttää todeksi (ks. Halonen 2002, 43). Esimerkiksi kysymys ”Mitä ajattelet juomisestasi” olettaa suoraan, että vastaaja juo (käyttää alkoholia) ja epäsuorasti, että juomisessa mahdollisesti on jotain mieltä askarruttavaa, ehkä ongelmallistakin. Kysymyksiin upotetut oletukset välittävät kysyjän näkökulmaa, mikä puolestaan välillisesti vaikuttaa sekä vuorovaikutuksen etenemiseen että yhteisymmärryksen rakentumiseen. (McGee ym. 2005.)

Suljettuun vaihtoehtokysymykseen eli *polaariseen* kysymykseen, kuten ”Onko niin, että juot paljon”, on periaatteessa mahdollista vasta lyhyestikin, vaikka vain yhdellä sanalla, sillä usein näiden kysymysten aihe on melko tarkkarajainen.



Aiemmat KA–tutkimukset ovat kuitenkin osoittaneet, että tällaisiinkin kysymyksiin vastataan usein melko laajasti, eli niitä kohdellaan selontekoa esiin kutsuvina kysymyksinä (Ehrling 2006; Halonen 2002). Ilmiö liittyy siihen, että vaihtoehtokysymykset sisältävät monissa tilanteissa tulkinnan jo aiemmin puhutusta. Halonen (2002, 55–69) näyttää, että Myllyhoidon ryhmäterapiatilanteessa terapeutin suljetut kysymykset sisältävät ymmärrysehdotuksen puhujan tilanteesta. Suljetut kysymykset ovat siten varsin keskeisiä vuoroja terapian tehtävän, riippuvuuden tunnistamisen, kannalta. Niihin terapeutti ensinnäkin poimii puhujan tilanteeseen liittyvää, terapeuttisessa kontekstissa merkityksellistä, aineista. Toiseksi, ne vaikuttavat keskustelun kulkuun pitämällä aiheita yllä ja eräällä tavalla ”pakottavat” asiakasta puhumaan asiasta.

Kysymys-vastaus vierusparirakenne ohjaa monin tavoin vuorovaikutusta. KA–tutkimuksessa kysymyksen muotoilussa kiinnitetään huomiota myös preferenssi- eli suotavuusjäsenyykseen. Suotavuusjäsenyys on kieliopillinen, ei psykologinen ilmiö. Esimerkiksi, jos kysymys alkaa ”Voisitko kertoa”, on suotavaa vastata myöntävästi eli kertoa. Positiiviseen muotoiluun, kuten ”onko sinulla päihdeongelma?” on oletuksen mukaista vastata myöntävästi, negatiiviseen muotoiluun ”Eihän sinulla ole?” taas kieltävästi. Selkeimmin preferenssijäsenyys tulee näkyviin, kun vastaaja toimii preferenssin vastaisesti; ei-preferoitu vuoro usein alkaa viivytyksin, sanan hakemisilla ja empimisellä.

### ***Vertaileva näkökulma suljettuihin kysymyksiin***

Seuraavaksi vertailussa on työntekijän kysymykset ja asiakkaan vastaukset sekä koodausohjeiden mukaan että keskusteluanalyttisella luennalla. Koodattava ilmaisu on esitetty esimerkeissä hakasulkein koodin kanssa. Koodauksia yhdistää suljettujen kysymysten koodauksen tunnusmerkit: kieliopillinen rakenne, kysymyksen kohde ja aihe ovat tarkasti rajattuja ja asiakkaan vastaus voi olla hyvin lyhyt, jopa yksisanainen. Keskusteluanalyttinen aineiston lukutapa on kuvattu esimerkkien jälkeen. KA tarkastelee tässä, mitä tehtäviä työntekijän suljettu kysymys toteuttaa sekä mikä on asiakkaan käsitys siitä, mitä työntekijä on kysymässä.

Katsotaan seuraavaksi esimerkkejä onko–muotoisista ja -kö -päätteisistä kysymyksistä, joissa kyllä on samat suljetun kysymyksen tunnusmerkit, *mutta niiden lisäksi myös muuta aineista*. Seuraava on keskustelusta, jossa asiakas on tullut A-

kllinikalle työpaikan lähettämänä. Ennen otteen alkua asiakas on kertonut tilanteestaan.

#### ESIMERKKI 5.

- T: [onks sul ollu itsellä ajatusta, et pitäis lähtee hoitoon]  
SULJETTU KYSYMYS
- A: kyl kyllähän se tuo on alitajunnassa ollu,
- T: mm:,
- A: ja kyllähän toi, vaikka tää avopuoliso nyt onkin itsekin tota oli katkolla muun muassa justii ja tota hän on tota käyny useammanki kerran ja ollu hoidossa tuol ”paikkassa x” ni hän on jo tossa varmaa puol vuotta sanonu mulle et mun ois syytä mennä mutta, ku mul on nimenomaa toi työpaikka ni se on nii tärkee no se on mulle erittäin tärkee asia että.

Keskustelunanalyttisesti, kysymyksestä seuraavia asiakkaan vuoroja tarkastelemalla on nähtävissä, että onko–muotoinen kysymys ei tässä pelkästään tarkista asiakkaan ajatuksia, vaan myös kutsuu asiakasta ottamaan kantaa. Tehtävä välittyi ensinnäkin painokkaasti lausutusta ”itsellä” korostuksesta, joka tässä näyttää kommentoivan sitä, että asiakas on ohjattu hoitoon, sekä toisaalta pitäisi lähtee -muodosta, joka välittää ehdollisen suhtautumisen hoidon tarpeellisuuteen. Vaikka vuoro siis MITI–koodauksessa koodataan suljetuksi, se näyttää tarjoavan asiakkaalle mahdollisuutta kertoa laajemmin omasta suhtautumisestaan hoidon tarpeeseen ja hoitoon tulemiseen (niin kuin asiakas tekeekin, joskin kuvaamalla tilannettaan puolisonsa näkökulman kautta).

MITI–koodauksessa seuraava kysymys koodataan suljetuksi ”tiesitksä” (tiesit*ke*ö sä) kysymysrakenteensa perusteella:

#### ESIMERKKI 6.

- T: joo, emmm, [tiesiksä että siel todennäköisesti joutuu siihen tilanteeseen et amfetamiini on siellä käsillä] SULJETTU KYSYMYS
- A: no kyl mä sen ny periaattees tiesin mut sit taas ku se on mun paras ystävä ni...

Kysymyksen sisältämän presupposition huomioiminen näyttää, että vuoro ei pelkästään tarkista *tiesikö* asiakas, vaan myös kutsuu asiakasta kertomaan ajatuksistaan. Kysymykseen sisältyvä ymmärrystarjous ”siel todennäköisesti joutuu siihen tilanteeseen et” ilmaisee ja näyttää työntekijän näkökulman keskustelun aiheena olevasta tilanteesta. Jos työntekijällä on tällainen käsitys puheena olevasta tilanteesta, voidaan ajatella, että myös asiakas tunnistaa nämä riskit. Näin ollen

kysymys ”tiesiksä” näyttäisi myös implikoivan kysymyksen, että jos tiesit, niin miksi menit. Tämä puolestaan luo asiakkaalle selontekovelvollisuuden kuvata ajatuksiaan ja ratkaisujaan tilanteessa. Näin asiakas myös kysymystä käsittelee, sillä hän vastaa laajasti perustellen ratkaisujaan, eikä niinkään käsittelemällä sitä, tiesikö hän riskeistä vai ei. Edellä olevilla esimerkillä pyrimme havainnollistamaan, että kun MITI-koodauksessa suljetuiksi kysymyksiksi luokiteltavia vuoroja tarkastellaan keskustelunanalyysillä, nähdään, että ne voivat toimia myös asiakkaan kerrontaa rohkaisevasti.

MITI-koodauksella suljetuksi kysymyksiksi luokiteltujen puheenvuorojen keskustelunanalyttinen tarkastelu näyttää myös, että suljetuilla kysymyksillä on monenlaisia tehtäviä keskustelussa: suljetuilla kysymyksillä työntekijät voivat kohdella kysymystä hienovaraisuutta edellyttävänä, suunnata asiakkaan kertomusta tiettyyn suuntaan, tai ilmaista tulkintansa edellä puhutusta.

Seuraavissa esimerkeissä käy ilmi, että suljettujen kysymysten tunnusmerkki (-ko tai -kö päätte) voi toimia keinona ilmaista kohteliaisuutta ja hienovaraisuutta (näyte 7). Näissä tilanteissa työntekijä käsittelee siis asiaa hienovaraisuutta edellyttävänä. Hän pyytää asiakkaalta lupaa aiheen käsittelyyn ja samalla osoittaa MH:n mukaisesti kunnioittavansa asiakkaan itsemääräämisoikeutta:

#### ESIMERKKI 7.

- T: niin. tuota, [**haluaisitko** kertoo tässä vähän siihen että mikä se kerta, se maanantainen kerta oli että mitenkä päädyit siihen että käytit]SULJETTU KYSYMYS
- A: se oli oikeestaa ku, mä olin aika rauhallisesti viikoloppuna,/ joo/ nii sit mun teki maanantain sit mieli lähtee, niinku liikenteeseen /joo/ mä olin oikeestaa ”kaupungissa” melkee vaa, viikonloppuna, nii ni sit mä, ajattelin, niinko et mä haluan lähtee liikenteeseen eli ”paikka”,/ joo/ ni, nii sit, no ”kaupungissa” on sit just ne kaikki mun kaverit ne, sit mä olin just niitte kaa ja sit, ni sit me [otettiin].

Kysymysliitteellä ”haluaisitko” alkava kysymys koodataan ohjeen mukaan suljetuksi kysymykseksi. Tässä kohtaa kysymys ei kuitenkaan näytä toteuttavan suljetun kysymyksen tehtävää. Kysymyksen aloituksella ”haluaisitko kertoo” työntekijä kysyy asiakkaalta luvan tarkastella retkahdustilannetta tarkemmin ilmentäen siten kysymyksen arkaluontoisuutta. Ilman tunnustelevaa, luvan kysyvää aloitusta kysymyksen jatko: ”mikä se kerta, se maanantainen kerta oli, että mitenkä päädyit siihen että käytit?” saattaisi toimia jopa asiakasta konfrontoivana ja tilille laittavana. Asiakas myös vastaa työntekijän kysymykseen ja ”kutsuun” avoimen kysymyksen mukaisesti kertoen retkahdusta edeltävät ajatuksensa ja tilanteensa.

Päihdehoitotilanteessa suljettujen kysymysten tunnusmerkkejä kantavat vuorot voivat usein myös ohjata asiakasta tutkimaan ja kuvaamaan mielensisäistä keskusteluaan:

#### ESIMERKKI 8.

T: **[käviksä** minkälaista, mielensisäistä keskustelua itsesi kanssa siitä käyttökerrast niinku jälkeenpäin] että **[oliks** siin jotain semmosta mikä olis auttanut siitä morkkiksestä ikään kuin ylipääsemään] niin YKSI SULJETTU KYSYMYKS

A: no, ei si-, mun mielest oikee, niinku mikää auttanut paitsi se et [mä oisin just päässy] niinku koulust pois ainaki,/ joo/ koska ei mul oo silleen, tai emmä tuu niinku, tai emmä niinku luokkalaisten kaa kauheesti ei mul oo ku pari semmost kaverii kenen kaa mä pyörin siel/ joo/ ku ne on mu-, vähä niinku, eri aaltopituudella/ aha, joo.

Esimerkin kysymyksen ensisijainen tehtävä ei niinkään ole tietyn asiantilan tarkistaminen, vaan kysymysmuoto kutsuu asiakasta tutkimaan ja kuvaamaan puheen aiheena olevaa tilannetta. Kuvaamisen kohde on osoitettu hakusanalla, esimerkissä *minkälaista* ja *jotain semmosta mikä*, jotka suuntaavat puheen asiakkaan subjektiivisen näkökulman pohdiskeluun ja jonkinlaiseen selontekoon.

Väimeinen esimerkki osoittaa, että suljetun kysymyksen muodossa esitetty puheenvuoro voi kantaa työntekijän tulkintaehdotuksen asiakkaan aiemmin kertomasta:

#### ESIMERKKI 9.

T: **[tarkottaaks** tuo sitä et sust tuntuu, tällä hetkellä ainaki aika vaikeelta se semmonen ajatus että, että että, amfetamiinin käytön lopettaminen sun kohdalla edellyttäs sitä, että et tapais häntä ollenkaa] SULJETTU KYSYMYKS [onks et **onks se** liian vaikee ajatus täs kohtaa **vai** pidäksä sitä mahdollisena.] SULJETTU KYSYMYKS – EI KOODATA

A: no, kyl mä sitä mahdollisena [ehkä] pidän mut,// mmm/ kyl se on [oikeestaan sillattii] sii ja sii./ niin, niin./ mut sillaitti se onnistus just parhaite niinku, niinku to-, tuettas toisiamme, et molemmat lopettas/

Työntekijän vuoro koostuu kahdesta peräkkäisestä ilmaisusta, jotka molemmat ovat muodoltaan suljettuja kysymyksiä. MITI-koodauksessa työntekijän puheenvuorossa voi olla vain kertaalleen sama koodi, joten vain yksi suljettu kysymys koodataan. Kun vuoroa analysoidaan keskusteluanalyysillä, huomataan, että vuorossa työntekijä sekä ilmaisee omaa ymmärrystään asiakkaan mutkikkaasta

tilanteesta että myös tarkistaa ymmärryksensä osuvuutta. Tarkottaako tuo -alkavassa osassa työntekijä näyttää asiakkaalle arvionsa asiakkaan kokemuksen laadusta. Jälkimmäisessä, onko -muotoisessa kysymysoosassa, työntekijä puolestaan kutsuu asiakasta kertomaan, miten tämä itse tilanteeseen suhtautuu.

Esimerkeissä on pyritty kuvaamaan sitä, miten aineistolähtöinen keskusteluanalyysi kuvaa puheen sellaisena, kuin osallistujat itse sitä kuvaisivat. Näin keskusteluanalyysi näyttää puheen ilmiöitä, jotka jäävät luokittelevan ja puheenvuoroja tunnistavan analyysin ulkopuolelle. Koodausta ja KA:a vertaileva analyysi tuo aineiston tulkintaan myös uuden tason: työntekijän suljetun kysymyksen muotoinen puheenvuoro ei kaikissa tilanteissa liity tiedon etsimistehtävään, kuten koodauksessa oletetaan. Keskusteluanalyttiset havainnot kuvastavat esimerkiksi, että suljetun kysymyrakenteen avulla työntekijät voivat säädellä osallistujien välistä sosiaalista suhdetta myös ilman, että puheeseen liittyy työntekijän asiantuntijaroolin korostamista. Päinvastoin, suljettu kysymysmuoto voi olla tapa häivyttää osallistujien välistä epäsymmetriaa ja ennaltaehkäistä asiakkaan passiivisen vastaanottajan roolia. Keskusteluanalyttiset löydökset siis näyttävät, että vaikka työntekijän vuoro on muodoltaan suljettu kysymys, voi se silti toteuttaa motivoivan haastattelun mukaista tehtävää. Tässä esitetyt koodauksen suljettujen kysymysten ongelmakohdat ovat kuitenkin niin sanottuja poikkeustilanteita. Pääsääntöisesti suljetut kysymykset toimivat vuorovaikutuksessa motivoivan haastattelun olettamalla tavalla: ne keräävät yksityiskohtaista tietoa, rajaavat asiakkaan vastausmahdollisuutta ja paljon käytettynä ne johtavat siihen, että työntekijä dominoi keskustelua ja toimivat siten asiakaslähtöisen MH:n haastattelutyylin vastaisesti.

## Lopuksi

Tämä artikkeli kuvaa, millaista tietoa vuorovaikutuksesta saadaan katsomalla aineistoa kahdella eri menetelmällä. Siinä missä koodauksella saadaan ennalta rajattu ja yleistettävä käsitys siitä, mitä istunnoissa tapahtuu, KA:lla päästään lähemmäs yksittäistä vuorovaikutusprosessia ja sen mikrotasoa. Kahden menetelmän vertaileva analyysi hyvin rajatusta näkökulmasta, työntekijän suljettujen kysymysten kautta, osoittaa miten eri tulokulmista tutkijalähtöinen ja aineistolähtöinen analyysi lukevat ja tulkitsevat aineistoa. Koodauksella voidaan tehdä kattava poikkileikkaus koko aineistosta ja tarkastella säännönmukaisuuksia, mutta samalla menetetään

yksityiskohtaisempi keskustelun tapahtumien kuvaus. Koodaustuloksia tarkastellessa tuleekin huomioida, että analyysi antaa karkean kuvan keskustelun kulusta. KA voi toisaalta osoittaa niitä vuorovaikutuksen erityispiirteitä, jotka terapeutisessa, yhteisymmärryksen pohjautuvassa, keskustelussa ovat erityisen tärkeitä. Siten sen avulla voidaan korjata ja täsmentää teoreettisia oletuksia keskustelun järjestyksestä ja luonteesta. Keskustelunanalyttinen puheen tarkastelu osoittaa, että huolimatta siitä, että vuorovaikutuksessa usein toistuvat tietyt lainalaisuudet ja säännönmukaisuudet, keskustelu on myös enemmän kuin puheenvuorojensa summa.

Etic-näkökulmaa edustava MITI-koodaus pyrkii kuvaamaan työntekijän toimintaa motivoivan haastattelun näkökulmasta käsin. Yleisarvioinnin ja käyttäytymiskoodien tulokset täydentävät toisiaan ja antavat suhteellisen hyvän kuvan siitä, miten työntekijä toimii asiakastilanteissa. Näitä tietoja tarvitaan, kun selvitetään, minkälaiset työntekijän toiminnot korreloivat hyvän tai epäonnistuneen hoitotuloksen kanssa. Vaikka tässä luvussa olemme keskittyneet pääasiassa koodauksen ongelmakohtiin, koodaustutkimuksen vahvuuksiin kuuluu, että sen avulla voidaan tehdä yleistyksiä siitä, mitkä vuorovaikutuksen piirteet ovat yhteydessä hyvin hoitotuloksiin. Toisistaan riippumattomat tutkijat ovat löytäneet yhteyden MH:n yleisen vuorovaikutustyylin (Moyers ym. 2005b; Boardman ym. 2006) asiakkaan muutosmyönteisen puheen ja hoitoon osallistumisen (Moyers & Martin, 2006) sekä muutokseen sitoutumisen (Amrhein ym. 2003) välillä. Näillä seikoilla on ollut vaikutusta myös asiakkaan myöhempään päihdehoidon käytön vähentämiseen (Amrhein ym. 2003; Moyers ym. 2007; Gaume ym. 2009). Koodaustutkimukset ovatkin osoittaneet tiettyjen päihdehoidon vuorovaikutuksen erityispiirteiden olevan luonteeltaan korreloivia ja lineaarisia (Miller & Rose, 2009; Moyers ym. 2009). Työntekijän MH:n menetelmällisen taitavuuden mittaaminen ei kuitenkaan anna kaikkea tarvitsemaamme tietoa päihdehoidon tehokkuudesta, sen riittävästä ja tarpeellisista reunaehdoista.

Oletuksena koodauksessa on, että vuorovaikutus toimii tiettyjen perussäännönmukaisuuksien mukaan, jolloin puhetoimintoja kokoavasta analyysistä voidaan tehdä riittävän kattava tulkinta siitä noudattaako keskustelu MH:n käsitystä vuorovaikutuksen kulusta. Koska koodaus kuitenkin tarkastelee vain puheen yleispiirteitä ja rakennetta, ja olettaa ilmaisujen toteuttavan tiettyjä vuorovaikutuksellisia tehtäviä, eivät puheen hienovaraisemmat sosio-emotionaaliset ulottuvuudet tule aina huomioiduksi. Siksi tarvitaan vuorovaikutuksen prosessien yksityiskohtaisempaa tarkastelua muilla menetelmillä, kuten KA:lla.

Koodaustutkimuksen kannalta haasteelliseksi onkin osoittautunut puhetoimien luokitteluun tarvittavien sääntöjen ja reunaehtojen muodostaminen. Analyysin luotettavuuden kannalta on tärkeää, että koodaus perustuu mahdollisimman yksiselitteisiin sääntöihin. Tässä mielessä puheenvuoron rakenne tarjoaa suhteellisen helposti tunnistettavan perustan luokittelusäännöille. Toisaalta emic-näkökulmaa edustava KA-lukutapa näyttää, että puheenvuoron tehtävä ei ole aina sidottu puheenvuoron rakenteeseen. Aineistolähtöinen analyysi osoittaa, että yhdellä puheenvuorolla työntekijä voi samanaikaisesti tehdä useita eri tehtäviä. Se, mitä tehtäviä kukin vuoro keskustelussa toimittaa, tulee näkyväksi puheenvuoroa ympäröivässä puheessa. Kysymysten tapaan KA:n avulla voidaankin tarkastella yksityiskohtaisemmin myös muiden koodausluokkien, kuten reflektioiden toteutumista ja tehtävää vuorovaikutuksessa. KA:lla voidaan myös tarkastella yksityiskohtaisemmin sitä, mitä näissä keskusteluissa tapahtuu, jos ne eivät noudatakaan MH:n periaatteita. Tähän kysymykseen koodausmenetelmä ei pysty vastaamaan, sillä se ei tarkastele hoidon sisältöä.

Siinä missä koodausta voidaan kritisoida yleistysten tekemisestä, KA haasteena on puheen liian yksityiskohtainen analyysi. Keskustelun erityispiirteiden ja prosessien seikkaperäisestä analyysistä voi olla vaikea muodostaa kokonaiskäsitystä keskustelusta ja sen kulusta. KA ei sovellu isojen aineistojen analyysiin, sillä analyysi on hidasta, eikä se suoraan tuota koko keskustelua kattavaa ja riittävän yleistettävää tietoa tapaamisen sisällöstä. KA:n tuloksia ei myöskään ole kytketty hoidon myöhempään tuloksiin, koska KA keskittyy vain vuorovaikutuksen erityispiirteiden kuvaamiseen. KA:n haasteeksi muodostuu näiden keskustelun erityispiirteiden yleistettävyys.

Lähtökohdiltaan hyvin erilaisten, emic- ja etic-pohjaisten menetelmien yhdistäminen analyysitasolla ei ole helppoa. Menetelmien toimiessa eri toimintalogiikalla ja peruseriaatteilla yhteisen tulokulman löytäminen aineiston luentaan ja siitä tehtäviin tulkintoihin on haasteellista. Menetelmien vertailu on hedelmällistä, jos asetelmassa ei pyritä ratkaisemaan menetelmien välistä paremmuutta, vaan tarkastelemaan eri tulokulmista syntyvien aineiston tulkintoja toisiaan rikastavina. Emic- ja etic -lähtöiset tutkimusmenetelmät tuottavatkin erilaista, mutta toisiaan täydentävää tutkimustietoa. Tarkasteltaessa näitä eri analyysitasoja systemaattisesti voidaan tuottaa myös uusia näkökulmia aineiston tulkintaan.

### ***Keskeiset lähteet:***

- Drew, Paul & Heritage, John (toim.) (1992): *Talk at work. Interaction in institutional settings*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Moyers, Theresa B. & Martin, Tim & Manuel, Jennifer K. & Miller, William R. & Ernst, Denise (2010). Revised Global Scales: Motivational Interviewing Treatment Integrity 3.1.1 (MITI 3.1.1) [[http://casaa.unm.edu/download/MITI3\\_1.pdf](http://casaa.unm.edu/download/MITI3_1.pdf)]
- Peräkylä, Anssi (2004). Two traditions of interaction research. *British Journal of Social Psychology*. Vol. 43: 1, 1–20.
- Peräkylä, Anssi (2003). *Conversation Analysis*. Teoksessa Seale, Clive, Jaber F. Gubrium, Gobo, Giampietro & Silverman, David (toim.) *Qualitative research practice*. Sage, Lontoo, 165–179.

### **LÄHTEET**

- Amrhein, P.C. & Miller, W.R. & Yahne, C. & Palmer, M. & Fulcher, L. (2003). Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 71(5), 862–878.
- Bales, R., F. (1951). *Interaction process analysis: a method for the study of small groups*. Toinen painos. MA: Addison-Wesley, Cambridge.
- Boardman, T. & Catley, D. & Grobe, J.E. & Little, T.D. & Ahluwalia, J.S. 2006. Using motivational interviewing with smokers: Do therapist behaviors relate to engagement and therapeutic alliance? *Journal of Substance Abuse Treatment*. 31, 329–339.
- Drew, P. & Heritage, J. (toim.) (1992): *Talk at work. Interaction in institutional settings*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Ehrling, L. (2006). *Psykoterapian vaikutusten arvioiminen. Keskusteluanalyttinen tutkimus arviointihaastattelun käytänteistä*. Sosiaalipsykologisia tutkimuksia 13. Yliopistopaino, Helsinki.
- Forsberg, L. & Källmen, H. & Hermansson, U. & Berman, A.H. & Helgason, A. R. (2007). Coding Counsellor Behaviour in Motivational Interviewing Sessions: Inter-Rater Reliability for the Swedish Motivational Interviewing Treatment Integrity Code (MITI). *Cognitive Behaviour Therapy*. 36, 3, 162–169.
- Gaume, J. & Gmel, G. & Faouzi, M. & Daepfen J. (2009). Counsellor skill influences outcomes of brief motivational interventions. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 37, 151–159.
- Gaume, J. & Gmel, G. & Faouzi, M. & Daepfen J. (2008). Counsellor behaviours and patient language during brief motivational interventions: a sequential analysis of speech. *Addiction*. 103, 11. 1793–1800.



- Halonen, M. (2002). *Kertominen terapian välineenä. Tutkimus vuorovaikutuksesta Myllyhoidon ryhmäterapiassa*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran Toimituksia 899. HakaPaino, Helsinki.
- Heritage, J. & Roth, A.L. (1995). Grammar and institution: questions and questioning in the broadcast news interviews. *Research on Language and Social Interaction* 28, 1–60.
- Koski-Jännes, A. (2008). Motivoivan haastattelun periaatteet ja menetelmät. Teoksessa A. Koski-Jännes & L. Riittinen & P. Saarnio (toim.). *Kohoti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin*. Tammi, Helsinki, 50–55.
- Madson, M. B. & Campbell, T. C. (2006). Measures of fidelity in motivational enhancement: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 31, 67–73.
- McGee, D., Del Vento, A. & Beavin Bavelas, J.(2005). An Interactional Model of Questions as Therapeutic Interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31(4), 371–384.
- Miller, W.R. & Rose, G. S. (2009). Toward a Theory of Motivational Interviewing. *American Psychologist*. 64, 6, 527–537.
- Miller, W. R. & Moyers, T.B. & Ernst, D. & Amrhein, P.(2008). *Manual for the Motivational Interviewing Skill Code (MISC)*. Version 2.1. [http://casaa.unm.edu/download/misc.pdf] Luettu 10.5.2010. Julkaisematon käsikirja.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. Guilford Press: New York.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing, Preparing people to change addictive behavior*. Guilford Press: New York.
- Miller, W.R. & Benefield, R.G. & Tonigan, J.S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 61, 455–461.
- Moyers, T.B. & Martin, T. & Manuel, J.K. & Miller, W.R. & Ernst, D. (2010). *Revised Global Scales: Motivational Interviewing Treatment Integrity 3.1.1 (MITI 3.1.1)* [http://casaa.unm.edu/download/MITI3\_1.pdf] Luettu 10.5.2010. Suomenos: Koski-Jännes, Anja & Rakkolainen, Maria & Tolonen, Kari (2010). Uudistetut yleisarvioinnit: Motivoivan haastattelun noudattaminen 3.1.1 Julkaisematon käsikirja.
- Moyers, Theresa B. & Martin, Tim & Houck, Jon M. & Christopher, Paulette J. & Tonigan, J. Scott (2009). From In-Session Behaviors to Drinking Outcomes: A Causal Chain for Motivational Interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 77, 6, 1113–1124.
- Moyers, T.B. & Martin, T. & Christopher, P. J. & Houck, J.M. & Tonigan, J. S & Amrhein, P. (2007). Client language as a mediator of motivational interviewing efficacy: where is the evidence? *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*. 31, 3, 40–47.
- Moyers, T. B. & Martin, T. (2006). Therapist influence on client language during motivational interviewing sessions. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 30, 3, 245–251.
- Moyers, T. & Martin, T. & Manuel, J. K. & Hendrickson, S. M. & Miller, W. R.(2005a). Assessing competence in the use of motivational interviewing. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 28, 19–26.
- Moyers, T. B. & Miller, W.R. & Hendrickson, S.M.L. (2005b). How does motivational interviewing work? Therapist interpersonal skill predicts client involvement within

- motivational interviewing sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 73, 4, 590–598.
- Mäkelä, Klaus (1990). Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa K. Mäkelä (toim.): *Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta*. Gaudeamus, Helsinki, 42–61.
- Patterson, G.R. & Forgatch, M.S. (1985). Therapist behavior as a determinant for client noncompliance: A paradox for the behavior modifier. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 53, 846–851.
- Peräkylä, Anssi (2009). Mieli sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. *Sosiologia* 46, 4, 251–268.
- Peräkylä, Anssi (2004). Two traditions of interaction research. *British Journal of Social Psychology*. 43, 1, 1–20.
- Peräkylä, Anssi (2003). Conversation Analysis. Teoksessa C. Seale, G. Gobo, J.F. Gubrum & D. Silverman (toim.) *Qualitative research practice*. Sage, Lontoo, 165–179.
- Raevaara, Liisa (1993). *Kysyminen toimintana*. Helsingin yliopiston suomen kielen laitos. Lisensiaatintyö.

MARIA RAKKOLAINEN &amp; LEENA EHRLING

# Reflektointi taitona ja tekniikkana motivoivassa haastattelussa

Motivoivaa haastattelua tutkitaan pääsääntöisesti erilaisilla koodausmenetelmillä. Näistä yksinkertaisimmassa, MITI (motivational Interviewing Treatment Integrity) -koodauksessa työntekijän motivoivan haastattelun mukaista ja sen vastaista käyttäytymistä arvioidaan sekä yleisarvioinnissa että puheilmaisuja luokittelevissa käyttäytymiskoodaissa, joiden summamuuttujien avulla saadaan kattava ja tiivistetty kuvaus motivoivan haastattelun noudattamisesta koulutuksen, työnohjauksen ja tutkimuksen tarpeisiin (Moyers ym., 2010). Suomennetun MITI:n käyttöön sisältyy haasteitakin. Työntekijän refleктоivat puheenvuorot ovat yksi motivoivan haastattelun keskeisimmistä tekniikoista, mutta niitä on vaikea koodata, mikä näkyy usein rinnakkaiskoodauksen matalana reliabiliteettina. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin keskusteluanalyysin avulla niitä refleктоivia puheenvuoroja, joissa koodauksessa ilmeni erimielisyyttä. Kokonaisaineston muodosti 36 ääninauhoitettua ja tekstitiedostoksi muutettua asiakkaan ja työntekijän päihdehoidon ensikohtaamista, joissa työntekijä pyrki toimimaan motivoivan haastattelun mukaisesti. Kahdeksan istunnon keskusteluanalyttinen analyysi osoitti, että ongelmallisesti koodattaviin reflektioniin liittyi muun muassa asiakkaan näkökulman ohittaminen. Tutkimuksessa ehdotetaan tapoja kehittää koodausmenetelmää ja pohditaan reflektion merkitystä yhteistyösuhteen näkökulmasta.

**Avainsanat:** keskusteluanalyysi, motivoiva haastattelu, MITI, päihdehoito, refleктоiva kuunteleminen, reflektionti

## JOHDANTO

Miten motivoiva haastattelu toimii, eli millä keinoin työntekijä voi parhaiten vaikuttaa asiakkaan muutosmotivaation syntyyn ja vahvistumiseen hoidon aikana, on viime aikoina ollut tutkijoiden erityisen kiinnostuksen kohteena. Laajat empiiriset todisteet ovat osoittaneet motivoivan haastattelun olevan vaikuttava ja tehokas hoitomenetelmä päihde- ja muiden terveyteen ja käyttäytymiseen sekä liittyvien ongelmien hoidossa (Apodaca & Longabaugh, 2009; Martins & McNeil, 2009; Lundahl & Burke, 2009; Chanut ym., 2005; Lundahl ym., 2010; Heckman ym., 2010; Burke ym., 2003) ja menetelmää on alettu soveltaa myös monien psyykkisten häiriöiden hoitoon (Arkowitz

ym., 2008). Motivoivan haastattelun hoitovaikutuksen avaintekijät ja prosessit ovat kuitenkin vielä osin epäselviä (Miller & Rollnick, 2010). Tähän tarkoitukseen on kehitetty useita erilaisia terapiavuorovaikutuksen koodausmenetelmiä, joilla mitataan motivoivan haastattelun toteutumista (Moyers ym., 2010) ja vaikutusta asiakkaaseen (Amrhein ym., 2003; Madson & Campbell, 2006). Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että työntekijän toimiessa motivoivan haastattelun hengen mukaisesti (Moyers ym., 2005a; Boardman ym., 2006; Gaume ym., 2009) sekä käyttäessään mukaisia vuorovaikutustekniikoita (Gaume ym., 2008; Moyers ym., 2007) asiakkaan muutosmyönteinen puhe ja hoitoon osallistuminen ovat lisääntyneet (Gaume ym., 2008; Moyers &

Martin, 2006; Catley ym., 2006). Asiakkaan hoidon aikaisesta puheesta sitoutumispuhe eli muutoksen aikominen ja suunnittelu on ennakoitua myös tulevaa käyttäytymisen muutosta (Amrhein ym., 2003; Hodgins ym., 2009).

Näistä motivoivan haastattelun eri koodausmenetelmistä MITI (Motivational Interviewing Treatment Integrity) on yksinkertaisin. Sen tarkoituksena on tunnistaa olennaisimmat motivoivan haastattelun ominaispiirteet työntekijän toiminnasta luotettavasti. MITI:n psykometrinen reliabiliteetti onkin useissa tutkimuksissa ollut hyvä (Moyers ym., 2005b; Forberg ym., 2007; Bennett ym., 2007; Brueck ym., 2009). Yksittäisistä käyttäytymisen koodeista muita heikomman reliabiliteetin ovat kuitenkin saaneet etenkin monimuotoiset reflektiot sekä motivoivan haastattelun vastaiset ilmaisut (Moyers ym., 2005b; Brueck ym., 2009). Tämän lehden toisessa artikkelissa on kuvattu tarkemmin suomennetun MITI:n reliabiliteettia sekä MITI:n käyttöä motivoivan haastattelun noudattamisen arvioinnissa (Rakkolainen, 2012). Tutkimus osoitti aikaisempien tutkimusten tapaan muita koodeja heikomman reliabiliteetin monimuotoisissa reflektioissa ja motivoivan haastattelun vastaisissa ilmaisuissa.

Keskeinen ongelma koodauksen reliabiliteetissa on mahdollisesti se, että siinä puheenvuoroa tarkastellaan pääsääntöisesti sen sisältämien erillisten ilmaisujen kautta. Puheen konteksti huomioidaan koodauksessa hyvin rajatusti. Reflektointi (ja konfrontointi) ovat kuitenkin ilmaisuja, jotka liittyvät hyvin olennaisesti asiakkaan edeltäneeseen puheenvuoroon, joten nämä ilmaisut saavat merkityksensä keskustelun kontekstista. Koodausohjeet ja päättelysäännöt pätevät näihin työntekijän ilmaisiin, jos ne täyttävät selvästi reflektion (tai konfrontoinnin) tunnuspiirteet. Usein ilmaisut ovat kuitenkin moniulotteisia, eivätkä aina sovi ongelmitta mihinkään ennalta määritellyistä käyttäytymiskategorioista tehden koodauksesta ajoittain tulkinnanvaraista.

Tässä artikkelissa keskitymme erityisesti terapeutin reflektointiin vuoroihin. Tutkimme, miksi niiden tunnistaminen voi olla joskus vaikeaa ja milloin niiden käyttö ei näytä edistävän terapiavuorovaikutusta motivoivan haastattelun hengen mukaisesti. Artikkelin aineisto koostuu A-klinikoiden ensimmäisistä motivoivista päih-

dehaastatteluista. Tutkimusmenetelmiä on kaksi: MITI-koodaus ja keskusteluanalyysi, joka tutkii vuorovaikutuksen rakentumista.

Menetelminä koodaus ja keskusteluanalyysi toimivat erilaisten taustaoletusten perusteella ja lähestyvät vuorovaikutusaineistoa erilaisista, toisinaan täydentävistä näkökulmista käsin. Koodauksessa tutkija tunnistaa puheesta ennalta määrättyjä toimintoja (reflektiot, avoimet kysymykset ym.) ja luo niiden pohjalta systemaattista kokonaiskuvaa tietynlaisten puheilmaisujen määrästä ja suhteesta toisiinsa kyseisessä aineistossa. Koodaus on siis aineiston tutkijalähtöistä analyysiä. Keskusteluanalyysi sen sijaan tarkastelee vuorovaikutuksen rakentumista puhujien yhteistoiminnan tuloksena. Se on aineistolähtöinen menetelmä, jossa puhetta (yksittäistä vuoroa) havainnoidaan sen paikallisessa kontekstissa, osana keskustelun säännönmukaisia rakenteita. Keskusteluanalyysin sekventiaalinen analyysi tarkoittaa peräkkäisten puheenvuorojen tarkastelua suhteessa toisiinsa, jotta saadaan kuva tietyistä, tarkastelun kohteena olevista keskustelun säännönmukaisista ja toistuvista puhetoiminnoista sekä niiden poikkeamista.

Kuvaamme ensin lyhyesti, mikä reflektoinnissa on motivoivan haastattelun kannalta keskeisintä. Sitten esittelemme käyttämämme menetelmät, jonka jälkeen siirrymme varsinaiseen aineiston analyysiin saadaksemme tarkemman kuvan siitä, mitä vuorovaikutustehtäviä reflektiot toteuttavat A-klinikoiden ensimmäisissä motivoivissa päihdetapaamisissa.

## **Reflektointi motivoivassa haastattelussa**

Motivoiva haastattelu on kuvattu tarkemmin tämän lehden toisessa artikkelissa (Rakkolainen, 2012). Tässä yhteydessä keskitymme tarkastelemaan menetelmää sen keskeisimmän tekniikan eli reflektoinnin näkökulmasta.

Motivoiva haastattelu pohjautuu asiakaslähtöiseen vuorovaikutukseen, mutta sen erityisominaisuus on siinä, että tämän lisäksi se on myös tavoitteellinen ja ohjaava työtapo. Perinteisesti näitä kahta asiakastyön ulottuvuutta, kannattelevaa läsnäoloa ja aktiivista ohjaamista, on pidetty toistensa vastakohtina. Motivoivan haastattelun direktiivisyys näyttyy yleisesti ottaen siten, että keskustelu koskee aina jotain asiakkaalle tärkeää ja yhteises-

ti sovittua muutosta asiakkaan elämässä. Tekniikkoiden kohdalla tavoitteellinen ohjaaminen näkyi esimerkiksi reflektioissa siten, että työntekijä pyrki poimimaan asiakkaan puheesta hänen tavoitteensa kannalta olennaisinta, muutosmyönteistä puhetta (Miller & Rollnick, 1991; 2002.)

Motivoivaan haastatteluun kuuluu neljä keskeistä periaatetta: empatian välittäminen, ristiriidan voimistaminen tämänhetkisen tilanteen ja muutostavoitteen välillä, vastarinnan kiertäminen ja hyödyntäminen, sekä asiakkaan oman muutosuskon vahvistaminen. (Miller & Rollnick, 2002, 36–42; Miller & Rollnick, 1991, 55–63). Periaatteet toimivat eräänlaisina yleisohjeina siitä, miten työntekijän voi keskustelussa toimia edistääkseen asiakkaan muutostavoitteen toteutumista ja miten hänen voi kohdistaa eri vuorovaikutustekniikoiden, kuten reflektioiden käyttöä.

Reflektointi eli ns. heijastava kuuntelu on yksi tärkeimmistä ja vaikeimmin opittavista motivoivan haastattelun taidoista (Miller & Rollnick, 2002, 67). Reflektio tarkoittaa työntekijän puheenvuoroja, joilla hän vastaa asiakkaalle kertomalla omin sanoin, miten on asiakkaan edeltävän puheen kuullut ja ymmärtänyt. Reflektioimalla asiakkaan puhetta työntekijä näyttää, että kuulee ja ymmärtää, minäkalainen asiakkaan tilanne on asiakkaan itsensä kokemana. Tämä on reflektioiden voima: kun työntekijän reflektiot ovat osuvia, ne tuottavat asiakkaalle tunteen, että työntekijä on kuunnellut häntä ja ymmärtää häntä. (Miller & Rollnick, 2002, 7, 37.)

Reflektointi on yksi terapiatyöskentelyn keskeisimmistä menetelmistä. Asiakaskeskeisen työtavan isä Carl Rogers esitti jo 1950-luvulla, että terapeutin ja potilaan vuorovaikutuksen ja yhteistoiminnan laatu vaikuttaa hoidon tuloksellisuuteen. Hän korosti empatian osuutta yhteistyön rakentamisessa, ja yksi varsin keskeinen tapa osoittaa empatiaa on reflektointi. Osuvat, oikein kohdistetut reflektiot voivat ratkaisevalla tavalla vahvistaa terapeutista yhteistyötä, mikä puolestaan vahvistaa asiakkaan sitoutumista päihdehoitoon. (Miller & Rollnick, 2002, 7, 37.) Asiakkaan ei tarvitse pelätä kasvojensa menettämistä. (Rogers, 1957; Leiman, tulossa; ks. myös Peräkyliä, 2010). Oikein kohdistetun empatian vaikutus asiakkaaseen on merkittävä, sillä se vaikuttaa positiiviseen hoitotulokseen jopa pitkään hoidon lopettamisen jälkeen (Elliot ym., 2011; Miller & Rollnick, 2002, 7.)

Edellä kuvatuista syistä johtuen reflektointi on motivoivassa haastattelussa yksi työntekijän tärkeimmistä taidoista ja perusta, johon motivoiva haastattelu nojautuu aina hoidon alusta läpi koko hoitoprosessin (Miller & Rollnick, 2002, 37.). Yhtäältä niillä todennetaan asiakaskeskeytystä ja toisaalta niiden avulla työntekijä toimii direktiivisesti eli ohjaa keskustelua motivaation tutkimiseen. Taidokkaissa reflektioissa käsitellään myös asioita, joita asiakas ottaa puheeksi epäsuorasti tai jopa jättää sanomatta. Olennaista motivoivan haastattelun kannalta on, että työntekijät keräävät reflektioihin vuoroihinsa asiakkaan muutospuhetta, eli niitä asiakkaan puheen osasia, jotka liittyvät muutosristiriitaan ja -motivaatioon. (Arkowitz ym., 2008, 7). Ilman tätä strategista ja intentionaalista motivoivan haastattelun elementtiä keskustelu voi pyöriä muutoksen ympärillä ilman, että asiakkaan ristiriita ratkeaa. (Miller & Rose, 2009; Arkowitz ym., 2008, 8; Miller & Rollnick, 2002.)

Motivoivassa haastattelussa edellytetyn riittävän ja taidokkaan reflektiotekniikan oppiminen vie aikaa. Forsberg ym. (2010) tutkivat kolmen työntekijän motivoivan haastattelun taitojen oppimista kahden ja puolen vuoden seuranta-ajalla, joka sisälsi henkilökohtaista palautetta ja ohjausta. Yksinkertaisten reflektioiden taidon työntekijät osasivat riittävällä tasolla puolen vuoden päästä koulutuksesta. Sen sijaan monimuotoisten reflektioiden riittävä taso saavutettiin keskimäärin vasta 15 kuukauden kuluttua koulutuksesta. Huolimatta yksinkertaisten reflektioiden riittävästä käytöstä työntekijät saavuttivat keskimääräisesti yleisarvioissa mitattuna riittävän empatiatason vasta puolitoista vuotta koulutuksen jälkeen. Yksinkertaiset reflektiot eivät siten välttämättä välitä empatiaa ja motivoivan haastattelun henkeä riittävällä ja oletetulla tavalla.

Reflektioiden taidokasta käyttöä ja vaikutuksia asiakkaaseen on motivoivan haastattelun tutkitu yllättävän vähän. Tollison ym. (2008) tekivät reflektioista kiinnostavan tutkimuslöydöksen. He mittasivat motivoivan haastattelun koodauksen (MITI) avulla korkeakouluopiskelijoiden perustaitoja. Tulos oli, että toisin kuin motivoivassa haastattelussa oletetaan, reflektiot saattavat olla motivoivan haastattelun näkökulmasta merkityksettämiä tai jopa haitallisia. Yksipuolinen yksin-

kertaisten (eli toistavien ja vähän toisin sanovien) reflektioiden käyttö oli yhteydessä ei-toivottuun hoitotulokseen, alkoholinkäytön lisääntymiseen. Riittävä monimuotoisten reflektioiden käyttö kuitenkin vähensi tätä negatiivista hoitovaikutusta. Monimuotoisten reflektioiden käytöstä, oppimisesta ja hoitovaikutuksesta ei tiedetä riittävästi, vaikka niiden hallinta on hyvin keskeinen perustaito motivoivassa haastattelussa. Käsillä oleva tutkimus pyrkii osaltaan vastaamaan tähän tutkimustarpeeseen tutkimalla reflektioiden laatua ja vaikutusta vuorovaikutukseen.

## MENETELMÄT

### Motivoivan haastattelun tutkiminen MITI:n avulla

Motivoivan haastattelun MITI-koodaus tarkoittaa työntekijän toiminnan yleisarviointia (engl. *rating*) ja käyttäytymisen luokittelua motivoivan haastattelun vuorovaikutustekniikoiden pohjalta (engl. *coding*). Yleisarvioiden avulla (empatia, motivoivan haastattelun henki ja keskustelun suuntaaminen) kuvataan yleisvaikutelmaa työntekijän motivoivan haastattelun mukaisen toiminnan kompetenssista eli taidokkuudesta. Varsinaisessa käyttäytymisen koodauksessa työntekijän puheenvuorot jaetaan ilmaisuihin eli erillisiin ajatuskokonaisuuksiin, joiden keskeiselle toiminnolle, esimerkiksi reflektiolle, annetaan sitä vastaava koodi. Koodaus pohjautuu sääntöihin ja reunaehtoihin, joiden mukaan ilmaisu tunnistetaan ja erotetaan toisista käyttäytymisloukista. Lopuksi lasketaan käyttäytymiskoodien frekvenssit eli tunnusluvut, jotka kuvaavat missä määrin esimerkiksi reflektiota on istunnossa käytetty. Työntekijän toimintaa verrataan kliinisiin kynnysarvoihin, jotka kuvastavat motivoivan haastattelun ohjeiden mukaista toimintaa (engl. *treatment adherence, integrity*). (Moyers ym., 2010).

MITI:ssä reflektioksi koodataan sellainen työntekijän ilmaisu, jossa työntekijä vastaa asiakkaan puheeseen heijastamalla takaisin asiakkaan puhetta toteamuksen muodossa. Koodauksessa käytetyn määritelmän mukaan reflektio saattaa sisältää uutta merkitystä tai materiaalia, mutta se olennaisella tavalla vangitsee ja palauttaa asiakkaalle jotain, mitä hän on juuri edellä sanonut. Reflektio koodataan

muotonsa mukaan yksinkertaiseksi tai monimuotoiseksi. Yksinkertainen reflektio ei yleensä vahvista tai lisää mitään asiakkaan puheeseen, vaan toistaa joko sanasta sanaan tai vähän toisin sanoen asiakkaan ilmaisun, ilmaisten ymmärrystä ja kutsuen asiakasta jatkamaan puheenvuoroaan. Yksinkertainen reflektio voi osoittaa asiakkaan puheesta jonkin hyvin tärkeän ja intensiivisen tunteen, mutta ilmaisu ei poikkea paljon asiakkaan puheesta. Monimuotoisessa reflektiossa työntekijä pyrkii selvittämään ja syventämään asiakkaan puheen merkityksiä poimien asiakkaan ilmaisusta esimerkiksi tunteita ja vaikeasti ilmaistavia kokemuksia. Työntekijä voi valita asiakkaan puheenvuorosta jotain erityistä korostaakseen sen merkitystä tai viedäkseen keskustelua siihen suuntaan. Reflektioon voidaan lisätä myös jotain asiakkaan aiemmin sanomaa ja tehdä reflektiota yhteenveto (Moyers ym., 2010).

Koodauksen tukena on joitain esimerkinomaisia päättelysääntöjä, jotka auttavat ongelmatilanteissa ja yhtenäistävät koodausloogiikkaa. Esimerkiksi silloin ku koodaaja ei ole varma onko reflektio yksinkertainen vai monimuotoinen, koodataan ilmaisu yksinkertaiseksi reflektioksi (Moyers ym., 2010). Koodauksessa lasketaan, miten usein työntekijä käyttää reflektioita istunnon aikana ja käyttäkö hän riittävästi monimuotoisia reflektioita. Näiden seikkojen ajatellaan korreloivan sen kanssa, miten hyvin työntekijä pyrkii kuuntelemaan ja ymmärtämään asiakkaan näkökulmaa. Reflektioiden laatua (empatiaa, keskustelun suuntaamista, motivoivan haastattelun henkeä) käyttäytymisen koodaus ei huomioi, paitsi jos reflektion sisältö on avoimesti negatiivinen asiakasta kohtaan, jolloin se koodataan motivoivan haastattelun vastaisella koodilla eikä reflektiokoodilla. Yleisemmin reflektioinnin laatu tulee arvioiduksi vain koko keskustelua koskevassa yleisarvioinnissa.

Yleisarviointi (miten työntekijä suhtautuu asiakkaaseen koko istunnon aikana: empaattisesti/ohjaavasti tms.) ja käyttäytymisen koodaus (mitä työntekijä tässä vuorossa tekee: reflektio) antavat melko karkean kuvan työntekijän intentionaalisesta toiminnasta, koska ne eivät anna kuvaa siitä, miten työntekijä tietyissä tilanteissa käyttäytyy. Koodaus onkin kritisoiu siitä, että erottaessaan yksittäisen puheenvuoron kontekstistaan se ei huomioi herkästi osallistujien välistä sosioemotionaalista ulottuvuutta ja käyttäytymisen intentionaalisuutta (Peräkylä,

2004). Koodaus ei esimerkiksi tutki työntekijän tarkoituksellista motivoivan haastattelun käyttöä (kuten miten ja mitä reflektoidaan), hoidon sisältöä, asiakkaan huolien huomioon ottamista tai hoidon tavoitteita. Se ei myöskään kata kaikkia motivoivan haastattelun olennaisia osa-alueita, kuten kaikkien sen periaatteiden toteutumista. Motivoivan haastattelun ominaispiirteinen taito asiakkaan muutospuheen herättely jää niin ikään koodauksella tavoittamatta (Moyers ym., 2005b). Koodauksen etuna kuitenkin on, että sillä voidaan käsitellä suuria vuorovaikutusaineistoja ja saadaan tehtyä suhteellisen luotettava yleiskuvaus keskustelun kulusta, kuten siitä, missä määrin työntekijä käyttää reflektiota istunnon aikana (Moyers ym., 2005b).

### Keskusteluanalyysi

Siinä missä koodaustutkimuksessa tutkija luokittelee vuorovaikutusaineiston puhetekeja ennalta annettuihin luokkiin, pyrkii keskusteluanalytiko havainnoimaan vuorovaikutuksen rakentumista ja vuorovaikutuksen säännönmukaisuuksia aineistosta käsin, ilman ennako-oletuksia siitä, mitä aineistossa on tai pitäisi olla. Keskusteluanalyysi on laadullinen menetelmä sosiaalisen vuorovaikutuksen tutkimiseen, joka itsessään tarjoaa myös yleisen teorian vuorovaikutuksen rakentumisesta. Teorian ydin on oletus, että peräkkäisten vuorojen suhde näyttää, minkälaisesta sosiaalisesta toiminnasta on kyse. Puheenvuorossaan puhuja tuo esiin tulkintansa edeltävästä puheesta ja siitä, käsitteleekö hän edeltävää puhetta kysymyksenä, kannanottona, selontekona, pyyntönä tai vaikkapa korjauksena. Se, miten puhuja ottaa edeltävän puheen vastaan ja reagoi siihen, luo puolestaan kontekstin seuraavalle puheenvuorolle. Keskusteluanalyysissä siis havainnoidaan keskustelun rakentumista vuoro vuorolta etenevänä puhujien välisenä yhteistoimintana, jossa kummankin puhujan puheenvuorot ovat yhtä tärkeitä. Tuloksena on vuorovaikutuksen rakentumisen kuvaus puhujien näkökulmasta käsin.

Alun perin keskusteluanalyysi syntyi arkikeskustelun ja arkisen sosiaalisen toiminnan tutkimusvälineeksi. Olennaiseksi osaksi muodostui keskustelun säännönmukaisuuksien havainnoiminen. Säännönmukaisuudet ovat yksinkertaisimmillaan kaksi peräkkäistä vuoroa, vieruspari, joka toistuu

halki keskustelun; tietynlainen vuoro, kuten kysymys, luo odotuksen tietynkaltaisesta seuraavasta vuorosta, vastauksesta. Kutsuun vastataan hyväksymällä tai hylkäämällä se, tervehdykseen vastataan tervehtimällä jne. Toisiinsa liittyvät toimintojen ryppäät muodostavat keskusteluanalyysitutkimuksen perusyksikön, vuorovaikutussekvenssin. Useissa tilanteissa, etenkin kun tutkitaan institutionaalisia vuorovaikutustilanteita, mitä nykyinen sosiaalityeellinen keskusteluanalyysitutkimus pääasiassa tekee, perussekvenssi laajenee vähintään kolmiosaiseksi. Esimerkiksi kun kysyjä, vaikkapa lääkäri, on saanut potilaalta vastauksen kysymykseensä, hän tavalla tai toisella arvioi potilaan vastausta, sen riittävyttä ja ymmärrettävyyttä. Ymmärrettävyydestä ja riittävydestä kertoisi vaikkapa vastauksen kiittäminen (esimerkiksi ”yhym, selvä”) ja keskeneräisyydestä yksinkertaisimmillaan jatkokysymys (kuten ”kuinka usein näitä oireita on”).

Keskustelun sekventiaalinen jäsentyminen muodostaa ikään kuin vuorovaikutuksen luurangan. Sen avulla havainnoidaan myös muita vuorovaikutuksen ominaisuuksia, kuten puhujien välisen sosiaalisen suhteen laatua. Tällöin analyysissä pyritään paikallistamaan erilaisia puheen merkkejä, kuten vuoron muotoilun keinoja ja äänensävyjä, jotka vaikuttavat toteutumassa olevan sosiaalisen toiminnan luonteeseen. Institutionaalisten puhe-tilanteiden tutkimuksessa korostuu kysymys, millä puheen keinoilla osallistujat rakentavat keskustelun tietynlaiseksi (esimerkiksi lääkärin vastaanotoksi), mitä puhujien valitsemat puheen tavat voivat kertoa siitä, minkälaisena osallistujat kohtelevat meillä olevaa toimintaa (esim. minkälaiset vuoron muotoilun keinot liittyvät siihen, että lääkäri ottaa potilaan alkoholinkäytön puheeksi) ja mitä se kertoo osallistujien välisestä suhteesta (minkälaisia kysymyksiä ja/tai puheenaiheita käsitellään odotuksenmukaisina, miten puhujien pääsy tai oikeus puhua käsillä olevasta aiheesta näytetään). Sekventiaalinen rakenne toimii paikallistamisen välineenä, kun tunnistetaan toiminnan ominaispiirteitä. Tutkija pystyy havainnoimaan vuorovaikutuksen erityisiä ”institutionaalisia sormenjalkia” analysoimalla tehtäviä, joita vuorot toteuttavat sekvenssin tietyissä osassa. Aiemmat keskusteluanalyysitutkimukset esimerkiksi psykoterapiasta ovat kuvanneet vuorovaikutuksen keinoja ja käytänteitä, joilla te-



rapeutit ottavat asiakkaansa puhetta vastaan ja erilleet kaikkia niitä tehtäviä, joita nämä käytänteet toteuttavat (Antaki, 2008).

Keskustelunanalyysin erityinen lisäarvo institutionaalisten vuorovaikutustilanteiden tutkimisessa on siinä, että se näyttää, mitä vuorovaikutustilanteissa tapahtuu. Nämä havainnot voidaan rinnastaa toimintaa ohjeistavaan teoriaan, jolloin päästään käsiksi siihen, missä määrin keskustelu toteutuu teorian oletusten mukaan. Keskustelunanalyysin tulosten ja teorian ohjeiden ja oletusten vertailu näyttää, mitkä teorian oletukset toteutuvat, mitkä eivät ja mahdollisesti, mitä sellaista vuorovaikutuksessa on, johon teoriassa ei ole otettu kantaa. Kun vuorovaikutusta ohjaavat teoriat ja keskustelunanalyysin löydökset ovat asettuneet dialogiin, on voitu täsmentää ja korjata teorian oletuksia vuorovaikutuksesta ja toisaalta kohdentaa työntekijöiden koulutusta vuorovaikutustilanteiden ongelmakoh-  
tiin.

Vaikka keskustelunanalyysia ja koodausta yhdistää kiinnostus tehdä selkoa siitä, mitä keskustelussa tapahtuu, lähestyvät menetelmät aineistoja eri näkökulmista. Keskustelunanalytikko kysyy aineistoltaan, miten osallistujat toteuttavat meneillään olevaa toimintaa ja pyrkii saamaan aineistosta esiin niitä vuorovaikutuksessa näkyviä asioita, joita osallistujat itse kohtelevat tärkeinä. Tällä tavoin tutkimuksessa voidaan tarkastella myös osallistujien välistä sosiaalista suhdetta ja sen ominaispiirteitä. Keskustelunanalyysin tulosten yksi haaste on, että ne ovat yksityiskohtaisia vuorovaikutuksen rakentumisen kuvauksia rajatuista puheen sekvensseistä. Yleistysten muodostaminen isoista aineistosta on työlästä ja aikaa vievää. Tuloksista ei myöskään voida tehdä suoria johtopäätöksiä hoidon vaikutavuudesta.

### **Aineisto ja analyysin eteneminen**

Aineistona on 36 vuorovaikutusnauhaa A-klinikoiden ensimmäisistä motivoivista alkuhaastatteluilta. Hoitoon tulleilla asiakkailla oli alkoholi- ja/ tai huumeongelma. Tähän nk. MISA-projektiin liittyvä muu taustatieto (aineiston keruu, rekrytointi, tutkimusluvut ja mittarit) on esitelty tarkemmin tämän lehden toisessa artikkelissa (Rakkolainen, 2012). Niin ikään MITI-koodaus ja sen tulokset on esitelty samassa artikkelissa,

joten tässä tarkastellaan näitä tuloksia keskittyen vain koodaamisen kannalta ongelmalliseksi osoitautuneiden reflektioiden tarkasteluun.

Tutkimuksen analyysiprosessi kulki seuraavasti: ensimmäisen vaiheen muodosti 36 asiakkaan ensimmäiset motivoivat päihdeistunnot, jotka analysoitiin MITI 3.1.1 (Motivational Interviewing Treatment Integrity) koodausmenetelmällä (Moyers ym., 2010; Koski-Jännes ym., 2010; Rakkolainen, tulossa). Yleisarviot motivoivan haastattelun hengestä, keskustelun suuntaamisesta ja empatiasta tehtiin 1–5 Likert asteikolla koko istunnon ajalta ja käyttäytymisen koodaus tehtiin satunnaisesti valitusta 20 minuutin jaksosta. (Moyers ym. 2010.) Pääkoodaaja (Rakkolainen) koodasi kaikki vuorovaikutusnauhat, joista kahdeksan satunnaisesti valittua nauhaa koodasi myös rinnakkaiskoodaaja. Rinnakkaiskoodauksessa havaittiin reflektioiden reliabiliteettiongelma. Reliabiliteetin puutetta haluttiin tutkia tarkastelemalla missä määrin motivoivan haastattelun henki (yhteistyö, evokaatio ja autonomian kunnioittaminen) näkyy työntekijöiden reflektioissa, ts. toteuttavatko reflektiot motivoivan haastattelun vuorovaikutustehtäviä vai eivät. Seuraavaksi esitellään lyhyesti MITI-havainnot, jonka jälkeen kuvataan keskustelunanalyysin prosessi.

### **Reflektioiden koodauksessa havaitut ongelmakohdat**

Reliabiliteettimitatut nauhat sisälsivät kaikkiaan 817 ilmaisua, joista 269 eli 33 prosenttia olivat toisen tai molempien koodaajien mukaan reflektioita. Kyseessä on siis hyvin keskeisesti käytetty vuorovaikutustekniikka. Rinnakkaiskoodauksessa oli noin viidennes (52) selvästi ongelmallista ilmaisua, jotka toinen koodaaja oli merkinnyt reflektioksi ja toinen koodaaja jollain muulla koodilla. Näistä 20 olivat suljettuja kysymyksiä ja 20 motivoivan haastattelun mukaisia ilmaisuja, 10 tiedon välittämistä ja 2 avoimia kysymyksiä. Ongelmaksi muodostui myös ilmaisujen jakamiseen liittyvä yli- tai alikoodaus: 43 ilmaisua olivat sellaisia, jotka toinen oli koodannut reflektioksi ja toinen jättänyt koodaamatta. Usein nämä olivat yhden sanan toistoja tai asiakkaalta keskenjääneitä ilmaisuja, jotka työntekijä lopetti reflektiolla. Toinen koodaaja ei huomionnut näitä ns. minimipalautteita koodauksessaan lainkaan.



Reflektioiden erottaminen kysymyksistä oli koodaussääntöjen perusteella hankalaa, mikä johdettiin osin suomenkielestä. Jos työntekijä reflektoi ja esittää perään tarkentavan kysymyksen, tulisi ohjeiden mukaan molemmat koodata. Kuitenkin, jos reflektioksi tarkoitettu ilmaisu muuttuu kysymyksiä ilmaisun lopussa nousevan intonaation kautta, tulisi ilmaisu koodata kysymykseksi. Englanninkielessä tämä nouseva intonaatio kertoo ilmaisun tekevän kysymystehtävää. Suomenkielessä kyseistä intonaation nousua ei ole, joten asiakkaan puhetta toistavan tai toisin sanovan ilmaisun erottaminen kysymyksestä ei tällä säännöllä toimi. Reflektion erottaminen motivoivan haastattelun mukaisesta ilmaisusta oli niin ikään vaikeaa, jos työntekijä lisäsi siihen asiakasta ymmärtävää ja autonomiaa tukevaa näkökulmaa, sillä mm. sympatiaa välittävät ilmaisut koodataan motivoivan haastattelun mukaisella koodilla.

Kokonaisarvioinnin kannalta onkin ensisijaisista tunnistaa, toimiiko työntekijä motivoivan haastattelun mukaisesti vai ei. Reflektio on motivoivan haastattelun mukainen, asiakaslähtöinen ilmaisu. Suljettuja kysymyksiä taas neuvotaan käyttämään varoen, koska rajatessaan asiakkaan vastausmahdollisuutta ne voivat johtaa helposti työntekijälähtöiseen vuorovaikutukseen. Ohjeista puuttuu suomenkieleen soveltuva päättelysääntö, jonka mukaan nämä ilmaisut voisi johdonmukaisesti koodata.

Koodauksen ongelmakohta MITI-reliabiliteetissa oli erityisesti monimuotoisissa reflektioissa (MR), joiden sisäkorrelaatiokerroin (ICC) oli vain kohtalainen (0.50). Rinnakkaiskoodauksia tarkemmin vertaillaessa koodauksessa keskeinen ongelma näytti olevan yksinkertaisen ja monimuotoisen reflektion erottaminen toisistaan. ICC:n arvo nousi hyväksi (0.74) Cicchetin (1994) kynnyksarvojen mukaan tarkasteluna, jos yksinkertaiset ja monimuotoiset reflektiot yhdisti yhdeksi reflektioluokaksi. Koodaajien kokonaissumma kaikkien reflektioiden osalta oli hyvin lähellä toisiaan, kaiken kaikkiaan 264 ja 269 reflektiokoodia. Myös Cronbachin alfa sai hyvän arvon 0.85, kun luokat yhdistettiin. Reflektioluokkien yhdistäminen ei kuitenkaan ratkaissut kaikkia reflektioiden tunnistamiseen ja muista koodeista erottamiseen liittyviä ongelmia, joita tarkastelemme seuraavaksi yksityiskohtaisemmin keskusteluanalyysin avulla.

## **Keskusteluanalyysi: reflektiovien vuorojen toteutuneet tehtävät**

Keskusteluanalyysissä pyritään tunnistamaan tehtävä tai toiminto, jota vuoro keskustelussa toteuttaa tarkastelemalla vuoroa puheen paikallisessa kontekstissa. Vuoron tehtävä tulee näkyväksi siinä, miten puheen vastaanottajan sitä käsittelee. Siksi tässä tutkimuksessa tutkimuksen kohteeksi määrittyi työntekijän toiminta ensimmäisissä päihdehoidon keskusteluissa.

Analyysi alkoi vuorovaikutuksen rakentumiseen ja siihen liittyvien säännönmukaisuusien tunnistamisella (aineistona kaikki 36 nauhaa). Vaikka istunnoissa olikin sisällöllisiä eroja, oli kaikille keskusteluille yhteistä se, että ne etenivät työntekijäjohtoisesti: työntekijä kysyy, asiakas vastaa, jonka jälkeen työntekijä joko tarkentaa asiakkaan vastausta tai päättää keskustelun ja siirtyy uuteen aiheeseen. Keskusteluanalyysin käsittein ilmaistuna vuorovaikutuksen perusekvenssi rakentui kolmesta osasta: (1) työntekijän aloitteellisesta vuorosta (aiheen antava kysymys tai väite), (2) asiakkaan kuvauksesta eli vastauksesta ja (3) vuorosta, jolla työntekijä vastaa asiakkaan puheeseen, käsittelee vastausta valmiina tai keskeneräisenä.

Aikaisemmissa keskusteluanalyytisissä tutkimuksissa samankaltainen perusekvenssi on havaittu mm. opetustilanteissa (Mehan, 1979; Lee, 2007), psykoterapiassa (Bercelli ym., 2008) ja tutkimushaastatteluisissa (Ehrling, 2006; Ruusuvoori, 2010). Tutkimuksissa toistuu havainto, että työntekijän vastaanottava vuoro (ns. kolmas positio) on keskeinen jaetun ymmärryksen muodostamisen, ylläpitämisen ja korjaamisen paikka. Näissä konteksteissa ne ovat osoittautuneet institutionaalisen tehtävän toteutumisen kannalta merkityksellisiksi kohdiksi keskustelun ja yhteisymmärryksen syntymisen kannalta (opettaja joko hyväksyy oppilaan vastauksen tai korjaa sitä, haastattelija käsittelee asiakkaan vastausta riittävänä tai keskeneräisenä). Vastaanottavissa vuoroissa työntekijät toisaalta ohjaavat keskustelun suuntaa (esimerkiksi valitsevat aiheen, josta keskustelu jatkuu), mutta myös säätelevät omalta osaltaan puhujien välistä sosiaalista suhdetta. Esimerkiksi työntekijä voi ottaa asiakkaan puheen vastaan näyttämällä empaattista ymmärrystään tai konfrontoimalla eli kyseenalaistamalla.

Kun vuorovaikutuksen yleispiirteet (sekventiaalinen rakentumisen säännönmukaisuus tai vaihtelevuus) oli alustavasti jäsenetty, tutkija sai tiedon siitä, mitkä vuorot olivat kahdeksassa reläbilitteettimitatussa istunnossa olleet koodaukselle ongelmallisia. Keskustelunanalyysin tutkimus kohdennettiin näissä kohdissa kahteen erilaiseen sosiaalisen vuorovaikutuksen tasoon. Ensin ongelmalliset vuorot ja niitä ympäröivä keskustelu poimittiin muusta aineistosta ja vuorovaikutusta perättäisissä sekvensseissä tutkittiin sen suhteen, (1) onko siitä tunnistettavissa jokin työntekijän keskeinen tehtävä, yli sekvenssien ulottuva projekti (Schegloff, 2007). Samalla tunnistettiin ja kerättiin erilaisia vuorovaikutuksen keinoja, joilla tehtävää toteutettiin tietyissä sekvenssien kohdissa. Sitten vuoroja tutkittiin laajemmasta näkökulmasta katsomalla, (2) miten niissä säädeltiin osallistujien välistä sosiaalista suhdetta: oliko ongelmallisissa vuoroissa samanlinjaisuutta, vastavuoroista ymmärrystä vai erimielisyyttä tai kontrollointipyrkimyksiä.

### Aineiston luonnehdinta ja keskustelunanalyysin tulokset

Koodauksessa yksi ilmaisu voi saada vain yhden koodin (tehtävän). Keskustelunanalyysin tulokset kuitenkin havainnollistivat, että tietyn muotoiset vuorot voivat eri tilanteissa toimia eri tehtävissä. Aineistossa etenkin toistoa (joka koodauksessa katsotaan yksinkertaiseksi reflektioksi) käytettiin eri tehtäviin. Toisto on sikäli selkeä vuorovaikutuksen keino, että siinä puheen vastaanottaja ei lisää puheen alkuperäisen esittäjän sanomaan mitään. Sillä voidaan kutsua alkuperäisen puheen esittäjää täydentämään kuvaustaan. Tätä kuvaa seuraava esimerkki. Kaikissa aineistonäytteissä yksinkertaiseksi tai monimuotoiseksi reflektioksi koodattu ilmaisu on merkitty tummennetulla tekstillä.

#### Esimerkki

- 1 Työntekijä: niin, okei. kerran viikossa juot enemmän kuin kuusi annosta. tänne vastannu.
- 2 kerran kuukaudessa sulle on viimesen puolen vuoden aikana käynyt niin että ku olet
- 3 alottanu juomisen niin et oo voinu lopettaa. liittyyks se jotenki
- 4 vierotusoireisiin vai minkälaiseen se?

- 5 Asiakas: ei, mul ei oo koskana ollu mitään vierotusoireita tai että emmä, ooksmä niin
- 6 paatunu ihminen jos, mutta tää, ei se sit oo, se on vaan se viinanhimo siinä sitte.
- 7 T: **viinanhimo**
- 8 A: mm, ettei, sen takii mä haluan päästä eroon koska se ei oo niinku kuitenkaan
- 9 mikään semmonen et on pakko saada mutta se sitten ku tulee se putki, se on
- 10 rankka kolmen päivän putki niin sitä, sitä vetää joka päivä sitte et en osaa
- 11 oikeen sanoo mikä se on.

Kysyvällä äänensävyllä lausuttu toisto (viinanhimo, rivi 7) valitsee asiakkaan puheesta kohdan, josta asiakas kertoo lisää. Vastauksessaan asiakas kuvaa keskeisiä asioita hänen tilanteestaan. Niiden kautta osallistujat päätyvät tutkimaan ristiriitaa, joka liittyy asiakkaan päihteiden käyttöön.

Kuten esimerkissä, voidaan toistolla merkitä aihe tärkeäksi, kutsua siitä lisää puhetta ja pitää aiheita yllä (Puchta ym., 2004; Ehrling 2006, 127). Aikaisemmat tutkimukset näyttävät, että toisaalta toistolla voidaan myös kuitata vastaus vastaanotetuksi ja lopettaa keskustelu kyseisestä aiheesta.

Päihdehoitotunnoissa toistoa käytetään kummassakin tehtävässä. Otteessa 1 työntekijä ja asiakas keskustelevat asiakkaan tukiverkostosta. Huomiorivit on tummennettu.

#### Ote 1.

- 1 T: se on hyvä asia kans että, löytyy sitte tukiverkkoja myöskin sieltä isovanhemmista.
- 2 onks sul sisaruksii itelläs.
- 3 A: yksi sisko
- 4 T: **sisko.** (0.4) ootsie siskon kans tekemisissä,
- 5 A: oon.
- 6 T: onks teil minkälaiset välit,
- 7 A: hyvät välit on siskon kaa.
- 8 T: **hyvät välit** mmm
- 9 A: että tää sisko, sisko on just päivisin auttanu minuu nois, ku on bentsot loppu
- 10 ni silt on saanu rivaltrinii
- 11 T: **ai ni se on vähä jeesannu sitte,**
- 12 A: nii
- 13 T: **sisko käyttää rivatrilii sit ite**
- 14 A: joo
- 15 T: mihin onks hänel joku sairaus vai

- 16 A: sil on, se saa paniikki, kohtauksii  
 17 T: aha ni siihen, just (1.4) no kerro mulle, kuka on ollu huolissaa sun  
 18 päihteiden käytöst paitsi sie ite mikä on hyvä asia et sie oot ite ollu mut kuka muu.  
 19 A: no, sit just tää mun puoliso  
 20 T: **puoliso** (0.4) entäs sisko tai  
 21 A: ja sit on, tietyst äiti ja iskä on ollu että  
 22 T: **eli he on tietosii sun päihteiden käytöstä**  
 23 A: joo on etten mie nyt oo sit, lähteny salaamaa että/ okei/ et ihan suoraa  
 24 puhun niilleki että.  
 25 T: **eli he on ilmassu et he on huolissaa**  
 26 A: joo.  
 27 T: mmm. mitäs sie oot siitä, mieltä.  
 28 A: no, ihan hyvä et on huolissaa et ainaki että välittää  
 29 T: just, mmm. okei. <6s> mie laitan vaa tohon noit vähä ylös. onks sul mitää  
 30 tota noinni, rikoksia taustalla onks sul tuomioita.  
 31 A: ööö, no on mul, on mul joskus, nuorempana, pahoinpitely tuomioit ja sit on  
 32 yks ratti tota, sit on huumaus aineen käyttö rikoksia  
 33 T: **niit on joitain**  
 34 A: niit on vissii, kolme vai kaks.

Toisto kantaa otteessa 1 paikasta riippuen joko kuittauksen tai kysymyksen tehtävää. Työntekijä kartoittaa asiakkaan tukiverkostoja. Rivillä 4 näkyvä toisto (sisko) toimii vastauksen kuittauksena; työntekijä ensin noteeraa asiakkaan vastauksen ja pyytää sitten tarkennusta ("ootsie -- tekemisissä"). Samassa tehtävässä toisto on myöhemmässä keskustelussa rivillä 20. Rivin 8 vuorossa toisto kuitenkin kantaa lisätarkennuksen tehtävää. Työntekijä on tekemässä selkoa asiakkaan merkityksellisistä ihmissuhteista, ja asiakkaan kuvausta "hyvät välit" hän käsittelee keskeneräisenä. Kysymyksen tehtävä ilmenee sekä puheen sävystä ja intonaatiosta ja kysyvästi lausutusta responssipartikkelista "mm" (parhaiten tunnistettavissa ääninäytteestä). Toistolla työntekijä näyttää, mikä on huomionarvoista ja siirtää vuoron takaisin asiakkaalle. Asiakas kertoo suhteestaan siskoon; sisko on antanut lääkkeitä, kun omat ovat olleet lopussa (rivit 9 ja 10). Työntekijä pitää asiaa uutisarvoisena tai merkityksellisenä, mikä näkyy

siinä, että hän ensin toistaa omin sanoin asiakkaan edellä kertoman (rivi 11) ja saatuaan ymmärrystarjoukselleen vahvistuksen (rivi 12), pyytää asiakasta tarkentamaan (rivi 13).

Tarkennuspyyntö (rivi 13) on väitteen muotoinen ilmaus, eli se täyttää koodauksen ehdon reflektiolle. Vaikka vuoro ei ole kysymyksenmuotoinen, toimii se tässä silti vahvemmin kysymyksenä kuin ymmärryksen osoituksena; työntekijä esittää väitettä asiasta, josta edellä olevan keskustelun perusteella hänellä ei ole tietoa. Vuoron lopussa oleva "sit" partikkeli viittaa asiakkaan puheeseen (rivi 10, siskolta saanu lääkettä) ja tekee siten vuorosta johtopäätelmän edellä puhutusta. Työntekijä on kuitenkin johtopäätelmänsä/oletuksensa epävarma, sillä ei tunne siskon tilannetta (vuoro toimii siis kysymyksenä: "käyttääkö siskosi itse lääkettä?"). Vuoron kysymyksen tehtävä tulee esiin myös keskustelun jatkoa tarkastelemalla. Asiakkaan minimaalinen vastaus (rivi 14) ei riitä työntekijälle, vaan työntekijä haluaa tietää lisää (kysymys rivillä 15). Samalla tavalla myös otteen lopussa, rivillä 33 näkyvällä vuorolla työntekijä kutsuu asiakasta täsmentämään, avaamaan vastaustaan rikoksista ja tuomioista. Työntekijä näyttää tässä hakevan lukumäärää (on pantu näkyviin kysyvästi lausutussa pronominiissa "joitain", viittaa myös kysymyksen pronominiin "mitään"); asiakkaan vastaus (rivi 34) tyydyttää työntekijän tiedon tarpeen ja hän vaihtaa näkökulmaa.

Samat ilmiöt näkyvät tiivistetyksi myös saman istunnon myöhemmässä otteessa 2, jossa osallistujat puhuvat asiakkaan toimeentulosta (liiton maksamista työttömyyspäivärahoista). Huomiorivit on tummennettu.

#### Ote 2.

- 1 T: eli se, liito-, ymmärsinkö oikeen et liiton päivät loppu nyt ihan just eliä ne rahat on nyt niinku  
 2 A: ne on nyt joo viis sataa päivää täynnä.  
 3 T: **täynnä** (0.4) ja koska se tuli täyteen (.) nyt ihan just äsken  
 4 A: täs ihan, loppuko ne pari viikkoo [sitte]  
 5 T: **ja sie oot nyt karensis ollu tän välin jotenki**  
 6 A: ei kato mie oon ollu, mie oon oottanu et liitot tulee ne laput niinku mitkä  
 7 mun pitää mennä näyttämään ekaks toho työkkärii,

- se naputtaa ne koneelle ja
- 8 sit kato kela sit se [hurja] paperisota siel ja niitten päätöksiä
- 9 T: aivan mut ne ei oo viel siis tullu ne paperit
- 10 A: no nyt on tullu niinku
- 11 T: **nyt on tullu,**
- 12 A: ne tuli eilen, eilen tip[ahhti] postilaatikoon mul ne tos mukana että
- 13 T: [hyvä]
- 14 T: hyvä, ja sie, niinku kykenet ne ite hoitamaan sie saat, ne hyvä. onks sul
- 15 sosiaalitoi-, toimistos jo työntekijä oot sie

Työntekijän toisto (rivi 3) toimii kuittauksena, jolla työntekijä ottaa asiakkaan vastauksen vastaan ja pyytää sitten tarkennusta. Väitteen muotoinen vuoro rivillä 5 toimii tarkastavana kysymyksenä: puheena on aihe, josta työntekijä ei vielä tiedä, vaan olettaa tai arvaa, vaikka tekeekin johtopäätöksen. Epävarmuus näkyy äänensäyvin lisäksi vuoron lopussa olevasta ”jotenki” liitteestä. Vuoro kutsuu asiakasta selostamaan asiantilan. Rivillä 11 oleva toisto näyttää puolestaan ymmärrystä tarkastavalta kuittaukselta, joka kutsuu asiakasta vahvistamaan työntekijän käsityksen. Toistoa edeltävät puhujien ymmärrysvaikeudet, lähinnä asiakkaan korjaukset (rivi 6 ja 10), mikä vahvistaa vuoron tarkistavaa luonnetta. Seuraavassa eri asiakkaan istunnon otteessa näkyy vastaavasti, miten tietynmuotoinen vuoro voi toteuttaa eri tehtäviä.

### Ote 3.

- 1 T: joo. oliko sulla tota aikasempia päihdehoitoja
- 2 A: oli kun mä olin työelämässä niin mä olin täällä kerran sen rouvan joka on nyt
- 3 eläkkeellä niin sen luona.
- 4 T: ”nimi”
- 5 A: joo,
- 6 T: ja täst on aikaa vuos kaks
- 7 A: ainaki vuos.
- 8 T: **ainaki vuos. joo. mut tollasia kuntouttavia laitoshoidoja ei**
- 9 A: ei oo koskaan ollu.
- 10 ----- 20 min alusta
- 11 T: joo, eli tota, miten sä arvelet että pystyisit olemaan juomatta vai tarvitsit ihän
- 12 tämmösen laitoskatkasuhoidon ennen sitä ”hoitopaikkaa”.

- 13 A: kyl, kyl mä nyt, tossa nyt sen puol kossuuki otin niin, sen jälkeen ajatteli että
- 14 oishan tänki voinu jättää jo väliin että, ei se niinku, se oli niinku ihan turha.
- 15 T: joo. sit viikonloppuna lauantaina, sunnuntaina
- 16 A: ei mitään.
- 17 T: **ei mitään**, joo. minkälaista se oli olla ihan ilman alkoholia
- 18 A: no, ei hassumpaa.
- 19 T: **ei hassumpaa**
- 20 A: mm.
- 21 T: minkälainen sun mieliala oli
- 22 A: no se, se heittelee niin paljo että, niinku mä sanoin niin menee laidasta
- 23 laitaan välillä että. mutta muutenhan oli, kunto oli parempi ja näin pois päin että.
- 24 T: niin et sä jo näin lyhkäsessä ajassakin huomaat että, sulla on kunto parempi
- 25 kun sä oot ilman alkoholia

Rivillä 8 työntekijä toistaa asiakkaan sanat. Toisto toimii aiheen käsittelyn päättävänä kuittauksena, mikä näkyy siinä, että hän siirtyy sulkemaan pois muita hoitovaihtoehtoja. Rivin 17 toisto toimii samaan tapaan, kun taas rivin 19 toistolla työntekijä hakee laajempaa kuvausta ja hän merkitsee asiakkaan ilmauksen merkitykselliseksi. Tämä tehtävä tulee näkyviin rivin 21 kysymyksessä, jolla työntekijä pyrkii saamaan tietoa asiakkaan tunnelmista.

Keskustelunanalyysin tulkinnan resurssina käytettiin myös työntekijän toiminnan (luonteen) kuvausta, jota tunnistettiin tarkastelemalla, mitä työntekijä tekee peräkkäisissä sekvensseissä. Havaittiin, että työntekijä on asettunut kysymään asiakkaalta asioita: hän kartoittaa asiakkaan tilannetta ja kerää tietoa eri aiheista, kyselee, haastattelee. Toiminnassa on nähtävissä työntekijöiden pyrkimys saada kattava kuvaus asiakkaiden tilanteista, se on heidän projektinsa.

Näiden havaintojen yhteydessä on syytä kommentoida aineiston luonnetta yleisemminkin. Keskusteluissa käsiteltiin monia muitakin aiheita kuin vain asiakkaan päihdeongelmaan liittyvää muutostarvetta tai ristiriitaa. Lähes kaikissa istunnoissa puheenaiheena oli asiakkaan yleinen elämäntilanne. Esimerkiksi toimeentuloon, terveydentilaan, perhesuhteisiin, työelämään ja asumiseen käytettiin paljon aikaa. Myös tämä havainto, keskustelun ja reflektioiden sisältö, jää koodauksessa

huomioimatta. Koodauksessa lasketaan kaikki reflektioidut, nekin jotka eivät kohdistu motivoivan haastattelun kannalta olennaiseen aiheeseen. Esimerkiksi otteessa 2 rivillä 11 oleva vuoro lasketaan reflektioksi, vaikka sillä ei suinkaan reflektoida asiakkaan muutoshalukkuutta, vaan asiakkaan toimeentuloon liittyviä kysymyksiä. Näin ollen oletus, että reflektioiden lukumäärä kuvaisi hyvää motivoivan haastattelun taitoa, ei ole täysin ongelmaton.

Kun aineistoa analysoitiin sosiaalisen suhteen näkökulmasta, huomattiin, että osassa istunnoista vuorovaikutusta leimasi työntekijän kontrollivallan korostunut käyttö. Seuraava esimerkki osoittaa, miten reflektion näköisissä, väittämän muotoisissa suljetuissa kysymyksissä on näkyvissä työntekijän kontrollivalta: työntekijä ikään kuin väittää tietävänsä asiakkaan tilanteesta, kokemuksista ja mielipiteistä jotain sellaista, joita hän ei kuitenkaan näkyvässä olevan edeltävän keskustelun perusteella voi tietää. Työntekijä esittää arvauksia asiakkaan tilanteesta ja kutsuu näin häntä ottamaan kantaa. Kontrollivalta ilmenee sekä aloitteen tekevissä, mutta ennen kaikkea työntekijän vastaanottavissa vuoroissa, tavassa, jolla asiakkaan puhetta käsitellään. Tästä on näyte otteessa 4. Se on erään asiakastapaamisen alusta; tilanteesta, jossa asiakas on tullut ensimmäistä kertaa A-klinikalle.

#### Ote 4.

- 1 T: noni, elikkä sä nyt, oot päihdekllinikalla.  
 2 A: joo.  
 3 T: sä hakeuduit tänne minkä takii.  
 4 A: no, mun mielest, se alko vähä karkaa käsistä, tuli juotuu liikaa ja  
 5 T: joo, alkoholin käyttö nimenomaan  
 6 A: alkoholin käyttö joo, ei muuta.  
 7 T: sie et käytä lääkkeitä etkä,  
 8 A: en, ainoastaan niitä mitä nyt on täs [nyt on sitte??] että.  
 9 T: ni, elikkä alkoholi on se mikä  
 10 A: joo  
 11 T: et polta pilvee  
 12 A: en  
 13 T: [ja] sul ei oo mitää muita reseptilääkkeitä  
 14 A: ei oo  
 15 ((poistettu joitain rivejä keskustelua peruspäihhteistä))  
 16 T: joo. mikä on sitte niinku semmonen, paljon. et

- sä itteki aattelet, et nyt meni  
 17 niinku ihan liikaa.  
 18 A: no se nyt jos on kopan kaljaa juonu ja, sit lähtee baarii ja juo siel viel jonku  
 19 verran  
 20 T: **ni sit se on niinku. eli koppa kaljaa ja sitte vielä, baarissa jatkot ni se on niinku sunki mielest, paljon.**  
 21  
 22 A: siin vaihees on sit yleensä] aika kännis  
 23 T: no mite humalas sie oot ton kymmene tuopin jälkee.  
 24 A: no sellases, omast mielest sopivas et  
 25 T: muistat  
 26 A: muistan  
 27 T: muistat mennä kotii ja  
 28 A: joo  
 29 T: ja niinku, kaikki tavarat löytyy ja  
 30 A: joo  
 31 T: ja et kaatuile ja  
 32 A: en  
 33 T: joo.  
 34 T: no tota, onks [nää] jotai tiettyjä iltoja, vai se saattaa olla ihan mikä tahansa ilta.  
 35 A: no se voi olla oikeestaa mikä tahansa ilta että  
 36 T: arki-ilta, viikonloppu  
 37 A: no, arken nyt ei nyt iha niin paljo tuu otettuu ku on töitä kuitenkin että, sitten  
 38 aina krapulassa töissä

Työntekijä kerää asiakkaalta tietoa. Ilmaisuisissa on myös tietty konfrontoinnin, kyseenalaistamisen tuntu. Asiakas kertoo heti aluksi, että hänen ongelmansa on: ”alkoholinkäyttö joo, ei muuta” (rivi 6). Vastaus ei ole työntekijälle riittävä, sillä hän haluaa erikseen tarkistaa, että ”ei muuta” pitää sisällään myös sen, ettei asiakas käytä lääkkeitä (rivi 7) tai polta pilveä (rivi 11). Hän ei käytä kysymyksiä, joilla kutsuisi asiakasta kertomaan asioistaan omin sanoin, vaan esittää asiakkaan tilanteesta väitteitä. Väitteille ominaista on, että ne eivät niinkään katso taaksepäin, käsittele sitä, mitä asiakas sanoo, vaan katsovat eteenpäin, käsittelevät sitä, mitä asiakas ei sano (rivit 7, 11 ja 13 ja 25, 27, 29 ja 31). Tarjoilemalla asiakkaalle erilaisia päihde- ja käyttäytymisvaihtoehtoja, työntekijä tulee samalla kertoneeksi, mitä vaihtoehtoja hän sulkee pois. Vaihtoehtojen poissulkeminen puolestaan voi viestiä epäluottamusta ja näyttävän epäsuorasti

työntekijän projektin ”tarkistan, että et jätä mitään sanomatta”. Samalla työntekijä pyrkii käyttämään kontrollivallan lisäksi asiantuntijavaltaa. Myös tästä syntyy konfrontoinnin tunnelma; työntekijä ei voi tietää asiakkaan asioita, mutta hän ei myöskään kutsu asiakasta kertomaan tilanteestaan omin sanoin. Vaikka työntekijän vuorot ovat reflektion muotoisia sikäli, että ne ovat toteavia ilmaisuja, osoittaa keskustelun konteksti, että väittämät ovat suljettuja kysymyksiä, joilla työntekijä tekee selkoa asiakkaan tilanteesta. Ne eivät kutsu asiakasta laajentamaan vastaustaan, vaan ottamaan kantaa siihen, onko työntekijän oletus oikea. Näyte myös kuvaa, että reflektion muotoiset suljetut kysymykset eivät tuota motivoivan haastattelun mukaista asiakaslähtöistä vuorovaikutusta.

Näiden esimerkkien lisäksi vaikeasti koodattavissa olevissa reflektioissa työntekijät saattoivat muuttaa hyvin olennaisella tavalla asiakkaan puheen merkitystä ja näkökulmaa. Näissä reflektion näköisissä vuoroissa työntekijät tekivät väitteen esittämisen lisäksi muutakin: he arvioivat ja selittivät, siirsivät asiakkaan kuvauksen yleisemmälle tasolle, jolloin reflektion tehtävä laajeni huomattavasti. Otteessa 5 asiakas ottaa puheeksi ristiriitaisen suhteensa alkoholin käyttöön.

#### Ote 5.

- 1 A: vielä yks juttu ku mä, siis, mä periaatteessa vihaan alkoholin otto ku, äiti ku joi
- 2 jatkuvasti ja mähä oon nähny siis, ihan sika elämää sen, sen takia...
- 3 (poistettu 5 riviä, asiakas kertoo lapsuudestaan)
- 4 A: ...ni, mä en itte käyttäny alkoholia koska mä nä- näin sen, mitä se,
- 5 T: **seuraukset** hmm
- 6 A: se on ihan sa-, se oli ihan sairasta.
- 7 T: joo. nii elikkä sul oli paljon ollu elämässä jo kärsimystä sitte alkoholista lapsena ja
- 8 sä vihasit sitä ja ja sitte sua arvosteltiin ilonpilajaks kun sä oo arvostelit muitten
- 9 juomista ja nyt sä oot sit kuitenkin toiminu (0.2) saman tapasesti, omassa elämässä ja
- 10 ja tuota vois [jotenki] sitäki kautta se, jotenkin tulee se semmonen, vaikeus,
- 11 suhtautua siihen omaan hyvään oloon että, **mä en oo [psykologi] enkä psykiatri**
- 12 **enkä näin mut että tää on semmonen**

#### (1.5) mietityttävä kohta tää tämmönen

- 13 **ristiriitasuus että (0.7) että siinä sun aja- oman ajattelun (0.2) ja tunteitten**
- 14 **välillä ja sit sun toiminnan välillä on tämmönen ristiriita kumminki**
- 15 A: niin on ja sitte tuota, tosiaan että mä, niinku, tuntuu että mä sen takia mulla onki ...

Työntekijä aloittaa vuoronsa toistamalla asioita, joita asiakas on edellä kuvannut (rivit 7–8). Sitten hän siirtyy tekemään johtopäätöstä asiakkaan kuvauksesta, arvioimaan, mistä tilanteesta on kyse (rivit 9–10). Työntekijä ikään kuin siirtyy vaihteittain asiakkaan puheen toistamisesta kohti tilanteen arvioimista (miten työntekijä asiakkaan kuvauksen ymmärtää) ja tulkintaa (kuvausta, mistä siinä voi olla kyse). Hän kuitenkin asettaa omalle arviolleen rajat (rivi 11, ”en ole psykologi...”) ja jättää näin asiakkaalle mahdollisuuden suhtautua varauksella hänen näkemykseensä. Työntekijä on otteessa varovainen tulkinnan tekemisen suhteen, mutta esittää sen kuitenkin.

Yhteistä työntekijöiden tulkinnaksi kehittyville reflektioille vuoroille on, että työntekijät siirtyvät puhumaan passiivimuodossa. Näin he ikään kuin irrottavat käsiteltävän ilmiön asiakkaasta itsestään ja siirtävät keskustelun hetkellisesti laajempaan näkökulmaan ja kuvaavat, mistä asiasta tai ilmiöstä asiakkaan tilanteesta voi heidän näkemyksenä mukaan olla kyse. Toiminnan voi toisaalta ajatella vahvistavan osallistujien yhteistyösuhdetta, jos sen myötä osallistujien välille syntyy jaettu ymmärrys, kuten edellä kuvatussa aineisto-otteessa. Työntekijä saattoi myös viitata asiakkaan edeltäneeseen puheeseen tavalla, josta ei voinut yksiselitteisesti päätellä ilmaisun tehtävää. Nämä ilmaisut toimivat kantaaottavina arvioina, kuten seuraavassa otteessa 6 (rivillä 4). Vuoroille oli ominaista, että niistä oli vaikea päätellä, mihin sävyyn ne annetaan. Keskustelunanalyysin avulla tarkasteltiin puhujien välistä samanlinjaisuutta.

#### Ote 6.

- 1 A: joo ja sitte, ajo-oikeus, niin no ajo oikeus meni siihen asti ja sit tietyst tuli vielä,
- 2 olikohan se nytte, olikohan se nytte puoltoista vuotta, tai siis, kuuskymmentä



- 3 päivää, ehdonalaista vankeutta, puolentoista vuoden koeajalla.
- 4 T: joo, aha, joo **aikamoiset ra-, aikamoinen rangaistus**
- 5 A: oli, ja se on ihan oikein, koska, mä en edelleenkään, tunne mitään sympatiaa
- 6 rattijuoppoutta kohtaan mä oon varmaan niitä ainoita ihmisiä, ketkä jää, ratista kii sillon
- 7 ku ne lähtee kännissä, kun sanotaan aina että, et rattijuoppo jää monta kertaa, mut nää,
- 8 kerrat mitä mulla [kävi], oon ollu ni ne on ollu niin poikkeuksellisia ku mä, et siit ei
- 9 voi mitää muuta ku jäädä kiinni.

Otteessa 6 työntekijän ilmaisu on samanlinjainen asiakkaan edeltäneen vuoron kanssa. Työntekijä käsittelee asiakkaan puhetta uutisena (rivi 4) ja arvioiden sitä (painottaen sanaa ”aikamoinen”). Työntekijä ei ota rangaistukseen tai asiakkaan toimintaan kantaa, vaikkakin ilmaisee yllättyneisyytensä. Sen sijaan toisessa istunnossa, otteessa 7 työntekijä ilmaisee erilinjaisuutensa asiakkaan kanssa.

#### Ote 7.

- 1 T: nii elikkä sielt tulee tuomio rattijuopumuksesta nyt. < 3s > paljo puhalsit.
- 2 A: kaks piste kolme
- 3 T: **kaks piste kolme eli ihan, kovat, lukemat itse asiassa.**
- 4 pelottaaks sinuu se tuomio.
- 5 A: no kylhän se pyörii koko ajan mieles.
- 6 T: onks siitä annettu sulle mitää arvioita, **et se on törkee kuitenkin todennäköisesti toi**
- 7 A: no, emmie nyt istumaa joudu että
- 8 T: **nii et se-, siltä säästyt** sit et sakkoja ja ehkä yhdyskuntapalveluu
- 9 A: nii jotai sellasta
- 10 T: joo. **mut se kuitenkin niinku mieles pyörii ja vähä niinku**
- 11 A: ahistaa
- 12 T: **ahistaa**, niin < 4s > okei. elikkä tää tapahtu koska sano viel mulle.

Työntekijän kysymys (rivi 1 ”paljo puhalsit”) on napakasti lausuttu, mistä tulee vuoroon kannanoton sävyä. Hän toistaa asiakkaan vastauksen (rivi 3) ja lisää siihen arvionsa (”eli ihan kovat lukemat, itse

asiassa”). Työntekijän toteava äänenpaino ja -sävy tuottavat puheeseen moralisoivuutta tai tuomitsevuutta. Kun asiakas kertoo asian pyörivän mielessä, työntekijä ei reflektoi asiakkaan kokemusta, vaan siirtyy arvioimaan tilannetta. Arviointi käsittelee tuomion laatua. Painottaen lausuttu arvio ”törkeä” kantaa mukanaan syyttävää ja konfrontoivaa suhtautumista, jotka kummatkin ovat motivoivan haastattelun vastaisia suhtautumistapoja. Kun asiakas muotoilee tilanteen itsensä kannalta edullisemmaksi ikään kuin puolustautuen (”en—istumaan—joudu”), siirtyy työntekijäkin arvioimaan tilannetta asiakkaan kannalta eräänlaisena pelastautumisena (rivi 8, ”niin et se, siltä säästyt”), mihin puolestaan voi lukea kantaaottavan sävyn. Työntekijän arvioinnit ovat haittoja korostavia (”kovat lukemat”, ”törkee” rattijuopumus, linnatuomiolta ”säästyminen”).

Konfrontointi ei ole kuitenkaan niin avointa, että se koodattaisiin motivoivan haastattelun vastaiseksi ilmaukseksi. Työntekijä myös pehmentää konfrontointiaan kysymällä asiakkaalta ”pelottaaks sinuu se tuomio” ja refleктоimalla (rivit 10 ja 12) asiakkaan levottomuutta. Esimerkki kuvaakin, miten samassa keskustelun kontekstissa työntekijä saattaa toimia sekä konfrontoivasti että ymmärtäen asiakkaan näkökulmaa, mikä tekee vuorovaikutuksen koodauksesta ja arvioinnista välillä hyvin vaikeaa. Refleктоivat vuorot (kuten esimerkissä 7, rivit 3 ja 8) voivat olla motivoivan haastattelun kannalta ongelmallisia, jos työntekijä arvioi ja väittää tietävänsä ja ymmärtävänsä, mistä asiakkaan ongelmassa on kyse, mutta ei tarkista tai anna tilaa sen tutkimiselle, mitä mieltä asiakas tilanteesta on (tässä rattijuopumuksesta).

#### Yhteenveto keskustelunalyysin tulkinnaasta

Koodaukselle haasteellisten, työntekijöiden vastaanottavien vuorojen tehtävät täsmentyivät, kun niitä tarkasteltiin keskustelunalyttisesti eli katsottiin, minkälaisissa puheen kohdissa nämä vuorot olivat ja mitä tehtäviä ne toimittivat keskustelun etenemisessä. Keskustelunalyttinen luenta toi keskustelutilanteista esiin puheen yksityiskohtia, jotka liittyivät toisaalta vuorojen tehtäviin, mutta myös osallistujien välisen sosiaalisen suhteen luomiseen.

Keskeinen yleisen tason havainto motivoivan haastattelun periaatteiden toteuttamisen kannal-

ta on, että aineiston vuorovaikutuksessa korostui työntekijälähtöisyys, ei tasavertaisuus asiakkaan ja työntekijän välillä. Työntekijät valitsevat (lähinnä kysymyksillään) aiheet, joista puhutaan ja suuntaavat keskustelua aiheisiin, jotka heille ovat tärkeitä. Työntekijöiden toiminnasta uupuu, varsinkin reflektioiden käytön suhteen, asiakkaiden ambivalenssin, ristiriidan tunnistaminen ja tutkiminen ja asiakkaan muutospuheen herättely, mitkä ovat motivoivan haastattelun erityisiä tunnuspiirteitä. Sen sijaan keskusteluista voi päätellä, että työntekijöiden orientaatio ja projekti on tiedon kerääminen. Tiedonkeruun orientaatioon liittyen työntekijät ohjaavat keskustelua: he valitsevat aiheita, kyselevät, tarkentavat, päättävät milloin voidaan siirtyä seuraavaan aiheeseen. Työntekijät eivät siis niinkään asetu kuuntelemaan asiakasta: he eivät kutsu esiin ja korosta asiakkaiden kokemuksia ja käsityksiä tilanteestaan, mitä motivoivassa haastattelussa ohjeiden mukaan tulisi tehdä, vaan ottavat asioista selvää kyselemällä, tekevät arviointia. Tästä seuraa, että asiakkaasta ei keskustelussa tule asiansa asiantuntijaa, jolla olisi oikeus päättää, mistä puhutaan, vaan hän saa vastaajan roolin. Hänen toimintansa on riippuvaista siitä, mitä työntekijä tekee, sillä se on työntekijän ohjailemaa. Työntekijät toteuttavat, joskin vaihtelevassa määrin kontrollivaltaa (Lukes, 1978).

Kontrollivallalla tarkoitetaan yleisesti työntekijän mahdollisuutta ohjailta keskustelua ja sen suuntaa. Asiakkaalla on tiedollinen valta, sillä asiakas tietää ne asiat, joista työntekijä on kiinnostunut ja joita hän tarvitsee tietoonsa. Motivoivan haastattelun keskeinen ohje liittyen vuorovaikutuksen rakentamiseen on asiakkaan autonomian kunnioittaminen, millä viitataan juuri siihen, että motivoivassa haastattelussa työntekijä on asiakkaan työskentely- ja yhteistyökumppani, ei paremmin tietävä auktoriteetti. Tähän suhteeseen orientoitutaan motivoivan haastattelun mukaan parhaiten reflektioiden avulla; niiden oletetaan olevan välineitä, joilla pidetään asiakkaan näkökulma vuorovaikutuksen fokuksessa. Aineistossa kuitenkin näkyi, että työntekijäkeskeisyys vie asiakkaalta asiantuntijavallan, mikä tarkoittaa, että keskustelu ei näissä kohdin toteuta motivoivaa haastattelua, jonka toteutumisen edellytys on asiakkaan ja työntekijän välille rakentuva muutokumppanuus. Se on yhteistyösuhde, jossa asiakkaan osallisuus,

asiakkaan kunnioittaminen ja hänen subjektiivisen näkökulmansa esiin saaminen ovat työskentelyn peruslähtökohtia.

Työntekijöiden herkkyys kysyä asiakkaan puheen reflektioimisen sijaan voi kertoa reflektointin haastavuudesta. Monissa auttamiskonteksteissa työntekijöillä on tunne, että heidän pitää mahdollisimman nopeasti pystyä muodostamaan kokonaiskuva ja arvio asiakkaan tilanteesta, jolloin tehokkain keino on kyseleminen. Kysymys-vastaus-formaattiin perustuva vuorovaikutus kuitenkin herkästi johtaa tilanteeseen, jossa asiakas ei ole aktiivinen tiedon tuottaja vaan pikemminkin passiivinen vastaaja. Tutkimustuloksemme perusteella voidaan todeta, että reflektioiden käyttäminen ei ole itsestään selvä taito, vaan haastava terapeuttinen tekniikka, jota tulee harjoitella.

Keskustelunanalyysin tulosten mukaan yksinkertaiset (toistavat ja toisin ilmaisevat) reflektiot toimittavat hyvin erilaisia ja osin motivoivan haastattelun kanssa erilinjaisia vuorovaikutustehäviä. Jatkossa olisi hyödyllistä koodata ne eri tavoin. Vastaanottavat reflektiot voisi koodata kuitauksiksi, jos ne toistavat asiakkaan puheen, mutta jatkavat sen jälkeen omaa puheenvuoroa. Jos työntekijän reflektiotekniikka on pääsääntöisesti kuittaavaa, ei se toimi niinkään motivoivan haastattelun mukaisesti kuuntelemisen välineenä. Sen sijaan, jos työntekijä pyrkii pitämään puheenvuoron asiakkaalla, pyytäen tätä jatkamaan aiheesta puhumista, ilmaisun voisi koodata fasilitoivaksi reflektioksi.

Sen sijaan selvästi motivoivan haastattelun mukaisissa reflektiissa työntekijä pyrkii validoimaan asiakkaan kokemuksia ja merkityksiä, ja toimimaan samanlinjaisesti asiakkaan näkökulman kanssa. Nämä reflektiot kannustavat asiakasta jatkamaan puheenvuoroa, ymmärtävät eli toimivat empatian välineinä tai ohjaavat keskustelun kulkua motivoivan haastattelun mukaisessa aiheessa. Tämänkaltaisen asiakkaan näkökulman kuunteleminen ja ymmärtäminen on keskeisen tärkeää motivoivan haastattelun hengen toteutumisessa. Nämä yhteistyötä ja yhteisymmärrystä rakentavat vuorot, jotka pyrkivät kuuntelemaan, tavoittamaan asiakkaan puheen merkityksen ja sisällön, kuten reflektion oletetaan motivoivassa haastattelussa tekevän, tulisi edelleen koodata reflektio koodilla. Koodaus-tulokset kertovat reflektioivien vuorojen määrästä,



mutta eivät välttämättä niiden taidokkaasta käytöstä tai motivoivan haastattelun taidosta. Ratkaisu tähän ongelmaan olisi koodata vain tavoitteen olemaan käyttäytymisen muutokseen läheisesti liittyvät reflektiot, tai merkitä ne eri koodilla, jolloin motivoivan haastattelun strateginen toteutuminen tulisi tarkemmin esille.

## POHDINTA

Reflektointi on hyvin keskeinen terapeuttinen tekniikka niin motivoivassa haastattelussa kuin monessa muussa terapiamenetelmässä. Työntekijät oppivat toistavat ja toisin ilmaisevat reflektiot melko nopeasti, mutta monimuotoisten reflektioiden, motivoivan haastattelun hengen ja empatian omaksumiseen menee kauemmin aikaa (Forsberg ym., 2010; Miller & Rollnick, 1991, 171). On oletettavaa, että paljon käytettynä yksinkertaiset reflektiot eivät aina ole motivoivan haastattelun näkökulmasta kovin tehokkaita, sillä määrä ei korvaa laatua (Tollison ym., 2008). Tuloksemme näyttivät, että reflektiot eivät aina toteudu samanlinjaisesti motivoivan haastattelun kanssa. Tämä on tärkeä tutkimuslöytö niin koodauksen ja motivoivan haastattelun tutkimuksen kuin menetelmäkoulutuksen kannalta. Koska reflektointi on motivoivan haastattelun lisäksi tärkeä taito monessa muussa terapeuttisessa orientaatiossa, tulisi menetelmäkoulutuksen ja tutkimuksen jatkossa kohdistua (päihde/terapeuttisen) hoidon kannalta vaikuttavien ja tehokkaiden reflektioiden tunnistamiseen ja oppimiseen, eikä niinkään reflektiotekniikan omaksumiseen sinänsä.

Havainnollistaessamme keskusteluanalyysin avulla reflektoinnin koodauksen ongelmakohtia oletamme, että ne jossain määrin ilmentävät reflektoinnin toteutuksen ongelmakohtia käytännön päihdetyössä. Työntekijän on käytännössä hyvin vaikea toteuttaa reflektioita asiakaslähtöisesti ja motivoivan haastattelun mukaisesti, jos hän ei tunnista omaa reflektiotapaansa, eli sitä mitä ja miten hän reflektoi. Motivoivan haastattelun kannalta tehokkaiden ja myös ongelmallisten reflektioiden tunnistaminen edesauttaisi sen oppimista ja toteuttamista.

Motivoivassa haastattelussa reflektioita tyytittellään yksinkertaisiin ja monimuotoisiin sen

mukaan, miten läheisesti ne heijastavat asiakkaan puheen ilmisisältöä tai syventävät ja selventävät laajemmin asiakkaan puheen merkityksiä (Miller & Rollnick, 1991, 171; Moyers ym., 2010). Tämä on yksi tapa tunnistaa reflektion vuorovaikutustehtäviä ja reflektiotaitoa. Jos kuitenkin halutaan päästä lähemmäs hoitoprosessia, tulee reflektioiden vuorovaikutustehtäviä tarkastella myös strategisesta ja sisällöllisestä näkökulmasta, kuten edellä kuvatussa tutkimuksessa. Näin saadaan tarkempi kuva työntekijän reflektiotaidon vaikutuksesta asiakkaaseen.

Keskusteluanalyysin avulla MITI-koodausohjeita ja -päättelysääntöjä voidaan täsmentää, korjata ja perustella, niin että ne vastaavat paremmin motivoivan haastattelun oletuksia vuorovaikutuksen säännönmukaisuuksista nimenomaan suomen kielessä. Vuorovaikutuksen mikroanalyttinen tarkastelu auttaa tarkistamaan koodaussääntöjä ja sitä, että MITI mittaa riittävän luotettavasti motivoivan haastattelun toteutumista. Tämänkaltaisen kalibrointi on olennaisen tärkeää MITI:n kaltaisen kieleen ja kulttuuriin pohjautuvan mittarin käyttöönotossa. (Rakkolainen & Ehrling, 2010).

Emme tässä tutkineet hoidon tuloksia, mutta on mahdollista, että yksinkertaisten reflektioiden käyttö kuittauksina tai motivoivan haastattelun vastaisina suljettuina kysymyksinä vaikuttaa asiakkaan hoitoon sitoutumiseen ja käyttäytymisen muutokseen epädullisesti, kuten Tollisonin ym. (2008) tutkimuksessa. Tässä esiteltyjen havaintojen perusteella voidaan katsoa, että reflektioiden välittämät vuorovaikutustehtävät kertovat jotain käsillä olevasta keskustelusta ja sen luonteesta: yhteistyösuhteesta, sen ylläpidosta ja syvenemisestä tai sen puutteista. Tämä on hyvä jatkotutkimusten aihe, erityisesti jos koodauksen avulla yksinkertaisia reflektioita tarkastellaan niiden vuorovaikutustehtävän mukaan kuittauksena, fasilitoitina tai suljettuna kysymyksenä. Lisäksi koodaus voisi tutkia reflektioiden laatua, miten ne toteuttavat motivoivan haastattelun periaatteita, kuten empatiaa ja ristiriidan kiertämistä, tai sen vastaista toimintaa ja niin sanottuja vuorovaikutusansoja, kuten kiirehtimistä, asiakkaan puheen sisältämän huolen, korjauksen tai epäröinnin ohittamista ja oikaisemista (engl. *righting reflex*) (De Jonge ym., 2005).

Tutkimuksen rajoituksena on pieni otos, joka sisälsi kahdeksan vuorovaikutusnauhaa, joten laajoja

johtopäätöksiä emme voi näistä havainnoista tehdä. Tutkimustavoitteen täyttämiseksi eli ongelmallisten koodauskohtien ymmärtämiseksi aineisto on kuitenkin riittävän kattava ja analyysi tavoitti edellä kuvattuja systemaattisesti toistuvia vuorovaikutuksen piirteitä ja auttoi reflektioiden koodaussääntöjen tarkentamisessa. Koko aineiston 36 istunnon tarkastelu tarjoaisi rikkaamman kuvan reflektioiden vuorovaikutustehtävistä, mutta näiden kaikkien ilmiöiden kuvaaminen yhdessä tutkimusartikkelissa ei ole mahdollista.

Hoitotutkimuksia koskevat tulokset ovat yleensä usein tasolla, josta on vaikea tehdä johtopäätöksiä siitä, miten työntekijän tulisi tietyissä vuorovaikutustilanteen hetkissä toimia (Heritage & Maynard, 2006). Toivomme, että tässä esitellyillä tutkimustuloksilla olisi merkitystä sekä kliiniseen terapiatyöhön että motivoivan haastattelun koulutuk-

seen niin, että reflektointiin, eli siihen mitä ja miten reflektoidaan, kiinnitettäisiin enemmän huomiota. Tutkimus sivuaa myös terapiatutkimuksessa yleisesti esitettyä kiperää kysymystä: kumpi on tärkeämpää: tekniikka vai vuorovaikutussuhde? Havaintomme mukaan ne kulkevat osin käsi kädessä, sillä tärkeä osa terapeuttisesta yhteistyöstä välittyy työntekijän reflektiotekniikassa – tavassa, jolla hän vastaanottaa asiakkaan puhetta.

### **Kiitokset**

Tämän tutkimuksen on rahoittanut Suomen Akatemia (1118424).

Artikkeli on saapunut toimitukseen 1.8.2011 ja hyväksytty julkaistavaksi 14.12.2011.

## Lähteet

- Amrhein, P., Miller, W., Yahne, C., Palmer, M. & Fulcher, L. (2003). Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 5, 862–878.
- Apodaca, T.R. & Longabaugh, R. (2009). Mechanisms of action in motivational interviewing: A review and preliminary evaluation of the evidence. *Addiction*, 104, 705–715.
- Arkowitz, H., Westra, H., Miller, W. & Rollnick, S. (2008). *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems*. Guilford Press, New York.
- Bennett, G., Moore, J., Vaughan, T., Rouse, L., Gibbins, J., Thomas, P., James, K. & Gower, P. (2007). Strengthening motivational interviewing skills following initial training: A randomised trial of work-based reflective practice. *Addictive Behaviours*, 32, 2963–2975.
- Bercelli, F., Rossano, F. & Viaro, M. (2008). Clients' responses to therapists' re-interpretations. Teoksessa A. peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen & I. Leudar (toim.) *Conversation Analysis and Psychotherapy*. (s. 43–61). Cambridge: Cambridge University Press.
- Boardman, T., Catley, D., Grobe, J., Little, T. & Ahluwalia, J. (2006). Using motivational interviewing with smokers: Do therapist behaviors relate to engagement and therapeutic alliance? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 329–339.
- Brueck, R., Frick, K., Loessl, B., Kriston, L., Schondelmaier, S., Go, C., Haerter, M. & Berner, M. (2009). Psychometric properties of the German version of motivational interviewing treatment integrity code. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36, 44–48.
- Burke, B. L., Arkowitz, H. & Mechola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 5, 843–861.
- Catley, D., Harris, K., Mayo, M., Hall, S., Okuyemi, K. & Boardman, T. (2006). Adherence to principles of motivational interviewing and client within-session behavior. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 43–56.
- Chanut, F., Brown, T. G. & Dongier, M. (2005). Motivational Interviewing and Clinical Psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 11, 715–721.
- Cicchetti, D. (1994). Guidelines, criteria and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6, 4, 284–290.
- De Jonge, J., Schippers, G. & Schaap, C. (2005). The motivational interviewing skill code reliability and a critical appraisal. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 1–14.
- Elliott, R., Bohart, A.C., Watson, J.C. & Greenberg, L.S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48, 1, 43–49.
- Forsberg, L., Källmen, H., Hermansson, U., Berman, A. & Helgason, A. (2007). Coding counsellor behaviour in motivational interviewing sessions: inter-rater reliability for the Swedish motivational interviewing treatment integrity code (MITI). *Cognitive Behaviour Therapy*, 36, 3, 162–169.
- Forsberg, L., Forsberg, L.G., Lindqvist, H. & Helgason, A.R. (2010). Clinician acquisition and retention of Motivational Interviewing skills: A two-and-a-half-year exploratory study. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 5, 8. Luettu 8.6.2011. <http://www.substanceabusepolicy.com/content/5/1/8>
- Gaume, J., Gmel, G., Faouzi, M. & Daepfen J. (2008). Counsellor behaviours and patient language during brief motivational interventions: a sequential analysis of speech. *Addiction*, 103, 1793–1800.
- Gaume, J., Gmel, G., Faouzi, M. & Daepfen J. (2009). Counsellor skill influences outcomes of brief motivational interventions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37, 151–159.
- Heckman, C.J., Egleston, B.L. & Hofmann, M. (2010). Efficacy of motivational interviewing for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis. *Tobacco Control: An International Journal*, 19, 5, 410–416.
- Heritage, J. & Maynard, D.W. (2006). Problems and Prospects in the Study of Physician-Patient Interaction: 30 Years of Research. *Annual Review of Sociology*, 32, 1, 351–74.
- Hodgins, D., Ching, L. & McEwen, J. (2009). Strength of commitment language in motivational interviewing and gambling outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23, 1, 122–130.
- Koski-Jännes, A., Rakkolainen, M. & Tolonen, K. (2010). *Motivoivan haastattelun noudattaminen koodauskäsikirja*. Suomennettu, julkaisematon käsikirja.
- Lee, Y.A. (2007). Third turn position in teacher talk: Contingency and the work of teaching. *Journal of Pragmatics*, 39, 6, 1204–1230.
- Leiman, M. (painossa). Dialogical Sequence Analysis in studying psychotherapeutic discourse.
- Lukes, S. (1978). Power and Authority. Teoksessa T Bottomore & Robert Nisbet (toim.) *A History of Sociological Analysis*. (s. 633–676) London: Heinemann, .
- Lundahl, B. & Burke, B.L. (2009). The effectiveness and applicability of motivational interviewing: A practice-friendly review of four meta-analyses. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 11, 1232–1245.

- Lundahl, B.W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D. & Burke, B.L. (2010). A meta-analysis of motivational interviewing: twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice, 20*, 2, 137–160.
- Madson, M. & Campbell, T. (2006). Measures of fidelity in motivational enhancement: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment, 31*, 67–73.
- Martins, R.K. & McNeil, D.W. (2009). Review of Motivational Interviewing in promoting health behaviors. *Clinical Psychology Review, 29*, 4, 283–293.
- Mehan, H. (1979). *Learning lessons: Social organization in the classroom*. Cambridge: Harvard University Press.
- Miller, W.R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioral psychotherapy, 11*, 147–172.
- Miller, W. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing. Preparing people for change* (2. painos) New York: Guilford Press.
- Miller, W. & Moyers, T. (2006). Eight stages in learning motivational interviewing. *Journal of Teaching in the Addictions, 5*, 3–17.
- Miller, W. & Rose, G. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. *American Psychologist, 64*, 6, 527–537.
- Miller, W. & Rollnick, S. (2010). *What's new since MI 2?* Second International Conference on Motivational Interviewing, June 7–9 2010, Stockholm, Sweden. Konferenssiesitys. Luettu 7.3.2011. <http://www.fhi.se/Documents/ICMI/Dokumentation/June-6/Miller-and-Rollnick-june6-pre-conference-workshop.pdf>
- Moyers, T., Miller, W. & Hendrickson, S. (2005a). How does motivational interviewing work? Therapist interpersonal skill predicts client involvement within motivational interviewing sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 4, 590–598.
- Moyers, T., Martin, T., Manuel, J., Hendrickson, S. & Miller, W. (2005b). Assessing competence in the use of motivational interviewing. *Journal of Substance Abuse Treatment, 28*, 19–26.
- Moyers, T. & Martin, T. (2006). Therapist influence on client language during motivational interviewing sessions. *Journal of Substance Abuse Treatment, 30*, 245–251.
- Moyers, T., Martin, T., Christopher, P., Houck, J., Tonigan, J. & Amrhein, P. (2007). Client language as a mediator of motivational interviewing efficacy: where is the evidence? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 31*, 3, 40–47.
- Moyers, T., Martin, T., Manuel, J., Miller, W. & Ernst, D. (2010). *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) Luettu 12.2.2010: [http://casaa.unm.edu/download/MITI3\\_1.pdf](http://casaa.unm.edu/download/MITI3_1.pdf)
- Peräkylä, A. (2004). Two traditions of interaction research. *British Journal of Social Psychology, 43*, 1, 1–20.
- Puchta, C., Potter, J. & Wolff, S. (2004). Repeat receipts: a device for generating visible data in market research focus groups. *Qualitative Research, 4*, 3, 285–309.
- Rakkolainen, M. & Ehrling, L. (2010). Motivoivan haastattelun analyysi kahdella eri menetelmällä. Teoksessa: J. Ruusuvoori, P. Nikander & M. Hyvärinen (toim.), *Haastattelun analyysi* (s. 325–350). Tampere: Vastapaino.
- Rakkolainen, M. (2012). Motivoivan haastattelun toteutuminen päihdehoidon ensitapaamisissa. *Psykologia, 47*, 1, 4–20.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions for therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*, 95–103.
- Ruusuvoori, J. (2010). Vuorovaikutus ja valta haastattelussa – keskustelunanalyttinen näkökulma Teoksessa: J. Ruusuvoori, P. Nikander & M. Hyvärinen (toim.), *Haastattelun analyysi* (s. 269–299). Tampere: Vastapaino.
- Schegloff, A. A. (2007). *Sequence Organization in Interaction: A Primer in Conversation Analysis I*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tollison, S., Lee, C., Neighbors, C., Neil, T., Olson, N. & Larimer, M. (2008). Questions and reflections: The use of motivational interviewing micro skills in a peer-led brief alcohol intervention for college students. *Behavior Therapy, 39*, 183–194.

# 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 muutospsytyvyys 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 kehittäjiä 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 alkuhaastattelun 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 valmistelevaan ja aktivoivaan 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 reflektioidulla, on ratkaiseva vaikutus asiakkaan muutospuheeseen (16, 28).

Aikaisempien tutkimustulosten pohjalta oletamme, 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 avointekijä (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

*Tutkimusluvat.* 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 kulkua 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 tiedotamalla 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 kuvatalennuksesta äänitalennukseen. Aineistonkeruu päättyi kesällä 2010.

*Asiakkaiden rekrytointi.* Tutkimuksella ei haluttu häiritä A-klinikan normaalikäytäntöjä, minä 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 ohjattuna: 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 viralista diagnoosia ei ollut käytettävissä.

*Kyselyaineistot.* Ensimmäisten keskustelujen yhteydessä työntekijä keräsi asiakkaan itse tai yhdessä työntekijän kanssa täyttämän esitietolomakkeen, jossa kysyttiin asiakkaan demografisia, päihdeiden 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 päihdeiden käytöstään. Seurantakyselyt tehtiin puhelimitse. Jos asiakasta ei tavoitettu, tutkija yritti tavoittaa häntä asiakkaan nimeämän yhteyshenkilön avulla. Asiakkaita lähestyttiin tarvittaessa myös kirjeitse ja sähköpostitse.

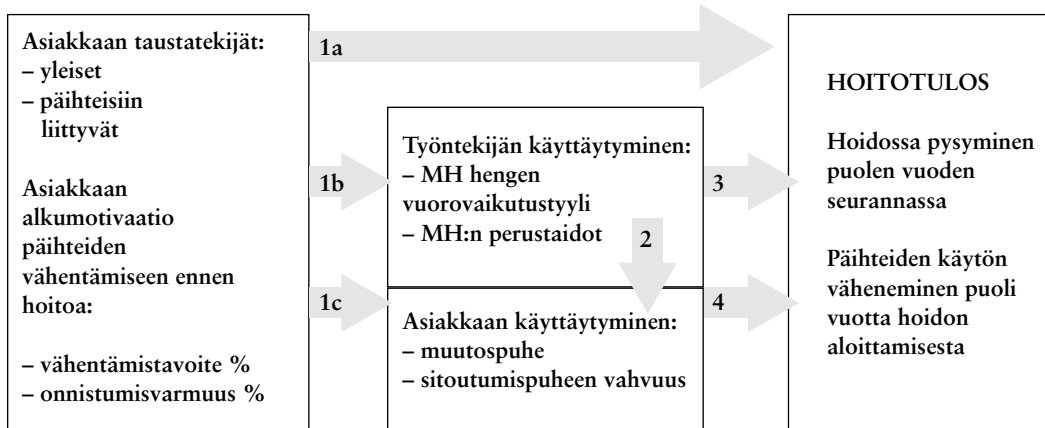
*Vuorovaikutusaineisto.* Kerätty vuorovaikutusaineisto koostuu 38 asiakkaan kahdesta ensimmäisestä nauhoitetusta tapaamisesta. Tässä tutkimuksessa analysoitavina ovat aivan ensimmäiset, noin tunnin mittaiset tapaamiset. Kaksi näistä nauhoituksista epäonnistui, ja ne jäivät pois vuorovaikutusanalyysistä. 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 puheilmaisista 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 osaajatason 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*, päihdeiden

### 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 kumoo 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 kadon 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 asuinkumppanin päihteiden 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 päihteiden kokeilusta ja käytöstä sekä senhetkistä ensisijaista ja toissijaista päihdetä. Demografisia ja päihteisiin liittyviä taustatekijöitä tarkastellaan päihteiden vähentämistä edesauttavina tai vaikeuttavina tekijöinä.

Asiakkaan alkumotivaatiota kuvaavina indikaattoreina toimivat hänen esitietolomakkeessa ilmoittamansa pääpäihteen vähentämistavoite (0–100 %) ja sen vähentämistä koskeva, muutospystyvyyttä 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) aloittelijatasoon 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 istunnonaikeista 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 päihteiden 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 merkitsevyytasoksi asetettiin  $p < 0.05$ . Mann-Whitneyn U-testin ja  $\chi^2$ -testin avulla tarkasteltiin, erosivatko tutkimukseen osallistuneiden ja siitä pudonneiden demografiset ja päihteiden käyttöön liittyvät taustatekijät toisistaan. Päihdehoitotutkimuksissa suositellaan yleisesti nk. intention-to-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 ristiintaulukointilla 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 muuttujat. 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 kokonaisuimallin.

## 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 ammattikoulutusta 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 huumeongelmaista. 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-ongelmaisina 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 tavoitettakaan. 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-ongelmaisilla (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 <sub>1</sub>				
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 <sub>2</sub>	29	4.72 (1.46)	2.17 (2.27)	Z = -4.03***
SDS <sub>2</sub>				
Huumeet pääpäähteenä	9	9.78 (2.99)	8.78 (4.32)	t(8) = 1.16*

<sub>1</sub>= Toistettujen mittausten t-testi, <sub>2</sub>= 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 alkoholiongelmaisella asiakkaalla AUDIT-pisteet vähenivät puolella (49 %), kun 9 hoidon päättäneellä 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 MOTIVAATIOMUUTTUJIEN YHTEYDET HOITOOON 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 hoitotulokseen, 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 vakioida 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 demografisista 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 ( $F_{2,35} = 6,96$ , 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 tulosmuuttujiin puolen vuoden seurannassa.

Taustamuuttujat	Hoidossa pysyminen	Päihteiden käytön vähentäminen
Työssä olo (ei/on)	ns.	.48**
Peruskoulu/ylioppilas	ns.	.33*
AUDIT -alkupisteet <sup>1</sup>	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.

<sup>1</sup> Pearsonin tulomomenttikorrelaatiokerroin \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

kun tarkasteltiin tulosmuuttujiin 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 TAUSTAMUUTTUJIEN 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 päihdeongelman 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 <sup>2</sup>	ΔR <sup>2</sup>
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 ( $\geq 3.5$ ) 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-

lella. 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

##### HOITOON SITOUTUMINEN JA PÄIHTEIDEN KÄYTÖN VÄHENTÄMINEN

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

#### Taulukko 4.

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

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

\* $p < .05$ ; <sup>1</sup>= 6 kk:n sisällä ennen nykyistä hoitoa; <sup>2</sup>= 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 päihteiden 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 päihteiden käytölleen sekä hoidolle selviä tavoitteita, jotka auttavat yhteistyöhön sitoutumisessa ja päihteiden vähentämisessä.

Osanottajien päihteiden 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 päihteiden 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 päihteiden 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 päihteiden käyttö jatkuu. On oletettavaa, että lääkkeitä käyttävät ne, joilla muutenkin on huonommat edellytykset rajoittaa päihteiden 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 päihteiden 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 päihteiden 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 päihteiden käytöstä ja niihin liittyvistä haitoista, keskustelun aikana heidän tavoitteensa päihteiden 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 yhteisymmärrykseen 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 kysymyksin muosmotivaatiota 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





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 vähentämisestä 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 pyymiseen 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 esitettyjä 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 huomioida, koska käytössä ei ollut diagnostisia kriteerejä, kaikki osanottajat eivät niistä välttämättä ensikäynnillä kerro, eikä sitä heiltä systemaattisesti kysytä. 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 mielialan ja elämänlaadun kohentamisena ja vasta myöhemmin päihteiden vähentämisenä.

Tuloksiin on osaltaan vaikuttanut myös tutkimukseen osallistuminen tausta- ja seurantakyseilyneen, 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

toteuttaa tavoitteena oleva muutos vahvistuu tai heikentyy hoidon aikana ja sen jälkeisissä sosiaalisissa tilanteissa useiden muutosta virittävien tai estävien motivaatiotekijöiden välityksellä ja Kuu-sistoa (42) mukaillen 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](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](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.